



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 10 OTTOBRE 2022, N. 1685

Piano operativo regionale per il recupero delle liste di 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, "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia" e ss.mm. e ii.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 10 OTTOBRE 2022, N. 1685

Piano operativo regionale per il recupero delle liste di 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, "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia" e ss.mm. e ii.

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- l'articolo 32 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, che disciplina poteri e funzioni in materia di igiene e sanità pubblica del Presidente della Giunta regionale e in forza del quale il Presidente medesimo è considerato autorità sanitaria regionale;
- il D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";
- la L.R. n. 19/1994 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517";
- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", e successive modifiche, che prevede che questa Regione, nell'esercizio dell'autonomia conferitale dalla riforma del Titolo V della Costituzione, definisce i principi ed i criteri generali di organizzazione e di funzionamento del Servizio sanitario regionale;
- la delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato lo stato di emergenza sul territorio nazionale per il rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, prorogato da ultimo al 31 marzo 2022 con decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 2022, n. 11;
- i provvedimenti, nazionali e regionali, con i quali si è provveduto a dettare disposizioni necessarie a contenere e gestire la pandemia da COVID-19 e, in particolare:
 - la propria delibera n. 404 del 27/4/2020 "Primi provvedimenti per il riavvio dell'attività sanitaria programmata in corso di emergenza covid-19. Modifica alla deliberazione di giunta regionale n. 368/2020" che ha dato disposizioni alle Aziende Sanitarie al fine di attuare un piano complessivo di riavvio delle attività sanitarie, prevedendo le misure da adottare per prevenire il contagio valide per tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie, siano esse pubbliche, in regime istituzionale e libero professionale intramoenia, private accreditate, private non accreditate, studi medici e studi professionali, e disponendo che le stesse Aziende sanitarie provvederanno via via ad aggiornarle al modificarsi delle condizioni di contesto;
 - la propria delibera n. 583 del 3/6/2020 recante "Modifiche ad alcune indicazioni contenute nell'allegato B "Linee guida riattivazione dei servizi" della deliberazione n. 404/2020";
- i seguenti provvedimenti relativi al recupero dei tempi di attesa durante l'emergenza sanitaria da COVID-19:
 - il decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito in

legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 13 ottobre 2020, n. 126, "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia" e ss.mm. e ii., che, all'art. 29, detta le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa;

- la propria delibera n. 1793 del 30/11/2020 "Misure per l'attuazione degli interventi di assistenza territoriale per far fronte alla pandemia da SARS-COV-2, ai sensi dell'art. 1 del D.L. n. 34/2020 convertito con la l. n. 77/2020 e approvazione del "Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa" ai sensi dell'art.29 D.L. n. 104/2020" con la quale è stato approvato un Piano di Potenziamento e di Riorganizzazione della rete assistenziale territoriale e un Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa di cui al sopra citato decreto-legge;
- il decreto-legge 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" (c.d. decreto sostegni bis), convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 23 luglio 2021, n. 106, che all'art. 26, ha disposto che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano potessero ricorrere, dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto e fino al 31 dicembre 2021, agli istituti e alla risorse previste dal succitato art. 29 del D.L. n. 104/2020. Ciò per consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate a causa dell'emergenza epidemiologica;
- la legge 30 dicembre 2021, n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" che:
 - all'art. 1, comma 276, ha prorogato fino al 31 dicembre 2022 le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del citato D.L. n. 73/2021, e ha previsto che, conseguentemente, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano debbano rimodulare il Piano per le liste d'attesa, adottato ai sensi dell'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, e presentarlo entro il 31 gennaio 2022 al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze;
 - all'art.1, comma 277 ha previsto che, per il raggiungimento delle finalità di cui al comma 276, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possano coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del D.L. n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 135/2021, per un ammontare non superiore all'importo indicato nella ripartizione di cui alla tabella A dell'allegato 4 della medesima legge;
- i provvedimenti nazionali e regionali relativi al superamento dello stato di emergenza sanitaria da COVID-19 che hanno consentito alle Aziende sanitarie il ritorno alla gestione ordinaria, con l'utilizzo degli strumenti per il contenimento delle liste di attesa previsti dalla propria delibera n. 603/2019 "Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021";
- il Decreto-Legge 24 marzo 2022, n. 24 "Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza, e altre disposizioni in materia sanitaria", convertito con modificazioni dalla legge 19 maggio

2022, n. 52 che non ha ulteriormente prorogato la durata dello stato di emergenza che, pertanto, è cessato il 31 marzo 2022 e ha previsto di preservare fino al 31 dicembre 2022 la capacità operativa delle strutture coinvolte nell'emergenza, al fine del progressivo rientro all'attività ordinaria;

- la propria delibera n. 1360 del 1/8/2022, recante "Revoca delle delibere di giunta regionale n. 404/2020 e n. 583/2020 a seguito del superamento dello stato di emergenza per l'attuale evolversi della diffusione dell'epidemia da COVID-19";
- la propria delibera n. 1227 del 2/8/2021 "Indicazioni in merito all'erogazione di servizi di telemedicina nelle strutture del servizio sanitario regionale, in applicazione all'accordo Stato Regioni del 17 dicembre 2020 "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina";

Considerato che in base alle disposizioni relative al recupero dei tempi di attesa sopra richiamate, è possibile ricorrere, fino al 31 dicembre 2022:

- per il recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione, agli istituti già previsti dall'articolo 29, comma 2, lettere a), b) e c), del D.L. n. 104/2020;
- per il recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, agli istituti già previsti dall'articolo 29, comma 3, lettere a), b) e c), del D.L. n. 104/2020;

Considerato inoltre che, fermo restando il prioritario ricorso alle modalità organizzative sopra riportate, è possibile integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato, di cui agli accordi contrattuali stipulati per l'anno 2021, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del D.L. n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 135/2012;

Tenuto conto che:

- con nota del Direttore Generale, cura della persona, salute e welfare, prot. 0086046.U del 31 gennaio 2022, è stata inviata al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze, la documentazione relativa al Piano Operativo Regionale;
- che a seguito dei rilievi di cui alla nota del Direttore Generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, prot. 0007612 del 4 aprile 2022, sono state trasmesse le integrazioni richieste;
- che con note del Direttore Generale, cura della persona, salute e welfare, prot. 0407998.U del 26 aprile 2022 e prot. 0664443.U del 25 luglio 2022, è stata inviata al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e della Finanza, la documentazione relativa al monitoraggio relativamente al 1° e al 2° trimestre 2022 effettuato per gli screening oncologici, i ricoveri ospedalieri e la specialistica ambulatoriale;

Ritenuto, pertanto, di aggiornare, in attuazione di quanto previsto dal citato all'art. 1, comma 276 della legge n. 234/2021 il Piano operativo regionale per il recupero delle liste d'attesa adottato, ai sensi dell'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, con la citata delibera di giunta regionale n. 1793 del 30/11/2020, di cui agli Allegati 1 "Sintesi Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa chirurgiche, ambulatoriali e di screening oncologici" e 2 "Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa chirurgiche, ambulatoriali e di screening oncologici", parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

Dato atto che per l'attuazione di quanto disposto con il presen-

te provvedimento saranno utilizzate le risorse previste dall'art. 1 comma 278 della L. 234/2021;

Richiamate le proprie delibere di approvazione dei protocolli d'intesa tra il servizio sanitario regionale e le strutture private accreditate:

- n. 1646 del 16/11/2020 "Approvazione del Protocollo d'Intesa tra Regione Emilia-Romagna, l'Associazione Italiana di Ospedalità Privata (AIOP Sezione Emilia-Romagna), l'Associazione Nazionale Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private (ANISAP – Sezione Emilia-Romagna) e Hesperia Hospital di Modena per la realizzazione di test antigenici rapidi COVID-19 su richiesta dei soggetti datoriali firmatari del patto per il lavoro.";
- n. 1238 del 25/7/2022 "Approvazione dello schema di accordo quadro tra regione Emilia-Romagna e l'Associazione regionale istituzioni sanitarie ambulatoriali private (ANISAP) in materia di assistenza specialistica ambulatoriale per il quadriennio 2022-2025";
- n. 1145 dell'11/7/2022 "Approvazione dello schema di protocollo di intesa tra Regione Emilia-Romagna e l'Associazione italiana di ospedalità privata (AIOP) sezione Emilia-Romagna per il recupero delle liste d'attesa.

Visti:

- il Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;
- la Legge Regionale 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporto di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e ss.mm.ii.;

Richiamate le proprie Deliberazioni:

- n. 468 del 10 aprile 2017, concernente "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017, relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni, predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;
- n. 771 del 24/5/2021 che conferisce fino al 31/5/2024 l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) per le strutture della Giunta della Regione Emilia-Romagna e degli Istituti e Agenzie regionali, di cui all'art. 1 comma 3 bis, lett. b) della L.R. n. 43 del 2001;
- n. 111 del 31 gennaio 2022 "Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza 2022-2024, di transizione al piano integrato di attività e organizzazione di cui all'art. 6 del D.L. n. 80/2021";
- n. 324 del 4 marzo 2022 "Disciplina organica in materia di organizzazione dell'ente e gestione del personale";
- n. 325 del 7 marzo 2022 "Consolidamento e rafforzamento delle capacità amministrative: riorganizzazione dell'ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale";
- n. 426 del 21 marzo 2022 avente ad oggetto: "Riorganizzazione dell'ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale. Conferimento degli incarichi ai direttori generali e ai direttori di Agenzia";
- n. 1615 del 28 settembre 2022, avente ad oggetto "Modifica e assestamento degli assetti organizzativi di alcune Direzioni

generali/Agenzie della Giunta regionale”;

Richiamate infine le determine dirigenziali:

- n. 2335 del 9/2/2022 recante “Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal decreto legislativo n.33 del 2013. Anno 2022”;
- n. 6229 del 31/3/2022, recante “Riorganizzazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Istituzione aree di lavoro. Conferimento incarichi dirigenziali”;
- n. 6248 del 1/4/2022 recante “Conferimento di incarico dirigenziale” relativo al conferimento di incarico di Responsabile del Settore Assistenza territoriale della Direzione Generale cura della persona, salute e welfare”;

Dato atto che il Responsabile del Procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute Raffaele Donini;

A voti unanimi e palesi

delibera

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

1. di approvare gli allegati 1 “Sintesi Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa chirurgiche, ambulatoriali e di screening oncologici” e 2 “Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa chirurgiche, ambulatoriali e di screening oncologici”, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
2. di revocare il Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa già approvato con la propria delibera n. 1793 del 30/11/2020;
3. di dare atto, che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;
4. di pubblicare la presente delibera nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.

ALLEGATO 1

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Sintesi

Piano operativo regionale per il recupero delle liste d'attesa chirurgiche, ambulatoriali e di screening oncologici

Indice

1. Ricoveri Chirurgici programmati	3
Capacità produttiva	3
Rispetto dei tempi di attesa.....	5
Recupero della casistica chirurgica pregressa risalente al 2020 e 2021	7
2. Assistenza specialistica ambulatoriale	8
3. Screening Oncologici	11

Da diversi anni, la Regione Emilia-Romagna è impegnata nell'implementazione di strategie di contenimento e programmazione efficiente delle liste di attesa, con particolare riferimento alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e ai ricoveri chirurgici programmati (DGR 1056/2015 e 272/2017). In recepimento dell'ASR 21 febbraio 2019, è stata adottata la DGR 603/2019, recante il "Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021", ed è stato istituito l'Osservatorio Regionale sulle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ed è stato perfezionato il Sistema Informativo di Gestione delle Liste d'Attesa (SIGLA). L'adozione e lo sviluppo di questa strategia pluriennale hanno portato a risultati significativi, con una riduzione rilevante dei tempi di attesa in tutte le discipline e ambiti monitorati.

A partire dalla comparsa dell'epidemia COVID-19, l'Emilia-Romagna ha attuato tempestive azioni organizzative per tutelare in prima istanza la salute dei cittadini colpiti dall'infezione, attraverso un'immediata rimodulazione dell'offerta sanitaria, salvaguardando al tempo stesso la presa in carico dei cittadini con altre patologie non-Covid relate. Si evidenzia che durante tutto il periodo di riduzione delle attività, le prestazioni improcrastinabili, inclusa l'attività oncologica e la conduzione degli screening, sono sempre state garantite.

Di seguito, si presenta una sintesi di quanto riportato nel documento, rispetto ai tre ambiti assistenziali interessati: i ricoveri chirurgici programmati, l'assistenza specialistica ambulatoriale, gli screening oncologici.

1. Ricoveri Chirurgici programmati

Viene di seguito proposta una analisi della performance complessiva della Regione Emilia-Romagna relativamente a tre dimensioni: (a) capacità produttiva, (b) rispetto dei tempi d'attesa, (c) recupero della casistica pregressa risalente al 2020 e 2021, seguite dalla stima di performance prevista, per ciascuna dimensione, entro il 31/12/2022.

Capacità produttiva

Durante il biennio 2020-2021, l'andamento della capacità produttiva complessiva a livello regionale ha registrato un andamento fluttuante, a causa di riduzioni delle attività procrastinabili, e alla concentrazione di attività e risorse per il contrasto alla pandemia.

In tabella 1 viene riportata la percentuale (mese per mese) di ricoveri chirurgici programmati ed urgenti effettuati in rapporto a quelli eseguiti nel 2019. Nel 2020 la produzione chirurgica complessiva è stata pari al 76,0% della produzione 2019, mentre nel 2021 il dato si è attestato al 87,6% della produzione 2019.

Tabella 1. Rapporto tra volumi di ricoveri chirurgici complessivi con i corrispondenti volumi del 2019.

Fonte dati SDO

	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Totale
2019	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2020 vs 2019	98,3%	101,8%	47,2%	29,5%	45,0%	72,2%	96,1%	106,4%	92,0%	89,8%	77,1%	77,9%	76,0%
2021 vs 2019	74,1%	83,0%	72,2%	77,1%	84,4%	90,7%	97,0%	98,8%	96,4%	91,3%	94,7%	98,8%	87,6%
2022 vs 2019	70,2%	86,0%	98,5%	97,8%	96,9%	95,8%							

In Figura 1 viene riportato l'andamento dei ricoveri complessivi in Regione Emilia-Romagna nel periodo Gennaio 2019 – Giugno 2022.

Figura 1. Volumi di ricoveri chirurgici complessivi Gennaio 2019-Giugno 2022. *Fonte dati SDO*

Per il 2022 la Regione Emilia-Romagna si è posta come obiettivo relativo alla capacità produttiva il raggiungimento della soglia del 92% della produzione chirurgica complessiva 2019. Da evidenziare che nel periodo gennaio-giugno 2022 la Regione ha complessivamente già raggiunto il valore del 91% della produzione dello stesso periodo 2019. Il raggiungimento degli obiettivi verrà monitorato trimestralmente

Rispetto dei tempi di attesa

Durante il biennio 2020-2021 si è registrato un andamento fluttuante del rispetto dei tempi di attesa relativamente alle casistiche chirurgiche monitorate, legato al recupero degli interventi oltre tempo massimo e ad una inferiore capacità di ricovero, in particolare per gli interventi a più bassa priorità clinica. La tabella 2 mostra l'andamento della performance rispetto ai tempi di attesa previsti nelle casistiche monitorate e gli obiettivi 2022 per tipologia di intervento monitorato.

Si evidenzia che durante tutto il periodo di riduzione delle attività, le prestazioni chirurgiche improcrastinabili, con particolare riferimento all'attività oncologica, sono sempre state garantite.

Tabella 2. Andamento Rispetto Tempi d'Attesa interventi monitorati e obiettivi 2022. *Fonte dati SDO*

Gruppo di intervento monitorato e Tipo di intervento	% entro la classe anno 2019	% entro la classe anno 2020	% entro la classe anno 2021	Obiettivo % 2022
TUMORE MAMMELLA	96	86	80	90
TUMORE PROSTATA	68	72	61	
TUMORE COLON	97	93	90	
TUMORE RETTO	96	93	87	
TUMORE UTERO	91	92	83	
TUMORE POLMONE	96	89	77	
TUMORE TIROIDE	67	70	57	
MELANOMA	88	85	80	
PROTESI D'ANCA	93	87	84	85
BYPASS	87	86	87	90
CORONAROGRAFIA	93	92	88	
PTCA	94	92	88	
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	81	80	68	
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	76	69	63	75
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	97	95	95	90

EMORROIDECTOMIA	84	72	68	75
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE	81	77	68	
TOTALE	87	83	77	

Come riportato in tabella, compatibilmente con i limiti imposti dalla persistenza dell'epidemia COVID-19 e da eventuali ondate epidemiche, per il 2022 la Regione Emilia-Romagna si è posta i **seguenti obiettivi** relativi al rispetto dei tempi di attesa:

- 90% per gli interventi chirurgici oncologici;
- 90% per gli interventi sull'apparato cardiovascolare;
- 90% sulla biopsia percutanea del fegato;
- 85% per gli interventi di protesi d'anca;
- 75% per gli interventi di chirurgia generale.

Il raggiungimento degli obiettivi verrà monitorato trimestralmente.

[Recupero della casistica chirurgica pregressa risalente al 2020 e 2021](#)

La tabella 3 mostra la sotto-casistica residua in lista con tempo massimo superato nel biennio 2020-2021 presente al 01/01/2022. Della casistica sotto riportata, al 30/06/2022 risulta recuperato il 43% delle posizioni.

Tabella 1. Prenotazioni con tempo massimo superato nel **biennio 2020-2021** in lista al 01/01/2022.

Fonte dati SIGLA

Complessità	Priorità				Totale
	A	B	C	D	
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	1.269	3.857	7.544	1.822	14.492

Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	2.196	3.992	9.297	3.809	19.294
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	914	5.366	14.919	8.378	29.577
Nessuna classe	749	1.452	1.256	471	3.928
Totale	5.128	14.667	33.016	14.480	67.291

Classe di Priorità	Priorità				Totale al 01/01/2022	% da recuperare al 31/12/2022	% da recuperare al 31/12/2023
	A	B	C	D			
Casistica 2020-2021 residua	5.128	14.667	33.016	14.480	67.291	80%	100%

In riferimento alla casistica residua del biennio 2020-2021 la Regione Emilia-Romagna si pone come obiettivo complessivo regionale il recupero dell'80% degli interventi chirurgici rimandati durante il 2020 e 2021. La casistica residua al 01/01/2023 dovrà inderogabilmente essere recuperata entro il 31/12/2023. Il raggiungimento degli obiettivi verrà monitorato trimestralmente.

2. Assistenza specialistica ambulatoriale

Durante il triennio 2019-2021, l'andamento dei volumi di erogato complessivo ha subito una variazione, confermata anche dai primi 6 mesi del 2022 (di cui è disponibile un dato provvisorio), in particolare tra il 2019 e il 2021 di circa -1% e di circa -12% se si escludono le prestazioni di laboratorio. Tale riduzione, dovuta, durante i picchi pandemici, alla necessità di adempiere alla normativa di distanziamento e alla conseguente contrazione del numero di prestazioni all'ora, negli ultimi mesi è stata influenzata dalla difficoltà di reperire professionisti e dall'avvio di un lavoro sull'appropriatezza prescrittiva che ha effetto sul contenimento della domanda. In tutto il periodo pandemico sono state

garantite sempre le prestazioni urgenti improcrastinabili, quelle oncologiche e quelle di controllo e follow up per i pazienti affetti da patologia cronica.

La tabella 4 riporta l'andamento negli anni delle prestazioni **erogate** considerando tutte le tipologie di prestazioni. In particolare si osserva una riduzione dell'attività pari a circa l'1% nel 2021 verso il 2019 (anno assunto a regime) ed una generale tendenza nel 2022 a mantenersi stabile rispetto al 2021

Tabella 4. Prestazioni specialistiche ambulatoriali **totali**, andamento 2019-2022 (1° semestre non definitivo) erogate dalla Regione Emilia-Romagna ai suoi residenti in regime SSN - Fonte dati ASA

	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Totale
2019	5.472.286	5.283.955	5.767.722	5.242.519	5.828.463	5.176.394	4.903.987	4.000.465	5.203.745	5.907.237	5.269.312	4.531.814	62.587.899
2020	5.614.255	5.434.757	2.344.503	1.565.032	2.763.414	4.085.349	4.615.400	3.818.501	4.850.416	5.326.187	4.779.096	4.277.444	49.474.354
2021	4.522.796	4.925.295	5.537.331	5.126.975	5.275.720	5.302.310	5.271.512	4.420.158	5.447.742	5.372.972	5.435.990	5.094.433	61.733.234
2022 (provvisorio)	4.470.014	4.960.256	5.895.047	5.097.573	5.780.319	4.726.394							30.929.603

La tabella 5 mostra una riduzione dell'attività erogata, al netto del laboratorio, pari a circa il 12% nel 2021 verso il 2019 (anno assunto a regime) ed una tendenza in riduzione nel 2022 rispetto al 2021.

Tabella 5. Prestazioni specialistiche ambulatoriali **totali escluso il laboratorio**, andamento 2019-2022 (1° semestre non definitivo) erogate dalla Regione Emilia-Romagna ai suoi residenti in regime SSN - Fonte dati ASA

	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Totale
2019	1.477.974	1.364.796	1.448.777	1.304.854	1.493.844	1.313.735	1.334.539	966.812	1.375.827	1.555.652	1.371.430	1.173.023	16.181.263
2020	1.470.685	1.360.602	655.538	380.761	669.110	981.018	1.081.814	832.947	1.204.274	1.278.121	1.178.818	988.179	12.081.867
2021	1.104.855	1.173.464	1.335.037	1.197.035	1.259.320	1.217.342	1.142.553	906.444	1.272.900	1.269.346	1.274.985	1.083.711	14.236.992
2022 (provvisorio)	1.044.619	1.123.456	1.342.704	1.115.798	1.297.345	1.006.081							6.930.003

Facendo riferimento alle sole **prestazioni monitorate** (tabella 6) si osserva una riduzione della produzione pari a circa il 13% nel 2021 verso il 2019 (anno assunto a regime) ed una tendenza nel 2022 ad un allineamento rispetto ai valori del 2021.

Tabella 6. Prestazioni specialistiche ambulatoriali **monitorate per i tempi di attesa**, andamento 2019-2022 (1° semestre non definitivo) erogate dalla Regione Emilia-Romagna ai suoi residenti in regime SSN - Fonte dati ASA.

	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Totale
2019	537.910	529.060	562.076	499.305	577.165	507.275	510.843	357.241	527.498	605.982	544.370	469.707	6.228.432
2020	530.734	528.477	203.974	79.589	217.738	354.530	403.081	294.772	461.965	504.107	472.607	388.665	4.440.239
2021	396.593	457.880	515.381	460.531	483.229	462.687	425.836	324.722	494.223	495.473	504.246	415.754	5.436.555
2022 (provvisorio)	376.767	441.248	518.816	428.138	516.695	418.137							2.699.801

Di seguito (Tabella 7) si rappresenta l'andamento dell'Indice di Performance (IP) delle prestazioni specialistiche ambulatoriali monitorate per i tempi di attesa primi trimestri 2019-2021 e 2022 cumulativo fino al 15 luglio, classe di priorità D, prenotate dalla Regione Emilia-Romagna ai suoi residenti in regime SSN - *Fonte dati cruscotto regionale tempi di attesa*

IP: percentuale di prenotazioni garantite entro 30 gg per le visite e 60 gg per la diagnostica

	Indice di performance (IP)				Obiettivi	
	2019	2020	2021	2022 fino 15 luglio	entro dic 2022	entro 2023
Visita Oculistica	91%	88%	74%	75%	90%	91%
Visita Urologica	95%	95%	80%	84%	90%	95%
Visita Fisiatrica	100%	98%	86%	79%	90%	100%
Visita Endocrinologica	92%	92%	72%	81%	90%	92%
Visita Neurologica	99%	96%	94%	83%	94%	99%
Visita Ortopedica	94%	98%	96%	85%	93%	94%
Visita Oncologica	100%	99%	100%	100%	100%	100%
Visita Cardiologica	96%	96%	87%	93%	91%	96%
Visita Ginecologica	97%	96%	80%	82%	90%	97%
Visita Dermatologica	97%	97%	89%	70%	90%	97%
Visita Otorinolaringoiatrica	98%	97%	85%	86%	90%	98%
Visita Chirurgia Vascolare	100%	98%	92%	76%	90%	100%
Visita Gastroenterologica	91%	86%	67%	82%	90%	91%
Visita Pneumologica	92%	98%	85%	79%	90%	92%
Visita Diabetologica	100%	97%	78%	74%	90%	100%
totale	96%	95%	84%	82%	91%	96%

	Indice di performance (IP)				Obiettivi	
	2019	2020	2021	2022 fino 15 luglio	entro dic 2022	entro 2023
Colonscopia	100%	95%	87%	80%	90%	100%
EMG	99%	99%	85%	74%	90%	99%
Ecocolordoppler	99%	99%	99%	90%	96%	99%
Ecografia Addome	99%	98%	100%	95%	96%	99%
Gastroscopia	98%	99%	90%	76%	90%	98%
TAC del Capo	99%	94%	99%	97%	99%	99%
TAC Addome	91%	99%	93%	86%	90%	91%
RMN Cerebrale	96%	93%	99%	81%	90%	96%
RMN Addome	99%	94%	94%	84%	93%	99%
RMN della Colonna	94%	98%	96%	89%	91%	94%
TAC Rachide e Speco Vertebrale	98%	95%	99%	95%	100%	98%
TAC Bacino	96%	100%	96%	92%	90%	96%
TAC Torace	92%	99%	92%	83%	90%	92%
Ecografia Mammella	100%	100%	98%	94%	90%	100%
Ecocolordoppler Cardiaca	99%	99%	99%	88%	90%	99%
Elettrocardiogramma	99%	99%	95%	97%	97%	99%
Elettrocardiogramma Holter	92%	99%	94%	88%	90%	92%
Audiometria	99%	98%	99%	94%	94%	99%
Spirometria	95%	95%	81%	62%	90%	95%
Mammografia	98%	100%	94%	91%	91%	98%
Ecografia capo e collo	96%	97%	94%	93%	92%	96%
Ecografia ostetrica e ginecologica	99%	96%	92%	97%	94%	99%
ECG da sforzo	98%	99%	78%	87%	90%	98%
RM muscoloscheletrica	99%	96%	100%	91%	91%	99%
totale	97%	98%	94%	88%	92%	97%

La Regione Emilia-Romagna si pone come obiettivo di raggiungere entro il mese di dicembre 2022, il 90% dell'indice di performance su tutte le prestazioni monitorate ed entro l'anno 2023 di ritornare ai valori di performance del periodo pre-pandemico (95-97 % come media regionale). A tal fine viene effettuato un costante monitoraggio con cadenza mensile.

3. Screening Oncologici

L'impatto dell'emergenza COVID-19 sugli screening oncologici ha portato alla sospensione degli inviti ad eseguire il test di screening tra marzo e aprile 2020, mentre sono proseguiti, compatibilmente con le situazioni locali più o meno colpite dalla pandemia, gli accertamenti per le persone risultate positive al test e il follow up delle lesioni precancerose già individuate. Gli inviti a eseguire i test di screening sono ripartiti gradualmente da maggio-giugno 2020 e non sono più stati interrotti. Il recupero è stato inizialmente limitato dall'introduzione di misure di riduzione del contagio, dalla

difficoltà di utilizzo di sedi e strutture non sempre idonee, dalla riallocazione del personale, da tempi prolungati nell'erogazione degli esami. Ciononostante, grazie anche all'utilizzo di prestazioni aggiuntive, i programmi di screening a fine 2020 avevano già recuperato parte del ritardo, proseguendo il recupero nel 2021, con solo alcuni residui ritardi locali nel 2022.

La capacità di recupero dei programmi è stata positivamente influenzata da una tempestiva ed efficace comunicazione che si è avvalsa di strumenti adeguati e personale dedicato e della capacità di adottare nuove soluzioni organizzative, mantenendo il necessario coordinamento con le numerose unità operative che intervengono nel percorso di screening e migliorando l'integrazione tra i software dei servizi.

L'indicatore LEA (DPCM 12 gennaio 2017) relativo alla percentuale di popolazione target che ha effettuato il test di screening, per l'anno 2020 mostrava valori in calo rispetto al 2019 (anno in cui l'indicatore rientrava negli standard richiesti per tutti e tre gli screening: almeno 60% per tumore al seno e 50% per gli altri due), recuperando poi buona parte del ritardo nel 2021, come riportato in tabella 8:

Tabella 8. Confronto indicatore copertura programma di screening anno 2019, 2020, 2021.

Screening	2019	2020	2021
Mammella 45-74 anni	72,5%	59,4%	84,1%
Collo utero 25-64 anni	69,9%	49,7%	61,9%
Colon retto 50-69 anni	52,9%	42,2%	56,7%

Questo indicatore è legato sia alla capacità del programma di invitare regolarmente le persone sia all'adesione all'invito della popolazione. Un'altra stima del ritardo accumulato dai programmi, rilevato con la metodologia utilizzata dall'Osservatorio Nazionale Screening, è rappresentata dal confronto tra le persone invitate/contattate per eseguire il test di screening e le persone che hanno aderito (esaminate), nel 2020 e 2021, rispetto al 2019 utilizzato come anno di confronto pre-pandemico.

Per quanto concerne lo screening mammografico, laddove a dicembre 2020 si registrava una riduzione del 17-18% sia degli inviti che delle persone esaminate, a fine 2021 si evidenziava solo un

3% di riduzione delle persone esaminate. Un risultato apprezzabile, soprattutto considerando che è calcolato sull'intera fascia di età dai 45 ai 74 anni, che comprende una chiamata annuale per le donne di 45-49 anni. Per lo screening del collo dell'utero a fine 2021 si calcolava una riduzione del 25-27% sia di inviti che di esami effettuati, con una sovrastima del ritardo dovuta al passaggio da Pap test triennale ad HPV test quinquennale nella fascia di età tra i 30 e i 64 anni. Nello screening del colon retto a dicembre 2020 vi era una riduzione del 5% degli inviti e del 13% delle persone esaminate, recuperata a fine 2021, anche se l'ottimo risultato raggiunto da alcune realtà ha in parte bilanciato il ritardo in qualche altro programma.

Verrà monitorato che il recupero dei ritardi degli anni 2020-2021 non faccia posporre gli inviti delle persone in programma per il 2022. A questo scopo è molto utile la rilevazione puntuale dei dati di screening, che considera insieme tutta la popolazione in fascia di età target per ciascuno dei tre programmi.

I dati riportati in tabella 9 mostrano che al 1° gennaio 2022, sostanzialmente non vi erano donne con invito scaduto per lo screening mammografico, il 2% ancora da invitare per lo screening del tumore del collo dell'utero e meno del 7% di persone da invitare allo screening coloretale. Di tutta la popolazione residente in fascia di età target, oltre il 50% risultava aver effettuato il test di screening nei tempi raccomandati per lo screening colon retto, oltre il 60% per lo screening del collo dell'utero e quasi il 70% per lo screening mammografico.

Tabella 9. Rilevazione regionale da schede puntuali al 01/01/2022.

Screening	Popolazione regolarmente invitata	Copertura della popolazione (programma di screening)
Mammella 45-74 anni	99,1%	69,4%
Collo utero 25-64 anni	97,8%	63,3%
Colon retto 50-69 anni*	93,2%	50,6%

*dati aggiornati al 30/11/2021.

In tale quadro complessivo, l'obiettivo regionale per l'anno 2022 è quello di recuperare integralmente i ritardi residuati per tutti e tre gli screening e migliorare la copertura della

popolazione cercando di promuovere un'adesione consapevole ai programmi di prevenzione dei tumori oggetto di screening. In particolare, occorre promuovere lo screening del colon retto, che si è dimostrato efficace nel ridurre sia la mortalità che l'incidenza del tumore del colon retto, patologia che rappresenta la seconda causa di decesso per tumore in Emilia-Romagna e il secondo tumore più frequentemente diagnosticato.

Anche a tale scopo, è previsto un aggiornamento dei processi comunicativi, dedicando attenzione alla correttezza e all'omogeneità dei messaggi e dei contenuti. Per tale ragione si valuta di estrema importanza la realizzazione di un piano formativo regionale, di prossima attivazione, in ambito comunicativo/relazionale rivolto al personale di screening.

ALLEGATO 2

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Piano operativo regionale per il recupero delle liste d'attesa chirurgiche, ambulatoriali e di screening oncologici

Indice

Introduzione.....	3
Principali Criticità	4
Obiettivi generali.....	7
Ricoveri chirurgici programmati	7
Specialistica ambulatoriale	9
Screening oncologici	9
Descrizione sintetica degli interventi posti in essere e dei risultati raggiunti nel 2021	10
Ricoveri chirurgici programmati	10
Specialistica ambulatoriale	14
Screening oncologici	20
Misure da intraprendere nel corso del 2022.....	25
1. Analisi del fabbisogno da recuperare e programmazione e implementazione per fasi temporali (cronoprogramma)	25
2. Programmazione delle attività di recupero nei tre livelli assistenziali (ricoveri chirurgici programmati, specialistica, screening oncologici)	28
Ricoveri chirurgici programmati	28
Specialistica ambulatoriale	33
Aumento della produzione e razionalizzazione dell'offerta	33
Miglioramento dell'appropriatezza	34
Presa in carico assistenziale	35
PDTA e percorsi DSA	36
Coinvolgimento del Privato accreditato.....	36
Telemedicina	37
Potenziamento del sistema di prenotazione e ripristino accesso diretto.....	38
Tempario prestazioni	38
Campagna per i cittadini di sensibilizzazione all'uso responsabile dei servizi sanitari	39
Potenziamento della disponibilità di personale sanitario per la specialistica ambulatoriale	39
Ripristino Malus di cui alla Legge Regionale 2/2016	40
Screening oncologici	40
3. Descrizione delle modalità organizzative delle strutture pubbliche e private accreditate individuate per la realizzazione del Piano di recupero delle prestazioni	40
Obiettivi 2022.....	42
Ricoveri chirurgici programmati	42
Recupero della casistica chirurgica pregressa 2020 e 2021.....	42
Recupero delle performance degli interventi chirurgici monitorati	42
Recupero della capacità produttiva	43
Specialistica ambulatoriale	43
Screening oncologici	43

Introduzione

L'impegno della Regione Emilia-Romagna nell'implementazione di strategie di contenimento e programmazione efficiente delle liste di attesa, è dimostrato da un'attività consolidata in più di un quinquennio, con particolare riferimento alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (Deliberazione di Giunta Regionale n. 1056/2015 e successive) e ai ricoveri chirurgici programmati (Deliberazione di Giunta Regionale n. 272/2017 e successive).

Nel corso del 2019, la Regione Emilia-Romagna ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 21 febbraio 2019 con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 603 del 15 aprile 2019 "Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" ed è stato istituito l'Osservatorio Regionale sulle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero. È stato contemporaneamente perfezionato il Sistema Informativo di Gestione delle Liste d'Attesa (SIGLA). L'adozione e lo sviluppo di questa strategia pluriennale hanno portato a risultati significativi, con una riduzione rilevante dei tempi di attesa in tutte le discipline e ambiti monitorati.

Per quanto riguarda gli screening oncologici, al 01/01/2020 i programmi procedevano regolarmente, con la quasi totalità della popolazione target invitata secondo gli intervalli previsti: 98% per lo screening mammografico, 96% per lo screening del tumore del colon retto e 99% per lo screening del tumore della cervice uterina (Fonte: rilevazione puntuale regionale al 1° gennaio 2020). Anche l'indicatore LEA (DPCM 12 gennaio 2017) relativo alla percentuale di popolazione target che ha effettuato il test di screening, per il 2019 riportava valori entro gli standard richiesti per tutti e tre gli screening: 72,5% per lo screening mammografico (standard $\geq 60\%$); 52,9% per lo screening del tumore del colon retto (standard $\geq 50\%$); 69,9% per lo screening del tumore della cervice uterina (standard $\geq 50\%$).

A partire dalla comparsa dell'epidemia COVID-19, la Regione Emilia-Romagna ha attuato tempestive azioni organizzative per tutelare in prima istanza la salute dei cittadini colpiti dall'infezione, attraverso un'immediata rimodulazione dell'offerta sanitaria, salvaguardando al tempo stesso la presa in carico dei cittadini con altre patologie non-Covid relate.

Si evidenzia che durante tutto il periodo di riduzione delle attività, le prestazioni improcrastinabili, inclusa l'attività per patologia oncologica, sono sempre state garantite.

La necessità di ridefinire le priorità di presa in carico, congiuntamente alla sospensione di tutte le attività procrastinabili, resasi necessaria più volte nel corso del biennio 2020-2021, hanno condotto

a una notevole riduzione della performance del sistema sanitario, in termini di erogazione di visite specialistiche ambulatoriali e produzione chirurgica e, conseguentemente, di aumento dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali e interventi chirurgici programmati.

Principali Criticità

I fattori principalmente coinvolti nel rallentamento dell'attività elettiva chirurgica e della specialistica ambulatoriale sono stati di natura sia epidemiologica sia organizzativa. Il verificarsi di ripetute ondate epidemiche COVID-19, hanno reso molto difficile mantenere una stabile pianificazione delle attività. Inoltre, i cambiamenti organizzativi in atto negli ambulatori di specialistica ambulatoriale come, ad esempio, la riduzione del numero prestazioni all'ora e il distanziamento tra gli appuntamenti per garantire una minore probabilità di contagio, hanno determinato una riduzione della capacità produttiva e conseguente aumento dei tempi di attesa.

I cambiamenti organizzativi in atto nei presidi ospedalieri hanno causato una riduzione dei posti letto realmente utilizzabili, con variazioni che hanno riguardato i seguenti aspetti:

- predisposizione di percorsi dedicati al COVID-19
- allestimento di sale dedicate al trattamento di pazienti Covid+
- distanziamento tra i letti nella fase di degenza

Queste azioni indispensabili per garantire contemporaneamente maggiore sicurezza ai pazienti ed agli operatori hanno avuto un forte impatto nel biennio 2020-2021 e sono in parte tuttora presenti, impedendo il ritorno ai livelli di efficienza raggiunti nel 2019.

Ai fattori sopra descritti, a partire dal 2021 si è aggiunta la difficoltà a reperire professionisti specializzati e, l'assorbimento di risorse per garantire attività di assistenza e tracciamento dei pazienti affetti da COVID-19 (USCA, tamponi, vaccini) e ha reso ancor più difficile il recupero delle condizioni produttive pre-pandemiche.

Le analisi e gli obiettivi rappresentati in questo documento, tengono conto per ogni singola Azienda delle problematiche ancora presenti e delle soluzioni in atto per il loro superamento.

In ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 29 comma 8 del decreto-legge 14 agosto 2020, nell'ambito del programma operativo previsto dall'articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, coordinato con la legge di conversione del 24 aprile 2020, n. 27, in data 07/10/2020 la Regione Emilia-Romagna ha trasmesso al Ministero della salute e al Ministero

dell'economia e Finanze il primo Piano Operativo regionale per il contenimento e recupero delle Liste di Attesa a seguito della pandemia COVID-19.

Inoltre, il 31/01/2022, in ottemperanza agli adempimenti di cui all'articolo 1, commi 276 e 279, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è stato trasmesso al Ministero della salute, l'aggiornamento del Piano di recupero per le liste di attesa rispetto ai ricoveri ospedalieri, alla specialistica ambulatoriale e agli screening oncologici.

È stato già rendicontato al Ministero della salute, per il primo ed il secondo trimestre 2022 lo stato del recupero delle prestazioni relative alla casistica rimandata durante il 2020 e 2021.

A partire dalla fine della prima ondata epidemica nella primavera 2020, in ottemperanza alla DGR 404/2020 e successive disposizioni, le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna hanno predisposto piani Aziendali e provinciali finalizzati al raggiungimento della capacità produttiva pre-pandemica, insieme al recupero della casistica rimandata durante il periodo di lockdown.

Il costante della Lista d'attesa a livello regionale e a livello Aziendale è stato accompagnato da azioni volte ad aumentare la capacità produttiva, attraverso gli strumenti straordinari previsti dal D.L. n. 104 del 14 agosto 2020, art. 29 commi 1, 2, 3 e, successivamente, dal D.L. n. 73 del 25 maggio 2021, art. 26.

I fondi messi a disposizione da tali provvedimenti sono stati utilizzati per ampliare l'offerta di strutture e professionisti, per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'attività di ricovero ospedaliero. In particolare, è stato possibile l'utilizzo di piattaforme esterne per l'erogazione dei ricoveri da parte dei professionisti dipendenti di Aziende pubbliche. Un ulteriore sforzo è stato fatto estendendo la committenza verso le prestazioni acquistate dalle strutture private accreditate e attraverso l'assunzione di personale sanitario medico, infermieristico e di supporto.

La prima fase ha riguardato il mantenimento nell'erogazione di tutte le prestazioni e gli interventi relativi alle patologie oncologiche e gli interventi improcrastinabili legati a patologie maggiori.

Si è quindi provveduto al recupero delle prestazioni/interventi in base alla caratterizzazione clinica e alla complessità organizzativa, tenendo conto della classe di priorità clinica assegnata, della classe di complessità per raggruppamento DRG e del tempo di attesa maturato.

Durante tutto il periodo considerato, la Regione Emilia-Romagna ha mantenuto un costante monitoraggio dell'attività delle Aziende, sono state tenute regolari rendicontazioni delle prestazioni erogate, sono stati effettuati incontri mensili con i Responsabili Unici dell'accesso (RUA) ed i referenti

tecnici aziendali, in modo da aumentare l'accuratezza e l'affidabilità dei flussi e garantire al contempo un'appropriatezza manutenzione e monitoraggio delle liste d'attesa.

Per il biennio 2020-2021, si è stimata una casistica di 67.291 interventi chirurgici programmati da recuperare: all'ultima rilevazione del 30/06/2022, ne erano stati recuperate circa 30.000 (43,3%).

Durante il 2022, in sede di concertazione con tutte le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna, sono stati assegnati obiettivi specifici concernenti il recupero del non erogato (obiettivo già raggiunto per la specialistica ambulatoriale) e la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e chirurgiche.

Gli strumenti principali su cui si intende agire per il raggiungimento degli obiettivi, sono volti ad un aumento della capacità erogante per garantire un corretto recupero dei volumi e delle performance sui tempi d'attesa, mediante l'incremento di prestazioni aggiuntive e l'acquisto di prestazioni da soggetti privati accreditati, l'assunzione di personale e l'aumento dell'appropriatezza delle prestazioni.

Al fine di garantire l'implementazione del presente Piano, verrà effettuato un monitoraggio trimestrale con le Aziende sanitarie per verificarne lo stato di attuazione e l'andamento degli obiettivi definiti.

L'impatto dell'emergenza COVID-19 sugli screening oncologici ha portato alla sospensione degli stessi con nota PG 0210853 del 10/03/2020 per quanto riguarda gli inviti ad eseguire il test di screening, mentre sono proseguiti, compatibilmente con le situazioni locali più o meno critiche, gli accertamenti per le persone risultate positive al test (per la cervice uterina solo per Pap test di alto grado). Gli inviti a eseguire i test di screening sono ripartiti gradualmente da maggio 2020 (DGR n. 404 del 27/04/2020) con le modalità indicate in DGR 1793 del 30/11/2020. In questo ambito, i principali motivi di criticità sono da addebitare, oltre che al periodo di sospensione, alla persistenza dell'emergenza pandemica e alla necessità ancora a tutt'oggi di adottare misure di riduzione del rischio di contagio che comportano tempi prolungati per l'esecuzione degli esami (protezione degli operatori e sanificazione degli ambienti), strutture e personale non disponibili come prima dell'era pandemica. Inoltre, dalla soppressione della pratica dell'overbooking nella primavera 2020, molti programmi di screening non hanno più ripristinato la frequenza di inviti precedente alla sospensione del 2020, sia per non sovraccaricare le sale di attesa, sia per problematiche di risorse di personale. Si aggiunge il fatto che gli inviti ad effettuare i test di screening devono essere rapportati alla disponibilità ad effettuare in tempi adeguati l'accertamento diagnostico e l'eventuale follow up, che

risentono ancora a tutt'oggi della minore disponibilità di sedute per l'aumento dell'attività clinica anch'essa posticipata nelle diverse fasi dell'emergenza.

Obiettivi generali

Ricoveri chirurgici programmati

1. Indice di performance di erogato entro i tempi

Come obiettivo regionale per il 2022 sono posti i seguenti target:

- 90% per gli interventi chirurgici oncologici, cardiovascolari e di biopsia percutanea del fegato;
- 85% per gli interventi di protesi d'anca;
- 75% per gli interventi di chirurgia generale;

2. Recupero dell'attività chirurgica programmata rinviata durante il 2020 ed il 2021

Di seguito viene rappresentata la consistenza delle LDA rispetto alla casistica da recuperare, con il dettaglio delle sotto-casistiche per periodo di riferimento. In Tabella 10 vengono riportate tutte le posizioni presenti per classe di priorità e per classe di complessità del DRG, al 01/01/2022.

Tabella 10. Prenotazioni in lista al 01/01/2022. *Fonte dati SIGLA*

Classificazione complessità DRG chirurgici/Classe di priorità di ricovero	A	B	C	D	Totale
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	1.124	4.367	11.171	3.681	20.343
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	1.988	4.591	14.435	7.050	28.064
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	911	6.285	23.527	15.447	46.170
Nessuna classe	710	1.749	2.853	2.172	7.484
Totale	4.733	16.992	51.986	28.350	102.061

Da questa casistica sono state estrapolate le posizioni che al 01/01/2022 avevano superato il tempo massimo di attesa per la classe assegnata. Le posizioni così risultanti sono state: 21.826 scadute nel 2020, come da tabella 11 e 45.465 nel 2021, come da tabella 12.

Tabella 11. Prenotazioni con tempo massimo superato nel 2020 in lista al 01/01/2022. *Fonte dati*

SIGLA

Complessità	Priorità				Totale
	A	B	C	D	
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	207	816	2.409	677	4.109
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	383	933	3.145	1.831	6.292
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	318	1.517	5.457	3.693	10.985
Nessuna classe	20	155	186	79	440
Totale	928	3.421	11.197	6.280	21.826

Tabella 12. Prenotazioni con tempo massimo superato nel 2021 in lista al 01/01/2022. *Fonte dati*

SIGLA

Complessità	Priorità				Totale
	A	B	C	D	
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	1.062	3.041	5.135	1.145	10.383
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	1.813	3.059	6.152	1.978	13.002
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	596	3.849	9.462	4.685	18.592
Nessuna classe	729	1.297	1.070	392	3.488
Totale	4.200	11.246	21.819	8.200	45.465

Nella tabella 13 viene riportato l'insieme della casistica considerata da recuperare delle annualità 2020 e 2021.

Tabella 13. Prenotazioni con tempo massimo superato nel biennio 2020-2021 in lista al 01/01/2022.

Fonte dati SIGLA

Complessità	Priorità				Totale
	A	B	C	D	
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	1.269	3.857	7.544	1.822	14.492
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	2.196	3.992	9.297	3.809	19.294
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	914	5.366	14.919	8.378	29.577
Nessuna classe	749	1.452	1.256	471	3.928
Totale	5.128	14.667	33.016	14.480	67.291

L'obiettivo che è stato dato alle Aziende è il recupero dell'**80%** di tutta la casistica sopra indicata entro il 31/12/2022. Il restante 20% dovrà essere recuperato entro il 31/12/2023.

Gli obiettivi precedentemente elencati si intendono a livello regionale, a cui le aziende concorrono in maniera diversificata e rispetto ai quali sono monitorate in corso d'anno.

3. Raggiungimento della capacità produttiva del 2019

Per il 2022 la Regione Emilia-Romagna si è posta come obiettivo relativo alla capacità produttiva il raggiungimento della soglia del 92% della produzione chirurgica complessiva 2019. Da evidenziare

che nel periodo Gennaio-Giugno 2022 la Regione ha complessivamente già raggiunto il valore del 91% della produzione dello stesso periodo 2019.

Specialistica ambulatoriale

Indice di performance del 90% per le prestazioni di primo accesso entro dicembre 2022 e raggiungimento dei valori delle performance medie regionali del periodo pre-pandemico (media regionale 95- 97%) entro il 2023 vedi tab 4 (Allegato 1). Tali obiettivi saranno monitorati a livello regionale, con cadenza mensile.

Gli obiettivi precedentemente elencati si intendono a livello regionale, a cui possono concorrere le aziende in maniera diversificata, rispetto ai quali sono monitorate in corso d'anno.

Screening oncologici

L'obiettivo regionale che ci si prefigge per l'anno 2022 è di recuperare completamente i ritardi per tutti e tre gli screening, anche nelle Aziende Sanitarie che ad oggi mostrano ancora criticità in questo senso. Per raggiungere tale obiettivo e per mantenerlo laddove già raggiunto a fine 2021, è auspicabile che tutti i programmi di screening possano gradualmente ripristinare la frequenza di inviti che li caratterizzava storicamente, prima della sospensione per l'emergenza COVID-19. I dati emersi dalla rilevazione puntuale regionale all'1/1/2022 mostrano del resto come sembri superato da parte della popolazione il timore di esporsi al rischio di contagio nell'accedere alle strutture sanitarie, fattore che aveva nel corso della ripartenza degli screening nell'anno 2020 notevolmente contribuito ad una diminuzione evidente dell'adesione.

Una riflessione va fatta anche sul fatto che il periodo post emergenza ha visto una rapida crescita nell'adozione, da parte dei programmi di screening, di soluzioni tecnologiche più avanzate per comunicare con l'utenza. È emerso chiaramente in questo frangente il ruolo chiave di una tempestiva ed efficace comunicazione con strumenti dedicati e personale formato. L'introduzione di queste soluzioni e una loro implementazione sostenibile anche a supporto dell'adesione ai programmi richiede nuovi investimenti, sia sul piano formativo, sia strumentale.

Infine, l'emergenza sanitaria ha palesato come i programmi già precedentemente in difficoltà organizzativa o carenti di personale dedicato abbiano risentito maggiormente della sospensione dell'attività e stiano recuperando con più difficoltà. Si sta chiaramente dimostrando, che è necessario

personale dedicato a tutti i livelli del percorso, ad iniziare dal Centro Screening con personale che si occupi delle funzioni organizzative, di pianificazione, con un ruolo di interfaccia e integrazione tra i servizi lungo il percorso. Anche l'integrazione tra i software dei centri e delle unità operative che intervengono in tutto il percorso diagnostico-terapeutico è determinante e va adeguatamente potenziata.

Descrizione sintetica degli interventi posti in essere e dei risultati raggiunti nel 2021

Ricoveri chirurgici programmati

Durante il corso del 2021, la persistenza del fenomeno pandemico ha causato una costante pressione sulle strutture ospedaliere, con la necessità, accentuata nel corso del primo semestre dell'anno, di rendere disponibili posti letto ordinari e di terapia intensiva sia di strutture pubbliche sia private accreditate, per la presa in carico di pazienti con COVID-19.

Tale circostanza ha determinato una permanente riduzione della capacità di ricovero da parte delle strutture stesse, accompagnata da un maggior carico di lavoro per gli operatori e l'aumento della complessità organizzativa ospedaliera. Tali elementi hanno consentito, durante il corso dell'anno, un recupero soltanto parziale della capacità di ricovero delle strutture sanitarie.

I principali strumenti di governo del recupero dei ricoveri non effettuati durante il 2020 sono gli stessi presenti nella DGR 272/2017, che già definiscono il percorso del paziente chirurgico e la gestione delle liste d'attesa aziendali.

A partire dalla seconda metà del 2020 si è provveduto a effettuare la revisione dei percorsi dei pazienti, si sono effettuati incontri bimestrali di monitoraggio delle liste d'attesa con una puntuale analisi della produzione chirurgica elettiva erogata. Tali incontri hanno consentito un coordinamento nelle azioni volte al recupero della capacità di ricovero, a partire dalla casistica urgente e a più alta complessità.

Sono state favorite sinergie di rete tra le aziende ed uniformità nell'erogazione dei servizi che hanno consentito di portare avanti una sistematica rivalutazione delle posizioni in lista nelle aziende, al fine di aumentare l'attendibilità delle posizioni inserite nel Sistema Informatizzato di Gestione delle Liste d'Attesa (SIGLA).

Il costante monitoraggio della Lista d'attesa è stato accompagnato da azioni volte ad aumentare la capacità produttiva, attraverso gli strumenti straordinari previsti dal D.L. n.104 del 14 agosto 2020, art 29 comma 1 2 3 e, successivamente, dal D.L. n. 73 del 25 maggio 2021, art. 26.

I fondi messi a disposizione da tali provvedimenti sono stati utilizzati per ampliare l'offerta di strutture e professionisti, mediante l'utilizzo di piattaforme esterne per l'erogazione dei ricoveri da parte dei professionisti dipendenti di aziende pubbliche. Un ulteriore sforzo è stato fatto estendendo la committenza verso le prestazioni acquistate dalle strutture private accreditate e attraverso l'assunzione di personale sanitario medico, infermieristico e di supporto.

A seguito del fenomeno pandemico sopra descritto, il numero totale di ricoveri è diminuito di 134 mila unità nel 2020 rispetto al 2019, come riportato in Tabella 14.

Tabella 14. Differenziale ricoveri ospedalieri anni 2019-2020 (DRG medici e chirurgici, volumi). *Fonte dati SDO*

Ricoveri	DRG chirurgici	DRG medici	Totale
Programmati	-72.652	-26.821	-99.473
Urgenti	-6.679	-27.958	-34.637
Totale	-79.331	-54.779	-134.110

La lettura della casistica, stratificata in base a criteri di complessità dei DRG e di priorità di ricovero ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii., fornisce alcuni elementi decisionali per l'impostazione di un piano di recupero delle prestazioni non erogate.

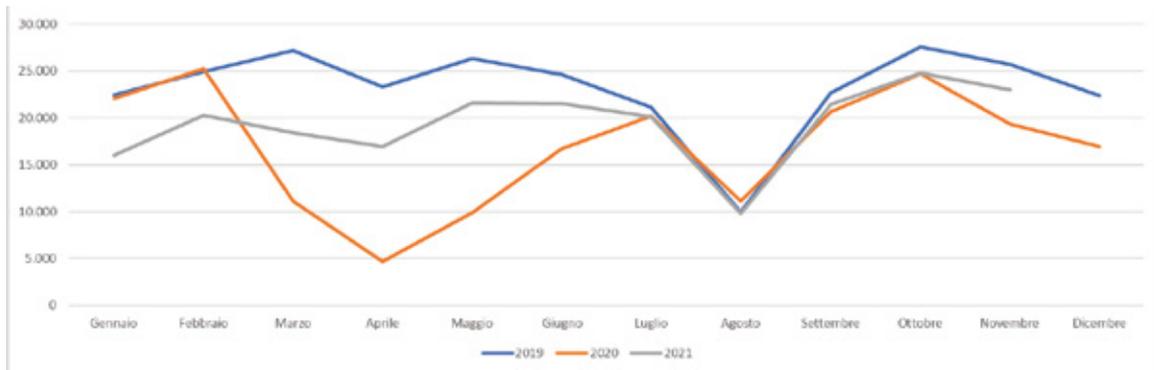
La Tabella 15 mostra i dati sintetici del differenziale di produzione per DRG chirurgici programmati, stratificati per classi di complessità e di priorità come indicato dalla nota Ministeriale.

Tabella 15. Differenziale di ricoveri chirurgici programmati erogati per classificazione complessità e classe di priorità di ricovero, anni 2019-2020. *Fonte dati SDO*

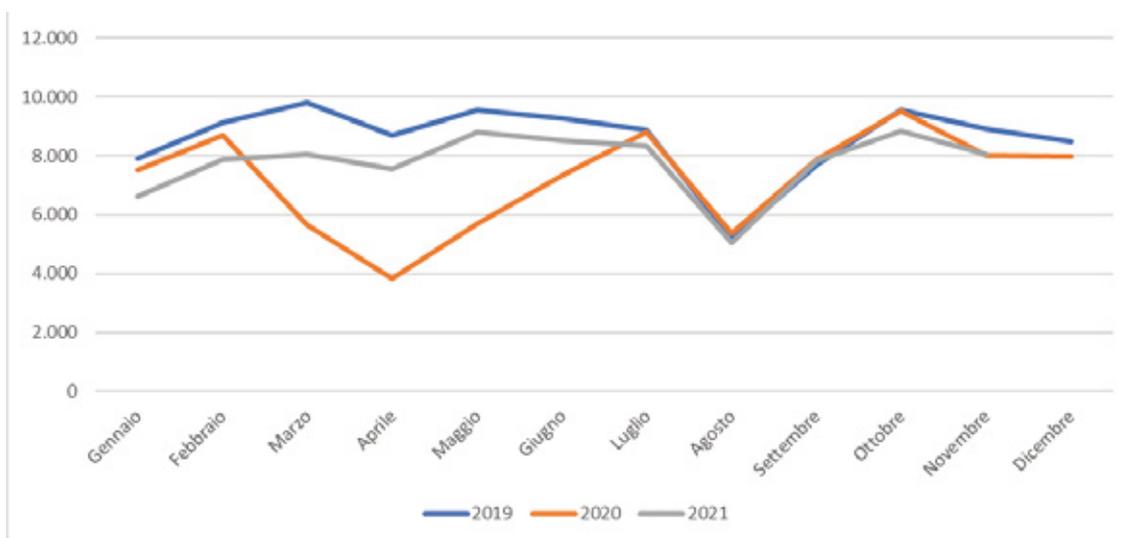
Complessità DRG chirurgici/Classe di priorità	A	B	C	D	Totale
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	-2.823	-1.988	-817	-254	-5.882
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	-5.143	-7.330	-9.411	-3.439	-25.323
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	-6.857	-12.116	-13.920	-7.026	-39.919
Nessuna classe corrispondente con il sistema di transcodifica assegnato dal ministero	-956	-209	-217	-146	-1.528
Totale	-15.779	-21.643	-24.365	-10.865	-72.652

Il percorso di recupero del “non erogato” è iniziato già durante il secondo semestre del 2020.

In Figura 2 viene riportato l’andamento della capacità produttiva relativa ai ricoveri elettivi della regione Emilia-Romagna durante il triennio 2019-2021, che mostra una forte riduzione della produzione nel periodo compreso tra marzo e maggio 2020, seguito da un progressivo recupero della capacità a partire dal secondo semestre del 2020.

Figura 2. Volumi 2019-2021 di ricoveri chirurgici programmati. *Fonte dati SDO*

Le principali attività di ricovero hanno visto un recupero che ha coinvolto soprattutto la casistica in classe di priorità A, come riportato in Figura 3.

Figura 3. Volumi 2019-2021 di ricoveri chirurgici programmati con classe di priorità A. *Fonte dati SDO*

Specialistica ambulatoriale

L'analisi dei dati del flusso informativo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale ASA evidenzia che a fine 2020 sono state recuperate circa 1,6 milioni di prestazioni già prenotate e non erogate per effetto della sospensione. Complessivamente nel 2020 rispetto al 2019 si evidenzia una riduzione delle prestazioni erogate, dovuta anche a un calo della domanda, pari a circa il 25% del totale. Questa riduzione è stata parzialmente recuperata nel 2021, pur non raggiungendo ancora i livelli pre-pandemia.

Confrontando il 2021 con il 2019 (tabella 16), si osserva ancora una riduzione della produzione totale al netto del laboratorio pari al 12%. Anche sulle strutture private nel periodo osservato, si registra un calo del 19% nel 2020 e del 3% nel 2021. Se si prendono in considerazione anche le prestazioni di Laboratorio la produzione è complessivamente ridotta dell'1% nel 2021 rispetto al 2019.

Tabella 12. Volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale per tipologia di erogatore e mese, nei tre anni – regime SSN – erogate in ER ai residenti in ER -TOTALE ESCLUSO LABORATORIO

Anno di erogazione	TOTALI					di cui PRIVATI ACCREDITATI				
	2019	2020	2021	2021 vs 2019	2020 vs 2019	2019	2020	2021	2021 vs 2019	2020 vs 2019
Gennaio	1.477.974	1.470.685	1.104.855	-25%	0%	282.832	302.846	249.171	-12%	7%
Febbraio	1.364.796	1.360.602	1.173.464	-14%	0%	264.564	269.314	270.153	2%	2%
Marzo	1.448.777	655.538	1.335.037	-8%	-55%	286.829	103.572	308.296	7%	-64%
Aprile	1.304.854	380.761	1.197.035	-8%	-71%	269.061	21.950	276.535	3%	-92%
Maggio	1.493.844	669.110	1.259.320	-16%	-55%	303.649	141.301	289.845	-5%	-53%
Giugno	1.313.735	981.018	1.217.342	-7%	-25%	266.966	217.457	275.157	3%	-19%
Luglio	1.334.539	1.081.814	1.142.553	-14%	-19%	267.144	247.693	247.018	-8%	-7%
Agosto	966.812	832.947	906.444	-6%	-14%	153.332	172.846	159.157	4%	13%
Settembre	1.375.827	1.204.274	1.272.900	-7%	-12%	279.517	283.586	272.098	-3%	1%
Ottobre	1.555.652	1.278.121	1.269.346	-18%	-18%	310.742	303.095	269.590	-13%	-2%
Novembre	1.371.430	1.178.818	1.274.985	-7%	-14%	278.944	294.391	272.318	-2%	6%
Dicembre	1.173.023	988.179	1.083.711	-8%	-16%	213.111	219.584	198.572	-7%	3%
TOTALE	16.181.263	12.081.867	14.236.992	-12%	-25%	3.176.691	2.577.635	3.087.910	-3%	-19%

Fonte: flusso specialistica ambulatoriale ASA.

Nella tabella 17 sono illustrate le variazioni percentuali delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per ciascuna aggregazione FA-RE nei bienni 2020 vs 2019 e 2021 vs 2019 e sono

evidenziati gli incrementi percentuali nel 2021 rispetto al 2019. In particolare, è aumentata l'attività nel 2021 di TC, diagnostica vascolare, medicina nucleare, RM, chimica clinica, immunoematologia, microbiologia, genetica e radioterapia. In generale, come già detto, la produzione totale di specialistica ambulatoriale (compresa l'attività di laboratorio) cala dell'1% nel 2021 rispetto al 2019.

Tabella 17. Prestazioni specialistiche ambulatoriali totali per aggregazioni FA-RE, anni 2019-2021 erogate dalla Regione Emilia-Romagna ai suoi residenti in regime SSN - Fonte dati flusso ASA

Anno di erogazione	2019	2020	2021	var % 2020 vs 2019	var % 2021 vs 2019
D11-Radiologia tradizionale RX	1.701.132	1.217.609	1.514.778	-28%	-11%
D12-Tac	395.710	349.352	409.083	-12%	3%
D13-Diagnostica vascolare	209	187	212	-11%	1%
D14-Medicina nucleare	53.006	48.087	53.892	-9%	2%
D21-Ecografia	1.135.485	905.139	1.072.381	-20%	-6%
D22-Ecocolordoppler	566.864	417.898	521.627	-26%	-8%
D23-Elettromiografia	460.609	337.184	434.779	-27%	-6%
D24-Endoscopia	193.656	135.871	173.476	-30%	-10%
D25-RM	338.868	298.674	363.523	-12%	7%
D29-Altra diagnostica strumentale	1.314.734	877.590	1.062.766	-33%	-19%
D30-Biopsia	67.805	53.641	62.510	-21%	-8%
D90-Altra diagnostica	319.376	195.148	246.469	-39%	-23%
L11-Prelievo sangue venoso	3.946.792	3.087.024	3.770.229	-22%	-4%
L12-Prelievo sangue arterioso	11.076	2.840	3.624	-74%	-67%
L13-Prelievo sangue capillare	3.792	2.232	1.793	-41%	-53%
L14-Prelievo sangue microbiologico	60.497	44.203	49.630	-27%	-18%
L15-Prelievo citologico	204.972	132.869	164.338	-35%	-20%
L21-Chimica clinica di base	32.708.936	26.362.845	33.798.278	-19%	3%
L29-Chimica clinica	1.774.317	1.448.805	1.993.605	-18%	12%
L31-Ematologia/coagulazione di base	4.740.796	3.817.160	4.564.581	-19%	-4%
L39-Ematologia/coagulazione	298.124	255.488	296.008	-14%	-1%
L41-Immunoematologia e trasfusionale di base	55.164	44.423	50.166	-19%	-9%
L49-Immunoematologia e trasfusionale	39.860	37.804	45.735	-5%	15%
L51-Microbiologia/virologia di base	1.327.165	1.050.675	1.168.871	-21%	-12%
L59-Microbiologia/virologia	779.880	716.863	1.141.524	-8%	46%
L60-Anatomia ed istologia patologica	331.324	272.404	298.220	-18%	-10%
L70-Genetica/citogenetica	123.941	116.852	149.640	-6%	21%
R10-Riab.diagnostica	102.897	73.133	90.509	-29%	-12%
R20-Riab.e rieducazione funzionale	1.283.946	987.708	1.144.097	-23%	-11%
R31-Lea	98.985	70.123	82.728	-29%	-16%
R90-Altra riabilitazione	68.774	45.668	65.505	-34%	-5%
T10-Radioterapia	355.490	367.149	407.535	3%	15%
T11-Chemioterapia	212.837	214.567	230.997	1%	9%
T20-Dialisi	520.654	509.048	494.883	-2%	-5%
T30-Odontoiatria	137.663	84.990	100.234	-38%	-27%
T40-Trasfusioni	29.335	28.235	30.503	-4%	4%
T50-Chirurgia ambulatoriale	225.683	175.589	202.469	-22%	-10%
T51-Chirurgia Ambulatoriale Maggiore	65.614	44.890	62.531	-32%	-5%
T90-Altre prestazioni terapeutiche	824.792	624.922	678.182	-24%	-18%
V10-Prima visita	3.201.702	2.171.746	2.613.289	-32%	-18%
V20-Visita di controllo	2.505.437	1.847.719	2.118.034	-26%	-15%
TOTALE	62.587.899	49.474.354	61.733.234	-21%	-1%

È stata inoltre condotta un'analisi delle **prenotazioni** per le prestazioni monitorate per i tempi di attesa che rileva, complessivamente, una riduzione, nel 2021 rispetto al 2019, benché si sia mantenuto costante l'impegno delle Aziende nel garantire la disponibilità delle prenotazioni negli

ambiti territoriali di residenza di visite e di prestazioni diagnostiche strumentali di primo accesso con classe di priorità D (vedi Tabelle 18 e 19).

Nonostante gli sforzi aziendali nel riorganizzare tale attività e nel potenziare tutti gli strumenti indicati nel Piano nazionale delle liste di attesa (PNGLA 2019-2021), si è assistito negli ultimi mesi del 2021 all'allungamento dei tempi di attesa, nella quasi totalità delle visite specialistiche e in alcune aree della diagnostica come, ad esempio, colonscopia, gastroscopia e spirometria.

Preme evidenziare che per tutto l'anno 2021, a seguito della necessità di sanificare gli ambienti e di mantenere una sufficiente distanza fra le persone in attuazione delle misure di contenimento dal contagio da Covid-19, si sono allungati i tempi da dedicare alla prestazione e di fatto non è stato possibile mettere in campo i consueti strumenti regolatori delle liste di attesa quali l'attività specialistica aggiuntiva e prenotazioni in overbooking che avrebbero consentito di migliorare la performance relativamente al contenimento dei tempi di attesa.

Tabella 18. Andamento dell'Indice di Performance (IP)*e delle prenotazioni delle Visite monitorate per i tempi di attesa anni 2019-2021, classe di priorità D, prenotate dalla Regione Emilia-Romagna ai suoi residenti in regime SSN – bacino 1 - Fonte dati cruscotto regionale tempi di attesa

(*IP: percentuale di prenotazioni garantite entro 30 gg per le visite)

VISITE		2019		2020		2021	
		n. prenotazioni	IP	n. prenotazioni	IP	n. prenotazioni	IP
01	Visita Oculistica	182.086	91%	134.139	80%	194.038	80%
02	Visita Urologica	42.615	97%	33.801	88%	47.930	86%
03	Visita Fisiatrica	83.222	99%	54.923	96%	79.591	86%
04	Visita Endocrinologica	35.696	98%	27.296	81%	40.025	74%
05	Visita Neurologica	37.544	97%	26.016	93%	38.411	90%
06	Visita Ortopedica	101.528	98%	76.366	92%	118.782	91%

07	Visita Oncologica	2.699	100%	1.649	100%	1.862	100%
08	Visita Cardiologica	99.310	97%	73.403	88%	105.691	84%
22	Visita Ginecologica	46.887	96%	33.277	84%	44.048	84%
23	Visita Dermatologica	141.431	98%	101.921	86%	148.965	74%
24	Visita Otorinolaringoiatrica	107.437	97%	78.799	89%	104.303	83%
25	Visita Chirurgia Vascolare	8.626	99%	5.315	81%	7.579	74%
40	Visita Gastroenterologica	23.489	92%	16.113	81%	21.699	75%
41	Visita Pneumologica	28.122	98%	18.038	92%	28.835	78%
47	Visita Diabetologica	19.844	99%	13.164	92%	20.472	73%
TOTALE		960.536	97%	694.220	88%	1.002.231	82%

Tabella 19. Andamento dell'Indice di Performance (IP)* e delle prenotazioni delle prestazioni di diagnostica strumentale monitorate per i tempi di attesa anni 2019-2021, classe di priorità D, prenotate dalla Regione Emilia-Romagna ai suoi residenti in regime SSN – bacino 1- Fonte dati cruscotto regionale tempi di attesa

(*IP: percentuale di prenotazioni garantite entro 60 gg per la diagnostica)

DIAGNOSTICA		2019		2020		2021	
		n. prenotazioni	IP	n. prenotazioni	IP	n. prenotazioni	IP
09	Colonscopia	38.339	98%	25.771	91%	37.272	84%
10	EMG	46.496	99%	32.365	97%	42.692	92%
11	Ecocolordoppler	172.837	99%	135.171	99%	194.511	94%
12	Ecografia Addome	159.472	98%	135.746	98%	184.443	95%

13	Gastroscopia	39.886	99%	25.165	94%	34.814	87%
14	TAC del Capo	18.951	100%	12.655	96%	17.149	96%
15	TAC Addome	14.591	98%	11.199	96%	15.087	91%
16	RMN Cerebrale	28.324	97%	23.280	98%	29.961	94%
17	RMN Addome	7.702	98%	6.158	98%	8.424	95%
18	RMN della Colonna	72.445	98%	61.393	99%	80.757	94%
26	TAC Rachide e Speco Vertebrale	7.786	100%	5.133	98%	7.560	96%
27	TAC Bacino	796	99%	507	97%	720	97%
28	TAC Torace	20.174	98%	18.538	97%	24.995	91%
29	Ecografia Mammella	5.012	99%	3.608	95%	5.336	91%
34	Ecocolordoppler Cardiaca	75.604	96%	67.991	98%	95.513	92%
35	Elettrocardiogramma	161.583	99%	105.056	95%	133.574	94%
36	Elettrocardiogramma Holter	26.060	95%	22.707	98%	31.121	91%
37	Audiometria	31.024	99%	20.715	97%	27.640	94%
38	Spirometria	24.456	96%	11.863	92%	19.614	81%
42	Mammografia	30.897	99%	22.380	95%	35.292	96%
43	Ecografia capo e collo	68.825	97%	55.675	95%	78.192	92%
44	Ecografia ostetrica e ginecologica	36.547	98%	23.446	95%	32.242	95%
45	ECG da sforzo	18.909	99%	11.078	96%	14.802	90%
46	RM muscoloscheletrica	72.540	99%	60.417	99%	80.074	97%
63	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS Per occhio	134	95%	155	96%	160	98%

TOTALE	1.179.390	98%	898.172	96%	1.231.945	93%
--------	-----------	-----	---------	-----	-----------	-----

Screening oncologici

A partire da maggio-giugno 2020 gli screening non sono mai stati interrotti, proseguendo con le misure di riduzione del contagio, la difficoltà di sedi e strutture non sempre disponibili, di personale riallocato, di tempi prolungati per l'erogazione degli esami a causa dei dispositivi di protezione e della sanificazione degli ambienti e dell'impossibilità di praticare l'overbooking negli appuntamenti prefissati, per evitare sovraffollamenti nelle sale di attesa. Per recuperare il ritardo, durante il periodo estivo 2020 molti programmi hanno mantenuto o aumentato l'attività, mentre storicamente in tale periodo si riducevano i volumi di attività sia per la minore disponibilità del personale, che della propensione della popolazione a posticipare l'adesione al rientro dalle vacanze. Ove possibile, questa modalità organizzativa è stata mantenuta anche nel periodo estivo 2021. Sono state attivate, in particolare nei periodi di minore emergenza pandemica, sedute aggiuntive con personale in similAlpi (sia medico che assistenziale), sia per i centri screening sia per le attività di primo e secondo livello. Sono state realizzate (e sono ad oggi in corso) da parte di alcune Aziende Sanitarie modalità di invito alternative, come l'invio postale del kit per il sangue occulto e l'autoprelievo per HPV test, con il duplice obiettivo di recuperare il ritardo sugli inviti e diminuire gli accessi nelle strutture sanitarie. A fine 2020 l'indicatore LEA (DPCM 12 gennaio 2017) relativo alla percentuale di popolazione target che aveva effettuato il test di screening, per l'anno 2020 mostrava valori in calo rispetto al 2019 (anno in cui l'indicatore rientrava entro gli standard richiesti per tutti e tre gli screening), recuperando poi buona parte del ritardo nel 2021, come riportato in tabella 20:

Tabella 20. Confronto tra gli indicatori LEA 2020 e 2019.

	2021	2020	2019	Diff.% 2021 vs 2019	Diff.% 2020 vs 2019
mammella	84,1%	59,4%	72,5%	+11,6%	-13,1%
cervice	61,9%	49,7%	69,9%	-8,0%	-20,2%
colon retto	56,7%	42,2%	52,9%	+3,8%	-10,7%

Una stima del ritardo accumulato dai programmi, rilevato con la metodologia utilizzata dall'ONS, è rappresentata nella tabella 21. La tabella riporta il numero di persone invitate/contattate per eseguire il test di screening e le persone che hanno aderito (esaminate), in due diversi periodi cumulativi: 2020 vs 2019, e gennaio 2020-dicembre 2021 vs 24 mesi standard 2019, quest'ultimo utilizzato come anno di confronto pre-pandemico.

Tabella 21. Numero di persone invitate ed esaminate nel 2020 e nel 2019, e tra gennaio 2020 e dicembre 2021 confrontato con 24 mesi standard (2019).

Screening	gennaio-dicembre		24 mesi	
	2020	2019	2020 + 2021	2019x2 (24 mesi standard)
mammella persone invitate	449.300	540.134	1.076.162	1.080.268
45-74 anni persone esaminate	308.893	377.253	731.484	754.506
cervice persone invitate	203.820	306.593	449.146	613.186
25-64 anni persone esaminate	112.435	181.406	271.922	362.812
colon retto persone invitate	557.806	588.704	1.203.298	1.177.408

50-69 anni	persone esaminate	239.679	277.220	573.488	554.440
-------------------	----------------------	---------	---------	---------	---------

Per ogni programma è calcolata poi la riduzione degli inviti, delle persone esaminate, e il corrispondente ritardo in mesi standard di attività.

Tabella 22. Ritardo in “mesi standard” e percentuale di riduzione delle persone invitate ed esaminate nei due periodi considerati.

Screening		gennaio-dicembre 2020 vs 2019		24 mesi: (2020+2021) vs 2019x2	
		ritardo in mesi standard	riduzione in %	ritardo in mesi standard	riduzione in %
mammella	persone invitate	2	16,8	0,1	0,4
45-74 anni	persone esaminate	2,2	18,1	0,7	3,1
cervice	persone invitate	4	33,5	6,4	26,8
25-64 anni	persone esaminate	4,6	38,0	6,0	25,1

colon retto	persone invitate	0,6	5,2	-0,5	-2,2
	persone esaminate	1,6	13,5	-0,8	-3,4

La tabella

22 mostra alcuni indicatori che derivano dai dati della tabella 21. Per i due periodi cumulativi sono calcolati il ritardo in mesi standard e la riduzione in percentuale, di persone invitate ed esaminate dal programma. La stima del ritardo in “mesi standard” esprime il numero di mesi di attività che sarebbero necessari per recuperare il ritardo accumulato se i programmi mantenessero le stesse modalità organizzative e realizzassero gli stessi volumi di attività del periodo pre-pandemico. Tale valore è stato ottenuto moltiplicando la proporzione di inviti o test in meno effettuati nel periodo considerato per il numero corrispondente di mesi. Ad esempio, se nel 2020 si sono fatti il 20% di esami in meno, il numero di mesi standard è uguale a $0,20 \times 12 = 2,4$.

Pertanto, a fine anno 2020, si registravano riduzioni di attività contenute che non superavano il 17-18% di riduzione sia degli inviti che delle persone esaminate, eccetto per lo screening della cervice uterina la cui riduzione era di 33-38% (un po' meno considerando l'effetto della transizione da Pap test ad HPV test). Nel corso del 2021 si è registrato un ulteriore recupero.

Per quanto concerne lo screening mammografico (fascia dai 45 ai 74 anni), laddove a dicembre 2020 si registrava una riduzione del 17-18% sia degli inviti che delle persone esaminate, a fine 2021 si evidenziava solo un 3% di riduzione delle persone esaminate.

Per lo screening del collo dell'utero a fine 2021 si recuperava qualcosa con una riduzione del 25-27% sia di inviti che di esami effettuati, anche questa un po' sovrastimata.

Nello screening del colon retto a dicembre 2020 vi era una riduzione del 5% degli inviti e del 13% delle persone esaminate, mentre a fine 2021 si rilevava, nel complesso, un maggior numero di inviti ed esami nel biennio 2020-2021 rispetto all'attività 2019x2. Tuttavia, come anche per gli altri due screening, il dato complessivo regionale non permette di evidenziare le difficoltà di recupero riscontrate in alcune Aziende Sanitarie, proprio perché in altre Aziende il recupero è stato totale, a volte anche superando l'attività registrata nel 2019.

La regione Emilia-Romagna effettua ogni anno una rilevazione puntuale dei dati di screening a fine giugno e a fine dicembre; pertanto, sono già disponibili i dati a fine 2021 (tabella 23).

Tabella 23. Rilevazione regionale da schede puntuali al 01/01/2022.

	Estensione degli inviti	Copertura della popolazione (programma di screening)
mammella (45-74 anni)	99,1%	69,4%
cervice	97,8%	63,3%
colon retto*	93,2%	50,6%

**dati aggiornati al 30/11/2021.*

La puntuale è un debito informativo semestrale regionale realizzato ad hoc che consente di “fotografare” alla data di riferimento la situazione di tutta la popolazione degli screening nelle fasce di età interessate. L’estensione degli inviti è l’indicatore che esprime la capacità del programma di rispettare la tempistica programmata delle chiamate.

Il valore di estensione indica la percentuale di popolazione bersaglio che, al momento della rilevazione, risulta aver eseguito un test in screening secondo la cadenza indicata, o comunque essere stata invitata per eseguirlo, oppure essere stata esclusa definitivamente dall'invito per ragioni codificate e documentate. I programmi che sono regolari con gli inviti e aggiornano frequentemente la popolazione bersaglio hanno valori vicini al 100%.

La copertura della popolazione da parte del programma di screening indica la percentuale di popolazione bersaglio eleggibile per l'invito che ha eseguito un test in screening secondo la cadenza prevista per ciascuna classe di età.

Misure da intraprendere nel corso del 2022

1. Analisi del fabbisogno da recuperare e programmazione e implementazione per fasi temporali (cronoprogramma)

Ricoveri chirurgici programmati

Relativamente all'ambito ospedaliero, la casistica dei ricoveri chirurgici programmati da recuperare al 01/01/2022 è stata calcolata tenendo conto delle posizioni in LDA non erogate durante il periodo 2020-2021; la casistica già in parte recuperata è stata classificata secondo quanto previsto nelle indicazioni ministeriali.

I dati della casistica residua da recuperare sono riportati in Tabella 24.

Tabella 24. Prenotazioni con tempo massimo superato nel biennio 2020-2021 in lista al 01/01/2022.

Fonte dati SIGLA

Complessità	Priorità				Totale
	A	B	C	D	
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	1.269	3.857	7.544	1.822	14.492
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	2.196	3.992	9.297	3.809	19.294
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	914	5.366	14.919	8.378	29.577
Nessuna classe	749	1.452	1.256	471	3.928
Totale	5.128	14.667	33.016	14.480	67.291

La prima fase dovrà riguardare prevalentemente il recupero degli interventi relativi alle patologie oncologiche e degli interventi legati a patologie maggiori.

Il piano prevede, quindi, il complessivo recupero di tutti gli interventi, tenendo conto della classe di priorità clinica assegnata, della classe di complessità per raggruppamento DRG e del tempo di attesa maturato.

Rispetto alla casistica da recuperare, riportata in tabella 24, il piano prevede durante il primo semestre 2022 lo smaltimento del 65% delle posizioni in classe di priorità A e classe di complessità 1, 2 e 3. Si prevede nello stesso periodo lo smaltimento del 45% delle posizioni in Classe B di complessità 1, 2 e 3, e del 40% delle classi C e 30% delle classi D tenuto conto della diversa consistenza della casistica per classe.

Durante il secondo semestre 2022, si prevede il completo smaltimento delle classi A, lo smaltimento dell'80% delle Classi B, lo smaltimento dell'85% delle classi C ed uno smaltimento del 65% delle classi D. Durante il 2023 si pone come obiettivo il recupero totale delle restanti posizioni in lista. Il raggiungimento degli obiettivi verrà monitorato trimestralmente

Specialistica ambulatoriale

Rispetto alla specialistica ambulatoriale, si cercherà di incrementare l'offerta per ritornare all'erogato del 2019 (anno ipotizzato a regime) entro il 31/12/2022. Si precisa che, compatibilmente con le risorse a disposizione e con la contrazione dell'emergenza sanitaria, viene effettuato un monitoraggio mensilmente con la collaborazione delle Aziende sanitarie.

Il fabbisogno di prestazioni da recuperare rilevate al 01/01/2022 si stima essere il differenziale dell'erogato 2021-2019 al netto del laboratorio pari a 1.726.095 prestazioni (fonte aziende sanitarie). Tale fabbisogno è stato dichiarato nella scheda allegata al piano operativo trasmesso al Ministero in data 31 gennaio 2022, con anche il dettaglio delle modalità organizzative previste per il recupero.

Di seguito la scheda:

STIMA DELLE PRESTAZIONI NON EROGATE (MDS)			
INDICATORE	FONTI INFORMATIVA		
DIFFERENZIALE 2019-2021 VOLUMI DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	fonte aziende sanitarie		1.726.095 (totale specialistica al netto del laboratorio)
STIMA DELLE PRESTAZIONI RECUPERABILI ANNO 2022 (REGIONI/P.A)			
CRITERI DI PRIORITA'	FONTI INFORMATIVA		
1 Prime visite e diagnostica per il paziente oncologico	dati da CUP regionali /aziendali		prestazioni garantite
2 Visite di controllo (follow up oncologici, cronici, patologie rare, salute mentale)	dati da CUP regionali /aziendali		prestazioni garantite
2 bis Eventuali prime visite ritenute prioritarie (diverse da quelle elencate nel PNGLA)	dati da CUP regionali /aziendali		comprese nella tabella sottostante
3 Altre prestazioni monitorate dal PNGLA (*)	Monitoraggio liste di attesa ex ante (gennaio 2022) (*) VEDI foglio di dettaglio prestazioni		comprese nella tabella sottostante
IL PIANO DOVRA' INDICARE IL VOLUME DI PRESTAZIONI DA RECUPERARE SECONDO LA PRIORITA' DEFINITA.			
DEFINIZIONE PIANO OPERATIVO DI RECUPERO (REGIONI/P.A)			
MODALITA' ORGANIZZATIVE	VOLUME DI PRESTAZIONI (numero prestazioni da effettuare anno 2022)	% RECUPERO STIMATA SUL TOTALE	FINANZIAMENTO STIMATO
PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	1.054.994	61%	11.721.072
INCREMENTO MONTE ORE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA INTERNA	225.792	13%	2.066.527
COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	281.303	16%	4.392.224
Altro	164.006	10%	689.725
RICORSO ALLA TELEMEDICINA PER LE VISITE DI CONTROLLO	72.533 -		0
IL PIANO DOVRA' SVILUPPARE LE MODALITA' ORGANIZZATIVE INDIVIDUATE NELLA SCHEDA SINTETICA, SPECIFICANDO I VOLUMI DI PRESTAZIONI CHE SI STIMA POSSANO ESSERE RECUPERATI CON CIASCUNA DI ESSE.			
IL PIANO DOVRA' ESSERE CORREDATO DI CRONOPROGRAMMA DI ATTUAZIONE.			
MODALITA' MONITORAGGIO (MDS)			
INDICATORE	FONTI INFORMATIVA	TIMING	
VOLUME PER TIPO DI PRESTAZIONE RECUPERATE NEL PERIODO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale	
VOLUME DI PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME DI TELEMEDICINA, PER TIPO DI PRESTAZIONE	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale	
SPESA SOSTENUTA PER IL RECUPERO (IN TERMINI DI COMPETENZA), PER MODALITA' ORGANIZZATIVA	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale	

In questo fabbisogno sono comprese anche le prestazioni monitorate per i tempi di attesa.

Le visite e le prestazioni diagnostiche per i pazienti oncologici e per i follow up dei pazienti per patologie croniche, per le patologie rare e per la salute mentale sono state sempre garantite, si ritiene pertanto non doverle prevedere nel fabbisogno da recuperare.

Rispetto all'effettiva quota di prestazioni che dovrà essere implementata, si ipotizza di recuperare il 50% dell'attività entro settembre 2022 ed il restante 50% entro dicembre 2022. Ciò dovrà inevitabilmente essere conciliato con le azioni intraprese a livello regionale, che mirano ad un miglioramento della appropriatezza prescrittiva attraverso il governo della domanda e il potenziamento del percorso di presa in carico del paziente.

Le attività di cui al Piano di recupero per le liste d'attesa, trasmesso con nota DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 86046.U del 31/01/2022, saranno oggetto di monitoraggio e verifica mensile internamente ai servizi regionali, nonché di confronto costante con le Aziende sanitarie.

Screening oncologici

Nonostante gli evidenti buoni risultati a livello regionale, occorre certamente mantenere alta l'attenzione per garantire il regolare proseguimento dei programmi di screening, evitando che la persistenza dell'ondata pandemica non consenta un totale recupero del ritardo nell'invito alla popolazione, ad oggi non significativo, e si tramuti in un effetto clinico sfavorevole nella prevenzione e diagnosi precoce dei tumori oggetto di screening. Contemporaneamente, è molto importante continuare a promuovere l'adesione agli screening, nonostante l'ondata pandemica e soprattutto la sua persistenza renda difficoltoso il completo recupero e costringa i programmi a una frequente riorganizzazione.

L'analisi del fabbisogno da recuperare nel 2022 è stata effettuata considerando la differenza tra persone invitate ed esaminate nel 2020 e 2021, rispetto all'attività standard (anno 2019 x2), considerando solo le Aziende Sanitarie che mostravano ancora un ritardo. Vi sono infatti alcuni programmi che erano già completamente in pari a fine 2021, avendo invitato/esaminato anche più persone rispetto all'attività 2019 utilizzata come confronto. La scheda screening, riporta dunque il totale di inviti (93.932) ed esami (82.092) da recuperare nel 2022 per i tre screening e le prestazioni di II livello (4.387) associate al recupero di persone da esaminare con test di screening positivo. I rispettivi dati suddivisi nei tre screening sono:

- screening mammografico 17.034 inviti, 28.214 esami di I livello e 1.693 di II livello;

- screening cervice uterina 46.169 inviti, 38.137 esami di I livello e 1.907 di II livello;
- screening colon retto 30.729 inviti, 15.741 esami di I livello e 787 di II livello.

2. Programmazione delle attività di recupero nei tre livelli assistenziali (ricoveri chirurgici programmati, specialistica, screening oncologici)

Ricoveri chirurgici programmati

In coerenza con quanto previsto con la DGR n. 272 del 14/03/2017, la strategia regionale per il recupero delle liste di attesa ospedaliere è stata sviluppata durante il periodo pandemico seguendo una gamma di azioni articolate su diversi fronti:

Strategie per il governo dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato

Tale attività è demandata ai Responsabili Unici Aziendali (RUA) che garantiscono il presidio della organizzazione aziendale affinché venga assicurata uniformità di accesso e trasparenza nonché l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili. È previsto che i RUA dispongano controlli sulle relazioni fra attività libero professionale e attività istituzionale e sul corretto rapporto, specifico per intervento, fra interventi urgenti e programmati. A tal fine i RUA vigilano sulle attività, presidiando il sistema informatizzato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato (SIGLA), al fine di garantire: una gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione; la definizione dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali; la finalizzazione delle risorse, ivi compresa la committenza verso le strutture private accreditate, al superamento delle criticità in materia di liste di attesa.

La Regione coordina l'attività dei RUA, attraverso riunioni periodiche e un monitoraggio condiviso dei dati aziendali.

A partire dal 2017 e con una revisione dal 2020 è stato introdotto un sistema integrato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, SIGLA-Sistema Integrato Gestione Liste di Attesa- (portale regionale), che nel 2020 è diventato un flusso integrato con gli altri flussi regionali. Tale sistema integra in maniera prospettica le informazioni provenienti retrospettivamente dall'analisi del flusso SDO. Ciò al fine di garantire una gestione prospettica

dei dati relativi alle attese per le prestazioni di ricovero programmato, funzionale anche alla individuazione tempestiva di criticità e relative soluzioni, a livello regionale si ribadisce l'uso del sistema SIGLA, alimentato dalle procedure informatizzate aziendali, sviluppato e mantenuto a cura della società in house regionale.

In coerenza con quanto indicato dalla normativa nazionale e dal PNGLA, l'obiettivo di riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero programmato è prioritario per le prestazioni correlate alle patologie neoplastiche, alla protesi d'anca ed alle prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale (regime di ricovero diurno: chemioterapia; coronarografia; biopsia percutanea del fegato; emorroidectomia; riparazione di ernia inguinale. regime di ricovero ordinario: by pass aortocoronarico; angioplastica carotidea; endarterectomia carotidea; tonsillectomia), secondo la suddivisione nelle quattro classi di priorità di seguito riportate in tabella 25:

Tabella 25. Tipologia di classi di priorità assegnabili ad ogni posizione in lista e criteri di valutazione

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
CLASSE A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente tanto da diventare emergenti o da determinare una compromissione della prognosi
	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

CLASSE B	rapidamente
CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né può l'attesa, diventare una pregiudiziale per la prognosi
CLASSE D	Ricovero che non richiede la definizione di una attesa massima: casi clinici senza dolore o disfunzione o disabilità. La prestazione va comunque garantita entro i 12 mesi.

Miglioramento della capacità produttiva

Il perseguimento del potenziamento della capacità produttiva è reso possibile attraverso una serie di attività finalizzate alla razionalizzazione delle risorse strutturali, tecnologiche e umane, attraverso:

a) l'integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle sale operatorie risponde in primo luogo ad un criterio di trasparenza nella gestione degli accessi alle prestazioni di ricovero programmato; b) l'assegnazione delle risorse operatorie sulla base della consistenza e della criticità delle liste di attesa per disciplina, patologia e/o classe di priorità può essere realizzata anche attraverso modalità organizzative che rispondano a un'ottica di utilizzo ottimale delle piattaforme logistiche di ambito provinciale; c) nelle situazioni in cui sia garantito il pieno utilizzo delle sale operatorie e permangano criticità nelle liste di attesa, è previsto l'utilizzo su sei giorni, anche per attività chirurgica programmata, delle sale operatorie; d) governo dei rinvii di interventi già

programmati entro 48h, attraverso una corretta, condivisa ed omogenea gestione dei percorsi di valutazione preoperatoria e di chiamata dei pazienti e) attuazione di sinergie di rete per la garanzia dei tempi di attesa che prevedano, in ambito provinciale, il rafforzamento di sinergie di rete in primo luogo all'interno della rete ospedaliera pubblica e con il privato accreditato che insiste nell'area territoriale di competenza.

Appropriatezza

Come per le prestazioni ambulatoriali, anche per le prestazioni di ricovero programmato gli aspetti relativi alla appropriatezza assumono un rilievo diretto rispetto alla garanzia di corretto utilizzo delle risorse e governo dei tempi di attesa. In particolare, viene data enfasi alle seguenti dimensioni:

- a. Valutazione multidisciplinare in oncologia*
- b. Volumi ed esiti*
- c. Standardizzazione dei percorsi pre-operatori e di gestione peri-operatoria*
- d. Governo dei criteri di assegnazione alle classi di priorità*
- e. Analisi comparativa tassi specifici di utilizzo*
- f. Trasferimento delle prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario o di ricovero diurno al regime ambulatoriale in coerenza con la DGR 2040/2015 e DGR 1003/2016*
- g. Migliorare la presa in carico del paziente predisponendo percorsi clinici univoci e standardizzati per patologie ad alta prevalenza.*

Coerenza fra volumi erogati in regime istituzionale e liste di attesa e svolgimento dell'attività libero-professionale

Il corretto rapporto fra attività istituzionale ed attività libero professionale previsto dalle normative viene garantito e monitorato, prevedendo il blocco dell'attività libero-professionale nei casi che presentino criticità permanenti nel corretto rapporto fra volumi erogati istituzionalmente e in regime di libera professione e/o nei tempi di attesa. Relativamente alla trasparenza dei percorsi, le Aziende garantiscono il monitoraggio comparativo dei tempi di attesa dei ricoveri in

relazione all'accesso a partire da prestazioni istituzionali o prestazioni in regime libero professionale, assicurando che non vi siano differenze nei tempi di attesa, per classi di priorità, fra le due tipologie di prestazione.

Accordi regionali con il privato accreditato

Le Aziende sono tenute ad attivare a livello locale, in applicazione degli accordi sottoscritti a livello regionale con le associazioni del privato accreditato, tavoli di integrazione pubblico-privato finalizzati al miglioramento della accessibilità alle prestazioni di ricovero programmato e alla definizione di modalità omogenee in materia di:

- percorsi chirurgici e di valutazione preoperatoria anestesiológica;
- appropriatezza;
- organizzazione delle liste d'attesa.

Comunicazione al paziente

Tale obiettivo viene perseguito tramite una triplice attività: da un lato vengono adottate modalità di semplificazione dell'accesso, con omogeneizzazione delle procedure di accesso alle prestazioni di ricovero programmato secondo principi di trasparenza e semplificazione. Tali procedure garantiscono una gestione centralizzata, al fine di garantire percorsi uniformi di accesso alle prestazioni di ricovero programmato di livello aziendale; dall'altro, si prevede che le aziende predispongano materiali informativi uniformi, inerenti alle modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato. Si prevede inoltre che venga consentito al paziente di visualizzare la propria posizione in lista rispetto alla priorità; infine, è previsto il perseguimento di modalità comunicative uniformi, che prevedono la comunicazione della data/periodo previsto per il ricovero, al momento della iscrizione in lista, rappresenta un diritto per i cittadini e deve pertanto essere un obiettivo verso il quale far convergere tutte le diverse azioni messe in campo per il miglioramento dell'accesso alle prestazioni programmate

L'architettura organizzativa sopra descritta ha consentito la sostanziale tenuta del sistema di governo delle liste d'attesa lungo il biennio 2020-2021, e permette di ipotizzare, per l'anno 2022, un recupero incrementale rispetto a quanto già ottenuto nel periodo precedente, secondo la metrica

riportata nelle Linee di Indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2.

Le fasi di recupero stimate sono rappresentate dal recupero totale di tutte le Classi A e B entro il primo semestre 2022, sempre durante il primo semestre è previsto il recupero di almeno il 30% delle classi C e del 10% delle classi D, il resto della casistica verrà recuperata entro il secondo semestre del 2022.

Nello scorrimento della lista sarà seguito per quanto organizzativamente possibile l'ordine di priorità e la classe di DRG a più alta urgenza/complessità.

Specialistica ambulatoriale

Le Aziende sanitarie, dopo aver recuperato entro dicembre 2020 la totalità delle prestazioni sospese nella prima fase pandemica (circa 1.600.000), nel 2021, si sono trovate a dover gestire una ridotta capacità produttiva a causa, principalmente, della difficoltà a reperire gli specialisti, molti dei quali impegnati esclusivamente nell'emergenza covid e, a causa della riduzione del numero di prestazioni erogabili in un'ora per la necessità di distanziare gli accessi alle strutture, procedere alla sanificazione degli ambulatori ed evitare il rischio di contagio.

A fronte del termine dell'emergenza sanitaria, per affrontare le criticità riscontrate nell'ultimo biennio, vi è l'obiettivo di tornare a regime attraverso il potenziamento delle azioni e delle strategie indicate a livello regionale finalizzate all'aumento della capacità produttiva e miglioramento dell'appropriatezza della domanda in modo da riuscire a **garantire l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale entro i tempi standard previsti**.

Di seguito si elencano i settori di intervento prioritari:

Aumento della produzione e razionalizzazione dell'offerta

A fronte di un evidente calo della capacità produttiva negli anni 2020 e 2021, occorre predisporre un piano di incremento di prestazioni da parte degli specialisti e/o privati accreditati.

Tale incremento di prestazioni può avvenire:

- aumento della capacità produttiva

- incremento del numero prestazioni/ora ovvero con il ripristino del tempario dell'epoca pre-Covid.

È necessario inoltre condividere modalità uniformi affinché, le Aziende USL in ciascun ambito territoriale, in integrazione con le AOU e/o IRCSS, procedano ad una segmentazione dell'offerta garantendo una puntuale programmazione dell'attività (con distinzione dei primi accessi e degli accessi successivi, secondi livelli, DSA, PDTA aziendali e regionali) includendo nella contrattazione anche il privato accreditato, se necessario.

Inoltre, è necessario che ai fini della garanzia del tempo di attesa per le prestazioni di primo accesso, siano tenuti in considerazione anche gli aspetti legati alla distribuzione territoriale dell'offerta, definendo ambiti di garanzia il più possibile coerenti con i principi di prossimità e raggiungibilità della struttura sanitaria da parte del cittadino.

Una particolare situazione è rappresentata dai punti prelievo, per i quali con la DGR n. 14 del 10/01/2022 "Revisione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento per l'attività/funzione dei punti prelievo" è stata rivista la possibilità di eseguire l'attività anche senza la presenza fissa del medico negli orari di apertura. Ciò consente da un lato di ampliare la disponibilità di strutture erogatrici e dall'altro di consentire l'impiego dei professionisti in attività finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa.

Miglioramento dell'appropriatezza

Per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, al fine di migliorare il livello di appropriatezza prescrittiva e la congruità clinica tra quanto necessario e quanto effettivamente erogato, la Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con le Aziende sanitarie, sta definendo percorsi di accesso alle visite specialistiche e alla diagnostica, per le diverse classi di priorità.

I criteri clinici vengono individuati assicurando una coerenza con quelli già definiti nel Manuale RAO (allegato C del Piano Nazionale di governo delle liste di attesa 2019-2021) e condivisi con gli specialisti aziendali delle rispettive discipline interessate oltre che con i medici di medicina generale.

È quindi opportuno che le indicazioni così formalizzate siano oggetto di una diffusione capillare attraverso un piano di formazione destinato a tutti i medici prescrittori (Medici di base e specialisti) oltre che agli operatori dei CUP.

I criteri, così condivisi, sono il punto di riferimento sulla base del quale i sistemi cartella clinica di MMG, PLS vengono adeguati in particolare implementando percorsi di prescrizione guidata, ovvero sistemi di aiuto alla prescrizione che in relazione al sospetto diagnostico individuato consentano la scelta appropriata della priorità.

In particolare, ciò deve avvenire in maniera conforme alle specifiche di implementazione di queste funzionalità previste a livello regionale su cartella SOLE (cartella regionale in uso ai MMG), specifiche rese pubbliche per tutti i fornitori di software.

L'esito del lavoro di approvazione dei protocolli da parte del Settore Assistenza territoriale in collaborazione con le aziende sanitarie, (avviato con nota regionale prot. 0282714.U del 21 marzo 2022), è rappresentato da un documento contenente per ciascuna prestazione analizzata, una sezione descrittiva delle condizioni cliniche di accesso e una scheda riassuntiva, che in versione ufficiale, sono rese disponibili sul portale ER-salute alla pagina <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/visite-ed-esami/accesso-appropriato> al fine di garantirne il costante aggiornamento.

Inoltre, come meglio descritto in seguito, anche, l'utilizzo della telemedicina, in particolare il teleconsulto tra i medici di base e gli specialisti, rappresenta uno strumento fondamentale per governare l'appropriatezza affinché il ricorso alle visite specialistiche o alla diagnostica sia preventivamente concordato tra i professionisti.

Presenza in carico assistenziale

In questi anni le Aziende Sanitarie hanno mantenuto costantemente l'impegno di mettere in campo azioni volte a contenere i tempi di attesa dei primi accessi, con conseguente facilitazione dell'accesso da parte dei cittadini ai servizi sanitari.

Con il "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019_2021" (DGR n. 603 del 15/04/2019) sono stati definiti importanti elementi di novità in ordine al bisogno di potenziare la presa in carico da parte dello specialista, la relativa prescrizione delle prestazioni, la loro prenotazione e la conseguente rendicontazione.

In generale le prestazioni richieste, a seguito di un primo accesso, devono essere prescritte direttamente dallo specialista, sia nel caso in cui prenda direttamente in carico il paziente, sia per gli

approfondimenti diagnostici che reputa necessari per completare la diagnosi, senza che il cittadino sia rimandato al MMG/PLS per la compilazione della prescrizione.

Tale modalità rappresenta uno strumento efficace, oltre che per la semplificazione dell'accesso da parte del cittadino, anche per favorire un'appropriatezza prescrittiva e quindi erogativa che si è resa ancora più necessaria da quando, a fronte dei periodi altalenanti di emergenza sanitaria da COVID-19, abbiamo assistito ad una contrazione delle risorse ed in particolare ad un calo di personale medico specializzato.

Anche in questo caso è prioritario quindi prevedere un piano di formazione destinato a tutti i medici prescrittori (Medici di base e specialisti) oltre che agli operatori CUP, ed è fondamentale che tutti i sistemi informatici di prescrizione e prenotazione siano adeguati alle specifiche regionali.

In particolare, è necessario assicurare un presidio aziendale sugli applicativi di prescrizione interni al fine di uniformarne le specifiche a quelle utilizzate a livello regionale per l'applicativo cartella SOLE. Inoltre, è fondamentale il potenziamento di strumenti che garantiscono la possibilità di prenotare tra Aziende diverse, attraverso un sistema di integrazione o un sistema unico regionale di prenotazione, in modo da garantire la corretta gestione dei PDTA aziendali o regionali.

Al fine di uniformare la gestione e l'implementazione delle diverse tipologie di presa in carico sono state date indicazioni con nota 0282798.U del 21/03/2022 (*"Assistenza specialistica ambulatoriale. Presa in carico del paziente da parte dello specialista. Indicazioni alle Aziende sanitarie"*).

PDTA e percorsi DSA

Al fine di potenziare tutti gli aspetti legati alla presa in carico, è necessario recepire in modo uniforme le regole di accesso dei PDTA definiti a livello regionale.

È inoltre necessario un maggior presidio dei percorsi di Day service ambulatoriali attraverso una identificazione univoca, funzionale anche a tenere maggiormente traccia di questa particolare attività nel flusso informativo della specialistica ambulatoriale.

Coinvolgimento del Privato accreditato

Negli ultimi anni il privato accreditato ha collaborato con il servizio sanitario regionale per garantire un incremento di disponibilità fornendo quindi un supporto al contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni di primo accesso. A partire dal 2022, si intende sperimentare progetti che prevedano,

ove necessario, una più stretta collaborazione tra Aziende sanitarie pubbliche e i privati accreditati non solo per l'erogazione di prestazioni utili a coprire il fabbisogno dei primi accessi, ma anche per estendere e consolidare i percorsi di integrazione ospedale/territorio e garantire maggiore continuità assistenziale.

Telemedicina

Con la deliberazione di giunta regionale n. 1227 del 02/08/2021 'Indicazioni in merito all'erogazione di servizi di telemedicina nelle strutture del Servizio sanitario regionale, in applicazione all'Accordo Stato Regioni del 17 dicembre 2020 - Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina' sono stati avviati i servizi di telemedicina in ambito specialistico e territoriale per l'effettuazione di teleconsulti e televisite.

La diffusione del fenomeno epidemico COVID-19 dall'inizio del 2020 ha comportato da un lato forti limitazioni della mobilità da parte dei pazienti, soprattutto in periodi di picco, dall'altro la necessità di una generale riconfigurazione dell'offerta assistenziale anche a causa delle disposizioni igieniche finalizzate al contenimento del contagio da SARS-CoV-2. Tali fattori hanno avuto ripercussioni notevoli sulla possibilità di erogare prestazioni specialistiche ambulatoriali con gli stessi volumi di attività pre-pandemici.

Da ciò è emersa la necessità di sviluppare modalità alternative a distanza per la garanzia della continuità assistenziale dei pazienti impossibilitati ad accedere alle strutture nei tempi di follow-up previsti.

Le difficoltà determinate dalla pandemia COVID-19 e il ricorso a strumenti di telemedicina hanno rappresentato un'opportunità per ampliare l'offerta assistenziale anche per il periodo post-pandemico, facilitando l'accesso ai servizi sanitari anche ai cittadini impossibilitati a recarsi presso la struttura, oppure residenti in aree remote o altre regioni.

Inoltre, il ricorso alla telemedicina, in particolare per il teleconsulto tra i medici di base e gli specialisti, rappresenta uno strumento fondamentale per governare l'appropriatezza affinché il ricorso alle visite specialistiche o alla diagnostica sia preventivamente concordato tra i professionisti. A tale scopo le aziende dovranno organizzare un servizio ad hoc, partendo dalle aree specialistiche maggiormente critiche.

Infine, occorre prevedere l'utilizzo di televisite in particolare per le branche specialistiche legate ai casi di esenzione per patologia cronica a scadenza, anche in considerazione della avvenuta dematerializzazione delle procedure per il rilascio delle certificazioni di esenzione.

Potenziamento del sistema di prenotazione e ripristino accesso diretto

Il potenziamento del sistema di prenotazione prevede innanzitutto una particolare attenzione al corretto funzionamento delle agende di prenotazione ed alla gestione dell'offerta in maniera quanto più flessibile ed ottimizzata.

In particolare, occorre ripristinare l'orizzonte temporale delle agende di prenotazione che a causa dell'emergenza ha subito notevoli contrazioni e soprattutto deve essere sempre garantita la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione delle prenotazioni come previsto dalla legge n. 266/2005.

A seguito del lavoro fatto dalle Aziende Sanitarie per ampliare l'offerta di agende su sistema CUP e per raggiungere i target previsti dal Decreto interministeriale Ministero salute e MEF - "Fondo CUP" attualmente l'intera offerta prestazionale di specialistica pubblica e privata è disponibile nel Sistema CUP. Questo rappresenta un'importante punto di partenza per garantire sempre maggiore trasparenza nell'offerta disponibile e flessibilità nell'uso delle risorse.

Considerando l'importante lavoro che si è portato avanti sul sistema di prenotazione on line, (CUPWEB regionale) che si è rivelato essenziale in questo periodo di emergenza sanitaria occorre perseguire l'obiettivo di incrementare sempre più l'offerta di prestazioni prenotabili con questo strumento. In generale, occorre mantenere funzionali tutte le modalità di prenotazione a distanza fino ad ora implementate (Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), CUPtel, CUPWeb, ecc.) secondo le diverse esigenze organizzative aziendali.

Ove possibile, è previsto l'accesso diretto alle prestazioni (senza prenotazione), con modalità organizzative che favoriscano la semplificazione e la tempestività dell'erogazione delle prestazioni.

Tempario prestazioni

I tempi dedicati all'esecuzione delle diverse prestazioni rappresentano un elemento importante di condivisione a livello regionale e di garanzia di equità assistenziale, pertanto, il tempario viene

stabilito a livello regionale in collaborazione con le aziende sanitarie ed è utile per una programmazione omogenea dell'attività in tutti gli ambiti territoriali.

In attesa, comunque, della definizione di indicazioni specifiche, le Aziende sono tenute a ripristinare il numero di prestazioni/ora vigente in epoca pre-pandemica per tutta l'attività specialistica, compresi i prelievi.

Campagna per i cittadini di sensibilizzazione all'uso responsabile dei servizi sanitari

La necessità di informare i cittadini riguardo alle modalità più corrette per usufruire delle risorse disponibili nel sistema sanitario, risulta attualmente di importanza prioritaria, proprio alla luce del fatto che queste risorse negli ultimi due anni sono state soggette a evidenti criticità, con conseguente impatto sulle liste di attesa.

Da un lato è opportuno valorizzare sempre più il rapporto di fiducia tra MMG e cittadino affinché egli sia rassicurato rispetto alle scelte e alle proposte del suo medico curante, dall'altro è indispensabile garantire una adeguata informazione riguardo a ciò che i Livelli essenziali di assistenza rappresentano e alle scelte organizzative del Servizio sanitario regionale.

Uno dei principali problemi legati all'inappropriatezza riguarda la mancata informazione dei cittadini rispetto alle regole di accesso al SSN, rispetto a ciò che il SSN è opportuno che garantisca, arrivando talvolta a contestare scelte del proprio medico o addirittura ad indirizzarle su specifiche richieste di prestazioni.

La responsabilità in merito alla corretta informazione dei cittadini riguardo a ciò che rappresenta l'offerta del SSN non può essere affidata ai soli medici di base. Pertanto, si ritiene fondamentale prevedere e potenziare una campagna di comunicazione a livello regionale che diffonda la cultura riguardo alla garanzia dei Livelli essenziali di assistenza e che favorisca il rapporto di fiducia tra i pazienti e i medici di famiglia.

Potenziamento della disponibilità di personale sanitario per la specialistica ambulatoriale

Occorre lavorare per favorire il reclutamento di personale sanitario (medico e professionisti sanitari) nel rispetto dei criteri di sostenibilità economica. Vengono inoltre promosse modalità di impiego del personale dipendente per l'erogazione di attività aggiuntiva.

Sono in corso di sviluppo modelli organizzativi innovativi con una definizione di attività tra professionisti medici e professioni sanitarie al fine di ottimizzare il sistema garantendo il rispetto e le peculiarità delle competenze a disposizione.

Ripristino Malus di cui alla Legge Regionale 2/2016

Si conferma la ripresa dell'applicazione del Malus, precedentemente sospeso per gli appuntamenti dal 23 febbraio al 31 dicembre 2020, con DGR n. 404/2020 "Primi provvedimenti per il riavvio dell'attività sanitaria programmata in corso di emergenza COVID-19. Modifica alla deliberazione di giunta regionale n. 368/2020".

È importante che le Aziende sanitarie potenzino nuovamente le strategie in uso per favorire le disdette e i cambi appuntamento, per poter riutilizzare i posti liberi e consentire al cittadino il riutilizzo della stessa ricetta senza ritornare dal medico. Nel caso in cui si presentassero nuovi picchi pandemici o altri eventi che possano determinare difficoltà organizzative tali da impedire l'avvio della gestione amministrativa delle mancate presentazioni quindi dei controlli e del procedimento sanzionatorio, è facoltà della Direzione Generale di ciascuna Azienda USL (in collaborazione con l'AOU o IRCSS di riferimento, se presenti) valutare se procedere ad una giustificazione massiva dei casi potenziali sanzionabili, mediante provvedimento aziendale che tenga conto delle difficoltà in essere.

In tal caso è opportuno comunque rendere visibili tutte le informazioni riguardanti l'applicazione della LR 2/16, già presenti prima del Covid, su tutti i fogli di prenotazione e sui portali aziendali, utili comunque a disincentivare il fenomeno degli abbandoni.

Screening oncologici

Si prevede di recuperare 80% degli inviti ed esami previsti nel 2021 nel primo semestre 2022 e il restante 20% nel secondo semestre 2022 in ciascuno dei tre screening oncologici.

3. Descrizione delle modalità organizzative delle strutture pubbliche e private accreditate individuate per la realizzazione del Piano di recupero delle prestazioni

In continuità con quanto previsto nel precedente Piano di recupero, gli strumenti di cui la Regione si avvale per il conseguimento dei propri obiettivi, in termini di recupero delle prestazioni di ricovero,

ambulatoriali e screening, con conseguente della consistenza delle liste di attesa e riduzione dei tempi di attesa per intervento chirurgico programmato o visita specialistica ambulatoriale, consistono in tre macrocategorie di seguito riportate:

- a) sviluppo dell'attività aggiuntiva del personale sanitario dipendente (simil-ALP);
- b) assunzione a tempo determinato con contratti ad hoc di personale sanitari;
- c) accordi con privato accreditato.

Tali approcci vengono successivamente articolati nelle diverse fasi previste e sui diversi ambiti assistenziali.

La disposizione di cui all'art. 1 c. 276-279 della L. n. 234/21 proroga al 31/12/2022 le misure straordinarie finalizzate a dare attuazione al Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, di cui all'art. 29 del DL 104/2020.

Per l'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 276-279 è autorizzata per la Regione Emilia-Romagna una spesa complessiva di euro 37.733.693 (di cui fino a 7.976.711 euro previsti dal c. 277 quale quota prevista per coinvolgere le strutture private accreditate nella piena attuazione del programma operativo in oggetto) a valere sul finanziamento del fabbisogno sanitario standard.

Si evidenzia che, a fronte delle risorse assegnate, la Regione Emilia-Romagna prevede, al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2, e contestualmente allo scopo di ridurre le liste di attesa, il ricorso alle prestazioni aggiuntive del personale del Servizio Sanitario Nazionale così come previsto dal CCNL, il reclutamento, limitatamente al recupero delle prestazioni ospedaliere non erogate, di personale, l'incremento, limitatamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening e nei limiti quantitativi previsti dalla norma, del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il ricorso alla committenza ad erogatori esterni, nei limiti previsti dal comma 277 della L. 243/21 e altresì lo sviluppo di progettualità specifiche con il privato accreditato finalizzate specificamente al recupero delle liste di attesa chirurgiche.

A fronte delle risorse assegnate, la Regione Emilia-Romagna prevede, al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, di ricorrere alle prestazioni aggiuntive per il 61%, all'incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna per il 13%, alla committenza di prestazioni da privato accreditato per il 16%. Inoltre, sono

previste ulteriori modalità organizzative, quali il ricorso alla telemedicina per le visite di controllo (vedi scheda 3).

La sezione scheda 2, recupero SCR screening oncologici “Definizione piano operativo di recupero (REGIONI/P.A.)”, prevede il totale recupero entro l’anno 2022 utilizzando l’assunzione/riallocazione di personale, ma soprattutto le prestazioni aggiuntive.

Obiettivi 2022

Ricoveri chirurgici programmati

Recupero della casistica chirurgica pregressa 2020 e 2021

A inizio 2021 si è reso necessario, come da richiesta ministeriale, identificare la casistica chirurgica ancora presente in lista d’attesa e rinviata durante il 2020. Tale casistica ricavata tramite SIGLA è stata individuata tra quelle posizioni in lista con data di scadenza entro il 31-12-2021, ma ancora in attesa. Una volta definita a livello regionale e dettagliata per Azienda, questa casistica viene monitorata trimestralmente ed il suo recupero è obiettivo per le Aziende della regione.

Per il 2022 la Regione si pone come obiettivo il recupero del 80% di questa casistica ed il restante 20% non oltre il 2023. Il raggiungimento degli obiettivi verrà monitorato trimestralmente.

Recupero delle performance degli interventi chirurgici monitorati

Per quanto riguarda le performance del TdA per gli interventi chirurgici oncologici, cardiovascolari e per la biopsia percutanea del fegato, l’obiettivo medio regionale del 2022 è del 90%, per gli interventi di protesi d’anca dell’85% e per la chirurgia generale del 75%.

Per la chirurgia generale a minore complessità, alcune Aziende, non in grado di recuperare autonomamente la casistica e garantire la performance media regionale, visti i volumi particolarmente elevati, prevederanno nel 2022 un aumento temporaneo di acquisizione di prestazioni dal privato accreditato, al fine di garantire volumi e performance. Il raggiungimento degli obiettivi verrà monitorato trimestralmente.

Recupero della capacità produttiva

Si prevede nel 2022 il recupero della capacità produttiva regionale al **92%** dei livelli 2019, fino ad un ripristino completo della capacità 2019 nel 2023. Le aziende concorrono a tali obiettivi in maniera diversificata, in funzione delle diverse criticità territoriali. Il raggiungimento degli obiettivi verrà monitorato trimestralmente.

Specialistica ambulatoriale

La regione si pone l'obiettivo di raggiungere l'Indice di performance del 90% per le prestazioni di primo accesso entro dicembre 2022 e valori delle performance medi regionali del periodo pre pandemico (intorno al 95%-97%) entro il 2023. Tali obiettivi saranno monitorati a livello regionale, con cadenza mensile. Le aziende possono concorrere a tali obiettivi in maniera diversificata, in funzione delle diverse criticità territoriali, e vengono monitorate in corso d'anno.

Screening oncologici

Si prevede di recuperare tutto il ritardo entro il 2022 utilizzando soprattutto prestazioni aggiuntive.

SCHEDE RECUPERO PRESTAZIONI ORGANICHE

STIMA DELLE PRESTAZIONI NON RIGIATE (MIO)

INDICAZIONE	FONTE INFORMATIVA			
	FLUSSO 500			
	A	B	C	D
Classificazione complessiva DRC chirurgici/Classe di priorità di intervento	-2.823	-1.388	-817	-234
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgici oncologici e trattamenti	-5.443	-7.330	-9.411	-3.439
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	-6.657	-12.116	-13.300	-7.025
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	-936	-209	-217	-146

STIMO DELLA LISTA AL 01.01.2022

CATEGORIA DI PRIORITA'	FONTE INFORMATIVA		DATI SINTETICI		N° strutture con liste di attesa operative (*)
	REGISTRI LA DS OSPED	REGISTRI LA DS OSPED	01.01.2022	TOTTE	
LISTE DI ATTESA PER DRC CHIRURGICI CLASSE 1 STRATEGICI PER CLASSE DI PRIORITA'	REGISTRI LA DS OSPED	REGISTRI LA DS OSPED	01.01.2022	TOTTE	
LISTE DI ATTESA PER DRC CHIRURGICI CLASSE 2 STRATEGICI PER CLASSE DI PRIORITA'	REGISTRI LA DS OSPED	REGISTRI LA DS OSPED	01.01.2022	TOTTE	
LISTE DI ATTESA PER DRC CHIRURGICI CLASSE 3 STRATEGICI PER CLASSE DI PRIORITA'	REGISTRI LA DS OSPED	REGISTRI LA DS OSPED	01.01.2022	TOTTE	
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER CLASSE DI PRIORITA'	REGISTRI LA DS OSPED	REGISTRI LA DS OSPED	01.01.2022	TOTTE	
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRC CHIRURGICI CLASSE 1 STRATEGICI PER CLASSE DI PRIORITA'	REGISTRI LA DS OSPED	REGISTRI LA DS OSPED	01.01.2022	TOTTE	

LISTE DI ATTESA PER DRC CHIRURGICI STRATEGICI PER CLASSE DI COMPLESSITA' E PRIORITA'

Classificazione complessiva DRC chirurgici/Classe di priorità di intervento	A	B	C	D
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgici oncologici e trattamenti	1.124	4.367	11.171	3.681
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	1.988	4.591	14.415	7.050
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	911	6385	29.527	15.417
Nessuna classe	720	1.149	2.892	2.172

TEMPO MEDIO DI ATTESA PER CLASSE DI COMPLESSITA' E PRIORITA'

Classificazione complessiva DRC chirurgici/Classe di priorità di intervento	A	B	C	D
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgici oncologici e trattamenti	20,3	60,2	156,7	19,50
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	14,1	39,2	140,0	22,92
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	10,3	42,7	181,0	34,92
Nessuna classe				

STIMA DELLE PRESTAZIONI RECUPERATE ANNO 2022 (Genita Romagna)

LISTE DI ATTESA PER DRC CHIRURGICI STRATEGICI PER CLASSE DI COMPLESSITA' E PRIORITA' (2021)	A	B	C	D
Classificazione complessiva DRC chirurgici/Classe di priorità di intervento	207	816	2.409	677
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgici oncologici e trattamenti	383	933	3.145	1.831
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	318	1.517	5.457	3.693
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	29	159	488	79
Nessuna classe				

LISTE DI ATTESA PER DRC CHIRURGICI STRATEGICI PER CLASSE DI COMPLESSITA' E PRIORITA' (2022)

Classificazione complessiva DRC chirurgici/Classe di priorità di intervento	A	B	C	D
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgici oncologici e trattamenti	1.032	3.044	6.135	1.145
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	1.413	3.791	12.142	6.142
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	595	3.849	9.462	4.685
Nessuna classe	729	1.297	1.070	392

LISTE DI ATTESA PER DRC CHIRURGICI STRATEGICI PER CLASSE DI COMPLESSITA' E PRIORITA' (TOTALE 2020-2022)

Classificazione complessiva DRC chirurgici/Classe di priorità di intervento	A	B	C	D
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgici oncologici e trattamenti	1.269	3.857	7.444	1.822
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	2.196	3.922	9.297	3.809
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	914	5.366	14.919	8.378
Nessuna classe	219	1.252	1.258	471

% RECUPERABILE ENDO 13.12.2022

100% 80% 85% 65%

IL PANORAMA INDOCANINE E VOLUME DI PRESTAZIONI DA RECUPERARE A PARTIRE DALLA CLASSE 1

MODALITA' ORGANIZZATIVE	DEFINIZIONE PRIMO OPERATIVO DI RECUPERO (Genita Romagna)		FINANZIAMENTO STIMATO
	PRESTAZIONI (numero interventi)	% RECUPERO STIMATO SULL TOTALE	
PROGRAMMI DI PRESTAZIONI ASSIUNTIVE	2.724,2	34%	€ 3.722.260
ASSIGNAZIONI/RIVALOCAZIONE PERSONALE	2.679,2	40%	€ 5.164.416
GOVERNANZA PRIMO AGGIORNAMENTO	6.592	10%	€ 3.384.487
ALTRE MODALITA' ORGANIZZATIVE (ACQUISIZIONE PATRIMONIALE)	12.115	17%	€ 5.359.372

IL PANORAMA SVILUPPARE LE MODALITA' ORGANIZZATIVE MOVOLANTE NELLA SCHEDE SINTETICA, SPECIFICANDO I VOLUMI DI PRESTAZIONI CHE SI STIMA POSSANO ESSERE RECUPERATI CON CASCINA DI ESSE, LA S

INDICAZIONE	MODALITA' DI MONITORAGGIO (MIO)	
	RECUPERO INFORMATIVA	TIMING
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER CLASSE DI COMPLESSITA' E PRIORITA'	RECUPERO INFORMATIVA	trimestrale
VOLUME PRESTAZIONI RIGIATE RISPETTO AL PIANO DI RIFERIMENTO STIMATO	RECUPERO AD HOC	trimestrale
% PRESTAZIONI RECUPERATE SUL TOTALE DEL PIANO DI RIFERIMENTO STIMATO	RECUPERO AD HOC	trimestrale
PREVA SOSTENUTA PER IL RECUPERO IN TERMINI DI COMPLESSITA', PER TIPO PRESTAZIONE E MODALITA' ORGANIZZATIVA	RECUPERO AD HOC	trimestrale

NOTA: nei casi di strutture con liste di attesa non informatizzate è necessario fornire i volumi (codice struttura NIS e descrizione)

COMUNICATO REDAZIONALE

Si comunica che con Legge regionale 6 luglio 2009, n. 7 (pubblicata nel BUR n. 117 del 7 luglio 2009) il Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna, dal 1 gennaio 2010, è redatto esclusivamente in forma digitale e consultabile on line. La Regione Emilia-Romagna garantisce l'accesso libero e gratuito a tutti i cittadini interessati tramite il proprio sito **<http://bur.regione.emilia-romagna.it>**

La consultazione gratuita del BURERT dal 1 gennaio 2010 è garantita anche presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico e le Biblioteche della Regione e degli Enti Locali.

Presso i Comuni della Regione è inoltre disponibile in visione gratuita almeno una copia stampata dell'ultimo numero. È sempre possibile richiedere alla Redazione del BURERT l'invio a mezzo posta di una copia della pubblicazione dietro apposito pagamento in contrassegno.