



Regione Calabria

PIANO OPERATIVO PER IL RECUPERO DELLE LISTE D'ATTESA

Art. 1, commi 276 e 279, della legge 30 dicembre 2021, n. 234

1.	Introduzione	3
1.1	Analisi normativa	3
1.2	Analisi di contesto.....	4
1.2.1	I dati ospedalieri.....	4
1.2.2	I dati di screening.....	7
1.2.3	I dati di specialistica ambulatoriale.....	9
2	Finalità	11
3	Contenuto del Piano Operativo	11
3.1	Presupposti generali	11
3.2	Contenuti specifici	12
3.2.1	Ricoveri ospedalieri.....	13
3.2.2	Prestazioni di screening oncologico	15
3.2.3	Prestazioni ambulatoriali	20
3.3	Verifica della coerenza dei Piani con le Linee di indirizzo.....	22
4.	Monitoraggio.....	22

1. Introduzione

1.1 Analisi normativa

Le problematiche legate al recupero delle liste di attesa createsi nel periodo dell'emergenza Covid-19 sono state affrontate dal Governo, con il decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito nella legge 13 ottobre 2020, n. 126.

Sulla base delle disposizioni contenute nell'art. 29, comma 1 del citato decreto, le regioni e gli enti del Servizio sanitario nazionale potevano avvalersi, sino al 31 dicembre 2020, di strumenti straordinari, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale, per il recupero dei ricoveri e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, non erogati nel periodo dell'emergenza epidemiologica.

A tale scopo, il decreto-legge n. 104 del 2020 prevedeva specifici stanziamenti, pari a 112,406 milioni di euro, destinati ai ricoveri ospedalieri, ed a circa 365,812 milioni di euro per il recupero delle prestazioni ambulatoriali.

Per la Regione Calabria sono stati stanziati 15,257 milioni di euro, di cui 11, 352 milioni di euro per il recupero delle prestazioni specialistica ambulatoriali e 3,585 milioni di euro per il recupero dei ricoveri ospedalieri. Inoltre, sono stati destinati all'incremento ore di assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna 0,319 milioni di euro.

Con nota prot. n.396861 del 2 dicembre 2020 (SiVeAS n. 220 del 2 dicembre 2020) è stato trasmesso ai fini del preventivo parere il piano operativo regionale per il recupero delle liste d'attesa di cui all'art. 29 DL 104/2020;

Con Decreto Commissariale n. 88 del 23/05/2019, si è provveduto a recepire l'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019 concernente il "Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'art. 1 comma 280, della Legge 23/12/2005, n. 266" e si è provveduto ad adottare il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) in conformità alla citata Intesa.

Nel PRGLA, in relazione alla conformazione orografica del territorio, sono individuate 3 Aree territoriali:

- a) AREA NORD: comprende le strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate afferenti all'ASP di Cosenza ed all'A.O. "Annunziata";
- b) AREA CENTRO: comprende le strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate, afferenti alle AA.SS.PP. di Catanzaro, di Crotone e di Vibo Valentia nonché all'A.O. "Pugliese-Ciaccio" ed all'A.O.U. "Mater Domini";
- c) AREA SUD: comprende le strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate afferenti all'ASP di Reggio Calabria ed all'A.O. "Bianchi-Melacrino-Morelli"

In riferimento allo screening oncologico, con DCA 137 del 28 ottobre 2020, sono state approvate le Indicazioni per la ripresa a pieno regime degli screening oncologici.

Nel decreto c.d. *Sostegni bis*, convertito dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, è stato riaffrontato il tema delle liste di attesa, prevedendo la proroga delle risorse già stanziare con il DL 104/2020 fino al 31 dicembre 2021, al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriali non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate nel 2020, a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2. Per l'attuazione di tali finalità le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare le risorse non impiegate nell'anno 2020.

Nella Legge di bilancio 2022, art. 1, commi 276-279, al fine di garantire la piena attuazione del Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa si prevede che le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, vengono prorogate fino al 31 dicembre 2022. A tal proposito, si prevede che le Regioni e le Province autonome presentano il Piano, al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, entro il 31 gennaio 2022.

In considerazione dell'attuale andamento epidemico, il cronoprogramma delle attività previste dal Piano, come indicato nelle linee di indirizzo fornite, verrà modulato tenuto conto delle specifiche misure organizzative regionali adottate per fronteggiare l'incremento della domanda di assistenza sanitaria legata all'infezione da SARS-CoV-2, sia a livello territoriale che ospedaliero.

Per l'attuazione di tali finalità è autorizzata la spesa per complessivi 500 milioni, di cui un importo massimo di 150 milioni, eventualmente incrementabile sulla base di specifiche esigenze regionali, può essere utilizzato per coinvolgere le strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Per la Regione Calabria è prevista una ripartizione autorizzata per la spesa di complessivi 15,718 milioni di euro, di cui un importo massimo di 3,292 milioni può essere utilizzato per coinvolgere gli erogatori privati.

1.2 Analisi di contesto

Allo scopo di tracciare con buona approssimazione, per il quadro di contesto nell'ambito del quale si inseriscono gli interventi volti al recupero delle prestazioni non erogate nell'anno 2020, sono di seguito riportate alcune delle principali evidenze informative relative al differenziale dei volumi delle prestazioni tra gli anni 2019-2020, emergenti dalle analisi dei database dei flussi NSIS relativi ai ricoveri ospedalieri ed alle prestazioni ambulatoriali, dall'analisi dei dati effettuate dall'Osservatorio nazionale screening, relativi alle campagne discreening oncologico attive a livello nazionale (carcinoma della cervice uterina, mammella e colon-retto).

1.2.1 I dati ospedalieri

La produzione di prestazioni ospedaliere per acuti, erogate a livello regionale negli anni 2019-2020, ha subito una riduzione del 18% (- 10.566) dei DRG chirurgici e del 24% (- 23.665) dei DRG medici.

Dalla lettura dei dati emerge che la riduzione dei ricoveri urgenti per i DRG chirurgici si attesta al 6%, mentre

per i DRG medici è pari al 22%.

Tabella 1 - Differenziale ricoveri ospedalieri anni 2019-2020 (DRG medici e chirurgici, volumi)

	DRG Chirurgici			DRG Medici		
	2019	2020	Delta (2020-2019)	2019	2020	Delta (2020-2019)
	N. Ricoveri	N. Ricoveri	N. Ricoveri DRG Chirurgici	N. Ricoveri	N. Ricoveri	N. Ricoveri DRG Medici
Ricovero programmato con preospedalizzazione	9.770	8.335	-1.435	1.378	1.274	-104
Ricovero programmato, non urgente	24.693	16.820	-7.873	24.248	16.644	-7.604
Ricovero urgente	22.872	21.614	-1.258	71.281	55.324	-15.957
Totale	57.335	46.769	-10.566	96.907	73.242	-23.665

Fonte: Elaborazione da Flusso SDO 2019-2020

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. Nella Tabella 2 sono illustrati i dati sintetici del differenziale di produzione per DRG chirurgici, stratificati per classi di complessità e di priorità al ricovero.

Con riferimento alle prestazioni di ricovero, sono individuate le seguenti classi di priorità e tempi massimi di attesa:

- classe A: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- classe B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti ne possono per l'attesa recare grave pregiudizio alla prognosi;
- classe C: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi ne possono per l'attesa grave pregiudizio alla prognosi;
- classe D: ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non presentano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Tabella 2- Differenziale del volume dei ricoveri ospedalieri programmati: DRG chirurgici per classi di complessità e di priorità al

Classificazione complessità DRG Chirurgici									
Classe Priorità di ricovero	Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti			Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo			Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità		
	N. Ricoveri			N. Ricoveri			N. Ricoveri		
	2019	2020	Delta (2020- 2019) Classe 1	2019	2020	Delta (2020- 2019) Classe 2	2019	2020	Delta (2020- 2019) Classe 3
A	5.654	4.998	-656	10.172	7.451	-2.721	5.228	4.684	-544
B	2.009	1.012	-997	2.611	1.622	-989	1.643	838	-805
C	538	268	-270	1.824	940	-884	503	245	-258
D	1.823	1.319	-504	1.290	921	-369	1.724	1.259	-465
Totale	10.024	7.597	-2.427	15.897	10.934	-4.963	9.098	7.026	-2.072

Fonte: Elaborazione da Flusso SDO 2019-2020

Nella Tabella 3 sono riportati i principali interventi chirurgici per Tumore Maligno (TM).

Tabella 3- Differenziale volumi interventi per TM anni 2019-2020

Descrizione indicatore	anno 2019	anno 2020	Delta (2020-2019)	% Delta (2020-2019)
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri	220	189	-31	-14,1%
Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	115	112	-3	-2,6%
Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	543	554	11	2,0%
Intervento chirurgico per TM tiroide: volume ricoveri	131	107	-24	-18,3%
Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri	120	124	4	3,3%
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	716	676	-40	-5,6%
Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	122	125	3	2,5%
Intervento chirurgico per TM colecisti: volume di ricoveri	17	10	-7	-41,2%
Intervento chirurgico per TM retto: volume di ricoveri	178	174	-4	-2,2%
Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri	79	75	-4	-5,1%
Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri	244	197	-47	-19,3%

Intervento chirurgico per TM laringe: volume di ricoveri	36	40	4	11,1%
Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri	3	8	5	166,7%
Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri	60	46	-14	-23,3%
Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	85	74	-11	-12,9%
Intervento chirurgico per TM pancreas: volume di ricoveri	6	26	20	333,3%
Totale	2675	2537	-138	-5,2%

Fonte: Elaborazione da Flusso SDO 2019-2020

L'analisi dei volumi delle aziende del SSR, nel periodo 2019 -2020, per gli interventi chirurgici per tumore maligno mostra una riduzione media dei volumi intorno al 5,2% con un valore massimo riscontrato negli interventi per tumore della colecisti pari a 41% e un valore minimo del 2% negli interventi di colon.

1.2.2 I dati di screening

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) ha effettuato il monitoraggio dell'andamento dei programmi di screening durante l'epidemia da Coronavirus. La sospensione delle prestazioni di screening si è verificata nei mesi di marzo e aprile 2020, ancorché in modo non omogeneo su tutto il territorio nazionale. A partire da maggio i programmi di screening risulterebbero riattivati, anche in questo caso con tempistiche, intensità e modalità diverse fra le varie Regioni e all'interno della stessa Regione.

La riduzione del numero di persone esaminate dipende non solo dalla riduzione del numero degli inviti, ma anche dalla tendenziale minore partecipazione nella fase immediatamente precedente il lockdown successivamente alla riapertura. Tale riduzione è dovuta, almeno in parte, alla elevata percezione del rischio infettivo da parte degli utenti, che può scoraggiarli dal recarsi in strutture di tipo sanitario. Dalle valutazioni riportate, a livello nazionale, è emersa una riduzione della propensione alla partecipazione che è meno accentuata per lo screening cervicale e mammografico (-15%), mentre è più elevata per lo screening coloretale (-20%). È opportuno inoltre precisare che alcune Regioni, nel tentativo di recuperare i ritardi nella erogazione dei test, si sono maggiormente concentrate nell'invito ai già aderenti e pertanto la propensione alla partecipazione potrebbe risentire di questo genere di approccio. Come per la seconda survey si conferma che non vi è stato un recupero rispetto al ritardo accumulato precedentemente, ma anzi il ritardo si è accentuato.

A livello regionale per lo **screening mammografico**, in base ai dati analizzati, nel 2020 si è registrata una riduzione di oltre 9.000 inviti rispetto al 2019, pari al 42%, mentre il numero di persone esaminate in meno è risultato di 6.167, con una flessione del 64% rispetto all'anno precedente.

Per lo **screening cervicale**, nel 2020, si è osservata una riduzione di 36.623 di inviti rispetto all'anno precedente, pari ad una riduzione percentuale del 55%. Il numero di persone esaminate in meno rispetto al 2019 è complessivamente di 11.392 unità, pari ad una riduzione del 65%.

Lo **screening coloretale** ha riportato una riduzione, nel corso del 2020, di 22.420 di inviti rispetto all'anno precedente, pari al 68%. Sono 11.392 le persone che hanno eseguito il test di screening nel 2020 in meno rispetto al 2019, con una riduzione del 81%.

La Regione Calabria nel 2019 non ha fatto segnare la migliore performance in materia di screening oncologico, infatti il relativo indicatore LEA presenta uno scostamento non accettabile. Le Aziende Sanitarie Provinciali hanno presentato un progetto operativo, ai sensi del DCA 137/2020, con cui hanno fissato gli obiettivi di estensione, adesione e copertura adeguati con il fabbisogno di prevenzione dei calabresi. Nelle tabelle sotto riportate è presente la colonna “dato progetto DCA 137” in cui è indicato il livello target di inviti e prestazioni. Pertanto, è auspicabile programmare il recupero del ritardo nella prevenzione tumori oggetto di screening istituzionale sul differenziale tra i dati del 2019 ed il target fissato per raggiungere il livello di sufficienza dell'indicatore LEA predefinito.

Tabella 4 - Dati screening Mammella

Azienda Sanitaria Provinciale	Screening Mammella							
	estensione				adesione			
	2019	2020	Delta 2020-2019	Dato progetto DCA 137/2020	2019	2020	Delta 2020-2019	Dato progetto DCA 137/2020
201 - ASP COSENZA	13.185	6.253	-6.932	49.076	3.767	1.919	-1.848	30.479
202 - ASP CROTONE	1.467	41	-1.426	11.160	917	30	-887	3.906
203 - ASP CATANZARO	4.969	1.276	-3.693	24.580	3.345	522	-2.823	14.748
204 - ASP VIBO VALENTIA	1.594	4.640	3.046	10.371	1.537	928	-609	6.441
205 - ASP REGGIO CALABRIA	0	0	0	35.397	0	0	0	21.983
Totale	21.215	12.210	-9.005	130.584	9.566	3.399	-6.167	77.557

Fonte: Elaborazione su Survey ONS - Calabria

Tabella 5- Dati Screening Cervice

Azienda Sanitaria Provinciale	Screening Cervice							
	estensione				adesione			
	2019	2020	Delta 2020-2019	Dato Progetto DCA 137/2020	2019	2020	Delta 2020-2019	Dato Progetto DCA 137/2020
201 - ASP COSENZA	2.978	273	-2.705	39.511	777	34	-743	20.379
202 - ASP CROTONE	11.820	3.372	-8.448	9.481	2.750	107	-2.643	2.370
203 - ASP CATANZARO	20.787	9.671	-11.116	19.439	4.643	2.717	-1.926	9.720
204 - ASP VIBO VALENTIA	3.150	3.477	327	8.796	2.693	1.281	-1.412	4.488
205 - ASP REGGIO CALABRIA	27.395	12.714	-14.681	29.238	6.778	2.110	-4.668	15.131
Totale	66.130	29.507	-36.623	106.465	17.641	6.249	-11.392	52.088

Fonte: Elaborazione su Survey ONS - Calabria

Tabella 6 - Dati screening Colon retto

Azienda Sanitaria Provinciale	Screening Colon retto							
	estensione				adesione			
	2019	2020	Delta 2020-2019	Dato Progetto DCA 137/2020	2019	2020	Delta 2020-2019	Dato Progetto DCA 137/2020
201 - ASP COSENZA	8.991	0	-8.991	95.058	2.000	0	-2.000	49.030
202 - ASP CROTONE	15.073	6.144	-8.929	22.828	2.286	757	-1.529	5.707
203 - ASP CATANZARO	8.092	227	-7.865	47.490	1.885	155	-1.730	23.754
204 - ASP VIBO VALENTIA	1.000	4.365	3.365	20.340	515	373	-142	10.491
205 - ASP REGGIO CALABRIA	0	0	0	68.082	0	0	0	35.116
Totale	33.156	10.736	-22.420	253.798	6.686	1.285	-5.401	124.098

Fonte: Elaborazione su Survey ONS - Calabria

1.2.3 I dati di specialistica ambulatoriale

L'analisi del flusso informativo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale evidenzia che la riduzione delle prestazioni registrata nel 2020, pari a circa il 14% del totale.

La pressione della pandemia sulle strutture pubbliche ha fatto registrare un incremento del 17% delle prestazioni erogate dalle strutture private nel 2020. Di contro le strutture pubbliche presentano un decremento pari a circa il 25%.

Nella Tabella 4 sono confrontati i volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per tipologia di erogatore e per mese negli anni 2019 -2020.

Tabella 7- Volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale per tipologia di erogatore e mese.

Mese Erogazione	struttura privata			struttura pubblica		
	2019	2020	Delta (2020-2019)	2019	2020	Delta (2020-2019)
	N. Prestazioni Specialistiche	N. Prestazioni Specialistiche		N. Prestazioni Specialistiche	N. Prestazioni Specialistiche	
1 - gennaio	515.754	536.034	20.280	1.021.390	1.098.100	76.710
2 - febbraio	488.045	465.661	-22.384	1.000.317	1.079.754	79.437
3 - marzo	448.276	186.934	-261.342	1.116.076	520.443	-595.633
4 - aprile	342.492	98.070	-244.422	906.173	371.794	-534.379
5 - maggio	428.270	630.641	202.371	1.169.019	567.659	-601.360
6 - giugno	379.572	803.075	423.503	1.006.528	814.450	-192.078
7 - luglio	332.627	547.359	214.732	981.579	937.359	-44.220
8 - agosto	197.342	339.596	142.254	740.129	659.460	-80.669
9 - settembre	365.192	467.845	102.653	1.186.276	1.017.772	-168.504
10 - ottobre	390.319	548.543	158.224	1.306.970	1.006.932	-300.038
11 - novembre	318.374	298.257	-20.117	1.125.529	628.704	-496.825
12 - dicembre	196.931	243.556	46.625	907.351	665.259	-242.092
Totale	4.403.194	5.165.571	762.377	12.467.337	9.367.686	-3.099.651

Fonte: Elaborazione da flusso specialistica ambulatoriale ex art. 50

2 Finalità

Il presente documento ha la finalità di fornire indicazioni alle Aziende Sanitarie regionali, ai fini della redazione del Piano aziendale, in coerenza con quanto definito a livello nazionale, per la redazione del Piano di recupero delle liste di attesa in attuazione dei commi 276-279 dell'art. 1 della Legge di Bilancio 2022, da presentare al Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari entro il 15 aprile 2022.

3 Contenuto del Piano Operativo

3.1 Presupposti generali

Si premette che le risorse di cui al comma 278 dell'art. 1 della legge di Bilancio 2022 devono essere finalizzate al recupero delle prestazioni sospese/non erogate a causa della pandemia e quindi esclusivamente per l'attività straordinaria di recupero. L'attività ordinaria va sostenuta con il finanziamento ordinario del SSN.

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

Il Piano operativo per il recupero delle prestazioni dovrà definire le modalità organizzative individuate dalle Aziende Sanitarie per colmare il gap assistenziale descritto nella sezione introduttiva, per le tre categorie di prestazioni individuate a maggiore priorità:

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

La pianificazione dell'attività straordinaria di recupero deve in generale realizzarsi attraverso modalità che superino l'ottica prestazionale e privilegino l'effettiva presa in carico del cittadino garantendo la conclusione del percorso diagnostico terapeutico, incluse le fasi di follow up del post-intervento chirurgico.

Inoltre, si raccomanda la rivalutazione della domanda in un'ottica di appropriatezza delle prestazioni da recuperare con il coinvolgimento dei prescrittori (medicina del territorio, specialisti, MMG /PLS).

Nella definizione delle azioni organizzative straordinarie volte al recupero delle prestazioni inserite nel Piano, si raccomanda di avvalersi delle indicazioni e degli strumenti contenuti nel *PNGLA 2019-2021*, recepito con DCA n. 88 del 23 maggio 2019, in particolare:

- vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005;
- individuazione degli ambiti territoriali di garanzia per le prestazioni di primo accesso nel rispetto del

principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa;

- organizzazione delle prenotazioni di prestazioni successive al primo accesso, che devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione (Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, integrate nel sistema CUP);
- completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP (*Decreto interministeriale Ministero salute e MEF - "Fondo CUP"*);
- gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali;
- ai sensi dell'art. 3 bis, comma 7 bis del D.lgs 502/92 e s.m. il rispetto degli impegni assunti per il superamento delle criticità legate ai tempi di attesa previsti nei Piani operativi regionali costituisce elemento prioritario di valutazione dai Direttori Generali.

3.2 Contenuti specifici

Come indicato nelle linee di indirizzo, il Piano di recupero delle Liste di attesa, nella parte introduttiva, una descrizione sintetica dei dati riferiti agli anni 2019-2020 e si prefigge di intraprendere nuove misure nel corso del 2022, per ciascuna delle tre categorie di prestazioni individuate come prioritarie, i Piani di recupero dovranno contenere:

1. l'analisi del fabbisogno di prestazioni da recuperare al 1 gennaio 2022, stimato secondo le indicazioni contenute nelle schede tecniche allegate (*Allegati 1, 2 ,3 in fase di elaborazione*);
2. la programmazione e l'implementazione per fasi temporali. La prima fase dovrà riguardare prevalentemente il recupero di tutte le prestazioni e gli interventi relativi alle patologie oncologichee gli interventi legati a patologie maggiori;
3. la programmazione delle attività di recupero nei tre livelli assistenziali (prevenzione, ricoveri, specialistica) secondo criteri di priorità applicati trasversalmente nelle tre linee in base alle specifiche necessità locali (esempio: interventi oncologici; screening; follow up);
4. la descrizione delle modalità organizzative delle strutture pubbliche e private accreditate individuate per la realizzazione del Piano di recupero delle prestazioni, con indicazione dei volumi e delle percentuali di recupero che devono raggiungere attraverso le singole linee organizzative e della quota di finanziamento attribuita a ciascuna di esse;

5. il cronoprogramma delle fasi del piano di recupero, che dovrà essere concluso entro l'anno 2022;
6. le schede sintetiche, compilate in coerenza con i contenuti descrittivi del Piano per la parte di competenza della Regione.

3.2.1 Ricoveri ospedalieri

Per la stima delle prestazioni di ricovero chirurgico da recuperare nell'arco dell'anno 2022 viene utilizzata la classificazione proposta nella Tabella 2 e nell'Allegato 1, basata su criteri di complessità della casistica DRG (Allegato 4 - Dettaglio Interventi per Classe):

- Classe 1: Chirurgia oncologica e interventi maggiori;
- Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo;
- Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità.

Ciascuna di queste categorie sarà poi stratificata in base alla classificazione di priorità attribuita ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.

Tabella 8- Differenziale N. Ricoveri 2020 - 2019

Classe Priorità di ricovero	Differenziale N. Ricoveri 2020 - 2019			
	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Totale
A	-656	-2.721	-544	-3.921
B	-997	-989	-805	-2.791
C	-270	-884	-258	-1.412
D	-504	-369	-465	-1.338
Totale	-2.427	-4.963	-2.072	-9.462

Fonte: Elaborazione flusso SDO 2019-2020

Nella tabella sopra riportata emerge la riduzione del numero di ricoveri anche per interventi di chirurgia oncologica ed interventi maggiori.

Il numero di ricoveri da recuperare ammonta circa a 9 mila. Le Aziende Sanitarie regionali, rispettando le priorità e la classificazione di complessità ed al fine di recuperare le prestazioni sospese, potenzieranno le attività per sopperire alla riduzione.

Le Aziende Sanitarie regionali dovranno quantificare e classificare secondo le suddette classi di complessità e di priorità tutti gli interventi chirurgici programmati presenti nelle liste d'attesa aziendali al 1 gennaio 2022. Si rappresenta che per una corretta definizione del piano di recupero è necessario prevedere la rivalutazione delle classi di priorità di accesso al ricovero dei pazienti già da tempo inseriti in lista di attesa.

È necessario programmare prioritariamente il recupero delle liste di attesa di tutti gli interventi relativi a patologie oncologiche e degli interventi legati a patologie maggiori, inclusi nella classe 1.

La Regione Calabria, attraverso Aziende del SSR, stima di recuperare l'80% dei ricoveri.

Rif. Scheda sintetica (Allegato 1)

Le Aziende Sanitarie limitatamente al recupero dei ricoveri ospedalieri potranno:

- a) ricorrere alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del ((contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) dell'area della sanità relativo al triennio 2016-2018 dei dirigenti medici, sanitari, veterinari)) e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale, per le quali la tariffa oraria fissata dall'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL, in deroga alla contrattazione, è aumentata, con esclusione dei servizi di guardia, da 60 euro a 80 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.
- b) ricorrere alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.
- c) reclutare il personale, attraverso assunzioni a tempo determinato di personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria veterinaria e delle professioni sanitarie, anche in deroga ai vigenti CCNL di settore, o attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, nonché impiegare, per le medesime finalità di cui al comma 1, anche le figure professionali previste in incremento ai sensi delle disposizioni di cui agli articoli 2-bis e 2-ter, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

La sostenibilità del SSN è funzione del bilanciamento tra la Domanda di Salute dei Cittadini (intesa come Lista di Attesa in coerenza con il PNGLA) e la Capacità Produttiva del sistema (intesa come numero di prestazioni erogabili in funzione delle risorse disponibili); pertanto diviene imprescindibile sviluppare sistemi di monitoraggio oggettivo di tali fenomeni, modelli organizzativi volti ad un incremento di efficienza del percorso peri-operatorio del paziente chirurgico programmato e strumenti di simulazione preventivi per identificare le strategie ottimali da implementare.

Si propone quindi, a seguito del progetto promosso dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute “Riorganizzazione dell’attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cure” e dell’emanazione del documento “Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”, di cui all’Accordo Stato Regioni n. 100 /CSR del 9 luglio 2020, di sviluppare modelli di misurazione

dei fenomeni sopra descritti per agire sul governo delle Liste di Attesa Chirurgiche attraverso modelli di efficientamento del percorso peri-operatorio, dunque sul governo della Capacità Produttiva.

Già con l’emanazione del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, si è offerto alle Regioni uno strumento utile per concorrere a garantire migliori obiettivi di cura, mediante una riorganizzazione delle reti ospedaliere anche in un’ottica di continuità ospedali-territorio, attuata secondo criteri quali la valutazione di volumi ed esiti e della strategicità delle prestazioni, delle performances e degli esiti clinici nelle diverse strutture sanitarie.

Se volumi ed esiti, riferiti a percorsi diagnostico-terapeutici, procedure ed attività cliniche, sono in molti casi misurabili attraverso l’analisi delle informazioni presenti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), più difficile risulta la misurazione strutturata e continuativa dell’utilizzo delle risorse (strutturali, tecnologiche, umane) necessarie all’organizzazione dell’attività dedicata al ricovero e trattamento di pazienti in Lista di Attesa per prestazioni chirurgiche.

Pertanto, poiché l’attività chirurgica è sicuramente una delle attività più complesse in ambito sanitario, rappresentando nel contempo l’elemento caratterizzante e di alto valore di tutte le strutture sanitarie ed anche il centro di costo più rilevante per le risorse richieste per il suo funzionamento, nonché l’attività più impegnativa anche in termini di costi per un’Azienda Sanitaria, risulta indispensabile l’implementazione di un modello di governo globale del percorso peri-operatorio.

Tale approccio si basa sullo sviluppo di due macroaree che devono prevedere modelli di Governo dei processi all’interno delle Aziende Sanitarie e a livello regionale:

- Governo di Lista di Attesa

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

- Governo della Capacità Produttiva

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

(Cfr. “Recupero prestazioni chirurgiche a seguito della pandemia da virus SARS-CoV-2” - Allegato 5)

3.2.2 Prestazioni di screening oncologico

L’insorgenza dell’epidemia di Covid-19 ha comportato, però, una modifica dell’offerta assistenziale con una divisione delle attività sanitarie ambulatoriali e di ricovero, le quali sono state suddivise in attività procrastinabili e non-procrastinabili, pertanto anche in Calabria sono stati accumulati ritardi nell’offerta di

prevenzione oncologica.

L'analisi effettuata ha già messo in luce una serie di criticità in parte determinate dalla emergenza pandemica (riduzione degli spazi fisici, dilazione dei tempi per l'esecuzione dei test) e in parte pre-esistenti a questa. Le possibili soluzioni suggerite che spaziavano da una maggiore e migliore allocazione delle risorse (tecnologiche, digitali, di personale), alla adozione di strategie di screening maggiormente orientate ad interventi di personalizzazione del rischio così come al ricorso ad approcci comunicativi adeguati allo specifico momento non sembrano aver trovato finora la sintesi e la pianificazione necessarie, ma in alcuni casi hanno generato risposte, anche al di fuori dei contesti dello screening organizzato, non appropriate né sul piano prettamente prescrittivo né dal punto di vista dell'equità.

Per sopperire alle criticità rilevate la Regione Calabria ha previsto un apposito provvedimento, DCA 137/2020 per riprogrammare le attività di screening oncologico organizzato, ai sensi del quale le aziende hanno presentato specifici progetti operativi. Tali progetti sono caratterizzati dall'individuazione di obiettivi, le relative azioni e la quantificazione delle risorse necessarie per colmare il ritardo accumulato negli anni.

Nelle seguenti tabelle sono riportati i differenziali tra gli anni 2020 – 2019, oltre al confronto con il valore target come definito nei progetti aziendali redatti ai sensi del DCA 137/2020.

Tabella 9- Differenziale Screening Mammella

Azienda Sanitaria Provinciale	Screening Mammella			
	estensione		adesione	
	Delta 2020-2019	Delta (target* - anno 2020)	Delta 2020-2019	Delta (target* - anno 2020)
201 - ASP COSENZA	-6.932	-42.823	-1.848	-28.560
202 - ASP CROTONE	-1.426	-11.119	-887	-3.876
203 - ASP CATANZARO	-3.693	-23.304	-2.823	-14.226
204 - ASP VIBO VALENTIA	3.046	-5.731	-609	-5.513
205 - ASP REGGIO CALABRIA	0	-35.397	0	-21.983
Totale	-9.005	-118.374	-6.167	-74.158

(*) Valore target DCA 137/2020
Fonte: Elaborazione da Survey ONS – Calabria

Tabella 10 - Differenziale Screening Service

	Screening Service			
	estensione		adesione	
Azienda Sanitaria Provinciale	Delta 2020-2019	Delta (target* - anno 2020)	Delta 2020-2019	Delta (target* - anno 2020)
201 - ASP COSENZA	-2.705	-39.238	-743	-20.345
202 - ASP CROTONE	-8.448	-6.109	-2.643	-2.263
203 - ASP CATANZARO	-11.116	-9.768	-1.926	-7.003
204 - ASP VIBO VALENTIA	327	-5.319	-1.412	-3.207
205 - ASP REGGIO CALABRIA	-14.681	-16.524	-4.668	-13.021
Totale	-36.623	-76.958	-11.392	-45.839

(*) Valore target DCA 137/2020

Fonte: Elaborazione da Survey ONS - Calabria

Tabella 11- Differenziale Screening colon retto

	Screening Colon retto			
	estensione		adesione	
Azienda Sanitaria Provinciale	Delta 2020-2019	Delta (target* - anno 2020)	Delta 2020-2019	Delta (target* - anno 2020)
201 - ASP COSENZA	-8.991	-95.058	-2.000	-49.030
202 - ASP CROTONE	-8.929	-16.684	-1.529	-4.950
203 - ASP CATANZARO	-7.865	-47.263	-1.730	-23.599
204 - ASP VIBO VALENTIA	3.365	-15.975	-142	-10.118
205 - ASP REGGIO CALABRIA	0	-68.082	0	-35.116
Totale	-22.420	-243.062	-5.401	-122.813

* Valore target DCA 137/2020

Fonte: Elaborazione da Survey ONS - Calabria

Inoltre, le indicazioni ministeriali che tengono conto del distanziamento sociale e delle impossibilità ad eseguire le attività diagnostiche in overbooking, hanno di fatto contratto anche l'offerta di screening, con gravi ripercussioni sulla reingegnerizzazione dei programmi di screening oncologici.

Le Aziende Sanitarie regionali hanno riprogrammato i progetti di screening oncologico, ai sensi del DCA 137 del 2020, prevedendo per ogni screening (mammella, cervice uterina, colon-retto) il fabbisogno di risorse umane e di strumentario, ma certamente il perdurare della pandemia Covid ha aggravato il ritardo della regione Calabria sulla realizzazione di tali progetti.

Il recupero delle prestazioni non eseguite a causa pandemia, dovrà prevedere il ricorso di prestazioni aggiuntive eseguite oltre l'orario di servizio, per non penalizzare il normale svolgimento delle attività routinarie.

È necessaria una collaborazione sinergica con i centri ospedalieri e i centri diagnostici accreditati, per favorire

il processo di recupero delle mancate prestazioni in periodo pandemico.

Tali prestazioni dovranno prevedere il controllo qualitativo delle prestazioni da parte dei responsabili clinici dei centri di riferimento degli screening oncologici delle ASP calabresi.

La collaborazione potrebbe anche favorire l'arruolamento attivo delle prestazioni di screening spontaneo, ad oggi non recuperabili per mancanza di personale specializzato e che dovrà essere successivamente individuato ed assegnato alle attività di screening per mantenere costanti i necessari volumi di attività.

Per favorire una adesione appropriata agli screening da parte dell'utenza è necessario siglare accordi di collaborazione con i Medici di Medicina Generale per la divulgazione dei percorsi di screening presso gli assistiti anche al fine di ridurre la quota di non responders, che in periodo pandemico ha assunto notevole peso.

Per una corretta ed attendibile valutazione del volume di prestazioni da recuperare risulta in ogni caso imprescindibile, da parte di ogni singola Azienda, fare riferimento agli elenchi della popolazione eleggibile per singolo programma di screening, nonché i criteri di inclusione adottati (residenza, domicilio, assistiti) e quelli di esclusione, nonché alle azioni di recall da effettuarsi.

È raccomandato alle Aziende di predisporre adeguate campagne di comunicazione e sensibilizzazione rispetto al tema screening/prevenzione, valorizzando e coinvolgendo le organizzazioni di cittadini e di pazienti al fine di garantire la massima risposta.

La Regione Calabria, attraverso Aziende del SSR, stima di recuperare il 90% delle prestazioni rispetto al differenziale 2020-2019, ed il 50% delle prestazioni rispetto al valore target.

Azienda Sanitaria Provinciale	Screening Mammella			
	estensione		adesione	
	Inviti da recuperare al 90% rispetto al 2019	Inviti da recuperare al 50% rispetto al target (*)	Prestazioni da recuperare al 90% rispetto al 2019	Prestazioni da recuperare al 50% rispetto al target (*)
201 - ASP COSENZA	6.239	21.412	1.663	14.280
202 - ASP CROTONE	1.283	5.560	798	1.938
203 - ASP CATANZARO	3.324	11.652	2.541	7.113
204 - ASP VIBO VALENTIA	- 2.741	2.866	548	2.757
205 - ASP REGGIO CALABRIA	-	17.699	-	10.992
Totale	8.105	59.187	5.550	37.079

(*) Valore target DCA 137/2020

Screening Cervice	
estensione	adesione

Azienda Sanitaria Provinciale	Inviti da recuperare al 90% rispetto al 2019	Inviti da recuperare al 50% rispetto al target (*)	Prestazioni da recuperare al 90% rispetto al 2019	Prestazioni da recuperare al 50% rispetto al target (*)
201 - ASP COSENZA	2.435	19.619	669	10.173
202 - ASP CROTONE	7.603	3.055	2.379	1.132
203 - ASP CATANZARO	10.004	4.884	1.733	3.502
204 - ASP VIBO VALENTIA	- 294	2.660	1.271	1.604
205 - ASP REGGIO CALABRIA	13.213	8.262	4.201	6.511
Totale	32.961	38.479	10.253	22.920

(*) Valore target DCA 137/2020

Azienda Sanitaria Provinciale	Screening Colon retto			
	estensione		adesione	
	Inviti da recuperare al 90% rispetto al 2019	Inviti da recuperare al 50% rispetto al target (*)	Prestazioni da recuperare al 90% rispetto al 2019	Prestazioni da recuperare al 50% rispetto al target (*)
201 - ASP COSENZA	8.092	47.529	1.800	24.515
202 - ASP CROTONE	8.036	8.342	1.376	2.475
203 - ASP CATANZARO	7.079	23.632	1.557	11.800
204 - ASP VIBO VALENTIA	- 3.029	7.988	128	5.059
205 - ASP REGGIO CALABRIA	-	34.041	-	17.558
Totale	20.178	121.531	4.861	61.407

(*) Valore target DCA 137/2020

Le aziende sanitarie provinciali ai sensi dell'art. 29, comma 3 del DL 104 /2020 possono:

- ricorrere alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale per le quali la tariffa oraria fissata di cui all'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL è aumentata, con esclusione dei servizi di guardia, da 60 euro a 80 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi;
- ricorrere, per le prestazioni di accertamenti diagnostici, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi;
- incrementare, in parziale alternativa a quanto indicato alle lettere a) e b) del presente comma, rispetto a quanto disposto dall'articolo 2-sexies, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n.27, il monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale

convenzionata interna, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con ore aggiuntive da assegnare nel rispetto dell'Accordo collettivo nazionale vigente.

Rif. Scheda sintetica (Allegato 2)

3.2.3 Prestazioni ambulatoriali

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

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

Si raccomanda di attivare e/o potenziare l'attività di Telemedicina per facilitare il recupero delle prestazioni secondo le indicazioni le "Indicazioni Nazionali per l'Erogazione di Prestazioni in Telemedicina".

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

La Regione Calabria, attraverso Aziende del SSR, stima di recuperare il 90% delle prestazioni.

¹Ministero della Salute "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore e disturbi gravi di personalità neuropsichiatrici e patologia di interesse neuropsichiatrico"

Tabella 12-Differenziale prestazioni specialistica ambulatoriale

	struttura privata			struttura pubblica		
	2019	2020	Delta (2020-2019)	2019	2020	Delta (2020-2019)
Mese Erogazione	N. Prestazioni Specialistiche	N. Prestazioni Specialistiche		N. Prestazioni Specialistiche	N. Prestazioni Specialistiche	
1 - gennaio	515.754	536.034	20.280	1.021.390	1.098.100	76.710
2 - febbraio	488.045	465.661	-22.384	1.000.317	1.079.754	79.437
3 - marzo	448.276	186.934	-261.342	1.116.076	520.443	-595.633
4 - aprile	342.492	98.070	-244.422	906.173	371.794	-534.379
5 - maggio	428.270	630.641	202.371	1.169.019	567.659	-601.360
6 - giugno	379.572	803.075	423.503	1.006.528	814.450	-192.078
7 - luglio	332.627	547.359	214.732	981.579	937.359	-44.220
8 - agosto	197.342	339.596	142.254	740.129	659.460	-80.669
9 - settembre	365.192	467.845	102.653	1.186.276	1.017.772	-168.504
10 - ottobre	390.319	548.543	158.224	1.306.970	1.006.932	-300.038
11 - novembre	318.374	298.257	-20.117	1.125.529	628.704	-496.825
12 - dicembre	196.931	243.556	46.625	907.351	665.259	-242.092
Totale complessivo	4.403.194	5.165.571	762.377	12.467.337	9.367.686	-3.099.651

Fonte: Elaborazione da flusso specialistica ambulatoriale ex art. 50

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

Le aziende sanitarie provinciali ai sensi dell'art. 29, comma 3 del DL 104 /2020 possono:

- ricorrere alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale per le quali la tariffa oraria fissata di cui all'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL è aumentata, con esclusione dei servizi di guardia, da 60 euro a 80 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.;
- ricorrere, per le prestazioni di accertamenti diagnostici, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi;

- incrementare, in parziale alternativa a quanto indicato alle lettere a) e b) del presente comma, rispetto a quanto disposto dall'articolo 2-sexies, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n.27, il monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con ore aggiuntive da assegnare nel rispetto dell'Accordo collettivo nazionale vigente.

Rif. Scheda sintetica (Allegato 3)

3.3 Verifica della coerenza dei Piani con le Linee di indirizzo

In osservanza del comma 279 dell'art. 1 della Legge di Bilancio 2022, il Ministero della salute e Agenas verificano i contenuti del Piano di recupero in termini di volumi e tipologie di prestazioni che dovranno essere coerenti con quanto riportato dalle presenti Linee di indirizzo.

Il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari della Regione Calabria provvederà a verificare i piani aziendali elaborati in coerenza con le presenti linee di indirizzo.

4. Monitoraggio

Il monitoraggio della realizzazione dei Piani di recupero delle prestazioni verrà effettuato, secondo le modalità e la tempistica indicate nelle schede tecniche allegate (Allegati 1, 2 ,3).

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

- tempo medio d'attesa per classe di complessità e di priorità;
- volume prestazioni erogate rispetto al fabbisogno stimato;
- spesa sostenuta (in termini di competenza) per il recupero delle prestazioni per singola modalità organizzativa.

Il Piano di recupero delle **prestazioni di screening** sarà monitorato attraverso i seguenti criteri:

- numero di inviti spediti rispetto al fabbisogno stimato;
- volume prestazioni erogate rispetto al fabbisogno stimato;
- numero soggetti esaminati rispetto al fabbisogno stimato;
- spesa sostenuta (in termini di competenza) per il recupero delle prestazioni per singola modalità organizzativa.

Il monitoraggio del recupero delle **prestazioni di specialistica ambulatoriale** avverrà attraverso l'esame dei seguenti indicatori/criteri:

- volume per tipo di prestazione recuperate nel periodo;
- volume di prestazioni erogate in regime di telemedicina, per tipo di prestazione;

- spesa sostenuta (in termini di competenza) per il recupero delle prestazioni per singola modalità organizzativa.