



**PIANO OPERATIVO STRAORDINARIO DI RECUPERO DELLE LISTE DI
ATTESA – ANNO 2025**

Sommario

INTRODUZIONE.....	2
ANALISI DI CONTESTO	5
Contesto territoriale e distribuzione dei Servizi	5
Analisi della produttività	6
Analisi mobilità passiva	7
PIANI DI RECUPERO SPECIFICI E RELATIVI CRONOPROGRAMMI	12
A. Prestazioni Ambulatoriali	13
B. Ricoveri Ospedalieri	30
RISORSE	35



INTRODUZIONE

Come noto le liste di attesa costituiscono una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, condizionando l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare in tempi congrui.

La rilevanza del fenomeno, già presente prima dell'emergenza COVID tanto da indurre la emanazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, è stata senz'altro accentuata dall'emergenza pandemica.

Il piano adottato con **DGR n.472 del 18/05/2022** recante "PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2022-2025", ha individuato gli interventi richiamando i punti specifici del Piano Nazionale di Gestione delle Liste di Attesa (PNGLA), ovvero:

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

ed ha incentrato il governo delle liste di attesa su tre cardini:

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

per i quali sono state previste azioni specifiche.

Al termine della pandemia, numerosi provvedimenti nazionali e regionali sono stati emanati finalizzati alla soluzione del problema delle liste di attesa.

Con **DGR n. 437 del 26/04/2023** è stato approvato il "Piano operativo straordinario di recupero delle liste di attesa e recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "*Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato*", sancito dalla conferenza permanente stato-regioni nella seduta del 9 luglio 2020".

Con **DGR n. 394 del 24/04/2024** è stato adottato il PIANO OPERATIVO STRUTTURALE DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA – ANNO 2024 con il quale sono state date le disposizioni per il recupero delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri chirurgici per l'anno 2024.

Con **la DGR 800/2024** è stato, pertanto, aggiornato il piano operativo di recupero delle liste di attesa ed inoltre, la Giunta regionale ha preso atto di quanto previsto all'art. 3 c. 1 della legge 107/2024 in ordine alle disposizioni riguardanti l'adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie. Con tale DGR è stata istituita l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione, come evoluzione della Task Force regionale per il governo delle liste d'attesa di cui alla DD 1125/2023.

Successivamente, con **DGR n. 70 del 30/01/2025**, preso atto dell'indicazione fornita dall'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa nella riunione svolta in data 28/01/2025, la Giunta regionale ha nominato il Responsabile Unico dell'Assistenza sanitaria dell'Umbria per lo svolgimento dei compiti e delle attività specificate dalla sopra richiamata normativa nazionale.

Come richiamato dalla DGR 70/2025, l'Art. 2, comma 5, legge 107/24, stabilisce che il RUAS:



- a. è responsabile in ordine al rispetto dei criteri di efficienza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime nonché dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento;
- b. verifica i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio da effettuare ai sensi del primo periodo e segnala le strutture che non rispettano i predetti termini per le finalità di cui al presente comma, in tema di regolazione contrattuale degli erogatori;
- c. con cadenza trimestrale, redige e invia all' Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, di cui all'Art. 2 comma 1, legge 107/24, un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste di attesa in ambito aziendale, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere;
- d. procede alla definizione di interventi formativi che garantiscono che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste di attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.

Coerentemente con le disposizioni della legge 107/2024, l'obiettivo principale del presente Piano è quello di illustrare le modalità attuative attraverso le quali la Regione Umbria risponde alle indicazioni nazionali sulla programmazione dell'offerta e riorganizzazione delle risorse interne per garantire i tempi di attesa delle prestazioni, sia di ricovero sia di specialistica ambulatoriale.

L'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa ha stabilito di fissare un incontro permanente una volta alla settimana presso la Direzione Salute e Welfare per definire le attività di programmazione per il piano operativo straordinario di recupero delle liste di attesa per l'anno 2025 e la stesura del nuovo piano di governo delle liste di attesa da redigere in linea con le indicazioni del nuovo piano nazionale in fase di adozione a livello centrale.

Per quanto attiene al piano di recupero delle liste di attesa, in una logica di trasparenza ed equità, si è stabilito di procedere con la programmazione dei seguenti recuperi:

- la pianificazione dello smaltimento dei casi inseriti in lista d'attesa chirurgica al 31.12.2024 con cronoprogramma definito dalle Aziende e il rispetto dei tempi di attesa entro gli standard previsti per i casi inseriti nell'anno 2025 in particolare per le Classi A;
- la pianificazione per la specialistica ambulatoriale dello smaltimento dei casi inseriti nei PdT anni antecedenti al 2025 e di quelli man mano generatesi nel 2025 con azioni specifiche di recupero e azioni di programmazione dell'offerta in relazione alla domanda al fine di evitare la genesi di nuovi PdT.

Si è stabilito, inoltre, al fine di affrontare il recupero delle prestazioni in lista di attesa, di utilizzare le risorse economiche relative alla produttività aggiuntiva già definite a livello nazionale per l'anno 2025 con budgettizzazione per azienda in relazione ai cronoprogrammi di recupero aziendali, sia per i ricoveri che per la specialistica ambulatoriale, e di utilizzare i residui delle risorse degli anni precedenti e finalizzate al recupero delle liste di attesa per l'acquisto delle prestazioni dal privato accreditato e convenzionato delle prestazioni di specialistica ambulatoriale inserite nei PdT.

Al fine di predisporre il piano operativo specifico per il 2025, da adottare entro marzo 2025, oltre alle riunioni di programmazione settimanale dell'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, si è stabilito di fissare degli incontri operativi quotidiani fra RUAS,



DS, RUA aziendali e PuntoZero per il controllo e monitoraggio delle attività di recupero e la definizione delle azioni da prevedere nel piano complessivo che vengono illustrate nei paragrafi successivi.

In data 18 marzo 2025 l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa si è riunita per la verifica e l'approvazione del seguente Piano Operativo Straordinario di recupero delle Liste di Attesa per la successiva da adottare con atto di Giunta regionale.

**ANALISI DI CONTESTO****Contesto territoriale e distribuzione dei Servizi**

La Regione Umbria è attualmente articolata in 12 Distretti che corrispondono alle 12 Zone Sociali come di seguito rappresentato:

Tabella n.1 - Popolazione residente e densità per distretti e Aziende USL al 1.1.2024

DISTRETTI	NUMERO COMUNI	COMUNI	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE KM. Q.	DENSITA' PER KM. Q.
ALTO TEVERE	8	Citerna, Città di Castello, Lisciano Niccone, Monte Santa Maria Tiberina, Montone, Pietralunga, San Giustino, Umbertide	74.197	988	74,9
ALTO CHIASCIO	6	Costacciaro, Fossato di Vico, Gualdo Tadino, Gubbio, Scheggia e Pascelupo, Sigillo	51.840	817	63,4
PERUGINO	3	Corciano, Perugia, Torgiano	190.736	552	346,2
ASSISANO	5	Assisi, Bastia Umbra, Bettona, Cannara, Valfabbrica	60.507	385	157,2
MEDIA VALLE TEVERE	8	Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Marsciano, Massa Martana, Monte Castello di Vibio, San Venanzo, Todi	55.454	782	70,9
TRASIMENO	8	Castiglione del Lago, Città della Pieve, Magione, Paciano, Panicale, Passignano sul Trasimeno, Piegara, Tuoro sul Trasimeno	56.526	778	72,3
AZIENDA USL Umbria n.1	38		489.260	4.302	113,7
FOLIGNO	9	Bevagna, Gualdo Cattaneo, Foligno, Montefalco, Nocera Umbra, Sellano, Spello, Trevi, Valtopina	95.041	903,41	105,2
SPOLETO	4	Campello sul Clitunno, Castel Ritaldi, Giano dell'Umbria, Spoleto	45.211	464,82	97,3
VALNERINA	9	Cascia, Cerreto di Spoleto, Monteleone di Spoleto, Norcia, Poggiodomo, Preci, Sant'Anatolia di Narco, Scheggino, Vallo di Nera	11.046	834,08	13,2
TERNI	8	Acquasparta, Arrone, Ferentillo, Montefranco, Polino, San Gemini, Stroncone, Terni	126.159	533,38	236,5
NARNI-AMELIA	12	Alviano, Amelia, Attigliano, Avigliano Umbro, Calvi dell'Umbria, Giove, Guardea, Lugnano in Teverina, Montecastrilli, Narni, Otricoli, Penna in Teverina	49.243	646,38	76,2
ORVIETO	12	Allerona, Baschi, Castel Giorgio, Castel Viscardo, Fabro, Ficulle, Montecchio, Montegabbione, Monteleone d'Orvieto, Orvieto, Parrano, Porano.	36.688	778,06	49,7
AZIENDA USL Umbria n.2	54		363.388	4.160,13	87,3
REGIONE	92		854.378	8.462,13	100,9

Dati Istat 01.01.2024

Nell'ambito di tale contesto Distrettuale sono state previste le Case della Comunità (CdC) strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili presso le quali l'utenza di riferimento entra in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a valenza sanitaria; in quanto tale, la CdC rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità. La CdC persegue



e promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, basato su un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni dell'utenza, sui principi di equità di accesso, capillarità e prossimità dei servizi, e saranno il centro degli *ambiti di garanzia*.

Analisi della produttività

L'attività assistenziale erogata nel corso del triennio 2022-2024 e nell'anno 2019 (dato pre-covid), ricomprende le linee di attività assistenziali, quali il ricovero ordinario, il ricovero diurno, le prestazioni ambulatoriali e gli accessi in Pronto Soccorso, ed è riportata nelle tabelle successive.

Le tabelle di seguito riepilogano i risultati sintetici complessivi:

Tabella n.2 - Riepilogo attività produttiva aziendale specialistica ambulatoriale escluso laboratorio – anno 2019 e triennio 2022-2024

Azienda	2019	2022	2023	2024	Delta 2024 vs 2019 (%)
201 - USL 1	1.274.322	1.078.660	1.133.317	1.142.831	-10,32%
202 - USL 2	783.450	574.115	707.980	694.184	-11,39%
901 - Azienda Ospedaliera di Perugia	644.286	570.003	618.550	639.428	-0,75%
902 - Azienda Ospedaliera di Terni (*)	311.812	284.212	311.726	318.207	+2,05%
Totale generale	3.013.870	2.506.990	2.771.573	2.794.650	-7,27%

Fonte Dati: PuntoZero e AO Terni per specifiche centraggi

L'attività seppur in ripresa dopo la flessione del Covid non è tornata ancora ai livelli di produzione pre-covid con aumento di mobilità intraregionale e mobilità passiva.

Di seguito si riporta la casistica dei DRG chirurgici prodotti dalle Strutture pubbliche dal 2019 al 2024 come volumi di attività e come volumi di produzione economica

Tabella n.3 - Riepilogo attività DRG chirurgici strutture pubbliche (struttura di dimissione) - Casistica – anni 2019 - 2024

Attività Totale		Casi						diff	diff
		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024-2019	%
[201] USL UMBRIA 1	80101 Città di Castello	3.566	2.639	2.892	3.050	3.107	3.198	-368	-10,32%
	810 Gubbio Gualdo Tadino	3.192	2.503	2.629	2.906	3.010	3.334	142	4,45%
	80102 Umbertide	1.097	867	754	638	729	693	-404	-36,83%
	80301 Castiglione del Lago	769	436	303	381	628	903	134	17,43%
	80304 Assisi	1.371	713	666	747	1.018	859	-512	-37,35%
	80307 MVT Media Valle del Tevere	1.880	677	821	1.337	1.551	1.810	-70	-3,72%
	Totale Azienda	11.875	7.835	8.065	9.059	10.043	10.797	-1.078	-9,08%
[202] USL UMBRIA 2	80501 Spoleto	2.954	1.870	1.072	1.634	1.873	1.912	-1.042	-35,27%
	80502 Norcia	0	0	1	0	1	1	1	#DIV/0!
	806 Orvieto	2.167	1.252	1.441	1.231	1.651	1.612	-555	-25,61%
	80701 Narni	1.547	904	1.622	1.160	1.124	1.314	-233	-15,06%
	80702 Amelia	16	10	11	0	0	0	-16	-100,00%
	80901 Foligno	5.798	4.622	4.729	5.060	5.361	5.608	-190	-3,28%
	80902 Trevi	0	0	0	0	1	1	1	#DIV/0!
	Totale Azienda	12.482	8.658	8.876	9.085	10.011	10.448	-2.034	-16,30%
[901] AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	901 Azienda Ospedaliera di Perugia	14.857	11.660	13.557	13.739	14.224	14.624	-233	-1,57%
	Totale Azienda	14.857	11.660	13.557	13.739	14.224	14.624	-233	-1,57%
[902] AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI	902 Azienda Ospedaliera di Terni	11.819	8.306	9.815	10.016	10.904	11.020	-799	-6,76%
	Totale Azienda	11.819	8.306	9.815	10.016	10.904	11.020	-799	-6,76%
	Totale	51.033	36.459	40.313	41.899	45.182	46.889	-4.144	-8,12%

Fonte Dati: Flusso A



Tabella n.4 - Riepilogo attività DRG chirurgici strutture pubbliche (struttura di dimissione) –Volumi produzione - anni 2019 - 2024

Attività Totale		Valore della produzione					diff		
		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024- 2019	%
[201] USL UMBRIA 1	80101 Città di Castello	12.095.261,00	10.003.858,00	11.100.241,00	10.960.050,80	10.799.135,60	11.738.643,00	-356.618,00	-2,95%
	810 Gubbio Gualdo Tadino	10.297.815,00	9.706.791,00	11.080.211,00	10.407.430,00	10.529.187,00	12.129.194,00	1.831.379,00	17,78%
	80102 Umbertide	2.295.847,00	1.658.746,00	1.467.405,00	1.293.081,00	1.552.942,00	1.365.459,00	-930.388,00	-40,52%
	80301 Castiglione del Lago	1.508.542,00	820.522,00	435.605,00	574.018,00	908.848,00	1.241.378,00	-267.164,00	-17,71%
	80304 Assisi	2.124.223,00	1.146.941,00	999.371,00	1.068.822,00	1.476.514,00	1.247.025,00	-877.198,00	-41,30%
	80307 MVT Media Valle del Tevere	4.508.852,00	1.587.989,00	1.377.630,00	2.388.510,00	2.967.171,00	3.291.900,57	-1.216.951,43	-26,99%
	Totale Azienda	32.830.540,00	24.924.847,00	26.460.463,00	26.691.911,80	28.233.797,60	31.013.599,57	-1.816.940,43	-5,53%
[202] USL UMBRIA 2	80501 Spoleto	10.523.748,00	7.505.008,00	5.056.599,00	7.115.497,00	8.000.102,00	7.988.079,00	-2.535.669,00	-24,09%
	80502 Norcia	0	0	1.658,00	0	2.029,00	1.931,00	1.931,00	#DM/0!
	806 Orvieto	8.894.156,00	4.649.210,20	5.573.947,00	5.450.781,00	6.374.568,00	6.573.947,00	-2.320.209,00	-26,09%
	80701 Narni	3.935.525,00	2.305.570,00	3.801.988,00	3.103.035,00	3.177.166,00	3.915.246,00	-20.279,00	-0,52%
	80702 Amelia	27.452,00	19.031,00	19.063,00	0	0	0	-27.452,00	-100,00%
	80901 Foligno	23.298.150,20	20.627.210,83	23.418.060,40	21.702.639,60	22.798.975,00	23.179.310,00	-118.840,20	-0,51%
	80902 Trevi	0	0	0	0	16.968,00	2.626,00	2.626,00	#DM/0!
	Totale Azienda	46.679.031,20	35.106.030,03	37.871.315,40	37.371.952,60	40.369.808,00	41.661.139,00	-5.017.892,20	-10,75%
	[901] AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	Totale Azienda	88.722.967,92	77.752.539,92	86.085.815,48	86.243.668,36	87.294.129,88	91.638.105,88	2.915.137,96
[902] AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI	Totale Azienda	57.102.059,00	46.971.483,00	53.123.326,00	54.289.014,00	57.183.617,00	56.422.574,00	-679.485,00	-1,19%
Totale	225.334.598,12	184.754.899,95	203.540.919,88	204.596.546,76	213.081.352,48	220.735.418,45	-4.599.179,67	-2,04%	

Fonte Dati: Flusso A

I dati mostrano una progressiva ripresa delle attività dopo la flessione degli anni caratterizzati dall'emergenza covid, tuttavia solo l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha complessivamente superato nell'anno 2024 la produttività dell'anno 2019.

Analisi mobilità passiva

Il trend finanziario del saldo della mobilità extraregionale della Regione Umbria dal 2016 al 2023 (Tabella n.5), relativa al complesso delle prestazioni (Ricoveri, medicina di base, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta di farmaci, trasporto con ambulanza ed elisoccorso), evidenzia un progressivo peggioramento, passando da +13,4 mln a -31,2 mln). È da evidenziare che il peggioramento è determinato principalmente dall'attività ospedaliera e rispetto all'anno 2023, ultimo disponibile per i flussi di mobilità interregionale, si evidenzia che il saldo dei ricoveri è infatti pari a -26,1 mln su un saldo complessivo di -31,2 mln, mentre la specialistica ambulatoriale ha un saldo pari a -3,6 mln.

Tabella n.5 Mobilità sanitaria interregionale- Attiva, Passiva e Saldi - Trend Fatturato anni 2016-2023

(importi all'intero di euro)												
Anni	Complesso delle prestazioni (*)			di cui Ricoveri ordinari e day hospital			di cui Specialistica ambulatoriale			di cui Somministrazione diretta di farmaci		
	Attiva	Passiva (*)	saldo	Attiva	Passiva (*)	saldo	Attiva	Passiva (*)	saldo	Attiva	Passiva (*)	saldo
2016	106.132.274	92.721.015	13.411.259	83.664.249	68.751.210	14.913.039	13.322.836	13.666.495	-343.660	6.335.433	5.766.032	569.401
2017	99.117.386	95.583.170	3.534.216	76.721.675	69.262.688	7.458.986	12.884.188	14.748.395	-1.864.208	6.357.708	6.710.116	-352.408
2018	94.872.604	95.946.264	-1.073.660	72.673.596	69.330.546	3.343.050	13.314.141	14.873.623	-1.559.482	5.907.492	6.754.647	-847.155
2019	93.442.440	96.770.740	-3.328.300	69.967.184	69.387.100	580.084	13.680.098	14.509.365	-829.267	6.711.727	7.830.996	-1.119.269
2020	74.050.894	80.643.151	-6.592.256	54.133.362	58.306.807	-4.173.445	10.084.832	12.367.729	-2.282.897	6.937.580	6.473.234	464.345
2021	75.524.048	89.048.174	-13.524.126	54.012.312	64.476.944	-10.464.632	10.494.291	13.572.189	-3.077.897	7.809.442	7.373.941	435.501
2022	80.812.434	97.776.718	-16.964.284	58.176.042	71.033.092	-12.857.051	11.201.660	14.628.830	-3.427.170	7.899.725	7.616.643	283.082
2023	81.400.331	112.518.416	-31.118.085	57.010.674	83.155.380	-26.144.706	12.473.628	16.047.208	-3.573.580	8.411.885	8.175.402	236.483

(*) Tipologie relative a tutte le attività: Ricoveri ospedalieri, Medicina Gen., Specialistica ambulatoriale, Farmaceutica, Cure termali, Somministrazione diretta di farmaci e Trasporti con ambulanza ed elisoccorso

Fonte Dati: Tabelle mobilità interregionale

Tale decremento è stato causato quasi completamente da:

- un decremento della mobilità attiva pari a circa 24, 7 mln di euro (da 106,1 mln a 81,4 mln) con una lieve ripresa di circa 0,5 mln di euro nell'anno 2023 rispetto al 2022,



- un incremento dalla mobilità passiva pari a circa 19,7 mln di euro (da 92,7 a 112,5), che ha avuto proprio un'impennata di circa 14,7 mln di euro negli anni 2022- 2023

Nel 2024 il saldo complessivo della matrice di mobilità interregionale che incide negativamente sul Fondo Sanitario regionale ammonta a - € 36.6 mln.

Nella Tabella n.6 il trend del numero dei ricoveri di mobilità attiva dal 2019 al 2023 che mostra la riduzione progressiva negli anni della casistica trattata

Tabella n.6 Mobilità sanitaria interregionale- Mobilità Attiva Ricoveri- Casi anni 2019-2023

	2019	2020	2021	2022	2023	differenza 2023-2019	%
Totale	19.112	13.566	13.947	14.671	15.038	-4.074	-21,32%

Fonte Dati: Tabelle mobilità interregionale

Per quanto riguarda il sistema pubblico il decremento ha riguardato tutte le Aziende, in misura minore la USL Umbria 1 con -1,4 mln, in misura più consistente le altre aziende in particolare l'Azienda Ospedaliera di Terni con -4,4 mln.

Nell'anno 2021, per effetto della pandemia, la mobilità attiva dei ricoveri subisce un decremento del 23%, passando da circa 70 mln del 2019 a 54 mln (Tabella n. 7), mentre la mobilità attiva delle strutture private rimane costante (circa 10 mln). Conseguentemente il decremento, pari a circa 16 mln, va imputato alle strutture pubbliche che passano da 59,6 mln a 43,5 mln. Maggiore decremento è registrato dall'Azienda USL Umbria 2 con -5,2 mln e dall' Azienda Ospedaliera di Terni con -6,6 mln; mentre Usl Umbria 1 e Azienda Ospedaliera di Perugia registrano un decremento pari rispettivamente a - 3 mln e - 1,2 mln.

L'anno 2022, invece, ha registrato un aumento rispetto all'anno precedente di 4,2 mln (da 54 mln a 58,2 mln), seppur lontani dai valori dell'anno 2019 pari a 69,9 mln, ma nel 2023 si è avuta ancora una flessione con ulteriore peggioramento rispetto al 2019.

Tabella n.7 Mobilità sanitaria interregionale- Mobilità attiva - Fatturato ricoveri anni 2019-2023

(importi in euro)						Differenza 2023 - 2019	
Aziende	2019	2020	2021	2022	2023	importo	%
Azienda USL Umbria 1	12.117.892,77	8.988.092,07	9.048.571,23	9.945.265,44	10.646.821,85	-1.471.070,92	-12,1%
Azienda USL Umbria 2	12.698.717,24	8.815.870,45	7.470.070,66	8.517.276,61	8.998.629,99	-3.700.087,25	-29,1%
Az. Osp. Perugia	15.252.756,06	13.656.607,50	14.027.013,34	14.417.345,45	12.711.368,98	-2.541.387,08	-16,7%
Az. Osp. Terni	19.560.975,91	13.698.711,65	12.942.011,37	15.317.600,09	15.128.047,90	-4.432.928,01	-22,7%
Totale Pubblico	59.630.341,98	45.159.281,67	43.487.666,60	48.197.487,59	47.484.868,72	-12.145.473,26	-20,4%
Case di cura AUSL Umbria 1	9.350.389,50	7.993.387,65	9.258.101,49	8.729.787,02	8.444.725,34	-905.664,16	-9,7%
Case di cura AUSL Umbria 2	986.453,00	980.693,00	1.266.544,00	1.248.767,00	1.081.080,00	94.627,00	9,6%
Totale Privato	10.336.842,50	8.974.080,65	10.524.645,49	9.978.554,02	9.525.805,34	-811.037,16	-7,8%
TOTALE UMBRIA (*)	69.967.184,48	54.133.362,32	54.012.312,09	58.176.041,61	57.010.674,06	-12.956.510,42	-18,5%

(*) l'importo del flusso A dal 2011 al 2023 è stato calcolato con l'abbattimento per i farmaci oncologici e innovativi del flusso F

Fonte Dati: Tabelle mobilità interregionale

La Tabella n.8 mostra il trend 2019-2023 delle aree critiche dei ricoveri in mobilità passiva, le prime 10, che rappresentano circa il 78,7% del totale, e sono:



- Protesi Ortopediche
- Ortopedia
- Oncologia Chirurgica,
- Sistema Cardiovascolare Chirurgico,
- Chirurgia Pediatrica,
- Riabilitazione (cod. 56)
- Trapianti e Ustioni
- Apparato digerente chirurgico
- Sistema Nervoso chirurgico
- Oncologia Medica

Tabella n.8 - Ricoveri ordinari e DH - Mobilità passiva per categoria - Anni 2019-2023

Categorie	Casi					Fatturato (TUC)				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
PROTESI ORTOPEDICHE ANCA e GINOCCHIO	793	808	988	1.319	1.869	6.968.810,62	7.183.157,43	8.674.432,76	11.555.595,02	16.359.564,16
ORTOPEDIA	2.988	2.266	2.793	3.156	3.245	11.943.447,82	10.233.084,15	12.319.556,54	13.169.897,76	14.725.114,69
ONCOLOGIA CHIRURGICA	1.097	1.052	1.071	1.193	1.305	6.901.106,63	7.344.080,51	7.180.388,55	7.929.530,90	8.390.704,24
SISTEMA CARDIOVASCOLARE CHIRURGICO	836	594	661	700	736	7.552.929,26	5.977.064,75	6.028.317,08	6.589.926,67	7.608.965,23
CHIRURGIA PEDIATRICA	943	693	860	894	999	4.713.381,11	4.060.437,99	4.252.440,71	4.359.054,26	5.275.099,64
RIABILITAZIONE (56)	896	699	625	687	814	3.692.940,71	2.809.626,34	2.527.187,18	2.729.789,39	3.347.341,59
TRAPIANTI E USTIONI	65	63	52	56	75	2.736.099,62	2.261.868,15	2.258.996,05	2.673.237,78	3.344.785,52
APPARATO DIGERENTE CHIRURGICO	448	292	385	435	535	1.864.149,81	1.313.285,96	1.784.638,47	1.767.904,09	2.399.227,66
SISTEMA NERVOSO CHIRURGICO	279	181	199	232	280	2.106.217,53	1.463.478,53	1.448.006,55	1.613.916,25	2.196.518,30
ONCOLOGIA MEDICA	824	675	629	720	794	2.009.374,57	1.494.774,08	1.423.021,73	1.634.302,39	1.760.020,15

Fonte Dati: Tabelle mobilità interregionale

Rispetto a queste categorie, escludendo la categoria “Trapianti ed Ustioni”, da ritenere inevitabile, si osserva che la somma delle altre 9 categorie rappresentano il 74,6% del totale.

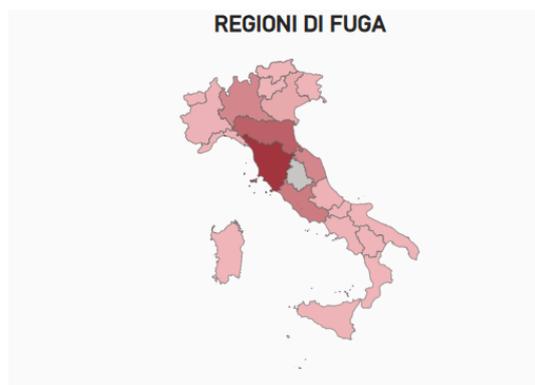
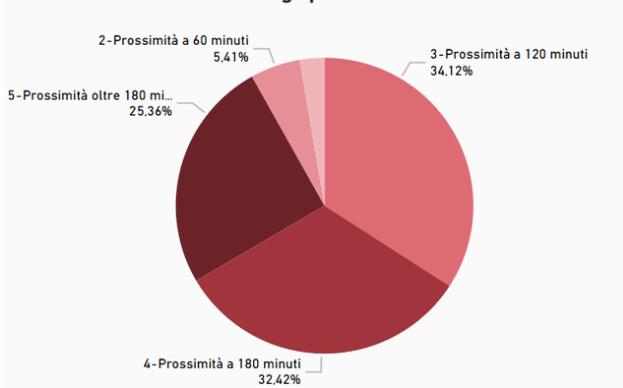
Solo Ortopedia e protesi Ortopediche rappresentano oltre il 37,4% del totale dei ricoveri in mobilità passiva correlate che trascinano anche il 4% di riabilitazione intensiva cod. 56.

La mobilità ospedaliera passiva, raggruppata per Regione di erogazione delle prestazioni, evidenzia che un’alta percentuale di essa, pari al 78,5% si rivolge verso le Regioni confinanti:

- Toscana 31,8%,
- Lazio 14,3%,
- Emilia Romagna 20,7%,
- Marche 11,6%.

Figura n.1 - Ricoveri per fuga

N° Ricoveri in Fuga per fasce di Prossimità



Estratta da Portale statistico Agenas



Tra le Regioni non confinanti quella che determina la mobilità passiva più alta è la Lombardia, con oltre l'11,2%.

In base al documento metodologico "Analisi della Mobilità" di AGENAS per individuare le aree strategiche di intervento, la mobilità viene distinta in:

Mobilità Casuale

La Mobilità Casuale è costituita da tutte le SDO relative a ricoveri classificati come di "Casualità", ovvero in regime ordinario aventi le seguenti caratteristiche:

- Ricoveri che nella variabile "tipo di ricovero" assumono le seguenti modalità: ricovero urgente; ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e parto non urgente.
- Ricoveri che nella variabile "provenienza" non assumono le seguenti modalità: ricovero al momento della nascita, paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico, ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura, paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da pronto soccorso (PS).
- Ricoveri che abbiano un collegamento con il flusso EMUR-PS.

Mobilità Apparente

La mobilità apparente è costituita dai ricoveri effettuati nella regione di domicilio del paziente, quando quest'ultima non coincide con la regione di residenza.

Mobilità Effettiva

La mobilità effettiva è distinta in 3 tipologie:

a) DRG ad alta complessità

Con il termine "DRG ad alta complessità" si intendono tutti i DRG descritti nel Testo dell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria con le regole valide per il 2021, al fine di individuare gli 84 DRG di Alta complessità ed i 119 DRG pediatrici di alta complessità.

b) DRG potenzialmente inappropriato

La parte di mobilità inappropriata deriva da ricoveri potenzialmente inappropriati ai sensi di quanto stabilito dal patto per la salute 2010-2012. La norma definisce una lista composta da 108 DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime ordinario.

c) DRG media o bassa complessità

Tutti i ricoveri che non rientrano nelle determinanti sopradescritte sono classificabili come ricoveri a media o bassa complessità.

Definizione di "prossimità"

La **mobilità di prossimità** (o di confine) riguarda i ricoveri che richiedono spostamenti tra comuni in Regioni confinanti. In particolare, se il comune di residenza del paziente e il comune di ricovero si trovano in Regioni diverse, il ricovero si definisce in prossimità se la distanza percorsa tra i due comuni è entro 50km e/o il tempo massimo di percorrenza è di 60 minuti. Questa mobilità di confine è rilevante sia in termini di volumi complessivi di attività, sia perché interessa attività sanitarie minori, quali ricoveri di minore complessità e di minore peso assistenziale che di per sé non troverebbero adeguata giustificazione in una mobilità di lunga distanza.



Analisi della mobilità secondo la classificazione soprariportata

La consultazione della Dashboard evidenzia per l’Umbria la seguente stratificazione con ultimo anno di rilevamento 2021.

Figura n. 2 - Mobilità Passiva – Distribuzione casi e volumi finanziari



Estratta da Portale statistico Agenas

Si osserva immediatamente la diversa distribuzione dei volumi finanziari nella mobilità effettiva. La regione Umbria ha volumi di fuga più alti per i DRG di alta complessità e volumi di attrazione più alti sulla media complessità.

Le azioni di recupero soprattutto per la mobilità passiva devono essere attivate in relazione alle tipologie che definiscono la Mobilità effettiva e in via prioritaria nei confronti delle 4 Regioni di confine Toscana, Emilia Romagna, Marche, Lazio a cui aggiungere anche la Regione Lombardia per la numerosità dei volumi.

In base all’analisi condotta sono state individuate le seguenti categorie prioritarie della mobilità da recuperare:

- mobilità DRG alto rischio inappropriatezza,
- mobilità di media- bassa complessità
- individuazione delle altre categorie della mobilità da recuperare - mobilità DRG alta complessità recuperabile ovvero solo per quelli garantibili all’interno della Regione fra i quali in primo luogo la chirurgia e la protesica ortopedica.

Allo stato attuale, tra l’altro, non sono ancora sottoscritti Accordi con le Regioni di confine.



PIANI DI RECUPERO SPECIFICI E RELATIVI CRONOPROGRAMMI

IL PNGLA distingue nettamente la tipologia di prestazioni tra “*primo accesso*” ed “*accesso successivo*”, disponendo che “*nelle prescrizioni sia chiaro se trattasi di prestazione in primo accesso (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l’esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico), o prestazione successiva al primo accesso (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, follow up). Quindi, le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione*”.

I percorsi e le prestazioni dopo la prima visita sono da considerare all’interno della presa in carico della struttura ospedaliera e/o ambulatoriale e gestiti attraverso una metodologia proattiva di percorsi interni aziendali evitando che sia in capo al cittadino la ricerca della visita o prestazione da prenotare.

Le Aziende Sanitarie Locali, nell’ambito del ruolo di committenza con le Aziende ospedaliere/universitarie e con gli erogatori delle Strutture accreditate presenti sul proprio territorio, hanno il compito di programmare l’offerta di visite e prestazioni ai cittadini residenti nel proprio territorio, predisponendo, con cadenza annuale, l’analisi del fabbisogno dei propri assistiti, concordando, eventualmente, la disponibilità delle Aziende Ospedaliere e delle Strutture Accreditate per il soddisfacimento della domanda e prevedendo la realizzazione dei cosiddetti “Percorsi di Tutela”, qualora l’utente non trovi la disponibilità per l’erogazione delle prestazioni entro i tempi previsti dalla classe di priorità prescritta.

Le Aziende Ospedaliere sono chiamate a programmare la loro offerta in riferimento all’utenza presa in carico, alla dotazione di alta tecnologia, alle competenze super-specialistiche e agli accordi di fornitura intrapresi con le Aziende Sanitarie territoriali, anche nell’ambito dei suddetti Percorsi di Tutela, effettuando le prestazioni specialistiche necessarie per gli approfondimenti diagnostici di II livello e per la prima fase (specialistica) del follow up.

L’erogazione di tali prestazioni specialistiche viene garantita attraverso percorsi interni aziendali: le prescrizioni delle prestazioni nell’ambito dei percorsi di presa in carico sono effettuate dallo specialista che ha eseguito il primo accesso e sono identificate come un “Accesso successivo al primo”, con classe di priorità “Altro”.

La Legge 29 luglio 2024 n. 107 esplicita che la “*presa in carico della cronicità e della fragilità conseguenti a malattie croniche e degenerative e a malattie rare, avvenga con programmazione diretta e senza intermediazione dell’assistito o chi per esso, degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza*”.

La Regione Umbria, pertanto, implementa strategie di contenimento delle liste di attesa e programmazione efficiente dell’offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricoveri chirurgici programmati, utilizzando gli strumenti informatici che ne garantiscono la tracciabilità e la trasparenza.



A. Prestazioni Ambulatoriali

Per il governo delle liste di attesa sono importanti l'individuazione di modalità e criteri per la definizione degli ambiti territoriali di garanzia per le prestazioni di primo accesso, nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa.

A tal fine si individua il bacino di prossimità per livelli concentrici:

- Territorio della Casa della Comunità
- Distretto
- Azienda
- Regione

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

Tenuto conto dei PdT da recuperare e della domanda di prestazioni stimata rispetto ai fabbisogni, la strategia operativa del nuovo piano seguirà un duplice binario:

- 1. Definizione dell'offerta strutturale da adeguare ad una domanda appropriata** omogenea per ambiti di garanzia in base alla complessità della tipologia di prestazione richiesta e dei fabbisogni espressi nell'ambito dei PDTA di riferimento per le reti di patologia. Tale attività di riorganizzazione complessiva dell'assistenza che necessita di un tempo medio-lungo per la completa attuazione, consentirà di garantire l'erogazione di prestazioni appropriate nelle strutture identificate per ambito di garanzia rispetto alla complessità della prestazione stessa assicurando sicurezza delle cure.
- 2. Recupero delle prestazioni già presenti nei PdT** individuando le strategie e le azioni straordinarie per il loro recupero in base alla loro tipologia e numerosità.

Le azioni a supporto della strategia sono quelle di seguito illustrate:

- 1. Individuazione e organizzazione delle reti per patologie e relativi PDTA.** Lo sviluppo dell'offerta dei servizi deve mirare a sviluppare le strutture nei territori che offrono le prestazioni di primo livello o cosiddette di prossimità, essenziali per la popolazione sempre più anziana e fragile.

L'assistenza sociosanitaria e le articolazioni delle prestazioni specialistiche di primo livello, devono, pertanto, essere programmate e disegnate in relazione alla stratificazione della popolazione e alle caratteristiche del territorio.

Le prestazioni di I livello se esitano in prestazioni di II e/o di III livello devono essere attivate in modo automatico e strutturato in una logica di rete e di percorso per evitare interruzioni nella continuità delle cure.

Si rende necessario sviluppare, nell'ambito del SSR, una "organizzazione in rete" in grado di creare un coordinamento tecnico-scientifico nell'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali, finalizzato a concretizzare, in modo sinergico, il Patto di Cura con l'assistito.

La programmazione regionale intende avvicinare il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano:

- evitando la frammentazione degli interventi,
- annullando le duplicazioni delle prestazioni e la sovrapposizione di interventi



- riducendo il disorientamento e l'abbandono delle persone che cercano di accedere alle cure,
- garantendo continuità assistenziale dal I livello ai livelli di complessità maggiore in una logica di percorso,
- assicurando qualità e sicurezza degli interventi per rispetto di standard di struttura, di disciplina e di professionisti

Tale programmazione si realizza con la strutturazione delle reti cliniche, reti di relazioni tra professionisti che garantiscano un appropriato e tempestivo invio nei centri di cura ad elevata complessità tramite canali predefiniti con modalità di accesso facilitanti o che facciano da ponte tra ospedale e territorio accompagnando il paziente con fragilità individuale o sociale nelle fasi di transizione da un setting all'altro al fine di evitare ricoveri non appropriati o facilitare il rientro a domicilio in un contesto di sicurezza e tranquillità.

La rete clinico-assistenziale e socio assistenziali rappresenta un modello organizzativo che si pone l'obiettivo di fornire una risposta appropriata dal punto di vista clinico e organizzativo ai bisogni di salute della popolazione, garantendo la proporzionalità degli interventi, la continuità assistenziale, l'integrazione fra i diversi setting assistenziali coinvolti e un utilizzo razionale ed efficiente delle risorse disponibili.

Requisito essenziale di una Rete è quello di adottare modalità operative formalizzate che consentano di coordinare i servizi e i professionisti, che siano adeguate alla complessità della patologia di volta in volta considerata e che garantiscano i più elevati standard di qualità e sicurezza.

Il sistema a reti richiede un'evoluzione della metodologia organizzativa dell'attività, in cui sia privilegiata l'aggregazione di specialisti attraverso articolazioni funzionali e trasversali, team multiprofessionali.

Per la corretta implementazione del modello a Rete è fondamentale una profonda integrazione fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale, inclusa l'area degli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, soprattutto in considerazione del continuo aumento di incidenza e prevalenza delle patologie cronic-degenerative.

I cardini di una Rete sono rappresentati da:

- individuazione e valutazione dei bisogni di salute ai quali dare risposta;
- Identificazione dei modelli organizzativi per una risposta sicura e a garanzia della continuità assistenziale;
- identificazione dei nodi della Rete sulla base di standard predefiniti;
- il coinvolgimento dei professionisti e dei cittadini.

I principi di base del modello a rete sono:

- Appropriatelyzza, equità ed accessibilità dell'offerta;
- Innovazione e aggiornamento dei percorsi;
- Identificazione dei nodi della rete;
- Uniformità dei processi e dei percorsi clinico-assistenziali e socio assistenziali con la possibilità di implementare tempestivamente percorsi multidisciplinari e multiprofessionali;
- Adattabilità ai piani di emergenza,



- Interscambio di conoscenze professionali e la creazione di opportunità formative anche attraverso solidità delle connessioni di rete e governo delle relazioni di interfaccia;
- Condivisione di conoscenze fra professionisti e i diversi portatori d’interesse;
- Sviluppo di sistemi digitali e dei sistemi di e-Health

Non ci potrà essere governo delle liste di attesa se non saranno strutturate le reti per patologie e relativi PDTA, necessarie per garantire equità di accesso, appropriatezza di intervento e sicurezza delle cure. Per tale motivo la costituzione delle Reti cliniche rappresenta il primo punto di un programma straordinario di recupero delle liste di attesa.

Al contempo saranno avviate le altre attività di seguito rappresentate.

2. **Adeguare l’offerta in relazione al fabbisogno anche al fine di ridurre la mobilità evitabile.** Le prestazioni saranno classificate in base alla prossimità di intervento in I e II livello, laddove il primo livello deve ruotare nel bacino di riferimento delle Case delle Comunità/Distretto (esempio vista cardiologica) e il II livello a livello di punto elettivo del Distretto/Ospedale di riferimento (esempio prestazioni di RMN o di endoscopia). In tale pianificazione, che tiene conto della distribuzione attuale della tecnologia e dei professionisti, le prestazioni possono essere erogate in territori diversi dal bacino distrettuale (III livello) in quanto quel bacino potrebbe non offrire al momento la prestazione (esempio RMN nel Distretto di Narni Amelia) oppure quando le prestazioni sono di alta tecnologia quali ad esempio radioterapia, PET-TC... come da schema successivo:

Figura n. 3 - Relazioni fra ambito di garanzia e livello di complessità

	AMBITO DI GARANZIA		
LIVELLO DI COMPLESSITA'	CASA DI COMUNITA'	DISTRETTO	AZIENDA/REGIONE
BASSA COMPLESSITA'			
MEDIA COMPLESSITA'			
ALTA COMPLESSITA'			

Il volume di offerta deve quindi essere ampliato e determinato, prestazione per prestazione, sulla base del numero delle stesse prestazioni che oggi vanno ad alimentare i PdT e deve essere parametrato all’ambito di garanzia per livello di complessità e sempre in relazione al fabbisogno.

Le Aziende sanitarie regionale sulla base delle attuali prestazioni che hanno generato i PdT e che sono stati raggruppati per disciplina, provvederanno a pianificare gli incontri con gli specialisti di riferimento della disciplina interessata al fine di analizzare i PdT dal punto di vista quali/quantitativo per:

- pianificare il recupero dovuto per quelli generati
- verificare la domanda dal punto di vista dei criteri di appropriatezza per condividere con i MMG/PLS del territorio di riferimento gli elementi su cui individuare azioni di miglioramento per l’appropriatezza prescrittiva e la garanzia di erogazione delle prestazioni richieste

I professionisti rappresentano il fulcro del governo delle liste di attesa e devono essere coinvolti per la programmazione degli interventi specifici. È importante osservare che parte di



tale programmazione implica l'integrazione fra Azienda ospedaliera e Azienda territoriale per la gestione delle prestazioni di I livello per gli ambiti di garanzia del Distretto del Perugino e del Distretto di Terni e per tutte le prestazioni di II livello.

In sintesi le Aziende e gli specialisti di riferimento sono chiamati a strutturare le reti cliniche e i PDTA di riferimento per la presa in carico dei pazienti.

N.B. Le agende non possono mai risultare chiuse, devono essere sempre aperte e programmate in base alle classi RAO.

3. Pianificare la riduzione della genesi dei PdT. Tale obiettivo si realizza con la riduzione progressiva attraverso una programmazione rimodulabile in base al fabbisogno espresso. Per ampliare l'offerta ordinaria ed evitare la genesi di nuovi PdT va tenuto presente che le Aziende devono assumere i professionisti carenti per garantire l'offerta strutturale in relazione ai fabbisogni per disciplina e strutturare le agende necessarie. A tal fine sono stati analizzati i dati di produttività e dei PdT che si sono generati stratificati per disciplina e singola prestazione. In virtù di tale obiettivo le due Aziende USL in condivisione con le Aziende Ospedaliere di riferimento provvedono a definire in primo luogo un piano di ampliamento dell'offerta strutturale per aumentare la produttività attraverso:

- **incrementi dell'offerta strutturale da parte delle Aziende territoriali** in relazione alla numerosità e tipologia dei PdT da parte di tutte le strutture coinvolgendo sia il personale dipendente che gli specialisti ambulatoriali con progetti specifici per il governo delle liste di attesa in aderenza a quanto previsto dal loro Accordo contrattuale e a quanto previsto dall'art. 3 comma 10 bis lettere b) e d) della Legge 107/2024;
- **incremento dell'offerta ordinaria delle prestazioni erogabili dall'Azienda Ospedaliera** di riferimento del territorio per le prestazioni di I livello di quell'ambito di garanzia e per quelli che vengono erogati solo a tale livello nonché per le prestazioni di II livello che l'Azienda deve garantire per il territorio dell'azienda territoriale di riferimento o per tutto il territorio regionale;
- **Individuazione delle prestazioni da richiedere alle strutture private accreditate** (art. 8 quater D.lgs.502/1992 e s.m.i.) in relazione ai fabbisogni espressi con utilizzo delle risorse ordinarie nel rispetto del tetto previsto (Art. 15 comma 14 DL 95/2012 e ss.mm.ii.). A tal fine le Aziende Sanitarie territoriali devono sottoscrivere accordi con le strutture private accreditate del territorio di riferimento per le tipologie e i volumi delle prestazioni emerse dal fabbisogno per ambito di garanzia identificando i criteri per tale collaborazione. Si fa riferimento anche all'art. 3 comma 10 bis lett. a) legge 107/2024. Il privato accreditato convenzionato opera in sinergia con il pubblico nell'ambito delle reti di patologie e quindi contribuisce a sostenere anche i PDTA individuati e l'erogazione delle prestazioni deve avvenire nel rispetto dei criteri stabiliti. Nelle more della sottoscrizione dei nuovi accordi restano vigenti gli accordi in essere al fine di non determinare interruzione di servizi posto che la Regione provvederà a definire i fabbisogni complessivi e i criteri per la sottoscrizione degli accordi entro aprile 2025.



● **Gestione dei PdT di nuova genesi.**

L'obiettivo regionale è quello di garantire di norma l'appuntamento al momento della prenotazione e rispettare i tempi di attesa almeno nel 90% dei casi per le classi U e B.

Di trimestre in trimestre, verranno monitorate le prestazioni evase e le nuove prestazioni che generano PdT per la loro gestione ottimale.

Per tale attività i DS con i RUA con gli specialisti di riferimento pianificano le attività di overbooking per la gestione di PdT di nuova genesi.

Nella figura successiva sono descritte le modalità di presa in carico dei PdT

Figura n. 4 - Modalità di gestione dei nuovi PdT

Classe priorità	Tempistica di erogazione	Azione	Territorio/Ambito di garanzia	RUA
U B	3 gg 10 gg	Assegnati al RUA di competenza per ambito di garanzia	Alto Tevere, Alto Chiascio, Assisano, Media Valle, Trasimeno	Usl Umbria 1
			Perugino	Usl Umbria 1 e collaborazione con A O Perugia
			Foligno, Spoleto-Valnerina, Narni - Amelia, Orvieto	Usl Umbria 2
			Terni	Usl Umbria 2 e collaborazione con A O Terni
D	30 gg visite 60 gg per diagnostica	Presi in carico dal RUA negli ambiti di garanzia per essere ricontattati entro 30/60 gg per un appuntamento nei tempi previsti dalla classe RAO	Alto Tevere, Alto Chiascio, Assisano, Media Valle del Tevere, Trasimeno	Usl Umbria 1
			Perugino	Usl Umbria 1 e collaborazione con A O Perugia
			Foligno, Spoleto-Valnerina, Narni - Amelia, Orvieto	Usl Umbria 2
			Terni	Usl Umbria 2 e collaborazione con A O Terni
P	120 gg.	Presi in carico dal RUA negli ambiti di garanzia per essere ricontattati entro 120 gg per un appuntamento nei tempi previsti dalla classe RAO	Alto Tevere, Alto Chiascio, Assisano, Media Valle del Tevere, Trasimeno	Usl Umbria 1
			Perugino	Usl Umbria 1 e A O Perugia
			Foligno, Spoleto-Valnerina, Narni - Amelia, Orvieto	Usl Umbria 2
			Terni	Usl Umbria 2 e A O Terni

I RUA delle aziende territoriali si avvalgono della collaborazione dei RUA delle Aziende ospedaliere nei casi di prestazioni erogate solo dalle Aziende Ospedaliere e per la gestione dei PdT di altri ambiti di garanzia in caso di criticità nell'offerta territoriale.

Allo stato attuale in calce agli appuntamenti compare la seguente descrizione:



“Presentarsi il giorno xxxxx dalle 7.00 alle 20.00

Presso USL.... PERCORSO DI TUTELA LISTA ATTESA INFORMATIZZATA

Questa non è una prenotazione”

che non garantisce trasparenza dei tempi di assegnazione degli appuntamenti ed è motivo di segnalazioni/reclami da parte dei cittadini che non hanno certezza né della data dell'appuntamento né della data del contatto con il SSR.

A tal fine, in calce agli appuntamenti, sarà cambiata la descrizione indicando che il paziente è inserito in PdT:

- se per una prestazione di classe U o B e che sarà chiamato nei giorni a seguire per la gestione del PdT;
- se per una prestazione di classe D e che sarà chiamato entro 30/60 gg per la gestione del PdT;
- se per una prestazione di classe P e che sarà chiamato entro 120 gg per la gestione del PdT.

(Tale modifica nei sistemi gestionali sarà completata entro aprile 2025).

PuntoZero elabora l'elenco dei PDT scaduti e che non hanno un appuntamento programmato e li fornisce ai RUA per l'assegnazione dell'appuntamento.

● **Assegnazione degli appuntamenti.**

L'obiettivo regionale è quello di utilizzare appieno tutta l'offerta disponibile e quindi di ridurre fino ad arrivare ad un numero prossimo allo zero i posti lasciati vuoti nelle agende. A tal fine sono implementate le nuove regole di prenotazione e conferma degli appuntamenti:

- **Conferma appuntamento assegnato al momento della richiesta.** Se l'appuntamento viene assegnato al momento della prenotazione in relazione alla disponibilità, viene attuato il re-call telefonico con operatore informatico 7 gg. prima per conferma o annullamento appuntamento finalizzato al recupero dello stesso; per coloro che non hanno risposto al re-call precedente viene effettuato anche re-call telefonico con operatore 3 gg. prima con 3 telefonate in 3 orari diversi della giornata. L'analisi del fenomeno ha evidenziato che esiste una quota di pazienti che non risponde e di questi una quota potrebbe non presentarsi all'appuntamento per cui per coloro che non rispondono ad entrambi i re-call si attiva l'overbooking concordato con i professionisti parametrato al numero di non responder e alla disponibilità degli specialisti;
- **Conferma appuntamento successivo alla richiesta.** Se l'appuntamento viene assegnato successivamente alla genesi di un PdT, viene inviato un sms con la prenotazione e successivamente il paziente viene contatto telefonicamente mediante operatore elettronico che comunica l'appuntamento e permette al paziente di scegliere fra 3 opzioni:
 - Accetta l'appuntamento, in tal caso viene attivato il re-call con le regole del punto precedente;
 - Non accetta l'appuntamento e chiede di essere eliminato dal PdT, in tal caso il paziente viene cancellato dalla lista;
 - Non accetta l'appuntamento ma chiede di restare in PdT per esigenze di prossimità, in tal caso il paziente permane in PdT la scelta viene comunicata al RUA competente che provvede ad individuare altra sede di prossimità (N.B. i tempi di attesa per questa prestazione sono anche influenzati dalla scelta del paziente).



Anche in questo caso ci sono pazienti che potrebbero non rispondere. In tali casi i pazienti vengono contattati telefonicamente per 3 volte in momenti diversi per rientrare in una delle scelte precedenti. Nei casi di non-responder anche a seguito delle 3 telefonate viene inviato un sms che comunica:

- che è stato contattato per 3 volte, per assegnare un appuntamento per la prestazione in PdT
- che se ha ancora interesse a fare la prestazione può contattare il numero dedicato e indicato nel SMS,
- che se passati 7 giorni non ha contattato il SSR tramite il numero indicato, il PdT sarà eliminato dalla lista

A conclusione del percorso sarà inviato ulteriore sms a conferma della cancellazione;

- **Regole operative di funzionamento:**

- Per un corretto funzionamento del sistema è necessario che tutti gli operatori che provvedono alla prenotazione operino nello stesso modo (cup, smartcup, piastre ambulatoriali, farmacup, strutture private) inserendo nelle prestazioni i numeri di telefono corretti del paziente che deve essere invitato a registrarsi in piattaforma dedicata per conferma dei recapiti e questo al fine di eliminare anche carenze/errori nei contatti;
- È altrettanto importante la gestione ottimale dei non responder per cui le strutture private che contattano direttamente i pazienti devono provvedere alla prenotazione e cancellazione con le regole dette e comunicare alle Aziende di competenza chi vuole rimanere in PdT e i non responder per la successiva gestione di tali casistiche come sopraindicato;
- I cittadini sono tenuti a disdire la prenotazione almeno 24 ore prima (3 gg. prima per le prestazioni che necessitano di preparazione ad es. colonscopia) per lasciare la disponibilità ad altro paziente. Al paziente che non si presenta e non ha disdetto entro l'erogazione dell'orario dell'appuntamento, viene chiesto la corresponsione del ticket se dovuto, nelle more della piena applicazione di quanto previsto dall'art. 3, c. 7 D.L. 73/2024 convertito in l. 107/2024.

- 4. Individuare il Codice Identificativo di Percorso (CIP) per seguire il paziente affetto da patologia cronica/oncologica/rara e tracciare tutte le prestazioni prescritte da erogate nella logica della presa in carico e non della logica prestazionale come avviene ora; questo permetterà oltre che di lavorare in appropriatezza prescrittiva anche in appropriatezza erogativa in quanto il paziente a cui viene prescritta una prestazione appropriata, ovvero prevista dallo specifico PDTA, eseguirà la prestazione nel punto erogativo previsto dal percorso stesso e non dovrà mai eseguire una prestazione come primo accesso se fa parte del percorso di presa in carico. È importante garantire il completamento della fase diagnostica, anche in primo accesso, da parte di tutti gli specialisti e in base all'organizzazione dell'attività ambulatoriale, sia nella stessa seduta o in maniera differita provvedendo alla prescrizione e alla prenotazione nel sistema CUP. I pacchetti di prestazione essendo identificati nel PDTA, sono collegati al paziente con il CIP e devono prevedere un referto unico di riscontro al quesito clinico posto nella richiesta di prestazione specifica (tale modifica nei sistemi gestionali sarà completata entro ottobre 2025);**



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

L'obiettivo strategico è la strutturazione delle reti di patologia e i correlati PDTA in modo da definire anche il volume quali/quantitativo di prestazioni per sede di erogazione.

6. Aggiornamento delle procedure operative di prescrizione, prenotazione, erogazione e potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva. Elemento basilare per garantire la presa in carico e i tempi di attesa è il potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva e il rispetto delle procedure operative di prescrizione, prenotazione ed erogazione delle prestazioni, attraverso:

- La **validazione dell'erogato e la verifica di concordanza RAO** nel 100% delle prestazioni dovranno essere tempestive. Le procedure di validazione dell'erogato e della concordanza RAO sono state riviste e condivise con i DS e i RUA e tutte le strutture/servizi/professionisti sono tenuti a rispettarle. La procedura della concordanza RAO è resa obbligatoria, i DS e i RUA sono tenuti al monitoraggio della corretta applicazione delle stesse (tale modifica nei sistemi gestionali sarà completata entro aprile 2025);
- **Informatizzazione nelle cartelle cliniche dei MMG delle indicazioni per la prescrizione delle RMN articolari e degli esami di endoscopia digestiva** di cui alla DGR 28/12/2023 n. 1401 recante "Appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale - Alert prestazioni radiologiche ed endoscopiche. Gestione Percorsi di Tutela e Prestazioni successive. Adozione" (tale modifica nei sistemi gestionali sarà completata entro maggio 2025);
- **Inserimento nelle prescrizioni del quesito diagnostico e delle note prescrittive.** Con l'entrata in vigore del nuovo nomenclatore il medico prescrittore dovrà inserire nella prescrizione:



- il **quesito diagnostico necessario**. La disponibilità di un quesito diagnostico riconducibile alla classificazione delle malattie e/o delle definizioni contenute nelle griglie RAO consente di definire in maniera appropriata sia l'inquadramento clinico del paziente che il successivo iter diagnostico-terapeutico. Punto Zero invierà con cadenza trimestrale ai RUA e ai Direttori Sanitari il riepilogo dei medici prescrittori che effettuano prescrizioni con quesito diagnostico non sufficientemente descritto per l'attivazione di percorsi di audit. L'appropriatezza prescrittiva verrà anche valutata in base ai PDTA che, progressivamente, verranno elaborati dalle singole Reti Cliniche.
- la **nota per le condizioni di erogabilità** quando previsto. Si riporta quanto indicato nel nuovo nomenclatore tariffario: *tali note definiscono specifiche condizioni riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione - terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni – al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, e sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai casi in cui le medesime sussistono, con obbligo per il medico prescrittore di riportare sulla ricetta il numero della nota ed il quesito clinico o diagnostico. Per la PMA, sono definiti i limiti di età, il contenuto di ciascun ciclo di fecondazione, nonché il numero massimo di cicli.* I medici prescrittori dovranno provvedere all'inserimento di tale nota nei casi previsti e questo al fine di monitorare le condizioni di erogabilità.
- la **nota per le indicazioni di appropriatezza prescrittiva** quando previsto. Si riporta quanto indicato nel nuovo nomenclatore tariffario: *tali note definiscono specifiche condizioni riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione - terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni – al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, e sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale a seguito di una autonoma e responsabile valutazione del medico prescrittore circa la loro utilità nel singolo caso clinico, fermo restando l'obbligo di riportare sulla ricetta il solo quesito clinico o sospetto diagnostico.* I medici prescrittori dovranno provvedere all'inserimento di tale nota nei casi previsti e questo al fine di monitorare le condizioni di appropriatezza prescrittiva.
- **Revisione delle agende di I livello con apertura delle agende di I livello per prestazione per ambito di garanzia** per la prestazione definita dal nuovo nomenclatore tariffario.

È stata condotta un'analisi sulle prestazioni di I livello con denominazione diversa dalla prestazione del nomenclatore e a questa riconducibile che rappresentano storicamente agende strutturate per quesito clinico ma che non hanno alcuna specificità per il I livello. Tali agende non devono essere presenti nell'offerta di I livello, anche perché il quesito diagnostico è già definito nelle indicazioni dei RAO, saranno, quindi, eliminate e se vanno mantenute saranno trasferite al II livello per specificità di percorso (Tale modifica nei sistemi gestionali sarà completata entro maggio 2025).



7. Telemedicina:

Attivazione dei programmi di Telemedicina di cui alla DGR n. 665 del 28/06/2023 “PNRR M6 C1 sub investimento 1.2.3.2. Servizi di Telemedicina. Approvazione Modello regionale per l'erogazione dei servizi di telemedicina”.

In un contesto che vede una popolazione sempre più anziana, un'orografia che non favorisce spostamenti semplici verso le strutture sanitarie e la crescente quota di patologie croniche, il *Modello organizzativo Regionale di Telemedicina* può favorire un potenziamento dell'assistenza da remoto, in particolare per i pazienti affetti da malattie croniche, e la continuità assistenziale, nonché un accesso più rapido alle cure indipendentemente dal luogo di residenza.

La telemedicina permette infatti:

- una comunicazione costante tra medici, personale sanitario e pazienti, abbattendo le barriere geografiche e potenziando l'accesso a servizi;
- la comunicazione tra le diverse figure sanitarie che concorrono alla cura del paziente.

Con l'utilizzo della telemedicina si intende:

- favorire l'applicazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA) o dei Piani di Assistenza Individualizzati (PAI). Questi strumenti consentono di definire le azioni da intraprendere per la gestione della specifica condizione cronica del paziente;
- attivare un approccio di presa in carico del paziente cronico in ottica multidisciplinare, tenendo conto di tutti gli aspetti della sua salute e migliorando i risultati clinici complessivi;
- monitorare il paziente cronico nel tempo e anticipare l'insorgenza di complicanze legate alla sua condizione di salute. Questo permette di intervenire tempestivamente e di fornire un trattamento personalizzato per migliorare la qualità di vita del paziente e ridurre l'impatto negativo della malattia cronica;
- contribuire a migliorare l'offerta assistenziale, attraverso un'efficace presa in carico, il paziente cronico può essere gestito in modo più autonomo e continuativo, riducendo così la necessità di frequenti visite specialistiche.

La telemedicina, attraverso le tipologie di servizi previsti, rappresenta quindi uno strumento basilare in particolar modo per la sanità di prossimità a sostegno delle strategie assistenziali di presa in carico anche a domicilio che rappresenta il primo luogo di cura “Casa come primo luogo di cura”.

Vanno implementati tutti i casi d'uso della telemedicina per le prestazioni che possono essere in tal modo garantite:

- Televista
- Telemonitoraggio e Telecontrollo
- Teleassistenza
- Teleconsulto

L'utilizzo del teleconsulto va incentivato anche fra prescrittori e specialisti per la gestione di situazioni puntuali al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva per i primi accessi e fra specialisti sia in maniera monodisciplinare che multidisciplinari, sia per *second opinion* che



per il corretto e appropriato inquadramento nei PDTA specifici e la successiva pianificazione in agenda delle prestazioni seguenti al referto di teleconsulto.

La completa attivazione dei programmi di telemedicina avverrà nel rispetto delle tempistiche del PNRR.

8. Farmacia dei Servizi:

Per il governo e l'abbattimento delle liste di attesa è importante coinvolgere nei percorsi anche le Farmacie definendo il loro specifico ruolo mediante sottoscrizione di specifici accordi che prevedano aspetti specifici, quali ad esempio:

- Apertura al cittadino delle agende di prenotazioni sul CUP on-line e app Umbria facile, per le prestazioni erogate dalle farmacie;
- Integrazione dei gestionali di farmacia con il FSE per la consultazione del dossier farmaceutico e il consenso del cittadino alla consultazione;
- Integrazione dei gestionali per la telemedicina delle farmacie con la piattaforma regionale e nell'ambito di progettazione specifica individuando le prestazioni erogabili dalle farmacie in telemedicina e che vanno a coprire il fabbisogno di prestazioni per ambito di garanzia.

9. Attivazione della cartella ambulatoriale elettronica presso tutte le UU.OO. delle Aziende Sanitarie per consentire di:

- realizzare un repository delle informazioni cliniche dei pazienti completamente integrato con la cartella clinica di ricovero, in modo da costruire una fonte dati strutturata delle informazioni sanitarie relative al paziente e la gestione dei PDTA;
- ottimizzare il processo di gestione della richiesta di prestazioni;
- ottimizzare il processo di generazione dei referti, eliminando la possibilità di perdita di richieste e documenti;
- ottimizzare il processo di inserimento in lista di attesa per il ricovero inclusa la fase di presa in carico e di pre-ospedalizzazione per le prestazioni chirurgiche erogabili nel setting ambulatoriale.

La progettualità per la cartella clinica ambulatoriale sarà completata entro novembre 2025

10. Monitorare costantemente l'offerta dei primi accessi e dei secondi accessi.

La Direzione Sanitaria con i RUA monitora, settimana per settimana, attraverso la reportistica fornita da PUNTO ZERO, la disponibilità dell'offerta per i primi accessi e per i secondi accessi per valutare le disponibilità residue e procedere a riallineare l'offerta al recupero dei posti disponibili.

Rappresentano attività di monitoraggio:

- Il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva (tasso di prescrizioni pro-capite per prescrittore stratificate per prestazioni, % di validazione dell'erogato, % di concordanza RAO per prestazioni e per classi),
- Il monitoraggio della presa in carico: % di presa in carico per le prestazioni di II livello,
- il monitoraggio dei tempi di attesa: % di rispetto dei tempi di attesa per prestazioni e classi di priorità,
- il monitoraggio di recupero dei PDT nel rispetto del piano presentato dalle Aziende;
- il monitoraggio della genesi dei nuovi PdT e la loro gestione.



Tali indicatori devono essere valutati per struttura, per ambito di garanzia, per Azienda, per Regione.

I Direttori Sanitari e i RUA devono pianificare le riunioni di audit tra erogatori e prescrittori per la valutazione di concordanza e del tasso di prescrizione per la presentazione dei dati, l'analisi delle differenze verso le quali agire con azioni correttive e migliorative per migliorare il tasso di concordanza e ottenere un tasso di prescrizione pro-capite allineato con la media regionale o con gli standard (stessa metodologia della spesa pro-capite farmaceutica).

Si prevede di istituire **l'Osservatorio regionale per le Liste di Attesa** entro il mese di aprile con apposito atto di Giunta regionale.

11. Connotare le agende destinate all'offerta aggiuntiva straordinaria per il recupero dei PdT già generatesi per ampliare l'offerta in relazione ai fabbisogni per disciplina per recuperare gli attuali PdT già generati e che prevedono appuntamenti anche nelle fasce orarie serali e nelle giornate di sabato e domenica:

- **l'offerta in produttività aggiuntiva che può essere garantita dall'Azienda USL** per il recupero dei PdT, sia con il personale dipendente che con gli specialisti ambulatoriali con progetti specifici per il governo delle liste di attesa in aderenza a quanto previsto dal loro Accordo contrattuale e a quanto previsto dall'art. 3 comma 10 bis lettere b) e d) della Legge 107/2024;
- **l'offerta in produttività aggiuntiva che può essere garantita dall'Azienda Ospedaliera** di riferimento del territorio per le prestazioni di I livello di quell'ambito di garanzia specifico, per le prestazioni erogate solo dalle Aziende Ospedaliere e per le prestazioni di II livello che l'Azienda deve garantire per il territorio dell'azienda territoriale di riferimento e/o per l'intero territorio regionale;
- **le prestazioni da richiedere alle strutture private accreditate** (art. 8 quater D.lgs.502/1992 e s.m.i.) relative al residuo presente nei PdT. L'obiettivo è di recuperare nel più breve tempo possibile tutte le prestazioni già inserite nei percorsi di tutela e quelle di nuova genesi in base ad un criterio di prossimità che permetta al cittadino di ricevere la prestazione nel territorio di residenza ovvero, ove non presente, nel territorio limitrofo. L'assegnazione del budget alle strutture private accreditate, convenzionate e convenzionabili, avviene con pubblicazione di avviso per manifestazione d'interesse già emanate (nel caso di volumi economici residui delle manifestazioni per prestazioni già contenute nelle stesse) o di nuova emanazione per nuovi volumi economici e prestazioni successive, e nel rispetto di un criterio di prossimità territoriale delle prestazioni in relazione alla residenza dei soggetti inclusi nei percorsi di tutela. A tal fine verranno utilizzati i residui delle risorse finalizzate al recupero delle liste di attesa degli anni precedenti in attesa di eventuali disposizioni legislative che prevedano l'utilizzo di risorse specificatamente dedicate
- le **regole di assegnazione degli appuntamenti** sono quelle indicate al precedente punto 3.

Per la specialistica ambulatoriale si elencano i criteri di riprogrammazione del recupero delle prestazioni, in linea con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute, che si richiamano di seguito:



1. riprogrammare prioritariamente il recupero delle liste di attesa delle prestazioni afferenti alle patologie oncologiche;
2. riprogrammare le visite di controllo dei pazienti cronici 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);
3. Eventuali prime visite ritenute prioritarie (diverse da quelle elencate nel PNGLA).

CRONOPROGRAMMA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DA RECUPERARE

Nel redigere il piano operativo si dovrà tenere in considerazione innanzitutto i dati dell'ultimo monitoraggio del Piano di recupero per le liste d'attesa al 31.12.2024 relativo agli anni precedenti e a quanto si è continuato a generare con le modalità operative vigenti.

È da tenere presente infatti che il RUAS è stato nominato a fine gennaio 2025, mentre andava nominato entro ottobre 2024, e sono state subito avviate le strategie di governo e di recupero delle liste di attesa.

È importante sottolineare che il 2024 presentava un residuo di PdT sia per l'anno 2023 che per l'anno 2024.

A tali prestazioni si dovranno aggiungere i PdT che si sono generati per continuità e che si genereranno fino a quando il sistema non si allineerà in maniera strutturale.

Partendo dall'analisi iniziale e dalle modalità di genesi dei PdT sono state messe in campo le seguenti azioni:

- potenziamento dell'offerta per il recupero dei PdT tenendo in considerazione quanto recuperare, la data di genesi dei PdT per favorire il recupero partendo da quelli che erano in lista di attesa da più tempo e in relazione anche alla classe RAO identificata per la prestazione
- potenziamento dell'offerta strutturale per evitare la genesi di PdT avviando una revisione dell'offerta per ambito di garanzia laddove le % di PdT pro-capite per popolazione risultavano sopra alla media regionale

che hanno consentito alla data attuale di ampliare l'offerta per le prestazioni analizzate.

Le nuove modalità operative di evasione dei PdT dovranno progressivamente portare a:

- ridurre la loro quota complessiva
- non avere PdT con ricette scadute
- non avere PdT complessivi risalenti ad oltre i 4 mesi precedenti tenendo presente che la classe P dovrebbe avere tempo di attesa di 120 gg.



Sono state quindi messe a disposizione le seguenti offerte complessive che hanno consentito di procedere con il recupero del pregresso ed avviare la riduzione della nuova genesi.

Tabella n.9 – Report nuove disponibilità

Report incremento offerta			
	Agende APERTE recupero PDT (n. posti)	Posti per INCREMENTO attività istituzionale	POTENZIAMENTO OFFERTA COMPLESSIVA
ASL 1 (*)	14.964	0	14.964
Azienda Ospedaliera Perugia	286	635	921
ASL 2 (*)	20.648	3.261	23.909
Azienda Ospedaliera Terni	816	377	1.193
TOTALE	36.714	4.273	40.987

(*)= offerta pubblica e privata accreditata convenzionata

Le Aziende rimodulano costantemente l’offerta per calibrarla alle necessità e ai fabbisogni.

Si riporta, a titolo di completezza, anche:

- il numero di coloro che non hanno risposto, che ad oggi sono n. 3.337, e che a seguito dell’adozione del piano riceveranno l’sms come indicato al punto 3 “Gestione dei PdT di nuova genesi” secondo le indicazioni previste alle pagg. 18-19;
- il numero di chi ha deciso di rimanere in PdT e che i RUA stanno gestendo per assegnare appuntamenti negli ambiti di garanzia più prossimi alla loro residenza e che ad oggi ammontano a n. 1.605.

Nelle tabelle successive, il piano di evasione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale previsto per l’anno 2025.

Cronoprogramma delle Prestazioni Ambulatoriali da recuperare - Anno 2023

Tabella n.10 - Piano di recupero prestazioni del 2023 residue al 31.1.12.2024

N.	CRITERI DI PRIORITÀ	VOLUMI AL 31.12.2024	EVASI AL 9.3.2025	ENTRO MARZO 2025	ENTRO GIUGNO 2025	ENTRO SETTEMBRE 2025	ENTRO DICEMBRE 2025
1	Prime visite e diagnostica per il paziente oncologico	0	0	0	0	0	0
2	Visite di controllo (follow up oncologici, cronici, patologie rare, salute mentale)	0	0	0	0	0	0
3	Eventuali prime visite ritenute prioritarie (diverse da quelle elencate nel PNGLA)	0	0	0	0	0	0
4	Altre prestazioni monitorate dal PNGLA	0	0	0	0	0	0
5	Prestazioni non ricomprese nelle categorie precedenti	1.693	502	691	500	0	0
	TOTALE	1.693	502	691	500	0	0

N.B. Il Piano di abbattimento delle liste è in coerenza con i tempi di programmazione dei PTFP aziendali

Fonte dati: Cruscotto Liste di Attesa



Nella tabella successiva le strutture che provvederanno al recupero:

Tabella n.11- Piano di recupero prestazioni del 2023 residue al 31.1.12.2024 Asl Umbria 2 e Azienda Ospedaliera di Terni - Strutture di recupero

VOLUMI DA RECUPEARE	ENTRO MARZO 2025		ENTRO GIUGNO 2025	
	USL 2 (*)	AO TR	USL 2 (*)	AO TR
1.191	691	0	500	0

Fonte dati: Dati aziendali

*= Il recupero effettuato dalla Azienda Territoriale può essere effettuato con il personale dipendente, il personale di specialistica ambulatoriale, l'acquisto dal privato accreditato convenzionato

Cronoprogramma delle Prestazioni Ambulatoriali da recuperare - Anno 2024

Tabella n.12- Piano di recupero prestazioni del 2024 residue al 31.1.12.2024

N.	CRITERI DI PRIORITÁ	VOLUMI AL 31.12.2024	EVASI AL 9.3.2025	CRONOPROGRAMMA			
				ENTRO MARZO 2025	ENTRO GIUGNO 2025	ENTRO SETTEMBRE 2025	ENTRO DICEMBRE 2025
1	Prime visite e diagnostica per il paziente oncologico	1.604	1.039	565	0	0	0
2	Visite di controllo (follow up oncologici, cronici, patologie rare, salute mentale)	13	0	13	0	0	0
3	Eventuali prime visite ritenute prioritarie (diverse da quelle elencate nel PNGLA)	2.974	1.608	1.366	0	0	0
4	Altre prestazioni monitorate dal PNGLA	43.781	23.600	2.570	13.123	3.706	782
5	Prestazioni non ricomprese nelle categorie precedenti	21.172	14.097	1.377	4.239	1.227	232
	TOTALE	69.544	40.344	5.891	17.362	4.933	1.014

N.B. Il Piano di abbattimento delle liste è in coerenza con i tempi di programmazione dei PTFP aziendali

Fonte dati: Cruscotto Liste di Attesa

Nelle tabelle successiva le strutture che provvederanno al recupero

Tabella n.13 - Piano di recupero prestazioni del 2024 residue al 31.1.12.2024 Asl Umbria 1 e Azienda Ospedaliera di Perugia - Strutture di recupero

VOLUMI DA RECUPERARE	ENTRO MARZO 2025		ENTRO GIUGNO 2025	
	USL 1 (*)	AO PG	USL 1 (*)	AO PG
12.756	3.831	256	8.024	645

Fonte dati: Dati aziendali

Tabella n.14 - Piano di recupero prestazioni del 2024 residue al 31.1.12.2024 Asl Umbria 2 e Azienda Ospedaliera di Terni - Strutture di recupero

VOLUMI DA RECUPERARE	ENTRO MARZO 2025		ENTRO GIUGNO 2025		ENTRO SETTEMBRE 2025		ENTRO DICEMBRE 2025	
	USL 2 (*)	AO TR	USL 2 (*)	AO TR	USL 2 (*)	AO TR	USL 2 (*)	AO TR
16.444	1.315	489	7.882	811	4.933	0	1.014	0

Fonte dati: Dati aziendali

*= Il recupero effettuato dalla Azienda Territoriale può essere effettuato con il personale dipendente, il personale di specialistica ambulatoriale, l'acquisto dal privato accreditato convenzionato



Cronoprogramma delle Prestazioni Ambulatoriali da recuperare - Anno 2025

Tabella n.15 - Piano di recupero prestazioni del 2025 già in PdT

N.	CRITERI DI PRIORITÁ	PdT gestiti dal 1.1.2025 al 9.3.2025	VOLUMI PDT AL 9.3.2025	CRONOPROGRAMMA			
				ENTRO MARZO 2025	ENTRO GIUGNO 2025	ENTRO SETTEMBRE 2025	ENTRO DICEMBRE 2025
1	Prime visite e diagnostica per il paziente oncologico	711	433	433	0	0	0
2	Visite di controllo (follow up oncologici, cronici, patologie rare, salute mentale)	5	5	5	0	0	0
3	Eventuali prime visite ritenute prioritarie (diverse da quelle elencate nel PNGLA)	819	517	517	0	0	0
4	Altre prestazioni monitorate dal PNGLA (°)	20.857	18.111	733	11.460	2.256	3.662
5	Prestazioni non ricomprese nelle categorie precedenti	37.754	26.708	516	9.947	13.081	3.164
	TOTALE	60.146	45.774	2.204	21.407	15.337	6.826

N.B. Il Piano di abbattimento delle liste è in coerenza con i tempi di programmazione dei PTFP aziendali

Fonte dati: Cruscotto Liste di Attesa

Nelle tabelle successive le strutture che provvederanno al recupero

Tabella n.16 - Piano di recupero prestazioni del 2025 Asl Umbria 1 e Azienda Ospedaliera di Perugia - Strutture di recupero

VOLUMI AL 09.3.2025	ENTRO MARZO 2025		ENTRO GIUGNO 2025		ENTRO SETTEMBRE 2025		ENTRO DICEMBRE 2025	
	USL 1 (*)	AO PG	USL 1 (*)	AO PG	USL 1 (*)	AO PG	USL 1 (*)	AO PG
25.739	774	125	8.247	1.574	8.277	1.580	5.162	0

Fonte dati: Dati aziendali

Tabella n.17 - Piano di recupero prestazioni del 2025 Asl Umbria 2 e Azienda Ospedaliera di Terni - Strutture di recupero

VOLUMI AL 09.3.2025	ENTRO MARZO 2025		ENTRO GIUGNO 2025		ENTRO SETTEMBRE 2025		ENTRO DICEMBRE 2025	
	USL 2 (*)	AO TR	USL 2 (*)	AO TR	USL 2 (*)	AO TR	USL 2 (*)	AO TR
20.035	1.305	0	10.780	806	4.674	806	1.664	0

Fonte dati: Dati aziendali

*= Il recupero effettuato dalla Azienda Territoriale può essere effettuato con il personale dipendente, il personale di specialistica ambulatoriale, l'acquisto dal privato accreditato convenzionato

Questo monitoraggio per l'anno 2025 si riferisce alle prestazioni in PDT che si sono formate nei primi mesi del 2025 e che saranno da recuperare entro la fine dell'anno secondo il cronoprogramma indicato.

Il meccanismo di ripulitura e cancellazione dei pazienti in lista consentirà l'anticipazione delle prestazioni previste nel quarto trimestre al trimestre precedente.



Regione Umbria

Giunta Regionale

Le Aziende Sanitarie devono procedere inoltre con le assunzioni del personale medico e del personale del comparto, in coerenza con il Piano assunzionale laddove i fabbisogni mostrano una carenza strutturale di professionisti.



B. Ricoveri Ospedalieri

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

Tutte le strutture pubbliche e private accreditate convenzionato devono adeguare la loro organizzazione alle indicazioni delle linee di indirizzo regionali di cui alla DGR n. 1406 del 28/12/2023.

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

1. **Rispetto della procedura di inserimento in lista di attesa chirurgica.** Le Direzioni Sanitarie vigilano sul corretto inserimento in lista di attesa chirurgica previo inserimento in lista di presa in carico quando necessario il completamento diagnostico e previa informativa e raccolta consenso del paziente.
2. **Rispetto della procedura di programmazione delle sale operatorie.** Le Direzioni Sanitarie vigilano sulla corretta programmazione mensile, settimanale e giornaliera delle sale operatorie rispetto all'assegnazione delle stesse con monitoraggio del sovra-utilizzo e del sotto-utilizzo e del rispetto dei criteri di inserimento in lista operatoria in relazione all'ordine temporale in lista ed alla classe di priorità.
3. **Separazione dei percorsi programmati da quelli urgenti.** Le Direzioni aziendali identificano, almeno negli Ospedali sede di DEA di I e di II livello, la/e sala/e operatoria/e dedicata/e all'urgenza/emergenza.
4. **Sviluppo dell'informatizzazione dell'intero processo** e collegamento fra tutte le fasi del percorso fino alla creazione della lista operatoria.
5. **Assegnazione degli spazi di sala operatoria** in relazione ai tempi chirurgici ed in un'ottica di ottimizzazione dell'attività.
6. **Pieno utilizzo delle sale operatorie** – Le sale operatorie devono essere utilizzate a pieno regime con separazione del percorso urgente da quello programmato nel rispetto delle indicazioni dei regolamenti adottati dalle singole aziende in linea con le linee di indirizzo regionali. Il RUA e i livelli organizzativi attivati in ambito aziendale, devono analizzare la consistenza delle attuali liste di attesa e definire una programmazione base per la gestione delle stesse. Si tratta di garantire un'offerta adeguata alla domanda al fine di evitare una consistenza delle liste di attesa maggiore della possibilità di gestione. Le Aziende Ospedaliere e Territoriali definiscono i piani di pieno utilizzo dei blocchi operatori negli ospedali della rete ospedaliera stratificando le attività per complessità di ospedale in modo da utilizzare i blocchi operatori/sale operatore degli Ospedali di base per la patologia di medio-bassa complessità e quelli degli Ospedali DEA per la medio-alta complessità oltre che per le specificità di disciplina per standard di volume e di esito.
7. **Programmazione delle attività in produttività aggiuntiva** finalizzata al recupero dei ricoveri in lista di attesa stratificati per classe di complessità, classe di priorità e data di inserimento in lista di attesa attraverso la programmazione di sedute aggiuntive nelle proprie sedi ospedaliere per il recupero degli interventi in lista di attesa e la



programmazione di sedute aggiuntive in sedi ospedaliere di altre strutture pubbliche sempre per il recupero degli interventi in lista di attesa attraverso la formalizzazione di specifici accordi fra aziende per l'utilizzo degli spazi delle sale operatorie presenti in tutti gli ospedali della rete ospedaliera regionale per il pieno efficientamento di tutte le sale operatorie disponibili nella rete ospedaliera umbra come previsto dalle disposizioni della DGR n. 1406/2023.

8. **Potenziamento delle attività di Day-surgery** con slot di sala operatoria e posti letto dedicati.
9. **Trasferimento in chirurgia ambulatoriale degli interventi previsti dalla DGR n. 194 del 06/03/2024** recante "Art. 6 comma 8 del RR 9/2023. *Classificazione e requisiti delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale*" e ss.mm.ii., con programmazione di sedute anche in produttività aggiuntiva con pieno utilizzo delle sale operatore dedicate alla chirurgia ambulatoriale.
10. **Integrazione con il servizio di Bed Management** per la gestione condivisa degli slot operatori e dei posti letto.
11. **Recupero della mobilità passiva:** Le Aziende sanitarie pubbliche dovranno pianificare la programmazione chirurgica tenendo conto anche della mobilità passiva in particolare quella evitabile e di confine:
 - a. **quella delle prestazioni di Alta specialità recuperabile ovvero solo per quelli garantibili all'interno della Regione in particolare quella ortopedica** che mostra progressivi incrementi verso le strutture pubbliche e private extraregionali, principalmente quelle di confine;
 - b. Quella relativa ai **DRG di bassa-media complessità**;
 - c. Quella relativa ai **DRG potenzialmente inappropriati** trasferendo di norma le attività previste in Chirurgia Ambulatoriale per tutte le prestazioni comprese nel nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale per i pazienti ASA 1 e ASA 2.
12. **Monitoraggio della produzione chirurgica, delle attività di recupero degli interventi chirurgici e di utilizzo delle sale operatorie**, come previsto dal regolamento di sala operatoria, con incontri periodici in Direzione di Presidio per illustrare l'andamento d'uso delle sale operatorie.
13. **Reportistica sistematica condivisa con tutti gli operatori coinvolti** su liste d'attesa e tassi di occupazione delle sale operatorie ed i tempi degli interventi con analisi specifica sui tempi "non" a valore.
14. **Monitoraggio di utilizzo di ogni singola sala operatoria**; le Direzioni di Presidio predispongono il monitoraggio d'utilizzo delle sale operatorie per il Governo delle liste d'attesa.

Si riporta di seguito il cronoprogramma dei ricoveri ospedalieri da recuperare distinto per periodo.

**CRONOPROGRAMMA DELLE PRESTAZIONI CHIRURGICHE DA RECUPERARE****Cronoprogramma delle prestazioni chirurgiche da recuperare Anni 2020-2021**

Tabella n.18 - Piano di recupero prestazioni anni 2020-2021 prestazioni chirurgiche di ricovero

ANNI 2020 - 2021									
PRESTAZIONI NON EROGATE NEGLI ANNI 2020-2021	NUMERO DI INTERVENTI IN LISTA D'ATTESA AL 31.12.2024	PIANO DI RECUPERO 2025	31/03/2025	30/06/2025	30/09/2025	31/12/2025	TOTALE RECUPERO AL 31/12/2025	RESIDUI AL 31/12/2025	% DI RECUPERO AL 31/12/2025
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' A	2	2	2	0	0	0	2	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' B	51	51	23	0	28	0	51	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' C	14	14	5	0	9	0	14	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' D	4	4	2	0	2	0	4	0	100,00%
TOTALE DRG CLASSE COMPLESSITA' 1	71	71	32	0	39	0	71	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' A	9	9	9	0	0	0	9	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' B	147	147	114	0	33	0	147	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' C	122	122	73	0	49	0	122	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' D	32	32	27	0	5	0	32	0	100,00%
TOTALE DRG CLASSE COMPLESSITA' 2	310	310	223	0	87	0	310	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' A	15	15	15	0	0	0	15	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' B	119	119	94	0	25	0	119	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' C	212	212	163	0	49	0	212	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' D	67	67	52	0	15	0	67	0	100,00%
TOTALE DRG CLASSE DI COMPLESSITA' 3	413	413	324	0	89	0	413	0	100,00%
TOTALE DGR CHIRURGICI	794	794	579	0	215	0	794	0	100,00%

Fonte dati: Dati aziendali

Cronoprogramma delle prestazioni chirurgiche da recuperare - Anno 2022

Tabella n.19 - Piano di recupero prestazioni anno 2022 prestazioni chirurgiche di ricovero

ANNO 2022									
PRESTAZIONI NON EROGATE NEL 2022	NUMERO DI INTERVENTI IN LISTA D'ATTESA AL 31.12.2024	PIANO DI RECUPERO 2025	31/03/2025	30/06/2025	30/09/2025	31/12/2025	TOTALE RECUPERO AL 31/12/2025	RESIDUI AL 31/12/2025	% DI RECUPERO AL 31/12/2025
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' A	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' B	40	40	15	0	25	0	40	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' C	28	28	15	0	13	0	28	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' D	5	5	2	0	3	0	5	0	100,00%
TOTALE DRG CLASSE COMPLESSITA' 1	73	73	32	0	41	0	73	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' A	12	12	12	0	0	0	12	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' B	220	220	131	0	89	0	220	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' C	224	224	172	0	52	0	224	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' D	52	52	25	0	27	0	52	0	100,00%
TOTALE DRG CLASSE COMPLESSITA' 2	508	508	340	0	168	0	508	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' A	4	4	4	0	0	0	4	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' B	159	159	125	0	34	0	159	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' C	167	167	112	0	55	0	167	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' D	80	80	47	0	33	0	80	0	100,00%
TOTALE DRG CLASSE DI COMPLESSITA' 3	410	410	288	0	122	0	410	0	100,00%
TOTALE DGR CHIRURGICI	991	991	660	0	331	0	991	0	100,00%

Fonte dati: Dati aziendali

Cronoprogramma delle prestazioni chirurgiche da recuperare - Anno 2023

Tabella n.20 - Piano di recupero prestazioni anno 2023 prestazioni chirurgiche di ricovero

ANNO 2023									
PRESTAZIONI NON EROGATE NEL 2023	NUMERO DI INTERVENTI IN LISTA D'ATTESA AL 31.12.2024	PIANO DI RECUPERO 2025	31/03/2025	30/06/2025	30/09/2025	31/12/2025	TOTALE RECUPERO AL 31/12/2025	RESIDUI AL 31/12/2025	% DI RECUPERO AL 31/12/2025
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' A	42	42	40	2	0	0	42	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' B	138	138	61	6	71	0	138	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' C	75	75	22	6	47	0	75	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' D	27	27	8	1	18	0	27	0	100,00%
TOTALE DRG CLASSE COMPLESSITA' 1	282	282	131	15	136	0	282	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' A	343	343	89	254	0	0	343	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' B	1.020	1.020	304	22	262	432	1.020	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' C	568	568	72	9	369	118	568	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' D	209	209	28	9	161	11	209	0	100,00%
TOTALE DRG CLASSE COMPLESSITA' 2	2.140	2.140	493	294	792	561	2.140	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' A	240	240	63	39	138	0	240	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' B	524	524	241	25	258	0	524	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' C	447	447	75	0	265	107	447	0	100,00%
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' D	352	352	68	0	245	39	352	0	100,00%
TOTALE DRG CLASSE DI COMPLESSITA' 3	1.563	1.563	447	64	906	146	1.563	0	100,00%
TOTALE DGR CHIRURGICI	3.985	3.985	1.071	373	1.834	707	3.985	0	100,00%

Fonte dati: Dati aziendali

**Cronoprogramma delle prestazioni chirurgiche da recuperare - Anno 2024**

Tabella n.21 - Piano di recupero prestazioni anno 2024 prestazioni chirurgiche di ricovero

ANNO 2024										
PRESTAZIONI NON EROGATE NEL 2024	NUMERO DI INTERVENTI IN LISTA D'ATTESA AL 31.12.2024	PIANO DI RECUPERO 2025	31/03/2025	30/06/2025	30/09/2025	31/12/2025	TOTALE RECUPERO AL 31/12/2025	RESIDUI AL 31/12/2025	% DI RECUPERO AL 31/12/2025	
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PR	542	542	304	238	0	0	542	0	100,00%	
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PR	604	604	134	229	112	129	604	0	100,00%	
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PR	278	278	30	165	26	57	278	0	100,00%	
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PR	42	13	9	0	6	-2	13	29	30,95%	
TOTALE DRG CLASSE COMPLESSITA' 1	1.466	1.437	477	632	144	184	1.437	29	98,02%	
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PR	891	891	400	387	104	0	891	0	100,00%	
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PR	3.116	2.616	441	0	317	1.858	2.616	500	83,95%	
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PR	2.122	1.365	204	0	166	995	1.365	757	64,33%	
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PR	278	66	25	0	0	41	66	212	23,74%	
TOTALE DRG CLASSE COMPLESSITA' 2	6.407	4.938	1.070	387	587	2.894	4.938	1.469	77,07%	
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PR	692	692	345	300	0	47	692	0	100,00%	
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PR	1.974	1.590	461	0	200	929	1.590	384	80,55%	
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PR	1.909	1.489	227	0	66	1.196	1.489	420	78,00%	
DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PR	692	210	72	0	0	138	210	482	30,35%	
TOTALE DRG CLASSE DI COMPLESSITA' 3	5.267	3.981	1.105	300	266	2.310	3.981	1.286	75,58%	
TOTALE DGR CHIRURGICI	13.140	10.356	2.652	1.319	997	5.388	10.356	2.784	78,81%	

Fonte dati: Dati aziendali

Prestazioni chirurgiche totali non erogate anni precedenti al 2025 stratificate per Azienda

Tabella n.22 - Numero di interventi in lista di attesa anni 2020-2024 prestazioni chirurgiche di ricovero stratificate per Azienda

PRESTAZIONI NON EROGATE ANNI PRECEDENTI	NUMERO DI INTERVENTI IN LISTA D'ATTESA AL 31.12.2024				
	ANNI 2020-2021	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	TOTALE
USL UMBRIA 1	0	0	351	4.287	4638
USL UMBRIA 2	368	353	909	1.340	2970
AZIENDA OSPEDALIERA PERUGIA	426	638	1.314	3.871	6249
AZIENDA OSPEDALIERA TERNI	0	0	1.411	3.642	5053
TOTALE REGIONE	794	991	3.985	13.140	18.910

Fonte dati: Dati aziendali

Piano di recupero prestazioni chirurgiche totali non erogate anni precedenti al 2025 stratificate per Azienda

Tabella n.23 - Piano di recupero prestazioni anni 2020-2024 prestazioni chirurgiche di ricovero stratificate per Azienda

PRESTAZIONI NON EROGATE ANNI PRECEDENTI	TOTALE	31/03/2025	30/06/2025	30/09/2025	31/12/2025	TOTALE RECUPERO AL 31/12/2025	RESIDUI AL 31/12/2025	% DI RECUPERO AL 31/12/2025
		USL UMBRIA 1	4638	1.482	1.069	72	2.015	4.638
USL UMBRIA 2	2970	1.440	226	1.304	0	2.970	0	100,00%
AZIENDA OSPEDALIERA PERUGIA	6249	1.599	79	1.467	2.624	5.769	480	92,32%
AZIENDA OSPEDALIERA TERNI	5053	441	318	534	1.456	2.749	2.304	54,40%
TOTALE REGIONE	18.910	4.962	1.692	3.377	6.095	16.126	2.784	85,28%

Fonte dati: Dati aziendali



CRONOPROGRAMMA DELLE PRESTAZIONI CHIRURGICHE AMBULATORIALI DA RECUPERARE

Prestazioni chirurgiche ambulatoriali totali non erogate anni precedenti al 2025 stratificate per Azienda

Tabella n.24 - Numero di interventi in lista di attesa anni 2020-2024 prestazioni chirurgiche ambulatoriali stratificate per Azienda

PRESTAZIONI NON EROGATE ANNI PRECEDENTI	NUMERO DI INTERVENTI IN LISTA D'ATTESA AL 31.12.2024				
	ANNI 2020-2021	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	TOTALE
USL UMBRIA 1	0	0	177	3.342	3519
USL UMBRIA 2	32	60	277	635	1004
AZIENDA OSPEDALIERA PERUGIA	1	23	389	2.106	2519
AZIENDA OSPEDALIERA TERNI	0	0	1.293	2.305	3598
TOTALE REGIONE	33	83	2.136	8.388	10.640

Fonte dati: Dati aziendali

Piano di recupero prestazioni chirurgiche ambulatoriali totali non erogate anni precedenti al 2025 stratificate per Azienda

Tabella n.25 - Piano di recupero prestazioni anni 2020-2024 prestazioni chirurgiche ambulatoriali stratificate per Azienda

PRESTAZIONI NON EROGATE ANNI PRECEDENTI	TOTALE	31/03/2025	30/06/2025	30/09/2025	31/12/2025	TOTALE RECUPERO AL 31/12/2025	RESIDUI AL 31/12/2025	% DI RECUPERO AL 31/12/2025
		USL UMBRIA 1	3519	0	177	0	3.342	3.519
USL UMBRIA 2	1004	92	0	277	635	1.004	0	100,00%
AZIENDA OSPEDALIERA PERUGIA	2519	0	0	156	171	327	2.192	12,98%
AZIENDA OSPEDALIERA TERNI	3598	337	0	0	2.256	2.593	1.005	72,07%
TOTALE REGIONE	10.640	429	177	433	6.404	7.443	3.197	69,95%

Fonte dati: Dati aziendali

L'obiettivo regionale al 31.12.2025 è quello di:

- recuperare le prestazioni chirurgiche come da piano;
- rispettare i tempi di attesa per le prestazioni di classe A, di complessità 1 in particolare relative alla chirurgia oncologica nel 95% dei casi;
- rispettare i tempi delle classi di priorità delle prestazioni chirurgiche sottoposte a monitoraggio ministeriale.



RISORSE

Al fine di garantire la riduzione dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri chirurgici, il finanziamento per l'anno 2025 dei Piani Operativi per l'abbattimento delle liste di attese, nelle more di nuovi provvedimenti nazionali e/o regionali, si definiscono le risorse complessive riferite alle seguenti tipologie:

- Prestazioni aggiuntive
- Fondi per la specialistica ambulatoriale
- Utilizzo residui risorse anni precedenti non utilizzati

Prestazioni aggiuntive

Per la produttività aggiuntiva, anche in relazione a quanto previsto dall'Art. 3, c. 10-bis lettera c) legge 107/2024, si definisce la quota delle risorse da destinare al piano delle liste di attesa, facendo riferimento alle quote complessive utilizzate e certificate dalle Aziende Sanitarie regionali nel 2024 per il medesimo fine, che a livello regionale sono state consuntivate complessivamente come riportato in tabella successiva

Tabella n.26 - Risorse utilizzate anno 2024 per le prestazioni aggiuntive

	Prestazioni aggiuntive DIRIGENZA	Prestazioni aggiuntive COMPARTO	TOTALE
Quota Tariffa base	3.715.395,88	803.387,12	4.518.783,00
Quota di maggiorazione tariffaria	508.543,73	535.591,41	1.044.135,14
TOTALE	4.223.939,61	1.338.978,53	5.562.918,14

Per la Dirigenza Sanitaria le risorse così determinate pari a € 4.233.939,61 vanno conteggiate nel totale regionale che ammonta a 11.156.6973,34 come da tabella successiva:

Tabella n.27 - Risorse produttività aggiuntiva Dirigenza anno 2025

DIRIGENZA SANITARIA			
Limite finanziario art. 89, c. 4, CCNL 19-21 Area Sanità <u>CON</u> integrazione c. 5			
TETTI 2021 comunicati dalle Aziende (A)	Risorse 2025 art. 1, c. 220, L. 213/2023 (da ripartire) (B)	Risorse 2025 art. 4, c. 11, DL. 202/2024 (da ripartire) (B)	TETTI 2025 limite 2021 con integrazioni (A) + (B) + (C)
6.672.681,09	2.980.000,00	1.504.016,25	11.156.697,34

Per il Comparto Sanitario invece non è previsto un tetto sulle prestazioni totali, quindi il valore complessivo di € 535.491,41 definito per la maggiorazione tariffaria va conteggiato nell'importo limite di € 1.806.316,50 determinato solo ai fini delle maggiorazioni tariffarie previste nell'Accordo del 18 luglio 2024 come da tabella successiva:



Tabella n.28 - Risorse prestazioni aggiuntive Comparto anno 2025

COMPARTO SANITARIO			
LA VIGENTE NORMATIVA NON PREVEDE UN TETTO	Risorse 2025 art. 1, c. 220, L. 213/2023 (da ripartire) (B)	Risorse 2025 art. 4, c. 11, DL. 202/2024 (da ripartire) (B)	TETTI 2025 limite 2021 con integrazioni (A) + (B) + (C)
<i>non previsto Tetto</i>	1.192.000,00	614.316,50	1.806.316,50

Le risorse destinate al Piano delle liste di attesa per l'anno 2025, di valore corrispondente all'utilizzo dell'anno precedente per il medesimo fine, vengono ripartite come descritto nelle tabelle successive per le 4 Aziende destinando il 50% al piano di recupero delle prestazioni chirurgiche e il 50% al piano di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e ripartite fra le Aziende in maniera proporzionale in base ai piani di recupero presentati.

Le Aziende possono utilizzare le risorse assegnate esclusivamente per il piano di recupero straordinario delle liste di attesa potendo anche trasferite dal piano recupero degli interventi chirurgici al piano di recupero della specialistica ambulatoriale senza poter superare il totale assegnato e comunque garantendo gli obiettivi di recupero fissati dal piano con le risorse complessive a ciò destinate.

Tabella n.29 - Risorse complessive

AZIENDA	PRODUTTIVITA' AGGIUNTIVA DIRIGENZA	PRODUTTIVITA' AGGIUNTIVA COMPARTO	TOTALE
USL Umbria 1	1.684.011,82	535.158,30	2.219.170,12
USL Umbria 2	1.338.111,09	419.589,57	1.757.700,66
Azienda Ospedaliera Perugia	646.644,29	207.572,70	854.216,99
Azienda Ospedaliera Terni	555.172,42	176.657,97	731.830,39
TOTALE	4.223.939,61	1.338.978,53	5.562.918,16

Fonte dati: Monitoraggio dati aziendali

A titolo di completezza e, stante la normativa vigente, si evidenzia che le restanti risorse, rispetto alle complessive indicate nelle tabelle n. 27 e n. 28, saranno ripartite tra le aziende per le altre due finalità, vale a dire per i "Servizi di Emergenza- Urgenza" e "Altri Servizi".

Fondi per la specialistica ambulatoriale

Richiamato l'art. 43 lett. B comma 9 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti ambulatoriali interni, Veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – triennio 2019-2021 e le correlate risorse a disposizione quantificate dalle aziende come indicato nella tabella seguente:

Tabella n.30 - Risorse Specialisti Ambulatoriali

AZIENDA	TOTALE
USL Umbria 1	55.388,59
USL Umbria 2	43.153,09
TOTALE	98.541,68

Fonte dati: Dati Aziendali



Le Aziende procederanno alla definizione con le Organizzazioni di Categorie delle quote di queste risorse da destinare al governo delle liste di attesa e all'appropriatezza.

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

Inoltre le Aziende possono procedere ai sensi del comma 10bis dell'art. 3 della Legge 107/2024 qualora ricorrano le condizioni di cui al comma 10 dell'art. 3 della medesima legge, ad operare nel rispetto delle indicazioni della lettera b) e della lettera d) del comma 10 bis.

Utilizzo residui risorse anni precedenti non utilizzati

Nelle more della definizione di risorse specificatamente dedicate al Piano di Recupero delle Liste di Attesa si rendono disponibili tutte le risorse residue specificatamente dedicate ai piani di recupero delle liste di attesa degli anni pregressi e risultanti dal bilancio d'esercizio 2024 delle singole Aziende rispetto alla quantificazione delle risorse complessivamente disponibili pari allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto per l'anno 2024 (€ 7.480.709,82).

Il monitoraggio complessivo dell'utilizzo delle risorse disponibili, alla data di predisposizione del presente Piano, evidenzia un residuo rispetto allo 0.4% del finanziamento finalizzato per l'anno 2024 pari a circa 2,1 mln di euro di cui 1,0 mln già utilizzato dalle Aziende territoriali per l'acquisto dal privato accreditato di prestazioni in PdT a completamento delle manifestazioni d'interesse effettuate nelle precedenti annualità.

In considerazione del fatto che le risorse residue complessive rispetto allo 0,4% e non ancora utilizzate al 31/12/2024 possono essere destinate esclusivamente per tale finalità e in considerazione che le risorse per le prestazioni aggiuntive sono state già assegnate e che sono anche soggette a specifici vincoli, si programma di utilizzare tali risorse per l'acquisto di prestazioni dal privato accreditato convenzionato.

Al fine di garantire un volume economico per i territori regionali parametrato con i PdT da recuperare e tenendo presente anche i contenuti della DD n.13906/2024 intercorsa dopo la sottoscrizione dell'Intesa n. 228/CSR, vengono rimodulate le risorse per l'anno 2024 come da tabella seguente:

Tabella n. 31 - Rimodulazione Assegnazione risorse anno 2024

AZIENDA	Assegnazione Fondi Anno 2024 (0.4%) DGR 1088/2024 (A)	Ripartizioni quote post intesa (DD 13906/2024) (B)	Ridistribuzione Fondi assegnati DGR 1088/2024 (C)	Rimodulazione Fondi ANNO 2024 (D = A+B+C)
USL Umbria 1	3.001.256,38	0	0	3.001.256,38
USL Umbria 2	2.801.256,37	89.098,53	560.661,83	3.451.016,73
Azienda Ospedaliera Perugia	750.000,00	44.549,27	-181.459,11	613.090,16
Azienda Ospedaliera Terni	750.000,00	44.549,27	-379.202,72	415.346,55
TOTALE	7.302.512,75	178.197,08	0,0	7.480.709,82

Fonte dati: Monitoraggio CE aziendali



Sulla scorta di quanto sopra rimodulato, le Aziende territoriali provvederanno alla pubblicazione di specifica manifestazione di interesse con il budget ancora disponibile al 2025 comprensivo di eventuali residui della quota di € 1.000.000,00 precedentemente finalizzato.

A seguito dell'adozione del Piano, in sede di riunione dell'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, si individueranno i fabbisogni e i criteri per procedere con la pubblicazione di avviso finalizzato all'acquisizione delle manifestazioni di interesse, per le prestazioni inserite nei percorsi di tutela per i quali si completa l'offerta pubblica con l'offerta privata in una logica di integrazione e sinergia.

In ultimo, in considerazione della rilevanza strategica dell'obiettivo di smaltimento delle liste d'attesa delle prestazioni sanitarie, laddove le disposizioni nazionali confermino, anche per il 2025, la facoltà per la Regione di finalizzare al recupero delle liste d'attesa una quota del fondo indistinto (pari almeno allo 0,4% previsto nell'anno 2024, per un importo totale di 7,4 mln circa), tali risorse, nella disponibilità della Regione (come avvenuto negli anni 2023 e 2024), saranno destinate alle finalità del Piano il che renderebbe ampiamente fattibile il recupero degli attuali PdT.