



GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 935 DEL 26/07/2021

ADUNANZA N. 58

LEGISLATURA XI

PROT. N. 1025

TIPO D'ATTO: DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

ASSESSORE PROPONENTE: FILIPPO SALTAMARTINI

SERVIZIO PROPONENTE: SANITA'

OGGETTO: Art. 27 D. L. 73/2021 - Modalità attuative del Programma di monitoraggio nazionale per pazienti dimessi a seguito di ricovero ospedaliero guariti dal COVID-19. Revoca DGR 750/2020

Il giorno 26 luglio 2021, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

| | |
|------------------------|----------------|
| - Francesco Acquaroli | Presidente |
| - Mirco Carloni | Vicepresidente |
| - Stefano Aguzzi | Assessore |
| - Francesco Baldelli | Assessore |
| - Guido Castelli | Assessore |
| - Giorgia Latini | Assessore |
| - Filippo Saltamartini | Assessore |

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale Francesco Acquaroli.

Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Francesco Maria Nocelli.

Riferisce in qualità di relatore l'Assessore Filippo Saltamartini.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: Art. 27 D. L. 73/2021 - Modalità attuative del Programma di monitoraggio nazionale per pazienti dimessi a seguito di ricovero ospedaliero guariti dal COVID-19. Revoca DGR 750/2020.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Sanità dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Sanità che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della Legge regionale 15.10.2001, n. 20 "Norme in materia di organizzazione e di personale della Regione" sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica;

VISTA l'attestazione della copertura finanziaria, nonché il D. Lgs. n. 118/2011 e s.m.i. in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

DELIBERA

- 1) di approvare le modalità attuative a livello regionale del programma nazionale di monitoraggio per gli assistiti dimessi a seguito di ricovero ospedaliero, guariti dal COVID-19, che prevede l'erogazione in regime di esenzione di un set di prestazioni di specialistica ambulatoriale ricomprese nei LEA, istituito dall'art. 27 del D. L. 73/2021, come risultante nell'Allegato A al presente provvedimento di cui fa parte integrante e sostanziale;
- 2) di revocare conseguentemente la deliberazione di Giunta regionale n. 750 del 15.06.2020 "Epidemia COVID-19: PDTA pazienti COVID 19 positivi - Organizzazione del percorso di follow-up e di valutazione degli outcomes a medio e lungo termine";
- 3) di dare mandato al Dirigente del Servizio Sanità di provvedere con proprio atto a quantificare e assegnare le risorse di cui all'art. 27 del D. L. 73/2021 ai singoli Enti del SSR a compensazione delle minori entrate derivanti dall'attuazione del programma nazionale di monitoraggio di cui al punto 1) sulla base dei dati delle prestazioni conferite nel flusso della Specialistica ambulatoriale (File C) per il periodo di riferimento individuando le modalità di erogazione agli enti;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

4) di stabilire che l'onere derivante dall'attuazione del programma nazionale di monitoraggio di cui al punto 1) trova copertura nelle risorse assegnate alla Regione Marche, ai sensi dell'art. 27, comma 5, del D. L. 73/2021, iscritte nel Bilancio di previsione 2021/2023 con deliberazione approvata nell'odierna seduta di Giunta come di seguito specificato:

- anno 2021: capitolo di spesa n. 2130110826 per € 404.378,00 correlato al capitolo di entrata n. 1201010473;
- anno 2022: capitolo di spesa n. 2130110827 per € 350.609,00 correlato al capitolo di entrata n. 1201010474;
- anno 2023: capitolo di spesa n. 2130110828 per € 61.590,00 correlato al capitolo di entrata n. 1201010475.

trattasi di risorse afferenti a capitoli del perimetro sanità per le quali si applica il Titolo II del D. Lgs. 118/2011;

5) di confermare, nel caso in cui l'accesso alle prestazioni di ricovero in regime ospedaliero, nelle strutture pubbliche e private convenzionate regionali, richieda la preventiva esecuzione del test per la diagnosi di infezione da SARS-Co V-2 (tampone), essendo il tampone una prestazione strettamente e direttamente correlata al ricovero programmato, che la prestazione è remunerata dalla tariffa onnicomprensiva del ricovero e non è soggetta alla compartecipazione alla spesa ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 662/1996;

6) di confermare, nel caso in cui l'accesso alle prestazioni di ricovero in regime residenziale e alle prestazioni semi-residenziali nelle strutture pubbliche e private convenzionate regionali richieda, sulla base delle determinazioni regionali, la preventiva esecuzione del test per la diagnosi di infezione da SARS-Co V-2 (tampone), l'assistito residente nella Regione Marche potrà usufruire di questa prestazione in regime di esenzione. L'assistito dovrà richiedere al proprio medico di fiducia la prescrizione del tampone su ricetta SSN e, qualora non in possesso di una esenzione generale dal ticket, il medico prescrittore dovrà inserire nella prescrizione il codice esenzione P01.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Francesco Maria NOCELLI)
Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Francesco ACQUAROLI)
Documento informatico firmato digitalmente



DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento:

- Deliberazione di Giunta regionale n. 750 del 15.06.2020 “Epidemia COVID-19: PDTA pazienti COVID19 positivi - Organizzazione del percorso di follow-up e di valutazione degli outcomes a medio e lungo termine”;
- Deliberazione di Giunta regionale n. 26 del 18.01.2021 “Emergenza sanitaria COVID-19” - Proroga validità esenzione regionale RMCOV2”;
- D. L. 25.05.2021, n. 73 “Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali”.

Motivazione ed esito dell'istruttoria

Le recenti evidenze scientifiche dimostrano che, in un numero significativo di persone colpite da COVID-19, le manifestazioni cliniche non si esauriscono dopo la fase acuta sintomatica, ma possono determinarsi esiti clinici o funzionali, temporanei o persistenti, di varia severità. Questa condizione di persistenza dei sintomi, che può riguardare soggetti di qualunque età e con varia severità della fase acuta di malattia, è stata riconosciuta come una entità clinica specifica, denominata Long COVID.

La Regione Marche, da subito, con la DGR 750/2020 ha approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il controllo periodico e il monitoraggio del decorso della malattia per gli assistiti con diagnosi SARS-CoV-2. La stessa DGR ha introdotto, in via straordinaria, una specifica esenzione in favore dei residenti nella Regione Marche, identificata con il codice RMCOV2, legata alle prestazioni di specialistica ambulatoriale definite nell'ambito del suindicato PDTA, valida dal 1° febbraio al 31 dicembre 2020.

Con la DGR 26/2021 la validità dell'esenzione regionale RMCOV2 è stata prorogata fino al 31.07.2021.

Recentemente è intervenuto il D. L. 25.05.2021 n. 73 (cosiddetto Decreto sostegni bis), che all'art. 27 recante “Esenzione prestazioni di monitoraggio per pazienti ex COVID” dispone, al fine di garantire una presa in carico omogenea su tutto il territorio nazionale delle persone che hanno avuto un quadro clinico COVID-19 correlato, l'istituzione di un programma di monitoraggio tale da assicurare una attività clinico-diagnostica assistenziale modulata in base alla severità della sintomatologia presentata, anche mediante la diagnosi precoce delle possibili sequele della malattia.

Il programma di monitoraggio nazionale è rivolto ai pazienti colpiti da forma grave di COVID-19, dimessi da un ricovero ospedaliero e giudicati guariti, e prevede l'esecuzione di specifiche prestazioni di specialistica ambulatoriale, contenute nei LEA, ritenute appropriate



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

per il monitoraggio, la prevenzione e la diagnosi precoce di eventuali esiti o complicanze legate alla pregressa malattia da COVID-19, indicando la frequenza massima di esecuzione durante il follow up. Le prestazioni ricomprese nel programma di monitoraggio sono erogate senza compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti, per un periodo di due anni a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto suddetto.

La Tabella B richiamata dall'art. 27, comma 5) del D. L. 73/2021 suddivide tra le Regioni le risorse dedicate al programma nazionale di monitoraggio in proporzione al numero di prestazioni da erogare ai pazienti dimessi e risultati guariti dal COVID-19 come risulta dai dati dell'Istituto Superiore di Sanità alla data del 09.05.2021. Alla Regione Marche sono state assegnati complessivamente € 816.577,00 così suddivisi:

- anno 2021: € 404.378,00
- anno 2022: € 350.609,00
- anno 2023: € 61.590,00

Il PDTA individuato con la DGR 750/2020 è sostanzialmente sovrapponibile al protocollo nazionale di follow up istituito con il D. L. 73/2021 e, al fine di soddisfare le esigenze di comprensione, analisi e studio degli esiti della malattia, particolarmente rilevanti per il coordinamento delle risposte del SSN da parte del livello centrale, diventa fondamentale conformarsi allo stesso.

Le minori entrate degli Enti del SSR derivanti dall'attuazione del Programma di monitoraggio nazionale trovano copertura nell'ambito delle risorse specificatamente assegnate alla Regione Marche dall'art. 27, comma 5 del D. L. 73/2021.

Al fine dell'iscrizione nel Bilancio 2021/2023 delle suindicate risorse, con nota ID n. 23596610 del 20.07.2021 è stato richiesto al Servizio Risorse finanziarie e bilancio l'istituzione di appositi capitoli di entrata e di spesa e l'integrazione degli stanziamenti per il triennio 2021/2023 come sopra indicato.

Con deliberazione approvata nella odierna seduta sono state apportate le necessarie modifiche al bilancio finanziario gestionale 2021/2023.

Con il presente atto si provvede a recepire il programma nazionale di monitoraggio per gli assistiti dimessi a seguito di ricovero ospedaliero, guariti dal COVID-19, come previsto dall'art. 27 del D. L. 73/2021 e a declinarne le modalità attuative.

Per quanto sopra esposto, si propone l'adozione del presente atto.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014

Il responsabile del procedimento
(Irene PICCININI)

Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, ne propone l'adozione alla Giunta regionale, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, che in relazione al presente provvedimento non si trova in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

IL DIRIGENTE
(Lucia DI FURIA)

Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI

(Allegato A)



ALLEGATO ALLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE

“Art. 27 D. L. 73/2021 - Modalità attuative del Programma di monitoraggio nazionale per pazienti dimessi a seguito di ricovero ospedaliero guariti dal COVID-19. Revoca DGR 750/2020”.

ATTESTAZIONE DELLA COPERTURA FINANZIARIA

Si attesta la copertura finanziaria per l'importo complessivo di € 816.577,00, a carico del bilancio di previsione 2021/2023, come di seguito indicato:

| Capitolo | Annualità 2021 | Annualità 2022 | Annualità 2023 |
|------------|----------------|----------------|----------------|
| 2130110826 | € 404.378,00 | | |
| 2130110827 | | € 350.609,00 | |
| 2130110828 | | | € 61.590,00 |

Il
responsabile

della Posizione organizzativa
Controllo contabile della spesa 2
(Federico FERRETTI)
Documento informatico firmato digitalmente

PROTOCOLLO NAZIONALE FOLLOW UP PAZIENTI EX COVID-19

Per garantire una presa in carico omogenea su tutto il territorio nazionale l'art. 27 del D. L. 73/2021 istituisce un programma nazionale di monitoraggio dedicato ai soggetti che hanno avuto un quadro clinico severo - COVID-19 correlato - e che potrebbero nel tempo mostrare effetti cronici della malattia.

Il Programma prevede l'esecuzione di specifiche prestazioni di Specialistica ambulatoriale, contenute nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ritenute appropriate per il monitoraggio, la prevenzione e la diagnosi precoce di eventuali esiti o complicanze legate alla pregressa malattia da COVID-19, senza compartecipazione alla spesa sanitaria.

CODICE ESENZIONE

Al fine di rendere omogenea l'applicazione a livello nazionale delle disposizioni dell'art. 27 del D. L. 73/2021 e di garantire l'utilizzo della ricetta dematerializzata, il Ministero della Salute, con nota n. 11534 del 04.06.2021, ha individuato uno specifico codice di esenzione "**CV2123**" da apporre alla prescrizione, valido su tutto il territorio nazionale, della durata temporale di 2 anni, a decorrere dalla data di entrate in vigore del citato Decreto Legge.

BENEFICIARI

I soggetti rientranti nel protocollo nazionale di follow up sono gli assistiti, dimessi a seguito di ricovero ospedaliero, guariti dal COVID-19, come stabilito dal D. L. 73/2021.

Per ottenere l'esenzione, gli interessati dovranno rivolgersi ai competenti uffici dell'Anagrafe assistiti dell'Area Vasta di residenza presentando la lettera di dimissione ospedaliera dalla quale si evinca il ricovero per la diagnosi di COVID-19.

I competenti uffici delle Aree Vaste dell'ASUR, a seguito della verifica dell'avvenuto ricovero, come risultante dalla lettera di dimissione ospedaliera, in analogia a quanto già oggi avviene per le esenzioni per patologia, rilasciano all'assistito un attestato di esenzione che riporta il codice di esenzione nazionale "**CV2123**" e la relativa data di scadenza che, sulla base di quanto previsto dall'art. 27, comma 1, del D. L. 25.05.2021, n. 73, è il **25.05.2023**, indipendentemente dalla data di rilascio dell'attestato stesso.

Gli uffici competenti provvedono a registrare l'esenzione nell'Anagrafe Regionale Centralizzata Assistiti (ARCA)

PRESCRIZIONE

Tutti i sistemi di prescrizione dei medici (convenzionati e dipendenti) in uso a livello regionale sono collegati con l'Anagrafe Regionale Centralizzata Assistiti dalla quale desumere il diritto all'esenzione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste nel protocollo nazionale. Le prescrizioni dovranno riportare il codice esenzione "**CV2123**" e nel quesito diagnostico il codice **V1204** (Anamnesi personale di malattia da SARS-Cov-2).

PRESA IN CARICO PAZIENTI DIMESSI A SEGUITO DI RICOVERO OSPEDALIERO, GUARITI DAL COVID-19

Per agevolare al massimo l'accesso alle prestazioni ai pazienti rientranti nel Protocollo nazionale di monitoraggio risulta centrale la figura del Case Manager, da individuare possibilmente all'interno del personale infermieristico o del personale medico ospedaliero che ha avuto in carico il paziente durante il ricovero.

Il Case Manager avrà il compito di gestire l'agenda ambulatoriale e la prenotazione delle prestazioni di controllo dei pazienti dimessi a seguito di ricovero ospedaliero, guariti dal COVID-19, come risultanti nel Protocollo sperimentale nazionale di follow up di cui alla Tabella A del D. L. 73/2021.

Le prime prestazioni di controllo post-ricovero vanno considerate come prestazioni di completamento dello stesso, e quindi comprese all'interno del DRG relativo al ricovero, qualora programmate entro i 30 gg previsti dalle norme vigenti.

Nel caso degli assistiti dimessi a seguito di un ricovero ospedaliero in un periodo antecedente a quello suindicato sarà il medico di famiglia (MMG/PLS) ad effettuare la prescrizione delle prestazioni previste nel programma nazionale di monitoraggio in relazione alle esigenze cliniche dei singoli assistiti.

Le prestazioni di controllo e follow-up successive, seguono le regole di prescrizione e di prenotazione relativa alla presa in carico (PIC), già normata dagli atti regionali relativi al governo dei tempi di attesa.

Le prestazioni del Protocollo sperimentale di follow up sono rese in modo di assicurare una attività clinico-diagnostica assistenziale modulata in base alla severità della sintomatologia presentata, anche mediante la diagnosi precoce delle possibili sequele della malattia.

Per ciascuna prestazione ricompresa nel Protocollo sperimentale è indicata la frequenza massima di esecuzione durante il follow up. Tale frequenza potrà variare in relazione alle esigenze cliniche e prognostiche che si verificheranno durante il monitoraggio.

Il pacchetto prestazionale consente il controllo, durante il periodo di osservazione, delle principali funzioni interessate dalla malattia. Particolare attenzione è stata posta riguardo ai pazienti più anziani, per i quali, in considerazione delle condizioni di fragilità, è prevista la valutazione multidisciplinare. Parimenti, per i pazienti sottoposti a terapia intensiva/sub-intensiva è previsto il colloquio psicologico.

PRESTAZIONI EROGABILI IN REGIME DI ESENZIONE

Le prestazioni erogabili in regime di esenzione - di cui alla Tabella A del D. L. 73/2021 - sono quelle attualmente vigenti, riferibili al D. M. 22.07.1996, contenute nel Nomenclatore tariffario regionale della Specialistica ambulatoriale, come di seguito riepilogate:

| CODICE | DESCRIZIONE | FREQUENZA (*) |
|--|---|----------------|
| 89.01 | ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima | 3,6,12,24 mesi |
| 90.04.5 | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U] | 3,6,12,24 mesi |
| 90.09.2 | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S] | 3,6,12,24 mesi |
| 90.25.5 | GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U] | 3,6,12,24 mesi |
| 90.62.2 | EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L. | 3,6,12,24 mesi |
| 90.72.3 | PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa) | 3,6,12,24 mesi |
| 90.82.5 | VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES) | 3,6,12,24 mesi |
| 91.49.2 | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO | 3,6,12,24 mesi |
| 90.16.3 | CREATININA [S/U/dU/La] | 3,6,12,24 mesi |
| 90.75.4 | TEMPO DI PROTROMBINA (PT) | 3,6,12,24 mesi |
| 90.76.1 | TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT) | 3,6,12,24 mesi |
| 90.16.4 | CREATININA CLEARANCE | 3,6,12,24 mesi |
| 90.22.3 | FERRITINA [P/(Sg)Er] | 3,6,12,24 mesi |
| 90.22.5 | FERRO [S] | 3,6,12,24 mesi |
| 89.65.1 | EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso | 3,6,12,24 mesi |
| 91.48.5 | PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO | 3,6,12,24 mesi |
| 91.49.1 | PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE | 3,6,12,24 mesi |
| 90.44.3 | URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO | 3,6,12,24 mesi |
| 89.50 | ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici (Holter) | 1 volta/anno |
| 89.52 | ELETTROCARDIOGRAMMA | 1 volta/anno |
| 88.72.3 | ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica | 1 volta/anno |
| 89.37.2 | SPIROMETRIA GLOBALE | 1 volta/anno |
| 89.38.3 | DIFFUSIONE ALVEOLO CAPILLARE DEL CO | 1 volta/anno |
| 89.44.2 | TEST DEL CAMMINO | 1 volta/anno |
| 87.41 | TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino] | 1 volta/anno |
| in pazienti età>70 anni, in aggiunta alle precedenti | | |
| 89.07 | CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO Valutazione multidimensionale geriatrica d'équipe | 2 volte/anno |
| in pazienti sottoposti a terapia intensiva/subintensiva (DRG 541, 542, 565, 566, 575, 576), in aggiunta alle precedenti | | |
| 94.09 | COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO | 3,6,12,24 mesi |

* la frequenza indicata per ogni prestazione è quella massima e può variare in funzione della evoluzione o dell'indicazione clinica