

Deliberazione della Giunta Regionale 23 settembre 2020, n. 2-1980

Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2.

A relazione dell'Assessore Icardi:

Vista la legge 23 dicembre 2005 n. 266, che prevede la stipula di una Intesa tra Stato e Regioni, ai sensi dell'art. 8 comma 6, della legge del 5 giugno 2003 n.131 in merito alla realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa.

Visto il comma 5, dell'articolo 50, del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla Legge n. 326 del 2003, e i successivi provvedimenti dirigenziali del Ministero dell'Economia e delle finanze, tra cui il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 18 marzo 2008, che hanno disciplinato la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 280, lettera e), della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Vista la legge 3 agosto 2007 n. 120 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria".

Visto il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1 comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502.

Visti altresì:

- l'Intesa sancita il 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;
- l'Intesa sancita il 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente il Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa per il triennio 2010-2012 (PNGLA 2010-2012);
- Le Linee Guida Nazionali del sistema CUP del 29 aprile 2010;
- l'Intesa, sancita il 21 febbraio 2019, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'art. 1, comma 280, della Legge 23 dicembre 2005, n. 266"
- l'Intesa sancita il 18 dicembre 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019-2021

Richiamate:

- la D.G.R. 16 maggio 2019, n. 110-9017. Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...] e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017;
- la nota della Unità di Crisi prot.11029 del 04.03.2020 avente per oggetto: "Indicazioni in merito alla gestione dei pazienti ambulatoriali in ambito ospedaliero a seguito della emergenza epidemiologica COVID-19";

- la nota della Unità di Crisi prot. 23445 del 11.05.2020 avente per oggetto: “Fase 2. Recupero attività ambulatoriale e di ricovero precedentemente sospesa”;
- la D.G.R. 29-1379 del 15 maggio 2020 avente per oggetto “Indirizzi alla ASR e alla strutture sanitarie private per la ripresa e l’organizzazione delle attività sanitarie in relazione all’epidemia da COVID 19”;
- la nota del Settore Prevenzione e Veterinaria della Direzione Sanità e Welfare prot. n. 18410 del 05.06.2020, inerente al riavvio del Programma regionale di screening oncologici denominato “Prevenzione Serena”;
- la nota della Unità di Crisi prot. 20938 del 28.04.2020 avente per oggetto “Richiesta azioni propedeutiche fase 2” a seguito della quale tutte le Aziende Sanitarie Regionali hanno trasmesso alla Unità di Crisi i propri piani di riorganizzazione per quanto riguarda l’area ospedaliera e l’area territoriale a livello aziendale e di quadrante.

Considerato che l’ordinaria attività sanitaria svolta da tutti gli operatori, sia nel settore pubblico, sia nel settore privato, è stata profondamente modificata dallo stato di emergenza conseguente al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili COVID-19.

Dato atto che con nota prot. 18497/A1400A del 5 giugno 2020 la Direzione Sanità e Welfare ha trasmesso alle Aziende sanitarie le indicazioni tecnico-operative per la ripresa delle attività sanitarie sospese o ridotte a seguito del lockdown della fase 1) della situazione emergenziale COVID, richiedendo tra l’altro l’adozione di un Piano organizzativo aziendale per la ripresa delle attività.

Dato atto che con D.G.R. n. 6-1613 del 3/7/2020, la Regione Piemonte ha dato l’avvio alle visite specialistiche ambulatoriali erogabili a distanza (c.d. Televisita) anche da parte degli erogatori privati accreditati, in conformità alle "Linee di indirizzo nazionali di telemedicina" ai sensi dell’Intesa del 20 febbraio 2014, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, e disposto indicazioni operative per l’attuazione delle restanti iniziative aziendali di telemedicina.

Dato atto che allo scopo di definire azioni di miglioramento specifiche per il recupero delle prestazioni ambulatoriali sono stati tenuti specifici incontro presso l’Assessorato alla Sanità con le direzioni aziendali.

Considerato che per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, le Aziende pubbliche del SSR sono tenute a dare attuazione, fra l’altro, alle vigenti disposizioni nazionali quali a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- circolari del Ministero della salute n. 7422 del 16 marzo 2020 recante «Linee di indirizzo per la rimodulazione dell’attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19», n. 7865 del 25 marzo 2020 recante «Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19» e n. 8076 del 30 marzo 2020 recante: «Chiarimenti: Linee di indirizzo per la rimodulazione dell’attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19»
- art. 29 del DL 14 agosto 2020, n. 104 «Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa»

Dato atto che con nota prot. n. 28568 del 11 settembre 2020 è stato trasmesso al Ministero della Salute e al Ministero della Economia il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di

attesa, predisposto in ottemperanza al disposto del D.L. 14 agosto 2020, n. 104, nel quale sono dettagliati i modelli organizzativi prescelti, i tempi di realizzazione e la destinazione delle risorse.

Preso atto del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, di cui al paragrafo precedente e dettagliato all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Ritenuto, dunque, di ripartire il limite di spesa rappresentato dall'importo riportato nell'allegato B per la Regione Piemonte del DL 14 agosto 2020, n. 104 in proporzione all'incidenza percentuale dei setting assistenziali desumibili nell'allegato A del medesimo decreto, come di seguito riportato:

- risorse da assegnare per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo C: 8.268.115,00 euro
- risorse da assegnare per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo M: 1.322.855,00 euro
- risorse da assegnare per recupero prestazioni ambulatoriali: 25.628.784,00 euro, di cui risorse da assegnare per incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna 625.835,00 euro

Ritenuto, inoltre, necessario ripartire alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR le risorse nazionali dell'art. 29 del DL n. 104 del 14 agosto 2020, pari complessivamente a 35.219.754,00 euro, in proporzione all'incidenza delle dimissioni di ricovero (per il Day Hospital all'incidenza degli accessi) e di prestazioni ambulatoriali che non sono state erogate nel periodo gennaio-giugno 2020 rispetto al medesimo periodo 2019, così come desumibile dai flussi informativi regionali "SDO" e "C" e che saranno assegnate con provvedimento della Direzione Sanità, a seguito di successiva variazione di bilancio.

Precisato che gli importi ripartiti con il presente provvedimento, nel rispetto dei modelli organizzativi aziendali, rappresentano il limite massimo di spesa per ciascuna azienda finalizzati a dare attuazione all'art. 29 del DL n. 104 del 14 agosto 2020 limitatamente al periodo dalla data di entrata in vigore del DL e fino al 31 dicembre 2020.

Ritenuto, altresì, di assegnare alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR gli obiettivi di recupero delle prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero da erogare nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2020 in proporzione all'incidenza delle dimissioni di ricovero (per il Day Hospital all'incidenza degli accessi) e di prestazioni ambulatoriali che non sono state erogate nel periodo gennaio-giugno 2020 rispetto al medesimo periodo 2019, così come desumibile dai flussi informativi regionali "SDO" e "C".

Ritenuto, inoltre, di stabilire che le Aziende pubbliche del SSR, di cui all'Allegato A al presente provvedimento, sono tenute ad aggiornare il proprio Piano organizzativo aziendale entro il 5 ottobre 2020, specificando con riferimento alle risorse ripartite, il modello organizzativo prescelto per il recupero delle prestazioni minime indicate nel presente provvedimento e la destinazione delle risorse per disciplina/branca, come di seguito riportato:

- incremento dei ricoveri (Dimissioni) programmati per disciplina rispetto ai ricoveri erogati nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2019;
- incremento del numero di prestazioni ambulatoriali programmate per branca (visite mediche e prestazioni di accertamenti diagnostici) rispetto alle prestazioni erogate nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2019.

Precisato, altresì, che nell'ambito delle risorse assegnate con il presente provvedimento le Aziende Sanitarie del SSR sono tenute ad assicurare oltre alla normale attività, il recupero delle prestazioni di screening oncologici, non rese nel primo semestre 2020.

Precisato che la realizzazione dei suddetti Piani operativi aziendali con il raggiungimento delle finalità di cui al presente provvedimento è oggetto di monitoraggio ai sensi del richiamato articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

Ritenuto che le spese sostenute dalle Aziende sanitarie pubbliche del SSR in attuazione del presente provvedimento saranno oggetto di specifica rendicontazione nell'ambito delle spese COVID, con espresso richiamo al programma di recupero e che in caso di mancato recupero delle prestazioni, anche utilizzando le risorse che saranno assegnate, la Regione si riserva la facoltà di rimodulare in riduzione i finanziamenti.

Ritenuto infine di demandare alla Direzione Sanità e Welfare l'adozione dei successivi atti per la definizione degli indirizzi operativi alle Aziende sanitarie ed il monitoraggio sul rispetto dei progetti aziendali nonché sulla adozione, a livello aziendale, delle strategie e azioni necessarie per il governo della domanda delle prestazioni ambulatoriali.

Dato atto che le somme ripartite con il presente provvedimento trovano copertura nell'ambito delle risorse assegnate alla Regione Piemonte ai sensi dell'art 29 comma 8 del D.L. 14 agosto 2020 n. 104. Tali risorse verranno iscritte con successivo atto nel bilancio 2020-2022 (Missione 13 Programma 1) annualità 2020.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016; vista la normativa di settore e gli atti in premessa citati.

La Giunta regionale condividendo le motivate argomentazioni del relatore, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

- di prendere atto del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, come dettagliato all'Allegato A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nel quale sono illustrati i modelli organizzativi prescelti, i tempi di realizzazione e la destinazione delle risorse e predisposto in ottemperanza ai contenuti del D.L. 14 agosto 2020, n. 104;

- di ripartire il limite di spesa rappresentato dall'importo riportato nell'allegato B per la Regione Piemonte del DL 14 agosto 2020, n. 104 in proporzione all'incidenza percentuale dei setting assistenziali desumibili nell'allegato A del medesimo decreto, come di seguito riportato:

- risorse da assegnare per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo C: 8.268.115,00 euro
- risorse da assegnare per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo M: 1.322.855,00 euro
- risorse da assegnare per recupero prestazioni ambulatoriali: 25.628.784,00 euro, di cui risorse da assegnare per incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna 625.835,00 euro

- di ripartire alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR le risorse, pari complessivamente a 35.219.754,00 euro, che saranno assegnate con provvedimento della Direzione Sanità, a seguito di successiva variazione di bilancio, per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni di

specialistica ambulatoriale, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, così come indicato in Allegato B) Tabella B.1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di assegnare alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR gli obiettivi di recupero delle prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero da erogare nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2020 ad integrazione di quanto erogato nel 2019 per il medesimo periodo temporale (fonte flusso SDO e C), così come indicato in Allegato B) Tabella B.2 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di stabilire che le Aziende pubbliche del SSR, entro il 5 ottobre 2020, sono tenute ad aggiornare il proprio Piano organizzativo aziendale, specificando con riferimento alle risorse ripartite il modello organizzativo prescelto per il recupero delle prestazioni minime indicate nel presente provvedimento e la destinazione delle risorse per disciplina/branca, come di seguito riportato:

- incremento dei ricoveri (Dimissioni) programmati per disciplina rispetto ai ricoveri erogati nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2019;
- incremento del numero di prestazioni ambulatoriali programmate per branca (visite mediche e prestazioni di accertamenti diagnostici) rispetto alle prestazioni erogate nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2019.

- di stabilire che le spese sostenute dalle Aziende sanitarie pubbliche del SSR in attuazione del presente provvedimento saranno oggetto di specifica rendicontazione nell'ambito delle spese COVID, con espresso richiamo al programma di recupero e che in caso di mancato recupero delle prestazioni, anche utilizzando le risorse che saranno assegnate, la Regione si riserva la facoltà di rimodulare in riduzione i finanziamenti;

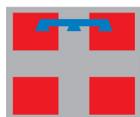
- di demandare alla Direzione regionale Sanità e Welfare la definizione, con propri atti, degli indirizzi operativi alle Aziende sanitarie ed il monitoraggio della puntuale attuazione dei progetti aziendali nonché dell'adozione, a livello aziendale, delle strategie e azioni necessarie per il governo della domanda delle prestazioni ambulatoriali;

- di dare atto che le somme ripartite con il presente provvedimento trovano copertura nell'ambito delle risorse assegnate alla Regione Piemonte ai sensi dell'art 29 comma 8 del D.L. 14 agosto 2020 n. 104. Tali risorse verranno iscritte con successivo atto nel bilancio 2020-2022 (Missione 13 Programma 1) annualità 2020.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dall'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato



**REGIONE
PIEMONTE**



**REGIONE PIEMONTE
ASSESSORATO SANITA'**

**PIANO OPERATIVO REGIONALE
PER IL RECUPERO
DELLE LISTE DI ATTESA**

Versione 11.09.2020

	SOMMARIO		
1.	INTRODUZIONE E FINALITA' DEL DOCUMENTO	PAG.	3
2.	CONTESTO DI RIFERIMENTO	PAG.	4
3.	EVOLUZIONE DEL SISTEMA NELLA REGIONE PIEMONTE	PAG.	5
4.	PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E RICOVERI OGGETTO DI MONITORAGGIO	PAG.	9
5.	IL PIANO OPERATIVO REGIONALE (DL 14 AGOSTO 2020, N. 104): MODELLI ORGANIZZATIVI	PAG.	14
6.	AZIONI SULLA DOMANDA	PAG.	15
7.	AZIONI SULLA OFFERTA	PAG.	17
8.	AZIONI ULTERIORI PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA A SEGUITO DELLA EMERGENZA DA COVID-19	PAG.	19
9.	MISURE DI PREVENZIONE E CONTENIMENTO	PAG.	27
10.	PIANI DI AREA ED AZIENDALI	PAG.-	28
11.	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	PAG.	29
12.	VALUTAZIONE E MONITORAGGIO	PAG.	29
13.	RIFERIMENTI	PAG.	31

1. INTRODUZIONE E FINALITA' DEL DOCUMENTO

Le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare.

Il governo dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue diverse articolazioni

La Regione Piemonte ha redatto e inviato al Ministero in data 7 settembre 2020 il "Programma Operativo per l'emergenza COVID" sulla base del Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 e del D.L. 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito dalla legge 17 luglio 2020 n.77.

Il presente documento viene redatto in relazione a quanto riportato nell' art 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia" che riporta le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa. In particolare per l'accesso alle risorse di cui al comma 8, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, da presentare al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del programma operativo previsto dall'articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse.

Il presente piano operativo per il recupero delle liste di attesa riprende ed aggiorna i contenuti della DGR 16 maggio 2019, n. 110-9017. "Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...]" e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della D.G.R. n.17-4817 del 27.03.2017", alla quale comunque si rimanda per gli aspetti specifici.

La realizzazione del suddetto Piano Operativo con il raggiungimento delle finalità di cui al comma 1 sarà oggetto di monitoraggio ai sensi del richiamato articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27."

2. CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il sistema dell'offerta della Regione Piemonte è così configurato:

- 12 ASL con 37 Stabilimenti (Ospedali a gestione diretta) e 2 Ex Sperimentazioni Gestionali;
- 3 Aziende Ospedaliere e 3 Aziende Ospedaliero-Universitarie;
- 3 IRCCS privati;
- 42 Case di Cura private;
- 5 Istituti qualificati presidi della A.S.L.;
- 33 Distretti;
- 12 Dipartimenti di Prevenzione.

Sul tema liste e tempi di attesa sono state poste in essere sin dall'anno 2002 da parte dell'Assessorato alla Sanità e delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte molte azioni, formalizzate con deliberazioni di Giunta regionale e con atti dirigenziali susseguitisi negli anni, a dare sostegno normativo a tutti i progetti ed alle iniziative attuate per il contenimento e la riduzione dei tempi di attesa.

Le azioni hanno interessato, in particolare, i principi ed i criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste di attesa, quelli per il monitoraggio dei valori rilevati e l'informazione all'utenza, con l'individuazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte dell'amministrazione regionale ed i relativi standard di riferimento.

3. EVOLUZIONE DEL SISTEMA NELLA REGIONE PIEMONTE

La gestione delle liste di attesa, infatti, può trovare più agevole soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema (le Aziende Sanitarie, utenti del SSR, specialisti dipendenti e convenzionati, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, Strutture private accreditate erogatrici di prestazioni ambulatoriali, organizzazioni rappresentative degli erogatori privati a livello regionale - ANISAP, AIOP, ARIS – ecc.), per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione, o approfondimento diagnostico da parte dei professionisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (così come indicato nel D.M. 9 dicembre 2015, “Condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale”), attraverso l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici (PDTA).

È utile anche ricordare che il tema non trova risposta gestionale in un'unica azione risolutiva ma deve essere affrontato secondo una logica sistemica, agendo a livello programmatico e operativo su più livelli.

Nella figura seguente sono sintetizzati i principali elementi di rilievo del contesto nazionale e regionale.



Figura. Fattori di contesto che rilevano nella gestione delle liste di attesa per la specialistica ambulatoriale

La soluzione alle criticità nella gestione delle liste di attesa, pertanto, non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza, sia di priorità delle prestazioni.

L'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSR di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

Il governo delle liste d'attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto al quale deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema.

Nella ridefinizione di tali modalità operative, devono essere assicurati criteri per garantire l'omogeneità tra le azioni poste in essere per il governo delle liste d'attesa e:

- le altre iniziative in corso finalizzate all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, con particolare attenzione alle classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi;
- gli obiettivi dei contratti e degli accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive, sia per l'attività libero professionale intramuraria;
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche in coerenza con quanto indicato nelle linee guida nazionali - sistema CUP .

Tra l'altro, il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni poste a carico del SSR ed il conseguente efficientamento dei fattori produttivi investiti in sanità, provoca – come conseguenza diretta – la riqualificazione della spesa sanitaria stessa.

Alcune delle maggiori criticità, in un percorso organizzato di governo delle liste d'attesa, riguardano l'ambito finanziario, in parte determinate da condizioni oggettive nazionali: l'emanazione di norme di limitazione della spesa regionale sul Fondo sanitario nazionale, con conseguente riduzione della spesa sanitaria, l'imposizione di abbassamento dei tetti di spesa per il personale del SSR o della quota destinata agli erogatori privati accreditati.

Al fine di ricomporre la frammentarietà normativa e l'eterogeneità dei comportamenti aziendali, è risultato evidente come sia indispensabile prevedere degli strumenti che consentano di rendere omogenee le modalità di gestione dei tempi di attesa, garantendo l'accessibilità dei servizi ai cittadini, la garanzia dei tempi massimi - come previsto dalla normativa nazionale - ed il monitoraggio regionale degli standard di erogazione.

L'attenzione sul tema delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è stata rimarcata, in Regione Piemonte già nel 2017, quando – in ottemperanza al disposto della normativa nazionale – con D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, è stato approvato il “Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019” fornendo alcuni primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali, per l'attuazione del Programma stesso, nei singoli ambiti territoriali.

L'attuazione del Programma di cui al paragrafo precedente ha gettato le basi per la creazione del contesto organizzativo all'interno del quale si sviluppa il presente Piano di Recupero, tenuto conto degli aggiornamenti dello stesso, previsti dalla già citata D.G.R. n. 110-9017 del 16.05.2019, titolata “Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...]” e approvazione del “Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021”.

Il Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa per il triennio 2017-2019 prevedeva l'individuazione di una serie di obiettivi, tutti finalizzati a rispondere al bisogno assistenziale nei tempi e nei setting appropriati, e secondo priorità cliniche, con la variazione degli assetti erogativi nel SSR e prevedendo un livello di governance della Direzione Sanità, che tenesse conto dell'offerta complessiva disponibile, e un livello operativo gestionale unico, coincidente con il bacino geografico di garanzia per il soddisfacimento del bisogno del cittadino di prestazioni specialistiche, individuato nelle Aree Omogenee di Programmazione ex DM 70/2015 (così come identificate con D.G.R. n. 1-600 del 19/11/2014, e modificate alla luce del fatto che con D.C.R. n. 179-40516 del 06.12.2016 è stata approvata l'unificazione delle AA.SS.LL. TO1 e TO2, identificate quali ASL unica, denominata “Asl Città di Torino”), coordinate dalle Direzioni sanitarie aziendali e capaci di soddisfare le esigenze specialistiche negli ambiti in cui sono articolate le Aziende Sanitarie regionali.

In attuazione della D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, le Aree Omogenee di Programmazione hanno definito un proprio “Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa”, che è stato oggetto di monitoraggio da parte della Direzione Sanità.

Con D.D. n. 269 del 18.04.2017, sono stati individuati i ruoli e le funzioni di coordinamento delle Aree Omogenee di Programmazione, a norma della medesima D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, individuando fra l'altro, le Aziende capofila per ogni Area, in considerazione del fatto che il SSR riconosce all'Azienda Sanitaria Locale il ruolo di tutela della salute della popolazione in essa residente (L.R. n. 10 del 24 gennaio 1995 e s.m.i) e che, al fine di poter rafforzare l'esercizio di questo ruolo, alla ASL è attribuito il ruolo di committente per il governo dei tempi di attesa nei confronti delle proprie Strutture erogatrici, delle Aziende Ospedaliere e dei privati accreditati e con accordo contrattuale operanti nel suo territorio, in coerenza con la programmazione aziendale e sovra-aziendale.

Con la medesima determinazione si è, inoltre, disposto che ogni Area Omogenea costituisca un proprio gruppo di coordinamento, di cui fosse responsabile il Direttore Sanitario dell'Azienda capofila.

Le Aziende capofila hanno promosso la costituzione del gruppo di coordinamento delle singole Aree ed hanno lavorato, nell'ambito delle Aree Omogenee di riferimento, in stretta collaborazione con le altre ASR afferenti, ottenendo ad oggi risultati fattivi per il raggiungimento degli obiettivi previsti nell'attuazione del Piano regionale di governo dei tempi di attesa.

Con nota prot. n. 9276/A14000 del 18.04.2017, è stato inviato alle Direzioni delle Aziende Sanitarie regionali il format per la stesura del Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa.

Sulla base di tale format, le Aree Omogenee di Programmazione hanno inviato i propri Programmi per il Governo dei Tempi di Attesa, che sono stati valutati positivamente, a seguito di istruttoria, da parte della Direzione Sanità.

Il monitoraggio della realizzazione dei Programmi di cui sopra è stato regolarmente attuato, da parte della Direzione Sanità, a norma di quanto disposto con D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, specificamente per quanto riguarda il raggiungimento, da parte delle ASR, degli obiettivi prefissi entro il triennio individuato.

Con D.D. n. 316 del 12.05.2017, è stato istituito il Tavolo degli Stakeholders per il “Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019”, a norma della D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017.

Tale Tavolo, composto dalle rappresentanze di tutti gli stakeholders coinvolti (professionisti, cittadini, ecc.) e coordinato dal Direttore della Direzione Sanità, svolge funzioni consultive e di confronto con la Direzione Sanità, nei percorsi di attuazione del “Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019”.

Inoltre, con D.D. n. 519 del 08.08.2017, è stata approvata una prima identificazione dei criteri di garanzia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio, nell'ambito del “Programma Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-2019”, a norma della D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017.

Tale atto, tuttora vigente e particolarmente rilevante al fine dell'organizzazione dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ha precisato tra l'altro, che l'individuazione dei bacini territoriali entro i quali deve essere garantita l'erogazione nei tempi massimi previsti dalle classi di priorità, dipende principalmente dai seguenti elementi:

- dimensionamento dell'offerta e della sua distribuzione
- dimensionamento delle risorse dedicate ai diversi punti di erogazione
- accessibilità ai vari servizi
- modalità di accesso alla prestazione

- dati di contesto demografico ed epidemiologico dell'area considerata
- frequenza di consumo della prestazione (domanda/utilizzo)
- grado di diffusione della prestazione: eseguibilità da parte di differenti soggetti o erogatori, livello di professionalità richiesta/disponibilità della disciplina;
- rischio connesso all'esecuzione (ambito di sicurezza) per invasività della manovra e/o somministrazione mdc o farmaci;
- utilizzo di apparecchiature/tecnologie (costo, gestione, manutenzione, materiali di consumo)
- livello di specializzazione del personale medico coinvolto.

La Direzione Sanità, con nota prot. n 15954 del 17.07.2018, inviata all'esito dei monitoraggi dei Programmi di Area per il Governo dei Tempi di Attesa, ha fornito alle ASL ulteriori indicazioni operative per l'attuazione delle previsioni di cui alla D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, prevedendo la possibilità per le AA.SS.LL di "[...] presentare eventuali integrazioni, o proposte di modifica, per quanto relativo alla progettazione, anche a seguito della conclusione delle procedure di contrattazione con le strutture private accreditate, ove gli accordi presi con queste ultime possano incidere sulla sostanza dei progetti presentati", tenuto conto delle criticità emerse per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni critiche di specialistica ambulatoriale.

Le ASL, nel termine previsto del 31.07.2018, hanno provveduto all'inoltro dei progetti aziendali e la Direzione Sanità, a seguito della presentazione dei progetti, ha avviato l'istruttoria per la valutazione della coerenza degli stessi con gli obiettivi della programmazione regionale, con particolare riguardo agli obiettivi di programmazione economica 2018 stabiliti – in materia di personale ed investimenti per tecnologie - dalla D.G.R. n. 113-6305 del 22.12.2017.

Con D.G.R. n. 28-7537 del 14.09.2018 è stata, inoltre, approvata l'assegnazione alle AA.SS.LL. delle risorse per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale aggiuntive per le annualità 2018-2019.

Nella seduta del 21 febbraio 2019, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ha approvato l'Intesa ai sensi dell'art.8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'art. 1, comma 280, della Legge 23 dicembre 2005, n. 266".

Successivamente ed in piena ottemperanza al disposto della normativa nazionale, è stata approvata la DGR 16 maggio 2019, n. 110-9017, titolata "Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...]" e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della D.G.R. n.17-4817 del 27.03.2017.

Con la deliberazione suddetta:

- è stato approvato il "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, che innova rispetto al precedente, in particolare con l'introduzione del ricovero ordinario, quale oggetto del Piano regionale di governo dei tempi di attesa, in aggiunta alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e ad integrazione delle previsioni del Piano nazionale;

- è stata confermata la costituzione, nell'ambito della Direzione Sanità, del Gruppo di Coordinamento del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2019-2021", già previsto dalla precedente deliberazione n. 17-4817 del 27.03.2017 e composto da:

- Responsabile del Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari

- Responsabile del Settore Controllo di Gestione e Monitoraggio Costi per Livelli di Assistenza delle ASR e Sistemi Informativi
- un Direttore Sanitario d'Azienda in rappresentanza di ogni Area Omogenea.
- è stato demandato alla Direzione Sanità il compito di trasmettere il Piano Regionale, entro 30 giorni dalla sua adozione alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, nonché la messa a disposizione sul portale della Regione;
- è stato dato atto che l'approvazione del provvedimento ottemperava alle disposizioni dell'Intesa sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021, che recita testualmente, al punto 2, "Linee di intervento che le Regioni garantiscono per il governo delle liste di attesa nei piani regionali", che: [...] Entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa, le Regioni e le Province Autonome provvedono a recepire la presente Intesa e adottano il loro Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) [...]."

La Direzione Sanità ha quindi provveduto all'invio al Ministero con propria nota prot. n. 10851/A1413B del 23.05.2019 ed alla messa online del Piano nazionale e del Piano regionale nello stesso mese di maggio 2019.

Inoltre, la Direzione Sanità ha partecipato ai lavori dell'AGENAS sull'individuazione del modello RAO, per le branche ad oggi individuate, quali prioritarie, dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, per il triennio 2019-2021 ed, in specifico:

- gastroenterologia
- radiodiagnostica
- cardiologia.

Con D.D. n. 259 del 10.04.2019, sono stati approvati l'aggiornamento dei criteri per l'individuazione delle classi di priorità cliniche per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali della branca di gastroenterologia e la modifica del documento di indicazioni per la preparazione del paziente alla colonscopia totale.

Con D.D. n. 973 del 24.12.2019, sono stati approvati l'aggiornamento dei criteri per l'individuazione delle classi di priorità cliniche per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali della branca di cardiologia.

Il contenimento e la riduzione delle liste di attesa è stato oggetto di tutte le deliberazioni, promulgate negli ultimi anni sulla definizione degli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, ai fini incentivanti.

Con D.G.R. n. 6-1613 del 03.07.2020, la Regione Piemonte ha dato l'avvio alle visite specialistiche ambulatoriali erogabili a distanza (c.d. Televisita) anche da parte degli erogatori privati accreditati, in conformità alle "Linee di indirizzo nazionali di telemedicina" ai sensi dell'Intesa del 20 febbraio 2014, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, e disposto indicazioni operative per l'attuazione delle restanti iniziative aziendali di telemedicina;

4. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E RICOVERI OGGETTO DI MONITORAGGIO

Il modello operativo da strutturare si riferisce in particolare alle tipologie di prestazioni ambulatoriali e di ricovero oggetto di monitoraggio nazionale e regionale, ai livelli di priorità cliniche, ai primi accessi e agli accessi successivi e alla valutazione di appropriatezza conseguente.

Sono considerate quali modalità per il corretto accesso alle prestazioni sanitarie, l'utilizzo delle Classi di priorità, del quesito diagnostico e l'identificazione di primo o accesso successivo; vengono posti in essere sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della

popolazione assistita per orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi nel contesto di specifici PDTA.

Prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio

Di seguito sono presentate le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio, con i relativi codici del Nomenclatore nazionale e regionale.

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore Nazionale DM 2012	Codice branca nuovi LEA	Codice nuovi LEA	Codice branca regionale	Codice Nomenclatore Regionale
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3	08	89.7
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6	14	89.7
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8	19	89.7
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13	32	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02	34	95.02
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7	36	89.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1	37	89.26
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8	38	89.7
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2	43	89.7
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7	52	89.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2	56	89.7
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9	58	89.7
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6	64	89.7
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9	68	89.7

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore Nazionale DM 2012	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore Regionale
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con	88.01.6	88.01.6	88.01.6

25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A	88.38.1
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B	88.38.1
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C	88.38.1
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D	88.38.2
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E	88.38.2
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F	88.38.2
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6	88.93
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B	88.93.1
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3	88.72.6
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4 88.77.5	88.77.2
Altri esami Specialistici				
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2	45.13
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44, 89.41	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11	95.11

64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A	93.08.1
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B	93.08.1
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell' occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C	93.08.1
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D	93.08.1
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E	93.08.1
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.G	93.08.1

Per prestazioni con priorità U la prenotazione deve essere gestita o direttamente dal setting della medicina generale o attraverso un sistema di prenotazione che garantisca il rispetto del tempo massimo di 72 ore. Le restanti prestazioni (D), originate nell'ambito di primo contatto, dovranno essere soddisfatte nei tempi indicati nella seguente tabella che richiama le categorie di priorità come definite dal PNGLA vigente declinate a livello regionale.

U (urgente)	Da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore
B (Breve)	Da eseguire entro 10 giorni
D (Differibile)	Da eseguire entro 15 o 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici
P (Programmata)	Da eseguire entro 120 giorni; fino al 31.12.2019 la classe P è considerata da eseguire entro 180 giorni. In questa classe sono incluse le prestazioni programmate, anche di <u>Primo Accesso</u> , di approfondimento, controllo, follow-up.

Prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio

Per tutti i ricoveri programmati la Regione prevede l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 di cui alla tabella di seguito riportata.

U	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
P	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata a livello regionale, delle Province Autonome o di singola azienda/istituzione privata accreditata, deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica.

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero).

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera.

Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

Dovrà essere prevista l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché prevedendo l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015).

Di seguito le prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio:

Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)		50.11
16	Emorroidectomia		49.46 – 49.49
17	Riparazione ernia inguinale (1)		53.0x- 53.1x

Con riferimento alle procedure sopra elencate riferite all'**area oncologica**, si esplicita che la classe di priorità deve essere fornita dal Centro Accoglienza e Servizi (CAS) nel momento in cui viene posta l'indicazione all'intervento chirurgico.

Quello sin qui delineato rappresenta il contesto normativo, organizzativo e gestionale all'interno del quale si rende necessario dare attuazione al Piano operativo regionale di recupero delle Liste di Attesa.

5. IL PIANO OPERATIVO REGIONALE (DL 14 AGOSTO 2020, N. 104): MODELLI ORGANIZZATIVI

La Regione Piemonte in rapporto alle all'emergenza COVID ha formulato una serie vasta di indicazioni con possibile impatto su liste e tempi di attesa:

- la nota della Unità di Crisi prot. 11029 del 04.03.2020 avente per oggetto: "Indicazioni in merito alla gestione dei pazienti ambulatoriali in ambito ospedaliero a seguito della emergenza epidemiologica COVID-19";
- la nota della Unità di Crisi prot. 23445 del 11.05.2020 avente per oggetto: "Fase 2. Recupero attività ambulatoriale e di ricovero precedentemente sospesa";
- la DGR 29-1379 del 15 maggio 2020 avente per oggetto "Indirizzi alla ASR e alla strutture sanitarie private per la ripresa e l'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'epidemia da COVID 19".
- la nota del Settore Prevenzione e Veterinaria della Direzione Sanità e Welfare prot. n. 18410 del 05.06.2020, inerente al riavvio del Programma regionale di screening oncologici denominato "Prevenzione Serena";
- la nota della Unità di Crisi prot. 20938 del 28.04.2020 avente per oggetto "Richiesta azioni propedeutiche fase 2" a seguito della quale tutte le Aziende Sanitarie Regionali hanno trasmesso alla Unità di Crisi i propri piani di riorganizzazione per quanto riguarda l'area ospedaliera e l'area territoriale a livello aziendale e di quadrante.

Con nota prot. 18497/A1400A del 5 giugno 2020 la Direzione Sanità e Welfare ha trasmesso alle Aziende sanitarie le indicazioni tecnico-operative per la ripresa delle attività sanitarie sospese o ridotte a seguito del lockdown della fase 1) della situazione emergenziale COVID, richiedendo tra l'altro l'adozione di un Piano organizzativo aziendale per la Ripresa delle attività;

In tale ambito, al fine di rispondere nei tempi e nei setting appropriati e secondo priorità cliniche, è necessario sviluppare un livello di governance della Direzione Sanità, che tenga conto della domanda e dell'offerta complessiva disponibile e che sia riportato vero le Aziende Sanitarie regionali.

Il modello di riferimento nel presente piano operativo viene confermato nelle "Aree Omogenee di Programmazione" ex DM 70/2015 (così come identificate con D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014, e modificate alla luce del fatto che con D.C.R. n. 179-40516 del 06.12.2016 è stata approvata l'unificazione delle AA.SS.LL. TO1 e TO2, identificate quali ASL unica, denominata "Asl Città di Torino"), coordinate dalle Direzioni sanitarie aziendali e capaci di soddisfare le esigenze specialistiche negli ambiti in cui sono articolate le Aziende Sanitarie regionali.

Di seguito vengono dettagliate le cinque Aree Omogenee di Programmazione:

Area Omogenea Torino: ASL Città di Torino, ASL TO4, ASL TO5, AOU Città della Salute di Torino

Area Omogenea Torino Ovest: ASL TO3, AOU S.Luigi di Orbassano, AO Ordine Mauriziano di Torino

Area Omogenea Piemonte Sud Ovest: ASL CN 1, ASL CN 2, AO S.Croce e Carle di Cuneo

Area Omogenea Piemonte Nord Est: ASL NO, ASL VCO, ASL VC, ASL BI, AOU Maggiore della Carità di Novara

Area Omogenea Piemonte Sud Est: ASL AL, ASL AT, AO SS.Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria

6. AZIONI SULLA DOMANDA

Le azioni sulla domanda sono da sviluppare, in particolare, sul versante dell'appropriatezza prescrittiva e della comunicazione con i cittadini.

Appropriatezza prescrittiva

La riduzione della variabilità dei comportamenti prescrittivi è una delle dimensioni principali su cui si sono concentrati negli ultimi anni gli interventi di politica sanitaria in una logica di clinical governance del fenomeno. Non ultimo il DPCM 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, che interviene sull'argomento con l'obiettivo di rendere evidente l'aderenza delle prescrizioni alle evidenze scientifiche in coerenza con l'autonomia professionale del medico prescrittore.

Tale tematica assume un ruolo di rilievo nella gestione delle liste d'attesa in quanto risulta direttamente correlata alla gestione della domanda di prestazioni.

Come già evidenziato dal Ministero della Salute (Mattone 7 – misura dell'appropriatezza), risulta necessario procedere ad attività sistematiche e continuative di valutazione e di intervento su appropriatezza, efficacia clinica ed efficacia rispetto ai costi delle prestazioni offerte, nonché all'omogeneizzazione dei percorsi assistenziali e dei comportamenti organizzativi nel rispetto degli obiettivi di qualità del sistema.

Si evidenzia come, con specifico riferimento al D.M. 9 dicembre 2015 inerente alle "Condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale", siano già state inviate le note prot. n. 3241/A14000 del 08.02.2016, n. 8714/A14000 del 19.04.2016 n. 8715/A14000 del 19.04.2016, n. 73316/A14000 del 15.06.2016, di chiarimenti. Tale decreto ha avuto un iter applicativo complesso su tutto il territorio nazionale, tale da indurre il Ministero a stabilirne una fase di applicazione sperimentale, a tempo indefinito, che risulta ora superata con l'approvazione dei nuovi LEA.

Ad ogni buon conto, si prevede di programmare, anche in linea con i lavori già avviati nel corso del 2015 dal Tavolo Metropolitano nonché secondo la metodologia di appropriatezza utilizzata per la DGR 44-3399 del 30.05.2016 ed, in ultimo, in attuazione di quanto previsto dal PNGLA 2019/2021, che adotta in toto il Manuale RAO, parte integrante del Piano stesso, azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni più "critiche", sia in termini di eccessivo consumo pro capite che di lista d'attesa.

Il coinvolgimento sistematico dei professionisti è ritenuto strategico al fine di analizzare i dati di consumo alla luce dei fabbisogni e delle evidenze scientifiche in materia e nel definire i percorsi diagnostico terapeutici.

Pertanto si procederà su diverse linee di lavoro:

- analisi dati di flusso di prestazioni target anche facendo attività di benchmarking intraregionale e verso altre realtà regionali;

- svolgimento audit clinici per monitorare l'aderenza alle evidenze scientifiche e definire gli opportuni interventi di miglioramento;
- definizione e sviluppo dei PDTA;
- introduzione/perfezionamento sistema RAO;
- azioni volte a limitare l'eccessivo consumo di prestazioni ove rilevato;
- realizzazione iniziative di aggiornamento e formazione;
- ecc.

Quanto sopra andrà armonizzato anche con gli indirizzi forniti dal Piano nazionale Cronicità, recepito con D.G.R. n. 22-6467 del 09.02.2018, che ha contestualmente approvato il Piano regionale della Cronicità – coerente con il disposto di quello nazionale – e dalle “Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento del Piano Nazionale Cronicità” contenute nell'allegato B della DCR 306-29185 del 10/07/2018, che costituiscono un'importante fonte di orientamento per il funzionamento servizi e sono destinati a influenzare favorevolmente il governo della domanda di prestazioni sanitarie.

Il Piano richiede di sviluppare un'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari orientata ai bisogni del paziente cronico e della sua famiglia, per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardarne la progressione e ridurre la morbosità, la mortalità e la disabilità prematura.

Richiede, in particolare:

- l'evoluzione dalla cosiddetta 'medicina d'attesa', adatta alla gestione delle malattie acute, verso il nuovo paradigma della 'medicina d'iniziativa' (proattiva), che garantisce continuità delle cure e una presa in carico personalizzata, fondata su Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa;
- la responsabilizzazione e il coinvolgimento del paziente nel processo di cura (self management, patient empowerment), componenti essenziali per la gestione della malattia;
- una forte integrazione nella rete dei servizi, per superare la frammentarietà di un sistema ancora centrato sulla rete d'offerta;
- la necessità che gli operatori siano orientati dai bisogni assistenziali del malato prima ancora che dalle loro malattie;
- il confronto continuo tra medici e pediatri di famiglia e specialisti.

Comunicazione e sensibilizzazione dei cittadini

Anche sulla base di quanto sopra, sono definite e attuate azioni di sensibilizzazione e informazione alla popolazione, attraverso l'articolazione di una campagna di comunicazione e di divulgazione capillare, su tutto il territorio regionale.

Analogamente, le Aziende devono partecipare attivamente, in coerenza con gli indirizzi regionali, a tali campagne anche identificando figure interne di riferimento sia per i professionisti che per i cittadini.

E' necessario, in particolare, il coinvolgimento di rappresentanze dei cittadini, associazioni nonché dei mass media.

La campagna di comunicazione muoverà dall'informazione semplice e chiara, corretta e costantemente aggiornata sui vari problemi che riguardano la salute, essendo convinzione condivisa che da sola l'informazione non è sufficiente ad educare compiutamente; è senza dubbio uno strumento importante ed il primo, essenziale passo verso la modifica della mentalità e del comportamento, che deve poi determinare la presa di coscienza e l'assunzione di responsabilità di fronte alle decisioni operative. Occorre aggiungere, inoltre, che l'informazione deve essere scientificamente corretta, ma realisticamente comprensibile.

Un'azione educativa quanto mai efficace può e deve essere svolta nella scuola, nell'ambiente di lavoro, nelle associazioni culturali e di volontariato e ovunque vi sia una aggregazione di persone interessate ai problemi della salute.

Momenti ulteriori di efficace comunicazione e formazione sono le Campagne di promozione della salute che possono rappresentare strumenti importanti di educazione all'uso del "bene" prestazione sanitaria.

Il Piano di comunicazione finalizzato alla sensibilizzazione e all'informazione della popolazione e dei professionisti sanitari sarà articolato per includere:

- la presenza degli obiettivi e delle azioni del Programma per il governo delle liste d'attesa nei canali di comunicazione ordinariamente utilizzati dalla Regione e dalle ASR;
- l'organizzazione di apposite campagne straordinarie finalizzate a potenziare l'impatto della comunicazione generale o per mirare specifici obiettivi;
- l'uso dei nuovi media sia per informare sul funzionamento del sistema di governo dei TA sia per la regolazione del sistema stesso (email, strumenti di recall, specifiche app, ecc.).

Contestualmente al suo sviluppo e alla sua graduale attivazione su tutto il territorio nazionale anche il nuovo numero europeo armonizzato a valenza sociale 116-117 potrà costituire un potente strumento di comunicazione in questo ambito.

7. AZIONI SULL'OFFERTA

Le azioni sulla offerta vanno attivate in riferimento ai modelli organizzativi aziendali, alla gestione integrata delle agende ambulatoriali, anche per quanto riguarda il nuovo CUP regionale.

Modelli organizzativi aziendali

In tale ambito diventa necessario re-indirizzare i processi produttivi, allo scopo di arrivare ad una significativa riduzione della complessità organizzativa e ad un aumento dell'efficienza.

Per ottenere ciò è necessario favorire l'integrazione tra i le diverse Strutture secondo i modelli di "rete" e l'organizzazione basata su logiche integrative, che coordinano le unità organizzative ridefinendone le funzioni, anche con competenze diversificate.

Gestione e Integrazione delle Agende Ambulatoriali

La Direzione Sanità, anche in vista della implementazione del CUP regionale, provvederà a dare indicazioni univoche in merito alle tematiche di seguito affrontate.

- attribuzione dei codici di priorità. Risulta necessario aggiornare gli indirizzi operativi che si sono succeduti nel tempo in vari atti al fine di rendere omogenee le condizioni di appropriatezza che sono alla base dell'attribuzione dei codici priorità. Favorendo contestualmente il miglioramento nella lettura dei dati di produzione e dunque l'efficacia del monitoraggio

- organizzazione delle agende e delle liste di prenotazione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Risulta necessario definire una nuova modalità informatica-organizzativa per ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche, ovvero per le prestazioni di specialistica ambulatoriale richieste per i pazienti nuovi e non conosciuti dal SSR per quel nuovo problema clinico (esemplificativo: quesito diagnostico nuovo imprevedibilità dell'esito, situazioni cliniche potenzialmente evolutive, nessuna risposta immediata, determinante altre decisioni cliniche). Per questi flussi di

pazienti devono essere costruiti, come evidenziato nelle sezioni precedenti del presente documento, percorsi di accesso alle visite e alle diagnostiche completamente distinti rispetto ai restanti flussi di pazienti già conosciuti al servizio sanitario in ragione del quesito clinico di accesso.

In linea generale si evidenzia che le agende dovranno essere organizzate per codice di priorità all'interno della disciplina. L'organizzazione della capacità produttiva in ragione delle agende dovrà comprendere tutte le tipologie di specialisti nella disciplina. Le agende dovranno ricomprendere anche l'attività libero professionale intramoenia.

- Adozione delle "agende di garanzia". Rappresenta la necessità di garantire il rispetto dei tempi d'attesa anche con strumenti "integrativi" quali:

- aumento produttività interna (sia attraverso azioni di miglioramento dell'efficienza che l'acquisizione di risorse aggiuntive attraverso, ad esempio, l'aumento delle ore di specialistica interna, l'attivazione di contratti a termine;
- acquisto prestazioni dai dipendenti, ecc.);
- accordi tra ASL e AO;
- accordi con il privato accreditato.

per disporre di *slot* di prenotazioni/prestazioni integrative al fine di garantire al cittadino il pieno rispetto dei tempi di attesa di specialistica ambulatoriale di primo accesso.

Tali strumenti sono attivati esclusivamente per prestazioni il cui consumo rientra negli standard di appropriatezza, nel caso in cui nell'ambito territoriale di riferimento non sia garantito il tempo massimo di attesa previsto per quella prestazione. Pertanto, nella fase iniziale di monitoraggio, si prevede la necessità/opportunità che le ASL garantiscano una significativa operazione di "tuning" finalizzata a trovare il giusto equilibrio fra domanda e offerta di primo accesso.

- Contestualità prescrizione e prenotazione. Sarà perseguita la possibilità di far effettuare da parte del medico o pediatra di famiglia o specialista, al momento della prescrizione, anche la prenotazione della prestazione diagnostica, sulla base di percorsi / ambiti di cura che saranno condivisi e definiti specificamente.

Possibile estensione delle fasce orarie e delle giornate di erogazione delle prestazioni specialistiche ampliandole alle ore tardo pomeridiane e serali e anche alle giornate di sabato e pre-festive con il fine di migliorare le possibilità di accesso dei cittadini e di utilizzare in modo più intensivo le tecnologie.

II CUP Regionale

A completamento di quanto sopra esposto, si evidenzia che nel capitolato tecnico della gara del CUP unico è stato previsto al punto 4 una sezione dedicata al Governo del servizio (di seguito riprodotto in parte).

"L'intero processo di implementazione e manutenzione del servizio dovrà essere concordato e condiviso con lo specifico gruppo tecnico di governo regionale appositamente costituito che, al contempo, ricoprirà un ruolo di riferimento per le ASR rispetto all'applicazione di quanto previsto in precedenza.

Al gruppo tecnico regionale compete la stesura degli indirizzi operativi con cui verranno definiti i criteri di compilazione delle agende di prenotazione delle varie strutture, in modo da uniformare tra le varie ASR le tempistiche di erogazione delle prestazioni, l'applicazione dei PDTA stabiliti dalla Regione, l'utilizzo del recall, etc..

Il Gruppo Tecnico Regionale, nella fase di avvio del sistema nel suo complesso, dovrà monitorare le fasi operative e verificare la corretta collaborazione tra la ditta aggiudicataria e le singole ASR per garantire il rispetto dei tempi di consegna stabiliti dal presente capitolato.

Il gruppo tecnico regionale dovrà verificare in tempo reale la corretta erogazione del servizio e l'andamento delle prenotazioni tramite l'utilizzo di un apposito cruscotto di sistema in

grado di monitorare l'offerta degli erogatori e le relative liste d'attesa che potrebbero venirsi a creare.

Allo stesso modo, il gruppo tecnico regionale dovrà verificare quotidianamente, anche attraverso la produzione di report specifici, l'apertura o la chiusura delle agende di prenotazione per le singole ASR: in caso di chiusura deve essere possibile compilare un campo note che espliciti le motivazioni alla base di tali decisioni.”

Il nucleo tecnico dovrà porre l'attenzione sulle modalità di compilazione delle agende di prenotazione rendendo il più possibile omogenee le tempistiche di erogazione delle prestazioni, condividendone preparazioni ed avvertenze; la configurazione delle agende deve prevedere la suddivisione per priorità e l'eventuale integrazione con i PDTA definiti dall'Assessorato.

In definitiva, è necessario che si inizi a parlare un linguaggio comune tra le Aziende Sanitarie Regionali, con agende e relative liste d'attesa sia del pubblico che del privato accreditato trasparenti: visto che il progetto CUP unico ha tra i suoi obiettivi quello della fruibilità della soluzione applicativa a tutti i cittadini, prevedendone un utilizzo in autonomia in fase di prenotazione, spostamento e disdetta degli appuntamenti la semplicità delle operazioni deve essere garantita.

Il nucleo tecnico è composto da figure professionali esperte in organizzazione aziendale, con particolare riferimento alla gestione dei CUP aziendali (territoriali e ospedalieri) e provenienti dalle diverse aree della Regione in modo che possano essere coinvolte tutte le realtà in questo passaggio cruciale per la riorganizzazione della rete di prenotazione regionale.

Il nucleo tecnico lavora a stretto contatto con gli uffici regionali svolgendo un ruolo attivo di intermediazione tra la Regione e le ASR rispetto alla corretta applicazione delle disposizioni informatiche e clinico-organizzative (catalogo prestazioni, dematerializzata, PDTA...); il medesimo ruolo di intermediazione viene svolto nei confronti della società vincitrice della gara d'appalto e delle software house che gestiscono i sistemi delle ASR.

Tenuto conto del generale processo di progressiva ripresa delle attività, previsto a livello nazionale ed in particolare regionale, e ritenuto che allo stato attuale, pur permanendo la fase emergenziale, sussistano sulla base del monitoraggio giornaliero condotto dai gruppi di lavoro regionali i presupposti per la definizione di una programmazione volta al riavvio graduale delle attività sanitarie sospese.

8. AZIONI ULTERIORI PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA A SEGUITO DELLA EMERGENZA DA COVID-19

In relazione alla nota prot. 18143 del 03.06.2020 del Ministero della Salute “Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19”, con la nota dell'Assessorato prot. 18497 del 05.06.2020 inviata alle Aziende Sanitarie regionali avente oggetto: “Indicazioni tecnico-operative per la ripresa delle attività sanitarie sospese o ridotte a seguito del lockdown della fase 1) della situazione emergenziale COVID” tenuto conto del generale processo di progressiva ripresa delle attività previsto a livello nazionale e regionale, sulla base del monitoraggio epidemiologico condotto dai gruppi di lavoro regionali sono stati definiti i presupposti per lo sviluppo di una programmazione completa volta al riavvio delle attività sanitarie sospese.

In particolare nella predetta nota è stato riportato che ciascuna ASR definisce e adotta un piano organizzativo che dia evidenza delle azioni per gli incrementi delle attività di ricovero e ambulatoriale che si rendono necessari per il recupero delle attività sospese o ridotte a seguito del lockdown della fase 1) della situazione emergenziale COVID.

Le Aziende ed Enti del SSR devono distribuire le attività programmabili, sia ambulatoriali che chirurgiche, su tutto l'arco della giornata, indicativamente dalle ore 8 alle ore 20, con

possibilità di ampliamento di tale orario, dal lunedì al sabato compreso, in modo tale da garantire una riduzione della presenza contemporanea di pazienti e operatori sanitari nei vari presidi di erogazione, assicurando una omogenea distribuzione delle prestazioni su tutto l'arco della giornata.

Le Aziende e gli Enti del SSR devono effettuare un monitoraggio per assicurare che non si producano assembramenti.

Inoltre, si è precisato nella stessa nota quanto di seguito riportato.

Nell'ambito delle modalità organizzative aziendali per il riavvio graduale delle attività per ciascuna specialità ambulatoriale, si chiede alle ASL di definire tra l'altro i seguenti interventi:

1) *Medici specialisti ambulatoriali interni*: è da verificare la possibilità di poter attivare, per il periodo di tempo necessario a ripristinare la gestione ordinaria delle attività ambulatoriali, le procedure per il completamento dell'orario dei medici, già titolari a tempo indeterminato presso l'Azienda stessa nella medesima branca, delle ore rese disponibili e da assegnare, anche mediante frazionamento, per realizzare il completamento orario del tempo pieno (38 ore settimanali), ai sensi dell'art 20 del vigente ACN.

Inoltre, in via subordinata al completamento dell'orario, è da effettuare la valutazione sulla praticabilità dell'eventuale attivazione di procedure per l'attribuzione transitoria di nuovi incarichi, per l'ampliamento di quelli in atto e per la copertura di quelli resisi disponibili, mediante pubblicazione da parte delle competenti sedi di Comitato zonale di riferimento sempre in conformità alle disposizioni recate dall'ACN citato.

Si rappresenta inoltre che l'ACN già citato prevede che le Aziende, per esigenze straordinarie connesse a progetti finalizzati con durata limitata nel tempo o per far fronte a necessità determinate da un incremento temporaneo delle attività, che dovrà essere puntualmente specificato in sede di pubblicazione, secondo le scadenze indicate dalla medesima disposizione contrattuale possono conferire un incarico a tempo determinato per un periodo non superiore a 6 (sei) mesi, rinnovabile alla scadenza e per non più di una volta.

L'eventuale impatto economico dell'incremento temporaneo dell'orario sarà da riportare nel piano organizzativo aziendale.

2) *Strutture private accreditate e contrattualizzate*: è da verificare, entro i limiti del budget 2020, la disponibilità da parte di ciascuna struttura a erogare in via prioritaria le prestazioni che si rendono necessarie per il recupero delle attività sospese o ridotte nel periodo del lockdown (fase 1). In caso di risposta affermativa degli erogatori privati alla richiesta di collaborare nello smaltimento delle suddette prestazioni, esse verranno inserite, prenotate e prese in carico per la scelta da parte del paziente con le consuete modalità organizzative da parte del CUP di ciascuna ASL. Si ricorda che ogni singola struttura potrà effettuare per conto delle AA.SS.LL. solo le prestazioni per le quali è accreditata. La richiesta in argomento potrà essere formulata da ogni ASL a tutte le strutture accreditate del territorio regionale, le quali soddisferanno prioritariamente il fabbisogno delle Aziende Sanitarie sul cui territorio trovano ubicazione ed in via residuale le richieste di altre AA.SS.LL..

L'esito degli approfondimenti aziendali dovrà essere riepilogato per quantità, prestazione e struttura privata.

Ai fini della programmazione dell'attività ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche del SSR si precisa che è stata formalizzata la - DGR 3 luglio 2020, n. 6-1613. Prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (Televisita), in conformità alle "Linee di indirizzo nazionali di telemedicina" (repertorio atti n.16/CSR), ai sensi dell'Intesa del 20 febbraio 2014, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

La ripresa dell'attività ordinaria di ricovero deve essere graduale e riguardare in via prioritaria i pazienti che rientrano nelle seguenti classi definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito del Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa 2019-2021:

A. Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

B. Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

Destinazione delle risorse

In aggiunta a quanto sopra detto e alla luce della ulteriore evoluzione della normativa, per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni di specialistica ambulatoriale, screening oncologico e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, le Aziende pubbliche del SSR sono tenute a dare attuazione anche alle vigenti disposizioni nazionali quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- circolari del Ministero della salute n. 7422 del 16 marzo 2020 recante «Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19», n. 7865 del 25 marzo 2020 recante «Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19» e n. 8076 del 30 marzo 2020 recante: «Chiarimenti: Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19»
- art. 29 del DL 14 agosto 2020, n. 104 «Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa»

Pertanto si ritiene di ripartire il limite di spesa rappresentato dall'importo riportato nell'allegato B per la Regione Piemonte del DL 14 agosto 2020, n. 104 in proporzione all'incidenza percentuale dei setting assistenziali desumibili nell'allegato A del medesimo decreto, come di seguito riportato:

- risorse da assegnare per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo C: 8.268.115,00 euro
- risorse da assegnare per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo M: 1.322.855,00 euro
- risorse da assegnare per recupero prestazioni ambulatoriali: 25.628.784,00 euro, di cui risorse da assegnare per incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna 625.835,00 euro

Si ritiene dunque necessario assegnare alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR le risorse nazionali dell'art. 29 del DL n. 104 del 14 agosto 2020, pari complessivamente a 35.219.754,00 euro, in proporzione all'incidenza delle dimissioni di ricovero (per il Day Hospital all'incidenza degli accessi) e di prestazioni ambulatoriali che non sono state erogate nel periodo gennaio-giugno 2020 rispetto al medesimo periodo 2019, così come desumibile dai flussi informativi regionali "SDO" e "C".

Gli importi assegnati (tabella che segue) nel rispetto dei modelli organizzativi aziendali, rappresentano il limite massimo di spesa per ciascuna azienda finalizzati a dare attuazione all'art. 29 del DL n. 104 del 14 agosto 2020 limitatamente al periodo dalla data di entrata in vigore del DL e fino al 31 dicembre 2020;

Si ritiene altresì di assegnare alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR gli obiettivi di recupero delle prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero da erogare nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2020 in proporzione all'incidenza delle dimissioni di ricovero (per il Day Hospital all'incidenza degli accessi) e di prestazioni ambulatoriali che

non sono state erogate nel periodo gennaio-giugno 2020 rispetto al medesimo periodo 2019, così come desumibile dai flussi informativi regionali “SDO” e “C”;

Tabella A.1

Quota di Finanziamento per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2.

Enti del SSR	Incidenza delle Dimissioni di ricovero non erogate per DRG tipo C	Incidenza delle Dimissioni di ricovero non erogate per DRG tipo M	Risorse assegnate per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo C	Risorse assegnate per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo M	Incidenza delle Prestazioni ambulatoriali non erogate primo semestre 2020	Risorse assegnate per recupero prestazioni di specialistica ambulatoriale
	primo semestre 2020	primo semestre 2020	A1	A2		A3
GSA						
ASL 301 - Città di Torino	11,04%	7,81%	912.800,00	103.315,00	6,96%	1.783.763,00
ASL 203 - TO3	3,89%	2,57%	321.630,00	33.997,00	9,34%	2.393.728,00
ASL 204 - TO4	7,76%	8,62%	641.606,00	114.030,00	8,94%	2.291.213,00
ASL 205 - TO5	4,17%	3,09%	344.780,00	40.876,00	6,02%	1.542.853,00
ASL 206 - VC	4,13%	2,38%	341.473,00	31.484,00	4,67%	1.196.864,00
ASL 207 - BI	3,44%	1,87%	284.423,00	24.737,00	5,75%	1.473.655,00
ASL 208 - NO	1,86%	1,32%	153.787,00	17.462,00	5,13%	1.314.757,00
ASL 209 - VCO	2,12%	1,81%	175.284,00	23.944,00	4,51%	1.155.859,00
ASL 210 - CN1	6,12%	8,05%	506.010,00	106.490,00	7,25%	1.858.087,00
ASL 211 - CN2	3,33%	2,66%	275.328,00	35.188,00	5,44%	1.394.207,00
ASL 212 - AT	4,06%	1,42%	335.685,00	18.785,00	4,51%	1.155.858,00
ASL 213 - AL	6,79%	9,78%	561.405,00	129.375,00	9,44%	2.419.357,00
TOTALE ASL	58,71%	51,38%	4.854.211,00	679.683,00	77,96%	19.980.201,00
Aso 904 - S.Luigi	3,33%	4,43%	275.328,00	58.602,00	1,95%	499.761,00
Aso 905 - NO	7,50%	4,06%	620.109,00	53.708,00	3,79%	971.331,00
Aso 906 - CN	6,03%	9,82%	498.567,00	129.904,00	2,97%	761.175,00
Aso 907 - AL	4,94%	6,75%	408.445,00	89.293,00	2,54%	650.971,00
Aso 908 Mauriziano	4,97%	4,39%	410.925,00	58.073,00	2,52%	645.845,00
ASO 909 Città della Salute	14,52%	19,17%	1.200.530,00	253.592,00	8,27%	2.119.500,00
TOTALE ASO	41,29%	48,62%	3.413.904,00	643.172,00	22,04%	5.648.583,00
TOTALE ENTI DEL SSR	100,00%	100,00%	8.268.115,00	1.322.855,00	100,00%	25.628.784,00

Tabella. Quota di finanziamento per il recupero delle liste di attesa

Ad ulteriore evidenza delle azioni effettuabili, si riportano di seguito alcuni dei contenuti del Decreto decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia", che reca le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa.

Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa

1. Al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, e, contestualmente allo scopo di ridurre le liste di attesa, tenuto conto delle circolari del Ministero della salute n. 7422 del 16 marzo 2020 recante «Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19», n. 7865 del 25 marzo 2020 recante «Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19» e n. 8076 del 30 marzo 2020 recante: «Chiarimenti: Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19» e nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura, a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto e sino al 31 dicembre 2020, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono avvalersi degli strumenti straordinari di cui al presente articolo, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale.

2. Per le finalità di cui al comma 1, limitatamente al recupero dei ricoveri ospedalieri, alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano nonché agli enti del Servizio sanitario nazionale dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2020, nel limite degli importi di cui all'allegato A, colonna 1, è consentito di:

a) ricorrere alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale, per le quali la tariffa oraria fissata dall'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL, in deroga alla contrattazione, è aumentata, con esclusione dei servizi di guardia, da 60 euro a 80 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi. Conseguentemente, vengono ripristinati dal 1° gennaio 2021 i valori tariffari vigenti prima della data di entrata in vigore del presente decreto;

b) ricorrere alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.

Conseguentemente, vengono ripristinati dal 1° gennaio 2021 i valori tariffari vigenti prima della data di entrata in vigore del presente decreto;

c) reclutare il personale, attraverso assunzioni a tempo determinato di personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria veterinaria e delle professioni sanitarie, anche in deroga ai vigenti CCNL di settore, o attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, nonché impiegare, per le medesime finalità di cui al comma 1, anche le figure professionali previste in incremento ai sensi delle disposizioni di cui agli articoli 2-bis e 2-ter, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

3. Per le finalità di cui al comma 1 e limitatamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano nonché agli enti del Servizio sanitario nazionale è consentito, nel limite degli importi di cui all'allegato A, dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2020 di:

a) ricorrere alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale per le quali la tariffa oraria fissata di cui all'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL e' aumentata, con esclusione dei servizi di guardia, da 60 euro a 80 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonche' all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi. Conseguentemente, vengono ripristinati dal 1° gennaio 2021 i valori tariffari vigenti prima dell'entrata in vigore del presente decreto;

b) ricorrere, per le prestazioni di accertamenti diagnostici, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanita' dipendente del Servizio sanitario nazionale con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonche' all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi. Dal 1° gennaio 2021 sono ripristinati i valori tariffari vigenti prima della data di entrata in vigore del presente decreto;

c) incrementare, in parziale alternativa a quanto indicato alle lettere a) e b) del presente comma, rispetto a quanto disposto dall'articolo 2-sexies, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n.27, il monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con ore aggiuntive da assegnare nel rispetto dell'Accordo collettivo nazionale vigente, nel limite di quanto riportato per ciascuna regione nella colonna 3 dell'allegato A per un totale di 10 milioni di euro.

4. Nel rispetto dell'autonomia organizzativa regionale, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono autorizzate a ricorrere in maniera flessibile agli strumenti straordinari di cui ai commi 2 e 3, limitatamente al periodo dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2020. A tal fine, il limite massimo di spesa per ciascuna regione e provincia autonoma al lordo degli oneri riflessi a carico delle Amministrazioni e' indicato nell'allegato A che forma parte integrante del presente decreto e, solo se la somma degli importi ivi indicati e' superiore a quelli assegnati a ciascuna regione e provincia autonoma sulla base dell'allegato B, il limite massimo di spesa e' rappresentato dall'importo riportato nell'allegato B del presente decreto.

5. Ferma restando la supervisione del tutor, tenendo altresì conto del livello di competenze e di autonomia raggiunto, dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2020, i medici iscritti all'ultimo anno del corso di formazione specialistica nonche', qualora questo abbia durata quinquennale, al penultimo anno del relativo corso, nell'espletamento delle attività assistenziali presso le aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, stilano i referti delle visite, degli esami e delle prestazioni specialistiche con esclusivo riferimento alle sole visite, esami e prestazioni di controllo ambulatoriali. La refertazione delle prime visite, esami e prestazioni specialistiche e' invece riservata al medico specialista.

6. Il possesso della specializzazione e' comunque richiesto per le refertazioni relative alle seguenti branche specialistiche: anestesia rianimazione terapia intensiva e del dolore; medicina nucleare, radiodiagnostica, radioterapia.

7. L'attività svolta dal medico in formazione specialistica di cui al comma 6 e' registrata nel libretto-diario personale delle attività formative, e costituisce elemento di valutazione per il curriculum professionale ai fini dell'accesso al Servizio sanitario nazionale.

8. Per l'anno 2020, per l'attuazione delle finalità di cui ai commi 2 e 3 e' autorizzata rispettivamente la spesa di 112.406.980 euro e 365.811.792 euro, che include anche gli oneri previsti per l'attuazione delle disposizioni di cui al comma 3, lettera c) per un totale di 10.000.000 di euro, per complessivi 478.218.772 euro. A tal fine e' conseguentemente incrementato, per l'anno 2020, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale

standard cui concorre lo Stato per un importo corrispondente. Al finanziamento di cui al presente articolo accedono tutte le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, sulla base delle quote di accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2020. La ripartizione complessiva delle somme di cui al presente articolo e' riportata nella tabella di cui all'allegato B che costituisce parte integrante del presente decreto.

Agli oneri derivanti dal presente comma per l'anno 2020, si provvede ai sensi dell'articolo 114.

9. Per l'accesso alle risorse di cui al comma 8, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da presentare al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito nel programma operativo previsto dall'articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse. La realizzazione dei suddetti Piani Operativi con il raggiungimento delle finalita' di cui al comma 1 sara' oggetto di monitoraggio ai sensi del richiamato articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

Art. 30

Incentivi in favore del personale sanitario

1. All'articolo 1, comma 2, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, al terzo periodo, le parole: «Tali importi possono essere incrementati, fino al doppio degli stessi» sono sostituite dalle seguenti: «Tali importi possono essere incrementati di un ammontare aggiuntivo il cui importo non puo' essere superiore al doppio degli stessi».

9. MISURE DI PREVENZIONE E CONTENIMENTO

La ripresa dell'attività ordinaria di prestazioni ambulatoriali e visite deve essere graduale e riguardare i pazienti secondo quanto indicato nell'ambito del Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa 2019-2021.

E' necessario che l'organizzazione delle attività ambulatoriali e diagnostiche, al fine di favorire la minore concentrazione di operatori e utenti nelle sedi ospedaliere, preveda l'utilizzo di altre strutture sanitarie aziendali.

I servizi amministrativi e/o sanitari deputati devono garantire il maggior snellimento possibile nelle procedure di accettazione e di riprenotazione delle visite successive.

La riprogrammazione delle visite deve avvenire avendo cura di aver verificato il bisogno sanitario e quindi l'attuale necessità della prestazione in coerenza con le indicazioni relative alla erogazione delle prestazioni in modo appropriato .

L'orario di erogazione delle prestazioni ambulatoriali in struttura, come già indicato, dovrà essere quanto più possibile ampliato per limitare l'afflusso e lo stazionamento di persone all'interno delle sale di attesa e delle aree visita/diagnostica.

All'atto della prenotazione l'utente deve essere informato sulle modalità di accesso, sia per quanto attiene alla possibilità o meno di essere accompagnato che alla necessità di indossare la mascherina.

L'ingresso in struttura deve essere regolamentato dall'azienda applicando tutte le dovute precauzioni; a titolo esemplificativo:

- deve essere preventivamente sconsigliato l'accesso in struttura prima di 15 minuti dell'orario della prestazione;
- la presenza di accompagnatore ove possibile non deve essere autorizzata, fatta eccezione per minori, disabili, utenti fragili non autosufficienti.

La riprogrammazione degli appuntamenti/visite annullati deve avvenire a cura della Struttura sanitaria, attraverso anche il CUP, richiedendo ai cittadini di non recarsi autonomamente agli sportelli dei CUP per evitare assembramenti.

Il riavvio delle predette attività in ogni caso deve essere subordinato al rispetto di tutte le misure di prevenzione e contenimento della diffusione del virus COVID-19, definite a livello nazionale e regionale, con particolare attenzione all'impiego dei dispositivi di protezione individuale, al rispetto del distanziamento sociale ecc. a garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori, e, più in generale, a garanzia della salute collettiva.

Ogni Azienda Sanitaria deve prevedere l'accesso a percorsi definiti e differenziati per i pazienti in funzione della certezza o della probabilità di essere COVID positivi. Per l'accesso alle prestazioni devono essere applicate al cittadino le misure di screening e prevenzione aziendale previste da normativa nazionale e regionale.

A titolo indicativo si raccomanda che:

- l'accesso alla sala di attesa sia regolato e consentito limitatamente alle persone che possono occupare i posti a sedere identificati come utilizzabili,
- il numero dei posti a sedere e delle persone presenti dovrà essere commisurato alle caratteristiche dell'area di attesa,
- gli appuntamenti devono essere adeguatamente distanziati e distribuiti nell'arco dell'intera giornata, nel caso di utenti particolarmente fragili e suscettibili all'infezione COVID 19 e alle sue complicazioni si dovrà prendere in considerazione l'opportunità di attivare percorsi, orari modalità organizzative dedicate.

Si chiede alle ASL nell'ambito delle attività di vigilanza e controllo di effettuare delle verifiche in loco finalizzate a verificare il rispetto delle misure di prevenzione e contenimento della diffusione del virus COVID-19.

10. PIANI DI AREA E AZIENDALI

Le Aziende Sanitarie hanno trasmesso nel mese di giugno 2020 all'Assessorato il primo Piano organizzativo aziendale corredato di un prospetto xls (tabella seguente) che riepiloga le prestazioni programmate per il recupero graduale delle seguenti classi di Priorità: U, B e D per le prestazioni in regime ambulatoriale; A e B per le prestazioni in regime di ricovero.

BRANCA	PRESTAZIONE	Q.TÀ NECESSARIA	Q.TÀ PROGRAMMATA DA ASR	Q.TÀ PROGRAMMATA CON EROGATORE PRIVATO	GG. PREVISTI PER RECUPERO Q.TÀ NECESSARIA

Le Aree Omogenee di Programmazione/Aziende Sanitarie del SSR sono tenute quindi ad aggiornare il Piano organizzativo con il Piano operativo di area/aziendali per il recupero delle liste di attesa, specificando con riferimento alle risorse assegnate il modello organizzativo prescelto per il recupero delle prestazioni e la destinazione delle risorse per disciplina/branca, come di seguito riportato:

- incremento dei ricoveri (dimissioni) programmati per disciplina rispetto ai ricoveri (dimissioni) erogate nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2019;
- incremento del numero di prestazioni ambulatoriali programmate per branca (visite mediche e prestazioni di accertamenti diagnostici) rispetto alle prestazioni erogate nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2019.

Inoltre, nell'ambito delle risorse specificamente dedicate al recupero dei tempi di attesa, le Aziende Sanitarie del SSR sono tenute ad assicurare, oltre alla normale attività, il recupero delle prestazioni di screening oncologico, non rese nel primo semestre 2020.

I Piani operativi di Area/aziendali per il recupero delle liste di attesa saranno da strutturare con i seguenti punti:

- analisi della situazione a livello di Area e di Azienda Sanitaria e principali criticità;
- obiettivi;
- modelli organizzativi e modalità di utilizzo delle risorse;
- programmazione delle azioni, soggetti coinvolti e tempi;
- indicatori per la valutazione di processo e di risultato,

Le spese sostenute dalle Aziende sanitarie pubbliche del SSR saranno-oggetto di specifica rendicontazione nell'ambito delle spese covid, con espresso richiamo al programma di recupero; in caso di mancato recupero delle prestazioni, anche utilizzando le risorse assegnate, la Regione si riserva la facoltà di rimodulare in riduzione i finanziamenti.

La direzione regionale Sanità e Welfare adotterà i successivi atti per la definizione degli ulteriori indirizzi operativi alle Aziende sanitarie ed il monitoraggio sul rispetto dei progetti di area/aziendali nonché sulla adozione, a livello aziendale, delle strategie e azioni attuate per il governo della domanda delle prestazioni ambulatoriali.

11. TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE

Il cronoprogramma del Piano di recupero delle liste di attesa a livello regionale e di Area/aziendale per l'anno 2020 è di seguito illustrato.

1. Redazione del Piano regionale e trasmissione al Ministero: entro il 14 settembre;
2. Trasmissione alle Aziende Sanitarie: in relazione ai tempi tecnici richiesti;
3. Redazione del Piani di Area/aziendali e trasmissione all'Assessorato: entro quindici giorni dalla notifica da parte dell'Assessorato;
4. Implementazione dei Piani: dal primo di ottobre;
5. Valutazione di processo e di risultato e messa in atto delle azioni preventive e correttive: dal primo di ottobre.

12. VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

La realizzazione dei suddetti Piani Operativi di Area/aziendali, da realizzarsi nell'ambito delle Aree Omogenee di Programmazione, coerentemente con le disposizioni della normativa regionale già vigente in materia di contenimento delle liste di attesa, con il raggiungimento delle finalità di sopra illustrate è oggetto di specifico monitoraggio regionale ai sensi del richiamato articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

Sul versante del monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa è inoltre necessario che la Regione e le Aziende Sanitarie pongano in atto strumenti e meccanismi in grado di fornire informazioni per analizzare costantemente la situazione a mettere in atto le azioni di miglioramento.

Le rilevazioni dei tempi di attesa possono essere realizzate con due modalità:

- "ex ante", che consiste nella rilevazione (prospettica), in un determinato periodo indice, del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data di erogazione prospettata e la data della richiesta della prestazione rivolta all'erogatore (rappresenta, in sostanza, il tempo d'attesa così come viene percepito dall'utente);
- "ex post", che consiste nella rilevazione (retrospettiva) del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta dal cittadino all'erogatore. Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità.

La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di priorità.

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, vengono confermati i seguenti monitoraggi:

- monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in specifiche aree cliniche;
- monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di

Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;

- monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

13. RIFERIMENTI

- DCR 3 aprile 2012, n. 167 – 14087. Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovrazonali
- DGR 14 marzo 2013, n. 6-5519. Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)
- DGR 19 novembre 2014, n. 1-600. Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale
- DGR 23 gennaio 2015, n. 1-924. Integrazioni alla DGR 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale"
- DGR 29 giugno 2015, n. 26-1653. Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.
- DGR 14 Giugno 2018, n. 27-7048. Piano regionale della prevenzione 2014-2018: rimodulazione per l'anno 2018 ed estensione vigenza al 31.12.2019. Modifica della DGR n. 25-1513 del 3 giugno 2015

ALLEGATI

- DGR 16 maggio 2019, n. 110-9017. Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...] e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della D.G.R. n.17-4817 del 27.03.2017

Allegato B)
Tabella B.1

Quota di Finanziamento per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2.

Enti del SSR	Incidenza delle Dimissioni di ricovero non erogate per DRG tipo C primo semestre 2020	Incidenza delle Dimissioni di ricovero non erogate per DRG tipo M primo semestre 2020	Risorse assegnate per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo C A1	Risorse assegnate per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo M A2	Incidenza delle Prestazioni ambulatoriali non erogate primo semestre 2020	Risorse assegnate per recupero prestazioni di specialistica ambulatoriale A3	TOTALE A=A1+A2+A3	Incidenza Spesa Sumai 2019 - ASL	di cui risorse assegnate per incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna in proporzione ai dati del consuntivo 2019 Quota parte di A3
GSA									
ASL 301 - Città di Torino	11,04%	7,81%	912.800,00	103.315,00	6,96%	1.783.763,00	2.799.878,00	29,55%	184.934,00
ASL 203 - TO3	3,89%	2,57%	321.630,00	33.997,00	9,34%	2.393.728,00	2.749.355,00	16,87%	105.578,00
ASL 204 - TO4	7,76%	8,62%	641.606,00	114.030,00	8,94%	2.291.213,00	3.046.849,00	10,12%	63.335,00
ASL 205 - TO5	4,17%	3,09%	344.780,00	40.876,00	6,02%	1.542.853,00	1.928.509,00	7,57%	47.376,00
ASL 206 - VC	4,13%	2,38%	341.473,00	31.484,00	4,67%	1.196.864,00	1.569.821,00	2,04%	12.767,00
ASL 207 - BI	3,44%	1,87%	284.423,00	24.737,00	5,75%	1.473.655,00	1.782.815,00	1,57%	9.826,00
ASL 208 - NO	1,86%	1,32%	153.787,00	17.462,00	5,13%	1.314.757,00	1.486.006,00	6,15%	38.489,00
ASL 209 - VCO	2,12%	1,81%	175.284,00	23.944,00	4,51%	1.155.859,00	1.355.087,00	2,61%	16.334,00
ASL 210 - CN1	6,12%	8,05%	506.010,00	106.490,00	7,25%	1.858.087,00	2.470.587,00	11,26%	70.469,00
ASL 211 - CN2	3,33%	2,66%	275.328,00	35.188,00	5,44%	1.394.207,00	1.704.723,00	2,71%	16.960,00
ASL 212 - AT	4,06%	1,42%	335.685,00	18.785,00	4,51%	1.155.858,00	1.510.328,00	4,09%	25.597,00
ASL 213 - AL	6,79%	9,78%	561.405,00	129.375,00	9,44%	2.419.357,00	3.110.137,00	5,46%	34.170,00
TOTALE ASL	58,71%	51,38%	4.854.211,00	679.683,00	77,96%	19.980.201,00	25.514.095,00	100,00%	625.835,00
Aso 904 - S.Luigi	3,33%	4,43%	275.328,00	58.602,00	1,95%	499.761,00	833.691,00		
Aso 905 - NO	7,50%	4,06%	620.109,00	53.708,00	3,79%	971.331,00	1.645.148,00		
Aso 906 - CN	6,03%	9,82%	498.567,00	129.904,00	2,97%	761.175,00	1.389.646,00		
Aso 907 - AL	4,94%	6,75%	408.445,00	89.293,00	2,54%	650.971,00	1.148.709,00		
Aso 908 Mauriziano	4,97%	4,39%	410.925,00	58.073,00	2,52%	645.845,00	1.114.843,00		
ASO 909 Città della Salute	14,52%	19,17%	1.200.530,00	253.592,00	8,27%	2.119.500,00	3.573.622,00		
TOTALE ASO	41,29%	48,62%	3.413.904,00	643.172,00	22,04%	5.648.583,00	9.705.659,00		
TOTALE ENTI DEL SSR	100,00%	100,00%	8.268.115,00	1.322.855,00	100,00%	25.628.784,00	35.219.754,00		625.835,00

Allegato B)

Tabella B.2

Obiettivi di recupero delle prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero da erogare nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2020

Enti del SSR	DIMISSIONI DI RICOVERO TIPO DRG C DA PROGRAMMARE COME RECUPERO DA 15 AGOSTO 2020 AL 31 DICEMBRE 2020	DIMISSIONI DI RICOVERO TIPO DRG M DA PROGRAMMARE COME RECUPERO DA 15 AGOSTO 2020 AL 31 DICEMBRE 2020	NUMERO DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI DA PROGRAMMARE COME RECUPERO DA 15 AGOSTO 2020 AL 31 DICEMBRE 2020 (Visite mediche e Prestazioni di accertamenti diagnostici)
	A1	A2	A3
GSA			
ASL 301 - Città di Torino	2.688,00	380,00	34.235,00
ASL 203 - TO3	947,00	125,00	45.941,00
ASL 204 - TO4	1.889,00	420,00	43.974,00
ASL 205 - TO5	1.015,00	150,00	29.611,00
ASL 206 - VC	1.006,00	116,00	22.971,00
ASL 207 - BI	838,00	91,00	28.283,00
ASL 208 - NO	453,00	64,00	25.233,00
ASL 209 - VCO	516,00	88,00	22.184,00
ASL 210 - CN1	1.490,00	392,00	35.661,00
ASL 211 - CN2	811,00	130,00	26.758,00
ASL 212 - AT	989,00	69,00	22.184,00
ASL 213 - AL	1.653,00	476,00	46.433,00
TOTALE ASL	14.295,00	2.501,00	383.468,00
Aso 904 - S.Luigi	812,00	216,00	9.591,00
Aso 905 - NO	1.826,00	198,00	18.642,00
Aso 906 - CN	1.468,00	478,00	14.609,00
Aso 907 - AL	1.203,00	329,00	12.494,00
Aso 908 Mauriziano	1.210,00	214,00	12.395,00
ASO 909 Città della Salute	3.535,00	934,00	40.678,00
TOTALE ASO	10.054,00	2.369,00	108.409,00
TOTALE ENTI DEL SSR	24.349,00	4.870,00	491.877,00