

*Oggetto: Il “Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019”. Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali.*

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 due dimensioni clinica ed organizzativa.

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti i Paesi in cui sia formalizzato un sistema sanitario pubblico e che offra un livello di assistenza avanzato.

La gestione delle liste di attesa 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).

La soluzione del problema 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 che 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.

In relazione al governo delle liste d'attesa, si richiamano i seguenti atti nazionali:

- **Legge 23 dicembre 2005, n. 266 “Finanziaria 2006”**, in cui si dispone:

Art 1. Comma 280: e) “..Istituzione specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005;”

- **Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006: Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008**, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266

- **L. n. 120/2007 “Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria”**, in cui si dispone per il «progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria»

- **Linee Guida Nazionali del sistema CUP del 29 aprile 2010, nelle quali si legge che: “[...] le Regioni prevedano modalità di gestione separata delle prenotazioni rispetto alle prestazioni istituzionali erogate a carico del SSN, attraverso sistemi centralizzati e preferibilmente informatizzati” e determina che “[...] .le Regioni provvedono ad attivare forme di controllo sul volume di tali prestazioni e sui relativi tempi di attesa, sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero, al fine di garantire il corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello in libera professione”.**

- **Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa «2010-2012» del 28 ottobre 2010**, che introduce:

- ❖ l'elenco delle prestazioni da monitorare in via prioritaria (specialistica ambulatoriale e ricoveri) con esplicitazione delle classi di priorità
- ❖ il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante, basato sulla rilevazione semestrale;
- ❖ il flusso informativo con modalità ex post, attraverso il flusso ex articolo 50 della Legge 24 novembre 2003, n. 326 per le finalità di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali;
- ❖ il flusso informativo Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri;
- ❖ il flusso informativo dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica;
- ❖ il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria;
- ❖ il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.
- ❖ la richiesta di garanzia di rispetto dei tempi massimi al 90% degli utenti.

Nonché, al paragrafo 1 punto H), “il monitoraggio dell'ALPI per verificare il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e, rispettivamente, in libera professione intramuraria”.

- **DL 158/2012, in cui si dispone, all'art 2bis “Attività in intramoenia”** che “[...] Le aziende tratterranno il 5% dei compensi degli operatori per programmi di prevenzione o riduzione delle liste d'attesa»

In ottemperanza a quanto disposto dalla normativa sopra citata, la Regione Piemonte ha provveduto a promulgare i seguenti atti:

- **DGR 37-5180 del 29.01.2007, inerente a “Piano Regionale Gestione Liste di Attesa. Modifiche all’Allegato A della D.G.R. n. 56-3322 del 3 luglio 2006, al capitolo “Azioni programmate”, in cui si prevedono:**

- ❖ la revisione dei criteri per l’identificazione dei punti di erogazione aziendali che garantiscono i tempi massimi d’attesa per tipologia di prestazione (prestazioni di base);
- ❖ l’individuazione di classi di priorità per specifiche prestazioni specialistiche ambulatoriali e attività di ricovero programmato;
- ❖ l’individuazione delle modalità di preparazione del paziente ad alcuni esami diagnostici ed aggiornamento schede preparazione paziente per esami dell’area radiologica.

- **DD n. 101 del 24.04.2007 di “Indirizzi operativi per la gestione delle liste di attesa”, i cui punti fondamentali sono:**

- a) Sospensione dell’attività di prenotazione ed erogazione
- b) Individuazione delle prestazioni dell’area di radiologia e di laboratorio per le quali dovranno essere osservati specifici standard temporali per la consegna referti
- c) caratteristiche “prima visita” e visita di controllo
- d) durata e modalità di tenuta delle agende di prenotazione.

Ed in cui si legge che «Eventuali assistiti di altre ASL con richieste di prestazioni in classe U e B, saranno messi nella lista d’attesa non riferita a tali classi di priorità, salvo disponibilità»

- **D.D. n. 43 del 04.02.2008 di “Ulteriori indirizzi applicativi per la gestione delle liste d’attesa”, in cui si definisce l’Elenco prestazioni di base che le ASL devono garantire- anche con accordi interaziendali con le AO- entro «48h U», «15gg B» dalla visita RRF alla tomografia computerizzata.**

- **D.D. n. 375 del 10.07.2009** con la quale vengono individuate le Classi di priorità cliniche per specifiche prestazioni ambulatoriali; in particolare:

- **D.G.R. n. 28-2027 del 17.05.2011 di Recepimento del Piano nazionale di governo delle liste d’attesa per il triennio 2010-2012**, in cui, tra le azioni programmate, si introduce il sistema Recall per le liste di attesa.

- **D.G.R. n. 2-2481 del 29 luglio 2011 di Approvazione Piano regionale Liste di attesa. Indirizzi applicativi alle Aziende Sanitarie Regionali**, in cui si legge che [...] Il recente Atto di Intesa Stato – Regioni per il triennio 2010-2012 stabilisce che per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, **il tempo massimo di attesa individuato dovrà essere garantito**, presso le strutture erogatrici indicate dal Piano attuativo aziendale, **al 90% degli utenti per i quali i medici prescrittori hanno redatto specifica prescrizione**, anche attraverso la gestione razionale degli accessi dei cittadini al sistema CUP delle prenotazioni”.

- **D.G.R. n. 20-1086 del 23 febbraio 2015**, che fornisce indicazioni vincolanti alle Aziende del S.S.R. finalizzate alla realizzazione di un’infrastruttura di rete ed all’utilizzo di un idoneo applicativo in conformità al D.M. del Ministero della Salute del 21 febbraio 2013.

- **D.G.R. n. 30-3307 del 16.05.2016**, con cui sono stati assegnati gli obiettivi economico-gestionali di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali/Commissari delle Aziende Sanitarie Regionali, finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l’anno 2016. Fra questi, al punto 2.1, rientra la misurazione della capacità di risposta tempestiva del SSR nell’erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino. Nello specifico, la definizione di tale obiettivo, “[...] richiede di lavorare sul miglioramento della capacità dell’organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso l’ottimizzazione della capacità produttiva aziendale e la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale, del tempo medio di erogazione delle prestazioni. L’obiettivo si compone di due sub-obiettivi:

Caricamento sul CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione (pubblico/privato convenzionato);  
Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (solo produzione componente pubblica) nel rispetto del vincolo di una produzione minima [...]”.

Al fine di agevolare il compito delle ASL fornendo un valido supporto, nella deliberazione sopra citata si sono evidenziate le prestazioni ambulatoriali per le quali si è rilevata una maggiore criticità nell'ambito del miglioramento dei tempi d'attesa e quindi una priorità di acquisto nella fase di contrattazione con le strutture private accreditate. Tali prestazioni, elencate per ciascuna ASL nell'Allegato C) alla D.G.R. citata, sono state identificate tra quelle oggetto di monitoraggio (secondo quanto disposto dal piano nazionale per il governo delle liste d'attesa), in base all'analisi svolta dagli uffici competenti della Direzione Sanità, tenendo conto dei seguenti indicatori: tempi di attesa e vincolo di produzione minima da parte delle ASL.

In particolare, si sono prese in considerazione le prestazioni per le quali risulta un tempo di attesa superiore in valore assoluto rispetto al tempo di attesa standard regionale per ogni singola prestazione (come da sopra citata DGR 16 maggio 2016, n. 30-3307) e un sovra consumo pro-capite nell'ASL non superiore al 20%, rispetto al consumo pro-capite medio regionale.

**- D.G.R. 30 maggio 2016 n. 44-3399**, con la quale, sono stati definiti il percorso ed i criteri per la riduzione delle prestazioni ad oggi connotate da alto rischio di inappropriatazza.

In particolare, si è sviluppata l'analisi dei fabbisogni ambulatoriali per singola ASL, nell'ottica di una revisione dell'appropriatezza delle prestazioni, in linea con i lavori già avviati nel corso del 2015 dal Tavolo Metropolitano. L'attenzione, in particolare, è stata focalizzata su alcune prestazioni a maggior rischio di inappropriatazza, tra cui quelle appartenenti ai gruppi A142b (Radiologia diagnostica RMN), A147b RRF (Terapia fisica strumentale) e A144 (Laboratorio analisi).

Come da documento denominato "Metodi e criteri generali per la ridefinizione del fabbisogno regionale di prestazioni ambulatoriali sulla base di criteri di appropriatezza", elaborato dalla direzione Sanità in collaborazione con l'IRES ed allegato alla deliberazione di cui al paragrafo precedente, l'obiettivo posto è stato quello di raggiungere un consumo pro capite più appropriato assimilabile, per valore, a quello massimo del terzo della popolazione più virtuosa. Il percorso metodologico seguito ha comportato anzitutto la pesatura della popolazione di ciascuna ASL rispetto al consumo di prestazioni ambulatoriali nel 2015. Per i primi due gruppi di prestazioni (RMN e RRF) si è fatto riferimento a quanto indicato dalla letteratura scientifica e nei documenti nazionali di riferimento (DM 9/12/2015) e si è proceduto come di seguito indicato:

- a) si è calcolato il consumo pro capite delle prestazioni di ciascun gruppo utilizzando la popolazione pesata;
- b) si sono identificate le ASL che rappresentano circa un terzo della popolazione con il minor consumo pro capite;
- c) si è utilizzato il valore più alto di questo gruppo per il calcolo dell'obiettivo pro capite da raggiungere;
- d) si sono identificate le ASL al di sopra di questo obiettivo con la relativa riduzione percentuale prevista;
- e) si sono identificate le strutture che hanno erogato le prestazioni per queste ASL e, applicando la percentuale di riduzione, per ciascuna si è definito il valore di riduzione.

Per quanto riguarda, invece, il gruppo di prestazioni A144 (Laboratorio analisi) l'obiettivo di fondo è stato calcolato sulla media di 9 prestazioni pro capite (come da DGR 15-7486 del 23 aprile 2014). secondo il percorso di seguito indicato:

- a) si è calcolato il numero di prestazioni medie regionali e la riduzione percentuale necessaria per raggiungere l'obiettivo regionale sopra indicato;
- b) si è applicata la riduzione percentuale di cui sopra sul valore medio regionale per ottenere l'obiettivo regionale a valore da raggiungere;
- c) per ciascuna ASL si è calcolato il valore economico di consumo pro capite;
- d) si è calcolata la differenza tra il consumo pro capite effettivo di ciascun'ASL e l'obiettivo regionale e la relativa riduzione percentuale;
- e) si sono identificate le strutture che, per ciascuna ASL con un consumo maggiore dell'obiettivo, hanno erogato le prestazioni per l'ASL e, a queste, applicando la percentuale di riduzione si è definito il valore di riduzione.

**- D.G.R. n. 13-3731 del 27.07.2016** di definizione dei tetti di spesa per la specialistica ambulatoriale erogata da privati accreditati esclusivamente per le prestazioni ambulatoriali.

In tale deliberazione, si è evidenziato come da diversi anni la Regione monitori i tempi di attesa di alcune prestazioni ambulatoriali specifiche, per le quali vi è un'evidenza di significativo fabbisogno da parte della popolazione assistita; tale monitoraggio è finalizzato al contenimento i tempi d'attesa con l'attenzione ad

evitare di incrementare la produzione di prestazioni per le quali si è evidenziata una sovrapproduzione/appropriatezza. Sulla base di questa analisi, si è stabilito di effettuare una verifica delle combinazioni tempo d'attesa/consumo pro-capite sui casi di prestazioni riconosciute come oggetto di maggior inappropriata.

La stessa DGR ha previsto, sulla base di quanto più sopra scritto, un elenco di prestazioni, tra quelle sottoposte a monitoraggio, prioritariamente acquistabili dagli erogatori privati convenzionati; ha altresì disposto la possibilità di rinegoziazione delle prestazioni erogate con l'obiettivo di contrastare i tempi d'attesa "critici".

In considerazione di tutto quanto disposto con gli atti di cui ai paragrafi precedenti ed al fine di rendere sempre più fattivo e funzionale al sistema il percorso intrapreso, risulta ora necessario approvare il "Programma Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019", fornendo alle AA.SS.RR. gli indirizzi operativi in merito, così come dettagliati all'Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento.

Si dispone che il bacino geografico di garanzia per il soddisfacimento del bisogno dei cittadini in termini di erogazione di prestazioni specialistiche sia rappresentato dalle 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").

Si dispone altresì che ogni Area Omogenea presenti alla Direzione Sanità, entro e non oltre 60 giorni dall'approvazione del presente atto, sulla base di un format che sarà fornito dalla Direzione Sanità, un proprio "Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa", ad iniziare dalle linee di attività più critiche, comprensivo di un cronoprogramma di attivazione delle diverse azioni previste, in coerenza con le linee di indirizzo richiamate all'Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente atto.

La Direzione Sanità definirà con proprio provvedimento i ruoli e le funzioni di coordinamento delle Aree Omogenee di seguito dettagliate:

**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

Si dispone di demandare alla Direzione Sanità la valutazione dei Programmi di Area presentati dalle Aziende Sanitarie, gli eventuali indirizzi correttivi ed il monitoraggio dell'implementazione degli stessi.

Si precisa che i Direttori Generali garantiscono all'interno di ogni ASR una "funzione" per il governo dei tempi di attesa.

I Direttori Sanitari delle AA.SS.RR. sono i "responsabili" di tale funzione (Responsabile Aziendale dei Tempi di Attesa - RETA) che svolgono secondo le modalità ritenute più opportune nell'ambito di quanto dettagliato all'Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente atto.

Si ritiene di costituire, nell'ambito della Direzione Sanità, un Gruppo di Coordinamento del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019", composto da:

- Responsabile del Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera,
- Responsabile del Settore Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria Territoriale,

- 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.

Il Gruppo di Coordinamento così composto svolgerà, fra gli altri, i seguenti compiti:

- Coordinamento delle azioni di governo delle liste d'attesa
- Attività di analisi, monitoraggio e studio sulle prestazioni "critiche"
- Elaborazione delle Linee di indirizzo
- Informazione e comunicazione istituzionale e divulgativa
- Controlli di qualità
- Risoluzione di eventuali controversie

nei termini e con le modalità che saranno stabilite nell'ambito della Direzione Sanità.

Si demanda sin d'ora alla Direzione Sanità, il compito di istituire, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente atto, un Tavolo con rappresentanze di tutti gli stakeholders coinvolti (professionisti, cittadini, ecc.), ai fini del confronto e della condivisione costante dei percorsi programmati di governo dei tempi di attesa, oggetto del presente provvedimento.

Si dispone di demandare altresì alla Direzione Sanità la definizione di ogni eventuale ulteriore indicazione operativa, gli indirizzi correttivi ed il monitoraggio dell'attuazione dei Programmi di Area Omogenea per il Governo dei Tempi di Attesa, da trasmettere alle Aziende Sanitarie per l'uniforme applicazione sul territorio regionale delle disposizioni di cui all'Allegato A, parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione.

Si precisa che le Aziende sanitarie rientranti nel perimetro di consolidamento del SSR, ai sensi del D.Lgs. 118/2011 e s.m.i, dovranno attuare le disposizioni del presente provvedimento in coerenza con i provvedimenti di giunta regionale in materia di programmazione sanitaria e programmazione economico-finanziaria.

Si dispone che la somma pari al 5 per cento del compenso del libero professionista, prevista dall'art.2, comma 1, lettera e) della Legge 189 del 8 novembre 2012, conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, deve essere vincolata prioritariamente, dal competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale che è tenuto a trattenerla, agli interventi richiamati nel presente provvedimento;

Si demanda, per le prestazioni il cui consumo rientra negli standard di appropriatezza, alla Direzione Sanità l'adozione di specifici ed ulteriori provvedimenti di giunta regionale di programmazione sanitaria e programmazione economico-finanziaria finalizzati a consentire a livello di ciascuna area omogenea un coerente equilibrio fra domanda e offerta di primo accesso.

Tutto ciò premesso e condividendo le argomentazioni del relatore,

Vista la Legge 23 dicembre 2005, n. 266 "Finanziaria 2006";

Vista l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006: Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

Vista la L. n. 120/2007 "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";

Viste le Linee Guida Nazionali del sistema CUP del 29 aprile 2010;

Visto il Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa «2010-2012» del 28 ottobre 2010;

Visto il DL 158/2012,

Vista la D.G.R. n. 37-5180 del 29.01.2007;  
Vista la D.G.R. n. 28-2027 del 17.05.2011;  
Vista la D.G.R. n. 2-2481 del 29.07.2011;  
Vista la D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014;  
Vista la D.G.R. n. 20-1086 del 23.02.2015;  
Vista la D.G.R. n. 30-3307 del 16.05.2016;  
Vista la D.G.R. n. 44-3399 del 30.05.2016;  
Vista la D.G.R. n. 13-3731 del 27.07.2016;  
Vista la D.C.R. n. 179-40516 del 06.12.2016;  
Vista la D.D. n. 101 del 24.04.2007;  
Vista la D.D. n. 43 del 04.02.2008;  
Vista la D.D. n. 375 del 10.07.2009.

Precisato che gli oneri necessari all'attuazione del presente provvedimento trovano copertura nell'ambito delle risorse assegnate annualmente con provvedimento di giunta regionale alle Aziende sanitarie, rientranti nel perimetro di consolidamento del SSR, in sede di riparto del fondo sanitario regionale indistinto;

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto,

la Giunta regionale, a voti unanimi,

#### d e l i b e r a

- ❖ di approvare il “Programma Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019”, fornendo alle AA.SS.RR. gli indirizzi operativi in merito, così come dettagliati all’Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento;
- ❖ di disporre che il bacino geografico di garanzia per il soddisfacimento del bisogno dei cittadini in termini di erogazione di prestazioni specialistiche sia rappresentato dalle 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”);
- ❖ di disporre che le Aree Omogenee di programmazione di cui al punto precedente presentino alla Direzione Sanità, entro e non oltre 60 giorni dall’approvazione del presente atto, sulla base di un format che sarà fornito dalla Direzione Sanità, un proprio “Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa”, ad iniziare dalle linee di attività più critiche, comprensivo di un cronoprogramma di attivazione delle diverse azioni previste, in coerenza con le linee di indirizzo richiamate all’Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente atto;

- ❖ di identificare le seguenti Aree Omogenee relativamente alle quali la Direzione Sanità definirà con proprio provvedimento i ruoli e le funzioni di coordinamento:

**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 di Alba-Bra, 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

- ❖ di demandare alla Direzione Sanità la valutazione dei Programmi di Area Omogenea, gli eventuali indirizzi correttivi ed il monitoraggio dell'implementazione degli stessi;
- ❖ di precisare che i Direttori Generali garantiscono all'interno di ogni ASR una "funzione" per il governo dei tempi di attesa che si identifica con il Direttore Sanitario aziendale (quale Responsabile Aziendale dei Tempi di Attesa - RETA) il quale la esercita secondo le modalità ritenute più opportune, nell'ambito di quanto dettagliato all'Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente atto.
- ❖ di costituire, nell'ambito della Direzione Sanità, un Gruppo di Coordinamento del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019", composto da:
  - Responsabile del Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera,
  - Responsabile del Settore Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria Territoriale,
  - 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.
- ❖ di stabilire che il Gruppo di Coordinamento così composto svolgerà, fra gli altri, i seguenti compiti:
  - Coordinamento delle attività di contrasto alle liste d'attesa
  - Attività di analisi e studio sulle prestazioni "critiche"
  - Elaborazione delle Linee di indirizzo
  - Informazione e comunicazione istituzionale e divulgativa
  - Controlli di qualità
  - Risoluzione di eventuali controversienei termini e con le modalità che saranno stabilite nell'ambito della Direzione Sanità.
- ❖ di demandare alla Direzione Sanità, il compito di istituire, entro 30 giorni, un Tavolo con rappresentanze di tutti gli stakeholders coinvolti (professionisti, cittadini, ecc.), ai fini del confronto e della condivisione costante dei percorsi programmati di governo dei tempi di attesa, oggetto del presente provvedimento.
- ❖ di demandare alla Direzione Sanità la definizione di ogni eventuale ulteriore indicazione operativa, gli indirizzi correttivi ed il monitoraggio dell'attuazione dei Programmi di Area Omogenea per il Governo dei Tempi di Attesa, da trasmettere alle Aziende Sanitarie per l'uniforme applicazione sul territorio regionale delle disposizioni di cui all'Allegato A, parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione.

- ❖ di precisare che le Aziende sanitarie rientranti nel perimetro di consolidamento del SSR, ai sensi del D.Lgs. 118/2011 e s.m.i., dovranno attuare le disposizioni del presente provvedimento in coerenza con i provvedimenti di giunta regionale in materia di programmazione sanitaria e programmazione economico-finanziaria.
- ❖ di disporre che la somma pari al 5 per cento del compenso del libero professionista, prevista dall'art.2, comma 1, lettera e) della Legge 189 del 8 novembre 2012, conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, deve essere vincolata prioritariamente, dal competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale che è tenuto a trattenerla, agli interventi richiamati nel presente provvedimento;
- ❖ di demandare, per le prestazioni il cui consumo rientra negli standard di appropriatezza, alla Direzione Sanità l'adozione di specifici ed ulteriori provvedimenti di giunta regionale di programmazione sanitaria e programmazione economico-finanziaria finalizzati a consentire a livello di ciascuna area omogenea un coerente equilibrio fra domanda e offerta di primo accesso.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso ordinario entro il termine di 60 giorni innanzi al TAR, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla notificazione o dalla intervenuta piena conoscenza.

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