

Direzione SANITA'

Settore Assistenza specialistica e ospedaliera

DETERMINAZIONE NUMERO: 519

DEL: 8 AGO, 2017

Codice Direzione: A14000

Codice Settore: A1403A

Legislatura: 10

Anno: 2017

Non soggetto alla trasparenza ai sensi Artt. 15-23-26 del decreto trasparenza

Firmatario provvedimento: BOTTI RENATO

Oggetto

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.

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".

Con la deliberazione suddetta, la Giunta regionale ha stabilito, tra l'altro, 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:

- o Responsabile del Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera,
- o Responsabile del Settore Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria Territoriale,
- o Responsabile del Settore Controllo di Gestione e Monitoraggio Costi per Livelli di Assistenza delle ASR e Sistemi Informativi
- o un Direttore Sanitario d'Azienda in rappresentanza di ogni Area omogenea. [...]"

con i seguenti compiti:

- o "Coordinamento delle attività di contrasto alle liste d'attesa
- o Attività di analisi e studio sulle prestazioni "critiche"
- o Elaborazione delle Linee di indirizzo
- o Informazione e comunicazione istituzionale e divulgativa
- o Controlli di qualità
- o Risoluzione di eventuali controversie

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

Il medesimo Allegato ha previsto, inoltre, che fosse “[...] necessario, ai fini della messa a regime dell'intero sistema di governo delle liste d'attesa, prevedere da subito che le Aree Omogenee di Programmazione predispongano un Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa, predisposto in base al format che sarà inviato alle AA.SS.RR. a cura della Direzione Sanità, in cui si tenga conto del fatto che alcune prestazioni specialistiche trovano risposta nella zona di residenza del paziente, che deve dunque essere identificata come l'ambito naturale di programmazione erogativa rispetto alla domanda espressa dagli assistiti a livello territoriale [...]”.

Con D.D. n. 269 del 18.4.2017 sono stati, inoltre, individuati i ruoli e le funzioni di coordinamento delle Aree Omogenee di Programmazione, a norma della D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017; nella determinazione suddetta, si è disposto di individuare le Aziende capofila per ogni Area, come di seguito dettagliato:

- Area Omogenea Torino: ASL Città di Torino
- Area Omogenea Torino Ovest: ASL TO3
- Area Omogenea Piemonte Sud Ovest: ASL CN 1
- Area Omogenea Piemonte Nord Est: ASL NO
- Area Omogenea Piemonte Sud Est: ASL AT

e che il Direttore Sanitario dell'Azienda capofila sia componente del Gruppo di Coordinamento del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019".

L'Allegato A, parte sostanziale ed integrante della deliberazione di cui al paragrafo precedente dispone, poi, al punto "2.2 Gli ambiti territoriali di bilanciamento della domanda e dell'offerta in funzione del rispetto dei tempi di attesa", che:

[...] Al fine di migliorare l'accessibilità delle cure e ridistribuire l'offerta garantita sul territorio, la Direzione Sanità provvederà entro 120 giorni a ridefinire i "criteri di garanzia" per le prestazioni oggetto di monitoraggio, anche sulla base di analisi comparative con le altre realtà regionali. Le visite e le prestazioni di diagnostica saranno dunque ricondotte, in linea con la metodologia applicata dal DM70/2015 per l'assistenza ospedaliera, ai seguenti ambiti di garanzia territoriale all'interno dell'ASL:

- a. Distrettuale per le prestazioni a bassa e media complessità
- b. Aziendale (a livello di Presidio Ospedaliero) per le prestazioni di media ed alta complessità
- c. Sovraziendale o regionale per prestazioni ad alta ed altissima specialità nella logica di rete e/o hub&spoke
- d. Sovraregionale per le prestazioni ad alta complessità, non erogate in ambito piemontese (es. adroterapia)

Al fine di consentire alla popolazione la tutela della garanzia dei tempi massimi, anche il monitoraggio dei tempi di attesa ricomprenderà il distretto di afferenza e i distretti limitrofi.

Gli indirizzi che la Direzione Sanità emanerà entro 120 giorni, individueranno anche, tra le prestazioni oggetto di monitoraggio, quelle più critiche per le diverse aree e le relative tempistiche di "miglioramento".

[...].

Alla luce di tutto quanto sopra, il Gruppo di Coordinamento, istituito nell'ambito della Direzione Sanità, ha lavorato al fine di una prima individuazione dei "criteri di garanzia", a norma di quanto disposto con la deliberazione n. 17-4817 del 27.03.2017 e che si rende ora necessario approvare, nei termini dettagliati all'Allegato A, intitolato "Primi criteri di identificazione del livello di complessità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio nel bacino geografico di garanzia", parte sostanziale ed integrante della presente determinazione.

La Direzione Sanità si riserva la facoltà di apportare ogni integrazione e/o modifica all'Allegato A del presente provvedimento - sentito il Gruppo di Coordinamento - che possa favorire e rendere

sempre più fattiva l'operatività del Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa, a norma di quanto disposto con D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017.

Inoltre, con note agli atti del Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera, le Aziende capofila per ogni Area Omogenea di Programmazione hanno provveduto ad inviare il proprio Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa, predisposto in base al format che è stato inviato alle AA.SS.RR. a cura della Direzione Sanità, con nota prot. n. 9276/A14000 del 18.04.2017.

Nei Programmi di Area sono state evidenziate, tra l'altro, le prestazioni critiche per il bacino di utenza di ogni Area, nonché la programmazione di interventi migliorativi sul medio e lungo periodo; il Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera, a seguito di una prima istruttoria, ha ritenuto congrui i Programmi di Area presentati, dei quali si prende atto e si tiene conto nella definizione delle disposizioni di cui al presente provvedimento.

Si precisa che la Direzione Sanità si riserva, a seguito di ulteriore istruttoria, di fornire alle Aree Omogenee di Programmazione gli eventuali indirizzi correttivi ed il monitoraggio dell'implementazione dei Programmi di Area, che potranno subire modifiche e/o integrazioni, a norma della D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017.

Tutto ciò premesso ed attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17.10.2016.

IL DIRETTORE

Vista la L.R. 23 del 28.07.2008 artt. 17 e 18;

Vista la D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014;

Vista la D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017;

Vista la D.C.R. n. 179-40516 del 06.12.2016;

Vista la D.D. n. 269 del 18.4.2017;

Vista la nota prot. n. 9276/A14000 del 18.04.2017;

Visti i Programmi di Area per il Governo dei Tempi di Attesa, inviati dalle Aziende capofila, con note agli atti del Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera.

DETERMINA

per le motivazioni espresse in premessa,

- di approvare una prima individuazione dei "criteri di garanzia", a norma di quanto disposto con la deliberazione n. 17-4817 del 27.03.2017, nei termini dettagliati all'Allegato A, intitolato "Primi criteri di identificazione del livello di complessità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio nel bacino geografico di garanzia", parte sostanziale ed integrante della presente determinazione;

- di riservare, alla Direzione Sanità, la facoltà di apportare ogni integrazione e/o modifica all'Allegato A del presente provvedimento - sentito il Gruppo di Coordinamento - che possa favorire e rendere sempre più fattiva l'operatività del Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa, a norma di quanto disposto con D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017;

- di prendere atto dei Programmi di Area per il Governo dei Tempi di Attesa, prodotti dalle Aree Omogenee di Programmazione, con note agli atti del Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera, nei quali sono, tra l'altro, evidenziate le prestazioni più critiche per le diverse Aree Omogenee di Programmazione, nonché la programmazione di interventi migliorativi sul medio e lungo periodo;

- di precisare che i Programmi di Area potranno subire modifiche e/o integrazioni, sulla base di quanto indicato dalla Direzione Sanità che si riserva, a seguito di istruttoria ed a norma della D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, di fornire alle Aree Omogenee di Programmazione gli eventuali indirizzi correttivi ed il monitoraggio dell'implementazione di Programmi di Area stessi.

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

Il Direttore della Direzione Sanità
Dott. Renato Botti



La Dirigente del Settore A1403A
Dott.ssa Emanuela Zandonà



Il Funzionario Responsabile
Dott.ssa Raffaella Ferraris



PRIMI CRITERI DI IDENTIFICAZIONE DEL LIVELLO DI COMPLESSITA' DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI LABORATORIO NEL BACINO GEOGRAFICO DI GARANZIA

AMBITO DI GARANZIA TERRITORIALE

La “garanzia” del tempo massimo di attesa è un elemento che riguarda direttamente il ruolo di tutela della salute della popolazione residente (o assistita) proprio della ASL: ciascuna azienda territoriale deve infatti essere in grado di dimensionare e governare la propria offerta al fine di soddisfare la domanda espressa prioritizzata (se considerata appropriata) entro i tempi massimi; l’obiettivo è quello di assicurare la massima prossimità possibile nell’erogazione delle prestazioni all’utenza, considerando nel contempo la migliore allocazione delle risorse e il contenimento dei costi.

La D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017 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”) [...]”;

Come da D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, gli ambiti identificati sono:

- a. Distrettuale per le prestazioni a bassa e media complessità
- b. Aziendale (a livello di Presidio Ospedaliero) per le prestazioni di media ed alta complessità
- c. Sovraziendale o regionale per prestazioni ad alta ed altissima specialità nella logica di rete e/o hub&spoke
- d. Sovraregionale per le prestazioni ad alta complessità, non erogate in ambito piemontese (es. adroterapia)

Le prestazioni di primo accesso per le quali dovranno essere garantiti i tempi massimi di attesa saranno, prioritariamente, le prestazioni identificate come ‘critiche’, tra quelle oggetto di monitoraggio, elencate nei Programmi di Area Omogenea di Programmazione.

I tempi pertanto sono stabiliti in base alla classe di priorità che il medico prescrittore assegna alla richiesta di prestazioni a carico del SSN; per ciascuna classe, come stabilito dalla D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, è ribadito quanto segue:



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 30 o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
P (Programmata)	In questa classe sono incluse le prestazioni programmate di approfondimento, controllo, follow-up e comunque inserite in un PDT (buona parte di queste prestazioni dovranno gradualmente “uscire” da questa categoria trovando ricollocazione nelle agende relative agli specifici PDTA)

La garanzia decade qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura specifica (ospedale e/o ambulatorio), rinunciando alla prima disponibilità offerta in ambito di garanzia e nel rispetto dei tempi massimi stabiliti.

Pertanto, nella fase di prenotazione, deve essere acquisita l'informazione circa il fatto che la prestazione sia/non sia stata prenotata 'in garanzia'.

Ciascuna ASL, nell'ambito dell'Area Omogenea di Programmazione, dovrà pertanto valutare la capacità di soddisfazione della domanda di prestazioni espressa in base ai dati disponibili sui volumi di prestazioni erogate, sulla dislocazione delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate, sulla dotazione delle risorse tecnologiche, strumentali e di personale e sul loro grado di efficienza, sulle agende disponibili e sui tempi di attesa. Ciascuna ASL dovrà, inoltre, individuare le situazioni in cui sia possibile garantire i tempi in ambiti territoriali distrettuali.

IDENTIFICAZIONE DEI BACINI DI GARANZIA IN BASE AL LIVELLO DI COMPLESSITÀ DELLE PRESTAZIONI

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:

1. dimensionamento dell'offerta e della sua distribuzione
2. dimensionamento delle risorse dedicate ai diversi punti di erogazione
3. accessibilità ai vari servizi
4. modalità di accesso alla prestazione
5. dati di contesto demografico ed epidemiologico dell'area considerata
6. frequenza di consumo della prestazione (domanda/utilizzo)
7. grado di diffusione della prestazione: eseguibilità da parte di differenti soggetti o erogatori, livello di professionalità richiesta/disponibilità della disciplina;
8. rischio connesso all'esecuzione (ambito di sicurezza) per invasività della manovra e/o somministrazione mdc o farmaci;
9. utilizzo di apparecchiature/tecnologie (costo, gestione, manutenzione, materiali di consumo)
10. al livello di specializzazione del personale medico coinvolto

Sulla base dei criteri suddetti si definisce, in prima istanza, la seguente suddivisione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio (in particolare, le 43 prestazioni oggetto del monitoraggio nazionale, tranne la visita oncologica, inserita nei percorsi di presa in carico del paziente, nell'ambito del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e con l'aggiunta delle alcune prestazioni(*) identificate a “bassa complessità”):



BACINO DI GARANZIA TERRITORIALE	COMPLESSITA' PRESTAZIONE	PRESTAZIONE GARANTITA	STRUTTURE EROGATRICI	NOTE
LIVELLO DISTRETTUALE**	BASSA	Elettrocardiogramma <i>Prelievo venoso per esami ematochimici*</i> <i>Esami ematochimici di base*</i> <i>RX torace*</i>	Ambulatori distrettuali Presidi ospedalieri pubblici e privati contrattati Ambulatori privati contrattati	Gli esami di laboratorio vengono garantiti sulla base dei criteri definiti con DGR 50-2484/2015 e DD 178/2015
	MEDIA	Ecografia addome Visita neurologica Visita oculistica Visita ortopedica Visita ginecologica Visita orl visita cardiologia Visita urologia Visita fisiatrica Visita chirurgica Esami ematochimici	Case della salute	Gli esami di laboratorio vengono garantiti sulla base dei criteri definiti con DGR 50-2484/2015 e DD 178/2015
LIVELLO AZIENDALE	MEDIA E ALTA (oltre a quanto sopra)	Ciò che non è ricompreso nel livello distrettuale Dialisi	Poliambulatori distrettuali Presidi ospedalieri pubblici e privati contrattati Poliambulatori privati contrattati	Gli esami di laboratorio vengono garantiti sulla base dei criteri definiti con DGR 50-2484/2015 e DD 178/2015
LIVELLO AREA E REGIONALE	ALTA E ALTISSIMA SPECIALITA' (oltre a quanto sopra)	Prestazioni come previste nelle reti hub&spoke formalizzate Medicina nucleare Radioterapia	Presidi ospedalieri pubblici e privati contrattati	Gli esami di laboratorio vengono garantiti sulla base dei criteri definiti con DGR 50-2484/2015 e DD 178/2015



LIVELLO SOVRAREGIONALE	PER LE PRESTAZIONI NON EROGATE IN REGIONE	adroterapia	Strutture di riferimento extra- regionali	

** prestazioni non oggetto di monitoraggio nazionale*

*** in caso di "carenza" di punti di erogazione sullo specifico territorio distrettuale è possibile trovare la risposta in ambiti geograficamente limitrofi*

