

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVI LEGISLATURA —————

Doc. CCI
n. 41

RELAZIONE

CONCERNENTE L'ATTUAZIONE DEGLI
ADEMPIMENTI PREVISTI DALL'ACCORDO TRA LO
STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI
TRENTO E DI BOLZANO DEL 14 FEBBRAIO 2002 IN
MATERIA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI
DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E DI INDIRIZZI
APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA

(Anno 2011)

(Articolo 52, comma 4, lettera c), della legge 27 dicembre 2002, n. 289)

Presentata dalla Regione Piemonte

—————
Comunicata alla Presidenza il 6 agosto 2012
—————



“LISTE E TEMPI DI ATTESA”

ANNO 2011

L'Atto di intesa Stato- Regioni del 28/10/2010 sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, che aggiorna la precedente Intesa del 28 marzo 2006, nel richiamare il fatto che il fenomeno delle liste d'attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offra un livello di assistenza avanzato, rimarca la necessità che la gestione della problematica ~~veda l'impegno comune del Governo e delle Regioni~~, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma che vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa utili a rispondere in modo adeguato ad una specifica domanda di assistenza.

La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e metodi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, con particolare riferimento a quelli operanti sul versante prescrittivo avendo ben chiaro che l'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Le azioni da svolgere per la riduzione delle liste d'attesa devono prendere in considerazione molteplici aspetti di carattere organizzativo, legislativo e sanitario e devono prevedere il contributo alla loro soluzione di diverse figure professionali operanti in ambiti che dovrebbero essere complementari, condivise con gli operatori del settore e con gli stakeholder, portatori delle istanze della società civile.

Su questo tema sono da tempo in corso presso l'Assessorato molte azioni a partire dal 2003, successivamente sviluppate con la D.G.R. n. 56-3322 del 3.07.2006, D.G.R. n. 37-5180 del 29.01.2007, D.G.R. n. 2- 2481 del 29 luglio 2011 anche in ottemperanza a vari provvedimenti definiti a livello nazionale per il triennio 2006-2009 e 2010-2012.

Le azioni hanno interessato in particolare i principi ed i criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste d'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.

In particolare nel 2011 è stato approvato a livello nazionale il nuovo Piano nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2010-2012 la cui applicazione impegna la Regione Piemonte - D.G.R. n. 2-2481 del 29/07/2011 - sia in termini di appropriatezza prescrittiva (rispetto classi di priorità di accesso, percorsi diagnostico-terapeutici cardiovascolare ed oncologico) che di organizzazione complessiva di tutto il sistema delle prenotazioni.

L'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza permette al sistema sanitario, oltre al corretto utilizzo delle limitate risorse nel contesto di una maggiore efficacia-efficienza del sistema di offerta, anche una migliore performance dei tempi di attesa per le singole prestazioni.

Come è ormai assodato l'aumento dell'offerta genera spesso domanda inappropriata; va comunque detto che, una volta messe in atto tutte le azioni previste per la corretta utilizzazione delle risorse (pubbliche e private accreditate) integrate in uno solo CUP e la riutilizzazione delle disponibilità recuperate attraverso il sistema recall, alcune azioni di implementazione dell'offerta per le prestazioni con tempo d'attesa critico vadano previste.

A tale proposito lo strumento della libera professione a favore dell'ente, unito ad una maggiore programmazione con le strutture accreditate sulle prestazioni da erogare in via prioritaria, sarà parte integrante di questo potenziamento "selettivo" d'offerta.

Il Piano di rientro di cui alla D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011 e s.m.i con la quale la Giunta Regionale ha adottato l'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi 93,94,95,96,97 della legge 23 dicembre 2009 n. 191, delinea gli obiettivi di intervento nelle diverse macro-aree per il periodo 2010-2012 ed individua tra le varie manovre previste nel programma attuativo per la realizzazione degli obiettivi stessi, anche azioni specifiche in tema di "appropriatezza prescrittiva".

Per affrontare in maniera concreta la questione appropriatezza sicuramente una piena attuazione del sistema "RAO" (Raggruppamento Attesa Omogenei, sperimentato con successo in varie realtà del territorio nazionale e che prevede la stesura e l'applicazione di protocolli d'intesa condivisi tra prescrittori ed erogatori di prestazioni), assicurerebbe l'attribuzione corretta ai pazienti dei criteri di priorità di accesso alle prestazioni che devono effettuare.

In Regione Piemonte, a partire dal 2008, sono state poste le basi per lo sviluppo di tale sistema con progetti specifici, riguardanti alcuni gruppi di prestazioni, realizzati attraverso la stesura di protocolli condivisi tra specialisti e MMG/PLS e la relativa produzione di indirizzi operativi attuabili da tutti i soggetti interessati.

In particolare con D.D. n. 101 del 24.04.2007, DD n. 43 del 4.02.2008, DD n. 375 del 10.07.2009 sono state definite:

1. linee guida sull'utilizzo di classi di priorità in base al bisogno clinico e relativi tempi di attesa.

Per quanto concerne le prestazioni di assistenza specialistica-ambulatoriale le linee guida già definite interessano le prestazioni che risultano particolarmente critiche a livello regionale rispetto ai tempi di attesa.

Per quanto riguarda i criteri per l'individuazione delle classi di priorità clinica delle prestazioni di ricovero programmato sono stati confermati i criteri già definiti a suo tempo con la DGR 14/2003 e si è proceduto ad una integrazione che interessa le priorità di accesso per interventi nel settore urologico e per protesi d'anca, in quanto tali interventi risultano particolarmente critici a livello regionale rispetto ai tempi di attesa.

2. le prestazioni di base per le quali le Aziende devono garantire i tempi massimi d'attesa ;

3. le schede di preparazione paziente a determinati esami diagnostici , per l'omogeneizzazione dei comportamenti da parte delle varie strutture organizzative piemontesi.

Al fine di una puntuale, diffusa, attuazione delle disposizioni di cui ai provvedimenti sopra indicati sono stati, inoltre, attivati e realizzati specifici **corsi di formazione regionale** per migliorare la cultura dell'appropriatezza prescrittiva dei medici prescrittori per un appropriato ed equo accesso alle prestazioni ambulatoriali su tutto il territorio regionale.

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. Nel corso del 2011 è stato avviato il Sovracup web, per permettere ai cittadini di effettuare le prenotazioni da casa per le prestazioni erogate dalle ASR di Torino e provincia e sono in fase di start up o di progettazione altri CUP provinciali.

Il Piano 2010-2012 tratta specificatamente l'integrazione dell'offerta pubblica con quella privata. In particolare stabilisce di "integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP". In tal senso i rinnovi degli accordi contrattuali attualmente in fase di definizione con le strutture private accreditate prevedono una graduale estensione dei CUP aziendali delle ASL anche ai centri accreditati, in modo tale da avere un panorama dell'offerta complessiva per le prestazioni ambulatoriali e far sì che venga evitato il problema delle multiprenotazioni (pazienti che prenotano per più strutture senza poi disdire i posti che ritengono meno competitivi sia in termini di attesa che di valore intrinseco dei medici erogatori), che falsa la percezione reale dei tempi d'attesa e rende meno omogeneo il tempo standard tra strutture pubbliche ed accreditate.

Con questa operazione i centri accreditati diventerebbero realmente uno strumento di supporto all'attività sanitaria pubblica ed al stesso tempo l'offerta delle prestazioni potrebbe essere

monitorata dalla Regione ed indirizzata alle reali esigenze dei cittadini, senza inutili doppioni di prestazioni che le strutture pubbliche sono già in grado di erogare nei tempi stabiliti.

L'attenta verifica rispetto alla quantità ed alla tipologia delle prestazioni inserite sui CUP aziendali (e quindi sugli eventuali Sovracup o simili), unita ad un monitoraggio puntuale delle sospensioni, di cui alla D.D n. 101 del 24/04/2007 e s.m.i., dovrebbe garantire una reale trasparenza nella gestione delle liste d'attesa.

Una innovazione tecnologica che è stata resa operativa operativa su tutto il territorio regionale (D.G.R. n. 28-2027 del 17 maggio 2011) è il sistema Recall che, ricontattando il paziente alcuni giorni prima per ricordargli l'appuntamento ed eventualmente disdirlo, permetterà di liberare e riassegnare disponibilità che altrimenti andrebbero perdute e contribuirà ad abbattere l'odioso ed antieconomico fenomeno del drop out (cioè dei pazienti che si "dimenticano" di disdire); tale sistema dovrebbe essere in grado di incidere sensibilmente sulle liste d'attesa e sull'efficienza ed economicità del sistema complessivo.

L'organizzazione sopra descritta interessa tutta la specialistica ambulatoriale erogabile sul territorio regionale, mentre le prestazioni oggetto di monitoraggio comprendono sia quelle previste dal Piano nazionale sia alcune ritenute di particolare criticità (per il dettaglio si rinvia allo specifico elenco allegato al presente provvedimento) e , quindi, oggetto di azioni finalizzate al contenimento dei tempi di attesa.

Per alcune di queste la Regione Piemonte con D.G.R. n. 22-615 del 15 settembre 2010, ha sviluppato una manovra straordinaria, accompagnandola con un intervento economico straordinario, affinché le ASR intervenissero ulteriormente sulla propria organizzazione aziendale per ricondurre le prestazioni di largo consumo, con pesanti criticità, dentro gli standard previsti dalla normativa vigente.

L'azione straordinaria riguarda alcune prestazioni che presentano particolari criticità rilevate utilizzando i seguenti criteri:

- tempi di attesa oltre standard regionale
- prestazioni di largo consumo
- prestazioni per le quali sono stati definiti a livello regionale i criteri di priorità clinica per l'accesso (ricerca di appropriatezza prescrittiva).
-

Le prestazioni individuate sono:

visita cardiologica
visita gastroenterologica
visita oculistica
ecocardiografia
esofagogastroduodenoscopia
colonscopia
ecografia dell'addome (sup., infer., completo)
mammografia (mono e bilaterale).

L'obiettivo della manovra è portare globalmente la capacità delle singole ASR ad assicurare le prestazioni identificate entro standard di riferimento più virtuosi, che costituiscano una risposta più efficiente ed efficace per il paziente. Per le visite è stato individuato in 20 giorni il nuovo standard , per le prestazioni diagnostiche 40 giorni.

In particolare tali standard devono essere rispettati presso i punti di erogazione che maggiormente producono tali prestazioni e che quindi rappresentano specifici punti di riferimento per la popolazione.

Tale manovra, peraltro, si aggiunge alle altre azioni previste dal Piano di rientro di cui alla D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011 e s.m.i, relativamente alla riorganizzazione della rete dei servizi di

radiodiagnostica e di laboratorio analisi (D.G.R. n. 15- 2091 del 24/05/2011 e D.G.R. n. 16-1829 del 7/04/2011).

Ulteriori azioni individuate per un significativo miglioramento della qualità della risposta del SSR al bisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte dell'utenza sono:

- l'effettuazione di alcune prestazioni in accesso diretto (tutte le prestazioni di laboratorio analisi, elettrocardiogramma basale e le prestazioni di radiologia tradizionale dei segmenti ossei);
- l'attivazione del sistema Recall presso tutte le ASR (D.G.R. n. 28-2027 del 17 maggio 2011).

Questi ultimi due interventi (sistema recall ed accesso diretto) sono stati oggetto di verifica nei confronti dei Direttori Generali/Commissari al fine del riconoscimento della quota accessoria per l'anno 2011.

Anche l'attività di programmazione ed ottimizzazione delle risorse per il controllo e la riduzione delle liste d'attesa per i ricoveri ha seguito un percorso parallelo a quello che ha riguardato l'attività specialistica ambulatoriale, che si è evidenziato in particolare con:

- monitoraggio dei tempi d'attesa per una definita tipologia di ricoveri;
- adozione di criteri uniformi per la definizione dei codici di priorità, con particolare riferimento ad alcuni interventi chirurgici con particolari criticità clinica o organizzativa;
- inserimento nel tracciato informatico delle SDO della data di prenotazione del ricovero ed identificazione dei codici di priorità;
- elaborazione di indirizzi operativi alle strutture di ricovero per la revisione periodica delle liste d'attesa con controllo della effettiva attuazione.

Nella programmazione delle attività di ricovero sono stati forniti indirizzi precisi sia alle ASR che ai produttori privati accreditati in merito alle tipologie di interventi chirurgici da privilegiare, per consentire la diminuzione delle liste d'attesa con criticità particolare.

La programmazione regionale definita con la D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 " Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo " prevede al punto 8.4.2 Progetto Tessera Sanitaria l'evoluzione della "Sperimentazione Ricetta Elettronica " art 1, comma 810 LF 2007 e DPCM 26/3/2008 tramite l'introduzione della sperimentazione della ricetta elettronica ospedaliera specialistica in ambito regionale e aziendale.

La Regione Piemonte è attualmente pilota nel progetto Medici in Rete, pertanto, sta coordinando la realizzazione del collegamento in rete dei medici convenzionati per garantire la trasmissione delle ricette conformi al DM 18 maggio 2004 (ricette SSN) al Ministero dell'Economia e delle Finanze.

La peculiarità del progetto "Sperimentazione Ricetta Elettronica Ospedaliera Specialistica" consiste nella erogazione di un servizio specifico atto alla fornitura di un numero di ricetta elettronica in grado di identificare univocamente le prescrizioni specialistiche effettuate dai medici ospedalieri su ricette non conformi a quelle di cui al DM 18 maggio 2004 (non SSN).

Ciò al fine di consentire al Servizio Sanitario regionale di tracciare univocamente l'intero percorso diagnostico terapeutico, dal momento della prescrizione all'atto dell'erogazione, anche al fine di cogliere l'appropriatezza del percorso, rilevarne eventuali aree critiche ed individuare le azioni di miglioramento in collaborazione con le figure professionali interessate.

Inoltre la Regione, con atti di programmazione elaborati in tempi differenti, ha prodotto dei PDT (percorsi di trattamento) in campo oncologico, cardiovascolare e riabilitativo ambulatoriale che sono in fase di attuazione con specifici percorsi diagnostico-terapeutici , che prevedono al proprio interno tempi di attesa per le varie fasi e relativi standard di riferimento.

In particolare:

1. Oncologia

Con D.G.R. n. 21-11511 del 03.06.2009, è stata approvata la bozza di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta per la prosecuzione delle attività di Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, istituita con D.G.R. n. 48-9824 del 30.6.2003. La convenzione in parola è stata siglata dalle parti in data 5 agosto 2009.

Con la medesima deliberazione sono stati approvati il nuovo assetto organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta ed i relativi Regolamenti del Polo Oncologico e della Rete Oncologica, che prevedono lo stretto coordinamento tra le Aziende Sanitarie, Ospedaliere ed Ospedaliere Universitarie delle due regioni, al fine di concretizzare un'organizzazione dei percorsi oncologici che prelude all'individuazione di centri di riferimento per la cura delle singole tipologie di tumore.

Tale nuova regolamentazione si propone, in particolare, di garantire:

- il superamento delle disomogeneità territoriali nell'erogazione dei servizi sanitari offerti ai pazienti;
- il raggiungimento di standard di trattamento sempre più elevati;
- la crescente semplificazione delle fasi di accesso ai servizi e dei percorsi di diagnosi e cura erogati ai pazienti;
- il graduale avvicinamento dell'offerta dei servizi sanitari al contesto di vita della persona bisognosa di cura.

Il percorso sinora svolto ha evidenziato le rilevanti potenzialità delle risorse presenti nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e, per contro, ha messo in luce la sempre maggiore complessità della gestione che tale organizzazione comporta, in un contesto di continua necessità di riduzione dei costi – quale è quello attuale – di un più strutturato modello organizzativo, al fine di ottenere maggiori efficienza ed efficacia di azione.

Tale modello è stato individuato nel Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, approvato con D.G.R. n. 1-358 del 20.07.2010.

2. Area cardiovascolare

La Regione Piemonte ha adottato dei provvedimenti per ottimizzare il percorso diagnostico terapeutico per i pazienti colpiti da IMA; è stata avviata una rete interospedaliera che coinvolge le strutture con reparti di cardiologia, i PS e le strutture di emergenza territoriali. Tale organizzazione permette, dal gennaio 2011, di effettuare ad un paziente con un sospetto IMA da parte degli operatori dei servizi di emergenza, un elettrocardiogramma che in tempo reale viene trasmesso alla cardiologia di riferimento in modo da indirizzare il paziente all'ospedale idoneo al trattamento del caso; questa modalità operativa permette di rendere tempestivo l'intervento con le cure del caso più appropriate.

Le modalità operative di questo percorso sono state codificate con nota assessorile prot. 37077 del 23 dicembre 2010, adottata ai sensi della D.G.R. n. 28-769 del 5/9/2005.

Per quanto riguarda gli interventi di by-pass aortocoronarico la Regione, a partire dall'anno 2000, al fine di garantire tempi d'attesa non superiori a 30 giorni (dalla diagnosi specialistica), ha formalizzato dei protocolli d'intesa con i centri cardiocirurgici pubblici e privati accreditati con individuazione del fabbisogno regionale d'interventi ed le relativa ottimizzazione delle risorse; la definizione dei requisiti strutturali ed organizzativi dei centri, la condivisione di protocolli operativi ed il rispetto delle tempistiche previste sono parte integrante di questo protocollo (D.G.R. n. 89-6716 del 3 agosto 2007).

3. Attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale

Nell'ambito delle attività svolte in attuazione del provvedimento regionale di recepimento del DPCM 29.11.2001 sui LEA, la Giunta Regionale ha adottato in data 1° luglio 2002 linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale da adottarsi da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private provvisoriamente o definitivamente accreditate con il SSR per attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale.

Le linee guida individuate hanno consentito, per la prima volta, di definire le priorità riabilitative e le specificità degli interventi attraverso un approccio metodologico che ha preso in considerazione:

1. criteri di appropriatezza clinica (garanzia dell'appropriatezza della prestazione in relazione alla tipologia di disabilità, in quella particolare fase clinica),
2. criteri di appropriatezza organizzativo- gestionale (coerenza con le funzioni esercitate dai singoli servizi, adeguati tempi di erogazione delle prestazioni)
3. criteri di garanzia del percorso complessivo del paziente per una corretta presa in carico riabilitativa,
4. individuazione e utilizzo di indicatori per monitorare l'applicazione delle predette linee guida, anche al fine di migliorarne i contenuti.

Le suddette linee guida sono state monitorate puntualmente nel tempo ed una attenta analisi della loro attuazione ha fatto emergere la necessità di un ulteriore aggiornamento nell'ottica di una sempre maggiore appropriatezza nell'erogazione del livello assistenziale, ed a tal fine è stata operata una revisione delle linee guida (D.G.R. n. 49-12479 del 2 novembre 2009 e D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010) che si è basata sulla necessità di garantire l'appropriatezza della prestazione in relazione alla disabilità del singolo paziente.

I PDT sopra indicati sono stati monitorati puntualmente nel tempo ed una attenta analisi della loro attuazione ha fatto emergere la necessità di un ulteriore aggiornamento nell'ottica di una sempre maggiore appropriatezza nell'erogazione del livello assistenziale, ma anche rispetto ad un intervento sanitario di qualità ed appropriato in grado di assicurare equità d'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini.

Le linee guida ed il loro miglioramento continuo rappresentano uno degli strumenti effettivi del governo clinico e dell'organizzazione del SSN che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità.

Elenco provvedimenti regionali:

- D.G.R. n. 56-3322 del 30/07/2006
- D.G.R. n. 37-5180 del 29/01/2007
- D.G.R. n. 93-9417 dell'1/08/2008
- D.G.R. n. 35-9655 del 22.09.2008
- DGR n.. 10-11303 del 27.04.2009
- D.G.R. n. 21-11511 del 3/06/2009
- D.G.R. n. 49-12479 del 2/11/2009
- D.G.R. n. 22-615 del 15/09/2010
- D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010
- D.G.R. n. 15-2091 del 24/05/2011
- D.G.R. n. 2-2481 del 29/07/2011
- D.D. n. 101 del 24.04.2007
- DD n. 43 del 4.02.2008
- DD n. 375 del 10.07.2009

