

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVII LEGISLATURA —————

Doc. CLXVII
n. 1

RELAZIONE

CONCERNENTE L'ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI
PREVISTI DALL'ACCORDO TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZA-
NO DEL 14 FEBBRAIO 2002 IN MATERIA DI ACCESSO
ALLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE
E DI INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA

(Anno 2012)

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

Presentata dalla Regione Piemonte

—————
Comunicata alla Presidenza il 1° ottobre 2013
—————



“LISTE E TEMPI DI ATTESA”

ANNO 2012

La gestione delle liste d'attesa costituisce uno dei problemi più persistenti dei servizi sanitari in generale. Essa è fortemente connessa alla più generale gestione dell'erogazione dei servizi sanitari e risente dei provvedimenti e delle azioni condotte per tale gestione. Una politica settoriale sulle liste d'attesa non può dare soluzioni a questo problema ed è per questo che la Regione Piemonte ha inquadrato questa problematica nella più complessiva riorganizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

Tale argomento occupa un capitolo specifico sul Piano Socio sanitario Regionale 2012-2015 che, infatti, stabilisce che le azioni da svolgere per la riduzione delle liste d'attesa devono prendere in considerazione molteplici aspetti di carattere organizzativo, legislativo e sanitario, anche in ottemperanza a vari provvedimenti definiti a livello nazionale, e devono prevedere il contributo alla loro soluzione di diverse figure professionali operanti in ambiti che dovrebbero essere complementari.

Infatti 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).

Un aspetto cruciale nel governo delle liste di attesa riguarda l'appropriatezza delle prescrizioni mediche, una delle chiavi di volta nella risoluzione del problema: la non appropriatezza prescrittiva dei medici è sicuramente una delle cause che, generando un eccesso di domanda, allunga i tempi d'attesa. All'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni conseguirebbe il soddisfacimento, equo ed uniforme, del fabbisogno nelle diverse realtà locali della Regione.

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, anche in ottemperanza a vari provvedimenti definiti a livello nazionale per il triennio 2006-2009.

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.

Le azioni identificate hanno prodotto piani attuativi aziendali sui quali le singole ASR hanno definito le modalità organizzative di attuazione e le relative tempistiche; dall'analisi dei risultati è comunque emersa la necessità di sviluppare ulteriormente le attività in quanto il sistema presenta ancora diverse aree critiche in particolari ambiti specialistici.

A tale proposito nel piano d'intesa citato si parla di "individuazione di strumenti e modi di collaborazione di tutti gli operatori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture..." ed anche che "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 che di priorità delle prescrizioni".

L'appropriatezza, nel caso delle prescrizioni mediche, è una delle chiavi di volta nella risoluzione del problema: un appropriato ricorso alle prestazioni comporta un corretto uso delle risorse (appropriatezza organizzativa) e consente di rispondere in modo adeguato ad una specifica domanda di assistenza (appropriatezza clinica), andando ad influire positivamente, quindi, anche sulle liste d'attesa e sull'economicità del sistema in genere.

Peraltro il principio dell'appropriatezza delle prestazioni è alla base della definizione dei livelli essenziali di assistenza di cui al D.P.C.M. 29.11.2001. In particolare l'Allegato 4 dello stesso D.P.C.M. "Linee guida relative al ruolo delle Regioni in materia dei LEA" prevede che le Regioni intervengano sul tema dell'appropriatezza anche prevenendo e controllando fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello di assistenza, al fine altresì di non provocare una conseguente scopertura di altri livelli assistenziali.

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.

La limitata integrazione/condivisione tra le diverse figure professionali (medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali, MMG/PLS) può provocare una ripetizione di visite ed esami, anche se effettuati da poco tempo, in quanto non ritenuti attendibili o soddisfacenti dallo specialista che si trova a dover affrontare, in ultima analisi, il quesito diagnostico da cui si è partiti.

Sul tema "ripetizione di visite ed esami" e sul relativo impatto negativo rispetto alle liste d'attesa la Regione sta operando per la definizione di indicatori di verifica e controllo al fine di cogliere le incongruenze prescrittive rispetto a linee guida ed indirizzi operativi previsti.

Tale intervento dovrà essere rivolto nei confronti dei prescrittori che non osservano la regolamentazione nazionale e regionale in materia di compilazione della prescrizione, con particolare riguardo all'indicazione del quesito diagnostico e della classe di priorità, imprescindibile per l'appropriato accesso ed erogazione della prestazione; per eventuali comportamenti prescrittivi anomali potranno essere valutate possibili azioni nei confronti dei medici prescrittori interessati.

Le classi di priorità sono così definite:

- 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 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- P (programmabile).

In questo contesto la Regione Piemonte sta operando per la definizione di strumenti che realizzino una reale integrazione MMG-PLS/territorio/ospedale, non solo sotto il profilo organizzativo, ma anche rispetto all'aggiornamento professionale reciproco che deve essere continuo ed in grado di generare un circolo virtuoso tra i diversi professionisti.

Risulta del tutto evidente che il monitoraggio e la verifica della corretta erogazione delle prestazioni secondo le priorità richieste svolge anche un'opera di positivo coinvolgimento del paziente nel processo di prenotazione, facendo in modo che accetti più serenamente l'eventuale tempo d'attesa proposto, avendo la certezza che, in caso di maggiore urgenza, la sua richiesta di salute verrà tempestivamente presa in carico.

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. Attualmente è in fase d'avvio il Sovracup web, che permetterà 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 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.

Una innovazione tecnologica che è 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.

A livello regionale si sta operando per l'introduzione da parte di tutte le Aziende Sanitarie del Contact Center , ovvero il sistema per la richiesta di contatto per le prenotazioni on-line che si rivolge a tutti i cittadini che desiderano prenotare prestazioni sanitarie erogate dalle strutture aderenti al sistema sovracup e che non desiderano utilizzare gli sportelli di prenotazione o il telefono con cui chiamare il numero verde messo a disposizione dalla Regione Piemonte .

I benefici di questo sistema per i cittadini saranno sostanziali ed eviteranno, soprattutto alle fasce più deboli o anziane della popolazione, la necessità di sobbarcarsi trasferte ed attese inutili e potranno attendere tranquillamente a casa la chiamata di un operatore del servizio di prenotazione che fisserà l'appuntamento richiesto.

Ulteriori azioni individuate e realizzate dalle Aziende Sanitarie regionali 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) hanno costituito uno degli obiettivi attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali al fine del riconoscimento della quota accessoria .

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 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. L'assessorato nel 2012 ha realizzato specifici incontri con le Aziende Sanitarie Regionali e i medici per presentare il progetto e dare indicazioni sui modelli da adottare affinché le organizzazioni delle strutture sanitarie si integrino allo schema progettuale per favorire progressivamente l'estensione con modelli regionali e nazionali interconnessi

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, peraltro più contenuti rispetto a quanto previsto dalla normativa generale in materia.

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.

Al Dipartimento competono la gestione ed il coordinamento delle attività di Rete Oncologica, così come dettagliate nell'Allegato C della citata D.G.R. n. 21-11511 del 03.06.2009 ed in particolare, relative ai seguenti ambiti:

- strumenti operativi per l'attuazione delle indicazioni della programmazione sanitaria dell'Assessorato Tutela della Salute e Sanità, Edilizia Sanitaria, Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia della Regione Piemonte e dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, che riguardano direttamente l'ambito oncologico o lo coinvolgono con importanti implicazioni organizzative (cure palliative, terapia del dolore, etc.);
- promozione e verifica della qualità in oncologia;
- diffusione e controllo dell'applicazione delle linee guida clinico-organizzative;
- formazione continua degli operatori;
- ricerca clinica oncologica;
- percorsi di acquisizione delle nuove tecnologie;
- promozione del sistema informativo- informatico della Rete;
- funzionamento dei centri di riferimento per le cure delle singole tipologie di tumore, in ottemperanza a quanto disposto in merito dalla Giunta regionale della Regione Piemonte;
- partecipazione alla definizione di percorsi di accreditamento in ambito oncologico, con l'obiettivo di perseguire riconoscimenti di accreditamento all'eccellenza;
- rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato in ambito oncologico;
- promozione di progetti che favoriscano l'empowerment dei cittadini, dei pazienti, dei loro familiari e degli operatori, in merito alle patologie oncologiche;

- coordinamento delle iniziative di promozione della salute relative alla patologia oncologica.

Nell'ambito del secondo compito sopra individuato, "promozione e verifica della qualità in oncologia", sono da intendersi ricomprese tutte le iniziative inerenti al contenimento delle liste d'attesa per i primi esami diagnostici e per gli esami di follow up, con l'attuazione di percorsi assistenziali che concorrano al perseguimento del continuo miglioramento della risposta al fabbisogno.

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).

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.

Tra gli strumenti individuati per l'attuazione, un ruolo determinante è svolto dal "progetto riabilitativo" in quanto contiene tutti quegli elementi che permettono la presa in carico del paziente, attraverso il coinvolgimento di tutte le figure professionali (équipe riabilitativa) che sono chiamate ad interagire per assicurare il risultato riabilitativo atteso.

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, 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.

La revisione delle linee guida per le prestazioni ambulatoriali di RRF (D.G.R. n. 49-12479 del 2 novembre 2009 e D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010) si è basata sulla necessità di garantire l'appropriatezza della prestazione in relazione alla disabilità del singolo paziente.

In questo contesto le prestazioni di rieducazione funzionale costituiscono il cardine dell'intervento riabilitativo, mentre il ricorso alle prestazioni di terapia strumentale è a completamento del progetto riabilitativo e non costituisce l'intervento prevalente.

Particolare attenzione è posta al tema dell'informazione e comunicazione agli utenti dei servizi sanitari.

L'accesso ai servizi e la loro utilizzazione ottimale sono condizionati in buona parte dalle conoscenze che i cittadini hanno sulle caratteristiche e sul loro funzionamento e vanno espresse con modalità di comunicazione appropriate e differenziate a seconda del destinatario (cittadino, utente, associazioni di utenti, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, specialisti ospedalieri ed ambulatoriali interni, altri operatori sanitari).

Il miglioramento di molti processi assistenziali e di molte situazioni di rischio è legato al diretto coinvolgimento dei malati e dei cittadini, sia nella individuazione dei punti critici che nella gestione delle soluzioni. In molti casi il solo intervento dei servizi non è adeguato e richiede l'integrazione con forme di supporto agli individui ed alle loro famiglie a cui altri soggetti (associazione di malati o di familiari, ecc...) possono utilmente concorrere.

Sviluppare il coinvolgimento dei malati e della popolazione nelle scelte relative alla loro assistenza ed ai servizi sanitari e fornire le informazioni necessarie per promuovere la responsabilità individuale e collettiva nei confronti della salute rappresenta l'essenza del patto per la salute.

A tal fine è fondamentale sviluppare all'interno delle Aziende Sanitarie un "sistema comunicazione" a cui, in una logica integrata, concorrano gli esperti e le strutture dedicate (Ufficio relazioni con il Pubblico, Servizio di Educazione alla Salute, ecc..) quali articolazioni con competenze specialistiche finalizzate al miglioramento della comunicazione interna ed esterna.

All'interno delle prospettive di implementazione dell'iniziativa di ICT, sono di notevole importanza tutte quelle che possono vedere una reale integrazione/interazione con il

cittadino; sotto questo punto di vista i progetti del sovracup Web e del contact center vanno nella giusta direzione..

Da parte regionale, al fine di migliorare l'informazione e la comunicazione del sistema, la Regione Piemonte assicura la pubblicazione periodica sul proprio sito della capacità di risposta in termini di tempi d'attesa da parte dell'organizzazione sanitaria territoriale prevista. A livello territoriale le Aziende sanitarie, anche in un contesto interaziendale, sono tenute al coinvolgimento degli URP aziendali in una strategia comunicativa nei confronti della popolazione (associazioni e sindacati rappresentativi delle varie categorie di utenti) per informarla, oltre che sul corretto utilizzo dei servizi sanitari, anche sull'articolazione delle liste di attesa (es. differenziate per priorità clinica, diversificate dalla "libera professione") e contestualmente per sensibilizzarla alla necessità, nonché dovere, di disdetta della prenotazione in caso di sopravvenuta impossibilità a fruire della prestazione.

In particolare viene pubblicato semestralmente nel sito web della Regione Piemonte – Assessorato alla Sanità, l'elenco delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e prime visite per le quali viene effettuato il monitoraggio, assicurate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, raggruppate per Azienda; i dati si riferiscono alla percentuale delle prestazioni di cui sopra effettuate entro determinati intervalli di tempo, sovrapponibili ai criteri di priorità U-B-D-P.

Inoltre attraverso la carta dei servizi prevista dal Decreto legge 12 maggio 1995, n. 163, convertito nella legge 11 luglio 1995, n. 273, sono garantite dalle singole Aziende sanitarie le informazioni utili ai cittadini utenti rispetto ai servizi effettuati dalle stesse Aziende per le prestazioni erogate, compresa l'articolazione delle liste di attesa.

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.G.R. n. 27-3628 del 28/03/2012
- D.G.R. n. 42-4752 del 15/10/2012
- D.G.R. n. 24-5147 del 28.12.2012
- D.D. n. 101 del 24.04.2007
- DD n. 43 del 4.02.2008
- DD n. 375 del 10.07.2009