

Doc. CCI
n. 17

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 2004)

(Articolo 52, comma 42, lettera c), della legge 27 dicembre 2002, n. 289)

*Predisposta dalla Regione Toscana
Presentata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri*

Comunicata alla Presidenza il 26 luglio 2005



REGIONE TOSCANA
Giunta Regionale

Direzione Generale del Diritto alla
Salute e delle Politiche di
Solidarietà
Il Direttore Generale

Prot. N. *125/21309/10.02.03*
da citare nella risposta

Data 21/07/2005

Allegati

Oggetto: Relazione della Regione Toscana in materia di tempi di attesa - anno 2004

A: Conferenza Stato - Regioni
ca. Dott. Riccardo Carpino
Via della Stamperia, 8
00187 - Roma

E, p.c.: CINSEDO
ca. Dott.ssa Marina Principe

Ministero dell'Economia e delle Finanze
ca. Dott. Francesco Massicci

LORO SEDI

Si trasmette la Relazione della Regione Toscana in materia di tempi di attesa - anno 2004 -
anche ai fini del successivo inoltro da inviare al Parlamento, circa l'attuazione degli adempimenti in
materia di tempi di attesa, ai sensi dell'art. 52, comma 4, lettera c) della Legge 27 dicembre 2002, n.
289.

Distinti saluti

Il Direttore Generale
Aldo Ancona

25.10.2005
Prot. N. <i>3646</i>
Rif. <i>4.1.2</i>

INDICE

Premessa	Pag.	7
Struttura della relazione	»	7
L'attività ambulatoriale	»	7
L'attività di ricovero	»	11
Atti significativi della Regione Toscana	»	12
Deliberazione G.R.T. 418 del 23 aprile 2001	»	12
Deliberazione G.R.T. 659 del 18 giugno 2001-Manuale dei flussi D.O.C.	»	13
Deliberazione G.R.T. 619 dell'11 giugno 2001 – Sistemi di prenotazione informatizzati (CUP): determinazioni ..	»	13
Deliberazione G.R.T. 1351 del 10 dicembre 2001: modifi- che ed integrazioni alla Deliberazione G.R. 418/01	»	13
Deliberazione G.R.T. n. 734 del 15 luglio 2002 « Approva- zione del quadro di sperimentazione del progetto M.I.R. (Medici in rete) »	»	14
Deliberazione G.R.T. 1417 del 16 dicembre 2002 – Inte- grazione dei sistemi di prenotazione CUP delle Aziende sanitarie: modalità e tempi di realizzazione	»	14
Deliberazione G.R.T. 649 del 30 giugno 2003	»	14
Deliberazione G.R.T. 887 dell'8 settembre 2003	»	14
Deliberazione G.R.T. 45 del 26 gennaio 2004: Monitorag- gio dei tempi di attesa: modifiche ed integrazioni alla Delibera G.R. 418/01 e alla Delibera G.R. 1351/01	»	15
Linee guida ed indirizzi diagnostico terapeutici ex P.S.R. 2002/2004	»	15

Premessa

La presente relazione si compone di due parti: una dedicata alla specialistica ambulatoriale ed una dedicata all'attività di ricovero.

La distinzione si rende necessaria in considerazione del diverso impatto che il fenomeno dei tempi di attesa genera sui due ambiti di attività. La dimensione quantitativa dei due fenomeni (milioni di prestazioni per l'ambulatoriale centinaia di migliaia di prestazioni per i ricoveri), la diversa complessità clinico sanitaria dell'attività di ricovero che richiede e presuppone di norma tempi ed istanze organizzative molto più strutturate rispetto all'ambulatoriale, il diverso modo in cui il sistema dell'offerta è in grado di influire sulla stessa formazione della domanda per le prestazioni di ricovero, sono in sintesi gli elementi che hanno portato alla distinzione nella presente relazione, ma anche alla diversificazione delle azioni intraprese per i due ambiti, pur nella unitarietà delle strategie.

Struttura della relazione

Nella prima parte vengono trattate in modo sistematico le linee strategiche seguite per realizzare gli interventi in materia di tempi di attesa sia nel settore dell'ambulatoriale che nel ricovero.

Nella seconda parte sono riportati in sintesi ed in ordine cronologico i più importanti provvedimenti assunti in materia di tempi di attesa.

L'allegato A) contiene il materiale relativo all'andamento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

L'attività ambulatoriale

Gli interventi di seguito indicati sono tutti legati da un comune obiettivo: ridefinire un nuovo rapporto tra utente, prescrittore ed erogatore della prestazione. E' infatti evidente come il problema complessivo dei tempi di attesa non possa essere inquadrato esclusivamente come una questione di puro incremento di prestazioni, obiettivo valido magari per alcuni tipi di prestazione dove il rischio di inappropriata è molto basso (si pensi ad esempio agli interventi di protesi all'anca), ma critico se si estende in modo incondizionato a tutto il complesso delle prestazioni erogate. Il concetto di correlazione tra bisogno, prestazione e tempo di erogazione non può infatti rispondere a criteri puramente soggettivi legati alla percezione del singolo utente, ma richiede una specifica assunzione

di responsabilità da parte dei professionisti coinvolti nel processo di prescrizione ed erogazione delle prestazioni.

La motivazione di fondo che ha guidato gli interventi sul problema dei tempi di attesa, è stata quindi quella di riconsiderare complessivamente l'insieme delle relazioni che legano il rapporto utente — prescrittore — erogatore al fine di:

- a) individuare quale sia la corretta sequenza delle relazioni che devono intercorrere tra utente — prescrittore — erogatore
- b) individuare gli strumenti migliori per agevolare ed arricchire di contenuti le relazioni stesse

In tal senso il primo passo è stato quello di sviluppare adeguati strumenti che da una parte consentissero da subito di garantire la trasparenza nei confronti dei cittadini, ma al contempo attivassero un processo di riorganizzazione del sistema dell'offerta per renderlo più flessibile e dinamico adeguandolo agli ulteriori interventi che si renderanno necessari.

L'attivazione dei centri unificati di prenotazione (i cosiddetti C.U.P.) va in questa direzione. Infatti i CUP sono sostanzialmente dei sistemi che pianificano il potenziale erogativo delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate; in sostanza attraverso i CUP una organizzazione esplicita il suo potenziale erogativo nel corso di un determinato arco temporale; quindi una volta effettuata la pianificazione del tempo lavoro dei diversi professionisti, una azienda è in grado di valutare il suo potenziale erogativo nel tempo a venire. Inoltre, ed è l'aspetto più evidente, è in grado di rendere chiara e trasparente l'offerta disponibile verso i cittadini.

E' proprio questa diversa capacità organizzativa dei sistemi di offerta che rende possibili nuovi obiettivi. Infatti uno degli elementi emersi dal lungo dibattito che si è sviluppato in Toscana sulla questione dei tempi di attesa è stato quello relativo alla necessità di diversificare la capacità di risposta del sistema dell'offerta per renderla maggiormente aderente alla diversità dei bisogni dei cittadini.

In questo senso il punto attorno a cui si incentrano le azioni intraprese è costituito da una visione completa dei tre elementi che connotano il concetto stesso di appropriatezza:

- a) l'appropriatezza del cosa fare
- b) l'appropriatezza del come fare
- c) l'appropriatezza del quando fare

Infatti mentre sono di norma sufficientemente presidiati i primi due elementi che compongono il concetto stesso di appropriatezza (cosa fare e come fare), il quando fare è stato identificato come elemento dell'appropriatezza solo per le prestazioni di emergenza urgenza, mentre in rarissime situazioni il "quando fare" è entrato davvero come criterio guida nella organizzazione del sistema dell'offerta, cioè come elemento di specifico rilievo sanitario.

Si sono quindi individuate alcune azioni che in modo specifico spingono le professionalità del sistema sanitario verso la riappropriazione completa del concetto di appropriatezza, che culminano nel considerare il tempo di attesa come una variabile clinico-sanitaria e non come un fatto meramente amministrativo.

Ed è in questa direzione che si orientano le seguenti azioni:

- a) portare ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta la possibilità di effettuare la prenotazione della prestazione direttamente dai propri ambulatori
- b) distinguere tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso
- c) consentire agli specialisti interni di effettuare direttamente la prenotazione diretta sul sistema CUP delle prestazioni necessarie per rispondere all'originario quesito diagnostico proposto dal medico di base
- d) introdurre il sistema dei codici di priorità che consenta di dare risposte diversificate come intensità temporale ai diversi bisogni degli utenti

Se si devono sintetizzare i due elementi che caratterizzano in modo essenziale la linea strategica di intervento della Toscana si può dire che da una parte si è sviluppata la capacità del sistema di organizzare l'offerta, dall'altra si è spinto il sistema stesso a riflettere sulla necessità di declinare questa nuova capacità organizzativa nell'ambito del concetto fondamentale dell'appropriatezza, che è il criterio primario di guida dei comportamenti organizzativi e professionali del sistema. In sostanza non si può adeguatamente affrontare la ricerca dell'appropriatezza senza adeguata organizzazione, cioè senza fornire ai soggetti coinvolti (utenti, prescrittori, erogatori) idonei strumenti di verifica e misurazione dei propri comportamenti.

Ad esempio è proprio attraverso la conoscenza dell'andamento del fenomeno dei tempi di attesa che è stato possibile verificare la diversa intensità della distribuzione dei tempi di attesa. Infatti la semplice constatazione che il sistema toscano di fronte al generico ed incondizionato obiettivo di garantire prestazioni entro 30 giorni di attesa, ha generato risposte estremamente diversificate: certo anche superiori a 30 giorni, ma in misura consistente anche entro tempi di attesa notevolmente inferiori ai 30 giorni massimi. E quindi si registra sul volume complessivo di prenotazioni rilevate nel corso del 2003 pari ad oltre 6.271.367 (escluso laboratorio analisi, pari ad oltre 26 milioni di prestazioni) come il 41,91% sia garantito entro 10 giorni di attesa, il 15,34% tra 11 e 20 giorni di attesa ed il 12,34%, tra 21 e 30 giorni (69,59% entro 30 giorni; 87,04 entro 60 giorni). In sostanza una quota relevantissima di riposta che genera un tempo di attesa enormemente inferiore all'obiettivo pur ambizioso dei 30 giorni. Orbene è chiaro come oggi questo enorme potenziale sia dislocato in modo del tutto casuale e non associato ad un effettivo bisogno dell'utente con il rischio, ma si può dire la sicurezza, di dare risposte inappropriate: come ritardo nella risposta, ma anche come eccesso della risposta. In tal senso il sistema di monitoraggio attuato ha permesso di acquisire ulteriori ed essenziali informazioni per innescare i successivi interventi sul sistema osservando e quantificando i fenomeni complessi che sottostanno al problema dei tempi di attesa.

Da questo spunto è sostanzialmente partito il progetto sui codici di priorità che è orientato a far riappropriare alla componente dei prescrittori primari (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) il controllo professionale nella determinazione del tempo di attesa ammissibile per quello specifico utente.

L'assunto sostanziale è che la determinazione del tempo di attesa per le prestazioni ambulatoriali non può essere definito da un operatore non sanitario (come ad esempio l'operatore presente al CUP). Una simile modalità infatti lascia l'utente in balia della sua soggettività che ovviamente lo porta, ed è del tutto comprensibile, ha ritenere il suo bisogno come urgente. Al contrario una chiara assunzione di responsabilità da parte del prescrittore nell'affermare il tempo entro il quale la prestazione deve essere erogata, tende a dare garanzie all'utente di una adeguata attenzione del professionista sanitario alla soluzione del suo problema. In questa direzione punta specificamente il progetto denominato dei codici di priorità. Il progetto da concreta attuazione al sistema delle priorità di accesso, delineato dall'accordo quadro definito dalla conferenza stato regioni, mediante la individuazione di classi di priorità differenziate in ragione del diverso grado di bisogno che presenta il caso relativo all'utente. Tutto il progetto si basa sulla contrattualizzazione tra mediatori della domanda (medici prescrittori) e sistema dell'offerta, attraverso la definizione di volumi per singola prestazione che saranno garantiti entro determinati intervalli temporali. In sostanza saranno definite per ciascuna singola prestazione (nell'ambito di un catalogo di prestazioni critiche), quote percentuali che dovranno essere erogate in classe A una ulteriore quota in classe B e così via. L'elemento innovativo è determinato dalla definizione concordata di tali quote percentuali. In tal senso il documento approvato dalla giunta regionale, che pure individua già delle quote percentuali è da ritenere indicativo e come tale può essere variato dalla contrattazione tra prescrittori e sistema dell'offerta. Il sistema si basa sulla capacità di misurare e monitorare costantemente il grado di rispetto da parte dei contraenti rispetto alle quote definite. In sostanza se ad esempio è stato stabilito che il 40% delle prestazioni di TC al capo devono essere effettuate entro 10 giorni il sistema deve

essere in grado di misurare l'andamento delle prescrizioni e della correlata offerta al fine di verificare se i contraenti stanno generando comportamenti significativamente differenti rispetto ai valori concordati; quindi: eccessiva prescrizione da parte dei prescrittori e carenza di prestazioni da parte del sistema dell'offerta; la esistenza di valori significativamente anomali dovrebbe determinare una rimodulazione dei comportamenti dei contraenti.

E' necessario sottolineare come il concetto di prescrittore non si riferisce esclusivamente ai medici di medicina generale o ai pediatri di libera scelta, ma si estende a tutto il personale che è legittimato a richiedere la erogazione di prestazioni. Si pensi ad esempio che nelle aziende USL circa il 40% delle prestazioni erogate è determinata dalla "prescrizione" effettuata da parte di personale dipendente delle aziende USL stesse. Nelle aziende ospedaliere tale percentuale arriva fino al 60% dell'erogato.

Ovviamente il progetto presuppone alcuni elementi di base senza i quali la sua stessa realizzazione diventa critica. Si fa riferimento ad esempio alla ridefinizione di nuove e chiare relazioni che devono intercorrere tra utente, medico prescrittore e sistema di offerta, dove peraltro il termine prescrittore non può essere limitato solo al medico di medicina generale ed al pediatra di libera scelta, ma a qualunque sanitario che nell'ambito del percorso di diagnosi, cura e riabilitazione del paziente debba richiedere prestazioni specialistiche ambulatoriali. In tal senso la distinzione tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso, come la corretta e progressiva ridefinizione dei ruoli tra medico di medicina generale, e specialista, assume un significato dirimente. La distinzione concerne proprio la diversa relazione tra assistito medico prescrittore e sistema dell'offerta. La prestazione di primo accesso infatti identifica la insorgenza di un possibile problema sanitario dell'utente, in sostanza la domanda o quesito diagnostico prospetta in modo sintetico tre possibili alternative;

- a) lo specialista non riscontra nessun problema sanitario
- b) lo specialista è in grado di valutare nell'ambito della prestazione richiesta l'esistenza di uno specifico bisogno sanitario
- c) lo specialista riscontra la necessità di un approfondimento diagnostico

Questa distinzione si pone in particolare evidenza per la richiesta di visita specialistica. Si pensi alla richiesta di una visita cardiologica da parte de medico di medicina generale. Nel caso in cui lo specialista non sia in grado di rispondere al quesito diagnostico (il caso indicato al punto c) precedente) lo stesso specialista può richiedere (quindi prescrivere) la prestazione diagnostica indispensabile per poter rispondere all'originario quesito diagnostico del medico di medicina generale. Ebbene questa ultima prescrizione identifica proprio le prestazioni di secondo accesso, che quindi si caratterizzano proprio per garantire un corretto percorso sanitario evitando impropri ritorni dell'utente al medico di medicina generale per farsi prescrivere la prestazione diagnostica.

E' evidente come risulti fondamentale fornire allo specialista la possibilità di interagire direttamente con il sistema dell'offerta in modo da consentirgli la possibilità di effettuare direttamente la prenotazione della prestazione diagnostica o comunque di definire il livello di priorità entro il quale la prestazione stessa deve essere effettuata.

Un altro elemento critico è rappresentato dalla relazione tra il sistema della domanda ed il sistema dell'offerta. Si intende in tal senso la predisposizione di modalità di relazione costanti e strutturate che consentano di garantire la massima integrazione tra i diversi soggetti che concorrono alla realizzazione del percorso di diagnosi e cura dell'utente. In tal senso entrano in gioco le moderne tecnologie informatiche che consentono di realizzare forme di relazione impensabili. In questa direzione spinge il progetto medici in rete (M.I.R.) che intende realizzare quelle forme di integrazione tra la medicina generale e la pediatria di base con il sistema degli erogatori necessarie a garantire il corretto sviluppo del percorso assistenziale del paziente. Il progetto MIR si sostanzia

nella fornitura di una serie di servizi ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta tra i quali alcuni sono specificamente indirizzati a fornire al medico di medicina generale ed al pediatra di libera scelta una serie di informazioni relative a fatti sanitari relativi ai suoi assistiti.

Tra questi di particolare interesse rientra la comunicazione dei referti delle prestazioni erogate a propri assistiti, o la comunicazione dell'avvenuto ricovero e/o della dimissione di un proprio assistito; mentre in una direzione di servizio diretto allo stesso assistito è prevista l'attivazione strutturata della possibilità di prenotare direttamente dallo studio del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta le prestazioni di cui l'assistito ha necessità. Ovviamente questi obiettivi hanno richiesto di mettere a punto una serie di elementi infrastrutturali e tecnologici di notevole complessità che stanno oggi impegnando le competenti strutture della direzione generale e delle aziende sanitarie e che inizieranno ad avere una concreta attuazione nel corso del 2004.

L'attività di ricovero

Dalla metà del 2001, è stata impartita la prescrizione alle strutture di ricovero di inserire la data di contatto dell'utente in modo da poter sistematicamente misurare il tempo di attesa per le prestazioni di ricovero. La risposta del 2001, ma anche quella del 2002 non sono state particolarmente significative. Infatti pur in presenza di una adeguata rilevazione da parte del sistema, i valori emersi dalle analisi hanno evidenziato come il sistema non fosse organizzato per gestire in modo strutturato tale rilevazione e quindi come logica conseguenza non era organizzato per gestire il sistema di accesso alle prestazioni di ricovero in modo organico, integrato ed omogeneo. Del pari a quanto effettuato per le prestazioni ambulatoriali, si è quindi attivato uno specifico progetto per regolamentare il sistema di accesso alle prestazioni di ricovero, non solo prevedendo la realizzazione di adeguati strumenti di trasparenza nei confronti dell'utente, ma enfatizzando proprio la necessità di interventi volti a rimodulare in modo specifico la complessiva organizzazione dei ricoveri. In particolare il progetto realizzato mette una assoluta enfasi sulle prestazioni di ricovero chirurgiche ritenendo che la maggiore criticità del sistema si generi proprio per questa particolare tipologia di attività.

La sostanziale differenza che esiste tra le attività ambulatoriali (visite specialistiche e diagnostica) e le attività di ricovero (in particolare chirurgiche) fa riferimento ad una serie di considerazioni:

- a) la diversa natura dell'intervento; individuazione del possibile problema per l'ambulatoriale, cura del problema per il ricovero
- b) la diversa possibilità di determinare l'intensità del bisogno; nell'ambulatoriale deve essere identificato il problema, mentre nel ricovero il problema è stato identificato; quindi nell'ambulatoriale è complesso individuare l'intensità del bisogno, mentre nel ricovero l'intensità del bisogno è individuabile
- c) la diversa natura della lista di attesa; questo elemento discende come conseguenza diretta del punto b); mentre la lista di attesa per le prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e diagnostica) si connota per un carattere di tendenziale stabilità nella sequenza di accesso alla lista stessa, la lista di attesa per le prestazioni di ricovero si caratterizza per la possibilità di effettuare livelli di personalizzazione, nel senso che si può pensare a scorrimenti o variazioni determinate dalla variazione delle condizioni dell'utente.
- d) La diversa complessità tra la prestazione ambulatoriale e quella di ricovero. E' intuitivo infatti come la erogazione della prestazione di ricovero coinvolge una pluralità di professionalità e di risorse senza dubbio maggiore di una prestazione ambulatoriale (visita specialistica e diagnostica).

La sostanziale diversità tra prestazione ambulatoriale e ricovero ha spinto a definire un progetto che sebbene simile a quello ambulatoriale, prevede modalità ed interventi del tutto peculiari.

Il primo aspetto è determinato dal fatto che a differenza delle prestazioni ambulatoriali, la prescrizione da parte del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta non costituisce

un "obbligo" da parte del sistema ad erogare la prestazione (ricovero) richiesta. Si intende che la richiesta di ricovero del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta equivale ad una "proposta", come tale il professionista ospedaliero a cui l'utente si presenta non è tenuto a ricoverare, ma a verificare la necessità del ricovero. In tal senso il diritto del cittadino è quello di vedersi garantire l'accesso al professionista ospedaliero per la valutazione del suo bisogno.

In questa fase si realizzeranno le funzioni tipiche di un sistema di prenotazione molto simile a quelli realizzati per le prestazioni ambulatoriali, in modo che l'utente può, da un punto di prenotazione, fissare la data ed il luogo in cui verrà effettuata la valutazione da parte dello specialista ospedaliero.

Il secondo aspetto si identifica con la necessità di organizzare in modo adeguato l'uso delle sale operatorie (il progetto sui ricoveri si orienta in modo specifico sulle prestazioni chirurgiche). E' infatti necessario una gestione della sale operatorie organica e strutturata in modo da garantire al professionista ospedaliero certezza sulla disponibilità di questa risorsa per la programmazione del proprio lavoro.

Il terzo aspetto è relativo alla necessità di attivare un contatto stretto tra l'utente inserito nella lista di attesa per monitorare lo stato della sua patologia. In tal senso qui si riscontra uno degli elementi di differenziazione tra la lista di attesa dell'ambulatoriale e quella dei ricoveri. In questa ultima infatti la collocazione degli utenti avviene in relazione allo stato ed alla evoluzione del loro problema.

Di seguito si evidenziano gli elementi maggiormente significativi contenuti nei provvedimenti deliberativi assunti dalla regione in materia di liste di attesa.

Atti significativi della Regione Toscana

percorso diagnostico-terapeutico del paziente oncologico: progetto di riduzione dei tempi di attesa". Con questo provvedimento sono state impartite prescrizioni alle aziende sanitarie con le quali sono stati date alle aziende sanitarie diverse indicazioni tra le quali anche i riferimenti per i tempi di attesa per pazienti affetti da patologie oncologiche.

Deliberazione G.R.T. 418 del 23 aprile 2001

La delibera attiva il sistema di monitoraggio sui tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Il sistema presenta caratteristiche del tutto peculiari:

- analitico, su tutte le prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario regionale;
- è un sistema che rileva il tempo effettivo di attesa al momento della prenotazione, come differenza tra "data prenotata" e "data di contatto"

Le Aziende sanitarie registrano tutte le date di contatto del mese oggetto del monitoraggio e le trasmettono entro il 15 del mese successivo.

I dati sono assoggettati ad una specifica procedura di controllo che esamina ogni singolo campo del tracciato per verificare la sua correttezza. Il risultato della procedura di controllo è la creazione di due archivi:

- il non consolidato, che contiene tutti i record trasmessi, corretti ed errati
- il consolidato, che contiene soltanto i record corretti: la reportistica viene prodotta sulla base dei dati corretti

La reportistica è per il momento messa a disposizione delle sole aziende sanitarie in modo da consentire una valutazione comparativa (benchmarking) tra i diversi produttori.

Le Aziende sanitarie sono tenute a trasmettere mensilmente una nota in cui indicano, per il mese a cui si riferiscono i dati trasmessi, la percentuale delle prestazioni che vengono prenotate tramite

CUP (copertura CUP rispetto alle prestazioni prenotabili) rispetto a quelle che complessivamente dovrebbero essere prenotate tramite i sistemi CUP.

La realizzazione di un tale sistema di monitoraggio si basa sulla completa attivazione dei sistemi CUP. Infatti le caratteristiche del monitoraggio sono tali che solo la presenza di un sistema informatico come il sistema CUP, consente una adeguata alimentazione del data base regionale che contiene i dati relativi agli andamenti dei tempi di attesa.

Peraltro la costituzione dei sistemi CUP ed in particolare la definizione del concetto di agenda di prenotazione danno concreta realizzazione al registro delle prestazioni ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio previsto dall'art. 3 comma 8 della L. 724/94

Deliberazione G.R.T. 659 del 18/6/2001 manuale dei flussi D.O.C.

Al fine di monitorare i tempi di attesa per i ricoveri, è stata inserita, da giugno 2001, la rilevazione della "data di contatto" nel flusso relativo ai ricoveri erogati in Toscana.

Deliberazione G.R.T. 619 del 11 giugno 2001 – Sistemi di prenotazione informatizzati (CUP): determinazioni.

L'atto definisce alcuni obiettivi che le Aziende sono tenute a raggiungere entro termini stabiliti, tra cui l'inserimento delle agende informatizzate nei sistemi di prenotazione CUP, richiamando gli operatori alla pianificazione della propria attività, relativamente alle prestazioni ambulatoriali, mediante l'inserimento delle proprie agende nel CUP. Vengono individuate le informazioni minime che devono necessariamente essere fornite all'utente, e definito che

"La regolamentazione in materia di gestione liste di attesa, l'adempimento delle direttive impartite dalla Regione Toscana ed il raggiungimento degli obiettivi fissati costituiscono obiettivi rilevanti ai fini della valutazione dell'attività dei Direttori generali, prevista all'art. 3-bis del D.lgs. 19.6.99 n. 229, nonché per l'erogazione degli incentivi economici"

Deliberazione G.R.T. 1351 del 10 dicembre 2001: modifiche ed integrazioni alla Deliberazione G.R. 418/01

Introduzione della rilevazione del tipo di contatto. Sono previste le due seguenti tipologie:

- primo contatto (presa in carico dell'utente per quel particolare quesito diagnostico)
- contatto successivo al primo (ulteriori prestazioni conseguenti alla presa in carico dell'utente: es. visite di controllo, ecografie in gravidanza, cicli di riabilitazione)

La distinzione si pone essenziale per differenziare le prestazioni che rappresentano il primo accesso del paziente per quello specifico problema al sistema da quelle che invece sono una conseguenza della prima prestazione. Si pensi al caso della visita cardiologica richiesta dal medico di medicina generale; questa prestazione si qualifica come prestazione di primo accesso. Nel caso in cui il cardiologo per rispondere al quesito diagnostico del medico di medicina generale abbia bisogno di ulteriori elementi di valutazione ad esempio di una prestazione di ecocolordoppler, bene questa seconda prestazione si qualifica come prestazione di secondo accesso. La distinzione acquista particolare significato se si considera che una delle indicazioni impartite alle aziende sanitarie è stata quella di far prescrivere direttamente dallo specialista (nel caso sopra indicato il cardiologo) la seconda prestazione, evitando impropri ritorni verso il medico di medicina generale. Il quadro si completa se poi la prescrizione si fonde in un unico atto dello specialista che si concretizza nella prenotazione diretta della prestazione richiesta.

Deliberazione G.R.T. n. 734 del 15.07.2002 “Approvazione del quadro di sperimentazione del progetto M.I.R. (Medici in rete)”

Il progetto è volto a rispondere alla necessità dell'integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i servizi sanitari presenti nel sistema aziendale pubblico e privato accreditato operante sul territorio regionale. Il punto centrale di tale iniziativa è rappresentato dalla costituzione di un sistema di relazioni adeguate mediante l'interconnessione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con il sistema informativo sanitario regionale. L'obiettivo del progetto è lo sviluppo ed il mantenimento del processo di informatizzazione dei medici suddetti e la loro messa in rete, che li porti a disporre di un sistema comprendente una serie di servizi telematici, tra i quali come obiettivo specifico viene individuato il sistema di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali; tra gli ulteriori servizi sono previsti anche il ritorno del referto e la comunicazione delle informazioni relative al ricovero di un proprio assistito.

Deliberazione G.R.T. 1417 del 16 dicembre 2002 – Integrazione dei sistemi di prenotazione CUP delle Aziende sanitarie: modalità e tempi di realizzazione

Ad oggi tutte le Aziende sanitarie sono dotate di un proprio sistema CUP che copre tutto il territorio aziendale. In alcune realtà il sistema di prenotazione include anche le prestazioni delle strutture private accreditate. E' in corso di completamento la prima fase di integrazione dei sistemi di prenotazione tra Azienda ospedaliera ed Azienda USL ubicate nello stesso territorio ed è previsto che entro il 31.12.2003 siano integrati i sistemi di prenotazione di tutte le Aziende sanitarie appartenenti alla stessa Area Vasta.

Deliberazione G.R.T. 649 del 30.06.2003

Sono state approvate le linee guida per la definizione del sistema di accesso alle prestazioni di ricovero n. Deliberazione Giunta Regionale Toscana n. 649 del 30.06.2003, indicando che lo stesso dovrebbe consentire:

il massimo grado di accessibilità al sistema distributivo (semplicificazione delle procedure e dei sistemi di informazione, trasparenza, conoscenza della disponibilità della prestazione di ricovero in ogni punto di accesso alla rete ospedaliera di Area vasta) Ottimizzazione sistemi di accesso.

il massimo grado di fruibilità delle prestazioni (utilizzo di un sistema in grado di monitorare chi fa che cosa e dove, le liste di attesa...). Ottimizzazione sistema distributivo. Garanzia di equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato.

il massimo grado di produttività del sistema di offerta di prestazioni ospedaliere (indice di saturazione della offerta, per la scarsa qualità collegata a fenomeni di sovra o sotto/saturazione, valutazione delle potenzialità del sistema). Ottimizzazione sistema produttivo. Efficienza ed efficacia allocativa.

Vengono quindi definite le modalità operative per l'attuazione nelle Aziende sanitarie di tale sistema.

Deliberazione G.R.T. 887 del 8.9.2003

La delibera approva un progetto che è stato sviluppato da parte di un gruppo tecnico composto da rappresentanti delle Aziende sanitarie toscane e del Dipartimento del Diritto alla Salute. Il documento, dopo aver riscontrato parere favorevole da parte del Consiglio Sanitario Regionale, a seguito della valutazione da parte del relativo Ufficio di Presidenza, del gruppo di esperti dallo stesso UDP nominato, e dall'assemblea plenaria, ed essere stato valutato dalle Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, è stato approvato con la deliberazione sopra indicata. Il progetto prevede la definizione di classi di priorità definite da

ciascuna azienda sanitaria in collaborazione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta e la attivazione di adeguati sistemi di verifica e monitoraggio per valutare il grado di rispondenza da parte dei contraenti agli impegni assunti.

Deliberazione G.R.T. 45 del 26 gennaio 2004: Monitoraggio dei tempi di attesa: modifiche ed integrazioni alla Delibera G.R. 418/01 e alla Delibera G.R. 1351/01

Introduzione della rilevazione delle informazioni relative alla eventuale scelta dell'utente rispetto alla prenotazione della prestazione. In particolare viene rilevato:

- **tempo di attesa relativo**, calcolato in giorni e ottenuto dalla differenza tra la "data di contatto" (cioè la data in cui l'utente contatta il sistema di prenotazione per prenotare la prestazione di cui necessita) e la "data di 1^a disponibilità" (cioè la data che il sistema di prenotazione propone all'utente per l'erogazione della prestazione richiesta)
- **struttura di erogazione sulla quale si è verificata la 1^a disponibilità**, cioè il presidio sul quale il sistema di prenotazione propone la prenotazione; tale informazione è importante anche perché la 1^a disponibilità può verificarsi su un presidio che non appartiene alla Azienda sanitaria presso cui l'utente ha richiesto la prenotazione, in particolare in presenza di CUP integrati. Ad esempio, nell'area metropolitana di Firenze il sistema di prenotazione vede l'offerta delle tre Aziende sanitarie presenti sul territorio (A.O. Careggi, A.O. Meyer e USL 10, invi incluse le strutture private accreditate); in quanto si ritiene corretto che la prestazione debba essere garantita nell'ambito territoriale di riferimento (oggi la zona socio sanitaria) non necessariamente da ciascuna delle Aziende sanitarie presenti sul territorio, ma dall'offerta contrattata tra le stesse Aziende.
- **Scelta dell'utente**, tale informazione è di fondamentale importanza in particolare quando, nel momento di contatto dell'utente con un punto di prenotazione, viene offerta dal sistema una data prenotabile o 1^a disponibilità che non viene accettata dall'utente, originando in tale modo la prenotazione su una data diversa, che potrebbe superare il tempo massimo previsto per l'erogazione della prestazione.

Questa informazione assume un rilievo ancora maggiore in fase di accesso alle prestazioni in base a prioritizzazione del bisogno.

Linee guida ed indirizzi diagnostico terapeutici ex P.S.R. 2002/2004

Il Consiglio Sanitario Regionale ha già esaminato con esito favorevole i seguenti documenti, predisposti da altrettanti gruppi di lavoro di esperti, in attuazione delle previsioni del Piano Sanitario Regionale 2002/2004:

LG ictus
LG Insufficienza respiratoria
LG Ipertensione
LG Scompenso cardiaco
DT Prevenzione tumori
IDT Ulcere da pressione
IDT Back pain
IDT Percorsi di riabilitazione
IDT Gestione menopausa
IDT Follow up tumori
LG Epilessia
LG Emorragie digestive

E' stato attivato un percorso di riflessione complessiva sui documenti suddetti da parte di tutti gli operatori sanitari toscani, mediante distribuzione del materiale documentale, con possibilità per gli stessi di fornire le eventuali osservazioni rispetto a ciascuna linea guida e indirizzo diagnostico terapeutico.

La realizzazione del sistema delle linee guida consentirà di aumentare il livello di sensibilizzazione degli operatori ad un uso delle risorse fortemente qualitativo.

Nel corso dell'anno 2004, il percorso si è arricchito di ulteriori iniziative finalizzate, soprattutto, a consentire alle Aziende sanitarie di acquisire strumenti di conoscenza del fenomeno "tempi e liste di attesa" che consentissero interventi ottimali rispetto alle criticità evidenziate: nel mese di giugno 2004 un Gruppo di lavoro, rappresentativo delle Aziende con documentata efficacia nella gestione delle liste di attesa, ha elaborato un metodo di lettura e studio delle variabili connesse al fenomeno che è stato presentato e diffuso a tutte le Aziende e ha consentito di monitorare con modalità standardizzate, anche dal punto di vista lessicale, l'andamento dei tempi di attesa.

Contestualmente, i tempi operativi dei quali il sistema delle Aziende necessitava per realizzare il Progetto Qualità sostenibile, che consente di graduare i tempi di attesa per classi di priorità secondo il bisogno clinico del soggetto (il progetto richiede la presenza nel sistema di alcune precondizioni organizzative, quali la separazione tra la "prima visita" e "seconda visita", la possibilità di prenotare direttamente da parte dello Specialista, l'integrazione dei Cup aziendali, anche, con i fornitori accreditati) consigliavano di garantire, comunque, un tempi di attesa ragionevole, almeno per alcune Visite specialistiche, scelte in ragione sia dell'intensità della domanda, sia della rilevanza per la salute del cittadino.

Si è, cioè, previsto di garantire l'erogazione delle prime visite cardiologiche, ginecologiche, oculistiche, neurologiche, dermatologiche, ortopediche, otorinolaringoiatriche entro un tempo massimo di 15 giorni.

Nella convinta adesione al principio della centralità del cittadino, e del suo diritto alla salute, si è organizzato, parallelamente al sistema informatizzato specifico, flussi T.A.T, che fin dal 2001 è stato attivato nella nostra Regione e che consente di conoscere la percentuale di prestazioni specialistiche effettuate entro classi temporali definite rispetto alla data di prenotazione, un ulteriore sistema di monitoraggio mediante indagini telefoniche, condotte con persone specificamente formate, dirette a tutti i CUP aziendali, con la finalità di conoscere la reale disponibilità per il cittadino delle prime visite specialistiche entro i quindici giorni.

Ogni quindici giorni i Direttori Generali devono, inoltre, rappresentare alla Direzione Generale Diritto alla Salute, la situazione in essere, in un giorno ed orario predefinito, relativamente ai tempi di attesa disponibili per le prime visite specialistiche comprese nell'elenco precedente.

L'iniziativa è stata altresì oggetto di uno specifico protocollo della Regione Toscana con l'Associazione Cittadinanza attiva - Tribunale dei diritti del malato.

Proprio per le sue caratteristiche positività, il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 propone alle Aziende sanitarie toscane, come obiettivo strategico, il progetto "Le visite specialistiche: un obiettivo di qualità"

Allegato A**I tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali**

In Regione Toscana è presente un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali che vede impegnate le Aziende sanitarie, entro il 15° giorno di ogni mese, alla trasmissione dei dati riferiti alle prenotazioni effettuate nel mese immediatamente precedente. Tutti i dati del sistema di monitoraggio sono generati dai sistemi informatizzati che gestiscono le attività di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali (Centri Unificati di Prenotazione - CUP). Ciascuna Azienda sanitaria toscana è dotata di un proprio CUP aziendale, nel quale, a livello di Azienda unità sanitaria locale, sono inglobate anche le attività rese dalle strutture private accreditate presenti sul territorio, anche se ad oggi in maniera diversificata tra le varie Aziende. Nelle tre realtà urbane di Firenze, Pisa e Siena, nelle quali sono presenti sia Aziende uu.ss.ll. che Aziende ospedaliere, la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali può essere effettuata da qualunque punto di prenotazione sia presso i presidi dell'Azienda u.s.l. che presso i presidi dell'Azienda ospedaliera, anche in questo caso con alcune diversificazioni tra una realtà e l'altra. E' inoltre stato avviato un processo di integrazione dei sistemi di prenotazioni a livello di Area Vasta.

Le analisi che seguono sono originate dal sistema di monitoraggio regionale e non prendono in considerazione le prestazioni di laboratorio analisi, che in Regione Toscana vengono erogate senza necessità di prenotazione e, pertanto con accesso diretto da parte dell'utente il quale, dietro presentazione di prescrizione, trova immediatamente soddisfatta l'erogazione della prestazione di cui necessita. Inoltre, tali analisi tengono conto della "prima disponibilità" offerta all'utente, dato che dal mese di febbraio 2004 è stata introdotta nel monitoraggio regionale la possibilità di rilevare due diversi tempi di attesa:

- a) il tempo di attesa relativo
- b) il tempo di attesa effettivo

Con il primo (tempo di attesa relativo) si individua il tempo che viene messo a disposizione del sistema, ma che il cittadino non necessariamente accetta per motivi soggettivi; mentre con il secondo (tempo di attesa effettivo) si intende il tempo di attesa effettivamente registrato nel sistema di prenotazione o in conseguenza della scelta dell'utente di un tempo diverso da quello prospettato dal sistema CUP (di norma inferiore) oppure quello assegnato senza alcuna scelta da parte dell'utente. La logica che ha motivato questa differenziazione è basata sulla considerazione che l'utente possa esprimere esplicitamente la volontà di non accettare la prima data messa a disposizione dal sistema, ma ovviamente tale scelta non può incidere sulla valutazione dei tempi di attesa.

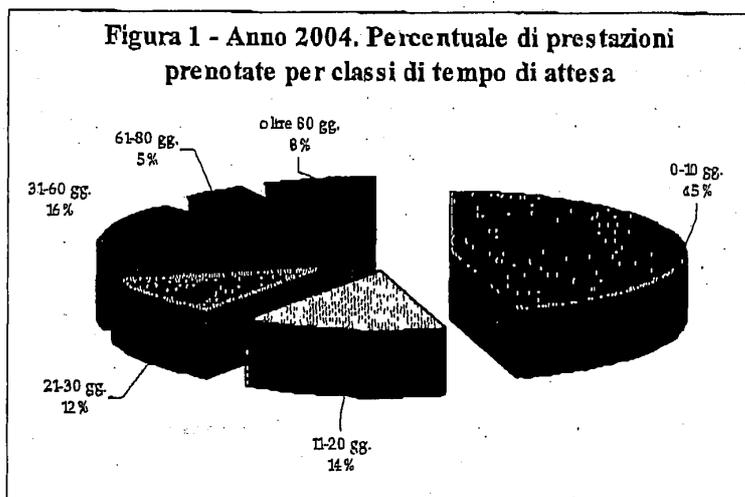
Nella successiva Tabella 1 sono riportati i volumi complessivi di prestazioni prenotate nell'anno 2004 in Regione Toscana, con una distribuzione per classi di tempo di attesa e l'indicazione della relativa percentuale di soddisfazione.

Allegato A

Tabella 1 - Anno 2004. Prestazioni prenotate per classi di tempo di attesa. Valori assoluti e percentuali

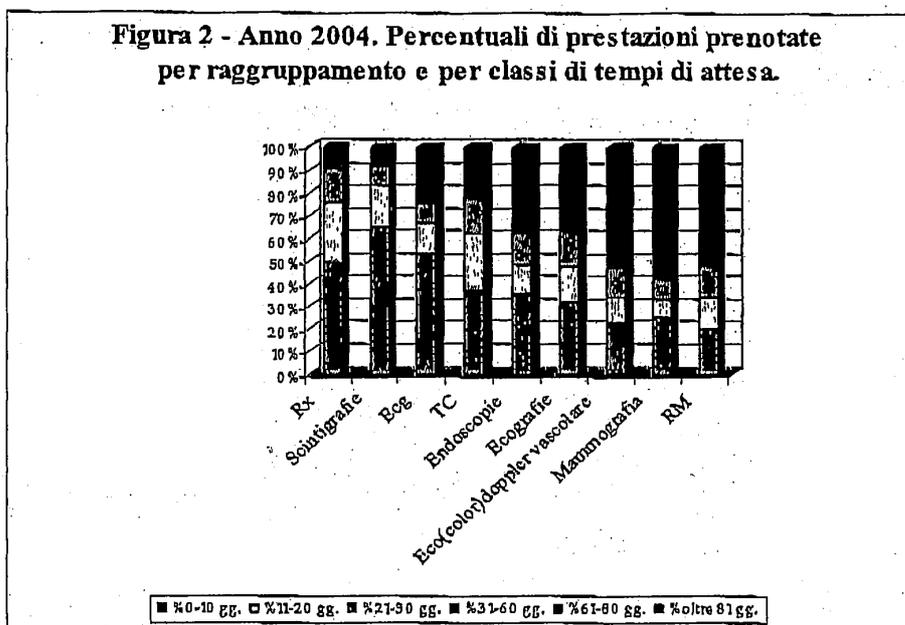
Classi di tempo di attesa (giorni)	Valori assoluti	Percentuali
0-10 gg.	3.106.098	45,53%
11-20 gg.	962.766	14,11%
21-30 gg.	788.572	11,56%
31-60 gg.	1.109.055	16,26%
oltre 60 gg.	320.712	4,70%
Totale prestazioni	534.264	7,83%
Totale prestazioni Anno 2004	6.821.467	100,00%

Oltre l'80% delle prestazioni vengono garantite entro i 60 giorni di attesa; di particolare rilievo risulta la quota di prestazioni che vengono garantite entro i 10 giorni di attesa (oltre il 45%). Si evidenzia che in tale analisi sono comprese in maniera indistinta sia le prestazioni che costituiscono un primo accesso sia quelle che costituiscono accessi successivi al primo. Il primo accesso è riferito alla prestazione con la quale l'utente entra per la prima volta in contatto con il servizio sanitario per un particolare quesito diagnostico, mentre il secondo accesso è riferito ad ulteriori prestazioni proposte dallo specialista che ha erogato la prestazione di primo accesso e che ha già provveduto ad effettuare un inquadramento clinico del paziente; in quest'ultima fattispecie rientrano ad esempio le prestazioni di controllo.



Nella Figura 1 è riportata la rappresentazione grafica delle percentuali di prestazioni prenotate per classe di tempo di attesa.

Allegato A



Nella Figura 2 è riportata la composizione percentuale di soddisfazione per classi di tempo di attesa per alcuni raggruppamenti di prestazioni, ritenuti particolarmente significativi.

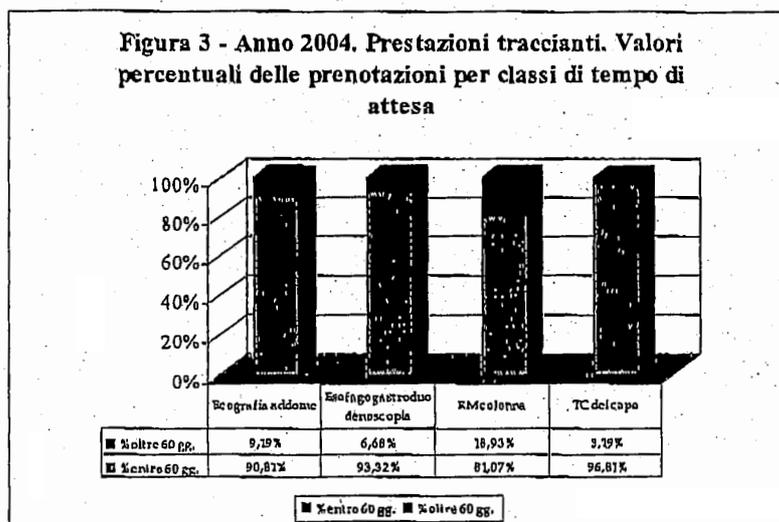
Risultano garantite entro i 60 giorni di attesa:

- Oltre il 90% delle seguenti prestazioni:
 - Radiografie (99%)
 - Scintigrafie (98%)
 - Elettrocardiogramma (92%)
 - Tomografie computerizzate (94%)
- Oltre l'80% delle seguenti prestazioni:
 - Endoscopie (86%)
 - Ecografie (89%)
- L'80% delle Risonanze magnetiche
- Il 74% di Eco(color)doppler vascolare
- Il 68% delle Mammografie

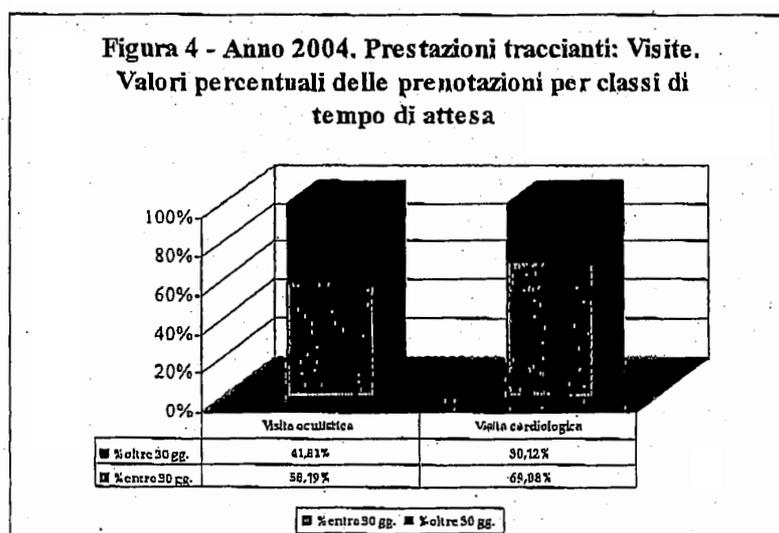
Con riferimento al documento prodotto dal tavolo di monitoraggio LEA, a seguito dell'accordo stilato in Conferenza Stato-Regioni il 14 febbraio 2002, viene di seguito presentata la situazione che risulta nell'anno 2004 in Regione Toscana per le prestazioni selezionate nello stesso documento. Nella Figura 3 sono riportate le percentuali di soddisfazione a livello toscano per le prestazioni per le quali è previsto un tempo massimo di attesa di 60 giorni, mentre nella Figura 4 sono riportate le percentuali di soddisfazione a livello toscano per le prestazioni per le quali è previsto un tempo massimo di attesa di 30 giorni. Il documento prevedeva che l'80% delle prestazioni doveva essere

Allegato A

garantito entro 60 giorni per le prestazioni di diagnostica ed entro 30 giorni per le visite specialistiche.



Per le prestazioni di diagnostica l'obiettivo è stato pienamente raggiunto.



Per le visite specialistiche la situazione è più critica per quelle oculistiche, anche se la percentuale di soddisfazione è migliorata rispetto all'anno precedente ed inoltre si deve tener conto che una quota significativa di tali visite è in realtà relativa a prestazioni di controllo che non dovrebbero rientrare nella definizione delle prestazioni che devono

essere garantite entro i 30 giorni.

Va sottolineato come la modalità di rilevazione adottata in Toscana rende estremamente sensibile il sistema di valutazione dei tempi di attesa. Tale sensibilità risente ad esempio della difficoltà da parte delle aziende sanitarie di diversificare in modo sistematico sui volumi generati, la distinzione tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso (diversificazione che ovviamente deve avvenire in modo specifico per ogni singola prestazione). Al contrario, nei sistemi che si

Allegato A

basano su una rilevazione campionaria (come ad esempio il modello di rilevazione adottato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali che si basa su una rilevazione a giorno indice) la possibilità di effettuare rilevazioni mirate, consente di selezionare la tipologia di prestazioni e quindi di escludere quelle di secondo accesso. Del resto, il limite di tali sistemi è determinato dalla impossibilità di rendere oggettiva la misurazione e quindi di utilizzare sistemi di rilevazione fortemente legati alle valutazioni soggettive degli stessi soggetti misurati. In tal senso la rilevazione adottata in Toscana può generare valori meno positivi di quelli rilevati presso altre realtà regionali, ma sicuramente questa rilevazione si basa su un sistema di misura molto più oggettivo e meno influenzabile da comportamenti soggettivi.



Regione Puglia
 Gabinetto del Presidente
 Via Lungomare N. Sauro- BARI
 tel. 080/5559081-5406397
 n. fax 080/5406275

Copertina Fax

	Numero pagine, inclusa la presente	2
--	------------------------------------	---

Destinatario

Mittente

	Dott. Riccardo CARPINO Direttore della Segreteria della Conferenza Stato-Regioni <u>R o m a</u>		Segreteria Gabinetto Presidente Regione Puglia
	Tel. 06 67796316		080/5406277-6388-6276 080/5559081
	Fax 06 67796278 Fax 06 67796530		080/5406226

Commenti:

Si anticipa Via Fax la nota del Capo di Gabinetto del Presidente della Regione Puglia, Prot.n°01/013221GAB del 21 luglio 2005, relativa al sito Conferenza Stato-Regioni e Unificata

Bari, 21 luglio 2005



Regione Puglia
Il Capo di Gabinetto del Presidente

Bari, 21 LUG. 2005

Prot.n. 01/013221/GAB

Egregio Dott. Riccardo CARPINO
Direttore Segreteria della Conferenza
Permanente per i Rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province Autonome
ROMA

OGGETTO: Sito Conferenza Stato-Regioni e Unificata.

Si informa la S.V. che, a seguito del nuovo assetto organizzativo degli uffici dell'Amministrazione scrivente, si ritiene indispensabile procedere a revocare quanto precedentemente comunicato con nota Prot. n.01/0001350/GAB del 27 Gennaio 2004; e, contestualmente, si invita a voler attribuire le password di accesso al sito, così come di seguito si specifica:

Dott.ssa Silvana BUONORA -Referente Conferenza Regioni
E-Mail refconfpres@regione.puglia.it
Tel. 080.540.62.49 Fax 080.540.62.26

Delegazione Romana di Rappresentanza
E-Mail delegazione romana@regione.puglia.it
Tel. 06.42013489/495 Fax 06.42390556

Si coglie l'occasione per inviare cordiali saluti.

Il Capo di Gabinetto

Dott. Cosimo Damiano Gadaleta

