

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVI LEGISLATURA —————

Doc. CCI  
n. 18

## 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 2009)

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

**Presentata dalla Regione Piemonte**

—————  
**Comunicata alla Presidenza il 9 agosto 2010**  
—————





**“LISTE E TEMPI DI ATTESA”**

L' **Accordo Stato-Regioni del 28 marzo 2006 sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008** si è posto l'obiettivo di realizzare sinergie di intervento tra i vari soggetti istituzionali deputati a contrastare il fenomeno e condividere un percorso che tenga conto della applicazione di criteri rigorosi sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema a tutti i livelli.

In questo contesto è stata inserita l'attuazione dell'intesa tra Stato-Regioni del 28 marzo 2006 sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008.

L'impostazione che si è data il Piano nazionale è finalizzata a rendere obbligatoria per le Regioni la dotazione di uno strumento programmatico unico e integrato, nel quale fare confluire e rendere coerenti tutti i provvedimenti e le azioni già adottate in tema di liste di attesa.

Al fine di assicurare una omogeneità di base da parte delle Regioni nel definire il proprio Piano, l'Atto di Intesa del 28 marzo 2006 individuava le linee generali di intervento che le Regioni devono garantire per un approccio strategico al problema del contenimento dei tempi di attesa.

La Giunta Regionale ha approvato, con **D.G.R. n. 56- 3322 del 3 luglio 2006**, un primo programma attuativo del Piano Nazionale .

Con tale provvedimento la Regione:

- ha recepito gli indirizzi nazionali, nel **rispetto dei termini previsti nell'Accordo Stato-Regioni del 28 marzo 2006**,
- **ha riallineato l'attuale sistema vigente in Regione Piemonte rispetto al tema "tempi di attesa"**, nel rispetto del principio di equità nell'accesso alle prestazioni e tenuto conto della necessità di ottimizzare l'impiego delle risorse aziendali e stimolare l'attività di programmazione strategica aziendale (il sistema vigente , oggetto di revisione, deriva dall'attuazione della D.G.R. n. 14-10073 del 28 luglio 2003, avente ad oggetto: "Riduzione delle liste d'attesa: linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero elettivo ed alle prestazioni specialistiche ambulatoriali").

Il programma attuativo regionale di cui alla D.G.R. di luglio 2006 prevedeva, in particolare:

1. L'individuazione dei **principi e dei criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste d'attesa** ;
2. Gli **obiettivi dei tempi massimi di attesa**, in linea con le indicazioni dell'accordo Stato Regioni, sia per le prestazioni diagnostiche che per quelle di ricovero;

3. **L'identificazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio** da parte dell'Amministrazione Regionale
4. **La conferma e l'aggiornamento del sistema di prenotazione per codici di priorità**
5. L'identificazione di attività concernenti la **corretta informazione all'utenza** e la **partecipazione** alla condivisione delle scelte aziendali e alla segnalazione delle problematiche emergenti
6. **La previsione di strumenti di analisi e di studio** relativi alla corretta prescrizione delle **prestazioni** e all'**uso appropriato dell'attività diagnostica**.
7. **L'adozione da parte delle Aziende Sanitarie Regionali dei programmi attuativi aziendali** secondo i criteri stabiliti dal provvedimento.
8. **Le modalità di attuazione della disposizione che vieta il blocco delle prenotazioni** con l'obbligo di segnalazione all'assessorato regionale alla sanità delle sospensioni intervenute dopo l'approvazione del direttore sanitario aziendale e da attuarsi solo negli specifici casi previsti.
9. **L'identificazione dei tempi massimi di consegna dei referti** .

**Successivamente, con DGR N. 56- 3322 del 29.01.2007** , a seguito delle Linee guida del 22 dicembre 2006 redatte dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza , **la Giunta Regionale ha modificato ed integrato** il proprio provvedimento sui tempi di attesa adottato nel 2006 " Piano attuativo regionale per il governo delle liste d'attesa" , contenente i principi ed i criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste d'attesa, nonché i criteri per il monitoraggio dei valori rilevati e l'informazione all'utenza .

Tale provvedimento ha approvato **due allegati che ridefiniscono le "Azioni programmate"** e le **"prestazioni oggetto di monitoraggio ed i relativi standard"** definite con il provvedimento di luglio 2006.

Le **"Azioni programmate"** individuano alcuni compiti a carico dell'Assessorato ed altri a carico delle Aziende Sanitarie, individuandone le scadenze di realizzazione.

Per quanto concerne l'Assessorato , ad aprile 2007, è **stato adottato un provvedimento da parte del Direttore dell'Assessorato** che, su determinati aspetti, formula alcune direttive alle Aziende Sanitarie al fine dell'attuazione della DGR del 29.01.2007.

In particolare le **direttive interessano** :

- principi e modalità operative relativamente alla sospensione dell'attività di erogazione e/o prenotazione delle prestazioni
- individuazione delle prestazioni dell'area radiologica e di laboratorio per le quali dovranno essere osservati specifici standard temporali per la consegna referti
- individuazione caratteristiche prima visita e visita di controllo

- indirizzi sulla durata delle agende.

Altri impegni regionali previsti nella DGR N. 56- 3322 del 29.01.2007 erano:

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

A tal fine l'Assessorato ha elaborato , con la collaborazione di specialisti del SSR, responsabili dell'organizzazione delle ASR e di rappresentanti dei MMG, una specifica proposta condivisa sui singoli argomenti , che è stata oggetto di approvazione da parte della Direzione ed è stata diffusa a tutte le Aziende Sanitarie per la conseguente attuazione..

In particolare le indicazioni approvate con DD n. 43 del 4.02.2008 trattano :

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

Per quanto concerne l'area ambulatoriale la stesura delle linee guida è stata effettuata in accordo con specialisti del SSR e medici di medicina generale.

Le linee guida già definite interessano le prestazioni che risultano particolarmente critiche a livello regionale rispetto ai tempi di attesa e precisamente :

- visite di gastroenterologia, oculistica, neurochirurgia, endocrinologia, allergologia;
- prestazioni diagnostiche quali la colonscopia, l'esofagoduodenoscopia e l'elettromiografia.

Al fine di migliorare in generale l'accesso alle prestazioni specialistico-ambulatoriali, tale metodologia di lavoro è proseguita nel 2009 su ulteriori prestazioni ed il provvedimento regionale di recepimento è rappresentato dalla D.D. n. 375 del 10 luglio 2009.

#### **Prestazioni di ricovero programmato**

Per tali prestazioni i criteri per l'individuazione delle classi di priorità clinica sono stati confermati quelli già individuati a suo tempo con la DGR 14/2003.

Ad integrazione, però, sono state definite le linee guida che definiscono 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 agli esami radiologici**, per l'omogeneizzazione dei comportamenti da parte delle radiologie piemontesi.

Al fine di una puntuale, diffusa, attuazione delle disposizioni di cui alla DD n. 43 del 4.02.2008 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.

Inoltre, tra le funzioni regionali, l'**Assessorato** aveva il compito di **valutare**, per la conseguente approvazione, **i piani attuativi aziendali** presentati dalle ASR entro fine marzo 2007. **L'analisi dei piani ha portato all'adozione** di uno specifico provvedimento regionale (D.G.R. N. 37-7966 del 28.12.2007).

Il provvedimento approva i piani attuativi delle Aziende Sanitarie Regionali, compresi i progetti presentati nei Piani (a tale proposito un allegato alla DGR individua specificatamente quali) e prevede che le AA.SS.RR. forniscano relazione agli uffici regionali competenti sullo stato di attuazione degli impegni intrapresi nel proprio piano aziendale che interessa il biennio

Nel 2009 è stato ulteriormente sviluppato il progetto di **Centro Unificato Prenotazione Regionale** (D.G.R. n. 15-608 del 1° agosto 2005) in quanto si è completato il collegamento a SOVRACUP delle Aziende Sanitarie Regionali di Torino e provincia (unica eccezione è l'ASL TO 5 che entrerà nel sistema a completamento della sostituzione aziendale della rete informatica).

Peraltro, con D.G.R. N. 93-9417 del 1 agosto 2008, la Regione ha definito ulteriori criteri di organizzazione delle attività del CUP unificato della provincia di Torino tra cui:

- 1 l'assegnazione all'ASL TO 1 dello svolgimento della funzione di organizzazione del CUP unificato della provincia di Torino, attualmente organizzato come SovraCUP, stabilendo che il progressivo allargamento della funzione a tutte le ASR della provincia sia coordinato dal comitato misto sovrazonale previsto ai punti successivi;
- 2 l'assegnazione dei compiti di indirizzo generale dell'attività del CUP unificato della provincia di Torino (in fase transitoria organizzato come Sovracup) a un comitato misto sovrazonale composto dai Direttori generali di tutte le aziende sanitarie afferenti la provincia medesima e dal Direttore della direzione regionale Sanità della che ne assume i compiti di coordinamento;
- 3 l'assegnazione del compito di predisporre le modalità di realizzazione degli indirizzi del comitato stesso a una commissione tecnica coordinata dalla Regione Piemonte i cui componenti sono indicati rispettivamente dalla direzione regionale Sanità e dalle ASR della provincia di Torino, nonché da un referente del CSI Piemonte che mantiene il compito della gestione della procedura Sovracup, dei relativi collegamenti con le aziende e del supporto informativo/formativo;

Per le altre Aree funzionali sovrazionali, le ASR del cuneese nel 2009 hanno completato tutte le procedure amministrative ed organizzative per la messa in funzione del CUP interaziendale che vedrà il suo completo funzionamento nel corso del 2010. Le restanti Aree funzionali sovrazionali stanno lavorando alla definizione dei singoli progetti.

Un altro aspetto del tema "liste d'attesa" sul quale c'è un importante impegno dell'Assessorato è quello relativo al **monitoraggio delle liste d'attesa**.

Il monitoraggio nel 2009 ha osservato le seguenti cadenze:

#### MONITORAGGIO MENSILE

per tutte le visite specialistiche e prestazioni ambulatoriali previste dai provvedimenti di luglio 2006 e gennaio 2007

#### MONITORAGGIO TRIMESTRALE

- numero di utenti in lista di attesa per visite specialistiche
- numero di utenti in lista di attesa per prestazioni diagnostiche
- tempi di attesa consegna referti di laboratorio

#### MONITORAGGIO SEMESTRALE

Le attività di ricovero programmato specificatamente individuate.

E' in corso la revisione dei criteri di monitoraggio delle liste d'attesa anche sulla scorta degli indirizzi che stanno emergendo a livello nazionale.

**Le azioni intraprese , oltre a rispondere al dettato delle norme nazionali, sono state definite e sviluppate in armonia con quanto indicato dalla legge regionale di Piano Socio-Sanitario regionale 2007-2010.**

Tale legge si è sviluppata sulla base di alcuni principi fondamentali, ispiratori della visione politica con valenza strategica e valoriale e di alcune scelte progettuali più direttamente afferenti al governo del sistema sanitario e riguardanti l'articolazione dei servizi.

In questo contesto il tema "liste d'attesa" e la sua analisi, risultano tra gli elementi fondamentali per la progettazione della rete dei servizi, in quanto uno (non l'unico) dei parametri sentinella sulla capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione.

E' evidente che pregiudiziale per un efficace piano di contenimento delle liste d'attesa è un adeguato governo della domanda, tenuto conto dei LEA e delle condizioni di appropriatezza di utilizzo dei servizi e di erogazione delle prestazioni. L'azione di governo regionale e locale coinvolge l'organizzazione delle attività sanitarie in quanto deve ricercare l'aumento dell'efficienza dell'uso delle risorse disponibili e la maggiore responsabilizzazione di tutti gli attori del sistema:



- gli utenti, per evitare fenomeni di consumismo sanitario e di inappropriato ricorso alle prestazioni,
- i medici prescrittori, di base e specialisti, che traducono il bisogno in domanda e che devono rispondere al principio dell'appropriatezza,
- i soggetti erogatori che devono sviluppare una capacità produttiva in linea con una domanda appropriata,

Peraltro la D.G.R. N. 1-8611 del 16 aprile 2008 relativa alla presa d'atto e approvazione degli obiettivi generali e specifici dell'assistenza distrettuale, collettiva, ospedaliera e specialistica delle Aziende Sanitarie Regionali per gli anni 2008-2010, individua all'Allegato C gli obiettivi generali dell'assistenza ospedaliera e specialistica, tra i quali è inserito "Attuare e monitorare il piano regionale per il contenimento delle liste d'attesa".

Le predette funzioni/attività, inoltre sono riprese dalla D.G.R N. 35-9655 del 22 settembre 2008 , dalla D.G.R . n. 10 –11303 del 27 aprile 2009, che ha individuato ed assegnato gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi e dei criteri di valutazione dei Direttori Generali delle ASR, ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2008 e l'anno 2009.

Nel 2009 , Inoltre, una attenta analisi dei tempi di attesa esistenti presso le ASR ha confermato il persistere di significative criticità pur in presenza di una diffusa azione sul tema da parte regionale e delle ASR.

Con D.G.R. n. 12-12279 del 5 ottobre 2009 la Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore competente, ha adottato una manovra straordinaria affinché le ASR intervenissero ulteriormente sulla propria organizzazione aziendale per migliorare i tempi di attesa.

L'azione straordinaria riguarda alcune prestazioni che presentano particolari criticità.

Per l'individuazione di tali prestazioni sono stati scelti alcuni criteri:

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

L'applicazione di tali criteri ha evidenziato le seguenti prestazioni:

**visite:**

cardiologia

neurologia

gastroenterologia

urologia

oculistica  
ortopedia  
ginecologia  
dermatologia  
oncologia

**diagnostica strumentale:**

ecografia addome (sup., infer., completo)  
colonscopia  
esofagogastroduodenoscopia  
RMN colonna  
Eco TSA  
Ecocardiografia  
ECG da sforzo  
Elettromiografia

Le suddette prestazioni , con DD N° 43 del 4.02.2008, inoltre, sono state individuate anche tra le "prestazioni di base ", che devono essere garantite dalle ASL per i propri assistiti anche attraverso collegamenti organizzativi definiti con specifico accordo con le ASO insistenti sul proprio territorio. Per le stesse prestazioni peraltro le ASL debbono garantire le classi di priorità d'accesso U (entro 48 ore) e B (entro 15 giorni) direttamente attraverso l'organizzazione dei propri servizi o con specifico accordo con la /le ASO insistenti sul proprio territorio.

Secondo il monitoraggio attualmente in essere, anche per tali prestazioni ciascuna ASR ha un punto di erogazione presso il quale i tempi di attesa sono i minimi possibili per la propria organizzazione. Tali tempi minimi in parte sono dentro gli standard regionali, in parte sono fuori standard.

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.

Tali standard dovranno essere rispettati per un periodo continuativo equivalente all'anno e nell'arco dell'anno stesso potrà essere ammessa un'oscillazione del 10 % rispetto allo singolo

standard individuato. La media annuale dovrà comunque essere uguale o inferiore ai nuovi standard regionali individuati.

Entro il 31.12.2009 le ASR hanno presentato i progetti aziendali relativamente alle prestazioni , tra quelle individuate con il predetto provvedimento, che presentavano criticità nel proprio ambito territoriale .

