

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVI LEGISLATURA —————

Doc. CCI
n. 33

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 2010)

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

Predisposta dalla Regione Sicilia
Presentata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri

—————
Comunicata alla Presidenza il 15 luglio 2011
—————

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie
e Osservatorio Epidemiologico
Servizio 5
“Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti”

Prot./Ser.5/ n° 55960

Palermo li, 22/06/2011

Presidenza del Consiglio dei Ministri
CSR 0003321 A-4.23.2.10
del 04/07/2011



5899999

Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
Segreteria della Conferenza Stato Regioni

OGGETTO: Relazione sugli interventi effettuati in tema di liste d'attesa nell'anno 2010 da trasmettere alla Presidenza del Consiglio dei Ministri- Segreteria della Conferenza Stato-Regioni, per l'invio al Parlamento

Si trasmette la relazione sugli interventi effettuati in tema di liste d'attesa nell'anno 2010.

Il Dirigente Servizio 5
Dott. Giuseppe Murolo

Il Dirigente UOB 15
Dott. Giuseppe Virga

Il Dirigente UOB 14
Dott. Giovanni De Luca

Il Dirigente Generale
del Dipartimento Attività Sanitarie
e Osservatorio Epidemiologico
Dott.ssa Lucia Borsellino

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie
e Osservatorio Epidemiologico

Servizio 5

“Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti”

RELAZIONE SUGLI INTERVENTI EFFETTUATI IN TEMA DI LISTE D'ATTESA

Introduzione

Il tema della tempestività delle cure e del contenimento delle liste d'attesa rappresenta un impegno prioritario delle politiche sanitarie del Servizio sanitario regionale (SSR).

L'obiettivo che ci si pone è quello di costruire un sistema regionale che possa garantire, per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero, il rispetto dei tempi massimi d'attesa, correlati ad appropriati criteri di priorità clinica, secondo un adeguato e appropriato setting assistenziale. Attraverso il sistema di governo dei tempi d'attesa sarà possibile fornire un importante punto d'osservazione sull'organizzazione e sull'efficienza del SSR particolarmente utile per guidare la programmazione dei servizi assistenziali sul territorio regionale.

Ricordiamo come anche per il 2010 il tema della riduzione delle liste di attesa è stato assegnato come obiettivo dei Direttori Generali delle Aziende del SSR, in coerenza con quanto previsto dall'art.22 della legge di riforma sanitaria (legge n.5 del 14 Aprile 2009). Al di là della specifica indicazione di ridurre di almeno il 60% il numero di prestazioni erogate oltre i tempi stabiliti, secondo quanto indicato dal Piano Regionale di Contenimento delle Liste d'attesa 2006-2008 adottato con D.A. del 2 Luglio 2008, si è dato particolare impulso, anche con provvedimenti normativi, alle Aziende Sanitarie Provinciali, in ragione del rilevante processo di riordino dell'assistenza territoriale, di incidere con maggiore efficacia nell'attività di programmazione e controllo della Specialistica e della Diagnostica ambulatoriale, intervenendo sulla appropriatezza della domanda sul piano prescrittivo e sul governo dell'offerta sul piano dell'adeguamento delle agende di prenotazione e sui Centri Unici di Prenotazione (CUP).

Coerentemente con tali obiettivi l'Assessorato Regionale alla Salute ha posto in essere opportune iniziative rivolte soprattutto al miglioramento dell'attività prescrittiva per le prestazioni ambulatoriali e al perfezionamento del sistema di governo delle prenotazioni.

In particolare, in tema di gestione dei tempi d'attesa per il 2010, sono state predisposte e sviluppate le seguenti attività , di seguito meglio esplicitate:

1. Valutazione dei Direttori Generali sull'obiettivo di riduzione dei tempi d'attesa
2. Miglioramento dell'attività prescrittiva e implementazione dei flussi informativi
3. Integrazione informativa SDO e monitoraggio
4. Monitoraggio tempi d'attesa prestazioni in Attività Libero Professionale Intramoenia
5. Lavori per la realizzazione del CUP centralizzato Regionale
6. Implementazione dei raggruppamenti di attesa omogenei (RAO)

Attività svolte nel 2010 in tema di governo dei tempi d'attesa

1. Valutazione dei Direttori Generali sull'obiettivo di riduzione dei tempi d'attesa

In linea con quanto previsto dall'art.22 “ Riduzione dei tempi d'attesa” della legge di riordino del SSR (legge 5 del 14 Aprile 2009), anche per il 2010 è stato assegnato ai Direttori Generali delle Aziende del SSR, come specifico obiettivo e come criterio di corrispondente valutazione di performance, il tema del contenimento delle liste d'attesa.

Si è chiesto specificamente, anche in base al D.A. n.2654 del 17 Novembre 2009 “ Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali” di articolare, previa l'analisi e la revisione degli aspetti organizzativi, dei dati di produzione e dei tempi d'attesa, un Piano organizzativo –operativo di riordino e rifunzionalizzazione della Specialistica e della Diagnostica ambulatoriale, pubblica e privata, finalizzato al ridisegno dell'offerta in una prospettiva di maggiore appropriatezza, efficienza e tempestività delle cure, e di intervenire sulla riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni critiche, oggetto di monitoraggio a livello nazionale, con una riduzione di almeno il 60% del numero di prestazioni erogate oltre i tempi stabiliti, secondo quanto indicato dal Piano Regionale di Contenimento delle Liste d'attesa 2006-2008.

2. Miglioramento dell'attività prescrittiva con integrazione dei flussi informativi

In accordo con il già citato “ Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali” approvato con D.A. n. 2654 del 17 novembre 2009, nel corso dell'anno 2010 sono stati emessi due importanti provvedimenti che intervengono specificamente sul miglioramento dell'attività prescrittiva:

- a) La legge regionale n.11 del 12 maggio 2010 “Disposizioni programmatiche e correttive per l'anno 2010” che all'art. 97 interviene incisivamente sul sistema delle prescrizioni delle prestazioni ambulatoriali redatte su ricettario del SSR, indicando la necessità che venga riportata dal medico prescrittore la formulazione del quesito diagnostico, la specifica indicazione relativa al livello di priorità clinica nonché l'indicazione se trattasi di prescrizione suggerita dallo specialista. Le strutture sanitarie erogatrici pubbliche e private non possono accettare prescrizioni specialistiche prive di tali informazioni.

Lo stesso articolo prevede che le aziende sanitarie provinciali, nell'ambito delle attività di controllo prevedano azioni specifiche di monitoraggio e verifica sull'appropriatezza delle prestazioni specialistiche, nonché valutazioni sull'andamento quali-quantitativo delle attività nel corso dell'anno.

- b) Tale intervento normativo sull'attività prescrittiva viene ancora meglio precisato e disciplinato con il Decreto dell'Assessore regionale per la Salute del 12 Agosto 2010 "Regolamento di gestione delle prescrizioni" dove si precisano i soggetti prescrittori preposti all'uso del ricettario unico regionale, e si precisa che dal 1 ottobre 2010 su ogni prescrizione di prestazione specialistica ambulatoriale, su ricettario unico regionale, deve essere riportato quanto previsto dall'art.97 della legge n.11 del 12 maggio 2010: a) la formulazione del quesito diagnostico, b) la specifica indicazione relativa al livello di priorità clinica (relativa alle prestazioni oggetto di monitoraggio individuate dal Piano Regionale di Contenimento delle Liste d'Attesa 2006-2008), c) l'indicazione se trattasi di prescrizione suggerita dallo specialista.

Vengono inoltre richiamati i criteri, individuati nell'accordo Stato-Regioni dell'11 Luglio 2002 e ribaditi nel D.A. 17 novembre 2009, per stabilire il livello di priorità e la relativa codifica prevista nelle ricette (U – urgente; B – breve; D – differibile; P - programmabile) secondo i relativi tempi massimi d'attesa previsti nel Piano Regionale di contenimento delle Liste d'Attesa 2006-2008. Viene infine precisato che le Aziende Sanitarie Provinciali sono tenute ad effettuare il monitoraggio e controllo delle prescrizioni specialistiche effettuate presso le strutture pubbliche e private accreditate, al fine di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni e l'adesione alla normativa, a partire dal mese di Marzo 2011.

In linea con tali provvedimenti e in relazione a quanto previsto dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, che ha aggiornato l'elenco delle prestazioni sanitarie critiche e che ha reso obbligatoria l'indicazione, oltre al codice di priorità, del tipo di accesso e della garanzia dei tempi massimi (ancora non recepite come tali nel tracciato dati per le ricette specialistiche riferito al flusso ex art 50 – progetto Tessera Sanitaria), ma oggetto del Piano Regionale di Governo dei Tempi d'attesa 2011-2012, ormai in via di approvazione, si prevede la progressiva costruzione, nel 2011, di un sistema integrato di monitoraggio e di valutazione ex post dell'attività prescrittiva della specialistica ambulatoriale, finalizzata ad un migliore governo dei tempi d'attesa e ad un conseguente riordino dell'offerta sul territorio.

3. Integrazione compilazione Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e monitoraggio

Il D.M. 8 luglio 2010 ha previsto l'inserimento nella SDO, della data di prenotazione e della classe di priorità quale preciso adempimento, anche ai fini dell'accesso ai finanziamenti integrativi a carico dello Stato. Con Decreto regionale dell'Assessorato per la Salute del 9 Agosto 2010, le cui disposizioni sono entrate in vigore a decorrere dal 1 gennaio 2011, è stato approvato il nuovo disciplinare tecnico con tracciato record sulla compilazione della SDO, contenente i nuovi campi aggiunti dal D.M. 8 luglio 2010. Il dato di monitoraggio per il primo trimestre per il 2011 ha evidenziato una scarsa adesione a questa disposta integrazione compilativa della SDO e con D.A. dell'11 Aprile 2011 "aggiornamento delle informazioni cliniche contenute nella SDO" si è ulteriormente ridefinito il disciplinare tecnico.

Inoltre, con il D.A. del 1 aprile 2011 "Aggiornamento delle Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti nella SDO" sono state adottate le linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti sulla SDO, di cui all'allegato 1 dell'accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

4. Monitoraggio tempi d'attesa relativamente all'attività libero professionale intramuraria ed intramuraria allargata.

Anche per il 2010 la Regione Sicilia ha partecipato al monitoraggio dei tempi d'attesa, con modalità ex ante, relativamente ad alcune prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria ed intramuraria allargata, secondo il programma ministeriale coordinato da AgeNaS. Alle prestazioni già oggetto di monitoraggio nel 2009 (RM Colonna vertebrale, RM Cervello e tronco encefalico, TAC del capo, TAC dell'addome superiore, inferiore e completo, Visita ortopedica, Visita oculistica e Visita cardiologica) è stata aggiunta su indicazione del Gruppo Tecnico istituito ad hoc presso AgeNaS, anche la Visita otorinolaringoiatrica. La metodologia è stata la stessa di quella utilizzata nell'ottobre 2009 e sono stati coinvolti, per la rilevazione, i referenti aziendali per la gestione dei tempi d'attesa, già precedentemente individuati e formati nel 2009.

La “relazione sullo stato di attuazione dell’esercizio dell’attività libero professionale intramuraria” relativa all’anno 2009, predisposta dall’Osservatorio nazionale per l’attività libero professionale e resa pubblica il 14 settembre 2010, riporta anche i risultati della rilevazione nazionale sui tempi d’attesa dell’attività ALPI dell’ottobre 2009. Per quanto riguarda la Regione Sicilia, in generale l’ALPI non risulta particolarmente espressa all’interno dell’offerta sanitaria regionale complessiva; mentre per quanto riguarda la spesa pro capite per prestazioni in ALPI, il valore regionale è quasi la metà rispetto alla media nazionale, rispetto al rapporto costi/ricavo la Sicilia si pone in linea con le altre regioni (per il 2009 il rapporto costo/ricavi è stato di 49177 / 50867 mila euro con un saldo di 1690 mila euro) Riguardo specificamente i tempi d’attesa, le prestazioni di diagnostica strumentale monitorate (TAC addome; TAC capo; RM cerebrale; RM colonna) risultano tutte prenotate entro 30 giorni (di cui il 90% entro 15 giorni); per quanto riguarda le visite ambulatoriali (ortopedica, oculistica, cardiologia) più del 90% sono prenotate entro 15 giorni e solo una minima quota (<5% dopo il 30giorno).

In considerazione di quanto previsto dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d’Attesa 2010-2012, per consentire anche una maggiore valutazione sulla regolarità e la correttezza dell’ALPI rispetto all’attività istituzionale, la prossima attività di monitoraggio ex ante dell’attività ALPI sarà resa quanto più omogenea ed allineata temporalmente all’attività di monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali istituzionali.

5. CUP centralizzato regionale

Nell’ambito del percorso di innovazione tecnologica del Servizio Sanitario Regionale e al fine di garantire una migliore gestione delle attività erogate sul territorio ed un più agevole accesso ai servizi, la Regione Siciliana ha programmato l’attivazione del Centro Unico di Prenotazione regionale on line. Il progetto prevede un forte impegno della Regione nel dotare di un sistema completo e moderno le Aziende che ne fossero sprovviste e nell’integrare tutti i sistemi validi già esistenti in un sovra CUP, garantendo la possibilità di monitoraggio delle attività a livello regionale.

L’impegno regionale è stato tradotto come preciso obiettivo del Piano Sanitario Regionale 2011-2013, con le peculiarità di un centro di prenotazione intra ed interaziendale, che al contempo sia strumento utile ai fini del monitoraggio delle liste d’attesa, dell’appropriatezza prescrittiva e di percorsi diagnostici.

Finalità del progetto è l'integrazione delle componenti organizzative con le componenti tecnologiche dell'offerta e della prestazione sanitaria, nella prospettiva di coinvolgere nel processo di prenotazione anche le farmacie private ed i MMG e PLS.

Con il sistema CUP on line la Regione Siciliana si è voluta dotare di un sistema a supporto delle prenotazioni delle prestazioni che tutte le Aziende del SSR possono condividere, in modo da poter :

- monitorare sia i tempi d'attesa per l'erogazione delle prestazioni in accordo con i criteri clinico diagnostici e di scorrimento temporale fissati nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
- programmare l'offerta sul territorio e governare la domanda nell'ottica di una maggiore efficacia ed efficienza dei processi di cura
- limitare fenomeni gestionali anomali, quali i mancati effetti delle prenotazioni per l'eccessiva dilazione dei tempi d'attesa e le prenotazioni incrociate da parte degli utenti su agende di differenti strutture eroganti, in grado di determinare una pianificazione dei processi assistenziali non in linea con la domanda effettiva di prestazioni ambulatoriali
- definire un modello comune organizzativo su base regionale e aziendale, in grado di recepire pienamente, per quanto attiene l'area assistenziale della specialistica ambulatoriale, le direttive della Legge Regionale 5 del 2009.

Nel Programma operativo regionale 2010-2012 adottato con D.A. del 30-12-2010 all'interno dell'Intervento n.5 : Potenziamento del Territorio, l'Azione 5.7 prevede l'attivazione del CUP regionale così declinata :

- 1) l'elaborazione di un piano d'azione per ogni Azienda (30-11-2010),
- 2) l'attivazione del CUP regionale in tre aziende (31-03-2011)
- 3) l'attivazione del CUP regionale in tutte le aziende della Sicilia (30-06-2012):

Allo stato attuale è stato effettuato presso ogni Azienda, un assessment o check-up dei sistemi informatici correlati al CUP, laddove esistenti, utile a individuare un Piano delle azioni, con relativa tempistica, che ogni azienda dovrà compiere per superare i punti critici rilevati. Già nei primi mesi del 2011, a partire da una ASP pilota (Trapani), sono iniziate le operazioni di configurazione o integrazione/adattamento dei CUP in tutte le aziende. Attraverso un allineamento ed un collegamento in rete dei diversi sistemi informatici delle diverse strutture sanitarie presenti nelle Aziende

6. Implementazione dei raggruppamenti di attesa omogenei (RAO)

Riguardo l'utilizzo dei criteri di priorità clinica per governare l'accesso alle prestazioni specialistiche, secondo le indicazioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa 2010-2012, in Sicilia si registra una rilevante esperienza presso l'ASP di Ragusa, a partire dal 2007, frutto di una puntuale programmazione gestionale.

Nell'esperienza dell'ASP di Ragusa, l'utilizzo delle codifiche di priorità clinica, secondo l'Accordo Stato Regioni del 2002 (Urgente- Breve- Differibile e Programmabile), adeguato poi alle indicazioni del Piano Regionale di Contenimento dei tempi delle liste d'attesa 2006-2008, emanato dalla Regione Sicilia nel Luglio 2008, è stato integrato, prendendo spunto dall'esperienza realizzata in Veneto (Castelfranco Veneto), dall'implementazione dei protocolli RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei).

Si è ritenuto infatti che per garantire ai cittadini attraverso l'individuazione dei diversi livelli di priorità, l'erogazione della prestazione, in tempi certi, ritenuti compatibili e coerenti rispetto al sospetto diagnostico, il solo sistema delle codifiche poteva non bastare e occorreva, in aggiunta, un pieno coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti, dai medici prescrittori ai medici erogatori le prestazioni sanitarie. Sono stati pertanto realizzati precisi accordi e specifici percorsi formativi sui protocolli RAO e sulle modalità prescrittive, secondo criteri di priorità clinica, per i Medici di Medicina Generale ed i Medici Specialisti Territoriali ed Ospedalieri.

Sono stati predisposti quindi, da apposite Commissioni formate da Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale, Specialisti Ospedalieri e Specialisti Ambulatoriali Territoriali, degli specifici protocolli per la individuazione e condivisione dei tempi tecnici di attesa appropriati, da associare alle prestazioni specialistiche per le singole condizioni patologiche. In aggiunta, è stato istituito un vero e proprio sistema, condiviso, di monitoraggio e controllo finalizzato alla verifica della corretta applicazione dei Protocolli RAO da parte dei Medici Prescrittori, istituendo un preciso feed-back di controllo del Medico erogatore.

L'implementazione di questo sistema, ha comportato un incremento dell'indice di adeguatezza prescrittiva, con un'inappropriatezza residuale delle prescrizioni specialistiche. Il sistema, che comporta un coerente adeguamento della gestione delle agende di prenotazione, ha ridimensionato il fenomeno delle liste d'attesa, stratificandolo e ottimizzandolo sulla base delle scelte del medico prescrittore .

Visti i risultati positivi circa il miglioramento dell'appropriatezza e l'ottimizzazione del consumo delle risorse sull'attività di specialistica ambulatoriale conseguente all'adozione di questa metodologia ed approccio, con il coinvolgimento e responsabilizzazione dei medici prescrittori ed erogatori, su iniziativa dell'ASP di Ragusa, in accordo con l'Assessorato alla Salute, si è pensato di trasferirla ed estenderla a livello di Bacino territoriale. E' stato scelto il Bacino territoriale orientale, dove insiste l'ASP di Ragusa.

E' stato pertanto istituito un tavolo tecnico interaziendale con tutti i Direttori Generali delle ASP del Bacino orientale (Messina, Catania, Ragusa, Enna, Siracusa) con il compito di predisporre i Raggruppamenti di Attesa Omogenei di Bacino , e sono stati attivati 14 tavoli tecnici, uno per ogni branca specialistica, coordinati dai componenti del tavolo tecnico interaziendale, più un tavolo tecnico per la pediatria, ciascuno costituito da medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali territoriali (sia interni sia privati accreditati) e specialisti ospedalieri (sia dei presidi aziendali sia delle aziende ospedaliere).

I risultati del lavoro dei 14 tavoli tecnici che ha dato luogo all'elaborazione dei RAO per il bacino orientale, sono stati presentati il 2 maggio 2011, a Catania alla presenza dell'Assessore alla Salute e del Presidente della Regione e si è avviato di conseguenza il processo di implementazione. In accordo con questo processo è in fase di predisposizione un tavolo tecnico regionale per la configurazione di una ulteriore perfezionamento del percorso di adozione di tale metodologia a tutto il territorio regionale .

Sono in corso di definizione i lavori per la revisione del Piano Regionale per il Governo dei Tempi d'Attesa in linea con le indicazioni contenute nel nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012.

