

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

Doc. CCI
n. 2

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 2003)

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

Presentata dal Presidente della regione Piemonte

—————
Comunicata alla Presidenza il 9 aprile 2004
—————

Preliminarmente si riassumono gli interventi attuati dall'amministrazione regionale nel corso degli ultimi anni, in materia di tempi di attesa.

Già con deliberazione n. 82-26077 del 23 novembre 1998, la Giunta Regionale, in esecuzione delle previsioni dell'articolo 3, commi 10 e 12 del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, (disciplina dei criteri e delle iniziative per il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali), aveva individuato gli standard di riferimento regionali, sotto forma di tempi massimi d'attesa, entro i quali le Aziende sanitarie regionali avrebbero dovuto garantire l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Con successivo provvedimento n. 59-28477 del 25 ottobre 1999, la Giunta Regionale ha deliberato l'attivazione del sistema di controllo delle attività delle Aziende sanitarie piemontesi, attraverso l'utilizzo d'indicatori. Il sistema di controllo è stato formalmente adottato con determinazione dirigenziale n. 397 del 20 dicembre 1999, essendo state, con il medesimo provvedimento, definite le caratteristiche generali, ivi comprese le modalità ed i criteri di rilevazione.

Alcuni degli indicatori d'attività compresi nello specifico raggruppamento denominato "assistenza specialistica" sono stati finalizzati a valutare la tempistica di esecuzione di prestazioni e pertanto, a partire dal 2000, è iniziato il monitoraggio mensile dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni per le quali non si configuravano le caratteristiche di urgenza e non ricorrevano alcune condizioni di esclusione (quali ad esempio, prestazioni da eseguire in urgenza, l'attività di screening, ecc.).

Le prestazioni specialistiche oggetto di monitoraggio fino al dicembre 2001 sono state le seguenti:

- prime visite per le specialità di Cardiologia, Ortopedia, Urologia, Oculistica, Odontoiatria, Neurologia, ORL, Chirurgia generale, Pneumologia, RRF (distinte per pazienti post - acuti e stabilizzati);
- Inizio trattamento prestazioni di RRF distinte per pazienti post-acuti e stabilizzati, prestazioni di Radiodiagnostica, Diagnostica ecografica/con doppler, TAC, RMN, Prelievi.

In seguito, sulla scorta degli esiti delle rilevazioni fin ad allora effettuate, anche alla luce degli orientamenti e delle indicazioni nazionali, con Deliberazione di Giunta regionale n.55-4769 del 10 dicembre 2001, sono state ridefinite le prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio e ne sono stati determinati gli standard. Pertanto a partire dall'anno 2002 la metodologia di monitoraggio ha presentato delle modifiche riguardanti gli oggetti della rilevazione e i valori di riferimento.

Trattasi in ogni caso di prestazioni di significativa rilevanza nei percorsi diagnostico terapeutici e in particolare:

- le prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio sono: Cardiologia, Ortopedia, Urologia, Oculistica, Odontoiatria, Neurologia, ORL, Dermatologia, Ginecologia, R.R.F. pazienti post- acuti e stabilizzati.
- le prestazioni specialistiche ambulatoriali per le quali è effettuato il monitoraggio sono: Radiologia contrastografica, Mammografia, Ecografia addome superiore, Ecocardiografia, Ecografia con doppler arti e tronchi sovraortici, T.A.C. (capo, torace, rachide), R.M.N. (cervello e tronco encefalico, colonna), Inizio trattamento RRF (suddiviso in post-acuti e stabilizzati), Elettromiografia semplice e Esofagogastroduodenoscopia.

La citata D. G. R. n. 55- 4769 del 10 dicembre 2001, nell'allegato n. 1, enunciava poi una serie di principi, nel rispetto dei quali le AA SS RR avrebbero dovuto organizzare ed uniformare le proprie azioni nel processo di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Conseguentemente, nell'ambito del sistema regionale di controllo, è stata introdotta, a partire dal primo semestre 2002, una rilevazione della consistenza delle liste di attesa per le prestazioni precedentemente elencate.

Tra l'altro, la Regione Piemonte, ha partecipato alla sperimentazione nazionale sulle liste di attesa delle prestazioni e dei ricoveri, che ha visto coinvolte due aziende regionali nel corso del mese di dicembre 2002 e che ha avuto il prosieguo nel corso del successivo anno. La sperimentazione ha permesso di valicare il sistema di monitoraggio per le prestazioni ambulatoriali; quello relativo ai ricoveri richiede ulteriori approfondimenti e pertanto riveste ancora carattere di sperimentazione

Da ultimo, con D.G.R. n.14-10073 del 28 luglio 2003 sono state introdotte novità nella gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero elettivo e alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Di seguito sono riportati i contenuti dell'allegato alla citata deliberazione, intitolato "Linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni programmabili in Regione Piemonte".

La Regione Piemonte ha elaborato le linee guida per la gestione delle liste di attesa in armonia con la legislazione vigente e gli accordi Stato-Regioni, con particolare attenzione a fornire ai medici prescrittori uno strumento di supporto finalizzato ad agevolare l'appropriatezza delle prescrizioni.

Dalle risultanze degli studi effettuati negli anni si è valutato necessario definire l'ammissibilità in lista, sia per i ricoveri programmati che per le prestazioni ambulatoriali, in base a criteri di priorità clinica, distinguendo fundamentalmente tra prestazioni urgenti, urgenti differibili e programmabili.

Questo provvedimento attua del resto un'attività già in essere in molte unità operative del Piemonte, che autonomamente si riferivano da tempo, per la gestione clinica di liste con tempi di attesa particolarmente lunghi, a protocolli interni mirati a consentire modalità di accesso differenziato ai pazienti affinché l'attesa non potesse pregiudicare il loro stato di salute.

Pertanto le classi di priorità previste nel provvedimento sono da attribuirsi a seguito delle seguenti valutazioni:

1. severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico);
2. prognosi;
3. tendenza al peggioramento a breve;
4. presenza di dolore e/o deficit funzionale;
5. implicazioni sulla qualità della vita;
6. casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato;
7. speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente motivate dal medico prescrittore.

Non è richiesto l'attribuzione di priorità nei casi di emergenza e di urgenza non differibile, poiché l'accesso avviene direttamente da pronto soccorso, e per le visite di controllo programmate.

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
CLASSE A	casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE B	casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE C	casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE D	casi clinici che non causano dolore, disfunzione o disabilità.

TIPO DI PRESTAZIONE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	PERIODO DI EFFETTUAZIONE
Non differibile <i>Classe 1</i>	Prestazione relativa a una malattia in fase acuta o in riacutizzazione per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione nell'arco di 48 ore possa comportare un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico	Accesso diretto con richiesta motivata del medico prescrittore negli ambulatori specialistici territoriali o ospedalieri che devono definire sede, calendari orari in cui sono possibili tali prestazioni urgenti e consegna immediata o entro la giornata successiva dell'esito	Prestazione da effettuarsi entro 48 ore dalla richiesta
Differibile <i>Classe 2</i>	Prestazione relativa ad una malattia in fase acuta o in riacutizzazione per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione nel breve/medio periodo (15 gg) possa comportare un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del quadro terapeutico nel breve/medio periodo	Prenotazione tramite CUP o altri sistemi di prenotazione coerenti con la normativa vigente, resi comunque visibili attraverso il CUP. Accesso diretto per un numero ristretto di agende dedicate presso le sedi individuate Prenotazione con richiesta del MMG o del PdLS, dello specialista ospedaliero o convenzionato interno	Prestazione da effettuarsi entro 15 gg dalla richiesta

Programmabile Classe 3	Prestazione la cui esecuzione tempestiva non influenza significativamente la prognosi a breve.	Prenotazione tramite CUP altri sistemi di prenotazione coerenti con la normativa vigente, resi comunque visibili attraverso il CUP. Prenotazione con richiesta del MMG o del PdLS, dello specialista ospedaliero o convenzionato interno	Visita specialistica entro 30 giorni; accertamenti diagnostici e strumentali entro 60 giorni
---------------------------	--	--	--

Il paziente dovrà essere trattato quindi non semplicemente sulla base dell'ordine di iscrizione in lista, ma l'ordine di prenotazione andrà osservato solo all'interno di classi di priorità.

Pertanto ciò che deve essere chiaramente percepito dal cittadino è che il SSN non opera solo in un'ottica di contenimento dei consumi a seguito di una continua analisi dei costi, ma che il servizio è mirato al soddisfacimento del bisogno di cura, in termini di qualità ed equità di accesso alle prestazioni.

Stabilire dei criteri di priorità clinica consente di attuare un governo della domanda, affrontando la problematica delle attese sotto l'aspetto di una gestione efficiente delle risorse presenti: sia applicando il principio di appropriatezza, sia con una corretta gestione delle liste. Considerato inoltre che le risorse disponibili non sono illimitate e che la continua evoluzione delle conoscenze scientifiche, del progresso tecnologico, la formazione culturale dei cittadini e non ultimo l'influenza che viene ad essere esercitata in materia dai mass-media, porta ad avere una forte richiesta di prestazioni, si rende necessario intervenire sui quadri clinici più gravi o comunque nei casi in cui l'attesa possa compromettere lo stato di salute del paziente.

L'attenzione è posta quindi sull'attesa che non deve pregiudicare lo stato di salute del paziente. Sarà a cura di tutti gli attori che intervengono in tale complesso sistema applicare gradatamente una nuova modalità di gestione delle liste, con particolare riferimento ai medici prescrittori che avranno il delicato compito di assumersi le necessarie responsabilità verso i cittadini nell'indirizzare la rilevante domanda in affermazione del principio di appropriatezza.

La Regione Piemonte ha pertanto previsto la registrazione in lista dei pazienti per classi di priorità per ogni specialità. Si è ritenuto di affrontare un lavoro così impegnativo nella convinzione che in tal modo i livelli essenziali di assistenza possono essere garantiti indirizzando la domanda secondo criteri di priorità clinica.

In prima applicazione non sono stati definiti il numero di giorni di attesa per le classi riferite ai ricoveri programmati per i quali lo specialista individuerà la gravità clinica. In tale contesto sono dati i seguenti obiettivi:

1. garantire equità nell'accesso alle prestazioni;
2. garantire che l'accesso del paziente alle prestazioni sia gestito ad un livello qualitativo ottimale;
3. favorire l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse aziendali;
4. stimolare l'attività di programmazione strategica aziendale sul tema delle liste di attesa, con l'obiettivo di migliorare il livello di accessibilità, anche attraverso una riduzione dei tempi di attesa.

La Regione Piemonte ha ritenuto di apportare cambiamenti importanti nella gestione delle liste a livello clinico e organizzativo, per arrivare gradualmente a un miglior utilizzo delle risorse secondo le indicazioni di seguito indicate.

A partire dal 1° gennaio 2004:

- non sarà più permesso la chiusura delle liste di attesa.
- i registri dei ricoveri programmati dovranno essere progressivamente informatizzati.
- anche per i casi di forza maggiore (es: rottura del macchinario) sarà cura delle Aziende contattare i pazienti non appena diventa possibile l'erogazione delle prestazioni.
- le ASL e i Presidi dovranno garantire l'accesso diretto, senza prenotazione, per elettrocardiogramma, Rx torace e per le più usuali analisi di Laboratorio.
- è previsto il pagamento della prestazione per i cittadini che non abbiano provveduto a comunicare la disdetta dell'appuntamento.
- gli interventi per asportazione di tumori maligni, le cure chemioterapiche e radioterapiche dovranno essere garantite entro un mese dalla prescrizione (tempi peraltro già presenti in larga massima nell'ambito regionale).
- è previsto l'obbligo di verificare semestralmente la consistenza delle stesse liste di attesa in modo da evitare stime di attese più lunghe di quelle effettivamente attuabili e per consentire un'adeguata programmazione delle attività.

In questo contesto un ruolo fondamentale sarà ricoperto dai medici prescrittori per l'individuazione delle priorità, in particolare dai Medici di medicina generale e dai Pediatri di libera scelta.

Considerato il grosso sforzo richiesto in breve tempo a tutti gli attori coinvolti in questo complesso processo di riorganizzazione, si è reso necessario che, per l'attività specialistica e ambulatoriale, l'attribuzione delle classi di priorità avvenga sino a marzo 2004 solo per le prestazioni afferenti l'ambito oncologico e cardiovascolare mentre tutti gli altri aspetti compresi nel provvedimento, e in particolare per quanto riguarda i ricoveri programmati, trova piena applicazione dal 1 gennaio 2004.

Al fine di constatare le modalità di applicazione della deliberazione nelle diverse realtà territoriali, è stato effettuato un primo sondaggio riferito al 15 ottobre u.s. quale data di riferimento della prima revisione delle liste di attesa con attesa maggiore a 120 giorni. Le Aziende hanno mostrato una particolare sollecitudine nel trasmettere le relazioni, spesso correlate dalle deliberazioni aziendali di recepimento della DGR, esaustive nella maggioranza dei casi delle principali iniziative intraprese.

Per quanto riguarda la prima parte è stato verificato che oltre il 15% dei pazienti iscritti nelle liste prima della revisione (oltre 44.000) sono stati cancellati e quindi in molti casi la revisione delle liste ha prodotto aspettative di attesa più brevi.

Inoltre nella gran parte delle aziende sono stati predisposti criteri di priorità per gli interventi che in qualche caso sono stati adottati immediatamente, revisionando così le stesse liste riclassificandole.

Il lavoro più impegnativo è stato sicuramente prevedere l'adeguamento dei sistemi di prenotazione (CUP). I CUP oltre a gestire diverse agende prevedono campi riservati a annotazioni riferite ai pazienti. Sempre a livello informatico diverse aziende hanno segnalato l'attivazione di procedure per il recupero delle penalità nei casi di mancata disdetta.

Diverse Aziende hanno riferito inoltre dei diversi incontri formativi effettuati con i medici prescrittori. Questo compito richiede indubbiamente molte energie poiché prevede una collaborazione particolare tra MMG, PLS e medici specialisti. Alcune Aziende hanno posto attenzione nel pubblicizzare i tempi di attesa sul sito aziendale. Presso i Cup sarà possibile inoltre conoscere i tempi di attesa per le prestazioni erogate dalle strutture convenzionate al fine di fornire un ampio ventaglio delle risorse disponibili ai cittadini.

Si rileva l'impegno delle Direzioni Sanitarie nel definire le figure responsabili per ogni fase dell'applicazione della riorganizzazione delle liste e nel prevedere conseguentemente i dovuti controlli. Alcune Aziende hanno in fase di studio controlli particolarmente approfonditi, quali le modalità di verifica della congruenza nell'applicazione dei criteri di priorità clinica fra prescrittori ed erogatori.

Una prima analisi delle liste di attesa, che confermerebbe già i dati conosciuti dall'assessorato, evidenzerebbe che nella maggioranza dei casi le attese per intervento chirurgico appaiono compatibili con le indicazioni che si riferiscono ai codici di priorità anche se si evidenziano criticità che dovranno essere approfondite in particolare per quanto riguarda alcuni presidi specialistici o di ASO e per interventi chirurgici effettuati in modo abbastanza diffuso sul territorio in particolare nelle discipline di Ortopedia, Oculistica ed Urologia.

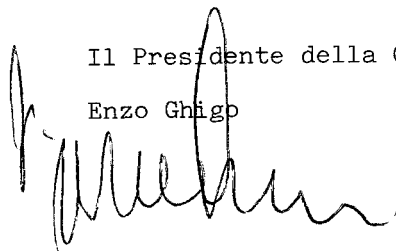
Per le attività specialista-ambulatoriali sono evidenziabili criticità in particolare per alcune attività di diagnostica complessa soprattutto di tipo ecografico e per alcune tipologie di visite specialistiche; tale situazione è particolarmente sentita nelle strutture ad alta specializzazione o monospecialistiche.

Occorrerà verificare quindi se vi siano ricadute positive nell'organizzazione delle liste di attesa a seguito dell'integrale applicazione della citata DGR, che attenuino o modificano le problematiche descritte.

E' presumibile che si renda necessario verificare per le situazioni che evidenziano particolari difficoltà, le possibili azioni da intraprendere atte a migliorare le criticità evidenziate.

Il Presidente della Giunta Regionale

Enzo Ghigo



IL VICE PRESIDENTE
William Casoni