

**ATTI PARLAMENTARI**

**XIV LEGISLATURA**

---

# **CAMERA DEI DEPUTATI**

---

**Doc. CCI**

**n. 18**

## **R E L A Z I O N E**

**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 4, lettera c), della legge 27 dicembre 2002, n. 289)*

*Presentata dal Presidente della Regione Piemonte*

---

*Trasmessa alla Presidenza il 30 agosto 2005*

---

PAGINA BIANCA

Anche per l'anno 2004 la Regione Piemonte si è impegnata sul tema della riduzione dei "tempi di attesa" e della correlata diminuzione della "consistenza delle liste".

Nel 2003 è stato avviato un percorso organizzativo per graduare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero sulla base di una preventiva valutazione di priorità clinica. Si è proceduto anche coinvolgendo i medici prescrittori affinché specificassero nelle richieste di prestazioni, la relativa classe di priorità o la specificazione del controllo da effettuare.

Il progetto si era sostanziato nella 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" che prevedeva, tra l'altro, l'adozione di un sistema di priorità cliniche inteso come strumento per affermare il carattere di equità nel trattamento sanitario, al fine di garantire all'utente l'accesso al servizio sanitario in base alla rilevanza clinica con standard di riferimento assai più contenuti rispetto a quelli precedenti previsti dalla D.G.R. n. 55-4769 del 10 dicembre 2001.

Di seguito vengono riportate le suddivisioni per classi di priorità previste sul territorio dalla DGR citata:

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.

CLASSE DI PRIORITA' PER PRESTAZIONI SPECIALISTICO AMBULATOR.	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 giorni dalla richiesta
Programmabile <i>Classe 3</i>	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

Elemento fondamentale in questo processo è pertanto la costituzione di liste di attesa differenziate in base appunto a criteri di priorità e la chiara individuazione delle prestazioni identificabili come "prima visita" o "primo accertamento diagnostico", gestite in modo separato da quelle che si riferiscono alla continuità diagnostico terapeutica (viste specialistiche, prestazioni o accertamenti diagnostici successivi alla prima visita).

L'impegno principale in materia, nel corso del 2004, è stato quello di accompagnare le Aziende Sanitarie al raggiungimento degli obiettivi posti dalle indicazioni della citata deliberazione e di monitorare con continuità il sistema.

Il raggiungimento del risultato di un contenimento dei tempi di attesa per l'accesso alle varie prestazioni sanitarie è in via di conseguimento, anche se vi sono ancora criticità da superare ed ostacoli organizzativi che non possono risolversi che in periodi medi per poter garantire risultati nel tempo.

Nell'attività di programmazione la Regione ha dato in varie forme indicazioni ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie per un contenimento dei tempi di attesa, anche tramite la saturazione delle possibilità di utilizzazione delle attrezzature. Tali indicazioni trovano riscontro anche nei provvedimenti di incarico e di valutazione dei Direttori Generali. In particolare l'attività è stata indirizzata all'adozione di linee guida e protocolli specifici per facilitare l'individuazione in modo omogeneo delle classi di priorità per le varie discipline. Questo è però un problema molto complesso che si sta affrontando anche a livello nazionale attraverso le sperimentazioni coordinate dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

La Giunta Regionale con DGR. 31-13615 dell'11 ottobre 2004 avente per oggetto : "Art. 3 bis, comma 5, d.lgs. n. 502/1992 e smi. Determinazione dei criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali e degli obiettivi ai fini dell'attribuzione della quota incentivante del trattamento economico per l'anno 2004", aveva disposto tra l'altro che le aziende sanitarie regionali, per l'attribuzione di parte della quota incentivante ai direttori generali, si attivassero nell'anno 2004 alla realizzazione dell'obiettivo: "Applicazione della D.G.R. n. 14 -10073 del 28.7.03 - Definizione da parte delle direzioni aziendali dei criteri di formazione e degli aspetti applicativi riguardanti la diffusione dei dati relativi ai tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie".

Per monitorare i tempi di attesa esistenti vengono effettuate rilevazioni periodiche specifiche sia per l'attività ambulatoriale che per quella di ricovero.

Le modificazioni introdotte dalla deliberazione sopracitata, hanno reso necessario rivedere complessivamente le procedure in uso fino a tutto il 2003, tenuto anche conto delle sistematiche rilevazioni ministeriali, che sono state attivate per tutti gli erogatori sia pubblici che privati.

Quindi con circolare prot. n. 10655 del 5/07/2004 della Direzione Controllo delle Attività sanitarie avente per oggetto: "Modifiche ed aggiornamento delle procedure di rilevazione dei tempi e delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e monitoraggio periodico sulle liste di attesa per ricoveri" si comunicava alle Aziende Sanitarie

Regionali la necessità di apportare delle modificazioni ed integrazioni alla procedura informatica di rilevazione dei tempi e delle liste di attesa per le prime visite e prestazioni diagnostiche.

In particolare si è previsto un monitoraggio mensile per i tempi di attesa per le prime visite e prestazioni specialistiche ambulatoriali, trimestrale per il numero di utenti in lista di attesa e per i tempi di attesa per la consegna referti di laboratorio e un monitoraggio semestrale delle liste di prenotazione per i ricoveri.

La novità del sistema di rilevazione dei tempi di attesa qui citato consiste nel fatto che si sono ampliate le specialità soggette a monitoraggio e che la rilevazione viene estesa all'intero sistema degli erogatori della rete pubblica (pubblici, equiparati e accreditati), il che permette di avere un quadro quanto più dettagliato delle possibilità offerte.

Il sistema anche oggi utilizzato, rileva in tutte le strutture del SSR in un determinato giorno (il giorno indice che coincide con il primo lunedì lavorativo di ciascun mese) i tempi di attesa reali registrati in base alle prenotazioni richieste dagli utenti. Il tempo di attesa è rilevato in giorni effettivi (giorni di calendario), considerando anche i giorni festivi e indipendentemente dai giorni effettivamente destinati al servizio, per avvicinare le rilevazioni alle reali situazioni degli utenti.

L'inserimento, per la prima volta nelle rilevazioni dei dati, delle strutture accreditate, coerente con l'impostazione del Sistema Sanitario disegnato dal Decreto legislativo n. 229/1999, ha imposto alle Aziende di confrontarsi con il sistema allargato di erogazione delle prestazioni, in un processo di integrazione sinergica delle risorse da destinare ai servizi, con una finalità mirata ad evitare inutili duplicazioni di attività, così da concentrare l'attenzione sulle prestazioni ancora critiche.

Le prestazioni specialistiche oggetto di monitoraggio sono per le visite specialistiche:

- Allergologia (Cod. 89.7)
- Cardiologia (Cod. 89.7)
- Chirurgia Generale (Cod. 89.7)
- Chirurgia Plastica (Cod. 89.7)
- Dermosifilopatia (Cod. 89.7)
- Endocrinologia (Cod. 89.7)
- Gastroenterologia (Cod. 89.7)
- Neurochirurgia (Cod. 89.7)
- Neurologia (Cod. 89.13)
- Oculistica (Cod. 95.02)
- Odontostomatologia (Cod. 89.7)
- Ortopedia e traumatologia (Cod. 89.7)
- Ostetricia e Ginecologia (Cod. 89.26)

Otorinolaringoiatria (Cod. 89.7)  
Pneumologia (Cod. 89.7)  
RRF stabilizzati (Cod. 89.7)  
RRF post acuti (Cod. 89.7)

per le prestazioni di diagnostica :

Colposcopia (cod.70.21)  
Ecocardiografia (cod. 88.72.1, cod. 88.72.2, cod. 88.72.3 ): media dei tre codici  
Ecodópler arti (88.77.2)  
Ecodoppler tronchi sovraortici (cod. 88.73.5)  
Ecografia addome (cod. 88.74.1, 88.75.1, 88.76.1): media dei tre codici  
Elettromiografia semplice (cod. 93.08.1)  
Esofagogastroduodenoscopia (cod. 45.13)  
Inizio trattamento terapeutico riabilitativo (suddiviso per classi di disabilità)  
Mammografia (cod. 87.37.1 e 87.37.2): media dei due codici  
RMN colonna (cod. 88.93.1)  
RMN encefalo (cod. 88.91.1, 88.91.2): media dei due codici  
Scintigrafia ossea (cod. 92.18.2)  
Scintigrafia tiroidea (cod. 92.01.3)  
TAC capo (cod. 87.03.1)  
TAC rachide (cod. 88.38.1)  
TAC torace (cod. 87.41.1)

E' in corso la messa a regime di una procedura di registrazione delle prestazioni ambulatoriali che prevede l'inserimento, oltre agli altri dati, anche della data di prenotazione. Pertanto sarà possibile in futuro, anche per queste prestazioni, avere riscontri più precisi per valutare il tempo di attesa intercorso tra la data di prenotazione e l'esecuzione della prestazione o della visita..

L'attività di ricovero viene monitorata semestralmente con due distinti monitoraggi: uno rileva i tempi di attesa previsti in tutti reparti delle strutture del Piemonte mentre il secondo si riferisce ai tempi di attesa di nove interventi chirurgici:

Cataratta  
Meniscectomia  
Artroprotesi dell'Anca  
Bypass aortocoronarico  
Coronarografia  
Asportazione Tumore Maligno della Mammella  
Asportazione Tumore Maligno della Vescica  
Asportazione Tumore Maligno colon-retto  
Ernia inguinale e crurale

tra i quali sono compresi anche quelli relativi alle rilevazioni effettuate dall'ASSR per il Ministero della Salute. Le registrazioni riguardano tutti i codici di priorità.

Tali informazioni sono poi elaborate e valutate a livello regionale attraverso l'utilizzo della fonte dati fornita dall'archivio SDO, che prevede la compilazione obbligatoria da parte delle strutture sanitarie della data di prenotazione del ricovero.

La fonte dati dell'archivio SDO viene utilizzata anche per effettuare retrospettivamente, alcune rilevazioni per interventi chirurgici che confluiscono nel sistema degli indicatori sanitari di cui alla DGR 59-28477 del 25.10.99 che è in corso di aggiornamento.

Dagli studi effettuati, e in coerenza con le risultanze delle rilevazioni attuate come da indicazioni ministeriali in applicazione dei diversi accordi Stato Regioni in argomento, si può rilevare che per la maggior parte delle prestazioni di ricovero i tempi di attesa sono coerenti con le indicazioni fornite dalla DGR 14-10073 del 28 luglio 2003 sui codici di priorità anche se esistono ancora evidenti criticità soprattutto per gli interventi ortopedici ed in particolare per gli innesti di protesi articolari, per alcuni interventi urologici e di chirurgia angiologica; per gli interventi di cataratta, dall'elaborazione retrospettiva dei dati disponibili dall'archivio delle SDO dalla data di prenotazione come numero di giorni di attesa dalla data di prenotazione, risulterebbe che circa l'85% degli interventi viene effettuato in tempi inferiori ai 180 giorni.

Per gli interventi di asportazione di tumore in linea generale risulterebbe garantito il tempo massimo di attesa di 30 giorni.

Anche per i più importanti interventi cardiaci in elezione, in particolare di by pass aorto coronario e di coronografia, la rete ospedaliera garantisce il ricovero in tempi inferiori ai trenta giorni.

Per quanto concerne in particolare l'attività oncologica sono stati adottati provvedimenti specifici riguardanti la gestione dei percorsi diagnostici terapeutici e sono state elaborate specifiche linee guida per il trattamento dei tumori della mammella, del colon retto, del polmone e della prostata in cui vengono anche stabiliti tempi massimi per l'esecuzione delle procedure necessarie.

Con la DGR 28-12507 del 18.5.2004 è stata inoltre stipulata una convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Valle d'Aosta con la Fondazione C.R.T. - Cassa di Risparmio di Torino che tra i suoi obiettivi pone quello di ridurre ad un massimo di sette giorni in tutto il territorio regionale e della Valle d'Aosta il tempo di attesa per l'accesso al primo esame



diagnostico e a ridurre significativamente i tempi di attesa della diagnosi e della stadiazione attraverso i seguenti esami: TAC, ecografia ed endoscopia di tutte le sedi sospette di possibile neoplasia, mammografia e, per alcune sedi particolari, RM e MN e prestazioni di anatomia patologica.

Tale obiettivo si integra con le altre attività della rete oncologica regionale, definita con atti specifici regionali e in particolare con le D.G.R. n. 48-9824 del 30.6.2003 e n. 26-10193 del 1.8.2003.

Per quanto concerne le prestazioni ambulatoriali, le indicazioni regionali della sopraccitata deliberazione prevedono che le Aziende debbano garantire il codice 1 entro 48 ore, il codice 2 entro 15 giorni e il codice 3 entro 30 giorni (per le visite) ed entro 60 giorni (per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche). Considerata l'impossibilità di effettuare una verifica costante e puntuale di tutta attività in argomento, vengono valutate le informazioni rese dalle ASL per disporre di un quadro dell'evoluzione delle attese sul territorio. Risulterebbe pertanto che, in linea di massima, le prestazioni di codice 1 e 2 sono garantite in modo diffuso, mentre è per quelle di tipo 3 che esistono alcune problematiche.

Per una gran parte delle prestazioni monitorate, tutte le aziende garantiscono tempi di attesa in linea con le indicazioni regionali in almeno uno dei punti di erogazione, anche se per alcune tipologie di visite, per esempio oculistica, allergologia e per diagnostica ecografica, percentuali ancora elevate di pazienti non riescono ad avere la prenotazione entro i tempi stabiliti per il codice di priorità 3.. Inoltre per alcune prestazioni più complesse, per le ASL che non possono garantirne l'effettuazione, l'attività viene svolta presso i presidi delle Aziende sanitarie ospedaliere.

Per raggiungere l'obiettivo di contenere le giornate di degenza a soli scopi diagnostici, diversi provvedimenti regionali, riguardanti l'organizzazione dell'attività di ricovero, fin dal 1997, hanno disposto che l'attività diagnostica relativa ai ricoveri programmati sia effettuata prima del ricovero stesso attraverso l'attività ambulatoriale dei presidi anche sotto forma di day service.

Inoltre, alcuni indirizzi specifici sull'appropriatezza dell'attività di day hospital, che complessivamente indirizzano le Aziende ad evitare ricoveri per soli scopi diagnostici, hanno contribuito negli ultimi anni a ridurre i ricoveri considerati ad alto rischio di inappropriatezza facendo diminuire significativamente le giornate di degenza (complessivamente oltre 315.000 dal 2001 al 2004). La Regione Piemonte ha uno dei tassi di ospedalizzazione più bassi d'Italia

(nel 2003 - 186 per mille abitanti compresi i ricoveri diurni e tutti quelli effettuati fuori regione)  
a conferma dell'efficacia delle disposizioni approvate.

Dalle informazioni in possesso, in linea generale, l'attività diagnostica pre - ricovero viene organizzata direttamente dalle strutture interessate in linea con la programmazione dei ricoveri.