

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVII LEGISLATURA —————

Doc. CLXVII
n. 3

RELAZIONE

CONCERNENTE L'ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI
IN MATERIA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI
DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E DI INDIRIZZI
APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA

(Anno 2014)

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

Presentata dalla Regione Piemonte

—————
Comunicata alla Presidenza il 18 novembre 2015
—————

“LISTE E TEMPI DI ATTESA”

ANNO 2014

L'Atto di intesa Stato- Regioni del 28/10/2010 sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, che aggiorna la precedente Intesa del 28/03/2006, nel richiamare il fatto che il fenomeno delle liste d'attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offra un livello di assistenza avanzato, rimarca la necessità che la gestione della problematica veda l'impegno comune del Governo e delle Regioni, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma che vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa utili a rispondere in modo adeguato ad una specifica domanda di assistenza.

Su questo tema sono da tempo in corso presso l'Assessorato molte azioni a partire dal 2003, successivamente sviluppate con la D.G.R. n. 56-3322 del 3.07.2006, D.G.R. n. 37-5180 del 29.01.2007, D.G.R. n. 2-2481 del 29/07/2011 anche in ottemperanza a vari provvedimenti definiti a livello nazionale per il triennio 2006-2009 e 2010-2012. Le azioni hanno interessato in particolare i principi ed i criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste d'attesa, quelli per il monitoraggio dei valori rilevati e l'informazione all'utenza, con l'individuazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte dell'Amministrazione Regionale ed i relativi standard di riferimento.

In particolare nel 2011, a seguito dell'approvazione a livello nazionale del nuovo Piano nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2010-2012, con D.G.R. n. 2-2481 del 29/07/2011 la Regione Piemonte ha dato attuazione al Piano, dedicando particolare attenzione alle azioni interessanti sia l'appropriatezza prescrittiva (rispetto classi di priorità di accesso, percorsi diagnostico-terapeutici cardiovascolare ed oncologico), sia l'organizzazione complessiva di tutto il sistema delle prenotazioni.

Il Piano di rientro di cui alla D.G.R. n. 44-1615 del 28/02/2011 e s.m.i con la quale la Giunta Regionale ha adottato l'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi 93,94,95,96,97 della legge 23/12/2009 n. 191, delinea gli obiettivi di intervento nelle diverse macro-aree per il periodo 2010-2012 ed individua tra le varie manovre previste nel programma attuativo per la realizzazione degli obiettivi stessi, anche azioni specifiche in tema di "appropriatezza prescrittiva". Una piena attuazione del sistema "RAO" (Raggruppamento Attesa Omogenei) sperimentato con successo in varie realtà del territorio nazionale e che prevede la stesura e l'applicazione di protocolli d'intesa condivisi tra prescrittori ed erogatori di prestazioni, permetterebbe di affrontare in maniera concreta

la questione appropriatezza in quanto assicurerebbe l'attribuzione corretta ai pazienti dei criteri di priorità di accesso alle prestazioni di cui necessitano gli assistiti.

A partire dal 2008 sono state poste le basi per lo sviluppo di tale sistema con progetti specifici riguardanti alcuni gruppi di prestazioni, realizzati attraverso la stesura di protocolli condivisi tra specialisti e MMG/PLS e la produzione di indirizzi operativi attuabili da tutti i soggetti interessati.

In particolare con D.D. n. 101 del 24.04.2007, DD n. 43 del 4.02.2008, DD n. 375 del 10.07.2009 e D.G.R. n. 15-2091 del 24.05.2011 sono state definite:

- linee guida sull'utilizzo di classi di priorità in base al bisogno clinico e relativi tempi di attesa. Per quanto concerne le prestazioni di assistenza specialistica-ambulatoriale le linee guida già definite interessano le prestazioni che risultano particolarmente critiche a livello regionale sia rispetto ai tempi di attesa, sia a forte rischio di inappropriata prescrizione (prestazioni che interessano le aree specialistiche di oculistica, gastroenterologia, neurologia, neurochirurgia, radiologia, endocrinologia, diabetologia, ortopedia, allergologia, urologia, fisioterapia).

Per quanto riguarda i criteri per l'individuazione delle classi di priorità clinica delle prestazioni di ricovero programmato sono stati confermati i criteri già definiti a suo tempo con la DGR 14/2003 e si è proceduto ad una integrazione che interessa 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.

- le prestazioni di base per le quali le Aziende devono garantire i tempi massimi d'attesa; (sono prestazioni ad ampia diffusione sul territorio ed oggetto di una forte attività prescrittiva, quali ad esempio la visita cardiologica, ortopedica, ginecologica o prestazioni diagnostiche quali la mammografia, la colposcopia, ecc...);
- criteri e modalità operative per la gestione delle situazioni eccezionali di sospensione dell'attività di erogazione e/o prenotazione delle prestazioni
- le prestazioni dell'area radiologica e di laboratorio per le quali devono essere osservati specifici standard temporali per la consegna referti
- indirizzi sulla durata delle agende
- le schede di preparazione paziente a determinati esami diagnostici, per l'omogeneizzazione dei comportamenti da parte delle varie strutture organizzative

piemontesi (ecografia addome e transrettale, ecodoppler, rx del tratto gastrointestinale, tac addome, clisma, transito tenue, urografia, addome diretto)

Al fine di una puntuale, diffusa, attuazione delle disposizioni di cui ai provvedimenti sopra indicati le ASR hanno proseguito la realizzazione di specifici corsi di formazione per migliorare la cultura dell'appropriatezza prescrittiva dei medici prescrittori, sia territoriali che ospedalieri, al fine di un appropriato ed equo accesso alle prestazioni ambulatoriali su tutto il territorio regionale.

Il già citato Atto di Intesa Stato – Regioni per il triennio 2010-2012 stabilisce che per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, il tempo massimo di attesa individuato dovrà essere garantito, presso le strutture erogatrici indicate dal Piano attuativo aziendale, al 90% degli utenti per i quali i medici prescrittori hanno redatto specifica prescrizione, anche attraverso la gestione razionale degli accessi dei cittadini al sistema CUP delle prenotazioni.

Nel corso del 2011 è stato avviato il Sovracup web, per permettere ai cittadini di effettuare le prenotazioni da casa per le prestazioni erogate dalle ASR di Torino e provincia e sono in fase di start up o di progettazione altri CUP provinciali. Il Piano 2010-2012 tratta specificatamente l'integrazione dell'offerta pubblica con quella privata. In particolare stabilisce di "integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP". In tal senso i rinnovi degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate prevedono una graduale estensione dei CUP aziendali delle ASL anche ai centri accreditati, in modo tale da avere un panorama dell'offerta complessiva per le prestazioni ambulatoriali e far sì che venga evitato il problema delle multiprenotazioni (pazienti che prenotano per più strutture senza poi disdire i posti che ritengono meno competitivi sia in termini di attesa che di valore intrinseco dei medici erogatori), che falsa la percezione reale dei tempi d'attesa e rende meno omogeneo il tempo standard tra strutture pubbliche ed accreditate. Con questa operazione i centri accreditati diventerebbero realmente uno strumento di supporto all'attività sanitaria pubblica ed al stesso tempo l'offerta delle prestazioni potrebbe essere monitorata dalla Regione ed indirizzata alle reali esigenze dei cittadini, senza inutili doppioni di prestazioni che le strutture pubbliche sono già in grado di erogare nei tempi stabiliti. L'attenta verifica rispetto alla quantità ed alla tipologia delle prestazioni inserite sui CUP aziendali (e quindi sugli eventuali Sovracup o simili), unita ad un monitoraggio puntuale delle sospensioni, di cui alla D.D n. 101 del 24/04/2007 e s.m.i., dovrebbe garantire una reale trasparenza nella gestione delle liste d'attesa.

Nel 2014 è stato reso operativo su tutto il territorio regionale (D.G.R. n. 28-2027 del 17/05/2011) il sistema Recall. Tale sistema, che permette di ricontattare il paziente alcuni giorni prima per ricordargli l'appuntamento ed eventualmente disdirlo, realizza la possibilità di liberare e riassegnare disponibilità che altrimenti andrebbero perdute e contribuisce ad abbattere l'odioso ed antieconomico fenomeno del drop out (cioè dei pazienti che si "dimenticano" di disdire). Tale funzionalità permette di incidere sensibilmente sulle liste d'attesa e sull'efficienza ed economicità del sistema complessivo. In ultimo, sempre in tema di organizzazione del sistema prenotazione, la D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 con la quale la Giunta Regionale ha approvato i Programmi Operativi 2013-2015, prevede la realizzazione del progetto "CUP Unico Provinciale".

La condivisione di tutte le agende di prenotazione da parte delle Aziende sanitarie che afferiscono ad aree territoriali omogenee, è condizione necessaria alla più razionale e trasparente gestione degli accessi ai servizi assicurati dal SSR. Per questo motivo, identificando nelle Province del territorio piemontese le succitate aree territoriali omogenee, è stato stabilito che le Aziende sanitarie regionali presenti sul territorio delle Province di Torino, Novara ed Alessandria si dotino, rispettivamente, di CUP unici a livello provinciale (la provincia di Cuneo già opera con tale sistema). La realizzazione di un siffatto strumento vincolerebbe le Aziende ad utilizzare un unico strumento a livello provinciale che sostituirebbe il singolo CUP aziendale, permettendo un accesso unitario alle agende di prenotazione delle aziende sanitarie afferenti.

La Regione Piemonte partecipa, inoltre, come da previsione normativa, al monitoraggio nazionale sui tempi di attesa:

- per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria e intramuraria allargata (Monitoraggio ALPI semestrale per particolari prestazioni come da PNGLA 2010-2012);
- con modalità ex ante per le prestazioni ambulatoriali individuate nel Piano nazionale di Governo delle liste d'attesa (PNGLA) 2010-2012 (monitoraggio semestrale solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D).

Anche l'attività di programmazione ed ottimizzazione delle risorse per il controllo e la riduzione delle liste d'attesa per i ricoveri ha seguito un percorso parallelo a quello che ha riguardato l'attività specialistica ambulatoriale, e che si è evidenziato in particolare con:

- monitoraggio dei tempi d'attesa per una definita tipologia di ricoveri;
- adozione di criteri uniformi per la definizione dei codici di priorità, con particolare riferimento ad alcuni interventi chirurgici con particolari criticità clinica o organizzativa;
- inserimento nel tracciato informatico delle SDO della data di prenotazione del ricovero ed identificazione dei codici di priorità;
- elaborazione di indirizzi operativi alle strutture di ricovero per la revisione periodica delle liste d'attesa con controllo della effettiva attuazione.

Nella programmazione delle attività di ricovero sono stati forniti indirizzi precisi sia alle ASR che ai produttori privati accreditati in merito alle tipologie di interventi chirurgici da privilegiare, per consentire la diminuzione delle liste d'attesa con criticità particolare.

Per quanto concerne l'aspetto dell'informazione e della comunicazione, la Regione Piemonte assicura la pubblicazione periodica sul proprio sito della capacità di risposta in termini di tempi d'attesa da parte dell'organizzazione sanitaria territoriale prevista.

A livello territoriale le Aziende sanitarie, anche in un contesto interaziendale, sono tenute al coinvolgimento degli URP aziendali in una strategia comunicativa nei confronti della popolazione (associazioni e sindacati rappresentativi delle varie categorie di utenti) per informarla, oltre che sul corretto utilizzo dei servizi sanitari, anche sull'articolazione delle liste di attesa (es. differenziate per priorità clinica, diversificate dalla "libera professione") e contestualmente per sensibilizzarla alla necessità, nonché dovere, di disdetta della prenotazione in caso di sopravvenuta impossibilità a fruire della prestazione.

In particolare viene pubblicato semestralmente nel sito web della Regione Piemonte – Assessorato alla Sanità, l'elenco delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e prime visite per le quali viene effettuato il monitoraggio, assicurate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, raggruppate per Azienda; i dati si riferiscono alla percentuale delle prestazioni di cui sopra effettuate entro determinati intervalli di tempo, sovrapponibili ai criteri di priorità U-B-D-P.

Inoltre attraverso la carta dei servizi prevista dal Decreto legge 12 maggio 1995, n. 163, convertito nella legge 11 luglio 1995, n. 273, sono garantite dalle singole Aziende sanitarie le informazioni utili ai cittadini utenti rispetto ai servizi effettuati dalle stesse Aziende per le prestazioni erogate, compresa l'articolazione delle liste di attesa.

Gli interventi sopra descritti interessano specificatamente il tema del governo delle liste d'attesa, che, però, sicuramente vanno inquadrati all'interno di una più complessiva azione di riordino organizzativo-gestionale, funzionale ad una maggiore efficienza dell'intero sistema, nel rispetto della garanzia degli interventi Lea appropriati.

A tal fine la Regione Piemonte con D.G.R. n. 15-7486 del 23 aprile 2014 ha stabilito specifici obiettivi alle ASR x un corretto utilizzo delle risorse sanitarie ed economiche nel rispetto dei LEA da conseguirsi con la realizzazione di azioni volte a

- migliorare il grado di appropriatezza prescrittiva;
- riorganizzare efficientemente i punti di erogazione;
- maggiore governo della domanda che, nel rispetto dei LEA, avvicini i consumi per abitante della Regione Piemonte agli standard nazionali (nel 2012 sono state erogate 16,42 prestazioni per abitante a fronte di uno standard nazionale di 12).

Lo standard nazionale di 12 prest/abitante, composto da 9 prestazioni di laboratorio analisi e 3 delle altre prestazioni, è stato estrapolato dai documenti tecnici di lavoro Agenas, dal confronto delle performance tra le Regioni individuate dal Ministero della Salute ai fini del benchmarking (Veneto, Emilia Romagna, Umbria) per le attività di specialistica ambulatoriale, nonché da valutazioni della letteratura in materia.

Tra gli obiettivi dati con il suddetto provvedimento particolare attenzione è stata riservata alle aree di laboratorio analisi, della diagnostica con TC e RM e della riabilitazione, sulle quali da tempo sono stati avviati specifici interventi riguardanti sia l'appropriatezza prescrittiva, sia la riorganizzazione delle reti.

Per quanto riguarda l'area di laboratorio analisi gli obiettivi prioritari interessano sia l'aspetto organizzativo-gestionale che quello dell'appropriatezza prescrittiva. Rispetto al primo punto la Regione Piemonte intende perseguire la riorganizzazione della rete dei laboratori di analisi con l'obiettivo immediato di giungere alla concentrazione dell'attività specialistica in pochi laboratori di riferimento, secondo le disposizioni di cui alla D.G.R. N. 11-5524 del 14/03/2013 e D.D. n. 506 del 27/06/2013 (Hub).

Il secondo punto riferito all'appropriatezza è rivolto ad un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in rapporto al quesito diagnostico che dovrebbe portare contemporaneamente anche ad un avvicinamento allo standard nazionale di consumo di prestazioni per abitante. Nel 2013 in Regione Piemonte è stato osservato un consumo di 11,08 prest/abitante a fronte di uno standard nazionale di 9 prest/abitante

Anche per l'area della Radiologia l'obiettivo dell'appropriatezza prescrittiva in rapporto alla quesito diagnostico/ patologia conclamata è prioritario sia per garantire equità d'accesso alla prestazioni da parte dei cittadini, sia per un corretto utilizzo delle risorse con particolare riferimento alle grandi attrezzature Tc e RM.

E' stato osservato che il consumo pro-capite di tali apparecchiature è significativamente superiore allo standard nazionale. Un esempio molto forte è rappresentato dalle prestazioni RM che in Regione Piemonte sono state nel 2013 per 100 abitanti 11,8 a fronte di un indice di consumo nazionale di max 7,5 secondo la griglia LEA.

Per l'area del Recupero e Rieducazione funzionale , a seguito di una attenta analisi dell'attuazione delle linee guida già formulate con D.G.R. N. 49-12479 del 2/11/2009 e s.m.i. che evidenzia un importante scostamento dei prescrittori dalle stesse, è emersa la necessità di intensificare le azioni per la realizzazione della piena attuazione delle predette linee guida.

In particolare, analizzando il contenuto dei Progetti riabilitativi Individuali (PRI) predisposti in corso di visita specialistica, è stato osservato che il ricorso alle prestazioni di terapia fisica è ancora molto rilevante differentemente da quanto indicato nelle linee guida per le singole disabilità.

Un primo obiettivo individuato dalla DGR 15/2014 che va in tale direzione è rappresentato dalla realizzazione di un minor ricorso alla terapia fisica in quanto non svolge una azione preventiva sul sintomo dolore e sull'evoluzione degenerativa. Pertanto il risultato atteso è costituito da Progetti riabilitativi individuali con bassissimo contenuto di prestazioni di terapia fisica.

Elenco provvedimenti regionali:

- D.G.R. n. 56-3322 del 30/07/2006
- D.G.R. n. 37-5180 del 29/01/2007
- D.G.R. n. 93-9417 dell'1/08/2008
- D.G.R. n. 35-9655 del 22.09.2008
- DGR n. 10-11303 del 27.04.2009
- D.G.R. n. 21-11511 del 3/06/2009
- D.G.R. n. 49-12479 del 2/11/ 2009
- D.G.R. n. 22-615 del 15/09/2010
- D.G.R. n. 42-941 del 3/11/2010
- D.G.R. n. 15-2091 del 24/05/2011
- D.G.R. n. 2-2481 del 29/07/2011
- D.G.R. n. 27-3628 del 28/03/2012
- D.G.R. n. 42-4752 del 15/10/2012

- **D.G.R. n. 24-5147 del 28.12.2012**
- **D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013**
- **D.G.R. n.15-7486 del 23.04.2014**
- **D.D. n. 101 del 24.04.2007**
- **DD n. 43 del 4.02.2008**
- **DD n. 375 del 10.07.2009**
- **D.D. n. 948 del 18.12.2012**
- **D.D. n. 506 del 27/06/2013**