ATTI PARLAMENTARI

XVII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **CLXVII**
n. **5**

R E L A Z I O N E

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

(Anno 2016)

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

Presentata dal Presidente della regione Piemonte

Trasmessa alla Presidenza il 19 settembre 2017

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

REGIONE PIEMONTE

"LISTE E TEMPI DI ATTESA"

ANNO 2016

Camera dei Deputati ARRIVO 19 Settembre 2017 Prot: 2017/0001374/TN

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.

Nel corso dell'anno 2016 si è naturalmente proseguito con le iniziative già intraprese e l'attuazione degli adempimenti di legge. Relativamente a tale anno si dà particolare evidenza a quanto di seguito riportato.

Con D.G.R. n. 30-3307 del 16.05.2016 sono stati assegnati gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali/Commissari delle Aziende Sanitarie regionali, finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016, con aggiornamento dei criteri e delle modalità di valutazione.

In particolare, dando seguito all'analogo provvedimento dell'anno precedente, all'obiettivo n. 2.1. è stato individuato il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio; l'obiettivo si è prefisso di misurare, attraverso indicatori trasparenti ed efficaci, la capacità di risposta tempestiva del Servizio Sanitario Regionale, nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino.

Pertanto, si è richiesto di lavorare sul miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali, attraverso l'ottimizzazione della capacità produttiva aziendale e la diminuzione, in caso di superamento dello standard regionale, del tempo medio di erogazione delle prestazioni.

L'obiettivo era composto da due sub-obiettivi: caricamento sul CPU aziendale di tutte le agende di prenotazione (pubblico/privato convenzionato); adeguamento del tempo medio di attesa (indice di

Camera dei Deputati ARRIVO 19 Settembre 2017 Prot: 2017/0001374/TN

performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità, per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale (solo produzione componente pubblica), nel rispetto del vincolo di una produzione minima (15° percentile della produzione 2015).

Ai fini del sub-obiettivo sono state prese in considerazione, in via prioritaria, per l'anno 2016 le 43 prestazioni previste dal PNGLA (visite specialistiche e diagnostica strumentale) eccetto le visite oncologiche (che, in Regione Piemonte sono monitorate nell'ambito dei percorsi di presa in carico del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta). Sono state valutate ai fini del monitoraggio tutte le prestazioni erogate (primo accesso e non) e tutte le modalità di prescrizione. L'indice di performance di erogazione delle prestazioni è stato calcolato, partendo dalla produzione per le 42 prestazioni oggetto di monitoraggio (esclusa, come sopra precisato, la visita oncologica), come totale delle giornate intercorse tra la data di prenotazione e la data di erogazione, per ogni singolo caso, sul totale delle prestazioni erogate.

E' stato, inoltre, nella medesima sede, imposto il divieto di sospensione delle agende di prenotazione, al fine di garantire al cittadino il diritto all'accesso alle prestazioni; è stato, altresì, previsto che il raggiungimento dell'obiettivo avvenisse ad invarianza delle risorse economiche già assegnate con D.G.R. n. 35-3152 del 11.04.2016.

Le verifiche sono state effettuate, oltre che dalla lettura dei flussi informatici di registrazione delle prestazioni, anche tramite verifiche a campione, attraverso il CUP, laddove presente.

Nell'anno 2016 si è posta nuova attenzione anche al tema dell'appropriatezza. Gli uffici competenti della Direzione hanno elaborato uno studio di ricognizione delle prestazioni ad oggi connotate da alto rischio di inappropriatezza; sulla base di tale studio, sono stati definiti il percorso ed i criteri per la riduzione di tali prestazioni, confluiti in un documento allegato alla D.G.R. 30 maggio 2016 n. 44-3399 "Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale erogate da soggetti accreditati esclusivamente per prestazioni ambulatoriali e/o di Day Surgery: individuazione dei criteri per la definizione dei tetti di spesa per l'anno 2016 e disposizioni in merito alle prestazioni di specialistica ambulatoriale di Ossigeno Terapia Iperbarica."

In particolare, si è sviluppata l'analisi dei fabbisogni ambulatoriali per singola ASL, nell'ottica di una revisione dell'appropriatezza delle prestazioni, in linea con i lavori già avviati nel corso del 2015 dal Tavolo Metropolitano. L'attenzione, in particolare, è stata focalizzata su alcune prestazioni a maggior rischio di inappropriatezza, tra cui quelle appartenenti ai gruppi A142b (Radiologia diagnostica RMN), A147b RRF (Terapia fisica strumentale) e A144 (Laboratorio analisi).

Come da documento denominato "Metodi e criteri generali per la ridefinizione del fabbisogno regionale di prestazioni ambulatoriali sulla base di criteri di appropriatezza", elaborato dalla direzione Sanità in collaborazione con l'IRES ed allegato alla deliberazione di cui al paragrafo precedente, l'obiettivo posto è stato quello di raggiungere un consumo pro capite più appropriato assimilabile, per valore, a quello massimo del terzo della popolazione più virtuosa. Il percorso

Camera dei Deputati ARRIVO 19 Settembre 2017 Prot: 2017/0001374/TN

metodologico seguito ha comportato anzitutto la pesatura della popolazione di ciascuna ASL rispetto al consumo di prestazioni ambulatoriali nel 2015. Per i primi due gruppi di prestazioni (RMN e RRF) si è fatto riferimento a quanto indicato dalla letteratura scientifica e nei documenti nazionali di riferimento (DM 9/12/2015) e si è proceduto come di seguito indicato:

a) si è calcolato il consumo pro capite delle prestazioni di ciascun gruppo utilizzando la popolazione pesata;

b) si sono identificate le ASL che rappresentano circa un terzo della popolazione con il minor consumo pro capite;

c) si è utilizzato il valore più alto di questo gruppo per il calcolo dell'obiettivo pro capite da raggiungere;

d) si sono identificate le ASL al di sopra di questo obiettivo con la relativa riduzione percentuale prevista;

e) si sono identificate le strutture che hanno erogato le prestazioni per queste ASL e, applicando la percentuale di riduzione, per ciascuna si è definito il valore di riduzione.

Per quanto riguarda, invece, il gruppo di prestazioni A144 (Laboratorio analisi) l'obiettivo di fondo è stato calcolato sulla media di 9 prestazioni pro capite (come da DGR 15-7486 del 23 aprile 2014). secondo il percorso di seguito indicato:

a) si è calcolato il numero di prestazioni medie regionali e la riduzione percentuale necessaria per raggiungere l'obiettivo regionale sopra indicato;

b) si è applicata la riduzione percentuale di cui sopra sul valore medio regionale per ottenere l'obiettivo regionale a valore da raggiungere;

c) per ciascuna ASL si è calcolato il valore economico di consumo pro capite;

d) si è calcolata la differenza tra il consumo pro capite effettivo di ciascun'ASL e l'obiettivo regionale e la relativa riduzione percentuale;

e) si sono identificate le strutture che, per ciascuna ASL con un consumo maggiore dell'obiettivo, hanno erogato le prestazioni per l'ASL e, a queste, applicando la percentuale di riduzione si è definito il valore di riduzione.

Relativamente al tema del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva sono state inoltre inviate numerose note di specifiche e chiarimenti sul DM 9 dicembre 2015 inerente alle "Condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale". A seguito di ciò gli Uffici competenti hanno sistematicamente fornito supporto consulenziale sia telefonico che tramite e-mail. Tale decreto è stato applicato parzialmente e con alcune criticità su tutto il territorio nazionale; criticità tali da indurre il Ministero a stabilirne una fase di applicazione sperimentale, a tempo indefinito, superata con l'approvazione del DPCM sui nuovi LEA , che "assorbe" il suddetto Decreto.

Camera dei Deputati ARRIVO 19 Settembre 2017 Prot: 2017/0001374/TN

Nell'ultimo trimestre dell'anno 2016, su indicazione dell'Assessore, si è iniziato a lavorare sulla predisposizione dell'atto normativo avente come obiettivo il Governo delle Liste d'attese (lavoro esitato poi nella pubblicazione della DGR 17-4817 del 27 marzo 2017 "Programma Regionale pr il governo dei tempi d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-2019. Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali."

Infine, alla fine del 2016 la Regione ha aderito alla Fase II del Progetto "Applicazione diffusa delle priorità cliniche alle prestazioni specialistiche ambulatoriali" (progetto RAO di Agenas).

Come rappresentato più sopra, la Regione Piemonte dà naturalmente applicazione a quanto previsto dalla normativa ed in tal senso partecipa 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 Aziende Sanitarie Regionali che agli erogatori privati accreditati, riguardo ad alcune tipologie di interventi che registravano tempi superiori a quelli attesi a livello regionale.

La Regione Piemonte partecipa, inoltre, al monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per i percorsi diagnostico terapeutici (PDT), il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012 individua le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo dei

Camera dei Deputati ARRIVO 19 Settembre 2017 Prot: 2017/0001374/TN

Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) e fissa i relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento.

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.

Camera dei Deputati ARRIVO 19 Settembre 2017 Prot: 2017/0001374/TN