

ATTI PARLAMENTARI

XV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CCI

n. 2

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 2005)

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

Presentata dalla Regione Piemonte

Trasmessa alla Presidenza il 18 settembre 2006

PAGINA BIANCA



"LISTE E TEMPI DI ATTESA"

ANNO 2005

La Regione Piemonte pone costante impegno nel monitorare il problema delle liste di attesa al fine di porre in evidenza le criticità ed attuare la finalità di contenere il più possibile i disagi o le carenze che talvolta vengono a riflettersi in modo più o meno marcato sui cittadini.

I fattori che determinano il fenomeno delle liste di attesa sono piuttosto complessi e riguardano tutte le tappe del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti e possono riferirsi alla difficoltà di erogare le prestazioni da parte delle strutture o a comportamenti non corretti nell'uso dei servizi sanitari (inappropriatezza).

Per garantire i livelli essenziali di assistenza diventa pertanto essenziale selezionare la crescente domanda di prestazioni secondo criteri di priorità clinica, attuando iniziative che aumentino il grado di appropriatezza delle prestazioni e rivolgendo l'attenzione principalmente alla qualità delle prestazioni da erogare per poter tutelare al meglio il bisogno di salute manifestato. Al paziente andrà garantito quindi l'inserimento nelle liste di attesa secondo criteri di appropriatezza, in relazione allo stato clinico presente.

A tal fine la Regione Piemonte ha avviato nel 2003 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 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 è 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 prevede 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.

Le innovazioni introdotte per razionalizzare le liste a livello clinico e organizzativo per ottimizzare le risorse disponibili sono di seguito sintetizzate:

A partire dal 1° gennaio 2004:

- Non è più permesso la chiusura delle liste di attesa.
- I registri dei ricoveri programmati andranno progressivamente informatizzati.
- Nei 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 devono garantire l'accesso diretto, senza prenotazione, per elettrocardiogramma, Rx torace e per le più usuali analisi di Laboratorio.
- E' 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 devono essere garantite entro un mese dalla prescrizione (tempi peraltro già presenti in larga massima nell'ambito regionale).
- E' 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.

Di seguito vengono riportate le suddivisioni per classi di priorità clinica previste sul territorio regionale dalla deliberazione sopracitata:

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
<i>Classe U</i> URGENTE	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 (*)
<i>Classe B</i> BREVE	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 15gg dalla richiesta (**)
<i>Classe D</i> DIFFERIBILE	Prestazione la cui esecuzione tempestiva non influenza significativamente la prognosi a breve.	Prenotazione tramite CUP o 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 (***)

Classe P PROGRAMMABILE	Prestazione la cui esecuzione non è necessario sia tempestiva.	Prenotazione tramite CUP o 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	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici e strumentali entro 180 giorni (****)
---------------------------	--	---	---

(*) Atteso quanto previsto dalla DGR N. 49-6478 del 1 luglio 2002, in riabilitazione la casistica "prestazioni urgenti" non è assolutamente significativa e pertanto non è da considerarsi applicabile.

(**) Tale classe in riabilitazione, ai sensi della DGR N. 49-6478 del 1 luglio 2002 è utilizzata nei seguenti casi:

- 1^a visita fisiatrica – entro 7 giorni – destinata a pazienti con evento traumatico o chirurgico dell'apparato locomotore recente o in caso di insorgenza di linfedema post chirurgico come primo episodio;
- prestazioni riabilitative individuate dal progetto riabilitativo e correlate alle disabilità 2 e 4 – inizio trattamento entro 10 giorni dalla prescrizione;

(***) Tale classe in riabilitazione, ai sensi della DGR N. 49-6478 del 1 luglio 2002 è utilizzata nei seguenti casi:

- 1^a visita fisiatrica – entro 30 giorni – destinata a pazienti stabilizzati o affetti da patologie degenerative;
- prestazioni riabilitative individuate dal progetto riabilitativo e correlate alle disabilità 5 e 6 – inizio trattamento entro 40 giorni dalla prescrizione;

(****) Tale classe in riabilitazione, ai sensi della DGR N. 49-6478 del 1 luglio 2002 è utilizzata nei seguenti casi:

- tutte le prestazioni riabilitative (ad eccezione della visita fisiatrica), individuate dal progetto riabilitativo correlato alla disabilità 3 – inizio trattamento massimo entro 180 giorni.

Inoltre vengono differenziate le prestazioni identificabili come "prima visita" (che sono oggetto dei codici di priorità) o "primo accertamento diagnostico" da quelle che si riferiscono alla continuità diagnostico terapeutica (viste specialistiche, prestazioni o accertamenti diagnostici successivi alla prima visita, visite di controllo, ecc.).

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.

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 problema complesso è in evidenza anche a livello nazionale attraverso sperimentazioni coordinate dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

La Giunta Regionale con DGR. 35-66 del 16 maggio 2005 avente per oggetto: "Articolo 3 bis, comma 5, decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i.. 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 2005." ha

previsto tra gli obiettivi assegnati ai Direttori generali l'impegno di adottare protocolli operativi, condivisi fra MMG e specialisti, richiedendo una sempre maggiore responsabilizzazione nel classificare secondo criteri di priorità clinica le prestazioni necessarie.

I Direttori generali possono ovviamente adottare gli strumenti previsti dalla legge finanziaria inerenti la maggiore utilizzazione delle strutture anche il sabato e oltre l'orario usuale di servizio. In effetti, in relazione alle disponibilità dei professionisti, sono state già attivate in molte strutture sanitarie adeguamenti agli orari, utili al raggiungimento di tale obiettivo.

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

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 oltre che 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), permettendo di avere un quadro quanto più dettagliato delle possibilità offerte.

Il sistema utilizzato, rileva in tutte le strutture del SSR in un determinato giorno (giorno indice) 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.

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
Ecodoppler 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)

Per tali prestazioni il valore standard indicato dalla D.G.R. n. 14-10073 del 28/7/2003 per tutte le prime visite, è pari a 30 giorni mentre per gli accertamenti diagnostici e strumentali è di 60 gg. Il tempo di attesa è rilevato in giorni effettivi (giorni di calendario), considerando anche i giorni festivi e riguarda le prestazioni di classe “3” o classe “D”, la cui esecuzione non influenza significativamente la prognosi.

Fanno eccezione i tempi relativi all'attività ambulatoriale di Recupero e Rieducazione Funzionale, dove per la prima visita RRF per pazienti post acuti si ha il valore standard pari a 7 giorni mentre per l'Inizio trattamento RRF i tempi standard sono differenziati a seconda delle classi di disabilità, come previsto dalla D.G.R.n. 49-6478 del 1 luglio 2002 avente per oggetto : “ DGR. 57-5740 del 3 aprile 2002 – linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale”.

Per le Aziende Sanitarie Locali il tempo di attesa è rilevato presso tutti i punti di erogazione aziendali, intendendo per “erogatore” ogni soggetto pubblico, equiparato o privato accreditato che eroga prestazioni per conto e a carico dell’SSN, mentre per le Aziende Sanitarie Ospedaliere il tempo di attesa è rilevato per ciascun presidio.

Per tutto il 2005 le aziende sanitarie regionali ed i Presidi Ospedalieri hanno ricevuto mensilmente i dati relativi ai tempi di attesa divisi per tipologia di prestazione di tutte le strutture erogatrici della Regione, dopo che tali dati sono stati controllati dalla Direzione scrivente.

Successivamente le aziende stesse hanno provveduto alla loro pubblicazione presso ogni centro di prenotazione per l’informazione all’utenza.

Sul sito della Regione Piemonte, nel settore SANITA’, sono già dal 2005 pubblicati mensilmente i tempi di attesa che si riferiscono al bimestre precedente la data di pubblicazione e il file relativo ai dati riguardanti le strutture erogatrici delle prestazioni stesse.

La procedura di registrazione della data di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali è attiva dal 1° gennaio 2006. Pertanto sarà possibile, 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.

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 generale per gli interventi di cataratta, dall'elaborazione retrospettiva dei dati disponibili.

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 sopracitata deliberazione prevedono che le Aziende debbano garantire il codice U entro 48 ore, il codice B entro 15 giorni e il codice D 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 U e B sono garantite in modo diffuso, mentre è per quelle di tipo D 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 D. 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.

Nel corso del 2005 sono state attivate le procedure e gli studi applicativi per la costituzione di un CUP sovraziendale per la città di Torino (D.G.R. 1-608 del 1° agosto 2005).

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.