

ATTI PARLAMENTARI

XV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CCI

n. 9

R E L A Z I O N E

**CONCERNENTE L'ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI
PREVISTI DALL'ACCORDO DEL 14 FEBBRAIO 2002 TRA
LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI
TRENTO E DI BOLZANO, IN MATERIA DI ACCESSO ALLE
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E DI
INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA**

(Aggiornata all'anno 2006)

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

Presentata dalla Regione Toscana

Trasmessa alla Presidenza l'11 giugno 2007

PAGINA BIANCA

Relazione della Regione Toscana in materia di tempi di attesa

Premessa

Struttura della relazione

L'attività ambulatoriale

L'attività di ricovero

Atti significativi della Regione Toscana

Deliberazione G.R.T. 1187 del 30/10/2000 "Percorso diagnostico-terapeutico del paziente oncologico: progetto di riduzione dei tempi di attesa"

Deliberazione G.R.T. 418 del 23/04/2000

Deliberazione G.R.T. 619 del 11/06/2001 – Sistemi di prenotazione informatizzati (CUP): determinazioni

Deliberazione G.R.T. 659 del 18/06/2001 - Manuale dei flussi D.O.C.

Deliberazione G.R.T. 1351 del 10/12/2001: modifiche ed integrazioni alla Deliberazione G.R. 418/01

Deliberazione G.R.T. n. 734 del 15/07/2002 "Approvazione del quadro di sperimentazione del progetto M.I.R. (Medici in rete)"

Deliberazione G.R.T. 1417 del 16/12/2002 – Integrazione dei sistemi di prenotazione CUP delle Aziende sanitarie: modalità e tempi di realizzazione

Deliberazione G.R.T. 649 del 30/06/2003 Linee guida per la definizione del sistema di accesso alle prestazioni di ricovero ospedaliero.

Deliberazione G.R.T. 887 del 8/09/2003 Approvazione del progetto: "Specialistica e diagnostica ambulatoriale: un progetto per una qualità sostenibile"

Deliberazione G.R.T. 45 del 26/01/2004: Monitoraggio dei tempi di attesa: modifiche ed integrazioni alla Delibera G.R.T. 418/01 e alla Delibera G.R.T. 1351/01

Deliberazione G.R.T. 88 del 24/01/2005: Approvazione schema protocollo di intesa tra Regione Toscana e Cittadinanza Toscana onlus

Deliberazione G.R.T. n. 1038 del 24/10/2005 Protocollo d'intesa tra: la Regione Toscana le Aziende sanitarie e le Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale/pediatria di libera scelta degli specialisti convenzionati interni e dei medici specialisti dipendenti.

Deliberazione G.R.T. 143 del 27/02/2006: Disposizioni in materia di erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche

Deliberazione G.R.T. 81 del 05/02/2007: Linee generali di intervento di cui al punto 2 del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006 - 2008.

Linee guida ed indirizzi diagnostico terapeutici ex P.S.R. 2002/2004

Premessa

La presente relazione si compone di due parti: una dedicata alla specialistica ambulatoriale ed una dedicata all'attività di ricovero.

La distinzione si rende necessaria in considerazione del diverso impatto che il fenomeno dei tempi di attesa genera sui due ambiti di attività. La dimensione quantitativa dei due fenomeni (milioni di prestazioni per l'ambulatoriale centinaia di migliaia di prestazioni per i ricoveri), la diversa complessità clinico sanitaria dell'attività di ricovero che richiede e presuppone di norma tempi ed istanze organizzative molto più strutturate rispetto all'ambulatoriale, il diverso modo in cui il sistema dell'offerta è in grado di influire sulla stessa formazione della domanda per le prestazioni di ricovero, sono in sintesi gli elementi che hanno portato alla distinzione nella presente relazione, ma anche alla diversificazione delle azioni intraprese per i due ambiti, pur nella unitarietà delle strategie.

Struttura della relazione

Nella prima parte vengono trattate in modo sistematico le linee strategiche seguite per realizzare gli interventi in materia di tempi di attesa sia nel settore dell'ambulatoriale che nel ricovero.

Nella seconda parte sono riportati in sintesi ed in ordine cronologico i più importanti provvedimenti assunti in materia di tempi di attesa.

L'allegato A) contiene il materiale relativo all'andamento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

L'attività ambulatoriale

Gli interventi di seguito indicati sono tutti legati da un comune obiettivo: ridefinire un nuovo rapporto tra utente, prescrittore ed erogatore della prestazione. E' infatti evidente come il problema complessivo dei tempi di attesa non possa essere inquadrato esclusivamente come una questione di puro incremento di prestazioni, obiettivo valido magari per alcuni tipi di prestazione dove il rischio di inappropriatezza è presumibilmente molto basso, ma critico se si estende in modo incondizionato a tutto il complesso delle prestazioni erogate. Il concetto di correlazione tra bisogno, prestazione e tempo di erogazione non può infatti rispondere a criteri puramente soggettivi legati alla percezione del singolo utente, ma richiede una specifica assunzione di responsabilità da parte dei professionisti coinvolti nel processo di prescrizione ed erogazione delle prestazioni.

La motivazione di fondo che ha guidato gli interventi sul problema dei tempi di attesa, è stata quindi quella di riconsiderare complessivamente l'insieme delle relazioni che legano il rapporto utente – prescrittore – erogatore al fine di:

- a) individuare quale sia la corretta sequenza delle relazioni che devono intercorrere tra utente – prescrittore – erogatore
- b) individuare gli strumenti migliori per agevolare ed arricchire di contenuti le relazioni stesse

In tal senso il primo passo è stato quello di sviluppare adeguati strumenti che da una parte consentissero da subito di garantire la trasparenza nei confronti dei cittadini, ma al contempo attivassero un processo di riorganizzazione del sistema dell'offerta per renderlo più flessibile e dinamico adeguandolo agli ulteriori interventi che si renderanno necessari.

L'attivazione e la estensione capillare dei Punti Prenotazione collegati ai centri unificati di prenotazione (i cosiddetti C.U.P.) è andata in questa direzione. Infatti i CUP sono sostanzialmente dei sistemi che possono pianificare ed ampliare il potenziale erogativo delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate; in sostanza attraverso i CUP una organizzazione esplicita il suo volume di erogazione nel corso di un determinato arco temporale; quindi una volta effettuata la pianificazione del tempo lavoro dei diversi professionisti, una azienda è in grado di valutare il suo potenziale erogativo nel tempo a venire. Inoltre, ed è l'aspetto più evidente, è in grado di rendere chiara e trasparente l'offerta disponibile verso i cittadini.

E' proprio questa diversa capacità organizzativa dei sistemi di offerta che rende possibili nuovi obiettivi. Infatti uno degli elementi emersi dal lungo dibattito che si è sviluppato in Toscana sulla questione dei tempi di attesa è stato quello relativo alla necessità di diversificare la capacità di risposta del sistema dell'offerta per renderla maggiormente aderente alla diversità dei bisogni dei cittadini.

Una linea di intervento normativo regionale è stata quella di formalizzare e perfezionare il diritto del cittadino nella soddisfazione in tempi congrui per prestazioni rilevanti dal punto di vista del bisogno percepito e del verosimile impatto sulla salute della popolazione. In tal senso le due delibere (D.G.R. 143 e 867 nel corso dell'anno 2006) sanciscono il dovere delle Aziende Sanitarie Toscane di garantire entro tempi definiti la erogazione di un significativo elenco di prestazioni cliniche e di diagnostica per immagine, pena il riconoscimento di un risarcimento economico all'utente.

E', d'altro canto, evidenza comune che agire esclusivamente sul versante della offerta è, in un sistema di relazioni costruito sulla “ prestazione “ e non sul “ percorso assistenziale “, di discutibile utilità, nel medio-lungo periodo, oltre che fortemente dispendioso.

Si sono quindi individuate alcune azioni che in modo specifico spingono le professionalità del sistema sanitario verso la riappropriazione completa del concetto di appropriatezza, che culminano nel considerare il tempo di attesa come una variabile clinico-sanitaria e non come un fatto meramente amministrativo.

Ed è in questa direzione che si sono orientate le seguenti azioni:

- a) portare ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta la possibilità di effettuare la prenotazione della prestazione direttamente dai propri ambulatori
- b) distinguere tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso
- c) consentire agli specialisti interni di effettuare direttamente la prenotazione diretta sul sistema CUP delle prestazioni necessarie per rispondere all'originario quesito diagnostico proposto dal medico di base
- d) introdurre il sistema dei codici di priorità che consenta di dare risposte diversificate come intensità temporale ai diversi bisogni degli utenti

Se si devono sintetizzare i due elementi che caratterizzano in modo essenziale la linea strategica di intervento della Toscana si può dire che da una parte si è sviluppata la capacità del sistema di organizzare l'offerta, dall'altra si è spinto il sistema stesso a riflettere sulla necessità di declinare questa nuova capacità organizzativa nell'ambito del concetto fondamentale dell'appropriatezza, che è il criterio primario di guida dei comportamenti organizzativi e professionali del sistema. In sostanza non si può adeguatamente affrontare la ricerca dell'appropriatezza senza adeguata organizzazione, cioè senza fornire ai soggetti coinvolti (utenti, prescrittori, erogatori) idonei strumenti di verifica e misurazione dei propri comportamenti.

Ad esempio è proprio attraverso la conoscenza dell'andamento del fenomeno dei tempi di attesa che è stato possibile verificare la diversa intensità della distribuzione dei tempi di attesa. Infatti la semplice constatazione che il sistema toscano di fronte al generico ed incondizionato obiettivo di garantire prestazioni entro 30 giorni di attesa, ha generato risposte estremamente diversificate: certo anche superiori a 30 giorni, ma in misura consistente anche entro tempi di attesa notevolmente inferiori ai 30 giorni massimi. In sostanza una quota relevantissima di risposta che genera un tempo di attesa molto inferiore all'obiettivo pur ambizioso dei 30 giorni. Orbene è chiaro come oggi questo enorme potenziale sia dislocato in modo del tutto casuale e non associato ad un effettivo bisogno dell'utente con il rischio, ma si può dire la sicurezza, di dare risposte inappropriate: come ritardo nella risposta, ma anche come eccesso della risposta. In tal senso il sistema di monitoraggio attuato ha permesso di acquisire ulteriori ed essenziali informazioni per innescare i successivi interventi sul sistema osservando e quantificando i fenomeni complessi che sottostanno al problema dei tempi di attesa.

Da questo spunto è sostanzialmente partito la sperimentazione dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali secondo criteri di priorità avviata dal 2003 sull'intero territorio aziendale della AUSL 11 di Empoli ed attualmente in fase di applicazione routinaria su un consistente numero di prestazioni cliniche, strumentali e di diagnostica per immagini.

Il sistema strutturato da' concreta attuazione al sistema delle priorità di accesso, delineato dall'accordo quadro definito dalla conferenza stato regioni e sostenuto dalla D.G.R. 887/03, mediante la individuazione di classi di priorità differenziate in ragione del diverso grado di bisogno che presenta il caso relativo all'utente. Tutto il progetto si basa sulla contrattualizzazione tra mediatori della domanda (medici prescrittori) e sistema dell'offerta, attraverso la definizione di volumi per singola prestazione che saranno garantiti entro determinati intervalli temporali. In sostanza sono state definite per ciascuna singola prestazione (nell'ambito di un catalogo di prestazioni critiche), quote percentuali che dovranno essere erogate nelle varie classi individuate, quote che non sono state considerate fisse ed immodificabili, ma variabili nell'ambito di una verifica continua base per una ulteriore contrattazione tra prescrittori e sistema dell'offerta. Il ri-

equilibrio del sistema si basa, quindi, sulla capacità di misurare e monitorare costantemente il grado di rispetto da parte dei contraenti rispetto alle quote definite.

E' necessario sottolineare come il concetto di prescrittore non si riferisce esclusivamente ai medici di medicina generale o ai pediatri di libera scelta, ma si estende a tutto il personale che è legittimato a richiedere la erogazione di prestazioni.

Un altro elemento critico affrontato è stato quello della relazione tra il sistema della domanda ed il sistema dell'offerta, proponendo un processo di comunicazione strutturato, ora poco presente, tra clinica e diagnostica, che espliciti l'utilità del test diagnostico per i successivi interventi clinico-terapeutici.

Se non è automatica la associazione "grandi volumi di prestazioni erogate ... grande inappropriata attesa" è verosimile che un progetto che induca una maggiore "auto-riflessione" nel prescrittore ed una maggiore attinenza a "linee guida" o "protocolli diagnostico-terapeutici" concordati possa risultare in una maggiore efficacia-efficienza del sistema di offerta, liberando inoltre risorse per indagini diagnostiche che possono essere collegate a più intensi e "urgenti" bisogni assistenziali.

Il primo passo la costituzione presso la Direzione Generale Diritto alla Salute di un Tavolo di confronto con le Organizzazioni Sindacali Mediche convenzionate e dipendenti, con la finalità di costruire un ponte capace di condurci verso le nuove sfide di un mutato contesto di salute, epidemiologico, culturale, sociale. Il primo risultato, un Protocollo d'intesa, formalmente accolto con DGR n.1038 / 2005 che prevede "... al fine della appropriatezza della prestazione da eseguire, il medico prescrittore deve, oltre assicurare il rispetto dei requisiti essenziali di chiarezza e completezza, redigere la prescrizione riportando sempre la motivazione clinica e il quesito diagnostico che giustificano la prestazione richiesta, prevedendo la possibilità di completare la prescrizione con i dati anamnestici se importanti".

In base a questa premessa è in fase di formalizzazione di un progetto sperimentale che prevede un modello comunicativo tra prescrittore ed erogatore basato sulla costruzione e condivisione di una scheda per la prescrizione guidata e la stesura di un algoritmo ragionato e sintetico relativo alle decisioni clinico-diagnostiche basato sul consenso di esperti e prescrittori. A tale scopo è stato ipotizzato di costruire una scheda da allegare alla richiesta di prestazione sul ricettario SSN, scheda che, da una lato fosse strumento di migliore comunicazione tra richiedente e professionista erogatore (contenesse cioè spazi per l'informazione sintetica sulle condizioni cliniche del paziente e sul quesito diagnostico), dall'altro potesse indurre un processo di "riflessione" sulla opportunità e tipologia di esami in base a sintetiche indicazioni universalmente accettate e consolidate, una sorta di "audit" ex ante, costruito sulle variabili significativamente interessate da appropriatezza ed inappropriata prescrizione.

Il progetto riguarderà prestazioni di diagnostica per immagini che presentano elementi di significativa criticità, sia relativamente ai volumi erogati che ai tempi di attesa evidenziati nel monitoraggio regionale.

L'attività di ricovero

Dalla metà del 2001, è stata impartita la prescrizione alle strutture di ricovero di inserire la data di contatto dell'utente in modo da poter sistematicamente misurare il tempo di attesa per le prestazioni di ricovero. La risposta, nei primi anni di applicazione, non è stata particolarmente significativa. Infatti, pur in presenza di una sufficiente rilevazione da parte del sistema, i valori emersi dalle analisi hanno evidenziato come il sistema non fosse organizzato per gestire in modo strutturato tale processo e quindi, come logica conseguenza, non era organizzato per gestire il sistema di accesso alle prestazioni di ricovero in modo organico, integrato ed omogeneo. Del pari a quanto effettuato per le prestazioni ambulatoriali, si è quindi attivato uno specifico progetto per regolamentare il sistema di accesso alle prestazioni di ricovero, non solo prevedendo la realizzazione di adeguati

strumenti di trasparenza nei confronti dell'utente, ma enfatizzando proprio la necessità di interventi volti a rimodulare in modo specifico la complessiva organizzazione dei ricoveri. In particolare il progetto realizzato mette una assoluta enfasi sulle prestazioni di ricovero chirurgiche ritenendo che la maggiore criticità del sistema si generi proprio per questa particolare tipologia di attività.

La sostanziale diversità tra prestazione ambulatoriale e ricovero ha spinto a definire un progetto che sebbene simile a quello ambulatoriale, prevede modalità ed interventi del tutto peculiari.

Il primo aspetto è determinato dal fatto che a differenza delle prestazioni ambulatoriali, la prescrizione da parte del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta non costituisce un "obbligo" da parte del sistema ad erogare la prestazione (ricovero) richiesta, ma equivale ad una "proposta", come tale il professionista ospedaliero a cui l'utente si presenta non è tenuto a ricoverare, ma a verificare la necessità del ricovero.

Il secondo aspetto si identifica con la necessità di organizzare in modo adeguato l'uso delle sale operatorie (il progetto sui ricoveri si orienta in modo specifico sulle prestazioni chirurgiche). E' infatti necessario una gestione della sale operatorie organica e strutturata in modo da garantire al professionista ospedaliero certezza sulla disponibilità di questa risorsa per la programmazione del proprio lavoro.

Il terzo aspetto è relativo alla necessità di attivare un contatto stretto tra l'utente inserito nella lista di attesa per monitorare lo stato della sua patologia. In tal senso qui si riscontra uno degli elementi di differenziazione tra la lista di attesa dell'ambulatoriale e quella dei ricoveri. In questa ultima infatti la collocazione degli utenti avviene in relazione allo stato ed alla evoluzione del loro problema.

Già con delibera GR 649 del 30/6/2003 della Regione Toscana ha attivato la fase iniziale di un processo complessivo di revisione dei modelli di accesso alla prestazione di ricovero. Con quel provvedimento sono stati forniti le prime linee di intervento alle strutture di ricovero per l'avvio di una fase di analisi e implementazione delle precondizioni necessarie per costituire la base di partenza del successivo processo.

Con la deliberazione G.R.T. 81 del 05/02/2007: Linee generali di intervento di cui al punto 2 del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006 – 2008 si approfondiscono i modelli ed i processi informatizzati della gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri, fissando impegni e scadenze temporali nel triennio, e specificamente:

- a) completamento dei processi per la individuazione del catalogo delle prestazioni di ricovero. Si intende come catalogo la definizione della modalità ottimale attraverso la quale presentare la richiesta da parte del medico proponente il ricovero e per il successivo inserimento nella agenda di ricovero.
- b) regolamentazione della gestione della fase di richiesta di valutazione da parte dello specialista ospedaliero a fronte della proposta di ricovero avanzata da altro medico attraverso un sistema di prenotazione.
- c) definizione dei criteri di costruzione e manutenzione delle agende informatizzate, al fine della loro omogeneità sul territorio regionale
- d) attivazione della necessaria revisione dei modelli di organizzazione e gestione delle risorse necessarie per l'erogazione della prestazione di ricovero, anche nell'ottica di correlare tali risorse con la disponibilità presente nelle agende di prenotazione.

Di seguito si evidenziano gli elementi maggiormente significativi contenuti nei provvedimenti deliberativi assunti dalla regione in materia di liste di attesa.

Atti significativi della Regione Toscana

Deliberazione G.R.T. 1187 del 30/10/2000 “Percorso diagnostico-terapeutico del paziente oncologico: progetto di riduzione dei tempi di attesa”.

Con questo provvedimento sono state impartite prescrizioni alle aziende sanitarie con le quali sono stati date alle aziende sanitarie diverse indicazioni tra le quali anche i riferimenti per i tempi di attesa per pazienti affetti da patologie oncologiche. La delibera è stata successivamente completata con ulteriore deliberazione G.R.T. **1004 del 10-09-2001** “Percorso di accesso al centro oncologico di riferimento dipartimentale (CORD)”, relativa alle modalità di presa in carico del paziente a garanzia della massima efficacia e d efficienza del percorso diagnostico-terapeutico.

Deliberazione G.R.T. 418 del 23/04/2001

La delibera attiva il sistema di monitoraggio sui tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Il sistema presenta caratteristiche del tutto peculiari:

- analitico, su tutte le prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario regionale;
- è un sistema che rileva il tempo effettivo di attesa al momento della prenotazione, come differenza tra “data prenotata” e “data di contatto”

Le Aziende sanitarie registrano tutte le date di contatto del mese oggetto del monitoraggio e le trasmettono entro il 15 del mese successivo.

I dati sono assoggettati ad una specifica procedura di controllo che esamina ogni singolo campo del tracciato per verificare la sua correttezza. Il risultato della procedura di controllo è la creazione di due archivi:

- il non consolidato, che contiene tutti i record trasmessi, corretti ed errati
- il consolidato, che contiene soltanto i record corretti: la reportistica viene prodotta sulla base dei dati corretti

La reportistica è per il momento messa a disposizione delle sole aziende sanitarie in modo da consentire una valutazione comparativa (benchmarking) tra i diversi produttori.

Le Aziende sanitarie sono tenute a trasmettere mensilmente una nota in cui indicano, per il mese a cui si riferiscono i dati trasmessi, la percentuale delle prestazioni che vengono prenotate tramite CUP (copertura CUP rispetto alle prestazioni prenotabili) rispetto a quelle che complessivamente dovrebbero essere prenotate tramite i sistemi CUP.

La realizzazione di un tale sistema di monitoraggio si basa sulla completa attivazione dei sistemi CUP. Infatti le caratteristiche del monitoraggio sono tali che solo la presenza di un sistema informatico come il sistema CUP, consente una adeguata alimentazione del data base regionale che contiene i dati relativi agli andamenti dei tempi di attesa.

Pertanto la costituzione dei sistemi CUP ed in particolare la definizione del concetto di agenda di prenotazione danno concreta realizzazione al registro delle prestazioni ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio previsto dall’art. 3 comma 8 della L. 724/94

Deliberazione G.R.T. 619 del 11/06/2001 – Sistemi di prenotazione informatizzati (CUP): determinazioni.

L’atto definisce alcuni obiettivi che le Aziende sono tenute a raggiungere entro termini stabiliti, tra cui l’inserimento delle agende informatizzate nei sistemi di prenotazione CUP, richiamando gli operatori alla pianificazione della propria attività, relativamente alle prestazioni ambulatoriali, mediante l’inserimento delle proprie agende nel CUP. Vengono individuate le informazioni minime che devono necessariamente essere fornite all’utente, e definito che

“La regolamentazione in materia di gestione liste di attesa, l’adempimento delle direttive impartite dalla Regione Toscana ed il raggiungimento degli obiettivi fissati costituiscono obiettivi rilevanti ai fini della valutazione dell’attività dei Direttori generali, prevista all’art. 3-bis del D.lgs. 19.6.99 n. 229, nonché per l’erogazione degli incentivi economici”.

Deliberazione G.R.T. 659 del 18/06/2001 - Manuale dei flussi D.O.C.

Al fine di monitorare i tempi di attesa per i ricoveri, è stata inserita, da giugno 2001, la rilevazione della “data di contatto” nel flusso relativo ai ricoveri erogati in Toscana.

Deliberazione G.R.T. 1351 del 10/12/2001: modifiche ed integrazioni alla Deliberazione G.R. 418/01

Introduzione della rilevazione del tipo di contatto. Sono previste le due seguenti tipologie:

- primo contatto (presa in carico dell’utente per quel particolare quesito diagnostico)
- contatto successivo al primo (ulteriori prestazioni conseguenti alla presa in carico dell’utente: es. visite di controllo, ecografie in gravidanza, cicli di riabilitazione)

La distinzione si pone essenziale per differenziare le prestazioni che rappresentano il primo accesso del paziente per quello specifico problema al sistema da quelle che invece sono una conseguenza della prima prestazione. Si pensi al caso della visita cardiologica richiesta dal medico di medicina generale; questa prestazione si qualifica come prestazione di primo accesso. Nel caso in cui il cardiologo per rispondere al quesito diagnostico del medico di medicina generale abbia bisogno di ulteriori elementi di valutazione ad esempio di una prestazione di ecocolordoppler, bene questa seconda prestazione si qualifica come prestazione di secondo accesso. La distinzione acquista particolare significato se si considera che una delle indicazioni impartite alle aziende sanitarie è stata quella di far prescrivere direttamente dallo specialista (nel caso sopra indicato il cardiologo) la seconda prestazione, evitando impropri ritorni verso il medico di medicina generale. Il quadro si completa se poi la prescrizione si fonde in un unico atto dello specialista che si concretizza nella prenotazione diretta della prestazione richiesta.

Deliberazione G.R.T. n. 734 del 15/07/2002 “Approvazione del quadro di sperimentazione del progetto M.I.R. (Medici in rete)”,

Il progetto è volto a rispondere alla necessità dell’integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i servizi sanitari presenti nel sistema aziendale pubblico e privato accreditato operante sul territorio regionale. Il punto centrale di tale iniziativa è rappresentato dalla costituzione di un sistema di relazioni adeguate mediante l’interconnessione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con il sistema informativo sanitario regionale. L’obiettivo del progetto è lo sviluppo ed il mantenimento del processo di informatizzazione dei medici suddetti e la loro messa in rete, che li porti a disporre di un sistema comprendente una serie di servizi telematici, tra i quali come obiettivo specifico viene individuato il sistema di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali; tra gli ulteriori servizi sono previsti anche il ritorno del referto e la comunicazione delle informazioni relative al ricovero di un proprio assistito.

Deliberazione G.R.T. 1417 del 16/12/2002 – Integrazione dei sistemi di prenotazione CUP delle Aziende sanitarie: modalità e tempi di realizzazione

Ad oggi tutte le Aziende sanitarie sono dotate di un proprio sistema CUP che copre tutto il territorio aziendale. In alcune realtà il sistema di prenotazione include anche le prestazioni delle strutture private accreditate. E’ in corso di completamento la prima fase di integrazione dei sistemi di prenotazione tra Azienda ospedaliera ed Azienda USL ubicate nello stesso territorio ed è previsto che entro il 31.12.2003 siano integrati i sistemi di prenotazione di tutte le Aziende sanitarie appartenenti alla stessa Area Vasta.

Deliberazione G.R.T. 649 del 30/06/2003 Linee guida per la definizione del sistema di accesso alle prestazioni di ricovero ospedaliero.

Sono state approvate le linee guida per la definizione del sistema di accesso alle prestazioni di ricovero, Deliberazione Giunta Regionale Toscana n. 649 del 30.06.2003, indicando che lo stesso dovrebbe consentire :

il massimo grado di accessibilità al sistema distributivo (semplificazione delle procedure e dei sistemi di informazione, trasparenza, conoscenza della disponibilità della prestazione di ricovero in ogni punto di accesso alla rete ospedaliera di Area vasta) Ottimizzazione sistemi di accesso.

il massimo grado di fruibilità delle prestazioni (utilizzo di un sistema in grado di monitorare chi fa che cosa e dove, le liste di attesa..). Ottimizzazione sistema distributivo. Garanzia di equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato.

il massimo grado di produttività del sistema di offerta di prestazioni ospedaliere (indice di saturazione della offerta, per la scarsa qualità collegata a fenomeni di sovra o sotto/saturazione , valutazione delle potenzialità del sistema). Ottimizzazione sistema produttivo. Efficienza ed efficacia allocativa.

Vengono quindi definite le modalità operative per l'attuazione nelle Aziende sanitarie di tale sistema.

Deliberazione G.R.T. 887 del 8/09/2003 Approvazione del progetto: "Specialistica e diagnostica ambulatoriale: un progetto per una qualità sostenibile".

La delibera approva un progetto che è stato sviluppato da parte di un gruppo tecnico composto da rappresentanti delle Aziende sanitarie toscane e del Dipartimento del Diritto alla Salute. Il documento, dopo aver riscontrato parere favorevole da parte del Consiglio Sanitario Regionale, a seguito della valutazione da parte del relativo Ufficio di Presidenza, del gruppo di esperti dallo stesso UDP nominato, e dall'assemblea plenaria, ed essere stato valutato dalle Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, è stato approvato con la deliberazione sopra indicata. Il progetto prevede la definizione di classi di priorità definite da ciascuna azienda sanitaria in collaborazione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta e la attivazione di adeguati sistemi di verifica e monitoraggio per valutare il grado di rispondenza da parte dei contraenti agli impegni assunti.

Deliberazione G.R.T. 45 del 26/01/2004: Monitoraggio dei tempi di attesa: modifiche ed integrazioni alla Delibera G.R.T. 418/01 e alla Delibera G.R.T. 1351/01

Introduzione della rilevazione delle informazioni relative alla eventuale scelta dell'utente rispetto alla prenotazione della prestazione. In particolare viene rilevato:

- **tempo di attesa relativo**, calcolato in giorni e ottenuto dalla differenza tra la "data di contatto " (cioè la data in cui l'utente contatta il sistema di prenotazione per prenotare la prestazione di cui necessita) e la "data di 1^a disponibilità" (cioè la data che il sistema di prenotazione propone all'utente per l'erogazione della prestazione richiesta)
- **struttura di erogazione sulla quale si è verificata la 1^a disponibilità**, cioè il presidio sul quale il sistema di prenotazione propone la prenotazione; tale informazione è importante anche perché la 1^a disponibilità può verificarsi su un presidio che non appartiene alla Azienda sanitaria presso cui l'utente ha richiesto la prenotazione, in particolare in presenza di CUP integrati. Ad esempio, nell'area metropolitana di Firenze il sistema di prenotazione vede l'offerta delle tre Aziende sanitarie presenti sul territorio (A.O. Careggi, A.O. Meyer e USL 10, invi incluse le strutture private accreditate), in quanto si ritiene corretto che la prestazione debba essere garantita nell'ambito territoriale di riferimento (oggi la zona socio sanitaria) non necessariamente da ciascuna delle Aziende sanitarie presenti sul territorio, ma dall'offerta contrattata tra le stesse Aziende.
- **Scelta dell'utente**, tale informazione è di fondamentale importanza in particolare quando, nel momento di contatto dell'utente con un punto di prenotazione, viene offerta dal sistema una data

prenotazione su una data diversa, che potrebbe superare il tempo massimo previsto per l'erogazione della prestazione.

Questa informazione assume un rilievo ancora maggiore in fase di accesso alle prestazioni in base a prioritizzazione del bisogno.

Deliberazione G.R.T. 88 del 24/01/2005: Approvazione schema protocollo di intesa tra Regione Toscana e Cittadinanza Toscana onlus, per la realizzazione di un rapporto di collaborazione finalizzato al governo dei tempi di attesa per le visite specialistiche ambulatoriali, con la quale delibera si costituisce, tra gli altri impegni presi, un tavolo di lavoro permanente con la partecipazione dell'Assessorato al Diritto alla Salute, di Cittadinanzattiva toscana e di rappresentanti delle Aziende sanitarie, per una valutazione congiunta dei dati rilevati, dei risultati conseguiti e delle iniziative da intraprendere.

Deliberazione G.R.T. n. 1038 del 24/10/2005 Protocollo d'intesa tra: la Regione Toscana le Aziende sanitarie e le Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale/pediatria di libera scelta degli specialisti convenzionati interni e dei medici specialisti dipendenti.

Deliberazione G.R.T.143 del 27/02/2006: Disposizioni in materia di erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche, con la quale si sancisce il diritto dell'utente di effettuare entro il tempo massimo di quindici giorni una delle visite specialistiche, visita cardiologica, ginecologica, oculistica, neurologica, dermatologica, ortopedica e otorinolaringoiatria, previste nel Progetto speciale di interesse regionale "Visite specialistiche: un obiettivo di qualità", ovvero il riconoscimento, da parte dell'Azienda Sanitaria di residenza, del diritto a un risarcimento economico, fissato in 25 euro, ove il suddetto termine non sia rispettato.

Con la **Deliberazione G.R.T. 867 del 20/11/2006: Indirizzi alle Aziende sanitarie in materia di erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche strumentali**, tale impegno viene esteso ad un significativo numero di prestazioni di diagnostica per immagine.

Deliberazione G.R.T. 81 del 05/02/2007: Linee generali di intervento di cui al punto 2 del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006 - 2008. Il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, come sancito dal documento di intesa tra il Governo e le Regioni del 28/3/2006, ha individuato un elenco di prestazioni indice per le quali individuare i tempi massimi di erogazione ed una serie di prestazioni per le quali sarà attivata una azione di solo monitoraggio. La regione Toscana, ha determinato i tempi massimi di attesa sul proprio territorio relativamente alle prestazioni Ambulatoriali e di Ricovero Ospedaliero ed ha esplicitato, recependo quanto previsto dal predetto documento d'Intesa Stato-Regioni, le linee di indirizzo, di programmazione e di impegni per le Aziende Sanitarie e Ospedaliere-Universitarie su:

1. Governo della domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSN, anche attraverso criteri di priorità nell'accesso.
2. Razionalizzazione dell'offerta, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali del territorio (bisogno) sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività sociosanitarie.
3. Gestione razionale del sistema degli accessi, tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP),
4. Velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami e differenziare il ruolo degli ospedali e del territorio.
5. Utilizzazione e regolamentazione delle opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione.

6. Lo sviluppo del sistema di prenotazione e gestione delle agende dei ricoveri programmati

Linee guida ed indirizzi diagnostico terapeutici ex P.S.R. 2002/2004

Il Consiglio Sanitario Regionale ha già esaminato con esito favorevole i seguenti documenti, predisposti da altrettanti gruppi di lavoro di esperti, in attuazione delle previsioni del Piano Sanitario Regionale 2002/2004:

LG ictus
LG Insufficienza respiratoria
LG Ipertensione
LG Scompenso cardiaco
DT Prevenzione tumori
IDT Ulcere da pressione
IDT Back pain
IDT Percorsi di riabilitazione
IDT Gestione menopausa
IDT Follow up tumori
LG Epilessia
LG Emorragie digestive

E' stato attivato un percorso di riflessione complessiva sui documenti suddetti da parte di tutti gli operatori sanitari toscani, mediante distribuzione del materiale documentale, con possibilità per gli stessi di fornire le eventuali osservazioni rispetto a ciascuna linea guida e indirizzo diagnostico terapeutico.

La realizzazione del sistema delle linee guida consentirà di aumentare il livello di sensibilizzazione degli operatori ad un uso delle risorse fortemente qualitativo.

Allegato A**I tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali**

In Regione Toscana è presente un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali che vede impegnate le Aziende sanitarie, entro il 15° giorno di ogni mese, alla trasmissione dei dati riferiti alle prenotazioni effettuate nel mese immediatamente precedente. Tutti i dati del sistema di monitoraggio sono generati dai sistemi informatizzati che gestiscono le attività di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali (Centri Unificati di Prenotazione - CUP). Ciascuna Azienda sanitaria toscana è dotata di un proprio CUP aziendale, nel quale, a livello di Azienda unità sanitaria locale, sono inglobate anche le attività rese dalle strutture private accreditate presenti sul territorio, anche se ad oggi in maniera diversificata tra le varie Aziende. Nelle tre realtà urbane di Firenze, Pisa e Siena, nelle quali sono presenti sia Aziende uu.ss.ll. che Aziende ospedaliere, la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali può essere effettuata da qualunque punto di prenotazione sia presso i presidi dell'Azienda u.s.l. che presso i presidi dell'Azienda ospedaliera, anche in questo caso con alcune diversificazioni tra una realtà e l'altra. E' inoltre iniziata l'operatività del sistema di integrazione tra i CUP delle aziende ricomprese nelle tre aree vaste.

Le analisi che seguono sono originate dal sistema di monitoraggio regionale e non prendono in considerazione le prestazioni di laboratorio analisi, che in Regione Toscana vengono erogate senza necessità di prenotazione e, pertanto con accesso diretto da parte dell'utente il quale, dietro presentazione di prescrizione, trova immediatamente soddisfatta l'erogazione della fase di prelievo o di consegna del campione.

Nella successiva Tabella 1 è indicata la distribuzione per classi di tempo di attesa rilevate dal sistema di monitoraggio negli anni 2004-2006.

Tabella 1

	2004	2005	2006
0-10	45,53 %	49,70 %	53,01 %
11-20	14,11 %	13,09 %	12,11 %
21-30	11,56 %	10,53 %	8,47 %
31-60	16,26 %	14,31 %	12,98 %
oltre 60 gg	12,53 %	12,36 %	13,43 %
totale	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Nel 2006 oltre l'86% delle prestazioni vengono garantite entro i 60 giorni di attesa; di particolare rilievo risulta la quota di prestazioni che vengono garantite entro i 10 giorni di attesa (il 53%) sintomatico di un comportamento complessivo del sistema che tende ad accentuare l'attenzione verso l'esigenza di rapidità della risposta in correlazione alla intensità del bisogno del cittadino: si passa dal 45% del 2004 di prestazioni garantite entro 10 giorni al 53% del 2006. Peraltro in questa analisi sono comprese in maniera indistinta sia le prestazioni che costituiscono un primo accesso sia quelle che costituiscono accessi successivi al primo. Il primo accesso è riferito alla prestazione con la quale l'utente entra per la prima volta in contatto con il servizio sanitario per un particolare quesito diagnostico, mentre il secondo accesso è riferito ad ulteriori prestazioni proposte dallo specialista che ha erogato la prestazione di primo accesso e che ha già provveduto ad effettuare un inquadramento clinico del paziente; in quest'ultima fattispecie rientrano ad esempio le prestazioni di controllo che tendono ad incrementare la percentuale delle prestazioni erogate oltre i 60 giorni.

Le prestazioni di diagnostica strumentale

Nella seguente tabella 2 sono riportati i dati relativi alle prestazioni di diagnostica ambulatoriale aggregate per classi omogenee relative all'anno 2006:

		2006		2006		
		entro 60 gg	%	oltre 60 gg	%	Totale
Cardiologia	Cardiologia Diagnostica Immagini	122.890	83,2%	24.798	16,8%	147.688
Cardiologia	Cardiologia Strumentale	395.390	88,8%	49.890	11,2%	445.280
Ecografia	Ecografia internistica	392.211	83,1%	79.705	16,9%	471.916
Ecografia	Ecografia ostetrico-ginecologica	120.064	89,6%	13.878	10,4%	133.942
Endoscopia	Endoscopia Digestiva	89.586	84,0%	17.027	16,0%	106.613
Endoscopia	Endoscopia respiratoria	6.395	92,2%	544	7,8%	6.939
Endoscopia	Endoscopia urogenitale	33.373	86,5%	5.205	13,5%	38.578
Generale	Altre Procedure	62.663	96,3%	2.386	3,7%	65.049
Oculistica	Diagnostica Oculare	105.316	75,7%	33.717	24,3%	139.033
Otorinolaringoiatria	Diagnostica ORL	82.339	81,3%	18.924	18,7%	101.263
RMN	RMN con contrasto	11.685	64,7%	6.389	35,3%	18.074
RMN	RMN senza contrasto	76.947	71,7%	30.329	28,3%	107.276
Rx Tradizionale	Rx con mezzo di contrasto	24.045	97,1%	725	2,9%	24.770
Rx Tradizionale	Rx scheletro e diretta d'organo	710.723	98,8%	8.833	1,2%	719.556
Rx Tradizionale	Rx Stratigrafie	782	97,6%	19	2,4%	801
Scintigrafie	Altre Scintigrafie	13.402	96,7%	462	3,3%	13.864
Scintigrafie	Scintigrafia apparato digerente, fegato, rene, polmoni, ghiandole	2.001	99,5%	11	0,5%	2.012
Scintigrafie	Scintigrafia cardiaca	2.979	88,9%	372	11,1%	3.351
Scintigrafie	Scintigrafia ghiandole endocrine	1.324	99,8%	3	0,2%	1.327
TC	TC con contrasto	45.664	87,4%	6.577	12,6%	52.241
TC	TC senza contrasto	78.838	93,7%	5.264	6,3%	84.102
	Totale	2.378.617	88,6%	305.058	11,4%	2.683.675

Se si escludono le prestazioni di RM, in particolare quelle con contrasto, che presentano elementi di criticità, gli altri risultano molto positivi, con percentuali di soddisfazione entro i 60 giorni di norma superiori all'80% ed in diversi aggregati oltre il 90%. Peraltro per tutto il settore della diagnostica per immagini è stata attivata una specifica iniziativa regionale analoga a quella effettuata per 7 viste specialistiche che ha determinato effetti molto positivi e che porterà anche tutta la diagnostica ad un miglioramento consistente.

Le visite specialistiche

Con delibera della Giunta Regionale n. 143 del 27/2/2006 è stato attivato uno specifico intervento per il contenimento dei tempi di attesa relativo alle visite specialistiche. L'azione in sostanza mira a ridurre drasticamente i tempi di attesa per le seguenti visite:

neurologica
ginecologica
cardiologia
dermatologica
ortopedica
otorinolaringoiatria
esame dell'occhio

Queste prestazioni sono state scelte dato che da sole rappresentano oltre il 60% delle visite specialistiche erogate in un anno in Regione Toscana.

L'esito dell'intervento viene illustrato nella tabella 3: evidente l'assoluto miglioramento dei tempi di attesa registrato a livello regionale su queste prestazioni specialistiche dove la percentuale di soddisfazione viene valutata non sul tempo massimo di 30 giorni previsti dall'accordo stato regioni, ma addirittura entro i 15 giorni.

Tabella 3¹

			2005	2006
			% di prima disponibilità entro 15 giorni	% di prima disponibilità entro 15 giorni
89.13	visita neurologica	visita neurologica	64,11 %	87,05 %
89.26	visita ginecologica	visita ginecologica	89,05 %	98,45 %
89.7	visita generale	Cardiologia	72,27 %	88,40 %
89.7	visita generale	Dermatologia	74,62 %	93,33 %
89.7	visita generale	Ortopedia e traumatologia	70,20 %	98,80 %
89.7	visita generale	Otorinolaringoiatria	86,07 %	97,18 %
95.02	esame complessivo dell'occhio	esame complessivo dell'occhio	70,98 %	96,98 %
totale			74,83 %	95,02 %

Si passa da un valore totale regionale nel 2005 del 74,83% di prenotazioni per le quali è stata offerta una prima disponibilità entro 15 giorni ad una percentuale del 95% del 2006. Peraltro va evidenziato come presso diverse aziende i valori di soddisfazione entro 15 giorni per le prestazioni indicate sono prossimi al 100%.

Va sottolineato come la modalità di rilevazione adottata in Toscana rende estremamente sensibile il sistema di valutazione dei tempi di attesa. Tale sensibilità risente ad esempio della difficoltà da parte delle aziende sanitarie di diversificare in modo sistematico sui volumi generati, la distinzione tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso (diversificazione che ovviamente deve avvenire in modo specifico per ogni singola prestazione). Al contrario nei sistemi che si basano su una rilevazione campionaria (come ad esempio il modello di rilevazione adottata dall'Agenzia dei servizi sanitari nazionale che si basa su una rilevazione a giorno indice) la possibilità di effettuare rilevazioni specializzate, consente di selezionare la tipologia di prestazioni e quindi di escludere le prestazioni di secondo accesso. Del resto il limite di sistemi come quello adottato a livello nazionale (non basati su estrazioni massicce di dati dai sistemi informatici) è determinato dalla impossibilità di rendere oggettiva la misurazione e quindi tendono ad utilizzare sistemi di rilevazione fortemente legati alle valutazioni soggettive degli stessi soggetti misurati. In tal senso la rilevazione adottata in Toscana può generare valori meno positivi di quelli rilevati presso altre realtà regionali, ma sicuramente questa rilevazione si basa su un sistema di misura molto più oggettivo e meno influenzabile.

¹ Il valore è riferito al secondo semestre dei rispettivi anni dato che il provvedimento regionale rendeva operativo l'obiettivo a far data dal giugno 2006; i dati sono relativi alle aziende che rilevano la data di prima disponibilità che è quella che serve per valutare la capacità di risposta del sistema a prescindere dalla scelta effettuata dall'utente di una data diversa.

I tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmati

Tipologie di regime previste per la funzione di ricovero ospedaliero:

1. Regime di urgenza.
2. Regime con priorità.
3. Regime programmato : Ordinario
 Day-Hospital
 Day-Surgery

Per regime di ricovero con priorità si intende il ricovero che consegue ad una valutazione di tale necessità assistenziale condivisa direttamente tra il Medico di M.G/P.I.s e lo Specialista ospedaliero. La condivisione determina il ricovero del paziente nel reparto specialistico di riferimento con un tempo di attesa concordato. Tale regime è, di norma, riferito a pazienti in condizioni di instabilità clinica, presso il proprio domicilio, per i quali si renda necessario un più alto livello di intervento diagnostico/terapeutico e/o di tutela assistenziale.

Per regime di ricovero programmato si intende una modalità di ricovero che consegue ad una valutazione, di norma effettuata, direttamente o su condivisione di una indicazione specialistica, dal Medico di Medicina Generale, dal Pediatra di libera scelta o dallo Specialista ospedaliero, di una necessità assistenziale ospedaliera programmabile, in relazione alle condizioni cliniche del pz, nel tempo. L'indicazione produce il ricovero dell'assistito con un tempo di attesa determinato dalla disponibilità del Presidio di riferimento.

L'elezione alle prestazioni ospedaliere in regime di Ricovero programmato o con Priorità afferisce alla esclusiva competenza e responsabilità del Medico di Medicina Generale, del Pediatra di libera scelta e dello Specialista ospedaliero.

Dai dati di seguito presentati sono escluse, perché oggetto di specifiche modalità organizzative, le prestazioni di ricovero in urgenza e con priorità.

Dalla metà del 2001, è stata impartita la prescrizione alle strutture di ricovero di inserire la data di contatto dell'utente in modo da poter sistematicamente misurare il tempo di attesa per le prestazioni di ricovero. La risposta, nei primi anni di applicazione, non particolarmente significativa, è andata comunque migliorando in quantità e qualità del dato, come dimostrato nella tabella 4.

Tabella 4 Compilazione da parte delle Aziende del campo "data contatto" della Scheda Nosologica.

Anno	Totale record	Totale ricoveri programmati	di cui: con data corretta	% data corretta
2003	705.092	458.698	76.915	16,8%
2004	698.093	331.082	79.977	24,2%
2005	691.957	445.773	143.049	32,1%
2006	684.800	439.425	138.766	31,6%

Per quanto concerne la globalità dei tempi di attesa rilevati, per gli anni 2005-'06 (quelli con i dati più "leggibili"), si è assistito ad una riduzione modesta dei tempi, soprattutto in quelli massimi, come dimostrato nella tabella 5.

Tabella 5 Andamento 2005-'06 della distribuzione per classi di attesa della totalità dei ricoveri chirurgici programmati

		1-90 gg	91-180 gg	oltre 180 gg	Totale
2005	Totali	126.598	8.898	7.553	143.049
	%	88,5%	6,2%	5,3%	100,0%
2006	Totali	128.835	6.068	3.863	138.766
	%	92,8%	4,4%	2,8%	100,0%

Relativamente all'intervento di "artroprotesi d'anca", prestazione già sottoposta a monitoraggio in base all'accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002, le equivalenti classi di attesa omogenee mostrano, per il 2006, una risposta entro i 90 giorni per l' 86% dei casi e soltanto un 6% con ricovero oltre i 180 giorni.