

ATTI PARLAMENTARI

XVI LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CCI
n. 23

RELAZIONE

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

(Anno 2009)

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

PREDISPOSTA DALLA REGIONE SARDEGNA

Presentata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri

Trasmessa alla Presidenza il 1° dicembre 2010

PAGINA BIANCA



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale della Sanità

Prof. n.

Cagliari, 22 NOV 2010

Regione Autonoma della Sardegna
Direzione Generale della Sanità'
Prot. Uscita del 22/11/2010
nr. 0024181
Classifica: I.7.4

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Segreteria della Conferenza Stato-Regioni
Via della Stamperia, 8
00187 ROMA



Oggetto: Adempimenti Legge 289/2002 art. 52 comma 4 lettera c. Trasmissione relazione anno 2009

Facendo seguito alla nota CSR 2649 del 5/6/2009 si trasmette la Relazione indicata in oggetto.

Distinti saluti.

Presidenza del Consiglio dei Ministri
CSR 0005638 A-2.17.4.10
del 25/11/2010



5240545

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Massimo Temussi



PAGINA BIANCA

Relazione adempimenti L. 289/2002 art. 52 comma 4 lettera c. Anno 2009

Le attività poste in essere in Regione nell'ultimo triennio (2007-2009), con riferimento la gestione e il contenimento delle liste di attesa, sono andate di pari passo con quelle relative alla implementazione del Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISaR). Al riguardo, particolare attenzione è stata posta nell'istituzione e avvio del Centro Unificato di Prenotazione Regionale della Sardegna - CUP regionale - che nel mese di dicembre 2008 è entrato in produzione a regime in tutte le Aziende Sanitarie della Regione. Si tratta di un sistema informatizzato centralizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie erogabili in regime ambulatoriale che consente di organizzare in modo efficiente le prenotazioni, gli accessi, la gestione delle risorse disponibili e l'informazione all'utenza.

I diversi CUP Aziendali, preesistenti, sono stati sostituiti da un unico strumento a valenza regionale che, attualmente, gestisce l'assistenza specialistica ambulatoriale istituzionale con possibilità di estensione dell'ambito di applicazione all'ALPI (istituzionale e/o aziendale) ed al privato accreditato, tramite agende distinte. Infatti, in tutte le strutture aziendali è in fase di completamento l'informatizzazione delle agende di prenotazione, che dovrà comprendere oltre alle unità erogatrici con competenza esclusiva relativa alle visite ed esami di controllo, anche agende specifiche per la gestione dell'attività intramoenia, presenti attualmente nel sistema solo in alcune realtà aziendali.

L'avvio e la messa a regime del CUP Regionale ha comportato criticità e punti di forza in maniera diversificata, azienda per azienda, relativamente alla differente condizione di partenza riscontrata sia tecnica, sia organizzativa.

Nel dettaglio:

- nella fase di avvio, sino alla messa a regime del sistema, si sono presentate alcune difficoltà di carattere funzionale e organizzativo legate principalmente all'utilizzo di un nuovo strumento informatico e alla definizione e attuazione di nuove procedure operative non più limitate alla singola realtà aziendale ma estese ad un contesto regionale più ampio e complesso;
- nonostante il fatto che il processo di informatizzazione, nel giro di un anno, abbia portato ad un raddoppio delle unità erogatrici digitalizzate, sono ancora presenti

- agende di prenotazioni cartacee che non permettono un monitoraggio puntuale e completo di tutta l'offerta disponibile e, inoltre, ostacolano la fase di omogeneizzazione regionale di alcuni processi operativi di presa in carico del paziente dalla prenotazione all'erogazione della prestazione (es. mancata distinzione dei primi accessi e dei successivi, scarsa informatizzazione delle agende per la libera professione, ecc.);
- in alcune realtà, si è provveduto alla riorganizzazione dei servizi di Call Center e di Front Office/Back Office con incremento delle unità di personale dedicate, assieme al potenziamento del servizio di richiamata (re-call), uno degli strumenti principali adottati per l'abbattimento del fenomeno del drop-out;
 - conseguentemente al punto precedente, si è attuata la pulizia delle liste con riferimento le prestazioni a maggiore criticità (esami cardiologici di secondo livello, indagini di risonanza magnetica, esami ecografici) su base settimanale, concentrando il re-call nella giornata del sabato relativamente alle prenotazioni per la settimana successiva, con ottimizzazione nell'impiego degli operatori dedicati;

Su alcuni processi particolarmente delicati e caratterizzati da una gestione estremamente diversificata o carente a livello aziendale si sta lavorando per lo sviluppo e l'omogeneità dell'attività. Nel dettaglio:

- l'inserimento e la gestione delle prestazioni comprese in alcuni pacchetti di Day Service (ad esempio diabetologia);
- l'attivazione di apposite liste di prenotazione per controlli post-ricovero, follow up, cicli terapeutici, prestazioni ad accesso diretto relativamente a specifici piani diagnostico-terapeutici aziendali.

Queste evidenze si sono riscontrate in maniera variabile all'interno delle 11 aziende operanti in Regione ed, attualmente, si sta provvedendo a massimizzare gli effetti positivi e rendere minimo l'impatto delle criticità.

Alla luce di quanto espresso, il CUP rappresenta un forte strumento organizzativo per il governo sia dell'offerta sia della domanda di prestazioni, secondo il principio di appropriatezza temporale rispetto alle differenti esigenze cliniche, tramite:

- l'utilizzo diffuso dei codici di priorità di accesso alle prestazioni e relativa stratificazione delle liste;
- forme di controllo dell'appropriatezza clinico-prescrittiva attraverso l'analisi dei dati raccolti;
- la definizione ed implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici (scompenso cardiaco, diabete, oncologia);
- percorsi e pacchetti di day service.

L'utilizzo di questo strumento nel governo delle liste di attesa ha bisogno di tutta una serie di azioni sul versante prescrittori, sul versante erogatori e verso l'utenza. Non solo,

ma necessita di adeguamenti nei corrispondenti flussi informativi, in termini di compliance alla codifica e accuratezza delle informazioni raccolte: attualmente, per il consolidato (anno 2009), si ha una capacità di analisi sufficiente ma lontana dagli obiettivi definiti. Azioni decise sono in fase di pianificazione anche in relazione alla stesura del nuovo Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa in attuazione di quanto previsto dal Piano Nazionale recentemente approvato in Conferenza Stato-Regioni.

Tra le attività di governo delle liste di attesa, al fine di garantire l'estensione dell'offerta dei servizi, pur con la consapevolezza che l'aumento dell'offerta tout court non risolve il problema dei tempi di attesa se non nel brevissimo periodo, le Aziende Sanitarie della Regione hanno attuato delle azioni miranti a:

- aumentare le ore di apertura della specialistica ambulatoriale istituzionale nelle discipline più critiche (estensione dell'orario, apertura nel pomeriggio) tramite forme di incentivazione con fondi per la premialità o lo straordinario;
- aumentare i tetti di spesa per i contratti col privato accreditato (sia in relazione all'aumento del tetto regionale, sia tramite la clausola dell'accordo con la ospedalità privata di conversione del 5% dell'assistenza ospedaliera a favore di quella ambulatoriale);
- attivare contratti libero professionali specifici (ALPI aziendale in radiologia e cardiologia);
- aumentare la numerosità delle prestazioni in regime di libera professione intramuraria istituzionale.

La possibilità di far fronte alle criticità nelle liste di attesa con l'aumento della capacità istituzionale di erogare prestazioni o di modulare l'offerta in orari e giornate più confacenti all'esigenza dell'utenza, si sono scontrate con le croniche carenze di risorse umane e tutti gli interventi posti in essere (ad esempio l'attivazione di specifici progetti con il personale dipendente, prevalentemente medici e tecnici di radiologia, per l'estensione dell'orario di lavoro con prestazioni aggiuntive) ha sortito in alcuni casi la garanzia della continuità dei servizi (copertura dei turni e sostituzioni per pensionamenti e gravidanze) o l'effettuazione dell'attività riferite agli screening oncologici, in altri l'abbattimento delle liste di attesa per le prestazioni di diagnostica per immagini. Altre volte gli interventi di aumento di personale hanno permesso l'integrazione delle risorse umane ritenute necessarie.

La garanzia del contenimento dei tempi di attesa ha, inoltre, dovuto fare i conti con alcune realtà aziendali dove il deterioramento del proprio parco tecnologico e/o il mancato rinnovamento, oltre al frequente fermo macchina per esigenze di manutenzione, ha comportato forti criticità nel poter estendere l'offerta in orari e giornate non canoniche. Al riguardo alcune aziende hanno predisposto il Piano annuale di investimento tecnologico con l'analisi delle apparecchiature obsolete, l'attivazione delle procedure per l'acquisizione di nuove, con la finalità di aumentare l'offerta soprattutto nelle aree a maggiore criticità come la diagnostica per immagini; altre hanno concluso l'iter

amministrativo per l'acquisizione di apparecchiature elettromedicali ed altre ancora hanno attivato nuovi impianti.

Infine, altro elemento critico nella capacità di governo delle liste è stato il processo di riorganizzazione che in molte Aziende è stato avviato con l'articolazione delle strutture organizzative per funzioni anziché per processi (Dipartimenti strutturali e funzionali). Questo, però, ha significato l'attribuzione del budget e l'assegnazione degli obiettivi di risultato ai responsabili delle singole UUOO, permettendo l'attivazione del controllo della domanda, la valutazione dell'appropriatezza clinico-prescrittiva-organizzativa e la rimodulazione dell'offerta tra ospedale e territorio o tra ambiti territoriali diversi.

L'insieme delle azioni indicate sta permettendo:

- il monitoraggio delle criticità con individuazione e la valutazione dei correttivi posti in essere;
- l'analisi tempestiva dei dati CUP e la condivisione dei relativi report con i vari livelli di responsabilità aziendali;
- la rilevazione ex-ante ed ex-post;
- l'informazione all'utenza;
- la pianificazione di interventi successivi.

È interesse prioritario per questa Amministrazione pianificare e porre in essere tutte le azioni necessarie al fine di portare l'intero sistema di gestione della liste di attesa ai necessari livelli di completezza e qualità richiesti, per minimizzare l'impatto che la complessità dello stesso può avere nei confronti dell'utenza.

Il Direttore Generale
Dr. Massimo Temussi

