

ATTI PARLAMENTARI

XVI LEGISLATURA

---

# CAMERA DEI DEPUTATI

---

Doc. CCI

n. 9

## 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 UMBRIA**

*Presentata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri*

---

*Trasmessa alla Presidenza l'11 maggio 2010*

---

PAGINA BIANCA

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CSR 0002119 A-2.17.4.10  
del 07/05/2010

ROMA



Regione Umbria

Giunta Regionale

**Oggetto: Attuazione adempimenti di cui  
alla lett. C) dell'art. 52 della L. 289/02 in  
materia di servizi sanitari.**

Prot. N



Anche per il 2009 la Regione Umbria ha dato prosecuzione a programmi volti alla gestione delle liste di attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri.

L'obiettivo primario è sempre la riduzione delle liste di attesa attraverso molteplici azioni che coinvolgono diverse figure professionali e che agiscono sia sul versante dell'appropriatezza della domanda, sia sull'efficienza dell'offerta dei servizi. Le strategie sono quelle di monitorare le prestazioni, garantire la massima trasparenza delle liste, potenziare modelli operativi orientati all'efficienza e sperimentando nel contempo sistemi di filtro della domanda di ricovero.

I vari progetti o programmi hanno consentito e consentono una valutazione delle modificazioni in itinere delle situazioni aziendali, utilizzando monitoraggio a cadenza stabilita per le prestazioni ambulatoriali e/o di ricovero.

Nei progetti è previsto, come obiettivo strategico, la messa in opera di interventi di razionalizzazione della domanda tendente a ridurre la quota di inappropriata prestazione (estensione della metodologia RAO), ridefinendo nel contempo l'assetto organizzativo e gestionale dei Cup uniformemente sul territorio regionale.

Le attività volte alla riduzione dei tempi di attesa sono state anche oggetto di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie umbre, avendo posto la tematica tra gli obiettivi da perseguire per il conseguimento degli sistemi di incentivazione.

Ogni azienda ha programmato attività volte al raggiungimento dell'obiettivo complessivo: queste vanno dall'aumento dei punti di erogazione delle prestazioni, alla stipula di contratti con consulenti esterni, all'aumento di accessi settimanali per i punti di erogazione, alla sperimentazione di progetti di telemedicina, all'utilizzo della attività libero professionale intramuraria, alla implementazione di percorsi di cura e di prioritarizzazioni delle prestazioni.

Durante l'anno sono state specificatamente monitorate le prestazioni erogate in regime di attività libero professionale intramuraria, mettendo a disposizione dati e andamenti relativamente a tale attività svolta nelle singole aziende.

GIUNTA REGIONALE

Direzione Regionale  
Sanità e Servizi Sociali

Direttore

Ing. Paolo Di Loreto

REGIONE UMBRIA  
Via Mario Angeloni n. 61  
06124 PERUGIATEL. 075 504 5257  
FAX 075 504 5569  
dircsanita@regione.umbria.it

Per quanto riguarda il monitoraggio dei tempi d'attesa: i risultati delle rilevazioni, che riguardavano un numero di prestazioni erogate le più critiche nelle aziende, sono state monitorate tramite rilevazioni ad hoc con dati che sono stati inviati alla Regione, con specifico riferimento ai giorni di attesa per prestazione, per sede (o unità) di erogazione, utenti in attesa e numero di prestazioni erogate.

Per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi per la riduzione dei tempi d'attesa: la Regione Umbria nel nuovo Piano Sanitario Regionale 2009 - 2011 ha definito quelle che saranno le strategie da attuare nel triennio (allegato).

Cordiali saluti



**Regione Umbria**

Giunta Regionale

Il Direttore  
Ing. Paolo Di Loreto

## 14. La gestione delle liste di attesa

La Regione Umbria ha da tempo avviato attività integrate di gestione e monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni e loro tempi di attesa e nelle conseguenti attività programmatiche garantite dalle proprie Aziende Sanitarie.

Il Piano Sanitario Regionale, prendendo spunto da quanto stabilito dal Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa (PRCTA) adottato nel giugno 2006, ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del marzo dello stesso anno, intende garantire i seguenti aspetti:

Governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSR, anche attraverso criteri di priorità nell'accesso;

Razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte delle Aziende Sanitarie, 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 sanitarie;

Gestire razionalmente il sistema degli accessi, tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP), che consenta di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni, che sia in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità, individuare i percorsi diagnostico-terapeutici prioritari e definirne le modalità di gestione;

Garantire revisioni periodiche dell'attività prescrittiva;

Velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami diagnostici e differenziare il ruolo degli ospedali e del territorio;

Utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione;

Garantire il rispetto dei tempi massimi per le prestazioni di cui al punto 3 dell'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006;

Promuovere l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa che rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'azienda sanitaria per il miglioramento della qualità del servizio.

### **Tempi massimi di attesa**

La Regione Umbria continuerà a monitorare l'offerta complessiva delle prestazioni di primo accesso necessarie alla formulazione di una diagnosi nell'ambito di ciascuna delle aree considerate come prioritarie dall'accordo Stato-Regioni del 28 marzo 2006, per le quali sono stati stabiliti i tempi massimi ammissibili.

### **Gestione e governo della domanda**

La unica vera leva a disposizione per migliorare l'offerta delle prestazioni garantendo tempi di attesa accettabili per tutti i cittadini, leva su cui la regione intende dirigere gli sforzi per superare le criticità esistenti, è quella della corretta gestione della domanda.

Il modello della prioritarizzazione (Approccio per Raggruppamenti di Assistenza Omogenei - RAO) per l'accesso alle prestazioni nel corso di vigenza del presente Piano dovrà essere gradualmente implementato in tutte le Aziende Sanitarie della Regione, con la differenziazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in particolare quelle che dai monitoraggi emergono come più critiche, in base ai livelli di priorità. Il Distretto deve avere un ruolo centrale nello sviluppo dei percorsi assistenziali e nella promozione ed introduzione dell'Approccio RAO.

I percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi devono garantire la presa in carico del paziente, realizzare l'integrazione tra i professionisti e livelli di cura, la continuità degli interventi e l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse.

Le strutture devono essere in grado di programmare e prenotare l'intero iter assistenziale e semplificare gli accessi dopo la prima visita con la prescrizione e prenotazione degli accertamenti successivi e delle visite di controllo direttamente da parte della struttura sanitaria.

Le Aziende Sanitarie dovranno prevedere pacchetti di prestazioni/percorsi nel rispetto dei seguenti criteri: efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza e in base a linee guida accreditate in materia.

L'obiettivo è quello di fornire ai pazienti un'assistenza efficace nella migliore sequenza spazio-temporale possibile.

Prioritariamente va attuata il percorso per la gestione del paziente con diabete mellito, e del paziente oncologico o con sospetta neoplasia, garantendo un iter diagnostico-terapeutico basato sulle evidenze scientifiche e linee guida. Lo standard normativo (Accordo 11 luglio 2002) prevede la conclusione dell'iter diagnostico entro 4 settimane dal primo contatto con la struttura pervenendo ad una diagnosi definitiva (compresa la stadiazione della malattia - 15 giorni per la consegna del referto istologico).

Le neoplasie con maggiore incidenza e con programmi regionali di screening attivati per i quali si devono definire, approvare, adottare e monitorare i percorsi sono quelli per i tumori di mammella, utero e colon-retto.

### **Informazione e comunicazione**

L'informazione e la comunicazione sui tempi e sulle liste di attesa delle prestazioni specialistiche e degli interventi pianificati, devono essere comunicate attraverso modalità appropriate e differenziate a seconda del destinatario (cittadino, utente, associazioni, mmg, pls, ...), prevedendo, ove necessario tavoli di confronto con organizzazioni sindacali e rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori.

Parallelamente dovranno essere previsti analoghi momenti di confronto fra le Direzioni Aziendali e le Organizzazioni Sindacali del comparto, della dirigenza medica e i Rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori.

Le Aziende Sanitarie, anche in un contesto interaziendale, dovranno definire modalità e strumenti per garantire ai cittadini un'informazione corretta e una comunicazione efficace, coinvolgendo gli URP Aziendali, aggiornando la carta dei servizi e i siti web aziendali, rilevando la soddisfazione degli utenti.

E' indispensabile attivare, con un controllo anche regionale, rilevazioni periodiche e continuative della percezione della qualità dei servizi sanitari da parte dei cittadini – utenti, quale strumento per il monitoraggio dei bisogni, l'individuazione di obiettivi e l'attivazione di processi di miglioramento continuo nelle Aziende Sanitarie, basati sulla valorizzazione dell'apporto degli utenti e delle organizzazioni che li rappresentano.

Le informazioni dovranno riguardare: il corretto utilizzo dei servizi sanitari, l'articolazione dei tempi di attesa anche per priorità clinica, l'accesso alla "libera professione intramuraria", l'importanza della disdetta in caso di impossibilità di usufruire della prestazione.

Nei siti web aziendali e regionale dovranno essere visibili: i tempi massimi delle prestazioni, le strutture sanitarie in cui vengono garantiti i tempi massimi di attesa, i report periodici semestrali dei monitoraggi con almeno la percentuale delle prestazioni erogate entro i tempi massimi stabiliti, i tempi medi di attesa e le sospensioni delle erogazioni.

Inoltre nel sito web di ciascuna Azienda dovranno essere visibili le attività complessive periodiche per ciascuna prestazione erogate in istituzionale e in libera professione intramuraria.

Il Sistema Informativo Regionale prevederà soluzioni tecniche, omogenee su tutto il territorio regionale, per la gestione dei dati da rendere visibili all'utenza e per la reportistica da predisporre, nonché per la tempistica, adottando implementazioni dei software di gestione e assicurando la formazione agli operatori interessati.

### **Monitoraggi**

La Regione definisce, anche in base alle indicazioni nazionali, le modalità con cui le Aziende devono effettuare il corretto monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, tramite rilevazioni riproducibili e confrontabili garantendo l'uniformità e la trasparenza delle stesse.

Per le prestazioni in libera-professione intramuraria deve essere previsto un apposito flusso informativo.

Ciò per le prestazioni che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostico/terapeutica, mentre si dà mandato agli Specialisti di prescrivere e prenotare gli esami di controllo successivi alla prima visita, facilitando in tal modo l'identificazione delle visite di controllo. Per quanto sopra detto le postazioni dei prescrittori dovranno essere collegate al CUP Integrato Regionale.

I sistemi di monitoraggio previsti dal Piano Nazionale e recepiti dal Piano regionale sono:

- Monitoraggio di sistema: misura il tempo prenotato. Il sistema informativo deve permettere il calcolo dei tempi d'attesa per le rilevazioni nei giorni indice (inizialmente una giornata ogni tre mesi, per arrivare progressivamente ad una rilevazione su una settimana) e per le prestazioni stabilite sia di specialistica ambulatoriale che di ricovero (anche queste progressivamente in aumento in base alle indicazioni che saranno fornite dall'ASSR e dal Ministero). Il sistema comunque dovrà prevedere la differenziazione per priorità.

L'indicatore da utilizzare è la percentuale dei cittadini che ottiene la prestazione di specialistica ambulatoriale entro i tempi definiti o l'ammissione al ricovero programmato

entro i tempi massimi indicati a partire dal giorno dell'inserimento nell'Agenda dei ricoveri programmati.

Anche per le classi di priorità, l'Accordo dell'11 luglio 2002 definisce indicatori e soglie.

Per quanto attiene alla rappresentazione dei risultati dei monitoraggi, si utilizzeranno le metodologie già validate dal Gruppo Tecnico istituito presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

- Monitoraggio specifico: si riferisce ad un controllo puntuale presso le strutture indicate dalle Aziende Usi come luoghi dove è garantita l'erogazione entro i tempi massimi regionali. Per queste strutture si richiedono anche informazioni sui volumi complessivi erogati. Il flusso dovrà essere trimestrale. Il sistema dovrà consentire la misurazione del tempo complessivo fino alla stesura del referto e il numero delle prestazioni erogate, considerando tra l'altro che per alcune prestazioni la redazione del referto è contestuale alla erogazione della prestazione. E' da prevedere un sistema informatizzato che consenta di calcolare la percentuale di prestazioni erogate entro i tempi massimi stabiliti.

- Monitoraggio della sospensione dell'erogazione di prestazioni: in attuazione del comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006, la Regione ribadisce il divieto alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001. Eventuali sospensioni dell'attività di erogazione delle prestazioni di cui al punto 3 dell'Intesa verranno gestite secondo quanto contenuto nelle apposite Linee Guida approvate e recepite dal Piano regionale e dai singoli Piani aziendali. Stabilite le modalità per la sospensione delle prestazioni, è necessario istituire un flusso ad hoc che permetta la trasmissione dell'elenco delle sedi che hanno interrotto l'erogazione delle prestazioni all'Assessorato alla Sanità con cadenza semestrale. La Regione provvederà poi alla trasmissione al Ministero secondo le modalità dettate. Il tracciato record e le relative modalità tecniche saranno comunicate ai Servizi Informativi Aziendali/CUP.

- Prestazioni erogate in libera professione intramuraria: anche queste prestazioni devono essere portate a CUP e prenotabili con lo stesso sistema, che dovrà permettere la differenziazione della tipologia di prestazione, e il relativo calcolo dell'erogato e dei tempi di attesa.

## **Cup**

Il modello di CUP Integrato Regionale è quello che risulta più adeguato a rispondere alle esigenze aziendali e regionali. Le prestazioni prenotabili saranno distinte in due categorie, quelle di alta e quelle di media-bassa complessità.

Le prestazioni di specialistica e diagnostica strumentale di alta complessità, potranno essere prenotate tramite il sistema CUP da parte del cittadino/utente direttamente scegliendo tra tutte le strutture erogatrici del territorio regionale.

Sperimentalmente si intenderanno per prestazioni di alta complessità:

quelle che attualmente (considerato che il sistema CUP è ancora esclusivamente aziendale) vengono erogate in pochi selezionati centri regionali e per le quali è finora prevista la prenotazione direttamente presso le strutture stesse;



quelle che nel nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono contrassegnate dalla lettera R (prestazioni erogabili solo in ambulatori dotati di particolari requisiti) e/o H (prestazioni erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero ovvero ambulatori protetti).

Le prestazioni di specialistica e diagnostica strumentale di media-bassa complessità sono tutte le altre e potranno essere richieste scegliendo tra le strutture presenti nel bacino di utenza dell'Azienda su cui si chiede la prenotazione.

Saranno altresì prenotabili, al di fuori dell'Azienda di residenza, prestazioni, di medio-bassa complessità, se specificamente previste da accordi contrattuali interaziendali per l'erogazione di prestazioni sanitarie, definendo criteri di accesso e di remunerazione. In questo caso la valutazione dei tempi massimi di attesa dovrà tenere conto anche dei tempi di prenotazione/erogazione delle prestazioni effettuate in tali sedi extraaziendali.

Per i ricoveri sono da intendersi di alta complessità quelle attività che la programmazione regionale assegna alle Aziende Ospedaliere (di norma) e caratterizzati da particolare complessità e utilizzo di tecnologie innovative (32 DRG).

Si ribadisce che tutte le prestazioni debbono essere prenotate tramite CUP, sia per facilitare le modalità di monitoraggio, che per esigenze di trasparenza e omogeneizzazione delle procedure, facilitando nel contempo i cittadini.

Per quanto riguarda la riduzione del tempo per la refertazione, premesso che per la maggior parte delle prestazioni la refertazione è contestuale alla erogazione della prestazione stessa, si fa presente che il progetto Sistema Informativo Integrato della Sanità della Regione Umbria, prevede l'automazione di servizi rivolti al cittadino al fine di facilitare l'accesso e ottimizzare gli iter amministrativi e burocratici. In tale ottica l'introduzione della Carta Nazionale dei Servizi (CNS) per Operatori Sanitari e l'uso della firma digitale, in essa contenuta, consentirà un'ulteriore semplificazione delle procedure trasformando i documenti elettronici in documenti a valenza legale, migliorando il servizio reso e ottenendo una più ampia fruibilità e circolarità delle informazioni con una contestuale riduzione di tempi e utilizzo di documenti cartacei. Il progetto di ricerca a cui si fa riferimento è quello per la Diffusione Firma Digitale Operatori Sanitari, che prevede l'utilizzo della CNS con firma digitale nel contesto sanitario, garantendo l'autenticità e la integrità dei documenti prodotti, in accordo con il processo di semplificazione delle procedure sanitarie e amministrative, previsto dalla legislazione nazionale ed europea.

### **Agende di prenotazione dei ricoveri**

Per quanto riguarda la tenuta delle agende di prenotazione ricovero, le Aziende umbre in applicazione di quanto previsto dalle "Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" prodotte dall'ASSR, hanno dato indicazioni appropriate per la gestione delle agende. Nel periodo di vigenza del piano le aziende dovranno:

1) attivare l' "Agenda di prenotazione", possibilmente su supporto informatico. Essa deve contenere tutti i "campi" inerenti il paziente: anagrafica, codice paziente, diagnosi, procedura, classe di priorità ed informazioni gestionali: data di prescrizione della richiesta, data di inserimento del paziente in agenda, data prevista per il ricovero, data reale del

ricovero, motivi di eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista.

2) definire la procedura operativa per la modalità di inserimento del paziente in agenda in relazione allo stato clinico presente coinvolgendo i Dipartimenti interessati; nella procedura vanno inoltre definiti le modalità di inserimento di questi dati nella SDO e il relativo monitoraggio;

3) definire i “criteri clinici” delle classi di priorità ed i relativi tempi di attesa, per i quali si fa riferimento a quelli descritti nell’ Accordo Stato Regioni dell’11 Luglio 2002 e ad altri eventuali documenti scientifici, specifici per patologia.

Le Aziende, inoltre, devono stabilire le modalità per una revisione periodica dell’appropriatezza d’uso delle classi di priorità, coinvolgendo i professionisti e attivando l’audit clinico.

Come precedentemente affermato sarà istituito un flusso specifico per monitorare il fenomeno.

### **Gestione dell’offerta**

Le Aziende Sanitarie, in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti dal PRCTA, dovranno in particolare:

- Analizzare le criticità dell’organizzazione per ogni prestazione che superi i tempi massimi di attesa;
- Riorganizzare i servizi e/o aumentare le sedute di erogazione delle prestazioni anche nei prefestivi e festivi prevedendo contratti ad hoc;
- Analizzare la corretta applicazione della libera professione intramuraria;
- Analizzare la criticità di eventuali sospensioni dell’erogazione;
- Analizzare le motivazioni del rifiuto del cittadino della struttura indicata per l’erogazione della prestazione.

Le Direzioni Aziendali saranno tenute a monitorare e valutare le prestazioni erogate dai propri professionisti in regime istituzionale e di libera professione intramuraria fornendo alla Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, periodicamente, i dati relativi ai volumi di attività per ciascuna prestazione (sia in regime istituzionale che in libera professione intramuraria) per ciascun professionista.

Indicatori di mancata o parziale applicazione:

- Mancata erogazione delle prestazioni entro i tempi stabiliti per il 90% delle prenotazioni;
- Mancata garanzia della erogazione della prestazione entro i tempi stabiliti per il 100% delle prenotazioni nelle strutture individuate a tal fine;
- Mancata trasmissione dei flussi informativi previsti nei tempi e nei modi stabiliti;

- Mancata o insufficiente comunicazione alla cittadinanza dei tempi massimi delle prestazioni garantite, delle strutture sanitarie in cui vengono garantiti i tempi massimi di attesa per il 100% delle prenotazioni, dei tempi medi di attesa e delle sospensioni delle erogazioni delle prestazioni;
- Utilizzo delle agende chiuse, fatti salvi i casi previsti dai Piani Attuativi Aziendali.