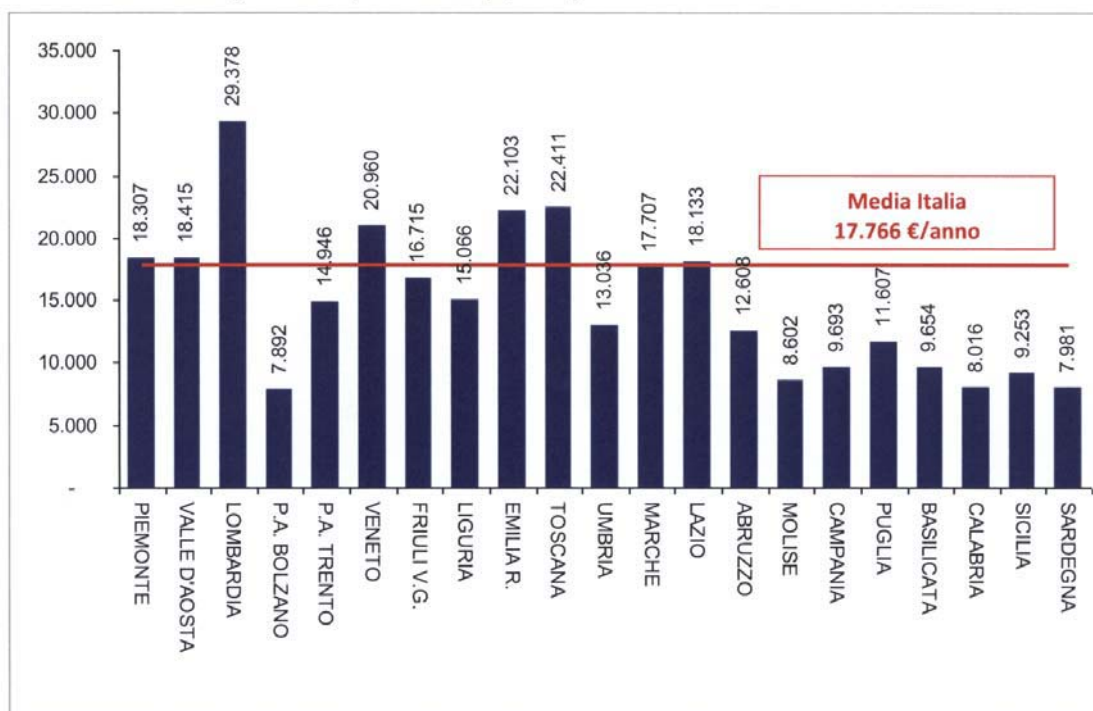


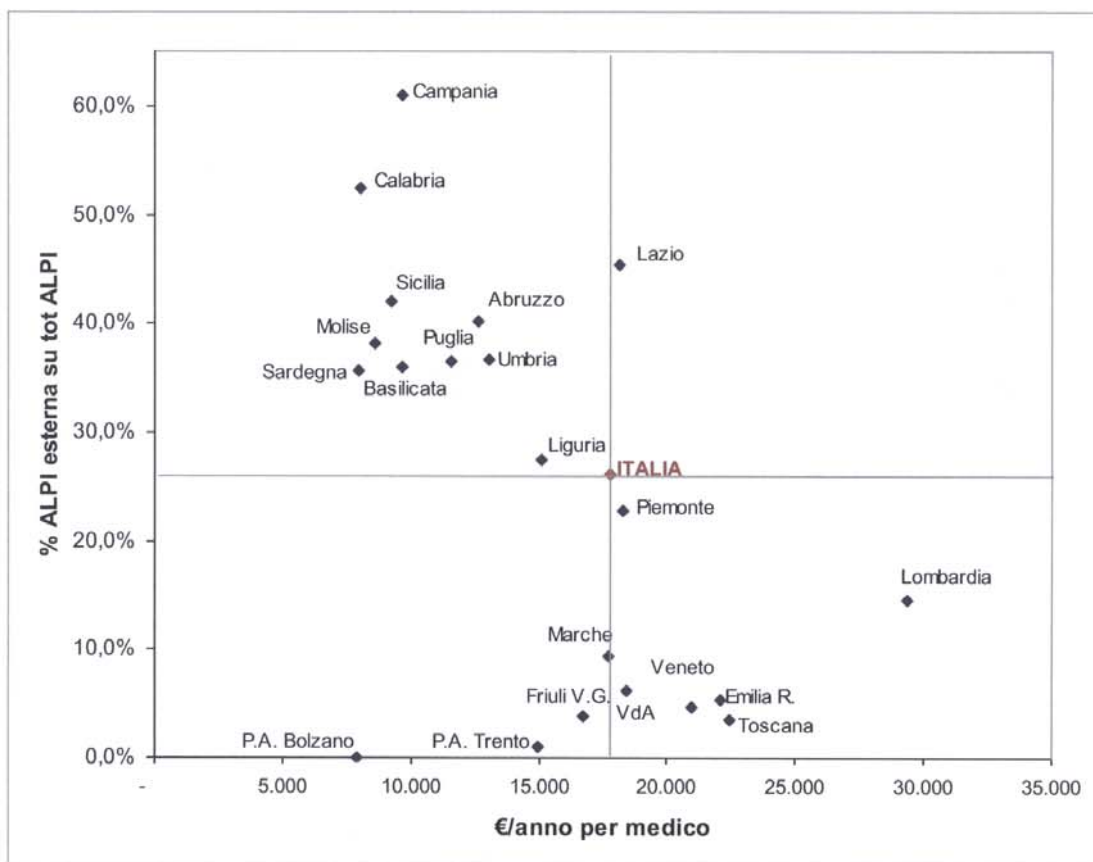
Graf.6 Guadagno medio per medico (€/anno)



Un utile approfondimento può essere improntato analizzando la possibile relazione esistente tra guadagno medio per medico e quota di intramoenia esercitata al di fuori delle mura aziendali, ossia presso lo studio privato del professionista o presso strutture pubbliche o private non accreditate in convenzione (ai sensi dell'art. 55 comma 1 lettera c del CCNL area dirigenza).

Il grafico 7 sotto riportato dimostra che l'ipotesi di una correlazione inversa tra guadagno medio e percentuale di ALPI all'esterno non appare infondata.

Infatti, gli introiti minori spettano proprio ai medici delle Regioni con quota maggiore di libera professione esercitata al di fuori della struttura (quadrante in alto a sinistra), mentre i guadagni più consistenti sembrano essere percepiti dai professionisti afferenti alle Regioni con quota di ALPI all'esterno decisamente residuale (quadrante in basso a destra).

Graf. 7 Correlazione tra guadagno medio e quota di ALPI all'esterno

In sintesi, l'analisi dei dati permette senz'altro di affermare che le Regioni del Centro-Nord fanno registrare un volume di ricavi per prestazioni in Intramoenia maggiore, mentre la spesa pro-capite nelle Regioni meridionali ed insulari è generalmente piuttosto esigua.

Basti verificare ad esempio che, con riferimento all'anno 2011, a Regioni come Toscana, Emilia-Romagna, Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria corrisponde una spesa pro-capite nettamente superiore alla media nazionale di 20,7 €/anno (sono sopra la media anche Lombardia, Lazio, Friuli Venezia Giulia, Veneto e Marche), mentre in tutte le Regioni meridionali ed insulari si registra una spesa pro-capite inferiore all'analogo dato nazionale. In particolare, poi, il valore corrispondente alle Regioni Calabria, Basilicata, Campania, Sicilia, Sardegna e Molise non raggiunge neanche quota 11 €/anno (pari a circa la metà della media nazionale).

Tornando al concetto di spesa pro-capite per i cittadini e, approfondendo l'analisi per tipologia di ricavi, relativamente all'area delle prestazioni specialistiche e sempre con riferimento all'anno 2011, valori superiori alla media nazionale (pari a 13,0 €/anno pro-capite) si registrano in Valle d'Aosta (24,3 €/anno), Emilia-Romagna (24,2 €/anno), Toscana (23,6 €/anno), Marche (22,2 €/anno), Veneto (18,6 €/anno), P.A. Trento (17,2 €/anno), Friuli Venezia Giulia (16,9 €/anno), Piemonte (16,9 €/anno), Lazio (15,3 €/anno) e Liguria (15,0 €/anno). L'analoga graduatoria stilata per l'area ospedaliera, vede ai primi posti Lombardia (12,0 €/anno), Toscana (8,9 €/anno), Piemonte (7,4 €/anno), Abruzzo (7,1 €/anno), Valle d'Aosta (6,7

€/anno), Emilia-Romagna (6,7 €/anno), Liguria (7,0 €/anno) e Friuli Venezia Giulia (5,6 €/anno), il tutto a fronte di una media nazionale di 5,2 €/anno pro-capite.

Ciò premesso, ci si aspetterebbe che una tale situazione espressa in termini di spesa, si riflettesse e venisse confermata dai dati sui ricoveri desunti dall'ultimo rapporto SDO pubblicato, riferito all'anno 2010, redatto a cura della Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Livelli essenziali di assistenza e principi etici di sistema del Ministero della Salute.

Dal sopra citato rapporto è possibile desumere, tra le altre, interessanti informazioni sulla distribuzione dei dimessi (sia in regime ordinario, sia in day hospital) per onere di degenza e, pertanto, conoscere la numerosità dei ricoveri effettuati in Intramoenia non solo con dettaglio regionale ma anche con quello per DRG.

Tab.4 Distribuzione dei dimessi in regime ordinario in libera professione, 2010

REGIONE	In convenzione con libera professione con o senza differenza alberghiera	% dimessi ALPI 2010
Piemonte	3.299	9,3%
Valle d'Aosta	42	0,1%
Lombardia	5.409	15,2%
P.A. Bolzano	2	0,0%
P.A. Trento	10	0,0%
Veneto	1.653	4,6%
Friuli V.G.	438	1,2%
Liguria	590	1,7%
Emilia Romagna	3.917	11,0%
Toscana	3.411	9,6%
Umbria	149	0,4%
Marche	316	0,9%
Lazio	6.249	17,5%
Abruzzo	109	0,3%
Molise	8	0,0%
Campania	7.481	21,0%
Puglia	597	1,7%
Basilicata	18	0,1%
Calabria	7	0,0%
Sicilia	1.894	5,3%
Sardegna	25	0,1%
ITALIA	35.624	100,0%

Fonte: Rapporto SDO 2010, Ministero della Salute

Una prima analisi del fenomeno può essere basata sulla tabella 4 che riporta la distribuzione del numero dei dimessi (acuti) in regime ordinario ricoverati in libera professione con o senza differenza alberghiera, ossia indipendentemente dal pagamento extra per la stanza di degenza, per Regione. La prima evidenza concerne il numero complessivo dei dimessi ALPI che passa da 38.089 unità registrate nell'2009 a 35.624 unità dell'anno 2010, con una diminuzione di quasi 9 punti percentuali. Inoltre, dai dati rappresentati nella tabella sopra riportata, si possono identificare le Regioni nelle quali, in termini assoluti, c'è maggior ricorso alla libera professione in ambito ospedaliero. In pratica quasi i due terzi dei ricoveri effettuati in libera professione afferisce a sole 4 Regioni, in ordine: Campania (21,0%), Lazio (17,5%), Lombardia (15,2%) ed Emilia-Romagna (11,0%).

Tuttavia, per ottenere un'informazione più precisa, è indispensabile normalizzare il dato rapportando i ricoveri effettuati in ALPI con il totale dei dimessi per Regione (tab.5).

Sostanzialmente resta invariata la situazione per Campania, Lazio ed Emilia-Romagna che fanno registrare una quota di ricoveri ALPI sul totale ben superiore alla media nazionale, mentre il dato della Lombardia si rivela anche inferiore al dato medio Italia (0,5%). Viceversa, da questa tabella di approfondimento, si evince che anche le Regioni Piemonte e Toscana hanno una quota di dimessi ALPI superiore alla media nazionale.

Quanto rappresentato sembrerebbe in contraddizione con i dati relativi ai ricavi per prestazioni sanitarie Intramoenia per l'area ospedaliera, in particolare per le Regioni Lazio e Campania, per le quali, nell'anno 2010, a fronte di una spesa pro-capite pari rispettivamente a 2,9 €/anno e 2,0 €/anno, nettamente inferiore alla media nazionale (5,6 €/anno per il 2010), si registra la più alta percentuale di ricoveri in attività libero professionale. A tal proposito, però, è indispensabile tener conto che i due universi considerati, ossia quello delle Aziende tenute alla trasmissione del modello CE e quello delle Strutture contemplate nel rapporto SDO, non sono perfettamente sovrapponibili. Infatti, mentre tutti gli Istituti che prestano attività di ricovero, incluse le case di cura private convenzionate, sono tenuti alla compilazione delle schede di dimissione ospedaliera, dalla rilevazione trimestrale relativa ai costi e ai ricavi aziendali effettuata con il modello CE restano fuori, non solo il privato accreditato, ma anche gli Ospedali classificati ed alcuni Policlinici Universitari quali ad esempio il Policlinico Universitario Agostino Gemelli di Roma, i cui volumi di attività sia istituzionale sia Intramoenia non sono certo trascurabili. Quanto illustrato potrebbe spiegare, almeno in parte, le apparenti incongruenze emerse per le Regioni sopra menzionate.

E' interessante, inoltre, completare l'analisi con l'individuazione dei DRG che più frequentemente risultano associati ad un ricovero effettuato in attività libero professionale intramuraria. Si tratta, quasi esclusivamente di DRG chirurgici riferiti ad interventi "programmabili" con un'unica eccezione rappresentata dal "parto vaginale senza diagnosi complicanti" che è l'unico DRG medico presente nella tabella 6 che riporta in ordine decrescente i DRG con peso dei dimessi in Intramoenia superiore all'analogia media calcolata sui primi 60 DRG per numerosità di dimissioni.

Tab. 5 Distribuzione dei dimessi per regione e onere della degenza - Ricoveri per Acuti in Regime ordinario - Anno 2010

REGIONE	A carico del SSN	In convenzione con differenza alberghiera	Rimborso	Solvente	In convenzione con libera professione con o senza differenza alberghiera	Stranieri da Paesi convenzionati a carico del SSN	Stranieri indigenti a carico del SSN	Stranieri indigenti a carico del Ministero dell'interno	Altro	Non attribuibile	TOTALE	% Libera Professione su totale
Piemonte	480.696	446	-	4.253	3.299	436	526	1.604	154	1	491.415	0,7%
Valle d'Aosta	14.313	-	-	15	42	81	-	-	-	-	14.451	0,3%
Lombardia	1.193.132	6.118	59	29.014	5.409	1.684	2.541	4.638	74	-	1.242.669	0,4%
P.A. Bolzano	64.287	799	72	950	2	715	9	17	923	-	67.774	0,0%
P.A. Trento	51.726	1.083	14	161	10	157	17	20	282	-	53.470	0,0%
Veneto	514.102	4.430	114	2.297	1.653	1.550	672	666	710	9	526.203	0,3%
Friuli V.G.	142.742	692	-	991	438	508	58	-	153	-	145.582	0,3%
Liguria	190.091	93	23	358	590	547	378	469	390	99	193.038	0,3%
Emilia Romagna	573.000	3.577	-	4.409	3.917	1.368	584	-	1.153	1.054	589.062	0,7%
Toscana	446.441	2.768	30	2.616	3.411	1.230	1.359	1.066	807	4	459.732	0,7%
Umbria	121.108	81	3	230	149	359	94	173	168	-	122.365	0,1%
Marche	192.610	84	23	264	316	338	107	134	44	11	193.931	0,2%
Lazio	659.548	10.263	137	5.054	6.249	729	3.749	1.220	648	-	687.597	0,9%
Abruzzo	156.357	471	8	511	109	179	20	31	307	251	158.244	0,1%
Molise	49.477	24	2	40	8	78	10	-	193	-	49.832	0,0%
Campania	663.868	6.355	-	3.640	7.481	257	1.585	903	-	-	684.089	1,1%
Puglia	562.398	15.618	117	682	597	838	434	301	154	-	581.139	0,1%
Basilicata	60.996	8	3	5	18	7	24	-	-	-	61.061	0,0%
Calabria	208.337	1.995	42	22	7	81	262	181	190	-	211.117	0,0%
Sicilia	564.958	5.241	318	2.513	1.894	563	857	262	2.047	-	578.653	0,3%
Sardegna	201.548	372	-	440	25	484	381	144	609	90	204.093	0,0%
ITALIA	7.111.735	60.518	965	58.465	35.624	12.189	13.667	11.829	9.006	1.519	7.315.517	0,5%

Fonte: Rapporto SDO 2010, Ministero della Salute

Tab. 6 Distribuzione per onere della degenza dei dati dei primi 60 DRG per numerosità di dimissioni - Ricoveri per Acuti in Regime ordinario - Anno 2010

Fonte: Rapporto SDO 2010, Ministero della Salute

DRG	DRG	A carico del SSN	In convenzione con differenza alberghiera	Rimborso	Solvente	In convenzione con libera professione con o senza differenza alberghiera	Stranieri da Paesi convenzionati a carico del SSN	Stranieri indigenti a carico del SSN	Stranieri indigenti a carico del Ministero dell'interno	Altro	Non attribuibile	TOTALE	% Libera Professione su totale
Pari	Parto cesareo senza CC	183.073	6.037	39	625	4.827	166	807	167	113	7	195.861	2,5%
Inter	Interventi sulla tiroide	37.450	284	2	137	848	6	21	25	10	2	38.785	2,2%
Inter	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	36.086	369	4	529	517	21	15	32	32	3	37.608	1,4%
Inter	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	108.983	1.956	8	1.023	1.567	95	161	178	47	12	114.030	1,4%
Inter	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	31.692	267	2	231	417	40	17	21	11	2	32.700	1,3%
Inter	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	64.958	646	8	880	840	27	36	52	23	3	67.473	1,2%
Inter	Interventi su ano e stoma senza CC	40.158	333	6	612	518	24	23	52	25	8	41.759	1,2%
Inter	Interventi per via transuretrale senza CC	49.289	488	4	406	590	22	11	18	44	6	50.878	1,2%
Inter	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	65.202	1.272	3	3.139	769	18	16	30	59	17	70.525	1,1%
Inter	Interventi sui tessuti molli senza CC	31.471	265	6	474	321	30	30	48	27	12	32.684	1,0%
Cole del c	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	77.722	846	5	407	743	76	57	150	50	16	80.072	0,9%
Misc gola	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	42.622	195	14	477	392	25	31	52	14	6	43.828	0,9%
Inter	Interventi sul piede	50.473	691	4	530	433	34	15	40	39	4	52.263	0,8%
Parti	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	310.136	6.238	53	579	2.552	490	2.232	445	278	23	323.026	0,8%
Abor	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	51.597	1.978	13	225	437	182	819	176	104	14	55.545	0,8%
Inter	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	30.300	122	14	557	234	68	56	104	39	19	31.513	0,7%
Esci-	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	35.361	234	7	370	249	31	35	55	15	7	36.364	0,7%
Inter	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	133.739	1.992	3	788	904	92	40	68	69	9	137.704	0,7%
Inter	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	51.022	215	22	408	314	268	87	184	164	22	52.706	0,6%
TOT	TOTALE (PRIMI 60 DRG)	3.567.638	36.606	477	25.727	19.923	5.200	6.992	4.750	4.245	607	3.672.165	0,5%
TOT	TOTALE GENERALE	7.111.735	60.518	965	58.465	35.624	12.189	13.667	11.829	9.006	1.519	7.315.517	0,5%

**Monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per
l'attività libero professionale intramuraria (ALPI)**

OTTOBRE 2011

PAGINA BIANCA

1. Premessa

In considerazione della diffusa percezione di criticità nell'accessibilità ai servizi, ed al fine di raccogliere ulteriori elementi conoscitivi circa l'adempimento delle singole Regioni e Province Autonome alla disposizione contenuta nella Legge n.120/2007, relativa "al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria", l'Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale, per gli anni 2009 e 2010, ha incaricato l'Agenas di rilevare i tempi di attesa per le prestazioni erogate in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata.

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 (PNGLA) prevede (paragrafo 1 punto H), *"il monitoraggio dell'ALPI per verificare il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e, rispettivamente, in libera professione intramuraria"*.

Come già previsto dalla Linee Guida Nazionali del sistema CUP del 29 aprile 2010, il PNGLA sottolinea inoltre, al paragrafo 6, che *"..le Regioni prevedano modalità di gestione separata delle prenotazioni rispetto alle prestazioni istituzionali erogate a carico del SSN, attraverso sistemi centralizzati e preferibilmente informatizzati"* e determina che *"..le Regioni provvedono ad attivare forme di controllo sul volume di tali prestazioni e sui relativi tempi di attesa, sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero, al fine di garantire il corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello in libera professione"*.

In questo contesto, il monitoraggio di ottobre 2011 dei tempi di attesa relativi alle prestazioni erogate in libera professione intramuraria e allargata, vuole concludere la fase sperimentale (iniziata a novembre 2009) per mettere a punto e perfezionare il sistema di rilevazione dei dati e favorirne l'implementazione; da ottobre 2011 infatti, il monitoraggio, svolto contemporaneamente al monitoraggio ex-ante delle stesse prestazioni erogate in regime istituzionale, ha sperimentato la rilevazione tramite portale online, per fornire dal lato degli operatori sanitari, uno strumento intuitivamente fruibile e che permetta di ottenere in tempo reale i dati relativi ai volumi e ai tempi di attesa per singola struttura.

Il presente documento si è suddiviso nelle seguenti parti:

- 1. La metodologia;
- 2. Il monitoraggio 2011;
- 3. I risultati
- 4. Conclusioni
- Allegati

2. Metodologia

Alla luce delle sperimentazioni e dei monitoraggi dei tempi di attesa dell'attività istituzionale (tra il 2002 ed il 2008) a cura di Agenas e del Gruppo Tecnico sui Tempi di Attesa¹, è stato dato mandato (da parte dell'Osservatorio Nazionale sull'attività libero professionale e da PNGLA 2010-2012) all'Agenzia di rilevare, in modalità "ex-ante", i tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata.

L'Agenas, in collaborazione con alcuni esperti sui tempi di attesa individuati all'interno del suddetto gruppo, ha definito i metodi e gli strumenti utili all'attività di monitoraggio e ha conseguentemente predisposto le specifiche Linee Guida (Allegato 3). Il modello di rilevazione utilizzato, è stato adattato per la rilevazione dei tempi dell'attività in ALPI e sperimentato negli anni 2009 e 2010 e con l'ultimo monitoraggio di ottobre 2011 (oggetto di questa relazione) si è voluto completare lo studio di fattibilità del sistema di rilevazione online.

2.1 Contesto di riferimento

Come riportato anche nelle linee guida e nei disciplinari inviati agli operatori, è necessario innanzitutto necessario delimitare il campo di azione, il contesto di riferimento, e la terminologia utilizzata:

Per attività libero-professionale intramuraria deve intendersi, ai sensi del DPCM 27 marzo 2000:

- l'attività che il personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario esercita, individualmente o in equipe, "fuori dell'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio, in regime ambulatoriale, ivi comprese anche le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di *day hospital*, di *day surgery* e di ricovero, sia nelle strutture ospedaliere che territoriali, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso"²;
- "la possibilità di partecipazione ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in *equipe* in strutture di altra azienda del Servizio sanitario nazionale nonché in altra struttura sanitaria non accreditata."³;
- "la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'azienda, quando le predette attività consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, sentite le *equipe* dei servizi interessati"⁴.

¹ Nominato con l'Accordo Conferenza Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 e confermato con lettera del Coordinamento degli Assessori alla sanità delle Regioni e delle Province Autonome prot. n. AOOGR/320619/125.010.002.003 del 24 novembre 2006 e a seguito della lettera al Coordinamento degli Assessori alla sanità delle Regioni e delle Province Autonome prot. n. 0004668 del 7 agosto 2008.

Art. 2, comma 2, D.P.C.M. 27 marzo 2000;

³ Art. 2, comma 2, D.P.C.M. 27 marzo 2000

⁴ Art. 2, comma 2, D.P.C.M. 27 marzo 2000

Per attività libero-professionale intramuraria "allargata" deve intendersi l'attività svolta presso gli studi professionali autorizzati ai sensi del comma 3 dell'articolo 22-bis del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni dalla legge 4 agosto 2006, n. 248. Il legislatore ha, infatti, disposto che "è consentita, in caso di carenza di strutture e spazi idonei alle necessità connesse allo svolgimento delle attività libero-professionali in regime ambulatoriale, limitatamente alle medesime attività e fino alla data, certificata dalla regione o dalla provincia autonoma, del completamento da parte dell'azienda sanitaria di appartenenza degli interventi strutturali necessari ad assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (...), l'utilizzazione del proprio studio professionale con le modalità previste dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 marzo 2000, (...)"⁵.

Per attività libero-professionale intramuraria "allargata" deve intendersi l'attività svolta presso gli studi professionali autorizzati ai sensi del comma 3 dell'articolo 22-bis del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni dalla legge 4 agosto 2006, n. 248. Il legislatore ha, infatti, previsto che "è consentita, in caso di carenza di strutture e spazi idonei alle necessità connesse allo svolgimento delle attività libero-professionali in regime ambulatoriale, limitatamente alle medesime attività e fino alla data, certificata dalla regione o dalla provincia autonoma, del completamento da parte dell'azienda sanitaria di appartenenza degli interventi strutturali necessari ad assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (...), l'utilizzazione del proprio studio professionale con le modalità previste dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 marzo 2000, (...)"⁶.

La prima sperimentazione di monitoraggio nazionale dei tempi di attesa dell'attività libero-professionale⁷, è stata svolta nel periodo di riferimento 19-23 ottobre 2009, ed ha riguardato 7 prestazioni ambulatoriali.

Tale esperienza, che ha permesso di utilizzare una metodologia ed uno strumento già testati per il monitoraggio dei tempi di attesa dell'attività in regime istituzionale, ha voluto rappresentare una prima sperimentazione per permettere di disegnare, perfezionare e quindi implementare un sistema, condiviso e metodologicamente validato, in grado di monitorare – negli anni – anche l'attività svolta in libera professione.

In quest'ottica, si è deciso di prolungare la fase di sperimentazione anche all'anno 2010, dopo aver apportato alcune modifiche strutturali allo strumento di rilevazione:

- si è aggiunta la possibilità di segnalare, per ogni prestazione, il tipo di agenda di prenotazione utilizzata, non solo a livello di ASL (come nel precedente monitoraggio) ma per

⁵ Art. 15-*quinquies*, comma 10, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

⁶ Art. 15-*quinquies*, comma 10, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

⁷ i cui risultati sono riportati all'interno del Volume III, della "Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio della libera professione intramuraria secondo quanto disposto dalla L. n. 120/2007" a cura dell'Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale – Dicembre 2009

ogni singola struttura di ciascuna Regione/P.A. Questo per permettere di ottenere un'informazione completa e specifica al fine di effettuare anche studi più approfonditi.

- si è previsto di effettuare il monitoraggio in contemporanea con quello in modalità ex-ante per l'attività istituzionale, in modo tale da prevedere la possibilità di effettuare un confronto sui volumi di attività che non risenta di differenze di periodo di rilevazione.

Con il monitoraggio di ottobre 2011 si è voluto introdurre un sistema di rilevazione dei dati esclusivamente online, da svolgersi su un portale predisposto ad hoc da Agenas. In questo modo è stato possibile innanzitutto disegnare un database di tutte le strutture censite secondo un sistema gerarchico (Regione – ASL – Erogatori – Singoli professionisti); in secondo luogo è stata garantita una maggiore qualità del dato inserito: tale aspetto è assicurato dalla possibilità di monitorare ad ogni livello il lavoro di ogni singolo operatore, dall'altro - con la presenza di campi chiusi - si è permesso di evitare i tipici errori di compilazione presenti sui vecchi sistemi di rilevazione (p.e. fogli excell).

Tale strumento permette inoltre di salvare i dati dei monitoraggi effettuati in anni differenti, in modo tale da generare una serie storica utile per la descrizione dell'evoluzione nel tempo del fenomeno tempi di attesa dell'attività in ALPI.

Infine, tale sistema richiede un minor carico di lavoro per gli operatori impegnati nella fase di inserimento dei dati, e risulta un'ottimo strumento di controllo soprattutto in quelle regioni in cui si protrae tutt'ora l'utilizzo di agende non del tutto informatizzate o non centralizzate.

Poiché le Regioni/P.A. sono organizzate in maniera differente ed utilizzano sistemi differenti di gestione delle agende e di monitoraggio dei vari fenomeni, si è pensato di strutturare il sistema online in modo tale da venire incontro alla differente organizzazione locale; in tal senso è possibile seguire due vie:

- per le Regioni/P.A. che governano il fenomeno delle liste di attesa e che registrano le prenotazioni in agende elettroniche centralizzate (es. CUP informatizzato) è possibile generare un file XML che deve essere quindi importato sul sistema online
- per le Regioni/P.A. che utilizzano ancora agende non informatizzate, se non addirittura cartacee (tipicamente per le prestazioni erogate in intramoenia allargata) è possibile inserire i dati direttamente sul portale predisposto.

Naturalmente le due modalità appena descritte non sono mutualmente esclusive: capita in effetti che in una Regione alcune aziende si siano già dotate di sistemi di rilevazioni informatizzati e centralizzati, mentre altre aziende utilizzino ancora delle agende cartacee: il sistema in questo caso permette (poiché l'inserimento dati avviene dal basso - per cui a livello di punto erogatore se non addirittura di singolo professionista), di caricare una parte di dati manualmente sul portale online e in parte con l'upload di un file XML.

Poiché il sistema online di rilevazione è da considerarsi – ancora per il monitoraggio di ottobre 2011 – in fase di sperimentazione, alle Regioni/P.A. che ne abbiano fatto richiesta, sono stati inviati anche i vecchi file excell utili per la rilevazione (e successivamente caricati a sistema dall'Amministratore di sistema).

2.2 Il Monitoraggio 2011

2.2.1 L' oggetto di monitoraggio e il periodo di rilevazione

Il monitoraggio, oggetto della presente relazione, è stato condotto nei giorni indice 3-4-5-6-7 Ottobre 2011 in contemporanea con il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in attività istituzionale (43 prestazioni come riportate dal punto 3.1 del PNGLA 2010-2012).

Oggetto della rilevazione sono state 8⁸ prestazioni erogate in attività libero professionale intramuraria e intramuraria allargata (come riportato in Tab.1)

Tab. 1 Prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio (8)

AMB	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	RM della colonna	88.93 – 88.93.1	
2	RM cerebrale e del tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2	
3	Tac del capo(senza e con contrasto)	87.03 – 87.03.1	
4	TAC dell'addome (superiore, inferiore e completo)	88.01.2 – 88.01.18 – 8.01.4 – 88.01.3 – 88.01.6 – 88.01.5	
5	Visita cardiologia	89.7	8
6	Visita oculistica	95.02	34
7	Visita ortopedica	89.7	36
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38

Le otto prestazioni (le medesime rispetto al monitoraggio di dicembre 2010) sono state individuate tra le seguenti 11, oggetto dei precedenti monitoraggi nazionali previsti dal PNCTA 2006-2008 (Tabella 2) e confermate dal nuovo PNGLA 2010-2012, con l'aggiunta, rispetto alla prima rilevazione, della visita otorinolaringoiatrica.

⁸ Il monitoraggio del 2010 richiedeva la rilevazione della TAC addome (superiore, inferiore e completo), mentre la rilevazione 2011 ha richiesto la rilevazione separata del dato di Tac addome superiore, Tac addome inferiore, Tac addome completo. Considerata la bassa numerosità dei casi rilevati nella settimana indice (soprattutto a livello di singola regione) i dati verranno considerati in maniera aggregata (ciò permette anche di effettuare un confronto coerente con i dati rilevati nel 2010).

Tab. 2 Prestazioni ambulatoriali previste nel PNCTA 2006-2008 (11)

PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
Ecografia dell'addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	88.73.5
Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16
RM della colonna	88.93 - 88.93.1
RM cerebrale	88.91.1 - 88.91.2
TAC del capo	87.03 - 87.03.1
TAC dell'addome	88.01.1 - 88.01.2 - 88.01.3 - 88.01.4 - 88.01.5 - 88.01.6
Visita cardiologica	89.7
Visita oculistica	95.02
Visita ortopedica	89.7

Le prestazioni relative ad ecografia dell'addome, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici ed ecocolordoppler dei vasi periferici, pur essendo considerate di interesse, sono state escluse in quanto i tempi previsti per la realizzazione dell'indagine non hanno permesso di coinvolgere nel processo di rilevazione tutti i professionisti coinvolti (queste prestazioni diagnostiche vengono, infatti, erogate da medici di diverse specialità).

L'esofagogastroduodenoscopia è stata esclusa dalla rilevazione in quanto ritenuta una prestazione con tempi di attesa non critici in attività istituzionale.

A differenza dell'attività istituzionale, l'attività libero professionale intramuraria non prevede il rispetto delle classi di priorità e nemmeno gli standard di riferimento, così come definiti dal Piano Nazionale per il Contenimento dei tempi di attesa 2006-2008 (mantenuti anche dal PNGLA 2010-2012).

Pertanto al fine di rappresentare, in maniera intuitiva, la distribuzione dei tempi di attesa, sono state individuate dagli esperti del Gruppo Tecnico sei categorie di attesa - espresse in giorni - di seguito elencate (Tabella 3).

Tab. 3 Categorie di attesa utilizzate.

Categorie	Categorie di attesa (in giorni)
I	TdA ⁹ = 0 giorni
II	0 giorni < TdA ≤ 7 giorni
III	7 giorni < TdA ≤ 15 giorni
IV	15 giorni < TdA ≤ 30 giorni
V	30 giorni < TdA ≤ 60 giorni
VI	TdA > 60 giorni

Per rispondere alle direttive del PNGLA 2010-2012, che prevede che le Regioni si dotino di modalità di gestione separata delle prenotazioni in ALPI rispetto a quelle erogate in istituzionale, attraverso sistemi centralizzati e preferibilmente informatizzati, è stato richiesto alle AASSLL (a differenza del primo monitoraggio) di segnalare anche, per ogni prestazione e per singola struttura, quale tipologia di agenda sia stata utilizzata:

- agenda cartacea gestita dal professionista
- agenda cartacea gestita dalla struttura
- agenda gestita dal sistema CUP
- altro

I dati oggetto della rilevazione hanno riguardato tutte le strutture presso le quali sono state erogate le prestazioni in libera - professione intramuraria individualmente o in equipe e intramuraria allargata. Le Regioni hanno provveduto a raccogliere e validare i dati, per poi inviarli successivamente all'Agenas.

Le tipologie delle strutture coinvolte nella rilevazione sono le seguenti (si specifica che, come nei precedenti monitoraggi istituzionali, le aziende ospedaliere sono state considerate erogatori delle Asl nel cui territorio sono collocate):

- ASL
- Aziende Ospedaliere
- Aziende Ospedaliere Universitarie
- IRCSS di diritto pubblico
- Policlinici Universitari a gestione diretta

Si precisa inoltre che, per le prestazioni erogate in attività libero-professionale intramuraria allargata, le strutture considerate possono anche essere ubicate al di fuori dal territorio dell'azienda di riferimento.

⁹ TdA= tempo di attesa

Il disciplinare tecnico, che descrive nel dettaglio le informazioni sulle modalità necessarie per la rilevazione suddiviso in 4 sezioni è stato messo a disposizione in formato pdf scaricabile direttamente sul sito <http://alpi.agenas.it> :

Sezione 1: Prestazioni monitorate

Sezione 2: Soggetti della rilevazione e modalità di rilevazione

Sezione 3: Informazioni specifiche per le prestazioni ambulatoriali

Sezione 4: Le procedure di inserimento dei dati

3. Risultati

3.1 Rispondenza

Tutte le regioni hanno partecipato alla rilevazione in oggetto ad eccezione della Regione Calabria, che per problemi tecnico-organizzativi non ha avuto modo di effettuare il monitoraggio nei tempi previsti.

Riguardo alla completezza della informazione ricevuta, va evidenziato che sono stati inviati dalle Regioni/P.A. i dati relativi a tutte le Asl presenti sul territorio (il dato è al netto delle strutture afferenti alla Regione Calabria che non ha effettuato la rilevazione).

A differenza dei precedenti monitoraggi, la procedura di invio dei dati da parte delle Regioni/P.A. - grazie anche all'utilizzo del sistema online - ha garantito che tutte le Regioni/P.A. inviassero e validassero i dati entro i tempi previsti e nello specifico: data fine inserimento 2 dicembre 2011 e data fine validazione 12 dicembre 2011.