

ATTI PARLAMENTARI

XVI LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CCI

n. 14

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 EMILIA-ROMAGNA

Presentata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri

Trasmessa alla Presidenza il 9 giugno 2010

PAGINA BIANCA



IL DIRETTORE GENERALE ALLA SANITÀ E
ALLE POLITICHE SOCIALI
LEONIDA GRISENDI

TITOLO ANNO NUMERO
REG. PG 2010 138064
DEL 24 MAG 2010

Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri Segreteria
della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo
Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento
e Bolzano

Via della Stamperia, 8
00187 ROMA

Oggetto: Relazione annuale sull'attuazione degli adempimenti di cui al comma 4 lettera c) dell'art. 52 della legge 289/2002: Interventi effettuati dalla Regione Emilia - Romagna in tema di liste di attesa.

In relazione all'oggetto, si invia in allegato la relazione di nostra competenza.

Distinti saluti.


Leonida Grisendi.

Presidenza del Consiglio dei Ministri
CSR 0002460 A-2.17.4.10
del 27/05/2010





1. Organizzazione, ruoli e responsabilità

Nel 2009, con la delibera n. 1035, l'identificazione di ruoli e il rafforzamento del processo di responsabilizzazione, rappresentano gli elementi cardine nell'ambito dell'organizzazione e delle strategie aziendali in tema di liste di attesa. Vengono date indicazioni per l'attribuzioni di specifiche funzioni e responsabilità a supporto.

In particolare alla Direzione Aziendale viene assegnata la responsabilità complessiva del governo e gestione dei tempi di attesa, e del coordinamento dei responsabili nella varie fasi del processo in modo tale che venga garantita la coerenza delle azioni.

Al Direttore Sanitario viene affidata la responsabilità diretta della gestione delle azioni finalizzate al contenimento dei tempi di attesa, al Direttore di Distretto le funzioni di valutazione del fabbisogno, al Direttore di Dipartimento l'analisi della produzione adeguata alla domanda ed infine al Responsabile della specialistica ambulatoriale il supporto operativo e il raccordo tra le diverse articolazioni aziendali.

2. I Programmi attuativi aziendali

Anche nel 2009, così come nel 2007, le Aziende sanitarie hanno elaborato i Programmi attuativi aziendali per il contenimento dei tempi di attesa in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali.

Tali Programmi sono stati elaborati attraverso l'evidenza dei seguenti elementi:

- valutazione del grado di appropriatezza delle prescrizioni attraverso il controllo del quesito diagnostico nelle ricette e le specifiche azioni in cui questo avviene (aree di intervento, medici coinvolti, indicatori utilizzati)

- definizione dei percorsi ambulatoriali per i pazienti portatori di patologie croniche (elenco dei percorsi e dove vengono avviati) al fine anche di ridurre l'accesso inappropriato al Pronto Soccorso

- distinzione delle tipologie di prestazioni nella fase della programmazione (ad es. numero di prime visite e controlli distinte per classi di priorità rispetto al totale dell'attività erogabile da mettere a CUP)

- pianificazione della produzione attraverso:

- la valutazione del fabbisogno

- la quantificazione dell'offerta per ciascuna prestazione oggetto di

monitoraggio (con il dettaglio delle strutture pubbliche, private accreditate e di produzione aggiuntiva) secondo uno schema allegato alla DGR 1035/2009

- aggiornamento degli ambiti di garanzia (dichiarati nel 2008) entro i quali a seconda della tipologia di prestazione, individuata o no come di base, l'Azienda è tenuta a garantire i tempi massimi stabiliti

- andamento dei tempi di attesa confrontati con i volumi pianificati

- eventuali strategie di modulazione temporale della produzione attraverso l'utilizzo di strumenti contrattuali (in attuazione dell'art. 52, comma 4, lettera c della Legge 289/2002) come ad es. l'utilizzo delle 26 ore annuali derivanti dalle ore dedicate all'aggiornamento, l'utilizzo dell'esternalizzazione delle guardie nella misura percentuale prevista dal contratto

- identificazione dei Percorsi di garanzia, ovvero percorsi che devono essere attivati dalle Aziende sanitarie con gli erogatori pubblici e privati accreditati, nel caso in cui non possa essere garantita la prestazione richiesta entro i tempi standard indicati dalla normativa. A riguardo sono state descritte le modalità di progettazione, di attivazione nel CUP, l'elenco delle prestazioni per le quali è attivo tale tipologia di percorso e le strutture di erogazione.

- evidenza delle caratteristiche delle agende di prenotazione: separazione delle prime visite dai controlli, tipologie e volumi di prestazioni non presenti a CUP e apertura continua delle agende.

3. Le regole di prenotazione e accesso ai servizi

Il gruppo di lavoro interaziendale "governo dell'offerta" (determinazioni del Direttore Generale Sanità e Politiche sociali n. 2394/2007 e n. 7060/2008) per l'anno 2009 è stato di supporto tecnico al Tavolo di coordinamento di regionale (di cui alla DGR 1035/2009) all'attuazione e sviluppo del sistema informativo e del sistema di prenotazione finalizzato ad una gestione integrata dell'offerta.

In tale gruppo sono state condivise le modalità di attuazione delle azioni utili alla semplificazione dell'accesso del cittadino verso le aziende sanitarie (sistemi CUP, sistemi di pagamento, ecc.) ed individuato specifici indicatori di efficienza del funzionamento del CUP per permettere la confrontabilità



dei servizi CUP presenti nella rete regionale, anche al fine di definire le caratteristiche evolutive dei sistemi CUP. E' in fase di predisposizione anche la messa a punto di un sistema di prenotazione on line regionale.

4. Indicazioni organizzative per l'erogazione di percorsi diagnostici terapeutici

A completamento di quanto già attuato nel 2008, la Regione Emilia Romagna ha monitorato gli interventi finalizzati alla facilitazione dell'accesso in coerenza con le indicazioni con quanto emerso dal Mattone ministeriale "Misura dell'Appropriatezza".

Tra questi interventi, particolare attenzione va posta al Day Service ambulatoriale inteso come modalità organizzativa che consente il riordino delle liste di attesa (DGR 1035/2009) attraverso il coordinamento dell'attività ambulatoriale finalizzato al trattamento di casi clinici che richiedono un intervento diagnostico o diagnostico-terapeutico complesso, articolato, interdisciplinare, concentrato in un breve intervallo di tempo e che non richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta per tutta la durata dei singoli accessi.

La creazione di percorsi clinici predefiniti, da utilizzare per le patologie più frequenti rappresenta una buona pratica per facilitare l'accesso ai cittadini e per differenziare le prime visite dai controlli.

Nel 2009, il Gruppo di lavoro di monitoraggio del Day Service Ambulatoriale (determina del Direttore Generale Sanità e Politiche sociali n. 16622/2008) ha concluso il lavoro di confronto e condivisione tra le Aziende riguardo i Day Service attivi.

Il 16 novembre 2009 è stata adottata la delibera di giunta regionale n. 1803 "Indicazioni generali alle aziende sanitarie per l'attivazione, l'organizzazione ed il funzionamento delle attività di Day Service ambulatoriale (DSA)" con la quale vengono specificate, alla luce del lavoro svolto dal Gruppo, le caratteristiche generali, gli ambiti di attivazione, gli aspetti organizzativi e le tipologie di tale modalità assistenziale.

Tale delibera prevede inoltre l'istituzione di un nuovo Gruppo Tecnico di monitoraggio Regionale con la funzione di coordinare in modo continuativo la rilevazione presso le Aziende su messa a punto, revisione e adozione di percorsi di DSA. Tale Gruppo si dovrà raccordare con le 3 Aree Vaste presenti in Regione con l'obiettivo di formulare una prima ipotesi di modellizzazione dei percorsi clinici..

5. Definizione dei tempi di attesa e modalità di accesso per prestazioni erogate all'interno di percorsi

Per le *prestazioni di mammografia clinica*, la delibera n. 1035/2009 ha approvato il documento "Interventi individuati per contenere le liste di attesa degli esami mammografici" elaborato dal gruppo di lavoro regionale istituito con determinazione n. 1389/2008 del Direttore Sanità e Politiche Sociali.

In esso vengono stabiliti gli ampliamenti delle classi di età per lo screening mammografico alle classi 45-49 (annuale) e 70-74 (biennale) e definiti percorsi specifici per l'accesso alla diagnostica urgente, urgente-differibile nei casi di patologia mammaria sintomatica. Le indicazioni sui percorsi per la valutazione del rischio eredo-familiare sono oggetto di lavoro di uno specifico gruppo di esperti, come da determinazione del Direttore Sanità e Politiche Sociali n° 8290 del 31/08/2009 "Costituzione gruppo di lavoro sul rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella".

Per le prestazioni di *densitometria ossea* la delibera n. 1035/2009 recepisce le condizioni cliniche di erogabilità già presenti nella delibera n. 1752/2008 in attuazione del DPCM del 5 marzo 2007 di integrazione agli Allegati 1 e 2 del DPCM del 29 novembre 2001 sui LEA.

Sono state date indicazioni precise alle Aziende affinché i medici prescrivano tale prestazione solo in presenza di tali condizioni, al di fuori delle quali non può essere posta a carico del SSR.

6. Il monitoraggio dei tempi di attesa

In Regione Emilia Romagna così come negli anni precedenti è attivo il monitoraggio dei tempi di attesa per un numero predefinito di prestazioni, caratterizzate da potenziale rischio di criticità per i tempi di attesa.



In particolare dal 2007 vengono monitorati i tempi di attesa per le prestazioni presenti nel Piano Regionale sul contenimento dei tempi di attesa (DGR 1532/2006, DGR 1035/09), in attuazione a quanto stabilito nel Piano Nazionale.

Sono attive la Rilevazione retrospettiva e la Rilevazione prospettica attraverso le quali vengono rilevati i tempi di attesa delle prestazioni programmabili, cioè le prestazioni che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostica/terapeutica, per le quali i tempi di attesa fissati sono 30 giorni (visite) o 60 giorni (prestazioni diagnostiche) e delle prestazioni urgenti differibili per le quali i tempi di attesa fissati sono 7 giorni.

In particolare la *Rilevazione retrospettiva* ha come oggetto di rilevazione il tempo di attesa effettivo ovvero quel tempo che viene rilevato ex post dopo l'erogazione della prestazione e riguarda quindi le prestazioni effettivamente erogate. E' espresso in giorni, che intercorrono tra la data di prenotazione e la data di erogazione della prestazione. E' rilevato tramite il Sistema informativo dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA) effettuando la rilevazione sistematica delle informazioni anagrafico-amministrative e sanitarie inerenti le prestazioni erogate nelle diverse Aziende Sanitarie. Oggetto del flusso informativo è l'assistenza specialistica ambulatoriale resa ai singoli pazienti esterni, in ambito ospedaliero e distrettuale, dagli erogatori pubblici e privati accreditati.

La *Rilevazione prospettica* ha invece come oggetto di rilevazione il tempo di attesa prospettato ed avviene in un periodo predefinito (ad es. una settimana lavorativa), ex ante, effettuata cioè prima della effettiva erogazione della prestazione. A livello regionale viene effettuata trimestralmente per una settimana.

Il tempo di attesa è rilevato al momento della prenotazione ed è il tempo, espresso in giorni, che intercorre tra la data nella quale l'utente effettua la prenotazione e la data assegnatagli per l'effettuazione della prestazione. Viene utilizzato un applicativo informatizzato (MAPS) di acquisizione, controllo ed elaborazione dei dati sui tempi di attesa prospettati al fine di automatizzare la rilevazione e produrre in tempo reale la reportistica aziendale e regionale. Dal 2009 i tempi di attesa prospettici sono stati rilevati distinguendo le disponibilità delle prenotazioni dell'azienda entro i tempi standard all'interno dell'ambito di garanzia dell'utente e le scelte dello stesso. In particolare al momento della prenotazione si distingue tra l'utente che ha scelto di ricevere la prestazione presso una struttura che:

- non rientra fra quelle del suo bacino di riferimento/ambito di garanzia (codice 0);
- rientra fra quelle del suo bacino di riferimento/ambito di garanzia, distinguendo i seguenti casi:
 - codice 1: il caso di chi sceglie una struttura all'interno del suo bacino con disponibilità sia entro che oltre i tempi massimi di attesa
 - codice 2: il caso di chi sceglie una struttura con un tempo superiore agli standard, nonostante ci sia un'altra struttura che lo garantisce in quel bacino

La valutazione dei tempi di attesa avviene per ciascun Ambito di garanzia (distrettuale, ambito sovradistrettuale indicato dall'Azienda USL, aziendale), e non per singola struttura, attraverso la Rilevazione retrospettiva mentre quella prospettica viene utilizzata, a livello aziendale per gestire le liste di attesa e intervenire nelle situazioni di criticità, con aumento dell'offerta o altre modalità di intervento (es. interventi sull'appropriatezza).

Dal 2007 la Regione Emilia Romagna, nell'ambito delle rilevazioni dei tempi di attesa, monitora le prestazioni indicate nel Piano nazionale recepite nel Piano regionale insieme a quelle che dal 1999 sono oggetto di monitoraggio regionale (ad esempio la visita fisiatrica, endocrinologica, odontoiatrica etc).

Dai dati del 2009 si osserva che, nell'ambito dell'attività erogata, sono oggetto di monitoraggio e quindi potenzialmente critiche per i tempi di attesa il 24% delle visite (2.105.062 su 8.599.936) ed il 18% (l'anno scorso era il 30%) delle prestazioni diagnostiche (1.358.084 su 7.603.616).

Attraverso l'analisi dei tempi di attesa effettivi del 2009 per le prestazioni di primo accesso (programmabili), si evidenzia che non si riscontrano criticità per la broncoscopia per la quale la quasi



totalità delle prestazioni sono state erogate entro il valore standard dei 60 giorni (indice di performance¹ pari al 99%), per le tac (indice di performance che varia dall'85%, capo, al 91%, rachide), per le rm (indice di performance che varia dall'85%, addome, all'89%, colonna) mentre si riscontrano maggiori criticità per le visite in particolare per l'oculistica (indice di performance pari al 30%), l'urologia (indice di performance pari al 39%) e la dermatologica (indice di performance pari al 38%).

7. Il monitoraggio delle sospensioni dell'attività di erogazione

Attraverso l'adozione della DGR N. 73/2007 sono state recepite le linee guida "Regolamentazione della sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni", prodotte dal Mattone nazionale "Tempi d'attesa" ed istituito il monitoraggio con cadenza semestrale delle sospensioni di attività di erogazione da parte delle Aziende USL ed Ospedaliere.

A seguito della nota ministeriale del 30 gennaio 2009 prot. n. 345 il monitoraggio dell'attività di sospensione è proseguita anche nel 2009. Sono state trasmesse le sospensioni inerenti il 1° e il 2° semestre 2009 per ciascuna azienda e per ciascuna prestazione oggetto di monitoraggio con l'evidenza della causa e durata di ciascuna sospensione. Come da indicazioni nazionali, la rilevazione non ha riguardato le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Gli eventi monitorati e trasmessi riguardano evidenziano che le sospensioni delle attività di erogazione hanno avuto durata superiore a un giorno ed inferiore ad un mese.

In particolare, delle 16 aziende sanitarie ed ospedaliere presenti in Regione, 7 hanno dichiarato di non avere avuto sospensioni dell'attività di erogazione durante il 2° semestre 2009.

Le restanti 9 aziende hanno registrato per lo stesso periodo un totale di 66 sospensioni di attività differenti per durata, causa della sospensione e tipologia di prestazione.

Delle 66 sospensioni, 43 hanno avuto una durata compresa tra 2 ed i 7 giorni e 24 una durata maggiore di una settimana.

Le cause di sospensione hanno riguardato in 36 casi l'indisponibilità del personale, in 29 casi guasti macchina e solo in 1 caso l'inaccessibilità della struttura.

Di seguito l'elenco delle prestazioni in ordine decrescente rispetto al numero di episodi di sospensione:

15 sospensioni per Radiografia

7 sospensioni per TAC (con e senza contrasto)

6 sospensioni per Ecografie varie

5 sospensioni per Ecografie cardiovascolari

4 sospensioni per Visita cardiologica e Visita riabilitativa

3 sospensioni per Test specialistici otorino, RM e ECG

2 sospensioni per Esami endoscopici, mammografia e Visita oculistica

1 sospensione per Ecografia mammella, Holter pressorio, Radioterapia, Visita chirurgia vascolare, endocrinologia, ginecologia, ortopedia, ORL, pneumologia, urologia per un totale di 66 sospensioni.

8. L'analisi dell'attività specialistica ambulatoriale

Nel 2009 sono state erogate in totale circa 74 milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali (vedi Tab. 1), con un decremento pari all'1% rispetto al 2008.

Complessivamente le visite specialistiche si sono mantenute costanti rispetto al 2008 (quasi 9 milioni di cui il 70% di prime visite e il 30% di visite di controllo) mentre le prestazioni di diagnostica hanno mostrato un incremento pari al 2% rispetto al 2008 (circa 7,5 milioni di prestazioni comprese la diagnostica con radiazioni, senza radiazioni e le biopsie).

Per quanto riguarda le prestazioni di tipo terapeutico (radioterapia, dialisi, chirurgia ambulatoriale ecc), tra il 2008 ed il 2009 l'incremento osservato è stato pari al 3% ed ha riguardato soprattutto le prestazioni di radioterapia, dialisi e chirurgia ambulatoriale.

¹ Indice di performance effettivo (prestazioni programmabili): la percentuale (%) delle prestazioni erogate entro i tempi di attesa standard regionali (30 gg per le visite e 60 gg per la diagnostica) sul totale delle prestazioni erogate con modalità di accesso "programmabile"



In particolare nell'ambito della chirurgia ambulatoriale, questo incremento è dovuto al trasferimento al livello ambulatoriale, (processo iniziato nel 2003) di alcune tipologie di interventi chirurgici prima eseguiti in day surgery.

Si riscontra, invece, un calo dell'attività di laboratorio nel 2009 rispetto al 2008 del 2%.

A tale decremento, che ha riguardato soprattutto gli esami di chimica clinica, di ematologia, di immunoematologia e di microbiologia-virologia, hanno presumibilmente contribuito le azioni di controllo e monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva (v. paragrafo successivo).

Anche le prestazioni di riabilitazione (riabilitazione diagnostica, riabilitazione e rieducazione funzionale, terapia fisica ecc.), sono calate del 5% nel 2009 rispetto al 2008, passando da 2.118.272 a 2.003.156, con riduzione in particolare delle prestazioni di terapia fisica.

9. Modalità di accesso alle prestazioni di diagnostica per immagini e di laboratorio

Nel 2009, così come indicato nella DGR 1035/2009, sono stati costituiti, con Determine del Direttore Generale Sanità e Politiche sociali n. 9334 (diagnostica per immagini) e n. 9335 (laboratorio), due gruppi di lavoro costituiti rispettivamente da professionisti con competenze di diagnostica per immagini e di medicina di laboratorio e collaboratori regionali.

La finalità di tali gruppi è stata quella di predisporre le modalità operative per garantire l'appropriatezza delle prestazioni di diagnostica per immagini e di laboratorio in accordo con le indicazioni nazionali e secondo le più recenti evidenze di letteratura e di fissare modalità di verifica e controllo della applicazione delle indicazioni date.

10. Il Piano di Comunicazione

Nel 2009, (così come descritto nella delibera n. 1035) è stata avviata la predisposizione del Piano di comunicazione articolato a livello regionale e locale. Tale Piano prevede una campagna di comunicazione rivolta ai cittadini e ai professionisti.

Ai professionisti è necessario evidenziare gli impegni da assolvere nei confronti dei cittadini, l'indicazione dei percorsi e delle modalità adottate dall'Azienda sanitaria per rispettare i tempi previsti dalla normativa regionale.

Ai cittadini è importante comunicare i propri diritti e doveri, i riferimenti a cui rivolgersi in caso di richieste di informazioni o di segnalazioni di disservizi con particolare riferimento alla violazione del divieto di chiusura delle agende di prenotazione.

L'instaurare un rapporto stabile e trasparente con i cittadini sulle scelte adottate dalle Aziende Sanitarie è uno degli obiettivi principali della Regione Emilia Romagna nell'ambito del monitoraggio dei tempi di attesa.

Inoltre una migliore informazione dei diritti e dei doveri del cittadino e dell'Azienda Sanitaria, nonché la diffusione periodica agli utenti dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni è un primo e fondamentale strumento di miglioramento delle performance dei tempi di attesa regionali.

In tale contesto si è sentita l'esigenza di costruire un portale regionale con la finalità di divulgazione pubblica dei tempi di attesa.

In tale portale, disponibile all'indirizzo <http://www.tdaer.it>, vengono illustrati ed aggiornati ogni trimestre tempi medi di attesa, percentuali di pazienti per classi di attesa e altri indicatori di sintesi dei monitoraggi attivi presso le Aziende sanitarie territoriali dell'Emilia Romagna.

Vengono descritti inoltre i diritti e i doveri del Servizio sanitario regionale e dei cittadini, le modalità di prenotazione e di erogazione e le garanzie adottate a livello di singola Azienda sanitaria.

Antonio Brambilla

TAB 1 Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali erogate in Emilia Romagna - Confronti Anni 2009 - 2008

	2008	% su prestazioni tot 2008	2009	% su prestazioni tot 2009	var % 2009/2008
VISITE					
PRIMA VISITA	6.042.171		5.992.923		
VISITA DI CONTROLLO	2.535.465		2.607.013		
OSSERVAZ.BREVE INTENSIVA	65.647		59.016		
TOTALE	8.643.283	11%	8.658.952	12%	0%
DIAGNOSTICA					
D.STRUMENT.CON RADIAZ.	2.940.130		2.985.428		
D.STRUMENT. NO RADIAZ.	4.061.794		4.188.690		
BIOPSIA	74.525		81.570		
ALTRA DIAGNOSTICA	337.201		347.758		
TOTALE	7.443.650	10%	7.603.616	10%	2%
LABORATORIO					
PRELIEVI	5.129.251		5.090.763		
CHIMICA CLINICA	39.622.959		37.977.220		
EMATOLOGIA/COAGULAZ.	7.247.449		6.938.926		
IMMUNOEM. E TRASFUSION.	168.627		152.987		
MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA	2.680.116		2.437.394		
ANATOMIA ED IST.PATOL.	635.606		616.088		
GENETICA/CITOGEN.	150.170		155.069		
TOTALE	54.604.378	73%	53.368.447	72%	-2%
RIABILITAZIONE					
RIAB.DIAGNOSTICA	116.684		116.296		
RRF	1.389.190		1.322.465		
TERAPIA FISICA	509.376		468.539		
ALTRA RIABILITAZIONE	103.022		95.836		
TOTALE	2.118.272	3%	2.003.156	3%	-5%
TERAPEUTICHE					
RADIOTERAPIA	332.418		392.433		
DIALISI	434.382		445.937		
ODONTOIATRIA	166.662		158.093		
TRASFUSIONI	17.424		15.649		
CHIRURGIA AMBULATORIALE	316.654		322.782		
ALTRE PRESTAZ. TERAPEUTICHE	1.126.544		1.163.642		
TOTALE	2.396.114	3%	2.498.413	3%	4%
TOTALE COMPLESSIVO	75.205.697	100%	74.132.594	100%	-1%