

ATTI PARLAMENTARI

XVI LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CCI

n. 35

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 2010)

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

Presentata dal Presidente della Regione Piemonte

Trasmessa alla Presidenza il 4 agosto 2011

PAGINA BIANCA

Sul tema liste d'attesa sono da tempo in corso presso la Regione Piemonte molte azioni a partire dal 2006 (D.G.R. n. 56-3322 del 3.07.2006 e s.m.i.), coerentemente con gli obiettivi generali e specifici individuati nei vari atti regionali e relativi alla programmazione socio-sanitaria (l'ultimo provvedimento in ordine di tempo è rappresentato dalla D.G.R. n. 1-415 del 2/08/2010 con la quale è stato recepito l'Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.), nonché con i vari provvedimenti definiti a livello nazionale per i trienni 2006-2009 e 2010-2012 per l'attuazione del Piano nazionale di governo delle liste d'attesa.

Il tema "liste d'attesa" e la sua analisi risultano tra gli elementi fondamentali per la progettazione ed il funzionamento della rete dei servizi, in quanto uno (non l'unico) dei parametri sentinella sulla capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione.

Risulta del tutto evidente che pregiudiziale per un efficace piano di contenimento delle liste d'attesa è un adeguato governo della domanda, tenuto conto dei LEA e delle condizioni di appropriatezza di utilizzo dei servizi e di erogazione delle prestazioni. L'azione di governo regionale e locale coinvolge l'organizzazione delle attività sanitarie in quanto deve ricercare l'aumento dell'efficienza dell'uso delle risorse disponibili e la maggiore responsabilizzazione di tutti gli attori del sistema:

- gli utenti, per evitare fenomeni di consumismo sanitario e di inappropriato ricorso alle prestazioni;
- i medici prescrittori, di base e specialisti, che traducono il bisogno di domanda e che devono rispondere al principio dell'appropriatezza;
- i soggetti erogatori che devono sviluppare una capacità produttiva in linea con una domanda appropriata.

L'appropriatezza, nel caso delle prescrizioni mediche, è una delle chiavi di volta nella risoluzione del problema in quanto l'inappropriatezza prescrittiva dei medici è sicuramente una delle cause che, generando un eccesso di domanda, allunga i tempi d'attesa.

Un appropriato ricorso alle prestazioni comporta un corretto uso delle risorse (appropriatezza organizzativa), oltre al corretto utilizzo delle risorse nel contesto di una maggiore efficacia-efficienza del sistema di offerta, consente di rispondere in modo adeguato ad una specifica domanda di assistenza (appropriatezza clinica), realizzando anche una migliore performance dei tempi di attesa per le singole prestazioni.

Peraltra il principio dell'appropriatezza delle prestazioni è alla base della definizione dei livelli essenziali di assistenza di cui al D.P.C.M. 29.11.2001. In particolare l'Allegato 4 dello stesso D.P.C.M. "Linee guida relative al ruolo delle Regioni in materia dei LEA" prevede che le Regioni intervengano sul tema dell'appropriatezza anche prevenendo e controllando fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello di assistenza, al fine altresì di non provocare una conseguente scopertura di altri livelli assistenziali.

Per affrontare in modo concreto tale argomento sono stati effettuati lavori specifici, cui hanno collaborato specialisti del SSR, responsabili dell'organizzazione delle ASR e rappresentanti dei MMG, e che da parte assessorile sono stati oggetto di approvazione, nonché di diffusione a tutte le Aziende Sanitarie per la conseguente attuazione.

In particolare con D.D. n. 101 del 24.04.2007, DD n. 43 del 4.02.2008, DD n. 375 del 10.07.2009 sono state definite:

1. **linee guida sull'utilizzo di classi di priorità in base al bisogno clinico e relativi tempi di attesa.**

Per quanto concerne le prestazioni di assistenza specialistica-ambulatoriale le linee guida già definite interessano le prestazioni che risultano particolarmente critiche a livello regionale rispetto ai tempi di attesa .

Per quanto riguarda i criteri per l'individuazione delle classi di priorità clinica delle prestazioni di ricovero programmato sono stati confermati i criteri già definiti a suo tempo con la DGR 14/2003 e si è proceduto ad una integrazione che interessa le priorità di accesso per interventi nel settore urologico e per protesi d'anca, in quanto tali interventi risultano particolarmente critici a livello regionale rispetto ai tempi di attesa.

2. **le prestazioni di base per le quali le Aziende devono garantire i tempi massimi d'attesa ;**

3. **le schede di preparazione paziente a determinati esami diagnostici** , per l'omogeneizzazione dei comportamenti da parte delle varie strutture organizzative piemontesi.

Al fine di una puntuale, diffusa, attuazione delle disposizioni di cui ai provvedimenti sopra indicati sono stati, inoltre, attivati e realizzati specifici **corsi di formazione regionale** per migliorare la cultura dell'appropriatezza prescrittiva dei medici prescrittori per un appropriato ed equo accesso alle prestazioni ambulatoriali su tutto il territorio regionale.

E' utile precisare, però, che in campo oncologico e riabilitativo ambulatoriale sono stati definiti a livello regionale e sono in fase di attuazione **specifici percorsi diagnostico-terapeutici** , che prevedono al proprio interno tempi di attesa per le varie fasi e relativi standard di riferimento, peraltro più contenuti rispetto a quanto previsto dalla normativa generale in materia:

area oncologica

Con D.G.R. n. 21-11511 del 03.06.2009, è stata approvata la bozza di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta per la prosecuzione delle attività di Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, istituita con D.G.R. n. 48-9824 del 30.6.2003. La convenzione in parola è stata siglata dalle parti in data 5 agosto 2009.

Con la medesima deliberazione sono stati approvati il nuovo assetto organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta ed i relativi Regolamenti del Polo Oncologico e della Rete Oncologica, che prevedono lo stretto coordinamento tra le Aziende Sanitarie, Ospedaliere ed Ospedaliero Universitarie delle due regioni, al fine di concretizzare un'organizzazione dei percorsi oncologici che prelude all'individuazione di centri di riferimento per la cura delle singole tipologie di tumore.

Tale nuova regolamentazione si propone, in particolare, di garantire:

- ❖ il superamento delle disomogeneità territoriali nell'erogazione dei servizi sanitari offerti ai pazienti;
- ❖ il raggiungimento di standard di trattamento sempre più elevati;
- ❖ la crescente semplificazione delle fasi di accesso ai servizi e dei percorsi di diagnosi e cura erogati ai pazienti;

❖ il graduale avvicinamento dell'offerta dei servizi sanitari al contesto di vita della persona bisognosa di cura.

Il percorso sinora svolto ha evidenziato le rilevanti potenzialità delle risorse presenti nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e, per contro, ha messo in luce la sempre maggiore complessità della gestione che tale organizzazione comporta, in un contesto di continua necessità di riduzione dei costi – quale è quello attuale – di un più strutturato modello organizzativo, al fine di ottenere maggiori efficienza ed efficacia di azione.

Tale modello è stato individuato nel Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, approvato con D.G.R. n. 1-358 del 20.07.2010.

Al Dipartimento competono la gestione ed il coordinamento delle attività di Rete Oncologica, così come dettagliate nell'Allegato C della citata D.G.R. n. 21-11511 del 03.06.2009 ed in particolare, relative ai seguenti ambiti:

- ❖ strumenti operativi per l'attuazione delle indicazioni della programmazione sanitaria dell'Assessorato Tutela della Salute e Sanità, Edilizia Sanitaria, Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia della Regione Piemonte e dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, che riguardano direttamente l'ambito oncologico o lo coinvolgono con importanti implicazioni organizzative (cure palliative, terapia del dolore, etc.)
- ❖ promozione e verifica della qualità in oncologia
- ❖ diffusione e controllo dell'applicazione delle linee guida clinico-organizzative
- ❖ formazione continua degli operatori
- ❖ ricerca clinica oncologica
- ❖ percorsi di acquisizione delle nuove tecnologie
- ❖ promozione del sistema informativo-informatico della Rete
- ❖ funzionamento dei centri di riferimento per le cure delle singole tipologie di tumore, in ottemperanza a quanto disposto in merito dalla Giunta regionale della Regione Piemonte
- ❖ partecipazione alla definizione di percorsi di accreditamento in ambito oncologico, con l'obiettivo di perseguire riconoscimenti di accreditamento all'eccellenza
- ❖ rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato in ambito oncologico
- ❖ promozione di progetti che favoriscano l'empowerment dei cittadini, dei pazienti, dei loro familiari e degli operatori, in merito alle patologie oncologiche
- ❖ coordinamento delle iniziative di promozione della salute relative alla patologia oncologica.

Nell'ambito del secondo compito sopra individuato, "promozione e verifica della qualità in oncologia", sono da intendersi ricomprese tutte le iniziative inerenti al contenimento delle liste d'attesa per i primi esami diagnostici e per gli esami di follow up, con l'attuazione di percorsi assistenziali che concorrano al perseguimento del continuo miglioramento della risposta al fabbisogno.

attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale

Nell'ambito delle attività svolte in attuazione del provvedimento regionale di recepimento del DPCM 29.11.2001 sui LEA, la Giunta Regionale ha adottato in data 1° luglio 2002 linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e

rieducazione funzionale da adottarsi da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private provvisoriamente o definitivamente accreditate con il SSR per attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale.

Le linee guida individuate hanno consentito, per la prima volta, di definire le priorità riabilitative e le specificità degli interventi attraverso un approccio metodologico che ha preso in considerazione

1. criteri di appropriatezza clinica (garanzia dell'appropriatezza della prestazione in relazione alla tipologia di disabilità, in quella particolare fase clinica),
2. criteri di appropriatezza organizzativo-gestionale (coerenza con le funzioni esercitate dai singoli servizi, adeguati tempi di erogazione delle prestazioni)
3. criteri di garanzia del percorso complessivo del paziente per una corretta presa in carico riabilitativa,
4. individuazione e utilizzo di indicatori per monitorare l'applicazione delle predette linee guida, anche al fine di migliorarne i contenuti.

Tra gli strumenti individuati per l'attuazione, un ruolo determinante è svolto dal "progetto riabilitativo" in quanto contiene tutti quegli elementi che permettono la presa in carico del paziente, attraverso il coinvolgimento di tutte le figure professionali (équipe riabilitativa) che sono chiamate ad interagire per assicurare il risultato riabilitativo atteso.

Le suddette linee guida, sono state monitorate puntualmente nel tempo ed una attenta analisi della loro attuazione ha fatto emergere la necessità di un ulteriore aggiornamento nell'ottica di una sempre maggiore appropriatezza nell'erogazione del livello assistenziale, sia rispetto ad un intervento sanitario di qualità ed appropriato sia rispetto alla necessità di assicurare equità d'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini.

Le linee guida ed il loro miglioramento continuo rappresentano uno degli strumenti effettivi del governo clinico e dell'organizzazione del SSN che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità.

La revisione delle linee guida per le prestazioni ambulatoriali di RRF (D.G.R. n. 49-12479 del 2 novembre 2009 e D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010) si è basata sulla necessità di garantire l'appropriatezza della prestazione in relazione alla disabilità del singolo paziente.

In questo contesto le prestazioni di rieducazione funzionale costituiscono il cardine dell'intervento riabilitativo, mentre il ricorso alle prestazioni di terapia strumentale è a completamento del progetto riabilitativo e non costituisce l'intervento prevalente.

Ai provvedimenti sopra indicati si affiancano anche alcuni provvedimenti regionali relativi all'individuazione ed assegnazione obiettivi ai Direttori generali delle ASR per gli anni 2008 e 2009. Attualmente sono in via di definizione gli obiettivi per l'anno 2011, e tra questi ne sono proposti alcuni sul tema liste d'attesa (attivazione funzione di recall, allargamento della tipologia di prestazioni da garantire ad accesso diretto).

Le azioni già messe in campo in Regione Piemonte hanno interessato in particolare i principi ed i criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste d'attesa, quelli per il monitoraggio dei valori rilevati e l'informazione all'utenza ed ha individuato le prestazioni oggetto di monitoraggio da parte dell'Amministrazione Regionale ed i relativi standard di riferimento. Le azioni identificate hanno prodotto piani attuativi aziendali sui

quali le singole ASR hanno definito le modalità organizzative di attuazione e le relative tempistiche.

Parallelamente alle azioni sopra descritte la Regione Piemonte ha ritenuto necessario sviluppare una **azione straordinaria per alcune prestazioni specialistico-ambulatoriali**, accompagnandola con un intervento economico straordinario, finalizzata a stimolare le ASR ad intervenire ulteriormente sulla propria organizzazione aziendale (D.G.R. n. 22-615 del 15.09.2010).

L'azione straordinaria riguarda alcune prestazioni che presentano particolari criticità rilevate utilizzando i seguenti criteri:

- tempi di attesa oltre standard regionale
- prestazioni di largo consumo
- prestazioni per le quali sono stati definiti a livello regionale i criteri di priorità clinica per l'accesso (ricerca di appropriatezza prescrittiva).

Le prestazioni individuate sono:

visita cardiologica
visita gastroenterologica
visita oculistica
ecocardiografia
esofagogastroduodenoscopia
colonscopia
ecografia dell'addome (sup., infer., completo)
mammografia (mono e bilaterale).

L'obiettivo della manovra è portare globalmente la capacità delle singole ASR ad assicurare le prestazioni identificate entro standard di riferimento più virtuosi, che costituiscano una risposta più efficiente ed efficace per il paziente. Per le visite è stato individuato in 20 giorni il nuovo standard , per le prestazioni diagnostiche 40 giorni.

In particolare tali standard devono essere rispettati presso i punti di erogazione che maggiormente producono tali prestazioni e che quindi rappresentano specifici punti di riferimento per la popolazione.

Nell'ambito degli **interventi di tipo organizzativo** è' stato avviato e sviluppato, inoltre , il progetto di **Centro Unificato Prenotazione Regionale** (D.G.R. n. 15-608 del 1° agosto 2005 e s.m.i.) che è in stato ormai di funzionamento per Torino e provincia , comprendente le ASL TO 1, TO 2, TO 3, TO 4 , TO 5 , le Aziende Ospedaliere Molinette, OIRM/Sant'Anna, CTO e Mauriziano ed il Presidio Gradenigo.

Peraltro , con D.G.R. N. 93-9417 del 1 agosto 2008, la Regione ha definito ulteriori criteri di organizzazione delle attività del CUP unificato della provincia di Torino tra cui:

- 1 l'assegnazione all'ASL TO 1 dello svolgimento della funzione di organizzazione del CUP unificato della provincia di Torino, attualmente organizzato come SovraCUP, stabilendo che il progressivo allargamento della funzione a tutte le ASR della provincia sia coordinato dal comitato misto sovrazonale previsto ai punti successivi;
- 2 l'assegnazione dei compiti di indirizzo generale dell'attività del CUP unificato della provincia di Torino (in fase transitoria organizzato come Sovracup) a un comitato misto sovrazonale composto dai Direttori generali di tutte le aziende sanitarie afferenti la provincia medesima e dal Direttore della direzione regionale Sanità della che ne assume i compiti di coordinamento;
- 3 l'assegnazione del compito di predisporre le modalità di realizzazione degli indirizzi

del comitato stesso a una commissione tecnica coordinata dalla Regione Piemonte i cui componenti sono indicati rispettivamente dalla direzione regionale Sanità e dalle ASR della provincia di Torino, nonché da un referente del CSI Piemonte che mantiene il compito della gestione della procedura Sovracup, dei relativi collegamenti con le aziende e del supporto informativo/formativo.

Per le altre Aree funzionali sovrazonali, le ASR del cuneese nel 2009 hanno completato tutte le procedure amministrative ed organizzative per la messa in funzione del CUP interaziendale che ha visto il suo completo funzionamento nel corso del 2010. Le restanti Aree funzionali sovrazonali hanno lavorato alla definizione ed all'avvio dei singoli progetti. Negli ultimi mesi del 2010 sono state portate avanti le azioni necessari per avviare all'inizio del 2011 il SOVRACUP WEB, che permetterà ai cittadini di effettuare le prenotazioni da casa. E' altresì in fase di studio l'implementazione di un CUP unico regionale finalizzato all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, che consenta la combinazione del sintomo con la classe di priorità da assegnare al paziente e l'accesso alle prenotazioni attraverso altri canali quali ad esempio le farmacie o un contact center, già in uso per il SOVRACUP della provincia di Torino in grado di far dialogare rapidamente i cittadini con le Aziende Sanitarie Regionali attraverso una semplice compilazione di una pagina Web.

Nel nuovo Atto di Intesa Stato – Regioni per il triennio 2010-2012 è previsto di "integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP" ed in tal senso i rinnovi degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate prevedono una graduale estensione dei CUP aziendali delle ASL anche ai centri accreditati, in modo tale da avere un panorama dell'offerta complessiva per le prestazioni ambulatoriali e far sì che venga evitato il problema delle multiprenotazioni (cioè dei pazienti che prenotano per più strutture senza poi disdire i posti che ritengono meno competitivi sia in termini di attesa che di valore intrinseco dei medici erogatori) che falsa la percezione reale dei tempi d'attesa e rende meno omogeneo il tempo standard tra strutture pubbliche ed accreditate.

Con questa operazione i centri accreditati diventerebbero realmente uno strumento di supporto all'attività sanitaria pubblica ed allo stesso tempo l'offerta delle prestazioni potrebbe essere monitorata dalla Regione ed indirizzata alle reali esigenze dei cittadini, senza inutili doppioni di prestazioni che le strutture pubbliche sono già in grado di erogare nei tempi stabiliti.

Una innovazione tecnologica prevista e che dovrà essere operativa su tutto il territorio regionale nel 2011 è il sistema Recall che, ricontattando il paziente alcuni giorni prima per ricordargli l'appuntamento ed eventualmente disdirlo, permetterà di liberare e riassegnare disponibilità che altrimenti andrebbero perdute e contribuirà ad abbattere l'odioso ed antieconomico fenomeno del drop out (cioè dei pazienti che si "dimenticano" di disdire). Tale sistema dovrebbe essere in grado di incidere sensibilmente sulle liste d'attesa e sull'efficienza ed economicità del sistema complessivo.

Accanto al sistema Recall è in fase di valutazione l'ipotesi di una introduzione del Contact Center, ovvero il sistema per la richiesta di prenotazioni on-line che si rivolge a tutti i cittadini che desiderano prenotare prestazioni sanitarie erogate dalle strutture aderenti al sistema sovracup e che non desiderano utilizzare gli sportelli di prenotazione ovvero il telefono con cui chiamare il numero verde messo a disposizione dalla Regione Piemonte (in collaborazione con l' ASL TO1). Questo sistema, che sta incontrando un successo crescente a livello del SOVRACUP di Torino e provincia (circa 60.000 contatti/anno)

dovrà essere esteso a tutto il territorio regionale e diventerà l'interfaccia per i cittadini di tutte le Aziende sanitarie.

I benefici di questo sistema per i cittadini saranno sostanziali ed eviteranno, soprattutto alle fasce più deboli o anziane delle popolazione, la necessità di sobbarcarsi trasferte ed attese inutili e potranno attendere tranquillamente a casa la chiamata di un operatore del servizio di prenotazione che fisserà l'appuntamento richiesto.

Elenco provvedimenti regionali:

- D.G.R. n. 56-3322 del 30/07/2006
- D.G.R. n. 37-5180 del 29/01/2007
- D.G.R. n. 93-9417 dell'1/08/2008
- D.G.R. n. 35-9655 del 22.09.2008
- DGR n.. 10-11303 del 27.04.2009
- D.G.R. n. 21-11511 del 3/06/2009
- D.G.R. n. 49-12479 del 2/11/2009
- D.G.R. n. 22-615 del 15/09/2010
- D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010
- D.D. n. 101 del 24.04.2007
- DD n. 43 del 4.02.2008
- DD n. 375 del 10.07.2009



Direzione Agricoltura

Prot. n. 16536/DB111

7. 180

Il Direttore

9456/DB0500

Torino, li

5 LUG. 2011

Alla Direzione
Affari Istituzionali e Avvocatura
SEDE

Att.ne D.ssa Laura BERTINO

Oggetto: Relazione di cui all'art. 1, comma 5 della Legge 3 ottobre 2002, n. 221. Prelievo in deroga di specie ornitiche ai sensi dell'art. 9 della Direttiva 79/409/CE. Anno 2010.

In riferimento alla relazione di cui all'oggetto, si comunica che la Regione Piemonte non ha adottato, nel 2010, provvedimenti di deroga ai sensi dell'art. 9 della Direttiva 79/409/CE.

Distinti saluti.

Dr. Gaudenzio DE PAOLI