

## SINTESI

### **Del "Programma regionale sul governo dei tempi di attesa". Primi di indirizzi alle aziende sanitarie regionali.**

*Di seguito riassumiamo per punti i contenuti della DGR e del relativo allegato (documenti che vi abbiamo già inviato) in modo da facilitarvi la comprensione del complesso provvedimento.*

La bozza di provvedimento non tace che alcune dei maggiori problemi riguardano l'emanazione di norme di limitazione della spesa regionale, con la conseguente riduzione della spesa sanitaria, l'abbassamento dei tetti di spesa per il personale del SSR o della quota destinata agli erogatori privati accreditati.

Ribadisce più volte che vanno individuati strumenti e modi di collaborazioni di tutti gli attori del sistema per una concreta presa in carico dei pazienti (le aziende sanitarie, utenti del SSR, specialisti dipendenti e convenzionati, medici di medicina generale, e di altri di libera scelta, strutture private accreditate, organizzazioni rappresentative degli erogatori privati), per una concreta presa in carico dei pazienti.

In questo senso precisa che occorre prevedere modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso la gestione programmata dei protocolli diagnostici (PDTA). La soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'offerta delle prestazioni, ma deve coniugare il bisogno espresso con il governo della domanda che tenga conto dell'applicazione di rigorosi criteri sia appropriatezza sia di priorità delle prestazioni. L'obiettivo dichiarato è dunque quello di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

#### **Il modello operativo**

Secondo il provvedimento per rispondere in tempi e setting appropriati e secondo priorità cliniche è necessaria una variazione degli assetti erogativi del SSR con un livello di governance della DS e un livello operativo gestionale unico che coincida con il bacino geografico di garanzia per il soddisfacimento del bisogno di prestazioni specialistiche, individuato nelle Aree Omogenee di Programmazione (come identificate con DGR 1-600 del 19 novembre 2014), coordinate dalle Direzioni Sanitarie Aziendali, capaci di soddisfare le esigenze specialistiche negli ambiti in cui sono articolate le ASR.

Vengono indicate 5 aree omogenee:

1. **Area Omogenea Torino:** Asl Città di Torino, ASL TO 4, Asl TO5, AOU, Città della Salute Torino;
2. **Area Omogenea Torino ovest:** ASL TO3, AOU San Luigi, AO Ordine Mauriziano Torino;

3. **Area Omogenea Piemonte sud ovest:** ASL CN1, AslCN2, AO S. Croce di Cuneo;
4. **Area Omogenea Piemonte nord est:** Asl NO, Asl VCO, Asl VC, Asl BI, AOU Maggiore della Carità di Novara;
5. **Area Omogenea Piemonte sud est:** ASL AL ASL chiocciola, AO SS. Antonio e Biagio di Alessandria.

La Direzione Sanità definirà con proprio provvedimento i ruoli e le funzioni di coordinamento delle aree omogenee sopra elencate.

**Gli elementi essenziali del modello operativo sono:**

- **La completa separazione tra le richieste generate** nell'ambito di quello che viene definito **il primo contatto**, per il quale deve essere soddisfatto il quesito diagnostico, **e il c.d 2° contatto**, ovvero le richieste originate dalla presa in carico da parte del sistema delle cure primarie e /o degli specialisti nel caso in cui il problema di salute sia conosciuto e vi sia la necessità di seguirlo nel tempo.
- **L'attivazione diffusa di percorsi di consulenza e prestazioni** per i pazienti cronici su specifici PDTA formalizzati e prenotabili direttamente dal sistema delle cure primarie.
- **Per migliorare l'accessibilità delle cure e ridistribuire l'offerta sul territorio**, la DS provvederà entro 120 gg a ridefinire i "criteri di garanzia". Le visite e le prestazioni di diagnostica saranno dunque ricondotte ai seguenti ambiti di garanzia territoriali all'interno dei servizi dell'Asl:
  - ↘ Distrettuale per le prestazioni a bassa e media complessità;
  - ↘ Aziendale (a livello di presidio ospedaliero) per le prestazioni di media e alta complessità;
  - ↘ Sovra aziendale o regionale per prestazioni ad alta ed altissima specialità;
  - ↘ Sovra regionale per le prestazioni ad alta complessità non erogate in ambito piemontese.
- **Si prevede che le Aree Omogenee di Programmazione predispongano un Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa predisposto sulla base delle indicazioni inviate alle aziende dalla DS.** Tali indicazioni devono tener conto del fatto che alcune prestazioni specialistiche trovano risposta nella zona di residenza del paziente che deve dunque essere identificata con l'ambito naturale di programmazione derogativa.
- **La Regione ha il compito di** recepire gli indirizzi nazionali, di definirne le indicazioni attuative, di monitorare l'andamento dei tempi di attesa, e di individuare gli strumenti per il governo dei tempi di attesa. Viene istituito presso la Direzione Sanità il coordinamento operativo regionale per il governo dei tempi di attesa, composto dal Responsabile del Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera, dal Responsabile del Settore Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria Territoriale, dal Responsabile del Settore Controllo di Gestione e Monitoraggio dei Costi e Sistemi informativi e da un Direttore Sanitario per ciascuna delle Aree Omogenee di programmazione.
  - ↘ **L'Area omogenea costituisce il bacino di garanzia** per il soddisfacimento del bisogno dei cittadini ed è quindi la sede di definizione dei Programmi di Area per il Governo dei Tempi di Attesa.
  - ↘ Alle Aziende Sanitarie Regionali viene riconosciuto il ruolo di tutela della salute

della popolazione in essa residente; **alle Asl viene attribuito il ruolo di committente per il governo dei tempi di attesa** verso le proprie strutture erogatrici, le Aziende Ospedaliere e i privati accreditati.

- **Il Direttore Generale garantisce una funzione aziendale** per l'attuazione di quanto sopra. Il Responsabile del governo dei tempi di attesa di ciascuna ASR e il Direttore Sanitario di azienda che svolge tale ruolo avvalendosi di strutture aziendali competenti.
- **Tutte le strutture erogatrici contribuiscono al governo** delle liste di attesa attraverso le seguenti azioni:
  - Applicazione delle regole del nuovo modello operativo:
    - ✓ **Programmazione delle attività** erogative sulla base dei piani di area omogenea
    - ✓ **Separazione linee di prenotazione** primi e secondi accessi;
    - ✓ **Messa a CUP di tutte le agende** comprese quelle in libera professioni;
    - ✓ **Attivazione di comunicazione** strutturata con le diverse categorie di prescrittori
    - ✓ **Coinvolgimento e informazione/formazione dei professionisti** su: nuovo modello per il governo delle liste di attesa, utilizzo di strumenti informatici, applicazione PDTA;
    - ✓ Attuazione di **adeguate modalità** informative rivolte ai cittadini.
  - In particolare la **distinzione dei primi accessi da quelli successivi** richiede ai professionisti di partecipare attivamente a:
    - ✓ messa a punto dei **processi di prescrizione e prenotazione**;
    - ✓ potenziamento del sistema delle cure primarie per la **presa in carico dei pazienti cronici** con modalità di tipo proattivo e con risposte multi professionali;
    - ✓ **integrazione funzionale dei servizi sanitari e dei servizi socio sanitari** finalizzata alla continuità delle cure;
    - ✓ **elaborazione di PDTA** per le principali patologie croniche.
- Sono considerate **decisive per la riuscita del programma regionale adeguate azioni di educazione sanitaria** che forniscano informazioni necessarie per un esame critico dei problemi della salute e che responsabilizzino individui e gruppi sociali. Alla luce della normativa nazionale e regionale vigente, si prevede di programmare azioni volte al miglioramento della appropriatezza delle prestazioni più critiche. Il coinvolgimento sistematico dei professionisti è ritenuto strategico per analizzare i dati di consumo e per definire i percorsi diagnostico-terapeutico. Si procederà quindi su diverse linee di lavoro: l'analisi dei dati di flusso delle prestazioni target; lo svolgimento di audit clinici per monitorare l'aderenza alle evidenze scientifiche; la definizione dei PDTA; azioni volte a limitare l'eccessivo consumo di prestazioni.

Il tutto dovrà essere armonizzato con gli indirizzi indicati dal Piano Nazionale Cronicità, indirizzi destinati a influenzare il governo della domanda di prestazioni sanitarie. Il Piano nazionale richiede lo sviluppo dei servizi sanitari e socio sanitari orientato ai bisogni del paziente cronico, per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardarne la progressione e ridurre la mortalità e la disabilità prematura.

In particolare occorre **assumere il nuovo paradigma della medicina d'iniziativa**, fondata su PDTA; favorire la responsabilizzazione e il coinvolgimento del paziente; una forte integrazione nella rete dei servizi per superare la frammentarietà del

sistema.

- **La Direzione Sanità** provvederà a dare **indicazioni univoche** in merito alle tematiche di seguito elencate:
  - ↘ **attribuzione dei codici di priorità:** occorre aggiornare gli indirizzi operativi in atto al fine di rendere omogenee le condizioni di appropriatezza che sono alla base dell'attribuzione dei codici di priorità
  - ↘ **organizzazione delle agende e delle liste di prenotazione** per le prestazioni di specialistica ambulatoriali: attraverso una nuova modalità informatica/organizzativa si dovrà pervenire al risultato della riduzione significativa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche. Per questi flussi di pazienti si costituiranno percorsi di accesso alle visite e alle diagnostiche completamente distinti rispetto ai flussi di pazienti già conosciuti dal SS. In linea generale le agende dovranno essere organizzate per codice di priorità all'interno della disciplina e dovranno ricomprendere anche l'attività libero professionale intramuraria
  - ↘ **adozione delle "agende di garanzia"** al fine di garantire il rispetto dei tempi d'attesa con strumenti "integrativi" quali: aumento della produttività interna; accordi con il privato accreditato; utilizzo della libera professione intramuraria
  - ↘ **Contestualità prescrizione e prenotazione:** sarà perseguita la possibilità di fare effettuare dal medico o pediatra di famiglia o specialista, al momento della prescrizione anche la prenotazione della prestazione diagnostica
  - ↘ **Possibile estensione delle fasce orarie e delle giornate di erogazione** delle prestazioni anche nelle ore tardo pomeridiane e serali e anche alle giornate di sabato e prefestive.
  - ↘ **La soddisfazione delle richieste di specialistica ambulatoriali espresse nell'ambito di primi contatti**, prevalentemente dal sistema di cure primarie, passa attraverso il bilanciamento della domanda con l'offerta oltre all'aderenza ai criteri di appropriatezza. Pertanto la definizione delle risorse presenti in ogni ambito è rappresentato dalla domanda in area distrettuale.
- Le attività di specialistica ambulatoriale costituiscono **una dimensione unitaria professionale e organizzativa**. Non esistono due realtà una territoriale e una ospedaliera oppure una specialistica pubblica e una convenzionata. Specialisti ospedalieri, specialisti ambulatoriali del pubblico e specialisti convenzionati costituiscono un unico bacino dell'offerta.
- **Nella gestione del primo accesso si dovrà tener conto delle tempistiche previste dalla normativa nazionale e regionale:** **U (urgente):** da eseguire nel tempo più breve possibile, e, comunque entro 72 ore; **B(breve)** da eseguire entro 10 giorni; **D (differibile)** da eseguire entro 15/30 giorni per le visite e 30/60 giorni **P (programmata)** in questa classe sono escluse le prestazioni programmatiche di approfondimento, e comunque inserite in un PDTA.
- Per quanto riguarda **le prestazioni di secondo accesso** sono necessarie agende specifiche per i follow up "semplici" nonché per le visite di controllo inserite nei PDTA.
- Si afferma che è necessario che le aziende sanitarie si avvicinino alla programmazione delle assunzioni tenendo conto delle **criticità relative a quelle specializzazioni che maggiormente generano liste d'attese** lunghe. E' ribadito come parimenti inderogabile che, **le aziende prevedano tra gli obiettivi aziendali – finalizzati**

**alla retribuzioni dei risultati** (CCNL 1996 per il personale dirigente) e alla produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della produttività individuale (CCNL 1999) per il personale di comparto, l'inserimento di tutte le agende ambulatoriali a CUP, comprese quelle alla libera professione intramuraria, e la riduzione dei tempi di attesa, laddove si sono rilevate criticità.

- Le Aziende, in accordo con le équipes dei servizi interessati, potranno concordare, ai sensi dell'art.55, comma 1 lett. d, del CCNL 8/6/2000 dell'area della dirigenza medica e veterinaria e secondo programmi aziendali, di **incrementare le attività e le prestazioni idonee a tal fine.**
- E' prevista la possibilità di ricorrere ai sensi dell'art.20 al **conferimento di incarichi a tempo determinato e di incarichi provvisori**, a specialisti ambulatoriali.
- Si ribadisce che la normativa nazionale, in materia di libera professione intramuraria, assicura che il ricorso all'istituto debba essere conseguente alla libera scelta del cittadino e non alla carenza dei servizi. I principi essenziali che si evincono dalla normativa sono rappresentati:
  - ↘ dall'adozione di sistemi organizzativi in grado di controllare che i volumi delle prestazioni effettuate in regime di libera professione, **non superino quelli effettuati nella attività istituzionale**
  - ↘ dall'obbligo di prevedere **un monitoraggio aziendale dei tempi di attesa** relativo alle prestazioni effettuate durante l'attività istituzionale per assicurare il rispetto dei tempi medi fissati,
  - ↘ dall'obbligo di **adottare azioni finalizzate al progressivo allineamento dei tempi medi di erogazione** delle prestazioni istituzionali rispetto ai tempi medi di quelle rese in libera professione affinché sia assicurato che il ricorso a questa discenda dalla libera scelta dell'utente e non sia prodotta da carenze organizzative.
  - ↘ Dall'obbligo per le aziende sanitarie di predisporre il **piano aziendale riferito alle singole unità operative**, concernenti i volumi di attività istituzionale e i volumi di attività resa in regime di libera professione.
  - ↘ Dall'obbligo aziendale di assicurare che **l'esercizio dell'attività professionale intramuraria non sia in contrasto con le proprie finalità e attività istituzionali** e che lo svolgimento sia organizzato in modo tale da garantire l'assorbimento dei compiti di istituto.