



N. LR 7/2009 – IV

RELAZIONE DELLA III COMMISSIONE PERMANENTE

(tutela della salute, servizi sociali, alimentazione, previdenza complementare e integrativa)

(Relatore **Pustetto**)

sulla

**RELAZIONE SULLO STATO DEGLI ADEMPIMENTI DELLA LEGGE REGIONALE 7/2009
(Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie
nell'ambito del Servizio sanitario regionale)**

(ai sensi della clausola valutativa di cui all'articolo 15 della legge regionale 7/2009)

Presentata dalla Giunta regionale il 2 maggio 2017

Presentata alla Presidenza il 22 giugno 2017

Signor Presidente, colleghi Consiglieri,

il funzionamento delle liste di attesa nel corso degli anni è stato oggetto di un rilevante processo di produzione normativa, iniziato con alcuni interventi legislativi che hanno ceduto poi il passo a discipline più articolate e organiche, frutto di accordi e intese tra il Governo nazionale e le Regioni.

Il problema delle liste d'attesa per le visite specialistiche, gli esami diagnostici o il ricovero per interventi è ancora oggi molto sentito, sia per i tempi di erogazione talvolta eccessivi sia per la sensazione che le prestazioni, rese in tempi lunghi dal servizio sanitario pubblico, diventino inspiegabilmente tempestive se richieste a pagamento, ancorché effettuate dallo stesso personale e con l'impiego delle stesse strutture intra moenia.

Queste le esigenze che hanno condotto il Consiglio regionale all'approvazione della legge regionale 26 marzo 2009, n. 7 "Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale".

Ricordo che la finalità della legge in questione, che per altro recepiva quanto stabilito dal Piano Nazionale del Governo, è quella di rispettare i tempi massimi di attesa per la varie prestazioni specialistiche, diagnostiche o di ricovero per interventi.

Per il conseguimento di tale finalità si è puntato su un processo di responsabilizzazione che ha coinvolto i Direttori Generali, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i cittadini e non ultima la direzione centrale della salute.

I Direttori Generali, garanti del rispetto dei tempi di attesa previsti, si vedono vincolato il 25 % del loro compenso integrativo, al raggiungimento dell'obiettivo così come stabilito nei piani aziendali e concordato con la direzione centrale della salute.

I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta sono obbligati a indicare nella ricetta il criterio di priorità entro il quale deve essere eseguito l'esame.

La Regione si è impegnata a investire, in rapporto al bisogno, in personale e risorse.

I cittadini sono tenuti al pagamento delle prestazioni in caso di mancata disdetta o mancato ritiro del referto.

Di contro ai cittadini, a cui è stata garantita la possibilità di conoscere i limiti di tempo massimo previsti attraverso affissione presso tutte le sale d'attesa e nelle sedi dei medici di medicina generale, possono rivolgersi alle strutture private accreditate, anche in condizioni di extra budget, nel momento in cui il SSR non fosse in grado di garantire l'osservanza dei limiti massimi di attesa.

Questo perché il problema delle liste di attesa è legato a molti fattori a partire dall'appropriatezza della prescrizione, alla capacità organizzativa dei singoli reparti e/o professionisti, agli organici, alle risorse messe a disposizione dalla Regione e non ultima alla correttezza degli utenti che troppo spesso non si presentano agli appuntamenti concordati.

Alle aziende sanitarie e ospedaliere è stato chiesto che, nella programmazione annuale, il rispetto della tempistica venisse garantito, se non in ogni singola azienda, almeno nell'area vasta tenuto conto dei criteri di accessibilità geografica, orario di apertura e volumi erogati.

Questo è il quarto anno che il Comitato per la legislazione, il controllo e la valutazione ha reso il parere alla III Commissione in base a quanto richiesto dalla clausola valutativa (le precedenti erano del 2009-10-11). Ricordo che le prime relazioni avevano messo in evidenza la mancanza di un quadro di sintesi del fenomeno e la non omogeneità dei dati raccolti dalle singole aziende impedendo di fatto il ritorno di informazioni dettagliate utili a valutare correttamente gli effetti della legge e quindi a permettere quelle azioni correttive finalizzate al miglioramento dei servizi erogati.

Per tali motivi veniva proposta, ed approvata, la versione definitiva della suddetta clausola valutativa che prevede che entro il mese di febbraio di ogni anno, l'assessore con delega alla sanità presenti alla Commissione consiliare competente una relazione contenente risposte documentate ai seguenti quesiti: a) in che misura, e rispetto a quali prestazioni, i singoli enti hanno superato i tempi massimi previsti e quali sono le cause principali del mancato rispetto di tali termini; b) quali provvedimenti correttivi sono stati adottati nei casi di superamento dei tempi massimi e quali sono gli esiti di tali provvedimenti; c) quali sono le modalità di applicazione degli strumenti di incentivazione introdotti e quali le eventuali criticità emerse nel renderli operativi; d) qual è l'andamento dei tempi di attesa, anche rispetto ai tempi rilevati prima dell'entrata in vigore della presente legge, e qual è l'opinione di esperti del settore e di utenti sulla velocità di fruizione delle prestazioni e sul funzionamento del sistema di prenotazione previsto dall'articolo 16.

Un altro tassello importante per una migliore lettura del problema e un nuovo e più omogeneo monitoraggio delle liste di attesa è stata la DGR 2034/2015 che ha disciplinato l'organizzazione del CUP ma anche stabilito le modalità di prenotazione e di accesso alle prestazioni.

Credo utile ricordare che i criteri di priorità per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, confermati dal previgente piano regionale, prevedono un tempo massimo di attesa di 10 giorni per le prestazioni classificate B-breve; di 30-60 gg a seconda che si tratti di visite o prestazioni strumentali per le ricette codificate D- differite; e 120 gg per quelle P-programmate.

Le linee di gestione e il patto tra Regione e Direttori Generali degli enti del SSR hanno previsto, per il 2016, il raggiungimento delle seguenti soglie: 95% per la priorità B; 90% per la priorità D; 85% per la priorità P.

Le prestazioni per le quali sono riferiti i tempi massimi di attesa sono quelle di primo accesso e il tempo di attesa è quello che intercorre tra la data di prenotazione e la data di esecuzione dell'esame.

Attualmente vengono monitorate 43 delle 593 prestazioni che il SSR eroga; dati questi, tuttavia, che non possono essere confrontati con quelli degli anni precedenti per la diversità delle modalità di raccolta degli stessi.

Nel 2016 il totale delle prestazioni specialistiche si è ridotto in modo significativo (- 1.552.033) prevalentemente per la riduzione delle prestazioni di laboratorio con impegnativa di tipo P.

Due le spiegazioni possibili: la riorganizzazione dell'offerta presso l'ASUI di Udine e la rinuncia dei cittadini ad eseguire esami programmati per le maggiori difficoltà di bilancio delle famiglie.

Per quanto riguarda l'esecuzione degli esami nei tempi previsti si rileva: un significativo miglioramento delle prestazioni di tipo "B" che nel biennio 2015/2016 passano dal 64% al 74 %, un miglioramento dell'1% delle prestazioni di tipo "D" che passano dal 75% al 76% e la conferma delle prestazioni di tipo "P" all'85%.

Per quanto riguarda le prestazioni di tipo B nel 2015 ben 19 sulle 43 monitorate venivano soddisfatte con percentuali uguali o inferiori al 50%, dato questo, che nel 2016 si riduceva a solo 7 prestazioni che mantenevano percentuali così basse. E' altrettanto vero che per altre ulteriori 7 prestazioni registravano un peggioramento anche se a fronte di una maggiore numerosità di utenti.

Un'analisi più dettagliata permette di evidenziare una realtà molto differenziata sia per quanto riguarda le tipologie degli esami /visite specialistiche che le diverse performance delle varie Aziende sanitarie.

Per quanto riguarda i primi le criticità maggiori sono rappresentate dalla risonanza magnetica, tac (tc), elettromiografia, esofago- gastro –duodeno - scopia, elettrocardiogramma da sforzo e Fundus oculi. Per quanto riguarda le visite specialistiche le maggiori difficoltà si registrano per la neurologia, l'endocrinologia, la gastroenterologia, la chirurgia vascolare e la visita ortopedica.

Di contro sono le aziende dell'area vasta Udinese quelle in maggiore affanno.

Un discorso a sé e in parte contraddittorio e che andrà attentamente monitorato, è l'apporto del privato che se da un lato vede il totale delle prestazioni erogate in calo di 124.753 unità con un impegno economico da parte della regione in lieve flessione, dall'altra registra aumenti anche elevatissimi per alcune prestazioni. A titolo esemplificativo ma non esaustivo le visite chirurgiche che nel 2015 erano 380 sono diventate 5.100 nel 2016; la chirurgia vascolare da 17 a 1.083; le visite dermatologiche da 3653 a 12.853; la medicina fisica/ riabilitativa 245.153 a 307.391 vale a dire + 50.000 prestazioni...

Per quanto riguarda invece il rispetto della tempistica per gli interventi programmati si rileva che gli interventi di tipo A (da eseguirsi entro 30 gg) sono effettivamente effettuati nel 70 % dei casi; per quelli di tipo B (entro 60 gg) la percentuale è del 68%, per quelli C (180 gg) 87 % e si raggiunge il 100% per quelli da eseguirsi entro l'anno.

Anche qui l'analisi dei dati evidenzia come le differenze tra azienda e azienda siano molto marcate anche in rapporto alla tipologia dell'intervento.

Concludendo: i fattori che concorrono alla lievitazione delle liste di attesa sono numerosi e talora molto complessi pertanto un approccio serio che permetta una corretta gestione delle liste di attesa, più che un loro azzeramento, non può che partire da dati affidabili e omogenei che fotografino nel dettaglio l'operato di ogni azienda sanitaria, pubblica o privata, della regione.

L'analisi fatta dal Comitato di Controllo, sui dati forniti dall'assessorato alla salute, mette in evidenza un quadro in miglioramento che andrà però monitorato nel tempo non solo perché le analisi si riferiscono al singolo biennio 2015/2016 ma anche perché i numeri relativi ad alcune prestazioni – come sopra citati – lasciano ampio margine di interpretazione.

PUSTETTO