

CALABRIA

PAGINA BIANCA



Regione Calabria
ASSESSORATO ALLA SANITA'
CATANZARO

Catanzaro li 08.6.2004

RELAZIONE SULLE LISTE D'ATTESA
ARTICOLO 52 LETTERA C) DELLA LEGGE 289/2002

Relativamente agli adempimenti previsti dalla Legge Finanziaria 2002 (art.52 lette c, legge 289 del 27.12.2002), preliminarmente, **si osserva che la problematica delle liste d'attesa nella Regione Calabria non assume particolare criticità per la combinazione dei fattori connessi alla mobilità sanitaria ed all'intervento del settore privato.**

Si espongono, comunque, gli adempimenti regionali attuati al fine dell'eliminazione delle liste d'attesa per quelle branche, seppure limitate, dove l'offerta non soddisfa esaurientemente la domanda di servizi:

1) Con la Legge regionale n. 11 del 19.3.2004 (Piano Sanitario Regionale) sono state previste le categorie di indicazione clinica con i tempi massimi di attesa :

- urgenza : 6 ore
- priorità : 12 ore
- attenzione : 3 giorni
- routine : 15 giorni
- dilazionabili : 1 mese

Tale percorso si realizzerà attraverso l'attivazione di tutte quelle iniziative che agiscono sull'appropriatezza della richiesta di prestazioni e all'adesione a criteri di efficacia clinica da parte di

tutti i medici interessati attraverso determinati percorsi clinici predeterminati.

2) Con deliberazione n. 157 del 23.3.2004 "indirizzi per la predisposizione del piano di attività aziendale e del bilancio economico preventivo per l'anno 2004, per l'avvio del processo di budgeting e per la valutazione della dirigenza del SSR" è stata data graduale attuazione alla normativa di cui alla L.R. n. 11/2004 e per lo specifico delle liste d'attesa si è provveduto:

- alla richiesta del quadro complessivo degli orari di apertura al pubblico degli ambulatori e servizi di diagnosi e cura, con particolare riguardo all'utilizzo delle grandi apparecchiature, ivi compresi quelli della libera professione intramuraria;
- all'obbligo di definire il concreto superamento nei casi di condizioni di inadeguatezza dell'offerta.

Nella fase di negoziazione, in ordine all'esame del documento di piano di attività, il capitolo delle liste d'attesa, è stato esaurientemente predisposto dalle singole Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione e, per le poche criticità esistenti, sono state avviate le iniziative per il superamento.

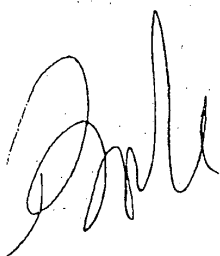
Dalla lettura dei piani presentati è emerso che per l'attenuazione della domanda di prestazioni, limitata a ben definite branche specialistiche, è stata ampliata l'offerta dei servizi con il recupero delle risorse umane provenienti da quei servizi in fase di depotenziamento previsti dal PSR nonché, l'utilizzo degli strumenti contrattuali quali l'indennità di risultato.

Inoltre, dall'analisi dei piani di attività 2004, le Aziende hanno elaborato i propri programmi operativi in modo differenziato, in rapporto alle diverse esigenze che, escluso l'attività di ricovero, dove il problema non sussiste, è emerso quanto segue:

- prolungamento dell'apertura dei servizi diagnostici ambulatoriali;
- mobilità di personale sanitario
- stipula di protocolli con i medici di medicina generale e monitoraggio delle prescrizioni
- rimodulazione dell'offerta di prestazioni con eliminazione e forte riduzione di quelle inappropriate al fine di riqualificare l'assistenza sanitaria
- diversa rimodulazione delle ore per la specialistica convenzionata interna in cui è stata operata una forte riduzione per quelle branche specialistiche a "bassa domanda" e

conseguente aumento delle branche specialistiche con "domanda elevata"

- concertazione con gli erogatori privati accreditati per l'acquisto di prestazioni con l'indicazione della tipologia e dei volumi massimi contrattati che tengano conto dell'effettiva domanda di servizi sanitari.



P.LA REGIONE CALABRIA
L'ASSESSORE ALLA SANITA'
DR. GIOVANNI Luzzo



PAGINA BIANCA

CAMPANIA

PAGINA BIANCA

*Giunta Regionale della Campania**Foglio n.***RELAZIONE della Regione Campania**

In riferimento agli adempimenti previsti dall'art. 52, comma 4, lettera c), L. 289/2002, la scrivente amministrazione ha provveduto a richiedere alle Aziende Sanitarie quanto segue:

- a) l'Azienda ha intrapreso iniziative per dare applicazione alla Delibera di Giunta Regionale n. 4061/01 (allegata in formato elettronico) concernente "Linee guida per la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero e ambulatoriali specialistiche". In caso affermativo, si richiede cortesemente di dettagliare le modalità operative individuate;
- b) l'Azienda ha posto in essere, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste d'attesa, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello stato, ulteriori adeguate iniziative dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni alla settimana. In caso affermativo, si richiede cortesemente di dettagliare le modalità operative individuate;
- c) l'Azienda, per ampliare notevolmente l'offerta di servizi, con diminuzione delle giornate complessive di degenza, utilizza, unitamente al recupero di risorse attualmente impiegate per finalità non prioritarie, la flessibilità organizzativa e gli istituti contrattuali della turnazione di lavoro straordinario e della pronta disponibilità.

Dalle risposte ottenute emerge, in sintesi, che, relativamente alla domanda c), le Aziende hanno dichiarato di utilizzare gli strumenti contrattuali, con particolare riferimento allo stipendio di risultato e al lavoro straordinario, mirati alla implementazione delle attività ambulatoriali e di avere allo studio o di aver già attuato la flessibilità organizzativa attraverso lo spostamento di risorse umane dalle attività di degenza, caratterizzate da trend decrementale o da inappropriatezza, ad attività ambulatoriali; collateralmente, per alcuni casi, sono stati utilizzati gli strumenti contrattuali per situazioni di emergenza dovute alla dotazione organica e agli aspetti organizzativi delle strutture.

Per quanto attiene invece la domanda a) e b) le Aziende hanno dichiarato di aver posto in essere iniziative volte al contenimento delle liste di attesa in conformità a quanto richiesto.

Le modalità operative individuate sono molteplici e non tutte omogeneamente attuate ma tutte le Aziende hanno adottato alcune delle azioni che di seguito si elencano:

- apertura dei servizi diagnostici per pazienti ambulatoriali 6gg./7 e per pazienti ricoverati 7gg./7;
- spostamento di personale infermieristico dall'Ospedale al territorio, al fine di potenziare l'Assistenza Domiciliare e di prevenire pertanto la richiesta di ospedalizzazione;
- stipula di un accordo con i Medici di Medicina Generale al fine di ridurre la domanda di ricovero ospedaliero e di prestazioni specialistiche ambulatoriali. L'accordo prevede la corresponsione di incentivi ai Medici di Medicina Generale sulla base del rispetto degli obiettivi di risparmio generato e dell'applicazione di linee guida per le più diffuse

*Giunta Regionale della Campania**Foglio n.*

patologie [DGRC n. 6958/01 relativamente alle Sindromi dispeptiche, DGRC n. 6959/01 relativamente alle Infezioni batteriche extra ospedaliere, DGRC n. 6960/01 relativamente alla Ipertensione arteriosa e la Cardiopatia ischemica, DGRC n. 6961/01 relativamente al Diabete mellito, DGRC n. 6962/01 relativamente alle Sindromi asmatiche] (vedi allegato in formato elettronico il testo dell'accordo integrativo regionale);

- aumento di sedute e dell'attività delle sale operatorie, attraverso una diversa organizzazione del personale del comparto e l'attribuzione di retribuzione di risultato aggiuntiva (derivante dai fondi aziendali);
- aumento di prestazioni, concordato nel processo di budget con le diverse Unità Operative;
- riconversione di ore di Specialisti convenzionati interni verso le specialità che presentavano liste d'attesa problematiche;
- governo della domanda fondato sulla diffusione di linee guida e protocolli di accesso alla specialistica ambulatoriale e all'ospedale redatti da gruppi di lavoro integrati di operatori dell'ospedale e del territorio (vedi DGRC n. 4061/01 sopra citata);
- segmentazione della domanda per livelli d'urgenza (vedi in allegato linee guida di cui alla DGRC n. 4061/01);
- sistematica applicazione di modelli di over-booking nella definizione delle agende.

A conforto dell'impegno regionale e aziendale sul problema, il recente monitoraggio (gennaio 2004) condotto dall'ASSR ha evidenziato una buona compliance della Regione Campania circa il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni indice previste nel citato Accordo che di seguito si illustrano:

Analisi dei risultati delle singole prestazioni

Prestazioni ambulatoriali

Le prestazioni ambulatoriali monitorate sono elencate di seguito con le indicazioni sui tempi di attesa presenti nell'accordo del 11 luglio 2002:

- *Ecografia addome = tempo massimo di attesa 60 giorni*
- *Ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici = tempo massimo di attesa 60 giorni*
- *Esofagogastroduodenoscopia = tempo massimo di attesa 60 giorni*
- *RMN della colonna = tempo massimo di attesa 60 giorni*
- *TAC cerebrale = tempo massimo di attesa 60 giorni*
- *Visita cardiologica = tempo massimo di attesa 30 giorni*
- *Visita oculistica = tempo massimo di attesa 30 giorni*

L'Accordo precisava che: "Si conviene che dal 1° gennaio 2003 tale tempo debba essere garantito al 50% dei cittadini che effettuano la prestazione. Tale valore è fissato al 80% alla data del 1° luglio 2003...".

Ecografia dell'addome: standard 60 giorni

Le prestazioni sono prenotate entro 60 giorni per almeno l'80% dei cittadini .

*Giunta Regionale della Campania**Foglio n.***Ecocolordoppler: standard 60 giorni**

Le prestazioni sono prenotate entro 60 giorni per almeno l'80% dei cittadini.

Esofago-gastro-duodeno-scopia: standard 60 giorni

Lo standard dell'80% entro i 60 giorni è rispettato.

Risonanza Magnetica della Colonna: standard 60 giorni

Lo standard è rispettato.

TAC del Capo: standard 60 giorni

Lo standard dell'80% entro i 60 giorni è rispettato.

Visita Cardiologica: standard 30 giorni

Lo standard è rispettato per l'80% dei prenotati.

Visita Oculistica: standard 30 giorni

La Campania, come tutte le altre Regioni non ha rispettato lo standard per l'80% dei prenotati. Pur tuttavia, almeno la metà dei pazienti attende meno del tempo massimo indicato.

Prestazioni di ricovero

Nella tabella sottostante sono riportati i tempi limite di erogazione citati nell'Accordo del 11 luglio 2002, il cui rispetto era previsto già al primo gennaio 2003.

<i>Prestazione di ricovero</i>	<i>Tempo massimo d'attesa per il 90% dei pazienti</i>	<i>Tempo massimo d'attesa per il 50% dei pazienti</i>
<i>Intervento di protesi d'anca</i>	180 giorni	90 giorni
<i>Intervento per cataratta</i>	180 giorni	90 giorni
<i>Coronarografia</i>	120 giorni	60 giorni
<i>Cancro della mammella</i>	30 giorni	
<i>Cancro del colon-retto</i>	30 giorni	

La numerosità dei casi osservati, come previsto dalla procedura di rilevazione, è solitamente molto limitata, e non permette quindi elaborazioni statistiche complesse. Pertanto, i dati rilevati dall'ASSR sono stati rappresentati, per ogni tipologia di ricovero, suddivisi per Regione e PA, mediante rappresentazione percentuale della quota di casi in cui sono stati rispettati gli standard temporali indicati dall'Accordo dell'11 luglio 2001.

Si ricorda che la rilevazione dei tempi per i ricoveri aveva ancora un significato di sperimentazione della procedura e non di rilevazione effettiva di dati. I dati raccolti si riferiscono solo a due aziende per ogni regione e non possono essere quindi considerati rappresentativi dell'insieme regionale.

La regione Campania ha rispettato la standard per tutte le prestazioni previste.

PAGINA BIANCA

EMILIA-ROMAGNA

PAGINA BIANCA

REGIONE EMILIA ROMAGNA
CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE AMBULATORIALI
ANNO 2003

La Regione Emilia Romagna ha assunto, fin dal 1998, una serie di provvedimenti finalizzati a disciplinare la gestione delle liste d'attesa nel rispetto degli standard regionali (ed ora nazionali) dei tempi di attesa, anche attraverso la regolamentazione delle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, secondo criteri di priorità clinica, in attuazione alla direttiva regionale n° 1296/98 “ Rimodulazione dell’assistenza specialistica ambulatoriale”

Le principali strategie adottate nella Regione Emilia – Romagna, in materia di liste di attesa, hanno previsto una serie articolata di interventi sia sul versante organizzativo che su quello della qualità percepita del cittadino.

Le azioni realizzate hanno riguardato:

1. **l’offerta di prestazioni;**
2. **il sistema informativo;**
3. **le condizioni di accessibilità;**
4. **la facilitazione dei percorsi diagnostico terapeutici a livello ambulatoriale¹;**
5. **il monitoraggio dei tempi di attesa;**
6. **l’appropriatezza nella loro erogazione con l’adozione di linee guida²;**
7. **la qualità percepita da parte del cittadino.**

1. L’offerta di prestazioni

Nel corso degli anni, dal 2001 al 2003, è stato possibile osservare incrementi progressivi e costanti della totalità delle prestazioni erogate, per singolo anno, del 5-6%.

In particolare le visite sono aumentate mediamente del 7-8% rispetto all’anno precedente (es. dai 6,5 milioni del 2002 si è passati a circa 7 milioni di visite del 2003); la diagnostica del 5-6 %; nel laboratorio gli incrementi sono stati del 2% dal 2001 al 2002 e del 6% tra il 2002 ed il 2003; per la riabilitazione, invece, tra il 2003 ed il 2002, in considerazione del recepimento del DPCM del 29/11/2001 sui LEA che ha determinato l’esclusione delle prestazioni di terapia fisica individuate nell’allegato 2a³ e la regolamentazione dell’erogazione di quelle inserite nell’allegato 2b⁴, a fronte della progressiva riduzione delle prestazioni di bassa priorità (-28,9%), il volume complessivo di attività rimane pressochè invariato (3%), mentre aumenta del 10% il volume tariffario complessivo. Questo significa che le prestazioni di terapia fisica, che comportano grossi volumi di attività in quanto erogate a cicli, sono state sostituite da terapie di maggiore valore tariffario effettuate da personale tecnico specializzato.

Per quanto riguarda, infine, le prestazioni di tipo terapeutico, che annoverano al loro interno la radioterapia, la dialisi, la chirurgia ambulatoriale ecc., tra il 2002 ed il 2003 l’incremento osservato è stato del 5%, anche in considerazione del trasferimento al livello ambulatoriale di alcune tipologie di interventi chirurgici prima eseguiti in day surgery. Per i dettagli dei volumi dell’attività del biennio 2002 e 2003 si osservi anche la **TAB 1** allegata.

¹ DGR 28 novembre 2000, n. 2142

² Circolare 21/2001 e 16/2002

³ DGR 25 febbraio 2002, n. 295

⁴ DGR 02 agosto 2002, n. 1365

Nel corso del 2003 si è infatti proceduto all'aggiornamento del **nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali**⁵, sia in termini di adeguamenti tariffari che di nuovi inserimenti; a supporto del processo di deospedalizzazione, con il trasferimento in regime ambulatoriale di interventi terapeutici prima eseguiti nell'ambito del ricovero. Sono state, inoltre, rese disponibili nuove metodiche diagnostiche legate all'innovazione tecnologica.

Gli interventi eseguiti in regime ambulatoriale nel secondo semestre 2003, periodo in cui entra in vigore il nuovo nomenclatore, sono stati 857 di "di tunnel carpale" e 7.299 di "cataratta".

2. Il sistema informativo

La DGR n. 1296/98, "Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'istituzione del sistema informativo", ha ritenuto quale requisito fondamentale nella gestione della specialistica la presenza di un organico Sistema Informativo (S.I.) che consenta l'acquisizione di elementi puntuali ed omogenei, idonei a permettere a livello locale una modulazione dell'offerta rapportata alle effettive esigenze dell'utenza, e, a livello più complessivo, una rilevazione completa della tipologia e della quantità di prestazioni erogate che permetta una efficace azione di programmazione e di controllo.

Il flusso informativo avviato nel 1999 si innesta nel processo di informatizzazione del settore consentendo la rilevazione delle prestazioni prima in forma aggregata per giungere all'attuale livello di analiticità.

Nel flusso ASA dell'attività specialistica ambulatoriale, infatti, è previsto, accanto alla rilevazione della prestazione, la modalità di accesso (ordinario-programmabile, controllo/programmato, urgente, screening, libera professione intramoenia, ecc.), il regime di erogazione (SSN, libera professione intramoenia, pagante in proprio, libera professione intramoenia allargata, altro), la data di prenotazione e la data di erogazione.

Queste ultime variabili sono indispensabili alla rilevazione del tempo di attesa.

Infine si è proceduto all'ottimizzazione dell'utilizzo del patrimonio tecnologico da parte delle Aziende sanitarie.

Il Gruppo Regionale Tecnologie Sanitarie nella prima parte del 2003 ha previsto il miglioramento dell'informazione tecnica posseduta relativamente alle grandi tecnologie di diagnostica e terapia quali: tomografi assiali computerizzati, risonanze magnetiche, gamma camere computerizzate, radioterapie (alta, media e bassa energia), sistemi di angiografia digitale e tomografi ad emissione di positroni (localizzazione e configurazione). E' stata avviata inoltre l'acquisizione dei dati di utilizzo di tali tecnologie, relativamente all'attività di ricovero ed ambulatoriale⁶.

3. Le condizioni di accessibilità

L'offerta disponibile è raggiungibile attraverso il sistema di prenotazione CUP e attraverso i punti telefonici aziendali (riservati a visite specialistiche, prestazioni di diagnostica strumentale senza preparazione ecc.)

Il sistema cup, di norma a valenza provinciale, si articola in una rete di sportelli territoriali ed ospedalieri, di farmacie, di sedi dei comuni, di associazioni sindacali ecc. Sono in fase di sperimentazione gli sportelli virtuali il c.d. Cupweb.

Il sistema, accanto alla funzione propria di prenotazione, fornisce informazioni sull'offerta pubblica e privata; gestisce la revisione periodica delle liste di attesa e il recupero programmato degli abbandoni e delle rinunce.

Esistono, su tutto il territorio regionale, 1 sportello ogni 3.000 abitanti circa.

⁵DGR 24 febbraio 2003, n. 262 entrato in vigore il 29/04/2003

⁶Nota prot. 50208, 23.12.02 Protocollo d'intesa con le OO.SS.-CGIL-CISL-UIL