

#### H. Il Coordinamento permanente dei referenti aziendali delle liste di attesa

I componenti del coordinamento sono stati designati dai rispettivi Direttori Generali: sono prevalentemente medici, ed in misura ridotta sociologi, amministrativi coinvolti con diversi livelli di responsabilità nella gestione dei sistemi informativi.

Il coordinamento, a partire dal febbraio 2003, si è riunito con una frequenza media mensile ed ha consentito un buon livello di scambio relativamente alle problematiche del fenomeno nelle rispettive aziende, anche al fine di facilitare la necessaria condivisione del processo di modifica in atto.

Il Coordinamento permanente dei referenti aziendali ha scelto un metodo di lavoro che prevede sia la divisione in gruppi che riunioni assembleari. I gruppi di lavoro perseguono quattro linee di intervento:

Prestazioni ambulatoriali;

Ricoveri;

Percorso oncologico;

Comunicazione ed informazione.

I contributi dei gruppi, finalizzati alla produzione di linee guida regionali, hanno anche fornito materiale per definire le modalità di un monitoraggio sempre più mirato a conoscere correttamente il fenomeno per individuare e superarne le criticità.

Inoltre, rispetto al complesso problema della introduzione del sistema di prioritarizzazione in 3 classi, come previsto dall'Accordo Stato - Regioni, l'impegno è quello di arrivare ad individuare una modalità omogenea per i cittadini della Regione, sulla base di una verifica delle sperimentazioni effettuate dalle singole aziende.

#### I. I piani aziendali per ridurre le liste di attesa

I piani aziendali, che i Direttori Generali hanno predisposto, sulla base di quanto indicato nella DGR 1725/2002, costituiscono un importante contributo alla definizione, anche a livello regionale, degli interventi da mettere in opera per ridurre i tempi e le liste di attesa ed hanno dimostrato non solo la sensibilità delle Aziende verso questo problema, ma soprattutto la capacità di affrontare in maniera autonoma e progettuale, con strumenti adeguati, i diversi aspetti del problema stesso.

Elemento imprescindibile di una gestione del problema dei tempi e delle liste di attesa è la collaborazione dei medici di medicina generale che devono impegnarsi a garantire l'adeguatezza delle prescrizioni e, laddove necessario, una oculata prioritarizzazione delle richieste responsabilizzando l'utenza. E' necessario, pertanto, che venga potenziato il rapporto di fiducia del cittadino con il proprio medico di base, evitando il continuo ricorso a prestazioni specialistiche e ad indagini con strumenti tecnologicamente complessi, non sempre necessarie.

Vengono di seguito elencate le iniziative che le ASL hanno adottato sperimentalmente per ridurre il fenomeno e che a seguito di verifica verranno previste a regime.

Aumento dell'offerta di visite di medicina specialistica ambulatoriale, attraverso progetti di incentivazione aziendale con fondi finalizzati (ASL Roma A) (ASL Roma C) (A.O. S. Giovanni Addolorato)

Contratti a termine con professionisti esterni (ASL Roma C)

Verifica delle modalità di utilizzazione delle attrezzature, collegate alla erogazione delle prestazioni, per la migliore programmazione dei diversi livelli di attività (ordinaria, plus orario, intramoenia) (ASL Roma A)

Acquisto di nuove apparecchiature diagnostiche (ASL Roma C) n.2 nuove risonanze magnetiche, nuova TAC, ecografi ed ecodoppler (ASL Roma D)

Apertura senza limiti delle agende (ASL Roma C) (ASL Roma D)

Prenotazione di un numero di erogazioni superiore alla capacità della struttura per compensare la mancata presentazione di alcuni soggetti prenotati (ASL Roma A) (ASL Roma B)

Utilizzo dell'attività intramoenia a carico dall'azienda (ASL Roma B) (ASL Roma E)

Ampliamento delle ore di apertura, anticipo e posticipo di un'ora di apertura (ASL Roma B)

Attivazione del day hospital per l'intervento di rimozione della cateratta (ASL Roma B) (ASL Roma E)

Incremento della produttività per gli specialisti ambulatoriali per prestazioni critiche (ASL Roma D)

Autorizzazione ad effettuare prestazioni critiche a medici dipendenti inquadriati in discipline diverse, se in possesso della specializzazione richiesta. (ASL Roma D)

Attivazione di nuovi poliambulatori a Fiumicino e ad Acilia (ASL Roma D)

Sistema di collaborazione e selezione delle prestazioni condiviso con l'ASL territoriale (A.O. S. Camillo Forlanini) (ASL Roma D)

Progetto di telemedicina e teleassistenza (A.O. S. Giovanni Addolorata)

Ampliamento dell'utilizzo delle camere operatorie incentivando il personale ad un'attività aggiuntiva in extra orario (A.O. S. Giovanni Addolorata)

#### I.1. La razionalizzazione e il governo della domanda

Garantire l'appropriatezza delle prestazioni: definire quali siano le prestazioni realmente idonee e quale sia il loro migliore livello di utilizzo anche in rapporto alla forte evoluzione tecnologica (ASL Roma A) (ASL Roma B)

Istituire una commissione per la sperimentazione delle modalità di prioritarizzazione delle prestazioni (ASL Roma A)

Coinvolgere e responsabilizzare i principali agenti della domanda: i cittadini, i medici di medicina generale, i medici specialisti (ASL Roma B) (A.O. S. Camillo Forlanini)

Riservare posti per le prestazioni richieste come urgenti (riserva del 10% delle prestazioni prenotabili) (ASL Roma C) (ASL Roma D) (A.O. S. Camillo Forlanini)

Prevedere una procedura di accesso per continuità assistenziale, diversa dalla prima visita (ASL Roma D)

Rispettare rigidamente il criterio cronologico delle prenotazioni (ASL Roma C) verifica periodica delle agende (ASL Roma B)

Inserimento nel RECUP di tutte le agende (ASL Roma C) (A.O. S. Camillo Forlanini)

Inserimento graduale nel RECUP delle agende (ASL Roma A)

Garantire la revoca delle prenotazioni da parte dei cittadini che decidono di non presentarsi (ASL Roma B)

Definire protocolli condivisi con i medici di medicina generale per incrementare l'offerta assistenziale per pazienti affetti da patologie cronico-degenerative (ASL Roma D)

Effettuare un monitoraggio periodico dei tempi di attesa e pubblicazione (ASL Roma B) (ASL Roma C) (ASL Roma E) (A.O. S. Camillo Forlanini)

Attivare il registro informatizzato delle prenotazioni con l'inserimento dei dati anagrafici del paziente e del presidio erogante (ASL Roma C)

Definire protocolli diagnostico terapeutici per garantire l'appropriatezza prescrittiva (A.O. S. Camillo Forlanini) (A.O. S. Giovanni Addolorata)

Fornire informazioni precise ai cittadini relativamente al regime libero professionale (A.O. S. Camillo Forlanini)

Istituire canali differenziati per le certificazioni di medicina legale che richiedono controlli di medicina specialistica (ASL Roma B)

I. 2. I miglioramenti organizzativi aziendali

Applicazione dei registri di ricovero per il monitoraggio presso le strutture a gestione diretta (ASL Roma A)

Invio sistematico dei dati; attivazione di tavoli del progetto liste di attesa con l'Ass.

Cittadinanzattiva-TDM (ASL Roma B) (ASL Roma E)

Qualificare la comunicazione, creare un circuito integrato URP, CUP, Call center, Sportelli informativi (ASL Roma B) (ASL Roma E) (A.O. S. Camillo Forlanini)

Formazione del personale del front office sia per fornire la corretta informazione circa l'accesso sia sulle modalità di relazione con l'utenza (ASL Roma B) (ASL Roma E)

Collegare il CUP aziendale a tutte le strutture (ASL Roma D) (A.O. S. Camillo Forlanini)

Prevedere uno sportello unico per prenotazione e pagamento ticket (ASL Roma D)

Consentire la prenotazione telefonica e via e-mail (ASL Roma D)

Rimborsare all'assistito prestazioni la cui prenotazione eccede i 60 giorni di attesa (ASL Roma D)

Inserimento delle prenotazioni presso gli ospedali classificati nel CUP aziendale (ASL Roma E)

Informazione on-line per i cittadini sui tempi di attesa e sulle modalità di erogazione delle prestazioni (ASL Roma E)

Individuazione delle criticità nei processi organizzativi assistenziali ed attivazione di azioni di miglioramento (A.O. S. Camillo Forlanini)

Analisi dei reclami e valutazione sistematica della soddisfazione degli utenti per introdurre i cambiamenti che risultino necessari (A.O. S. Camillo Forlanini)

Percorso sperimentale di abbattimento delle liste di attesa per le patologie oncologiche (ASL Roma B) (ASL Roma E) (AO S. Camillo – Forlanini) (A.O. S. Giovanni Addolorato)

La Regione, al fine di raccordare le iniziative ha istituito un Tavolo per il coordinamento dei referenti aziendali, quale strumento di monitoraggio degli interventi previsti dalla DGR 1725/02.

J. Il monitoraggio del fenomeno dei tempi e delle liste di attesa

Impegno particolare è stato messo nel monitorare la situazione.

La Regione Lazio, infatti, ha partecipato alla sperimentazione, prevista a livello nazionale dal Ministero della Salute, di rilevazione puntuale dei dati nella giornata indice.

Per le prestazioni ambulatoriali si tratta di una rilevazione prospettica che identifica come "tempo d'attesa", la differenza tra data di esecuzione prevista per le prestazioni prenotate nella giornata; per i ricoveri di elezione si tratta di rilevazione retrospettiva nella quale è stato preso in considerazione per i ricoveri avvenuti nella giornata indice, il tempo intercorso dalla data della richiesta rivolta all'erogatore (prenotazione).

La Regione, inoltre, ha effettuato rilevazioni periodiche della situazione dei tempi e delle liste di attesa nelle singole Aziende Sanitarie, secondo la metodologia di cui alla nota prot. 3131 del 29 settembre 2000. A partire dal 1 gennaio 2003, sono state previste modalità transitorie di monitoraggio trimestrale, circoscritto ad alcune prestazioni ambulatoriali e di ricovero, ritenute critiche, che dà conto della risposta organizzativa al fenomeno da parte dell'azienda.

Tale modalità di monitoraggio è prevista fino al funzionamento a regime dei nuovi flussi informativi, che, potendo fornire dati esaustivi anche sui tempi di erogazione delle prestazioni, sostituiranno il monitoraggio in atto.

In particolare si tratta di:

Nuovo Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica ambulatoriale (SIAS);  
Modifica del registro ammissioni dimissioni ospedaliero (RAD), con l'inserimento della data di prenotazione;  
Ridefinizione dei sistemi informativi regionali sulle prestazioni di riabilitazione post-acuzie; Centro Unico di Prenotazione regionale, (RECUP).

K. I tempi di erogazione delle prestazioni "critiche" nella regione Lazio

Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali definite "critiche" individuate dalla DGR 1725/02, nell'anno 2003 sono state erogate n.1.168.654 che rappresentano il 12% del totale complessivo delle prestazioni erogate nello stesso periodo di tempo. Da tale volume sono escluse le prestazioni di analisi di laboratorio che vengono normalmente erogate a tempo zero, in quanto ad accesso diretto, e le prestazioni di riabilitazione che normalmente vengono erogate in cicli di sedute.

Il 32% del totale delle prestazioni "critiche" è rappresentato dalla visita cardiologica ed il 33% dalla visita oculistica; complessivamente quindi le due visite rappresentano il 65% di tutte le undici prestazioni in oggetto.

In particolare, nell'anno 2003, considerando esclusivamente le strutture pubbliche, è possibile evidenziare la diversa percentuale di prestazioni erogate, oltre la specifica soglia di tempo di attesa stabilita dalla delibera regionale citata (30 giorni per le visite e 60 giorni per le altre prestazioni).

Per le visite, oculistica e cardiologica, si registra una percentuale di prestazioni oltre soglia rispettivamente del 36% e del 27%.

Per le due prestazioni di esofagogastroduodenoscopia, senza e con biopsia, le percentuali di prestazioni erogate oltre soglia sono rispettivamente del 7% e del 9%.

Per le prestazioni di TAC del capo il 4% risulta essere erogato oltre il tempo soglia, mentre per la RMN della colonna con e senza contrasto tale percentuale raggiunge il 10%.

Per le ecografie addominali (superiore, inferiore e completa) si registrano percentuali di prestazioni oltre soglia rispettivamente del 21%, 18% e 27%.

Per l'ecocolor-doppler degli arti superiori, inferiori o distrettuale e l'ecocolor-doppler dei tronchi sovra-aortici, si è registrata, una percentuale di prestazioni oltre soglia del 35% e 33%.

Per le mammografie si sono realizzati importanti miglioramenti, grazie alla promozione dei programmi di screening, che hanno ampliato notevolmente l'offerta.

Rispetto alle altre prestazioni, occorre dire che si può osservare, nel corso degli anni, un generale aumento dei volumi. E' chiaro che tali aumenti della quantità di prestazioni, in presenza di una politica nazionale di contenimento delle assunzioni di personale, va considerato come un notevole impegno delle strutture sanitarie per far fronte alla domanda crescente.

Relativamente, infine, alle prestazioni critiche di ricovero di elezione: Intervento per cateratta, intervento di protesi d'anca, coronografia, poche aziende hanno la capacità di erogare la prestazione entro i 90 gg., la maggioranza delle aziende eroga le prestazioni entro i 180 gg., alcune superano anche tale limite.

## LIGURIA

**PAGINA BIANCA**



Pr. 20223 | 68 del  
24.01.05

Il Presidente della Regione

*R. Biasotti*

Alla Presidenza del  
Consiglio dei Ministri  
Segreteria della Conferenza  
Permanente per i Rapporti tra  
Lo Stato le Regioni e le  
Province Autonome  
Servizio III – “Sanità e politiche  
Sociali”  
00100 - ROMA

Oggetto: Relazione annuale sull' attuazione degli adempimenti di cui al comma 4  
lettera c) dell' articolo 52 della legge 289/2002.

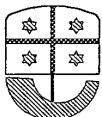
Con riferimento alla richiesta prot. n. 5973/04/4.1.21.7.1.3 del 08/11/2004, si  
allega la relazione in oggetto.

Per completezza di informazione, si comunica che un'analogia relazione  
riportante i dati dei primi nove mesi dell' anno 2003 è stata trasmessa con nota prot.  
n. 45392/734 del 6.4.2004 alla Camera dei Deputati e con nota prot. n.58894/1252  
del 3.5.2004 al Senato della Repubblica.

Cordiali saluti.

Sandro Biasotti

PRUDENZIALE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI UFFICIO DI SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME	
10 FEB. 2005	
Prot. n.	890
Rif.	4.1.21.7.1.3



## REGIONE LIGURIA

### ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI DI CUI ALLA LETTERA C) DEL COMMA 4 DELL'ART. 52 DELLA L. 289/2002 IN MATERIA DI SERVIZI SANITARI

#### ANNO 2003

##### **A) Iniziative intraprese per il contenimento delle liste d'attesa per le prestazioni ambulatoriali.**

Il contenimento delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche è ritenuto obiettivo di importanza prioritaria da parte della Giunta regionale ligure, la quale, nell'ottica di perseguire la razionalizzazione e il miglioramento dei servizi sanitari, ha stabilito che i DD.GG. delle Aziende predisponessero un programma di potenziamento dell'offerta con la finalità di rendere disponibili in tempi breve quote crescenti di prestazioni, indicando con deliberazione della Giunta regionale le misure da adottarsi per il perseguimento dello scopo.

Le iniziative ritenute maggiormente idonee sono risultate le seguenti:

- attivazione di un sistema di prenotazione unificato sull'area metropolitana genovese, esteso, salvo eccezioni, a tutte le Aziende del territorio di competenza;
- attivazione di iniziative tese ad incrementare ed ottimizzare l'utilizzo del parco tecnologico esistente con particolare riferimento alla necessità di garantire il funzionamento delle alte tecnologie per almeno 12 ore al giorno, anche attraverso la previsione di incentivazioni di carattere straordinario da erogare nei confronti dei dipendenti;
- revisione in relazione alle iniziative di cui al punto precedente dei rapporti esistenti con le strutture private provvisoriamente accreditate, incrementando, ove necessario, i volumi di attività e modificando, se utile, la tipologia prestazionale;
- acquisizione di volumi predeterminati di prestazioni erogate da soggetti privati autorizzati con particolare riferimento alle prestazioni ed alle aree nelle quali i tempi di attesa eccedono i 30 giorni, al fine di renderle disponibili al SSN;
- utilizzo l'attività intramoenia secondo i criteri e la disciplina della normativa vigente;

Affinché venisse garantita l'adozione delle anzidette misure, la Giunta regionale, nell'assegnare ai DD.GG. delle Aziende sanitarie gli obiettivi strategici per l'anno 2004, ha indicato quale obiettivo di importanza prioritaria il mantenimento delle liste d'attesa ambulatoriali entro il limite massimo dei 30 giorni di attesa per prestazione, monitorando mensilmente delle prestazioni ritenute maggiormente significative.

Al Dicembre 2003 le liste d'attesa risultavano, per area territoriale, al di sotto dei limiti indicati su tutto il territorio ligure ad eccezione della ASL 5 Spezzina, dove risultano oltre i trentun giorni le seguenti prestazioni ambulatoriali:

clisma opaco semplice; ecocolordopplergrafia arti; ecografia transvaginale e transrettale; risonanza magnetica e visita generale chirurgica vascolare- angiologica.

**B) Iniziative intraprese in merito all'adozione dei criteri e delle modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfino il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzazione delle risorse**

Obiettivo prioritario della Giunta regionale in materia di assistenza ospedaliera, ripreso nel Piano Sanitario regionale 2003-2005 di recente approvato e formalizzato nella delibera di fissazione degli obiettivi per l'anno 2004 ai Direttori Generali delle Aziende (DGR 313/2003), è quello di sviluppare una realtà ospedaliera orientata alla medio-alta intensità di cura, con un significativo miglioramento del livello tecnologico e un aumento dei punti di eccellenza, anche nell'ottica di limitare le "fughe" di pazienti liguri verso le regioni limitrofe. Tale risultato deve essere perseguito prioritariamente attraverso il miglioramento dell'appropriatezza della funzione ospedaliera e la conseguente riconversione di una parte delle risorse attualmente utilizzate per i ricoveri inappropriati, fermo restando il trasferimento alle funzioni territoriali della restante quota.

Di seguito, le iniziative intraprese e i risultati raggiunti.

➤ Attivazione delle attività di Day Surgery su tutto il territorio regionale, secondo le indicazioni regionali e i protocolli attuativi predisposti dalle Aziende. Tale modalità di offerta, complementare e non sostitutiva del ricovero ordinario, si realizza nel rispetto delle condizioni cliniche e sociali dei cittadini, secondo percorsi prestabiliti che tengano conto delle diverse fragilità.

Day surgery

32.481 interventi nel 2002

57.725 interventi nel 2003

incremento del 77,7% raffrontando il 2002 con il 2003.

Riabilitazione (incremento sostanziale dell'offerta di riabilitazione in ambito ospedaliero e contestuale conversione di posti letto per ricovero acuto)

452 posti letto attivi al 31 Dicembre 2002

472 posti letto attivi al 31 Dicembre 2003

Diminuzione ricoveri inappropriati (Ricoveri ordinari per fasce 0 e 00)

Attraverso le attività di indirizzo e coordinamento realizzate attraverso la DGR 313/2003 e le attività di monitoraggio e controllo nell'ambito degli incontri trimestrali con le 12 Aziende sanitarie

82.249 nel 2002

64.861 nel 2003 (riduzione del 26,8%)

Diminuzione posti letto di degenza ordinaria

6.394 posti letto degenza ordinaria attivi al 31 Dicembre 2002

6.085 posti letto degenza ordinaria attivi al 31 Dicembre 2003, con una diminuzione di 309 posti letto.

Mantenimento nell'anno 2003 del numero di punti DRG prodotti nel 2002:

tale indicatore ha lo scopo di garantire lo stesso volume di attività garantendo la diminuzione del volume di prestazioni a favore di attività più appropriate

2002: 308.233

2003: 316.382 con un aumento del +2,6 %

- Qualità/Efficienza: riduzione della degenza media per i DRG di peso elevato  
Si tratta di una riduzione percentuale, differenziata per Azienda. Nell'insieme è stata riscontrata una riduzione nel 2003 rispetto al 2002

E' stato attivato un processo di monitoraggio e recupero di efficienza per i tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri in elezione, oltre che il monitoraggio trimestrale delle agende di prenotazione dei ricoveri in elezione nei reparti chirurgici

Va inoltre segnalata la sperimentazione di un sistema innovativo di gestione delle liste di attesa per prestazioni chirurgiche e sviluppo del relativo software, finanziato con i fondi dell'art.12 D. Lgs 502/92

## LOMBARDIA

**PAGINA BIANCA**



RegioneLombardia

POSTA PRIORITARIA
Priority Mail

**Giunta Regionale**  
**Direzione Generale Sanità**

*Data:* 16 LUG. 2004

*Protocollo:* 41.2004.0049058  
 P.M.  
 P.M.  
 T

Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri  
 Segreteria della Conferenza permanente  
 per i rapporti tra lo Stato, le Regioni  
 e le Province Autonome  
 Servizio "Sanità e Politiche Sociali"  
 c.a. **Dr. Riccardo Carpino**  
 Via della Stamperia, 8  
 00187 ROMA RM

Oggetto: trasmisione relazione annuale sull'attuazione degli adempimenti di cui alla lettera c) dell'articolo 52 della Legge 289/2002.

Si trasmette, in allegato, la relazione annuale prevista dall'art. 52, lettera c, della Legge 289/2002.

Distinti saluti.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI	
UFFICIO DI SEGRETERIA DELLA CONFERENZA	
PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO	
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME	
23 LUG. 2004	
Prot. n.	4306
Rif.	4.1.21.7.1.3

L'Assessore  
**Carlo Borsani**

All./1

Referente:  
 Francesco Laurelli tel. 02/6765.3140  
 e-mail : francesco\_laurelli@regione.lombardia.it

**RELAZIONE SULL'ATTUAZIONE ADEMPIMENTI DI CUI ALLA LETTERA c) ARTICOLO  
52 DELLA LEGGE 289/2002**

Con riferimento agli adempimenti previsti dall'art. 52, lettera c, della legge 289/2002 in relazione al contenimento delle liste di attesa, la Regione Lombardia ha proseguito secondo le politiche già attuate nel tempo per l'abbattimento dei tempi di attesa per l'esecuzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, assicurando l'effettuazione delle prestazioni in tempi adeguati alle esigenze cliniche: in particolare ha stabilito che le strutture erogatrici fossero impegnate a rispettare i tempi massimi definiti come obiettivo per le stesse in accordo con le Aziende Sanitarie Locali.

Ha impegnato ulteriormente le Aziende Sanitarie Locali, affinché in collaborazione con i medici di medicina generale e le strutture erogatrici proseguissero l'attivazione di protocolli per la definizione di criteri per la prescrizione di prestazioni di particolare rilievo e per l'individuazione delle tipologie di prestazione ordinaria o di controllo.

Si è attivata ad incrementare ore per l'attività specialistica ambulatoriale convenzionata, proseguendo, nel contempo, a monitorare il tempo massimo che intercorre tra la data di richiesta della prestazione e la data di erogazione della medesima, basandosi su informazioni richieste attraverso un apposito flusso informativo.

Nel corso dell'2003 sono state effettuate due indagini di prevalenza (giugno e novembre) sui tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.

Il contesto generale in cui si collocano le rilevazioni è, profondamente diverso rispetto agli scenari degli anni precedenti. Infatti con Deliberazione n. 12287 del 4 marzo 2003 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2003 - integrazione e modifica della d.g.r. n. 10805 del 24 ottobre 2002 ad oggetto: prime determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2003" la Giunta Regionale ha inteso integrare, come previsto dal PSSR, l'attuale contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ASL ed erogatori con l'indicazione dei volumi delle prestazioni, la tipologia e le tariffe delle stesse.

Obiettivo di tale integrazione è costituito dall'intento di garantire più elevati livelli qualitativi delle prestazioni erogate al cittadino in un contesto di maggior certezza finanziaria per le Strutture Erogatrici.

In particolare per quanto riguarda le attività di specialistica ambulatoriale è stato definito, per singolo presidio di erogazione o per azienda nel caso più presidi costituiscono l'offerta di un unico soggetto giuridico, un "budget" di prestazioni utilizzando come base di calcolo dello stesso le prestazioni erogate nel corso del 2002.

Ciò ha rappresentato un delicato passaggio per l'intero sistema sanitario regionale ed il monitoraggio dei tempi di attesa ha rappresentato uno strumento importante per verificare la "stabilità" del sistema.

Le prestazioni oggetto di rilevazione sono state:

**CODICE PRESTAZIONE**

45.13 GASTROSCOPIA

87.03 TAC (cerebrale)

87.22 RADIOGRAFIA OSSA E ARTICOLAZIONI (rx cervicale)

87.37.1 MAMMOGRAFIA

87.44.1 RADIOGRAFIA DEL TORACE

88.77.2 ECOGRAFIA VASCOLARE (ecodoppler arti superiori ed inferiori)

88.74.1 ECOGRAFIA ADDOMINALE

88.78.2 ECOGRAFIA OST - GIN  
88.79.2 ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE  
88.93 RMN (colonna)  
89.13 VISITA NEUROLOGICA  
89.26 VISITA GINECOLOGICA  
89.37.1 SPIROMETRIA  
89.43 ECG SFORZO  
89.50 ECG HOLTER  
89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA  
89.7 1° VISITA SPECIALISTICA (branca cardiologia)  
91.90.5 TEST ALLERGOLOGICI  
92.01 SCINTIGRAFIA (tiroidea)  
92.21.1 RADIOTERAPIA  
93.08.1 ELETTROMIOGRAFIA  
95.02 VISITA OCULISTICA  
95.41.1 AUDIOMETRIA

Parallelamente alla rilevazione eseguita in giugno 2003 con la metodologia sin qui seguita presso la Regione Lombardia per l'esecuzione delle otto precedenti indagini di prevalenza è inoltre proseguita la collaborazione con il Gruppo Tecnico di Lavoro sulla rilevazione dei tempi di attesa istituito presso l'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali. A tale scopo, nella medesima data della rilevazione **regionale**, l'ASL della provincia di Cremona ha partecipato ad una rilevazione sperimentale **nazionale** che ha coinvolto sei ASL di sei diverse regioni (Valle D'Aosta-Toscana-Liguria-Lombardia-Puglia-Campania) volta alla messa a regime di un sistema nazionale di monitoraggio dei tempi di attesa tramite la rilevazione dei tempi di alcune prestazioni ambulatoriali e di alcune procedure invasive da eseguirsi in regime di ricovero ritenute "prestazioni sentinella" dell'andamento del sistema nel suo complesso.

Le prestazioni monitorate dalla rilevazione nazionale sono state le seguenti:

**Prestazioni ambulatoriali**

AMB 1 Ecografia dell'addome superiore (88.74.1), inferiore (88.75.1), completo (88.76.1)  
AMB 2 Eco(color)doppler dei tronchi sovra-aortici (88.73.5), eco(color)dopplergrafia degli arti superiori, inferiori, distrettuale (88.77.2)  
AMB 3 Esofagogastroduodenoscopia (45.13), esofagogastroduodenoscopia con biopsia (45.16)

AMB 4 RM della colonna, senza e con contrasto (88.93.1)

AMB 5 TAC del capo, senza e con contrasto (87.03.1)

**Prestazioni di ricovero (ordinario o day hospital)**

RIC 1 Artroprotesi d'anca (codici di intervento 81.51, 81.52, 81.53)  
RIC 2 Cataratta (codici di intervento afferenti ai DRG 39)  
RIC 3 Coronarografia (codici di intervento 88.55 - 88.56 - 88.57)  
RIC 4 Asportazione di neoplasia della mammella (codici afferenti ai DRG: 257 - 258 - 259 - 260)  
RIC 5 Asportazione di neoplasia del colon retto (associazione di uno dei codici di diagnosi: 153, 154, 230.3, 230.4, 230.5 con uno dei codici di intervento chirurgico: 45.7, 45.8, 46.1, 48.4, 48.5, 48.6).

Le modalità appena sopra descritte, diventeranno oggetto di rilevazione a livello di Regione Lombardia per l'anno 2004, in quanto consentono di rilevare il fenomeno in modo più analitico e puntuale rispetto alla modalità precedente. Nel 2004 sono previste almeno sette rilevazioni (due nazionali e le altre cinque esclusivamente regionali) che vanno a monitorare circa 40 prestazioni.

Sono attualmente all'attenzione della competente Direzione Generale Sanità modalità di applicazione della possibilità di accedere a selezionati e molto richieste prestazioni di

specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale secondo priorità cliniche concordate tra Erogatori, Medici di Medicina Generale e Specialisti prescrittori e Organizzazioni di Tutela dei Diritti del cittadino.

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza che il SSN si impegna a garantire a tutti i cittadini comprende il riconoscimento all'interno dei LEA dell'**erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità**, dando particolare rilevanza ai criteri di appropriatezza, alla trasparenza, all'urgenza.

L'accordo Stato-Regioni dell'11 Luglio 2002, con la produzione del *Documento di indicazioni sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa* stabiliva, oltre a criteri e classi di priorità clinica, anche i tempi massimi di erogazione per alcune patologie o prestazioni ritenute strategiche e di particolare importanza, nonché la definizione di un sistema di monitoraggio nazionale, a cura del Gruppo Tecnico costituito da rappresentanti delle Regioni, dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e del Ministero della Salute.

**Il Piano Socio Sanitario della Regione Lombardia 2002-2004**, approvato con Decreto del Consiglio Regionale n. 462 del 13.3.2002, **evidenzia la necessità di diversificare tempi massimi di attesa in relazione alle diverse condizioni di gravità clinica dei singoli pazienti**.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 individua, come primo progetto per la "Strategia del cambiamento", l'attuazione dei Livelli Essenziali ed Appropriate di Assistenza e la riduzione delle "Liste di attesa", attivando "tutte le possibili azioni capaci di garantire ai cittadini tempi di attesa appropriati alla loro obiettiva esigenza di salute".

Partendo da tali presupposti **la Direzione Generale Sanità ha ritenuto di individuare la progressiva applicazione, su alcune prestazioni, di un sistema per individuare la priorità d'accesso in base alla rilevanza clinica presentata da ogni paziente**.

L'individuazione di priorità differenziate consente una maggiore flessibilità a livello di prescrizione in quanto mette a disposizione una maggiore scelta mentre a livello di erogazione permette di poter assicurare una maggiore dilazione temporale per i casi non ritenuti prioritari. L'aspetto principale è sicuramente la possibile personalizzazione dell'attesa in base ai bisogni espressi dalla persona che necessita la prestazione.

L'Allegato 3 alla D.G.R. n. VII/15324 del 28 novembre 2003 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2004" prevede che per l'applicazione delle priorità di accesso per le prestazioni ambulatoriali si recepiscono le indicazioni contenute nell'accordo Stato-Regioni dell'11/7/2002, tenendo conto delle esperienze già fatte in alcune ASL della Lombardia.

Le categorie di priorità sono le seguenti:

CLASSE DI PRIORITÀ PER L'AMBULATORIALE	INDICAZIONI
<b>CLASSE A</b>	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. <b>Da eseguirsi entro 3 giorni</b>
<b>CLASSE B</b>	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente. <b>Da</b>