

ATTI PARLAMENTARI

XIV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

**Doc. CCI
n. 12**

RELAZIONI

**CONCERNENTI L'ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI
PREVISTI DALL'ACCORDO TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO
DEL 14 FEBBRAIO 2002 IN MATERIA DI ACCESSO ALLE
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E DI
INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA**

(Anno 2003)

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

*Presentate dal Ministro per gli affari regionali
(LA LOGGIA)*

Trasmesse alla Presidenza il 17 marzo 2005

PAGINA BIANCA

RELAZIONI PERVENUTE AL 31 GENNAIO 2005

Regione	Pervenuta	
		Trasmessa al Ministero dell'economia, ai fini della verifica dell'adempimento
Abruzzo	1° dicembre 2004	20 dicembre 2004
Basilicata	22 dicembre 2004	28 dicembre 2004
Prov. Aut. Bolzano		
Calabria	17 dicembre 2004	22 dicembre 2004
Campania	2 novembre 2004	4 novembre 2004
Emilia Romagna	17 novembre 2004	20 dicembre 2004
Friuli Venezia Giulia		
Lazio	24 gennaio 2005	26 gennaio 2005
Liguria	10 febbraio 2005	Trasmessa autonomamente dalla Regione
Lombardia	23 luglio 2004	8 settembre 2004
Marche	1° dicembre 2004	20 dicembre 2004
Molise	29 dicembre 2004	14 gennaio 2005
Piemonte	9 marzo 2005	Trasmessa autonomamente dalla Regione
Puglia	25 novembre 2004	20 dicembre 2004
Sardegna	13 dicembre 2004	20 dicembre 2004
Sicilia	10 febbraio 2005	Trasmessa autonomamente dalla Regione
Toscana	6 dicembre 2004	20 dicembre 2004
Prov. Aut. Trento		
Umbria	13 dicembre 2004	20 dicembre 2004
Valle d'Aosta		
Veneto	19 agosto 2004	8 settembre 2004

Le regioni a Statuto speciale, ad esclusione della Sicilia e della Sardegna, non sono soggette al tavolo di verifica degli adempimenti, di cui al punto 2.1 dell'accordo atto rep. n. 2174 del 16 dicembre 2004.

Nota: le relazioni delle regioni Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria e Veneto sono già state trasmesse autonomamente alle Camere dalle regioni stesse si vedano, rispettivamente, gli stampati Doc. CCI nn. 4, 10, 5, 2, 8, 3, 7 e 9).



Il Ministro per gli Affari Regionali

PRESIDENTE DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,
LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME E DELLA CONFERENZA UNIFICATA

Prot. n. 1664/05/L.21.7.1.3

TRANSITO DEL
21 MAR. 2005
CAMERA DEI DEPUTATI SEGRETARIA DEL PRESIDENTE

ROMA, 17 MAR. 2005

Maurizio Pappalardo

la legge 27 dicembre 2002, n. 289, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)", all'art. 52, comma 4, lett. c), dispone che ciascuna Regione deve assumere nel proprio territorio - nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa - iniziative specifiche per favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, in armonia con quanto previsto dall'accordo Stato – Regioni del 14 febbraio 2002 inerente le modalita' di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e gli indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

La stessa disposizione prevede altresi che le Regioni redigano al riguardo, annualmente, una relazione da inviare al Parlamento.

Nell'accordo Stato – Regioni, previsto dall'art. 3, comma 33, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, sancito il 16 dicembre 2004, concernente la definizione del procedimento di verifica degli adempimenti regionali, si è convenuto di demandare alla Conferenza Stato - Regioni il compito di trasmettere al Parlamento copia delle relazioni predisposte dalle Regioni assoggettate alla verifica del tavolo sulla spesa sanitaria, che opera presso il Ministero dell'economia e delle finanze.

Tenuto conto che le Regioni hanno redatto le relazioni sulle liste di attesa, ma hanno tenuto comportamenti difforni per quanto concerne i tempi della loro trasmissione, si procede all'inoltro delle stesse in una unica soluzione.

	Camera dei Deputati
ARRIVO 22 Marzo 2005	
Prot: 2005/0000485/TN	

*Con i migliori saluti
Enrico Boschi*

Al Presidente della Camera
On. Dott. Pier Ferdinando Casini
Palazzo Montecitorio
00186 – ROMA



Il Ministro per gli Affari Regionali

PRESIDENTE DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,
LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME E DELLA CONFERENZA UNIFICATA

Prot. n. 1663/05/L.1.21.7.1.3

ROMA, 17 MAR. 2005

Marcello Pera

la legge 27 dicembre 2002, n. 289, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)", all'art. 52, comma 4, lett. c), dispone che ciascuna Regione deve assumere nel proprio territorio - nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa - iniziative specifiche per favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, in armonia con quanto previsto dall'accordo Stato - Regioni del 14 febbraio 2002, inerente le modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e gli indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

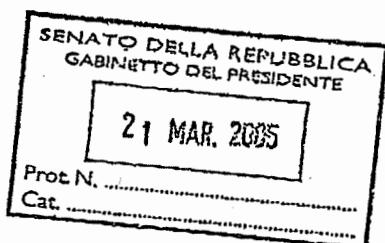
La stessa disposizione prevede altresì che le Regioni redigano al riguardo, annualmente, una relazione da inviare al Parlamento.

Nell'accordo Stato - Regioni, previsto dall'art. 3, comma 33, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, sancito il 16 dicembre 2004, concernente la definizione del procedimento di verifica degli adempimenti regionali, si è convenuto di demandare alla Conferenza Stato - Regioni il compito di trasmettere al Parlamento copia delle relazioni predisposte dalle Regioni assoggettate alla verifica del tavolo sulla spesa sanitaria, che opera presso il Ministero dell'economia e delle finanze.

Tenuto conto che le predette Regioni hanno redatto le relazioni, ma hanno tenuto comportamenti difformi per quanto concerne i tempi della loro trasmissione, si procede all'inoltro delle stesse in una unica soluzione.

*Cosa migliora il clima.
C. S. Pera*

Al Presidente del Senato
On. Prof. Marcello Pera
Palazzo Madama
00186 – ROMA



PAGINA BIANCA

INDICE DELLE REGIONI

Abruzzo	<i>Pag.</i>	9
Basilicata	»	13
Calabria	»	17
Campania	»	23
Emilia-Romagna	»	29
Lazio	»	39
Liguria	»	53
Lombardia	»	59
Marche	»	67
Molise	»	73
Piemonte	»	79
Puglia	»	91
Sardegna	»	101
Sicilia	»	113
Toscana	»	133
Umbria	»	145
Veneto	»	151

PAGINA BIANCA

ABRUZZO

PAGINA BIANCA



GIUNTA REGIONALE

Direzione Sanità
Servizio Controllo e Vigilanza
Via Conte di Ruvo n. 74 - PE

RELAZIONE

P.j - Eliminazione o contenimento delle liste d'attesa.

Le Aziende USL si stanno adeguando gradualmente a tutte le direttive regionali concernenti la problematica delle liste d'attesa, oltre ad attivarsi con proprie iniziative, sempre in armonia con quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni.

In particolare, per quanto riguarda gli adempimenti previsti dall'art. 52- lett. C - della L. 289/2002, è stato rilevato quanto segue:

1. in ordine all'ampliamento dell'offerta dei servizi, con diminuzione delle giornate complessive di degenza, le Aziende utilizzano (anche se non in modo ottimale) gli strumenti contrattuali della turnazione, del lavoro straordinario, della retribuzione di risultato, oltre a fare ricorso alla flessibilità organizzativa attraverso lo spostamento di personale a seconda delle necessità;
2. relativamente alle iniziative da porre in essere dalle Aziende per favorire lo svolgimento degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa(6-7gg./7) senza maggiori oneri a carico dello Stato, le Aziende hanno posto in essere diverse azioni, anche se sono state fortemente condizionate dalle limitazioni degli organici derivanti dal blocco delle assunzioni.

Tali iniziative si differenziano a seconda delle esigenze di ogni singola Azienda e, a volte, vengono diversificate anche nell'ambito della stessa Azienda in base a specifiche realtà ambientali, ma possono essere, comunque, così riepilogate:

- stipula di un protocollo d'intesa con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta volto ad individuare, attraverso l'analisi della situazione in atto, gli strumenti più idonei per pervenire ad una razionalizzazione della domanda e dell'offerta sanitaria ed alla razionalizzazione ed al contenimento della spesa;
- acquisto di prestazioni in attività libero professionale da parte dell'Azienda da sanitari impegnati nella erogazione di prestazioni critiche;
- implementazione e potenziamento degli sportelli unici polifunzionali sia attraverso l'estensione della rete informatica, sia attraverso l'acquisizione di personale dedicato al front-line;
- potenziamento dell'Assistenza Domiciliare ed aumento delle dimissioni protette (Ospedale a domicilio) al fine della riduzione dei ricoveri;



GIUNTA REGIONALE

- apertura dei servizi diagnostici per pazienti ambulatoriali 6 gg./7 ed aumento degli orari di attività al mattino (6-8) e alla sera (20-22);
- monitoraggio costante dei tempi di attesa e verifica delle prestazioni che presentano valori superiori ai tempi prescritti;
- razionale utilizzo dei fondi Ministeriali assegnati per l'abbattimento delle liste d'attesa;
- applicazione di modelli over-booking nella definizione delle agende.

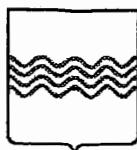
A conclusione, va riferito che si tengono riunioni settimanali presso la Direzione Regionale della Sanità con i referenti delle Aziende USL, con i rappresentanti delle Società scientifiche e dei medici di medicina generale per la discussione delle problematiche connesse alle liste d'attesa, e, in particolare, la stesura di percorsi diagnostici (attualmente in fase di ultimazione), che, con una puntuale e corretta applicazione da parte della classe medica possano contribuire non solo alla razionalizzazione della domanda, alla riduzione delle liste d'attesa, ad un flessione del tasso di ospedalizzazione, ma anche ad un sensibile contenimento della spesa sanitaria.

Il V. Presidente
Arch. Vito Domenici

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Vito Domenici".

BASILICATA

PAGINA BIANCA

**REGIONE BASILICATA**

Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale

Iniziative in materia di liste d'attesa

La Regione Basilicata già con la **D.G.R. 1019/99**, nell'ambito dei finanziamenti nazionali ai sensi della Legge 662/96 art. 1, comma 34, aveva predisposto, di concerto con le Aziende sanitarie ed ospedaliere, un programma, approvato e finanziato dal Ministero della Salute per l'abbattimento delle "Liste d'attesa" con azioni finalizzate alla razionalizzazione sia della domanda che dell'offerta .

Le Aziende sanitarie partendo dalla programmazione regionale hanno messo a punto specifici programmi calibrati sulle realtà locali che sono stati finanziati con i fondi di cui alla predetta L. 662/96 .

I programmi aziendali sono stati finanziati complessivamente per due annualità, come già evidenziato in precedenti relazioni, anche se con una tempistica differenziata per le varie aziende, in relazione alla presentazione dei vari programmi.

Di seguito pur non essendoci specifici finanziamenti la problematica non è stata sottovalutata, infatti se ne trova riferimento in diversi provvedimenti:

con la **D.G.R. n. 366/02** – Direttiva vincolante per la gestione delle Aziende Sanitarie locali – si disponeva che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere rendessero disponibili, entro breve periodo (marzo 2002) le agende di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogabili dalle proprie strutture da inserire nel CUP regionale, quale unica modalità di accesso alle prestazioni programmate prevedendo anche la attivazione di un CALL CENTER regionale,

con la **D.G.R 2525 del 30.12.02** " Linee guida per l'acceso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa" venivano recepiti gli indirizzi di cui al punto A) dell' Accordo Stato – Regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di acceso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, fissando tempi massimi per le prestazioni di diagnostica strumentale, branche a visita, prestazioni di ricovero e patologia oncologica . L'applicazione del provvedimento veniva legato alla valutazione per la attribuzione della quota variabile del trattamento economico del Direttore Generale e, all'interno dell'Azienda, anche al fine della attribuzione della retribuzione di risultato del direttore sanitario e dei dirigenti di struttura semplice o complessa.

Con la stessa delibera venivano date alle Aziende delle indicazioni per il raggiungimento dei risultati .

Il tavolo nazionale di monitoraggio dei LEA ha messo a punto un percorso metodologico condiviso con le regioni, per il monitoraggio delle liste d'attesa che prevede, in una giornata indice stabilità, di fotografare le varie realtà regionali, concentrando l'attenzione sull'offerta sanitaria e focalizzando l'attenzione sul tempo che viene prospettato al cittadino al momento della prenotazione di alcune prestazioni ambulatoriali e sia di attività di ricovero programmato.

Lo strumento dopo una fase di sperimentazione nel corso dell'anno 2003, cui la Basilicata ha partecipato, è stato definito completamente almeno per quel che riguarda le prestazioni ambulatoriali, mentre necessita di ulteriori aggiustamenti per la attività di ricovero.

L'elaborazione dei dati, raccolti nelle regioni secondo uno specifico disciplinare tecnico, è realizzata dal Ministero della Salute e dall'ASSR.

Nel corso dell'anno 2004 si sono svolte due rilevazioni, cui la Regione Basilicata ha partecipato, in data 20 gennaio e 20 ottobre 2004.

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 lettera 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.

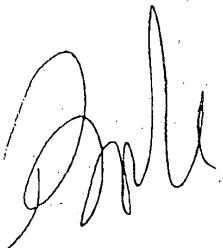
Dalla lettura dei piani presentati è emerso che per l'attenuazione della domanda di prestazioni, limitata a ben definite branche specialistiche, è stata ampliata l'offerta dei servizi con il recupero delle risorse umane provenienti da quei servizi in fase di depotenziamento previsti dal PSR nonché, l'utilizzo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

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

I volumi di attività gestiti a CUP costituiscono circa il 70% delle prestazioni, dalle quali sono escluse ovviamente quelle ad accesso diretto quali il laboratorio, le prestazioni destinate ai controlli ed alle urgenze.

Per facilitare l'accesso alle prestazioni specialistiche nella Regione Emilia – Romagna è stato istituito un numero telefonico dedicato, c. d. Numero Verde unico del Servizio Sanitario Regionale 800 033 033, a disposizione dei cittadini.

Il Numero Verde risponde attraverso un call center (con 14 postazioni ed operatori appositamente formati), a sua volta collegato in rete telematica e telefonica con gli URP delle Aziende sanitarie, ai quali la telefonata viene trasferita, per risposte a domande che richiedono approfondimenti specifici. Il flusso informativo al numero verde è garantito dalla banca dati: è comune a tutto il Servizio sanitario regionale, è costruita a partire dalle domande dei cittadini, è alimentata dalla Regione (per le informazioni comuni) e dalle Aziende sanitarie (per le informazioni relative all'ambito locale). Nella banca dati sono raccolte informazioni su 2.236 servizi/prestazioni di cui 2.005 visite ed esami specialistici e le unità informative raggiungibili (ovvero luoghi e modalità di erogazione) sono 140.000.

In due anni di attivazione ha risposto a circa 120.000 chiamate con una media di 350/400 al giorno.

4. La facilitazione dei percorsi diagnostico terapeutici a livello ambulatoriale

Il miglioramento dell'accesso ai servizi da parte del cittadino attraverso la revisione delle procedure per semplificare ed accelerare i percorsi amministrativi è uno degli obiettivi più significativi del PSR.

Sono stati pertanto avviati, da tempo, processi di revisione delle procedure amministrative e di facilitazione dei collegamenti tra servizi e tra medici di medicina generale e specialisti ospedalieri e territoriali, per assicurare la continuità e tempestività delle cure e per migliorare il servizio.

Tali processi ridisegnano le fasi principali del percorso assistenziale, in regime ambulatoriale: l'accesso per le prestazioni programmabili (non urgenti), definendo in particolare le modalità di specificazione della richiesta di prestazioni formulata dal medico di medicina generale; il percorso del paziente all'interno della struttura ambulatoriale; le visite e i controlli periodici successivi (follow up).

L'obiettivo perseguito è la “presa in carico” del paziente, con un numero di accessi alle strutture limitato a quelli necessari, attraverso adattamenti organizzativi nelle Aziende sanitarie volte a superare la frammentarietà della attuale offerta di servizi e l'individuazione di responsabilità che accompagnano il processo di cambiamento fino alla piena realizzazione.

A tal proposito sono state effettuate nel corso dell'ultimo anno (2002-2003) attività di sperimentazione presso quasi tutte le Aziende della Regione.

5. Il monitoraggio dei tempi di attesa

Nella Regione Emilia Romagna è attivo dal 1999 un monitoraggio trimestrale dei tempi di attesa prospettati, con modalità definite dalla circolare applicativa emanata dall'Assessorato regionale alla sanità n.10/1999, per alcune prestazioni, che possono presentare, a livello regionale, problematiche sui tempi.

Un monitoraggio dei tempi di attesa, con cadenza mensile o settimanale e su un numero maggiore di prestazioni, viene attuato nelle singole Aziende Sanitarie e riguarda tutti i soggetti erogatori pubblici e privati.

Oggetto della rilevazione sono le prestazioni con modalità di accesso ordinario (c.d. programmabili), con l'esclusione delle prestazioni urgenti, screening ecc.

Gli standard di riferimento sono, ancora, di 30 giorni per le visite e di 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale , assicurando che tale accessibilità sia riscontrata per almeno il 50% delle prestazioni offerte alla prenotazione.

Il rispetto dei tempi di attesa, da parte delle Aziende Sanitarie, rientra fra gli obiettivi di interesse regionale, al quale è vincolata alla quota del 20% del trattamento economico percepito dai Direttori Generali.

Tale monitoraggio è proseguito anche nel 2003. Per il 2004 sono state stabilite nuove modalità di rilevazione in coerenza con quanto previsto dall'Accordo Stato - Regioni del luglio 2002.

La rilevazione del tempo di attesa avviene anche attraverso il flusso informativo della specialistica ambulatoriale (ASA)⁷ e consente di evidenziare i tempi anche delle prestazioni urgenti.

Le Aziende, infatti, hanno realizzato i percorsi per le urgenze⁸.

In ogni caso, nell'ambito del totale dell'attività erogata solo il 14% delle prestazioni di diagnostica ed il 26% delle visite risultano potenzialmente critiche per i tempi di attesa.

Riguardo le prestazioni di diagnostica strumentale si è riscontrato un miglioramento dei tempi di attesa per tutto il 2003 ed in particolare nella rilevazione di gennaio 2004 i cittadini che hanno ottenuto le prestazioni entro i 60 giorni sono stati il 75% per l'ecografia dell'addome (1515 prenotazioni entro 60 giorni su 2015 totali); l'83% per l'ecocolor doppler (1157 prenotazioni entro 60 giorni su 1399 totali); il 93% per l'esofagogastroduodenoscopia (487 prenotazioni entro 60 giorni su 522 totali); il 72% per l'RM della colonna (122 prenotazioni entro 60 giorni su 169 totali); l'85% per la TAC del capo (245 prenotazioni entro 60 giorni su 289 totali).

Permangono invece problematiche inerenti le visite, in particolare per la visita oculistica, cardiologica ed endocrinologica per le quali si stanno attivando dei percorsi di appropriatezza.

Inoltre per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale per i tempi di attesa nel 2003 l'indice di consumo è risultato pari a 646,4 prestazioni per 1000 abitanti, con un incremento pari al 5% rispetto al 2002.

In particolare il consumo per 1000 abitanti per l'RMN della colonna nel 2003, risultato essere di 7,3 prestazioni ogni 1000 abitanti, è aumentato rispetto al 2002 di una quota pari al 24%; per l'esofagogastroduodenoscopia l'incremento rispetto al 2002 è stato del 10%; per l'ecocolor doppler e l'ecografia addome del 4%; mentre per la TAC del capo si è riscontrato un consumo stabile sia nel 2002 che nel 2003 pari ad 11,6 prestazioni per 1000 abitanti.

Per la visita cardiologica il consumo nel 2003, pari a 84,5 prestazioni per 1000 abitanti si è incrementato del 5% mentre le visite endocrinologiche ed oculistiche, nel corso del biennio, si sono mantenute sostanzialmente stabili.

L'analisi dei tempi di attesa ha messo, inoltre, in rilievo che la domanda di accesso alle prestazioni, non risente in modo importante, come in passato, delle influenze stagionali, ma rimane costante durante tutti i mesi dell'anno, mentre l'offerta, resa disponibile da parte delle aziende, tende a ridursi in prossimità dei mesi di aprile, luglio e agosto, rispetto agli altri periodi.

Questo ha richiesto da parte delle aziende sanitarie una nuova programmazione delle attività orientata al rafforzamento dell'offerta in prossimità di questi periodi, nei quali tra l'altro, si hanno il maggior numero di richieste di congedo ordinario del personale medico.

Il potenziamento dell'offerta è stato realizzato anche tramite il ricorso all'overbooking; tutti gli accordi aziendali con gli specialisti ambulatoriali hanno, infatti, previsto questa modalità di gestione delle agende accanto alla suddivisione dell'offerta in urgenze, primi accessi e controlli. Si è

⁷ Circolare 3/2002 e 13/2003

⁸ Nota prot. 43480 del 26.11.2003 "Revisione ed integrazione del documento sui percorsi di accesso alle prestazioni ambulatoriali urgenti dichiarati dalle Aziende Sanitarie"

proceduto inoltre alla rilevazione degli abbandoni (variabile a seconda delle discipline dal 18 – al 26%) ed a quella della produttività per branca specialistica.

All'interno delle Aziende è consentito il ricorso all'attività Libero Professionale⁹ degli specialisti ospedalieri finalizzata al contenimento dei tempi di attesa.

In parallelo è stato completato il processo di separazione delle liste di accesso alle prestazioni suddivise in: programmabile, controllo, follow up periodico e screening.

Nell'ambito del programma di screening si osserva che, in regione, nel 2003 sono state effettuate oltre 255.000 mammografie, così come risulta dai dati del flusso informativo ASA.

6. L'appropriatezza nella loro erogazione con l'adozione di linee guida¹⁰

Le strategie di governo delle liste di attesa sono state orientate in questi anni allo sviluppo della capacità di selezione della domanda, in particolare attraverso l'identificazione delle indicazioni cliniche appropriate per specifiche prestazioni, esplicitando quando possibile i tempi di erogazione. Una delle assunzioni che sostengono questo tipo di strategie di intervento sul problema delle liste di attesa è che la quota di prestazioni inappropriate sia quantitativamente rilevante e che quindi una sua esclusione comporti una sostanziale modifica dei tempi di accesso della rimanente quota di pazienti, avviati a prestazioni clinicamente appropriate.

In Emilia - Romagna sono state avviate numerose iniziative finalizzate a promuovere una gestione clinicamente razionale degli accessi a prestazioni di specialistica ambulatoriale, a partire dalla elaborazione di indicazioni cliniche di utilizzo per specifiche prestazioni, quali la densitometria ossea (MOC) e l'eco-Doppler degli arti inferiori (ECO-AI) e dei tronchi sovraortici (ECO-TSA). La scelta di queste prestazioni è stata motivata dal loro essere esplicitamente citate nel documento di definizione dei livelli essenziali di assistenza tra quelle la cui disponibilità è condizionata dalle indicazioni cliniche di utilizzo (si veda l'Allegato 2b dell'Accordo Stato Regioni del novembre 2001) e dall'entità dei tempi di attesa documentati a livello regionale.

Al fine di valutarne l'impatto dell'implementazione dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, coerentemente con quanto disposto dall'allegato 3, punto b del D.P.C.M. 29 novembre 2001 e dell'Accordo 11/07/2002, è stato condotto, nel corso del 2002, uno studio¹¹ in 5 aziende della regione finalizzato a quantificare, sulla base di indicazioni formulate a livello regionale, la proporzione di prescrizioni qualificabili come inappropriate e a stimare il possibile impatto di una loro esclusione sui tempi di attesa dei pazienti. Per quanto riguarda la MOC, eseguita come primo esame, complessivamente il 53% dei pazienti risultava aver ricevuto una indicazione non appropriata sulla base delle raccomandazioni regionali.

Le analoghe percentuali relative all'Eco-Doppler dei tronchi sovraortici e degli arti inferiori erano rispettivamente 39% e 44%. L'eventuale non inclusione di questa quota di prestazioni inappropriate in lista di attesa consentirebbe di ridurre i tempi da 112 a 52 giorni per quanto riguarda la MOC, e da 48 a 28 giorni per quanto riguarda l'Eco-Doppler.

In conclusione, questa esperienza attesta come sia possibile un significativo miglioramento dell'appropriatezza che per il 2003 ha già registrato una positiva riduzione dei tempi per le prestazioni sopra indicate. In particolare per l'Eco(color)Doppler il 50 % delle prestazioni viene garantita tra i 30 ed i 40 giorni mentre il 75 % entro i 60 giorni.

7. La qualità percepita da parte del cittadino¹²

Sono stati effettuati tre studi all'interno di alcune Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna relativamente alla percezione sociale che i cittadini hanno delle liste d'attesa.

In particolare sono state condotte tre ricerche in riferimento all'accesso alle prestazioni

⁹ DGR 28 gennaio 2002, n. 54

¹⁰ Circolare 21/2001 e 16/2002

¹¹ Il documento è disponibile nel sito Internet della RER al seguente indirizzo: www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/doss79.pdf

¹² Le liste d'attesa nella prospettiva del cittadino, Agenzia Sanitaria Regionale, Dossier 2004

specialistiche ambulatoriali e alla chirurgia di elezione. I temi toccati riguardano il grado di tolleranza all'attesa e l'accettazione dell'introduzione di criteri di priorità per la gestione delle liste d'attesa. Sono stati contattati cittadini che afferiscono alle strutture pubbliche nel momento di fruizione dei servizi di cui hanno fatto richiesta.

Il primo studio: "Accettabilità delle attese e criteri di priorità nei pazienti in attesa di cataratta" ha interessato un campione di 183 pazienti in attesa di intervento di chirurgia della Cataratta.

Il tempo di attesa, che è conosciuto dal paziente con certezza al momento della visita pre-operatoria, è inferiore ai 30 giorni per circa la metà del campione (46,7%); quasi il 40% attende un periodo di tempo compreso tra 30 e 60 giorni, mentre solo 14% subisce attese superiori ai 2 mesi. Per quanto riguarda l'atteggiamento degli intervistati rispetto ai tempi di attesa effettivi (che colgono l'intero periodo dal momento della prima visita specialistica al momento dell'intervento) emerge un primo risultato interessante, ovvero una diffusa soddisfazione, tale che il 56,8% dei pazienti considera i propri tempi ragionevoli. Solo il 18,8% lamenta attese più lunghe di quanto desiderato, ma nessuno le giudica "molto più lunghe di quanto vorrebbe". Inoltre, una quota pari al 24,4% li considera addirittura troppo brevi.

Il secondo studio: "La percezione dei cittadini sulle liste di attesa" ha riguardato un campione di intervistati di 223 persone ed è stato identificato in modo casuale sulla base della disponibilità di chi era in sala di attesa degli ambulatori indicati dalle Aziende Usl.

Il 55% degli intervistati ha dichiarato un tempo di attesa - dal momento della prenotazione alla prestazione - che si aggira intorno a 7gg-30gg; il 24% tra i 30gg-60gg e il 15% entro i 60gg. Infine un 7% afferma di avere aspettato entro i 7gg.

Il 65,4% delle persone che hanno richiesto visite specialistiche dichiarano un tempo di attesa entro i 30gg, il 33,7% oltre i 30gg-60gg, l'8% più di 3 mesi.

Il 53% di chi ha effettuato esami strumentali afferma di avere atteso un tempo entro i 30gg, il 47% oltre i 30gg-60gg. I tempi riferiti si rivelano ottimali in particolare rispetto agli esami strumentali essendo 60gg il tetto massimo dei tempi di attesa definito dalla Regione.

Riguardo inoltre il livello di soddisfazione circa il 65% degli intervistati afferma di essere soddisfatto del tempo di attesa. La soglia oltre la quale l'insoddisfazione aumenta in modo considerevole si colloca tra un tempo di attesa che varia tra i 30gg e i 60gg. Occorre tuttavia rilevare un livello di tolleranza complessivamente elevato: la metà tra chi dichiara di avere aspettato 60 e più giorni si dice soddisfatto.

Il 3° studio "La valutazione della qualita' dei servizi diagnostici ed ambulatoriali dal punto di vista dei cittadini" ha riguardato 3324 soggetti. Per quanto concerne nello specifico i tempi di attesa nel 51% circa dei casi i soggetti hanno ottenuto la prestazione entro un mese e nel 12,7% entro due mesi. Nel 23,4% circa dei casi hanno atteso oltre 2 mesi.

Si rileva un livello di tolleranza mediamente alto sui tempi di attesa dalla prenotazione-prestazione, che pare vissuto come accettabile entro i 2 mesi.

TAB 1 Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali - Confronti Anni 2002 - 2003

	2002	% su tot prestaz.	2003	% su tot prestaz.	var % 2003/2002
VISITE					
Prima visita	4.921.510		5.111.836		
Visita di controllo	1.613.401		1.867.760		
6.534.911	12%		6.979.596	12%	7%
DIAGNOSTICA					
Diagnostica strumentale con radiazioni	2.373.526		2.420.409		
Diagnostica strumentale senza radiazioni	2.651.321		2.872.804		
Medicina nucleare	36.029		44.101		
Altra Diagnostica	304.135		320.544		
5.365.011	9%		5.657.658	9%	5%
LABORATORIO					
Prelievi	3.532.283		4.013.732		
Chimica clinica	28.396.504		30.008.410		
Ematologia/coagulazione	5.752.426		6.086.927		
Immunoematologia e trasfusionale	168.661		150.903		
Microbiologia/virologia	2.401.555		2.374.231		
Anatomia ed Istologia patologica	398.808		458.524		
Genetica/citogenetica	54.415		65.214		
40.704.652	72%		43.157.941	72%	6%
RIABILITAZIONE					
Diagnostiche	105.156		121.681		
Riabilitazione e Rieducazione Funzionale	1.095.278		1.295.296		
Terapia Fisica	844.486		694.398		
Altra Riabilitazione	97.653		102.684		
2.142.583	4%		2.214.059	4%	3%
TERAPEUTICHE					
Radioterapia	241.722		289.227		
Dialisi	319.088		340.470		
Odontoiatrica	136.796		150.827		
Trasfusioni	14.107		15.413		
Altre prestazioni Terapeutiche	1.274.793		1.298.903		
1.986.446	4%		2.094.840	3%	5%
ALTRO					
Altro	17.657		17.120		
17.657	0%		17.120	0%	-3%
Total	56.751.260	100%	60.121.214	100%	6%

PAGINA BIANCA

LAZIO

PAGINA BIANCA



REGIONE LAZIO

Assessorato alla Sanità

Dipartimento Sociale

Direzione Programmazione Sanitaria e Tutela della Salute

Area Pianificazione Sanitaria

Roma, II 11 GEN. 2005

Prot. 3880 / 4A/01 | 86

P.M.
P.M.

**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"
SEDE**

Oggetto: Relazione annuale sull'attuazione di iniziative volte al contenimento delle liste di attesa.

In risposta alla nota n.5972 dell'8 novembre 2004, si trasmette allegata la relazione sulle iniziative attuate nell'anno 2003, da questa Regione per il significativo contenimento delle liste di attesa, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.

Il Direttore Regionale
D.ssa Elda Melaragno

Elda

MLS

11/01/04

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI UFFICIO DI SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME	
24 GEN. 2005	
Prot. n. 632	
Rif. 4.1.21.8.1.3	

PAGINA BIANCA

RELAZIONE SULLE INIZIATIVE
VOLTE AL CONTENIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA

PAGINA BIANCA

SOMMARIO

- A. Premessa
- B. La normativa nazionale
- C. L'offerta regionale per le prestazioni di medicina specialistica
- D. Peculiarità della domanda sanitaria a Roma
- E. I progetti finanziati dal Ministero della Salute ex art.12 Dlgs 229/99
- F. Le iniziative regionali di contenimento dei tempi di attesa
- G. La garanzia dell'appropriatezza prescrittiva
- H. Il Coordinamento permanente dei referenti aziendali delle liste di attesa
- I. I piani aziendali di contenimento delle liste di attesa
 - 1. La razionalizzazione e il governo della domanda
 - 2. I miglioramenti organizzativi aziendali
- J. Il monitoraggio del fenomeno dei tempi e delle liste di attesa
- K. I tempi di erogazione delle prestazioni “critiche”

A. Premessa

Una caratteristica della offerta sanitaria è quella di indurre la domanda, pertanto è inevitabile che si determini uno squilibrio tra domanda ed offerta e che tale squilibrio produca liste di attesa.

Si tratta di un problema presente in tutti i sistemi sanitari a copertura universale, probabilmente non risolvibile completamente, ma certo da governare al meglio.

Infatti, la possibilità per i cittadini di accedere alle prestazioni specialistiche, entro tempi massimi definiti, costituisce uno dei fattori che determinano anche la stessa efficacia del servizio offerto.

B. La normativa nazionale

L'esigenza di ridurre il fenomeno è attualmente all'attenzione del legislatore nazionale, come dimostra la recente normativa in materia, che si indica di seguito e che attribuisce precise responsabilità alle Regioni.

Il D.P.C.M. 16 aprile 2002 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa" aggiunge tali linee guida al DPCM 29 novembre 2001 Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza come allegato n.5

L'Accordo tra il Governo, la Regione e la Province autonome di Trento e Bolzano dell' 11 luglio 2002 (Rep. Atti n.1488) sulle "Indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'accordo Stato – Regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa", attribuisce alle Regioni il compito di individuare i criteri per stabilire le priorità di accesso alle prestazioni.

C. L'offerta regionale per le prestazioni di medicina specialistica

La Regione Lazio dispone di n.976 strutture ambulatoriali di Asl e n.15 strutture aziendalizzate (Aziende Ospedaliere; Policlinici Universitari, IRCCS,), per un totale complessivo di n.991 strutture erogatrici.

E' da notare che nel triennio 200 – 2003 si è registrato un aumento del 21% di punti di erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, infatti,nell'anno 2000 erano attive 807 strutture di Asl e 13 strutture aziendalizzate per un totale di 820 strutture erogatrici.

Per quanto riguarda l'offerta regionale di prestazioni, si è passati da n. 62.766 milioni di prestazioni nell'anno 2000 a n. 72.693 milioni di prestazioni erogate nell'anno 2003 con un incremento dei volumi del 17,7%. Per alcune specialità si è registrato un incremento anche superiore al 100% come nel caso della radioterapia e della risonanza magnetica che viene evidenziato dal trend in crescita degli anni considerati.

D. Peculiarità della domanda sanitaria a Roma

Va, inoltre, sottolineato come l'area metropolitana presenti caratteristiche uniche, che comportano conseguenze anche rispetto alla domanda di prestazioni sanitarie.

In particolare vanno considerati i seguenti elementi:

- la particolare numerosità dei non residenti (pendolari, turisti, studenti ecc.), che gravitano nell'ambito metropolitano della città di Roma;
- la rilevante presenza di soggetti extracomunitari;
- la notevole numerosità di Istituzioni (Parlamento, Ministeri, Università, Ambasciate, Vaticano), che creano particolare attrazione verso il territorio.

E. I progetti finanziati dal Ministero della Salute ex art.12 d.lgs 229/99

Nel periodo considerato era, ed è tuttora, in fase di svolgimento la ricerca “Tempi e liste di attesa” promossa e gestita dall’associazione Cittadinanzattiva TDM che prevede l’attivazione in n.8 Aziende sanitarie di tavoli di collaborazione cui partecipano rappresentanti dell’istituzione e del volontariato per analizzare il fenomeno e individuare possibili soluzioni.

Ulteriore occasione di studio del problema è derivata dalla partecipazione della Regione Lazio, come Unità Operativa, alla ricerca finalizzata, “Valutazione dei fattori determinanti la formazione delle liste di attesa e proposte di interventi volti a controllarle”, coordinata dall’ASSR.

Il ruolo specifico della Regione Lazio è stato quello di individuare un prototipo di “cruscotto” direzionale che, utilizzando i dati provenienti dai flussi informativi esistenti, attraverso una lettura dei dati attraverso opportuni incroci, potesse fornire indicazioni al decisore regionale.

Inoltre, nel medesimo ambito, il CERGAS, altro partecipante alla ricerca finalizzata sopraindicata, ha effettuato una specifica sperimentazione di coinvolgimento e di responsabilizzazione dei medici di medicina generale, in un distretto di una ASL della Regione Lazio. Infatti, tra i molteplici fattori che interagiscono tra di loro e determinano il tempo di attesa, il ruolo dei prescrittori assume naturalmente un maggior peso, ed è quindi considerato rilevante nelle diverse strategie con cui il problema viene affrontato. I risultati e le relative difficoltà emerse in tale sperimentazione, costituiscono un elemento innovativo che verrà valorizzato nella programmazione futura delle iniziative nel settore da parte della Regione Lazio.

F. Iniziative regionali di contenimento dei tempi di attesa

In riferimento alla riduzione del fenomeno, la Regione Lazio è impegnata direttamente a garantire ai cittadini maggiori possibilità di accesso e di scelta delle strutture da utilizzare, attraverso l’integrazione dei CUP delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e la prenotazione telefonica o telematica delle prestazioni (DGR n. 626 del 17 maggio 2002), in modo tale da garantire il massimo utilizzo delle risorse, rendendo visibili tutte le disponibilità.

Il Piano Sanitario Regionale (DCR n.114 del 31 luglio 2002) considera l’abbattimento delle liste di attesa una delle cinque sfide prioritarie da perseguire nel triennio 2002-2004. Tale sfida ha l’obiettivo generale di produrre, nel tempo di validità del piano, risultati non transitori e quindi strutturali, in particolare si prefigura:

- uno specifico Sistema Informativo;
- un sistema di prioritarizzazione;
- il governo dell’attività prescrittive;
- il pieno utilizzo della capacità tecnologica;
- la garanzia della trasparenza.

La DGR 1725/ 2002 definisce le modalità di attuazione di tale sfida prioritaria, con le azioni indicate di seguito:

- promuovere il governo locale aziendale dei tempi e liste di attesa
- orientare e verificare la domanda
- razionalizzare ed adeguare l'offerta
- assicurare la trasparenza delle liste
- monitorare il fenomeno a livello regionale
- definire un sistema di prioritarizzazione delle prenotazioni
- costituire un Coordinamento permanente dei referenti aziendali delle liste di attesa.

G . La garanzia dell'appropriatezza prescrittiva

Un elemento importante che risulta necessario per determinare esattamente cosa deve essere fornito all'utente, è l'appropriatezza, uno dei principali criteri introdotti dalla riforma per definire i livelli di assistenza.

L'Appropriatezza è stata definita come una "componente della qualità assistenziale che fa riferimento a validità tecnico – scientifica, accettabilità e pertinenza (rispetto a persone, circostanze, luogo, livello delle conoscenze) delle prestazioni sanitarie." Essa permette, prima di tutto, di individuare se l'utente ha bisogno di una prestazione, quale sia la prestazione più adeguata ai suoi bisogni. Inoltre, una prestazione può considerarsi appropriata quando viene erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nel momento più giusto e secondo le più opportune modalità.

Nel Lazio si stanno sviluppando molti programmi per la promozione dell'appropriatezza, in diversi campi e con svariate metodologie.

Alcuni punti cardine e un'idea dei risultati sono di seguito rappresentati.

Le diverse iniziative sono generalmente comprese nelle seguenti linee di intervento:

sviluppo di metodologie per la valutazione dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri sulla base di algoritmi di analisi degli archivi informatici delle dimissioni (metodologia APPRO); applicazione diretta del metodo APPRO alle dimissioni degli istituti di ricovero del Lazio a partire dal 2° semestre del 2002;

controllo mirato di cartelle cliniche relative ad episodi di ricovero ad alto rischio di inappropriatezza;

sviluppo di linee guida per la promozione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa.

promozione di processi assistenziali controllati per qualità
formazione degli operatori

Qualunque ipotesi di revisione organizzativa sui tempi d'attesa non può prescindere da un'attenta analisi dell'efficacia di quello che viene erogato e della necessità/adequatezza in rapporto alla patologia dell'utente o anche al tipo di approccio organizzativo che viene utilizzato.

Dal punto di vista operativo è utile distinguere l'appropriatezza organizzativa (relativa al livello assistenziale nel quale l'intervento viene erogato: ricovero, day hospital o ambulatorio), dall'appropriatezza clinica (relativa alle indicazioni di un intervento sanitario per un determinato paziente). Entrambi questi aspetti sono rilevanti per la riduzione delle liste di attesa.

Riuscendo, infatti, ad incrementare l'appropriatezza organizzativa, aumenterebbero i tempi e le risorse professionali e materiali disponibili per erogare nella sede ed al tempo giusto le prestazioni necessarie. Promuovendo l'appropriatezza clinica, si diminuirebbero gli interventi inappropriati, pertanto le liste di attesa si sfoltirebbero dai casi che non trarrebbero comunque beneficio dalla prestazione.

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 nelle 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



REGIONE
LIGURIA

Pz. 20223 | 68 del
24.01.05

Il Presidente della Regione

R. Giannini

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.

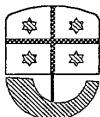
Con riferimento alla richiesta prot. n. 5973/04/4.1.21.7.1.3 del 08/11/2004, si allega la relazione in oggetto.

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

PROSPETTIVA 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 brevi 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: 41.2004.0045058
PSC
1

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 costituiscano 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
CLASSE A	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. Da eseguirsi entro 3 giorni
CLASSE B	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente. Da

	eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali
CLASSE C	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità o in quanto rappresenta un accesso di follow up. Da eseguirsi entro un arco temporale maggiore di 60 giorni

Si ritiene opportuno introdurre dal 1° luglio 2004 su tutto il territorio regionale le categorie di priorità per queste prestazioni:

Visita Oculistica
 Visita Cardiologica
 Tac Colonna vertebrale
 Rmn encefalo
 Ecografia addome superiore
 Ecocolordoppler tronchi sovra aortici.

Le ASL, in accordo e con la collaborazione delle strutture erogatrici, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, potranno individuare altre prestazioni, in aggiunta alle precedenti, da sottoporre a classi di priorità rispettando i seguenti criteri:

1. tutte le prestazioni le cui liste di prenotazione manifestano tempi di attesa superiori al valore limite fissato dalla Regione;
2. tutte le prestazioni che sono ritenute ad alta complessità diagnostico terapeutica;
3. tutte le prestazioni che sono ritenute ad alto valore socio sanitario;
4. tutte le prestazioni connesse a particolari patologie per le quali si evidenzia una particolare attenzione sulla tempestività dell'esecuzione.

Tali iniziative dovranno essere sottoposte alla validazione della Direzione Generale Sanità per la necessaria garanzia di equità di accesso sul territorio regionale.

Riferimenti normativi regionali:

D.G.R. VI/38571, 1998 - Individuazione dei criteri per l'applicazione dell'art. 3, commi 10-12-13-14-15 del D. Lgs 29 aprile 1998, n. 124/98 "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art. 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n.449."; D.G.R. VI/47675, 1999 - Tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali: determinazioni per l'anno 2000; D.G.R. VII/2859, 2000 - Nuove indicazioni sui tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali; D.G.R. VII/7928, 2002 - Tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali: indicazioni per l'anno 2002; DGR VII/15324 del 28/11/2003 - Determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2004 (Allegato 3 "Modalità per l'applicazione delle priorità di accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica ambulatoriale in Regione Lombardia").

PAGINA BIANCA

MARCHE

PAGINA BIANCA

*Il Presidente della Giunta*

Per raggiungere tali obiettivi sono stati avviati interventi di tipo organizzativo e strutturale. In particolare i primi riguardano la progettazione (peraltro conclusa) e l'implementazione di una funzione CUP unica a copertura regionale che consenta, in tempo reale la rilevazione dei dati di attività e dei tempi di attesa e l'acquisizione nel sistema di una parte consistente delle prestazioni erogabili in tutto il territorio regionale: il sistema sarà operativo dal secondo semestre 2005.

Gli interventi organizzativi sono, invece, orientati a consolidare la gestione delle liste di attesa, ad avviare la separazione dell'attività programmabile (primi accessi) dai controlli (accessi successivi) e dai programmi di screening.

In adesione a quanto stabilito nell'accordo Stato-Regioni del 14/2/02 sono stati definiti gli aspetti tecnici e le modalità operative per la rilevazione dei tempi e delle liste di attesa. Sono stati condivisi gli strumenti tecnici per la rilevazione su tutto il territorio regionale delle prestazioni critiche. Attualmente è stato posto a regime un report trimestrale, a diffusione regionale, che rileva i tempi minimi di attesa, il numero dei pazienti presenti nelle liste ed i valori di performance (n° di prestazioni erogate nei tempi stabiliti dall'accordo predetto/n° totale prestazioni erogate x 100), conseguiti sia a livello delle singole sedi di produzione che in sede regionale ed i consumi (per 1000/ab) di prestazioni da parte della popolazione residente.

Nel mese di febbraio è stato messo a punto il sistema informativo regionale della specialistica ambulatoriale che, a partire dal 2° semestre, risponde anche al debito informativo sulle modalità di accesso e sulla rilevazione del tempo di attesa effettivo sulle prestazioni erogate.

Nella prospettiva del contenimento delle liste di attesa sono stati assegnati ai Direttori delle Zone Territoriali e delle Aziende Ospedaliere obiettivi specifici di mantenimento e di rispetto delle performance nel range dell'80% (30 giorni per le visite, 60 giorni per la diagnostica strumentale) per le 16 prestazioni con evidente criticità in ambito regionale, inoltre nella contrattazione di budget sono stati posti come obiettivi prioritari interventi in tema di appropriatezza della domanda. La semplificazione delle procedure per l'accesso e la definizione di protocolli condivisi tra specialisti e MMG, attualmente in corso di implementazione, tenderà a correggere ed eliminare incoerenze tuttora esistenti nell'erogazione delle prestazioni.

Gli obiettivi sopra indicati dovranno essere raggiunti attraverso una migliore efficienza produttiva, ossia mediante l'ottimizzazione del patrimonio tecnologico a disposizione e l'aumento dell'attività libero professionale d'azienda.

Nei settori altamente critici, come la radiologia, in particolare per le prestazioni di RM e TAC, l'offerta è stata incrementata attraverso la libera professione d'azienda cui va aggiunta l'offerta integrativa da parte del privato accreditato; contestualmente, il gruppo di lavoro regionale, costituito per la razionalizzazione di tutta l'area radiologica, sta

*Il Presidente della Giunta*

svolgendo uno studio per la revisione dei modelli organizzativi, finalizzato all'aumento dell'efficienza produttiva.

Nella contrattazione di budget per l'anno 2004 sono stati altresì posti come ulteriori risultati prioritari, l'adozione di interventi in tema di appropriatezza della domanda, da condividere con i medici di medicina generale e con gli specialisti, soprattutto per le prestazioni specialistiche a maggior rischio di superamento dei tempi di attesa (ecocolordoppler, prestazioni di diagnostica radiologica pesante).

E' stata poi creata, a livello regionale, una funzione di Health Technology Assessment le cui aree di intervento riguardano la gestione delle tecnologie sanitarie, il loro impatto sulle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e l'analisi sistematica del patrimonio tecnologico installato presso le Zone Territoriali dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale e le Aziende Ospedaliere, nonché la revisione del nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale, l'aggiornamento delle prestazioni di efficacia clinica documentata con la contestuale eliminazione di quelle che non presentano caratteristiche di efficacia clinica dimostrata.

L'ulteriore applicazione dell'accordo Stato-Regioni nella parte in cui veniva stabilito l'impegno da parte delle regioni a definire, sulla base di criteri clinici, classi di priorità per l'accesso alle prestazioni ha comportato l'implementazione di un progetto che, coinvolgendo i medici ospedalieri e del territorio, ha come obiettivo la condivisione di linee-guida prescrittive finalizzate ad un sistema che dia priorità e tenda ad eliminare l'attesa nelle situazioni di maggior bisogno clinico. La definizione dei raggruppamenti di attesa omogenei (RAO), ha come finalità la costruzione di liste di attesa che utilizzano sistemi di punteggio basati sulla priorità clinica.

Con provvedimento di Giunta (DGR 1709 del 9/12/2003) è stata ridefinita l'attività del day-hospital diagnostico e terapeutico ed è in corso di sperimentazione il percorso dei pacchetti ambulatoriali complessi (P.A.C.), che, in quanto modello organizzativo dell'attività ambulatoriale alternativo al day hospital, rispondono alla necessità di affrontare problemi di tipo prevalentemente diagnostico.

Il progetto per la razionalizzazione e qualificazione dei laboratori di analisi chimico-cliniche della Regione Marche ha prodotto come risultato una diminuzione considerevole di un gruppo di prestazioni, caratterizzato da un elevato indice di inappropriatezza ed in fase di budget sono state impartite indicazioni per la predisposizione del modello organizzativo dei laboratori con l'accorpamento degli stessi in un minor numero di sedi, per consentire un aumento dell'efficacia e della sicurezza degli interventi.

Ai sensi di quanto disposto dal DPCM 29.11.2001 (Livelli Essenziali di Assistenza), la Giunta, con le delibere n. 1323 del 16/7/2002, n. 165 del 11/02/2003, n. 787 del 03/06/2003, ha disciplinato le modalità di accesso alle prestazioni di terapia fisica, medicina sportiva, assistenza odontoiatrica, chirurgia oculistica riferitiva e densitometria ossea.

*Il Presidente della Giunta*

Nella definizione degli accordi integrativi regionali (DGR 316/01, DGR 2122/02) derivanti dai contratti collettivi nazionali (DPR 270/00 e DPR 272/00) per la medicina generale e per i pediatri di libera scelta si è lavorato sull'appropriatezza clinica delle prescrizioni diagnostiche, la quale incide sulle liste d'attesa riducendo il numero delle prestazioni inappropriate. A tal fine punto di riferimento principale è l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza, organismo già operativo dal secondo semestre del 2002, con il preciso compito di approfondire e monitorare l'andamento dell'attività, che nelle zone periferiche agisce attraverso team di progetto.

Altro strumento operativo è determinato dal budget etico dei medici di medicina generale, all'interno del quale vengono definiti obiettivi di prestazioni appropriate, al raggiungimento dei quali corrisponde un sistema incentivante.

L'area di intervento mira ad incidere sui ricoveri ospedalieri, sulle prescrizioni farmaceutiche, nonché sulla richiesta di prestazioni specialistiche e diagnostiche, queste ultime strettamente connesse alle liste d'attesa.

Cordiali saluti

Vito D'Ambrosio

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Vito D'Ambrosio".

PAGINA BIANCA

MOLISE

PAGINA BIANCA



Regione Molise
DIREZIONE GENERALE V
POLITICHE SANITARIE, RISORSE NATURALI
E TUTELA AMBIENTALE

Osservatorio Regionale Sulla Qualità Dei Servizi Sanitari

Direttore Responsabile: dott Alberto Montano

*Sede Direzione: via Toscana, 9 – 86100 Campobasso
 Tel.: 0874-424570 fax: 0874-424547 e-mail: assregsanita@regione.molise.it*
*Sede Operativa: via S. Antonio Abate, 236/B – 86100 Campobasso
 Tel.: 0874-429813 fax: 0874-429316 Numero Verde: 800-430911*

Prot. n° 1572-1

16 DIC. 2004
Data _____

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"
 Dott. Riccardo Carpino
ROMA

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

In riferimento alla nota prot.5975 dell' 8 novembre 2004 che richiedeva l'invio alla Conferenza Stato-Regioni di una relazione sullo stato di attuazione delle misure adottate per adempiere al dettato del comma 4 lettera c) dell'articolo 52 della legge 289/2002 sul contenimento delle liste d'attesa, si precisa che tale relazione era già stata inviata in data 9 giugno 2004 al Consigliere Capo del Servizio per il controllo Parlamentare della Camera dei Deputati su sua sollecitazione. Ad ogni buon conto si allega alla presente una copia della suddetta relazione.

Si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Direttore Responsabile dell'O.R.Q.S.S.
Dott. Alberto Montano

<small>PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI UFFICIO DI SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME</small>	
29 DIC. 2004	
Prot. n. <u>7024</u>	
Rif. <u>h.1.21.7.1.3</u>	



Regione Molise
DIREZIONE GENERALE V
POLITICHE SANITARIE, RISORSE NATURALI
E TUTELA AMBIENTALE

SERVIZIO OSPEDALITA' PUBBLICA E PRIVATA

*Osservatorio Regionale
Sulla Qualità Dei Servizi Sanitari*

Prot. n° 7723

Data 8 GIUGNO 2004

Al Consigliere Capo del Servizio
per il Controllo Parlamentare
Camera dei Deputati
ROMA

E.p.c.

Al Presidente della Regione
Molise

Al Segretario Generale della
Giunta Regionale della Regione
Molise

Al Direttore Generale della
Direzione Generale V

LORO SEDI

Oggetto: Relazione per l'anno 2003 su adempimenti di cui alla lett. C) dell'art. 52 della L. 289/2002
in materia di servizi sanitari.

In riscontro alla nota del 27 gennaio 2004 prot.:2004/0002523/GEN/CP e in relazione agli
adempimenti a cui sono tenute le Regioni previsti alla lett. C) dell'art. 52 della Legge
289/2002; diretti a favorire presso gli ospedali pubblici lo svolgimento degli accertamenti
diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei
sette giorni della settimana, si comunica che la Regione Molise, nella Direttiva Vincolante

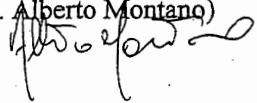
per l'anno 2003 ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali Regionali, ha posto l'obiettivo della copertura del servizio 6 giorni su 7 relativamente agli accertamenti di Laboratorio d'Analisi e di Radiodiagnostica presso gli Ospedali di Campobasso, Isernia e Termoli. Sulla base delle relazioni inviate a questo servizio dalle Direzioni Generali delle ASL si evince che la copertura dei servizi 6 giorni su 7 è stata garantita in tutte le strutture sudette con un significativo contenimento delle liste d'attesa.

Per l'anno 2004 all'interno della Direttiva Vincolante è stato posto l'ulteriore obiettivo della copertura del servizio 7 giorni su 7 per i medesimi servizi e strutture ospedalieri. A tal proposito si ritiene utile segnalare che le Direzioni Sanitarie, già sollecitate in tal senso da codesto Servizio manifestano notevoli problematiche organizzative ed economiche nella possibilità di raggiungere tale obiettivo, che a norma di legge non deve comportare ulteriori oneri a carico del Fondo Sanitario.

Si coglie l'occasione per porgere i migliori saluti.

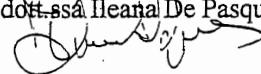
**IL DIRETTORE RESPONSABILE
DELL'ORQSS**

(dott. Alberto Montano)



**IL DIRIGENTE RESPONSABILE
DEL SERVIZIO**

(dott.ssa Illeana De Pasquale)

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Illeana De Pasquale".

PAGINA BIANCA

PIEMONTE

PAGINA BIANCA

Ministero dell'Economia e delle Finanze

DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

ISPETTORATO GENERALE PER LA SPESA SOCIALE
Ufficio II

Fax

A: dr.ssa Svetlana Parrilla

Da: Alessandra Versino

PRESIDENTA DEL CIPPOCCIO L. VINCENZO UFFICIO DI SORVEGLIA SULLA SPESA SOCIALE PER ATTIVITÀ PUBBLICHE DI CITTÀ DI VALIGNE E DI FINANZE AUTONOME	
59 MAR 2005	
Pret. n.	1433
Rif.	4.1.21.11

Fax: 06-67796530

Pagine: 10

Tel:

Data: 2/3/2005

Ogg.: Regione Piemonte: relazione liste di attesa

CC:

Come da accordi le invio la relazione sulle liste di attesa della regione Piemonte
Cordiali saluti

Alessandra Versino



Il Presidente

Torino 9 APR. 2004

Prot. n. 5082/5/PRES

Al Presidente del Senato della
Repubblica
Piazza Madama, 1

00186 R O M A

Oggetto: trasmissione di relazioni da obbligo di legge.

Unitamente alla presente, si trasmette la Relazione al Parlamento ex art. 52, comma 4, lett. c della L. 289 del 27.12.2002.

Per quanto concerne, invece, la relazione ex art. 1, comma 5 della L. 221 del 3.10.2002, si comunica che la Regione Piemonte non ha adottato relativi provvedimenti di deroga,

Cordiali saluti

Il Presidente della Regione

Enzo Ghigo

IL VICE PRESIDENTE
William Casoni

LB/GO/ad

piazza Castello, 169
10132 Torino
tel. 011.4321600
Fax 011.4723848



Relazione al Parlamento

ai sensi dell'articolo 52, comma 4, lettera c) della legge 27 dicembre 2002, n. 289

In merito all'attuazione d'adeguate iniziative dirette a favorire
l'eliminazione o il significativo contenimento delle liste di attesa
nella Regione Piemonte

Preliminarmente si riassumono gli interventi attuati dall'amministrazione regionale nel corso degli ultimi anni, in materia di tempi di attesa.

Già con deliberazione n. 82-26077 del 23 novembre 1998, la Giunta Regionale, in esecuzione delle previsioni dell'articolo 3, commi 10 e 12 del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, (disciplina dei criteri e delle iniziative per il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali), aveva individuato gli standard di riferimento regionali, sotto forma di tempi massimi d'attesa, entro i quali le Aziende sanitarie regionali avrebbero dovuto garantire l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Con successivo provvedimento n. 59-28477 del 25 ottobre 1999, la Giunta Regionale ha deliberato l'attivazione del sistema di controllo delle attività delle Aziende sanitarie piemontesi, attraverso l'utilizzo d'indicatori. Il sistema di controllo è stato formalmente adottato con determinazione dirigenziale n. 397 del 20 dicembre 1999, essendo state, con il medesimo provvedimento, definite le caratteristiche generali, ivi comprese le modalità ed i criteri di rilevazione.

Alcuni degli indicatori d'attività compresi nello specifico raggruppamento denominato "assistenza specialistica" sono stati finalizzati a valutare la tempistica di esecuzione di prestazioni e pertanto, a partire dal 2000, è iniziato il monitoraggio mensile dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni per le quali non si configuravano le caratteristiche di urgenza e non ricorrevano alcune condizioni di esclusione (quali ad esempio, prestazioni da eseguire in urgenza, l'attività di screening, ecc.).

Le prestazioni specialistiche oggetto di monitoraggio fino al dicembre 2001 sono state le seguenti:

- prime visite per le specialità di Cardiologia, Ortopedia, Urologia, Oculistica, Odontoiatria, Neurologia, ORL, Chirurgia generale, Pneumologia, RRF (distinte per pazienti post - acuti e stabilizzati);
- Inizio trattamento prestazioni di RRF distinte per pazienti post-acuti e stabilizzati, prestazioni di Radiodiagnostica, Diagnostica ecografica/con doppler, TAC, RMN, Prelievi.

In seguito, sulla scorta degli esiti delle rilevazioni fin ad allora effettuate, anche alla luce degli orientamenti e delle indicazioni nazionali, con Deliberazione di Giunta regionale n.55-4769 del 10 dicembre 2001, sono state ridefinite le prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio e ne sono stati determinati gli standard. Pertanto a partire dall'anno 2002 la metodologia di monitoraggio ha presentato delle modifiche riguardanti gli oggetti della rilevazione e i valori di riferimento.

Trattasi in ogni caso di prestazioni di significativa rilevanza nei percorsi diagnostico terapeutici e in particolare:

- le prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio sono: Cardiologia, Ortopedia, Urologia, Oculistica, Odontoiatria, Neurologia, ORL, Dermatologia, Ginecologia, R.R.F. pazienti post- acuti e stabilizzati;
- le prestazioni specialistiche ambulatoriali per le quali è effettuato il monitoraggio sono: Radiologia contrastografica, Mammografia, Ecografia addome superiore, Ecocardiografia, Ecografia con doppler arti e tronchi sovraortici, T.A.C. (capo, torace, rachide), R.M.N. (cervello e tronco encefalico, colonna), Inizio trattamento RRF (suddiviso in post-acuti e stabilizzati), Elettromiografia semplice e Esofagogastroduodenoscopia.

La citata D.G.R. n. 55-4769 del 10 dicembre 2001, nell'allegato n. I, enunciava poi una serie di principi, nel rispetto dei quali le ASSESSORATI avrebbero dovuto organizzare ed uniformare le proprie azioni nel processo di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Conseguentemente, nell'ambito del sistema regionale di controllo, è stata introdotta, a partire dal primo semestre 2002, una rilevazione della consistenza delle liste di attesa per le prestazioni precedentemente elencate.

Tra l'altro, la Regione Piemonte, ha partecipato alla sperimentazione nazionale sulle liste di attesa delle prestazioni e dei ricoveri, che ha visto coinvolte due aziende regionali nel corso del mese di dicembre 2002 e che ha avuto il prosieguo nel corso del successivo anno. La sperimentazione ha permesso di valicare il sistema di monitoraggio per le prestazioni ambulatoriali; quello relativo ai ricoveri richiede ulteriori approfondimenti e pertanto riveste ancora carattere di sperimentazione.

Da ultimo, con D.G.R. n. 14-10073 del 28 luglio 2003 sono state introdotte novità nella gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero elettivo e alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Di seguito sono riportati i contenuti dell'allegato alla citata deliberazione, titolato "Linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni programmabili in Regione Piemonte".

La Regione Piemonte ha elaborato le linee guida per la gestione delle liste di attesa in armonia con la legislazione vigente e gli accordi Stato-Régioni, con particolare attenzione a fornire ai medici prescrittori uno strumento di supporto finalizzato ad agevolare l'appropriatezza delle prescrizioni.

Dalle risultanze degli studi effettuati negli anni si è valutato necessario definire l'ammissibilità in lista, sia per i ricoveri programmati che per le prestazioni ambulatoriali, in base a criteri di priorità clinica, distinguendo fondamentalmente tra prestazioni urgenti, urgenti differibili e programmabili.

Questo provvedimento attua del resto un'attività già in essere in molte unità operative del Piemonte, che autonomamente si riferivano da tempo, per la gestione clinica di liste con tempi di attesa particolarmente lunghi, a protocolli interni mirati a consentire modalità di accesso differenziato ai pazienti affinché l'attesa non potesse pregiudicare il loro stato di salute.

Pertanto le classi di priorità previste nel provvedimento sono da attribuirsi a seguito delle seguenti valutazioni:

1. severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico);
2. prognosi;
3. tendenza al peggioramento a breve;
4. presenza di dolore e/o deficit funzionale;
5. implicazioni sulla qualità della vita;
6. casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato;
7. speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente motivate dal medico prescrittore.

Non è richiesto l'attribuzione di priorità nei casi di emergenza e di urgenza non differibile, poiché l'accesso avviene direttamente da pronto soccorso, e per le visite di controllo programmate.

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
CLASSE A	casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE B	casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE C	casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE D	casi clinici che non causano dolore, disfunzione o disabilità.

TIPO DI PRESTAZIONE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	PERIODO DI EFFETTUAZIONE
Non differibile Classe 1	Prestazione relativa a una malattia in fase acuta o in riabilitazione per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione nell'arco di 48 ore possa comportare un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico	Accesso diretto con richiesta motivata del medico prescrittore negli ambulatori specialistici territoriali o ospedalieri che devono definire sede, calendari orari in cui sono possibili tali prestazioni urgenti e consegna immediata o entro la giornata successiva dell'esito	Prestazione da effettuarsi entro 48 ore dalla richiesta
Differibile Classe 2	Prestazione relativa ad una malattia in fase acuta o in riabilitazione per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione nel breve/medio periodo (15 gg) possa comportare un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del quadro terapeutico nel breve/medio periodo	Prenotazione tramite CUP o altri sistemi di prenotazione coerenti con la normativa vigente, resi comunque visibili attraverso il CUP. Accesso diretto per un numero ristretto di agende dedicate presso le sedi individuate Prenotazione con richiesta del MMG o del PdLS, dello specialista ospedaliero o convenzionato interno	Prestazione da effettuarsi entro 15 gg dalla richiesta

Programmabile Classe 3	Prestazione la cui esecuzione tempestiva non influenza significativamente la prognosi a breve.	Prenotazione tramite CUP altri sistemi di prenotazione coerenti con la normativa vigente, resi comunque visibili attraverso il CUP. Prenotazione con richiesta del MMG o del PdLS, dello specialista ospedaliero o convenzionato interno	Visita specialistica entro 30 giorni; accertamenti diagnostici e strumentali entro 60 giorni
---------------------------	--	---	--

Il paziente dovrà essere trattato quindi non semplicemente sulla base dell'ordine di iscrizione in lista, ma l'ordine di prenotazione andrà osservato solo all'interno di classi di priorità.

Pertanto ciò che deve essere chiaramente percepito dal cittadino è che il SSN non opera solo in un'ottica di contenimento dei consumi a seguito di una continua analisi dei costi, ma che il servizio è mirato al soddisfacimento del bisogno di cura, in termini di qualità ed equità di accesso alle prestazioni.

Stabilire dei criteri di priorità clinica consente di attuare un governo della domanda, affrontando la problematica delle attese sotto l'aspetto di una gestione efficiente delle risorse presenti: sia applicando il principio di appropriatezza, sia con una corretta gestione delle liste. Considerato inoltre che le risorse disponibili non sono illimitate e che la continua evoluzione delle conoscenze scientifiche, del progresso tecnologico, la formazione culturale dei cittadini e non ultimo l'influenza che viene ad essere esercitata in materia dai mass-media, porta ad avere una forte richiesta di prestazioni, si rende necessario intervenire sui quadri clinici più gravi o comunque nei casi in cui l'attesa possa compromettere lo stato di salute del paziente.

L'attenzione è posta quindi sull'attesa che non deve pregiudicare lo stato di salute del paziente. Sarà a cura di tutti gli attori che intervengono in tale complesso sistema applicare gradatamente una nuova modalità di gestione delle liste, con particolare riferimento ai medici prescrittori che avranno il delicato compito di assumersi le necessarie responsabilità verso i cittadini nell'indirizzare la rilevante domanda in affermazione del principio di appropriatezza.

La Regione Piemonte ha pertanto previsto la registrazione in lista dei pazienti per classi di priorità per ogni specialità. Si è ritenuto di affrontare un lavoro così impegnativo nella convinzione che in tal modo i livelli essenziali di assistenza possono essere garantiti indirizzando la domanda secondo criteri di priorità clinica.

In prima applicazione non sono stati definiti il numero di giorni di attesa per le classi riferite ai ricoveri programmati per i quali lo specialista individuerà la gravità clinica. In tale contesto sono dati i seguenti obiettivi:

1. garantire equità nell'accesso alle prestazioni;
2. garantire che l'accesso del paziente alle prestazioni sia gestito ad un livello qualitativo ottimale;
3. favorire l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse aziendali;
4. stimolare l'attività di programmazione strategica aziendale sul tema delle liste di attesa, con l'obiettivo di migliorare il livello di accessibilità, anche attraverso una riduzione dei tempi di attesa.

La Regione Piemonte ha ritenuto di apportare cambiamenti importanti nella gestione delle liste a livello clinico e organizzativo, per arrivare gradualmente a un miglior utilizzo delle risorse secondo le indicazioni di seguito indicate.

A partire dal 1° gennaio 2004:

- non sarà più permesso la chiusura delle liste di attesa.
- i registri dei ricoveri programmati dovranno essere progressivamente informatizzati.
- anche per i casi di forza maggiore (es: rottura del macchinario) sarà cura delle Aziende contattare i pazienti non appena diventa possibile l'erogazione delle prestazioni.
- le ASL e i Presidi dovranno garantire l'accesso diretto, senza prenotazione, per elettrocardiogramma, Rx torace e per le più usuali analisi di Laboratorio.
- è previsto il pagamento della prestazione per i cittadini che non abbiano provveduto a comunicare la disdetta dell'appuntamento.
- gli interventi per asportazione di tumori maligni, le cure chemioterapiche e radioterapiche dovranno essere garantite entro un mese dalla prescrizione (tempi peraltro già presenti in larga massima nell'ambito regionale).
- è previsto l'obbligo di verificare semestralmente la consistenza delle stesse liste di attesa in modo da evitare stime di attese più lunghe di quelle effettivamente attuabili e per consentire un'adeguata programmazione delle attività.

In questo contesto un ruolo fondamentale sarà ricoperto dai medici prescrittori per l'individuazione delle priorità, in particolare dai Medici di medicina generale e dai Pediatri di libera scelta.

Considerato il grosso sforzo richiesto in breve tempo a tutti gli attori coinvolti in questo complesso processo di riorganizzazione, si è reso necessario che, per l'attività specialistica e ambulatoriale, l'attribuzione delle classi di priorità avvenga sino a marzo 2004 solo per le prestazioni afferenti l'ambito oncologico e cardiovascolare mentre tutti gli altri aspetti compresi nel provvedimento, e in particolare per quanto riguarda i ricoveri programmati, trova piena applicazione dal 1 gennaio 2004.

Al fine di constatare le modalità di applicazione della deliberazione nelle diverse realtà territoriali, è stato effettuato un primo sondaggio riferito al 15 ottobre u.s. quale data di riferimento della prima revisione delle liste di attesa con attesa maggiore a 120 giorni. Le Aziende hanno mostrato una particolare sollecitudine nel trasmettere le relazioni, spesso correlate dalle deliberazioni aziendali di recepimento della DGR, esaustive nella maggioranza dei casi delle principali iniziative intraprese.

Per quanto riguarda la prima parte è stato verificato che oltre il 15% dei pazienti iscritti nelle liste prima della revisione (oltre 44.000) sono stati cancellati e quindi in molti casi la revisione delle liste ha prodotto aspettative di attesa più brevi.

Inoltre nella gran parte delle aziende sono stati predisposti criteri di priorità per gli interventi che in qualche caso sono stati adottati immediatamente, revisionando così le stesse liste riclassificandole.

Il lavoro più impegnativo è stato sicuramente prevedere l'adeguamento dei sistemi di prenotazione (CUP). I CUP oltre a gestire diverse agende prevedono campi riservati a annotazioni riferite ai pazienti. Sempre a livello informatico diverse aziende hanno segnalato l'attivazione di procedure per il recupero delle penalità nei casi di mancata disdetta.

Diverse Aziende hanno riferito inoltre dei diversi incontri formativi effettuati con i medici prescrittori. Questo compito richiede indubbiamente molte energie poiché prevede una collaborazione particolare tra MMG, PLS e medici specialisti. Alcune Aziende hanno posto attenzione nel pubblicizzare i tempi di attesa sul sito aziendale. Presso i Cup sarà possibile inoltre conoscere i tempi di attesa per le prestazioni erogate dalle strutture convenzionate al fine di fornire un ampio ventaglio delle risorse disponibili ai cittadini.

Si rileva l'impegno delle Direzioni Sanitarie nel definire le figure responsabili per ogni fase dell'applicazione della riorganizzazione delle liste e nel prevedere conseguentemente i dovuti controlli. Alcune Aziende hanno in fase di studio controlli particolarmente approfonditi, quali le modalità di verifica della congruenza nell'applicazione dei criteri di priorità clinica fra prescrittori ed erogatori.

Una prima analisi delle liste di attesa, che confermerebbe già i dati conosciuti dall'assessorato, evidenzierebbe che nella maggioranza dei casi le attese per intervento chirurgico appaiono compatibili con le indicazioni che si riferiscono ai codici di priorità anche se si evidenziano criticità che dovranno essere approfondite in particolare per quanto riguarda alcuni presidi specialistici o di ASO e per interventi chirurgici effettuati in modo abbastanza diffuso sul territorio in particolare nelle discipline di Ortopedia, Oculistica ed Urologia.

Per le attività specialista-ambulatoriali sono evidenziabili criticità in particolare per alcune attività di diagnostica complessa soprattutto di tipo ecografico e per alcune tipologie di visite specialistiche; tale situazione è particolarmente sentita nelle strutture ad alta specializzazione o monospecialistiche.

Occorrerà verificare quindi se vi siano ricadute positive nell'organizzazione delle liste di attesa a seguito dell'integrale applicazione della citata DGR, che attenuino o modifichino le problematicità descritte.

E' presumibile che si renda necessario verificare per le situazioni che evidenziano particolari difficoltà, le possibili azioni da intraprendere atte a migliorare le criticità evidenziate.

Il Presidente della Giunta Regionale

Enzo Ghibi

IL VICE PRESIDENTE
William Casom!



Il Presidente

Torino 9 MAR. 2004

Protocollo 3406/0/PRES

Al Presidente della Camera
dei Deputati
Piazza di Montecitorio, 1

00186 R O M A

Oggetto: trasmissione di relazioni da obbligo di legge.

In riferimento alle Vs. note prot. 2003/0029315/GEN/CP del 14.10.2003 e prot. 2004/0002522/GEN/CP del 27.01.2004, si trasmette la Relazione al Parlamento ex art. 52, comma 4, lett. c della L. 289 del 27.12.2002.

Per quanto concerne, invece, la relazione ex art. 1, comma 5 della L. 221 del 3.10.2002, si comunica che la Regione Piemonte non ha adottato relativi provvedimenti di deroga, così come peraltro già comunicato a questa Spettabile Presidenza con nota prot. 9213/13 del 11.09.2003.

Cordiali saluti

Il Presidente della Regione

Eugenio Ghigo

LB/GO/ad
Piazza Castello, 165
10122 Torino
Tel. 011.4321600
Fax 011.4323848

*Fabrizio Caccia (Caruccio):
ultimo avviso inviato a tutti i consigli
del Presidente.*

PUGLIA

PAGINA BIANCA



REGIONE PUGLIA

IL PRESIDENTE

Prot. n.º

24/17592/1

= 3 GIU. 2004

Bari, li

AL SIG. PRESIDENTE DELLA
CAMERA DEI DEPUTATI

Piazza Monte Citorio n. 1

ROMA

OGGETTO: Relazione annuale Art. 52, comma 4, lettera C, L. n.289/02.

In riferimento alle disposizioni legislative in oggetto specificate si relaziona quanto segue.

Come è noto l'accordo Stato-Regioni dell'11.7.2002 prevede che siano individuate le condizioni di priorità, basate su criteri di appropriatezza, per la definizione di fasce differenziate di tempi d'attesa massimi per l'accesso alle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali. Per alcune di queste, considerate ad alta criticità per frequenza ed impatto sociale, l'Accordo ha, tuttavia, prestabilito quali debbano essere i tempi massimi di attesa e la percentuale di cittadini ai quali garantire il rispetto di tali tempi.

Le prestazioni selezionate sono le seguenti:

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



R E G I O N E P U G L I A

IL PRESIDENTE

A queste prestazioni potrebbero, con il tempo, aggiungersene altre, al fine di coprire altre aree diagnostiche. Il tempo massimo individuato deve essere ottenuto a prescindere dall'individuazione a livello regionale di priorità di accesso su queste prestazioni, che comunque andranno a garantire classi con un arco temporale minore rispetto a quello evidenziato. Si è convenuto, nell'Accordo citato, che dal 1° gennaio 2003 tale tempo debba essere garantito al 50% dei cittadini che effettuano la prestazione. Tale valore è fissato all'80% a far tempo dal 1° luglio 2003, previa verifica condotta in base ai dati del monitoraggio effettuato in tutte le regioni attraverso un apposito Disciplinare tecnico per la rilevazione dei tempi d'attesa.

L'Agenzia Regionale Sanitaria (Ares), in rappresentanza della Puglia, partecipa insieme ad altre quattro regioni ad un Gruppo Tecnico, coordinato dal Ministero della salute e dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, per la sperimentazione di questo disciplinare, che sinora è stato testato in due aziende, le UUSSL LE/1 e BR/1 (per maggiori dettagli sul Disciplinare vedi su www.arespuglia.it).

Anche per le prestazioni di ricovero si tratta di individuare poche ma salienti prestazioni sulle quali le Regioni si impegnino a promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Tenuto conto della necessità che le Regioni si attivino per applicare le classi di priorità, in maniera diffusa sul territorio per tutte le prestazioni chirurgiche elettive, nell'Accordo si è ritenuto che il tempo di attesa massimo nazionale si debba concentrare su talune prestazioni di ricovero che, per la loro rilevanza clinica e sociale siano particolarmente garantite (fatti salvi specifici casi con caratteri di emergenza/urgenza clinica o con criteri di priorità elevata che prevedono attese inferiori).

Prestazione di ricovero	Tempo massimo d'attesa per il 90% dei pazienti	Tempo massimo d'attesa per il 50% dei pazienti
intervento per cataratta	180 giorni	90 giorni
intervento di protesi d'anca	180 giorni	90 giorni
coronarografia	120 giorni	60 giorni

Per le prestazioni di ricovero sopra evidenziate si è convenuto che le Regioni siano in grado di garantire i tempi di attesa massimi nazionali concordati, a partire dal 1° gennaio 2003.

Come si evince da questa breve premessa, l'impegno sancito in questo Accordo richiede che si effettui *"il monitoraggio circa il funzionamento dei servizi pubblici e privati, con particolare riguardo alla verifica quali-quantitativa della idonea dotazione delle risorse umane e non, nonché alle liste di attesa ed agli eventuali fenomeni di inappropriatezza"*.



R E G I O N E P U G L I A

I L P R E S I D E N T E

Al fine di promuovere immediate iniziative finalizzate alla riduzione dei tempi d'attesa la Giunta regionale con la deliberazione n.572 del 17/4/2003 ad oggetto: "Progetto "Riduzione delle liste d'attesa ". ha proceduto all'adozione di piani operativi volti al perseguitamento dell'obiettivo di che trattasi attraverso le seguenti linee operative :

- 1) Redazione di apposite linee guida e regolamenti (mediante la costituzione di commissioni di esperti da parte dell'ARES (Agenzia regionale sanitaria) , espletamento di interventi formativi e monitoraggio dei risultati sulle problematiche concernenti la definizione delle specifiche cliniche per l'individuazione delle priorità d'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, criteri ed interventi operativi/formativi per la verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni e per la razionalizzazione della domanda , criteri ed interventi operativi/formativi per i coinvolgimento e la sensibilizzazione dei medici di base e degli specialisti ospedalieri e territoriali, criteri per la graduale eliminazione delle agende chiuse per la gestione efficace e trasparente dei tempi e liste d'attesa , criteri per la valutazione della qualità percepita dagli utenti e promozione di eventi formativi;

Tale azione è affidata all'ARES che ne curerà l'intero iter procedurale.

- 2) Determinazione del fabbisogno tecnologico (apparecchiature diagnostiche e terapeutiche) per le prestazioni ad alta criticità erogativa e definizione dei relativi piani di approvvigionamento che tengano conto della attuale capacità di offerta delle varie strutture sanitarie con particolare riferimento alla necessità di garantire la qualità delle prestazioni oltre alla velocizzazione nell'esecuzione delle indagini diagnostiche;

Per realizzare questa azione è stato fissato un budget di spesa di Euro 5.882.609,35 IVA compresa così ripartita :

- assegnazione di Euro 1.150.000,00 IVA compresa all'A.O. "Consorziale Policlinico" di Bari per il completamento del piano di attivazione dell'acceleratore lineare;
- assegnazione di Euro 1.150.000,00 IVA compresa all'A.O. "OO.RR." di Foggia per l'ammodernamento tecnologico della RMN ;
- assegnazione alle altre Aziende Sanitarie della somma di Euro 3.582.609,35 IVA compresa per ammodernamento tecnologico delle diagnostiche per immagini;



REGIONE PUGLIA

IL PRESIDENTE

A tal proposito le Aziende UU.SS.LL. della Regione Puglia sono state invitate ad effettuare una ricognizione delle apparecchiature di diagnostica per immagini esistenti alla data odierna con l'indicazione della marca , tipo e anno di costruzione e procedere alla stima del fabbisogno tenendo conto essenzialmente del grado di vetustà delle stesse e fornire le ulteriori notizie richieste con una scheda censimentaria allegata alla nota di invito .

Completata detta fase le Aziende hanno inviato al Settore Sanità la relazione con la proposta di acquisizione di nuove apparecchiature in sostituzione di quelle obsolete, ovviamente basata, date le esigue risorse finanziarie a disposizione, su impellenti necessità e inderogabilità di acquisizione delle stesse..

La relativa ripartizione delle somme è stata effettuata in base alla popolazione residente.

3) Analisi del livello d'informatizzazione dei CUP aziendali , con particolare riferimento alla tipologia di prestazioni ad alta criticità erogativa e completamento del processo d'informatizzazione e integrazione dei CUP a livello locale e provinciale. Potenziamento degli URP attraverso azioni mirate a favorire e/o potenziare il processo di informatizzazione e di integrazione con i CUP.

L'assegnazione per questa azione ammonta a Euro 1.127.755,94 IVA compresa così suddivisa:

- Euro 977.755,94 IVA compresa assegnate alle AA.UU.SS.LL. in base alla popolazione residente;
- Euro 150.000,00 IVA compresa assegnate alle due AA.OO. presenti nel territorio pugliese nel seguente modo " Euro 80.000,00 per l'A.O. "Consorziale Policlinico" di Bari ed Euro 70.000,00 per l'A.O. "OO.RR. di Foggia.

Le AA.UU.SS.LL. e AA.OO. pertanto sono state invitate a trasmettere all'Assessorato alla Sanità una relazione contenente l'analisi del loro livello d'informatizzazione dei CUP e le eventuali criticità riscontrate con particolare riferimento alle prenotazione di prestazioni sanitarie ritenute prioritarie nonché lo stato del collegamento con i presidi territoriali periferici a livello locale e provinciale. Inoltre è stata richiesta un'ampia relazione sul funzionamento degli URP aziendali , il loro collegamento con i CUP e, nel contempo, sono state richieste proposte per il perseguitamento di azioni mirate per favorire i processi di integrazione ed informatizzazione degli URP con i CUP.



R E G I O N E P U G L I A

I L P R E S I D E N T E

- 4) Attribuzione alle équipe sanitarie di forme di incentivazione finalizzate al rispetto dei tempi d'attesa, in conformità a quanto stabilito dalla contrattazione collettiva, ed all'espletamento di prestazioni libero professionali all'interno dell'Azienda quest'ultime rese al di fuori dell'orario di servizio ed in misura aggiuntiva non superiore a quelle rese in regime istituzionale. Le categorie professionali coinvolte sono dirigenti sanitari, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica.

Per realizzare questa azione è stata assegnata alle Aziende Sanitarie la somma di Euro 929.622,42 IVA compresa da distribuirsi in rapporto alla dotazione del personale sanitario dipendente rappresentato dalle categorie sopra indicate.

Le Aziende Sanitarie interessate avrebbero quindi provveduto a programmare le su indicate forme di incentivazione del personale secondo le necessità derivanti dai tempi d'attesa lunghi , con particolare riferimento a patologie ad alta criticità, e per annualità secondo la tabella allegata all'atto giuntale .

La quantificazione della spesa necessaria sarebbe stata effettuata sulla base del numero di personale sanitario dipendente sopra evidenziato da coinvolgere nonché del monte ore che si sarebbe ritenuto di assegnare allo stesso personale .

Tale programmazione è stata inviata all'Assessorato alla Sanità per le valutazioni di competenza e la conseguente erogazione del contributo.

Con varie determinazioni dirigenziali del Settore Sanità le suddette assegnazioni sono state erogate alle AA.UU.SS.LL. e AA.OO.

L' Assessorato alla Sanità della Regione Puglia già con nota prot. n. 24/12696/1 del 10/6/2003 aveva comunicato alle AA.UU.SS.LL. e AA.OO. le iniziative assunte dalla Giunta Regionale con la deliberazione n. 572/03 sopra citata in relazione agli indirizzi applicativi sulle liste d'attesa, nel rispetto dell'Accordo Stato Regioni dell'11/7/2002.

L'Ares Puglia inoltre ha partecipato ai lavori del Gruppo tecnico nazionale costituitosi presso l'ASSR , con il compito di definire le modalità di rilevazione dei tempi d'attesa ed effettuare il monitoraggio sull'accesso alle prestazioni.

Il Gruppo Tecnico Nazionale , dopo tre fasi di sperimentazione e revisione di un disciplinare tecnico per la rilevazione dei tempi d'attesa, a cui hanno partecipato le AA.UU.SS.LL. LE/1 di Lecce e BR/1 di Brindisi in qualità di aziende incluse nel campione della sperimentazione , ha ritenuto che:



REGIONE PUGLIA

IL PRESIDENTE

- 1) esso risulta essere in grado di fotografare adeguatamente la situazione delle liste d'attesa per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali;
- 2) la rilevazione effettuata permette elaborazioni e comparazioni ai diversi livelli – regionale , aziendale e distrettuale – tanto da consentire valutazioni ed interventi correttivi stratificati.

Sempre per quanto attiene alle prestazioni ambulatoriali , è stato rilevato che ancora molto diffusa è la presenza di agende chiuse , per cui il Gruppo sta lavorando ad una proposta da portare in sede di Conferenza Stato Regioni , finalizzata al progressivo superamento di tale fenomeno.

Per quanto riguarda , invece, la rilevazione dei dati relativi alle prestazioni di ricovero sono stati registrati ancora taluni errori da parte dei rilevatori, tali da rendere necessario un ulteriore test del disciplinare, prima della validazione finale. Vi è, peraltro, da sottolineare che l'inserimento nella SDO del campo relativo alla data di inserimento dei pazienti in lista d'attesa garantirebbe la soluzione migliore al problema di rilevare il dato.

Solo cinque regioni , tra cui la Puglia , hanno, tuttavia, implementato questa modifica e, comunque, i dati registrati lasciano perplessità circa la loro attendibilità . E' stato rilevato , infatti, che in molte realtà è ancora assai incerta la procedura di attivazione dei registri e di inserimento dei pazienti in attesa del ricovero. Rispetto a questo adempimento , si richiama la responsabilità delle Direzioni Sanitarie circa l'obbligo del registro per i ricoveri ospedalieri , già previsto dall'art. 3 comma 8 della Legge 23/12/1994 , n. 724.

Il Gruppo Tecnico Nazionale , nella seduta del 15/9/2003, ha concordato con il Ministero della Salute i seguenti impegni:

- la prossima rilevazione sarà prevista per Gennaio ;
- la rilevazione per le prestazioni ambulatoriali verrà fatta in tutte le aziende italiane, mentre quella sui ricoveri soltanto su un campione di circa 40 AA.UU.SS.LL. ;
- la formazione verrà fatta a due referenti per ogni Regione, i quali, con l'aiuto del Ministero, dell'ASSR e del Gruppo Tecnico , formeranno i propri referenti aziendali .

Per quanto sopra le AA.UU.SS.LL. e AA.OO. sono state ad individuare un referente per ciascuna Azienda per tutte le operazioni necessarie al rispetto dell'impegno assunto nell'Accordo Stato – Regioni dell'11/7/2002.



REGIONE PUGLIA

IL PRESIDENTE

E' stato dato atto inoltre che l'urgenza e la onerosità dell'impegno è legata alla necessità di garantire :

- un'adeguata formazione ai soggetti individuati nelle aziende sul disciplinare tecnico;
- la preliminare valutazione dei presupposti necessari alla sua applicazione (grado di copertura dell'offerta di servizi da parte dei CUP Aziendali, censimento e procedure di coinvolgimento degli erogatori pubblici e privati presenti sul territorio dell'AUSL , informativa sugli adempimenti da parte degli erogatori , presenza di agende chiuse o gestite direttamente dai reparti, assenza di registri di prenotazione dei ricoveri , ecc.
- il monitoraggio durante la rilevazione e la verifica/validazione dei dati che saranno forniti dai referenti aziendali.

Successivamente con nota assessorile n. 24/26754 /1 dell'8/11/2003 i Direttori Generali delle AA.UU.SS.LL. e della AA.OO. , per il tramite dei referenti dagli stessi individuati, sono stati invitati al giorno di formazione per la rilevazione dei tempi d'attesa (11/12/2003) per la presentazione del disciplinare tecnico ed il software per la raccolta dei dati relativi ai tempi d'attesa per le prestazioni individuate nello stesso Accordo.

Il giorno 21/1/2004 in tutte le AA.UU.SS.LL: sono stati correttamente rilevati i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio.

Sulla base dei risultati, attualmente in fase di elaborazione presso il Ministero della Salute e l'ASSR , questa Regione avvierà iniziative specifiche orientate eventualmente , a ridurre i tempi d'attesa per tali prestazioni.

IL PRESIDENTE
Raffaele Fitto

PAGINA BIANCA

SARDEGNA

PAGINA BIANCA



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORATO DELL'IGIENE SANITA'
E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Relazione sullo stato di attuazione nella Regione Sardegna degli adempimenti relativi al contenimento delle liste d'attesa – anno 2003.

In tema di tempi e di liste d'attesa, la Regione Sardegna opera in un quadro normativo definito da un primo provvedimento emanato in attuazione delle disposizioni contenute nella legge n. 124/98 (articolo 3, commi 10 e 12), da ulteriori atti volti alla definizione di un sistema di monitoraggio finalizzato al controllo periodico dei tempi e delle liste d'attesa, e quindi idoneo a consentire la programmazione delle azioni da intraprendere per la riduzione dei tempi e l'abbattimento delle liste d'attesa, e da alcune iniziative e provvedimenti adottati in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni del 14 febbraio 2002.

La Regione, con la deliberazione della Giunta n. 51/19 del 24 novembre 1998, ha dettato le prime indicazioni ai direttori generali delle aziende sanitarie per la formazione e gestione delle liste d'attesa e per la determinazione dei tempi massimi entro i quali ciascuna azienda sanitaria garantisce le prestazioni ambulatoriali e i ricoveri diurni finalizzati ad accertamenti diagnostici.

In particolare, per quanto attiene alla formazione delle liste d'attesa, con specifico riferimento alle prestazioni specialistiche, sono state esplicitate le priorità di accesso dell'utenza, basate sul criterio della gravità clinica, di seguito indicate:

- Prestazioni urgenti non differibili – devono avvenire entro la giornata di presentazione del paziente o in un periodo immediatamente successivo;



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- Prestazioni urgenti differibili - possono essere effettuate in un periodo di tempo non superiore ai sette giorni;
- Prestazioni programmabili – non rivestono carattere d'urgenza ma devono essere effettuate in un tempo utile ad assicurare l'efficacia e la qualità dell'intervento.

Tali indicazioni sono in corso di aggiornamento e revisione per renderle maggiormente coerenti con quanto previsto dall'Accordo Stato – Regioni dell'11 luglio 2002; in particolare saranno specificati i criteri di priorità clinica caratterizzanti i tre livelli di accesso alle prestazioni specialistiche e di ricovero.

Sempre in tema di formazione e gestione delle liste d'attesa è stata data l'indicazione ai direttori generali per l'eliminazione del ricorso alla chiusura periodica delle liste d'attesa, per l'istituzione e la gestione del registro delle prenotazioni delle prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio, e per l'attivazione di iniziative di informazione al cittadino sui diritti e i doveri del medesimo, al fine di assicurare la trasparenza e l'equità nell'accesso.

Nelle more dell'aggiornamento complessivo della deliberazione della Giunta Regionale n. 51/19 del 24 novembre 1998 - che già individuava tempi massimi di attesa per alcune prestazioni, in via sperimentale - con la circolare del 27 febbraio 2003 n. 8940, indirizzata ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, sono stati adottati i tempi massimi di attesa fissati dall'Accordo Stato - Regioni dell'11 luglio 2004 per le aree di intervento e le prestazioni ambulatoriali e di ricovero considerate critiche a livello nazionale.

Il medesimo provvedimento ha, inoltre, individuato una serie di azioni e di strumenti diretti ad assicurare il rispetto della tempestività di erogazione delle prestazioni, quale presupposto per la efficacia delle stesse, azioni e strumenti attivabili in ambito aziendale, tra i quali:

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA****1- dal lato della domanda:**

- l'adozione di linee guida o percorsi diagnostici e terapeutici volti a razionalizzare la domanda;
- l'individuazione e l'adozione di specifici programmi di educazione alla salute dei cittadini;
- il potenziamento della informazione all'utenza mediante gli Uffici Relazioni con il Pubblico sulle strutture dell'offerta e sui tempi d'attesa;

2- dal lato dell'offerta:

- la revisione organizzativa dei servizi e dei carichi di lavoro;
- l'utilizzazione più efficiente delle apparecchiature, prevedendo, per le grandi apparecchiature (TAC, RMN, PET), un utilizzo di almeno 12 ore al giorno per 6 giorni settimanali;
- l'aumento della capacità di offerta delle strutture pubbliche mediante l'utilizzo adeguato della attività libero professionale intramuraria;
- la previsione di forme di remunerazione legate al risultato per il personale dipendente del SSN, anche ad integrazione di quanto previsto dai CCN nella materia.

Di seguito si riportano le iniziative intraprese dalla singole Aziende sanitarie finalizzate alla riduzione dei tempi e delle liste d'attesa:

AZIENDA USL N. 1 SASSARI

1. E' stato potenziato il Servizio CUP con l'allargamento a tutte le strutture ospedaliere e ai tre distretti in cui si articola l'Azienda, con l'obiettivo di riorganizzare e razionalizzare il rapporto tra domanda e offerta di prestazioni ambulatoriali e abbattere le liste d'attesa.



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

2. L'Azienda ha attuato un progetto per l'abbattimento dei tempi d'attesa per gli esami senologici, tempi che, nel 2001, oscillavano tra i 120 e 300 gg., prevedendo il ricorso alla libera professione intramoenia, grazie alla quale si è abbattuta l'attesa a 20/30 gg..
3. A partire dal 2002 l'orario del servizio di erogazione delle prestazioni ambulatoriali è stato ampliato, comprendendo la giornata di sabato per le seguenti sedi e discipline:
 - Poliambulatorio di Sassari (cardiologia, ortopedia, ginecologia, otorino, oculistica, neurologia);
 - Poliambulatorio di Porto Torres (oculistica, diabetologia);
 - Poliambulatorio di Alghero (cardiologia, ortopedia, odontoiatria, oculistica, fisiatrica);
 - Poliambulatorio di Bonorva (odontoiatria, neurologia);
 - P.O. di Sassari (lab. analisi, diabetologia, radiologia, dermatologia, gastroenterologia).
 - Cliniche Universitarie (esami microbiologici, allergologia respiratoria, chirurgia plastica, oculistica, ORL, audiologia, patologia chirurgica, dermatologia, diabetologia, dietologia, neonatologia, neurologia, neuropsicologia clinica);
 - P.O. di Alghero (cardiologia, endoscopia chirurgica, radiologia, centro trasfusionale, pediatria, oncologia, ostetricia e ginecologia);
 - P.O. di Thiesi (laboratorio, radiologia);
 - P.O. di Ittiri (laboratorio, endoscopia chirurgia generale);
 - P.O. di Ozieri (centro trasfusionale, laboratorio analisi, ostetricia, cardiologia, otorino, neurologia, terapia medica alcolismo, diabetologia).

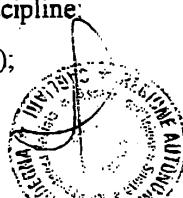


**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA****AZIENDA USL N. 2 OLBIA**

1. Vengono rilevate tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate sia dai P.O. che dagli ambulatori.
2. L'orario del servizio di erogazione delle prestazioni ambulatoriali è stato ampliato, comprendendo la giornata di sabato per le seguenti sedi e discipline:
 - P.O. di Olbia (radiologia, laboratorio analisi);
 - P.O. di Tempio (laboratorio analisi);
 - P.O. di La Maddalena (radiologia, laboratorio analisi, ecografia, mammografia).

AZIENDA USL N. 3 DI NUORO

1. Nel 2003 l'Azienda ha avviato il CUP metropolitano, coinvolgendo in prima fase il P.O. S. Francesco di Nuoro, poi il Poliambulatorio del Distretto cittadino e, nel corso del corrente anno, il P.O. Zonchello.
2. Il CUP consente un'efficace e costante monitoraggio delle liste d'attesa attraverso:
 - agende sempre aperte;
 - codificate norme di inclusione ed esclusione dalle liste, con indicazione dei percorsi diagnostico - terapeutici;
 - Report mensili sui tempi d'attesa.
3. È stato ampliato l'orario del servizio di erogazione delle prestazioni ambulatoriali, comprendendo la giornata di sabato, ed è stata prevista l'apertura prolungata serale nelle seguenti sedi e per le seguenti discipline:
 - P.O. S. Francesco (ecografie, ecocolordoppler, odontoiatria);



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- Poliambulatorio del Distretto di Nuoro (chirurgia, endocrinologia, neurologia, oculistica, ortopedia, ginecologia, otorinolaringoiatria, reumatologia, radiologia).

AZIENDA USL N. 4 DI LANUSEI

1. L'orario settimanale di attività dei 4 Poliambulatori territoriali (Lanusei, Tortolì, Jerzu e Seui) è articolato su 5 giorni e, per alcune discipline, laddove presenti, (dermatologia, cardiologia, neurologia, medicina sportiva, odontostomatologia, oculistica e pediatria), l'orario normale è integrato con una ulteriore ora pomeridiana.
2. Nel Presidio Ospedaliero aziendale è ampliato l'orario del servizio di erogazione delle prestazioni ambulatoriali della disciplina di Angiologia, comprendendo la giornata di sabato.
3. Nel 2003 è stato predisposto un progetto di informatizzazione delle operazioni di prenotazione basato sul coinvolgimento dei medici di base.

AZIENDA USL N. 5 DI ORISTANO

1. Si è articolato l'orario del servizio di erogazione delle prestazioni ambulatoriali comprendendo la giornata di sabato o l'apertura prolungata serale per le seguenti sedi e discipline:
 - P.O. S. Martino (immunoematologia, lab. Analisi, radiologia);
 - Poliambulatorio di Oristano (cardiologia, chirurgia, dermatologia, diabetologia, endocrinologia, fisiatrica, ginecologia, medicina interna, medicina sportiva, neurologia, oculistica, odontoiatria, ortopedia, otorinolaringoiatria, reumatologia, radiologia, urologia).



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA****AZIENDA USL N. 6 DI SANLURI**

1. Si è articolato l'orario del servizio di erogazione delle prestazioni ambulatoriali comprendendo la giornata di sabato per le seguenti sedi e discipline:
 - Poliambulatorio di Guspini (oculistica, fisiatrica, endocrinologia, cardiologia, urologia);
 - Poliambulatorio di Villacidro (cardiologia, urologia);
 - P.O. N.S. di Bonaria (TC, ortopedia, endoscopia chirurgica).

AZIENDA USL N. 7 DI CARBONIA

1. Si è articolato l'orario del servizio di erogazione delle prestazioni ambulatoriali comprendendo la giornata di sabato per le seguenti sedi e discipline:
 - Distretto di Carbonia – Poliambulatorio S. Ponziano (cardiologia)

AZIENDA USL N. 8 CAGLIARI

1. L'azienda ha attivato già da alcuni anni il CUP attraverso il quale è possibile monitorare le liste d'attesa e le prescrizioni, al fine di intervenire per indirizzare l'offerta laddove carente. Per l'oculistica, in particolare, sono state dapprima incrementate le ore di specialistica ambulatoriale dedicate e, successivamente, sono stati assunti tre specialisti per le prestazioni ambulatoriali.

Sono state dettate, inoltre, le prime indicazioni per la creazione di un sistema periodico di monitoraggio dei tempi d'attesa, quale necessario strumento informativo per il controllo del fenomeno, che ha poi trovato parziale sviluppo nel progetto che la Regione ha presentato al





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Ministero della Sanità, nell'ambito delle attività finalizzate al perseguitamento degli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale (articolo 1 comma 34 L. 662/96) recante il titolo " Progetto per l'Istituzione di un sistema informativo di monitoraggio e controllo finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri ospedalieri nelle Aziende USL e Ospedaliere della Regione".

Lo studio di fattibilità condotto nell'ambito di tale progetto ha portato ad evidenziare le criticità organizzative legate alla scarsa omogeneità dei linguaggi utilizzati per l'individuazione delle prestazioni e alle differenti metodologie di rilevazione in uso nelle diverse realtà aziendali della Regione e, conseguentemente, a delineare una proposta di modello organizzativo del CUP che tenga conto di tali criticità con una fase di armonizzazione, anche normativa e metodologica, a livello regionale.

La Regione Sardegna ha partecipato alla sperimentazione nazionale per la rilevazione dei flussi informativi dei tempi e delle liste d'attesa, sperimentazione organizzata dal Ministero della Salute e dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali in relazione a quanto previsto dall'accordo Stato - Regioni dell'11 luglio 2002.

La prima sperimentazione si è svolta il 26 novembre 2002 ed ha riguardato un insieme ristretto di prestazioni ambulatoriali e di ricovero considerate critiche a livello nazionale. La rilevazione ha coinvolto le Aziende USL di Cagliari e di Olbia ed ha consentito di utilizzare, per la prima volta, una metodologia esplicita ed uniforme, rispettivamente per le prestazioni ambulatoriali e per quelle di ricovero.

I risultati della rilevazione, a carattere sperimentale, riferiti a due sole Aziende Usl su otto – anche se particolarmente significative, posto che l'Azienda di Cagliari ricomprende nel proprio territorio numerosi erogatori pubblici e privati accreditati, tra cui l'Azienda Ospedaliera Brotzu, il Policlinico Universitario di Cagliari e ben 10 case di cura – sono stati pubblicati a cura dell'ASSR nel settembre 2003.

I dati mostrano, per quanto concerne le prestazioni ambulatoriali, una percentuale di agende chiuse del 6%; per ciò che attiene ai tempi d'attesa, le percentuali di utenti che ottengono le prestazioni



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ambulatoriali entro lo standard temporale adottato (60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale e 30 giorni per le visite specialistiche) si attestano intorno al 90%.

Successivamente la Regione ha partecipato alla rilevazione nazionale del 21 gennaio 2004 che ha coinvolto tutte le Aziende Usl della Regione per le prestazioni ambulatoriali e le sole Aziende USL di Cagliari e di Olbia per le prestazioni di ricovero. Si allegano i risultati di tale rilevazione, elaborati dall'ASSR.

La Regione ha infine partecipato all'ultima rilevazione nazionale del 20 ottobre 2004 che ha riguardato, sia per le prestazioni ambulatoriali che per quelle di ricovero, tutte le Aziende USL regionali e quindi tutti gli erogatori presenti nel territorio, sia pubblici che privati accreditati.

Si fa presente, infine, che per quanto attiene i contenuti all' Accordo Stato - Regioni del 14 febbraio 2002, la Regione Sardegna, con la deliberazione della Giunta Regionale n. 34/36 del 29 ottobre 2002 recante "obiettivi per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie della Regione Sardegna per l'anno 2003" -, ha previsto tra gli obiettivi oggetto di valutazione dell'operato dei Direttori Generali, la riduzione dei tempi d'attesa, la realizzazione di liste d'attesa differenziate che distinguono, dalle prestazioni programmabili, i volumi di attività destinati alle urgenze ambulatoriali, ai programmi di screening ed all'attività di follow up e la predisposizione di documenti aziendali (carta dei servizi od altro) da cui emerge la garanzia della trasparenza delle liste di prenotazione e dei tempi d'attesa.



PAGINA BIANCA

SICILIA

PAGINA BIANCA

REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA



ASSESSORATO PER LA SANITÀ
DIPARTIMENTO REGIONALE FONDO SANITARIO
ASSISTENZA SANITARIA ED OSPEDALIERA
IGIENE PUBBLICA
Area Piani e Progetti

P.M.
8/11

Area P. e Prog. - Prot. N. 0004

31 GEN. 2005
 Palermo li,

OGGETTO: Relazione annuale sull'attuazione degli adempimenti di cui all'art.4 lettera c) dell'art. 52 della L. 289/2002.

PRESIDENZA 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.	906
Rif.	4.1.21.7.1.3



Alla Presidenza Consiglio dei Ministri
 Segreteria Conferenza Permanente
 Stato - Regioni e Prov. Autonome
 Serv. III°: "Sanità e Politiche Sociali"
ROMA

E, p.c.

Alla Presidenza Regione Siciliana
 Segreteria Generale
 Area II

per il tramite del

All'Assessore alla Sanità
 Capo di Gabinetto
 Dott.ssa Bullara

Al Dirigente Generale
 Dipartimento F.S.R.

Al Dirigente Serv. 3 I.R.S.
Dott. Lorenzo Maniaci

LORO SEDI

In riferimento alla nota prot. n.5979 dell'8.11.2004, trasmessa a questa Amministrazione con nota prot. n.7739 del 6.12.2004 dalla Presidenza Regione Siciliana Segreteria Generale Area II, si conferma che l'adempimento è stato assolto da questa Regione con la nota prot. n. DIRS/3/2300 del 7.06.2004, peraltro richiamata nella relazione alla verifica per l'anno 2003 inoltrata al M.E.F. con la nota prot. n.6768 del 17.11.2004, e alla quale si trova allegato lo schema di riepilogo dell'apposita ricognizione disposta con nota prot. n. Segr. N.8 del 24.08.2004.

A maggior conforto,tuttavia, si inoltra copia dell'ulteriore relazione di aggiornamento Prot. 1795 DIRS/3/4367 del 22.11.2004 fatta pervenire dal Responsabile dell'Ufficio Speciale, sempre nell'ambito del procedimento per la Verifica 2003 attualmente in corso presso il Nucleo di Valutazione.



Il Dirigente
Dott. Salvatore Testa



Presidente del Consiglio dei Ministri

SEGRETARIO DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

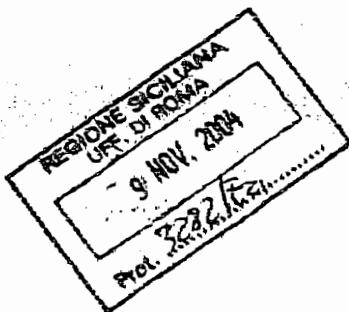
Servizio III°: "Sanità e politiche sociali"

Prot. n. 5979 /04/4.1.21.7.1.3

PRESIDENZA - SEGRETERIA GENERALE
AREA 2 ^a
"Rapporti con le Regioni e le Province Autonome"
10 NOV. 2004
Prot. n. 4.108... Class.

Roma, 18 NOV. 2004

Al Presidente della Regione Sicilia
PALERMO



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

Il comma 4, lettera c), dell'articolo 52 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, prevede che tra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni, ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per gli anni 2003, 2004 e 2005, è ricompreso anche l'attuazione di adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello stato, volte al significativo contenimento delle liste di attesa sul proprio territorio.

Gli adempimenti delle Regioni in materia di spesa sanitaria ai fini dell'accesso all'integrazione al finanziamento dell'anno 2003, approvati dal Tavolo per la verifica della spesa sanitaria presso il Ministero dell'economia e delle finanze, prevedono tra l'altro che le Regioni inviano a questa Conferenza annualmente una relazione sullo stato di attuazione delle misure adottate in merito a tale adempimento, da trasmettere al Parlamento.

Considerato che a tutt'oggi sono pervenute solo alcune relazioni, se ne sollecita l'acquisizione.

Il Direttore
Riccardo Carpino

[Signature]

REGIONE SICILIANA



PRESIDENZA

SEGRETERIA GENERALE

AREA II

"Rapporti con gli Organi Istituzionali"
 Tel. 0917075058 - FAX 0917075049-223
 e-mail: gruppoisig@regione.sicilia.it
 Piazza Indipendenza, 21 - 90129 Palermo

Prot. n° 7739 Del 6 DIC. 2004

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

ASSESSORATO REGIONALE SANITA'
 DIPARTIMENTO REGIONALE FONDO SANITARIO
 SERVIZIO 1
 PROT. N. 4431 DEL 10 DIC. 2004
 CLASSIFICATORE RS/S FASC. 4

ALL' ASSESSORE REGIONALE SANITA'
 UFFICIO DI GABINETTO
 (c. a. Dott. E. Scaglione - c. a. Sig. B. Aiello)

ALL' ISPETTORATO REGIONALE SANITARIO
 (c. a. Dott. G. Scalzo)

AL DIPARTIMENTO REGIONALE FONDO
 SANITARIO ASSISTENZA SANITARIA ED
 OSPEDALIERA, IGIENE PUBBLICA
 (c. a. Dott. S. Terranova)
 (c. a. Sig. ra C. Testaverde)

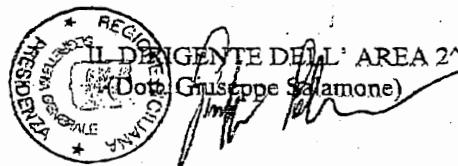
ALL' UFFICIO SPECIALE PER IL MONITORAGGIO
 DEL P.S.R.
 (c. a. Dott. Saverio Ciriminna)

e, p. c. ALL' ON. LE PRESIDENTE DELLA REGIONE
 UFFICIO DI GABINETTO

LORO SEDI

Per il seguito di competenza, si trasmette la nota prot. N. 5979 dell' 8 novembre 2004 con la quale la Segreteria della Conferenza Stato - Regioni, nell' ambito degli adempimenti delle Regioni in materia di spesa sanitaria ai fini dell' accesso all' integrazione al finanziamento dell' anno 2003, sollecita l' invio alla Conferenza medesima della relazione annuale sull' attuazione degli adempimenti di cui al comma 4 lettera c) dell' art. 52 della legge 289/2002, di cui all' oggetto.

In relazione a quanto sopra, si chiede, pertanto, di volere trasmettere la predetta relazione direttamente alla Conferenza Stato-Regioni, notiziando, per conoscenza, lo scrivente Ufficio.



REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA



Dann. cod. fiscale 80012000826

Pauta L.V.A. 02711070827

ASSESSORATO PER LA SANITÀ

ISPETTORATO REGIONALE SANITARIO

*Servizio n. 3*Assistenza ospedaliera pubblica - Aziende ospedaliere e presidi missili
Aziende ospedaliere universitarie - I.R.C.U.S. - Mobilità sanitaria

Assistenza ospedaliera privata

Prot. n. DIRS/3/ 2300

27/6/2004

Palermo li

OGGETTO: Attuazione dell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 in materia di liste d'attesa.

Al Ministero della Salute Dipartimento Qualità
 Ex Direzione Generale Programmazione
 Sanitaria
ROMA

In riferimento alla nota di Codesto Ministero prot. n. 6897 DGPI/OG/3 - P/1 8 dn, di pari oggetto, si comunica quanto segue:

La Regione Sicilia, antecedentemente l'accordo dell'11 luglio 2002, secondo i poteri conferiti alle Regioni ai sensi del comma 10 dell'art. 3 del D.lgs 12/98, ha emanato il D.A. 24472/98 con il quale è stato adottato il provvedimento di "Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e di ricovero diurno a scopo diagnostico".

Tale documento conteneva direttive alle Aziende Sanitarie della Regione in ordine alla razionalizzazione e regolamentazione dell'accesso alle prestazioni diagnostico/strumentali definendo i criteri per la determinazione dei tempi massimi di attesa per l'erogazione delle prestazioni.

Successivamente per quanto attiene ai compiti di vigilanza e controllo da parte di questo Dipartimento I.R.S. in materia di liste d'attesa e registri di prenotazione è stato avviato nel mese di gennaio del corrente anno un monitoraggio presso le Aziende Sanitarie di questa Regione.

Attraverso tale monitoraggio è stato chiesto alle aziende di fornire ogni documentazione riguardante le iniziative intraprese per ridurre i tempi massimi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero.

Le risultanze di detto monitoraggio in atto sono allo studio di questo Dipartimento e sarà valutata l'opportunità di emanare ulteriori e specifiche direttive riguardanti l'argomento.

Infine si ritiene di dover segnalare che questa Regione, nell'ambito del monitoraggio nazionale sulle liste d'attesa, ha aderito alla giornata di rilevazione nazionale sul tema tenutasi il 21.01.04., operando su tutte le Aziende del territorio della regione Siciliana, con apposito software, la rilevazione in ordine alla fruizione di alcune prestazioni specialistiche e ricoveri in elezione per talune diagnosi.

Il Capo Servizio
 dott. Lorenzo Maniaci

Il Direttorio
 Sig. R. Ciminneci

l'Ispettore Generale
 (dott. Vito Amari)

Regione Siciliana



**ASSESSORATO ALLA
SANITA'**

**Dipartimento Regionale Fondo
Sanitario
Assistenza Sanitaria ed Ospedaliera
Igiene Pubblica
*Servizio 4***

PROT. 4/DIP n. 6768 del 17 NOV. 2004

OGGETTO: Adempimenti delle regioni in materia di spesa sanitaria ai fini dell'accesso all'integrazione del finanziamento FSN per l'anno 2003.

Al Ministero Economia e Finanze
Dir.ne Gen.le Ragioneria Dello Stato
c.a. Dott. Francesco Massicci
Via XX Settembre 97
00100 ROMA

e.p.c. Regione Veneto
Coordinamento dell'Area Sanità
Sede di Roma
Piazza Borghese 91
00186 ROMA
fax 06 6873344

Ministero della Salute
D.G. Programmazione Sanitaria
Uff. IV°- Analisi e gestione finanziaria
P.le dell'Industria, 20
00144 ROMA
fax 06 59942636

Si riferisce sull'attività svolta dall'Assessorato in relazione ai punti specificatamente evidenziati nel documento prodotto dal Tavolo Tecnico.

Punto a: Convenzioni in tema di acquisto di beni e di servizi.

In attuazione del punto 2 dell'Accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001, per quanto concerne le convenzioni in tema di acquisto di beni e di servizi (art.2, commi 1-4, del decreto-legge 18 settembre 2001, n.347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n.405) la Regione Sicilia ha aderito al circuito nazionale acquisti così come disposto dall'art. 8 della L.R. del 10 dicembre 2001, n.20, modificato successivamente dall'art.16 della L.R. del

26.03.2002 n.2.

Tra le Aziende si sono riscontrate diversità di comportamento, soprattutto per la ragione che alcune Aziende riscontrano sugli ultimi prontuari CONSIP, una non convenienza all'acquisto rispetto ai prezzi correntemente praticati sul mercato ed utilizzati in molti rapporti di fornitura delle stesse Aziende.

A seguito dell'entrata in vigore delle disposizioni previste dalla Finanziaria 2004, e della conseguente decisione della CONSIP di *sospendere temporaneamente le gare in fase di aggiudicazione finalizzate alla stipula delle convenzioni per l'acquisto di beni e servizi destinati alle PP.AA..*, le Aziende hanno potuto sperimentare anche nell'espletamento delle gare autonomamente gestite che l'utilizzo dei prezzi CONSIP ha, comunque, un effetto calmierante sulle offerte.

Attualmente sono in fase di studio e/o avvio diverse iniziative, quali:

- a) costituzione di un gruppo di lavoro per il monitoraggio specifico dei prezzi per l'acquisto dei beni patrimoniali (*gruppo già costituito, monitoraggio in fase di implementazione*).
- b) riconuzione generale dello stato di attuazione delle convenzioni e delle possibili metodiche comuni da seguire per l'acquisizione dei materiali di consumo, dei farmaci e dei presidi sanitari, quali gare centralizzate, utilizzo di protocolli comuni, ecc. (in corso di formalizzazione).

Punto b: Obblighi informativi sul monitoraggio della spesa sanitaria e relativi all'invio al S.I.S. dei modelli CE, SP, CP, ed LA.

La Regione Sicilia ha ottemperato a tutti gli obblighi relativi all'invio dei modelli CE, SP, CP ed LA per l'anno 2003 ed è nei tempi per quanto riguarda le rilevazioni trimestrali per l'anno corrente.

In particolare si è provveduto a regolarizzare tutte le situazioni pregresse che risultavano ancora segnare situazioni di mancanza di dati e/o di dati incoerenti.

Per quanto riguarda la corrente attività informativa, oltre ad un'attività di costante contatto con le Aziende, che ha prodotto una forte riduzione dei ritardi rispetto al passato, sono in corso di attuazione alcune iniziative di coordinamento che coinvolgono i referenti informatici.

In particolare per i consuntivi CE 2003 si sono riscontrati ritardi dovuti al ricorso quasi costante delle Aziende alle norme e misure civilistiche che consentono di prorogare l'approvazione dei bilanci d'esercizio fino al 30 giugno dell'anno successivo.

Ciò comporta anche difficoltà di armonizzazione con i tempi della verifica e valutazione dei managers aziendali (v. punto K).

Il Dipartimento si è fatto promotore di misure regolamentari che prevedano una precisa scansione dei tempi di presentazione ed approvazione dei bilanci.

Punto c: Adeguamento alle prescrizioni del patto di stabilità interno (art. 1 L.405/2001, attuativo del punto 2 dell'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001).

La Sicilia, nonostante non sia obbligata ai vincoli del patto di stabilità (co.4 dell'art.1 della L.405/2001) in quanto regione a statuto speciale vi ha tuttavia aderito, rafforzando tale orientamento con la Finanziaria Regionale per l'anno 2003 (L.R. n.4 del 16 aprile 2003).

In particolare l'art.24 espressamente richiama le disposizioni dell'art. 29 della L.289/2002, che confermano quelle di cui all'art.1 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 convertito dalla legge 16 novembre 2001 n.405.

Misure di ulteriore allineamento sono state introdotte all'Art. 1 della legge regionale 05.11.2004 ("Misure finanziarie urgenti. Assestamento del Bilancio della Regione ...").

Punto d: Mantenimento dell'erogazione delle prestazioni ricompresse nei L.E.A.

Il mantenimento delle prestazioni ricompresse nei LEA è stato oggetto di una serie di provvedimenti quali in particolare:

- ◆ Circolare Assessoriale n. 142 del 25.02.2002 su LEA, Attuazioni accordi Governo/Regioni del 22.11.2001;
- ◆ D.A. 27.06.2002 su: "Disposizioni relative all'erogazione di alcune prestazioni in attuazione dei LEA"; nel quale, all'art.1, sono indicati alcuni elenchi di prestazioni;
- ◆ il D.A. n.987 del 6 giugno 2003 relativo a "Linee guida per l'erogazione delle prestazioni di day surgery e day hospital";
- ◆ il DA n. 3962 del 25.08.2004, relativo agli obiettivi strategici di PSN 2003/2005, con particolare riguardo all'area tematica 1: "Sviluppo della politica dei livelli essenziali d'assistenza".

Punto e: Obblighi informativi LEA 2002.

La rilevazione sui LEA è stata avviata con un certo ritardo rispetto alla data delle prime richieste formulate dal Tavolo Tecnico e poi formalizzate del Ministero a causa degli avvicendamenti alla guida del Dipartimento e del Servizio economico-finanziario dell'Assessorato (a Marzo 2004 anziché a ottobre / novembre 2003).

Nonostante le difficoltà incontrate, dovute soprattutto alla limitata esperienza delle Aziende già nella redazione dei modelli codificati (CE, LA, SP, ecc.), a maggior ragione evidenti nel caso di una rilevazione "atipica", alla fine si è ottenuto un quadro completo della situazione regionale che è stato regolarmente trasmesso alla Segreteria della Conferenza Permanente Stato - Regioni.

Punto f: impegno a mantenere la stabilità della gestione, tramite misure di

contenimento della spesa.

Con la deliberazione n. 267 del 09.07.2004 la Giunta Regionale ha varato una manovra complessiva per il contenimento della spesa per l'esercizio 2004, che comprende il ripiano dell'intero disavanzo 2003 e l'azzeramento del deficit sanità nel biennio 2005/2006.

Particolare attenzione è stata riservata al settore sanità, con l'individuazione di tre pacchetti specifici di provvedimenti:

- farmaceutica,
- personale,
- ospedalità pubblica, privata e convenzionati esterni,

che hanno già prodotto il provvedimento sulla reintroduzione del ticket (v. anche punto h), che potrà essere seguito da una serie di provvedimenti di "assestamento" dopo la prima fase di verifica dei primi risultati utili.

Ulteriormente la legge 05.11.2004:

- conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario entro il 31.12.2006;
- ripiano dei disavanzi annualmente con legge finanziaria fino al raggiungimento dell'obiettivo di cui al punto precedente;
- blocco triennale dei budget delle strutture convenzionate;
- nuove autorizzazioni solo per nuove strutture operanti in regime libero-professionale;
- divieto di istituzione di nuove unità operative complesse se non nel limite massimo del 90% dei risparmi prodotti attraverso la chiusura di altri servizi;
- rinvio ad una specifica programmazione delle nuove autorizzazioni per posti acuti, riabilitazione e lungo degenza;
- decurtazione tariffaria da applicare ai DRG ad elevato rischio di inappropriatezza;
- autorizzazione di spesa per il ripiano disavanzo 2003.

Punto g: adozione dello standard di dotazione media di 5 posti letto/1000 abitanti.

Lo standard di 5 posti letto per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie, è operativo sul territorio della regione dal 7 maggio 2003 con l'approvazione della rimodulazione della rete ospedaliera da parte della Giunta Regionale di Governo (deliberazione n.135 del 7 maggio 2003).

Punto h: monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche

A riguardo l'Assessorato alla Sanità con una serie di decreti (DD.AA. n.2254, n. 2255, n.2256, n.2257, n.2258 del 4.12.2003 e D.A. n.2286 del 10.12.2003) ha dato avvio ai criteri che regolano il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche e ospedaliere.

Inoltre con D.A. n.2285 del 10.12.2003 è stato istituito il gruppo di lavoro per la definizione del progetto "Qualità e sicurezza delle prescrizioni

farmaceutiche", che ha presentato i risultati il 22.06.2004.

Tali esiti sono attualmente all'attenzione dell'Assessorato regionale bilancio e Finanze che ha una competenza generale sull'informatica regionale.

Nell'ambito delle strategie complessive di contenimento e razionalizzazione si inquadra le misure adottate dalla Giunta Regionale nel pacchetto "farmaceutica" varato con la Deliberazione n. 267 del 09.07.2004 (v. anche punti a) ed f))

Direttamente finalizzati al contenimento drastico della spesa sono i provvedimenti in tema di Ticket; in particolare:

- ◆ Legge regionale 31.05.2004, n. 9 (provvedimenti urgenti in materia finanziaria (art. 29);
- ◆ Decreto 18.06.2004 (attuazione dell'Art. 29 l.r. n.9/04);
- ◆ Circolare 18.06.2004 (esplicativa dell'Art. 29 l.r. n.9/04).

Tra le iniziative di contesto, utili a formare un quadro analitico più attuale e completo si inquadra, inoltre, il "Rapporto sul consumo dei Farmaci", anno 2003, curato dal DOE.

Punto i: criteri e modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa.

Si fa riferimento ai sette punti d'attenzione riportati nel documento - guida discusso nelle riunioni tecniche della Conferenza Stato-Regioni del 10.05.2004 e segg. sui "Criteri e modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzazione delle risorse".

In ordine ai primi 4 punti si fa riferimento ai documenti di cui al superiore punto d).

Inoltre:

Punto 5): (Valutazione multidimensionale dell'anziano).

La scheda di rilevazione (allegata) è stata aggiornata ed è attualmente in distribuzione presso i medici di base, con i quali, nell'ambito degli accordi contrattuali recentemente sottoscritti, è stato definito uno specifico impegno per la rilevazione (allegato)

Punto 6) (Definizione di accordi con gli enti locali per l'assunzione degli oneri sulle prestazioni socio-sanitarie) sono stati emanati diversi decreti specifici in materia. Attualmente si sta lavorando per un riordino generale della materia anche sotto il profilo dei moduli standard e dei relativi criteri di tariffazione, per consentire alle ASL di procedere celermente al recupero delle integrazioni di retta corrisposta a favore delle strutture pubbliche. Su tale orientamento si allineano i provvedimenti di più recente edizione in tema di adeguamento tariffario delle strutture socio-sanitarie.

Punto 7 (Verifica delle SDO): L'Assessorato (OER) ha varato il programma Regionale RS - PVA i cui risultati sono evidenziati nella pubblicazione allegata a questa relazione. In particolare è stato reso operativo il "Protocollo di

valutazione dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale"

In precedenza, nell'anno 2003, lo stesso OER ha curato un rapporto sull'appropriatezza, che si pone come preliminare alla sperimentazione.

Punto j: eliminazione o significativo contenimento delle liste d'attesa

Sul territorio l'attenzione della Regione all'eliminazione e/o al contenimento delle liste d'attesa si è esplicata nell'avvio di uno specifico monitoraggio per il quale è stata emanata la nota prot. n.DIRS/3/3995 del 5.12.2003.

A tale rilevazione le Aziende non hanno risposto tutte secondo modalità uniformi, pertanto l'IRS ha intensificato l'azione, sollecitando la rimozione di tale inadempienza informativa con l'ulteriore disposizione prot. n. DIRS/3/0783 del 20.02.2004 e segg..

Sotto il profilo sostanziale, si può rilevare che il problema del contenimento delle liste d'attesa costituisce, comunque, un punto d'interesse fatto da parte di tutte le Aziende ed ha prodotto risultati positivi. Di fatto si può affermare (ma gli esiti del monitoraggio dovranno comunque confermarlo) che per la massima parte delle prestazioni, le liste d'attesa sono in genere contenute all'interno di tempi compatibili con una corretta erogazione sotto il profilo diagnostico e terapeutico e nel rispetto delle esigenze e attese dell'utenza.

Fanno eccezione poche e limitate specialità, peraltro caratterizzate da alti tassi di mobilità passiva, dove si evidenziano ancora difficoltà evidenti che non appaiono risolvibili con l'adozione di misure organizzative, quanto piuttosto con l'implementazione dei servizi carenti.

In ogni caso, con la nota n. DIRS/3/2300 è stata rispettata la scadenza del 10 giugno 2004 per relazionare sullo stato di attuazione delle misure adottate.

Ulteriormente, nell'anno in corso, il dipartimento Fondo sanitario Regionale ha effettuato una rilevazione, anche finalizzata all'adempimento dell'art.52 comma 4, lettera C della L. 27.12.2002, n. 289, dalla quale, sulla base dei riscontri forniti dalle Aziende (sintetizzati nel quadro allegato), sarà emanato un provvedimento generale di riordino e sarà avviato un sistema di rilevazione costante che consenta l'analisi in tempo reale delle attività correlate agli effetti economici.

Punto K: adozione di provvedimenti diretti a prevedere la decadenza automatica dei direttori generali.

La decadenza dei Direttori Generali nell'ipotesi del mancato raggiungimento dell'equilibrio economico è prevista nell'ordinamento regionale.

L'attività di valutazione viene correntemente svolta dall'OER e viene presentata ogni anno alla giunta Regionale.

Come accennato in precedenza (v. punto B) esistono alcune difficoltà

operative legate a modalità e termini di presentazione dei bilanci, che interferiscono negativamente con la tempistica ottimale, riflettendosi, anche, in termini di riduzione dell'efficacia "a valle" delle valutazioni.

La portata di tale problema è stata già adeguatamente esplicitata, e, comunque, comporterà l'adozione di misure più rigide nei termini di presentazione del bilancio.

Inoltre, l'esperienza maturata ha indotto ad avviare una revisione degli indicatori utilizzati.

*Il Dirigente
Salvatore Testa*


*Il Dirigente Generale
Dott. Patrizia Munzi Bitetti*

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana

Codice Fiscale 80012000826

Partita I.V.A. 02711070827

ASSESSORATO ALLA SANITÀ
Dipartimento Regionale Fondo Sanitario
Assistenza Sanitaria ed Ospedaliera
Igiene Pubblica
Segreteria di Dipartimento

Prot. Segr. n.

del 24 AGO. 2004

Oggetto: Attività di monitoraggio legislazione vigente – richiesta trasmissione relazione.

AI Direttori Generali delle Aziende Sanitarie
LORO SEDI

L'art. 52, comma 4 lett. C), della legge 27 dicembre 2002, n. 289 ha previsto da parte delle Regioni una relazione annuale circa l'attuazione di quanto previsto dal comma stesso (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 della settimana).

Al fine di poter predisporre la predetta relazione, che è stata sollecitata di recente dalla Segreteria Generale della Presidenza della Regione, si prega di inviare con cortese urgenza una dettagliata scheda contenente le informazioni sulle iniziative adottate e sui risultati conseguiti.

IL DIRIGENTE GENERALE
(D.ssa Patrizia Munzi Bitetti)



monitoraggio legislazione.doc

Monitoraggio legislazione vigente - Art. 52, comma 4 lett. C), l.r. 27/12/2002, n.289

Soggetto	Documento	Attività
A.U.S.L.. 9 - TP	Prot. n. 4358/31795 del 16/9/04	Retribuzione (nell'ambito della contrattazione del Budget) di risultato connessa al raggiungimento dell'obiettivo di incremento dei turni di pronta disponibilità, al fine di migliorare la continuità degli accertamenti diagnostici
A.O. S.G. Di Dio - AG	Prot. n. 7699 del 22/9/04	A causa del trasferimento del vecchio ospedale presso la nuova sede e del personale i numero insufficiente, gli accertamenti diagnostici vengono effettuati su cinque giorni settimanali. Obiettivo primario è quello di coprire il servizio nei sette giorni settimanali.
A.O. Umberto I - EN	Prot. n. 818 del 30/9/04	La gestione delle liste di attesa è effettuata nel rispetto dei tempi di attesa, facendo ricorso agli istituti contrattuali. L'attività continuativa è assicurata dalle guardie attive per alcune UU.OO. e dal ricorso all'istituto della pronta reperibilità per le altre.
A.O. S.A. Abate - TP	Prot. n. 14132/3160/ds del 2/9/04	Attività ambulatoriale nell'arco delle 12 ore diurne dei giorni feriali, per tutta la settimana, escluse le domeniche, tenuto conto delle previsioni sui LEA. Non si fa ricorso a prestazioni in regime di straordinario, né in pronta disponibilità, se non nei casi di prestazioni ambulatoriali urgenti in ore notturne o in giornate festive.
A.O. Umberto I - SR	Prot. n. 3513/DS-AZ del 11/10/04	Attività diagnostica svolta: Servizio di radiologia, Centro TAC, Lab. Analisi, Centro trasfusionale, Servizio Gastroenterologia, Chirurgia Vascolare - funzionano dal lunedì al sabato, la domenica ed i festivi in regime di disponibilità. Servizio di endocrinologia: funziona dal lunedì al sabato.
A.O. Univ. Policlinico "P. Giaccone"	Prot. n. 8366 del 1/9/04	Attivate per tutti e sette i giorni della settimana le UU.OO. che erogano servizi sanitari con ricovero e le UU.OO. di invariato supporto alle attività di cui sopra.
A.O. PAPARDO - ME	Prot. n. 3307/DS del 10/9/04	Servizi disponibili su n. 6 giorni settimanali con articolazione relativa alle varie tipologie di indagini; personale dedicato infermieri non turnisti; locali individuati: quelli ambulatoriali all'interno delle strutture:
A.O. Univ. Policlinico di CT.	Prot. n. 27769 del 15/9/04	Riduzione delle giornate di degenza ordinaria ed i Day Hospital; incremento delle prestazioni medie giornaliere per paziente e del numero delle prestazioni ambulatoriali. Nessun onere secondario all'assunzione di nuovo personale.
A.O. Vittorio Emanuele di CT	Prot. n. 751/DSA del 14/9/04	Eliminazione liste di attesa per ricoveri ordinari; riduzione della durata dei ricoveri; riduzione delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali esterne con tempi che non superano quelli indicati dal D.A. 27472 del 10/12/98
A.O. "O.C.R." Sciacca e P.O."Giovanni Paolo II"	Prot. n. 25120 del 4/11/04	Piano strategico teso al contenimento del volume delle prestazioni sulla base di criteri di appropriatezza. Direttive emanate dalla DSA in esecuzione dell'accordo con le OO.SS. e finalizzate alla rimodulazione dell'organizzazione del lavoro.

Struttura	Documento	Iniziative
A.U.S.L. n.6 - PA	Prot. n. 13439/DG del 1/10/04	Liste di attesa superiori a 60 gg. solo nel P.O. In grassia (UU.OO. medicina e radiologia) e P.O. Casa del Sole (U.O. Cardiologia Pediatrica) per limitate risorse umane.
A.O. "Garibaldi, S.Luigi, -S.Currò, Ascoli- Tomaselli" - CT	Prot. n.3623 del 8/9/04	Interventi: Aumento dell'offerta (incremento delle sedute ambulatoriali settimanali); diversificazione della domanda per criticità o severità o patologia (analisi delle priorità, follow-up); rimodulazione dell'organizzazione dei servizi insieme a quella del personale in essi operante (attivazione progetti obiettivo).
A.O. "V. Cervello" PA	Prot. n.8516 del 15/10/04	Meccanismi attivati: azioni intraprese per l'abbattimento delle liste di attesa per l'intervento di cataratta; abbattimento delle liste di attesa per il servizio di diagnosi prenatale (investimenti in risorse umane e strumentali); abbattimento liste di attesa per interventi chirurgici per patologie neoplastiche nei mesi estivi (attivazione nuovo agiografo e implementazione dell'organico).
A.O. "S'Elia" - CL	Prot. n. 7568 del 2/9/04	Assegnazione ai centri di responsabilità, in sede di negoziazione del Budget, dell'obiettivo relativo all'apertura degli ambulatori per 5 gg. la settimana e per almeno 4 ore al gg. Creazione di nuovi ambulatori e potenziamento di alcuni degli esistenti. Apertura di nuova U.O. di accoglienza finalizzata alla riorganizzazione dei flussi verso i ricoveri ordinari.
A.O. "Villa Sofia - C.T.O." - PA	Prot. n. 20313/1 del 14/9/04	Progetti speciali aventi per oggetto l'acquisto di prestazioni aggiuntive rese da parte del personale dipendente, in regime di attività libero professionale, espletate in orario extra-ordinario ed in misura aggiuntiva non superiore a quelle rese in regime istituzionale, con fondi interamente a carico dell'Azienda..
A.O. " V.E. - Ferrarotto - S. Bambino" - CT	Prot. n. 22508 del 3/9/04	Acquisizione di nuove e più moderne apparecchiature per migliorare il sistema dell'offerta: ampliamento degli orari di ambulatorio con raddoppio delle visite; aumento, mediante specifici progetti, della fascia oraria di attività nel settore della MOC; Contenimento dei tempi di attesa per gli esami ecografici e della mammella; attivazione P.O. per la riduzione dei tempi di attesa per ecografia pediatrica; apertura anche per gli utenti esterni dell'attività di ecografia internistica UU.OO. di medicina; prolungamento dell'attività nella fascia oraria pomeridiana degli ambulatori della U.O. I Chirurgia
A.O. "Cannizzaro" - CT	Prot. n. 19282 del 27/9/04	Incremento del numero delle prestazioni da effettuare e dei giorni di apertura dei vari ambulatori; istituzione di ambulatorio per l'assistenza cittadini extra-comunitari; adozione di un registro informatizzato che ha consentito il monitoraggio dei tempi di attesa e l'apporto dei correttivi necessari.
A.O. "Ospedale civile Paternò - Arezzo" - RG	Prot. n. 17983 del 20/9/04	Riorganizzazione del servizio di Radiologia; realizzazione CUP prov.le in collaborazione con la A.U.S.L. 7; Collaborazione con la A.U.S.L. 7 sulla situazione domanda/offerta di prestazioni, visite ed esami a livelli prov.le.

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana

ASSESSORATO REGIONALE SANITÀ
ARTICOLO REGIONALE FONDO SANITARIO
SERVIZIO 1
R. N. 4258 24 NOV. 2004
SISTEMI UFF. SPECIALE 2
DIRS/3/4367

ASSESSORATO PER LA SANITÀ
Ufficio Speciale per il monitoraggio del P.S.R.
e per l'accreditamento dei servizi sanitari e
per la programmazione sanitaria

ASSESSORATO SANITÀ
01 DIC 2004
Prot. N° 7007 SENZA

6/ PROT. Ufficio Speciale 795
DIRS/3/4367

del 22/11/2004

OGGETTO: Adempimenti delle regioni in materia di spesa sanitaria ai fini dell'accesso
all'integrazione del finanziamento FSN per l'anno 2003. - Monitoraggio liste di attesa anno 2003

TRASFERITO A SERV. 4
24 NOV. 2004
REGGIMENTO

Al Dirigente Generale
Dipartimento F.S.R.
SEDE

E, p.c. Al Dirigente Generale
Dipartimento I.R.S.

Facendo seguito alla pregressa corrispondenza, per quanto concerne l'oggetto, si precisa quanto segue.

Con l'Accordo in Conferenza Stato Regione dell'11/7/2002 si sono individuate una serie di prestazioni particolarmente critiche da sottoporre a monitoraggio.

In detto Accordo tra l'altro venivano fissati i tempi massimi di attesa per ciascuna prestazione monitorata.

A tal fine, si trascrivono le prestazioni ed i relativi tempi di attesa stabiliti:

Prestazioni ambulatoriali

- 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 cardiologia = tempo massimo di attesa 30 giorni
- Visita oculistica = tempo massimo di attesa 30 giorni

Prestazioni di ricovero

- Intervento di protesi d'anca = tempo massimo per il 90% dei pazienti 180;
per il 50% dei pazienti 90 giorni
- Intervento per cataratta = tempo massimo previsto per il 90% dei pazienti 180 giorni
per il 50% dei pazienti 90 giorni

- Coronografia = tempo massimo per il 90% dei pazienti 120 giorni
per il 50% dei pazienti 60 giorni
- Cancro della mammella = tempo massimo d'attesa per il 90% dei pazienti 30 giorni
 - Cancro del colon-retto = tempo massimo di attesa per il 90% dei pazienti 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...".

L'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali è stata incaricata di definire una metodologia uniforme da applicare in tutto il territorio nazionale. A tal fine è stato definito un programma che, dopo la necessaria calibrazione, e/o manutenzione, ha costituito la base informatica per il primo rilevamento svolto il 21 gennaio 2004 per i dati relativi all'anno 2003.

Si ricorda che la Regione Sicilia ha partecipato tramite l'Ufficio Speciale alla definizione del programma e, quindi, aveva partecipato al primo rilevamento fatto in via sperimentale il 21 novembre 2002.

Alla rilevazione nazionale svolta il 21 gennaio 2004 hanno partecipato due Aziende territoriali con diversa complessità, l'Azienda n. 6 di Palermo e l'Azienda n. 7 di Ragusa.

Nel caso delle Aziende territoriali sono stati monitorati tutti i soggetti, pubblici e privati, in grado di erogare le su menzionate prestazioni, ivi compreso le Aziende Ospedaliere ricadenti nell'ambito provinciale e l'Azienda Ospedaliera Policlinico per la provincia di Palermo.

La preparazione del rilevamento è stato preceduto da una serie di incontri nel corso dei quali si è proceduto alla formazione dei formatori.

I corsi si sono svolti il 5 novembre ed il 5 dicembre presso l'ASSR di Roma. I formatori successivamente nel mese di dicembre hanno proceduto alla formazione dei referenti aziendali.

Per procedere ad una analisi dei dati ottenuti si è adottata la seguente formula: i volumi sono stati trasformati in tasso per 1000 residenti, calcolato come numero di prestazioni erogate nel primo semestre 2003 (che era il dato fornito), moltiplicato per 2, ed il risultato diviso per i residenti nella singola regione all'inizio 2003, e moltiplicando infine questo dato per 1000.

Risultati:

Prestazioni ambulatoriali

Ecografia addome

La prestazione è stata resa da tutti gli erogatori entro 60 giorni.

Ecodoppler

Rispetto alla quota stabilita (80%) delle prestazioni rese entro 60 giorni, la Sicilia si è attestata al 75%.

Esofago-gastro-duodeno-scopia

L'80% della prestazione è stata resa entro i 60 giorni

RNM colonna

Rispetto alla quota stabilita (80%) delle prestazioni rese entro 60 giorni, la Sicilia si è attestata al 70%.

TAC del capo

La prestazione è stata resa da tutti gli erogatori entro 60 giorni.

Visita cardiologica

E' stato rispettato lo standard previsto, sebbene sia la seconda Regione d'Italia come tasso di prestazione (160,26)

Visita oculistica

Sembra che nessuna delle regioni italiane abbia rispettato lo standard indicato ma la Sicilia, comunque, a fronte di un tasso elevato di prestazioni (100,2) ha raggiunto la percentuale più elevata di utenti visitati entro i 30 giorni (78%).

Per quanto concerne le prestazioni di ricovero si ricorda che trattasi di prestazioni che non rivestono un carattere di emergenza ed urgenza, sono stati rispettati i tempi massimi di attesa con eccezione per gli interventi per cataratta che continuano a costituire una criticità per la Regione (180 giorni).

Il Capo Servizio 3/I.R.S.
(Dott. Lorenzo Maniaci)

Il Direttore dell'Ufficio Speciale
(Dott. Saverio Ciriminna)

TOSCANA

PAGINA BIANCA

Relazione della Regione Toscana in materia di tempi di attesa

Premessa.....	1
Struttura della relazione.....	1
L'attività ambulatoriale	1
L'attività di ricovero.....	5
Atti significativi della Regione Toscana.....	6
Deliberazione G.R.T. 418 del 23 aprile 2001	6
Deliberazione G.R.T. 659 del 18 giugno 2001 Manuale dei flussi D.O.C.	7
Deliberazione G.R.T. 619 del 11 giugno 2001 – Sistemi di prenotazione informatizzati (CUP): determinazioni....	7
Deliberazione G.R.T. 1351 del 10 dicembre 2001: modifiche ed integrazioni alla Deliberazione G.R. 418/01	7
Deliberazione G.R.T. n. 734 del 15.07.2002 “Approvazione del quadro di sperimentazione del progetto M.I.R. (Medici in rete)”,	8
Deliberazione G.R.T. 1417 del 16 dicembre 2002 – Integrazione dei sistemi di prenotazione CUP delle Aziende sanitarie: modalità e tempi di realizzazione.....	8
Deliberazione G.R.T. 649 del 30.06.2003	8
Deliberazione G.R.T. 887 del 8.9.2003	8
Deliberazione G.R.T. 45 del 26 gennaio 2004: Monitoraggio dei tempi di attesa: modifiche ed integrazioni alla Delibera G.R. 418/01 e alla Delibera G.R. 1351/01	9
Linee guida ed indirizzi diagnostico terapeutici ex P.S.R. 2002/2004	9

Premessa

La presente relazione si compone di due parti: una dedicata alla specialistica ambulatoriale ed una dedicata all'attività di ricovero.

La distinzione si rende necessaria in considerazione del diverso impatto che il fenomeno dei tempi di attesa genera sui due ambiti di attività. La dimensione quantitativa dei due fenomeni (milioni di prestazioni per l'ambulatoriale centinaia di migliaia di prestazioni per i ricoveri), la diversa complessità clinico sanitaria dell'attività di ricovero che richiede e presuppone di norma tempi ed istanze organizzative molto più strutturate rispetto all'ambulatoriale, il diverso modo in cui il sistema dell'offerta è in grado di influire sulla stessa formazione della domanda per le prestazioni di ricovero, sono in sintesi gli elementi che hanno portato alla distinzione nella presente relazione, ma anche alla diversificazione delle azioni intraprese per i due ambiti, pur nella unitarietà delle strategie.

Struttura della relazione

Nella prima parte vengono trattate in modo sistematico le linee strategiche seguite per realizzare gli interventi in materia di tempi di attesa sia nel settore dell'ambulatoriale che nel ricovero.

Nella seconda parte sono riportati in sintesi ed in ordine cronologico i più importanti provvedimenti assunti in materia di tempi di attesa.

L'allegato A) contiene le copie complete dei provvedimenti deliberativi assunti dalla Regione Toscana.

L'allegato B) contiene il materiale relativo all'andamento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

L'attività ambulatoriale

Gli interventi di seguito indicati sono tutti legati da un comune obiettivo: ridefinire un nuovo rapporto tra utente, prescrittore ed erogatore della prestazione. E' infatti evidente come il problema complessivo dei tempi di attesa non possa essere inquadrato esclusivamente come una questione di puro incremento di prestazioni, obiettivo valido magari per alcuni tipi di prestazione dove il rischio di inappropriatezza è molto basso (si pensi ad esempio agli interventi di protesi all'anca), ma critico se si estende in modo incondizionato a tutto il complesso delle prestazioni erogate. Il concetto di

correlazione tra bisogno, prestazione e tempo di erogazione non può infatti rispondere a criteri puramente soggettivi legati alla percezione del singolo utente, ma richiede una specifica assunzione di responsabilità da parte dei professionisti coinvolti nel processo di prescrizione ed erogazione delle prestazioni.

La motivazione di fondo che ha guidato gli interventi sul problema dei tempi di attesa, è stata quindi quella di riconsiderare complessivamente l'insieme delle relazioni che legano il rapporto utente — prescrittore — erogatore al fine di:

- a) individuare quale sia la corretta sequenza delle relazioni che devono intercorrere tra utente — prescrittore — erogatore
- b) individuare gli strumenti migliori per agevolare ed arricchire di contenuti le relazioni stesse

In tal senso il primo passo è stato quello di sviluppare adeguati strumenti che da una parte consentissero da subito di garantire la trasparenza nei confronti dei cittadini, ma al contempo attivassero un processo di riorganizzazione del sistema dell'offerta per renderlo più flessibile e dinamico adeguandolo agli ulteriori interventi che si renderanno necessari.

L'attivazione dei centri unificati di prenotazione (i cosiddetti C.U.P.) va in questa direzione. Infatti i CUP sono sostanzialmente dei sistemi che pianificano il potenziale erogativo delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate; in sostanza attraverso i CUP una organizzazione esplicita il suo potenziale erogativo nel corso di un determinato arco temporale; quindi una volta effettuata la pianificazione del tempo lavoro dei diversi professionisti, una azienda è in grado di valutare il suo potenziale erogativo nel tempo a venire. Inoltre, ed è l'aspetto più evidente, è in grado di rendere chiara e trasparente l'offerta disponibile verso i cittadini.

E' proprio questa diversa capacità organizzativa dei sistemi di offerta che rende possibili nuovi obiettivi. Infatti uno degli elementi emersi dal lungo dibattito che si è sviluppato in Toscana sulla questione dei tempi di attesa è stato quello relativo alla necessità di diversificare la capacità di risposta del sistema dell'offerta per renderla maggiormente aderente alla diversità dei bisogni dei cittadini.

In questo senso il punto attorno a cui si incentrano le azioni intraprese è costituito da una visione completa dei tre elementi che connotano il concetto stesso di appropriatezza:

- a) l'appropriatezza del cosa fare
- b) l'appropriatezza del come fare
- c) l'appropriatezza del quando fare

Infatti mentre sono di norma sufficientemente presidiati i primi due elementi che compongono il concetto stesso di appropriatezza (cosa fare e come fare), il quando fare è stato identificato come elemento dell'appropriatezza solo per le prestazioni di emergenza urgenza, mentre in rarissime situazioni il "quando fare" è entrato davvero come criterio guida nella organizzazione del sistema dell'offerta, cioè come elemento di specifico rilievo sanitario.

Si sono quindi individuate alcune azioni che in modo specifico spingono le professionalità del sistema sanitario verso la riappropriazione completa del concetto di appropriatezza, che culminano nel considerare il tempo di attesa come una variabile clinico-sanitaria e non come un fatto meramente amministrativo.

Ed è in questa direzione che si orientano le seguenti azioni:

- a) portare ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta la possibilità di effettuare la prenotazione della prestazione direttamente dai propri ambulatori
- b) distinguere tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso
- c) consentire agli specialisti interni di effettuare direttamente la prenotazione diretta sul sistema CUP delle prestazioni necessarie per rispondere all'originario quesito diagnostico proposto dal medico di base

- d) introdurre il sistema dei codici di priorità che consenta di dare risposte diversificate come intensità temporale ai diversi bisogni degli utenti

Se si devono sintetizzare i due elementi che caratterizzano in modo essenziale la linea strategica di intervento della Toscana si può dire che da una parte si è sviluppata la capacità del sistema di organizzare l'offerta, dall'altra si è spinto il sistema stesso a riflettere sulla necessità di declinare questa nuova capacità organizzativa nell'ambito del concetto fondamentale dell'appropriatezza, che è il criterio primario di guida dei comportamenti organizzativi e professionali del sistema. In sostanza non si può adeguatamente affrontare la ricerca dell'appropriatezza senza adeguata organizzazione, cioè senza fornire ai soggetti coinvolti (utenti, prescrittori, erogatori) idonei strumenti di verifica e misurazione dei propri comportamenti.

Ad esempio è proprio attraverso la conoscenza dell'andamento del fenomeno dei tempi di attesa che è stato possibile verificare la diversa intensità della distribuzione dei tempi di attesa. Infatti la semplice constatazione che il sistema toscano di fronte al generico ed incondizionato obiettivo di garantire prestazioni entro 30 giorni di attesa, ha generato risposte estremamente diversificate: certo anche superiori a 30 giorni, ma in misura consistente anche entro tempi di attesa notevolmente inferiori ai 30 giorni massimi. E quindi si registra sul volume complessivo di prenotazioni rilevate nel corso del 2003 pari ad oltre 6.271.367 (escluso laboratorio analisi, pari ad oltre 26 milioni di prestazioni) come il 41,91% sia garantito entro 10 giorni di attesa, il 15,34% tra 11 e 20 giorni di attesa ed il 12,34%, tra 21 e 30 giorni (69,59% entro 30 giorni; 87,04 entro 60 giorni). In sostanza una quota rilevantissima di riposta che genera un tempo di attesa enormemente inferiore all'obiettivo pur ambizioso dei 30 giorni. Orbene è chiaro come oggi questo enorme potenziale sia dislocato in modo del tutto casuale e non associato ad un effettivo bisogno dell'utente con il rischio, ma si può dire la sicurezza, di dare risposte inappropriate: come ritardo nella risposta, ma anche come eccesso della risposta. In tal senso il sistema di monitoraggio attuato ha permesso di acquisire ulteriori ed essenziali informazioni per innescare i successivi interventi sul sistema osservando e quantificando i fenomeni complessi che sottostanno al problema dei tempi di attesa.

Da questo punto è sostanzialmente partito il progetto sui codici di priorità che è orientato a far riappropriare alla componente dei prescrittori primari (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) il controllo professionale nella determinazione del tempo di attesa ammissibile per quello specifico utente.

L'assunto sostanziale è che la determinazione del tempo di attesa per le prestazioni ambulatoriali non può essere definito da un operatore non sanitario (come ad esempio l'operatore presente al CUP). Una simile modalità infatti lascia l'utente in balia della sua soggettività che ovviamente lo porta, ed è del tutto comprensibile, a ritenere il suo bisogno come urgente. Al contrario una chiara assunzione di responsabilità da parte del prescrittore nell'affermare il tempo entro il quale la prestazione deve essere erogata, tende a dare garanzie all'utente di una adeguata attenzione del professionista sanitario alla soluzione del suo problema. In questa direzione punta specificamente il progetto denominato dei codici di priorità. Il progetto da concreta attuazione al sistema delle priorità di accesso, delineato dall'accordo quadro definito dalla conferenza stato regioni, mediante la individuazione di classi di priorità differenziate in ragione del diverso grado di bisogno che presenta il caso relativo all'utente. Tutto il progetto si basa sulla contrattualizzazione tra mediatori della domanda (medici prescrittori) e sistema dell'offerta, attraverso la definizione di volumi per singola prestazione che saranno garantiti entro determinati intervalli temporali. In sostanza saranno definite per ciascuna singola prestazione (nell'ambito di un catalogo di prestazioni critiche), quote percentuali che dovranno essere erogate in classe A una ulteriore quota in classe B e così via. L'elemento innovativo è determinato dalla definizione concordata di tali quote percentuali. In tal senso il documento approvato dalla giunta regionale, che pure individua già delle quote percentuali è da ritenere indicativo e come tale può essere variato dalla contrattazione tra prescrittori e sistema

dell'offerta. Il sistema si basa sulla capacità di misurare e monitorare costantemente il grado di rispetto da parte dei contraenti rispetto alle quote definite. In sostanza se ad esempio è stato stabilito che il 40% delle prestazioni di TC al capo devono essere effettuate entro 10 giorni il sistema deve essere in grado di misurare l'andamento delle prescrizioni e della correlata offerta al fine di verificare se i contraenti stanno generando comportamenti significativamente differenti rispetto ai valori concordati; quindi: eccessiva prescrizione da parte dei prescrittori e carenza di prestazioni da parte del sistema dell'offerta; la esistenza di valori significativamente anomali dovrebbe determinare una rimodulazione dei comportamenti dei contraenti.

E' necessario sottolineare come il concetto di prescrittore non si riferisce esclusivamente ai medici di medicina generale o ai pediatri di libera scelta, ma si estende a tutto il personale che è legittimato a richiedere la erogazione di prestazioni. Si pensi ad esempio che nelle aziende USL circa il 40% delle prestazioni erogate è determinata dalla "prescrizione" effettuata da parte di personale dipendente delle aziende USL stesse. Nelle aziende ospedaliere tale percentuale arriva fino al 60% dell'erogato.

Ovviamente il progetto presuppone alcuni elementi di base senza i quali la sua stessa realizzazione diventa critica. Si fa riferimento ad esempio alla ridefinizione di nuove e chiare relazioni che devono intercorrere tra utente, medico prescrittore e sistema di offerta, dove peraltro il termine prescrittore non può essere limitato solo al medico di medicina generale ed al pediatra di libera scelta, ma a qualunque sanitario che nell'ambito del percorso di diagnosi, cura e riabilitazione del paziente debba richiedere prestazioni specialistiche ambulatoriali. In tal senso la distinzione tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso, come la corretta e progressiva ridefinizione dei ruoli tra medico di medicina generale, e specialista, assume un significato dirimente. La distinzione concerne proprio la diversa relazione tra assistito medico prescrittore e sistema dell'offerta. La prestazione di primo accesso infatti identifica la insorgenza di un possibile problema sanitario dell'utente, in sostanza la domanda o quesito diagnostico prospetta in modo sintetico tre possibili alternative:

- a) lo specialista non riscontra nessun problema sanitario
- b) lo specialista è in grado di valutare nell'ambito della prestazione richiesta l'esistenza di uno specifico bisogno sanitario
- c) lo specialista riscontra la necessità di un approfondimento diagnostico

Questa distinzione si pone in particolare evidenza per la richiesta di visita specialistica. Si pensi alla richiesta di una visita cardiologica da parte de medico di medicina generale. Nel caso in cui lo specialista non sia in grado di rispondere al quesito diagnostico (il caso indicato al punto c) precedente) lo stesso specialista può richiedere (quindi prescrivere) la prestazione diagnostica indispensabile per poter rispondere all'originario quesito diagnostico del medico di medicina generale. Ebbene questa ultima prescrizione identifica proprio le prestazioni di secondo accesso, che quindi si caratterizzano proprio per garantire un corretto percorso sanitario evitando impropri ritorni dell'utente al medico di medicina generale per farsi prescrivere la prestazione diagnostica. E' evidente come risulti fondamentale fornire allo specialista la possibilità di interagire direttamente con il sistema dell'offerta in modo da consentirgli la possibilità di effettuare direttamente la prenotazione della prestazione diagnostica o comunque di definire il livello di priorità entro il quale la prestazione stessa deve essere effettuata.

Un altro elemento critico è rappresentato dalla relazione tra il sistema della domanda ed il sistema dell'offerta. Si intende in tal senso la predisposizione di modalità di relazione costanti e strutturate che consentano di garantire la massima integrazione tra i diversi soggetti che concorrono alla realizzazione del percorso di diagnosi e cura dell'utente. In tal senso entrano in gioco le moderne tecnologie informatiche che consentono di realizzare forme di relazione impensabili. In questa

direzione spinge il progetto medici in rete (M.I.R.) che intende realizzare quelle forme di integrazione tra la medicina generale e la pediatria di base con il sistema degli erogatori necessarie a garantire il corretto sviluppo del percorso assistenziale del paziente. Il progetto MIR si sostanzia nella fornitura di una serie di servizi ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta tra i quali alcuni sono specificamente indirizzati a fornire al medico di medicina generale ed al pediatra di libera scelta una serie di informazioni relative a fatti sanitari relativi ai suoi assistiti.

Tra questi di particolare interesse rientra la comunicazione dei referti delle prestazioni erogate a propri assistiti, o la comunicazione dell'avvenuto ricovero e/o della dimissione di un proprio assistito; mentre in una direzione di servizio diretto allo stesso assistito è prevista l'attivazione strutturata della possibilità di prenotare direttamente dallo studio del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta le prestazioni di cui l'assistito ha necessità. Ovviamente questi obiettivi hanno richiesto di mettere a punto una serie di elementi infrastrutturali e tecnologici di notevole complessità che stanno oggi impegnando le competenti strutture della direzione generale e delle aziende sanitarie e che inizieranno ad avere una concreta attuazione nel corso del 2004.

L'attività di ricovero

Dalla metà del 2001, è stata impartita la prescrizione alle strutture di ricovero di inserire la data di contatto dell'utente in modo da poter sistematicamente misurare il tempo di attesa per le prestazioni di ricovero. La risposta del 2001, ma anche quella del 2002 non sono state particolarmente significative. Infatti pur in presenza di una adeguata rilevazione da parte del sistema, i valori emersi dalle analisi hanno evidenziato come il sistema non fosse organizzato per gestire in modo strutturato tale rilevazione e quindi come logica conseguenza non era organizzato per gestire il sistema di accesso alle prestazioni di ricovero in modo organico, integrato ed omogeneo. Del pari a quanto effettuato per le prestazioni ambulatoriali, si è quindi attivato uno specifico progetto per regolamentare il sistema di accesso alle prestazioni di ricovero, non solo prevedendo la realizzazione di adeguati strumenti di trasparenza nei confronti dell'utente, ma enfatizzando proprio la necessità di interventi volti a rimodulare in modo specifico la complessiva organizzazione dei ricoveri. In particolare il progetto realizzato mette un'a assoluta enfasi sulle prestazioni di ricovero chirurgiche ritenendo che la maggiore criticità del sistema si generi proprio per questa particolare tipologia di attività.

La sostanziale differenza che esiste tra le attività ambulatoriali (visite specialistiche e diagnostica) e le attività di ricovero (in particolare chirurgiche) fa riferimento ad una serie di considerazioni:

- a) la diversa natura dell'intervento; individuazione del possibile problema per l'ambulatoriale, cura del problema per il ricovero
- b) la diversa possibilità di determinare l'intensità del bisogno; nell'ambulatoriale deve essere identificato il problema, mentre nel ricovero il problema è stato identificato; quindi nell'ambulatoriale è complesso individuare l'intensità del bisogno, mentre nel ricovero l'intensità del bisogno è individuabile
- c) la diversa natura della lista di attesa; questo elemento discende come conseguenza diretta del punto b); mentre la lista di attesa per le prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e diagnostica) si connota per un carattere di tendenziale stabilità nella sequenza di accesso alla lista stessa, la lista di attesa per le prestazioni di ricovero si caratterizza per la possibilità di effettuare livelli di personalizzazione, nel senso che si può pensare a scorrimenti o variazioni determinate dalla variazione delle condizioni dell'utente.
- d) La diversa complessità tra la prestazione ambulatoriale e quella di ricovero. E' intuitivo infatti come la erogazione della prestazione di ricovero coinvolge una pluralità di professionalità e di risorse senza dubbio maggiore di una prestazione ambulatoriale (visita specialistica e diagnostica)

La sostanziale diversità tra prestazione ambulatoriale e ricovero ha spinto a definire un progetto che sebbene simile a quello ambulatoriale, prevede modalità ed interventi del tutto peculiari.

Il primo aspetto è determinato dal fatto che a differenza delle prestazioni ambulatoriali, la prescrizione da parte del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta non costituisce un "obbligo" da parte del sistema ad erogare la prestazione (ricovero) richiesta. Si intende che la richiesta di ricovero del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta equivale ad una "proposta", come tale il professionista ospedaliero a cui l'utente si presenta non è tenuto a ricoverare, ma a verificare la necessità del ricovero. In tal senso il diritto del cittadino è quello di vedersi garantire l'accesso al professionista ospedaliero per la valutazione del suo bisogno.

In questa fase si realizzeranno le funzioni tipiche di un sistema di prenotazione molto simile a quelli realizzati per le prestazioni ambulatoriali, in modo che l'utente può, da un punto di prenotazione, fissare la data ed il luogo in cui verrà effettuata la valutazione da parte dello specialista ospedaliero.

Il secondo aspetto si identifica con la necessità di organizzare in modo adeguato l'uso delle sale operatorie (il progetto sui ricoveri si orienta in modo specifico sulle prestazioni chirurgiche). E' infatti necessario una gestione delle sale operatorie organica e strutturata in modo da garantire al professionista ospedaliero certezza sulla disponibilità di questa risorsa per la programmazione del proprio lavoro.

Il terzo aspetto è relativo alla necessità di attivare un contatto stretto tra l'utente inserito nella lista di attesa per monitorare lo stato della sua patologia. In tal senso qui si riscontra uno degli elementi di differenziazione tra la lista di attesa dell'ambulatoriale e quella dei ricoveri. In questa ultima infatti la collocazione degli utenti avviene in relazione allo stato ed alla evoluzione del loro problema.

Di seguito si evidenziano gli elementi maggiormente significativi contenuti nei provvedimenti deliberativi assunti dalla regione in materia di liste di attesa.

Atti significativi della Regione Toscana

percorso diagnostico-terapeutico del paziente oncologico: progetto di riduzione dei tempi di attesa". Con questo provvedimento sono state impartite prescrizioni alle aziende sanitarie con le quali sono stati date alle aziende sanitarie diverse indicazioni tra le quali anche i riferimenti per i tempi di attesa per pazienti affetti da patologie oncologiche.

Deliberazione G.R.T. 418 del 23 aprile 2001

La delibera attiva il sistema di monitoraggio sui tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Il sistema presenta caratteristiche del tutto peculiari:

- analitico, su tutte le prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario regionale;
- è un sistema che rileva il tempo effettivo di attesa al momento della prenotazione, come differenza tra "data prenotata" e "data di contatto"

Le Aziende sanitarie registrano tutte le date di contatto del mese oggetto del monitoraggio e le trasmettono entro il 15 del mese successivo.

I dati sono assoggettati ad una specifica procedura di controllo che esamina ogni singolo campo del tracciato per verificare la sua correttezza. Il risultato della procedura di controllo è la creazione di due archivi:

- il non consolidato, che contiene tutti i record trasmessi, corretti ed errati
- il consolidato, che contiene soltanto i record corretti: la reportistica viene prodotta sulla base dei dati corretti

La reportistica è per il momento messa a disposizione delle sole aziende sanitarie in modo da consentire una valutazione comparativa (benchmarking) tra i diversi produttori.

Le Aziende sanitarie sono tenute a trasmettere mensilmente una nota in cui indicano, per il mese a cui si riferiscono i dati trasmessi, la percentuale delle prestazioni che vengono prenotate tramite CUP (copertura CUP rispetto alle prestazioni prenotabili) rispetto a quelle che complessivamente dovrebbero essere prenotate tramite i sistemi CUP.

La realizzazione di un tale sistema di monitoraggio si basa sulla completa attivazione dei sistemi CUP. Infatti le caratteristiche del monitoraggio sono tali che solo la presenza di un sistema informatico come il sistema CUP, consente una adeguata alimentazione del data base regionale che contiene i dati relativi agli andamenti dei tempi di attesa.

Peraltro la costituzione dei sistemi CUP ed in particolare la definizione del concetto di agenda di prenotazione danno concreta realizzazione al registro delle prestazioni ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio previsto dall'art. 3 comma 8 della L. 724/94

Deliberazione G.R.T. 659 del 18/6/2001 manuale dei flussi D.O.C.

Al fine di monitorare i tempi di attesa per i ricoveri, è stata inserita, da giugno 2001, la rilevazione della "data di contatto" nel flusso relativo ai ricoveri erogati in Toscana.

Deliberazione G.R.T. 619 del 11 giugno 2001 — Sistemi di prenotazione informatizzati (CUP): determinazioni.

L'atto definisce alcuni obiettivi che le Aziende sono tenute a raggiungere entro termini stabiliti, tra cui l'inserimento delle agende informatizzate nei sistemi di prenotazione CUP, richiamando gli operatori alla pianificazione della propria attività, relativamente alle prestazioni ambulatoriali, mediante l'inserimento delle proprie agende nel CUP. Vengono individuate le informazioni minime che devono necessariamente essere fornite all'utente, e definito che

"La regolamentazione in materia di gestione liste di attesa, l'adempimento delle direttive impartite dalla Regione Toscana ed il raggiungimento degli obiettivi fissati costituiscono obiettivi rilevanti ai fini della valutazione dell'attività dei Direttori generali, prevista all'art. 3-bis del D.lgs. 19.6.99 n. 229, nonché per l'erogazione degli incentivi economici".

Deliberazione G.R.T. 1351 del 10 dicembre 2001: modifiche ed integrazioni alla Deliberazione G.R. 418/01

Introduzione della rilevazione del tipo di contatto. Sono previste le due seguenti tipologie:

- primo contatto (presa in carico dell'utente per quel particolare quesito diagnostico)
- contatto successivo al primo (ulteriori prestazioni conseguenti alla presa in carico dell'utente: es. visite di controllo, ecografie in gravidanza, cicli di riabilitazione)

La distinzione si pone essenziale per differenziare le prestazioni che rappresentano il primo accesso del paziente per quello specifico problema al sistema da quelle che invece sono una conseguenza della prima prestazione. Si pensi al caso della visita cardiologica richiesta dal medico di medicina generale; questa prestazione si qualifica come prestazione di primo accesso. Nel caso in cui il cardiologo per rispondere al quesito diagnostico del medico di medicina generale abbia bisogno di ulteriori elementi di valutazione ad esempio di una prestazione di ecocardiogramma, bene questa seconda prestazione si qualifica come prestazione di secondo accesso. La distinzione acquista particolare significato se si considera che una delle indicazioni impartite alle aziende sanitarie è stata quella di far prescrivere direttamente dallo specialista (nel caso sopra indicato il cardiologo) la seconda prestazione, evitando impropri ritorni verso il medico di medicina generale. Il quadro si completa se poi la prescrizione si fonde in un unico atto dello specialista che si concretizza nella prenotazione diretta della prestazione richiesta.

Deliberazione G.R.T. n. 734 del 15.07.2002 “Approvazione del quadro di sperimentazione del progetto M.I.R. (Medici in rete)”,

Il progetto è volto a rispondere alla necessità dell'integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i servizi sanitari presenti nel sistema aziendale pubblico e privato accreditato operante sul territorio regionale. Il punto centrale di tale iniziativa è rappresentato dalla costituzione di un sistema di relazioni adeguate mediante l'interconnessione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con il sistema informativo sanitario regionale. L'obiettivo del progetto è lo sviluppo ed il mantenimento del processo di informatizzazione dei medici suddetti e la loro messa in rete, che li porti a disporre di un sistema comprendente una serie di servizi telematici, tra i quali come obiettivo specifico viene individuato il sistema di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali; tra gli ulteriori servizi sono previsti anche il ritorno del referto e la comunicazione delle informazioni relative al ricovero di un proprio assistito.

Deliberazione G.R.T. 1417 del 16 dicembre 2002 – Integrazione dei sistemi di prenotazione CUP delle Aziende sanitarie: modalità e tempi di realizzazione

Ad oggi tutte le Aziende sanitarie sono dotate di un proprio sistema CUP che copre tutto il territorio aziendale. In alcune realtà il sistema di prenotazione include anche le prestazioni delle strutture private accreditate. E' in corso di completamento la prima fase di integrazione dei sistemi di prenotazione tra Azienda ospedaliera ed Azienda USL ubicate nello stesso territorio ed è previsto che entro il 31.12.2003 siano integrati i sistemi di prenotazione di tutte le Aziende sanitarie appartenenti alla stessa Area Vasta.

Deliberazione G.R.T. 649 del 30.06.2003

Sono state approvate le linee guida per la definizione del sistema di accesso alle prestazioni di ricovero in Deliberazione Giunta Regionale Toscana n. 649 del 30.06.2003, indicando che lo stesso dovrebbe consentire :

il massimo grado di accessibilità al sistema distributivo (semplificazione delle procedure e dei sistemi di informazione, trasparenza, conoscenza della disponibilità della prestazione di ricovero in ogni punto di accesso alla rete ospedaliera di Area vasta) Ottimizzazione sistemi di accesso.

il massimo grado di fruibilità delle prestazioni (utilizzo di un sistema in grado di monitorare chi fa che cosa e dove, le liste di attesa..). Ottimizzazione sistema distributivo. Garanzia di equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato.

il massimo grado di produttività del sistema di offerta di prestazioni ospedaliere (indice di saturazione della offerta, per la scarsa qualità collegata a fenomeni di sovra o sotto/saturazione , valutazione delle potenzialità del sistema). Ottimizzazione sistema produttivo. Efficienza ed efficacia allocativa.

Vengono quindi definite le modalità operative per l'attuazione nelle Aziende sanitarie di tale sistema.

Deliberazione G.R.T. 887 del 8.9.2003

La delibera approva un progetto che è stato sviluppato da parte di un gruppo tecnico composto da rappresentanti delle Aziende sanitarie toscane e del Dipartimento del Diritto alla Salute. Il documento, dopo aver riscontrato parere favorevole da parte del Consiglio Sanitario Regionale, a seguito della valutazione da parte del relativo Ufficio di Presidenza, del gruppo di esperti dallo stesso UDP nominato, e dall'assemblea plenaria, ed essere stato valutato dalle Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, è stato approvato con la

deliberazione sopra indicata. Il progetto prevede la definizione di classi di priorità definite da ciascuna azienda sanitaria in collaborazione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta e la attivazione di adeguati sistemi di verifica e monitoraggio per valutare il grado di rispondenza da parte dei contraenti agli impegni assunti.

Deliberazione G.R.T. 45 del 26 gennaio 2004: Monitoraggio dei tempi di attesa: modifiche ed integrazioni alla Delibera G.R. 418/01 e alla Delibera G.R. 1351/01
Introduzione della rilevazione delle informazioni relative alla eventuale scelta dell'utente rispetto alla prenotazione della prestazione. In particolare viene rilevato:

- **tempo di attesa relativo**, calcolato in giorni e ottenuto dalla differenza tra la “data di contatto” (cioè la data in cui l’utente contatta il sistema di prenotazione per prenotare la prestazione di cui necessita) e la “data di 1^a disponibilità” (cioè la data che il sistema di prenotazione propone all’utente per l’erogazione della prestazione richiesta)
- **struttura di erogazione sulla quale si è verificata la 1^a disponibilità**, cioè il presidio sul quale il sistema di prenotazione propone la prenotazione; tale informazione è importante anche perché la 1^a disponibilità può verificarsi su un presidio che non appartiene alla Azienda sanitaria presso cui l’utente ha richiesto la prenotazione, in particolare in presenza di CUP integrati. Ad esempio, nell’area metropolitana di Firenze il sistema di prenotazione vede l’offerta delle tre Aziende sanitarie presenti sul territorio (A.O. Careggi, A.O. Meyer e USL 10, invi incluse le strutture private accreditate), in quanto si ritiene corretto che la prestazione debba essere garantita nell’ambito territoriale di riferimento (oggi la zona socio sanitaria) non necessariamente da ciascuna delle Aziende sanitarie presenti sul territorio, ma dall’offerta contrattata tra le stesse Aziende.
- **Scelta dell’utente**, tale informazione è di fondamentale importanza in particolare quando, nel momento di contatto dell’utente con un punto di prenotazione, viene offerta dal sistema una data prenotabile o 1^a disponibilità che non viene accettata dall’utente, originando in tale modo la prenotazione su una data diversa, che potrebbe superare il tempo massimo previsto per l’erogazione della prestazione.

Questa informazione assume un rilievo ancora maggiore in fase di accesso alle prestazioni in base a prioritizzazione del bisogno.

Linee guida ed indirizzi diagnostico terapeutici ex P.S.R. 2002/2004

Il Consiglio Sanitario Regionale ha già esaminato con esito favorevole i seguenti documenti, predisposti da altrettanti gruppi di lavoro di esperti, in attuazione delle previsioni del Piano Sanitario Regionale 2002/2004:

LG ictus
LG Insufficienza respiratoria
LG Ipertensione
LG Scompenso cardiaco
DT Prevenzione tumori
IDT Ulcere da pressione
IDT Back pain
IDT Percorsi di riabilitazione
IDT Gestione menopausa
IDT Follow up tumori
LG Epilessia
LG Emorragie digestive

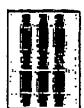
E' stato attivato un percorso di riflessione complessiva sui documenti suddetti da parte di tutti gli operatori sanitari toscani, mediante distribuzione del materiale documentale, con possibilità per gli stessi di fornire le eventuali osservazioni rispetto a ciascuna linea guida e indirizzo diagnostico terapeutico.

La realizzazione del sistema delle linee guida consentirà di aumentare il livello di sensibilizzazione degli operatori ad un uso delle risorse fortemente qualitativo.

UMBRIA

PAGINA BIANCA

06 488829215


**REGIONE UMBRIA
GIUNTA REGIONALE**

Direzione regionale Sanità e Servizi sociali

CONFERENZA DEI PRESIDENTI
07 DIC 2004
PROT. N° 6570/ASAN

Pmsf

Oggetto: Attuazione adempimenti di cui alla lett. C) dell'art. 52 della L. 289/02 in materia di servizi sanitari.

Regione dell'Umbria Giunta Regionale
Direzione Sanità'
Prot. Uscita del 25/11/2004
nr. 0184332
Classifica: XVII.2

Alla Segreteria della Conferenza dei Presidenti delle
Regioni e delle Province Autonome

Via Parigi, 11
00185 ROMA

13 DIC. 2004
Prot. n. 6728
Rif. 4121713

La Regione Umbria ha attivato dal 1998 progetti o programmi volti alla gestione delle liste di attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale, con un primo progetto approvato dal Ministero della Sanità, e successivamente anche per i ricoveri.

L'obiettivo primario è sempre la riduzione delle liste di attesa attraverso molteplici azioni che coinvolgono diverse figure professionali e che agiscono sia sul versante dell'appropriatezza della domanda, sia sull'efficienza dell'offerta dei servizi. Le strategie sono quelle di monitorare le prestazioni, garantire la massima trasparenza delle liste, potenziare modelli operativi orientati all'efficienza e sperimentando nel contempo sistemi di filtro della domanda di ricovero.

I vari progetti o programmi hanno consentito e consentono una valutazione delle modificazioni in itinere delle situazioni aziendali, utilizzando monitoraggio a cadenza stabilita per le prestazioni ambulatoriali e/o di ricovero.

Nei progetti è prevista la messa in opera di interventi di razionalizzazione della domanda tendente a ridurre la quota di inappropriatezza della prestazione, anche ridefinendo l'assetto organizzativo e gestionale dei Cup uniformemente sul territorio regionale.

Ogni azienda ha programmato una serie di attività volte al raggiungimento dell'obiettivo complessivo: queste vanno dall'aumento dei punti di erogazione delle prestazioni, alla stipula di contratti con consulenti esterni, all'aumento di accessi settimanali per i punti di erogazione, alla sperimentazione di progetti di telemedicina, fino all'introduzione e organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria.

Facendo riferimento a quest'ultimo aspetto, nel tentativo di orientare in maniera univoca e omogenea nelle singole aziende le strategie, la Direzione Generale sanità e Servizi Sociali nel

*Ah SAN**Merino*

REGIONE UMBRIA
GIUNTA REGIONALE
Direzione regionale Sanità e Servizi sociali

segue pag. 3

documento riguardante “*Prime misure per la riqualificazione dell’assistenza ed il controllo della spesa sanitaria*”, ha sottolineata l’esigenza di collocare la libera professione all’interno delle misure volte a ridurre i tempi di attesa, prevedendo “vincoli per la libera professione intramoenia in caso di superamento dei tempi massimi, che coincideranno nella sospensione della libera professione stessa qualora si rilevi una situazione di bassi volumi di attività istituzionale a fronte dei volumi di attività erogati in libera professione”. Le prestazioni erogate in regime di attività libero professionale intramuraria comunque, finora non sono state specificatamente monitorate, pertanto, non avendo a disposizione dati e andamenti temporali relativamente a tale attività svolta nelle singole aziende, le eventuali riduzioni riscontrate dei tempi di attesa complessivi per l’accesso alle prestazioni, non sono ascrivibili precisamente ad una misura adottata piuttosto che ad altre.

Per quanto riguarda il monitoraggio dei tempi d’attesa:

Il primo programma di monitoraggio triennale nella Regione Umbria è stato definito con Nota n. 5461 del 13.04.99, inviata a tutti i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Umbre. Alla nota erano allegati lo schema relativo alla metodologie del monitoraggio e la lista delle prestazioni oggetto di rilevazione (per un totale di oltre 90, ma va ricordato che non tutte le realtà aziendali erogano la totalità delle prestazioni incluse nella lista). È stato previsto che il monitoraggio fosse effettuato in un giorno indice, comunicato volta per volta, con cadenza trimestrale.

I risultati delle rilevazioni, che riguardavano un numero di prestazioni erogate variabile da azienda ad azienda (compreso tra 50 e 80), venivano inviati alla Regione su supporto cartaceo, a firma del Direttore Sanitario o del Direttore Generale.

Le informazioni raccolte dalle aziende riguardano:

- Le prestazioni oggetto di rilevazione
- Il tempo massimo di attesa deliberato per la prestazione
- I giorni di attesa per prestazione
- La sede (o unità) di erogazione

Su tali informazioni gli uffici dell’Assessorato calcolavano per ogni azienda:

- Lo scarto percentuale tra i tempi teorici (TMA) e i tempi reali per singola prestazione
- La % complessiva di punti di erogazione che superano i tempi massimi teorici

REGIONE UMBRIA

GIUNTA REGIONALE

Direzione regionale Sanità e Servizi sociali

segue pag. 3

- La % complessiva di punti di erogazione che superano i tempi massimi teorici di più del doppio.

Finito il monitoraggio triennale, sono state effettuate rilevazioni, sempre a cadenza stabilita e con un giorno indice concordato seguendo anche quelle che sono state le indicazioni ministeriali, che di fatto ha affidato all'Agenzia dei servizi Sanitari Regionali il coordinamento fra le regioni della sorveglianza dei tempi d'attesa.

Si sono fatte rilevazioni, nel 2002 e nel 2003, in conformità a quanto effettuato dalle altre regioni, aderendo anche alla prima sperimentazione del programma e del software dell'ASSR. Attualmente, superata positivamente la fase di sperimentazione, la rilevazione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è entrata a regime su scala nazionale, e quindi tutte le Regioni e tutte le Aziende Sanitarie parteciperanno alla rilevazione in un giorno indice stabilito a livello centrale.

I referenti delle singole nostre Aziende Sanitarie dopo aver partecipato alle giornate di formazione, sono partite con la nuova metodica il 21 gennaio 2004, giorno indice per la rilevazione. Sono state monitorate 7 prestazioni ambulatoriali e 5 ricoveri, secondo lo schema nazionale. I dati raccolti a livello di unità eroganti, validati dalla regione, sono stati inviati all'ASSR che elaborerà i dati e permetterà di effettuare valutazioni e confronti.

Per dovere di precisione dobbiamo comunque ricordare che la sperimentazione ha dato risultati validi per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, ma non per i ricoveri. La Regione Umbria ha comunque deciso di effettuare la rilevazione anche sui ricoveri nello stesso giorno indice presso tutte le strutture e non solo su alcune come proposto ancora dall'ASSR.

Per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi per la riduzione dei tempi d'attesa:

La Regione dell'Umbria nel nuovo Piano Sanitario Regionale ha definito quelle che saranno le strategie da attuare nel triennio (allegato). Siamo ancora nella fase di progettualità di alcune metodologie da adottare, che troveranno risposta nell'immediato futuro.

Cordiali saluti

Il Direttore regionale
Dott. Domenico De Salvo

Domenico De Salvo

PAGINA BIANCA

VENETO

PAGINA BIANCA



Attuazione adempimenti di cui alla lettera c) dell'art.52 della L. 289/2002

Relazione

In riferimento agli adempimenti previsti dall'art.52 lettera c) della legge finanziaria della L. 289/2002 in materia di servizi sanitari, la scrivente amministrazione ha provveduto a richiedere alle Aziende UU.LL.SS. e Ospedaliere quanto segue:

a) l'Azienda ha posto in essere nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste d'attesa, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello stato, 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.

b) 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

b, 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) le Aziende hanno dichiarato di aver posto in essere iniziative volte al contenimento delle liste d'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 ambulatoriale. L'accordo prevede la corresponsione di incentivi ai Medici di Medicina Generale in quota parte rispetto ai risparmi generati;



REGIONE DEL VENETO

giunta 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 redatti da gruppi di lavoro integrati di operatori dell'ospedale e del territorio che operano con il metodo "peer-review";
- ✓ segmentazione della domanda per livelli d'urgenza;
- ✓ acquisto di prestazioni da parte di personale strutturato nel rispetto delle norme di legge e contrattuali utilizzando la mancata spesa relativa alla impossibilità di reperire sul mercato alcune figure professionali per carenza di offerta (anestesisti-radiologi-cardiologi-infermieri-TRM ecc.);
- ✓ sistematica applicazione di modelli di over-booking nella definizione delle agende;
- ✓ utilizzo dei tetti di prestazioni concertati con erogatori privati preaccreditati, strumentale all'abbattimento delle liste d'attesa.

Il Vice Presidente
Assessore alle Politiche Sanitarie
Fabio Gava

3.

**RELAZIONE SULL'ATTUAZIONE ADEMPIIMENTI 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 costituiscano 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), esofagagogastroduodenoscopia 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

	eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali
CLASSE C	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità o in quanto rappresenta un accesso di follow up. Da eseguirsi entro un arco temporale maggiore di 60 giorni

Si ritiene opportuno introdurre dal 1° luglio 2004 su tutto il territorio regionale le categorie di priorità per queste prestazioni:

Visita Oculistica
 Visita Cardiologica
 Tac Colonna vertebrale
 Rmn encefalo
 Ecografia addome superiore
 Ecocolordoppler tronchi sovra aortici.

Le ASL, in accordo e con la collaborazione delle strutture erogatrici, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, potranno individuare altre prestazioni, in aggiunta alle precedenti, da sottoporre a classi di priorità rispettando i seguenti criteri:

1. tutte le prestazioni le cui liste di prenotazione manifestano tempi di attesa superiori al valore limite fissato dalla Regione;
2. tutte le prestazioni che sono ritenute ad alta complessità diagnostico terapeutica;
3. tutte le prestazioni che sono ritenute ad alto valore socio sanitario;
4. tutte le prestazioni connesse a particolari patologie per le quali si evidenzia una particolare attenzione sulla tempestività dell'esecuzione.

Tali iniziative dovranno essere sottoposte alla validazione della Direzione Generale Sanità per la necessaria garanzia di equità di accesso sul territorio regionale.

Riferimenti normativi regionali:

D.G.R. VI/38571, 1998 - Individuazione dei criteri per l'applicazione dell'art. 3, commi 10-12-13-14-15 del D. Lgs 29 aprile 1998, n. 124/98 "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art. 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n.449."; D.G.R. VI/47675, 1999 - Tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali: determinazioni per l'anno 2000; D.G.R. VII/2859, 2000 - Nuove indicazioni sui tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali; D.G.R. VII/7928, 2002 - Tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali: indicazioni per l'anno 2002; DGR VII/15324 del 28/11/2003 - Determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2004 (Allegato 3 "Modalità per l'applicazione delle priorità di accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica ambulatoriale in Regione Lombardia").

**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 costituiscano 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 Appropriati 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
CLASSE A	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. Da eseguirsi entro 3 giorni
CLASSE B	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente. Da

	eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali
CLASSE C	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità o in quanto rappresenta un accesso di follow up . Da eseguirsi entro un arco temporale maggiore di 60 giorni

Si ritiene opportuno introdurre dal 1° luglio 2004 su tutto il territorio regionale le categorie di priorità per queste prestazioni:

Visita Oculistica

Visita Cardiologica

Tac Colonna vertebrale

Rmn encefalo

Ecografia addome superiore

Ecocolordoppler tronchi sovra aortici.

Le ASL, in accordo e con la collaborazione delle strutture erogatrici, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, potranno individuare altre prestazioni, in aggiunta alle precedenti, da sottoporre a classi di priorità rispettando i seguenti criteri:

1. tutte le prestazioni le cui liste di prenotazione manifestano tempi di attesa superiori al valore limite fissato dalla Regione;
2. tutte le prestazioni che sono ritenute ad alta complessità diagnostico terapeutica;
3. tutte le prestazioni che sono ritenute ad alto valore socio sanitario;
4. tutte le prestazioni connesse a particolari patologie per le quali si evidenzia una particolare attenzione sulla tempestività dell'esecuzione.

Tali iniziative dovranno essere sottoposte alla validazione della Direzione Generale Sanità per la necessaria garanzia di equità di accesso sul territorio regionale.

Riferimenti normativi regionali:

D.G.R. VI/38571, 1998 - Individuazione dei criteri per l'applicazione dell'art. 3, commi 10-12-13-14-15 del D. Lgs 29 aprile 1998, n. 124/98 "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art. 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n.449."; D.G.R. VI/47675, 1999 - Tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali: determinazioni per l'anno 2000; D.G.R. VII/2859, 2000 - Nuove indicazioni sui tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali; D.G.R. VII/7928, 2002 - Tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali: indicazioni per l'anno 2002; DGR VII/15324 del 28/11/2003 - Determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2004 (Allegato 3 "Modalità per l'applicazione delle priorità di accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica ambulatoriale in Regione Lombardia").