

ATTI PARLAMENTARI

XIV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CCI

n. 15

R E L A Z I O N E

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

(Anno 2004)

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

Presentata dal Presidente della Regione Basilicata

Trasmessa alla Presidenza il 27 giugno 2005

PAGINA BIANCA

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 .

L'attenzione della Regione sulla problematica viene evidenziata con la D.G.R. n. 366/02 – "Direttiva vincolante per la gestione delle Aziende Sanitarie locali" che disponeva che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere rendessero disponibili 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 sono state emanate le Linee guida per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa. Tale provvedimento in recepimento degli indirizzi di cui al punto A) dell'Accordo Stato – Regioni del 14 febbraio 2002, ha dettato norme sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, fissando tempi massimi per le prestazioni di diagnostica strumentale, branche a visita, prestazioni di ricovero e patologia oncologica legando l'applicazione del provvedimento alla valutazione della 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, interessati.

Da ultimo con la DGR 5.1.2005, n.10 "Direttiva vincolante per i direttori generali delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata in materia di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa" sono state emanate nuove direttive finalizzate al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali.

In particolare il documento individua specifiche e rilevanti azioni sia sul versante della domanda che dell'offerta in considerazione dell'evidenza che tempi di attesa inadeguati per alcune prestazioni specialistiche sono generati principalmente da uno squilibrio tra la crescente domanda di prestazioni e la rigidità di adeguare l'offerta delle stesse da parte delle strutture sanitarie. Il contenimento dei tempi di attesa trova, pertanto, risposta nella concomitante soluzione delle problematiche relative:

- al governo della domanda;
- alla ottimizzazione dell'offerta di prestazioni attraverso la corretta gestione dei processi organizzativi aziendali;
- all'informazione e comunicazione al cittadino.

1) AZIONI PER IL GOVERNO DELLA DOMANDA

Per quanto concerne la tematica della razionalizzazione della domanda delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, la D.G.R. 10/2005 individua una serie di iniziative tendenti ad agire sull'appropriatezza della richiesta di prestazioni, tra cui il rispetto da parte di tutti i medici prescrittori dei criteri di evidenza clinica facendo ricorso a percorsi assistenziali condivisi.

A tale proposito le aziende sanitarie sono tenute a:

- a) uniformare i percorsi di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali;
- b) applicare protocolli diagnostico-terapeutici definiti tra gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS).

Per il raggiungimento dell'obiettivo, nel rispetto di quanto previsto dagli accordi con i MMG e PLS, le aziende devono:

- a) avviare percorsi formativi per i MMG e PLS sui meccanismi della domanda e dell'offerta e sugli strumenti di ottimizzazione dell'uso delle risorse;
- b) individuare linee guida per una appropriatezza prescrittiva e conseguente avvio di indagini campionarie sui comportamenti prescrittivi;
- c) potenziare l'integrazione tra i MMG e i PLS con gli specialisti ambulatoriali territoriali e ospedalieri ai fini della definizione e ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici soprattutto per quelle patologie croniche di più frequente riscontro nella popolazione assistita.
- d) prevedere la partecipazione dei MMG e PLS a processi assistenziali riguardanti patologie a forte impatto sociale (quali diabete, ipertensione, patologie invalidanti, broncopneumopatie croniche ostruttive, asma, forme neurologiche ecc.), secondo linee guida e protocolli assistenziali che definiscano le competenze del MMG e del PLS e quelle del livello specialistico, nell'ambito del monitoraggio del decorso cronico di tali patologie;

Relativamente alla differenziazione della domanda per livelli di urgenza, gli ultimi provvedimenti sui tempi di attesa adottati con il DPCM 16 Aprile 2002 e l'Accordo Stato Regioni dell'11 Luglio 2002 sostengono la necessità di definire chiaramente i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza.

La regione Basilicata, al fine di una uniforme applicazione dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale individuare per l'attività ambulatoriale le Classi di Priorità così come definite in sede di accordo Stato Regioni dell'11 Luglio 2002 e riportate nella tabella sottostante:

Classe di priorità	Indicazione
Classe A	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve tempo del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni.
Classe B	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore, la disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.
Classe C	Prestazioni che possono essere programmate in un maggiore arco di tempo in quanto non influenzano la prognosi, il dolore, disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni.

L'applicazione di tali percorsi garantisce la differenziazione della domanda secondo priorità cliniche e secondo criteri di appropriatezza preventivamente condivisi tra soggetti prescriventi ed erogatori.

Pertanto ognuna delle cinque Aziende Sanitarie Locali, ha istituito presso la Direzione Sanitaria Aziendale un “Gruppo di lavoro Ospedale – Territorio”, composto da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti ospedalieri e specialisti ambulatoriali interni (SUMAI) con il coordinamento delle direzioni sanitarie di presidio e i direttori di distretto, finalizzato a:

- a) definire le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali con maggiori criticità di accesso per il proprio bacino di utenza;
- b) regolamentare le modalità di accesso a tali prestazioni utilizzando gli strumenti del governo clinico, quali l’appropriatezza della domanda attraverso l’applicazione di definiti e condivisi “percorsi clinico-assistenziali”;
- c) definire le condizioni cliniche dei pazienti ai fini della segmentazione della domanda per livelli di urgenza e gravità clinica secondo le Classi di Priorità riportate nell’accordo Stato Regioni dell’11 Luglio 2002.

Ogni gruppo di lavoro aziendale procederà alla nomina di un referente il cui nominativo dovrà essere comunicato ai competenti uffici regionali.

Successivamente la Regione Basilicata provvederà alla costituzione di un “Tavolo Regionale sui tempi di attesa”, composto da dirigenti regionali, dai referenti individuati dalle aziende sanitarie di cui al precedente capoverso e da rappresentanti delle società scientifiche, che dovrà provvedere alla valutazione dei documenti predisposti dai gruppi di lavoro aziendali ai fini della individuazione di un unico provvedimento attuativo a valere su tutto il territorio regionale.

Compito a regime del “Tavolo Regionale su tempi di attesa” sarà quello di soprintendere all’intera materia dei tempi di attesa supportando il Dipartimento regionale nel lavoro di monitoraggio, controllo e verifica del rispetto dei tempi di attesa massimi definiti dalla presente direttiva.

Sono inoltre assegnati al “Tavolo Regionale su tempi di attesa” compiti relativi alla comunicazione con i cittadini di cui al successivo punto 5) Informazione al cittadino.

2) AZIONI PER IL GOVERNO DELL’OFFERTA

Relativamente alle azioni per il governo dell’offerta, la DGR 10/2005 stabilisce che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie devono valutare il fabbisogno di prestazioni espresso dalla popolazione di riferimento e garantire la risposta assistenziale adeguata, determinando il numero di prestazioni che devono essere rese dalle U.O. e dai singoli professionisti al fine del soddisfacimento della domanda di prestazioni entro i tempi previsti dalla presente normativa mettendo in atto iniziative di razionalizzazione dei percorsi organizzativi per lo svolgimento delle attività assistenziali in maniera continuativa e distribuite **nei sette giorni della settimana.**

A tal fine i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie per il rispetto dei tempi massimi di attesa definiti nel presente documento sono tenuti alla riorganizzazione dei percorsi assistenziali al fine di garantire la ottimizzazione dell’utilizzo delle **attrezzature diagnostiche di elevata tecnologia per almeno 12 ore al giorno e sui sette giorni della settimana** e alla ottimizzazione dell’utilizzo degli spazi sanitari al fine di potenziare l’attività specialistica ambulatoriale.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sono inoltre tenuti a:

- a) verificare l'utilizzazione ottimale delle tecnologie e la condivisione delle sedi ambulatoriali e delle dotazioni strumentali disponibili per massimizzarne l'utilizzo;
- b) effettuare il monitoraggio periodico della tipologia, qualità e grado di utilizzo delle attrezzature in dotazione dei poliambulatori provvedendo ad eliminare eventuali disfunzioni nel senso di sotto utilizzo delle stesse.

Per il raggiungimento degli obiettivi sopraindicati, e in particolar modo per il potenziamento dell'offerta di prestazioni le Aziende Sanitarie possono ricorrere a forme specifiche di incentivazione, sulla base di quanto stabilito nella contrattazione collettiva, mediante anche l'acquisto di prestazioni libero professionali dal proprio personale sanitario dipendente (dirigenti, sanitari, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica), o convenzionato (quale ad es. sumaista), finalizzate al rispetto dei tempi massimi d'attesa fissati nella presente direttiva vincolante e con oneri a carico dei bilanci aziendali.

Le prestazioni libero professionali devono essere espletate fuori orario di servizio ed in misura non superiore a quelle rese in regime istituzionale, così come stabilito al punto 6 delle linee guida sulla attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza medica, veterinaria e del ruolo sanitario, approvate con la D.G.R. n. 2364 del 6/11/2000.

3) TEMPI DI ATTESA

La DRG 10/2005 definiva i seguenti **TEMPI MASSIMI DI ATTESA** che le Aziende Sanitarie devono garantire al cittadino al momento della prenotazione della prestazione specialistica o di diagnostica strumentale:

- a) per le Aziende Sanitarie che abbiano già adottato procedure per la selezione della domanda, attivando le Classi di Priorità, i tempi massimi di attesa sono quelli definiti dall'Accordo Stato Regioni dell'11 Luglio 2002 e riportati nella tabella precedente;
- b) per le Aziende Sanitarie che non abbiano adottato le procedure di cui alla precedente lettera a), è fatto obbligo garantire al cittadino, al momento della prenotazione delle prestazioni un tempo massimo di attesa di 30 giorni per le visite specialistiche ambulatoriali e un tempo massimo di attesa di 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale.

Il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale è la struttura deputata ad elaborare periodicamente adeguata reportistica sull'andamento dei tempi di attesa effettivi rapportandoli a quelli massimi stabiliti per tutte le Aziende Sanitarie.

4) OBBLIGHI DEI DIRETTORI GENERALI

La suddetta DGR stabilisce che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, tenendo conto delle disposizioni impartite, devono predisporre, entro il termine massimo di 60 giorni dalla adozione del provvedimento regionale, uno specifico "**Piano Aziendale delle Attività Ambulatoriali**" che riporti dettagliatamente tutte le azioni che l'Azienda ha già avviato o intende porre in essere per garantire il rispetto degli obiettivi previsti dalla direttiva vincolante. Tutte le azioni di governo della domanda e di potenziamento dell'offerta nonché le modalità di informazione ai cittadini riportate nel piano devono essere strutturate per realizzarsi a regime entro il 30 Aprile 2005.

Il piano così redatto dovrà essere trasmesso al Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale per la relativa valutazione e verifica di congruità.

Tale ultima direttiva, che affronta in maniera organica l'intera problematica dei tempi di attesa, è stata emanata anche nel rispetto dell'accordo tra Governo, le Regioni e le P.A. dell'8.8.2001 e nel rispetto del procedimento di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 3, comma 33, della legge 24.12.2003, n.350 (rispetto del patto di stabilità di cui all'accordo Stato regioni dell'8/8/2001) che ha previsto che le regioni adottino nel proprio territorio adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico dello Stato, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, di accertamenti diagnostici in maniera continuativa con **l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana**, in armonia con quanto previsto dal citato Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le P.A. del 14.2.2002;

5) INFORMAZIONE AL CITTADINO

Le Aziende Sanitarie sono tenute ad individuare e porre in essere le azioni per garantire con correttezza ai cittadini notizie relative:

- a) al sistema dell'offerta di prestazioni;
- b) alle modalità e tempi per l'accesso alle prestazioni;
- c) ai criteri di accesso differenziato alle prestazioni.

I percorsi di comunicazione e informazione devono essere necessariamente differenziati in rapporto al destinatario dell'informazione (MMG, PLS, Cittadino, Associazioni di volontariato, associazioni per la tutela dei cittadini o degli ammalati, gli stakeholder nonché gli operatori sanitari) utilizzando strumenti diversi (campagne pubblicitarie, internet, pubblicazioni aziendali, quotidiani locali ecc).

A livello aziendale gli Uffici di Relazione con il Pubblico (URP) ospedalieri e territoriali dovranno sviluppare una strategia comune di informazione ai cittadini circa le prestazioni erogate dalle diverse strutture aziendali e regionali, sui relativi tempi di attesa per ogni singola prestazione, sulle modalità differenziate di accesso alle prestazioni, ove già attivate, nonché sulle modalità di annullamento di una prestazione prenotata qualora il cittadino sia impossibilitato ad effettuarla.

6) CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE (CUP)

Con la D.G.R del 27.7.1998, n°2268, la Regione Basilicata attivava le procedure per la realizzazione del Centro Unificato di Prenotazione (CUP) Regionale consorziando tutte le 7 Aziende Sanitarie regionali che avevano avviato autonomamente analoghe iniziative.

Tale settore ha registrato notevolissimi sviluppi in questi anni ed attualmente la Regione Basilicata detiene un sistema di prenotazione unico a livello regionale che presenta elevati gradi di efficienza e di avanzamento tecnologico.

È possibile accedere alle prenotazioni sanitarie con le seguenti modalità:

- sportelli CUP di tutte le Aziende Sanitarie
- telematicamente utilizzando la rete INTERNET dal sito della Regione Basilicata
- presso le farmacie territoriali che aderiscono all'iniziativa
- a mezzo del **Call Center Unico** regionale attivato nell'anno 2004.

Il sistema realizzato consente, da un qualunque punto di accesso di poter prenotare una prestazione sanitaria presso tutte le strutture pubbliche regionali che costituiscono la rete integrata di tutti i servizi offerti dalla sanità lucana dando al cittadino la possibilità di scelta dell'erogatore in funzione del tempo di attesa o della distanza del centro.

Il Call Center Unico regionale con il numero telefonico unico sul territorio regionale (n.848.821.821) attivato in via sperimentale nel mese di marzo 2004 è andato a regime nel mese di dicembre 2004 e costituisce un supporto sicuro e di grande efficacia per i cittadini che possono effettuare rapidamente ed in modo assistito prenotazioni specialistiche all'interno del sistema sanitario regionale.