

1. Premessa

La presente relazione riferisce in merito alle iniziative poste in essere per il contenimento delle liste di attesa negli anni 2004 e 2005, in maniera integrata con il contrasto alla mobilità sanitaria ed alla promozione della maggiore appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, tra cui quanto realizzato in attuazione degli adempimenti di cui al comma 4 lettera c) dell'articolo 52 della Legge n.289/2002.

In particolare, l'art.52 comma 4 lettera c) della Legge n.289/2002 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 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 la modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e gli indirizzi applicativi sulle liste d'attesa.

In attuazione della suddetta normativa e di quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni sancito il 16.12.2004 al punto 3 lett.h), è predisposta ed inviata alla Conferenza Stato-Regioni la presente relazione relativa alle annualità 2004 e 2005.

2. Liste d'attesa ed appropriatezza

Le iniziative volte all'abbattimento delle liste di attesa vanno inquadrare contestualmente a quelle volte alla promozione dell'appropriatezza e congiuntamente al contenimento della mobilità, in modo da configurare un sistema integrato e sostanziale di assicurazione dei LEA ed in quanto condizione intrinseca determinante e di orientamento di sistema di governo.

In termini generali, in questi ultimi anni si registrano due fenomeni di particolare rilevanza rispetto alle determinanti ed alle possibili soluzioni circa l'area problematica delle liste d'attesa:

1. la riduzione della domanda di ospedalizzazione, documentata dal contenimento dei tassi di ospedalizzazione;
2. il mutamento della offerta delle prestazioni ospedaliere caratterizzate dalla consistente riduzione dei ricoveri in regime ordinario a fronte di un incremento dei ricoveri in regime diurno, sia per le patologie mediche che per quelle chirurgiche (day surgery), e dal potenziamento delle attività in regime ambulatoriale, che oggi rappresentano la modalità di risposta più appropriata al trattamento delle patologie a carattere cronico degenerativo, sempre più diffusi.

I dati registrati nella Regione Basilicata, in linea con quanto rilevato a livello nazionale, evidenziano nel triennio 2002-2004 una significativa riduzione dei tassi di ospedalizzazione (T.O.), dovuto prevalentemente alla costante e progressiva riduzione dei ricoveri, prevalentemente quelli in regime ordinario, mentre di converso si registrava un forte incremento delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale.

La richiesta crescente di prestazioni specialistiche e strumentali in regime ambulatoriale, soprattutto ad alto contenuto tecnologico, ha determinato, già da diversi anni problemi di accessibilità ai servizi sanitari, di cui l'allungamento dei tempi di attesa ne rappresenta l'aspetto più evidente.

Il problema dell'eccessiva dilatazione dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche è diventato, pertanto, uno dei temi prioritari dei servizi sanitari di tutto il mondo industriale.

Questo problema ha importanti ricadute negative non solo sulle strutture sanitarie erogatrici, ma anche sul lavoro dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta in quanto determina pesanti interferenze nella tempistica dei processi decisionali degli stessi ed è spesso causa di inconvenienti nella relazione con i pazienti, con gli specialisti e con gli addetti al servizio di prenotazione.

Per tentare di dare una risposta adeguata a questa problematica le Aziende Sanitarie della Regione Basilicata, già da alcuni anni, hanno individuato e avviato una serie di azioni congiunte con i medici di medicina generale e i medici ospedalieri per la definizione di percorsi definiti e condivisi finalizzati a migliorare l'accesso ai servizi ambulatoriali aziendali, attraverso il costante monitoraggio e verifica della appropriatezza della domanda e la rimodulazione dell'offerta di prestazioni, il tutto finalizzato a contenere i tempi di attesa entro i valori previsti dalla normativa nazionale e regionale.

Circa le iniziative poste in essere nel tempo nella Regione Basilicata, occorre evidenziare che 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 L.n. 662/96.

In particolare, la D.G.R. 1019/99, nell'ambito dei finanziamenti nazionali ai sensi dell'art.1 comma 34 della Legge 662/96, 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.

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

Successivamente, pur in assenza di specifici finanziamenti, l'area problematica non è stata trascurata.

Infatti, innescando un approccio integrato all'area problematica, con la DGR n.366/2002, contenente "Direttiva vincolante per la gestione delle Aziende Sanitarie Regionali", le tematiche dell'assicurazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) definiti dal DPCM del 29.11.2001, del contenimento dei 43 DRG a forte rischio di inappropriatezza ed il contenimento delle liste di attesa erano stati inseriti nell'ambito del set degli indicatori sensibili per la valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie (sezione D ed allegati), in modo da stimolare attraverso il sistema incentivante la sensibilità verso il conseguimento degli obiettivi posti dalla programmazione nazionale di contenimento della spesa contestualmente al mantenimento ed al miglioramento di accessibilità e qualità dei servizi. Le valutazioni conseguenti alla Direttiva hanno consentito di visualizzare e valorizzare la tematica e sostanzialmente di conseguire l'auspicata convergenza.

Nello specifico, la suddetta D.G.R. n. 366/02 ha disposto che le Aziende Sanitarie dovessero rendere tempestivamente 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.

Successivamente, con la D.G.R. 2525 del 30.12.02 contenente "Linee guida per l'accesso 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 accesso 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 stabilita, 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 aggiustamento per la attività di ricovero.

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

A partire dall'anno 2004 si svolgono due rilevazioni all'anno a livello nazionale relative a 10 prestazioni rappresentative, cui la Regione Basilicata partecipa. Le prime rilevazioni hanno avuto luogo in data 20 gennaio e 20 ottobre 2004, seguite da altre due rilevazioni sistematiche effettuate in data 20.04.2005 e 20.10.2005 (in allegato gli esiti).

Tali prestazioni sono:

1. Ecografia dell'addome superiore (88.74.1), inferiore (88.75.1), completo (88.76.1)
2. Eco(color)doppler dei tronchi sovra-aortici (88.73.5), eco(color)dopplergrafia degli arti superiori, inferiori, distrettuale (88.77.2)
3. "Esofagogastroduodenoscopia (45.13), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia (45.16)
4. RM della colonna, senza e con contrasto (87.03, 87.03.1)
5. RM cerebrale e del tronco encefalico, con e senza contrasto (88.91.1, 88.91.2)

6. TAC del capo, senza e con contrasto (87.03, 87.03.1)
7. TAC dell'addome, tutti i codici (88.01.1, 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5, 88.01.6)
8. Visita generale (89.7) nella branca di cardiologia
9. Visita oculistica (95.02)
10. Visita generale (89.7) nella branca di ortopedia

In allegato A sono riportati gli esiti sintetici delle ultime tre rilevazioni effettuate (20 ottobre 2004; 20 aprile 2005; 20 ottobre 2005) ed una serie di analisi relative ai tempi di attesa (metodologia seguita dal Ministero della Salute) e ad indici di trend e turn-over.

Pur registrandosi una tendenziale riduzione delle liste di attesa, un significativo turn-over delle prenotazioni ed una sostanziale compatibilità dei tempi di attesa con i dati medi interregionali, va sottolineato che, oltre agli accorgimenti di tipo organizzativo e di efficienza rappresentati nella presente relazione, un miglioramento sensibile potrà soprattutto scaturire per effetto di una più idonea dotazione tecnologica.

Come noto, tra gli adempimenti previsti dall'accordo tra Governo, le Regioni e le P.A. per la definizione del procedimento di verifica degli adempimenti regionali di cui all'art.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) è 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.

In attuazione di tale previsione la Regione Basilicata ha adottato la DGR n.10 del 5.01.2005, in forma di "direttiva vincolante per i direttori generali delle aziende sanitarie ... in materia di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa". Tale direttiva impegna i direttori generali a predisporre un piano aziendale delle attività ambulatoriali, comprendenti azioni di sensibilizzazione e formazione dei medici prescrittori (MMG e PLS), adottare percorsi differenziati di accesso, attivare azioni per il governo dell'offerta (monitoraggio prestazioni e tempi di attesa, verifica dell'utilizzo degli strumenti), informazione al cittadino. Il meccanismo attuativo prescelto (Direttiva vincolante) è applicato in sede di valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, ai fini della riconferma in carica e dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

3. I risultati in termini di governo della domanda e dell'offerta

La Regione Basilicata nella consapevolezza che i tempi di attesa, inadeguati per alcune prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, sono spesso determinati da un costante squilibrio tra la crescente domanda di prestazioni e le difficoltà delle strutture sanitarie ad adeguare l'offerta, ha attivato un piano di attività finalizzato al contenimento dei tempi di attesa, comprendente specifiche azioni rivolte al governo della domanda e il miglioramento continuo dell'offerta.

Per quanto concerne la regolamentazione della domanda la Regione ha elaborato e realizzato in alcune Aziende Sanitarie un primo progetto sperimentale finalizzato ad individuare, attivare e fornire, per alcune prestazioni strumentali, tempi di attesa differenziati per Classi di Priorità costruite su tempi di attesa ritenuti clinicamente accettabili, cioè un'attesa per la prestazione, dal momento della domanda, che non comprometta la prognosi del paziente.

La fase di sperimentazione del progetto ha riguardato inizialmente un numero ristretto di MMG e solo alcune prestazioni strumentali, per cui dopo il periodo di sperimentazione, valutato l'esito della sperimentazione stessa, il progetto sarà esteso a tutti i MMG e per un numero maggiore di prestazioni.

Quindi, con la già citata D.G.R. n. 10 del 5 Gennaio 2005, "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”, la Regione Basilicata ha avviato un percorso finalizzato alla riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, soprattutto quelle che presentavano tempi di attesa al di sopra di quelli previsti dalla normativa nazionale e regionale, da garantire anche attraverso il potenziamento dell’offerta.

A tal fine, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali sono tenuti alla riorganizzazione dei percorsi assistenziali al fine di garantire la ottimizzazione dell’utilizzo delle attrezzature diagnostiche, soprattutto quelle di elevata tecnologia, per almeno 12 ore al giorno e sui sette giorni della settimana nonché alla ottimizzazione dell’utilizzo degli spazi sanitari al fine di potenziare l’attività specialistica ambulatoriale.

In tal senso alcune Aziende hanno attivato nel 2004 e consolidato nel 2005 sedute di attività ambulatoriale anche nella giornata della domenica, erogando rispettivamente 613 e 1.820 prestazioni totali, così come direttamente rilevato dal Centro Unificato di Prenotazione (CUP) regionale risulta e riportati nel grafico 1.

Innanzitutto emerge come tra nel 2005 si è registrato un incremento di quasi il 200% (196%) delle prestazioni totali rispetto al 2004.

L’Allegato A mostra inoltre che, a partire dalle prime Aziende (AUSL n.5 con il 64% delle prestazioni e A.O. San Carlo con il 20% delle prestazioni) in cui sono stati adottati interventi sperimentali e pilota, nel corso del 2005 vi è stata una più ampia diffusione anche presso le altre aziende, ad eccezione dell’AUSL 3 (con solo 1 prestazione).

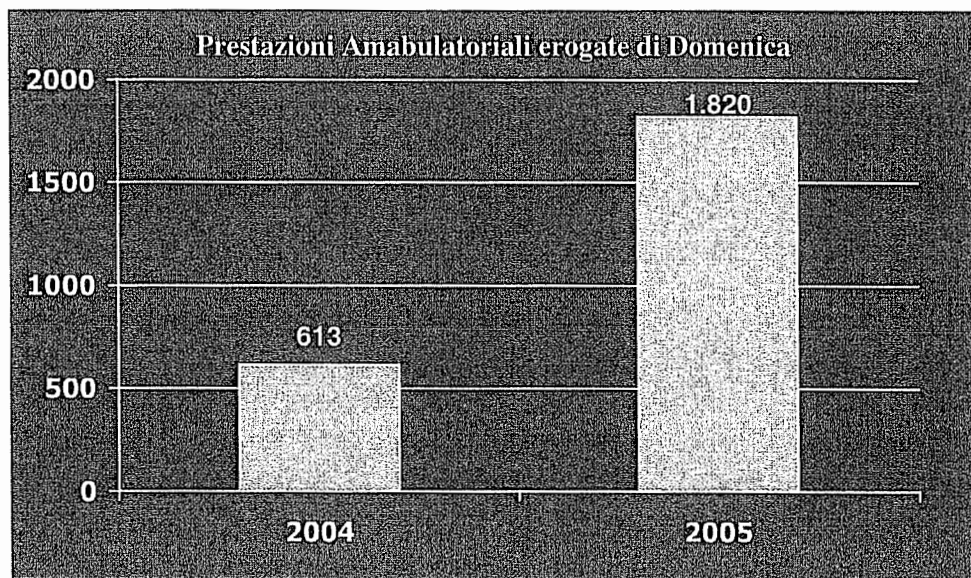


Grafico 1: Totale prestazioni ambulatoriali

Dai dati riportati analiticamente nella tabella 1 e 2, allegate alla presente relazione, risultano rilevanti il numero di prestazioni effettuate per prestazioni strumentali ambulatoriali di Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) effettuate dall’Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza (Grafico 2) e quelle relative a prestazioni di ecocardiografia, di ecografia osteo-muscolare e visite urologiche erogate dall’Azienda Sanitaria n. 5 di Montalbano Jonico (Grafico 3).

Grafico 2

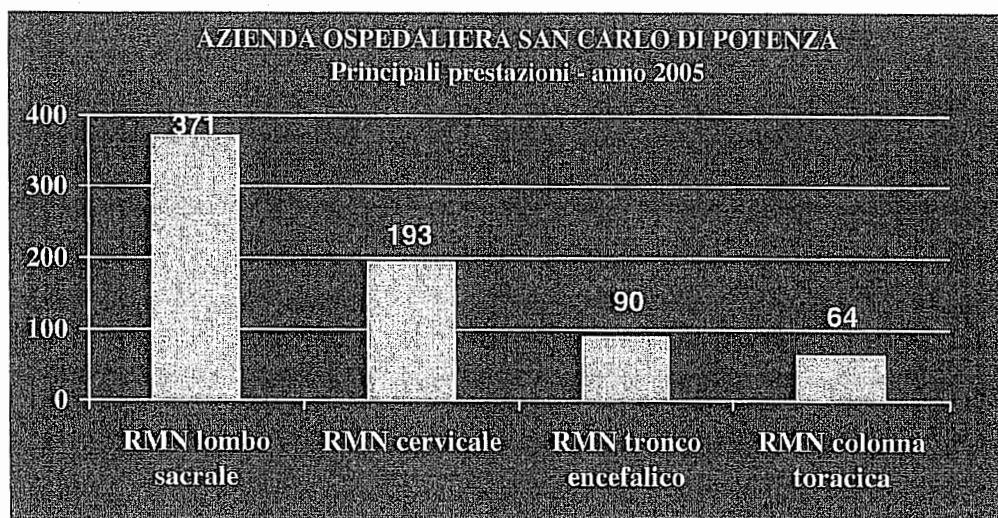
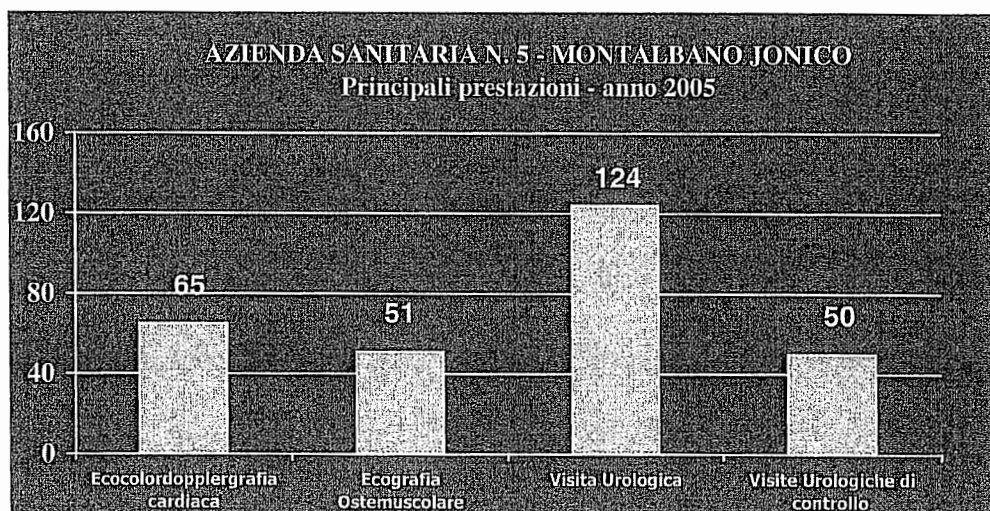
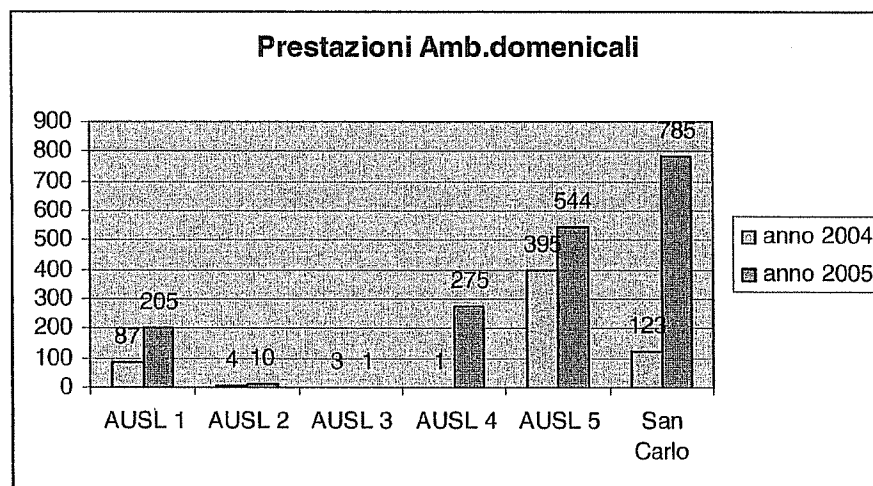


Grafico 3



L'azione di potenziamento dell'offerta di prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, anche attraverso l'attivazione di sedute di attività nel giorno della Domenica, è stata realizzata anche attraverso l'utilizzo di fondi contrattuali relativi al premio per la qualità della prestazione individuale assegnata a quei professionisti che hanno garantito un potenziamento dell'offerta per quelle prestazioni ambulatoriali che presentavano maggiori richieste.

Il raffronto temporale dell'incremento registrato nel corso del 2005 è il seguente, distinto per Azienda Sanitaria.

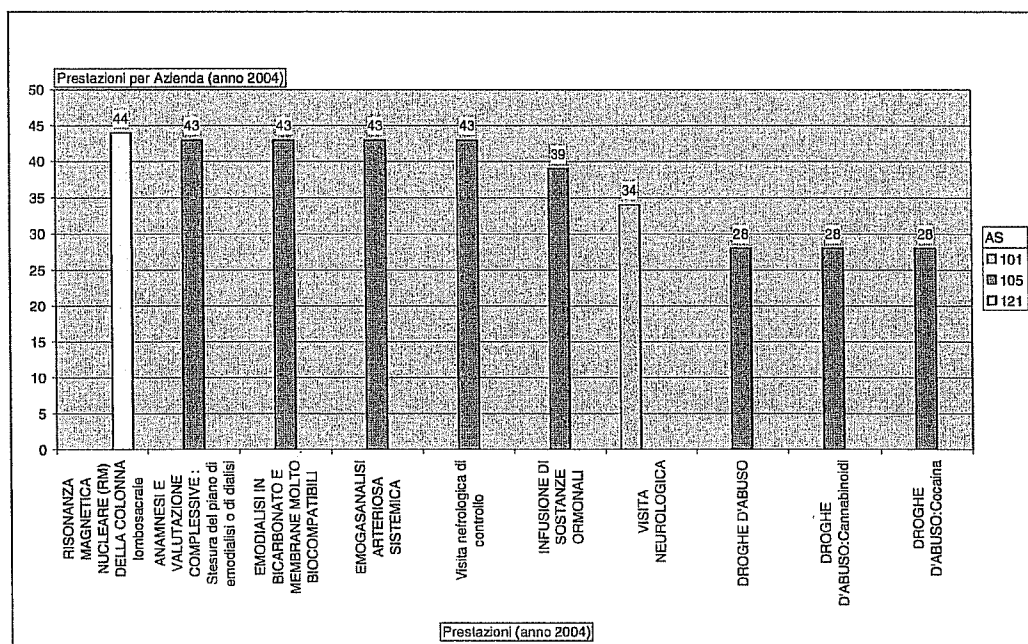


Emerge quindi un considerevole progresso delle Aziende San Carlo, AUSL 4 e AUSL 1 ed un consolidamento con significativo incremento dell'AUSL 5.

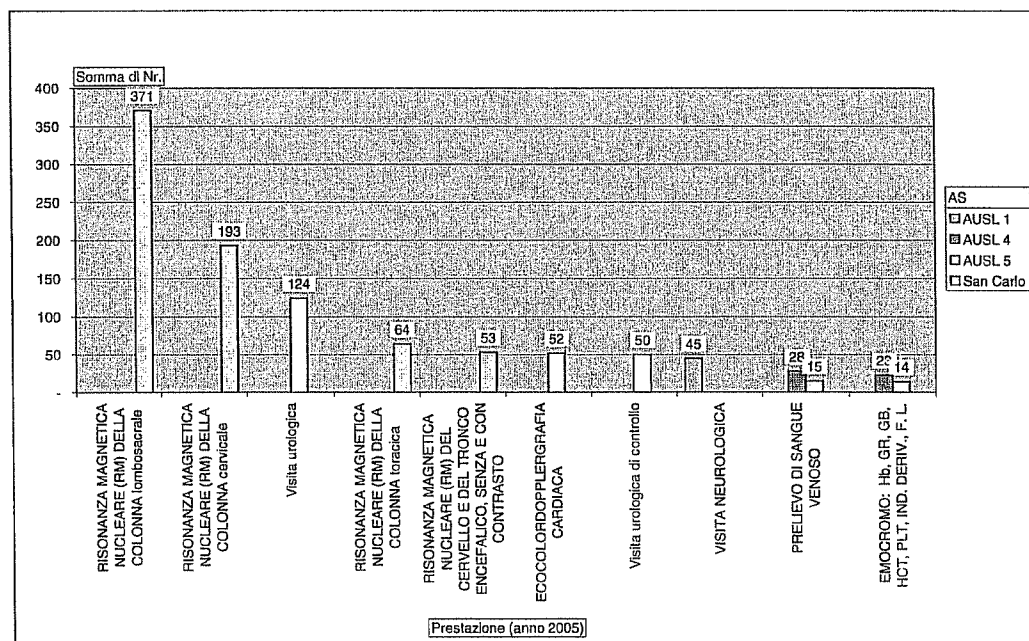
Prestazioni	AUSL 1	AUSL 2	AUSL 3	AUSL 4	AUSL 5	San Carlo	Totale
anno 2004	87	4	3	1	395	123	613
anno 2005	205	10	1	275	544	785	1.820
delta 2004-2005	136%	150%	-67%	27400%	38%	538%	197%

Circa la composizione delle prestazioni per specialità, emerge che l'incremento conseguito nel 2005 riguarda un setting diverso da quello interessato nel 2004 e soprattutto mostra la partecipazione di più aziende, manifestando la maggiore diffusione territoriale delle iniziative.

Infatti nel 2004 le prime 10 prestazioni in ordine di frequenza rappresentavano il 61% del totale ed erano erogate soprattutto dall'AUSL 5.



La situazione del 2005 invece riflette una minore concentrazione ed una maggiore diffusione e partecipazione di diverse aziende alle performance regionali. Infatti, le prime 10 prestazioni in ordine di frequenza rappresentano il 57% e riguardano 4 Aziende, tra cui spicca l'Azienda Ospedaliera San Carlo.



Sulla scorta delle positive esperienze maturate negli anni 2004 e 2005, la Regione Basilicata nel 2006 intende consolidare tali modelli organizzativi su tutto il territorio regionale, attraverso specifiche direttive ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie volte ad indirizzare la costituzione e assegnazione di quote del

trattamento economico destinato alla remunerazione della produttività, del risultato e della qualità delle prestazioni a quei servizi che erogano prestazioni che presentano una forte richiesta, soprattutto quelle ad elevato contenuto tecnologico, in condizioni di convergenza rispetto alle esigenze di riduzione delle liste d'attesa e di contrasto alla mobilità passiva.

4. I progetti pilota dell'AUSL n.5 e dell'A.O. "San Carlo"

In vista del significativo contenimento delle liste di attesa, con azione congiunta sia sul miglioramento dell'appropriatezza che sul mirato ma economicamente vantaggioso incremento di produttività, l'AUSL n.5 di Montalbano nel corso del biennio 2004 e 2005 ha condotto azioni volte alla riduzione dei tempi d'attesa per una serie di branche specialistiche a maggiore criticità sui tempi di erogazione (soprattutto radiologia, cardiologia, senologia, ortopedia) attraverso acquisto di prestazioni aggiuntive con utilizzo di quote delle somme derivanti dal mancato pagamento di emolumenti stipendiali alla dirigenza medica e veterinaria non coperta e attraverso la finalizzazione di quote del premio per la qualità della prestazioni individuale ai sensi dell'art.30 del contratto collettivo integrativo aziendale per l'area della dirigenza medica e veterinaria stipulato il 24.09.2002 e tuttora vigente (Allegato 6.C).

Inoltre, nel corso del 2005 l'Azienda Ospedaliera San Carlo ha condotto una serie organica di progetti di sperimentazione e dimostrazione volti al contenimento delle liste di attesa, inquadrati come progetto pilota e beneficiari di un budget di riferimento regionale fino a 2 Meuro integrativo delle risorse già destinate agli istituti della turnazione, reperibilità, disagio, produttività e risultato al fine di procedere alla liquidazione delle somme dovute agli operatori coinvolti per assicurare condizioni di maggiore capacità di servizio (Allegato 6.D).

Tale iniziativa, concepita di concerto con il Dipartimento, assume valenza innovativa di sperimentazione e soprattutto di potenziale dimostratività rispetto a risultati significativi sulla liste di attesa e sul recupero della mobilità in condizioni di sostenibilità costi-benefici. In termini assolutamente innovativi, il Dipartimento si è impegnato a valutare un concorso finanziario specifico alle spese di tale progetto, entro il piano definitivo di riparto per il 2005, non come mera copertura finale dei costi, ma in dipendenza dei progetti effettivamente attivati tra quelli indicati e previo completamento della detta fase di sperimentazione e della valutazione della positività degli esiti. Infatti, la valutazione positiva attesterebbe che il progetto sarebbe autofinanziante in termini di benefici economici adottati al sistema regionale a fronte del costo sostenuto, con l'auspicio di elevare non solo la capacità progettuale delle aziende ma anche la capacità di concorso alle azioni strategiche.

Come noto, la tematica della riduzione dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e quella del contrasto al fenomeno della mobilità sanitaria passiva facendo leva sulla qualità dei servizi e sulla migliore accessibilità agli stessi rivestono una elevata rilevanza strategica per il Servizio Sanitario Regionale, sia per l'attuazione degli impegni previsti dagli accordi attuativi del Patto di stabilità in materia sanitaria, in ultimo quella del 23 marzo 2005, sia per l'impostazione di condizioni di maggiore adeguatezza del setting dell'offerta, con particolare attenzione alle elevate specialità, ed anche per la preservazione degli equilibri finanziari del sistema regionale.

Il progetto pilota, conclusosi nel mese di dicembre con apposita relazione dell'Azienda Ospedaliera valutata positivamente dal Dipartimento Regionale, ha manifestato esiti di incremento della capacità di servizio, attraverso la prolungata disponibilità ed accessibilità delle prestazioni, concernenti ricoveri relativi a taluni DRG caratterizzati da elevata mobilità extra-regionale ed alla riduzione dei tempi di attesa per alcune prestazioni strumentali ambulatoriali per le quali si registravano lunghi tempi di attesa.

In particolare, il progetto pilota di sperimentazione ha conseguito i seguenti esiti:

- Riduzione dei tempi di attesa
 - Neuroradiologia: sono state assicurate sedute aggiuntive di RMN che hanno consentito di contenere le liste di attesa entro i valori soglia in connessione con le procedure CUP; in particolare, rispetto a 14 osservazioni nel periodo giugno 2004-agosto 2005 di cui 6 con la sperimentazione in corso, è emerso che il progetto ha consentito una riduzione dei tempi di attesa