SENATO DELLA REPUBBLICA
XV LEGISLATURA

Doc. **CCI**
n. **3**

RELAZIONE

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 2005)

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

Predisposta dalla Regione Marche
Presentata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri

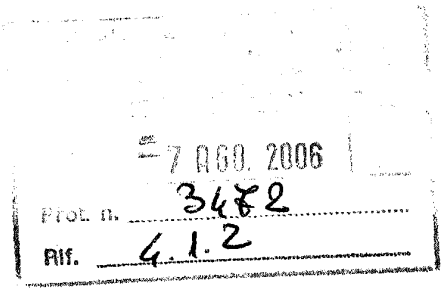
Comunicata alla Presidenza il 20 settembre 2006

REGIONE MARCHE
GIUNTA REGIONALE
SERVIZIO SALUTE

Prot. n. 178992/SO4/G2 Ancona, lì 01 AGO. 2006

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



Ministero della Salute
Direzione della programmazione sanitaria
Dr. Filippo Palumbo
Via Lungo Tevere Ripa, 1
00153 ROMA

Ministero dell'Economia
Coordinatore Tavolo Tecnico
Art. 9 Intesa Stato –Regioni 23/03/2005
Dr. Francesco Massicci
Via XX Settembre, n 97
00187 ROMA

Oggetto: Relazione anno 2005 sull'attuazione degli adempimenti di cui al comma 4, lettera c) dell'articolo 52 della Legge 289/2002.

Si trasmette, in allegato, la relazione annuale in oggetto, anche ai fini del successivo invio al Parlamento, ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.

Cordiali saluti.

Giuseppe Zuccatelli

RELAZIONE ANNO 2005 IN MATERIA DI TEMPI DI ATTESA AI SENSI DELL'ART. 52, 4°COMMA, LETTERA C) DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2002 N. 289.

Ricognizione storica delle iniziative della Regione Marche

La Regione Marche, in applicazione del D.lgs. 124/98 che affidava alle Regioni il compito fondamentale di individuare le modalità volte a garantire il rispetto della tempestività nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, con delibera n. 1855/98, avente per oggetto: "Atto di coordinamento nei confronti delle Aziende USL e ospedaliere per la determinazione dei tempi massimi di accesso alle prestazioni ambulatoriali e di Day-Hospital", dava indicazioni alle Aziende regionali sui seguenti temi:

1. razionalizzazione della domanda di prestazioni con il coinvolgimento/partecipazione della medicina generale alle azioni di governo della domanda;

2. massimo utilizzo delle attrezzature e, ove possibile, attivazione di due turni;

3. articolazione degli orari di presenza degli specialisti dipendenti e convenzionati in turni atti a garantire la possibilità di effettuare in successione immediata le prestazioni senza prevedere ulteriori accessi;

4. attivazione di forme di remunerazione legate al risultato (nel rispetto del CCNL) per le prestazioni urgenti non differibili;

5. adozione di progetti incentivanti unitamente ad adeguati strumenti di controllo per garantire la massima produttività da parte delle strutture erogatrici;

6. attivazione dei CUP per aree vaste e indicazioni per rendere la funzione di prenotazione capillare e diffusa;

7. monitoraggio dei tempi di attesa affidato all'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS).

Sulla base di queste indicazioni le Aziende USL con propri atti hanno disciplinato la materia.

Successivamente, ai sensi di quanto disposto dal DPCM 29.11.2001-Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)-, con gli atti indirizzo sottoelencati sono state regolamentate le modalità di accesso alle prestazioni di terapia fisica, medicina sportiva, assistenza odontoiatrica, chirurgia oculistica rifrattiva, densitometria ossea:

- DGR n. 1323 del 16-07-2002 avente per oggetto:" DPCM 29-11-2001 –indirizzi per l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza del SSN";

- DGR n. 1407 del 23-07-2002 avente per oggetto:" DPCM 29-11-2001 – indirizzi per l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza del SSN- certificazioni di idoneità sportive";

- DGR n. 165 dell' 11-02-2003 avente per oggetto" DPCM 29-11-2001 –indirizzi per l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza del SSN- assistenza odontoiatrica;

- DGR 787 del 3-06-2003 avente per oggetto:" DPCM 29-11-2001 –indirizzi per l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza del SSN- determinazione delle tariffe per gli interventi di chirurgia oculistica rifrattiva".

L'applicazione dei contenuti dei precedenti atti mira ad incidere sui ricoveri ospedalieri e sulla richiesta di prestazioni specialistiche e diagnostiche, queste ultime strettamente connesse alle liste d'attesa.

Con il Piano Sanitario della Regionale (Delibera Amministrativa n. 97/2003) in materia di assistenza specialistica si evidenziava la necessità di una riorganizzazione e qualificazione delle attività ambulatoriali e venivano date indicazioni per:

- lo sviluppo dei day-service;
- la riorganizzazione delle attività del laboratorio identificando singole linee produttive per ogni singolo punto di offerta;
- la riorganizzazione delle attività di medicina trasfusionale al fine di concentrare le attività di produzione e mantenere a livello periferico le funzioni di raccolta e distribuzione;
- la razionalizzazione delle risorse della rete della radiologia con lo sviluppo dell'attività di teleconsulto;
- la implementazione delle reti cliniche per l'alta specialità (oncologia/radioterapia, medicina nucleare, radiologia interventistica, genetica medica);
- la messa a regime di un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa;
- la messa a regime del sistema informativo delle prestazioni ambulatoriali;
- la regolamentazione del rapporto con i privati accreditati;
- la sperimentazione di progetti specifici per la riduzione delle liste di attesa.

Sulla scorta delle indicazioni del Piano Sanitario Regionale, la Regione Marche ha avviato il processo di riqualificazione e sviluppo dell'assistenza specialistica e di ricovero finalizzata al contenimento delle liste di attesa.

Gli atti più rilevanti in ordine alla tematica specifica hanno per oggetto la contrattazione del budget con le Aziende Regionali (Definizione del budget delle aziende, zone, presidi di alta specializzazione e dell'INRCA -DGR n. 738 /2004, DGR 814/2005).

Con la delibera n. 1709/2003 avente per oggetto:"Regolamentazione dell'attività di day-hospital diagnostico e terapeutico medico" venivano impartiti indirizzi a proposito della revisione dell'assetto del sistema ospedaliero al fine di implementare nuovi modelli organizzativi per incrementare l'efficienza e con lo scopo di liberare risorse indispensabili a garantire la possibilità di erogare altre prestazioni.

Con questa delibera sono state altresì fornite indicazioni al fine di ridurre il ricorso inappropriato al regime di ricovero ordinario e di day hospital (DH) per l'esecuzione di accertamenti diagnostici non invasivi gestibili attraverso percorsi ambulatoriali adeguatamente pianificati ed integrati. In questo modo si definisce una riorganizzazione della funzione ambulatoriale in modo da consentire il progressivo trasferimento a questo livello di assistenza di alcuni percorsi assistenziali senza produrre disagio nell'utenza. Sulla scorta delle indicazioni le Aziende regionali hanno identificato le situazioni cliniche che possono essere prioritariamente prese in considerazione per questo trasferimento; sono stati definiti i protocolli operativi che selezionano le procedure da eseguire e prevedono un possibile percorso ambulatoriale integrato.

Revisione del nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale (DM 22-luglio-1996)

E' stata effettuata la revisione del nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale per alcune branche specialistiche, al fine di:

- rendere coerenti le tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale con i costi di produzione;
- introdurre nuove prestazioni effettuate nella pratica clinica ed evidenziare prestazioni obsolete;
- allocare alcune prestazioni che venivano effettuate in regime di ricovero ad un regime erogativo ambulatoriale, nel rispetto del principio dell'appropriatezza erogativa;
- introdurre delle limitazioni all'effettuazione di prestazioni ad alto costo sulla base di principi di appropriatezza clinica.

Con le delibere sotto elencate sono state apportate modifiche/integrazioni:

- DGR n. 1552/2004 avente per oggetto: "Revisione aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale -branca laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche, microbiologia, virologia, anatomia ed istologia patologica, genetica, immunoematologia e servizio trasfusionale";
- DGR n. 1410/2004 avente per oggetto: "Revisione aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della branca diagnostica per immagini:radiologia diagnostica";
- DGR n. 1674/2004 avente per oggetto: "Revisione aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale - prestazioni di litotripsia extracorporea"

- DGR n. 1673/2004 avente per oggetto: "Revisione aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della branca di odontostomatologia -chirurgia maxillo-facciale;
- DGR n. 1675/2004 avente per oggetto: "Revisione aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della branca di radioterapia";
- DGR n. 486/2005 avente per oggetto: "Revisione aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della branca diagnostica per immagini:medicina nucleare";

Messa a regime del sistema di monitoraggio delle liste di attesa

Con nota del Dipartimento Servizi alla Persona ed alla Comunità (DSPC) n°5019/DIP/2004 avente per oggetto"Disciplinare tecnico della specialistica ambulatoriale"; venivano ridefiniti i parametri del sistema informativo della specialistica ambulatoriale al fine di consentire la misurazione reale dei volumi di attività e dell'offerta: con tale disposizione si è resa obbligatoria la generazione del flusso informativo che va a creare il database delle prestazioni ambulatoriali, da cui è possibile monitorare anche i tempi di attesa, creando il cosiddetto monitoraggio regionale ex post.

Con un'ulteriore nota n. 5646/2004 sono stati determinati i parametri omogenei per il monitoraggio sistematico dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali. La rilevazione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali si avvale della metodologia ex ante che consiste nella rilevazione (prospettica), in un determinato giorno indice, della differenza tra data di esecuzione prospettata e data della richiesta e rappresenta, in sostanza, il tempo d'attesa così come viene proposto all'utente.

Sono incluse nel monitoraggio le prestazioni che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostica/terapeutica e sono escluse dal calcolo dei tempi di attesa tutte le prestazioni che hanno carattere di urgenza clinica, le visite o esami di controllo programmato, le prestazioni inserite in programmi di screening, le prestazioni in libera-professione intramuraria. La rilevazione è trimestrale e viene svolte non "a tutto campo" ma per settori selezionati in quanto critici (16 prestazioni). La rilevazione regionale prospettica è ormai a regime dal 2004.

E' compito delle Aziende regionali l'invio dei parametri definiti nel disciplinare tecnico e l'analisi periodica dei dati derivanti dal flusso informativo e dalle rilevazioni sui tempi d'attesa al fine di valutare il quadro della domanda/offerta nell'ambito degli organismi di coordinamento istituzionali oltre che nei confronti dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. E' compito del Servizio Salute l'elaborazione e la restituzione dei dati a livello di macro-sistema per favorire la visibilità delle best practices.

Azioni programmate e svolte nel 2005

Anche nel 2005 il budget di spesa assegnato alle Regioni ha dovuto tenere conto dei vincoli economici posti dal finanziamento proveniente dal livello centrale nonostante il finanziamento ulteriore derivante dall'imposizione fiscale regionale.

Questi vincoli hanno rischiato di non essere compatibili con gli obiettivi di qualificazione e sviluppo che il Servizio Sanitario Regionale (SSR) intendeva perseguire. Per il potenziamento/attivazione di alcuni servizi critici, sia ospedalieri che territoriali (emodinamiche, radioterapia, diagnostica per immagini, cure palliative, residenzialità, etc.) che non potevano essere garantiti da un incremento del finanziamento centrale sono stati previsti sistemi di razionalizzazione per cui nell'ambito del processo di budget sono state contrattate, con le direzioni, azioni finalizzate ad:

- una maggiore capacità di razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse;
- un aumento della efficienza produttiva in settori chiave;
- una maggiore capacità di gestione delle entrate.

Tali azioni hanno rappresentato una assoluta priorità nell'ambito del budget 2005 ed il sistema, dal livello centrale a quello Aziendale e Zonale, deve accelerare nelle tre direzioni indicate anche nel 2006/2007.

Per quanto riguarda le misure di razionalizzazione, queste hanno riguardato l'introduzione di modifiche:

- nei modelli distributivi delle attività (concentrando l'erogazione delle stesse, dai ricoveri alle prestazioni di laboratorio, in un minor numero di sedi che consentano economie di scala oltre che un aumento della efficacia e della sicurezza degli interventi);

- nei modelli organizzativi (ad esempio concentrando le aree di degenza e sviluppando aree di ricovero a ciclo breve con chiusura nel fine settimana);

- nel migliorare l'appropriatezza d'utilizzo dei vari livelli di erogazione delle attività;

- nei comportamenti professionali ad elevato impatto economico (scelta dei farmaci e dei materiali, razionalizzazione nella richiesta di esami diagnostici, autorizzazione dei trasporti sanitari, etc.);

- nei processi di acquisizione di beni e servizi;

- nei controlli e nei contratti sulla produzione acquistata da fornitori esterni al SSR, pubblici e privati.

Per quanto riguarda l'aumento della efficienza produttiva nei settori critici, la assoluta priorità è rappresentata dalla *produzione chirurgica* che nel corso del 2003/04 era diminuita con un inevitabile riflesso sia in termini di mobilità attiva (in diminuzione) che di mobilità passiva (in aumento).

Un'altra priorità è data dall'incremento dell'efficienza in *area radiologica* che, insieme con la riduzione delle richieste inappropriate, può ridurre il fenomeno delle liste di attesa che affligge questo settore.

Il Servizio Salute ha promosso nel tempo una serie di iniziative/progetti sia sul versante della razionalizzazione della spesa che sul versante dell'aumento della efficienza, pertanto, all'interno della contrattazione del budget, sono stati prescelti i progetti che presentano una alta potenzialità economica d'impatto finalizzata alla possibilità di ottenere risultati significativi in tempi ragionevolmente brevi:

a) accorpamento delle aree di degenza nelle strutture ospedaliere;
b) riduzione della spesa farmaceutica esterna;
c) riorganizzazione dei laboratori analisi;
d) miglioramento della appropriatezza delle richieste interne ed esterne di esami di laboratorio;
e) organizzazione e gestione dei trasporti programmati;
f) razionalizzazione dei servizi di continuità assistenziale;
g) aumento della efficienza nella funzione chirurgica;
h) materiali per dialisi;
i) controllo e contratti sulla produzione delle Regioni di confine;
l) l'uso degli antibiotici in chirurgia;
m) l'uso degli emoderivati.

All'interno dei processi di razionalizzazione e sulla scorta delle indicazioni e dei vincoli del Piano Sanitario Regionale nel 2005 è stata formulata dalle Aziende Ospedaliere, dalla Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e dall'INRCA la proposta di riordino dell'assetto dei posti letto ospedalieri relativamente alla attività per acuti ed alla lungodegenza post-acuzie.

Tale proposta, coerente con le indicazioni ed i vincoli del piano in termini di posti letto complessivi, è stata adottata con deliberazione n. 163/2005 del Consiglio Regionale.

In tema di incremento dell'offerta, compatibilmente con le risorse assegnate, le azioni sono state finalizzate:

- al potenziamento dell'attività nei settori critici (radioterapia, emodinamica, ecc.) ;
- all'adeguamento tecnologico dei sistemi di diagnostica per immagini e dei blocchi operatori;
- alla politica delle assunzioni, orientata all'aumento e qualificazione dell'offerta in quei settori con maggiori problematiche sui tempi di attesa;
- alla politica dell'appropriatezza perseguita con specifici obiettivi di razionalizzazione.

La Giunta, inoltre, con le delibere n. 1145/2003, n. 797/2004 e n. 867/2005, ha provveduto a regolamentare ed integrare nel sistema dell'offerta le strutture private accreditate e sono stati definiti, sulla base dei bisogni assistenziali della popolazione di riferimento, i piani delle prestazioni, punto nodale per la rimodulazione dell'offerta al fine del contenimento dei tempi d'attesa.

Classi di priorità in attuazione all'accordo Stato - Regioni dell'11-07-2002.

A supporto dell'intero processo di riorganizzazione dell'attività specialistica sono stati attivati gruppi di lavoro ad hoc finalizzati alla definizione/condivisione di criteri di appropriatezza prescrittiva nonché alla definizione delle classi di priorità per l'accesso alle prestazioni e trattandosi di una problematica complessa, che deve basarsi su un'ampia condivisione, sono stati coinvolti tutti gli attori del sistema (Medici di Medicina Generale, Specialisti Ospedalieri e Territoriali, OOSS, organizzazioni rappresentative dei cittadini ecc), al fine di condividere criteri comuni ed applicabili in ambito regionale.

La politica del governo della domanda perseguito attraverso la politica dell'appropriatezza è uno dei temi centrali all'interno della contrattazione regionale con la Medicina Generale e gli Accordi Integrativi Regionali di recepimento degli Accordi Collettivi Nazionali sono centrati sull'appropriatezza prescrittiva (DGR n. 3162/2001,DGR n. 1536/2003).

Il recepimento del nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con la medicina generale, ai sensi del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni, reso esecutivo dall'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, rappresenta una possibilità di sviluppo dell'area professionale e nello stesso tempo una garanzia per l'opportunità di rafforzare il sistema attraverso una maggiore integrazione tra tutti livelli di cura per garantire sia la continuità che l'appropriatezza dei vari livelli prescrittivi/erogativi, nonché l'integrazione (interdisciplinare, interprofessionale), raggiungibile tramite l'istituto dell'Equipe Territoriale: un'opportunità in termini di risposta ai bisogni complessivi anche a partire dalle liste di attesa.

L'applicazione dell'accordo Stato-Regioni, sopra citato, 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 molti progetti che hanno coinvolto i medici ospedalieri e del territorio, i quali hanno condiviso criteri di appropriatezza e classi di priorità prevalentemente per aree di attività critiche come la cardiologia, l'oncologica e la diagnostica per immagini.

La Regione Marche ha poi partecipato ad un progetto nazionale" Analisi dei sistemi e metodi per la valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche utilizzate nell'ambito del SSN" curato dall'Agenzia Servizi Sanitari Regionali (ASSR). Il progetto si è concluso a dicembre 2005 e presso la Zona Territoriale di Fano è stata effettuata la sperimentazione del "Progetto di ricerca sull' appropriatezza diagnostica dell'eco(color)doppler". Su questa esperienza si strutturerà, a partire dal 2006, un percorso regionale: verrà diffuso il software di gestione che renderà possibile l'invio telematico delle informazioni al database aziendale nonché l'invio dei dati relativi al paziente immessi dal prescrittore.

Infine si è concluso il lavoro preliminare che ha portato alla definizione dei criteri di appropriatezza prescrittivi ed alla definizione delle classi di priorità per la diagnostica radiologica del capo e della colonna.

Su questi contenuti si strutturerà, a partire dal 2006, il progetto formativo della medicina generale e l'adeguamento dei sistemi di prenotazione.

In sintesi vengono riportati i risultati del monitoraggio regionale 2004 e 2005. Appare evidente come i risultati, nel corso del 2005, siano stati migliori rispetto all'anno precedente verosimilmente per una maggiore attenzione al processo di "governance complessivo" dei tempi di attesa.

Prestazioni Ambulatoriale di cui all'Accordo stato regioni dell'11-7-2002.	Tempo massimo di attesa per l'80% dei pazienti	Performance Regione Marche anno 2004	Performance Regione Marche anno 2005
RMN della colonna	60 giorni	**29%**	**43%**
TAC cerebrale	60 giorni	**79%**	**86%**
Ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici	60 giorni	**46%**	**57%**
Visita cardiologica	30 giorni	**51%**	**53%**
Visita oculistica	30 giorni	**36%**	**43%**
Esofagogastroduodenoscopia	60 giorni	**92%**	**87%**
Ecografia addome	60 giorni	**54%**	**65%**