

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVI LEGISLATURA —————

Doc. CCI
n. 5

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 2008)

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

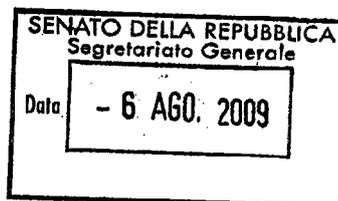
Presentata dalla Regione Veneto

—————
Comunicata alla Presidenza il 4 agosto 2009
—————



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO



Servizio III° Sanità e politiche sociali

Presidenza del Consiglio dei Ministri
CSR 0003564 P-2.17.4.10
del 04/08/2009



ROMA,

Alla Presidenza del
Senato della Repubblica
Palazzo Madama
ROMA

Oggetto: Trasmissione della relazione relativa all'anno 2008 della Regione Veneto, riguardante il contenimento delle liste di attesa in materia di servizi sanitari, in attuazione di quanto dispone l'articolo 52, comma 4, lett. c) della legge 27 dicembre 2002, n. 289.

La legge 27 dicembre 2002, n. 289, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)", all'articolo 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.

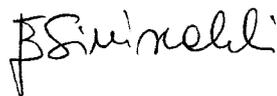
La stessa disposizione prevede altresì che le Regioni redigano al riguardo, annualmente, una relazione da inviare al Parlamento.

Nell'accordo Stato - Regioni, previsto dall'articolo 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, al punto 3, lett. h), 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, al quale sono sottoposte le sole Regioni a Statuto ordinario e le Regioni Sicilia e Sardegna, atteso che le Regioni Friuli Venezia Giulia, Valle D'Aosta e le due Province autonome, provvedono al finanziamento del Servizio Sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 34, della legge n. 724 del 1994 e dell'art. 1, comma 144 della legge n. 662 del 1996, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

Tanto premesso, si trasmette copia della relazione pervenuta in data 20 luglio 2009 dalla Regione Veneto, assicurando sin da ora il tempestivo inoltro delle relazioni delle altre Regioni, non appena saranno nella disponibilità dello scrivente Ufficio.

Il Direttore
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



**REGIONE DEL VENETO**

giunta regionale

Relazione per il Parlamento concernente le iniziative della Regione Veneto per il contenimento delle Liste d'attesa.

Tra gli adempimenti, previsti dall'art.52 punto 4) della Legge 289/2002 (legge finanziaria 2003), cui sono tenute le Regioni, per accedere all'adeguamento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2004, 2005 e 2006, sono ricompresi, alla lettera c), i seguenti punti:

- l'attuazione nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste d'attesa, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello stato, di 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;
- l'ampliamento dell'offerta di servizi (finalizzata al punto a), con diminuzione delle giornate complessive di degenza, utilizzando, 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

Come anticipato nella precedente relazione la Regione Veneto, in attuazione del Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa per il triennio 2006-2008, a completamento della strategia regionale individuata con le deliberazioni della Giunta Regionale n. 3535 del 12/11/2004 e n. 2066 del 27/06/2006 e per il pieno raggiungimento degli obiettivi di cui al Piano stesso, ha adottato con la D.G.R. n. 600 del 13/03/2007 il proprio Piano di Contenimento dei Tempi di Attesa.

Con tale Piano, la Regione Veneto, al fine di garantire il governo clinico, organizzativo e prescrittivo, ha introdotto l'utilizzo delle "classi di priorità" quale strategia fondamentale per la gestione della domanda e ha disposto un graduale mutamento del sistema di programmazione dell'offerta coinvolgendo tutti gli attori del sistema: Aziende U.L.S.S. e Ospedaliere, soggetti erogatori, sia pubblici che privati provvisoriamente accreditati, medici prescriventi e cittadini utenti, i quali sono stati chiamati ad interagire sinergicamente attraverso l'assunzione di impegni comuni, da concretizzare anche mediante l'attivazione, da parte di ciascuna Azienda sanitaria, di processi di organizzazione del lavoro specificamente dedicati.

Trasparenza, qualità delle prestazioni e tempi certi nell'erogazione delle prestazioni sono, pertanto, i punti strategici dell'impostazione del Piano Regionale di Contenimento delle Liste d'Attesa che ha posto il cittadino al centro del sistema sanitario.

In ottemperanza a quanto previsto dalla DGR n° 600/07, tutte le Aziende Sanitarie Venete hanno provveduto ad adottare il proprio Piano attuativo recependo quanto disposto dal Piano Regionale e a porre in essere tutte le procedure necessarie per la realizzazione dei principali obiettivi.

Inoltre, la sempre maggiore collaborazione delle Aziende a livello Provinciale ha consentito lo sviluppo dei CUP Provinciali attraverso l'integrazione dei singoli CUP Aziendali.

Premesso che la realizzazione di tutti gli obiettivi del Piano non è pienamente raggiungibile nel solo biennio di valenza, le azioni integrate poste in essere da parte della Regione e delle Aziende sanitarie venete per la realizzazione dello stesso, articolate come di seguito riportato, hanno già prodotto significativi risultati.

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

La Regione ha attuato una propria campagna diretta d'informazione in merito alla iniziative adottate mediante la realizzazione di spot televisivi e di annunci sui quotidiani.

Le Aziende hanno utilizzato tutti gli strumenti di comunicazione disponibili per diffondere, sia presso i luoghi di abituale accesso dei pazienti (es. farmacie, sedi dei distretti, ambulatori dei medici convenzionati ecc.), sia tramite le carte dei servizi e i siti web, ogni informazione utile in ordine a quanto previsto dal Piano Regionale di contenimento delle Liste di attesa, tra cui:

- gli ambulatori pubblici e privati provvisoriamente accreditati nei quali sono garantiti i tempi massimi di attesa, in rapporto alle condizioni di salute del singolo paziente e quindi in base al codice di priorità allo stesso assegnata all'atto della prescrizione;
- gli adempimenti a carico dell'utente: dare, entro congruo tempo, la disdetta della prenotazione, pena il pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria, anche se esente; ritirare il referto entro 30 giorni dall'effettuazione della prestazione specialistica o comunque entro 30 giorni dalla data prevista dall'Azienda per la consegna dello stesso, pena il pagamento per intero della prestazione usufruita, anche se esente.

DOMANDA

Per quanto concerne gli adempimenti relativi al governo della domanda la Regione Veneto ha:

- per l'attività di ricovero, condiviso il sistema di classificazione unico nazionale, adottando per i pazienti in lista di attesa per un intervento chirurgico di elezione (ricoveri programmabili) le Classi di Priorità individuate dall' Accordo Stato-Regioni approvato l'11 luglio 2002;
- per le prestazioni ambulatoriali, disposto che tutte quelle elencate nel Nomenclatore Tariffario Regionale (Livelli Essenziali di Assistenza regionali) devono essere prescritte sempre con l'attribuzione della classe di priorità (A, B o C) di cui all' Accordo Stato-Regioni approvato l'11 luglio 2002 e che l'erogazione delle stesse deve essere garantita nei tempi massimi di attesa corrispondenti alla classe indicata.

Conseguentemente tutte le Aziende Sanitarie Venete hanno provveduto:

- alla costituzione dei gruppi di lavoro integrati ospedale – territorio che hanno, al fine di promuovere un accesso omogeneo alle singole prestazioni, prodotto dei protocolli per l'appropriatezza erogativa di alcune prestazioni;
- alla sistematica rivalutazione dei percorsi diagnostico/terapeutici e delle specifiche cliniche per l'attribuzione da parte dei medici prescriventi della classe di priorità;
- alla stipula di accordi con i Medici di Medicina Generale finalizzati a ridurre le richieste di ricovero ospedaliero e di prestazioni specialistiche ambulatoriali inappropriate;
- al coinvolgimento, nell'ambito del processo di negoziazione del budget, delle diverse Unità Operative nelle azioni volte a realizzare l'obiettivo dell'appropriatezza delle prescrizioni e la riduzione della domanda impropria di prestazioni specialistiche ambulatoriali;

I protocolli prodotti dai sopra menzionati gruppi integrati ospedale-territorio delle singole Aziende ULSS, nei quali sono stati coinvolti tutti i soggetti prescriventi (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ospedalieri ed ambulatoriali), hanno consentito alla Regione Veneto, mediante l'istituzione di una Commissione per la standardizzazione delle specifiche cliniche e dei percorsi diagnostico-terapeutici di definire, con DGR n. 2611 del 7.8.2007, le specifiche cliniche per l'attribuzione delle classi di priorità di alcune delle prestazioni ambulatoriali a maggiore criticità di attesa di seguito elencate:

visita cardiologia, ECG dinamico secondo Holter, ecocardiografia, visita neurologica, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, elettromiografia, visita oculistica.

Esse rappresentano dei Protocolli Operativi essenziali nelle Aziende che non hanno formulato al loro interno percorsi analoghi; possono peraltro essere utilizzate come linee di indirizzo anche dalle Aziende che hanno già prodotto le proprie specifiche cliniche, e consentono di uniformare il più possibile i comportamenti prescrittivi nell'ambito della Regione Veneto.

Inoltre su invito della Regione (nota regionale del 10/8/2007 prot.n.453219/50.08.00) tutte le Aziende sanitarie hanno istituito il “tavolo di monitoraggio per l’attuazione della DGR n. 600/07” composto da rappresentanti della Medicina Generale, della Medicina Specialistica (Ospedalieri e SAI), delle Associazioni dei consumatori e degli utenti e della Direzione Sanitaria Aziendale con il compito specifico di:

- monitorare sistematicamente l’applicazione del proprio Piano aziendale e quindi l’effettiva attuazione dei percorsi individuati, nonché avere informazioni tempestive ed efficaci al fine di governare l’appropriatezza prescrittiva e concordare eventuali correttivi e soluzioni organizzativo/gestionali;
- definire, a livello aziendale, le modalità di informazione/formazione da porre in essere nei confronti di tutti i soggetti prescrittivi, pariteticamente coinvolti nei processi di riorganizzazione della domanda, al fine di garantire, in ambito aziendale, una effettiva omogeneità prescrittiva nell’applicazione dei criteri di prioritarizzazione.

La Giunta Regionale, al fine del rispetto delle succitate regole, con la deliberazione n. 2609 del 07/08/2007, ha, tra l’altro, modificato il sistema dei controlli dell’attività sanitaria riguardante tutte le Aziende ULSS e Ospedaliere e le strutture private provvisoriamente accreditate della Regione Veneto. Con tale provvedimento è stato inserito, quale obiettivo dei controlli esterni, anche quello dell’accertamento sistematico della classe di priorità e del sospetto diagnostico all’atto della prescrizione, la verifica a campione del rispetto dei protocolli in tema di prioritarizzazione e dell’attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all’Allegato A alla DGR n. 600 del 13 marzo 2007.

Oltre a quanto su esposto sono previsti controlli su campioni di prescrizioni, relativamente alla congruità tra quanto prescritto e quanto erogato, sulla base dell’analisi della documentazione clinica a disposizione.

OFFERTA

Nelle problematiche del contesto di cui trattasi, il Centro Unico di Prenotazione (CUP) viene riconosciuto come un servizio di fondamentale importanza nell’Azienda non solo per la sua visibilità e la funzione di front office che svolge nei confronti dell’utenza, ma anche per il ruolo che ora gli viene attribuito nel governo del sistema dei tempi di attesa e nella partecipazione attiva ai controlli di appropriatezza delle prescrizioni e delle modalità di erogazione delle prestazioni.

Pertanto, la Regione Veneto ha disposto con DGR n 3911. del 4.12.2007 l’introduzione di nuove figure professionali specificatamente formate, provvisoriamente denominate “CUP Manager”, in grado di gestire la crescente complessità e multisetorialità del Centro Unico di Prenotazione.

Conseguentemente, su incarico regionale (DGR n.1961 del 15 luglio 2008), il CUOA Sanità ha svolto a partire dal 2008 un progetto che, partendo da una fase di indagine per definire il ruolo atteso della nuova figura, è culminato in uno specifico percorso formativo (DGR n° 3911 del 4 dicembre 2007) che, fra novembre 2008 e gennaio 2009, ha visto coinvolti 52 operatori provenienti da tutte le Aziende Ulss e Ospedaliere del Veneto.

Inoltre, essendo funzionale al sistema che tutti gli erogatori concorrano all’ottimizzazione dell’offerta complessiva dell’Azienda U.L.S.S. nella quale insistono e delle Aziende U.L.S.S. limitrofe, orientando la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e agli effettivi bisogni dell’utente, la Regione, con le deliberazioni n. D.G.R- 2604 del 16.9.2008 e n. 3097 del 21.10.2008, ha incaricato il Segretario alla Sanità e Sociale di istituire un tavolo tecnico al fine di individuare le modalità gestionali ed operative per l’inserimento degli erogatori equiparati e privati provvisoriamente accreditati nel Centro Unico di Prenotazione – CUP – dell’Azienda U.L.S.S. di ubicazione territoriale.

Detto tavolo, composto da referenti della Segreteria Regionale Sanità e Sociale e da rappresentanti delle Associazioni di categoria, è stato istituito con Decreto n. 55 del 27/11/2008 del Segretario alla Sanità e Sociale.

Il perfezionamento delle modalità di integrazione delle funzionalità e delle applicazioni tra le Aziende pubbliche e gli erogatori privati provvisoriamente accreditati consentirà anche il completamento del sistema dei CUP Provinciali, da attuarsi mediante la definizione concordata dei nomenclatori e la standardizzazione delle modalità di gestione delle agende.

Nella nuova strategia veneta, ciascuna Azienda è tenuta a garantire, per le prestazioni specificamente individuate nel Piano, il rispetto dei tempi massimi di attesa nei punti di erogazione specificamente dalla stessa individuati, esclusivamente nei confronti dei propri assistiti nonché degli assistiti di altre Aziende comunque afferenti allo stesso bacino di utenza per le altre specialità.

E' cambiata, quindi, radicalmente, l'ottica della rilevazione mensilmente effettuata sui tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali c.d. "traccianti".

Fino a tutto il mese di settembre 2007 si rilevavano i tempi medi di attesa riscontrati dall'assistito al momento della prenotazione presso il Centro Unico di prenotazione aziendale.

A partire dalla rilevazione di ottobre 2007, si monitora, invece, il rispetto dello standard (classe di priorità) del tempo di attesa previsto per tutte le prestazioni dell'Allegato A della D.G.R. n. 600 del 13/3/2007, che ogni azienda deve garantire, ai propri assistiti e/o di bacino e/o di accordi, presso i punti di erogazione e/o gli erogatori specificamente individuati.

Premesso che il sistema di rilevazione regionale posto in essere è ancora in una fase evolutiva e necessita di tempi piuttosto lunghi per fornire un quadro stabile della realtà per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e che le Aziende hanno dovuto rivedere l'organizzazione e l'operatività dei loro sistemi informativi, l'affidabilità del dato rilevato è, quindi, un obiettivo ancora in corso di realizzazione visti gli importanti volumi prestazionali in gioco.

Alla luce di ciò, è comunque già possibile affermare, a seguito di quanto emerso sia dal nuovo monitoraggio sia dai sopralluoghi effettuati dall'amministrazione regionale presso i CUP delle Aziende ULSS, che:

- il soddisfacimento della domanda è in taluni casi già stabile e i tempi di attesa di alcune prestazioni storicamente in sofferenza sono già rientrati negli individuati standard previsti per classi di priorità e quindi si può ragionevolmente ritenere che le Aziende, per buona parte delle prestazioni da garantire, riescano a soddisfare la percentuale di utenti in conformità agli obiettivi previsti;
- tutte le Aziende hanno provveduto a riorganizzare la propria offerta rimodulando le agende secondo i principi del Piano Regionale e assicurando l'erogazione continuativa, per tutti i giorni lavorativi dell'anno, di ciascuna prestazione di assistenza specialistica ambulatoriale rientrante nei Livelli Essenziali di Assistenza almeno in un presidio/ambulatorio/unità operativa/distretto dell'Azienda e/o erogatore privato provvisoriamente accreditato;
- a rendere corresponsabili come punti di erogazione nei quali garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, previa sia contrattazione di parte del loro budget annuale nella quantità e tipologia di prestazioni sia di inserimento nei Centri Unici di Prenotazione dell'Azienda di riferimento, anche gli erogatori privati provvisoriamente accreditati, divenuti complementari al Servizio Sanitario Regionale mediante accordi orientati al governo del sistema delle liste di attesa;
- tutte le Aziende hanno ormai attuato l'obiettivo dell'apertura dei servizi diagnostici in maniera continuativa sei giorni alla settimana su sette per i pazienti ambulatoriali e sette giorni su sette per i pazienti ricoverati con utilizzo delle grandi apparecchiature (in particolare TAC, RMN, PET -CT, Acceleratore Lineare) per almeno dodici ore al giorno, anche attraverso una diversificazione dell'orario di lavoro con l'obiettivo finale della copertura del servizio, anche per i pazienti ambulatoriali, nei sette giorni alla settimana.

Inoltre ai fini dell'ampliamento dell'**offerta di servizi (finalizzata al punto a)**, con diminuzione delle giornate complessive di degenza, la Regione del Veneto ha da tempo intrapreso numerose azioni mirate a ricondurre, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, le prestazioni sanitarie, erogate con oneri a carico del servizio sanitario regionale, ad un regime di erogazione più appropriato.

Infatti con D.G.R. n. 2468 del 1.8.2006, la Giunta Regionale, a completamento del percorso intrapreso con la D.G.R. n. 2883 del 3.10.2003, ha inserito a tutti gli effetti nel Nomenclatore Tariffario Regionale ambulatoriale le seguenti prestazioni:

- H I A 13.71 Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento dell'estrazione di cataratta eseguita in contemporanea

- H I A 04.43 Liberazione del tunnel carpale

- H I A 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore.

- H I A 38.59.2 Interventi endovascolari sulle varici eseguiti con tecnica laser

Con riferimento ad esse, la D.G.R. n. 2468/2006 ha individuato le branche specialistiche di pertinenza, ha definito le modalità e specificità di erogazione, determinando i c.d. valori soglia di ammissibilità per l'erogazione delle prestazioni stesse in regime di ricovero, e ha stabilito le relative tariffe per le prestazioni rese in regime ambulatoriale.

Alla luce di quanto su esposto relativamente al monitoraggio regionale in essere, i dati rilevati consentono, comunque, di poter ragionevolmente affermare che la riconduzione, anche al regime ambulatoriale, della prestazione "Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento dell'estrazione di cataratta eseguita in contemporanea", ha consentito alle Aziende venete di soddisfare, per tale prestazione, la percentuale di utenti, distinti per classi di priorità, prevista dagli obiettivi definiti dal Piano Nazionale di Contenimento dei tempi di attesa.

Altresì con le deliberazioni n. 734 del 20 marzo 2007 e n. 2140 del 10 luglio 2007 la Giunta Regionale ha dettato le disposizioni per favorire l'erogazione delle prestazioni di chemioterapia e di radioterapia anche nel regime ambulatoriale e approvato, con decorrenza 1 aprile 2007, l'aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale per la branca di Radioterapia.

Conseguentemente, vista l'implementazione delle attività ambulatoriali dovuta alle succitate nuove modalità erogative, le Aziende ULSS hanno provveduto a riorganizzarsi, utilizzando, unitamente al recupero di risorse attualmente impiegate per finalità non prioritarie, la flessibilità logistica attraverso lo spostamento di risorse umane dalle attività di degenza, caratterizzate da trend decrementale o da inappropriata, ad attività ambulatoriali; e avvalendosi anche degli istituti contrattuali della turnazione di lavoro straordinario e della pronta disponibilità.

