

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVI LEGISLATURA —————

Doc. CCI
n. 12

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 2009)

(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 9 giugno 2010
—————



*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 0002673 P-2.17.4.10
del 09/06/2010



4850935



ROMA,

Alla Presidenza del
Senato della Repubblica
Palazzo Madama
ROMA

Oggetto: Trasmissione della relazione relativa all'anno 2009 della Regione Marche, 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



*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

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 7 giugno 2010 dalla Regione Marche, 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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'E. Siniscalchi', written in a cursive style.



REGIONE MARCHE
GIUNTA REGIONALE
SERVIZIO SALUTE
IL DIRIGENTE

Prot. n. 336512/S04/CR

Ancona, 28 MAG. 2010

Alla Segreteria
Conferenza Stato Regioni
Via della Stamperia, 8
ROMA

e, p.c.

Al Ministero della Salute
Via Giorgio Ribotta, 5
ROMA

Oggetto: Relazione Anno 2009 in materia di tempi di attesa ai sensi dell'art. 52, comma 4, lettera c) della Legge 27 dicembre 2002, n. 289

In allegato, in ottemperanza alla Legge di cui all'oggetto, si trasmette la relazione relativa alle azioni intraprese dalla Regione Marche per il contenimento dei tempi di attesa.

Cordiali saluti


Dr. Carmine Ruta


Presidenza del Consiglio dei Ministri
CSR 0002617 A-2.17.4.10
del 07/06/2010



4842061



REGIONE MARCHE
GIUNTA REGIONALE
SERVIZIO SALUTE

RELAZIONE ANNO 2009 IN MATERIA DI TEMPI DI ATTESA AI SENSI DELL'ART. 52, 4°COMMA, LETTERA C) DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2002 N. 289

Le liste di attesa, nonostante le iniziative intraprese, continuano a rappresentare una criticità anche nella nostra Regione come nel resto del Servizio Sanitario Nazionale.

Nonostante tutte le azioni intraprese nei precedenti anni, non si sono ottenuti i risultati attesi, dimostrando, qualora ce ne fosse bisogno, che le azioni orientate al solo versante dell'offerta non sono sufficienti a contenere il fenomeno. Ciò non significa che si debba spostare tutta l'attenzione sul versante della domanda, ed in particolare sull'appropriatezza clinica, ma agire su entrambi i versanti al fine di rispondere in tempi giusti alle esigenze cliniche reali, rispettando criteri di priorità clinica.

Tali presupposti non consentiranno il totale abbattimento delle liste di attesa e conseguentemente anche dei relativi tempi, ma le soluzioni cercate sono orientate a fornire una risposta equa ai bisogni di salute, creando di fatto una graduatoria sulla base dell'esigenze cliniche.

Nel corso del 2009 pertanto sono state cercate nuove vie, in aggiunta a quanto già in atto, per governare dal lato clinico i tempi di attesa.

1. **Agende di ricovero programmato:** sono state portate a regime, con ancora qualche lacuna in alcune realtà, le agende di ricovero programmato, basate sulle priorità cliniche così come definite negli accordi tra Stato e Regioni ed in linea con il Progetto Mattoni. L'obbligo di pubblicità, nel rispetto della tutela della riservatezza, consente una buona trasparenza al processo di prenotazione dei ricoveri ed ha consentito, in molti ospedali, una gestione facilitata con i cittadini.
2. **Gestione delle urgenze:** tutte le Zone territoriali ed Aziende hanno attivato percorsi per la gestione delle urgenze, almeno per quelle da effettuare nelle 72 ore successive; è in fase di predisposizione un percorso da condividere con i principali prescrittori (MMG e PLS) per codificare tutte le urgenze differibili, da eseguire nei dieci giorni.
3. **Sperimentazioni gestionali:** in alcune realtà sono stati avviati percorsi sperimentali in collaborazione tra prescrittori ed erogatori al fine di garantire i tempi per alcune tipologie di prestazione (in particolare di diagnostica per immagini e vascolare periferica).
4. **Avvio delle procedure per il CUP regionale:** sono stati attivati gruppi di lavoro interaziendali per la predisposizione del CUP unico regionale che sta per essere attivato sperimentalmente da metà giugno in due Aree Vaste (sulle cinque esistenti).
5. **Ottimizzazione delle liste:** con questo termine si è voluto indicare un processo, sperimentale e provvisorio in attesa dell'entrata in funzione del CUP regionale, orientato a rendere complementare l'offerta di prestazioni sanitarie in Area Vasta. L'obiettivo dichiarato è stato di supportare alcune prestazioni, gravate da particolare criticità in alcune Zone/Ospedali, da strutture eroganti meno "intasate". I risultati ottenuti sono stati brillanti, in termini di reali tempi di attesa, per alcune prestazioni, mentre altre hanno presentato lo stesso livello di criticità in tutte le strutture della Regione (in particolare tutte le prestazioni di RMN, per le quali peraltro c'è ancora una carenza di offerta in termini di tempo di utilizzo delle tecnologie): ciò rafforza l'ipotesi che l'azione prioritaria va svolta in termini di governo della domanda (appropriatezza e priorità clinica).

L'orientamento per il 2010 è quello di attivare completamente il CUP regionale, il quale consentirà la completa osmosi tra Zone territoriali ed Aziende, con una scala di attivazione per Zona -> Area Vasta -> Regione.

Nel contempo si agirà sulla definizione di percorsi diagnostici e terapeutici per aree a maggior impatto sulla popolazione (aree oncologiche e cardiovascolari) per le quali sono necessarie vie privilegiate di erogazione delle prestazioni (ambulatoriali e di ricovero).

Si incentiveranno le sperimentazioni gestionali, con l'obiettivo di costruire un modello regionale di governo della domanda, in particolar modo per le prestazioni gravate da attese troppo lunghe.

