

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVI LEGISLATURA —————

Doc. CCI
n. 31

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 2010)

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

Predisposta dalla Regione Veneto

Presentata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri

—————
Comunicata alla Presidenza il 4 luglio 2011
—————



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 16 GIU 2011

| Protocollo N° 289662 | Class. F. 900.01.11 | Prat.

Fasc.

| Allegati N° 1

Oggetto: Relazione annuale sull'attuazione degli adempimenti di cui al comma 4 lettera c) dell'articolo 52 della legge 289/2002

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Segreteria Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato
e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano
Via della Stamperia 8
ROMA

Si trasmette, in allegato, in osservanza all'obbligo di legge in oggetto, la relazione relativa all'anno 2010 per l'inoltro al Parlamento.

Distinti saluti.

Il Dirigente Delegato
Dr. Claudio Pileri

Presidenza del Consiglio dei Ministri
CSR 0003164 A-4.23.2.10
del 21/06/2011



5873963

Relazione annuale per il Parlamento concernente le iniziative della Regione Veneto per il contenimento delle liste d'attesa, ex art. 52, comma 4, lettera c) della Legge 289/2002.

Come già indicato nella relazione dello scorso anno, la Regione Veneto, in materia di liste d'attesa, in attuazione delle prescrizioni di cui al D.Lvo n. 124/98 e del Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa (PNCTA) per il triennio 2006-2008, 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 sono state individuate e posto in essere azioni, con riguardo ai diversi profili della domanda e dell'offerta sanitaria e della comunicazione, volte a rendere pienamente operativo il principio della tempestività nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e a raggiungere gli obiettivi di cui PNCTA.

Il 28 ottobre 2010 con Intesa Stato - Regioni è stato emanato il nuovo Piano Nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012, che pone come obiettivo quello di promuovere la capacità del SSN di soddisfare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda di prestazioni con la garanzia dei LEA.

Essendo il Piano Regionale sopraccitato, già sostanzialmente in linea con gli indirizzi anche del PNGLA si tratterà, nell'adozione di quest'ultimo, di meglio puntualizzare e armonizzare una serie di processi che interagiscono con il governo liste d'attesa, perché solo attraverso una coerenza di sistema le azioni individuate possono produrre gli effetti desiderati.

Nel corso del 2010, in attesa dell'Intesa sopraccitata, gli obiettivi regionali sono stati quelli di verificare la validità e l'efficacia delle strategie adottate, rilevare ed analizzare il permanere di eventuali criticità e monitorare i risultati raggiunti ai fini anche di assicurare il pieno rispetto del principio di appropriatezza nell'erogazione dei LEA.

A tale proposito con DGR n. 4277 del 29.12.2009 la Giunta Regionale ha provveduto, continuando nell'azione già intrapresa, a ridefinire l'appropriato regime erogativo di ulteriori prestazioni riconducendole, a decorrere dall'1.1.2010, dal ricovero ordinario a ricovero diurno e aggiornato le linee guida per la compilazione della SDO con DGR 3436 del 30.12.2010 nell'ambito delle politiche dei controlli dell'appropriatezza clinica delle procedure, la cui efficacia/efficienza è correlata a modalità uniformi e trasparenti di codifica delle procedure stesse.

Inoltre, per quanto concerne le prestazioni di ricovero, con DGR n. 3140 del 14.12.2010. è stato definito quale obiettivo regionale un tasso di ospedalizzazione, pari a 140 per mille abitanti. Per le prestazioni ambulatoriali, invece, l'obiettivo stabilito è pari a 4 prestazioni (esclusa la diagnostica di laboratorio) per abitante.

Al fine di rilevare il livello di applicazione della DGR n. 600/2007 nel territorio veneto, la Segreteria per la Sanità ha inizialmente inviato a tutte le Aziende ULSS e Ospedaliere un questionario e successivamente ha ritenuto opportuno rappresentare alle stesse i risultati emersi dalla rilevazione in un incontro tematico all'uopo convocato.

Tale iniziativa ha consentito un costruttivo confronto tra le Aziende e ha fatto emergere la necessità di perfezionare ulteriormente il sistema dei controlli aziendali interni.

Infatti con DGR. n. 3444 del 30/12/2010 sono state introdotte delle modifiche alle modalità attuative degli stessi volte a verificare la corretta codifica, la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie di ricovero e ambulatoriali erogate. In particolare per quanto concerne l'assistenza specialistica ambulatoriale è stato chiaramente esplicitato che i controlli aziendali interni devono anche "accertare l'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'Allegato A della DGR n. 600/2007".

Per le prestazioni traccianti di detto allegato la Regione ha altresì provveduto a confrontare i dati complessivi dell'attività di specialistica ambulatoriale del 4° trimestre 2009 con quelli del 4° trimestre 2010, estrapolandoli dal Flusso dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (SPS).

La sinergia tra le azioni poste in essere dalle Aziende ULSS, tra cui adeguate iniziative dirette a favorire lo svolgimento degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni alla settimana, e l'attività di controllo predisposta, hanno determinato per l'anno 2010, senza maggiori oneri a carico del bilancio, un miglioramento della percentuale di rispetto dei tempi di attesa, individuata quale obiettivo dal provvedimento regionale. Tale miglioramento è risultato pari a 2 punti per le prestazioni richieste con classe di priorità A e a 4 punti per le prestazioni richieste con classe di priorità C. Invece sono ancora critici i tempi di attesa per le prestazioni richieste con classe di priorità B (i dati sopra esposti sono stati rilevati dal datawarehouse regionale).

A tale proposito le Aziende, che addebitano la performance negativa all'inappropriatezza delle richieste dei medici prescrittori, sono state invitate a:

- promuovere da parte dei gruppi territorio-ospedale "protocolli di accesso" in tema di prioritarizzazione alle prestazioni maggiormente critiche;
- avviare sistemi di monitoraggio del tasso di utilizzo delle classi di priorità da parte dei singoli prescrittori e del rispetto dei protocolli aziendali prodotti,
- prevedere opportune verifiche per accertare possibili usi incongrui delle classi di priorità;
- confrontare l'effettivo bisogno assistenziale con la propria offerta (agende differenziate per priorità)

Al fine di consentire alle Aziende di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda, la Regione ha altresì, come anticipato nella relazione dello scorso anno, provveduto, con DGR n. 212 del 3.2.2010, alla definizione della figura professionale, delle attività e delle competenze del "Coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali"; ciò a completamento dell'iter di individuazione e formazione di tale figura originariamente chiamata CUP Manager, iniziato con DGR n. 3911 del 4.12.2007.

Le Aziende possono quindi avvalersi anche di queste ulteriori professionalità per rivedere la propria organizzazione dell'offerta nell'ambito dei sistemi di prenotazione (gestione CUP).

Il Coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali assume la responsabilità della gestione operativa delle attività correlate ai processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, delle risorse umane e tecnologiche dedicate e partecipa alle attività promosse dalla Regione Veneto per il contenimento dei tempi di attesa.

In particolare svolge le seguenti attività:

- svolge attività di verifica e controllo, in tutti i punti abilitati, nel territorio di competenza, sull'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali;
- svolge attività di monitoraggio continuo sugli effettivi tempi di attesa, riferendo costantemente alla propria Direzione;
- supporta il Direttore Generale nell'applicazione degli accordi in materia di prestazioni ambulatoriali con i privati provvisoriamente accreditati e/o con l'Azienda Ospedaliera di riferimento eventualmente presente sul territorio,
- si rapporta con il Direttore di Distretto e con i prescrittori presenti nel proprio territorio per quanto riguarda le modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni ambulatoriali;
- individua e propone piani di miglioramento dell'offerta, della domanda, della comunicazione e informazione in sintonia con le linee strategiche aziendali.

Sempre al fine di verificare il conseguimento degli obiettivi generali di salute e di funzionamento dei servizi previsti dai LEA e dai documenti regionali di programmazione, con particolare riferimento a quelli previsti dalla DGR n. 600/2007, la Giunta Regionale, con DGR n. 3140 del 14.12.2010, ha provveduto a determinare gli indicatori di performance per gli anni 2011 e primo semestre 2012 per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'Istituto Oncologico Veneto.

Per detti erogatori, infatti, la piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi di attesa secondo la DGR n. 600/2007, costituisce uno degli indicatori selezionati al fine di misurare il perseguimento degli obiettivi da parte dei Direttori Generali.

Con il medesimo provvedimento sono stati assegnati diversi obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende.

In particolare entro la metà del 2012 le Aziende sono tenute ad avere il 90% dei propri MMG/PLS collegati in rete secondo lo standard del progetto Doge. Inoltre, nell'ottica della dematerializzazione dei documenti clinici ogni Azienda deve porre le basi per l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Ciò comporta l'introduzione in ogni Azienda di un sistema per l'identificazione e l'autenticazione degli operatori e la firma digitale dei referti. Vengono, altresì, poste inoltre le basi per la memorizzazione strutturata dei documenti clinici nelle Aziende. Infine, è stata promossa l'informatizzazione delle liste di attesa per gli interventi chirurgici, al fine di garantire la trasparenza nell'accesso alle prestazioni.

