

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**

(Aggiornata all'anno 2003)

(Articolo 52, comma 42, lettera c), della legge 27 dicembre 2002, n. 289)

Presentata dalla Regione Veneto

Comunicata alla Presidenza l'11 maggio 2005

Relazione

Tra gli adempimenti, previsti dall'art.52 punto 4) della Legge 289/2002 (legge finanziaria 2003), cui sono tenute le regioni in materia di servizi sanitari, ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2006, 2004 e 2005, sono ricompresi alla lettera c) i seguenti:

- a) 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
- b) 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.

A tal proposito la Regione Veneto assicura che, relativamente agli adempimenti di cui al punto b), 19 delle 23 Aziende del proprio territorio utilizzano gli strumenti contrattuali, con particolare riferimento allo stipendio di risultato e al lavoro straordinario, mirati alla implementazione delle attività ambulatoriali e hanno allo studio, o hanno già attuato, la flessibilità organizzativa attraverso lo spostamento di risorse umane dalle attività di degenza, caratterizzate da trend decrementale o da inappropriata, ad attività ambulatoriali; 3 Aziende utilizzano gli strumenti contrattuali per affrontare situazioni di emergenza dovute alla carenza di dotazione organica e agli aspetti organizzativi delle strutture, 1 sola Azienda non ha ancora posto in essere tali iniziative.

Per quanto attiene invece gli adempimenti di cui al punto a) 2 Aziende non hanno ancora posto in essere nel proprio territorio le iniziative di cui trattasi, mentre tutte le restanti 21 Aziende hanno posto in essere iniziative volte al contenimento delle liste d'attesa in conformità alla suddetta disposizione.

Le modalità operative individuate sono molteplici e non tutte omogeneamente attuate, ma tutte le Aziende hanno adottato alcune delle azioni che di seguito si elencano:

- apertura dei servizi diagnostici per pazienti ambulatoriali 6gg./7 e per pazienti ricoverati 7gg./7;

- spostamento di personale infermieristico dall’Ospedale al territorio, al fine di potenziare l’Assistenza Domiciliare e di prevenire pertanto la richiesta di ospedalizzazione;
- stipula di un accordo con i Medici di Medicina Generale al fine di ridurre la domanda di ricovero ospedaliero e di prestazioni specialistiche ambulatoriale. L’accordo prevede la corresponsione di incentivi ai Medici di Medicina Generale in quota parte rispetto ai risparmi generati;
- aumento di sedute e dell’attività delle sale operatoria, attraverso una diversa organizzazione del personale del comparto e l’attribuzione di retribuzione di risultato aggiuntiva (derivante dai fondi aziendali);
- aumento di prestazioni, concordato nel processo di budget con le diverse Unità Operative, a fronte di incremento nella retribuzione di risultato;
- riconversione di ore di Specialisti convenzionati interni verso le specialità che presentavano liste d’attesa problematiche;
- governo della domanda fondato sulla diffusione di linee guida e protocolli di accesso alla specialistica ambulatoriale redatti da gruppi di lavoro integrati di operatori dell’ospedale e del territorio che operano con il metodo “peer-review”;
- segmentazione della domanda per livelli d’urgenza;
- acquisto di prestazioni da parte di personale strutturato nel rispetto delle norme di legge e contrattuali utilizzando la mancata spesa relativa alla impossibilità di reperire sul mercato alcune figure professionali per carenza di offerta (anestesisti-radiologi-cardiologi-infermieri-TRM ecc.);
- sistematica applicazione di modelli di over-booking nella definizione delle agende;
- utilizzo dei tetti di prestazioni concertati con erogatori privati preaccreditati, strumentale all’abbattimento delle liste d’attesa.