

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

Doc. CCI
n. 10

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 2004)

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

Presentata dalla Regione Marche

—————
Comunicata alla Presidenza l'11 ottobre 2004
—————

*Il Presidente della Giunta*

Prot. N. 20686 | BIP5 | G2

Ancona, li 11 OTT. 2004

ALL' ONOREVOLE
PIERFERDINANDO CASINI
PRESIDENTE DELLA CAMERA
DEI DEPUTATI
MONTECITORIO
R O M A

(Vs. rif. Prot. 2004/00023161GEN/CP 22 luglio 2004)

OGGETTO: Relazione ai sensi dell'art.52, 4° comma lett.c) della Legge 27 dicembre 2002, n.289.

Le iniziative preordinate dalla Regione Marche, per il 2004, in linea con i principi contenuti nel Piano Sanitario regionale e mirate ad un significativo contenimento delle liste di attesa si sostanziano concretamente nel proseguimento delle azioni già approntate nel 2003 e si prefiggono i seguenti obiettivi :

- offrire ai cittadini prestazioni di specialistica ambulatoriale appropriate alle patologie per le quali sono richieste;
- assicurare un uso razionale ed appropriato delle risorse professionali disponibili;
- ottimizzare l'uso del patrimonio tecnologico a disposizione;
- raccordare l'attività di produzione ed erogazione svolta da tutte le strutture pubbliche e private con il sistema delle prenotazioni;
- garantire a tutti i cittadini il rispetto dei tempi di attesa individuati dall'accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002;
- implementare il ricorso a percorsi e profili assistenziali.

Per raggiungere tali obiettivi sono stati avviati interventi di tipo organizzativo e strutturale. In particolare i primi riguardano la progettazione (peraltro conclusa) e l'implementazione di una funzione CUP unica a copertura regionale che consenta, in tempo reale la rilevazione dei dati di attività e dei tempi di attesa e l'acquisizione nel sistema di una parte consistente delle prestazioni erogabili in tutto il territorio regionale: il sistema sarà operativo dal secondo semestre 2005.

Gli interventi organizzativi sono, invece, orientati a consolidare la gestione delle liste di attesa, ad avviare la separazione dell'attività programmabile (primi accessi) dai controlli (accessi successivi) e dai programmi di screening.

In adesione a quanto stabilito nell' accordo Stato- Regioni del 14/2/02 sono stati definiti gli aspetti tecnici e le modalità operative per la rilevazione dei tempi e delle liste di attesa. Sono stati condivisi gli strumenti tecnici per la rilevazione su tutto il territorio regionale delle prestazioni critiche. Attualmente è stato posto a regime un report trimestrale, a diffusione regionale, che rileva i tempi minimi di attesa, il numero dei pazienti presenti nelle liste ed i valori di performance (n° di prestazioni erogate nei tempi stabiliti dall'accordo predetto/n° totale prestazioni erogate x 100), conseguiti sia a livello delle singole sedi di produzione che in sede regionale ed i consumi (per 1000/ab) di prestazioni da parte della popolazione residente.

Nel mese di febbraio è stato messo a punto il sistema informativo regionale della specialistica ambulatoriale che, a partire dal 2° semestre, risponde anche al debito informativo sulle modalità di accesso e sulla rilevazione del tempo di attesa effettivo sulle prestazioni erogate.

Nella prospettiva del contenimento delle liste di attesa sono stati assegnati ai Direttori delle Zone Territoriali e delle Aziende Ospedaliere obiettivi specifici di mantenimento e di rispetto delle performance nel range dell'80% (30 giorni per le visite, 60 giorni per la diagnostica strumentale) per le 16 prestazioni con evidente criticità in ambito regionale, inoltre nella contrattazione di budget sono stati posti come obiettivi prioritari interventi in tema di appropriatezza della domanda. La semplificazione delle procedure per l'accesso e la definizione di protocolli condivisi tra specialisti e MMG, attualmente in corso di implementazione, tenderà a correggere ed eliminare incoerenze tuttora esistenti nell'erogazione delle prestazioni.

Gli obiettivi sopra indicati dovranno essere raggiunti attraverso una migliore efficienza produttiva, ossia mediante l'ottimizzazione del patrimonio tecnologico a disposizione e l'aumento dell'attività libero professionale d'azienda.

Nei settori altamente critici, come la radiologia, in particolare per le prestazioni di RM e TAC, l'offerta è stata incrementata attraverso la libera professione d'azienda cui va aggiunta l'offerta integrativa da parte del privato accreditato; contestualmente, il gruppo di lavoro regionale, costituito per la razionalizzazione di tutta l'area radiologica, sta

svolgendo uno studio per la revisione dei modelli organizzativi, finalizzato all'aumento dell'efficienza produttiva.

Nella contrattazione di budget per l'anno 2004 sono stati altresì posti come ulteriori risultati prioritari, l'adozione di interventi in tema di appropriatezza della domanda, da condividere con i medici di medicina generale e con gli specialisti, soprattutto per le prestazioni specialistiche a maggior rischio di superamento dei tempi di attesa (ecocolordoppler, prestazioni di diagnostica radiologica pesante).

E' stata poi creata, a livello regionale, una funzione di Health Technology Assessment le cui aree di intervento riguardano la gestione delle tecnologie sanitarie, il loro impatto sulle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e l'analisi sistematica del patrimonio tecnologico installato presso le Zone Territoriali dell' Azienda Sanitaria Unica Regionale e le Aziende Ospedaliere, nonché la revisione del nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale, l'aggiornamento delle prestazioni di efficacia clinica documentata con la contestuale eliminazione di quelle che non presentano caratteristiche di efficacia clinica dimostrata.

L'ulteriore applicazione dell'accordo Stato-Regioni 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 un progetto che, coinvolgendo i medici ospedalieri e del territorio, ha come obiettivo la condivisione di linee-guida prescrittive finalizzate ad un sistema che dia priorità e tenda ad eliminare l'attesa nelle situazioni di maggior bisogno clinico. La definizione dei raggruppamenti di attesa omogenei (RAO), ha come finalità la costruzione di liste di attesa che utilizzano sistemi di punteggio basati sulla priorità clinica.

Con provvedimento di Giunta (DGR 1709 del 9/12/2003) è stata ridefinita l' attività del day-hospital diagnostico e terapeutico ed è in corso di sperimentazione il percorso dei pacchetti ambulatoriali complessi (P.A.C.), che, in quanto modello organizzativo dell'attività ambulatoriale alternativo al day hospital, rispondono alla necessità di affrontare problemi di tipo prevalentemente diagnostico.

Il progetto per la razionalizzazione e qualificazione dei laboratori di analisi chimico cliniche della Regione Marche ha prodotto come risultato una diminuzione considerevole di un gruppo di prestazioni, caratterizzato da un elevato indice di inappropriata ed in fase di budget sono state impartite indicazioni per la predisposizione del modello organizzativo dei laboratori con l'accorpamento degli stessi in un minor numero di sedi, per consentire un aumento dell'efficacia e della sicurezza degli interventi.

Ai sensi di quanto disposto dal DPCM 29.11.2001 (Livelli Essenziali di Assistenza), la Giunta, con le delibere n. 1323 del 16/7/2002, n. 165 del 11/02/2003, n. 787 del 03/06/2003, ha disciplinato le modalità di accesso alle prestazioni di terapia fisica, medicina sportiva, assistenza odontoiatrica, chirurgia oculistica refrattiva e densitometria ossea.

Nella definizione degli accordi integrativi regionali (DGR 316/01, DGR 2122/02) derivanti dai contratti collettivi nazionali (DPR 270/00 e DPR 272/00) per la medicina generale e per i pediatri di libera scelta si è lavorato sull'appropriatezza clinica delle prescrizioni diagnostiche, la quale incide sulle liste d'attesa riducendo il numero delle prestazioni inappropriate. A tal fine punto di riferimento principale è l' Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza, organismo già operativo dal secondo semestre del 2002, con il preciso compito di approfondire e monitorare l'andamento dell'attività, che nelle zone periferiche agisce attraverso team di progetto.

Altro strumento operativo è determinato dal budget etico dei medici di medicina generale, all'interno del quale vengono definiti obiettivi di prestazioni appropriate, al raggiungimento dei quali corrisponde un sistema incentivante.

L'area di intervento mira ad incidere sui ricoveri ospedalieri, sulle prescrizioni farmaceutiche, nonché sulla richiesta di prestazioni specialistiche e diagnostiche, queste ultime strettamente connesse alle liste d'attesa.

Cordiali saluti

Vito D'Ambrosio

