



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 215 LEGISLATURA N. IX

delibera
1

DE/ME/ARS Oggetto: Linee di indirizzo per il Governo dell'erogazione
O NC delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per
la garanzia del rispetto dei Tempi massimi di attesa

Prot. Segr.
1

Martedì 7 gennaio 2014, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- GIAN MARIO SPACCA Presidente
- SARA GIANNINI Assessore
- MARCO LUCHETTI Assessore
- MAURA MALASPINA Assessore
- PIETRO MARCOLINI Assessore
- ALMERINO MEZZOLANI Assessore
- LUIGI VIVENTI Assessore

Sono assenti:

- ANTONIO CANZIAN Vicepresidente
- PAOLA GIORGI Assessore

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Gian Mario Spacca. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Elisa Moroni. Riferisce in qualità di relatore l' Assessore Almerino Mezzolani. La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il _____

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente
del Consiglio regionale il _____

prot. n. _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Linee di indirizzo per il Governo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la garanzia del rispetto dei Tempi massimi di attesa.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dalla PF competente in materia, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

VISTA la proposta del Direttore ARS che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e che dal presente atto non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione;

VISTO l'articolo 28, primo comma dello Statuto della Regione;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1;

DELIBERA

1. di adottare le linee di indirizzo regionali per il governo dei Tempi massimi di attesa come specificato nell'allegato A che forma parte integrante della presente deliberazione;
2. di incaricare la PF Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione, in raccordo con le PF del Servizio sanità e dell'ARS, competenti nelle materie di settore, di adottare successivi atti per la realizzazione di quanto previsto nel presente atto deliberativo;
3. di stabilire che il presente atto costituisce direttiva vincolante per i Direttori degli Enti del SSR che dovranno dar corso ai piani attuativi aziendali entro 30 giorni dall'adozione della presente deliberazione;
4. di stabilire che eventuali costi aggiuntivi sono ricompresi nel budget assegnato agli Enti del SSR.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Gian Mario Spacca)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Documento istruttorio**Normativa di riferimento**

Legge n° 724 del 23 dicembre 1994 Misure di razionalizzazione della finanza pubblica. (GU n.304 del 30-12-1994 - Suppl. Ordinario n. 174);

D.Lvo n° 124 del 29 aprile 1998 "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della L. 27 dicembre 1997, n. 449.";

D.Lvo n° 229 del 19 giugno 1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'Art. 1 della legge 30 novembre 1998 n. 419";

DPCM del 27 marzo 2000 "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero professionale intramuraria del personale della Dirigenza Sanitaria del SSN";

DPCM del 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di Assistenza (in GU 8 febb 2000, n 33);

Legge n° 266 del 23 dicembre 2005 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006). (GU n.302 del 29-12-2005 - Suppl. Ordinario n. 211):

Legge n° 120 del 3 agosto 2007 "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 181 del 6 agosto 2007;

DGR n. 843 del 17/07/06 "Recepimento e prima attuazione dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1, comma 280 della L. n. 266/2005";

DGR n. 494 del 21/05/07 "Integrazione alla DGR 843/2006 -Recepimento ed attuazione delle indicazioni contenute nell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006, in merito al recepimento del piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1 comma 280 della L. n. 266/2005 in relazione alle linee guida per la certificazione degli adempimenti dei piani regionali emanate dal comitato nazionale LEA";

DGR n. 1111 del 15/10/07 "Progetto di Centro di Prenotazione Unico Regionale - Approvazione e determinazioni"; DGR n. 1635 del 15/11/10 "Direttiva per la definitiva realizzazione del centro regionale unico di prenotazione - CUP e per il completamento del sistema informativo sanitario regionale - SIA";

Con DGR n.1040 del 18/07/11 "Recepimento dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280, della L. n. 266/2005 ed approvazione del Piano regionale di governo delle liste di attesa".

DGR n.1414 del 08/10/2012 "Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale del cancro del colon-retto. Modifica DGR 1906/2008.

Motivazione ed esito

Con questa deliberazione si intende porre l'attenzione sulle principali azioni da realizzare al fine di ottenere un efficace governo delle liste di attesa da parte degli Enti del SSR della Regione Marche mediante indicazioni in relazione alle più recenti criticità intervenute in tale ambito.

La Legge n. 724 del 23 dicembre 1994 all'Articolo 3, comma 8 cita: "...*Ai fini del diritto di accesso garantito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, le Unità sanitarie locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere devono tenere, sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri...*"

Il D. L.vo n. 229 del 19 giugno 1999 definiva le "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'Art. 1 della legge 30 novembre 1998 n. 419" nel quale, all'art. 1 comma 2, è riportato che il Servizio Sanitario Nazionale assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza nel rispetto "*dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse*". L'Art. 15 quinquies, comma 3, del sopracitato D. L.vo n° 229/99 specifica in particolare che "*per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale e al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, l'attività libero professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali*".

Il DPCM del 27 marzo 2000 "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero professionale intramuraria del personale della Dirigenza Sanitaria del SSN", all'Art. 10 prevede che il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

concordi con i singoli dirigenti e con le equipe i volumi di attività istituzionale, che devono essere comunque assicurati in relazione ai volumi di attività libero professionale, con particolare riferimento alle prestazioni non differibili in ragione della gravità e complessità della patologia.

Il DPCM 29 novembre 2001, ha definito i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale. Secondo quanto previsto dal D. Lvo n° 124 del 29 aprile 1998, Art. 3 comma 12, spetta alle Regioni disciplinare, anche mediante l'adozione di appositi programmi, il rispetto della tempestività di erogazione delle prestazioni prescritte, con la responsabilità della messa in atto di tutti i processi necessari a garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi corretti in capo ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali. La Legge n° 266 del 23 dicembre 2005 stabilisce il divieto assoluto di sospendere la prenotazione delle prestazioni contenute nei LEA di cui al DPCM del 29 novembre 2001, e la contestuale adozione di procedure standardizzate per la gestione dei casi di sospensione dell'erogazione delle prestazioni per motivi tecnici, dei quali va data informazione al Ministero della Salute con cadenza semestrale. La Legge 3 agosto 2007 n° 120 e s.m.i. ha fornito disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria, stabilendo che le attività di prenotazione ed erogazione delle prestazioni vanno svolte in tempi e spazi diversi rispetto a quelli istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle stesse prestazioni che non devono superare globalmente quelli eseguiti in regime istituzionale. La stessa legge in coerenza con il Decreto 189/2012, art 2 comma 1 lettera e prevede che nella definizione di importi da corrispondere a cura dell'assistito, idonei per ogni prestazioni a remunerare i compensi del professionista, dell'equipe, del personale di supporto, d'intesa con i dirigenti interessati e previo accordo in sede di contrattazione integrativa aziendale, una ulteriore quota, oltre quella già prevista dalla vigente disciplina contrattuale, pari al 5% del compenso del libero professionista, viene trattenuta dal competente Ente del SSN per essere vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa. La Libera professione intramoenia dedicata all'abbattimento delle liste di attesa, soprattutto in alcune realtà locali, rappresenta uno strumento molto utile ed efficace per contrastare i tempi di attesa più critici. La stessa deve però essere adeguatamente regolamentata e sottoposta a monitoraggio costante nel rispetto degli atti normativi di settore. Inoltre è previsto che le Aziende provvedano a definire in modo specifico le prestazioni aggiuntive di cui all'art 55 comma 2 del CCNL 8 giugno 2000 e s.i ai fini del progressivo conseguimento degli obiettivi di allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni, nell'ambito delle attività istituzionali, ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramoenia.

La Regione, con la DGR n. 843/06 "Recepimento e prima attuazione dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1, comma 280 della L. n. 266/2005" ha dettagliato un programma regionale per il contenimento dei tempi di attesa volto a favorire una corretta applicazione a livello di ogni singola Azienda di tutte le azioni necessarie che devono essere indicate nei Piani Attuativi Aziendali. In seguito con DGR n. 494/07 "Integrazione alla DGR 843/2006 -Recepimento ed attuazione delle indicazioni contenute nell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006, in merito al recepimento del piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1 comma 280 della L. n. 266/2005 in relazione alle linee guida per la certificazione degli adempimenti dei piani regionali emanate dal comitato nazionale LEA aveva recepito il Piano Nazionale contenimento tempi di attesa e avviato la promozione delle principali strategie finalizzate al governo dei tempi di attesa al fine di garantirne il rispetto degli stessi stabilendo per alcune prestazioni tempi in deroga a quelli dettati dal livello ministeriale.

Con DGR n. 1111/07 "Progetto di Centro di Prenotazione Unico Regionale - Approvazione e determinazioni" e DGR n. 1635/10 "Direttiva per la definitiva realizzazione del centro regionale unico di prenotazione - CUP e per il completamento del sistema informativo sanitario regionale - SIA", la regione ha avviato il sistema regionale del Centro di Prenotazione Unica (CUP) mediante il quale sono stati messi a disposizione degli utenti della regione tutte le agende di prenotazione consentendo la prenotazione di visite ed esami strumentali sull'intero territorio regionale.

Con DGR n.1040/11 "Recepimento dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280, della L. n. 266/2005 ed approvazione del Piano regionale di governo delle liste di attesa" è stato recepito il secondo piano Nazionale per il contenimento dei Tempi di attesa. Anche la citata deliberazione ha imposto i tempi di attesa regionali adottando specifiche deroghe rispetto al Piano nazionale. La regione, a seguito di quanto previsto nei piani nazionali, ha avviato gli specifici monitoraggi previsti sia per quanto riguarda le eventuali interruzioni di servizio che le Aziende sono tenute a comunicare tempestivamente sia per quanto riguarda la rilevazione della libera professione intramoenia che viene inviata con puntualità al sistema informativo nazionale a cadenza semestrale. Con Nota n.0021158 del 10/01/2012 la regione



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

aveva richiamato le direzioni generali degli Enti alla vigilanza ed al rispetto delle norme per quanto riguarda l'attuazione della delibera n. 1040/2011.

I Piani attivati per il governo delle liste di attesa hanno come obiettivo quello di facilitare l'accesso alle cure e pertanto vengono sottoposte a monitoraggio le principali prestazioni utili per la salute dei cittadini e i tempi rilevati sono quelli della prima visita, del primo esame strumentale, cioè di quelle prestazioni assistenziali che consentono di porre una diagnosi e quindi dei tempi necessari per il successivo eventuale ricovero ed intervento, differenziandoli dalle prestazioni del follow-up. Tale precisazione è indispensabile perché ancora molta confusione sul tema esiste non solo nel cittadino ma purtroppo anche tra gli operatori. Tuttavia ad oggi permangono gravi criticità per quanto attiene in generale il problema delle liste di attesa e malgrado le deroghe ai tempi stabiliti per visite e prestazioni di diagnostica per le prime visite ancora i tempi non sono rispettati. Viste le premesse sopracitate, si ritiene di fondamentale importanza ribadire i punti principali, evidenziati nella normativa nazionale e regionale che si è succeduta nel tempo, in merito alle regole e modalità operative di governo delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero. Tuttavia si ritiene con il presente atto di porre in essere ulteriori azioni volte al miglioramento dei tempi di Attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale riveste un ruolo rilevante fra le forme di cura alternative al ricovero ospedaliero, tanto da rappresentare la più diffusa modalità di accesso del cittadino al Servizio Sanitario Nazionale, con una progressiva tendenza all'aumento del numero e della complessità delle prestazioni richieste. Ogni anno per i cittadini marchigiani si spendono oltre 347 milioni di euro di prestazioni specialistiche ambulatoriali complessivamente considerate: quelle effettuate dagli erogatori regionali e quelli effettuati in mobilità passiva. Negli ultimi anni si è registrata una tendenza all'incremento del numero di prestazioni gravate tuttavia da una elevata inappropriata, come riportato in tutti gli studi di settore.

Le tappe fondamentali di gestione delle liste d'attesa da parte della Regione Marche sono state rappresentate, in questi ultimi anni, dall'avvio del CUP Unico Regionale e dalla predisposizione del Piano Regionale per il governo delle Liste d'attesa. L'attuazione del CUP Unico Regionale, messo a regime nel 2010, consente oggi alla Regione Marche di avere a disposizione uno strumento operativo di programmazione e controllo delle attività di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, oltre all'inevitabile vantaggio di compensare l'offerta fra le varie Aree Vaste geograficamente intese. La corretta gestione delle liste di attesa prevede una direzione strategica in grado di monitorare, sulla base di dati oggettivi, le caratteristiche dell'offerta nel rispetto dei fabbisogni e delle priorità assistenziali. Lo strumento CUP consente oggi di avere a disposizione un flusso informativo uniforme in quanto a prestazioni monitorate e offre la potenzialità di elaborazione a livello centrale dei dati ai fini programmatori. A tale flusso si affianca quello inviato mensilmente al MEF come stabilito dall'art. 50 della legge n.326/2003. L'avvio infatti del sistema unico ha comportato un notevole sforzo delle realtà organizzative che hanno dovuto adeguarsi ad uno strumento univoco. Attualmente è in fase di organizzazione l'ingresso nel sistema CUP dell'INRCA.

Dall'analisi del flusso dati è stato possibile effettuare la valutazione oggettiva dell'offerta sul territorio regionale evidenziando varie criticità, alcune comuni alla realtà nazionale, altre legate alla peculiarità della realtà regionale.

Il flusso dati, oggi a disposizione della Regione Marche, fa emergere in maniera oggettiva la difformità delle modalità d'offerta sul territorio regionale nel quale si rilevano esperienze d'eccellenza, che vedono sperimentazioni di collaborazione erogatore - prescrittore con differenziazioni della domanda e dell'offerta secondo il piano Nazionale e Regionale di gestione delle liste d'attesa, che si affiancano a criticità di efficienza ancora presenti in alcune realtà.

Con la presente deliberazione si intende ribadire quanto disposto dalle precedenti deliberazioni in merito e integrarle con ulteriori indicazioni per contrastare i ritardi con cui i cittadini accedono alle cure. L'applicazione a livello aziendale del suddetto programma risultata essenziale, vista la continua crescita delle richieste di prestazioni specialistiche ambulatoriali, che proprio perché in larga misura inappropriate finiscono con impedire di soddisfare le richieste per specifiche prestazioni in tempi accettabili, per i cittadini che ne hanno veramente bisogno.

A questa considerazione se ne deve aggiungere una ulteriore e cioè lo spreco di risorse economiche ed il danno ai cittadini, si pensi alla quota di radiazioni cui vengono sottoposti spesso per esami inutili.

La riorganizzazione complessiva del sistema dell'offerta che la regione ha messo in atto, riduzione della frammentazione ospedaliera con la riconversione delle piccole strutture ospedaliere e l'avvio della riorganizzazione in logica di reti cliniche, consente una rivisitazione dell'offerta di assistenza ambulatoriale specialistica volta in primis a garantire la necessaria "expertise" dei professionisti in termini di volumi di attività ed esiti. La scelta di riorganizzare il livello ospedaliero non può non completarsi che grazie alla riorganizzazione dell'intero sistema dell'offerta in particolare per le pre-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

stazioni di diagnostica strumentale, che pertanto dovranno essere effettuate da specifici nodi di rete dell'offerta integrandosi con i nodi della rete presenti nel settore ospedaliero. Di fatto dall'analisi effettuata per coniugare i bisogni assistenziali espressi rispetto alle possibilità di erogare prestazioni fornite dai punti dislocati nell'intero territorio risulta che il gap è elevato. Le ragioni di tale gap sono certamente da ricondurre all'inappropriatezza prescrittiva, in crescita anche in considerazione dell'aumento della medicina difensiva e l'uso inappropriato della tecnologia sanitaria, che generano ridondanze e duplicazioni delle richieste di esami. Tuttavia molte azioni, capaci di rendere più efficiente il sistema anche grazie al miglioramento del rapporto tra volumi di prestazioni e punti di erogazione, potranno consentire di offrire una qualità più elevata delle prestazioni medesime, anche attraverso l'utilizzo massimale delle apparecchiature medicali fino a 18 ore giornaliere. A questa azioni altre semplici ma incisive, come modalità operative di gestione re-call, l'offerta di sistemi per le disdette e persino forme che incentivino o penalizzano i cittadini che non le fanno, fatte salve eventuali dimostrate cause di forza maggiore, devono essere adottate. Tuttavia tutte le possibili azioni da mettere in campo non avranno alcun successo fin quando i MMG, I PLS e gli Specialisti non si attiveranno in maniera forte e partecipata garantendo le prescrizioni in modo che si possa dare effettiva priorità ai pazienti che devono essere diagnosticati per tempo (es entro 30 gg deve essere effettuata una mammografia quando si sospetti una neoplasia in modo che se la stessa viene confermata si possa avviare entro i 30 giorni successivi un intervento chirurgico). La mancata adozione delle classi di priorità non consente di fatto una analisi adeguata del problema Tempi di attesa e conseguentemente le azioni correttive devono essere necessariamente generiche e non possono colpire nel dettaglio. Risulta indispensabile che si attivi un Tavolo di monitoraggio regionale, una Task force per l'attuazione di quanto previsto in tale atto la cui composizione è la seguente: Rappresentanti della Medicina Generale, della Medicina Specialistica (Ospedalieri e territoriali), delle Associazioni dei consumatore degli utenti e delle Direzioni Sanitarie Aziendale, con il compito di monitorare tutte le azioni poste in essere per il governo delle liste di attesa. Inoltre in relazione all'appropriatezza prescrittiva correlata con le classi di priorità e alle strategie che ne favoriscono l'effettiva applicazione pratica è necessario prevedere gruppi di lavoro regionali clinici specialisti esperti della materia allo scopo di raccogliere e unificare le specifiche cliniche che consentano di prioritizzare, per mezzo di percorsi clinici, alcune visite specialistiche ed alcune prestazioni di tipo strumentale, particolarmente critiche che verranno definite e quindi adottate tramite specifici atti regionali.

Il Tavolo di lavoro regionale avrà inoltre il compito di definire i nodi di rete dell'offerta territoriale, in particolare per quanto attiene le prestazioni diagnostiche strumentali. Necessario infine il monitoraggio accurato e costante che consente di valutare eventuali fenomeni distorsivi e consente di mettere in atto provvedimenti adeguati.

Infine il DM 18 ottobre 2012 ha determinato le tariffe massime che le regioni possono corrispondere alle strutture accreditate tenuto conto dell'esigenza di recuperare margini di appropriatezza nell'ambito di quanto disposto nel decreto legge del 6 luglio 2012 n.95 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" a breve la Regione adotterà uno specifico atto per quanto attiene le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Le specifiche tecniche presenti nell'Allegato A vanno ad integrare quelle presenti nei documenti tecnici allegati ai precedenti atti deliberativi in merito. Si incarica infine il Dirigente della PF Assistenza, Emergenza-urgenza, Ricerca e Formazione, nell'ambito dei principi stabiliti dalla presente deliberazione di attuare le disposizioni operative di dettaglio. E' stata effettuata l'informativa sindacale delle OO.SS della dirigenza medica, veterinaria, SPTA e del Comparto e dei MMG, PLS e Specialisti. Per tutto quanto sopra esposto si propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Lucia Di Furia

PROPOSTA DEL DIRETTORE GENERALE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo della legittimità della presente deliberazione e che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

IL DIRETTORE

Paolo Alessi

La presente deliberazione si compone di n. 18 pagine, di cui n. 12 pagine di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Moroni



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A**Linee di indirizzo per il Governo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa.****INTRODUZIONE**

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale riveste un ruolo rilevante fra le forme di cura alternative al ricovero ospedaliero, tanto da rappresentare la più diffusa modalità di accesso del cittadino al Servizio Sanitario Nazionale, con una progressiva tendenza all'aumento del numero e della complessità delle prestazioni richieste.

Nelle Marche ogni anno vengono erogate circa 347milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

La domanda di indagini diagnostiche e visite specialistiche è in continua ascesa sull'intero territorio regionale anche in ragione dell'impegno del livello ministeriale che vuole spostare attività, oggi di pertinenza ospedaliera, verso sedi di tipo ambulatoriale. L'erogazione di tali prestazioni in lunghi tempi si traduce in una lettura di inefficienza del sistema. Tuttavia la crescente domanda di prestazioni è gravata da un elevato tasso di in appropriatezza prescrittiva.

La struttura organizzativa che è alla base dell'offerta è spesso gravata da carenze di organico, obsolescenza delle apparecchiature, livelli di organizzazione diversificati sull'intero territorio e si traduce in inefficienza del sistema e deve necessariamente essere riorganizzata.

La realizzazione del CUP unico regionale ha comportato la condivisione di metodologie di lavoro comuni ed il miglioramento del sistema dell'offerta ai cittadini mettendo in campo le strategie necessarie per giungere all'unificazione del sistema dell'offerta e delle sottostanti procedure.

L'esigenza di garantire l'erogazione delle prestazioni, entro tempi appropriati alle necessità di cura e con modalità che soddisfino il principio di accessibilità alle cure, appropriatezza organizzativa ed economicità nell'utilizzazione delle risorse, richiede che siano messe in atto azioni volte ad ottimizzare il rapporto fra domanda e offerta.

Le principali azioni correttive da programmare rappresentano il piano di attività previsto per i prossimi anni e consistono in:

- ottimizzazione delle rilevazioni ex ante ed ex post dei tempi d'attesa;
- ottimizzazione degli strumenti di controllo sia a livello regionale che delle singole Aree Vaste ed Aziende con definizione di report periodici di controllo;
- ottimizzazione degli strumenti quali ricorso alle prestazioni orarie aggiuntive, overbooking, pulizia delle liste etc.;
- predisposizione di un piano di informazione e comunicazione ai cittadini sui tempi d'attesa e degli indici di performance nell'ottica della completa trasparenza del sistema e di coinvolgimento dell'utenza.

E' stato necessario analizzare il contesto regionale per studiare lo stato dell'assistenza specialistica ambulatoriale della regione Marche, prendendo in esame la quantità, la tipologia e la distribuzione territoriale delle prestazioni prodotte e fruite dai cittadini residenti. Tale analisi costituisce uno degli elementi preliminari per effettuare una riflessione sull'offerta complessiva regionale sul livello di assistenza ambulatoriale, al fine di valutare eventuali potenziamenti e/o ridistribuzioni.

ANALISI DEL FENOMENO

L'individuazione del fabbisogno di prestazioni assistenziali costituisce il presupposto fondamentale per impostare una corretta attività di programmazione regionale e per definire sia il fabbisogno di strutture ed unità di erogazione di prestazioni e servizi, sia le condizioni indispensabili per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private.

DOMANDA E OFFERTA

Le aree oggetto di analisi riguardano i volumi di attività ed i volumi di spesa relativamente alle aree di specialistica per attività clinica, di diagnostica e di laboratorio suddivisi per struttura erogante e Area Vasta geograficamente intesa di appartenenza. La domanda espressa per l'anno 2011 (dati consolidati) calcolata sommando quanto effettuato presso la Regione Marche e quanto ricevuto da cittadini marchigiani in termini di prestazioni effettuate presso altre strutture in mobilità passiva si esplicita in un valore monetario complessivo (regime tariffario) pari a € 347.076.495,07.

A tale dato vanno aggiunte le prestazioni erogate per i fuori regione e per gli stranieri presenti sul nostro territorio pari a € 14.848.616,29



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Valori monetari delle prestazioni ambulatoriali per Distretto di residenza - anno 2011

Distretto di residenza	Attività clinica	Diagnostica per immagini	Attività di laboratorio	Totale
	S01	S02	S03	
101PESARO	€ 12.821.368,77	€ 6.917.886,87	€ 9.681.527,05	€ 29.420.782,69
102URBINO	€ 8.453.291,72	€ 4.368.174,74	€ 4.980.455,24	€ 17.801.921,70
103FANO	€ 10.899.068,07	€ 5.965.022,76	€ 7.754.465,95	€ 24.618.556,78
104SENIGALLIA	€ 9.465.781,08	€ 3.489.355,49	€ 5.721.740,87	€ 18.676.877,44
105IESI	€ 13.203.218,39	€ 5.265.876,09	€ 7.220.176,26	€ 25.689.270,74
106FABRIANO	€ 7.301.192,97	€ 2.734.888,97	€ 3.267.301,81	€ 13.303.383,75
107ANCONA	€ 35.198.576,18	€ 12.579.417,14	€ 18.123.929,11	€ 65.901.922,43
108CIVITANOVA MARCHE	€ 14.902.704,30	€ 5.280.747,94	€ 7.107.118,53	€ 27.290.570,77
109MACERATA	€ 17.229.543,88	€ 6.006.210,11	€ 8.880.931,34	€ 32.116.685,33
110CAMERINO-SAN SEVERINO	€ 7.084.726,05	€ 2.452.491,01	€ 3.243.059,09	€ 12.780.276,15
111FERMO	€ 16.443.451,47	€ 9.300.405,07	€ 9.862.454,86	€ 35.606.311,40
112SAN BENEDETTO	€ 11.313.740,31	€ 4.682.558,81	€ 8.235.835,55	€ 24.232.134,67
113ASCOLI PICENO	€ 8.833.093,73	€ 4.512.466,39	€ 6.292.241,10	€ 19.637.801,22
Totale marchigiani	€ 173.149.756,92	€ 73.555.501,39	€ 100.371.236,76	€ 347.076.495,07
<i>Fuori Regione e stranieri</i>	€ 7.292.737,91	€ 4.033.021,84	€ 3.522.856,54	€ 14.848.616,29

Il dato complessivo suddiviso per tipologia di prestazione mostra una estrema variabilità sia per le attività cliniche che per la diagnostica per immagini che infine per le attività di laboratorio:

- l'attività clinica presenta un valore complessivo di € 173.149.756,92 con estrema variabilità per cui si passa da un minimo di € 7.084.726,05 nel Distretto di Camerino a € 35.198.576,18 per il Distretto di Ancona;
- nel caso della diagnostica per immagini il valore complessivo è di € 73.555.501,39 con una variabilità che passa dai € 2.734.888,97 nel Distretto di Fabriano a € 12.579.417,14 per il Distretto di Ancona;
- per l'attività di laboratorio, il valore complessivo è di € 100.371.236,76 con il Distretto di Fabriano che presenta i valori minori.

Le prestazioni di laboratorio non rientrano tra le problematiche per quanto attiene il problema tempi di attesa poiché i cittadini hanno un accesso diretto ai laboratori.

Di seguito i valori economici riferiti alle singole aree vaste e pesati per popolazione over 65.

Valori monetari delle prestazioni ambulatoriali per Area vasta di residenza - anno 2011

Area Vasta di residenza	Attività clinica	Diagnostica per immagini	Attività di laboratorio	Totale	Pop pesata Spec	Pro-capite			Totale
						Attività clinica	Diagnostica per immagini	Attività di laboratorio	
						S01	S02	S03	
AV1	€ 32.173.728,56	€ 17.251.084,37	€ 22.416.448,24	€ 71.841.261,17	366.523	€ 87,78	€ 47,07	€ 61,16	€ 196,01
AV2	€ 65.168.768,62	€ 24.069.537,69	€ 34.333.148,05	€ 123.571.454,36	493.995	€ 131,92	€ 48,72	€ 69,50	€ 250,15
AV3	€ 39.216.974,23	€ 13.739.449,06	€ 19.231.108,96	€ 72.187.532,25	313.063	€ 125,27	€ 43,89	€ 61,43	€ 230,58
AV4	€ 16.443.451,47	€ 9.300.405,07	€ 9.862.454,86	€ 35.606.311,40	177.584	€ 92,60	€ 52,37	€ 55,54	€ 200,50
AV5	€ 20.146.834,04	€ 9.195.025,20	€ 14.528.076,65	€ 43.869.935,89	214.170	€ 94,07	€ 42,93	€ 67,83	€ 204,84
Totale marchigiani	€ 173.149.756,92	€ 73.555.501,39	€ 100.371.236,76	€ 347.076.495,07	1.565.335	€ 110,62	€ 46,99	€ 64,12	€ 221,73

I dati sono inoltre esplicitati per volumi di attività e in base alla media regionale ricalcolati sulla base della popolazione pesata su Area Vasta.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Prestazioni ambulatoriali per Distretto di residenza - anno 2011

Distretto di residenza	Attività clinica	Diagnostica per immagini	Attività di laboratorio	Totale
	S01	S02	S03	
101PESARO	515.135	118.578	1.811.794	2.445.507
102URBINO	298.282	74.119	976.410	1.348.811
103FANO	417.038	98.581	1.513.456	2.029.075
104SENIGALLIA	356.986	68.011	1.131.814	1.556.811
105IESI	523.486	99.187	1.335.508	1.958.181
106FABRIANO	267.756	52.768	618.030	938.554
107ANCONA	1.278.810	263.438	3.402.842	4.945.090
108CIVITANOVA MARCHE	497.529	101.241	1.344.898	1.943.668
109MACERATA	599.144	114.198	1.670.344	2.383.686
110CAMERINO-SAN SEVERINO	223.870	45.526	635.252	904.648
111FERMO	539.542	194.294	1.902.182	2.636.018
112SAN BENEDETTO	379.552	83.149	1.488.818	1.951.519
113ASCOLI PICENO	381.958	79.408	1.213.453	1.674.819
Totale marchigiani	6.279.088	1.392.498	19.044.801	26.716.387
<i>Fuori Regione e stranieri</i>	<i>196.551</i>	<i>58.456</i>	<i>556.772</i>	<i>811.779</i>

Prestazioni ambulatoriali per Area vasta di residenza - anno 2011

Area Vasta di residenza	Attività clinica	Diagnostica per immagini	Attività di laboratorio	Totale	Pop pesata Spec	Pro-capite			
						Attività clinica	Diagnostica per immagini	Attività di laboratorio	Totale
						S01	S02	S03	
AV1	1.230.455	291.278	4.301.660	5.823.393	366.523	3,36	0,79	11,74	15,89
AV2	2.427.038	483.404	6.488.194	9.398.636	493.995	4,91	0,98	13,13	19,03
AV3	1.320.543	260.965	3.650.494	5.232.002	313.063	4,22	0,83	11,66	16,71
AV4	539.542	194.294	1.902.182	2.636.018	177.584	3,04	1,09	10,71	14,84
AV5	761.510	162.557	2.702.271	3.626.338	214.170	3,56	0,76	12,62	16,93
Totale marchigiani	6.279.088	1.392.498	19.044.801	26.716.387	1.565.335	4,01	0,89	12,17	17,07

L'analisi dei volumi di attività mostra che in totale sono state effettuate 26.716.387 prestazioni (volume che nel 2008 era pari a 26.278.077 prestazioni) di cui 6.279.088 per l'attività clinica (nel 2008 pari a 6.456.745 prestazioni), e 1.392.498 per l'attività di diagnostica per immagini (nel 2008 pari a 1.441.456). Infine per le attività di laboratorio i volumi sono pari a 19.044.801 (nel 2008 corrispondeva a 18.379.376 prestazioni).

Complessivamente considerati i volumi regionale corrispondono ad un valore di 17,07 prestazioni pro/capite, riferiti alla popolazione pesata, con la seguente distribuzione: 4,01 prestazioni pro/capite per le attività cliniche, 0,89 procapite per le prestazioni di diagnostica per immagine e 12,17 per le prestazioni di diagnostica di laboratorio.

L'aumento complessivo di prestazioni risulta meno elevato rispetto a quanto ci si poteva aspettare e questo è quasi certamente legato alla introduzione dei ticket e alla congiuntura economica.

Sono state quindi analizzate le strutture ambulatoriali, intese come sedi presso le quali il cittadino si può rivolgere per fruire prestazioni afferenti ad una o più specialità (discipline), prendendone in esame la dislocazione geografica. Si è approfondita l'analisi sui singoli punti di offerta, intendendo come "punto di offerta" l'unità elementare di rilevazione corrispondente alla presenza di una disciplina presso una sede.

Per ogni punto di offerta sono state valutate la messa in disponibilità di posti prenotabili presso il CUP, la produzione, e la quota di mobilità attiva, vale a dire le prestazioni erogate a favore di cittadini non residenti in regione e in altre aree vaste.

Per quanto attiene l'offerta le unità eroganti presenti sul territorio sono così distribuite: in totale nell'offerta delle attività cliniche sono presenti 168 unità eroganti pubbliche (nel 2008 erano 134) e 55 private (nel 2008: 68); per quanto attiene le offerte di erogatori per la Diagnostica per immagini 63 punti di erogazione sono del pubblico (nel 2008: 86) e 20 del privato (nel 2008: 23). Infine per quanto riguarda i laboratori considerando all'interno di tale area sia le strutture laboratoristiche che effettuano analisi chimico-cliniche che i Punti di Prelievo si hanno punti di erogazione del pubblico 52 (nel 2008: 53) e 56 del privato (nel 2008: 56).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'analisi si è poi focalizzata sulle prestazioni "critiche" per le quali è considerato obiettivo prioritario del Piano Sanitario Nazionale e del Piano sanitario regionale il contenimento dei tempi di attesa.

Consapevoli che i dati riportati sono in ogni caso non completamente corrispondenti al vero in quanto ad oggi nella nostra regione non è possibile differenziare le prime visite dai controlli e non sempre è disponibile la priorità di accesso. Pertanto il dato è gravato da un bias che incide in maniera significativa e tuttavia sono i soli dati disponibili con cui confrontarsi per capire il sistema; la correttezza del dato è un obiettivo delle presenti Linee di indirizzo. La differenziazione tra prime visite e controllo è alla base dei Piani Nazionali per il contenimento delle Liste di Attesa in quanto la tutela del cittadino ad accedere alle cure è intuitivamente più importante quando si è nella fase diagnostica iniziale, rispetto ai controlli ed ai follow-up dei cittadini in trattamento che pure sono gravati da tempi di attesa prolungati.

Con DGR n. 1040 del 18 Luglio 2011 i tempi di attesa delle visite sottoposte al piano per il contenimento dei tempi di attesa, previste dal livello nazionale corrispondenti a 10 per le prestazioni brevi "B" (Breve) e 30 gg per le prestazioni differibili "D" (Differibile) sono stati derogati dalla Regione Marche per cui per le priorità di accesso "D" (Differibile), il tempo massimo entro cui effettuare la visita, per alcune visite, è stato derogato a 45 gg. Il ricorso alle deroghe regionali era previsto nel piano nazionale.

Le prestazioni "U" (Urgenti) sono garantite con percorsi dedicati.

Di seguito si riportano le prestazioni oggetto della verifica sui tempi massimi di attesa e sono riferiti, come richiesto dal livello nazionale, alle prenotazioni effettuate nelle settimane indice di Aprile ed Ottobre del 2012 complessivamente considerate. L'assenza di valore riportata nelle tabelle indica che in quelle settimane indice non sono state richieste prestazioni per quella specifica visita o esame strumentale (es per le priorità "B" visita gastroenterologica).

Prestazioni di tipo clinico: Visite per le classi di priorità "B" e "D" rispettivamente breve e differita per queste ultime la normativa regionale ha derogato i tempi massimi di attesa (in alcuni casi da 30 gg a 45 gg).

Descrizione prestazione	Codice Prestazione	Priorità B			Priorità D		
		TDA Medio	Tempo massimo di attesa	Δ TDA medio - TDA massimo	TDA Medio	Tempo massimo di attesa	Δ TDA medio - TDA massimo
Visita Cardiologica	89.7	7,21	10	-2,79	76,32	45	31,32
Visita chirurgia vascolare	89.7		10		58,87	45	13,87
Visita endocrinologica	89.7	5,80	10	-4,20	125,14	45	80,14
Visita Neurologica	89.13	3,88	10	-6,13	48,06	45	3,06
Visita Oculistica	95.02	6,95	10	-3,05	87,02	30	57,02
Visita ortopedica	89.7	7,07	10	-2,93	54,81	30	24,81
Visita Ginecologica	89.26	4,00	10	-6,00	45,85	30	15,85
Visita Otorinolaringoiatra	89.7	7,20	10	-2,80	43,88	30	13,88
Visita Urologica	89.7	5,00	10	-5,00	51,36	30	21,36
Visita Dermatologica	89.7	6,50	10	-3,50	62,31	30	32,31
Visita Fisiatrica	89.7	1,75	10	-8,25	41,21	30	11,21
Visita Gastroenterologica	89.7		10		66,43	45	21,43
Visita Oncologica	89.7	10,00	10	0,00	69,32	30	39,32
Visita Pneumologica	89.7	3,50	10	-6,50	52,90	45	7,90

Per le prestazioni con priorità di accesso "B" (Breve) il tempo massimo viene sempre rispettato (10 giorni per tutte le visite).

Per quanto riguarda le prestazioni con priorità di accesso "D" (Differibile) non sono rispettati i tempi massimi di attesa previste dalle deroghe effettuate dalla Regione. Il range di incremento di giornate per alcune visite passa da + 3,06 a + 33,31 giorni cioè da pochi giorni a più di un mese. Il mancato rispetto di quanto stabilito dagli atti regionali costringe il cittadino marchigiano ad aspettare più del doppio del tempo massimo definito a livello nazionale. Per alcune visite, le più critiche: Visita endocrinologica (+ 80, 14), oculistica (+57,02) ed oncologica (+39,32), l'attesa supera di oltre 2 mesi e mezzo, nella situazione peggiore, quanto stabilito come tempo massimo di attesa.

Per gli esami strumentali i tempi codificati dalla deliberazione regionale sono stati date alcune deroghe; in particolare per le prestazioni brevi "B" (Breve) il tempo massimo entro cui effettuare le Risonanze magnetiche è di 15 gg per.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Per le prestazioni differibili "D" (Differibile) sono stati derogati dalla Regione Marche alcune prestazioni per cui il tempo massimo previsto dal livello nazionale di 60 gg, è stato derogato a 75 gg o a 90 gg.

Per quanto attiene le prestazioni di diagnostica strumentale relative alla priorità "B" il tempo massimo di attesa come derogato con la delibera regionale viene rispettato per tutte le prestazioni tranne l'elettrocardiogramma da sforzo; per questa prestazione è in corso una analisi di dettaglio.

Descrizione prestazione	Codice Prestazione	Priorità B			Priorità D		
		TDA Medio	Tempo massimo di attesa	ΔTDA medio - TDA massimo	TDA Medio	Tempo massimo di attesa	ΔTDA medio - TDA massimo
Mammografia	87.37.1 - 87.37.2	7,00	10	-3,00	290,91	90	200,91
TC Torace	87.41 - 87.41.1	3,73	10	-6,27	93,49	75	28,49
TC Addome Superiore	88.01.1 - 88.01.2				91,90	75	16,90
TC addome inferiore	88.01.3 - 88.01.4	2,00	10	-3,00	109,00	75	34,00
TC Addome completo	88.01.5 - 88.01.6	-1,86	10	-5,64	101,84	75	26,84
TC Capo	87.03 - 87.03.1	4,00	10	-6,00	50,13	60	-9,87
TC rachide	88.38.1 - 88.38.2	5,00	10	-5,00	39,39	75	-35,61
TC Bacino	88.38.05				35,50	75	-39,50
RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2	5,33	10	-4,67	168,26	90	78,26
RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5	4,25	15	-10,75	142,84	90	52,84
RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 - 88.94.2	4,25	10	-5,75	98,42	90	8,42
RMN Colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1	3,67	15	-11,33	156,97	90	66,97
Ecografia Capoe collo	88.71.4	6,54	10	-3,46	114,98	75	39,98
Ecocolor Doppler cardiaca	88.72.3	9,00	10	-1,00	132,65	90	42,65
Ecodoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5	7,67	10	-2,33	135,66	90	45,66
Ecodoppler vasi periferici	88.77.2	7,33	10	-2,67	132,92	90	43,92
Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	5,82	10	-4,18	65,35	75	10,35
Ecografia mammella	88.73.1 - 88.73.2	8,33	10	-1,67	283,74	90	193,74
Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2	2,00	10	-8,00	75,39	90	-14,71
Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42	9,00	10	-1,00	135,15	90	45,15
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24				128,71	90	38,71
Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16	8,67	10	-1,33	49,63	75	-25,37
Elettrocardiogramma	89.52	7,24	10	-2,76	72,92	75	-2,08
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	5,75	10	-4,25	63,72	75	-11,28
Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43	77,50	10	67,50	86,47	75	11,47
Audiometria	95.41.01	9,00	10	-1,00	41,58	75	-33,42
Spirometria	89.37.1 - 89.37.2				62,33	90	-27,67
Fondo Oculare	95.09.01				98,11	75	23,11
Elettromiografia	93.08.01	1,00	10	-9,00	80,28	90	-9,72

Per quanto riguarda le priorità di accesso di tipo "D" (Differibile) il 34,5% delle prestazioni rispettano il tempo di attesa stabilito con situazioni che sono migliori di qua in deroga e quindi in linea presumibilmente con i bisogni sanitari dei cittadini e vicini ai tempi nazionali. Altre prestazioni superano tuttavia il mese di attesa ulteriore derogato, forse ancora accettabile per il cittadino, in particolare per queste prestazioni giudicate differibili.

Risultano in particolare critiche le prestazioni che riguardano gli esami strumentali per la mammella (Ecografia mammella e Rx Mammografia) che rispetto al tempo di attesa derogato in 90 giorni arrivano ad attese di 193 e 200 giorni rispettivamente.

Sono state riportate pertanto le 14 visite e le 29 prestazioni strumentali definite critiche e sottoposte a particolare monitoraggio regionale e nazionale.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Si precisa che per quanto attiene il ricorso ai Protocolli Diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) che devono riguardare l'area oncologica e cardiologica ad oggi la regione ha deliberato solo il PDTA del colon retto oltre ai PDT degli screening.

Il monitoraggio dei percorsi definiti nel PNGLA relativi al carcinoma della mammella del colon e il by pass aorto-coronarico vedono il completamento del percorso diagnostico entro 30 giorni rispettivamente nel 82,97%, nel 88,31% e nel 51,89%.

Per quanto riguarda il percorso terapeutico relativi al carcinoma della mammella del colon e il by pass aorto-coronarico vedono il completamento dello stesso entro 30 giorni rispettivamente nel 60,70 %, nel 89,61 % e nel 73,58 %.

I dati regionali si allineano alla media nazionale.

CARCINOMA DELLA MAMMELLA	BYPASS AORTOCORONARICO	CARCINOMA DEL COLON
Numero totale di casi incidenti (anno 2011):	Numero totale di casi incidenti (anno 2011):	Numero totale di casi incidenti (anno 2011):
760	321	465
Numero percorsi diagnostici:	Numero percorsi diagnostici:	Numero percorsi diagnostici:
%	%	%
Entro 30 gg <input type="text" value="190"/> 82,97	Entro 30 gg <input type="text" value="55"/> 51,89	Entro 30 gg <input type="text" value="136"/> 88,31
Tra 30 e 90 gg <input type="text" value="31"/> 13,54	Tra 30 e 90 gg <input type="text" value="41"/> 38,68	Tra 30 e 90 gg <input type="text" value="17"/> 11,04
Oltre 90 gg <input type="text" value="8"/> 3,49	Oltre 90 gg <input type="text" value="10"/> 9,43	Oltre 90 gg <input type="text" value="1"/> 0,65
Numero percorsi terapeutici:	Numero percorsi terapeutici:	Numero percorsi terapeutici:
%	%	%
Entro 30 gg <input type="text" value="139"/> 60,70	Entro 30 gg <input type="text" value="78"/> 73,58	Entro 30 gg <input type="text" value="138"/> 89,61
Tra 30 e 90 gg <input type="text" value="90"/> 39,30	Tra 30 e 90 gg <input type="text" value="25"/> 23,58	Tra 30 e 90 gg <input type="text" value="16"/> 10,39
Oltre 90 gg <input type="text" value="0"/> 0	Oltre 90 gg <input type="text" value="3"/> 2,83	Oltre 90 gg <input type="text" value="0"/> 0
Totale <input type="text" value="229"/>	Totale <input type="text" value="106"/>	Totale <input type="text" value="154"/>

Sottoposte a monitoraggio sono anche i tempi di attesa della libera professione intramoenia e le sospensioni dell'erogazione.

Un modello esplicativo generale è quello che definisce le liste di attesa come risultato dello squilibrio tra la domanda e l'offerta di prestazioni; tuttavia si dovrebbe più correttamente considerare la domanda legittima (cioè basata su bisogni oggettivi e meritevoli di tutela) e l'offerta di prestazioni appropriate nel contesto di un sistema di erogatori piuttosto che di una singola agenda o di una singola struttura. I fattori che incidono sulla domanda e sull'offerta sono definiti "determinanti dell'attesa" e possono essere raggruppati in cinque categorie:

- legati al paziente, quali gli aspetti clinici (condizione clinica e sua severità ed urgenza, grado di disabilità prodotta), situazione socioeconomica, aspetti soggettivi (percezione, ansia);
- legati alla prestazione, quali il grado di innovazione e di diffusione della prestazione o l'eseguitabilità da parte di differenti soggetti o erogatori;
- legati agli erogatori, quali capacità di erogazione, l'efficienza, l'attrazione sulla domanda, i metodi di gestione delle liste, l'esercizio di controlli interni sulla regolarità nella gestione delle liste;
- legati al sistema sanitario, quali la composizione dell'offerta (diversificazione, integrazione, concentrazione), le politiche tariffarie, il ruolo dei medici prescrittori, la disponibilità di sistemi centralizzati di prenotazione, la regolazione normativa;
- legati al contesto, quali i bisogni sanitari da fronteggiare (es. età della popolazione, etc)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Le cause principali che sottostanno alla problematica dei tempi di attesa riguardano l'intero territorio nazionale e si riproducono parimenti nel territorio regionale e può essere esplicitata dall'analisi di dettaglio seguente:

- eccesso di domanda per:
 - iperprescrizione;
 - prescrizioni improprie/inappropriate;
 - prescrizioni difensive da parte dei medici prescrittori;
 - auto-prescrizioni (richieste dei cittadini al medico prescrittore);
 - mancata presa in carico dei pazienti cronici
 - carente comunicazione verso l'utenza
 - assenza nelle prescrizioni delle classi di priorità
 - mancata separazione tra prime visite e controlli
- carenza dell'offerta per:
 - insufficiente funzionamento delle sedi eroganti (attive per meno di 10/12 ore giornaliere);
 - dislocazione di apparecchiature non sempre coperte da un organico adeguato;
 - apparecchiature talvolta obsolete;
 - organici non sempre completi (es. TSRM nelle radiodiagnostiche);
 - incremento di richieste per particolari tipologie di diagnostiche strumentali (es. PET);
- prenotazioni errate da parte degli operatori del CUP (in parte anche a causa di prescrizioni non sempre chiare relativamente alle tipologie diagnostiche o per prestazioni specialistiche).
- significativa quota di pazienti che non si presentano per l'esecuzione di indagini strumentali e non danno disdetta comportando di fatto uno spazio per un appuntamento che potrebbe meglio essere utilizzato e lasciato a disposizione per un altro cittadino.

Alla base dell'intera problematica c'è l'inappropriatezza prescrittiva che impedisce a chi ne ha veramente bisogno di accedere alle cure. L'appropriatezza di una visita o esame diagnostico è definibile come:

- la cosa giusta
- al soggetto giusto
- al momento giusto
- da parte dell'operatore giusto
- nella struttura giusta
- nel modo giusto

Gli attori coinvolti nel sistema sono innumerevoli: MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali territoriali ed ospedalieri, Medici radiologi, Specialisti che attuano altre indagini strumentali (ecografie dislocate nelle cardiologie, gastroenterologie, etc) e non sempre tutti gli attori concorrono in maniera sinergica a risolvere il problema dei tempi di attesa.

La Regione Marche attraverso le precedenti deliberazioni sul tema (DGR 1040/2011) ha dato indicazioni alle Aziende (ASUR, INRCA, AOU Riuniti; AO Marche Nord) per il rispetto dei tempi previsti dal PNGTA apportando anche delle deroghe ai tempi ivi previsti per quanto attiene alcune aree oggetto di monitoraggio.

A loro volta le Aziende erano tenute ad effettuare i Piani attuativi Aziendali per stabilire le regole interne per rispondere al mandato nazionale e regionale.

Tuttavia nonostante le azioni poste in essere i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie continuano a non garantire appieno l'accessibilità dei cittadini al sistema di cure e a tale scopo la Regione ritiene necessario predisporre il presente atto. Con il presente atto non si ritiene che la soluzione al problema consista nell'aumentare l'offerta di prestazioni ma di migliorare l'accessibilità dei cittadini al sistema di cure nella nostra regione.

AZIONI

Il governo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la garanzia del rispetto dei tempi di attesa presuppone che ogni operatore sanitario che intercetta il bisogno di salute del cittadino sia consapevole del proprio ruolo in termini di tempistica e che ogni professionalità si impegni a compiere il proprio dovere consentendo di raggiungere il fine comune: garantire accesso adeguato del cittadino in termini di bisogno di salute.

La riorganizzazione complessiva del sistema dell'offerta che la regione ha messo in atto, riduzione della frammentazione ospedaliera con la riconversione delle piccole strutture ospedaliere e l'avvio della riorganizzazione in logica di reti



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

cliniche consente una rivisitazione dell'offerta di assistenza ambulatoriale specialistica volta in primis a garantire la necessaria "expertise" dei professionisti in termini di volumi di attività ed esiti. La scelta di riorganizzare il livello ospedaliero non può non completarsi, in particolare per la parte di diagnostica strumentale, che grazie alla riorganizzazione del sistema dell'offerta per le prestazioni di specialistica ambulatoriale che pertanto dovranno costituire specifici nodi di rete dell'offerta integrandosi con i nodi della rete presenti nel settore ospedaliero.

Per valutare l'entità dell'offerta di prestazioni necessarie e definire il bisogno di punti di erogazione è indispensabile effettuare l'**analisi della densità dell'offerta (assoluta e pesata)** in rapporto al numero dei cittadini residenti in regione e nelle singole aree vaste tenendo conto del concetto di **punto di offerta** come unità elementare di rilevazione.

Devono quindi essere distinti punti di erogazione in grado di offrire un mix di prestazioni sufficientemente complesso per completare un iter diagnostico terapeutico da quelli che necessitano del supporto di una rete di altri servizi e/o punti. Sarà quindi opportuno effettuare la differenziazione delle attività, in particolare per quanto attiene la parte della specialistica di diagnostica, concentrando le attività dei nodi della rete ospedaliera per le prestazioni interne separando tempi e stabilendo volumi per le prestazioni esterne in particolare affidando ad un nucleo unitario la gestione delle prestazioni per esterni.

E' necessario il coinvolgimento dei professionisti e la partecipazione dei cittadini attraverso tutte le forme a disposizione delle rappresentanze degli stessi (OOSS sindacali, rappresentanti dei cittadini, etc) allo scopo di migliorare l'informazione e stabilire un rapporto di collaborazione per una comunicazione adeguata e condivisa. Risulta quindi indispensabile che si attivi un **Tavolo di monitoraggio regionale**, una Task force la cui composizione deve essere la seguente: Rappresentanti della Medicina Generale, della Medicina Specialistica (Ospedalieri e territoriali), delle Associazioni dei consumatori, degli utenti, delle OOSS e delle Direzioni Sanitarie Aziendale, con il compito di monitorare tutte le azioni necessarie per il governo delle liste di attesa. Tale Tavolo avrà in primis il compito di rivalutare i punti offerta territoriale sulla base delle indicazioni sopra citate e dovrà fornire supporto per uno specifico atto deliberativo. Dovrà provvedere alla messa a disposizione, nel rispetto della vigente normativa in tema di Trasparenza, di un sistema di report periodico per fornire i dati ai cittadini oltre che agli operatori. Inoltre in relazione all'appropriatezza prescrittiva correlata con le classi di priorità e alle strategie che ne favoriscono l'effettiva applicazione pratica è necessario prevedere gruppi di lavoro regionali, clinici specialisti esperti della materia, allo scopo di raccogliere e unificare le specifiche cliniche che consentano la prioritizzazione di alcune visite specialistiche ed alcune prestazioni di tipo strumentale, particolarmente critiche che verranno analizzate, rielaborate e di seguito adottate con atto deliberativo. Inoltre tale tavolo dovrà coadiuvare le Direzioni generali degli Enti per evitare fenomeni distorsivi.

Allo scopo di dar seguito a quanto definito le principali azioni da porre in essere da subito sono relative al governo della domanda e al governo dell'offerta. Tali azioni devono necessariamente essere adottate all'interno dei Nuovi Piani Attuativi Aziendali.

Di seguito si esplicitano le azioni che in particolare dovranno garantire per le 43 prestazioni individuate nel PNGTA del 2010-2012 recepita con DGR n. 1040/2011 il rispetto della garanzia dei tempi massimi di attesa che per il primo accesso e per le classi di priorità corrispondono a quanto stabilito nell'allegato 1 della citata deliberazione (pagg 9, 10 e 11).

Azioni per il governo della domanda:

1. **Responsabilizzazione dei prescrittori**

Tutte le possibili azioni da mettere in campo non avranno alcun successo fin quando i MMG, I PLS e gli Specialisti non si attiveranno in maniera forte e partecipata garantendo le prescrizioni in modo che si possa dare effettiva priorità ai pazienti che devono essere diagnosticati per tempo (es entro 60 gg deve essere effettuata una mammografia quando si sospetti una neoplasia in modo che se la stessa venisse confermata è possibile avviare entro i 30 giorni successivi un intervento terapeutico (chirurgia, chemioterapia, radioterapia). Pertanto si rimanda alla PF competente in materia la necessità di stabilire i necessari accordi.

a. **Razionalizzazione e differenziazione delle tempistiche e del follow-up.**

Nello specifico è necessario differenziare e rilevare la tipologia di prestazione per quanto attiene la prima visita ed i controlli poiché ai fini del rilevamento tempi di attesa questa differenziazione è imprescindibile. Si precisa che nella registrazione va esplicitata la 1° visita rispetto ai controlli. Si definiscono prime visite e prime prestazioni diagnostico terapeutiche quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto

Si ribadisce l'obbligatorietà ai prescrittori di segnalare nelle ricette visite/ esami di primo accesso e di controllo.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

b. Classi di priorità

Il ricorso alle classi di priorità nel rispetto della Legge 326/2003 – Nuovo Ricettario Unico che deve essere rispettato dai prescrittori (MMG, PLS e Specialisti)

Legge 326/2003 – Nuovo Ricettario Unico

➡ Prevede l'obbligo da parte del medico prescrittore di indicare la priorità delle prestazioni

["U"]	["B"]	["D"]	["P"]
URGENTE	BREVE	DIFFERITA	PROGRAMMATA
Prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile o non oltre 72 h	Prestazioni da eseguire in un tempo compreso tra 3 e 10 giorni	Visite da eseguire entro 30 giorni e accertamenti specialistici da effettuare entro 90 giorni	Prestazione da eseguire entro 180 giorni

Si ribadisce l'obbligatorietà ai prescrittori di barrare la casella che consente di prioritarizzare l'esame: U (Urgente), B (Breve), D (Differita), P (Programmata) .

Si ribadisce l'obbligatorietà ai prescrittori di indicare in maniera chiara la motivazione della richiesta.

c. Rispetto dell'appropriatezza prescrittiva

Studi di settore stimano un tasso di inappropriata prescrittiva molto variabile, (in alcuni casi del 50% circa sul totale delle prestazioni).

i. **Screening:** Tra le richieste di esami strumentali che devono essere valutati attentamente vanno annoverati tutti gli esami che vengono offerti in prevenzione attiva ed in particolare il I° livello dello screening della cervice, della mammella e del colon retto. In questi casi studi internazionali hanno valutato l'efficacia della tempistica (ogni tre anni per la cervice ed ogni due per la mammella ed il colon retto) ottimale in termini di riduzione di mortalità. Le richieste effettuate nelle fasi intermedie tra la prima chiamata e le successive devono essere evitate ed eseguiti solo quando compaiono sintomi clinici. I pazienti presi in carico dai percorsi diagnostico terapeutici già definiti per gli screening dovranno essere prenotati per gli approfondimenti diagnostici necessari al di fuori del percorso di prenotazione tramite chiamata a CUP e l'accesso è garantito tramite un sistema dedicato ad uso dei professionisti già organizzato.

Si ritiene obbligatorio non effettuare esami strumentali tra gli intervalli di screening oncologico ad eccezione di situazioni di sintomatologia clinica; gli esami di screening vanno esclusi dalla rilevazione dei tempi di attesa.

ii. **PDTA Colon Retto:** Per i pazienti con problemi di diagnostica relativi al Colon retto è già stato definito il percorso Diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) DGR 1415/2012 che stabilisce anche per i pazienti sintomatici e non solo per i paziente che accedono ai servizi per mezzo della chiamata attiva (screening) il percorso e il "chi fa che cosa" in modo che il paziente venga condotto ed accompagnato in un continuum assistenziale (prenotazione di esami, approfondimenti diagnostici, eventuali interventi terapeutici (farmacologici e/o chirurgici) evitando che il paziente venga abbandonato nel percorso garantendo al contrario l'intero iter diagnostico terapeutico assistenziale. Nel PDTA è stabilito chi prenota i necessari approfondimenti diagnostica e la tempistica per dare la risposta che è ridotta rispetto a quelli previsti dal Piano regionale contenimento tempi di attesa.

Si ritiene obbligatorio seguire i PDTA definiti con deliberazione regionale

La regione si impegna ad adottare specifici PDTA per l'area oncologica (tumore della mammella) ed area cardiologica (IMA, Scompenso) entro 60 gg dall'adozione della presente deliberazione).

iii. **Protocolli specifici per alcune discipline:** ricorso a protocolli condivisi tra professionisti per la definizione di classi di priorità per quanto attiene le prestazioni così da garantire i cittadini che hanno realmente bisogno di interventi diagnostici urgenti e gestire al meglio le richieste per quei cittadini che non avendo problemi di urgenza devono tuttavia trovare in tempi brevi la necessaria risposta. Le classi di priorità erano già state definite attraverso l'Accordo Stato Regioni - 11 luglio 2002 che ha esplicitato le "Indicazioni generali sui criteri di priorità cliniche" per l'individuazione delle priorità cliniche: (i) Severità del quadro clinico presente; (ii) Prognosi; (iii) Tendenza al peggioramento a breve; (iv) Presenza di dolore e/o deficit funzionale; (v) Implicazioni sulla qualità della vita; (vi) Casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato; (vii) "Speciali caratteristiche del paziente che pos-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

sono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore”; (viii) “I pazienti con uguale livello di priorità devono essere trattati secondo l’ordine cronologico di presentazione”.

Si stabilisce l’obbligatorietà dell’utilizzo dei protocolli stabiliti con l’ausilio dei professionisti e che verranno adottati con deliberazione regionale.

iv. Prescrizione diretta con contestuale prenotazione per i pazienti cronici sottoposti a follow-up

Per i pazienti cronici in cura presso specialisti di settore vanno garantite forme di prenotazione diretta. In alcune realtà regionali e per specifiche discipline tale attività è già stata intrapresa.

Per i pazienti oncologici già in trattamento e che necessitano del relativo follow-up tutte le sedi presso cui si eseguono visite specialistiche dovranno attrezzarsi per stabilire un raccordo con il referente della diagnostica, il più delle volte interno alla medesima struttura ospedaliera, per dar corso alla prescrizione attivando la prenotazione diretta e conseguente ritiro del referto. Inoltre garantire la prenotazione della visita specialistica di controllo successiva.

Lo stesso è opportuno per quanto riguarda alcune altre reti cliniche già consolidate sul territorio regionale:

- rete della diabetologia
- rete della nefrologia
- rete cardiologica

Le aziende dovranno individuare altre discipline che possono dar corso, per pazienti cronici, a tale sistema organizzativo che si riflette sicuramente in un netto miglioramento della qualità assistenziale anche attraverso la ripetizione di esami presso medesime strutture e con medesime apparecchiature che migliorano la possibilità di confronto con esami precedenti. Ovviamente per tali prestazioni dovranno essere messe a disposizione dello specialista o meglio del care-giver, gli strumenti informatici e la possibilità di effettuare la prenotazione (accesso dedicato al CUP o mediante la messa a disposizione di gruppi di prestazioni dedicate per facilitare le operazioni); in ogni caso si dovrà garantire il flusso dati tramite sistema informativo.

Si stabilisce l’obbligatorietà di garantire la prescrizione diretta degli esami di follow-up, prenotazione, ritiro del referto di esami specialistici di diagnostica strumentale e prenotazione visita di controllo da parte dei centri prescrittori di specialistica oncologica, cardiologica, diabetologica, nefrologica.

Azioni per il governo dell’offerta:

1. Efficiamento del sistema**a. Riduzione della frammentazione dei punti di erogazione e Differenziazione di offerta per i pazienti ricoverati e non**

L’efficiamento del sistema si ottiene anche attraverso la riduzione della frammentazione dei punti di erogazione con la garanzia di apertura degli stessi per orari superiori mediante una redistribuzione del personale; gli orari di apertura superiori consentono ai cittadini una maggior accessibilità alle prestazioni sanitarie. La riorganizzazione dei punti di erogazione andrà effettuata nel rispetto dell’analisi per **Densità Assoluta dell’Offerta (DAO)** e per volumi di attività. L’efficiamento del sistema passa anche attraverso la diversificazione dei punti di erogazione per i pazienti ricoverati e non. La disponibilità dei professionisti sul territorio a costituire dei nodi di rete attrezzati per rispondere ai bisogni dei cittadini facendosi garanti della valutazione degli stessi potrebbe colmare le distanze tra richieste ed inappropriata prescrivita.

La regione si impegna ad adottare specifico atto deliberativo.

b. Utilizzo massimale delle strumentazioni

Per quanto attiene la diagnostica strumentale l’utilizzo massimale delle attrezzature sanitarie (per almeno 12 ore giornaliere) consente anche di offrire una qualità più elevata delle prestazioni medesime; in particolare per le grandi apparecchiature medicali fino a 18 ore giornaliere.

Adeguamento dotazioni organiche laddove carenti anche attraverso il ricorso allo spostamento temporaneo del personale verso le sedi eroganti carenti almeno in logica di Area Vasta per quanto attiene l’ASUR e con differenziazione di attività e spostamento del personale tra i due presidi che insistono nell’AO Ospedali Riuniti Marche Nord.

Pieno utilizzo delle apparecchiature e del tempo dedicato al loro funzionamento sia in ambito ospedaliero che territoriale. Ammodernamento delle tecnologie laddove la loro obsolescenza impedisca l’efficienza del sistema.

Gli Enti del SSR sono tenuti al rispetto di quanto previsto

c. Utilizzo differenziato delle strumentazioni di qualità più elevata per le patologie ad alta complessità



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La differenziazione degli strumenti diagnostici tra quelli messi a disposizione dei pazienti che necessitano di esami routinari e meno impegnativi riservando es TAC a 64 slides per pazienti con particolari bisogni diagnostici andrebbe introdotto anche grazie a sistemi di richiesta motivata nel dettaglio. Idem per quanto attiene le RMN che andrebbero richieste con motivazioni aggiuntive.

La regione si impegna ad adottare specifico atto deliberativo***d. CUP******i. Gestione del re-call***

In un sistema che fatica a fornire un'offerta adeguata è indispensabile garantire azioni volte al recupero delle prestazioni attraverso un sistema di re-call che consenta di liberare orari per prestazioni. Il ricorso alla regola del richiamo dei pazienti almeno 3 giorni prima della prestazione in particolare per la parte diagnostica strumentale garantisce un uso efficiente delle strumentazioni. Tale sistema va ad incidere sull'ottimizzazione delle liste di attesa, dato che ogni singola rinuncia viene immediatamente rimpiazzata con l'inserimento nell'agenda della prenotazione di un altro utente. Oltre a migliorare la percezione del livello del servizio offerto al cittadino Cup-recall aumenta il numero delle prestazioni erogate dai vari ambulatori; il costo è assolutamente marginale rispetto al valore di una visita ambulatoriale persa.

ii. Gestione disdette

Avvio di modalità operative di gestione delle mancate disdette, fatte salve eventuali dimostrate cause di forza maggiore, che devono essere declinate nel dettaglio allo scopo di aiutando i cittadini, anche attraverso forme di incentivazione e tramite linee telefoniche ed orari dedicati per aumentare l'efficienza del sistema di offerta.

iii. Analisi del fenomeno drop-out

Avvio di un sistema di monitoraggio per valutare i drop-out su prestazioni specifiche.

La regione si impegna ad adottare specifico atto deliberativo***e. Coerenza con l'evoluzione del sistema ICT regionale e nazionale***

Rispetto e coerenza con quanto previsto dai DM relativi alla partecipazione da parte di prescrittori alla ricetta elettronica e alla dematerializzazione per la prescrizione di prestazioni sanitarie.

2. Ricorso a forme di incremento mirato dell'offerta

Il ricorso all'aumento delle prestazioni risulta innegabile laddove l'analisi del rapporto domanda/offerta al netto del possibile abbattimento di una parte dell'inappropriatezza prescrittiva, convalida che la domanda risulta comunque inevasa e determina il ricorso dei cittadini marchigiani a prestazioni fuori regione con conseguente incremento di spesa per la regione e per il cittadini disagio e problemi economici (viaggi, assenza dal lavoro, etc). Ovviamente anche la mobilità extraregionale è gravata da una forte inappropriatezza prescrittiva e per questa condizione nuovi accordi interregionali andranno stipulati.

a. Programmazione delle prestazioni aggiuntive

L'art. 55 comma 2 del CCNL 8 giugno 2000 e s.i stabilisce che siano le aziende a definire in modo specifico le prestazioni aggiuntive ai fini del progressivo conseguimento degli obiettivi di allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni, nell'ambito delle attività istituzionali, ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione.

E' in fieri uno specifico atto regionale per la definizione di linee guida sulla libera professione aziendale. Nel medesimo atto verranno esplicitati i contenuti della Legge 189/2012, art 2 comma 1 lettera e.

Gli Enti del SSR potranno fare ricorso a prestazioni aggiuntive come previsto dai Contratti Collettivi vigenti garantendone la tracciabilità.

b. Programmazione delle prestazioni del privato

Il ricorso ad una programmazione adeguata per contrastare le prestazioni con tempi di attesa di particolare criticità consente di effettuare accordi con il privato accreditato coerenti con i bisogni del SSR. Tali prestazioni già fornite dal privato accreditato anche per cittadini non residenti (mobilità attiva) dovranno essere riorientate a favore dei pazienti residenti nel rispetto della appropriatezza prescrittiva.

La regione si impegna ad adottare specifico atto deliberativo.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

c. Overbooking

Il ricorso alla tecnica dell'inserimento aggiuntivo di prestazioni prenotate in percentuale accettabile (non superiore a quanto effettuabile in ogni caso) in overbooking per contrastare i drop-out è una tecnica che in settori dove si assiste a percentuali elevate di drop-out deve essere implementata.

Ulteriori azioni da mettere in campo:

1. Responsabilizzazione dei pazienti

I pazienti attraverso i rappresentanti dei cittadini collaboreranno al miglioramento della domanda attraverso il sostegno per una comunicazione efficace e corretta affinché si riducano le richieste improprie. Partecipazione attiva per il miglioramento delle disdette e la riduzione dei drop-out.

2. Comunicazione

La comunicazione in sanità, se ben gestita e focalizzata sui reali bisogni dell'utente, può trasformarsi in un ottimo strumento di marketing della salute in grado di soddisfare le esigenze di informazione del cittadino, offrire un canale di dialogo e di ascolto, proporre un utilizzo trasparente dei dati del singolo utente orientato all'erogazione di un servizio di qualità e supportare il cittadino nelle scelte di tutela della propria salute. Gli esempi di come si possa tradurre in concreto tutto ciò non mancano e, anzi, sono i filoni principali su cui le strutture sanitarie si stanno muovendo grazie all'introduzione delle nuove tecnologie.

A tale scopo oltre a mettere a disposizione in maniera trasparente i dati relativi ai tempi di attesa è indispensabile attivare forme di confronto con i cittadini. Saranno quindi definiti i report specifici aziendali e regionali.

Sperimentare una chiamata attiva per i pazienti che hanno tempi lunghi di prenotazione tramite uffici URP figure infermieristiche appositamente addestrate - interessate a raccogliere i dati anamnestici e organizzativi, lo stato di salute attuale, l'appropriatezza della collocazione in lista d'attesa e a rassicurare il paziente. Accanto all'utile comprensione delle esigenze sanitarie che sottostanno al bisogno espresso il contatto telefonico sistematico con i pazienti in lista d'attesa lunga (reale o percepita come tale) consente di aprire uno sportello attivo per i cittadini.

La regione e gli Enti del SSR sono tenuti al rispetto di quanto previsto sulla comunicazione e trasparenza.

3. Tavolo regionale

Il Tavolo regionale avrà i seguenti compiti:

- esaminare e valutare i dati relativi alle tempistiche d'attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
- evidenziare le situazioni di criticità e formulare proposte e strategie finalizzate al tempestivo superamento delle stesse comprese iniziative per incentivare o sanzionare i professionisti inadempienti;
- analizzare e concordare le misure da mettere in atto al fine facilitare l'accesso dei cittadini alle prestazioni rese dal Servizio Sanitario Regionale e razionalizzare i processi di prescrizione e di erogazione;
- predisporre il format per la reportistica da mettere a disposizione nel rispetto delle norme sulla trasparenza.

Il Tavolo di lavoro regionale sarà composto da:

- Dirigente della PF Assistenza Ospedaliera, emergenza, urgenza, ricerca e formazione, e da un suo collaboratore;
- Direttori Sanitari dei 4 Enti del SSR;
- 3 rappresentanti delle OO.SS. nominati tra MMG, PLS, Specialisti ospedalieri e territoriali, rappresentanti della dirigenza ;
- 1 rappresentante dei cittadini (nominato tra le Associazioni di volontariato e i consumatori).

Tempistica

Allo scopo di dar corso a quanto previsto dalla presente deliberazione si dà mandato agli Enti del SSR di produrre gli specifici Piani Attuativi Aziendali che recepiscono le linee di indirizzo esplicitate entro 30 giorni dall'adozione della presente deliberazione.