

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 3535 del 12 novembre 2004

DPCM 29 novembre 2001 _ Accordo Stato Regioni _ 11 luglio 2002 - programma di riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale finalizzato ad assicurare il rispetto della tempestività nell'erogazione delle prestazioni in argomento.

[Sanità e igiene pubblica]

"Il Vice Presidente _ Assessore alle Politiche Sanitarie - Avv. Fabio Gava _ riferisce quanto segue. Il processo di riordino della disciplina in materia sanitaria avviato negli anni 90 con il D.L.vo n. 502/92, così come modificato dal decreto legislativo 517/93, pur nel rispetto dei valori di fondo previsti dalla legge n. 883/1978 istitutiva del SSN - globalità della salute, equità, e solidarietà - porta alla luce il concetto di "livelli di assistenza" come ambito di tutela che il Servizio Sanitario Nazionale s'impegna ad erogare in modo uniforme a tutti i cittadini sul territorio. Il processo di rinnovamento diventa ancora più ampio con il D.L.vo n. 229/99 nel quale, all'art. 1 comma 2, viene sottolineato 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". Un passaggio normativo recente è costituito dal DPCM 29 novembre 2001 che ha provveduto a definire i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale. Il diritto alla fruizione di detta assistenza, tuttavia, a volte, è oggetto di una surrettizia limitazione, dovuta alla difficoltà di garantire, per alcune prestazioni, l'accesso in tempi utili al soddisfacimento del bisogno di salute. La continua crescita delle richieste di prestazioni specialistiche, addebitabile, tra l'altro, alla sempre maggiore attenzione dei cittadini nei confronti della tutela della propria salute e alla capacità degli stessi di influire sulle scelte sanitarie in quanto dotati di maggiori conoscenze e non più disponibili a svolgere un ruolo passivo nel processo diagnostico-terapeutico, genera infatti una notevole pressione sulle strutture ambulatoriali, sia territoriali sia ospedaliere, che, pur riorganizzandosi costantemente per affrontare al meglio il problema, non riescono talvolta a soddisfare, in tempi rapidi, le richieste per alcune specifiche prestazioni. La legislazione nazionale che ha affrontato la materia è tutt'altro che scarsa: si richiamano le leggi di accompagnamento alle manovre finanziarie relative agli anni 1995 e 1998, il DPCM sulla "Carta dei Servizi" del 1995 ed il D.L.vo n. 124 del 1998, nonché il Piano sanitario nazionale 1998-2000 e la legge-delega n. 419 del 1998; nuove indicazioni sono state di recente introdotte nel Piano sanitario nazionale 2003-2005 e in specifici accordi Stato-Regione. Di grande rilievo in materia è l'Accordo Stato-Regioni siglato in data 14 febbraio 2002 relativo alle "modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e liste di attesa", il quale richiama l'importante principio secondo cui la tempestività nell'erogazione della prestazione sanitaria, in rapporto al bisogno di salute, costituisce un "aspetto strutturale" dei livelli essenziali di assistenza. I contenuti di tale Accordo sono stati in seguito recepiti con il DPCM 16 aprile 2002 recante "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa", pubblicato nella G.U. n. 122 del 27 maggio 2002; in tal modo le indicazioni sulle modalità di accesso e i tempi di attesa sono divenuti un "allegato" del DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Lea. Infine con l'Accordo Stato-Regioni approvato l'11 luglio 2002 sono state emanate indicazioni sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa. La Regione Veneto, in attuazione delle prescrizioni di cui al D.L.vo 124/98, già a fine anno 1998, con provvedimento n. 3683 del 13.10.98, ha individuato gli standard di riferimento regionali relativi ai tempi di attesa massimi entro i quali le Aziende ULSS e Ospedaliere devono garantire l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui al Nomenclatore Tariffario Regionale agli utenti esterni e dettato disposizioni volte a rendere operativo il principio della tempestività nell'erogazione delle prestazioni stesse. Nei primi anni di applicazione, dal monitoraggio effettuato era emerso, nel complesso, un sensibile miglioramento nei tempi di erogazione delle prestazioni individuate come traccianti. Nel corso degli anni successivi, tuttavia, l'analisi della situazione ha evidenziato sia un sensibile superamento del volume di prestazioni erogate rispetto al fabbisogno individuato dalla programmazione regionale veneta sia il permanere di forti criticità per alcune prestazioni. Anche la letteratura addebita comunemente le cause, tra l'altro, a ridondanze e duplicazioni delle richieste di esami specialistici, al pellegrinaggio dei pazienti, ad improprie indicazioni all'esame specialistico, all'uso improprio delle tecnologie sanitarie, a conflittualità e confusione nelle prescrizioni cliniche terapeutiche tra le varie figure professionali, all'uso incongruo delle richieste urgenti. Pertanto alla luce di quanto sopra esposto la Regione intende ora strutturare e incentivare le azioni già parzialmente poste in essere nelle realtà locali aziendali, in applicazione della strategia a suo tempo individuata dalla Regione Veneto con la deliberazione succitata, ma non sistematicamente ed omogeneamente attuate su tutto il territorio veneto. Si ritiene indispensabile, infatti, che ciascuna Azienda U.L.S.S. proceda ad una riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, secondo il programma e le indicazioni di seguito riportate. L'applicazione di tale programma, prevalentemente orientato alla segmentazione della domanda secondo priorità cliniche e secondo criteri di appropriatezza preventivamente condivisi tra soggetti prescriventi ed erogatori, dovrebbe, nel medio periodo, consentire la crescita culturale e scientifica dei principali "agenti della domanda" (il cittadino, i medici di medicina generale, i pediatri di

libera scelta e i medici specialisti ospedalieri e ambulatoriali interni) e il superamento dei determinanti impropri della domanda, con il conseguente miglioramento del servizio offerto. Nello specifico la strategia che si propone prevede un momento programmatico organico che coinvolga tutti gli attori del sistema ed agisca attraverso pattuizioni condivise per l'offerta di prestazioni e la gestione della domanda, da realizzare attraverso un triplice ordine di azioni, dirette ad intervenire sui seguenti distinti fronti: - dell'informazione e comunicazione; - della domanda di prestazioni; - dell'offerta di prestazioni.

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE Sul lato dell'informazione e comunicazione le azioni riguardano i temi specifici relativi alla comunicazione del sistema dell'offerta, della sua accessibilità e trasparenza, da attuarsi attraverso modalità di comunicazione appropriate e differenziate a seconda del destinatario (cittadino, utente, associazioni di utenti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ospedalieri e ambulatoriali interni, altri operatori sanitari). La tematica liste di attesa è infatti riconducibile ad aspetti non solo di tipo organizzativo ma anche di altro genere, che afferiscono all'area della percezione soggettiva del fenomeno. Tali aspetti variano dall'empatia nella relazione che si instaura tra il cittadino utente e lo specialista e/o la struttura, al valore personale dato al tempo, al grado di sofferenza personale e/o di come la stessa viene vissuta dai familiari e/o amici, alla gestione delle preoccupazioni/ansie del soggetto, alla conoscenza dei servizi e quindi all'informazione di cui l'utente è in possesso, alla capacità di procedere dell'utente con destrezza nei percorsi dell'erogazione del servizio pubblico, al ruolo del medico di medicina generale ed anche di quello del medico specialista. Necessita pertanto modificare l'approccio alla comunicazione istituzionale in campo sanitario poiché l'elemento che tende a distorcere il giudizio degli utenti sull'accettabilità dei tempi di attesa è dato dalla quantità e dal tipo di informazione ricevuta al momento in cui si pone l'indicazione alla prestazione e nel momento della prenotazione della stessa; quanto sopra è emerso molto chiaramente dalla ricerca realizzata dalla Regione Veneto con l'Agenzia Servizi Sanitari Regionali sul tema della "Valutazione degli elementi che maggiormente incidono sulla soddisfazione dell'utente nella percezione del fenomeno "liste d'attesa" i cui risultati sono disponibili nel sito internet della stessa Agenzia. In tema di comunicazione appare opportuno focalizzare l'attenzione su come l'utenza può percepire alcune campagne pubblicitarie gratuite (es. reclamizzazione nuova tipologia di macchinario per l'esecuzione di una prestazione, sensibilizzazione periodica alla prevenzione in ordine a varie specialità mediche) che, se non correttamente impostate, possono trasmettere messaggi fuorvianti, indurre aspettative irrealistiche e richieste di prestazioni specialistiche; quest'ultime, se non opportunamente indirizzate dai comportamenti professionali dei medici, possono sfociare nell'uso improprio dei servizi sanitari. Al fine di migliorare, in una prospettiva di medio termine, l'informazione e la comunicazione del sistema, si prevede, a livello regionale, di istituire entro il 31.01.2005 un Tavolo di monitoraggio costituito dalle rappresentanze delle Direzioni regionali competenti, dal Coordinamento dei Direttori Generali delle Aziende UU.LL.SS.SS e Ospedaliere, dalle Parti Sociali (associazioni e sindacati rappresentativi delle varie categorie di utenza) e dalle rappresentanze dei Sindacati medici di categoria per l'analisi, discussione, elaborazione e diffusione periodica dei tempi di attesa rilevati. Il confronto, secondo un processo di benchmarking, tra i tempi di attesa rilevati in un determinato arco di tempo e gli indicatori disponibili a livello nazionale e internazionale rapportati a livello locale, consentirà di definire, con particolare riferimento alle prestazioni di diagnostica strumentale, il parametro ottimale dell'offerta/domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali in rapporto alla popolazione di riferimento. I risultati dei lavori del tavolo indirizzeranno, per quanto attiene le tematiche relative ai tempi di attesa, sia la politica gestionale sia l'orientamento dei piani formativi aziendali. A livello territoriale le Aziende sanitarie, anche in un contesto interaziendale, sono tenute al coinvolgimento degli URP aziendali in una strategia comunicativa nei confronti della popolazione (associazioni e sindacati rappresentativi delle varie categorie di utenti) per informarla, oltre che sul corretto utilizzo dei servizi sanitari, anche sull'articolazione delle liste di attesa (es. differenziate per priorità clinica, diversificate dalla "libera professione") e contestualmente per sensibilizzarla alla disdetta della prenotazione in caso di sopravvenuta impossibilità a fruire della prestazione. Sono tenute inoltre alla rilevazione periodica dei livelli di soddisfazione dell'utenza (customer satisfaction) anche utilizzando gli strumenti della ricerca succitata.

DOMANDA Sul lato della domanda i fattori di analisi e di intervento per il governo della stessa sono: - il coinvolgimento degli agenti della domanda; - l'individuazione delle priorità cliniche; - l'accessibilità (prenotazione, orari, struttura di erogazione, distanze); Ogni Azienda, prioritariamente per le prestazioni di maggior criticità del proprio bacino di utenza, istituisce, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di approvazione del presente provvedimento, presso la Direzione Sanitaria, un gruppo di lavoro integrato ospedale _ territorio (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti ambulatoriali interni e medici ospedalieri operanti nelle singole Unità operative) che, con il coinvolgimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero, di un delegato (medico) dei Direttori di Distretto, e delle rappresentanze sindacali mediche definisce: - modalità di accesso alle prestazioni mediante utilizzo degli strumenti del governo clinico, quali l'appropriatezza della domanda e della prestazione, attraverso "percorsi diagnostico terapeutici" e "raggruppamenti di attesa omogenei"; - segmentazione della domanda per livelli d'urgenza secondo le classi di priorità definite per le prestazioni ambulatoriali dall'Accordo Stato-Regioni nella seduta dell'11 luglio 2002. Tale gruppo di lavoro, che può essere istituito anche in un contesto interaziendale, nominerà un referente il cui nominativo dovrà essere comunicato all'amministrazione regionale; con riferimento alle aziende ULSS nel cui bacino di utenza insistono anche le Aziende ospedaliere, il gruppo stesso dovrà ricomprendere anche quest'ultime. Ogni Azienda, inoltre, è chiamata a: - prevedere, nell'ambito dei patti aziendali di cui alla D.G.R. n. 3889 del 31.12.01, mediante le modalità previste dal vigente Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata, sia il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e dei Medici Specialisti ambulatoriali interni (SAI) nelle azioni volte a realizzare l'obiettivo dell'appropriatezza delle prescrizioni tramite l'adesione ai percorsi diagnostico terapeutici" e "raggruppamenti di attesa omogenei", da attuarsi mediante il gruppo di lavoro integrato ospedale _ territorio, sia, conseguentemente, obiettivi finalizzati alla riduzione della domanda impropria di prestazioni specialistiche ambulatoriali; prioritariamente per le prestazioni le cui attese risultano critiche; - prevedere, nell'ambito del processo di negoziazione del budget, secondo quanto stabilito dalle vigenti disposizioni contrattuali, il coinvolgimento delle diverse Unità Operative nelle azioni volte a realizzare l'obiettivo

dell'appropriatezza delle prescrizioni tramite l'adesione ai "percorsi diagnostico terapeutici" e "raggruppamenti di attesa omogenei", individuati dal gruppo di lavoro integrato ospedale _ territorio, e conseguentemente finalizzare la retribuzione di risultato dei medici ospedalieri operanti nelle singole Unità operative, anche ad obiettivi di riduzione della domanda impropria di prestazioni specialistiche ambulatoriali, prioritariamente per le prestazioni le cui attese risultano critiche; Con riferimento alla segmentazione della domanda per livelli d'urgenza, i recenti provvedimenti sui tempi di attesa (DPCM 16 aprile 2002 e Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002) affermano la necessità da parte delle istituzioni pubbliche di definire esplicitamente "i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza e le modalità per una corretta gestione delle liste di prenotazione al fine di garantire l'uniformità e la trasparenza delle stesse", come elemento necessario per garantire concretamente i livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 29 novembre 2001. Considerato che criteri di priorità sono già applicati dai medici prescriventi, i quali, in assenza di procedure concordate, si basano sull'esperienza clinica e sul buon senso, si ritiene opportuno, tenuto conto che i LEA devono essere attuati in maniera omogenea sul territorio nazionale, identificare e adottare, per l'attività ambulatoriale, le Classi di Priorità individuate dall'Accordo succitato, di seguito elencate:

CLASSE DI PRIORITA' PER
L'ASSISTENZA
AMBULATORIALE

INDICAZIONI

CLASSE A	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni.
CLASSE B	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non: influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.
CLASSE C	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni.

In sede di prima applicazione di detti criteri, a livello aziendale o interaziendale dovranno essere prioritariamente definite le condizioni cliniche del paziente che costituiranno la griglia di valutazione per l'assegnazione delle classi di priorità esposte, con riferimento alle prestazioni ambulatoriali individuate in base alle esigenze ed evidenze specifiche dell'area territoriale, le cui attese, naturalmente riferite ai "primi accessi", risultano critiche. I lavori prodotti dai gruppi integrati ospedale-territorio di ciascuna azienda dovranno essere trasmessi all'amministrazione regionale che, coinvolgendo in apposito tavolo di lavoro anche le società scientifiche, provvederà alla loro standardizzazione con proprio provvedimento da valere su tutto il territorio veneto. A tal proposito si richiama e si conferma il contenuto dell'allegato n. 2 "Medicina Fisica Riabilitativa ed Ambulatoriale" della D.G.R. n. 2227 del 9 agosto 2002 avente ad oggetto: "DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" _Disposizioni applicative. Secondo provvedimento" con cui la scrivente amministrazione ha già individuato, secondo le suddette classi di priorità, le specifiche cliniche degli accessi alle visite fisiatriche. In attesa dell'adozione da parte dell'amministrazione regionale delle specifiche cliniche sopra citate, si ritiene opportuno aderire alla scelta operata a livello nazionale (Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002) chiamando le Aziende sanitarie a garantire, relativamente alle prestazioni di seguito elencate, molto diffuse e richieste, i tempi massimi sotto indicati: - RMN della colonna = tempo massimo di attesa 60 giorni - TAC cerebrale = tempo massimo di attesa 60 giorni - Eco(color)doppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici = tempo massimo di attesa 60 giorni - Visita cardiologica = tempo massimo di attesa 30 giorni - Visita oculistica = tempo massimo di attesa 30 giorni - Esofagogastroduodenoscopia = tempo massimo di attesa 60 giorni - Ecografia addome = tempo massimo di attesa 60 giorni L'obiettivo che le Aziende sono tenute a realizzare prevede che, entro il primo semestre dell'anno 2005, gli standard di attesa individuati siano garantiti almeno al 70% dei cittadini, con l'obiettivo di soddisfare, entro la fine dell'anno 2005, tutte le richieste nei tempi definiti; ciò a prescindere dall'individuazione a livello regionale o territoriale di priorità di accesso su queste prestazioni, che comunque andranno a garantire classi con un arco temporale minore rispetto a quello sopra definito. L'individuazione delle prestazioni sopra elencate e dei relativi tempi di riferimento rende necessario l'aggiornamento della tabella delle "prestazioni traccianti" allegata alla D.G.R. n. 3683/98; tale aggiornamento prevede altresì l'inserimento delle nuove prestazioni oggetto del monitoraggio nazionale dei tempi di attesa (circolare protocollo n. 643262/50.08.00 dell'1.10.2004) e la sostituzione di alcune prestazioni ora effettuate con diversa tecnica. La nuova tabella delle prestazioni traccianti e dei relativi standard regionali, di cui si propone l'approvazione quale parte integrante del presente provvedimento, sostituirà integralmente l'analoga tabella di cui alla D.G.R. n. 3683/98 e sarà applicata per il monitoraggio trimestrale regionale a decorrere dall' 01.01.05, con la rilevazione effettuata l'1.04.05. OFFERTA La capacità di offerta deve essere migliorata con azioni che incidono nell'ambito organizzativo, funzionale e strutturale, attraverso la messa in rete delle strutture di erogazione delle prestazioni (ospedale, poliambulatori, distretti e erogatori privati preaccreditati) e l'individuazione delle criticità. Per quanto attiene l'organizzazione generale aziendale, le Aziende sono chiamate a: - perfezionare il Sistema Unificato di Prenotazione realizzando, entro il 30/06/2005, il Cup aziendale unico, con l'informatizzazione di tutte le agende cartacee e l'inserimento di tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate, nella prospettiva del successivo coordinamento delle liste interaziendali; - mettere in atto procedure che semplifichino l'effettuazione delle disdette delle prenotazioni; Le motivazioni della scarsa effettuazione delle "disdette delle prenotazioni", di cui è nota la rilevante incidenza sulle liste d'attesa, sono probabilmente da ricercarsi anche nelle modalità, attualmente vigenti nella maggior parte delle Aziende, a disposizione dell'utente per effettuare la disdetta. A tale proposito le Aziende sono invitate a valutare la fattibilità

dell'utilizzo, implementazione e/o potenziamento di modalità innovative quali: - ausilio delle farmacie come luogo utile per effettuare sia la prenotazione che l'eventuale disdetta della stessa; - linea telefonica esclusiva e/o dedicata, per fasce orarie specificamente individuate, per la disdetta delle prenotazioni; - ulteriori canali comunicativi quali internet (vedi sperimentazione del progetto di e-government IESS) posta elettronica, sms, e fax. Quanto sopra nell'ottica futura dell'adozione di soluzioni di cooperazione applicativa, secondo gli standard di integrazione delle applicazioni di prenotazione sviluppati dal progetto di e-government IESS (co-finanziato dal Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie e gestito dalla Direzione Regionale Risorse Socio Sanitarie _ Servizio Sistema Informativo Socio Sanitario e Tecnologie Informatiche), comunicati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del Veneto con nota prot. n. 26958/50.02.60 del 4 giugno 2003 E' auspicabile inoltre, ai fini della possibile futura operatività, l'attivazione di modalità di integrazione interaziendale delle funzionalità delle applicazioni CUP, mediante la definizione concordata dei nomenclatori, la standardizzazione delle modalità di gestione delle agende, e, sul piano tecnico, la scelta condivisa di un unico strumento gestionale. - attivare processi di ottimizzazione dell'organizzazione del lavoro al fine di assicurare l'erogazione del volume quantitativo di attività istituzionale, concordato e definito con i professionisti erogatori, mediante: - maggiore flessibilità nelle prenotazioni (sovra-prenotazioni da calcolarsi sulla media dei prenotati non presentati), utile anche per l'erogazione di prestazioni a pazienti ricoverati; - previsione di forme di consulto telefonico tra i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali interni e i medici ospedalieri operanti nelle diverse Unità Operative, al fine di risolvere direttamente e tempestivamente alcuni quesiti diagnostici; - definizione, in uno o più punti erogativi di assistenza specialistica ambulatoriale, di spazi temporali dedicati alla consulenza su pazienti, non urgenti, inviati direttamente dal medico di medicina generale al fine di evitare inappropriati accertamenti diagnostici; - regolamentare le attività di sospensione delle prenotazioni di un servizio, da consentire solo per gravi ed eccezionali motivi, in specifici atti della direzione aziendale, secondo principi di continuità assistenziale nell'intero arco dell'anno; - garantire all'utenza l'accessibilità alla prenotazione, mediante procedure informatizzate, presso tutti gli erogatori del bacino di utenza aziendale, ivi compresi gli erogatori privati preaccreditati/accreditati; per questi ultimi ciò deve avvenire nel rispetto del volume di prestazioni definito nei piani annuali di attività e costituisce condizione per il mantenimento o la stipula degli accordi contrattuali; - differenziare il sistema di prenotazione tra l'attività istituzionale e quella libero professionale, sia come personale addetto che come "sportelli" per l'utenza (intendendo con tale accezione sia la fisicità del luogo che la linea telefonica); - individuare, con la necessaria precisione, i percorsi diagnostico terapeutici legati all'erogazione di prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza, distinguendoli da quelli erogati senza oneri a carico del Servizio sanitario regionale e differenziandone, con riferimento agli utenti esterni, le liste di prenotazione; - perfezionare e omogeneizzare le responsabilità organizzative e gestionali dell'assistenza specialistica ambulatoriale, ai fini della definizione e della costante revisione del volume quali-quantitativo di attività erogata, definendo le sinergie della specialistica convenzionata interna nella rete d'offerta per le specialità problematiche; - effettuare una gestione organica delle liste mediante la modifica, nel breve periodo, del vigente monitoraggio dei tempi di attesa (sulla base della nuova tabella delle prestazioni traccianti e dei relativi tempi di riferimento - standard regionali), nonché delle modalità di trattamento e validazione dei dati, in conformità al flusso nazionale già attivato dall'Agenzia Servizi Sanitari Regionali e in congruenza con le mutate esigenze conoscitive dell'amministrazione regionale; ciò in attesa dell'attivazione a regime, con decorrenza prevista dal mese di giugno 2005, del nuovo sistema regionale di monitoraggio trimestrale dei tempi di attesa, concretamente ed effettivamente operanti in ciascuna Azienda, desumibili dal nuovo flusso informativo per la rilevazione delle Schede di Prestazione Specialistica Ambulatoriale (SPS) (nota prot.n.283746/50.0 2.01 del 26.04.04); - garantire sistematiche prenotazioni dei controlli programmati (visite e prestazioni specialistiche post ricovero o successive alla prima visita specialistica) all'atto della dimissione e/o in costanza di prima visita, utilizzando a tal fine spazi riservati nelle agende informatizzate di prenotazione e definendo canali preferenziali per i pazienti seguiti in assistenza residenziale integrata, ADIMED o ADIHR; - assicurare il metodico rilascio dell'eventuale certificazione attestante il diritto all'esenzione per patologia al momento dell'effettuazione della diagnosi o della dimissione; - effettuare la "pulizia delle liste di attesa" sia con la periodica verifica degli utenti in lista, sia mediante la definizione di "pacchetti di prestazioni ambulatoriali aggregate", con particolare riferimento alle prestazioni ad alta complessità/costo, da erogarsi, in modo programmato, attraverso l'utilizzo di modelli organizzativi di "ambulatori integrati", sia attraverso l'individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici con canali dedicati alla gestione dei pazienti cronici; Per quanto attiene l'organizzazione funzionale le Aziende sono tenute a : - perseguire l'obiettivo dell'apertura dei servizi diagnostici in maniera continuativa sei giorni alla settimana, con l'obiettivo ottimale della copertura del servizio nei sette giorni, con utilizzo delle grandi apparecchiature (in particolare TAC, RMN, PET -CT, Acceleratore Lineare) per almeno dodici ore al giorno, anche attraverso una diversificazione dell'orario di lavoro; - assicurare l'erogazione continuativa, per tutti i giorni lavorativi dell'anno, di ciascuna prestazione di assistenza ambulatoriale specialistica rientrante nei Livelli Essenziali di Assistenza almeno in un presidio/ambulatorio/unità operativa/distretto dell'Azienda; - definire il corretto rapporto di utilizzo delle grandi apparecchiature tra attività istituzionale per interni ed esterni e attività libero professionale al fine dell'organizzazione di quest'ultima; - razionalizzare e recuperare le risorse disponibili, attualmente impiegate per finalità non prioritarie, ottimizzando i carichi di lavoro, l'utilizzo degli spazi ambulatoriali e determinando il volume quali-quantitativo di attività annuale istituzionale ottimale; - differenziare l'utilizzo degli spazi ambulatoriali tra attività libero professionale e attività istituzionale, qualora possibile, e comunque realizzare almeno la netta separazione degli orari di attività da rilevarsi mediante l'utilizzo del badge elettronico o altri sistemi obiettivi di controllo; Nell'ambito dell'organizzazione strutturale l'Azienda è invitata a considerare l'opportunità di: - tenere in particolare considerazione, nella definizione del fabbisogno di personale dipendente e convenzionato in sede di pianificazione aziendale, le esigenze delle strutture aziendali erogatrici di prestazioni in sofferenza, valutando, a tal proposito, l'opportunità di utilizzare gli specialisti ambulatoriali interni (SAI), per le caratteristiche di flessibilità e territorialità proprie del loro rapporto di lavoro; - aumentare il volume di prestazioni ambulatoriali che devono

essere assicurate in regime istituzionale, negoziandolo nel processo di budget con le diverse Unità Operative secondo quanto stabilito dalle vigenti disposizioni contrattuali, prioritariamente per le prestazioni "in sofferenza", al fine di ottenere una riduzione dei tempi di attesa delle stesse; - acquisire prestazioni ambulatoriali aggiuntive dal personale strutturato e dagli specialisti ambulatoriali interni, nel rispetto delle norme di legge e contrattuali e in conformità alle indicazioni regionali vigenti in merito (si richiamano in particolare le indicazioni fornite con la DGR n.1049 del 2 maggio 2001 in materia di attività libero professionale intramuraria), prioritariamente per le prestazioni le cui attese risultano critiche; - utilizzare i tetti di prestazioni concertati con gli erogatori privati preaccreditati, prioritariamente al fine di ottenere una riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni "in sofferenza", e sviluppare, ove non viene superata la media regionale di numero di prestazioni erogate in rapporto al numero di abitanti, accordi aziendali con gli stessi per l'acquisto, "extra budget", per determinati archi temporali, di pacchetti di prestazioni le cui attese risultano critiche, ad una tariffa inferiore di almeno il 20% rispetto alla tariffa del nomenclatore tariffario regionale; Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie avv. Fabio Gava - conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento."

La Giunta regionale

Udito il relatore Vice Presidente Assessore alle Politiche Sanitarie, avv. Fabio Gava, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, comma 2° dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale; Vista la Legge 23/12/94 n. 724 Misure di razionalizzazione della finanza pubblica (Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale 30 dicembre 1994, n. 304);. Visto il DPCM 19/5/95 Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari" (Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 125 del 31 maggio 1995). Vista la Legge 27/12/97 n. 449 Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica (Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale 30 dicembre 1997, n. 302) Visto il D.L.vo 29/4/98 n. 124. Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni a norma dell'art. 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 (Gazzetta Ufficiale 30 aprile 1998, n. 99) Visto il DPR 23/7/98 Piano sanitario nazionale 1998 - 2000 (Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998) Vista la DGR n. 3683 del 13.10.98 "Decreto Legislativo 29.04.1998 n. 124. Adempimenti di cui all'art. 3, 10° e 12° comma: disciplina dei criteri e delle iniziative per il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali". Visto il D.L.vo 19/6/99 n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419". (Supplemento ordinario n. 132/L alla Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 165 del 16 luglio 1999 Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", pubbl. sulla OU n. 33 dell'8 febbraio 2002 Vista la DGR n. 2227 del 9 agosto 2002 avente ad oggetto: "DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" _Disposizioni applicative. Secondo provvedimento" Visto l'Accordo Stato-Regioni 14 /02/02 Accordo tra il governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa. Visto il DPCM 16/04/02 Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa pubbl. sulla G.U. n. 122 del 27 maggio 2002 Visto l'Accordo Stato-Regioni 11 /07/02 Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'autenticazione del punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386), sulle modalità di accesso alle pre-stazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa Visto il DPR 23 maggio 2003 Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005 (Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale n. 139 del 18 giugno 2003)

delibera

1. di approvare il programma di riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale così come in premessa esposto, finalizzato ad assicurare il rispetto della tempestività nell'erogazione delle prestazioni stesse;
2. di assumere, in attuazione alle vigenti disposizioni normative, a parziale modifica del contenuto della D.G.R. n. 3683/98 quali prestazioni traccianti e standard di riferimento regionali, quelli riportati nell'allegata nuova tabella delle "prestazioni traccianti" parte integrante del presente provvedimento, la quale indica i tempi di attesa massimi entro cui le Aziende U.L.S.S. ed Ospedaliere devono garantire l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza;
3. di dare mandato al Segretario Regionale alla Sanità e Sociale di istituire, entro il 31.01.05, il Tavolo di monitoraggio costituito dalle rappresentanze delle Direzioni regionali competenti, dalle rappresentanze delle Direzioni regionali competenti, dal Coordinamento dei Direttori Generali delle Aziende UU.LL.SS.SS e Ospedaliere, dalle Parti Sociali (associazioni e sindacati rappresentativi delle varie categorie di utenza) e dalle rappresentanze dei Sindacati medici di categoria;
4. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende UU.LL.SS.SS e Ospedaliere alla stesura di un proprio formale provvedimento che, in ottemperanza a quanto previsto dalla presente deliberazione, entro 60 giorni successivi alla pubblicazione sul BUR della stessa, individui le linee del futuro programma operativo aziendale, dettagliandone tempi e modalità di attuazione, e alla trasmissione dello stesso all'amministrazione regionale;
5. di impegnare le Aziende sanitarie a costituire, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di approvazione del presente provvedimento, i gruppi di lavoro integrati ospedale _ territorio descritti in premessa per gli adempimenti ivi previsti, comunicando all'amministrazione regionale il nominativo del referente dello stesso;
6. di impegnare le Aziende sanitarie a perfezionare il Sistema Unificato di Prenotazione creando, entro il 30/06/2005, il Cup aziendale unico, con prospettiva di successivo coordinamento delle liste interaziendali;
7. di vincolare i Direttori Generali delle Aziende UU.LL.SS.SS e Ospedaliere ad effettuare una gestione organica delle liste mediante la

modifica, nel breve periodo, del vigente monitoraggio dei tempi di attesa, sulla base della nuova tabella delle prestazioni traccianti e dei relativi tempi di riferimento - standard regionali, nonché delle modalità di trattamento e validazione dei dati, in conformità al flusso nazionale già attivato dall'ASSR e in congruenza con le mutate esigenze conoscitive dell'amministrazione regionale; ciò in attesa dell'attivazione a regime, con decorrenza prevista dal mese di giugno 2005, del nuovo sistema regionale di monitoraggio trimestrale dei tempi di attesa; 8. di impegnare le aziende sanitarie a trasmettere all'amministrazione regionale, entro il 31.12.2005, la relazione attestante la riorganizzazione operata e i primi risultati ottenuti a seguito dello sviluppo e attuazione del programma operativo individuato; 9. di approvare quanto riportato in premessa e non richiamato espressamente nei punti precedenti del dispositivo e di fare salvi i principi e le disposizioni di cui alle precedenti deliberazioni di pari oggetto (in particolare la DGR n.3683 del 13.10.98), che non contrastano con il presente provvedimento;