

ATTI PARLAMENTARI

XIV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CCI

n. 27

RELAZIONE

**CONCERNENTE L'ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI
PREVISTI DALL'ACCORDO TRA LO STATO, LE REGIONI E
LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO
DEL 14 FEBBRAIO 2002 IN MATERIA DI ACCESSO ALLE
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E DI
INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA**

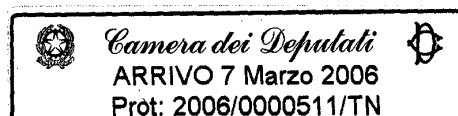
(Anno 2004)

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

***Predisposta dalla Regione Veneto
Presentata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri***

Trasmessa alla Presidenza il 2 marzo 2006

PAGINA BIANCA



Servizio III°: Sanità e politiche sociali

Prot. n. 1342/06/4.1.2

ROMA, 2 MAR 2006

Alla Camera dei deputati
- Ufficio di Presidenza
Palazzo Montecitorio
ROMA



Oggetto: Trasmissione della relazione relativa all'anno 2004 della Regione Veneto, riguardante il contenimento delle liste di attesa in materia di servizi sanitari, in attuazione di quanto dispone l'art. 52, comma 4, lett. c) della legge 27 dicembre 2002, n. 289.

La legge 27 dicembre 2002, n. 289, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)", all'art. 52, comma 4, lett. c), dispone che ciascuna Regione deve assumere nel proprio territorio - nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa - iniziative specifiche per favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, in armonia con quanto previsto dall'accordo Stato - Regioni del 14 febbraio 2002, inerente le modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e gli indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

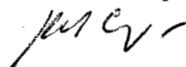
La stessa disposizione prevede altresì che le Regioni redigano al riguardo, annualmente, una relazione da inviare al Parlamento.

Nell'accordo Stato - Regioni, previsto dall'art. 3, comma 33, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, sancito il 16 dicembre 2004, concernente la definizione del procedimento di verifica degli adempimenti regionali, al punto 3, lett. h), si è convenuto di demandare alla Conferenza Stato - Regioni il compito di trasmettere al Parlamento copia delle relazioni predisposte dalle Regioni assoggettate alla verifica del tavolo sulla spesa sanitaria, che opera presso il Ministero dell'economia e delle finanze, al quale sono sottoposte le sole Regioni a Statuto ordinario e le Regioni Sicilia e Sardegna, atteso che le Regioni Friuli Venezia Giulia, Valle D'Aosta e le due Province autonome, provvedono al finanziamento del servizio Sanitario nazionale, ai sensi dell'art.

34, della legge n. 724 del 1994 e dell'art. 1, comma 144 della legge n. 662 del 1996, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

Tanto premesso, si trasmette copia della relazione pervenuta dalla Regione Veneto, assicurando sin da ora il tempestivo inoltro delle relazioni delle altre Regioni, non appena saranno nella disponibilità dello scrivente Ufficio.

Il Direttore
Riccardo Carpino





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 21 FEB. 2006

Protocollo N° 115484/50.00.02.00.00

Allegati N°

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

Al Direttore Segreteria Conferenza Stato – Regioni
Dott. Riccardo Carpino
Via della Stamperia, n. 8
00187 ROMA

E p.c. Al Ministero dell'Economia e delle Finanze
Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato
Via XX Settembre, n. 97
00186 ROMA

Al Ministero della Salute
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Piazzale dell'Industria, n. 20
00144 ROMA

In riferimento alla nota prot. n. 153/06/4.1.2 del 12 gennaio 2006, pari oggetto, si trasmette la relazione allegata.

Distinti saluti.

Il Dirigente Regionale
Dott. Francesco Cobello

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI	
UFFICIO DI SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO E LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME	
PROT. N°	1248
DATA	4.1.2.

PAGINA BIANCA

**REGIONE DEL VENETO**

giunta regionale

Relazione per il Parlamento concernente le iniziative della Regione Veneto per il contenimento delle Liste d'attesa.

Tra gli adempimenti, previsti dall'art.52 punto 4) della Legge 289/2002 (legge finanziaria 2003), cui sono tenute le Regioni, per accedere all'adeguamento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2004, 2005 e 2006, sono ricompresi, alla lettera c), i seguenti punti:

- a) l'attuazione nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste d'attesa, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello stato, di adeguate iniziative dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni alla settimana
- b) l'ampliamento dell'offerta di servizi (finalizzata al punto a) , con diminuzione delle giornate complessive di degenza, utilizzando, unitamente al recupero di risorse attualmente impiegate per finalità non prioritarie, la flessibilità organizzativa e gli istituti contrattuali della turnazione di lavoro straordinario e della pronta disponibilità

La scrivente Amministrazione Regionale con deliberazione n. 3535 del 12.11.2004 ha adottato un piano di azione sulle liste di attesa delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che prevede la riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, prevalentemente orientato alla segmentazione della domanda secondo criteri di appropriatezza preventivamente condivisi tra soggetti prescriventi ed erogatori.

Sul lato della domanda e per il governo della stessa le Aziende sanitarie hanno:

- coinvolto gli agenti della domanda;
- individuato le priorità cliniche;
- perfezionato l'accessibilità (prenotazione, orari, struttura di erogazione, distanze);

Ogni Azienda, prioritariamente per le prestazioni di maggior criticità del proprio bacino di utenza, ha istituito, presso la Direzione Sanitaria, un gruppo di lavoro integrato ospedale – territorio con il compito di definire:

- 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", condivisi e periodicamente rivalutati anche mediante il metodo 'peer review';

- 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.

Ogni Azienda, inoltre, nell'ambito dei patti aziendali di cui alla D.G.R. n. 3889 del 31.12.01, con le modalità contenute nel vigente Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata, ha previsto il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e dei Medici Specialisti ambulatoriali interni (SAI) nei percorsi e nei gruppi di lavoro di cui sopra. Inoltre è prevista la stipula di un accordo con i Medici di Medicina Generale al fine di ridurre le richieste di ricovero ospedaliero e di prestazioni specialistiche ambulatoriali; tale accordo prevede la corresponsione di incentivi ai Medici di Medicina Generale quale quota parte dei risparmi generati;

Ogni Azienda ULSS inoltre, nell'ambito del processo di negoziazione del budget, ha coinvolto le diverse Unità Operative nelle azioni volte a realizzare l'obiettivo dell'appropriatezza delle prescrizioni e conseguentemente ha finalizzato 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.

Ogni Azienda sanitaria è stata chiamata 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

1) Per quanto attiene l'**organizzazione generale** le Aziende hanno:

- perfezionato il Sistema Unificato di Prenotazione realizzando 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;
- messo in atto procedure che semplifichino l'effettuazione delle disdette delle prenotazioni;

- attivato 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
 - regolamentato 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;
- 2) Per quanto attiene l' **organizzazione funzionale** le Aziende hanno provveduto a:
- assicurare l'apertura dei servizi diagnostici in maniera continuativa sette giorni alla settimana, 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, al di fuori della fascia assistenziale sopra individuata, 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;
 - 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;
 - mobilità del personale infermieristico dall'Ospedale al territorio, al fine di potenziare l'Assistenza Domiciliare e di prevenire la richiesta di ospedalizzazione;
- 3) Nell'ambito dell' **organizzazione strutturale** le Aziende sono state chiamate 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 le sedute e l'attività delle sale operatorie, attraverso una diversa organizzazione del personale del comparto e orientando l'attribuzione della retribuzione di risultato aggiuntiva;
 - acquistare prestazioni dal personale strutturato nel rispetto delle norme di legge e contrattuali, utilizzando la mancata spesa connessa alla impossibilità di reperire sul mercato alcune figure professionali (anestesisti-radiologi-cardiologi-infermieri-TRM ecc.);
 - 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", anche tramite l'utilizzo degli Specialisti Convenzionati, al fine di ottenere una riduzione dei tempi di attesa delle stesse;
 - 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".

Attualmente la Regione Veneto procede al costante monitoraggio dello stato di attuazione da parte delle Aziende Sanitarie degli adempimenti di cui alla succitata Delibera di Giunta e, con specifico riferimento agli adempimenti di cui ai punti a) e b) dell'art. 19 dalla Legge 289/2002 la situazione attuale è la seguente :

- punto a) la quasi totalità della Aziende Sanitarie ha posto in essere iniziative volte al contenimento delle liste d'attesa in conformità alla suddetta disposizione, secondo le molteplici modalità operative sopra indicate;

- punto b) circa l'85% delle Aziende utilizzano gli strumenti contrattuali, con particolare riferimento alla retribuzione di risultato e al lavoro straordinario, mirati all'incremento delle attività ambulatoriali e hanno in via di attuazione, o hanno già attuato, la flessibilità organizzativa attraverso la mobilità delle risorse umane dalle attività di degenza alle attività ambulatoriali; alcune Aziende utilizzano gli strumenti contrattuali per affrontare situazioni di emergenza dovute alla carenza di dotazione organica e agli aspetti organizzativi delle strutture.

**DIREZIONE REGIONALE
PER I SERVIZI SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE**
Dott. Tiziano Martello

**SECRETARIA REGIONALE
SANITÀ E SOCIALE
IL SEGRETARIO REGIONALE**
(dr. Franco Tonello)