UMBRIA

PAGINA BIANCA

06 488829215

REGIONE UMBRIA
GIUNTA REGIONALE
Direzione regionale Sanità e Servizi sociali

CONFERENZA DEI PRESIDENTI
07.DIC 2004
PROT. N° 4570/A4SAN

Oggetto: Attuazione adempimenti di cui alla lett. C) dell'art. 52 della L. 289/02 in materia di servizi sanitari.

Regione dell'Umbria Giunta Regionale
Direzione Sanita'
Prot. Uscita del 25/11/2004
nr. 0184332
Classifica: XVII.2

Alla Segreteria della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome
Via Parigi, 11
00185 ROMA

UFFICIO DI SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
13 DIC. 2004
Prot. n. 6728
Rif. 4.1.21.7.13

La Regione Umbria ha attivato dal 1998 progetti o programmi volti alla gestione delle liste di attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale, con un primo progetto approvato dal Ministero della Sanità, e successivamente anche per i ricoveri.

L'obiettivo primario è sempre la riduzione delle liste di attesa attraverso molteplici azioni che coinvolgono diverse figure professionali e che agiscono sia sul versante dell'appropriatezza della domanda, sia sull'efficienza dell'offerta dei servizi. Le strategie sono quelle di monitorare le prestazioni, garantire la massima trasparenza delle liste, potenziare modelli operativi orientati all'efficienza e sperimentando nel contempo sistemi di filtro della domanda di ricovero.

I vari progetti o programmi hanno consentito e consentono una valutazione delle modificazioni in itinere delle situazioni aziendali, utilizzando monitoraggio a cadenza stabilita per le prestazioni ambulatoriali e/o di ricovero.

Nei progetti è prevista la messa in opera di interventi di razionalizzazione della domanda tendente a ridurre la quota di inappropriatezza della prestazione, anche ridefinendo l'assetto organizzativo e gestionale dei Cup uniformemente sul territorio regionale.

Ogni azienda ha programmato una serie di attività volte al raggiungimento dell'obiettivo complessivo: queste vanno dall'aumento dei punti di erogazione delle prestazioni, alla stipula di contratti con consulenti esterni, all'aumento di accessi settimanali per i punti di erogazione, alla sperimentazione di progetti di telemedicina, fino all'introduzione e organizzazione dell'attività libero professionale intramuraraia.

Facendo riferimento a quest'ultimo aspetto, nel tentativo di orientare in maniera univoca e omogenea nelle singole aziende le strategie, la Direzione Generale sanità e Servizi Sociali nel

A4SAN
Merino

documento riguardante "*Prime misure per la riqualificazione dell'assistenza ed il controllo della spesa sanitaria*", ha sottolineata l'esigenza di collocare la libera professione all'interno delle misure volte a ridurre i tempi di attesa, prevedendo "vincoli per la libera professione intramoenia in caso di superamento dei tempi massimi, che coincideranno nella sospensione della libera professione stessa qualora si rilevi una situazione di bassi volumi di attività istituzionale a fronte dei volumi di attività erogati in libera professione". Le prestazioni erogate in regime di attività libero professionale intramuraria comunque, finora non sono state specificatamente monitorate, pertanto, non avendo a disposizione dati e andamenti temporali relativamente a tale attività svolta nelle singole aziende, le eventuali riduzioni riscontrate dei tempi di attesa complessivi per l'accesso alle prestazioni, non sono ascrivibili precisamente ad una misura adottata piuttosto che ad altre.

Per quanto riguarda il monitoraggio dei tempi d'attesa:

Il primo programma di monitoraggio triennale nella Regione Umbria è stato definito con Nota n. 5461 del 13.04.99, inviata a tutti i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Umbre. Alla nota erano allegati lo schema relativo alla metodologie del monitoraggio e la lista delle prestazioni oggetto di rilevazione (per un totale di oltre 90, ma va ricordato che non tutte le realtà aziendali erogano la totalità delle prestazioni incluse nella lista). E' stato previsto che il monitoraggio fosse effettuato in un giorno indice, comunicato volta per volta, con cadenza trimestrale.

I risultati delle rilevazioni, che riguardavano un numero di prestazioni erogate variabile da azienda ad azienda (compreso tra 50 e 80), venivano inviati alla Regione su supporto cartaceo, a firma del Direttore Sanitario o del Direttore Generale.

Le informazioni raccolte dalle aziende riguardano:

- Le prestazioni oggetto di rilevazione
- Il tempo massimo di attesa deliberato per la prestazione
- I giorni di attesa per prestazione
- La sede (o unità) di erogazione

Su tali informazioni gli uffici dell'Assessorato calcolavano per ogni azienda:

- Lo scarto percentuale tra i tempi teorici (TMA) e i tempi reali per singola prestazione
- La % complessiva di punti di erogazione che superano i tempi massimi teorici

REGIONE UMBRIA
GIUNTA REGIONALE
Direzione regionale Sanità e Servizi sociali

segue pag. 3

- La % complessiva di punti di erogazione che superano i tempi massimi teorici di più del doppio.

Finito il monitoraggio triennale, sono state effettuate rilevazioni, sempre a cadenza stabilita e con un giorno indice concordato seguendo anche quelle che sono state le indicazioni ministeriali, che di fatto ha affidato all'Agenzia dei servizi Sanitari Regionali il coordinamento fra le regioni della sorveglianza dei tempi d'attesa.

Si sono fatte rilevazioni, nel 2002 e nel 2003, in conformità a quanto effettuato dalle altre regioni, aderendo anche alla prima sperimentazione del programma e del software dell'ASSR. Attualmente, superata positivamente la fase di sperimentazione, la rilevazione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è entrata a regime su scala nazionale, e quindi tutte le Regioni e tutte le Aziende Sanitarie parteciperanno alla rilevazione in un giorno indice stabilito a livello centrale.

I referenti delle singole nostre Aziende Sanitarie dopo aver partecipato alle giornate di formazione, sono partite con la nuova metodica il 21 gennaio 2004, giorno indice per la rilevazione. Sono state monitorate 7 prestazioni ambulatoriali e 5 ricoveri, secondo lo schema nazionale. I dati raccolti a livello di unità eroganti, validati dalla regione, sono stati inviati all'ASSR che elaborerà i dati e permetterà di effettuare valutazioni e confronti.

Per dovere di precisione dobbiamo comunque ricordare che la sperimentazione ha dato risultati validi per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, ma non per i ricoveri. La Regione Umbria ha comunque deciso di effettuare la rilevazione anche sui ricoveri nello stesso giorno indice presso tutte le strutture e non solo su alcune come proposto ancora dall'ASSR.

Per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi per la riduzione dei tempi d'attesa:

La Regione dell'Umbria nel nuovo Piano Sanitario Regionale ha definito quelle che saranno le strategie da attuare nel triennio (allegato). Siamo ancora nella fase di progettualità di alcune metodologie da adottare, che troveranno risposta nell'immediato futuro.

Cordiali saluti

Il Direttore regionale
Dott. Domenico De Salvo

PAGINA BIANCA

VENETO

PAGINA BIANCA

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Attuazione adempimenti di cui alla lettera c) dell'art.52 della L. 289/2002

Relazione

In riferimento agli adempimenti previsti dall'art.52 lettera c della legge finanziaria della L. 289/2002 in materia di servizi sanitari, la scrivente amministrazione ha provveduto a richiedere alle Aziende UU.LL.SS. e Ospedaliere quanto segue:

a) l'Azienda ha posto in essere nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste d'attesa, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello stato, 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. In caso affermativo, si richiede cortesemente di dettagliare le modalità operative individuate;

b) l'Azienda, per ampliare notevolmente l'offerta di servizi, con diminuzione delle giornate complessive di degenza, utilizza, 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.

Dalle risposte ottenute emerge, in sintesi, che, relativamente alla domanda *b*, le Aziende hanno dichiarato di utilizzare gli strumenti contrattuali, con particolare riferimento allo stipendio di risultato e al lavoro straordinario, mirati alla

Direzione Risorse Socio-Sanitarie
Palazzo Molin - S. Polo, 2514 - 30123 Venezia

implementazione delle attività ambulatoriali e di avere allo studio o di aver già attuato la flessibilità organizzativa attraverso lo spostamento di risorse umane dalle attività di degenza, caratterizzate da trend decrementale o da inappropriatezza, ad attività ambulatoriali; collateralmente, per alcuni casi, sono stati utilizzati gli strumenti contrattuali per situazioni di emergenza dovute alla dotazione organica e agli aspetti organizzativi delle strutture.

Per quanto attiene invece la domanda a) le Aziende hanno dichiarato di aver posto in essere iniziative volte al contenimento delle liste d'attesa in conformità a quanto richiesto.

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

- ✓ apertura dei servizi diagnostici per pazienti ambulatoriali 6gg./7 e per pazienti ricoverati 7gg./7;
- ✓ spostamento di personale infermieristico dall'Ospedale al territorio, al fine di potenziare l'Assistenza Domiciliare e di prevenire pertanto la richiesta di ospedalizzazione;
- ✓ stipula di un accordo con i Medici di Medicina Generale al fine di ridurre la domanda di ricovero ospedaliero e di prestazioni specialistiche ambulatoriale. L'accordo prevede la corresponsione di incentivi ai Medici di Medicina Generale in quota parte rispetto ai risparmi generati;

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

- ✓ aumento di sedute e dell'attività delle sale operatoria, attraverso una diversa organizzazione del personale del comparto e l'attribuzione di retribuzione di risultato aggiuntiva (derivante dai fondi aziendali);
- ✓ aumento di prestazioni, concordato nel processo di budget con le diverse Unità Operative;
- ✓ riconversione di ore di Specialisti convenzionati interni verso le specialità che presentavano liste d'attesa problematiche;
- ✓ governo della domanda fondato sulla diffusione di linee guida e protocolli di accesso alla specialistica ambulatoriale redatti da gruppi di lavoro integrati di operatori dell'ospedale e del territorio che operano con il metodo "peer-review";
- ✓ segmentazione della domanda per livelli d'urgenza;
- ✓ acquisto di prestazioni da parte di personale strutturato nel rispetto delle norme di legge e contrattuali utilizzando la mancata spesa relativa alla impossibilità di reperire sul mercato alcune figure professionali per carenza di offerta (anestesisti-radiologi-cardiologi-infermieri-TRM ecc.);
- ✓ sistematica applicazione di modelli di over-booking nella definizione delle agende;
- ✓ utilizzo dei tetti di prestazioni concertati con erogatori privati preaccreditati, strumentale all'abbattimento delle liste d'attesa.

Il Vice Presidente
Assessore alle Politiche Sanitarie
Fabio Gava

Direzione Risorse Socio-Sanitarie
Palazzo Molin - S. Polo, 2514 - 30123 Venezia

RELAZIONE SULL'ATTUAZIONE ADEMPIMENTI DI CUI ALLA LETTERA c) ARTICOLO 52 DELLA LEGGE 289/2002

Con riferimento agli adempimenti previsti dall'art. 52, lettera c, della legge 289/2002 in relazione al contenimento delle liste di attesa, la Regione Lombardia ha proseguito secondo le politiche già attuate nel tempo per l'abbattimento dei tempi di attesa per l'esecuzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, assicurando l'effettuazione delle prestazioni in tempi adeguati alle esigenze cliniche: in particolare ha stabilito che le strutture erogatrici fossero impegnate a rispettare i tempi massimi definiti come obiettivo per le stesse in accordo con le Aziende Sanitarie Locali.

Ha impegnato ulteriormente le Aziende Sanitarie Locali, affinché in collaborazione con i medici di medicina generale e le strutture erogatrici proseguissero l'attivazione di protocolli per la definizione di criteri per la prescrizione di prestazioni di particolare rilievo e per l'individuazione delle tipologie di prestazione ordinaria o di controllo.

Si è attivata ad incrementare ore per l'attività specialistica ambulatoriale convenzionata, proseguendo, nel contempo, a monitorare il tempo massimo che intercorre tra la data di richiesta della prestazione e la data di erogazione della medesima, basandosi su informazioni richieste attraverso un apposito flusso informativo.

Nel corso dell'2003 sono state effettuate due indagini di prevalenza (giugno e novembre) sui tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.

Il contesto generale in cui si collocano le rilevazioni è, profondamente diverso rispetto agli scenari degli anni precedenti. Infatti con Deliberazione n. 12287 del 4 marzo 2003 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2003 – integrazione e modifica della d.g.r. n. 10805 del 24 ottobre 2002 ad oggetto : prime determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2003" la Giunta Regionale ha inteso integrare, come previsto dal PSSR, l'attuale contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ASL ed erogatori con l'indicazione dei volumi delle prestazioni, la tipologia e le tariffe delle stesse.
Obiettivo di tale integrazione è costituito dall'intento di garantire più elevati livelli qualitativi delle prestazioni erogate al cittadino in un contesto di maggior certezza finanziaria per le Strutture Erogatrici .
In particolare per quanto riguarda le attività di specialistica ambulatoriale è stato definito, per singolo presidio di erogazione o per azienda nel caso più presidi costituiscano l'offerta di un unico soggetto giuridico, un "budget" di prestazioni utilizzando come base di calcolo dello stesso le prestazioni erogate nel corso del 2002.
Ciò ha rappresentato un delicato passaggio per l'intero sistema sanitario regionale ed il monitoraggio dei tempi di attesa ha rappresentato uno strumento importante per verificare la "stabilità" del sistema.

Le prestazioni oggetto di rilevazione sono state:

CODICE PRESTAZIONE
45.13 GASTROSCOPIA
87.03 TAC (cerebrale)
87.22 RADIOGRAFIA OSSA E ARTICOLAZIONI (rx cervicale)
87.37.1 MAMMOGRAFIA
87.44.1 RADIOGRAFIA DEL TORACE
88.77.2 ECOGRAFIA VASCOLARE (ecodoppler arti superiori ed inferiori)
88.74.1 ECOGRAFIA ADDOMINALE

88.78.2 ECOGRAFIA OST - GIN
88.79.2 ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE
88.93 RMN (colonna)
89.13 VISITA NEUROLOGICA
89.26 VISITA GINECOLOGICA
89.37.1 SPIROMETRIA
89.43 ECG SFORZO
89.50 ECG HOLTER
89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA
89.7 1° VISITA SPECIALISTICA (branca cardiologia)
91.90.5 TEST ALLERGOLOGICI
92.01 SCINTIGRAFIA (tiroidea)
92.21.1 RADIOTERAPIA
93.08.1 ELETTROMIOGRAFIA
95.02 VISITA OCULISTICA
95.41.1 AUDIOMETRIA

Parallelamente alla rilevazione eseguita in giugno 2003 con la metodologia sin qui seguita presso la Regione Lombardia per l'esecuzione delle otto precedenti indagini di prevalenza è inoltre proseguita la collaborazione con il Gruppo Tecnico di Lavoro sulla rilevazione dei tempi di attesa istituito presso l'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali .
A tale scopo, nella medesima data della rilevazione **regionale**, l'ASL della provincia di Cremona ha partecipato ad una rilevazione sperimentale **nazionale** che ha coinvolto sei ASL di sei diverse regioni (Valle D'Aosta-Toscana-Liguria-Lombardia-Puglia-Campania) volta alla messa a regime di un sistema nazionale di monitoraggio dei tempi di attesa tramite la rilevazione dei tempi di alcune prestazioni ambulatoriali e di alcune procedure invasive da eseguirsi in regime di ricovero ritenute "prestazioni sentinella" dell'andamento del sistema nel suo complesso.

Le prestazioni monitorate dalla rilevazione nazionale sono state le seguenti:
Prestazioni ambulatoriali
AMB 1 Ecografia dell'addome superiore (88.74.1), inferiore (88.75.1), completo (88.76.1)
AMB 2 Eco(color)doppler dei tronchi sovra-aortici (88.73.5), eco(color)dopplergrafia degli arti superiori, inferiori , distrettuale (88.77.2)
AMB 3 Esofagogastroduodenoscopia (45.13), esofagogastroduodenoscopia con biopsia (45.16)
AMB 4 RM della colonna, senza e con contrasto (88.93.1)
AMB 5 TAC del capo, senza e con contrasto (87.03.1)
Prestazioni di ricovero (ordinario o day hospital)
RIC 1 Artroprotesi d'anca (codici di intervento 81.51, 81.52, 81.53)
RIC 2 Cataratta (codici di intervento afferenti ai DRG 39)
RIC 3 Coronarografia (codici di intervento 88.55 - 88.56 - 88.57)
RIC 4 Asportazione di neoplasia della mammella (codici afferenti ai DRG: 257 – 258 – 259 - 260)
RIC 5 Asportazione di neoplasia del colon retto (associazione di uno dei codici di diagnosi: 153, 154, 230.3, 230.4, 230.5 con uno dei codici di intervento chirurgico: 45.7, 45.8, 46.1, 48.4, 48.5, 48.6).

Le modalità appena sopra descritte, diventeranno oggetto di rilevazione a livello di Regione Lombardia per l'anno 2004, in quanto consentono di rilevare il fenomeno in modo più analitico e puntuale rispetto alla modalità precedente. Nel 2004 sono previste almeno sette rilevazioni (due nazionali e le altre cinque esclusivamente regionali) che vanno a monitorare circa 40 prestazioni.

Sono attualmente all'attenzione della competente Direzione Generale Sanità modalità di applicazione della possibilità di accedere a selezionati e molto richieste prestazioni di

	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 o in quanto rappresenta un **accesso di follow up. Da eseguirsi entro un arco temporale maggiore di 60 giorni**

Si ritiene opportuno introdurre dal 1° luglio 2004 su tutto il territorio regionale le categorie di priorità per queste prestazioni:
Visita Oculistica
Visita Cardiologica
Tac Colonna vertebrale
Rmn encefalo
Ecografia addome superiore
Ecocolordoppler tronchi sovra aortici.

Le ASL, in accordo e con la collaborazione delle strutture erogatrici, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, potranno individuare altre prestazioni, in aggiunta alle precedenti, da sottoporre a classi di priorità rispettando i seguenti criteri:

1. tutte le prestazioni le cui liste di prenotazione manifestano tempi di attesa superiori al valore limite fissato dalla Regione;
2. tutte le prestazioni che sono ritenute ad alta complessità diagnostico terapeutica;
3. tutte le prestazioni che sono ritenute ad alto valore socio sanitario;
4. tutte le prestazioni connesse a particolari patologie per le quali si evidenzia una particolare attenzione sulla tempestività dell'esecuzione.

Tali iniziative dovranno essere sottoposte alla validazione della Direzione Generale Sanità per la necessaria garanzia di equità di accesso sul territorio regionale.

Riferimenti normativi regionali:
D.G.R. VI/38571, 1998 - Individuazione dei criteri per l'applicazione dell'art. 3, commi 10-12-13-14-15 del D. Lgs 29 aprile 1998, n. 124/98 "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."; D.G.R. VI/47675, 1999 - Tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali: determinazioni per l'anno 2000; D.G.R. VII/2859, 2000 - Nuove indicazioni sui tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali; D.G.R. VII/7928, 2002 - Tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali: indicazioni per l'anno 2002; DGR VII/15324 del 28/11/2003 – Determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l' esercizio 2004 (Allegato 3 "Modalità per l'applicazione delle priorità di accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica ambulatoriale in Regione Lombardia").

RELAZIONE SULL'ATTUAZIONE ADEMPIMENTI DI CUI ALLA LETTERA c) ARTICOLO 52 DELLA LEGGE 289/2002

Con riferimento agli adempimenti previsti dall'art. 52, lettera c, della legge 289/2002 in relazione al contenimento delle liste di attesa, la Regione Lombardia ha proseguito secondo le politiche già attuate nel tempo per l'abbattimento dei tempi di attesa per l'esecuzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, assicurando l'effettuazione delle prestazioni in tempi adeguati alle esigenze cliniche: in particolare ha stabilito che le strutture erogatrici fossero impegnate a rispettare i tempi massimi definiti come obiettivo per le stesse in accordo con le Aziende Sanitarie Locali.

Ha impegnato ulteriormente le Aziende Sanitarie Locali, affinché in collaborazione con i medici di medicina generale e le strutture erogatrici proseguissero l'attivazione di protocolli per la definizione di criteri per la prescrizione di prestazioni di particolare rilievo e per l'individuazione delle tipologie di prestazione ordinaria o di controllo.

Si è attivata ad incrementare ore per l'attività specialistica ambulatoriale convenzionata, proseguendo, nel contempo, a monitorare il tempo massimo che intercorre tra la data di richiesta della prestazione e la data di erogazione della medesima, basandosi su informazioni richieste attraverso un apposito flusso informativo.

Nel corso dell'2003 sono state effettuate due indagini di prevalenza (giugno e novembre) sui tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.

Il contesto generale in cui si collocano le rilevazioni è, profondamente diverso rispetto agli scenari degli anni precedenti. Infatti con Deliberazione n. 12287 del 4 marzo 2003 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2003 – integrazione e modifica della d.g.r. n. 10805 del 24 ottobre 2002 ad oggetto : prime determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2003" la Giunta Regionale ha inteso integrare, come previsto dal PSSR, l'attuale contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ASL ed erogatori con l'indicazione dei volumi delle prestazioni, la tipologia e le tariffe delle stesse.
Obiettivo di tale integrazione è costituito dall'intento di garantire più elevati livelli qualitativi delle prestazioni erogate al cittadino in un contesto di maggior certezza finanziaria per le Strutture Erogatrici .
In particolare per quanto riguarda le attività di specialistica ambulatoriale è stato definito, per singolo presidio di erogazione o per azienda nel caso più presidi costituiscano l'offerta di un unico soggetto giuridico, un "budget" di prestazioni utilizzando come base di calcolo dello stesso le prestazioni erogate nel corso del 2002.
Ciò ha rappresentato un delicato passaggio per l'intero sistema sanitario regionale ed il monitoraggio dei tempi di attesa ha rappresentato uno strumento importante per verificare la "stabilità" del sistema.

Le prestazioni oggetto di rilevazione sono state:

CODICE PRESTAZIONE
45.13 GASTROSCOPIA
87.03 TAC (cerebrale)
87.22 RADIOGRAFIA OSSA E ARTICOLAZIONI (rx cervicale)
87.37.1 MAMMOGRAFIA
87.44.1 RADIOGRAFIA DEL TORACE
88.77.2 ECOGRAFIA VASCOLARE (ecodoppler arti superiori ed inferiori)
88.74.1 ECOGRAFIA ADDOMINALE

88.78.2 ECOGRAFIA OST - GIN
88.79.2 ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE
88.93 RMN (colonna)
89.13 VISITA NEUROLOGICA
89.26 VISITA GINECOLOGICA
89.37.1 SPIROMETRIA
89.43 ECG SFORZO
89.50 ECG HOLTER
89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA
89.7 1° VISITA SPECIALISTICA (branca cardiologia)
91.90.5 TEST ALLERGOLOGICI
92.01 SCINTIGRAFIA (tiroidea)
92.21.1 RADIOTERAPIA
93.08.1 ELETTROMIOGRAFIA
95.02 VISITA OCULISTICA
95.41.1 AUDIOMETRIA

Parallelamente alla rilevazione eseguita in giugno 2003 con la metodologia sin qui seguita presso la Regione Lombardia per l'esecuzione delle otto precedenti indagini di prevalenza è inoltre proseguita la collaborazione con il Gruppo Tecnico di Lavoro sulla rilevazione dei tempi di attesa istituito presso l'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali .
A tale scopo, nella medesima data della rilevazione **regionale**, l'ASL della provincia di Cremona ha partecipato ad una rilevazione sperimentale **nazionale** che ha coinvolto sei ASL di sei diverse regioni (Valle D'Aosta-Toscana-Liguria-Lombardia-Puglia-Campania) volta alla messa a regime di un sistema nazionale di monitoraggio dei tempi di attesa tramite la rilevazione dei tempi di alcune prestazioni ambulatoriali e di alcune procedure invasive da eseguirsi in regime di ricovero ritenute "prestazioni sentinella" dell'andamento del sistema nel suo complesso.

Le prestazioni monitorate dalla rilevazione nazionale sono state le seguenti:
Prestazioni ambulatoriali
AMB 1 Ecografia dell'addome superiore (88.74.1), inferiore (88.75.1), completo (88.76.1)
AMB 2 Eco(color)doppler dei tronchi sovra-aortici (88.73.5), eco(color)dopplergrafia degli arti superiori, inferiori , distrettuale (88.77.2)
AMB 3 Esofagogastroduodenoscopia (45.13), esofagogastroduodenoscopia con biopsia (45.16)
AMB 4 RM della colonna, senza e con contrasto (88.93.1)
AMB 5 TAC del capo, senza e con contrasto (87.03.1)
Prestazioni di ricovero (ordinario o day hospital)
RIC 1 Artroprotesi d'anca (codici di intervento 81.51, 81.52, 81.53)
RIC 2 Cataratta (codici di intervento afferenti ai DRG 39)
RIC 3 Coronarografia (codici di intervento 88.55 - 88.56 - 88.57)
RIC 4 Asportazione di neoplasia della mammella (codici afferenti ai DRG: 257 – 258 – 259 - 260)
RIC 5 Asportazione di neoplasia del colon retto (associazione di uno dei codici di diagnosi: 153, 154, 230.3, 230.4, 230.5 con uno dei codici di intervento chirurgico: 45.7, 45.8, 46.1, 48.4, 48.5, 48.6).

Le modalità appena sopra descritte, diventeranno oggetto di rilevazione a livello di Regione Lombardia per l'anno 2004, in quanto consentono di rilevare il fenomeno in modo più analitico e puntuale rispetto alla modalità precedente. Nel 2004 sono previste almeno sette rilevazioni (due nazionali e le altre cinque esclusivamente regionali) che vanno a monitorare circa 40 prestazioni.

Sono attualmente all'attenzione della competente Direzione Generale Sanità modalità di applicazione della possibilità di accedere a selezionati e molto richieste prestazioni di

specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale secondo priorità cliniche concordate tra Erogatori, Medici di Medicina Generale e Specialisti prescrittori e Organizzazioni di Tutela dei Diritti del cittadino.

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza che il SSN si impegna a garantire a tutti i cittadini comprende il riconoscimento all'interno dei LEA dell'**erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità**, dando particolare rilevanza ai criteri di appropriatezza, alla trasparenza, all'urgenza.

L'accordo Stato–Regioni dell'11 Luglio 2002, con la produzione del *Documento di indicazioni sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa* stabiliva, oltre a criteri e classi di priorità clinica, anche i tempi massimi di erogazione per alcune patologie o prestazioni ritenute strategiche e di particolare importanza, nonché la definizione di un sistema di monitoraggio nazionale, a cura del Gruppo Tecnico costituito da rappresentanti delle Regioni, dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e del Ministero della Salute.

Il Piano Socio Sanitario della Regione Lombardia 2002-2004, approvato con Decreto del Consiglio Regionale n. 462 del 13.3.2002, **evidenzia la necessità di diversificare tempi massimi di attesa in relazione alle diverse condizioni di gravità clinica dei singoli pazienti.**

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 individua, come primo progetto per la "Strategia del cambiamento", l'attuazione dei Livelli Essenziali ed Appropriati di Assistenza e la riduzione delle "Liste di attesa" , attivando "tutte le possibili azioni capaci di garantire ai cittadini tempi di attesa appropriati alla loro obiettiva esigenza di salute".

Partendo da tali presupposti **la Direzione Generale Sanità ha ritenuto di individuare la progressiva applicazione, su alcune prestazioni, di un sistema per individuare la priorità d'accesso in base alla rilevanza clinica presentata da ogni paziente.**
L'individuazione di priorità differenziate consente una maggiore flessibilità a livello di prescrizione in quanto mette a disposizione una maggiore scelta mentre a livello di erogazione permette di poter assicurare una maggiore dilazione temporale per i casi non ritenuti prioritari. L'aspetto principale è sicuramente la possibile personalizzazione dell'attesa in base ai bisogni espressi dalla persona che necessita la prestazione.

L'Allegato 3 alla D.G.R. n. VII/15324 del 28 novembre 2003 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2004" prevede che per l'applicazione delle priorità di accesso per le prestazioni ambulatoriali si recepiscano le indicazioni contenute nell'accordo Stato-Regioni dell'11/7/2002, tenendo conto delle esperienze già fatte in alcune ASL della Lombardia.

Le categorie di priorità sono le seguenti:

CLASSE DI PRIORITA' PER L'AMBULATORIALE	INDICAZIONI
CLASSE A	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. **Da eseguirsi entro 3 giorni**
CLASSE B	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente. **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 o in quanto rappresenta un **accesso di follow up. Da eseguirsi entro un arco temporale maggiore di 60 giorni**

Si ritiene opportuno introdurre dal 1° luglio 2004 su tutto il territorio regionale le categorie di priorità per queste prestazioni:
Visita Oculistica
Visita Cardiologica
Tac Colonna vertebrale
Rmn encefalo
Ecografia addome superiore
Ecocolordoppler tronchi sovra aortici.

Le ASL, in accordo e con la collaborazione delle strutture erogatrici, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, potranno individuare altre prestazioni, in aggiunta alle precedenti, da sottoporre a classi di priorità rispettando i seguenti criteri:

1. tutte le prestazioni le cui liste di prenotazione manifestano tempi di attesa superiori al valore limite fissato dalla Regione;
2. tutte le prestazioni che sono ritenute ad alta complessità diagnostico terapeutica;
3. tutte le prestazioni che sono ritenute ad alto valore socio sanitario;
4. tutte le prestazioni connesse a particolari patologie per le quali si evidenzia una particolare attenzione sulla tempestività dell'esecuzione.

Tali iniziative dovranno essere sottoposte alla validazione della Direzione Generale Sanità per la necessaria garanzia di equità di accesso sul territorio regionale.

Riferimenti normativi regionali:
D.G.R. VI/38571, 1998 - Individuazione dei criteri per l'applicazione dell'art. 3, commi 10-12-13-14-15 del D. Lgs 29 aprile 1998, n. 124/98 "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."; D.G.R. VI/47675, 1999 - Tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali: determinazioni per l'anno 2000; D.G.R. VII/2859, 2000 - Nuove indicazioni sui tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali; D.G.R. VII/7928, 2002 - Tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali: indicazioni per l'anno 2002;' DGR VII/15324 del 28/11/2003 – Determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l' esercizio 2004 (Allegato 3 "Modalità per l'applicazione delle priorità di accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica ambulatoriale in Regione Lombardia").