

ATTI PARLAMENTARI

XV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CCI

n. 5

R E L A Z I O N E

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

(Anno 2005)

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

Presentata dalla Regione Autonoma Valle D'Aosta

Trasmessa alla Presidenza il 18 aprile 2007

PAGINA BIANCA

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

Premessa

Obiettivo di primaria importanza per il Servizio Sanitario Nazionale è assicurare ad ogni cittadino prestazioni sanitarie adeguate ai problemi clinici presentati, nel rispetto del diritto della persona alla tutela della salute e del principio di equità nell'accesso alle prestazioni. Le organizzazioni sanitarie evolute sono tutte interessate dal problema dei tempi d'attesa. Nonostante l'impegno sistematico, finalizzato al loro contenimento, non si è giunti alla definizione di misure efficaci.

I determinanti del fenomeno delle liste di attesa sono molteplici e attengono a tre grandi aree di intervento: il governo della domanda di prestazioni, il governo dell'offerta di assistenza e i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni. In particolare, fra i diversi fattori che contribuiscono al mantenimento di forti divari fra la domanda (crescente) e l'offerta (non sempre adeguata) di prestazioni, si ricorda la maggiore attenzione dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute, la valutazione dei bisogni assistenziali da parte dei medici prescrittori, l'affermarsi di modelli culturali di "consumo sanitario" (spesso anche indotti dai *media*), la maggiore capacità di intervento del sistema sanitario (anche grazie alla crescente disponibilità di tecnologie e trattamenti), le carenze organizzative che ostacolano il pieno sfruttamento delle risorse disponibili, le difficoltà di un settore che presenta al proprio interno nicchie di mercato di difficile regolamentazione.

Per tali motivi è necessario adottare idonei programmi ed introdurre strategie da perseguire nel loro insieme, per garantire un uso sempre più razionale delle risorse e consentire l'erogazione tempestiva delle prestazioni in condizioni di appropriatezza e qualità, efficacia, efficienza, trasparenza, appropriatezza, anche temporale, e qualità delle prestazioni.

Tali principi sono perseguibili con una puntuale conoscenza dei tempi d'attesa, prevedendo fra l'altro il monitoraggio del fenomeno. L'ottimizzazione della loro gestione, in un contesto volto a orientare l'assistenza verso il miglioramento continuo della qualità, è realizzabile con gli strumenti del governo clinico. A tal fine è necessario prevedere un approccio sistematico per processi con la gestione dei percorsi clinico-diagnostico-terapeutici in un contesto multidisciplinare e multiprofessionale. L'appropriatezza, clinica e organizzativa, è sicuramente l'elemento regolatore delle scelte e dei comportamenti di tutti i soggetti che hanno una responsabilità rispetto al bisogno di salute. L'appropriatezza è quindi presupposto indispensabile, sebbene non sufficiente, per garantire il diritto alla salute stessa.

Con riguardo alla normativa nazionale e regionale prodotta su questo difficile argomento, in armonia con la suddetta esigenza di appropriatezza anche temporale di erogazione delle prestazioni, il D.Lgs. n. 124/1998 art. 3, comma 10, ha previsto l'obbligo di definire il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni e l'erogazione delle stesse, attribuendo alle Regioni il compito di definire i criteri generali e ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere la definizione dei tempi. Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 5119 del 1998 sono state fornite indicazioni ai direttori generali delle Aziende per l'applicazione dell'art. 3 del citato decreto. Il DPCM del 29 novembre 2001 - che definisce i Livelli essenziali di assistenza - e l'Accordo Stato - Regioni del 14 febbraio 2002 hanno stabilito le linee guida sulle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e hanno definito i tempi massimi d'attesa.

L'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 ha fornito alle Regioni indicazioni sui criteri generali di priorità clinica per l'accesso alle prestazioni ed ha individuato alcune aree di intervento ritenute critiche a livello nazionale. Inoltre la Conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della L. 5 giugno 2003, n. 131 - "Piano Nazionale di contenimento dei Tempi d'Attesa per il triennio 2006-2008" di cui all'art. 1, comma 280, della Legge 23/12/2005 n. 266, ha sancito che le Regioni debbano adottare un Piano Regionale attuativo di contenimento dei tempi d'attesa. Entro i termini stabiliti dall'Intesa Stato - Regioni del 28/3/2006 e dai documenti attuativi, le Aziende Sanitarie dovranno adottare il programma attuativo aziendale. Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 con la comunicazione n. 28107/dgprog/21/P.1° del 22-12-2006 ha definito la metodologia di valutazione dei Piani regionali per il contenimento dei tempi d'attesa (PRCTA) ai fini della certificazione di realizzazione.

La metodologia proposta si avvale di indicatori di valutazione raggruppati secondo criteri che prevedono:

- 1) l'adozione formale di un Piano Regionale sul contenimento dei tempi d'attesa previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 28-3-2006;
- 2) l'individuazione dei tempi massimi d'attesa per le prestazioni di cui al punto 3 della sopracitata Intesa Stato-Regioni del 28-3-2006 che erano stati individuati per la Regione Sardegna con la Deliberazione della Giunta regionale n. 28/15 del 27-6-2006;
- 3) l'individuazione delle linee generali di intervento per il contenimento dei tempi d'attesa, degli impegni e previsione di programmi e iniziative per il perseguimento degli obiettivi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa (PNCTA);
- 4) la predisposizione di procedure obbligatorie inerenti le attività di ricovero;
- 5) l'individuazione degli indirizzi uniformi per la predisposizione di programmi attuativi aziendali e per le attività di monitoraggio.

Il contesto legislativo regionale

La Giunta regionale nel settembre 2001 emana con propria deliberazione l'approvazione della modalità di esecuzione dei controlli di appropriatezza sull'utilizzo dell'ospedale ai sensi dell'art. 88, comma 2 della Legge 23/12/2000, n. 388.

Nel dicembre dello stesso anno viene deliberata al n° 5022 l'approvazione di linee guida per l'attivazione, l'organizzazione ed il funzionamento delle attività di chirurgia di un giorno e ambulatoriale e per la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni fornite e successive modificazioni.

Come richiesto dall'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 viene redatto ed approvato dalla Regione, DGR 1482 del 29 aprile 2002, un documento in cui vengono individuati i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate in regime ambulatoriale finalizzati al contenimento delle liste di attesa e approvazione delle disposizioni applicative all'Azienda USL della Valle d'Aosta.

Con Dgr n° 3466 del 17 novembre 2006 viene approvato il programma regionale di contenimento delle liste di attesa volto a governare la domanda, razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni, gestire razionalmente il sistema degli accessi, garantire periodiche revisioni dell'attività prescrittiva, velocizzare la refertazione e la messa disposizione dei risultati, utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione. Quest'ultimo provvedimento revoca le precedenti disposizioni in materia del 1998 e del 2002 e definisce, per le prestazioni ambulatoriali, quattro livelli di priorità:

- **U urgenza immediata** che richiede in una risposta diretta
- **A urgenza differibile** che richiede una risposta entro 72 ore dall'evento patologico/traumatico
- **B prestazioni di primo accesso** da erogare in tempi massimi di 30 giorni per le visite e 60 per le prestazioni strumentali
- **P prestazioni programmabili** che possono prevedere tempi di esecuzione più lunghi in rapporto ai programmi di controllo periodico (follow up), programmi di prevenzione, fini certificativi.

Vengono altresì fissate modalità di riorganizzazione dei CUP, organizzazione della libera professione, informazione e comunicazione delle liste di attesa, intervento in caso di superamento dei limiti.

Per ciò che riguarda i ricoveri vengono fissati le seguenti categorie di risposta assistenziale:

- **Classe A:** ricovero entro **30 giorni** per i casi clinici a rapida ingravescenza e/o prognosi infausta
- **Classe B:** ricovero entro **60 giorni** per i casi clinici a grave componente dolorosa o grave disabilità
- **Classe C:** ricovero entro **180 giorni** per casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e stabilità del quadro patologico.
- **Classe D:** ricovero senza attesa massima definita per casi clinici per casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità che devono avere risposta entro 12 mesi.

Sono anche fissati l'obbligo di utilizzo di agende di prenotazione capaci di generare flussi informativi elettronici e l'estensione di tutte le regole ai ricoveri effettuati in regime di day hospital.

L'evoluzione operativa aziendale

Il problema della risposta ai bisogni della popolazione in tempi opportuni e del corretto dimensionamento della risposta sanitaria al fine di una distribuzione appropriata ed equa delle risorse disponibili è sempre stato un obiettivo strategico e prioritario dell'Azienda Usl della Valle d'Aosta che ha agito seguendo principalmente le direttrici dell'appropriatezza della domanda, della razionalizzazione ed organizzazione dell'offerta, del miglioramento dei flussi comunicativi ed informativi raggiungendo significativi risultati.

Appropriatezza prescrittiva: sin dal 2002, in applicazione della DGR 1482 del 29 aprile, sono stati definiti criteri di accesso differenziato per le prestazioni ambulatoriali a maggior impatto tecnologico e/o di risorse umane, basati sull'evidenza scientifica, proposti dagli specialisti ospedalieri ed accettati dalla medicina primaria. Queste modalità di stratificazione della domanda sono attualmente in uso e ad esse si sono adeguate le agende di prenotazione aziendali.

Sono stati altresì definiti, concertati ed approvati da parte di tutte le componenti cliniche aziendali i profili di cura riguardanti il diabete, l'ipertensione e lo scompenso cardiaco che sviluppano omogeneamente l'impostazione strategica di una gestione integrata dell'ammalato che veda la medicina primaria impegnata a garantire l'assistenza routinaria della malattia e la medicina specialistica supportare come secondo livello i bisogni dettati dall'ingravescenza o complicazione della malattia.

Su questo modello assistenziale si stanno sviluppando altri profili assistenziali quali quello delle cure palliative, della valutazione del rischio cardio-cerebro vascolare, delle ulcere vascolari e da decubito.

Nel corso dell'ultimo triennio si è avviata e completata la revisione delle agende di prenotazione al fine di distinguere, per tutte le prestazioni che ne presentassero l'esigenza, i primi accessi da quelli di controllo.

Questa modalità organizzativa permette da una parte di valutare compiutamente ed efficacemente la domanda proveniente dal territorio, dall'altra permette di ottimizzare l'offerta senza enfatizzarla mescolando i bisogni assistenziali.

Questo sdoppiamento ha reso, tuttavia, necessario un monitoraggio continuo capace di far variare rapidamente l'offerta in base alle modificazioni e all'evoluzione della domanda; per far questo è stato istituito all'interno dell'area territoriale un osservatorio dotato di una figura medica all'uopo dedicata, a cui è stato anche affidato il compito di valutare tutte le modifiche delle agende richieste dagli specialisti che da circa due anni non possono essere variate senza l'autorizzazione preventiva della direzione di area territoriale.

Nel corso degli ultimi tre anni è stato altresì posto come obiettivo di risultato alle Unità operative il vincolo tassativo di consegna semestrale delle agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche al fine di conoscere e quindi valutare preventivamente le modificazioni dovute alle esigenze organizzative, dettate dai periodi feriali o dalle necessità di aggiornamento.

Sul versante della domanda sono stati altresì siglati con la medicina primaria accordi decentrati che per la prima volta responsabilizzano, rispetto alla retribuzione di risultato, i Medici di Medicina Generale e gli Specialisti Ambulatoriali al contenimento delle liste di attesa nelle principali branche interessate dal fenomeno delle attese.

L'Azienda Usl ha sempre posto agli Specialisti ospedalieri obiettivi di budget relativi al contenimento delle attese entro i limiti indicati dagli standard regionali per l'attività sia di ricovero sia ambulatoriale.

Quest'anno, durante la discussione annuale di budget con i Dipartimenti, è stato proposto alle Unità Operative di impegnare per questo obiettivo anche le risorse di orario aggiuntivo derivanti dall'accordo siglato dalla Regione con la componente sindacale medica riguardante il cosiddetto "fondo Braghetto" (60 ore medico/anno).

Al fine di compensare aumenti della domanda o situazioni negative che possano incidere sulla domanda, viene utilizzato l'istituto contrattuale del Libera professione nei confronti dell'Azienda che è gestita direttamente dalla Direzione Sanitaria Aziendale sia sul versante dell'identificazione dei bisogni sia su quelli della certificazione dei risultati e dell'impegno orario profuso dalle équipes professionali..

Riguardo alla Comunicazione ed all'accessibilità dei dati è stata recentemente realizzata la pubblicazione dei dati mensili dei tempi di attesa sul Sito Internet aziendale.

Attività Future

Proseguiranno la misurazione, la valutazione e l'analisi della domanda sia utilizzando gli strumenti legati al controllo di gestione sia la concertazione con le organizzazioni di rappresentanza e di volontariato.

Quando necessario verranno utilizzati gli strumenti contrattuali utili ad aumentare l'offerta sia attraverso l'ampliamento dell'orario istituzionale legato alla retribuzione di risultato sia grazie alla contrattazione di orario aggiuntivo ottenibile grazie allo strumento della libera professione nei confronti dell'Azienda.

Continuerà l'impegno per la definizione di protocolli assistenziali appropriati ed efficaci sulla scorta dell'esperienza fatta per l'ipertensione, la malattia diabetica e lo scompenso cardiaco.

La direzione strategica sta attualmente contrattando con i dipartimenti il perseguimento di obiettivi legati al rispetto delle attese e la responsabilizzazione prescrittiva in un'ottica di perseguimento di una efficace politica di etica distributiva delle risorse.

E' in fase di programmazione operativa la prosecuzione del progetto di informatizzazione della medicina primaria che prevede l'implementazione di un sistema di governo clinico basata su protocolli assistenziali condivisi.

Verranno applicate tutte le prescrizioni formali ed amministrative previste dalla Dgr n° 3466 del 17 novembre 2006.