



UNI EN ISO 9001: 2000
certificato N. 9122.ASLB

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI

(ai sensi della DGR n. 1375 del 14 dicembre 2005)

SINTESI

a cura del dr. Silvio Rocchi
Direttore Generale
ASL della Provincia di Bergamo

Indice

1. Premessa
Gli studi dell'ASL negli ultimi anni su domanda, offerta, allineamento domanda-offerta
2. Demografia
3. Epidemiologia
 - 3.1 morbosità e mortalità oncologica
 - 3.2 azioni programmate:
 - 3.2.1 Screening mammografico
 - 3.2.2 Screening colon-retto
 - 3.2.3 Astrogeo (Analisi sistemica territoriale rischio oncologico genetico orobico)
 - 3.2.4 Linee guida stese da specialisti di tutte le strutture accreditate
 - 3.2.5 Strutture territoriali
4. Offerta Ospedaliera
 - 4.1 Offerta Ospedaliera in p.l.
 - 4.2 Consumo di ricoveri
 - 4.3 Modalità erogative (ricoveri ordinari e a ciclo diurno)
 - 4.4 DRG LEA
 - 4.5 Appropriatelyzza generica
 - 4.6 Case-mix (classificazione dei ricoveri in classi di peso)
 - 4.7 Mobilità sanitaria
 - 4.8 Le basi strutturali della rete provinciale
5. Margini di razionalizzazione e miglioramento area ospedaliera
6. La continuità assistenziale
7. Progetto Alzheimer
8. Territorio: area delle cure primarie
9. Il governo della domanda
 - 9.1 Gli strumenti di governo presenti nel POFA
 - 9.2 Farmaceutica territoriale
 - 9.3 File F
 - 9.4 Liste d'attesa
10. Controlli
11. Tavoli di sistema

1. PREMESSA

1.1 Negli ultimi anni l'ASL di Bergamo ha sviluppato le principali analisi sistematiche su:

- epidemiologia (Atlante Tumori n. 1 – periodo '89-93 e n. 2 periodo '94-2003)
- stato di salute dalla popolazione e ricoveri (Atlante 2003)
- rapporto ambiente-salute (2° aggiornamento: 2005)

1.2 Nel settore offerta ospedaliera sono stati costantemente monitorizzati:

- i comportamenti opportunistici
- lo scarto tra p.l. accreditati e attivi
- l'appropriatezza generica
- l'esuberanza di produzione in alcuni settori (chirurgia a basso peso)
- i fenomeni di non appropriatezza erogativi dei DRG LEA

1.3 Nell'ambito della domanda espressa la maggior attività si è concentrata sulla appropriatezza prescrittiva farmaceutica territoriale, con i risultati positivi sempre più crescenti nel tempo, grazie alla collaborazione con MMG e PLS. Oggi lo scarto della spesa procapite rispetto alla Regione è del -12,78%.

1.4 Nel POFA (2004), oltre ad una prima parte di analisi di sistema, si è sviluppato un modello di governo della domanda incentrato su un tavolo di sistema centrale (Sindaci, Sindacati, Soggetti accreditati) e su tavoli di sistema distrettuali (n. 7) (sindaci, professionisti area cure primarie, sindacati, ecc.)

1.5 Si è studiato (Atlante Vecchi e Grandi Vecchi 2004) il pianeta degli anziani e dei vecchi sotto tutti i profili: proiezione demografica, fragilità, istituzionalizzazione, domiciliarità, ecc..

2. DEMOGRAFIA

La popolazione bergamasca è caratterizzata da un indice di vecchiaia 0,86 versus 1,09 regionale (il che penalizza la quota capitaria per Bergamo).

Contrasta però con tale relativa gioventù della popolazione il quadro epidemiologico: risulta infatti una mortalità in età produttiva superiore a quella regionale essenzialmente per patologia tumorale (confermata anche da ricoveri in tali fasce di età maggiore rispetto alla media regionale).

3. EPIDEMIOLOGIA

3.1 Morbosità e mortalità oncologica:

La mortalità, e la morbosità per tumori, sono il principale e più grave marker negativo dello stato di salute, in rapporto alla Regione.

Nel periodo '89-'94 la mortalità maschile presenta un S.M.R. + 11,46, quella femminile un S.M.R. + 6,79 rispetto alla media regionale.

Nel periodo '95-2003 lo S.M.R. nei maschi, sempre rispetto alla Regione, è + 8%, e + 6% nelle femmine.

In particolare, mentre si segnala un miglioramento per i tumori per cui è praticabile la diagnosi precoce (ca. mammella e colon retto, al netto dei risultati degli screening che saranno verificabili tra anni, in quanto si è sviluppato in pratica, a partire dagli anni '90, una sorta di "screening spontaneo"), sono in continuo incremento, rispetto alla media regionale, gli S.M.R. di epatocarcinoma (Bergamo è la maglia nera d'Italia), di ca. allo stomaco e del pancreas.

I dati di mortalità e di morbosità oncologica, in una popolazione relativamente giovane, costituiscono un carico sanitario, economico, umano rilevante, così da costituire una vera e propria emergenza, anzi l'emergenza. Ci si augura che nel determinismo, nei prossimi anni, dalla quota capitaria entri il "peso" di una patologia così importante anche in popolazione non anziana.

3.2 Azioni programmate:

3.2.1 screening mammografico su tutto il territorio (secondo passaggio).

Adesione: 62,2% al secondo passaggio

n. 495 neoplasie diagnosticate

n. 218 (= 44%) diametro inferiore a 1 cm.

3.2.2 Screening colon-retto

È stato avviato nell'ottobre 2005 in tre aree della provincia.

Grazie alla sinergia con Sindaci e MMG, il tasso di adesione è già in partenza pari al 43%. Dopo il "collaudo" del modello (estremamente complesso), lo screening verrà esteso su tutto il territorio provinciale.

3.2.3 Astrogeo (Analisi sistemica territoriale rischio oncologico genetico orobico)

Progetto finalizzato a mappare le famiglie e i soggetti ad elevato rischio, sino ai test genetici (15%). Finanziato interamente con risorse ASL. Al secondo anno stato di avanzamento: 72% del target (1000 famiglie).

3.2.4 Linee guida stese da specialisti di tutte le strutture accreditate per:

ca. mammella

ca. collo utero

ca. prostata

ca. colon retto

ca. epatico

Tali linee guida sono state condivise con i MMG

L'emergenza tumori in provincia di Bergamo, che colpisce frequentemente soggetti in età produttiva, e quindi non è computata tra le fragilità degli anziani nel determinismo della quota capitaria, a parte i costi umani e sociali, presenta costi economici pari a circa € 107.000.000 onnicomprensivi.

3.2.5 Strutture Territoriali

2 Hospice Ospedalieri (nell'area urbana) per un totale di 30 p.l.

1 Hospice territoriale

Si ritiene utile un secondo Hospice territoriale nel territorio di montagna.

4. OFFERTA OSPEDALIERA

4.1 Offerta ospedaliera in p.l.

Sino ai primi anni 2000, lo scarto tra i posti letto accreditati e attivi era di circa 600 posti letto.

Attualmente (marzo 2005) è di circa 200 posti letto.

La diminuzione è sostanzialmente da imputare alle sperimentazioni regionali e alle riconversioni.

Offerta in posti letto.

Posti letto Area Acuti	3,8%
Posti letto attivi area riabilitazione sanitaria	0,5%
Posti letto Area Riabilitativa extra ospedaliera	0,4%
Totale	4,7%

- Tasso di ospedalizzazione area per acuti: dopo aver raggiunto un picco del 180/x mille (anno 2000), si è progressivamente ridotto, e nel 2005 è stimato al 158/x mille (solo ricoveri ordinari).
- Tasso di occupazione area per acuti Aziende Ospedaliere Pubbliche: range 83-94% (anno 2005).
- Tasso di occupazione area per acuti Case di Cura Private Accreditate: range 82-97%(anno 2005).
I due tassi sono sostanzialmente sovrapponibili.
- L'offerta in posti letto appare in linea – è comprensiva anche delle sperimentazioni regionali – con gli standard nazionali e regionali.
- I posti letti dell'area riabilitativa sono riferiti al previsto, futuro completamento del processo di riordino della Riabilitazione (in corso).
- Appare comunque sotto dotata l'area di riabilitazione di mantenimento, soprattutto a fronte di un contenuto tasso di ospedalizzazione: uno studio ASL dell'estate scorsa stima in n. 132 il fabbisogno di tale area. Lo sviluppo di tale area è il supporto strutturale per un adeguato sviluppo della continuità assistenziale.
L'area specialistica appare, a processo completo, più che sufficientemente presidiata, anche se la dislocazione geografica delle unità di offerta appare fortemente disomogenea, essendo concentrata sull'area urbana e di pianura.

4.2 Consumo di ricoveri

Fino a quando è stato in vigore il meccanismo di finanziamento a consuntivo (2002) si è assistito ad un fenomeno di crescita indifferenziato, prevalentemente concentrato nell'area della chirurgia a basso peso (nel 2002 il tasso di abbattimento a saldo è stato pari al 23,2%), con una competizione indistinta tra tutti gli erogatori che ha quasi annullato la differenza di mission tra i vari ospedali.

L'introduzione dei "tetti di struttura" ha prodotto un calmieramento di tale tendenza iperproduttiva.

Le liste di attesa per interventi a basso peso sono attorno ai 90 giorni, mentre per gli interventi elettivi maggiori sono contenute entro i 30 giorni.

4.3 Modalità erogative (ricoveri ordinari e a ciclo diurno)

A partire dal 2000 si è registrata una crescita dei ricoveri in Day Surgery (DS), soprattutto nel settore privato (più contenuto il fenomeno in quello pubblico): nel 2005 sono circa 30.000 gli interventi in DS (di cui 17.000 nel settore privato accreditato).

4.4. DRG LEA

L'introduzione dei DRG LEA ha accelerato lo sviluppo della DS, per cui tra il 2000 e il 2004 si è registrata una riduzione del 40% dei ricoveri ordinari per DRG LEA.

Esiste ancora un margine di comprimibilità, soprattutto per i LEA internistici, in quanto nello stesso periodo la diminuzione è stata pari solo all'1%.

Tale squilibrio è però da correlarsi intuitivamente con il problema della Continuità Assistenziale.

Da uno studio dell'ASL nel 2004, nelle tre principali specialità di afflusso di pazienti anziani (Medicina generale, Chirurgia generale, Traumatologia) i tempi di ricovero sono esattamente il doppio di quelli medi: è una conferma indiretta del bisogno di una più efficace continuità assistenziale di cui si fanno carico impropriamente ancora gli ospedali per acuti.

Schema riassuntivo offerta in posti letto e relativa valorizzazione

	Area a gestione pubblica diretta			Strutture Private Accreditate		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
valorizzazione	€ 276.000	€ 283.789 (= 62%)	€ 288.000	€ 161.000	€ 163.986 (= 38%)	€ 176.500
p.l. attivi	2775 (74%)			982 (26%)		

E' evidente che la Legge 31/97 non ha portato nessun sovvertimento privatistico nell'offerta. Per intuibili motivi, maggiore è l'efficienza (valorizzazione) dell'area privata.

4.5. Appropriatezza generica

Nel 2001 la prima indagine autonoma dell'ASL diede un valore di inappropriatezza delle giornate di degenza pari a circa il 52%.

Nel 2005, sulla base della griglia regionale, su 7385 giornate esaminate, è stata evidenziata una inappropriatezza pari al 25%.

Il settore privato accreditato registra una percentuale pari al 18%, mentre il settore a gestione pubblica diretta il 31% circa.

Esiste, quindi, sia pure in riduzione un margine di ulteriore razionalizzazione nell'interesse dei produttori stessi, soprattutto pubblici (va ricordato che il criterio per rendere appropriato una giornata di degenza è minimale).

4.6 Case-mix (classificazione dei ricoveri in classi di peso).

Sono stati classificati i ricoveri in 5 classi di peso (periodo 2000-2004)

Nell'area chirurgica la diminuzione maggiore si è registrata nella classe di più basso peso (-8,7% nella prima classe); nell'area medica la diminuzione maggiore si è registrata nella seconda classe (-4%).

Le crescite maggiori si sono registrate per l'area chirurgica nei ricoveri in peso intermedio (+3%), mentre la classe più pesante è sostanzialmente stabile (+0,47%). Si può quindi concludere che, nell'area chirurgica, la continua azione "pedagogica" dell'ASL ha permesso una evoluzione del sistema verso una maggiore qualificazione.

Nell'area medica gli spostamenti sono marginali, anche in relazione ai minori grading economici dei DRG.

4.7 Mobilità sanitaria

Da anni appare stabile la “fuga” di ricoveri dal territorio, in misura pari al 13%.

In gran parte si tratta di mobilità di confine (Brescia e Valle Camonica), mentre la “fuga” di alta specialità si concentra soprattutto sull’area di Milano (DRG chirurgia oncologica addominale).

In ingresso la mobilità appare sostanzialmente sovrapponibile (11%) anche nelle motivazioni (mobilità di confine).

Da fuori regione i due poli di attrazione sono rappresentati da OO.RR. (oltre € 11.000.000) e Cliniche Gavazzeni, soprattutto per il settore cardiocirurgia.

4.8 Le basi strutturali della rete provinciale

La L. 31/97, con i suoi meccanismi di competizione regolata, i finanziamenti per nuovi Ospedali e/o ristrutturazione pesanti, oltre alle ristrutturazioni sostenute dal privato accreditato, hanno accelerato lo sviluppo di un sistema pluricentrico, con evoluzione qualitativa degli Ospedali cosiddetti periferici e delle Case di Cura Accreditate (una è addirittura orientata esclusivamente sulla alta specializzazione). Questo dato strutturale costituisce la base per una evoluzione di rete, che sarà matura quando, fatte salve alcune funzioni base, i vari ospedali a maggior continuità assesteranno più marcate differenziazioni di produzione.

5. MARGINI DI RAZIONALIZZAZIONE E MIGLIORAMENTO AREA OSPEDALIERA

- Ulteriore riduzione inappropriata generica;
- Necessità di una maggiore differenziazione della mission (tipologia di produzione) a seconda del grado di complessità tecnologico, strutturale, professionale degli ospedali (concetto di rete pur senza escludere le naturali afferenze territoriali e una “sana” competizione regolata sulla produzione intermedia e di base).
- Possibilità di ulteriore riduzione (limitata) in posti letto per acuti a fronte di riconversioni in posti letto di riabilitazione di mantenimento a sostegno della continuità assistenziale.

6. LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Si è ripetutamente sottolineato che il fattore criticità del sistema, in un certo qual modo anche risultato delle sue caratteristiche virtuose (es. contenuto tasso di ospedalizzazione, evoluzione positiva della D.S., per i LEA Chirurgici ecc..) è rappresentato dalla continuità assistenziale, intesa in tutte le sue forme ad alto, medio, basso contenuto sanitario, per contro, anche a contenuto assistenziale.

Il network di tale politica, al netto di fattori spontanei (badanti), con peso crescente, è così riassumibile:

- Rafforzamento, ai tavoli di sistema distrettuale, dei protocolli con MMG/PLS per l’attuazione razionale e tempestiva dei servizi ritenuti più adeguati al caso (ADP, ADI, riabilitazione di mantenimento ecc..)
- Vincoli, sottoscritti nell’ambito della contrattazione con i soggetti accreditati, per una attuazione reale delle cosiddette dimissioni protette
- Mantenimento dei livelli attuali di ADI a forte contenuto sanitario, con particolare attenzione ai pazienti terminali e alle loro problematiche (dolore ecc..)

- Sviluppo di forme di domiciliarità a contenuto sanitario medio-basso e a più forte valenza assistenziale, anche con differenziazioni strutturali tra ADI ed elevato e basso contenuto sanitario.
- Sono stati sviluppati a tal proposito progetti speciali quali la “Centrale operativa Cure palliative e domiciliarità” per l’assistenza ai pazienti terminali che assicura 24 ore su 24 consulenza specialistica di un medico palliativista al personale qualificato che assiste i pazienti terminali (Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta, Medico di Continuità Assistenziale e Infermieri). Nei giorni feriali la Centrale è a disposizione del pubblico per informazioni e consulenza. L’istituzione dei Voucher Super 1 (€ 769.00), Super 2 (€ 879.00) e Super 3 € 1029.00, assicurano l’intensità assistenziale necessaria per i pazienti più critici; inoltre sono state semplificate le procedure per l’assegnazione degli ausili.
Il servizio è stato attivato a settembre 2005; al 10 gennaio 2006 i pazienti assistiti con questa modalità sono 173; le telefonate pervenute alla centrale sono 191.
- Progetti speciali quali il Progetto Anchise: la “Continuità terapeutica e assistenziale in geriatria” ha dimostrato che la presa in carico dei pazienti non autosufficienti, dimessi dalle strutture di ricovero per acuti rappresenta un risparmio per la spesa farmaceutica e per la specialistica; presenta un maggior costo per i ricoveri ospedalieri, per maggior peso di DRG (ricoveri meno frequenti ma per patologie più “pesanti”: maggior appropriatezza).
- Adeguamento della rete di riabilitazione di supporto, oggi oggettivamente carente, che rappresenta il vero punto di tenuta per un sistema a basso tasso di ospedalizzazione e con rispetto dei LEA chirurgici

Tale network rimanda a due condizioni:

- Una forte governance dell’ASL su tutti i soggetti accreditati (contrattazione)
- Una dotazione finanziaria adeguata sulle singole componenti, che si autofinanzia sostanzialmente con il basso ricorso alla ospedalizzazione, il basso consumo farmaceutico, le ulteriori azioni di razionalizzazione (appropriatezza) in ambito ospedaliero.

7. PROGETTO ALZHEIMER

E’ stato istituito un gruppo di lavoro che coinvolge le strutture ospedaliere, le UVA, le RSA al fine di creare un registro provinciale delle demenze (range stimabile 6/8000), valutando l’incidenza della patologia, la distribuzione territoriale e l’integrazione della rete dei servizi di offerta; con particolare sviluppo di una politica di attenzione e formazione alle famiglie, vero supporto a tali pazienti.

8. TERRITORIO: AREA delle CURE PRIMARIE

In provincia di Bergamo sono attualmente convenzionati con l’ASL 696 MMG e 117 PLS. L’evoluzione delle Forme Associate (FA) è stata in questi anni significativa: il 75.65% dei MMG ed il 40,18% dei PLS sono costituiti in FA. La popolazione assistita da FA è pari al 75% per i MMG ed al 50% per i PLS. La continuità assistenziale è garantita da 174 medici. L’accesso su prenotazione, la disponibilità di personale di studio, l’informatizzazione e la gestione informatizzata della cartella clinica e della prescrizione, l’utilizzo del Sistema SISS sono ampiamente diffuse tra i MCP. Numerosi sono i progetti che sono stati realizzati nel tempo o sono in corso di realizzazione:

- Progetto per l'Accreditamento all'Eccellenza dei MCP dell'ASL della provincia di Bergamo
- Progetto Disponibilità telefonica 8.00–20.00 dei MCP
- Patologie cardiocerebrovascolari: interventi di Prevenzione, Diagnosi e Cura
- Progetti nell'Area della Prevenzione (vaccinazioni antinfluenzali ed antipneumococciche)
- Progetti per il contenimento della spesa farmaceutica e l'uso appropriato del farmaco: attraverso lo strumento operativo costituito dalla saranno condotte le attività di autovalutazione da parte dei MCP; gli incontri di per review all'interno delle Forme Associative; i confronti tra MCP e Responsabili di Distretto. Le modalità di Controllo sull'appropriatezza prescrittiva in materia farmaceutica, sono riportate ed aggiornate al 2005 nello specifico "Manuale", già in uso dal 2003;
- Progetto per il rilascio del certificato di esenzione ticket per patologia da parte dei MCP;
- Progetto per il miglioramento dei rapporti tra il Servizio CA ed il SSUEm-118.

Il Governo Clinico e del Budget di Distretto rappresentano il core dei progetti delle Cure Primarie: dopo aver costituito i Centri di Responsabilità (CdR: 67.7 % dei MMG e 97,37% PLS) dei MCP e realizzata la formazione di I° e II° livello sul management nelle Cure Primarie sono stati sperimentati i primi Accordi Aziendali di assegnazione di obiettivi e attivato il sistema di reporting (Scheda medico). Sono stati sviluppati alcuni PDT per le principali patologie cronico degenerative.

L'attività di governo dei MCP è supportata da una intensa attività di formazione che fa capo ad una specifica articolazione organizzativa (Centro Studi per la Formazione Continua ed il Miglioramento della Qualità nelle Cure Primarie).

L'attività di formazione per il 2006 sarà focalizzata sulla prevenzione del rischio CCV, il miglioramento dei rapporti con il SSUEm ed il governo clinico.

E' previsto una specifica azione per il miglioramento dei rapporti Ospedale – Territorio e il superamento di certe criticità derivante dalla diversa attraverso commissioni congiunte specialisti – MMG – Ordine dei Medici.

Medici specialisti saranno impegnati insieme ai MCP nelle attività di docenza e di collaborazione nell'ambito dei progetti con l'Istituto M. Negri.

Nel corso del 2006 verranno contrattualizzati con tutte le Strutture tutti i PDT finora definiti e concordati. Uno specifico progetto per la gestione del paziente diabetico verrà presentato alla Direzione Generale Sanità regionale in accordo con l'allegato 3 della DGR 1375.

9. IL GOVERNO DELLA DOMANDA

9.1 Gli strumenti di governo presenti nel POFA

Con il POFA (gennaio 2004) l'ASL di Bergamo si è posto il problema prioritario degli strumenti partecipativi, data la difficoltà (per mancanza del prescrittore unico) di controllare direttamente il consumo.

Accanto ad un tavolo di sistema "strategico" centrale, sono stati istituiti e sviluppati formalmente (riunioni con verbalizzazione) n. 7 tavoli di sistema distrettuali, cui partecipano soggetti istituzionali (Ospedali e Case di Cura private presenti sul territorio), soggetti professionali (MMG, PLS, Farmacisti), Sindaci, Sindacati, Volontariato.

Il Controllo di Gestione fornisce dati di consumo per ogni settore, comparati con gli altri distretti. Si registra una significativa difficoltà nella gestione soprattutto dell'appropriatezza prescrittiva. Il focus si è spontaneamente incentrato su alcuni problemi specifici del territorio, diabetici, ma con difficoltà ad aggredire il binomio appropriatezza prescrittivi-riorientamento delle risorse, fatta eccezione per la farmaceutica.

9.2 Farmaceutica territoriale

Rappresenta il più importante successo sia in termini di appropriatezza prescrittiva che di conseguente risparmio di risorse dell'ASL di Bergamo che infine, di sinergia tra i diversi attori.

Strumenti: si è passati dal controllo-confronto con i MMG che in ogni distretto superavano la media prescrittiva, ad uno strumento sofisticato che pone al riparo da critiche della serie "sparare nel mucchio".

Tale strumento è rappresentato dalla cosiddetta scheda medico in cui si configura il "carico assistenziale reale" del medico attraverso più indicatori: demografia, fragilità e cronicità tra gli assistiti, consumo economico di ricoveri, diagnostica ambulatoriale e spesa farmaceutica. E' così possibile individuare medici con oggettivo atteggiamento di criticità prescrittiva.

I risultati sono così riassumibili:

Anno 2000	ASL Bergamo vs Regione	- 4,28%
Anno 2005	ASL Bergamo vs Regione	- 12,70%

In valori assoluti, nel solo 2005, il risparmio è stato pari ad € 21.074.778,00 (anche se di tale risparmio non residua alcunché al sistema bergamasco).

L'azione è il risultato tra gli incontri centrali e i Distretti. Non appare ulteriormente plausibile una ulteriore razionalizzazione della sola Farmaceutica Territoriale, senza un intervento deciso sulla prescrittività ospedaliera (da qui il progetto ASL, M. Negri, Ospedali Riuniti).

9.3 File F (escluso doppio canale e primo ciclo terapeutico)

Nel 2005 l'incremento si è mantenuto nei limiti programmati, anche grazie alla continua azione di monitoraggio dell'ASL sul maggior prescrittore (OO.RR) e alla disponibilità degli stessi.

Tale contenimento non appare più plausibile per il 2006, a meno di dotare l'ASL di strumenti più incisivi sulla prescrittività ospedaliera insieme ad una più incisiva azione "interna" della Direzione degli OO.RR.

La spesa per il File F, con le sue eventuali cronicità, appare realisticamente il principale fattore di inflazione della spesa complessiva e della difficoltà di raggiungere il pareggio di bilancio.

9.4 Liste di attesa

Negli anni si è assistito ad un progressivo miglioramento della risposta (riduzione liste di attesa) anche in considerazione dell'incremento delle strutture accreditate e dei budget per la diagnostica ambulatoriale che è stato pari a ben € 103.000.000 nel 2005 (pubblici € 66.000.000; privati € 39.000.000)

In una visione di sistema provinciale non esistono prestazioni critiche fuori tempo massimo. Rimangono però situazioni di criticità:

- piccoli ambulatori periferici per prestazioni a bassa complessità tecnologica e a bassa remunerazione
- per prestazioni a più elevata complessità (es. RMN, elettrocardiografia, ecografia, endoscopia, gastroenterologia, ecc.) la criticità è diffusa.
Es. per la RMN in range oltre i 90 giorni varia dal 13 al 75%.
- La parte negoziale (14%) avrà un duplice indirizzo:

- Riduzione liste d'attesa critiche, favorendo, mediante convenzioni con soggetti accreditati, il decongestionamento dei grandi complessi ospedalieri sulle principali criticità.
- Potenziamento d'offerta in allineamento ai bisogni (diagnostica oncologica)

Appare però evidente che, senza un riorientamento più o meno indirizzato verso l'appropriatezza, la manovra economica sarà sempre più insufficiente.

10. CONTROLLI

(da regole 2006 della Regione)

- si configurano come il compito principale delle ASL
- dal 2006 saranno attivati controlli incrociati da parte dei NOC delle ASL (già raggiunto l'accordo con Brescia)

Alle forme ormai "tradizionali" di controllo (SDO controllo casuale e mirato, appropriatezza generica, comportamento opportunistici che sono ormai in via di estinzione) si aggiungerà il controllo sulle criticità emerse negli anni scorsi:

- trasferimento dei pazienti tra i vari presidi
- utilizzo del D.H. per accertamento diagnostici di routine eseguibili ambulatorialmente
- qualità della cartella clinica
- presenza del nome commerciale dei farmaci nella lettera di dimissione
- appropriatezza nell'uso dei chemioterapici di alto costo
- utilizzo opportunistico dei criteri di appropriatezza generica per giustificare le giornate di degenza.

11. TAVOLI DI SISTEMA

Esaurita la fase attuale, o quella di contrattazione, l'ASL di Bergamo continuerà il monitoraggio e l'affinamento del documento programmatico in sinergia con i soggetti interessati (Soggetti erogatori, Sindaci, Sindacati, Volontariato, ecc.) attraverso i tavoli di sistema centrale e di distretto, strumento di corresponsabilizzazione di tutti i soggetti per una logica di sistema.