

X LEGISLATURA  
COMITATO PER LA LEGISLAZIONE, IL CONTROLLO  
E LA VALUTAZIONE

Parere n. PC/RI/III-X/29/2012 espresso:

all'unanimità: x a maggioranza:

Estratto del processo verbale della seduta n. 51 del 17 maggio 2012

Commissione permanente destinataria: III

Oggetto: Esame della II e III relazione annuale sullo stato d'attuazione della legge regionale 6 aprile 2009, n. 7 <<Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale>>

Presiede: Baiutti

Sono presenti: Corazza, De Mattia, Gabrovec, Marini, Pedicini,  
Pustetto e Sasco

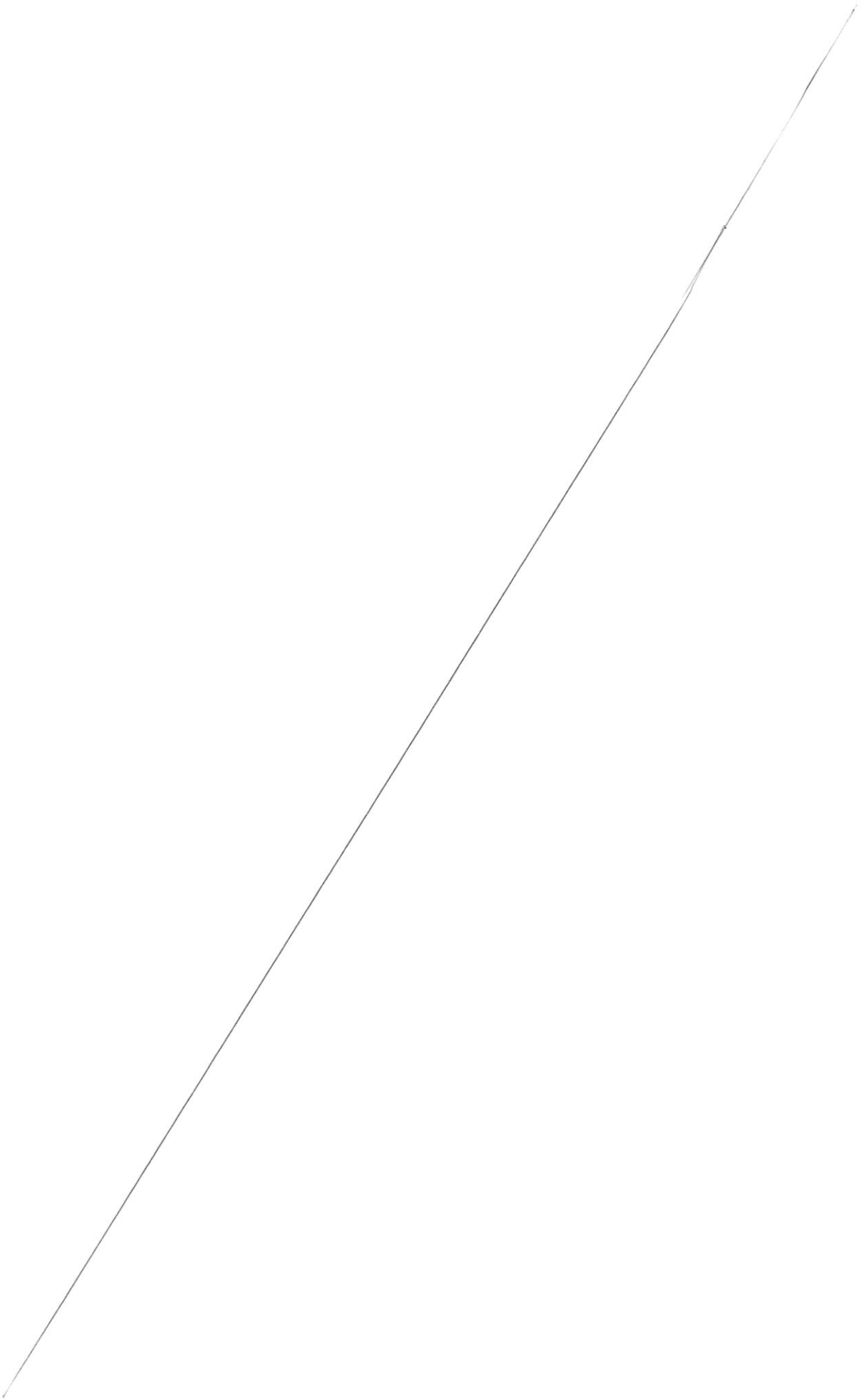
(ex art. 39 Reg. int. : Codega , Lupieri e Venier  
Romano per parte della seduta)

Sono assenti: Asquini e Colussi

Partecipano: Tondo, accompagnato da Cortiula, Zanier e  
Romeo (Direzione centrale salute, integrazione  
socio-sanitaria e politiche sociali)

Assiste: Di Marzo

Verbalizza: Cossutti



Il Comitato per la legislazione, il controllo e la valutazione ha esaminato - nella seduta del 17 maggio 2012 con inizio dei lavori alle ore 14.40 - la II e la III relazione annuale sullo stato d'attuazione della legge regionale 6 aprile 2009, n. 7 <<Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale>>, presentate al Consiglio regionale dall'Assessorato alla salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali in adempimento all'onere informativo previsto dalla clausola valutativa (art. 15) che assiste la legge .

I lavori sono stati introdotti dall'illustrazione dell'analisi istruttoria svolta dall'ufficio (allegati 1 e 2) che - su sollecitazione del Presidente Baiutti interessato a chiarire la correttezza dei dati (in parte erronei) riportati dai quotidiani locali - ha posto in particolare all'attenzione le risultanze del confronto operato sull'andamento dei tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie nel triennio 2009-2011, con l'avvertenza della sussistenza di limiti di significatività dei dati in ragione della dimensione del campione analizzato oltre che di problematiche che riguardano il sistema stesso di monitoraggio.

Sono poi state acquisite le considerazioni del Presidente Tondo e le informazioni e le precisazioni fornite dalla Direzione centrale, che hanno evidenziato i seguenti aspetti:

- importanza del momento di verifica dei risultati ottenuti in applicazione della legge regionale 7/2009 per migliorare la capacità di risposta dell'Amministrazione, tarando l'azione con l'incentivazione dei percorsi migliori per dare risposte efficaci ai cittadini; considerazione che all'emersione di situazioni di criticità episodiche e localizzate il sistema ha mostrato comunque di saper reagire (caso della cataratta, cui si è risposto anche con il ricorso alle strutture private) in un quadro che, se registra un aumento costante della domanda di prestazioni, deve anche fare i conti con la disponibilità di risorse; è un'evidenza, ad esempio, che il prolungamento delle fasce orarie di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche e delle tecnologie ad alta specialità comporta un conseguente investimento sul personale necessario al loro funzionamento; infine, sul fronte della responsabilizzazione degli attori l'attenzione va posta sull'appropriatezza prescrittiva anche per la diagnostica ospedaliera, che non deve essere utilizzata come valvola di sicurezza ma come risposta coerente al bisogno effettivo di salute;

- consapevolezza che, per riuscire a dare rappresentazioni di sintesi il più possibile aderenti alla realtà di un fenomeno particolarmente complesso qual è quello dei tempi d'attesa, occorra adottare un modello di monitoraggio più efficiente ed efficace rispetto a quello ministeriale in uso - nato da un progetto volto a confrontare realtà regionali profondamente diverse tra loro che penalizza la visione del fenomeno nelle regioni con sistemi informativi più avanzati - che, in quanto fondato su un algoritmo di calcolo statico (rilevazioni a data indice), è incapace di leggere la dinamica virtuosa delle aziende, potendo in taluni casi addirittura penalizzare le azioni di carattere riorganizzativo messe in atto per far fronte alle criticità; conseguente impegno della Direzione centrale ad attivarsi per sviluppare un sistema di rilevazione che coniughi elementi aziendalistici con elementi valoriali e consenta una rappresentazione migliore della realtà;

- considerazione che se le patologie hanno andamenti in genere stabili o al più ciclici, la domanda di prestazioni si presenta invece "a picchi" (anche per fenomeni di induzione) che possono mettere in difficoltà le aziende: pertanto in un sistema dinamico, qual è quello sanitario, i singoli "sforamenti" non rappresentano in sé una problematica, quale sarebbe invece una situazione di carattere continuativo di superamento dei tempi massimi previsti; perciò quel che va valutato è la capacità del sistema di dare risposte adeguate alle criticità che inevitabilmente si presentano in relazione alla domanda;

- a fronte dell'incremento costante della domanda (negli ultimi 10 anni in regione le prestazioni erogate sono aumentate da 13 a 17 milioni) che per il 30% riguarda prestazioni non necessarie, per ottenere

ulteriori miglioramenti e dare risposte adeguate alla richiesta di salute, occorre pertanto agire soprattutto sul fronte dell'appropriatezza prescrittiva e dei criteri di priorità e costruire percorsi diagnostico-terapeutici che consentano, non semplicemente di effettuare gli esami nei tempi massimi previsti, ma di arrivare alla diagnosi corretta e alla cura appropriata nel miglior tempo possibile.

La discussione che è seguita ha registrato gli interventi dei consiglieri LUPIERI (art. 39 Reg. int.), PEDICINI, CODEGA (art. 39 Reg. int.) e PUSTETTO, con l'emersione delle rispettive valutazioni che seguono:

- la lettura dei dati relativi all'andamento dei tempi d'attesa nel triennio evidenzia un peggioramento: l'applicazione della norma sembra aver portato, per alcuni versi, ad un irrigidimento del sistema - a fronte di una realtà dinamica e in continuo mutamento - e gli strumenti attivati non sembrano adeguati a far fronte a fenomeni complessi quale quello dell'andamento della domanda; condivisione quindi della necessità di intervenire incisivamente sull'appropriatezza prescrittiva, sulle prioritarizzazioni e sul miglioramento del sistema di monitoraggio, lavorando sulla programmazione attraverso strumenti esterni alla legge quali le Linee d'indirizzo;

- considerato che le liste d'attesa rappresentano "il biglietto da visita della sanità" e che i risultati ottenuti con l'attuazione della legge vanno verificati sul fronte della responsabilizzazione degli attori, cardine fondante e parola "magica" della normativa, l'impressione è che i comportamenti dei soggetti coinvolti paiono improntati più al formale rispetto degli obblighi normativi che ad un'azione di miglioramento dell'efficacia del sistema, su cui occorre impegnarsi con la necessaria opera di incentivazione motivazionale nei confronti di chi ha la responsabilità delle strutture e pensare, con il prossimo piano sanitario, anche ad interventi educativi nei confronti dei cittadini utenti; la verità è che, a differenza della situazione di peggioramento che si vuole descrivere, i dati analizzati non restituiscono nessuna situazione, giacché il modello di monitoraggio utilizzato, come già riconosciuto, non risulta in grado di fornire una lettura aderente alla realtà del fenomeno "liste d'attesa" ed è quindi necessario adottare strumenti e modalità di osservazione e valutazione più adeguati, che tengano conto anche dell'andamento della domanda e della dimensione dei volumi delle prestazioni erogate;

- non si può comunque negare che i dati restituiscano una situazione impietosa: i valori fuori standard nel triennio risultano aumentati, con passaggio dal 12 al 17% , come pure i tempi medi, il che obbliga ad una riconsiderazione complessiva nella sede appropriata per far sì che la situazione migliori, anche sotto il profilo del superamento della cultura del mero adempimento delle prescrizioni di legge;

- il fatto è che la legge ha cercato di risolvere in maniera semplicistica un problema molto complesso risultando in realtà ininfluente sullo stesso trend non positivo dei dati : tutti sanno che agire sul fronte dell'incremento dell'offerta di prestazioni produce nel medio-lungo periodo effetti di aumento della domanda e non va trascurato il fatto che sulla domanda molto influisce anche la pressione mediatica, con induzione a richieste non necessarie che generano inappropriatezza, pertanto un nodo centrale resta l'educazione della popolazione; l'utilizzo delle apparecchiature diagnostiche pone poi la questione della formazione del personale che deve utilizzarle; l'unico aspetto positivo della legge è dato dalla presenza della clausola valutativa per l'occasione offerta di poter ragionare sui dati relativi al fenomeno delle liste d'attesa.

Sul punto della rispondenza delle due relazioni al mandato informativo della clausola valutativa, oggetto di parere ai sensi dell'articolo 150, c. 1, lettera a), del Regolamento interno, il Comitato ha fatto proprie le considerazioni riportate nella nota istruttoria (v. seconda pagina dell'allegato 1), con la decisione unanime di rimettere alla III Commissione permanente, unitamente alle considerazioni e valutazioni

emerse, la documentazione istruttoria allegata, quale parte integrante del contributo tecnico che il Comitato è chiamato a dare, con la premessa della insufficiente significatività dei dati - alla cui luce vanno circoscritte le considerazioni svolte - e con l'auspicio condiviso che si pervenga ad un miglioramento del sistema di monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie.

La seduta si è conclusa con la nomina del consigliere Pustetto a relatore dei lavori del Comitato in seno alla III Commissione permanente.

IL PRESIDENTE  
Giorgio Baiutti

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO  
Ugo De Mattia

LA RESPONSABILE DELEGATA DI P.O.  
Rita Di Marzo

Comitato per la legislazione  
il controllo e la valutazione

Nota istruttoria  
n. 8/2012

**La II e la III relazione  
informativa sull'attuazione  
della legge regionale 7/2009**

Le politiche di contenimento  
dei tempi d'attesa delle  
prestazioni sanitarie

La rispondenza delle relazioni  
al mandato informativo  
della clausola valutativa

## **Le politiche di contenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie**

Il fenomeno delle liste d'attesa rappresenta un punto critico comune a tutti i sistemi sanitari, specie a quelli a carattere universalistico, per la complessità e pluralità dei fattori che concorrono alla sua configurazione: a fronte della crescita della domanda di salute del cittadino, appropriatezza della prescrizione, organizzazione dell'offerta e produzione delle prestazioni si trovano a dover soddisfare il diritto alla salute e l'eguaglianza d'accesso, con garanzia della fruizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza sanitaria.

La letteratura in materia è prevalentemente concorde nel ritenere che l'incremento dell'offerta non risolva di per sé il problema (nel medio lungo periodo vi si ricollegherebbe di fatti l'effetto di un aumento della domanda) e che particolare cura debba essere prestata al governo della domanda secondo canoni di appropriatezza dell'accesso ai servizi sanitari e rigorosi criteri di priorità nell'erogazione delle prestazioni.

Nel disegno della legge 7 l'obiettivo del contenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie poggia sulla **chiamata in responsabilità** di tutti gli **attori del sistema** nei

diversi momenti della generazione della domanda sanitaria, dell'erogazione delle prestazioni, della vigilanza sul rispetto dei tempi stabiliti e del monitoraggio costante degli andamenti in funzione degli opportuni provvedimenti correttivi, sino a prendere in considerazione la responsabilità del cittadino utente che non si presenti, senza preavviso, alla visita o non ritiri il referto, al fine di ottenere **miglioramenti nell'efficienza ed efficacia del sistema**.

Nel corso dei tre anni di vigenza della legge, il processo di implementazione amministrativa ha posto attenzione costante al problema, orientando i comportamenti degli attori al governo del fenomeno, soprattutto sul fronte dell'offerta, e mettendo in circolo **risorse** direttamente o indirettamente dedicate (nel **2010** quasi **11mln** di euro). Sul versante del risultato atteso del contenimento/riduzione dei tempi di attesa, le risultanze dei dati disponibili sembrano evidenziare cambiamenti positivi in rapporto agli obiettivi assegnati (garanzia dei tempi massimi nelle sedi definite), mentre, a prescindere dagli obiettivi, i tempi di attesa sembrano interessati da un aumento del numero complessivo degli scostamenti nel 2011. I tempi medi a livello regionale registrano alcuni miglioramenti e qualche peggioramento, che nella maggior parte dei casi presenta però valori nella soglia (criticità localizzate).



## La qualità e la rispondenza della relazione al mandato informativo della clausola valutativa

Nel valutare la relazione presentata nel 2010, il Comitato aveva formulato alcuni suggerimenti per migliorare la **qualità dell'informativa** (facilità di lettura, fruibilità delle informazioni prodotte, appropriatezza delle informazioni utilizzate e delle strategie analitiche impiegate nel dare risposta ai quesiti della clausola) e la sua **rispondenza al mandato informativo** quanto ad esaustività delle risposte date.

Le due relazioni all'esame mostrano di averne nel complesso tenuto conto, con **risultati** che, benché scontino difficoltà legate alla particolare complessità del fenomeno analizzato e alla presa in considerazione di una messe di dati di impegnativa riduzione in sintesi, si pongono comunque **nel solco delle indicazioni espresse dal Comitato**.

Nella II relazione e nell'aggiornamento del 2011 sono ad esempio presenti **informazioni sui tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni e dei referti**, mancanti nella precedente e si dà conto (mediante rappresentazioni grafiche) degli **andamenti** per Area vasta - con dettaglio per le singole sedi - dei tempi d'attesa delle **32 prestazioni** individuate nelle "Linee per la Gestione per l'anno 2010" (**+ 7 nuove prestazioni** ex Linee 2011) per il **periodo gennaio 2009 - ottobre 2011**, dando evidenza dei **tempi minimi, massimi e medi realizzati**, con ciò rendendo possibile il **confronto** degli andamenti.

Per le sole prestazioni segnalate dagli enti come critiche, vengono forniti anche i dati dei **volumi delle prestazioni erogate**. L'evidenza del dato assume dal 2011 rilevanza programmatica nei Piani annuali di produzione di area vasta: sarà utile verificarne nel prosieguo i dati consuntivi.

Nell'aggiornamento 2011 è anche resa disponibile l'informazione sugli esiti della

### I quesiti specifici della clausola valutativa

a) in che misura, e rispetto a quali prestazioni, i singoli enti hanno superato i tempi massimi previsti e quali sono le cause principali del mancato rispetto di tali termini;

b) quali provvedimenti correttivi sono stati adottati nei casi di superamento dei tempi massimi e quali sono gli esiti di tali provvedimenti;

c) quali sono le modalità di applicazione degli strumenti di incentivazione introdotti e quali le eventuali criticità emerse nel renderli operativi;

d) qual è l'andamento dei tempi di attesa, anche rispetto ai tempi rilevati prima dell'entrata in vigore della presente legge, e qual è l'opinione di esperti del settore e di utenti sulla velocità di fruizione delle prestazioni e sul funzionamento del sistema di prenotazione previsto dall'articolo 16.

**valutazione dei direttori generali** per l'obiettivo del contenimento dei tempi d'attesa, formalizzata nel febbraio 2012.

Alla luce della complessità del fenomeno "liste d'attesa" e dei vincoli del sistema di rilevazione e monitoraggio regionale, l'aspettativa di informative meglio confezionate che gettino una più chiara luce sull'evoluzione del fenomeno resta indubbiamente legata all'accrescimento delle capacità di analisi, elaborazione e sintesi richieste agli uffici in funzione delle attività di controllo e valutazione, con uno sguardo che si allarghi alla dimensione di altre grandezze strettamente connesse (**evoluzione della domanda di prestazioni**) e di comportamenti (**appropriatezza prescrittiva**) che costituiscono fattori importanti per la comprensione dell'andamento dei tempi d'attesa per la fruizione delle prestazioni.



All. 2



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

consiglio regionale

## **Il contenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie: cosa è cambiato?**

(Legge regionale 7/2009 – II e III relazione informativa)

Comitato per la legislazione, il controllo e la valutazione

A cura della P.O.

Analisi delle leggi e valutazione delle politiche regionali



## All'attenzione

---

- ❑ Controllare l'attuazione e valutare i risultati della politica di responsabilizzazione della legge regionale 7/2009
- ❑ L'andamento dei tempi d'attesa nel confronto pre-post legge
- ❑ I casi e le ragioni del superamento dei tempi massimi delle prestazioni
- ❑ I correttivi adottati e gli esiti prodotti
- ❑ Il funzionamento degli incentivi per il contenimento dei tempi d'attesa
- ❑ La percezione sull'efficienza del servizio

## Le due domande del controllo e della valutazione

---

### Controllare l'attuazione

La legge 7/2009  
è stata attuata  
secondo il disegno  
del legislatore?

### Conformità

### Valutare i risultati

La *politica* di responsabilizzazione  
sta producendo l'effetto desiderato  
di migliorare i tempi d'attesa per la  
fruizione delle prestazioni sanitarie?

### Efficacia

# La legge regionale 7/2009: il disegno del legislatore

---

Il complesso problema sullo sfondo  
(pluralità e multidimensionalità delle determinanti)

liste di attesa per la fruizione  
delle prestazioni sanitarie

Il problema 'aggredito'

nessuno risponde delle  
inefficienze del sistema

L'intervento

regole di comportamento  
sistema premialità/penalità

I destinatari

direttori generali, personale, aziende,  
medici prescrittori, cittadini

L'obiettivo

responsabilizzare i comportamenti  
recuperare efficienza  
migliorare i tempi di attesa



# La politica di responsabilizzazione della legge 7

---

La politica promossa dalla legge 7 muove dall'assunto che siano ottenibili margini di miglioramento nell'attività di programmazione e di erogazione delle prestazioni, sostanzialmente nel quadro degli assetti e del finanziamento del sistema esistenti (in legge dedicati inizialmente 2 milioni di euro su risorse già stanziare SSR).

L'ipotesi è che con la riconduzione in legge di prescrizioni di programma già operanti e l'introduzione di alcune novità destinate ad incidere sui comportamenti degli attori (assoggettati a verifica) si possano conseguire risultati positivi per l'impatto che ci si attende abbia il vincolo di legge, con la chiamata in responsabilità ed il controllo dei risultati.

## L'IPOTESI

**SE**

Comportamenti  
incentivati

**ALLORA**

Miglioramento  
dei tempi d'attesa

**RESPONSABILITA'**

**CAMBIAMENTO**

# La chiamata in responsabilità degli attori

---

Direttori generali  
(+ personale)

Vincolato il 25 per cento del loro compenso integrativo al rispetto dei tempi massimi delle prestazioni.  
(Previsione possibilità di vincolare risorse ad incremento fondi produttività personale coinvolto nel processo di contenimento dei tempi d'attesa)

Aziende sanitarie

Se non garantiscono i tempi previsti: pagamento diretto per prestazione "rilevante" effettuata altrove dal cittadino

Medici prescrittori

Obbligo di formulare sempre il quesito o il sospetto diagnostico e di indicare il criterio di priorità, coinvolgimento in stesura linee guida per contenimento domanda inappropriata. Accordi integrativi vincolano parte quote variabili al raggiungimento obiettivi appropriatezza

Cittadino utente

Pagamento di una somma di denaro per mancata disdetta della prenotazione o mancato ritiro del referto senza giustificato motivo (nel 2010 sono risultate inutilizzate 46.727 prenotazioni)

# L'implementazione amministrativa in tema di responsabilizzazione

---

Direttori generali  
(+ personale)

Patto annuale Regione – Direttori generali: declina, fra gli altri, l'obiettivo del rispetto dei tempi di attesa nelle sedi definite.  
(Vincolate quote fondo produttività personale a obiettivi contenimento)

Aziende sanitarie

Linee di gestione e Piano regionale liste di attesa 2011 individuano le prestazioni rilevanti cui afferiscono diritti per l'utenza in caso di superamento dei tempi massimi con modalità di garanzia omogenee in AV

Medici prescrittori

Linee di gestione e Piano regionale 2011: disciplinata la prescrizione di visite ed esami e promossa la stesura di linee guida condivise a sostegno dell'appropriatezza prescrittiva

Cittadino utente

Piano regionale 2011: disciplinato l'obbligo di disdettare la prenotazione (entro 2 o 5 gg.) con sanzione di un importo pari al ticket della prestazione. Il mancato ritiro del referto entro i 60 gg. comporta pagamento costo prestazione. Operatività non ancora a regime per diverse difficoltà: configurazione motivazioni legittimanti la mancata disdetta, necessaria evoluzione dei sistemi informativi, valutazione costi riscossione che talora possono superare l'importo della sanzione.



# I correttivi previsti in caso di superamento dei tempi massimi

---

Se rilevato il mancato rispetto dei tempi massimi previsti:

- la Giunta, valutata la necessità di procedere alla ridefinizione del rapporto tra i volumi delle prestazioni istituzionali e libero professionali intramurarie, richiede agli enti di provvedervi entro un termine (potere sostitutivo) – (in regione la percentuale dei volumi delle prestazioni libero professionali sembra presentare valori contenuti entro il 10%)
- prolungamento utilizzo apparecchiature diagnostiche per l'utenza esterna a 6 giorni su 7 e 12 ore al giorno (almeno 72 ore a settimana) salvo deroghe

## I quesiti posti dalla clausola valutativa guidano il controllo e la valutazione

---

- a) *in che misura, e rispetto a quali prestazioni, i singoli enti hanno superato i tempi massimi previsti e quali sono le cause principali del mancato rispetto di tali termini*
- b) *quali provvedimenti correttivi sono stati adottati nei casi di superamento dei tempi massimi e quali sono gli esiti di tali provvedimenti*
- c) *quali sono le modalità di applicazione degli strumenti di incentivazione introdotti e quali le eventuali criticità emerse nel renderli operativi*
- d) *qual è l'andamento dei tempi di attesa, anche rispetto ai tempi rilevati prima dell'entrata in vigore della presente legge, e qual è l'opinione di esperti del settore e di utenti sulla velocità di fruizione delle prestazioni e sul funzionamento del sistema di prenotazione previsto dall'articolo 16*

## Rilevare i cambiamenti nel confronto pre-post legge (quesito d)

---

*“qual è l’andamento dei tempi d’attesa, anche rispetto ai tempi rilevati prima dell’entrata in vigore della presente legge. . . ?”*

Per offrire una lettura di sintesi degli andamenti - illustrati nel dettaglio per ente nelle tabelle e nei grafici prodotti nelle due relazioni informative - abbiamo messo a confronto i dati delle rilevazioni trimestrali per prestazione/ente alla stessa data indice, con scarto delle rilevazioni mancanti di uno dei due termini di confronto.

Per il confronto 2009-2010, l’elaborazione riguarda 1.475 osservazioni sulle 1.964 considerate nella relazione informativa per il 2010 (radioterapia esclusa), con scarto di 489 osservazioni (= 25%) risultate inutilizzabili per carenza di dati per l’uno o l’altro anno (cause: esoneri dal monitoraggio, evoluzione dei sistemi informativi, riorganizzazioni all’interno delle Aree vaste).

Per un confronto pre-post più rigoroso si sarebbero dovuti utilizzare dati di una serie storica antecedente al 2009 (almeno quelli del 2008), ma considerando l’entrata in vigore della legge ed i tempi fisiologici dell’applicazione, l’elaborazione fatta con i dati disponibili mantiene comunque una sua qualche significatività.

**Le risultanze delle elaborazioni che seguono non vanno lette come in sé direttamente incidenti sul conseguimento degli obiettivi assegnati ai Direttori, che attengono precisamente alla garanzia dell’erogazione delle prestazioni, nei tempi massimi stabiliti, nelle sole sedi definite per ciascuna area vasta (ex art. legge 6, come applicato nei patti annuali Regione-Direttori generali).**



# Cosa evidenziano i dati del campione 2009-2010

---

## CAMBIAMENTI

Tempi più brevi interessano il 44% delle osservazioni

Tempi più lunghi interessano il 41% delle osservazioni

Tempi invariati per il 15% delle osservazioni

## COMPOSIZIONE

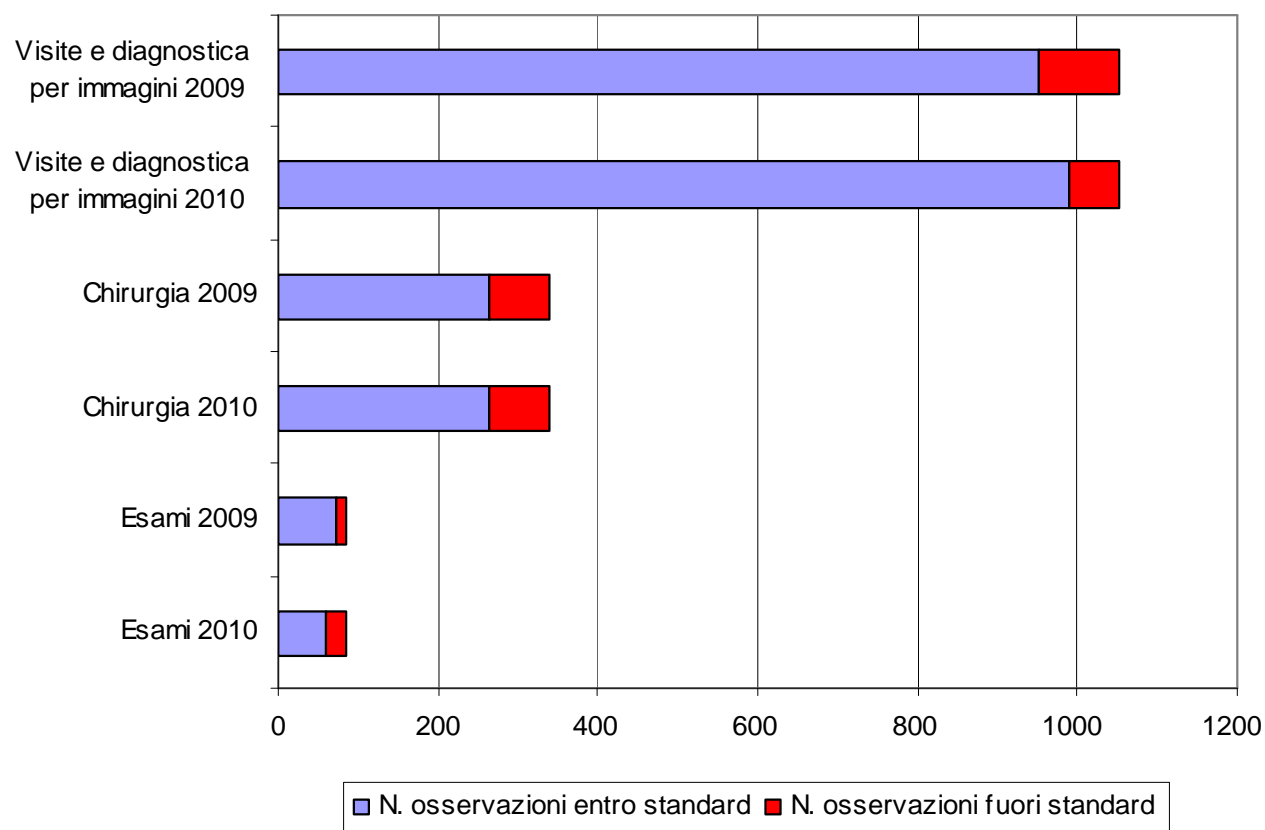
- 34% = osservazioni entro standard nel biennio
- 3% = osservazioni fuori standard nel biennio
- 7% = rientri da fuori standard 2009

- 33% = osservazioni entro standard nel biennio
- 2,5% = osservazioni fuori standard nel biennio
- 5,5% = fuoriuscita da standard nel 2010

- 14,9% di casi entro standard e 1 caso fuori standard nel biennio

Saldo fuori standard = - 1,5%

# Il rispetto degli standard per il campione 2009-2010



## Visite e diagnostica per immagini

Osservazioni	1.053
Fuori standard 2009	100 (9,5%)
Fuori standard 2010	65 (6,2%)

## Prestazioni chirurgiche

Osservazioni	338
Fuori standard 2009	73 (21,6%)
Fuori standard 2010	74 (21,9%)

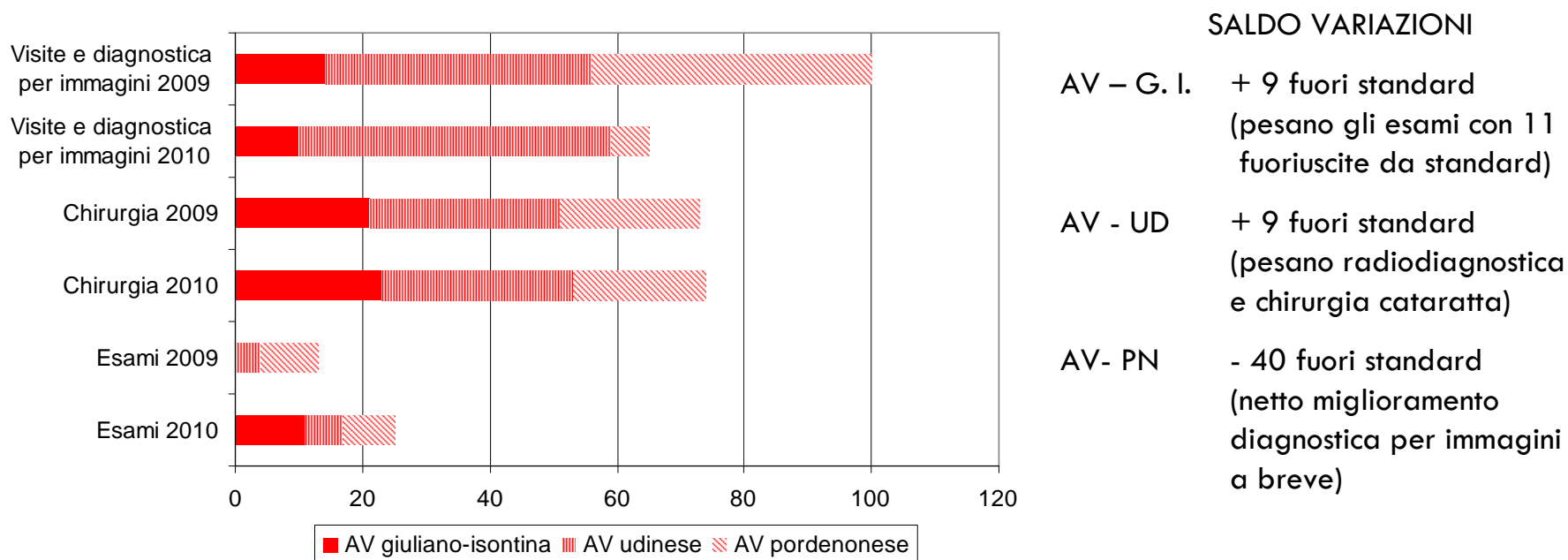
## Esami di laboratorio

Osservazioni	84
Fuori standard 2009	13 (15%)
Fuori standard 2010	25 (30%)

## Totale osservazioni 1.475

Fuori standard 2009	186 (12,6%)
Fuori standard 2010	164 (11,1%)
Saldo fuori standard	-22 (-1,5%)

# I valori fuori standard per Area vasta nel confronto 2009-2010



	FUORI STANDARD	
	2009	2010
AV – G-IS	35	44
AV – UD	76	85
AV – PN	75	35

COMPOSIZIONE SALDO VARIAZIONI	
AV – G-IS	17 rientri negli standard e 26 fuoriuscite
AV – UD	36 rientri negli standard e 45 fuoriuscite
AV – PN	51 rientri negli standard e 11 fuoriuscite

# Cosa evidenziano i dati del campione 2009-2011

---

## CAMBIAMENTI

Tempi più brevi interessano il 36,7% delle osservazioni

Tempi più lunghi interessano il 52,5% delle osservazioni

Tempi invariati per il 10,8% delle osservazioni

## COMPOSIZIONE

- 28,1% = osservazioni entro standard in entrambi gli anni
- 2% = osservazioni fuori standard in entrambi gli anni
- 6,6% = rientri da fuori standard 2009

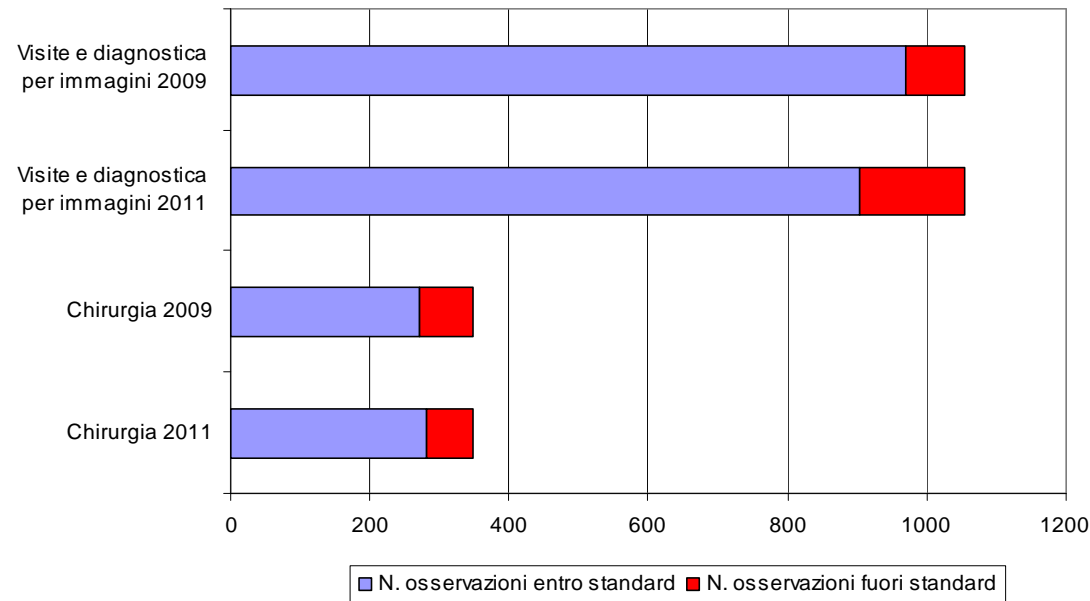
- 39,5% = osservazioni entro standard in entrambi gli anni
- 2,4% = osservazioni fuori standard in entrambi gli anni
- 10,6% = fuoriuscita da standard nel 2011

- 10,5% di casi entro standard e 4 casi fuori standard in entrambi gli anni

**Saldo fuori standard = 4%**

# Il rispetto degli standard per il campione 2009-2011

L'elaborazione riguarda un campione di 1.400 osservazioni sulle 2.346 disponibili (non considerate radioterapia, esami – cambiati i criteri del monitoraggio - e le 7 nuove prestazioni rilevanti dal 2011), con scarto di 946 osservazioni (= 40,3%) risultate inutilizzabili per mancanza di uno dei due termini di confronto.



## Visite e diagnostica per immagini

Osservazioni	1.053
Fuori standard 2009	82 (7,8%)
Fuori standard 2011	149 (14,2%)

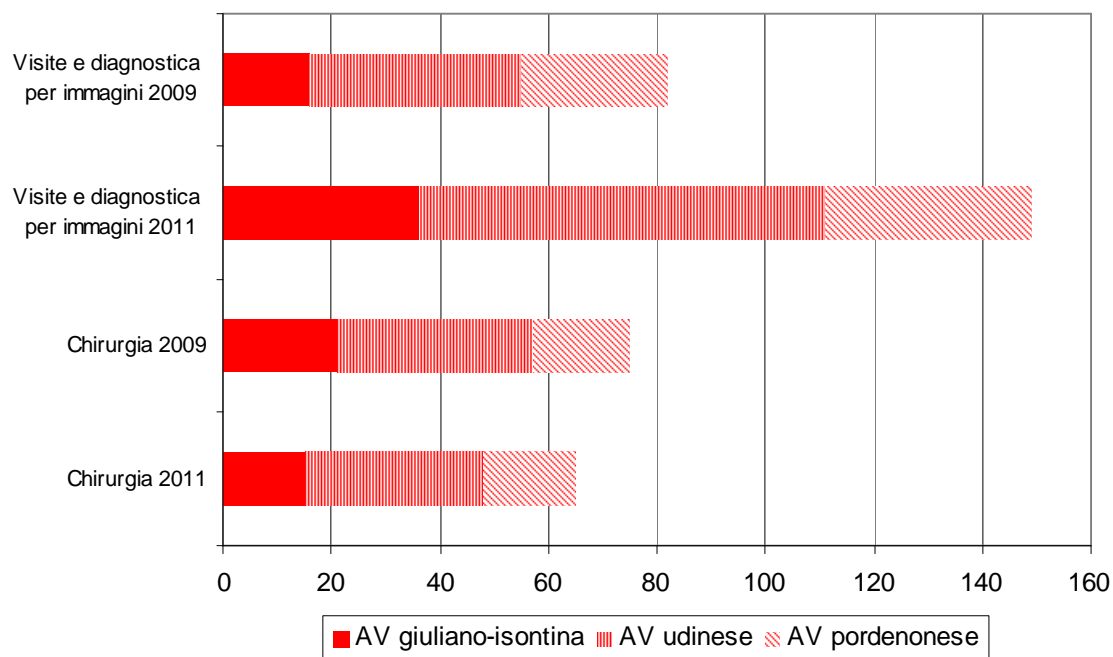
## Prestazioni chirurgiche

Osservazioni	347
Fuori standard 2009	75 (21,6%)
Fuori standard 2011	65 (18,7%)

## Totale osservazioni 1.400

Fuori standard 2009	157 (11,2%)
Fuori standard 2011	214 (15,2%)
Saldo fuori standard	+ 57 (+ 4%)

# Le osservazioni fuori standard per Area vasta nel confronto 2009-2011



**SALDO VARIAZIONI**

AV – G. I. + 14 fuori standard  
(pesano le visite con 21 fuoriuscite da standard)

AV - UD + 33 fuori standard  
(pesa radiodiagnostica con 52 fuoriuscite)

AV- PN + 10 fuori standard  
(pesa diagnostica per immagini a breve)

	FUORI STANDARD	
	2009	2011
AV – G-IS	37	51
AV – UD	75	108
AV – PN	45	55

COMPOSIZIONE SALDO VARIAZIONI	
AV – G-IS	23 rientri negli standard e 37 fuoriuscite
AV – UD	41 rientri negli standard e 74 fuoriuscite
AV – PN	28 rientri negli standard e 38 fuoriuscite



## I valori fuori standard del triennio 2009-2011 (senza campionamento)

Prestazione	2009			2010			2011		
	Rilevazioni	F. S.	%	Rilevazioni	F. S.	%	Rilevazioni	F. S.	%
Visite	168	40	24%	176	29	16%	247	75	30%
Diagnostica per immagini B	372	61	16%	331	33	10%	322	89*	27%
Diagnostica per immagini P	739	7	1%	629	12	2%	699	42	6%
Chirurgia	383	87	29%	361	80	22%	373	69	18%
Tutte	1.662	195	12%	1.497	154	10%	1.641	275	17%

\* Dato corretto  
Pfe

L'elaborazione considera i valori di tutte le rilevazioni trimestrali (prestazioni di primo accesso considerate), con esclusione di radioterapia, esami (cambiati criteri dal 2011) e le 7 nuove prestazioni rilevanti dal 2011. Nel confronto con quelli del campione analizzato per il biennio 2009-2010, anche tenendo conto del peso dell'esclusione dall'elaborazione dei dati degli esami, risulterebbe confermata per il 2010 la riduzione dei casi fuori standard. Va però detto che l'anno è quello per il quale sono disponibili un minor numero di rilevazioni: l'ipotesi della sussistenza di ulteriori sforamenti non rilevati potrebbe forse in parte spiegare il dato dell'apparente peggioramento 2011, a meno di non ipotizzare che l'attenzione al conseguimento degli obiettivi abbia prodotto risultati distorsivi sul complesso delle prestazioni o di riconoscere un peso determinante all'incidenza dell'incremento della domanda (dimensione non analizzata).

## I tempi medi in regione (prestazioni che presentavano criticità nel 2010, esami esclusi)

PRESTAZIONE	2009	2010	Δ 2009-10	2011	Δ 2010-11	Δ 2009-11
<b>Chirurgia</b>						
Cataratta (180 gg.)	119	151	32	191	40	72
Artroprotesi anca (180 gg.)	55	70	15	103	33	48
Asportazione neoplasia mammella (30 gg.)	22	22	0	23	1	1
Asportazione neoplasia colon (30 gg.)	17	20	3	19	-1	2
Asportazione neoplasia prostata (30 gg.)	39	35	-4	33	-2	-6
Asportazione neoplasia renale (30 gg.)	33	28	-5	23	-5	-10
Asportazione neoplasia vescica (30 gg.)	34	30	-4	29	-1	-5
<b>Visite e diagnostica per immagini</b>						
Visita cardiologica (10 gg.)	9	7	-2	9	2	0
Visita neurologica (10 gg.)	6	8	2	14	6	8
Visita ginecologica (10 gg.)	10	6	-4	5	-1	-5
Mammografia (10 gg.)	8	7	-1	9	2	1
TAC torace B (10 gg.)	9	7	-2	9	2	0
TAC addome sup/inf/completo B (10 gg.)	8	6	-2	9	3	1
TAC capo B (10 gg.)	7	6	-1	8	2	1
TAC bacino B (10 gg.)	9	7	-2	10	3	1
TAC torace P (120 gg. nel 2009-10, 180 nel 2011)	23	27	4	33	6	10
TAC addome sup P (120 gg. nel 2009-10, 180 nel 2011)				34	4	10
TAC add. inf P (120 gg. nel 2009-10, 180 nel 2011)	24	30	6	36	6	12
TAC add.compl. P (120 gg. nel 2009-10, 180 nel 2011)				35	5	11
RNM cervello tr.P (120 gg. nel 2009-10, 180 nel 2011)	45	52	7	99	47	54
RNM addome inf. P (120 gg. nel 2009-10, 180 nel 2011)	41	41	0	77	36	36

▪ Se criticità cataratta limitate nel 2009-10 in AV – UD con valore massimo registrato di 449 gg. (368 nel 2009) e valore medio di 262 gg. nel 2010, nel 2011 si registra un picco di 255 gg. in AV-G.IS (media 128 gg.) e di 263 gg. in AV-PN (media 125), mentre in AV-UD nel 2011 il picco è di 598 gg. (media 291 gg.) con lista d'attesa di 1.823 pazienti in uno dei periodi. Conseguente aumento del tempo medio regionale.

▪ Per le prestazioni a 120 gg. i valori medi regionali sono nettamente al di sotto dello standard. Punte critiche nel 2010 in AV UD (153 gg. per TAC addome) e PN (144 per RMN cervello) e nel 2011 di 352 gg. in AV – UD per RMN cervello (2 privati convenzionati)

▪ Per le prestazioni a 30 gg. migliora in genere il dato medio. Il tempo massimo rilevato è in AV-G. I. con 125 gg. per neoplasie prostata e vescica nel 2010 e 212 gg. nel 2011 (privato convenzionato con media però di 77 gg)

▪ Per le prestazioni a 10 gg. il tempo medio risulta nel 2011 fuori standard per la visita neurologica

## Conoscere i casi e le ragioni del superamento dei tempi d'attesa (quesito a) - 2010

---

*“in che misura e rispetto a quali prestazioni i singoli enti hanno superato i tempi massimi previsti e quali sono le cause principali del mancato rispetto di tali termini?”*

AREA VASTA	PRESTAZIONE	CAUSE DICHIARATE
▪ AV-PN	Risonanza magnetica, colonscopia, visite ginecologica, oculistica e dermatologica, mammografia. Presso CRO: neoplasie mammella, radioterapia, esami diagnostici per immagini e citologici	Incremento della domanda e alto livello di inappropriatezza; carenze di personale a vario titolo e incremento attrazione intra-extra regione domanda per chirurgia neoplasie presso CRO; rottura mammografo a Spilimbergo; problemi oculistica legati a misurazione del visus
▪ AV - UD	Cataratta, radioterapia e sigmoidoscopia (tempi legati a domanda in crescita per colonscopia)	Per cataratta: incremento della domanda e riduzione attività (in AOUD per cessazione professionista esperto) a fronte di prestazione eseguita presso le sole strutture pubbliche. Domanda in crescita anche per radioterapia
▪ AV – G. I.	Chirurgia neoplasie uro-genitali	Costante crescita della domanda in relazione ad anzianità della popolazione

---



## Sapere come si sono affrontate le situazioni critiche e con che risultati (quesito b) - 2010

---

*“quali provvedimenti correttivi sono stati adottati nei casi di superamento dei tempi massimi e quali ne sono gli esiti ?”*

### REGIONE

- Finanziamenti per complessivi 10,9 milioni direttamente o indirettamente finalizzati ad abbattimento tempi d'attesa
- (Accordo stipulato con strutture private per triennio 2010-2012 con stanziamento annuale di € 77.730.448)
- Quantificazione del maggiore fabbisogno per la branca oculistica in AV-UD e avvio accreditamento per strutture private oggi autorizzate

### RISULTATI DICHIARATI

Non immediatamente apprezzabili quelli attesi dalle iniziative sul fronte del contenimento della domanda, mentre a fronte del potenziamento dell'offerta permangono alcune criticità

### AZIENDE SANITARIE

#### Sul fronte della DOMANDA

- Tavoli tecnici per ridurre la domanda inappropriata
- Definizione criteri di priorità per colonscopia, endoscopia digestiva, visita dermatologica

#### Sul fronte dell'OFFERTA

- Incremento volumi di erogazione delle prestazioni critiche
- Incremento tempi di funzionamento apparecchiature diagnostiche (AOUD e CRO)
- Acquisto ore aggiuntive da personale (tutte le AV)
- Acquisto di prestazioni aggiuntive da strutture private accreditate
- Iniziative di governo della sale operatorie e incremento sedute dedicate a interventi chirurgici (AV-G.I)
- Acquisto nuovo mammografo a Spilimbergo (AV-PN)
- Progetto per differenziazione visite oculistiche e misurazione visus (AV-PN)

## Conoscere i casi e le ragioni del superamento dei tempi d'attesa (quesito a) - 2011

---

*“in che misura e rispetto a quali prestazioni i singoli enti hanno superato i tempi massimi previsti e quali sono le cause principali del mancato rispetto di tali termini?”*

AREA VASTA	PRESTAZIONE	CAUSE DICHIARATE
▪ AV-PN	Risonanza magnetica, visita ginecologica, ecografia mammella, radioterapia mammella e prostata, urologia (garantita però l'attività oncologica in AOSMA)	Forte domanda assistenziale e frequente ricorso inappropriato per visite e esami strumentali. Per radioterapia aumentato del 76% il numero dei trattamenti
▪ AV - UD	Nessuna	-
▪ AV - G. I.	Chirurgia neoplasia prostata (sfioramenti solo I trimestre 2011), (visita ortopedica Burlo - sfioramento rilevazione 9.1.2012)	(Lo sfioramento 2012 per la visita ortopedica si è verificato a causa di un incremento dell'attività di sala operatoria a fronte di un pari numero di personale medico impiegato)

Rispetto alle più dettagliate informazioni rese nella relazione per il 2010, le aziende sembrano aver più nettamente circoscritto le loro osservazioni sul rispetto dei tempi alla presenza o meno di quelle criticità che rilevano per il conseguimento dell'obiettivo di garantire i tempi massimi nelle sedi definite.

*“quali provvedimenti correttivi sono stati adottati nei casi di superamento dei tempi massimi e quali ne sono gli esiti ?”*

### REGIONE

- Finanziamenti aggiuntivi per abbattimento tempi d'attesa, con quota parte vincolata a obiettivi delle diverse categorie di personale

### RISULTATI DICHIARATI

Tempi di attesa generalmente allineati agli standard nelle sedi AV individuate. Miglioramenti rispetto a criticità 2010 ma anche emersione di nuove criticità. Le prestazioni di particolare rilevanza cui accedono diritti del cittadino sono sempre state garantite nei tempi

### AZIENDE SANITARIE

#### Sul fronte della DOMANDA

- Azioni di coinvolgimento medici prescrittori e cittadini per controllo generazione domanda prestazioni (appropriatezza)
- Adozione criteri di priorità per ulteriori prestazioni

#### Sul fronte dell'OFFERTA

- Incremento dei volumi delle prestazioni anche in via preventiva rispetto a quelle valutate potenzialmente critiche, con incentivazione equipe sanitarie interne, stipula di accordi con altre Aziende, acquisto ulteriori prestazioni presso erogatori privati e ricorso ad attività intramuraria
- Riorganizzazione delle agende su area vasta
- Governo delle sale operatorie (definizione liste, programmazione sedute e monitoraggio attività per interventi neoplasie urogenitale) (AOUTS)



Confronto volumi 2009-2011 di prestazioni dichiarate critiche nel 2010  
(dati monitoraggio 2011)

Prestazioni		Volumi 2009	Volumi 2010	Δ % 2009-2010	Volumi 2011	Δ % 2010-2011	Δ % 2009-2011
<b>AV - PN</b>	Visita ginecologica	9.443	8.500	-9,99%	9.408	10,68%	-0,37%
	Visita dermatologica	11.993	13.351	11,32%	14.057	5,29%	17,21%
	Mammografia ed ecografia della mammella	28.822	28.603	-0,76%	29.373	2,69%	1,91%
	TAC considerate nei monitoraggi	13.425	14.182	5,64%	14.955	5,45%	11,40%
<b>CRO</b>	Mammografia	4.600	4.928	7,13%	5.028	2,03%	9,30%
	Ecografia della mammella	4.698	5.247	11,69%	5.770	9,97%	22,82%
	Radioterapia	33.788	41.981	24,25%	43.314	3,18%	28,19%
	Asportazione neoplasia mammella	433	452	4,39%	428	-5,31%	-1,15%
<b>AV- UD</b>	Cataratta ambulatoriale	3.768	3.966	5,25%	4.815	21,41%	27,79%
	Radioterapia	33.496	33.856	1,07%	36.467	7,71%	8,87%
<b>AV - G.IS</b>	Asportazione neoplasia prostata	138	120	-13,04%	117	-2,50%	-15,22%
	Asportazione neoplasia rene	57	54	-5,26%	60	11,11%	5,26%
	Asportazione neoplasia vescica	250	247	-1,20%	278	12,55%	11,20%

I dati in tabella evidenziano un incremento generalizzato dei volumi delle prestazioni erogate, con l'eccezione rilevante per l'asportazione neoplasia prostata in AV-G.IS, e il sostanziale mantenimento dei livelli 2009 per i due rimanenti casi che registrano una lieve diminuzione.

## Verificare se e come hanno funzionato gli incentivi (quesito c)

---

*“ quali sono le modalità d’applicazione degli strumenti d’incentivazione introdotti e quali le eventuali criticità emerse nel renderli operativi ?”*

### a livello regionale

- assegnati gli obiettivi annuali ai direttori generali e stabiliti i criteri di valutazione
- assegnazione risorse aggiuntive per le diverse categorie di personale, con obbligo per le aziende di destinarne una parte, in sede di contrattazione aziendale integrativa, a specifici obiettivi di riduzione delle liste d’attesa (DGR 370, 395 e 396 del 2011)

### a livello aziendale (2011)

I finanziamenti aggiuntivi sono stati in genere utilizzati per l’incremento / mantenimento dei volumi di attività, con incentivazione del personale in particolare per le strutture che erogano prestazioni a rischio di criticità e finanziamento di specifici progetti aziendali

**NON SEGNALATE CRITICITA’ OPERATIVE**

# Gli obiettivi assegnati ai Direttori generali nel 2009 e nel 2010

---

## Obiettivi T.A. 2009

1. Garanzia dei tempi di erogazione nelle sedi definite nel piano di Area vasta (18 punti su 25)
2. Applicazione criteri di priorità clinica
3. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche
4. Governo della libera professione

## Obiettivi T.A. 2010

1. Garanzia dei tempi di erogazione (20 punti su 25)
2. Governo della libera professione
3. Definire i criteri di priorità per la prima visita
4. Semplificazione percorso di accesso alle prestazioni specialistiche

## Criteri valutazione obiettivo 1

PRESTAZIONI: quelle della DGR 288/2007

RESPONSABILITA':

**2009:** se il piano di area vasta indica la sede dove è garantita la prestazione nel tempo massimo previsto risponde la relativa azienda, diversamente rispondono in solido tutte le aziende di area vasta

**2010:** l'obiettivo riguarda in modo indifferenziato più Aziende di Area vasta che pertanto ne rispondono in solido con identica valutazione

VALUTAZIONE su 3 rilevazioni annuali

- valutazione negativa se tempi non garantiti due volte consecutive
- se tempi non garantiti:
  - per 1 prestazione: abbattimento 33% punteggio
  - per 2 prestazioni: abbattimento 66%
  - per 3 prestazioni: abbattimento totale

# Gli esiti della valutazione dei Direttori generali per l'anno 2009

AV	Azienda	Risultati valutazione – DGR 175/2012	
		Obiettivo 1 Rispetto tempi prestazioni DGR 288/2007 nelle sedi definite dal piano di area vasta (peso=18 punti)	Progettualità “Tempi d’attesa” (peso=25 punti)
G-IS	ASS 1	18	20
	ASS 2	N.V. *	N.V. * (24)
	AOU - TS	6,12	12,6
	IRCSS - Burlo	18	24,5
UD	ASS 3	18	24
	ASS 4	18	25
	ASS 5	18	24,5
	AOU - UD	12,06	19,06
PN	ASS 6	0	1
	AOSMA - PN	N.V. *	N.V. * (0,5)
	IRCSS - CRO	6,12	6,1

Confronto con la % di tutti gli sforamenti rilevati nel 2009 (radioterapia esclusa)

8%
(5%)
17%
0%
8%
12%
55%
20%
11%
(27)%
7%

Il punteggio conseguito per il pieno raggiungimento dell'obiettivo 1 sembrerebbe in qualche caso aver premiato situazioni con percentuali complessive di sforamento più alte che in altri casi. Sul punto potrebbe anche aver inciso la temporalità degli sforamenti giacché i criteri di valutazione 2009 penalizzano la consecutività di due sforamenti sulle tre rilevazioni considerate.

\* L'incentivo non compete per mancato conseguimento equilibrio bilancio (prerequisito)

Il processo di valutazione dei direttori generali ha presentato una certa lentezza di definizione: la formalizzazione della valutazione 2009 è intervenuta a febbraio 2012, con circa un anno in più rispetto agli anni pre-legge

# Gli obiettivi assegnati ai Direttori generali nel 2011

---

## Obiettivi T.A. 2011

1. Rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa (15 punti su 25)
2. Implementazione agende prenotazione condivise in Area vasta (4 punti su 25)
3. Definizione e implementazione modalità e percorsi comuni in Area vasta a garanzia riconoscimento diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni (art. 12, c.1 e 2 l.r. 7) - (3 punti su 25)
4. Definizione e implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni (art. 13, l.r. 7) – (3 punti su 25)

## Criteri valutazione obiettivo 1

PRESTAZIONI: quelle della DGR 288/2007

RESPONSABILITA':

I tempi massimi previsti vanno rispettati in almeno una sede di Area vasta per le prescrizioni a più elevato livello specialistico e in più sedi di Area vasta per le prestazioni di base. L'eventuale sfondamento comporta la penalizzazione per tutte le Aziende

VALUTAZIONE su 3 rilevazioni annuali (consecutive dal 1° luglio):

- tolleranza del 2% su tutte le osservazioni
- entro il 10% di errore su tutte le osservazioni: abbattimento del 50% del punteggio
- oltre il 10% di errore su tutte le osservazioni: abbattimento del 100%

## Rilevare la percezione sull'efficienza del servizio

---

*“ ... quale l'opinione di esperti del settore e di utenti sulla velocità di fruizione delle prestazioni. . . ?”*

- Sul totale dei reclami agli URP sul fattore tempo, che nel biennio 2009-2010 sono stati pari a 526 (348 nel 2009 e 158 nel 2010), la maggior parte (269) ha riguardato l'attesa per l'erogazione delle prestazioni, mentre i reclami per liste d'attesa per prenotazioni e ricoveri sono stati solo 54 e 145 quelli per l'attesa di certificazioni, documentazione e presidi (non prodotta in relazione la disaggregazione per anno)
- Nel 2010 risultano complessivamente diminuite del 42% le segnalazioni agli URP sul fattore tempo e quasi dimezzati i reclami
- Non disponibili i dati 2011



# Le due domande iniziali

---

## *La legge 7 è stata attuata secondo il disegno del legislatore?*

- Sotto il profilo considerato della responsabilizzazione degli attori, l'attuazione della legge sembra a regime, salvo doversi registrare una certa lentezza nella definizione del processo di valutazione dei Direttori generali e la regolazione intervenuta più di recente della responsabilizzazione dei cittadini utenti, il cui apporto al contenimento della domanda inappropriata resta pertanto tutto da verificare. Lo stesso è a dirsi per gli esiti delle iniziative intraprese sul fronte della responsabilizzazione dei medici prescrittori, questione complessa anche per i delicati fattori che entrano in gioco nel rapporto medico-paziente .
- Gli obiettivi assegnati ai DG (responsabili ex art. 6 legge 7 del rispetto dei tempi massimi nelle sedi definite negli accordi di area vasta) risultano progressivamente declinati per accrescere la significatività della valutazione in rapporto agli andamenti complessivi, con ricorso a forme di responsabilità solidale in Area vasta in caso di mancata individuazione preventiva delle sedi: l'affievolimento operato dei vincoli di legge (definizione sedi ex ante e responsabilità DG limitata a sedi e prestazioni di competenza) probabilmente non va riguardato con disfavore, a considerare i possibili effetti distorsivi di attrazione della domanda presso le sedi individuate ex ante.

## *La politica di responsabilizzazione sta producendo i risultati attesi?*

- Dal mero confronto dei dati del triennio 2009-2011 emergono segnali di difficile e non univoca/coerente comprensione per parlare di successo o insuccesso della *politica*. Allo stato delle elaborazioni, sarebbe sicuramente sbagliato parlare di insuccesso poiché la *politica* potrebbe avere avuto il merito di contenere andamenti tendenziali in più netto peggioramento ad esempio per l'incidenza della crescita della domanda, aspetto che solo più sofisticate analisi su serie storiche di dati di un più lungo periodo (ivi comprese quelle della domanda) nel confronto con un gruppo di controllo potrebbero far emergere con una qualche buona approssimazione.
- L' incentivazione alla responsabilità dei comportamenti sembra aver impattato positivamente sul fronte della organizzazione e produzione dell'offerta (dal 2011 è anche prevista la predeterminazione dei volumi nei piani di Area vasta). Il governo della domanda resta il versante che pone la sfida maggiore per coniugare la soddisfazione del diritto alla salute e l'eguaglianza d'accesso con la disponibilità di risorse.

---

*Grazie per l'attenzione*