



Relazione ai sensi dell’art. 15 della L.R. 7 dd. 6.4.2009 “Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell’ambito del SSR”



Indice

- 1) Stato di attuazione della legge
- 2) Risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa (esito relazioni prodotte dalle Aziende nel mese di giugno 2010)
 - a) Superamento dei tempi massimi d'attesa e causa del mancato rispetto
 - b) Interventi correttivi adottati
 - c) Strumenti di incentivazione adottati
 - d) Andamento dei tempi di attesa anche rispetto ai tempi rilevati prima dell'entrata in vigore della presente legge ed opinione di esperti del settore e di utenti



In allegato:

- DGR n. 288 dd. 16.2.2007 "Piano regionale tempi di attesa 2006-2008"
- DGR n. 2016 dd. 9.9.2009 "Programma annuale 2009 SSR per il contenimento dei tempi di attesa" (Approvazione accordi di Area Vasta)
- DGR n. 936 dd. 19.5.2010 (all. 3) DGR n. 2643 dd. 26.11.2009 (all. 4) Finanziamento aggiuntivo di 2.500.000 alle Aree vaste regionali per il contenimento delle liste di attesa



In allegato (continua):

- Assegnazione alle Aziende di risorse vincolate al personale della dirigenza e del comparto (biennio 2008-2009) (all. 5)
- Indicazioni operative utilizzo risorse vincolate 2009 ex intesa regionale 1.10.2008 dirigenza medica e veterinaria (all. 6)



1) Stato di attuazione della legge

Indica, per quanto previsto dai diversi articoli della legge, quanto già attuato e quanto da attuare alla data di stesura della relazione relativamente ai provvedimenti da assumere da parte della Regione al fine di renderla completamente operativa .

Tali contenuti sono ormai superati e vanno pertanto aggiornati.



2) Risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa

Sono riportati, per Area Vasta, gli esiti delle relazioni prodotte da ciascuna Azienda, relativamente ai seguenti argomenti (art. 15):

- a) Superamento dei tempi massimi d'attesa e causa del mancato rispetto
- b) Interventi correttivi adottati
- c) Strumenti di incentivazione adottati
- d) Andamento dei tempi di attesa anche rispetto ai tempi rilevati prima rispetto dell'entrata in vigore della presente legge ed opinione di esperti del settore e di utenti



Interventi correttivi adottati

La DGR 288/2007 prevede che, in caso di mancato rispetto dei tempi massimi previsti, i Direttori Generali devono attivare tutte le iniziative idonee a riportare i valori entro i termini programmati, agendo:

- sul fronte della domanda, mediante azioni volte al coinvolgimento diretto degli attori che partecipano, con ruolo diverso, alla generazione della richiesta di esami e prestazioni: MMGG, PLS, medici specialisti ospedalieri, cittadini



Interventi correttivi adottati

sul fronte dell'offerta, mediante:

- incentivi da corrispondere alle équipes sanitarie interne per la produzione di maggior numero di prestazioni;
- stipula di accordi con altre Aziende Sanitarie della medesima Area vasta e/o, se necessario, di altre Aree vaste (superato);
- l'acquisto di ulteriori prestazioni presso gli erogatori privati accreditati
- Il ricorso all'attività libero-professionale intramuraria



Andamento dei tempi di attesa anche rispetto ai tempi rilevati prima dell'entrata in vigore della presente legge ed opinione di esperti del settore e di utenti

Per le prestazioni e per le priorità indicate dalle linee di gestione 2010 (Breve e Programmata), sono stati altresì messi a confronto, per ciascun punto di erogazione, i tempi registrati dai monitoraggi regionali nelle due giornate indice del 1 aprile 2009 (prima dell'entrata in vigore della norma) e del 1 aprile 2010 (dopo l'entrata in vigore della norma). Ciò al fine di verificare la capacità di ciascuna area vasta di garantire gli standard predefiniti in almeno una delle sedi individuate



Andamento dei tempi di attesa (segue)

Sono state pertanto considerate le seguenti 14 prestazioni: visita cardiologica, visita neurologica, visita ginecologica, visita oncologica, mammografia, tac torace con e senza mdc, tac addome superiore con e senza mdc, tac addome inferiore con e senza mdc, tac addome completo con e senza mdc, tac del capo con e senza mdc, tac del bacino con e senza mdc, rm cervello e del tronco encefalico senza e con mdc, rm addome inferiore e scavo pelvico con e senza mdc

N.B. Più valori per lo stesso erogatore corrispondono a diverse agende per diversi professionisti.



Sistema di monitoraggio

Le prestazioni per le quali viene definito il monitoraggio, sono quelle di primo accesso. Pertanto rimangono escluse:

- **le prestazioni urgenti:** per le quali non è necessario l'accesso al pronto soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire con carattere d'urgenza nell'arco della giornata di presentazione del paziente o in un periodo immediatamente successivo (24 ore)
- **le prestazioni urgenti differibili:** la cui effettuazione può essere differibile di qualche giorno, ma che necessitano comunque di una effettuazione in tempi brevi (72 ore)



Sistema di monitoraggio (continua)

le visite e/o prestazioni di controllo: intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente o comunque effettuati nella stessa Area Vasta e nella stessa disciplina entro 6 mesi dalla visita precedente sia essa richiesta come prima visita o come visita di controllo

- le prestazioni erogate all'interno di specifici percorsi terapeutici o diagnostici (visita radioterapica pretrattamento, sessione di radioterapia, riabilitazione cardiologica, mammografia fuori screening)



Sistema di monitoraggio (continua)

- **le prestazioni erogate nell'ambito del percorso nascita** (ecografia ostetrico-ginecologica), che rendono necessario individuare specifici tempi massimi di attesa per le diverse fasi dei percorsi stessi
- **le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva**, inserite in programmi di screening



Sistema di monitoraggio (estratto da DGR 288 dd. 16.2.2007)

- in conformità a quanto previsto dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa ed allo scopo di uniformarsi ai monitoraggi svolti in sede ministeriale -:

“Il monitoraggio viene svolto in Regione secondo le seguenti modalità:

- trimestralmente sono rilevati i tempi di attesa delle principali attività ambulatoriali e di ricovero programmato; la rilevazione distingue tra prestazioni prioritarie e non prioritarie;
- con cadenza trimestrale viene monitorata la percentuale di prestazioni ambulatoriali che vengono erogate a 30, 60, 90 e 180 gg dalla prenotazione”



Sistema di monitoraggio (estratto da DGR 288 dd. 16.2.2007)

Obiettivo del monitoraggio è la verifica nel corso del tempo del **rispetto dei parametri previsti** e **l'identificazione di eventuali punti critici**



Criterio di valutazione

La rilevazione trimestrale consente un'istantanea della situazione nelle giornate indice prefissate, fornendo indicazioni su un momento determinato

Il concetto di **miglioramento/peggioramento** assume significato in relazione a variazioni in più o in meno registrate rispetto agli standard prefissati per ciascuna delle prestazioni oggetto di monitoraggio per le diverse classi di priorità.



Criterio di valutazione

Le tabelle allegare alla relazione registrano i valori rilevati per ogni punto di erogazione di ciascuna area vasta nelle due date indice considerate, evidenziando le situazioni in cui in nessuna delle sedi si sia realizzato il rispetto dei parametri.



Criterio di valutazione

I dati rilevati alle date del 1 aprile 2009 e 1 aprile 2010 indicano che i tempi di attesa sono rispettati in almeno una delle sedi di ciascuna Area Vasta, con le seguenti eccezioni:

Tipo	Priorità	Standard	Area Vasta	2010 v/ 2009		Nota
				Migliorato	Peggiorato	
Visita neurologica	B	10	UD			Nuovo avvio
TAC del bacino	B	10	UD		da 13 a 18	Se tempi superiori paziente inviato dal radiologo
RM cervello	B	10	UD	da 27 a 8		Se tempi superiori paziente inviato dal radiologo
			PN	da 15 a 0		
RM addome	B	10	UD	da 27 a 8		Se tempi superiori paziente inviato dal radiologo
			PN	da 15 a 0		



Criterio di valutazione

L'algoritmo scelto per l'individuazione del tempo minimo di attesa prudenzialmente prevede che venga considerato il tempo del primo posto libero seguito da posti disponibili anche nei tre giorni successivi. Questo fornisce una rappresentazione probabilmente “peggiorativa” della realtà in quanto sicuramente sussistono posti disponibili con tempi inferiori a quelli forniti dal monitoraggio, ma che non soddisfano i criteri dell'algoritmo.



Criterio di valutazione

Allo scopo di facilitare ulteriormente la lettura per l'incontro di oggi sono stati riportati, in un'ulteriore tabella, i soli tempi minimi rilevati per ciascuna Area Vasta, indicando, per ciascuna prestazione e priorità, la variazione eventualmente intervenuta nonché il rispetto o il superamento degli standard regionali. Vengono indicati in termini di miglioramento o peggioramento in apposita colonna gli eventuali scostamenti rispetto agli standard prefissati.



Interventi sulle liste di attesa

La copiosa letteratura in materia e le molte evidenze empiriche riportate hanno dimostrato la necessità di distinguere fra interventi di periodo breve ed interventi di periodo medio-lungo sulle liste di attesa.

E' infatti ormai ampiamente provato che un ampliamento della capacità produttiva tende a provocare una diminuzione dei tempi di attesa nel breve periodo e, di conseguenza, uno spostamento verso destra della curva del beneficio marginale. Il possibile effetto, pertanto, tende ad indurre un nuovo eccesso di domanda.



Interventi sulle liste di attesa

Le attuali linee di tendenza, suffragate da sperimentazioni svolte su larga scala sin dai primi anni '70, suggeriscono interventi orientati ad agire, nel periodo lungo, principalmente sul fronte dell'appropriatezza della domanda e su un'amministrazione delle liste di attesa in grado di rispondere ad un'esigenza sempre più diffusa di chiarezza, trasparenza, equità ed efficienza.



Interventi sulle liste di attesa

Le proposte sono tutte concordi nel ritenere che si debba andare verso una cosiddetta prioritarizzazione (secondo la terminologia in uso nelle esperienze internazionali), ossia si debbano prefigurare attese differenziate a seconda dell'effettivo bisogno del singolo paziente. Le priorità assegnate attribuiscono velocità diverse di scorrimento della lista, in modo da assicurare uguaglianza nella applicazione della regola di ammissione al trattamento. La valutazione delle priorità è delegata ai medici e richiede la definizione di protocolli concordati fra medici di medicina generale e specialisti.



Interventi previsti dalla LR 7/2009

La LR 7/2009 prevede l'adozione di una serie di provvedimenti da parte della Regione destinati a dare risposta al fenomeno delle liste di attesa sia nel periodo breve (interventi sull'offerta) sia nel periodo medio-lungo (interventi sulla domanda).



Stato di attuazione della legge

Le Linee per la gestione del SSR 2011, approvate in via preliminare dalla Giunta regionale, peraltro anticipando in larga misura i contenuti del Piano regionale dei tempi di attesa 2009-2011 che dovrà recepire il nuovo Piano nazionale (adozione prevista entro il mese di novembre), danno concreta attuazione agli adempimenti previsti dalla legge fornendo alle Aziende le necessarie indicazioni. Va pertanto aggiornata in tal senso la relazione qui oggetto di analisi



Stato di attuazione della legge

Le Linee, oltre ad individuare, conformemente a quanto previsto dalla norma:

- i tempi massimi di attesa per le principali prestazioni, ivi comprese le graduazioni per i criteri di priorità (art. 3)
- i tempi massimi di attesa per il referto degli esami diagnostici (art. 4) *con ciò confermando quanto previsto dalla DGR 288/2007, nonché*
- le prestazioni di particolare rilevanza e le prestazioni da erogare entro 120 gg per le quali è previsto in caso di superamento dei limiti di tempo il pagamento diretto della prestazione presso altra struttura



Stato di attuazione della legge (continua)

Il Piano di Area Vasta

altresì approvano, per l'anno 2011, le seguenti linee di azione:

-l'adozione, contestuale a quella dei PAO/PAL aziendali, del "Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa". Per ogni prestazione dovranno essere definiti:

- i volumi che ciascuna Azienda e struttura privata convenzionata si impegnano a garantire in risposta ai bisogni previsti
- i correlati posti in agenda di prenotazione
- l'elenco delle sedi accreditate a garantire i tempi massimi (almeno una sede in Area vasta per le prestazioni a elevato livello specialistico e più sedi per le prestazioni di base) (art. 3)



Stato di attuazione della legge (continua)

Il Piano di Area Vasta

- le modalità di intervento previste dalle Aziende in caso di criticità impreviste
- il governo del piano in capo ad un'Azienda dell'Area Vasta, cui compete il compito di monitorare costantemente la realizzazione del Piano di produzione e l'andamento delle liste di attesa, dandone costante comunicazione alle altre Aziende al fine, qualora dovessero riscontrarsi criticità, di porre in essere con tempestività le necessarie azioni di intervento. L'Azienda individuata quale responsabile, negli intervalli tra le rilevazioni periodiche, assicurerà, per le prestazioni a più elevato rischio



Stato di attuazione della legge (continua)

Il Piano di Area Vasta

d'attesa un monitoraggio assiduo e ad hoc che consenta di prefigurare misure più complesse e che coinvolgano il concorso delle altre Aziende; assicurerà altresì l'ordinato svolgersi di riunioni periodiche necessarie a concertare i provvedimenti da assumere in ambito di Area Vasta;

- per alcune prestazioni, diritto di ricorso al privato accreditato con rimborso in caso di non rispetto dei tempi (art. 12)

- la definizione del rapporto tra attività libero professionale ed attività istituzionale (art. 7).



Stato di attuazione della legge (continua)

Le Aziende sono tenute altresì a definire:

- modalità omogenee in Area Vasta destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini (art. 13)
- individuare le specialità e i percorsi condivisi tra MMG/PLS, specialisti ambulatoriali e specialisti ospedalieri per favorire la semplificazione delle prescrizioni specialistiche (art. 8 e 9)
- allineare la gestione delle procedure di identificazione, prenotazione, gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale mediante (art. 2, 16 e 18):



Stato di attuazione della legge (continua)

- implementando agende di prenotazione condivise tra le Aziende appartenenti alla stessa Area Vasta stratificate per criterio di priorità a seguito della definizione di criteri di priorità regionali
- mantenendo una gestione distinta delle prime visite dai controlli
- avviando da subito l'emissione elettronica delle ricette da parte degli specialisti ospedalieri ed ambulatoriali e da parte degli MMG e dei PLS utilizzando il Portale del medico



Stato di attuazione della legge (continua)

- mettendo a disposizione del sistema informativo clinico i referti in formato elettronico, affinché il cittadino ed i prescrittori possano utilizzare le informazioni contenute dai referti
- avviando sperimentazioni di prenotazione delle prestazioni direttamente dallo studio del medico, coinvolgendo i Medici di Medicina Generale disposti a partecipare. La prenotazione potrà avvenire o tramite il Portale di Medicina Generale o direttamente dal software utilizzato dal medico nel proprio ambulatorio, purchè quest'ultimo rispetti gli standard di connessione con il SISR.



Stato di attuazione della legge (continua)

- progressivamente estendendo la stratificazione della domanda per classe di priorità a nuove categorie di prestazioni a partire da quelle più critiche. Le esperienze già sviluppate negli ambiti di area vasta ed aziendali dovranno consentire di estendere le esperienze locali all'ambito regionale in modo da favorire linguaggi e percorsi di cura comuni.



Stato di attuazione della legge (continua)

Con DGR n. 1606 dd. 4.8.2010 di approvazione del consolidato preventivo 2010 – all. 7, è stata data applicazione, anche per l'anno 2010, all'art. 6 della legge, vincolando il 25% del compenso integrativo dei direttori generali delle Aziende al raggiungimento di obiettivi afferenti al governo delle liste di attesa. Se, in sede di verifica, questi risulteranno non raggiunti o parzialmente raggiunti, le quote integrative del relativo trattamento economico saranno ridotte di conseguenza.



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Relazione ai sensi art. 15 L.R. 7 dd. 6.4.2009
"Clausola valutativa"

Grazie per l'attenzione!

Direzione Centrale Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche
Sociali