



Giugno 2017

## Comitato per la legislazione il controllo e la valutazione

Nota istruttoria  
n. 19/2017

### La relazione sull'attuazione della L.R. 7/2009 (Liste d'attesa)

Le disposizioni sui tempi d'attesa

La relazione all'esame

#### Le disposizioni in materia di tempi d'attesa

La legge regionale 26 marzo 2009, n. 7 ("Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del SSR") ha la finalità di promuovere le iniziative volte a garantire ai cittadini l'esecuzione delle prestazioni sanitarie entro tempi che garantiscano la migliore gestione dei problemi clinici sospettati o diagnosticati, attraverso la definizione dei tempi entro cui devono essere eseguiti gli esami diagnostici e gli interventi terapeutici e attraverso la *chiamata in responsabilità* di tutti gli attori del sistema.

In particolare i **tempi massimi delle principali prestazioni**, comprese le graduazioni per i criteri di priorità, vanno determinati annualmente dalla Giunta all'interno delle Linee di gestione del SSR, mentre le aziende sanitarie definiscono le sedi dove sono garantiti i tempi massimi (art. 3).

Sul fronte della responsabilizzazione è stabilito che:

- il 25 per cento del compenso integrativo dei **Direttori generali** è vincolato al rispetto dei tempi massimi (art. 6);
- la Regione può vincolare specifiche risorse ai fondi di produttività e risultato del **personale** coinvolto nel processo di contenimento dei tempi di attesa (art. 7);
- **i medici di base e i pediatri di libera scelta** hanno l'obbligo, all'atto di richiesta di un esame o di una visita, di formulare sempre il quesito o il sospetto diagnostico e di indicare il criterio di priorità (art. 8);
- **i cittadini** hanno l'obbligo di pagamento di una somma di denaro in caso di mancata disdetta dell'esame o mancato ritiro del referto (art. 14).

Qualora non garantiscano i tempi previsti per le prestazioni di particolare rilevanza, le aziende hanno inoltre l'obbligo di provvedere al pagamento diretto delle prestazioni effettuate dal cittadino presso altre strutture (art. 12).

E' infine prevista la creazione di un unico sistema regionale di prenotazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali (art. 16).

Il "Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012" (approvato con DGR 28 luglio 2011, n. 1439) ha confermato i **criteri di priorità** già previsti dal previgente piano regionale con riferimento alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

**B – Breve** = 10 gg

**D – Differita** = 30 gg per visite, 60 gg per esami strumentali

**P – Programmata** = fino a 180 gg

Le prestazioni per cui sono definiti i tempi massimi sono quelle di **primo accesso** (sono escluse le prestazioni urgenti, quelle di controllo, quelle rientranti nei piani di prevenzione, ecc). Il tempo di attesa è quello che intercorre tra la data di prenotazione e la data di erogazione della prestazione (DGR2034/15)

## La relazione all'esame

**L'art. 15 (Clausola valutativa)** della LR 7/2009 dispone che l'Assessore alla sanità presenti annualmente una relazione che documenti lo stato di attuazione della legge e ne illustri i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa, rispondendo in particolare ad alcuni specifici quesiti.

La relazione all'esame è la quarta presentata al Consiglio: sono sinora pervenute e sono state esaminate da Comitato e III Commissione le relazioni sul 2009, 2010, 2011.

Il Comitato aveva rilevato le differenze nella rilevazione dei dati tra le singole Aziende e la mancanza di un quadro di sintesi del fenomeno.

Inoltre le relazioni non recavano un quadro di informazioni propriamente centrato sull'andamento dei tempi d'attesa, riportando per le prestazioni ambulatoriali le sole rilevazioni a priori (data fissata per l'appuntamento).

Il documento all'esame non è confrontabile coi precedenti in quanto predisposto successivamente alla DGR 2034/15 "Organizzazione e regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi d'attesa nella regione FVG". La DGR, che disciplina l'organizzazione del CUP regionale e stabilisce le modalità di accesso alle prestazioni e quelle di prenotazione, viene considerato il primo provvedimento giuntale che dà attuazione alla LR 7/2009, fatta salva la finalizzazione del 25% della quota di risultato dei direttori generali all'obiettivo del contenimento dei tempi d'attesa, attuata fin dai primi anni.

A differenza delle relazioni precedenti i tempi d'attesa sono inoltre rilevati *ex post*, come periodo temporale che intercorre tra la data di prenotazione e la data di erogazione della prestazione.

La relazione non fa espresso riferimento agli specifici quesiti previsti dalla clausola valutativa (in particolare mancano informazioni su correttivi, strumenti di incentivazione e opinioni degli utenti).

Essa dà conto dello stato di attuazione della legge; riporta i volumi delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio e le percentuali e i volumi degli appuntamenti entro i tempi previsti per gli anni 2015 e 2016 e riporta le percentuali dei tempi d'attesa per gli interventi chirurgici. Le considerazioni conclusive concernono l'esame dei fattori produttivi (personale, strumenti e spazi) e alcune proposte migliorative.

L'esame della relazione in Comitato è finalizzato alla resa alla Commissione di merito del **parere** sulla qualità e la rispondenza dell'informativa alle previsioni di legge ai sensi dell'art. 138 *quinquies*, c. 1, lett. a) del Regolamento interno, nell'esercizio delle sue attività di controllo sull'attuazione delle leggi e di valutazione degli effetti delle politiche.

I quesiti della clausola:

- a)** in che misura, e rispetto a quali prestazioni, i singoli enti hanno superato i tempi massimi previsti e quali sono le cause principali degli sforamenti;
- b)** quali provvedimenti correttivi sono stati adottati 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 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.

Si riportano di seguito i principali dati e informazioni che emergono dalla relazione.

### **Prestazioni specialistiche ambulatoriali**

I **volumi complessivi delle prestazioni specialistiche** registrano una diminuzione nel 2016, relativa, per buona parte, alla diminuzione delle prestazioni di laboratorio di tipo P (in parte dovuta a una riorganizzazione dell'offerta presso l'ASUI di Udine).

	<b>Nessuna</b>	<b>Urgenti (U)</b>	<b>Brevi (B)</b>	<b>Differite (D)</b>	<b>Programmate (P)</b>	<b>Totale</b>
<b>2015</b>	449.222	209.307	285.960	179.958	15.446.328	16.570.775
<b>2016</b>	376.329	195.174	309.748	219.473	13.917.018	15.018.742

A **escludere le prestazioni di laboratorio**, non rientranti tra quelle oggetto di monitoraggio ai fini del contenimento dei tempi di attesa, in entrambi gli anni le prestazioni di priorità **P** pesano per **l'80%**, le B per il 6,5% e le D salgono dal 4 al 4,8%.

Il rapporto tra soggetti erogatori vede nel biennio gli **erogatori pubblici** attestarsi a quasi **l'89%**.

Per quanto riguarda le **prestazioni nei tempi** il quadro di sintesi del biennio 2015-2016 mostra un significativo miglioramento per le prestazioni B, un più modesto miglioramento in D e una stabilità per le prestazioni P, che si attestavano già su percentuali elevate.

	<b>Brevi (B)</b>	<b>Differite (D)</b>	<b>Programmate (P)</b>
<b>2015</b>	64%	75%	85%
<b>2016</b>	74%	76%	85%

Per quanto riguarda i dati più analitici relativi alle **43 prestazioni specialistiche monitorate**, dal confronto con le soglie di raggiungimento fissate emerge che:

Le Linee di gestione e il Patto tra Regione e Direttori generali degli Enti del SSR per il **2016** hanno previsto le seguenti soglie di raggiungimento:

**95%** per la priorità **B**  
**90%** per la priorità **D**  
**85%** per la priorità **P**

Per il **2015** le soglie previste erano tra 95 e 100% per le prestazioni B e tra 85 e 90% per le D.

**B)** sia nel 2015 che nel 2016 **l'unica prestazione** che registra un valore della mediana superiore al 95% è l'ecografia ostetrico-ginecologica (100%);

**D)** nel 2015 le prestazioni che registrano una mediana superiore all'85% sono 18; nel 2016 sono 24 (di cui **14 sopra al 90%**);

**P)** nel 2016 lo standard dell'85% è rispettato da **35 prestazioni** (tutte eccetto visita endocrinologica, oculistica, gastroenterologica, colonscopia, *fundus oculi* ed esofagogastroduodenia).

Viene inoltre segnalata, quale anomalia organizzativa, il fatto che una buona parte delle prestazioni P viene erogata nei termini prescritti per le prestazioni B e D.

In generale, le criticità maggiori si evidenziano per **endocrinologia e neurologia** e, più limitatamente, per gastroenterologia, chirurgia vascolare, visita ortopedica e per **alcune prestazioni strumentali** (RM, TC, elettromiografia, esofagogastroduodenia, *fundus oculi*, ECG da sforzo).

I dati sulle **singole aziende** vengono invece riportati solo con riferimento alle **prestazioni individuate come critiche** per le singole priorità. La relazione riferisce che le aree territoriali di maggiore criticità sono rappresentate dalle **aziende della provincia di Udine**, anche in considerazione dell'elevata mobilità che caratterizza tale provincia e del fatto che l'ASUI di Udine non effettua filtri legati alla residenza nell'accesso alle prestazioni.

## **Interventi chirurgici**

Per gli interventi programmati i tempi valutati in rapporto alla priorità definita dal prescrittore sono:

- **A** entro **30 gg**
- **B** entro **60 gg**
- **C** entro **180 gg**
- **D** entro **12 mesi**

Le Linee di gestione 2016 fissano come soglie di raggiungimento il 95% per il codice di priorità A e il 90% per i codici B, C e D; ma tali soglie non rilevano ai fini dei Patti con i Direttori generali.

Dai dati riportati nella relazione, che dettaglia anche i risultati delle singole aziende, emerge che:

- per le prestazioni con priorità **A** il ricovero è avvenuto entro 30 giorni nel **70%** dei casi;
- per le **B** sono stati rispettati i 60 gg nel **68%** dei casi;
- per le **C** i 180gg sono rispettati nell'**87%** dei casi;
- per le **D tutti gli interventi** sono stati eseguiti nei 12 mesi.

## **Fattori produttivi**

La relazione riferisce di una sostanziale invarianza delle dotazioni a tempo indeterminato del personale medico specialistico relativo alle prestazioni a rischio di criticità, mentre non vi sono informazioni relative al personale a tempo determinato. Il personale infermieristico è stato sensibilmente incrementato nel 2016 e inizio 2017.

Le dotazioni tecnologiche, gli ambulatori e le sale operatorie risultano adeguati.

## **Proposte migliorative per la riduzione dei tempi d'attesa**

1. Migliorare l'organizzazione e l'uso degli strumenti contrattuali, soprattutto con riferimento al personale medico (per poter rientrare nei parametri riferiti alle prestazioni monitorate si stima un fabbisogno di circa 20 medici a tempo pieno per le priorità B e D e 10 per le priorità P);
2. Monitorare l'attività libero-professionale, soprattutto delle prestazioni specialistiche che non rientrano nel rispetto delle priorità, intervenendo nella programmazione delle autorizzazioni;
3. Estendere maggiormente l'apertura degli ambulatori nel periodo pomeridiano (fino alle ore 20);
4. Incrementare le sedute operatorie per raggiungere l'obiettivo del 90% degli interventi con priorità entro i 30 giorni;
5. Vincolare i medici specialisti alla prenotazione diretta attraverso la procedura CUP aziendale;
6. Nominare un responsabile unico aziendale per la gestione delle liste d'attesa;
7. Migliorare l'informazione al cittadino, ampliare le prestazioni prenotabili via web e migliorare i siti aziendali per agevolare l'accesso agli utenti.