

## Allegato B. Scheda rendicontazione obiettivo n. 13

### 1 Direzione A14000 – SANITA'

#### 1. Titolo dell'obiettivo: Miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni monitorate a livello nazionale dal Ministero della salute

#### 2 Risultati annuali conseguiti. per ognuno specificare gli indicatori e le quantificazioni(come da scheda approvata dalla Giunta regionale):

Risultati	Indicatori target (proposta)	Data conseguimento (proposta)	Indicatori target (risultato)	Data conseguimento (risultato)
<b>2016</b>				
Definizione criteri di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali a carico del SSR	Predisposizione proposta Documento/Relazione	30 giugno 2016	Predisposizione proposta Documento/Relazione	30 giugno 2016
Riconversione parziale del budget delle strutture private accreditate erogatrici di prestazioni ambulatoriali attraverso la trasformazione delle prestazioni inappropriate in prestazioni aggiuntive nei settori con lunghi tempi di attesa.	Predisposizione proposta DGR	31 luglio 2016	Predisposizione proposta DGR	31 luglio 2016
Rafforzamento delle attività ambulatoriali pubbliche	Predisposizione Proposta Piano assuntivo nel settore pubblico	31 dicembre 2016	Predisposizione Proposta Piano assuntivo nel settore pubblico	31 dicembre 2016
Riduzione dei tempi di attesa nelle 43 prestazioni osservati al 31 dicembre 2016 rispetto al dato osservato al 31 maggio 2016	Inizio della riduzione attraverso gli obiettivi da assegnare ai DG delle ASR. Predisposizione documento riepilogativo	31 gennaio 2017	Inizio della riduzione attraverso gli obiettivi da assegnare ai DG delle ASR. Predisposizione documento riepilogativo	31 gennaio 2017
Campagna di comunicazione divulgativa ed istituzionale per la	Predisposizione della campagna	31 dicembre 2016	Predisposizione della campagna	31 dicembre 2016

sensibilizzazione di prescrittori, erogatori ed utenti in merito all'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche				
<b>2017</b>				
riduzione almeno del 15 % medio dei tempi di attesa osservati al 31 dicembre 2017 rispetto al dato osservato al 31 maggio 2016	Predisposizione documento di riepilogo	31 gennaio - 2018	Predisposizione documento di riepilogo	31 gennaio 2018
<b>2018</b>				
riduzione almeno del 30 % medio dei tempi di attesa osservati al 31 dicembre 2018 rispetto al dato osservato al 31 maggio 2016 o incremento analogo del volume di attivita'	Predisposizione documento di riepilogo	31 gennaio 2018	Predisposizione documento di riepilogo	31 gennaio 2018

### **3 Illustrare il risultato raggiunto per l'anno 2016 specificando il grado di raggiungimento rispetto agli indicatori e quantificazioni previsti nella scheda approvata dalla Giunta regionale:**

*Studio e analisi finalizzate all'elaborazione dei criteri per l'individuazione delle prestazioni ambulatoriali a carico del SSR, ad oggi risultanti inappropriate, in base agli studi di riferimento nazionali e regionali*  
**OBIETTIVO RAGGIUNTO**

Gli uffici competenti della Direzione hanno elaborato uno studio di ricognizione delle prestazioni ad oggi connotate da alto rischio di inappropriatezza; sulla base di tale studio, sono stati definiti il percorso ed i criteri per la riduzione di tali prestazioni, con D.G.R. 30 maggio 2016 n. 44-3399.

In particolare, si è sviluppata l'analisi dei fabbisogni ambulatoriali per singola ASL, nell'ottica di una revisione dell'appropriatezza delle prestazioni, in linea con i lavori già avviati nel corso del 2015 dal Tavolo Metropolitano. L'attenzione, in particolare, è stata focalizzata su alcune prestazioni a maggior rischio di inappropriatezza, tra cui quelle appartenenti ai gruppi A142b (Radiologia diagnostica RMN), A147b RRF (Terapia fisica strumentale) e A144 (Laboratorio analisi).

Come da documento denominato "Metodi e criteri generali per la ridefinizione del fabbisogno regionale di prestazioni ambulatoriali sulla base di criteri di appropriatezza", elaborato dalla direzione Sanità in collaborazione con l'IRES ed allegato alla deliberazione di cui al paragrafo precedente, l'obiettivo posto è stato quello di raggiungere un consumo pro capite più appropriato assimilabile, per valore, a quello massimo del terzo della popolazione più virtuosa. Il percorso metodologico seguito ha comportato anzitutto la pesatura della popolazione di ciascuna ASL rispetto al consumo di prestazioni ambulatoriali nel 2015. Per i primi due gruppi di prestazioni (RMN e RRF) si è fatto riferimento a quanto indicato dalla letteratura scientifica e nei documenti nazionali di riferimento (DM 9/12/2015) e si è proceduto come di seguito indicato:

- si è calcolato il consumo pro capite delle prestazioni di ciascun gruppo utilizzando la popolazione pesata;
- si sono identificate le ASL che rappresentano circa un terzo della popolazione con il minor consumo pro capite;
- si è utilizzato il valore più alto di questo gruppo per il calcolo dell'obiettivo pro capite da raggiungere;
- si sono identificate le ASL al di sopra di questo obiettivo con la relativa riduzione percentuale prevista;
- si sono identificate le strutture che hanno erogato le prestazioni per queste ASL e, applicando la percentuale di riduzione, per ciascuna si è definito il valore di riduzione.

Per quanto riguarda, invece, il gruppo di prestazioni A144 (Laboratorio analisi) l'obiettivo di fondo è stato calcolato sulla media di 9 prestazioni pro capite (come da DGR 15-7486 del 23 aprile 2014). secondo il percorso di seguito indicato:

- a) si è calcolato il numero di prestazioni medie regionali e la riduzione percentuale necessaria per raggiungere l'obiettivo regionale sopra indicato;
- b) si è applicata la riduzione percentuale di cui sopra sul valore medio regionale per ottenere l'obiettivo regionale a valore da raggiungere;
- c) per ciascuna ASL si è calcolato il valore economico di consumo pro capite;
- d) si è calcolata la differenza tra il consumo pro capite effettivo di ciascun'ASL e l'obiettivo regionale e la relativa riduzione percentuale;
- e) si sono identificate le strutture che, per ciascuna ASL con un consumo maggiore dell'obiettivo, hanno erogato le prestazioni per l'ASL e, a queste, applicando la percentuale di riduzione si è definito il valore di riduzione.

*Predisposizione bozza DGR di riconversione parziale del budget delle strutture private accreditate erogatrici di prestazioni ambulatoriali attraverso la trasformazione delle prestazioni inappropriate in prestazioni aggiuntive nei settori con lunghi tempi di attesa*

### **OBIETTIVO RAGGIUNTO**

#### Sintesi attività

Con D.G.R. n. 13-3731 del 27.07.2016 di definizione dei tetti di spesa per la specialistica ambulatoriale erogata da privati accreditati esclusivamente per le prestazioni ambulatoriali, si è evidenziato come da diversi anni la Regione monitori i tempi di attesa di alcune prestazioni ambulatoriali specifiche, per le quali vi è un'evidenza di significativo fabbisogno da parte della popolazione assistita, al fine di contenere i tempi d'attesa evitando di incrementare la produzione di prestazioni per le quali si è evidenziata una sovrapproduzione. Sulla base di questa analisi, si è stabilito di effettuare una verifica delle combinazioni tempo d'attesa/consumo pro-capite sui casi di prestazioni riconosciute come oggetto di maggior inappropriatezza.

Al riguardo, già con D.G.R. n. 30-3307 del 16.05.2016, sono stati assegnati gli obiettivi economico-gestionali di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali/Commissari delle Aziende Sanitarie Regionali, finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016. Fra questi, al punto 2.1, rientra la misurazione della capacità di risposta tempestiva del SSR nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino. Nello specifico, la definizione di tale obiettivo, “[...] richiede di lavorare sul miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso l'ottimizzazione della capacità produttiva aziendale e la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale, del tempo medio di erogazione delle prestazioni. L'obiettivo si compone di due sub-obiettivi:

- a) Caricamento sul CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione (pubblico/privato convenzionato);
- b) Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (solo produzione componente pubblica) nel rispetto del vincolo di una produzione minima [...]”.

Al fine di agevolare il compito delle ASL fornendo un valido supporto, nella deliberazione sopra citata si sono evidenziate le prestazioni ambulatoriali per le quali si è rilevata una maggiore criticità nell'ambito del miglioramento dei tempi d'attesa e quindi una priorità di acquisto nella fase di contrattazione con le strutture private accreditate. Tali prestazioni, elencate per ciascuna ASL nell'Allegato C) alla D.G.R. citata, sono state identificate tra quelle oggetto di monitoraggio (secondo quanto disposto dal piano nazionale per il governo delle liste d'attesa), in base all'analisi svolta dagli uffici competenti della Direzione Sanità, tenendo conto dei seguenti indicatori: tempi di attesa e vincolo di produzione minima da parte delle ASL.

In particolare, si sono prese in considerazione le prestazioni per le quali risulta un tempo di attesa superiore in valore assoluto rispetto al tempo di attesa standard regionale per ogni singola prestazione (come da sopra citata DGR 16 maggio 2016, n. 30-3307) e un sovra consumo pro-capite nell'ASL non superiore al 20%, rispetto al consumo pro-capite medio regionale.

Nell'ultimo quadrimestre dell'anno 2016, sono proseguiti gli incontri con le Direzioni Generali delle ASR, per il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, di cui alla D.G.R. n. 30-3307 del 16.05.2016: dagli esiti di tali incontri è emerso un aumento della produttività per alcune tra le prestazioni più critiche, un parziale miglioramento nei tempi di attesa per alcune tipologie di prestazioni, mentre per altre pare che il tempo di attesa sia sostanzialmente invariato. Tali prime conclusioni saranno verificate dagli uffici competenti della Direzione, tramite l'analisi dei dati definitivi in merito, non appena questi saranno disponibili.

*Predisposizione campagna di comunicazione divulgativa ed istituzionale per la sensibilizzazione di prescrittori, erogatori ed utenti in merito all'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche*

### **OBIETTIVO RAGGIUNTO**

#### Sintesi attività

Relativamente al tema del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva sono state inviate le note prot. n. 3241/A14000 del 08.02.2016, n. 8714/A14000 del 19.04.2016 n. 8715/A14000 del 19.04.2016, n. 73316/A14000 del 15.06.2016, di specifiche e chiarimenti sul DM 9 dicembre 2015 inerente alle "Condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale". A seguito di ciò gli Uffici competenti hanno sistematicamente fornito supporto consulenziale sia telefonico che tramite e-mail.

La Campagna di comunicazione prevista nella bozza di documento di cui ai punti successivi ha la precisa finalità di sensibilizzare pazienti e operatori rispetto alla responsabilizzazione e all'uso consapevole del nostro servizio sanitario, mettendo in luce gli aspetti positivi sul medio e soprattutto sul lungo periodo dell'approccio corretto ed appropriato all'offerta sanitaria.

La campagna di comunicazione prevede una struttura ben definita e una progettazione che tiene da subito conto:

- del target di riferimento e delle sue caratteristiche
- del messaggio da divulgare rispetto al servizio
- delle caratteristiche del servizio
- dei canali e dei mezzi da utilizzare
- delle risorse umane e materiali che possono essere impiegate

**4 Piano delle azioni per il 2016 (con la specificazione delle tempistiche e delle strutture responsabili delle azioni/sottoazioni, sia nel caso di strutture interne alla direzione sia delle altre direzioni coinvolte):**

descrizione azione/risultato intermedio	Direzione/direzioni responsabili	Data inizio (proposta)	Data fine (proposta)	Data inizio (risultato)	Data fine (risultato)
Studio e analisi finalizzate all'elaborazione dei criteri per l'individuazione delle prestazioni ambulatoriali a carico del SSR ad oggi risultanti inappropriate, in base agli studi di riferimento nazionali e regionali	Direzione Sanità	1 maggio	30 giugno	1 maggio	30 giugno
Predisposizione proposta DGR di riconversione parziale del budget delle strutture private accreditate erogatrici di prestazioni ambulatoriali attraverso la trasformazione delle prestazioni inappropriate in prestazioni aggiuntive nei settori con lunghi tempi di attesa	Direzione Sanità	1 giugno	31 luglio	1 giugno	31 luglio
Predisposizione proposta DGR di definizione dei criteri di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali a carico del SSR, con specifico riferimento alle modalità di attuazione del D.M. 9 dicembre 2015 ed all'applicazione dei PDTA nazionali e regionali per patologia	Direzione Sanità	30 settembre	31 dicembre	30 settembre	31 dicembre
Predisposizione proposta DGR che definisce il piano assuntivo nel settore pubblico nei limiti dei tetti di spesa per il personale	Direzione Sanità	30 settembre	31 dicembre	30 settembre	31marzo 2017
Predisposizione campagna di comunicazione divulgativa ed istituzionale per la sensibilizzazione di prescrittori, erogatori ed utenti in merito all'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche	Direzione Sanità	30 giugno	31 dicembre	30 giugno	31 dicembre

## 5 Illustrare l'andamento delle singole azioni evidenziando gli eventuali scostamenti dalle previsioni

❖ *Studio e analisi finalizzate all'elaborazione dei criteri per l'individuazione delle prestazioni ambulatoriali a carico del SSR ad oggi risultanti inappropriate, in base agli studi di riferimento nazionali e regionali:*

le attività si sono concluse entro i termini previsti, costituendo la base per il prosieguo del lavoro stesso, in costante evoluzione ed aggiornamento, a cura degli uffici competenti della Direzione Sanità.

❖ *Predisposizione proposta DGR di riconversione parziale del budget delle strutture private accreditate erogatrici di prestazioni ambulatoriali attraverso la trasformazione delle prestazioni inappropriate in prestazioni aggiuntive nei settori con lunghi tempi di attesa:*

la deliberazione è stata predisposta entro i termini previsti. E' attualmente in corso la raccolta dei dati sulle prestazioni inappropriate, sostituite da prestazioni aggiuntive nei settori con lunghi tempi di attesa. Non appena i dati definitivi saranno disponibili, si procederà all'elaborazione degli stessi.

❖ *Predisposizione proposta DGR di definizione dei criteri di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali a carico del SSR, con specifico riferimento alle modalità di attuazione del D.M. 9 dicembre 2015 ed all'applicazione dei PDTA nazionali e regionali per patologia:*

Come sopra già specificato, sono state inviate le note prot. n. 3241/A14000 del 08.02.2016, n. 8714/A14000 del 19.04.2016 n. 8715/A14000 del 19.04.2016, n. 73316/A14000 del 15.06.2016, di specifiche e chiarimenti sul DM 9 dicembre 2015 inerente alle "Condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale".

Tale decreto è stato applicato parzialmente e con alcune criticità su tutto il territorio nazionale; criticità tali da indurre il Ministero a stabilirne una fase di applicazione sperimentale, a tempo indefinito, che parrebbe essere ora superata con l'approvazione dei nuovi LEA (approvazione in corso in questi giorni), che comporterebbe, tra l'altro, il superamento delle disposizioni del Decreto stesso.

Per quanto sopra, si attendono ora gli esiti di approvazione dei LEA suddetti, al fine dell'elaborazione dei criteri di appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali, in modo da definire i contenuti della deliberazione che tengano conto del quanto disposto e condiviso a livello nazionale.

❖ *Predisposizione proposta DGR che definisce il piano assuntivo nel settore pubblico nei limiti dei tetti di spesa per il personale:*

Le linee di indirizzo in termini di "piano assuntivo" sono contenute nella bozza di deliberazione sul governo dei tempi d'attesa già predisposta, come previsto, entro l'anno 2016 ed attualmente in corso di completamento. Esse indicano i principali strumenti nella disponibilità delle ASR atti ad essere utilizzati per le risorse umane, quale possibile supporto al contrasto alle liste d'attesa.

❖ *Predisposizione campagna di comunicazione divulgativa ed istituzionale per la sensibilizzazione di prescrittori, erogatori ed utenti in merito all'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche:*

La Campagna di comunicazione è prevista nella bozza di deliberazione già citata al punto precedente e ha la precisa finalità di sensibilizzare pazienti e operatori rispetto alla responsabilizzazione e all'uso consapevole del nostro servizio sanitario, mettendo in luce gli aspetti positivi sul medio e soprattutto sul lungo periodo dell'approccio corretto ed appropriato all'offerta sanitaria.

La campagna di comunicazione prevede una struttura ben definita e una progettazione che tiene da subito conto:

- del target di riferimento e delle sue caratteristiche
- del messaggio da divulgare rispetto al servizio
- delle caratteristiche del servizio
- dei canali e dei mezzi da utilizzare
- delle risorse umane e materiali che possono essere impiegate

## **6 Illustrare l'impatto del risultato 2016 su (come da scheda approvata dalla Giunta regionale):**

### **7 Coinvolgimento stakeholder e caratteristiche dell'impatto delle azioni intraprese per il raggiungimento dell'obiettivo**

E' stato attuato il costante coinvolgimento di quasi tutti i portatori di interesse coinvolti (MMG, Direttori Generali delle ASR, strutture private accreditate) in un'ottica di "Stakeholder Engagement", secondo il principio dell'inclusività, il che ha significato riconoscere agli stakeholder il diritto ad essere ascoltati ed accettare l'impegno di rendicontare la propria attività e le proprie scelte.

L'impatto di tali azioni è da analizzarsi sulla base dei dati definitivi di attività, non ancora disponibili; da una prima analisi è emerso un parziale miglioramento nei tempi di attesa per alcune tipologie di prestazioni, mentre per altre pare che il tempo di attesa sia sostanzialmente invariato.

### **8 Risorse regionali e sull'efficienza dei suoi processi**

Si è perseguito l'obiettivo di ridurre costantemente i costi a fronte dei risultati, di abbreviare i tempi di lavoro, di eliminare le non conformità, di essere più flessibili, di soddisfare più rapidamente le esigenze dei pazienti.

Ci si è focalizzati su processi efficienti, nell'ottica del miglioramento continuo, il che ha significato, in alcuni casi, aumentare la produzione con le stesse risorse, in altri non ridurre la produzione e la risposta assistenziale fare lo stesso con meno risorse.

Si è, inoltre, perseguita la standardizzazione dei processi: sono state definite alcune procedure operative, monitorandone il modus operandi, ed intervenendo puntualmente non appena riscontrata una deviazione dallo standard. L'impatto di tali azioni è da analizzarsi sulla base dei dati definitivi di attività, non ancora disponibili: va da sé, evidentemente, che la standardizzazione dei processi ed il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni poste a carico del SSR, nonché il conseguente efficientamento dei fattori produttivi investiti in sanità, provoca – come conseguenza diretta – la razionalizzazione della spesa sanitaria stessa.

### **9 Criticità che potrebbero mettere a rischio il conseguimento del risultato finale:**

Le liste di attesa rappresentano un problema di grande importanza e attualità per molti Servizi Sanitari Nazionali. La ragione di tale interesse risiede nel cronico eccesso di domanda rispetto all'offerta di prestazioni sanitarie, a fronte delle limitate risorse disponibili, mentre pazienti e cittadini percepiscono le lunghe liste di attesa come un importante disservizio.

Il formarsi di liste di attesa rappresenta, peraltro, un fenomeno con caratteristiche di elevata complessità e ad alta imprevedibilità, influenzato dall'interazione di molti diversi fattori relativi alla domanda e all'offerta.

L'obiettivo è trovare soluzioni per tutelare un pronto accesso alle prestazioni per i pazienti che ne hanno più bisogno e che possono più opportunamente trarne beneficio, attraverso l'implementazione di soluzioni che aumentino equità, correttezza, appropriatezza ed efficienza.

I maggiori sforzi della programmazione si sono, quindi, recentemente concentrati nella definizione di espliciti criteri di priorità nelle prenotazioni, inserendo cioè più o meno complessi algoritmi per dare un ordine di selezione e di accesso alle prestazioni, sia territoriali che ospedaliere.

Come è evidente, il problema delle liste di attesa si deve affrontare mettendo in campo azioni che da un lato permettano l'incremento dell'offerta e dall'altro riducano e razionalizzino la domanda.

È inoltre ormai appurato che in una situazione con liste di attesa critiche per quasi tutte le prestazioni specialistiche, l'intervento immediato per ottenere risultati in breve tempo deve necessariamente essere rivolto ai volumi dell'offerta.

La gestione delle liste di attesa può trovare più agevole soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema (ASR, utenti del SSR, Strutture private accreditate erogatrici di prestazioni ambulatoriali. Organizzazioni rappresentative degli erogatori privati a livello regionale (ANISAP, AIOP, ARIS, ecc...), per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (così come indicato nel D.M. 9 dicembre 2015, "Condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale"), attraverso l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici (PDTA). La soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve

coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza, sia di priorità delle prestazioni.

L'obiettivo è quello di promuovere la capacità del SSR di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

10 Illustrare se e come le criticità previste si siano verificate nel corso del 2016 e in che misura abbiano ostacolato o rallentato il raggiungimento dell'obiettivo

Le criticità di cui sopra si sono puntualmente verificate. L'impatto delle azioni correttive è da analizzarsi sulla base dei dati definitivi di attività, non ancora disponibili.

11 Illustrare se nel corso dell'anno si sono presentate criticità non previste

Il cambio di Direzione ha rappresentato un'ulteriore criticità.

12 evidenziare eventuali nuove criticità che possano prospettarsi nel corso degli anni successivi (solo per gli obiettivi pluriennali)

L'eventuale riduzione del riparto alla Sanità, la lentezza nel cambiamento dell'approccio culturale da parte degli operatori e dei pazienti ad un utilizzo consapevole del proprio Sistema Sanitario, l'efficacia inferiore rispetto all'auspicato delle azioni intraprese.

***Firme direttori partecipanti all'obiettivo***