

ATTI PARLAMENTARI

XV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CCI

n. 1

R E L A Z I O N E

**CONCERNENTE L'ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI
PREVISTI DALL'ACCORDO TRA LO STATO, LE REGIONI E
LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO
DEL 14 FEBBRAIO 2002 IN MATERIA DI ACCESSO ALLE
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E DI
INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA**

(Anno 2005)

(Articolo 52, comma 4, lettera c) della legge 27 dicembre 2002, n. 289)

***Predisposta dalla Regione Lombardia
Presentata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri***

Trasmessa alla Presidenza il 25 luglio 2006

PAGINA BIANCA



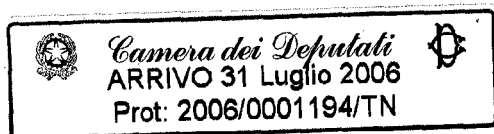
*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO



Servizio III°: Sanità e politiche sociali

Prot. n. ~~3257~~/4.1.21.7.1.3.



ROMA, 25 LUG. 2006

Alla Camera dei deputati
- Ufficio di Presidenza
Palazzo Montecitorio
ROMA

Oggetto: Trasmissione della relazione relativa all'anno 2005 della Regione Lombardia, riguardante il contenimento delle liste di attesa in materia di servizi sanitari, in attuazione di quanto dispone l'art. 52, comma 4, lett. c) della legge 27 dicembre 2002, n. 289.

La legge 27 dicembre 2002, n. 289, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)", all'art. 52, comma 4, lett. c), dispone che ciascuna Regione deve assumere nel proprio territorio - nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa - iniziative specifiche per favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, in armonia con quanto previsto dall'accordo Stato - Regioni del 14 febbraio 2002, inerente le modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e gli indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

La stessa disposizione prevede altresì che le Regioni redigano al riguardo, annualmente, una relazione da inviare al Parlamento.

Nell'accordo Stato - Regioni, previsto dall'art. 3, comma 33, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, sancito il 16 dicembre 2004, concernente la definizione del procedimento di verifica degli adempimenti regionali, al punto 3, lett. h), si è convenuto di demandare alla Conferenza Stato - Regioni il compito di trasmettere al Parlamento copia delle relazioni predisposte dalle Regioni assoggettate alla verifica del tavolo sulla spesa sanitaria, che opera presso il Ministero dell'economia e delle finanze, al quale sono sottoposte le sole Regioni a Statuto ordinario e le Regioni Sicilia e Sardegna, atteso che le Regioni Friuli Venezia Giulia, Valle D'Aosta e le due

Province autonome, provvedono al finanziamento del servizio Sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 34, della legge n. 724 del 1994 e dell'art. 1, comma 144 della legge n. 662 del 1996, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

Tanto premesso, si trasmette copia della relazione pervenuta dalla Regione Lombardia, assicurando sin da ora il tempestivo inoltro delle relazioni delle altre Regioni, non appena saranno nella disponibilità dello scrivente Ufficio.

Il Direttore
Riccardo Carpino



**Regione Lombardia**

Assessore alla Sanità

Data : 05/07/2006**Protocollo H1.2006.0032321**

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI MINISTERO DI SANITÀ DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME	
10 LUG. 2006	
Prot. n.	2997
Rif.	4.1.21.7.1.3

Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
Segreteria della Conferenza Permanente
per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni
e le Province Autonome
Servizio "Sanità e Politiche Sociali"
c.a. Dr. Riccardo Carpino
Via della Stamperia, 8
00187 ROMA RM

Oggetto: trasmissione relazione anno 2005 sull'attuazione degli adempimenti di cui al comma 4, lettera c) dell'articolo 52 della Legge 289/2002.

Si trasmette, in allegato, la relazione annuale specificata in oggetto, anche ai fini del successivo inoltro al Parlamento, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Distinti saluti.

Alessandro Cè

PAGINA BIANCA

RELAZIONE ANNO 2005 IN MATERIA DI TEMPI DI ATTESA AI SENSI DELL'ART. 52 COMMA 4 LETTERA C DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2002 N. 289

Ricognizione storica

A seguito del D.lgs. 124/98 che affidava alle Regioni il compito fondamentale di individuare le modalità volte a garantire il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, la Giunta Regionale con le deliberazioni n. VI/38571 del 1998, n.VI/43818 e n.VI/47675 del 1999, n. VII/2859 del 2000, DGR n. VII/7928 del 2002 definiva tempi obiettivo, modalità di monitoraggio e deroghe per strutture ad alta concentrazione di domanda, separazione agende, urgenze differibili.

Il 23 febbraio 2002 è entrato in vigore il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza che il SSN si impegna a garantire a tutti i cittadini, comprende il riconoscimento all'interno dei LEA dell'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità, dando particolare rilevanza ai criteri di appropriatezza, di trasparenza, d'urgenza.

Il Piano Socio Sanitario della Regione Lombardia 2002-2004, approvato con Decreto del Consiglio Regionale n. 462 del 13.3.2002, evidenziava la necessità di diversificare tempi massimi di attesa in relazione alle diverse condizioni di gravità clinica dei singoli pazienti.

La Giunta Regionale con le successive deliberazioni n. VII/12287 e VII/15324 del 2003 e DGR VII/19688 del 2004 introduceva rispettivamente la contrattazione per volumi, la priorità di accesso secondo la gravità clinica, la possibilità di aumento e differenziazione dell'offerta per aree critiche.

Pertanto, secondo la regolamentazione regionale del 1999, le Aziende Sanitarie Locali, in accordo con tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, sono state tenute a fissare ed a comunicare adeguatamente ai cittadini tempi massimi di attesa le prestazioni ambulatoriali di primo accesso, raggruppate in 96 macrocategorie, entro i limiti fissati dalla Regione.

Alcune strutture di rilievo nazionale hanno concordato tempi massimi maggiori a causa della forte concentrazione della domanda (deroghe).

Nei provvedimenti è stato stabilito inoltre che:

- ☐ le strutture sanitarie devono effettuare gli esami di laboratorio senza prenotazione, quindi con l'accesso diretto;
- ☐ le liste di prenotazione devono rimanere aperte, in modo da garantire la "trasparenza" delle liste di attesa e fornire sempre una risposta ai bisogni espressi dai pazienti;
- ☐ i medici di famiglia e i pediatri, qualora ravvisino un caso di urgenza, possono richiedere che la prestazione sia garantita entro 72 ore dalla prenotazione mediante l'applicazione del "Bollino verde"

Si è inoltre previsto che "la struttura erogatrice si deve impegnare, su richiesta del paziente, qualora non fosse rispettato il tempo di attesa stabilito come obiettivo relativo alla prestazione, ad erogare la stessa in regime libero professionale entro il medesimo tempo, facendosi carico dell'intera tariffa, detratto l'eventuale ticket che risulta a carico del paziente."

Secondo tali disposizioni, qualora la struttura prescelta non fosse in grado di garantire le prestazioni entro il tempo massimo, rivolgendosi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASL si possono trovare altre strutture sul territorio in grado di rispettarlo.

Il Piano Socio Sanitario della Regione Lombardia 2002-2004 evidenziava la necessità di diversificare tempi massimi di attesa in relazione alle diverse condizioni di gravità clinica dei singoli pazienti, pertanto la Giunta Regionale ha ritenuto di individuare la progressiva applicazione, su alcune prestazioni, di un sistema per individuare la priorità d'accesso in base alla rilevanza clinica presentata da ogni paziente (vedi l'Allegato 3 alla D.G.R. n. VII/15324 del 28 novembre 2003 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2004", che ha previsto l'applicazione delle priorità di accesso per le prestazioni ambulatoriali secondo le indicazioni contenute nell'accordo Stato-Regioni dell'11/7/2002, tenendo conto delle esperienze già fatte in alcune ASL della Lombardia.

Azioni programmate nel 2005

Azione importante, iniziata con le sperimentazioni del 2002 nelle ASL di Cremona e Varese e resa sistemica dall'All. 3 alla D.G.R. VII/15324 con l'implementazione su tutto il territorio regionale nel 2004, è stata la continuazione del ricorso a criteri di priorità con il conseguentemente aggiornamento del monitoraggio dei tempi di attesa tenendo conto delle variabili legate alla priorità clinica.

L'assegnazione del Budget aggiuntivo per determinate aree critiche del 2% per l'ambulatoriale è stata necessariamente legata alle analisi derivanti dal sistema di monitoraggio, integrate con analisi retrospettive dei flussi della rendicontazione ex Circ. 28/SAN.

La Regione, sempre nel 2005 ha attivato inoltre un progetto che ha visto coinvolte le strutture sanitarie nel definire orari più flessibili per agevolare l'accesso dei cittadini ai loro servizi.

Per il 2006 la D.G.R. VIII/1375 del 14 dicembre 2005 (Regole SSR per il 2006), all'allegato IV, ha previsto delle precise azioni di monitoraggio dei tempi di attesa, un forte coinvolgimento al riguardo delle ASL e delle Aziende Ospedaliere ed ha fornito delle precise priorità di intervento, sottolineando l'importanza, già richiamata nelle regole valevoli per l'anno 2005, del ruolo primario che le Direzioni Sanitarie devono avere nel governo del registro delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri programmati con una grande attenzione nel definire dei criteri di accesso alle prestazioni chiari, equi e trasparenti.

La stessa D.G.R. VIII/1375, all'Allegato VII, ha previsto per le ASL la disponibilità di circa il 14% delle risorse destinate alle prestazioni specialistiche ambulatoriali da attribuire sulla base di specifici progetti definiti dalle singole A.S.L. finalizzati a risolvere squilibri domanda offerta e ad incentivare l'erogazione di prestazioni, per cui si rilevano criticità di durata dei tempi di attesa, preferibilmente in pacchetti, privilegiando l'erogabilità complessiva della gamma di prestazioni e la necessità di organizzare un'offerta quantitativamente maggiore.

La stessa deliberazione prevede inoltre la predisposizione da parte delle Aziende Ospedaliere di due Piani semestrali di Governo dei Tempi di Attesa per risolvere le criticità emerse a livello aziendale e locale, che vanno validati dalla Regione al fine della congruità con il miglioramento dell'accessibilità ai servizi.

Call center/numeri verdi per prenotazioni telefoniche

La Regione Lombardia, oltre allo storico numero verde dell'Area metropolitana milanese, ha reso disponibili al cittadino, nel corso del 2005, altri due numeri verdi dedicati esclusivamente alle prenotazioni telefoniche.

I tre numeri verdi, gratuiti, per i quali si può chiamare da tutta Italia, sia da telefono fisso, sia da cellulare sono dedicati esclusivamente alla prenotazione telefonica di visite specialistiche e prestazioni ambulatoriali, differenziati secondo il bacino di utenza dei richiedenti e l'ambito territoriale di erogazione sono attivi dalle ore 8.00 alle 20.00 dei giorni feriali, sabato compreso.

Per prenotare bisogna essere in possesso dell'impegnativa del proprio medico e della tessera sanitaria. L'operatore propone sempre la prima data disponibile in una delle strutture che hanno attivato il servizio. È possibile chiedere la disponibilità presso una diversa struttura, purché presente nell'elenco vigente.

Per poter comunicare rapidamente si consiglia di evitare le fasce di maggior traffico telefonico (tarda mattinata e primo pomeriggio).

Sono stati pertanto resi disponibili i seguenti numeri:

1. Sanità Milano, che risponde al n. 800.638.638, è il servizio che permette di prenotare visite ed esami specialistici con una struttura sanitaria a scelta tra quelle che aderiscono all'iniziativa nell'area della città di Milano: **Fatebenefratelli, Gaetano Pini, Istituti Clinici di Perfezionamento, Niguarda, Ospedale Maggiore di Milano Policlinico, Luigi Sacco, San Carlo, San Paolo**, e con i 30 rispettivi poliambulatori.

Il servizio consente inoltre di prenotare, richiedere informazioni, o inoltrare un reclamo on line all'indirizzo <http://www.sanitamilano.it> ;

2. al n. 800.448.800 è possibile prenotare parte delle prestazioni specialistiche erogate dalle Aziende Ospedaliere pubbliche di Cremona, di Garbagnate Milanese e della Azienda Ospedaliera della provincia di Pavia;
3. al Numero Verde gratuito 803.000, dal mese di novembre 2005, è possibile prenotare, modificare o annullare, le prime visite specialistiche nella provincia di Como e nella provincia di Varese, per i distretti

di Varese, Luino, Cittiglio, Arcisate e Azzate. Le prime visite sono le visite specialistiche richieste dal Medico di Medicina Generale o dallo Specialista in cui il problema attuale del paziente viene affrontato per la prima volta. Devono necessariamente essere stilate su Ricettario Unico Nazionale.

Per ulteriori informazioni è attivo da alcuni anni il Call Center Sanità, n. verde 840 000 006.

I numeri verdi illustrati consentono di ottenere agevolmente, compatibilmente con la disponibilità delle linee telefoniche, le prestazioni finalizzate a risolvere soprattutto i problemi correlati alla effettuazione della prima diagnosi: per accertamenti successivi o prestazioni terapeutiche specifiche da ottenersi entro tempi certi talvolta è necessario rivolgersi di persona, o mandare un familiare, direttamente ai Centri Unificati di Prenotazione dei Poliambulatori degli Ospedali.

Monitoraggio

Con la circolare n. 28/San del 21 ottobre 1996, modificata successivamente dalle circolari n. 65/San del 1997 e n.58/San del 2002, si è resa obbligatoria la generazione del flusso informativo che va a creare il Database delle prestazioni ambulatoriali, da cui è possibile monitorare anche i Tempi di attesa, creando il cosiddetto **monitoraggio regionale ex post**.

In parallelo, a partire dal 1998, la rilevazione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali si avvaleva della **metodologia regionale ex ante**:

il Tempo da rilevare espresso in giorni, per ognuno degli utenti che si presentano a prenotare una delle prestazioni oggetto di monitoraggio, è il tempo intercorrente dal giorno indice della rilevazione, al giorno della prima disponibilità in agenda, calcolato mediante differenza aritmetica tra le due date.

Sono incluse le prestazioni che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostica/terapeutica, incluse quelle eventualmente classificate per priorità.

Sono escluse dal calcolo dei tempi di attesa tutte le prestazioni che abbiano carattere di urgenza clinica, le visite o esami di controllo programmato, le prestazioni inserite in programmi di screening, le prestazioni in libera-professione intramuraria.

La partecipazione alla Sperimentazione Nazionale in collaborazione con l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ed il Ministero della Salute a partire dal 2002, resa possibile in Regione Lombardia grazie a due anni di studi e sperimentazioni in stretta e proficua collaborazione con le ASL di Cremona e Milano 1, sfociata nella piena adesione alle Rilevazioni Nazionali del 21 gennaio e 20 ottobre 2004, ha consentito di validare la metodologia dell'attuale Sistema di Monitoraggio Regionale dei Tempi di Attesa (RL_MTA) esteso a ben 40 prestazioni ambulatoriali, 2 di radioterapia e a 7 tipologie di ricovero con cadenza bimestrale nel 2005 [Le modalità di rilevazione dei tempi di attesa RL_MTA sono rispettivamente quelle contenute nei file "RL_MTA_Disciplinare Tecnico & Manuale Software 20_10_2004.doc" utilizzato da ottobre 2004, "Disciplinare Tecnico Ricoveri" secondo le modalità in uso dal 20 aprile 2005 e "Disciplinare Tecnico Radioterapia" secondo le modalità utilizzate dalla rilevazione del 15 giugno 2005, allegati alla presente, cui si rimanda per specifici riferimenti].

Per il 2006 sono in calendario dieci giornate di monitoraggio secondo la metodologia avviata negli anni precedenti e confortata via via dalla possibilità di disporre dei dati necessari a rilevare le criticità in tempo pressoché reale. Consente pertanto di vigilare attivamente sulle situazioni di criticità al fine degli opportuni interventi correttivi e di miglioramento settoriale, o più ampiamente sul sistema, in tempi appropriati e secondo le politiche regionali, grazie anche alle periodiche riunioni tra referenti ASL e Regione sull'argomento.

Gli obiettivi di governo regionale prevedono entro il 2006 l'azzeramento assoluto di tutte le visite e prestazioni di primo accesso (vedi oltre) effettuate oltre i 90 gg. e l'abbassamento entro i 40 gg. per i primi accessi di Risonanze, Ecografie, Tac, Visite Cardiologiche ed ECG, Visite Ortopediche.

Si chiarisce che le prestazioni di primo accesso oltre i termini di 90 gg. nel 2005 sono percentualmente limitate a qualche punto, e si pensa che comunque siano code "virtuali" di utenti che trovano soddisfatta la domanda con prenotazioni da altre parti: per monitorare il fenomeno delle doppie prenotazioni si è indagata la percentuale di "drop out" delle liste di attesa che oscilla attorno al 10% (pazienti che si prenotano e non si presentano). Nel 2006 è previsto che le prenotazioni che vanno oltre i 90 gg. siano verificate al fine di

accertarsi sulla loro reale incidenza, depurate dei cittadini che si rivolgono presso altre strutture accreditate senza disdire la prima prenotazione.

Piano di Governo dei Tempi di Attesa per le Aziende Ospedaliere (II semestre 2005)

Con l'avvento della VIII legislatura la giunta regionale ha inteso fissare alcuni obiettivi prioritari in tema di tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie, tra cui l'abbassamento a zero della percentuale di richieste evase oltre i 90 gg per primi accessi di RM, TAC, Ecografie, Visite cardiologiche, ECG, Visite ortopediche.

Allo scopo la D.G. Sanità avviava una specifica sorveglianza del fenomeno del "Drop out" e dava le prime indicazioni alle AA.OO. per la presentazione dei Piani Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa. A seguito della convocazione dei Direttori Sanitari delle AA. OO., dava l'avvio ad un gruppo di lavoro ristretto, costituito dai referenti delle AA. OO. di BG, BS, CO, Desenzano, Lecco, Melegnano, Niguarda, L. Sacco e San Paolo MI, San Gerardo Monza, Vimercate, finalizzato a chiarire la metodologia di raccolta e lettura dei dati, e a proporre eventuali ulteriori azioni utili al raggiungimento degli obiettivi di rientro assoluto al di sotto della soglia. Il gruppo ristretto riteneva inoltre opportuno strutturarsi in due sottogruppi per approfondire la definizione di primo accesso - controllo e per valutare le migliori modalità di fruizione dei dati della Circ. 28/San. in tema di monitoraggio dei tempi di attesa, dando le indicazioni di seguito riportate e riprese dalla D.G.R. VIII/1375 (Regole 2006) e riportate nella nota diffusiva conseguente.

PRIMO ACCESSO / CONTROLLO: definizioni

Primo accesso (prima visita o primo esame): è la prestazione in cui il **problema attuale** del paziente viene affrontato per la **prima volta**.

Inoltre possono essere prescritti come primi accessi:

- quelli effettuati nei confronti di pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema (non necessariamente correlato con la patologia cronica) tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia.

Visita o esame di controllo - follow up: visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un **inquadramento diagnostico già concluso** che ha definito il caso ed eventualmente impostato una terapia conseguente; si tratta di prestazioni finalizzate ad esempio a: seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche o condizioni di rischio, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso.

Tali prestazioni possono essere programmate e di conseguenza erogate in un maggiore arco di tempo (di norma entro 180 giorni e comunque nei tempi eventualmente indicati sulla prescrizione) in quanto lo stesso non va ad influenzare la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità.

Procedure operative

L'indicazione della tipologia dell'accesso (primo accesso/controllo) è sempre riportata sulla prescrizione a cura del Medico di Medicina Generale e del Medico Specialista secondo le modalità di seguito specificate:

prima visita o primo esame:

La prenotazione viene effettuata sull'agenda "**primo accesso**" se:

1. è specificato sull'impegnativa che si tratta di una prima visita
2. è specificato il problema clinico o il sospetto diagnostico (es. visita oculistica per sospetto glaucoma)
3. non è specificato "controllo" e la richiesta proviene da un MMG/PLS, oppure da uno specialista appartenente ad una disciplina diversa da quella a cui appartiene la visita richiesta (quest'ultimo criterio vale quando è possibile l'identificazione degli specialisti)
4. nel caso di prestazioni oggetto di prioritarizzazione (le sei prestazioni ex All. 3 DGR 15324) indicare "classe A" o "classe B" secondo i protocolli definiti.

visita o esame di controllo:

La prenotazione viene effettuata sull'agenda "**controlli - follow up**" se:

1. esiste semplicemente la dicitura "controllo" o "follow up" o, meglio, la dicitura "controllo tra ... (giorni / mesi)" (in riferimento a Linee Guida, Good Clinical Practices, EBM, ecc);
 2. non è specificato "controllo" o "follow up" sull'impegnativa e la richiesta proviene da uno specialista appartenente alla stessa disciplina della visita richiesta.
 3. Nel caso di prestazioni oggetto di prioritarizzazione (le sei prestazioni ex All. 3 DGR 15324) è indicata la "classe C" secondo i protocolli definiti.
- ☐ L'indicazione dei tempi previsti per l'esecuzione della prestazione consente di garantire una migliore programmazione delle prenotazioni e un miglioramento qualitativo del servizio offerto.
 - ☐ Nel caso delle visite specialistiche le prestazioni richieste come controllo devono essere rendicontate, a cura delle Strutture Erogatrici, con il relativo codice "8901". Si rileva come non sempre esiste congruità tra la codifica del nomenclatore tariffario e la classificazione clinica di prima visita/visita successiva.
 - ☐ La compilazione della richiesta di visita di controllo dopo la prima visita specialistica/ricovero presso la struttura, ovvero per il completamento del quesito diagnostico chiesto dal prescrittore, compete allo stesso medico specialista nel caso di strutture dotate del ricettario SSN; negli altri casi la necessità e la tempistica di ulteriori controlli clinici sarà riportata come suggerimento per il Medico Curante nel referto specialistico e comunque sarà cura della struttura garantire l'accesso nei tempi indicati dal medico specialista qualora il medico di medicina generale ne condivida la scelta.

In fase di estensione di questi principi deve essere concertata una adeguata informazione da parte dell'ASL e delle strutture. Il medico prescrittore costituirà soggetto di rinforzo informativo del paziente sulla necessità da parte di quest'ultimo di effettuare tempestivamente la prenotazione della prestazione al fine di poter ottenere l'erogazione della stessa nei tempi previsti dalla prescrizione.

Qualora sulla prescrizione non sia riportata alcuna indicazione in merito alla tipologia dell'accesso, la prestazione sarà prenotata, nella prima fase di applicazione delle presenti indicazioni, come **primo accesso** fatte salve diverse indicazioni a seguito dei risultati dell'attività di monitoraggio come di seguito specificato.

CIRCOLARE 28/SAN.*Premessa sulle modalità di rilevazione***La rilevazione dei tempi di attesa può avvenire in due forme:**

- ex ante, che consiste nella rilevazione (prospettiva) ad un determinato giorno indice della differenza tra data di esecuzione prospettata e data della richiesta rivolta all'erogatore (rappresenta, in sostanza, il tempo d'attesa così come percepito dall'utente);
- ex post, che consiste nella rilevazione (retrospettiva) della differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta all'erogatore (rappresenta, in sostanza, il punto di vista dell'azienda); tale valutazione richiede un sistema informatizzato che rilevi i tempi di attesa per le prestazioni realmente erogate, escludendo sia il drop out che le prestazioni annullate dall'azienda.

È da notare che la rilevazione ex post in genere produce tempi di attesa inferiori a quelli valutati con il metodo ex ante, tenuto conto della percentuale di drop out dei prenotati.

La Regione Lombardia utilizza i tracciati di rendicontazione ex Circ. 28/SAN per il monitoraggio dei tempi di attesa. Tale metodologia ha di per sé le criticità insite in un tracciato nato per finalità economiche, con campi necessariamente obbligatori, pur ampliato nel tempo per più ampi intenti di governance, ma spesso di scarsa qualità ai fini di una fruibilità in tema di tempi di attesa. Può fornire un'ampia base dati utile a fini analisi statistiche ed al governo del sistema: il problema è quello di garantire dati di qualità, al di là del vincolo di rendicontazione per i fini economici. Si evince dall'analisi dei primi semestri 2000/2003, che la

percentuale dei dati utilizzabili per il calcolo della differenza date è in aumento, indicando una migliore qualità. Questo anche grazie ad un sistema di costruzione dei tracciati sempre più automatizzato e a CUP, che necessita però di una implementazione nel tempo che deve tendere alla totalità delle prestazioni erogabili.

Va sottolineato inoltre come, relativamente alla misurazione dei tempi di attesa, è necessario distinguere almeno due diverse tipologie di esigenze:

- Per i livelli centrali, di programmazione nazionale, vi è la necessità di verificare la tutela dei principi fondamentali del sistema, ed in particolare, l'effettiva possibilità di accesso alle prestazioni in tempi congrui con i bisogni di salute; le informazioni più rispondenti a questo bisogno risultano essere quelle sul tempo effettivo di risposta, ovvero il tempo che realmente impiega il cittadino per ottenere la prestazione di cui necessita, prodotte dai sistemi informativi istituzionali; questo tempo fornisce dati precisi ed esprime il reale vissuto dei cittadini, anche se, solitamente, per motivi legati alla complessità organizzativa ed alle caratteristiche procedurali dei sistemi, oltre che dei tempi di erogazione, i dati di questo genere sono disponibili a posteriori, con ritardo rispetto alle esigenze conoscitive, talvolta a molta distanza dal momento in cui gli eventuali fenomeni negativi si sono manifestati;
- Per le regioni e per le aziende vi è la necessità di avere informazioni tempestive sull'andamento dei tempi e della capacità di risposta del sistema, al fine di porre in atto le eventuali misure correttive; per queste finalità risultano essere più adeguati sistemi di rilevazione in grado di fornire dati continui sui tempi di attesa prospettati ("ex ante") ai cittadini che formulano una richiesta; questi dati, seppur espressione di una "potenzialità" e non necessariamente di quello che sarà il tempo effettivo di attesa, hanno il grosso vantaggio di essere disponibili in tempi rapidi, con procedure ragionevolmente semplici, ripetibili più volte all'anno, soprattutto se le analisi vengono svolte non "a tutto campo" ma per settori selezionati in quanto ritenuti critici.

È evidente quindi l'esigenza di prevedere sistemi diversificati per il monitoraggio dei tempi di attesa, in grado comunque di fornire dati precisi, affidabili, completi.

Tali sistemi devono anche essere economicamente e funzionalmente sostenibili, preferibilmente sinergici e tendenzialmente basati su fonti omogenee.

Miglioramento ai fini di una maggiore fruibilità dei dati

Per consentire il monitoraggio delle prestazioni erogate e la corretta correlazione con la distribuzione dei tempi d'attesa si raccomanda un'attenta compilazione del tracciato record (flusso 28/SAN e seguenti) da parte delle strutture Erogatrici secondo le indicazioni previste. In particolare si richiamano i seguenti codici identificativi del tipo di prestazione:

- codice "O" = prestazioni di carattere ordinario (da utilizzare per le prestazioni prescritte come Primo Accesso)
- codice "U" = prestazioni urgenti differibili (da utilizzare per le prestazioni in "classe A");
- codice "Z" = controlli programmati e tutte le altre prestazioni da escludere dalla rilevazione dei tempi d'attesa (da utilizzare per tutte le prestazioni richieste come "Controllo")

Per una migliore qualità, e soprattutto per una migliore fruibilità dei dati, è necessario il maggior ricorso possibile alla informatizzazione e centralizzazione delle agende a CUP, per evitare la dispersione di informazioni strutturate.

Sarà cura delle ASL l'elaborazione e l'analisi periodica dei dati derivanti dal flusso informativo e dalle rilevazioni di prevalenza sui tempi d'attesa al fine di consentire la valutazione del quadro della domanda/offerta nell'ambito degli organismi di coordinamento istituzionali oltre che nei confronti dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Sarà cura della Direzione Generale Sanità l'elaborazione e la restituzione dei dati a livello di macro-sistema per favorire la visibilità delle best practices.

In sintesi si riassumono le soglie di attenzione nella "governance" dei tempi di attesa allo stato attuale:

- ☐ I tempi obiettivo regionali ex DGR VI/47675 del 1999 sono da garantire in almeno uno dei punti aziendali di

erogazione, a prescindere da una determinata soglia % ed in riferimento alle obbligazioni contrattuali di cui alla D.G.R. VII/12287

- I tempi dell'accordo Stato – Regioni dell'11 luglio 2002.

Le prestazioni ivi indicate sono:

- RMN della colonna = tempo massimo di attesa 60 giorni
- TAC cerebrale = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Visita cardiologica = tempo massimo di attesa 30 giorni
- Visita oculistica = tempo massimo di attesa 30 giorni
- Esofagogastroduodenoscopia = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Ecografia addome = tempo massimo di attesa 60 giorni

Dal 1° luglio 2003 tale tempo deve essere garantito all'80% dei cittadini che chiedono la prestazione.

- La definizione a livello regionale di **Primi accessi e Controlli**, condivisa da uno specifico gruppo di lavoro di Direttori Sanitari AA. OO., recepita dalla D.G.R.VIII/1375 delle regole 2006e adottata nella nota applicativa conseguente, si colloca nel contesto di rendere più accessibile e trasparente il percorso del cittadino-utente.
- L'erogazione entro il primo semestre 2006 di tutti i primi accessi assolutamente non oltre i 90 gg e l'abbassamento entro i 40 gg. per i primi accessi di Risonanze, Ecografie, Tac, Visite Cardiologiche ed ECG, Visite Ortopediche.

Tali soglie stanno a rappresentare per il cittadino-utente tre livelli successivi di garanzia di certezza di ottenimento delle prestazioni.

RISULTATI SINTETICI SALIENTI OTTENUTI DAL SISTEMA REGIONALE DI MONITORAGGIO NEL 2005 (RL_MTA)
PERCENTUALI DI RISPOSTA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI OGGETTO DELLE RILEVAZIONI 2004 E 2005

SECONDO RL_MTA (Regione Lombardia _ Monitoraggio Tempi di Attesa)

	ENTRO 7 GG	ENTRO 30 GG	TRA 30 e 60 GG	OLTRE 60 GG	
2004	30,91%	70,92%	16,46%	12,62%	100%
2005	32,54%	75,48%	14,93%	9,59%	100%

alla data 20/07/2005 (Prestazioni rilevate: vedi tabella RL_MTA_Amb)

	N. PRENOTATI	N. CONFERMATI	N. DROPOUT	%
TOTALE	29.769	26.813	2.956	9,93%
di cui				
PRIVATI	13.175	11.971	1.204	9,14%
IRCCS	2.148	1.865	283	13,18%
AAOO	14.446	12.977	1.469	10,17%
	29.769	26.813	2.956	9,93%

Regione Lombardia, anno 2005, Monitoraggio dei Tempi di Attesa Ambulatoriali

Percentuali di risposta alle richieste di prestazioni nelle diverse classi di attesa espresse in giorni

CATEGORIE DI PRESTAZIONI	da 0 a 7 gg	da 8 a 30 gg	da 31 a 60 gg	da 61 a 90 gg
ECG, ECG SFORZO	42,03%	36,39%	12,78%	5,15%
ECO MAMMELLA	25,83%	45,38%	15,26%	5,74%
ECO(COLOR)DOPPLER	23,59%	49,06%	15,86%	5,48%
ECOGRAFIA & ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	20,89%	44,09%	18,72%	6,71%
ECOGRAFIA OSTETRICA	18,02%	40,03%	27,25%	10,67%
ECOGRAFIE	32,40%	45,24%	13,24%	4,93%
ELETTROENCEFALOGRAMMA	50,67%	38,46%	6,95%	2,23%
ELETTROMIOGRAFIA	23,57%	50,63%	18,18%	4,74%
GASTRO e COLON SCOPIE	18,58%	50,75%	19,38%	8,42%
MAMMOGRAFIA	26,80%	38,98%	15,05%	6,90%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	38,70%	39,37%	11,30%	5,00%
MOC	38,85%	48,53%	8,69%	2,21%
RADIOGRAFIE	61,01%	32,62%	4,95%	1,05%
RADIOTERAPIA	30,60%	28,54%	20,74%	10,68%
RMN	21,19%	52,79%	18,64%	4,62%
SPIROMETRIA	39,67%	43,38%	11,48%	3,78%
TAC	34,79%	48,20%	11,47%	3,40%
VISITA OCULISTICA	15,51%	39,28%	24,27%	11,02%
VISITA SPEC.	27,53%	44,81%	18,52%	5,71%
Totale complessivo	32,49%	42,88%	14,96%	5,30%
% cumulata	32,49%	75,37%	90,34%	95,63%

Percentuale di richieste evase entro	7 gg	30 gg	60 gg	90 gg
	32,5%	75,4%	90,3%	95,6%

2005 RL MTA: MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA RADIOTERAPIA (Codici: 92241, 92242)							
decade***	RILEVAZIONI Giugno Settembre Ottobre Novembre 2005						Casi osservati
	Classi di attesa/priorità	0-7 gg	8-30 gg	31-60 gg	61-90 gg	oltre 90 gg	TOT
giugno	N° Utenti distribuiti per classe	103187	144	63	48		545
	%	19%34%	26%	12%	9%		100%
	% cumulativa	19%53%	80%	91%	100%		
settembre	N° Utenti distribuiti per classe	117168	125	53	42		505
	%	23%33%	25%	10%	8%		100%
	% cumulativa	23%56%	81%	92%	100%		
ottobre	N° Utenti distribuiti per classe	135157	135	83	47		557
	%	24%28%	24%	15%	8%		100%
	% cumulativa	24%52%	77%	92%	100%		
novembre	N° Utenti distribuiti per classe	127154	110	82	69		542
	%	23%28%	20%	15%	13%		100%
	% cumulativa	23%52%	72%	87%	100%		
*Indice di pressione= Tot pz in lista di attesa per quella prestazione nel giorno indice							
**gg attesauomo= somma dei casi osservati x rispettivi gg di attesa							
***decade= il periodo d							

per approfondimenti vedi il Disciplinare tecnico RL_MTA radioterapia

REGIONE LOMBARDIA 2005**MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA**

Ricoveri chirurgici in elezione

tabella sinottica

	Ric1	Ric2	Ric3	Ric4	Ric5	Ric6	Ric7	
	protesi anca	cataratta	coronarogr	npl mamm	npl colon	ernie	Intervent	Giorni
			afia		retto		i	indice
							ginocchio	
Dimessi negli ultimi 10 gg	374	2.636	484	339	195	851	998	20.04.2005 *
Dimessi negli ultimi 10 gg	388	2.939	563	410	187	798	1.058	15.06.2005 *
Dimessi negli ultimi 10 gg	193	1.991	299	330	134	579	693	20.09.2005 *
Dimessi negli ultimi 10 gg	351	2.835	420	370	184	835	1.013	19.10.2005 *
Dimessi negli ultimi 10 gg	414	2.735	393	388	167	766	1.002	23.11.2005 *
Dimessi negli ultimi 10 gg (in tot 50 gg)	1.720	13.136	2.159	1.837	867	3.829	4.764	2005
25°percentile in gg	34	32	4	7	5	15	18	20.04.2005 *
	30	30	5	9	5	14	17	15.06.2005 *
	35	42	4	10	4	12	24	20.09.2005 *
	34	30	6	8	5	15	19	19.10.2005 *
	44	31	6	10	4	15	20	23.11.2005 *
Mediana in gg	66	63	14	13	9	30	33	20.04.2005 *
	57	56	15	17	9	26	33	15.06.2005 *
	69	70	12	22	9	30	46	20.09.2005 *
	77	68	15	15	8	26	31	19.10.2005 *
	82	53	15	18	9	29	34	23.11.2005 *
	163	130	36	29	18	75	75	20.04.2005 *
80°percentile in gg	136	111	35	33	20	61	83	15.06.2005 *
	133	122	42	42	20,8	76	88,6	20.09.2005 *
	159	129	27	27	19	85	89	19.10.2005 *
	168	123	29	30	20	64	74	23.11.2005 *

90°percentile in gg	227	165	59	41	25	157	124	20.04.2005 *
	222	151	57	46	29	133	116	15.06.2005 *
	150	173	64	55	30	120	118	20.09.2005 *
	218	180	43	39	25,7	145	124	19.10.2005 *
	243	174	41	36	26	137	128	23.11.2005 *
MEDIA gg	99	79	24	20	12	54	51	20.04.2005 *
	92	74	26	23	13	48	54	15.06.2005 *
	85	86	28	27	15	53	61	20.09.2005 *
	103	85	21	20	13	54	54	19.10.2005 *
	111	78	26	21	13	52	55	23.11.2005 *

* secondo

RL_MTA_ricoveri