



Regione Lombardia
IL CONSIGLIO

I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA



**Missione valutativa
promossa dal
Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione
e dalla III Commissione consiliare**

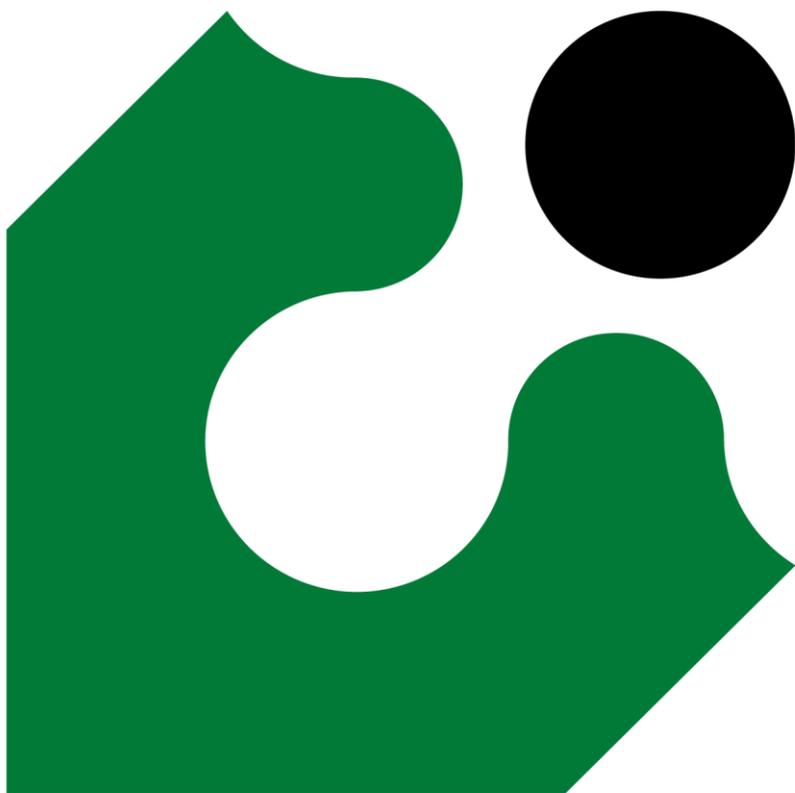
Missione Valutativa n. 13/2017



**Missione valutativa
I tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali
in Lombardia**

Codice: RES17006

luglio 2018



Missione valutativa

Il documento è prodotto nell'ambito della ricerca (cod. RES17001) affidata a Éupolis Lombardia dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione di Presidenza del Consiglio regionale della Lombardia. Con il 1 gennaio 2018 PoliS-Lombardia, Istituto regionale per il supporto alle politiche della Lombardia, subentra ad Éupolis Lombardia - Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione a seguito dell'accorpamento di ARIFL - Agenzia regionale per l'istruzione, la formazione e il lavoro (Legge Regionale 10 agosto 2017, n. 22).

Consiglio regionale della Lombardia

Dirigente di riferimento: Elvira Carola

PoliS-Lombardia

Dirigente di riferimento: Alessandro Colombo

Project Leader: Daniela Gregorio

Gruppo di ricerca:

Daniela Gregorio, Erika Rosa Cappelletti, Federica Nicotra, PoliS-Lombardia; Francesco Auxilia, Silvana Castaldi e Marta Marsilio, Università degli Studi di Milano.

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

INDICE

LA MISSIONE VALUTATIVA: NATURA, OBIETTIVI, METODO E STRUTTURA	7
La natura	7
Gli obiettivi	7
Il metodo	8
La struttura	8
1. LA PROBLEMATICHE DEI TEMPI DI ATTESA	11
1.1 Gli elementi base di un problema comune	11
1.2 L'eccesso di domanda di servizi sanitari	13
1.3 Liste di attesa, tempi di attesa	14
1.4 Le principali determinanti	15
1.4.1 Il comportamento dell'utenza	15
1.4.2 L'approccio prescrittivo dei medici	17
1.4.3 Fattori di sistema	17
1.5 I costi dell'attesa	17
1.6 Le possibili soluzioni	19
2. GLI INTERVENTI NORMATIVI E ORGANIZZATIVI PER IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA	31
2.1 Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012	31
2.2 Il Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA): le principali delibere	32
2.3 Il sistema di prenotazione	38
2.4 Il sistema di monitoraggio dell'offerta sanitaria ambulatoriale – il MOSA	43
2.5 Unificazione delle agende e gestione trasparente dei sistemi di prenotazione	45
2.5.1 Organizzazione aziendale	46
2.6 Provvedimenti per le prestazioni critiche	46
2.7 Presa in carico del paziente cronico e fragile	47

3. I TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA: LA SITUAZIONE DALLE FONTI PRINCIPALI ...	49
3.1 Le prestazioni ambulatoriali	49
3.2 Volumi e tempi per le prestazioni ambulatoriali ex Flussi 28/SAN	54
3.3 Il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali da parte delle ATS.....	69
3.3.1 ATS Bergamo	69
3.3.2 ATS Brescia.....	70
3.3.3 ATS Brianza	75
3.3.4 ATS Insubria.....	79
3.3.5 ATS Milano	80
3.3.6 ATS Montagna.....	88
3.3.7 ATS Pavia.....	90
3.3.8 ATS Val Padana	92
4. L'ANALISI QUALITATIVA DELLA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA NELLE ATS LOMBARDE	97
Introduzione sul metodo e struttura del capitolo	97
4.1 I Canali di prenotazione	98
4.2 Modalità di programmazione dell'offerta.....	99
4.3 Modalità di effettuazione del monitoraggio.....	100
4.4 Modalità di valutazione dell'appropriatezza.....	102
5. L'ANALISI QUALITATIVA DELLA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA IN 8 ASST LOMBARDE.....	109
5.1 Il sistema di prenotazione	109
5.1.1 I canali di prenotazione.....	109
5.1.2 Il prescrittore.....	111
5.1.3 Fruizione di prestazioni ad accesso diretto (con e senza prescrizione). ...	112
5.1.4 L'organizzazione del CUP aziendale.....	113
5.1.5 La programmazione delle agende e le leve per la loro gestione.....	114
5.1.6 La prevenzione dei «no show»	115
5.1.7 Il grado di trasparenza sulle liste di attesa	116

5.1.8	Le prestazioni più critiche da governare per le liste di attesa.....	118
5.1.9	La prenotazione del follow-up.....	119
5.2	Erogazione	121
5.2.1	Le modalità di organizzazione degli ambulatori	121
5.2.2	Il personale coinvolto	123
5.2.3	Gli strumenti di monitoraggio del percorso del paziente ambulatoriale...	123
5.2.4	I ruoli e le responsabilità sulla gestione degli ambulatori e del paziente ambulatoriale	126
5.3	Refertazione	127
6.	LE SPERIMENTAZIONI PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA E IL PESO DELLA LIBERA PROFESSIONE	131
6.1	Il progetto Ambulatori Aperti - D.G.R. n. X/1846 del 16/05/2014	131
6.2	Il peso e ruolo dell'Attività libero-professionale intramuraria (ALPI).....	134
7.	LA COMUNICAZIONE AI CITTADINI.....	139
7.1	Modalità di comunicazione ai cittadini da parte delle ATS	139
7.2	La valutazione dei siti web	140
7.3	I risultati della valutazione dei siti web	143
8.	EVOLUZIONE DEL SISTEMA: LA GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO.....	149
8.1	Modalità di monitoraggio e valutazione dell'impatto del nuovo modello di presa in carico nelle ATS.....	149
8.2	Modalità di monitoraggio e valutazione dell'impatto del nuovo modello di presa in carico nelle ASST	150
	CONCLUSIONE: SPUNTI PER UNA RIFLESSIONE DI POLICY ...	155
	Una questione di fondo	155
	Governo della domanda	156
	Governo dell'offerta	157
	GLOSSARIO	161
	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	165

Missione valutativa

LA MISSIONE VALUTATIVA: NATURA, OBIETTIVI, METODO E STRUTTURA

La natura

Il Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione (CPCV), d'intesa con la III Commissione come previsto dal Regolamento generale del Consiglio (art. 111), ha promosso una missione valutativa sui tempi di attesa per l'accesso alle cure sanitarie in Lombardia e sulle misure regionali per contenerli.

Gli obiettivi

Gli obiettivi e le domande di ricerca. Lo scopo dell'attività di ricerca è conoscere i tempi di attesa sostenuti dai cittadini lombardi per accedere alle cure sanitarie e gli esiti degli interventi attivati da Regione Lombardia. In particolare, la missione ha avuto ad oggetto la specialistica ambulatoriale e si è posta una serie di quesiti riconducibili a tre aspetti generali:

1. ricostruzione e analisi di contesto - rappresentare la situazione attuale dei tempi di attesa in Lombardia;
2. esiti delle misure attivate - informare sui risultati delle misure regionali già attuate e sullo stato di implementazione raggiunto dalle nuove azioni;
3. trend delle prestazioni - approfondire le dinamiche in atto nell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Nel dettaglio, i quesiti cui si è cercato di rispondere, sono i seguenti:

1. Ricostruzione e analisi di contesto

1.1 Rilevazione sintetica generale

1.1.1 Quanto attendono i cittadini lombardi per ottenere prestazioni di specialistica ambulatoriale?

1.1.2 In che misura accedono nei tempi massimi garantiti in Regione per i primi accessi?

1.2 Il territorio, le prestazioni, i soggetti

1.2.1 Quali differenze emergono per territorio, classe di priorità, specialità di cura, natura pubblica e privata dell'offerta e perché?

1.3 La gestione

1.3.1 Viene attuato quanto previsto?

1.3.2 Quali differenze si notano?

1.3.3 Quali ragioni spiegano queste dinamiche?

1.3.4 Qual è il concorso dell'attività intramuraria al volume complessivo delle prestazioni rese e quale andamento presenta?

1.4 La regolazione

1.4.1 Qual è oggi l'organizzazione delle attività di controllo dei tempi di attesa e la gestione delle relative inadempienze?

1.4.2 Quale è l'applicazione delle disposizioni del PRGLA?

1.4.3 Quali evoluzioni potrebbe determinare la riforma sanitaria?

2. Esiti delle misure attivate

Missione valutativa

2.1 Ambulatori aperti: elementi per un primo bilancio

2.1.1 Quali risultati ha prodotto “Ambulatori Aperti” in termini di incremento di offerta, adesione all’iniziativa, tipologia di prestazione e di prolungamento d’orario offerta, e con quali differenze sul territorio?

2.1.2 Quale l’andamento della domanda negli anni di attuazione e quali le ricadute sui tempi di attesa offerti dalle strutture partecipanti?

2.2 I risultati, le innovazioni e le iniziative in corso

2.2.2 Qual è lo stadio di implementazione raggiunto dalle nuove misure avviate nel 2017 e quali eventuali difficoltà possono profilarsi, anche alla luce delle sperimentazioni già in corso?

2.3 L’informazione al cittadino

2.3.1 Qual è il livello di uniformità e di accessibilità ai tempi di attesa presente sui siti web delle ATS lombarde, in termini di immediatezza di accesso, completezza informativa e facilità di orientamento per i cittadini?

3. Trend delle prestazioni

3.1 Segnali di cambiamento

3.1.1 Come varia il volume di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche erogate negli anni 2015 e 2016 per territorio, tipo di attività, contesto di erogazione, natura giuridica degli erogatori?

3.1.2 Quali ragioni spiegano queste dinamiche?

3.1.3 Qual è il concorso dell’attività intramuraria al volume complessivo delle prestazioni rese e quale andamento presenta?

Il metodo

Il percorso di indagine è stato organizzato utilizzando i seguenti strumenti e metodi:

- analisi desk e sistematizzazione della letteratura scientifica e della normativa a livello nazionale e regionale;
- analisi dei flussi relativi alle prestazioni ambulatoriali e dei dati connessi ai tempi di attesa e loro elaborazione in base a tipo di prestazioni, struttura erogatrice e ATS di appartenenza;
- indagine *ad hoc* realizzata attraverso interviste qualitative a Direttori generali delle ATS e di un campione di otto ASST, scelte all’interno di ciascuna ATS. Nel dettaglio, si è predisposto un set di domande semi strutturate in merito alle modalità di monitoraggio dei tempi di attesa e all’adozione di soluzioni organizzative innovative per l’ottimizzazione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali;
- costruzione di una *check list* per la valutazione dei siti web delle ATS e ASST: accessibilità, aggiornamento, fruibilità e monitoraggio nel tempo;
- analisi e *benchmark* dei risultati e formulazione di indicazioni sulle *best practices* in ambito regionale.

La struttura

La struttura del documento non segue esattamente i tre ambiti e i quesiti relativi cui si è cercato di rispondere. Il rapporto è organizzato per essere fruito da consiglieri regionali, che

hanno gradi di conoscenza differenziati e, quindi, si cerca di non dare nulla per scontato e di contestualizzare sia il fenomeno, sia i tentativi di risposta alle domande.

I primi due capitoli fungono da introduzione conoscitiva e informativa: nel **primo capitolo** si descrive il fenomeno nei suoi elementi strutturali: i trend costanti e le determinanti. Sono gli elementi da considerare in termini generali per una valutazione globale di un fenomeno così sensibile; il capitolo termina con una sintetica illustrazione dei modelli di soluzione al problema. Il **secondo capitolo** presenta i riferimenti normativi, i provvedimenti e gli strumenti di programmazione e organizzativi sia a livello nazionale, sia regionale. L'obiettivo consiste nel dare al lettore conoscenza generale degli elementi essenziali relativi agli obblighi, alle iniziative, strumenti e processi gestionali che caratterizzano la problematica in Italia e Lombardia.

Il **terzo capitolo** descrive lo stato dell'arte delle prestazioni erogate e dei tempi d'attesa, così come emerge dalle fonti amministrative (open data, flusso informativo 28/san) e dalle interviste in loco. In particolare, per gli anni 2016 e 2017: il numero complessivo delle prestazioni erogate, i tempi di attesa (minimi, massimi e medi) per prestazione soggette al monitoraggio in Regione Lombardia e per ATS di riferimento. Viene poi dato conto dei risultati che emergono dagli strumenti di monitoraggio delle ATS per i differenti territori.

Il quarto e quinto capitolo riportano gli esiti della ricognizione svolta rispettivamente presso le otto ATS e otto ASST.

In particolare nel **quarto capitolo** sono indagati i metodi di programmazione, monitoraggio e valutazione dell'appropriatezza effettuato dalle diverse ATS. Nello specifico, attraverso una traccia semi-strutturata (vedi Allegato 3) sono stati intervistati¹ i Direttori Generali delle otto ATS. I temi hanno cercato di coprire le aree cui le domande di ricerca della missione (cfr. Introduzione) facevano riferimento.

Il **quinto capitolo** riporta gli esiti della ricognizione svolta presso le otto ASST. Sebbene in fase progettuale non fosse previsto un approfondimento sulle modalità di gestione delle liste di attesa da parte delle ASST, nel corso dell'attività di ricerca si è ravvisata l'opportunità di un affondo anche a questo livello così da poter disporre di un quadro conoscitivo più completo.

In particolare si dettagliano le azioni poste in essere e i risultati relativi alle tre fasi principali: la prenotazione, l'erogazione e la refertazione.

Si è predisposta una traccia semi strutturata (vedi Allegato 4) per intervistare i Direttori Generali di un campione di ASST², individuate una per ogni ATS. L'obiettivo è consistito nel rilevare i

¹ Le interviste sono state condotte nei mesi di gennaio-febbraio 2018. In alcuni casi le aziende hanno messo a disposizione materiale integrativo (note alla traccia dell'intervista, documenti aziendali relativi alla programmazione, ecc.). Inoltre l'analisi è stata arricchita dall'esame dei Programmi attuativi aziendali per il contenimento dei tempi d'attesa, approvati a gennaio 2018.

² Le interviste condotte nel mese di gennaio hanno coinvolto i Direttori Generali dell'ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo (di seguito ASST di Bergamo), ASST degli Spedali Civili di Brescia (di seguito ASST di

modelli di gestione (tradizionali ed innovativi) delle attività di specialistica ambulatoriale (prima visita per *outpatient* in regime di SSN e di libera professione), valutando l'esistenza di eventuali percorsi preferenziali per la popolazione cronica e/o fragile. L'analisi si è concentrata sulle tre principali macro fasi che compongono il percorso del paziente ambulatoriale, quali: prenotazione, erogazione (accesso diretto vs accesso programmato), refertazione.

Per ciascuna sezione di entrambi i capitoli viene fornita una tabella sintetica di riepilogo.

Il **sesto capitolo** propone una valutazione degli esiti delle misure attivate da Regione al fine di ridurre il fenomeno delle liste d'attesa. In particolare, sono state analizzate due aspetti: "Ambulatori Aperti", ormai giunta al quinto anno di attivazione, secondo gli elementi che le otto ATS rilevano. La seconda dimensione riguarda l'attività intramuraria, che i dipendenti possono svolgere nell'azienda fuori dall'orario di lavoro con prestazioni pagate dai pazienti. Questa seconda dimensione è rilevante – come intuitivo – per l'equilibrio della offerta per le liste di attesa.

I dati a disposizione tuttavia, non hanno consentito un'analisi complessiva, anche dei costi sostenuti per l'attuazione del progetto ambulatori aperti. Per indagare le attività svolte nei territori si è quindi fatto ricorso alle informazioni rilevate attraverso le interviste ai direttori generali delle ATS.

Nel **settimo capitolo** viene proposta una analisi dei siti web delle ATS, effettuata allo scopo di osservare il livello informativo e la facilità di accesso e navigazione garantiti ai cittadini. È stata effettuata una indagine quali-quantitativa con l'obiettivo di: a) valutare la pubblicazione delle informazioni riguardanti i tempi di attesa; b) formulare un giudizio sulla qualità e fruibilità di tali informazioni attraverso una apposita griglia di valutazione.

Nell'**ottavo capitolo** si propone una valutazione del possibile impatto sulle liste d'attesa della adozione dei provvedimenti di riforma connessi alla legge regionale 23/2015 e alle successive delibere. La fonte è ancora una volta l'intervista effettuata ai direttori generali delle otto ATS.

La **conclusioni** propongono in maniera strutturata spunti di riflessione per l'implementazione di aggiustamenti, verifiche o miglioramenti, così come emergono nei diversi capitoli. L'obiettivo non è certamente definire o imporre ai policy maker linee di intervento. Piuttosto quello di fornire ai decisori una sistematica (anche se non esaustiva, ma esemplificativa) rassegna degli spunti presenti, direttamente o indirettamente, nel testo.

Chiude il testo un piccolo **glossario** che si propone di riferimento per la conoscenza di alcuni aspetti tecnici e la **bibliografia e sitografia**.

Brescia); ASST dei Sette Laghi, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (di seguito ASST Niguarda, ASST della Valtellina e Alto Lario, ASST di Pavia, ASST di Cremona.

1. LA PROBLEMATICA DEI TEMPI DI ATTESA

Questo capitolo inquadra la problematica dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie ambulatoriali. In particolare, sono presentati gli elementi da considerare in termini generali per una valutazione globale di un fenomeno così sensibile; il capitolo termina con una sintetica illustrazione dei modelli di soluzione al problema.

1.1 Gli elementi base di un problema comune

Il problema dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è presente in tutti gli Stati dove sussiste un Sistema Sanitario universalistico che offre un livello minimo di assistenza al cittadino.

Lo stesso Ministero della Salute italiano descrive questo fenomeno come “uno dei punti più critici dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l’accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare”. Per questo, l’abbattimento dei tempi di attesa costituisce uno degli obiettivi prioritari del SSN e l’erogazione dei servizi, entro tempi appropriati rispetto alla patologia ed alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA), così come definiti dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001 e dal D.P.C.M. del 12 gennaio 2017³.

Le liste di attesa per l’erogazione delle prestazioni sanitarie si generano laddove esiste un disallineamento fra la domanda (la richiesta delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini) e l’offerta (numero di esami e visite che il sistema sanitario è in grado di erogare).

Il fenomeno è in parte legato alla scarsità di fondi da destinare all’incremento dell’offerta, ma, anche, e soprattutto, ad un utilizzo non razionale delle risorse disponibili (pianificazione e programmazione dell’offerta) e all’applicazione un modello di gestione del ciclo dell’erogazione delle prestazioni (prescrizione, prenotazione ed erogazione) non sempre ottimale.

I pazienti che usufruiscono di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (*outpatient*) sono utenti di servizi sanitari per i quali le condizioni di salute ed i dovuti trattamenti diagnostici e terapeutici non necessitano di un ricovero ospedaliero di più giorni, ma di accessi che si concludono al massimo nell’arco della giornata. La definizione di assistenza specialistica ambulatoriale comprende dunque diversi atti clinico-assistenziali di natura diagnostica e/o terapeutica e, in particolare:

- visite ambulatoriali specialistiche;

³ Per un’analisi approfondita della normativa nazionale si rimanda all’Allegato 1 in Appendice.

Missione valutativa

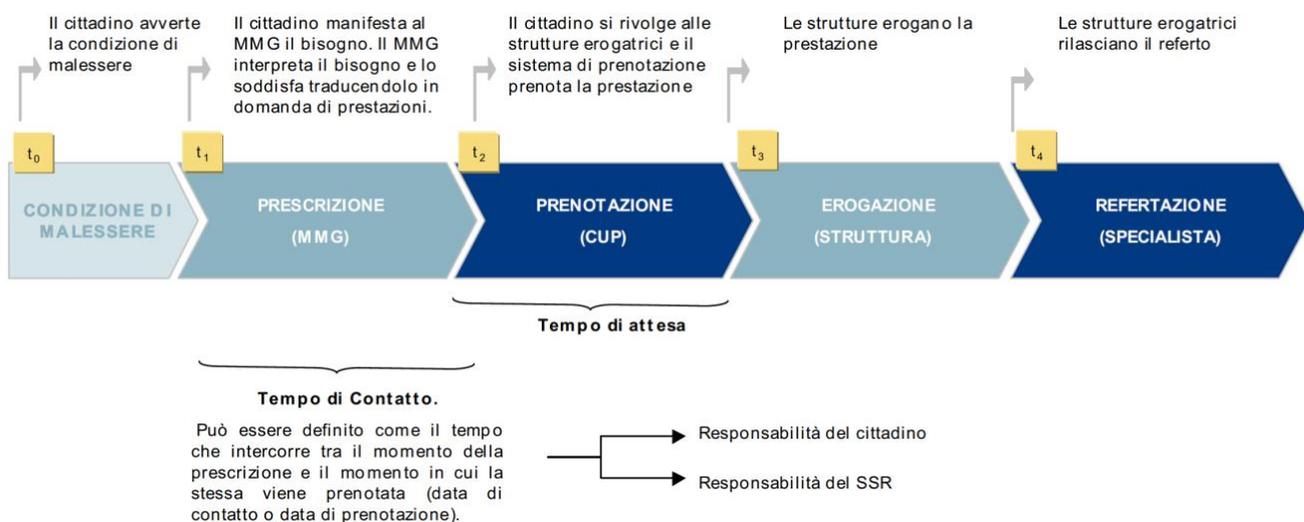
- prestazioni di laboratorio;
- prestazioni di diagnostica per immagini;
- prestazioni riabilitative e terapeutiche.

Il percorso del cittadino che necessita di una prestazione ambulatoriale può essere semplificato come una successione di cinque momenti fondamentali (Figura 1.1):

- t0: il cittadino identifica un problema di salute e si rivolge al proprio medico;
- t1: il medico effettua una prescrizione per una prestazione ambulatoriale;
- t2: il paziente ottiene la prenotazione per la prestazione;
- t3: avviene l'effettiva erogazione della prestazione;
- t4: lo specialista predispone la refertazione.

Viene generalmente considerato “tempo di attesa” l'intervallo fra t2 (prenotazione) e t3 (erogazione), che rappresentano le componenti più significative del percorso e sono come tali percepite anche dal cittadino. Tuttavia, anche l'intervallo fra t1 (prescrizione) e t2 (prenotazione), definito come “tempo di contatto” può dipendere da forti criticità del sistema (tempi lunghi in molte sedi che costringono il cittadino ad una lunga ricerca, scarse informazioni sugli erogatori e sulle modalità di accesso), oltre che da comportamenti discrezionali del singolo paziente (sottovalutazione del problema, impegni personali, difficoltà di spostamento).

Figura 1.1 Percorso del cittadino per le prestazioni ambulatoriali: dalla manifestazione del problema al ritiro del referto.



Fonte: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Progetto Mattone “Tempi di attesa”, Principi generali e proposte operative - Relazione conclusiva (2006)

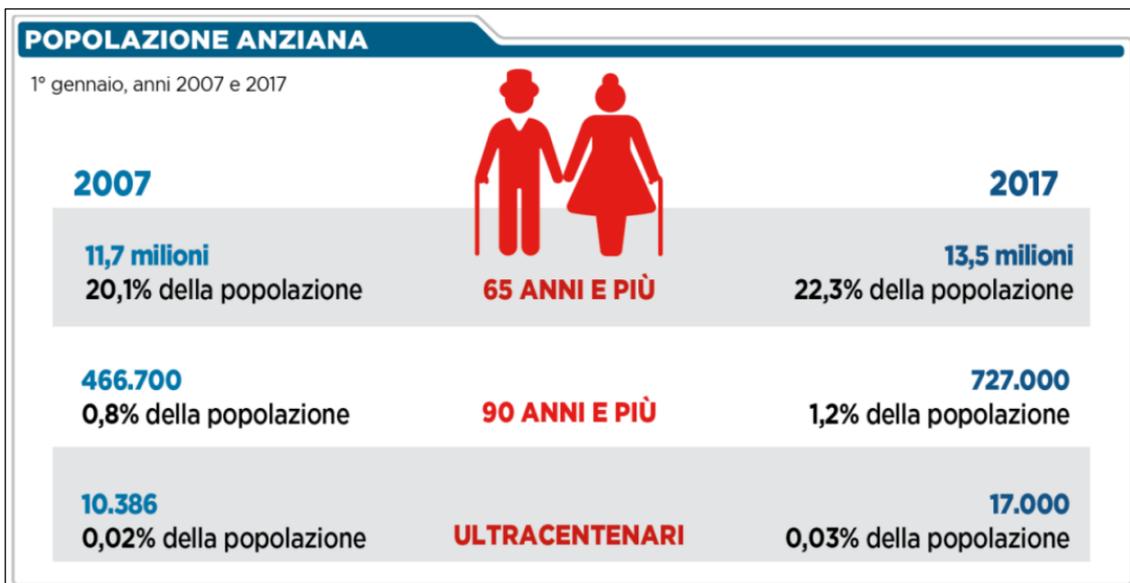
1.2 L'eccesso di domanda di servizi sanitari

I concetti di domanda ed offerta in sanità non trovano un automatico allineamento, come avviene solitamente in altri ambiti dell'economia, in particolare nell'ambito dell'economia e gestione dei servizi. L'offerta di servizi sanitari è sempre alla "rincorsa" della domanda che tende ad aumentare e a non farsi "raggiungere".

Molteplici sono i fattori determinanti un continuo aumento di domanda sanitaria, in particolare:

- le continue innovazioni in ambito sanitario (aggiornamenti della tecnologia e sviluppo di nuovi trattamenti);
- il progressivo invecchiamento della popolazione, associato ad una sempre maggior prevalenza di malattie croniche con bisogni assistenziali complessi;
- l'aumento della consapevolezza dello stato di salute da parte della popolazione, nonché l'insorgenza di nuove necessità sanitarie all'aumentare delle conoscenze scientifiche;
- la settorialità dell'attuale Servizio Sanitario, basato su un modello "provider-centered" e segmentato fra più "super-specializzazioni", che implica per pazienti con bisogni assistenziali complessi la necessità di prenotare più appuntamenti, spesso in date e luoghi diversi.

Figura 1.2 La popolazione anziana in Italia



Fonte: ISTAT 2017.

I sistemi sanitari dei paesi industrializzati si trovano a fronteggiare questa pressione crescente della domanda con risorse finanziarie pubbliche, sempre più limitate, a causa di stringenti vincoli di bilancio. D'altro canto, l'organizzazione del SSN italiano comporta, per i cittadini, la possibilità di incorrere nella stessa incoerenza logica descritta da Buchanan per il National Health Service britannico:

- da un lato, come contribuenti e agendo attraverso i propri rappresentanti politici, tengono in gran considerazione il costo dei beni e servizi sanitari;
- dall'altro, agendo individualmente come pazienti/consumatori, essendo tutelati dal Sistema, sono soggetti a **rischio morale** in quanto tendono ad alimentare la domanda (diretta o mediata dal medico) fino al punto di saturazione e ben al di sopra di quanto previsto dal pagante sulla base di considerazioni di appropriatezza ed efficacia.

La natura stessa della domanda, dominata da scelte private e dell'offerta, strutturata in base a scelte pubbliche, determina quindi un costante squilibrio in favore della prima, che comporta una congestione per alcuni servizi sanitari. Quando la domanda di cura supera la capacità di offerta, gli utenti vengono inseriti nelle cosiddette “**liste di attesa**”.

1.3 Liste di attesa, tempi di attesa

Benché strettamente correlati fra loro ed utilizzati spesso in modo interscambiabile, “liste di attesa” e “tempi di attesa” indicano in realtà concetti molto differenti.

Con il termine **lista di attesa** si indica un elenco che esprime la numerosità della domanda registrata per una prestazione sanitaria in rapporto al tempo di soddisfacimento della domanda stessa (vale a dire il numero di pazienti che, ad un dato momento, deve ancora ricevere la prestazione).

Il **tempo di attesa**, invece, si riferisce al tempo necessario a soddisfare la richiesta dell'utente in lista (il tempo che intercorre fra prenotazione ed erogazione della prestazione) e fornisce una misura dell'accessibilità al servizio da parte dei cittadini.

Al singolo paziente interessa, quindi, non tanto la lunghezza della lista di attesa in sé, quanto il tempo che dovrà attendere per ricevere una determinata prestazione.

Nella definizione “tempo di attesa” sono inclusi due diversi momenti del percorso del paziente dalla prenotazione all'effettiva erogazione della prestazione: tempo di accesso e tempo di processo (o, secondo le rispettive definizioni di Gupta & Denton, tempo di attesa indiretto e diretto):

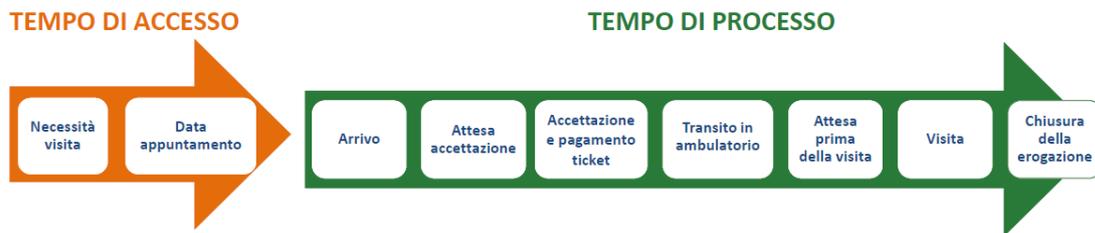
- il **tempo di accesso** rappresenta il tempo intercorso fra la richiesta della prestazione da parte dell'utente e la data fissata per l'erogazione (ordine di grandezza: giorni);
- il **tempo di processo** è la differenza fra l'orario indicato al paziente per l'appuntamento (o il suo arrivo effettivo in ambulatorio, se in ritardo) e l'orario in cui viene effettivamente servito dallo specialista (ordine di grandezza: minuti) (Figura 1.3).

Se il tempo di processo viene più che altro percepito come un inconveniente per il paziente, tempi di accesso eccessivamente lunghi possono costituire un serio problema di sanità pubblica. In realtà, è chiaro che i tempi di processo impattano in misura non indifferente sull'efficienza

dell'erogazione del servizio e dunque sulle possibilità di smaltimento della lista di attesa, con ripercussioni positive anche sui tempi di accesso.

Ad ogni modo, nel presente documento l'attenzione verrà focalizzata sulle tempistiche di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e la definizione di "tempi di attesa" sarà utilizzata in senso lato per indicare unicamente queste ultime.

Figura 1.3 Percorso del paziente dalla prenotazione all'effettiva erogazione della prenotazione.



Fonte: Gupta D, Denton B. *Appointment scheduling in health care: Challenges and opportunities. IIE Transactions* 2008.

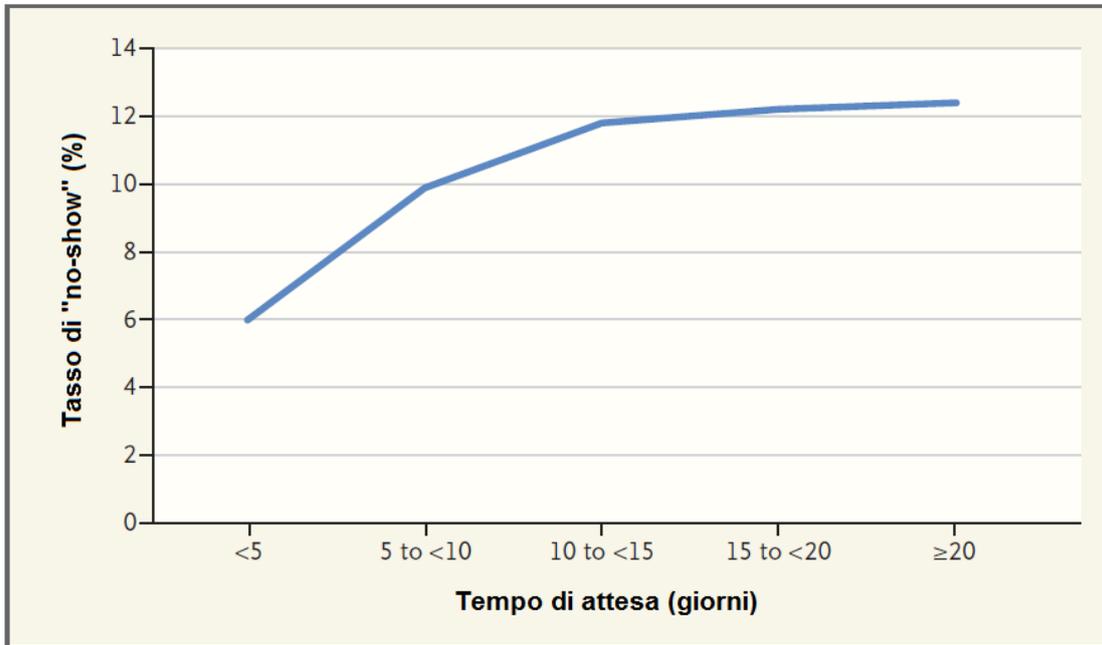
1.4 Le principali determinanti

I fattori che incidono sulle dinamiche dei tempi di attesa sono riconducibili a tre macro-variabili: il comportamento dell'utenza, l'approccio prescrittivo dei medici ed alcuni fattori di sistema.

1.4.1 Il comportamento dell'utenza

La maggior criticità determinata dal comportamento dei pazienti si configura nel fenomeno del **drop-out**, o **"no-show"**. Con questo termine si indica la situazione di mancata presentazione all'appuntamento di cittadini già prenotati senza informare la struttura della decisione presa. Il problema assume, spesso, una dimensione consistente (da un minimo del 10% a punte del 50% delle prenotazioni). È evidente come questa situazione impatti negativamente sull'organizzazione e programmazione delle attività. Al contempo, in un perfetto circolo vizioso, il rischio di "no-show" è tanto maggiore quanto più lunghi sono i tempi di attesa (Figura 1.4).

Figura 1.4 Associazione statisticamente significativa fra tempi di attesa per le prestazioni sanitarie e tassi di "no-show"



Fonte: Ryu & Lee. *N Engl J Med.* 2017 Jun 15; 376 (24): 2309-11.

Fra le cause più frequenti del fenomeno si riconoscono: la cessazione del problema che aveva indotto la richiesta, la scelta di un altro erogatore pubblico con un tempo inferiore, la scelta di rivolgersi al privato a pagamento, il decesso del paziente.

Strettamente correlata a questo fenomeno è anche l'abitudine dei cittadini di effettuare **prenotazioni multiple** presso diversi erogatori, senza poi informare gli stessi della propria scelta di recarsi in una sola sede.

Spesso accade anche che i pazienti rifiutino la soluzione proposta con tempo minore e preferiscano attendere anche tempi lunghi per ragioni di:

- **vicinanza** o facilità di accesso/trasporto della sede preferita rispetto a quella proposta;
- predilezione per uno specifico specialista o struttura, per ragioni di **fiducia**, **continuità** assistenziale o offerta di un percorso di cura integrato.

Altro fattore è la **pressione dei pazienti informati dai media/internet**. Nei Paesi industriali avanzati, il valore attribuito alla salute è sempre maggiore. In una connotazione negativa, questo comporta l'instaurarsi di una logica caratterizzata dall'ansia di ricevere sempre più informazioni sul proprio attuale stato di salute ed il bisogno di ricevere farmaci o cure, cercando spesso anche di bypassare l'azione di filtro del curante. Questi comportamenti, per certi versi "intrinseci" al mutare dei valori e dei bisogni della nostra società, sono molto influenzati dai mezzi di informazione (stampa, televisione, internet, etc.) e inducono, in un meccanismo perverso, un

incremento della richiesta non motivata di accertamenti, in termini sia quantitativi (maggior numero di richieste) che qualitativi (prestazioni sempre più complesse), ad alto rischio di inappropriatezza.

1.4.2 L'approccio prescrittivo dei medici

L'**inappropriatezza prescrittiva** dei medici (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali od ospedalieri) è ritenuta in letteratura una delle cause maggiori dell'eccesso di domanda e, conseguentemente, dei lunghi tempi di attesa. A questa problematica concorrono:

- la stessa impostazione della formazione universitaria dei medici, accusata di essere troppo concentrata sulla logica diagnostica (con eccesso di indagini, spesso non motivate laddove non cambino la gestione e la storia clinica del paziente) e con poca considerazione per la gestione del paziente nel suo complesso;
- il notevole sviluppo scientifico e tecnologico degli ultimi decenni e la relativa spinta alla parcellizzazione del sapere (e del paziente);
- la frequente mancanza di modalità condivise di organizzazione dei percorsi diagnostici e/o terapeutici (linee guida, profili, percorsi ecc.) ispirati a principi di *Evidence-Based Medicine*.

1.4.3 Fattori di sistema

Le maggiori criticità si riscontrano a livello di:

- **offerta insufficiente**: carenze nella quantità di professionisti o di centri deputati alle attività, specialmente sul territorio, ma anche carenze quantitative o qualitative rispetto alle tecnologie disponibili; esaurimento dei budget stabiliti negli ultimi mesi dell'anno;
- **carenze organizzative**: eccessiva concentrazione delle attività diagnostiche nell'ospedale ed inadeguata integrazione tra ospedale e territorio;
- **gestione non ottimale delle liste**: scarsa trasparenza, inadeguata integrazione dei CUP.

1.5 I costi dell'attesa

Il tempo di attesa per la prestazione specialistica ambulatoriale rappresenta un importante indicatore di accesso alle cure. Si tratta, infatti, della fase precedente l'incontro con lo specialista o l'esecuzione di un test di approfondimento diagnostico, quel momento in cui la malattia non è ancora del tutto caratterizzata in cui, potenzialmente, si manifestano i maggiori rischi per la salute correlati all'attesa.

In un Sistema Sanitario che preveda unicamente il razionamento implicito della domanda rappresentato dai tempi di attesa, con una gestione delle liste secondo un modello di accesso

“*first come-first served*”, l’attesa per la prestazione sanitaria pubblica può determinare per l’utente sia un *costo opportunità del tempo*, sia una potenziale riduzione del beneficio di salute ottenibile dalla prestazione stessa.

Il **costo opportunità del tempo**, che non sempre è direttamente correlato al livello di capacità economica, include i costi legati alla forzata interruzione delle attività di lavoro (mancato reddito), di studio o di tempo libero; i costi legati al tempo richiesto per fruire della prestazione (viaggio, tempo di processo, etc.); costi “di ansietà” legati sia al prolungarsi dell’attesa, sia all’incertezza del momento esatto in cui sarà possibile accedere alla prestazione, che generano frustrazione ed insoddisfazione verso il Sistema.

Durante il tempo di attesa la condizione del paziente può peggiorare, migliorare spontaneamente o rimanere immutata fino all’erogazione della prestazione. Per patologie di lievi entità, il cui decorso si rivela positivo anche in assenza di intervento sanitario, dopo un certo tempo la prestazione potrebbe non essere più necessaria o potrebbe determinare benefici molto ridotti, senza che comunque si determini un peggioramento della salute del paziente. Vi possono però essere casi in cui l’attesa di una prestazione che si prolunga oltre una determinata soglia temporale può determinare una **riduzione del beneficio di salute** (maggior durata del dolore o disabilità, maggior rischio di una riduzione permanente dello stato di salute). Questo è il caso delle prestazioni diagnostiche che, a fronte di particolari sintomi del paziente, si rendono necessarie per accertare la presenza o meno di patologie gravi (neoplasie, malattie cardiovascolari, etc.) oppure delle terapie alle quali il paziente deve sottoporsi con tempestività dopo l’accertamento di una patologia con un certo livello di gravità. In realtà, questa criticità è mitigata nei Sistemi Sanitari odierni, in cui la gravità stessa del quadro clinico indirizza verso l’attribuzione ad una specifica classe di priorità per l’erogazione della prestazione in tempi congrui.

In relazione a questi due aspetti, è stata rilevata nella popolazione italiana anche una disparità nell’accesso alle cure secondo un gradiente socio-economico, come dimostrato da un recente studio di Landi et al. basato su rilevazioni ISTAT del 2013. In particolare, è stato rilevato come persone con istruzione e risorse economiche inferiori presentano un rischio più elevato di fronteggiare tempi di attesa maggiori per visite specialistiche, test diagnostici e interventi chirurgici, tutti elementi associati alla minore probabilità di intervento precoce e al maggior rischio di mortalità. Questo gradiente socioeconomico può essere ricondotto al cosiddetto potere di *advocacy*: in particolare, il soggetto con basso livello socio-economico potrebbe avere difficoltà nello spiegare correttamente al curante la propria condizione di salute per il riconoscimento della giusta priorità, nell’interfacciarsi con il sistema in modo attivo e informato, nell’aver piena coscienza dei propri diritti e nell’esercitare pressioni in caso di ritardi ingiustificati; inoltre, potrebbe risiedere in un’area meno fornita dal punto di servizi sanitari facilmente raggiungibili. Il tempo di attesa si configura, quindi, come un “prezzo non monetario” che rischia di intaccare l’equità nell’accesso alle cure, che è principio cardine del Sistema Sanitario Nazionale italiano.

1.6 Le possibili soluzioni

Due tratti fondamentali di un sistema sanitario forte sono l'accessibilità ed i brevi tempi di attesa per le prestazioni. Per questo, il governo delle liste di attesa costituisce uno dei più importanti ed urgenti problemi di politica sanitaria, non solo in Italia, ma anche in tutti i Paesi economicamente sviluppati. A questo scopo, sono state messe in atto diverse possibili politiche per il governo dei tempi di attesa, suffragate da modelli matematici e da riscontri empirici nella letteratura nazionale ed internazionale e, in particolare, dei Paesi membri dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).

1.6.1 Il governo della domanda

Gli strumenti attivi di controllo della domanda (Tabella 1.1) offrono reali soluzioni alternative al problema e si suddividono in:

- **diretti**, volti a governare la domanda che scaturisce in primis dal cittadino;
- **indiretti**, volti a governare la domanda mediata dal medico in qualità di fornitore di assistenza sanitaria.

Tabella 1.1 Strumenti di controllo della domanda in un sistema sanitario pubblico

STRUMENTI DIRETTI	STRUMENTI INDIRETTI
<p>Misure di compartecipazione alla spesa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Franchigia • Quota del costo della prestazione a carico del paziente (<i>coinsurance</i>) • Ammontare fisso a carico del paziente (<i>copayment</i> o ticket sanitario) 	<p>Supporto, orientamento e selezione della domanda</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Empowerment</i> della medicina territoriale • Appropriately prescrittiva: linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) basati sull'evidenza scientifica (<i>Evidence-Based Medicine</i>) • Prioritizzazione della domanda
<p>Razionamento reale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tetto al volume di prestazioni sanitarie garantite (razionamento esplicito) • Tempi di attesa (razionamento implicito) 	
<p>Educazione sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione e riduzione dei comportamenti dannosi (marketing sociale per la salute, <i>compliance</i> dei pazienti) <p><i>Empowerment</i> del paziente per corretta autodiagnosi e automedicazione</p>	

Fonte: Adattata da Muraro & Rebba. *Salute e territorio*. 2004; 25 (143): 102-7.

Una delle strategie più diffusamente applicate consiste nella **prioritizzazione** dei pazienti in lista di attesa secondo **classi di priorità** individuate con criteri relativi alle condizioni di salute dell'utente, al beneficio atteso e a considerazioni di costo/efficacia. In Italia, gli elementi per la definizione di priorità individuati nell'Accordo 11 luglio 2002 tra Stato e Regioni sono:

- severità del quadro clinico presente;
- prognosi (*quoad vitam o quoad valetudinem*);
- tendenza al peggioramento a breve;
- presenza di dolore e/o deficit funzionale;
- implicazioni sulla qualità della vita.

Prioritizzare l'accesso significa garantire medesimi tempi di attesa per pazienti afferenti alla stessa categoria di bisogno (**equità orizzontale**) e tempi di attesa proporzionalmente diversi per pazienti con diverso grado di necessità (**equità verticale**). La prioritizzazione delle liste di attesa produce buone performance in termini di welfare sociale, equità nell'accesso alle cure ed efficienza

Nei sistemi sanitari (fra cui quello italiano) con sistema di finanziamento per prestazione (*activity-based*) ed in cui ai pazienti è offerta la possibilità di affidarsi ad un altro erogatore in caso di mancato rispetto dei tempi prestabiliti, la garanzia dei tempi massimi risulta particolarmente vantaggiosa in quanto alimenta la competizione fra i diversi erogatori. Inoltre, questo strumento risulta maggiormente efficace quando associato a sanzioni per gli erogatori e/o per gli amministratori dei servizi sanitari pubblici, in caso di non raggiungimento degli obiettivi di contenimento dei tempi di attesa, o viceversa a incentivi economici in caso di raggiungimento degli stessi. In Inghilterra, dove gli amministratori rischiano di perdere il proprio posto di lavoro in caso di non raggiungimento degli obiettivi, si parla di "*targets and terror*". Tuttavia, questa pratica, particolarmente impopolare fra i professionisti sanitari e comunque non applicabile nel lungo termine, rischia di indurre un utilizzo inappropriato delle classi di priorità da parte dei prescrittori e, dunque, una distorsione del concetto stesso di prioritizzazione.

Elemento imprescindibile per un efficace contenimento dei tempi di attesa è poi, all'atto prescrittivo, il rigoroso rispetto di criteri di **appropriatezza** clinica. Il Ministero della Salute definisce l'appropriatezza come "*la procedura corretta sul paziente giusto al momento opportuno nel setting più adatto*"; è evidente, dunque, che il concetto di appropriatezza dev'essere centrato sul paziente. Esso non è, infatti, attributo intrinseco delle prestazioni, ma nasce dalla correlazione fra esse ed il bisogno dell'utente, considerando l'efficacia della prestazione rispetto al problema salute ed il rapporto fra benefici attesi e rischi e costi associati

Trasformando in domanda solo le richieste appropriate, queste potranno essere soddisfatte in tempi congrui senza necessità di aumentare l'offerta e la spesa sanitaria; in un'estremizzazione di questo ragionamento, una totale applicazione di criteri di appropriatezza consentirebbe di rinunciare all'utilizzo stesso del ticket, nato come strumento di controllo della domanda inappropriata.

Questi concetti generali si concretizzano in molteplici indicazioni pratiche:

- il doveroso rifiuto di qualsiasi richiesta di prenotazione che non sia accompagnata dall'impegnativa del medico;
- la necessità di indicare sempre la diagnosi o il sospetto diagnostico sulla prescrizione medica;
- l'imposizione di limitazioni e sanzioni per lo scostamento della prescrittività dei medici di medicina generale (MMG) rispetto alle medie, tramite l'obbligo di partecipazione a corsi di formazione o richiami formali da parte dell'Ordine Professionale;
- un ritorno informativo (*feedback*) al prescrittore sulla quantità di richieste per classe di priorità e sul grado di concordanza con il giudizio dello specialista;
- la possibilità di istituire un budget (tetto massimo) di prescrittività;
- la produzione di linee guida e l'utilizzo di protocolli e percorsi clinico-terapeutici consolidati e riconosciuti (i cosiddetti PDT), prevedendone la condivisione fra gli utilizzatori sul campo e la contestualizzazione in base alle risorse disponibili;
- la predisposizione di campagne di educazione/informazione dei cittadini sull'utilizzo corretto dei servizi sanitari, valorizzati come bene della collettività.

Quest'ultimo aspetto rimarca l'importanza del ruolo che il cittadino riveste come attore primario del Servizio Sanitario Nazionale: un modello omnicomprensivo di gestione della problematica dell'attesa dovrebbe fondarsi anzitutto su una concezione di cura *patient-centered* che, da un lato, si prefigga l'obiettivo dell'assistenza multidisciplinare volta a garantire un miglioramento dell'accesso e della continuità, dall'altro veda come momento fondamentale l'educazione e l'*empowerment* del paziente

1.6.2 Miglioramento dell'offerta

Di fronte a una domanda di servizi sanitari in continua crescita, la soluzione generalmente e intuitivamente vista come auspicabile è un **aumento dell'offerta**, che si concretizza a vari livelli:

- aumento delle ore lavorative degli specialisti;
- rinegoziazione dei budget per prestazioni critiche;
- aumento del personale ed acquisto di nuove tecnologie;
- acquisto di prestazioni aggiuntive da privati accreditati;
- apertura dei servizi in fasce orarie serali ed in giorni festivi e prefestivi.

Tuttavia, è velleitario pensare di ridurre i tempi di attesa richiedendo semplicemente allo specialista di aumentare il carico di lavoro o di effettuarlo con maggior rapidità. Anzi, per quanto apparentemente contro intuitivo, non necessariamente aumentando le risorse a disposizione è possibile migliorare proporzionalmente l'accesso al servizio sanitario. Questo perché, in sanità, non possono essere applicati gli stessi concetti sui rapporti fra domanda e offerta solitamente utilizzati in altri ambiti economici.

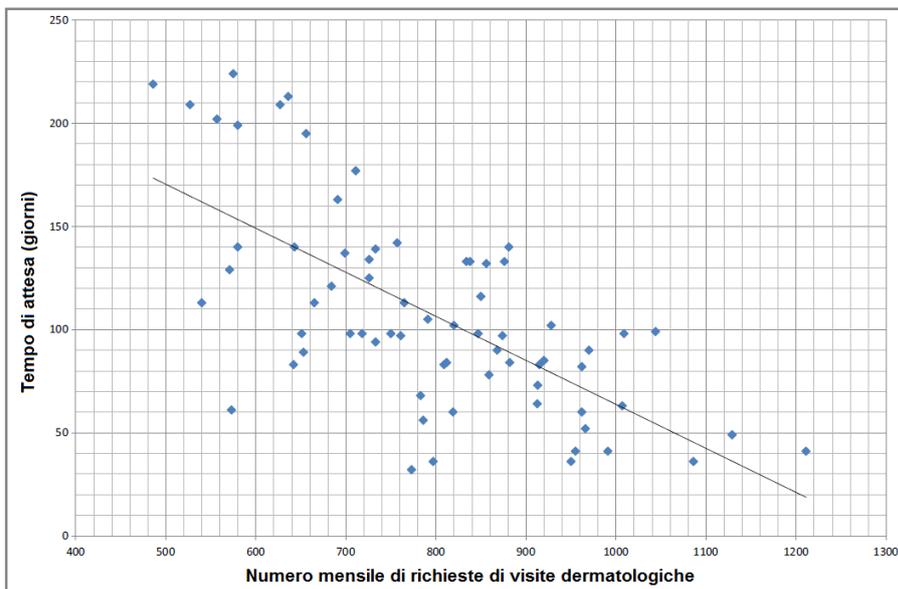
Spesso l'aumento dell'offerta non riduce il problema, ma genera anzi un ulteriore incremento della domanda, con rapido riprodursi delle criticità che si era cercato di risolvere. Questo può avvenire per ingenerata fiducia nei cittadini nei confronti di un sistema maggiormente efficiente o per i meccanismi di rischio morale precedentemente esposti. Gli stessi medici, agendo negli interessi dell'assistito o in un'ottica di medicina difensiva, potrebbero adattarsi all'aumentata offerta indulgendo nella prescrizione di visite specialistiche o approfondimenti diagnostici

inappropriati in rapporto alle condizioni cliniche del paziente (fenomeno della **SID**, *supplier-induced demand*).

Come reso evidente da modelli matematici e dalle esperienze in altri Paesi, dove a fronte di un investimento di ulteriori risorse finanziarie non si sono registrati risultati soddisfacenti riguardo alla riduzione dei tempi di attesa, le liste di attesa tendono ad autoregolarsi: un incremento dell'offerta, per quanto possa offrire giovamento temporaneo, non riuscirà comunque a risolvere completamente e definitivamente il problema, poiché il sistema si riorganizzerà intorno ad un livello superiore di domanda fino a ristabilire un nuovo equilibrio.

Le stesse considerazioni si applicano in direzione opposta: una riduzione dell'offerta, condizionando lunghi tempi di attesa, agirà da deterrente sulla domanda. A tal proposito, è significativa l'esperienza riportata da De Luca et al. riguardo l'accesso all'assistenza sanitaria specialistica dermatologica nella città di Bolzano negli anni 2007-2013. Se l'allocazione di risorse umane adeguate rispetto alla domanda riduceva i tempi di attesa, ma aumentava le richieste di consultazioni specialistiche, lunghi tempi di attesa nei periodi di carenza di personale scoraggiavano le richieste stesse, accorciando paradossalmente la lista. Esiste dunque una forte correlazione inversa fra tempi di attesa e tassi di prenotazione, che funge da agente di autoregolamentazione delle liste (Figura 1.5).

Figura 1.5 Modello di regressione lineare fra tempi di attesa e numero di richieste di visite specialistiche dermatologiche nella città di Bolzano negli anni 2007-2013



Fonte: Deluca et al. *Br J Dermatol.* 2015 Apr; 172 (4): 1133-5.

Alcuni Paesi, come la Danimarca o l'Australia, hanno cercato di ovviare al problema dei tempi di attesa nel settore pubblico deviando la domanda di assistenza in quello privato, incentivando la sottoscrizione da parte dei cittadini di polizze assicurative sanitarie private. Tale politica ha dimostrato una scarsa efficacia per diverse ragioni: i cittadini con assicurazioni private continuavano ad utilizzare gli ospedali pubblici a causa degli alti costi dell'assistenza privata; gli ospedali pubblici fornivano prestazioni ad alta complessità che non erano disponibili in quelli

privati; gli specialisti medici lavoravano sia negli ospedali pubblici che in quelli privati, limitando quindi l'offerta. Inoltre, ridurre l'offerta dirottando verso il privato "puro", non convenzionato, non è un'opzione concettualmente compatibile con il carattere universalistico di un Sistema Sanitario come quello italiano.

Per governare al meglio la problematica si rende indispensabile una **gestione oculata delle agende di prenotazione**. In quest'ambito rientrano plurimi interventi che tengono conto della natura dinamica della lista di attesa:

- l'attività di verifica/pulizia delle liste, che significa scremare le prenotazioni multiple e accertare (via telefono, sms, etc.) la persistente volontà del paziente di ricevere la prestazione, approfittando di questa occasione di contatto con il cittadino per manifestare interesse nei suoi confronti e migliorare la qualità di cure percepita;
- la centralizzazione delle prenotazioni, volta a limitare il fenomeno delle "agende ombra" (una persistenza di prenotazioni a livello di servizio/reparto svincolate dal controllo centrale e prive di verifica);
- lo sfruttamento ottimale degli slot disponibili, che si realizza principalmente attraverso l'*overbooking* sistematico (si fissa un numero di prenotazioni superiore al di sopra delle disponibilità effettive di erogazione) volto a mitigare il fenomeno del *no-show*;
- la possibilità di prenotazione diretta delle visite di *follow up* da parte dello specialista, preferibilmente tramite un'agenda interna separata, per semplificare il percorso del paziente, garantire la continuità delle cure e al tempo stesso rimuovere dal paniere questa componente della domanda.

Lo stesso concetto di agenda può essere messo in discussione, valutando la possibilità di applicare modelli alternativi di gestione dell'erogazione delle prestazioni nell'arco della giornata (*scheduling*).

Modelli innovativi, in questo senso, non sono ancora applicati diffusamente in Italia, e provengono principalmente da esperienze anglosassoni in un contesto di cure primarie, ma sono potenzialmente applicabili anche nel *setting* della specialistica ambulatoriale.

Nel modello tradizionale, le agende con gli appuntamenti disponibili per la giornata sono solitamente piene e le eventuali urgenze si vanno a sovrapporre ad appuntamenti già fissati, con il rischio di un utilizzo improprio dei servizi di emergenza.

Per questo, negli anni, si è sviluppato il modello "*carve-out*", in cui quotidianamente alcuni spazi per gli appuntamenti sono mantenuti liberi appositamente per le emergenze. Anche questo modello presenta, però, delle criticità, in quanto, spesso, i posti dedicati all'urgenza sono superiori rispetto a quelli strettamente necessari, provocando sia l'inattività del medico durante il tempo dedicato all'ambulatorio (*idle time*), sia continue pressioni affinché vengano utilizzati momenti riservati all'urgenza per le attività routinarie, data l'ingente quantità di richiesta di appuntamenti.

Idea completamente diversa è quella che sottende il modello dell'"*open access*" (detto anche *advanced access* o *same-day scheduling*), analizzato per la prima volta in letteratura da Mark Murray sulla scia dell'esperienza della gestione di un centro di cure primarie in California. Questo modello rivoluziona il concetto stesso di lista di attesa, basandosi sul motto "*do all of today's work today*": ad ogni paziente che contatta la struttura per una visita viene offerto un

appuntamento in giornata, senza valutare la gravità della situazione clinica, garantendogli comunque la possibilità di prenotare un appuntamento per i giorni successivi, per eventuali motivi di organizzazione personale o di appropriata gestione della sua patologia. In un sistema a pieno regime, gli unici appuntamenti già fissati (*good backlog*) saranno le visite di *follow up* e quelle di coloro che scelgono a priori una data precisa, che occuperanno meno della metà degli slot giornalieri. Gli arretrati (*bad backlog*) andranno smaltiti incrementando lo sforzo lavorativo, almeno in un primo momento, allo scopo di azzerare in partenza il ritardo accumulato durante la precedente gestione: se il tempo che intercorre fra la prenotazione e la visita tende a rimanere costante, il divario, una volta sanato, tenderà a non ripresentarsi oltre.

Ovviamente, per una corretta implementazione di questo sistema è necessario che domanda (prenotazioni effettuate ogni giorno) e offerta (appuntamenti disponibili per quel giorno) siano in equilibrio: uno sproorzionato rapporto fra pazienti ed erogatori ne limiterà fortemente l'applicabilità. Risulta, quindi, necessaria una preventiva valutazione di entrambi i versanti, identificandone dinamicamente i fattori di variabilità al fine di modulare fluidamente l'offerta in rapporto alla domanda (*smoothing flow*). Anche per questo, il modello andrà sottoposto a continuo monitoraggio⁴.

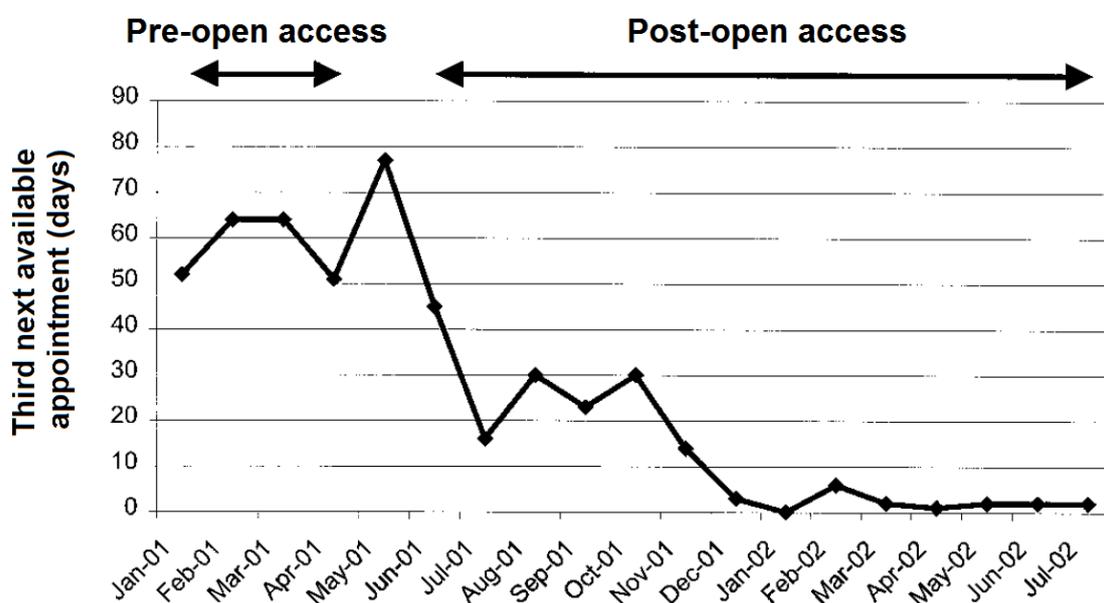
Revisioni della letteratura oggi disponibili indicano generalmente un impatto positivo dell'applicazione dell'*open access* in termini di accessibilità, accorciamento dei tempi di attesa e riduzione del fenomeno del *no-show*. Più controversi sono i risultati riguardanti l'*outcome* clinico e la soddisfazione degli utenti e degli operatori. Eventuali fallimenti sono stati in larga parte provocati da un'applicazione non strutturata ed organica del programma, che non veniva condiviso unanimemente dal personale, o da una rigida imposizione della visita in giornata, che diveniva per il paziente più un obbligo che un'effettiva opportunità.

Scarseggiano, ad oggi, esperienze di *open access* nell'ambito della specialistica ambulatoriale, in cui il modello potrebbe risultare comunque pienamente applicabile, ragionando, come propone Murray, non necessariamente in termini strettamente giornalieri, ma eventualmente settimanali. In un Dipartimento di Reumatologia del Geisinger Medical Center in Pennsylvania, negli anni 2001-2002, si è provato ad applicare un sistema di *open access* mantenendo al contempo alcune caratteristiche del modello *carve-out*: per le visite da effettuare nello stesso giorno era dedicata una fascia oraria definita a priori. Realizzando una serie di iniziative ispirate a questo modello, il tempo di attesa per una visita nella clinica è sceso da circa 60 giorni a 25, riducendo anche le cancellazioni degli appuntamenti dal 40% al 20%, con benefici significativi in termini di accessibilità e soddisfazione dei pazienti oltre che economici (Figura 1.6). Un'esperienza su più larga scala deriva dall'Olanda, dove l'applicazione di un modello di *open access* in quattordici cliniche specialistiche ambulatoriali ha permesso una riduzione dei ritardi nell'accesso alle cure, portando ad un abbattimento dei tempi di attesa pari al 57% nell'arco di

⁴ Il parametro di misura dei tempi di accesso maggiormente utilizzato nella letteratura internazionale è il **TNA** (*third next available appointment*), ovvero il tempo (in giorni) che intercorre fra la data della prenotazione e la data della terza disponibilità prospettata al paziente. Questo perché il primo e secondo appuntamento disponibile potrebbero essere il risultato di annullamenti last minute o altre circostanze particolari, mentre la misura della terza disponibilità può rappresentare in modo più accurato la globale efficienza del sistema di accesso.

tre anni; il mantenimento dei risultati ottenuti è stato possibile grazie alla capacità di bilanciare correttamente domanda e offerta e ad una condivisione del progetto in équipe al seguito di una forte leadership. La recente revisione sistematica della Cochrane *“Interventions to reduce waiting times for elective procedures”* (2015), pur nella limitata disponibilità di studi ad alto livello di evidenza scientifica, evidenziava risultati positivi per l’utilizzo dell’*open access* in termini di lunghezza dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali e di soddisfazione degli utenti.

Figura 1.6 Impatto sui tempi di attesa dell’implementazione del modello *open access* nel Dipartimento di Reumatologia del Geisinger Medical Center, Danville, Pennsylvania



Fonte: Newman et al. *Arthritis Rheum.* 2004 Apr 15; 51 (2): 253-7.

In questo contesto si inserisce la sperimentazione avviata nel 2015 in Regione Toscana dall’Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, meritevole di particolare menzione in quanto primo tentativo di implementazione dell’*open access* per le prestazioni ambulatoriali in Italia.

Il modello è stato applicato inizialmente in ambito cardiologico, in particolare per le prestazioni di prima visita, elettrocardiogramma ed eco-colordoppler cardiaco; ogni paziente che richiedeva una prima visita tramite CUP otteneva un appuntamento entro un massimo di tre giorni. Per raggiungere un simile risultato, il progetto è stato tracciato fedelmente sui principi descritti da Murray ed ha visto come passaggi preliminari:

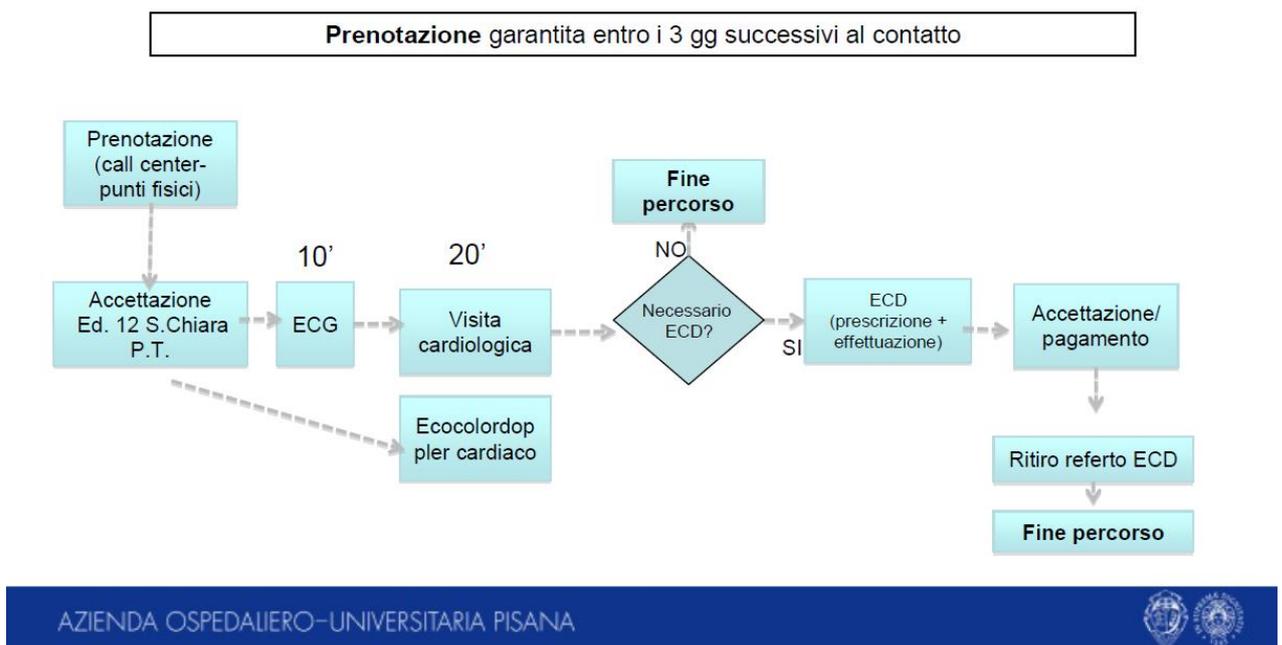
- una stima accurata della domanda di prime visite cardiologiche nel bacino naturale di utenza (il territorio dell’ex-ASL 5 di Pisa), che si è rivelata sufficientemente stabile (circa 40 prestazioni al dì);

Missione valutativa

- un'analisi dell'offerta erogabile dai diversi ambulatori attivi, che si è dimostrata pressoché equivalente alla domanda, confermando la possibilità di raggiungere un livello d'equilibrio;
- la creazione di un'agenda unica per tutti gli erogatori.

La sperimentazione, con durata di tre mesi a partire dal febbraio 2015, prevedeva lo svolgimento dell'attività su due ambulatori medici, dal lunedì al venerdì con orario 08-16, con un afflusso di pazienti programmato sui 6 pazienti/ora (3 pazienti/ora per ambulatorio). Particolare attenzione è stata dedicata all'ottimizzazione dei flussi, realizzata tramite un'organizzazione funzionale degli spazi, con la collocazione della stanza degli ECG a fianco dei due ambulatori e l'istituzione di un percorso che prevedeva la possibilità per lo specialista di effettuare direttamente (se ritenuta opportuna, e previa informazione all'utente) un'indagine di approfondimento con ecocolordoppler successiva alla visita, con notevole abbattimento della domanda interna di prestazioni (Figura 1.1.7).

Figura 1.7 Diagramma di flusso dell'Open Access Cardiologico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



Fonte: Campaiola C. *Toscana Medica*. 2016 Jul/Aug; 7: 15-7.

I dati del monitoraggio confermano il quasi perfetto equilibrio fra domanda ed offerta delle prestazioni lungo l'intero periodo della sperimentazione (Figura 1. Figura 1.8), rendendo ragione del duplice risultato positivo offerto dal modello: il cittadino, appena ottenuta la prescrizione dal proprio MMG, ha la sicurezza di un posto disponibile a partire dal giorno successivo; l'azienda erogatrice ha invece la ragionevole certezza di lavorare ogni giorno con tutta la capacità offerta a saturazione, sfruttando pienamente la propria operatività.

Figura 1.8 Risultati del monitoraggio relativi al periodo 16 febbraio – 24 aprile (dieci settimane) per l'Open Access Cardiologico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

**Monitoraggio prenotazioni
dei tre giorni successivi disponibili (gg1-gg2-gg3)
Rilevazione pomeridiana**

	Media prenotati		
	gg1	gg2	gg3
1° settimana	42	26	8
2° settimana	42	35	11
3° settimana	42	33	9
4° settimana	42	41	10
5° settimana	42	42	14
6° settimana	41	24	7
7° settimana (pre-Pasqua)	35	10	2
8° settimana	40	23	8
9° settimana	42	28	11
10° settimana (ponte del 25 aprile)	30	13	9

Prestazioni erogate

Descrizione Prestazioni	n° prest.erogate	media/die
VISITA CARDIOLOGICA e ECG	1180	24
ECOCOLORDOPPLER CARDIACO	821	17
TOT. VISITA ED ECO	2001	41

Fonte: Campaiola C. *Toscana Medica*. 2016 Jul/Aug; 7: 15-7.

I risultati straordinariamente incoraggianti hanno fatto sì che questa iniziale sperimentazione fungesse da “apripista” per una revisione completa di tutta l’offerta sul territorio pisano e regionale. Il ventaglio di prestazioni si è andato progressivamente ampliando ed offre, ad oggi, un totale di 13 linee di *open access* che, oltre a visita cardiologica, elettrocardiogramma ed ecocolordoppler cardiaco, includono: visita neurologica, visita oculistica, visita otorinolaringoiatrica, visita dermatologica, ecografia dell’addome, ecografia mammaria, ecografia tiroidea, altre ecografie muscolo-scheletriche, TC del torace. Per l’organizzazione di tutte queste prestazioni sono sempre applicati i principi cardine del modello di Murray:

- separazione del flusso dei primi accessi da quello dei follow-up;
- conoscenza esatta della domanda mensile espressa dalla medicina generale sul territorio;
- valutazione del possibile equilibrio fra domanda e offerta;
- programmazione delle prestazioni su un’agenda annuale, a scorrimento giornaliero;
- monitoraggio quotidiano della saturazione delle agende su uno spazio temporale di tre giorni, offrendo la garanzia di ottenere la prestazione non oltre il terzo giorno.

Se il concetto su cui è fondato l’*open access* è quello della prenotazione ed erogazione in giornata della prestazione sanitaria, il modello del *walk-in* estremizza questo indirizzo eliminando del tutto il momento della prenotazione: l’utente ha diritto a ricevere la prestazione sanitaria in ordine di presentazione nell’ambulatorio nel giorno e nell’orario stabilito per quella tipologia di prestazione.

A questo proposito, è interessante la sperimentazione avviata nei Poliambulatori di Doria e Rugabella di Milano in occasione dell’EXPO 2015, il cui modello è strutturato come segue:

- le agende contengono tre slot per tre momenti della giornata (mattina, pomeriggio e sera);

Missione valutativa

- l'utente si reca al CUP e si informa (anche su display elettronico) della presenza di slot liberi per l'accesso diretto per quel giorno;
- se presenti, ne sceglierà uno, si registrerà, pagherà (se previsto) e ritirerà un voucher che abiliterà alla visita;
- si recherà all'ambulatorio all'orario previsto e nel caso avesse bisogno di una visita di controllo, il medico potrà effettuare contestualmente la prenotazione in date successive in un sistema convenzionale;
- sarà possibile anche usufruire degli slot ad accesso diretto per la visita di controllo di tali soggetti nel caso ve ne sia necessità.

Eliminando il momento della prenotazione, il modello *walk-in* sembra offrire, in termini generali, benefici minori rispetto all'*open access* nei momenti in cui l'intensità del traffico di utenza satura la capacità di offerta. Una recentissima revisione della Cochrane non ha trovato studi controllati validi per una comparazione ed una valutazione esaustiva del modello quanto a qualità delle cure e soddisfazione dei pazienti.

Tutte le possibili strategie di riorganizzazione dell'offerta offrono benefici limitati se non inserite in un approccio organico ed integrato. La qualità del servizio e l'aumento di capacità produttiva sono gli obiettivi prioritari delle *lean methodologies*. Nata nel contesto dell'industria automobilistica giapponese nella seconda metà del Novecento, questa teoria economica mira alla creazione di un flusso di servizi efficiente ed efficace tramite l'applicazione in serie e la ripetizione di cinque passaggi fondamentali:

- identificare il valore dal punto di vista del cliente (*value*);
- Identificare il flusso del valore (*value stream*);
- eliminare gli elementi che non creano valore, per consentire il flusso produttivo (*flow*);
- fare scorrere il flusso in base alle richieste del cliente (*pull*);
- ricominciare il processo fino a che non sia raggiunto uno stato di perfezione (*perfection*).

Il punto focale di questo metodo si può quindi identificare nel "volere del cliente", nella definizione delle attività produttrici di valore e nell'eliminazione di tutto ciò che è spreco di risorse ed inutilità. Il *lean* potrebbe quindi essere definito, da un punto di vista teorico, come "una strategia operativa che dà la priorità all'efficienza del flusso rispetto all'efficienza delle risorse".

Questo modello, che si adatta in generale a tutti gli ambiti in cui vi possa essere un miglioramento della qualità, è ormai da diversi anni applicato in campo sanitario, soprattutto nelle attività di ricovero. Revisioni della letteratura indicano risultati controversi a livello di *outcome* clinico, costi e soddisfazione del paziente e del personale, mentre sono concordi nel definire un beneficio in termini di sicurezza per il paziente e di qualità delle cure.

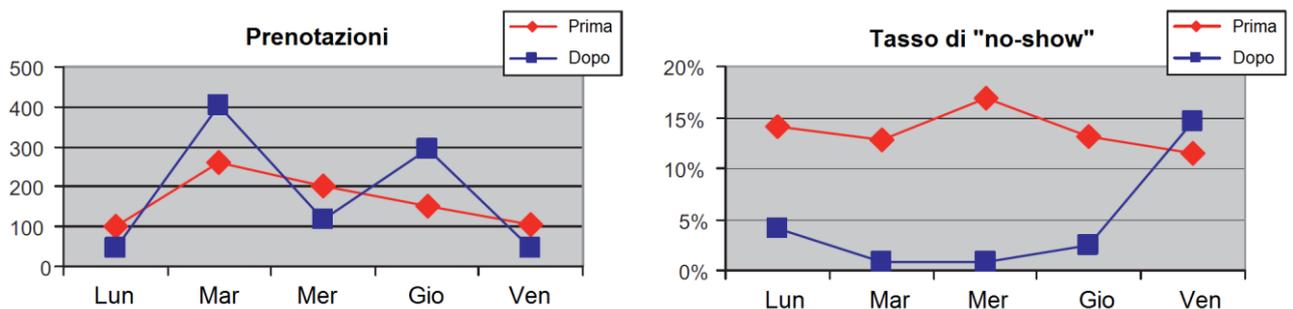
È possibile trasferire questo concetto nell'ambito della gestione dei tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale, dove i valori da perseguire sono la qualità del servizio e i benefici sulla salute, mentre gli sprechi di risorse consistono nel sottoutilizzo del personale e delle tecnologie (*idle time*) provocato dal *no-show*, nei ritardi che costringono il personale a trattenersi oltre l'orario stabilito (*overtime*) e, ovviamente, nei tempi di attesa per il paziente.

Un valido esempio di applicazione del metodo *lean* in questo contesto è fornito dall'esperienza riportata da LaGanga per diciotto cliniche afferenti al Mental Health Center di Denver, Colorado, negli anni 2007-2008. Qui il processo *lean* applicato al fine di ottimizzare il sistema di prenotazione ed erogazione delle prestazioni si è svolto nei seguenti passaggi:

- analisi della situazione attuale, con identificazione dello spreco principale nel *no-show* e nell'*idle time* da esso provocato;
- valutazione dei giorni della settimana e delle fasce orarie in cui questo fenomeno era più frequente;
- messa in pratica di un insieme integrato di soluzioni (*overbooking*, stesura di una lettera di benvenuto per i pazienti, chiamate *reminder* prima degli appuntamenti).

L'applicazione di questo processo ha permesso ai membri del progetto di raggiungere risultati molto positivi: non solo hanno programmato un maggior numero di appuntamenti, ma hanno anche incrementato la probabilità che il paziente si presentasse realmente (Figura 1.9).

Figura 1.9 Risultati dell'applicazione del metodo *lean* nel Mental Health Center di Denver, Colorado



Fonte: LaGanga. *Journal of Operations Management*. 2011; 29: 422-33.

Missione valutativa

2. GLI INTERVENTI NORMATIVI E ORGANIZZATIVI PER IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

Questo capitolo presenta i riferimenti normativi, i provvedimenti e gli strumenti di programmazione e organizzativi sia a livello nazionale, sia regionale. L'obiettivo consiste nel dare al lettore conoscenza generale degli elementi essenziali relativi agli obblighi, alle iniziative, strumenti e processi gestionali che caratterizzano la problematica in Italia e Lombardia.

2.1 Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012⁵

A **livello nazionale** sono stati proposti modelli e strumenti di gestione delle liste di attesa.

Le soluzioni proposte nel tempo dal livello centrale sono: i) il miglioramento dell'efficienza dei sistemi di prenotazione centralizzata, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse; ii) il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, anche se questa è, invero, una variabile sanitaria e non organizzativa, e iii) la responsabilizzazione dei cittadini che nasce da una corretta informazione sull'utilizzo del SSN.

In particolare il PNGLA 2010-2012 (tutt'ora vigente) declina sei punti chiave:

- 1) Aggiornamento dell'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole regioni nell'ambito del proprio Piano, individuando anche le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) e fissa i relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento. Promozione della valutazione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, prevedendo che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi massimi di attesa delle suddette prestazioni, nelle regioni interessate si applichino direttamente i parametri temporali determinati nel PNGLA;
- 2) Promozione dell'acquisto delle prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti all'interno dell'azienda nell'ambito del governo delle liste di attesa e monitoraggio dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI) per verificare il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e, rispettivamente, in libera professione intramuraria. Promozione delle attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione;
- 3) Individuazione di flussi informativi quali strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa;

⁵ Per una trattazione approfondita del PNGLA 2010-2012 si rimanda all'Allegato 1 del documento

- 4) Allocazione di risorse per la realizzazione di specifici progetti regionali, anche al fine di realizzare il Centro Unico di Prenotazione (CUP) secondo le indicazioni delle linee guida nazionali del Ministero;
- 5) Monitoraggio sistematico della presenza delle informazioni su liste e tempi di attesa sui siti web di Regioni e Province Autonome e di Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, a garanzia della trasparenza e della facilità di accesso alle prestazioni;
- 6) Ridefinizione delle modalità di certificazione della realizzazione degli interventi in attuazione del Piano da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

2.2 Il Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA): le principali delibere⁶

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che il SSN si impegna a garantire a tutti i cittadini, comprende il riconoscimento all'interno degli stessi dell'erogazione delle prestazioni entro tempi adeguati alle necessità, dando particolare rilevanza ai criteri di appropriatezza, di trasparenza, d'urgenza. 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 Regione Lombardia ha adottato una serie di azioni finalizzate ad un efficiente ed efficace governo delle liste e dei tempi di attesa.

Molti degli attuali strumenti derivano dalle azioni adottate fin dal 1999, che nel tempo sono andate via via modificandosi e integrandosi per rispondere a nuove esigenze.

In particolare, in prima battuta la Giunta Regionale ha definito tempi obiettivo per classi di priorità, modalità di monitoraggio e deroghe per strutture ad alta concentrazione di domanda, ha stabilito la separazione delle agende ed ha introdotto la categoria delle urgenze differibili⁷. Con la D.G.R. n. VI/47675 del 1999 ha previsto che, qualora la struttura erogatrice prescelta non sia in grado di garantire le prestazioni entro il tempo massimo, i cittadini, rivolgendosi all'ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASL, siano indirizzati verso altre strutture del territorio in grado di rispettarlo; qualora il tempo di attesa stabilito come obiettivo relativo alla prestazione non possa essere comunque rispettato, la struttura erogatrice si impegna, su richiesta del paziente, ad erogare la stessa in regime libero-professionale, facendosi carico dell'intera tariffa, detratto l'eventuale ticket che risulta a carico del paziente.

Successivamente, dal 2005, ha previsto che nell'ambito della negoziazione delle attività di ricovero e di specialistica, una parte significativa delle risorse fosse destinata al finanziamento di specifici progetti aventi l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa e di risolvere eventuali situazioni

⁶ Per un approfondimento del PRGLA si rimanda all'Allegato 2 del documento

⁷ Deliberazioni n. VI/38571 del 1998, n. VI/43818 e n. VI/47675 del 1999, n. VII/2859 del 2000, n. VII/7928 del 2002

locali di squilibrio domanda-offerta⁸. Inoltre è stato stabilito che: le strutture sanitarie devono effettuare gli esami di laboratorio senza prenotazione; 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 e che, 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” alla prescrizione.

Con la D.G.R. n. VIII/2828 del 27 giugno 2006⁹ la Lombardia si è dotata di un **primo piano organico per la gestione dei tempi di attesa**, che ha fatto sintesi delle indicazioni nazionali e regionali in materia.

Quindi, con la D.G.R. n. VIII/5743 del 31 ottobre 2007, dal maggio 2008 la Regione Lombardia ha disposto la raccolta dei dati delle rilevazioni prospettiche mensili attraverso un portale web dedicato, messo a disposizione di tutti gli erogatori, adeguatamente formati, che accedono attraverso ID e Password.

La D.G.R. n. VIII/9173 del 30 marzo 2009 “*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l’esercizio 2009 - III provvedimento*” ha poi stabilito che per tutte le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale cosiddette “extrabudget”, finalizzate alla prevenzione o alla diagnostica o al monitoraggio in ambito oncologico, di radioterapia e dialitiche, i tempi di attesa relativi alle attività erogate per conto del Servizio Sanitario Regionale non debbano essere superiori a quelli previsti per le attività erogate in regime di libera professione e/o di solvenza.

La D.G.R. n. VIII/10804 del 16 dicembre 2009 “*Regole del SSR per l’anno 2010*” ha ribadito l’obbligo per le ASL di predisporre e formalizzare gli aggiornamenti dei Piani Attuativi in materia di tempi di attesa, con l’obiettivo di attualizzarli rispetto ad eventuali nuove priorità e necessità, ed il conseguente obbligo per le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico di presentare i piani semestrali aziendali di governo dei tempi di attesa, congruentemente con i piani attuativi delle ASL.

Inoltre, con la D.G.R. n. 10946 del 30 dicembre 2009 si è disposto:

- di modificare le percentuali di raggiungimento dei tempi di attesa obiettivo previste al punto 3 dell’allegato della D.G.R. n. VIII/2828 del 2006 (90%) portandole ad una soglia di almeno il 95% dei primi accessi;
- che le ASL, entro il 20 di gennaio del 2010, aggiornino i propri piani attuativi di governo e di contenimento dei tempi di attesa, congruentemente con la priorità indicata al punto precedente e lo stesso facciano le Aziende Ospedaliere, adeguando, sempre entro il 20 gennaio 2010, i propri Piani Aziendali semestrali di Governo dei Tempi di Attesa, di cui alla D.G.R. n. VIII/1375 del 14 dicembre 2005;

⁸ Deliberazioni n. VII/12287 e VII/15324 del 2003 e n. VII/19688 del 2004 e n. VIII/1375 del 2005

⁹ “Recepimento e prima attuazione dello schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all’articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266 (ai sensi art. 8, comma 6, L. 131/2003)”

- che, a decorrere dall'esercizio 2010, anche i soggetti erogatori di diritto privato accreditati e a contratto che, sulla base della normativa vigente non sono tenuti a predisporre dei piani di governo dei tempi di attesa, debbano, come obbligo contrattualmente rilevante, adeguare, relativamente alle categorie di pazienti ed alle prestazioni di cui al punto 3 dell'allegato della citata D.G.R. n. VIII/2828 del 2006, la propria programmazione di erogazione delle prestazioni alle priorità definite dalle ASL;
- che fino a 45 milioni di euro siano destinati, nel corso della negoziazione in atto tra le ASL ed i soggetti erogatori per l'erogazione dei servizi nel corso del 2010, a finanziare in modo mirato e vincolato dei programmi, integrati a livello ASL, finalizzati a raggiungere l'obiettivo prioritario di avere almeno il 95% dei primi accessi relativi alle categorie di pazienti ed alle tipologie di prestazioni contemplate al punto 3 dell'allegato della D.G.R. n. VIII/2828 del 2006 entro i tempi massimi ivi previsti.

Infine, con la D.G.R. n. IX/937 del 1° dicembre 2010 "*Regole del SSR per l'anno 2011*" è stata programmata una distribuzione delle risorse finanziarie tale per cui può essere calcolata una disponibilità per gli erogatori pubblici o privati fino a 60 milioni di euro per il 2011 con le seguenti finalità: ridurre i tempi di attesa delle prestazioni soggette a monitoraggio periodico delle attese e favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti in età pediatrica in modo da evitare il più possibile interferenze con le attività lavorative dei genitori (la facilitazione dell'accesso si attua prevalentemente con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato).

La suddetta D.G.R. n. 937/2010 ha introdotto alcune novità in materia di raggruppamenti di priorità, al fine di monitorare puntualmente le priorità stabilite dalla D.G.R. n. VIII/2828 del 2006. Si è infatti previsto che, a partire dal 1° gennaio del 2011, il campo note fosse compilato dagli erogatori aggiungendo le seguenti codifiche: "On" per le prestazioni afferenti all'Area Oncologica; "CV" per le prestazioni afferenti all'Area Cardiovascolare; "MI" per le prestazioni afferenti all'Area Materno-Infantile; "Ge" per le prestazioni afferenti all' "Area Geriatrica". Inoltre con la suddetta deliberazione si è disposto che, nel caso in cui la classe di priorità non sia compilata dal prescrittore, si sottintende che la prestazione, per volontà implicita dello stesso, ricade nella categoria P (programmata).

Con la D.G.R. n. IX/1775 del 24/05/2011 la Regione Lombardia ha recepito l'intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul PNGLA 2010-2012 declinando quest'ultimo nel proprio **Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA)**.

La D.G.R. individua i criteri di priorità d'accesso nell'ambito delle prestazioni oggetto di monitoraggio per la Regione Lombardia; recepisce ed integra l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di ricovero che devono essere sottoposte a monitoraggio ed i relativi tempi massimi di attesa contenuto nel PNGLA 2010-2012.

La codifica del campo classe di priorità, obbligatoria per tutte le prescrizioni contenenti prestazioni di primo accesso di specialistica ambulatoriale, mantiene la classificazione nazionale con alcune integrazioni specifiche evidenziate in corsivo:

- "**U**" (Urgente): entro 72 ore; *a tale prescrizioni dovrà inoltre essere apposto il "bollino verde" (inizialmente introdotto come "etichetta verde" dalla D.G.R. n. 38571/1998);*

- "B" (Breve): da eseguire entro 10 giorni.
- "D" (Differibile): entro 30 giorni per le visite, 60 giorni per le prestazioni strumentali. Si tratta di prestazioni la cui tempestiva esecuzione non condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente;
- "P" (Programmata): da erogarsi in un arco temporale maggiore e *comunque non oltre 180 giorni*.

Nel caso in cui la classe di priorità non sia compilata dal prescrittore, la prestazione viene assegnata di default alla classe di priorità P. Inoltre, rientrano in categoria P gli accessi di follow up, da erogare in un arco di 180 giorni dal primo accesso.

A questo sistema di classificazione si affianca il concetto di raggruppamento di priorità per area di rischio, già introdotto dalla D.G.R. n. IX/937/2010, prevedendo la possibilità da parte degli erogatori di compilare il campo note aggiungendo le seguenti notifiche:

- "On" per le prestazioni afferenti all'Area Oncologica;
- "CV" per le prestazioni afferenti all'Area Cardiovascolare;
- "MI" per le prestazioni afferenti all'Area Materno-Infantile;
- "Ge" per le prestazioni afferenti all'Area Geriatrica (da intendersi applicata a partire dai 75 anni di età compiuti).

L'identificazione nel campo note di una delle suddette aree di codifica determina l'attribuzione alla classe di priorità Breve; la compilazione dei campi U, D, P risulta dunque alternativa all'indicazione dell'area.

Per le prestazioni di ricovero vengono recepite in toto le indicazioni contenute nel PNGLA 2010-2012 ed in particolare la distinzione in classi di priorità A, B, C e D, la cui segnalazione è alternativa all'indicazione dell'area di rischio (On, CV, Ge).

Si precisa che il raggruppamento di priorità per area di rischio è stato annullato con successiva D.G.R. n. 3993/2015.

La gestione delle liste di attesa è stata anche collegata a specifici obiettivi di valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie lombarde in relazione alla gestione dei tempi di attesa. Si riportano di seguito le indicazioni per il 2016 e il 2017.

La D.G.R. n° X/5514 del 02/08/2016 "Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio-sanitarie territoriali (ASST) e AREU e relativa definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2016" ha disciplinato il sistema di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende e Agenzie Sanitarie lombarde, con relativi obiettivi di sviluppo e i indicatori per l'anno 2016.

Gli obiettivi di sviluppo si dividono nelle seguenti tipologie (Tabella 2.1):

- **Obiettivi operativi:** sono gli adempimenti minimi e imprescindibili il cui conseguimento permette di accedere alla successiva valutazione degli obiettivi strategici di sistema. Con questi obiettivi si valuta il corretto rispetto delle regole definite annualmente con la delibera di gestione del servizio socio-sanitario (per l'anno 2016 si è fatto riferimento

Missione valutativa

alla D.G.R. n. X/4702 del 2015); con tale delibera vengono definiti gli adempimenti da adottare sulla base di procedure standard predefinite e viene verificato, a fine anno, il grado di conformità di tutte le attività definite a inizio periodo.

- Nel caso di mancato raggiungimento della soglia del 80%, non si procede alla valutazione degli obiettivi strategici di sistema e non viene riconosciuta alcuna retribuzione di risultato.
- **Obiettivi strategici di sistema (punteggio massimo pari a 100):** rappresentano performance aggiuntive legate agli obiettivi di mandato e all'attuazione della riforma sociosanitaria (ad esempio Riordino Rete d'Offerta, Tempi di Attesa, Investimenti). Nel caso di raggiungimento inferiore al 50%, non viene riconosciuta alcuna retribuzione di risultato.
- In caso di valutazioni uguali o superiori al 50% il punteggio, arrotondato all'unità per eccesso o difetto, si articola nelle seguenti fasce nel caso di raggiungimento dei seguenti range:
 - tra il 50% e il 70% si consegue un punteggio di 60 punti dei 100 disponibili;
 - tra il 71% e il 80% si consegue un punteggio di 70 punti dei 100 disponibili;
 - tra il 81% e il 90% si consegue un punteggio di 80 punti dei 100 disponibili;
 - tra il 91% e il 95% si consegue un punteggio di 90 punti dei 100 disponibili;
 - tra il 96% e il 100% si consegue un punteggio di 100 punti dei 100 disponibili.

La retribuzione di risultato sarà proporzionale alla percentuale di raggiungimento del punteggio finale.

Tabella 2.1 Obiettivi inerenti la specialistica ambulatoriale

OBIETTIVI	INDICATORI	AZIENDE INTERESSATE	PESO
<i>OPERATIVI</i>			
Rispetto integrale delle regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016	Tra i diversi indicatori compare: - controllo dei flussi e delle prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali	Tutte le ATS e ASST	Il raggiungimento complessivo di almeno l'80% degli obiettivi operativi permette di accedere alla valutazione degli obiettivi strategici
<i>STRATEGICI</i>			
Tempi di attesa	Implementazione di percorsi dedicati ai pazienti cronici con contestuale miglioramento dell'accessibilità per le patologie acute	Tutte le ATS e ASST	30 punti

Fonte: Estratto Allegato 2 - D.G.R. n° X/5514 del 02/08/2016.

La D.G.R. n° X/6963 del 31/07/2017 “Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio-sanitarie territoriali (ASST) e dell’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e definizione degli obiettivi aziendali per l’anno 2017” declina il nuovo sistema di valutazione (Allegato 1 della delibera), gli obiettivi di sviluppo e i relativi indicatori (Allegato 2 della delibera) per l’anno 2017 dei Direttori Generali delle Aziende e Agenzie Sanitarie lombarde (ATS, ASST e AREU).

2.2.1 La D.G.R. n. X/7766 del 17/01/2018

La DGR n. 7766/2018 del gennaio 2018 “Tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: stato di attuazione delle politiche regionali ed indirizzi di sistema per l’ulteriore contenimento dei tempi di attesa” è il documento più aggiornato in materia di governo dei tempi di attesa per la Regione Lombardia. Essa è ispirata a principi di: utilizzo razionale delle risorse; efficacia delle prestazioni, efficienza del sistema ed appropriatezza clinica ed organizzativa; trasparenza nei confronti del cittadino; responsabilizzazione del cittadino per un utilizzo consapevole delle prestazioni offerte dal servizio sanitario pubblico. Con tale provvedimento la Regione Lombardia intende delineare un sistema organico di misure mirate al contenimento dei tempi di attesa con specifico riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, anche attraverso il continuo monitoraggio dell’andamento del sistema di governo delle liste di attesa.

Appropriatezza prescrittiva

Si rimarca l’importanza dell’obbligo dell’indicazione costante nella prescrizione medica del **quesito diagnostico** prevalente e della **classe di priorità**.

Nell’ottica di garantire l’aderenza delle prescrizioni alle evidenze scientifiche salvaguardando al contempo l’autonomia professionale del medico, si prefigge, attraverso la collaborazione con le Società Scientifiche dei Medici, la stesura di **Linee Guida regionali per l’attribuzione della classe di priorità** per le prestazioni con maggiore criticità e per le quali si registra un eccesso di richieste. Tali protocolli, concordati e condivisi tra i prescrittori (medici di assistenza primaria, medici specialisti ospedalieri e territoriali e specialisti convenzionati interni) dovranno contenere criteri il più possibile standardizzati, univoci ed omogenei per l’assegnazione delle classi di priorità. A tal fine, verrà costituito, presso la Direzione Generale Welfare, un **Gruppo di Lavoro per il Governo delle Liste di Attesa**, che avrà il compito di redigere le suddette linee guida sull’appropriatezza prescrittiva, per stabilire quando e quali esami prescrivere, individuando procedure ed i PDTA che dovranno essere applicate da tutti gli attori del sistema. A parziale superamento di quanto indicato nelle DD.GG.RR. n. 38571/1998, n. 1775/2011, n. 3933/2015 ed in considerazione del sempre maggior utilizzo della Ricetta Elettronica per le prescrizioni di diagnostica ambulatoriale, a partire dal 2018, si procede a semplificare l’assegnazione della classe di priorità “U” per la quale *non sarà più necessaria* l’apposizione da parte del medico prescrittore del “Bollino Verde”.

Missione valutativa

Per le visite o gli esami di controllo (follow up), si ritiene opportuno identificare uno specifico canale che preveda la prescrizione diretta da parte del medico specialista e la prenotazione da parte della struttura tramite agende separate, fin dal momento in cui viene generata la necessità, al fine di garantire una facilitazione dell'accesso per il cittadino e una reale presa in carico del bisogno assistenziale.

A seguito dell'adesione al progetto di ricerca promosso e finanziato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS) "Applicazione diffusa priorità cliniche alle prestazioni specialistiche ambulatoriali", si dà avvio alla fase sperimentale che prevede l'implementazione di un modello basato su priorità cliniche condivise fra medici prescrittori e specialisti. Sarà applicata limitatamente ad un set di 11 prestazioni nelle tre discipline Gastroenterologia, Cardiologia e Radiologia, a partire da alcune aree territoriali individuate su base epidemiologica nonché su dati empirici derivanti da pregresse esperienze di "integrazione ospedale-territorio", e precisamente nelle:

- ATS della Val Padana (ASST Crema);
- ATS dell'Insubria (ASST Varese);
- ATS della Brianza (ASST Lecco).

Monitoraggio del perseguimento dell'obiettivo di contenimento dei tempi di attesa

Si riconfermano le disposizioni circa le modalità di monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali contenute nel D.G.R. n. 1775/2011, vale a dire il monitoraggio *ex ante* (flusso RL_MTA) ed *ex post* (ex circolare n. 28/SAN).

Vengono introdotte novità di rilievo:

- il *Gruppo di Lavoro per il Governo delle Liste di Attesa* costituito presso la Direzione Generale Welfare avrà, fra gli altri, il compito di verificare lo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento dei tempi di attesa, individuare le prestazioni che risulteranno critiche e proporre interventi correttivi ed azioni innovative in materia di accessibilità; a partire dal 2018, si procederà all'implementazione del flusso di rilevazione *ex ante* dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI, nonché dei volumi delle prestazioni erogate in regime istituzionale su base trimestrale

2.3 Il sistema di prenotazione

In generale, il **Centro Unificato di Prenotazione (CUP)** è un sistema informatizzato centralizzato di prenotazione di prestazioni sanitarie, che consente di organizzare, con maggiore efficienza, le prenotazioni, gli accessi, la gestione delle unità eroganti e di fornire informazioni ai cittadini. Il sistema è deputato a gestire l'intera offerta: SSN, regime privato convenzionato e intramoenia. Si interfaccia a questo scopo con le diverse modalità di gestione dell'erogazione, degli accessi e

delle relative informazioni, supportando la programmazione dell'offerta e la comunicazione ai cittadini.

Il CUP consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di **monitorare la domanda e l'offerta complessiva**, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano **informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa**. L'obiettivo è quello di rendere possibile la prenotazione "allargata ed incrociata" di prestazioni presso strutture sia pubbliche sia private accreditate, nei diversi regimi di erogazione, e per le differenti modalità di accesso quali ricovero ordinario, *day hospital* e specialistica ambulatoriale.

Il sistema si fonda su principi di **equità** nell'accesso alle prestazioni sanitarie disponibili, di **universalità** nell'applicazione delle norme del sistema sanitario, nella garanzia della **trasparenza** delle modalità e dei criteri di accesso ai servizi verso l'utenza e nell'**integrazione** delle risorse operanti in un determinato contesto organizzativo.

Il modello di una procedura CUP deve possedere proprietà di flessibilità ed adattamento, mirando a una continua ricerca del giusto equilibrio fra qualità dei servizi, soddisfazione della domanda e ottimizzazione dell'uso delle risorse. È necessario, ad esempio, considerare l'insorgenza della necessità di offrire, a parità di risorse, accessi differenziati per livelli di priorità, una corretta fruibilità di prestazioni di secondo livello, una gestione di percorsi assistenziali che garantisca l'equità del trattamento.

Il CUP si intende tale in quanto accorpa più punti di accesso alle prenotazioni, rendendole accessibili per prestazioni diverse in differenti luoghi e non solo nei punti di erogazione/prenotazione delle stesse sia che si tratti di **CUP Aziendali**, specifici di una singola Azienda Sanitaria pubblica o privata accreditata, o **CUP Interaziendali**, invece, più soggetti o i sistemi autonomi entrano in relazione fra di loro accrescendo ulteriormente le complessità organizzative.

In questo ambito sono possibili due soluzioni: **CUP unificato** e **CUP integrato**¹⁰. Entrambi i modelli prevedono un coordinamento interaziendale a livello regionale e la possibilità di accentrare specifici ambiti d'attività del CUP, allo scopo di beneficiare di economie di scala e di specializzazione delle figure coinvolte. Questa strutturazione rende inoltre disponibile la prenotazione delle prestazioni sanitarie in "circolarità", cioè tramite tutti i punti d'accesso del Sistema CUP, indifferentemente dall'appartenenza ad una specifica Azienda Sanitaria, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto per quella tipologia di prestazione per i propri assistiti.

¹⁰ Il CUP unificato configura una situazione in cui diversi CUP aziendali confluiscono in un unico, mentre il modello di CUP integrato può ritenersi una sorta di transizione verso il modello unificato, configurando una situazione in cui diversi CUP aziendali si interfacciano con un modulo "orchestratore", che gestisce le richieste di prenotazione.

2.3.1 Il CUP in Regione Lombardia

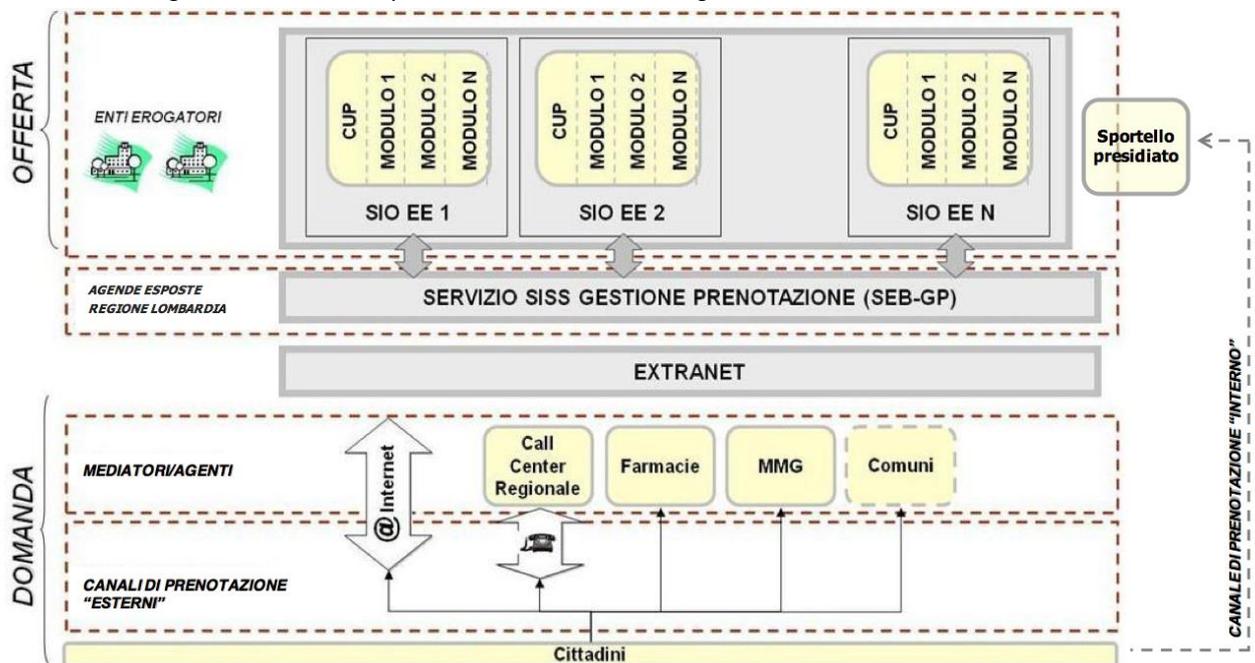
In Regione Lombardia il passaggio da un sistema CUP aziendale ad un modello integrato è stato promosso dal **Sistema Informativo Socio-Sanitario (SISS)** attraverso il servizio di Gestione delle Prenotazioni. Tutte le aziende che aderiscono al SISS usufruiscono di una rete Extranet, una rete aperta nella misura in cui gli aderenti possono, autonomamente ed in competizione tra loro, esporre liberamente servizi aggiuntivi rispetto a quelli di base del SISS; si tratta quindi di uno strumento che integra e non sostituisce i sistemi informatici degli operatori.

Le funzioni di prenotazione degli appuntamenti vengono gestite per mezzo del **Servizio Gestione Prenotazioni (SEB-GP)** il quale interagisce con i sistemi di prenotazione (CUP aziendali) in uso da parte degli enti erogatori. Il servizio può essere quindi identificato come **CUP di livello sovra-aziendale** (Regionale) per i sistemi CUP aziendali degli enti erogatori integrati con il SISS (Figura 4.1).

Le sue principali funzioni sono:

- ricerca delle strutture fruibili sulla base delle prestazioni da prenotare e dei vincoli temporali e territoriali espressi dal cittadino;
- consultazione dei tempi medi di attesa;
- negoziazione degli appuntamenti;
- registrazione degli appuntamenti.

Figura 4.1 Processo di prenotazione multicanale regione Lombardia SIAU



Fonte: Specifiche di Interfaccia Applicativi Utente, Avviamento ed Esercizio Servizi Prenotazione, pag. 8. Lombardia Informatica, 09 novembre 2012.

2.3.2 Organizzazione funzionale del CUP

Il corretto funzionamento del Sistema CUP è reso possibile da un servizio di *Front-office* per la raccolta delle richieste, prenotazione e/o riscossione e uno di *Back-office*, che cura la gestione e programmazione delle agende e il supporto ai punti di prenotazione e di erogazione. Altre funzioni afferenti al *Back-office* sono il Monitoraggio e l'Analisi dati per il governo del sistema delle liste di attesa.

Nelle attività di *Back office* riveste un ruolo prioritario la **gestione e programmazione delle agende di prenotazione**; questa comporta il management del catalogo delle prestazioni prenotabili in ogni branca specialistica, la configurazione delle agende di prenotazione con l'eventuale gestione dei posti disponibili in base alla classe di priorità, la registrazione delle prestazioni erogate e la modifica delle agende inserite nel Sistema (per sospensione di attività di erogazione, variazione di tipologia e quantità delle prestazioni e degli orari di accesso).

Nello specifico, il Sistema CUP deve consentire la gestione separata delle **prime visite** rispetto ai **controlli**, individuando le prestazioni da inserire in liste di attesa distinte, in particolare quando tali prestazioni appartengono a specifici percorsi diagnostico-terapeutici, per i quali è necessario prevedere una programmazione che permetta di gestire l'integrazione delle diverse prestazioni in maniera il più possibile omogenea.

Nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale è possibile prenotare visite ed esami se in possesso della prescrizione medica effettuata sul ricettario del SSN (ricetta rossa) e della Tessera Sanitaria (CNS/CRS), con facoltà di libera scelta fra aziende pubbliche e private accreditate¹¹.

In Regione Lombardia la comunicazione con il sistema è possibile tramite:

- sportello presidiato (rappresenta l'esempio più diffuso: maggior fruibilità da parte della popolazione anziana grazie al contatto diretto con l'operatore);
- telefono, chiamando il Call Center Regionale (CCR) o i CUP delle strutture sanitarie. Al call center di Regione Lombardia, accessibile da tutta Italia, si accede chiamando l'800.638.638 da rete fissa oppure lo 02.99.95.99 da rete mobile, dal lunedì al sabato dalle ore 8 alle ore 20, esclusi i giorni festivi;
- operatori SISS (Medici ospedalieri/ambulatoriali, MMG/PLS, infermieri);

¹¹ Non rientrano in questa modalità le prestazioni sanitarie ad accesso diretto, che sono: prestazioni per cui non è richiesta la prescrizione del medico curante, ma per le quali le singole strutture erogatrici solitamente prevedono la prenotazione, afferenti alle specialità di: ostetricia e ginecologia; odontoiatria, limitatamente alle categorie di utenti indicate nella D.G.R. n. 3111/2006; pediatria, limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base; psichiatria e neuropsichiatria infantile; prestazioni per cui non è richiesta la prenotazione: sono gli esami di laboratorio, per i quali, salvo per alcune tipologie di esami e su indicazione della singola struttura sanitaria, l'accesso è libero ed è sufficiente presentarsi in uno dei punti prelievo dislocati nel territorio di pertinenza della struttura sanitaria.

Missione valutativa

- farmacie territoriali;
- sportelli siti in strutture convenzionate (Associazioni Mediche, Istituti accreditati, Associazioni di Volontariato, Comuni, ecc.);
- applicazione per dispositivi mobili “Salutile Prenotazioni”¹²;
- online con PC e smartphone, tramite il sito <https://www.prenotasalute.regione.lombardia.it/sito/> istituito nel 2017 anche grazie al flusso MOSA, che sostituisce la precedente modalità che prevedeva l’autenticazione CRS e il download di apposito software per configurazione del PC.

Per la prenotazione in regime di libera professione (LP), è possibile telefonare al numero verde 800.890.890 per prenotare visite mediche ed esami specialistici presso le seguenti Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) di Regione Lombardia che hanno aderito al servizio:

- Buzzi, Fatebenefratelli e Macedonio Melloni di Milano;
- Melegnano e della Martesana;
- Rhodense;
- Monza;
- Sette Laghi di Varese.

Il numero verde è attivo, sia da telefono fisso che da cellulare, dal lunedì al sabato dalle ore 8 alle ore 20, esclusi i giorni festivi.

Indipendentemente dalla modalità, il processo di prenotazione consta di **identificazione** dell’assistito, inserimento delle prestazioni e **prenotazioni** delle stesse, nonché **contabilizzazione** e cassa. Presupposto fondamentale del sistema CUP è quello di garantire una corretta ed univoca identificazione del paziente, avvalendosi della tessera sanitaria e contemporaneamente verificando la presenza di eventuali esenzioni; solo una volta effettuato questo passaggio sarà possibile avanzare nel processo, previ opportuni controlli automatizzati al fine di evitare le prenotazioni multiple. Al momento della prenotazione si offrirà all’utente il primo posto libero disponibile nell’ambito territoriale di riferimento dell’assistito e, qualora l’utente ne faccia richiesta, verranno fornite le ulteriori disponibilità.

Si è già evidenziato come la mancata presentazione dell’utente comporti l’allungamento delle liste di attesa; al fine di ridurre il più possibile questo fenomeno si deve favorire e semplificare l’accessibilità ai **servizi di disdetta** quali call center (anche automatizzati), internet e accessi preferenziali agli sportelli di prenotazione. La disdetta dev’essere effettuata al massimo entro le 48 precedenti l’appuntamento, pena il pagamento della prestazione non effettuata. È inoltre attivo un servizio di recall da parte del Call Center Regionale per ricordare ai cittadini data e ora dell’appuntamento, via SMS, mail, o telefono. È il CCR lombardo che, oltre i servizi principali di prenotazione, annullamento e spostamento, si occupa anche dei servizi complementari quali:

¹² Sono attive quattro distinte applicazioni Salutile: Pronto Soccorso, Prenotazioni, Referti, Ricette.

- **SMS di remind**, da inviarsi 3 giorni prima dell'appuntamento, contenente data, ora e luogo della visita prenotata.
- **Chiamate outbound di conferma** dell'appuntamento, si applicano soprattutto a prestazioni particolarmente complesse o con tempi medi di attesa molto alti. Nel caso in cui il cittadino non confermi l'appuntamento, l'operatore rimette a sistema la data liberatasi e propone date alternative.
- **Chiamate di spostamento** per cause attribuibili all'erogatore.

Le rilevazioni effettuate da Lombardia Informatica hanno evidenziato come "l'utilizzo degli SMS di *remind* dell'appuntamento al cittadino e delle chiamate *outbound* mirate abbia abbattuto il fenomeno della mancata presentazione all'appuntamento, consentendo pertanto una riallocazione dei posti liberati e un miglioramento delle liste di attesa, oltre che un ritorno d'immagine dell'azienda percepito dal cittadino".

2.4 Il sistema di monitoraggio dell'offerta sanitaria ambulatoriale – il MOSA

Il Sistema CUP di Regione Lombardia produce le informazioni necessarie per la corretta alimentazione del flusso informativo **MOSA** (Monitoraggio Offerta Sanitaria Ambulatoriale). Il monitoraggio dei tempi di attesa e l'analisi delle sue criticità rappresentano, infatti, strumenti importanti per rimodellare l'offerta al fine di fronteggiare situazioni di criticità.

Il MOSA è un flusso informativo regionale istituito da Regione Lombardia con D.G.R. n. X/2989 del 23/12/2014, nel quale si rilevava "la necessità di disporre, sul sistema di Prenotazione regionale, delle agende di tutti gli Enti erogatori accreditati, al fine di garantire, in ogni momento, la visibilità agli operatori ed agli utenti dell'intera offerta disponibile". Il flusso ha preso avvio con la successiva nota H1.2015.0019179 del 26/06/2015.

L'obiettivo principale del MOSA è quello di uniformare le informazioni riguardanti l'erogazione delle prestazioni sanitarie da parte delle aziende pubbliche e private accreditate ed i relativi tempi di attesa.

Il flusso MOSA, generato dai dati caricati dalle aziende sulla piattaforma SMAF (Sistema Modulare Acquisizione Flussi) a cadenza quotidiana, informa sulle capacità del Sistema Sanitario Regionale di fornire prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale.

Nello specifico, tali informazioni riguardano l'**offerta già prenotata** e l'**offerta libera** in termini di minuti, nonché il **tempo medio di attesa** per le prestazioni ambulatoriali a livello regionale, di struttura, di presidio o di area geografica scelta.

L'oggetto del monitoraggio sono le prestazioni sanitarie erogate in modalità ambulatoriale in regime SSN (Servizio Sanitario Nazionale), in regime di Libera Professione (LP) e in solvenza (SOL). Non sono invece oggetto di rilevazione le prestazioni riservate ai percorsi di degenza, di screening, e a regimi di erogazione diversi da quelli elencati, ad esempio quelli derivanti da convenzioni.

Missione valutativa

Le informazioni sono aggregate per **raggruppamenti** di prestazioni:

- Ecografia
- Mammografia
- MOC
- TAC
- RMN
- Radiografia diagnostica tradizionale
- Medicina nucleare
- Prime visite
- Visite di controllo
- Altre prestazioni

Nello specifico, i dati contenuti nel flusso sono i seguenti:

- data di inizio rilevazione;
- data di fine rilevazione;
- codice che identifica l'ente erogatore della prestazione;
- codice che identifica il presidio erogatore della prestazione;
- codice del raggruppamento MOSA;
- codice CUP dell'agenda;
- descrizione dell'agenda;
- modalità di erogazione della prestazione;
- elenco della/e classe/i di priorità gestita/e per la prestazione;
- tempo già prenotato all'interno dell'agenda o del raggruppamento (tempo occupato);
- tempo ancora disponibile per le prenotazioni all'interno dell'agenda o del raggruppamento (tempo libero);
- codice regionale della prestazione (definito dal nomenclatore tariffario di Regione Lombardia);
- tempo medio di esecuzione della prestazione;
- prima data prenotabile per la prestazione (prima disponibilità);
- seconda data prenotabile per la prestazione (seconda disponibilità);
- terza data prenotabile per la prestazione (terza disponibilità);
- quarta data prenotabile per la prestazione (quarta disponibilità);
- quinta data prenotabile per la prestazione (quinta disponibilità).

Nel flusso si distinguono due principali modalità organizzative:

- **raggruppamenti omogenei** (numeri 1-7): modalità utilizzata per le agende che contengono prestazioni diagnostiche di un'unica tipologia. Ad esempio, il raggruppamento "RMN" include tutte le prestazioni di risonanza magnetica del cervello e del tronco encefalico, dell'addome inferiore e scavo pelvico, muscoloscheletrica, della colonna. Per i raggruppamenti omogenei non è obbligatorio indicare il dettaglio

- dell'agenda, poiché essi possono contenere al loro interno diverse agende accomunate dal fatto che le prestazioni erogate appartengono al medesimo raggruppamento;
- **raggruppamenti eterogenei** (numeri 8-10): modalità utilizzata per prestazioni che afferiscono a diverse branche. Ad esempio, le visite afferenti a specialità diverse sono fornite da agende diverse. Per i raggruppamenti eterogenei, è obbligatorio indicare anche il codice e la descrizione dell'agenda.

2.5 Unificazione delle agende e gestione trasparente dei sistemi di prenotazione

La gestione trasparente delle prenotazioni presuppone la totale visibilità da parte dei Sistemi Informativi aziendali e regionali delle agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche, includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di attività libero-professionale intramuraria. A tal fine è funzionale il potenziamento del **MOSA**.

Questo modello è finalizzato a tutelare la libertà degli utenti del servizio sanitario regionale nella scelta del soggetto erogatore. A tal fine, si rendono accessibili a tutti i cittadini informazioni sulla disponibilità delle agende di prestazioni ambulatoriali delle strutture pubbliche e private accreditate e sui relativi tempi di attesa. Per questo si prevede che *tutte le agende debbano essere esposte in trasparenza al MOSA*, senza esclusioni, in modo che i cittadini possano scegliere tra tutte le strutture erogatrici accreditate e a contratto con il servizio sanitario regionale.

Grazie al flusso MOSA, nel corso del 2017 sono stati attivati il nuovo sito internet unico regionale (www.prenotasalute.regione.lombardia.it) e l'applicazione per dispositivi mobili "Salutile Prenotazioni". Questi strumenti sono finalizzati a fornire ai cittadini informazioni omogenee sull'intera offerta ambulatoriale su tutto il territorio, che a pieno regime saranno aggiornate a cadenza quotidiana: sono esposte le prime cinque disponibilità di agenda per le singole prestazioni in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate regionali, permettendo di procedere con la prenotazione differita di visite ed esami specialistici, se in possesso di prescrizione del medico.

Nel 2017, per potenziare il coordinamento centrale attraverso il CCR, è stato realizzato il sistema "Prenotazione differita" che è attualmente in fase di completamento; si tratta di un nuovo servizio informativo integrato che consentirà al cittadino che contatta il CCR di avere informazioni anche sulle disponibilità degli EEPA (Enti Erogatori Privati Accreditati) non ancora direttamente collegati. La gestione della richiesta avviene secondo il seguente processo:

- il cittadino chiama il CCR o si connette alla pagina web e indica la prestazione richiesta;
- il CCR comunica/la pagina web mostra le disponibilità dedotte attraverso il flusso MOSA;
- in base alle informazioni ricevute il cittadino sceglie la struttura erogatrice;
- il CCR invia il form di richiesta di prenotazione alla struttura prescelta;
- l'EEPA verifica la disponibilità e comunica al cittadino l'appuntamento (via mail o telefono).

2.5.1 Organizzazione aziendale

Si prevede la nomina, per ogni struttura sanitaria accreditata ed a contratto, di un **Responsabile Unico Aziendale**, il cui nominativo andrà comunicato alla Direzione Generale Welfare, al quale sono affidati compiti di:

- garanzia del corretto rapporto fra attività istituzionale e libero-professionale e dell'utilizzo ottimale delle risorse dell'azienda;
- gestione esclusiva delle agende, in sinergia con le direzioni strategiche aziendali;
- definizione degli interventi di formazione degli operatori con compiti di accoglienza dei pazienti e comunicazione sulla permanenza nelle liste di attesa;
- monitoraggio continuo, attraverso l'analisi dei dati dei sistemi informativi correnti e l'esame delle criticità, per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi posti attraverso appositi indicatori.

2.6 Provvedimenti per le prestazioni critiche

L'analisi condotta a livello regionale sulle prestazioni erogate come primi accessi nel corso del 2017 ha evidenziato quelle prestazioni che, tenuto conto della numerosità delle stesse e del tempo di erogazione medio rilevato dalle diverse ATS, risultano maggiormente critiche e meritevoli di interventi finalizzati al contenimento del tempo di attesa. Queste comprendono:

- Prima visita oculistica;
- Eco(color) dopplergrafia cardiaca;
- Ecografia bilaterale della mammella;
- Mammografia bilaterale;
- Ecografia dell'addome superiore;
- Colonscopia con endoscopio flessibile.

L'insieme delle azioni da porre in atto, in via sperimentale e attraverso il coordinamento delle ATS, per il perseguimento dell'obiettivo di contenimento dei tempi di attesa entro un massimo di **30 giorni** sulle sei prestazioni sopra individuate, include linee di intervento sui sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni e per il governo dell'offerta, ed in particolare:

- Invio, da parte dei sistemi CUP aziendali, di tutte le prenotazioni ambulatoriali SSN effettuate al Sistema di Prenotazione Regionale che identifica le prenotazioni "doppie" e provvede a mantenere attiva unicamente quella più recente notificando al rispettivo Ente l'annullamento della prima prenotazione;
- utilizzo da parte degli Enti sanitari di servizi recall (telefonici, e-mail ed sms) per la conferma o eventuale disdetta della prenotazione;
- attraverso un'evoluzione del servizio MOSA, utilizzo di uno strumento informatico che aggiorni, quotidianamente, le Direzioni Generali ed il Responsabile Unico

- sull'andamento delle liste di attesa, al fine di intervenire tempestivamente sull'offerta e sulle eventuali criticità evidenziate;
- finanziamento di progetti specifici, con lo stanziamento di un importo di 11 milioni di euro, pari al 10% del totale delle risorse destinate ad obiettivi connessi con le attività ambulatoriali all'interno della negoziazione tra le ATS e le strutture sanitarie. Tale monte risorse, che corrisponde attualmente al 5% della negoziazione, era previsto sin dal 2005 (DD.GG.RR. n. 12287/2003, n.15324/2003, n. 19688/2004, n. 1375/2005);
 - previsione di specifiche disponibilità economiche finalizzate alla destinazione di risorse a titolo di "extra budget" ai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto, nonché ulteriori misure tese a ridistribuire le risorse inutilizzate nel rispetto dei vincoli nazionali e regionali.

2.7 Presa in carico del paziente cronico e fragile

Di fronte al crescente carico delle malattie croniche, che in Lombardia incidono per più del 70% sulla spesa sanitaria e riguardano circa 3,5 milioni di pazienti (pari al 30% della popolazione), si è ritenuto necessario sviluppare un nuovo modello di gestione della cronicità. Questo modello determina un percorso appositamente dedicato per i pazienti cronici e fragili e verosimilmente avrà, con effetti che si renderanno evidenti quando il sistema opererà a pieno regime, un impatto positivo anche sulle agende dedicate ai pazienti non affetti da cronicità. La presa in carico integrata dei pazienti cronici e fragili si realizza attraverso un Piano di assistenza individuale ed un Patto di Cura e secondo precisi protocolli di gestione dei percorsi e dei *follow up*, come definito dalle DDGGRR n. X/6164/2017, n. X/6551/2017, n. X/7038/2017 e n. X/7655/2017. Questo modello prevede il ricorso ad *agende di prenotazione dedicate* e si completa con la responsabilità, per la struttura che ha in carico il paziente, di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo.

Missione valutativa

3. I TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA: LA SITUAZIONE DALLE FONTI PRINCIPALI

Il capitolo descrive lo stato dell'arte delle prestazioni erogate e dei tempi d'attesa, così come emerge dalle fonti amministrative (open data, flusso informativo 28/san) e dalle interviste in loco. In particolare, per gli anni 2016 e 2017: il numero complessivo delle prestazioni erogate, i tempi di attesa (minimi, massimi e medi) per prestazione soggette al monitoraggio in Regione Lombardia e per ATS di riferimento. Viene poi dato conto dei risultati che emergono dagli strumenti di monitoraggio delle ATS per i differenti territori.

3.1 Le prestazioni ambulatoriali

Negli *opendata* messi a disposizione da Regione Lombardia sul proprio sito, si osserva che il volume di prestazioni, che includono l'attività resa in regime libero-professionale, erogate in Lombardia per la specialistica ambulatoriale nel 2017 è pari a 159,993,627 unità, circa 1 milione e 400 mila in più rispetto all'anno precedente (+8.8 per mille) (Tabella 6.1). Variazioni interessanti anche il contesto di erogazione: all'incremento marcato per l'attività di screening (+35.5 per mille), si unisce un incremento per l'attività resa in pronto soccorso (+14.5 per mille) e prestazioni rese in ambulatorio (+7.0 per mille).

In generale si rileva che in entrambi gli anni la quota più rilevante delle prestazioni (84%) è assorbita dall'attività ambulatoriale, e la rimanente parte dal pronto soccorso (15%). Le prestazioni relative alle attività di screening, benché in forte incremento, rappresentano l'1% delle prestazioni complessive. In aggiunta nel 2017 una quota molto bassa di prestazioni (circa 79 mila unità) è erogata come "non remunerate", vale a dire le prestazioni rimborsate a forfait come i servizi di emergenza-urgenza, il pronto soccorso, il trapianto d'organo, le attività trasfusionali, la ricerca e la didattica universitaria (Tabella 3.1).

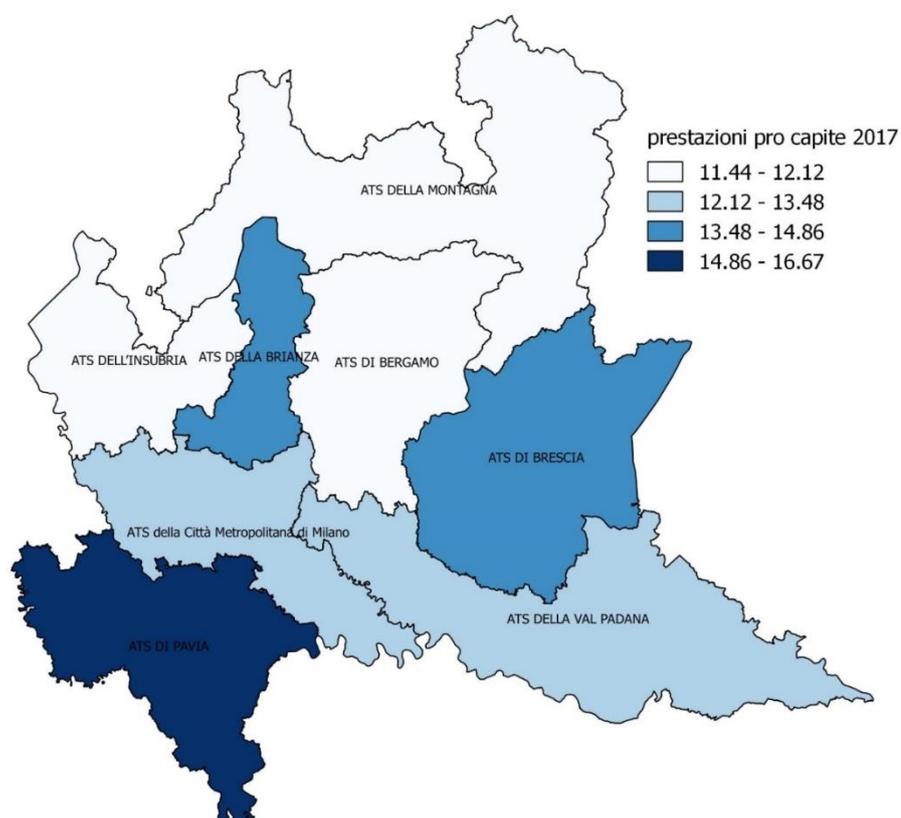
Tabella 3.1 Distribuzione delle prestazioni ambulatoriali, di pronto soccorso e screening in Lombardia. Anni 2016-2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).

Contesto di erogazione	2016		2017		Tasso di variazione
	N° prestazioni	Percentuale	N° prestazioni	Percentuale	
Ambulatoriali	133,349,203	84%	134,280,768	84%	7.0
Pronto soccorso	24,094,637	15%	24,443,152	15%	14.5
Screening	1,150,181	1%	1,191,004	1%	35.5
Non remunerate	0	0%	78,703	0%	-
Totale	158,594,021		159,993,627	100%	8.8

Fonte: Elaborazioni Polis-Lombardia su dati.opendata della Regione Lombardia

Da un'analisi del territorio, si osserva che il numero di prestazioni pro capite nel 2017 più elevato sia presente nel territorio pavese (16.67 prestazioni per abitante nella ATS di Pavia), e quello più basso nella zona alto-padana e pedemontana (12.12 per l'ATS della montagna, 11.76 per l'Insubria e 11.44 per Bergamo), con l'esclusione della Brianza e del Bresciano per cui i livelli sono medio alti (14.86 ATS della Brianza e 14.42 per l'ATS di Brescia). Il livello delle prestazioni pro capite è medio basso nella fascia basso padana centro-orientale (13.48 prestazioni pro capite nella ATS della città Metropolitana di Milano e 13.37 nella ATS della Valle Padana) (Figura 3.1).

Figura 3.1 Distribuzione delle prestazioni pro-capite nelle 8 ATS lombarde¹³. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).

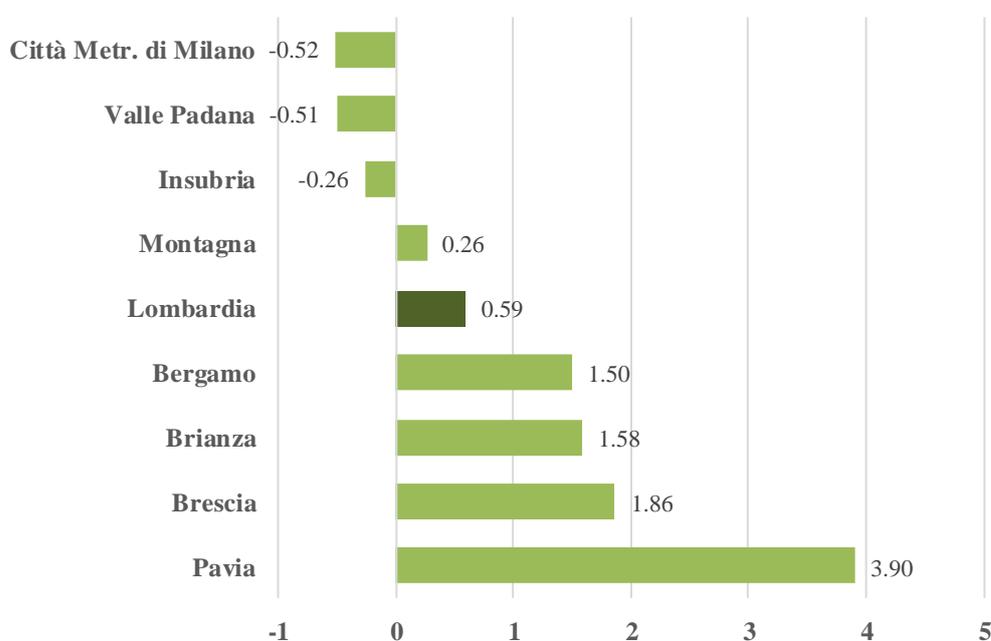


¹³ **ATS di Bergamo**, articolata in **tre** distretti (Bergamo, Bergamo Ovest, Bergamo Est), **ATS di Brescia**, articolata in **tre** distretti (Brescia, Franciacorta, Garda); **ATS della Brianza**, articolata in **tre** distretti (Lecco, Monza, Vimercate), **ATS dell'Insubria**, articolata in **tre** distretti (Lariano, Sette Laghi, Valle Olona), **ATS Milano Città Metropolitana** (di seguito ATS Milano), articolata in **sei** distretti (Milano, Nord Milano, Melegnano e Martesana, Ovest Milanese, Rhodense, Lodi), **ATS della Montagna**, articolata in **due** distretti (Valcamonica, Valtellina e Medio-Alto Lario), **ATS di Pavia**, articolata in **tre** distretti (Lomellina, Oltrepò, Pavese), **ATS della Val Padana**, articolata in **tre** distretti (Crema, Cremona, Mantova).

Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati *opendata* della Regione Lombardia

Da un confronto con le prestazioni erogate nel 2016 si osserva un incremento sostanziale delle prestazioni erogate per l'ATS di Pavia (+331,613 unità), ovvero un incremento di 3.9 prestazioni pro capite in più ogni 100 prestazioni tra il 2016 e il 2017. Un incremento comunque positivo è rilevabile anche per le ATS di Brescia (+291,675 unità), della Brianza (+320,362 unità), di Bergamo (+205,567 unità) e della Montagna (+1,490 unità). Si denota una flessione leggermente negativa per l'ATS dell'Insubria (-37,744 unità), della Valle Padana (-70,647 unità) e della Città Metropolitana di Milano (-110,751 unità) (Figura 3.2).

Figura 3.2 Variazione delle prestazioni ambulatoriali pro capite tra il 2016 e il 2017 nelle 8 ATS (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).

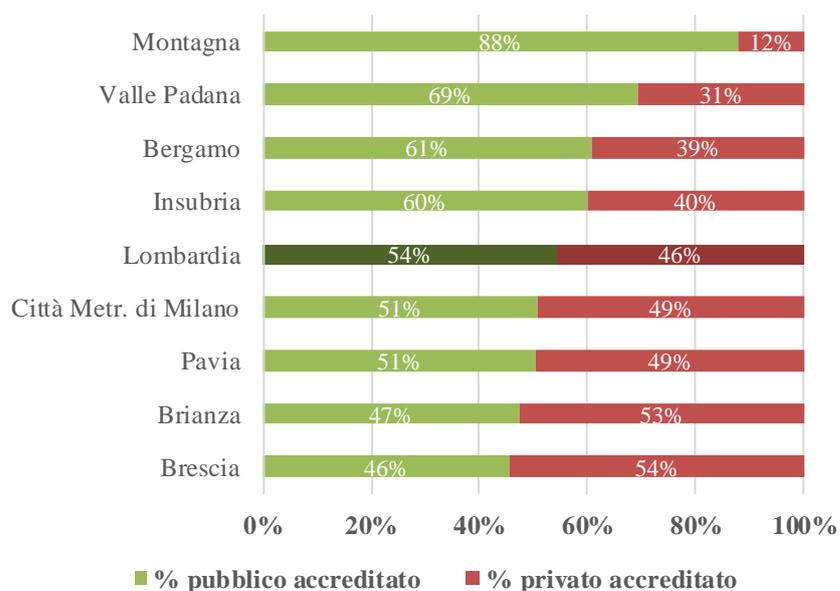


Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati *opendata* della Regione Lombardia

Da un'analisi della natura dell'offerta si può osservare che in Lombardia nel 2017 il 54% delle prestazioni ambulatoriali oggetto di analisi è erogato da enti pubblici accreditati (pari a 72,958,219 unità), contro il rimanente 46% erogato da strutture private accreditate (61,322,549 unità). La quota tra pubblico e privato accreditato varia considerevolmente a livello di ATS. Si osserva infatti che la proporzione maggiore di prestazioni provenienti da enti privati accreditati è presente nell'ATS di Brescia (54%) e quella minore nell'ATS della Montagna (12%). Per le

rimanenti ATS la quota di privato accreditato varia tra un minimo di 31% (ATS della Valle Padana) ed un massimo di 53% (ATS della Brianza) (Figura 3.3). Non si osservano differenze nelle proporzioni tra gli anni 2016 e 2017.

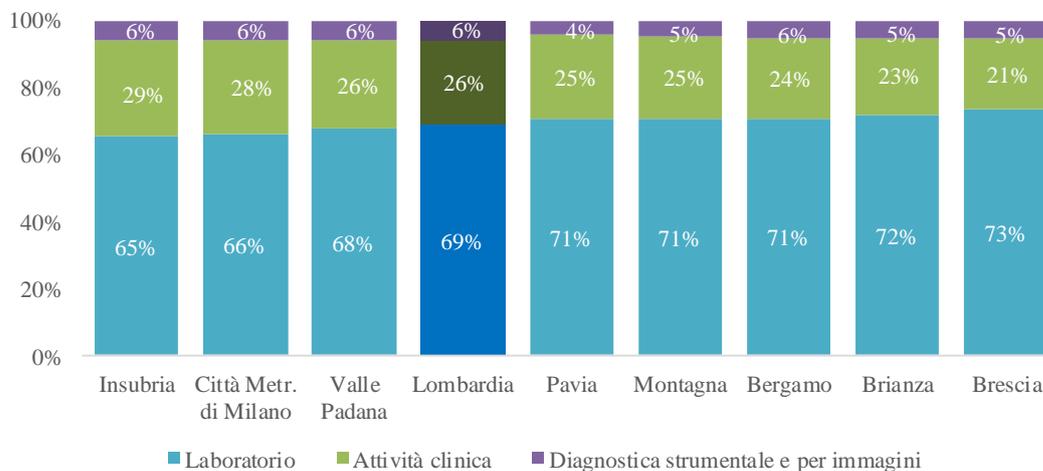
Figura 3.3 Distribuzione delle prestazioni a seconda del tipo di rapporto con il SSN (pubblico accreditato o privato accreditato) nelle 8 ATS lombarde. Anno 2017.



Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati open data della Regione Lombardia

Qualora oggetto di interesse non sia la natura dell'offerta ma il tipo di attività effettuata, l'attività di laboratorio nel 2017 è preponderante sia a livello regionale (68% su totale delle prestazioni, ovvero pari a 92,291,623 unità) che a livello di ATS (varia dal 65% nell'ATS dell'Insubria al 73% nell'ATS di Brescia). Successivamente un ruolo di un certo rilievo è investito dall'attività clinica (26% a livello regionale, pari a 34,352,124 unità, e varia a livello di ATS tra il 29% nell'ATS dell'Insubria e il 21% nell'ATS di Brescia) e marginale è l'attività di diagnostica strumentale e per immagini (6% a livello regionale, pari a 7,637,021 unità, e varia a livello di ATS tra il 6% nell'ATS dell'Insubria e il 5% nell'ATS di Brescia) (Figura 3.4). Inoltre, non si osservano differenze nelle proporzioni tra gli anni 2016 e 2017.

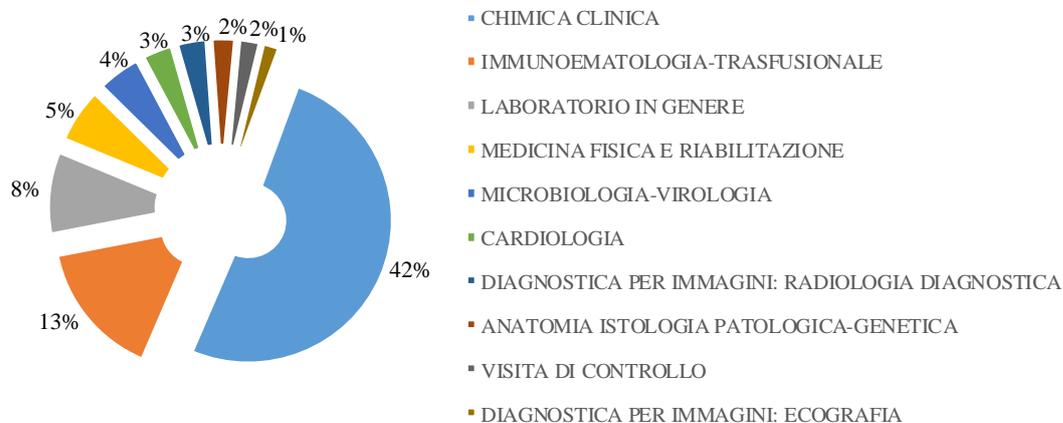
Figura 3.4 Distribuzione percentuale delle prestazioni a seconda del tipo di attività nelle 8 ATS lombarde. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).



Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati opendata della Regione Lombardia

Da un raggruppamento delle prestazioni ambulatoriale del 2017 sulla base del nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale regionale (non è stato utilizzato il nomenclatore nazionale non avendo attualmente possibilità di un confronto a livello nazionale) si osserva che una parte preponderante delle prestazioni (5,6437,843 unità, pari al 42% delle prestazioni complessive) è relativo alla chimica clinica. Delle rimanenti il 13% (17,219,964 unità) è destinato alla immunoematologia trasfusionale, l'8% (10,389,301 unità) viene classificato come laboratorio in genere. Le rimanenti prestazioni hanno un peso percentuale inferiore al 5% (meno di 10 milioni di unità) (Figura 3.5).

Figura 3.5 Distribuzione delle prime dieci prestazioni in ordine di numerosità a seconda del raggruppamento per branca regionale. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).



Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati opendata della Regione Lombardia

3.2 Volumi e tempi per le prestazioni ambulatoriali ex Flussi 28/SAN

Per capire quanto attendono i cittadini lombardi per ottenere prestazioni di specialistica ambulatoriale è stata effettuata utilizzando il flusso 28/SAN.

Nell'analisi del dato desunto da tale flusso si prenderanno in considerazione tutte le prestazioni ambulatoriali di primo accesso soggette a monitoraggio. Le prestazioni analizzate sono circa 12 milioni, non si rilevano significative differenze nel numero di prescrizioni tra il 2016 e il 2017. In generale si osserva un lieve aumento del numero di prestazioni soggette a monitoraggio per gran parte delle ATS, ad esclusione della Città Metropolitana di Milano e dell'Insubria per cui si evidenzia una lieve flessione.

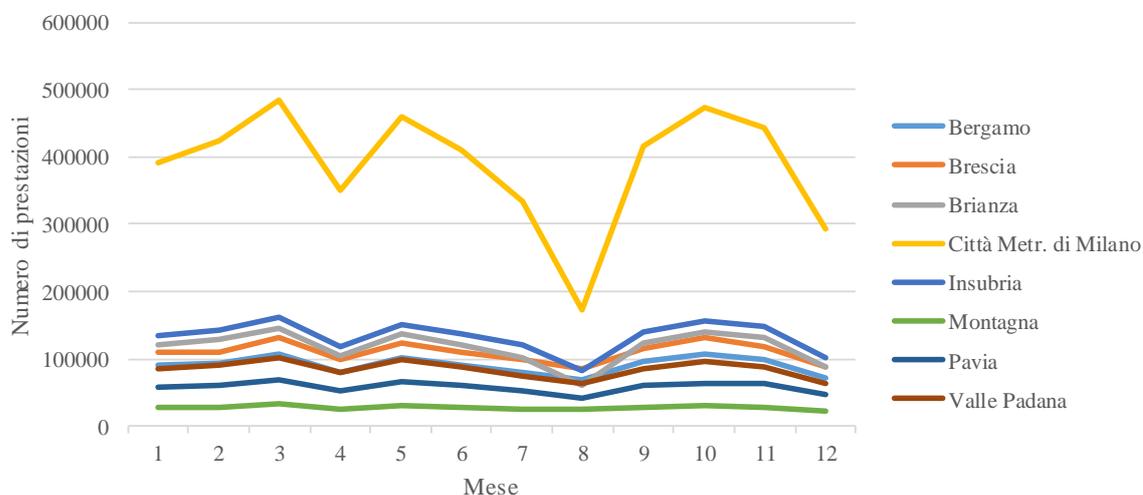
Tabella 3.3 Distribuzione delle prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio in Lombardia. Anni 2016-2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).

ATS	2016	2017	Variazione percentuale
Bergamo	1,072,348	1,080,673	0.78%
Brescia	1,296,222	1,317,906	1.67%
Brianza	1,402,629	1,404,730	0.15%
Città Metr. di Milano	4,651,279	4,648,975	-0.05%
Insubria	1,600,919	1,597,421	-0.22%
Montagna	323,423	323,452	0.01%
Pavia	685,093	692,083	1.02%
Valle Padana	1,012,435	1,013,255	0.08%
Lombardia	12,044,348	12,078,495	0.28%

Fonte: Elaborazioni Polis-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Un'analisi dell'andamento delle prestazioni monitorate durante l'anno 2017 mostra dei cali nei volumi nell'erogazione delle prestazioni monitorate in corrispondenza dei mesi di Aprile, Agosto e Dicembre.

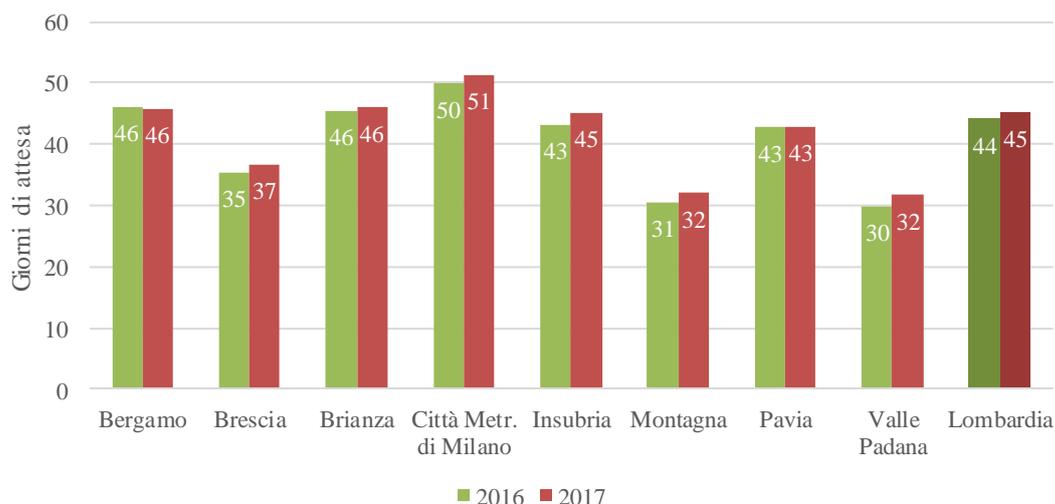
Figura 3.6 Distribuzione mensile delle prestazioni erogate soggette a monitoraggio per ATS. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).



Fonte: Elaborazioni Polis-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Il tempo di attesa riportato nel grafico sottostante è stato calcolato come differenza tra la data di erogazione/contatto e la data di prenotazione. Si è assistito ad un lieve aumento dei tempi di attesa medi per tutte le ATS, ad eccezione dell'ATS di Bergamo, della Brianza e di Pavia per cui i tempi medi di attesa sono risultati costanti.

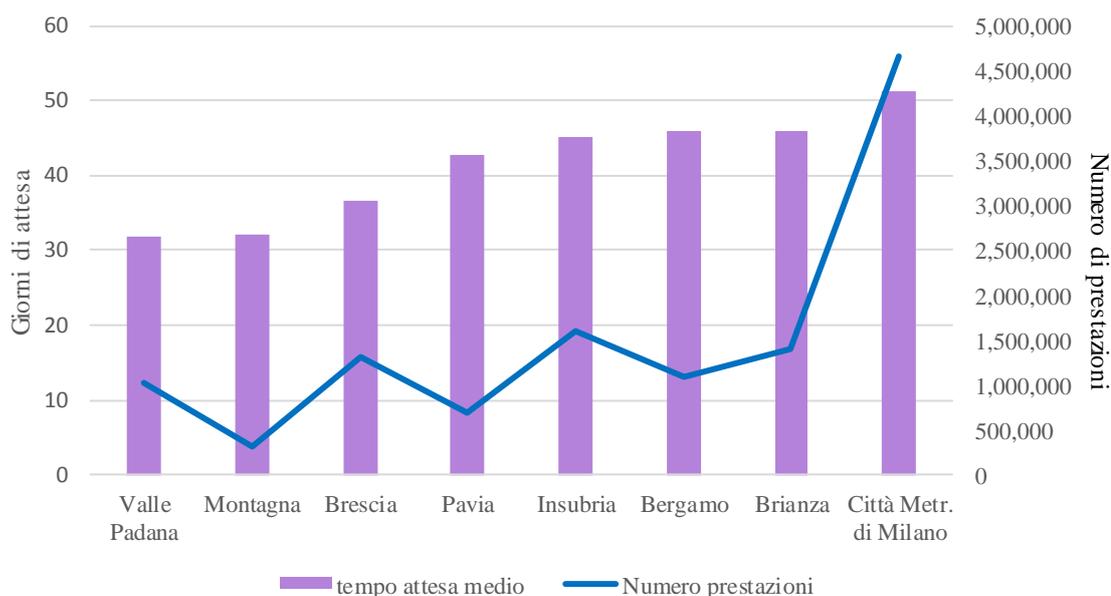
Figura 3.7 Distribuzione del tempo di attesa medio per ATS. Anno 2016-2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).



Fonte: Elaborazioni Polis-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Tuttavia è necessario considerare nell'analisi che i volumi di prestazioni per ciascuna ATS in alcuni casi notevolmente diversi. Nel grafico sottostante si può osservare come, relativamente all'anno 2017, generalmente ad un aumento del tempo di attesa medio sia associato un incremento dei volumi delle prestazioni.

Figura 3.8 Distribuzione del tempo di attesa medio e del numero di prestazioni per ATS. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).



Fonte: Elaborazioni Polis-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Da un'analisi della natura dell'offerta si può osservare che il tempo di attesa medio relativo alle prestazioni erogate nel 2017 da enti pubblici accreditati è superiore rispetto a quello erogato enti privati accreditati (53 giorni vs. 37). Tale differenza positiva si mantiene anche a livello di ATS con incrementi più o meno marcati a seconda delle ATS.

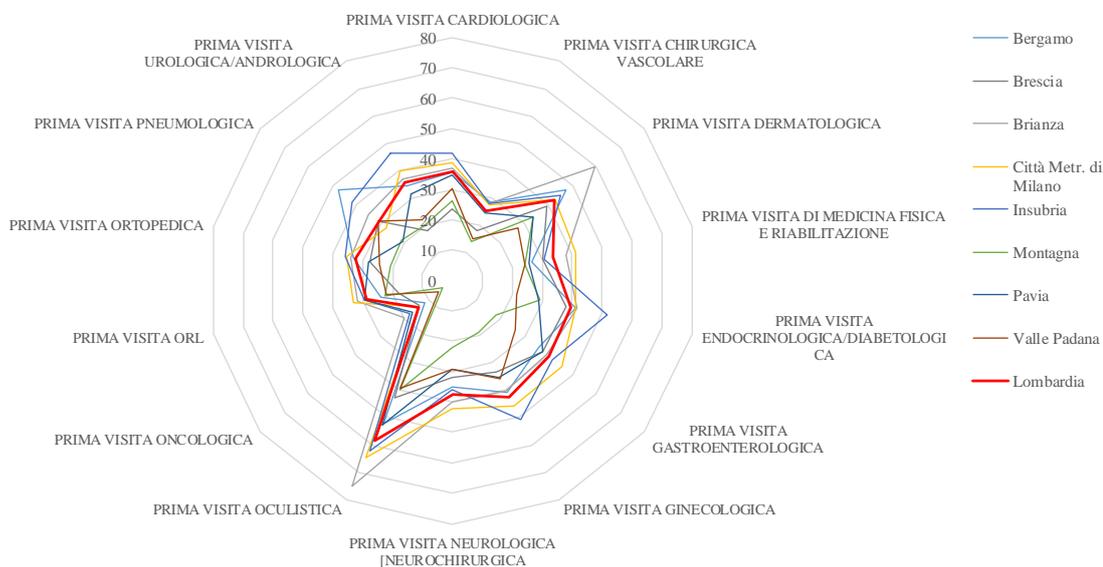
Tabella 3.4 Distribuzione delle prestazioni a seconda del tipo di rapporto con il SSN (pubblico accreditato o privato accreditato) nelle 8 ATS lombarde. Anno 2017.

ATS	Pubblico accreditato		Privato accreditato	
	Numero di prestazioni	Tempo di attesa medio	Numero di prestazioni	Tempo di attesa medio
Bergamo	458,936	56.88	621,737	37.74
Brescia	681,622	46.42	636,284	26.24
Brianza	718,605	60.44	686,125	30.82
Città Metr. di Milano	2,196,591	59.15	2,452,384	44.35
Insubria	729,507	56.64	867,914	35.63
Montagna	257,840	35.72	65,612	17.82
Pavia	425,328	42.11	266,755	44.05
Valle Padana	508,652	42.52	504,603	20.80
Lombardia	5,977,081	53.73	6,101,414	36.78

Fonte: Elaborazioni Polis-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Scendendo nel dettaglio della tipologia di prestazione ambulatoriali considerata, se si considerano le prime visite specialistiche nel 2017 si può osservare che la prima visita oculistica è quella a livello Regionale con i tempi di attesa più elevati (pari a 59 giorni di attesa medi), seguita dalla prima visita ginecologica (43 giorni), dermatologica (42 giorni), gastroenterologica (40 giorni), endocrinologica/diabetologica (39 giorni), neurologica/neurochirurgica (37 giorni), cardiologica (36 giorni), urologica/andrologica (36 giorni), di medicina fisica e riabilitazione (34 giorni), ortopedica (32 giorni), ORL (29 giorni), ed infine i livelli di attesa medi sono tra i più bassi per la prima visita chirurgica vascolare (25 giorni) e oncologica (14 giorni). Per le prime visite oculistiche, oncologiche e di chirurgia vascolare si osserva un andamento simile per tutte le ATS, quindi valori di attesa massimi per l'oculistica e minimi per l'oncologia e la chirurgia vascolare, per le altre prime visite si osserva una certa variabilità a livello di ATS.

Figura 3.9 Distribuzione dei tempi di attesa medi delle prime visite specialistiche per ATS. Anno 2017
(Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).



Fonte: Elaborazioni Polis-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

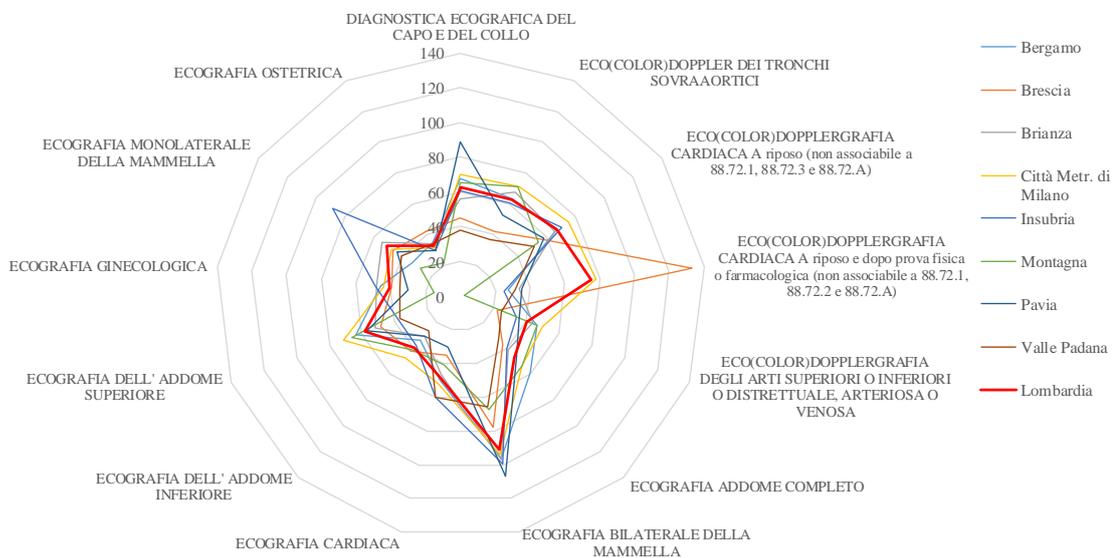
Se invece si considerano le prestazioni strumentali è possibile raggrupparle in diverse tipologie: ecografie, radiografie, risonanze magnetiche, tac ed altre tipologie di esami.

A livello regionale si attende di più per una ecografia (59 giorni), una tomografia computerizzata (TC) (39 giorni), una risonanza magnetica (24 giorni) e una radiografia (15 giorni). Se si considera il raggruppamento delle altre tipologie di prestazioni strumentali, per le mammografie si attende di più a livello Regionale (101 giorni per la bilaterale e 124 per la monolaterale), e per la spirometria semplice l'attesa è la minore (13 giorni).

Nei grafici riportati sotto si esaminano più nel dettaglio i differenti esami sia per tipologie che a livello di ATS.

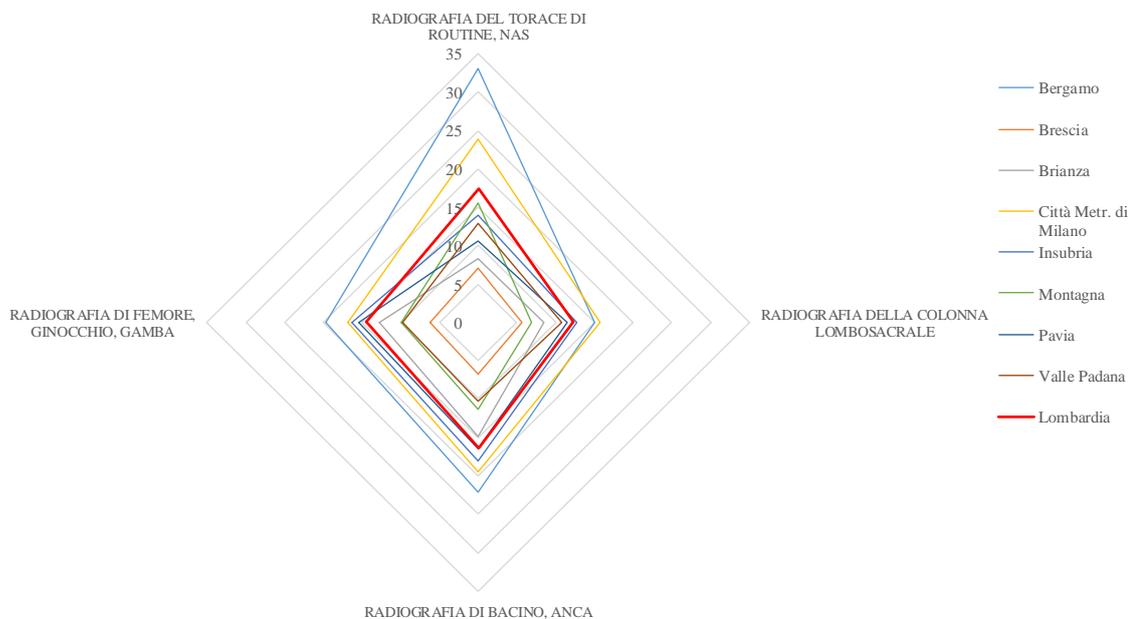
I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA

Figura 3.10 Distribuzione dei tempi di attesa medi delle ecografie per ATS. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).



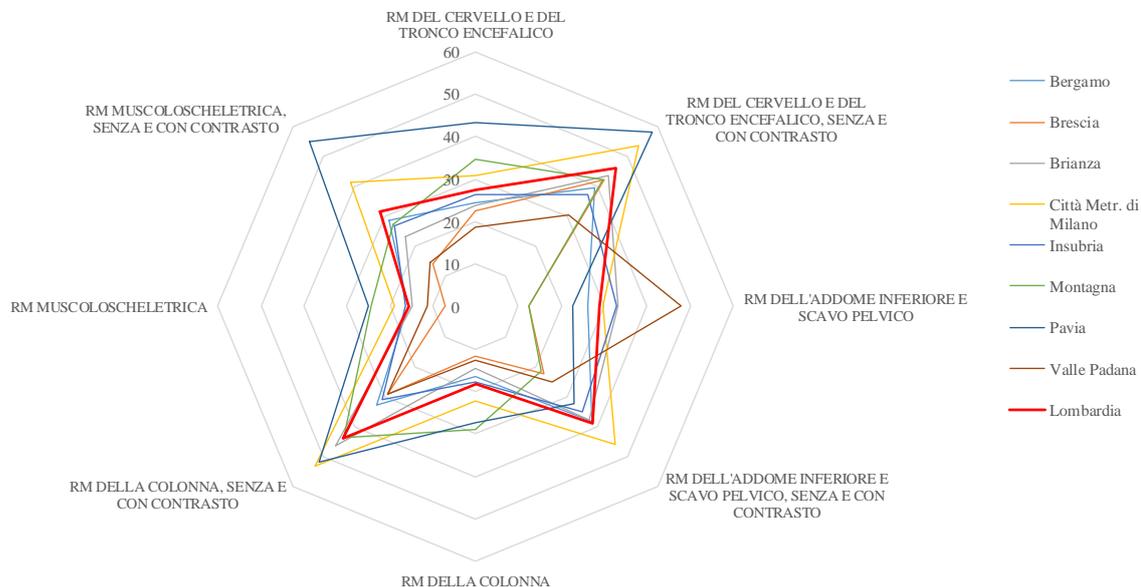
Fonte: Elaborazioni Polis-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Figura 3.11 Distribuzione dei tempi di attesa medi delle radiografie per ATS. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).



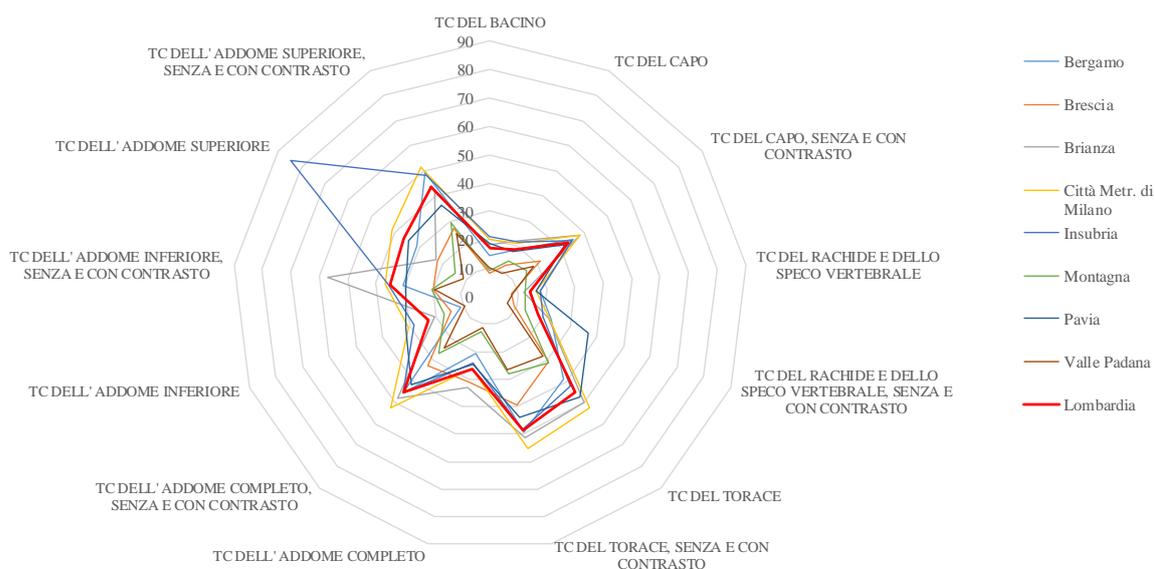
Fonte: Elaborazioni Polis-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Figura 3.12 Distribuzione dei tempi di attesa medi delle risonanze magnetiche per ATS. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).



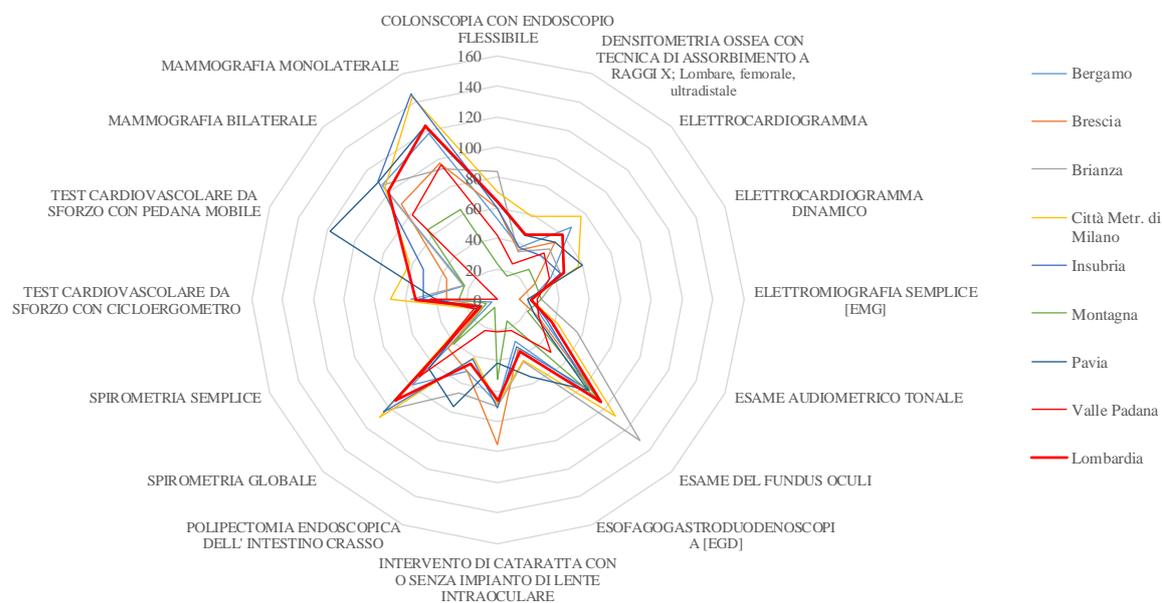
Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Figura 3.13 Distribuzione dei tempi di attesa medi delle tomografie computerizzate (TC) per ATS. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).



Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Figura 3.14 Distribuzione dei tempi di attesa medi delle altre tipologie di prestazioni strumentali per ATS. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).



Fonte: Elaborazioni Polis-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Si è cercato poi di capire in che misura i cittadini lombardi accedono nei tempi massimi garantiti in Regione per i primi accessi.

Per il calcolo della percentuale di prestazioni che a seconda della priorità hanno un tempo di attesa entro la soglia del 95% è stato calcolato il tempo di attesa come differenza tra la data di erogazione/contatto e laddove presente la prima data prospettata, e la data di prenotazione. Tale tempo di attesa è stato definito come tempo di attesa minimo. Si è ritenuto opportuno considerare la "prima data prospettata" poiché la compilazione di tale campo, a carico della Struttura, indica che l'utente o ha rifiutato la suddetta data o ha richiesto l'effettuazione della prestazione da parte di uno specifico specialista e di conseguenza il probabile mancato rispetto del tempo di attesa. E' importante sottolineare che tale data è la prima prospettata a livello della ASST dove la prestazione è stata successivamente erogata (e non di ATS).

Il tempo medio di attesa come calcolato precedentemente può differire dal tempo di attesa medio minimo calcolato tramite la prima data disponibilità. Il primo ci dà una effettiva conoscenza di quanto realmente attendono i cittadini lombardi per le prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio, il secondo di quanto potenzialmente potrebbero attendere se accettassero la prima data a loro prospettata. Dalla tabella che segue si possono notare differenze sostanziali tra i due tempi.

Tabella 3.5 Distribuzione del tempo di attesa e del tempo di attesa minimo (in giorni) per ATS. Anno 2017
(Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).

ATS	Tempo attesa medio	Tempo attesa minimo
Bergamo	46	39
Brescia	37	31
Brianza	46	34
Città Metr. di Milano	51	37
Insubria	45	41
Montagna	32	22
Pavia	43	37
Valle Padana	32	22
Lombardia	45	35

Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Bisogna tuttavia sottolineare che il campo “prima data prospettata” non è compilato per il 70% delle prestazioni nel 2017. Anche la percentuale di prestazioni con tempi di attesa pari a 0 è molto elevata. Se si considera il tempo intercorso tra la data della prenotazione e quella di erogazione, questo tempo è pari a 0 per il 15% delle prestazioni, mentre se si considera il tempo intercorso tra la data di prenotazione e quella di prima disponibilità, questo tempo è pari a 0 per il 23% delle prestazioni (laddove la data di prima disponibilità è compilata). Per molte prestazioni è inverosimile la coincidenza tra data prenotazione e data erogazione/ data prima disponibilità, ci potrebbero essere errori nella registrazione corretta del campo all’interno del flusso 28/SAN.

Tabella 3.6 Distribuzione dei dati mancanti (missing) e dei tempi di attesa pari a 0 per ATS. Anno 2017
(Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).

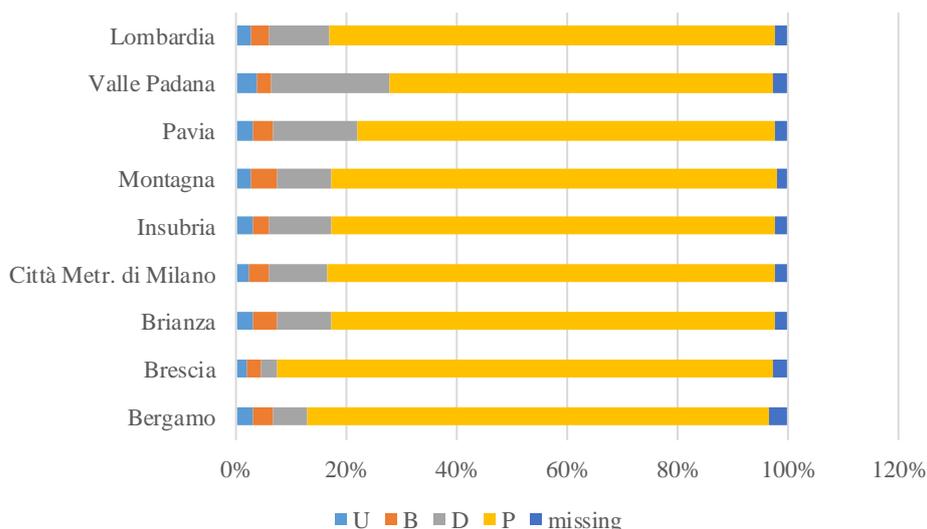
ATS	Tempo prenotazione-erogazione		Tempo prenotazione-data prima disponibilità	
	pari a 0	missing	pari a 0	missing
Bergamo	13%	0%	12%	71%
Brescia	19%	0%	23%	78%
Brianza	16%	0%	13%	62%
Città Metr. di Milanc	14%	0%	34%	70%
Insubria	14%	0%	11%	79%
Montagna	23%	0%	7%	59%
Pavia	14%	0%	30%	72%
Valle Padana	15%	0%	14%	56%
Lombardia	15%	0%	23%	70%

Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

In Lombardia nel 2017 ci sono 299,938 prestazioni con priorità mancante (2%), 332,335 con priorità *Urgente* (3%), 413565 con priorità B (3%), 1,281,164 con priorità D (11%) e 9,751,439

con priorità P (81%). La distribuzione percentuale delle prestazioni a seconda della priorità è riportata nel grafico sottostante.

Figura 3.15 Distribuzione percentuale delle prestazioni a seconda della classe di priorità per ATS. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).



Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Se si valuta la variazione percentuale rispetto al 2016 si può osservare un aumento consistente delle prestazioni in classe B (+124% a livello Regionale) e un aumento, anche se meno consistente di quelle in classe D (+43%). Si osserva invece una diminuzione delle prestazioni in classe Urgente (-9%).

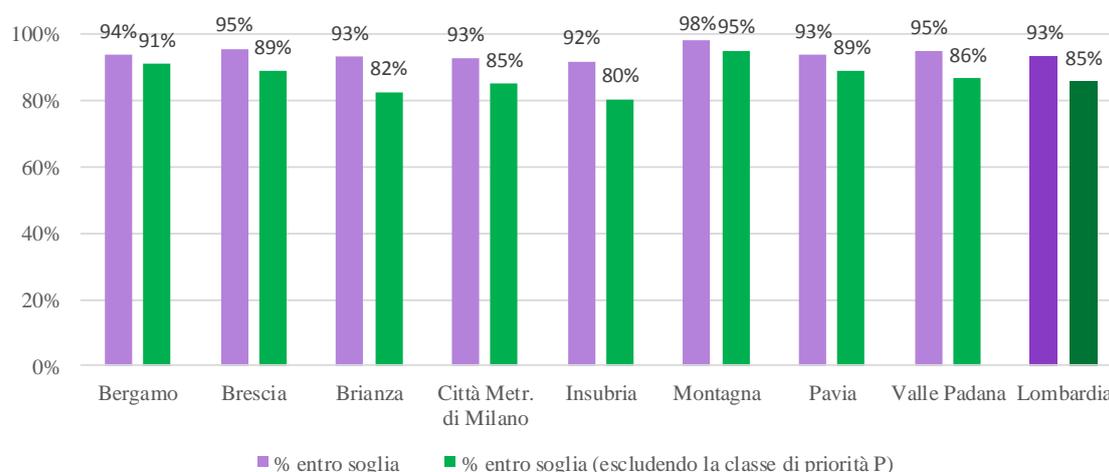
Tabella 3.7 Distribuzione della variazione percentuale tra 2016 e 2017 del numero di prescrizioni per classe di priorità e per ATS. Anni 2016-2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).

ATS	classe di priorità				
	U	B	D	P	missing
Bergamo	-13%	292%	58%	-4%	-3%
Brescia	-9%	139%	95%	-1%	0%
Brianza	-5%	98%	27%	-5%	-4%
Città Metr. di Milano	-12%	109%	43%	-6%	1%
Insubria	-10%	97%	18%	-3%	-13%
Montagna	-16%	368%	526%	-13%	6%
Pavia	-6%	173%	138%	-12%	-2%
Valle Padana	1%	79%	26%	-7%	-6%
Lombardia	-9%	124%	43%	-5%	-3%

Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

L'analisi delle prestazioni entro soglia rivela che solo l'ATS della Montagna ha una percentuale di assolvimento superiore al 95% sia includendo che escludendo quelle con priorità P. L'ATS di Brescia e quella della Val Padana hanno una percentuale di assolvimento pari al 95% solo se vengono incluse le prestazioni con priorità P. In generale si può osservare una minor percentuale di assolvimento per tutte le ATS quando sono escluse le prestazioni con priorità P.

Figura 3.16 Distribuzione della percentuale di prestazioni entro soglia con e senza le prestazioni in classe P per ATS. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).



Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Entrando nel dettaglio delle classi di priorità è possibile osservare come per la classe P la percentuale delle prestazioni entro soglia sia molto alta e per tutte le ATS è superiore al 94%. Per le restanti classi di priorità la percentuale entro soglia non è mai superiore al 95%, con l'eccezione dell'ATS della montagna (96% per la classe *Urgente* e 95% per la classe B). L'ATS dell'Insubria registra le percentuali entro soglia più basse rispetto alle altre ATS (ad eccezione della classe B in cui è a pari merito con la Valle Padana con un valore del 71%).

Tabella 3.8 Distribuzione della percentuale di prestazioni entro soglia a seconda della classe di priorità per ATS. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).

ATS	classe di priorità			
	U	B	D	P
Bergamo	90%	87%	94%	94%
Brescia	86%	86%	93%	96%
Brianza	71%	78%	87%	95%
Città Metr. di Milano	81%	80%	87%	94%
Insubria	68%	71%	86%	94%
Montagna	96%	95%	94%	99%
Pavia	84%	88%	90%	95%
Valle Padana	85%	71%	89%	98%
Lombardia	80%	80%	88%	95%

Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

È possibile osservare, inoltre, che la percentuale di assolvimento delle prestazioni varia al variare del tipo di rapporto con il SSN. Si nota infatti che la percentuale di assolvimento è più elevata nel caso di prestazioni di enti privati accreditati rispetto a quelli pubblici accreditati. Percentuale che comunque si attesta inferiore al 95% tranne che nel caso della classe di priorità D.

Tabella 3.9 Distribuzione della percentuale di prestazioni entro soglia a seconda del tipo di rapporto con il SSN (pubblico accreditato o privato accreditato) nelle 8 ATS lombarde. Anno 2017.

Tipo di ente	classe di priorità			
	U	B	D	P
Pubblico accreditato	79%	79%	85%	93%
Privato accreditato	83%	83%	92%	96%

Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Infine è necessario porre una breve riflessione sul fatto che la classe priorità è compilata da un medico al momento della prescrizione. Il tempo intercorso tra la data di prescrizione e la data di prenotazione non è stato considerato nell'analisi, ovvero si è considerato il tempo intercorso tra la data di prenotazione e quella di prima disponibilità/erogazione e non il tempo tra la data di prescrizione e quella di prima disponibilità/erogazione. Questo in funzione del fatto che non è possibile controllare il tempo che intercorre tra prescrizione e prenotazione, ma dipende dalle decisioni del soggetto e dal grado di urgenza che esso percepisce nell'effettuare la prenotazione. Tale tempo non è sempre inserito nel flusso 28/SAN, ma l'informazione è mancante o errata per il 5% delle prescrizioni. Possiamo notare che mediamente un soggetto aspetta 2 giorni per prenotare le prenotazioni in classe di priorità U, 4 giorni per quelle in classe B, 14 in classe D e 27 in classe P.

Tabella 3.10 Distribuzione della distanza media in giorni tra data di prescrizione e data di prenotazione a seconda della classe di priorità e dal tipo di rapporto con il SSN (pubblico accreditato o privato accreditato) nelle 8 ATS lombarde. Anno 2017.

Tipo di ente	classe di priorità			
	U	B	D	P
Pubblico accreditato	2	4	13	24
Privato accreditato	2	4	15	29
Lombardia	2	4	14	27

Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Scendendo nel dettaglio della tipologia di prestazione ambulatoriali considerata, se si considerano le prime visite specialistiche, escludendo quelle in classe di priorità P, si può osservare che la percentuale di assolvimento del 95% non è osservata per nessuna visita se si esclude la priorità P, e i valori più bassi sono per la visita gastroenterologica (71%) e quelli più elevati per la prima visita oncologica (92%). Includendo la priorità P la percentuale entro soglia è rispettata per la prima visita ginecologica (95%), oncologica (98%) e ORL (95%).

Tabella 3.11 Distribuzione della percentuale di prime visite entro soglia inclusa o meno la classe di priorità P. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).

Tipologia di prestazione	numero	% entro soglia	numero (escluso P)	% entro soglia (escluso P)
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	40,128	92%	14,824	82%
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	398,129	92%	106,762	74%
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	328,916	94%	79,721	81%
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	133,059	91%	40,191	79%
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	59,431	88%	20,118	71%
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	145,114	95%	30,975	83%
PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA	186,410	90%	61,485	75%
PRIMA VISITA OCULISTICA	505,015	91%	113,536	76%
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	57,319	98%	13,483	92%
PRIMA VISITA ORL	350,557	95%	105,032	85%
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	397,290	93%	117,605	80%
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	92,942	91%	35,080	80%
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	141,672	93%	45,687	83%
PRMA VISITA CARDIOLOGICA	311,140	93%	94,472	82%
Totale prime visite	3,147,122	93%	878,971	80%

Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Se invece si considerano le prestazioni strumentali raggruppate nelle diverse tipologie si può osservare che per le ecografie la percentuale entro soglia esclusa la classe P è dell'89% (92% inclusa P), per le radiografie è del 97% (99% inclusa P), per le risonanze magnetiche è dell'88% (97% inclusa P), per le TAC è dell'83% (95% includendo P), per le altre tipologie è dell'88% (92% inclusa P).

Tabella 3.12 Distribuzione della percentuale di ecografie entro soglia inclusa o meno la classe di priorità P. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).

Tipologia di prestazione	numero	% entro soglia	numero (escluso P)	% entro soglia (escluso P)
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	271,673		36,587	
		91%		90%
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	321,817	93%	35,679	90%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A)	478,936		63,228	
		90%		84%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A)	14,497		1,104	
		86%		86%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE,	243,430		52,647	
		94%		88%
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	602,879	94%	106,200	90%
ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	415,410	86%	38,813	88%
ECOGRAFIA CARDIACA	23,712	93%	3,438	78%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	24,911	95%	4,584	90%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	150,887	94%	18,144	90%
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	10,667	97%	1,200	92%
ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA	15,354	91%	2,349	88%
ECOGRAFIA OSTETRICA	209,999	100%	4,449	91%
Totale ecografie	2,784,172	92%	368,422	89%

Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Tabella 3.13 Distribuzione della percentuale di radiografie entro soglia inclusa o meno la classe di priorità P. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).

Tipologia di prestazione	numero	% entro soglia	numero (escluso P)	% entro soglia (escluso P)
RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	441,228	98%	78,949	98%
RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	272,475	99%	47,589	97%
RADIOGRAFIA DI BACINO, ANCA	331,512	99%	49,208	97%
RADIOGRAFIA DI FEMORE, GINOCCHIO, GAMBA	345,717	99%	50,468	97%
Totale radiografie	1,390,932	99%	226,214	97%

Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Tabella 3.14 Distribuzione della percentuale di risonanze magnetiche entro soglia inclusa o meno la classe di priorità P. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).

Tipologia di prestazione	numero	% entro soglia	numero (escluso P)	% entro soglia (escluso P)
RM DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	70,298	96%	13,070	88%
RM DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	78,091	92%	12,626	80%
RM DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	5,443	96%	839	84%
RM DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	24,070	94%	3,876	77%
RM DELLA COLONNA	206,710	98%	44,413	91%
RM DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	34,367	93%	5,097	77%
RM MUSCOLOSCELETRICA	209,589	98%	38,567	92%
RM MUSCOLOSCELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO	9,974	95%	1,673	82%
Totale risonanze magnetiche	638,542	97%	120,161	88%

Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Tabella 3.15 Distribuzione della percentuale di tac entro soglia inclusa o meno la classe di priorità P. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).

Tipologia di prestazione	numero	% entro soglia	numero (escluso P)	% entro soglia (escluso P)
TC DEL BACINO	5,296	97%	1,264	87%
TC DEL CAPO	69,767	98%	15,250	91%
TC DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	37,776	95%	6,015	80%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	35,278	98%	7,264	91%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	1,319	96%	315	85%
TC DEL TORACE	60,663	95%	9,280	86%
TC DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	170,053	94%	23,927	79%
TC DELL' ADDOME COMPLETO	25,600	96%	5,544	88%
TC DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	181,120	94%	29,408	80%
TC DELL' ADDOME INFERIORE	1,006	95%	231	83%
TC DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	3,212	94%	738	82%
TC DELL' ADDOME SUPERIORE	1,094	95%	182	90%
TC DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	14,132	94%	2,728	81%
Totale Tac	606,316	95%	102,146	83%

Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

Tabella 3.16 Distribuzione della percentuale di altre tipologie entro soglia inclusa o meno la classe di priorità P. Anno 2017 (Prestazioni sia di enti pubblici accreditati che di privati accreditati).

Tipologia di prestazione	numero	% entro soglia	numero (escluso P)	% entro soglia (escluso P)
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	119,170	90%	22,749	76%
DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X; Lombare, femorale,	259,462		18,880	
ELETTROCARDIOGRAMMA	943,504	95%		94%
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	229,874	91%	105,854	91%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	333,405	95%	34,406	85%
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	146,016	98%	28,593	87%
ESAME DEL FUNDUS OCULI	120,376	97%	12,019	93%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	158,212	88%	5,659	79%
INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE	111,987	96%	32,793	85%
MAMMOGRAFIA BILATERALE	458,164	88%		88%
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	26,000	85%	33,192	89%
POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO	19,402	78%	1,068	85%
SPIROMETRIA GLOBALE	101,935	92%		76%
SPIROMETRIA SEMPLICE	51,333	86%	7,845	86%
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	118,537	93%	4,380	91%
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	14,096	93%	17,228	85%
Totale altro	3,211,473	91%	1,606	80%
		92%	331,150	88%

Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

3.3 Il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali da parte delle ATS

3.3.1 ATS Bergamo

Per l'**ATS Bergamo** il monitoraggio ha evidenziato un aumento del numero delle prestazioni erogate nei primi undici mesi dell'anno 2017 rispetto all'intero anno precedente (197.129 vs 133.377). L'indagine, oltre a mostrare un significativo incremento del volume complessivo delle prestazioni erogate, ha rilevato una diminuzione del ricorso alla priorità U da parte dei medici prescrittori, a dimostrazione di una maggiore attenzione all'appropriatezza. Nel contesto dell'ATS non si sono evidenziate variazioni stagionali, a parte una minima riduzione nell'agosto 2016, e nemmeno particolari variazioni tra strutture pubbliche e private accreditate. Al momento le prestazioni più critiche da governare per le liste d'attesa sul territorio dell'ATS Bergamo riguardano le prestazioni che hanno minore possibilità di offerta e che sono molto

dipendenti dall'utilizzo di apparecchiature o dalla durata della prestazione. Ad esempio il rispetto dei tempi massimi per una prima visita pneumologica raggiunge solo il 68% e per un esame in endoscopia l'80%. A livello dell'intero sistema territoriale di erogazione si è constatato il permanere di criticità per alcuni centri considerati di "eccellenza", nei quali l'allungamento dei tempi è dovuto ad una maggior capacità di attrazione. Inoltre, per alcune prestazioni di diagnostica strumentale, si sono manifestate problematiche nei tempi di attesa presso specifici punti di erogazione, prevalentemente in territori periferici che coprono aree vaste e talvolta con difficile viabilità.

3.3.2 ATS Brescia

Nel corso del 2017 nell'**ATS Brescia**, complessivamente, sono state erogate a carico del SSR 16.786.726 prestazioni ambulatoriali (escluso il pronto soccorso) di cui 1.540.724 di primo accesso, 14.850.661 afferenti a percorsi di follow-up e le restanti attribuibili a prestazioni di screening o prevenzione spontanea. Posto che nel 2017 il volume delle prestazioni di primo accesso oggetto di monitoraggio è stato pari a 778.045, il confronto con l'anno precedente e tra pubblico e privato nell'ultimo biennio non evidenzia scostamenti significativi.

Tabella 3.17 Volume delle prestazioni di primo accesso oggetto di monitoraggio negli anni 2016-2017

	N° PRESTAZIONI 2016	N° PRESTAZIONI 2017
PUBBLICO	385.581	378.158
PRIVATO	396.566	399.887
Totale	782.147	778.045

Fonte: Fonte aziendale ATS Brescia

Si riporta inoltre la suddivisione di queste prestazioni per classe di priorità prescrittiva.

Tabella 3.18 Suddivisione delle prestazioni di primo accesso, oggetto di monitoraggio negli anni 2016-2017, per classe di priorità prescrittiva

CLASSE PRIORITÀ	2016	2017
U - Prestazioni da eseguirsi entro 72 ore dalla prenotazione	27.810	25.617
B - Prestazioni da eseguirsi entro 10 giorni	14.601	35.106
D - Procedura da eseguirsi entro 30 giorni per visite e 60 giorni per prestazioni strumentali	20.461	39.998
P - Prestazioni da eseguirsi entro 180 giorni	719.275	677.324
Totale complessivo	782.147	778.045

Fonte: Fonte aziendale ATS Brescia

Rispetto alle variazioni stagionali, la tabella sotto riportata evidenzia un calo dei volumi in alcuni mesi, verosimilmente attribuibile al calo della richiesta durante il periodo estivo e in coincidenza delle festività pasquali e natalizie.

Tabella 3.19 Prestazioni di primo accesso, oggetto di monitoraggio negli anni 2016-2017, suddivise per mese e per classificazione pubblico/privato

Mesi	PUBBLICO		PRIVATO	
	2016	2017	2016	2017
Gennaio	31.464	31.181	29.875	34.206
Febbraio	36.043	31.669	33.153	35.458
Marzo	38.532	37.744	36.063	42.406
Aprile	34.696	28.057	33.946	31.353
Maggio	34.708	36.187	35.837	38.793
Giugno	30.170	31.421	32.538	33.581
Luglio	27.429	29.602	29.505	30.473
Agosto	25.891	26.662	25.468	24.684
Settembre	31.751	31.492	36.274	34.704
Ottobre	32.505	36.818	35.977	36.295
Novembre	34.266	31.892	37.355	33.997
Dicembre	28.126	25.433	30.575	23.937
Totale	385.581	378.158	396.566	399.887

Fonte: Fonte aziendale ATS Brescia

Il confronto dei volumi relativi alle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa evidenzia significative variabilità tra pubblico e privato. In particolare, gli interventi ambulatoriali di cataratta, le elettromiografie e le risonanze magnetiche muscoloscheletriche sono maggiormente erogati nel privato, mentre alcune prime visite di specialità come la dermatologia, l'oculistica, l'endocrinologia e l'otorinolaringoiatria sono prevalenti nel pubblico.

Tabella 3.20 Confronto dei volumi relativi alle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa in base alla classificazione pubblico/privato, per l'anno 2017

2017	N° PRESTAZIONI	
	PUBBLICO	PRIVATO
Audiometria	4675	1886
Biopsia fegato	3	0
Cataratta	1513	6449
Chemioterapia	3	1
Densitometria ossea	5166	5028

Missione valutativa

ECG	19084	15949
ECG holter	8358	6950
ECG sforzo	4446	2566
Ecografia addome	20230	27256
Ecografia capo-collo	3916	6599
Ecografia cardiaca	17938	14528
Ecografia doppler arti	6520	9083
Ecografia doppler TSA	6022	7802
Ecografia ostetrico-ginecologica	6706	4573
Ecografia mammaria	3927	9754
EEG	1614	1265
EMG	4393	16219
Fondo oculare	3201	1071
Mammografia	2955	7623
Prima visita cardiologica	17073	14271
Prima visita chirurgica vascolare	1562	1445
Prima visita dermatologica	33513	15194
Prima visita endocrinologica	8232	841
Prima visita gastroenterologica	2835	1877
Prima visita ginecologica	8445	3897
Prima visita medicina riabilitazione	12650	20487
Prima visita neurologica	8828	5911
Prima visita oculistica	35.079	21.456
Prima visita oncologica	2008	541
Prima visita ORL	26316	11471
Prima visita ortopedica	19634	24126
Prima visita pneumologica	7263	1935

I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA

Prima visita urologica	8185	4293
Radioterapia	22	57
RMN addome	719	921
RMN colonna	2772	15115
RMN encefalo	2008	7542
RMN scheletrica	2779	15039
RX colonna	6811	15300
RX pelvi femore	12317	34789
RX torace	14606	16688
Colonscopia	3860	3003
Esofagogastroduodenoscopia	7228	4772
Spirometria	4372	1416
TAC addome	3331	3804
TAC bacino	76	262
TAC capo	1731	3673
TAC rachide	620	2290
TAC torace	2613	2869
TOTALE COMPLESSIVO	378158	399887

Fonte: Fonte aziendale ATS Brescia

Alcune prestazioni più complesse da gestire in rapporto ai tempi di attesa nell'ATS Brescia subiscono un incremento della domanda non prevedibile. Infatti, seppur la valutazione complessiva dei dati 2017 evidenzia sul territorio della ATS Brescia il rispetto dei tempi obiettivo previsti dalla DGR X/3993/2015 per i primi accessi (così come riportato nel Piano di Governo dei Tempi di Attesa 2018, pubblicato con decreto n. 30 del 26.01.2018), dalla media si discostano alcune prime visite, che nel corso del 2017 hanno presentato un incremento della domanda sia nel pubblico sia nel privato; tra queste meritano menzione la prima visita endocrinologica (aumento della domanda del 17,4% rispetto al 2016) e la prima visita gastroenterologica (aumento della domanda del 11,9% rispetto al 2016). A fronte di tale incremento della domanda, si è assistito a un conseguente aumento dei tempi di attesa.

Per altre prestazioni oltre soglia in cui non è stato dimostrato un effettivo aumento della domanda, l'analisi di monitoraggio rileva che l'utenza percepisce una maggior attrattività verso

alcune strutture erogatrici, sia per gli specialisti in esse operanti, sia per i servizi offerti. La medesima attrattività può attirare cittadini anche da altre province confinanti contribuendo ad allungare ulteriormente i tempi. Il concetto di garanzia dei tempi di attesa a livello territoriale (in Lombardia i tempi di attesa sono considerati garantiti a livello territoriale se almeno in un presidio erogatore vengono rispettati), non è conosciuto da tutti i cittadini. L'ATS Brescia si caratterizza per un territorio molto vasto e prevalentemente montano che può rendere i tempi di percorrenza tra un presidio e l'altro lunghi e difficili. Per tale motivo il concetto di territorialità e il principio di libera scelta del cittadino sono spesso percepiti in antitesi, influenzando negativamente il grado di soddisfazione percepito dal cittadino che vorrebbe accedere alle cure in una logica di prossimità e di continuità assistenziale. Inoltre, se si focalizza l'aspetto della libera professione e della solvenza come "alternativa" alle liste eccessivamente lunghe, è opportuno considerare che oltre a presunti comportamenti opportunistici da parte degli erogatori, il sistema di prenotazione lombardo non consente di scegliere un determinato professionista e alcuni cittadini si rivolgono al regime di solvenza proprio per essere seguiti da quel determinato specialista di fiducia.

La tabella seguente riporta le prestazioni che a livello del territorio di competenza risultano meritevoli di azioni di miglioramento.

Tabella 3.21 Prestazioni meritevoli di azioni di miglioramento a seguito di incremento della domanda e conseguente aumento dei tempi di attesa per l'anno 2017

2017	PUBBLICO		PRIVATO		PUBBLICO PRIVATO
	N° prestazioni	% entro T.A.	N° prestazioni	% entro T.A.	% entro T.A.
Prima visita gastroenterologica	2.835	84,0	1.877	94,6	88,2
Prima visita endocrinologica	8.232	93,8	841	90,7	93,5
Prima visita neurologica	8.828	93,5	5.911	93,2	93,4
Colonscopia	3.860	96,5	3.003	82,0	90,2
Esofagogastroduodenoscopia	7.228	96,6	4.772	94,0	95,5
Ecografia cardiaca	17.938	97,7	14.528	91,3	94,8

Fonte: Fonte aziendale ATS Brescia

Entrando maggiormente nel dettaglio, i tempi di attesa della prima visita gastroenterologica nel pubblico, indipendentemente dalla classe di priorità, risultano entro soglia nel 84% dei casi, con un tempo medio di attesa di 28 giorni. Se si valutano però i dati di analisi distinti per ciascuna ASST si evidenziano forti differenze sui tempi medi di attesa: 47 giorni per ASST Spedali Civili, 9

giorni per ASST Garda e 22 giorni per ASST Franciacorta. Considerando il privato, il tempo di attesa entro soglia è pari al 94,6%, con un tempo medio di attesa di 30 giorni e presenta una variabilità nelle diverse strutture: 47 giorni per l'Istituto Clinico San Rocco, 32 giorni per la Fondazione Poliambulanza e 17 giorni per l'Istituto Clinico Città di Brescia.

Se si approfondisce l'analisi per ciascuna classe di priorità, le percentuali entro soglia di questa prestazione cambiano significativamente come dimostrato nella tabella seguente.

Tabella 3.22 Tempi di attesa medi per prima visita gastroenterologica per classe di priorità, per il 2017

	Classe di priorità	N° prestazioni 2017	Tempo di attesa medio	% entro T.A.
Prima visita gastroenterologica	B	532	12	67,3%
	D	434	27	75,1%
	P	3.449	33	95,9%
	U	297	8	56,6%

Fonte: Fonte aziendale ATS Brescia

3.3.3 ATS Brianza

L'ATS Brianza eroga un volume consistente di prestazioni i cui tempi di attesa sono oggetto di monitoraggio. Dalle valutazioni *ex post* emerge che, per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali nelle classi di priorità U, B, D, l'ATS ha erogato 186.768 prestazioni nel 2016 e 242.776 nel 2017; considerando anche la classe di priorità P, i numeri salgono rispettivamente a 703.060 e 852.975.

I tempi massimi di attesa stabiliti per tali prestazioni vengono rispettati in misura variabile:

- 84,3% nel 2016, 82,7% nel 2017 (classe P esclusa);
- 94,3% nel 2016, 92,9% nel 2017 (classe P inclusa).

Maggiori dettagli, inclusa una suddivisione per distretto di erogazione, sono riportati nelle tabelle seguenti.

Tabella 3.23 Prestazioni oggetto di monitoraggio, anno 2016

Classi di priorità	Num. prestazioni erogate anno 2016	Num. entro soglia	% entro soglia
Tutte le classi escluse P	186.768	157.485	84,3%
Tutte le classi incluse P	703.060	662.888	94,3%

Fonte: Piano Attuativo ATS Brianza 2017

Tabella 3.24 Prestazioni oggetto di monitoraggio, anno 2016, per distretto di erogazione

Distretto di erogazione	Num. prestazioni erogate anno 2016 (escluse P)	Num. entro soglia	% entro soglia
Lecco	60.489	51.155	84,6%
Monza	70.215	55.241	78,7%
Vimercate	56.064	51.089	91,1%

Missione valutativa

TOTALE	186.768	157.485	84,3%
--------	---------	---------	-------

Fonte: Piano Attuativo ATS Brianza 2017

Tabella 3.25 Prestazioni oggetto di monitoraggio, anno 2017, per distretto di erogazione

Distretto erogazione	di	Num. prestazioni erogate anno 2017 (escluse P)	Num. entro soglia	% entro soglia
Lecco		72.794	64.401	88,5%
Monza		97.624	73.859	75,7%
Vimercate		72.360	62.555	86,4%
TOTALE		242.776	200.815	82,7%

Fonte: Piano Attuativo ATS Brianza 2018

Il calo riscontrato fra i due anni può essere verosimilmente motivato dall'aumento relativo delle prestazioni "non P", che prevedendo un tempo soglia più basso, sono conseguentemente caratterizzate da tassi di rispetto inferiori.

Tabella 3.26 Tassi di rispetto dei tempi soglia, per l'anno 2017, per classi di priorità

Classe di priorità	% entro soglia (Circ. anno 2017)	28/SAN
U	74%	
B	78%	
D	87%	
P	97%	

Fonte: Piano Attuativo ATS Brianza 2018

Per interpretare questi risultati alla luce dell'obiettivo del 95% fissato dalla Regione Lombardia, occorre rimarcare la notevole entità del volume di prestazioni erogato. Ogni giorno infatti alle Strutture territoriali dell'ATS Brianza accedono circa 2.500 cittadini per sottoporsi alle prestazioni oggetto di monitoraggio (e quindi "primo accesso"); includendo anche le prestazioni di "controllo", tale numero sale a circa 7.000/die. Con volumi così importanti è, quindi, facile che emergano delle criticità, e queste sono sufficienti a mettere in difficoltà l'intero sistema. A fronte dell'offerta garantita dai numerosi punti di erogazione presenti sul territorio dell'ATS, circa il 25% delle prestazioni totali viene fisicamente erogato in soli tre punti ad elevata capacità di attrazione (presidi di San Gerardo, Lecco e Vimercate), che, quindi, sono sottoposti ad una forte pressione in termini di domanda. Anche alla luce di questo, deve essere sottolineata l'importanza del riferimento alla rete complessiva di offerta territoriale come strumento per un efficace governo del rapporto tra offerta e domanda, e la necessità di metodologie che, pur nel rispetto della libera scelta dei cittadini, mirino ad allargare la visione collettiva e a valorizzare la presenza di un numero consistente di Strutture erogatrici sul territorio.

L'ATS Brianza non risulta essere caratterizzata da particolari variazioni stagionali; si evidenzia, comunque, una certa tendenza del sistema a diventare critico verso la fine dell'anno (a partire già da settembre) a causa del meccanismo del budget. I due sistemi di budget (pubblico e privato) sono separati e si è alla continua ricerca di un equilibrio tra i due sistemi (il pubblico che fatica a produrre e il privato che per problemi di budget cerca di non sfiorare eccessivamente). Per quanto riguarda le differenze tra Strutture pubbliche e private accreditate, si sottolinea che il settore pubblico risulta essere mediamente in maggior sofferenza, con il privato che eroga circa la metà delle prestazioni totali (nel 2017, 407.601 su 852.975, pari al 47,8%).

Tabella 3.27 Tassi di rispetto dei tempi soglia per tipologia di soggetto erogatore, anno 2017

Tipologia erogatore	Num. prestazioni erogate anno 2017 (tutte le classi)	Num. entro soglia	% entro soglia
Pubblico	445.374	396.447	89%
Privato CC	216.411	207.935	96%
Privato solo AMB	191.190	188.265	98%
TOTALE	852.975	792.647	93%

Fonte: Piano Attuativo ATS Brianza 2018

Considerando, in particolare, le percentuali di rispetto dei tempi massimi per le sole prime visite specialistiche (classi di priorità U, B, D), si riscontra che solo il privato ambulatoriale raggiunge buoni risultati (91%), mentre le cliniche private ed il settore pubblico risultano essere in maggior affanno (rispettivamente 82% e 74%).

Tabella 3.28 Percentuale di rispetto dei tempi massimi per le prime visite specialistiche per tipologia di soggetto erogatore

Tipologia erogatore	% prime visite erogate entro soglia (escluse P)
Pubblico	74%
Privato CC	82%
Privato solo AMB	91%

Fonte: Piano Attuativo ATS Brianza 2018

Nella tabella successiva viene riportato il volume di erogazione e la percentuale di rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni a maggior numerosità (è esclusa la classe di priorità P), differenziate per area territoriale, nell'anno 2017; sono evidenziate in grassetto (2017) le sei prestazioni che per numerosità e tempi di attesa risultano maggiormente critiche a livello medio regionale, così come indicate nella D.G.R. n. 7766/2018.

Missione valutativa

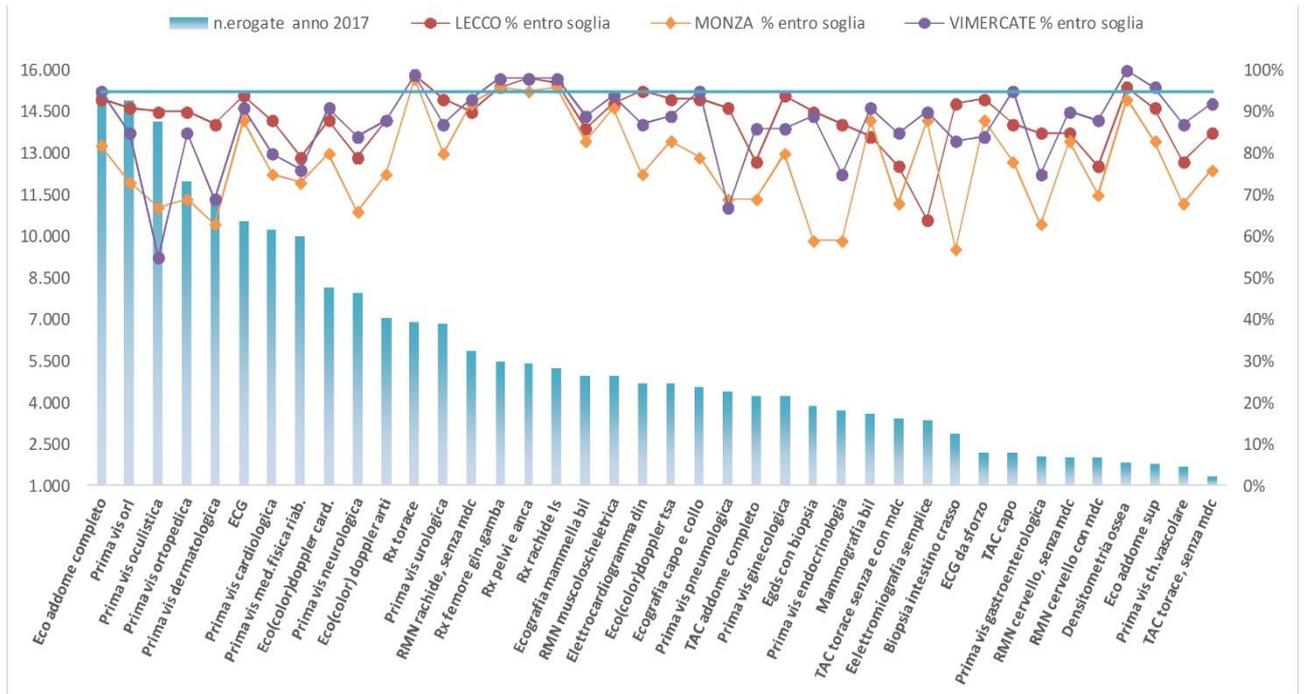
Dal quadro presentato risulta che le prestazioni soggette a maggiore domanda e più critiche dal punto di vista dei tempi di attesa sono le **prime visite specialistiche** (ORL, oculistica, ortopedia, dermatologia, cardiologia, fisioterapia, neurologia, urologia), talune prestazioni di diagnostica per immagini (mammografie, ecografie mammarie, tac addome, RMN addome e rachide) ed alcune endoscopie digestive. In particolare, la **prima visita oculistica** risulta essere la singola prestazione più critica (67% nel 2017).

Tabella 3.29 Volume di erogazione e percentuale di rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni a maggior numerosità (esclusa la classe di priorità P), differenziate per area territoriale, nell'anno 2017.

Prestazioni ambulatoriali monitorate	n.erogate anno 2017	n.erogate entro soglia	ATS % entro soglia	LECCO % entro soglia	MONZA % entro soglia	VIMERCATE % entro soglia
Eco addome completo	15.044	13.602	90%	93%	82%	95%
Prima vis orl	14.903	11.986	80%	91%	73%	85%
Prima vis oculistica	14.155	9.519	67%	90%	67%	55%
Prima vis ortopedica	12.027	9.577	80%	90%	69%	85%
Prima vis dermatologica	11.339	7.973	70%	87%	63%	69%
ECG	10.543	9.592	91%	94%	88%	91%
Prima vis cardiologica	10.248	8.257	81%	88%	75%	80%
Prima vis di medicina fisica e riabilitazione	10.013	7.594	76%	79%	73%	76%
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo	8.113	6.894	85%	88%	80%	91%
Prima vis neurologica (neurochirurgica)	7.976	5.798	73%	79%	66%	84%
Eco(color) dopplergrafia arti sup o inf	7.036	5.928	84%	88%	75%	88%
Rx torace	6.892	6.823	99%	99%	98%	99%
Prima vis urologica/androgica	6.816	5.820	85%	93%	80%	87%
RMN rachide, senza mdc	5.869	5.395	92%	90%	92%	93%
Rx femore, ginocchio e gamba	5.469	5.318	97%	96%	96%	98%
Rx pelvi e anca	5.389	5.239	97%	98%	95%	98%
Rx rachide ls	5.231	5.084	97%	97%	96%	98%
Ecografia mammella bil	4.976	4.298	86%	86%	83%	89%
RMN muscoloscheletrica, senza mdc	4.960	4.594	93%	92%	91%	94%
Elettrocardiogramma dinamico	4.672	4.029	86%	95%	75%	87%
Eco(color)doppler tronchi sovra aortici	4.671	4.112	88%	93%	83%	89%
Ecografia capo e collo	4.543	4.026	89%	93%	79%	95%
Prima vis pneumologia	4.413	3.320	75%	91%	69%	67%
TAC addome completo con mdc	4.217	3.267	77%	78%	69%	86%
Prima vis ginecologica	4.215	3.614	86%	94%	80%	86%
Esofagogastroduodenoscopia con biopsia	3.870	2.967	77%	90%	59%	89%
Prima vis endocrinologia/diabetologia	3.739	2.695	72%	87%	59%	75%
Mammografia bil	3.624	3.180	88%	84%	88%	91%
TAC torace, senza e con mdc	3.454	2.632	76%	77%	68%	85%
Elettromiografia semplice	3.376	2.501	74%	64%	88%	90%
Colonscopia con endoscopio flessibile	2.835	1.981	70%	92%	57%	83%
ECG da sforzo con cicloergometro	2.172	1.933	89%	93%	88%	84%
TAC capo	2.160	1.859	86%	87%	78%	95%
Prima vis gastroenterologica	2.085	1.534	74%	85%	63%	75%
RMN cervello, senza mdc	2.027	1.758	87%	85%	83%	90%
RMN cervello, senza e con mdc	1.988	1.560	78%	77%	70%	88%
Densitometria ossea	1.869	1.792	96%	96%	93%	100%
Eco addome sup	1.763	1.592	90%	91%	83%	96%
Prima vis chirurgica vascolare	1.690	1.264	75%	78%	68%	87%
TAC torace, senza mdc	1.307	1101	84%	85%	76%	92%

Fonte: Piano Attuativo ATS Brianza 2018

Figura 3.17 Tempi di attesa 2017 – Numero di prestazioni erogate >1.300 (no classe P) e % entro soglia nei distretti di Monza, Vimercate e Lecco



Fonte: Piano Attuativo ATS Brianza 2018

3.3.4 ATS Insubria

Per l'ATS Insubria il monitoraggio dei tempi di attesa ha riguardato circa 83.000 prestazioni nel 2017 ed 86.600 prestazioni nel 2016. Nel 2017, nonostante gli interventi attuati in ambito negoziale, la puntuale analisi delle rilevazioni mensili regionali e dei dati della 28/SAN ha consentito di identificare prestazioni ambulatoriali ancora critiche per l'ATS. In particolare, le criticità sono relative al raggiungimento dell'obiettivo del 95% dei tempi di attesa. L'analisi è stata condotta utilizzando i dati inviati dalle strutture erogatrici sulla piattaforma SMAF nel 2017.

Tabella 3.30 Prestazioni ambulatoriale critiche nel rispetto dei tempi soglia

PRESTAZIONI	% ENTRO SOGLIA	
Prime visite specialistiche	visita oculistica	66,4%
	visita cardiologica	66,1%
	visita dermatologica	61,4%
	visita fisiatrica	78%
	visita ginecologica	69,2%
	visita neurologica	67,3%
	visita ORL	77,8%
	visita ortopedica	76%
visita urologica	64,5%	
Prestazioni diagnostiche di area cardio/cerebrovascolare	85,8%	
Prestazioni endoscopiche	76,3%	
Diagnostica di maggiore complessità tecnologica	RMN	86,3%
	TAC	75,1%
	ecografie	84,8%
	mammografie	83,8%

Fonte: Piano Attuativo ATS Insubria 2018

La percentuale di rispetto dei tempi di attesa viene valutata struttura per struttura. In particolare, nelle strutture pubbliche si riscontrano maggiori tempi di attesa che risultano, altresì, correlati alla dimensione delle strutture: più grandi e complesse sono le strutture, più è difficile per loro rispettare i tempi di attesa previsti.

3.3.5 ATS Milano

Il totale delle prestazioni monitorate dalla Regione per i tempi di attesa degli Erogatori dell'ATS **Milano** è stato di quasi 2.600.000 prestazioni nel corso del 2016. Nel 2017 si è registrato un incremento di poco superiore all'1%.

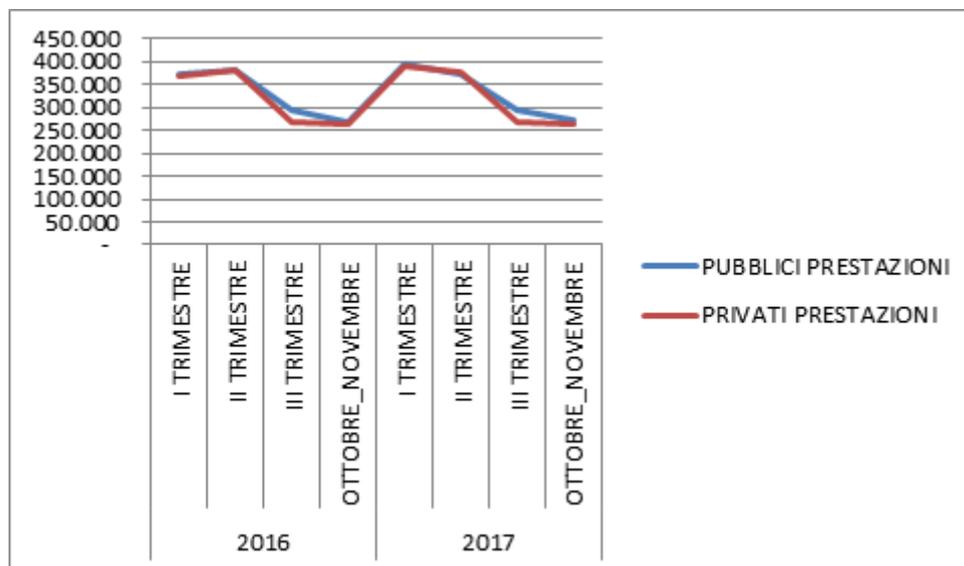
Non si registrano significative variazioni nelle liste di attesa nei diversi periodi dell'anno. Nel privato la percentuale di accessi garantiti entro soglia è costante e non subisce variazioni nel tempo. Nel settore pubblico, che eroga complessivamente un numero maggiore di prestazioni monitorate rispetto al privato (+1.39%), nella seconda parte dell'anno, la percentuale di accesso entro le soglie previste scende anche fino a 3 punti percentuali, in particolare nel terzo trimestre 2017 anche se si osserva una minore quantità di prestazioni erogate (293.990 del 2017 contro le 295.250 dello stesso trimestre 2016).

Tabella 3.31 Prestazioni oggetto di monitoraggio, anni 2016-2017

		PUBBLICI		PRIVATI	
		PRESTAZIONI	% entro soglia	PRESTAZIONI	% entro soglia
2016	I TRIMESTRE	374.778	95%	367.153	97%
	II TRIMESTRE	383.249	94%	380.455	96%
	III TRIMESTRE	295.250	94%	267.521	96%
	OTT-NOV	266.861	92%	262.980	94%
TOTALE 2016		1.320.138	94%	1.278.109	96%
2017	I TRIMESTRE	394.627	93%	390.127	96%
	II TRIMESTRE	373.546	91%	377.902	96%
	III TRIMESTRE	293.990	91%	268.215	96%
	OTT-NOV	273.601	90%	262.992	94%
TOTALE 2017		1.335.764	92%	1.299.236	95%
TOTALE COMPLESSIVO		2.655.902		2.577.345	

Fonte: Fonte aziendale ATS Milano

Figura 3.18 Andamento temporale delle prestazioni oggetto di monitoraggio, anni 2016-2017



Fonte: Fonte aziendale ATS Milano

Dalle tabelle si nota come, nella ATS Milano, siano erogate prestazioni al 50% in regime pubblico ed al 50% in regime privato. La percentuale di prestazioni entro soglia regionale è pari al 92% per il pubblico, mentre per il privato si attestano al 95%. Dati ex-ante ed ex-post non si differenziano tanto perché il flusso della 28/SAN ha, più o meno, gli stessi campi. Le prestazioni più critiche da governare, anche per i volumi che rappresentano, sono generalmente le prime

visite, in particolare dove la domanda si rivolge a centri di eccellenza di forte attrazione. La valutazione del tempo di attesa andrebbe ponderato sulla presenza di particolarità/criticità: presenza di altre strutture, private e/o pubbliche, sullo stesso territorio che possano scremare la domanda; numerosità dei pazienti cronici sul territorio; presenza di centri di eccellenza che polarizzano la domanda per determinate prestazioni sul medesimo territorio. Al contempo, la criticità di governo non è a livello ATS, data la diffusione dei numerosi erogatori presenti sul territorio, bensì a livello di Distretto. Si riportano, di seguito, i dati relativi alle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio sul territorio di ATS Milano (volume di prestazioni erogate, percentuali di rispetto della soglia dei tempi massimi) per il 2016 (tratte dal Piano Attuativo 2017). Si riportano, inoltre, le percentuali di rispetto della soglia dei tempi massimi per prestazione per ognuno dei sei distretti dell'ATS.

Tabella 3.32 Prestazioni oggetto di monitoraggio – Percentuale di rispetto dei tempi di attesa

DESCRIZIONE PRESTAZIONE	n. prestazioni erogate	n. erogate entro soglia	ATS % entro soglia
COLONSCOPIA	828	741	89,49
DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X	1.792	1.772	98,88
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	1.871	1.789	95,62
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	2.479	2.420	97,62
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo	2.897	2.789	96,27
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e sotto sforzo	295	268	90,85
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA	1.818	1.759	96,75
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	3.518	3.412	96,99
ECOGRAFIA CARDIACA	615	569	92,52
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	1.162	1.086	93,46
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	1.398	1.330	95,14
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA	2.307	2.204	95,54
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	768	658	85,68
ECOGRAFIA OSTETRICA	985	966	98,07
ELETTROCARDIOGRAMMA	3.953	3.854	97,5
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	1.714	1.674	97,67
ELETTROENCEFALOGRAMMA	425	424	99,76

I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA

ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE	991	977	98,59
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	1.114	1.083	97,22
ESAME DEL FUNDUS OCULI	1.075	1.000	93,02
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	892	861	96,52
INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE	1.484	1.010	68,06
MAMMOGRAFIA	2.299	2.192	95,35
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	2.910	2.764	94,98
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	750	668	89,07
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	3.722	3.495	93,9
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	2.750	2.628	95,56
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	1.421	1.350	95
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	633	551	87,05
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	1.570	1.520	96,82
PRIMA VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA)	1.748	1.554	88,9
PRIMA VISITA OCULISTICA	4.419	4.249	96,15
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	529	521	98,49
PRIMA VISITA ORL	3.151	3.103	98,48
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	3.827	3.746	97,88
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	816	766	93,87
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	1.466	1.377	93,93
RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	2.054	2.046	99,61
RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE	1.785	1.776	99,5
RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	1.832	1.817	99,18
RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA	1.822	1.817	99,73
RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	616	516	83,77
RM DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	1.209	1.098	90,82
RM DELLA COLONNA	1.607	1.513	94,15

Missione valutativa

RM DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	850	728	85,65
RM MUSCOLOSCELETRICA	1.677	1.602	95,53
SPIROMETRIA GLOBALE	590	531	90
SPIROMETRIA SEMPLICE	633	608	96,05
TAC DEL BACINO	677	639	94,39
TAC DEL TORACE	1.539	1.470	95,52
TAC DELL' ADDOME COMPLETO	1.490	1.422	95,44
TAC DELL' ADDOME INFERIORE	1.211	1.152	95,13
TAC DEL CAPO	1.258	1.219	96,9
TAC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	1.170	1.137	97,18
TAC DELL' ADDOME SUPERIORE	1.214	1.158	95,39
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	938	867	92,43
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	325	288	88,62
TOTALE COMPLESSIVO	90.889	86.534	95,21

Fonte: Piano Attuativo ATS Milano 2017

Tabella 3.33 Percentuali di rispetto dei tempi di attesa massimi per prestazione, per ognuno dei sei distretti dell'ATS.

DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Milano % entro soglia	Nord Milano % entro soglia	Ovest Milanes e % entro soglia	Rhodens e % entro soglia	Melegnano e Martesana % entro soglia	Lodi % entro soglia
COLONSCOPIA	79,37	100	98,8	100	99	100
DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X	98,31	100	100	100	100	100
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	92,82	98,11	100	100	98,61	100
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	96,42	100	98,16	100	98,83	100
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo	95,13	99,39	100	100	94,13	100
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e sotto sforzo	83,33	100		100	100	100
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA	95,16	100	100	100	96,92	100
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	95,66	97,57	100	100	96	100
ECOGRAFIA CARDIACA	87,02	98,57	100	100	89,87	
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	90,24	100	100	100	92	100
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	92,32	100	100	100	94,31	100
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA	94,77	98,68	100	99,56	92,97	100
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	84,73	100	100	100	48,98	100
ECOGRAFIA OSTETRICA	97,26	95,83	100	100	98,36	100
ELETTROCARDIOGRAMMA	97,58	99,48	99,37	100	92,98	100
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	96,7	100	100	100	97,5	100

Missione valutativa

ELETTROENCEFALOGRAMMA	99,56	100	100	100	100	100
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE	98,18	100	100	100	98,5	100
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	97,14	100	100	100	91,11	100
ESAME DEL FUNDUS OCULI	88,26	100	98,57	95,95	95,7	100
ESOFAGOGASTRODUODENOS COPIA	93,89	71,43	100	100	96,88	100
INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE	73,15	45,91	47,73	97,83	52,62	0
MAMMOGRAFIA	94,67	98,77	100	100	91,53	100
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	94,26	90,79	100	99,27	92,58	100
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	84,62	89,66	100	97,52	92,71	100
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	92,28	99,57	100	99,77	85,94	100
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	94,05	95,82	100	98,81	96,82	100
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETO LOGICA	92,57	85,29	100	100	97,66	100
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	79,08	100	100	100	85,57	100
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	95,02	100	100	98,72	97,65	100
PRIMA VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA)	85,15	84,52	100	100	93,02	100
PRIMA VISITA OCULISTICA	94,27	100	99,68	99,7	93,59	100
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	97,62	100	100	100	100	100
PRIMA VISITA ORL	97,88	99,49	100	100	97,49	100
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	97,88	95,68	100	99,22	95,94	100
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	92,03	85,71	100	100	91,15	100
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	90,24	90,1	100	100	98,68	100
RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	99,37	100	100	100	100	100

I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA

RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE	99,44	100	100	100	98,82	100
RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	98,59	100	100	100	100	100
RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA	99,53	100	100	100	100	100
RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	76,61	100	96,67	100	70,97	100
RM DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	87,55	98,78	100	100	87,58	100
RM DELLA COLONNA	91,41	98,89	100	100	93,6	100
RM DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	80,87	100	100	100	76,74	100
RM MUSCOLOSCHIELETRICA	92,92	95,79	100	100	98,34	100
SPIROMETRIA GLOBALE	86,95	100	100	100	89,29	100
SPIROMETRIA SEMPLICE	92,56	100	100	100	100	100
TAC DEL BACINO	90,25	100	100	100	97,2	100
TAC DEL TORACE	92,29	98,91	100	100	99,29	100
TAC DELL' ADDOME COMPLETO	92,27	100	100	100	98,51	100
TAC DELL' ADDOME INFERIORE	91,36	100	100	100	97,63	100
TAC DEL CAPO	95,28	100	100	100	97,86	100
TAC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	96,04	99,01	100	100	95,91	100
TAC DELL' ADDOME SUPERIORE	91,98	100	100	100	98,11	100
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	92,88	97,87	100	100	76,09	100
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	87,98	100	100	100	78,18	

Fonte: Piano Attuativo ATS Milano 2017

3.3.6 ATS Montagna

Relativamente all'ATS Montagna, nelle tabelle allegate al piano attuativo sono riportati:

- le percentuali di prestazioni erogate entro i tempi di attesa massimi previsti dagli erogatori operanti nel territorio dell'ATS della Montagna dedotte dal flusso TMA (ex-ante);
- il 95° percentile dei tempi di attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale effettuate presso i presidi del territorio dell'ATS della Montagna; i valori sono calcolati a partire dal flusso 28/SAN (ex-post). Nel corso del 2017, sono, inoltre, stati elaborati specifici indicatori atti a verificare la distribuzione territoriale dei tempi di attesa (analisi tempi per presidio), l'utilizzo delle classi di priorità da parte dei medici prescrittori, la qualità dei flussi informativi (percentuale record con data prenotazione e data contatto coincidenti), controllo di prestazioni ritenute critiche. Tali indicatori sono stati oggetto dei monitoraggi congiunti con gli Erogatori del territorio.

La tabella che segue riporta la situazione riferita all'intera ATS e sono state evidenziate le % che si discostano dall'obiettivo del 95%.

I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA

Tabella 3.34 Percentuale di prestazioni erogate entro Tmax – rilevazione ex-ante da flusso TMA anno 2017

CODICE_PRESTAZIONE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	TotEntroTmax	TotRec	PercComplessivaEntroTmax	B	D	P	U
1341	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE	332	414	80%		17%	100%	
4824	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE; ENDOSCOPIO DEL RET, COLON DISC. INCL BIOPSIE DI UNA O PIU' SEDI E/O BRUSHING O WASHING PER RACC DI CAMP. NON ASSOCIABILE A COLONSCOP CON END	628	720	87%		87%	100%	
8703	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	497	497	100%	100%	100%	100%	100%
87031	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	478	510	94%	100%	93%	100%	100%
8724	RADIOGRFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	425	425	100%	100%	100%	100%	100%
8741	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	431	465	93%	100%	91%	100%	100%
87411	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	491	501	98%	88%	98%	100%	100%
87441	RADIOGRFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	633	633	100%	100%	100%	100%	100%
88011	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE	460	497	93%		93%	100%	
88012	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	411	440	93%		93%	100%	100%
88013	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE	454	497	91%		91%	100%	
88014	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	405	441	92%		92%	100%	100%
88015	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO	455	491	93%	50%	92%	100%	
88016	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	443	452	98%	80%	98%	100%	100%
8826	RADIOGRFIA DI PELVI E ANCA	502	502	100%	100%	100%	100%	100%
8827	RADIOGRFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	470	470	100%	100%	100%	100%	100%
88381	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	511	512	100%	100%	100%	100%	100%
88382	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	497	533	93%		93%	100%	
88385	88385 - TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	533	533	100%	100%	100%	100%	
88714	DIAGNOSTICA ECOGRFICA DEL CAPO E DEL COLLO	602	669	90%	86%	79%	97%	100%
88721	ECOGRFIA CARDIACA	36	36	100%		100%		
88722	ECO(COLOR)DOPPLERGRFIA CARDIACA a riposo	717	747	96%	86%	95%	97%	100%
88723	ECO(COLOR)DOPPLERGRFIA CARDIACA	60	60	100%		100%		
88735	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	561	598	94%	100%	91%	95%	100%
88741	ECOGRFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	461	498	93%	89%	90%	98%	100%
88751	ECOGRFIA DELL' ADDOME INFERIORE	483	523	92%	100%	92%	100%	
88761	ECOGRFIA ADDOME COMPLETO	1215	1238	98%	94%	99%	98%	100%
88772	ECO(COLOR)DOPPLERGRFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA	514	558	92%	100%	78%	99%	100%
8878	ECOGRFIA OSTETRICA	445	447	100%	100%	99%	100%	
88782	ECOGRFIA GINECOLOGICA	334	346	97%	100%	96%	100%	
88911	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	186	233	80%	75%	70%	100%	
88912	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	200	243	82%	100%	68%	100%	
8893	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	353	381	93%	91%	80%	100%	
88931	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	192	259	74%		71%	100%	
88941	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA	298	329	91%	100%	78%	100%	
88942	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA, SENZA E CON CONTRASTO	190	268	71%	100%	70%	100%	
88954	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	147	176	84%	100%	83%	100%	
88955	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	143	166	86%	100%	84%	100%	
88992	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X - lombare, femorale, ultradistale	78	78	100%		100%	100%	
8913	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	412	492	84%	93%	63%	100%	100%
8914	ELETTROENCEFALGRAMMA	155	161	96%	100%	95%	100%	
89261	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	353	454	78%	100%	54%	100%	100%
89371	SPIROMETRIA SEMPLICE	371	388	96%		94%	100%	

Missione valutativa

89372	SPIROMETRIA GLOBALE	226	233	97%	100%	87%	100%	100%
8941	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	57	57	100%		100%		
8943	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	446	447	100%	80%	100%	100%	
8950	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	516	526	98%	87%	96%	100%	100%
8952	ELETTROCARDIOGRAMMA	1437	1457	99%	100%	96%	100%	100%
897A3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	882	1180	75%	97%	56%	100%	100%
897A6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	225	261	86%	90%	82%	100%	100%
897A7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	1254	1367	92%	99%	72%	100%	94%
897A8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	318	518	61%	100%	40%	100%	100%
897A9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	170	275	62%	100%	54%	100%	100%
897B2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	774	906	85%	100%	61%	100%	75%
897B6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA	332	338	98%	100%	98%	100%	
897B7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	980	1042	94%	94%	80%	100%	92%
897B8	PRIMA VISITA ORL	940	972	97%	96%	91%	100%	96%
897B9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	427	537	80%	94%	68%	100%	100%
897C2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	469	500	94%	100%	88%	100%	100%
93081	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	215	232	93%	100%	96%		89%
9502	PRIMA VISITA OCULISTICA	1108	1229	90%	94%	66%	100%	100%
95091	ESAME DEL FUNDUS OCULI	398	606	66%		46%		94%
95411	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	415	464	89%	100%	62%	100%	
COLONSC	4523 - 4525 - 4542 - COLONSCOPIA	402	421	95%	100%	90%		100%
ECO_MAM	88731 - 88732 - ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA	565	630	90%	92%	74%	98%	100%
EGD	4513 - 4516 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	467	467	100%	100%	100%	100%	100%
MAMM	87371 - 87372 - MAMMOGRAFIA	567	591	96%	100%	87%	99%	100%

Fonte: Piano Attuativo ATS Montagna 2018

3.3.7 ATS Pavia

Relativamente al volume di prestazioni monitorate dalla regione in merito alla valutazione delle liste di attesa non sono state osservate sul territorio della **ATS Pavia** prestazioni sulle quali la stagionalità avesse particolare impatto, fatte salve le normali variazioni relative ad agosto e dicembre. Tra gli obiettivi 2018 per gli erogatori resta, comunque, quello di distribuire in modo omogeneo le attività lungo l'arco dell'anno, evitando così una potenziale riduzione dell'offerta nell'ultimo trimestre. Nel corso dell'anno si sono svolte 12 rilevazioni prospettiche a valenza nazionale della durata di una settimana presso le strutture accreditate e a contratto nelle giornate indice previste da Regione Lombardia relativamente ad una selezione di prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale; in ALPI ed in solvenza.

Tabella 3.35 Flusso prospettico dei tempi di attesa anno 2017: prestazioni ordinarie con priorità D che non raggiungono la percentuale di assolvimento del 95% e confronto con il dato 28/san

Descrizione	Priorità	% assolvimento flusso prospettico	% assolvimento 28/san
COLONSCOPIA	D	85,6	72
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA	D	94,3	82
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD)	D	75,3	63
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	D	72,9	58
PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	D	91,2	91
PRIMA VISITA OCULISTICA	D	59,4	82
PRIMA VISITA ORL	D	93,2	94
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	D	93,9	81
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	D	92,5	85
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	D	94,0	86
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	D	90,3	83
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	D	70,8	83

Fonte: Piano Attuativo ATS Pavia 2018

Dai dati comunicati dalle strutture nelle sole giornate di monitoraggio sulla piattaforma SMAF, si rileva che complessivamente circa il 95,7% di tutte le prestazioni ambulatoriali con priorità D rispettano i tempi normati (l'88,7% delle visite specialistiche con priorità D entro i 30 giorni ed il 98,2% delle prestazioni diagnostiche con priorità D entro i 60 giorni, il 72% delle cataratte).

In particolare, analizzando i dati aggregati in categorie, per territorio provinciale, si evincono le prestazioni che non raggiungono la soglia di assolvimento del 95% così come riportato in tabella 1, nella quale è riportata anche la percentuale di assolvimento dedotta dal flusso 28/SAN. Il disallineamento del dato è verosimilmente legato alla non ancora ottimale compilazione del flusso 28/SAN.

Non sono state individuate sostanziali variazioni dei tempi di attesa fra pubblico e privato accreditato; nel pubblico i tempi di attesa sono lunghi perché ci può essere una tendenza alla riduzione nell'erogazione per motivi personali o di organizzazione. Nel privato accreditato invece si crea il fenomeno delle liste d'attesa perché, avendo le regressioni tariffarie sulla specialistica, ad un certo punto si tende a fermare l'erogazione; vi è la prassi di calendarizzare su tutto l'anno la richiesta che risulta essere sempre superiore al budget e porta di conseguenza al crearsi delle liste d'attesa.

I dati confermano le note criticità riferite soprattutto alla colonscopia e prima visita oculistica.

Tabella 3.36 Percentuale (%) di assolvimento delle prestazioni ambulatoriali oggetto della DGR 7766/2018, entro dati desunti dal flusso di rendicontazione 28/SAN

Prestazione	Prestazione/Priorità	% assolvimento	N. totale prestazioni
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE.	O B	76,8	311
	O D	74,7	443
	O P	95	1309
	U	42,8	215
	Z	85,9	2227
	altro		18
	totale		4523
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	O B	81,5	780
	O D	94,0	3475
	O P	98,5	7777
	U	84,1	371
	Z	88,1	18042
	altro		136
	totale		30581
ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	O B	92,1	404
	O D	81,7	1294
	O P	98,1	4356
	U	85,7	217
	Z	74,0	8135
	altro		78
	totale		14484
MAMMOGRAFIA BILATERALE	O B	95,1	243
	O D	97,2	1199
	O P	99,5	3585
	U	94,3	229
	Z	72,9	11360
	altro		42
	totale		16658
PRIMA VISITA OCULISTICA	O B	80,4	663
	O D	81,8	6502
	O P	97,7	9948
	U	97,1	409
	Z	98,8	12258
	altro		235
	totale		30015
ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	O B	82,3	355
	O D	97,5	1786
	O P	99,9	3597
	U	83,6	225
	Z	89,3	7798
			21
			13782

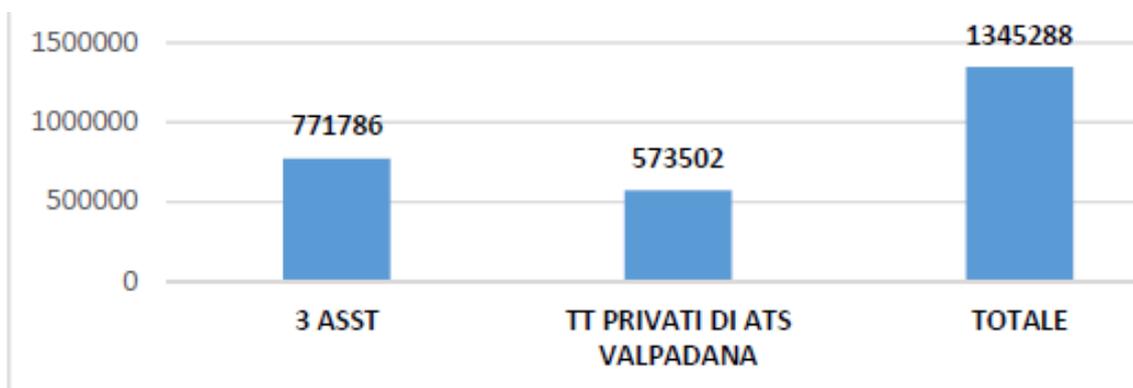
Fonte: Piano Attuativo ATS Pavia 2018

3.3.8 ATS Val Padana

Nell'ATS Val Padana, per quanto riguarda il volume delle prestazioni erogate, nelle occasioni in cui viene effettuato un controllo direttamente in struttura si verifica anche il rapporto fra i volumi erogati in regime istituzionale e quelli erogati in libera professione.

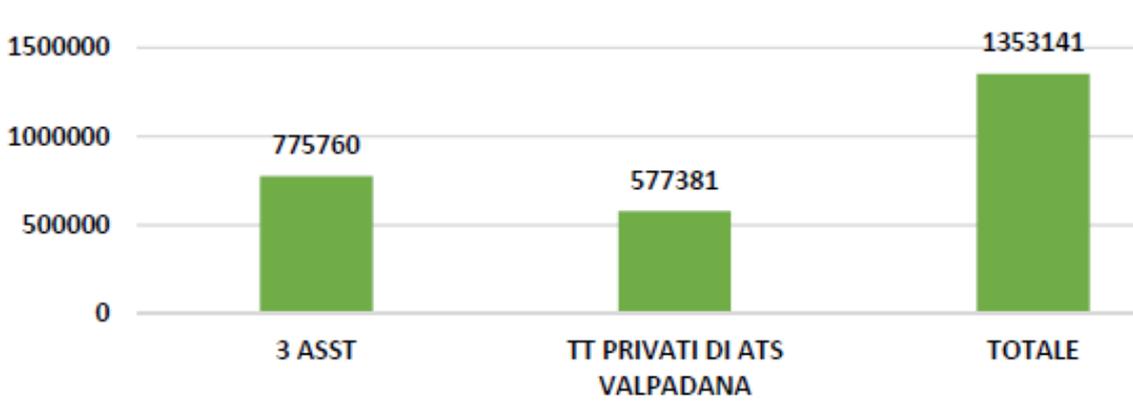
Le tabelle seguenti mostrano i dati relativi ai volumi di prestazioni erogati nel corso degli anni 2016 e 2017.

Figura 3.19 Volumi di produzione di prestazioni ambulatoriali di interesse regionale 2016



Fonte: Fonte aziendale ATS Val Padana

Figura 3.20 Volumi di produzione di prestazioni ambulatoriali di interesse regionale 2017



Fonte: Fonte aziendale ATS Val Padana

Tabella 3.37 Volumi produzione prestazioni ambulatoriali di interesse regionale per il 2016 e il 2017

ENTE	2016		2017	
	NUMEROSITÀ	% DEL TOTALE	NUMEROSITÀ	% DEL TOTALE
3 ASST	771.786	57,37	775.760	57,33
PRIVATI ACCR.	573.502	42,63	577.381	42,67
TOTALE	1.345.288		1.353.141	

Fonte: Fonte aziendale ATS Val Padana

Non appaiono variazioni significative nelle liste di attesa. Esistono prestazioni che storicamente sono richieste più di altre perché legate a patologie d'organo, senili e/o croniche; dall'analisi del flusso 28/SAN, si evince che il consumo di prestazioni ambulatoriali è in particolare a carico di pazienti over 70. Le criticità note si confermano per le prestazioni di più elevata prevalenza; non ci sono però elementi che evidenzino una particolare variabilità nelle liste di attesa.

Per quanto riguarda le variazioni stagionali dei tempi di attesa delle prime visite, vengono riportate le seguenti tabelle che mostrano la distribuzione dell'erogazione delle prestazioni di interesse regionale nei trimestri.

Tabella 3.38 Produzione 2016 (prime visite) - 28/SAN

PRESTAZIONE	I trim	II trim	III trim	IV trim
ORTOPEDICA	15.919	16.804	15.763	14.130
OCULISTICA	17.669	15.187	14.207	11.061
CARDIOLOGICA	13.067	11.584	10.018	9.257
DERMATOLOGICA	11.694	11.829	10.975	7.792
ORL	10.443	9.723	8.931	7.251
FISIATRICA	8.660	8.352	7.344	6.240
NEUROLOGICA	5.756	5.692	5.019	4.114
GINECOLOGICA	4.697	4.315	4.320	3.445
UROL/ANDROL	4.301	4.042	3.748	3.490
ENDOCR/DIAB	3.473	3.291	2.891	2.333
PNEUMOLOGICA	2.617	2.307	1.943	1.669
GASTROENT	2.151	2.037	1.891	1.593
CH. VASCOLARE	1.369	1.321	1.392	1.055
ONCOLOGICA	771	789	760	648
TOTALE	102.587	97.273	89.202	74.078

Fonte: Fonte aziendale ATS Val Padana

Tabella 3.39 Produzione 2017 (prime visite) - 28/SAN

PRESTAZIONE	I trim	II trim	III trim	IV trim
ORTOPEDICA	18.512	18.020	16.342	13.842
OCULISTICA	18.432	14.959	14.978	10.366
CARDIOLOGICA	14.303	11.655	10.440	9.075
DERMATOLOGICA	12.120	11.048	10.125	6.135
ORL	10.612	9.638	8.483	6.769
FISIATRICA	9.479	8.475	7.913	6.470
NEUROL/NCH	6.110	5.459	5.145	4.125
GINECOLOGICA	5.185	4.680	4.591	3.565
UROL/ANDRO	4.379	4.087	3.966	3.492
ENDOCR./DIAB.	3.666	3.361	3.059	2.495
PNEUMOLOGICA	3.009	2.469	2.012	1.864
GASTROENT.	2.458	2.062	2.044	1.566
CH VASCOLARE	1.452	1.449	1.412	1.075
ONCOLOGICA	778	765	781	666
TOTALE 2017	110.495	98.127	91.291	71.505

Fonte: Fonte aziendale ATS Val Padana

Specialmente per le prestazioni più richieste, si evidenzia una riduzione anche sensibile nel corso del quarto trimestre; questa riduzione è probabilmente da imputare non tanto ad una diminuzione della domanda, quanto alla presa in carico del paziente cronico (con le prime visite che vengono convertite in visite di controllo). Inoltre, è da sottolineare la normale riduzione della domanda nel periodo natalizio. I numeri registrano, ad esempio, come nel 2016 il numero di prestazioni oculistiche erogate sia passato da oltre 17.000 nel I trimestre a 14.000 nel III trimestre, scendendo a 11.000 nell'ultimo trimestre dell'anno; questo andamento è riproducibile per tutte le prestazioni e viene considerato ormai come una variazione fisiologica. Un'altra riduzione dell'erogazione delle prestazioni, anche se considerando il numero complessivo essa non risulta essere così evidente, avviene nel mese di Agosto. In conclusione, si può dire che i volumi di prestazioni erogate sono sempre più alti nei primi due trimestri, si riducono nel terzo trimestre (mese di Agosto in particolare) e in maniera ancora più consistente nel quarto trimestre.

Per quanto riguarda invece le variazioni nei tempi di attesa tra strutture pubbliche e strutture private accreditate, per alcune prestazioni, in particolare quelle ad alto grado di innovazione, il confronto non può essere fatto (per esempio la PET è erogata esclusivamente dalla ASST di Mantova). In generale però, dallo studio del flusso 28/SAN nell'anno 2016 e 2017, si evidenzia

Missione valutativa

una migliore performance delle strutture private; il fenomeno è in parte da imputare ad una preferenza del cittadino a rivolgersi all'ASST dove trova tutte le discipline creando un'attesa più lunga.

Ad esempio, per l'erogazione di prestazioni di radiologia pesante come la RMN, i tempi di accesso sono più agevoli presso le strutture private in quanto l'offerta è maggiore e meglio distribuita sul territorio. L'ASST infatti ha almeno la metà degli slot per RMN occupati dalle richieste provenienti dall'interno (e conseguentemente non fornisce un'offerta per i pazienti esterni che possa quantomeno pareggiare la domanda); i pazienti tendono, infatti, a rivolgersi alle strutture con l'offerta completa di discipline, dove, quindi, trovano una risposta completa al loro bisogno di cura. In ogni caso, non si tratta di problemi reali, dal momento che le ASST hanno i loro Presidi sul territorio che sono in grado di offrire tempi di attesa solitamente analoghi a quello del privato.

Dall'analisi del flusso RL_MTA invece, non emerge una variazione significativa dei tempi di attesa tra pubblico e privato; in entrambi i casi viene rispettato il cut-off del 95% di prestazioni erogate entro i tempi massimi stabiliti, come previsto dalla normativa di riferimento.

In sintesi, sono maggiormente i volumi erogati piuttosto che l'ampliamento dell'offerta quelli che influiscono di più sulla maggiore disponibilità delle strutture private accreditate; il volume che la ASST può mettere a disposizione dei pazienti e successivamente erogare è sottodimensionato rispetto alla domanda per la nota scelta dei pazienti di recarsi ove il loro bisogno viene gestito completamente.

Tabella 3.40 Produzione esami strumentali 2016-2017

STRUTTURE	NUMEROSITÀ	
	2016	2017
Pubbliche (3 ASST)	50.4416	48.7606
Private accreditate (MN e CR)	42.9268	41.6146
TOTALE	93.3684	90.3752

Fonte: Fonte aziendale ATS Val Padana

4. L'ANALISI QUALITATIVA DELLA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA NELLE ATS LOMBARDE

Questo capitolo riporta gli esiti della ricognizione svolta rispettivamente presso le otto ATS. In particolare sono indagati i metodi di programmazione, monitoraggio e valutazione dell'appropriatezza effettuato dalle diverse ATS. Per ciascuna sezione viene fornita una tabella sintetica di riepilogo.

Introduzione sul metodo e struttura del capitolo

Nello specifico, attraverso una traccia semi-strutturata (vedi Allegato 3) sono stati intervistati¹⁴ i Direttori Generali delle otto ATS. I temi hanno cercato di coprire le aree cui le domande di ricerca della missione (cfr. Introduzione) facevano riferimento:

- **programmazione dell'offerta e i canali di prenotazione** delle prestazioni ambulatoriali dei singoli erogatori sul territorio di competenza (quali sono i canali di prenotazione previsti e come vengono coordinati a livello di territorio di competenza);
- effettuazione del **monitoraggio** dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali (tempistica e strumenti di rilevazione), attraverso l'analisi dei dati che sono stati resi disponibili, i **risultati** del monitoraggio (volume di prestazioni oggetto di monitoraggio erogate nel 2016 e 2017, eventuali variazioni stagionali, eventuali evidenti discrepanze fra strutture pubbliche e private accreditate, eventuale riscontro di una o più prestazioni particolarmente critiche da governare per le liste di attesa);
- **comunicazione** dei tempi di attesa ai cittadini del territorio di competenza (grado di trasparenza, presenza di modalità specifiche per la solvenza);
- **valutazione dell'appropriatezza** della richiesta delle prestazioni;
- monitoraggio e valutazione delle **sperimentazioni organizzative** avviate a livello regionale ed eventuali altre sperimentazioni specifiche della ATS, a livello di risultati raggiunti e miglioramenti di sistema riscontrabili (quali modalità innovative sono state implementate per ridurre i tempi di attesa, quali strumenti o azioni sono stati adottati dalle ATS per supportare l'implementazione di tali modalità innovative, che modalità sono state adottate per monitorare i risultati, eventualmente quali ripercussioni vi sono state sulle attività erogate in libera professione);

¹⁴ Le interviste sono state condotte nei mesi di gennaio-febbraio 2018. In alcuni casi le aziende hanno messo a disposizione materiale integrativo (note alla traccia dell'intervista, documenti aziendali relativi alla programmazione, ecc.). Inoltre l'analisi è stata arricchita dall'esame dei Programmi attuativi aziendali per il contenimento dei tempi d'attesa, approvati a gennaio 2018.

- monitoraggio e valutazione dell’impatto dell’applicazione della gestione della cronicità e della **presa in carico del paziente cronico**.

Di seguito si presentano i risultati per tema e per singola ATS.

4.1 I Canali di prenotazione

Aspetti generali.

In tutte le ATS le strutture pubbliche non pubblicano sul **Call Center Regionale (CCR)** tutte le agende di prenotazione; quelle private accreditate pubblicano in misura ancora minore (e variabile) le proprie disponibilità al CCR mantenendo propri canali di prenotazione. Si sottolinea come gli erogatori privati accreditati giudichino oneroso il collegamento al CCR: la tariffa di 1,50 € a fronte di una visita del valore di 20 € rappresenta un peso relativo del 7,5%. La prenotazione di una prestazione erogata da un soggetto privato accreditato prevede che il CCR comunichi al cittadino la possibilità di accedere alla prestazione desiderata con tempistiche inferiori presso un erogatore accreditato e, qualora il paziente decida di recarsi presso l’erogatore accreditato per la prestazione richiesta, il CUP procede all’invio di una e-mail alla struttura comunicando i riferimenti del paziente che sarà poi ricontattato dall’erogatore accreditato per la prenotazione.

Una disamina puntuale per ATS rileva una certa differenziazione e spunti interessanti di implementazione rispetto agli strumenti (es. CCR, farmacie) e alle modalità di intervento.

L’**ATS Milano** sottolinea come non siano mai stati diffusi dati sulla percentuale di prenotazioni raccolta dal CCR rispetto alla totalità delle prenotazioni possibili.

Nelle **ATS Brianza e Pavia** per esempio, non vengono rese disponibili alla prenotazione al CCR: le prestazioni di secondo livello, quelle super-specialistiche, quelle relative all’utilizzo di tecnologie e quelle che prevedono una preparazione o particolari precauzioni nella prenotazione.

Inoltre, nell’**ATS Brianza** le farmacie risultano tutte abilitate, ma effettuano un numero irrisorio di prenotazioni (su 288 farmacie totali, nel mese di gennaio, la metà non ha effettuato alcuna prenotazione; le restanti hanno effettuato in totale circa 1.500 prenotazioni con una media di circa 10 prestazioni/farmacia). In generale si dovrebbe porre particolare attenzione a questo canale di prenotazione prevedendo, per esempio, in ogni farmacia una apposita postazione di prenotazione ed una figura professionale dedicata (diversa dal farmacista) al fine di evitare la formazione di lunghe file di attesa al bancone che possano far insorgere lamentele da parte della clientela.

Nell’**ATS Insubria**, tramite l’attività di monitoraggio dei canali di prenotazione degli utenti, è emerso che le prenotazioni vengono effettuate prevalentemente tramite il CCR. In questa ATS

sono periodicamente realizzati incontri di monitoraggio volti a verificare i canali/modalità di prenotazione presso le Strutture e l'effettiva accessibilità delle agende, anche in relazione alla disponibilità trasmessa al CCR e vengono realizzate reportistiche periodiche sull'utilizzo dei canali di prenotazione stessi. Il privato accreditato attualmente aderisce per circa il 50% al sistema di condivisione delle agende; tale percentuale è però in crescita. In tal senso, l'ATS ha cercato di promuovere l'adesione del privato accreditato al sistema di condivisione delle agende tramite incontri e, ad oggi, l'avvio del percorso della presa in carico dei cronici potrebbe costituire un ulteriore strumento di coinvolgimento di queste Strutture.

L'**ATS Montagna** sottolinea come il gradimento nei confronti della possibilità di prenotazione anche tramite le farmacie sia stato particolarmente elevato, in particolare nelle zone rurali.

Tra gli obiettivi dell'**ATS Val Padana** per il 2018 c'è il potenziamento del canale "farmacie" come modalità di prenotazione, nell'ambito delle attività di semplificazione e miglioramento dei servizi offerti al cittadino. Per quanto attiene l'offerta coordinata aziendale, le ASST prenotano per tutti i presidi e i punti di erogazione del territorio della ATS, proponendo opzioni diverse in base alla territorialità, alla tempistica e alla classe di priorità. Inoltre, da Agosto 2017, le indicazioni contenute nella DGR 6592, hanno consentito la completa attivazione della prenotazione con modalità differita anche per le strutture private accreditate. L'ATS, sempre in contatto con i CUP aziendali, vigila ed ispeziona, a campione e senza preavviso, le prenotazioni tramite i funzionari NOC (Nuclei Operativi di Controllo).

L'**ATS Brescia** sottolinea che i sistemi di prenotazione online e tramite farmacie sono ancora oggi scarsamente utilizzati. Negli anni passati è stato promosso un collegamento tra CUP aziendali e CCR, con l'obiettivo di identificare e cancellare prenotazioni multiple dello stesso paziente per la stessa prestazione. Questo permette di rendere disponibile lo slot per un altro paziente, contendendo allo stesso tempo il fenomeno del "drop-out". A questa iniziativa hanno aderito le tre ASST del territorio di competenza, tre Strutture di Ricovero e Cura Private Accreditate (Fondazione Poliambulanza, Fondazione Don Carlo Gnocchi, Casa di Cura Domus Salutis) e tre Strutture Ambulatoriali (Gemini RX, Static-Centro chiroterapeutico, Villa Salute).

Un elemento da segnalare è che nessuna struttura ha aderito al **Call Center Regionale Libera Professione** con numero dedicato, in quanto le strutture pubbliche e la maggior parte di quelle private hanno, da tempo, separato i canali di prenotazione, mettendo a disposizione numeri telefonici e sportelli dedicati.

4.2 Modalità di programmazione dell'offerta

Per quanto riguarda la programmazione dell'offerta, le **ATS Bergamo, Insubria e Montagna** specificano che essa si basa sui dati di produzione e sul fabbisogno del territorio. A questo

proposito vengono effettuati incontri periodici, in sede di stesura dei contratti con gli erogatori, durante i quali sono presentate e discusse le criticità emerse nell'anno trascorso, al fine di definire gli obiettivi specifici per ciascuna struttura.

Nell'**ATS Pavia** sono presenti molti presidi, con un'offerta veramente ampia e diffusa. Questo fa sì che non siano state intraprese ulteriori azioni particolari, visto anche il fatto che non sono emerse particolari criticità in relazione alle 43 prestazioni oggetto di monitoraggio.

In questo territorio le liste d'attesa risultano essere determinate non tanto da una carenza di offerta, quanto dalla concentrazione di richiesta per prestazioni di specialistica o diagnostica strumentale presso specifici poli o ambulatori; a questo proposito va notato come il distretto Pavese eroghi il 57,0% delle prestazioni totali dell'ATS.

Nell'ATS Val Padana è stato disposto lo studio degli *indicatori regionali relativi alle reti di patologia*, in particolare oncologica, cardiologica e neurologica, al fine di promuovere obiettivi di miglioramento che, nella filiera del PDTA, accorciassero il tempo intercorso tra uno step e l'altro (e.g. ridurre il tempo tra una prestazione endoscopica e un esame cito/istologico; una rivalutazione neurologica; ecc); sono, di conseguenza, stati promossi tavoli di lavoro tra ATS ed erogatori pubblici e privati al fine di migliorare tali indicatori.

Oltre a ciò si stanno effettuando delle *mappature di territorio* per mettere in evidenza le criticità e attribuire le risorse disponibili proprio in funzione dei volumi che si vogliono implementare. La risposta degli erogatori sul territorio di ATS Val Padana a queste implementazioni è stata favorevole.

In linea generale, tra i provvedimenti necessari per il governo dei tempi di attesa, **ATS Brianza** identifica anche la *revisione periodica delle liste*, l'adozione di servizi di *recall* (via sms, mail, telefono) per ricordare ai pazienti le prenotazioni effettuate e l'implementazione, presso le strutture erogatrici, di interventi che garantiscano la gestione delle prestazioni di controllo, congiuntamente al nuovo modello organizzativo di *presa in carico* della cronicità e di programmazione delle prestazioni sanitarie all'interno del Piano Assistenziale Individuale (PAI). Oltre a ciò è previsto l'adempimento di quanto specificamente previsto dalla D.G.R. n. 7766/2018 con individuazione di un *Responsabile Unico Aziendale* con mansioni organizzative e di monitoraggio per tutte le strutture sanitarie accreditate a contratto.

4.3 Modalità di effettuazione del monitoraggio

In aggiunta alle modalità canoniche di monitoraggio previste da Regione Lombardia, in **ATS Val Padana** si effettuano sessioni di verifica nei CUP con personale NOC. Le verifiche vengono fatte 2-3 volte all'anno e in questa occasione si rilevano le prime 3 date disponibili per le prestazioni solitamente monitorate, ossia quelle più critiche. Il risultato della rilevazione diventa il dato di riferimento certo dell'ATS, che viene portato come dato oggettivo, al momento dell'incontro

con gli erogatori. La corretta tenuta delle liste d'attesa, sia per prime visite che per controlli, costituisce ambito prioritario di attenzione, nel corso dell'attività di controllo NOC.

L'**ATS di Bergamo**, invece, nel corso degli anni 2016 e 2017, ha provveduto a valutare semestralmente il tempo medio d'attesa e la percentuale di alcune prestazioni ambulatoriali ritenute critiche, rese al di fuori del tempo d'attesa indicato dal prescrittore. Questa analisi è stata effettuata "ex post" utilizzando i dati della rendicontazione AMB 28/SAN.

Relativamente al flusso MTA, presso l'**ATS Insubria** si effettua l'invio trimestrale alle singole strutture dei risultati delle verifiche, evidenziando analiticamente le criticità emerse. La valutazione dell'indicatore, rappresentato dall'andamento temporale delle percentuali di raggiungimento dei tempi di attesa, permette di individuare opportune azioni da adottarsi da parte degli erogatori, per il loro contenimento. L'obiettivo è quello di monitorare e governare l'incremento o il raggiungimento della percentuale del 95% in merito al rispetto dei tempi di attesa dei primi accessi, come previsto dalle normative regionali. Nel corso del 2018, in occasione delle rilevazioni regionali mensili, l'ATS effettuerà, inoltre, controlli qualitativi sui dati inseriti nella piattaforma SMAF (Sistema Modulare Acquisizione Flussi), i cui campi rappresentano altrettanti indicatori, al fine di permettere alle strutture erogatrici di correggere eventuali errori nella trasmissione dei dati sul tale piattaforma.

ATS Brianza ha attivato un apposito "*Gruppo di Miglioramento dei Tempi di Attesa*". La finalità è quella di creare un punto di raccordo e di collaborazione fra l'ATS e gli attori del sistema, che sono sia gli operatori sul versante prescrittivo ed erogativo, sia i destinatari del servizio sanitario, nella messa a punto degli obiettivi contemplati nella D.G.R. n. 7766/2018 e nel PGTA 2018. Il Gruppo di Miglioramento rappresenterà un tavolo di confronto fra i soggetti, allo scopo di individuare e condividere azioni specifiche da mettere in atto per il contenimento dei tempi di attesa, supportare la progettazione di tali azioni, e realizzarne il monitoraggio.

L'**ATS Montagna** produce dei report periodici a supporto del monitoraggio degli obiettivi contrattuali. Questi riportano diversi parametri: il tempo medio di attesa, la percentuale di rispetto dei tempi di attesa regionali (95%), il ricorso alla solvenza e altri parametri che possono influenzare rendicontazione del monitoraggio ex post. Dall'anno scorso l'ATS ha integrato anche il monitoraggio delle classi di priorità: dal momento che le classi P e D risultavano scarsamente utilizzate, queste vengono monitorate e inserite tra gli obiettivi. Tale monitoraggio, al momento realizzato con cadenza trimestrale, ma che a breve potrebbe diventare bimestrale, viene effettuato tramite l'elaborazione dei dati deducibili dal flusso 28/SAN. Il report può diventare oggetto di incontro con l'erogatore per valutare le criticità emergenti, come ad esempio apparecchiature non funzionanti, o improvvisa carenza di una particolare figura professionale, e il raggiungimento degli obiettivi.

4.4 Modalità di valutazione dell'appropriatezza

Dalle rilevazioni dell'**ATS Brescia**, ad esempio, emerge con chiarezza che solo una minima parte delle prescrizioni riporta una classe di priorità coerente col concetto di primo accesso. La prevalenza di prestazioni con classe di priorità P o non segnalata (che va a confluire nella P) comporta il rischio che i tempi di erogazione della prestazione richiesta siano assegnati in funzione dell'ordine temporale di presentazione della richiesta e non della priorità clinica.

Similmente, **ATS Brianza** registra una particolare criticità a livello della non corretta indicazione da parte dei prescrittori (e conseguente non corretta rendicontazione da parte degli erogatori) delle prestazioni di "primo accesso" o "controllo". Le anomalie riscontrate erano tante e tali che **ATS Brianza** ha trovato necessario potenziare il sistema dei controlli ed istituire la corretta rendicontazione delle prestazioni di primo accesso come *obiettivo* per gli erogatori pubblici a livello contrattuale (non più dell'1% delle prime visite rendicontate in modo errato). In ragione di questo, se fra 2016 e 2017 il numero totale di prestazioni erogate è rimasto costante (circa 1.200.000), è aumentata significativamente la quota di primi accessi (circa +100.000), come conseguenza di una miglior rendicontazione.

ATS Brianza, ATS Insubria e ATS Val Padana supporteranno quanto previsto dalla D.G.R. n. 7766/2018, che ha individuato le aree delle rispettive ASST di Lecco, Varese e Crema quali territori su cui avviare la sperimentazione di implementazione del modello basato su priorità cliniche condivise fra prescrittori e specialisti relativamente ad alcune prestazioni afferenti alle discipline di Gastroenterologia, Cardiologia e Radiologia, a seguito dell'adesione al progetto di AgeNaS "Applicazione diffusa priorità cliniche alle prestazioni specialistiche ambulatoriali".

In **ATS Bergamo**, dal 2015 è attivo un gruppo di lavoro coordinato dall'ATS, nell'ambito dell'obiettivo regionale specifico "Governo delle liste di attesa" in applicazione alla D.G.R. n. 1775/2011 che, attraverso il contributo dei clinici, definisce linee di indirizzo e indicazioni cliniche per l'appropriatezza prescrittiva in relazione ai dati di contesto.

ATS Insubria partecipa a tavoli di confronto con le strutture erogatrici, con i MMG e con i PLS. Inoltre, effettua verifiche presso i CUP delle strutture per verificare le modalità di accettazione ed eventuali comportamenti prescrittivi inappropriati che potrebbero intasare i canali di erogazione.

ATS Milano, sulla base di attività di studio svolte in collaborazione con i competenti uffici regionali e con gruppi di esperti, ha realizzato e promosso strumenti di controllo ed iniziative volte a sensibilizzare e responsabilizzare i medici prescrittori (di Medicina Generale, di Pediatria di Libera Scelta o Specialisti) per una maggiore appropriatezza delle prestazioni in termini di omogeneizzazione dei comportamenti relativi all'utilizzo delle classi di priorità clinica e corretta indicazione del quesito diagnostico. A tal proposito, facendo seguito all'attività svolta nel 2016,

relativamente all'appropriato utilizzo della classe di priorità U (bollino verde), per le prestazioni di radiologia e cardiologia, nel 2017 l'ATS ha focalizzato l'attenzione su altre branche specialistiche per le quali le prestazioni in classe di priorità U erano a maggior rischio di inappropriata. ATS Milano ha predisposto a tal fine apposite linee di indirizzo per l'appropriato utilizzo della classe di priorità U, riportate in allegato al Piano Attuativo 2017.

ATS Montagna ha istituito dei tavoli tecnici sulla prescrizione appropriata di alcune prestazioni di diagnostica per immagini, richiedendo alle strutture di fornire a tal proposito un monitoraggio che viene poi reso noto ai MMG, rispetto ad alcune prestazioni di diagnostica per immagini. Un simile lavoro è previsto per l'indicazione della classe di priorità per le prime visite specialistiche.

ATS Pavia specifica che, nel corso del 2017, sono state effettuate le verifiche previste in aderenza al Piano dei Controlli e le analisi dei dati derivanti dal flusso prospettico mensile e nazionale (RL_MTA) con valutazione dei dati, evidenza delle criticità e conseguente trasmissione alle Strutture interessate al fine di mettere in atto azioni correttive per il superamento di dette criticità e per il miglioramento dei tempi di attesa. Tra le azioni di ATS Pavia per il 2018 spicca quella di promuovere, in collaborazione con Dipartimento di Cure Primarie, interventi di sensibilizzazione dei prescrittori sul corretto utilizzo dei codici di priorità, quesito diagnostico circostanziato, appropriatezza prescrittiva, per successivi coinvolgimenti dei MMG e PDF, valorizzandone il ruolo come soggetto indispensabile ad orientare il paziente nella rete di offerta al fine di ottenere la prestazione appropriata nei tempi previsti.

In **ATS Val Padana**, grazie ad un evento formativo di 4 giornate si è costituito un tavolo tecnico tra Dipartimento PAAPSS e Dipartimento Cure primarie che ha elaborato il "Protocollo per la corretta prescrizione della ATS Val Padana", divulgato poi presso tutti i prescrittori, Specialisti, MMG e PLS. Altra iniziativa condotta negli anni 2015 e 2016 tra ATS e ASST è stato lo studio ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle prescrizioni con bollino verde (oggi la D.G.R. n. 7766/2018 ha dettagliato l'uso della classe di priorità "U" togliendo definitivamente l'impiego del bollino verde per le prescrizioni di diagnostica ambulatoriali, riconducendo, quindi, i prescrittori al solo utilizzo della classe di priorità). Sono previste verifiche in corso di controllo NOC del rispetto dei tempi massimi previsti relativamente alle prescrizioni con compilazione dei campi di priorità clinica e della presenza del quesito diagnostico. I funzionari NOC sanitari, nella applicazione delle DD.GG.RR. n. 2313/2014 e n. 4702/2015 e successive modifiche (contenenti indicatori di appropriatezza di radiologia, endoscopia e laboratorio) monitorano le prestazioni ambulatoriali erogate, al fine di poterle poi controllare e discutere con gli specialisti e MMG di riferimento.

Di seguito presentiamo la sintesi delle modalità di gestione delle liste di attesa attivate dalle ATS lombarde.

Tabella 4.1 Quadro sinottico delle modalità di gestione delle liste di attesa da parte delle ATS

	CANALI DI PRENOTAZIONE	ATTIVITA' DI MONITORAGGIO	VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA	SPERIMENTAZIONI ORGANIZZATIVE
TRATTI COMUNI	<p>Le agende delle 1° visite sono parzialmente pubblicate nel CCR da parte delle strutture pubbliche; sono poche le agende delle strutture private accreditate.</p> <p>Le agende di secondo livello, quelle di alta tecnologia o con preparazione non confluiscono nel CCR. Nessuna agenda di prenotazione per l'ALPI è pubblicata in CCR. Le Strutture pubbliche e la maggior parte di quelle private hanno, da tempo, separato i canali di prenotazione, per le due tipologie di prenotazione, mettendo a disposizione numeri telefonici e sportelli dedicati all'attività solvente.</p>	<p>Tutte le ATS contribuiscono alle attività di monitoraggio previste dalla normativa nazionale e regionale</p>	<p>Sono state riscontrate in ogni ATS iniziative volte ad indirizzare i comportamenti prescrittivi di MMG, PLS e specialisti al fine di ridurre l'inappropriatezza.</p> <p>Condivise criticità nell'identificazione del primo accesso.</p> <p>* ATS Brianza, Insubria e Val Padana partecipano alla sperimentazione di AgeNaS "Applicazione diffusa di priorità cliniche alle prestazioni ambulatoriali" per le alcune prestazioni afferenti alle discipline di gastroenterologia, Cardiologia e radiologia.</p>	<p>Iniziativa " ambulatori aperti" comune a tutte le ATS.</p>

ATS BERGAMO		Dal 2016/17, ogni semestre è valutato il tempo medio d'attesa di alcune prestazioni ambulatoriali ritenute critiche (AMB 28/SAN).		Vincolato parte del budget variabile attribuito a ogni Ente alla riduzione dei tempi d'attesa.
ATS BRESCIA	Prenotazione tramite farmacie scarsamente utilizzata. Consolidato il collegamento tramite i CUP aziendali ed il CCR che permette di identificare le prenotazioni doppie annullandole	Richiesta a tutti gli Enti di produrre una autocertificazione attestante che i volumi delle prestazioni rese in ALPI e Solvenza e rendicontate in 28/SAN corrispondano effettivamente al totale delle prestazioni erogate in tali regimi.	Istituiti controlli sulla corretta identificazione del primo accesso. I controlli di ATS tollerano solo l' 1% delle prime visite rendicontate in modo errato	22 strutture dell'ATS nel 2017 hanno sottoscritto anche l'obiettivo aggiuntivo Ambulatori Aperti/Laboratori aperti.
ATS BRIANZA	Scarsamente utilizzata la prenotazione tramite le farmacie	Da prime rilevazioni molto parziali, relative ad un unico trimestre, emerge un rapporto di circa 1:10 fra prestazioni erogate in ALPI ed in regime istituzionale nel pubblico, e di circa 1:4 fra prestazioni erogate in solvenza e in regime istituzionale nel privato.		Attivazione di un apposito "Gruppo di Miglioramento dei Tempi di Attesa", tavolo di confronto fra i soggetti, allo scopo di individuare e condividere azioni specifiche da mettere in atto per il contenimento dei tempi di attesa, supportare la progettazione di tali azioni, e realizzarne il monitoraggio.

Missione valutativa

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ATS MILANO</p>	<p>La condivisione delle agende con il CCR potrebbe essere favorita dalla presa in carico.</p>	<p>Invio trimestrale dei risultati delle verifiche alle singole strutture evidenziando le criticità emerse. Nel 2018 l'ATS effettuerà, inoltre, controlli qualitativi sui dati inseriti nella piattaforma SMAF al fine di permettere alle strutture erogatrici di correggere eventuali errori nella trasmissione dei dati sul tale piattaforma. Unica ATS che ritiene il MOSA ben funzionante e puntuale, indicando, invece, il sistema di monitoraggio MTA web come carente e meritevole di ulteriore miglioramento.</p>	<p>Tavoli di confronto con le strutture erogatrici, con i MMG e con i PLS. Verifiche presso i CUP delle strutture sulle le modalità di accettazione ed eventuali comportamenti prescrittivi inappropriati che potrebbero intasare i canali di erogazione.</p>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ATS MILANO</p>				

ATS MONTAGNA	Particolarmente elevato il ricorso alla prenotazione tramite farmacia	Report periodici a supporto del monitoraggio degli obiettivi contrattuali, tra cui il tempo medio di attesa, la percentuale di rispetto dei tempi di attesa regionali (95%), il ricorso alla solvenza, classi di priorità (in particolare P e D). Monitoraggio al momento trimestrale, ma in futuro bimestrale, su dati flusso 28/SAN. Il report come strumento per valutazione di criticità emergenti.	Tavoli tecnici sulla prescrizione appropriata di alcune prestazioni di diagnostica per immagini. Un simile lavoro è previsto per l'indicazione della classe di priorità per le prime visite specialistiche.	
ATS PAVIA		Dal 2017 la rendicontazione dell'ALPI è stata esplicitamente inserita nei contratti. Richiesta maggiore attenzione alla compilazione della data di prenotazione e data di effettuazione sia corretto - la coincidenza tra data di prenotazione ed erogazione superiore al 10% non più tollerata	Per il 2018 il Dipartimento di cure primarie ha previsto interventi di sensibilizzazione dei prescrittori sul corretto utilizzo dei codici di priorità, quesito diagnostico circostanziato, appropriatezza prescrittiva con coinvolgimento di MMG e PDF.	

ATS DELLA VAL PADANA	<p>Nel corso del 2018 è previsto il potenziamento del canale di prenotazione delle "farmacie".</p>	<p>Si effettuano sessioni di verifica nei CUP con personale NOC. Le verifiche vengono fatte 2-3 volte all'anno e in questa occasione si rilevano le prime 3 date disponibili per le prestazioni solitamente monitorate, ossia quelle più critiche. Il risultato della rilevazione diventa il dato di riferimento certo dell'ATS, che viene portato come dato oggettivo, al momento dell'incontro con gli erogatori</p>	<p>Grazie ad un evento formativo di 4 giornate, si è costituito un tavolo tecnico tra Dipartimento PAAPSS e Dipartimento Cure primarie che ha elaborato il "Protocollo per la corretta prescrizione della ATS Val Padana", divulgato poi presso tutti i prescrittori, Specialisti, MMG e PLS. Nel 2015 e 2016 tra ATS e ASST è stato effettuato uno studio per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle prescrizioni con bollino verde. Sono previste verifiche da parte dei NOC con discussione delle criticità con gli MMG.</p>	<p>Prevista la <i>rotazione degli specialisti</i> su più presidi pubblici, con incremento del numero delle ore a disposizione per le discipline più richieste. Partecipazione alle lo studio degli indicatori regionali relativi alle reti di patologia, in particolare oncologica, cardiologica e neurologica. Promossi tavoli di lavoro tra ATS ed erogatori pubblici e privati, al fine di migliorare tali indicatori.</p>
----------------------	--	--	--	---

Fonte: elaborazione degli autori

5. L'ANALISI QUALITATIVA DELLA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA IN 8 ASST LOMBARDE

Questo capitolo riporta gli esiti della ricognizione svolta presso le otto ASST. Sebbene in fase progettuale non fosse previsto un approfondimento sulle modalità di gestione delle liste di attesa da parte delle ASST, nel corso dell'attività di ricerca si è ravvisata l'opportunità di un affondo anche a questo livello così da poter disporre di un quadro conoscitivo più completo.

In particolare si dettagliano le azioni poste in essere e i risultati relativi alle tre fasi principali: la prenotazione, l'erogazione e la refertazione.

Per ciascuna sezione viene fornita una tabella sintetica di riepilogo.

Si è predisposta una traccia semi strutturata (vedi Allegato 4) per intervistare i Direttori Generali di un campione di ASST¹⁵, individuate una per ogni ATS. L'obiettivo è consistito nel rilevare i modelli di gestione (tradizionali ed innovativi) delle attività di specialistica ambulatoriale (prima visita per outpatient in regime di SSN e di libera professione), valutando l'esistenza di eventuali percorsi preferenziali per la popolazione cronica e/o fragile. L'analisi si è concentrata sulle tre principali macro fasi che compongono il percorso del paziente ambulatoriale, quali: Prenotazione, Erogazione (accesso diretto vs accesso programmato), Refertazione.

5.1 Il sistema di prenotazione

5.1.1 I canali di prenotazione

In tutte le ASST convivono canali di prenotazione differenti. A fianco dei canali di prenotazione aziendali (CUP), sono attivi il canale di prenotazione regionale (CCR) e canali esterni all'azienda (MMG, Farmacie). In particolare, le aziende registrano un progressivo aumento dell'utilizzo del CCR, mentre sono ancora, relativamente, poco utilizzati i canali delle farmacie e la prenotazione on-line effettuata direttamente dal cittadino.

In questo modo, pur rimanendo il sistema di prenotazione organizzato a livello aziendale, i sistemi aziendali sono integrati con i servizi offerti dal CCR per consentire la massima disponibilità di canali di accesso ai cittadini che si rivolgono alle strutture. Il continuo allineamento, in tempo reale, della disponibilità di offerta ambulatoriale con i sistemi regionali, oltre ad agevolare il cittadino, garantisce la massima trasparenza sulle prestazioni erogate, sulle modalità di accesso e sui tempi di attesa. In questo modo i cittadini possono rivolgersi di persona ai CUP aziendali negli orari di apertura degli sportelli; possono, inoltre, ottenere informazioni

¹⁵ Le interviste condotte nel mese di gennaio hanno coinvolto i Direttori Generali dell'ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo (di seguito ASST di Bergamo), ASST degli Spedali Civili di Brescia (di seguito ASST di Brescia); ASST dei Sette Laghi, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (di seguito ASST Niguarda, ASST della Valtellina e Alto Lario, ASST di Pavia, ASST di Cremona.

Missione valutativa

sulle disponibilità e fissare l'appuntamento anche telefonicamente grazie ai servizi del CCR ovvero recarsi presso le farmacie territoriale e/o i medici di medicina generale.

Le prenotazioni tramite il CCR ed i canali esterni sono focalizzate essenzialmente su prestazioni di 1° livello o di 2° livello, ma non specialistiche. Per le prestazioni di 2° livello specialistiche e le prestazioni di 3° livello, le prenotazioni vengono effettuate a livello aziendale, dal CUP o direttamente dagli specialisti.

Tutte le ASST hanno evidenziato la generale tendenza a garantire la prenotazione della visita di controllo direttamente in struttura al termine della prima visita o della visita di controllo precedente, incluse anche la prenotazione di indagini strumentali complesse che richiedono una valutazione specialistica, una preparazione o la firma di un consenso (cfr infra – prenotazione follow-up).

Presso l'**ASST di Vimercate**, in via sperimentale, le prenotazioni possono essere perfezionate mediante i Totem Multifunzione disponibili nell'atrio del Presidio Ospedaliero di Vimercate nei giorni ed orari a loro più convenienti.

Per l'**ASST di Brescia**, delle 1.700.000 visite specialistiche ed esami diagnostici erogate nel 2017, circa 200.000 prenotazioni sono state gestite dal CUP Aziendale (Numero 224466), le altre prenotazioni (in totale circa 1.500.000) derivano dal call center regionale (circa 60.000), farmacie e canali web. Le prime visite sono prenotabili anche presso gli sportelli dei presidi ospedalieri, degli ambulatori e le segreterie di reparto.

Nel 2016 presso l'**ASST Niguarda** sono state erogate 1.320.000 visite ambulatoriali (esclusi gli esami di laboratorio). Si stima che per un 10% delle prestazioni (per esempio approfondimenti diagnostici successivi o visita di controllo) la prenotazione viene effettuata direttamente dal medico specialista che ha in cura il paziente; si tratta di una prenotazione "leggera" nel senso che il medico si limita ad individuare la data e l'ora della visita, mentre l'accettazione amministrativa (registrazione dei dati) sarà effettuata dal personale amministrativo predisposto. Un ulteriore 20% delle prenotazioni viene effettuata direttamente dagli amministrativi aziendali e il restante 70% viene effettuata direttamente dall'utente attraverso gli altri canali esterni, tra cui il CCR.

Presso la **ASST di Bergamo**, per consentire la prenotazione in rete delle prestazioni, ci si avvale di un sistema di Agende di prenotazione a cui possono accedere i soggetti abilitati. I diversi canali di prenotazione sono stabiliti dalla Direzione Medica della ASST che definisce, tramite un software di gestione, abilitazioni specifiche per le diverse coppie agende/prestazioni e la visibilità e la prenotabilità delle prestazioni stesse in capo ai diversi soggetti. Ad esempio, le prestazioni da rendere disponibili in farmacia sono state selezionate tra quelle con meno vincoli organizzativi e meno complessità/ specificità tecnica. Inoltre, per rafforzare la qualità del flusso informativo alla regione sulla disponibilità delle agende, rendendolo il più puntuale e preciso

possibile, nel 2017 è stato assegnato uno specifico obiettivo nell'ambito della contrattazione di budget 2017, legato alla corretta identificazione delle agende oggetto di prenotazione di prestazioni di I livello e attivando le agende suddivise per priorità B e D per le Unità che ancora non le hanno attivate. L'obiettivo è stato raggiunto da tutte le UO cui è stato assegnato.

Anche l'**ASST dei Sette Laghi** ha fatto scelte simili. Nel 2017 è stata fatta una prima revisione riguardante le agende di radiologia, in particolare per quelle dedicate ai percorsi interni (ad es. oncologici). Le agende sono state rese prenotabili solo ai call center regionali e aziendali (non a MMG, farmacie o on-line). Si è, infatti, notato che i farmacisti e i cittadini non sempre leggono le note e i vincoli di prenotazione. Si possono, infatti, creare situazioni in cui un primo accesso viene prenotato magari nell'agenda dedicata ai percorsi oncologici, rubando un posto prezioso per chi è dentro un percorso di follow-up.

Inoltre, una volta attivata la presa in carico (per la quale è stata prevista anche una piattaforma dedicata), su alcune prestazioni sarà previsto l'accesso libero con agende dedicate a MMG, i quali potranno prenotare direttamente su di esse.

5.1.2 Il prescrittore

Storicamente, fino al 2009, le prescrizioni arrivavano da MMG o PLS, soggetti al di fuori della realtà ospedaliera. Dal 2009, anno in cui la Regione ha stabilito che le prescrizioni potessero essere fatte anche dagli specialisti con ricettario, si è registrato un progressivo aumento delle prescrizioni degli specialisti.

Ad esempio, i pazienti ambulatoriali delle **ASST di Vimercate** e **di Bergamo** vengono inviati per il 50% dal proprio medico di famiglia o specialista di altra Azienda e per il restante 50% dei casi vengono inviati direttamente dallo specialista aziendale che ha già in cura l'assistito.

Presso la **ASST di Pavia** il 45% dell'utenza è inviata dal MMG o dal PLS, il 35% dallo Specialista è il restante 20% deriva da accessi fuori regione o altri percorsi ad esempio Screening con ATS, ecc.

Nell'ottica del miglioramento dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili, dal mese di luglio 2015 la **ASST di Bergamo** è stata coinvolta nel tavolo tecnico dell'ATS di Bergamo per la verifica del corretto utilizzo dell'urgenza differibile. I lavori sono proseguiti nel 2016 tenendo conto delle linee di indirizzo previste dalla DGR 2313/2014 (raccomandazioni per la prescrizione di RM e TC per la diagnostica delle patologie del ginocchio, spalla e rachide), dalla DGR 3993/2015 (appropriatezza EcoColorDoppler in angiologia) e dalla DGR 4702/2015 (appropriatezza EGSD e colonscopia). Si è ribadita, in quella sede, l'importanza di definire un terreno comune per l'identificazione di criteri di priorità condivisi.

5.1.3 Fruizione di prestazioni ad accesso diretto (con e senza prescrizione).

La modalità di *accesso diretto per prestazioni sanitarie per cui non è richiesta la prenotazione ma che necessitano di prescrizione* (accesso diretto o *walk-in*) non è significativamente diffusa a livello regionale, se non per le prestazioni di laboratorio e per gli elettrocardiogrammi (**ASST di Bergamo**).

L'unica esperienza è quella attiva presso l'**ASST Niguarda**, al presidio di Villa Marelli. Per le patologie dell'apparato respiratorio è previsto l'accesso (con prescrizione, ma senza prenotazione anche se permane la possibilità di prenotare) alla mattina e magari aspettando alcune ore si può essere sottoposti a una visita medica, un RX e in certi casi anche ad esami ematochimici. Il problema di Villa Marelli è l'eccesso di domanda che si contrappone alla carenza delle risorse. Per ovviare a questo problema si sta cercando di utilizzare anche personale proveniente da altre strutture con il patto che, in seguito alla diagnosi, i pazienti possano essere indirizzati non solo al Niguarda ma anche alle strutture che hanno messo a disposizione i propri professionisti. L'auspicio sarebbe quello di trasformare Villa Marelli in un punto di prima diagnosi veloce sul quale per esempio un MMG può far affidamento nel caso volesse un approfondimento diagnostico veloce senza ricorrere al bollino verde. A Villa Marelli c'è un unico punto di accoglienza (accesso amministrativo) che rimane aperto fino alle 10 circa e i pazienti vengono smistati su tre aree; c'è poi un'attività di back-office che è complicata dall'alta percentuale di pazienti stranieri che vi accedono (popolazione non facilmente identificabile).

A livello nazionale è poi prevista (DPR 500/96, art.16, comma 3 DPR 484/96, art.37, comma 6) la possibilità di *accesso diretto per prestazioni sanitarie per cui non è richiesta la prescrizione* del medico curante e che sono: ostetricia e ginecologia e consultorio familiare; odontoiatria; pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base); psichiatria e NPI; oculistica (limitatamente alle prestazioni optometriche). Si precisa che, per evidenti esigenze organizzative, le singole strutture erogatrici solitamente prevedono la prenotazione di dette prestazioni, anche senza prescrizione, pertanto agli utenti potrebbe essere richiesto di prenotare un appuntamento per accedere alle prestazioni.

Per l'**ASST di Vimercate**, a queste, si aggiungono le prestazioni di radiografia del torace. In caso di accettazione di una prestazione senza prescrizione, è lo stesso specialista che eroga la prestazione a compilare la prescrizione che viene poi richiesta dalle ATS per i controlli.

Per alcune aziende questa modalità di erogazione dei servizi è ritenuta non compatibile con la programmazione dell'offerta. La preoccupazione è che applicando l'accesso diretto si possano creare difficoltà nella programmazione degli accessi rispetto al tempo uomo del personale medico a disposizione.

5.1.4 L'organizzazione del CUP aziendale

Per la gestione del CUP aziendale sono attive sia modalità di gestione con personale dipendente (ASST di Pavia, ASST di Bergamo), che con esternalizzazione del servizio a soggetti esterni (ASST di Brescia). In alcuni casi convivono entrambe le modalità all'interno di presidi diversi della stessa azienda (es. ASST di Vimercate).

In alcuni casi, le ASST hanno eliminato CUP "periferici", ovvero quelli attivi presso le segreterie degli ambulatori, al fine di centralizzare e omogeneizzare le procedure amministrative di prenotazione, accettazione ed eventuale pagamento della prestazione.

Nei presidi della **ASST di Vimercate** il CUP rappresenta realmente un "unico" punto di accesso per la prenotazione delle prestazioni prescritte e la correlata accettazione con eventuale pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria (cd. Ticket, se dovuta); sono infatti stati completamente "soppressi" i CUP di settore (laboratorio, radiologia, ecc.) con conseguente miglioramento dell'efficacia del servizio reso al cittadino. Il personale di front e back office addetto alle attività di prenotazione e riscossione, con circa 70 postazioni aperte quotidianamente, più alcuni sportelli gestiti da Amministrazioni Comunali e Farmacie sulla base di apposite convenzioni, dipende da un'unica struttura a livello aziendale al fine di garantire la massima omogeneità di gestione e lo sviluppo delle conseguenti economie operative. Il servizio è esternalizzato nell'Ospedale di Vimercate ed è attualmente gestito con personale dipendente, integrato con contratti di somministrazione di lavoro, in tutti gli altri presidi; è in fase di pubblicazione una procedura di gara per l'esternalizzazione di tutti gli sportelli di front-office che consentirà il raggiungimento degli obiettivi massimi di flessibilità e razionalizzazione delle risorse.

Presso l'**ASST di Pavia** il CUP offre il servizio di Front office, gestito da personale amministrativo dedicato, adeguatamente formato, dove il paziente accede per prenotare o pagare la prestazione tramite Moneta elettronica/contanti. È inoltre costituito da un ulteriore servizio di Back office nel quale vengono gestite/controllate, sempre da personale amministrativo, le agende e la relativa registrazione delle prestazioni erogate. Ulteriore compito del Back Office è la gestione della corretta informativa ai pazienti in caso di variazione di ambulatori a seguito di rimodulazione dell'offerta. Se l'eventuale prestazione di secondo livello è prenotabile all'interno della struttura, prenota direttamente il CUP aziendale o l'infermiera che ha funzioni segretariali, dopo la visita con il medico competente.

Presso l'**ASST di Bergamo**, la struttura prevede un CUP centrale, un CUP per ciascuna delle 7 Torri, 4 CUP di Piastra e un centro prelievi ai cui sportelli è possibile effettuare prenotazioni, accettazioni e pagamento dei ticket. Presso il CUP centrale, inoltre, sono attivi i servizi di ritiro referti, attività di libera professione e solvenza, accettazione ricoveri, richiesta copia cartelle cliniche e rilascio credenziali GASS. Presso il presidio ospedaliero di San Giovanni Bianco vi è la

presenza di un unico CUP e di un punto accettazione dei prelievi di laboratorio. Il CUP aziendale copre circa il 40% delle prenotazioni ed è gestito con risorse interne (circa 120 persone).

Presso gli sportelli di front-office sono impiegati circa 100 operatori coordinati da un responsabile amministrativo, supportato da alcuni operatori che svolgono attività di back office amministrativo (gestione agende, sistema gestione code centralizzato, cassa, gestione turnistica per copertura sportelli).

Presso l'**ASST di Brescia**, il CUP aziendale, inclusi gli sportelli, è appaltato ad una cooperativa (consorzio nazionale servizi) con un contratto quinquennale (in scadenza tra un paio di anni). Come personale interno ci sono solo le persone preposte alle segreterie di reparto.

5.1.5 La programmazione delle agende e le leve per la loro gestione

Generalmente, la programmazione delle agende (es. autorizzazione all'apertura di nuove agende, modifica degli orari, spostamento di sedute per indisponibilità dei medici o delle apparecchiature) è in capo alla direzione sanitaria aziendale o alla direzione medica di presidio. Presso l'**ASST di Pavia** la responsabilità delle agende è in carico ai Direttori di struttura complessa/struttura semplice dipartimentale e per la parte di competenza del Responsabile della specialistica Ambulatoriale. Le modifiche, da protocollo interno, devono essere fatte solo dai primari (a parte il fermo macchina o assenza medico).

Le agende istituzionali di tutte le ASST sono sempre "aperte", in piena aderenza alla normativa vigente. Alcune eccezioni possono dipendere da periodi di manutenzione di macchinari, dalla mancata disponibilità di professionisti che devono essere sostituiti per pensionamenti, ferie, malattie, ecc.

L'articolazione delle disponibilità delle agende è piuttosto complessa e risponde alle esigenze normative, organizzative e funzionali. Le agende, secondo le disposizioni normative, sono suddivise in primo accesso e follow-up e sono periodicamente controllate, al fine di verificarne la continua prenotabilità e la tempistica di erogazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale.

Presso l'**ASST di Vimercate** vengono comunque garantite, anche in assenza di disponibilità, con un sistema di chiamata in back-office, le classi "U" e "B" ai cittadini che si presentano agli sportelli degli ospedali: per tale motivazione non si gestisce sistematicamente l'overbooking che viene lasciato alla decisionalità delle Direzioni Mediche di Presidio per l'adempimento di tali incombenze. Gli orari di apertura delle agende e la durata delle prestazioni sono definiti ed autorizzati dalle Direzioni Mediche di Presidio di concerto con gli specialisti di branca

L'eventuale chiusura di agende all'**ASST Niguarda** avviene sulla base della disponibilità dei medici; in particolare vengono chiuse quando la prima disponibilità supera un periodo considerato "accettabile" dal paziente. Sono parecchie le agende sature; ad esempio le visite

cardiologiche che al momento l'ASST può offrire, sono solo quelle di secondo livello, con le prime disponibilità ad oltre il 2019. Per le prestazioni dermatologiche la domanda è molto forte, ma si dispone solo di un medico summaista e quindi l'offerta è scarsa; la soluzione adottata è quella di prenotare fino a 30 prestazioni giornaliere lasciandone 5 sempre libere per le urgenze.

Presso **l'ASST di Pavia**, nel caso di guasto macchina, i pazienti di quella giornata si ridistribuiscono nelle giornate successive attraverso il CUP, in overbooking ed entro 30 giorni da quando si ha avuto il fermo macchina.

Presso **l'ASST dei sette Laghi**, le agende sono tutte elettroniche, in alcuni casi c'è anche un'agenda cartacea che corrisponde a quella elettronica per comodità del personale. Le agende cartacee sono mantenute soprattutto da quei professionisti che vogliono gestire in maniera più libera il proprio tempo; potendo il medico spostare più agilmente e direttamente gli appuntamenti. Eliminare queste agende è il presupposto affinché l'organizzazione sia ordinata. L'ASST programma nel corso dell'anno alcune sospensioni legate alle festività: all'incirca 10 giorni a Natale, 2 giorni a Pasqua e i 15 giorni centrali del mese di agosto, ad eccezione di alcune unità operative (l'oncologia, ad esempio, ha sempre le agende aperte). Il CUP permette, inoltre, di forzare il numero di posti disponibili, consentendo di mettere in agenda un paziente extra (overbooking).

Presso **l'ASST di Bergamo**, esiste uno schema di programmazione annuale (specialisti ambulatoriali che possono chiedere ferie o permessi fino a 30 giorni prima; programmazione turni di guardia; ecc.). Il tasso di drop-out è pari a circa il 7%. Non si ricorre all'overbooking.

L'ASST di Cremona, invece, ricorre all'overbooking per fronteggiare il fenomeno del no-show.

5.1.6 La prevenzione dei «no show»

Come evidenziato in precedenza, il CCR ha messo a disposizione delle ASST un servizio di richiamata "outbound" per la conferma della prenotazione (15 gg prima della prestazione) e di invio di un SMS (3 gg prima della prestazione) di remind della prenotazione. Ai cittadini che hanno programmato una delle prestazioni oggetto di monitoraggio, viene inviato un messaggio automatico di "promemoria" per ricordare la data e l'ora dell'appuntamento con possibilità di comunicare l'eventuale rinuncia. Ciascuna ASST stabilisce con il CCR per quali prestazioni attivare questi servizi.

All'**ASST di Vimercate** il fenomeno del "no show" viene monitorato soprattutto per le prestazioni diagnostiche più impegnative ed invasive che richiedono una attenta programmazione e la razionalizzazione delle risorse umane e strumentali e per le quali è stato attivato il servizio di outbound da parte del CCR. Il fenomeno del "no show", inoltre, viene periodicamente analizzato, in collaborazione con Lombardia Informatica, al fine di individuare specifici ambiti

clinici maggiormente interessati dal fenomeno e pianificare eventuali interventi organizzativi ed informativi per ridurre gli effetti negativi.

Anche all'**ASST Niguarda** è attivo il sistema di invio di Sms. In caso di spostamento dell'appuntamento, invece, il paziente viene chiamato direttamente. Al momento viene effettuato un monitoraggio del tasso di "no-show", ma non sono al momento in uso altri report sull'attività ambulatoriale che potrebbero aprire a nuove prospettive di gestione delle agende. Una gestione più accurata dell'attività ambulatoriale è stata avviata recentemente; da 6 mesi ogni mattina è programmata una riunione sull'attività ambulatoriale.

Anche l'**ASST di Bergamo** ha attivato il servizio regionale di SMS come promemoria di per evitare i no-show. A questo, sono stati affiancati sistemi di disdetta vocale e via e-mail aziendali. E' stata effettuata una campagna informativa sull'importanza di procedere con la disdetta della prenotazione nel caso in cui il cittadino decida di rinunciare. Inoltre, sono stati attivati diversi canali per procedere a disdetta tramite: CCR, Sportello, Casella vocale; E-mail, Portale regionale servizi sanitari on-line, Farmacia.

L'**ASST dei sette Laghi**, avendo molto vicino un territorio montuoso, ha la maggior parte degli assistiti esente che frequentemente non si presentano all'appuntamento senza disdire. Il no-show è quindi una problematica molto sentita. Per prestazioni ad alto livello tecnologico e ad alto consumo di risorse, si utilizza il servizio di recall (telefonico, sms), con un impatto positivo in termini di riduzione del no-show.

Anche l'**ASST di Pavia** utilizza il sistema di SMS e di chiamata di outbound effettuato dal Call Center Regionale. Essendo declinato come obiettivo di budget, è stato affiancato un servizio di recall da parte del personale aziendale di back office.

L'unica ASST che al momento non utilizza i servizi regionali di *recall* è quella di **Cremona**. È in previsione l'adozione di un sistema di "*remind*" nella piattaforma della presa in carico dei cronici.

5.1.7 Il grado di trasparenza sulle liste di attesa

La vigente normativa nazionale e regionale prevede che tutte le ASST pubblichino mensilmente sul proprio sito i tempi di attesa per le prestazioni SSN, estraendoli dai flussi informativi MOSA (per verificare l'adempimento a quest'obbligo si rimanda all'apposita sezione del presente documento dedicata alla valutazione dei siti web nel Capitolo 5). Inoltre, i tempi sono resi disponibili sul sito regionale e sul sito della ATS di riferimento.

Quanto al monitoraggio, si ricordano di seguito i monitoraggi stabiliti dalla regione che sono: Settimanale flusso MOSA e Mensile MDA web.

Alcune ASST, oltre i monitoraggi effettuati a livello nazionale o regionale, hanno attivato azioni specifiche a livello aziendale.

Ad esempio, la **ASST dei sette Laghi** ha scelto di effettuare un monitoraggio aziendale, per confrontare le varie realtà specialistiche che erogano la stessa prestazione al fine di omogenizzare le procedure presso tutte le sedi aziendali (ad esempio per la visita cardiologica).

L'ASST di Pavia ha, inoltre, previsto un monitoraggio di alcune prestazioni ulteriori rispetto a quelle monitorate a livello regionale, come, ad esempio, la fluorangiografia, proprio perché significative dal punto di vista dell'utenza. E' stata delegata alla direzione medica ed ai direttori di dipartimento la possibilità di intervenire, ad esempio, con l'apertura di aree a pagamento, qualora si ravvisasse la necessità, oppure con l'apertura slot estemporanei che consentano di contenere i tempi di attesa. I dati relativi ai tempi d'attesa, la relativa saturazione delle Agende ed il volume di attività erogato rientrano tra gli obiettivi di budget per i direttori di struttura complessa/struttura semplice Dipartimentale, al fine di migliorare le performance aziendali sempre considerando i bisogni d'utenza e la relativa domanda. Il Controllo di Gestione, coadiuvato dai competenti Uffici, effettua il monitoraggio puntuale dei Tempi obiettivo delle prestazioni ambulatoriali soggette a controllo da parte della Regione al fine di garantirne i tempi di erogazione per il 95% degli accessi ed un ulteriore monitoraggio esteso ad alcune prestazioni significative per volumi e complessità. Qualora sia necessario effettuare correttivi, le Direzioni Mediche di Presidio Lomellina ed Oltrepo, di concerto con i Direttori di struttura complessa/struttura semplice dipartimentale, si occupano della redistribuzione del numero e delle tempistiche di erogazione o del cambio fasce orarie ove necessario. Inoltre, la puntuale analisi del drop-out, tramite l'invio di report ai Direttori di struttura complessa/struttura semplice dipartimentale e relativi Direttori di Dipartimento nonché alla Direzione Aziendale, permette di porre in atto misure necessarie per una corretta gestione delle tempistiche di erogazione. In caso di scostamenti significativi, sono definiti provvedimenti per rientrare nei parametri regionali fissati per le singole prestazioni oggetto del monitoraggio rimodulando, nelle agende di prenotazione, gli slot per primi accessi/controlli oppure dando seguito all'attivazione di nuove agende temporanee. Sono, inoltre, predisposti report trimestrali per avere un idoneo riscontro delle azioni correttive adottate.

All'**ASST di Vimercate** le liste di attesa vengono monitorate quotidianamente attraverso la raccolta automatica delle disponibilità per le principali prestazioni e branche specialistiche. I dati, raccolti direttamente dal sistema di prenotazione, vengono archiviati ed elaborati sul *Data Warehouse* aziendale per consentire la produzione automatica di report analitici completi di "trend" e andamenti che consentono di verificare eventuali situazioni critiche. Particolarmente versatile ed apprezzato dall'utenza appare lo strumento MOSA. L'ASST di Vimercate ha istituito uno sportello dedicato, aperto in concomitanza con l'apertura del CUP regionale, cui gli utenti possono rivolgersi per ottenere in tempo reale le disponibilità dichiarate dagli erogatori di ciascuna singola ex ASL.

5.1.8 Le prestazioni più critiche da governare per le liste di attesa

Per l'**ASST di Bergamo** sono molto critiche sia l'area cardiologica (visite ed esami strumentali), sia quella neurologica, aree su cui insistono sia i pazienti cronici, che quelli che accedono dal pronto soccorso. Anche la pressione su esami di diagnostica è significativa (TC, RM ed ecografie).

Per l'**ASST dei Sette Laghi** le prestazioni più critiche, più o meno stabili nel corso di questi ultimi anni, sono: ecografie viscerali (addome, cardio, collo, mammaria, ecocolordoppler), la RMN (soprattutto encefalo), colonscopie e alcune categorie di visite legate alla patologia cronica (endocrinologica-diabetologica, reumatologica). In particolare per queste ultime, si auspica che la previsione di agende dedicate per la patologia cronica aiuti a migliorare queste tempistiche.

Per l'**ASST di Pavia** le prestazioni che presentano maggiore criticità rilevate dai monitoraggi interni sono relative alle branche di Oculistica e Cardiologia. L'azienda aveva un problema di gravi ritardi nelle dimissioni dei pazienti a causa di ritardi nell'erogazione di alcune prestazioni ambulatoriali. Per questa ragione, si è data priorità per alcune prestazioni ai pazienti ricoverati, facendo in modo che la prestazione fosse erogata entro le 24-48 ore. Questo ha di fatto contratto le disponibilità per i pazienti esterni.

Presso l'**ASST di Vimercate** le prestazioni "critiche" sono: prima visita fisiatrica (tranne che per i post-traumi e post-ictus), oggetto di apposita deroga a livello di ATS, prima visita cardiologica, ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo e con prova farmacologica, test cardiovascolare da sforzo, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, ecocolordopplergrafia degli arti, prima visita dermatologica, prima visita endocrinologica/diabetologica, prima visita gastroenterologica, prima visita ginecologica, ecografia ginecologica, prima visita neurologica, elettroencefalogramma, prima visita oculistica, fundus oculi, prima visita ortopedica, prima visita otorinolaringoiatrica, esame audiometrico tonale, prima visita pneumologica, prima visita urologica/andrologica, mammografia (limitatamente al Vimercatese), ecografia della mammella (limitatamente al Vimercatese), ecografia del capo e del collo, ecografia dell'addome, ecografie distrettuali. Premesso che nell'ASST di Vimercate, a differenza di altri erogatori, vengono garantite tutte le priorità "U" e "B" che si presentano nelle sedi ospedaliere per la negoziazione della prenotazione, le difficoltà riguardano sostanzialmente le prime visite e gli esami strumentali che prevedono il coinvolgimento "diretto" del personale medico per l'esecuzione materiale della prestazione (es. ecografia). Minore impatto hanno invece quelle prestazioni, anche di grande rilevanza diagnostica (TAC, RMN), per le quali la presenza del medico è "mediata" dalla presenza del tecnico di radiologia. La sofferenza generale aziendale, infatti, negli ultimi anni, riguarda in particolare il reperimento di personale medico specialista: tale sofferenza non potrà che acuirsi nel tempo in considerazione della penuria di medici specialisti licenziati dalle Scuole di Specializzazione universitaria.

Nella **ASST di Cremona** la gestione delle liste di attesa costituisce una problematica meno sentita rispetto al resto della Lombardia e, fatta eccezione per alcuni episodi, si riesce a soddisfare la richiesta dell'utenza. In base ai tempi di attesa pubblicati nel mese di febbraio 2018, le prestazioni con un'attesa maggiore di 35 risultavano essere: interventi per ernia, intervento di protesi d'anca, intervento di cataratta, mammografia, ecografie dell'addome superiore e inferiore, diagnostica ecografica del capo e del collo, esofagogastroduodenoscopia (EGD), rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile, elettromiografia semplice (EMG), test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro.

5.1.9 La prenotazione del follow-up

Tutte le ASST hanno evidenziato la generale tendenza a garantire la prenotazione della visita di controllo direttamente in struttura al termine della prima visita o della visita di controllo precedente, incluse anche la prenotazione di indagini strumentali complesse che richiedono una valutazione specialistica, una preparazione o la firma di un consenso.

Presso l'**ASST di Vimercate**, nel caso l'utente debba prenotare una visita di controllo o un approfondimento successivo al primo accertamento, la prenotazione viene normalmente pianificata al termine della prima visita presso i banconi di accoglienza ambulatoriali ove disponibili. Tale modalità offre un servizio utile ai cittadini che sono già parte di un percorso di diagnosi e cura e contribuisce ad alleggerire il carico di lavoro ed i tempi di attesa presso gli sportelli del CUP. Il medico specialista redige la prescrizione ed il paziente, uscendo dall'ambulatorio, senza passare dal CUP, ottiene dal personale dei banconi di accoglienza (il medesimo che lo ha accodato al servizio), la prenotazione delle prestazioni propedeutiche alla successiva visita di controllo. Tale organizzazione consente di non interrompere il regolare svolgimento dell'attività di ambulatorio, limitando l'apporto del personale sanitario alle sole incombenze proprie (prescrizione ed indicazioni terapeutiche) e demandando al personale amministrativo, dedicato ed immediatamente disponibile, l'esecuzione dei compiti di sportello. Tale modello organizzativo è ormai perfezionato nell'ospedale di Vimercate ed è in fase di implementazione negli altri ospedali. L'applicazione di questo modello organizzativo è stata resa possibile grazie all'avvio di un processo di rivisitazione delle agende di prenotazione che, almeno per alcune prestazioni di diagnostica per immagini, sono state "dedicate" esclusivamente ai prescrittori interni. Analizzando le serie storiche del numero di prestazioni prescritte dal personale medico specialista ospedaliero si sono definiti il numero di slot necessari a soddisfare le necessità conseguenti al follow-up dei pazienti in cura: tale organizzazione è stata avviata per le TAC con mezzo di contrasto, estesa alle TAC basali e, dal corrente anno, alla diagnostica senologica (mammografia ed ecografia mammaria). Per le visite di controllo sono state definite agende dedicate al follow-up di pertinenza oncologica. Queste modalità organizzative costituiranno la collaudata base di partenza per il progetto di "presa in carico" del paziente cronico.

Missione valutativa

Presso l'**ASST di Cremona**, ad un paziente che si è sottoposto ad una prestazione ambulatoriale e che dovrà effettuare un ulteriore approfondimento diagnostico o una visita di controllo, viene data l'indicazione di prenotare immediatamente il follow-up; tale prenotazione, nell'ambito della stessa specialità, viene prenotata dallo stesso specialista. Se, invece, la visita successiva alla quale si deve sottoporre un paziente con una cronicità preveda una prestazione strumentale (e non una semplice visita di controllo con lo stesso specialista), ma rientra nel percorso assistenziale della cronicità stessa, la prenotazione viene fatta all'interno dei punti di accoglienza interni al reparto di afferenza. Per alcune specialità come oncologia, diabetologia, nefrologia e cardiologia la riprenotazione viene effettuata nei CUP decentrati nei singoli reparti; all'interno del monoblocco posto nel Presidio Ospedaliero di Cremona sono stati aperti da poco dei punti di accoglienza che si stanno già occupando della prenotazione degli esami richiesti dallo specialista successivi ad una visita/prestazione diagnostica (prestazioni che rientrano nel percorso che lo specialista ha stabilito per il singolo paziente). Se quindi per esempio un paziente oncologico (affidente al reparto di Oncologia) necessita di una prestazione radiologica, la prenotazione verrà effettuata nei punti di accoglienza interni allo stesso reparto di Oncologia. Per quanto riguarda invece i controlli a 6 mesi-1 anno, non sono ancora attive delle agende dedicate anche se questo è previsto dalla normativa relativa alla presa in carico del paziente cronico e fragile. Prima di questa riforma i controlli a 6 mesi-1 anno venivano programmati utilizzando le stesse agende del numero verde regionale (con la dicitura "controllo").

Per la **ASST dei sette Laghi**, esiste una diversa configurazione fra la città di Varese e il resto del territorio. A Varese sono gli amministrativi di reparto che effettuano le prenotazioni, essenzialmente dei controlli e l'accettazione dei pazienti esenti; tutte le altre prenotazioni devono essere fatte normalmente al CUP. Al di fuori dell'ospedale di Varese, non ci sono amministrativi nei reparti, per cui la prenotazione o viene fatta a CUP, o, in molte situazioni è il personale sanitario che la effettua direttamente. Comunque, in molti casi, anche a Varese è il medico che prenota, per un rapporto clinico medico-paziente, garantendo le corrette tempistiche della visita di controllo prefissata.

Anche presso l'**ASST di Bergamo, di Pavia e di Brescia** in alcuni casi, è attiva una riprenotazione da parte dello specialista, in altri casi la gestione è da parte del personale amministrativo, comunque su agende dedicate al II livello.

Le Agende della **ASST di Bergamo** sono, di norma, suddivise per criterio di priorità e sono distinte tra agende per la prenotazione di prime visite e agende per la prenotazione di visite di controllo. Sono, inoltre, presenti agende di II livello suddivise per patologia che prevedono la prenotazione da parte dei medici specialisti per tutti quei pazienti che necessitano di un piano di cura personalizzato, da erogare presso l'ospedale Papa Giovanni XXIII: il cittadino esce dall'ambulatorio con la prenotazione per la valutazione successiva prevista dallo specialista. In tal senso, si stanno sensibilizzando gli specialisti ospedalieri alla redazione di referti

ambulatoriali che chiariscano bene la differenza tra una visita di controllo consigliata, ma eseguibile presso qualsiasi struttura del territorio, ed una visita di follow-up/monitoraggio da erogarsi con prenotazione sulle agende dedicate. Si evidenzia inoltre una criticità nella distinzione tra “prima visita” e “controllo”; essa risulta di difficile comprensione nella prospettiva del paziente (in riferimento al proprio problema di salute anche la visita di controllo assume un significato vitale tanto quanto la prima visita, quindi la percezione del paziente circa l’attesa per la visita di controllo è assolutamente negativa, ma distorta). L’ASST sta quindi cercando di favorire la prenotazione del controllo subito dopo la prima visita in modo tale da far maturare nei pazienti la consapevolezza che esista un percorso diagnostico-terapeutico e che questo percorso abbia dei tempi che sono quelli corretti. Inoltre, nel corso degli anni, si è cercato di ridurre il fenomeno dell’autoinduzione di prestazioni (“venga al controllo che è meglio se la rivedo”) rimarcando il concetto di appropriatezza prescrittiva.

5.2 Erogazione

5.2.1 Le modalità di organizzazione degli ambulatori

Una criticità comune alle strutture è la dispersione territoriale degli ambulatori aziendali, che limita di fatto la possibilità di adottare strategie di razionalizzazione e condivisione di spazi e/o personale.

La **ASST di Bergamo** dispone di circa 240 ambulatori situati al piano terra delle Torri. Sono ambulatori gestiti per U.O. e condivisi nei limiti delle possibilità. Sono attivi dalle ore 8.00 alle ore 16.00, dal lunedì al venerdì. La diagnostica per immagini prevede un funzionamento fino, almeno, alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì ed il sabato mattina dalle ore 8.00 alle ore 13.00.

La **ASST dei Sette laghi** conta 50 sedi territoriali in aggiunta alle 6 sedi ospedaliere.

La **ASST di Cremona** ha tre punti principali di erogazione che fanno riferimento ai Presidi Ospedalieri principali:

- Presidio Ospedaliero di Cremona;
- Presidio Ospedaliero di Casalmaggiore;
- Presidio Ospedaliero di Soresina, che è entrato a far parte della ASST da metà 2016. Si tratta di una nuova sperimentazione gestionale avviata attraverso un accordo con il Polo Sanitario Nuovo Robbiani per cui la ASST di Cremona eroga prestazioni ambulatoriali anche attraverso questo Presidio Sanitario.

Ci sono, infine, dei punti di erogazione presenti sul territorio che in questo momento sono in fase di ampliamento.

Missione valutativa

Nella **ASST di Pavia** sono erogate prestazioni afferenti 32 discipline, distribuite all'interno dei 26 Presidi aziendali (Ospedali, Poliambulatori territoriali, CAL erogante Dialisi, CPS e Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza) esclusi i 4 Pronto Soccorso i 2 Punti di Primo Intervento e 1 Punto di Auto Presentazione. Gli orari di apertura per l'attività istituzionale varia dalle ore 7.30 alle ore 16.30.

Tuttavia, alcune ASST hanno attivato progettualità specifiche al fine di rivedere i percorsi ambulatoriali al fine di ottimizzare da un lato l'esperienza dei pazienti, dall'altro un efficiente utilizzo delle risorse disponibili.

L'**ASST di Brescia**, l'elevato numero di punti di erogazione/ambulatori, concentrati anche all'interno della struttura ospedaliera, comporta una dispersione dell'utenza. In particolare, tra i 4 presidi ospedalieri ci sono ambulatori in parte condivisi, mentre per i poliambulatori cittadini (150.000 visite annue) vige, spesso, la cogestione. Ad oggi si sta costruendo una struttura dedicata esclusivamente all'attività ambulatoriale e che si concluderà nei prossimi 24/36 mesi con l'obiettivo di risolvere il problema della dispersione dell'utenza.

Presso la **ASST di Vimercate**, negli ultimi anni, si è cercato, ove possibile, di individuare aree condivise da tutti gli specialisti per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali. Nel Presidio Ospedaliero di Vimercate, in particolare, sono state individuate due aree distinte – una per le visite generali ed una per gli esami strumentali - presso le quali vengono erogate tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale di tutto il Presidio. In tali aree vengono condivisi dai diversi reparti gli spazi e le risorse assistenziali e tecnologiche nel rispetto delle specificità cliniche e delle professionalità. La condivisione di grandi aree ambulatoriali comuni semplifica enormemente la gestione complessiva dei servizi e le modalità di accesso da parte degli utenti con possibilità di registrare e monitorare i flussi di affluenza ed i livelli di servizio. Tale modalità, inoltre, consente di accogliere direttamente gli utenti con personale amministrativo dedicato e sgravare il personale assistenziale da tutta l'attività di controllo e verifica formale a vantaggio del regolare svolgimento dell'attività clinica e, di conseguenza, del paziente. Tale modello organizzativo facilita anche l'introduzione di percorsi di accesso semplificato con significativa riduzione dei volumi di affluenza presso le aree CUP; gli utenti possono recarsi pochi minuti prima dell'appuntamento, perfezionare il pagamento del "ticket" sanitario, qualora dovuto, direttamente al banco di accoglienza con bancomat o carta di credito o, in alternativa, presso le stazioni multimediali disponibili all'ingresso della struttura ospedaliera. Il pagamento del "ticket" è possibile anche "online" attraverso i servizi "PagoPa" resi disponibili in modalità integrata con il Fascicolo Sanitario Elettronico di Regione Lombardia.

L'**ASST Niguarda**, fino a 7 anni, era strutturata con un'accoglienza per ogni padiglione dell'Ospedale, sia dal punto di vista amministrativo che infermieristico. A seguito della ristrutturazione del Niguarda, l'attività di accoglienza è stata centralizzata e sono stati divisi i compiti creando due fasi distinte: la fase amministrativa e la fase sanitaria. La fase

amministrativa, che corrisponde allo sportello, è obbligatoria per tutti i pazienti, anche per quelli con esenzione, che vengono muniti di un codice a barre che permette di accedere alle prestazioni sanitarie. Successivamente allo sportello, sono presenti 25 aree sotto-ambulatoriali (sono delle sotto-accettazioni) in cui un sistema di monitoraggio del codice a barre informa il paziente che si trova nel punto di attesa corretto; contemporaneamente questo sistema informa anche l'area sanitaria dell'arrivo del paziente che verrà chiamato nel singolo ambulatorio. Attualmente, si sta optando per frammentare ulteriormente questo sistema, creando nuovi punti di accoglienza per le patologie prevalenti ognuno dei quali con un numero telefonico, una postazione amministrativa e una postazione infermieristica ai quali il paziente con cronicità potrà rivolgersi bypassando il numero verde aziendale e lo sportello; il paziente si rivolgerà, quindi, direttamente a coloro che dovrebbero già conoscerlo in relazione alla sua patologia di base e quindi gestirlo in modo migliore.

Per adesso, sono state create due di queste nuove aree sanitarie (area cardiologica e diabetologica); tra quelle mancanti, alcune risultano difficili da creare, soprattutto da un punto di vista strutturale, per la difficoltà ad organizzarle idealmente come un'"isola". In sostanza, cambierà il modello operativo dell'accoglienza e si riuscirà a tracciare tutto più efficacemente. Dal punto di vista strutturale non cambierà niente, continueranno ad esistere i 200 ambulatori attuali, ma cambieranno i percorsi.

Al fine di semplificare la parte di accettazione amministrativa, alcune aziende hanno previsto che i pazienti "esenti" si rechino direttamente agli ambulatori e che la registrazione venga effettuata contestualmente alla visita dal personale infermieristico (ASST di Brescia, ASST di Cremona).

5.2.2 Il personale coinvolto

Ad eccezione degli specialisti ambulatoriali (summaisti), non esistono medici dedicati esclusivamente all'attività ambulatoriale. Diverso è il caso del personale amministrativo e infermieristico. Il numero degli specialisti ambulatoriali è ridotto e molte aziende lamentano difficoltà a trovare personale da dedicare a questa tipologia di prestazioni.

Presso la **ASST di Pavia**, sono attualmente allo studio possibili assunzioni a tempo determinato come da DGR 7766 del 17/01/2018.

5.2.3 Gli strumenti di monitoraggio del percorso del paziente ambulatoriale

Le strutture analizzate adottando diversi strumenti a supporto dell'attività di monitoraggio dei diversi tempi di attesa che caratterizzano il percorso del paziente dall'accesso in ospedale del paziente e alla conclusione della prestazione.

Missione valutativa

Il modello più diffuso è l'adozione di sistemi di gestione "code" che consentono di monitorare il tempo di attesa del paziente dall'arrivo allo sportello di accettazione all'invio all'ambulatorio per la prestazione.

Meno diffusa è l'adozione di strumenti di analisi della produttività delle piattaforme ambulatoriali (spazi e personale).

Tra le aziende intervistate, solo **Vimercate** ha dimostrato di disporre di sistemi di accoglienza evoluti che consentono di organizzare al meglio il percorso dei pazienti durante il loro accesso ai diversi servizi di specialistica ambulatoriale. Il Sistema Informativo Ospedaliero consente il monitoraggio del processo associato a ciascuna singola prestazione: prenotazione, esecuzione, refertazione. I sistemi registrano l'orario in cui il paziente si è presentato ai banchi di accoglienza ospedaliera e, grazie alle operazioni di accettazione effettuate da personale dedicato, indirizzano gli utenti verso la corretta area di attesa con indicazione dell'orario del proprio appuntamento su monitor dedicati. Gli specialisti in servizio hanno evidenza in tempo reale dei pazienti in attesa per il proprio ambulatorio, verificano l'eventuale scostamento degli orari degli appuntamenti e governano i segnali di "chiamata" ambulatoriale, sempre attraverso i monitor informativi adeguatamente collocati. Al termine della prestazione, lo specialista ne conferma il completamento e provvede ad inoltrare la chiamata dell'utente successivo.

Il sistema, pertanto, registra tutte le operazioni dall'arrivo del paziente fino al momento in cui lo stesso lascia la struttura ospedaliera. I dati disponibili sul sistema informatico possono essere utilizzati per analizzare i percorsi dei pazienti ambulatoriali evidenziando, ad esempio, eventuali scostamenti tra l'orario dell'appuntamento e l'inizio della visita, l'eventuale ritardo di presentazione da parte dei pazienti, eventuali situazioni di sovraffollamento di aree ambulatoriali in certe fasi della giornata ed il corretto utilizzo degli spazi ambulatoriali con possibilità di razionalizzazione e semplificazione degli accessi. In particolare, in collaborazione con il Politecnico di Milano, nel corso del biennio 2015-2016, sono stati effettuati alcuni studi analitici per misurare l'effettiva funzionalità dei flussi ambulatoriali e per l'ottimizzazione delle risorse professionali e fisiche (spazi ed attrezzature) finalizzate ad offrire una migliore qualità di servizio agli utenti che accedono alle aree ambulatoriali.

Presso l'**ASST di Bergamo** esiste un sistema elimina code molto sofisticato che consente una analisi di tempistica tra l'arrivo al CUP del paziente e il momento della chiusura della pratica amministrativa e l'indirizzo del paziente all'ambulatorio. Questo processo è gestito a livello di back-office. Grazie a queste informazioni si riescono a modificare, in alcuni periodi dell'anno, oppure anno su anno, gli orari ed il numero degli sportelli aperti per fasce orarie. Non esiste invece un sistema di monitoraggio sistematico del *idle time*, ovvero del tempo tra l'arrivo in ambulatorio e l'attesa per entrare alla visita. L'analisi sulla produttività (in termini di utilizzo di ciascun ambulatorio per prestazioni erogate, il tasso di saturazione degli ambulatori, il tempo medio per visita, dimensionamento della forza infermieri nei poliambulatori) è affidata alla Direzione medica di presidio con la direzione infermieristica. Tale programmazione viene rivista una volta l'anno. Al contempo, è la struttura ospedaliera con la gestione dei presidi a gestire la parte di efficienza operativa della parte amministrativa e degli spazi.

Si evidenzia per l'ASST di Bergamo un interessante progetto di identificazione di *settings* alternativi all'ospedale per acuti. Si tratta di un progetto sperimentale di collaborazione con alcune strutture private accreditate della Provincia di Bergamo (provvedimenti n. 2185/15.12.2016 e n. 61/21.01.2017) per la presa in carico dei pazienti cardiologici a bassa complessità dal punto di vista clinico, pazienti cronici con cardiopatia in fase di stabilità o screening cardiologici in prevenzione primaria (ad esempio pazienti ipertesi senza evidenza di danno d'organo), ma che necessitano di attivare un percorso di monitoraggio sul medio-lungo periodo. Questo con l'obiettivo di concretizzare il più possibile lo spirito della Riforma sociosanitaria lombarda che incoraggia la creazione di reti sul territorio ed alla luce delle criticità emerse dal tavolo ATS sull'appropriatezza delle visite cardiologiche urgenti, differibili o con priorità. Tale percorso potrebbe consentire di dare maggiore spazio a percorsi di accoglienza per pazienti cronici che presentano una riacutizzazione della loro patologia e necessitano di essere visti rapidamente, liberando al contempo capacità produttiva nel *setting* ospedaliero.

Inoltre, attraverso una collaborazione con l'Istituto Clinico Quarenghi di San Pellegrino Terme (Bg), si sono poste le basi per ridurre in modo sinergico la mobilità dei residenti in Valle ottimizzando l'offerta sanitaria proposta dall'Istituto clinico e dall'Ospedale di San Giovanni Bianco (Bg), distanti poco meno di 5 km. Le aree principali di interesse sono quelle delle specialità di pneumologia, diabetologia, endocrinologia, neurologia (integrazione dei percorsi offerti dalle due strutture), otorinolaringoiatria e cardiologia

Presso l'**ASST di Pavia** non sono state riscontrate problematiche relative all'attesa presso gli sportelli di accettazione. I report predisposti dal sistema di gestione/smaltimento non evidenziano infatti tempi di attesa particolarmente elevati, salvo alcuni periodi dell'anno in cui insorgono problematiche derivanti dal personale del front-office.

Come su specificato, presso l'**ASST Niguarda** è attivo un sistema di monitoraggio (supportato da un codice a barre per paziente) che informa il paziente che si trova nel punto di attesa corretto; contemporaneamente questo sistema informa anche l'area sanitaria dell'arrivo del paziente che verrà chiamato nel singolo ambulatorio.

Nella **ASST di Brescia** non viene svolta una rilevazione puntuale in termini di tempistica, ma, circa un anno fa, è stata realizzata un'analisi sui percorsi dell'accoglienza. A tal proposito, le criticità emerse erano riconducibili ad errori nella prescrizione, che comportavano un rimpallo del paziente tra la sede erogativa e lo sportello dell'accettazione, oltre ad una dispersione dell'utenza derivante dall'elevato numero dei punti di erogazione/ambulatori, concentrati anche all'interno della struttura ospedaliera.

L'ASST ha stabilito un *fast-track* per i pazienti "esenti ticket" (circa 50.000 persone l'anno) per cercare di ovviare in parte questi disagi. Il percorso prevede che essi non debbano transitare dall'accettazione, ma che siano inviati direttamente all'ambulatorio, così da non intasare gli sportelli e risparmiare tempo sul percorso. Tale iniziativa, tra l'altro, risponde alla DGR 10412 del 9/11/2009 in materia di semplificazione dei percorsi e processi delle aziende con finalità di

ridurre al minimo il numero di contatti del cittadino con le strutture e ridurre i tempi di gestione/espletamento degli adempimenti amministrativi correlati. Anche per i pazienti esenti, rimane la necessità di eseguire l'accettazione per prestazioni radiologiche o di laboratorio analisi.

Infine è in corso la realizzazione di una nuova struttura dedicata esclusivamente all'attività ambulatoriale e che si concluderà nei prossimi 24/36 mesi, che dovrebbe consentire di risolvere tali disagi per l'utenza.

5.2.4 I ruoli e le responsabilità sulla gestione degli ambulatori e del paziente ambulatoriale

Come previsto della nuova D.R.G. n. 7766/2018 le aziende sono chiamate ad individuare un **Responsabile Unico Aziendale** per la gestione delle liste di attesa. Al momento dell'effettuazione delle interviste, solo alcune aziende avevano già individuato tale figura.

In particolare, presso **l'ASST di Bergamo** è stato individuato un Responsabile per la gestione delle liste di attesa (medico igienista che si occupa di organizzazione) all'interno della Direzione medica di presidio e costui è responsabile della produzione medica ambulatoriale di tutti i presidi.

Presso **l'ASST di Brescia** come responsabile è stata individuata una struttura complessa, UOC "Specialistica Aziendale". Su detta struttura l'ASST ha intenzione di far convergere l'organizzazione di tutta l'attività specialistica in ambito aziendale.

Presso **l'ASST di Vimercate** la responsabilità igienico-organizzativa dell'attività ambulatoriale è di competenza delle Direzioni Mediche di Presidio; la responsabilità clinica è posta in capo ai singoli Direttori/Responsabili di struttura; l'organizzazione dell'accoglienza e dei percorsi viene condivisa anche con il Servizio Infermieristico e con il Coordinamento CUP. Al momento dell'intervista non era ancora stata individuata la struttura cui demandare la responsabilità Unica aziendale.

Anche presso **l'ASST di Pavia** la gestione degli ambulatori e del paziente afferente alle prestazioni ambulatoriali è articolata; per la parte medica è coordinata dal Responsabile di struttura complessa/semplice dipartimentale coadiuvate dalle Unità Operative Semplici e dal personale medico afferente alle U.O, mentre i Sumaisti sono coordinati dal Responsabile della Specialistica Ambulatoriale coadiuvato dai Responsabili di Branca. La gestione delle figure infermieristiche/tecniche è coordinata dai relativi Responsabili infermieristici in accordo con il Responsabile del Dipartimento e suoi Dirigenti preposti.

5.3 Refertazione

La pressoché totalità dei referti delle prestazioni ambulatoriali vengono prodotti in tempo reale con strumenti informatizzati. I referti prodotti vengono firmati digitalmente, marcati temporalmente per dare piena validità legale, archiviati sul “Dossier” sanitario aziendale (qualora il cittadino abbia regolarmente fornito il consenso alla sua costituzione) e vengono resi disponibili nell’ambito della rete regionale SISS per consentirne l’accesso controllato attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico. Per alcune tipologie di prestazioni (tipicamente radiologia e laboratorio) i tempi di refertazione vengono comunicati sul foglio di ritiro.

Presso **l’ASST di Vimercate** la maggior parte dei referti viene consultata “online” attraverso l’accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico di Regione Lombardia e, in alternativa, viene ritirata presso le stazioni Totem Multifunzione su carta o dispositivo USB. Recentemente è anche stato attivato, in via sperimentale, il servizio di ritiro di esami radiologici e delle relative immagini con dispositivo USB con abbattimento dei costi e tempi necessari per la produzione dei CD/DVD.

Presso **l’ASST di Cremona**, per i referti che non possono essere consegnati contestualmente alla visita (per es: biopsie, esami radiologici) si tenta di monitorare il tempo che intercorre tra la prestazione e la consegna del referto. Si cerca di refertare il più rapidamente possibile soprattutto in caso di percorsi certificativi con delle regole precise come per esempio in ambito “Eusoma” (European Society of Breast Cancer Specialists); in questi casi si cerca di refertare in tempi rapidissimi in quanto, consequenzialmente all’esito, dovranno poi essere attuate altre procedure.

Una criticità che talvolta è possibile rilevare è che l’esposizione di alcuni referti al SISS ne permette la visione al MMG prima ancora che lo specialista abbia avuto il tempo di consegnare il referto direttamente al paziente o viceversa; questo può determinare un certo attrito tra MMG e specialista.

Gli esami di laboratorio, una volta esposti al SISS, possono essere scaricati direttamente dal paziente dopo aver ricevuto la mail di conferma oppure possono essere ritirati on demand direttamente al CUP senza far la coda.

Presso **l’ASST di Brescia** la refertazione è gestita da un programma unico, salvo alcune branche (diabetologia, pneumologia, oncologia) che utilizzano altri sistemi, ma che si adegueranno al sistema unico in visione del fascicolo elettronico con firma digitale dei singoli referti. I referti informatizzati con il sistema unico, ad oggi, sono pari al 60%. Se a questi ultimi si sommano altre forme di refertazione informatizzata (forme più artigianali) si arriva al 80%. Se il paziente non consulta o non ritira il referto, l’azienda dovrebbe procedere con l’addebito dell’intera prestazione. Con il sistema informatico unico, c’è la possibilità di verificare l’effettiva consultazione digitale del referto da parte del cittadino. Si registra una consultazione molto frequente del fascicolo elettronico da parte del cittadino, mentre vi è un tasso inferiore di richiesta per il referto del singolo esame tramite mail.

Missione valutativa

Tabella 5.1 Confronto fra le ASST oggetto dell'indagine – LA GESTIONE DELLA PRENOTAZIONE E DELLE AGENDE

	I CANALI DI PRENOTAZIONE	GESTIONE CUP AZIENDALE	GESTIONE AGENDE E NO-SHOW	PRESTAZIONI SENZA PRENOTAZIONE
TRATTI COMUNI	1° visite: CCR, CUP Aziendali, MMG e Farmacia; 2° e 3° livello: gestite a livello aziendale per garantire continuità assistenziale. Convivenza canale CUP Aziendale con prenotazioni effettuate da personale di reparto/ambulatorio (modalità preferita per la gestione dei pazienti cronici)	CUP aziendale gestito internamente o con servizio esternalizzato	Agende sempre "aperte" e suddivise in primo accesso e follow-up. Orari di apertura e durata delle prestazioni definiti ed autorizzati dalla DS e/o dalle Direzioni Mediche di Presidio. Prevenzione no-show attraverso: i) servizio CCR di richiamata per la conferma della prenotazione (15 gg prima della prestazione) e di invio di un SMS (3 gg prima della prestazione) di remind della prenotazione; ii) overbooking	Non sono previsti modelli di erogazione ad "accesso diretto". Anche per le prestazioni sanitarie per cui <i>non è richiesta la prescrizione</i> del medico curante è previsto l'accesso previa prenotazione
SPECIFICITA' DELLE ASST				
ASST NIGUARDA	Sul totale prestazioni: circa il 10% delle prestazioni II liv; 20% CUP aziendale; 70% CCR		Eventuale "chiusura" quando la prima disponibilità supera un periodo considerato "accettabile" dal paziente	Accesso diretto per alcune prestazioni presso presidio di Villa Marelli
ASST SETTE LAGHI	MMG, farmacie: non utilizzati per percezione di erroneo utilizzo dello strumento di prenotazione		Ricorso all'overbooking	
ASST VIMERCATE	Introduzione di Totem multifunzionale	CUP in corso di esternalizzazione.	No ricorso sistematico all'overbooking; garantite, anche in assenza di disponibilità, garantite classi "U" e "B" per i cittadini che si presentano agli sportelli degli ospedali	Accesso diretto o walk-in per radiografia del torace
ASST BERGAMO	Canale Farmacie: prenotabilità di sole prestazioni con bassa complessità/specificità tecnica e con meno vincoli organizzativi.	CUP interno	Non si ricorre all'overbooking. Al canale regionale è affiancato un sistema di disdetta vocale e via e-mail aziendale. Campagna informativa sull'importanza di procedere con la disdetta della prenotazione.	Accesso diretto o <i>walk-in</i> per elettrocardiogrammi
ASST BRESCIA		CUP esternalizzato		
ASST PAVIA		CUP interno	La riduzione dei no-show è un obiettivo di budget; previsto un servizio di recall da parte del personale aziendale di back office.	
ASST CREMONA			Ricorso all'overbooking per prevenire il no-show (in assenza di ricorso ai servizi regionali di recall). E' in previsione l'adozione di un sistema di "remind" nella piattaforma della presa in carico dei cronici	

Fonte: elaborazione PoliS-Lombardia

Tabella 5.2 Confronto fra le ASST oggetto dell'indagine – LA GESTIONE DELLA EROGAZIONE E REFERTAIONE

	ORGANIZZAZIONE DEGLI AMBULATORI	MONITORAGGIO DEL PERCORSO DEL PAZIENTE	RUOLI E RESPONSABILITA'	MONITRAGGIO	REFERTAIONE
TRATTI COMUNI	Elevata dispersione degli ambulatori sul territorio. Avvio di alcune progettualità specifiche di revisione dei percorsi ambulatoriali, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e migliorare l'esperienza dei pazienti.	Adozione di sistemi di gestione delle "code" per monitorare il tempo di attesa del paziente (dall'accettazione all'invio all'ambulatorio). Meno diffusa è l'adozione di strumenti di analisi della produttività delle piattaforme ambulatoriali (spazi e personale).	Le aziende devono individuare un Responsabile Unico Aziendale per la gestione delle liste di attesa. Solo alcune aziende hanno già individuato tale figura.	Rilevazioni periodiche regionali e nazionale; utilizzo sporadico di sistemi di monitoraggio specifici a livello aziendale	I referti sono firmati digitalmente e archiviati sul "Dossier" sanitario aziendale (previo del paziente) e disponibili nel Fascicolo Sanitario Elettronico.
SPECIFICITA' DELLE ASST					
ASST NIGUARDA	Organizzazione degli ambulatori per percorsi (25 aree sotto - ambulatoriali)	Sistema di monitoraggio (codice a barre per paziente) che informa il paziente sulla correttezza del punto di attesa in cui si trova e l'area sanitaria dell'arrivo del paziente.			
ASST SETTE LAGHI				Monitoraggio aziendale per confrontare le varie realtà specialistiche che erogano la stessa prestazione al fine di omogenizzare le procedure presso tutte le sedi aziendali	

Missione valutativa

ASST VIMERCATE	Due aree distinte – una per le visite generali ed una per gli esami strumentali al fine di semplificare la gestione complessiva dei servizi e le modalità di accesso da parte degli utenti	Il Sistema Informativo Ospedaliero monitora il processo associato a ciascuna singola prestazione: prenotazione, esecuzione, refertazione.		Produzione di report analitici completi di “trend” e andamenti che consentono di verificare eventuali situazioni critiche.	Disponibilità di ritiro referti anche presso le stazioni Totem Multifunzione su carta o dispositivo USB.
ASST BERGAMO	Ambulatori concentrati al piano terra delle Torri, gestiti per U.O. e condivisi nei limiti delle possibilità	Adozione sistema elimina code. Non esiste invece un sistema di monitoraggio sistematico del idle time (tempo tra l’arrivo in ambulatorio e l’attesa per entrare alla visita).	Responsabile per la gestione delle liste di attesa: medico igienista che si occupa di organizzazione - Direzione medica di presidio		
ASST BRESCIA	Nuova struttura dedicata all’attività ambulatoriale (in corso attivazione). I pazienti “esenti” si recano direttamente agli ambulatori e la registrazione è effettuata contestualmente alla visita dal personale infermieristico		Responsabile per la gestione delle liste di attesa: UOC “Specialistica Aziendale”.		
ASST PAVIA				Monitoraggio di alcune prestazioni ulteriori perché significative dal punto di vista dell’utenza.	
ASST CREMONA	I pazienti “esenti” si recano direttamente agli ambulatori e la registrazione è effettuata contestualmente alla visita dal personale infermieristico				

Fonte: elaborazione PoliS -Lombardia

6. LE SPERIMENTAZIONI PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA E IL PESO DELLA LIBERA PROFESSIONE

Questo capitolo propone una valutazione degli esiti delle misure attivate da Regione al fine di ridurre il fenomeno delle liste d'attesa. In particolare, sono state analizzate due aspetti: "Ambulatori Aperti", ormai giunta al quinto anno di attivazione, secondo gli elementi che le otto ATS rilevano. La seconda dimensione riguarda l'attività intramuraria, che i dipendenti possono svolgere nell'azienda fuori dall'orario di lavoro con prestazioni pagate dai pazienti. Questa seconda dimensione è rilevante – come intuitivo – per l'equilibrio della offerta per le liste di attesa.

I dati a disposizione tuttavia, non hanno consentito un'analisi complessiva, anche dei costi sostenuti per l'attuazione del progetto ambulatori aperti. Per indagare le attività svolte nei territori si è quindi fatto ricorso alle informazioni rilevate attraverso le interviste ai direttori generali delle ATS.

6.1 Il progetto Ambulatori Aperti - D.G.R. n. X/1846 del 16/05/2014

Il progetto comunemente conosciuto come "Progetto Ambulatori Aperti" ha preso avvio con la D.G.R. n. X/1846 del 16/05/2014 denominata: "Sviluppo di modelli per potenziare l'accessibilità ai servizi di specialistica ambulatoriale in orari ed in giornate più favorevoli ai soggetti impegnati in attività lavorative".

Attraverso il progetto si è inteso estendere l'offerta ambulatoriale di visite specialistiche e di prestazioni di radiodiagnostica nel tardo pomeriggio preferibilmente fino alle 22:00 e nella giornata di sabato ed eventualmente di domenica (in base alle evidenze operative, le fasce orarie e le giornate festive di apertura potranno essere modificate) attraverso il recupero di efficienza di erogazione delle prestazioni ed incentivi per il personale nella forma della cosiddetta "area a pagamento", senza comportare oneri aggiuntivi a carico del Fondo Sanitario Regionale.

Per realizzare tale progetto sono state inizialmente individuate 14 Aziende Ospedaliere¹⁶, secondo i seguenti criteri:

- individuazione di una AO per ogni provincia e 2 per le province di Milano e Brescia;
- collocazione in aree geografiche caratterizzate da una conformazione del territorio che rende difficile l'accessibilità ai servizi ambulatoriali o da minore presenza di erogatori privati;
- disposizione di più presidi di erogazione;
- collocazione in territori che evidenziano criticità nel mantenimento di corretti tempi di attesa.

¹⁶ Istituti Clinici di Perfezionamento Milano e AO Legnano, AO Lodi, AO Pavia, AO Crema, AO Mantova, AO Brescia, ASL Valcamonica/Esine, AO Seriate, AO Valtellina e Valchiavenna, AO Lecco, AO Vimercate e Desio, AO Como e Varese.

Missione valutativa

Le progettualità dovevano essere coniugate con modifiche organizzative isorisorse e politiche di incentivazione economica del personale tramite l'istituto dell'area a pagamento. Per poter informare il Consiglio Regionale dei risultati ottenuti è stato previsto un monitoraggio dei progetti, rendicontando le prestazioni erogate con il flusso informativo 28/SAN, codificando con la lettera J il campo "tipo prestazione".

Con successiva D.G.R. n. X/2989 del 23/12/2014 Regione Lombardia ha prorogato a partire dal 1° gennaio 2015 la sperimentazione dell'iniziativa "Ambulatori Aperti" su tutto il territorio regionale, allargando anche alle strutture *private* accreditate la possibilità di aderire all'iniziativa.

In particolare, l'estensione del servizio ha seguito queste fasce orarie:

- dal lunedì al venerdì: dalle 18 alle 22;
- sabato: dalle 8 alle 15;
- domenica: dalle 8 alle 13.

Sono escluse dalle fasce orarie serali le prestazioni che per ragioni tecniche e/o di preparazione richiedono di essere effettuate nelle prime ore diurne (es. esami del sangue e urine, etc.).

L'offerta aggiuntiva varia da azienda ad azienda, in quanto ciascuna delle realtà interessate, in base alle specifiche aziendali e alle esigenze di snellimento delle liste di attesa, ha individuato le specialità cliniche da potenziare e le prestazioni integrative erogabili.

6.1.2 Ambulatori Aperti nelle otto ATS

Presso **ATS Brianza** viene riconfermata anche per l'anno 2018 la prosecuzione del progetto "Ambulatori Aperti", al fine di garantire un'accessibilità ottimale anche nelle fasce orarie serali e nella giornata di sabato. Tale iniziativa, avviata qualche anno fa nelle ex AO Vimercate e AO Desio grazie ai fondi aggiuntivi inizialmente istituiti dalla Regione (2013-2014) e poi proseguito isorisorse, ha fornito sinora buoni risultati. Tuttavia, la percezione attuale è che, più che sui tempi di attesa tramite un incremento dell'offerta, il miglioramento sia stato in termini di accessibilità al servizio, dislocando determinate prestazioni verso altre fasce orarie.

Inoltre l'ATS effettua il monitoraggio di questa attività sperimentali a parte, come previsto dalla Regione con il vincolo per gli erogatori dell'apposito codice identificativo "J" sul flusso ex Circ. 28/SAN. I dati sono monitorati da qualche anno, ma ciò si estende a tutte le prestazioni (incluse quelle di laboratorio) e non soltanto alle 43 oggetto di monitoraggio.

Sul territorio di **ATS Bergamo** tutte le strutture, sia pubbliche che private accreditate, hanno aderito all'iniziativa Ambulatori Aperti ed hanno raggiunto l'obiettivo prospettato, incrementare cioè l'erogazione delle prestazioni critiche, sia tramite l'ampliamento degli orari che tramite la pubblicizzazione di questa iniziativa sui siti web. Relativamente al progetto Ambulatori Aperti, sono stati svolti, inoltre, controlli in itinere, nel corso dell'anno, per monitorare il raggiungimento degli obiettivi.

Presso **ATS Insubria** l'adesione alle sperimentazioni organizzative è stata alta, sia per le prestazioni erogate in fascia serale, che per quelle erogate il sabato (Ambulatori Aperti). Tale elevata adesione per quel che concerne gli erogatori, è dipesa essenzialmente dal fatto che l'attuazione di dette iniziative è stata inserita nei piani/obiettivi di quota variabile e dall'attività di monitoraggio (verifiche degli Organi di controllo delle ATS) che ha conferito importanza alla realizzazione di dette iniziative. Nel Piano Attuativo 2018, ATS Insubria sottolinea che la DG Welfare dovrà impartire indicazioni alle ASST affinché vengano realizzati progetti che prevedano l'ampliamento dell'offerta mediante il potenziamento delle prestazioni rese dai sanitari al di fuori dell'orario di servizio. Tale obiettivo dovrà essere perseguito anche attraverso la prosecuzione del progetto "Ambulatori Aperti" e la sua estensione, ove possibile, ad altre strutture al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni specialistiche anche nelle fasce orarie serali e nei giorni festivi per quanto, ad oggi, si sia verificato che, a tali iniziative, solo in alcuni casi, è corrisposta una effettiva riduzione dei tempi di attesa.

La medesima iniziativa di estensione delle fasce di orario di fruizione per la specialistica ambulatoriale è stata portata avanti anche da **ATS Milano** e da **ATS Montagna**, dove nello specifico si è evidenziato un miglioramento sui tempi di attesa relativamente alle prestazioni diagnostiche di risonanza magnetica.

In particolare, ATS Milano ha inserito tale iniziativa anche nei contratti con gli erogatori; questo ha portato ad una conseguente rivalutazione della gestione del personale, con gli erogatori che hanno attinto ad aree a pagamento per l'iniziativa "Ambulatori Aperti", dal momento che i medici hanno dato disponibilità ulteriori rispetto al contratto base. Sono stati creati *progetti incentivanti per coinvolgere i medici*. In questo senso a facilitare la copertura dei costi ha contribuito la possibilità di ricorrere anche alla quota del 5% stanziato per le nuove iniziative relative alla gestione delle liste di attesa. Oltre a queste modalità di monitoraggio l'ATS ha previsto anche l'analisi dei flussi informativi delle attività erogate per verificare l'adesione del cittadino al progetto, analizzando periodicamente i tempi di attesa per monitorare la situazione e in particolare valutando le segnalazioni pervenute su difficoltà di accesso alle prestazioni.

Anche l'**ATS Pavia** per l'annualità in corso, così come sancito nella DGR X/7766 del 17.01.2018, dovrà proseguire il progetto Ambulatori Aperti, nelle fasce orarie serali e nella giornata di sabato, anche per le strutture di diritto privato.

Tra le modalità innovative introdotte al fine di ridurre i tempi d'attesa da parte di **ATS Val Padana**, oltre alla prosecuzione del progetto Ambulatori Aperti, è stata inserita la *rotazione degli specialisti* su più presidi pubblici, con incremento del numero delle ore a disposizione per le discipline più richieste. Nell'ambito della *quota budget variabile del 5%* destinata alla negoziazione di progetti specifici tra ATS ed erogatori, l'ATS individua gli importi destinati a contenere i tempi di attesa delle prestazioni che presentano maggiori criticità considerando in primo luogo le principali prestazioni critiche di indicazione regionale, ma includendo anche le 15 prestazioni a maggiore criticità nell'intero territorio dell'ATS.

In ATS Val Padana sono monitorati anche i risultati via Web regionale per i PDTA e reti di patologia, tramite elaborazioni dati, interne alla ATS, con restituzione risultati ai singoli erogatori ed alle Reti integrate ed attraverso controlli ai CUP.

Presso **ATS Brescia** nel corso del 2017, a seguito delle indicazioni presenti nella D.G.R. n. X/5954 del 05.12.2016, sono state negoziate e contrattualizzate risorse con tutte le Strutture dell'ATS finalizzate al miglioramento continuo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali erogate oltre soglia.

Gli Enti che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale (esclusi i Centri di medicina dello sport) sono complessivamente 23. Poco meno del 60% del budget legato al raggiungimento degli obiettivi aggiuntivi contrattuali è stato destinato al miglioramento dei tempi di attesa. Nello specifico 19 strutture hanno ricevuto come obiettivo la riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ritenute a livello locale maggiormente critiche come prime visite, attività ecografiche e diagnostica della mammella.

L'ATS Brescia conduce periodicamente monitoraggi sulle singole strutture, attraverso l'analisi dei dati di produzione, desunti dal flusso di rendicontazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui alla circolare 28/SAN.

6.2 Il peso e ruolo dell'Attività libero-professionale intramuraria (ALPI)

L'Attività libero professionale intramuraria (ALPI) indica (D.P.C.M. del 27/03/2000) l'attività che il personale sanitario, individualmente o in équipe, esercita fuori dell'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio, in regime ambulatoriale, ivi comprese anche le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di *day-hospital*, di *day-surgery* e di ricovero, sia nelle strutture ospedaliere che territoriali, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

La normativa rimarca in particolare l'obbligo di gestire la libera professione intramuraria garantendo un corretto equilibrio fra le attese per l'attività istituzionale e per quella libero-professionale, al fine di garantire che il ricorso alla libera professione rappresenti per il cittadino il frutto di una reale scelta e non un obbligo determinato dall'inefficienza del sistema. In particolare:

- aziende ed enti devono garantire il monitoraggio puntuale dei volumi di attività dell'offerta erogata in regime istituzionale ed in libera professione, tenuto conto che l'ALPI non può globalmente comportare per ciascun dirigente un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali (ex art. 54, comma 5 del CCNL 8 giugno 2000 della Dirigenza medica e veterinaria);
- il rispetto dei tempi massimi di attesa e l'equilibrato rapporto tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'ALPI devono costituire elementi per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali;
- viene disposto che la quota del 5% trattenuta dalle Aziende ed Enti del SSN sulle tariffe per le prestazioni in libera professione intramuraria (derivante dall'applicazione del D.L. n. 158/2012 convertito con modifiche in Legge n. 189/2012) sia vincolata ad interventi volti all'abbattimento delle liste di attesa, tramite il conferimento di incarichi a tempo determinato o altre forme di lavoro flessibile, quali incarichi provvisori a specialisti ambulatoriali, nelle aree di maggior criticità.

6.2.1 Le ricadute di ALPI secondo le ATS¹⁷

ATS Brianza sottolinea come da prime rilevazioni relative ad un solo trimestre, emerge un rapporto di circa 1:10 fra prestazioni erogate in ALPI ed in regime istituzionale nel pubblico, e di circa 1:4 fra prestazioni erogate in solvenza e in regime istituzionale nel privato. Il dato per il momento viene registrato dall'ATS, che però, in mancanza di uno standard atteso di riferimento, trova difficile darne un giudizio complessivo.

Presso l'**ATS Brescia**, grazie all'analisi dei dati di produzione non a carico del SSR (ALPI e Solvenza) desunti dal flusso di rendicontazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si è visto che nel 2017 sono state rendicontate solamente circa 1.800.000 prestazioni in libera professione, pari approssimativamente al 10% della produzione complessiva con il SSR e il numero minore di prestazioni rendicontate risulta essere a carico delle Strutture ospedaliere. Alla luce di questi risultati, l'ATS, al fine di una esaustiva e corretta rendicontazione delle prestazioni erogate in ALPI, ha chiesto a tutti gli Enti di produrre entro il 28 febbraio 2018 una autocertificazione attestante che i volumi delle prestazioni rese in ALPI e Solvenza e rendicontate in 28/SAN corrispondano effettivamente al totale delle prestazioni erogate in tali regimi.

Anche presso l'**ATS Pavia** è stata riscontrata un'incompleta rendicontazione in 28/SAN dell'attività libero professionale, tanto che nel 2016 praticamente nessuna struttura del territorio ha raggiunto questo obiettivo. Di conseguenza nel 2017 la rendicontazione dell'ALPI è stata esplicitamente inserita nei contratti come *conditio sine qua non*. Gli obiettivi fissati dall'ATS richiedono che tutte le prestazioni debbano essere rendicontate, che vi sia un rapporto credibile fra volume in ALPI e volume istituzionale e, soprattutto, che il monitoraggio nel flusso 28/SAN dei tempi di attesa dell'una e dell'altra, calcolato come differenza tra data di prenotazione e data di effettuazione sia corretto. L'analisi dei flussi ha evidenziato che la percentuale di prestazioni con tempi di attesa pari a 0 è molto elevata (circa il 23% delle prestazioni con priorità P, il 19,7% di quelle con priorità D e il 18% delle prestazioni di controllo). Focalizzandosi su determinate prestazioni per le quali è inverosimile la coincidenza del tempo tra data prenotazione e data contatto (ad es. colonscopie e gastroscopie), si rileva che è necessario che sia posta particolare attenzione alla registrazione corretta del campo data di prenotazione del flusso 28/SAN.

Nell'ottica della massima trasparenza tra prestazioni erogate in regime istituzionale e in regime di solvenza, ATS Pavia ricorda che è compito degli erogatori compilare e trasmettere, siano essi strutture pubbliche o private, il debito informativo ai sensi della circolare 28/SAN/97 e successive indicazioni anche per le attività in libera professione e solvenza. Gli erogatori devono rendicontare il flusso 28/SAN, con la maggior cura possibile, secondo le disposizioni vigenti compilando nella totalità dei record i campi identificativi "tipo di prestazione", "classe di priorità" (incluso il codice B) e con particolare attenzione alla compilazione della "data prenotazione" e del campo "prima data prospettata". L'ATS ha di conseguenza regolamentato come la coincidenza fra data di erogazione e di

¹⁷ I dati a nostra disposizione non hanno consentito un'analisi complessiva dell'entità di ALPI. Per questo si è fatto ricorso alle informazioni rilevate attraverso le interviste ai Direttori generali delle ATS e di un campione di ASST.

Missione valutativa

prenotazione non possa essere superiore al 10%, in quanto gli erogatori potrebbero aggirare questa misura di controllo facendo coincidere le due date, così che non si possa realmente vedere l'effettivo tempo d'attesa. Si tollera un 10% di coincidenza fra le due date per i casi in cui il cittadino che prenota ottiene effettivamente la prestazione in giornata (in particolare in libera professione), ma per il 90% deve essere possibile valutare il tempo di attesa.

Come ATS Pavia anche l'**ATS Bergamo** ha in programma una valutazione specifica in merito.

Dall'analisi dei dati 28/SAN relativamente agli anni 2016 e 2017 effettuata dall'**ATS Val Padana** emerge un andamento costante della produzione di prestazioni di specialistica ambulatoriali di attività libero professionale entro i limiti fissati da regione Lombardia, non indicando quindi significative variazioni in tal senso.

6.2.2 Il peso di ALPI nelle ASST

Il peso dell'ALPI, per alcune ASST è modesto. In tutte le ASST esistono canali di prenotazione diversi tra prestazioni SSN e Solventi. La Libera professione ha sportelli dedicati e un numero telefonico distinto che può fornire informazioni sui professionisti che erogano prestazioni a pagamento con i relativi tempi di attesa. Tale dato non è mai pubblicato sul sito. Ad eccezione dell'ASST di Pavia, dove il paziente che prenota una visita in regime di libera professione chiama lo stesso numero.

Presso l'**ASST di Cremona** l'attività LP per le prestazioni soggette a monitoraggio, rispetto ai parametri di legge stabiliti, è assolutamente residuale (8% dell'attività complessiva). L'ALPI viene prenotata telefonicamente attraverso un unico punto aziendale per i tre Presidi che monitora tutte le agende di tutti gli specialisti che effettuano attività in LP. Queste agende sono più flessibili rispetto a quelle del SSN, ma anche abbastanza frammentate a causa delle ridotte disponibilità. Il paziente che richiede una prestazione in LP, una volta giunto al punto di erogazione, troverà una front-line amministrativa presso cui dovrà registrarsi e effettuare il pagamento. Terminata la visita/prestazione il paziente lascerà l'ambulatorio con il referto digitale. Nel caso in cui ci fosse la necessità di effettuare una riprenotazione, il paziente potrà effettuarla, anche se ciò non è di solito richiesto trattandosi più di prestazioni "toccata e fuga". La ASST di Cremona riceve una pesante richiesta di prestazioni ambulatoriali in regime SSN ed è sottoposta, quindi, ad una forte pressione dal punto di vista della domanda di prestazioni in SSN che la ha resa abbastanza competitiva, pur evitando di entrare nel mercato della LP, in base ad una politica condivisa con i professionisti. E' da sottolineare, inoltre, che, in caso di necessità di ricovero o di prestazioni diagnostiche di 2°/3° livello, i pazienti (soprattutto quelli complessi o per i quali è stata rilevata una complessità) tendono a rivolgersi o vengono reindirizzati alle strutture della ASST.

L'attività libero professionale dell'**ASST di Vimercate** è irrisoria rispetto ai volumi di produzione, attestandosi allo 0,92% rispetto all'attività istituzionale; anche considerando le sole prestazioni oggetto di monitoraggio regionale (42) la percentuale si attesta al 5,14%. Molte prestazioni ritenute "critiche" non vengono erogate in regime libero professionale. In estrema sintesi, si può affermare che negli ospedali della ASST, che si possono qualificare "di provincia", l'attività libero-professionale non è ritenuta una modalità di erogazione alternativa al SSN. Tutte le agende sono informatizzate ed accessibili attraverso canali informativi dedicati presso le strutture ospedaliere e vengono

periodicamente monitorati i volumi di attività svolta in Libera Professione. Le prestazioni in regime di solvenza e Libera Professione vengono erogate nelle medesime modalità adottate nel caso del regime SSR, e ordinariamente refertate in formato digitale. I referti sono poi archiviati sul “Dossier” aziendale e resi disponibili attraverso i canali di comunicazione previsti dal sistema regionale SISS.

Con riferimento all’attività di libera professione intramuraria, presso l’**ASST Niguarda** viene svolta un’attività di monitoraggio che evidenzia come vi sia un ricorso relativamente ridotto alla stessa rispetto al potenziale della struttura (circa € 11 milioni di fatturato l’anno in libera professione) e come questo dipenda da un basso numero di ore dedicato dagli specialisti all’attività in ALPI. Al fine di ridurre le liste di attesa, più che ricorrere immediatamente ad un incremento dell’attività in libera professione, sarebbe opportuno, in primo luogo, incrementare il numero di ore dedicate da medici ed infermieri all’attività istituzionale.

All’**ASST di Bergamo** non sono pubblicati i tempi di attesa della libera professione che sono, invece, comunicati dal CUP. Anche il privato ha spesso tempi di attesa lunghi.

I volumi di prestazioni in SSN, per la ASST di Bergamo, sono discussi in ambito di budget. Nelle future contrattazioni saranno inseriti anche i volumi per libera professione. Questo per evitare che il ricorso alla Libera professione sia dovuto ai lunghi tempi di attesa in regime SSN. Se la capacità produttiva di una UO è completamente saturata in SSN, il ricorso alla libera professione non viene disincentivato. Questo, tenendo conto che le prestazioni erogate in libera professione rappresentano circa il 13% delle prestazioni offerte dalla ASST di Bergamo e prevedono la scelta del professionista, cosa che non è possibile in regime SSN.

I referti per la libera professione sono elettronici; nondimeno non vengono pubblicati su SISS ma consegnati o ritirati dal paziente.

Anche all’**ASST di Brescia**, la libera professione non prevede, ad oggi, la refertazione con il medesimo sistema informatico. L’obbligo di conservazione dei referti della libera professione vige in capo al professionista

Per l’**ASST dei Sette Laghi**, nel corso del 2017 si è nettamente separato il canale di prenotazione della libera professione (solo tramite numero verde dedicato regionale) da quello del SSN; nessun operatore di sportello, sia di CUP sia gli amministrativi nei reparti, è abilitato a prenotare la libera professione. In linea con quanto esplicitato nel decreto Balduzzi, l’operatore inoltre non può esprimere al cittadino la possibilità di ricorrere all’alternativa a pagamento e non può offrire il dato della lista nel privato, non avendo visibilità delle agende. Nell’ASST lo strumento di refertazione ambulatoriale è a disposizione del medico anche per la libera professione, ma non viene firmato digitalmente, e quindi non viene pubblicato direttamente sul FSE.

Presso l’**ASST di Pavia** il sistema di refertazione per il canale di Solvenza è il medesimo rispetto a quello utilizzato per l’attività istituzionale. Il paziente in ALPI esce con un referto firmato digitalmente come per l’attività istituzionale.

Missione valutativa

In generale si sottolinea l'opportunità di integrare i referti dell'ALPI nel Fascicolo Sanitario Elettronico; al momento infatti, in assenza di specifiche indicazioni normative, *la sua integrazione* rimarrà sempre a macchia di leopardo. L'inserimento del FSE garantirebbe tra l'altro la gestione della visibilità dello stesso da parte del paziente.

Tabella 6.1 Confronto fra le ASST oggetto dell'indagine – IL PESO E IL RUOLO DI ALPI

	PESO ED IL RUOLO ALPI	PRENOTAZIONE	REFERTAZIONE
TRATTI COMUNI	Il peso dell'ALPI è modesto in quasi tutte le ASST.	In tutte le ASST esistono canali di prenotazione diversi tra prestazioni SSN e Solventi. i tempi di attesa non sono mai pubblicati sul sito web.	Referti elettronici, ma non integrati nel FSE

Fonte: elaborazione Polis –Lombardia

7. LA COMUNICAZIONE AI CITTADINI

In questo capitolo viene descritta l'analisi dei siti web delle ATS, effettuata allo scopo di osservare il livello informativo e la facilità di accesso e navigazione garantiti ai cittadini. È stata effettuata una indagine quali-quantitativa con l'obiettivo di: a) valutare la pubblicazione delle informazioni riguardanti i tempi di attesa; b) formulare un giudizio sulla qualità e fruibilità di tali informazioni attraverso una apposita griglia di valutazione.

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 individuava la necessità di procedere, in via sistematica, al monitoraggio della presenza sui siti web delle Regioni e delle Province Autonome e delle Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate di informazioni su liste e tempi di attesa, al fine di garantirne la trasparenza e l'accesso al cittadino. In particolare, si evidenziava la necessità che queste informazioni fossero riportate in sezioni dedicate e facilmente accessibili.

Tale aspetto è ulteriormente rimarcato dall'ultima D.G.R. n. 7766/2018 della Regione Lombardia al paragrafo "Responsabilizzazione dei cittadini – attività di comunicazione", dove è inoltre esplicitato che le sezioni dei siti web dedicate alle liste d'attesa devono rendere chiare le informazioni riguardanti l'accesso alle prenotazioni "sia attraverso l'esposizione dei tempi medi d'attesa sia attraverso l'implementazione del flusso MOSA".

7.1 Modalità di comunicazione ai cittadini da parte delle ATS¹⁸

Per quanto riguarda la comunicazione dei tempi di attesa per le prestazioni in regime di solvenza, non esiste una modalità condivisa di presentazione delle informazioni né specifiche indicazioni regionali. Le ATS non ne danno indicazione al cittadino sui siti web; esse sono gestite interamente dalle segreterie dei singoli reparti/ambulatori e l'unica modalità di comunicazione attiva al momento è la chiamata telefonica presso la struttura dove il cittadino intende recarsi per ricevere la prestazione.

L'**ATS Bergamo** si prefigge tempistiche più ristrette per le attività di monitoraggio rispetto alle indicazioni regionali: gli erogatori sono tenuti ad indicare sul proprio sito i tempi medi di attesa delle prestazioni aggiornati con periodicità *quindicinale* (ad oggi, l'aggiornamento delle informazioni sul sito dell'ASST Papa Giovanni XXIII, preso a campione, avviene con periodicità mensile); l'ATS provvede al monitoraggio dell'aggiornamento e della fruibilità delle pagine web dedicate ai tempi di attesa con periodicità *bimestrale*. Similmente, **ATS Insubria** prevede un aggiornamento dei tempi di attesa sul proprio sito web con cadenza *settimanale* (ad oggi, quindicinale).

L'ATS, in particolare, ha sollecitato gli Enti a non riportare sulla medesima pagina web le informazioni relative a prestazioni private e prestazioni a carico del SSR e l'osservanza di queste raccomandazioni è oggetto delle verifiche bimestrali dei siti da parte dell'ATS.

¹⁸ Per una trattazione approfondita dell'analisi dei siti web si veda l'Allegato 5 del documento)

Missione valutativa

L'ATS Pavia inserisce il rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. n. 33/2013 (predispone ed aggiornare un'apposita sezione "Liste di attesa" sul proprio sito web che sia di facile accesso e consultazione per i cittadini) fra gli obiettivi per gli erogatori esplicitati nel Piano Attuativo Aziendale per l'anno 2018.

Particolarmente significative sono alcune iniziative registrate all'interno dell'ATS Milano:

- per i tre IRCCS pubblici (*IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta*) è stato istituito un numero unico da contattare per la prenotazione. Il centralino ha a disposizione l'agenda elettronica dei singoli medici/professionisti, e qualora non disponga dell'agenda di uno di essi provvede a contattare direttamente lo specialista per verificarne le disponibilità e ricontattare successivamente il paziente per fissare un appuntamento. In tal modo, si tenta di attuare una politica di registrazione e regolarizzazione di tutta l'attività intramuraria. Rimane tuttavia una chiara criticità riguardo alla conoscibilità dei tempi di attesa dell'attività solvente e alla discrezionalità del lavoro svolto dalle segretarie nell'assegnare le visite private ai medici qualora il paziente non esprima una preferenza al momento della prenotazione;
- l'Istituto Auxologico Italiano ha avviato una politica di diffusione/conoscibilità presso l'utenza dei tempi di attesa per i diversi regimi di erogazione, distribuendo, all'interno delle sue strutture, dei poster che riportano informazioni riguardanti i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni in regime SSN, secondo la tariffa "smart" (con ricetta bianca), in regime privato ed in convenzione, con i relativi prezzi e l'evidenziazione dei differenti tempi di attesa. In tal modo il paziente è reso edotto in modo trasparente dei tempi di attesa per ciascun regime di erogazione e, al contempo, la conoscibilità dei tempi di attesa funge da leva per incentivare il ricorso al regime privato per quei pazienti con adeguate possibilità economiche che non desiderino attendere i tempi del servizio pubblico.

7.2 La valutazione dei siti web

I siti web di tutte le strutture pubbliche (8 ATS, 27 ASST, 4 IRCCS) prevedono una sezione apposita con dati riguardanti i tempi di attesa o, alternativamente, offrono all'utente un link di rimando al mini-sito regionale "Prenotazioni Sanitarie" cui affluiscono anche le informazioni provenienti dalla propria struttura (<https://www.prenotasalute.regione.lombardia.it/sito/>).

Nell'ambito della presente missione valutativa è stata effettuata una indagine quali-quantitativa dei siti web delle strutture sanitarie pubbliche di Regione Lombardia. L'indagine è stata finalizzata a perseguire un duplice obiettivo:

- valutare la pubblicazione delle informazioni riguardanti i tempi di attesa;
- formulare un giudizio sulla qualità e fruibilità di tali informazioni attraverso una apposita griglia di valutazione.

Rispetto alla valutazione della **pubblicazione delle informazioni riguardanti i tempi di attesa**, si è utilizzata la stessa metodologia di analisi utilizzata per l'ultima rilevazione su scala nazionale effettuata dal Ministero della Salute nel 2010.

Per quanto riguarda, invece, la **valutazione della qualità dei siti web**, l'analisi si è concentrata su tutte le otto ATS e sul campione di ASST riportato nel cap.4. L'analisi è stata effettuata mediante una griglia composta da sedici *items* (tabella 7.1) raggruppati in quattro macro-categorie:

- **accessibilità** alla sezione dedicata ai tempi di attesa,
- **fruibilità** e comprensibilità delle informazioni,
- **informatività** dei contenuti (aggiornamento e completezza dell'informazione),
- **utilità** e funzionalità aggiuntive per il cittadino.

Tabella 7.1 Griglia di valutazione comprensiva di spiegazione di ogni item e criteri di attribuzione dei punteggi.

	Valutazione	
ACCESSIBILITÀ		
Accessibilità da home page La sezione dedicata ai tempi di attesa sul sito dell'ATS/ASST è ben visibile e accessibile dalla home page del sito? Vi è un banner in primo piano e di dimensione appropriata? È comunque facilmente raggiungibile da altre sezioni affini accessibili da homepage (es. "Prenotazioni")?	Non presente Rimando da sezione affine Presente, poco visibile Presente, ben visibile Presente con apposito banner	0 0.25 0.5 0.75 1
Funzione di ricerca Il sito dell'ATS/ASST offre una funzione di ricerca interna? Rispetto a una ricerca per parole chiave (" <i>liste/tempi di attesa</i> "), rimanda direttamente alla sezione dedicata o comunque restituisce risultati appropriati?	Assente/nessun risultato Risultati non esaustivi Rimando alla sezione dedicata	0 0.5 1
Accessibilità dai motori di ricerca La sezione dedicata ai tempi di attesa sul sito ATS/ASST è facilmente rintracciabile nella sua versione più aggiornata sul più comune motore di ricerca (Google)? Compare come risultato di una ricerca per parole chiave, es. (" <i>Denominazione ATS/ASST liste/tempi di attesa</i> ")?	No Versione non aggiornata Sì	0 0.5 1
Accessibilità da dispositivi mobili Esiste una versione apposita per dispositivi mobili o, alternativamente, il sito è ottimizzato per dispositivi mobili?	No Sì	0 1
FRUIBILITÀ		
Altre lingue Il sito è disponibile in altre lingue oltre all'italiano? È previsto almeno l'inglese?	Nessuna Una (inglese) Più di una	0 0.5 1
Architettura del sito I contenuti sono facilmente leggibili (layout, impaginazione, font, dimensione dei caratteri, combinazione di colori)?	Insufficiente Sufficiente Buona Ottima Eccellente	0 0.25 0.5 0.75 1
Individuabilità dei link	Difficilmente individuabili	0

Missione valutativa

I link riportati nella sezione dedicata ai tempi di attesa sono facilmente individuabili come tali rispetto al testo semplice (sottolineati, in grassetto, diverso colore)?	Individuabili Ben in evidenza	0.5 1
Manutenzione dei link I link riportati nella sezione dedicata ai tempi di attesa sono funzionanti e aggiornati?	Non tutti funzionanti Funzionanti, ma non aggiornati Tutti funzionanti e aggiornati	0 0.5 1
INFORMATIVITÀ		
Pubblicazione tempi di attesa Per le ATS, sono pubblicati sul proprio sito i dati relativi al monitoraggio dei tempi di attesa sul territorio di competenza? Per le ASST, i dati sono resi disponibili sul proprio sito o tramite rimando al sito dell'ATS di appartenenza?	No Sì No Rimando al sito ATS Sì	0 1 0 0,5 1
Facilità di ricerca È prevista per l'utente la possibilità di impostare i criteri di ricerca filtrandoli per prestazione, Distretto, Presidio?	No Solo parzialmente Sì	0 0,5 1
Completezza delle informazioni Vengono fornite informazioni aggiuntive utili per l'utente (mappa, indirizzo, contatti del soggetto erogatore)?	No Solo parzialmente Sì	0 0,5 1
Aggiornamento dei dati Ogni quanto viene effettuato l'aggiornamento dei dati?	Oltre 6 mesi Più di un mese Mensile Quindicinale/Settimanale In tempo reale	0 0,25 0,5 0,75 1
UTILITÀ		
Modalità di prenotazione Nella sezione dedicata ai tempi di attesa sono fornite informazioni esaustive circa le diverse modalità di prenotazione (sportello, numero verde, farmacie, online), direttamente o tramite rimando ad apposita sezione del proprio sito o del sito regionale?	No Solo parzialmente Sì	0 0,5 1
Rimando al portale regionale Nella sezione dedicata ai tempi di attesa è presente un link al minisito Prenotazioni Sanitarie di Regione Lombardia (direttamente, https://www.prenotasalute.regione.lombardia.it/sito/ ,	No Sì	0 1

oppure https://www.crs.regione.lombardia.it/sanita/)? tramite		
Informazioni su Ambulatori Aperti Il sito dell'ATS/ASST fornisce informazioni riguardo l'eventuale attivazione di questa sperimentazione e le sue caratteristiche (orari, sedi, modalità di prenotazione)? Tali informazioni sono facilmente reperibili?	No Solo parzialmente Sì	0 0,5 1
Ricorso all'ALPI All'interno della sezione dedicata ai tempi di attesa, vi è chiara informazione della possibilità per l'utente di usufruire a costo di ticket di prestazioni erogate in regime libero-professionale in caso di mancato rispetto dei tempi massimi in tutte le strutture sul territorio (ex PNGLA 2010-2012 e D.G.R. n. 1775/2011)?	No Sì	0 1

7.3 I risultati della valutazione dei siti web

Molte delle strategie risultate più efficaci nella gestione delle liste di attesa pongono la loro attenzione sulla corretta, efficace e facile comunicazione ai cittadini/pazienti. Anche la Delibera Regionale sui Tempi di Attesa di Gennaio 2018 rimarca questo aspetto, al punto 9. "Responsabilizzazione dei cittadini – attività di comunicazione". I siti web devono dare la possibilità ai cittadini di accedere facilmente ad informazioni su modalità di prenotazioni e tempi di attesa. Oggi gli strumenti di comunicazione di tipo informatico risultano essere un mezzo estremamente diffuso ed utilizzato trasversalmente a tutte le età dalla popolazione.

L'indagine condotta per valutare accessibilità, utilità, fruibilità ed informatività dei siti delle ATS e ASST lombarde porta ad interessanti conclusioni.

La Tabella 7.2 sintetizza le valutazioni ottenute dal sito della ATS e della rispettiva ASST campionata ai fini dell'analisi.

La Figura 7.1 rappresenta sinteticamente i punteggi ottenuti rispetto alle dimensioni analizzate dalle ATS lombarde, mentre la Figura 7.2 riporta i punteggi ottenuti dai siti delle 8 ASST campionate ai fini della ricerca.

Tabella 7.2 Sintesi della valutazione dei siti delle ATS e ASST

	ACCESSIBILITÀ	FRUIBILITÀ	INFORMATIVITÀ	UTILITÀ
ATS Bergamo	4	2,75	0	2
ATS Brescia	3,75	2,75	2	1,5
ATS Brianza	2,5	1,25	3	1
ATS Insubria	4	2	3,25	2,5
ATS Milano	4	3	3,5	1
ATS Montagna	4	3	0	2,5
ATS Pavia	2,75	2,75	2,25	2
ATS Val Padana	2,75	2,75	3,5	0

Missione valutativa

ASST Papa Giovanni XXIII	1,75	2,5	1,5	2,5
ASST Spedali Civici Brescia	3,25	2,5	1,5	1,5
ASST Vimercate	3,25	2,5	1	0
ASST Sette Laghi	1,25	2,5	1,5	1,5
ASST Niguarda	2,25	4	3	2
ASST Valtellina e Alto Lario	2	2,5	1,5	1
ASST Pavia	2,25	2,5	1,75	2
ASST Cremona	2,75	2,25	1,5	1,5

Figura 7.1 Comparazione dei punteggi ottenuti dai siti delle ATS lombarde

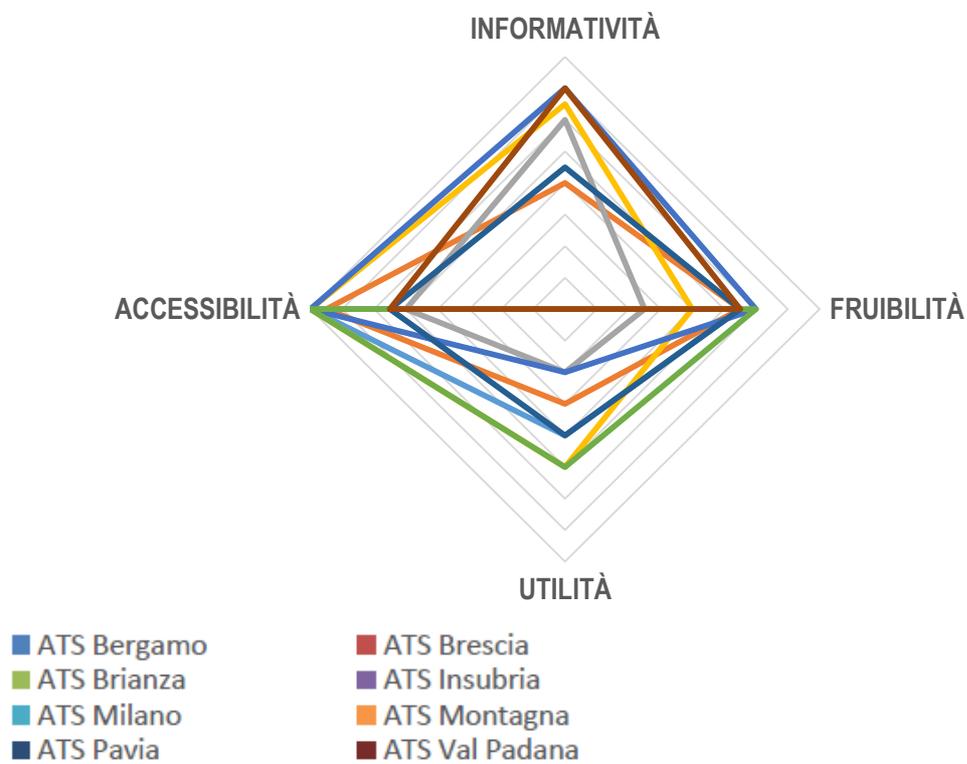
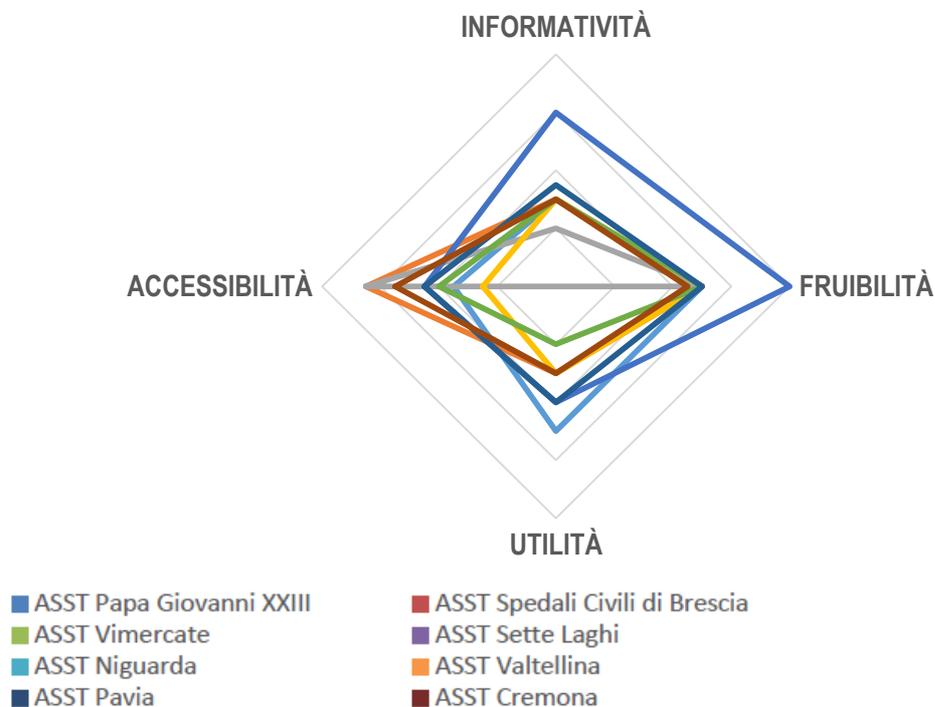


Figura 7.2 Comparazione dei punteggi ottenuti dai siti delle ASST lombarde campionate.



In primo luogo è da rilevare l'impegnativo investimento fatto su questi strumenti per migliorare la possibilità dei cittadini di poter acquisire informazioni e poter compiere scelte consapevoli. La valutazione è più positiva per i siti delle ATS rispetto a quella delle ASST che dimostrano di aver un gap importante da sanare rispetto a quasi tutte le variabili indagate.

7.3.1 La valutazione delle ATS

La maggior parte dei siti delle **ATS lombarde** presenta una buona **accessibilità** infatti la sezione dedicata ai tempi di attesa, molto spesso, è già posta in evidenza in home page in apposito banner o dando particolare risalto alla voce relativa. *L'accessibilità da dispositivi mobili* è ancora poco sviluppata (i siti di ATS Brianza e ATS Val Padana non sono predisposti per la visualizzazione da dispositivi mobili). Questa è sicuramente un ambito di miglioramento a cui le ATS devono fin da subito prestare molta attenzione perché i telefoni cellulari sono sicuramente più diffusi tra la popolazione anche anziana rispetto ai computer sia fissi sia portatili.

Rispetto alla accessibilità, si segnala, inoltre che per ATS Brianza ed ATS Pavia la *funzione di ricerca interna* al sito non rimanda direttamente ai risultati desiderati. Infine, nessuna ATS dispone di una versione del proprio sito in altra *lingua* limitando così la loro fruibilità da parte di coloro che non parlano italiano.

Valutando la **fruibilità**, in tutti i siti delle ATS i *link* presenti risultano ben individuabili rispetto al testo generale, con l'eccezione di ATS Brianza ed ATS Insubria i cui link paiono non funzionare, indirizzando ad una pagina inesistente. Si evidenziano anche alcune carenze dell'architettura del sito di ATS Brianza: in alcuni casi il layout della pagina "taglia" alcune righe di testo, rendendone illeggibile il contenuto.

Missione valutativa

Solo sei ATS pubblicano, all'interno della sezione dedicata sul proprio sito aziendale, i *dati relativi ai tempi di attesa* per le prestazioni ambulatoriali erogate sul territorio di competenza; ATS Bergamo e ATS Montagna hanno optato per riportare esclusivamente un link al sito regionale Prenota Salute, cui affluiscono i dati del flusso MOSA.

Le ATS Brianza, ATS Milano e ATS Val Padana prevedono per l'utente la possibilità di *facilitare la ricerca* impostando plurimi filtri (es. per prestazione, distretto, presidio). ATS Brescia, ATS Insubria e ATS Pavia forniscono questa facilitazione in modo parziale, non rendendo disponibili alcuni filtri utili.

ATS Insubria, ATS Milano, ATS Val Padana, e in misura minore ATS Brianza, nell'ottica di massimizzare la completezza informativa per l'utente, forniscono dati aggiuntivi riguardo i propri erogatori come mappa, indirizzo e contatti.

Altro elemento molto importante da attenzionare è la *tempistica dell'aggiornamento e la completezza dei dati* resi disponibili. Attualmente tutti i siti rispettano la tempistica di aggiornamento prevista che è mensile, anche se questo periodo è sicuramente troppo lungo vista la veloce dinamica delle prenotazioni. Questo limite, che si sanerà solo all'ottimizzazione del flusso MOSA, attualmente non permette ai cittadini di accedere ad informazioni complete e continuamente aggiornate sui tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali. Una particolare menzione positiva a tal riguardo va ad ATS Pavia e ATS Insubria, che provvedono all'aggiornamento con tempistiche più ristrette, rispettivamente settimanale e quindicinale.

Solo ATS Brianza e ATS Montagna forniscono informazioni esaustive circa le diverse *modalità di prenotazione* (sportello, numero verde, farmacie, online), direttamente o tramite rimando ad un'apposita sezione (del proprio sito o del sito regionale). In altri casi, le informazioni risultavano incomplete oppure il rimando non era facilmente individuabile (ATS Insubria).

L'informatività riguardo il *Progetto Ambulatori Aperti*, avviato dal 2015, è generalmente scarsa.

Si segnala, infine, che solo ATS Insubria fornisce, all'interno della sezione dedicata ai tempi di attesa, chiara informazione della possibilità per l'utente di usufruire a costo di ticket di prestazioni erogate in regime libero-professionale in caso di mancato rispetto dei tempi massimi in tutte le strutture sul territorio. Questa scelta risulta encomiabile in quanto presta particolare attenzione al diritto del cittadino ad una corretta e completa informazione.

Nessun sito di ATS presenta indicazione al cittadino sui tempi di attesa per le prestazioni in regime di solvenza.

7.3.2 La valutazione delle ASST

L'**accessibilità** alle informazioni sulle liste di attesa e le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali nei siti delle ASST tranne che per la ASST di Cremona, è veramente difficoltosa. La home page non prevede infatti un rimando diretto alla sezione dedicata, che è raggiungibile solo da sezioni affini ("Prenotazioni", "Amministrazione trasparente"), rendendosi generalmente necessari almeno 2-3 passaggi.

Anche la funzione di ricerca è di scarsa efficacia e non rimanda direttamente ai risultati desiderati (ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Sette Laghi, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda); la funzione di ricerca interna risulta persino assente, solo l'ASST Cremona integra in home page Google come motore di ricerca esterno.

Come per i siti delle ATS l'accessibilità da dispositivi mobili è un'altra criticità, dal momento che ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Vimercate, ASST Sette Laghi, ASST Pavia non prevedono una versione apposita o non sono ottimizzati per la visualizzazione dai dispositivi mobili.

La **fruibilità** ha diverse carenze, per esempio, per l'ASST Cremona i contenuti delle pagine richiedono una versione aggiornata di Adobe Flash Player per la visualizzazione e risultano non fruibili in assenza di tale requisito.

Solo l'ASST Niguarda prevede versioni del sito in quattro diverse lingue (inglese, francese, russo, cinese) nessun altro sito di ASST ha predisposto traduzioni in altre lingue impedendo quindi la consultazione ad chi non parla italiano.

Anche per l'**informatività** la situazione dei siti delle ASST non è ottimale: due ASST (ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Pavia) non hanno sul loro sito un'area dedicata ai tempi di attesa e rimandano al sito dell'ATS di riferimento anche se per tutte le ASST è previsto l'obbligo di riportare all'interno del proprio sito le informazioni relative ai tempi di attesa per le prestazioni sanitarie nel proprio territorio di competenza.

ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Vimercate, ASST Sette Laghi, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Valtellina e Alto Lario, ASST Pavia non prevedono un rimando al portale regionale Prenota Salute cui affluiscono i dati del flusso MOSA questo diminuisce in modo considerevole l'**utilità** del sito.

ASST Sette Laghi, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Valtellina e Alto Lario, ASST Pavia prevedono nella sezione dedicata ai tempi di attesa un rimando diretto alla sezione prenotazioni, ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Cremona forniscono informazioni esaustive circa le diverse modalità di prenotazione (sportello, numero verde, farmacie, online), direttamente o tramite rimando ad un'apposita sezione (del proprio sito o del sito regionale).

L'**informatività** riguardo il Progetto Ambulatori Aperti, avviato dal 2015, è completa per l'ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Valtellina e Alto Lario, ASST Pavia); ASST Sette Laghi accenna al progetto ma non riportano al riguardo informazioni esaustive

8. EVOLUZIONE DEL SISTEMA: LA GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO

In questo capitolo si propone una valutazione del possibile impatto sulle liste d'attesa della adozione dei provvedimenti di riforma connessi alla legge regionale 23/2015 e alle successive delibere. La fonte è ancora una volta l'intervista effettuata ai direttori generali delle otto ATS

8.1 Modalità di monitoraggio e valutazione dell'impatto del nuovo modello di presa in carico nelle ATS

Tutte le ATS si attendono un impatto positivo sui tempi di attesa dall'attivazione del nuovo modello di presa in carico. Tali impatti sono attesi nel medio-lungo periodo, a seguito di una fase di assestamento del modello con un miglioramento della appropriatezza prescrittiva e quindi dell'utilizzo di risorse.

Su un possibile iniziale *impatto difficoltoso* l'**ATS Bergamo** ipotizza che, nel breve periodo, ci sarà un impatto negativo sui tempi di attesa, dato l'avvio di una gestione delle agende separata per categoria di pazienti differenti, successivamente si attende un impatto positivo sulla gestione dei pazienti non cronici che avranno agende dedicate e separate da quelle riservate ai pazienti cronici.

Anche l'**ATS Pavia** prevede che, nella prima fase, si potrebbe generare una saturazione ulteriore delle agende mentre, a medio termine, si potrebbe verificare un miglioramento perché tutte le prestazioni programmate della presa in carico uscirebbero dal percorso normale di prenotazione. L'ATS conviene che il clinico che gestisce il PAI difficilmente genererà prestazioni inappropriate e **ATS Val Padana** sostiene che il modello è, dal punto di vista gestionale, innovativo e ben studiato per migliorare l'appropriatezza prescrittiva. Quest'ultima esprime il dubbio che si arrivi ad una iniziale saturazione rapida delle agende dovuta alla adesione massiccia dei cittadini cronici che lascerebbe poco spazio all'attività non legata alla cronicità.

ATS Brescia sottolinea come il sistema di presa in carico dovrebbe diminuire l'utilizzo improprio di risorse.

ATS Insubria ritiene che la presa in carico dei cronici deve prevedere un monitoraggio specifico che verifichi eventuali ricadute negative sui tempi di attesa e sulla gestione delle agende per i soggetti che non appartengono alle categorie cronico/fragili.

ATS Montagna sottolinea di aver suggerito alle proprie ASST di fare un'analisi sulle agende prima di bloccare eventuali slot interi delle agende rischiando di allungare tempi di attesa.

ATS Milano predisporrà strumenti per monitorare e valutare l'impatto della presa in carico, non appena il quadro generale lo consentirà. Infatti, ad oggi, mancano tavoli sovra-aziendali, mentre esistono dei tavoli locali tra Direttori (Collegi dei direttori) in cui ATS dialoga con le sue ASST. Inoltre,

al momento, mancano analisi sulle capacità erogative conseguenti alle politiche di presa in carico dei cronici e non vi è alcun elenco di prestazioni incluse nei singoli profili-paziente.

8.2 Modalità di monitoraggio e valutazione dell'impatto del nuovo modello di presa in carico nelle ASST

Dal punto di vista della **ASST di Bergamo**, in un grande ospedale per acuti, la gestione dell'offerta per il paziente acuto e per il paziente cronico è un equilibrio da costruire con prudenza e attenzione e non può essere realizzato senza il coinvolgimento proattivo di tutti gli attori coinvolti (ATS, erogatori privati accreditati e territorio). Da una recente indagine effettuata sui bisogni alla dimissione, su un campione di 427 dimessi dall'ospedale Papa Giovanni XXIII, emerge, infatti, che il 62,5% di questi necessita della stesura di un Piano assistenziale individualizzato (PAI) e necessita, quindi, di un follow-up specifico a livello ambulatoriale. E' su questo target di utenti che deve essere delineato, a seconda dei bisogni clinici e della stabilità della patologia, il percorso più corretto all'interno della rete provinciale, in collaborazione con tutti gli attori a vario titolo coinvolti, non solo per il rispetto del timing individuato per le visite di controllo previste dal PAI, ma anche del corretto *setting* assistenziale da offrire. L'impatto dei pazienti cronici non suscita preoccupazione, in quanto non si riscontrano problemi nel creare agende dedicate. L'ASST di Bergamo ha circa 62.000 pazienti cronici che usufruiscono di prestazioni ambulatoriali, di cui 42.000 sono *frequent users*. Di questi ultimi, 25.000 eseguono già il 90% delle loro prestazioni su base annua presso la ASST di Bergamo. Si tratta quindi di pazienti già fidelizzati e già presi in carico dalla ASST stessa.

La presa in carico costituisce, invece, una opportunità per coinvolgere i MMG (ad oggi ne sono coinvolti il 50%) nella programmazione dell'attività erogativa annua per i pazienti cronici. Si potrebbe, così, realizzare una vera e propria pianificazione dell'attività erogativa coinvolgendo anche qualche struttura privata accreditata nell'erogazione di attività programmate, finalizzate ad alleggerire il carico di lavoro dell'erogatore pubblico sulle attività critiche.

In tal senso, rimarrebbe in capo al MMG l'attività di indirizzo del paziente verso la struttura erogativa più consona, non solo in termini di organizzazione e strumentistica, ma in termini di tempi di attesa, con la finalità di saturare le agende dedicate/riservate ai pazienti cronici.

L'**ASST di Pavia**, in qualità di gestore sta predisponendo i servizi sanitari e socio-sanitari per rispondere alle necessità del paziente cronico/fragile. Sono state predisposte ed esposte, tramite i relativi canali regionali, le agende di prenotazione per la presa in carico e l'arruolamento dei pazienti suddetti. Per il momento sono state chiuse il 20% delle agende delle prestazioni ambulatoriali da dedicare alla presa in carico. Dato il recente invio delle lettere e fino a quando non ci sarà un patto di cura per questi pazienti, questo 20% sarà reso nuovamente disponibile alla prenotazione dell'utenza con una quindicina di giorni di anticipo.

Si sta cercando di organizzare l'attività per la presa in carico e l'effettuazione dei PAI da parte degli specialisti ambulatoriali, ma si riscontrano difficoltà nel reperire personale. Due unità di personale ambulatoriale sono state di recente reparate dal medico competente "non idonee alla mansione"; si è deciso di sostituirle con altri medici (prevalentemente internisti) attingendo all'area a pagamento su base volontaria. Inoltre, l'ASST ha destinato una certa somma di denaro all'acquisizione di specialisti ambulatoriali, specie per la cardiologia, che andrà, però, a regime quando si verificherà l'effettiva necessità.

Una programmazione delle prestazioni, degli interventi di cura specifici, delle prescrizioni farmacologiche appropriate, sarà in grado di garantire un'assistenza continua all'utente e porterà ad una migliore allocazione dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie grazie alla programmazione di tali attività.

Per la presa in carico del paziente presso la **ASST dei Sette Laghi**, si è agito su due componenti organizzative: il personale e gli strumenti di supporto dell'organizzazione (sistemi informativi). Da una parte, si è lavorato sull'organizzazione e sull'aspetto professionale definendo i PAI, i clinical manager, i case manager e, dall'altra parte, intervenendo propriamente sui sistemi informativi. A tal proposito, è stata bandita una gara per una piattaforma che gestisse tutto il percorso e che fosse integrata con il CUP aziendale ed integrabile, poi, con le cooperative, il software e la gestione di un contact center (persone non dipendenti ma formate, che gestiscono tutto l'aspetto organizzativo), in cui ovviamente sia compresa la parte delle agende. A tal proposito, è prevista una tariffa predefinita riconosciuta per ogni paziente preso in carico, in cui sono compresi tutti gli aspetti del front-office e del numero verde. All'interno di questo percorso sono stati separati il patto di cura e PAI. Tutti gli sportelli di laboratorio al pomeriggio sono riconvertiti per la firma del patto di cura con personale amministrativo. Il patto di cura permette di individuare la persona e programmare la sottoscrizione del PAI: se un paziente cronico ha già una visita programmata, questa viene integrata con la sottoscrizione del PAI. Così facendo, si sfruttano le agende già presenti e si tenta di sopperire al basso numero di leve dell'attività di programmazione ed all'impossibilità di prevedere il numero di persone che aderiranno. Ad oggi, sono stati individuati 2-3 figure per ogni reparto che, nell'ottica di divenire clinical manager, dovranno frequentare dei corsi di formazione.

La piattaforma è un utile supporto in quanto, quando il paziente sottoscrive il patto di cura, mette a disposizione il PAI e le prestazioni collegate, permettendo al contact center, adeguatamente formato, di aver visibilità di tutte le agende e di individuare gli spazi occupati dal medesimo paziente.

Già da luglio la direzione sanitaria e socio-sanitaria ha predisposto incontri con i clinici per illustrare il percorso della presa in carico e spiegare come declinare la macro-aggregazione di prestazioni del singolo paziente. Su molte delle patologie prevalenti sono state effettuate delle prove iniziali di prenotazione, rispetto a quelle che erano le tempistiche indicate per i controlli e, sfruttando le agende di secondo livello prenotate direttamente dagli ambulatori, si è verificato il rispetto dei tempi richiesti.

L'**ASST di Vimercate** ha effettuato una serie di elaborazioni sulla base soprattutto dei "frequent users" in assenza di altri dati disponibili. Il modello organizzativo attivato prevede la presa in carico del paziente mediante una prima valutazione internistica finalizzata a valutare la corretta attribuzione della patologia prevalente ed il successivo invio allo specialista di riferimento per la redazione definitiva e la pubblicazione del PAI.

E' stato istituito un numero verde per le chiamate degli utenti al quale risponde personale infermieristico specializzato nella gestione della cronicità e della fragilità. Le agende dedicate sono state predisposte e verranno progressivamente implementate sulla base dei dati della domanda: interna in qualità di "gestori" ed esterna in qualità di "erogatori".

Il nuovo modello di "presa in carico" del paziente cronico consentirà di ridistribuire l'offerta secondo criteri di priorità e sarà tanto più efficace quanto più elevato sarà il numero dei pazienti che sceglieranno l'ASST quale "gestore".

Occorre, infine, sottolineare, come ampiamente descritto nella D.G.R. n. X/7766 del 17 gennaio 2018, l'importanza della corretta gestione dell'appropriatezza prescrittiva: il rischio infatti, a livello di

Missione valutativa

sistema, è quello di dover progressivamente allocare maggiori risorse per rispettare i tempi di attesa a fronte di una non documentata necessità clinico-diagnostica, con conseguente ingiustificato incremento della spesa sanitaria.

Con riferimento alla presa in carico del paziente cronico e fragile, presso la **ASST di Cremona**, sono già stati attivati due centri servizi e due numeri dedicati.

La ASST sta acquisendo una propria piattaforma per la presa in carico (diversa da Lombardia informatica). E' importante, infatti, che ci sia uno strumento che permetta la stesura dei Piani Assistenziali Individualizzati ma che sia al tempo stesso integrabile con tutti gli applicativi aziendali (che possa essere uno strumento veramente integrato con il sistema informativo ospedaliero); in questo modo l'operatore (Clinical manager o Care manager) è in grado di avere accessibilità alle agende e di prenotare immediatamente. In assenza si creerebbe un problema serio di programmazione e governo complessivo delle prestazioni ambulatoriali con una pesante ricaduta anche all'interno delle Unità Operative. Inoltre, è da sottolineare che la ASST di Cremona è sia gestore che erogatore, sia per la medicina generale (che a livello territoriale ha aderito alla nuova riforma per circa il 98% essendo strutturata in grosse realtà cooperative e società di servizi), sia per le strutture private accreditate. E' quindi importantissimo avere a disposizione una piattaforma in grado di rispondere anche alla domanda di prestazioni proveniente dalla medicina generale. L'obiettivo è quello di concentrare per il singolo paziente che viene inviato, tutte le prestazioni all'interno delle strutture della ASST nella stessa giornata in quanto la nuova riforma nasce con la sfida di facilitare la vita dei pazienti più fragili.

Si avranno delle agende dedicate per la prenotazione delle prestazioni dei pazienti che verranno presi in carico (non sono le stesse agende pubblicate sul numero verde regionale) che si interfaceranno con gli applicativi aziendali. Inoltre i pazienti "frequent users" che saranno presi in carico dalla ASST di Cremona nell'ambito della nuova riforma continueranno a vedere gli stessi medici dai quali erano già assistiti; il primo accesso per la stesura del PAI sarà fatto con un medico che già conoscono. Anche i Centri servizi saranno formati da personale interno; il Centro servizi avrà delle delocalizzazioni nei Presidi principali, ma all'interno del Presidio più grande si è cercato di fornire ai pazienti dei punti di riferimento, anche fisici, corrispondenti alla propria patologia di base (per esempio i pazienti oncologici avranno come riferimento l'area oncologica, le donne avranno come riferimento l'area donna, i diabetici il centro antidiabetico e così via). Quindi, in questi centri, verranno fatti convergere anche gli specialisti che saranno coinvolti in ambito multidisciplinare. Si può dire che la presa in carico al Centro servizi coinciderà con gli ambulatori che nell'era pre-riforma gestivano i pazienti cronici con però la sfida di dover programmare anticipatamente quali prestazioni o necessità avrà il singolo paziente nell'arco dell'anno costruendo il "piano di lavoro" personalizzato.

Presso la ASST di Cremona (che ha una bassa densità di popolazione e nella quale una buona percentuale della popolazione è costituita da persone anziane), inoltre, si è pensato di agganciare al Centro servizi anche la parte sociosanitaria; questo perché monitorando le condizioni di vita che potrebbero impattare le condizioni di salute del paziente "frequent user", si potrebbero evitare ricorsi impropri ai servizi sanitari. Ciò è possibile però solo con un adeguato monitoraggio sociosanitario (fornitura protesica oppure per esempio indagando telefonicamente la diuresi di un paziente potrà essere facilitato il monitoraggio della terapia dello scompenso cardiaco). Quello che si cercherà di fare è quindi prendersi carico della persona nella sua totalità per evitare per esempio che un paziente anziano sia indirizzato, per soddisfare un suo bisogno, ad uffici o strutture della città distanti o con orari differenti a quelli abituali nei quali sarà necessario spiegare dal principio la storia clinica della persona.

Per la **ASST di Brescia** circa il 50% dei MMG si è organizzato in cooperativa ed opereranno in qualità di soggetti gestori delle prescrizioni e lavorando sul PAI. Detti MMG hanno sottoscritto contratti di avvalimento con l'ASST che lavorerà con loro in termini erogativi. Sulla città di Brescia, purtroppo, i MMG che hanno aderito a tale iniziativa sono pochissimi. Dal 1 Luglio 2018 l'ASST partirà con un nuovo Contact center per la gestione delle prese in carico, con la web application di Lombardia informatica (non ancora disponibile), 4 linee telefoniche ed una mail per ricevere richieste di presa in carico. L'**ASST di Brescia** ha, poi, attivato un percorso presso i 4 presidi ospedalieri di loro competenza, per partire, nei 5 giorni successivi, con la convocazione del paziente per la sottoscrizione del patto di cura e del PAI.

Ad oggi, non sono state ancora ricevute telefonate, né mail da parte dei cittadini, né dei MMG per la presa in carico dei pazienti.

In questo momento dunque, non conoscendo ancora il volume di pazienti e prestazioni che sarà interessato dalla presa in carico, non sono state modificate le modalità di prenotazione.

Presso la **ASST Niguarda**, molta dell'attività ambulatoriale svolta deriva dalla presa in carico della cronicità legata alla complessità delle patologie trattate. La percentuale di pazienti milanesi trattati è inferiore alla media delle altre strutture cittadine. Questa caratteristica crea dei problemi nella gestione della continuità di cura in quanto i pazienti che si rivolgono al Niguarda, ad esempio, per il follow-up dei trapianti o leucemie o follow-up di interventi neurologici complessi (chirurgia epilessia) non necessariamente sono di Milano e, conseguentemente, la loro presa in carico come prevista dalla riforma regionale è molto difficile. Di 44.000 pazienti con patologie croniche che sono afferiti al Niguarda sia nel 2016 che nel 2017, solo il 45% ha usufruito anche di prestazioni ambulatoriali mentre l'altro 55% si è rivolto altrove (in caso di qualsiasi problematica dopo l'acuzie hanno preferito rivolgersi alle strutture a loro più accessibili da un punto di vista logistico). Difficilmente questi pazienti che sono spesso extra-provinciali si rivolgeranno al Niguarda per una presa in carico totale dopo l'acuzie.

Nel 2016, presso l'ASST sono state erogate 1.320.000 visite ambulatoriali (esclusi gli esami di laboratorio); di queste, il 75% era collocato su agende aperte al numero verde regionale, mentre il 25% era a gestione diretta dell'ASST, in quanto si trattava di pazienti particolari (follow-up dei trapianti, follow-up degli oncologici sottoposti a trattamento chemioterapico) già in carico ad un medico e che, quindi, non era necessario si rivolgessero al numero verde regionale. Ci si è però accorti che un 50% delle prestazioni ambulatoriali prenotate sulle agende aperte (circa 800.000 prestazioni) erano rivolte a pazienti con patologie croniche; l'aspirazione per il futuro è quindi quella di facilitare l'accesso di questi pazienti predisponendo delle agende a loro dedicate arrivando ad avere un 60% di prestazioni prenotate tramite agende chiuse e 40% prenotate tramite agende aperte. L'obiettivo è quello di segmentare il sistema di prenotazione, riuscendo a gestire direttamente il 60% delle prenotazioni che saranno dedicate ai pazienti cronici. Ovviamente, poi, il sistema dovrà essere modulato; in caso di un eccesso di spazi liberi nelle agende chiuse esse saranno ridotte, viceversa in caso di eccesso di spazi liberi sulle agende aperte verranno ampliate le agende chiuse.

A questo proposito, dal mese di gennaio 2018 è stato attivato un numero verde aziendale dedicato specificatamente alla cronicità; attualmente non è ancora aperto al pubblico (lo sarà da maggio) ma è collegato al numero verde regionale con lo scopo di inoltrare le prime domande di presa in carico. L'obiettivo non sarà quello di aumentare l'offerta di attività ambulatoriale (in quanto i pazienti con cronicità saranno già curati), ma di indirizzarla su due grandi binari (il binario della cronicità e il binario

Missione valutativa

della non cronicità ovvero del primo accesso e dell'acuzie); il segmentare il sistema di prenotazione faciliterà il sistema di prenotazione stesso e la stima del volume dell'attività complessiva da erogare. Il secondo numero verde sopra menzionato (per i pazienti con cronicità) ha l'obiettivo di informare gli utenti circa la disponibilità o meno di una determinata prestazione; entro la fine dell'anno sarà operativo anche per i pazienti non cronici.

Dal punto di vista strutturale non cambierà niente e continueranno ad esistere i 200 ambulatori attuali, modificando, però, i percorsi.

Tutti si augurano che la presa in carico possa migliorare i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali, ma rimane una certa perplessità relativa alla prima fase di avvio della presa in carico in cui ci si attende un picco. Ci si augura, poi, che questo picco si ridurrà nella fase di assestamento, grazie al fatto che il PAI garantirà l'appropriatezza delle prestazioni, con una conseguente contrazione delle liste di attesa.

CONCLUSIONE: SPUNTI PER UNA RIFLESSIONE DI POLICY

La missione valutativa e questo rapporto finale hanno trattato aspetti differenti utilizzando metodi altrettanto differenziati.

In ogni sezione, tuttavia, si è cercato di individuare spunti che consentissero una riflessione in chiave di implementazione delle politiche.

A conclusione, in questa sezione sono ripresi riproposti tali spunti in forma organica.

Non sono indicazioni, né valutazioni di merito, che non competono alla missione e all'Istituto.

Sono una sintesi di spunti per i componenti del comitato e i consiglieri regionali di alcuni (non tutti) aspetti implementativi emersi e nel lavoro.

Tali spunti sono presentati per comodità in due sezioni: la prima relativa al governo della domanda, la seconda relativa al governo dell'offerta.

Una questione di fondo

Prima di procedere all'elenco, può non essere inutile riprendere un concetto trasversale e accennato nel testo (soprattutto nel capitolo iniziale e indirettamente in alcune risposte alle interviste). Si tratta di una questione di fondo da tenere presente nella analisi delle diverse criticità che caratterizzano il problema delle liste di attesa: il particolare rapporto che si configura tra domanda e offerta. Al crocevia della domanda e dell'offerta risiede il cuore della problematica, come e forse più di tanti sistemi sociali. Aumentando l'offerta in sanità, la domanda cresce esponenzialmente; soprattutto, all'aumentare della capacità e qualità di risposta ai bisogni (che l'innovazione tecnologica, scientifica e organizzativa hanno consentito), cresce l'attesa e l'aspettativa delle persone (i pazienti e i loro familiari).

In un sistema universalistico l'aspettativa tende a coincidere con il diritto e qualunque ritardo di prestazione fino a qualche tempo prima sopportato, viene ora percepito come un diritto leso.

Inoltre, quello stesso miglioramento del servizio abitua inevitabilmente i fruitori a una domanda raffinata ed esigente, che li spinge a richiedere la prestazione da un determinato erogatore piuttosto che da un altro.

Questa maggiore intraprendenza e consapevolezza dei pazienti e dei loro familiari, quando sviluppata fuori da un rapporto dialogante con figure in grado di filtrare, orientare e sostenere la domanda (tipicamente il medico di medicina generale o il medico ospedaliero), diventa fattore oggettivamente distorsivo

Questa considerazione generale non spiega, non giustifica e non risolve problemi organizzativi e strutturali relativi alle liste d'attesa, ma non può non essere considerata nell'affronto di qualunque aspetto di merito.

Governo della domanda

Prioritizzazione della domanda

Regione Lombardia si è uniformata alle classi di priorità previste dal Piano Nazionale 2010-2012; in particolare la diffusione dell'utilizzo della ricetta elettronica ha consentito di abolire l'uso dei bollini verdi che era stato istituito prima delle indicazioni sulle classi di priorità a livello nazionale. Inoltre, sono state individuate 6 (sei) prestazioni ritenute particolarmente critiche (visita oculistica, ecodoppler cardiaco, ecografia della mammella, mammografia, ecografia dell'addome e colonscopia) per le quali sono stati definiti 30 giorni massimi di attesa per l'erogazione. A sostegno di tale azione, sono stati stanziati 11 milioni di euro. In futuro, il servizio informativo reso dal MOSA dovrebbe garantire la possibilità di monitorare in tempo reale e sistematico i tempi di attesa per le diverse prestazioni e attivare tempestivamente azioni di governo su quelle particolarmente critiche.

Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva

La Regione ha identificato alcuni strumenti per favorire una più accurata appropriatezza prescrittiva, sia sul fronte della definizione di Linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici (PDT), sia attraverso l'avvio di alcune sperimentazioni di integrazione tra medici prescrittori e specialisti per lo sviluppo di un modello basato su priorità cliniche. Nondimeno, l'analisi ha evidenziato tra l'altro alcune criticità diffuse quali *la non corretta indicazione del quesito diagnostico, la mancata definizione di primo accesso/controllo e della classe di priorità*, fattori che vanno a creare un notevole impatto negativo sulla corretta stratificazione della domanda. Infatti, le prescrizioni prive di classe di priorità sono da considerarsi "critiche", in quanto non consentono di assegnare tempi adeguati alle condizioni cliniche del singolo assistito, conosciute solo dal prescrittore stesso. All'origine del problema sta il fatto che l'obbligo di precisare la classe di priorità viene ancora largamente percepito dai prescrittori (MMG, PLS, MCA, specialisti) come un appesantimento burocratico anziché come strumento utile per garantire una maggior appropriatezza alla richiesta.

- Per far comprendere l'importanza di una prescrizione corretta, le ATS dovrebbero promuovere e sostenere momenti di confronto tra medici prescrittori e attivare percorsi di formazione specifica sul tema.

Nuove logiche di governo "a rete" dell'offerta

L'analisi ha messo in luce un certo livello di sperequazione nella domanda di prestazioni tra le diverse strutture. Alcune infatti si rivelano molto più attrattive di altre tanto che il paziente è disposto ad aspettare un tempo maggiore per fruire della prestazione piuttosto che rivolgersi ad un'altra struttura. Questo è particolarmente vero per i poli ospedalieri sedi di grandi Pronto soccorso, che subiscono un'elevata pressione sulle prestazioni di completamento richiesto dopo l'accesso. Tendenzialmente, il paziente vorrebbe poter eseguire tutte le prestazioni presso la stessa struttura che lo ha preso in carico. Tale situazione presenta una triplice valenza: istituzionale, organizzativa/professionale, oltre che "narrativa" nei confronti del paziente. In tal senso, sarebbe opportuno delocalizzare i casi meno complessi alle strutture spoke e tenere sulla struttura Hub le prestazioni specialistiche più complesse. Tale cambiamento di indirizzo dei pazienti, dovrebbe prendere avvio dall'azione degli specialisti della struttura Hub che, al momento della prescrizione, dovrebbero indirizzare il cittadino verso l'erogatore (spoke o hub) più adeguato, in base alla complessità della stessa prescrizione.

Comunicazione verso i cittadini

Regione Lombardia ha attivato strumenti finalizzati a garantire una maggiore trasparenza sui tempi di attesa e una facilitazione al processo di prenotazione, grazie al sito “Prenota Salute” e all’avvio del flusso MOSA, ribadendo inoltre l’importanza delle attività di comunicazione nei confronti dei cittadini anche da parte di ATS e ASST, attraverso i rispetti siti web. In quest’ottica sarebbe importante attivare campagne di comunicazione e al contempo promuovere momenti di condivisione delle buone prassi realizzate nelle ATS e nelle ASST, anche al fine di superare una certa disomogeneità rilevata nelle modalità di presentazione delle informazioni ai cittadini.

Responsabilizzazione del paziente

Pur essendo riconosciuto come un elemento strategico di politica sanitaria anche dalla recente DGR X/7766 del 2018, dall’analisi svolta non risultano ancora in corso misure e azioni mirate a tradurre in pratica tale principio, fatta eccezione del servizio di recall e di messaggistica per evitare il fenomeno del no-show attivato dal Call Center Regionale. Si suggerisce di valutare l’opportunità di sostenere ed incentivare anche altre azioni di *empowerment* e *sensibilizzazione* del paziente, sia a livello di singole ATS/ASST, che a livello regionale.

Governo dell’offerta**Ampliamento dell’offerta**

Il progetto Ambulatori Aperti ha accresciuto l’accessibilità dei servizi in termini di estensione delle fasce orarie serali, di apertura in giorni festivi e prefestivi. Tuttavia, l’aumento dell’offerta di prestazioni è stata perseguita frequentemente con il ricorso agli istituti contrattuali appositamente previsti (area a pagamento incrementata dal cd. Fondo Balduzzi, fondi regionali ad hoc, ecc.). Questo soprattutto per la difficoltà/impossibilità a reperire risorse professionali, dovuta anche alla poca attrattività del SSN a causa delle tariffe proposte, ritenute poco appetibili.

L’aumento del numero di professionisti

Sembra essere la soluzione più immediata; resta invece quella più complessa in quanto Regione Lombardia, come le altre Regioni, deve tener conto dei vincoli imposti dal Governo centrale in particolare proprio sulla limitazione del numero delle nuove assunzioni. Strumenti e metodologie alternative risultano le seguenti:

- maggior ricorso a medici summaisti, sia aumentando le ore di quelli già assunti a tempo indeterminato, sia assumendo personale a tempo determinato in ambito di progetti per il contenimento delle liste di attesa;
- aumento ed ampliamento delle attività nell’ambito di Ambulatori Aperti nei giorni festivi, feriali e negli orari preserali con il ricorso all’area a pagamento, fuori dall’orario di servizio per il personale delle ASST con il coinvolgendo in questi progetti il personale delle strutture private.

L’attività libero professionale

L’analisi ha mostrato che le ATS hanno posto come ormai irrinunciabile l’esposizione nei flussi dei dati dell’attività svolta in libera professionale. L’analisi di tali informazioni permetterà di valutare quale

Missione valutativa

potrebbe essere il ruolo dell'ALPI nella riduzione delle liste di attesa e permetterà di gestire meglio ed in accordo con tutte le parti ulteriori sperimentazioni gestionali. Da tempo tutte le ASST hanno, alcune in maniera più evidente, previsto canali differenziati di prenotazione per le attività istituzionali ed in ALPI con modalità di informazione al cittadino/paziente che lo rendano consapevole delle scelte che sta compiendo e non offrendo l'impressione che le attività di ALPI siano una alternativa alle attività erogata dal SSR. Con la conferma che il 5% degli introiti derivati dell'ALPI saranno dedicati all'assunzione di professionisti nell'ottica della riduzione dei tempi di attesa si sta rafforzando anche la prospettiva che l'ALPI possa essere integrata nel sistema delle cure come vera possibilità di scelta del cittadino.

Le risorse strutturali

Si può valutare l'accorpamento in alcune strutture delle prestazioni ambulatoriali e delle relative risorse (infrastrutturali, tecnologiche, umane). Questo ambito si riferisce più specificatamente all'ambito di azione delle strutture deputate alla erogazione delle prestazioni. Alcune ASST stanno portando a compimento progetti specifici di accorpamento in strutture ad hoc delle unità a prevalente vocazione ambulatoriale. I benefici attesi da queste soluzioni logistico-organizzative sono aumentare il tasso di efficienza nell'utilizzo delle risorse dedicate alle prestazioni ambulatoriali (es front-office, servizi amministrativi, ecc.) e di rendere più semplice e funzionale l'accesso alle strutture e l'esperienza del paziente. A livello regionale, potrebbero essere promosse iniziative finalizzate a promuovere una riflessione circa gli impatti di tali iniziative di razionalizzazione delle risorse anche in altri contesti territoriali, bilanciando equità di accesso alle strutture, con esigenze di un miglior utilizzo delle risorse disponibili.

I sistemi di prenotazione e gestione delle agende

Regione Lombardia ha effettuato importanti investimenti al fine di centralizzare il sistema di prenotazione delle prime visite. Il sistema di prenotazione regionale rappresenta uno strumento di elevato e crescente utilizzo da parte dell'utenza. Rimangono ancora alcune criticità operative sulla gestione dei flussi informativi dalle aziende al CUP regionale; tuttavia si tratta di criticità in corso di progressiva risoluzione. A livello organizzativo programmatico le criticità più rilevanti sono state la mancanza di esposizione al CCR di tutte le agende di prenotazione da parte delle strutture private accreditate e la parziale non esposizione delle agende di secondo e terzo livello da parte dei presidi delle ASST. Questa situazione è stata condivisa da tutte le ATS come molto critica ed in probabile peggioramento nel momento in cui incomincerà la gestione del paziente cronico che, nella sua fase iniziale, tenderà a saturare tutta l'offerta disponibile. In questo contesto si inserisce l'evento mancata presentazione dell'utente, che assume un rilievo consistente nel momento in cui si richiede al sistema dell'offerta una sempre maggiore capacità di soddisfare la domanda. La criticità associata a questo evento è la mancata utilizzazione del tempo lavorativo ("idle time") e, in senso più ampio, una mancanza di disponibilità per un utente che ne avrebbe necessitato di più. Nel monitoraggio sarà, quindi, fondamentale focalizzare l'attenzione proprio sui momenti in cui questo fenomeno si verifica maggiormente per produrre opportune iniziative. Una strategia è rappresentata dall'overbooking, a patto di prevedere però la possibilità di dover gestire un'eventuale surplus di ingressi rispetto al preventivato. Un'altra strategia (tecnica lean) è rappresentata dalla riconfigurazione delle sessioni ambulatoriali sulla base del raggruppamento di prestazioni nei giorni della settimana caratterizzati da un minor tasso di non presentazione. Al fine di ridurre al minimo i tempi di attesa sarà importante

implementare l'organizzazione delle agende utilizzando al meglio il sistema di classi di priorità anche grazie ad un lavoro integrato tra medici di medicina generale e specialisti erogatori delle prestazioni sanitarie. Proprio in funzione di ciò è opportuno ricordare come il sistema CUP debba garantire la possibilità di effettuare successivamente analisi sui singoli prescrittori al fine di verificare l'appropriato utilizzo del sistema di priorità. Al fine di costruire agende funzionali è importante misurare i carichi di operatività delle diverse strutture di erogazione e dei professionisti che vi operano, in modo da saper quantificare l'offerta disponibile. In base a questa si costituiscono degli slot temporali per classi di priorità entro i quali vengono distribuiti i posti disponibili secondo percentuali stabilite a priori e modificabili conseguentemente all'andamento della domanda. I posti rimasti vuoti in una classe di priorità possono di conseguenza essere resi disponibili per le altre classi secondo il concetto del magazzino dinamico. Di norma questa trasferibilità è effettuata da una classe di priorità con tempo maggiore ad una con tempo minore, ma non è da escludersi l'inverso. Il fine di questa strategia è quello di fronteggiare l'oscillazione della domanda non prevedibile, ottimizzando la capacità di offerta delle aziende.

Modelli organizzativi

La sensibilità di una sempre maggiore attenzione a migliorare l'esperienza del paziente una volta giunto nelle strutture erogatrici accomuna molte ASST. Si evidenziano alcuni esempi di adozione di modelli gestionali innovativi (fast-track per alcune categorie di pazienti, condivisione di aree da parte degli specialisti che erogano le prestazioni, sistemi di monitoraggio dei tempi di attesa, ecc.) a supporto della gestione del percorso del paziente ambulatoriale, al fine di ridurre i disagi nell'accesso agli ambulatori e i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni. Meno significativi i casi in cui le aziende hanno adottato modelli e strumenti di monitoraggio sistematico della produttività delle piattaforme ambulatoriali (spazi, tecnologie e risorse umane). La nuova normativa regionale sui tempi di attesa ha previsto un nuovo ruolo organizzativo (il Responsabile Unico Aziendale). Si tratta di un'importante occasione per le aziende di ripensare in ottica integrata i percorsi ambulatoriali, al fine di evidenziare eventuali opportunità di miglioramento da un lato dell'esperienza di cura del paziente, dall'altro del recupero di efficienza da destinare ad un aumento dell'offerta lì dove necessario. La Regione potrebbe promuovere iniziative di studio e diffusione di conoscenza rispetto ai modelli organizzativi innovativi (in uso presso le aziende sanitarie regionali e in altri contesti nazionali e/o internazionali) che hanno dimostrato un impatto positivo in termini di accessibilità, accorciamento dei tempi di attesa e riduzione del fenomeno del *no-show*, la soddisfazione degli utenti e degli operatori.

Gli strumenti di monitoraggio

Le ATS, all'interno delle loro attività di controllo sugli erogatori, hanno impostato verifiche sia programmate sia casuali sulla correttezza dei flussi ambulatoriali. In generale si registra l'esigenza e l'impegno nei confronti di un potenziamento degli strumenti di monitoraggio. In particolare hanno attenzionato il numero di prestazioni prenotate ed erogate nello stesso giorno ovvero dove la differenza tra data di prenotazione e data di erogazione è zero, considerandolo un segnale di scarsa cura nel processo di prenotazione. Sono, inoltre, iniziati dei controlli più stringenti sulla esposizione nei flussi di rendicontazione delle prestazioni erogate in ALPI dalle ASST. I controlli previsti nelle due tipologie ex ante ed ex post devono diventare sempre più corretti e aggiornati in modo da permettere valutazioni in tempo reali che possano far implementare strategie anche sul breve periodo con una visione ampia e completa di tutto l'erogato, in qualsiasi tipologia e livello, dalle ASST. Il sistema

Missione valutativa

regionale di prenotazione alimenta il flusso informativo MOSA (Monitoraggio Offerta Sanitaria Ambulatoriale) che persegue l'obiettivo di raccogliere in maniera sistematica le informazioni sui tempi di attesa per ciascuna prestazione oggetto di monitoraggio e di informare le aziende sanitarie e i cittadini sull'offerta del SSR per prestazioni ambulatoriali con cadenza giornaliera. Strumento indispensabile per una corretta gestione dell'offerta ha ancora delle criticità irrisolte che si auspica siano in progressiva risoluzione ed in particolare:

- non vi sono esposte tutte le agende di prenotazione delle strutture private accreditate;
- non vi sono esposte le agende di prenotazione dell'attività in ALPI;
- non vi sono esposte le agende di prenotazione delle prestazioni complesse, di secondo e terzo livello e di quelle che richiedono preparazioni del paziente.
- La gestione trasparente e completa richiede il completamento dell'esposizione di tutte le possibilità di prenotazione che vengono offerte al paziente.

GLOSSARIO

Si riportano di seguito, in ordine alfabetico, alcune definizioni e abbreviazioni funzionali alla lettura del testo.

Agenas - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. È un ente pubblico non economico nazionale, che svolge una funzione di supporto tecnico e operativo alle politiche di governo dei servizi sanitari di Stato e Regioni, attraverso attività di ricerca, monitoraggio, valutazione, formazione e innovazione.

Agenda chiusa. Agenda di prenotazione temporaneamente (o periodicamente) chiusa, ovvero in ogni caso non disponibile per l'inserimento di nuove prenotazioni. La chiusura delle agende di prenotazione è vietata dalla Legge 266/2005 (Finanziaria 2006, art. 1 comma 282), che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori.

Agenda di prenotazione. Strumento informatizzato o cartaceo utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni. Le agende di prenotazione devono rimanere sempre aperte, ovvero disponibili per l'inserimento di nuove prenotazioni; la chiusura delle agende di prenotazione è vietata dalla Legge 266/2005 (Finanziaria 2006, art. 1 comma 282), che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori.

ALPI - Attività libero-professionale intramuraria. Riferita al personale medico e alle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario, indica (D.P.C.M. del 27/03/2000) l'attività che detto personale, individualmente o in équipe, esercita fuori dell'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio, in regime ambulatoriale, ivi comprese anche le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di *day-hospital*, di *day-surgery* e di ricovero, sia nelle strutture ospedaliere che territoriali, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

ASST - Azienda Socio Sanitaria Territoriale. Le ASST concorrono con gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Le ASST si articolano in due settori aziendali, rispettivamente definiti rete territoriale e polo ospedaliero, che afferiscono direttamente alla direzione generale. Il settore aziendale polo ospedaliero si articola in presidi ospedalieri e/o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri. Questo settore è prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta ed è sede dell'offerta sanitaria specialistica. Al settore aziendale rete territoriale delle ASST afferiscono: i presidi ospedalieri territoriali (POT) e i presidi socio sanitari territoriali (PreSST).

ATS - Agenzia Tutela Salute. Sono articolazioni amministrative della Regione che si proiettano nei territori. Tali strutture attuano la programmazione definita dalla Regione, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie tramite i soggetti accreditati e contrattualizzati pubblici e privati.

I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA

Back Office. Nell'organizzazione aziendale è quella parte di un'azienda (o di un'organizzazione) che comprende tutte le attività proprie dell'azienda che contribuiscono alla sua gestione operativa, come il sistema di produzione o la gestione.

CCR - Call Center Regionale. Regione Lombardia offre un servizio di Call Center con funzioni di: Servizio di informazione sulla Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS) e sul SISS (numero verde 800.030.606 gratuito per il chiamante sia da telefono fisso sia da telefono mobile) a supporto al cittadino e di assistenza telefonica per le varie tematiche inerenti alla "Carta Nazionale dei Servizi" e per l'utilizzo di questa per i servizi messi a disposizione dalla Pubblica Amministrazione Lombarda e per la socio-sanità per i servizi del Sistema informativo Socio-Sanitario (SISS); Servizio di prenotazione di visite ed esami specialistici in regime di Servizio Sanitario Nazionale, numero verde 800.638.638 gratuito da rete fissa, oppure da rete mobile lo 02.99.95.99, a pagamento al costo previsto dal proprio piano tariffario.

CUP - Centro Unificato di Prenotazione. Sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.), strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

Chiamata Outbond: L'outbound è l'operatore che lavora sulle telefonate in uscita. È il call center che contatta i clienti chiamandoli al telefono.

Classe di priorità. Indica un sistema di classificazione che consente di differenziare l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità e/o urgenza del quadro clinico. Ad oggi è prevista una specifica codifica per le prestazioni ambulatoriali ("U": urgente; "B": breve; "D": differibile; "P": programmata) ed una codifica A, B, C, D per le prestazioni di ricovero ("A": entro 30 giorni; "B": entro 60 giorni; "C": entro 180 giorni; "D": senza attesa massima definita, comunque non superiore ai 12 mesi). L'indicazione della classe di priorità è obbligatoria per il medico prescrittore, e, nel caso in cui nella ricetta siano presenti più prestazioni, la classe di priorità è ricondotta a tutte le prestazioni presenti.

Condizioni di erogabilità. Definite dal D.M. 9 dicembre 2015, sono le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi in assenza delle quali la prestazione specialistica risulta inappropriata, non può essere erogata nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e graverà quindi interamente a carico dell'assistito.

Day Hospital (Ricovero Diurno). È una modalità organizzativa di assistenza ospedaliera nella quale il paziente rimane nella struttura solo il tempo necessario per accertamenti, esami o terapie (di solito mezza giornata o una giornata) e poi ritorna al proprio domicilio senza occupare un posto letto. Ciò consente un'economia di gestione ed è solitamente molto gradita dai pazienti che non hanno problemi di autonomia o di mobilità. È praticata soprattutto nella preparazione agli interventi chirurgici (day hospital

I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA

preoperatorio), nelle terapie antineoplastiche (day hospital oncologico o ematologico), nella chirurgia di piccola e media entità (daysurgery).

Drop-out (“no-show”). Mancata presentazione del cittadino che doveva ricevere la prestazione prenotata, presso il punto di erogazione, nella data e all'orario previsti, senza che ne sia stata data preventivamente disdetta.

EEPA - Enti Erogatori Privati Accreditati. Strutture sanitarie private autorizzate a erogare servizi e prestazioni a carico del Sistema Sanitario Regionale.

Erogatore. Struttura sanitaria pubblica o privata accreditata che eroga la prestazione all'utente sia in regime istituzionale che in ALPI. Le tipologie delle strutture eroganti sono le seguenti: Aziende sanitarie locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Policlinici Universitari a gestione diretta, IRCSS di diritto pubblico e strutture private accreditate.

Fluorangiografia. Esame utile a diagnosticare le patologie vascolari dell'occhio, fra cui la retinopatia, la degenerazione senile della macula, le occlusioni vascolari. Viene effettuato con uno strumento ottico che non prevede il contatto con l'occhio del paziente, ma tramite una semplice fotografia. Prevede l'iniezione per via endovenosa di un colorante, la fluoresceina, che si diffonde lungo vasi sanguigni.

Follow Up. Locuzione inglese con cui viene indicato il controllo, ripetuto nel tempo, del paziente, mediante visite ambulatoriali successive, al fine di seguire l'evoluzione di un processo morboso e di valutare la risposta alla terapia instaurata. (*vedi anche Visita o esame di controllo*)

Front office. Nell'organizzazione aziendale indica l'insieme delle strutture di un'organizzazione che gestiscono l'interazione con il cliente.

Flusso 28/SAN. Flusso informativo istituito in Regione Lombardia con Circolare N. 28/SAN del 1996 nell'ambito delle attività di finanziamento e controllo del Servizio sanitario regionale rispondente all'esigenza prioritaria di rilevare analiticamente le prestazioni erogate per consentire la puntuale remunerazione delle stesse.

Garanzia dei tempi massimi. Indica la situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi, per classe di priorità, previsti per le prestazioni ambulatoriali oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

Indicazioni di appropriatezza prescrittiva. Definite dal D.M. 9 dicembre 2015, sono le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi o alla coerenza con le indicazioni di enti regolatori nazionali o internazionali specificate, in assenza delle quali la prestazione, comunque erogabile nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale, risulta ad alto rischio di inappropriatezza.

I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA

Lista di attesa. Indica l'elenco dei pazienti in attesa di ricevere una determinata prestazione sanitaria, ed esprime la numerosità della domanda registrata per la prestazione in rapporto al tempo di soddisfacimento della domanda stessa.

Livelli essenziali di assistenza (LEA). Definiti per la prima volta con D.P.C.M. del 29 novembre 2001 ed aggiornati con D.P.C.M. del 12 gennaio 2017, indicano l'insieme di tutte le prestazioni, servizi e attività che i cittadini hanno diritto a ottenere dal SSN, allo scopo di garantire in condizioni di uniformità, a tutti e su tutto il territorio nazionale. La definizione dei LEA comprende il riconoscimento all'interno degli stessi dell'erogazione delle prestazioni entro tempi adeguati alle necessità cliniche, dando particolare rilevanza ai criteri di appropriatezza, di trasparenza, d'urgenza.

MMG - Medico di Medicina Generale. È il medico di scelta fiduciaria da parte del cittadino e fornisce assistenza di primo livello nel proprio studio medico, al domicilio dell'assistito, nelle strutture residenziali (RSA, Case di riposo, Ospedali di comunità). È responsabile dell'erogazione di cure integrate e continuative ad ogni singola persona che ricerca cure mediche indipendentemente dal sesso, dall'età e dal tipo di patologia.

MOC - Mineralometria Ossea Computerizzata. Esame radiologico che misura la massa e la densità dei minerali (sali di calcio) contenuti nello scheletro, permettendo la diagnosi di osteopenia o osteoporosi.

Modalità di prenotazione. In riferimento alla modalità di accesso, sono comprese tutte le possibili tipologie di accesso alla prenotazione previste dall'Azienda sanitaria: sportelli di prenotazione, via telefonica, via telematica (farmacie, MMG collegati in rete con l'Azienda), via Internet, ecc. In riferimento alla modalità di registrazione della prenotazione, è compresa sia quella informatizzata che quella su supporto cartaceo.

Monitoraggio. Il monitoraggio dei tempi di attesa consente di analizzare l'andamento del fenomeno e di riformulare l'offerta al fine di fronteggiare situazioni di criticità. Sono incluse nel monitoraggio le prestazioni che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostica/terapeutica; sono invece esclusi tutti gli accessi diretti, le visite o gli esami di controllo programmato e le prestazioni inserite in programmi di screening. Il monitoraggio può essere effettuato con modalità *ex ante* (rilevazione prospettica, in un determinato giorno/periodo indice, della differenza in giorni fra la data di richiesta/prenotazione della prestazione e la data assegnata come prima disponibilità per l'erogazione della stessa) o *ex post* (rilevazione retrospettiva del tempo realmente intercorso fra la data di prenotazione della prestazione e l'erogazione della stessa). Ambedue le modalità di rilevazione presentano vantaggi e svantaggi, e i due tipi di approccio non sono vicendevolmente esclusivi ma anzi debbono auspicabilmente essere applicati entrambi ad un set di prestazioni individuate come critiche.

MOSA - Monitoraggio Offerta Sanitaria Ambulatoriale. È un flusso informativo regionale istituito da Regione Lombardia con D.G.R. n. X/2989 del 23/12/2014, con l'obiettivo di uniformare le informazioni riguardanti l'erogazione delle prestazioni sanitarie da parte delle aziende pubbliche e private accreditate ed i relativi tempi di attesa.

NOC - Nuclei Operativi di Controllo. I NOC verificano, con funzioni ispettive, l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni da parte delle strutture pubbliche e private accreditate convenzionate.

I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA

Open Data. Alcuni tipi di dati (informazioni, dati numerici, ecc.) che possono essere liberamente utilizzati, riutilizzati e redistribuiti, secondo le indicazioni presenti nella licenza d'uso (Italian Open Data License v2.0). I dati aperti sono disponibili in un formato aperto, standardizzato e leggibile da un'applicazione informatica per facilitare la loro consultazione e incentivare il loro riutilizzo anche in modo creativo e a loro volta devono essere rilasciati attraverso licenze libere che non ne impediscano la diffusione e il riutilizzo da parte di tutti i soggetti interessati.

ORL – Otorinolaringoiatria. Branca della medicina che si occupa di prevenzione, diagnosi e terapia sia medica sia chirurgica delle patologie del distretto testa-collo, ossia dell'orecchio (udito ed equilibrio), del naso (respirazione e apnee del sonno) e della gola (voce e deglutizione).

Outbond – *vedi Chiamata out bond.*

Outpatient – *vedi Prestazione ambulatoriale.*

Overbooking. Indica la situazione per cui si fissa un numero di prenotazioni superiore al di sopra delle disponibilità effettive di erogazione.

PDTA - Percorsi diagnostico-terapeutici Assistenziali. Strumenti organizzativi che consistono in sequenze predefinite, articolate e coordinate di prestazioni, ambulatoriali e/o di ricovero, con la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, finalizzate a realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica patologia. Queste sequenze sono indirizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità di accesso differenziati a seconda della gravità del singolo caso, per un risultato di alto standard qualitativo sia nelle dimensioni tecnico-professionali che nei tempi di risposta complessivi.

PLS - Pediatra di Libera Scelta. È il medico di fiducia preposto alla tutela dell'infanzia, dell'età evolutiva e dell'adolescenza. I pediatri sono infatti impegnati nella prevenzione, cura e riabilitazione dei bambini e dei ragazzi tra 0 e 14 anni.

PNGLA - Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa. Sono le linee guida emanate dal Ministero della Salute sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa.

Prestazione ambulatoriale (*outpatient*). Atto clinico-assistenziale, di natura diagnostica e/o terapeutica, erogato da professionisti/strutture nei riguardi di paziente le cui condizioni di salute e i cui bisogni assistenziali non necessitano di un ricovero ospedaliero di più giorni, ma di accessi che si concludono al massimo nell'arco della giornata. L'assistenza ambulatoriale specialistica comprende visite ambulatoriali specialistiche, prestazioni di laboratorio, prestazioni di diagnostica per immagini e prestazioni riabilitative e terapeutiche. Per quanto pertiene al monitoraggio dei tempi di attesa, sono oggetto di rilevazione alcune tipologie di visite specialistiche e prestazioni di diagnostica strumentale.

Prestazione da garantire. Prestazione, contenuta in un elenco nazionale e/o regionale, per la quale si prevede la garanzia dei tempi massimi di attesa (vedi "Garanzia dei tempi massimi").

I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA

Prestazioni di primo livello. Sono visite o esami utili per un primo orientamento diagnostico; vengono richieste dal medico curante o dallo specialista.

Prestazioni di secondo livello. Sono visite o esami di approfondimento o di elevata complessità che richiedono un elevato livello specialistico; vengono richieste dal medico specialista.

Prestazione in regime di solvenza. Prestazione a pagamento (privata).

Prima data prospettata. Le prestazioni in cui risulta che il cittadino all'atto della prenotazione abbia preferito un'altra data, oppure un altro presidio di accesso.

Primo accesso (prima visita o esame). Questa definizione include (D.G.R. n. 1775/2011):

- visite o accertamenti diagnostici strumentali in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta e per il quale viene formulato un preciso quesito diagnostico, erogati da specialista diverso dal primo osservatore;
- accessi effettuati da assistiti 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.

PRGLA - Piani regionali per il governo delle liste di attesa. Sono le linee guida regionali sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa.

RMN - Risonanza magnetica. Metodica diagnostica non invasiva che utilizza radiazioni elettromagnetiche. Il segnale che si ottiene dalle radiazioni viene elaborato da un computer in grado di visualizzare sullo schermo la corrispondente immagine su vari piani del corpo umano.

SEB-GP - Servizio Gestione Prenotazioni. Servizio di gestione prenotazione del sistema informativo Socio-Sanitario (SISS) che negozia gli appuntamenti sulle agende dei singoli Centro Unificato di Prenotazione (CUP) delle Aziende Ospedaliere pubbliche e private proponendo al Cittadino la prima disponibilità. Il SEBGP del SISS è multicanale e può essere utilizzato dai Medici, Farmacie e direttamente via Internet.

SISS - Sistema Informativo Socio-Sanitario. Il Sistema Informativo Socio-Sanitario (SISS) è l'insieme delle applicazioni e delle infrastrutture informatiche presenti sul territorio (sistemi informativi di farmacie, medici, ospedali, Regione Lombardia, ecc.) che concorrono all'erogazione dei servizi socio-sanitari all'interno della Regione Lombardia. Nasce con l'obiettivo di fornire informazioni e documentazione pubbliche e creare, per gli utenti abilitati, un unico punto di accesso ai servizi online loro destinati (Modelli di Maturità, Lettere di Designazione Responsabili trattamento dati, etc...).

SMAF (piattaforma) - Sistema Modulare Acquisizione Flussi. Sistema dedicato alla acquisizione dei debiti informativi ed allo scambio dati tra Regione Lombardia e gli Enti del Territorio. Consente alle strutture ed agli enti invianti di assolvere alla richiesta d'invio flussi, ottenere un immediato riscontro della correttezza dei dati inviati, ricevere notifiche degli esiti dell'elaborazione e/o dei dati estratti periodicamente, oltre a poter storicizzare ogni invio effettuato.

I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA

SSN - Sistema Sanitario Nazionale. Nell'ordinamento giuridico italiano, identifica il complesso delle funzioni, delle attività e dei servizi assistenziali gestiti ed erogati dallo Stato italiano.

Sumaista. Il SUMAI (Sindacato Unico Medici Ambulatoriali) rappresenta la quasi totalità dei medici ambulatoriali, ossia coloro che agiscono sul territorio o in ospedale per curare patologie di interesse specialistico. Il termine “*sumaista*” viene utilizzato – in accezione estensiva – per indicare il medico ambulatoriale.

TAC - Tomografia Assiale Computerizzata. Esame diagnostico per immagini che impiega un'apparecchiatura a base di raggi X per riprodurre al computer “sezioni” e ricostruzioni tridimensionali della regione corporea indagata. È un esame prescritto per chiarire dubbi diagnostici di una certa importanza quando indagini più semplici come la radiografia o l'ecografia non hanno potuto fornire una risposta chiara.

Tempo di attesa. Si intende il periodo (numero di giorni) che intercorre fra la data di richiesta (prenotazione) e la data di effettuazione (erogazione) di una prestazione sanitaria. Il tempo di attesa calcolato ex ante indica il tempo prospettato all'utente al momento della prenotazione, mentre quello calcolato ex post indica il tempo effettivo che il paziente ha atteso per ricevere la prestazione. Per alcune prestazioni, contenute in elenchi nazionali e/o regionali, è prevista, a meno di particolari condizioni (fra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità), la *garanzia dei tempi massimi di attesa* per classe di priorità, fissati come standard dalla Regione in attuazione delle indicazioni nazionali. Per queste prestazioni vi è dunque la garanzia dell'erogazione del servizio sanitario entro tempi massimi giudicati appropriati rispetto alla patologia e alle necessità di cura.

Visita o esame di controllo (*follow up*), accesso successivo. Questa definizione include (D.G.R. n. 1775/2011):

- visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia. In esse il problema viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione sanitaria esistente viene aggiornata: si tratta di prestazioni finalizzate, ad esempio, a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, 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;
- prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti ai quali è già stato fatto un inquadramento diagnostico e che necessitano di approfondimento);
- tutte le prestazioni prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia sulla ricetta.

Rispetto ai primi accessi, tali prestazioni possono essere programmate ed erogate in un maggiore arco di tempo (di norma entro 180 giorni dal primo accesso), e comunque nei tempi eventualmente indicati sulla prescrizione, in quanto gli stessi non vanno ad influenzare sulla prognosi e sul corretto svolgimento dell'iter terapeutico.

I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA

Volumi erogati Si riferiscono alla quantità complessiva di prestazioni ambulatoriali erogate, in un periodo specifico, in attività istituzionale e in attività libero professionale intramuraria ed intramuraria allargata. I volumi erogati richiesti per l'attività istituzionale e per l'ALPI devono comprendere non solo le prime visite/prestazioni, ma l'insieme totale di esse, quindi anche i controlli; per l'attività istituzionale devono prevedere anche le prestazioni di screening e quelle erogate presso le strutture private accreditate.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Progetto Mattone “Tempi di attesa”, Principi generali e proposte operative - Relazione conclusiva (2006).
- Ministero della Salute. Le risposte attuali del Servizio Sanitario Nazionale, Capitolo 7 “Sistema di valutazione dell’assistenza del Servizio Sanitario Nazionale” (2011).
- Castaldi S. Liste di attesa: strumenti di controllo della domanda sanitaria o artefici di disuguaglianza nell’accesso alle cure? *Politiche Sanitarie*. 2009; 10 (4): 243-7.
- Siciliani L, Borowitz M, Moran V (Eds.). Waiting Time Policies in the Health Sector – What Works? OECD Health Policy Studies, OECD Publishing (2013).
- IOM (Institute of Medicine), Committee on Optimizing Scheduling in Health Care. Kaplan G, Hamilton Lopez M, McGinnis JM (Eds.). Transforming Health Care Scheduling and Access: Getting to Now. Washington, DC: The National Academies Press (2015).
- Buchanan J. The Inconsistencies of the National Health Service. Institute of Economic Affairs, I.E.A. Occasional Papers, London (1965).
- Rebba V. I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell’accesso alle cure? *Politiche Sanitarie*. 2009; 10 (4): 221-42.
- Gupta D, Denton B. Appointment scheduling in health care: Challenges and opportunities. *IIE Transactions* 2008; 40: 800-19. doi: 10.1080/07408170802165880.
- Mariotti G, Meggio A, De Pretis G, et al. Improving the appropriateness of referrals and waiting times for endoscopic procedures. *J Health Serv Res Policy*. 2008 Jul;13(3):146-51. doi: 10.1258/jhsrp.2008.007170.
- Nuti S, Vainieri M. Managing waiting times in diagnostic medical imaging. *BMJ Open* 2012;2:e001255. doi:10.1136/bmjopen-2012-001255.
- Landi S, Ivaldi E, Testi A. Socioeconomic status and waiting times for health services: An international literature review and evidence from the Italian National Health System. *Health Policy*. 2018 Jan 12. pii: S0168-8510(18)30005-8. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.01.003.
- Thompson DA, Yarnold PR. Relating patient satisfaction to waiting time perceptions and expectations: the disconfirmation paradigm. *Acad Emerg Med*. 1995 Dec;2(12):1057-62.
- Ferreira DC, Marques RC, Munes AM, et al. Patients’ satisfaction: The medical appointments valence in Portuguese public hospitals. *Omega* 2017; 13 (3): 1-19.
- EURISPES, ENPAM. Il termometro della salute - 1° Rapporto sul sistema sanitario. Minerva Edizioni, Bologna (2018).
- ISTAT. La situazione del Paese – Rapporto Annuale 2015.
- Quaderni del Ministero della Salute. Cittadini e salute: la soddisfazione degli Italiani per la sanità, n° 5, settembre-ottobre 2010.
- VII Rapporto RBM – Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata. Il futuro del Sistema Sanitario in Italia tra universalismo, nuovi bisogni di cura e sostenibilità (2017).
- Federconsumatori, Forum Ania Consumatori. Costi ed efficacia del Servizio Sanitario Nazionale (2017).
- Costa G, Crialesi R, Migliardi A, et al. (Eds.). Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute. Rapporti ISTISAN 16/26 (2016).

Missione valutativa

- Siciliani L, Moran V, Borowitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy*. 2014 Dec;118(3):292-303. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.08.011.
- Rouppe van der Voort MM, van Merode FG, Berden BH. Making sense of delays in outpatient specialty care: a system perspective. *Health Policy*. 2010 Sep;97(1):44-52. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.02.013.
- Muraro G, Rebba V. Bisogno di salute e governo della domanda: gli strumenti del governo della domanda. *Salute e territorio*. 2004; 25 (143): 102-7.
- Mariotti G, Siciliani L, Rebba V, et al. Waiting time prioritisation for specialist services in Italy: the homogeneous waiting time groups approach. *Health Policy*. 2014 Jul;117(1):54-63. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.01.018.
- Gutacker N, Siciliani L, Cookson R. Waiting time prioritisation: Evidence from England. *Soc Sci Med*. 2016 Jun;159:140-51. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.05.007.
- Siciliani L. Domanda e offerta di servizi sanitari, priorità e tempi di attesa. *Politiche Sanitarie*. 2012; 13 (1): 4-9.
- Rebba V, Rizzi D. Waiting Times and Cost Sharing for a Public Health Care Service with a Private Alternative: A Multi-agent Approach. Working Papers, Department of Economics. Ca' Foscari University of Venice. No. 18/WP/2011. ISSN 1827-3580.
- Propper C, Sutton M, Whitnall C, et al. Did 'targets and terror' reduce waiting times in England for hospital care? *BE Journal of Economic Analysis & Policy* 2008; 8 (2): Article 5. doi:10.2202/1935-1682.1863.
- Propper C, Sutton M, Whitnall C, et al. Incentives and targets in hospital care: evidence from a natural experiment. *Journal of Public Economics* 2010; 94:318–35.
- Ministero della Salute, Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale - Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio III ex D.G.PROGS. Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatelyzza (2012).
- Turkcan A, Toscos T, Doebbeling BN. Patient-Centered Appointment Scheduling Using Agent-Based Simulation. *AMIA Annu Symp Proc*. 2014; 2014: 1125–1133.
- Siciliani L. Does more choice reduce waiting times? *Health Econ*. 2005 Jan;14(1):17-23.
- Bickerdyke I, Dolamore R, Monday I, et al. Supplier-Induced Demand for Medical Services, Productivity Commission Staff Working Paper, Canberra, November 2002.
- Smethurst DP, Williams HC. Power laws. Are hospital waiting lists self-regulating? *Nature*. 2001 Apr 5;410(6829):652-3.
- Hanning M. Maximum Waiting-time Guarantee – a remedy to long waiting lists? Assessment of the Swedish Waiting-time Guarantee, Policy 1992-1996. *Acta Universitatis Upsaliensis Uppsala* (2005).
- Deluca J, Goldschmidt A, Eisendle K. Requests for dermatology specialist consultations show an inverse correlation with waiting time: an analysis of waiting time to access dermatology specialist health care in Bolzano, South Tyrol, Italy. *Br J Dermatol*. 2015 Apr;172(4):1133-5. doi: 10.1111/bjd.13344. Epub 2015 Feb 25.
- Fournier J, Heale R, Rietze LL. I can't wait: advanced access decreases wait times in primary healthcare. *Healthc Q*. 2012;15(1):64-8.

- De Belvis AG, Marino M, Avolio M, et al. Wait watchers: the application of a waiting list active management program in ambulatory care. *Int J Qual Health Care*. 2013 Apr;25(2):205-12. doi: 10.1093/intqhc/mzt015.
- Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 2000 Sep;7(8):45-50.
- Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003 Feb 26;289(8):1035-40.
- Litvak E, Fineberg HV. Smoothing the Way to High Quality, Safety, and Economy. *N Engl J Med*. 2013 Oct 24;369(17):1581-3. doi: 10.1056/NEJMp1307699.
- Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2011 Jul 11;171(13):1150-9. doi: 10.1001/archinternmed.2011.168.
- Mehrotra A, Keehl-Markowitz L, Ayanian JZ. Implementing open-access scheduling of visits in primary care practices: a cautionary tale. *Ann Intern Med*. 2008 Jun 17;148(12):915-22.
- Sampson F, Pickin M, O’Cathain A, et al. Impact of same-day appointments on patient satisfaction with general practice appointment systems. *Br J Gen Pract*. 2008 Sep;58(554):641-3. doi: 10.3399/bjgp08X330780.
- Newman ED, Harrington TM, Olenginski TP, et al. “The rheumatologist can see you now”: Successful implementation of an advanced access model in a rheumatology practice. *Arthritis Rheum*. 2004 Apr 15;51(2):253-7.
- Rouppe van der Voort MM, van Wijngaarden J, Janssen S, et al. Sustainability of improvements in access to outpatient specialist care in the Netherlands. *J Health Serv Res Policy*. 2014 Apr;19(2):94-101. doi: 10.1177/1355819613509083.
- Campaiola C. La sperimentazione dell’Open Access per le visite specialistiche di primo accesso. *Toscana Medica*. 2016 Jul/Aug; 7: 15-7.
- Ballini L, Negro A, Maltoni S, et al. Cochrane Library. Interventions to reduce waiting times for elective procedures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Feb 23; (2) CD005610.
- <http://accessibile.sancarolo.mi.it/?q=news/programma-straordinario-salute-expo-2015>
- LaGanga L, Lawrence S. Lean Options for Walk-In, Open Access, and Traditional Appointment Scheduling in Outpatient Health Care Clinics. Mayo Clinic Conference on Systems Engineering & Operations Research in Health Care. Rochester, Minnesota (2009).
- Chen CE, Chen CT, Hu J, et al. Walk-in clinics versus physician offices and emergency rooms for urgent care and chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 17; (2) CD011774.
- Modig N, Åhlström P. This is lean: resolving the efficiency paradox. Stockholm, Rheologica Publishing (2012).
- Skeldon SC, Simmons A, Hersey K, et al. Lean methodology improves efficiency in outpatient academic uro-oncology clinics. *Urology*. 2014 May;83(5):992-7. doi: 10.1016/j.urology.2013.11.048.
- D’Andreamatteo A, Ianni L, Lega F, et al. Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy*. 2015 Sep;119(9):1197-209. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.02.002.
- Moraros J, Lemstra M, Nwankwo C. Lean interventions in healthcare: do they actually work? A systematic literature review. *Int J Qual Health Care*. 2016 Apr; 28(2): 150–165. doi: 10.1093/intqhc/mzv123.

Missione valutativa

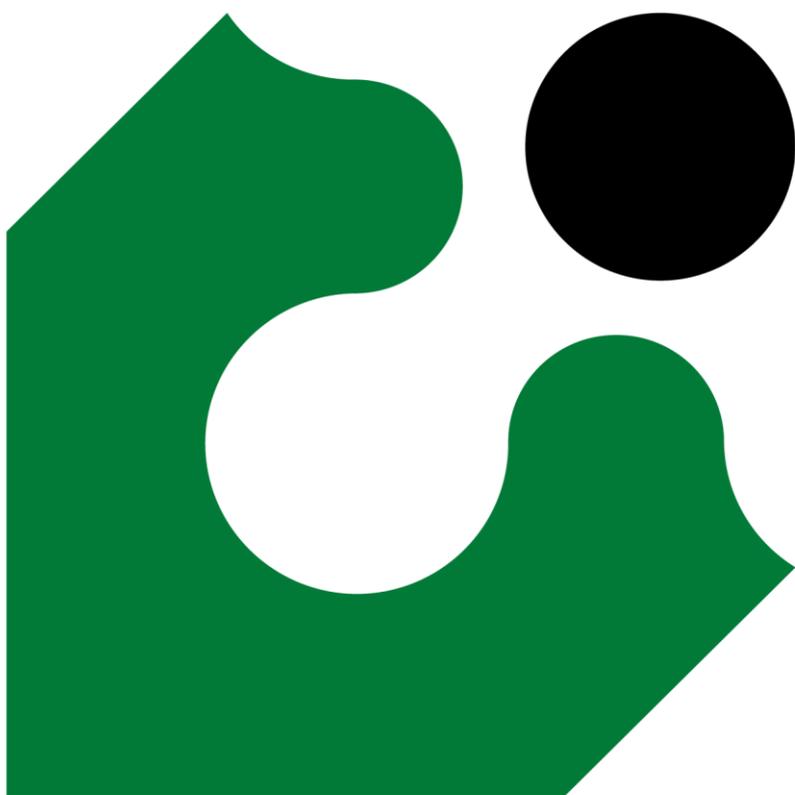
- LaGanga LR. Lean service operations: Reflections and new directions for capacity expansion in outpatient clinics. *Journal of Operations Management*. 2011; 29: 422-33.
- Viberg N, Forsberg BC, Borowitz M, et al. International comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects. *Health Policy*. 2013 Sep;112(1-2):53-61. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.06.013.
- Siciliani L. A note on the dynamic interaction between waiting times and waiting lists. *Health Econ*. 2008 May;17(5):639-47.
- <http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/tempi-e-liste-di-attesa>
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1302&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea
- <http://www.siss.regione.lombardia.it>
- Ministero della Salute. 4° Rapporto nazionale sull'utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi di attesa nei siti web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Roma (2011).
- Mich L, Franch M. Un modello per la valutazione dei siti web. Università di Trento - Dipartimento di Informatica e Studi Aziendali (2000).
- Maifredi G, Orizio G, Bressanelli M, et al. Italian hospitals on the web: a cross-sectional analysis of official websites. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2010 Apr 1;10:17. doi: 10.1186/1472-6947-10-17.
- Hasan L, Abuelrub E. Assessing the quality of web sites. *Applied Computing and Informatics*. 2011;9:11-29.
- Dalhousie University. 6 Criteria for Websites. https://cdn.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/library/CoreSkills/6_Criteria_for_Websites.pdf
- The University of Edinburgh. How to evaluate website content. <https://www.ed.ac.uk/information-services/library-museum-gallery/finding-resources/library-databases/databases-overview/evaluating-websites>

**Missione valutativa
I tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali
in Lombardia**

Codice: RES17006

luglio 2018

ALLEGATI



Missione valutativa

Il documento è prodotto nell'ambito della ricerca (cod. RES17001) affidata a Éupolis Lombardia dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione di Presidenza del Consiglio regionale della Lombardia. Con il 1 gennaio 2018 PoliS-Lombardia, Istituto regionale per il supporto alle politiche della Lombardia, subentra ad Éupolis Lombardia - Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione a seguito dell'accorpamento di ARIFL - Agenzia regionale per l'istruzione, la formazione e il lavoro (Legge Regionale 10 agosto 2017, n. 22).

Consiglio regionale della Lombardia

Dirigente di riferimento: Elvira Carola

PoliS-Lombardia

Dirigente di riferimento: Alessandro Colombo

Project Leader: Daniela Gregorio

Gruppo di ricerca:

Daniela Gregorio, Erika Rosa Cappelletti, Federica Nicotra, PoliS-Lombardia; Francesco Auxilia, Silvana Castaldi e Marta Marsilio, Università degli Studi di Milano.

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

INDICE

ALLEGATO 1 - LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO A LIVELLO NAZIONALE.....	5
Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012.....	5
Elenco delle prestazioni per cui sono previsti tempi massimi di attesa.....	5
Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	8
Monitoraggio dei tempi di attesa dei PDT nell'area cardiovascolare ed oncologica	11
Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di ALPI.....	11
Risorse per il piano di governo delle liste di attesa	11
ALLEGATO 2 - LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO DI REGIONE LOMBARDIA....	13
I principali provvedimenti in materia fino al recepimento del PNGLA 2010-2012.....	13
Il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa - D.G.R. n. IX/1775 del 24/05/2011	14
Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio	15
ALLEGATO 3 - TRACCIA INTERVISTA PER I DIRETTORI GENERALI DELLE	
ATS.....	28
Oggetto di analisi:	28
Dimensioni di analisi:.....	28
ALLEGATO 4 - TRACCIA INTERVISTA PER I DIRETTORI GENERALI DELLE	
ASST	29
Oggetto di analisi:	29
Dimensioni di analisi:.....	29
Prenotazione: Gestione della prenotazione	29
Prenotazione: Programmazione delle agende.....	30
Prenotazione: Gestione delle liste di attesa	30
Erogazione.....	30
Refertazione	30
Prenotazione follow up.....	31
Sperimentazioni avviate	31
ALLEGATO 5 – LA VALUTAZIONE DEI SITI WEB.....	32
I risultati della valutazione dei siti web.....	36
Valutazioni comparate.....	54

Missione valutativa

ALLEGATO 1 - LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO A LIVELLO NAZIONALE

Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012

Impegno comune del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano è stato quello di arrivare ad una intesa circa gli strumenti e le modalità operative con i quali affrontare la problematica delle liste di attesa, con l'obiettivo di promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda di prestazioni sanitarie con la garanzia dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Tale intesa è stata formalizzata in data 28 ottobre 2010 con la pubblicazione del **Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012**, al quale è seguita la pubblicazione da parte di ciascuna Regione e Provincia Autonoma del proprio Piano regionale attuativo. La Regione Lombardia, in particolare, ha recepito le disposizioni presenti nel Piano Nazionale con la Delibera 24 maggio 2011 - n. IX/1775.

Il paradigma fondamentale sul quale si basa il Piano è che la soluzione del problema delle liste di attesa non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso dall'utenza con adeguate strategie di governo della domanda, finalizzate a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, che si realizzano con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza e di priorità delle prestazioni e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

I punti chiave del Piano sono di seguito esplicitati:

- Individuazione delle prestazioni per cui sono previsti tempi massimi di attesa;
- Gestione delle attività libero-professionale intramuraria (ALPI);
- Indicazione delle risorse per il Piano di Governo delle Liste di Attesa;
- monitoraggio dei siti web regionale e delle aziende sanitarie;
- certificazione del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA;
- flusso informativo.

Elenco delle prestazioni per cui sono previsti tempi massimi di attesa

Il Piano prevede che le Regioni definiscano un elenco di prestazioni, ambulatoriali e in regime di ricovero, per le quali sono previsti tempi massimi di erogazione. In caso di mancata fissazione da parte della Regione, l'elenco è determinato dal Piano stesso. Tali prestazioni sono oggetto di monitoraggio¹. I suddetti tempi massimi devono poi essere recepiti dalle Aziende sanitarie nel proprio Programma Attuativo Aziendale (PAA).

I tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni dovranno essere garantiti al 90% degli utenti che ne fanno richiesta.

¹ Si precisa che gli esami di laboratorio non rientrano in questi elenchi perché erogati dalle strutture sanitarie senza necessità di prenotazione.

Tabella A1 Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012. Elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero per cui è previsto il monitoraggio dei tempi di erogazione.

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologia	89.7	8
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per Immagini		
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 – 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 – 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 – 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2
Altri esami Specialistici		
34	Colonscopia	45.23 – 45.25 – 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 – 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 – 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1 – 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia (1)	99.25	V58.1
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46	
48	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0 - 53.10	

(1) Le regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale;

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione (2)	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 – 48.6	Categorie 153 – 154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	36.10	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53	
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 – 32.4 – 32.5 – 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 – 28.3	

(2) le regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale

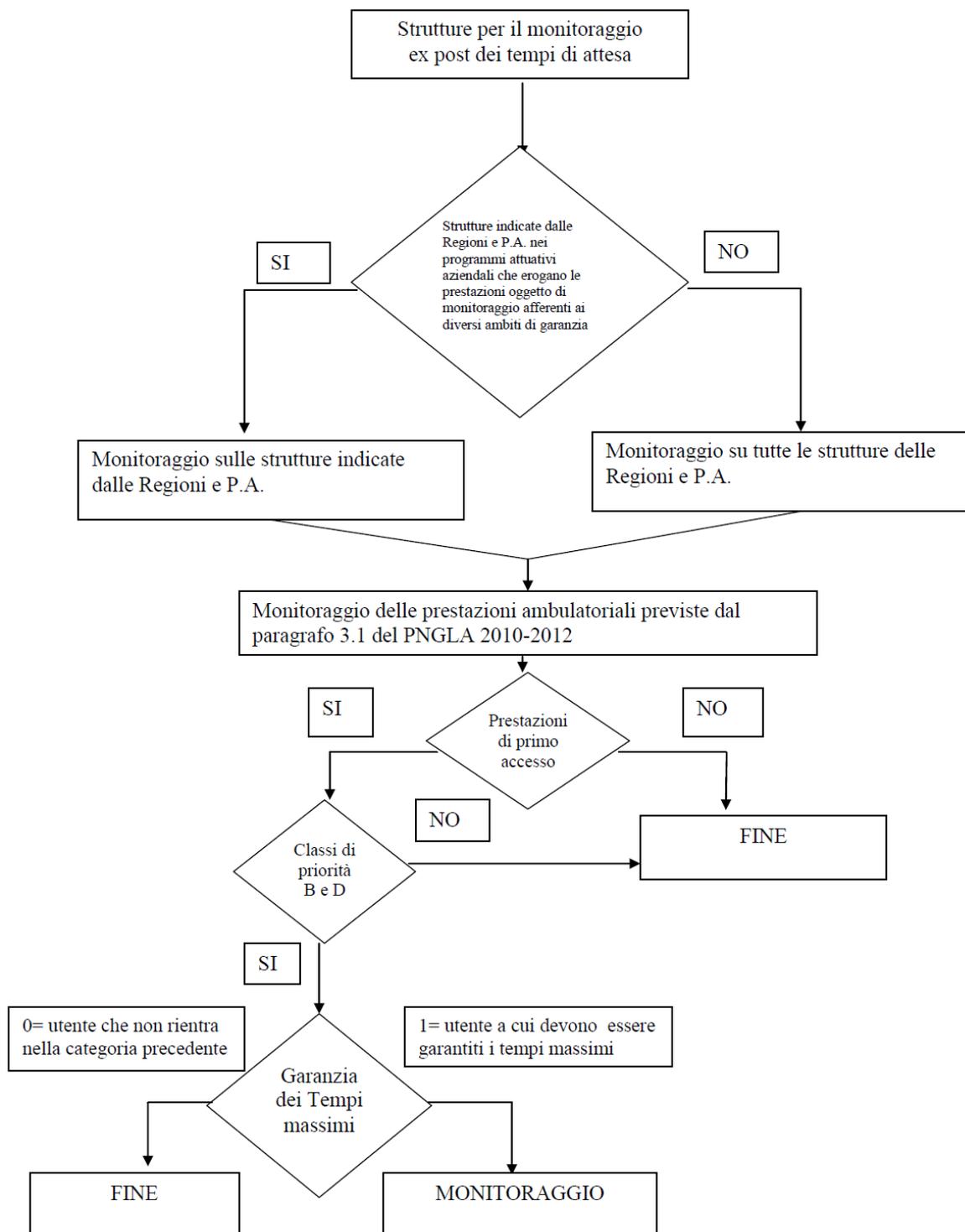
Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali

Sono oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa esclusivamente le classi di priorità B e D. Il monitoraggio viene effettuato attraverso due modalità.

- **Modalità ex post**, che consiste nella rilevazione *retrospettiva* del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta dal cittadino all'erogatore ("*appointment delay*"). Viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/03 ("Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge del 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici"), con l'implementazione apportata dall'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008. I dati vengono raccolti **mensilmente** da parte delle Regioni e Province Autonome e trasmessi al Ministero dell'Economia e Finanze con cadenza mensile entro il decimo giorno del mese successivo a quello di rilevazione; a sua volta il Ministero dell'Economia e Finanze trasmetterà i dati al Ministero della Salute entro la fine del mese successivo a quello di rilevazione. Laddove le Regioni trasmettano attraverso il flusso dell'ex art. 50 i codici delle prestazioni identificate secondo i propri nomenclatori regionali, per le finalità del monitoraggio dei tempi di attesa è necessario procedere con la transcodifica dei codici delle prestazioni.

Il processo individuato per la misura dei tempi di attesa *ex post* è riportato nella seguente flowchart.

Figura A.1 Flowchart per il monitoraggio *ex post* delle prestazioni specialistiche ambulatoriali



Fonte: Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 – Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa.

Missione valutativa

Per il monitoraggio devono essere inseriti obbligatoriamente i seguenti campi:

- data di prenotazione;
 - data di erogazione della prestazione;
 - tipo di accesso (“primo accesso” o “accesso successivo”);
 - classe di priorità (U, B, D, P);
 - garanzia dei tempi massimi (indica se l’utente accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari, fra cui una scelta dell’utente diversa dalla prima disponibilità, il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti; è obbligatoria solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D);
 - codice struttura che ha evaso la prestazione.
- **Modalità ex ante**, che consiste nella rilevazione *prospettica*, in un determinato periodo indice, del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data di erogazione prospettata (la prima disponibilità in agenda) e la data della richiesta della prestazione rivolta all’erogatore (rappresenta, in sostanza, il tempo di attesa così come viene percepito dall’utente). Si basa sulla rilevazione semestrale in una settimana indice stabilita a livello nazionale (il periodo indice è rappresentato dalla prima settimana dei mesi di aprile e ottobre di ciascun anno e le informazioni devono essere trasmesse entro il mese di maggio e novembre di ciascun anno). Il monitoraggio ex ante si dovrà effettuare solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D. Per il monitoraggio devono essere inseriti i seguenti campi:
- denominazione della *Regione*;
 - *codice ASL* del bacino territoriale di riferimento in cui operano tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN;
 - *anno di riferimento*;
 - *semestre di riferimento*;
 - numero *progressivo* che identifica la prestazione;
 - *codice nomenclatore* identificativo della prestazione;
 - *numero totale di prenotazioni* per ciascuna prestazione nella settimana indice;
 - *numero prenotazioni che devono essere garantite* dal SSR per ciascuna prestazione nella settimana indice;
 - *numero prenotazioni con classe di priorità B* fra tutte le prenotazioni che devono essere garantite dal SSR per ciascuna prestazione nella settimana indice;
 - *numero di prenotazioni garantite entro i tempi previsti (10 giorni) per la classe di priorità B*;
 - *numero prenotazioni con classe di priorità D* fra tutte le prenotazioni che devono essere garantite dal SSR per ciascuna prestazione nella settimana indice;
 - *numero di prenotazioni garantite entro i tempi previsti (30 o 60 giorni) per la classe di priorità D*.

Se le rilevazioni ex post sono più precise, ma non sono disponibili in tempi rapidi, quelle ex ante forniscono dati approssimativi ma in tempi brevi e pertanto possono essere utilizzate al livello regionale e aziendale, soprattutto per quei settori ritenuti critici. Tuttavia, ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali, è preferibile che entrambe le rilevazioni siano attive, seppur limitatamente al già citato set di prestazioni critiche.

Monitoraggio dei tempi di attesa dei PDT nell'area cardiovascolare ed oncologica

L'AgeNaS predispone la metodologia per il monitoraggio, anche in considerazione di quanto già definito nell'ambito del Mattone "Tempi di attesa", individua le patologie oggetto di monitoraggio con riferimento alle condizioni cliniche a forte impatto sociale per gravità, frequenza e costi, e definisce i relativi tempi massimi di attesa per ciascun PDT (che comunque, come già esposto, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica).

Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di ALPI

Il PNGLA 2010-2012 prevede, tra le misure promosse per il governo delle liste di attesa, il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria (ALPI). A tal fine si dà mandato ad AgeNaS di individuare, in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome, le procedure per il monitoraggio di tali prestazioni ambulatoriali, erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa e, successivamente, di trasmettere annualmente al Ministero della Salute e all'Osservatorio Nazionale per l'Attività Libero Professionale i risultati di tale attività. Il documento prodotto a tal fine da AgeNaS, "*Linee guida per il monitoraggio nazionale sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata*", esplicita che il monitoraggio nazionale sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria dovrà essere effettuato con metodologia **ex ante** a cadenza semestrale e nel corso di una settimana indice in tutte le Aziende Sanitarie italiane.

Il monitoraggio nazionale avrà luogo nelle stesse **5 giornate indice** nelle quali le Regioni effettueranno il proprio monitoraggio ex ante dei tempi di attesa per le prestazioni erogate in attività istituzionale.

I soggetti tenuti alla rilevazione sono esclusivamente le strutture pubbliche che erogano prestazioni in attività libero-professionale intramuraria individuale o in équipe o strutture private in cui vengono erogate prestazioni in attività intramuraria allargata (i privati accreditati sono esclusi in quanto non sono sede di attività libero-professionale intramuraria). L'Azienda sanitaria locale raccoglie i dati oggetto della rilevazione inclusi quelli ricevuti dalle strutture pubbliche ubicate nel proprio territorio (Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCSS di diritto pubblico, Policlinici Universitari a gestione diretta).

Le prestazioni ambulatoriali erogate in regime di attività libero-professionale intramuraria oggetto di monitoraggio risultano essere le medesime monitorate in ambito di attività istituzionale

Risorse per il piano di governo delle liste di attesa

Le Regioni si impegnano a destinare una quota delle risorse di cui all'art. 1, comma 34 della legge 662/1996 ("Misure di razionalizzazione della finanza pubblica") per il perseguimento degli obiettivi del presente Piano nazionale, anche al fine di realizzare un sistema che assicuri ai cittadini la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un Centro Unico di Prenotazione – CUP, al fine di integrare in modo

Missione valutativa

ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda, e per supportare la gestione dei PDTA. Le linee guida per la realizzazione del sistema CUP sono definite nel documento 52/CSR "Sistema CUP - Linee Guida Nazionali" recepite con l'accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 [vedi 4.1 *Centro Unificato di Prenotazione*].

ALLEGATO 2 - LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO DI REGIONE LOMBARDIA

I principali provvedimenti in materia fino al recepimento del PNGLA 2010-2012

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che il SSN si impegna a garantire a tutti i cittadini, comprende il riconoscimento all'interno degli stessi dell'erogazione delle prestazioni entro tempi adeguati alle necessità, dando particolare rilevanza ai criteri di appropriatezza, di trasparenza, d'urgenza. 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 Regione Lombardia ha adottato una serie di azioni finalizzate ad un efficiente ed efficace governo delle liste e dei tempi di attesa.

Molti degli attuali strumenti derivano dalle azioni adottate fin dal 1999, che nel tempo sono andate via via modificandosi e integrandosi per rispondere a nuove esigenze.

Con la D.G.R. n. VIII/2828 del 27 giugno 2006² la Lombardia si è dotata di un **primo piano organico per la gestione dei tempi di attesa**, che ha fatto sintesi delle indicazioni nazionali e regionali in materia.

Quindi, con la D.G.R. n. VIII/5743 del 31 ottobre 2007, dal maggio 2008 la Regione Lombardia ha disposto la raccolta dei dati delle rilevazioni prospettiche mensili attraverso un portale web dedicato, messo a disposizione di tutti gli erogatori, adeguatamente formati, che accedono attraverso ID e Password.

La D.G.R. n. VIII/9173 del 30 marzo 2009 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2009 - III provvedimento”* ha poi stabilito che per tutte le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale cosiddette “extrabudget”, finalizzate alla prevenzione o alla diagnostica o al monitoraggio in ambito oncologico, di radioterapia e dialitiche, i tempi di attesa relativi alle attività erogate per conto del Servizio Sanitario Regionale non debbano essere superiori a quelli previsti per le attività erogate in regime di libera professione e/o di solvenza.

La D.G.R. n. VIII/10804 del 16 dicembre 2009 *“Regole del SSR per l'anno 2010”* ha ribadito l'obbligo per le ASL di predisporre e formalizzare gli aggiornamenti dei Piani Attuativi in materia di tempi di attesa, con l'obiettivo di attualizzarli rispetto ad eventuali nuove priorità e necessità, ed il conseguente obbligo per le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico di presentare i piani semestrali aziendali di governo dei tempi di attesa, congruentemente con i piani attuativi delle ASL.

Inoltre, con la D.G.R. n. 10946 del 30 dicembre 2009 si è disposto:

- di modificare le percentuali di raggiungimento dei tempi di attesa obiettivo previste al punto 3 dell'allegato della D.G.R. n. VIII/2828 del 2006 (90%) portandole ad una soglia di almeno il 95% dei primi accessi;

² “Recepimento e prima attuazione dello schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266 (ai sensi art. 8, comma 6, L. 131/2003)”

Missione valutativa

- che le ASL, entro il 20 di gennaio del 2010, aggiornino i propri piani attuativi di governo e di contenimento dei tempi di attesa, congruentemente con la priorità indicata al punto precedente e lo stesso facciano le Aziende Ospedaliere, adeguando, sempre entro il 20 gennaio 2010, i propri Piani Aziendali semestrali di Governo dei Tempi di Attesa, di cui alla D.G.R. n. VIII/1375 del 14 dicembre 2005;
- che, a decorrere dall'esercizio 2010, anche i soggetti erogatori di diritto privato accreditati e a contratto che, sulla base della normativa vigente non sono tenuti a predisporre dei piani di governo dei tempi di attesa, debbano, come obbligo contrattualmente rilevante, adeguare, relativamente alle categorie di pazienti ed alle prestazioni di cui al punto 3 dell'allegato della citata D.G.R. n. VIII/2828 del 2006, la propria programmazione di erogazione delle prestazioni alle priorità definite dalle ASL;
- che fino a 45 milioni di euro siano destinati, nel corso della negoziazione in atto tra le ASL ed i soggetti erogatori per l'erogazione dei servizi nel corso del 2010, a finanziare in modo mirato e vincolato dei programmi, integrati a livello ASL, finalizzati a raggiungere l'obiettivo prioritario di avere almeno il 95% dei primi accessi relativi alle categorie di pazienti ed alle tipologie di prestazioni contemplate al punto 3 dell'allegato della D.G.R. n. VIII/2828 del 2006 entro i tempi massimi ivi previsti.

Infine, con la D.G.R. n. IX/937 del 1° dicembre 2010 "*Regole del SSR per l'anno 2011*" è stata programmata una distribuzione delle risorse finanziarie tale per cui può essere calcolata una disponibilità per gli erogatori pubblici o privati fino a 60 milioni di euro per il 2011 con le seguenti finalità: ridurre i tempi di attesa delle prestazioni soggette a monitoraggio periodico delle attese e favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti in età pediatrica in modo da evitare il più possibile interferenze con le attività lavorative dei genitori (la facilitazione dell'accesso si attua prevalentemente con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato).

La suddetta D.G.R. n. 937/2010 ha introdotto alcune novità in materia di raggruppamenti di priorità, al fine di monitorare puntualmente le priorità stabilite dalla D.G.R. n. VIII/2828 del 2006. Si è infatti previsto che, a partire dal 1° gennaio del 2011, il campo note fosse compilato dagli erogatori aggiungendo le seguenti codifiche: "On" per le prestazioni afferenti all'Area Oncologica; "CV" per le prestazioni afferenti all'Area Cardiovascolare; "MI" per le prestazioni afferenti all'Area Materno-Infantile; "Ge" per le prestazioni afferenti all' "Area Geriatrica". Inoltre con la suddetta deliberazione si è disposto che, nel caso in cui la classe di priorità non sia compilata dal prescrittore, si sottintende che la prestazione, per volontà implicita dello stesso, ricade nella categoria P (programmata).

Il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa - D.G.R. n. IX/1775 del 24/05/2011

Con la D.G.R. n. IX/1775 del 24/05/2011 la Regione Lombardia ha recepito l'intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul PNGLA 2010-2012 declinando quest'ultimo nel proprio **Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA)**.

La D.G.R. individua i criteri di priorità d'accesso nell'ambito delle prestazioni oggetto di monitoraggio per la Regione Lombardia; recepisce ed integra l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di ricovero che devono essere sottoposte a monitoraggio ed i relativi tempi massimi di attesa contenuto nel PNGLA 2010-2012.

La codifica del campo classe di priorità, obbligatoria per tutte le prescrizioni contenenti prestazioni di primo accesso di specialistica ambulatoriale, mantiene la classificazione nazionale con alcune integrazioni specifiche evidenziate in corsivo:

- "U" (Urgente): entro 72 ore; *a tale prescrizioni dovrà inoltre essere apposto il "bollino verde" (inizialmente introdotto come "etichetta verde" dalla D.G.R. n. 38571/1998);*
- "B" (Breve): da eseguire entro 10 giorni.
- "D" (Differibile): entro 30 giorni per le visite, 60 giorni per le prestazioni strumentali. Si tratta di prestazioni la cui tempestiva esecuzione non condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente;
- "P" (Programmata): da erogarsi in un arco temporale maggiore e *comunque non oltre 180 giorni.*

Nel caso in cui la classe di priorità non sia compilata dal prescrittore, la prestazione viene assegnata di default alla classe di priorità P. Inoltre, rientrano in categoria P gli accessi di follow up, da erogare in un arco di 180 giorni dal primo accesso.

A questo sistema di classificazione si affianca il concetto di raggruppamento di priorità per area di rischio, già introdotto dalla D.G.R. n. IX/937/2010, prevedendo la possibilità da parte degli erogatori di compilare il campo note aggiungendo le seguenti notifiche:

- "On" per le prestazioni afferenti all'Area Oncologica;
- "CV" per le prestazioni afferenti all'Area Cardiovascolare;
- "MI" per le prestazioni afferenti all'Area Materno-Infantile;
- "Ge" per le prestazioni afferenti all'Area Geriatrica (da intendersi applicata a partire dai 75 anni di età compiuti).

Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio

L'elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero sottoposte a monitoraggio con i rispettivi tempi massimi è disponibile nella tabella A2.

Tali prestazioni sono state individuate con riferimento a seguenti criteri:

- A. in specifiche aree critiche di bisogno assistenziale, per le quali è prevedibile un ricorso caratterizzato da un alto livello di appropriatezza, per cui è necessario garantire il diritto all'accesso nei tempi adeguati (area delle urgenze differibili, area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari), in ambiti che presentano forti differenze di accessibilità nelle diverse realtà regionali;
- B. per le prime visite specialistiche, tipicamente caratterizzate da una forte domanda assistenziale;
- C. in settori ad alta complessità tecnologica, per le quali, al contrario, si rileva un frequente ricorso inappropriato, a fronte di un costo elevato delle stesse.

In particolare, si precisa che:

- la Regione Lombardia prevede, rispetto al numero totale di prestazioni individuate dal PNGLA 2010-2012, l'inclusione in elenco di ulteriori **otto** prestazioni (*ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo; radiografia di pelvi e anca; radiografia della colonna lombosacrale; radiografia del*

Missione valutativa

torace di routine, nas; radiografia del femore, ginocchio e gamba; ecografia cardiaca; densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi X – lombare, femorale, ultradistale; intervento di cataratta con o senza impianto di lente oculare);

- sono escluse le prestazioni erogate nell’ambito della prevenzione attiva, per le quali la Regione Lombardia ha previsto provvedimenti specifici;
- *qualora i tempi massimi indicati nelle tabelle fossero inferiori a quelli propri della classe D (ovvero 30 per le visite e 60 per prestazioni diagnostiche), essi sono da considerarsi prioritari.*

Tabella A.2 Elenco delle prestazioni sottoposte a monitoraggio in Regione Lombardia per cui sono previsti tempi massima di attesa (le prestazioni evidenziate in colore giallo riguardano disposizioni aggiuntive della Regione Lombardia rispetto al PNGLA 2010-2012).

Codifica	Descrizione	Tmax in gg (area ONC)	Tmax in gg (area CV)	Tmax in gg (area MI)	Tmax in gg (area Ge)	Tmax in gg (priorità D)
89.7A.3	Prima visita cardiologica		16			30
89.7A.6	Prima visita chirurgia vascolare		16			30
89.7A.8	Prima visita endocrinologica/ diabetologica					30
89.13	Prima visita neurologica (neurochirurgica)				16	30
95.02	Prima visita oculistica					30
89.7B.7	Prima visita ortopedica					30
89.26.1	Prima visita ginecologica			16		30
89.7B.8	Prima visita ORL					30
89.7C.2	Prima visita urologica/androl ogica					30
89.7A.7	Prima visita dermatologica					30
89.7B.2	Prima visita medicina fisica e riabilitazione					30
89.7A.9	Prima visita gastroenterologi ca					30

I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA

89.7B.6	Prima visita oncologica	16				
89.7B.9	Prima visita pneumologica					30
87.37.1 – 87.37.2	Mammografia bilaterale e monolaterale	16				40
87.41 – 87.41.1	Tomografia computerizzata (TC) del torace, senza e con contrasto	16				40
88.01.1 – 88.01.2	Tomografia computerizzata (TC) dell'addome superiore, senza e con contrasto	16				40
88.01.3 – 88.01.4	Tomografia computerizzata (TC) dell'addome inferiore, senza e con contrasto	16				40
88.01.5 – 88.01.6	Tomografia computerizzata (TC) dell'addome completo, senza e con contrasto	16				40
87.03 – 87.03.1	Tomografia computerizzata (TC) del capo, senza e con contrasto				40	40
88.38.1 – 88.38.2	Tomografia computerizzata (TC) del rachide e dello speco vertebrale, senza e con contrasto				40	40
88.38.5	Tomografia computerizzata (TC) del bacino, senza e con contrasto				40	40

Missione valutativa

88.91.1 – 88.91.2	Risonanza magnetica nucleare (RM) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto	16				40
88.95.4 – 88.95.5	Risonanza magnetica nucleare (RM) dell'addome inferiore e scavo pelvico, senza e con contrasto	16				40
88.94.1 – 88.94.2	Risonanza magnetica nucleare (RM) muscolo-scheletrica, senza e con contrasto					40
88.93 – 88.93.1	Risonanza magnetica nucleare (RM) della colonna, senza e con contrasto					40
88.71.4	Diagnostica ecografica del capo e del collo					40
88.72.2	Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo		40			40
88.72.3	Eco(color)dopplergrafia cardiaca		40			40
88.73.5	Eco(color)dopplergrafia dei tronchi sovraortici		40			40
88.77.2	Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale,		40			40

I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN LOMBARDIA

	arteriosa o venosa					
88.74.1 – 88.75.1 – 88.76.1	Ecografia dell'addome superiore, inferiore o completo	16				40
88.73.1 – 88.73.2	Ecografia bilaterale e monolaterale della mammella	16				40
88.78 – 88.78.2	Ecografia ostetrico- ginecologica			40		40
45.23 – 45.25 – 45.42	Colonscopia con endoscopio flessibile, senza o con biopsia o polipectomia	16				60
45.24	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	16				60
45.13 – 45.16	Esofagogastrodu odenoscopia (EGD), senza o con biopsia	16				60
89.52	Elettrocardiogra mma		40			40
89.50	Elettrocardiogra mma dinamico		40			40
89.41 – 89.43	Test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o con cicloergometro		40			40
95.41.1	Esame audiometrico tonale				40	40
89.37.1 - 89.37.2	Spirometria semplice o globale				40	40

Missione valutativa

95.09.1	Esame del fundus oculi				40	40
93.08.1	Elettromiografia semplice (EMG)					60
88.26	Radiografia di pelvi e anca					7
87.24	Radiografia della colonna lombosacrale					7
87.44.1	Radiografia del torace di routine NAS					7
88.27	Radiografia del femore, ginocchio e gamba					7
88.72.1	Ecografia cardiaca		40			40
88.99.2	Densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi X – lombare, femorale, ultradistale					60
13.41	Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare				180	180

Fonte: D.G.R. n. 1775/2011.

Inoltre, rispetto al PNGLA 2010-2012, la Regione Lombardia stabilisce che le prestazioni di **radioterapia** siano sottoposte ad una specifica classificazione per i tempi massimi di attesa, definita in collaborazione con l'Associazione Italiana Radioterapia Oncologica – AIRO [Tabella A.3]

- **classe 1:** trattamenti palliativi in presenza di sintomi significativi (es. dolori ossei non controllati da terapia medica, disturbi neurologici, sindrome mediastinica, emorragie);
- **classe 2:** trattamenti palliativi che non rientrano nella classe precedente; trattamenti potenzialmente curativi in assenza di terapie mediche neoadiuvanti; trattamenti pre-operatori; casi selezionati di trattamenti post-operatori (in presenza di ritardi logistici);
- **classe 3:** trattamenti post-operatori, esclusi quelli di cui alle classi 2 e 4; casi selezionati di trattamenti curativi in tumori a lenta evoluzione (es. carcinoma della prostata);

- **classe 4** (inizio RT programmabile in relazione ad altri trattamenti): trattamenti programmati nel contesto di percorsi terapeutici multidisciplinari, nei quali la posticipazione della RT non influisca negativamente sulla sua efficacia terapeutica, ad es.: RT curativa per carcinoma della prostata dopo terapia ormonale neoadiuvante; casi selezionati di RT curativa dopo terapia medica neoadiuvante (es. chemioterapia neoadiuvante per neoplasie testa-collo, polmone ecc.); casi selezionati di RT post-operatoria dopo terapie mediche adiuvanti poco compatibili con RT concomitante (es. chemioterapia adiuvante con antracicline per carcinoma della mammella).

Tabella A.3 Elenco delle prestazioni di radioterapia sottoposte a monitoraggio in Regione Lombardia per cui sono previsti tempi massima di attesa

Codifica	Descrizione	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
92.24.01	Teleterapia con acceleratore lineare: con campo fisso o due campi contrapposti 2D	15	30	90	180
92.24.02	Teleterapia con acceleratore lineare: con campi multipli, di movimento 2D	15	30	90	180
92.24.03	Teleterapia con acceleratore lineare: con tecnica flash	15	30	90	180
92.24.05	Teleterapia con acceleratore lineare: con campi multipli o di movimento, tecniche 3D	15	30	90	180
92.24.06	Teleterapia con acceleratore lineare: con campi multipli o di movimento, tecniche con modulazione di intensità	15	30	90	180
92.24.07	Radioterapia stereotassica unica o prima seduta	15	30	90	180
92.29.K-	Radioterapia con tecniche ad intensità modulata ad archi multipli o di tipo elicale con controllo del posizionamento del paziente (IGRT) con TAC integrata (fino a 5 sedute)	15	30	90	180
92.29.L-	Radioterapia con tecniche ad intensità modulata ad archi multipli o di tipo elicale con controllo del posizionamento del paziente (IGRT) con TAC integrata (più di 5 sedute)	15	30	90	180
92.29.M	Radioterapia stereotassica senza casco con braccio robotico				

Fonte: D.G.R. n. 1775/2011.

Infine, per quanto riguarda le prestazioni inserite in percorsi diagnostico-terapeutici (**PDT**) in area **oncologica** e **cardiovascolare**, la Regione Lombardia si adegua alle indicazioni del PNGLA 2010-2012

Missione valutativa

(tempi massimi di attesa pari a 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica).

L'appropriatezza prescrittiva e la semplificazione delle classi di priorità - D.G.R. n. X/3993 del 04/08/2015

In seguito all'approvazione dell'Intesa Stato Regioni del 2 luglio 2015, recante le misure necessarie per la riduzione del fondo sanitario nazionale, la giunta regionale, con Delibera del 4 agosto 2015 n. 3993, individua le aree di ottimizzazione della spesa e fornisce indicazioni alle aziende sanitarie ai fini dell'attuazione della stessa. Tali azioni di razionalizzazione della spesa sono da considerarsi un obiettivo strategico per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie al pari dell'obbligo di garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA), pur contingentati dalla sopracitata rideterminazione degli obiettivi di spesa. In questo contesto trova spazio anche la promozione di misure atte a ridurre i costi attribuibili all'impatto dell'inappropriatezza, evidenziato da valutazioni effettuate in ogni Regione per quel che concerne erogatori pubblici e privati accreditati.

Sul tema dell'appropriatezza prescrittiva, l'Intesa prevede che con successivo decreto ministeriale (D.M. del 9 dicembre 2015) siano individuate le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva per 203 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e afferenti alle aree di Odontoiatria, Genetica, Radiologia diagnostica, Esami di laboratorio, Dermatologia allergologica, Medicina nucleare.

Si definiscono in particolare:

- **condizioni di erogabilità** le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi in assenza delle quali la prestazione specialistica risulta inappropriata e non può essere erogata nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale;
- **indicazioni di appropriatezza prescrittiva** le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi o alla coerenza con le indicazioni di enti regolatori nazionali o internazionali, in assenza delle quali la prestazione, comunque erogabile nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale, risulta ad alto rischio di inappropriatezza (vedi Allegato 5 - D.M. 09/12/2015. Elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale soggette a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva).

L'Intesa prevede che, al di fuori delle condizioni di erogabilità, le prestazioni siano a totale carico dell'assistito. Prospetta inoltre per il medico dipendente o convenzionato una riduzione economica del trattamento accessorio e delle quote variabili, pur rispettando i contratti nazionali di riferimento, qualora all'atto della prescrizione non dovesse rispettare i criteri di appropriatezza.

Sempre relativamente al tema dell'appropriatezza prescrittiva, al punto 5.3 della presente delibera si vengono a ridefinire le classi di priorità rettificando il D.G.R. n. 1775 del 2011 precedentemente esposto. Al fine di dare uniformità al contesto della rilevazione dei Tempi di Attesa a livello nazionale, e per facilitare l'introduzione della dematerializzazione delle prescrizioni di diagnostica ambulatoriale prevista dal progetto Ricetta Elettronica Dematerializzata, si procede a semplificare l'assegnazione delle classi di priorità *eliminando le specifiche afferenti ai raggruppamenti di priorità per area di rischio "On", "CV", "MI", "Ge"*, mantenendo esclusivamente, in aderenza a quanto già definito dal PNGLA

2010-2012, la definizione di classi di priorità **U** (per la quale è ancora prevista l'apposizione del "bollino verde"), **B, D, P**, con i relativi tempi obiettivo.

La D.G.R. n° X/6963 del 31/07/2017 "Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio-sanitarie territoriali (ASST) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2017" declina il nuovo sistema di valutazione (Allegato 1 della delibera), gli obiettivi di sviluppo e i relativi indicatori (Allegato 2 della delibera) per l'anno 2017 dei Direttori Generali delle Aziende e Agenzie Sanitarie lombarde (ATS, ASST e AREU).

Il punteggio massimo che può essere assegnato ad ogni Direttore generale è pari a 100 punti e si costruisce attraverso diverse e successive fasi (considerando anche l'autovalutazione rendicontata dalle Aziende/Agenzie):

Fase 1. Analisi e valutazione dell'andamento degli obiettivi legati alle **attività istituzionali**, svolta dagli uffici della Direzione Generale Welfare sulla base di opportuni indicatori. Gli indicatori sono raggruppati in cinque categorie comuni a ATS e ASST (evoluzione SSR, investimenti e sistema informativo; controllo di gestione e personale; programmazione rete territoriale; programmazione polo ospedaliero; prevenzione) più una specifica per le ATS (veterinaria). Si rimanda per l'elenco completo all'apposito allegato 2 della D.G.R. in questione; in questa sede, la tabella riportata presenta un estratto dei soli indicatori inerenti i tempi di attesa per l'attività specialistica ambulatoriale). Il contenuto degli obiettivi e degli indicatori che li declinano verifica il rispetto delle regole definite annualmente con la delibera di gestione del servizio sociosanitario. Essendo tali obiettivi ritenuti adempimenti imprescindibili, viene stabilito che solo un loro adeguato conseguimento permette di accedere alla successiva valutazione degli obiettivi di sviluppo del sistema. La percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi inerenti l'attività istituzionale è successivamente utilizzata per determinare il valore finale della valutazione degli obiettivi di sviluppo del sistema. Affinché nella procedura di valutazione un obiettivo inserito nell'allegato 2 della D.G.R. n° 6963/2017 sia ritenuto superato, deve essere realizzato nella misura almeno del 70%. Per poter passare alla valutazione degli obiettivi di sviluppo del sistema, deve essere valutato positivamente almeno il 70% degli obiettivi dell'area attività istituzionale assegnati ad ATS e ASST. Nel caso di mancato raggiungimento della soglia del 70%, non si procede alla valutazione degli obiettivi di sviluppo del sistema e non viene riconosciuta alcuna retribuzione di risultato.

Tabella 2.1 Estratto degli obiettivi di sviluppo e relativi indicatori inerenti i tempi di attesa per l'attività specialistica ambulatoriale, per l'anno 2017, dei Direttori Generali delle Aziende e Agenzie Sanitarie lombarde (ATS, ASST e AREU).

FASE 1 (ATTIVITÀ ISTITUZIONALI) PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO		
OBIETTIVI	INDICATORI	AZIENDE INTERESSATE
Applicazione contenuti DGR n. 1775/11 e s.m.i. e della DGR n. 3993/2015: - Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTA);	- Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015; - Evidenza della predisposizione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTA);	Tutte le ATS

Missione valutativa

<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio sulla esposizione delle agende e sulle azioni atte a fronteggiare i disagi derivanti dalle eccezionali sospensioni dell'attività erogativa; - Vigilanza sull'effettiva applicazione del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 - Art. 41. 	<ul style="list-style-type: none"> - Invio semestrale del resoconto riepilogativo sulle attività di sospensione di tutte le strutture di competenza territoriale; - Invio semestrale del resoconto relativo alla vigilanza circa l'applicazione della normativa sulla pubblicazione sui siti delle liste di attesa su tutte le strutture di competenza territoriale. 	
<p>Applicazione contenuti DGR n. 1775/2011 e smi e della DGR n. 3993/2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio ex ante Attività Istituzionale, Attività Libero Professionali Intramoenia, Allargata ed in regime di Solvenza - A.L.P.I. e S. - Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz) <p>Interventi di miglioramento e trasparenza dei tempi di attesa in attuazione di quanto stabilito con DGR 1775/2011 e con ex D.Lgs. 33/2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015; - Evidenza della predisposizione e trasmissione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz); - Attuazione dei disposti del punto 3.3.6. della DGR n. X/1185/2013 - "Interventi di miglioramento dei tempi di attesa". 	Tutte le ASST

Fonte: Estratto Allegato 2 - D.G.R. n° X/6963 del 31/07/2017

Fase 2. Analisi e valutazione degli **obiettivi di sviluppo del sistema** (peso 100 punti), svolta dagli uffici della Direzione Generale Welfare.

Questa classe di obiettivi è suddivisa ulteriormente in:

- **Obiettivi di performances ed esiti (peso 40 punti).** È verificato il posizionamento delle Aziende/Agenzie del SSL rispetto agli indicatori pubblicati sul Portale di Governo Regionale (<https://logindwh.servizirl.it>), all'interno del Servizio "Valutazione Performance", aggiornati periodicamente nell'anno 2017 in modo che ogni Direttore Generale possa verificare il proprio posizionamento e gli effetti dei provvedimenti presi per migliorarlo. Il punteggio assegnato considera il posizionamento alla fine dell'anno 2017. L'elenco degli indicatori è inserito nell'allegato 3 della D.G.R. e il peso è equidistribuito. L'obiettivo è ottenere un valore "alto" o "molto alto".

Il punteggio conseguito per ogni obiettivo è: pari al 100% se la struttura ottiene un valore "molto alto" (verde scuro) o "alto" (verde chiaro); pari al 50% se la struttura ottiene un valore "medio" (giallo); pari a 0 se la struttura ottiene un valore "scarso" (arancione) o "molto scarso" (rosso).

I sistemi di valutazione utilizzati sono il "Programma Nazionale Esiti – PNE" (sistema che valuta gli esiti degli interventi sanitari; i dati sono ottenuti con la stessa metodologia del PNE di AGENAS e sono restituiti sul Portale di Governo Regionale (<https://logindwh.servizirl.it>), all'interno del Servizio "Valutazione Performance") e il "Sistema di valutazione della performance" (sistema di valutazione che risponde all'obiettivo di fornire una modalità di

misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle aziende sanitarie. La metodologia adottata è quella del Network delle Regioni sviluppato in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. La D.G. Welfare utilizza una selezione di questi indicatori, pubblicati anch'essi sul Portale di Governo Regionale (<https://logindwh.servizirl.it>).

- **Obiettivi specifici aziendali (peso 35 punti).** Sono verificate le risultanze dell'analisi della rendicontazione di obiettivi specifici, assegnati in esclusiva ad ogni ASST/ATS del Servizio Sociosanitario Lombardo. L'elenco degli indicatori è inserito nel suddetto allegato 3 e il peso è equidistribuito. Il punteggio è assegnato sulla base della percentuale di raggiungimento di ogni singolo obiettivo.
- **Obiettivi di implementazione ed evoluzione del SSR (peso 25 punti).** Si tratta di obiettivi inerenti l'attuazione di quanto previsto dalle D.G.R. n. X/6164 del 30/01/2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015" e n. X/6551 del 04/05/2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009". L'elenco degli indicatori è inserito nell'Allegato 3 e il peso è equidistribuito. Il punteggio è assegnato sulla base della percentuale di raggiungimento di ogni singolo obiettivo.

Il punteggio complessivo di obiettivi di performance ed esiti, obiettivi specifici aziendali e obiettivi di implementazione ed evoluzione del SSR è numerico ed è ponderato con la percentuale di raggiungimento della Fase 1.

Tabella 2.2 Analisi e valutazione degli obiettivi di sviluppo del sistema

FASE 2 (OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA – PESO 100 PUNTI)		
OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI – PESO 35/100 PUNTI		
OBIETTIVI	INDICATORI	AZIENDE INTERESSATE
Obiettivo Osservatorio Epidemiologico Regionale	Trasmissione secondo le tempistiche definite nella Delibera delle Regole e nella circolare Flussi per l'anno 2017 dei flussi informativi sanitari e sociosanitari.	Tutte le ATS e ASST
Agende trasparenti: Flusso MOSA	Conferimento dei dati corretti e aggiornati di tutte le agende per ciascuna sede al fine di garantirne la pubblicazione	Tutte le ASST
FASE 2 (OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA – PESO 100 PUNTI)		
OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR – PESO 25/100 PUNTI		
OBIETTIVI	INDICATORI	AZIENDE INTERESSATE
ATS: Presa in carico del paziente cronico	<ul style="list-style-type: none"> - Trasmissione ai gestori della presa in carico dei dati epidemiologici e demografici della popolazione cronica del territorio (frequent users, patologie, ecc); - Organizzazione di adeguati momenti di informazione e comunicazione agli erogatori e ai medici di cure primarie; - Completamento del percorso di valutazione e selezione dei soggetti 	Tutte le ATS

	gestori.	
ASST: Presa in carico del paziente cronico	<ul style="list-style-type: none"> - Presentazione della candidatura come soggetto gestore; - Organizzazione del percorso di presa in carico e della filiera erogativa (con altri erogatori e i medici di cure primarie); Predisposizione del sistema informativo a supporto della presa in carico	Tutte le ASST

Fonte: Estratto Allegato 3 - D.G.R. n° X/6963 del 31/07/2017

Fase 3. Verifica della regolarità dell'attività in tema di trasparenza ed anticorruzione, attività svolta dagli uffici della D.G. Welfare sulla base della documentazione trasmessa dalla U.O. Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, trasparenza e privacy officer. Nel caso fossero rilevate tali fattispecie, il punteggio derivante dalla valutazione della Fase 2, viene decurtato di 5 punti.

Fase 4 ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria). Verifica dell'inserimento nei regolamenti aziendali della funzione di monitoraggio trimestrale sull'andamento delle liste d'attesa per prestazioni istituzionali ed in ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria) e monitoraggio degli invii, alla U.O. Controllo di gestione e personale della D.G. Welfare, dei report trimestrali. Il mancato rispetto di questa disposizione comporta una decurtazione di 5 punti rispetto alla valutazione della Fase 2.

Il risultato numerico ottenuto al termine della Fase 4 costituisce il punteggio finale.

La retribuzione di risultato sarà pari al valore del punteggio finale, espresso in percentuale.

Dalla Tabella 3.5 si può notare come tra gli obiettivi dei DG delle ASST vi sia anche l'attuazione dei disposti del punto 3.3.6 della D.G.R. n. X/1185 del 2013 – "Interventi di miglioramento dei tempi di attesa" che prevede:

- predisposizione e formalizzazione annuale da parte delle ASL (oggi ATS) degli aggiornamenti dei Piani attuativi con l'obiettivo di attualizzarli rispetto ad eventuali nuove priorità e necessità. Le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico dovranno, congruentemente con i Piani Attuativi delle ASL, presentare i Piani semestrali Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa (PGTAz);
- adempimento, da parte delle ASL e degli Enti Erogatori di diritto pubblico, al Decreto Legislativo n.33 del 14 marzo 2013 che all'Art. 41 comma 6 prevede quanto segue: "Trasparenza del servizio sanitario nazionale: gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti ad indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata "Liste di attesa", i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi per ciascuna tipologia di prestazione erogata";
- nel merito delle modalità di monitoraggio dei tempi di attesa, e nelle more dell'emanazione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, si richiama a quanto disposto dalla DGR n. IX/1775 del 24 maggio 2011, che recepisce l'Intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2010-2012. Nel corso del 2014 si prevede di effettuare almeno 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto del monitoraggio regionale. Per un'efficace esecuzione dell'attività di monitoraggio è indispensabile disporre, anche nel flusso informativo delle dimissioni ospedaliere, delle informazioni relative a "classe di priorità del ricovero" e "data di prenotazione del ricovero programmato" al miglior livello di completezza e correttezza di compilazione. La completa e corretta compilazione di tali informazioni costituisce inoltre un

adempimento fondamentale per l'accesso alle risorse aggiuntive del Servizio Sanitario Nazionale da parte delle Regioni e pertanto gli episodi di ricovero registrati in maniera non conforme saranno considerati non finanziabili per errori invalidanti.

ALLEGATO 3 - TRACCIA INTERVISTA PER I DIRETTORI GENERALI DELLE ATS

Oggetto di analisi:

Modalità di programmazione, monitoraggio e valutazione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (prima visita per *outpatient* SSN e Libera professione) degli erogatori sul territorio di competenza

Dimensioni di analisi:

- Modalità di programmazione dell'offerta di prestazioni ambulatoriali dei singoli erogatori sul territorio di competenza
 - Quali sono i canali di prenotazione e come vengono coordinati a livello di territorio di competenza?
- Modalità di effettuazione del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali (tempistica e strumenti di rilevazione)
- Modalità di comunicazione dei tempi di attesa ai cittadini del territorio di competenza
 - Come vengono monitorate e comunicate (grado di trasparenza) le liste di attesa?
 - Esistono modalità diverse di comunicazione delle liste per la solvenza
- Modalità di valutazione dell'appropriatezza della richiesta delle prestazioni
 - Quali sono le prestazioni più critiche da governare per le liste di attesa
- Modalità di monitoraggio e valutazione delle sperimentazioni organizzative avviate a livello regionale ed eventuali altre sperimentazioni specifiche della ATS (risultati raggiunti e miglioramenti di sistema riscontrabili)
 - Quali modalità innovative sono state implementate per ridurre i tempi di attesa?
 - Quali strumenti / azioni sono stati adottati a livello di ATS per supportare l'implementazione di tali modalità innovative?
 - Che modalità sono state adottate per monitorare i risultati?
 - Quali ripercussioni vi sono state sulle attività erogate in libera professione?
- Modalità di monitoraggio e valutazione dell'impatto dell'applicazione della gestione della cronicità e della presa in carico del paziente cronico

ALLEGATO 4 - TRACCIA INTERVISTA PER I DIRETTORI GENERALI DELLE ASST

Oggetto di analisi:

Modelli di gestione (tradizionali ed innovativi, es. apertura serale, al sabato, ma potrebbero esistere altri modelli organizzativi implementati) della specialistica ambulatoriale (prima visita per *outpatient* SSN e Libera professione), valutando l'esistenza di eventuali percorsi preferenziali per la popolazione fragile (per esempio grandi anziani portatori di handicap e malati rari).

Dimensioni di analisi:

- modello organizzativo
 - ruoli e responsabilità organizzative
 - personale
- modello operativo
 - setting assistenziale,
 - lay out spazi, (per esempio sedi diverse dei vari ambulatori)
 - gestione dei processi, (prenotazione, accettazione ...)
 - tecnologie e SI

L'analisi si concentrerà sulle **3 macro fasi** che compongono il percorso del paziente ambulatoriale:

1. Prenotazione
 - a) Gestione della prenotazione
 - b) Programmazione delle agende (chi le gestisce, secondo quali modalità e tempistiche di apertura, pubblicate all'esterno, numero verde 800639639, pubblicate al MOSA)
 - c) Gestione delle liste di attesa
- 2) Erogazione (accesso diretto vs accesso programmato)
 - a) Gestione accessi
 - b) Gestione dell'erogazione della prestazione
- 3) Refertazione
 - a) Gestione del processo di refertazione

Prenotazione: Gestione della prenotazione

Il sistema di prenotazione è a livello aziendale oppure è inserito in una rete (regionale ecc.)?

Quali sono i canali di prenotazione e come vengono coordinati?

Tramite CUP (di persona, telefonicamente, online)

Direttamente da parte del medico generale e/o specialista

Attraverso strutture esterne all'ospedale (farmacie, "totem" nei supermercati, punti prelievo ecc.)

Altro

Chi è tipicamente l'inviante della prestazione?

Esiste la possibilità di entrata diretta senza prenotazione (walk-in/accesso diretto)?

Missione valutativa

Come è organizzato il CUP (personale, ruoli, struttura organizzativa) e quanto tempo prima sono aperte le "agende"?

Prenotazione: Programmazione delle agende

Come viene definita la programmazione delle piattaforme? Con che tempistiche e frequenza di aggiornamento?

Chi ha la responsabilità sulle agende?

Quali sono le leve utilizzate per la gestione delle agende (es. differenziazione tra prima visita e follow up, double booking, monitoraggio tasso di "sforamento")

Prenotazione: Gestione delle liste di attesa

Come vengono monitorate e comunicate (grado di trasparenza) le liste di attesa? Esistono modalità diverse di comunicazione delle liste per la solvenza?

Quali strumenti per prevenire i «no show»? (recall qualche tempo prima, facilitazione di cancellazione prenotazione, ecc.)?

Quali sono le prestazioni più critiche da governare per le liste di attesa?

Erogazione

È attivo un monitoraggio dei tempi di attesa tra accesso in ospedale e inizio della prestazione?

Quanti ambulatori ci sono e dove sono ubicati? I setting sono condivisi tra più specialità o sono allocati a specifiche discipline? Quali sono gli orari di apertura?

È attivo un sistema di monitoraggio dei livelli di utilizzo e di produttività delle piattaforme ambulatoriali, della durata delle prestazioni e della produttività dei medici (es: durata media delle prestazioni, tempi di "inattività" - idle time)? Chi li gestisce? Ci sono dei software dedicati?

Chi accetta il paziente una front line amministrativa successivamente c'è una presa in carico sanitaria?

Quali e quante figure (infermieristiche, mediche, sumaiisti ecc.) sono impiegate nell'attività clinica? Ci sono delle figure dedicate solo all'attività in ambulatoriale? Quanti clinici tendenzialmente svolgono attività in solvenza (dentro e/o fuori l'ospedale)?

Quali ruoli e le responsabilità gestionali sulla gestione degli ambulatori e del paziente ambulatoriale?

Refertazione

Quali sono i canali di refertazione e come sono organizzati (c'è un processo di refertazione elettronica?)

Come vengono monitorati e comunicati i tempi di consegna dei referti?

Esistono fascicoli elettronici del paziente con accesso da parte dei clinici che hanno in carico il paziente?

Esistono modalità diverse di comunicazione per il canale in solvenza? Quali sono i canali di refertazione e come sono organizzati (c'è un processo di refertazione elettronica?)

Come vengono monitorati e comunicati i tempi di consegna dei referti?

Esistono fascicoli elettronici del paziente con accesso da parte dei clinici che hanno in carico il paziente?

Esistono modalità diverse di comunicazione per il canale in solvenza?

Prenotazione follow up

- Come avviene la riprenotazione? eseguita dal medico? Si deve tornare alla front line amministrativa?
- Come vengono gestiti i controlli a sei mesi un anno? Agende dedicate

Sperimentazioni avviate

- Quali modalità innovative sono state implementate per ridurre i tempi di attesa?
- Quali strumenti / azioni sono stati adottati a livello di ASST per supportare l'implementazione di tali modalità innovative?
- Che modalità sono state adottate per monitorare i risultati?
- Quali ripercussioni vi sono state sulle attività erogate in libera professione?
- Modalità di monitoraggio e valutazione dell'impatto dell'applicazione della gestione della cronicità e della presa in carico

ALLEGATO 5 – LA VALUTAZIONE DEI SITI WEB

LA VALUTAZIONE DEI SITI WEB

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 individuava la necessità di procedere, in via sistematica, al monitoraggio della presenza sui siti web delle Regioni e delle Province Autonome e delle Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate di informazioni su liste e tempi di attesa, al fine di garantirne la trasparenza e l'accesso al cittadino. In particolare, si evidenziava la necessità che queste informazioni fossero riportate in sezioni dedicate e facilmente accessibili.

Tale aspetto è ulteriormente rimarcato dall'ultima D.G.R. n. 7766/2018 della Regione Lombardia al paragrafo "Responsabilizzazione dei cittadini – attività di comunicazione", dove è inoltre esplicitato che le sezioni dei siti web dedicate alle liste d'attesa devono rendere chiare le informazioni riguardanti l'accesso alle prenotazioni "sia attraverso l'esposizione dei tempi medi d'attesa sia attraverso l'implementazione del flusso MOSA".

Nell'ambito della presente missione valutativa è stata effettuata una indagine quali-quantitativa dei siti web delle strutture sanitarie pubbliche di Regione Lombardia. L'indagine è stata finalizzata a perseguire un duplice obiettivo:

- 1) valutare la pubblicazione delle informazioni riguardanti i tempi di attesa;
- 2) formulare un giudizio sulla qualità e fruibilità di tali informazioni attraverso una apposita griglia di valutazione.

Rispetto alla valutazione della **pubblicazione delle informazioni riguardanti i tempi di attesa**, si è utilizzata la stessa metodologia di analisi utilizzata per l'ultima rilevazione su scala nazionale effettuata dal Ministero della Salute nel 2010.

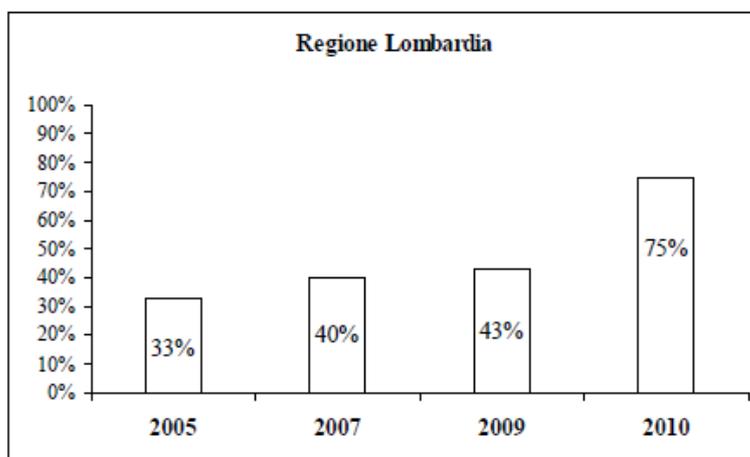
In particolare, nel 2010, solo il 75% dei siti web aziendali di Regione Lombardia presentava dati riguardanti i tempi di attesa. In particolare, la carenza era a livello delle ex Aziende Ospedaliere (dati mancanti nel 38% dei siti web), mentre già il 100% delle ex ASL risultava adempiente [Figure A5.1 e A5.2].

Figura A5.1 Percentuale dei siti web con presenza di dati su tempi reali e/o massimi d'attesa suddivisi per tipo di struttura.

Tipologia Strutture	% siti web con presenza di dati sui tempi di attesa nell'anno indicato			
	2005	2007	2009	2010
ASL	67%	47%	53%	100%
AO	14%	39%	38%	62%
TOT	33%	40%	43%	75%

Fonte: Ministero della Salute. 4° Rapporto nazionale sull'utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi di attesa nei siti web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Roma (2011).

Figura A5.2 Rilevazione nei siti web di ASL e AO della presenza dei dati su tempi di attesa negli anni 2005-2007-2009 e 2010



Fonte: Ministero della Salute. 4° Rapporto nazionale sull'utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi di attesa nei siti web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Roma (2011).

Applicando la stessa metodologia di indagine, attualmente emerge invece che i siti web di tutte le strutture pubbliche (8 ATS, 27 ASST, 4 IRCCS) prevedono una sezione apposita con dati riguardanti i tempi di attesa o, alternativamente, offrono all'utente un link di rimando al mini-sito regionale "Prenotazioni Sanitarie" cui affluiscono anche le informazioni provenienti dalla propria struttura (<https://www.prenotasalute.regione.lombardia.it/sito/>).

Per quanto riguarda invece la **valutazione della qualità dei siti web**, l'analisi si è concentrata su tutte le otto ATS e una ASST per ogni ATS. In particolare:

- ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo (di seguito ASST di Bergamo);
- ASST degli Spedali Civili di Brescia (di seguito ASST di Brescia);
- ASST dei Sette Laghi;
- ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (di seguito ASST Niguarda);
- ASST della Valtellina e Alto Lario;
- ASST di Pavia;
- ASST di Cremona.

L'analisi è stata effettuata mediante una griglia composta da sedici *items* raggruppati in quattro macro-categorie:

- **accessibilità** alla sezione dedicata ai tempi di attesa,
- **fruibilità** e comprensibilità delle informazioni,
- **informatività** dei contenuti (aggiornamento e completezza dell'informazione),
- **utilità** e funzionalità aggiuntive per il cittadino.

Ad ogni *item* viene assegnato un punteggio, da zero a uno [Tabella A5.1].

La scelta degli *items* della griglia deriva dalle scale riportate nei principali riferimenti bibliografici in materia di valutazione della qualità dei siti web, sia in ambito sanitario sia commerciale. Tali scale di valutazione sono state adattate agli scopi della presente analisi ed integrate *ad hoc* da altre fonti. Se è vero che la scelta stessa degli *items* (quanti e quali) e in alcuni casi la loro valutazione sono espressione della soggettività del tema di ricerca UNIMI, è pur vero che questa soggettività riflette l'ottica di porsi "dalla parte del cittadino", dando una rappresentazione realistica delle principali criticità

Missione valutativa

eventualmente riscontrate da un utente medio. Si precisa che le valutazioni riguardanti lo stato di accessibilità e fruibilità dei siti web sono realizzate presupponendo la presenza di requisiti minimi da parte dell'utenza in termini di mezzi e capacità di navigazione. Sono identificati, a tale proposito, alcuni riferimenti standard in base alla frequenza d'uso nella popolazione, ed in particolare: l'utilizzo di Google come motore di ricerca; l'utilizzo dei browser Safari (per dispositivi con sistema operativo iOS) e Google Chrome (per dispositivi con sistema operativo Android) per la valutazione dell'accessibilità da dispositivi mobili.

Tabella A5.1 Griglia di valutazione comprensiva di spiegazione di ogni item e criteri di attribuzione dei punteggi.

	Valutazione	
ACCESSIBILITÀ		
Accessibilità da home page La sezione dedicata ai tempi di attesa sul sito dell'ATS/ASST è ben visibile e accessibile dalla home page del sito? Vi è un banner in primo piano e di dimensione appropriata? È comunque facilmente raggiungibile da altre sezioni affini accessibili da homepage (es. "Prenotazioni")?	Non presente Rimando da sezione affine Presente, poco visibile Presente, ben visibile Presente con apposito banner	0 0.25 0.5 0.75 1
Funzione di ricerca Il sito dell'ATS/ASST offre una funzione di ricerca interna? Rispetto a una ricerca per parole chiave ("liste/tempi di attesa"), rimanda direttamente alla sezione dedicata o comunque restituisce risultati appropriati?	Assente/nessun risultato Risultati non esaustivi Rimando alla sezione dedicata	0 0.5 1
Accessibilità dai motori di ricerca La sezione dedicata ai tempi di attesa sul sito ATS/ASST è facilmente rintracciabile nella sua versione più aggiornata sul più comune motore di ricerca (Google)? Compare come risultato di una ricerca per parole chiave, es. "(Denominazione ATS/ASST) liste/tempi di attesa"?	No Versione non aggiornata Sì	0 0.5 1
Accessibilità da dispositivi mobili Esiste una versione apposita per dispositivi mobili o, alternativamente, il sito è ottimizzato per dispositivi mobili?	No Sì	0 1
FRUIBILITÀ		
Altre lingue Il sito è disponibile in altre lingue oltre all'italiano? È previsto almeno l'inglese?	Nessuna Una (inglese) Più di una	0 0.5 1
Architettura del sito I contenuti sono facilmente leggibili (layout, impaginazione, font, dimensione dei caratteri, combinazione di colori)?	Insufficiente Sufficiente Buona Ottima Eccellente	0 0.25 0.5 0.75 1
Individuabilità dei link		

I link riportati nella sezione dedicata ai tempi di attesa sono facilmente individuabili come tali rispetto al testo semplice (sottolineati, in grassetto, diverso colore)?	Difficilmente individuabili Individuabili Ben in evidenza	0 0.5 1
Manutenzione dei link I link riportati nella sezione dedicata ai tempi di attesa sono funzionanti e aggiornati?	Non tutti funzionanti Funzionanti, ma non aggiornati Tutti funzionanti e aggiornati	0 0.5 1
INFORMATIVITÀ		
Pubblicazione tempi di attesa Per le ATS, sono pubblicati sul proprio sito i dati relativi al monitoraggio dei tempi di attesa sul territorio di competenza? Per le ASST, i dati sono resi disponibili sul proprio sito o tramite rimando al sito dell'ATS di appartenenza?	No Sì No Rimando al sito ATS Sì	0 1 0 0,5 1
Facilità di ricerca È prevista per l'utente la possibilità di impostare i criteri di ricerca filtrandoli per prestazione, Distretto, Presidio?	No Solo parzialmente Sì	0 0,5 1
Completezza delle informazioni Vengono fornite informazioni aggiuntive utili per l'utente (mappa, indirizzo, contatti del soggetto erogatore)?	No Solo parzialmente Sì	0 0,5 1
Aggiornamento dei dati Ogni quanto viene effettuato l'aggiornamento dei dati?	Oltre 6 mesi Più di un mese Mensile Quindicinale/Settimanale In tempo reale	0 0,25 0,5 0,75 1
UTILITÀ		
Modalità di prenotazione Nella sezione dedicata ai tempi di attesa sono fornite informazioni esaustive circa le diverse modalità di prenotazione (sportello, numero verde, farmacie, online), direttamente o tramite rimando ad apposita sezione del proprio sito o del sito regionale?	No Solo parzialmente Sì	0 0.5 1
Rimando al portale regionale Nella sezione dedicata ai tempi di attesa è presente un link al minisito Prenotazioni Sanitarie di Regione Lombardia (direttamente, https://www.prenotasalute.regione.lombardia.it/sito/ , oppure tramite https://www.crs.regione.lombardia.it/sanita/)?	No Sì	0 1

Missione valutativa

Informazioni su Ambulatori Aperti Il sito dell'ATS/ASST fornisce informazioni riguardo l'eventuale attivazione di questa sperimentazione e le sue caratteristiche (orari, sedi, modalità di prenotazione)? Tali informazioni sono facilmente reperibili?	No Solo parzialmente Sì	0 0,5 1
Ricorso all'ALPI All'interno della sezione dedicata ai tempi di attesa, vi è chiara informazione della possibilità per l'utente di usufruire a costo di ticket di prestazioni erogate in regime libero-professionale in caso di mancato rispetto dei tempi massimi in tutte le strutture sul territorio (ex PNGLA 2010-2012 e D.G.R. n. 1775/2011)?	No Sì	0 1

I risultati della valutazione dei siti web

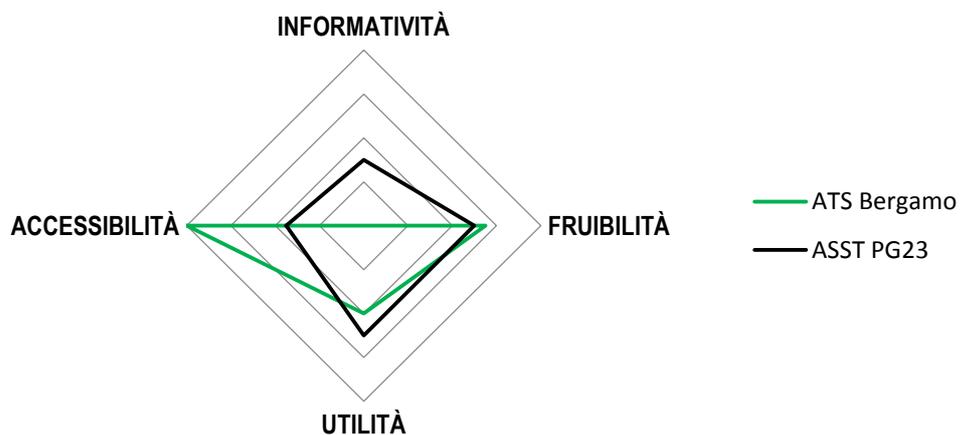
Sono riportate in tabella le valutazioni ottenute dal sito della ATS e della rispettiva ASST campionata ai fini dell'analisi e un diagramma che confronta i punteggi complessivi ottenuti per ciascuna dimensione.

ATS Bergamo

ACCESSIBILITÀ		
Totale		4
Accessibilità da home page	Presente con apposito banner	1
Funzione di ricerca	Rimando alla sezione dedicata	1
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	Sì	1
FRUIBILITÀ E COMPRESIBILITÀ		
Totale		2.75
Altre lingue	Nessuna	0
Architettura del sito	Ottima	0.75
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Funzionanti e aggiornati	1
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		0
Pubblicazione tempi di attesa	No	0
Facilità di ricerca	No	0
Completezza delle informazioni	No	0
Aggiornamento dei dati	No	0
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		2
Modalità di prenotazione	No	0
Rimando al portale regionale	Sì	1
Informazioni su Ambulatori Aperti	Sì	1
Ricorso all'ALPI	No	0

ASST Papa Giovanni XXIII

ACCESSIBILITÀ		
Totale		1.75
Accessibilità da home page	Rimando da sezione affine	0.25
Funzione di ricerca	Risultati non esaustivi	0.5
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	No	0
FRUIBILITÀ E COMPRESIBILITÀ		
Totale		2.5
Altre lingue	Nessuna	0
Architettura del sito	Buona	0.5
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Funzionanti e aggiornati	1
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		1.5
Pubblicazione tempi di attesa	Sì	1
Facilità di ricerca	No	0
Completezza delle informazioni	No	0
Aggiornamento dei dati	Mensile	0,5
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		2.5
Modalità di prenotazione	Solo parzialmente	0.5
Rimando al portale regionale	Sì	1
Informazioni su Ambulatori Aperti	Sì	1
Ricorso all'ALPI	No	0

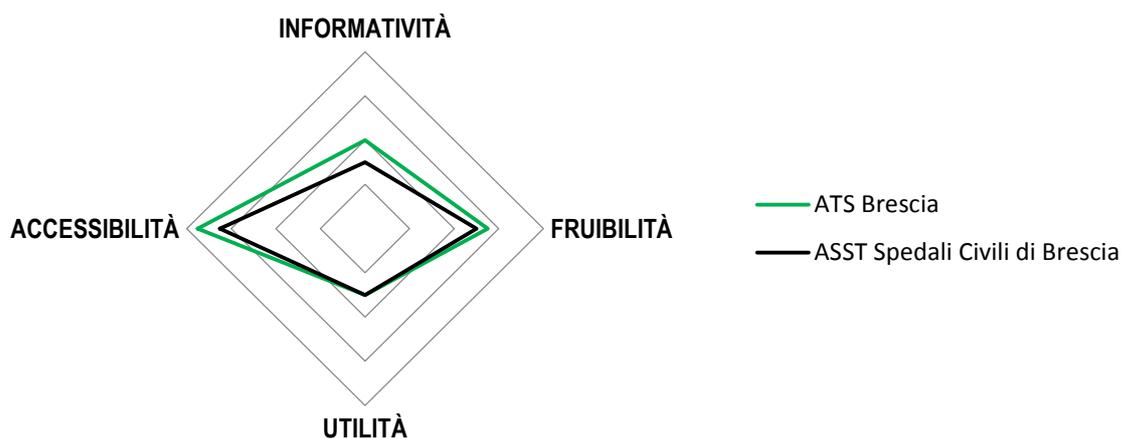


ATS Brescia

ACCESSIBILITÀ		
Totale		3.75
Accessibilità da home page	Presente, ben visibile	0.75
Funzione di ricerca	Rimando alla sezione dedicata	1
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	Sì	1
FRUIBILITÀ E COMPRESIBILITÀ		
Totale		2.75
Altre lingue	Nessuna	0
Architettura del sito	Ottima	0.75
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Funzionanti e aggiornati	1
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		2
Pubblicazione tempi di attesa	Sì	1
Facilità di ricerca	Solo parzialmente	0.5
Completezza delle informazioni	No	0
Aggiornamento dei dati	Mensile	0.5
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		1.5
Modalità di prenotazione	No	0.5
Rimando al portale regionale	Sì	1
Informazioni su Ambulatori Aperti	Sì	0
Ricorso all'ALPI	No	0

ASST Spedali Civili di Brescia

ACCESSIBILITÀ		
Totale		3.25
Accessibilità da home page	Rimando da sezione affine	0.25
Funzione di ricerca	Rimando alla sezione dedicata	1
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	Sì	1
FRUIBILITÀ E COMPRESIBILITÀ		
Totale		2.5
Altre lingue	Nessuna	0
Architettura del sito	Buona	0.5
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Funzionanti e aggiornati	1
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		1.5
Pubblicazione tempi di attesa	Sì	1
Facilità di ricerca	No	0
Completezza delle informazioni	No	0
Aggiornamento dei dati	Mensile	0,5
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		1.5
Modalità di prenotazione	Solo parzialmente	0.5
Rimando al portale regionale	No	0
Informazioni su Ambulatori Aperti	Sì	1
Ricorso all'ALPI	No	0

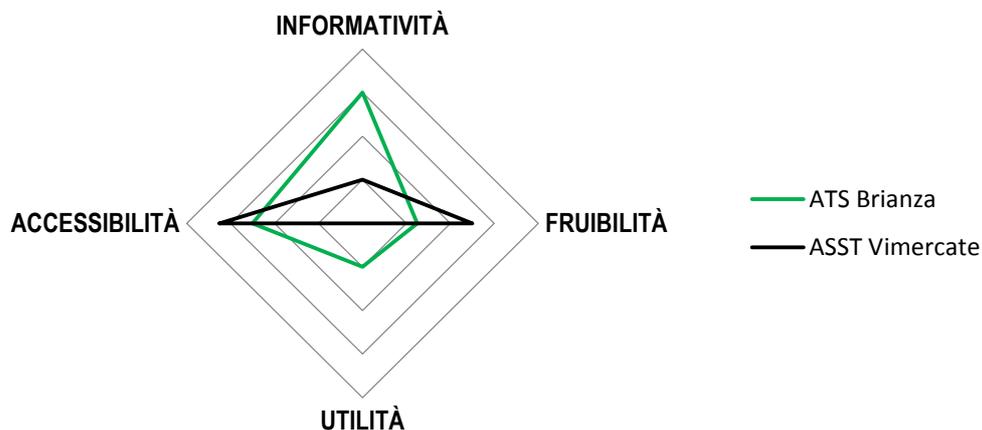


ATS Brianza

ACCESSIBILITÀ		
Totale		2.5
Accessibilità da home page	Presente con apposito banner	1
Funzione di ricerca	Risultati non esaustivi	0.5
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	No	0
FRUIBILITÀ E COMPRESIBILITÀ		
Totale		1.25
Altre lingue	Nessuna	0
Architettura del sito	Sufficiente	0.25
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Non tutti funzionanti	0
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		3
Pubblicazione tempi di attesa	Sì	1
Facilità di ricerca	Sì	1
Completezza delle informazioni	Solo parzialmente	0.5
Aggiornamento dei dati	Mensile	0.5
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		1
Modalità di prenotazione	Sì	1
Rimando al portale regionale	No	0
Informazioni su Ambulatori Aperti	No	0
Ricorso all'ALPI	No	0

ASST Vimercate

ACCESSIBILITÀ		
Totale		3.25
Accessibilità da home page	Rimando da sezione affine	0.25
Funzione di ricerca	Rimando alla sezione dedicata	1
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	No	0
FRUIBILITÀ E COMPRESIBILITÀ		
Totale		2.5
Altre lingue	Nessuna	0
Architettura del sito	Buona	0.5
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Funzionanti e aggiornati	1
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		1
Pubblicazione tempi di attesa	Sì	1
Facilità di ricerca	No	0
Completezza delle informazioni	No	0
Aggiornamento dei dati	Oltre 6 mesi	0
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		0
Modalità di prenotazione	No	0
Rimando al portale regionale	No	0
Informazioni su Ambulatori Aperti	No	0
Ricorso all'ALPI	No	0

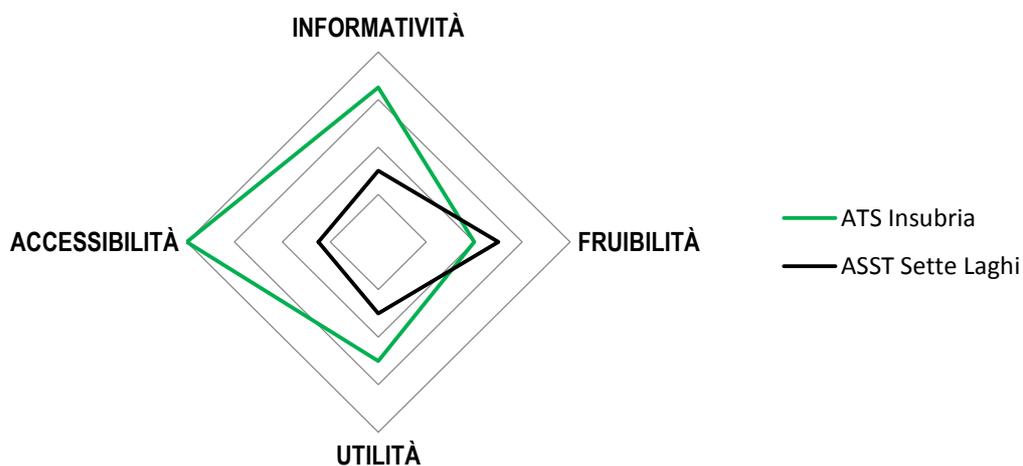


ATS Insubria

ACCESSIBILITÀ		
Totale		4
Accessibilità da home page	Presente con apposito banner	1
Funzione di ricerca	Rimando alla sezione dedicata	1
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	Sì	1
FRUIBILITÀ E COMPRESIBILITÀ		
Totale		2
Altre lingue	Nessuna	0
Architettura del sito	Eccellente	1
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Non tutti funzionanti	0
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		3.25
Pubblicazione tempi di attesa	Sì	1
Facilità di ricerca	Solo parzialmente	0.5
Completezza delle informazioni	Sì	1
Aggiornamento dei dati	Quindicinale	0.75
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		2.5
Modalità di prenotazione	Solo parzialmente	0.5
Rimando al portale regionale	No	0
Informazioni su Ambulatori Aperti	Sì	1
Ricorso all'ALPI	Sì	1

ASST Sette Laghi

ACCESSIBILITÀ		
Totale		1.25
Accessibilità da home page	Rimando da sezione affine	0.25
Funzione di ricerca	Nessun risultato	0
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	No	0
FRUIBILITÀ E COMPRENSIBILITÀ		
Totale		2.5
Altre lingue	Nessuna	0
Architettura del sito	Buona	0.5
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Funzionanti e aggiornati	1
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		1.5
Pubblicazione tempi di attesa	Sì	1
Facilità di ricerca	No	0
Completezza delle informazioni	No	0
Aggiornamento dei dati	Mensile	0.5
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		1.5
Modalità di prenotazione	Sì	1
Rimando al portale regionale	No	0
Informazioni su Ambulatori Aperti	Solo parzialmente	0.5
Ricorso all'ALPI	No	0

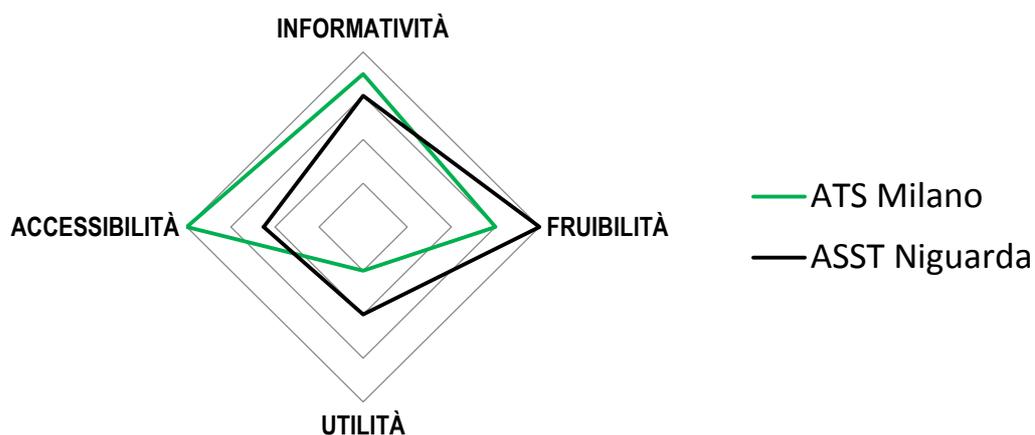


ATS Milano

ACCESSIBILITÀ		
Totale		4
Accessibilità da home page	Presente con apposito banner	1
Funzione di ricerca	Rimando alla sezione dedicata	1
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	Sì	1
FRUIBILITÀ E COMPRESIBILITÀ		
Totale		3
Altre lingue	Nessuna	0
Architettura del sito	Eccellente	1
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Funzionanti e aggiornati	1
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		3,5
Pubblicazione tempi di attesa	Sì	1
Facilità di ricerca	Sì	1
Completezza delle informazioni	Sì	1
Aggiornamento dei dati	Mensile	0,5
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		1
Modalità di prenotazione	No	0
Rimando al portale regionale	Sì	1
Informazioni su Ambulatori Aperti	No	0
Ricorso all'ALPI	No	0

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

ACCESSIBILITÀ		
Totale		2,25
Accessibilità da home page	Rimando da sezione affine	0,25
Funzione di ricerca	Nessun risultato	0
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	Sì	1
FRUIBILITÀ E COMPRENSIBILITÀ		
Totale		4
Altre lingue	Più di una	1
Architettura del sito	Eccellente	1
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Funzionanti e aggiornati	1
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		3
Pubblicazione tempi di attesa	Rimando al sito ATS	0,5
Facilità di ricerca	Sì	1
Completezza delle informazioni	Sì	1
Aggiornamento dei dati	Mensile	0,5
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		2
Modalità di prenotazione	Sì	1
Rimando al portale regionale	No	0
Informazioni su Ambulatori Aperti	Sì	1
Ricorso all'ALPI	No	0

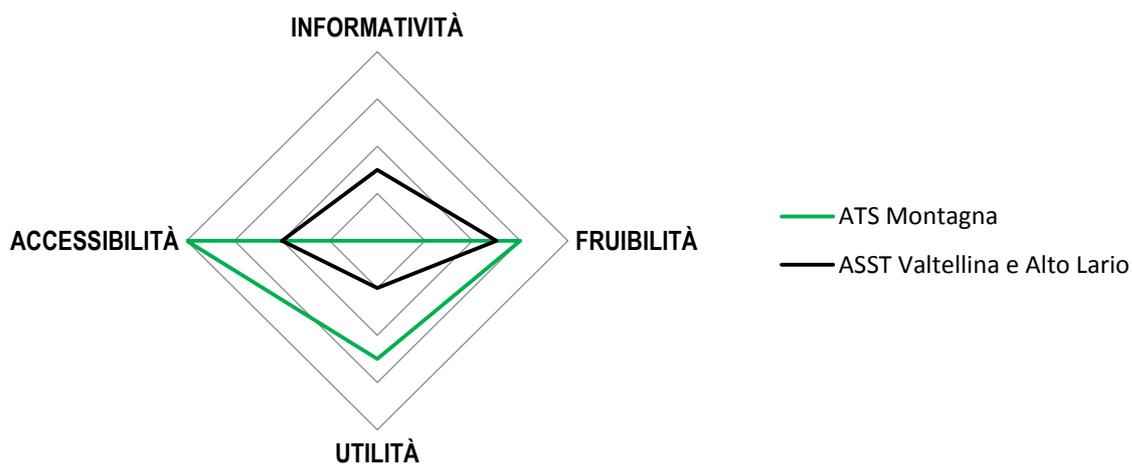


ATS Montagna

ACCESSIBILITÀ		
Totale		4
Accessibilità da home page	Presente, ben visibile	1
Funzione di ricerca	Rimando alla sezione dedicata	1
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	Sì	1
FRUIBILITÀ E COMPRESIBILITÀ		
Totale		3
Altre lingue	Nessuna	0
Architettura del sito	Eccellente	1
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Funzionanti e aggiornati	1
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		0
Pubblicazione tempi di attesa	No	0
Facilità di ricerca	No	0
Completezza delle informazioni	No	0
Aggiornamento dei dati	No	0
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		2.5
Modalità di prenotazione	Sì	1
Rimando al portale regionale	Sì	1
Informazioni su Ambulatori Aperti	Solo parzialmente	0.5
Ricorso all'ALPI	No	0

ASST Valtellina e Alto Lario

ACCESSIBILITÀ		
Totale		2
Accessibilità da home page	Presente, poco visibile	0.5
Funzione di ricerca	Rimando alla sezione dedicata	1
Accessibilità dai motori di ricerca	Versione non aggiornata	0.5
Accessibilità da dispositivi mobili	Sì	1
FRUIBILITÀ E COMPRESIBILITÀ		
Totale		2.5
Altre lingue	Nessuna	0
Architettura del sito	Ottima	0.75
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Funzionanti e aggiornati	1
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		1.5
Pubblicazione tempi di attesa	Sì	1
Facilità di ricerca	No	0
Completezza delle informazioni	No	0
Aggiornamento dei dati	Mensile	0.5
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		1
Modalità di prenotazione	Sì	1
Rimando al portale regionale	No	0
Informazioni su Ambulatori Aperti	Sì	0
Ricorso all'ALPI	No	0

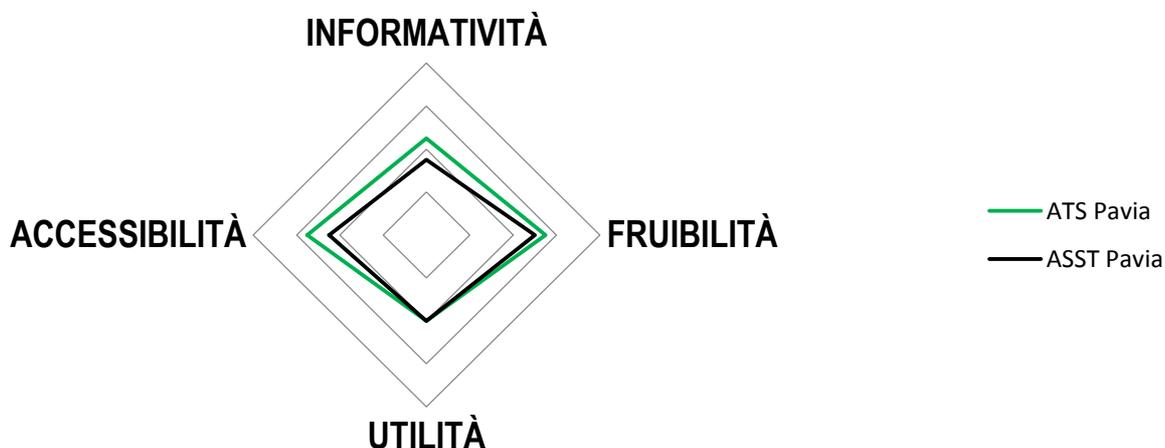


ATS Pavia

ACCESSIBILITÀ		
Totale		2.75
Accessibilità da home page	Presente, ben visibile	0.75
Funzione di ricerca	Assente	0
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	Sì	1
FRUIBILITÀ E COMPRESIBILITÀ		
Totale		2.75
Altre lingue	Nessuna	0
Architettura del sito	Ottima	0.75
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Funzionanti e aggiornati	1
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		2.25
Pubblicazione tempi di attesa	Sì	1
Facilità di ricerca	Solo parzialmente	0.5
Completezza delle informazioni	No	0
Aggiornamento dei dati	Settimanale	0.75
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		2
Modalità di prenotazione	No	0
Rimando al portale regionale	Sì	1
Informazioni su Ambulatori Aperti	Sì	1
Ricorso all'ALPI	No	0

ASST Pavia

ACCESSIBILITÀ		
Totale		2.25
Accessibilità da home page	Rimando da sezione affine	0.25
Funzione di ricerca	Rimando alla sezione dedicata	1
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	No	0
FRUIBILITÀ E COMPRESIBILITÀ		
Totale		2.5
Altre lingue	Nessuna	0
Architettura del sito	Buona	0.5
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Funzionanti e aggiornati	1
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		1.75
Pubblicazione tempi di attesa	Rimando al sito ATS	0.5
Facilità di ricerca	Solo parzialmente	0.5
Completezza delle informazioni	No	0
Aggiornamento dei dati	Settimanale	0.75
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		2
Modalità di prenotazione	Sì	1
Rimando al portale regionale	No	0
Informazioni su Ambulatori Aperti	Sì	1
Ricorso all'ALPI	No	0

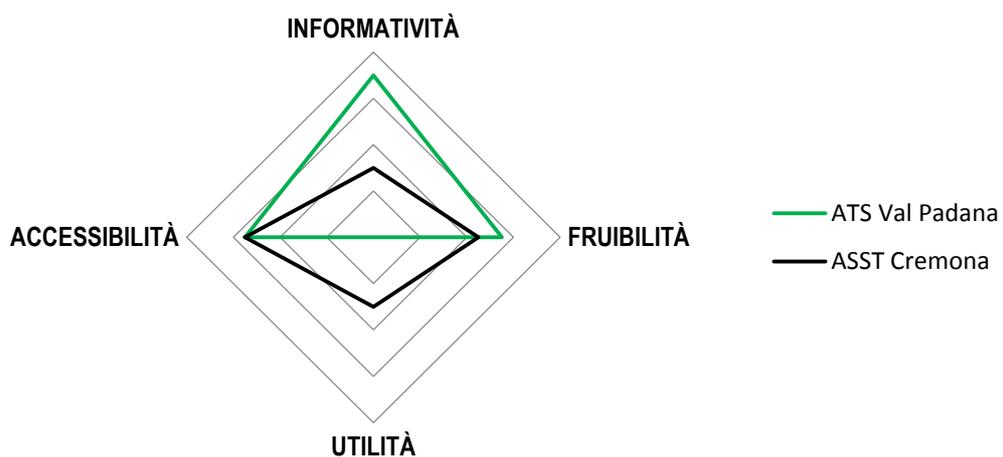


ATS Val Padana

ACCESSIBILITÀ		
Totale		2.75
Accessibilità da home page	Presente, ben visibile	0.75
Funzione di ricerca	Rimando alla sezione dedicata	1
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	No	0
FRUIBILITÀ E COMPRESIBILITÀ		
Totale		2.75
Altre lingue	Nessuna	0
Architettura del sito	Ottima	0.75
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Funzionanti e aggiornati	1
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		3.5
Pubblicazione tempi di attesa	Sì	1
Facilità di ricerca	Sì	1
Completezza delle informazioni	Sì	1
Aggiornamento dei dati	Mensile	0.5
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		0
Modalità di prenotazione	No	0
Rimando al portale regionale	No	0
Informazioni su Ambulatori Aperti	No	0
Ricorso all'ALPI	No	0

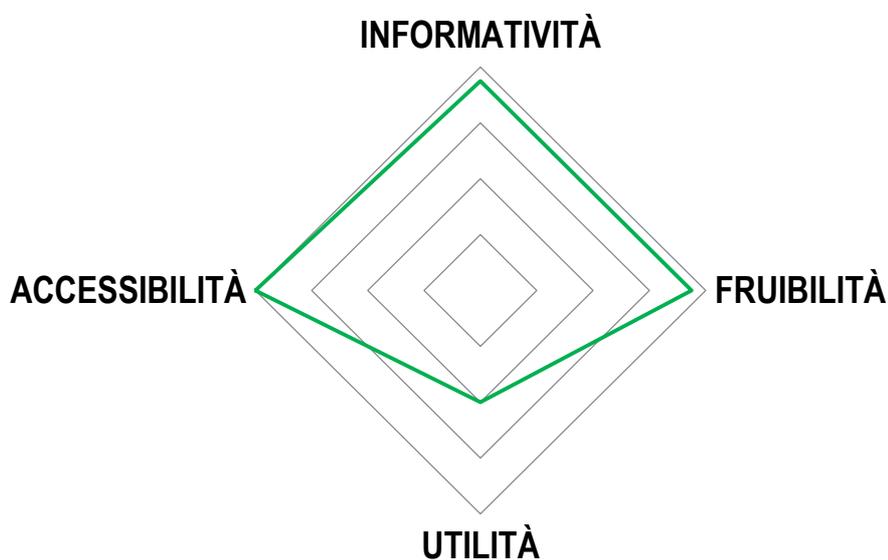
ASST Cremona

ACCESSIBILITÀ		
Totale		2.75
Accessibilità da home page	Presente, ben visibile	0.75
Funzione di ricerca	Assente	0
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	Sì	1
FRUIBILITÀ E COMPRENSIBILITÀ		
Totale		2.25
Altre lingue	Nessuna	0
Architettura del sito	Sufficiente	0.25
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Funzionanti e aggiornati	1
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		1.5
Pubblicazione tempi di attesa	Sì	1
Facilità di ricerca	No	0
Completezza delle informazioni	No	0
Aggiornamento dei dati	Mensile	0.5
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		1.5
Modalità di prenotazione	Solo parzialmente	0.5
Rimando al portale regionale	Sì	1
Informazioni su Ambulatori Aperti	No	0
Ricorso all'ALPI	No	0



Sito web Regione Lombardia

ACCESSIBILITÀ		
Totale		4
Accessibilità da home page	Presente con apposito banner	1
Funzione di ricerca	Rimando alla sezione dedicata	1
Accessibilità dai motori di ricerca	Sì	1
Accessibilità da dispositivi mobili	Sì	1
FRUIBILITÀ E COMPRENSIBILITÀ		
Totale		3.75
Altre lingue	Una (inglese)	0.5
Architettura del sito	Eccellente	1
Individuabilità dei link	Ben in evidenza	1
Manutenzione dei link	Funzionanti e aggiornati	1
INFORMATIVITÀ DEI CONTENUTI		
Totale		3.75
Pubblicazione tempi di attesa	Sì	1
Facilità di ricerca	Sì	1
Completezza delle informazioni	Sì	1
Aggiornamento dei dati	Settimanale	0.75
UTILITÀ E FUNZIONI AGGIUNTIVE		
Totale		2
Modalità di prenotazione	Sì	1
Rimando al portale regionale	No	0
Informazioni su Ambulatori Aperti	Sì	1
Ricorso all'ALPI	No	0



Valutazioni comparate

La Figura A5.3 rappresenta sinteticamente i punteggi ottenuti rispetto alle dimensioni analizzate dalle ATS lombarde, mentre la Figura A5.4 riporta i punteggi ottenuti dai siti delle 8 ASST campionate ai fini della ricerca.

Figura A5.3 Comparazione dei punteggi ottenuti dai siti delle ATS lombarde

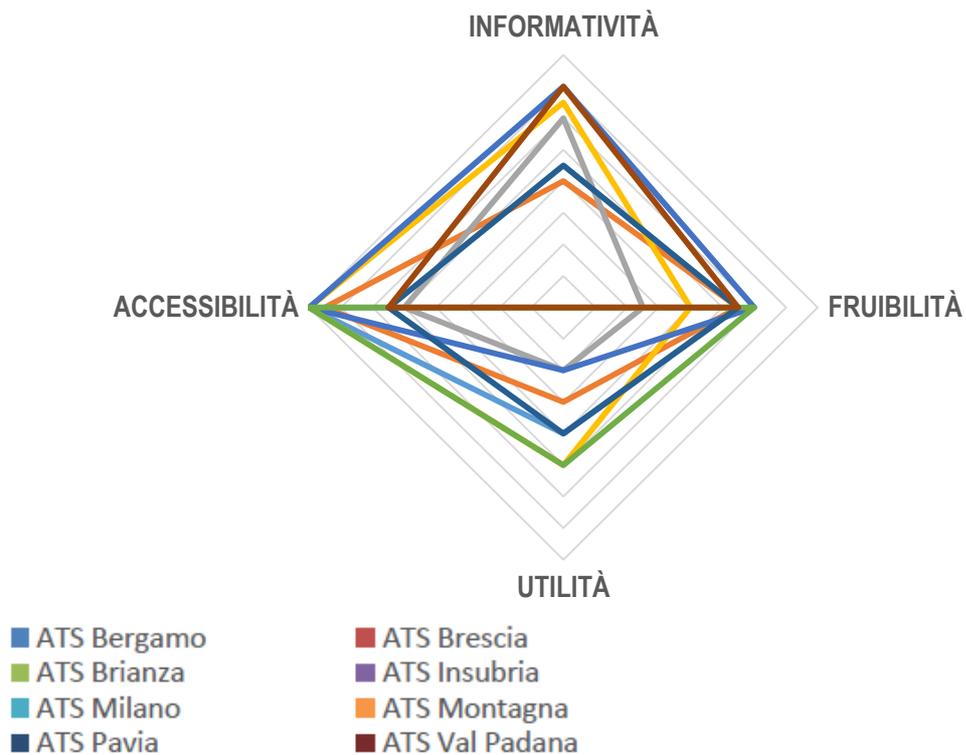
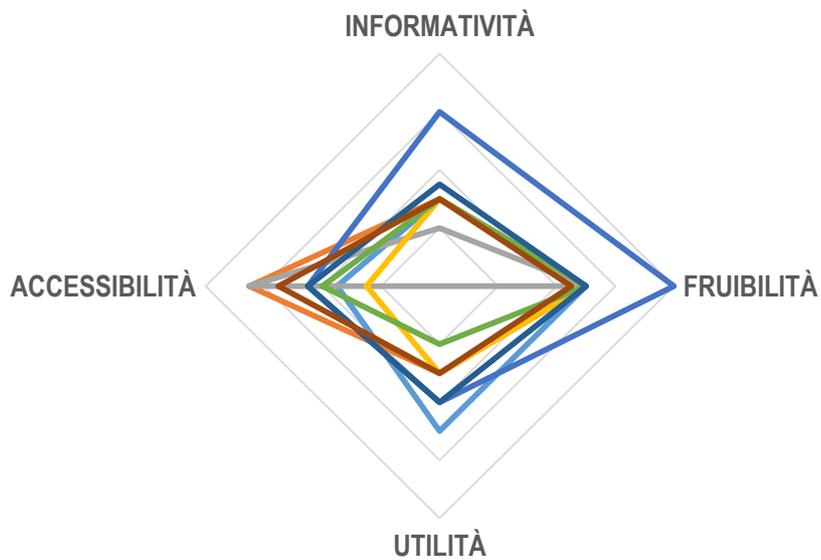


Figura A5.4 Comparazione dei punteggi ottenuti dai siti delle ASST lombarde campionate.



■ ASST Papa Giovanni XXIII	■ ASST Spedali Civili di Brescia
■ ASST Vimercate	■ ASST Sette Laghi
■ ASST Niguarda	■ ASST Valtellina
■ ASST Pavia	■ ASST Cremona

Accessibilità

In generale, la maggior parte dei siti presenta una buona accessibilità in termini di facilità di arrivo alla sezione dedicata ai tempi di attesa (tramite home page, funzione di ricerca interna al sito o motore di ricerca esterno).

I siti di tutte le ATS segnalano in modo evidente in home page la sezione dedicata ai tempi di attesa, tramite apposito banner o dando particolare risalto alla voce relativa. Al contrario, per la quasi totalità dei siti delle ASST (ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Vimercate, ASST Sette Laghi, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Pavia), ad eccezione della ASST di Cremona, la home page non prevede un rimando diretto alla sezione dedicata, che è raggiungibile solo da sezioni affini (“Prenotazioni”, “Amministrazione trasparente”), rendendosi generalmente necessari almeno 2-3 passaggi.

Nella quasi totalità dei casi la sezione dedicata ai tempi di attesa sul sito dell’ATS o ASST compare, nella sua versione più aggiornata, come risultato di una ricerca per parole chiave sul più comune motore di ricerca (Google). Sole per le ASST Valtellina e Alto Lario si segnala che il motore di ricerca non propone fra i risultati disponibili un rimando all’attuale sezione riguardante i tempi di attesa, ma ad una versione più datata e non aggiornata.

Dall’analisi emergono alcuni casi di scarsa efficacia della funzione di ricerca interna al sito, che non rimanda direttamente ai risultati desiderati (ATS Brianza, ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Sette Laghi, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda); in due casi, la funzione di ricerca interna risulta persino assente (ATS Pavia non prevede questa funzione, ASST Cremona integra in home page Google come motore di ricerca esterno).

L’accessibilità da dispositivi mobili è un altro tasto dolente, dal momento che molti siti non prevedono una versione apposita o non sono ottimizzati per la visualizzazione da dispositivi mobili (ATS Brianza, ATS Val Padana; ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Vimercate, ASST Sette Laghi, ASST Pavia).

Fruibilità

In tutti i siti, i link presenti risultano ben individuabili rispetto al testo generale. Solo in due casi (ATS Brianza, ATS Insubria) ad un’attività di verifica alcuni di essi non risultavano funzionanti, indirizzando ad una pagina inesistente.

Si evidenziano alcune carenze dell’architettura del sito riscontrate nei siti di ATS Brianza (in alcuni casi il layout della pagina “taglia” alcune righe di testo, rendendone illeggibile il contenuto) e ASST Cremona (alcuni contenuti delle pagine richiedono una versione aggiornata di Adobe Flash Player per la visualizzazione e risultano non fruibili in assenza di tale requisito).

Manca in tutti i siti la presenza di una versione tradotta in altre lingue. Solo il sito della Regione Lombardia prevede una versione in inglese, e solo ASST Niguarda prevede versioni del sito in quattro diverse lingue (inglese, francese, russo, cinese).

Informatività

Solo sei ATS pubblicano, all’interno della sezione dedicata sul proprio sito aziendale, i dati relativi ai tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate sul territorio di competenza; fanno eccezione ATS Bergamo e ATS Montagna, che hanno optato per riportare esclusivamente un link al minisito regionale Prenota Salute, cui affluiscono i dati del flusso MOSA. Per tale motivo, a queste ATS non è

Missione valutativa

stato assegnato alcun punteggio in questa macrocategoria. Infatti, se in un prossimo futuro la scelta di convogliare tutte le informazioni sul portale omni-comprendivo su scala regionale potrà risultare vincente, ad oggi le criticità già descritte riguardo al flusso MOSA (agende non pubblicate, aggiornamento dei dati non in tempo reale) fanno sì che la mancata pubblicazione sul proprio sito di dati riguardanti i tempi di attesa nella propria realtà territoriale risulti a tutti gli effetti una carenza nei confronti del cittadino.

Similmente, per due ASST (ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda, ASST Pavia) il rimando al sito dell'ATS non può costituire in senso stretto una mancanza; tuttavia, non è ritenuto valevole per il pieno punteggio, stante l'obbligo per tutti i siti web aziendali di riportare all'interno del proprio sito le informazioni relative ai tempi di attesa per le prestazioni sanitarie nel proprio territorio di competenza.

Le ATS Brianza, ATS Milano, ATS Val Padana prevedono per l'utente la possibilità di facilitare la ricerca impostando plurimi filtri (es. per prestazione, Distretto, Presidio). ATS Brescia, ATS Insubria, ATS Pavia forniscono questa facilitazione in modo parziale mancando alcuni filtri utili. Si evidenzia che la maggior parte degli altri siti aziendali presenta i propri risultati tramite appositi file contenenti tabelle di difficile lettura, che obbligano l'utente a scorrere manualmente il documento per ottenere l'informazione desiderata.

Si è attribuito un punteggio più elevato ad alcune ATS (ATS Insubria, ATS Milano, ATS Val Padana, e in misura minore ATS Brianza) che, nell'ottica di massimizzare la completezza informativa per l'utente, forniscono dati aggiuntivi riguardo i propri erogatori come mappa, indirizzo e contatti.

L'aggiornamento dei dati pubblicati avviene, nella maggior parte dei siti valutati, a cadenza mensile, in linea con quanto previsto dalla normativa vigente. Una particolare menzione positiva a tal riguardo va ad ATS Pavia e ATS Insubria, che provvedono all'aggiornamento con tempistiche più ristrette (rispettivamente, settimanale e quindicinale). Si segnala invece una grave carenza di ASST Vimercate, i cui dati relativi ai tempi medi di attesa rimangono datati al 2016.

Utilità

9 siti su 16 non prevedono un rimando al portale regionale Prenota Salute cui affluiscono i dati del flusso MOSA (ATS Brianza, ATS Insubria, ATS Val Padana; ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Vimercate, ASST Sette Laghi, ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda, ASST Valtellina e Alto Lario, ASST Pavia). Anche con scelte discordanti fra ATS e propria ASST campionata. Risulta poi eclatante l'assenza all'interno della sezione dedicata sul sito della stessa Regione Lombardia di un link di rimando al portale Prenota Salute (www.prenotasalute.regione.lombardia.it/).

Alcuni siti prevedono nella sezione dedicata ai tempi di attesa un rimando diretto alla sezione prenotazioni, che risulta particolarmente funzionale nell'ottica di fornire un servizio completo al cittadino all'interno di un flusso logico "informazione → azione". Oltre a quello della Regione Lombardia, solo sei siti (ATS Brianza, ATS Montagna; ASST Sette Laghi, ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda, ASST Valtellina e Alto Lario, ASST Pavia), forniscono informazioni esaustive circa le diverse modalità di prenotazione (sportello, numero verde, farmacie, online), direttamente o tramite rimando ad un'apposita sezione (del proprio sito o del sito regionale). In altri casi, le informazioni risultavano incomplete, o, alternativamente, il rimando non era facilmente individuabile (ATS Insubria; ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Cremona).

L'informatività riguardo il Progetto Ambulatori Aperti, avviato dal 2015, è generalmente scarsa. Con le dovute distorsioni nella valutazione di questo parametro relative all'attivazione o meno di questa sperimentazione nel territorio di competenza, si riporta che nove siti oltre a quello regionale riportano informazioni complete sul progetto (ATS Bergamo, ATS Brescia, ATS Insubria, ATS Pavia; ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda, ASST

Valtellina e Alto Lario, ASST Pavia); altri due accennano al progetto ma non riportano al riguardo informazioni esaustive (ATS Montagna; ASST Sette Laghi).

Si segnala, infine, che solo ATS Insubria fornisce, all'interno della sezione dedicata ai tempi di attesa, chiara informazione della possibilità per l'utente di usufruire a costo di ticket di prestazioni erogate in regime libero-professionale in caso di mancato rispetto dei tempi massimi in tutte le strutture sul territorio (PNGLA 2010-2012 e D.G.R. n. 1775/2011). Questa scelta risulta encomiabile in quanto presta particolare attenzione al diritto del cittadino ad una corretta e completa informazione.

