

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Val Padana

Piano attuativo per il governo dei tempi d'attesa

anno 2017



Sommario

Premessa	3
Riferimenti normativi	3
Analisi di contesto	8
Consumi e offerta di prestazioni specialistiche	8
Criticità principali	10
Riferimenti per la “governance” dei tempi d’attesa	11
Criteri per l’accesso	11
Tempi di riferimento del piano	12
Programmazione anno 2017	15
Linee di intervento per il governo della domanda	15
Monitoraggio.....	15
Azioni per l’appropriatezza prescrittiva e per la facilitazione dell’accesso	16
Trasparenza, informazione e comunicazione sui tempi d’attesa.....	19

Premessa

Riferimenti normativi

Il Servizio Sanitario Nazionale assicura i Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto “dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse” (D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni).

L'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (DPCM 16 aprile 2002, "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa").

A livello regionale, la DGR VIII/2828 del 27/06/2006 ha introdotto importanti elementi di novità, quali la valutazione complessiva delle caratteristiche e delle esigenze del territorio, e non più della singola struttura erogatrice, e la definizione di tempistiche particolari per le principali aree di bisogno assistenziale cronico (oncologica e cardiovascolare) e le aree di bisogno assistenziali riguardanti periodi della vita degni di particolare attenzione sanitaria (materno infantile e geriatrico).

Storicamente le liste di attesa sono un problema complesso e di difficile approccio. L'aumento dell'offerta *tout court* infatti solo nel brevissimo periodo attenua o risolve il problema del tempo di attesa, mentre nel medio o lungo termine può sortire l'effetto contrario a causa di un incremento di domanda inappropriata indotto dallo stesso incremento di offerta.

L'intervento sulla riduzione dei tempi di attesa, per poter avere una qualche efficacia, deve, quindi, necessariamente, contemplare differenti aspetti. Il primo è quello della verifica dell'appropriatezza ed in questo senso il piano annuale sui tempi di attesa deve essere considerato uno strumento da affiancarsi al piano annuale dei controlli. L'altro è quello della migliore organizzazione e gestione dell'offerta da parte delle strutture, già da alcuni anni promossa in sede di negoziazione dei contratti tra ASL ed erogatori.

Un altro strumento utile al contenimento dei tempi di attesa è rappresentato dallo sviluppo del Call center regionale. La possibilità per il cittadino di conoscere, al momento della prenotazione, tutti i tempi di attesa degli erogatori nella propria provincia costituisce infatti un fondamentale elemento di razionalizzazione dell'offerta delle prestazioni e di facilitazione dell'accesso, nonché opportunità significativa per una pronta risposta al bisogno.

Con la DGR VIII/3639 del 28/11/2006 la Regione Lombardia ha dato inizio formale alla attuazione della D.G.R. VIII/2828 del 27/6/2006 avente come oggetto “Recepimento e prima attuazione dello schema di intesa tra 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”.

La predetta delibera ha definito:

- 1) il Piano Regionale di prima attuazione;
- 2) la formazione, da parte della Direzione Generale Sanità, di un Gruppo di Lavoro Regionale dei Referenti ASL finalizzato a dare indicazioni sull'attuazione aziendale e monitoraggio dell'andamento;
- 3) l'adozione del Piano Regionale da parte di tutte le ASL entro 90 giorni dal 1/12/2006 (nota H1.2006.0051810 del 30/11/2006).

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

La DGR 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. Ciò in quanto gli erogatori a contratto con il Servizio Sanitario Regionale devono fare proprie le priorità stabilite dalla Giunta Regionale e ancor più quando le Regole di sistema non pongono per determinate prestazioni limiti contrattuali di risorse.

La Delibera di Giunta Regionale 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, come già avviene da alcuni anni in Regione Lombardia.

Inoltre con la DGR 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 DGR n. 2828/2006 portandole ad una soglia di almeno il 95% dei primi accessi;

- che le ASL, entro il 20 di gennaio del 2010, aggiornassero i propri piani attuativi di governo e di contenimento dei tempi di attesa, congruentemente, con la priorità indicata al punto precedente e lo stesso facessero le Aziende Ospedaliere, adeguando, sempre entro il 20 gennaio 2010, i propri Piani Aziendali semestrali di Governo dei Tempi di Attesa, di cui alla DGR 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, dovessero, come obbligo contrattualmente rilevante, adeguare, relativamente alle categorie di pazienti ed alle prestazioni di cui al punto 3 dell'allegato della citata DGR n.2828/2006, la propria programmazione di erogazione delle prestazioni alle priorità definite dalle ASL.

La DGR n. IX/937/2010, ha introdotto alcune novità in materia di raggruppamenti di priorità, al fine di monitorare puntualmente le priorità stabilite dalla DGR n. 2828/2006. Si è infatti previsto che, a partire dall'1 gennaio 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 anche che, nel caso in cui la classe di priorità non sia compilata dal prescrittore, si sottintende che la prestazione, per volontà implicita dello stesso, ricada nella categoria P (programmata).

La DGR n. IX/1775 del 24/05/2011 ha recepito l'Intesa 28/10/2010 tra Governo, Regione e Province Autonome sul "Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012".

Sulla scorta delle indicazioni contenute, le ASL di Cremona e Mantova hanno redatto i più recenti Piani attuativi per il governo dei tempi di attesa.

La DGR X/351 del 04.07.2013, ad oggetto "Ulteriori determinazioni in merito alla DGR n. IX/4334 del 27/10/2012 in relazione all'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nel rispetto dei tempi d'attesa e dell'accessibilità ai servizi sanitari", ha previsto per l'ASL di Mantova lo stanziamento di un importo pari a € 921.189 e per l'ASL di Cremona lo stanziamento di un importo pari a € 968.831 per avviare appositi progetti con i soggetti erogatori accreditati che consentissero di finanziare in modo mirato e vincolato l'erogazione, nell'ultimo quadrimestre 2013, di prestazioni per le quali si fossero evidenziate criticità di accessibilità ed in generale per raggiungere o mantenere l'obiettivo prioritario del contenimento dei tempi di attesa come previsto dalla DGR n. IX/1775/2011.

Entro la scadenza del 31 agosto 2013, sono stati sottoscritti con gli erogatori di interesse i contratti integrativi, che hanno previsto l'utilizzo della quota di risorse appositamente destinate per le criticità dei tempi d'attesa per prestazioni ambulatoriali, in funzione di criticità e priorità individuate dall'ASL.

Con la DGR n. X/2313 del 01.08.2014 Regione Lombardia (con lo stanziamento di € 368.476,00 per la provincia di Mantova e di € 387.532 per la provincia di Cremona) ha stabilito di estendere agli Erogatori privati la sperimentazione dell'iniziativa "Ambulatori Aperti" finalizzata ad ampliare l'offerta di visite specialistiche e di prestazioni di radiodiagnostica, in orari e giornate più favorevoli ai cittadini, già avviata con la precedente DGR n. X/1846 del 16/05/2014, riguardante le sole Aziende Ospedaliere.

Hanno aderito alla sperimentazione, a far data dal 1 settembre 2014, per l'ex ASL di Cremona il Centro Medico Diagnostico San Lorenzo s.r.l., la Contact s.r.l., la Fondazione Aragona, il Polo Sanitario "Nuovo Robbiani", la Sanitas Diagnostica s.r.l. e le Medicine sportive insistenti sul territorio provinciale e, per la ex ASL di Mantova, l'Ospedale di Suzzara, l'Ospedale San Pellegrino, l'Ospedale Civile di Volta Mantovana, il Poliambulatorio X Ray One di Poggio Rusco ed i laboratori analisi Centro Diagnosi di Suzzara, LAMB di Castiglione delle Stiviere, Bionalisi e Gamma di Mantova.

Con la DGR n. X/2989 del 23.12.2014 Regione Lombardia recitava che "Si rileva la necessità di disporre sul sistema di Prenotazione regionale delle agende di tutti gli enti erogatori accreditati al fine di garantire, in questo momento, la visibilità agli operatori ed agli utenti dell'intera offerta disponibile. A questo fine verrà creato un nuovo flusso informativo per avviare un'attività di controllo sistematica sulla disponibilità delle agende ambulatoriali e sul flusso di prenotazione per tutti gli erogatori accreditati". Con le successive note H1.2015.0019179 del 26/06/2015, tale flusso ha preso avvio.

Riferimenti normativi per l'anno 2017

I riferimenti normativi principali in materia per l'anno 2017 sono costituiti da:

- Intesa 28/10/2010 tra Governo, Regione e Province Autonome sul "Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012";
- DGR n. IX/1775 del 24/05/2011 – "Recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012";

- DGR n. X/3993 del 04/08/2015 e successive note di Direzione Generale Salute di Regione Lombardia prot. n. H1.2015.0028760 del 09/10/2015 e prot. n. H1.2015.0029636 del 15/10/2015, che abrogano l'indicazione delle aree di bisogno assistenziale, confermando, relativamente a prime visite e prime prestazioni diagnostiche e terapeutiche, le classi di priorità di cui all'Intesa sopra citata, da individuarsi obbligatoriamente da parte del medico prescrittore, tramite l'utilizzo dello spazio "AREA DI PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE", presente sul ricettario SSN.
- Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 – "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";
- DGR n. X/5166 del 16/05/2016 che, in merito alla prenotazione delle attività ambulatoriali prevede che, dal 2017, tutte le attività ambulatoriali siano prenotabili tramite il call center regionale e che i cittadini, chiamando il call center, possano avere visibilità su tutte le agende delle strutture pubbliche e private accreditate e possano, di conseguenza, prenotare senza distinzioni di natura pubblica o privata accreditata della struttura. Questa è da considerarsi una priorità al fine di rendere ancora più agevole l'accesso dei cittadini al sistema della attività ambulatoriali, con il risultato di ridurre i tempi di attesa percepiti, offrendo la possibilità di scegliere tra tutte le strutture erogatrici accreditate ad a contratto con il servizio sanitario regionale. Tale priorità sarà essere inserita come impegno contrattuale per il 2017.
- DGR n. X/5954 del 5/12/2016, "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2016 – (di concerto con gli Assessori Garavaglia e Brianza)", che stabilisce che l'accessibilità ai servizi e alle prestazioni del sistema socio sanitario costituisce una priorità per l'anno 2017. Per offrire maggiori opportunità alle persone - sia in termini di attività legate all'accompagnamento delle persone in particolari condizioni di fragilità e bisogno sia intervenendo sulla riduzione dei tempi di attesa per la generalità delle persone che accedono al sistema - sarà dato avvio ad un nuovo servizio informativo integrato nell'ambito del Call Center Regionale, anche attraverso l'utilizzo del WEB. Tale nuovo servizio sarà accompagnato dalla possibilità di prenotazione differita per le prestazioni erogate da soggetti privati. Le azioni prioritarie per il 2017 prevedono:
 - L'omogeneizzazione delle informazioni sulle prestazioni di tutti gli erogatori (pubblici e privati) e messa a disposizione sul canale call center regionale e sul web;
 - il coinvolgimento delle strutture private accreditate sul tema delle agende attraverso la disponibilità di nuovi strumenti di prenotazione (es. inoltro di chiamata, prenotazione differita, ecc.) e sviluppo dell'utilizzo del flusso dati denominato MOSA;
 - l'ulteriore implementazione delle disponibilità delle agende da parte delle strutture pubbliche>>.

La stessa DGR n.X/5954 stabilisce che:

- il 5% assegnabile dalle ATS sulla base di specifici obiettivi, che potranno prevedere il coinvolgimento di tutte le strutture private accreditate.
- Le attività oggetto della negoziazione del 5% delle risorse basata su obiettivi specifici non deve penalizzare le prestazioni ad elevato impatto di cura a suo tempo identificate come prestazioni extrabudget (es. dialisi, chemioterapia, radioterapia);

- Al fine di promuovere ulteriormente la riduzione dei tempi di attesa e l'accessibilità ai servizi di tutti le tipologie di utenti, compresi coloro che sono soggetti al pagamento del ticket e di ridurre al minimo il ricorso obbligato a prestazioni in solvenza, ancorché a costi ridotti, si prevede che, per accedere alla quota del 5% sopra descritta, gli erogatori, sulla base di specifici accordi con le ATS, debbano garantire una quota di pari valore economico da erogare, in regime di libera professione o solvenza, con costi a carico dei cittadini uguali a quelli previsti per le erogazioni a carico del SSR;
- Si conferma anche per l'anno 2017 la prosecuzione del progetto ambulatori aperti e che anche per le strutture di diritto privato, sulla base delle indicazioni delle ATS, sarà prioritario mantenere un'accessibilità ottimale anche nelle fasce orarie serali e nella giornata di sabato.

La stessa DGR n. X/5954 ribadisce inoltre che:

- Le ATS nel corso del 2017 dovranno effettuare un attento monitoraggio delle attività avendo come priorità di attenzione:
 - 1) la distribuzione omogenea delle attività per tutto l'arco dell'anno evitando così di avere dei cali negativi di offerta nell'ultimo trimestre dell'anno;
 - 2) una buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee che dovranno essere definite nel contesto del territorio delle singole ATS;
 - 3) il rispetto della appropriatezza di prescrizione e di effettuazione delle prestazioni prevedendo, per quelle per le quali sono stati definiti a livello regionale dei criteri di appropriata prescrizione, delle azioni di verifica e di monitoraggio in collaborazione con i prescrittori e gli erogatori di prestazioni;
 - 4) l'implementazione di percorsi di presa in carico del paziente cronico che prevedano che l'erogatore si faccia carico della garanzia dell'accesso preferenziale alle prestazioni programmabili.
- La nota di Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, prot. n. G1.2016.0040068 del 22/12/2016, ha ribadito che entro il 31 gennaio 2017 le Agenzie di Tutela della Salute dovranno predisporre e formalizzare i Piani attuativi di governo (PGTA) in funzione del raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015 e in accordo con le disposizioni contenute nella DGR n. X/5954/2016 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2017". Le Aziende Socio Sanitarie Territoriali e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico dovranno analogamente presentare alle ATS e alla Regione Lombardia i Piani Aziendali di Governo (PGTAz) di concerto con i Piani attuativi delle Agenzie, entro il 28 febbraio per il primo semestre ed entro il 1 agosto per il secondo semestre 2017. La stessa nota ha comunicato il calendario delle rilevazioni per il monitoraggio a giorno indice regionale, che la successiva nota G1.2017.0001675 del 19/01/2017 ha variato.
- Il Protocollo della corretta prescrizione dell'ATS della Val Padana, sottoposto a revisione nel corso del 2016 e pubblicato sul sito web dell'ATS.

Attraverso il presente Piano Aziendale Attuativo per il governo dei tempi di attesa per l'anno 2017, l'ATS della Val Padana intende proseguire e consolidare il percorso di attuazione dei contenuti delle disposizioni regionali e definire le azioni da adottarsi per raggiungere l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa eccessivi – in primis in funzione del raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015 - e per mantenere le situazioni di eccellenza esistenti nel territorio.

Nel Piano si definiscono anche le azioni di coordinamento, monitoraggio, valutazione degli interventi e dei risultati, nonché la diffusione delle informazioni presso la cittadinanza. In particolare risulta fondamentale per il territorio dell'Agenzia il coordinamento con le Aziende Ospedaliere del territorio, attraverso la definizione di Piani Semestrali di competenza, e gli altri Erogatori privati accreditati, allo scopo di monitorare continuamente e puntualmente l'evoluzione della domanda ed allo scopo di individuare criticità e disequilibri e definire le necessarie azioni correttive.

Viene confermato per l'anno 2017 l'obiettivo di qualità dell'erogazione delle prestazioni specialistiche, relativo alla gestione delle prestazioni di "controllo". Esso consiste nella revisione di percorsi di continuità di monitoraggio e *follow up* "ospedale-ospedale", comportanti non solo la prescrizione dell'accertamento da parte dello specialista, ma anche la prenotazione della prestazione da parte della struttura, fin dal momento in cui ne viene generata la necessità, con conseguente facilitazione dell'accesso per il cittadino e reale presa in carico del bisogno assistenziale.

Analisi di contesto

Consumi e offerta di prestazioni specialistiche

Consumi ambulatoriali da parte di residenti nell'ambito territoriale dell'ATS della Val Padana

Nell'anno 2015 il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali finanziabili rilevate con il flusso di cui alla circolare 28 San, erogate in Lombardia a favore di cittadini residenti nel territorio di competenza dell'ATS della Val Padana è stato pari a 13.434.722, per un valore lordo di € 217.395.432, di cui il 15,68% a carico dei cittadini assistiti, ed un conseguente valore netto a carico del SSR pari a € 183.310.709, in diminuzione rispetto al 2014.

	Numero	Valore Totale	Ticket	Quota fissa	Netto SSR 2015	Netto SSR 2014	Variazione 2015 vs 2014
Ex 304	6.726.137	112.268.927	11.886.697	4.745.768	95.636.463	96.992.185	-1,40%
Ex 307	6.708.585	105.126.505	12.703.164	4.749.095	87.674.247	96.177.612	-8,84%
ATS 327	13.434.722	217.395.432	24.589.860	9.494.862	183.310.709	193.169.797	-5,10%

La non disponibilità del flusso della mobilità passiva extraregionale non consente una valutazione puntuale relativamente alla percentuale di fruizione dei residenti all'interno del territorio dell'ATS della Val Padana, rispetto al totale delle prestazioni consumate.

Offerta territoriale di prestazioni specialistiche nel territorio dell'ATS della Val Padana

Ambito territoriale di Cremona

Lo scenario dell'offerta territoriale di prestazioni specialistiche ambulatoriali è, per il territorio della ex ASL di Cremona, costituito dai vari punti di erogazione afferenti a 14 strutture erogatrici.

Le strutture erogatrici provinciali accreditate e contratto sono costituite da:

- ASST Cremona, che opera in 2 presidi ospedalieri;
- ASST Crema, che opera in 2 presidi ospedalieri;

- Tre Case di Cura private: Fondazione Teresa Camplani - Casa di Cura Ancelle della Carità; Fondazione Opera San Camillo - Casa di Cura San Camillo; Casa di Cura Figlie di San Camillo;
- Nove strutture poliambulatoriali private: Polo Sanitario "Nuovo Robbiani" di Soresina, Sanitas Diagnostica s.r.l. di Crema, Poliambulatorio della Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona di San Giovanni in Croce, Poliambulatorio della Fondazione Caimi di Vailate, Centro Medico Diagnostico San Lorenzo di Crema, Fisiokinesiterapia Sanitas di Soncino, Fisiokinesiterapia Riabilita di Crema, Mavis Servizi di Pizzighettone, Contact s.r.l. di Cremona.

Ambito territoriale di Mantova

Lo scenario dell'offerta territoriale di prestazioni specialistiche ambulatoriali è, per il territorio della ex ASL di Mantova, costituito dai vari punti di erogazione afferenti a 13 strutture erogatrici.

Le strutture erogatrici provinciali accreditate e contratto sono costituite da:

- una Azienda Ospedaliera: Azienda Ospedaliera Carlo Poma, che opera in 3 presidi ospedalieri;
- tre sperimentazioni gestionali pubblico-privato: Ospedale di Suzzara, Ospedale San Pellegrino di Castiglione delle Stiviere ed Ospedale di Volta Mantovana;
- una Casa di Cura privata: Fondazione Teresa Camplani - Casa di Cura San Clemente;
- un presidio IRCSS privato: Fondazione Maugeri, presidio di Castel Goffredo;
- due strutture poliambulatoriali privata: il Poliambulatorio X Ray One di Poggio Rusco e il Poliambulatorio "Ortorad srl-Struttura ambulatoriale Medicenter" presso il centro Green Park di Mantova, a contratto con il SSR per la prima volta dall'esercizio 2015;
- una struttura ambulatoriale che eroga prestazioni di diagnostica per immagini, "Eco-Rad" di Asola, a contratto con il SSR per la prima volta dall'esercizio 2015;
- quattro laboratori privati: Gamma di Mantova, LAMB di Castiglione delle Stiviere, Centro Diagnosi di Suzzara, Binalisi-Fleming di Mantova.

Attività di controllo dei tempi d'attesa per prestazioni ambulatoriali

L'attività di controllo per i tempi di attesa in tutto il territorio dell'ATS, nell'anno 2016, ha ricompreso 12 rilevazioni *ex ante*, nei giorni indice di indicazione regionale, nel corso delle quali sono stati raccolti i tempi d'attesa, esclusivamente per prime visite o primi accessi, delle prestazioni monitorate.

L'attività di controllo 2016 si è svolta altresì attraverso:

- rilevazioni mensili interne alle strutture, oggetto di pubblicazione sul proprio sito web e su quello dell'ATS;
- verifiche di coerenza tra i tempi d'attesa rilevati direttamente dalle ATS presso i Cup delle strutture e i tempi evidenziati dai monitoraggi nel giorno indice regionale;
- una convocazione degli erogatori per condivisione di problematiche e criticità emerse sui tempi di attesa;
- due rilevazioni per l'attività libero professionale, nei mesi di aprile ed ottobre.

Nel corso del 2016 si è altresì provveduto alla revisione del Protocollo della corretta prescrizione condiviso per tutto l'ambito territoriale di competenza, successivamente formalizzato e pubblicato sul sito dell'ATS.

Criticità principali

Relativamente all'ambito territoriale di **Cremona**, nel corso delle 12 rilevazioni mensili dei tempi di attesa si sono riscontrati complessivamente dei superamenti dei tempi massimi di attesa per le priorità B (entro 10) e D (30 giorni per le prime visite, 60 giorni per gli esami strumentali) in 8 punti di erogazione di prestazioni specialistiche, 3 appartenenti alle ASST e 5 alle strutture private a contratto. I superamenti hanno riguardato principalmente le prime visite, in particolare nelle branche di cardiologia, chirurgia vascolare, medicina fisica e riabilitazione, oculistica, ortopedia e pneumologia. Nell'ambito delle prestazioni diagnostiche i superamenti hanno riguardato principalmente le ecografie e le prestazioni strumentali in ambito cardiologico. L'obiettivo atteso del rispetto dei tempi massimi di attesa in almeno il 95% delle prestazioni è stato pienamente raggiunto.

Relativamente all'ambito territoriale di **Mantova**, nel corso delle 12 rilevazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa nell'anno 2016, trasmesse tramite i portali RL_MTA sino al mese di luglio 2016 tramite piattaforma SMAF dal mese di agosto in poi, nonché da due verifiche attuate presso i Cup degli Erogatori, si sono riscontrati complessivamente dei superamenti dei tempi massimi di attesa per le prestazioni con priorità B, breve entro 10 giorni, e D, differibile entro 30 giorni per le prime visite e 60 giorni per gli esami strumentali, in cinque strutture di erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero, di cui una appartenente alla ASST di Mantova e quattro alle strutture private a contratto.

I superamenti hanno riguardato maggiormente le prime visite, in particolare nelle branche specialistiche di medicina fisica e riabilitativa, oculistica, pneumologia, dermatologia, neurologia, ginecologia, urologia, endocrinologia.

Nell'ambito delle prestazioni diagnostiche strumentali, i superamenti hanno riguardato principalmente le ecografie legate alla disciplina ostetrico ginecologica, le prestazioni strumentali in ambito cardiologico, e le prestazioni di endoscopia digestiva. L'obiettivo atteso del rispetto dei tempi massimi di attesa in almeno il 95% delle prestazioni è stato pienamente raggiunto.

Buona parte della motivazione di tempi d'attesa eccedenti i limiti consiste nella scelta della sede e del professionista desiderati da parte dei pazienti. Il tempo aziendale è infatti solitamente rispettato da parte delle strutture, pur in presenza costante di alcune liste con tempi eccedenti i massimi previsti.

Elemento ulteriore di significativo peso nell'aggravamento delle criticità relative alla gestione delle liste d'attesa è costituito dal fenomeno frequente del rifiuto della prima data prospettata in sede di prenotazione. È evidente il peso elevato del ruolo attivo del cittadino-utente, nella gestione delle liste da parte degli erogatori, nonché la necessità di responsabilizzazione e incremento della consapevolezza dell'accesso ai servizi presso la cittadinanza, anche attraverso iniziative di comunicazione ed informazione.

Ancora significativo risulta il fenomeno della prenotazione da parte del cittadino di una stessa prestazione presso più strutture.

D'altro canto, da parte dei prescrittori, territoriali e ospedalieri, di importanza indiscutibile per una corretta ed efficace gestione delle liste d'attesa è la puntuale e corretta compilazione delle classi di priorità in tutte le prescrizioni, obbligatoria da parte del Medico. La classe di priorità "P" viene attribuita automaticamente a tutte quelle prescrizioni prive di classe di priorità assegnata.

Dai dati delle rilevazioni mensili, presenti su portale SMAF, relativamente al periodo agosto-dicembre 2016, si evince che la percentuale di primi accessi per i quali la

prescrizione non riporta la classe di priorità e che conseguentemente vengono individuate come "P", nell'ATS della Val Padana è pari al 34,60%.

Monitoraggio tempi d'attesa - periodo agosto-dicembre 2016			
	Numero prestazioni	Priorità "P"	%
ATS Val Padana	20.724	7.170	34,60%
Ambito di Mantova	10.310	2.466	23,92%
Ambito di Cremona	10.414	4.704	45,17%

Riferimenti per la "governance" dei tempi d'attesa

Criteri per l'accesso

In ciascuna impegnativa per prestazione ambulatoriale o di ricovero il Medico, in base alla valutazione clinica, deve attribuire la priorità adeguata e riportare in ricetta il relativo contrassegno.

L'indicazione del campo "classe di priorità" da parte del Medico è obbligatoria e riguarda tutte le prescrizioni per prestazioni sanitarie ambulatoriali e di ricovero; la ricetta priva di contrassegni è considerata come prescrizione di una prestazione programmabile (P).

Pertanto le classi di priorità sono applicabili anche alle prestazioni di controllo.

Le classi di priorità applicabili alle prestazioni sanitarie sono le seguenti:

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

U = Urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore);

B = entro 10 giorni;

D = entro 30 giorni per le prime visite ed entro 60 giorni per i primi accessi alle prestazioni di diagnostica strumentale;

P = programmabile, in quanto il tempo di attesa per l'erogazione non influenza lo stato clinico/prognosi del paziente.

Le classi di priorità "P", "B", "D" sono applicabili sia ai controlli sia ai primi accessi.

La classe di priorità "U" è applicabile solo alle urgenze.

PRESTAZIONI DI RICOVERO

CLASSE A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o da determinare grave pregiudizio alla prognosi;

CLASSE B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

CLASSE C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad

aggravarsi né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

CLASSE D - Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro i 12 mesi.

Razionalizzazione dell'accessibilità ai servizi sanitari

Al fine di ottimizzare l'organizzazione dell'offerta delle prestazioni e garantire una corretta gestione delle diverse classi di priorità si richiamano di seguito le definizioni di primo accesso e controllo:

- Primo accesso (prima visita o primo esame):

- è l'accesso in cui il problema attuale del paziente viene affrontato per la prima volta e per il quale viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato dalla esplicita dizione di "primo accesso". Possono anche essere considerati primi accessi quelli effettuati da pazienti noti, affetti da malattie croniche che presentino una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia (sulla ricetta dovrà essere indicato anche in questo caso "primo accesso").

- Visita o esame di controllo - follow up:

- visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente 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;
- le 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.

Anche per tali prestazioni è prevista l'indicazione della classe di priorità da parte del Medico. In linea di massima tali prestazioni possono essere programmate (classe di priorità "P") e di conseguenza erogate in un maggiore arco di tempo, di norma entro 180 giorni dalla prima visita/primo accesso. Pur tuttavia il Medico potrà applicare anche le classi "B" e "D", secondo le necessità cliniche del paziente.

Tempi di riferimento del piano

Con la DGR IX/1775 del 24/07/2011 Regione Lombardia ha recepito il documento d'intesa del 28 ottobre 2010 sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012, tuttora vigente.

Detta normativa individua una serie di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera da sottoporre a monitoraggio al fine di garantire il rispetto di adeguati tempi massimi di attesa.

Il Piano prevede, tra l'altro, la definizione di classi di priorità cui associare tempi di garanzia delle prestazioni.

La DGR X/3993 del 4/08/2015 conferma, relativamente a prime visite e prime prestazioni diagnostiche e terapeutiche, le seguenti classi di priorità da individuarsi da parte del medico prescrittore:

U = Urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore);

B = entro 10 giorni;

D = entro 30 giorni visite ed entro 60 giorni per i primi accessi alle prestazioni di diagnostica strumentale;

P = programmabile.

Elenco prestazioni oggetto di monitoraggio per DGR IX/1775 del 24/07/2011 e Documento d'intesa del 28 ottobre 2010 sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012.

Prestazioni di specialistica ambulatoriale

PRIMA VISITA CARDIOLOGICA
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA
PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]
PRIMA VISITA OCULISTICA
PRIMA VISITA ORTOPEDICA
PRIMA VISITA GINECOLOGICA
PRIMA VISITA ORL
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA
PRIMA VISITA ONCOLOGICA
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA
MAMMOGRAFIA BILATERALE E MONOLATERALE
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHETERICA, SENZA E CON CONTRASTO
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA
ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE, INFERIORE E COMPLETO
ECOGRAFIA BILATERALE E MONOLATERALE DELLA MAMMELLA
ECOGRAFIA OSTETRICA - GINECOLOGICA
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE, SENZA O CON BIOPSIA O POLIPECTOMIA
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD], SENZA O CON BIOPSIA
ELETTROCARDIOGRAMMA
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE O CON CICLOERGOMETRO
ESAME AUDIOMETRICO TONALE
SPIROMETRIA SEMPLICE O GLOBALE
ESAME DEL FUNDUS OCULI

ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]
RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA
RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE
RADIOGRAFIA DEL 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 INTRAOCULARE

Rientrano altresì nel monitoraggio periodico:

- Prestazioni in Day Hospital/DaySurgery/MAC/BIC:
CHEMIOTERAPIA*
ARTERIOGRAFIA CORONARICA CON CATETERE SINGOLO, DOPPIO O NON SPECIFICATA
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO
EMORROIDECTOMIA
RIPARAZIONE MONOLATERALE O BILATERALE DI ERNIA INGUINALE
- Prestazioni di ricovero ordinario:
MASTECTOMIA
PROSTATECTOMIA RADICALE
INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE COLON RETTO
INTERVENTI CHIRURGICI TUMORI DELL'UTERO
BYPASS AORTOCORONARICO
RIMOZIONE DI OSTRUZIONE DELL' ARTERIA CORONARICA ED INSERZIONE DI STENT (PTCA)
ENDOARTERIECTOMIA DI ALTRI VASI DEL CAPO E DEL COLLO
INTERVENTI DI PROTESI D'ANCA
INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE DEL POLMONE
TONSILLECTOMIA

Come indicato dalla DGR n. 2828/2006, e poi dal punto 13 della DGR IX/1775 del 24 maggio 2011, ogni struttura sanitaria della Regione è tenuta a rispettare un tempo massimo di attesa per ogni tipo di visita od esame. Se la struttura prescelta non garantisce le prestazioni entro il tempo massimo, la stessa si deve impegnare, su richiesta del paziente, ad erogare la prestazione in regime libero professionale, facendosi carico dell'intera tariffa, detratto l'eventuale ticket che risulta a carico del paziente, così come previsto dall'Allegato 1 della DGR n. 47675/1999.

Riferimenti locali

Sono altresì elementi di riferimento i Piani aziendali semestrali di Governo dei Tempi d'Attesa delle tre ASST, nonché le Conferenze degli Erogatori pubblici e privati accreditati, che si riuniscono periodicamente per la valutazione delle criticità locali, con estensione della partecipazione alle Rappresentanze delle Associazioni di pubblica tutela dei cittadini e del Consiglio di rappresentanza dei Sindaci.

Programmazione anno 2017

Linee di intervento per il governo della domanda

Le linee di intervento perseguite da questa ATS si possono riassumere in:

1. contrattualizzazione di obiettivi funzionali al governo dei tempi d'attesa, come accennato nella Premessa - Riferimenti normativi per il 2017;
2. redazione e aggiornamento periodico del Piano attuativo Aziendale per il governo dei tempi d'attesa;
3. monitoraggio delle liste d'attesa, come successivamente dettagliato;
4. controllo della tenuta delle agende di prenotazione in almeno due sessioni annue;
5. implementazione delle modalità di prenotazione on line, da farmacie, da MMG e attraverso il Call Center Regionale;
6. trasparenza, informazione e comunicazione.

Nell'ambito della programmazione di esercizio e, in particolare, nelle fasi di negoziazione e contrattualizzazione delle risorse per obiettivi, fermo restando il perseguimento dell'obiettivo generale di almeno il 95% delle prestazioni monitorate erogate entro il tempo massimo stabilito, si terrà in considerazione la necessità di garantire prioritariamente il rispetto dei tempi per aree territoriali che potranno in linea generale corrispondere ai due ambiti provinciali, mentre per le prestazioni a più elevata prevalenza la garanzia di rispetto potrà riferirsi ai bacini di utenza omogenei e consolidati di Crema, Cremona e Casalmaggiore, l'Alto mantovano, il Basso mantovano e Mantova. La finalità è di garantire il rispetto dei tempi per prestazioni a maggiore impatto in ognuna di tali aree.

Monitoraggio

In adempimento alla DGR VIII/5743 del 31 ottobre 2007, nel 2017 le rilevazioni prospettiche mensili verranno attuate e trasmesse a Regione Lombardia attraverso la piattaforma SMAF, messa a disposizione di tutti gli erogatori.

Come da indicazioni della nota di Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, prot. n. G1.2016.0040068 del 22/12/2016, di comunicazione del calendario delle rilevazioni 2017, nonché della successiva nota G1.2017.0001675 del 19/01/2017, di variazione del calendario delle rilevazioni 2017, nel corso del 2017 si prevede di effettuare 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto di monitoraggio.

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. Tutti gli erogatori provinciali hanno implementato, nei precedenti esercizi, l'accuratezza della separazione tra primi accessi e controlli, con il risultato di una complessiva più razionale gestione dell'intero scenario d'offerta provinciale, correlata anche a un miglioramento generale dei tempi d'attesa per primi accessi.

Il monitoraggio in materia di tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche e di ricovero, per l'anno 2017, si articola pertanto nelle seguenti azioni:

- monitoraggio regionale *ex ante*: verrà effettuato a cadenza mensile, secondo il calendario di indicazione regionale, con 12 rilevazioni con il calendario di seguito riportato:

giornata indice	termine inserimento dati
Mercoledì 25 gennaio 2017	Mercoledì 1 febbraio 2017
Giovedì 16 febbraio 2017	Giovedì 23 febbraio 2017
Mercoledì 8 marzo 2017	Mercoledì 15 marzo 2017
Mercoledì 5 aprile 2017	Mercoledì 12 aprile 2017
Mercoledì 3 maggio 2017	Mercoledì 10 maggio 2017
Mercoledì 7 giugno 2017	Mercoledì 14 giugno 2017
Mercoledì 5 luglio 2017	Mercoledì 12 luglio 2017
Mercoledì 2 agosto 2017	Mercoledì 9 agosto 2017
Mercoledì 13 settembre 2017	Mercoledì 20 settembre 2017
Mercoledì 4 ottobre 2017	Mercoledì 11 ottobre 2017
Mercoledì 8 novembre 2017	Mercoledì 15 novembre 2017
Mercoledì 13 dicembre 2017	Mercoledì 20 dicembre 2017

- monitoraggio *ex post*: la rilevazione della data di prenotazione sul flusso informativo 28 SAN verrà periodicamente utilizzata per la verifica della puntuale compilazione (indicatore: data prenotazione diversa da data contatto), per la valutazione dei tempi medi di attesa, per la verifica della congruenza rispetto al monitoraggio *ex ante*;
- rilevazione settimanale attuata dagli Erogatori e trasmessa a Regione Lombardia attraverso il flusso MOSA, in adempimento alla DGR n. X/2989;
- rilevazione periodica dei tempi di attesa medi su prestazioni concordate con gli Erogatori presenti sul territorio, puntualmente pubblicata e aggiornata sui siti web dei singoli Erogatori e dell'ATS;
- 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;
- verifica del mantenimento della apertura delle liste di attesa per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale e della corretta separazione delle agende per primi accessi, priorità cliniche;
- monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi regionali e aziendali oggetto di contrattualizzazione con gli Erogatori provinciali attraverso le rilevazioni periodiche di prevalenza;
- monitoraggio del rispetto delle indicazioni regionali sulla rilevazione da parte degli erogatori delle prestazioni erogate in attività Libero Professionale Intramuraria, Intramuraria allargata ed in regime di solvenza (monitoraggio ALPI e S) nelle due rilevazioni dedicate.

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. Sarà pertanto promosso, in sede di futura contrattualizzazione, il miglioramento della rilevazione di tali informazioni.

Azioni per l'appropriatezza prescrittiva e per la facilitazione dell'accesso

Le rilevazioni effettuate negli anni precedenti, in merito al rispetto dei tempi d'attesa, avevano evidenziato consistenti problematiche relative alla qualità e alla completezza

delle prescrizioni, ma anche un percorso di progressivo e continuo miglioramento; in particolare, le indicazioni riportate sulla ricetta, che dapprima non consentivano la corretta differenziazione presso lo sportello CUP delle visite come "primo accesso" o come "controllo" o "follow up", hanno migliorato la loro qualità.

Gli obiettivi contrattuali d'esercizio prevedono, anche per il 2017, un impegno concordato tra Agenzia Sanitaria, Azienda/e Ospedaliera/e ed Enti Erogatori privati accreditati, con l'intento di promuovere un rapporto di collaborazione tra Medici di Famiglia e Specialisti Ospedalieri, nell'interesse dei pazienti ai quali deve essere garantito l'accesso alle cure nel modo più appropriato possibile e nel rispetto dei tempi obiettivo regionali.

Obiettivo per il 2017 è, altresì, la prosecuzione dell'attività di studio e approfondimento in materia di corretto utilizzo dell'urgenza differibile.

Per l'ex ASL di **Cremona**, in tema di appropriatezza prescrittiva proseguirà l'attività di specifici tavoli tecnici su Percorsi di Appropriatazza Clinica, in particolare quello denominato "Gruppo di esperti per l'utilizzo appropriato dell'urgenza differibile (bollino verde)", istituito presso l'ex ASL di Cremona con Deliberazione 341/2015 del 08/10/2015, nell'ambito del quale è stata elaborata una lista di prestazioni per le quali gli esperti ritengono di norma non appropriata l'indicazione della classe di priorità della urgenza differibile.

Inoltre le Direzioni Sanitarie delle Aziende ospedaliere provinciali proseguiranno nel 2017 il monitoraggio della presa in carico del paziente con il completamento diagnostico per la patologia di competenza.

Presso l'ex ASL di **Mantova**, proseguirà la propria attività il "Tavolo tecnico congiunto tra ASL, Erogatori pubblici, privati accreditati e a contratto della provincia di Mantova sull'appropriatezza clinica e prescrittiva" - come da Deliberazione n. 328 del 15/10/2015 -, nell'ambito dei quali vengono approfondite, con l'Azienda Ospedaliera e gli Erogatori privati, le tematiche riguardanti il contenimento e l'uso appropriato del bollino verde, da limitare alle prestazioni che necessitano realmente di erogazione urgente, e vengono organizzate iniziative informative/formative congiunte rivolte a Specialisti e Medici di Famiglia.

In tema di urgenza differibile nel corso del 2015 e 2016 si sono valutate le prestazioni delle branche di ematologia, radiologia, endoscopia digestiva, e chirurgia vascolare e si sono condivisi i corrispondenti Percorsi di appropriatezza clinica prescrittiva. Nel corso del 2017 verranno prese in esame le prestazioni ambulatoriali di riabilitazione.

Sul tema della appropriatezza prescrittiva l'ex ASL della provincia di **Cremona** ha organizzato degli eventi formativi rivolti alle direzioni sanitarie ed ai medici specialisti strutture erogatrici attivi in ambito provinciale che si sono svolti il 25 ed il 26 marzo ed il 30 settembre 2015 nel corso dei quali sono state discusse le raccomandazioni sulla appropriata prescrizione di RMN e TAC per la diagnostica delle patologie osteoarticolari e degli ecocolordoppler per la diagnostica delle patologie dei tronchi sovra-aortici e degli arti inferiori.

Saranno alla base delle azioni di governo dei tempi di attesa anche le evidenze desunte dal monitoraggio continuo delle criticità, dai controlli per la tenuta delle agende e verifica dei tempi presso i CUP, svolti in sede di erogazione.

Per tutto l'esercizio 2017, e quindi quale obiettivo contrattuale, è previsto l'obbligo della prosecuzione delle azioni attinenti alla iniziativa regionale "Ambulatori aperti" da parte delle strutture già aderenti.

Obbligo dell'indicazione costante del quesito diagnostico prevalente e della classe di priorità

La richiesta di indagine, prestazione o visita specialistica deve riportare il quesito diagnostico formulato dal Medico prescrittore, in coerenza con quanto previsto dai vigenti ACN per la Medicina Generale (art. 51, punto 2), per la Pediatria di Libera Scelta (art. 50, punto 2), per la Medicina Specialistica Ambulatoriale (art. 28, punto 2).

A ciò va aggiunto che l'Allegato 10 della DGR n. VIII/8501 del 26/11/2008, ribadito nella Circolare regionale prot. H1.20080045451 del 16/12/2008, prevede che le prestazioni di specialistica ambulatoriale, dal 2009, potranno rappresentare un costo per il SSR solo se le relative richieste saranno corredate del quesito diagnostico prevalente formulato in forma chiara e specifica.

Ne discende l'assoluta necessità della indicazione del quesito diagnostico prevalente su ogni prescrizione di prestazioni specialistiche. In assenza del quesito, l'Erogatore non potrà erogare la prestazione a carico del SSR.

Il sospetto/quesito diagnostico deve essere espresso nella maniera più esauriente e circostanziata possibile (art. 51 comma 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 20/01/2005).

Ai sensi della DGR 3993/2015 il quesito diagnostico deve essere formulato anche per i pazienti esenti da patologie croniche, per malattie rare o per gravidanza.

Si ribadisce la necessità della codifica del campo di priorità all'interno della prescrizione medica, come dettagliato nei "Riferimenti per la "governance" dei tempi d'attesa".

Continuità dei percorsi di "controllo"

Peculiare obiettivo di qualità dell'erogazione delle prestazioni specialistiche è quello relativo alla gestione delle prestazioni di "controllo". Esso consiste nella individuazione di percorsi di continuità di monitoraggio e *follow up* "ospedale-ospedale", comportanti non solo la prescrizione dell'accertamento da parte dello specialista, ma anche la prenotazione della prestazione, da parte della struttura, fin dal momento in cui ne viene generata la necessità, con conseguente facilitazione dell'accesso per il cittadino e reale presa in carico del bisogno assistenziale.

Nel corso dell'esercizio 2017, in particolare, saranno sviluppate le progettualità definite dalle tre ASST in tema di percorsi facilitati per pazienti cronici, già avviate nel corso del precedente esercizio:

- ASST di Crema: paziente diabetico e paziente oncologico;
- ASST di Cremona: Scompenso cardiaco e Centro Anti Diabetico;
- ASST di Mantova: BPCO e Scompenso cardiaco.

Call Center Regionale (CCR) e altre modalità di prenotazione

Per l'esercizio 2016 proseguirà nei rispettivi ambiti territoriali di Cremona e Mantova l'attività relativamente alle strutture aderenti, con la finalità del mantenimento e consolidamento delle percentuali delle agende esposte.

Ciò in adempimento alla DGR n. X/5166 del 16/05/2016 che, in merito alla prenotazione delle attività ambulatoriali prevede che, dal 2017, tutte le attività ambulatoriali siano prenotabili tramite il call center regionale e che i cittadini, chiamando il call center, possano avere visibilità su tutte le agende delle strutture pubbliche e private accreditate e possano, di conseguenza, prenotare senza distinzioni di natura pubblica o privata accreditata della struttura. Questa è da considerarsi una priorità al fine di rendere ancora più agevole l'accesso dei cittadini al sistema della attività ambulatoriali, con il risultato di ridurre i tempi di attesa percepiti, offrendo la possibilità di scegliere tra tutte le strutture erogatrici accreditate ad a contratto con il servizio sanitario regionale. Tale priorità sarà essere inserita come impegno contrattuale per il 2017.

Nell'ambito delle attività di semplificazione e miglioramento dei servizi offerti ai Cittadini, particolare importanza assumerà nel 2017, per quanto riguarda le prenotazioni *on line*, il potenziamento del canale internet da Cittadino e del canale Farmacie, con la possibilità di prenotazione su numerose agende.

Trasparenza, informazione e comunicazione sui tempi d'attesa

In tema di miglioramento della comunicazione "bidirezionale" con l'utenza le azioni 2017 comprendono quanto segue:

- aggiornamento puntuale della sezione del sito Web dell'ATS relativamente ai tempi d'attesa, che, nel corso dell'esercizio, verranno inseriti mensilmente a cura delle strutture erogatrici, e alle modalità di accesso alle prestazioni;
- perseguimento degli adempimenti previsti per gli Erogatori sanitari dal Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 che all'Art. 41, comma 6, prevede: "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 di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata";
- mantenimento dell'attività dei comitati e tavoli di lavoro nel territorio di competenza dell'ATS, nell'ambito della Conferenza degli Erogatori, allargata con le rappresentanze di pubblica tutela e le istituzioni locali e associazioni di volontariato, quale luogo di condivisione delle più efficaci strategie e sinergie di azione relativamente al miglioramento della comunicazione con i cittadini.