



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Val Padana

Piano attuativo per il governo dei tempi d'attesa

anno 2018



Sommario

Premessa	3
Riferimenti normativi.....	3
Riferimenti normativi per l'anno 2018.....	6
Offerta territoriale di prestazioni specialistiche nel territorio dell'ATS della Val Padana	13
Attività di controllo dei tempi d'attesa per prestazioni ambulatoriali.....	13
Criticità principali	14
Azioni specifiche	15
Flusso Mosa.....	16
Riferimenti per la "governance" dei tempi d'attesa	18
Criteri per l'accesso	18
Razionalizzazione dell'accessibilità ai servizi sanitari	19
Tempi di riferimento del piano	19
Riferimenti locali	21
Programmazione anno 2018.....	22
Linee di intervento per il governo della domanda	22
Monitoraggio	23
Azioni per l'appropriatezza prescrittiva e per la facilitazione dell'accesso	24
Obbligo dell'indicazione costante del quesito diagnostico prevalente e della classe di priorità	25
Call Center Regionale (CCR) e altre modalità di prenotazione.....	25
Trasparenza, informazione e comunicazione sui tempi d'attesa	26

Indice delle tabelle e delle figure

Tabella 1: Prestazioni a maggiore criticità nelle rilevazioni ex ante (prime 15).....	14
Tabella 2: Rispetto del tempo massimo regionale nei 4 trimestri 2017 – Rilevazione ex ante.....	14
Tabella 3: Distribuzione delle prestazioni per classe di priorità – Anno 2017, dati RL-MTA.....	15
Tabella 4: Distribuzione percentuale delle prestazioni per classe di priorità – Anno 2017, dati RL-MTA.....	16
Tabella 5: Distribuzione delle prestazioni per classe di priorità, per numerosità e percentuale, presso l'ASST di Crema.....	24
Figura 1: Distribuzione percentuale delle prestazioni per classe di priorità – Anno 2017, dati RL-MTA.....	16

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 prospettiche 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 ed 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, Bianalisi 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, ha preso avvio il flusso MOSA.

Con la DGR n. X/7766 del 17/01/2018 "Tempi d'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" Regione Lombardia ha delineato un sistema organico di misure mirate al contenimento dei tempi d'attesa, tenuto conto nel quadro più generale della legge regionale sull'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo (l.r. 23/2015). La Giunta regionale, infatti, ha adottato provvedimenti - DGR n. X/6164/2017, DGR n. X/6551/2017, DGR n. X/7038/2017 e DGR n. X/7655/2017- volti ad innovare il modello di presa in carico dei pazienti cronici e fragili prevedendo, tra l'altro, agende di prenotazione dedicate, distinte per classi di priorità; dall'attuazione a regime del modello così delineato, che si completa con la responsabilità per la struttura che ha in carico il paziente di

provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo si attendono effetti positivi anche sulle altre agende.

Riferimenti normativi per l'anno 2018

I riferimenti normativi principali in materia per l'anno 2018 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.

- DGR n. X/7600 del 20/12/2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2016 – (di concerto con gli Assessori Garavaglia e Brianza)" che in relazione al Governo dei tempi di attesa stabilisce che Tra le azioni strategiche che la Giunta regionale si propone di avviare entro il termine della legislatura vi è l'adozione di un sistema organico di misure mirate al contenimento dei tempi di attesa, con particolare attenzione all'ambito delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, riferite ad esempio ad aspetti organizzativi, gestionali, di risorse umane e di rafforzamento/introduzione di misure di appropriatezza prescrittiva.

Strettamente connessi al traguardo prioritario del governo dei tempi di attesa, vi sono ulteriori obiettivi specifici cui tendere nel quadro del potenziamento complessivo del sistema sociosanitario, di cui è principale espressione l'evoluzione della legge regionale 33/2009, che si possono riassumere nei seguenti:

- rafforzare l'efficienza e l'accessibilità dei servizi e delle prestazioni, rendendo questi ultimi sempre più rispondenti alle reali esigenze delle persone e delle loro famiglie;
- promuovere ulteriormente l'appropriatezza e la qualità, nel solco delle azioni già intraprese dalla Giunta regionale negli anni passati;
- migliorare l'organizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie mediante il più efficiente utilizzo delle risorse disponibili;
- favorire la crescita professionale degli operatori della sanità nonché l'occupazione.

Il nuovo modello organizzativo di presa in carico della cronicità e la programmazione delle prestazioni sanitarie all'interno del Piano Assistenziale Individuale (PAI) contribuiranno a ridurre in via tendenziale le liste di attesa.

In ordine alle modalità di governo delle liste e dei tempi di attesa per l'anno 2018, allo scopo di rendere omogenee su tutto il territorio Nazionale le regole per la compilazione della diagnosi o del sospetto diagnostico prevalente e a parziale superamento di quanto indicato nella DDGGRR N. 38571/98 e s.m.i. n. 1775/11, 3993/15 e in considerazione del sempre maggior utilizzo della Ricetta Elettronica per le prescrizioni di diagnostica ambulatoriale, si procede a semplificare l'assegnazione della classe di priorità.

Le azioni, le modalità esecutive e le linee di intervento specifiche sul governo dei tempi di attesa, saranno articolate in un apposito provvedimento in corso di definizione.

Gli erogatori devono garantire i seguenti tempi di attesa in caso di positività allo screening:

- screening mammografico: data mammografia di screening - data primo esame di approfondimento ≤ 28 giorni (primo esame tra ecografia, altra mammografia anche con tomosintesi, biopsia o eccezionalmente altro esame);
- screening colon rettale: data dell'analisi in laboratorio del campione di feci risultato positivo per sangue occulto - data prima colonscopia (o eccezionalmente colonscopia virtuale) ≤ 30 giorni.

Gli standard si intendono assolti se $\geq 90\%$ delle positività per ogni linea di screening è gestita entro i tempi definiti.

- La nota di Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, prot. n. G1.2017.0085606 del 29/12/2017, ha ribadito che entro il 31 gennaio 2018 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/7600/2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2018". 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 31 luglio per il secondo semestre 2018. La stessa nota ha comunicato la data della prima rilevazione dei tempi di attesa relativa al 2018 e che le date successive saranno mensilmente dalla DG Welfare.

- DGR n. X/7766 del 17/01/2018 "Tempi d'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" delinea un sistema organico di misure mirate al contenimento dei tempi d'attesa.
 - In tema di prioritizzazione essa prevede la stesura di specifiche Linee Guida regionali, sul presupposto che la determinazione del "quando" una determinata prestazione deve essere erogata non può dipendere, in un sistema strutturato secondo modelli di efficiente utilizzazione delle risorse disponibili, da fattori organizzativi, bensì da valutazioni di natura clinica. Essa definisce indispensabile porre in atto ogni azione utile per garantire una migliore adeguatezza delle prescrizioni alle effettive necessità dei pazienti, ad esempio promuovendo l'adozione di protocolli clinici per la prescrizione secondo le classi di priorità, soprattutto per quelle prestazioni con maggiore criticità e per le quali si registra un eccesso di richieste; tali protocolli dovranno essere concordati e condivisi tra i prescrittori (medici di assistenza primaria, medici specialisti ospedalieri e territoriali e specialisti convenzionati interni) e dovranno contenere criteri il più possibile univoci ed omogenei per l'assegnazione delle classi di priorità. 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" in aderenza a quanto già definito dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 tutt'ora vigente.
 - Richiama il nuovo modello di gestione della cronicità che determina per i pazienti cronici e fragili un percorso appositamente loro dedicato che si riflette su una programmazione delle prestazioni maggiormente rispondente ai loro bisogni di stato di salute e correttamente collocata in termini di tempo nell'anno solare. La presa in carico integrata dei pazienti cronici e fragili attraverso un Piano di assistenza individuale ed un Patto di Cura e secondo precisi protocolli di gestione dei percorsi e dei follow-up, come definita dalle DGR n. X/6164/2017, DGR n. X/6551/2017, DGR n. X/7038/2017 e DGR n. X/7655/2017, prevede inoltre 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. Così come pianificato, il nuovo modello per la cronicità 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.
 - Ribadisce la gestione trasparente delle prenotazioni e 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 rese includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di attività libero professionale intramuraria. E' funzionale a questo nuovo processo anche il potenziamento del Monitoraggio dell'Offerta Sanitaria Ambulatoriale (il cosiddetto flusso MOSA) che garantisce una maggior accessibilità alle informazioni sull'intera offerta sanitaria lombarda da parte di tutti i cittadini, siano essi cronici o al primo accesso o al momento dei controlli, consentendo agli stessi di avere informazioni sulle disponibilità di tutte le agende di prestazioni ambulatoriali delle strutture pubbliche e private accreditate e sui relativi tempi di attesa. A tal fine tutte le agende devono essere esposte in trasparenza al MOSA, senza esclusioni in modo che i cittadini possano avere visibilità di tutte le agende sanitarie - anche quelle che permettono prenotazioni di prestazioni per indagini strumentali complesse o invasive o che necessitano di una particolare preparazione del cittadino - esposte dalle strutture pubbliche e private accreditate e possano scegliere tra tutte le strutture erogatrici accreditate e a contratto con il servizio sanitario regionale.

- Richiama all'obbligo di mantenere costantemente aperte le agende di prenotazione, senza soluzione di continuità tra un esercizio e l'altro, con conseguente divieto di blocco delle stesse. Così come già disposto dalla DGR IX/1775/2011, infatti, 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.
- Prevede implementazione delle modalità di prenotazione on line, da farmacie, da MMG e attraverso il Call Center Regionale di modo che i cittadini possano avere visibilità su tutte le agende delle strutture pubbliche e private accreditate e possano scegliere tra tutte le strutture erogatrici accreditate e a contratto con il servizio sanitario regionale;
- Prevede esposizione al MOSA da parte delle aziende sanitarie di tutte le agende opportunamente caratterizzate per meglio indirizzare il cittadino (es. vincoli di priorità della prescrizione, età, sesso, quesito diagnostico, le modalità di accesso alle agende che prevedono dei vincoli più complessi);
- Prevede divieto di chiusura delle agende di prenotazione in relazione al termine dei diversi esercizi, per garantire la trasparenza delle stesse e per andare sempre incontro alle necessità dei pazienti; □ previsione, a seguito di ricovero, della disponibilità presso la struttura ove è avvenuto il ricovero di prestazioni di follow up già prenotate all'atto della dimissione;
- Prevede che tutte le prenotazioni ambulatoriali SSN effettuate dai sistemi CUP degli Enti devono essere inviate al Sistema di Prenotazione Regionale che identifica le "prenotazioni doppie" (prescrizioni prenotate su più ospedali) e notifica l'annullamento all'Ente per il quale è stata effettuata la prima prenotazione mantenendo attiva solo quella più recente; un primo strumento utilizzabile nel contesto delle agende di prenotazione è l'utilizzo di servizi di recall (telefonici, email ed sms) da parte degli Enti Sanitari, per la conferma o eventuale disdetta della prenotazione, attuabili attraverso i servizi già disponibili della Rete Regionale di Prenotazione erogati dal Contact Center Regionale (CCR); è altresì necessario l'utilizzo di uno strumento informatico che aggiorni quotidianamente le Direzioni Generali ed il Responsabile Unico sulla situazione e l'andamento delle liste di attesa, per consentire interventi

- tempestivi sull'offerta ed intervenire sulle criticità evidenziate, realizzato attraverso l'evoluzione delle funzionalità che compongono il Servizio MOSA.
- In tema di negoziazione prevede che le ATS, nell'esercizio delle loro prerogative in ambito di negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, adottino ogni misura utile a garantire una programmazione coerente con l'obiettivo della riduzione dei tempi di attesa. Nell'ambito della quota del 5% destinata alla negoziazione di progetti specifici tra ATS ed erogatori, saranno individuati annualmente gli importi destinati a contenere i tempi di attesa delle prestazioni che, dalla valutazione dei flussi regionali, presentano maggiori criticità. Quale misura utile al contenimento dei tempi di attesa, in una prospettiva di ampliamento dell'offerta, saranno adottate le regole di gestione del SSR prevedendo specifiche disponibilità economiche finalizzate alla destinazione di risorse a titolo di "extra budget" ai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto. Un intervento in tal senso tende a consentire l'aumento dell'offerta negli ambiti ove si riscontrano le maggiori difficoltà da parte del sistema a garantire il rispetto dei tempi di attesa. Oltre alle risorse destinate a progetti specifici e a ad eventuale "extra budget" saranno adottate ulteriori misure tese a ridistribuire le risorse inutilizzate, fermo restando il rispetto dei vincoli nazionali e regionali.
 - In tema di organizzazione aziendale individua quale misura utile al perseguimento di una più efficiente organizzazione orientata al perseguimento dell'obiettivo del contenimento delle liste d'attesa la nomina di un Responsabile Unico Aziendale al quale affidare i compiti di presidio dell'organizzazione aziendale relativamente, ad esempio, al corretto rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, all'ottimale utilizzo delle risorse disponibili e al quale affidare la gestione esclusiva delle agende, in sinergia con le Direzioni strategiche aziendali. Il Responsabile Unico Aziendale sarà inoltre competente della definizione di interventi formativi che garantiscano che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste d'attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati. Le funzioni sono quelle di monitoraggio continuo della realizzazione delle azioni 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. Prevede inoltre l'adozione di iniziative finalizzate alla riorganizzazione dei servizi in modo da ottenere, laddove possibile, incrementi di capacità produttiva senza aggravio di spesa, quali ad esempio la progettazione di un piano di ridistribuzione dei carichi di lavoro nelle strutture erogatrici delle prestazioni che presentano tempi di attesa elevati e che maggiormente sono richieste dalla popolazione. Questo nella prospettiva di permettere l'aumento dell'offerta senza aumento della spesa sanitaria.
 - In tema di risorse umane prevede che le Strutture sanitarie dovranno programmare le assunzioni tenendo conto delle criticità relative a quelle aree specialistiche che maggiormente generano liste d'attesa lunghe e dilatate nel tempo, nonché un maggiore coinvolgimento dei sumaiisti in progetti dedicati al contenimento delle liste d'attesa effettuato attraverso l'eventuale aumento delle ore di incarico dei medici già operanti a tempo indeterminato presso le ASST, in coerenza con le risorse previste dalle regole annuali di gestione del SSR.

- In tema di area a pagamento prevede la possibilità, in presenza delle condizioni previste dalla normativa, il ricorso agli istituti contrattuali previsti per l'incremento dell'offerta, come l'acquisto di prestazioni da personale dipendente da erogare in regime libero professionale in favore dell'Azienda, come previsto dall' art.55 comma 2 del CCNL della dirigenza dell'8 giugno 2000, e mediante prestazioni aggiuntive (ad esempio "Ambulatori aperti"), anche ai fini di ampliare l'orario di attività dei servizi ambulatoriali e radiologici nei giorni festivi e prefestivi e negli orari serali 20-24 estesi anche alle strutture di diritto privato.
- Prevede la prosecuzione e l'estensione del progetto "Ambulatori aperti", al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni specialistiche anche nelle fasce orarie serali e nei giorni festivi e prefestivi.
- Ricorda che il ricorso alla libera professione intramoenia deve essere conseguente alla libera scelta del cittadino-utente e non alla carenza dell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale. La libera professione intramuraria deve essere gestita secondo le regole stabilite al fine di garantire un corretto equilibrio tra le attese per l'attività istituzionale e per quella libero professionale. I principi fondamentali che disciplinano la materia sono i seguenti:
 - obbligo dell'adozione di sistemi organizzativi che consentano di controllare che i volumi delle prestazioni effettuate in regime di libera professione non superino globalmente quelli effettuati nell'attività istituzionale;
- Richiama la garanzia che l'esercizio dell'attività professionale intramuraria non sia in contrasto con le proprie finalità ed attività istituzionali e che lo svolgimento sia organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e da assicurare la piena funzionalità dei servizi. A tal fine, l'attività libero professionale intramuraria non può globalmente comportare, per ciascun dirigente un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali (art. 54, comma 5 del CCNL 8 giugno 2000 della Dirigenza medica e veterinaria);
- In tema di monitoraggio da parte delle ATS ricorda le due forme, "ex ante" e "ex post" e prevede che 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.
- In tema di progetti specifici 2018
 - individua sei prestazioni che, sulla base dell'analisi dei primi accessi, tenuto conto della numerosità delle stesse e del tempo di erogazione medio rilevato nelle diverse ATS, risultano maggiormente oggetto di interventi finalizzati al contenimento del tempo di attesa:
 1. Prima visita oculistica
 2. Eco(COLOR)dopplergrafia cardiaca
 3. Ecografia bilaterale della mammella
 4. Mammografia bilaterale
 5. Ecografia dell'addome superiore
 6. Colonscopia con endoscopia flessibile

- Definisce le linee di intervento sui sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni:
 - Individuazione di un Responsabile Unico Aziendale.
 - Tutte le prenotazioni ambulatoriali SSN effettuate dai sistemi CUP degli Enti devono essere inviate al Sistema di Prenotazione Regionale che identifica le “prenotazioni doppie” (prescrizioni prenotate su più ospedali) e notifica l'annullamento all'Ente per il quale è stata effettuata la prima prenotazione mantenendo attiva solo quella più recente;
 - Utilizzo di servizi di recall (telefonici, e-mail ed sms) da parte degli Enti Sanitari, per la conferma o eventuale disdetta della prenotazione, attuabili attraverso i servizi già disponibili della Rete Regionale di Prenotazione erogati dal Contact Center Regionale (CCR);
 - Utilizzo di strumenti per l'aggiornamento quotidiano delle Direzioni Generali e del Responsabile Unico Aziendale sulla situazione e l'andamento delle liste di attesa, per consentire interventi tempestivi sull'offerta ed intervenire sulle criticità evidenziate, realizzato attraverso l'evoluzione delle funzionalità che compongono il Servizio MOSA.
- Definisce le linee di intervento per il governo dell'offerta:
 - Utilizzo di un importo di 11 milioni di euro pari al 10% del totale del monte risorse delle disponibilità destinate alla negoziazione tra le ATS e le strutture sanitarie per obiettivi connessi con le attività ambulatoriali (5% della negoziazione), per progetti specifici finalizzati al contenimento dei tempi di attesa entro un massimo di 30 giorni per le sei prestazioni sopra individuate.

- 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 2018, 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 2018 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.

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

Lo scenario dell'offerta territoriale di prestazioni specialistiche ambulatoriali dell'ATS della Val Padana è costituito dai vari punti di erogazione.

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;
- ASST Mantova, che opera in tre presidi;
- Quattro Case di Cura private: Fondazione Teresa Camplani - Casa di Cura Ancelle della Carità; Fondazione Teresa Camplani - Casa di Cura San Clemente; Fondazione Opera San Camillo - Casa di Cura San Camillo; Casa di Cura Figlie di San Camillo;
- Tre sperimentazioni gestionali pubblico-privato: Ospedale di Suzzara, Ospedale San Pellegrino di Castiglione delle Stiviere ed Ospedale di Volta Mantovana;
- Un presidio IRCSS privato: Fondazione Maugeri, presidio di Castel Goffredo;
- Undici 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, Fondazione Vismara San Bassano, Contact s.r.l. di Cremona, il Poliambulatorio X Ray One di Poggio Rusco e il Poliambulatorio "Ortorad srl-Struttura ambulatoriale Medicenter" presso il centro Green Park di Mantova;
- una struttura ambulatoriale che eroga prestazioni di diagnostica per immagini, "Eco-Rad" di Asola;
- i laboratori privati: Centro Diagnosi di Suzzara e Bianalisi-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 2017, 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 2017 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.
- trasmissione mensile agli erogatori pubblici e privati di report relativo all'esito dei monitoraggi ex – ante.

Criticità principali

Tabella 1: Prestazioni a maggiore criticità nelle rilevazioni ex ante (prime 15).

Prestazioni a maggiore criticità nelle rilevazioni ex ante (prime 15)
prima visita neurologica/neurochirurgica
prima visita cardiologica
prima visita urologica/andrologica
prima visita ortopedica
prima visita oculistica
prima visita pneumologica
elettrocardiogramma dinamico
prima visita fisiologica
prima visita dermatologica
esame del fundus oculi
prima visita gastroenterologica
eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo
intervento di cataratta
ecografia ginecologica
prima visita ginecologica

Tabella 2: Rispetto del tempo massimo regionale nei 4 trimestri 2017 – Rilevazione ex ante.

PERIODO	PRESTAZIONI (escluso P)	ENTRO T MAX	FUORI TAMAX	% ENTRO T MAX
1 trim 2017	8.970	8.559	411	95,42
2 trim 2017	9.159	8.959	200	97,82
3 trim 2017	8.849	8.617	232	97,38
4 trim 2017	9.084	8.845	239	97,37
totale 2017	36.062	34.980	1.082	97,00

Nell'ambito territoriale dell'ATS della Val Padana, nel corso delle 12 rilevazioni mensili trasmesse tramite il portale SMAF (S.M.A.F. - Sistema Modulare Acquisizione Flussi), alla sezione dedicata ai tempi di attesa, si sono riscontrati alcuni casi di 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) di prestazioni specialistiche. I superamenti hanno riguardato principalmente le prime visite, in particolare nelle branche: neurologia, cardiologia, urologia, ortopedia, oculistica, pneumologia, medicina fisica e riabilitativa, dermatologia, gastroenterologia e ginecologia. Nell'ambito delle prestazioni diagnostiche i superamenti hanno riguardato principalmente le prestazioni strumentali in ambito cardiologico, elettrocardiogramma dinamico, ecodopplergrafia cardiaca a riposo, ecografia ginecologica e esame del fundus oculi. Critico anche il tempo di attesa per l'intervento di cataratta.

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 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.

Per questo motivo vanno implementati interventi mirati al coinvolgimento del cittadino sia nella responsabilizzazione al corretto accesso alle prestazioni che attraverso la promozione della cultura dell'appropriatezza.

Ancora significativo risulta il fenomeno della prenotazione da parte del cittadino di una stessa prestazione presso più strutture. A questo proposito, con la DGR X/7766 del 17 Gennaio 2018, verrà attuato per tutte le prenotazioni ambulatoriali a carico del SSN effettuate da Cup, l'informazione al Sistema di Prenotazione Regionale che identifica le doppie prenotazioni (prenotazioni su due strutture diverse) e che notifica l'annullamento della prima.

Azioni specifiche

Tra le misure atte a responsabilizzare il paziente vanno prese in considerazione quelle di carattere sanzionatorio relative alle prestazioni prenotate e non erogate per la mancata presentazione del cittadino in assenza di annullamento dell'appuntamento. Dette misure vanno nella direzione di consentire una piena utilizzazione delle risorse tramite la saturazione dei posti disponibili nelle agende.

D'altro canto, da parte dei prescrittori, territoriali e ospedalieri, di importanza indiscutibile per un' 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 Gennaio - Dicembre 2017, 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 37.58%.

Tabella 3: Distribuzione delle prestazioni per classe di priorità – Anno 2017, dati RL-MTA.

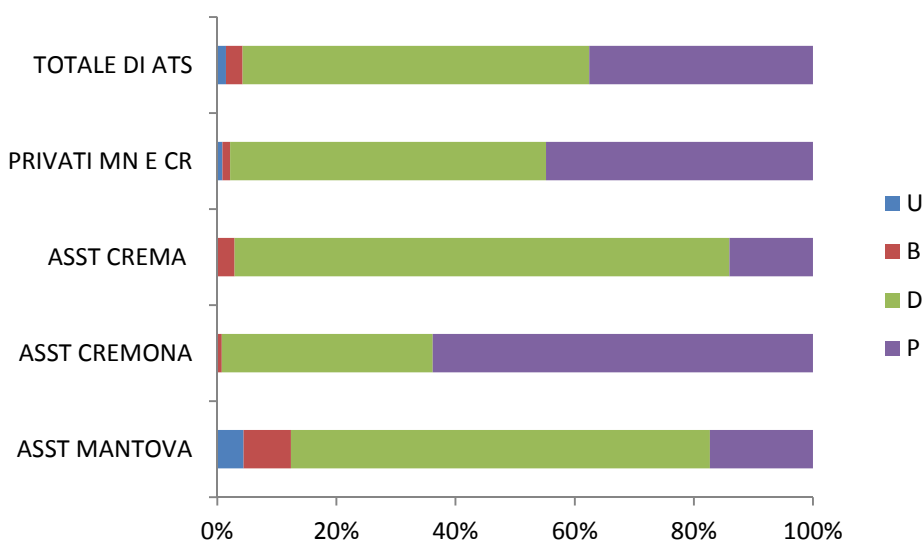
Struttura	Totale Prestazioni	U	B	D	P
ASST Mantova	11.219	495	889	7.894	1.941
ASST Cremona	5.680	4	37	2.013	3.626
ASST Crema	5.886	0	171	4.891	824

Strutture private	30.038	246	390	15.944	13.458
Totale ATS	52.823	745	1.487	30.742	19.849

Tabella 4: Distribuzione percentuale delle prestazioni per classe di priorità – Anno 2017, dati RL-MTA..

Struttura	U	B	D	P
ASST Mantova	4,41%	7,92%	70,36%	17,30%
ASST Cremona	0,07%	0,65%	35,44%	63,84%
ASST Crema	0,00%	2,91%	83,10%	14,00%
Strutture private	0,82%	1,30%	53,08%	44,80%
Totale ATS	1,41%	2,82%	58,20%	37,58%

Figura 1: Distribuzione percentuale delle prestazioni per classe di priorità – Anno 2017, dati RL-MTA.



Flusso Mosa

Nel corso dell'anno 2017 è stato potenziato il flusso MOSA (monitoraggio dell'offerta sanitaria ambulatoriale). Secondo il dettato della DGR 6592 del maggio 2017, le strutture sono tenute a rendere visibili tutte le agende di prenotazione a CCR per le prestazioni ambulatoriali erogate in regime SSN. Grazie al flusso MOSA nel corso del 2017 è stato attivato il nuovo sito regionale per la prenotazione online di visite ed esami specialistici, che fornisce ai cittadini una informazione omogenea sull'intera offerta ambulatoriale e

permette inoltre di consultare o annullare gli appuntamenti già prenotati. La stessa DGR ha fornito indicazioni per l'attivazione della prenotazione in modalità differita anche per gli EEPA.

All'ATS è stato attribuito il ruolo di monitorare la correttezza degli invii da parte degli erogatori, secondo le disposizioni regionali vigenti.

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; da riservare ai casi gravi in cui vi può essere un reale rischio per la vita del paziente;)

B= ENTRO 10 GG (breve attesa ovvero può aspettare fino ad un massimo di 10 giorni)

D= ENTRO 30 GG (visite) ENTRO 60 GG (prestazioni strumentali)

P= PROGRAMMABILE riferita a problemi che richiedono approfondimenti ma che non necessitano di risposta in tempi particolarmente rapidi ovvero per prestazioni non urgenti ma programmabili anche oltre i 180 giorni secondo indicazioni cliniche stabilite di volta in volta dal prescrittore.

Nel caso di follow up, poichè le prestazioni devono essere comunque eseguite secondo criteri di certezza e di programmazione dei tempi di erogazione, si ritiene opportuno indentificare uno specifico canale che preveda la prenotazione diretta delle prestazioni da parte del medico specialista e l'utilizzo di agende separate.

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.

In ordine alle modalità di governo delle liste di attesa, nelle more dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2018-2020, a parziale superamento di quanto indicato nelle DDGGRR N. 38571/98 e s.m.i., N. 1775/11, N. 3933/15 e 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”, come previsto dalla DGR n. X/7766/2018.

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/7766 del 17/01/2018 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; da riservare ai casi gravi in cui vi può essere un reale rischio per la vita del paziente;)

B= ENTRO 10 GG (breve attesa ovvero può aspettare fino ad un massimo di 10 giorni)

D= ENTRO 30 GG (visite) ENTRO 60 GG (prestazioni strumentali)

P= PROGRAMMABILE riferita a problemi che richiedono approfondimenti ma che non necessitano di risposta in tempi particolarmente rapidi ovvero per prestazioni non urgenti ma programmabili anche oltre i 180 giorni secondo indicazioni cliniche stabilite di volta in volta dal prescrittore.

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
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRAFIA 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) MUSCOLOSCHIELETRICA, 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 2018

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 2018;
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.

In sede di negoziazione l'ATS della Val Padana adotterà misure utili a garantire una programmazione coerente con l'obiettivo della riduzione dei tempi di attesa. Nell'ambito della quota del 5% destinata alla negoziazione di progetti specifici tra ATS ed erogatori, saranno individuati gli importi destinati a contenere i tempi di attesa delle prestazioni che, dalla valutazione dei flussi regionali, presentano maggiori criticità.

In primo luogo saranno considerate le principali prestazioni critiche di indicazione regionale:

1. Prima visita oculistica
2. Eco(COLOR)dopplergrafia cardiaca
3. Ecografia bilaterale della mammella
4. Mammografia bilaterale
5. Ecografia dell'addome superiore
6. Colonscopia con endoscopia flessibile

Saranno altresì considerate le 15 prestazioni a maggiore criticità nell'intero territorio dell'ATS.

Quale misura utile al contenimento dei tempi di attesa, in una prospettiva di ampliamento dell'offerta, saranno adottate le regole di gestione del SSR prevedendo specifiche disponibilità economiche finalizzate alla destinazione di risorse a titolo di "extra budget" ai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto. Un intervento in tal senso tende a consentire l'aumento dell'offerta negli ambiti ove si riscontrano le maggiori difficoltà da parte del sistema a garantire il rispetto dei tempi di attesa. Oltre alle risorse destinate a progetti specifici e a ad eventuale "extra budget" saranno adottate ulteriori misure tese a ridistribuire le risorse inutilizzate, fermo restando il rispetto dei vincoli nazionali e regionali.

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.G1.2017.0039160 del 29/12/2017, nel corso del 2018 le rilevazioni ex-ante dei tempi d'attesa da effettuare in 12 rilevazioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto di monitoraggio, si effettueranno su portale dedicato secondo le modalità previste. Le date del monitoraggio saranno comunicate mensilmente dalla DG Welfare e non più con un calendario predefinito a inizio anno.

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 ad 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 le date comunicate mensilmente dalla DG Welfare regionale, con 12 rilevazioni annue.
- 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 giornaliera attuata dagli Erogatori e trasmessa a Regione Lombardia attraverso il flusso MOSA, in adempimento alla DGR n. 6502 del 12/05/2017;
- 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) nelle rilevazioni trimestrali dedicate, come da disposizioni contenute nella DGR X/7766 del 17/01/2017 .
- prosecuzione dell'attività di restituzione agli erogatori degli esiti dei monitoraggi mensili ex- ante con dettaglio delle prestazioni che sfiorano il tempo massimo di attesa previsto.

- verifica della coerenza delle informazioni deducibili dai flussi 28/SAN con i dati inviati mensilmente in occasione delle rilevazioni regionali. In questo modo è possibile individuare le aree critiche e procedere ad un confronto con gli erogatori per promuovere la pianificazione di azioni correttive/migliorative.

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 2018, un impegno concordato tra ATS, le ASST 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 regionale.

Obiettivo per il 2018 è, altresì, la prosecuzione dell'attività di studio e approfondimento in materia di corretto utilizzo delle classi di priorità. Secondo quanto riportato nella DGR X/7766 del gennaio 2018, a seguito dell'adesione del progetto di ricerca promosso e finanziato da Agenas "Applicazione diffusa priorità cliniche alle prestazioni specialistiche ambulatoriali" si dà avvio alla fase sperimentale di un modello basato su priorità cliniche condivise fra medici prescrittori e specialisti. In tale progetto è coinvolta, per l'ATS della Val Padana, l'ASST di Crema. La scelta delle aree territoriali è su base epidemiologica ed empirica, derivante da pregresse esperienze d'integrazione ospedale-territorio.

Tabella 5: Distribuzione delle prestazioni per classe di priorità, per numerosità e percentuale, presso l'ASST di Crema.

ASST Crema	Totale Prestazioni	U	B	D	P
N. Prestazioni	5.886	0	171	4.891	824
Distribuzione %		0,00%	2,91%	83,10%	14,00%

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 2018, e quindi quale obiettivo contrattuale, è la 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".

Call Center Regionale (CCR) e altre modalità di prenotazione

Per l'esercizio 2018 proseguirà presso gli Erogatori afferenti all'ATS l'attività di promozione del mantenimento e consolidamento delle numerosità 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 tutte le attività ambulatoriali siano prenotabili tramite il call center regionale e che i cittadini, chiamando il call center, possano avere visibilità di tutte le agende delle strutture pubbliche e private accreditate e possano, di conseguenza, prenotare senza distinzioni rispetto alla gestione pubblica o privata accreditata. Questa è da considerarsi una priorità al fine di rendere ancora più agevole l'accesso dei cittadini al sistema di offerta ambulatoriale, 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.

Nell'ambito delle attività di semplificazione e miglioramento dei servizi offerti ai Cittadini, particolare importanza assumerà nel 2018, 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 2018 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.