

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Val Padana

**Piano attuativo per il governo
dei tempi d'attesa
dell'Agenzia di Tutela della
Salute della Val Padana**
anno 2016



Sommario

Premessa	3
Riferimenti normativi	3
Analisi di contesto	8
Consumi e offerta di prestazioni specialistiche	8
Criticità principali	11
Riferimenti per la “governance” dei tempi d’attesa	12
Criteri per l’accesso	12
Tempi di riferimento del piano	13
Programmazione anno 2016	16
Linee di intervento per il governo della domanda	16
Monitoraggio.....	16
Azioni per l’appropriatezza prescrittiva e per la facilitazione dell’accesso	17
Trasparenza, informazione e comunicazione sui tempi d’attesa	20

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 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, Bionalisi e Gamma di Mantova.

Riferimenti normativi per l'anno 2016

I riferimenti normativi principali in materia per l'anno 2016 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/4702 del 23/12/2015, “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2016 – (di concerto con l’Assessore Melazzini)”, che stabilisce che entro il 1 febbraio 2016 le ATS 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.

Le Aziende Ospedaliere 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 29 febbraio per il primo semestre ed entro il 1 agosto per secondo semestre 2016.

Nella sezione dedicata alla Rete di Offerta ospedaliera la DGR stabilisce che, per le attività di specialistica ambulatoriale, si salvaguardi in via prioritaria il fabbisogno e la conseguente garanzia da parte dei soggetti contrattualizzati delle seguenti tipologie di prestazioni:

- Visite specialistiche,
- Attività ecografiche,
- Attività di screening,
- Mammografie,

ed, al fine di salvaguardare l’accessibilità a queste attività e ad altre che le ATS potranno individuare, verranno, dopo l’approvazione della Legge di stabilità, assegnate alle 8 ATS delle quote di risorse finalizzate a finanziare queste priorità di erogazione che saranno negoziate ad hoc dalle ATS con i singoli Erogatori coinvolti.

Si conferma il mantenimento dell’operazione “Ambulatori aperti”.

Vengono esplicitate le priorità in termini di monitoraggio delle attività:

- 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 delle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee, che dovranno essere definite nel contesto del territorio delle singole ATS;
- 3) il rispetto dell’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.

Le ATS entro il 10 aprile predisporranno le loro proposte di attribuzione di budget, che saranno valutate dalla Direzione Generale Welfare, in previsione della scadenza per la stipula dei contratti per l’esercizio 2016, prevista per il 30 aprile.

Le ATS dovranno prevedere nel contratto che l’erogazione delle prestazioni sia distribuita in modo adeguato nel corso dell’anno ed i contratti stessi dovranno contenere delle precise clausole per i soggetti erogatori per garantire un’erogazione omogenea nel corso dell’anno e per coniugare la continuità dell’erogazione delle prestazioni nel corso dell’anno con le risorse economiche negoziate con le ATS.

Nella sezione “Area di governo dei tempi di attesa” si ribadisce, in particolare, l’obbligo da parte del Medico prescrittore di indicare sulla richiesta la classe di priorità, ovviamente attribuita sulla base dell’esigenza clinica, secondo le modalità individuate dalla D.G.R. X/3993/2015.

Si conferma infine l'indicazione alla prosecuzione, da parte delle ATS, delle attività di implementazione e approfondimento degli studi orientati alla realizzazione di strumenti per il controllo e l'inibizione dei comportamenti prescrittivi inappropriati mediante l'istituzione, in collaborazione con i competenti uffici regionali, di gruppi di esperti volti alla produzione di indicazioni utili all'omogeneizzazione delle modalità di comportamento in ordine all'utilizzo della priorità "U" (Bollino Verde).

Viene data indicazione di ricomprendere nei Piani Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa anche le prestazioni di screening mammografico (il tempo di attesa tra positività della mammografia e primo approfondimento) e screening del colon retto (il tempo di attesa tra positività della test del sangue occulto delle feci e prima colonscopia di approfondimento).

- Nota di Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, prot. n. G1.2015.0022702 del 30 dicembre 2015, ad oggetto "Piani attuativi delle ATS per il governo dei tempi di attesa e piani aziendali di governo dei tempi d'attesa I e II semestre 2016. Calendario rilevazione mensile tempi attesa ex-ante per l'anno 2016", che stabilisce che entro il 1 febbraio 2016 le ATS 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; le Aziende Ospedaliere 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 29 febbraio per il primo semestre ed entro il 1 agosto per secondo semestre 2016.

Attraverso il presente Piano Aziendale Attuativo per il governo dei tempi di attesa per l'anno 2016, 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 2016 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.

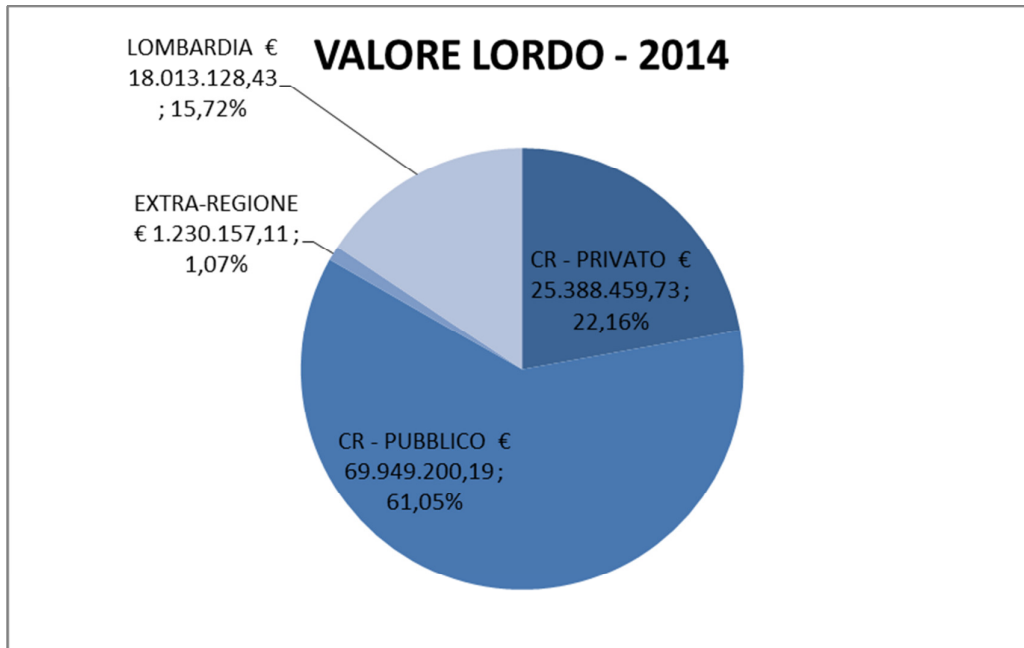
Analisi di contesto

Consumi e offerta di prestazioni specialistiche

Consumi ambulatoriali da parte di residenti nell'ambito territoriale di Cremona, per luogo di erogazione

Nell'anno 2014 il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali rilevate con il flusso di cui alla circolare 28 San (Lombardia) e con il flusso della compensazione interregionale della mobilità extra regionale (non ancora completamente disponibile), erogate a favore di cittadini cremonesi è stato pari a 6.546.420, per un valore lordo di € 114.580.945,46, il 15,35% del quale a carico degli assistiti, ed un conseguente valore netto a carico del SSR pari a € 96.992.184,86 con un aumento del 3,11% rispetto al 2013 dovuto al transito nei settings assistenziali ambulatoriali di prestazioni precedentemente erogate in regime di ricovero. Nelle strutture della provincia di Cremona nel 2014 è stato fruito l'83,21%, del valore complessivo delle prestazioni consumate in totale dai cittadini cremonesi, mentre il 15,72% è stato fruito in altre province lombarde ed il restante 1,07% fuori regione. Le Aziende Ospedaliere provinciali hanno erogato il 61,05% del valore delle prestazioni consumate da cittadini cremonesi, mentre il 22,16% è stato erogato dalle varie strutture private.

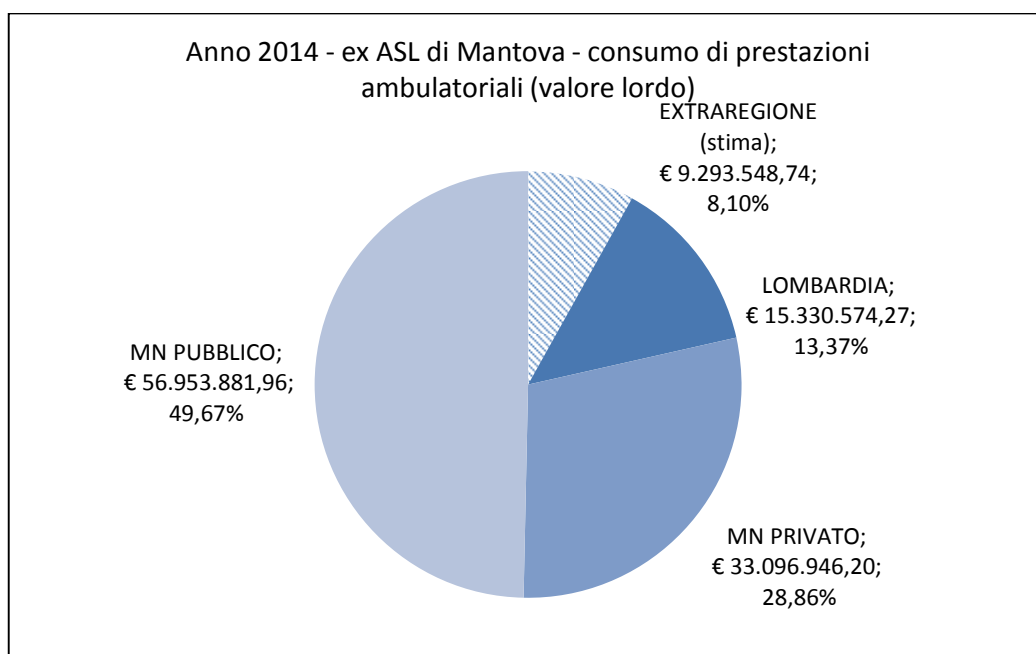
Lo scenario dell'offerta territoriale di prestazioni specialistiche ambulatoriali è costituito dai vari punti di erogazione afferenti a 14 strutture erogatrici, nell'ambito delle quali le strutture pubbliche erogano il 73,36% dell'intera produzione.



Consumi ambulatoriali da parte di residenti nell'ambito territoriale di Mantova, per luogo di erogazione

Nell'anno 2014 il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali rilevate con il flusso di cui alla circolare 28 San in Lombardia (il flusso della compensazione interregionale della mobilità non è ad oggi disponibile in forma definitiva e completa), erogate a favore di cittadini mantovani è stato pari a 6.845.815, per un valore lordo di € 105.381.402,43, il 16,56% del quale a carico degli assistiti, ed un conseguente valore netto a carico del SSR pari a € 87.930.972,54, in significativa riduzione rispetto al precedente esercizio (-5,76%).

Stimando il valore della mobilità passiva extra regionale costante rispetto al precedente esercizio, la numerosità complessiva delle prestazioni fruite risulterebbe pari a 7.219.643, per un valore lordo di € 114.674.951,17, il 16,13% del quale a carico degli assistiti, ed un conseguente valore netto a carico del SSR pari a € 96.177.611,86 con un aumento del 3,08% rispetto al 2013. Nelle strutture della provincia di Mantova nel 2014 sarebbe stato fruito il 78,53%, del valore complessivo delle prestazioni consumate in totale dai cittadini mantovani, mentre il 13,37% sarebbe stato fruito in altre province lombarde ed il restante 8,10% fuori regione. L'Azienda Ospedaliera avrebbe erogato il 49,67% del valore delle prestazioni consumate da cittadini mantovani, mentre il 28,86% è stato erogato dalle varie strutture private.



Offerta territoriale di prestazioni specialistiche nell'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.

Offerta territoriale di prestazioni specialistiche nell'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 2015, 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 2015 si è svolta altresì attraverso:

- rilevazioni mensili interne alle strutture, oggetto di pubblicazione sul proprio sito web e su quello dell'ASL;
- verifiche di coerenza tra i tempi d'attesa rilevati direttamente dalle ASL presso i Cup delle strutture e i tempi evidenziati dai monitoraggi nel giorno indice regionale;

- convocazioni degli erogatori per condivisione di problematiche e criticità emerse sui tempi di attesa (per Mantova Osservatorio provinciale dei tempi d'attesa, con la partecipazione di ASL, Erogatori e Rappresentanze delle Assemblee distrettuali dei Sindaci e delle Associazioni di pubblica tutela);
- due rilevazioni per l'attività libero professionale, nei mesi di aprile ed ottobre.

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 la classe di priorità D delle urgenze differibili in tre diverse strutture erogatrici. I superamenti hanno riguardato le prime visite specialistiche (in particolare nelle branche di medicina fisica e riabilitativa, dermatologia, pneumologia, neurologia) e le ecografie.

Relativamente all'ambito territoriale di **Mantova**, dalle rilevazioni effettuate nell'esercizio 2015, da ultimo quella presso i Cup degli Erogatori, risulta che le Strutture private rispettino i tempi previsti dalle disposizioni vigenti.

Per l'Azienda Ospedaliera Carlo Poma si osservano talora criticità per i singoli Presidi per le visite dermatologica ed oculistica, per ecografia addominale ed eco doppler cardiaco, pur risultando sempre rispettati i tempi in termini aziendali.

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. Tale comportamento è stato ampiamente approfondito e discusso in occasione delle Conferenze degli Erogatori e nell'ambito dell'Osservatorio Provinciale dei Tempi d'attesa, nel corso dei passati esercizi.

In tali sedi si è ribadito il peso elevato del ruolo attivo del cittadino-utente, nella gestione delle liste da parte degli erogatori, promuovendo la necessità di responsabilizzazione e incremento della consapevolezza dell'accesso ai servizi presso la cittadinanza, anche attraverso iniziative di comunicazione ed informazione.

Nello specifico, nell'ambito territoriale della provincia di Cremona nel corso degli incontri con le strutture erogatrici è emersa la criticità derivante dalla 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, secondo quanto riportato sul manuale della corretta prescrizione, che permane ancora insufficiente.

Riferimenti per la “governance” dei tempi d'attesa

Criteria per l'accesso

La codifica del campo classe di priorità all'interno della prescrizione medica è obbligatoria e riguarda tutte le prescrizioni contenenti prestazioni di primo accesso.

Le classi di priorità applicabili alle prestazioni di specialistica ambulatoriale 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.

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.

Tali prestazioni possono essere programmate e di conseguenza erogate in un maggiore arco di tempo, di norma entro 180 giorni dalla prima visita/primo accesso, e comunque nei tempi eventualmente indicati sulla prescrizione, in quanto gli stessi non vanno ad influenzare la prognosi e il corretto svolgimento dell'iter terapeutico.

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 recente 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
TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRAMMA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO
TOMOGRAMMA 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)DOPPLER 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 DILENTE 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

Ai sensi del disposto della DGR n. X/4702/2015 vengono ricomprese anche le prestazioni di screening mammografico (il tempo di attesa tra positività della mammografia e primo approfondimento) e screening del colon retto (il tempo di attesa tra positività della test del sangue occulto delle feci e prima colonscopia di approfondimento).

Per le strutture di interesse, in funzione cioè dell'organizzazione esistente nei due ambiti territoriali dell'ATS, si propongono i seguenti tempi di attesa:

- **Tempo di attesa CCR** Tempo trascorso tra la data di processazione/lettura del FOBT con esito positivo e la data in cui è stato effettuato l'approfondimento colonscopico: Standard di riferimento Giscor > 90% entro 30 giorni lavorativi
- **Tempo di attesa Mammografico** Tempo trascorso tra la data in cui è stata effettuata la mammografia di screening e la data della seduta di approfondimento: Standard di riferimento Gisma 90% >21 giorni lavorativi

Come ricordato 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 2016

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 2016;
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 costituiscono bacini di utenza omogenei e consolidati: I distretti 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 2016 le rilevazioni prospettiche mensili verranno attuate attraverso il portale web dedicato, messo a disposizione di tutti gli erogatori, adeguatamente formati.

Come da indicazioni della nota di Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, prot. n. G1.2015.0022702 del 30/12/2015, di comunicazione del calendario delle rilevazioni 2016, nel corso del 2016 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 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 2016, 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
13 gennaio 2016	20 gennaio 2016
3 febbraio 2016	10 febbraio 2016
2 marzo 2016	9 marzo 2016
6 aprile 2016	13 aprile 2016
4 maggio 2016	11 maggio 2016
8 giugno 2016	15 giugno 2016
6 luglio 2016	13 luglio 2016
3 agosto 2016	10 agosto 2016
7 settembre 2016	14 settembre 2016
5 ottobre 2016	12 ottobre 2016
9 settembre 2016	16 novembre 2016
14 dicembre 2016	21 dicembre 2016

- 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 mensile 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'ASL;
- 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 2016, 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 2016 è, altresì, la revisione e condivisione in ambito di ATS del "Protocollo per la corretta prescrizione" – anche alla luce delle indicazioni di cui al Decreto del Ministero della Salute 9 dicembre 2015 "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale" -, con lo scopo di fornire ai medici prescrittori le linee d'indirizzo sulla corretta prassi prescrittiva e sul corretto utilizzo del ricettario unico regionale, al fine di migliorare la completezza delle prescrizioni in tutto il territorio afferente all'ATS della Val Padana.

Per l'ex ASL di **Cremona**, in tema di appropriatezza prescrittiva sarà incrementata l'attività di specifici tavoli tecnici su Percorsi di Appropriata 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 provvederanno ad istituire nel 2016 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" - vedasi 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 differita nel corso del 2015 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.

Sempre presso l'ex ASL di **Mantova** si darà seguito alle iniziative di formazione ed informazione dei prescrittori negli ambiti della radiologia e delle priorità cliniche, svoltesi nell'ultimo esercizio.

In data 17 e 24 gennaio si è svolto l'evento formativo "Appropriatezza clinica e prescrittiva: quale ruolo per il medico di famiglia?", rivolto a MMG e Specialisti, riguardante la diagnostica per immagini di mammella, capo-collo, torace, addome.

Il 28 novembre si è tenuto il corso per i prescrittori "Prescrizioni di RMN e TAC per la diagnostica delle patologie del ginocchio, spalla e rachide ad elevato impatto epidemiologico e valutazione multidimensionale di base".

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.

Entro la scadenza prevista del 10/04/2015, si procederà alla definizione di una proposta progettuale, da finanziare con le specifiche risorse per obiettivi, in vista della scadenza contrattuale riguardante gli Erogatori prevista dalle regole di esercizio per il 2016 per il 30 aprile.

Per tutto l'esercizio 2016, e quindi già nel contratto a valere per il primo quadrimestre 2016, 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.

Tale obiettivo verrà perseguito anche nella definizione dei contratti d'esercizio 2016.

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.

Nell'ambito delle attività di semplificazione e miglioramento dei servizi offerti ai Cittadini, particolare importanza assumerà nel 2016, 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 2016 comprendono quanto segue:

- aggiornamento puntuale della sezione del sito Web dell'ATS relativamente ai tempi d'attesa medi, 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 nei due ambiti territoriali. Nell'ambito territoriale di Mantova rimane attivo l'Osservatorio provinciale dei tempi d'attesa, 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.