



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 7766

Seduta del 17/01/2018

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

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.

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Dirigenti Marco Cozzoli

Luca Merlini

Aldo Bellini

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 26 pagine

di cui 18 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTA la seguente normativa nazionale:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992 n. 421”*;
- la legge 23 dicembre 2005 n. 266, che prevede la stipula di una intesa tra Stato e Regioni, ai sensi dell’art. 8 comma 6, della legge del 5 giugno 2003 n.131 in merito alla realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa;
- la legge 3 agosto 2007 n. 120 *“Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria”*;
- il decreto legge 25 giugno 2008 n. 112 *“Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria”*, convertito con modificazioni in legge 6 agosto 2008 n.133;
- il decreto legge 7 ottobre 2008 n. 154 *“Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali”* convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2008 n.133;

VISTI:

- l’Intesa sancita il 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;
- l’Intesa sancita il 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente il Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa per il triennio 2010-2012 (PNGLA 2010-2012);
- l’Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2013, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014–2016 (Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014);
- l’Intesa del 19 febbraio 2015, ai sensi della Legge n. 120 del 3 Agosto 2007 art.1 comma 4bis, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente i criteri per la verifica del programma sperimentale per lo svolgimento delle attività libero professionali intramuraria, presso gli studi professionali collegati in rete;
- il DPCM 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all’articolo 1 comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502”*;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTA la l.r. 30 dicembre 2009 n. 33 (*Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità*), così come modificata dalle leggi regionali 11/08/15 n. 23, 22/12/15 n. 41, 29/06/16 n. 15, 08/08/16 n. 22, 03/03/17 n. 6 e n. 33 del 12/12/17;

RICHIAMATI i seguenti provvedimenti regionali:

- la DGR n. VIII/2828 del 27 giugno 2006 *“Recepimento e prima attuazione dello schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n.266*);
- la DGR n. VIII/10946 del 30 dicembre 2009 *“Determinazioni in ordine alla promozione della prevenzione ortodontica e ulteriori misure di razionalizzazione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali”*;
- la DGR n. IX/1775 del 24/05/2011 *“Recepimento dell'intesa tra il Governo, le Regioni e la Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale per il contenimento delle liste d'attesa per l triennio 2010-2012”*;
- la DGR n. X/351 del 04/07/2013 *“Ulteriori determinazioni in merito alla DGR n. X/4334 del 26/10/2012 in relazione all'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nel rispetto dei tempi di attesa e della accessibilità ai servizi sanitari*;

RICHIAMATI altresì tutti i provvedimenti concernenti le Regole di sistema per il servizio sociosanitario regionale, ed in particolare i seguenti:

- la DGR n. VIII/5743 del 31 ottobre 2007 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2008”* ai sensi della quale la Giunta regionale ha disposto la raccolta dei dati delle rilevazioni prospettiche mensili dei tempi d'attesa attraverso un portale web dedicato;
- la DGR n. VIII/9173 del 30 marzo 2009 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2009 – III provvedimento”* in base alla quale le prestazioni i tempi di attesa per le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale cd *“extra budget”* non devono essere superiori a quelli previsti per le attività erogate in regime di libera professione



Regione Lombardia

LA GIUNTA

e/o di solvenza;

- la DGR n. VIII/10804 del 16 dicembre 2009 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'anno 2010”* che contiene disposizioni in ordine alla predisposizione e all'aggiornamento dei piani attuativi di governo dei tempi d'attesa;
- la DGR n. IX/937 del 1 dicembre 2010 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2011”*, che ha introdotto alcune novità in tema di raggruppamenti di priorità a fini di monitoraggio;
- la DGR n. X/2989 del 23 dicembre 2014 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2015”* con la quale, tra l'altro, è stato prorogato il progetto *“Ambulatori aperti”*;
- la DGR n. X/3993 del 04 agosto 2015 *“Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'anno 2015”* con la quale la Giunta regionale ha semplificato l'assegnazione delle classi di priorità riconducendole a quanto definito dal Piano nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2010-2012;
- la DGR n. IX/5954 del 5 dicembre 2016 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'anno 2017”*;
- la DGR n. X/7600 del 20 dicembre 2017 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018”* che ha rimandato ad un successivo provvedimento la definizione di azioni, relative modalità esecutive e linee di intervento specifiche sul governo dei tempi di attesa;

RICHIAMATA la DGR N. 1846 del 16 maggio 2014 *“Sviluppo di modelli per potenziare l'accessibilità ai servizi di specialistica ambulatoriale in orari e giornate più favorevoli ai soggetti impegnati in attività lavorative”* che ha introdotto, in via sperimentale, un progetto finalizzato ad ampliare l'offerta di visite specialistiche e di prestazioni di radiodiagnostica, anche in orari e giornate più favorevoli ai cittadini, individuando le Aziende Ospedaliere che presentavano criticità nel mantenimento di corretti tempi di attesa;

RICHIAMATE altresì:

- la DGR n. X/6164 del 30/01/17 *“Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/15”*;
- la DGR n. X/6551 del 04/05/17 *“Riordino della rete di offerta e modalità di*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009”;

- *la DGR n. X/7038 del 03/08/17 “Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla DGR n. X/6551 del 04/05/17: riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/09”;*
- *la DGR n. X/7655 del 28/12/17 “Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR n. X/6551 del 04/05/2017”;*

RICHIAMATA infine la Delibera del Consiglio Regionale n. IX/88 del 17/11/10 ad oggetto “Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014”;

CONSIDERATO che, sulla scorta dei provvedimenti nazionali e regionali vigenti e in particolare degli indirizzi contenuti nel Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012, recepito in Regione Lombardia con DGR IX/1775 del 24 maggio 2011, nonché in relazione a quanto già posto in essere con i provvedimenti richiamati Regione Lombardia intende delineare un sistema organico di misure mirate al contenimento dei tempi di attesa con specifico riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, anche attraverso il continuo monitoraggio dell'andamento del sistema di governo delle liste d'attesa;

PRESO ATTO che:

- nel quadro più generale della legge regionale sull'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo (l.r. 23/2015), la Giunta regionale ha adottato provvedimenti sopra citati - 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;

CONSIDERATO prioritario intervenire sulla gestione delle liste d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale mediante azioni di governo finalizzate a garantire l'erogazione dei servizi sanitari entro tempi appropriati rispetto alla



Regione Lombardia

LA GIUNTA

patologia e alle necessità di cura, così come disposto dalla normativa nazionale e regionale vigenti;

RITENUTO indispensabile che i provvedimenti finalizzati al contenimento dei tempi di attesa siano orientati al perseguimento di una sempre maggiore appropriatezza organizzativa, prescrittiva ed erogativa;

ATTESO che l'indicazione della classe di priorità per le richieste di visite o prestazioni è riferita a tutte le prestazioni ambulatoriali SSN ;

CONSIDERATO utile promuovere l'adozione di protocolli clinici, segnatamente per quelle prestazioni con maggiore criticità e per le quali si registra un eccesso di richieste, allo scopo di fornire ai prescrittori strumenti uniformi;

RITENUTO che l'aumento dell'offerta negli ambiti ove si riscontrano le maggiori difficoltà a garantire il rispetto dei tempi di attesa può essere realizzato attraverso la destinazione di risorse ai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto come "extra budget", in coerenza con le regole di gestione annuali del SSR nonché mediante l'adozione di ulteriori misure tese a redistribuire le risorse inutilizzate;

PRESO ATTO che la gestione trasparente dei sistemi di prenotazione implica 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;

VALUTATO altresì di identificare un Responsabile Unico Aziendale per la gestione delle liste d'attesa con compiti di verifica: del corretto rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, della gestione esclusiva delle agende di prenotazione, in sinergia con le Direzioni strategiche aziendali, dell'ottimale utilizzo delle risorse disponibili, del monitoraggio dei dati correnti rispetto alle criticità al fine di valutare il raggiungimento degli obiettivi posti attraverso appositi indicatori;

RITENUTO di confermare la prosecuzione del progetto "Ambulatori aperti", estendendolo ove possibile ad ulteriori strutture, al fine di garantire un'accessibilità ottimale anche nelle fasce orarie serali e nei giorni festivi e prefestivi;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RITENUTO opportuno considerare, l'utilizzo della libera professione intramoenia quale strumento utile ed efficace finalizzato all'abbattimento delle liste d'attesa, purché la stessa non si ponga in contrasto con le finalità e l'attività istituzionale delle Aziende e degli Enti del SSN;

RITENUTO altresì opportuno prevedere che il rispetto dei tempi massimi di attesa ed un equilibrato rapporto tra i tempi d'attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'attività libero professionale, costituiscano elementi per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali;

DATO ATTO altresì che, dall'analisi dei dati ricavati dai flussi di monitoraggio nonché dei dati risultanti dal monitoraggio regionale *ex post* di cui alla circolare 28/SAN del 21 ottobre 1996, emergono alcune aree di intervento immediato, relative a specifiche prestazioni specialistiche, rispetto alle quali si rende opportuno mettere in atto azioni mirate utili all'abbattimento dei tempi di attesa;

DATO ATTO inoltre che, l'analisi dei flussi di monitoraggio sopra menzionati ha evidenziato le seguenti prestazioni quali prestazioni su cui porre fin da subito azioni mirate al contenimento dei tempi di attesa come indicato all'allegato 2 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- 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 endoscopio flessibile

RITENUTO pertanto opportuno avviare progetti straordinari per l'abbattimento delle liste di attesa sulle prestazioni sopra elencate;

RITENUTO infine opportuno, successivamente all'esito della verifica, tuttora in corso, sulla definizione delle prestazioni che manifestano maggiore criticità riguardo ai tempi di attesa, istituire presso la Direzione Generale Welfare un gruppo di lavoro tecnico - la cui composizione e le cui funzioni saranno disposte con atto successivo - col compito, tra gli altri, di redigere specifiche linee guida sull'appropriatezza prescrittiva, per stabilire quando e quali esami prescrivere, individuando procedure e PDTA che dovranno essere applicate da tutti gli attori del sistema;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RITENUTO altresì, per il monitoraggio del perseguimento dell'obiettivo di contenimento dei tempi di attesa, che il Gruppo di Lavoro sopra indicato abbia inoltre il compito di verificare lo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento dei tempi di attesa; l'individuazione di prestazioni che risultano ancora critiche; proporre interventi correttivi ed azioni innovative in materia di accessibilità;

VAGLIATE e fatte proprie le predette considerazioni;

A VOTI UNANIMI espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

1. di approvare l'allegato n.1 *"Tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: stato di attuazione delle politiche regionali ed indirizzi di sistema per l'ulteriore contenimento dei tempi di attesa."* e l'allegato 2 *"Progetti specifici – anno 2018"*, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
2. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sul sito web della Regione Lombardia: www.regione.lombardia.it.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: stato di attuazione delle politiche regionali ed indirizzi di sistema per l'ulteriore contenimento dei tempi di attesa.

INDICE

- 1. Contesto generale**
- 2. Sistemi di prioritarizzazione e governo della domanda attraverso misure di verifica della appropriatezza prescrittiva**
- 3. Presa in carico del paziente cronico**
- 4. Unificazione delle agende e gestione trasparente dei sistemi di prenotazione**
- 5. Negoziazione di contratti di specialistica ambulatoriale**
- 6. Organizzazione aziendale e identificazione di un Responsabile Unico Aziendale**
- 7. Interventi in tema di risorse umane**
 - 7.1 Assunzione di personale**
 - 7.2 Ricorso alle prestazioni dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati (c.d. Sumaisti) nell'ottica di un ampliamento dell'offerta di prestazioni**
 - 7.3 Area a pagamento**
 - 7.4 Libera professione intramuraria**
- 8. Azioni di monitoraggio**
- 9. Responsabilizzazione dei cittadini – attività di comunicazione**

1) Contesto generale

La riduzione dei tempi di attesa costituisce un obiettivo prioritario di Regione Lombardia, come già anticipato nella DGR n. X/7600 del 20.12.2017 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018*", per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del servizio sanitario stesso sia sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Le cause determinanti del fenomeno delle liste d'attesa sono molteplici e devono essere affrontate agendo lungo tre principali direttrici: il governo della domanda di prestazioni, il governo dell'offerta di assistenza ed i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni.

Nel quadro più generale della legge regionale sull'evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo (l.r. 23/2015), e nell'ottica di una sempre maggiore attenzione all'assistenza territoriale ed al conseguente spostamento dell'asse di cura sul tema della cronicità, la Giunta regionale ha adottato numerosi provvedimenti mirati ad innovare il modello di presa in carico dei pazienti cronici e fragili, prevedendo agende di prenotazione dedicate, distinte per classi di priorità, così da poter rispondere in modo più efficace, alle richieste dei prescrittori.

Principio cardine che deve guidare l'azione di Regione Lombardia in quest'ambito è la garanzia dell'erogazione dei servizi sanitari entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, aspetto, questo, che rappresenta una componente strutturale dei LEA.

Tale obiettivo è perseguibile attraverso idonei programmi e strategie che garantiscano un uso razionale delle risorse e che migliorino l'efficacia delle prestazioni, l'efficienza del sistema nel suo complesso, l'appropriatezza clinica ed organizzativa e la trasparenza nei confronti del cittadino.

L'appropriatezza è quindi presupposto indispensabile, sebbene non sufficiente, per garantire il diritto alla salute stesso.

La gestione delle liste di attesa può essere efficacemente affrontata facendo ricorso a strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo, sia quelli che operano nell'ambito erogativo, sia i destinatari del servizio sanitario stesso. Occorre infatti che i cittadini facciano un uso consapevole e responsabile delle prestazioni offerte dal servizio sanitario pubblico.

Sulla scorta dei provvedimenti nazionali e regionali vigenti ed in particolare degli indirizzi contenuti nel Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012, recepito in Regione Lombardia con DGR IX/1775 del 24 maggio 2011, con il presente provvedimento la Regione Lombardia intende delineare un sistema organico di misure mirate al contenimento dei tempi di attesa con specifico riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, anche attraverso il continuo monitoraggio dell'andamento del sistema di governo delle liste d'attesa, ferme restando tutte le attività già in essere nel contesto nazionale quale ad esempio il progetto di ricerca promosso e finanziato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas "Applicazione diffusa priorità cliniche alle prestazioni specialistiche ambulatoriali", la cui fase di avvio prevede l'implementazione di un modello su priorità cliniche condivise fra medici prescrittori e specialisti che sarà applicata inizialmente in alcune aree territoriali individuate su base epidemiologica.

2) Sistemi di prioritizzazione e governo della domanda attraverso misure di verifica della appropriatezza prescrittiva.

Relativamente all'organizzazione dell'erogazione delle prestazioni per classi di priorità, si pone come azione fondamentale, la stesura di linee Linee Guida regionali per l'attribuzione della classe di priorità nella prescrizione delle prestazioni 'critiche' tali da fornire a tutti i prescrittori un valido punto di riferimento per la prioritarizzazione. Dette Linee guida, frutto della collaborazione con le Società Scientifiche dei Medici, costituiscono un importante strumento di indirizzo per l'attribuzione della classe di priorità ad uso dei medici prescrittori, pur non rappresentando un vincolo.

La variabilità dei comportamenti prescrittivi è una delle dimensioni principali su cui si sono concentrati nel corso degli ultimi anni gli interventi della Giunta regionale, in una logica di governo clinico del fenomeno, e nella prospettiva di garantire l'aderenza delle prescrizioni alle evidenze scientifiche salvaguardando al contempo l'autonomia professionale del medico e garantendo, altresì, al paziente, l'accesso alle cure nel modo più appropriato e rispettando i tempi obiettivo regionali.

Nel solco delle azioni già realizzate, è poi indispensabile proseguire, portandoli a pieno sviluppo, gli interventi sui livelli di utilizzazione delle prestazioni attraverso il concetto di appropriatezza, alla luce della necessità di garantire il giusto trattamento nel tempo adeguato. 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.

E' utile rimarcare l'importanza dell'obbligo dell'indicazione costante del quesito diagnostico prevalente e della classe di priorità. Con la delibera n.9014 del 20.02.2009, la Giunta Regionale della Lombardia ha stabilito che le prestazioni di specialistica ambulatoriale prescritte da un MMG o PLS o specialista ospedaliero non corredate dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico prevalente correttamente esplicitato, non possono rappresentare un costo per il Servizio Sanitario regionale in quanto non vengono garantiti i minimi presupposti per l'effettuazione appropriata delle prestazioni stesse.

E', dunque, 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.

L'indicazione da parte dei prescrittori delle classi di priorità delle prestazioni e del quesito diagnostico assume un'importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e per il monitoraggio delle liste d'attesa. Si definisce prenotazione in "classe di priorità" l'accesso alle prestazioni, differenziato per priorità clinica e/o urgenza, a tutti i pazienti che ne hanno effettivamente bisogno, in tempi ragionevoli.

L'indicazione della classe di priorità per le richieste di visite o prestazioni è riferita a tutte le prestazioni ambulatoriali SSN come da nota Prot. H1.2015.0029636 del 15/10/2015.

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" in aderenza a quanto già definito dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 tutt'ora vigente.

Le classi di priorità da utilizzare per tutte le richieste di prestazioni sanitarie risulteranno pertanto come di seguito specificato:

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 identificare uno specifico canale che preveda la prenotazione diretta delle prestazioni da parte del medico specialista e l'utilizzo di agende separate.

Azioni specifiche

Alla luce di quanto sopra evidenziato appare evidente che il governo della domanda di prestazioni deve interessare tutte le componenti coinvolte nel sistema, dai pazienti ai medici prescrittori, dagli specialisti a tutte le strutture erogatrici, oltre

che i sistemi di prenotazione CUP, con l'obiettivo prioritario di garantire la riduzione della domanda inappropriata e garantire la corretta priorità di accesso alle prestazioni.

Successivamente all'esito della verifica, tuttora in corso, sulla definizione delle prestazioni che manifestano maggiore criticità riguardo ai tempi di attesa, verrà costituito presso la Direzione Generale Welfare un gruppo di lavoro tecnico - la cui composizione e le cui funzioni saranno disposte con atto successivo - col compito, tra gli altri, di redigere specifiche linee guida sull'appropriatezza prescrittiva, per stabilire quando e quali esami prescrivere, individuando procedure e PDTA che dovranno essere applicate da tutti gli attori del sistema.

Verranno messe in campo azioni che garantiscono la continuità dei percorsi di controllo/follow up presso la stessa struttura erogatrice: ciò nell'ottica di consentire non solo la prescrizione dell'accertamento da parte dello specialista, ma anche la prenotazione, da parte della struttura, fin dal momento in cui viene generata la necessità, con conseguente facilitazione dell'accesso per il cittadino e reale presa in carico del bisogno assistenziale.

Sviluppo applicativo dei PDTA che meglio garantiscono, anche sotto il profilo della continuità assistenziale, l'appropriatezza prescrittiva.

A seguito dell'adesione al progetto di Ricerca promosso e finanziato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas “Applicazione diffusa priorità cliniche alle prestazioni specialistiche ambulatoriali” si dà avvio alla fase sperimentale che prevede l'implementazione di un modello basato su priorità cliniche condivise fra medici prescrittori e specialisti sarà applicata a partire da alcune aree territoriali individuate su base epidemiologica nonché su dati empirici derivanti da pregresse esperienze di “integrazione ospedale-territorio” e precisamente:

- ATS della Valpadana (ASST Crema)
- Insubria (ASST Varese)
- Brianza (ASST Lecco)

In considerazione delle semplici caratteristiche organizzative, ma al tempo stesso di sufficiente esaustività che deve avere la prima fase di un processo di cambiamento, si ritiene di effettuare la predetta sperimentazione limitatamente ad un set di 11 prestazioni nelle tre discipline Gastroenterologia, Cardiologia e Radiologia e precisamente:

3) Presa in carico del paziente cronico

Il carico delle malattie croniche sta aumentando anche in Lombardia, in parte per l'incremento dell'età della popolazione, in parte per la crescente consapevolezza che ha portato ad un aumento delle diagnosi di malattia in fase precoce, in parte per la diffusione di terapie innovative e di una migliore gestione delle complicanze. E' progressivamente aumentata negli ultimi anni la proporzione di soggetti con patologie croniche e bisogni assistenziali complessi.

Le malattie croniche in Lombardia incidono per più del 70% sulla spesa sanitaria e riguardano circa 3,5 milioni di pazienti, pari al 30% della popolazione; tale spesa è proporzionata alla elevata numerosità delle prestazioni erogate a favore dei pazienti cronici con inevitabile riflesso sulle liste di attesa.

Sebbene la spesa associata alla cura dei singoli pazienti sia diminuita nel tempo come effetto di precedenti interventi organizzativi, si è ritenuto necessario sviluppare una programmazione regionale dedicata a implementare, nella rete dei servizi, nuovi modelli di gestione della cronicità per un adeguamento delle risposte sul piano clinico e organizzativo-gestionale.

Il nuovo modello di gestione della cronicità 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.

Azioni specifiche

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.

4) Unificazione delle agende e gestione trasparente dei sistemi di prenotazione

Nell'ambito del miglioramento della gestione dell'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, la gestione trasparente delle prenotazioni presuppone la totale visibilità da parte dei Sistemi Informativi aziendali e regionali delle agende di prenotazione,

sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche 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.

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.

Infine si reputa opportuno richiamare 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.

Azioni specifiche

- 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;

- 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);
- 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;
- 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 .

5) Negoziazione di contratti di specialistica ambulatoriale.

Il governo delle liste d'attesa e, in generale dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, si fonda sulla programmazione dell'assistenza erogata dalle strutture presenti sul territorio, coerentemente con la definizione del fabbisogno di prestazioni da soddisfare. E' pertanto necessario 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.

Azioni specifiche

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. Per l'anno 2018 le prestazioni oggetto di intervento e le relative risorse sono indicate all'allegato 2

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.

6) Organizzazione aziendale e identificazione di un Responsabile Unico Aziendale.

Misura utile al perseguimento di una più efficiente organizzazione orientata al perseguimento dell'obiettivo del contenimento delle liste d'attesa si ritiene debba essere 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.

Azioni specifiche

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 redistribuzione 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.

Sarà inoltre richiesto a tutte le strutture sanitarie accreditate e a contratto di individuare e comunicare a Regione Lombardia – Direzione Generale Welfare – il nominativo di un Responsabile Unico Aziendale.

7) Interventi in tema di risorse umane.

Il tema del personale rappresenta un ambito particolarmente incisivo per la riduzione dei tempi di attesa. Va, tuttavia, evidenziato che le normative nazionali impongono alle regioni e alle Aziende pubbliche stringenti vincoli sulla spesa e conseguentemente su nuove assunzioni.

La previsione nazionale, contenuta nella legge n. 111/2011, che prevede che il costo del personale del SSR debba essere ricondotto entro il 2020 al valore dell'anno 2004 riducendolo di un ulteriore 1,4%, seppur mitigato da quanto previsto dalla legge di stabilità 2018, determina nella sostanza una razionalizzazione del personale che non permette di far fronte alle necessità di ulteriori assunzioni.

Tali vincoli, per le regioni che rispettano l'equilibrio economico finanziario quali la Regione Lombardia, rappresentano una doppia penalizzazione poiché pur in presenza di possibilità di intervenire con nuove assunzioni (in particolare di medici ed infermieri) ci si trova a dover assolvere un obbligo normativo che contrasta fortemente con la finalità della riduzione delle liste d'attesa.

Fermo restando quanto sopra premesso, va evidenziato che la gestione delle risorse umane e gli impatti che può avere sul governo delle liste d'attesa, meritano comunque di essere affrontati individuando strumenti e metodologie differenti che incidono sia sul personale dipendente che sul personale convenzionato, quali i medici della specialistica ambulatoriale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

Di seguito vengono evidenziati gli ambiti di intervento.

7.1 Assunzioni di personale

I vincoli assunzionali cui sono sottoposte le aziende sanitarie pubbliche comportano un'attenta programmazione in termini di corretto approvvigionamento delle figure professionali che consentano di erogare i servizi in modo puntuale ed efficace. In tale ottica anche tutte le strutture sanitarie accreditate e a contratto avranno cura di dotarsi del personale necessario a far fronte alla tempestiva erogazione a fronte della domanda di prestazioni.

Azioni specifiche

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.

7.2 Ricorso alle prestazioni dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati (c.d. Sumaisti) nell'ottica di un ampliamento dell'offerta di prestazioni

I medici sumaisti già oggi sono coinvolti dalle ASST lombarde nell'abbattimento delle liste d'attesa grazie a progetti obiettivo specificamente dedicati.

Azioni specifiche

Maggiore coinvolgimento dei sumaisti 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 caso di esigenze straordinarie, ricorso alle disposizioni dell'art. 20 del vigente ACN ai sensi del quale è possibile conferire incarichi a tempo determinato connessi a progetti finalizzati.

7.3 Area a pagamento

Sarà possibile, 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, in continuità con iniziative già sperimentate negli esercizi pregressi.

Azioni specifiche

La Direzione Generale Welfare impartirà indicazioni alle ASST affinché, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa di settore e dal CCNL vigente, vengano realizzati progetti che prevedano l'ampliamento dell'offerta mediante il potenziamento delle prestazioni rese dai sanitari al di fuori dall'orario di servizio.

Tale obiettivo dovrà essere perseguito anche attraverso la prosecuzione del progetto "Ambulatori aperti" e la sua estensione, ove possibile, ad altre strutture al

fine di garantire l'erogazione delle prestazioni specialistiche anche nelle fasce orarie serali e nei giorni festivi e prefestivi.

7.4 Libera professione intramuraria

E' utile ricordare che il ricorso alla libera professione intramoenia sia conseguente alla libera scelta del cittadino-utente e non alla carenza dell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.

Nello specifico, occorre richiamare quanto previsto in materia dalla legge n.120 del 3 agosto 2007 e s.m.i. ed in particolare il d.l.n.158/2012 convertito con modifiche in legge n.189/2012 nonché dalla normativa contrattuale, in particolare dall'art.54 del CCNL 8 giugno 2000 della Dirigenza medica e veterinaria.

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;
- 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);
- monitoraggio aziendale dei tempi di attesa relativo alle prestazioni effettuate durante l'attività istituzionale per assicurare il rispetto dei tempi medi fissati, attivando anche meccanismi di riduzione dei medesimi (art. 1, comma 4, lett. d) legge n. 120/2007).

L'art. 1, comma 4, lett. c) della legge n. 120/2007, come novellato dal già richiamato d.l. n. 158/2012, convertito nella legge n. 189/2012, prevede che le Aziende e gli Enti del SSN trattengano sulle tariffe per le prestazioni in libera professione intramoenia, quale ulteriore quota oltre a quella già prevista dalla vigente disciplina contrattuale, una somma pari al 5% del compenso del libero professionista, vincolandola ad interventi di prevenzione o volti alla riduzione delle liste di attesa. Si ritiene pertanto necessario che le aziende sanitarie, previa informazione alle OOS, finalizzino tali risorse, anche in riferimento alle annualità pregresse eventualmente ancora

disponibili nei bilanci aziendali, all'attivazione di azioni specifiche volte all'abbattimento delle liste d'attesa quali ad esempio privilegiare il reclutamento di professionisti nelle aree di maggior criticità.

Azioni specifiche

Le Aziende e gli Enti del SSN garantiranno il monitoraggio puntuale dei volumi di attività dell'offerta erogata in regime istituzionale ed in libera professione; nel caso in cui le attività erogate in regime libero professionale raggiungano un rapporto pari a quelle istituzionali, le Aziende attiveranno tutte le azioni necessarie affinché via sia l'incremento delle attività istituzionali, prevedendo anche l'adozione di misure organizzative idonee, attraverso l'utilizzo di tutti gli istituti contrattuali esistenti. Tali azioni dovranno garantire che la libera professione sia frutto di una reale scelta del cittadino e non un obbligo dato dalla inefficienza del sistema.

E' importante istituire sistemi differenziati di prenotazione relativamente alle due modalità di erogazione. In tal modo, è possibile eliminare improprie interferenze tra le stesse e ridurre la possibilità che l'utente venga "orientato" verso la libera professione intramuraria nel caso in cui l'istituzionale preveda tempi troppo lunghi per accedere alla prestazione necessaria.

E' altresì opportuno prevedere che il rispetto dei tempi massimi di attesa ed un equilibrato rapporto tra i tempi d'attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'attività libero professionale, costituiscano elementi per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali.

Nel rispetto dei vincoli posti dalla vigente normativa, e nell'ottica di conseguire un incremento dell'offerta produttiva, si dispone per le aziende l'utilizzo, finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa, della quota del 5% derivante dall'applicazione dell'articolo 2 del decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito dalla legge 8 novembre 2012 n. 189. Tali quote dovranno essere impiegate per il conferimento di incarichi a tempo determinato o altre forme di lavoro flessibile quali incarichi provvisori a specialisti ambulatoriali.

8) Azioni di monitoraggio

Sul fronte del controllo costante circa il rispetto dei tempi di attesa, è inoltre necessario che le ATS pongano in atto strumenti e meccanismi di monitoraggio dei tempi di attesa in grado di fornire informazioni certe su data di prenotazione e data di erogazione della prestazione.

Le rilevazioni dei tempi di attesa possono essere realizzate in due forme:

- “*ex ante*”, che consiste nella rilevazione (prospettica), in un determinato periodo indice, del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data di erogazione prospettata e la data della richiesta della prestazione rivolta all'erogatore (rappresenta, in sostanza, il tempo d'attesa così come viene percepito dall'utente);
- “*ex post*”, che consiste nella rilevazione (retrospettiva) del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta dal cittadino all'erogatore.

Se le rilevazioni *ex post* sono più precise, ma non sono disponibili in tempi rapidi, quelle *ex ante*, forniscono dati approssimativi ma in tempi brevi e pertanto possono essere utilizzate al livello regionale e aziendale soprattutto per quei settori ritenuti critici. Tuttavia ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali, è preferibile che entrambe le rilevazioni siano attive, seppur limitatamente ad un set di prestazioni critiche.

In Regione Lombardia il monitoraggio si articola nelle seguenti azioni:

- ✓ Monitoraggio regionale *ex ante* che viene effettuato a cadenza mensile secondo il calendario in specifici giorni indice individuati dalla Regione;
- ✓ Monitoraggio *ex post* attraverso la rilevazione dei dati di cui alla circolare 28/SAN e, a tal proposito, viene richiesta particolare attenzione sulla corretta compilazione e trasmissione dei dati anche per le attività erogate in regime di libera professione e di solvenza.

Gli esiti di un corretto monitoraggio dei tempi d'attesa dipendono dalla 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 addivenire alla pianificazione di azioni correttive/migliorative.

Azioni specifiche

Per il monitoraggio del perseguimento dell'obiettivo di contenimento dei tempi di attesa, il Gruppo di Lavoro per il Governo delle Liste di attesa indicato nel paragrafo 2 avrà, tra gli altri, il compito di verificare lo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento dei tempi di attesa; l'individuazione di prestazioni che risultano ancora critiche; proporre interventi correttivi ed azioni innovative in materia di accessibilità.

Inoltre, in considerazione della percezione nell'accessibilità ai servizi ed al fine di avviare un progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera

professione intramuraria a partire dal 2018, si procederà all'implementazione del flusso di rilevazione ex ante dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nonché dei volumi delle prestazioni erogate in regime istituzionale su base trimestrale.

9) Responsabilizzazione dei cittadini – attività di comunicazione

L'informazione e la comunicazione sono aspetti fondamentali per la gestione dei tempi d'attesa, in quanto mirano a responsabilizzare il cittadino riguardo la criticità del problema e gli sforzi intrapresi per affrontarlo e risolverlo.

Per questo motivo la comunicazione deve promuovere interventi finalizzati al coinvolgimento del cittadino anche riguardo alla cultura dell'appropriatezza. Essenziale passo verso la modifica della mentalità e del comportamento che deve poi determinare la presa di coscienza e l'assunzione di responsabilità di fronte alle decisioni operative, e' quello di predisporre campagne di sensibilizzazione e informazione della popolazione. Essa deve essere semplice e chiara; scientificamente corretta ma altresì comprensibile che educi la popolazione ed i professionisti sanitari all'uso della prestazione sanitaria intesa come un bene comune. La comunicazione dovrà focalizzarsi sugli obiettivi e azioni del programma di governo delle liste d'attesa e sulla regolazione dello stesso attraverso l'uso di email, strumenti di recall, specifiche applicazioni informatiche.

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 previa disdetta. Dette misure vanno nella direzione di consentire una piena utilizzazione delle risorse tramite la saturazione dei posti disponibili nelle agende.

In ogni caso dovranno essere adottate le opportune azioni finalizzate a ricordare, ai pazienti che hanno effettuato una prenotazione, tramite sms, mail, telefono, l'appuntamento stabilito e a semplificare le procedure di eventuale annullamento (come specificato nel paragrafo 4).

La Direzione Generale Welfare fornirà indicazioni affinché ciascuna Azienda sanitaria definisca il proprio piano di comunicazione con particolare riferimento all'accessibilità dell'offerta, alle eventuali innovazioni normative ed organizzative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione (servizio sanitario nazionale e

libera professione) e alle regole a tutela dell'equità e della trasparenza al fine di garantire ai cittadini la conoscenza delle liste d'attesa ed i criteri utilizzati per loro gestione.

Le informazioni per l'accesso alle prenotazioni devono essere adeguatamente pubblicizzate per consentire agli utenti di prenotare nella struttura nella quale è possibile ottenere la prestazione richiesta nel più breve tempo possibile.

Le sezioni dei siti web dedicati alle liste d'attesa devono rendere chiare le informazioni riguardanti gli aspetti di cui sopra sia attraverso l'esposizione dei tempi medi d'attesa sia attraverso l'implementazione del flusso MOSA.

Progetti specifici – anno 2018

L'osservazione dei dati in corso, così come indicato nelle azioni specifiche di cui al paragrafo 2) dell'allegato 1, ha già evidenziato per alcune tipologie di prestazioni, la necessità di intervenire da subito con progetti mirati al fine di migliorare il tempo di attesa.

L'analisi delle prestazioni erogate nel corso del 2017 non afferenti a percorsi di follow up, pertanto considerate esclusivamente come primi accessi, si è concentrata ad evidenziare quelle prestazioni che, 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.

L'esito di tale analisi porta ad individuare le seguenti prestazioni:

- 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 endoscopio flessibile

Alla luce di tutto ciò, l'insieme delle azioni da porre in atto, in via sperimentale e attraverso il coordinamento delle ATS, per il perseguimento dell'obiettivo di contenimento dei tempi di attesa entro massimo 30 giorni sulle sei prestazioni sopra individuate, si articolano nelle seguenti linee di intervento:

- 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, 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);
 - 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 .

- 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.