



DELIBERA
del DIRETTORE
GENERALE

Dott.ssa Maria
Beatrice STASI

COADIUVATO
dal Direttore
Amministrativo
Avv. Monica Anna
FUMAGALLI

dal Direttore/
Sanitario
dott.ssa Lorella
CECCONAMI

dal Direttore
Sociosanitario
dott. Fabrizio
LIMONTA

Publicato sul sito
ATS

Il giorno
31 GEN. 2017

Per rimanervi
esposto

**Il presente atto è
composto da n. 2
fogli e 12 pagg. di
allegati**

n° 50 del 31 GEN. 2017

OGGETTO: "Aggiornamento, per l'anno 2017, del piano attuativo sul contenimento dei tempi di attesa, di cui all'intesa Governo-Regioni del 28.3.2006 ed alle deliberazioni della Giunta Regionale n.VIII/2828 del 27.6.2006, n. IX/937 del 01.12.2010, n. IX/1775 del 24/05/2011, n. IX/2633 del 06/12/2011, n. IX/4334 del 26/10/2012, n X/1185 del 20/12/2013, n X/2989 del 23/12/2014, n X/4702 del 29.12.2015 e n X/5954 del 05.12.2016 "

Su proposta del Nucleo Operativo di Controllo/Dipartimento PAC

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA 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;

PREMESSO che la Regione Lombardia, con delibera n.VIII/2828 del 27.6.2006, ha recepito la suddetta intesa e realizzato il Piano regionale di prima attuazione;

PRESO ATTO che la Regione Lombardia ha interessato le Agenzie di Tutela della Salute nella declinazione del Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri, mediante l'elaborazione di un Piano Attuativo Aziendale;

TENUTO CONTO che le Aziende Sanitarie Locali, ora ATS, entro il 28.02.2007, hanno deliberato ed inviato il primo documento di cui sopra, alla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia;

CONSIDERATO che la Regione Lombardia con D.G.R. n. IX/1775 del 24.05.2011, ha ritenuto di disporre, entro il 24.07.2011, il recepimento, dell'intesa tra il governo e le regioni, del Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012 da parte delle ASL lombarde;

PRESO ATTO che la Regione Lombardia ha ritenuto di disporre che entro il 31.01.2017 debba essere inviato, al competente ufficio regionale, la formalizzazione del Piano Attuativo sul contenimento dei Tempi d'Attesa valido per l'anno 2017;

CONSTATATO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Agenzia;

SENTITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario per la parte di rispettiva competenza;



Segue delibera n. del

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa ed integralmente richiamate

1. **DI APPROVARE** il Piano Aziendale sul contenimento dei tempi di attesa, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, così come sancito dall'intesa Stato-Regioni del 28.3.2006 e dalla Delibere della Giunta Regionale n X/5954 del 05.12.2015;
2. **DI DARE ATTO** che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Agenzia;
3. **DI TRASMETTERE** il presente provvedimento e l'allegato documento alla Direzione Generale Welfare Regione Lombardia così come previsto dalla Delibere della Giunta Regionale n X/5954 del 05.12.2016;
4. **DI STABILIRE** che la presente delibera e l'allegato documento, dovranno essere inoltre trasmessi: agli erogatori, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio di competenza della ATS della Montagna;
5. **DI DARE ATTO** che il presente provvedimento sarà pubblicato all'Albo on-line dell'Agenzia ai sensi della vigente normativa;

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Maria Beatrice Stasi

Il Dirigente Proponente: Dott. Sergio Maspero
Il Responsabile del Procedimento: Dott.ssa Laura Ravelli



Regione e delegazione n. 50 del 31 GEN. 2017 di pagine 12

PIANO ATTUATIVO PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI
D'ATTESA ATS DELLA MONTAGNA
2017



Introduzione

Con la Legge Regionale n° 23 del 11.08.2015 è stata istituita la ATS della Montagna; questo documento viene redatto tenendo conto del nuovo assetto territoriale che comprende i territori della Vallecamosca, Valtellina, Valchiavenna e del medio e alto Lario.

Il presente piano di governo per il contenimento dei tempi di attesa recepisce i contenuti delle ultime disposizioni normative regionali (DGR X/5954 del 05.12.2016 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2017".)

Le attese, a volte lunghe per fruire di prestazioni sanitarie rappresentano un problema radicato e di forte impatto sull'opinione dell'utenza nei confronti dell'efficienza del sistema sanitario. L'eccesso di domanda rispetto all'offerta crea un incongruo utilizzo delle risorse disponibili, peraltro oggi più limitate di un tempo ed una conseguente percezione di un disservizio da parte dei cittadini. Occorre pertanto governare al meglio il fenomeno per garantire risposte adeguate sotto i diversi profili.

L'obiettivo è tutelare l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini che ne hanno realmente bisogno, attraverso soluzioni che ne accrescano l'appropriatezza, l'equità e l'efficienza.

L'esperienza di questi anni ha dimostrato che non è sufficiente aumentare l'offerta di prestazioni, per risolvere il problema delle liste di attesa, in quanto ne consegue normalmente un corrispondente incremento della domanda che determina un nuovo aumento delle attese stesse. E' dunque necessario coinvolgere tutti gli attori del sistema sanitario, cittadini, Medici di Medicina Generale (MMG), specialisti ospedalieri e strutture erogatrici, per poter affrontare e risolvere le criticità in questo ambito.

Scopo del documento

Lo scopo principale è fornire informazioni utili al cittadino ed agli erogatori in materia di tempi d'attesa e comunicare le linee aziendali per il corretto governo delle liste stesse, con l'obiettivo di garantire tempi d'attesa congrui ed un appropriato accesso ai servizi sanitari.

Obiettivi:

- ❖ Fornire informazioni sulle linee d'intervento pianificate per garantire il rispetto dei tempi d'attesa da parte degli erogatori.
- ❖ Riportare gli elenchi aggiornati delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri per i quali sono stati fissati dalla Regione, i tempi massimi d'attesa.
- ❖ Provvedere a puntualizzare alcune definizioni e obblighi rispetto ai quali l'attività dei prescrittori deve riferirsi, come ad esempio la corretta definizione di Primo Accesso, Controllo e l'indicazione, da parte del medico proscrittore, delle classi di priorità attribuite rispetto all'esigenza clinica riscontrata al momento dell'anamnesi, con le modalità individuate dalla DGR 3993/2015.
- ❖ Implementare comportamenti prescrittivi appropriati in ordine all'utilizzo della priorità "U" Bollino Verde.
- ❖ Coinvolgere le strutture private accreditate sul tema delle agende attraverso la disponibilità di nuovi strumenti di prenotazione (es. inoltro di chiamata, prenotazione differita, ecc.) e sviluppo dell'utilizzo del flusso dati denominato MOSA.



- ❖ Ulteriore implementazione delle disponibilità delle agende da parte delle strutture pubbliche.

Linee d'intervento per il governo della domanda, la razionalizzazione ed ottimizzazione dell'offerta e l'appropriatezza dell'accessibilità

Interventi possibili

Possono essere distinte in soluzioni a breve, medio e lungo termine.

Quelle a breve termine tendono normalmente ad ampliare i volumi d'offerta.

Le iniziative a medio e lungo termine sono senz'altro quelle che possono determinare risultati duraturi, in quanto incidono direttamente sia sull'offerta, mediante la riorganizzazione dei servizi di erogazione, che sulla domanda, migliorando l'appropriatezza prescrittiva e definendo con chiarezza le priorità cliniche.

Interventi attuati e da attuare

- Sono stati avviati i tavoli Aziendali con i MMG ed i Pdf. Durante gli incontri si sono discussi gli obiettivi relativi al governo clinico per l'utilizzo della classi di priorità. Sono state fornite indicazioni per attribuire la corretta priorità da riportare sulla ricetta per le prescrizioni dei primi accessi ambulatoriali.
A seguito di questi incontri sono state fornite indicazioni operative sul corretto utilizzo delle classi di priorità.
- Con le ASST del territorio sono stati avviati progetti per:
 - Garantire il rispetto dei T.A. delle prime visite specialistiche per almeno il 95% delle prenotazioni,
 - Garantire il rispetto dei T.A. per prestazioni strumentali in primo accesso per almeno il 95% delle prenotazioni.
 - Promuovere l'appropriatezza prescrittiva, in particolare per le prestazioni di diagnostica per immagini e di genetica medica, mediante la predisposizione di protocolli aziendali ed analisi dei risultati per l'anno 2016.
- Valutazione del corretto utilizzo dell'urgenza differita (bollino verde).
- Diffusione di informazioni sulle prestazioni ambulatoriali e relativi tempi d'attesa massimi delle strutture erogatrici, attraverso il sito web aziendale.
- Verifica del rispetto dei tempi d'attesa massimi, attraverso l'analisi dei dati forniti dagli erogatori, così come previsto dalla regione stessa.
- Valutazione delle modalità di prenotazione presso gli sportelli degli erogatori.
- Elaborazione e diffusione di procedure per i prescrittori e per gli erogatori, relative alla corretta compilazione e gestione delle ricette e delle informazioni in essa contenute, nonché sulle tipologie e relative modalità di verifica da parte della ATS di quanto sopra.



Attività di monitoraggio 2017

Rilevazione ex-ante dei tempi d'attesa, così come disposto dalla Regione Lombardia secondo il calendario

calendario per l'esecuzione del monitoraggio mensile 2016
Mercoledì 25 gennaio 2017
Mercoledì 15 febbraio 2017
Mercoledì 8 marzo 2017
Mercoledì 5 aprile 2017
Mercoledì 3 maggio 2017
Mercoledì 7 giugno 2017
Mercoledì 5 luglio 2017
Mercoledì 2 agosto 2017
Mercoledì 13 settembre 2017
Mercoledì 11 ottobre 2017
Mercoledì 8 novembre 2017
Mercoledì 13 dicembre 2017

Le rilevazioni verranno eseguite dagli erogatori presenti sul territorio di competenza di ciascuna ATS e saranno effettuate secondo precise indicazioni fornite dalla Regione.

Rilevazione ex-post dei tempi d'attesa

Continuerà inoltre la rilevazione dei tempi d'attesa elaborata dalla ATS e presentata agli erogatori, nell'ambito dei monitoraggi periodici dei contratti.



Di seguito si riporta l'elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio

CODICE	DESCRIZIONE
1341	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE
360	RIMOZIONE DI OSTRUZIONE DELL'ARTERIA CORONARICA ED INSERZIONE DI STENT (PTCA)
3610	BYPASS AORTOCORONARICO
3812	ENDOARTERIECTOMIA DI ALTRI VASI DEL CAPO E DEL COLLO
4824	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE; Endoscopia del retto, colon discendente. Incluso eventuali biopsie di una o più sedi e/o brushing o washing per raccolta di campione. Non associabile a Colonscopia con endoscopio flessibile (45.25). Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)
4946	EMORROIDECTOMIA
5011	BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO
605	PROSTATECTOMIA RADICALE
854	MASTECTOMIA
8703	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO
87031	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO
8724	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE
8741	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE
87411	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO
87441	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS
88011	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE
88012	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
88013	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE
88014	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
88015	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO
88016	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
8826	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA
8827	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA
88381	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE
88382	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO
88385	88385 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO
88714	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
88721	ECOGRAFIA CARDIACA
88722	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo
88723	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA
88735	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI
88741	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
88751	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE
88761	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
88772	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA
8878	ECOGRAFIA OSTETRICA



88782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA
88911	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO
88912	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO
8893	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA
88931	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO
88941	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA
88942	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO
88954	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO
88955	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO
88992	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X - lombare, femorale, ultradistale
8913	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]
8914	ELETTROENCEFALGRAMMA
89261	PRIMA VISITA GINECOLOGICA
89371	SPIROMETRIA SEMPLICE
89372	SPIROMETRIA GLOBALE
8941	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE
8943	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO
8950	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO
8952	ELETTROCARDIOGRAMMA
897A3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA
897A6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE
897A7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA
897A8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA
897A9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA
897B2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
897B6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA
897B7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA
897B8	PRIMA VISITA ORL
897B9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA
897C2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA
92.24.01	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE; CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI 2D
92.24.02	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE; CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO 2D
92.24.03	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE ; CON TECNICA FLASH
92.24.05	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO, TECNICHE 3D
92.24.06	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO, TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA'
92.24.07	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA UNICA O PRIMA SEDUTA
92.29.K	RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE (IGRT) CON TAC INTEGRATA (FINO A 5 SEDUTE)
92.29.L	RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE (IGRT) CON TAC INTEGRATA (PIU' DI 5 SEDUTE)
92.29.M	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO
93081	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]



9502	PRIMA VISITA OCULISTICA
95091	ESAME DEL FUNDUS OCULI
95411	ESAME AUDIOMETRICO TONALE
9925	CHEMIOTERAPIA
COLONSCOP	4523 - 4525 - 4542 - COLONSCOPIA
ECO MAMM.	88731 - 88732 - ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA
EGD	4513 - 4516 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
MAMM	87371 - 87372 - MAMMOGRAFIA
RIC1	PROTESI D'ANCA (CODICI INTERVENTO 81.51-2-3)
RIC2	CATARATTA in ricovero (COD.INT. afferenti al DRG 39)
RIC3	CORONAROGRAFIA (COD.INT. 88.55-6-7)
RIC5	ASPORTAZIONE NPL COLON-RETTO (associazione di uno dei codici di diagnosi: 153, 154, 230.3, 230.4, 230.5 con uno dei codici di intervento chirurgico: 45.7, 45.8, 46.1, 48.4, 48.5, 48.6)
RIC6	INTERVENTI PER ERNIA (DRG DA 159 A 163)
TONSILLECT	282 - 283 - TONSILLECTOMIA
TUM_POLM	323 - 324 - 325 - 329 - INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE DEL POLMONE
TUM_UTERO	683X - 684X - 685X - 686X - 687X - 688 - 689 - INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE DELL'UTERO

Sono inoltre ricomprese nel monitoraggio dei tempi d'attesa anche le prestazioni di screening mammografico (il tempo d'attesa tra positività della mammografia ed il primo approfondimento) e di screening del colon retto (il tempo di attesa tra positività del test del sangue occulto nelle feci e la prima colonscopia di approfondimento).



Codifica-classi di priorità

Al fine di rendere omogenee su tutto il territorio Nazionale le regole per la compilazione della diagnosi o del sospetto diagnostico prevalente e a parziale superamento di quanto indicato nella Circolare H1.2008.0047100 e nella dgr n. 9013/2009, la DGR 3993 del 4 agosto 2015 ha stabilito che tutte le richieste di prestazioni di specialistica ambulatoriale debbano riportare la diagnosi o il sospetto diagnostico prevalente (quesito diagnostico), comprese le richieste per pazienti esenti per patologie croniche o per malattie rare o per gravidanza.

Al fine di dare uniformità al contesto della rilevazione dei Tempi di Attesa a livello nazionale e per facilitare l'introduzione della dematerializzazione delle prescrizioni di diagnostica ambulatoriale prevista dal progetto Ricetta Elettronica Dematerializzata, con DGR X/3993 del 04.08.2015 la Regione Lombardia ha successivamente semplificato l'assegnazione delle classi di priorità riconducendole in aderenza a quanto già definito dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 come di seguito specificato:

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

B= entro 10 gg

D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali)

P= programmabile

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

Per i **RICOVERI** le **classi di priorità** sono le seguenti:

- **Classe A** Ricoveri da eseguirsi entro **30 gg.** dalla prescrizione, riservata ai casi clinici che possono aggravarsi rapidamente.
- **Classe B** Ricoveri da eseguirsi entro **60 gg.** dalla prescrizione, per quei casi che presentano dolore o disfunzioni o grave disabilità, ma che non manifestano tendenza ad aggravarsi rapidamente.
- **Classe C** Ricoveri da eseguirsi entro **180 gg.** dalla prescrizione e riservato ai casi clinici che presentano minore dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano tendenza ad aggravarsi.
- **Classe D** Ricoveri senza attesa definita riservata ai casi clinici che non sono caratterizzati da alcun dolore, ma devono comunque essere effettuati entro **12 mesi** dalla prescrizione.

Il tempo previsto dalla classe di priorità decorre a partire dal momento in cui l'utente richiede la prestazione

Si confermano inoltre le **definizioni di Primo accesso e di Controllo** che per praticità vengono di seguito riproposte:

- **I primi accessi o visite** sono da considerarsi quelli in cui il problema attuale del paziente deve essere affrontato per la prima volta e per il quale viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato



dall'esplicita dicitura di "primo accesso". Possono anche essere considerati primi accessi quelli effettuati da pazienti noti e affetti da malattie croniche, che presentano una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica e tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione della terapia (si dovrà in questo caso indicare sulla ricetta "primo accesso").

• **Visita o esame strumentale di controllo – follow up –**

- Visite o esami strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una terapia.
- Rientrano in questa categoria le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha preso in carico il paziente.
- Tutte le prestazioni prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia .
- Tutte le prestazioni per cui non sia presente il quesito diagnostico.

Tali prestazioni non godono della garanzia dei tempi massimi indicati nella D.G.R. VIII/2828 e nel nuovo Piano Nazionale di Governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012 del 23 novembre 2010, in quanto possono essere programmate e, di conseguenza, erogate in un maggiore arco di tempo, di norma entro 180 giorni, considerato che ciò non va ad influenzare la prognosi ed il corretto svolgimento dell'iter terapeutico.

Recepimento dei tempi massimi d'attesa

I tempi massimi d'attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali sono definiti dalla **DGR X/3993 del 04.08.2015 e declinati nel capitolo Codifica-classi di priorità** e di ricovero individuati da Regione Lombardia; sono considerati soddisfatti qualora garantiti da almeno un erogatore presente sul territorio delle rispettive ASST.

Sono da intendersi incluse, a differenza degli altri anni, le prestazioni che vengono erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva, come ad esempio gli **screening oncologici** (mammografico,colon retto) per i quali la Regione Lombardia ha emanato specifici provvedimenti e **controlli**.

Verranno quindi monitorati:

- il tempo d'attesa tra positività della mammografia ed il 1° approfondimento specialistico;
- il tempo d'attesa tra positività del test del sangue occulto delle feci e prima colonscopia di approfondimento.

Per tutte le prestazioni il tempo massimo d'attesa individuato dalla Regione dovrà essere garantito, se non altrimenti specificato, per il 95% dei primi accessi a prescindere dall'individuazione delle priorità d'accesso medesime.



Prestazioni ambulatoriali - Risultati monitoraggio ex-post dei tempi d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da 28/SAN

La qualità del flusso informativo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è andato via via migliorando nel corso degli ultimi anni. Permangono ancora alcune inesattezze riconducibili ad errori di inserimento dei dati da parte delle strutture erogatrici nonché dei medici prescrittori: corretta classificazione dei primi accessi, corretta classificazione dei controlli, la corretta indicazione delle classi di priorità e corretta imputazione delle date di contatto, prenotazione e prima data prospettata.

Sono stati quindi analizzati i tempi di attesa desunti dalla circolare 28/san per prestazioni erogate dal 1 gennaio fino a dicembre 2016.

Sono state considerate le prestazioni oggetto delle periodiche rilevazioni regionali distinte per classe di priorità. Per ciascuna prestazione è stato calcolato il tempo di attesa confrontandolo poi con quello previsto dalla normativa di riferimento, valutando quindi, in termini % il rispetto dei tempi Max.

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

Periodo	descr_prestaz breve	numero prestazioni				95mo percentile				
		totale	cl U	cl B	cl D	cl P	U	B	D	P
2016-12	PRIMA VISITA OCULISTICA	15.613	527	498	1.712	12.832	4	6	49	104
2016-12	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	13.057	437	103	262	12.229	4	11	47	63
2016-12	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	12.325	582	266	443	11.027	4	11	28	52
2016-12	PRIMA VISITA ORL	10.319	548	188	243	9.329	5	11	46	45
2016-12	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	8.484	573	167	180	7.549	3	8	42	76
2016-12	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	8.339	67	77	248	7.947	4	21	30	48
2016-12	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLO-FACCIALE	4.013	25	11	22	3.954	3	17	52	64
2016-12	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	5.250	320	122	157	4.573	5	16	55	70
2016-12	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	2.372	145	8	32	2.186	4	19	54	88
2016-12	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	4.132	240	43	78	3.747	4	11	46	58
2016-12	ESAME DEL FUNDUS OCULI	4.849	5	1	21	4.821	21	3	49	175
2016-12	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	3.575	66	23	60	3.420	3	10	54	59
2016-12	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	2.435	230	39	78	2.078	4	22	36	56
2016-12	PRIMA VISITA NEFROLOGICA	576	62	19	16	476	5	19	52	133
2016-12	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	5.619	257	63	190	5.021	4	11	56	33
2016-12	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	713	22	13	32	637	18	24	53	83
2016-12	prima visita neuropsichiatrica infantile	602	8	4	19	567	5	6	28	158
2016-12	PRIMA VISITA OSTETRICA						3	5	47	45



		439	6	3	14	366				
2016-12	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	1.011	65	17	16	912	4	8	28	31
2016-12	PRIMA VISITA ONCOLOGICA	465	14	7	15	429	6	5	25	41
2016-12	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA	490	12	7	19	451	6			32
2016-12	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA	305	4	3	15	283	5	1	19	34
2016-12	PRIMA VISITA PSICHIATRICA	498	18	2	5	468	3	7	23	29
2016-12	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	184	5	2	7	170	9	5	10	43
2016-12	VISITA MULTIDISCIPLINARE	239	-	-	6	225				
2016-12	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA	187	16	4	10	157	12	2		148
2016-12	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE	40	7	-	4	29	2		2	50
2016-12	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA	57	-	-	1	56				71
2016-12	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	15.948	625	218	127	14.974	4	10	58	171
2016-12	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	6.969	91	114	218	6.542	3		50	112
2016-12	MAMMOGRAFIA BILATERALE	7.585	30	3	13	4.916	3	6	49	
2016-12	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	8.438	80	111	92	8.147	5	10	55	119
2016-12	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	4.635	159	50	72	4.352	4	11	52	156
2016-12	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA	5.405	370	105	66	4.864	3		56	103
2016-12	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	3.202	82	57	95	2.967	4	10	53	166
2016-12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE	4.968	7	2	5	4.954	7	1	46	118
2016-12	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE	1.415	-	-	1	1.414			33	92
2016-12	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	2.723	24	51	28	2.618	4	11	56	84
2016-12	ELETTROCARDIOGRAMMA	16.704	360	110	121	16.093	3	5	38	80
2016-12	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	3.352	50	16	28	3.258	9		42	73
2016-12	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	1.290	17	21	53	1.199	13		41	81
2016-12	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	1.070	10	8	25	1.026	7	10	36	79
2016-12	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	8.780	164	42	49	8.471	3	6	50	102
2016-12	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA	3.246	39	3	12	3.192	13		37	62
2016-12	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	4.888	45	134	61	4.646	5	11	50	69
2016-12	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	921	26	17	26	852	9		59	
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	1.223	82	51	14	1.076	4	11	28	73
2016-12	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	3.980	73	27	21	3.810	3	8	50	
2016-12	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	380	8	-	2	357	5		16	96
2016-12	SPIROMETRIA SEMPLICE	2.188	6	2	14	887	8	6	38	63



2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	3.170	303	81	21	2.765	5		28	89
2016-12	ELETTROENCEFALOGRAMMA	1.166	7	2	1	1.156	6	7	29	82
2016-12	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	4.497	101	11	51	4.331	4	8	38	40
2016-12	ECOGRAFIA OSTETRICA	3.410	7	3	1	3.399	3	2	2	57
2016-12	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	411	15	-	5	391	3		42	69
2016-12	RADIOGRAFIA DI FEMORE, GINOCCHIO, GAMBA	6.184	36	20	38	6.088	3	8	10	48
2016-12	RADIOGRAFIA DI BACINO, ANCA	4.884	17	15	16	4.836	3	10	7	51
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	1.760	81	28	22	1.626	7	11	33	37
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	1.222	34	42	41	1.103	4	10	35	39
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	418	32	16	6	364	4		25	52
2016-12	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	4.493	1	4	23	4.463	2	5	25	51
2016-12	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	334	4	3	3	324	8		17	84
2016-12	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	4.358	20	25	57	4.254	3	8	25	32
2016-12	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X	718	-	-	18	700			41	49
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	347	17	2	1	327	8	4	7	79
2016-12	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	430	23	6	5	396	3	9	23	92
2016-12	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	31	1	-	-	30	1			102
2016-12	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	45	-	1	-	44		5		96
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	88	6	2	3	77	3	2	11	32
2016-12	ECOGRAFIA CARDIACA	2	-	-	-	2				19
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE	6	1	1	-	4	20	10		8
2016-12	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	16	2	2	-	12	3	2		29
2016-12	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	39	1	-	-	38	2			59

L'analisi dei dati sopra riportati consente di identificare le aree sulle quali concentrare l'attenzione nel 2017 per ottenere ulteriori miglioramenti.

Anche per il 2017 le Strutture Erogatrici dovranno garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per almeno il 95% dei primi accessi.