



PIANO ATTUATIVO AZIENDALE
PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA
ANNO 2019
ATS PAVIA



Premessa

La riduzione dei tempi d'attesa costituisce un obiettivo strategico di Regione Lombardia, come stabilito dalla Deliberazione n. XI/1046 del 17/12/2018, per il peculiare impatto che riveste sull'organizzazione del servizio sanitario stesso, proponendo lo sviluppo di azioni indispensabili per favorire l'accessibilità ai servizi da parte di tutti i cittadini, siano essi portatori di patologie croniche - che necessitano quindi di percorsi costanti nel tempo - o siano fruitori del sistema per eventi acuti. L'ATS di Pavia formalizza e aggiorna il Piano Attuativo di Governo dei Tempi di Attesa (PGTA) in linea con il Piano di Governo per le liste di attesa 2010/2012 (recepito dalla DGR IX/1775 del 24.05.2011 in funzione del raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti. Il presente atto è steso conformemente alle indicazioni impartite con Prot. regionale G.1 2019.0000685 del 09/01/2019 "Piani attuativi Agenzie di Tutela della Salute per il governo dei tempi d'attesa e piani aziendali di governo dei tempi d'attesa".

In attesa della definizione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA particolare attenzione viene riposta, oltre che al concetto di garanzia del tempo massimo di attesa, anche al corretto utilizzo del codice di priorità e all'appropriatezza, quali principali strumenti per offrire tempi di attesa adeguati ai bisogni sanitari dei cittadini.

Come nel 2018, nel presente Piano si ricomprendono le prestazioni di screening mammografico e screening del colon retto erogate nell'annualità precedente.

Governo dei tempi di attesa

Le strutture sanitarie devono erogare le prestazioni di Specialistica Ambulatoriale seguendo le seguenti tempistiche specifiche delle classi di priorità come indicato nella DGR 3993/2015 e di seguito riportate:

- U / Urgente = nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro le 72 ore;
- B / Breve = entro 10 giorni;
- D / Differibile = entro 30 giorni per le visite specialistiche e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali;
- P / Programmabile = entro 180 giorni; in quest'ultima categoria rientrano sia le prestazioni nelle quali il medico prescrittore ha barrato la priorità P, sia quelle nelle quali non è stata siglata alcuna priorità.

Il rispetto del tempo di attesa è estremamente collegato all'appropriatezza prescrittiva che deve guidare la necessità di un intervento sanitario. La corretta indicazione della classe di priorità permetterebbe l'erogazione della prestazione nel tempo clinicamente più adeguato. Tale comportamento richiede la collaborazione di tutti gli attori interessati quali il prescrittore, il cittadino e l'erogatore, permettendo una maggiore garanzia e una migliore distribuzione nel tempo delle prestazioni erogabili in base ai bisogni espressi dalla persona garantendo priorità ai casi ritenuti più urgenti.

Infatti il medico prescrittore deve valutare l'urgenza e indicare la priorità clinica adeguata che l'attesta, il cittadino deve presentare alla struttura erogatrice la richiesta in tempi coerenti alla priorità indicata (per quanto possibile senza ritardi temporali tra prescrizione e prenotazione), la struttura erogatrice si impegna ad erogare la prestazione nei tempi indicati dalla priorità a decorrere dal momento della prenotazione del cittadino o, in caso di impossibilità, ad attivare il Responsabile Unico Aziendale per cercare un'altra struttura. Infatti le regole di esercizio per il 2019 ridefiniscono quanto indicato nell'allegato 1 della DGR 2828/2006 e nel paragrafo 13 della DGR 1775/2011, per quel che attiene alla mancanza di disponibilità, nella struttura che rappresenta la prima scelta del cittadino, di posti entro i tempi stabiliti; in tal caso il Responsabile Unico



Aziendale dei tempi di attesa si attiva per individuare altre strutture in grado di offrire la prestazione entro i tempi normati, in tutto il territorio dell'ATS; qualora sul territorio dell'ATS Pavia non vi fossero le disponibilità richieste, la struttura scelta dovrà impegnarsi a fornire comunque la prestazione al solo costo del ticket, se dovuto, con le modalità organizzative che la struttura stessa avrà appositamente predisposto.

- Pertanto in linea con le regole di esercizio 2019 ATS Pavia effettuerà un attento monitoraggio delle attività e confronti con i referenti unici aziendali avendo come priorità di attenzione:
- la distribuzione omogenea delle attività per tutto l'arco dell'anno, evitando così di avere un'eventuale riduzione di offerta nell'ultimo trimestre;
- una buona accessibilità alle prestazioni, misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee, che sono definite nel contesto del territorio delle singole ATS;
- il rispetto dell'appropriatezza di prescrizione e di effettuazione delle prestazioni per le quali sono definiti a livello regionale dei criteri di appropriata prescrizione, prevedendo azioni di verifica e di monitoraggio in collaborazione con prescrittori ed erogatori;
- monitoraggio della coerenza dei dati tra il flusso prospettico ex ante e le informazioni del flusso MOSA;
- monitoraggio dei tempi intercorsi tra la data di prescrizione delle impegnative e la data di prenotazione da parte del cittadino;
- pubblicazione di specifica informativa sul sito web aziendale in merito ai diritti e doveri del cittadino;
- monitoraggio delle prescrizioni in priorità U o B emesse dal PS o dal medico prescrittore dell'Azienda al fine di valutare che la prenotazione e la relativa erogazione avvengano prioritariamente nell'Ente ove è stata generata;
- monitoraggio dell'istituzione di agende per i pazienti cronici presso le strutture erogatrici, individuando slot dedicati agli stessi;
- la realizzazione di percorsi di presa in carico del paziente cronico che prevedano che l'erogatore si faccia carico della garanzia dell'accesso preferenziale alle prestazioni programmabili.

Si specifica ancora che deve essere garantita l'apertura delle liste di prenotazione, in modo da assicurare la "trasparenza" delle liste di attesa e fornire sempre una risposta ai bisogni espressi dai pazienti.

Per l'annualità in corso, così come sancito nella DGR X/7766 del 17.01.2018, dovrà proseguire il progetto ambulatori aperti, nelle fasce orarie serali e nella giornata di sabato, anche per le strutture di diritto privato.

Nell'ambito del miglioramento della gestione trasparente delle prenotazioni, si ritiene indispensabile l'esposizione di tutte le agende su 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.

Si rammenta il 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. Inoltre tutte le prenotazioni ambulatoriali SSN effettuate dai sistemi CUP degli Enti devono essere inviate al Sistema di Prenotazione Regionale che identifica le "prenotazioni doppie o triple" (prescrizioni prenotate su più ospedali) e notifica l'annullamento all'Ente ove sia stata effettuata la prima prenotazione mantenendo



attiva solo quella più recente. Tale azione comporterà una minor "mortalità delle liste di attesa" e un dimensionamento delle agende. È sempre auspicabile l'utilizzo dei servizi di recall (telefonici, email ed sms) da parte degli Enti Sanitari per la conferma o eventuale disdetta della prenotazione. Infatti nelle regole di sistema si chiede di intraprendere misure atte a responsabilizzare il paziente, comprese quelle di carattere sanzionatorio relative alle prestazioni prenotate e non erogate per la mancata presentazione del cittadino in assenza di previa disdetta, come già previsto nella D.G.R. n. X/7766/2018 (punto 9 -Responsabilizzazione dei cittadini – attività di comunicazione).

Il D.Lgs. n. 124/1998 "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449" dispone infatti, all'art. 3 comma 15, che l'utente che non si presenti, ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata, è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione. Qualora non sia possibile presentarsi a una visita o a un esame, diventa obbligatorio disdire la prenotazione con almeno 3 giorni lavorativi di anticipo. In questa logica, al fine di contenere i costi amministrativi connessi al recupero di quanto dovuto e ferma restando la necessità di adempiere alla normativa vigente, l'utente che non si presenta alla visita dopo aver fissato l'appuntamento, quando firmerà un nuovo appuntamento, al momento di pagare il ticket, sarà chiamato a saldare anche la prestazione che non aveva disdetto in tempo utile in precedenza. Qualora lo stesso dovesse rifiutarsi di effettuare il pagamento, la Struttura erogherà comunque la prestazione e provvederà, senza indugio, ad emettere la relativa cartella esattoriale.

È 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. In merito è d'obbligo l'adozione di sistemi organizzativi che consentano di controllare che i volumi delle prestazioni effettuate in libera prestazione non superino globalmente quelli effettuati nell'attività istituzionale, in garanzia che l'esercizio dell'attività professionale intramuraria non sia in contrasto con le finalità ed attività istituzionali.

Alla luce di quanto sopra, si proseguirà nel perseguimento dell'obiettivo condiviso del contenimento dei tempi d'attesa entro i giorni normati per le prestazioni che evidenziano particolari criticità, oggetto della DGR 7766 del 17/01/2018, attraverso linee di intervento specifiche.

Analisi di contesto

Si riporta di seguito una sintetica descrizione delle Strutture, insistenti nel territorio provinciale, che erogano le prestazioni di specialistica ambulatoriale contemplate nella D.G.R. n. IX/1775 del 24.05.2011 e s.m.i. ricordando che il rispetto dei tempi di attesa non può prescindere dalle caratteristiche, dalle diversità geografiche del territorio e dalla ripartizione storica dello stesso in tre distretti territoriali. Analogamente la verifica dei tempi di attesa terrà conto di quelle prestazioni che per "elevata specialità" vengono effettuate da una Struttura ad alta concentrazione di domanda, caratterizzata spesso per un bacino di utenza anche sovraregionale.



Ricoveri

Le Strutture sanitarie, private e pubbliche accreditate che erogano le prestazioni oggetto di monitoraggio prospettico regionale, sono n. 5 nel distretto della Lomellina, n. 3 in Oltrepo e n. 4 nel Pavese. Interventi chirurgici di bassa e media complessità sono erogati dalla maggior parte delle Strutture, mentre gli interventi chirurgici di alta complessità sono erogati quasi esclusivamente dalle Strutture ad elevata specialità.

Radioterapia

Tale attività è effettuata in due territori, Pavese (n. 2 punti di erogazione) e Lomellina (n. 1 punto di erogazione). Dall'analisi del flusso prospettico nel corso dell'anno 2018 non si sono registrate criticità particolari.

Attività Ambulatoriale

Nel territorio le Strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere che possono erogare le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio prospettico sono così distribuite:

- nel Distretto Pavese sono presenti n. 8 Strutture ambulatoriali extra-ospedaliere e n. 5 Strutture ambulatoriali intra-ospedaliere;
- nel Distretto Oltrepo sono presenti n. 4 Strutture ambulatoriali extra-ospedaliere e n. 6 Strutture ambulatoriali intra-ospedaliere;
- nel Distretto Lomellina sono presenti n. 8 Strutture ambulatoriali extra-ospedaliere e n. 5 Strutture ambulatoriali intra-ospedaliere.

Di seguito si analizzano e si confrontano i dati delle prestazioni ambulatoriali desunti dal flusso prospettico e quelli desunti dal flusso 28/san.

Valutazione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio prospettico mensile

L'analisi dei dati relativi ai tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali è stata effettuata utilizzando il flusso prospettico dei tempi di attesa e il flusso 28/san delle analoghe prestazioni.

Dapprima si rappresenta il quadro dei dati riferiti al flusso prospettico.

Nel corso dell'anno sono state effettuate presso tutte le strutture accreditate ed a contratto del territorio provinciale, 12 rilevazioni mensili prospettiche dei tempi di attesa, previste dai livelli regionali nelle giornate indice (una per mese ad eccezione dei mesi di Aprile e Ottobre – queste ultime rilevazioni, a valenza nazionale, della durata di una settimana hanno riguardato una selezione di prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale, in Attività Libero-Professionale Intramuraria, Intramuraria allargata ed in regime di Solvenza).

Dai dati comunicati dalle strutture nelle sole giornate indice di monitoraggio sulla piattaforma SMAF, si rileva che complessivamente circa il 92% di tutte le prestazioni ambulatoriali con priorità D rispettano i tempi normati (il 78% delle visite specialistiche con priorità D entro i 30 giorni ed il 91,1% delle prestazioni diagnostiche con priorità D entro i 60 giorni).



In particolare analizzando i dati aggregati in categorie, per territorio provinciale, si evince che 16 prestazioni raggiungono o superano la soglia di assolvimento del 95%; nella tabella 1 sono riportate invece le prestazioni che, nel flusso prospettico (MTA), non raggiungono la soglia del 95%, riportando anche la percentuale di assolvimento dei tempi di attesa dedotta dal flusso 28/san (flusso amministrativo ex post).

Tabella 1 Flusso prospettico dei tempi di attesa anno 2018: prestazioni ordinarie con priorità D che non raggiungono la percentuale di assolvimento del 95% e confronto con il dato 28/san

Descrizione	% assolvimento flusso prospettico	% assolvimento 28 san
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	63,7	85
COLONSCOPIA	80,1	71
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	94,4	89
ELETTROCARDIOGRAMMA	93,4	93
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	93,4	90
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	65,3	79
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	53,4	83
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	82,1	85
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	87,8	74
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	73,4	76
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	84,4	80
PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	85,8	87
PRIMA VISITA OCULISTICA	38,0	73
PRIMA VISITA ORL	91,3	93
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	71,1	82
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	90,8	85
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	86,7	83
RETTOSIGMOIDOSCOPIA	80,1	100
RMN DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	77,7	83
RMN DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	77,7	78
RMN DELLA COLONNA	77,7	92
RMN DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	77,7	84
RMN DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	77,7	93
RMN DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	77,7	82
RMN MUSCOLOSCELETRICA	77,7	94
RMN MUSCOLOSCELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO	77,7	93
SPIROMETRIA GLOBALE	93,6	96
SPIROMETRIA SEMPLICE	93,6	92
TAC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	90,4	99
TAC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	90,4	100
TAC DEL CAPO	90,4	97
TAC DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	90,4	96
TAC DEL TORACE	90,4	90
TAC DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	90,4	94
TAC DELL' ADDOME COMPLETO	90,4	96
TAC DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	90,4	94
TAC DELL' ADDOME INFERIORE	90,4	100
TAC DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	90,4	86
TAC DELL' ADDOME SUPERIORE	90,4	100
TAC DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	90,4	94
TAC bacino	90,4	100



Si deve sottolineare che il dato della 28 San, per molte prestazioni, è migliorativo rispetto al dato ex ante; infatti la percentuale di assolvimento delle visite specialistiche entro i 30 giorni è 82,2 % (vs il flusso prospettico 78%) e la percentuale delle prestazioni di diagnostica strumentale è 93,4% (vs il flusso prospettico 91,1%). Si deve anche tener conto che, nonostante il flusso 28 san sia spesso non correttamente compilato, il dato è riferito alle prestazioni oggetto di monitoraggio erogate nell'intera annualità mentre l'ex ante è connesso alle prenotazioni effettuate nelle 10 giornate indice e 5 giornate per Aprile e Ottobre.

Nell'analisi del dato desunto dal flusso 28/san, di seguito riportata, si sono selezionate le prestazioni oggetto di rilevazione prospettica mensile dei tempi di attesa (ordinarie con priorità D, P e B, le prestazioni U e Z) riferite al periodo gennaio - dicembre 2018 (dati definitivi, validati da Regione Lombardia) con data di erogazione/contatto \geq al 1° gennaio e \leq al 31 dicembre 2018.

Queste ultime (Z – controlli follow-up) sono state considerate per valutare il peso della prestazione sulla rispettiva agenda. Sono state escluse le prestazioni di:

- pronto soccorso con tipologia di prestazione P
- centri di medicina dello sport con tutte le tipologie di prestazioni
- prestazioni della Struttura CNAO
- centri di screening oncologico, tipologia prestazioni S e T
- le prestazioni con codice Prima visita generico (897).

Il tempo di attesa riportato nelle tabelle sottostanti è stato calcolato come differenza tra la data di erogazione/contatto (e laddove presente la prima data prospettata) e la data di prenotazione.

Si è ritenuto opportuno considerare la "prima data prospettata" poiché la compilazione di tale campo, a carico della Struttura, indica che l'utente o ha rifiutato la suddetta data o ha richiesto l'effettuazione della prestazione da parte di uno specifico specialista e di conseguenza il probabile mancato rispetto del tempo di attesa. Il campo "prima data prospettata" è compilato e considerato in 196595 pari al 20% del totale delle prestazioni.

Nel dettaglio, le prestazioni analizzate nel periodo di riferimento considerato sono 963.556 (O, U, Z) di cui il 44.3% sono rappresentate dal tipo ordinario (O), il 2,1% urgenti (U), il 53,6% di controllo (Z).

Tabella 2 Numero totale di prestazioni e % di erogazione in provincia e nei tre distretti, (dati desunti dal flusso di rendicontazione 28/san, periodo gennaio dicembre 2018)

Tipologia di prestazione	n. Prest. ATS PV	% sul totale	% Lomellina vs ATS PV	% Oltrepo vs ATS PV	% Pavese vs ATS PV
O	426.701	44,3%	24,3%	17,6%	58,1%
Z	516.622	53,6%	19,0%	19,6%	61,4%
U	20.233	2,1%	24,0%	18,1%	57,9%
O, U, Z	963.556	100,0%	21,4%	18,7%	59,9%

La tabella 2 rappresenta la percentuale di erogazione delle prestazioni totali distribuita nei tre distretti (Lomellina, Oltrepo e Pavese), differenziata per tipologia di prestazioni ordinarie (O), controlli (Z), urgenti (U);



in essa si evidenzia come il distretto Pavese eroghi il 59,9% delle prestazioni totali dell'ATS, il 58.1% delle ordinarie, il 61,4% dei controlli e il 57,9% delle urgenti.

Le prestazioni sono state prescritte per il 40% da MMG/PLS, per il 20 % da altro prescrittore (Medici operanti presso Istituti Penitenziari e Residenze Sanitarie Assistenziali) e per il 40 % da specialisti ospedalieri.

Valutazione dei tempi di attesa delle prestazioni ordinarie (O)

Prendendo in considerazione le prestazioni con tipologia O (ordinarie) si evidenzia che, è stato maggiormente utilizzato il codice di priorità da parte dei medici prescrittori (MMG, PDF, Specialisti delle Strutture Erogatrici, altro) rispetto alle annualità precedenti.

Infatti dalla tabella 3 si evince che:

- il 25,9% delle prestazioni ordinarie (vs 30,4 % del 2017 e 13,41% del 2016) sono state rendicontate con priorità D (prestazione da eseguirsi in 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni di diagnostica);
- il 66,4% con priorità P (programmata - da eseguirsi entro 180 giorni);
- il 7,2% delle prestazioni sono state rendicontate con la priorità B (breve - entro 10 giorni) introdotta con la DGR 3993/2015 nella quale sono di fatto state ricondotte le priorità per area di rischio. Al riguardo si precisa che nel territorio pavese lo 0,01% delle prestazioni O è stato ancora rendicontato dalle Strutture con un codice di rischio (ON);

Tabella 3 Numero totale di prestazioni ordinarie e % di utilizzo dei codici di priorità e di rischio, dati desunti dal flusso di rendicontazione 28/san (periodo gennaio dicembre 2018)

Tipologia di prestazione	Priorità	N. assoluto prestazioni	% su Totale O
O	Altro	1	0,0
	B	30.873	7,2
	D	110.327	25,9
	ON	28	0,0
	P	283.452	66,4
	U	13	0,0
	(vuoto)	2.007	0,5
Totale O		426.701	100,0

- lo 0,5% delle prestazioni considerate manca di qualsiasi codice di priorità (campo "vuote"), probabilmente indice di un'incompletezza nella compilazione del flusso 28/san da parte delle Strutture Erogatrici.

In tabella 4 si riportano il numero totale assoluto e le percentuali di assolvimento dei tempi di attesa delle prestazioni con tipologia O - priorità D e P e con tipologia Z - tutte le priorità a 0, 10, 30, 60, 90 e 180 giorni ed il numero assoluto delle prestazioni tra i 180 e 365 gg e oltre l'anno.

Dalla tabella si evince che a livello provinciale:

- il 96% delle prestazioni ordinarie con priorità B sono erogate in 10 giorni;
- le prestazioni O con priorità D hanno una percentuale di assolvimento in 30 e 60 gg rispettivamente di 80% e 93%; il 6 % è erogato tra 60 e 180 giorni; n. 745 prestazioni sono erogate tra 180 e 365 giorni e n. 231 oltre l'anno. Si specifica che si tratta di prestazioni con priorità soggetta a garanzia del tempo di attesa a 30 gg per le visite e 60 gg per le prestazioni strumentali;



- il 95% delle prestazioni O con priorità P; n. 13583 sono prestazioni erogate tra 180 e 365 giorni, mentre n. 2357 sono erogate oltre l'anno; pur trattandosi di prestazioni alle quali il prescrittore ha attribuito una priorità programmata, ovvero non ha assegnato alcuna priorità, sono comunque prestazioni ordinarie, e non controlli, che devono essere erogate entro i 180 giorni;

Infine la percentuale di prestazioni con tempi di attesa pari a 0 è molto elevata (circa il 22% delle OP, il 19% delle OD e il 22% delle prestazioni con tipologia Z).

Focalizzandosi su determinate prestazioni per le quali è inverosimile la coincidenza del tempo tra data prenotazione e data contatto (ad es. colonscopie e gastroscopie, la cataratta è trattata in uno specifico paragrafo) si rileva che è necessario porre particolare attenzione alla registrazione corretta del campo data di prenotazione del flusso 28/san.

Tabella 4 Percentuale cumulativa (%) di assolvimento delle prestazioni ordinarie (O con priorità B, D e P) e di controllo (Z) in provincia e nei distretti, dati desunti dal flusso di rendicontazione 28/san (periodo gennaio – dicembre 2018)

Tipologia di prestazione	Priorità		ATS	LOMELLINA	OLTREPO	PAVESE
Tutte le Prestazioni	O B	n. totale	30873	6167	6309	18397
		% in 0 gg	84%	87%	96%	79%
		% in 10 gg	96%	97%	99%	94%
		% in 30 gg	99%	99%	100%	99%
		% in 60 gg	100%	100%	100%	100%
		% in 90 gg	100%	100%	100%	100%
		% in 180 gg	100%	100%	100%	100%
		n. assoluto tra 180 e 365 gg	16	0	0	16
	n. assoluto oltre 365 gg	6	0	1	5	
	O D	n. totale	110327	29735	20841	59751
		% in 0 gg	19%	21%	27%	15%
		% in 10 gg	52%	53%	56%	50%
		% in 30 gg	80%	84%	86%	75%
		% in 60 gg	93%	96%	97%	91%
		% in 90 gg	97%	99%	99%	95%
		% in 180 gg	99%	100%	100%	99%
		n. assoluto tra 180 e 365 gg	745	10	19	716
	n. assoluto oltre 365 gg	231	1	3	227	
	O P	n. totale	283.452	67.426	47.516	168.510
		% in 0 gg	22%	14%	34%	22%
		% in 10 gg	45%	43%	61%	40%
		% in 30 gg	64%	70%	80%	58%
		% in 60 gg	80%	90%	92%	72%
		% in 90 gg	87%	97%	96%	80%
		% in 180 gg	95%	100%	100%	92%
		n. assoluto tra 180 e 365 gg	13583	153	129	13301
	n. assoluto oltre 365 gg	2357	20	1	2336	
	Z	n. totale	522330	98100	101320	322910
		% in 0 gg	22%	13%	20%	25%
		% in 10 gg	37%	30%	32%	40%
		% in 30 gg	50%	49%	47%	52%
		% in 60 gg	65%	71%	61%	64%
% in 90 gg		74%	82%	73%	72%	
% in 180 gg		90%	96%	94%	87%	
n. assoluto tra 180 e 365 gg		46303	4183	5673	36447	
n. assoluto oltre 365 gg	5708	39	56	5613		



Infine nella tabella 5 si presenta anche il dato riferito al tempo medio che intercorre tra la data di prescrizione da parte del prescrittore e la data di prenotazione delle prestazioni:

Tabella 5: Tempo medio di attesa tra la data di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ordinarie (O con priorità B, D e P), U e di controllo (Z) in provincia, dati desunti dal flusso di rendicontazione 28/san (periodo gennaio – dicembre 2018)

Tipologia di prestazione	Priorità	Tempo medio in giorni
O	B	4
	D	10
	P	12
	Tutte le priorità	11
U	Tutte le priorità	2
Z	Tutte le priorità	17
OUZ	Tutte le priorità	14

Dall'analisi dei dati si deduce che mediamente l'utente presenta l'impegnativa alla struttura erogatrice in tempi coerenti rispetto al codice di priorità.

Nella tabella 6 sono illustrate la consistenza numerica e le percentuali di assolvimento, entro i tempi massimi di attesa previsti dalla normativa di settore pari al 95% dei primi accessi delle prestazioni O, suddivise per categorie e raggruppamenti e per codice di priorità D e P.

Si precisa, inoltre, che le categorie di prestazioni di specialistica ambulatoriale riportate nella tabella 5 sono pari a n. 20, alcuni dei quali sono raggruppamenti:

1. Colonscopie: colonscopia con endoscopio flessibile, senza o con biopsia o polipectomia e sigmoidoscopia con endoscopio flessibile;
2. ECG: elettrocardiogramma e elettrocardiogramma dinamico;
3. Eco capo e collo: Diagnostica del capo e del collo;
4. Ecocardio: eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo, eco(color)dopplergrafia cardiaca, ecografia cardiaca;
5. Ecocolor Doppler Arti e TSA: eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa e eco(color)dopplergrafia dei tronchi sovraaortici;
6. Eco addome: ecografia dell'addome superiore e inferiore e dell'addome completo;
7. Eco mammo: ecografia monolaterale e bilaterale della mammella;
8. Eco ostetrica ginecologica;
9. EEG: elettroencefalogramma
10. EGD: esofagogastroduodenoscopia, senza o con biopsia;
11. Elettromiografia
12. Esame audiometrico
13. Esame del fundus oculi
14. Mammografia: monolaterale e bilaterale;
15. MOC
16. Radiografie: radiografia della colonna lombo-sacrale, del torace di routine, del femore-ginocchio-gamba e di pelvi-anca;



17. RMN: del cervello e del tronco encefalico, dell'addome inferiore e scavo pelvico, muscoloscheletrica e della colonna, senza e con contrasto;
18. Spirometria: semplice o globale;
19. TAC: del torace, dell'addome superiore, dell'addome inferiore, dell'addome completo, del capo, del rachide e dello speco vertebrale, del bacino, senza e con contrasto;
20. Test cardiovascolare da sforzo: con pedana mobile o con cicloergometro.

Tabella 6 Percentuale (%) di assolvimento delle prestazioni ordinarie (O) in provincia e nei tre distretti, suddivise per raggruppamenti e per codici di priorità D e P, dati desunti dal flusso di rendicontazione 28/san (gennaio – dicembre 2018)

Raggruppamento prestazioni		ATS		Lomellina		Oltrepo		Pavese	
		OD	OP	OD	OP	OD	OP	OD	OP
COLONSCOPIA	N. TOTALE	474	2.350	159	757	52	244	263	1349
	% IN 60 GG	74%	60%	89%	73%	100%	91%	60%	48%
ECG	N. TOTALE	9.321	24.056	2.155	5155	2.141	4232	5.025	14669
	% IN 60 GG	92%	78%	98%	92%	96%	92%	88%	69%
ECO ADDOME	N. TOTALE	4.975	17.258	1.323	5013	1.023	2966	2.629	9279
	% IN 60 GG	96%	78%	98%	95%	98%	93%	95%	63%
ECO CAPO E COLLO	N. TOTALE	1.629	5.378	393	2134	273	811	963	2433
	% IN 60 GG	95%	82%	96%	94%	100%	89%	93%	69%
ECO CARDIO	N. TOTALE	3.377	11.217	578	2618	918	2379	1.881	6220
	% IN 60 GG	89%	72%	94%	82%	93%	73%	86%	68%
ECO MAMMO	N. TOTALE	1.665	4.433	325	1435	205	1097	1.135	1901
	% IN 60 GG	87%	62%	90%	83%	91%	77%	86%	38%
ECO OSTETRICA GINECOLOGICA	N. TOTALE	325	2.958	105	389	44	1137	176	1432
	% IN 60 GG	97%	91%	100%	99%	100%	91%	94%	88%
ECOCOLORDOPPLER	N. TOTALE	3.246	11.400	808	4191	900	2277	1.538	4932
	% IN 60 GG	90%	77%	91%	82%	93%	89%	87%	67%
EEG	N. TOTALE	310	1.061	95	308	124	309	91	444
	% IN 60 GG	99%	98%	100%	100%	99%	99%	99%	97%
EGD	N. TOTALE	1.080	3.034	328	1071	167	482	585	1481
	% IN 60 GG	85%	74%	87%	79%	100%	97%	80%	63%
ELETTROMIOGRAFIA	N. TOTALE	417	2.567	180	1458	113	232	124	877
	% IN 60 GG	99%	99%	100%	100%	98%	95%	98%	99%
ESAME AUDIOMETRICO	N. TOTALE	572	2.844	167	939	98	819	307	1086
	% IN 60 GG	95%	96%	100%	99%	100%	99%	91%	90%
ESAME FUNDUS OCULI	N. TOTALE	285	1.422	96	533	57	333	132	556
	% IN 60 GG	91%	69%	92%	66%	100%	94%	86%	57%
MAMMOGRAFIA	N. TOTALE	1.421	5.309	177	1034	182	1108	1.062	3167
	% IN 60 GG	82%	55%	100%	95%	92%	84%	77%	32%
MOC	N. TOTALE	716	2.873	226	1654	259	806	231	413
	% IN 60 GG	92%	86%	98%	94%	100%	96%	78%	37%
RADIOGRAFIE	N. TOTALE	10.416	29.653	4.263	10378	2.475	6635	3.678	12640
	% IN 60 GG	100%	98%	100%	98%	100%	99%	99%	97%
RMN	N. TOTALE	2.526	8.157	456	2993	148	1042	1.922	4122
	% IN 60 GG	89%	84%	77%	75%	100%	98%	91%	86%
SPIROMETRIA	N. TOTALE	793	3.291	186	541	230	472	377	2278
	% IN 60 GG	95%	65%	99%	94%	97%	94%	91%	52%
TAC	N. TOTALE	4.053	12.221	462	4097	676	1695	2.915	6429
	% IN 60 GG	95%	88%	98%	94%	100%	95%	93%	82%
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO	N. TOTALE	894	2.487	130	728	206	489	558	1270
	% IN 60 GG	91%	90%	100%	97%	96%	87%	88%	87%



Dalla tabella si evince che il numero delle prestazioni con priorità D è più elevato nel Pavese per i motivi indicati in precedenza.

A livello provinciale i raggruppamenti di prestazioni ordinarie con codice di priorità D che superano il 95% sono: Ecografia addome (96%), Diagnostica del capo e collo (95%), Ecografia ostetrica ginecologica (97%), elettroencefalogramma - EEG (99%), Elettromiografie (99%), Esame audiometrico (95%), Spirometria (95%), TAC (95%), Radiografie (100%). Per quest'ultima la percentuale di erogazione con accesso diretto (0 giorni) è pari al 39,4%.

I raggruppamenti di prestazioni erogate da strutture pavesi che hanno una percentuale di assolvimento tra 90% e 95% sono:

- Moc (92%); il 6% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Elettrocardiogramma (92%), il 4% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Ecocolordopplergrafia (90%), il 3% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Esame fundus oculi (91%); il 6% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Test cardiovascolare da sforzo (91%); il 3% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio.

Le prestazioni che hanno una percentuale di assolvimento tra 80% e 90% sono:

- Ecografia della mammella (87%); il 13% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Ecocardio (89%); il 4% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- EGD (85%); il 9% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Mammografia (82%); il 8% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- RMN (89%); il 21% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio.

Le prestazioni che hanno una percentuale di assolvimento inferiore all'80% sono:

- Colonscopia (74%); il 17% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;

Da sottolineare che i tempi di erogazione della esofagogastroduodenoscopia - EGDS sono migliorati di 22 punti percentuali (percentuale di assolvimento del 63% nel 2017 vs 85% nel 2018).

Focalizzando l'attenzione sui distretti si può notare che nel distretto Oltrepo 16 tipologie su 20 di prestazioni con priorità D raggiungono o superano il 95% entro i tempi normati; in Lomellina 13 tipologie di prestazioni e nel pavese 4 (a fronte di numeri decisamente più elevati).



Pertanto alla luce dei dati sopra esposti le strutture dovranno porre particolare attenzione alla rendicontazione del dato e garantire il miglioramento del tempo di attesa delle prestazioni che nel corso del monitoraggio prospettico regionale e/o nell'elaborazione dei dati del flusso 28/san, evidenzino criticità rispetto ai tempi di attesa previsti dalla norma.

Nella tabella sono state escluse le prestazioni di radioterapia; trattasi di n. 2794 prestazioni di cui 33 rendicontate come ordinarie e n. 2761 rendicontate con priorità Z; dal flusso 28 san il 98,9% ha tempo di attesa di 30 giorni.

Nel flusso prospettico sono state segnalate 257 prestazioni di cui 114 sono virtuali e per vincolo di programma informatico sono indicate con priorità C_D (tutte con tempo di attesa entro i 30 giorni).

Le 143 prestazioni "non virtuali" (con classe di priorità 1, 2, 3, 4) hanno una percentuale di assolvimento entro i tempi normati da ciascuna priorità per il 93,7%.

Intervento di cataratta in regime ambulatoriale

Un discorso a parte merita la rendicontazione dell'intervento di cataratta in regime ambulatoriale, sia con riferimento alla tempistica, sia con riguardo alla tipologia di prestazione con la quale è rendicontata, dato che da alcune Strutture viene rendicontata come O (ordinaria soprattutto con priorità D, P e "vuota") per il 54,4% mentre da altre come Z (controllo) per il 45,4% e lo 0,06% come altro. Pertanto è utile approfondire i criteri di identificazione di una prestazione rendicontata come ordinaria o come Z. Le prestazioni di cataratta codice ambulatoriale 1341 sono pari a n. 6953 sul territorio provinciale.

In merito alla tempistica si nota che:

- % vs il 42,7% delle cataratte è rendicontato a 0 giorni; tale percentuale è molto più alta nel Pavese ed è ascrivibile soprattutto alla modalità di rendicontazione di una struttura; infatti è inverosimile che la %; prestazione sia stata erogata in 0 giorni;
- il 98,4% è erogato in 180 giorni a differenza della percentuale rilevata con il flusso prospettico dove le prestazioni di cataratta ambulatoriale pari all'80,2%.

Tabella 7 Percentuale cumulativa (%) di assolvimento delle prestazioni di cataratta in provincia e nei distretti, dati desunti dal flusso di rendicontazione 28/san

Prestazione		ATS	Lomellina	Oltrepo	Pavese
Intervento di Cataratta	n. totale	6.953	2.364	1.176	3.413
	% 0 G	42,73%	9,81%	22,62%	72,46%
	% 30G	69,65%	47,93%	100,00%	74,25%
	% 90 G	86,47%	83,76%	100,00%	83,68%
	% 180G	98,49%	96,70%	100,00%	99,21%
	n. assoluto tra 180 G e 365G	95	70	0	25
	n. assoluto oltre 365 G	10	8	-	2

Pertanto alla luce di quanto sopra detto si conferma una non corretta compilazione del dato e quindi la necessità di porvi rimedio.



Il 6% dei pavesi dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio.

Visite specialistiche

Il totale delle prime visite specialistiche erogate nel periodo di riferimento risulta essere di n. 192.323 (di cui O, U, Z). Le prestazioni ordinarie (a prescindere dalla priorità) erogate a 30 giorni sono pari al 76,1%.

Tabella 8: Percentuale (%) di assolvimento delle prime visite specialistiche O (priorità B, D, P e tutte le priorità), U e Z, in provincia e nei tre distretti, dati desunti dal flusso di rendicontazione 28/san

Tipologia prest.	Priorità	N. assoluto	% assolvimento in 3 giorni	% assolvimento in 10 giorni	% assolvimento in 30 giorni	% assolvimento in 60 giorni	% assolvimento in 180 giorni	N. Oltre 180gg
O	Tutte le priorità	150.695	-	-	76,1	90,5	99,1	1347
	B	12.326	-	86,5	97,2	99,3	99,9	4
	D	58.507	-	-	82,2	93,4	99,7	192
	P	78.736	-	-	69,5	86,8	98,5	1149
U		8.149	87,48	98,6	99,8	99,9		
Z		33.486	-	25,8	39,0	77,4	98,9	349
Totale		192.323	-	-	-	-	-	-

Dall'analisi della tabella si evincono le seguenti criticità:

- La percentuale di assolvimento delle prime visite con priorità B (entro 10 giorni) è pari all'86,5%;
- La percentuale di assolvimento delle prestazioni con priorità D in 30 e 60 giorni è rispettivamente 82,2% e 93,4%;
- una quota di prestazioni ordinarie (O-P) pari a n. 1149 è erogata oltre i 180 gg.

Analizzando il dato per singola tipologia di prima visita, tabella seguente, si evince che, a livello provinciale, nessuna delle prestazioni ordinarie di prima visita specialistica con codice di priorità D raggiunge il 95%; le criticità provinciali si rispecchiano soprattutto a livello del pavese (che ha numeri considerevolmente maggiori). Le visite specialistiche che hanno una percentuale di assolvimento tra 90% e 95%, e che pertanto si avvicinano al target, sono:

- Prima visita ORL (93%), il 6% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Prima visita oncologica (94%), il 20% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Prima Visita Chirurgica Vascolare (93%) il 5% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio.

Le visite specialistiche che hanno una percentuale di assolvimento tra 80% e 90% sono:

- Prima visita Ortopedica (82%), il 7% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Prima Visita Dermatologica (83%), il 6% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Prima Visita Pneumologica (85%), il 3% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;



- Prima Visita di Medicina Fisica e Riabilitazione (85%), il 3% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Prima visita ginecologica (80%), il 12% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Prima visita neurologica (87%), il 7% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Prima visita urologica andrologica (83%), il 10% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;

Tabella 9: Percentuale (%) di assolvimento delle prime visite specialistiche (O priorità D) in provincia e nei tre distretti, dati desunti dal flusso di rendicontazione 28/san

Prestazioni ambulatoriali tipologia O		ATS		Lomellina		Oltrepo		Pavese	
		D	P	D	P	D	P	D	P
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	N TOTALE	855	1012	274	219	5	8	576	785
	%30G	93%	67%	99%	88%	40%	50%	90%	62%
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	N TOTALE	7.489	9223	2079	2169	1362	1811	4048	5243
	%30G	83%	71%	75%	58%	96%	94%	83%	68%
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	N TOTALE	7.097	12649	2272	4371	2018	2974	2807	5304
	%30G	85%	78%	95%	90%	80%	67%	80%	74%
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOG ICA	N TOTALE	3.893	4042	720	722	611	827	2562	2493
	%30G	74%	67%	80%	65%	100%	91%	66%	60%
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	N TOTALE	1.529	1370	100	200	78	182	1351	988
	%30G	76%	61%	49%	42%	100%	74%	76%	62%
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	N TOTALE	2.055	2263	991	480	202	441	862	1342
	%30G	80%	69%	98%	95%	100%	90%	56%	52%
PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	N TOTALE	3.363	6116	667	483	664	1017	2032	4616
	%30G	87%	85%	88%	72%	74%	82%	90%	87%
PRIMA VISITA OCULISTICA	N TOTALE	8.126	12250	2691	3573	1596	3475	3839	5202
	%30G	73%	58%	73%	46%	86%	76%	68%	54%
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	N TOTALE	524	1308	66	66	33	75	425	1167
	%30G	94%	92%	97%	88%	100%	100%	93%	91%
PRIMA VISITA ORL	N TOTALE	6.330	6545	1299	1097	1251	1412	3780	4036
	%30G	93%	78%	99%	85%	100%	98%	89%	69%
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	N TOTALE	6.835	8223	2744	2215	444	713	3647	5295
	%30G	82%	62%	95%	86%	92%	74%	72%	50%
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	N TOTALE	2.838	2718	550	289	553	615	1735	1814
	%30G	85%	84%	95%	72%	88%	84%	81%	86%
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	N TOTALE	2.047	2586	712	621	231	531	1104	1434
	%30G	83%	66%	90%	81%	100%	79%	74%	54%
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	N TOTALE	5.526	8431	1394	1675	1206	1480	2926	5276
	%30G	79%	58%	78%	51%	79%	77%	80%	54%

Le prestazioni che hanno una percentuale di assolvimento inferiore all'80% sono:

- Prima Visita Cardiologica (79%), il 4% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Prima Visita Endocrinologica/Diabetologica (74%), il 5% dei residenti pavesi ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;



- Prima visita oculistica (73%), il 6% dei residenti pavese ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Prima Visita Gastroenterologica (76%), il 6% dei residenti pavese ai quali è prescritta questa prestazione si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio.

A livello distrettuale situazione analoga a quella provinciale si riscontra nel Pavese. Nel distretto Oltrepo e Lomellina n. 7 prime visite specialistiche su 14 raggiungono o superano il 95 (a fronte di numeri decisamente minori).

Da sottolineare che i tempi di erogazione della prima visita gastroenterologica sono migliorati di 18 punti percentuali (percentuale di assolvimento del 58% nel 2017 vs 76% nel 2018).

Valutazione dei tempi di attesa delle prestazioni urgenti

Nel presente Piano si è voluto infine analizzare, il fenomeno delle prestazioni urgenti (U), cosiddette di urgenza differibile - bollino verde per le prestazioni oggetto di monitoraggio.

Il n. totale delle prestazioni urgenti è pari a 20233 di cui l'84,2% erogato in 3 giorni mentre in 10 giorni è erogato il 95,4% (n. 928 urgenti sono erogate tra 10 e oltre 365 giorni).

Dall'analisi dei dati si evince che, nel corso degli ultimi anni (dal 2015 al 2018) si è registrato un decremento del numero totale delle urgenti (rispettivamente 25010 vs 23191 vs 22018 vs 20233), con contestuale aumento del n. delle B (9559 vs 25675 vs 30873).

Per analogia alle prestazioni ordinarie si nota che

- Oltre il 95%: 6 prestazioni a livello provinciale superano la soglia del 95 % di assolvimento in 3 giorni radiografie (99%) mammografia (97%), MOC (100%), esame fundus oculi (100%), EEG (96%), l'ecografia ostetrico ginecologica (96%);
- percentuale di assolvimento tra 90% e 95%: eco mammella (90%), elettromiografia (93%);
- percentuale di assolvimento tra 80% e 90%: ECG (87%), ecografia addome (89%), diagnostica del capo e del collo (85%), ecocardiaca (83%), ecografia della mammella (86%), ecocolordoppler arti e tsa (88%), spirometria 84%), test cardiovascolare da sforzo (81%), visite specialistiche (87%);
- Percentuale ≤ 80%: colonscopia (45%), EGD (43%), esame audiometrico (68%), RMN (60%), tac (57%), visita di controllo (62%).



Tabella 10 Percentuale (%) di assolvimento delle prestazioni ambulatoriali urgenti (U) a 3 gg, distinta per provincia e distretti, dati desunti dal flusso di rendicontazione 28/san

		ATS	Lomellina	Oltrepo	Pavese
COLONSCOPIA	N. TOTALE	232	34	11	187
	% in 3 G	45%	100%	100%	32%
ECG	N. TOTALE	1187	299	191	697
	% in 3 G	87%	95%	94%	82%
ECO ADDOME	N. TOTALE	941	173	169	599
	% in 3 G	89%	91%	99%	85%
ECO CAPO E COLLO	N. TOTALE	194	28	35	131
	% in 3 G	85%	86%	100%	80%
ECO CARDIO	N. TOTALE	375	82	65	228
	% in 3 G	83%	95%	86%	77%
ECO MAMMO	N. TOTALE	282	38	47	197
	% in 3 G	90%	97%	100%	87%
ECO OSTETRICA GINECOLOGICA	N. TOTALE	28	14	5	9
	% in 3 G	96%	100%	100%	89%
ECOCOLORDOPPLER	N. TOTALE	976	304	158	514
	% in 3 G	88%	94%	94%	83%
EEG	N. TOTALE	49	12	16	21
	% in 3 G	96%	100%	100%	90%
EGD	N. TOTALE	295	36	40	219
	% in 3 G	43%	97%	100%	24%
ELETTROMIOGRAFIA	N. TOTALE	46	12	9	25
	% in 3 G	93%	100%	100%	88%
ESAME AUDIOMETRICO	N. TOTALE	19	3	1	15
	% in 3 G	68%	100%	100%	60%
ESAME FUNDUS OCULI	N. TOTALE	5	4	1	0
	% in 3 G	100%	100%	100%	
MAMMOGRAFIA	N. TOTALE	207	40	32	135
	% in 3 G	97%	98%	100%	96%
MOC	N. TOTALE	3	2	0	1
	% in 3 G	100%	100%		100%
RADIOGRAFIE	N. TOTALE	3988	1564	1328	1096
	% in 3 G	99%	99%	100%	98%
RMN	N. TOTALE	905	92	15	798
	% in 3 G	60%	87%	100%	56%
SPIROMETRIA	N. TOTALE	19	1	7	11
	% in 3 G	84%	100%	100%	73%
TAC	N. TOTALE	1714	292	203	1219
	% in 3 G	57%	88%	94%	44%
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO	N. TOTALE	59	15	9	35
	% in 3 G	81%	100%	100%	69%
VISITA DI CONTROLLO	N. TOTALE	563	38	63	462
	% in 3 G	62%	87%	87%	56%
VISITA SPEC.	N. TOTALE	8149	1765	1265	5119
	% in 3 G	87%	96%	97%	82%

Pertanto alla luce di quanto sopra evidenziato, fondamentale risulta porre l'attenzione in questo ambito con controlli mirati e specifici.



Valutazione dei tempi di attesa delle prestazioni oggetto della DGR n. 7766/2018

Regione Lombardia con DGR 7766 del 17/01/2018 ha individuato a livello regionale 6 prestazioni che evidenziano particolari criticità.

Tabella 11 Percentuale (%) di assolvimento delle prestazioni ambulatoriali oggetto della DGR 7766/2018, entro dati desunti dal flusso di rendicontazione 28/san

Prestazione	Prestazione /Priorità	% assolvimento	Tot
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	OB	61,0	313
	OD	73,9	414
	OP	90,1	1862
	U	42,1	197
	Z	95,7	1621
	altro		7
	Totale		4414
ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	OB	83,4	398
	OD	96,1	1211
	OP	88,4	5508
	U	89,9	178
	Z	94,9	5119
	altro		4
	Totale		12418
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	OB	80,6	890
	OD	89,0	3155
	OP	94,4	10379
	U	81,1	333
	Z	87,1	14792
	altro		15
	Totale		29564
ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	OB	91,7	471
	OD	86,6	1578
	OP	86,7	4297
	U	88,8	223
	Z	78,6	7170
	altro		15
	Totale		13754
MAMMOGRAFIA	OB	97,8	273
	OD	82,0	1356
	OP	73,2	5023
	U	96,5	198
	Z	78,0	10543
	altro		10
	Totale		17403
PRIMA VISITA OCULISTICA	OB	77,5	662
	OD	73,1	8126
	OP	96,4	12250
	U	95,3	318
	Z	97,8	9681
	altro		73
	Totale		31110

Nella tabella 9 sono riportati i dati desunti dal flusso 28/san per le prestazioni in questione. La situazione appare estremamente differenziata:

- Da un lato per alcune prestazioni vengono assicurate le tempistiche previste dalla normativa vigente (ecografia addome, mammografia, ecocolordopplergrafia cardiaca);
- Dall'altro i dati confermano le criticità riferite ad alcune prestazioni già evidenziate nelle pagine precedenti (soprattutto colonscopia e prima visita oculistica).

Si specifica infine che, nel corso del 2018, sono state effettuate le verifiche previste in aderenza al piano controlli e le analisi dei dati derivanti dal flusso prospettico mensile e nazionale (RL_MTA) con valutazione dei dati, evidenza delle criticità e conseguente trasmissione alle Strutture interessate al fine di mettere in atto azioni correttive per il superamento di dette criticità e per il miglioramento dei tempi di attesa.

Screening mammografico e colon retto

Le Regole per l'esercizio 2019 richiedono alle ATS di ricomprendere nel presente Piano le valutazioni dei tempi di attesa delle prestazioni di screening mammografico con riferimento al tempo di attesa tra



esecuzione della mammografia e primo approfondimento, e quello di screening del colon retto con riferimento al tempo di attesa tra positività del test del sangue occulto delle feci e colonscopia di approfondimento (o eccezionalmente colonscopia virtuale).

Le indicazioni regionali prendono in considerazione gli intervalli temporali richiesti dall' Osservatorio Nazionale Screening per la valutazione degli stessi programmi, pertanto è indispensabile che vengano inseriti nel presente piano.

Attualmente i tempi di attesa sono particolarmente critici nel programma di screening colon retto e non pienamente soddisfacenti nel programma di screening mammografico.

Si chiede pertanto agli erogatori di garantire i seguenti tempi di attesa in caso di positività allo screening:

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

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

Obiettivi - anno 2019 - per le Strutture Erogatrici

L'ATS pone ai propri Erogatori, come obiettivi per l'anno 2019, azioni mirate allo scopo di ottenere il migliore risultato possibile in relazione al miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni, come previsti dalla DGR n. 1775/2011 e successive ed ultime indicazioni (DGR n. 3993/2015, DGR n. 7766/2018 e DGR n. 1046/2018).

- Garantire il rispetto dei tempi di attesa, previsto dalla normativa vigente - DGR n. 1775/2011 e successive indicazioni DGR n. 3993/2015 - per almeno il 95% dei primi accessi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di radioterapia oggetto di monitoraggio.
- Garantire il miglioramento del tempo di attesa delle prestazioni che nel corso del monitoraggio prospettico regionale e/o nell'elaborazione dei dati del flusso 28/san, evidenzino criticità rispetto ai tempi di attesa previsti dalla norma.
- Non sospendere le attività di prenotazione o di "calendarizzazione delle agende". L'eventuale sospensione delle attività di erogazione di un servizio (solo per gravi o eccezionali motivi) deve essere regolamentata attraverso specifici documenti aziendali che prevedano la tempestiva e formale comunicazione all'ATS e alla Regione, al fine dell'inserimento sul portale SMAF.
- Nell'evenienza di sospensioni, la struttura deve attivarsi per la rimodulazione delle prenotazioni al fine di creare il minor disagio possibile all'utenza ed evitare pertanto ripercussioni sulle liste d'attesa.
- Il monitoraggio delle sospensioni dovrà attenersi scrupolosamente alle modalità e tempistiche indicate sul portale SMAF, dal legislatore regionale.
- Ridurre o sospendere, fino al ripristino dei tempi conformi deliberati, le attività erogate in regime di libera professione intramuraria e di solvenza per quelle prestazioni che presentino un superamento dei limiti regionali previsti. Pertanto al verificarsi del superamento dei tempi di attesa, le Strutture dovranno comunicare all'ATS le misure attuate per il rientro nei tempi specificando la riduzione e/o l'avvenuta



sospensione delle attività erogate in regime di libera professione intramuraria e di solvenza a favore di incrementi di attività rese in regime istituzionale.

- Impegnarsi ad attivare il Responsabile Unico Aziendale dei Tempi di Attesa nel caso in cui si impossibile erogare la prestazione nei tempi indicati dalla priorità per individuare altre strutture in grado di offrire la prestazione entro i tempi normati, in tutto il territorio dell'ATS; qualora sul territorio dell'ATS Pavia non vi fossero le disponibilità richieste, la struttura scelta dovrà impegnarsi a fornire comunque la prestazione al solo costo del ticket, se dovuto, con le modalità organizzative che la struttura stessa avrà appositamente predisposto.
- Effettuare sia le rilevazioni mensili dei tempi di attesa sia quelle nazionali promosse dall'AGENAS delle prestazioni erogate in attività Libero Professionale Intramuraria, Intramuraria allargata ed in regime di solvenza (monitoraggio ALPI), nelle date indicate dalla Regione Lombardia, ponendo particolare impegno nel corretto inserimento dei dati e al rispetto della tempistica richiesta dall'ATS per l'inserimento degli stessi sul Portale SMAF, dando riscontro formale attestato dalle Direzioni Aziendali delle misure messe in campo in caso di evidenza di criticità nel rispetto dei tempi di attesa.
- Predisporre ed aggiornare il proprio "Piano di Governo dei Tempi di Attesa" semestrale al fine di adeguare la propria programmazione di erogazione delle prestazioni alle priorità emerse in funzione del raggiungimento del 95% dei primi accessi, entro il 28 febbraio e il 31 luglio.
- Nell'ottica della massima trasparenza tra prestazioni erogate in regime istituzionale e in regime di solvenza, compilare e trasmettere, da parte delle strutture pubbliche e private, il debito informativo ai sensi della circolare 28/SAN/97 e successive indicazioni anche per le attività in libera professione e solvenza.
- Rendicontare il flusso 28/san, con la maggior cura possibile, secondo le disposizioni vigenti compilando nella totalità dei record i campi identificativi "tipo di prestazione", "classe di priorità" (incluso il codice B) e con particolare attenzione alla compilazione della "data prenotazione" e del campo "prima data prospettata". Si sottolinea infine la necessità di migliorare complessivamente la qualità e l'omogeneità del dato inserito riguardante sia i campi sopracitati, sia in relazione alla data di prenotazione reale.
- Monitorare la gestione delle agende allo scopo di distribuire in modo adeguato i posti riservati alle richieste urgenti, primi accessi e controlli.
- Proseguire il progetto ambulatori aperti nelle fasce orarie serali e nella giornata di sabato.
- Programmare periodici interventi di aggiornamento e sensibilizzazione nei confronti dei prescrittori interni (Specialisti) sui contenuti della DGR n. 1775/2011 e DGR n. 3993/2015 ed in particolare sul corretto utilizzo dei codici di priorità e dei criteri di appropriatezza prescrittiva, con riscontro alla ATS.
- Dare evidenza delle attività di autocontrollo messe in campo dagli Erogatori al fine di valutare la compilazione del campo priorità delle prescrizioni di tipologia ordinaria (O) secondo i criteri definiti nel corso degli incontri sopra specificati.
- Distribuire in modo omogeneo le attività lungo l'arco dell'anno, evitando così una potenziale riduzione dell'offerta nell'ultimo trimestre;



- Dare riscontro al Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 “*Trasparenza del servizio sanitario nazionale*” art. 41, comma 6 e pertanto predisporre ed aggiornare nel proprio sito web una sezione di facile accesso e consultazione per i cittadini.
- Le sezioni dei siti web dedicate ai siti d’attesa devono rendere chiare le informazioni riguardanti sia attraverso l’esposizione dei tempi medi d’attesa, sia attraverso l’implementazione del flusso “MOSA”.
- Comunicare la nomina del responsabile unico aziendale al quale sono affidati i compiti di presidio dell’organizzazione aziendale (corretto rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, all’ottimale utilizzo delle risorse disponibili e al quale affidare la gestione esclusiva delle agende, definizione di interventi formativi).
- Porre in atto le previste azioni riferite all’identificazione delle prenotazioni doppie o triple.
- Utilizzo di sistemi recall (telefonici, email e sms).
- Utilizzo di strumenti per l’aggiornamento da parte del responsabile unico aziendale sulla situazione e sull’andamento delle liste di attesa, per consentire interventi tempestivi sull’offerta e intervenire sulle criticità evidenziate.

Le azioni dell’ATS di Pavia per l’anno 2019

Si procederà, in particolare con le seguenti attività:

- Verifiche presso i punti di prenotazione delle Strutture del territorio a maggior impatto, verificando il corretto utilizzo delle agende, l’istituzione di slot dedicati ai cronici nonché la corretta compilazione dei flussi.
- Verifica della coerenza dei dati tra il flusso prospettico ex ante e le informazioni del flusso MOSA e dell’esposizione di tutte le agende;
- Monitoraggio della qualità dei flussi prospettico e retrospettivo
- Monitoraggio dei tempi intercorsi tra la data di prescrizione delle impegnative e la data di prenotazione da parte del cittadino;
- Promuovere, in collaborazione con Dipartimento di Cure Primarie, interventi di sensibilizzazione dei prescrittori sul corretto utilizzo dei codici di priorità, quesito diagnostico circostanziato, appropriatezza prescrittiva, per successivi coinvolgimenti dei MMG e PDF, valorizzandone il ruolo come soggetto indispensabile ad orientare il paziente nella rete di offerta al fine di ottenere la prestazione appropriata nei tempi previsti.
- Analoga azione di sensibilizzazione in collaborazione con le Direzioni Sanitarie degli erogatori nei confronti degli specialisti ospedalieri.
- Promuovere il rispetto della appropriatezza di prescrizione e di effettuazione delle prestazioni prevedendo, per quelle per le quali sono stati definiti a livello regionale dei criteri di appropriata prescrizione, delle azioni di verifica e di monitoraggio in collaborazione con i prescrittori e gli erogatori di prestazioni;
- Attraverso gli accordi contrattuali verranno assegnati obiettivi, atti a ridefinire le prestazioni in linea con le specifiche priorità e a rimodulare i percorsi di cura.

		GOVERNO DELLA DOMANDA	RAZIONALIZZAZIONE E OTTIMIZZAZIONE DELL'OFFERTA	CONTINUITA' OSPEDALE TERRITORIO-PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI	COMUNICAZIONE ALL'UTENZA	RAO
ATS	ATTUAZIONE 2018	Inserimento nei contratti dell'obiettivo riferito alla gestione dei pazienti cronici in carico agli enti gestori in coerenza con i PAI. Verifiche sull'obbligo dell'indicazione costante del questo diagnostico prevalente e della classe di priorità	Inserimento nei contratti con gli erogatori dei seguenti obiettivi: 1. corretta gestione delle agende di prenotazione e corretta assegnazione priorità. Invio relazione sulle attività di autocontrollo messe in atto dalle strutture al fine di valutare il campo di priorità delle prestazioni ordinarie anche con riferimento all'appropriatezza prescrittiva dalla quale si evinca la percentuale del campione (rappresentativo) su cui è effettuato l'autocontrollo; la tipologia di prestazione; il riferimento al codice prescrizione; la classe di priorità; l'evidenza dell'eventuale inappropriata in relazione alla priorità e al questo diagnostico 2. interventi di formazione e sensibilizzazione dei prescrittori interni e degli operatori di front-office sui contenuti della DGR 1775 e smi 3. facilitazione dell'accesso per r.torace 4. miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni oggetto della DGR 7766/2018 Monitoraggio del progetto ambulatori aperti nelle fasce orarie serali e nella giornata di sabato	Approvazione di un documento per la Presa in carico precoce di soggetti in età evolutiva affetti da disturbi dello spettro autistico, predisposto dall'ATS di Pavia in collaborazione con l'IRCCS "Fondazione Istituto C. Mondino" di Pavia, l'ASST di Pavia ed i Pediatri di Libera Scelta individuati quali rappresentanti di quelli presenti sul territorio.	Esposizione sul sito ATS delle liste di attesa per ciascuna prestazione oggetto di monitoraggio da parte degli erogatori Verifica della presenza nei siti web degli erogatori di sezione dedicate ai tempi di attesa	//
	PIANIFICAZIONE 2019	1. tavoli di lavoro con i MMG e specialisti ricovero e cura per promuovere l'appropriatezza prescrittiva secondo classi di priorità soprattutto per le prestazioni per le quali sono stati definiti a livello regionale dei criteri di appropriata di prescrizione e per quelle con maggiore criticità; 2. Promozione, in collaborazione con Dipartimento di Cure Primarie, di interventi di sensibilizzazione dei prescrittori MMG sul corretto utilizzo del codice di priorità, questo diagnostico circostanziato, appropriatezza prescrittiva, per successivi coinvolgimenti dei MMG e PDF, valorizzando il ruolo come soggetto indispensabile ad orientare il paziente nella rete di offerta al fine di ottenere la prestazione appropriata nei tempi previsti.	Attraverso gli accordi contrattuali verranno assegnati obiettivi, atti a ridefinire le prestazioni in linea con le specifiche priorità e a rimodulare i percorsi di cura. Aggiornamento da parte del responsabile unico aziendale della situazione e dell'andamento delle liste di attesa, per consentire la corretta gestione delle agende e interventi tempestivi sull'offerta e sulle criticità evidenziate.	Presenza in carico del paziente cronico Promozione di azioni che garantiscano la continuità dei percorsi di controllo/follow up presso la stessa struttura erogatrice	Esposizione sul sito ATS delle liste di attesa per ciascuna prestazione oggetto di monitoraggio da parte degli erogatori Verifica della presenza nei siti web degli erogatori di sezione dedicate ai tempi di attesa Pubblicazione in sezione dedicata dei diritti doveri dei cittadini	//