

**AGENZIA TUTELA SALUTE (ATS) - PAVIA**

(DGR n. X/4469 del 10.12.2015)

**Sistema Socio Sanitario**



**Regione  
Lombardia**

**ATS Pavia**

**Viale Indipendenza n. 3 - 27100 PAVIA**

Tel. (0382) 4311 - Fax (0382) 431299 - Partita I.V.A. e Cod. Fiscale N° 02613260187

---

DECRETO N. 39/DGi DEL 31/01/2018

---

IL DIRETTORE GENERALE: Dr.ssa Anna PAVAN

---

OGGETTO: Aggiornamento del Piano Attuativo Aziendale per il Governo dei Tempi di Attesa dell'ATS di Pavia - Anno 2018.

---

Codifica n. 1.1.02

---

Acquisiti i pareri di competenza del:

DIRETTORE SANITARIO

Dr.ssa Tiziana LEGNANI

(Firmato digitalmente)

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr.ssa Francesca Laura FANCELLI

(Firmato digitalmente)

DIRETTORE SOCIOSANITARIO

Dr.ssa Maria Elena PIROLA

(Firmato digitalmente)

---

Il Responsabile del Procedimento:

Responsabile U.O.C. Vigilanza e Controllo Dr.  
Stefano Boni

(La sottoscrizione dell'attestazione è avvenuta in via telematica con password di accesso)

---

Il Funzionario istruttore:

Dr.ssa Anna Paiano

---

Dr. Franco Marazzi

L'anno 2018 addì 31 del mese di Gennaio

## IL DIRETTORE GENERALE

Visto il Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, avente ad oggetto il riordino del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.);

Vista la Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e successive modifiche e integrazioni;

Vista la Legge Regionale n. 23 del 11 agosto 2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";

Vista la DGR X/4469 del 10 dicembre 2015, costitutiva dell'A.T.S. di Pavia;

Vista la DGR X/4616 del 19.12.2015 di conferimento dell'incarico di Direttore Generale dell'A.T.S. di Pavia;

Visto il decreto aziendale n. 12/DGi del 22/01/2018 avente per oggetto:"Assegnazione Budget Economico provvisorio in parte corrente per l'anno 2018"

Udito il Responsabile del procedimento il quale riferisce quanto segue:

si richiamano per le parti applicabili

- la DGR del 30.03.2009, n. VIII/9173 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2009 - III Provvedimento";

- la DGR del 11.06.2009, n. 9581 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2009 - IV Provvedimento";

- la DGR del 30.12.2009, n. VIII/10946 fornisce ulteriori elementi di razionalizzazione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali;

- la DGR del 24.05.2011, n. IX/1775 "Recepimento dell'intesa tra il Governo, le Regioni, e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul piano Nazionale di governo delle liste di Attesa per il triennio 2010-2012" e successive integrazioni;

- la DGR dell'08.05.2015, n. X/3554 "Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Azienda Sanitarie Lombarde e definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2015 per le Aziende Sanitarie Locali";

- la DGR del 04.08.2015, n. X/3993 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2015" e successive indicazioni;

- la DGR del 20.12.2017, n. X/7600 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario per l'esercizio 2018" e successive ulteriori indicazioni;

- la DGR del 17.01.2018, n. X/7766 "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".

Richiamato quanto sopra riferito, il responsabile del procedimento propone:

- recepire i contenuti delle DGR n. IX/1775/2011 e DGR n. X/3993/2015 e successive indicazioni, assumendone come riferimento i tempi di attesa in essa esplicitati;
- aggiornare il Piano Attuativo Aziendale di Governo dei Tempi di Attesa - anno 2018 (allegato 1), così come disposto dalle DGR n. IX/1775/2011 e DGR n. X/3993/2015 e successive indicazioni, e, dalla DGR n. X/7600/2017 e DGR n. X/7766/2018, aggiornandone gli obiettivi alle nuove priorità e necessità;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri economici a carico dell'ATS di Pavia;
- di demandare al Dipartimento PAAPSS ed al Dipartimento Cure Primarie, che si coordineranno allo scopo, la diffusione dei contenuti del presente Piano provinciale di contenimento dei tempi di attesa ed il monitoraggio conseguente;
- di demandare al Dipartimento di Prevenzione Medico gli adempimenti relativi al Governo dei Tempi di attesa per le prestazioni di screening mammografico e del colon retto;
- di unire quale parte integrante la seguente documentazione:  
All.1
- di non procedere ad alcuna contabilizzazione considerando che dall'attuazione del presente provvedimento non derivano costi/ricavi;

Ritenuto di fare propria la proposta del responsabile del procedimento Responsabile U.O.C. Vigilanza e Controllo Dr. Stefano Boni che, con la propria sottoscrizione, attesta che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittimo;

Acquisito ai sensi dell'art. 3 del D.L.vo 502/92 e succ. mod. ed integrazioni, su richiesta del Direttore Generale, il parere favorevole, espresso per competenza dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sociosanitario;

## D E C R E T A

Per le motivazioni indicate in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

1. di recepire i contenuti delle DGR n. IX/1775/2011 e DGR n. X/3993/2015 e successive indicazioni, assumendone come riferimento i tempi di attesa in essa esplicitati;
2. di aggiornare il Piano Attuativo Aziendale di Governo dei Tempi di Attesa - anno 2018 (allegato 1), così come disposto dalla DGR n. IX/1775/2011 e DGR n. X/3993/2015 e successive indicazioni, e dalla DGR n. X/7600/2017 e DGR n. X/7766/2018, aggiornandone gli obiettivi alle nuove priorità e necessità;
3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri economici a carico dell'ATS di Pavia;
4. di demandare al Dipartimento PAAPSS ed al Dipartimento Cure Primarie, che si coordineranno allo scopo, la diffusione dei contenuti del presente Piano provinciale di contenimento dei tempi di attesa ed il monitoraggio conseguente;

5. di demandare al Dipartimento di Prevenzione Medico gli adempimenti relativi al Governo dei Tempi di attesa per le prestazioni di screening mammografico e del colon retto;

6. di unire quale parte integrante la seguente documentazione:  
All.1

7. di demandare al Responsabile del procedimento l'attuazione del presente provvedimento;

**IL DIRETTORE GENERALE**

(Dr.ssa Anna PAVAN)  
(Firmato digitalmente)

Ai sensi dell'art. 17 comma 6 della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 e smi, il presente provvedimento, non soggetto a controllo, è immediatamente esecutivo e sarà pubblicato all'Albo pretorio on line con l'osservanza della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi del D.lgs. 30/06/2003 n. 196 e smi.



## PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente decreto sarà pubblicato sull'Albo pretorio on line per la durata di giorni quindici consecutivi e sarà successivamente sempre reperibile alla voce Provvedimenti della sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale.

Pavia li 31/01/2018

Il Funzionario addetto



**PIANO ATTUATIVO AZIENDALE**  
**PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA**  
**ANNO 2018**  
**ATS PAVIA**



## Premessa

La riduzione dei tempi d'attesa costituisce un obiettivo prioritario di Regione Lombardia come stabilito dalla Deliberazione n. X/7766 del 17/01/2018, 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 LEA. L'ATS di Pavia formalizza e aggiorna il Piano Attuativo di Governo dei Tempi di Attesa (PGTA) in funzione del raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR IX/1775 del 24.05.2011, dalla DGR n. X/3993/2015 e in accordo con le disposizioni contenute nella DGR n. X/7600 del 20.12.2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2018" e nella DGR n. X/7766 del 17/01/2018 "Tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: stato di attuazione delle politiche regionali ed indirizzi di sistema per l'ulteriore contenimento dei tempi di attesa". Il presente atto è steso conformemente alle indicazioni impartite con Prot. regionale G.1 2017.0039160 del 29/12/2017 "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), come di consueto, particolare attenzione viene riposta, oltre che al concetto di garanzia del tempo massimo di attesa, anche al corretto utilizzo del codice di priorità. Come nel 2017, nel presente Piano si ricomprendono le prestazioni di screening mammografico e screening del colon retto erogate nell'annualità precedente.

In linea con le regole di esercizio 2018 sarà effettuato un attento monitoraggio delle attività 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 dovranno essere 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;
- 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, così come previsto dalla DGR X/6551 del 04.05.2017.

Si ribadisce, come già indicato nell'allegato alla DGR 2828/2006 e nel paragrafo 13 della DGR 1775/2011 che la struttura erogatrice si deve impegnare, previa richiesta del paziente, qualora non sia rispettato il tempo di attesa stabilito come obiettivo relativo alla prestazione, ad erogarla in regime libero professionale, facendosi carico dell'intera tariffa, detratto l'eventuale ticket, che risulta a carico del paziente.

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'anno 2018 deve essere posta attenzione anche all'accessibilità ai servizi e alle prestazioni del sistema sociosanitario. Attraverso iniziative regionali è stato dato avvio ad un nuovo servizio informativo integrato nell'ambito del Call Center Regionale, anche attraverso l'utilizzo del WEB, che permette di omogeneizzare le informazioni sulle prestazioni di tutti gli erogatori (pubblici e privati) e metterle a disposizione.



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. Al fine di garantire una migliore adeguatezza delle prescrizioni alle effettive necessità dei pazienti, si intende promuovere l'adozione di protocolli clinici per la prescrizione, secondo le classi di priorità, aventi criteri il più possibile univoci ed omogenei per l'assegnazione delle classi di priorità stesse.

Restano valide le specifiche delle classi di priorità come indicato nella DGR 3993/2015 e di seguito riportate:

- per le prestazioni di Specialistica Ambulatoriale:
  - 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.
- per le prestazioni di Ricovero:
  - Classe A = entro 30 giorni;
  - Classe B = entro 60 giorni;
  - Classe C = entro 180 giorni;
  - Classe D = ricovero senza attesa massima e comunque entro 12 mesi.

Nell'ambito del miglioramento della gestione trasparente delle prenotazioni, si ritiene che tutte le agende debbano 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.

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" (prescrizioni prenotate su più ospedali) e notifica l'annullamento all'Ente ove sia stata effettuata la prima prenotazione mantenendo attiva solo quella più recente. 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.

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.

In riferimento ai progetti specifici regionali anno 2018, l'analisi delle prestazioni erogate in Lombardia non afferenti ai percorsi di follow up, pertanto considerate esclusivamente come primi accessi, ha esitato nell'individuazione di sei prestazioni particolarmente critiche:





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 quanto sopra, si porrà in atto, in via sperimentale, il perseguimento dell'obiettivo condiviso del contenimento dei tempi d'attesa entro 30 giorni per le citate prestazioni, ponendo in essere 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 2017 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<sup>1</sup> 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).

**Tabella 1** Flusso prospettico dei tempi di attesa anno 2017: prestazioni ordinarie con priorità D che non raggiungono la percentuale di assolvimento del 95% e confronto con il dato 28/san

Descrizione	Priorità	% assolvimento flusso prospettico	% assolvimento 28/san
COLONSCOPIA	D	85,6	72
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA	D	94,3	82
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD)	D	75,3	63
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	D	72,9	58
PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	D	91,2	91
PRIMA VISITA OCULISTICA	D	59,4	82
PRIMA VISITA ORL	D	93,2	94
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	D	93,9	81
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	D	92,5	85
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	D	94,0	86
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	D	90,3	83
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	D	70,8	83

Dai dati comunicati dalle strutture nelle sole giornate di monitoraggio sulla piattaforma SMAF, si rileva che complessivamente circa il 95,7% di tutte le prestazioni ambulatoriali con priorità D rispettano i tempi normati (l'88,7% delle visite specialistiche con priorità D entro i 30 giorni ed il 98,2% delle prestazioni diagnostiche con priorità D entro i 60 giorni, il 72% delle cataratte).

<sup>1</sup> Le prestazioni di specialistica ambulatoriale analizzate comprendono le prestazioni di visita specialistica, di diagnostica strumentale e di intervento di cataratta erogato in regime ambulatoriale.



In particolare analizzando i dati aggregati in categorie, per territorio provinciale, si evincono le prestazioni che non raggiungono la soglia di assolvimento del 95% così come riportato nella sottostante tabella 1, nella quale è riportata anche la percentuale di assolvimento dedotta dal flusso 28/san.

Il disallineamento del dato è verosimilmente legato alla non ancora ottimale compilazione del flusso 28/san.

Nell'analisi del dato desunto dal flusso 28/san, di seguito riportata, si prenderanno in considerazione oltre alle prestazioni ordinarie con priorità D, P e B, anche le prestazioni U e Z. Sono state escluse le prestazioni di:

- pronto soccorso con tipologia di prestazione P
- centri di medicina dello sport con tutte le tipologie
- prestazioni della Struttura CNAO
- centri di screening oncologico, tipologia prestazioni S e T
- le prestazioni con codice Prima visita generico (897)
- le visite di controllo generico eccetto la disciplina con codice 56 e 19 (visita di controllo di medicina fisica e riabilitazione e malattie endocrine).

Nell'analisi sono stati considerati il periodo gennaio - dicembre 2017 (dati definitivi, validati da Regione Lombardia) e le prestazioni oggetto di rilevazione prospettica mensile dei tempi di attesa comprendendo i primi accessi, le urgenze e i controlli (data di erogazione/contatto  $\geq$  al 1° gennaio e  $\leq$  al 31 dicembre 2017).

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 198252, pari al 21,9% del totale delle prestazioni.

Nel dettaglio, le prestazioni analizzate nel periodo di riferimento considerato sono 905.032 (O, U, Z) di cui il 39,3% sono rappresentate dal tipo ordinario (O), il 2,4% urgenti (U), il 58,3% 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 2017)

Tipologia di prestazione	n. Prestazioni ATS PV	% Prestazioni ATS Pavia	% Lomellina vs ATS PV	% Oltrepo vs ATS PV	% Pavese vs ATS PV
O	355.314	39,3	30,5	22,1	47,4
Z	527.700	58,3	18,0	18,6	63,4
U	22.018	2,4	23,5	18,8	57,7
O, U, Z	905.032	100,0	23,0	19,9	57,0

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 57,0% delle prestazioni totali dell'ATS, il 47,4% delle ordinarie, il 63,4% dei controlli e il 57,7% delle urgenti.

### **Valutazione dei tempi di attesa delle prestazioni ordinarie (O)**

Prendendo in considerazione le prestazioni con tipologia O (ordinarie) si evidenzia che, è stato più utilizzato il codice di priorità da parte dei medici prescrittori (MMG, PDF e Specialisti delle Strutture Erogatrici). Infatti dalla tabella 3 si evince che:

- il 30,4% delle prestazioni ordinarie (vs 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);

**Tabella 3** Numero totale di prestazioni ordinarie (O, U e Z) e % di utilizzo dei codici di priorità e di rischio, dati desunti dal flusso di rendicontazione 28/san (periodo gennaio dicembre 2017)

Tipologia di prestazione	Priorità	N. assoluto prestazioni	% su totale O
O	D	107.976	30,4
	P	218.447	61,5
	B	25675	7,2
	ON, Mi, Ge, CV	92	0,03
	Vuote	3.088	0,9
	U	19	0,01
	Altro	17	0,005
Totale O		355.314	100,0

- il 61,5% 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 0,03% delle prestazioni O è stato ancora rendicontato dalle Strutture con un codice di rischio (ON, Mi, Ge, CV);
- lo 0,9% 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 l'87,59% delle prestazioni ordinarie con priorità B sono erogate in 10 giorni; n. 2566 prestazioni (9,9%) sono erogate tra 10 e 30 gg; n. 526 (2,34%) tra 30 e 180 giorni; n. 14 tra 180 e 365 giorni e n. 6 oltre l'anno;
- le prestazioni O con priorità D hanno una percentuale di assolvimento in 30 e 60 gg rispettivamente di 84%, 93,52%; quelle erogate tra 60 e 180 giorni risultano pari a n. 6506 (6%); tra 180 e 365 giorni sono n. 491 e n. 73 oltre l'anno;



**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 2017)

% di assolvimento prestazioni ambulatoriali Tipologia O e Z						
Tipologia di prestazione	Priorità		ATS	LOMELLINA	OLTREPO	PAVESE
Tutte le Prestazioni	O B	n. totale	25675	5207	5951	14517
		% in 0 gg	29,03%	33,80%	43,44%	21,41%
		% in 10 gg	87,59%	86,96%	95,29%	84,65%
		% in 30 gg	97,58%	96,91%	99,56%	97,01%
		% in 60 gg	99,26%	99,52%	99,92%	98,90%
		% in 90 gg	99,63%	99,90%	99,93%	99,41%
		% in 180 gg	99,92%	99,98%	100,00%	99,87%
		n. assoluto prestazioni tra 180 e 365 gg	14	1	0	13
		n. assoluto prestazioni oltre 365 gg	6	0	0	6
	O D	n. totale	107903	28711	15273	63919
		% in 0 gg	19,78%	22,90%	29,95%	15,94%
		% in 10 gg	53,88%	55,83%	64,93%	50,37%
		% in 30 gg	84,02%	88,27%	94,12%	79,69%
		% in 60 gg	93,52%	97,25%	98,99%	90,53%
		% in 90 gg	96,39%	99,44%	99,48%	94,28%
		% in 180 gg	99,54%	99,97%	99,86%	99,28%
		n. assoluto prestazioni tra 180 e 365 gg	491	10	22	459
		n. assoluto prestazioni oltre 365 gg	73	2	4	67
	O P	n. totale	218101	73551	56248	88302
		% in 0 gg	23,24%	19,35%	37,12%	17,63%
		% in 10 gg	53,29%	50,42%	69,57%	45,32%
		% in 30 gg	77,45%	80,14%	88,69%	68,04%
		% in 60 gg	89,80%	94,78%	96,94%	81,11%
		% in 90 gg	94,13%	98,21%	98,27%	88,10%
		% in 180 gg	99,02%	99,68%	99,67%	98,05%
		n. assoluto prestazioni tra 180 e 365 gg	2144	239	185	1720
		n. assoluto prestazioni oltre 365 gg	346	31	15	300
	Z	n. totale	520278	95009	97845	327424
		% in 0 gg	18%	13,57%	16,45%	19,56%
		% in 10 gg	31%	28,51%	27,33%	32,64%
		% in 30 gg	47%	50,87%	43,12%	46,99%
		% in 60 gg	63%	73,22%	63,31%	60,14%
		% in 90 gg	73%	85,10%	77,42%	68,84%
		% in 180 gg	90%	96,49%	95,72%	87,07%
		n. assoluto prestazioni tra 180 e 365 gg	49858	3331	4190	42337
		n. assoluto prestazioni oltre 365 gg	7422	35	44	7343



- le prestazioni O con priorità P, erogate tra 180 e 365 giorni, sono n. 2144 e n. 346 oltre l'anno; pur trattandosi di prestazioni alle quali il prescrittore non ha assegnato alcuna priorità, ovvero ha attribuito una priorità programmata, sono comunque prestazioni che devono essere erogate entro i 180 giorni;
- le prestazioni O con priorità P hanno una percentuale di assolvimento in 30, 60, 90 e 180 gg rispettivamente 77,45%, 89,80%, 94,13% e 99,02%;

Infine la percentuale di prestazioni con tempi di attesa pari a 0 è molto elevata (circa il 23% delle OP, il 19,7% delle OD e il 18% 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 che sia posta particolare attenzione alla registrazione corretta del campo data di prenotazione del flusso 28/san.

Nella tabella 5 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.

Nella tabella sono state escluse le prestazioni di cataratta (per le quali è stato riservato apposito paragrafo) e le radioterapie (trattasi di n. 1685 – n. 16 rendicontate come ordinarie e n. 1669 rendicontate con priorità Z- il 99,2% è erogato entro i 60 gg).

Si precisa, inoltre, che le categorie di prestazioni di specialistica ambulatoriale riportate nella tabella 5 sono pari a n. 23 e che sono stati effettuati i seguenti raggruppamenti:

- ECG: elettrocardiogramma e elettrocardiogramma dinamico;
- Test cardiovascolare da sforzo: con pedana mobile o con cicloergometro;
- Eco dopplercardio: eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo, eco(color)dopplergrafia cardiaca;
- Eco cardio: ecografia cardiaca;
- Ecocolordoppler Arti e TSA: eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa e eco(color)dopplergrafia dei tronchi sovraaortici;
- Eco addome: ecografia dell'addome superiore e inferiore e dell'addome completo;
- Eco mammo: ecografia monolaterale e bilaterale della mammella;
- Colonscopie: colonscopia con endoscopio flessibile, senza o con biopsia o polipectomia e sigmoidoscopia con endoscopio flessibile;
- EGD: esofagogastroduodenoscopia, senza o con biopsia;
- Mammografia: monolaterale e bilaterale;
- Radiografie: radiografia della colonna lombo-sacrale, del torace di routine, del femore-ginocchio-gamba e di pelvi-anca;
- RMN: del cervello e del tronco encefalico, dell'addome inferiore e scavo pelvico, muscoloscheletrica e della colonna, senza e con contrasto;



**Tabella 5** 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 2017)

Raggruppamento prestazioni		ATS		Lomellina		Oltrepo		Pavese	
		O D	O P	O D	O P	O D	O P	O D	O P
COLONSCOPIA	N. TOTALE	503	1.562	170	891	47	314	286	357
	% IN 60 GG	72%	73%	91%	79%	100%	100%	56%	36%
ECG	N. TOTALE	9462	19.434	2.297	5.511	1.641	5.225	5524	8.698
	% IN 60 GG	93%	90%	100%	98%	99%	98%	89%	79%
ECO ADDOME	N. TOTALE	5231	13.919	1.221	5.580	797	3.626	3213	4.713
	% IN 60 GG	96%	93%	100%	99%	100%	99%	94%	81%
ECO CAPO E COLLO	N. TOTALE	1433	4.850	392	2.261	173	886	868	1.703
	% IN 60 GG	95%	90%	99%	99%	100%	100%	92%	73%
ECO CARDIO	N. TOTALE	264	920	88	466	34	264	142	190
	% IN 60 GG	98%	97%	98%	96%	100%	100%	99%	98%
ECO DOPPLER CARDIO	N. TOTALE	3491	7.840	492	2.205	601	2.697	2398	2.938
	% IN 60 GG	94%	87%	99%	95%	97%	95%	92%	75%
ECO MAMMO	N. TOTALE	1379	4.487	334	1.495	152	1.404	893	1.588
	% IN 60 GG	82%	77%	94%	85%	100%	92%	75%	57%
ECO OSTETRICA GINECOLOGICA	N. TOTALE	906	3.022	121	1.512	25	1.275	760	235
	% IN 60 GG	99%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	97%
ECOCOLORDOPPLER	N. TOTALE	3555	11.600	946	4.827	798	3.087	1811	3.686
	% IN 60 GG	95%	93%	100%	99%	97%	96%	92%	81%
EEG	N. TOTALE	349	1.026	79	359	84	373	186	294
	% IN 60 GG	97%	99%	100%	99%	99%	98%	96%	99%
EGD	N. TOTALE	950	2.092	192	1.103	102	425	656	564
	% IN 60 GG	63%	82%	100%	97%	100%	100%	46%	39%
ELETTRMIOGRAFIA	N. TOTALE	251	2.135	27	1.233	71	320	153	582
	% IN 60 GG	100%	99%	100%	100%	100%	98%	100%	98%
ESAME AUDIOMETRICO	N. TOTALE	644	2.121	207	589	114	967	323	565
	% IN 60 GG	97%	98%	100%	100%	100%	100%	95%	93%
ESAME FUNDUS OCULI	N. TOTALE	293	1.195	85	479	19	346	189	370
	% IN 60 GG	87%	73%	87%	70%	100%	98%	86%	54%
MAMMOGRAFIA	N. TOTALE	1242	3.775	221	1.152	173	1.465	848	1.158
	% IN 60 GG	97%	93%	100%	99%	100%	98%	95%	81%
MOC	N. TOTALE	509	2.517	204	1.524	178	878	127	115
	% IN 60 GG	94%	97%	100%	99%	98%	97%	80%	61%
RADIOGRAFIE	N. TOTALE	8928	27.104	3.836	11.134	1.974	8.264	3118	7.706
	% IN 60 GG	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	99%
RMN	N. TOTALE	2086	8.361	405	3.882	69	856	1612	3.623
	% IN 60 GG	95%	96%	99%	98%	100%	100%	93%	93%
SPIROMETRIA	N. TOTALE	1267	1.676	247	478	190	606	830	592
	% IN 60 GG	87%	94%	100%	99%	99%	99%	80%	86%
TAC	N. TOTALE	2695	9.563	330	4.219	497	2.206	1868	3.138
	% IN 60 GG	87%	94%	100%	98%	99%	100%	82%	86%
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFOR	N. TOTALE	864	2.356	140	743	158	706	566	907
	% IN 60 GG	98%	92%	100%	99%	98%	95%	97%	83%
VISITA DI CONTROLLO	N. TOTALE	6178	7.678	1.128	883	476	2.292	4574	4.503
	% IN 60 GG	81%	67%	96%	64%	95%	86%	76%	58%
VISITA SPEC.	N. TOTALE	54436	76.274	15.386	19.800	6.904	16.949	32146	39.525
	% IN 30 GG	85,59%	75,30%	88,60%	80,25%	95,39%	88,00%	82,00%	67,35%
	% IN 60 GG	95%	88%	96%	93%	99%	95%	93%	82%



- Spirometria: semplice o globale;
- 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;
- Visite specialistiche: prima visita cardiologica, chirurgica vascolare, dermatologica, di medicina fisica e riabilitazione, endocrinologica/ diabetologica, gastroenterologica, ginecologica, neurologica/ neurochirurgica, oculistica, oncologica, ortopedica, ORL, pneumologica e urologica /androgica.

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:

- Eco addome (96%), per queste prestazioni circa il 10% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Test cardiovascolare da sforzo (98%), per queste prestazioni circa il 7% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Diagnostica del capo e collo (95%) per queste prestazioni circa il 11% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Eco ostetrica ginecologica (99%) per queste prestazioni circa il 15% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Ecocardio (98%), per queste prestazioni circa il 6% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio.
- EEG (97%) per queste prestazioni circa il 6% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Elettromiografie (100%) per queste prestazioni circa il 10% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Esame audiometrico (97%) per queste prestazioni circa il 10% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Radiografie (100%), per queste prestazioni circa il 10% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Mammografia (97%), per queste prestazioni circa il 18% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- RMN (95%) per queste prestazioni circa il 21% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Cataratta (95,79%, dato comprensivo di prestazioni O e Z); per questa tipologia di prestazione circa il 6% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;

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

- Moc (94%), per questa prestazione circa il 11% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Elettrocardiogramma (93%), per queste prestazioni circa il 7% dei pavesi si rivolge a strutture fuori dal territorio;





- Ecocolordopplergrafia cardiaca (94%) per queste prestazioni circa il 9% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;

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

- Esame fundus oculi (87%) per queste prestazioni circa il 18% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Ecografia della mammella (82%), per queste prestazioni circa il 21% dei pavesi si rivolge a strutture fuori dal territorio;
- Ecocolordoppler tsa e distrettuale (84,83%), per queste prestazioni circa il 5% dei pavesi si rivolge a strutture fuori dal territorio;
- Spirometria (87%), per queste prestazioni circa il 10% dei pavesi si rivolge a strutture fuori dal territorio;
- TAC (87%) per queste prestazioni circa il 13% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Visite specialistiche (85,59%) per queste prestazioni circa il 9% dei pavesi si rivolge a strutture fuori dal territorio. Maggiori dettagli sono riportati nel paragrafo delle prime visite.

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

- Colonscopia (72%), per queste prestazioni circa il 22% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;
- Esofagogastroduodenoscopia (63%), per queste prestazioni circa il 19% dei pavesi si rivolge a strutture lombarde fuori dal territorio;

Nel distretto Oltrepo tutte le prestazioni con priorità D raggiungono o superano il 95% entro i tempi normati; in Lomellina 19 tipologie di prestazioni e nel pavese 8 tipologie di prestazioni.

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.

### 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") mentre da altre come Z (controllo).

**Tabella 6** 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	7.035	2.765	843	3.427
	% 0 G	46,01%	19,46%	22,66%	73,18%
	% 30G	68,06%	38,70%	98,22%	94,46%
	% 90 G	79,97%	70,09%	99,64%	83,10%
	% 180G	95,79%	93,60%	99,88%	96,56%
	n. assoluto tra 180 G e 365G	256	149		107
	n. assoluto oltre 365 G	40	28		11



In merito alla tempistica si nota che:

- il 46% 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, pertanto si conferma una scorretta compilazione del dato e quindi la necessità di porvi rimedio;
- n. 296 prestazioni sono erogate oltre i 180 giorni previsti di cui n. 40 oltre l'anno.

### Visite specialistiche

Il totale delle prime visite specialistiche erogate nel periodo di riferimento risulta essere di n. 195.608 con una percentuale di erogazione a 30 giorni pari al 71,56% (senza tener conto del codice di priorità e della tipologia di prestazione). Il dettaglio delle visite urgenti è riportato nello specifico paragrafo.

Dall'analisi della tabella si evincono le seguenti criticità:

- La percentuale di assolvimento delle prestazioni con priorità D in 30 e 60 giorni è rispettivamente 85,59% e 95%, n. 2907 tra 60 e 180 giorni e n. 79 oltre 180 di cui n. 6 oltre l'anno;
- una quota di prestazioni ordinarie (O-P) pari a n. 709 è erogata oltre i 180 gg di cui n. 202 dopo i 365 giorni;

Dalla tabella seguente si evince che, a livello provinciale, nessuna delle prestazioni ordinarie di prima visita specialistica con codice di priorità D che raggiungono o superano il 95% (si avvicinano al target la prima visita ORL (94%), la prima visita neurologica/neurochirurgica (91%); prima visita oncologica (94%) e la prima visita urologica (91%).

**Tabella 7** 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 CARDIOLOGICA	N TOTALE	5670	7968	1576	1865	892	1880	3202	4223
	%30G	86%	70%	85%	68%	93%	91%	85%	61%
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	N TOTALE	745	878	182	223	6	29	557	626
	%30G	83%	60%	93%	71%	100%	93%	79%	54%
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	N TOTALE	6989	8691	1660	2270	837	1678	4492	4743
	%30G	83%	71%	73%	57%	100%	99%	83%	67%
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	N TOTALE	5689	13975	2154	4757	998	4229	2537	4989
	%30G	86%	81%	94%	90%	90%	76%	77%	75%
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	N TOTALE	3398	4964	701	905	599	897	2098	3162
	%30G	81%	71%	95%	97%	100%	100%	70%	55%
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	N TOTALE	1154	1101	85	153	121	131	948	817
	%30G	58%	54%	79%	56%	100%	100%	50%	47%
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	N TOTALE	2164	2210	839	613	259	585	1066	1012
	%30G	77%	82%	98%	96%	100%	100%	56%	63%
PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	N TOTALE	3054	6272	608	649	654	1244	1792	4379
	%30G	91%	91%	89%	79%	95%	98%	90%	91%
PRIMA VISITA OCULISTICA	N TOTALE	6502	9948	2268	3180	767	2493	3467	4275
	%30G	82%	58%	70%	60%	90%	72%	88%	49%
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	N TOTALE	1158	595	58	93	23	69	1077	433
	%30G	94%	89%	100%	96%	100%	100%	93%	86%
PRIMA VISITA ORL	N TOTALE	5506	5585	1188	1267	757	1400	3561	2918
	%30G	94%	86%	99%	98%	100%	100%	92%	74%
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	N TOTALE	7643	8716	2739	2559	341	950	4563	5207
	%30G	89%	78%	97%	94%	99%	96%	84%	67%
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	N TOTALE	2586	2845	566	444	466	807	1554	1594
	%30G	85%	85%	98%	84%	91%	94%	78%	81%
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	N TOTALE	2178	2526	762	822	184	557	1232	1147
	%30G	91%	79%	99%	95%	100%	100%	85%	56%



Le visite specialistiche che hanno una percentuale di assolvimento tra 80% e 90% sono: Prima Visita Cardiologica (86%), Prima Visita Chirurgica Vascolare (83%), prima visita Ortopedica (89%), Prima Visita Dermatologica (83%), Prima Visita Pneumologica (85%), Prima Visita di Medicina Fisica e Riabilitazione (86%), Prima Visita Endocrinologica/Diabetologica (81%), Prima Visita Oculistica (82%), )Prima Visita ORL (81,16%).

Le prestazioni che hanno una percentuale di assolvimento inferiore all'80% sono: Prima Visita Gastroenterologica (58%), Prima Visita Ginecologica (77%).

A livello distrettuale situazione analoga a quella provinciale si riscontra nel Pavese. Nel distretto Oltrepo n. 10 visite specialistiche raggiungono o superano il 95%, mentre nel distretto Lomellina sono pari a n.7.

### **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 22018 di cui l'82,2% erogato in 3 giorni mentre in 10 giorni è erogato il 96,44 (n. 766 sono erogate tra 10 e 180 giorni e n. 16 oltre i 180 giorni).

Dall'analisi dei dati si evince che, come presumibile, nel corso degli anni (dal 2015 al 2017) si è registrato un decremento del numero totale delle urgenti (rispettivamente 25010 vs 23191 vs 22018), nel contempo è aumentato il n. delle B (9559 vs 25675).

Per analogia alle prestazioni ordinarie si nota che

- Oltre il 95%: due prestazioni a livello provinciale superano la soglia del 95 % di assolvimento in 3 giorni (radiografie (99%) e prima visita oculistica (97%).
- percentuale di assolvimento tra 90% e 95%: EEG (91%), mammografia (94%), prima visita di medicina fisica e riabilitazione (91%);
- percentuale di assolvimento tra 80% e 90%: ECG (85%), ecografia addome (83%), diagnostica del capo e del collo (85%), ecocolordopplergrafia cardiaca (84%), ecografia della mammella (86%), ecografia ostetrica ginecologica (89%), ecocolordoppler arti e tsa (87%), test cardiovascolare da sforzo (86%), prima visita chirurgica vascolare (84%), prima visita dermatologica (80%), prima visita ginecologica (88%), prima visita neurologica (86%), prima visita oncologica (83%), prima visita orl (89%), prima visita pneumologica (87%), prima visita urologica (86%), prima visita cardiologica (83%).
- Percentuale ≤ 80%: colonscopia (42%), ecografia cardiaca (73%), EGD (58%), elettromiografia (75%), esame audiometrico (56%), RMN (68%), spirometria (53%), tac (73%), prima visita endocrinologica/diabetologica (77%), prima visita gastroenterologica (62%), prima visita ortopedica (79%).

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



**Tabella 8** Percentuale (%) di assolvimento delle prestazioni ambulatoriali urgenti (U) a 3 gg, distinta per provincia e distretti, dati desunti dal flusso di rendicontazione 28/san

Etichette di riga		ATS	Lomellina	Oltrepo	Pavese
COLONSCOPIA	N. TOTALE	260	19	25	216
	% in 3 G	42%	100%	100%	30%
ECG	N. TOTALE	1406	388	240	778
	% in 3 G	85%	97%	95%	75%
ECO ADDOME	N. TOTALE	1082	172	183	727
	% in 3 G	83%	93%	99%	77%
ECO CAPO E COLLO	N. TOTALE	253	36	52	165
	% in 3 G	85%	100%	100%	76%
ECO CARDIO	N. TOTALE	30	6	2	22
	% in 3 G	73%	67%	100%	73%
ECO DOPPLER CARDIO	N. TOTALE	372	72	65	235
	% in 3 G	84%	97%	88%	79%
ECO MAMMO	N. TOTALE	257	37	45	175
	% in 3 G	86%	86%	100%	83%
ECO OSTETRICA GINECOLOGICA	N. TOTALE	28	14	3	11
	% in 3 G	89%	100%	100%	73%
ECOCOLORDOPPLER	N. TOTALE	933	304	169	460
	% in 3 G	87%	95%	95%	79%
EEG	N. TOTALE	67	6	18	43
	% in 3 G	91%	100%	89%	91%
EGD	N. TOTALE	352	54	37	261
	% in 3 G	58%	100%	100%	43%
ELETTROMIOGRAFIA	N. TOTALE	48	6	11	31
	% in 3 G	75%	100%	73%	71%
ESAME AUDIOMETRICO	N. TOTALE	34	2	3	29
	% in 3 G	56%	100%	100%	48%
ESAME FUNDUS OCULI	N. TOTALE	7	2	0	5
	% in 3 G	71%	100%		60%
MAMMOGRAFIA	N. TOTALE	232	40	55	137
	% in 3 G	94%	98%	100%	91%
MOC	N. TOTALE	3	0	0	3
	% in 3 G	33%			33%
RADIOGRAFIE	N. TOTALE	3531	1346	1247	938
	% in 3 G	99%	99%	100%	98%
RMN	N. TOTALE	850	138	15	697
	% in 3 G	68%	86%	100%	64%
SPIROMETRIA	N. TOTALE	55	5	14	36
	% in 3 G	53%	80%	100%	31%
TAC	N. TOTALE	1469	313	293	863
	% in 3 G	73%	94%	92%	58%
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFOR	N. TOTALE	65	14	16	35
	% in 3 G	86%	100%	75%	86%
VISITA SPEC.	N. TOTALE	9591	2165	1583	5843
	% in 3 G	84%	97%	98%	76%
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	N. TOTALE	312	63	0	249
	% in 3 G	84%	100%		80%
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	N. TOTALE	984	128	143	713
	% in 3 G	80%	96%	100%	74%
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	N. TOTALE	577	86	333	158
	% in 3 G	91%	93%	95%	82%
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	N. TOTALE	486	85	64	337
	% in 3 G	77%	93%	100%	68%
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	N. TOTALE	255	20	9	226
	% in 3 G	62%	95%	100%	58%
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	N. TOTALE	165	53	39	73
	% in 3 G	88%	100%	100%	74%
PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	N. TOTALE	1165	134	100	931
	% in 3 G	86%	93%	98%	84%
PRIMA VISITA OCULISTICA	N. TOTALE	409	223	128	58
	% in 3 G	97%	96%	100%	93%
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	N. TOTALE	98	27	5	66
	% in 3 G	83%	100%	100%	74%
PRIMA VISITA ORL	N. TOTALE	1177	395	146	636
	% in 3 G	89%	100%	100%	80%
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	N. TOTALE	1307	280	140	887
	% in 3 G	79%	94%	100%	70%
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	N. TOTALE	935	238	160	537
	% in 3 G	87%	100%	98%	78%
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	N. TOTALE	469	90	107	272
	% in 3 G	86%	87%	100%	81%
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	N. TOTALE	1252	343	209	700
	% in 3 G	83%	97%	96%	71%



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

Prestazione	Prestazione/Priorità	% assolvimento	N. totale prestazioni
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE.	O B	76,8	311
	O D	74,7	443
	O P	95	1309
	U	42,8	215
	Z	85,9	2227
	altro		18
	totale		4523
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	O B	81,5	780
	O D	94,0	3475
	O P	98,5	7777
	U	84,1	371
	Z	88,1	18042
	altro		136
	totale		30581
ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	O B	92,1	404
	O D	81,7	1294
	O P	98,1	4356
	U	85,7	217
	Z	74,0	8135
	altro		78
	totale		14484
MAMMOGRAFIA BILATERALE	O B	95,1	243
	O D	97,2	1199
	O P	99,5	3585
	U	94,3	229
	Z	72,9	11360
	altro		42
	totale		16658
PRIMA VISITA OCULISTICA	O B	80,4	663
	O D	81,8	6502
	O P	97,7	9948
	U	97,1	409
	Z	98,8	12258
	altro		235
	totale		30015
ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	O B	82,3	355
	O D	97,5	1786
	O P	99,9	3597
	U	83,6	225
	Z	89,3	7798
			21
			13782

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 prevista 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).

ATS di Pavia, su tali criticità, porrà in atto specifiche linee di intervento come previsto dagli indirizzi regionali.

Si specifica infine che, nel corso del 2017, 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.

Per quanto attiene all'obiettivo riferito alla compilazione e trasmissione da parte delle strutture pubbliche e private, nel flusso 28/SAN/97 delle prestazioni erogate in regime istituzionale e per le attività in libera professione e solvenza, si è proceduto al confronto tra i vari flussi che riportano tali dati (28/san e ALPI\_S in occasione del monitoraggio nazionale).

**Tabella 14**

N. totale strutture oggetto di rilevazione	N. strutture che hanno rendicontato sia in flusso ALPI_S sia in 28/san	N. strutture che non hanno rendicontato in flusso ALPI_S e 28/san
37	32	5

Dall'analisi si evince che:

- n. 32 strutture hanno rendicontato sia su piattaforma dedicata SMAF il volume di prestazioni in ALPI e solvenza (I semestre 2017) che nel flusso 28/san (gennaio – dicembre 2017).

Ulteriori riflessioni e proposte di azione saranno effettuate al completamento della rendicontazione dell'esercizio 2017 da effettuarsi entro febbraio.

### **Screening mammografico e colon retto – Dipartimento Prevenzione Medico**

Il presente piano ricomprende le valutazioni dei tempi di attesa delle prestazioni di screening mammografico con riferimento al tempo di attesa tra positività 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 prima colonscopia di approfondimento.

#### **Tempi di attesa delle prestazioni di screening mammografico**

Pur avendo apprezzato il miglioramento dei tempi di attesa sia per la refertazione che per l'approfondimento dimostrato nel corso del 2016, è necessario un ulteriore sforzo organizzativo al fine della completa adesione alle linee guida regionali.

Pertanto è necessario che il tempo di refertazione in doppia lettura non superi i 5 giorni lavorativi e che l'eventuale appuntamento per gli approfondimenti non superi ulteriori 10 giorni.



### **Tempi di attesa delle prestazioni di screening colon rettale**

Le strutture che partecipano allo screening colon rettale devono prendere in carico l'assistito inviato dall'ATS attraverso l'adesione all'utilizzo dello specifico programma informatico garantendo l'esecuzione dell'esame di approfondimento con un tempo di attesa non superiore a 15 giorni.

A tal fine le strutture devono prevedere la disponibilità di posti dedicati nelle agende di prenotazione in relazione alla specifica domanda dell'ATS.

### **Obiettivi - anno 2018 - per le Strutture Erogatrici**

L'ATS pone ai propri Erogatori, come obiettivi per l'anno 2018, 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 3993/2015 e DGR 4702/2015).

- 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 qualora le prestazioni non siano disponibili entro i tempi d'attesa, accertata l'impossibilità presso altre Strutture Erogatrici del territorio, ad erogare, su richiesta del paziente, la prestazione in regime libero professionale, facendosi carico dell'intera tariffa, detratto l'eventuale ticket che risulta a carico del paziente.
- 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 1° agosto.
- 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.
- Utilizzo di sistemi recall (telefonici, email e sms).
- Utilizzo di strumenti per l’aggiornamento quotidiano delle direzioni e del responsabile unico aziendale sulla situazione e l’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 2018**

Oltre alle normali attività di verifica e monitoraggio previste dalle regole di sistema si procederà, in particolare a:

- Continuare le verifiche avviate nel corso degli anni precedenti presso i punti di prenotazione di alcune Strutture del territorio a maggior impatto, verificando il corretto utilizzo delle agende nonché la corretta compilazione dei flussi.
- 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.