



Regione
Lombardia

ASL Lodi

ASL della Provincia di Lodi
Dipartimento Cure Primarie

PIANO AZIENDALE ATTUATIVO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA dell'ASL della PROVINCIA di LODI PIANO 2012

1. ANALISI DEL CONTESTO

a) RIFERIMENTI NORMATIVI IN MATERIA PER L'ANNO 2011

- Intesa 28/10/2010 tra Governo, Regione e Province Autonome sul "Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012"
- DGR n. IX/1775 del 24/05/2011 di recepimento della suddetta intesa Governo, Regioni e Province Autonome e di approvazione del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa
- DGR n. IX/2633 del 06/12/2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2012" – allegati 9 e 11 – con la quale la Regione Lombardia ha, fra l'altro, previsto risorse finanziarie finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa;
- nota regionale prot. n. H1.2011.0036359 del 13/12/2011 relativa ai piani attuativi ASL ed ai piani aziendali di governo dei tempi di attesa

b) ANALISI DEL TERRITORIO

Nell'ambito territoriale dell'ASL della Provincia di Lodi erogano prestazioni ambulatoriali e di ricovero 7 strutture accreditate a contratto di cui una struttura pubblica, l'Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi (con 4 presidi ospedalieri) e 4 strutture private: il poliambulatorio "Medi Care", il laboratorio analisi "Medical Gamma", il "Centro Radiologico Lodigiano" che eroga solo prestazioni di diagnostica per immagini, il "Centro di Psicomotricità" che eroga solo prestazioni di Neuropsichiatria Infantile e 2 centri di medicina dello sport il "C.M.S." e il "Medical Sport Center".

Data l'offerta limitata molti cittadini lodigiani si rivolgono spesso presso altre strutture lombarde.

Negli anni sono state messe in atto azioni di miglioramento volte al contenimento dei tempi di attesa, attraverso l'adozione di percorsi diagnostici terapeutici, e al

miglioramento dell'accessibilità da parte degli utenti, come l'aumento del numero di più ambulatori sul territorio o l'ampliamento d'orario degli stessi che hanno portato anche a punte di eccellenza, come ad esempio un solo giorno di attesa per l'esecuzione e la lettura di un ECG.

Altresì si sono intraprese iniziative che hanno permesso di evitare molti accessi specialistici per mero rilascio di certificazioni (rinnovo informatizzato delle esenzioni per patologia, prescrizione informatizzata di ausili per stomizzati).

Complessivamente nell'anno 2011 le prestazioni di diagnostica strumentale (primo accesso) sono state erogate per il 98% dei casi entro 60 giorni (con il 90% entro i 30 giorni), le prime visite specialistiche soggette a monitoraggio sono state erogate al 95% dei casi entro i 30 giorni.

Nella seconda metà dell'anno sono risultate critiche molte delle prime visite specialistiche, introdotte nel monitoraggio regionale dal mese di maggio 2011, quali PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE, DERMATOLOGICA, DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE, ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA, ORL, PNEUMOLOGICA e UROLOGICA/ANDROLOGICA ed anche l'ESAME AUDIOMETRICO TONALE con una tendenza alla riduzione progressiva dei tempi di attesa verso la fine dell'anno.

c) **INDIVIDUAZIONE AMBITI TERRITORIALI**

Vista la morfologia del territorio di questa ASL e la distribuzione degli erogatori, si ritiene opportuno considerare tutto il territorio come **UNICO ambito territoriale**

2. TEMPI MASSIMI DI ATTESA

Gli erogatori pubblici e privati accreditati presenti sul territorio di questa ASL dovranno garantire i tempi di accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero così come individuati dalla Regione Lombardia con la citata DGR n. IX/1775 del 24/05/2011 e nei tempi riportati nell'**allegata tabella**.

Per tutte le prestazioni elencate nell'allegata tabella, il tempo massimo di attesa individuato dalla Regione dovrà essere garantito, se non altrimenti specificato, per il 95% dei pazienti, a prescindere dall'individuazione delle priorità di accesso alle medesime.

I tempi massimi indicati nella tabella, qualora fossero **inferiori** alle tempistiche proprie della classe **D** (30 o 60 giorni rispettivamente per prime visite e prestazioni strumentali) **sono da considerarsi prioritari rispetto alle stesse** (esempio TAC a 40 giorni).

3. TIPOLOGIA PRESTAZIONI-CLASSI DI PRIORITA' – AREE RISCHIO

a) DEFINIZIONE TIPOLOGIA PRESTAZIONI

Al fine di ottimizzare l'organizzazione dell'offerta delle prestazioni e garantire una corretta gestione delle diverse classi di priorità ed aree di rischio si richiamano di seguito le definizioni di primo accesso e controllo:

Primo accesso (prima visita o primo esame) – classe di priorità D:

È l'accesso in cui il problema attuale del paziente viene affrontato **per la prima volta** e per il quale viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato dalla esplicita dizione di **"primo accesso"**.

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

Visita o esame di controllo - follow up – classe di priorità P:

- visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un **inquadramento diagnostico già concluso** che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia. In esse il problema viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione sanitaria esistente viene aggiornata: si tratta di prestazioni finalizzate, ad esempio, a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso;
- le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello **rese a pazienti ai quali è già stato fatto un inquadramento diagnostico** e che necessitano di approfondimento);
- tutte le prestazioni prescritte con l'indicazione del **codice di esenzione per patologia** sulla ricetta.

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

Prestazioni Urgenti Differibili

Sono le prestazioni per il quale il prescrittore, qualora ravvisi un caso di urgenza, può richiedere che la prestazione sia garantita ENTRO 72 ORE dalla prenotazione mediante l'applicazione del "**BOLLINO VERDE**" barrando la classe di priorità **U**

b) DEFINIZIONE CLASSI di PRIORITA'

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

U (urgente): per le prestazioni da eseguirsi entro 72 ore, a tale prescrizione dovrà essere apposto il "bollino verde"

B (breve) prestazioni identificate in una delle **aree di rischio** di seguito indicate

D (differibile) per le prestazioni di prima diagnosi da eseguirsi entro **30 giorni** per le **prime visite** ed entro **60 giorni** per i per i **primi accessi** alle prestazioni di diagnostica strumentali

P (programmata) per le prestazioni PROGRAMMATE (da erogarsi in un arco temporale maggiore e comunque non oltre 180 giorni)

PRESTAZIONI DI RICOVERO

CLASSE A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o da determinare grave pregiudizio alla prognosi;

CLASSE B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

CLASSE C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

CLASSE D - Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro i 12 mesi.

c) DEFINIZIONE AREE di RISCHIO

La normativa vigente individua le seguenti aree di rischio:

CARDIOVASCOLARE, ONCOLOGICA, GERIATRICA e MATERNO INFANTILE

Nel caso in cui il medico prescrittore (di struttura pubblica e/o privata accreditata a contratto) ravveda la necessità che quanto prescritto, nelle **AREE CARDIOVASCOLARE** e **ONCOLOGICA** venga erogato nei tempi stabiliti dalla DGR 1775/2011 (**16 giorni** di attesa per le visite, e massimo **30 giorni** per ricoveri) dovrà apporre sulla ricetta "**RISCHIO CV**" nel primo caso o "**RISCHIO ONC**" nel secondo.

Per **L'AREA GERIATRIA** si fa riferimento all'**età di 75 anni compiuti rilevabile dal codice fiscale**, il medico prescrittore dovrà comunque apporre sulla ricetta la dicitura **AREA GERIATRICA**.

L'AREA MATERNO INFANTILE deve essere indicata dal codice di esenzione **Mnn**, dove nn sta per le settimane di gravidanza.

NOTA BENE:

La compilazione dei campi **U, D, P** è alternativa all'indicazione dell'**AREA ONCOLOGICA, CARDIOVASCOLARE e GERIATRICA**

4. LINEE DI INTERVENTO per il GOVERNO della DOMANDA

Durante il **2012** l'ASL provvederà a:

- **effettuare** il monitoraggio del rispetto dei tempi rilevati mensilmente dagli erogatori attraverso il sistema informatico predisposto dalla Regione Lombardia, controllo dei dati inseriti dagli erogatori sul portale regionale prima dell'invio/validazione dati;
- **elaborare ed analizzare** tali dati, individuando le eventuali aree critiche, informando gli erogatori per l'attivazione di azioni correttive/migliorative e pubblicando gli esiti sul sito aziendale, disponibili per tutta la cittadinanza;
- **attuare** 2 controlli all'anno dei tempi di attesa di tutte le prestazioni previste dalla DGR IX/1775 del 24/05/2011 e riportati nell'allegata TABELLA, direttamente presso le strutture erogatrici;
- **verificare** il rispetto da parte degli erogatori del raggiungimento dell'obiettivo indicato nella citata DGR n. 1775 e precisamente che **i tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali siano garantiti per almeno il 95% dei primi accessi**;
- **attuare** almeno 2 controlli sulla modalità di compilazione delle prescrizioni da parte dei prescrittori in particolar modo riferiti alla compilazione dei **codici di priorità, aree di rischio, prima visita/controlli, quesito diagnostico**;
- **monitorare** il rispetto degli erogatori delle indicazioni regionali sulla rilevazione da parte degli erogatori delle prestazioni erogate in attività Libero Professionale Intramuraria, Intramuraria allargata ed in regime di solvenza (monitoraggio ALPI);
- **fornire** una informazione continua ai medici prescrittori sulle corrette modalità prescrittive utilizzando il bollettino mensile di informazione, il sito aziendale e lettere personalizzate per i prescrittori che non si attengono alle disposizioni regionali (prima visita/controllo, quesito diagnostico, codici di priorità, ecc.) sulla base delle segnalazioni degli erogatori e dei cittadini;

- **controllare** il rispetto da parte degli erogatori delle disposizioni regionali in materia di sospensione dell'erogazione dell'attività e compilazione delle schede inserite sul portale regionale MTA_WEB secondo le indicazioni di cui alla nota regionale 29/11/2010 prot. n. 39236 (entro il 10 luglio e il 10 gennaio di ogni anno);
- **inserire** nei contratti integrativi dell'obbligo da parte degli erogatori di informare l'ASL sulla attivazione/dismissione di attività specialistiche, sedi di erogazione, orari di apertura ecc. allo scopo di assicurare la funzione di programmazione ed ottimizzazione dell'offerta ai cittadini;
- **inserire** nei contratti integrativi progetti e procedure condivise con i singoli erogatori che permettano di migliorare i tempi di attesa e l'accessibilità delle situazioni critiche e mantenere i risultati raggiunti nelle aree di eccellenza.

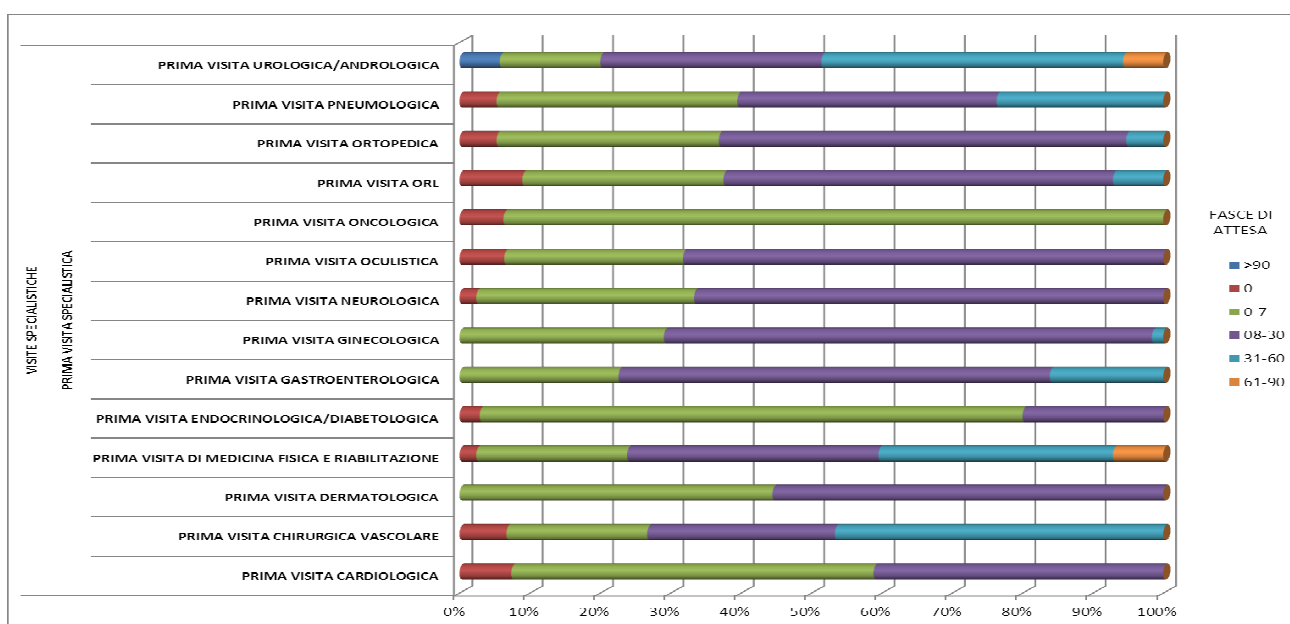
5. RAZIONALIZZAZIONE E OTTIMIZZAZIONE dell'OFFERTA

Gli erogatori provvederanno a:

- **garantire** i tempi di attesa delle prestazioni così come previsto dalla DGR n. IX/1775 ***per almeno il 95% dei primi accessi***
- **migliorare** con l'aumento di prestazioni e/o con percorsi di accesso condivisi tra Specialisti e MMG, tutte quelle prestazioni che, nel 2011, sono risultate critiche quali:

PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE - PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA - PRIMA VISITA ORL - PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA - PRIMA VISITA UROLOGICA /ANDROLOGICA - ESAME AUDIOMETRICO TONALE.

Grafico = anno 2011 - dettaglio percentuali di evasione della domanda da parte dell'azienda ospedaliera di Lodi delle PRIME VISITE SPECIALISTICHE



nonché consolidare i tempi ottenuti per

ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - ECO(COLOR) DOPPLER-
GRAFIA DEGLI ARTI - ECO(COLOR)DOPPLER CARDIACA - RMN CERVELLO,
TRONCO, COLONNA e MUSCOLOSCELETRICA

- **effettuare** le rilevazioni mensili dei tempi di attesa nelle date indicate dalla Regione Lombardia attraverso il sistema informatico regionale MTA_WEB, nonché la rilevazione delle prestazioni erogate in attività Libero Professionale Intramuraria, Intramuraria allargata ed in regime di solvenza (monitoraggio ALPI);
- **compilare** le schede relative alle sospensioni inserite sul portale regionale MTA_WEB secondo le indicazioni di cui alla nota regionale 29/11/2010 prot. n. 39236 (entro il 10 luglio e il 10 gennaio di ogni anno);
- **informatizzare** tutte le agende che riguardano i ricoveri programmati con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "tempi di attesa": "Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili;

6. MIGLIORAMENTO dell'APPROPIATEZZA e della ACCESSIBILITA' delle PRESTAZIONI

Si prevede di effettuare:

- la proroga da parte dell'ASL della durata di validità dei piani terapeutici per la fornitura di presidi sanitari a pazienti cronici (diabete, incontinenza urinaria stabilizzata) in modo da ridurre/evitare gli accessi specialistici per mera certificazione;
- il consolidamento del lavoro intrapreso dall'ASL nell'anno 2010 di rinnovo automatico delle esenzioni per patologia cronica mediante utilizzo delle informazioni contenute nella Banca Dati Assistito e contestuale invio al domicilio dei cittadini della tessera di esenzione, evitando l'accesso specialistico per solo rilascio esenzione;
- l'implementazione del progetto intra-aziendale fra ASL/AO iniziato nel mese di novembre 2010 di rilascio delle tessere di esenzione da parte di personale debitamente istruito dell'AO al momento della dimissione o a seguito di visita specialistica;
- il mantenimento nelle sedi periferiche dell'Azienda Ospedaliera di ambulatori ritenuti prioritari per fasce di cittadini (Centro Diabetologico di Sant'Angelo, ambulatorio Alzheimer);

7. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE SUI TEMPI DI ATTESA

L'ASL e tutti gli erogatori presenti sul territorio dovranno:

- **utilizzare** il proprio sito web aziendale per diffondere informazioni sui tempi di attesa, sulla tipologia delle prestazioni erogate dalle varie strutture presenti sul territorio e sulle modalità di erogazione;
- **utilizzare** il proprio sito web aziendale per informare i cittadini sulla differenza tra prima visita/primo accesso e visita di controllo, su cui si fonda il primo livello del concetto di priorità di attesa, sul rinnovo automatico delle esenzioni per patologia cronica e sul rilascio delle esenzioni direttamente presso l'Azienda Ospedaliera.

Inoltre l'ASL

- **coinvolgerà** le Farmacie Comunali e Private del territorio per la diffusione delle informazioni alla cittadinanza, sfruttando le 68 sedi presenti, nonché gli erogatori pubblici e privati accreditati ubicati sul territorio.

Responsabili del procedimento
dr. Giuseppe Monticelli 0371/587 4404
sig.a Layla Marzani 0371/587 4403