

SPI CGIL Bergamo

TEMPI D'ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI SPECIALISTICHE IN PROVINCIA DI BERGAMO

Abstract

La ricerca ha preso in considerazione un insieme di prestazioni specialistiche ambulatoriali oggetto di monitoraggio da parte di Regione Lombardia, al fine di valutare la percentuale di utenti che, in un giorno indice (6 ottobre 2010), ottengano tali prestazioni entro i tempi obiettivo fissati a livello regionale, nelle strutture sanitarie della Provincia di Bergamo. I dati raccolti evidenziano un'offerta complessivamente in difficoltà nel rispettare gli impegni previsti, in particolare, nell'area geriatrica (visita neurologica, TC del capo, TC del rachide), oncologica (ecografia alla mammella, mammografia bilaterale, RM cervello e tronco encefalico), cardiovascolare (test da sforzo, ecocolordoppler vasi periferici) e per altre prestazioni e visite (RM della colonna, visita oculistica). Il confronto dei dati raccolti con il volume di attività di libera professione nelle Aziende Ospedaliere di Seriate e Treviglio, ha permesso di individuare prestazioni/branche specialistiche per le quali è possibile ipotizzare che vi sia, a livello provinciale, una carenza di offerta da parte delle strutture pubbliche, in parte compensata dall'offerta privata, e a fronte della quale gli utenti siano disposti a farsi carico di un maggiore peso economico al fine di ridurre il tempo d'attesa prospettato. Dalla rilevazione emerge che le maggiori difficoltà si registrano nell'area di Bergamo, a parziale conferma dell'opinione degli operatori che vedono nell'attrattività delle strutture del capoluogo una delle principali determinanti dell'allungamento delle liste e dei tempi d'attesa. Un esame dei sistemi di accesso alle prenotazioni evidenzia un quadro non omogeneo e solo parzialmente informatizzato.

Paola Redondi
Marzo 2011

Indice

<i>Definizioni</i>	3
<i>L'attesa nel contesto sanitario</i>	4
<i>Il disegno della ricerca</i>	6
<i>Criticità e determinanti emerse dalle interviste</i>	7
<i>Scelta delle fonti informative</i>	8
<i>Rilevazione</i>	9
<i>Analisi dei dati</i>	12
<i>Prestazioni fuori tempo obiettivo</i>	12
<i>“Un’attesa ragionevole”: il punto di vista degli utenti</i>	18
<i>Accesso alle prenotazioni</i>	19
<i>Quale uso per la ricerca sui servizi sanitari: un avvertimento e una speranza</i>	21
<i>Criticità Area Oncologica</i>	23
<i>Criticità Area Cardiovascolare</i>	23
<i>Criticità Area Materno-Infantile</i>	24
<i>Criticità Area Geriatrica</i>	24
<i>Criticità Visite a Maggiore Impatto</i>	25
<i>Criticità Altre Prestazioni</i>	25
<i>Volume dell’attività di libera professione (1 marzo – 31 agosto 2010)</i>	26
<i>Azienda Ospedaliera “Bolognini” di Seriate</i>	26
<i>Azienda Ospedaliera di Treviglio</i>	39
<i>Principali riferimenti sui tempi d’attesa nella normativa nazionale, regionale e aziendale</i> ...	43

Definizioni

L'*assistenza specialistica ambulatoriale* è il punto d'incontro più usuale del cittadino con il SSN. È un'attività rivolta a pazienti esterni, presso le strutture ospedaliere o territoriali, come consulenza specialistica al medico di medicina generale, svolta al fine di ottenere diagnosi e trattamenti per i quali non sia necessario il ricovero ospedaliero (ordinario o di *day hospital*).

Grazie a tecniche anestesilogiche innovative e metodiche chirurgiche minimamente invasive, la specialistica ambulatoriale è oggi sempre più spesso sede per l'effettuazione di procedure anche complesse. A questa tendenza corrispondono una progressiva riduzione del numero e delle dimensioni delle strutture ospedaliere e un progressivo spostamento di risorse dalle strutture di ricovero verso le attività ambulatoriali, che sempre meno rappresentano un "accessorio" delle attività di ricovero¹.

Il *tempo di attesa* è il tempo che intercorre tra la presentazione della richiesta e la data della prima prestazione prenotabile. La *lista di attesa* è l'elenco che esprime la numerosità della domanda registrata.

Il *primo accesso* rappresenta il momento in cui il problema del paziente è affrontato per la prima volta e per il quale viene formulato un preciso quesito diagnostico. Possono 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 modifica sostanziale della terapia.

¹ I costi dell'attività ambulatoriale rappresentano circa l'11,8% della spesa sanitaria nazionale totale (il 12,67% per la Lombardia), Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, *La prima mappa dettagliata delle prestazioni e dei costi*, Monitor n. 5, 2003, pp. 11-23.

L'attesa nel contesto sanitario

Le *liste d'attesa* rappresentano una caratteristica strutturale propria di Sistemi Sanitari che scelgono, per la loro natura universalistica e solidale, di non ricorrere al prezzo quale strumento di regolazione del rapporto tra domanda e offerta di servizi².

Nel contesto sanitario, l'attesa del paziente può caratterizzare diverse fasi della sua relazione con il medico e le strutture di diagnosi e cura: essa si riferisce all'intervallo temporale che intercorre tra l'identificazione di un problema di salute e la sua diagnosi e tra la diagnosi e l'eventuale trattamento³. Proprio per la loro natura strutturale e per la probabilità di influenzare il risultato clinico delle prestazioni sanitarie e le condizioni di vita dei cittadini, le liste d'attesa hanno acquisito un peso crescente nell'ambito dei Servizi sanitari, tanto da divenire una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)⁴. Se le liste d'attesa rappresentano il *luogo* in cui trovano attuazione i valori etico - sociali su cui si fonda un Sistema Sanitario di tipo universalistico (equità di accesso, appropriatezza clinica e organizzativa)⁵, tempi d'attesa troppo lunghi possono minare le caratteristiche di equità e universalità del Sistema stesso e possono danneggiarne la gestione pubblica, incrementando il ricorso a strutture sanitarie private in grado di offrire le medesime prestazioni in tempi più brevi.

A fronte di un'utenza sempre più abituata a dare per scontato il servizio (il *contenuto*) e fare, in misura crescente, di puntualità e velocità dello stesso (la *forma*) attributi importanti, le liste d'attesa si pongono quale fattore critico per la struttura sanitaria, in termini di miglioramento della qualità del servizio e di *customer satisfaction*. Non solo quindi una questione organizzativa ma un problema percepito dagli utenti, i quali, di fronte alla difficoltà nel valutare le competenze tecnico-scientifiche degli operatori o l'efficacia dei trattamenti, possono preferire il riferirsi alla velocità del servizio quale indicatore di qualità relativamente alla prestazione ricevuta⁶.

² R. MELOTTI, R. GRILLI, *Liste d'attesa e governo clinico*, in *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*, R. GRILLI, F. TARONI (a cura di), Il Pensiero Scientifico ed., 2004, pp. 199-221.

³ C. FOGARTY, P. CRONIN (2008), *Waiting for healthcare: a concept analysis*, in *Journal of Advanced Nursing*, 61(4), pp. 463-471.

⁴ L'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati, rispetto alla patologia ed alle necessità di cura del paziente, rappresenta una delle componenti dei Livelli Essenziali di Assistenza, così come previsto dal DPCM del 29 Novembre 2001 e successive modificazioni e dagli Accordi ed Intese tra Stato, Regioni e P.A. successivamente intercorsi, per i riferimenti normativi si veda p. 43.

⁵ A. PICCIRELLI (2009), *Percezione delle liste e dei tempi d'attesa nei servizi sanitari. Variabili antecedenti alla customer satisfaction*, disponibile al link <http://paduaresearch.cab.unipd.it/1672/1/Tesi.pdf>.

⁶ G. EILERS (2004), *Improving patient satisfaction and waiting time*, in *Journal of American College Health*, 53(1), pp. 41-45.

Tuttavia appare evidente come il principio della tutela della salute, correlato al principio di equità e a fronte di risorse limitate, non possa tradursi nella possibilità di esigere “tutte le prestazioni, nello stesso modo e negli stessi tempi”. A fronte di una crescente domanda di assistenza, l’esigenza è trovare un equilibrio (*l’area di sovrapposizione*) tra le dimensioni domanda di assistenza dei pazienti, effettivi bisogni di salute e offerta di servizi.



Questo equilibrio rappresenta concettualmente l’area dell’appropriatezza clinica, ossia l’ambito in cui una domanda di assistenza è riconosciuta come un bisogno assistenziale e incontra una coerente offerta di servizi (la *prestazione*).

Una domanda sanitaria elevata può non coincidere con i reali bisogni di assistenza, rappresentando piuttosto il riflesso di aspettative e desideri crescenti degli utenti, spesso inappropriati dal punto di vista clinico e legati ad un maggior livello di conoscenze dell’utente sanitario.

Se l’evidenza dimostra che agire sul lato dell’offerta, mediante l’incremento di risorse e delle prestazioni erogate, ha effetti solo di breve periodo, in quanto ad un aumento dell’offerta segue un corrispondente aumento della domanda; attuare soluzioni in termini di appropriatezza degli interventi sanitari richiede la disponibilità di informazioni dettagliate, relativamente alle caratteristiche cliniche dei pazienti che accedono alle prestazioni (il loro effettivo bisogno assistenziale), che gli interventi diretti al governo della domanda debbano indirizzare direttamente i comportamenti professionali e la responsabilizzazione dei cittadini ad un uso corretto e appropriato dei servizi sanitari⁷.

⁷ Ministero della Sanità, Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa, (2001), *Analisi e proposte in tema di liste di attesa nel S.S.N. Relazione finale*. Roma, maggio 2001.

Il disegno della ricerca

Il progetto di ricerca si è sviluppato a partire da luglio 2010 avendo come obiettivo finale quello di fornire elementi utili all'analisi dei tempi d'attesa per un numero selezionato di prestazioni ambulatoriali specialistiche nelle strutture sanitarie della Provincia di Bergamo.

La sequenza logica della ricerca ha previsto una serie di fasi:

1. *Ricognizione della normativa nazionale, regionale e aziendale* in materia di liste d'attesa⁸.
2. *Analisi della letteratura e delle ricerche esistenti*: quello delle liste d'attesa è un tema tecnicamente definibile come complesso⁹; per una sua interpretazione e per la formulazione di un giudizio non possiamo esimerci dall'esplicitare il campo semantico e il sistema dei valori cui facciamo riferimento.
3. *Interviste con interlocutori locali* a diverso titolo impegnati sul tema della salute (personale amministrativo, medico ospedaliero, rappresentanti di associazioni) allo scopo di rilevare le opinioni e le percezioni degli operatori del settore sanitario sulla problematica dei tempi d'attesa in termini di prestazioni e reparti più problematici e possibili determinanti delle liste e dei tempi d'attesa: questa fase è stata realizzata avvalendosi del metodo dell'intervista non strutturata.
4. *Ricognizione della situazione delle liste d'attesa in un giorno indice* nelle strutture della Provincia di Bergamo sulla base degli strumenti di monitoraggio previsti a livello regionale e provinciale.
5. *Analisi dei dati e formulazione di un giudizio*: ciò che distingue una valutazione da una semplice raccolta di informazioni più o meno strutturata e significativa è il tentativo di formulare un giudizio sull'oggetto d'analisi, affinché quest'ultima non risulti fine a se stessa ma strumentale e orientativa rispetto alle esigenze decisionali degli attori coinvolti.
6. *Riflessione sui limiti* degli strumenti e, conseguentemente (ma non solo), sui limiti della ricerca stessa.

⁸ Per una ricognizione della normativa si veda p. 43.

⁹ Un fenomeno può essere definito tecnicamente complesso quando le sue cause siano molteplici, tra loro interdipendenti e collegate da relazioni non lineari.

Criticità e determinanti emerse dalle interviste

Il problema delle liste d'attesa è riconducibile a molteplici componenti, alcune delle quali possono essere lette dal lato della domanda (effettive necessità assistenziali presenti sul territorio, percentuale di compartecipazione dell'utente ai costi del servizio...), altre dal lato dell'offerta (razionalizzazione dei sistemi di prenotazione e nell'uso delle risorse, linee guida e profili di assistenza, organizzazione degli erogatori...).

Nel corso delle interviste i soggetti coinvolti hanno individuato come maggiormente critiche, per la Provincia di Bergamo, le visite specialistiche e gli esami strumentali afferenti all'area cardiologica, geriatrica, oculistica, odontostomatologica, oncologica, otorino-laringoiatrica e psichiatrica.

Le determinanti delle liste e dei tempi d'attesa identificate dagli intervistati sono riconducibili a quattro nodi:

- determinanti legate al paziente,
- determinanti legate al contesto,
- determinanti legate al sistema sanitario,
- determinanti legate agli operatori/erogatori.

Sono state riconosciute come principali determinanti legate al paziente:

- la mancata o tardiva disdetta delle prestazioni prenotate e le prenotazioni multiple presso sedi diverse;
- l'attitudine dei pazienti a rivolgersi ai servizi sanitari: secondo il parere degli operatori, le crescenti aspettative di assistenza e un'attenzione a volte eccessiva per le proprie condizioni di salute portano ad esercitare pressioni crescenti sul medico prescrittore, al fine di ottenere la prescrizione "desiderata";
- le preferenze personali dell'utente verso certe strutture o certi medici¹⁰.

Le determinanti legate al contesto sono state individuate:

- nel graduale invecchiamento della popolazione¹¹;

¹⁰ Questo aspetto è particolarmente interessante in quanto sembra essere oggetto di una valutazione controversa: in chiave problematica da parte degli operatori sanitari (quelli delle strutture di grandi dimensioni e a forte attrattività, in particolare) e come manifestazione di un'istanza legittima degli utenti, soprattutto in termini di continuità del percorso di diagnosi e cura, da parte dei rappresentanti degli interessi di quest'ultimi.

¹¹ I dati demografici per la Provincia di Bergamo, aggiornati al 2009, sono disponibili in *Comuni, autonomia e politiche sociali. Rapporto sui bilanci dei comuni della Provincia di Bergamo*, F. Montemurro (a cura di), SPI CGIL, 2011, http://www.cgil.bergamo.it/comunicati/2011/rapporto_bergamo_spicgil.doc.

- nel ruolo di *mass media*, rubriche giornalistiche e televisive nell'incoraggiare un modello di consumo sanitario inappropriato e spesso non giustificabile da un punto di vista clinico (una sorta di "effetto *Elisir*"¹²).

Le determinanti legate al sistema sanitario sono principalmente identificate:

- in una generale carenza di risorse economiche, umane e tecnologiche;
- nel ruolo e nella qualificazione dei medici prescrittori: a questi è rimproverata un'eccessiva facilità nel fare prescrizioni legata forse ad una perdita di competenze e autorevolezza;
- nella libera professione intramuraria degli specialisti, la quale può concretizzarsi in una riduzione delle ore ambulatoriali¹³;
- nella mancata omogeneità e nella difficoltà di accesso ai sistemi di prenotazione;
- nel tipo di prestazione richiesta (per esempio, perché concentrata in poche strutture);
- nell'aumento dell'offerta secondo la dinamica, propria delle prestazioni sanitarie, che vede un aumento del loro consumo a fronte di un aumento dell'offerta.

Determinanti legate agli operatori/erogatori:

- appropriatezza delle richieste dei medici di medicina generale: gli stili di pratica clinica sono influenzati anche da elementi e fattori non strettamente clinici, tra i quali la stessa presenza di tempi lunghi d'attesa e la diffusione della c.d. medicina preventiva¹⁴;
- la capacità di erogazione delle prestazioni;
- l'attrazione della domanda (spostamenti interprovinciali o interregionali dell'utenza).

Scelta delle fonti informative

La scelta iniziale è stata quella di utilizzare quale strumento informativo la maschera CHRONO accessibile dal sito dell'ASL di Bergamo¹⁵. Questa scelta è stata poi abbandonata per l'emergere di alcune criticità in merito alla procedura di raccolta dei dati relativi ai tempi d'attesa da parte degli erogatori. L'inserimento e l'aggiornamento dei tempi visualizzati

¹² G. MARIOTTI (2006), *Priorità cliniche in sanità. Come governare i tempi d'attesa con il coinvolgimento dei professionisti*, Milano, Franco Angeli.

¹³ Diverse ricerche hanno evidenziato come i medici specialisti che lavorano nel pubblico possano trarre benefici dal mantenere lunghi tempi d'attesa nel pubblico dando una maggiore spinta alla domanda per la loro attività privata (T. Iversen (1997), *The effect of a private sector on the waiting time in a National Health Service*, in *Journal of Health Economics*, 16, pp. 381-396.; J. Yates (1987), *Why are we waiting?*, Oxford, Oxford University Press; A. Morga, A. Xavier (2001), *Hospital specialists' private practice and its impact on the number of NHS patients treated and on the delay for elective treatment*, Discussion Papers in Economics, 2001/01, The University of York).

¹⁴ E. MARTINET, *Il medico gioca in difesa con esami e farmaci inutili*, La Stampa, 30 ottobre 2010.

¹⁵ http://chrono.asl.bergamo.it/new_release/prestazioni/ricerca.asp.

attraverso la maschera di CHRONO spettano alla responsabilità delle singole Strutture che non svolgono tale attività in uno stesso giorno indice ma, mediamente, con cadenza mensile e senza uno specifico controllo e coordinamento da parte dell'ASL. È parso quindi opportuno rinunciare ad un approfondimento analitico struttura per struttura dei tempi d'attesa in nome di un maggior rigore metodologico, anche in coerenza con la scelta di un approccio volutamente non di tipo accusatorio ma funzionale all'emergere delle criticità presenti a livello territoriale.

Si è quindi scelto di far riferimento ai dati raccolti da Regione Lombardia a partire da quelli forniti dai singoli erogatori in uno specifico giorno indice fissato tassativamente a livello regionale, secondo le indicazioni fornite da Regione Lombardia¹⁶.

Rilevazione

Oggetto della rilevazione sono state le prenotazioni relative a prestazioni ambulatoriali e di ricovero effettuate in Provincia di Bergamo nel giorno indice (6 ottobre 2010) e nel periodo indice (per i ricoveri, i dieci giorni precedenti il giorno indice, compreso il giorno indice).

L'analisi è stata realizzata avendo come riferimento i tempi obiettivo previsti dalla DGR n. 2828/2006.

Prestazioni incluse nel monitoraggio

Sono incluse nel monitoraggio:

- Le prestazioni indicate nella Tabella 1 che costituiscano prima visita o prima prestazione diagnostica o terapeutica,*
- Le prestazioni prenotate con Bollino verde (qualora siano iscritte nelle agende di prenotazione),*
- I ricoveri programmati.*

Sono escluse dal monitoraggio:

- Le prestazioni ambulatoriali in emergenza/urgenza clinica,*
- I ricoveri che abbiano carattere di urgenza clinica,*
- Visite/esami di controllo (successivi al primo e programmati dallo specialista che abbia già preso in carico il paziente),*
- Le prestazioni inserite in programmi di screening,*
- Le prestazioni e i ricoveri in libera professione intramuraria.*

¹⁶ Regione Lombardia mette a disposizione le informazioni relative ai tempi d'attesa nelle strutture delle ASL lombarde per le prestazioni "maggiormente rappresentative" nel sito <http://tempiattesa.servizirl.it/>.

Le prestazioni sono suddivise in

1. Specifiche aree critiche di bisogno assistenziale:
 - Area Oncologica,
 - Area Cardiovascolare,
 - Area Materno-Infantile,
 - Area Geriatrica.
2. Prime visite specialistiche caratterizzate da una forte domanda assistenziale.
3. Altre prestazioni, per le quali si osserva un frequente ricorso inappropriato, a fronte di un elevato costo¹⁷.

Tabella 1

Area Oncologica:

- Esofagogastroduodenoscopia, EGD (60 gg),
- Esofagogastroduodenoscopia con biopsia (60 gg),
- Colonscopia (60 gg),
- Mammografia bilaterale (40 gg),
- TC torace, senza e con contrasto (40 gg),
- TC addome superiore, senza e con contrasto (40 gg),
- TC addome completo, senza e con contrasto (40 gg),
- Ecografia bilaterale della mammella (40 gg),
- Ecografia addome superiore (40 gg),
- Ecografia addome inferiore (40 gg),
- Ecografia addome completo (40 gg),
- RM cervello e tronco encefalico (40 gg),
- Asportazione NPL mammella (30 gg),
- Asportazione NPL colon-retto (30 gg).

Per le visite e le prestazioni strumentali, se viene indicato “rischio oncologico”, il tempo massimo è di 16 giorni.

Area cardiovascolare:

- Ecografia cardiaca (40 gg),
- Ecocolordoppler cardiaco (40 gg),
- Ecocolordoppler tronchi sovraaortici (40 gg),
- Ecocolordoppler vasi periferici (40 gg),
- Test cardiovascolare da sforzo (40 gg),
- Elettrocardiogramma (40 gg),
- Coronarografia (30 gg),
- Visita cardiologica (30 gg, 16 giorni se viene indicato “rischio cardiovascolare”).

¹⁷ Aggiornamento del programma attuativo aziendale per il contenimento dei tempi d’attesa, ASL Bergamo, 2010.

Area Geriatrica:

- TC capo, senza e con contrasto (40 gg),
- TC capo (40 gg),
- TC rachide (40 gg),
- TC rachide senza e con contrasto (40 gg),
- Visita neurologica (30 gg, 16 gg per gli ultra 75enni),
- Spirometria semplice (40 gg),
- Intervento protesi d'anca (180 gg),
- Cataratta (180 gg).

Area Materno-Infantile:

- Ecografia ostetrica (40 gg),
- Visita ginecologica (40 gg).

Visite a maggiore impatto:

- Visita ortopedica (30 gg per il 95% delle richieste, 40 gg per il 100%),
- Visita oculistica (30 gg per il 95% delle richieste, 40 gg per il 100%).

Altre prestazioni:

- Radiografia colonna lombosacrale (60 gg),
- Radiografia torace di routine, NAS (60 gg),
- Radiografia di pelvi e anca (60 gg),
- Radiografia femore, ginocchio e gamba (60 gg),
- RM colonna, senza e con contrasto (40 gg),
- RM della colonna (40 gg),
- RM muscoloscheletrica (40 gg),
- Elettroencefalogramma (60 gg),
- Elettromiografia semplice (60 gg),
- Rieducazione motoria (60 gg).

Analisi dei dati

Regione Lombardia, con la DGR n. VIII/10946 del 30 dicembre 2009, ha stabilito come obiettivo prioritario realizzare almeno il 95% dei primi accessi, relativi alle categorie di pazienti e alla tipologie indicate nell'Allegato alla DGR 2828/2006, entro i tempi d'attesa previsti.

Nella *Tabella 2* sono elencate, alla luce della rilevazione del 6 ottobre 2010, le prestazioni che presentano delle criticità quanto al rispetto dei tempi obiettivo; sono evidenziate le prestazioni che presentano una percentuale superiore al 5% di prenotazioni programmate fuori obiettivo.

La terza e la quarta colonna indicano le percentuali di prenotazioni al di fuori dei tempi obiettivo, rispettivamente, per erogatori pubblici e privati convenzionati.

La modalità di rilevazione dei tempi d'attesa utilizzata è una modalità *ex ante*: i tempi d'attesa sono calcolati come differenza tra la data di erogazione prospettata e la data della richiesta della prestazione rivolta dal cittadino all'erogatore¹⁸.

L'informazione sulla quale si è concentrata la rilevazione è rappresentata dalla percentuale di utenti che ottengono la prestazione indicata entro lo *standard* temporale predefinito (secondo le prestazioni: 30, 40, 60, 180 giorni)¹⁹.

Prestazioni fuori tempo obiettivo

Tabella 2

Prestazione	% del totale	% nel pubblico	%nel privato
Area Oncologica			
ECOGRAFIA BILATERALE MAMMELLA (40 gg)	18,75%	-	22,58%
MAMMOGRAFIA BILATERALE (40 gg)	18,39%	23,08%	16,39%
RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO (40 gg)	15,91%	44,44%	8,57%
ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE (40 gg)	4,84%	-	8,82%
ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE (40 gg)	4,05%	-	5,88%
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO (40 gg)	3,14%	-	5,06%
Area Cardiovascolare			
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO (40 gg)	9,78%	-	15%
ECOCOLORDOPPLER VASI PERIFERICI (40 gg)	7,62%	-	10%

¹⁸ I risultati del progetto Mattone "Tempi d'attesa", in Monitor Anno V n. 17/2006, ASSR, p. 29.

¹⁹ I grafici completi sono riportati in *Appendice*.

ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI (40 gg)	3,42%	-	4,76%
VISITA CARDIOLOGICA (30 gg)	1,89%	-	4,05%
ECOCOLORDOPPLER CARDIACO (40 gg)	0,96%	-	1,47%
Area Materno-Infantile			
VISITA GINECOLOGICA (40 gg)	1,45%	-	6,25%
Area Geriatrica			
VISITA NEUROLOGICA (30 gg, 16 gg per gli ultra 75enni)	18,64%	10,71%	25,81%
TC CAPO, SENZA E CON CONTRASTO (40 gg)	10%	16,67%	-
TC CAPO (40 gg)	9,68%	15%	-
TC RACHIDE (40 gg)	8,33%	18,75%	-
TC RACHIDE SENZA E CON CONTRASTO (40 gg)	7,89%	14,29%	-
Visite a maggiore impatto			
VISITA OCULISTICA (30 gg per il 95% delle richieste, 40 gg per il 100%)	7,25%	13,28%	3,45%
VISITA ORTOPEDICA (30 gg per il 95% delle richieste, 40 gg per il 100%)	4,69%	-	8,45%
Altre prestazioni			
RM COLONNA SENZA E CON CONTRASTO (40 gg)	19,35%	25%	15,79%
RIEDUCAZIONE MOTORIA (60 gg)	8,62%	-	15,63%

Le aree che presentano le maggiori criticità sono l'area geriatrica e oncologica, seguite dall'area cardiovascolare.

Dalla rilevazione emerge, in particolare, un'offerta complessivamente in difficoltà nel rispettare gli impegni previsti in termini di tempi obiettivo per le prestazioni di:

- Mammografia bilaterale,
- RM cervello e tronco encefalico,
- Visita neurologica,
- Visita oculistica,
- RM colonna.

In aggiunta, la struttura pubblica registra significativi ritardi per le prestazioni afferenti alla diagnostica per immagini (TC del capo e TC del rachide).

Si concentrano nella struttura privata convenzionata i ritardi per

- Ecografia bilaterale della mammella,
- Ecografia dell'addome,

- Test cardiovascolare da sforzo,
- Ecocolordoppler vasi periferici,
- Visita ginecologica,
- Visita ortopedica,
- Rieducazione motoria.

Se alcune criticità sono evidenti, secondo il giudizio degli operatori, le tipologie di accesso differenziato alla diagnosi e alla cura (la possibilità per il medico di medicina generale di avvalersi del sistema di prioritizzazione) permette agli utenti, nel caso in cui sia necessario intervenire tempestivamente, di trovare una risposta appropriata nelle Strutture della Provincia.

I dati regionali permettono di verificare, in uno specifico momento (il *giorno indice*), quanti degli utenti che richiedano una determinata prestazione la ottengano entro il tempo obiettivo. Dal momento che questo valore è espresso in termini percentuali sul totale per quella prestazione e non assoluti (l'effettivo numero degli utenti in attesa) non è possibile, per esempio, esprimersi sul fatto se il numero di pazienti (18,64% del totale) ai quali è prospettato un tempo d'attesa superiore a 30 giorni per una visita neurologica siano effettivamente pochi o molti; e se, in termini comparati, siano più numerosi di quanti (1,89% del totale) attendono un tempo superiore a 30 giorni per una visita cardiologica.

Un esempio di ricerca dei tempi d'attesa attraverso la maschera disponibile sul sito di Regione Lombardia (2 marzo 2011).

Tempi medi di attesa per alcune classi di prestazioni

1. Selezionare una prestazione

Vengono riportate le prestazioni maggiormente rappresentative per le quali è significativa la conoscenza del tempo di attesa.

RNM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO

2. Luogo di erogazione

ASL Bergamo Struttura OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO

Tempi di attesa

OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO
LARGO BAROZZI 1
BERGAMO

Valore obiettivo: **40**
(da delibera)

Classe	Percentuale Cumulata
entro 7 giorni	28,95 %
entro 30 giorni	68,42 %
entro 60 giorni	89,47 %
oltre 90 giorni	100 %

I tempi di attesa riportati sono i tempi effettivamente assegnati agli utenti nelle giornate di monitoraggio

Allo scopo, quindi, di contestualizzare i dati raccolti e di verificare se, a fronte del rispetto formale dei tempi obiettivo per alcune prestazioni nelle strutture (pubbliche e private) convenzionate, vi sia, di fatto, una “fuga” verso l’attività libero professionale, si è fatta richiesta alle tre Aziende Ospedaliere (Seriata, Treviglio, Ospedali Riuniti di Bergamo) dei dati relativi al volume di attività di libera professione esercitata presso le proprie sedi.

Seppur ripetutamente sollecitate, alla richiesta hanno dato seguito, trasmettendo i dati relativi, solo le Aziende Ospedaliere di Seriate e di Treviglio²⁰.

Di seguito sono riportate le prime venti prestazioni/branche specialistiche per volume di attività in regime di libera professione nell’Aziende Ospedaliere di Treviglio e Seriate nel periodo 1° marzo – 31 agosto 2010. Sembra realistico ipotizzare che le prestazioni/branche specialistiche per le quali si è registrato un consistente volume di attività siano quelle in cui vi sia una carenza di offerta da parte della struttura pubblica, parzialmente compensata dalla struttura privata.

Azienda Ospedaliera di Seriate

Prestazione	N di prestazioni
VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA)	1217
ELETTROCARDIOGRAMMA	1004
VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA)	827
VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	602
VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	311
VISITA ORTOPEDICO TRAUMAT. (PRIMA VISITA)	309
ECOCARDIOGRAFIA COLOR DOPPLER A RIPOSO	267
ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	245
ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	226
VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	196
VISITA UROLOGICA (PRIMA VISITA)	174
VISITA DERMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	173
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (PRIMA VISITA)	138
VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)	138

²⁰ I dati sono riportati in *Appendice*.

VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	129
ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	109
VISITA SENOLOGICA (PRIMA VISITA)	106
VISITA ALLERGOLOGICA (PRIMA VISITA)	104
VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	102
VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	98

Azienda Ospedaliera di Treviso

Branca specialistica²¹	N di prestazioni
OSTETRICA E GINECOLOGIA	2.334
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.174
CARDIOLOGIA	1.186
RADIOLOGIA	1.049
MEDICINA NUCLEARE	1.005
MEDICINA GENERALE	823
CHIRURGIA GENERALE	764
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	484
OCULISTICA	452
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	448
MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	372
NEUROLOGIA	361
OTORINOLARINGOIATRIA	326
REUMATOLOGIA	295
PSICHIATRIA	271
NEFROLOGIA	213
GASTROENTEROLOGIA	181
PEDIATRIA	146
UROLOGIA	142
ALLERGOLOGIA	108

²¹ Escluse le prestazioni di laboratorio e di analisi (9.085) per le quali è previsto l'accesso senza prenotazione.

Pur nei limiti dovuti al diverso periodo di rilevazione dei dati²², la coincidenza di significativi tempi d'attesa e di un elevato numero di prestazioni erogate in regime di libera professione per alcune prestazioni ci spinge a credere che, di fronte ad una prospettiva di attesa significativa, gli utenti preferiscano farsi carico di un maggiore peso economico per ottenere le prestazioni in un arco di tempo inferiore.

Spostando l'attenzione su un'analisi per aree territoriali, il numero di persone in attesa per un periodo superiore a quello previsto risulta essere molto diverso tra le diverse realtà osservate.

Le aree territoriali prese in considerazione:

- *Bassa bergamasca,*
- *Bergamo,*
- *Dalmine,*
- *Est bergamasca,*
- *Isola bergamasca,*
- *Valle Brembana,*
- *Valle Seriana.*

Dai dati che si riferiscono alla rilevazione del 6 ottobre 2010, si rileva che le difficoltà maggiori si registrano nell'area di Bergamo, con venti prestazioni che presentano ritardi:

- Visita cardiologica (1,64%),
- Ecografia addome completo (5,97%),
- Visita ortopedica (7,69%),
- Ecocolordoppler dei tronchi sovraaortici (9,30%),
- Visita ginecologica (10%),
- Ecografia addome superiore (10,71%),
- Test cardiovascolare da sforzo (11,54%),
- Visita neurologica (14,81%),
- Ecografia addome inferiore (15%),
- Ecocolordopplergrafia vasi periferici (17,65%),
- TC rachide (20%),
- TC rachide senza e con contrasto (27,27%),
- Rieducazione motoria (28,57%),
- TC del capo, senza e con contrasto (30%),

²² La nostra rilevazione si è svolta il 6 ottobre 2010, mentre i dati sulla libera professione coprono il periodo compreso tra il 1° marzo e il 31 agosto 2010.

- TC del capo (30%),
- Ecografia bilaterale della mammella (31,82%),
- Mammografia bilaterale (35,56%),
- RM cervello e tronco encefalico (36,84%),
- Visita oculistica (48,78%),
- RM colonna, senza e con contrasto (54,55%).

Isola e Valle Brembana non presentano ritardi significativi, la Bassa bergamasca presenta un ritardo del 16,67% per la riabilitazione motoria, mentre la Valle Seriana presenta un ritardo del 40% per la visita ortopedica.

Dalmine presenta ritardi su quattro prestazioni:

- Visita ortopedica (8,70%),
- Test cardiovascolare da sforzo (14,29%),
- Visita cardiologica (28,57%),
- Visita neurologica (60%).

Est bergamasca presenta ritardi su cinque prestazioni:

- Ecocolordopplergrafia cardiaca (10%),
- Visita neurologica (10%),
- Visita ortopedica (12,50%),
- Visita oculistica (15%),
- Test cardiovascolare da sforzo (33,33%).

Sembrano quindi confermate le percezioni e le opinioni degli operatori che vedono nell'attrattività delle strutture nel capoluogo di Provincia una delle principali determinanti dell'affollamento delle liste d'attesa e dell'allungamento dei tempi d'attesa.

“Un’attesa ragionevole”: il punto di vista degli utenti

Dal momento che il progetto di ricerca non ha previsto una rilevazione diretta delle opinioni degli utenti, al fine di trarre alcuni elementi utile per una riflessione e far sì che la valutazione non si risolvesse nella semplice verifica della conformità delle strutture sanitarie alla normativa in materia, è apparso opportuno completare l'analisi con informazioni che rendessero conto del punto di vista degli utenti, anche alla luce delle richiamate aspettative crescenti degli stessi in tema di assistenza.

Secondo dati raccolti dal CENSIS nel 2010²³, il 36,4% degli italiani, che nel corso dell'ultimo anno si sono sottoposti ad accertamenti diagnostici strumentali ambulatoriali a carico del SSN, ritiene di aver dovuto attendere troppo tempo in lista di attesa; il 17,5% pensa che se non vi fosse stata lista di attesa, o se questa fosse stata più breve, il suo percorso terapeutico sarebbe stato migliore, ritiene, quindi, che "la lista di attesa abbia avuto delle ripercussioni negative sulle sue opportunità di cura". In particolare, secondo il 70,6% degli intervistati, nel sistema di erogazione dei servizi diagnostici ambulatoriali, quello delle liste di attesa rappresenta l'aspetto che più necessita di un intervento migliorativo.

Alla domanda "Ritiene di aver atteso troppo tempo in lista d'attesa?", gli intervistati hanno risposto positivamente per il 5,9% in caso di attesa inferiore ad una settimana, per il 14,6% nel caso di un'attesa da 7 a 15 giorni, per il 35,4% nel caso di un'attesa da 16 giorni a 1 mese, per il 65,3% nel caso di un'attesa da 1 a 3 mesi, per il 84,1% in caso di attesa superiore a 3 mesi. Secondo l'indagine compiuta a livello nazionale, la "soglia di tolleranza" sembra quindi essere rappresentata da un mese d'attesa, anche se sembra facile prevedere scostamenti legati alla tipologia della prestazione richiesta.

Accesso alle prenotazioni

Come indicato nel Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa, promuovere l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa rappresenta un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'azienda sanitaria per il miglioramento della qualità del servizio. Il Piano impegna Regioni, Province Autonome e Aziende Sanitarie a trasmettere informazioni ai cittadini riguardo al sistema complessivo dell'offerta e alla sua accessibilità, alle innovazioni normative e organizzative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni, alle regole a tutela dell'equità e della trasparenza, utilizzando i vari strumenti di comunicazione disponibili²⁴.

Se indubbiamente lo scostamento tra le aspettative degli utenti e la loro esperienza concreta di attesa risulta essere un elemento capace di incidere significativamente sul grado di soddisfazione degli utenti, la letteratura mostra che, pur non influenzando direttamente il

²³ CENSIS (aprile 2010), *Aspettative e soddisfazione dei cittadini rispetto alla salute e alla sanità*, una sintesi dei risultati è disponibile sul sito <http://www.censis.it>.

²⁴ *Tempi di attesa nei siti web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale*: 3° Rapporto Nazionale (marzo 2010), disponibile al link http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1240_allegato.pdf.

giudizio di soddisfazione, il valore percepito del servizio in termini di benefici economici, relazionali e logistici associati allo stesso agisce da “cuscinetto” nel contenere gli effetti negativi del *gap* relativo ai tempi di attesa da parte dell’utente (effetto *buffering*). In particolare

“Il valore percepito risulta sempre in grado di ridurre le emozioni negative associate all’attesa influenzando positivamente la conseguente soddisfazione: l’utente che ritiene di star aspettando anche più del dovuto ma che è consapevole di ricevere in cambio un servizio di valore, probabilmente non assocerà all’attesa un vissuto affettivo negativo e, vivendola più serenamente risulterà anche soddisfatto”²⁵.

A questo proposito, è apparso opportuno includere nell’analisi un esame dei sistemi di accesso alle prenotazioni per le visite specialistiche e gli esami strumentali, quali elementi idonei a essere inseriti tra i possibili vantaggi in grado di incidere sul valore complessivo del servizio percepito dall’utente.

Sulla base dell’anagrafica delle strutture presente sul sito dell’ASL di Bergamo è emerso un sistema non omogeneo: tutte le strutture presenti in Provincia permettono la prenotazione allo sportello (con la sola eccezione degli Ospedali Riuniti limitatamente alle prestazioni di Riabilitazione respiratoria, Valutazione e Riabilitazione logopedia adulti), la possibilità di prenotare telefonicamente è garantita per il 75% del totale delle prestazioni, mentre le stesse sono prenotabili tramite e-mail solo in alcune strutture e per un numero limitato di prestazioni.

Strutture sanitarie e numero di prestazioni accessibili telematicamente

- Casa di cura S. Francesco: 48 su 48.
- Cliniche Gavazzeni: 70 su 71.
- Policlinico S. Marco SRL: 69 su 71.
- Habilia Zingonia: 38 su 46.
- Centro di radiologia e fisioterapia SRL: 30 su 40.
- Policlinico S. Pietro: 74 su 86.
- Azienda ospedaliera di Seriate (Gazzaniga): 11 su 41.
- Azienda ospedaliera di Seriate (Alzano): 24 su 68.
- Azienda ospedaliera di Seriate (Piario): 25 su 75.
- Azienda ospedaliera di Seriate (Seriate): 25 su 83.

²⁵ A. PICCIRELLI, *Percezione delle liste e dei tempi d’attesa nei servizi sanitari. Variabili antecedenti alla customer satisfaction*, p. 139.

L'Azienda Ospedaliera di Treviglio (presidio di Treviglio, Romano di Lombardia, Calcinate, S. Giovanni Bianco), l'Azienda Ospedaliera di Seriate (Alzano Lombardo, Gazzaniga, Lovere, Seriate, Piario, Albino, Gromo, Ponte Nossola) e l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo hanno inoltre aderito al Servizio Informativo Socio Sanitario (SISS) regionale, il quale consente di prenotare visite ed esami attraverso un numero verde. È inoltre attivo, in tutte le provincie della Lombardia, un servizio di prenotazione all'interno delle farmacie.

Per accedere a questi servizi è necessaria l'impegnativa del medico prescrittore e la Carta Regionale dei Servizi, il che non ha reso possibile una verifica a campione sufficientemente ampia della corrispondenza dei tempi reali d'attesa con i tempi dichiarati presenti nel sito.

Quale uso per la ricerca sui servizi sanitari: un avvertimento e una speranza

Secondo la definizione dell'*Institute of Medicine* di Washington, la ricerca sui servizi sanitari studia l'uso, i costi, la qualità, l'accessibilità, l'erogazione, l'organizzazione, il finanziamento e il risultato dei servizi sanitari, allo scopo di accrescere la conoscenza e la comprensione delle strutture, delle procedure e degli effetti dei servizi stessi per gli individui e per le popolazioni. Si tratta di una considerevole varietà di elementi, che coinvolge sia aspetti finanziari sia problematiche organizzative, assistenziali e relative alla qualità dei risultati.

Se, a fronte delle crescenti opportunità di cura offerte dal progresso medico-scientifico, delle esigenze assistenziali determinate dall'invecchiamento della popolazione e dei conseguenti crescenti fabbisogni finanziari, i principali fattori di stimolo allo sviluppo della ricerca sui servizi sanitari, in ogni paese, sono riconducibili alla necessità di individuare gli strumenti per una più appropriata allocazione delle risorse; è evidente come i modelli utilizzati da una ricerca non possano che rappresentare semplificazioni di realtà ben più complesse.

“Da queste considerazioni emerge che non ci si devono attendere dalla ricerca sui servizi sanitari, per quanto approfonditi e documentati ne siano i risultati, ricadute dirette e immediate nella sfera decisionale; la ricerca, tuttavia, è sicuramente destinata a recare un positivo contributo all'approfondimento dei problemi e alla comprensione dei fattori di disfunzione e difficoltà e perciò a favorire, con il tempo, i processi di correzione e di miglioramento dei sistemi ad ogni livello”²⁶.

²⁶ L. PELLEGRINI, F. TONIOLO, *Ricerca sui servizi sanitari, quali ricadute?*, Monitor, Anno 1, Numero 7, Novembre-Dicembre 2003.

Per poter decidere quali debbano essere gli ambiti su cui agire più intensamente e nei quali attivare azioni di miglioramento, i risultati della presente ricerca dovrebbero essere letti ponendo attenzione ai dovuti approfondimenti finalizzati a meglio comprendere il fenomeno nella sua interezza: siamo di fronte ad un'offerta troppo ridotta/inefficiente sotto il profilo dell'impiego ottimale delle risorse umane e strumentali? Ad un eccesso di domanda o ad una domanda inappropriata che vede in primo piano le responsabilità del medico prescrittore e dello stesso paziente? L'offerta e la distribuzione delle strutture nel territorio riflettono le caratteristiche epidemiologiche della popolazione (i suoi bisogni di salute) o siamo di fronte alla difficoltà di una vera integrazione ospedale-territorio e/o socio-sanitaria?

Agire sul versante degli incentivi economici, nell'ambito degli accordi negoziali tra le parti (ASL, erogatori, medici di medicina generale), può non essere sufficiente. La dimensione clinica e quella organizzativa, la regolazione dell'offerta e il controllo della domanda vanno affrontati congiuntamente.

Un efficace governo clinico delle liste d'attesa muove, da un lato, da una maggiore attenzione al cittadino, mediante il miglioramento dell'offerta (per esempio, attraverso l'ampliamento dei servizi in fasce orarie più adatte alle esigenze dell'utenza) e la messa a punto di strumenti di comunicazione efficaci (relativamente alle strutture erogatrici e alle modalità di accesso all'assistenza specialistica); dall'altro, dall'appropriatezza clinica nell'uso delle prestazioni sanitarie e dall'introduzione di modalità di gestione il più possibile basate sulla razionalità clinica nell'accesso alle prestazioni (lo sviluppo e l'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi dai professionisti, gli effettivi bisogni assistenziali dei pazienti, la definizione di criteri di priorità clinica).

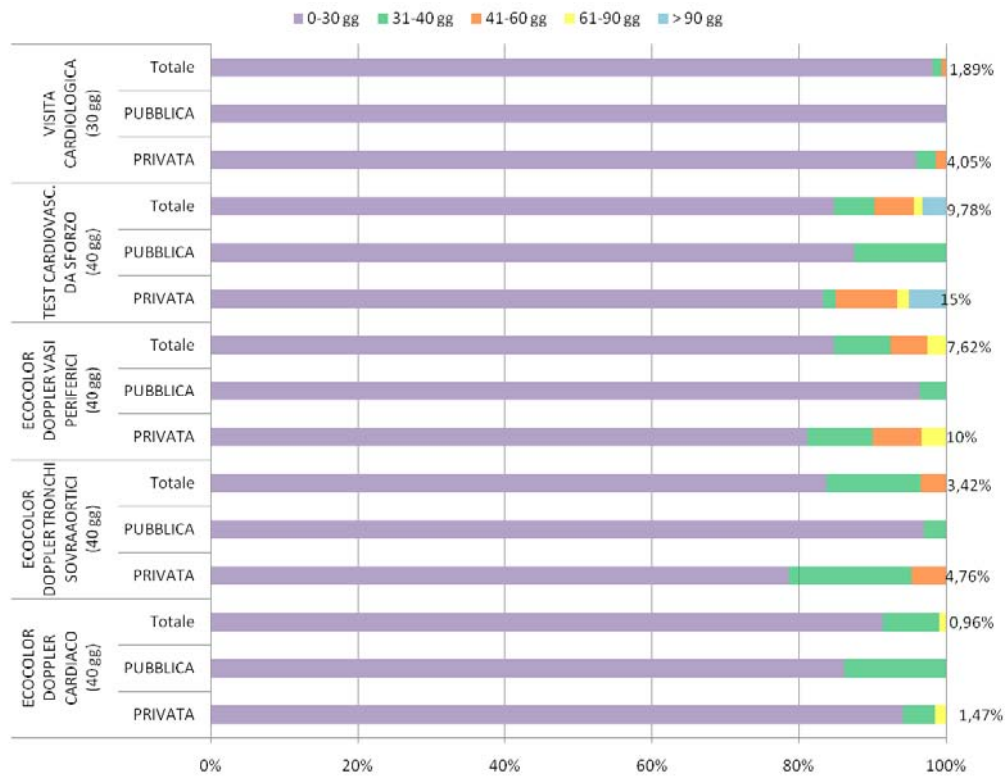
In questo senso una politica di programmazione dell'offerta non può prescindere dalla necessità d'identificare la quota di popolazione di riferimento candidata ad accedere ai servizi. Al di fuori della ricerca di questa coerenza, l'esplicitazione di tempi massimi rischia di tradursi in un mero adempimento formale.

Appendice

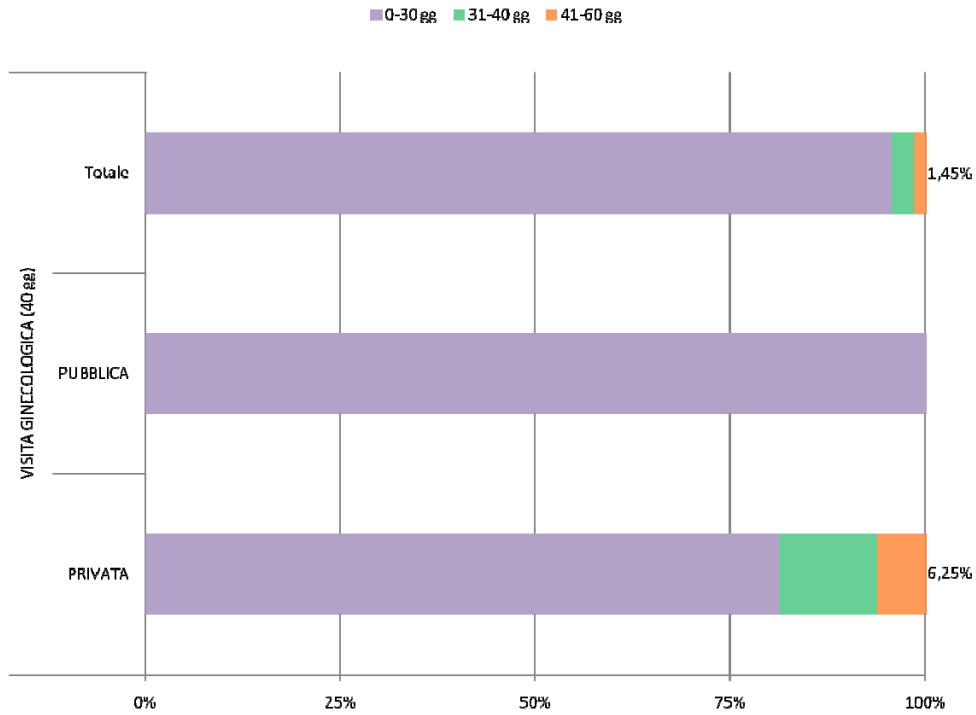
Criticità Area Oncologica



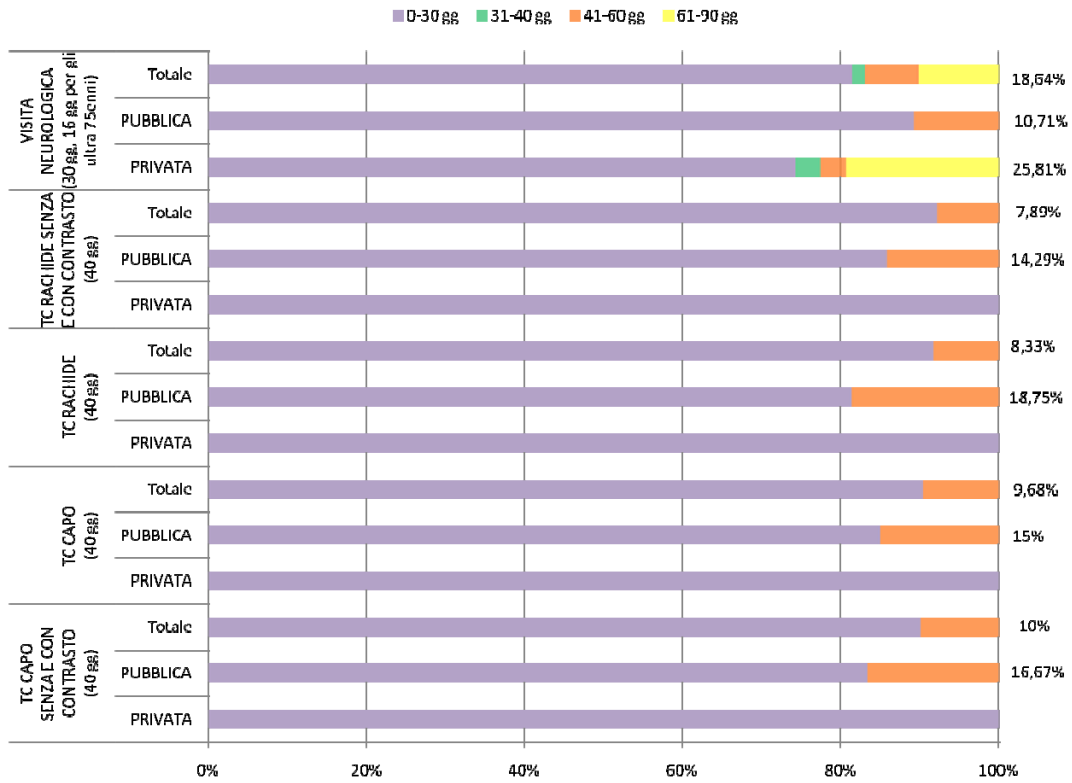
Criticità Area Cardiovascolare



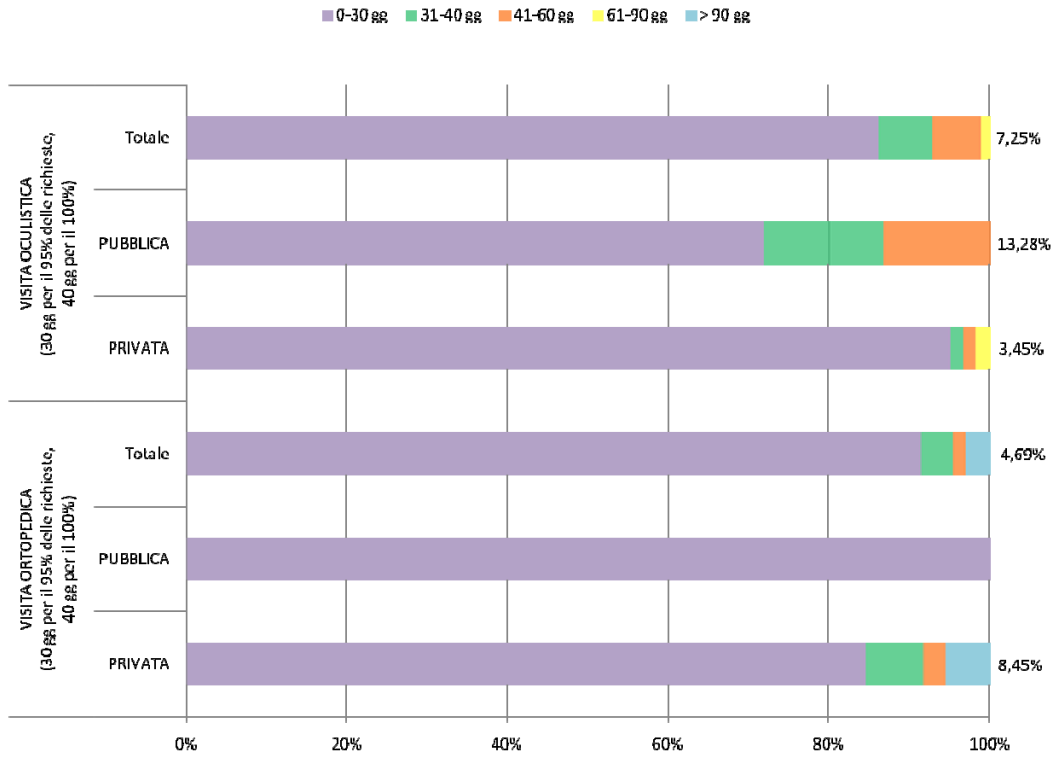
Criticità Area Materno-Infantile



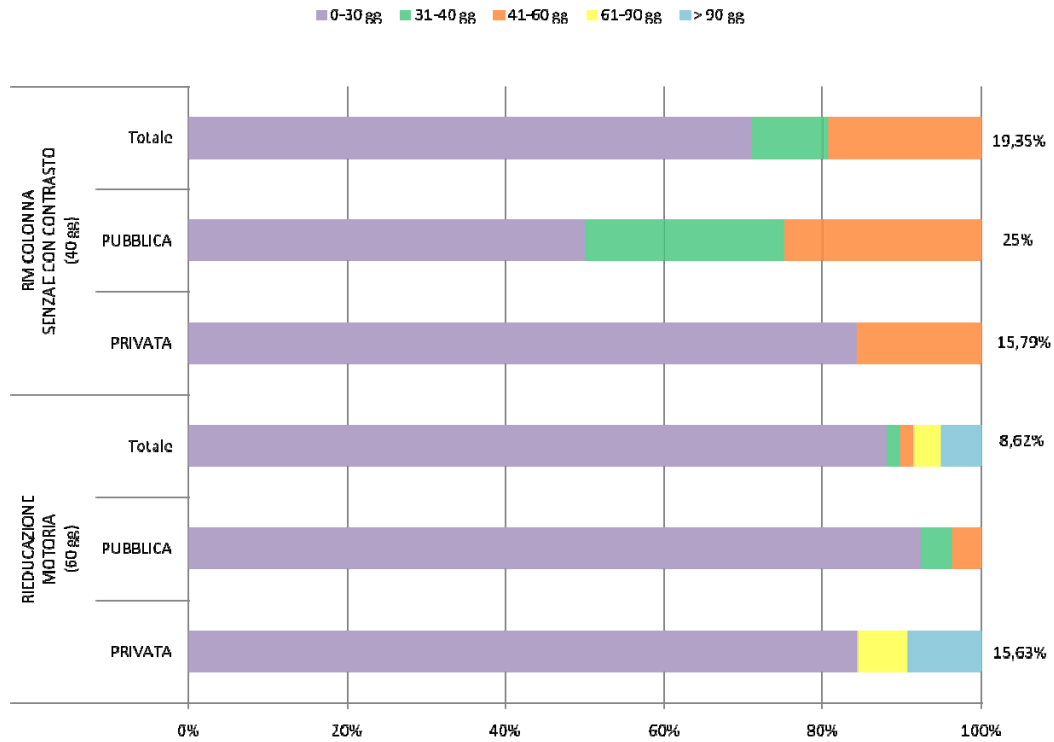
Criticità Area Geriatrica



Criticità Visite a Maggiore Impatto



Criticità Altre Prestazioni



Volume dell'attività di libera professione (1 marzo – 31 agosto 2010)

Azienda Ospedaliera "Bolognini" di Seriate

Strutture	N di prestazioni
Ospedale "Bolognini" di Seriate	5.198
Ospedale "Pesenti-Fenaroli" di Alzano Lombardo	2.427
Ospedale "SS. Capitanio e Gerosa" di Lovere	630
Ospedale "M.O.A. Locatelli" di Piario	467
Ospedale "Briolini" di Gazzaniga	424
Ospedale "S. Isidoro" di Trescore Balneario	9
TOTALE	9155

OSPEDALE "BOLOGNINI" DI SERIATE

Prestazione	N di prestazioni erogate
VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA)	842
VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA)	827
ELETTROCARDIOGRAMMA	657
VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	269
ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO	235
VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	202
VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	196
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (PRIMA VISITA)	138
ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	130
VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	114
VISITA SENOLOGICA (PRIMA VISITA)	106
ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP TEST]	97
VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	93

VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	82
ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	69
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CICLOERGOMETRO	59
ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	48
VISITA UROLOGICA (PRIMA VISITA)	47
MAMMOGRAFIA BILATERALE	42
VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)	40
ECOGRAFIA OSTETRICA	39
VISITA DIETOLOGICA (PRIMA VISITA)	39
ES.IST.APP.DIG.:BIOP.ENDOSC.(S.UNICA)	38
VISITA NEUROLOGICA PER RINNOVO PATENTE	37
VISITA DIABETOLOGICA CERTIFIC. PATENTE GUIDA	35
VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	34
VISITA DIETOLOGICA (CONTROLLO)	32
VISITA ENDOCRINOLOGICA (PRIMA VISITA)	32
ORTOPANORAMICA ARCADE DENTARIE	29
ECOGRAFIA TIROIDE-PARATIROIDI	28
VISITA REUMATOLOGICA (CONTROLLO)	28
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	24
VISITA CARDIOLOGICA	24
CAPSULOTOMIA YAG-LASER CATARATTA SECONDARIA	23
VISITA REUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	23
ECOCOLORDOPPLER VENOSO ARTI INFERIORI	19
VISITA ENDOCRINOLOGICA (CONTROLLO)	19
VISITA FISIATRICA (PRIMA VISITA)	19

VISITA INTERNISTICA (PRIMA VISITA)	19
ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	18
ECOGRAFIA COLLO	16
ECOGRAFIA TESTICOLI	15
VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO)	15
VISITA ORTOPEDICO TRAUMAT. (PRIMA VISITA)	15
COLONSCOPIA	14
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA	14
VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	13
IRIDECTOMIA	12
VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	12
ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI	11
RX TORACE	11
ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE	9
ES.IST.APP.DIG.: POLIP.ENDOSC. (SINGOLA)	9
ES.IST.CUTE E/O TESS.MOLLI: BIOP.ESCISS.	9
ECOGRAFIA DELLA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	8
VISITA EPATOLOGICA (PRIMA VISITA)	8
ECO (COLOR) DOPPLERGRAFIA CARDIACA PR. FIS/FAR	7
ECOCOLORDOPPLER TIROIDE	7
ES.IST.APP.DIG.: BIOP.ENDOSC. (S.MULT.)	7
COLONSCOPIA CON POLIPECTOMIA	6
INCISIONE CON DRENAGGIO CUTE TESS. SOTTOCUT.	6
ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI	5
VISITA INTERNISTICA (CONTROLLO)	5

VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	5
ECOCOLORDOPPLER VASI SPERMATICI	4
ES.IST.APP.UROG.:POLIPECT.ENDOCERVICALE	4
PRIMA VISITA NEFROLOGICA	4
RX GINOCCHIO DX	4
RX RACHIDE CERVICALE	4
TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO	4
VISITA ANGIOLOGICA (PRIMA VISITA)	4
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	3
ES.IST.APP.DIG.: POLIP.ENDOSC. (S.MULT.)	3
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	3
MANOMETRIA ESOFAGEA	3
PRELIEVO CITOLOGICO	3
RX GINOCCHIO SX	3
VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	3
VISITA PEDIATRICA (PRIMA VISITA)	3
COLONSCOPIA CON BIOPSIA	2
ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO ARTI SUPERIORI	2
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	2
HOLTER PRESSIONE ARTERIOSA	2
MANOMETRIA ANO-RETTALE	2
PH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	2
RMN ENCEFALO E TRONCO ENCEF. SENZA CONTRASTO	2
RX BACINO	2
RX PIEDE DX	2

RX RACHIDE COMPLETO E BACINO SOTTO CARICO	2
RX RACHIDE LOMBO-SACRALE	2
VISITA DIABETOLOGICA (CONTROLLO)	2
AMNIOCENTESI PRECOCE	1
ECO-COLOR-DOPPLER SCROTALE PER VARICOCELE	1
ECOCOLORDOPPLER VENOSO ARTI SUPERIORI	1
ECOGRAFIA AORTA E GROSSI VASI ADDOMINALI	1
ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	1
ECOGRAFIA TRANSRETTALE	1
ES.IST. CAVO ORALE: ESCISSIONE NEOFORMAZIONE	1
ES.IST.CUTE E/O TESS.MOLLI: ESC.NEOF.MULT.	1
ES.IST.RESP.: BIOP.VIE AEREE (S.MULT.)	1
ES.IST.SIST.EMOP.:AGOBIOPSIA LINFONODALE	1
ES.IST.SIST.EMOP.: ASPORT.LINFONODO SUPERFIC.	1
INIEZ.SOST. TERAP. ARTICOLAZIONE O LEGAMENTO	1
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX	1
RACCOLTA SANGUE CORDONALE USO AUTOLOGO	1
RM COLONNA CERVICALE	1
RM COLONNA LOMBOSACRALE	1
RX CAVIGLIA DX	1
RX CRANIO E SENI PARANASALI	1
RX FEMORE SX	1
RX PIEDE SX	1
RX PIEDE/CAVIGLIA DX SOTTO CARICO	1
RX RACHIDE TORACO-DORSALE	1

RX SPALLA SX	1
RX TRACHEA	1
VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE	1
VISITA ANGIOLOGICA (CONTROLLO)	1
VISITA CONTROLLO ENDOCRINOLOGICA	1
VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	1
VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	1
VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	1
VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	1
TOTALE	5.198

OSPEDALE "PESENTI-FENAROLI" DI ALZANO LOMBARDO

Prestazione	N di prestazioni erogate
VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	333
VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA)	230
ELETTROCARDIOGRAMMA	202
VISITA DERMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	173
ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	162
VISITA ORTOPEDICO TRAUMAT. (PRIMA VISITA)	96
VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	83
VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	79
VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA)	79
ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	69
VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	65

ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	52
VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	43
ECOCOLORDOPPLER VENOSO ARTI INFERIORI	37
ECOGRAFIA OSTETRICA	37
VISITA UROLOGICA (PRIMA VISITA)	28
VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	27
ECOGRAFIA COLLO	25
MAMMOGRAFIA BILATERALE	24
ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI	23
ECOGRAFIA TIROIDE-PARATIROIDI	23
VISITA ANGIOLOGICA (PRIMA VISITA)	23
VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	23
VISITA ENDOCRINOLOGICA (CONTROLLO)	20
VISITA ENDOCRINOLOGICA (PRIMA VISITA)	20
VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	20
VISITA DERMATOLOGICA (CONTROLLO)	19
COLONSCOPIA	18
ECO OST. ES MORFOBIOMETRICO	18
VISITA ONCOLOGICA (PRIMA VISITA)	18
VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)	18
ECOGRAFIA DELLA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	15
ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	15
VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	15
ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	14
ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO	13

VISITA DIABETOLOGICA per rinnovo patente	13
CONSULENZA RADIOLOGICA – CONTROLLO	12
ECOGRAFIA TESTICOLI	12
ORTOPANORAMICA ARCATE DENTARIE	12
VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	12
ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA	11
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	11
ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI	10
VISITA INTERNISTICA (PRIMA VISITA)	10
ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	9
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA	9
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA TRONCHI SOVRAAORTICI	8
ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE	8
VISITA DIABETOLOGICA (CONTROLLO)	8
VISITA CONTROLLO PROCTOLOGICA	7
VISITA DIABETOLOGICA (PRIMA VISITA)	7
INIEZ.SOST. TERAP. ARTICOLAZIONE O LEGAMENTO	6
VISITA ONCOLOGICA (CONTROLLO)	6
ECOGRAFIA TRANSRETTALE	5
INIEZIONI DELLE EMORROIDI	5
VISITA CARDIOLOGICA	5
VISITA DIETOLOGICA (CONTROLLO)	5
VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	5
ASPORTAZIONE TUMORI BENIGNI PEDUNCOLATI UTERO	4
RX TORACE	4

ECOCOLORDOPPLER GROSSI VASI ADDOME	3
PRELIEVO CITOLOGICO	3
RX BACINO	3
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	3
TAC TORACE CON E SENZA CONTRASTO	3
VISITA DIETOLOGICA (PRIMA VISITA)	3
ECOCOLORDOPPLER TIROIDE	2
ECOGRAFIA TIROIDE-PARATIROIDI	2
INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOST. SCLEROSANTI	2
INSERZIONE PESSARIO VAGINALE	2
RELAZIONE SPECIALISTICA	2
RX ANCA SX	2
RX CAVIGLIA SX	2
RX RACHIDE LOMBO-SACRALE	2
TAC ADDOME COMPLETO CON E SENZA CONTRASTO	2
TAC COLLO CON E SENZA CONTRASTO	2
TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	2
VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	2
CLISMA OPACO CON DOPPIO CONTRASTO	1
COLONSCOPIA CON POLIPECTOMIA	1
ECO-COLOR-DOPPLER SCROTALE PER VARICOCELE	1
ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	1
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	1
RACCOLTA SANGUE CORDONALE USO AUTOLOGO	1
RIMOZIONE DISPOSITIVO CONTRACC. INTRAUTERINO	1

RIMOZIONE UNGHIA, MATRICE O PLICA UNGUEALE	1
RX ANCA DX	1
RX AVAMBRACCIO DX	1
RX CAVIGLIA DX	1
RX DITO MANO SX	1
RX EMITORACE SX PER COSTE	1
RX FEMORE SX	1
RX GINOCCHIO SX	1
RX POLSO DX	1
RX RACHIDE COMPLETO E BACINO SOTTO CARICO	1
RX SPALLA SX	1
RX TUBO DIGERENTE COMPLETO (COMPRESO ESOFAGO)	1
TAC ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	1
TUBO DIGERENTE PRIME VIE	1
VISITA INTERNISTICA (CONTROLLO)	1
TOTALE	2.427

OSPEDALE "SS. CAPITANIO E GEROSA" DI LOVERE

Prestazione	N di prestazioni erogate
VISITA ORTOPEDICO TRAUMAT. (PRIMA VISITA)	151
VISITA UROLOGICA (PRIMA VISITA)	99
VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	94
VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)	80
VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	56

ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	25
INIEZ.SOST. TERAP. ARTICOLAZIONE O LEGAMENTO	17
VISITA INTERNISTICA (CONTROLLO)	17
COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	16
VISITA INTERNISTICA (PRIMA VISITA)	12
ECOGRAFIA TIROIDE-PARATIROIDI	11
ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	10
VISITA FISIATRICA (PRIMA VISITA)	9
ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	8
ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	4
ECOGRAFIA DELLA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	4
ELETTROCARDIOGRAMMA	4
VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA)	4
ECOGRAFIA TESTICOLI	3
ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE	2
ECOGRAFIA COLLO	2
ECOGRAFIA TRANSRETTALE	2
TOTALE	630

OSPEDALE "M.O.A. LOCATELLI" DI PIARIO

Prestazione	N di prestazioni erogate
ELETTROCARDIOGRAMMA	84
VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA)	82
VISITA ORTOPEDICO TRAUMAT. (PRIMA VISITA)	47

VISITA PNEUMOLOGICA (PRIMA VISITA)	33
VISITA DIABETOLOGICA per rinnovo patente	28
ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	27
ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	17
VISITA ALLERGOLOGICA (PRIMA VISITA)	17
VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	15
COLONSCOPIA	12
ECOCARDIOGRAFIA COLOR DOPPLER A RIPOSO	10
VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	10
ECOGRAFIA TIROIDE-PARATIROIDI	9
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	8
INIEZ.SOST. TERAP. ARTICOLAZIONE O LEGAMENTO	6
VISITA DIABETOLOGICA (PRIMA VISITA)	6
VISITA ENDOCRINOLOGICA (PRIMA VISITA)	6
ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	5
TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI	5
VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	5
ECOCOLOR DOPPLER VENOSO ARTI INFERIORI	4
VISITA DIETOLOGICA (PRIMA VISITA)	4
VISITA INTERNISTICA (PRIMA VISITA)	4
ECOCOLOR DOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI	3
ECOCOLOR DOPPLER ARTERIOSO ARTI SUPERIORI	2
ECOCOLOR DOPPLER GRAFIA TRONCHI SOVRAAORTICI	2
ECOGRAFIA COLLO	2
ECOGRAFIA DELLA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	2

ECOGRAFIA TESTICOLI	2
VISITA CARDIOLOGICA	2
VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	2
ECOCOLORDOPPLER VENOSO ARTI SUPERIORI	1
ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE	1
ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE DX	1
ECOGRAFIA TRANSRETTALE	1
RACCOLTA SANGUE CORDONALE USO AUTOLOGO	1
VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	1
TOTALE	467

OSPEDALE "BRIOLINI" DI GAZZANIGA

Prestazione	N di prestazioni erogate
VISITA ALLERGOLOGICA (PRIMA VISITA)	87
IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA	78
TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI	67
VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA)	59
VISITA PNEUMOLOGICA (PRIMA VISITA)	59
ELETTROCARDIOGRAMMA	57
ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO	9
OSSERVAZ. COMPORTAM. BAMBINO SEDE (S)	3
TEST EPICUTANEI (PATCH TEST)	3
PRIMA VISITA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1
TEST DETERIORAMENTO E SVILUPPO INTELLETTIVO	1
TOTALE	424

OSPEDALE "S. ISIDORO" DI TRESORE BALNEARIO

Prestazione	N di prestazioni erogate
VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	9

Azienda Ospedaliera di Treviglio

Strutture	N di prestazioni
Poliambulatorio Osp. di Treviglio	9.709
Poliambulatorio Osp. di S.G. Bianco	5.461
Poliambulatorio Osp. di Romano L.	4.612
Poliambulatorio Osp. di Calcinante	2.582
TOTALE	2.2364

POLIAMBULATORIO OSP. S.G. BIANCO

Prestazione	N di prestazioni erogate
PRESTAZIONI DI LABORATORIO ANALISI CHIMICHE	3.701
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	983
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	354
PSICHIATRIA	144
OCULISTICA	81
DERMATOLOGIA	63
CHIRURGIA GENERALE	63
MEDICINA GENERALE	32
RADIOLOGIA	20
PEDIATRIA	9

OTORINOLARINGOIATRIA	8
CARDIOLOGIA	3
MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	0
UROLOGIA	0
TOTALE	5.461

POLIAMBULATORIO OSP. CALCINATE

Prestazione	N di prestazioni erogate
PRESTAZIONI DI LABORATORIO ANALISI CHIMICHE	1.364
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	666
CHIRURGIA GENERALE	223
RADIOLOGIA	135
MEDICINA GENERALE	104
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	71
PEDIATRIA	13
OTORINOLARINGOIATRIA	6
UROLOGIA	0
TOTALE	2.582

POLIAMBULATORIO OSP. TREVIGLIO

Prestazione	N di prestazioni erogate
PRESTAZIONI DI LABORATORIO ANALISI CHIMICHE	1.664
CARDIOLOGIA	1.183
OSTETRICA E GINECOLOGIA	1.164
MEDICINA NUCLEARE	1.005
MEDICINA GENERALE	482
RADIOLOGIA	477
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	472
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	448
OCULISTICA	371
OTORINOLARINGOIATRIA	309
REUMATOLOGIA	295
NEUROLOGIA	292
CHIRURGIA GENERALE	291
MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	231
NEFROLOGIA	213
GASTROENTEROLOGIA	181
UROLOGIA	142
PEDIATRIA	124
PSICHIATRIA	117
ALLERGOLOGIA	108
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	66
TERAPIA INTENSIVA	42
ONCOLOGIA	28

EMATOLOGIA	4
TOTALE	9.709

POLIAMBULATORIO OSP. ROMANO DI LOMBARDIA

Prestazione	N di prestazioni erogate
PRESTAZIONI DI LABORATORIO ANALISI CHIMICHE	2.356
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	648
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	418
RADIOLOGIA	417
MEDICINA GENERALE	205
CHIRURGIA GENERALE	187
OSTETRICA E GINECOLOGIA	150
MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	141
NEUROLOGIA	69
PSICHIATRIA	10
CHIRURGIA VASCOLARE	5
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	3
OTORINOLARINGOIATRIA	3
TOTALE	4.612

Principali riferimenti sui tempi d'attesa nella normativa nazionale, regionale e aziendale

Piano Nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012

Il Piano si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, mediante l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Aggiornamento del Piano attuativo aziendale per il contenimento dei tempi d'attesa 2010

(Deliberazione del Direttore Generale n. 18 del 20 gennaio 2010, ASL della Provincia di Bergamo)

DGR n. VIII/8501 del 26 novembre 2008 e n. VIII/10946 del 30 dicembre 2009

DGR VIII/10946 del 30 dicembre 2009 modifica le percentuali di raggiungimento dei tempi d'attesa obiettivo previste al punto 3 dell'allegato alla DGR 2828/2006, portandole a una soglia di almeno il 95% dei primi accessi.

Piano attuativo aziendale sul contenimento dei tempi d'attesa

(Atto n. 115 del 27 febbraio 2007, Atto n. 26 del 30 gennaio 2009, ASL della Provincia di Bergamo)

DGR n. VIII/2828 del 27 giugno 2006

La DGR recepisce l'Intesa Stato, Regioni, P.A. del 28 marzo 2006 e realizza il Piano regionale di prima attuazione, raccoglie e integra le precedenti indicazioni, individuando ulteriori aree critiche.

Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

Il Piano prevede al punto 4.4 "La promozione del Governo clinico e la qualità nel SSN compresa la tematica delle liste di attesa".

Intesa in Conferenza Stato, Regioni, P.A. del 28 marzo 2006

"Piano Nazionale di contenimento delle liste d'attesa per il triennio 2006-2008"

Il Piano Nazionale si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, percorso che tenga conto dell'applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza sia di urgenza delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema a tutti i livelli, con l'obiettivo di realizzare sinergie d'intervento tra i livelli istituzionali deputati a contrastare il fenomeno.

Legge n. 266 del 23 dicembre 2005

"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)", *Supplemento Ordinario alla G.U. n. 302 del 29 dicembre 2005*
Art. 1 co. 279-284, 288, 289, 309, 279.

Legge n. 311 del 30 dicembre 2004

"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)", *Supplemento Ordinario alla G.U. n. 306 del 31 dicembre 2004*

Art. 1 co. 164 e 169.

Accordo Regionale del 1° luglio 2004

Sulla base dell'Accordo siglato con le organizzazioni maggiormente rappresentative dei Medici di Medicina generale e Pediatri di Libera Scelta, le prestazioni individuate prevedono tre classi di priorità che devono essere indicate a cura del medico prescrittore sulla prescrizione delle prestazioni.

Classi di priorità

1. "A" - procedura sollecita: definita dal prescrittore se c'è necessità di prestazioni la cui tempestiva esecuzione può condizionare la prognosi a breve del soggetto o influenzare marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. La prestazione deve essere eseguita entro tre giorni.
2. "B" - procedura di prima diagnosi: definita dal prescrittore se per una prima diagnosi o un aggravamento di un quadro clinico già noto, c'è necessità di prestazioni la cui tempestiva esecuzione non sembra condizionare in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente. La prestazione deve essere erogata nel tempo obiettivo regionale, o comunque non oltre 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.
3. "C" - *follow up*: definita dal prescrittore se c'è necessità di prestazioni programmabili in un più ampio arco di tempo, in quanto non sembrano influenzare la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità. Questa classe di priorità è riservata alle prestazioni programmate (*follow up, screening*), comprese le situazioni a diagnosi già formulata per le quali è necessario un ulteriore approfondimento. Le prestazioni che rientrano nella classe "C" sono inserite in una lista d'attesa specifica e possono essere programmate e di conseguenza erogate in un maggiore arco di tempo, di norma entro 180 giorni dal primo accesso.

DGR n. VII/12287 e VII/15324 del 2003, VII/19688 del 2004, VIII/1375 del 2005

La Giunta Regionale introduce la negoziazione delle attività di ricovero e di specialistica. Nel 2005 e nel 2006 una parte significativa delle risorse è destinata alla risoluzione di eventuali situazioni locali di squilibrio tra domanda e offerta. È inoltre stabilito che:

- le strutture sanitarie debbano eseguire gli esami di laboratorio senza prenotazione;
- le liste di prenotazione rimangano aperte, in modo da garantire la "trasparenza" delle liste di attesa e fornire sempre una risposta ai bisogni espressi dai pazienti;
- i medici di famiglia e i pediatri, qualora ravvisino un caso di urgenza, possano richiedere che la prestazione sia garantita entro 72 ore dalla prenotazione mediante l'applicazione del "Bollino verde";
- la struttura erogatrice s'impegni, su richiesta del paziente, qualora non sia rispettato il tempo di attesa stabilito come obiettivo relativo alla prestazione, a erogare la stessa in regime libero professionale, facendosi carico dell'intera tariffa, detratto l'eventuale ticket che risulta a carico del paziente. Nel caso in cui la struttura prescelta non sia in grado di garantire le prestazioni entro il tempo massimo, rivolgendosi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASL i cittadini sono indirizzati verso altre strutture del territorio in grado di rispettarlo. Tali garanzie si intendono per le Prime Visite o prime prestazioni, escludendo i controlli, screening e monitoraggio o Percorsi Diagnostici complessi.

Accordo Stato, Regioni e P.A. del 24 luglio 2003

"Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l'attuazione del Piano sanitario 2003-2005"

Tra gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, al cui perseguimento sono vincolate apposite risorse ai sensi dell'articolo 1, co. 34 bis della Legge 662/96, l'accordo prevede per le liste d'attesa il rilancio dell'impegno per una piena attuazione in tutte le realtà regionali dell'accordo del 14 febbraio 2002.

DPR del 23 maggio 2003 (Piano Sanitario Nazionale 2003-2005)

(G.U. s.o. n. 95 al n. 139 della serie generale del 18 giugno 2003)

Il piano prevede al progetto 2.1 di "Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali e appropriati di assistenza e ridurre le liste d'attesa".

Legge n. 289 del 27 dicembre 2002

"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)", *Supplemento ordinario alla G.U. n. 305 del 31 dicembre 2002*)

Art. 52 (Razionalizzazione della spesa sanitaria), co. 4:

"Tra gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2003, n. 112, ai sensi dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del servizio sanitario nazionale per gli anni 2003,2004 e 2005, sono ricompresi anche i seguenti: *(omissis)* c) l'attuazione nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste d'attesa, di adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni a settimana, in armonia con quanto previsto dall'accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 14 febbraio 2002 *(omissis)*".

DGR n. VII/15324 del 28 novembre 2003

In applicazione dell'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 sulle priorità di accesso, la Giunta Regionale prevede la prescrizione ed erogazione di alcune prestazioni secondo tempi di attesa più brevi, determinati dalle necessità cliniche presentate da ciascun paziente e non secondo l'ordine di presentazione al centro prenotazione. Le prestazioni interessate sono:

- Visita Oculistica,
- Visita Cardiologia,
- TAC Colonna vertebrale,
- RMN encefalo,
- Ecografia addome superiore,
- Ecocolordoppler tronchi sovra aortici.

DGR n. VI/38571 del 1998, n. VI/43818 e n. VI/47675 del 1999, n. VII/2859 del 2000, n. VII/7928 del 2002

La Giunta Regionale della Lombardia definisce i tempi obiettivo, le modalità di monitoraggio e le deroghe applicabili per le strutture ad alta concentrazione di domanda, stabilisce la separazione delle agende ed introduce la categoria delle urgenze differibili.

Accordo Stato, Regioni e P.A. del 11 luglio 2002

"Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002,

sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa".

DPCM del 16 aprile 2002

"Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa" (G.U. n. 122 del 27 maggio 2002)

Accordo Stato, Regioni e P.A. del 14 febbraio 2002 n. 724

"Accordo tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa", *Repertorio atti n. 1386.*

DPCM del 29 novembre 2001

Il DPCM definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che il SSN si impegna a garantire a tutti i cittadini. La definizione dei LEA comprende il riconoscimento dell'erogazione delle prestazioni entro tempi adeguati alle necessità, dando particolare rilevanza ai criteri di appropriatezza, di trasparenza, d'urgenza.

DPCM del 27 marzo 2000

"Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale" (G.U. n. 121 del 26 maggio 2000)

Art. 10 (Riduzione delle liste d'attesa):

"Al fine di assicurare che l'attività libero-professionale comporti la riduzione delle liste d'attesa per l'attività istituzionale delle singole specialità, anche in attuazione delle disposizioni regionali di cui all'articolo 3, co. 12, del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124, il direttore generale concorda con i singoli dirigenti e con le equipe i volumi di attività istituzionale che devono essere comunque assicurati in relazione ai volumi di attività libero professionale con particolare riferimento alle prestazioni non differibili in ragione della gravità e complessità della patologia. Per la progressiva riduzione delle liste d'attesa, il direttore generale, avvalendosi del collegio di direzione: programma e verifica le liste d'attesa con l'obiettivo di pervenire a soluzioni organizzative, tecnologiche e strutturali che ne consentano la riduzione, assume le necessarie iniziative per la razionalizzazione della domanda, assume interventi diretti ad aumentare i tempi di utilizzo di apparecchiature e ad incrementare la capacità di offerta dell'azienda. L'attività professionale di cui all'articolo 8 resa per conto dell'azienda nelle strutture aziendali, se svolta in regime libero-professionale, deve essere finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa. A tali fini nell'autorizzare lo svolgimento dell'attività, l'azienda valuta l'apporto dato dal singolo dirigente all'attività istituzionale e le concrete possibilità di incidere sui tempi d'attesa. Al fine di ridurre le liste d'attesa, oltre che la partecipazione ai proventi ai sensi dell'articolo 12, i contratti aziendali prevedono specifici incentivi di carattere economico per il personale di supporto".

D.Lgs. n. 229 del 19 giugno 1999

"Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419". (*Supplemento ordinario n. 132/L alla G.U. n. 165 del 16 luglio 1999*)

Art. 15 *quinquies*, co. 3:

"Per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale e al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste d'attesa, l'attività libero professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali".

DPR del 23 luglio 1998 (Piano sanitario nazionale 1998 - 2000)

(Supplemento ordinario alla G.U. n. 288 del 10 dicembre 1998)

"Le regioni e le aziende sanitarie, nell'ambito delle linee di indirizzo per l'individuazione delle priorità assistenziali e della indicazione degli obiettivi gestionali, elaborano programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri e l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Strumenti prioritari di intervento a questo scopo sono il pieno utilizzo delle risorse assistenziali disponibili e il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni attraverso l'adozione di Linee guida, garantendo comunque il coinvolgimento dei medici prescrittori e un'adeguata informazione ai cittadini".

D.Lgs. n. 124 del 29 aprile 1998

"Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni a norma dell'art. 59, co. 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449"

(G.U. n. 99 del 30 aprile 1998).

Art. 3

Co. 10:

"Entro 3 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le regioni disciplinano i criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere determinano, entro 30 giorni dall'efficacia della disciplina regionale, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni di cui ai commi 3 e 4 e l'erogazione della stessa. Di tale termine è data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione, nonché idonea pubblicità a cura delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere".

Co. 11:

"In caso di mancata definizione da parte delle regioni dei criteri e delle modalità di cui al co. 10, il Ministro della sanità vi provvede, previa diffida, tenendo conto dell'interesse degli utenti, della realtà organizzativa delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere della regione, della media dei tempi fissati dalle regioni adempienti. I direttori generali provvedono a determinare il tempo massimo di cui al co. 10 entro 30 giorni dall'efficacia del provvedimento ministeriale. Le determinazioni del Ministro cessano di avere effetto al momento dell'esercizio dei poteri regionali di cui al co. 10".

Co. 12:

"Le regioni disciplinano, anche mediante l'adozione di appositi programmi, il rispetto della tempestività dell'erogazione delle predette prestazioni, con l'osservanza dei seguenti principi direttivi: a) assicurare all'assistito la effettiva possibilità di vedersi garantita l'erogazione delle prestazioni nell'ambito delle strutture pubbliche attraverso interventi di razionalizzazione della domanda, nonché interventi tesi ad aumentare i tempi di effettivo utilizzo delle apparecchiature e delle strutture, ad incrementare la capacità di offerta delle aziende eventualmente attraverso i ricorsi all'attività libero-professionale intramuraria ovvero a forme di remunerazione legate al risultato anche ad integrazione di quanto già previsto dai vigenti

accordi nazionali di lavoro, nonché a garantire l'effettiva corresponsabilizzazione di sanitari dipendenti e convenzionati; b) prevedere, anche sulla scorta dei risultati dell'attività di vigilanza e controllo di cui all'articolo 32, co. 9, della Legge 27 dicembre 1997, n. 449, idonee misure da adottarsi nei confronti del direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera in caso di reiterato mancato rispetto dei termini individuati per l'erogazione delle prestazioni ai sensi del co. 10; c) imputare gli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria alle risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento a carico dello Stato; d) prevedere correzioni al regime di partecipazione al costo come definito nei commi 3 e 4 secondo i criteri desumibili dal co. 13".

Co. 13:

"Fino all'entrata in vigore delle discipline regionali di cui al co. 12, qualora l'attesa della prestazione richiesta si prolunghi oltre il termine fissato dal direttore generale ai sensi dei commi 10 e 11, l'assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione, l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione. Agli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria, si fa fronte con le risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato".

Co. 14:

"Il direttore generale dell'azienda sanitaria vigila sul rispetto delle disposizioni adottate in attuazione del co. 12 e di quelle del co. 13, anche al fine dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità contabile nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito".

Co. 15:

"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".

Legge n. 449 del 27 dicembre 1997

Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica

(Supplemento Ordinario alla G.U. n. 302 del 30 dicembre 1997)

Art. 33 co. 1:

"Dopo il co. 34 dell'articolo 1 della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, è inserito il seguente: 34-bis. Per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di criteri e parametri fissati dal Piano stesso. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministro della sanità,

individua i progetti ammessi al finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del co. 34. Si applica l'ultimo co. dell'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni".

Legge n. 662 del 23 dicembre 1996

Misure di razionalizzazione della finanza pubblica
(*Supplemento Ordinario alla G.U. n. 303 del 28 dicembre 1996*)

Art. 1, co. 34:

"Il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, con priorità per i progetti sulla tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani nonché per quelli finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie".

DPCM del 19 maggio 1995

Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari"
(*Supplemento Ordinario alla G. U. n. 125 del 31 maggio 1995*)

Legge n. 724 del 23 dicembre 1994

Misure di razionalizzazione della finanza pubblica
(*Supplemento Ordinario alla G.U. n. 304 del 30 dicembre 1994*)

Art. 3, co. 8:

"Ai fini del diritto di accesso garantito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, le Unità sanitarie locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari. Tale registro sarà soggetto a verifiche e ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza delle persone".

Legge n. 833 del 23 dicembre 1978

Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, *Supplemento Ordinario alla G.U. n. 360 del 28 dicembre 1978*.

Art. 25, co. 8-10 (sostituiti dal Decreto Legge n.678 del 26 novembre 1981, art. 3, co.3, convertito con modificazioni nella Legge n. 2 del 26 gennaio 1982).

L'utente può accedere agli ambulatori e strutture convenzionati per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio per le quali, nel termine di tre giorni, le strutture pubbliche non siano in grado di soddisfare la richiesta di accesso alle prestazioni stesse.

In tal caso l'Unità sanitaria locale rilascia immediatamente l'autorizzazione con apposita annotazione sulla richiesta stessa.

L'autorizzazione non è dovuta per le prescrizioni, relative a prestazioni il cui costo, in base alla normativa vigente, è a totale carico dell'assistito.

Nei casi di richiesta urgente motivata da parte del medico in relazione a particolari condizioni di salute del paziente, il mancato immediato soddisfacimento della richiesta presso le strutture

pubbliche di cui al sesto comma equivale ad autorizzazione ad accedere agli ambulatori o strutture convenzionati.

In tal caso l'Unità sanitaria locale appone sulla richiesta la relativa annotazione.

Le Unità sanitarie locali attuano misure idonee a garantire che le prestazioni urgenti siano erogate con priorità nell'ambito delle loro strutture.