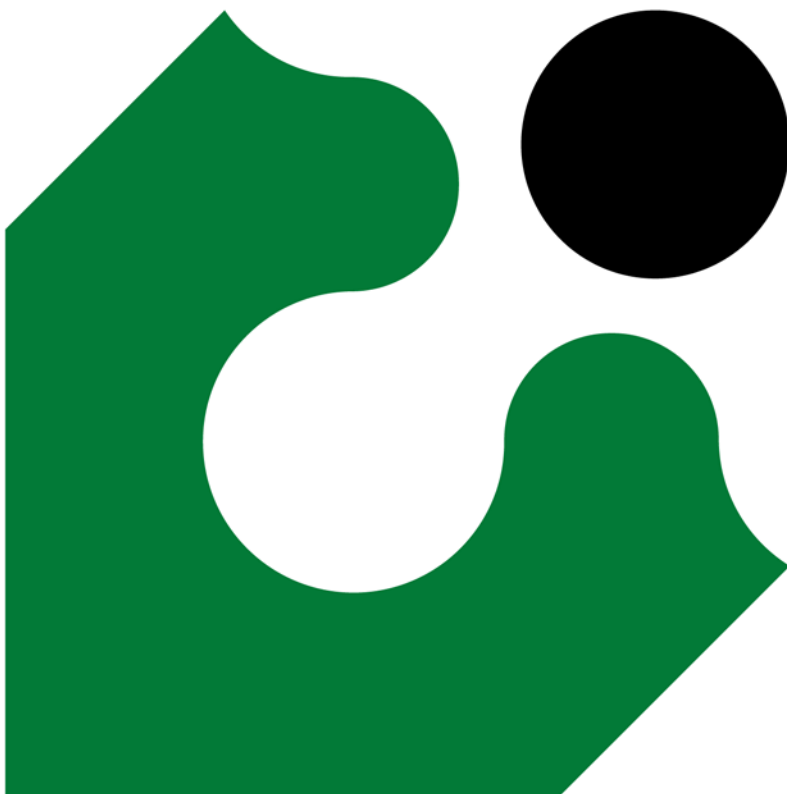




**Missione valutativa  
I tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali  
in Lombardia  
EXECUTIVE SUMMARY**

Codice: RES17006

luglio 2018



## EXECUTIVE SUMMARY

### LA RICERCA

#### L'obiettivo della missione

La ricerca ha voluto indagare come funzionano i tempi di attesa (cioè il tempo tra la prenotazione e la erogazione) delle prestazioni ambulatoriali in Lombardia.

In particolare essa si posta tre obiettivi:

1. Quali, quante prestazioni vengono erogate e quanto aspettano i cittadini.
2. Cosa si è fatto per migliorare la situazione.
3. Quali sono i trend e le previsioni.

#### Come si è lavorato

Sono stati analizzati i dati amministrativi disponibili e sono stati intervistate tutte le 8 direzioni generali delle ATS (Agenzie territoriali per la salute, che hanno la responsabilità del governo delle liste e dei tempi di attesa) e le direzioni generali di 8 ASST (aziende socio sanitarie territoriali) una per ogni ATS.

Il periodo considerato è 2016-2017. Le interviste sono state effettuate nel gennaio 2018.

### ASPETTI GENERALI

#### “Un” problema della sanità. “Il” problema per i politici.

Il problema dei tempi di attesa è diventato “uno” dei problemi più rilevanti per tutti i sistemi sanitari avanzati. Negli ultimi anni è esploso. Aumentano sia l'età dei pazienti (e quindi la domanda di servizi) sia le possibilità offerte (migliori tecnologie per l'analisi e la diagnosi). Più persone chiedono più prestazioni. Ed è inevitabile che si creino delle “code” e le aspettative dei cittadini siano sfidate.

Certamente, però, i tempi di attesa sono “il” problema più rilevante per i politici, che giustamente hanno come priorità il soddisfacimento proprio delle aspettative dei cittadini.

#### A cosa guardare? Cosa considerare?

Per inquadrare la questione bisogna considerare tre dimensioni strutturali, che in tutti i paesi industrializzati e con sistemi avanzati determinano i tempi di attesa.

1. Innanzitutto il comportamento dell'utenza.
  - La maggior criticità è il cosiddetto *drop-out*, cioè quando la persona prenota, ma poi non si presenta e non informa l'erogatore. Le ragioni possono essere diverse: cessa il

problema, si sceglie un altro erogatore che offre un tempo inferiore, ci si rivolge al privato a pagamento, oppure il paziente muore. Il fenomeno è comunque significativo: accade almeno una volta su dieci; per alcune prestazioni fino a cinque volte su dieci. E tutto ciò ingombra inutilmente le agende.

- Vi è anche l'abitudine dei cittadini di effettuare *prenotazioni multiple* presso diversi erogatori, senza poi informare gli stessi della propria scelta di recarsi in una sola sede.
  - Spesso i pazienti *preferiscono attendere tempi lunghi* per ragioni di vicinanza o predilezione per uno specifico specialista o struttura.
  - Su tutto domina la *pressione dei pazienti informati dai media/internet*. Nei Paesi industriali avanzati, il valore attribuito alla salute è sempre maggiore e genera spesso ansia di ricevere sempre più informazioni, farmaci o cure, bypassando il filtro del curante. Questi comportamenti inducono un incremento della richiesta inappropriata in termini quantitativi (maggior numero di richieste) e qualitativi (prestazioni sempre più complesse).
2. C'è poi il comportamento dei prescrittori, ovvero dei medici (di medicina generale o specialisti ospedalieri). Spesso la prescrizione è inappropriata e questa è ritenuta una delle principali cause dell'eccesso di domanda e, quindi, dell'allungarsi dei tempi. Perché accade?
- la formazione universitaria dei medici è concentrata sulla *logica diagnostica* con poca considerazione per la gestione del paziente nel suo complesso;
  - lo *sviluppo scientifico e tecnologico* recente e la relativa spinta alla parcellizzazione del sapere (e del paziente);
  - la mancanza di modalità condivise di organizzazione dei percorsi diagnostici e/o terapeutici (linee guida, profili, percorsi ecc.) ispirati a principi di *Evidence-Based Medicine*.
3. Infine ci sono poi questioni legate al sistema. Qui le maggiori criticità sono a livello di:
- *offerta insufficiente*: carenze nella quantità di professionisti o di centri deputati alle attività, specialmente sul territorio, ma anche carenze quantitative o qualitative rispetto alle tecnologie disponibili; esaurimento dei budget stabiliti negli ultimi mesi dell'anno;
  - *carenze organizzative*: eccessiva concentrazione delle attività diagnostiche nell'ospedale ed inadeguata integrazione tra ospedale e territorio;
  - *gestione non ottimale delle liste*: scarsa trasparenza, inadeguata integrazione dei CUP.

## Le soluzioni proposte

Ciò che accomuna i diversi contesti è che tutte le soluzioni si muovono sui problemi sopra indicati (approfondimento: paragrafo 1.6 del testo).

Anche in Italia, il "Piano nazionale delle liste d'attesa 2010-2012" insiste sugli stessi tre versanti:

- la responsabilizzazione dei cittadini che nasce da una corretta informazione sull'utilizzo dei servizi;
- il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, anche se questa è, invero, una variabile sanitaria e non organizzativa;
- il miglioramento dell'efficienza dei sistemi di prenotazione centralizzata, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

## In Lombardia

- Dieci anni di attenzione. In Lombardia molti degli attuali strumenti per gestire il problema dei tempi di attesa derivano dalle azioni adottate fin dal 1999, poi modificate e integrate tra loro per rispondere a nuove esigenze. La caratteristica centrale è stata la definizione di classi di priorità condivise e l'identificazione di tempi minimi per tali classi. A questi obiettivi sono stati legati gli obiettivi di performance dei direttori generali e finanziamenti ad hoc. (approfondimento: paragrafo 2.2. del testo).
- Gli strumenti. Dal punto organizzativo il Centro unificato di prenotazione lombardo si è sviluppato significativamente; ora è possibile prenotare sia da sportelli presidiati (è ancora la modalità più utilizzata, specie dagli anziani), sia da telefono, farmacie e, ora anche da smartphone con l'applicazione *Salutile*. Lo sviluppo del Call Center Regionale offre servizi complementari quali: SMS di remind (3 giorni prima dell'appuntamento con data, ora e luogo e chiamate di verifica della conferma (soprattutto per prestazioni complesse o con tempi molto alti; nel caso in cui il cittadino non confermi l'appuntamento, l'operatore libera la data).
- Il MOSA. È l'acronimo di "Monitoraggio Offerta Sanitaria Ambulatoriale", un sistema avviato nel 2015 e ormai in fase di completamento molto interessante: ogni azienda (pubblica o privata accreditata) mette a disposizione a cadenza quotidiana i dati relativi alle proprie prestazioni. Questo consente al sistema e ai cittadini di conoscere l'offerta già prenotata e l'offerta libera in termini di minuti, nonché il tempo medio di attesa per le prestazioni ambulatoriali a livello regionale, di struttura, di presidio o di area geografica scelta. Grazie al flusso MOSA, nel 2017 sono stati attivati il sito [prenotasalute.regione.lombardia.it](http://prenotasalute.regione.lombardia.it) e l'applicazione *Salutile Prenotazioni*. Sono esposte le prime cinque disponibilità di agenda per le singole prestazioni in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate regionali, permettendo di procedere con la prenotazione differita di visite ed esami specialistici, se in possesso di prescrizione del medico.
- Le prestazioni critiche. In Lombardia sono 6:
  - o Prima visita oculistica;
  - o Eco(color) dopplergrafia cardiaca;
  - o Ecografia bilaterale della mammella;
  - o Mammografia bilaterale;
  - o Ecografia dell'addome superiore;
  - o Colonscopia con endoscopio flessibile.Per queste prestazioni l'obiettivo è contenere i tempi entro 30 giorni.
- Con il progetto "Ambulatori Aperti" si è ampliata l'offerta ambulatoriale. Il progetto, sperimentato in 14 aziende pubbliche, è stato esteso nel 2015 a tutto il territorio regionale, allargando anche alle strutture private accreditate la possibilità di aderire all'iniziativa. In particolare, l'estensione del servizio riguarda le seguenti fasce orarie:
  - o dal lunedì al venerdì: dalle 18 alle 22;
  - o sabato: dalle 8 alle 15;
  - o domenica: dalle 8 alle 13.

## I PRINCIPALI RISULTATI

### Quante prestazioni vengono erogate in Lombardia?

Tante. Solo nel 2017 sono quasi 160 milioni, con un aumento di 1 milione e 400 mila rispetto all'anno precedente. Ci sono differenze territoriali interessanti: 16.67 prestazioni per abitante nel pavese e 11.44 nella bergamasca.

### E chi le eroga?

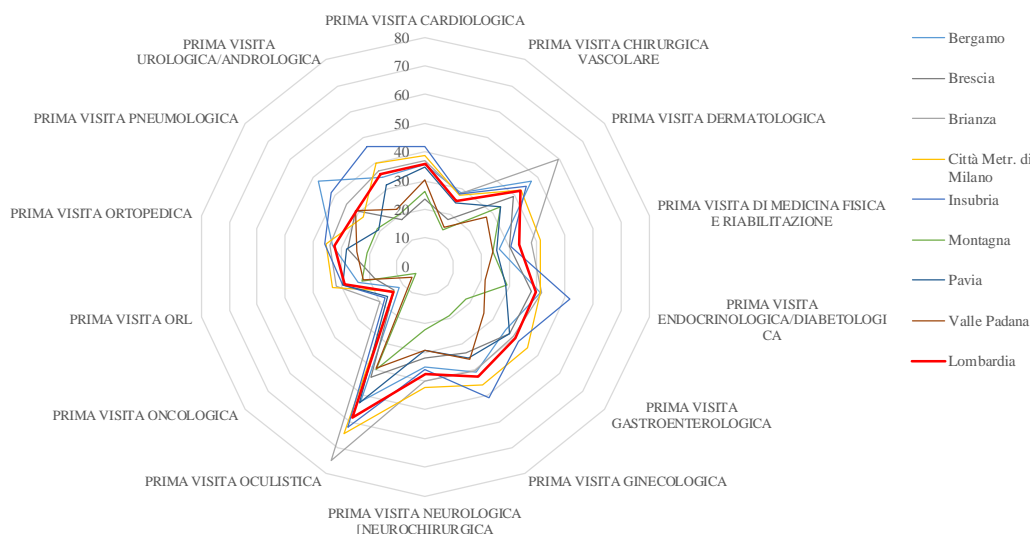
Il 54% delle prestazioni è erogato dal pubblico e il 46% dal privato accreditato. Anche qui con differenze: ATS di Brescia 54% privato e ATS della Montagna solo 12%).

### Quanto aspettano i cittadini lombardi?

Ovviamente dipende dalla prestazione.

- Dalla analisi delle 12 prestazioni oggetto di monitoraggio regionale, occorrono 59 giorni per la prima visita oculistica e 43 per la prima visita ginecologica; i tempi più bassi sono per la prima visita oncologica (14 giorni) e di chirurgia vascolare (25 giorni).

*Tempi di attesa medi delle prime visite specialistiche per ATS.  
Anno 2017 (enti pubblici e privati accreditati).*



*Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia*

- Nel 2017 si è verificato un lieve aumento dei tempi di attesa medi, ad eccezione dell'ATS di Bergamo, della Brianza e di Pavia. Generalmente ad un aumento del tempo di attesa medio sia associato un incremento dei volumi delle prestazioni.
- Per le prestazioni strumentali i tempi più lunghi sono l'ecografia (59 giorni), una tomografia computerizzata (TC) (39 giorni), una risonanza magnetica (24 giorni) e una radiografia (15 giorni). Se si considera il raggruppamento delle altre tipologie di prestazioni strumentali, per le mammografie si attende di più a livello Regionale (101

giorni per la bilaterale e 124 per la monolaterale), e per la spirometria semplice l'attesa è la minore (13 giorni).

### Tutte le prestazioni sono urgenti?

No. Il prescrittore deve specificare a quale classe di priorità appartiene la prestazione e sono previsti tempi massimi di attesa per le diverse classi:

- "U" (Urgente): entro 72 ore;
- "B" (Breve): da eseguire entro 10 giorni.
- "D" (Differibile): entro 30 giorni per le visite, 60 giorni per le prestazioni strumentali;
- "P" (Programmata): da erogarsi in un arco temporale maggiore e *comunque non oltre 180 giorni*.

I tempi devono essere garantiti per almeno il 95% dei primi accessi.

### Che urgenza hanno le prescrizioni in Lombardia?

Nel 2017 l'81% delle prescrizioni (9.751.439) erano *Programmabili* e l'11% *Differibili* (1.281.164); il 3% erano *Urgenti* (332.335), e il 3% *Brevi* (413.565). Ben 300.000 prescrizioni (2%) non riportavano la priorità.

Dal 2016 al 2017 le prestazioni *Urgenti* sono diminuite del 9%; quelle in classe *Breve*, invece, sono più che raddoppiate (+124%) e quelle in classe *Differibile* sono aumentate del 43%.

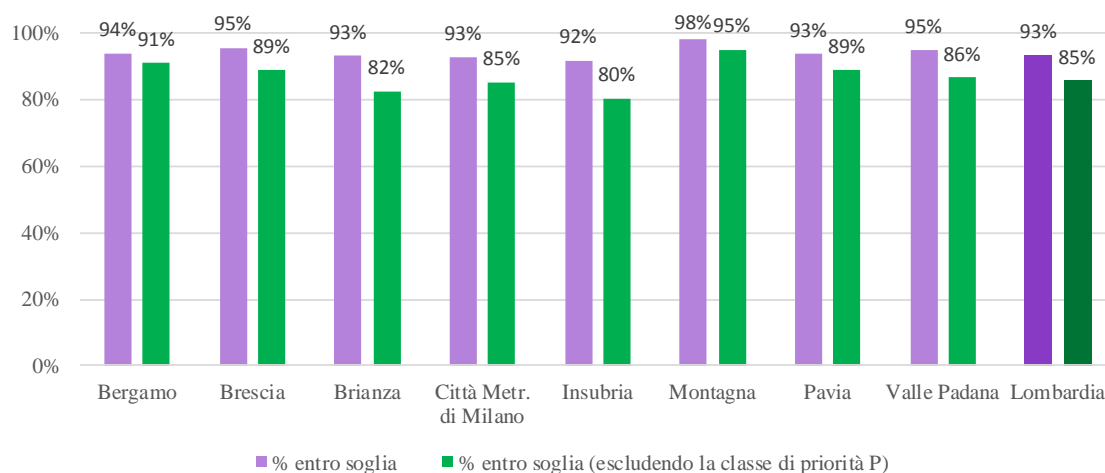
### Si rispettano i tempi?

Per la classe *Programmabile* la percentuale delle prestazioni entro soglia è superiore ovunque al 94%. Per le restanti classi di priorità la percentuale entro soglia non è mai superiore al 95%.

La percentuale di assolvimento è più elevata nei privati accreditati (anche se resta inferiore al 95% tranne che nel caso della classe di priorità *Differibile*).

La percentuale di assolvimento varia se si esclude dal calcolo la classe *Programmabile*.

*Percentuale di prestazioni entro soglia con e senza le prestazioni in classe P per ATS.  
Anno 2017 (pubblici e privati accreditati).*



Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

## Devo aspettare o decido di aspettare? Il problema dell'attrattività di alcune strutture

Ovunque emerge il problema che alcune strutture sono più attrattive di altre. Le gente preferisce magari aspettare pur di poter scegliere dove andare. È un fenomeno inevitabile. Più migliora il servizio, più la richiesta diventa esigente e preferisce un determinato erogatore piuttosto che un altro. Questa intraprendenza dei pazienti, se sviluppata fuori da dialogo con figure in grado di orientare la domanda (il medico di medicina generale o il medico ospedaliero), diventa fattore potenzialmente distorsivo.

## Tempo medio e tempo minimo

Una conseguenza di ciò è che il tempo medio di attesa rilevato è diverso dal tempo di attesa minimo. Il primo ci dà una effettiva conoscenza di quanto realmente attendono i cittadini per le prestazioni soggette a monitoraggio, il secondo di quanto potenzialmente attenderebbero se accettassero la prima data a loro prospettata. In Lombardia il tempo medio è di 45 giorni, mentre quello minimo è di 35.

*Tempi di attesa e tempi di attesa minimi (in giorni) per ATS.  
Anno 2017 (enti pubblici e privati accreditati).*

<b>ATS</b>	<b>Tempo attesa medio</b>	<b>Tempo attesa minimo</b>
Bergamo	46	39
Brescia	37	31
Brianza	46	34
Città Metr. di Milano	51	37
Insubria	45	41
Montagna	32	22
Pavia	43	37
Valle Padana	32	22
Lombardia	45	35

*Fonte: Elaborazioni Polis-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia*

## La prenotazione 1: lavorare sull'appropriatezza

Le interviste hanno mostrato la necessità di agire sul lato della domanda con attenzione, in particolare, al livello di appropriatezza della richiesta delle prestazioni. Concretamente significa migliorare l'inserimento del quesito diagnostico. L'indicazione della classe di priorità, obbligatoria per tutte le prescrizioni, viene ancora largamente percepito dai prescrittori (MMG, PLS, MCA, specialisti) come un appesantimento burocratico anziché come strumento di servizio al sistema.

Senza quesito non è possibile una corretta stratificazione della domanda; tutte le prescrizioni prive di classe di priorità non consentono di assegnare tempi adeguati alle condizioni cliniche dell'assistito, conosciute solo dal prescrittore; non permettono allo specialista di sviluppare una ipotesi di indagine adeguata, e non permettono al personale del call center o dello sportello di stabilire in quale agenda inserire la prenotazione.

### **La prenotazione 2: vedere le agende**

Manca ancora la disponibilità al Call center regionale di tutte le agende di prenotazione (strutture private e anche pubbliche per il secondo e terzo livello). Questa situazione potrebbe addirittura peggiorare nel momento in cui comincerà la gestione del paziente cronico che, nella sua fase iniziale, tenderà a saturare tutta l'offerta disponibile.

### **La prenotazione 3: più flussi informativi, anche per l'attività libero professionale.**

Tutte le ATS hanno predisposto attività di controllo sulla qualità dei flussi informativi cercando di portarli a livelli ottimali in modo da poterli considerare vere basi dati per la programmazione oltre che, come già avviene ora, per il controllo ed il finanziamento. Flussi che tutte le ATS si aspettano in miglioramento ma soprattutto ci si aspetta che diventino completi iniziando a riportare anche tutti i dati delle ALPI.

### **Erogazione: una logica di rete hub/spoke?**

I pazienti si spostano facilmente in una grossa città, difficilmente in provincia. L'offerta andrebbe realizzata in maniera più dinamica rispetto al passato: non solo sulla base dello storico, ma svolgendo una vera e propria analisi della domanda, in base alla quale suddividere l'offerta tra le diverse prestazioni erogate e con l'attribuzione di budget per singole aree di attività/branche, in base alle effettive esigenze del territorio.

Si potrebbero delocalizzare i casi meno complessi su tante strutture *spoke* territoriali e tenere su poche strutture *hub* le prestazioni specialistiche più complesse.

### **Il responsabile unico aziendale: una possibilità interessante**

C'è molta attesa rispetto verso il responsabile unico aziendale previsto dalla nuova normativa regionale. Egli ha il compito di: *a)* garanzia del corretto rapporto fra attività istituzionale e libero-professionale; *b)* gestione esclusiva delle agende; *c)* definizione degli interventi di formazione degli operatori. Viene considerata una figura potenzialmente in grado di far ripensare in ottica integrata i percorsi ambulatoriali.

### **La libera professione: più monitoraggio**

Le interviste confermano una positiva generalizzata informatizzazione e pubblicazione del referto nel Fascicolo sanitario elettronico. Rimane invece a macchia di leopardo l'integrazione dei referti delle prestazioni erogate in regime di libera professione. Più in generale, rispetto a questo regime di erogazione, si evidenzia come vi siano ancora margini di miglioramento delle attività di monitoraggio.

### **“Ambulatori aperti” 1: pochi dati di sistema, ma indicazioni importanti**

Il progetto è stato lanciato per intervenire tempestivamente, con forte campagna comunicativa e per rassicurare una domanda in crescita. L'organizzazione dei dati e la differenziazione non hanno consentito di acquisire risultati sugli esiti.









