

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVI LEGISLATURA —————

Doc. CCI
n. 1

RELAZIONE

CONCERNENTE L'ATTUAZIONE DEGLI
ADEMPIMENTI PREVISTI DALL'ACCORDO TRA LO
STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI
TRENTO E DI BOLZANO DEL 14 FEBBRAIO 2002 IN
MATERIA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI
DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E DI INDIRIZZI
APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA

(Anno 2007)

(Articolo 52, comma 4, lettera c) della legge 27 dicembre 2002, n. 289)

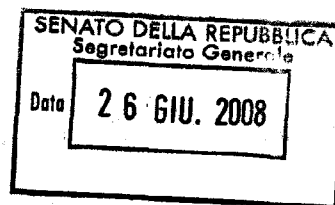
**Predisposta dalla Regione Lombardia
Presentata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri**

—————
Comunicata alla Presidenza il 24 giugno 2008
—————



Presidenza del Consiglio dei Ministri

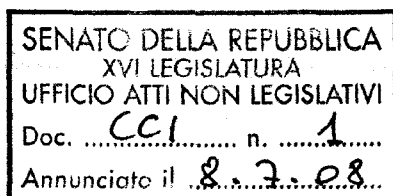
SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME



Servizio III° Sanità e politiche sociali

Prot. n. 2783/08/2.17.4.10

ROMA, 24 GIU. 2008



Alla Presidenza del
Senato della Repubblica
Palazzo Madama
ROMA

Oggetto: Trasmissione della relazione relativa all'anno 2007 della Regione Lombardia, riguardante il contenimento delle liste di attesa in materia di servizi sanitari, in attuazione di quanto dispone l'articolo 52, comma 4, lett. c) della legge 27 dicembre 2002, n. 289.

La legge 27 dicembre 2002, n. 289, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)", all'articolo 52, comma 4, lett. c), dispone che ciascuna Regione deve assumere nel proprio territorio - nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa - iniziative specifiche per favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, in armonia con quanto previsto dall'accordo Stato - Regioni del 14 febbraio 2002, inerente le modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e gli indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

La stessa disposizione prevede altresì che le Regioni redigano al riguardo, annualmente, una relazione da inviare al Parlamento.

Nell'accordo Stato - Regioni, previsto dall'articolo 3, comma 33, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, sancito il 16 dicembre 2004, concernente la definizione del procedimento di verifica degli adempimenti regionali, al punto 3, lett. h), si è convenuto di demandare alla Conferenza Stato - Regioni il compito di trasmettere al Parlamento copia delle relazioni predisposte dalle Regioni



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

assoggettate alla verifica del tavolo sulla spesa sanitaria, che opera presso il Ministero dell'economia e delle finanze, al quale sono sottoposte le sole Regioni a Statuto ordinario e le Regioni Sicilia e Sardegna, atteso che le Regioni Friuli Venezia Giulia, Valle D'Aosta e le due Province autonome, provvedono al finanziamento del Servizio Sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 34, della legge n. 724 del 1994 e dell'art. 1, comma 144 della legge n. 662 del 1996, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

Tanto premesso, si trasmette copia della relazione pervenuta in data 16 giugno 2008 dalla Regione Lombardia, assicurando sin da ora il tempestivo inoltro delle relazioni delle altre Regioni, non appena saranno nella disponibilità dello scrivente Ufficio.

Il Direttore
Avv. Giuseppe Busia



Regione Lombardia

La Giunta

Assessore alla Sanità

Data: 11/06/2008

Protocollo: H1.2008.0022713

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CSR 0002736 A-2.17.4.10
del 16/06/2008



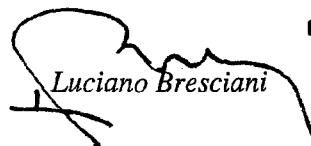
3219319

Alla
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Segreteria della Conferenza Permanente
per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni
e le Province Autonome
Servizio "Sanità e Politiche Sociali"
Via della Stamperia, 8
00187 ROMA

Oggetto: trasmissione relazione anno 2007 sull'attuazione degli adempimenti di cui al comma 4, lettera c) dell'articolo 52 della Legge 289/2002.

Si trasmette, in allegato, la relazione annuale specificata in oggetto, anche ai fini del successivo inoltro al Parlamento, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Distinti saluti.


Luciano Bresciani

RELAZIONE ANNO 2007 IN MATERIA DI TEMPI DI ATTESA AI SENSI DELL'ART. 52 COMMA 4 LETTERA C DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2002 N. 289

PREMESSA

La Giunta Regionale con le deliberazioni n. VII/12287 e VII/15324 del 2003 e DGR VII/19688 del 2004 e DGR VIII/1375 del 2005 ha introdotto la negoziazione delle attività di ricovero e di specialistica prevedendo nel 2005 e nel 2006 che una parte significativa delle risorse fosse destinata al finanziamento di specifici progetti aventi l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa e di risolvere eventuali situazioni locali di squilibrio domanda - offerta.

L'implementazione del ricorso a criteri di priorità con il conseguente aggiornamento del monitoraggio dei tempi di attesa tenendo conto delle variabili legate alla priorità clinica, l'assegnazione, per la specialistica ambulatoriale, di risorse destinate a progetti specifici di miglioramento dell'accessibilità delle strutture e di riduzione dei tempi di attesa, è stata possibile grazie alla disponibilità delle informazioni derivanti dal sistema di monitoraggio mensile, integrate con analisi retrospettive dei flussi della rendicontazione ex Circ. 28/SAN.

Per il 2006, la D.G.R. VIII/1375 ha previsto delle precise azioni di monitoraggio dei tempi di attesa, un forte coinvolgimento al riguardo delle ASL e delle Aziende Ospedaliere ed ha fornito delle precise priorità di intervento, sottolineando l'importanza, già richiamata nelle regole valevoli per l'anno 2005, del ruolo primario che le Direzioni Sanitarie devono avere nel governo del registro delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri programmati con una grande attenzione nel definire dei criteri di accesso alle prestazioni chiari, equi e trasparenti. La stessa D.G.R. VIII/1375, all'Allegato VII, ha previsto per le ASL la disponibilità di circa il 14% delle risorse destinate alle prestazioni specialistiche ambulatoriali da attribuire sulla base di specifici progetti finalizzati a risolvere squilibri domanda offerta e ad incentivare l'erogazione di prestazioni, per cui si rilevano criticità di durata dei tempi di attesa ed ha previsto inoltre la predisposizione da parte delle Aziende Ospedaliere di due Piani semestrali di Governo dei Tempi di Attesa per risolvere le criticità emerse a livello aziendale e locale, validati dalla Regione nel merito della loro congruità rispetto all'obiettivo prioritario di miglioramento dell'accessibilità ai servizi.

Call center/numeri verdi per prenotazioni telefoniche

La Regione Lombardia dispone oggi di tre numeri verdi, gratuiti, per i quali si può chiamare da tutta Italia, sia da telefono fisso, sia da cellulare, dedicati esclusivamente alla prenotazione telefonica di prestazioni di specialistica ambulatoriale, differenziati secondo il bacino di utenza dei richiedenti e l'ambito territoriale di erogazione. I tre numeri sono attivi dalle ore 8.00 alle 20.00 dei giorni feriali, sabato compreso.

Per prenotare bisogna essere in possesso dell'impegnativa del proprio medico e della carta SISS (tessera sanitaria). L'operatore propone sempre la prima data disponibile in una delle strutture che hanno attivato il servizio. È possibile chiedere la disponibilità presso una diversa struttura, purché presente nell'elenco vigente.

1. Sanità Milano, che risponde al n. 800.638.638, è il servizio che permette di prenotare visite ed esami specialistici con una struttura sanitaria a scelta tra quelle che aderiscono all'iniziativa nell'area della città di Milano: Fatebenefratelli, Gaetano Pini, Istituti Clinici di Perfezionamento, Niguarda, Ospedale Maggiore di Milano Policlinico, Luigi Sacco, San Carlo, San Paolo, e con i 30 rispettivi poliambulatori.
Il servizio consente inoltre di prenotare, richiedere informazioni, o inoltrare un reclamo on line all'indirizzo <http://www.sanitamilano.it>
2. Al n. 800.448.800 è possibile prenotare parte delle prestazioni specialistiche erogate dalle Aziende Ospedaliere pubbliche di Cremona, di Garbagnate Milanese e della Azienda Ospedaliera della provincia di Pavia.
3. Al Numero Verde gratuito 803.000, dal mese di novembre 2005, è possibile prenotare, modificare o annullare, le prime visite specialistiche nella provincia di Como e nella provincia di Varese, per i distretti di Varese, Luino, Cittiglio, Arcisate e Azzate. Le prime visite sono le visite specialistiche richieste dal Medico di Medicina Generale o dallo Specialista in cui il problema attuale del paziente viene affrontato per la prima volta. Devono necessariamente essere stilate su Ricettario Unico Nazionale.

Per ulteriori informazioni ci si può rivolgere al Call Center Sanità, n. verde 840 000 006.

I numeri verdi illustrati consentono di ottenere agevolmente, compatibilmente con la disponibilità delle linee telefoniche, le prestazioni di primo accesso.

“Ci prendiamo cura anche del vostro tempo”

Dal mese di marzo 2005, con questo slogan, alcune strutture sanitarie della Regione Lombardia hanno adottato orari più flessibili per facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini.

Grazie all'impegno comune di Regione Lombardia e delle strutture sanitarie, l'elenco degli enti sanitari pubblici e privati accreditati che hanno ampliato l'orario dei servizi si è allungato.

Presso le strutture elencate di seguito (suddivise per ASL di appartenenza) è possibile beneficiare di alcune visite ed esami specialistici oltre le ore 16, il sabato mattina e, in alcuni casi, la domenica mattina.

Il Call Center Sanità 840 000 006 può fornire utili indicazioni in merito.

Elenco degli enti sanitari pubblici e privati accreditati che hanno ampliato l'orario dei servizi.

http://www.sanita.regione.lombardia.it/enti/ampliamento_orario.pdf



ampliamento_orario.pdf

Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008

Con la DGR VIII/2828 del 27 giugno 2007 la Giunta regionale emana il "Piano Regionale di prima attuazione dell' intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006 sul Piano di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 " ed, in linea con la Proposta di PSSR 2007-2009, si impegna a destinare una quota delle risorse per il perseguimento degli obiettivi del medesimo Piano regionale, riservando una parte dell'importo alla realizzazione del sistema che assicuri al cittadini la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un Centro unico di prenotazione (CUP).

Regione	Totale risorse per le attività di Centro Unico di Prenotazione	di cui per anno
	Euro	Euro
Lombardia	24.012.382	8.004.127

Risorse vincolate per il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, a valere sui fondi di cui all'articolo 1 comma 34 e 34 bis della legge 662/1996 per ciascuno degli anni 2006-2007-2008

La DGR VIII/2828:

- fornisce inoltre ulteriori indicazioni sulle definizioni di Primo accesso e Controllo al fine di razionalizzare l'accessibilità ai servizi sanitari in termini di appropriatezza, e quindi dà ulteriori specifiche al sistema di Monitoraggio dei tempi di attesa della Regione Lombardia (RL_MTA), fissa l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa e dà indicazione per l'adozione dei Piani attuativi da parte delle ASL, demandando a livello locale, in sede di coordinamento tra le ASL ed i soggetti erogatori, la definizione degli ambiti territoriali entro i quali, sulla base di valutazioni che tengano conto sia della conformazione del territorio, sia della distribuzione nello stesso degli erogatori, si debbano garantire i tempi di accesso di seguito individuati. Il riferimento di interesse diventa quindi il territorio e non più la singola struttura di erogazione; ciò permette di definire in modo certo e flessibile l'obiettivo e di considerare nel modello organizzativo sia l'espressione della libertà di scelta dei cittadini sia la presenza di strutture di eccellenza caratterizzate da un bacino di utenza spesso anche sovregionale.
- Promuove l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa. Il massimo sforzo dovrà essere impiegato per comunicare ai cittadini informazioni sul sistema complessivo dell'offerta, sulla sua accessibilità, sulle innovazioni normative ed organizzative e sulle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni. Le azioni elencate nel presente punto sono di primaria responsabilità delle ASL. Al fine di perseguire i presenti obiettivi vanno sostenuti e potenziati strumenti quali i siti web aziendali, le campagne informative, gli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), le Carte dei servizi e la rilevazione della soddisfazione degli utenti.

Nei propri programmi attuativi le ASL dovranno definire le proprie azioni di coordinamento, monitoraggio, valutazione e diffusione delle informazioni presso la cittadinanza. Al fine di permettere una predisposizione coordinata dei programmi attuativi delle ASL, le Aziende Ospedaliere dovranno inviare alle ASL territorialmente competenti i propri Piani aziendali semestrali di Governo dei Tempi di Attesa, di cui alla D.G.R. VIII/1375.

La puntuale attuazione dei piani aziendali ha rilevanza sia nella determinazione degli obiettivi dei Direttori Generali che nella loro valutazione annuale.

Definisce inoltre che:

- Per le urgenze differibili la normativa sul bollino verde, la D.G.R. VI/38571, e sulle classi di priorità "A" per le sei prestazioni ex All. 3 D.G.R. VII/15324, garantisce appieno l'applicabilità dell'Intesa.
- Per le 24 prestazioni dell'Area Oncologica, fatti salvi i principi dell'Accordo 11 luglio 2002 di rispetto dei trenta giorni per giungere alla diagnosi e di trenta giorni per iniziare la Chemioterapia, la Radioterapia, o per ottenere l'intervento chirurgico dal momento della decisione clinica confermata dallo specialista del presidio erogatore, è prevista la scrittura sulla ricetta da parte del prescrittore della dicitura "RISCHIO ONC."
A. Area Oncologica (numero prestazioni = 24)
(T. max rispettivamente 16 gg per le visite e prestazioni strumentali e 30 gg per i ricoveri. Per la Radioterapia e Chemioterapia i tempi vengono fissati per classi di priorità definite dallo specifico Tavolo regionale)
- Per le prestazioni dell'Area Cardiovascolare è prevista la scrittura sulla ricetta da parte del prescrittore della dicitura "RISCHIO CV"
B. Area Cardiovascolare (numero prestazioni = 14)
(T. max rispettivamente 16 gg per le visite, 40 gg per le prestazioni strumentali e 30 gg per i ricoveri e per la Riabilitazione)
- Per l'Area Materno Infantile i tempi sono quelli indicati dallo specifico D.M. 10 settembre 1998. Nei casi non contemplati dalla normativa vigente dovrà essere indicata dallo specialista la settimana di gravidanza entro cui vanno effettuate le procedure diagnostiche. Quest'area viene identificata dal Cod. esenzione Mnn (dove nn sta per le settimane di gravidanza)
C. Area Materno Infantile (numero prestazioni = 2)
(Tempi del D.M. 10 settembre 1998; in mancanza di indicazioni specialistiche T. max 16 gg per le visite e 40 gg per le prestazioni strumentali)
- Per l'Area Geriatrica, stanti le attuali indicazioni della letteratura, si fa riferimento all'età di 75 anni compiuti, che andranno riportati nelle apposite caselle del nuovo ricettario. Sono fatte salve le indicazioni date in merito agli esenti per patologia.
D. Area Geriatrica (numero prestazioni = 9)
(T. max rispettivamente 16 gg per le visite, 40 gg per le prestazioni strumentali e 180 gg per i ricoveri.)
- Per le Visite specialistiche di maggior impatto si fa riferimento alle indicazioni date sulla definizione di primo accesso e controlli, e si fissano comunque i limiti a 30 gg per l'80% delle richieste, a 40 gg per il 100%.

**E. Visite specialistiche di maggior impatto (numero prestazioni = 6)
(Tempi di riferimento: 30 gg per l'80% delle richieste, a 40 gg per il 100%)**

- Per le restanti prestazioni si confermano, se previsti, i tempi massimi attualmente in vigore e comunque si fissa l'obiettivo dei 30 giorni per i primi accessi di visite specialistiche e dei 60 giorni per i primi accessi di indagini strumentali, da garantirsi all'80% dei primi accessi. Per le prestazioni di ricovero, fatto salvo l'accordo 11 luglio 2002 sui percorsi oncologici, si rimanda ad ulteriori determinazioni sulla scorta della lettura dei dati derivanti dai sistemi di monitoraggio.

Piano Socio Sanitario Regionale 2007 – 2009

Le indicazioni contenute nel **Piano Socio Sanitario Regionale 2007 – 2009**, approvato con Del. Cons. Reg.le VIII/0257 del 26 ottobre 2006 intendono inoltre sviluppare le seguenti priorità di intervento:

- Sviluppo di linee Guida e Percorsi Diagnostico Terapeutici
- Ulteriori definizioni di criteri di Priorità clinica
- Assegnazione di risorse mirata al miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni più critiche
- Migliorare la comunicazione "bidirezionale" con l'utenza
- Monitoraggio prospettico e retrospettivo
- Maggior informatizzazione dei dati di prenotazione
- Centralizzazione dei processi aziendali di prenotazione e coordinamento a livello ASL della rete di offerta di tutti gli erogatori accreditati, collegamenti ai Call center aziendali e progressiva integrazione dei sistemi attraverso la realizzazione di un Centro Unico di Prenotazione con un numero unico telefonico regionale.
- Miglioramento dell'accoglienza attraverso l'offerta e l'ampliamento dei servizi in fasce orarie fino ad oggi poco considerate, più consone alle necessità delle persone che lavorano.

DGR VIII/5743 del 31 ottobre 2007, c.d. "Regole del SSR per il 2008"

In linea con i contenuti dell'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006, come recepiti ed applicati in prima attuazione dalla DGR VIII/2828, ed a seguito della delibera VIII/3069 che fissava i termini, **tutte le ASL hanno provveduto alla predisposizione e formalizzazione dei Piani Attuativi entro il 28 febbraio 2007.**

Le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico hanno presentato i Piani semestrali Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa (PGTAz) per l'adempimento del rispetto dei tempi massimi fissati dalla delibera regionale e dalle delibere delle ASL e per l'attuazione dei relativi contratti stipulati.

Ulteriori adempimenti

Per dare piena attuazione all'Intesa del 28 marzo 2006 anche sul versante dei ricoveri ospedalieri programmabili e della sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e/o di ricovero, si impone dal 2008 l'adozione formale e la piena applicazione, per tutti gli erogatori pubblici e privati a contratto, delle rispettive "Linee

guida” contenute nel Documento finale del Gruppo di Progetto del Mattone “Tempi di attesa” che ha concluso l'attività con l'approvazione da parte della Cabina di Regia il 27 Giugno 2006 “Principi e proposte operative - Tempi di attesa”, come pubblicate sul sito WEB all'indirizzo:

http://www.mattoni.ministerosalute.it/imgs/C_22_ActivitaMattoni_10_documenti_documento_0_fileAllegato.pdf.

Tale adempimento è conseguente alle indicazioni derivanti dalle Linee Guida del Comitato verifica LEA di cui all'art. 9 dell'Intesa 23 marzo 2005.

Il Documento finale del Mattone dei Tempi di Attesa, di cui la Direzione Generale Sanità è stata parte promotrice avendo pienamente partecipato al Gruppo di Lavoro ristretto, è pienamente condiviso e, nello specifico, le due parti divenute “cogenti” a seguito delle indicazioni del Comitato di verifica dei LEA, rispettivamente alle pagine 86 e 93 del Documento finale, sono:

LINEE GUIDA PER LE AGENDE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMABILI

LINEE GUIDA PER LA SOSPENSIONE DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE

Ad esse si rimanda per:

la corretta predisposizione dei Registri dei ricoveri ospedalieri programmabili di cui alla Legge 724/1994, art.3, comma 8, come richiamato al punto 7.1 del Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa per il triennio 2006-2008;

la modalità da utilizzare in caso di sospensione delle attività di erogazione dovuta a problemi strutturali ed organizzativi estemporanei

Si ribadisce infine che la sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni è vietata dal comma 282 della Legge 266/2005, Finanziaria dello Stato per l'anno 2006.

Monitoraggio

Con la circolare n. 28/San del 21 ottobre 1996, modificata successivamente dalle circolari n. 65/San del 1997 e n.58/San del 2002, si è resa obbligatoria la generazione del flusso informativo che va a creare il Database delle prestazioni ambulatoriali, da cui è possibile monitorare anche i Tempi di attesa, creando il cosiddetto monitoraggio regionale ex post. In parallelo, dal 1998 ad oggi, la rilevazione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali si è avvalsa anche della metodologia regionale di monitoraggio ex ante. In questo secondo caso, rilevazione ex ante, il tempo di attesa rilevato, espresso in giorni, è il tempo intercorrente tra il giorno indice della rilevazione ed il giorno in cui vi è la prima disponibilità in agenda. In questa rilevazione sono incluse le prestazioni che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostica/terapeutica. Sono escluse dal calcolo dei tempi di attesa tutte le prestazioni che abbiano carattere di urgenza clinica, le visite o esami di controllo programmato, le prestazioni inserite in programmi di screening e le prestazioni in libera-professione intramuraria. La partecipazione alla Sperimentazione Nazionale in collaborazione con l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ed il Ministero della Salute a partire dal 2002 ha consentito di validare l'attuale metodologia di Monitoraggio Regionale dei Tempi di Attesa (RL_MTA) estesa a ben 42 prestazioni ambulatoriali e a 7 tipologie di ricovero che dal 2006 è effettuata mensilmente.

Il Sistema di Monitoraggio dei Tempi di Attesa consolidatosi dal 2003 ad oggi in Regione Lombardia e basato sulle due modalità di rilevazione ex ante ed ex post, il primo utile al cruscotto direzionale delle Aziende per monitorare il fenomeno delle prenotazioni in tempo pressoché reale con la possibilità di interventi istantanei o estemporanei, il secondo per l'analisi dei tempi reali a consuntivazione annuale, più utile per la programmazione e la stipula dei contratti.

L'utilizzo consolidato del sistema RL_MTA per il monitoraggio mensile nel giorno indice continuerà anche nel 2008, estendendo però l'attuale metodologia per l'ambulatoriale anche ai ricoveri programmabili ed alla radioterapia, in quanto anche per questi due ambiti di attività la rilevazione dovrà essere prospettica e dovrà basarsi necessariamente, considerati gli obblighi di contenuto di cui sopra, sulle Agende di Prenotazione. Il Monitoraggio retrospettivo per i ricoveri potrà essere migliorato con il miglioramento del dato "data di prenotazione", sulla scorta delle indicazioni delle Linee guida del Progetto Mattone. Sia per l'ambulatoriale, sia per i ricoveri, saranno raccolte indicazioni da Gruppi di lavoro specifici o dalla letteratura, qualora già acquisite, al fine della definizione di Classi di Priorità, oltre a quelle già stabilite nei precedenti atti regionali. La Direzione Generale Sanità nel 2008 provvederà a sperimentare, su un campione significativo di soggetti erogatori, sistemi di rilevazione in tempo reale, preferibilmente web based, dei tempi di attesa prospettici delle prestazioni ambulatoriali di maggiore impatto.

RISULTATI SALIENTI OTTENUTI DAL SISTEMA REGIONALE DI MONITORAGGIO

TEMPISTICA DI ESECUZIONE PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI OGGETTO DELLE RILEVAZIONI 2004, 2005, 2006 e 2007

SECONDO RL_MTA (Regione Lombardia _ Monitoraggio Tempi di Attesa)

	ENTRO	7 GG	30 GG	TRA 30 e 60 GG	OLTRE 60 GG
set-04		31%	44%	14%	10%
%cumulata			75%	90%	96%
set-05		35%	45%	12%	8%
%cumulata			80%	92%	97%
set-06		41%	47%	9%	3%
%cumulata			88%	97%	99%
set-07		45%	46%	7%	3%
%cumulata			91%	97%	99%

Per dettagli:

<http://www.sanita.regione.lombardia.it/tempiattesa/ricerca.asp>