

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVI LEGISLATURA —————

Doc. CCI
n. 32

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 2010)

(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 27 giugno 2011
—————



Regione Lombardia

Giunta Regionale
SanitàP.zza Città di Lombardia 1
20124 Milanotel 02 6765 8832
tel 02 6765 3340
fax 02 6765 3372www.sanita.regione.lombardia.it
luciano_bresciani@regione.lombardia.itL'Assessore
alla Sanità

Milano 31 giugno 2011
H. 2011. 00184/B

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CSR 0003255 A-4.23.2.10
del 27/06/2011

5887251

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 2010 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

All. n. 1

P.S.: copia della stessa relazione è inviata alla Segreteria del Comitato LEA ai fini degli adempimenti LEA 2010.

RELAZIONE ANNO 2010 IN MATERIA DI TEMPI DI ATTESA AI SENSI DELL'ART. 52 COMMA 4 LETTERA C DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2002 N. 289**Premessa**

A seguito del D.Lgs n. 124/98 che affidava alle regioni il compito di individuare le modalità volte a garantire il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, la Giunta Regionale con le deliberazioni n. VI/38751 del 1998, n. VI/43818 e n. VI/47675 del 1999, n. VII/2859 del 2000, n. VII/7928 del 2002 ha definito tempi obiettivo, modalità di monitoraggio e deroghe per strutture ad alta concentrazione di domanda, ha stabilito la separazione delle agende ed ha introdotto la categoria delle urgenze differibili. In particolare la citata DGR n. 47675/1999 ha previsto che le strutture erogatrici che non sono in grado di garantire le prestazioni entro il tempo massimo stabilito, debbano impegnarsi, su richiesta del paziente, ad erogare la prestazione in regime libero professionale, facendosi carico dell'intera tariffa, detratto l'eventuale ticket che risulta a carico del paziente.

In seguito la Giunta Regionale con le deliberazioni n. VII/12287 e n. VII/15324 del 2003 e n. VII/19688 del 2004 e n. 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.

Con la DGR n. VIII/2828 del 27.06.2006 "Recepimento e prima attuazione dello schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266 (ai sensi art. 8, comma 6, L. 131/2003)" la Lombardia si è dotata di un primo Piano organico per la gestione dei tempi di attesa, che ha fatto sintesi delle indicazioni nazionali e regionali in materia.

Quindi, con la DGR n. VIII/5743 del 31 ottobre 2007, dal maggio 2008 la Regione Lombardia ha disposto la raccolta dei dati delle rilevazioni prospettiche mensili attraverso un portale web dedicato, messo a disposizione di tutti gli erogatori, adeguatamente formati, che accedono attraverso ID e Password.

La DGR n. VIII/9173 del 30.03.2009 "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2009 - III PROVVEDIMENTO" ha poi stabilito che per tutte le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale cosiddette "extrabudget", finalizzate alla prevenzione o alla diagnostica o al monitoraggio in ambito oncologico, di radioterapia e dialitiche, i tempi di attesa relativi alle attività erogate per conto del Servizio Sanitario Regionale non debbano essere superiori a quelli previsti per le attività erogate in regime di libera professione e/o di solvenza. Ciò in quanto gli erogatori a contratto con il Servizio Sanitario Regionale devono fare proprie le priorità stabilite dalla Giunta Regionale ed ancor più quando le Regole del sistema non pongono per determinate prestazioni limiti contrattuali di risorse.

La Delibera di Giunta Regionale n. VIII/10804 del 16.12.2009, c.d. "Regole del SSR per l'anno 2010" ha ribadito l'obbligo per le ASL di predisporre e formalizzare gli aggiornamenti dei piani attuativi in materia di tempi di attesa, con l'obiettivo di attualizzarli rispetto ad eventuali nuove priorità e necessità, ed il conseguente obbligo per le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico di presentare i piani semestrali aziendali di governo dei tempi di attesa, congruentemente con i piani attuativi delle ASL, come già avviene da alcuni anni in Regione Lombardia.

Inoltre con la DGR n. 10946 del 30.12.2009 si è disposto:

- di modificare le percentuali di raggiungimento dei tempi di attesa obiettivo previste al punto 3 dell'allegato della DGR n. 2828/2006 portandole ad una soglia di almeno il 95% dei primi accessi;
- che le ASL, entro il 20 di gennaio del 2010, aggiornino i propri piani attuativi di governo e di contenimento dei tempi di attesa, congruentemente con la priorità indicata al punto precedente e

lo stesso facciano le Aziende Ospedaliere, adeguando, sempre entro il 20 gennaio 2010, i propri Piani Aziendali semestrali di Governo dei Tempi di Attesa, di cui alla DGR n. VIII/1375 del 14.12.2005;

- che, a decorrere dall'esercizio 2010, anche i soggetti erogatori di diritto privato accreditati e a contratto che, sulla base della normativa vigente non sono tenuti a predisporre dei piani di governo dei tempi di attesa, debbano, come obbligo contrattualmente rilevante, adeguare, relativamente alle categorie di pazienti ed alle prestazioni di cui al punto 3 dell'allegato della citata DGR n. 2828/2006, la propria programmazione di erogazione delle prestazioni alle priorità definite dalle ASL;
- che fino a 45 milioni di euro siano destinati, nel corso della negoziazione in atto tra le ASL ed i soggetti erogatori per l'erogazione dei servizi nel corso del 2010, a finanziare in modo mirato e vincolato dei programmi, integrati a livello ASL, finalizzati a raggiungere l'obiettivo prioritario di avere almeno il 95% dei primi accessi relativi alle categorie di pazienti ed alle tipologie di prestazioni contemplate al punto 3 dell'allegato della DGR n. 2828/2006 entro i tempi massimi ivi previsti.

Infine, con la Delibera di Giunta Regionale n. IX/937 del 1° dicembre 2010, c.d. "Regole del SSR per l'anno 2011", è stata programmata una distribuzione delle risorse finanziarie tale per cui può essere calcolata una disponibilità per gli erogatori pubblici o privati fino a 60 milioni di euro per il 2011 con le seguenti finalità:

- ridurre i tempi di attesa delle prestazioni soggette a monitoraggio periodico delle attese;
- favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti in età pediatrica in modo da evitare il più possibile interferenze con le attività lavorative dei genitori (la facilitazione dell'accesso si attua prevalentemente con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato).

La suddetta DGR n. IX/937/2010, ha introdotto alcune novità in materia di raggruppamenti di priorità, al fine di monitorare puntualmente le priorità stabilite dalla DGR n. 2828/2006. Si è infatti previsto che, a partire dal 1° gennaio del 2011, il campo note fosse compilato dagli erogatori aggiungendo le seguenti codifiche:

- "On" per le prestazioni afferenti all'"Area Oncologica";
- "CV" per le prestazioni afferenti all'"Area Cardiovascolare";
- "MI" per le prestazioni afferenti all'"Area Materno-Infantile";
- "Ge" per le prestazioni afferenti all'"Area Geriatrica".

Inoltre con la suddetta deliberazione si è disposto anche che, nel caso in cui la classe di priorità non sia compilata dal prescrittore, si sottintende che la prestazione, per volontà implicita dello stesso, ricade nella categoria P (programmata).

Call center/numeri verdi per prenotazioni telefoniche

La Regione Lombardia nel corso del 2009 ha unificato i precedenti tre numeri verdi, concentrando le chiamate su un unico numero gratuito (800.638.638), che si può chiamare da tutta Italia, sia da telefono fisso, sia da cellulare. Tale numero è dedicato esclusivamente alla prenotazione telefonica di prestazioni di specialistica ambulatoriale, differenziati secondo il bacino di utenza dei richiedenti e l'ambito territoriale di erogazione ed è attivo 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.

La gestione ed il monitoraggio dei tempi di attesa in Regione Lombardia

La DGR n. VIII/2828/2006:

- 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 sovraregionale.
- 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.

Il monitoraggio dei tempi di attesa

La Direzione Generale Sanità, in adempimento alla DGR VIII/5743 del 31 ottobre 2007, dal maggio 2008 sta raccogliendo i dati delle rilevazioni prospettiche mensili attraverso un portale web dedicato, messo a disposizione di tutti gli erogatori, adeguatamente formati, che accedono attraverso ID e Password; questo consentirà un graduale passaggio dal sistema del giorno indice programmato ad un sistema di rilevazione in tempo reale su un campione significativo di soggetti erogatori, sempre più rappresentativo, dei tempi di attesa prospettici delle prestazioni ambulatoriali di maggiore impatto, tenendo conto dell'expertise ad oggi conseguito.

Nel 2009 tale sistema di rilevazione è entrato a regime, consolidando il nuovo sistema di monitoraggio con funzioni sempre più raffinate di controlli formali all'ingresso dei dati e di possibilità di fruizione degli stessi in tempo pressoché reale da parte di ogni erogatore, delle ASL, fino ad arrivare a collegamenti con il Portale della Direzione Generale Sanità e con gli altri portali di servizio ai cittadini utenti, per consentire una rappresentazione dei dati utili anche alla libera scelta del cittadino.

Nel corso del 2010 sono state effettuate 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto di monitoraggio.

L'introduzione dei flussi riguardanti le prestazioni ambulatoriali, a seguito della circolare n. 28/San del 21 ottobre 1996, modificata successivamente dalle circolari n. 65/San del 1997 e n.58/San del 2002, ha reso direttamente disponibili tutti i dati riferibili alla ingente quantità di singole prestazioni (circa 35 milioni l'anno) erogate sul territorio lombardo.

L'analisi di questi dati, che riportano sia la data di prenotazione che la data di effettuazione, fornisce dati molto utili ai fini del governo dei tempi di attesa, anche se è necessario considerare che la maggior parte delle prestazioni ambulatoriali in questione è riferibile ad esami di laboratorio, per i quali la data di prenotazione coincide con la data di effettuazione, e quindi che, nelle elaborazioni ai fini della limitazione

delle liste di attesa, viene considerata la minoranza di prestazioni che realmente vengono normalmente erogate dopo un determinato tempo di attesa (come ad esempio le visite specialistiche).

Il dato delle elaborazioni di cui al precedente paragrafo però non può tenere conto del fenomeno “prima data disponibile” ovvero della indisponibilità manifestata dal cittadino ad effettuare la prestazione nella prima data che viene offerta dall'erogatore, che quindi è costretto a posporre la prestazione proprio per soddisfare le esigenze del cittadino paziente.

Altra metodologia ormai consolidata è quella utilizzata a partire dal 1998, mediante la rilevazione dei tempi di attesa con monitoraggio ex ante, ovvero mediante la rilevazione in un giorno indice mensile del numero di giorni intercorrente tra la data dello stesso giorno indice e 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'Agencia 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.

Queste due modalità di rilevazione (ex ante ed ex post), rispondono alle diverse esigenze del monitoraggio del fenomeno delle prenotazioni in tempo pressoché reale da parte sia degli erogatori che degli enti preposti al monitoraggio, con la possibilità di tempestivi interventi, il secondo per l'analisi dei tempi reali a consuntivazione annuale, più utile per la programmazione e la stipula dei contratti.

Dal mese di maggio del 2008 il monitoraggio mensile dei tempi di attesa presso tutti gli erogatori accreditati con il SSR viene effettuato attraverso un portale web gestito da Regione Lombardia tramite la società partecipata Lombardia Informatica SPA.

Alla pagina web consultabile al seguente link :

<http://tempiattesa.servizirl.it/tma/>, è possibile quindi per ogni utente web verificare in tempo reale i tempi di attesa rilevati per ogni singola prestazione sottoposta a monitoraggio per tutte le strutture erogatrici lombarde. Tale sistema, estremamente trasparente, permette di visualizzare per ogni prestazione ed ogni struttura la percentuale di cittadini che usufruiscono della prestazione secondo un determinato tempo di attesa presente in tabella.

Si è inoltre previsto che la struttura erogatrice si impegni, su richiesta del paziente, qualora non sia rispettato il tempo di attesa stabilito come obiettivo relativo alla prestazione, ad erogare la stessa in regime libero professionale, facendosi carico dell'intera tariffa, detratto l'eventuale ticket che risulta a carico del paziente. Secondo tali disposizioni, qualora 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.

Regolamentazione della sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni e relativo monitoraggio

La Legge del 27.12.2002, n. 289 all'articolo 52, comma 4, lettera c) ha previsto l'attuazione nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa, di adeguate iniziative, 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 della settimana, in armonia con quanto previsto dall'accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ed indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

Con nota del 30.01.2009 il Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute ha inviato alle Regioni le "Linee guida per la rilevazione delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, nell'ambito del monitoraggio dei tempi di attesa".

In attuazione di queste linee guida, la Regione Lombardia ha attivato un apposito spazio sul proprio sito web di rilevazione dei Tempi di Attesa, il cui modello di raccolta dei dati è costruito sulla base delle suddette indicazioni nazionali, che sono integrate con ulteriori informazioni.

Si è altresì disposto che la rilevazione delle sospensioni della erogazione delle prestazioni avvenga semestralmente, e precisamente entro il 10 gennaio ed il 10 luglio di ogni anno.

La Regione Lombardia invierà con cadenza semestrale, i dati del monitoraggio delle sospensioni al Ministero della Salute.

RISULTATI SALIENTI OTTENUTI DAL SISTEMA REGIONALE DI MONITORAGGIO

TEMPISTICA DI ESECUZIONE PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI OGGETTO DELLE RILEVAZIONI 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010 SECONDO RL_MTA (Regione Lombardia _ Monitoraggio Tempi di Attesa)

	≤ 7 gg	≤ 30 gg	≤ 31 e ≤ 60 gg	> 60 gg
2004	31%	44%	14%	10%
% cumulata		75%	90%	96%
2005	35%	45%	12%	8%
% cumulata		80%	92%	97%
2006	41%	47%	9%	3%
% cumulata		88%	97%	99%
2007	45%	46%	7%	3%
% cumulata		91%	97%	99%
2008	43%	51%	3%	3%
% cumulata		94%	97%	99%
2009	45%	44%	8%	3%
% cumulata		89%	97%	100%
2010	47%	43%	8%	3%
% cumulata		89%	97%	100%

TEMPISTICA DI ESECUZIONE PER I RICOVERI OGGETTO DELLE RILEVAZIONI 2010 SECONDO RL_MTA
(Regione Lombardia _ Monitoraggio Tempi di Attesa)

	≤ 30 gg	≤ 31 e ≤ 90 gg	≤ 91 e ≤ 180 gg	> 180 gg
2010	45%	33%	19%	3%
<i>% cumulata</i>		78%	97%	100%

