

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

**PIANO ATTUATIVO DI GOVERNO
DEI TEMPI DI ATTESA
(PGTA anno 2020)**

INDICE

1 Sommario

1. PREMESSA.....	1
2. TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE.....	1
3. ANALISI DI CONTESTO DEMOGRAFICO ED AMBITI DISTRETTUALI.....	6
4. ANALISI DI MONITORAGGIO.....	8
5. AZIONI DI GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA PER IL 2020.....	18
6. COMUNICAZIONE ALL'UTENZA.....	21
7. RAO.....	21
8. AMBITI TERRITORIALI DI GARANZIA.....	21
9. MONITORAGGI.....	22
10. PROSECUZIONE DELL'ATTIVITÀ DEL GRUPPO DI MIGLIORAMENTO (GDM) DEI TEMPI DI ATTESA.....	22

1. PREMESSA

Il fenomeno dei tempi di attesa è considerato uno dei punti più critici dei moderni sistemi sanitari in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni sanitarie erogate. Ne consegue che il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni rappresenta un obiettivo strategico prioritario dell'XI Legislatura di Regione Lombardia. L'erogazione dei servizi entro tempi appropriati rispetto alla necessità clinica individuata dal prescrittore rappresenta infatti una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA), così come definiti dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001 e dal D.P.C.M. del 12 gennaio 2017.

Un decisivo contributo nel 2020 alla riduzione dei tempi di attesa verrà fornito dalle misure introdotte con la legge regionale di semplificazione n. 9 del 6 giugno 2019 e con la DGR XI/2672/2019 che estende a tutto il territorio regionale la negoziazione mirata per le tipologie di prestazioni di specialistica ambulatoriale più critiche, già attivata a livello sperimentale nel 2019 presso le ATS della Città Metropolitana di Milano e Brescia.

Il progetto era così articolato:

1. negoziazione mirata di tipologie e di volumi di prestazioni, almeno per le prestazioni più critiche per i tempi di attesa;
2. separazione delle attività negoziate per i pazienti PIC (cittadini stratificati come cronici con gli algoritmi di Regione Lombardia) da quelle negoziate per i primi accessi (nella sperimentazione in questo caso coinvolta solo ATS Milano). Visti i primi risultati positivi registrati da questo progetto, in termini di maggiore disponibilità e accessibilità di prenotazione di slot di prestazioni critiche e di riduzione dei tempi di attesa, lo stesso verrà esteso a tutte le ATS Lombarde.

2. TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE

ATS Brianza formalizza e aggiorna il Piano Attuativo di Governo dei Tempi di Attesa (PGTA) in base a:

- Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021;
- DGR XI/1865/2019 recante il recepimento dell'intesa tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 21 febbraio 2019 sul piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019 – 2021 e approvazione della proposta di Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA);
- Circolare Esplicativa G1.2019.0031891 del 27.09.2019;
- DGR XI/2672/2019 determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2020;
- Circolare G1.2020.0000858 del 9.01.2020.

Coerentemente al Piano Regionale di Governo delle liste d'Attesa di cui alla DGR XI/1865/2019 il presente piano:

- richiama al rispetto da parte delle Strutture Erogatrici del proprio territorio dei tempi massimi di attesa così come indicati dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa;
- richiama l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi;
- conferma le aree cardiovascolari ed oncologiche quali aree prioritarie a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento;
- conferma l'obbligo di indicare su tutte le prescrizioni il quesito diagnostico, se trattasi di primo accesso o di accesso successivo e, per le prestazioni in primo accesso, la classe di priorità;
- promuove l'importanza dell'utilizzo di sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita, con l'obiettivo di orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi;

- individua i seguenti monitoraggi:
 - Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
 - Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
 - Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
 - Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
 - Monitoraggio delle prestazioni erogate nei Percorsi Diagnostici Terapeutici
 - Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico ed eventualmente di altre aree critiche;
 - Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente);
 - Monitoraggio della presenza sui siti Web delle Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa e ai criteri di formazione delle stesse;
 - Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nei sistemi di prenotazione.

- richiama le indicazioni della DGR X/1046/18 relativamente alla gestione trasparente e alla totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate a contratto, comprese quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di Priorità. Per le attività legate alla presa in carico e ai controlli e follow up, potranno essere istituite apposite Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente;
- promuove, facendo seguito alle sperimentazioni che si stanno conducendo in diverse Regioni, il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali come ulteriore strumento di governo della domanda;
- considera, tra gli strumenti di governo dell'offerta delle prestazioni e in relazione alle risorse disponibili:
 - la programmazione dell'offerta basata su un'accurata definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali che tenga conto anche della mobilità passiva interregionale;
 - l'attuazione di modelli gestionali che estendano la capacità erogativa nel rispetto dei vincoli contrattuali, quali, per esempio, l'erogazione delle attività diagnostiche in fasce orarie ulteriori e diverse da quelle già programmate;

- individua, coerentemente alla DGR XI/2672/2019 relativa alle regole di sistema 2020, una serie di azioni che si intendono intraprendere nell'anno e che riguarderanno:
 - l'attività di negoziazione;
 - le agende per pazienti cronici;
 - il responsabile aziendale dei tempi di attesa;
 - l'appropriatezza prescrittiva;
 - la responsabilizzazione del paziente.

2.1 Prestazioni Ambulatoriali

Il tempo massimo di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio deve essere garantito per almeno il 90% delle prenotazioni in tutte le strutture erogatrici pubbliche e private accreditate a contratto che erogano prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale. L'elenco delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale oggetto di monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa a cui si fa riferimento è quello contenuto nella DGR XI/1865/2019 e nelle successive modifiche e/o integrazioni che contribuiranno alla sua periodica revisione.

Al fine di garantire la correttezza del processo di prenotazione la prescrizione di prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN dovrà obbligatoriamente riportare i seguenti punti:

- **il quesito diagnostico.** L'indicazione del quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta;
- **se trattasi di prestazioni in primo accesso o di accesso successivo.** Deve risultare chiaramente evidente la distinzione tra primi accessi e accessi successivi, sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione.

Per primo accesso si intende: primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico; prima visita o primo esame di diagnostica strumentale; visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore; nel caso di paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico; rivalutazione complessiva e/o revisione sostanziale della terapia (DGR IX/1775/2011).

Per le prescrizioni in classe priorità U o B emesse dal Pronto Soccorso o dal medico specialista dell'Azienda, il prescrittore dovrà assicurarsi che la prenotazione e la relativa erogazione avvengano prioritariamente nello stesso Ente in cui la prescrizione è stata generata (DGR XI/1046/2018).

Per accesso successivo si intende: controlli, follow up o visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista.

Le prestazioni successive al primo accesso dovranno essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. Gli erogatori adotteranno idonee modalità affinché le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura.

- **la classe di priorità** così come di seguito declinata:

U (URGENTE)	da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque, entro 72 ore. Per la classe U vale sempre l'indicazione della DGR 47675/1999 che prevede la spendibilità entro 2 giorni lavorativi dalla prescrizione
B (BREVE)	da eseguire entro 10 giorni
D (DIFFERIBILE)	da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici
P (PROGRAMMATA)	da eseguire entro 120 giorni

L'indicazione della Classe di Priorità è obbligatoria per i primi accessi; l'indicazione della priorità per gli accessi successivi dovrà essere segnalata nel campo note. Nel caso in cui la classe di priorità non sia compilata dal prescrittore, si sottintende che la prestazione, per volontà implicita dello stesso, ricada in classe 'P'.

I giorni previsti dalle classi di priorità cliniche, nonché il calcolo della relativa tolleranza per la fruizione delle prestazioni, sono conteggiati come giorni solari.

Se il cittadino presenta la richiesta di prenotazione di una prestazione in un tempo maggiore, ma ancora entro i 10 giorni rispetto alla classe di priorità indicata dal prescrittore (cioè entro i 20 giorni nella classe B o entro i 40/70 giorni per la classe D), la struttura erogatrice si impegna ad erogare la prestazione nei tempi indicati dalla priorità quindi entro i 10 giorni successivi per la classe B ed entro i successivi 30/60 giorni per la classe D, a decorrere dal momento della presentazione della richiesta da parte del cittadino.

Se il tempo di presentazione della richiesta di prenotazione da parte del cittadino supera i 20 giorni per la priorità B ovvero i 40/70 per la D, l'erogazione della prestazione potrà essere garantita nei tempi previsti dalla classe di priorità immediatamente successiva.

Nel caso in cui nella struttura che rappresenta la prima scelta del cittadino non ci fossero disponibilità entro i termini stabiliti, il Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa si attiverà per individuare altre strutture in grado di offrire la prestazione entro i tempi indicati; qualora sul territorio dell'ATS di riferimento non fossero presenti le disponibilità richieste, la struttura scelta dovrà impegnarsi a fornire comunque la prestazione al solo costo del ticket, se dovuto.

Se l'utente richiede di fruire della prestazione esclusivamente nella struttura da lui richiesta, in caso di indisponibilità nei termini previsti dalla classe di priorità e pertanto non vuole usufruire della prestazione in altra struttura proposta nei tempi previsti dalla priorità clinica, è possibile proporre un accesso con una tolleranza del 20% (ossia 12 giorni invece di 10, 36 giorni invece di 30 e 72 giorni invece di 60).

2.2 Prestazioni di ricovero

Per tutti i ricoveri programmati dovrà essere garantito l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2019-2021 di cui alle tabelle sotto riportate.

L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa cui si fa riferimento è quello contenuto nella DGR XI/1865/2019 e nelle successive modifiche e/o integrazioni che contribuiranno alla sua periodica revisione.

I tempi massimi sono quelli individuati dalle diverse classi di priorità attribuite dal medico richiedente di seguito descritti:

Classe A	Casi clinici che possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o da determinare grave pregiudizio alla prognosi. Ricovero entro 30 gg.
Classe B	Casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi. Ricovero entro 60 gg.
Classe C	Casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi. Ricovero entro 180 gg.
Classe D	Casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Ricovero senza attesa massima definita (devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi).

Al fine di garantire il rispetto delle norme vigenti in materia di trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, dovranno essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre ricovero).

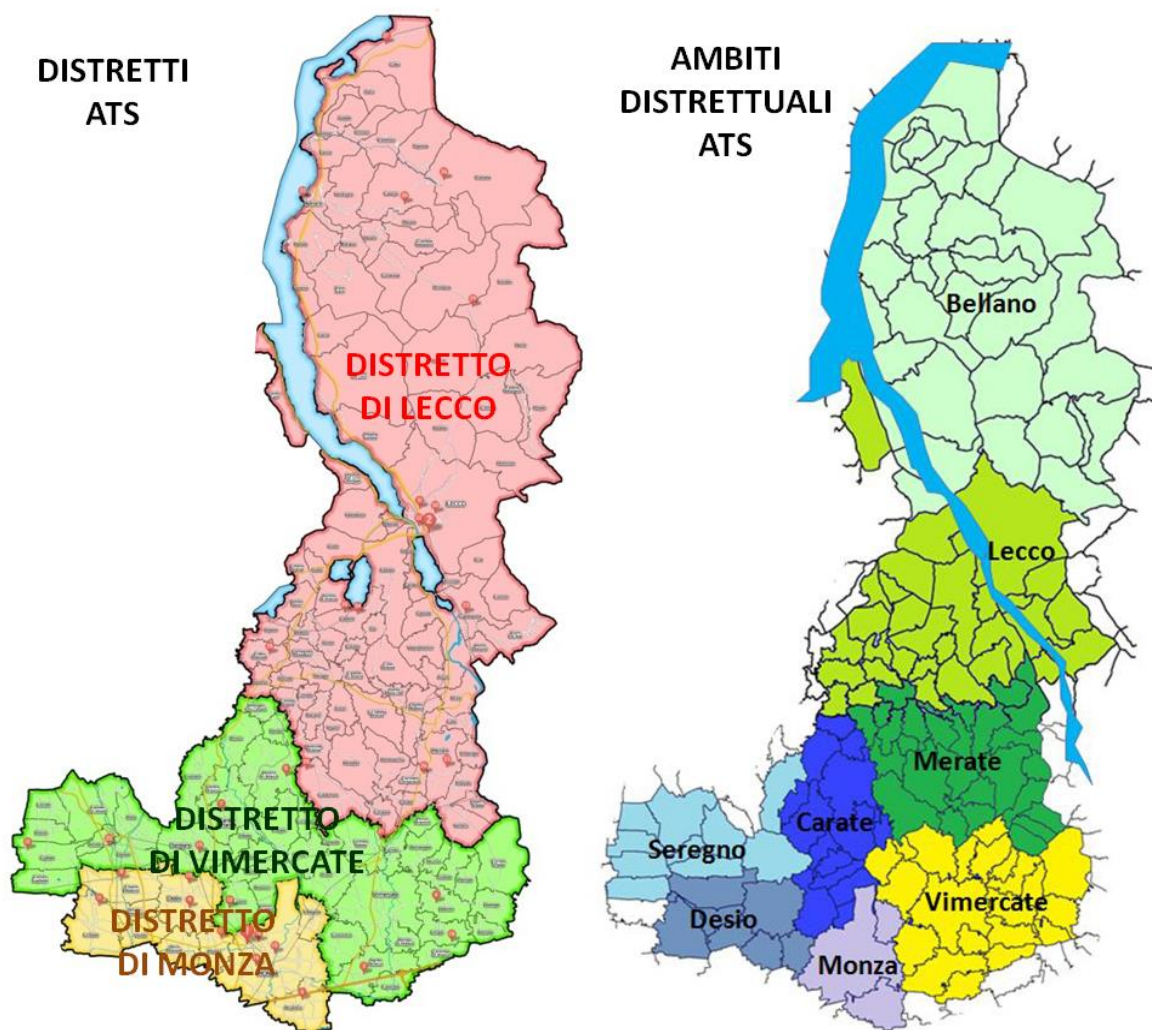
Ciascun paziente potrà richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera. Qualora si modificano le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, sarà possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

3. ANALISI DI CONTESTO DEMOGRAFICO ED AMBITI DISTRETTUALI

L'ATS Brianza dal 1.1.2020 comprende 139 Comuni (il 31.12.2019 Vendrogno è stato accorpato a Bellano) e si estende su un territorio complessivo di 1.222 Km^q. La popolazione residente al 01/01/2018 è costituita da 1.211.315 persone (594.632 maschi e 616.683 femmine) (<http://www.demo.istat.it>).

L'ATS della Brianza è articolata in tre distretti (Lecco, Monza e Vimercate) e otto ambiti distrettuali (Bellano, Lecco, Merate, Carate Brianza, Desio, Monza, Seregno e Vimercate).

In figura l'articolazione dei distretti e degli ambiti distrettuali dell'ATS della Brianza.



Di seguito si riporta la numerosità della popolazione residente e della densità, suddivisa per area territoriale:

DISTRETTO	Ambito	Popolazione ISTAT 2019			AREA		
		MASCHI	FEMMINE	TOTALE	Km ²	Ab/Km ²	N. COMUNI
LECCO	Bellano	26.403	26.732	53.135	458	116	29
	Lecco	80.549	83.396	163.945	218	750	31
	Merate	59.415	60.885	120.300	130	924	24
	TOTALE	166.367	171.013	337.380	807	418	84
MONZA	Desio	95.520	98.204	193.724	60	3.247	7
	Monza	83.068	89.385	172.453	48	3.574	3
	TOTALE	178.588	187.589	366.177	108	3.393	10
VIMERCATE	Carate Brianza	75.630	78.429	154.059	76	2.026	13
	Seregno	83.339	86.334	169.673	80	2.114	10
	Vimercate	90.708	93.318	184.026	141	1.302	22
	TOTALE	249.677	258.081	507.758	298	1.706	45
ATS BRIANZA		594.632	616.683	1.211.315	1.213	999	139

La tabella successiva riporta la distribuzione, nel 2019, del numero di punti di erogazione di prestazioni sanitarie (limitatamente a quelli che sono di riferimento per le periodiche attività di monitoraggio) suddivisi per area territoriale.

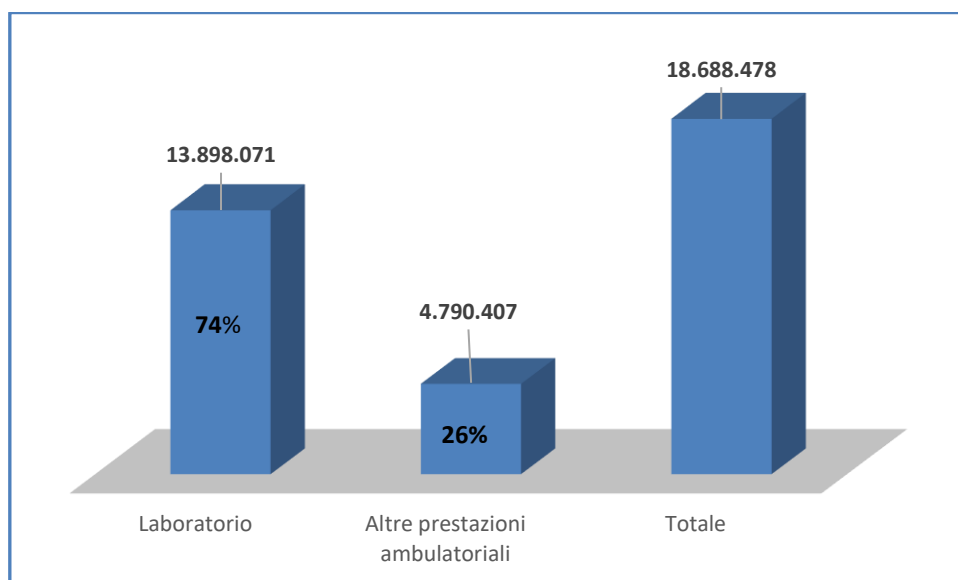
Distretto	Ambito distrettuale	Strutture ambulatoriali	Strutture di ricovero	Strutture di radioterapia
LECCO	Lecco	11	5	1
	Bellano	2	1	-
	Merate	3	2	-
	totale	16	8	1
MONZA	Desio	10	2	-
	Monza	12	5	2
	totale	22	7	2
VIMERCATE	Carate	7	2	-
	Seregno	6	2	-
	Vimercate	6	1	-
	totale	19	5	-
		57	20	3

In relazione alla suddetta tabella si ribadisce, comunque, che il riferimento di interesse diventa la rete di offerta territoriale nel suo insieme e non la singola struttura di erogazione. Ciò permette di definire in modo flessibile il modello organizzativo tenendo conto sia dell'espressione della libertà di scelta dei cittadini, sia della presenza di strutture ad elevata capacità di attrazione (con liste di attesa più lunghe per taluni ambiti specialistici). In ogni caso tale tipo di impostazione non ha, ovviamente, lo scopo di introdurre vincoli rispetto all'incontro domanda/offerta, ma di consentire, attraverso specifiche valutazioni, se sussistono o meno importanti fenomeni di squilibrio tra domanda e offerta in determinate aree geografiche.

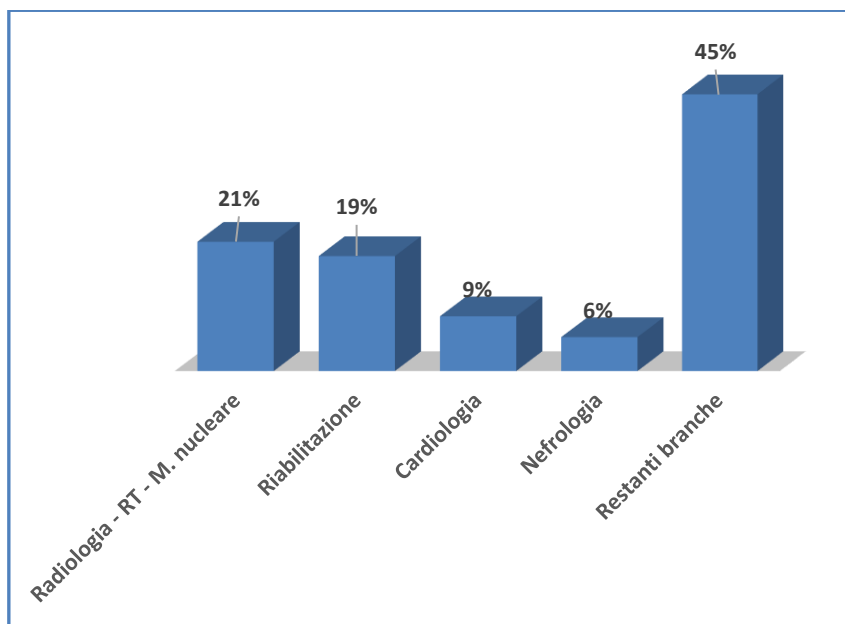
4. ANALISI DI MONITORAGGIO

I due grafici seguenti rappresentano la numerosità delle prestazioni erogate nell'anno 2019 dagli erogatori pubblici e privati del territorio. In particolare, il grafico sottostante mostra i volumi e la distribuzione relativa delle prestazioni erogate, distinguendo tra quelle che ricadono sotto la branca di laboratorio nel Nomenclatore Tariffario Regionale e quelle che ricadono sotto tutte le altre branche.

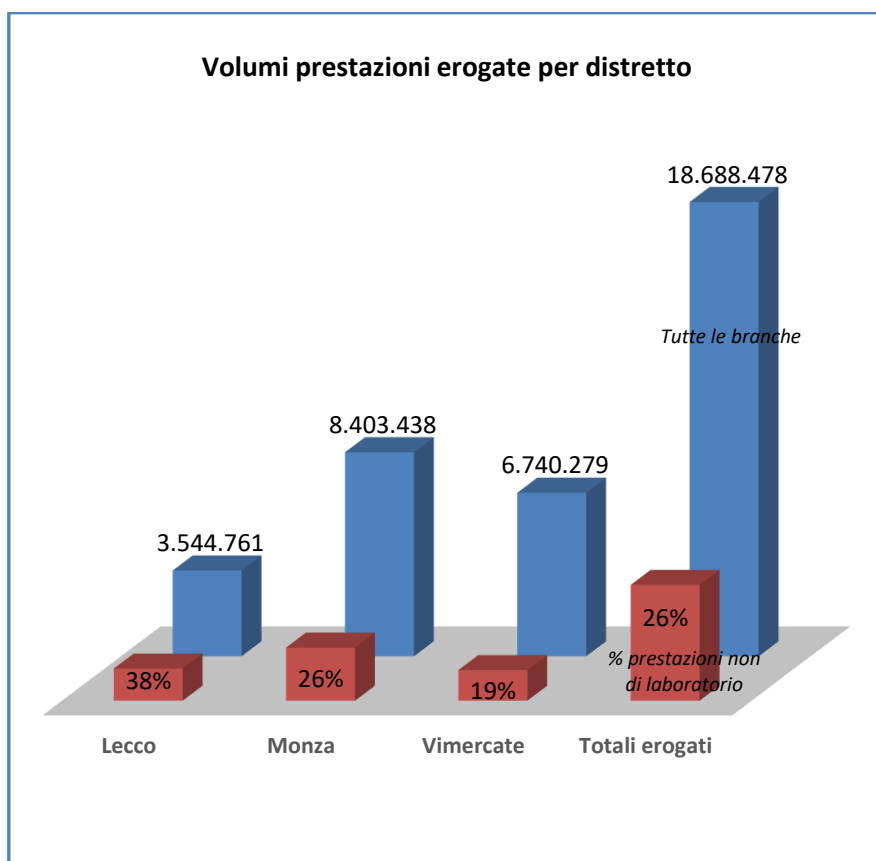
Pur con un incremento del volume delle prestazioni erogate pari all'1.2% rispetto all'anno 2018, la distribuzione relativa delle prestazioni sul 2019 rimane invariata rispetto agli anni precedenti.



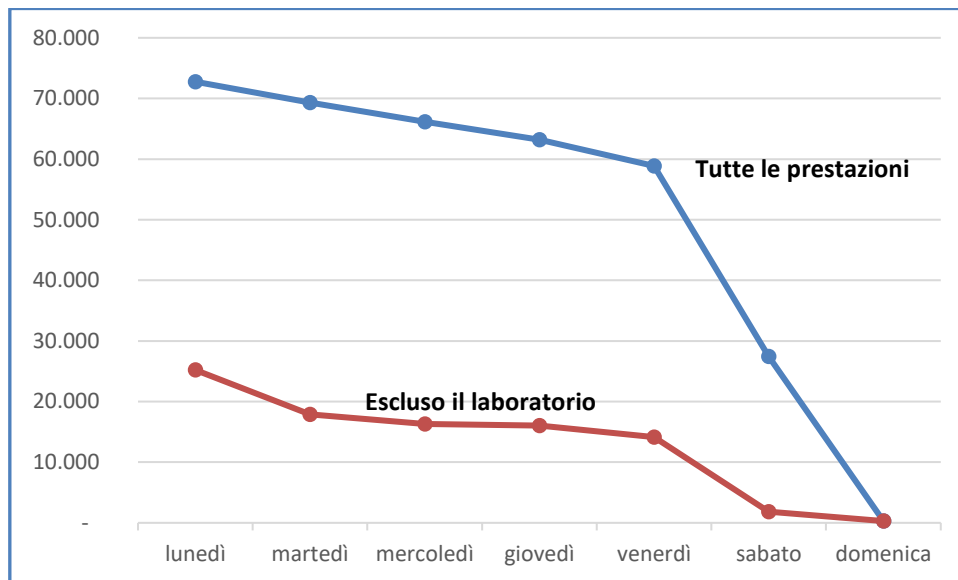
Il grafico seguente rappresenta la distribuzione percentuale delle numerosità delle prestazioni di branca specialistica differente dal laboratorio. Come si nota, il 55% delle prestazioni non di laboratorio erogate nel 2019 ricade in sole 4 branche specialistiche, dato che riconferma il trend del 2018.



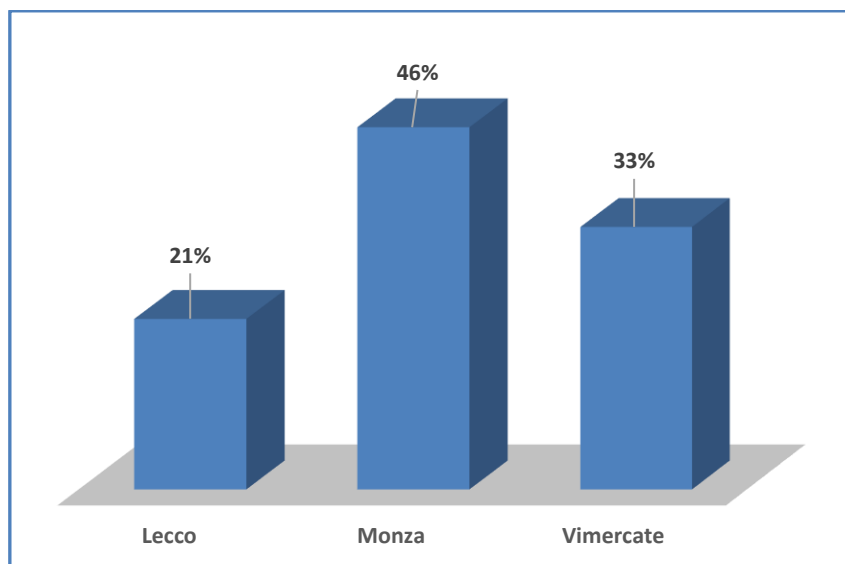
Il prossimo grafico mostra i volumi delle prestazioni erogate per distretto di erogazione evidenziando la percentuale di prestazioni con branca principale diversa dalla branca laboratorio sul volume totale delle prestazioni erogate.



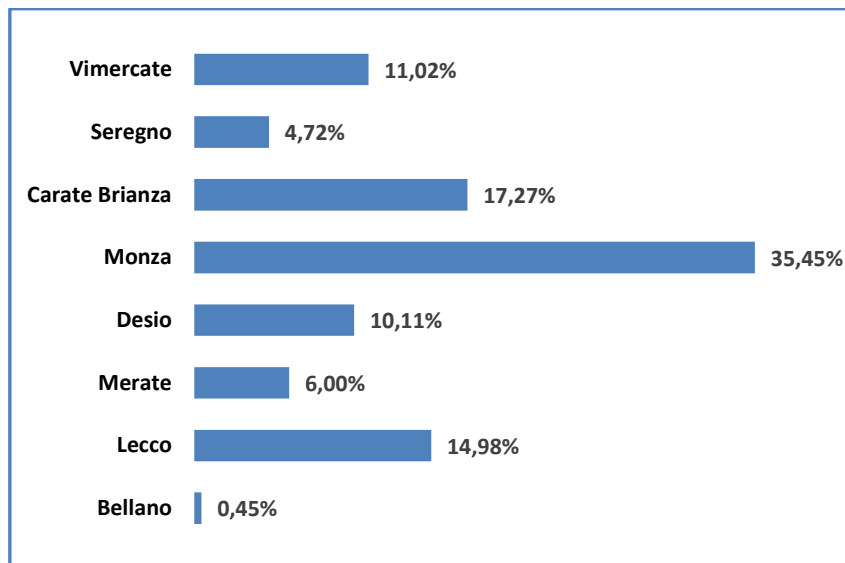
Il grafico successivo evidenzia l'andamento medio settimanale dell'erogazione; in una singola giornata vengono erogate dalle strutture del territorio in media cinquantunomila prestazioni, di cui il 74% costituite da prestazioni di laboratorio.



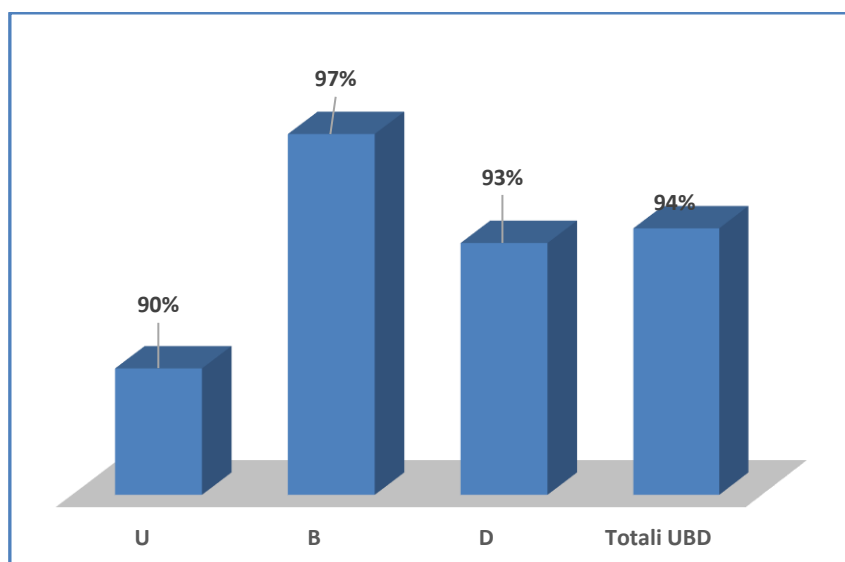
Il grafico seguente si concentra invece sulle prescrizioni, ovvero sui singoli accessi e rappresenta la distribuzione percentuale degli accessi agli erogatori del territorio, distinti per distretto di erogazione. La percentuale maggiore di accessi si concentra nel distretto di Monza, seguito da quello di Vimercate.



La distribuzione degli accessi per ambiti territoriali all'interno dei distretti è rappresentata nel grafico seguente.



Di seguito un grafico che rappresenta le percentuali di prestazioni prenotate nei tempi previsti dalla XI/1865 del 09.07.2019 per le classi U, B, D, ovvero il tempo trascorso tra la data di prescrizione del medico e la data di prenotazione da parte del cittadino; per la loro significatività, l'elaborazione si riferisce alle prestazioni di cui al monitoraggio dei tempi di attesa. Le prestazioni risultano in linea di massima prenotate nei tempi previsti, con una minore puntualità di prenotazione per la classe U.



4.1 Analisi dei monitoraggi

Di seguito si riportano le elaborazioni relative alle attività di monitoraggio dei tempi di attesa per il territorio dell'ATS Brianza.

La analisi hanno preso in considerazione sia valutazioni ex-ante, ottenute dal flusso regionale MTA, sia valutazioni ex-post sulla base dei flussi della Circ. 28/SAN.

Monitoraggio ex-ante delle prestazioni ambulatoriali

La numerosità delle prenotazioni ambulatoriali effettuate durante i giorni indice previsti dal monitoraggio regionale/nazionale del 2019 è riportata nella tabella seguente, distinta per tipologia di erogatore e classe di priorità (U/B/D/P). Complessivamente la rilevazione ex-ante evidenzia che il rispetto dei tempi di attesa è garantito entro soglia per l'88% delle prenotazioni, con criticità riscontrabili soprattutto per le prime tre classi di priorità.

Erogatore	Classe priorità	N° prenotazioni	N° prenotazioni entro soglia	% prenotazioni entro soglia
pubblico	U	1.482	1.060	72%
	B	3.270	2.531	77%
	D	15.857	13.644	86%
	P	24.161	21.367	88%
	tot	44.770	38.602	86%
privato	U	229	178	78%
	B	799	776	97%
	D	20.787	16.382	79%
	P	22.207	21.866	99%
	tot	44.022	39.202	89%
Totale (pubblico + privato)	U	1.711	1.238	72%
	B	4.069	3.307	81%
	D	36.644	30.026	82%
	P	46.368	43.233	93%
	tot	88.792	77.804	88%

Nella tabella seguente gli stessi dati vengono presentati per distretto di erogazione. La percentuale di prenotazioni fuori soglia risulta lievemente inferiore nei distretti di Monza e Vimercate rispetto a quello di Lecco; considerando invece le classi di priorità, il distretto di Lecco registra una percentuale di prenotazioni in soglia sostanzialmente uniforme nelle classi U, B, D e P, con criticità maggiori rispetto alla classe B, mentre negli altri due distretti dell'ATS le percentuali di rispetto delle soglie specifiche per classi di priorità risultano non uniformi. In particolare, mentre per il Distretto di Monza le criticità maggiori riguardano le classi U e B, confermando il dato generale dell'ATS, per il distretto di Vimercate risultano maggiormente critiche le classi U e D.

Distretto Erogatore	Classe priorità	N° prenotazioni	N° prenotazioni entro soglia	% prenotazioni entro soglia
Lecco	U	583	497	85%
	B	1.643	1.358	83%
	D	9.885	8.568	87%
	P	13.118	11.358	87%
	tot	25.229	21.781	86%
Monza	U	880	548	62%
	B	1.903	1.483	78%
	D	13.557	10.907	81%
	P	19.439	18.611	96%
	tot	35.779	31.549	88%
Vimercate	U	248	193	78%
	B	523	466	89%
	D	13.202	10.551	80%
	P	13.811	13.264	96%
	tot	27.784	24.474	88%

Monitoraggio ex-ante delle prestazioni di ricovero

Per quanto concerne il monitoraggio ex-ante relativo alle prenotazioni dei ricoveri programmati, la tabella successiva rappresenta la numerosità e la percentuale entro soglia per tutte le classi di priorità; per tutti gli erogatori la classe di priorità più critica è la B, seguita dalla classe A.

Erogatore	Classe priorità	N° prenotazioni	N° prenotazioni entro soglia	% prenotazioni entro soglia
pubblico	A	863	745	86%
	B	385	222	58%
	C	447	417	93%
	D	594	590	99%
	tot	2.289	1.974	86%
privato	A	296	291	98%
	B	126	126	100%
	C	186	186	100%
	D	166	166	100%
	tot	774	769	99%
Totale (pubblico + privato)	A	1.159	1.036	89%
	B	511	348	68%
	C	633	603	95%
	D	760	756	100%
	tot	3.063	2.743	90%

Di seguito la situazione declinata per distretto di erogazione e classe di priorità; si riscontrano maggiori criticità nel distretto di Lecco, in parte riconducibili alla diversa distribuzione territoriale degli erogatori.

Erogatore	Classe priorità	N° prenotazioni	N° prenotazioni entro soglia	% prenotazioni entro soglia
Lecco	A	354	255	72%
	B	264	106	40%
	C	280	258	92%
	D	268	265	99%
	tot	1.166	884	76%
Monza	A	683	670	98%
	B	238	235	99%
	C	233	231	99%
	D	148	148	100%
	tot	1.302	1.284	99%
Vimercate	A	122	111	91%
	B	9	7	78%
	C	120	114	95%
	D	344	343	100%
	tot	595	575	97%

Monitoraggio ex-post delle prestazioni ambulatoriali

I dati rappresentati nelle tabelle successive sono stati elaborati dai flussi ambulatoriali della circolare 28/SAN analizzando il database aggiornato con i dati di produzione dell'anno 2019. La tabella sottostante riporta i volumi di prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture del territorio dell'ATS. A fronte del già rilevato incremento della produzione totale, si riscontra una variazione della distribuzione dei volumi nelle classi di priorità. Infatti gli incrementi di produzione maggiori si riscontrano nelle classi di priorità U, B e D, mentre la produzione in classe P risulta diminuita. Nello specifico, si può notare un sensibile aumento della prescrizione di prestazioni in classe D, seguita dalla B.

	Classe di priorità	N° prestazioni erogate		% incremento
		Anno 2018	Anno 2019	
Erogatori territorio ATS Brianza	U	28.936	31.267	8%
	B	43.735	67.042	53%
	D	69.561	132.126	90%
	UBD	142.232	230.435	62%
	P	567.623	488.808	-14%
	Totali	709.855	719.243	1%

La tabella seguente riporta per gli anni 2018 e 2019 i volumi totali di prestazioni erogate, le prestazioni erogate in soglia e le percentuali di rispetto dei tempi di attesa, distinguendo per distretto di erogazione e classe di priorità.

Distretto	Classe di priorità	N° prestazioni erogate		N° prestazioni erogate in soglia		% prestazioni erogate in soglia	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019
Lecco	U	7.599	7.835	6.404	6.492	84%	83%
	B	19.455	26.877	16.221	22.590	83%	84%
	D	20.949	39.564	18.896	34.974	90%	88%
	P	153.167	139.632	147.136	130.158	96%	93%
	Totali	201.170	213.908	188.657	194.214	94%	91%
Monza	U	13.307	14.480	7.643	10.517	57%	73%
	B	16.062	24.859	9.248	19.266	58%	78%
	D	32.466	60.781	21.856	50.167	67%	83%
	P	233.512	186.599	225.180	175.340	96%	94%
	Totali	295.347	286.719	263.927	255.290	89%	89%
Vimercate	U	8.030	8.952	6.259	7.333	78%	82%
	B	8.218	15.306	6.504	12.477	79%	82%
	D	16.146	31.781	11.840	26.072	73%	82%
	P	180.944	162.577	176.074	151.514	97%	93%
	Totali	213.338	218.616	200.677	197.396	94%	90%
Erogatori territorio ATS Brianza	U	28.936	31.267	20.306	24.342	70%	78%
	B	43.735	67.042	31.973	54.333	73%	81%
	D	69.561	132.126	52.592	111.213	76%	84%
	P	567.623	488.808	548.390	457.012	97%	93%
	Totali	709.855	719.243	653.261	646.900	92%	90%

Su tutto il territorio ATS la percentuale di rispetto dei tempi di attesa raggiunge il 90%, soglia definita dal Piano Nazionale di Governo dei Tempi di Attesa e richiamata dalla DGR XI/1865/2019 pur con variabilità sui tre distretti. Rispetto all'anno 2019 si evidenzia un miglioramento decisivo del rispetto dei tempi di attesa sulle tre classi di priorità U, B e D pur in presenza di un incremento del volume di prestazioni erogate su queste tre classi legato all'impegno degli erogatori che hanno aperto delle nuove agende di prenotazione dedicate a tali classi di priorità. La lieve deflessione della soglia sui tempi di attesa della priorità P (che resta comunque sopra soglia) andrà monitorato nel corso del 2020 ponendo particolare attenzione alla appropriata attribuzione delle prestazioni in tale classe, quindi come prime visite a 120 giorni, rispetto alla loro attribuzione a prestazioni di controllo/follow up.

Di seguito il confronto fra le percentuali di rispetto dei tempi di attesa per classi di priorità e tipologia di monitoraggio negli anni 2018-2019:

Classe di priorità	Circ. 28/SAN		MTA	
	2018	2019	2018	2019
U	70%	78%	68%	72%
B	73%	81%	73%	81%
D	76%	84%	87%	82%
P (fino al 31.12.2019 - 180 GG)	97%	93%	94%	93%

Relativamente alla situazione delle dodici prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, individuate come particolarmente critiche dalla DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 (Regole di sistema per l'esercizio 2019), la tabella seguente riporta le percentuali di prestazioni effettuate entro soglia sul territorio della ATS.

codice	prestazione	% prestazioni entro soglia anno 2019				% in soglia UBDP
		U	B	D	P	
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	77%	90%	89%	80%	81%
88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	69%	89%	93%	93%	92%
88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	81%	89%	90%	86%	86%
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	71%	80%	89%	89%	88%
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	79%	89%	93%	96%	94%
88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X	40%	91%	96%	97%	97%
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	89%	89%	96%	95%	94%
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	81%	86%	82%	96%	91%
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	79%	72%	69%	93%	86%
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	85%	79%	85%	98%	93%
89.7B.8	PRIMA VISITA ORL	87%	80%	76%	99%	92%
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA	73%	73%	65%	83%	79%

Il dato evidenzia la permanenza di criticità sulle branche di oculistica e dermatologia anche attribuibile ad una offerta che risente della nota difficoltà di reperimento di personale medico in queste specialità.

Per meglio inquadrare invece la realtà territoriale, la tabella successiva fornisce per il territorio di ATS Brianza il dettaglio di tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa di cui all'elenco della DGR XI/1865/2019. Le prestazioni, raggruppate per tipologia in base al nomenclatore tariffario regionale, sono elencate in ordine decrescente di criticità per rispetto dei tempi di attesa sul dato cumulativo di tutte e 4 le classi di priorità. La lettura deve tener conto comunque dei volumi globali, della percentuale di distribuzione degli stessi sulle classi UBD e delle soglie sulle singole classi di priorità. Le prime visite di oculistica e dermatologica risultano critiche per i motivi già analizzati; nella diagnostica, risulta critica la radiologia diagnostica ad alto costo, come atteso sulle classi di priorità più alte, per i problemi organizzativi legati proprio al vincolo della numerosità degli esami erogabili e per problemi di appropriatezza.

prestazione	N° prestazioni l accesso	% Classi UBD	% prestazioni in soglia per classe di priorità				% prest. in soglia UBDP
			U	B	D	P	
PRIMA VISITA OCULISTICA (95.02)	49.146	26%	73%	73%	65%	83%	79%
MAMMOGRAFIA (87.37.1 - 87.37.2)	28.282	12%	78%	90%	89%	80%	81%
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA (89.7A.9)	5.158	40%	65%	72%	66%	91%	81%
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.25)	8.990	39%	39%	71%	92%	85%	84%
PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] (89.13)	21.694	40%	82%	70%	68%	95%	85%
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA (89.7A.7)	33.546	34%	79%	72%	69%	93%	86%
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA (89.7B.9)	10.650	48%	77%	81%	76%	93%	86%
ECOGRAFIA MAMMELLA (88.73.1 - 88.73.2)	32.974	17%	80%	90%	90%	86%	86%
RMN ADDOME (88.95.4 - 88.95.5)	2.057	47%	60%	65%	87%	97%	86%
SPIROMETRIA (89.37.1 - 89.37.2)	6.930	25%	66%	74%	77%	91%	87%
TAC ADDOME (88.01.1 - 88.01.2 - 88.01.3 - 88.01.4 - 88.01.5 - 88.01.6)	13.697	54%	66%	78%	91%	95%	87%
TAC TORACE (87.41 - 87.41.1)	14.106	48%	66%	77%	91%	95%	88%
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI (88.73.5)	24.142	20%	71%	80%	89%	89%	88%
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA (89.7A.8)	13.407	36%	68%	73%	77%	96%	88%
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (89.7A.6)	4.567	47%	67%	84%	85%	94%	88%
88385 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO (88.38.5)	384	60%	80%	80%	92%	99%	90%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA (88.77.2)	18.478	43%	79%	85%	91%	94%	90%
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA (89.7A.3)	29.256	40%	81%	86%	82%	96%	90%
RMN CERVELLO (88.91.1 - 88.91.2)	13.644	38%	64%	71%	90%	97%	91%
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA (89.7C.2)	16.564	47%	88%	91%	82%	96%	91%
PRIMA VISITA ORL (89.7B.8)	42.397	36%	87%	80%	76%	98%	91%
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO (45.42)	1.639	23%	20%	84%	95%	93%	92%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA (45.16)	12.577	37%	59%	78%	90%	97%	92%
PRIMA VISITA ORTOPEDICA (89.7B.7)	38.335	36%	85%	79%	85%	98%	93%
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (89.7B.2)	40.221	29%	65%	80%	85%	97%	93%
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO (88.71.4)	17.964	27%	72%	87%	90%	95%	93%
PRIMA VISITA ONCOLOGICA (89.7B.6)	5.297	26%	62%	81%	79%	99%	93%
ECOGRAFIA ADDOME (88.74.1- 88.75.1 - 88.76.1)	48.281	38%	79%	88%	93%	96%	94%
ELETTROCARDIOGRAMMA (89.50 - 89.52)	64.874	30%	85%	86%	94%	95%	94%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO (87.03 - 87.03.1)	8.631	49%	77%	89%	95%	99%	94%
TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO (89.41- 89.43 - 89.44)	7.693	33%	75%	87%	95%	97%	94%
TAC RACHIDE (88.38.1 - 88.38.2)	2.598	48%	79%	86%	95%	100%	94%
RMN COLONNA (88.93 - 88.93.1)	23.352	39%	72%	79%	95%	99%	94%
PRIMA VISITA GINECOLOGICA (89.26.1)	20.600	24%	81%	87%	88%	97%	95%
ESAME AUDIOMETRICO TONALE (95.41.1)	7.205	17%	87%	84%	88%	96%	95%
RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (48.24)	571	34%	69%	88%	96%	97%	95%
FOTOGRAFIA DEL FUNDUS Per occhio (95.11)	22	41%		100%	100%	92%	95%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] (93.08.1)	15.165	18%	60%	79%	92%	100%	97%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA (88.72.3)	700	22%	83%	89%	92%	99%	97%
ECOGRAFIA OSTETRICA - GINECOLOGICA (88.78 - 88.78.2)	13.430	3%	77%	91%	91%	100%	100%
BIOPSIA EPATICA (MAC12)	19	0%				100%	100%

5. AZIONI DI GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA PER IL 2020

Di seguito le principali azioni che l'ATS Brianza intende realizzare nel 2020 per il governo dei tempi di attesa.

5.1 Coordinamento

Le azioni di coordinamento dell'ATS si espletano a diversi livelli:

- ✓ tra ATS e strutture erogatrici della rete di offerta di prestazioni sanitarie: principalmente attraverso la negoziazione e l'affrontare specifiche criticità;
- ✓ tra ATS e ASST: in sede di predisposizione da parte di queste ultime dei Piani aziendali semestrali di Governo dei Tempi di Attesa;
- ✓ tra ATS e i soggetti prescrittori (MMG/PDF/specialisti): al fine di promuovere l'adesione alle regole prescrittive e interventi rivolti all'appropriatezza;
- ✓ tra ATS e il cittadino: attraverso adeguati interventi di informazione e comunicazione.

5.2 Governo della domanda - appropriatezza prescrittiva

Le diverse azioni che intervengono nel governo della domanda di prestazioni sanitarie rappresentano certamente l'aspetto più critico da gestire e necessitano di adeguate implementazioni. Esse sono riconducibili a diversi fattori quali a titolo di esempio: comportamenti prescrittivi dei medici (talvolta riconducibili alla medicina difensiva), preferenze dei pazienti e orientamento dei mezzi di comunicazione. Inoltre, in questi ultimi anni, l'attività ambulatoriale si è ulteriormente implementata anche in considerazione della progressiva deospedalizzazione verso regimi assistenziali più appropriati e meno costosi, qualificando ulteriormente la stessa attività ambulatoriale. Ne sono esempi l'istituzione della macroattività ambulatoriale ad alta complessità (MAC) e il potenziamento della chirurgia ambulatoriale (BIC).

Il governo della domanda si espleta, in particolare, attraverso le seguenti azioni, già avviate nel corso degli anni precedenti ma che necessitano di essere costantemente presidiate ed implementate anche in relazione alle criticità evidenziate:

1. Promozione ed implementazione di interventi finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. I LEA, infatti, prevedono la garanzia di erogabilità di prestazioni sanitarie entro tempi appropriati alle necessità cliniche del singolo caso; ciò può essere sviluppato attraverso la realizzazione delle seguenti azioni:
 - ✓ applicazione di quanto stabilito a tal proposito dalle indicazioni previste nella DGR delle Regole 2020 ;
 - ✓ applicazione delle indicazioni prescrittive già condivise tra specialisti di strutture accreditate, MMG ed ATS, che indicano, per alcune prestazioni critiche a causa della tempistica di attesa, i principali criteri di appropriatezza prescrittiva;
 - ✓ implementazione informativa, per quanto riguarda sia una adeguata indicazione del quesito diagnostico/motivazione clinica a supporto della richiesta della prestazione, sia l'esplicito riferimento a prestazione di primo accesso o controllo. La non appropriata indicazione della dicitura "primo accesso" o "controllo" (risultata critica in particolare per le prestazioni di diagnostica strumentale) rende difficoltosa la rendicontazione delle prestazioni erogate, ha importanti ripercussioni in sede di analisi dei tempi di attesa attraverso i consueti flussi informativi (Circ. 28/SAN) e crea problemi nella allocazione di specifiche risorse finanziarie.
2. verifica del corretto ricorso dei medici prescrittori alle indicazioni riguardanti le classi di priorità. In particolare si sottolinea la necessità di realizzare strumenti di controllo, per lo sviluppo di attività di verifica.
3. pieno sviluppo applicativo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). I percorsi diagnostico terapeutici restano lo strumento che meglio garantisce l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche sotto l'aspetto della globalità e della continuità di assistenza. Pertanto la loro applicazione, almeno per le patologie croniche più comuni, rappresenta un'ulteriore fase di sviluppo da perseguire per garantire l'appropriatezza delle prestazioni richieste, un'adeguata tempistica di erogazione ed una più appropriata gestione dei controlli dei pazienti portatori di tali patologie.

Parte di queste azioni potranno altresì essere sviluppate all'interno del cosiddetto "Sistema delle relazioni tra i livelli di cura" (Assistenza Sanitaria Primaria ed Assistenza Specialistica), deliberato dall'ATS della Brianza

(Del. n. 761 del 18.12.2017) e che definisce in modo puntuale i livelli di relazione tra l'area delle Cure primarie e quello dell'Assistenza specialistica.

In particolare nel 2020 sono previste le seguenti azioni:

- revisione normativa del documento soprarichiamato "Sistema delle relazioni tra i livelli di cura", in coerenza con le recenti indicazioni regionali DGR 1865/2019 e circolare 9 gennaio 2020;
- predisposizione e diffusione ai MMG/PDF di un documento di sintesi in materia prescrittiva con indicazioni rispetto alle classi di priorità - tempi di tolleranza – modalità di inserimento delle classi di priorità nelle prescrizioni per prestazioni di controllo;
- sensibilizzazione agli assistiti, per il tramite dei MMG/PDF, relativamente alla mancata presentazione alle prestazioni prenotate in assenza di disdetta;
- costituzione all'interno del Tavolo di Lavoro di sottogruppi tecnici per la definizione delle tematiche prioritarie da affrontare e predisposizione dei relativi protocolli;
- effettuazione, nel secondo semestre 2020 di eventi formativi in tema di appropriatezza prescrittiva.

5.3 Razionalizzazione e ottimizzazione dell'offerta - accessibilità

Si schematizzano di seguito gli interventi che necessitano di essere garantiti, promossi e sviluppati nell'ambito dell'accessibilità e dell'offerta.

Accesso Diretto: in un'ottica di semplificazione dell'accesso, fatte salve le prestazioni ambulatoriali per le quali Regione Lombardia ha già stabilito l'accesso diretto senza prenotazione di cui alla Circolare 53/SAN e successive modifiche ed integrazioni, ATS proseguirà con gli erogatori del territorio il confronto già avviato gli anni scorsi per ampliare ulteriormente la tipologia di prestazioni ad accesso diretto sul proprio territorio dandone evidenza ai prescrittori MMG/PLS ed ai cittadini mediante gli opportuni canali di informazione.

Progetto "Ambulatori aperti"

Nel corso del 2020 verrà chiesto alle strutture coinvolte di rimodulare il progetto "Ambulatori Aperti", già individuato negli anni precedenti quale obiettivo contrattuale. Quest'anno sarà riproposto agli erogatori all'interno di un obiettivo collegato alla quota variabile del budget nella macro area "Governo dei tempi d'attesa", implementando le progettualità in essere alla luce dei risultati/esiti raggiunti in questi anni.

Negoziazione

All'interno del processo di negoziazione previsto dalle regole 2020 e della contrattualizzazione sarà dato ampio spazio alla gestione dei Tempi d'attesa in un'ottica plurisetoriale di intervento (ad es: sistemi informativi di prenotazione, criteri di gestione delle liste d'attesa, pacchetti di prestazione per i cronici, ecc.), strettamente correlata alla "personalizzazione" degli obiettivi realisticamente raggiungibili. Tale definizione partirà da un'analisi approfondita della situazione di ciascuna struttura contrattualizzata, che consentirà di evidenziare le aree di maggior criticità proprie della struttura e di agganciare obiettivi di quota variabile specifici. Gli obiettivi correlati ad una quota variabile del budget riguarderanno sia l'area ricoveri che quella ambulatoriale.

5.4 Sistema di Prenotazioni ed accoglienza

La gestione delle agende di prenotazione deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurazione del rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna classe di priorità.

A tal fine Regione Lombardia ha avviato – in collaborazione con ARIA Spa e i più significativi attori del SSR – un percorso volto alla revisione del "Sistema di Prenotazione Unico Regionale" che, partendo dall'attuale assetto organizzativo, permetta di migliorare tutte le modalità di prenotazione e accesso al sistema sanitario da parte degli utenti; l'obiettivo è quello di semplificare al cittadino l'accesso ai luoghi di cura e agevolare la fruizione delle prestazioni sanitarie all'interno delle strutture erogatrici.

Come previsto dalla l.r. 33 del 30 dicembre 2009 "Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità" ed in particolare l'art. 21 come modificato dall'art. 34, comma 1, lettera a) della l.r. 6 giugno 2019 n. 9 "Legge di

revisione normativa e di semplificazione 2019”, le strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale devono utilizzare quale unico sistema di prenotazione delle prestazioni il sistema di prenotazione regionale.

Gli Enti Sanitari privati accreditati dovranno di conseguenza collegare il proprio sistema CUP al Sovracup (GP++) della Rete Regionale di Prenotazione (RRP), secondo piani attuativi coordinati a livello di ATS.

Tutte le strutture pubbliche e private collegate a RRP dovranno inoltre esporre su di esso tutte le agende in MULTICANALITÀ, al fine di semplificare i percorsi di fruizione da parte dei cittadini.

Le ATS dovranno svolgere un monitoraggio continuo al fine di garantire la completa esposizione da parte degli enti sanitari (ES) pubblici e privati dell’offerta sanitaria alla RRP.

Inoltre gli ES dovranno comunicare alla Rete regionale di prenotazione tutte le notifiche relative agli appuntamenti - anche se fissati direttamente dalle strutture/specialisti - per permettere l’annullamento automatico delle prenotazioni di prestazioni sanitarie presso più di una struttura, al fine di liberare disponibilità nelle agende, ridurre le liste di attesa, limitare il fenomeno del “no show”, il tutto a favore di una migliore efficienza complessiva del sistema.

Infine si sottolinea che una corretta informazione ai cittadini - affinché possano apprezzare l’importanza di un comportamento consapevole - può contribuire al miglior utilizzo delle capacità erogative del sistema, soprattutto evitando per quanto di propria competenza di impegnare le agende in modo improprio.

In questa direzione si muove la possibilità di adottare misure atte a responsabilizzare il paziente, comprese quelle di carattere sanzionatorio, nel caso di prestazioni prenotate e non erogate per la mancata presentazione del cittadino, in assenza di disdetta (come previsto dalla DGR X/7766/2018).

Con riferimento ai compiti e alle funzioni del Responsabile Unico per la gestione dei processi inerenti alle liste d’attesa nonché alla necessità di darne congruo rilievo all’interno dell’impianto organizzativo aziendale, si rimanda alle indicazioni riportate dalla DGR n. X/7766/2018 e a quanto previsto dallo specifico paragrafo (6.1. Governo dei Tempi di Attesa) della DGR n. XI/2672/2019.

Rientra tra i compiti del Responsabile anche l’attuazione di modalità organizzative ed operative per orientare al meglio l’utenza, nel caso la struttura non sia in grado di assicurare il rispetto delle classi di priorità.

5.5 Continuità Ospedale territorio-percorsi diagnostico terapeutici-Cronici

Il prosieguo dell’implementazione del percorso di presa in carico del paziente cronico è stato uno degli obiettivi prioritari del Programma Regionale di Sviluppo per l’esercizio 2019.

Il processo di arruolamento dei pazienti cronici, partito a febbraio del 2018, conta al 31.12.2019 n.69.864 soggetti presi in carico, pari al 17% dei soggetti cronici postalizzati, rispetto ad una media regionale del 9% circa.

L’attività di presa in carico è stata realizzata sul territorio di ATS da 12 gestori (6 cooperative, le 3 ASST del territorio, 1 IRCCS, 2 PRIVATI), tra quelli risultati idonei alla realizzazione della PIC, di questi le 6 cooperative di MMG hanno arruolato complessivamente il 96% dei pazienti che hanno aderito al percorso.

Le malattie croniche incidono per più del 70% sulla spesa sanitaria e riguardano il 30 % della popolazione; tale spesa è proporzionata alla elevata numerosità delle prestazioni erogate a favore dei pazienti cronici con inevitabile riflesso sulle liste di attesa. Sebbene la spesa associata alla cura dei singoli pazienti sia diminuita nel tempo come effetto di precedenti interventi organizzativi, si ritiene necessario sviluppare una programmazione di nuovi modelli di gestione della cronicità per un adeguamento delle risposte sul piano clinico e organizzativo-gestionale.

Il nuovo modello di gestione della cronicità determina per i pazienti cronici e fragili un percorso appositamente loro dedicato che si riflette su una programmazione delle prestazioni maggiormente rispondenti ai loro bisogni di stato di salute e correttamente collocata in termini di tempo nell’anno solare.

Nella DGR 2672 del 16/12/19 sono presenti azioni specifiche per una presa in carico integrata dei pazienti cronici che potranno avere impatto sulle liste di attesa in particolare:

- la stesura di piani attuativi per la riorganizzazione dell’attività ambulatoriale nell’attività di presa in carico anche attraverso la definizione di “pacchetti prestazionali “che permettendo al cittadino di avere più prestazioni da PAI in un unico accesso.

- l'obbligo per gli enti Erogatori di definire accordi annuali con gli Enti gestori per la messa a disposizione di slot dedicati al nuovo percorso, con clausola di salvaguardia in caso di mancato utilizzo degli stessi al fine di renderli tempestivamente disponibili; tutto ciò al fine di assicurare un'adeguata programmazione delle prestazioni sanitarie contenute nei PAI.

ATS solleciterà gli erogatori a pianificare una preventiva attività di back office che permetta di identificare il paziente cronico con PAI attivo anche da specialisti e personale infermieristico per evitare percorsi e prenotazioni parallele.

6. COMUNICAZIONE ALL'UTENZA

L'informazione e la comunicazione sono tra gli aspetti più importanti nel governo dei tempi di attesa. Rappresentano un diritto del cittadino e una risorsa per il sistema domanda/offerta, al fine di garantire un miglioramento della qualità del servizio. Per tale motivo la comunicazione deve essere finalizzata a rendere consapevole il cittadino circa la criticità del problema e gli sforzi in atto per affrontarlo.

Le azioni da attuare si possono ricondurre sostanzialmente al mantenimento ed allo sviluppo dei seguenti aspetti:

- ✓ promozione di piani di comunicazione territoriali mediante diffusione delle informazioni ai cittadini riguardanti i tempi di attesa e le strutture erogatrici presenti sul territorio dell'ATS Brianza ;
- ✓ aggiornamento sul sito dell'ATS di specifiche pagine web inerenti i tempi di attesa con particolare richiamo alla definizione di "primo accesso";
- ✓ vigilanza sull'applicazione di quanto stabilito dal D.lgs. n. 33/2013 relativamente alla trasparenza, per gli erogatori pubblici e privati accreditati a contratto;
- ✓ sistemi differenziati di prenotazione relativamente alle due modalità di erogazione - istituzionale/libera professione - per eliminare improprie interferenze tra le stesse;
- ✓ accesso alle informazioni sulle prestazioni di tutti gli erogatori pubblici e privati attraverso l'utilizzo dei dati derivanti dal flusso MOSA;
- ✓ promozione di interventi finalizzati al coinvolgimento del cittadino riguardo la cultura dell'appropriatezza.
- ✓ campagne informative sui tempi di spendibilità delle impegnative.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ATS Brianza garantisce le attività di ascolto e di rilevazione delle segnalazioni dei cittadini anche in merito a specifiche criticità, attivando i competenti uffici ATS per eventuali e conseguenti approfondimenti ed interventi finalizzati al superamento delle stesse.

7. RAO

Nel corso dell'anno si procederà al consolidamento del progetto di ricerca promosso e finanziato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas, "Applicazione diffusa priorità cliniche alle prestazioni specialistiche ambulatoriali" che sul territorio di ATS Brianza coinvolge in fase sperimentale la ASST Lecco. ATS Brianza nel corso del 2019 ha lavorato in un'ottica di sostegno e promozione del confronto tra i diversi attori coinvolti nel progetto organizzando momenti formativi con i 14 MMG coinvolti ed avviando un tavolo di lavoro permanente tra ASST Lecco ed MMG arruolati nel progetto RAO.

Nel 2020 il tavolo permanente sulla evoluzione del progetto RAO proseguirà la sua attività. Si è convenuto, quale aspetto qualificante del processo da implementare nel corso del 2020 il ritorno informativo ai MMG dell'esito di tutte le prescrizioni connesse alla sperimentazione con classe di priorità oggetto di valutazione. ATS discuterà le discordanze segnalate con gli MMG chiedendo le relative motivazioni. I ritorni dei MMG costituiranno ulteriore elemento di valutazione dell'efficacia del progetto.

8. AMBITI TERRITORIALI DI GARANZIA

Come confermato dalla DGR XI/2672/2019 recante le regole di sistema per l'anno 2020, nel caso la struttura a cui si rivolge il cittadino non avesse disponibilità ad erogare la prestazione entro i tempi previsti dalla specifica priorità, il Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa, definito a seguito delle indicazioni

della DGR X/7766/2018, si attiva per individuare altre strutture in grado di offrire la prestazione entro i tempi indicati.

Qualora sul territorio dell'ATS non fossero presenti le disponibilità richieste, la struttura scelta è tenuta ad erogare la prestazione con oneri a proprio carico chiedendo al cittadino di riconoscere il solo valore relativo al ticket se non esente. Tale opzione non è prevista nel caso in cui il cittadino non dovesse accettare la prestazione offerta dal Responsabile Unico Aziendale presso altra struttura nei tempi previsti dalla classe di priorità. ATS proseguirà il confronto con i RUA affinché si arrivi ad un modello organizzativo condiviso ed omogeneo tra i diversi erogatori di gestione di questo percorso.

Il rispetto dei tempi massimi di accesso alle prestazioni dovrà, in primo luogo, considerare i tre distretti nei quali si articola il territorio della ATS della Brianza: nello specifico si tratta del territorio in cui insistono l'ASST di Lecco, l'ASST di Monza e l'ASST di Vimercate. In considerazione della distribuzione delle strutture erogatrici sul territorio e delle caratteristiche geografiche, di viabilità e di mobilità dei cittadini, il rispetto dei tempi massimi di accesso stabiliti dalla normativa vigente dovrà essere garantito complessivamente per ciascuno dei tre distretti. Per le aziende sanitarie, articolate in più punti di erogazione nello stesso ambito territoriale (come sopra definiti), lo standard del 90% è da rispettare nel maggior numero possibile dei propri punti di erogazione.

9. MONITORAGGI

L'attività di monitoraggio della ATS riguarda:

- ✓ analisi dei flussi delle rilevazioni periodiche (ex ante MTA) programmate secondo il calendario regionale e nazionale (quest'ultimo esteso anche alle prestazioni ambulatoriali rese in attività libero-professionale intramoenia e solvenza) e dalla elaborazione dei dati ex post (Circ. 28/SAN) con individuazione di aree critiche e confronto con erogatori;
- ✓ monitoraggio del rispetto da parte degli erogatori delle disposizioni nazionali (Legge 266/2005 art.1 comma 282) e regionali in materia di sospensione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie con specifiche relazioni semestrali da trasmettere ai competenti uffici regionali;
- ✓ verifica della compilazione del flusso delle schede di dimissione ospedaliere dei ricoveri programmati per ciò che concerne le informazioni "data di prenotazione" e "classe di priorità";
- ✓ confronti sull'appropriatezza prescrittiva alla luce delle indicazioni condivise tra specialisti, MMG e ATS che si realizza su segnalazione da parte delle strutture erogatrici al Dipartimento Cure Primarie;
- ✓ esame dei piani attuativi delle ASST e loro corrispondenza con le indicazioni del presente piano;
- ✓ monitoraggio del progetto ambulatori aperti;
- ✓ ricognizione sull'anno corrente dei Responsabili unici dei tempi di attesa.

10. PROSECUZIONE DELL'ATTIVITÀ DEL GRUPPO DI MIGLIORAMENTO (GDM) DEI TEMPI DI ATTESA

Il Gruppo di Miglioramento dei Tempi di Attesa dell'ATS della Brianza, attivato nel novembre 2018 e costituito ufficialmente con delibera n. 856 del 28.12.18, ha la finalità di creare un punto di raccordo e collaborazione tra ATS e gli attori del sistema che possono svolgere un ruolo attivo nella realizzazione degli obiettivi previsti nella DGR n. X/7766 del 17/01/2018, nei Piani di Attuazione di Governo dei Tempi di Attesa, aggiornati annualmente da ATS, e nelle Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario.

Il gruppo di lavoro, coordinato dall'ATS della Brianza, coinvolge i soggetti del territorio operanti sul versante prescrittivo ed erogativo. Il GdM rappresenta un desk di confronto tra i soggetti, con la finalità di individuare e condividere azioni specifiche da mettere in atto per il contenimento dei tempi di attesa di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Il coordinamento del Gruppo di Miglioramento viene svolto da un Gruppo Operativo Interno di ATS che coinvolge i diversi Dipartimenti dell'Agenzia, favorendo così un lavoro trasversale e coordinato sulla tematica dei tempi di attesa.