



GUIDA ALLA LETTURA DEI DATI

Tempo massimo di attesa: rappresenta il tempo massimo che può intercorrere tra la data della prenotazione delle prestazioni e l'erogazione delle stesse; il valore standard da rispettare è fissato dalla Regione, in attuazione delle indicazioni nazionali ed è espresso dalle classi di priorità apposta dal prescrittore sulla ricetta.

Classe di priorità: il medico prescrittore ha l'obbligo di inserire nella ricetta cartacea o dematerializzata la classe di priorità che rappresenta la tempistica massima ritenuta opportuna per l'esecuzione della prestazione in base al percorso diagnostico – terapeutico.

Classi di priorità - Specialistica ambulatoriale – Primi accessi:

- classe U = 72 ore;
- classe B = 10 giorni;
- classe D = 30 giorni per le visite e 60 giorni per la diagnostica;
- classe P = 120 giorni.

Classi di priorità – Ricoveri programmati:

- classe A = 30 giorni;
- classe B = 60 giorni;
- classe C = 180 giorni;
- classe D = 1 anno.

Monitoraggio ex ente: gli Erogatori pubblici e privati accreditati a contratto hanno l'obbligo di rendicontare entro il giorno 5 del mese successivo a quello di prenotazione tutte le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso fra quelle individuate nel PNGLA 2025-2027, sia per il regime istituzionale sia per la solvenza, effettuate presso i loro canali di accesso; tale monitoraggio è partito nel mese di gennaio 2025.

In precedenza, fino al mese di dicembre 2024, gli Erogatori pubblici e privati accreditati a contratto avevano l'obbligo di rendicontare le prenotazioni effettuate nel corso della giornata indice mensile in relazione ai primi accessi in regime istituzionale di cui alle prestazioni individuate nel PNGLA 2019-2021. Per i mesi di gennaio, aprile, luglio ed ottobre veniva individuata una settimana indice nel corso della quale gli Erogatori di cui sopra dovevano rendicontare oltre ai primi accessi in regime istituzionale anche le prenotazioni effettuate in solvenza o in libera professione.

Percentuale di garanzia ex ante: rappresenta la percentuale delle prenotazioni effettuate per le prestazioni di primo accesso in regime istituzionale che sono state garantite entro la tempistica prevista dalla classe di priorità apposta dal medico prescrittore sulla ricetta cartacea o dematerializzata, ovvero esprime il rapporto tra il numero delle prenotazioni garantite entro i tempi per ogni classe di priorità e per ogni prestazione, rispetto al numero di prenotazioni, determinandone, quindi, la percentuale di copertura.

N.B. In caso l'assistito rifiuti la prima data prospettata dall'Erogatore il tempo di attesa viene calcolato secondo la prima data prospettata e non la data di assegnazione dell'appuntamento.



GUIDA ALLA LETTURA DEI DATI

Tempo medio attesa SSN: rappresenta la media dei tempi di attesa registrati per i primi accessi in relazione alle prenotazioni effettuate in regime istituzionale per la prestazione ambulatoriale specifica.

Valore mediano tempo attesa SSN: rappresenta il numero di giorni che, mettendo in ordine i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso prenotate in regime istituzionale, si trova al centro. Praticamente il 50% degli appuntamenti per i primi accessi in regime istituzionale avrà un tempo di attesa minore o uguale a tale valore.

Tempo medio attesa ALPI: rappresenta la media dei tempi di attesa delle prenotazioni registrate in regime di solvenza o libera professione per la prestazione ambulatoriale specifica.

Mediano tempo attesa ALPI: rappresenta il numero di giorni che, mettendo in ordine i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali prenotate in regime di solvenza o libera professione, si trova al centro. Praticamente il 50% degli appuntamenti per i primi accessi in regime di solvenza o libera professione avrà un tempo di attesa minore o uguale a tale valore.

Ambito di Garanzia: rappresenta, per le prestazioni di primo accesso, l'ambito territoriale di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa. Qualora la prestazione non venga erogata nell'ambito territoriale di garanzia, viene messo in atto il meccanismo di garanzia di accesso per il cittadino (percorsi di tutela). Per ATS Brianza, il bacino territoriale di riferimento per la garanzia delle prestazioni è costituito dal territorio delle province di Lecco e Monza. Ciò significa che l'ATS dovrà soddisfare le richieste di prestazioni sanitarie entro i tempi stabiliti all'interno di queste due province.

Percorso di tutela: qualora sul territorio dell'ATS di riferimento non fossero presenti le disponibilità richieste, l'Erogatore pubblico o privato accreditato a contratto a cui inizialmente si è rivolto il cittadino per la prenotazione di una prestazione in regime istituzionale è tenuto a:

- Inserire il cittadino in lista di attesa predisposta da ciascun Erogatore con l'utilizzo dei sistemi regionali già in essere;
- Programmare l'appuntamento entro i tempi previsti dalla classe di priorità indicata nella prescrizione;
- Informare il cittadino autonomamente o con il supporto del CCR.

Si ribadisce, inoltre, che qualora il cittadino si sia rivolto al CCR e lo stesso non riesca a trovare una disponibilità in tutta l'ATS, il CCR inoltrerà la richiesta del cittadino all'ASST/IRCSS di competenza che dovrà farsi carico della richiesta e garantire l'appuntamento nei tempi coerenti con la classe di priorità.