

10 FEB. 2017

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

DELIBERAZIONE N. 51 DEL 30 GENNAIO 2017

OGGETTO: Aggiornamento 2017 del Piano Attuativo Locale di Governo dei Tempi di Attesa

L'anno 2017 il giorno trenta del mese di gennaio, in Monza nella sede legale dell'ATS della Brianza, il Direttore Generale dr. Massimo Giupponi prende in esame l'argomento in oggetto e delibera quanto segue

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATE:

- la DGR n. VIII/2828 /2006 avente ad oggetto: "Recepimento e prima attuazione dello schema d'intesa tra 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 23.12.2005, n. 266 (ai sensi art. 8 comma 6 L.131/2003)";
- la DGR n. VIII/3639 del 28.11.2006 avente ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2006, secondo provvedimento" che poneva in capo alle ASL la predisposizione di piani attuativi locali per il contenimento dei tempi di attesa;
- la DGR IX/1775/2011 ad oggetto: " Recepimento dell'intesa tra il Governo, le Province autonome di Trento e Bolzano sul piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012";
- la DGR n. IX/2633/2011 avente ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012; in particolare l'allegato 11 "Attività di controllo e tempi di attesa" ove è previsto che le ASL predispongano e formalizzino gli aggiornamenti dei piani attuativi vigenti;
- la DGR X/2989/2014 avente ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015" con la quale la Giunta Regionale ha tra l'altro stabilito nell'allegato B, punto 3, paragrafo 3.2.2 "Area del governo delle liste d'attesa" la predisposizione e l'adozione da parte delle ASL degli aggiornamenti dei piani attuativi locali con l'obiettivo di attualizzarli rispetto ad eventuali nuove priorità e necessità confermando il mantenimento delle modalità di monitoraggio con rilevazione mensile dei tempi di attesa attraverso il portale WEB regionale dedicato;
- la DGR n. X/3993/2015 avente ad oggetto: "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015". e le successive note regionali a riguardo, con la quale si è proceduto a semplificare l'assegnazione delle classi di priorità riconducendole in aderenza a quanto definito dal Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012;
- la DGR X/4702 del 29.12.2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016" con la quale la Giunta Regionale dispone che, nelle more dell'emanazione di indicazioni specifiche conseguenti ai disposti della Legge

Regionale 11.08.15 n. 23 "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30.12.2009 n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" ed in attesa dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) dovrà essere considerata prioritaria, l'attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale con le Regole di Sistema annuali, e richiamandosi in particolare alle su riportate deliberazioni;

- la DGR X/5954 del 05.12.2016 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario per l'esercizio 2017" con la quale la Giunta Regionale, in attesa della definizione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), dispone che dovrà essere considerata prioritaria l'attuazione delle disposizioni che saranno via via introdotte dalla Giunta regionale con le Regole di Sistema annuali;

PRESO ATTO della delibera:

- n. 33 del 26.01.16 del Direttore Generale dell' ATS della Brianza avente ad oggetto "Aggiornamento del Piano Attuativo Locale per il Governo dei Tempi di Attesa -Anno 2016;

VISTA la nota regionale prot. G1.2016.0040068 del 22.12.2016 "Piani attuativi Agenzie di Tutela della Salute per il governo dei tempi di attesa e piani aziendali di governo dei tempi di attesa I e II semestre 2017", con la quale sono state fornite, alle ATS, ASST, IRCCS di diritto pubblico, indicazioni in merito alla predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi per il governo dei tempi di attesa per l'anno 2017;

DATO ATTO di aver proceduto alla predisposizione del documento "Aggiornamento piano attuativo locale per il governo dei tempi di attesa - anno 2017, che ha considerato, tra l'altro, quanto sviluppato distintamente nelle aree territoriali delle ex ASL di Lecco e di Monza e Brianza in materia di tempi di attesa nel corso dei precedenti anni;

RITENUTO di approvare il documento "Aggiornamento piano attuativo locale per il governo dei tempi di attesa - anno 2017, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

PRESO ATTO che il presente atto, in quanto tale, non comporta oneri a carico di questa ATS;

SU PROPOSTA del Direttore del Servizio Negoziazione e Governo Prestazioni;

VISTA l'attestazione di regolarità tecnica e di legittimità del presente provvedimento espressa dal Responsabile del Servizio proponente, riportata in calce al presente provvedimento;

ACQUISITI i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Socio-sanitario

DELIBERA

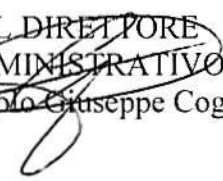
Per le motivazioni citate in premessa che qui si intendono integralmente richiamate:

- di approvare il documento “Aggiornamento Piano Attuativo Locale per il Governo dei Tempi di Attesa - Agenzia di Tutela della Salute della Brianza – Anno 2017;
- di trasmettere copia del presente provvedimento alla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia;
- di dare atto che il presente provvedimento, in quanto tale, non comporta oneri a carico di questa Agenzia di Tutela della Salute;
- di dare atto che ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dei commi 4 e 6 dell’art. 17 della L.R. n. 33/2009, come modificata dall’art. 1 della L.R. n. 23/2015, il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;
- di disporre, ai sensi del medesimo art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, la pubblicazione del presente provvedimento all’albo on-line dell’Ente;
- di disporre l’invio della presente deliberazione ai Settori ed Uffici interessati.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Massimo Giupponi)



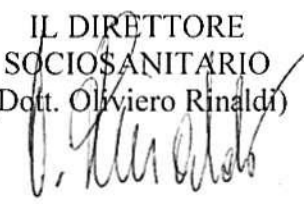
IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(Dr. Paolo Giuseppe Cogliati)



IL DIRETTORE
SANITARIO
(Dott. Salvatore Silvano Lopez)



IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO
(Dott. Oliviero Rinaldi)



ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E CONTABILE

SERVIZIO/U.O. PROPONENTE: SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA E PROGRAMMAZIONE/ SERVIZIO NEGOZIAZIONE E GOVERNO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

IL RESPONSABILE
Servizio Epidemiologia e Programmazione
D.ssa Elisabetta Chiarazzo

IL RESPONSABILE
Servizio Negoziazione e Governo Prestazioni Sanitarie
Dott. Marco Repossi

SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO

Si attesta la regolarità contabile e la copertura finanziaria della spesa complessiva scaturente dal presente provvedimento:

Bilancio anno 2017 Sanitario Socio Sanitario Integrato (ASSI) Sociale

Impegno: _____

Conto n. : _____ Importo : _____

IL RESPONSABILE SERVIZIO ECONOMICO-FINANZIARIO

NOTE:

Parte riservata ad acquisti di beni e servizi al di fuori delle Convenzioni CONSIP, ARCA e MEPA

SERVIZIO/U.O. PROPONENTE: _____

- Si attesta che i beni/servizi oggetto di acquisto con il presente provvedimento non rientrano nelle categorie trattate dalla Concessionaria Servizi Informatici Pubblici (CONSIP S.p.A.) del Ministero dell'Economia e delle Finanze, per cui nella fattispecie non è applicabile il disposto di cui all'art. 26, comma 3, della Legge n. 488/1999 e successive modificazioni ed integrazioni e neppure in quelle trattate dall'Agenzia Regionale Centrale Acquisti (ARCA) di cui alla L.R. n. 33 del 28.12.2007 e ss.mm.ii.
- Si attesta che il bene/servizio da acquisire, oggetto del presente provvedimento, né si è reperito né è presente sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA) di cui all'art. 11 DPR 101/2002 ovvero è presente ma trattasi di prodotto/servizio comune e standardizzato non idoneo, in quanto tale, a soddisfare le esigenze specifiche e particolari dell'Azienda.

IL RESPONSABILE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo pretorio on line dell'Azienda per la durata di giorni quindici consecutivi dal _____ al _____ inclusi.
Monza, li..... Il Funzionario addetto



DIPARTIMENTO DI PROGRAMMAZIONE ACQUISTO E CONTROLLO

**AGGIORNAMENTO
PIANO ATTUATIVO LOCALE
PER IL GOVERNO DEI TEMPI D'ATTESA
AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA
BRIANZA**

Anno 2017

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE.....	4
3. ANALISI DI CONTESTO DEMOGRAFICO ED AMBITI TERRITORIALI.....	6
4. ANALISI DI MONITORAGGIO.....	8
5. AZIONI PER IL GOVERNO DEI TEMPI DEI ATTESA PER IL 2017.....	16
5.1 Coordinamento.....	16
5.2 Valutazione.....	16
5.3 Monitoraggio.....	17
5.4 Governo della domanda.....	17
5.5 Interventi sull’offerta.....	19
5.6 Miglioramento accessibilità.....	20
6. Informazione e comunicazione.....	21
ALLEGATO 1.....	22

[Faint, illegible text, likely a stamp or signature]

1. PREMESSA

Con riferimento alle indicazioni regionali per il 2017 in materia di tempi di attesa stabilite dalla DGR X/5954 del 05.12.16 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2017”, e dalla successiva e specifica nota regionale prot. G1.2016.0040068 del 22.12.16, le Agenzie di Tutela della Salute (ATS), devono predisporre e formalizzare gli aggiornamenti dei piani attuativi per il governo dei tempi di attesa (PGTA) relativamente al 2017.

Quanto sopra da attuare nelle more di indicazioni specifiche conseguenti ai disposti della Legge Regionale 11.08.15 n. 23 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30.12.09, n. 33”, e così come stabilito dalle normative vigenti in materia di tempi di attesa.

La predisposizione di tale documento è finalizzata ad aggiornare e dare continuità ai Piani attualmente vigenti anche a seguito di ulteriori evidenze normative ed analisi valutative circa criticità evidenziate.

I principali contenuti del presente piano di governo si richiamano alla DGR IX/1775/2011 - con cui Regione Lombardia ha recepito la vigente l’intesa del 28.10.10 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012- e dalla DGR X/3993/2015.

Il presente documento, pertanto, fornisce un’analisi dei dati relativi ai tempi di attesa riferiti al 2016 ed individua le ulteriori azioni di miglioramento dell’accessibilità alle prestazioni per l’anno 2017. Anche in tale piano, come peraltro richiamato nei precedenti, si sottolinea che la definizione di tempistiche particolari per le diverse classi di priorità clinica ed il riferimento alla rete complessiva di offerta territoriale (al di là della singola struttura erogatrice), rappresentano alcuni tra gli elementi fondamentali per un efficace governo del sistema domanda/offerta.

Gli interventi da implementare si realizzeranno tenuto conto che la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che il Servizio Sanitario Nazionale si impegna a garantire a tutti i cittadini, comprende l’erogazione delle prestazioni entro **tempi appropriati alle necessità cliniche**, dando particolare rilevanza ai criteri di appropriatezza, alla trasparenza, all’urgenza.

Si ribadisce, anche in questo aggiornamento del Piano Attuativo per il Governo dei tempi di attesa, che la **necessità di un approccio multifattoriale** risulta essenziale per l’affronto del fenomeno dei tempi di attesa in quanto diversi sono i determinanti coinvolti tra le sue cause.

Infatti gli interventi specifici di miglioramento nella gestione delle liste di attesa, per avere una qualche efficacia devono contemplare **diverse azioni per le quali dovrà esservi un sinergico sviluppo**, in particolare: migliore organizzazione e gestione dell’offerta di prestazioni, maggiore appropriatezza prescrittiva delle stesse, adeguata informazione e comunicazione ai cittadini supportata anche da una semplificazione dell’accessibilità ai servizi sanitari.

Lo scopo principale, quindi, nell’azione di governo dei tempi di attesa è rappresentato dalla necessità di **rendere compatibile la domanda di prestazioni sanitarie con la garanzia dell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza** nei limiti delle risorse disponibili e della capacità di offerta di prestazioni dalla rete di offerta, riducendo, in particolare, l’inappropriatezza prescrittiva. A tali condizioni si offrono maggiori opportunità a pazienti in particolari condizioni di fragilità e bisogni anche attraverso l’attivazione di specifiche modalità organizzative di presa in carico dei pazienti con patologie croniche finalizzate a semplificarne l’attivazione di percorsi assistenziali dedicati anche per ciò che concerne l’accessibilità ed i tempi di attesa; tale approccio garantisce nel contempo che non vi sia una frammentazione dei processi di diagnosi e cura. **La su richiamata Legge di evoluzione del SSL n. 23 /2015 pone le premesse per un’efficace presa in carico del paziente.**

2. TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE

Le indicazioni regionali stabiliscono che le strutture erogatrici debbano adoperarsi al fine di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa **per almeno il 95% delle prestazioni di primo accesso**. Inoltre la DGR n. X/3993 del 04.8.2015, e le successive note regionali prot. H1.2015.0028760 del 09.10.15 e H1.2015.29636 del 15.10.15, hanno stabilito la **'semplificazione' del sistema delle classi di priorità** a riguardo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, integrando quanto già stabilito con la DGR IX/1775/2011.

Di seguito si richiamano i tempi massimi di riferimento per le prestazioni ambulatoriali cui le strutture erogatrici (indicate in ALLEGATO 1) del territorio dovranno attenersi; tali tempi, specifici per ciascuna classe di priorità, vengono indicati, nel dettaglio, nella tabella che segue:

Classe "U" (urgente):	Prestazione da erogarsi nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore.
Classe "B" (breve):	Prestazione da erogarsi entro 10 giorni.
Classe "D" (differibile):	Prestazioni da erogarsi entro 30 giorni (nel caso delle visite) o entro 60 giorni (nel caso delle prestazioni strumentali).
Classe "P" (programmabile):	Prestazioni da erogarsi in un tempo programmabile.

Si ritiene opportuno richiamare di seguito i criteri clinici di riferimento relativi alle diverse classi di priorità. Tali criteri considerano, soprattutto, la **severità del quadro clinico del caso, la prognosi, la tendenza al peggioramento a breve, la presenza di dolore e/o deficit funzionale**, e possono essere, per le prestazioni ambulatoriali, come di seguito descritte:

Classe "U" (urgente):	Identifica le situazioni in cui la tempestiva esecuzione della prestazione può condizionare la prognosi a breve del soggetto oppure influenzare marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità;
Classe "B" (breve):	Identifica le situazioni in cui la tempestiva esecuzione della prestazione può condizionare la prognosi a breve del soggetto oppure influenzare marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità;
Classe "D" (differibile):	Identifica le situazioni in cui emerge la necessità di prestazioni per una prima diagnosi o per un aggravamento di un quadro clinico già noto, e la cui tempestiva esecuzione non sembra condizionare in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente;
Classe "P" (programmabile):	Prestazioni programmate identifica le situazioni in cui le prestazioni sono programmabili in un maggior arco di tempo in quanto non sembrano influenzare la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità.

La normativa, oggi vigente, prevede che **il prescrittore identifichi la priorità di accesso per tutte le prestazioni prescritte** e per le quali sussista il rispetto dei tempi massimi di attesa. 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'.

In riferimento ai **ricoveri programmati** i tempi massimi sono quelli individuati dalle diverse classi di priorità attribuite dal medico richiedente; e cioè:

Classe A:	Ricovero entro 30 gg, per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o da determinare grave pregiudizio alla prognosi;
Classe B:	Ricovero entro 60 gg, per i 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;
Classe C:	Ricovero entro 180 gg, per i 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;
Classe D:	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità.; devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Anche per le prestazioni afferenti alla **radioterapia** si descrivono di seguito alcuni riferimenti clinici riferiti alle diverse classi di priorità ed i relativi tempi massimi di attesa:

Classe	Tempo massimo	Caratteristiche
Classe 1:	15 gg	- trattamenti palliativi in presenza di sintomi significativi.
Classe 2	30 gg	- trattamenti palliativi che non rientrano nella classe precedente; - trattamenti potenzialmente curativi in assenza di terapie mediche neoadiuvanti; - trattamenti pre-operatori; - casi selezionati di trattamenti post-operatori (in presenza di ritardi logistici).
Classe 3	90 gg	- trattamenti post-operatori, esclusi quelli di cui alle classi 2 e 4; - casi selezionati di trattamenti curativi in tumori a lenta evoluzione.
Classe 4:	180 gg (inizio programmabile in relazione ad altri trattamenti)	- trattamenti programmati nel contesto di percorsi terapeutici multidisciplinari, nei quali la posticipazione della RT non influisca negativamente sulla sua efficacia terapeutica.

A riguardo del rispetto dei tempi massimi stabiliti dalle indicazioni regionali, stante la persistente criticità per talune prestazioni ambulatoriali e per alcune strutture erogatrici, si garantisce per ciascun area distrettuale, che il maggior numero possibile di erogatori possa rispettare i tempi massimi previsti. Per le aziende sanitarie, articolate in più punti di erogazione nello stesso ambito territoriale (come sopra definiti), **lo standard del 95% è da rispettare nel maggior numero possibile dei propri punti di erogazione.** In ogni caso le strutture erogatrici dovranno tendere al rispetto dei tempi massimi stabiliti dalle specifiche classi di priorità.

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, per i tre distretti dovrà essere garantito il rispetto dei tempi massimi di accesso stabiliti dalla normativa vigente.

3. ANALISI DI CONTESTO DEMOGRAFICO ED AMBITI TERRITORIALI

L'ATS Brianza comprende 143 Comuni e si estende su di un territorio complessivo di 1.221 Km². La popolazione residente al 01.01.2016 è costituita da 1.205.330 persone (590.413 maschi e 614.917 femmine) (<http://www.demo.istat.it>).

L'ATS della Brianza è articolata in 3 distretti (distretto di Lecco, distretto di Monza e distretto di Vimercate) ed in 8 ambiti distrettuali (bellano, Lecco, Merate, Carate Brianza, Desio, Monza, Seregno e Vimercate).

Figura 3.1: Articolazione in distretti (a sinistra) ed ambiti distrettuali (a destra) dell'ATS della Brianza.

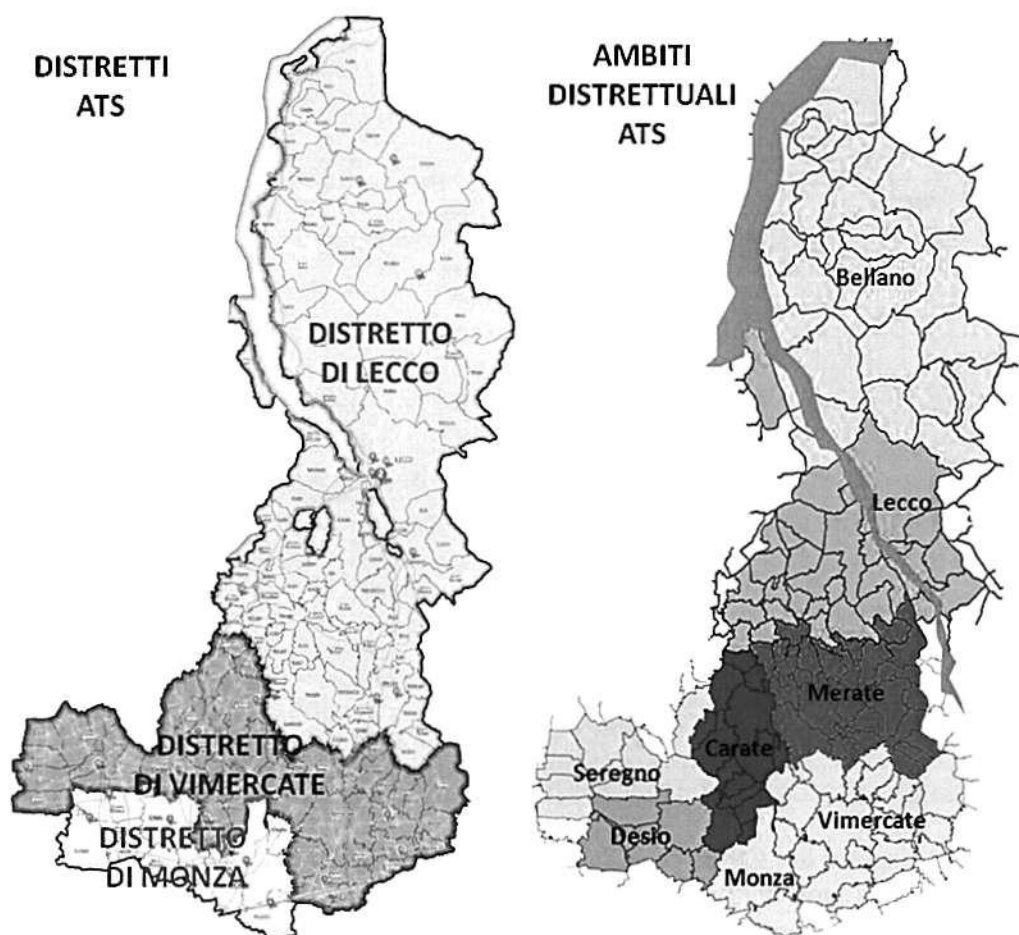


Tabella 3.1: Popolazione residente e densità di popolazione, suddivisa per area distrettuale:

Distretto	Popolazione ISTAT 2016			AREA			N. COMUNI
	Ambito distrettuale	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	Km ²	Ab/Km ²	
LECCO	Bellano	26.477	26.889	53.366	459	116	32
	Lecco	81.157	84.707	165.864	228	727	32
	Merate	59.263	60.761	120.024	130	923	24
	TOT. LECCO	166.897	172.357	339.254	817	415	88
MONZA	Desio	94.734	97.769	192.503	60	3.208	7
	Monza	82.143	88.677	170.820	48	3.559	3
	TOT. MONZA	176.877	186.446	363.323	108	3.364	10
VIMERCATE	Carate Brianza	74.803	77.888	152.691	76	2.009	13
	Seregno	82.438	85.739	168.177	80	2.102	10
	Vimercate	89.398	92.487	181.885	141	1.290	22
	TOT. VIMERCATE	246.639	256.114	502.753	297	1.693	45
ATS BRIANZA		590.413	614.917	1.205.330	1.222	986	143
Popolazione residente al 01.01.16; per una analisi demografica di dettaglio e dello stato di salute della popolazione si rimanda alla specifica relazione epidemiologica redatta da questa ATS.							

Di seguito si riportano i riferimenti distrettuali per i Comuni insistenti nel territorio ATS Brianza.

Distretto di Lecco

Comprende i Comuni di: Abbadia Lariana, Airuno, Annone di Brianza, Ballabio, Barzago, Barzanò, Barzio, Bellano, Brivio, Bosisio Parini, Bulciago, Calco, Calolziocorte, Carenno, Casargo, Casatenovo, Cassago Brianza, Cassina Valsassina, Castello di Brianza, Cesana Brianza, Cernusco Lombardone, Civate, Colico, Colle Brianza, Cortenova, Costa Masnaga, Crandola Valsassina Cremella, Cremeno, Dervio, Dolzago, Dorio, Ello, Erve, Esino Lario, Galbiate, Garbagnate Monastero, Garlate, Imbersago, Introbio, Introzzo, La Valletta Brianza, Lecco, Lierna, Malgrate, Lomagna, Mandello del Lario, Margno, Molteno, Merate, Missaglia Moggio, Monte Marengo, Montevecchia, Monticello Brianza, Morterone, Nibionno, Oggiono, Olgiate Molgora, Olginate, Oliveto Lario, Osnago, Paderno d'Adda, Pagnona, Parlasco, Pasturo, Perledo, Pescate, Premana, Primaluna, Robbiate, Rogeno, Santa Maria Hoè, Sirone, Sirtori, Suello, Sueglio, Taceno, Torre de' Busi, Tremenico, Valgrehentino, Valmadrera, Vercurago, Varenna, Vendrogno, Verderio, Vestreno, Viganò

Distretto di Monza

Comprende i Comuni di: Bovisio Masciago, Brugherio, Cesano Maderno, Desio, Monza, Muggiò, Nova Milanese, Varedo, Villasanta, Limbiate.

Distretto di Vimercate

Comprende i Comuni di: Albiate, Agrate Brianza, Aicurzio, Arcore, Barlassina, Bellusco, Bernareggio, Besana Brianza, Biassono, Briosco, Burago Molgora, Busnago, Camparada, Caponago, Carate Brianza, Carnate, Cavenago Brianza, Ceriano Laghetto, Concorezzo, Cornate d'Adda, Cogliate, Correzzana, Giussano, Lazzate, Lentate sul Seveso, Lesmo, Lissone, Macherio, Meda, Mezzago, Misinto, Ornago,

Renate, Roncello, Ronco Briantino, Seregno, Seveso, Sovico, Sulbiate, Triuggio, Vedano al Lambro, Veduggio con Colzano, Usmate-Velate, Verano Brianza, Vimercate.

La Tabella 3.2 riporta la distribuzione del numero di punti di erogazione di prestazioni sanitarie (limitatamente a quelli che sono di riferimento per le periodiche attività di monitoraggio).

Tabella 3.2: distribuzione del numero di punti di erogazione di prestazioni sanitarie (oggetto di monitoraggio regionale) nell'ATS della Brianza (suddivise per distretto)

Distretto ATS Brianza	N. strutture erogatrici di prestazioni ambulatoriali	N. strutture erogatrici di prestazioni ricovero	N. strutture erogatrici di prestazioni radioterapia
<i>Distretto di Lecco</i>			
Lecco	10	5	1
Bellano	3	1	0
Merate	4	2	0
<i>Distretto di Monza</i>			
Desio	11	2	-
Monza	12	4	2
<i>Distretto di Vimercate</i>			
Carate	9	1	-
Seregno	4	2	-
Vimercate	6	1	-
TOTALE	59	18	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 l'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

Di seguito si riportano alcune elaborazioni relative alle attività di monitoraggio dei tempi di attesa per il territorio ATS della Brianza.

Le analisi hanno preso in considerazione sia **valutazioni ex-ante** ottenute dal flusso regionale MTA sia **valutazioni ex-post** sulla base dei flussi relativi a circolare 28/SAN.

Le tabelle che seguono sono riferite ai principali aspetti ed indicatori che risulta più opportuno focalizzare attraverso ciascuna delle due tipologie di valutazioni (ex ante – dati RL_MTA, ed ex post, dati circ28/San).

Monitoraggio ex ante

Tabella 4.1: Distribuzione della numerosità delle prestazioni ambulatoriali per il triennio 2014 / 2016, e % rispetto standard regionale:

Prestazioni ambulatoriali			
Anno	N. prenotazioni	N. prenotazioni entro soglia	% prenotazioni entro soglia (st.>=95%)
2014	98779	97627	98,8 %
2015	95105	93617	98,4 %
2016	77594	74398	95,9 %

La tabella riportata sopra evidenzia l'andamento della numerosità delle prenotazioni nel corso del triennio di riferimento, nonché il rispetto dello standard regionale di tempo massimo considerando tutte le prestazioni monitorate e per tutte le classi di priorità. Si segnala che la numerosità delle prestazioni indicata per il 2016 risulta parziale in quanto, verosimilmente, per la rilevazione nazionale di ottobre risulta considerato soltanto un giorno indice (quello del monitoraggio regionale) anziché tutti i 5 giorni del calendario nazionale.

Tabella 4.2: Distribuzione, per classi di priorità, delle prestazioni prenotate

Prestazioni ambulatoriali		
Classe	N. tot. Prenotazioni	%
U	1470	1,9
B	631	0,8
D	14889	19,2
P	60604	78,1
Totale	77594	100,0

Dalla tabella 4.2 si evince la persistenza di un'elevata percentuale di prestazioni in classe P (78,1%) sia pure in decremento rispetto al precedente anno; tuttavia si segnala anche un incremento, sia pure modesto, rispetto al 2015, di prestazioni in classe B (si fa presente che soltanto nell'ultimo quadrimestre del 2015 è stata introdotta tale classe) e D; si registra positivamente, inoltre la riduzione percentuale delle prestazioni in classe U (cd bollino verde).

Tabella 4.3. Distribuzione della numerosità delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità, per ATS e per i tre distretti e relative % entro soglia (tempo massimo regionale):

Prestazioni ambulatoriali												
Clas.pr.	ATS			Lecco			Monza			Vimercate		
	N. tot.	N.<=T max	%<=tmax	N. tot.	N.<=Tmax	%<=tmax	N. tot.	N.<=T max	%<=tmax	N. tot.	N.<=T max	%<=tmax
U	1470	1025	69,7	421	355	84,3	872	499	57,2	177	171	96,6
B	631	553	87,6	145	143	98,6	355	293	82,5	131	117	89,3
D	14889	13506	90,7	5346	5079	95,0	6642	5867	88,3	2901	2560	88,2
P	60604	59314	97,9	17479	16939	96,9	21785	21254	97,6	21340	21121	99,0
Totale	77594	74398	95,9	23391	22516	96,3	29654	27913	94,1	24549	23969	97,6

Dalla tabella sopra riportata si evince, tra l'altro, che lo standard regionale viene raggiunto soprattutto per merito delle classi P che rappresentano quasi l'80% del totale con percentuali di rispetto prossime al 98%. Diversamente le altre classi di priorità (D, B ed U) presentano percentuali di rispetto decrescenti ed inferiori allo standard regionale. In particolare la classe U risulta la più critica in quanto più distante dallo standard regionale (69,7% su base ATS).

Tabella 4.4: Distribuzione della numerosità dei ricoveri programmati nel 2016 per classi di priorità, per ATS e per le i tre distretti, e relative % entro soglia (tempo massimo regionale):

Ricoveri programmati												
Classe priorità	ATS			Lecco			Monza			Vimercate		
	Totale	N. entro soglia	% entro soglia	Totale	N. entro soglia	% entro soglia	Totale	N. entro soglia	% entro soglia	Totale	N. entro soglia	% entro soglia
A	2269	2152	94,8	491	397	80,9	1453	1436	98,8	325	319	98,2
B	690	592	85,8	325	234	72,0	237	232	97,9	128	126	98,4
C	948	932	98,3	416	405	97,4	312	312	100,0	220	215	97,7
D	360	360	100,0	188	188	100,0	72	72	100,0	100	100	100,0
Totale	4267	4036	94,6	1420	1224	86,2	2074	2052	98,9	773	760	98,3

La tabella indica che circa il 95% dei ricoveri programmati monitorati, considerando complessivamente tutte le classi di priorità, risulta essere stato prenotato entro i termini previsti dalla normativa regionale.

Tabella 4.5: Distribuzione della numerosità delle prestazioni di radioterapia per classi di priorità, per ATS e per i tre distretti e relative % entro soglia tempo massimo regionale:

RADIOTERAPIA									
Classe priorità	ATS			Lecco			Monza		
	Totale	N. entro soglia	% entro soglia	Totale	N. entro soglia	% entro soglia	Totale	N. entro soglia	% entro soglia
1	250	238	95,2	52	48	92,3	198	190	96,0
2	282	265	94,0	152	145	95,4	130	120	92,3
3	183	180	98,4	93	90	96,8	90	90	100,0
4	261	260	99,6	57	56	98,2	204	204	100,0
	976	943	96,6	354	339	95,8	622	604	97,1

Da tale tabella si evince che, complessivamente a livello ATS, sussiste un sostanziale rispetto dei tempi massimi regionali, sia considerando l'insieme delle classi di priorità che ciascuna di esse e i due distretti ove insistono le strutture sanitarie che garantiscono l'erogazione di tali prestazioni.

Monitoraggio ex-post

Tabella 4.6: Numerosità totale per ATS prestazioni ambulatoriali (escluse /incluse prestazioni richieste in classe P), e % entro soglia:

Classi priorità	Erogate da GEN/DIC 2016	Numerosità entro_soglia	Percentuale entro soglia
Tutte le classi escluse P	186768	157485	84,3%
Tutte le classi incluse P	703060	662888	94,3%

La tabella sopra indicata riporta la numerosità delle prestazioni erogate, per il periodo esaminato, e considerando tutte le classi di priorità escluse ed incluse la classe P; in tal caso la percentuale di rispetto della soglia regionale (tempo massimo) è stata del 84,3% e 94,3%, sostanzialmente sovrapponibile al precedente anno.

Tabella 4.7: Numerosità totale prestazioni ambulatoriali, escluse prestazioni richieste in classe P, e % entro soglia per distretto:

Distretto ove è collocata la struttura erogatrice	Erogate da GEN/DIC escluso P	Numerosità entro_soglia	Percentuale entro soglia
Lecco	60489	51155	84,6%
Monza	70215	55241	78,7%
Vimercate	56064	51089	91,1%

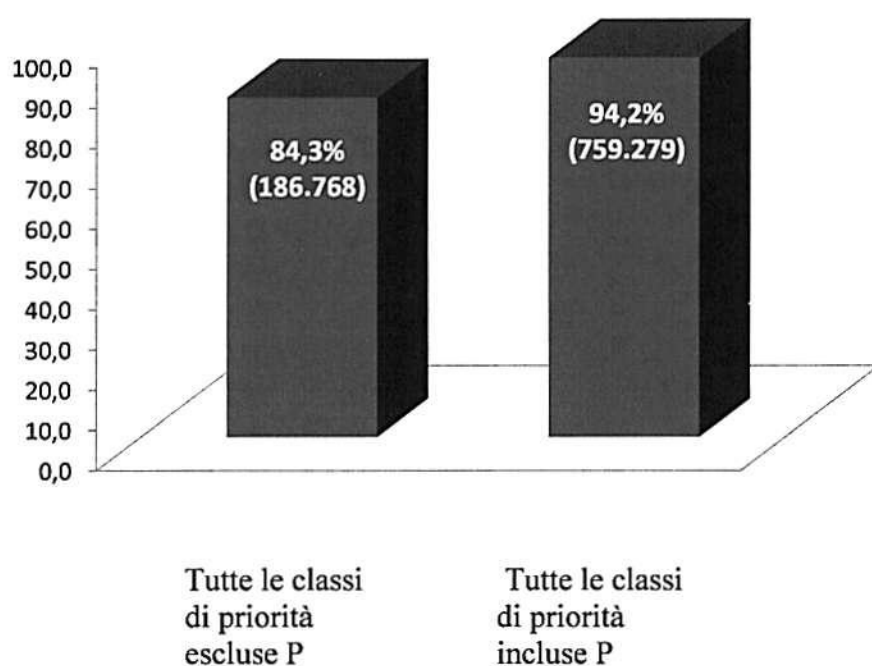
Tabella 4.8: Numerosità, per ATS, di singole prestazioni ambulatoriali, e confronto % entro soglia aggregando o meno la classe P :

Codice	Prestazioni	Erogate da GEN/DIC senza P	Entro_soglia	%	Erogate da GEN/DIC con P	Entro_soglia	%
1341	intervento di cataratta	24	16	66,7%	5665	4184	73,99
4513	esofagogastroduodenoscopia	219	160	73,1%	846	725	85,79
4516	esofagogastroduodenoscopia con biopsia	2940	2322	79,0%	10173	9432	92,79
4523	colonscopia con endoscopio flessibile	211	135	64,0%	1023	845	82,69
4524	sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	5	4	80,0%	34	31	91,29
4525	biopsia (endoscopica) dell'intestino crasso	2036	1480	72,7%	6055	5338	88,29
4542	polipectomia endoscopica dell'intestino crasso	298	237	79,5%	1278	1151	90,19
4824	rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	28	22	78,6%	174	165	94,89
8703	tac capo	1428	1288	90,2%	3872	3725	96,29
87031	tac capo con mdc	606	429	70,8%	1315	1130	85,99
8724	rx rachide ls	4030	3948	98,0%	21225	21137	99,69
87371	mammografia bil	3445	2809	81,5%	20234	17738	87,79

87372	mammografia mon	104	90	86,5%	1318	1211	91,99
8741	tac torace, senza mdc	822	624	75,9%	2314	2099	90,79
87411	tac torace, senza e con mdc	2695	1843	68,4%	5473	4582	83,79
87441	rx torace	5029	4984	99,1%	28508	28418	99,79
88011	tac addome sup	23	21	91,3%	58	56	96,69
88012	tac addome sup mdc	198	150	75,8%	455	404	88,89
88013	tac addome inf	43	38	88,4%	81	76	93,89
88014	tac addome inf mdc	79	66	83,5%	125	112	89,69
88015	tac addome completo	459	330	71,9%	1042	908	87,19
88016	tac addome completo con mdc	3277	2234	68,2%	6503	5406	83,19
8826	rx pelvi e anca	4538	4428	97,6%	24754	24603	99,49
8827	rx femore, ginocchio e gamba	4196	4104	97,8%	24745	24627	99,59
88381	tac rachide, senza mdc	601	563	93,7%	1586	1548	97,69
88382	tac rachide, senza e con mdc	21	14	66,7%	63	56	88,99
88385	tac bacino	105	79	75,2%	267	241	90,39
88714	ecografia capo e collo	3359	2984	88,8%	14015	13380	95,59
88721	ecografia cardiaca	122	114	93,4%	547	533	97,49
88722	eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo	5998	5255	87,6%	23152	21928	94,79
88723	eco(color)dopplergrafia cardiaca	62	57	91,9%	448	437	97,59
88731	ecografia mammella bil	4117	3295	80,0%	22743	20191	88,89
88732	ecografia mammella mon	241	198	82,2%	601	544	90,59
88735	eco(color)doppler tronchi sovra aortici	3862	3434	88,9%	16234	15156	93,49
88741	eco addome sup	1395	1234	88,5%	5951	5732	96,39
88751	eco addome inf	452	390	86,3%	1319	1250	94,89
88761	eco addome completo	10543	9380	89,0%	34512	33029	95,79
88772	eco(color)dopplergrafia arti sp o in o dist, a o	5724	4894	85,5%	16292	15292	93,99
8878	eco ostetrica	880	851	96,7%	6038	6000	99,49
88782	ecografia ginecologica	32	32	100,0%	349	339	97,19
88911	rmn cervello, senza mdc	1471	1266	86,1%	5067	4785	94,49
88912	rmn cervello, senza e con mdc	1609	1284	79,8%	5113	4705	92,09
8893	rmn rachide, senza mdc	4131	3743	90,6%	16339	15942	97,69
88931	rmn rachide, senza e con mdc	529	393	74,3%	1862	1689	90,79
88941	rmn muscoloscheletrica, senza mdc	3173	2915	91,9%	15373	15098	98,29
88942	rmn muscoloscheletrica, senza e con mdc	135	107	79,3%	420	391	93,19
88954	rmn addome inf. e scavo pelvico, senza mdc	100	72	72,0%	356	328	92,19
88955	rmn addome inf e scavo pelvico, senza e con mdc	431	291	67,5%	995	845	84,99
88992	densitometria ossea con tecn ass rx, lom, fem, ultrad	1905	1868	98,1%	14913	14747	98,99
8913	prima vs neurologica (neurochirurgica)	6624	5140	77,6%	18682	17026	91,19
8914	eeg	523	477	91,2%	1792	1730	96,59
89261	prima vs ginecologica	2215	1965	88,7%	20029	19296	96,39
89371	spirometria semplice	272	247	90,8%	1400	1365	97,59
89372	spirometria globale	500	450	90,0%	2184	2093	95,89
8941	ecg da sforzo con pedana mobile	11	10	90,9%	46	42	91,39
8943	ecg da sforzo con cicloergometro	1504	1253	83,3%	5667	5301	93,59
8950	elettrocardiogramma dinamico	3310	2942	88,9%	9872	9425	95,59

8952	ecg	8713	8041	92,3%	40231	38945	96,89
897A3	prima vs cardiologica	9199	7483	81,3%	26533	24339	91,79
897A6	prima vs chirurgica vascolare	1320	1039	78,7%	4076	3782	92,89
897A7	prima vs dermatologica	8941	6686	74,8%	34909	32024	91,79
897A8	prima vs endocrinologia/diabetologica	2934	2251	76,7%	10862	10120	93,29
897A9	prima vs gastroenterologica	1505	1182	78,5%	4997	4584	91,79
897B2	prima vs di medicina fisica e riabilitazione	9129	7123	78,0%	38614	36189	93,79
897B6	prima vs oncologica	785	591	75,3%	3249	3041	93,69
897B7	prima vs ortopedica	8956	7416	82,8%	34969	33181	94,99
897B8	prima vs orl	10384	8667	83,5%	34914	33086	94,89
897B9	prima vs pneumologica	3243	2572	79,3%	7987	7277	91,19
897C2	prima vs urologica/andrologica	4475	3580	80,0%	12479	11276	90,49
93081	elettromiografia semplice	3564	3202	89,8%	16425	16043	97,79
9502	prima vs oculistica	9892	7774	78,6%	50544	46456	91,99
95091	esame del fundus oculi	407	352	86,5%	3157	2957	93,79
95411	esame audiometrico tonale	631	567	89,9%	3836	3663	95,59
Totale GEN/DIC		186768	157485	84,3%	759279	715530	94,29

Figura 4.1: Rappresentazione grafica di confronto tra % prestazioni entro soglia per tutte le classi di priorità escluse P e % prestazioni entro soglia per tutte le classi di priorità incluse P



La tabella 4.8 e la figura 4.1 evidenziano che su 759.279 prestazioni analizzate poco meno del 95% hanno rispettato il tempo massimo di attesa (considerando l'insieme delle classi di priorità); tale misura si riduce al 84,3% se si escludono le prestazioni in classe P. Tuttavia tale ultima misura segnala un trend in lieve miglioramento rispetto allo scorso anno (per il quale le analisi dei dati furono condotte separatamente per le exAsl di Lecco e di Monza e Brianza).

In particolare la tabella 4.8 di cui sopra riporta il dettaglio di rispetto dei tempi di attesa riferito alle singole prestazioni. Da essa si evidenzia che considerate complessivamente (a prescindere dalla classe di priorità) le prestazioni più critiche per la tempistica di attesa risultano essere alcune prime visite specialistiche /fisiatrica, neurologica/neurochirurgica, oculistica, dermatologica, gastroenterologia, oncologica) talune prestazioni di diagnostica per immagini (mammografie, ecografie mammarie, tac addome, rmn addome e rachide) ed alcune endoscopie digestive.

Tabella 4.9: Numerosità singole prestazioni ambulatoriali, escluse prestazioni richieste in classe P, e % entro soglia per distretto:

Codice	Prestazioni	Erogate GEN/DIC	Entro soglia	LC	MB	VM
1341	intervento di cataratta	24	16	76,9%	33,3%	80,0%
4513	esofagogastroduodenoscopia	219	160	75,0%	61,7%	100,0%
4516	esofagogastroduodenoscopia con biopsia	2940	2322	87,1%	66,4%	93,3%
4523	colonscopia con endoscopio flessibile	211	135	75,0%	57,7%	80,0%
4524	sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	5	4		66,7%	100,0%
4525	biopsia (endoscopica) dell'intestino crasso	2036	1480	89,2%	62,2%	89,5%
4542	polipectomia endoscopica dell'intestino crasso	298	237	91,7%	58,0%	86,8%
4824	rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	28	22	100,0%	75,0%	75,0%
8703	tac capo	1428	1288	90,0%	81,1%	96,5%
87031	tac capo con mdc	606	429	75,9%	56,7%	87,1%
8724	rx rachide ls	4030	3948	98,2%	95,0%	99,4%
87371	mammografia bil	3445	2809	66,0%	91,5%	93,5%
87372	mammografia mon	104	90	76,1%	89,5%	97,4%
8741	tac torace, senza mdc	822	624	82,8%	54,9%	94,1%
87411	tac torace, senza e con mdc	2695	1843	65,6%	59,4%	87,8%
87441	rx torace	5029	4984	98,5%	99,1%	99,5%
88011	tac addome sup	23	21	100,0%	77,8%	100,0%
88012	tac addome sup mdc	198	150	78,7%	61,8%	92,7%
88013	tac addome inf	43	38	100,0%	86,8%	100,0%
88014	tac addome inf mdc	79	66	100,0%	82,5%	77,8%
88015	tac addome completo	459	330	78,4%	59,3%	91,1%
88016	tac addome completo con mdc	3277	2234	66,6%	56,8%	87,8%
8826	rx pelvi e anca	4538	4428	98,0%	93,8%	99,0%
8827	rx femore, ginocchio e gamba	4196	4104	97,8%	95,5%	99,1%
88381	tac rachide, senza mdc	601	563	92,8%	92,9%	96,1%
88382	tac rachide, senza e con mdc	21	14	75,0%	33,3%	100,0%
88385	tac bacino	105	79	76,1%	55,2%	93,3%
88714	ecografia capo e collo	3359	2984	84,7%	85,7%	94,6%
88721	ecografia cardiaca	122	114	91,7%	90,6%	97,8%
88722	eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo	5998	5255	84,9%	85,2%	93,0%
88723	eco(color)dopplergrafia cardiaca	62	57	87,0%	100,0%	93,5%

88731	ecografia mammella bil	4117	3295	70,0%	85,2%	88,4%
88732	ecografia mammella mon	241	198	89,9%	60,0%	89,0%
88735	eco(color)doppler tronchi sovra aortici	3862	3434	84,6%	88,3%	93,8%
88741	eco addome sup	1395	1234	77,1%	88,4%	96,1%
88751	eco addome inf	452	390	78,7%	88,7%	96,4%
88761	eco addome completo	10543	9380	86,7%	84,2%	94,8%
88772	eco(color)dopplergrafia arti sp o in o dist,a o	5724	4894	82,7%	80,3%	92,4%
8878	eco ostetrica	880	851	89,6%	98,2%	92,6%
88782	ecografia ginecologica	32	32	100,0%	100,0%	100,0%
88911	rmn cervello, senza mdc	1471	1266	80,6%	82,8%	92,7%
88912	rmn cervello, senza e con mdc	1609	1284	72,8%	75,0%	93,3%
8893	rmn rachide, senza mdc	4131	3743	88,1%	86,7%	94,6%
88931	rmn rachide, senza e con mdc	529	393	65,4%	67,8%	86,5%
88941	rmn muscoloscheletrica, senza mdc	3173	2915	89,9%	87,3%	95,8%
88942	rmn muscoloscheletrica, senza e con mdc	135	107	83,3%	66,7%	85,7%
88954	rmn addome inf. e scavo pelvico, senza mdc	100	72	57,1%	65,9%	88,6%
88955	rmn addome inf e scavo pelvico, senza e con mdc	431	291	62,8%	61,4%	84,0%
88992	densitometria ossea con tecn ass rx, lom,fem,ultrd	1905	1868	97,6%	95,0%	99,6%
8913	prima vs neurologica (neurochirurgica)	6624	5140	73,3%	76,6%	89,0%
8914	eeg	523	477	95,8%	88,1%	92,2%
89261	prima vs ginecologica	2215	1965	88,0%	88,7%	89,3%
89371	spirometria semplice	272	247	82,5%	93,1%	93,5%
89372	spirometria globale	500	450	86,6%	90,4%	92,1%
8941	ecg da sforzo con pedana mobile	11	10	80,0%		100,0%
8943	ecg da sforzo con cicloergometro	1504	1253	87,2%	77,1%	86,3%
8950	elettrocardiogramma dinamico	3310	2942	89,7%	82,6%	93,5%
8952	ecg	8713	8041	92,7%	90,7%	93,7%
897A3	prima vs cardiologica	9199	7483	83,0%	78,0%	84,3%
897A6	prima vs chirurgica vascolare	1320	1039	74,4%	77,7%	85,6%
897A7	prima vs dermatologica	8941	6686	85,2%	68,4%	79,8%
897A8	prima vs endocrinologia/diabetologica	2934	2251	89,2%	64,4%	81,2%
897A9	prima vs gastroenterologica	1505	1182	82,3%	65,8%	90,9%
897B2	prima vs di medicina fisica e riabilitazione	9129	7123	72,1%	80,0%	83,4%
897B6	prima vs oncologica	785	591	81,4%	64,4%	88,3%
897B7	prima vs ortopedica	8956	7416	85,7%	76,5%	88,7%
897B8	prima vs orl	10384	8667	86,5%	78,1%	90,2%
897B9	prima vs pneumologica	3243	2572	87,3%	70,6%	80,4%
897C2	prima vs urologica/andrologica	4475	3580	78,1%	75,5%	88,1%
93081	elettromiografia semplice	3564	3202	85,4%	91,0%	97,3%
9502	prima vs oculistica	9892	7774	93,7%	73,2%	79,3%
95091	esame del fundus oculi	407	352	92,7%	86,7%	81,3%
95411	esame audiometrico tonale	631	567	86,9%	94,3%	88,4%
	Totale GEN/DIC	186768	157485	84,6%	78,7%	91,1%

5. AZIONI PER IL GOVERNO DEI TEMPI DEI ATTESA PER IL 2017

Le principali azioni che l'ATS intende realizzare per una maggiore efficacia del governo dei tempi di attesa per il 2017 faranno riferimento sia alle diverse disposizioni varate in materia, sin dal 1998, da Regione Lombardia che alle criticità applicative riscontrate per la loro realizzazione a livello locale; tali azioni possono essere come di seguito schematizzate:

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** fondamentalmente attraverso la negoziazione, le periodiche Conferenze dei Direttori Generali e Legali Rappresentanti, le Conferenze Provinciali di Coordinamento delle Strutture Accreditate e a Contratto, ed incontri ad hoc per affrontare criticità riscontrate per singoli erogatori;
- ✓ **tra ATS, ASST ed IRCCS di diritto pubblico**, in particolare, in specifici tavoli tecnici, e in sede di predisposizione, da parte delle ASST dei Piani aziendali semestrali di Governo dei Tempi di Attesa; tali Piani, congruenti con il presente Piano attuativo ATS, dovranno essere inoltrati, per il corrente anno, ai competenti uffici regionali ed alla ATS, entro il 28.02.17 (per il 1° semestre) ed entro il 01.08.17 (per il 2° semestre);
- ✓ **con i soggetti prescrittori (MMG/PDF/specialisti) al fine di garantire il costante riferimento alle regole prescrittive ed appropriati interventi sulla domanda di prestazioni.**

5.2 VALUTAZIONE

Valutazioni circa l'applicazione delle diverse azioni previste dal Piano attuativo locale dell'ATS e di eventuali difformità, attraverso:

- ✓ **elaborazione ed analisi dei relativi dati con periodica individuazione delle criticità e confronto con i soggetti erogatori interessati anche in sede di predisposizione dei Piani semestrali per il Governo dei Tempi di Attesa redatti dalle ASST ed IRCCS di diritto pubblico**, e trasmessi alla Regione ed alla ATS;
- ✓ **valutazione circa eventuali squilibri domanda /offerta per gli ambiti territoriali individuati;**
- ✓ **tra cittadini ed ATS gestito attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.**

5.3 MONITORAGGIO

Si espleta attraverso:

- ✓ la gestione (verifica della completezza, correttezza e tempestività di invio a specifica piattaforma Smaf) dei flussi delle **rilevazioni periodiche programmate** (previste 12 di cui 2 di rilievo nazionale) secondo calendario (come da nota Reg. prot. G1.2016.0040068 del 22.12.2016) in specifici giorni indice individuati dalla Regione e dal Ministero per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e radioterapia (monitoraggio ex ante) - estesi anche, per le rilevazioni nazionali di prestazioni ambulatoriali, a quelle prenotate in attività libero-professionale intramuraria e solvenza;
- ✓ **l'elaborazione ed analisi dei dati da flussi ex ante (MTA) ed ex post (circ28/san e flusso sdo)** con individuazione di aree critiche e confronto con erogatori per attivazione di azioni correttive/migliorative;
- ✓ la verifica della gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili in **applicazione del Progetto Ministeriale del 'Mattone' tempi di attesa** e di quanto disciplinato dall'art.3, comma 8 della Legge 724/1994;
- ✓ il monitoraggio del rispetto da parte degli erogatori delle disposizioni nazionale (Legge 266/2005 art.1 comma 282) regionali in materia di **sospensione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie**, da effettuarsi, da parte degli erogatori, attraverso il corretto utilizzo della specifica piattaforma Smaf e da parte ATS con specifiche relazioni semestrali da trasmettere ai competenti uffici regionali; la recente nota regionale prot. G1. 2016. 0040259 del 23.12.16 del **riassume** gli adempimenti (di ATS ed erogatori) su quanto sopra;
- ✓ la verifica della **corretta e completa compilazione del flusso delle schede di dimissione ospedaliere dei ricoveri programmati, per ciò che concerne le informazioni ' data di prenotazione' e 'classe di priorità'**;
- ✓ **la verifica** del rispetto di quanto stabilito dal debito informativo relativo alla rendicontazione attraverso il flusso della circ28/san delle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e solvenza.

5.4 GOVERNO DELLA DOMANDA

Le diverse azioni che intervengono nel governo della domanda di prestazioni sanitarie rappresentano certamente l'aspetto più critico da gestire e che necessitano di adeguate implementazioni. Esse sono riconducibili a diversi fattori quali, ad esempio: comportamenti prescrittivi dei medici (talvolta riconducibili alla medicina difensiva), preferenze dei pazienti, 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; a tale riguardo, ne sono esempi, l'istituzione della macroattività ambulatoriale ad alta complessità (MAC) ed il potenziamento della chirurgia ambulatoriale (BIC).

Il governo della domanda si espleta, in particolare, attraverso le seguenti azioni (tutte, peraltro, 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 Livelli Essenziali di Assistenza, 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 a tutt'oggi da specifiche indicazioni regionali per determinate prestazioni di specialistica ambulatoriali: **endoscopie digestive, ecocolordoppler vascolari, talune prestazioni laboratoristiche e prestazioni di diagnostica per immagini (tac ed rmn)**;
 - ✓ **applicazione** delle indicazioni prescrittive già condivise, attraverso specifici documenti, tra specialisti di strutture accreditate, mmg ed exASL (confluite in ATS) che indicano, per alcune prestazioni critiche per la tempistica di attesa, i principali criteri di appropriatezza prescrittiva;
 - ✓ **implementazione informativa**, in merito all'indicazione di un'**adeguata indicazione del quesito diagnostico / motivazione clinica a supporto della richiesta della prestazione e della presenza di indicazione di prestazione di primo accesso e controllo**; rispetto a tale ultimo riscontro sussiste evidente criticità, per le prestazioni ambulatoriali di diagnostica strumentale, di **non adeguata indicazione**, da parte dei prescrittori della dicitura 'primo accesso' o 'controllo' e della conseguente difficoltà da parte delle strutture erogatrici a rendicontare adeguatamente le prestazioni secondo la corretta tipologia; peraltro, tale distorsione ha importanti ripercussioni anche in sede di analisi dei tempi di attesa attraverso i consueti flussi informativi (circ28san) soprattutto quando tali valutazioni sono anche finalizzate ad allocare specifiche risorse finanziarie;
2. Verifica del corretto ricorso, dei medici prescrittori, alle **indicazioni prescrittive riguardanti le classi di priorità**. A tale riguardo, peraltro, anche le regole di sistema 2017 hanno sottolineato e ribadito l'importanza e l'**obbligo della indicazione della classe di priorità sulle prescrizioni di prestazioni sanitarie**. In particolare si sottolinea la necessità di realizzare **strumenti di controllo**, in collaborazione con i competenti uffici regionali e gruppi di esperti, per lo sviluppo di attività di verifica in particolare per prescrizioni con richiesta di **urgenza differibile non giustificate ma più in generale, per tutte le classi di priorità**;
 3. Pieno sviluppo applicativo di **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)**. **I percorsi diagnostico terapeutici vigenti restano, in ogni caso, lo strumento che meglio garantisce l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche sotto l'aspetto della globalità e continuità di assistenza**. Pertanto la loro applicazione almeno, per le patologie croniche più comuni (diabete mellito, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa) le cui prestazioni possono rientrare nelle specifiche aree cliniche, 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.

5.5 INTERVENTI SULL'OFFERTA

Si schematizzano di seguito gli interventi che in tale ambito necessitano di essere garantiti, promossi e sviluppati:

1. Negoziazione integrativa con gli erogatori, finalizzata ad incrementare alcuni settori di offerta di prestazioni ambulatoriali (le più critiche per i tempi di attesa) verso un maggior soddisfacimento della domanda appropriata; ciò anche attraverso un'eventuale modifica del mix produttivo della struttura erogatrice.

Nell'ambito di tali attività di negoziazione andrà stabilito di garantire, prioritariamente, il fabbisogno, da parte delle strutture erogatrici di talune tipologie di prestazioni: visite specialistiche, prestazioni ecografiche, mammografie, screening. A tal fine gli obiettivi contrattuali dovranno prevedere quote di risorse dedicate per l'affronto delle criticità relative alle prestazioni sopra menzionate.

2. Implementazione dei sistemi di monitoraggio interni alle strutture erogatrici per la verifica costante dell'andamento dei tempi di attesa;

3. Mantenimento e sviluppo di accesso diretto, senza prenotazione, a prestazioni ambulatoriali;

4. Così come previsto dalle 'cd regole di sistema 2017' si conferma, anche per l'anno 2017, la prosecuzione del progetto ambulatori aperti esteso anche alle strutture di diritto privato, al fine di garantire un'accessibilità ottimale anche nelle fasce orarie serali e nella giornata di sabato;

5. Promozione di sistemi di prenotazione più vicini al cittadino, estendendo gli stessi, laddove possibile, e garantendo procedure semplificate di prenotazione;

6. Implementazione presso le strutture erogatrici di interventi che garantiscano la gestione delle prestazioni di 'controllo' e cioè, della continuità dei percorsi di controllo e follow up presso la stessa struttura erogatrice, con prescrizione e prenotazione da parte dello specialista degli accessi successivi; dovrà essere cura della struttura garantire l'accesso nei tempi indicati dal medico specialista per il relativo percorso; pertanto dovrà essere garantita, non solo la prescrizione dell'accertamento da parte dello specialista, ma anche la prenotazione della prestazione da questi prescritta, da parte della struttura, fin dal momento in cui ne viene generata la necessità, con conseguente facilitazione dell'accesso per il cittadino e reale presa in carico del bisogno assistenziale;

7. Revisione periodica delle liste e verifica dell'overbooking;

8. Adozione di azioni finalizzate a ricordare ai pazienti che hanno effettuato una prenotazione l'appuntamento stabilito (via sms, mail, telefonica) ed a semplificare le procedure di eventuale annullamento delle stesse;

9. Le liste di prenotazione devono rimanere aperte in modo da garantire la 'trasparenza' delle stesse e fornire sempre una risposta ai bisogni espressi dai pazienti; attuazione di quanto stabilito da regione Lombardia in merito alle le sospensioni dell'erogazione delle prestazioni (v. sopra);

10. Garantire una buona accessibilità alle prestazioni, in termini di tempi di attesa, per aree territoriali omogenee;

11. Screening: anche 'le regole di sistema' 2017 richiamano, tra l'altro, la necessità di considerare le prestazioni connesse allo **screening mammografico e del colon retto** per ciò che concerne il tempo di attesa tra positività del primo test di screening (mammografia o test del sangue occulto nelle feci) e primo approfondimento diagnostico.

Se gli **interventi soprarichiamati** si riferiscono a specifiche azioni riguardanti le singole strutture erogatrici della rete di offerta, è opportuno a questo punto sottolineare, anche, come la L.R. 23 / 2015 offra la possibilità di migliorare la **rete di offerta nel suo insieme** prevedendo la possibilità di sviluppare nuove tipologie di strutture, oppure adeguamenti / riconversioni organizzative di quelle esistenti, al fine di fornire specifiche risposte, non frammentate, a domande di salute complesse. A tale riguardo è opportuno richiamare come le indicazioni regionali prevedano lo **sviluppo di Presidi Socio Sanitari Territoriali (Pre-SST) quali strutture, a forte integrazione socio sanitaria, finalizzate, tra l'altro, a consentire maggiore continuità di assistenza nell'ambito di percorsi assistenziali di presa in carico.** Giova anche ricordare come nell'ambito dello sviluppo di **nuovi modelli organizzativi per la gestione delle patologie croniche** resta di riferimento, per il triennio 2016 - 2018, il Piano regionale della cronicità, approvato con DGR X / 4662 del 23.12.2015, in cui si richiamano gli indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia. Si tratta, peraltro, anche di approcci del sistema ad affrontare una stratificazione della domanda di salute che rappresenta, indirettamente, una modalità di affronto della problematica della tempistica di attesa delle prestazioni sanitarie.

5.6 MIGLIORAMENTO ACCESSIBILITÀ

Si richiamano di seguito le principali azioni da mantenere e sviluppare in tale ambito:

- ✓ **Ulteriore implementazione delle disponibilità delle agende da parte delle strutture pubbliche al Call Center Regionale** per consentire un'ulteriore facilitazione informativa e di prenotabilità delle prestazioni ambulatoriali;
- ✓ **Coinvolgimento delle strutture private accreditate, così come stabilito dalle 'cd regole di sistema 2017', sul tema delle agende attraverso la disponibilità al Call Center Regionale di nuovi strumenti di prenotazione (inoltre di chiamata, prenotazione differita, ecc.) sviluppo dell'utilizzo del flusso dati MOSA (Monitoraggio Offerta Sanitaria Ambulatoriale);**
- ✓ **Semplificazione del percorso prescrizione/prenotazione/erogazione di prestazioni sanitarie** anche attraverso un pieno e corretto utilizzo del ricettario SSN da parte dei soggetti prescrittori;
- ✓ **Sviluppo dei sistemi di prenotazione** per livelli territoriali gradualmente più estesi dovranno essere in grado di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni ed essere più vicini al cittadino. Inoltre talune aziende hanno ampliato ed esteso i sistemi di prenotazione inserendo nella propria rete di collegamento anche le farmacie.

6. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

L'informazione e la comunicazione resta uno degli aspetti più importanti nel governo dei tempi di attesa e **rappresenta una importante risorsa per la gestione di tale fenomeno**. Le informazioni e la comunicazione, in tale ambito, rappresentano un diritto fondamentale 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 tendere a rendere consapevole il cittadino circa la criticità del problema e gli sforzi in atto per affrontarlo** valorizzando la partecipazione degli utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato rispetto al problema dei tempi di attesa anche attraverso la promozione di interventi finalizzati a promuovere la cultura dell'appropriatezza e dell'*empowerment* del cittadino.

Infine è necessario tener conto che gli interventi sul fronte dell'informazione e comunicazione debbano anche considerare l'area della **percezione soggettiva** del fenomeno che implicano la relazione tra cittadino e operatori sanitari, la capacità di procedere nei percorsi di assistenza/ erogazione dei servizi, ecc.

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

- ✓ **Promozione di piani di comunicazione territoriali** (diffusione delle informazioni ai cittadini riguardanti i tempi di attesa e le strutture erogatrici presenti sul territorio dell'ATS Brianza);
- ✓ Aggiornamento da parte delle strutture erogatrici delle specifiche pagine web del sito ATS, per ciò che concerne i tempi di attesa;
- ✓ Verifica dell'applicazione di quanto stabilito, in tema di tempi di attesa, dal **Decreto Legislativo n. 33 del 2013 relativamente alla trasparenza**, per gli erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto;
- ✓ Tendere ad **omogeneizzare le informazioni sulle prestazioni di tutti gli erogatori (pubblici e privati)** e messa a disposizione sul canale Call Center Regionale e sul web dei tempi di attesa; azione resa possibile dallo sviluppo nell'utilizzo dei dati derivanti dal flusso MOSA (v.sopra).

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

Strutture erogatrici - Distretto di Lecco

Distretto	Comune	Tipo	Struttura	Indirizzo
Lecco	Lecco	Pubblica	A.S.S.T. di Lecco – Presidio di Lecco	Via dell'Eremo, 9/11
	Mandello del Lario	Pubblica	A.S.S.T. di Lecco – Poliambulatorio	Piazza Vittoria, 1
	Oggiono	Pubblica	A.S.S.T. di Lecco – Poliambulatorio	Via Bachelet, 9
	Calolziocorte	Pubblica	A.S.S.T. di Lecco – Poliambulatorio	Via Bergamo, 1
	Lecco	Privata	Casa di Cura Lecco beato Luigi Talamoni	Via S. Nicolò, 12
	Lecco	Privata	G. B. Mangioni Hospital S.p.A.	Via L. da Vinci, 49
	Lecco	Privata	Gimar s.r.l	Corso Matteotti, 5/F - 5/G
	Costa Masnaga	Privata	Centro di Riabilitazione Villa Beretta	Via N. Sauro, 17
	Bosisio Parini	Privata	Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico Eugenio Medea	Via Don Luigi Monza, 20
	Lecco	Privata	Synlab Lecco	Corso Carlo Alberto, 76b
Merate	Galbiate	Privata	Gimar s.r.l	Via 1° Maggio, 3
	Merate	Pubblica	A.S.S.T. di Lecco – Presidio di Merate	Via Largo Mandic, 1
	Casatenovo	Pubblica	A.S.S.T. di Lecco – Presidio di Merate	Via Monterejio, 15
	Casatenovo	Pubblica	Presidio Ospedaliero di Ricerca - INRCA	Via Monterejio, 13
Bellano	Cernusco Lombardone	Privata	Centro Radiologia Ellisse	Via Spluga, 49
	Bellano	Pubblica	Presidio di Bellano Umberto I	Via Carlo Alberto, 25
	Introbio	Privata	Centro Fisioterapico Valsassinese	Via Cavour, 4

Strutture erogatrici - Distretto di Monza

Distretto	Comune	Tipo	Struttura	Indirizzo
Monza	Monza	Pubblica	H. S. Gerardo (nuovo) – ASST Monza	Via Pergolesi n.106
	Monza	Pubblica	H. S. Gerardo (vecchio) – ASST Monza	Via Solferino,16
	Monza	Privata	Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma	Via Pergolesi n.106
	Monza	Privata	Policlinico di Monza	Via Amati n. 111
	Monza	Privata	Istituti Clinici Zucchi Monza	Via Zucchi n.24
	Monza	Privata	Poliamb. Policlinico di Monza	Via Modigliani n. 10
	Monza	Privata	Synthesis	Via Sirtori n. 9
	Monza	Privata	Politerapico	Via Borgazzi n. 87/b
	Monza	Privata	CDM	Via v.Martiri delle Foibe,1
	Brugherio	Pubblica	Poliamb.Brugherio – ASST Monza	Via Lombardia n. 277
	Brugherio	Privata	Fisiocenter	Via Fermi 6
	Brugherio	Privata	Istituti Clinici Zucchi Poliamb	Via Tre re n. 37
	Desio	Desio	Pubblica	H Desio- ASST Monza
Cesano M		Pubblica	Poliamb - ASST Monza	Via S.Carlo
Muggiò		Pubblica	Poliamb - ASST Monza	Via De Gasperi n. 14
Nova Mil		Pubblica	Poliamb - ASST Monza	Via Giussani n. 9
Cesano M		Privata	Alliance Medical Diagnostica	Via Locatelli n. 17
Cesano M		Privata	Mediplus	Via Montecenisio n. 27
Bovisio M		Privata	Fisiomed 2000	Via Carducci n. 7
Muggiò		Privata	Risana Diagnostica	Via 1° Maggio n. 12
Nova M.		Privata	Nova Medical	Via Roma, 21
Limbiate		Pubblica	Poliamb. ASST Monza	Via Montegrappa,40
Limbiate	Privata	Pol. Villa Bianca – Multimedica	Via F.lli Bandiera,3	

Strutture erogatrici - Distretto di Vimercate

Distretto	Comune	Tipo	Struttura	Indirizzo
Carate	Carate	Pubblica	H Carate – ASST Vimercate	Via Mosè Bianchi, 9
	Lissone	Pubblica	Poliamb.- ASST Vimercate	Via Bernasconi
	Besana B	Pubblica	Poliamb ASST Vimercate	Via Viarana n. 38
	Carate	Privata	Istituti Clinici Zucchi	Pzza Madonnina
	Lissone	Privata	Alliance Medical	Via Mameli,42/A
	Veduggio	Privata	Studio di Fisiochinesiterapia F.T.C. di Crotti	Via Magenta n.37
	Verano	Privata	Istituto Clinico Universitario Policlinico	Via Petrarca,51
	Macherio	Pubblica	Poliamb ASST Vimercate	Via Italia,13
	Lissone	Privata	Fondazione Maugeri	Via Bernasconi,16
Seregno	Seregno	Pubblica	H di Seregno-ASST Vimercate	Via Verdi n. 2
	Giussano	Pubblica	H di Giussano- ASST Vimercate	Via Milano n. 65
	Seregno	Privata	Studio Radiologico Bernasconi	Via Parini n. 49
	Meda	Privata	Centro Diagnostico Meda	C.so della Resistenza, 23
Vimercate	Vimercate	Pubblica	H Vimercate – ASST Vimercate	Via Cosma e Damiani,10
	Arcore	Pubblica	Poliamb.Arcore- ASST Vimercate	Via Umberto,17
	Lesmo	Privata	Diagnosi X – Centro Polidiagnostico	Via G.Carducci,8
	Usmate	Privata	Fisiocenter CSMD	Via Roma,3
	Vimercate	Privata	Ambulatorio Ortopedico Fisioterapico	Via Ortigara,1
	Agrate Br.	Privata	CDM Agrate	Via Lecco,11

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA
 Dipartimento PAC
 Programmazione, Acquisti e Controllo

