



Allegato n. 1
alla Deliberazione
n. 288 del 28/3/2019

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE
PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA
DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI,
E DI RICOVERO PROGRAMMATO
ANNO 2019



Premessa

La centralità del paziente si pone come filo conduttore del Programma Regionale di Sviluppo; tra gli obiettivi strategici assume particolare rilievo la garanzia dell'accessibilità ai servizi SSN da parte di tutti i cittadini.

La garanzia della fruizione delle prestazioni, in particolare ambulatoriali, nel rispetto dei tempi clinici indicati dal prescrittore è uno degli obiettivi prioritari del Servizio sanitario nazionale e regionale.

Le liste di attesa rappresentano infatti una criticità di numerosi sistemi sanitari che pregiudicano l'accessibilità alle prestazioni specialistiche dei cittadini in tempi coerenti all'esigenze cliniche.

Il governo dei tempi di attesa è la modalità organizzativa con cui il sistema cerca di garantire l'erogazione delle prestazioni entro i tempi appropriati alla patologia ed alle necessità di cura degli assistiti, garanzia che rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

A tal fine, le normative nazionali e regionali forniscono indicazioni per affrontare il problema ricercando soluzioni che, negli anni, in un contesto di risorse limitate, si sono dimostrate molto complesse e per questo devono necessariamente coinvolgere attivamente tutti gli attori del sistema per promuovere sia l'appropriatezza clinica che quella organizzativa.

Principale normativa di riferimento

Nelle more del perfezionamento del nuovo Piano Nazionale di Governo per le Liste di Attesa (PNGLA) per il prossimo triennio, si confermano i disposti del PNGLA 2010/2012 tutt'ora vigente.

La DGR IX/1775 del 24/07/2011 che ha recepito il documento d'intesa del 28 ottobre 2010 sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012, si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

La DGR X/3993 del 4/08/2015 e le successive note integrative n. H1.2015.0028760 del 9/10/2015 e n. H1.2015.0029636 del 15/10/2015 che confermano l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale per classi di priorità da individuarsi da parte del medico prescrittore.

La DGR XI/7766 DEL 17/01/2018 che fornisce alcuni indirizzi di sistema per l'ulteriore contenimento dei tempi di attesa.

La D.G.R. XI/1046 del 17/12/2018 delle regole di sistema per il 2019, in continuità con gli indirizzi regionali introdotti dalla DGR 7766/2018, per l'ulteriore contenimento dei tempi di attesa, al punto 3.2 introduce un nuovo modello sperimentale di negoziazione per alcuni ambiti critici per i tempi di attesa della specialistica ambulatoriale, che vede coinvolte l'ATS Città Metropolitana di Milano e l'ATS di Brescia.

La su citata DGR prevede la predisposizione, in via prioritaria e in raccordo con la DG Welfare, di un piano operativo per l'implementazione della progettualità, entro il 31 gennaio 2019.

La Direzione Generale Welfare ha, in conformità a quanto sopra rappresentato, accordato, su esplicita richiesta delle ATS interessate, una proroga per la predisposizione e la formalizzazione dei Piani attuativi di governo (PGTA) rispetto alla consueta scadenza del 31/01/2019, che potranno così essere adottati entro il 31/03/2019 e successivamente trasmessi alla DG Welfare.



Il Piano attuativo di governo dei tempi di attesa (PGTA), continua a rappresentare, il principale strumento di programmazione e di governo delle ATS per la riduzione dei tempi di attesa.

Analogamente, per agire di concerto con i Piani attuativi delle ATS, è stata posticipata la predisposizione dei Piani Aziendali al 30/04/2019, per i primi 7 mesi del 2019, e al 31/08/2019 per i restanti mesi, per le Aziende Socio Sanitarie Territoriali e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, presenti sul territorio delle ATS “sperimentali”.

Obiettivi generali

Il presente Piano si pone l’obiettivo di migliorare l’appropriatezza organizzativa, prescrittiva ed erogativa, per garantire al cittadino l’accesso ai servizi sanitari entro tempi appropriati rispetto alla patologia ed alle necessità di cura, con l’intento di favorire il contenimento dei tempi di attesa così da garantire l’accesso alle prestazioni entro i tempi stabiliti.

In linea con la Legge 23/2015, che declina come suo obiettivo strategico e innovazione di sistema la presa in carico del paziente, si evidenzia la necessità di garantire al cittadino l’intero percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale. Il Piano, nell’ottica di assicurare l’obiettivo di cui sopra, impegna lo specialista, al termine della visita o del ricovero, alla prescrizione diretta delle prestazioni ulteriori necessarie al completamento dell’iter diagnostico-terapeutico, favorendo la prenotazione presso la Struttura stessa a garanzia della corretta presa in carico del paziente.

L’ATS è tenuta a mettere in atto azioni finalizzate a garantire ai cittadini, il rispetto dei tempi massimi d’attesa per almeno il 90-95% dei primi accessi, secondo il codice di priorità individuato dal Medico curante (Medico di Medicina Generale, Pediatria di Libera Scelta, Medico Specialista) in base alla situazione clinica rilevata.

La Struttura sanitaria è tenuta a garantire l’erogazione della prestazione nel rispetto dei tempi previsti dalle classi di priorità espresse secondo i dettami della normativa vigente. In linea con il precedente Piano, gli Erogatori con più sedi di erogazione, devono garantire il rispetto del tempo di attesa in almeno un punto di erogazione.

Il prescrittore, affinché il proprio paziente possa effettuare la prestazione entro un idoneo tempo di attesa, **deve** assegnare una specifica classe di priorità in base alle necessità cliniche rilevate ed informare il cittadino sulla necessità di prenotare la prestazione entro una tempistica coerente con la classe di priorità assegnata. Tutte le ricette dovranno indicare, inoltre, il quesito diagnostico prevalente, al fine di garantire l’effettuazione appropriata delle prestazioni stesse.

Il cittadino deve poter effettuare la prestazione nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per la priorità attivata dal prescrittore, in almeno una delle sedi di erogazione presenti all'interno del distretto di interesse.

Il cittadino ha il dovere di effettuare la prenotazione **coerentemente** con la tempistica definita dalla priorità indicata dal prescrittore. Non **deve** prenotare la medesima prestazione presso più Strutture e, in caso di impossibilità a presentarsi all’appuntamento fissato, **deve** annullare tempestivamente la prenotazione in modo da consentire ad un altro Utente di usufruire del posto liberato in agenda.



Strumenti di rilievo per il governo dei tempi di attesa

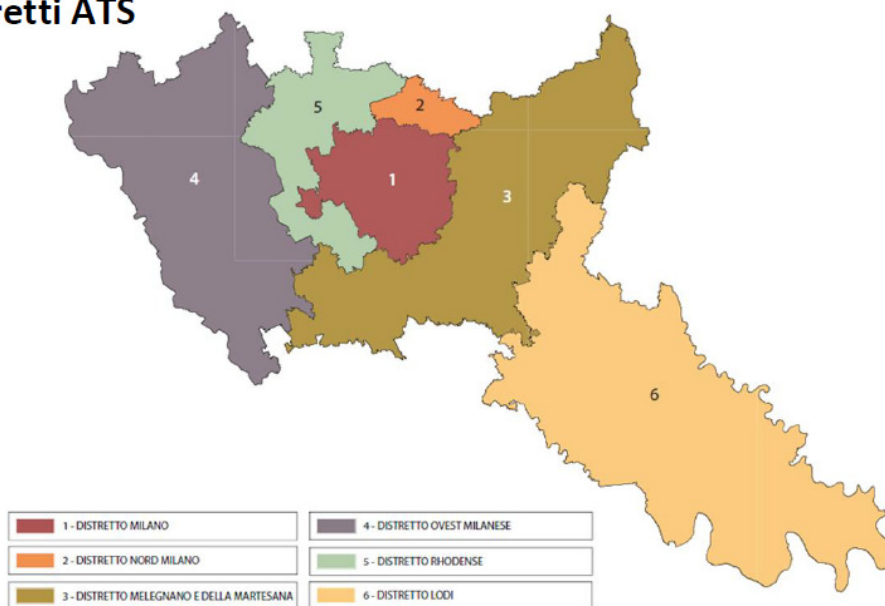


ANALISI DEL CONTESTO

L'ATS della Città Metropolitana di Milano, secondo quanto definito dalla Legge 23, ha individuato sul proprio territorio 6 Distretti, che corrispondono ai territori delle ASST con la sola eccezione della Città di Milano.

L'immagine di seguito riportata rappresenta i Distretti individuati.

I 6 Distretti ATS





L'offerta sul territorio della ATS è caratterizzata da numerosi centri di eccellenza, tra cui 3 IRCCS pubblici e 10 IRCCS privati che sono Centri di Riferimento riconosciuti a livello nazionale. L'applicazione della libertà di scelta del cittadino rende possibile fare di questi Centri dei punti verso i quali maggiormente si orienta la domanda degli assistiti, compresi quelli extra ATS e fuori Regione nonostante, a volte, le lunghe attese.

Nella tabella che segue vengono riportate, suddivise per tipologia e per distretto, le Strutture che afferiscono al territorio dell'ATS che nel corso del 2018 hanno erogato le prestazioni ambulatoriali, di ricovero e di radioterapia.

TAB. 1)

TIPOLOGIA	Milano città	Nord Milano	Rhodense	Ovest Milanese	Melegnano Martesana	Lodi	TOTALE ATS
ASST	4	1	1	1	1	1	9
<i>Presidi ospedalieri che costituiscono le ASST</i>	10	2	4	4	6	4	30
<i>Poliambulatori territoriali</i>	20	2	3	1	13	0	39
N° IRCCS Pubblici	3	0	0	0	0	0	3
N° IRCCS Privati	6	1	0	0	2	0	9
<i>Presidi ospedalieri che costituiscono gli IRCCS Privati</i>	7	1	0	0	2	0	10
N° Case di Cura	11	0	2	0	1	0	14
<i>Poliambulatori territoriali</i>	0	0	3		0		3
N° Ospedali Classificati	1	0	0	0	0	0	1
N° Erogatori Privati	32	5	9	5	9	2	62

Dall'analisi dei dati del monitoraggio ex-post ed ex-ante, l'andamento generale dei tempi medi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero è sostanzialmente stabile rispetto all'andamento degli ultimi due anni.

Analisi attività 2018

Vengono di seguito riepilogati i dati riferiti al rispetto dei tempi obiettivo regionali delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio, come ricavato dalle rilevazioni ex post (basate sui flussi delle prestazioni erogate) ed ex ante (basate sulla rilevazione del tempo di attesa in determinati giorni indice).

- Monitoraggio ex post**

Complessivamente nel 2018 il numero di prestazioni erogate (comprehensive di quelle di laboratorio ad accesso diretto), conteggiato attraverso il flusso di rendicontazione ambulatoriale 28/san, è aumentato di 2 punti in percentuale rispetto al 2017.

Riferendosi invece alle sole prestazioni ambulatoriali monitorate dalla Regione per i tempi di attesa (nel 2018, 3.271.027 prestazioni), si osserva una sostanziale invarianza rispetto al 2017, collegata però ad un lieve aumento di produzione del sistema pubblico e ad una corrispondente riduzione della produzione nel sistema privato accreditato, maturata soprattutto nell'ultimo trimestre.



Nel privato, comunque, le percentuali di accesso entro i tempi di attesa stabiliti, per priorità clinica, si sono mantenute entro le soglie da garantire (95%).

Nel settore pubblico, dove si registrano complessivamente un numero maggiore di prestazioni rispetto al privato, la percentuale di accesso entro i tempi da garantire, scende invece anche fino a quasi 2 punti percentuali tra il primo ed il quarto trimestre dell'anno.

Tab.2

Anno	Trimestre	Privati			Pubblici			Privati + Pubblici		
		entro soglia	totali	% entro soglia	entro soglia	totali	% entro soglia	entro soglia	totali	% entro soglia
2017	1	445.870	462.304	96,4	421.658	451.399	93,4	867.528	913.703	94,9
	2	425.831	444.402	95,8	392.426	426.174	92,1	818.257	870.576	94,0
	3	300.947	313.997	95,8	310.379	337.473	92,0	611.326	651.470	93,8
	4	387.233	410.268	94,4	388.935	427.280	91,0	776.168	837.548	92,7
	totale	1.559.881	1.630.971	95,6	1.513.398	1.642.326	92,1	3.073.279	3.273.297	93,9
2018	1	432.944	450.492	96,1	421.831	457.408	92,2	854.775	907.900	94,1
	2	423.594	442.211	95,8	404.034	441.478	91,5	827.628	883.689	93,7
	3	289.176	304.680	94,9	315.304	343.769	91,7	604.480	648.449	93,2
	4	368.581	396.416	93,0	393.109	434.573	90,5	761.690	830.989	91,7
	totale	1.514.295	1.593.799	95,0	1.534.278	1.677.228	91,5	3.048.573	3.271.027	93,2

- Monitoraggio ex-ante**

Le tabelle che seguono illustrano le percentuali di accesso, entro i tempi di attesa da garantire, conteggiate attraverso gli esiti del flusso MTA_SMAF anno 2018, resi disponibili alla ATS dalla Regione e riferiti alle prestazioni monitorate nelle giornate "indice" delle rilevazioni regionale e nazionale dei tempi di attesa.

Tab. 3

Tipologia	PRENOTAZIONI RL_MTA	% ENTRO TA
RICOVERI	15.052	87,48%
SPECIALISTICA	380.649	94,28%
Totale 2018	395.701	94,02%

SPECIALISTICA	PRENOTAZIONI RL_MTA	% ENTRO TA
PUBBLICO	178.028	93,11%
PRIVATO	202.621	95,31%

RICOVERI	PRENOTAZIONI RL_MTA	% ENTRO TA
PUBBLICI	9.088	86,44%
PRIVATI	5.964	89,05%

VISITE SPECIALISTICHE 2018

Entrando nel dettaglio delle prestazioni oggetto di monitoraggio, si osserva che sono presenti difficoltà di accesso in particolare per le prime visite gastroenterologica urologica/androgica, chirurgica vascolare, I



neurologica [neurochirurgica], pneumologica e oculistica. Relativamente alle prestazioni strumentali le tempistiche più lunghe si riferiscono ad alcuni tipi di risonanza magnetica, all'ecografia cardiaca ed eco(color)dopplergrafia cardiaca, alla tomografia computerizzata (tc) dell'addome e del capo, senza e con contrasto.

Tab.4

PRESTAZIONE	% PRENOTAZIONI ENTRO TA
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	86,68%
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	90,81%
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	91,72%
PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	92,17%
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	93,28%
PRIMA VISITA OCULISTICA	93,79%
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	94,32%
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	94,53%
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	94,53%
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	96,44%
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	96,74%
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	96,84%
PRIMA VISITA ORL	97,93%
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	97,94%

ALTRE PRESTAZIONI AMBULATORIALI –2018

PRESTAZIONE	% PRENOTAZIONI ENTRO TA
INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE	50,81%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	77,86%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	79,27%
RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE; ENDOSCOPIO DEL RET, COLON DISC. INCL BIOPSIE DI UNA O PIÙ SEDI E/O BRUSHING O WASHING PER RACC DI CAMP. NON ASSOCIABILE A COLONSCOPIA CON END	83,08%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO	83,64%
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	84,74%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	85,89%
ECOGRAFIA CARDIACA	86,94%
COLONSCOPIA	88,44%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	89,60%



SPIROMETRIA SEMPLICE	89,84%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	90,69%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	90,82%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	91,08%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	91,10%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	91,24%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	91,78%
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	92,02%
ESAME DEL FUNDUS OCULI	92,17%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	92,23%
SPIROMETRIA GLOBALE	92,81%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	92,85%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	93,23%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	93,23%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	93,56%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	93,58%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	93,76%
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	94,16%
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	94,21%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE	94,66%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA	94,66%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE	94,71%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	94,88%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo	94,98%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO	95,06%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	95,15%
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	95,51%
RIMOZIONE DI OSTRUZIONE DELL' ARTERIA CORONARICA ED INSERZIONE DI STENT (PTCA)	95,89%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	96,14%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA	96,25%
ELETTROENCEFALGRAMMA	96,58%
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	96,58%
MAMMOGRAFIA	96,78%
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	96,80%
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	97,03%
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA	97,08%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	97,56%
ECOGRAFIA OSTETRICA	98,48%
ELETTROCARDIOGRAMMA	98,49%

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO

DIPARTIMENTO PAAPPS – UOC PROGRAMMAZIONE GOVERNO RETI DI OFFERTA E TEMPI DI ATTESA

 Tel. 02/8578.2261 e-mail: ecampanelli@ats-milano.it

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969

UNI EN ISO 9001:2015


 SISTEMA DI GESTIONE
Della QUALITÀ



DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X - lombare, femorale, ultradistale	98,85%
RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA	99,10%
RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	99,25%
RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	99,34%
RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	99,57%

PRESTAZIONI DI RICOVERO 2018

PRESTAZIONE	% PRENOTAZIONI ENTRO TA
INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE	50,81%
TONSILLECTOMIA 282 - 283	65,63%
INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE DELL'UTERO 683X - 684X - 685X - 686X - 687X - 688 - 689-	69,33%
PROSTATECTOMIA RADICALE	71,99%
CORONAROGRAFIA (COD.INT. 88.55-6-7)	82,76%
ASPORTAZIONE NPL COLON-RETTO (associazione di uno dei codici di diagnosi: 153, 154, 230.3, 230.4, 230.5 con uno dei codici di intervento chirurgico: 45.7, 45.8, 46.1, 48.4, 48.5, 48.6)	84,93%
INTERVENTI PER ERNIA (DRG DA 159 A 163)	86,36%
EMORROIDECTOMIA	90,38%
MASTECTOMIA	91,43%
ENDOARTERIECTOMIA DI ALTRI VASI DEL CAPO E DEL COLLO	91,98%
PROTESI D'ANCA (CODICI INTERVENTO 81.51-2-3)	94,53%
INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE DEL POLMONE 323 - 324 - 325 - 329 -	95,64%
CATARATTA in ricovero (COD.INT. afferenti al DRG 39)	95,93%
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	98,08%
CHEMIOTERAPIA	98,56%
BYPASS AORTOCORONARICO	100,00%

PRESTAZIONI DI RADOTERAPIA 2018

PRESTAZIONE	% PRENOTAZIONI ENTRO TA
TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO, TECNICHE 3D	78,31%
RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE (IGRT) CON TAC INTEGRATA (PIU' DI 5 SEDUTE)	87,89%
RADIOTERAPIA STEREOTASSICA SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO	91,53%
TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE ; CON TECNICA FLASH	96,60%
RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE (IGRT) CON TAC INTEGRATA (FINO A 5 SEDUTE)	98,04%



TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE; CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI 2D	100,00%
TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE; CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO 2D	100,00%
TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO, TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA'	100,00%
RADIOTERAPIA STEREOTASSICA UNICA O PRIMA SEDUTA	100,00%

Rapporto fra attività ambulatoriale in regime SSN e in regime di solvenza/libero professione

Per valutare il rapporto esistente fra prestazioni critiche per tempi di attesa e attività svolta in regime di solvenza si sono considerate, nella tabella che segue (tab.5), le prestazioni nelle quali l'attività privata è consistente e superiore al 50% di quanto erogato in regime SSN.

Si registra per alcune visite specialistiche (gastroenterologia, neurologica, oculistica) una possibile relazione; sono però presenti anche prestazioni con significativi volumi in regime di solvenza, cui non corrispondono apparentemente tempi di attesa critici e che potrebbero essere legate al rapporto fiduciario col professionista (per es. visita ginecologica e oncologica).

Tab.5

DESCR_PRESTAZ	SSN	% ENTRO SOGLIA (ex-ante)	SOLVENTI
897A9 PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	24.772	86,68	23.678
8913 PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	74.337	92,17	46.673
9502 PRIMA VISITA OCULISTICA	179.581	93,79	91.624
897C2 PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	55.200	91,72	43.485
89261 PRIMA VISITA GINECOLOGICA	60.746	96,44	59.567
897B6 PRIMA VISITA ONCOLOGICA	30.697	96,74	24.237

Governo della domanda

Appropriatezza PRESCRITTIVA

• CLASSI DI PRIORITA'

In ciascuna impegnativa per prestazione ambulatoriale il Medico prescrittore deve attribuire la classe di priorità valutata sulla base della necessità clinica del paziente al momento dell'anamnesi e riportare in ricetta il relativo contrassegno. L'indicazione della classe di priorità da parte del Medico è obbligatoria. Nel caso in cui la priorità non fosse compilata dal prescrittore, si sottintende che la prestazione, per volontà implicita dello stesso, ricada nella priorità P -Programmata (DGR n. IX/937/2010). Tale, necessaria, assunzione può determinare d'altra parte una non corretta rappresentazione dei dati rispetto all'effettività di quanto rappresentato nella tabella 4, soprattutto per le prestazioni di primo accesso che, per la loro natura, di inquadramento di una patologia di nuova insorgenza, dovrebbero avere una tempistica più breve (30gg. per le visite e 60 gg. per la diagnostica).

La classe di priorità è uno strumento atto ad armonizzare le esigenze cliniche con le necessità organizzative del sistema che, a seguito di accurata valutazione clinica del singolo caso, offre la possibilità di erogare una



prestazione nel tempo clinicamente più adeguato. Detto strumento impegna tutti gli attori coinvolti nel processo: il medico, il cittadino utente e la struttura erogatrice.

Classi di priorità in vigore per le prestazioni di specialistica ambulatoriale:

- **U = Urgenza differibile - Entro 72 ore**
prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Si ricorda che le prestazioni oggetto di priorità U devono essere prenotate entro le 48 ore dalla data di prescrizione. In caso di priorità U, alla ricetta NON dovrà più essere applicato il bollino verde (DGR 7766/2018).
- **B = (Breve) - Entro 10 giorni**
per situazioni passibili di aggravamento in tempi brevi e comunque per prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità.
- **D = Differibile**
prestazioni di prima diagnosi da eseguirsi entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali; si tratta di prestazioni la cui tempestiva esecuzione non condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente.
- **P = Programmata**
prestazioni programmate (da erogarsi in un arco temporale maggiore e comunque non oltre 180 giorni); prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità o in quanto rappresenta un accesso di follow up.

Si sottolinea la necessità che per le classi di priorità B o D il prescrittore inviti l'assistito alla prenotazione entro tempistiche coerenti con le priorità richieste: almeno 15 giorni dalla data del rilascio, per priorità B ed almeno 30 giorni dalla data di rilascio per priorità D.

L'appuntamento deve essere fissato nel rispetto delle priorità cliniche indicate dal medico prescrittore;

Si richiama l'obbligo sulle richieste di prestazioni di specialistica **ambulatoriale di riportare la diagnosi o il sospetto diagnostico prevalente (quesito diagnostico) anche per le richieste relative a pazienti con patologie croniche, alle malattie rare, alla gravidanza.**

Si ricorda la necessità di riportare sulle ricette, in particolare per gli esami, **la dizione primo accesso o controllo** per distinguere una prestazione di primo accesso con priorità P (programmata) da quelle di controllo le cui caratteristiche consentono una programmazione in un arco di tempo più ampio, talvolta anche superiore ai 180 giorni, e comunque nei tempi indicati sulla prescrizione, in quanto gli stessi non vanno ad influenzare la prognosi e il corretto svolgimento dell'iter terapeutico.

Questa indicazione consentirà di registrare correttamente le prestazioni di controllo con priorità P ed escluderle dalle rilevazioni dei tempi di attesa regionali e nazionali che riguardano esclusivamente i primi accessi.

Modalità di prenotazione delle richieste di prestazioni ambulatoriali

Allo scopo di rendere omogenee su tutto il territorio regionale le modalità di prenotazione delle richieste di prestazioni ambulatoriali a seconda delle relative priorità, con la DGR 1046/2018 sono state fornite alcune indicazioni sulle **modalità di prenotazione delle richieste di prestazioni ambulatoriali:**

- l'appuntamento deve essere fissato nel rispetto delle priorità cliniche indicate dal medico prescrittore;



- nel caso non ci fossero disponibilità entro i termini stabiliti nella struttura che rappresenta la prima scelta del cittadino, **il Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa**, individuato dalla D.G.R. n. X/7766/2018, si attiva per ricercare 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 dovrà impegnarsi a fornire comunque la prestazione al solo costo del ticket, se dovuto, con le modalità organizzative che la struttura stessa avrà appositamente predisposto;
- 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 è stata generata.

Inoltre, per evitare ulteriori disomogeneità nell'interpretazione e nel comportamento, si stabilisce quanto segue:

- il medico prescrittore si impegna a valutare l'urgenza e ad indicare la priorità clinica adeguata;
- il cittadino utente si impegna a presentare la richiesta alla struttura scelta in tempi coerenti alla priorità indicata e a fruire della prestazione, accettando la proposta della struttura, salvo casi eccezionali e documentabili;
- la struttura erogatrice si impegna ad erogare la prestazione nei tempi indicati dalla priorità a decorrere dal momento della presentazione della richiesta da parte del cittadino o, in caso di impossibilità, ad attivare il Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa, per individuare un'altra struttura in grado di erogare la prestazione nei termini stabiliti.

Si conferma l'indicazione alla prosecuzione da parte della ATS delle attività di implementazione di strumenti per il controllo e l'inibizione dei comportamenti prescrittivi inappropriati, anche mediante l'istituzione, in collaborazione con i competenti uffici regionali, di gruppi di esperti volti alla produzione di indicazioni utili all'omogeneizzazione delle modalità di comportamento sul territorio regionale.

Classi di priorità in vigore per i ricoveri programmabili:

Anche per le prestazioni di ricovero lo specialista della Struttura ha l'obbligo di assegnare all'intervento una priorità. Indicandola sulla ricetta. La data del ricovero, dovrà essere comunicata tempestivamente al paziente, anche se presunta

Classe di priorità	Tempo massimo di attesa
CLASSE A - Casi clinici che possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o da determinare grave pregiudizio alla prognosi	Entro 30 giorni
CLASSE B - Casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave 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	Entro 60 giorni
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	Entro 180 giorni
CLASSE D - Casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità.	Entro 12 mesi



È importante sottolineare che la completa e corretta compilazione delle informazioni relative a “classe di priorità del ricovero” e alla “data di prenotazione del ricovero programmato” costituiscono un adempimento fondamentale anche per l’accesso alle risorse aggiuntive del Servizio Sanitario Nazionale da parte delle Regioni. Di conseguenza gli episodi di ricovero registrati in maniera non conforme sono considerati non finanziabili per errori invalidanti.

Classi di priorità in vigore per la radioterapia:

Il Piano Oncologico Nazionale prevede una presa in carico globale del paziente oncologico associata ad un utilizzo ottimale delle modalità diagnostiche e terapeutiche. I centri specialistici dovranno prevedere la presa in carico dei pazienti da inserire in detti percorsi di cura così come stabilito dal medico della struttura, all’atto della visita con cui prescrive la richiesta di trattamento radioterapico e/o chemioterapico.

Le prestazioni di radioterapia e chemioterapia sono pertanto riconducibili ad agende di secondo livello definite all’interno del percorso oncologico. Le classi di tempi di attesa sono state definite in collaborazione con l’Associazione Italiana Radioterapia Oncologica.

L’ATS vigilerà sull’adozione di protocolli interni per la corretta presa in carico di detta tipologia di pazienti all’interno di detti percorsi.

classe 1: inizio RT entro 15 giorni
classe 2: inizio RT entro 30 giorni
classe 3: inizio RT entro 90 giorni
classe 4: programmabile in relazione ad altri trattamenti e comunque entro 180 giorni.

GOVERNO DELL’OFFERTA

- **Presa in carico**

Il nuovo modello organizzativo regionale per la gestione delle cronicità, prevede percorsi dedicati e la prenotazione in agende dedicate delle prestazioni da garantire ai pazienti che aderiranno. Tutto questo dovrà realizzarsi in sintonia e nel pieno equilibrio con le attività da erogare a tutti i cittadini a cui le Strutture Sanitarie devono garantire l’appropriato accesso alle prestazioni e la eventuale successiva corretta presa in carico, garantendo direttamente in Struttura le prestazioni di controllo necessarie non solo dopo la visita ma anche dopo un ricovero, in particolare laddove le tempistiche assegnate dallo specialista, sono più brevi di quelle normalmente riservate a detta tipologia di prestazioni.

L’ATS di Milano è stata individuata anche nel progetto negoziale sulle agende dei pazienti PIC: per queste prestazioni l’ATS svolgerà un ruolo strategico di regia e di coordinamento nel merito della fornitura delle agende necessarie per i soggetti PIC con l’obiettivo di avere sulla piattaforma del contact center slot sufficienti per prenotare le prestazioni definite nei PAI dei pazienti PIC arruolati.

- **Gestione No show: mancata disdetta prenotazione**

Nel tentativo di limitare il fenomeno del cosiddetto “No Show” (mancata disdetta della prenotazione), si suggerisce un potenziamento o l’adozione, laddove non già previsti, di azioni finalizzate a verificare/ricordare ai pazienti prenotati l’appuntamento fissato e a semplificare il più possibile le procedure di annullamento delle prenotazioni effettuate. In tal senso va anche l’intervento di Regione Lombardia che ha previsto che tutte le prenotazioni del Servizio Sanitario, effettuate dai sistemi CUP degli Enti, devono essere inviate al Sistema di prenotazione Regionale che identifica le prestazioni doppie e



procede ad annullare le prestazioni all'Ente dove è stata effettuata la prima prenotazione. Si ricorda tra l'altro la possibilità fornita dalla normativa nazionale (art.3 comma 15 D.lgs. 124/1998) che prevede "l'attivazione del procedimento di addebito del costo della prestazione agli utenti che non si presentano, senza disdire la prenotazione"

La DGR delle Regole di sistema 2019, tra le misure atte a responsabilizzare il paziente, prevede anche misure di carattere sanzionatorio relative alle prestazioni prenotate e non erogate per la mancata presentazione in assenza di disdetta, come già previsto nella D.G.R. n. X/7766/2018 (punto 9 - Responsabilizzazione dei cittadini – attività di comunicazione).

Il D.Lgs. n. 124/1998 "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449" dispone infatti, all'art. 3 comma 15, che l'utente che non si presenti, ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata, è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione. Diventa quindi obbligatorio disdire la prenotazione con almeno 3 giorni lavorativi di anticipo.

Nel caso di mancato ritiro dei risultati degli esami e dei referti per prestazioni effettuate a carico del Sistema Sanitario Regionale, l'Utente è tenuto al pagamento dell'intera prestazione anche se esente.

- **Garanzia di coerenza del sistema dell'offerta da erogare in libera professione/solvenza con l'obiettivo del contenimento dei tempi di attesa**

Premesso che il ricorso alla libera professione/solvenza deve porsi come libera scelta del cittadino-utente e che, come precisato dalla DGR 7766/2018 non deve servire per sopperire a carenze organizzative dei servizi resi in ambito istituzionale, si ricorda la necessità di un equilibrato rapporto tra i tempi di attesa delle attività ambulatoriali istituzionali e quelle in libera professione. Per le prestazioni che rientrano nell'ambito oncologico e la dialisi, i tempi d'attesa delle attività svolte in regime pubblico non devono essere superiori a quelle svolte a pagamento.

Ogni Struttura sanitaria della Regione è tenuta a rispettare il tempo massimo di attesa previsto dalla priorità indicata sulla ricetta per visite o esami. Se la Struttura prescelta non garantisce le prestazioni entro il tempo massimo, si possono trovare altre strutture di norma sul territorio del medesimo distretto di ATS con tempi di attesa più favorevoli. Le informazioni sono disponibili agli sportelli di prenotazione e/o agli uffici Relazioni con il pubblico delle varie ASST. Inoltre sulla home page del sito dell'ATS è presente una sezione dedicata alle informazioni sui tempi di attesa, relativamente alle prestazioni più critiche, di tutte le Strutture afferenti al territorio del distretto di interesse.

Se nessuna di queste è in grado di rispettarlo, così come è previsto dall'All. 1 della DGR 1775/2011 la struttura erogatrice inizialmente scelta, si deve impegnare, su richiesta del paziente, ad erogare la prestazione in regime libero professionale, facendosi carico dell'intera tariffa, detratto l'eventuale ticket che risulta a carico del paziente.

La mancata accettazione da parte del cittadino dell'appuntamento proposto in alternativa, farà venire meno il diritto alla garanzia del tempo di attesa richiesto.

Monitoraggio del sistema e controllo

- ✓ Le ASST e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico devono presentare all'ATS i Piani Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa. La Direzione Generale Welfare ha accordato, su esplicita richiesta delle ATS interessate, una proroga rispetto alle consuete scadenze del 28/02 e 31/07 per la predisposizione e la



formalizzazione dei Piani Aziendali di Governo (PGTAz) al 30 aprile per il periodo fino ad agosto e al 30 settembre per i restanti mesi del 2019.

- ✓ L'ATS provvede ad una analisi e ad una valutazione dei Piani stessi. Si ricorda che i Piani dovranno ricomprendere anche le prestazioni di screening mammografico e di colon retto. Per dette prestazioni il tempo di attesa garantito è rappresentato dall'intervallo che intercorre tra positività dell'esame di screening e la data del primo approfondimento. Nei Piani trasmessi sarà inoltre necessario dare evidenza dell'attuazione delle disposizioni contenute nella DGR 7766 del 17/01/2018 in particolare per quanto riferito al conferimento dell'incarico di Responsabile Unico Aziendale per la gestione delle liste di attesa a cui affidare i compiti definiti all'interno della stessa DGR;
- ✓ Monitoraggio ex-ante dei tempi di attesa, entro le scadenze previste dal calendario regionale e nazionale, attraverso il portale dedicato: verifica della correttezza e completezza dei dati.
- ✓ Analisi dei dati derivanti dai vari flussi informativi (flusso 28/san e SDO) di verifica sull'andamento dei tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio
- ✓ Monitoraggio della sospensione dell'erogazione delle prestazioni. Il comma 282 art. 1 della Legge 266/2005 vieta la sospensione delle prenotazioni delle prestazioni comprese nei LEA. Il comma 284 del medesimo articolo prevede specifiche sanzioni amministrative per i contravventori. Solo in casi eccezionali e di documentata necessità, ivi compresi quelle per motivi tecnici, può essere adottata l'interruzione dell'attività di erogazione delle prestazioni. L'ATS valuterà interventi volti a prevenire e sanzionare il fenomeno della chiusura delle agende
- ✓ Regione Lombardia ha attivato un sistema di registrazione delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni, analogamente a quanto realizzato con i flussi MTA e A.L.P.I. attraverso il portale SMAF.
- ✓ Inoltre, ai sensi di quanto riportato nella nota della Direzione Generale Welfare prot. n. 40259 del 23.12.2016 gli erogatori sono tenuti a inviare tempestivamente, esclusivamente tramite PEC, all'ATS di competenza territoriale la comunicazione della sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni. Le sospensioni programmate quali ferie del personale, riorganizzazione, manutenzione ordinaria ecc. non sono oggetto di rilevazione in quanto pianificabili e gestibili anticipatamente e non devono essere considerate sospensioni dell'attività se, nella struttura, sono presenti altre risorse che continuano ad erogare la prestazione. Non sono oggetto di monitoraggio le sospensioni di un giorno e le chiusure definitive a causa di riorganizzazione delle attività erogative. Le strutture erogatrici devono motivare le sospensioni inserite sul portale dedicato e comunicare all'ATS ed alla Direzione Generale Welfare tramite posta certificata le azioni intraprese e le motivazioni delle scelte effettuate al fine di evitare l'impatto negativo sulle liste di attesa dell'evento eccezionale che ha causato la sospensione. ATS, a fronte delle comunicazioni della sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni ricevute dalle Strutture, provvederà a verificare la correttezza dei dati presenti sulla piattaforma SMAF, ad analizzare le motivazioni delle sospensioni e quanto comunicato dagli Erogatori sulle azioni intraprese per evitare l'impatto negativo sui tempi di attesa e ad inviare alla Regione il resoconto semestrale di tali controlli.
- ✓ Si svilupperà un sistema per il controllo del fenomeno delle "agende chiuse", verificando la continuità di erogazione delle prestazioni e applicando gli Interventi sanzionatori previsti, in caso di chiusura delle agende
- ✓ I controlli interesseranno anche l'inserimento dei pazienti nelle agende dei ricoveri attraverso la valutazione del tempo che intercorre tra la visita chirurgica e la data del ricovero.
- ✓ Definizione, con gli Erogatori, di azioni di miglioramento del governo dell'attività interna di prescrizione, volta a garantire tempi adeguati di erogazione all'interno della struttura che ha richiesto gli approfondimenti specialistici.
- ✓ Definizioni di percorsi di fast track non solo per i PS ma anche per attività ambulatoriali.

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO

DIPARTIMENTO PAAPPS – UOC PROGRAMMAZIONE GOVERNO RETI DI OFFERTA E TEMPI DI ATTESA

Tel. 02/8578.2261 e-mail: ecampanelli@ats-milano.it

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969





- ✓ Formazione dei responsabili dei tempi di attesa e potenziamento del loro ruolo in aderenza agli indirizzi normativi di recente emanazione.

Programmazione 2019 – azioni di miglioramento

- **Negoziazione**

A partire dal 9 gennaio 2019, si sono svolti presso la DG Welfare, incontri con le ATS di Milano e Brescia per la condivisione e la definizione del progetto sperimentale per la riduzione delle liste d'attesa. Tale progetto prevede la negoziazione di volumi aggiuntivi per tipologie mirate di prestazioni ambulatoriale, all'interno di un piano operativo redatto al termine degli incontri entro la scadenza prevista del 31/01/2019.

Il Piano ha visto, a seguito delle valutazioni clinico epidemiologiche dei bisogni espressi dai cittadini, la modifica parziale delle 12 prestazioni critiche indicate nella DGR n. XI/1046/18 si è così deciso congiuntamente, di eliminare dalle prestazioni la MOC (densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi X), in considerazioni dei vincoli di appropriatezza prescrittiva già presenti nella normativa vigente.

Si è altresì prevista l'integrazione di ulteriori tre prestazioni: VISITA ENDOCRINOLOGICA - VISITA NEUROLOGICA - VISITA GASTROENTEROLOGICA e la COLONSCOPIA (quest'ultima prevista solo per l'ATS di Brescia). ATS Milano, non ha ritenuto di dover aggiungere al suo elenco le colonscopie perché, è attivo un gruppo di lavoro con gli specialisti per meglio individuarne i criteri di appropriatezza.

Viene inoltre chiesto di garantire l'erogazione nei tempi previsti di alcuni pacchetti di prestazioni; per esempio in ambito cardiologico (ECG-visita/ecocolordoppler-visita).

La negoziazione delle risorse aggiuntive, è proceduta coinvolgendo preliminarmente le Strutture di diritto pubblico, in adempimento ai disposti normativi e in seguito gli Enti di diritto privato.

Per l'arruolamento degli Enti privati accreditati, l'ATS procederà con una manifestazione di interesse aperta a tutti i soggetti accreditati. I requisiti che gli enti sono tenuti prioritariamente a possedere per la ripartizione delle risorse sono i seguenti: essere accreditati per le prestazioni ambulatoriali di interesse, avere una sede operativa accreditata ubicata nelle aree distrettuali proposte; avere raggiunto nel 2017 oppure nel 2018 una produzione ambulatoriale corrispondente almeno al 106% delle risorse negoziate annualmente.

L'ATS predisporrà una integrazione contrattuale determinando il quantitativo di prestazioni aggiuntive, per singola struttura, da aggiungere alle prestazioni storicamente garantite che devono comunque essere assicurate.

Nel caso di un'offerta di prestazioni superiore al bisogno stimato per singola area distrettuale, i volumi saranno riproporzionati tra tutti gli Enti selezionati.

Le prestazioni saranno remunerate sulla base della tariffa stabilita dal Nomenclatore Tariffario Regionale al netto della compartecipazione alla spesa e dello sconto previsto dalla Legge n.296/06.

Gli accordi contrattuali integrativi avranno durata fino al 31.12.2019.

Il raggiungimento dell'obbiettivo oggetto della contrattazione aggiuntiva sarà misurato attraverso specifici indicatori quali, ad esempio: il miglioramento della percentuale "entro soglia" delle prestazioni anche in caso di non completo raggiungimento della soglia aggiuntiva contrattualizzata; il mantenimento/incremento delle percentuali di garanzia "entro soglia" delle prestazioni non oggetto di sperimentazione, il mantenimento/miglioramento, per ognuna delle prestazioni con tempi di attesa critici del rapporto fra prestazioni svolte in regime SSR rispetto a quelle svolte in regime di solvenza.

La quota aggiuntiva negoziata potrà essere rimodulata, ed eventualmente riassegnata ad altro Ente, in base all'andamento della produzione.

Tutte le strutture dovranno inoltre garantire la disponibilità ad inserire le agende delle prestazioni, sia storiche che aggiuntive, all'interno del sistema di prenotazione unico regionale GP++.

Il mancato raggiungimento della soglia di produzione del 106%, non permetterà l'accesso alle risorse aggiuntive.



Negli ultimi anni, l'analisi del trend degli erogatori di diritto privato per le prestazioni di laboratorio analisi evidenzia come, a parità di budget, vi sia un crescente aumento dei volumi rispetto ad altre prestazioni. Si prevede quindi di proporre all'interno dell'attività negoziale, per l'anno in corso, un limite massimo di prestazioni da negoziare per la diagnostica di laboratorio, non superiore alla media di attività dell'ultimo triennio, in modo da garantire in un sistema iso-risorse, la salvaguardia delle attività ambulatoriali, in particolare per le visite che richiedono un maggior costo operatore ma che sono essenziali per il corretto inquadramento diagnostico del cittadino al suo primo contatto con il sistema sanitario.

- **Miglioramento dell'accessibilità**

La Direzione Generale Welfare ha istituito un flusso dati denominato **MOSA** (Monitoraggio Offerta Sanitaria Ambulatoriale sia per disporre sul sistema di prenotazione delle agende di tutte le Strutture sanitarie regionali, sia per assicurare la visibilità agli operatori e agli utenti dell'intera offerta disponibile.

Detto flusso alimenta, con frequenza almeno settimanale, un sistema informativo integrato che, attraverso il Call Center Regionale ed i siti web regionali e aziendali, fornisce le informazioni riguardanti l'intera offerta ambulatoriale e anche la possibilità di prenotazione differita per le prestazioni erogate da soggetti privati.

La prenotazione differita impegna la struttura a richiamare il cittadino entro il giorno lavorativo successivo alla richiesta al Call Center. Sono previsti 3 tentativi di contatto. Alla chiusura del contatto i dati devono essere registrati nell'applicativo e, in caso di prenotazione, deve essere inserita la data e l'ora dell'appuntamento.

Nel caso di rifiuto dovrà essere specificata una motivazione tra le seguenti:

1. L'operatore non specifica una motivazione
2. Numero di tentativi di contatto raggiunto
3. Cittadino non raggiungibile ai contatti forniti
4. Cittadino non più interessato alla prestazione
5. Cittadino ha già prenotato la prestazione altrove
6. Prenotazione già presente in agenda
7. Disponibilità diversa da quella prospettata o dalle esigenze del cittadino
8. Prestazione non erogata dalla struttura
9. Prestazione non erogabile in base ai vincoli della prescrizione

Mediante la progressiva integrazione delle agende di prenotazione degli erogatori privati nel Call Center regionale si realizzerà la semplificazione e il miglioramento delle procedure di prenotazione per i cittadini, rendendo più trasparente e fruibile l'intero complesso degli erogatori sul territorio di ATS

In tema di accessibilità, si ricorda che il tempo di accesso alle cure è rappresentato anche dall'attesa agli sportelli. Con nota prot. n.H1.20070028402 del 18/06/2007 della Direzione Generale Sanità, è stato ribadito che il tempo massimo accettabile di attesa agli sportelli, per qualunque tipo di operazione, **non debba superare i 30 minuti**. Si richiama inoltre la necessità di garantire percorsi preferenziali per alcune attività e per alcune tipologie di utenti (es. screening, terza età, gravidanza, etc).

- **Responsabile unico aziendale dei tempi di attesa**

La figura del Responsabile unico aziendale dei tempi di attesa prevista già dalla DGR 7766/18 è stata ulteriormente potenziata nell'ambito delle azioni che si intendono intraprendere per il contenimento dei tempi di attesa. Detta figura sarà responsabile della tenuta delle agende di prenotazione e del corretto rapporto tra attività istituzionale e solvenza/libera professione che come previsto deve essere una libera scelta del cittadino utente e non una "soluzione" imposta da una carenza dell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale. Sarà inoltre figura di riferimento nei rapporti con il cittadino in



particolare quando la struttura non garantisca le prestazioni entro il tempo massimo richiesto dalla priorità indicata sulla impegnativa. Il Responsabile unico aziendale dovrà, in questo caso, farsi carico del problema promuovendo la ricerca in altre strutture all'interno del distretto di interesse del cittadino, in grado di offrire tempi di attesa consoni alla richiesta.

Una attenzione particolare sarà rivolta alle segnalazioni dei cittadini in ordine al mancato rispetto dei tempi di attesa e/o di chiusura delle agende di prenotazione che saranno trattate in maniera puntuale e approfondita mediante il coinvolgimento del responsabile unico aziendale dei tempi di attesa.

- **Miglioramento appropriatezza prescrittiva**

L'ATS promuoverà azioni di miglioramento per l'appropriatezza prescrittiva dei Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta in collaborazione con il Dipartimento delle Cure Primarie. Per il coinvolgimento degli specialisti, come già sperimentato negli scorsi anni, potranno essere organizzati incontri con gli Erogatori su aree di interesse comune (es. Tavoli appropriatezza delle Urgenze differibili).

- **Informazione, comunicazione e trasparenza**

È previsto il potenziamento e il sostentamento della comunicazione e promozione dell'informazione con strumenti quali il sito web aziendale per garantire un'informazione puntuale sul sistema complessivo dell'offerta e sulla sua accessibilità anche al fine di permettere al cittadino una ricerca autonoma e semplificata dell'offerta sanitaria.

Il sito web ATS, che viene aggiornato almeno mensilmente a cura dei singoli erogatori, fornisce in modo omogeneo informazioni relative all'offerta di prestazioni da parte delle strutture site sul territorio e i tempi di attesa per le prestazioni più richieste e oggetto dei periodici monitoraggi regionali.

L'aggiornamento dei tempi di attesa viene effettuato, entro il giorno 10 di ogni mese e comunque, ogni qualvolta si verificano variazioni significative rispetto a quanto già dichiarato.

Il cittadino può così conoscere tempestivamente, **per singola Struttura o per tipo di prestazione**, i tempi di attesa per punti di erogazione.

Infine, si richiama l'obbligo di mantenere costantemente aperte le agende di prenotazione, in modo da garantire la trasparenza delle liste di attesa.

Gli Erogatori pubblici e privati sono tenuti ad informare gli utenti, tramite carte dei servizi, CUP ed eventuali note informative riguardo i tempi di attesa nei diversi punti di prenotazione. Inoltre, devono dare puntuale adempimento al Decreto Legislativo n. 33 che definisce, in materia di "Trasparenza del servizio sanitario nazionale", che *"Gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti ad indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata «Liste di attesa», i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata"*.