

AGGIORNAMENTO DEL PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI D'ATTESA ANNO 2016

INTRODUZIONE

L'ASL della Provincia di Bergamo, ora ATS, ha formalizzato il primo Piano Attuativo Aziendale sui Tempi di Attesa nel 2007 e lo aggiorna annualmente. Con il presente atto di pianificazione si intende aggiornare per il 2016 gli elementi programmatici a suo tempo assunti, apportando alcuni dovuti aggiornamenti congruamente con le priorità dettate dalle DGR n. IX/1775 del 24.05.2011, n. X/2989 del 23.12.2014, n. X/3993 del 4.8.2015, n. X4702 del 29.12.2015, anche alla luce dell'evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo attuata dalla Legge regionale 23 dell'11 agosto 2015.

L'ATS di Bergamo si impegna a:

- garantire la massima equità possibile di accesso alle prestazioni erogate anche sviluppando criteri di miglioramento dell'appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici in collaborazione con gli erogatori e i medici del territorio;
- promuovere la razionalizzazione dell'offerta delle prestazioni, tenendo conto delle effettive necessità assistenziali espresse sul territorio, nonché della domanda rilevata, fermo restando quanto affermato;
- collaborare con gli erogatori presenti sul territorio, alla gestione del sistema degli accessi, al fine di comparare, in modo ottimale, la domanda con l'offerta delle prestazioni;
- comunicare alla cittadinanza, per le prestazioni individuate, le strutture presso le quali si garantisce l'accesso entro i tempi massimi indicati dalla Regione Lombardia;
- monitorare mensilmente il rispetto dei tempi d'attesa attraverso l'analisi dei dati forniti dagli erogatori con la rilevazione puntuale, così come previsto dalla Regione stessa;
- garantire una adeguata risposta anche in termini di tempi di attesa congrui per le aree tipiche della cronicità.

IL GOVERNO DELLA DOMANDA

Il governo della domanda appare come approccio possibile per gestire l'aumento della richiesta di servizi sanitari, affinché questo trovi una risposta in grado di soddisfare i bisogni di salute degli individui, e in generale della popolazione, nel miglior modo possibile con le risorse disponibili.

Il governo della domanda consiste nell'identificare dove, come, perché e da chi origina la domanda di prestazioni sanitarie, e nel decidere come questa deve essere trattata, ridotta, modificata o accresciuta, in modo che si possa sviluppare un sistema sanitario efficiente, appropriato ed equo.

L'approccio del governo della domanda è complesso e può essere articolato nelle seguenti sotto funzioni:

- funzione di interpretazione dei bisogni dei cittadini e coerente trasformazione in domanda di servizi sanitari;
- funzione di indirizzo degli utenti che esprimono una domanda, verso il livello appropriato di offerta;
- funzione di orientamento delle strutture di offerta affinché siano coerenti con i bisogni mutevoli e in evoluzione della popolazione.

Uno dei presupposti da tenere in considerazione è quindi che è necessario agire sui prescrittori per un puntuale e più corretto utilizzo delle classi di priorità e sull'appropriatezza delle prestazioni richieste.

In merito all'appropriatezza, Regione Lombardia ha definito, in condivisione con la comunità professionale, sia indicazioni vincolanti di appropriatezza prescrittiva, sia numerose linee di indirizzo che, pur non costituendo un vincolo o una limitazione prescrittiva, intendono però fornire indicazioni pratiche, finalizzate a promuovere una maggiore appropriatezza nella scelta di numerosi esami diagnostici.

Le indicazioni vincolanti di appropriatezza prescrittiva riguardano la prescrivibilità LEA:

DGR 3111/2006 e DGR 10946/2009 - indicazioni per la prescrizione delle prestazioni di Riabilitazione e Odontoiatria;

DGR 9173/2009 - indicazioni per la prescrizione delle iniezioni intravitreali;

DGR 621/2010 - indicazioni per la prescrizione del cross-linking corneale;

DGR 937/2010 - indicazioni per la prescrizione delle video_endoscopie;

DGR 2057/2011 – indicazioni per la prescrizione di esami di laboratorio per la valutazione della funzione tiroidea;

DGR 2633/2011 – indicazioni per la prescrizione di mucosectomia;

DGR 2313/2014 – indicazioni per la prescrizione degli esami per la diagnosi di Celiachia,

DGR 4716/2013 – indicazioni per la prescrizione di esami di Genetica medica, Onco-ematologia e Oncologia molecolare;

DGR 3993/2015 – appropriatezza prescrittiva delle analisi molecolari BRCA1 e BRCA2 , Marcatori Tumorali CA19.9 – CA15.3 – CA125, Marcatori cardiaci, Gruppo sanguigno;

Le linee di indirizzo riguardano:

DGR 2313/2014 - Raccomandazioni per la prescrizione di RM e TC per la diagnostica delle patologie del ginocchio, spalla e rachide;

DGR 3993/2015 - Appropriatezza EcoColorDoppler in angiologia;

DGR 4702/2015 Appropriatezza EGSD e Colonscopia.

L'ATS di Bergamo si impegna a diffondere le indicazioni, condividendole con i prescrittori.

L'ATS si impegna inoltre a garantire il rispetto della appropriatezza di prescrizione e di effettuazione delle prestazioni prevedendo, per quelle per le quali sono stati definiti a livello regionale dei criteri di appropriata prescrizione, delle azioni di verifica e di monitoraggio in collaborazione con i prescrittori e gli erogatori di prestazioni.

L'ATS proseguirà, nel corso del 2016, nell'attività di implementazione e approfondimento degli studi orientati alla realizzazione di strumenti per il controllo e l'inibizione dei comportamenti prescrittivi inappropriati 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 in ordine all'utilizzo della priorità "U" (Bollino Verde).

CRITERI DI PRIORITÀ

Sono state rese omogenee su tutto il territorio Nazionale le regole per la compilazione della diagnosi o del sospetto diagnostico prevalente e a parziale superamento di quanto indicato nella Circolare H1.2008.0047100 e nella DGR n. 9013/2009: tutte le richieste di prestazioni di specialistica ambulatoriale devono riportare la diagnosi o il sospetto diagnostico prevalente (quesito diagnostico), comprese le richieste per pazienti esenti per patologie croniche o per malattie rare o per gravidanza.

Inoltre in ciascuna impegnativa per prestazione ambulatoriale o di ricovero il Medico, in base alla valutazione clinica, deve attribuire la priorità adeguata e riportare in ricetta il relativo contrassegno.

L'indicazione del campo "classe di priorità" da parte del Medico è obbligatoria e riguarda tutte le prescrizioni per prestazioni sanitarie ambulatoriali e di ricovero; la ricetta priva di contrassegni è considerata come prescrizione di una prestazione programmabile (P).

Le priorità previste per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono :

- U= urgente – “bollino verde” (nel più breve tempo possibile o entro 72 ore). La prestazione “urgente-differibile” deve essere garantita entro le 72 ore dalla presentazione della richiesta, purché questa avvenga entro 48 ore dal rilascio della ricetta medesima.

- B= breve - entro 10 gg;

- D= differibile - entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali);

- P= programmabile;

Si precisa che il rispetto dei tempi d’attesa mediante l’attribuzione della classe di priorità per le prestazioni ambulatoriali tiene in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening.

La valorizzazione della classe di priorità è obbligatoria pertanto solo per il primo accesso. Le prestazioni contraddistinte da classe di priorità P, rappresentano nell’ambito dei primi accessi, quelle prestazioni con priorità non ascrivibile alle classi U, B, D, in quanto il tempo di attesa per l’erogazione non influenza lo stato clinico/prognosi del paziente.

Le precedenti classi di priorità On, Cv, Mi, Ge non sono più vigenti e non coincidono in automatico con nessuna delle classi oggi in vigore.

Le priorità previste per le prestazioni di ricovero sono :

- CLASSE A - Ricovero entro 30 giorni 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 giorni per i 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;

- CLASSE C - Ricovero entro 180 giorni 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. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro i 12 mesi.

DEFINIZIONE DI PRIMA VISITA / CONTROLLO

Primo accesso (prima visita o primo esame): è l’accesso in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta e per il quale viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato dall’esplicita dizione di “primo accesso”. Possono anche essere considerati primi accessi quelli effettuati da pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione o l’insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia (si dovrà anche in questo caso indicare sulla ricetta “primo accesso”).

Visita o esame di controllo - follow up:

- visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia. In esse il problema viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione sanitaria esistente viene aggiornata: si tratta di prestazioni finalizzate, ad esempio, a seguire nel tempo l’evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l’eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell’intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso;

- le prestazioni successive al primo accesso, programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti ai quali è già stato fatto un inquadramento diagnostico e che necessitano di approfondimento);
- tutte le prestazioni prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia sulla ricetta.

Tali prestazioni possono essere programmate e di conseguenza erogate in un maggiore arco di tempo, di norma entro 180 giorni dalla prima visita – primo accesso, e comunque nei tempi eventualmente indicati sulla prescrizione, in quanto gli stessi non vanno ad influenzare sulla prognosi e sul corretto svolgimento dell'iter terapeutico.

GESTIONE AGENDE DI PRENOTAZIONE

Si conferma anche per l'anno 2016 la prosecuzione del progetto ambulatori aperti e che anche per le strutture di diritto privato, sulla base delle indicazioni delle ATS, sarà prioritario mantenere un'accessibilità ottimale anche nelle fasce orarie serali e nella giornata di sabato.

Le agende di prenotazione devono essere differenziate in base alla priorità di accesso indicata dal prescrittore, prevedendo, ove possibile, una frammentazione per quesito diagnostico, condizione, età, ecc.

Le Strutture che partecipano al CCR, dovranno fornire al call center regionale tutte le loro agende, anche quelle le cui prestazioni non sono prenotabili dal call center stesso, al fine di fornire corretta e trasparente informazione verso i cittadini. Inoltre dovranno permettere l'esposizione delle liste d'attesa sui vari canali (CC, Farmacie, WEB).

Le agende dovranno essere sottoposte periodicamente a "manutenzione" per la gestione dei "no show" e dovranno essere attivati tutti gli accorgimenti per evitare la mancata disdetta della prenotazione.

Si rammenta che la sospensione delle attività di prenotazione è vietata dal comma 282 L. 266/2005 per la violazione del quale sono previste sanzioni amministrative. L'interruzione dell'attività di erogazione delle prestazioni può essere adottata solo in casi eccezionali e di documentata necessità.

Le strutture erogatrici dovranno pertanto motivare le sospensioni inserite sul portale dedicato e comunicare all'ATS ed alla Direzione Generale Salute di Regione Lombardia esclusivamente 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.

ATTIVITA' IN LIBERA PROFESSIONE / SOLVENZA

Tutte le strutture pubbliche e private accreditate ed a contratto per le attività di specialistica ambulatoriale dovranno compilare e trasmettere il debito informativo di cui alla circolare 28/san/97 anche per tutte le attività erogate in regime di libera professione intramuraria e di solvenza;

In caso di non raggiungimento, su base territoriale delle ATS, dei tempi obiettivo di attesa, le attività erogate in regime di libera professione e/o di solvenza dovranno ridursi/interrompersi a favore di incrementi di attività rese in regime istituzionale, fino al raggiungimento della soglia obiettivo di tempo di attesa.

MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Le ATS nel corso del 2016 dovranno effettuare un attento monitoraggio delle attività avendo come priorità di attenzione:

- 1) la distribuzione omogenea delle attività per tutto l'arco dell'anno evitando così di avere dei cali negativi

di offerta nell'ultimo trimestre dell'anno;

2) una buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee che dovranno essere definite nel contesto del territorio delle singole ATS.

PRESTAZIONI DI SCREENING

Nel corso del 2016 l'analisi dei tempi d'attesa comprenderà anche le prestazioni di screening mammografico (il tempo di attesa tra positività della mammografia e primo approfondimento) e screening del colon retto (il tempo di attesa tra positività della test del sangue occulto delle feci e prima colonscopia di approfondimento).

INDAGINI DI PREVALENZA

Nel corso del 2016 saranno effettuate almeno 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto del monitoraggio regionale.

Quanto emerso dalle rilevazioni viene trasmesso periodicamente all'URP dell'Agenzia territoriale, che si impegna a rilevare tutte le segnalazioni in merito da parte degli utenti e a trasmetterle al Dipartimento PAC.

MONITORAGGIO EX POST

Con la circolare n. 28/San e successive modificazioni viene generato il flusso informativo dal quale è possibile monitorare anche i Tempi di attesa, creando il cosiddetto monitoraggio regionale ex post.

Proseguirà nel 2016 l'analisi dei tempi d'attesa di un panel di prestazioni, erogate in regime di specialistica ambulatoriale, sulla base delle criticità comunemente rilevabili e/o segnalate rispetto al "tempo di attesa per l'ottenimento della prestazione", secondo quanto prescritto dalla DGR n. IX/1775 del 24/05/2011.

La verifica consiste in un'analisi statistica di dettaglio del flusso 28/SAN, volta alla quantificazione dell'offerta delle strutture "afferenti" all'ATS di Bergamo, procedendo al calcolo dei tempi intercorrenti (in giorni) tra la "Data prenotazione" e la "Data contatto". Questa variabile è usata anche per calcolare l'indicatore di individuazione delle prestazioni "entro tempo max" e "fuori tempo max", come numero di prestazioni in valore assoluto ed in valore percentuale.

I risultati delle analisi saranno condivisi e discussi periodicamente con i rappresentanti delle singole strutture.

FLUSSO MOSA

In ottemperanza all'indicazione contenuta nella DGR n.X/2989 del 23.12.2014 – “Regole 2015” è stato disposto un flusso informativo per il controllo sistematico sulla disponibilità delle agende ambulatoriali e sul flusso di prenotazione per tutti gli erogatori accreditati”.

Tale flusso, definito MOSA, è inviato direttamente, a partire dal 31 luglio 2015, dagli Enti Erogatori a cadenza settimanale tramite la piattaforma SMAF ai Domini Centrali Regionali, e comprende tutte le prestazioni ambulatoriali.

PRIMA DATA PROSPETTATA

La nota Regionale H1.2012.0037659 del 24/12/2012 ha introdotto nel flusso informativo il campo “prima data prospettata”, con lo scopo di individuare quale sia il tempo effettivo della prestazione e se ci si trova in situazioni in cui la data di erogazione non possa garantire il tempo massimo previsto per lo specifico caso. La compilazione del campo è obbligatoria a partire dal mese di aprile 2013. Il campo deve essere utilizzato nella rendicontazione di 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale.

INDIVIDUAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI IN CUI I TEMPI MASSIMI DI ATTESA SONO GARANTITI

La definizione dell'ambito territoriale in cui deve essere garantito il tempo massimo d'attesa è il territorio e non più il singolo Erogatore. Questo per definire in modo flessibile l'obiettivo e considerare nel modello organizzativo sia l'espressione della libertà di scelta dei cittadini sia la presenza di strutture di eccellenza caratterizzate da un bacino di utenza provinciale e anche extra provinciale.

Pertanto l'ambito territoriale in cui il tempo massimo dovrà essere garantito è identificato nel territorio delle tre Aree delle ASST della provincia di Bergamo per tutte le prestazioni di primo livello.

Nell'ambito dell'ATS di Bergamo alcune prestazioni specialistiche persistono ad essere distribuite in maniera non omogenea nel territorio provinciale, a causa sia dei limiti imposti dall'accreditamento che a causa della difficoltà di reperimento degli specialisti che determina una limitata offerta:

- Ecografia ostetrica
- Risonanza magnetica nucleare (RM)
- Visita neurologica[neurochirurgica]
- Visita chirurgica vascolare
- Elettromiografia
- Densitometria ossea
- Visita endocrinologia
- Visita dermatologica
- Visita andrologica
- Ecocolordoppler TSA e degli arti
- Prestazioni della branca di allergologia, pneumologia, medicina nucleare, oncologia, radioterapia

Per le prestazioni sopraelencate l'ambito territoriale considerato per la garanzia dei tempi massimi non potrà altro che essere l'area provinciale.

RIORGANIZZAZIONE SISTEMA CUP E PROGETTO CRS-SISS

L'istituzione del numero verde unico regionale persegue l'obiettivo di mettere il cittadino nella condizione di poter consultare, tramite un centro unico di prenotazione, le agende di tutte le strutture erogatrici di una determinata prestazione ambulatoriale, offrendogli in tal modo la massima libertà di scelta che può essere esercitata secondo diversi criteri, quali una preferenza specifica per una determinata struttura, oppure la vicinanza al luogo di residenza, o ancora la maggiore rapidità nell'offerta della prestazione.

Nel territorio dell'ATS di Bergamo le tre Aziende Socio Sanitarie Territoriali aderiscono al progetto Call Center Regionale.

Per garantire la migliore scelta al cittadino, l'ATS di Bergamo sta collaborando con l'Ufficio Call Center Regionale ATS di Milano, al fine di estendere la partecipazione al CCR agli Erogatori Privati Accreditati, così da garantire agli Utenti una scelta esauriente.

Gli adempimenti dovuti all'adesione al progetto CRS-SISS sono esplicitati nel contratto integrativo sottoscritto dalle Strutture.4

L'ATS supporta gli Enti Accreditati della provincia nel raggiungimento degli obiettivi del progetto CRS-SISS, quali la de-materializzazione dei documenti sanitari, la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e la refertazione digitale, nonché l'accesso informatizzato ai referti, in particolare attraverso l'accesso con il Fascicolo Sanitario Elettronico e l'utilizzo del sistema GASS (Gestione Accesso Semplificato ai Servizi) .

COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE SULLE LISTE D'ATTESA

Gli Enti Erogatori devono dare puntuale adempimento al Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 che all'Art. 41 prevede quanto segue:

“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.”

E' inoltre cura dell'ATS tenere aggiornato il proprio Portale Internet che riporta i tempi d'attesa delle principali prestazioni sanitarie.

PIANI DI GOVERNO

Le Aziende Socio Sanitarie Territoriali dovranno presentare alle ATS e alla Regione Lombardia i Piani Aziendali di Governo (PGTAz) di concerto con il presente Piano attuativo, entro il 29 febbraio per il primo semestre ed entro il 1 agosto per il secondo semestre 2016.

In base a quanto emerso dall'analisi integrata dei tempi d'attesa, l'ATS concorderà con le ASST tutte le integrazioni e/o modifiche da apporre ai Piani aziendali. I piani aziendali dovranno esplicitare le azioni che si intendono intraprendere, le motivazioni delle scelte effettuate e la sintesi dei contenuti che dovranno essere finalizzati al **raggiungimento del 95% del rispetto dei tempi obiettivo indicati dalla normativa**.

Il presente atto di programmazione è ovviamente suscettibile degli aggiornamenti, modifiche o integrazioni che si renderanno opportuni a seguito di particolari evidenze derivanti dalle azioni di monitoraggio, o in ragione di eventuali modificazioni del quadro normativo di riferimento.