

AGGIORNAMENTO DEL PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI D'ATTESA ANNO 2018

Il governo delle liste di attesa ha l'obiettivo prioritario di promuovere la capacità del Sistema Socio Sanitario Regionale di intercettare il reale bisogno di salute, di aumentare l'appropriatezza prescrittiva e di conciliare i limiti delle risorse disponibili e della capacità di offerta con la domanda, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza.

Con il presente documento l'ATS di Bergamo intende aggiornare per il 2018 il piano dei programmi messo in atto a suo tempo, apportando i dovuti aggiornamenti alla luce delle disposizioni che sono attualmente in vigore e sulla base dei risultati finora raggiunti.

PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI PER IL 2018

Comunicazione:

all'Utenza per mezzo del sito web istituzionale in modo da diffondere le informazioni sui tempi di attesa, sulla tipologia delle prestazioni erogate dalle varie strutture presenti sul territorio, sulle modalità di erogazione e sulla distinzione delle prestazioni di primo accesso e di controllo.

L'ATS opera le verifiche in merito alle informazioni riportate sui siti Internet delle Aziende Pubbliche e degli Enti Privati che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario, per assicurare che ogni Ente provveda alla pubblicazione della sezione dedicata ai tempi d'attesa.

Se necessario l'ATS provvede a richiedere azioni correttive o migliorative in merito all'accessibilità delle informazioni. Nel corso del 2018 proseguirà l'attività di controllo e approfondimento, al fine di garantire che le informazioni pubblicate siano conformi a quanto prevede la normativa;

ai Prescrittori, garantendo le informazioni aggiornate riguardo alle corrette modalità prescrittive nei confronti dei Medici di Assistenza Primaria e degli Specialisti, che rivestono un ruolo chiave, oltre che nella prescrizione, anche nell'orientamento, nell'informazione ed accompagnamento dei propri assistiti;

agli Erogatori, attraverso momenti di confronto istituzionale, come le Conferenze dei Direttori Generali, il Tavolo Tecnico dei Direttori Sanitari, gli incontri periodici con gli Erogatori per il monitoraggio della contrattazione, i Tavoli Tecnici e di Coordinamento su aree di interesse.

Iniziative per la trasparenza delle agende in attuazione della DGR 5166/2016

Nell'anno in corso è ormai a regime, dopo l'avvio in forma sperimentale, il "Nuovo servizio informativo integrato", che mette a disposizione dei cittadini, attraverso il CCR, le informazioni relative ai tempi di attesa delle prestazioni presso gli Enti Erogatori e le informazioni anagrafiche delle strutture. Il servizio si basa sull'adeguamento del tracciato record MOSA da parte di tutte le software house operanti presso gli Enti lombardi.

Il programma ha visto l'attuazione del servizio di "prenotazione differita", che consente di comunicare al cittadino che contatta il CCR, le disponibilità presso gli Enti Privati. In base alle informazioni ricevute, se il cittadino sceglierà di prenotare presso un EEPA, la richiesta verrà inoltrata allo stesso che, se confermata la disponibilità, finalizzerà la prenotazione.

Monitoraggio e valutazione del sistema

La strategia di programmazione per l'anno 2018 dell'ATS di Bergamo, terrà conto in modo integrato delle diverse disposizioni emanate a partire dal 1998, delle modifiche introdotte dalla L.R. n. 23 del 11.08.2015 e delle linee di indirizzo dettate dalla DGR 7766 del 18/01/2018.

Nel corso dell'anno saranno effettuate le rilevazioni ex ante dei tempi di attesa, come da disposizioni riportate nella nota regionale prot. 39160 del 29/12/2016.

Sarà mantenuta l'attività di valutazione dei tempi di attesa per le prestazioni di screening oncologici quali lo screening mammografico (tempo di attesa tra riscontro positività della mammografia e primo approfondimento) e lo screening del colon retto (tempo di attesa tra riscontro positività del test di ricerca del sangue occulto nelle feci e prima colonscopia di approfondimento) come previsto dalla DGR X/7600 del 20/12/2017.

La verifica di correttezza e completezza di quanto viene rendicontato dagli Erogatori nelle rilevazioni periodiche di monitoraggio dei tempi d'attesa, sarà effettuata attraverso l'analisi dei flussi di rendicontazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura. Attraverso l'elaborazione ed analisi dei tempi d'attesa ex-post, potranno essere individuate aree critiche dandone informazione agli Erogatori in modo da consentire loro di attivare le necessarie azioni correttive e migliorative.

Sarà posta particolare attenzione alla vigilanza sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

Saranno mantenuti gli adempimenti in merito alla compilazione e trasmissione del debito informativo anche per tutte le attività erogate in regime di libera professione intramuraria e di solvenza come ribadito dalla D.G.R. n. X/2989 del 23.12.2014.

Modulazione delle risorse contrattualizzate in relazione al contenimento dei tempi di attesa

Anche nel 2018 sarà assegnata agli Erogatori una quota di budget di Struttura secondo il disposto regionale, finalizzato alla salvaguardia in via prioritaria del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali ed in particolare di quelle rilevate come più critiche.

Gli obiettivi principali saranno mirati:

- al raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015;
- al miglioramento dell'accesso ai servizi ampliando le fasce orarie serali e di sabato, come previsto dalle D.G.R. n. 2989/2014, DGR 4702/2015 e ribadito dalla DGR 5954/2016;
- al rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di screening oncologici quali lo screening mammografico e screening del colon retto, come previsto dalla DGR X/7600 del 20/12/2017.

Sulla scorta di quanto definito dalla DGR 7766/18, viene confermato per l'anno 2018 l'obiettivo relativo alla gestione delle prestazioni di "controllo", che consiste nella revisione di percorsi di continuità di monitoraggio e follow up, comportanti nel caso di prescrizione dell'accertamento da parte dello specialista, anche la prenotazione della prestazione da parte della struttura, fin dal momento in cui ne viene generata la necessità, con facilitazione dell'accesso per il cittadino e ricaduta positiva sulla gestione complessiva delle liste d'attesa.

Esiti monitoraggio 2018

A livello dell'intero sistema territoriale di erogazione si è constatato il permanere di criticità per alcuni centri considerati di "eccellenza", nei quali l'allungamento dei tempi è dovuto ad una maggior capacità di attrazione. Inoltre per alcune prestazioni di diagnostica strumentale si sono manifestate problematiche nei tempi di attesa presso specifici punti di erogazione, prevalentemente in territori periferici che coprono aree vaste e talvolta con difficile viabilità.

Il monitoraggio ha evidenziato un aumento del numero delle prestazioni erogate nei primi undici mesi dell'anno 2017 rispetto all'intero anno precedente. La valutazione ha inoltre rilevato, a fronte di un aumento del volume complessivo, una diminuzione del ricorso alla priorità U da parte dei medici prescrittori, a dimostrazione di una maggiore attenzione all'appropriatezza.

Governo della domanda

Proseguiranno i lavori di orientamento dell'assistenza secondo le caratteristiche di rischio del paziente, attraverso lo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutici e la promozione attiva da parte dell'ATS dell'appropriatezza prescrittiva, anche attraverso la verifica dell'utilizzo del corretto uso del quesito diagnostico.

Anche in previsione di quanto definito dalla DGR X/7600 del 20/12/2017 e dalla DGR 7766 del 18/01/2018, sarà garantito l'impegno a promuovere il corretto utilizzo, nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale, della "classe di priorità", mantenendo attivi i lavori del Gruppo di Esperti istituito dalla Direzione Sanitaria dell'ASL di Bergamo a partire dal 2015.

PROGRAMMA 2018 RILEVAZIONE ex – ante

Le rilevazioni ex ante dei tempi di attesa per l'anno 2018, da inserire sul portale dedicato, saranno effettuate nelle date che saranno indicate mensilmente dalla DG Welfare, come specificato dalla nota regionale prot. 39160 del 29/12/2016.

AGGIORNAMENTO PGTAz ASST: gli aggiornamenti sono previsti entro il 28 febbraio per il primo semestre ed entro il 31 luglio per il secondo semestre 2018.

FLUSSO MOSA

Il flusso MOSA, che comprende tutte le prestazioni ambulatoriali, è inviato direttamente dagli Enti Erogatori a cadenza settimanale tramite la piattaforma SMAF ai Domini Centrali Regionali. L'importanza di tale flusso, come evidenziato nella DGR 7766 del 18/01/2018, sarà sempre più rilevante nel contribuire alla trasparenza dei dati.

Criteri di Priorità

Le regole per la compilazione della diagnosi o del sospetto diagnostico prevalente sono state uniformate a livello nazionale e stabiliscono che **tutte le richieste** di prestazioni di specialistica ambulatoriale debbano 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.

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 codice.

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;

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).

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 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.

Gestione Agende di Prenotazione

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 ove previsto, 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, la cui violazione prevede 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.

I disposti introdotti dalla DGR 7766 del 18/01/2018 contribuiranno ad integrare il sistema di governance nell'ottica di migliore appropriatezza, trasparenza e comunicazione.