

PIANO DI GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA - I SEMESTRE 2016

A seguito ed in attuazione della nota della Direzione Generale Welfare inviata con e-mail Protocollo numero G1.2015.0022702 del 30/12/2015, si provvede alla redazione del Piano in oggetto per il I semestre 2016.

A seguito della LR n.23/2015 è stato avviato un processo di “separazione” delle funzioni ATS e ASST per attuare le linee guida regionali.

All'uopo è stato predisposto il seguente Piano di Governo dei Tempi di Attesa riferito ad ASST della Valcamonica.

PREMESSA

Nell'ambito territoriale di pertinenza non insistono altre strutture accreditate oggetto del piano, se non il Presidio Ospedaliero a gestione diretta di Vallecamonica, articolato nelle sedi di Edolo e di Esine e le più modeste strutture ambulatoriali che erogano solo alcune prestazioni ubicate nelle sedi territoriali del distretto unico (Cedegolo, Breno, Darfo e Pisogne), tutte gestite direttamente.

Le poche strutture private accreditate (3) erogano prestazioni di diagnostica di laboratorio, medicina sportiva e psichiatria (semi residenziale e residenziale).

Ciò, da un lato apparentemente può semplificare il governo delle prestazioni, dall'altro lo rende problematico quando le risorse disponibili (strutture, apparecchiature, personale) sono insufficienti o addirittura assenti. Questo fatto si realizza in situazioni concrete tenuto conto delle dimensioni dell'Azienda, delle specialità presenti, della tipologia di taluni rapporti professionali, della dispersione territoriale, della lontananza dai centri cittadini. Come noto, infatti, la Valle Camonica si snoda su circa 90 km, da Pisogne a Ponte di Legno, con una popolazione di circa 100.000 abitanti distribuiti su 1.319,23 Km².

Il Presidio di Vallecamonica, con i due stabilimenti di Esine ed Edolo, è la Struttura che eroga il volume più importante di prestazioni. Il Volume di attività cerca di incontrare la domanda del territorio soprattutto nell'area neurologica, cardiologica e pneumologica, anche a causa dell'alta prevalenza di malattie professionali.

Consistente anche l'attività a carico del Dipartimento Materno Infantile a supporto dei circa 900 parti/anno.

Sono consolidate ed aggiornate sia le misure procedurali preordinate (distinzione e affinamento agende, classi di priorità, programmazione annuale degli ambulatori, ecc.), sia quelle organizzative praticabili (gestione dipartimentale di attività specialistiche), per mantenere gli standard o far fronte ad esigenze contingenti.

AZIONI

Il Presidio ospedaliero ha attivato nel 2015 l'iniziativa regionale “Ambulatori aperti”, che ha in effetti comportato un ampliamento dell'attività ed una più appropriata risposta, in termini

di accessibilità, ai bisogni assistenziali.

Tale attività, pur con le evidenti difficoltà relative agli organici della Dirigenza Medica, degli adempimenti conseguenti alla normativa sul riposo (D.Lgs n.66/2003) e della contrazione delle risorse disponibili per l'ampliamento dell'offerta, ha mantenuto livelli accettabili di apertura delle attività ambulatoriali.

In data 29.01.2016 l'ATS della Montagna, con Decreto n.73/2016 ha adottato il Piano attuativo sui tempi di attesa nel quale sono indicati i Tempi Massimi per le prestazioni richieste. Nel documento sono indicate le azioni e le linee di intervento per il governo dei Tempi di attesa.

Per quanto in premessa, questa ASST si trova ad essere in pratica l'unico erogatore e ha pochi strumenti per il controllo della domanda.

Stanti i due grossi vincoli, unitamente a quanto citato precedentemente in termini di risorse, economiche, organizzative e di personale medico, il contenimento dei tempi di attesa nella Valcamonica è una vera criticità aziendale.

Per fare fronte al problema è stato sviluppato uno strumento di controllo della domanda e dell'offerta che, con il diretto coinvolgimento dei Dipartimenti e delle Unità Operative dell'Ospedale, dovrà permettere una forte flessibilità dell'offerta, sempre compatibilmente con le risorse disponibili.

La tabella allegata definisce infatti l'offerta attuale, con tutti i vincoli di cui sopra.

La domanda è stata misurata sia per la componente interna (richieste dai reparti) che su quella esterna, su cui si confida nell'azione di controllo esercitata sui prescrittori da parte della competente ATS.

La domanda totale è stata calcolata sui dati del 2015, inserendo quanto erogato e quanto in lista di attesa.

Aggiornamenti previsti ogni 15gg permetteranno ai Direttori di Dipartimento di modulare l'offerta da parte delle UU.OO. Dipartimentali, al fine di tenere nei limiti di accettabilità i tempi di attesa sulle prestazioni richieste.

La tabella introduce due importanti indicatori:

1. l'Indice domanda offerta
2. prestazioni mancanti

Il primo indicatore rende in maniera immediatamente visibile il rapporto esistente tra la domanda e l'offerta, dove un dato inferiore ad 1 indica un eccesso di offerta; superiore ad 1 un eccesso di domanda. Un valore pari a 10 indica un eccesso di domanda pari a 10 volte l'offerta.

Il secondo indicatore offre ai Direttori di Dipartimento un valore immediatamente trasformabile in ore di attività ambulatoriale da aggiungere per il contenimento dei tempi di

attesa. La tabella infatti esplica in maniera chiara anche il rapporto tra numero di prestazioni e le ore di apertura necessarie per coprire la domanda.

In coerenza con le disposizioni regionali e con il predetto Piano ATS, l'obiettivo finale è il raggiungimento di almeno il 95% del rispetto dei tempi di attesa stabiliti delle prestazioni (primi accessi e interventi) e ciò, in almeno uno dei centri di erogazione delle prestazioni medesime che, si ribadisce, sono tutti direttamente gestiti dall'Azienda.

La tabella allegata definisce la situazione al tempo zero.

Gli strumenti per l'incremento dell'offerta, in attesa dei significativi strumenti che saranno adottati dalla competente ATS in merito all'appropriatezza prescrittiva sugli operatori del territorio, non sono purtroppo immediatamente inseribili nel sistema. Infatti la forte contrazione dei fondi per l'attività ambulatoriale non permette l'apertura di ulteriori spazi ambulatoriali, né in attività istituzionale, né in area a pagamento.

Nello specifico infatti occorre ricordare che a fronte di una richiesta di 17.600.000€ per l'attività specialistica ambulatoriale e di 34.500.000€ per l'attività di ricovero, l'assegnazione disposta nell'ambito del contratto, è risultata essere di 13.907.945€ per la specialistica ambulatoriale e di 32.890.000€ per l'attività di ricovero.

Quanto sopra è un fattore fortemente vincolante nella determinazione dei corretti volumi di offerta, unitamente alla difficoltà nella sostituzione del personale medico venuto a cessare, realizzando de facto, l'impossibilità alla erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Stante quanto sopra ed in attesa del riconoscimento di ulteriori risorse, così come esplicitato più sopra, l'unica arma a disposizione è l'incremento dell'attività in libera professione e, per le prestazioni più critiche, di agende in area a pagamento.

Purtroppo l'attività in libera professione è anch'essa soggetta a forti vincoli sia in termini di volumi che di modalità organizzative.

Per questi motivi questa ASST sta verificando l'opportunità di sfruttare i numerosi ambulatori distribuiti nel territorio, per facilitare da una parte l'offerta in libera professione e dall'altra una maggiore accessibilità alle prestazioni.

Un'altra strada percorribile è l'incremento dell'attività degli specialisti ambulatoriali convenzionati.

Sono allo studio anche alcuni modelli sperimentali che verranno al più presto presentati a codesta ATS.

L'istituto dell'*area a pagamento* è stato considerato ed attivato secondo due direttrici principali:

1. L'apertura dell'offerta ambulatoriale secondo il modello regionale "ambulatori aperti";
2. Il contenimento dei tempi di attesa su prestazioni critiche, come la radiologia.



Un'altra modalità organizzativa messa in campo dalla Direzione Strategica della ASST, per coprire la domanda che non trova diretta offerta da parte di Medici Specialisti interni o anche al fine di integrare la stessa, è stata quella di attivare specifici accordi interaziendali con altri Enti del Servizio Socio Sanitario regionale.