

**DELIBERAZIONE N. 33 DEL 26 GEN 2016****OGGETTO: Aggiornamento 2016 del Piano Attuativo Locale di Governo dei Tempi di Attesa.**

L'anno 2016 il giorno _____ del mese di gennaio, in Monza nella sede legale dell'ATS della Brianza, il Direttore Generale dr. Massimo Giupponi prende in esame l'argomento in oggetto e delibera quanto segue

IL DIRETTORE GENERALE**RICHIAMATE:**

- la DGR n. VIII/2828 /2006 avente ad oggetto: "Recepimento e prima attuazione dello schema d'intesa tra Governo, le regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23.12.2005, n. 266 (ai sensi art. 8 comma 6 L.131/2003)";
- la DGR n. VIII/3639 del 28.11.2006 avente ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2006, secondo provvedimento" che poneva in capo alle ASL la predisposizione di piani attuativi locali per il contenimento dei tempi di attesa;
- la DGR IX/1775/2011 ad oggetto: " Recepimento dell'intesa tra il Governo, le Province autonome di Trento e Bolzano sul piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012";
- la DGR n. IX/2633/2011 avente ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012; in particolare l'allegato 11 "Attività di controllo e tempi di attesa" ove è previsto che le ASL predispongano e formalizzino gli aggiornamenti dei piani attuativi vigenti;
- la DGR X/2989/2014 avente ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015" con la quale la Giunta Regionale ha tra l'altro stabilito nell'allegato B, punto 3, paragrafo 3.2.2 "Area del governo delle liste d'attesa" la predisposizione e l'adozione da parte delle ASL degli aggiornamenti dei piani attuativi locali con l'obiettivo di attualizzarli rispetto ad eventuali nuove priorità e necessità confermando il mantenimento delle modalità di monitoraggio con rilevazione mensile dei tempi di attesa attraverso il portale WEB regionale dedicato;
- la DGR n. X/3993/2015 avente ad oggetto: "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015", e le successive note regionali a riguardo, con la quale si è proceduto a semplificare l'assegnazione delle classi di priorità riconducendole in aderenza a quanto definito dal Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012;
- la DGR X/4702 del 29.12.2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016" con la quale la Giunta Regionale dispone che, nelle more dell'emanazione di indicazioni specifiche conseguenti ai disposti della Legge Regionale 11.08.15 n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30.12.2009 n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" ed in attesa dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) dovrà essere considerata prioritaria, l'attuazione



delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale con le Regole di sistema annuali, e richiamandosi in particolare alle su riportate deliberazioni;

PRESO ATTO delle delibere:

- n. 44 del 30.01.15 del Direttore Generale della ASL di Lecco avente ad oggetto “ Aggiornamento del Piano Attuativo Locale per il Governo dei Tempi di Attesa in attuazione DGR n. X/2989 del 23.12.2014;
- n. 51 del 27.01.15 del Direttore Generale della ASL di Monza e Brianza avente ad oggetto “ Piano Attuativo in materia dei tempi di attesa di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero - Aggiornamento anno 2015”;

CONSIDERATO che:

- con D.G.R. n. X/4466 del 10.12.2015 avente ad oggetto “*Attuazione L.R. 23/2015: costituzione Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza*”, è stata formalmente costituita la ATS Brianza;
- con D.G.R. n. X/4702 del 29 dicembre 2015 avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l’esercizio 2016*” è stata definita la confluenza delle ASL e AO nelle ATS e ASST per effetto della successione;

VISTA la nota regionale prot. G1.2015.0022702 del 30.12.2015 “Piani attuativi Agenzie di Tutela della Salute per il governo dei tempi di attesa e piani aziendali di governo dei tempi di attesa I e II semestre 2016. Calendario rilevazione mensile tempi di attesa ex-ante per l’anno 2016”, con la quale sono state fornite indicazioni in merito alla predisposizione dei Piani attuativi per il governo dei tempi di attesa per l’anno 2016;

DATO ATTO di aver proceduto alla predisposizione del documento “Aggiornamento piano attuativo locale per il governo dei tempi di attesa - anno 2016, che ha considerato, tra l’altro, quanto sviluppato distintamente nelle aree territoriali delle ex ASL di Lecco e di Monza e Brianza in materia di tempi di attesa nel corso dei precedenti anni;

RITENUTO di approvare il documento “Aggiornamento piano attuativo locale per il governo dei tempi di attesa - anno 2016, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

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

ACQUISITI i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario

DELIBERA

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



- di approvare il documento "Aggiornamento Piano Attuativo Locale per il Governo dei Tempi di Attesa - anno 2016 - Agenzia di Tutela della Salute della Brianza;
- di trasmettere copia del presente provvedimento alla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia;
- di dare atto che il presente provvedimento, in quanto tale, non comporta oneri a carico di questa Agenzia di Tutela della Salute;
- di dare atto che ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dei commi 4 e 6 dell'art. 17 della L.R. n. 33/2009, come modificata dall'art. 1 della L.R. n. 23/2015, il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;
- di disporre, ai sensi del medesimo art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, la pubblicazione del presente provvedimento all'albo on-line dell'Ente;
- di disporre l'invio della presente deliberazione ai Settori ed Uffici interessati.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Massimo Giupponi)

IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(Dr. Paolo Giuseppe Cogliati)

IL DIRETTORE
SANITARIO
(Dott. Paolo Bruno)

IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO
(Dott. Salvatore Sivilino Lopez)

SI ATTESTA LA LEGITTIMITÀ DELL'ATTO PRESENTATO:

Responsabile del procedimento: Dr.ssa Elisabetta Chiarazzo - Dr. Marco Repossi

Responsabile della pratica: Dr. Mario Sita - Dr. Emanuele Amodio

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo on line dell'Ente per la durata di
giorni quindici consecutivi dal al inclusi.

Monza, li..... Il Funzionario addetto

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. **33** DEL

- 26 GEN 2016

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

DIPARTIMENTO DI PROGRAMMAZIONE ACQUISTO E CONTROLLO

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

Anno 2016

Attuazione D.G.R. N° X/4702 del 29/12/2015

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

DIPARTIMENTO DI PROGRAMMAZIONE ACQUISTO E CONTROLLO

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

Anno 2016

Attuazione D.G.R. N° X/4702 del 29/12/2015

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE.....	4
3. ANALISI DI CONTESTO DEMOGRAFICO ED AMBITI TERRITORIALI.....	6
4. ANALISI DI MONITORAGGIO.....	9
4.1 AREA TERRITORIALE DI LECCO.....	9
4.2 AREA TERRITORIALE DI MONZA.....	13
5. AZIONI PER IL GOVERNO DEI TEMPI DEI ATTESA PER IL 2016.....	17
5.1 Coordinamento.....	17
5.2 Valutazione.....	17
5.3 Monitoraggio.....	18
5.4 Governo della domanda.....	18
5.5 Interventi sull’offerta.....	20
5.6 Miglioramento accessibilità.....	21
5.7 Informazione e comunicazione.....	22
ALLEGATO 1.....	23

1. PREMESSA

Le indicazioni regionali per il 2016 in materia di tempi di attesa, diffuse con nota prot. G1.2015.0022702 del 30.12.15, hanno fornito le prime indicazioni in merito alla predisposizione dei piani attuativi per il governo dei tempi di attesa (PGTA) per il 2016.

In tal senso, nelle more di indicazioni specifiche conseguenti ai disposti della Legge Regionale 11.08.15 n. 23 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30.12.09, n. 33”, e così come previsto dalle normative vigenti in materia di tempi di attesa e dalla DGR X/4702 del 29.12.15 “determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2016”, le Agenzia di Tutela della Salute (ATS) devono predisporre e formalizzare i suddetti piani attuativi per l’anno 2016.

Pertanto, a seguito di quanto stabilito dalla su richiamata L.R. 23/2015, il presente piano attuativo è riferito alla **Agenzia di Tutela della Salute della Brianza cui afferiscono i territori della ex ASL della Provincia di Lecco e della ex ASL della Provincia di Monza e Brianza**. Tale adempimento è finalizzato a dare continuità ai Piani Aziendali ASL in materia di tempi di attesa, già predisposti nel corso degli anni precedenti ed in particolare ad aggiornare i piani attualmente vigenti.

I più recenti riferimenti normativi che stabiliscono i principali contenuti del presente piano di governo sono contenuti nella DGR IX/1775/2011 con cui Regione Lombardia ha recepito l’intesa del 28.10.10 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012, e dalla DGR X/3993/2015. Con tale ultima delibera è stato, tra l’altro, stabilito di **‘semplificare’ il sistema delle classi di priorità riconducendole a quanto previsto, a riguardo, dal relativo e vigente Piano Nazionale**.

In tale piano si sottolinea che la definizione di tempistiche particolari per le diverse classi di priorità clinica e la valutazione complessiva delle caratteristiche e delle esigenze del territorio, anche avendo a riferimento la rete complessiva di offerta territoriale (al di là della singola struttura erogatrice), rappresentano alcuni tra gli elementi fondamentali per un efficace governo del sistema domanda/offerta.

Sulla base delle indicazioni normative sopra citate, il presente documento fornisce pertanto **una lettura delle attività e dei risultati realizzati nel 2015**, a seguito dell’adozione dei Piani Attuativi Locali, in sinergia con tutti gli attori del sistema ed individua le ulteriori **azioni di miglioramento dell’accessibilità alle prestazioni** per l’anno 2016 in relazione alla domanda di salute dei cittadini, alle caratteristiche della rete d’offerta presente nel territorio ed alle indicazioni derivanti dalle regole di sistema di cui ai provvedimenti nazionali e regionali.

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

Lo scopo principale, quindi, nell’azione di governo dei tempi di attesa è rappresentato dalla necessità di **rendere compatibile la domanda di prestazioni sanitarie con la garanzia dell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza** nei limiti delle risorse disponibili e della capacità di offerta del sistema di prestazioni, riducendo, in particolare, l’inappropriatezza prescrittiva.

Inoltre la necessità di un approccio multifattoriale risulta essenziale per l’affronto del fenomeno dei tempi di attesa in quanto diversi sono i determinanti coinvolti tra le sue cause.

Infatti gli interventi specifici di miglioramento nella gestione delle liste di attesa, per avere una qualche efficacia devono contemplare diversi aspetti per i quali dovrà esservi un sinergico sviluppo,

in particolare: migliore organizzazione e gestione dell'offerta di prestazioni, maggiore appropriatezza prescrittiva delle stesse, adeguata informazione e comunicazione ai cittadini supportata anche da una semplificazione dell'accessibilità ai servizi sanitari.

2. TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE

La DGR n. X/3993 del 04.8.2015, e le successive note regionali prot. H1.2015.0028760 del 09.10.15 e H1.2015.29636 del 15.10.15, hanno stabilito la **'semplificazione' del sistema delle classi di priorità** a riguardo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, integrando quanto già stabilito con la DGR IX/1775/2011; le strutture erogatrici dovranno adoperarsi al fine di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa di riferimento **per almeno il 95% delle prestazioni di primo accesso**. Sulla base dei contenuti della suddetta DGR X/3993, si richiamano i tempi massimi di riferimento per le prestazioni ambulatoriali cui le strutture erogatrici (indicate in ALLEGATO 1) del territorio dovranno attenersi; tali tempi, specifici per ciascuna classi di priorità, vengono indicati, nel dettaglio, nelle quattro tabelle riportate nel Piano:

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

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

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

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

caso in cui la classe di priorità non sia compilata dal prescrittore si sottintende che la prestazione, per volontà implicita dello stesso, ricada in classe 'P'. In riferimento ai **ricoveri programmati** i tempi massimi sono quelli individuati dalle diverse classi di priorità attribuite dal medico richiedente; e cioè:

Classe A:	Ricovero entro 30 gg, per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o da determinare grave pregiudizio alla prognosi;
Classe B:	Ricovero entro 60 gg, per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
Classe C:	Ricovero entro 180 gg, per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
Classe D:	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità.; devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Si ribadisce, quindi, che i tempi massimi di attesa relativi alle categorie di pazienti ed alle prestazioni (ambulatoriali, di ricovero e radioterapia) previste dalla DGR n.IX /1775/11 e integrati dalla DGR X/3993/15, sono di riferimento per tutti gli erogatori della ATS Brianza e dovranno essere garantiti **per il 95% dei primi accessi**, a prescindere dall'individuazione delle priorità di accesso alle medesime. Per le prestazioni afferenti alla **radioterapia** le tre strutture, di riferimento per il territorio della ATS Brianza, sono ubicate nell'area di Monza (2 strutture) e nell'area di Lecco (1 struttura). Per tali prestazioni si descrivono di seguito alcuni contenuti clinici riferiti alle diverse classi di priorità:

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

In rapporto al rispetto dei tempi massimi stabiliti dalle indicazioni regionali, stante la persistente criticità per talune prestazioni ambulatoriali e per alcune strutture erogatrici, si garantisce per

ciascuna ambito distrettuale/area territoriale omogenea, che il maggior numero possibile di erogatori possa rispettare i tempi massimi previsti. Per le aziende sanitarie, articolate in più punti di erogazione nello stesso ambito territoriale (come sopra definiti), **lo standard del 95% è da rispettare nel maggior numero possibile dei propri punti di erogazione**. A riguardo è anche da considerare che la organizzazione dei sistemi di prenotazione in C.U.P. sovra zonali, e la necessaria flessibilità gestionale richiesta per poter garantire l'erogazione delle prestazioni in più punti possibili, non consente di identificarne preventivamente uno di essi. In ogni caso le strutture erogatrici dovranno tendere al rispetto dei tempi massimi stabiliti dalle specifiche classi di priorità.

3. ANALISI DI CONTESTO DEMOGRAFICO ED AMBITI TERRITORIALI

Per le finalità di tale piano l'articolazione organizzativa elementare di incontro domanda-offerta è individuata, nei Distretti Socio Sanitari di Base. L'ATS Brianza comprende 143 Comuni e si estende su di un territorio complessivo di 1.221 Km². La popolazione residente al 01.01.2015 è costituita da 1.204.808 persone (588.935 maschi e 614.873 femmine) (<http://www.demo.istat.it>).

Come mostrato in Figura 3.1 ed in Tabella 3.2, l'ATS della Brianza è articolata in 8 Distretti socio sanitari di base (3 appartenenti all'area territoriale di Lecco e 5 all'area territoriale di Monza).

Figura 3.1: Articolazione distrettuale dell'ATS della Brianza.

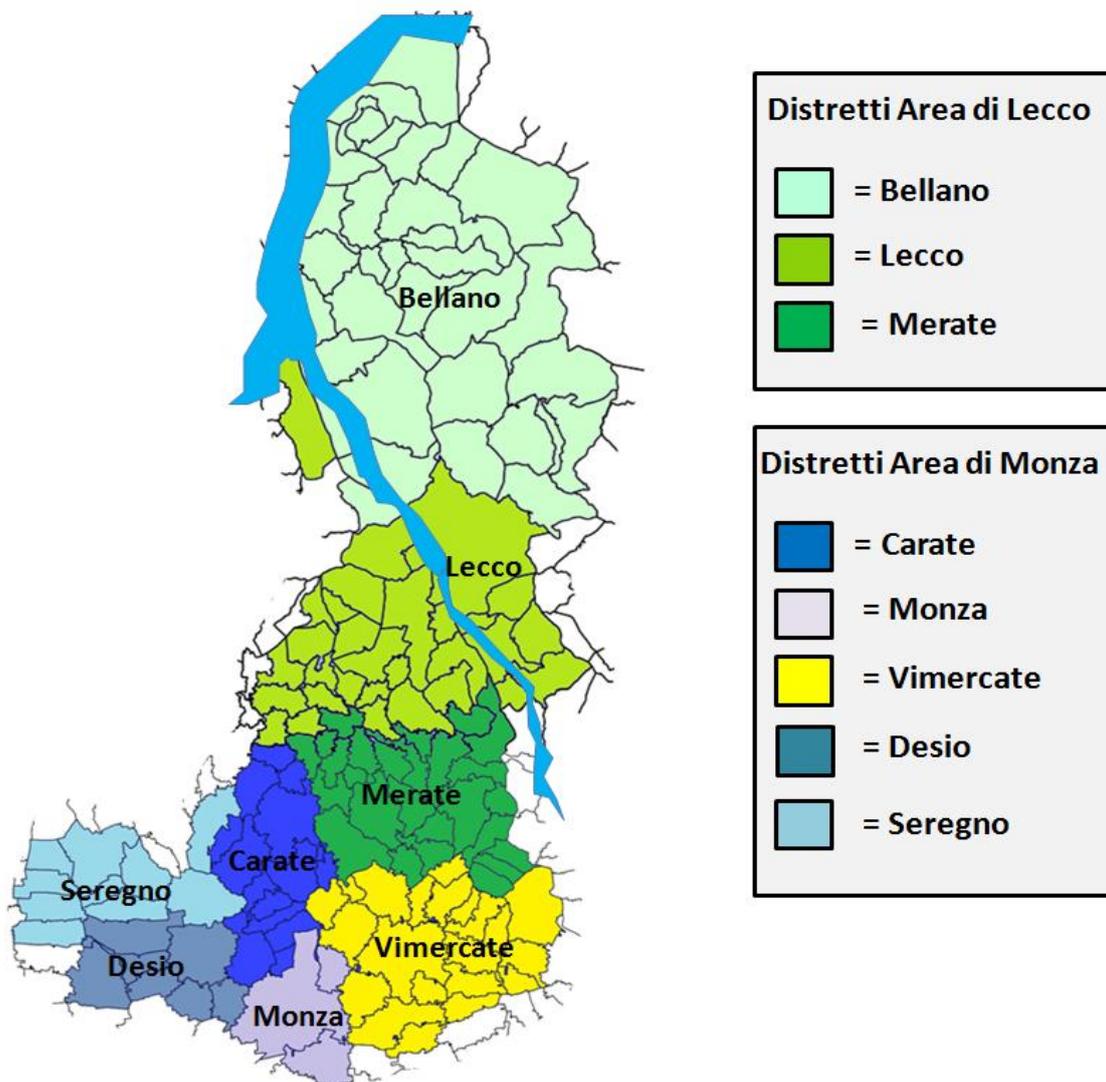


Tabella 3.1: Descrizione territoriale dei singoli distretti socio-sanitari di base e la relativa popolazione.

<i>Distretto</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>TOT</i>	<i>Km²</i>	<i>F_Ab/Km²</i>	<i>M_Ab/Km²</i>	<i>T_Ab/Km²</i>
Area territoriale di Lecco							
<i>Bellano</i>	27.066	26.482	53.548	459	59	58	117
<i>Lecco</i>	85.022	81.324	166.346	228	374	357	731
<i>Merate</i>	60.968	59.389	120.357	130	469	456	925
Area territoriale di Monza							
<i>Carate- Brianza</i>	77.750	74.689	152.439	76	1.023	983	2.006
<i>Desio</i>	97.579	94.594	192.173	60	1.626	1.577	3.203
<i>Monza</i>	88.638	81.943	170.581	48	1.847	1.707	3.554
<i>Seregno</i>	85.528	82.370	167.898	80	1.069	1.030	2.099
<i>Vimercate</i>	92.322	89.144	181.466	141	655	632	1.287
ATS BRIANZA	614.873	589.935	1.204.808	1221	503	483	986
<i>Area territoriale Lecco</i>	173.056	167.195	340.251	816	212	205	417
<i>Area territoriale Monza</i>	441.817	422.740	864.557	405	1.091	1.044	2.135
<i>Popolazione residente al 01.01.15; per una analisi di demografica di dettaglio e dello stato di salute della popolazione si rimanda alla specifica relazione epidemiologica redatta da questa ATS.</i>							

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

Area territoriale di Lecco

Distretto di Lecco: Via G. Tubi, 43 - 23900 Lecco

Per i cittadini residenti nei seguenti Comuni: Annone di Brianza, Bosisio Parini, Bulciago, Calolziocorte, Carenno, Castello di Brianza, Cesana Brianza, Civate, Colle Brianza, Costa Masnaga, Dolzago, Ello, Erve, Galbiate, Garbagnate Monastero, Garlate, Lecco, Malgrate, Molteno, Monte Marengo, Nibionno, Oggiono, Olginate, Oliveto Lario, Pescate, Rogeno, Sirone, Suello, Torre de' Busi, Valgrehentino, Valmadrera, Vercurago.

Distretto di Bellano: Via Papa Giovanni XXIII, 15- 23822 Bellano

Per i cittadini residenti nei seguenti Comuni: Abbazia Lariana, Ballabio, Barzio, Bellano, Casargo, Cassina Valsassina, Colico, Cortenova, Crandola Valsassina, Cremeno, Dervio, Dorio, Esino Lario, Introbio, Introzzo, Lierna, Mandello del Lario, Margno, Moggio, Morterone, Pagnona, Parlasco, Pasturo, Perledo, Premana, Primaluna, Sueglio, Taceno, Tremenico, Varenna, Vendrogno, Vestreno.

Distretto di Merate: Via San Vincenzo, 6 - 23807 Merate

Per i cittadini residenti nei seguenti Comuni: Airuno, Barzago, Barzanò, Brivio, Calco, Casatenovo, Cassago Brianza, Cernusco Lombardone, Cremella, Imbersago, La Valletta Brianza, Lomagna, Merate, Missaglia, Montevecchia, Monticello Brianza, Olgiate Molgora, Osnago, Paderno d'Adda, Robbiate, Santa Maria Hoè, Sirtori, Verderio, Viganò.

Area territoriale di Monza

Distretto di Carate Brianza: Via Mascherpa, 14, - 20841 Carate Brianza

Per i cittadini residenti nei Comuni di: Albiate, Besana Brianza, Biassono, Briosco, Carate Brianza, Lissone, Macherio, Renate, Sovico, Triuggio, Vedano al Lambro, Veduggio con Colzano, Verano Brianza.

Distretto di Desio: Via Foscolo, 26, - 20832 Desio

Per i cittadini residenti nei Comuni di Bovisio Masciago, Cesano Maderno, Desio, Muggiò, Nova Milanese, Varedo, Limbiate.

Distretto di Monza: Via Boito, 2, - 20900 Monza

Per i cittadini residenti nei Comuni di Monza, Brugherio e di Villasanta.

Distretto di Seregno: Via Stefano da Seregno, 102,- 20831 Seregno

Per i cittadini residenti nei Comuni di Barlassina, Giussano, Lentate sul Seveso, Meda, Seregno, Seveso, Cogliate, Mazzate, Misinto, Ceriano Laghetto.

Distretto di Vimercate: Piazza Marconi, 7/A, 20871 Vimercate

Per i cittadini residenti nei Comuni di Comuni di Agrate Brianza, Aicurzio, Arcore, Bellusco, Bernareggio, Burago Molgora, Busnago, Camparada, Caponago, Carnate, Cavenago Brianza, Concorezzo, Cornate d'Adda, Correzzana, Lesmo, Mezzago, Ornago, Roncello, Ronco Briantino, Sulbiate, Usmate Velate, Vimercate.

La Tabella 3.3 riporta la distribuzione del numero di punti di erogazione di prestazioni sanitarie (limitatamente a quelli che sono di riferimento per le periodiche attività di monitoraggio).

Tabella 3.3: distribuzione del numero di punti di erogazione di prestazioni sanitarie nell'ATS della Brianza.

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

In tale occasione si conferma, comunque, che il **riferimento di interesse diventa il territorio** e non la singola struttura di erogazione; ciò permette di definire in modo flessibile il riferimento al tempo massimo e di considerare nel modello organizzativo sia l'espressione della libertà di scelta

dei cittadini sia la presenza di strutture ad elevata capacità di attrazione, per taluni ambiti, e caratterizzate da un bacino di utenza sovra distrettuale e spesso anche sovraregionale.

In ogni caso l'impostazione, per ambiti territoriali/distretti, di questo Piano, non ha, ovviamente, lo scopo di introdurre vincoli rispetto all'incontro domanda/offerta, ma di consentire, di valutare, se sussistono, o meno, importanti fenomeni di squilibrio tra domanda e offerta in determinate aree geografiche.

4. ANALISI DI MONITORAGGIO

Nei paragrafi seguenti vengono riportati i dati delle attività di monitoraggio dei tempi di attesa relativi alle due sedi territoriali confluite nell'ATS della Brianza. Le analisi hanno preso in considerazione sia *valutazioni ex-ante* ottenute dal flusso regionale RL_MTA sia *valutazioni ex-post* sulla base dei flussi relativi a circolare 28/SAN e SDO.

4.1 AREA TERRITORIALE DI LECCO

Monitoraggio RL_MTA

In tabella 4.1.1 viene riportata la distribuzione per classe di priorità relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale inserite nel monitoraggio regionale RL_MTA. Appare evidente come la classe P abbia rappresentato, nel triennio in esame, più del 75% del totale delle prestazioni analizzate mentre le classi MI, GE e CV, previste dalla DGR 1775/2011, hanno trovato applicazione in una percentuale minima di prestazioni. Diversamente, l'area territoriale di Lecco è stata caratterizzata da un ricorso all'uso delle classi U che ha evidenziato un trend in decremento con un progressivo allineamento a quanto osservato in Regione Lombardia.

Tabella 4.1.1: Distribuzione percentuale di prestazioni di specialistica ambulatoriale prenotate stratificate per classi di priorità (periodo di riferimento 2013 – 2015; le prestazioni relative a radioterapia e chemioterapia sono state escluse dalle analisi in tabella).

Classe di priorità	%		
	2013	2014	2015
U	3,74%	3,25%	2,68%
B*	-	-	0,11%
D	19,30%	17,61%	14,98%
P	76,18%	78,57%	81,90%
MI**	0,15%	0,01%	0,01%
ON**	0,52%	0,49%	0,28%
GE**	0,05%	0,03%	0,02%
CV**	0,06%	0,03%	0,02%
* ex DGR 3993/2015			
** ex DGR 1775/2011			

Nel complesso, sono state monitorate oltre 26.000 prestazioni per anno ed il rispetto dei tempi di attesa si è sempre mantenuto non inferiore al 99%, scendendo lievemente al 96% per le sole prestazioni con classe di priorità diverse dalla P (Tabella 4.1.2).

Tabella 4.1.2: Frequenza di prestazioni ambulatoriali monitorate e rispetto dei tempi massimi di attesa (periodo di riferimento: 2013-2015; le prestazioni relative a radioterapia* e chemioterapia sono state escluse dalle analisi in tabella).

Anno	N° prestazioni monitorate	N° prestazione entro soglia**	% di rispetto dei tempi massimi di attesa** (tutte le classi)*	% di rispetto dei tempi massimi di attesa** (classi ≠ P)
2013	26.258	25.996	99,0%	96,0%
2014	29.131	28.884	99,2%	96,2%
2015	28.154	27.938	99,2%	96,2%

* Note: La percentuale di rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di radioterapia nel 2015 si è attestata al 99% ed il 60% delle prestazioni è stato comunque erogato entro 30 gg.

** Le analisi in tabella hanno fatto riferimento ai tempi massimi di attesa previsti dalla DGR 1775/2011.

Nel 2015 circa l'80% delle prestazioni monitorate è stato erogato entro 30 gg (Tabella 4.1.3), con percentuali stabili rispetto al 2014 ma con una riduzione rispetto al 2013. I dati del triennio non sono tuttavia perfettamente confrontabili dal momento che, nel periodo in esame, è stato modificato l'elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio RL_MTA.

Tabella 4.1.3: Distribuzione percentuale di prestazioni di specialistica ambulatoriale prenotate entro specifiche classi di attesa (periodo di riferimento: 2013-2015; le prestazioni relative a radioterapia e chemioterapia sono state escluse dalle analisi in tabella).

Anno	%*		
	<=30 gg	31-60 gg	>60 gg
2013	90,0%	8,7%	1,3%
2014	82,8%	15,5%	1,7%
2015	79,6%	15,6%	4,8%

* Note: Le analisi hanno incluso tutte le classi di priorità.

Gli standard di riferimento per i tempi di attesa sono stati rispettati anche per i ricoveri chirurgici che hanno sempre superato il 95% nei tre anni in esame e nelle diverse tipologie di aree di afferenza (nel 2015: 8,2% di rispetto per le neoplasie, 99,4% per interventi cardiovascolari, 100% per artroprotesi e 99,8% per altri interventi) (Tabella 4.4).

Tabella 4.1.4: Percentuale di rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per i ricoveri programmati oggetto di monitoraggio RL_MTA (periodo di riferimento: 2013-2015).

Intervento (tempo massimo di attesa)	%		
	2013	2014	2015
Neoplasie (<=30 gg)	99,3%	99,5%	98,2%
Interventi cardiovascolari (<=30 gg)	100,0%	100,0%	99,4%
Artroprotesi anca (<=180gg)	100,0%	100,0%	100,0%
Altro (<= 180 gg)	100,0%	99,5%	99,8%

Relativamente alle prestazioni chemioterapiche (Tabella 4.1.5) si può osservare che oltre il 95% delle prestazioni sono state erogate con un tempo di attesa inferiore o uguale a 30 giorni, per quanto nel 2015 si sia osservata un lieve decremento di tale percentuale.

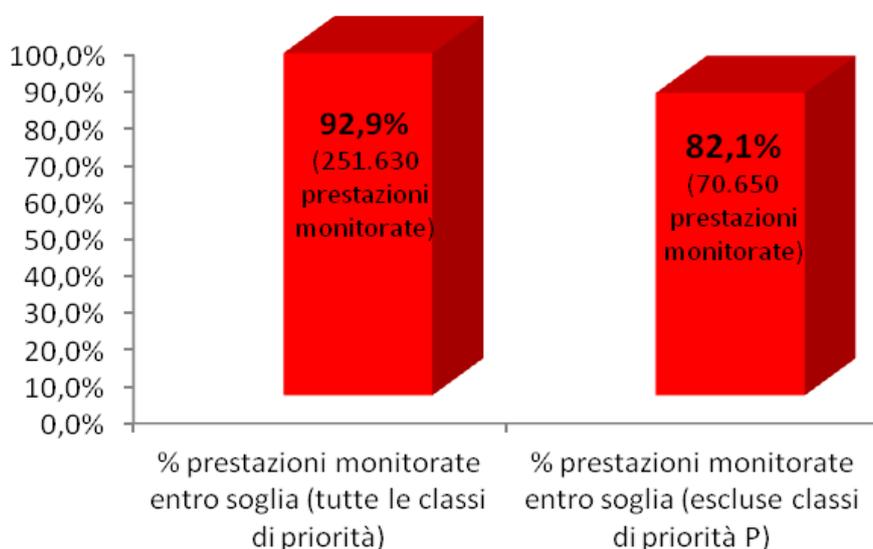
Tabella 4.1.5: Distribuzione percentuale di prestazioni di chemioterapia prenotate entro specifiche classi di attesa (periodo di riferimento: 2013-2015).

Anno	%*		
	<=30 gg	31-60 gg	>60 gg
2013	100,0%	0,0%	0,0%
2014	100,0%	0,0%	0,0%
2015	95,5%	0,0%	4,5%

Monitoraggio ex-post

I dati di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali sulla base del flusso di cui alla circolare 28/SAN hanno evidenziato che nel 2015 su 251.630 prestazioni analizzate quasi il 93% rispettavano il tempo di attesa previsto per la priorità clinica indicata mentre 17.819 prestazioni (7,1%) sono risultate essere state erogate oltre il tempo massimo di attesa. Tale rispetto scende all'82,1% escludendo le classi con priorità P (Tabella 4.1.1).

Figura 4.1.1: Percentuale di prestazioni (oggetto di monitoraggio regionale RL_MTA) di primo accesso (tipologia O e U) erogate entro il tempo massimo di attesa previsto dalla DGR 1775/2011 (gennaio – dicembre 2015).



Il dato appena riportato deve essere tuttavia considerato un dato medio dal quale estrarre alcune prestazioni a più alta criticità che è possibile ritrovare nello specifico in Tabella 4.1.6.

Complessivamente appare evidente come il rispetto dei tempi di attesa sia risultato più critico per alcune prime visite (su tutte la prima visita neurochirurgica, quella oncologica e quella di medicina fisica e riabilitazione) e per alcune prestazioni strumentali afferenti alla radiodiagnostica (RMN, TC e mammografie).

Tabella 4.1.6: Distribuzione in classe di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio RL_MTA e misura di percentuale oltre soglia del tempo massimo di attesa previsto dalla DGR 1775/2011 (gennaio- dicembre 2015).

DESCRIZIONE PRESTAZIONE	N.	Distribuzione % per gruppo di attesa				
		0-7 gg	8-14 gg	15-30 gg	31-60 gg	>60 gg
PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	4989	49,6%	13,2%	9,3%	9,3%	18,6%
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	587	71,6%	11,1%	11,8%	4,1%	1,5%
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	10430	33,9%	11,7%	21,5%	14,9%	18,0%
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	7322	41,0%	13,8%	16,7%	12,2%	16,2%
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	709	62,3%	4,9%	6,6%	22,3%	3,8%
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	1153	43,4%	16,6%	14,0%	11,4%	14,7%
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	3028	58,9%	8,8%	9,1%	14,3%	8,9%
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	2941	60,0%	13,2%	13,1%	9,9%	3,8%
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	7941	42,6%	14,0%	21,2%	16,6%	5,5%
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	10483	38,2%	9,6%	11,6%	24,2%	16,4%
PRIMA VISITA ORL	9371	43,0%	21,4%	19,6%	11,6%	4,3%
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	3477	61,7%	13,3%	11,8%	6,4%	6,8%
RMN DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	332	37,7%	13,9%	13,6%	22,9%	12,0%
RMN MUSCOLOSCHIELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO	59	59,3%	22,0%	0,0%	13,6%	5,1%
RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	1102	35,9%	16,2%	12,3%	24,6%	10,9%
RMN ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	262	54,6%	16,8%	14,5%	3,4%	10,7%
TC DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	1817	58,9%	13,9%	19,3%	4,4%	3,6%
TC DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	2042	57,8%	13,1%	20,7%	4,8%	3,5%
RMN DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	925	37,6%	12,2%	11,4%	32,9%	5,9%
MAMMOGRAFIA BILATERALE	7197	42,8%	6,7%	10,8%	7,5%	32,1%
TC DELL' ADDOME INFERIORE	6	66,7%	16,7%	0,0%	16,7%	0,0%
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	429	74,1%	1,9%	3,0%	1,2%	19,8%
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	60	25,0%	8,3%	15,0%	23,3%	28,3%
ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	7919	50,7%	6,8%	10,5%	6,6%	25,4%
BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO	280	58,6%	7,9%	8,9%	6,1%	18,6%
RMN DELLA COLONNA	3457	38,5%	9,0%	13,0%	35,4%	4,1%
RIEDUCAZIONE MOTORIA IN MOTULESO	28861	20,2%	9,4%	27,0%	24,9%	18,5%
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO	584	41,4%	6,8%	8,9%	8,0%	34,6%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	987	44,9%	11,0%	10,9%	15,6%	17,5%
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	4612	30,3%	11,6%	23,1%	13,8%	21,2%
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	1143	37,4%	8,6%	10,3%	9,4%	34,3%
RMN MUSCOLOSCHIELETRICA	2902	34,4%	9,5%	16,1%	35,9%	4,2%
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	21	42,9%	14,3%	4,8%	19,0%	19,0%
TC DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	21	90,5%	4,8%	0,0%	4,8%	0,0%
RMN DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	42	54,8%	11,9%	14,3%	2,4%	16,7%
TC DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	425	71,1%	10,6%	9,2%	1,6%	7,5%
ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA	177	69,5%	5,1%	11,9%	4,0%	9,6%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI	4525	43,4%	11,1%	20,8%	12,1%	12,6%
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	9474	58,9%	8,4%	10,7%	13,4%	8,6%
TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	12	50,0%	16,7%	33,3%	0,0%	0,0%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	6163	39,1%	10,4%	16,7%	11,6%	22,3%
ESAME DEL FUNDUS OCULI	1516	54,3%	11,6%	8,4%	7,3%	18,5%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	396	49,7%	17,7%	11,4%	17,4%	3,8%
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	1581	42,0%	7,3%	8,1%	6,6%	36,0%
TC DELL' ADDOME COMPLETO	198	77,8%	8,6%	10,1%	2,5%	1,0%
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	2934	51,8%	10,8%	11,0%	12,6%	13,8%
TC DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	200	54,0%	24,0%	18,5%	2,0%	1,5%
TC DEL TORACE	570	54,9%	11,8%	19,1%	8,4%	5,8%
TC DEL BACINO	111	65,8%	12,6%	17,1%	3,6%	0,9%
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	2489	44,7%	11,5%	19,6%	17,0%	7,2%
ELETTROCARDIOGRAMMA	13347	53,7%	13,6%	13,0%	7,4%	12,3%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	1494	47,0%	8,0%	7,6%	18,7%	18,7%
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	2998	47,7%	9,1%	22,5%	8,5%	12,2%

ECOGRAFIA GINECOLOGICA	81	76,5%	6,2%	9,9%	3,7%	3,7%
SPIROMETRIA GLOBALE	635	46,3%	20,5%	15,4%	10,2%	7,6%
RADIOGRAFIA DI BACINO, ANCA	8309	86,3%	5,3%	3,5%	3,6%	1,2%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	7513	49,1%	5,7%	8,5%	32,0%	4,7%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	2203	52,5%	6,3%	7,0%	16,7%	17,6%
TC DEL CAPO	1410	72,8%	9,6%	11,6%	4,8%	1,3%
RADIOGRAFIA DI FEMORE, GINOCCHIO, GAMBA	7992	87,6%	4,3%	3,5%	3,1%	1,4%
RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	6887	90,4%	5,0%	2,4%	1,8%	0,4%
PRIMA VISITA OCULISTICA	13632	56,9%	9,5%	9,2%	9,6%	15,0%
INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE	949	58,1%	7,7%	8,7%	11,0%	14,4%
DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X	4788	40,0%	14,4%	17,8%	15,8%	11,9%
ELETTROENCEFALOGRAMMA	687	84,7%	4,1%	4,1%	2,3%	4,8%
TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	834	62,2%	14,4%	16,7%	5,6%	1,1%
ECOGRAFIA OSTETRICA	1650	35,9%	7,5%	17,9%	19,8%	19,0%
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	2984	56,3%	9,4%	18,0%	12,3%	4,0%
SPIROMETRIA SEMPLICE	647	49,9%	14,5%	11,4%	13,9%	10,2%
RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	14030	97,9%	0,8%	0,6%	0,3%	0,3%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	188	76,6%	9,0%	6,4%	5,3%	2,7%
ECOGRAFIA CARDIACA	106	29,2%	8,5%	13,2%	17,9%	31,1%

4.2 AREA TERRITORIALE DI MONZA

Monitoraggio RL_MTA

In tabella 4.2.1 viene riportata la distribuzione per classe di priorità relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale inserite nel monitoraggio regionale RL_MTA. Appare evidente come la classe P abbia rappresentato, nel triennio in esame, più del 90% del totale delle prestazioni analizzate mentre le classi MI, GE e CV, previste dalla DGR 1775/2011, hanno trovato applicazione in una percentuale prossima allo zero. Le prestazioni in classe 'U' hanno evidenziato, da tale monitoraggio, un andamento per lo più costante.

Tabella 4.2.1: Distribuzione percentuale di prestazioni di specialistica ambulatoriale prenotate stratificate per classi di priorità (periodo di riferimento 2013 – 2015; le prestazioni relative a radioterapia e chemioterapia sono state escluse dalle analisi in tabella.

Classe di priorità	%		
	2013	2014	2015
U	2,4	2,4	2,4
B*	-	-	0,1
D	1,3	1,5	3,5
P	95,4	99,1	90
MI**	0,9	0,6	0,6
ON**	0	0	0
GE**	0	0	0
CV**	0,1	0	0
* ex DGR 3993/2015			
** ex DGR 1775/2011			

La tabella 4.2.2, evidenzia che nei monitoraggi degli ultimi tre anni (con una numerosità di oltre 63.000 per ciascun anno) la percentuale di rispetto dei tempi di attesa (considerando complessivamente tutte le classi di priorità) è risultata essere superiore al 98%; considerando,

invece le prenotazioni non in classe P tale percentuale di rispetto è risultata essere di misura inferiore ma tendenzialmente in incremento rispetto al precedente anno.

Tabella 4.2.2: Frequenza di prestazioni ambulatoriali monitorate e rispetto dei tempi massimi di attesa (periodo di riferimento: 2013-2015; le prestazioni relative a radioterapia* e chemioterapia sono state escluse dalle analisi in tabella).

Anno	N° prestazioni monitorate	N° prestazione entro soglia**	% di rispetto dei tempi massimi di attesa** (tutte le classi)*	% di rispetto dei tempi massimi di attesa** (classi ≠ P)
2013	63.092	62.335	98,8	85,4
2014	69.648	68.743	98,7	84,5
2015	66.951	65.679	98,1	87,8

* Note: La percentuale di rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di radioterapia nel 2015 si è attestata al 99% ed il 60% delle prestazioni è stato comunque erogato entro 30 gg.
 ** Le analisi in tabella hanno fatto riferimento ai tempi massimi di attesa previsti dalla DGR 1775/2011.

Tabella 4.2.3: Distribuzione percentuale di prestazioni di specialistica ambulatoriale prenotate entro specifiche classi di attesa (periodo di riferimento: 2013-2015; le prestazioni relative a radioterapia e chemioterapia sono state escluse dalle analisi in tabella).

Anno	%*		
	<=30 gg	31-60 gg	>60 gg
2013	77,6	13,6	8,8
2014	75,6	13,1	11,3
2015	78,9	11,3	9,8

* Note: Le analisi hanno incluso tutte le classi di priorità.

Generalmente per i ricoveri chirurgici programmati sono stati rispettati gli standard di riferimento, per i tre anni considerati.

Tabella 4.2.4: Percentuale di rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per i ricoveri programmati oggetto di monitoraggio RL_MTA (periodo di riferimento: 2013-2015).

Intervento (tempo massimo di attesa)	%		
	2013	2014	2015
Neoplasie (<=30 gg)	99,4	99,6	99,4
Interventi cardiovascolari (<=30 gg)	100	100	100
Artroprotesi anca (<=180gg)	97,8	93,6	99,4
Altro (<= 180 gg)	99	95	96

Relativamente alle prestazioni chemioterapiche (Tabella 4.2.5) si può osservare che, in pratica il 100% delle prestazioni sono state erogate con un tempo di attesa inferiore o uguale a 30 giorni, per il triennio considerato.

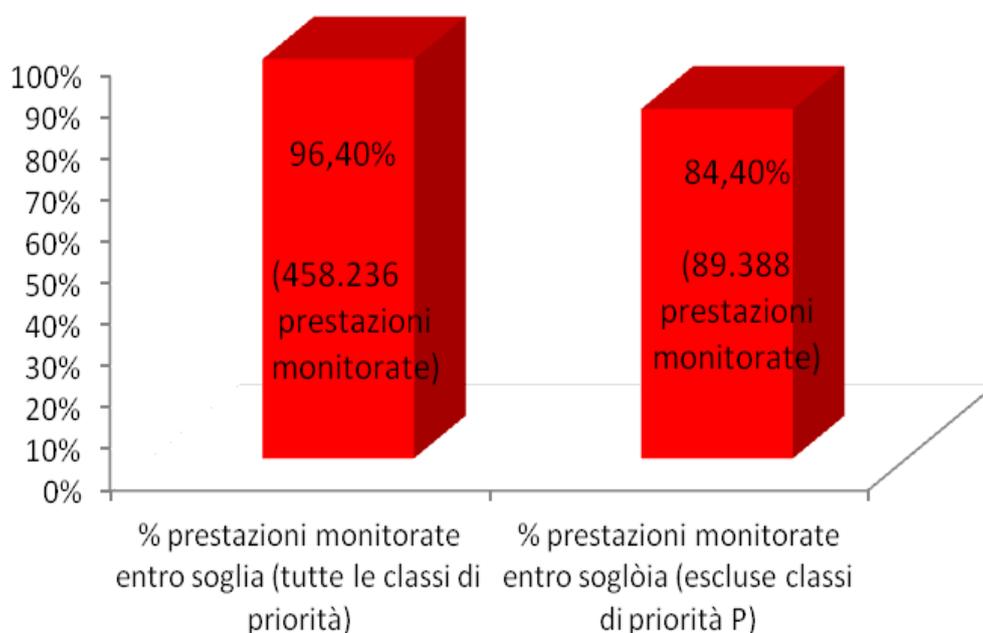
Tabella 4.2.5: Distribuzione percentuale di prestazioni di chemioterapia prenotate entro specifiche classi di attesa (periodo di riferimento: 2013-2015).

Anno	%*		
	<=30 gg	31-60 gg	>60 gg
2013	100	0	0
2014	99,9	0,1	0
2015	100	0	0

Monitoraggio ex-post

I dati di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali sulla base del flusso di cui alla circolare 28/SAN hanno evidenziato che nel 2015 su 458.236 prestazioni analizzate oltre il 96% hanno rispettato il tempo di attesa (considerando l'insieme delle classi di priorità). Tale rispetto scende all'84,4% escludendo le classi con priorità P (Figura 4.2.1).

Figura 4.2.1: Percentuale di prestazioni (oggetto di monitoraggio regionale RL_MTA) di primo accesso (tipologia O e U) erogate entro il tempo massimo di attesa previsto dalla DGR 1775/2011 (gennaio – dicembre 2015).



Il dato appena riportato deve essere tuttavia considerato un dato medio dal quale estrarre alcune prestazioni a più alta criticità che è possibile ritrovare nello specifico in Tabella 4.2.6.

Complessivamente appare evidente come il rispetto dei tempi di attesa sia risultato più critico per alcune prime visite (su tutte la prima visita dermatologica, quella fisiatrica, oculistica, e per alcune prestazioni strumentali afferenti alla radiodiagnostica (RMN, TC e mammografie).

Tabella 4.2.6: Distribuzione in classe di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio RL_MTA e misura di percentuale oltre soglia del tempo massimo di attesa previsto dalla DGR 1775/2011 (gennaio- dicembre 2015).

DESCRIZIONE PRESTAZIONE	N.	Distribuzione % per gruppo di attesa					
		0-7 gg	8-16 gg	17-30 gg	31-40 gg	41-60 gg	>60 gg
prima vs neurologica (neurochirurgica)	11867	45	13	26	5	4	6
prima vs ginecologica	16662	38	20	25	5	6	7
prima vs cardiologica	17444	44	14	21	8	5	8
prima vs. chirurgica vascolare	2963	60	15	16	3	3	3
prima vs. dermatologica	25595	27	10	31	6	8	18
prima vs. endocrinologia/diabetologica	7659	39	12	27	5	11	5
prima vs. gastroenterologica	3594	43	11	25	7	6	8
prima vs. di medicina fisica e riabilitazione	24194	29	19	27	7	10	9
prima vs. oncologica	3105	52	37	8	1	0	0
prima vs ortopedica	25177	41	19	26	4	4	7
prima vs. orl	27017	36	11	36	8	5	3
prima vs. pneumologica	6241	41	13	32	7	4	2
prima vs. urologica/andrologica	9878	42	11	32	5	4	6
prima vs oculistica	36865	31	11	33	5	5	14
esofagogastroduodenoscopia	2095	41	22	21	10	5	1
esofagogastroduodenoscopia con biopsia	3048	33	21	24	11	10	2
colonscopia con endoscopio flessibile	2411	34	14	19	6	14	13
sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	109	51	9	15	6	16	3
biopsia (endoscopica) dell'intestino crasso	1123	36	14	22	5	10	13
polipectomia endoscopica dell'intestino crasso	522	37	11	13	22	4	12
tac capo	2314	78	14	5	1	0	1
tac capo con mdc	737	69	17	9	4	1	0
rx rachide ls	10909	72	16	9	2	1	0
mammografia bil	10658	45	16	18	5	6	9
mammografia mon	399	41	14	16	5	7	18
tac torace, senza mdc	1661	66	18	9	3	1	3
tac torace, senza e con mdc	3217	65	20	9	3	1	1
rx torace	13164	91	5	2	0	1	1
tac addome sup	43	65	19	5	7	2	2
tac addome sup	261	61	18	15	3	2	2
tac addome inf	46	80	11	7	0	2	0
tac addome inf mdc	63	59	25	6	6	3	0
tac addome completo	819	70	18	7	3	1	1
tac addome completo	3963	67	19	9	3	1	1
rx pelvi e anca	8825	68	17	10	2	2	1
rx femore, ginocchio e gamba	8623	69	18	9	2	1	1
tac rachide, senza mdc	1163	78	17	3	1	1	0
tac rachide, senza e con mdc con mdc	34	62	26	12	0	0	0
tac bacino	184	80	14	5	1	0	1
ecografia capo e collo	8772	49	15	19	6	5	6
ecografia cardiaca	439	48	15	21	5	6	5
eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo	12950	53	14	17	5	4	6
eco(color)dopplergrafia cardiaca	174	63	24	9	1	1	2
ecografia mammella bil	11152	42	14	19	7	7	12
ecografia mammella mon	350	57	15	14	3	5	7
eco(color)doppler tronchi sovra aortici	8877	31	17	19	9	10	14
eco addome sup	4216	51	15	18	7	4	5
eco addome inf	793	53	19	20	4	3	2
eco addome completo	21497	52	16	18	6	4	4
eco(color)dopplergrafia artisp o in o dist,a o	7769	48	14	15	6	6	10

eco ostetrica	6351	37	28	17	17	0	0
ecografia ginecologica	183	37	13	16	17	5	12
rmn cervello, senza mdc	4088	52	16	16	10	3	2
rmn cervello, senza e con mdc	3534	49	17	18	10	3	2
rmn rachide, senza mdc	13490	55	16	19	7	2	0
rmn rachide, senza e con mdc	831	46	16	16	12	5	5
rmn muscoloscheletrica, senza mdc	13189	55	19	20	5	1	1
rmn muscoloscheletrica, senza e con mdc	270	49	26	13	9	1	2
rmn addome inf. e scavo pelvico, senza mdc	310	52	16	17	6	6	3
rmn addome inf e scavo pelvico, senza e con mdc	605	44	18	13	12	8	5
densitometria ossea con tecn ass rx, lom,fem,ultrd	4978	58	20	10	4	5	4
elettroencefalogramma	992	39	24	20	9	4	3
spirometria semplice	753	38	18	20	10	8	6
spirometria globale	1347	22	9	27	22	13	6
ecg da sforzo con pedana mobile	6	100	0	0	0	0	0
ecg da sforzo con cicloergometro	2191	62	13	8	4	4	8
elettrocardiogramma dinamico	5211	41	14	14	13	10	8
ecg	21774	62	10	14	7	3	5
elettromiografia semplice	1886	57	17	13	3	4	6
esame del fundus oculi	1090	38	11	12	18	6	15
esame audiometrico tonale	2118	32	8	23	23	9	5

5. AZIONI PER IL GOVERNO DEI TEMPI DEI ATTESA PER IL 2016

Le principali azioni che l'ATS intende implementare per il 2016, per un efficace governo in materia di tempi di attesa, faranno riferimento alle diverse disposizioni varate in materia, sin dal 1998, da Regione Lombardia e possono essere ricondotte come riportate di seguito.

5.1 COORDINAMENTO

Le azioni di coordinamento dell'ATS si espletano a diversi livelli:

- **tra ATS ed erogatori**, fondamentalmente attraverso la negoziazione, le periodiche Conferenze dei Direttori Generali e Legali Rappresentanti, le Conferenze Provinciali di Coordinamento delle Strutture Accreditate e a Contratto, ed in incontri ad hoc per affrontare criticità riscontrate per singoli erogatori;
- **tra ATS ed ASST**, in particolare, in specifici tavoli tecnici, e in sede di predisposizione, da parte delle ASST dei Piani aziendali semestrali di Governo dei Tempi di Attesa; tali Piani, congruenti con il presente Piano attuativo ATS, dovranno essere inoltrati, per il corrente anno, ai competenti uffici regionali ed alla ATS, entro il 29.02.16 (per il 1° semestre) ed entro il 01.08.16 (per il 2° semestre);
- **con i soggetti prescrittori (MMG/PDF/specialisti)** al fine di garantire il costante riferimento alle regole prescrittive ed appropriati interventi sulla domanda di prestazioni.

5.2 VALUTAZIONE

Valutazioni circa l'applicazione del Piano attuativo ATS e di eventuali difformità, attraverso:

- elaborazione ed analisi dei relativi dati con periodica individuazione delle criticità e confronto con i soggetti erogatori coinvolti;

- valutazione circa eventuali squilibri domanda / offerta per gli ambiti territoriali individuati;
- tra cittadini ed ATS gestito attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

5.3 MONITORAGGIO

Si espleta attraverso:

- la gestione delle rilevazioni periodiche programmate secondo calendario (come da nota reg. prot. G1.2015.0022702 del 30.12.2015) in specifici giorni indice dalla Regione e dal Ministero per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e radioterapia (monitoraggio ex ante) - estesi anche, per le rilevazioni nazionali di prestazioni ambulatoriali, a quelle prenotate in attività libero-professionale intramuraria e solvenza;
- elaborazione ed analisi dei dati con individuazione di aree critiche e confronto con erogatori per attivazione di azioni correttive/migliorative;
- l'analisi dei tempi di attesa, ex-post, dei dati trasmessi attraverso il flusso circolare 28/san;
- l'analisi dei dati desunti attraverso il flusso delle schede di dimissione ospedaliera;
- la valutazione dei Piani semestrali per il Governo dei Tempi di Attesa redatti dalle ASST e trasmessi alla Regione ed alla ATS;
- la valutazione del rispetto del sistema di prenotazione per ciò che concerne la suddivisione delle agende di prenotazione in primi accessi e controlli;
- la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili in applicazione al Progetto Ministeriale del 'Mattone' tempi di attesa e di quanto disciplinato dall'art.3, comma 8 della Legge 724/1994;
- monitoraggio del rispetto da parte degli erogatori delle disposizioni regionali in materia di sospensione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, da effettuare attraverso il corretto utilizzo delle specifiche pagine web del portale regionale;
- verifica della corretta e completa compilazione del flusso delle schede di dimissione ospedaliera dei ricoveri programmati, per ciò che concerne le informazioni 'data di prenotazione' e 'classe di priorità';
- verifica del rispetto di quanto stabilito dalle regole di sistema 2016 in rapporto al soddisfacimento del debito informativo relativo alla rendicontazione attraverso il flusso della circ28/san delle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e solvenza.

5.4 GOVERNO DELLA DOMANDA

Tale azione rappresenta certamente l'aspetto più critico da gestire e che necessita adeguate implementazioni in quanto dipendente da diversi fattori quali, ad esempio, da preferenze dei pazienti, dall'orientamento dei mezzi di comunicazione, da comportamenti prescrittivi dei medici richiedenti prestazioni ambulatoriali che talvolta possono essere riconducibili alla medicina difensiva. Inoltre in questi ultimi anni l'attività ambulatoriale si è ulteriormente implementata anche in considerazione della progressiva deospedalizzazione verso regimi assistenziali più appropriati e meno costosi, qualificando ulteriormente l'attività ambulatoriale; a tale riguardo l'istituzione della macroattività ambulatoriale ad alta complessità (MAC) ed il potenziamento della chirurgia ambulatoriale ne rappresentano esempi.

Il governo della domanda si espleta, in particolare, attraverso le seguenti azioni (tutte, peraltro, già avviate nel corso degli anni precedenti ma che necessitano di essere costantemente presidiate ed implementate anche in relazione alle criticità evidenziate):

1. Implementazione di interventi finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva; tali azioni sono da perseguire al fine di collocare nei Livelli Essenziali di Assistenza prestazioni ambulatoriali erogabili entro tempi appropriati alle necessità cliniche del singolo caso; questi potranno essere sostenuti dalle seguenti azioni:

- ✓ **promozione di interventi di appropriatezza prescrittiva** delle prestazioni ambulatoriali (in primo luogo per quelle più critiche per la tempistica di attesa), promuovendo, attraverso specifiche azioni, e con l'utilizzo di adeguati strumenti (negoziazione), opportuni interventi verso i soggetti prescrittori. A tal proposito si fa presente che nelle due aree territoriali di Lecco e Monza sono state predisposti, nell'ambito di tavoli tecnici interaziendali, a cui hanno partecipato gli specialisti delle Strutture Accreditate ed i MMG, condivisi e divulgati criteri di appropriatezza prescrittiva, relativi alle seguenti prestazioni: Area territoriale Lecco (2015): Colonscopia con endoscopia flessibile, senza o con biopsia o polipectomia - Mammografia bilaterale e monolaterale – Prima visita cardiologica – Ecografie addominali- Rmn del cervello e del tronco encefalico senza e con contrasto – Prima visita neurologica - Ecocolordoppler Tsa - Tac del rachide e dello speco vertebrale senza e con contrasto - Prima visita oculistica - Ecografia bilaterale e monolaterale della mammella – Test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o con cicloergometro; Area territoriale di Monza: Prima visita cardiologica – Tac addome senza e con mdc – Tac encefalo senza e con mdc – Tac rachide senza e con mdc – Rmn encefalo senza e con mdc - Rmn rachide senza e con mdc – Ecocolordoppler Tsa – Ecocolordoppler vasi periferici.
- ✓ applicazione di quanto stabilito a tal proposito a tutt'oggi da specifiche indicazioni regionali per determinate prestazioni di specialistica ambulatoriali: **endoscopie digestive, ecocolordoppler vascolari, talune prestazioni laboratoristiche** prestazioni di diagnostica per immagini (**tac ed rmn**) (legate a specifiche patologie);
- ✓ ulteriore implementazione informativa, dei criteri di appropriatezza prescrittiva anche per ciò che concerne **l'adeguata indicazione del quesito diagnostico / motivazione clinica a supporto della richiesta della prestazione e della presenza di indicazione di prestazione di primo accesso e controllo**; rispetto a tale ultimo riscontro sussiste evidente criticità, per le prestazioni ambulatoriali di diagnostica strumentale, di non adeguata indicazione, da parte dei prescrittori della dicitura 'primo accesso' o 'controllo' e della conseguente difficoltà da parte delle strutture erogatrici a rendicontare adeguatamente le prestazioni secondo la corretta tipologia; peraltro, tale distorsione ha importanti ripercussioni anche in sede di analisi dei tempi di attesa attraverso i consueti flussi informativi (circ28san) soprattutto quando tali valutazioni sono anche finalizzate ad allocare specifiche risorse finanziarie;
- ✓ sviluppo di attività di verifica in particolare per prescrizioni con richiesta di **urgenza differibile non giustificate; tali interventi richiamati dalle regole di sistema 2016 sono stati oggetto di approfondimento nel corso del 2015.**

2. Verifica del corretto ricorso, dei medici prescrittori, alle indicazioni prescrittive riguardanti le classi di priorità. A tale riguardo, peraltro, **anche le regole di sistema 2016 hanno sottolineato l'importanza della indicazione della classe di priorità sulle prescrizioni di prestazioni di primo accesso**, con lo scopo di sviluppare nel tempo una sensibilizzazione dei principali 'agenti della domanda' stessa; in particolare, i medici di medicina generale, i pediatri di famiglia, gli specialisti, a prescrivere prestazioni sanitarie fornendo indicazione circa la gravità clinica del singolo caso.

3. Pieno sviluppo applicativo di Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDT). I percorsi diagnostico terapeutici vigenti restano, in ogni caso, lo strumento che meglio garantisce l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche sotto l'aspetto della globalità e continuità di assistenza. Pertanto la loro applicazione - almeno, per le patologie croniche più comuni (diabete mellito, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa) le cui prestazioni possono rientrare nelle aree cliniche sopra individuate, rappresenta un'ulteriore fase di sviluppo da perseguire, per garantire l'appropriatezza delle prestazioni richieste, un'adeguata tempistica di erogazione ed una più appropriata gestione dei controlli dei pazienti portatori di tali patologie. Per alcuni PDT vengono elaborati report sulla base di indicatori predefiniti atti a valutare i principali processi e indicatori di outcome e di esito e consentire un opportuno confronto in specifici momenti strutturati di audit clinico. Nella direzione di garantire una maggiore appropriatezza delle prestazioni richieste proseguono anche le attività dei tavoli tecnici interaziendali costituiti ai fini della promozione dei PDTA e della valutazione e monitoraggio degli indicatori di qualità e di appropriatezza proposti a livello regionale - ai sensi della D.G.R. X/1845/2014 e della D.G.R. 1796/2014 e della nota del 30-07-2014 protocollo H1.2014.0027227- che per quanto attiene il presente PGTA, sono relative a talune reti di patologia tra cui: "Rete Nefrologica Lombarda", "Rete Ematologica Lombarda", Rete "Oncologica".

4. Screening oncologici: 'le regole di sistema' 2016 indicano, tra l'altro, di considerare le prestazioni connesse allo screening mammografico e del colon retto per ciò che concerne il tempo di attesa tra positività del primo test di screening (mammografia o test del sangue occulto nelle feci) e primo approfondimento diagnostico.

5.5 INTERVENTI SULL'OFFERTA

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

- ✓ Impegno, in fase di **negoziazione integrativa con gli erogatori**, ad incrementare alcuni settori di offerta di prestazioni ambulatoriali (le più critiche per i tempi di attesa) verso un maggior soddisfacimento della domanda appropriata ciò anche attraverso un' eventuale modifica del mix produttivo della struttura erogatrice;
Si segnala a riguardo con l'utilizzo di specifiche risorse finanziarie, attribuite dalla Regione Lombardia alle ASL con la DDGS. 6622/15, sono stati sperimentati, anche nel corso dell'ultimo quadrimestre 2015, interventi di implementazione di offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale.
- ✓ Nell'ambito delle attività di negoziazione bisognerà stabilire che si salvaguardi in via prioritaria il fabbisogno e la conseguente garanzia da parte dei soggetti contrattualizzati delle seguenti tipologie di prestazioni: visite specialistiche, prestazioni ecografiche, attività di screening, mammografie; a tale scopo potranno essere assegnate alle ATS quote di risorse finanziarie finalizzate a garantire quanto sopra e che saranno negoziate dalle ATS con i singoli erogatori coinvolti.
- ✓ **Promozione di sistemi di prenotazione più vicini al cittadino**, estendendo gli stessi e garantendo procedure semplificate di prenotazione;
- ✓ Ulteriore implementazione presso le strutture erogatrici di interventi che garantiscano la **gestione delle prestazioni di 'controllo' e cioè, della continuità dei percorsi di controllo e follow up presso la stessa struttura erogatrice**, con prescrizione e prenotazione da parte dello specialista degli accessi successivi; dovrà essere cura della struttura garantire l'accesso nei tempi indicati dal medico specialista per il relativo percorso; pertanto sarà garantita, non solo la prescrizione dell'accertamento da parte dello specialista, ma anche la prenotazione

della prestazione da questi prescritta, da parte della struttura, fin dal momento in cui ne viene generata la necessità, con conseguente facilitazione dell'accesso per il cittadino e reale presa in carico del bisogno assistenziale;

- ✓ Gestione liste di attesa prestazioni ambulatoriali e di ricovero secondo le procedure che ciascuna struttura erogatrice ha esplicitato nella descrizione delle azioni legate all'accessibilità ed alla prenotazione delle prestazioni sanitarie in riferimento in particolare alla **revisione periodica delle liste e alla verifica dell'overbooking**. Tali procedure dovranno fare riferimento anche a quanto previsto dalla legge 724 / 94 la quale stabilisce che i presidi ospedalieri debbano tenere sotto la propria responsabilità i registri delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale. **Le liste di prenotazione devono rimanere aperte** in modo da garantire la 'trasparenza' delle stesse e fornire sempre una risposta ai bisogni espressi dai pazienti. Per ciò che concerne la **tenuta e la gestione delle liste di attesa dei ricoveri per interventi chirurgici di elezione** le strutture sanitarie interessate dovranno riferirsi alle indicazioni stabilite nell'apposito documento elaborato dall'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali 'linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili' – all'interno del progetto 'Mattoni'. In tale documento sono contenute, tra l'altro, le proposte metodologiche per la rilevazione sistematica dei tempi di attesa e per la gestione dell'accesso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero programmato;
- ✓ Implementazione dei sistemi **di monitoraggio interni alle strutture erogatrici per la verifica costante dell'andamento dei tempi di attesa**;
- ✓ **Mantenimento e sviluppo di accesso diretto** senza prenotazione a prestazioni ambulatoriali;
- ✓ Così come previsto dalle 'regole di sistema 2016' si conferma, anche per l'anno 2016 la prosecuzione del progetto **ambulatori aperti e che anche per le strutture di diritto privato, in base ad indicazioni fornite da ATS**, sarà prioritario mantenere un'accessibilità ottimale anche nelle fasce orarie serali e nella giornata di sabato;
- ✓ Garantire una buona accessibilità alle prestazioni, in termini di tempi di attesa, per aree territoriali omogenee.

5.6 MIGLIORAMENTO ACCESSIBILITÀ

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

- ✓ **semplificazione del percorso prescrizione/prenotazione/erogazione di prestazioni sanitarie** anche attraverso un pieno e corretto utilizzo del ricettario SSN da parte dei soggetti prescrittori;
- ✓ **riorganizzazione sistema CUP**: lo sviluppo dei sistemi di prenotazione per livelli territoriali gradualmente più estesi dovranno essere in grado di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni ed essere più vicini al cittadino. Inoltre tali aziende hanno ampliato ed esteso i sistemi di prenotazione inserendo nella propria rete di collegamento anche le farmacie;
- ✓ **mantenimento dell'esposizione delle agende di prenotazione al Call Center Regionale** per consentire un'ulteriore facilitazione informativa e di prenotabilità delle prestazioni ambulatoriali;
- ✓ promuovere, sulla base di indicazioni regionali, interventi di riorganizzazione dei processi di accoglienza anche al fine di garantire il pieno ed effettivo governo dell'offerta di prestazioni anche attraverso soluzioni che garantiscano maggiore trasparenza ai cittadini.

5.7 INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Le ‘regole di sistema 2016’ ribadiscono l’importanza dell’implementazione dell’aspetto informativo verso i cittadini e le loro associazioni di tutela attraverso un coinvolgimento attivo di tutti gli attori del sistema coinvolti nella problematica dei tempi di attesa (in particolare le Strutture Erogatrici, i Servizi, i Dipartimenti, i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Famiglia).

L’informazione e la comunicazione resta uno degli aspetti più importanti nel governo dei tempi di attesa **e rappresenta una importante risorsa per la gestione di tale fenomeno**. Le informazioni e la comunicazione sulle liste di attesa rappresentano un diritto fondamentale del cittadino, e una risorsa per il sistema domanda/offerta, al fine di garantire un miglioramento della qualità del servizio. Per tale motivo la comunicazione **deve tendere a rendere consapevole il cittadino circa la criticità del problema e gli sforzi in atto per affrontarlo** e, pertanto, valorizzare la partecipazione degli utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato rispetto al problema dei tempi di attesa anche attraverso la promozione di interventi finalizzati a promuovere la cultura dell’appropriatezza e dell’*empowerment* del cittadino.

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

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

- ✓ Promozione di piani di comunicazione territoriali (diffusione delle informazioni ai cittadini riguardanti i tempi di attesa e le strutture erogatrici presenti sul territorio dell’ATS Brianza e, quindi, in ciascun ambito territoriale);
- ✓ Diffusione delle stesse informazioni, ai soggetti prescrittori e ad organismi di rappresentanza dei cittadini;
- ✓ Aggiornamento da parte delle strutture erogatrici delle specifiche pagine web del sito ATS, per ciò che concerne i tempi di attesa;
- ✓ Verifica di quanto previsto, in tema di tempi di attesa, dal Decreto Legislativo n. 33 del 2013 relativamente alla trasparenza, per gli erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto.

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

Strutture erogatrici - Area territoriale di Lecco

Ambito territoriale	Comune	Tipo	Struttura	Indirizzo
Lecco	Lecco	Pubblica	A.S.S.T. di Lecco – Presidio di Lecco	Via dell'Eremo, 9/11
	Mandello del Lario	Pubblica	A.S.S.T. di Lecco – Poliambulatorio	Piazza Vittoria, 1
	Oggiono	Pubblica	A.S.S.T. di Lecco – Poliambulatorio	Via Bachelet, 9
	Calolziocorte	Pubblica	A.S.S.T. di Lecco – Poliambulatorio	Via Bergamo, 1
	Lecco	Privata	Casa di Cura Lecco beato Luigi Talamoni	Via S. Nicolò, 12
	Lecco	Privata	G. B. Mangioni Hospital S.p.A.	Via L. da Vinci, 49
	Lecco	Privata	Centro di Medicina dello Sport "Lario"	Corso Emanuele Filiberto, 8
	Lecco	Privata	Gimar s.r.l	Corso Matteotti, 5/F - 5/G
	Costa Masnaga	Privata	Centro di Riabilitazione Villa Beretta	Via N. Sauro, 17
	Bosisio Parini	Privata	Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico Eugenio Medea	Via Don Luigi Monza, 20
	Lecco	Privata	Synlab Lecco	Corso Carlo Alberto, 76b
	Galbiate	Privata	Gimar s.r.l	Via 1° Maggio, 3
Merate	Dolzago	Privata	Studio Odontoiatrico Freni Dr. Ezio	Via Bonacina, 7/C
	Merate	Pubblica	A.S.S.T. di Lecco – Presidio di Merate	Via Largo Mandic, 1
	Casatenovo	Pubblica	A.S.S.T. di Lecco – Presidio di Merate	Via Monteregio, 15
	Casatenovo	Pubblica	Presidio Ospedaliero di Ricerca - INRCA	Via Monteregio, 13
	Cernusco Lombardone	Privata	Centro Radiologia Ellisse	Via Spluga, 49
Bellano	Barzanò	Privata	Punto prelievi CAM Centro Analisi Monza spa	Via 4 Novembre, 26/E
	Bellano	Pubblica	Presidio di Bellano Umberto I	Via Carlo Alberto, 25
	Dervio	Privata	Centro di Medicina Sportiva	Via Rubini, 11
	Introbio	Privata	Centro Fisioterapico Valsassinese	Via Cavour, 4

Strutture erogatrici - Area territoriale di Monza

Ambito territoriale	Comune	Tipo	Struttura	Indirizzo
Monza	Monza	Pubblica	H. S. Gerardo (nuovo) – ASST Monza	Via Pergolesi n.106
	Monza	Pubblica	H. S. Gerardo (vecchio) – ASST Monza	Via Solferino, 16
	Monza	Privata	Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma	Via Pergolesi n.106
	Monza	Privata	Policlinico di Monza	Via Amati n. 111
	Monza	Privata	Istituti Clinici Zucchi Monza	Via Zucchi n.24
	Monza	Privata	Poliamb. Policlinico di Monza	Via Modigliani n. 10
	Monza	Privata	Synthesis	Via Sirtori n. 9
	Monza	Privata	Politerapico	Via Borgazzi n. 87/b
	Monza	Privata	CDM	Via v.Martiri delle Foibe,1
	Brugherio	Pubblica	Poliamb.Brugherio – ASST Monza	Via Lombardia n. 277
	Brugherio	Privata	Fisiocenter	Via Fermi 6
	Brugherio	Privata	Istituti Clinici Zucchi Poliamb	Via Tre re n. 37
	Carate	Carate	Pubblica	H Carate – ASST Vimercate
Lissone		Pubblica	Poliamb.- ASST Vimercate	Via Bernasconi
Besana B		Pubblica	Poliamb ASST Vimercate	Via Viarana n. 38
Carate		Privata	Istituti Clinici Zucchi	Pzza Madonnina

	Lissone	Privata	Alliance Medical	Via Mameli,42/A
	Veduggio	Privata	Studio di Fisiochinesiterapia F.T.C. di Crotti	Via Magenta n.37
	Verano	Privata	Istituto Clinico Universitario Policlinico	Via Petrarca,51
	Macherio	Pubblica	Poliamb ASST Vimercate	Via Italia,13
	Lissone	Privata	Fondazione Maugeri	Via Bernasconi,16
Desio	Desio	Pubblica	H Desio- ASST Monza	Via Mazzini,1
	Cesano M	Pubblica	Poliamb - ASST Monza	Via S.Carlo
	Muggiò	Pubblica	Poliamb - ASST Monza	Via De Gasperi n. 14
	Nova Mil	Pubblica	Poliamb - ASST Monza	Via Giussani n. 9
	Cesano M	Privata	Alliance Medical Diagnostica	Via Locatelli n. 17
	Cesano M	Privata	Mediplus	Via Montecenisio n. 27
	Bovisio M	Privata	Fisiomed 2000	Via Carducci n. 7
	Muggiò	Privata	Risana Diagnostica	Via 1° Maggio n. 12
	Nova M.	Privata	Nova Medical	Via Roma, 21
	Limbiate	Pubblica	Poliamb. ASST Monza	Via Montegrappa,40
	Limbiate	Privata	Pol. Villa Bianca – Multimedica	Via F.lli Bandiera,3
Seregno	Seregno	Pubblica	H di Seregno-ASST Vimercate	Via Verdi n. 2
	Giussano	Pubblica	H di Giussano- ASST Vimercate	Via Milano n. 65
	Seregno	Privata	Studio Radiologico Bernasconi	Via Parini n. 49
	Meda	Privata	Centro Diagnostico Meda	C.so della Resistenza, 23
Vimercate	Vimercate	Pubblica	H Vimercate – ASST Vimercate	Via Cosma e Damiani,10
	Arcore	Pubblica	Poliamb.Arcore- ASST Vimercate	Via Umberto,17
	Lesmo	Privata	Diagnosi X – Centro Polidiagnostico	Via G.Carducci,8
	Usmate	Privata	Fisiocenter CSMD	Via Roma,3
	Vimercate	Privata	Ambulatorio Ortopedico Fisioterapico	Via Ortigara,1
	Agrate Br.	Privata	CDM Agrate	Via Lecco,11