



DELIBERAZIONE N. 50 DEL 29 GENNAIO 2018

**OGGETTO: PIANO ATTUATIVO DI GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA (PGTA) -
AGGIORNAMENTO 2018.**

L'anno 2018 il giorno ²⁹ 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 n.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 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 n.X/7600 del 20.12.2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018";

VISTA la nota regionale prot. G1.2017.0039160 del 29.12.2017 "Piani attuativi Agenzie di Tutela della Salute per il governo dei tempi d'attesa e piani aziendali di governo dei tempi d'attesa I e II semestre 2018", con cui sono state fornite alle ATS, ASST e IRCCS di diritto pubblico, indicazioni in merito alla predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi per il governo dei tempi di attesa per l'anno 2018;

PRESO ATTO di quanto previsto dalla DGR n.X/7766 del 17/01/2018 “Tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: stato di attuazione delle politiche regionali ed indirizzi per l’ulteriore contenimento dei tempi di attesa”;

DATO ATTO di aver proceduto alla predisposizione del documento “Piano attuativo di Governo dei Tempi di Attesa (PGTA) – aggiornamento 2018”;

RITENUTO di approvare il documento “Piano attuativo di Governo dei Tempi di Attesa (PGTA) – aggiornamento 2018”, 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;

SU PROPOSTA del Direttore della UOC Negoziazione e Governo delle Prestazioni;

VISTA l’attestazione di regolarità tecnica e di legittimità del presente provvedimento espressa dal Direttore del Servizio proponente, riportata in calce al presente provvedimento;

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 “Piano attuativo di Governo dei Tempi di Attesa (PGTA) – aggiornamento 2018”;
- 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. Salvatore Silvano Lopez)

IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO
(Dott. Oliviero Rinaldi)

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E CONTABILE


UO PROPONENTE: UOC NEGOZIAZIONE E GOVERNO DELLE PRESTAZIONI

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

IL RESPONSABILE

UOC Negoziazione e Governo delle prestazioni

Dott. Marco Repossi



SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO

Si attesta la regolarità contabile e la copertura finanziaria della spesa complessiva scaturente dal presente provvedimento:

Bilancio anno 2018

Sanitario

Socio Sanitario Integrato (ASSI)

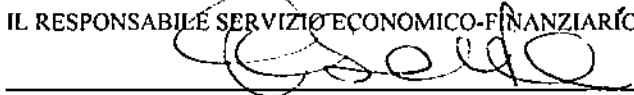
Sociale

Impegno: _____

Conto n. : _____

Importo : _____

IL RESPONSABILE SERVIZIO ECONOMICO-FINANZIARIO



NOTE:

Parte riservata ad acquisti di beni e servizi al di fuori delle Convenzioni CONSIP, ARCA e MEPA

SERVIZIO/U.O. PROPONENTE: _____

- Si attesta che i beni/servizi oggetto di acquisto con il presente provvedimento non rientrano nelle categorie trattate dalla Concessionaria Servizi Informatici Pubblici (CONSIP S.p.A.) del Ministero dell'Economia e delle Finanze, per cui nella fattispecie non è applicabile il disposto di cui all'art. 26, comma 3, della Legge n. 488/1999 e successive modificazioni ed integrazioni e neppure in quelle trattate dall'Agenzia Regionale Centrale Acquisti (ARCA) di cui alla L.R. n. 33 del 28.12.2007 e ss.mm.ii.
- Si attesta che il bene/servizio da acquisire, oggetto del presente provvedimento, né si è reperito né è presente sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA) di cui all'art. 11 DPR 101/2002 ovvero è presente ma trattasi di prodotto/servizio comune e standardizzato non idoneo, in quanto tale, a soddisfare le esigenze specifiche e particolari dell'Azienda.

IL RESPONSABILE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo pretorio on line dell'Azienda per la durata di giorni quindici consecutivi dal _____ al _____ inclusi.
Monza, li..... Il Funzionario addetto

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. **50** DEL 29 GEN. 2018

PIANO ATTUATIVO DI GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA (PGTA)

aggiornamento 2018

Attuazione DGR n.X/7600 del 20.12.2017 e DGR n.X/7766 del 17/01/2018
(PGTA previsto con nota regionale G1.2017.0039160 del 29.12.2017)

INDICE

1. PREMESSA	1
2. TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE	2
3. ANALISI DI CONTESTO DEMOGRAFICO ED AMBITI TERRITORIALI.....	4
4. ANALISI DI MONITORAGGIO	6
5. AZIONI DI GOVERNO DEI TEMPI DEI ATTESA PER IL 2018.....	12
5.1 Coordinamento	12
5.2 Monitoraggio	12
5.3 Governo della domanda	12
5.4 Interventi sull'offerta	14
5.5 Accessibilità	14
5.6 Informazione e comunicazione	15
5.7 Attivazione del Gruppo di Miglioramento dei tempi di attesa.....	15
ALLEGATO.....	16

1. PREMESSA

Sulla base delle indicazioni regionali per il 2018 in materia di tempi di attesa stabilite dalla DGR n.X/7600 del 20.12.2017 *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018* e dalla successiva specifica nota regionale prot.G1.2017.0039160 del 29.12.2017, le ATS devono predisporre e formalizzare gli aggiornamenti dei piani attuativi per il governo dei tempi di attesa (PGTA) relativamente al 2018.

La predisposizione di tale documento è finalizzata ad aggiornare e dare continuità ai piani attualmente vigenti anche a seguito di ulteriori evidenze normative ed analisi valutative circa criticità evidenziate.

I principali contenuti del presente PGTA si richiamano alla DGR n.IX/1775/2011, alla DGR n.X/3993/2015 ed **alla recente DGR n.X/7766 del 17/01/2018** "Tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: stato di attuazione delle politiche regionali ed indirizzi per l'ulteriore contenimento dei tempi di attesa". La Giunta regionale con questo ultimo provvedimento si è proposta di avviare un sistema organico di misure mirate al contenimento dei tempi di attesa, con particolare attenzione ad aspetti organizzativi, gestionali, di risorse umane e di rafforzamento/introduzione di misure di appropriatezza prescrittiva.

Il presente documento fornisce un'analisi dei dati relativi ai tempi di attesa riferiti al 2017 ed individua le ulteriori azioni di miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni per l'anno 2018. Come richiamato anche nei precedenti piani, si sottolinea che la definizione di tempistiche particolari per le diverse classi di priorità clinica ed il riferimento alla 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.

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

Si ribadisce nuovamente, anche in questo aggiornamento del PGTA, che 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.

Gli interventi specifici di miglioramento nella gestione delle liste di attesa, per avere una qualche efficacia devono contemplare diverse azioni per le 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.

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 di prestazioni dalla rete di offerta, riducendo, in particolare, l'inappropriatezza prescrittiva. A tali condizioni si offrono maggiori opportunità a pazienti in particolari condizioni di fragilità e bisogni anche attraverso l'attivazione di specifiche modalità organizzative di presa in carico dei pazienti con patologie croniche finalizzate a semplificarne l'attivazione di percorsi assistenziali dedicati anche per ciò che concerne l'accessibilità ed i tempi di attesa; tale approccio

garantisce nel contempo che non vi sia una frammentazione dei processi di diagnosi e cura. La sopra richiamata LR n.23/2015 pone le premesse per un'efficace presa in carico del paziente.

2. TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE

Le indicazioni regionali stabiliscono che le strutture erogatrici debbano adoperarsi al fine di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per almeno il 95% delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso.

Si ritiene opportuno richiamare di seguito i criteri clinici di riferimento relativi alle diverse classi di priorità. Tali criteri considerano, 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 Prestazione da erogarsi nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore; da riservare ai casi gravi in cui vi può essere un reale rischio per la vita del paziente
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 Breve attesa da erogarsi entro 10 giorni
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 Prestazioni da erogarsi entro 30 giorni (nel caso delle visite) o entro 60 giorni (nel caso delle prestazioni strumentali)
Classe P (programmabile)	Riferita a problemi che richiedono approfondimenti ma che non necessitano di risposta in tempi particolarmente rapidi ovvero per prestazioni non urgenti ma programmabili anche oltre i 180 giorni secondo indicazioni cliniche stabilite di volta in volta dal prescrittore (si evidenzia che fino al 2017 le indicazioni prevedevano di norma l'esecuzione entro i 180 giorni) Prestazioni da erogarsi in un tempo programmabile

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, di seguito descritti:

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

Anche per le prestazioni afferenti alla **radioterapia** si descrivono di seguito alcuni riferimenti clinici riferiti alle diverse classi di priorità ed i relativi tempi massimi di attesa:

Classe 1	Trattamenti palliativi in presenza di sintomi significativi Tempo massimo 15 gg
Classe 2	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) Tempo massimo 30 gg
Classe 3	Trattamenti post-operatori, esclusi quelli di cui alle classi 2 e 4 Casi selezionati di trattamenti curativi in tumori a lenta evoluzione Tempo massimo 90 gg
Classe 4	Trattamenti programmati nel contesto di percorsi terapeutici multidisciplinari, nei quali la posticipazione della RT non influisca negativamente sulla sua efficacia terapeutica Tempo massimo 180 gg (inizio programmabile in relazione ad altri trattamenti)

A riguardo del rispetto dei tempi massimi stabiliti dalle indicazioni regionali, stante la persistente criticità per talune prestazioni ambulatoriali e per alcune strutture erogatrici, si garantisce per ciascun area distrettuale, 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. In ogni caso le strutture erogatrici dovranno tendere al rispetto dei tempi massimi stabiliti dalle specifiche classi di priorità.

Il rispetto dei tempi massimi di accesso alle prestazioni dovrà in primo luogo, considerare i tre distretti nei quali si articola il territorio della ATS della Brianza; nello specifico si tratta del territorio in cui insistono l'ASST di Lecco, l'ASST di Monza, e l'ASST di Vimercate.

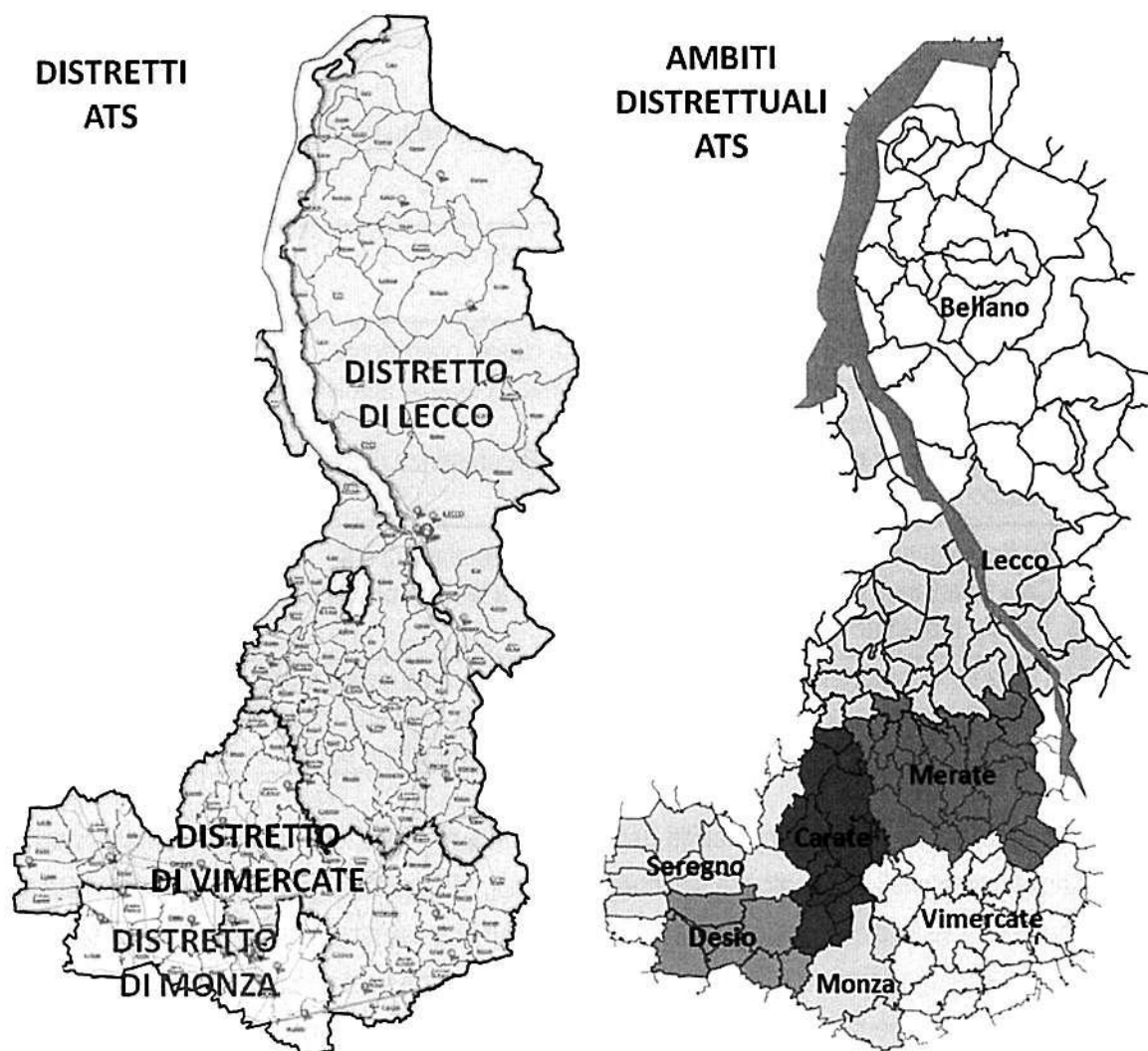
In considerazione della distribuzione delle strutture erogatrici sul territorio e delle caratteristiche geografiche, di viabilità e di mobilità dei cittadini, per i tre distretti dovrà essere garantito il rispetto dei tempi massimi di accesso stabiliti dalla normativa vigente.

3. ANALISI DI CONTESTO DEMOGRAFICO ED AMBITI TERRITORIALI

L'ATS Brianza comprende 143 Comuni e si estende su di un territorio complessivo di 1.221 Km². La popolazione residente al 01/01/2017 è costituita da 1.208.097 persone (592.102 maschi e 615.995 femmine) (<http://www.demo.istat.it>).

L'ATS della Brianza è articolata in 3 distretti (Lecco, Monza e Vimercate) e 8 ambiti distrettuali (Bellano, Lecco, Merate, Carate Brianza, Desio, Monza, Seregno e Vimercate).

La figura successiva riporta l'articolazione dei distretti e degli ambiti distrettuali dell'ATS della Brianza.



Di seguito si riporta la numerosità della popolazione residente e della densità, suddivisa per area territoriale

Distretto	Ambito distrettuale	Maschi	Femmine	TOTALE	Km ²	Ab/Km ²	n.comuni
LECCO	Bellano	26.506	26.883	53.389	459	116	32
	Lecco	81.309	84.540	165.849	228	727	32
	Merate	59.160	60.840	120.000	130	923	24
	s/tot	166.975	172.263	339.238	817	415	88
MONZA	Desio	94.972	97.974	192.946	60	3.216	7
	Monza	82.425	88.944	171.369	48	3.570	3
	s/tot	177.397	186.918	364.315	108	3.373	10
VIMERCATE	Carate Brianza	75.021	78.037	153.058	76	2.014	13
	Seregno	82.950	86.061	169.011	80	2.113	10
	Vimercate	89.759	92.716	182.475	141	1.294	22
	s/tot	247.730	256.814	504.544	297	1.699	45
Totale ATS		592.102	615.995	1.208.097	1.222	989	143

La tabella successiva 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) suddivisi per area territoriale. In allegato vengono riportate le sedi delle singole strutture.

Distretto	Ambito distrettuale	Strutture ambulatoriali	Strutture di ricovero	Strutture di radioterapia
LECCO	Lecco	11	5	1
	Bellano	2	1	-
	Merate	4	2	-
	s/tot	17	8	1
MONZA	Desio	11	2	-
	Monza	12	4	2
	s/tot	23	6	2
VIMERCATE	Carate	9	1	-
	Seregno	6	2	-
	Vimercate	6	1	-
	s/tot	21	4	-
Totale ATS		61	18	3

In relazione alla suddetta tabella si ribadisce, comunque, che il riferimento di interesse diventa la rete di offerta territoriale nel suo insieme e non la singola struttura di erogazione; ciò permette di definire in modo flessibile il modello organizzativo tenendo conto sia l'espressione della libertà di scelta dei cittadini sia della presenza di strutture ad elevata capacità di attrazione (con liste di attesa più lunghe per taluni ambiti specialistici). In ogni caso tale tipo di impostazione non ha, ovviamente, lo scopo di introdurre vincoli rispetto all'incontro domanda/offerta, ma di consentire, attraverso specifiche valutazioni, se sussistono, o meno, importanti fenomeni di squilibrio tra domanda e offerta in determinate aree geografiche.

4. ANALISI DI MONITORAGGIO

Di seguito si riportano alcune elaborazioni relative alle attività di monitoraggio dei tempi di attesa per il territorio ATS della Brianza.

Le analisi hanno preso in considerazione sia *valutazioni ex-ante* ottenute dal flusso regionale MTA sia *valutazioni ex-post* sulla base dei flussi della Circ.28/SAN.

Le tabelle che seguono sono riferite ai principali aspetti ed indicatori che risulta più opportuno focalizzare attraverso ciascuna delle due tipologie di flussi.

Monitoraggio ex ante

La numerosità delle prenotazioni **ambulatoriali** effettuate durante i giorni indice del 2017, e comprensivo del monitoraggio nazionale di ottobre, è riportata nella tabella successiva. Sono ricomprese tutte le classi di priorità (U/B/D/P).

n. prenotazioni	n. prenotazioni entro soglia	% prenotazioni entro soglia
97.856	89.772	92%

Lo standard del $\geq 95\%$ non viene complessivamente rispettato anche se vi sono notevoli differenze sulla base della tipologia di struttura, come risulta dalla tabella seguente

Erogatore	n. prenotazioni (tutte le classi)	n. prenotazioni entro soglia	% prenotazioni entro soglia
Pubblico	48.862	43.649	89%
Privato CC	24.565	22.180	90%
Privato solo AMB	24.429	23.943	98%

Dalla tabella successiva si evince la persistenza di un'elevata percentuale sul totale delle prenotazioni delle prestazioni in classe P anche se si registra un marcato decremento rispetto agli anni passati (78% anno 2016).

Classe	n. prenotazioni	% su tot
U	2.102	2,1
B	3.224	3,3
D	37.389	38,2
P	55.141	56,4
Totale	97.856	100

L'incremento consistente della classe D, raddoppiata rispetto al 2016 (in cui rappresentava solo il 19%) si ritiene sia la principale causa della riduzione della percentuale delle prestazioni rese entro soglia nel corso del 2017; tale valore nel 2016 si attestava complessivamente al 96%.

Dalla tabella seguente si dettaglia il raggiungimento del valore soglia per classe di priorità e per area territoriale.

ATS			LECCO		MONZA		VIMERCATE	
Classe priorità	num. prenot.	numerosità e % entro soglia	num. prenot.	numerosità e % entro soglia	num. prenot.	numerosità e % entro soglia	num. prenot.	numerosità e % entro soglia
U	2.102	1.333 (63%)	677	553 (82%)	1.147	545 (48%)	278	235 (85%)
B	3.224	2.383 (74%)	1.397	1.165 (83%)	1.381	853 (62%)	446	365 (82%)
D	37.389	33.021 (88%)	9.980	8.732 (87%)	15.639	13.892 (89%)	11.770	10.397 (88%)
P	55.141	53.035 (96%)	15.530	14.728 (95%)	20.393	19.203 (94%)	19.218	19.104 (99%)
Totale	97.856	89.772 (92%)	27.324	24.982 (91%)	38.270	34.245 (89%)	31.712	30.101 (95%)

La DGR n.X/7766 del 17/01/2018 ha evidenziato come particolarmente critiche a livello regione sia per numerosità che per tempistica le seguenti 6 prestazioni ambulatoriali: Prima visita oculistica - Eco(color)dopplergrafia cardiaca - Ecografia bilaterale della mammella - Mammografia bilaterale - Ecografia dell'addome superiore - Colonscopia con endoscopia flessibile. La tabella successiva riporta una sintesi di quanto rilevato sul nostro territorio attraverso i dati di monitoraggio mensile (sono escluse le classi di priorità P). Viene riportata la numerosità delle prenotazioni e la percentuale entro soglia a livello di ATS, indicando anche i dati parziali per tipologia di erogatore.

Erogatore	ATS	Pubblico	Privato CC	Privato solo AMB
Prima vis. oculistica	1.321 (83%)	1.031 (83%)	266 (84%)	24 (75%)
Eco(color)dopplergrafia cardiaca	839 (86%)	575 (84%)	190 (88%)	74 (100%)
Ecografia bil. mammella	556 (86%)	207 (84%)	216 (80%)	133 (100%)
Mammografia bilaterale	408 (94%)	177 (86%)	138 (99%)	93 (100%)
Ecografia dell'addome superiore	884 (86%)	329 (85%)	313 (77%)	242 (99%)
Colonscopia endoscopia flessibile	434 (72%)	236 (66%)	198 (79%)	0

Per quanto riguarda l'area dei ricoveri programmati (compreso chemioterapia) la tabella successiva riporta la numerosità e la percentuale entro soglia delle prestazioni monitorate mensilmente, indicando anche la suddivisione per sede territoriale del presidio.

ATS			LECCO		MONZA		VIMERCATE	
Classe priorità	Num.	N. (%) ≤ tempo massimo	Num.	N. (%) ≤ tempo massimo	Num.	N. (%) ≤ tempo massimo	Num.	N. (%) ≤ tempo massimo
A	2.054	1.830 (89%)	495	329 (66%)	1.329	1.305 (96%)	200	196 (98%)
B	654	558 (85%)	407	327 (80%)	202	188 (93%)	45	43 (96%)
C	830	827 (100%)	330	330 (100%)	355	352 (99%)	145	145 (100%)
D	1.054	1.052 (100%)	406	405 (100%)	184	184 (100%)	464	463 (100%)
TOTALE	4.592	4.267 (93%)	1.638	1.391 (85%)	2.100	2.029 (97%)	854	847 (99%)

Da tale tabella si evince che, complessivamente a livello ATS, sussiste un sostanziale rispetto dei tempi massimi regionali, con una criticità rilevabile nel territorio di Lecco per i ricoveri programmati a priorità più bassa e in particolare, da un'analisi di dettaglio per singolo punto di erogazione, presso il Presidio di Lecco per le prestazioni mastectomia e di tumore all'utero. Verrà comunque avviata una più approfondita analisi anche in merito alla corretta rappresentazione del dato.

Da ultimo si riporta di seguito la distribuzione della numerosità delle prestazioni di **radioterapia** suddivisi per classi di priorità e per territorio di erogazione, in cui non si evidenziano particolari criticità, registrando un dato in tutti i casi superiore al 95%.

ATS			LECCO		MONZA	
Classe priorità	Tot	N. (%) ≤ tempo massimo	Tot	N. (%) ≤ tempo massimo	Tot	N. (%) ≤ tempo massimo
1	284	272 (96%)	74	70 (95%)	210	202 (96%)
2	208	200 (96%)	36	35 (100%)	172	165 (96%)
3	105	105 (100%)	57	57 (100%)	48	48 (100%)
4	470	470 (100%)	244	244 (100%)	226	226 (100%)
TOTALE	1.067	1.047 (98%)	411	406 (99%)	656	641 (98%)

Monitoraggio ex-post

I dati rappresentati nelle tabelle successive sono stati elaborati dai flussi **ambulatoriali** della Circ.28/SAN analizzando il database aggiornato con i dati di produzione dell'intero anno 2017.

La tabella sottostante riporta la numerosità delle prestazioni ambulatoriali erogate, per il periodo esaminato, e considerando tutte le classi di priorità esclusa la classe P. La percentuale di rispetto della soglia regionale risulta complessivamente dell'82,7%, oltre un punto e mezzo inferiore a quella del 2016 (84,4%). Tale calo è motivabile dall'aumento delle prestazioni non P che hanno un tempo soglia più basso.

Num. erogate anno 2017	Num. entro soglia	% entro Soglia
242.776	200.815	82,7%

Il dato di 82,7% risulta essere anche inferiore alla percentuale osservata dal monitoraggio mensile che, esclusa al classe P, è mediamente dell'86,0%.

Di seguito si riporta la numerosità totale delle prestazioni ambulatoriali, escluse quelle in classe P, con la % entro soglia per distretto sede della struttura di erogazione

Distretto di erogazione	Num. erogate anno 2017	Num. entro soglia	% entro Soglia
LECCO	72.794	64.401	88,5%
MONZA	97.624	73.859	75,7%
VIMERCATE	72.360	62.555	86,4%

Ricomprendendo anche la classe di priorità P su 850.975 prestazioni analizzate (periodo 2017) per il 93% (792.647) è stato rispettato il tempo massimo di attesa (considerando l'insieme di tutte le classi). Il dato è coerente con quanto rilevato dai flussi MTA (92%).

Come per il flussi MTA si vuole rappresentare il dato anche per tipologia di erogatore. La tabella che segue ne riporta i valori:

Erogatore	n. prestazioni monitorate erogate (tutte le classi)	n. erogate entro soglia	% erogate entro soglia
Pubblico	445.374	396.447	89%
Privato CC	216.411	207.935	96%
Privato solo AMB	191.190	188.265	98%

I dati sono sovrapponibili con quelli del flusso MTA tranne che per gli erogatori privati (con strutture di ricovero) in cui si registra un dato da Circ.28/SAN di 6 punti percentuali più alto rispetto al monitoraggio mensile. Saranno pertanto attivate verifiche mirate.

Il parziale disallineamento dei valori entro soglia in un confronto tra i dati della Circ.28/SAN e quelli MTA viene rilevato in particolare per le classi U e B così come riportato nella tabella seguente. Tale fenomeno sarà oggetto di approfondimento con i singoli soggetti erogatori.

Classe di priorità	Circ. 28/SAN anno 2017	MTA 2017
U	74%	63%
B	78%	74%
D	87%	88%
P	97%	96%

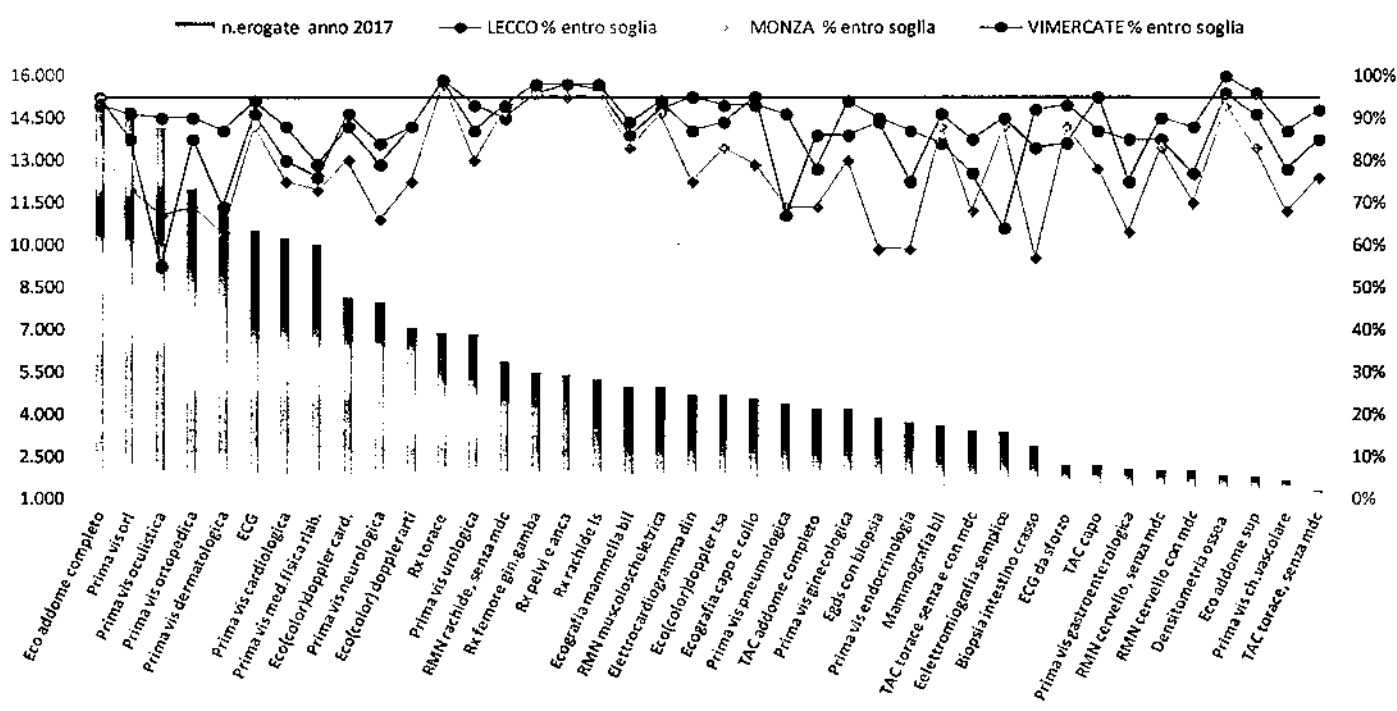
Da ultimo, nella tabella successiva (seguita da un grafico), si vuole rappresentare il dato di rispetto dei tempi di attesa per le singole prestazioni e per area territoriale. Vengono rappresentate solo quelle con maggior numerosità (complessivamente rappresentano più del 95%) escludendo quelle con classe di priorità P.

Si evidenzia che, considerate complessivamente, le prestazioni più critiche per la tempistica di attesa risultano essere in particolare le prime visite specialistiche (orl, oculistica, ortopedica, dermatologica, cardiologica, fisiatrica, neurologica, urologica), talune prestazioni di diagnostica per immagini (mammografie, ecografie mammarie, tac addome, rmn addome e rachide) ed alcune endoscopie digestive, a volte con caratterizzazioni diverse in base al territorio sede della struttura erogatrice. Sono state altresì evidenziate in grassetto le 6 prestazioni che per numerosità e per tempo di erogazione risultano maggiormente critiche a livello medio regionale così come indicate nella recente DGR n.X/7766 del 17/01/2018:

Prestazioni ambulatoriali monitorate	n.erogate anno 2017	n.erogate entro soglia	ATS % entro soglia	LECCO % entro soglia	MONZA % entro soglia	VIMERCATE % entro soglia
Eco addome completo	15.044	13.602	90%	93%	82%	95%
Prima vis orl	14.903	11.986	80%	91%	73%	85%
Prima vis oculistica	14.155	9.519	67%	90%	67%	55%
Prima vis ortopedica	12.027	9.577	80%	90%	69%	85%
Prima vis dermatologica	11.339	7.973	70%	87%	63%	69%
ECG	10.543	9.592	91%	94%	88%	91%
Prima vis cardiologica	10.248	8.257	81%	88%	75%	80%
Prima vis di medicina fisica e riabilitazione	10.013	7.594	76%	79%	73%	76%
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo	8.113	6.894	85%	88%	80%	91%
Prima vis neurologica (neurochirurgica)	7.976	5.798	73%	79%	66%	84%
Eco(color) dopplergrafia arti sup o inf	7.036	5.928	84%	88%	75%	88%
Rx torace	6.892	6.823	99%	99%	98%	99%
Prima vis urologica/andrologica	6.816	5.820	85%	93%	80%	87%
RMN rachide, senza mdc	5.869	5.395	92%	90%	92%	93%
Rx femore, ginocchio e gamba	5.469	5.318	97%	96%	96%	98%
Rx pelvi e anca	5.389	5.239	97%	98%	95%	98%
Rx rachide ls	5.231	5.084	97%	97%	96%	98%
Ecografia mammella bil	4.976	4.298	86%	86%	83%	89%
RMN muscoloscheletrica, senza mdc	4.960	4.594	93%	92%	91%	94%
Elettrocardiogramma dinamico	4.672	4.029	86%	95%	75%	87%
Eco(color)doppler tronchi sovra aortici	4.671	4.112	88%	93%	83%	89%
Ecografia capo e collo	4.543	4.026	89%	93%	79%	95%
Prima vis pneumologia	4.413	3.320	75%	91%	69%	67%
TAC addome completo con mdc	4.217	3.267	77%	78%	69%	86%
Prima vis ginecologica	4.215	3.614	86%	94%	80%	86%
Esofagogastroduodenoscopia con biopsia	3.870	2.967	77%	90%	59%	89%
Prima vis endocrinologia/diabetologia	3.739	2.695	72%	87%	59%	75%
Mammografia bil	3.624	3.180	88%	84%	88%	91%
TAC torace, senza e con mdc	3.454	2.632	76%	77%	68%	85%
Elettromiografia semplice	3.376	2.501	74%	64%	88%	90%
Colonscopia con endoscopio flessibile	2.835	1.981	70%	92%	57%	83%

ECG da sforzo con cicloergometro	2.172	1.933	89%	93%	88%	84%
TAC capo	2.160	1.859	86%	87%	78%	95%
Prima vis gastroenterologica	2.085	1.534	74%	85%	63%	75%
RMN cervello, senza mdc	2.027	1.758	87%	85%	83%	90%
RMN cervello, senza e con mdc	1.988	1.560	78%	77%	70%	88%
Densitometria ossea	1.869	1.792	96%	96%	93%	100%
Eco addome sup	1.763	1.592	90%	91%	83%	96%
Prima vis chirurgica vascolare	1.690	1.264	75%	78%	68%	87%
TAC torace, senza mdc	1.307	1101	84%	85%	76%	92%

Tempi di attesa 2017 - Numero di prestazioni erogate > 1.300 (no classe P) e % entro soglia nei distretti di Monza, Vimercate e Lecco (dati Circ.28/SAN)



I dati sopra esposti sono valori medi, pertanto le criticità sono più acute in quelle tipologie di strutture che mediamente hanno soglie di rispetto basse. Si riporta a titolo di esempio i valori di rispetto riferiti a tutte le prime visite specialistiche monitorate, suddivise per tipologia di struttura erogatrice.

Erogatore	% prime visite erogate entro soglia (escluso P)
Pubblico	74%
Privato CC	82%
Privato solo AMB	91%

5. AZIONI DI GOVERNO DEI TEMPI DEI ATTESA PER IL 2018

Le principali azioni che l'ATS intende realizzare per una maggiore efficacia del governo dei tempi di attesa per il 2018 fanno riferimento sia alle diverse disposizioni regionali varate in materia, compresa la recente DGR n.X/7766 del 17/01/2018, sia alle criticità applicative riscontrate a livello locale. Tali azioni possono essere come di seguito schematizzate:

5.1 COORDINAMENTO

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

- ✓ tra ATS e strutture erogatrici della rete di offerta di prestazioni sanitarie principalmente attraverso la negoziazione ed incontri ad hoc per affrontare criticità riscontrate per singoli erogatori;
- ✓ tra ATS ed ASST in sede di predisposizione da parte delle ASST dei Piani aziendali semestrali di Governo dei Tempi di Attesa; tali documenti, congruenti con il presente Piano attuativo, dovranno essere inoltrati ai competenti uffici regionali ed alla ATS entro il 28/02/2018 (per il 1° semestre) ed entro il 31/07.2017 (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 MONITORAGGIO

Si espleta attraverso:

- ✓ analisi dei flussi delle rilevazioni periodiche (ex ante MTA) programmate (previste 12 di cui 2 di rilievo nazionale) secondo il calendario regionale e nazionale. Questo ultimo esteso anche alle prestazioni ambulatoriali rese in attività libero-professionale intramoenia e solvenza. In base alla DGR n.X/7766 del 17/01/2018 il flusso ex ante relativo alla libera professione verrà rilevato trimestralmente.
- ✓ elaborazione dei dati da flussi post (Circ. 28/SAN) con individuazione di aree critiche e confronto con erogatori per attivazione di azioni correttive/migliorative;
- ✓ verifica della gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili in applicazione del Progetto Ministeriale del 'Mattoni' 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 nazionale (Legge 266/2005 art.1 comma 282) regionali in materia di sospensione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie con specifiche relazioni semestrali da trasmettere ai competenti uffici regionali;
- ✓ verifica della corretta e completa compilazione del flusso delle schede di dimissione ospedaliere dei ricoveri programmati per ciò che concerne le informazioni 'data di prenotazione' e 'classe di priorità';
- ✓ verifica del rispetto di quanto stabilito dal debito informativo relativo alla rendicontazione attraverso il flusso della Circ.28/SAN delle prestazioni erogate in regime di libera professione intramoenia e solvenza.

5.3 GOVERNO DELLA DOMANDA

Le diverse azioni che intervengono nel governo della domanda di prestazioni sanitarie rappresentano certamente l'aspetto più critico da gestire e che necessitano di adeguate implementazioni. Esse sono

riconducibili a diversi fattori quali, ad esempio: comportamenti prescrittivi dei medici (talvolta riconducibili alla medicina difensiva), preferenze dei pazienti, orientamento dei mezzi di comunicazione. 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 la stessa attività ambulatoriale; a tale riguardo, ne sono esempi, l'istituzione della macroattività ambulatoriale ad alta complessità (MAC) ed il potenziamento della chirurgia ambulatoriale (BIC).

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

1. Promozione ed implementazione di interventi finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva; i LEA, infatti, prevedono la garanzia di erogabilità di prestazioni sanitarie entro tempi appropriati alle necessità cliniche del singolo caso; ciò può essere sviluppato attraverso la realizzazione delle seguenti azioni:
 - ✓ 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 e prestazioni di diagnostica per immagini (tac ed rmn);
 - ✓ applicazione delle indicazioni prescrittive già condivise tra specialisti di strutture accreditate, mmg ed ATS, che indicano, per alcune prestazioni critiche per la tempistica di attesa, i principali criteri di appropriatezza prescrittiva;
 - ✓ implementazione informativa, in merito all'indicazione di un'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 (Circ.28/SAN) soprattutto quando tali valutazioni sono anche finalizzate ad allocare specifiche risorse finanziarie.
2. Verifica del corretto ricorso dei medici prescrittori alle indicazioni prescrittive riguardanti le classi di priorità. In particolare si sottolinea la necessità di realizzare strumenti di controllo, in collaborazione con i competenti uffici regionali e gruppi di esperti, per lo sviluppo di attività di verifica in particolare per prescrizioni con richiesta di urgenza differibile non giustificate ma più in generale, per tutte le classi di priorità.
3. Pieno sviluppo applicativo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

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 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. In tale ambito verrà pertanto supportato quanto previsto dalla DGR n.X/7766 del 17/01/2018 che ha individuato l'area

della Brianza (ASST di Lecco) quale territorio su cui avviare la sperimentazione di implementazione di un modello basato su priorità cliniche condivise tra prescrittori e specialisti a seguito dell'adesione al progetto di Agenas "Applicazione diffusa priorità cliniche alle prestazioni specialistiche ambulatoriali". La sperimentazione riguarderà inizialmente alcune prestazioni rientranti nelle tre discipline di Gastroenterologia, Cardiologia e Radiologia.

5.4 INTERVENTI SULL'OFFERTA

Si schematizzano di seguito gli interventi che necessitano di essere garantiti, promossi e sviluppati nell'ambito dell'offerta:

1. Implementazione dei sistemi di monitoraggio interni alle strutture erogatrici per la verifica costante dell'andamento dei tempi di attesa;
2. Individuazione di un Responsabile Unico Aziendale per tutte le strutture sanitarie accreditate a contratto a cui affidare i compiti organizzativi, di monitoraggio e di analisi delle criticità;
3. Mantenimento e sviluppo dell'accesso diretto, senza prenotazione, a determinate prestazioni ambulatoriali;
4. Conferma anche per l'anno 2018 della prosecuzione del progetto *Ambulatori aperti* al fine di garantire un'accessibilità ottimale anche nelle fasce orarie serali e nella giornata di sabato;
5. Negoziazione con gli erogatori, finalizzata ad incrementare alcuni settori di offerta di prestazioni ambulatoriali (le più critiche per i tempi di attesa) verso un maggior soddisfacimento della domanda appropriata. A tale proposito verrà dato seguito a quanto indicato nella DGR n.X/7766 del 17/01/2018 con progettualità specifiche finalizzate al contenimento dei tempi di attesa entro 30 giorni per le 6 prestazioni individuate dalla DGR citata (Prima visita oculistica - Eco(color)dopplergrafia cardiaca - Ecografia bilaterale della mammella - Mammografia bilaterale - Ecografia dell'addome superiore - Colonscopia con endoscopio flessibile);
6. Implementazione presso le strutture erogatrici di interventi che garantiscano la gestione delle prestazioni di controllo. A tale riguardo il nuovo modello organizzativo di presa in carico della cronicità e la programmazione delle prestazioni sanitarie all'interno del Piano Assistenziale Individuale (PAI) contribuiranno a ridurre in via tendenziale le liste di attesa;
7. Revisione periodica delle liste e verifica dell'overbooking;
8. Adozione di azioni finalizzate a ricordare ai pazienti che hanno effettuato una prenotazione (via sms, mail, telefonica) ed a semplificare le procedure di eventuale annullamento delle stesse;
9. Mantenimento aperto delle liste di prenotazione in da garantire la trasparenza delle stesse e fornire sempre una risposta ai bisogni espressi dai pazienti;
10. Garantire una accessibilità alle prestazioni, in termini di tempi di attesa, per aree territoriali omogenee;
11. Garantire nell'ambito delle prestazioni connesse allo screening mammografico e del colon retto le tempistiche previste tra la positività del primo test di screening e il primo approfondimento diagnostico.

5.5 ACCESSIBILITÀ

Si richiamano di seguito le principali azioni da mantenere e sviluppare nell'ambito dell'accessibilità:

- ✓ Implementazione delle disponibilità delle agende da parte delle strutture pubbliche al CCR per consentire un'ulteriore prenotabilità delle prestazioni ambulatoriali;

- ✓ Coinvolgimento delle strutture pubbliche e private accreditate sul tema delle agende attraverso i nuovi strumenti di prenotazione (prenotazione differita) mediati dal MOSA;
- ✓ Pieno e corretto utilizzo del ricettario SSN da parte dei soggetti prescrittori;
- ✓ Sviluppo dei sistemi di prenotazione a livello territoriali in collegamento anche le farmacie.

5.6 INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

L'informazione e la comunicazione resta uno degli aspetti più importanti nel governo dei tempi di attesa. Rappresentano un diritto 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.

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

- ✓ Promozione di piani di comunicazione territoriali mediante diffusione delle informazioni ai cittadini riguardanti i tempi di attesa e le strutture erogatrici presenti sul territorio dell'ATS Brianza;
- ✓ Aggiornamento sul sito dell'ATS di specifiche pagine web inerenti i tempi di attesa;
- ✓ Vigilanza sull'applicazione di quanto stabilito dal D.Lgs. n.33/2013 relativamente alla trasparenza, per gli erogatori pubblici e privati accreditati a contratto;
- ✓ Sistemi differenziati di prenotazione relativamente alle due modalità di erogazione - istituzionale/libera professione - per eliminare improprie interferenze tra le stesse;
- ✓ Accesso alle informazioni sulle prestazioni di tutti gli erogatori pubblici e privati possibile dallo sviluppo nell'utilizzo dei dati derivanti dal flusso MOSA.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ATS garantisce le attività di ascolto e di rilevazione delle segnalazioni dei cittadini anche in merito a specifiche criticità attivando i competenti uffici ATS per eventuali e conseguenti approfondimenti ed interventi finalizzati al superamento delle stesse.

5.7 ATTIVAZIONE DEL GRUPPO DI MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

Con la finalità di creare un punto di raccordo e collaborazione tra ATS e gli attori del sistema che possono svolgere un ruolo attivo nella messa a punto degli obiettivi contemplati nel PGTA 2018 e nella DGR X/7766 del 17/01/2018, ATS Brianza ha previsto l'attivazione del "Gruppo di Miglioramento dei Tempi di Attesa di ATS della Brianza".

Il gruppo di lavoro, coordinato da ATS Brianza, prevede il coinvolgimento di soggetti del territorio operanti sul versante prescrittivo ed erogativo, nonché i destinatari del servizio sanitario. Il GdM rappresenterà un desk di confronto tra i soggetti, con la finalità di individuare e condividere azioni specifiche da mettere in atto per il contenimento dei tempi di attesa di prestazioni specialistiche ambulatoriali, nel rispetto degli obiettivi individuati dai documenti sopra citati e delle competenze di ciascuno. Il GdM fornirà inoltre supporto nella fase di progettazione delle azioni e realizzerà il monitoraggio, al fine di intercettare ed analizzare eventuali criticità ed individuare di concerto le azioni correttive più appropriate.

ALLEGATO

Strutture erogatrici - Area Distrettuale di Lecco

Ambito distrettuale	Comune	Tipo	Struttura	Indirizzo
Lecco	Bosisio Parini	Privata	IRCCS Eugenio Medea	Via Don Luigi Monza, 20
	Calolziocorte	Pubblica	ASST di Lecco – Poliambulatorio	Via Bergamo, 1
	Costa Masnaga	Privata	Centro di Riabilitazione Villa Beretta	Via N. Sauro, 17
	Galbiate	Privata	Gimar	Via 1° Maggio, 3
	Lecco	Pubblica	ASST di Lecco – Presidio di Lecco	Via dell'Eremo, 9/11
	Lecco	Privata	Casa di Cura Lecco beato Luigi Talamoni	Via S. Nicolò, 12
	Lecco	Privata	G. B. Mangioni Hospital	Via L. da Vinci, 49
	Lecco	Privata	Gimar	Corso Matteotti, 5/F - 5/G
	Lecco	Privata	Synlab	Corso Carlo Alberto, 76b
	Mandello del Lario	Pubblica	ASST di Lecco – Poliambulatorio	Piazza Vittoria, 1
	Oggiono	Pubblica	ASST di Lecco – Poliambulatorio	Via Bachelet, 9
Merate	Casatenovo	Pubblica	Presidio Ospedaliero di Ricerca - INRCA	Via Monteregio, 13
	Casatenovo	Pubblica	ASST di Lecco – Presidio di Merate	Via Monteregio, 15
	Cernusco Lomb.	Privata	Centro Radiologia Ellisse	Via Spluga, 49
	Merate	Pubblica	ASST di Lecco – Presidio di Merate	Via Largo Mandic, 1
Bellano	Bellano	Pubblica	Presidio di Bellano Umberto I	Via Carlo Alberto, 25
	Introbio	Privata	Centro Fisioterapico Valsassinese	Via Cavour, 4

Strutture erogatrici - Area Distrettuale di Monza

Ambito territoriale	Comune	Tipo	Struttura	Indirizzo
Monza	Brugherio	Pubblica	ASST Monza - Poliamb. Brugherio	Via Lombardia n. 277
	Brugherio	Privata	Fisiocenter	Via Fermi 6
	Brugherio	Privata	Istituti Clinici Zucchi Poliamb	Via Tre re n. 37
	Monza	Pubblica	ASST Monza – Presidio S. Gerardo	Via Pergolesi n.106
	Monza	Pubblica	ASST Monza – Poliamb. Via Solferino	Via Solferino, 16
	Monza	Privata	Fondazione M BBM	Via Pergolesi n.106
	Monza	Privata	Policlinico di Monza Poliamb. Amati	Via Amati n. 111
	Monza	Privata	Istituti Clinici Zucchi Monza	Via Zucchi n.24
	Monza	Privata	Policlinico di Monza Poliamb. Modigliani	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
Desio	Bovisio	Privata	Fisiomed 2000	Via Carducci n. 7
	Cesano	Pubblica	ASST Monza – Poliamb. Cesano	Via S. Carlo
	Cesano	Privata	Alliance Medical Diagnostica	Via Locatelli n. 17
	Cesano	Privata	Mediplus	Via Montecenisio n. 27
	Desio	Pubblica	ASST Monza - Presidio Desio	Via Mazzini, 1
	Limbrate	Pubblica	ASST Monza - Poliamb. Limbrate	Via Montegrappa, 40
	Limbrate	Privata	Villa Bianca – Multimedita	Via F.lli Bandiera, 3
	Muggiò	Pubblica	ASST Monza - Poliamb Muggiò	Via De Gasperi n. 14
	Muggiò	Privata	Risana Diagnostica	Via 1° Maggio n. 12
	Nova	Pubblica	ASST Monza – Poliamb. Nova Mil.	Via Giussani n. 9
Nova	Privata	Nova Medical	Via Roma, 21	

Strutture erogatrici - Area Distrettuale di Vimercate

Ambito territoriale	Comune	Tipo	Struttura	Indirizzo
Carate	Besana	Pubblica	ASST Vimercate Poliamb Besana	Via Viarana n. 38
	Carate	Pubblica	ASST Vimercate – Presidio Carate	Via Mosè Bianchi, 9
	Carate	Privata	Istituti Clinici Zucchi	Pzza Madonnina
	Lissone	Pubblica	ASST Vimercate Poliamb Lissone	Via Bernasconi
	Lissone	Privata	Alliance Medical	Via Mameli,42/A
	Lissone	Privata	Fondazione Maugeri	Via Bernasconi,16
	Macherio	Pubblica	ASST Vimercate Poliamb.Macherio	Via Italia,13
	Veduggio	Privata	Studio di Fisiochinesiterapia F.T.C. di Crotti	Via Magenta n.37
	Verano	Privata	Istituto Clinico Universitario Policlinico	Via Petrarca,51
Seregno	Giussano	Pubblica	ASST Vimercate - Presidio di Giussano	Via Milano n. 65
	Lentate	Pubblica	ASST Vimercate Ambulatorio di Lentate	Via Garibaldi n37
	Meda	Privata	Centro Diagnostico Meda	C.so della Resistenza, 23
	Seregno	Pubblica	ASST Vimercate - Presidiodi Seregno	Via Verdi n. 2
	Seregno	Privata	Studio Radiologico Bernasconi	Via Solferino n.150
	Seveso	Pubblica	ASST Vimercate Ambulatorio Seveso	Via Martiri d'Ungheria n.30
Vimercate	Agrate	Privata	CDM Agrate	Via Lecco,11
	Arcore	Pubblica	ASST Vimercate - Poliamb.Arcore	Via Umberto,17
	Lesmo	Privata	Diagnosi X – Centro Polidiagnostico	Via G.Carducci,8
	Usmate	Privata	Fisiocenter CSMD	Via Roma,3
	Vimercate	Pubblica	ASST Vimercate – Presidio di Vimercate	Via Cosma e Damiani,10
	Vimercate	Privata	Ambulatorio Ortopedico Fisioterapico	Via Ortigara,1

