

RUOLO DELLE ATS NELL'APPLICAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE NEI TERRITORI

Sommario

| | |
|---|---|
| RUOLO DELLE ATS NELL'APPLICAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE NEI TERRITORI | 1 |
| Introduzione | 1 |
| Sistema di accreditamento | 2 |
| Negoziazione e gestione dei contratti e degli addendum contrattuali dedicati all'attività aggiuntiva per il recupero dell'attività di ricovero e ambulatoriale..... | 2 |
| Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato e ambulatoriali | 2 |
| Attuazione del PNRR..... | 3 |
| Mantenimento delle attività di gestione dell'emergenza: gestione tamponi/vaccinazioni e nel caso di ripresa epidemica, governo dei letti da mettere a disposizione in ambito TI, acuto e subacuto.. | 4 |
| Predisposizione e attuazione del piano annuale dei controlli | 4 |
| Miglioramento dei sistemi informativi di governo | 5 |

Introduzione

La L.R. 23/2015 e la L.R. 22/2021 hanno portato a compimento la piena separazione del ruolo di committenza e governo dal ruolo di erogazione con un orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso e all'integrazione tra servizi. La riforma ha quindi assegnato alle ATS un ruolo di snodo fondamentale che connette il governo del sistema con i soggetti erogatori, con i professionisti e con gli assistiti, garantendo l'assicurazione dei LEA.

In questo modello Regione, confrontandosi con le ATS per conoscere gli elementi di contesto locali, indica gli obiettivi, le risorse assegnate ai territori, le linee di programmazione e le regole di sistema cui i soggetti pubblici e privati accreditati a contratto devono attenersi. Le ATS, sulla base di questi indirizzi determinano in funzione dell'analisi epidemiologica i fabbisogni erogativi dei diversi LEA, mettendo a disposizione delle ASST e dei loro distretti le analisi e le indicazioni circa la capacità della rete di offerta del relativo territorio e applicano la programmazione regionale, negoziando con gli erogatori le risorse e i livelli contrattuali che ne garantiscano l'attuazione e i livelli quali quantitativi delle prestazioni da rendere

Svolgono poi una funzione di 'regia', di coordinamento e di integrazione fra i diversi livelli del sistema di offerta per l'uniforme applicazione della programmazione strategica regionale, favorendo le collaborazioni e sinergie fra erogatori su tematiche specifiche nelle aree d'intervento sanitarie, sociosanitarie e di integrazione con il livello sociale, anche avvalendosi della Cabina di regia ex art. 6, comma 6 L.r. 33/2009.

Vengono di seguito evidenziati una prima serie di aree di attività che fin dal 2022 dovranno essere caratterizzate da questo modello di relazione fra DG Welfare, ATS e unità di offerta erogative, pubbliche e private accreditate

Sistema di accreditamento

Nell'ambito della previsione di legge, è attribuita a Regione la definizione dei criteri e dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie; considerati i compiti di verifica ed attuazione degli stessi attribuiti alle ATS e i compiti declinati nel regolamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (previsto con DGR N.X7600/17 e istituito con Decreto del Direttore Generale Welfare n. 2955/2018 e costituito dai rappresentanti delle 8 ATS), si riconferma la sinergia in essere tra la Direzione Generale Welfare e l'OTA, per lo svolgimento di tale attività in ambito sanitario. Per l'ambito socio sanitario la medesima modalità di collaborazione trova applicazione mediante la conferma dei tavoli di lavoro istituiti con i rappresentanti dei Dipartimenti PAAPSS di tutte le ATS.

Negoziiazione e gestione dei contratti e degli addendum contrattuali dedicati all'attività aggiuntiva per il recupero dell'attività di ricovero e ambulatoriale

Le ATS sono tenute a recepire le indicazioni relative alla sottoscrizione dei contratti di erogatori sanitari e sociosanitari, comprese le attività aggiuntive.

Sulla base degli indirizzi e dei budget assegnati, le ATS svolgono le attività di negoziazione e stipula dei contratti, sia per le ASST che per gli erogatori privati accreditati e a contratto indicando:

- Le aree di attività, le prestazioni e gli obiettivi di accessibilità ed appropriatezza cui finalizzare la quota percentuale del contratto di ricovero e dell'attività ambulatoriale e l'eventuale attività aggiuntiva prevista negli addendum contrattuali;
- le condizioni di erogazione previste nello schema contrattuale, legate al rispetto del case mix storico, della quota da riservare alla PIC, ad eventuali tetti massimi per macroattività, le indicazioni circa il mancato riconoscimento di determinate prestazioni nell'ambito dell'assetto accreditato legate a volumi minimi, outcome, appropriatezza.

E' affidato alle ATS anche il monitoraggio periodico delle attività contrattuali e dei relativi addendum contrattuali, in termini quali-quantitativi, e l'attività di rimodulazioni dei budget già previste negli esercizi precedenti.

Le quote trattenute per il mancato raggiungimento degli obiettivi contrattuali da parte degli erogatori vengono mantenute in capo all'ATS, per poterle ridestinare, d'intesa con la DG Welfare, per ulteriori attività erogative negli stessi territori.

Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato e ambulatoriali

La problematica dei tempi attesa è complessa e necessita di interventi su più livelli: corretto dimensionamento dell'offerta, appropriatezza della domanda, trasparenza nella disponibilità e nell'accesso alle prestazioni. Va coniugata la libertà di scelta degli assistiti e la disponibilità di accesso

equo con tempi congrui delle prestazioni richieste all'interno di un dato territorio (distretti, territorio delle ASST, territorio di ATS)

Le ATS sono tenute ad elaborare ogni anno un piano territoriale per il governo dell'attività ambulatoriale e dei tempi di attesa, sulla base dell'analisi dei fabbisogni epidemiologici realizzata a livello di distretto. Il piano riporta gli esiti delle negoziazioni con ogni erogatore (ASST ed EEPA) rispetto ad obiettivi di volume (per macro attività), di casistica, di gestione dei percorsi, di governo delle agende, di interventi per migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni effettuate dai propri specialisti e, per le ASST, dal sistema delle cure primarie. I piani vengono sottoposti a regione per approvazione entro il mese di novembre, in modo che possano orientare l'attività contrattuale dell'anno successivo. I piani ricomprendono al loro interno i contenuti dell'attuale piano di governo dei tempi di attesa.

Le ATS inoltre favoriscono collaborazioni fra erogatori per garantire il rispetto su base territoriale dei tempi di attesa; supportano le ASST nella determinazione delle attività e dei volumi da erogare all'interno delle case di Comunità; favoriscono l'incontro fra domanda (pazienti presi in carico dalle cooperative MMG) e offerta (agende dedicate per i cronici); operano il coordinamento dei RUA e il monitoraggio continuo, delle liste di galleggiamento, del corretto equilibrio fra agende riservate e aperte e dell'utilizzo del sistema di prenotazione regionale, del rispetto dei tempi di attesa in base alla priorità prescrittiva, individuando in caso di scostamenti rilevanti possibili correttivi ed operando attività specifica di controllo, sulla base delle indicazioni condivise con l'Agenzia per il Controllo del Sistema Sociosanitario, rivolta anche alla corretta applicazione della normativa relativa alla libera professione intramuraria.

Al fine di poter mettere in atto quanto previsto nei paragrafi precedenti, è previsto che nel corso del 2022 ARIA S.p.A. possa mettere a disposizione delle ATS flussi informativi legati alla capacità delle agende disponibili e all'attività di prenotazione. L'osservatorio epidemiologico della DG Welfare definisce, di intesa con i servizi di epidemiologia e i dipartimenti PAAPS delle ATS, i contenuti di un cruscotto che permetta per ogni territorio di monitorare i principali indicatori relativi al governo dei tempi di attesa.

Attuazione del PNRR

L'attuazione del programma previsto dal PNRR e dalla riforma approvata con la L.R. 22/2021, in ordine all'avviamento di Case e Ospedali di Comunità e COT, rappresenterà il principale obiettivo di riforma del SSR e richiede competenze legate all'organizzazione, al management, alla gestione di lavori pubblici (sia tecniche che giuridiche)

Il livello regionale, avvalendosi anche di strutture dedicate, mantiene i rapporti con il livello nazionale, definisce per ogni ATS gli obiettivi attesi e monitora lo stato di avanzamento regionale, produce linee guida per la progettazione e schemi contrattuali tipo per gli aspetti realizzativi; indica tipologia e livelli dei servizi da erogare, con particolare riferimento alle aree di attività innovative non ancora consolidate (area delle cure primarie con infermiere di famiglia e comunità, COT, integrazione con il sociale, prestazioni di telemedicina ecc), trasmette gli standard da rispettare, indicandoli come requisiti di accreditamento; definisce i requisiti e mette a disposizione il sistema informativo di supporto ai processi erogativi; individua quale può essere il ruolo degli EEPA in questo quadro e con quali strumenti eventualmente avviarlo.

Le ATS hanno il compito di coordinare l'attuazione nel proprio territorio della pianificazione regionale, definendo i singoli interventi e le loro priorità attuative di concerto con le ASST. E' compito delle ATS:

- esprimere un parere circa la sostenibilità dei progetti anche in termini di rispetto dei cronoprogrammi proposti;
- verificare l'aderenza delle progettazioni rispetto alle linee guida dell'esecuzione delle opere;
- supportare le ASST nello sviluppo delle progettualità, soprattutto nei casi in cui vengano operate nuove edificazioni o ristrutturazione di immobili comunali.

Sul piano organizzativo le ATS mantengono il coordinamento con le ASST relativamente all'attivazione dei servizi, alla loro rispondenza rispetto ai livelli indicati da regione e all'uniformità di erogazione nei diversi territori e collaborano nella riallocazione di servizi territoriali da riportare entro le CDC anche attraverso i collegi dei sindaci; negozia i volumi di prestazioni da erogare sulla base della BDA e dell'offerta complessiva già disponibile sul territorio ecc.

Nel caso del Comune di Milano, l'ATS Città Metropolitana mantiene la regia degli interventi previsti nell'ambito urbano, confrontandosi con l'amministrazione comunale, per garantire un'interlocuzione unitaria dell'attuazione del PNRR, nell'ambito del protocollo di intesa e collabora con Regione per individuare un modello di CDC adatto alle esigenze delle aree urbane.

Mantenimento delle attività di gestione dell'emergenza: gestione tamponi/vaccinazioni e nel caso di ripresa epidemica, governo dei letti da mettere a disposizione in ambito TI, acuto e subacuto

Si confermano le attività che le ATS già oggi svolgono per quanto riguarda la gestione delle vaccinazioni e dei tamponi. La DG Welfare, attraverso le proprie specifiche strutture dedicate (unità di crisi e task force) definisce i fabbisogni e li negozia con le ATS, lasciando alle agenzie il compito di applicarli e monitorandone attraverso un sistema informativo centralizzato l'effettiva attuazione.

Analogo modello verrà attuato, in funzione dei livelli di impatto sul sistema ospedaliero, per le attività di messa a disposizione e gestione di posti letto secondo quanto previsto dal livello dell'emergenza. Le ATS potranno inoltre disciplinare le regole di accesso alla rete riabilitativa, subacuta, di cure intermedie per la gestione delle dimissioni da reparti per acuto di pazienti covid su base territoriale. Regione mantiene il monitoraggio complessivo dell'occupazione di letti dedicati secondo il livello di emergenza e mette a disposizione delle ATS eventuali risorse aggiuntive per aumentarne la dotazione di posti letto nella rete di cure intermedie

Predisposizione e attuazione del piano annuale dei controlli

Si conferma il ruolo dell'Agenzia di Controllo del Servizio Sociosanitario lombardo quale soggetto coordinatore dell'attività di controllo delle ATS con cui dovrà essere sempre più consolidata la collaborazione in tale ambito; l'Agenzia svolge, altresì, in collaborazione con DG Welfare, attività

di verifica documentale e in loco con l'obiettivo di rendere omogenei i comportamenti e contribuire all'efficientamento del Sistema sociosanitario lombardo.

Miglioramento dei sistemi informativi di governo

L'effettiva possibilità di realizzare gli obiettivi previsti nei precedenti paragrafi è condizionata dalla possibilità di condividere nei diversi livelli del sistema (regionale, di ATS, erogativo) adeguati sistemi informativi di governo.

Il patrimonio informativo gestito da ARIA S.p.A. per conto di Regione Lombardia mediante applicativi/portali, strumenti di acquisizione e gestione dei flussi rappresenta uno dei punti di forza del Sistema Sociosanitario Lombardo. Le ATS sono i titolari dei dati e, pertanto, è indispensabile che tale patrimonio sia reso disponibile appieno per le elaborazioni necessarie ad ATS per assolvere alle diverse funzioni preposte, tra cui il monitoraggio, la programmazione, la governance e le analisi epidemiologiche. Si prevede quindi di avviare nel 2022 un programma di miglioramento del sistema, autorizzando sperimentazioni che potranno essere proposte anche dalle ATS per rendere più tempestiva la raccolta dei dati necessari per il monitoraggio delle attività assistenziali per i diversi LEA. A tal fine verrà costituito un gruppo di lavoro che comprenderà referenti della DG Welfare, di ARIA S.p.A. e delle ATS.