

Ministero della Salute

Progetto Mattoni SSN

Tempi d'attesa

Principi e Proposte operative – Tempi di attesa

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

RIFERIMENTI	
Redatto da: Società:	Gruppo di Lavoro Ristretto
Verificato da: Società:	Carlo Liva ASSR
Approvato da: Data	Cabina di Regia 27/06/2006

SOMMARIO

PREMESSA.....	6
SINTESI DEL DOCUMENTO.....	9
DEFINIZIONI.....	16
1 PRINCIPI GENERALI E ASPETTI METODOLOGICI.....	22
1.1 PREMESSA	22
1.2 LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO FINO AL 2000	22
1.3 LE RACCOMANDAZIONI DELLA “COMMISSIONE NAZIONALE PER I TEMPI DI ATTESA” (2001)	25
1.4 I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA.....	26
1.5 LA SPERIMENTAZIONE NAZIONALE SUL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA (2002-2006).....	33
1.6 CONCLUSIONI.....	40
2 LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELL’ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SECONDO CRITERI DI PRIORITÀ	42
2.1 PREMESSA	42
2.2 IL CONCETTO DI “PRIORITÀ DI ACCESSO”	42
2.3 LA LETTERATURA E LE ESPERIENZE PIÙ RECENTI SULLE PRIORITÀ	44
2.4 LE TEMATICHE DELL’ACCORDO 11 LUGLIO 2002 TRA STATO E REGIONI 46	
2.5 L’EVOLUZIONE DELLE INFORMAZIONI: DAL MONITORAGGIO NAZIONALE AI “FOCUS GROUP”	48
2.6 PRIME PROPOSTE OPERATIVE E RISULTATI DELLE SPERIMENTAZIONI ALL’INTERNO DEL PROGETTO	51
2.7 BIBLIOGRAFIA.....	55
3 PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELL’ACCESSO ED IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA.....	56
3.1 PREMESSA	56
3.2 LE DIMENSIONI DEI TEMPI DI ATTESA E LA GESTIONE DELL’ACCESSO	57
3.3 METODOLOGIA E FABBISOGNO INFORMATIVO	62
3.4 CONCLUSIONI.....	68
4 RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMABILI: LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELL’ACCESSO ED IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA.....	70
4.1 PREMESSA	70

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

4.2	LE DIMENSIONI DEI TEMPI DI ATTESA E LA GESTIONE DELL’ACCESSO	72
4.3	METODOLOGIA E FABBISOGNO INFORMATIVO	79
5	LINEE GUIDA PER LE AGENDE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMABILI.....	86
5.1	CONTENUTI E PROCEDURA.....	86
6	IL FENOMENO DELLA SOSPENSIONE DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE E/O DI RICOVERO.....	92
6.1	PREMESSA	92
6.2	LINEE GUIDA PER LA SOSPENSIONE DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE	93
7	PROPOSTA METODOLOGICA PER IL MONITORAGGIO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI COMPLESSI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL PERCORSO ONCOLOGICO.....	95
7.1	PREMESSA	95
7.2	I PERCORSI ASSISTENZIALI	96
7.3	STATO DELL’ARTE	98
7.4	I RIFERIMENTI NORMATIVI	101
7.5	L’analisi di processo dei percorsi assistenziali.....	111
7.6	IL SISTEMA INFORMATIVO PER I PERCORSI	115
7.7	LE METODOLOGIE DI IMPOSTAZIONE DEL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO.....	117
7.8	IPOTESI PER IL MONITORAGGIO DEL PERCORSO ONCOLOGICO.....	122
7.9	IPOTESI DI LAVORO PROPOSTA DAL GRUPPO DI ESPERTI.....	126
7.10	BIBLIOGRAFIA.....	135
8	LINEE GUIDA PER LA PROGETTAZIONE DEL CUP E METODOLOGIA PER LA MISURAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	136
8.1	ELEMENTI PRELIMINARI PER LA REALIZZAZIONE DI UN CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE.....	138
8.2	IL CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE	141
8.2.1	Funzionalità e requisiti tecnici di un CUP.....	142
8.2.2	Configurazioni particolari delle prestazioni	165
8.2.3	Il CUP come strumento di fruizione generalizzato del potenziale erogativo del sistema	169
8.2.4	Livelli di “unificazione” di un CUP	172
8.2.5	L’uniformazione dei linguaggi e delle regole di relazione.....	174
8.2.6	Modello tecno – architettonico.....	177
Allegato 1. Analisi dei processi per l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale		
Analisi dei processi per l’accesso alle prestazioni di ricovero		

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Allegato 2. I Focus Group nelle Regioni e PA. Risultati dell'indagine

Allegato 3. I risultati della sperimentazione

**Allegato 4. Sperimentazione di monitoraggio nazionale sui tempi e liste
d'attesa. Disciplinare tecnico**

PREMESSA

In questo documento sono contenuti i principali prodotti del Progetto Mattone “Tempi d’Attesa”, che si colloca all’interno del più ampio progetto “I Mattoni del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)”, promosso nel 2003 dal Ministero della Salute in accordo con la Conferenza delle Regioni. Tale progetto “Mattoni” voleva essere la risposta ad alcune delle nuove necessità richieste dall’evoluzione del SSN e, conseguentemente, del NSIS, per il quale la Conferenza Stato-Regioni nel dicembre 2003 identificava i seguenti principi ispiratori:

- supporto al processo di regionalizzazione
- coesione tra gli attori del SSN
- cooperazione e integrazione dei diversi sistemi informativi
- orientamento al cittadino/utente.

Si riteneva infatti che la corretta progettazione e sviluppo del NSIS richiedesse la costruzione di un “linguaggio comune” per consentire l’interscambio informativo a tutti i livelli e, in particolare, fosse necessario ottenere

- dati classificati e codificati in modo omogeneo
- approcci omogenei per la produzione a livello locale dei dati che vengano successivamente resi disponibili a livello nazionale e regionale del SSN
- metodologie condivise per la costruzione delle misure per il bilanciamento tra qualità e costi del sistema sanitario.

La modalità progettuale scelta ha comportato la creazione di numerosi gruppi di lavoro su diverse tematiche, con la partecipazione di un numero molto ampio di referenti regionali. L’organizzazione prevedeva 15 linee progettuali sviluppate da altrettanti gruppi di lavoro. Ogni gruppo di lavoro è costituito da una Regione o Istituzione Capogruppo, incaricata di definire contenuti, budget, ecc. e di coordinare il comune lavoro insieme a cinque Regioni portatrici di knowhow e di esperienze operative, che costituivano il “gruppo ristretto”, assieme ad esperti e tecnici. Spettava poi al “gruppo allargato” (tutte le Regioni) contribuire a definire gli output del progetto e ad approvarli. Per maggiori dettagli sui progetti “Mattoni” è possibile consultare il sito internet dell’ASSR (www.assr.it), ed in particolare il numero 13 della rivista Monitor, scaricabile gratuitamente in formato pdf.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Il Mattone “Tempi di Attesa” si colloca in questo quadro, e ha visto la responsabilità diretta dell’ASSR come coordinamento del progetto, con la collaborazione di cinque tra Regioni e Province Autonome (Emilia-Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana, PA di Trento), oltre che di alcuni rappresentanti del Ministero della Salute. Qui di seguito sono riportati i nomi di tutte le persone che hanno collaborato alle attività del gruppo di lavoro ristretto, che è stato il vero motore della ricerca.

Il progetto è cominciato all’inizio del 2004 e si è concluso nel giugno del 2006. Durante il suo svolgimento ha prodotto un’ampia raccolta di elementi informativi (letteratura ed esperienze significative a livello nazionale ed internazionale, interviste ed incontri con esperti, focus group ecc.) che ha permesso successivamente di formulare una serie di proposte, non solo per monitorare il fenomeno “Tempi di Attesa”, ma anche per predisporre soluzioni e processi di miglioramento. Quindi, dopo una fase di sperimentazione sul campo di alcune delle soluzioni proposte, si è pervenuti alla formulazione delle proposte conclusive, raccolte in questo documento.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Componenti del Gruppo di lavoro ristretto:

Carlo Liva, coordinatore - ASSR

Alessia Orsi, Agatina Fadda , Kyriacoula Petropulacos, Stefano Liverani – Regione

Emilia-Romagna

Gedeone Baraldo – Regione Lombardia

Ambrogio Aquilino – Regione Puglia

Emanuele Giusti, Luisa Roggi, Elisa Orlandini – Regione Toscana

Giuliano Mariotti – P.A. Trento

Sara Carzaniga, Emanuela Reale – ASSR

Susanna Ciampalini, Alessandro Ghirardini, Lucia Lispi, Antonella Di Giacinto,

Giuseppe Murolo, Carla Ceccolini – Ministero della Salute

Tiziana Mele, Giulia Scarampi, Donato Scolozzi - KPMG RTI-NSIS

SINTESI DEL DOCUMENTO

Questo documento contiene l'insieme dei dati e delle analisi svolte nell'ambito del progetto Mattone “Tempi di attesa”, ma illustra anche un'insieme strutturato di proposte frutto di un lungo processo di confronto e condivisione con i referenti delle regioni e di una serie di attività di sperimentazione sul campo.

Nel documento sono indicati quali sono i dati la cui rilevazione è ritenuta essenziale per i flussi informativi a livello centrale: l'insieme di questi dati costituisce il set di informazioni che sono state oggetto di sperimentazione da parte di alcune Regioni nell'ambito del progetto. Tra le informazioni segnalate, ve ne sono altre, relative ai dettagli del processo, che non sono ritenute essenziali per il bisogno informativo centrale, ma che possono essere utili a chi volesse misurare fenomeni soprattutto di interesse gestionale.

Il documento inizia con un elenco delle definizioni e dei termini utilizzati al suo interno, al fine di garantire univocità interpretativa. Le definizioni utilizzate derivano, a seconda dei casi, da documenti nazionali, normative, precedenti esperienze di sperimentazione, e, in alcuni casi, revisioni del gruppo di lavoro ristretto.

Nel capitolo 1 “Principi generali e aspetti metodologici” si evidenzia che le proposte formulate hanno considerato quali riferimenti i principi espressi dalla normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza, le indicazioni espresse dalla “Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa” e quelle presenti negli Accordi intercorsi tra Stato e Regioni, in particolare l'Accordo del 11 luglio 2002 e l'Intesa 28 marzo 2006. Cardini fondamentali sui quali si basa la proposta del documento sono la misurazione sistematica dei tempi di attesa dei cittadini (superando le modalità di autoreferenzialità degli erogatori e delle aziende) e l'implementazione del sistema di classificazione basato sulle priorità, strumento indispensabile per poter garantire a tutti i pazienti una risposta che rispetti i principi di efficacia, appropriatezza, accessibilità ed equità (LEA).

Sotto il profilo metodologico, le rilevazioni dei tempi di attesa possono essere realizzate fondamentalmente in due forme:

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

- “ex ante”, che consiste nella rilevazione (prospettica), in un determinato periodo indice, del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data di erogazione prospettata e la data della richiesta della prestazione rivolta all’erogatore (rappresenta, in sostanza, il tempo d’attesa così come viene percepito dall’ utente);
- “ex post”, che consiste nella rilevazione (retrospettiva) del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta dal cittadino all’erogatore.

La rilevazione “ex post” permette ai livelli centrali di verificare con precisione, in modo sistematico, la tutela dei principi fondamentali del SSN ed in particolare, l’effettiva possibilità di accesso alle prestazioni in tempi congrui con i bisogni di salute. Tuttavia, per motivi legati alla complessità organizzativa ed alle caratteristiche procedurali dei sistemi, oltre che dei tempi di erogazione, i dati di questo genere sono disponibili con un notevole ritardo, ovvero a molta distanza dal momento in cui gli eventuali fenomeni negativi si sono manifestati.

Per le regioni e per le aziende vi è invece la necessità di avere informazioni tempestive sull’andamento dei tempi e della capacità di risposta del sistema, al fine di porre in atto le eventuali misure correttive. Per queste finalità risultano essere più adeguati sistemi di rilevazione “ex ante” che, seppur espressione di una “potenzialità” e non necessariamente di quello che sarà il tempo effettivo di attesa, hanno il grosso vantaggio di essere disponibili in tempi rapidi, con procedure ragionevolmente semplici, ripetibili più volte all’anno, soprattutto se le analisi vengono svolte non “a tutto campo” ma per settori selezionati in quanto ritenuti critici (“ad hoc”).

Il gruppo di lavoro ristretto propone di utilizzare entrambe i sistemi di monitoraggio sia per le prestazioni ambulatoriali che per quelle in regime di ricovero, al fine di soddisfare le esigenze sia dei livelli centrali, sia dei livelli locali.

Nelle “Linee-guida per la gestione dell’accesso alle prestazioni secondo criteri di priorità” (capitolo 2) si forniscono indicazioni per la gestione dell’accesso alle prestazioni, sia ambulatoriali che di ricovero, in base a modelli di priorità. La stratificazione della domanda per priorità si basa su:

1. il principio di appropriatezza espresso dai LEA, ovvero sul rispetto delle indicazioni cliniche per le quali una prestazione si è dimostrata efficace, nel momento giusto e

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

secondo il regime organizzativo più adeguato (fare la cosa “giusta”, al paziente “giusto”, nel momento “giusto”, nel modo “giusto”);

2. i criteri per la classificazione delle priorità esposti nell'Accordo 11 luglio 2002 e ribaditi nell'Intesa 28 marzo 2006.

Il modello di priorità proposto dal Mattone risulta coerente sia con le classi di priorità individuate nei citati documenti della Conferenza Stato-Regioni, sia con le classi presenti nel nuovo ricettario. Per quanto attiene le prestazioni specialistiche ambulatoriali, infatti, sono richiamate le tre categorie di attesa: classe A entro 10 giorni, classe B tra 11 e 30 giorni per le visite specialistiche e tra 11 e 60 giorni per le prestazioni strumentali, classe C: oltre 30 giorni per le visite specialistiche/oltre 60 giorni per gli esami strumentali e, comunque, in entrambi i casi entro 180 giorni. Per gli interventi chirurgici in elezione, vengono proposti i quattro livelli di attesa individuati nell'Accordo: 30, 60, 180 giorni e oltre i 180 giorni (ma comunque da garantire entro 1 anno)

Nel capitolo 3 “Prestazioni di specialistica ambulatoriale: Linee guida per la gestione dell'accesso ed il monitoraggio dei tempi di attesa” si sono identificati pochi ed essenziali dati, necessari per la rilevazione dei tempi di attesa a livello di sistema, in coerenza con le proposte del Mattone “Classificazione delle Prestazioni Ambulatoriali”, cui devono aggiungersi. Di questi dati, sei sono ritenuti essenziali, (data di prenotazione, tipo di accesso, data assegnata, data di erogazione, classe di priorità e data di refertazione). La *data di prenotazione/contatto* è la data in cui il soggetto che deve richiedere la prestazione entra in contatto con il sistema di prenotazione. Questa data è riferibile a qualunque modalità di accesso al sistema di prenotazione, anche, ad esempio, nel caso in cui sia direttamente il medico di medicina generale che provvede ad effettuare la prenotazione. *Tipo di accesso* serve a distinguere se si tratti di un primo accesso o di una prestazione successiva, e permette quindi al sistema di identificare le prestazioni che dovranno essere oggetto di monitoraggio, secondo le indicazioni della normativa. *Data assegnata* indicata la data in cui il sistema ha programmato l'erogazione della prestazione, e rappresenta una informazione essenziale per i monitoraggi ex-ante. La *data di erogazione* è la data in cui la prestazione prenotata viene effettivamente erogata al cittadino e costituisce, assieme alla data di refertazione, informazione essenziale per le rilevazioni ex-post. Il campo *classe di priorità* contiene i codici che identificano le classi di priorità, cioè i livelli di attesa diversificati in base a regole

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

predefinite e condivise, coerenti con le indicazioni nazionali. La *data di refertazione* è la data in cui la struttura erogatrice rende disponibile il referto al cittadino.

Per il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali, si possono prevedere due diversi approcci, quello *ex ante* e quello *ex post*, che non sono vicendevolmente esclusivi, ma è invece preferibile che siano ambedue attivi, seppur limitatamente ad un set di prestazioni critiche.

Anche nel capitolo 4 “Ricoveri ospedalieri programmabili: Linee guida per la gestione dell’accesso ed il monitoraggio dei tempi di attesa” si evidenzia l’esistenza di esigenze di macrosistema e di esigenze gestionali che richiedono, anche in questo caso, due tipologie differenziate di approccio al problema:

1. monitoraggio “*ex post*”;
2. indagini ad hoc “*ex-ante*” (circoscritte nel tempo e su campioni rappresentativi).

Per il monitoraggio sopra definito al punto 1., la metodologia più idonea è quella che prevede l’utilizzo sistematico dei campi “*data di prenotazione*” e “*classe di priorità*” da inserire nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). La *data di prenotazione* corrisponde alla data di inserimento del paziente nella Agenda di Prenotazione per i ricoveri. Tale data deve coincidere con il momento della convalida del bisogno di ricovero del cittadino da parte dello specialista previsto dalla struttura. Il campo *classe di priorità*, come già detto per le prestazioni ambulatoriali, contiene i codici che identificano le classi di priorità in base alle quali viene regolato il tempo di accesso dei pazienti alle prestazioni, determinando i livelli di attesa diversificati in base a regole definite.

Per le indagini ad hoc, è preferibile utilizzare modalità di analisi “*ex ante*”, che permettano di intercettare tempestivamente eventuali situazioni di criticità, ponendo in atto le soluzioni idonee prima che vengano a determinarsi conseguenze significative sui pazienti e sul sistema stesso.

Elemento fondamentale per entrambe le logiche di rilevazione, è la presenza di Agende di Prenotazione dei Ricoveri. Questo strumento, già previsto dalla normativa vigente ma sul quale fino ad ora non vi erano state indicazioni precise in merito alle caratteristiche e modalità di utilizzo, rappresenta la vera chiave di volta, lo strumento di riferimento per ogni attività di verifica e valutazione. In particolare, le informazioni essenziali sono costituite dalla data di inserimento del paziente nell’Agenda e dalla Classe di priorità, informazioni che

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

dovranno confluire nella SDO. Vengono proposte delle linee-guida (capitolo 5) atte a supportare le aziende sanitarie ed ospedaliere nella progettazione e gestione delle Agende di prenotazione. Nelle linee guida, relativamente ai dati da inserire nei registri di ricovero, si riporta un elenco di campi articolato in due parti, la prima inerente al paziente, e la seconda contenente altre voci utili sotto il profilo gestionale. Per ogni campo è stato riportato un giudizio di rilevanza, distinguendo tra quelli considerati essenziali e quelli ritenuti potenzialmente utili. Alcuni dei campi elencati sono già presenti nella SDO e si riportano alcune ulteriori note esplicative per gli altri campi. Nelle linee guida, infine, si riconosce un ruolo chiave alle Direzioni Aziendali che devono definire una procedura generale per la gestione dei registri di ricovero, la quale deve prevedere criteri espliciti per la definizione delle priorità di accesso, coerenti con le indicazioni nazionali e regionali in merito.

Nel capitolo 6 “Il fenomeno della sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e/o di ricovero” si illustra come poter affrontare la sospensione delle attività di erogazione da parte dei servizi, soprattutto relativamente a visite ambulatoriali e procedure diagnostiche. Vengono proposte delle linee-guida, coerenti con quanto a suo tempo discusso al Tavolo di Monitoraggio dei LEA e, più recentemente, nella Legge 266/2005 e nel successivo Piano Nazionale per il contenimento dei Tempi d’Attesa. Si sottolinea che la regolamentazione della sospensione delle attività di erogazione di un servizio (solo per gravi o eccezionali motivi), deve essere esplicitamente prevista in specifici documenti aziendali, deve seguire procedure formalmente approvate dalle direzioni aziendali che prevedano anche forme di consultazione dei rappresentanti degli utenti.

Il capitolo 7 (“Proposta metodologica per il monitoraggio dei percorsi assistenziali complessi”) analizza il processo del monitoraggio dei tempi di attesa nei percorsi complessi, ovvero quei percorsi diagnostico terapeutici costituiti da un serie di procedure/attività tra loro articolate e legate da intervalli temporali e precisa sequenza logica. Si è considerato che la gestione del problema ha due componenti:

1. l’impegno delle aziende a garantire tempi massimi d’attesa per lo svolgimento dell’intero percorso; ciò richiede la predisposizione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi
2. la misurazione del fenomeno.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Viene proposta una metodologia di monitoraggio, prendendo come esempio il percorso del paziente oncologico. È stata fatta un'analisi dei possibili percorsi, considerando anche la criticità rappresentata dal fatto che nella stragrande maggioranza dei casi il primo sospetto, fortunatamente, non trova conferma già ai primi approfondimenti. Si sono pertanto evidenziati gli snodi fondamentali ed identificate le prestazioni che potrebbero divenire traccianti per intercettare, a posteriori, l'inizio del percorso (definito come “sospetto consistente”) e verificare che lo svolgimento abbia rispettato i tempi previsti.

L'ultimo capitolo (“8. Linee Guida per la progettazione del CUP e metodologia per la misurazione dei tempi di attesa”) contiene delle linee guida finalizzate a supportare la progettazione e gestione del sistema CUP, con particolare attenzione alla rilevazione sistematica dei tempi di attesa. La finalità è quella di fornire un quadro il più possibile organico di che cosa deve essere e deve saper fare un CUP per costituire uno degli elementi di supporto della difficile sfida del contenimento dei tempi di attesa. Il principio ispiratore è quello di identificare il CUP come uno strumento complesso che deriva la sua complessità dal fatto di costituire il punto di sincronizzazione di diverse esigenze e di diversi momenti organizzativi, sia all'interno dell'organizzazione sanitaria che eroga prestazioni, sia del mondo esterno che con tale sistema interagisce. Nel capitolo sono rappresentate le criticità di tipo tecnico, gestionale, relazionale, normativo, ma sono anche prospettate una serie di possibili soluzioni.

Al termine del documento vi sono quattro Allegati.

Il primo descrive in modo dettagliato i percorsi dei pazienti che desiderano ottenere prestazioni ambulatoriali o di ricovero. Questo contributo tecnico è indirizzato a chi, al di là di quanto espressamente richiesto per il monitoraggio dei tempi di attesa, desidera realizzare una analisi puntuale delle diverse fasi e processi, soprattutto per identificare possibili punti di criticità e, conseguentemente, intervenire in modo mirato.

Il secondo Allegato contiene metodologia e risultati dei Focus Group condotti in tutte le regioni sul tema dei tempi di attesa. La metodologia del *focus group* si è rivelata particolarmente efficace nel permettere la rilevazione dei diversi punti di vista, anche grazie al meccanismo di induzione al confronto favorito dalla contemporanea presenza al tavolo di soggetti che esprimevano i diversi interessi rispetto al problema. Dall'analisi degli elementi raccolti si è arrivati a definire 2 grandi macrocategorie (“fattori ad impatto negativo” e

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

“soluzioni intraprese”) all’interno delle quali sono state identificate tre categorie (utenti, medici, sistema) alle quali poter ricondurre sia gli elementi appartenenti alla macrocategoria “fattori ad impatto negativo”, sia quelli appartenenti alla macrocategoria “soluzioni intraprese”. Vengono illustrate in dettaglio alcune esperienze particolarmente significative.

Il terzo Allegato contiene i risultati delle sperimentazioni condotte tra il 2005 e il 2006 in 18 aziende di dodici Regioni. Le relazioni illustrano, rispetto alle problematiche di sistema, il punto di vista degli operatori sul campo nella sperimentazione dell’applicazione degli strumenti e dei metodi proposti. È stata predisposta una griglia riassuntiva dei contributi con l’elenco delle principali criticità e soluzioni segnalate.

Il quarto Allegato è una proposta di Disciplinare Tecnico per il monitoraggio “ex-ante” dei tempi d’attesa, predisposto alla luce delle sperimentazioni condotte tra il 2002 ed il 2006 a cura del Gruppo Tecnico istituito ad hoc presso l’ASSR, sia relativamente alle prestazioni ambulatoriali, sia per i ricoveri. Tale documento, pur con i limiti impliciti in questo tipo di approccio, può rappresentare un utile riferimento operativo.

DEFINIZIONI

Agenda chiusa

Agenda di prenotazione temporaneamente chiusa, ovvero non disponibile per l'inserimento di nuove prenotazioni. La chiusura delle agende di prenotazione è vietata dalla legge 266/2005 (finanziaria 2006, art. 1 comma 282) che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori.

Agenda di prenotazione

Strumento informatizzato o cartaceo utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni. Ai fini del diritto di accesso garantito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, gli erogatori devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari. Tale registro è soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza dei dati delle persone. Per quanto attiene alle Agende di Prenotazione dei Ricoveri, il recente Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (Intesa 28/03/2006) rende obbligatorio l'utilizzo delle Agende nel formato e con le modalità previste dal Mattone "Tempi di attesa".

Catalogo

Nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che contiene le specifiche di dettaglio per garantire una corretta prenotazione, oltre che fornire al medico prescrittore le denominazioni da utilizzare per la compilazione della ricetta.

CUP (Centro Unificato di Prenotazione)

Sistema informatizzato centralizzato di prenotazione di prestazioni sanitarie che consente di organizzare, con maggiore efficienza, le prenotazioni, gli accessi, la gestione delle unità eroganti e di fornire informazioni ai cittadini.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Data di contatto/prenotazione di prestazione specialistica ambulatoriale

È la data in cui il soggetto che deve richiedere la prestazione entra in contatto con il sistema di prenotazione. La data di contatto è un concetto riferibile a qualunque modalità di accesso al sistema di prenotazione, anche, ad esempio, nel caso in cui sia direttamente il medico di medicina generale che provvede ad effettuare la prenotazione (in questo specifico caso, esisterebbe coincidenza tra data di prescrizione e la data di contatto). Nel caso eccezionale in cui il cittadino sia inserito nelle *pre-liste*, ai fini della rilevazione del tempo di attesa si considera sempre la data di effettivo primo contatto/prenotazione, e quindi quella di inserimento in una eventuale *pre-lista*.

Si sottolinea che il tempo di contatto, definibile come differenza tra data di prenotazione e data di prescrizione della prestazione può essere imputabile in parte a comportamenti dei cittadini, ma in altri casi può dipendere da mancanze e insufficienze del sistema di prenotazione (es.: difficoltà di accesso al sistema).

Data di dimissione

Corrisponde alla giornata della dimissione, definita secondo le modalità previste per la compilazione della SDO.

Data di erogazione

È la data in cui la prestazione prenotata viene effettivamente erogata al cittadino. Nel caso in cui la prestazione consista in un pacchetto o ciclo di prestazioni, va considerata la data di inizio dell'erogazione.

Data di prenotazione ricovero

Corrisponde alla data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione per i ricoveri. Si deve intendere come la data in cui il soggetto previsto dalla struttura, di solito lo specialista del reparto, conferma la necessità di ricovero e provvede contestualmente all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione; anche se l'inserimento in agenda non è materialmente contestuale alla valutazione dello specialista, è la data della decisione che deve essere considerata. Questa data, relativa alla conferma del bisogno (momento della convalida dello specialista), è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

campo “data di prenotazione”, previsto nel nuovo modello della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Data di prescrizione della richiesta di ricovero da parte del prescrittore

È la data contenuta nella prima richiesta (proposta) di ricovero, ovvero nel primo invio del medico curante con cui il paziente si è recato per valutazione dallo specialista ospedaliero. A questo proposito, non va considerata la richiesta di ricovero che viene talvolta compilata subito prima del ricovero, per finalità meramente amministrative, dopo che tutto il percorso di valutazione e approvazione della necessità di ricovero è già stato svolto. La data di quest’ultima richiesta non ha nessun nesso con il tempo di attesa reale ed il percorso di accesso, e pertanto non deve essere considerata pertinente per le necessità di monitoraggio. La data di prima prescrizione non va nemmeno confusa con la data di prenotazione ricovero (vedi).

Data di prescrizione di prestazione specialistica ambulatoriale

È la data di compilazione della richiesta da parte del prescrittore. È la data rilevabile dalla ricetta medica e identifica il momento in cui si presume che il cittadino manifesti al sistema sanitario la percezione dello stato di malessere o di possibile problema di salute. A seguito della prescrizione, il cittadino trova risposta tramite l’invio a uno specifico specialista o tramite la richiesta di specifici esami di specialistica ambulatoriale.

Data di prima disponibilità di erogazione

È la prima data di possibile erogazione che il sistema propone all’utente, nell’ambito territoriale di riferimento.

Data di refertazione

È la data in cui la struttura erogatrice rende disponibile il referto al cittadino.

Data prevista per il ricovero

La data prevista per il ricovero può essere indicata inizialmente in modo approssimativo, o come periodo orientativo in cui si prevede di poter ricoverare il paziente. Le procedure aziendali devono precisare le modalità di compilazione del campo “data prevista per il

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

ricovero” all’interno delle agende di prenotazione, anche perché una sua attenta lettura potrebbe fornire informazioni utili a chi deve occuparsi della programmazione delle attività, poiché differenze frequenti e significative rispetto alla data reale del ricovero possono essere espressione di difficoltà gestionali.

Drop-out

Mancata presentazione, presso il punto di erogazione della prestazione prenotata, nella data e all’orario previsti, del soggetto che doveva riceverla, senza che ne sia stata data previamente disdetta.

Erogatore

Soggetto pubblico e privato accreditato che eroga prestazioni per conto e a carico del SSN (gli erogatori sono identificati dal codice del modello HSP 11, HSP 11bis, STS 11).

Giorno (o periodo) indice o di rilevazione

Giorno (o periodo) in cui si effettua la rilevazione per le prestazioni ambulatoriali, mentre per i ricoveri programmati si parla più propriamente di giorno (o periodo) di rilevazione. È solitamente utilizzato nelle rilevazioni prospettiche o “ex-ante.

Modalità di prenotazione

In riferimento alla modalità di registrazione della prenotazione, è compresa sia quella informatizzata che quella su supporto cartaceo.

Numero di persone in attesa

È il numero di persone in attesa della prestazione (ambulatoriale o di ricovero), per lo specifico esame/intervento/procedura oggetto di monitoraggio, che risultano, nel momento della rilevazione, registrate presso le agende di tutti i servizi/reparti di ogni erogatore. Il conteggio viene fatto senza limiti di tempo, ovvero considerando anche le date più distanti o i casi che non hanno ancora una data nemmeno approssimativa.

Preospedalizzazione

Procedure per disporre gli accertamenti diagnostici e/o terapeutici preliminari al ricovero e atti a ridurre il periodo della successiva degenza ordinaria (D.P.C.M. 19-5-1995).

Prestazione in emergenza/urgenza clinica

Per i ricoveri, sono considerati urgenti quelli definiti tali sulla scheda di dimissione ospedaliera. Per le prestazioni ambulatoriali, sono considerate tali le prestazioni che, per il peculiare quadro clinico, vengono solitamente erogate in tempi brevissimi attraverso canali preferenziali (Pronto Soccorso, spazi dedicati e non altrimenti disponibili nell'ambito dell'agenda, ecc.). In mancanza di una definizione condivisa in merito ai tempi di erogazione per le prestazioni di stretta emergenza/urgenza clinica, si considera che esse siano erogate entro le 24 o, al massimo, le 48 ore dal momento della richiesta.

Priorità

Criteri, impliciti od espliciti, con cui viene regolato il tempo di accesso dei pazienti alle prestazioni, determinando i livelli di attesa diversificati in base a regole definite (si veda il capitolo sulle priorità). La attribuzione della domanda ad una specifica classe di priorità deve differenziare il tempo di risposta del sistema, secondo regole predefinite e condivise, coerenti con le indicazioni nazionali, anche al fine di garantire la comparabilità dei dati. Tale informazione trova origine solitamente dalla valutazione sanitaria del soggetto prescrittore che provvede a correlare il bisogno del paziente e la prestazione da effettuare con il tempo ottimale entro cui deve essere effettuata. In altri casi, l'attribuzione ad una classe di priorità può essere fatta dal sistema, attraverso procedure che riconoscono i problemi per parole chiave.

In sostanza deve essere acquisita nel sistema informativo una informazione che deve essere adeguatamente oggettivata in un documento, come ad esempio il nuovo ricettario, che prevede dei campi a ciò dedicati. Si ricorda che nel nuovo Piano Nazionale si “ritiene opportuno prevedere l'uso sistematico delle classi di priorità definite in coerenza con i criteri indicati a livello nazionale”.

Ricovero programmato

Per ricovero programmato si intende il ricovero in regime ordinario o in regime di Day-Hospital che, in relazione alle condizioni cliniche del paziente o ai trattamenti cui il paziente deve essere sottoposto, può essere programmato per un periodo successivo al momento in cui è stata rilevata l'indicazione al ricovero stesso da parte del Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta, direttamente o su condivisione di una indicazione specialistica, o dallo Specialista ospedaliero o da un medico di fiducia del paziente.

Scelta dell'utente

Situazione nella quale l'utente, operando una scelta personale rispetto al luogo od al momento di erogazione della prestazione, determina una sostanziale variazione del tempo di attesa tale da comportare, ad esempio, il superamento del tempo massimo previsto per quella prestazione ed eventualmente, per quello specifico codice di priorità.

SDO

Scheda di Dimissione Ospedaliera

Tempo di attesa per le prestazioni di ricovero programmato

Tempo che intercorre tra la data di registrazione della proposta di ricovero (formulata all'erogatore da parte del MMG/PLS e avallata dal Medico Specialista Ospedaliero, o formulata direttamente da questi), ed il giorno del ricovero (ordinario o in day hospital). Può essere prospettato (esplicitato a priori, con riferimento alla data prevista di ricovero) o effettivo (calcolato a posteriori, con riferimento alla data di effettivo ricovero). Questo tempo non va confuso con il tempo pre-operatorio, ovvero quello che intercorre tra il momento del ricovero e l'esecuzione della procedura/intervento, che non è oggetto del monitoraggio.

Tipo di accesso

Per le prestazioni ambulatoriali, identifica se si tratta di un primo accesso o di un accesso successivo (per approfondimento, controllo ecc.).

1 PRINCIPI GENERALI E ASPETTI METODOLOGICI

1.1 PREMESSA

Il tempo di attesa per le prestazioni sanitarie rappresenta oggi una delle maggiori criticità percepite dal cittadino nei suoi rapporti con il sistema sanitario e, allo stesso tempo, rappresenta anche la prima risposta che egli riceve dal sistema stesso quando presenta una richiesta. Il problema è fortemente sentito a livello internazionale e presenta, nonostante i continui studi ed interventi, una progressiva tendenza all'accentuazione della criticità. In questo capitolo vengono illustrati i principali riferimenti normativi nazionali, i risultati di alcune esperienze significative e le proposte metodologiche generali prodotte dalla ricerca.

1.2 LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO FINO AL 2000

La legislazione che affronta il problema dei tempi d'attesa è consistente e soprattutto negli ultimi anni l'obiettivo della riduzione dei tempi di attesa è ripreso in ogni legge finanziaria, accompagnato da una serie di sanzioni (in genere in termini di impossibilità di accesso per le regioni a determinate risorse finanziarie se non previo adempimento a precisi vincoli). Già la legge istitutiva del SSN (L. 23 dicembre 1978 n. 833), all'articolo 25 (commi 8-10) affermava:

...L'utente può accedere agli ambulatori e strutture convenzionati per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio per le quali, nel termine di tre giorni, le strutture pubbliche non siano in grado di soddisfare la richiesta di accesso alle prestazioni stesse...

Le unità sanitarie locali attuano misure idonee a garantire che le prestazioni urgenti siano erogate con priorità nell'ambito delle loro strutture ...

Questa norma rappresentava un primo tentativo di conciliare le esigenze di una tempestiva risposta ai bisogni di salute del cittadino e gli ambiti di azione del servizio pubblico. Si trattava, in ogni caso, di una possibilità circoscritta a quelle prestazioni per le quali la Unità sanitaria locale aveva stipulato una convenzione con una o più strutture private,

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

e si richiedevano altre condizioni: il cittadino doveva richiedere, per singola prestazione, l'autorizzazione della USL di competenza; il rilascio era condizionato all'impossibilità delle strutture pubbliche a soddisfare la richiesta entro 3 giorni.

La cosiddetta “regola dei 3 giorni” è stata superata teoricamente con l'entrata in vigore del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (come modificato dal D.Lgs. 517/93), e concretamente solo negli anni 1996 e successivi, con l'attivazione effettiva delle aziende sanitarie locali e l'avvio del sistema di autorizzazione e accreditamento. In quest'ambito, infatti, si prevede che il cittadino abbia una libertà di scelta sul luogo di cura (da cui il superamento dell'obbligo di una previa autorizzazione della USL) tra le strutture pubbliche e private “accreditate” con il SSN, previa stipula di appositi accordi contrattuali con l'azienda sanitaria locale.

Negli anni '90 si affronta il tema dei “Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza”, nell'ambito del sistema dell'emergenza-urgenza in fase di attivazione in tutta Italia ai sensi del DPR 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”. A tal fine il Decreto del Ministro della Sanità 15 maggio 1992 stabilisce le modalità con cui vanno codificate le chiamate del 118, compreso l'aspetto della “criticità dell'evento”. Il modello previsto è quello tuttora applicato nelle Centrali Operative del “118”, ripreso anche dalle Linee guida sul “Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso)” approvate con Accordo Stato-Regioni del 25 ottobre 2001.

Il tema dei tempi di attesa viene spesso ripreso nelle manovre finanziarie. Così, la legge n. 724 del 23 dicembre 1994 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica), all'art. 3, comma 8, stabilisce le modalità per garantire la trasparenza nella gestione delle liste d'attesa, creando registri di prenotazione e rendendo disponibili i dati sulle prenotazioni in ciascuna sede di erogazione delle prestazioni. A tal fine la norma prevede che “...*i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari. Tale registro sarà soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza delle persone*”.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

In seguito, il D.P.C.M. del 19 maggio 1995 “Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari” si sofferma invece maggiormente nel sottolineare l'importanza dell'informazione e della comunicazione al cittadino e la necessità di prestarvi un'adeguata attenzione. Lo schema si rapporta a quanto previsto dalla legge fondamentale in materia di accesso ai servizi, la legge 7 agosto 1990, n. 241 («Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi») che ha dettato le nuove regole per i rapporti tra i cittadini e le amministrazioni, viste nel momento dell'esercizio di poteri autoritativi. La «Carta» è essenzialmente volta alla tutela dei diritti degli utenti: non si tratta di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie al cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità e tempestività dei servizi erogati. La Carta dei servizi, pertanto, deve indicare quali prestazioni sanitarie eroga l'azienda sanitaria (USL o AO), con quali modalità di accesso e con quali tempi di attesa. Inoltre, ribadisce che ogni azienda sanitaria dovrà approvare un «registro dei ricoveri ospedalieri ordinari» e un «registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica di laboratorio», con indicazioni dei tempi massimi di attesa, consultabili dai cittadini presso tutti i centri di prenotazione dell'USL, gli uffici informazioni e, comunque, presso gli uffici USL per i rapporti con il cittadino utente, oltreché presso i medici di famiglia e le farmacie.

Ulteriori indicazioni specifiche si trovano nel Decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 “Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della Legge 27 dicembre 1997, n. 449”. Questo decreto, (più noto col termine di “Sanitometro”), all'art. 3, commi 10 – 15, prevede una serie di obblighi per le Regioni e le Aziende sanitarie e correla ciascun adempimento con l'indicazione dei termini e delle sanzioni per l'eventuale inosservanza. In particolare, attribuendo alla Regione il compito di definire i criteri generali e prevedere idonee misure da adottarsi nei confronti del direttore generale dell'Azienda USL o dell'Azienda Ospedaliera in caso di reiterato mancato rispetto dei termini per l'erogazione delle prestazioni. Devono, inoltre, adottare interventi per: razionalizzare la domanda, aumentare i tempi di effettivo utilizzo delle apparecchiature e delle strutture, incrementare la capacità di offerta delle aziende (eventualmente attraverso il ricorso all'attività libero-professionale intramuraria, ovvero a forme di remunerazione legate al risultato). I Direttori generali delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere devono definire i tempi massimi di attesa e vigilare sul loro

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

rispetto. Tra questi, sono stati inseriti anche i progetti presentati dalle Regioni al fine della riduzione dei tempi di attesa. Interessante evidenziare che si chiede anche al cittadino una precisa responsabilità nell'uso dei servizi; pertanto “L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione”.

In seguito, il PSN 1998-2000 richiama la necessità di adottare significativi interventi per abbattere le liste di attesa, anche tramite linee guida cliniche o protocolli diagnostico-terapeutici. Inoltre, in attuazione del Piano, la riduzione dei tempi di attesa diviene un obiettivo di rilievo prioritario e di interesse nazionale, ai sensi del articolo 1, commi 34 e 34-bis della legge n. 662/96.

1.3 LE RACCOMANDAZIONI DELLA “COMMISSIONE NAZIONALE PER I TEMPI DI ATTESA” (2001)

La “Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa”, istituita con decreto del Ministro della sanità del 28 dicembre 2000, nella relazione finale “Analisi e proposte in tema di liste di attesa nel S.S.N.”, pubblicata a maggio 2001, sottolineava la fondamentale importanza del monitoraggio “costante ed uniforme dei tempi di attesa, che abbia come oggetto alcune prestazioni particolarmente critiche”, costituendo un apposito flusso informativo. “Le prestazioni oggetto di monitoraggio riguardano sia l'ambito ambulatoriale sia i ricoveri.”

La Commissione ha sottolineato l'importanza di avere un monitoraggio costante del fenomeno:

“Una corretta gestione delle attese richiede che la direzione strategica delle aziende sanitarie sia in grado di monitorare i bisogni e le priorità assistenziali della propria utenza e le caratteristiche dell'offerta fornita; tale conoscenza rappresenta un indispensabile strumento di programmazione sanitaria nell'ambito dell'azienda e dell'intero territorio regionale e nazionale. Risulta perciò necessario individuare delle definizioni condivise e degli idonei strumenti di misura che consentano una rilevazione standardizzata del fenomeno delle liste d'attesa ed eventuali comparazioni tra i diversi erogatori e tra le diverse realtà territoriali.”

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

Anche relativamente alle modalità di rilevazione, sono state formulate precise indicazioni metodologiche:

“La rilevazione può avvenire in due forme:

- ex ante, che consiste nella rilevazione (prospettica) ad un determinato giorno indice della differenza tra data di esecuzione prospettata e data della richiesta rivolta all’erogatore (rappresenta, in sostanza, il tempo d’attesa così come percepito dall’utente);
- ex post, che consiste nella rilevazione (retrospettiva) della differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta all’erogatore (rappresenta, in sostanza, il punto di vista dell’azienda); tale valutazione richiede un sistema informatizzato che rilevi i tempi di attesa per le prestazioni realmente erogate, escludendo sia il drop out che le prestazioni annullate dall’azienda.

È da notare che la rilevazione ex post in genere produce tempi di attesa inferiori a quelli valutati con il metodo ex ante.

Alcune regioni utilizzano i tracciati economici di rendicontazione per il monitoraggio dei tempi di attesa. Tale metodologia, con le criticità insite in un tracciato nato per finalità economiche, pur ampliato nel tempo per più ampi intenti di governance, se a regime e di buona qualità, può fornire un’ampia base dati utile a fini analisi statistiche ed al governo del sistema.

I dati elementari di interesse relativi alle prestazioni selezionate vanno rilevati, a livello aziendale e per ogni punto di erogazione (ivi comprese le strutture private accreditate che insistono sul territorio), con riferimento ad una data stabilita (giorno indice).

La data relativa al primo posto disponibile in agenda può essere soggetta a variabilità casuale, ma è di più semplice rilevazione; modalità più precise, quale la prima disponibilità utile ad eseguire la prestazione seguita da una o più disponibilità nei successivi 3 giorni (come attuato da alcune regioni), possono essere considerati di utilità per le regioni e per le aziende laddove il sistema di rilevazione sia già a regime”.

1.4 I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Dagli anni 2000 ad oggi, il tema delle liste di attesa trova una collocazione specifica e rilevante nell'ambito della definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), in quanto il D.Lgs. 229/99 sul riordino del SSN e il provvedimento di "Definizione dei LEA" adottato con il DPCM 29 novembre 2001, pongono la necessità di chiarire non solo quali prestazioni il SSN deve erogare ai cittadini, ma anche con quali caratteristiche (sicurezza, qualità, tempestività). Le riflessioni su LEA e tempi di attesa portano all'adozione, in rapida successione, di due importanti Accordi sul tema delle liste di attesa (14 febbraio 2002 e 11 luglio 2002), sanciti nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e Regioni e Province Autonome (cosiddetta "Conferenza Stato-Regioni").

I LEA sono finalizzati a garantire ai cittadini un servizio sanitario omogeneo in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate e a individuare il corretto livello di erogazione dei servizi resi; in questo contesto, il tempo di attesa esprime il grado di tutela dei diritti di accesso alle cure e di eguaglianza nell'ambito del Servizio sanitario, e lo sviluppo del modello delle priorità perfeziona l'aspetto applicativo, dovendo garantire omogenea tempestività di accesso in base alla necessità di cura. Sono di riferimento per lo sviluppo del modello delle priorità anche i primi due principi fondamentali sui quali è costruita la definizione di LEA: a) il livello dell'assistenza erogata, per essere garantita, deve poter essere misurabile tramite opportuni indicatori; b) le prestazioni, che fanno parte dell'assistenza erogata, non possono essere considerate essenziali se non sono appropriate.

Gli obiettivi strategici per il mantenimento dei LEA prevedono due aspetti che vanno ad integrarsi con il modello delle priorità: 1) il rendere pubblici i valori monitorati dei tempi di attesa, garantendo il raggiungimento del livello previsto e 2) il costruire indicatori di appropriatezza a livello del territorio che siano centrati sul paziente e non sulle prestazioni. Il primo obiettivo comprenderà il coinvolgimento della cittadinanza e la regolare e trasparente informazione sull'accesso ai servizi, mentre il secondo dovrà integrare il modello delle priorità per singola prestazione con il modello organizzativo dei percorsi diagnostico terapeutici e con la gestione complessiva del paziente, visto non come utilizzatore di singole prestazioni ma come cittadino che necessita di una presa in carico complessiva. Questo secondo obiettivo merita un approfondimento relativamente al concetto dell'appropriatezza centrata sul paziente e non sulle prestazioni. Innanzi tutto, l'appropriatezza non è un attributo intrinseco delle prestazioni, ma nasce dalla correlazione tra esse ed il bisogno (diagnostico, terapeutico, ecc.) di uno specifico paziente, in rapporto alla efficacia della prestazione

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

rispetto al problema di salute, al rapporto tra benefici attesi e rischi possibili, ecc.. In secondo luogo, al variare delle caratteristiche del problema dello specifico paziente, può variare la dimensione del tempo entro il quale la prestazione deve essere erogata in considerazione del rischio di vita o inabilità, della sofferenza, ecc., ma anche di aspetti quali il rapporto benefici/costi. Si conferma quindi come anche la dimensione temporale, per essere equa ed appropriata, non può essere astratta e generica, ma deve essere calibrata sull'esigenza del paziente o di classi di pazienti con tipologia di problemi simile.

L'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 14 febbraio 2002 (Repertorio atti n. 1386) prevedeva che, entro tre mesi, fossero individuate le soluzioni più efficaci per la fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie. Con il DPCM 16 aprile 2002 “Linee Guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi d'attesa”, i contenuti dell'Accordo sono stati inseriti nell'Allegato 5 al DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”.

Il successivo Accordo dell'11 luglio 2002 (Repertorio atti n. 1488) ha fornito indicazioni sulle modalità di accesso alle prestazioni e indirizzi per l'individuazione di soluzioni efficaci per la fissazione dei tempi di attesa specificando l'elenco di prestazioni selezionate, richieste dall'accordo del 14 febbraio. L'accordo di luglio ha inoltre affrontato il problema del monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, focalizzando l'attenzione sui ricoveri in elezione e sul primo accesso alle prestazioni ambulatoriali. L'accordo prevedeva che, in attesa dell'attivazione di un flusso informativo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale sui tempi e le liste di attesa, le Regioni avrebbero fornito dati attraverso una rilevazione *ad hoc* che il Ministero e il Tavolo di monitoraggio e verifica dei livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui al punto 15) dell'accordo 8 agosto 2001, per il tramite dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, avrebbero condotto entro l'anno. Il compito di definire la metodologia per svolgere la rilevazione è stato attribuito dal Ministero della salute ad uno specifico Gruppo tecnico sulle liste di attesa costituito presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali con rappresentanti delle Regioni e del Ministero. Le attività del Gruppo tecnico hanno avuto inizio nel luglio 2002.

L'Accordo non sostituisce quanto già previsto dal D.Lgs 124/98, ma integra il precedente disposto normativo. Rispetto a quanto già previsto, le novità introdotte dall'Accordo del 14 febbraio 2002 riguardano la precisazione degli obblighi:

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

- alle Regioni è richiesto di indicare i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza e le modalità per una corretta gestione delle liste di prenotazione al fine di garantire l'uniformità e la trasparenza delle stesse
- i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono responsabili dell'attuazione (l'inadempienza incide sulla possibilità di compenso aggiuntivo dei Direttori generali).

Un ulteriore passi in avanti nel definire il razionale per la riduzione dei tempi di attesa e l'utilizzo del modello delle priorità per l'accesso alle prestazioni specialistiche, lo troviamo anche nei principi essenziali del Servizio Sanitario Nazionale, come delineati nel DPR 23.5.2003 (Piano Sanitario Nazionale 2003-2005). Il rispetto dei principi essenziali costituisce un passaggio obbligato nella realizzazione ed applicazione del modello basato sulle priorità:

- a) il diritto alla salute comporta la necessità di non differenziare i tempi di accesso per stato sociale ed economico, problema anche evidenziato dalla letteratura internazionale;
- b) l'equità, all'interno del sistema, relativamente ad accesso, appropriatezza e qualità delle cure sottolinea il ruolo della componente clinica ed assistenziale nella definizione di priorità, che va di pari passo con la definizione di appropriatezza delle prestazioni;
- c) la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti obbliga a rendere espliciti i percorsi di cura ed i criteri per l'accesso secondo priorità, dovendo altresì individuare i tre livelli dell'organizzazione deputati a rendere praticabile e sostenibile l'applicazione del modello: il livello esecutivo, il livello operativo, il livello di supervisione;
- d) la dignità ed il coinvolgimento dei cittadini, evidenzia l'importanza di coinvolgere i cittadini e le loro organizzazioni, essendo sempre più depositari di una percezione della qualità sostenibile, oltre che essere di fatto considerati "clienti" nel gergo deontologico degli stessi professionisti e pertanto consapevoli attori di "contratti" di cura;
- e) la qualità delle prestazioni richiede un costante impegno di aggiornamento clinico e organizzativo, divenendo il modello di applicazione delle priorità di fatto un moderno strumento di formazione sul campo;
- f) l'integrazione socio-sanitaria presuppone che in determinati casi gli aspetti "meno sanitari" e "più sociali" possano influire sulla priorità di accesso, potendo la componente

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

sociale associata al problema di salute essere ulteriore potenziale causa di rischio e di effettivo danno per il cittadino;

- g) lo sviluppo della conoscenza e della ricerca è favorito dallo sviluppo di nuovi modelli clinici ed organizzativi;
- h) la sicurezza sanitaria dei cittadini è un principio dal quale non può prescindere la definizione di priorità di accesso a servizi erogati per tutta la cittadinanza.

La riduzione dei tempi di attesa diventa, nel PSN 2003-05, una modalità per l'attuazione dei LEA ed una priorità strategica. L'orientamento è definire l'equilibrio fra la complessità ed urgenza delle prestazioni ed i tempi di erogazione delle stesse, ed in questo senso c'è una chiara indicazione sulle priorità per l'accesso alle prestazioni.

Nel nuovo PSN 2006-2008, recentemente approvato, vi è una conferma degli indirizzi già presenti nelle normative precedentemente citate, con una sottolineatura in merito all'appropriatezza, alla diffusione dei Centri Unici di Prenotazione (CUP), all'utilizzo sistematico delle priorità per l'accesso (sia in termini generali, sia più marcato per alcuni settori, quali l'oncologia e l'urgenza).

Infine, la recente Legge 23 dicembre 2005 n. 266 (legge finanziaria 2006) all'articolo 1 commi 283, 284, 288, 289, 309, affronta il tema dei tempi e delle liste di attesa con disposizioni vincolanti ed indirizzi per il successivo Piano Nazionale per il contenimento dei Tempi di Attesa, Piano approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 28 marzo 2006. Tra gli elementi più significativi di questi due atti, ricordiamo in particolare:

- l'obbligo di definire i tempi massimi d'accesso garantiti per una serie di prestazioni di ampio utilizzo
- il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni (sono previste sanzioni amministrative per i trasgressori)
- indicazione all'uso sistematico delle priorità per l'accesso alle prestazioni
- il potenziamento dei CUP, anche con uno specifico finanziamento

La Legge 266/2005 stabilisce che le Regioni sono tenute ad alcuni adempimenti per accedere agli ulteriori finanziamenti del SSN per gli anni 2006, 2007 e 2008 rispetto a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2001, tra cui:

- L'attivazione nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa (la trasmissione dei dati da parte

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

delle regioni costituisce preciso “obbligo informativo”, che può incidere sull'erogazione degli ulteriori finanziamenti previsti dalla legge finanziaria);

- la previsione che a certificare la realizzazione degli interventi in attuazione del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa provveda il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 dell'Atto di intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.
- Le regioni devono adottare, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti sul proprio territorio, disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è legata a motivi tecnici, informando successivamente, con cadenza semestrale, il Ministero della salute.

Inoltre, il comma 283 prevede l'istituzione, con decreto del Ministro della salute, della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale. Alla Commissione è altresì affidato il compito di fissare i criteri per la determinazione delle sanzioni amministrative relative agli obblighi sui tempi di attesa; le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dovranno poi applicare le sanzioni.

Il Piano Nazionale approvato il 28 marzo 2006 ha definito nel dettaglio una serie di aspetti, tra i quali i contenuti dei piani regionali ed aziendali, l'elenco delle prestazioni (elenco che sarà rivisto annualmente d'intesa tra Governo e Regioni) per le quali stabilire i tempi massimi di attesa da garantire ad almeno il 90% dei cittadini. Le prestazioni sono state selezionate considerando ambiti ove si ritiene maggiore il livello di appropriatezza (oncologia, cardiovascolare), oppure ad alta domanda (visite specialistiche), alta complessità tecnologica o che presentano forti differenze di accessibilità tra le regioni. Esse sono divise in due categorie: 52 che richiedono immediatamente l'intervento delle Regioni, 48 (evidenziate in grigio), per le quali le Regioni potranno rinviare l'inserimento nei piani attuativi, in quanto si riconosce la necessità di un maggiore approfondimento conoscitivo, che si dovrà realizzare attraverso un'attività di monitoraggio da condursi a partire dal secondo semestre del 2006 e

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

con termine entro il 2008, coordinata a livello nazionale dall'ASSR e con rapporti annuali sull'attività svolta ed i risultati prodotti. L'obiettivo del monitoraggio dovrebbe essere quello di permettere di valutare la variabilità dei tassi di accesso e rilevare le criticità del sistema dell'offerta

Il Piano prevede l'attivazione, all'interno del NSIS, di uno specifico flusso informativo che costituisce obbligo informativo ai sensi dell'articolo 3, comma 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. In realtà, il piano prevede tre diverse tipologie di monitoraggio ed una rilevazione sperimentale:

- a) monitoraggio di sistema del fenomeno liste di attesa: inizialmente le prestazioni ambulatoriali da monitorare saranno le stesse già in precedenza oggetto di sperimentazione da parte del Gruppo Tecnico coordinato dall'ASSR (a tale proposito si veda il Disciplinare Tecnico, Allegato n. 4), ma dovranno progressivamente essere incrementate; il monitoraggio dovrà verificare il rispetto degli standard temporali indicati in periodi di rilevazione indicati (inizialmente una giornata ogni tre mesi, per arrivare progressivamente ad una rilevazione su di una settimana);
- b) monitoraggio specifico delle prestazioni elencate nel piano: questo si riferisce ad un controllo puntuale presso le strutture indicate dalle ASL come luoghi ove è garantita l'erogazione entro i tempi massimi regionali; per queste strutture si richiedono anche informazioni sui volumi erogati;
- c) monitoraggio delle eventuali sospensioni delle attività di prenotazione: in realtà, la sospensione delle prenotazioni è proibita e sanzionata sul piano amministrativo, mentre la sospensione dell'erogazione deve essere regolamentata, e su questa si attiva uno specifico flusso informativo;
- d) monitoraggio delle prestazioni "evidenziate in grigio": viene dato incarico all'ASSR di coordinare un monitoraggio di queste prestazioni, al fine di valutare la variabilità nei tassi d'accesso e le criticità del sistema dell'offerta che possano richiedere interventi sull'organizzazione.

Alla luce di quanto sopra riportato, si evidenzia come il quadro normativo di riferimento ha recentemente avuto una accelerazione nel rendere obbligatorie una serie di azioni, tra le quali si segnalano l'indicazione all'uso sistematico delle classi di priorità come primo strumento per garantire l'equità e la risposta tempestiva ai bisogni dell'utente, la definizione

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

dei tempi massimi garantiti per una numerosa serie di prestazioni di ampia diffusione, il divieto alla sospensione delle prenotazioni.

1.5 LA SPERIMENTAZIONE NAZIONALE SUL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA (2002-2006)

Negli ultimi anni sono state condotte nel nostro paese numerose esperienze di misurazione dei tempi di attesa, sia a livello di alcune regioni che a livello nazionale. Queste iniziative hanno fornito un quadro della situazione sul campo, ma hanno anche permesso di fare una serie di riflessioni sui temi connessi alla misurazione dei tempi di attesa ed allo stesso concetto di attesa.

I metodi di raccolta dati sanitari possono essere genericamente classificati in:

1. Osservazioni dirette
2. Sondaggi individuali mediante interviste o questionari
3. Documentazione sanitaria raccolta attraverso le statistiche correnti.

Nessuno di questi metodi è privo di difetti, sebbene una scelta meditata dello strumento informativo più consono alle esigenze specifiche riduca l'entità di tali inconvenienti. Ad esempio l'analisi della documentazione sanitaria è strettamente correlata con la quantità e qualità dei dati registrati, per cui dati "persi" precludono analisi complete.

La scelta di un metodo di raccolta di dati, oltre che fare assegnamento su criteri di affidabilità, non deve trascurare considerazioni di ordine pratico, quali:

- L'effettiva disponibilità di strutture, competenze professionali, risorse economiche idonee;
- La possibilità di coinvolgere i soggetti interessati;
- L'accettabilità del metodo da parte degli stessi.

Spesso esiste un contrasto tra questi aspetti, attribuibile al fatto che quanto più un metodo è sofisticato, complesso e costoso, tanto meno è applicabile su larga scala e accettato da soggetti numerosi.

Nell'estate del 2002 il Ministero della Salute ha svolto una prima sperimentazione di monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa in 5 aziende di 5 Regioni diverse (Lombardia,

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

Emilia-Romagna, Toscana, Campania, Puglia). I risultati furono presentati, nel successivo mese di settembre, al Gruppo Tecnico istituito a seguito dell’Accordo del 11 luglio 2002.

Dopo una parziale revisione del disciplinare, cui ha provveduto il Ministero della Salute, è stato programmato un monitoraggio nazionale, concentrato su un elenco di prestazioni (le stesse indicate nel documento dell’11 luglio più alcune altre), da eseguirsi in un giorno “indice” (il 20 novembre 2002) in due aziende di tutte le Regioni (una sola per le Regioni con meno di 500.000 abitanti). L’obiettivo di questa sperimentazione non era la rilevazione dei tempi di attesa, ma la validazione dello strumento per eseguire la rilevazione, ovvero la metodologia espressa nel Disciplinare Tecnico. L’informazione sulla quale si concentrava la rilevazione era costituita dalla percentuale di utenti che ottenevano la prestazione indicata entro lo standard temporale predefinito (a seconda delle prestazioni, da 30 a 180 giorni).

L’ASSR ha svolto in questa occasione l’analisi sulla parte dei dati che dovevano descrivere il tempo di attesa prospettato agli utenti, volendo focalizzare l’attenzione sulla capacità del Disciplinare Tecnico utilizzato di rappresentare in modo affidabile, significativo e confrontabile la situazione dei tempi di attesa. Si è però constatata una frequente incompletezza od incongruenza dei dati forniti dalle aziende coinvolte.

A seguito dei risultati prodotti dalla sperimentazione svolta nel novembre 2002, il Gruppo tecnico ha deciso la revisione del Disciplinare e lo svolgimento di una nuova sperimentazione nel giugno 2003. Si è ritenuto di semplificare il Disciplinare Tecnico rispetto alla rilevazione precedente, sia per la riduzione delle informazioni richieste, sia perché si era rilevato un consistente numero di incompletezze ed errori che potevano in parte imputarsi alla complessità della procedura descritta. La riduzione è stata in buona parte dovuta alla decisione di non considerare più tra i dati da rilevare una serie di informazioni inerenti l’organizzazione dell’offerta, per concentrarsi invece sul tempo di accesso prospettato agli utenti. Si è ribadito che la sperimentazione mirava non a misurare i tempi di attesa presenti nelle aziende selezionate, ma a verificare la capacità del nuovo Disciplinare Tecnico di soddisfare gli obiettivi del programma (capacità di misurare i tempi di attesa in modo efficace, affidabile, riproducibile).

Questa seconda fase della sperimentazione iniziava con la rilevazione del 25 giugno 2003 in una sola Azienda Sanitaria Locale di sei Regioni: Lombardia (ASL Cremona), Liguria (ASL Genova 3), Campania (ASL Benevento), Puglia (ASL Brindisi 1), Toscana

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

(ASL Empoli), Valle d’Aosta; ha coinvolto tutti gli erogatori, pubblici e privati, collocati nel territorio delle ASL considerate che erogavano le prestazioni oggetto del monitoraggio. Alla luce dei risultati prodotti, il Gruppo tecnico ha potuto riscontrare che il nuovo Disciplinare Tecnico migliorava la qualità del monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali, e che la modalità di rappresentazione grafica dei dati mediante grafici Box-Plot risultava efficace e sintetica.

Per quanto attiene invece alle prestazioni di ricovero, si è messo in evidenza come la data di prenotazione dei ricoveri rappresenti un problema metodologico complesso, per una serie di motivi, ad iniziare dal fatto che nella maggioranza dei casi non vi è nessuna forma di centralizzazione delle prenotazioni, che sono lasciate alle procedure dei singoli reparti, procedure che sono scarsamente definite in modo esplicito. Le prenotazioni vengono iscritte nel registro dei ricoveri ordinari di cui all’art 3, comma 8, della Legge 724/1994, laddove esistente, generalmente dal personale del reparto, secondo principi di priorità impliciti e discrezionali del singolo servizio, e frequentemente l’unico controllo esistente è quello svolto dal rispettivo primario. Normalmente, consultando tali agende è possibile sapere chi è in lista, ma non quando vi è stato inserito. Proprio per tali motivazioni, la procedura di rilevazione prevedeva di verificare il tempo di attesa degli ultimi quattro ricoverati, verifica che, per altro, avrebbe dovuto basarsi su dati oggettivi (visione dei registri delle visite precedenti, referti che danno l’indicazione al ricovero ecc.). L’analisi dei dati raccolti ha dato però l’impressione che, in buona parte dei casi, i dati non fossero frutto di osservazioni puntuali e basati su documentazione oggettiva, ma di stime più o meno approssimative. La frequente rilevazione di tempi brevissimi per diversi interventi indicati (1 giorno per protesi d’anca, ecc.) era poco verosimile. Potrebbero essere state considerate le urgenze invece che gli interventi in elezione. Va segnalato, peraltro, che la rilevazione dei dati di ogni singolo paziente ha permesso l’osservazione attenta dei dati stessi e la rilevazione di tutte le incongruenze citate, cosa che non sarebbe accaduta se si fosse semplicemente richiesto alle aziende di descrivere la percentuale di soddisfazione degli standard indicati nell’accordo dell’11 luglio 2002. Infatti, seguendo quel tipo di percorso, sarebbe apparsa una situazione complessivamente molto soddisfacente, senza poter cogliere le incongruenze e le non verosimiglianze descritte. Si è pertanto ritenuto che la metodologia utilizzata non fosse ancora in grado di fornire un quadro preciso di quali siano i tempi di attesa per gli interventi indicati, anche se è sembrata in grado di identificare almeno parte delle rilevazioni non

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

affidabili. Del resto, già l'accordo dell'11 luglio 2002 considerava in modo specifico il problema, sottolineando quanto segue: “Per quanto riguarda l'attività di ricovero risulta opportuno prevedere che la data di prenotazione debba essere registrata fra le informazioni di accettazione che vanno a confluire sulla scheda di dimissione ospedaliera, quale campo obbligatorio a livello regionale.” Una indagine svolta a cura della ASSR nel 2004 ha rilevato che tale campo nel 2003 era stato inserito nelle procedure di solo otto Regioni, e cioè: Marche, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Puglia, Lombardia, Valle d'Aosta ed Umbria. Vi sono però scarse informazioni sul suo reale utilizzo (20% delle SDO con DRG chirurgici, esclusi i ricoveri di urgenza, in Lombardia: D.G. Sanità Regione Lombardia, 2004). È evidente che un utilizzo sistematico ed affidabile di questo campo fornirebbe tutte le informazioni inerenti i tempi di attesa e le dimensioni delle liste di attesa in modo diretto all'interno del flusso informativo SDO.

Alla luce di quanto sopra esposto, il Gruppo tecnico concludeva che la metodologia per la raccolta dei dati dei ricoveri richiedesse un approfondimento e, rispetto alle fonti dei dati, andasse approfondita la riflessione sui registri dei ricoveri e sulla data di prenotazione nelle SDO.

Il Gruppo tecnico concordava di programmare una ulteriore rilevazione per il mese di gennaio 2004: la rilevazione per le prestazioni ambulatoriali è stata estesa su tutte le ASL di tutte le Regioni, mentre la rilevazione sui ricoveri, dovendo essere perfezionata, veniva effettuata solamente in 38 ASL (2 aziende di ogni Regione o 1 nelle Regioni con meno di 500.000 abitanti); per ogni Regione è stata svolta un'attività formativa per alcune persone, a livello centrale, che hanno provveduto alla formazione di altri soggetti che operano a livello aziendale; i referenti regionali venivano responsabilizzati rispetto alla qualità e completezza dei dati raccolti ed inviati. I dati, una volta ottenuti, analizzati e validati, sono stati oggetto di relazione al Tavolo di monitoraggio dei Lea.

Il 20 ottobre 2004 si è tenuta una nuova sperimentazione di rilevazione, che ha visto questa volta il coinvolgimento, in tutte le ASL, di tutti gli erogatori di prestazioni ambulatoriali e di ricovero per conto o a carico del SSN su tutto il territorio nazionale. Le prestazioni osservate sono state le stesse già analizzate per i ricoveri, mentre alle prestazioni ambulatoriali sono state aggiunte tre nuove prestazioni, ovvero: RNM cerebrale, TAC addome, visita ortopedica.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

Queste ultime sperimentazioni hanno evidenziato come la procedura di rilevazione per le prestazioni ambulatoriali apparisse ormai essere efficace come procedura “ex ante”, seppur condizionata da problemi locali di organizzazione dell’offerta e da teoriche possibili variazioni contingenti, che però devono essere considerate nel giudizio conclusivo.

Il discorso è invece diverso per le prestazioni di ricovero, come meglio esposto nell’apposito documento con le proposte (capitolo 4 e 5).

La stessa procedura dell’ottobre 2004 è stata seguita nelle successive sperimentazioni attuate in aprile 2005, ottobre 2005, aprile 2006. A parte l’ultima rilevazione, i cui dati sono ancora in corso di elaborazione, si può rilevare come la metodologia si sia dimostrata, almeno per le prestazioni ambulatoriali, dotata di un buon livello di adeguatezza ed affidabilità, come illustrato nelle relazioni periodiche del Gruppo Tecnico, e confermato anche dai dati raccolti da altre rilevazioni eseguite in alcune regioni.

Si riporta nella tabella 1 l’elenco di tutte le prestazioni che sono state oggetto di monitoraggio nel corso delle diverse rilevazioni, comparando l’elenco con quello indicato nell’Accordo dell’11 luglio 2002.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Tabella 1

Elenco delle prestazioni ambulatoriali selezionate nell'accordo dell'11 luglio 2002 e di quelle oggetto di monitoraggio nelle rilevazioni effettuate

Elenco prestazioni ambulatoriali	Presenza nell'accordo del 11 luglio 2002	Rilevazione Novembre 2002	Pre-test Giugno 2003	Rilevazione Gennaio 2004	Rilevazioni Ottobre 2004, Aprile 2005, Ottobre 2005, Aprile 2006
•Ecografia addome	X	X	X	X	X
•Ecocolordopplergrafia cardiaca		X			
•Ecodoppler dei tronchi sovra-aortici e dei vasi periferici	X	X	X	X	X
•Elettromiografia		X			
•Esofago-gastro-duodenoscopia	X	X	X	X	X
•Mammografia bilaterale		X			
•RM della colonna	X	X	X	X	X
•RM dell'encefalo					X
•TAC cerebrale	X	X	X	X	X
•TAC addominale					X
•Visita cardiologica	X	X	X	X	X
•Visita oncologica		X			
•Visita oculistica	X	X	X	X	X
•Visita ortopedica					X

Elenco delle prestazioni di ricovero selezionate nell'accordo dell'11 luglio 2002 e di quelle oggetto di monitoraggio nelle rilevazioni effettuate

Elenco prestazioni di ricovero	Presenza nell'accordo del 11 luglio 2002	Rilevazione novembre 2002	Pre-test Giugno 2003	Rilevazione Gennaio 2004	Rilevazioni Ottobre 2004, Aprile 2005, Ottobre 2005, Aprile 2006
•Artroprotesi d'anca	X	X	X	X	X
•Artroscopia		X			
•By-pass aorto-coronarico		X			
•Cataratta	X	X	X	X	X
•Colecistectomia		X			
•Chemioterapia		X			
•Asportazione neoplasia del polmone		X			
• Asportazione neoplasia della mammella		X	X	X	X
• Asportazione neoplasia del colon retto		X	X	X	X
•Coronarografia	X	X	X	X	X

La comunicazione

Il tema della comunicazione sui tempi e le modalità di accesso alle prestazioni è stato ripetutamente trattato in documenti nazionali, compresi atti normativi (L. 724/1994, DPCM 19 maggio 1995, L. 266/2005 e successivo Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa).

Il Ministero della Salute ha recentemente condotto un’indagine (settembre 2005) sull’utilizzo di internet per l’informazione ai cittadini in merito alle liste d’attesa (*“Rapporto nazionale sull’utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi e liste di attesa nei siti Web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale”*).

Nei commenti si poteva leggere: *“I risultati ottenuti hanno dimostrato che solo il 23% dei siti Web esplorati (Regioni e P.A., ASL, Aziende Ospedaliere, IRCCS e Policlinici) fornisce dati su tempi e liste d’attesa, nonostante l’approccio utilizzato sia stato poco restrittivo. Ne risulta quindi, una scarsa utilizzazione su tutto il territorio nazionale da parte delle Regioni, P.A. e strutture sanitarie del proprio sito Web, strumento che ha delle potenzialità enormi come mezzo di comunicazione e di informazione verso utenti ed operatori. Inoltre, spesso le informazioni sono “mimetizzate” all’interno dei siti, l’aggiornamento non é sistematico e le modalità di indicazione su tempi e liste d’attesa e relative prestazioni mancano completamente di omogeneità.”*

I risultati complessivi dell’indagine ministeriale sono riportati nella tabella sottostante.

	Siti Web esplorati	Siti Web con presenza di dati su tempi e liste d’attesa	
		N	%
Regioni e P.A.	21	4	19%
ASL	179	48	27%
Aziende Ospedaliere	93	18	19%
IRCCS	51	8	16%
Policlinici Universitari	11	4	36%
Totale	355	82	23%

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Questi dati confermano come il diritto del cittadino all'informazione corretta ed esaustiva sia ancora poco tutelato, ma anche che sono poco utilizzate le potenzialità di questi strumenti per indirizzare più opportunamente i cittadini verso le modalità più funzionali alle stesse esigenze organizzative aziendali. La presenza in internet di chiare informazioni sulle modalità di accesso, con spiegazioni sulle procedure, le priorità, i punti di più facile accesso, permetterebbero alle stesse aziende di meglio governare il rapporto domanda/offerta, oltre che ridurre una certa quota di proteste e reclami.

1.6 CONCLUSIONI

Al termine di questo capitolo, dedicato all'analisi dei principi generali e della normativa di riferimento, si ritiene di sintetizzare alcuni concetti generali che il Gruppo di lavoro ristretto ha ritenuto di considerare come base per le proposte che sono formulate nei capitoli successivi, dove vi è la descrizione puntuale delle diverse proposte formulate.

Va sottolineato come, relativamente alla misurazione dei tempi di attesa, è necessario distinguere almeno due diverse tipologie di esigenze:

- Per i livelli centrali vi è la necessità di verificare la tutela dei principi fondamentali del sistema, ed in particolare, l'effettiva possibilità di accesso alle prestazioni in tempi congrui con i bisogni di salute; le informazioni più rispondenti a questo bisogno risultano essere quelle sul tempo effettivo di risposta, ovvero il tempo che realmente impiega il cittadino per ottenere la prestazione di cui necessita, prodotte dai sistemi informativi istituzionali; questo tempo fornisce dati precisi ed esprime il reale vissuto dei cittadini, anche se, solitamente, per motivi legati alla complessità organizzativa ed alle caratteristiche procedurali dei sistemi, oltre che dei tempi di erogazione, i dati di questo genere sono disponibili con un notevole ritardo, ovvero a molta distanza dal momento in cui gli eventuali fenomeni negativi si sono manifestati;
- Per le regioni e per le aziende vi è la necessità di avere informazioni tempestive sull'andamento dei tempi e della capacità di risposta del sistema, al fine di porre in atto le eventuali misure correttive; per queste finalità risultano essere più adeguati sistemi di rilevazione in grado di fornire dati continui sui tempi di attesa prospettati ai cittadini ("ex

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

ante”) che formulano una richiesta; questi dati, seppur espressione di una “potenzialità” e non necessariamente di quello che sarà il tempo effettivo di attesa, hanno il grosso vantaggio di essere disponibili in tempi rapidi, con procedure ragionevolmente semplici, ripetibili più volte all’anno, soprattutto se le analisi vengono svolte non “a tutto campo” ma per settori selezionati in quanto ritenuti critici e con l’ausilio di sistemi informatizzati di prenotazione.

È evidente quindi l’esigenza di prevedere sistemi diversificati per il monitoraggio dei tempi di attesa, in grado comunque di fornire dati precisi, affidabili, completi. Tali sistemi devono anche essere economicamente e funzionalmente sostenibili, preferibilmente sinergici e tendenzialmente basati su fonti omogenee.

Come illustrato nei successivi documenti, a seconda che ci si riferisca ai ricoveri programmati od alle prestazioni ambulatoriali, le fonti dei dati saranno fundamentalmente le agende di prenotazione (cartacee, informatizzate, CUP), ma le modalità di utilizzo saranno diverse in funzione della finalità (tutela dei principi del sistema o necessità di gestione), e pertanto nei documenti vengono illustrate diverse proposte, in funzione delle diverse esigenze.

Durante lo svolgimento del Progetto Mattone si è fornito supporto metodologico ed economico ad alcune regioni per avviare esperienze di sperimentazione degli strumenti e dei percorsi proposti dal progetto stesso. La limitata durata del Progetto Mattone non ha permesso lo svolgimento di una sperimentazione esaustiva e completa, ma ha consentito comunque:

- ai referenti del progetto, di verificare sul campo l’efficacia, la coerenza, la fattibilità delle proposte, oltre ad avere dei ritorni relativamente ai problemi determinatisi ed alle eventuali soluzioni prospettate;
- alle regioni, di avere supporto all’avvio di queste importanti iniziative.

Al termine delle sperimentazioni, i risultati, le criticità e le soluzioni raccolte da queste esperienze hanno contribuito alla predisposizione delle proposte finali del progetto.

2 LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SECONDO CRITERI DI PRIORITÀ

2.1 PREMESSA

Il presente documento è finalizzato a fornire indicazioni per la gestione dell'accesso, in base a modelli di priorità, alle prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale e alle prestazioni di ricovero. Sono escluse, perché oggetto di specifiche modalità organizzative, le prestazioni ad accesso diretto sia per specifiche modalità organizzative (ad esempio: servizi di pronto soccorso) sia per prevista possibilità di accesso diretto con o senza impegnativa (ad es.: visite ginecologica, odontoiatrica, optometrica, pediatrica, psichiatrica).

2.2 IL CONCETTO DI "PRIORITÀ DI ACCESSO"

La stratificazione della domanda in classi con priorità d'accesso formalmente differenziate rappresenta una metodologia da tempo applicata soprattutto nell'ambito delle attività di emergenza, dove il metodo del *triage* è utilizzato per prendere una decisione di priorità di cura, specie nei momenti di punte massime di domanda di intervento. In tali sistemi, la velocità e l'appropriatezza della decisione di intervenire subito o di ritardare di un po' l'intervento è spesso determinante per l'efficienza del sistema. Vi sono condizioni patologiche nelle quali è possibile rinviare l'intervento diagnostico e/o terapeutico richiesto come urgente, senza per questo modificare la prognosi dell'utente. Tale presupposto è fondamentale per poter garantire a tutti una risposta disponendo, sia sul territorio sia presso i servizi di pronto soccorso, di una quantità di risorse che, nelle punte massime di domanda di intervento, può essere insufficiente per rispondere a tutti subito. In questi sistemi, nei quali l'afflusso degli utenti è spesso imprevedibile e oscillante nel tempo, la possibilità di attribuire, ai singoli utenti, tempi di attesa diversi è determinante per garantire l'efficacia del servizio, come esplicitamente previsto anche dal punto 2.1 del *D.M. 15 maggio 1992 (Gazz.*

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

Uff. 25 maggio 1992, n. 121) con il quale sono stati fissati i criteri e i requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza.¹

Alla luce delle considerazioni sul “fattore tempo”, nella prassi clinica quotidiana, non solo nell’emergenza ma anche negli interventi programmabili, ove ugualmente le risorse non sono infinite, il medico gestisce frequentemente tale fattore per poter garantire l’erogazione di prestazioni a suo parere differibili, comunicando in modo comprensibile, all’utente e all’organizzazione di cui fa parte, la propria decisione. Alla base della prassi di riferimento sta quindi il tempo, gestito con modalità che si presuppone non compromettano la prognosi del cliente-utente, né influenzino in modo significativo l’eventuale stato di sofferenza attuale.

Tale prassi estremamente diffusa ha tuttavia una rilevante debolezza sul piano scientifico, poiché sono molto scarse le evidenze scientifiche relativamente alla correlazione fra attesa e presenza di beneficio o assenza di danno. Ciò rende necessaria una certa prudenza nella implementazione di queste metodologie e rende necessario attuare sperimentazioni sul campo che permettano di utilizzare classi di priorità con contenuto clinico esplicito, che abbiano contenuti di misurabilità, che prevedano il monitoraggio continuo ed il feedback fra prescrittori ed erogatori di prestazioni specialistiche.

A tale proposito si può ricordare anche una recente sentenza della Corte di Giustizia Europea (C-372/2004) che, per un caso di prestazione all’estero, ha considerato lesivo del diritto del cittadino la sola definizione generica di tempo massimo d’attesa, se priva di elementi oggettivi di giudizio.

Oltre a quanto detto, si dovrebbero considerare alcuni principi, ovvero l’adeguatezza, l’accessibilità, la tempestività.

L’adeguatezza - Il parametro è volto ad esprimere la capacità del servizio sanitario di assicurare le cure appropriate a tutti coloro che ne hanno veramente bisogno, in modo che l’assistenza sanitaria risulti equamente distribuita tra tutta la popolazione servita. L’adeguatezza è condizionata, oltre che dall’effettiva disponibilità di servizi, anche dalle procedure di accesso e dalle caratteristiche socio-culturali della popolazione considerata.

¹ Accordo 25 ottobre 2001, Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: «Triage intraospedaliero (valutazione gravità all’ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell’emergenza - urgenza sanitaria». (G.U. 7.12. 2001, n. 285.)

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

L'accessibilità - impegna fortemente le strutture sanitarie, e implica non solo centri di prenotazione funzionanti, ma anche modalità organizzative che facilitino la gestione dei tempi di attesa.

La tempestività - Il fattore tempo deve essere esplicitato correttamente all'utente. Il paziente ha diritto a ricevere i trattamenti necessari in un periodo di tempo congruente con il bisogno e predeterminato e ad essere adeguatamente informato sulle modalità di accesso alla prestazione. I servizi sanitari devono poter garantire a ogni persona non soltanto l'accesso ai servizi, ma anche l'immediata iscrizione, se del caso, nelle liste di attesa.

Sul piano bioetico, due sono i concetti fondamentali da considerare:

- l'equità rispetto all'accesso ai servizi deve essere intesa in senso sostanziale, ossia parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute; differenza nell'accesso per bisogni diversi;
- i principi di priorità devono ispirare non solo l'erogatore ma anche il prescrittore. Il medico che prescrive, infatti, è un professionista con una sua deontologia, e deve essere consapevole dei limiti della capacità di offerta delle prestazioni e agire di conseguenza, selezionando per criteri di priorità già all'atto della richiesta delle prestazioni. La scelta deontologica del medico deve, poi, tradursi in un rapporto positivo e concordato con il sistema erogante sui criteri di prioritarizzazione. Il medico, infatti, va valorizzato sia nella definizione dei concreti obiettivi di salute dell'azienda sanitaria e dei corretti percorsi di cura, sia nel rispetto degli stessi.

2.3 LA LETTERATURA E LE ESPERIENZE PIÙ RECENTI SULLE PRIORITÀ

Come sostenuto nelle esperienze nazionali e come, in maniera simile, sostenuto nell'ambito del WCWL project canadese¹, le funzioni principali di un progetto di sviluppo di criteri di priorità dovrebbero essere: 1) la definizione di un linguaggio nuovo che descriva raggruppamenti omogenei di pazienti in attesa; 2) l'aiuto ai medici nel decidere quale livello di urgenza clinica e quale attesa attribuire ai pazienti in lista.

Questo tipo di progetto, richiede di esplicitare principi e criteri che si andranno ad utilizzare. Il necessario coinvolgimento degli operatori richiederà di attuare specifici percorsi di formazione.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Sono ancora poche le esperienze italiane che hanno ben descritto l'utilizzo di modelli di coinvolgimento partecipativo e progressivo dei diversi attori interessati al programma di creazione di un nuovo linguaggio finalizzato a definire ed utilizzare priorità cliniche, con evidenza di risultati (Bellettieri, 2003²; Bertelle e Gioffredi, 2003³; Bosio et al., 2004⁴; Mariotti, 2006⁵; Vaccaro e Barletta, 2003⁶). Esse hanno confermato che per poter implementare modelli mutuati dalla “teoria dell'organizzazione” occorre sviluppare contesti lavorativi favorevoli. Altre esperienze sono relative alla definizione concordata di appropriatezza e alla realizzazione di criteri di priorità per l'accesso a specifiche e limitate prestazioni terapeutiche (chirurgia della cataratta, artroprotesi d'anca) e diagnostiche (ecocolordoppler, MOC). Diversi documenti e dati delle esperienze sono reperibili nei siti internet di alcune regioni⁷.

Per la realizzazione di programmi innovativi, come quelli di implementazione delle priorità cliniche, vi sono due classiche modalità di approccio: dall'alto verso il basso e dal basso verso l'alto. La prima richiede più tempo e prevede la diffusione di percorsi formativi (momenti formativi d'aula e sul campo con realizzazione di “*action research*”) a cascata dal livello macro al livello meso fino a quello micro. La seconda richiede meno tempo e prevede l'individuazione di esperienze locali (in genere di livello micro) che abbiano già dato risultati ripetibili nel tempo, la diffusione progressiva verso le realtà di livello meso di minor resistenza. Per quest'ultima applicazione si ritiene necessaria la creazione di “*task force*” strutturate. Questo modello richiama un'esperienza attivata da pochi anni presso il NHS britannico, a sostegno di un cambiamento culturale nelle aziende sanitarie⁸ ed in linea con i concetti di *clinical governance* sostenuti dallo stesso NHS⁹.

A sostegno della diffusione di un modello gestionale “innovativo” è opportuno prevedere strumenti informativi da utilizzare a livello locale (micro) e da diffondere a partire dal livello macro. Si veda in tal senso l'esperienza realizzata dalla Modernisation Agency del NHS britannico che ha sviluppato il *Clinically Prioritise and Treat*¹⁰.

Le esperienze internazionali sull'argomento che abbiano caratteristiche informative tali da renderle trasferibili in altro contesto, pubblicate in prevalenza dalla fine degli anni '90 ad oggi, permettono di sintetizzare gli approcci alla definizione di urgenza clinica e relativo tempo di attesa come segue:

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

- 1) priorità clinica per patologie e terapia (cataratta), per patologie e diagnosi (acne, lombalgia acuta, eczema atopico nel bambino, menorragia, artropatia di anca e di ginocchio, otite media persistente con secrezione nel bambino, psoriasi, episodi ricorrenti di faringite acuta in ragazzi sopra i 15 anni, “prostatismo”, vene varicose) o gruppi di patologie (salute mentale nel bambino);
- 2) priorità clinica per interventi chirurgici (chirurgia generale, sostituzione d’anca e di ginocchio);
- 3) priorità clinica per singole prestazioni specialistiche ambulatoriali (RMN, endoscopia digestiva, visita cardiologica, visita dermatologica, visita ORL, ecc.). Un caso a parte è rappresentato dal modello sviluppato dal NHS britannico delle due settimane massime di attesa per i pazienti con sospetta patologia oncologica¹¹

2.4 LE TEMATICHE DELL’ACCORDO 11 LUGLIO 2002 TRA STATO E REGIONI

Il miglioramento dell’accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche e ai ricoveri, così come definito in premessa, è stato approfondito nell’Allegato tecnico all’Accordo 11 luglio 2002, siglato in sede di Conferenza Stato-Regioni, ove veniva messo in stretta connessione con la tutela e la promozione di alcuni principi generali: priorità, appropriatezza, tempi massimi di attesa, monitoraggio, comunicazione e informazione ai cittadini.

Nel documento si sottolineava la necessità, quale elemento importante che deve precedere ed accompagnare la definizione delle priorità, di attuare iniziative che aumentino il grado di appropriatezza delle prestazioni rese. Una prestazione deve essere erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nel momento giusto e secondo il regime organizzativo più adeguato. Pertanto le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza sono di norma poste nella classe di priorità più bassa.

Come sopra accennato, nella prassi quotidiana i medici applicano spesso criteri di priorità, solitamente però in assenza di procedure operative esplicite. In realtà, i criteri di priorità si devono basare in primo luogo sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico presente: eziologia, stadio e decorso della patologia, con particolare riguardo ai possibili danni legati a ritardi nel trattamento, presenza ed intensità di sintomi e deficit funzionali,

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

fattispecie particolari che richiedano di essere trattate secondo tempistiche prefissate. L'individuazione di criteri di priorità risente delle diverse modalità di erogazione e dei diversi momenti in cui vengono prese le decisioni da parte dei medici, in quanto il ricovero elettivo in genere è connesso ad un quadro clinico già definito, mentre le prestazioni ambulatoriali vengono prescritte frequentemente in situazioni di grande incertezza clinica, dove la diagnosi non è ancora formulata. Nell'Accordo dell'11 luglio 2002 vengono pertanto individuati 7 elementi per la definizione di priorità:

- 1) severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico);
- 2) prognosi (quoad vitam o quoad valetudinem);
- 3) tendenza al peggioramento a breve;
- 4) presenza di dolore e/o deficit funzionale;
- 5) implicazioni sulla qualità della vita;
- 6) casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato;
- 7) speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

I pazienti con uguale livello di priorità devono essere trattati secondo l'ordine cronologico di presentazione e in caso di sospensione dell'erogazione delle prestazioni il paziente deve rientrare in lista in una posizione che tenga conto della posizione originaria.

Gli operatori sanitari, nel vagliare la priorità di intervento sanitario, potranno avvalersi non soltanto dell'opinione di esperti, ma anche del supporto della E.B.M. (Evidence Based Medicine): quest'ultima aiuterà come ulteriore metodologia di giudizio nel procedimento diagnostico, con l'obiettivo di mettere a disposizione dei medici le informazioni più aggiornate, controllate nella loro validità e immediatamente utilizzabili ai fini di un corretto comportamento clinico.

Si è avviato, con questi importanti provvedimenti, un nuovo percorso condiviso per identificare le priorità, e stabilire una "classificazione nazionale delle classi di priorità", come strumento per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale, e si propongono approfondimenti, sulla base della letteratura internazionale e delle esperienze nazionali, ripartendo in quattro classi di priorità le prestazioni di ricovero ospedaliero (nate per il ricovero chirurgico, ma riproponibili anche per quello medico) e tre classi di priorità per le attività ambulatoriali (considerando i primi accessi).

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Per quanto attiene ai ricoveri in elezione, nell'ambito dell'Accordo 11 luglio 2002 si danno alcune indicazioni che appaiono derivare da un'esperienza australiana (Stato di Victoria) che, a fini pratici, aveva individuato alcune categorie di attesa; sono stati scelti due primi livelli di 30 e 60 giorni (classi A e B) ed altri due a 180 giorni e 1 anno (classi C e D).

Per quanto attiene le prestazioni specialistiche ambulatoriali, l'Accordo tiene conto delle esperienze italiane individuando 3 categorie di attesa: classe A entro 10 giorni, classe B entro 30 e 60 giorni rispettivamente per visite e prestazioni strumentali, classe C entro 180 giorni.

Nell'accordo, il livello centrale identifica alcune tipologie di ambiti e prestazioni di interesse generale, per le quali stabilire obiettivi comuni con le Regioni e modalità di verifica uniformi, come livello di garanzia di equità del SSN.

2.5 L'EVOLUZIONE DELLE INFORMAZIONI: DAL MONITORAGGIO NAZIONALE AI "FOCUS GROUP"

A seguito dell'Accordo del 11 luglio 2002, è stato creato presso l'ASSR un Gruppo Tecnico costituito da rappresentanti di ASSR, Ministero della Salute, Coordinamento degli Assessori alla Sanità. Il Gruppo Tecnico ha inizialmente approfondito lo studio del fenomeno e delle problematiche connesse. Ha provveduto successivamente a programmare una serie di sperimentazioni finalizzate a verificare la validità di metodologie e strumenti che potessero permettere di raccogliere informazioni esaustive ed affidabili sulla situazione dei tempi e delle liste di attesa nelle diverse regioni (si veda il capitolo "Principi generali e aspetti metodologici).

Nell'ambito del progetto Mattone "Tempi di attesa" si è avuta l'opportunità di approfondire ulteriormente le conoscenze e le informazioni in questo ambito, soprattutto grazie ad una serie di iniziative finalizzate ad acquisire informazioni sugli specifici contesti regionali ed aziendali. A tale scopo, particolarmente utili si sono rivelate le interviste telefoniche ai referenti regionali per le liste di attesa, realizzate mediante un questionario e, soprattutto, una serie di interviste svolte con la tecnica del "focus group" in tutte le regioni tra novembre 2004 e febbraio 2005. Dall'insieme di questi incontri si è realizzata una prima analisi dei fenomeni registrati, con evidenziazione delle componenti (positive o negative) del fenomeno "tempi di attesa", riaggregate poi in categorie concettuali sintetiche. I "focus

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

group” hanno permesso di acquisire informazioni da diverse tipologie di soggetti coinvolti nel problema (referenti aziendali, rappresentanti dei professionisti prescrittori e di quelli erogatori, rappresentanti dei cittadini, ecc.). Si è così venuti a conoscenza di una serie di specificità regionali, ma soprattutto di alcuni problemi trasversali, che fino ad ora non apparivano in tutta la loro criticità, ma anche di soluzioni e di scelte innovative particolarmente interessanti. I risultati di questa ultima indagine sono stati riportati in un documento apposito presentato ai referenti delle Regioni nel maggio 2005 e disponibile ora nei prodotti della ricerca (Allegato 2).

Come noto, nelle sperimentazioni svolte a cura del Gruppo Tecnico sopra citato per la rilevazione delle prestazioni ambulatoriali, l’oggetto dell’osservazione sono state le prime visite/prestazioni, intese come primo contatto del paziente per uno specifico problema di salute, distinguendole in ciò dai controlli successivi o da tutte le attività svolte in una logica di approfondimento successivo alla prima valutazione.

Si è però rilevato che molte realtà, anche tra quelle con sistemi CUP evoluti, non prevedono la distinzione tra prima visita e controlli successivi. Peraltro, chi ha analizzato le specifiche caratteristiche della domanda, ha potuto verificare che spesso non si tratta di prime visite/prestazioni (sebbene così codificate), ma di attività successive; risulta che le “prime visite” specialistiche siano in realtà per il 50-80% dei casi controlli successivi, seppur con intervalli temporali (distanza dalla prestazione precedente) molto differenziati. Ciò è attribuibile a diverse cause, quali procedure di prenotazione che non prevedono la distinzione tra le due tipologie o maggior vantaggio economico per l’erogatore nella prima visita rispetto al controllo.

Questo rilievo rende ancora più difficile interpretare ed esprimere valutazioni sui risultati dei monitoraggi, e spinge a considerare con ulteriore attenzione il problema generale della lettura dei tempi di attesa.

Infatti, nei diversi documenti nazionali riferiti ai tempi di attesa è sempre stata sottolineata la necessità di prevedere risposte congruenti con l’effettivo bisogno, in particolare considerando i rischi e la sofferenza, articolando la risposta su criteri di priorità.

A questo punto, considerata la prevalenza del concetto di priorità, e visti i problemi di monitoraggio sopra descritti, sarebbe necessario riconsiderare anche il sistema generale di monitoraggio, andando al superamento della stretta logica di contrapposizione “*prima visita – controlli successivi*”, e ponendo invece l’attenzione sulla *risposta congruente con il*

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

problema di salute del cittadino, e quindi con la classe di priorità, indipendentemente dal fatto che si tratti o meno di una prima visita/prestazione. Ciò risulterebbe anche più razionale, ove si consideri che controlli successivi potrebbero essere necessari in tempi brevi, mentre prime visite senza motivazioni significative possono attendere tempi più lunghi. Inoltre, il presupposto che i controlli successivi siano sempre garantiti in tempi congruenti, si è rivelato non corrispondere alla realtà, anche perché spesso lo specialista non si fa carico della nuova prenotazione, ma è l'utente che deve ripresentarsi al punto di prenotazione, ove la sua richiesta è spesso collocata semplicemente in coda alla lista, senza considerare la specifica esigenza. Pertanto, in prospettiva di sviluppo a lungo termine, i nuovi modelli di monitoraggio dei tempi di attesa dovrebbero prevedere di rilevare non solo i tempi delle prime prestazioni, ma anche quelli dei controlli o prestazioni successive, avendo comunque ben presente che queste sono logicamente e funzionalmente distinte dalle prime. Come illustrato nel documento sul monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali, la raccolta dei dati sui controlli e prestazioni successive permetterebbe anche di verificare il rispetto degli intervalli temporali tra le diverse prestazioni, di seguire l'intero percorso dei pazienti e quindi di potere esprimere valutazioni più articolate ed esaurienti sui processi assistenziali.

L'applicazione di priorità di accesso alle prestazioni sanitarie non urgenti, porta ad affrontare in maniera globale il problema dell'accessibilità ai servizi, alla luce della crescente evoluzione della tecnologia e dei relativi costi, considerando anche la questione della accettabilità da parte sia dei fruitori delle prestazioni sia dei fornitori (professionisti). In tal senso, applicare priorità di accesso deve garantire da un lato la tempestività e quindi una adeguata efficacia degli interventi sanitari (utenti che hanno bisogno di prestazioni in tempi rapidi), dall'altro la riduzione dell'incremento incontrollato della spesa sanitaria pubblica (garantire tutto a tutti e subito). La definizione di criteri espliciti consente, inoltre, di rendere il più possibile trasparenti i motivi che assegnano tempi di attesa più brevi a utenti con maggior bisogno di cura.

Si tratta quindi di riconsiderare (come strategia di sistema) la logica generale di organizzazione delle agende di prenotazione, prevedendo sistematicamente l'utilizzo di classi di priorità, alle quali riportare tutte le richieste di prestazioni ambulatoriali e di ricovero, come esplicitamente indicato dalla legge 266/2005 e dal successivo Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa. Queste classi dovranno avere delle caratteristiche generali omogenee a livello nazionale (come già indicato dall'Accordo del luglio 2002 e ribadito dal

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

comma 283 della legge 266/2005), pur potendo prevedere delle articolazioni interne differenziate localmente o per settore.

Del resto, le valutazioni e gli indirizzi, ai diversi livelli, già si stanno muovendo in tal senso, al punto che il nuovo ricettario predisposto per il SSN prevede la presenza di quattro caselle ove il prescrittore, semplicemente marcando la prescelta, può indicare all’erogatore il livello di priorità che la richiesta implica: la prima casella (codificata come “U”) si riferisce alle prestazioni urgenti, che devono trovare risposta immediatamente o nell’arco di alcune ore, mentre le altre tre caselle (nella nuova ricetta codificate, rispettivamente B, D e P) stanno ad indicare, in modalità decrescente, la classe di priorità richiesta, concettualmente corrispondenti alle classi A, B e C dell’Accordo dell’11 luglio 2002. In queste tre categorie potrebbero rientrare quindi anche le prestazioni programmabili, ma per le quali si prevede di poter attribuire la richiesta ad una specifica categoria, che dovrà trovare risposta entro tempi massimi stabiliti; una eccezione è rappresentata da quei casi in cui i controlli sono programmati a tempi superiori (ad es.: controllo ecografico a un anno).

Le classi di priorità devono essere considerate come criteri di riferimento, da utilizzare in modo flessibile in funzione sia di esigenze locali sia di specificità settoriali (cardiologia piuttosto che fisiatria). Con ciò si intende dire che le classi devono avere una omogeneità a livello nazionale (come già definito nell’Accordo del 11 luglio 2002 e ribadito nella legge 266/2005 e nel successivo Piano Nazionale, che attribuisce alla Commissione Nazionale sull’Appropriatezza la predisposizione di linee guida per la fissazione di criteri di priorità), ma che a livello locale (regionale o aziendale) potrebbero esservi delle sottoclassi per specifiche esigenze o valutazioni (ad esempio, una classe A1 entro 3 giorni ed una A2 tra 4 e 10 giorni per la cardiologia o la diagnostica per immagini), mantenendo comunque l’impostazione generale soprattutto ai fini della confrontabilità dei dati.

2.6 PRIME PROPOSTE OPERATIVE E RISULTATI DELLE SPERIMENTAZIONI ALL’INTERNO DEL PROGETTO

Come sopra illustrato, nell’ambito del progetto “Mattone Tempi di attesa”, si è operato in piena coerenza con quanto già svolto nel Gruppo tecnico previsto dall’Accordo del 11 luglio 2002.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Alla luce del lavoro svolto in collaborazione con le Regioni, nonché della letteratura, delle esperienze citate e delle indicazioni contenute nell'Accordo, si è concordato che i sistemi di monitoraggio dei tempi e delle liste d'attesa devono basarsi su rilevazioni puntuali, non essendo più accettabile né l'autoreferenzialità di erogatori o aziende, né modalità di descrizione basate dati stimati e non misurati. E' stato proposto all'interno del progetto un percorso operativo così articolato:

- 1) identificazione di una serie di aziende in alcune regioni ove realizzare una sperimentazione dei percorsi e degli strumenti proposti dal Gruppo di Progetto
- 2) formazione di una serie di referenti nelle singole aziende, che potessero svolgere la funzione di coordinamento e facilitazione all'implementazione degli strumenti selezionati
- 3) attuazione della sperimentazione degli strumenti e dei percorsi di prescrizione/erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di interventi chirurgici di elezione; la sperimentazione ha prioritariamente considerato prestazioni di particolare criticità, come situazioni con tempi molto lunghi o di particolare rischio (es.: visite cardiologiche);
- 4) utilizzo di una metodologia per lo sviluppo di modelli gestionali basati sul coinvolgimento partecipativo e progressivo dei principali attori coinvolti (professionisti, operatori di prenotazione, utenti/cittadini), coordinati dai facilitatori formati;
- 5) utilizzo di strumenti di definizione delle priorità da selezionare fra quelli già disponibili in letteratura, in particolare: scale di assegnazione di punteggi per priorità per gli interventi chirurgici in elezione; categorie di attesa omogenee per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, da correlare ad almeno 3 livelli di attesa individuati nell'Accordo (10 giorni, 30 o 60 giorni ed oltre tali tempi ma da garantire comunque entro i 180 giorni)

Le sperimentazioni si sono realizzate, con tempistiche diverse nelle varie regioni, tra il settembre 2005 e il maggio 2006 ed i risultati hanno fornito un contributo significativo per la predisposizione delle proposte finali contenute in questo documento.

Complessivamente, hanno partecipato alla sperimentazione 18 aziende, collocate in 12 regioni. Nell'Allegato 3 è riportato l'elenco delle aziende e dei rispettivi referenti che hanno partecipato alla sperimentazione. Nello stesso allegato sono riportate le schede conclusive redatte dai referenti, seguendo il modello di relazione che era stato preventivamente concordato. Si ritiene che le relazioni siano un documento di notevole interesse informativo,

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

sia perché illustrano, rispetto a queste problematiche di sistema, il punto di vista degli operatori sul campo, sia perché sono espressione dell’applicazione degli strumenti e dei metodi proposti in contesti organizzativi e, talvolta, anche normativi molto diversi.

Dalla lettura delle relazioni è stata ricavata una griglia riassuntiva con l’elenco delle principali criticità e soluzioni segnalate, riportata nello stesso Allegato 3. Sono state suddivise le segnalazioni inerenti la sperimentazione per le prestazioni ambulatoriali da quelle sui ricoveri; in ambedue i casi, le segnalazioni sono state distinte tra criticità e soluzioni, riportate ad alcune categorie sintetiche:

Criticità per il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali:

- resistenze al cambiamento
- difficoltà tecniche
- difficoltà nell’uso delle priorità
- scarsa comunicazione con i cittadini
- problemi gestionali
- altro

Soluzioni per i problemi di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali:

- adeguamento software
- migliore comunicazione esterna
- migliore comunicazione/condivisione/formazione operatori
- negoziazione con le parti e riorganizzazione offerta
- altro

Criticità per il monitoraggio dei ricoveri

- resistenze al cambiamento
- difficoltà tecniche
- altro

Soluzioni per i problemi di monitoraggio dei ricoveri

- modifiche procedure
- migliore comunicazione/condivisione/formazione operatori

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

- negoziazione con le parti

Tra le molte segnalazioni pervenute, ci vogliamo qui soffermare in particolare su due aspetti.

Il primo è inerente al “fattore umano”, ovvero le resistenze al cambiamento, che sono diffuse e si presentano in molte modalità (rifiuto alla variazione delle procedure da parte degli addetti, richiesta degli MMG di compensi ad hoc, rifiuto dei vincoli posti da criteri espliciti di priorità ecc.). Su questi temi vengono proposte diverse soluzioni, fondamentalmente basate su un diverso e migliore rapporto con gli operatori ed i diversi soggetti coinvolti, soprattutto attraverso azioni di informazione/formazione/condivisione.

Il secondo aspetto è la frequente segnalazione di problemi inerenti i sistemi software, in alcuni casi di tipo strettamente tecnico (mancanza dei campi necessari, difficoltà alle modifiche, tempi lunghi, costi), in altri casi di ordine più strategico, quali il problema della comunicazione tra sistemi diversi, sia interaziendali (aziende ospedale e ASL) sia intraaziendali (CUP e sistemi dedicati di specialità, prestazioni ambulatoriale e flusso economico ecc.); tutte le soluzioni hanno dei costi impliciti, ma mentre alcune sono ragionevolmente praticabili in tempi non lunghi (inserimento di un campo), altre sono di ordine strategico, e vanno inserite nel ripensamento dell'intero sistema informativo aziendale (comunicazione interaziendale o tra sistemi diversi), che implica costi consistenti e tempi lunghi; a questo proposito, si veda anche il documento di linee guida per i sistemi CUP.

2.7 BIBLIOGRAFIA

1. Hadorn D.C., Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project: Setting priorities on waiting lists: point-count systems as linear models. *J Health Serv Res Policy*, 8: 48-54, 2003.
2. Bellettieri AP., D'Auria S., Guarino MT, Paciello M., Peluso D.: Il percorso applicativo con priorità in Regione Basilicata. In *Tempi d'attesa e priorità cliniche. Esperienze a confronto*. Atti del Convegno, Rovereto 9 maggio 2003. Roma, Esseditrice, 2003.
3. Bertelle E., Gioffredi A.: Il percorso applicativo con priorità in una Azienda della Regione Veneto. In *Tempi d'attesa e priorità cliniche. Esperienze a confronto*. Atti del Convegno, Rovereto 9 maggio 2003. Roma, Esseditrice, 2003.
4. Bosio M., Bolzoni G.: Il percorso applicativo con priorità in Regione Lombardia. In *Tempi d'attesa e priorità cliniche. Esperienze a confronto*. Atti del Convegno, Rovereto 9 maggio 2003. Roma, Esseditrice, 2003.
5. Mariotti G.: *Priorità cliniche in sanità*. Milano, ed. FrancoAngeli 2006. .
6. Vaccaro R., Barletta R., 2003, Sperimentazione innovativa sulle liste di attesa in sanità: un progetto pilota a Bolzano, *Tendenze Nuove*, n.1, gennaio-febbraio 2003, 67-84.
7. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna: *Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed Eco-color-doppler e impatto sui tempi di attesa*. Dossier 79. Bologna, Regione Emilia-Romagna, maggio 2003.
8. Bate P., Bevan H., Robert G.: *Towards a million change agents. A review of the social movements literature: Implications for large scale change in the NHS*. London, NHS, Modernisation Agency, 2004.
9. Degeling P.G., Maxwell S., Iedema R., Hunter D.J.: Making clinical governance work, *BMJ*, 329: 679-681, 2004.
10. Modernisation Agency: *Clinically Prioritise and Treat (CpaT). Towards a fully booked NHS*. Leicester, NHS Modernisation Agency. 2003.
11. NHS Executive: *Referrals Guidelines for Suspected Cancer*, April 2000.

3 PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELL'ACCESSO ED IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

3.1 PREMESSA

Obiettivo di questo capitolo è definire le informazioni necessarie per la rilevazione sistematica dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Pertanto, non saranno qui affrontati gli aspetti relativi all'insieme complessivo delle informazioni necessarie alla gestione esaustiva dei flussi informativi inerenti alle prestazioni ambulatoriali, ma solo quelle relative al monitoraggio dei tempi.

La struttura del capitolo nella prima parte espone sinteticamente, relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, la descrizione del percorso del paziente (dalla rilevazione di un possibile problema di salute, al ritiro del referto della prestazione ricevuta) con l'analisi delle diverse componenti dei tempi di attesa, mentre nella seconda parte propone una serie di informazioni che devono essere acquisite per consentire una adeguata valutazione dei tempi di attesa. È evidente che questi dati richiedono una raccolta sistematica, puntuale ed affidabile, oltre che confrontabile con realtà diverse (aziendali, regionali, nazionali).

Lo scopo del capitolo è quindi l'identificazione di pochi ed essenziali dati necessari per la rilevazione dei tempi di attesa a livello di sistema.

In realtà, il percorso del paziente, dal manifestarsi del problema di salute al ritiro del referto, è composto da una serie di fasi e processi molto più articolati e complessi, che sono stati analizzati e descritti in un documento specifico, che costituisce l'Allegato 1 di questo documento. Tale allegato fornisce un quadro completo del percorso, considerando le diverse possibilità e scelte che vengono a determinarsi, espresse in una modalità grafica che permette di seguire in modo analitico ogni fase. Riteniamo che questa descrizione possa essere un utile strumento di lavoro per chi voglia analizzare ed intervenire su questo tema, anche al di là di quanto strettamente attinente al problema dei tempi di attesa, sia per identificare i diversi processi e gli eventuali problemi correlati, sia per rivedere e ridefinire l'organizzazione dell'offerta e del percorso del cittadino. Nell'allegato, per altro, non si considera solo il

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

percorso del paziente relativo alle prestazioni ambulatoriali ma anche quello per i ricoveri programmati.

La presenza sempre più diffusa di sistemi informatizzati per la gestione delle attività ambulatoriali (non limitati alla sola attività di prenotazione) rende oggi le attività di monitoraggio molto più realizzabili, e l'evoluzione che si prospetta nell'arco di pochi anni renderà ancora più semplice e tempestiva la disponibilità di tutti i dati necessari alle diverse funzioni di sistema. Particolare attenzione, in questo senso, dovrà essere posta alla qualità dei dati ed alla leggibilità/comparabilità tra sistemi informativi diversi.

L'inserimento sistematico di alcuni campi nel sistema informativo delle prestazioni ambulatoriali, permetterà di avere la disponibilità delle informazioni essenziali per svolgere le verifiche necessarie sui tempi di attesa. È evidente che, a fronte delle migliaia di tipi di prestazioni ambulatoriali erogate dal SSN, è opportuno che le verifiche sui tempi di attesa si concentrino su di un numero limitato di prestazioni, scelte tra quelle che presentano criticità od assumano particolare significatività; per la diagnostica, le rilevazioni potrebbero concentrarsi su alcune prestazioni "sentinella", che possano essere espressione di insiemi più ampi di attività. A tale proposito, il nuovo Piano nazionale approvato il 28 marzo 2006 ha definito l'elenco delle prestazioni che dovranno essere progressivamente oggetto di monitoraggio.

Il set di informazioni che viene proposto può essere implementato per gradi progressivi, valutando con attenzione fino a che limiti di conoscenza la utilizzazione delle quote parziali di informazioni attivate consente di spingersi nella analisi del fenomeno.

3.2 LE DIMENSIONI DEI TEMPI DI ATTESA E LA GESTIONE DELL'ACCESSO

Le liste di attesa descrivono la redistribuzione delle potenzialità erogatrici di una struttura sanitaria, riferite ad un determinato ambito territoriale od ad una singola struttura; la rilevazione del tempo di attesa fornisce la misura dell'accessibilità da parte dei cittadini alle prestazioni in quel ambito territoriale o in quella struttura.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

La rilevazione del tempo di attesa effettivo (detto anche tempo “retrospettivo” o “vero”) ha lo scopo di rilevare informazioni funzionali a leggere i risultati della programmazione attuata in un determinato ambito territoriale o di struttura.

Il tempo di attesa è generalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il tempo in cui il paziente riceve la prestazione. Tuttavia, per una lettura più esauriente del problema (si veda anche l'Allegato 1), vanno considerati anche alcuni altri aspetti.

Come illustrato nella figura riportata più sotto, per il cittadino il percorso inizia in realtà nel momento in cui percepisce un malessere che viene identificato come un possibile problema di salute (chiamato tempo 0 o t_0), a seguito del quale si rivolge al proprio medico di fiducia. Questi, valutato il problema del paziente, ove lo ritenga necessario, può richiedere una prestazione ambulatoriale (visita specialistica, prestazione diagnostica o terapeutica); il momento della richiesta è definito come t_1 , mentre il momento in cui il paziente ottiene la prenotazione per la prestazione è definito come t_2 . Il momento della effettiva erogazione della prestazione è definito come t_3 , e quello della refertazione della prestazione è t_4 .

Tutti questi tempi possono essere influenzati da molti fattori, ma in questo contesto si analizzeranno solo alcuni pertinenti al sistema di prenotazione-erogazione, ed in particolare rilevanti per una valutazione della capacità del sistema di agire in modo efficace, equo, appropriato e tempestivo.

Sono di solito oggetto di osservazione gli intervalli tra il tempo t_2 (prenotazione) ed il tempo t_3 (erogazione), che rappresentano le componenti più significative del percorso, e sono come tali percepite anche dal cittadino. L'osservazione di questo intervallo può permettere una serie di letture e valutazioni, relativamente alla attesa dello specifico cittadino, alla capacità di risposta dello specifico erogatore, alla concentrazione/disponibilità delle prestazioni presso erogatori/territorio ecc.. Queste valutazioni possono essere poi relazionate al cittadino (tutela del diritto all'accesso, garanzia di tempi congrui ecc.) od al sistema (capacità di risposta alla domanda, efficienza produttiva, flessibilità organizzativa ecc.). In merito a questa attesa, è opportuno ricordare l'importanza della sua congruenza con lo specifico problema di salute del paziente, e quindi l'importanza della stratificazione della domanda per classi di priorità, come spiegato in dettaglio nel capitolo sulle priorità contenuto in questo stesso documento.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

È opportuno precisare che anche la lettura di questo dato deve considerare aspetti differenti. Infatti, può capitare che il cittadino concentri la sua domanda su specifici centri, ritenuti più affidabili, o più comodi logisticamente; ma, proprio per un sovraccarico di domanda, tali centri presentino tempi di attesa lunghi, mentre la prestazione potrebbe essere ottenuta prima presso altre sedi. Premesso che va sempre rispettato il diritto del cittadino sulla libera scelta dell'erogatore, il sistema dovrebbe comunque informare il cittadino sulle possibili alternative. Se non ostante ciò, il cittadino preferisce attendere, di questa scelta discrezionale del cittadino dovrebbe restare traccia nel sistema, al fine di permettere una più esauriente valutazione dei dati.

Per altro, nel valutare l'accessibilità, bisogna considerare anche altri aspetti, quali la complessità della prestazione ed il territorio di riferimento. Con ciò si intende dire che è ragionevole prevedere che certe prestazioni complesse o super specialistiche (RMN, visita neurochirurgica) siano concentrate in luoghi definiti e comportino lo spostamento del cittadino per ottenerle, ma non è ragionevole proporre sedi molto distanti per prestazioni di base (es.: visita cardiologica, ecografia dell'addome), seppur formalmente site nel territorio della stessa azienda. Questo problema non è di facile soluzione, ma deve essere considerato e trovare soluzioni ragionevoli di equilibrio tra la tutela del diritto all'accesso del cittadino e l'efficienza del sistema.

Vanno fatte delle considerazioni anche sull'intervallo tra t_1 (prescrizione) e t_2 (prenotazione), definito anche come "tempo di contatto". La lunghezza di questo tempo può essere determinata da comportamenti discrezionali del singolo paziente (sottovalutazione del problema, impegni personali, difficoltà di spostamento), ma l'osservazione attenta del fenomeno può essere utile per identificare situazioni ove sono invece presenti forti criticità di sistema (ad es.: tempi lunghi in molte sedi che costringono il cittadino ad una lunga ricerca, agende chiuse, scarse informazioni sugli erogatori e le modalità di accesso). Pertanto, la rilevazione di queste informazioni può essere un utile complemento informativo, che può permettere di identificare situazioni che altrimenti sfuggirebbero alla rilevazione e che richiedono invece interventi mirati.

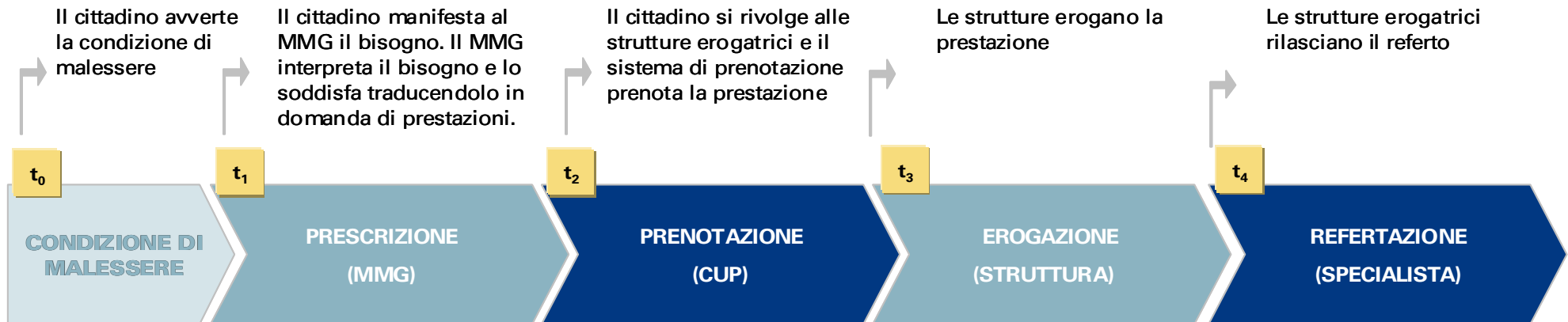
L'ulteriore fase da considerare è l'intervallo tra t_3 (erogazione) e t_4 (refertazione). Per alcune tipologie di prestazioni, dopo l'esecuzione della prestazioni sono spesso necessari molti giorni perché il referto dello specialista sia effettivamente disponibile al cittadino; qui non consideriamo i casi in cui, dopo la iniziale prestazione (ad esempio, un prelievo

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

ematico), è necessario un tempo tecnico di processazione del campione, ovvero di svolgimento reale della attività, che può richiedere diversi giorni. Siamo invece considerando le frequenti situazioni in cui, per motivi solitamente riconducibili ad inefficienza organizzativa, la refertazione da parte dello specialista avviene in ritardo rispetto alla esecuzione della prestazione, e/o casi in cui ulteriori ritardi si hanno prima che il referto sia effettivamente disponibile per il cittadino.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

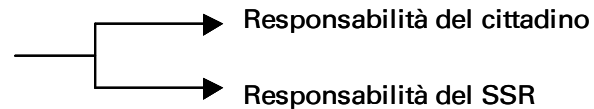
PERCORSO DEL CITTADINO PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI: DALLA MANIFESTAZIONE DEL PROBLEMA AL RITIRO DEL REFERTO



Tempo di attesa

Tempo di Contatto.

Può essere definito come il tempo che intercorre tra il momento della prescrizione e il momento in cui la stessa viene prenotata (data di contatto o data di prenotazione).



3.3 METODOLOGIA E FABBISOGNO INFORMATIVO

Da quanto esposto in precedenza, emerge che, per avere a disposizione le informazioni essenziali per le attività di analisi, valutazione, progettazione e gestione del sistema relativamente al problema dei tempi di attesa, sono necessari alcuni dati, parte dei quali già contenuti negli attuali flussi informativi previsti per le prestazioni ambulatoriali. Infatti, nel Protocollo d'Intesa tra Ministero della Salute e Regioni sui flussi informativi relativi alle prestazioni ambulatoriali sono già presenti alcune delle informazioni necessarie. Un documento approvato dalla Cabina di Regia in data 18 marzo 2004, conteneva un nucleo minimo di informazioni previsto per la condivisione dei dati relativi alle prestazioni ambulatoriali (Fase 1 – *Scenario transitorio* del Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali), che si articolava nei seguenti flussi informativi:

- *Tracciato 1: Dati anagrafici del paziente, non identificativi*
- *Tracciato 2: Dati relativi alle prestazioni erogate, con prescrittore non identificato*
- *Tracciato 3: Dati di natura economica riepilogativi per contatto*

Nella tabella sottostante si riporta l'elenco dei contenuti informativi che il Mattone "Tempi di attesa" ha ritenuto necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa. Essi sono stati pensati come parte delle informazioni che "accompagnano" il cittadino e le prestazioni, e si considera quindi implicita la presenza dei codici di identificazione di questi (codice paziente e codice prestazione) necessari, ove previsto, per svolgere tutti gli approfondimenti e le elaborazioni nel rispetto delle norme e delle procedure. Delle informazioni in tabella viene formulato un primo giudizio di rilevanza, distinguendo tra quelle considerate essenziali per gli obiettivi del monitoraggio (in generale o relativamente alle modalità ex-ante o ex-post) e quelle che, pur non essendo essenziali, sono considerate utili, con gradazioni diverse di significatività, per una più completa comprensione del fenomeno.

Nella parte seguente del capitolo si forniscono precisazioni sul significato, valore e modalità di interpretazione e utilizzo di alcuni dei campi descritti, mentre per un'illustrazione completa dei significati si rinvia al capitolo "Definizioni".

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

Campi proposti dal Mattone “Tempi di attesa”	Rilevanza per il Mattone “Tempi di attesa”
Data di prescrizione (t_1)	Utile
Classe di priorità	Essenziale
Tipo di accesso	Essenziale
Data di contatto (o data di prenotazione: t_2)	Essenziale
Data di prima disponibilità di erogazione	Utile
Scelta dell’utente	Utile
Data assegnata	Essenziale (ex-ante)
Data di erogazione (t_3)	Essenziale (ex-post)
Data di refertazione (t_4)	Essenziale (ex-post)

La “Data di prescrizione” è un’informazione che era già prevista nel documento approvato in Cabina di Regia nel 2004. Nel paragrafo “Le dimensioni del tempo d’attesa” ne sono già state descritte le potenzialità informative ed i possibili limiti. Si ritiene che questa informazione sia utile soprattutto per il livello gestionale, per intercettare possibili situazioni di criticità nell’accesso e nell’informazione al cittadino relativamente ai luoghi ove potersi rivolgere per ottenere determinate prestazioni. Recentemente il Mattone “Prestazioni ambulatoriali” ha però proposto la sua eliminazione dal tracciato record nazionale. In linea con questa situazione, il gruppo di lavoro ristretto di questo Mattone ritiene che l’informazione non sia essenziale per il flusso informativo nazionale, ma, per i motivi sopra riportati, possa essere utile a livello gestionale. Per altro, le sperimentazioni condotte hanno posto in rilievo come la durata del tempo misurato in questa fase sia fortemente influenzato dalla diffusione nel territorio dei punti di accesso al sistema, potendo essere trascurabile ove questi siano

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

molto diffusi (sedi di distretti, farmacie, MMG ecc.) e, al contrario, critico in aree rurali o montane senza la capillarità dei punti di accesso.

Delle classi di priorità e della data di contatto si è già trattato in precedenza.

Il campo “Tipo di accesso” identifica se si tratta di un primo accesso o di un secondo accesso. Questa informazione è particolarmente critica sotto il profilo della corretta rilevazione dei tempi di attesa, soprattutto perché presuppone una sostanziale modificazione delle modalità di accesso dell'utente ai servizi. In sostanza oggi dopo la prima prescrizione (normalmente da parte del medico di medicina generale) ed eseguita la relativa prestazione, nel caso in cui l'utente necessiti di una ulteriore prestazione (di approfondimento o completamento) viene di norma rinviato al medico di medicina generale perché provveda ad effettuare una nuova prescrizione. Tale comportamento genera un improprio onere nei confronti dell'utente, ma determina anche una perdita nel tracciamento del percorso dell'utente, poiché non si riesce ad evidenziare il percorso diagnostico dell'utente stesso tra la fase iniziale di identificazione del suo bisogno e quelle successive ed eventuali. Infatti nel sistema informativo dell'ambulatoriale la permanenza specifica dell'utente nella struttura non è ad oggi possibile; quindi il sistema di raggruppamento delle diverse prestazioni o servizi resi dall'utente non può essere garantito esclusivamente mediante l'apposizione di un codice che lega tali prestazioni o servizi (si pensi ad esempio alla libertà di scelta che caratterizza il rapporto del cittadino con il servizio sanitario nazionale). Il legame deve, al contrario, essere definito mediante una prassi organizzativa che assuma in carico l'utente non solo dal punto di vista sanitario, ma anche da quello organizzativo: ciò significa che le ulteriori prestazioni di cui il cittadino ha eventualmente bisogno devono essere direttamente prenotate dallo specialista che per la prima volta ha preso in carico l'utente stesso. Ovviamente tale modalità deve essere attentamente verificata e regolamentata, per definire quali sono i suoi limiti e le corrette modalità di relazione con i medici di medicina generale. Premesse queste considerazioni, si sottolinea come la segnalazione di un secondo accesso viene generata dallo stesso sistema informativo che è in grado di evidenziare se la prenotazione è generata da un terminale destinato ad uno specialista medico o da un terminale del front line (cioè di quelle destinata a ricevere le prenotazioni di primo accesso). La distinzione è essenziale per valutare adeguatamente il problema dei tempi di attesa, ed è intuitiva la consistente differenziazione tra primo

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

accesso e secondo accesso in termini di percezione da parte dell’utente. Con il primo accesso infatti, si deve concretizzare la presa in carico da parte del sistema del bisogno assistenziale dell’utente e quindi esiste un grado maggiore di incertezza da parte dell’utente stesso, mentre per i secondi accessi la presa in carico è già avvenuta e quindi si è attivata la relazione con il professionista che ha preso in carico il paziente con una potenziale diminuzione dell’incertezza da parte dell’utente. In tal senso, ovviamente, la rilevazione del tempo di attesa troverà una differenziazione sostanziale tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso. Vale la pena di ricordare, infine, che tutte le sperimentazioni di monitoraggio sui tempi d’attesa condotte in questi anni si focalizzavano sulle prime visite, e che anche il recente Piano Nazionale richiede il monitoraggio delle sole prime visite.

La data di prima disponibilità è la data di erogazione che il sistema propone all’utente, ma che l’utente per una sua valutazione personale può rifiutare in favore di una data diversa, che rappresenta la data prenotata. Si tratta di una informazione che può fornire il quadro preciso della potenziale capacità di risposta del sistema alla domanda, ma rispetto alla quale il cittadino ha fatto prevalere il suo diritto alla libera scelta dell’erogatore. L’ambito di riferimento può essere diversificato (distretto, azienda ecc.), ma, considerando che si intende valutare il sistema di offerta, appare ragionevole che la valutazione sia fatta proprio rispetto alla capacità di rappresentazione della stessa da parte del sistema e, quindi, come data disponibile nel sistema stesso. Questa informazione dovrà però essere attentamente valutata in sede gestionale, come detto in precedenza, rispetto alla coerenza tra il livello (prestazione di base, di alta specialità ecc.) e la sede proposta.

L’eventuale numerosità della scelta diversa dalla prospettata deve comunque essere esaminata in modo attento, poiché potrebbe essere sintomo di servizi qualitativamente non adeguati o poco funzionali sul piano logistico/organizzativo (sede, orari ecc.). Questa informazione, come la seguente (“Scelta del cittadino”), non serve specificamente a misurare i tempi, ma aiuta a comprendere meglio i fenomeni ed in particolare quale può essere l’influenza delle scelte del cittadino sulla dinamica dei tempi. Sono elementi utili ad una più completa conoscenza e valutazione dei fenomeni, ma, si badi, non possono essere intesi come strumenti di “assoluzione” del sistema, che

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

invece deve, comunque, cercare di comprendere i motivi di eventuali comportamenti non corrispondenti ai propri modelli di offerta e configurazioni organizzative.

La data assegnata rappresenta la data che il sistema di prenotazione, al termine dei processi decisionali sopra esposti, attribuisce all'utente, ovvero la data nella quale, al momento della prenotazione, si prevede l'erogazione della prestazione. Questa data è indispensabile per le rilevazioni "ex-ante", che, come meglio precisato in altre parti del documento, sono più funzionali alle esigenze gestionali, in quanto è di rilevazione abbastanza semplice e permette di intercettare immediatamente eventuali problemi che venissero a determinarsi. Un limite di questa data è che non sempre corrisponde alla effettiva data di erogazione, potendo questa venire anticipata (per la liberazione di posti grazie alle procedure di pulizia delle liste) o ritardata (per guasti macchina, malattie professionisti, urgenze ecc.). Inoltre, va considerato che nelle rilevazioni basate su uniche giornate indice, i dati potrebbero non descrivere correttamente la realtà, in quanto il campione degli utenti che si presentano nel giorno indice potrebbe non essere rappresentativo dell'andamento nel corso della settimana. È per questo motivo che si suggerisce di monitorare i dati non in un'unica giornata ma in un "periodo indice", oppure di svolgere una vigilanza sulla coerenza dei dati nel tempo. Per queste diverse motivazioni, si ritiene che la misurazione del tempo di attesa "vero" deve considerare la "data di erogazione" (vedi sotto), che però potrebbe arrivare con molto ritardo rispetto al determinarsi dei problemi.

La data di erogazione è quella in cui la prestazione prenotata viene effettivamente erogata al cittadino. L'informazione rappresenta l'attesa effettiva, ma, ove i tempi siano molto lunghi, può pervenire con un notevole ritardo. Pertanto, ove siano presenti problemi di questo genere, è ragionevole che si svolgano rilevazioni sulle date programmate, al fine di avere informazioni tempestive che permettano alle aziende di intervenire tempestivamente sulle criticità. Comunque, nella logica della verifica dell'effettiva tutela del diritto all'accesso, la data di erogazione è certamente il dato più significativo.

La maggior parte delle prestazioni si completano in una singola azione o data, ma talvolta le prestazioni consistono in cicli (es.: fisiochinesi terapia), "pacchetti" di prestazioni o veri e propri percorsi diagnostici o terapeutici. In questi casi è importante avere informazioni anche sulla data di conclusione del ciclo, in particolare nei casi in

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

cui è previsto che la sequenza delle prestazioni rispetti tempi definiti (ad es.: i pazienti con problemi oncologici).

Per quanto attiene alla data di refertazione, va precisato che si possono considerare momenti diversi:

- data in cui lo specialista predispose il referto: lo specialista può refertare subito dopo l’esecuzione della prestazione, oppure dopo alcuni giorni
- data in cui il servizio rende disponibile il referto alla struttura: è influenzato dal momento della stampa del testo, del controllo e della firma da parte dello specialista, dal tempo impiegato per l’invio ai punti di raccolta e distribuzione dei referti
- data in cui il referto è effettivamente disponibile all’utente per essere ritirato: questa data determina il tempo percepito dall’utente, e pertanto dovrebbe essere l’oggetto più appropriato per la rilevazione dal suo punto di vista.

La tipologia e quantità di date presenti e utilizzabili dipende, anche in questo caso, dai modelli organizzativi e dai sistemi informativi presenti. Considerate le difficoltà inerenti a tale misurazione, in una prima fase, dovrebbe però essere disponibile a sistema almeno la data di compilazione del referto da parte dello specialista, essendo questo dato parte intrinseca codificata dell’atto medico, e quindi formalmente garantita in modo più affidabile. Nei casi in cui la consegna del referto è contemporanea all’esecuzione della prestazione, il dato potrebbe anche non essere raccolto; ciò può essere accettato soprattutto dove le procedure non siano informatizzate, e tutto avvenga in modalità cartacea (ad esempio, lo specialista ambulatoriale visita il paziente, scrive la risposta a mano e la consegna direttamente al paziente). Se è prevedibile che, in prospettiva, tutte le attività verranno gestite attraverso sistemi computerizzati, è ragionevole pensare, in una fase iniziale, di non appesantire inutilmente i processi assistenziali ove questo non fornisca dei valori aggiunti. È per altro evidente che le aziende sono tenute a vigilare che la “contemporaneità” tra esecuzione e refertazione sia effettiva, in quanto, in caso contrario, dovranno provvedere alle opportune azioni per ottenere dati utili al monitoraggio. In prospettiva, l’obiettivo da raggiungere è la capacità di rilevare sistematicamente la data di disponibilità del referto, che potrebbe coincidere con la data in cui il paziente può ritirare la risposta, oppure questa è disponibile in internet o viene spedita via e-mail, ecc..

3.4 CONCLUSIONI

L'insieme dei dati descritti in questo capitolo rappresenta verosimilmente un quadro ottimale per la rappresentazione del fenomeno tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali. Va sottolineato, per altro, che l'attuale evoluzione dei sistemi informativi rende molto reale la fattibilità di queste rilevazioni.

Come detto in premessa, vanno distinte le esigenze di macrosistema (tutela del diritto all'accesso in tempi congrui) da quelle di gestione, potendo le prime avere una periodicità ed un dettaglio limitati, mentre le seconde richiedono maggiori informazioni e, soprattutto, una frequenza più elevata. In ambedue i casi, pur essendo le potenzialità di analisi molto ampie, è ragionevole che le prestazioni sottoposte ad osservazione siano un numero limitato, preferibilmente selezionato per aree di maggiore criticità, come indicato dal recente Piano Nazionale.

Per le diverse tipologie di esigenze, si possono quindi prevedere due diversi approcci:

- il primo basato su una misurazione dei tempi effettivi di erogazione, ovvero modalità che permettano di misurare il tempo che effettivamente il cittadino impiega per ottenere la prestazione, e che quindi si attuano necessariamente dopo che il percorso del paziente si è concluso (rilevazione "ex-post"); questa modalità ci rappresenta il quadro reale e completo (integrato anche con i tempi di disponibilità del referto), ma, specie quando i tempi di attesa sono lunghi (alcuni mesi), può fornire dati con molto ritardo rispetto al momento in cui si è determinato il problema, ed è quindi poco funzionale alle esigenze di un sistema gestionale, mentre risponde bene alle esigenze del sistema generale di verifica dell'effettiva tutela dei diritti del cittadino; per questo tipo di rilevazione sono essenziali cinque informazioni: data di contatto, tipo di accesso, classe di priorità, data di erogazione, data di refertazione;
- il secondo, basato sui tempi di attesa prospettati ai cittadini ("ex-ante"); questa modalità può permettere di avere informazioni puntuali a scadenze ravvicinate ed in tempi brevi, anche se esprime solo il tempo prospettato e non necessariamente quello che sarà il vero tempo di attesa (che di solito è più breve); utilizzato con

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

indagini ad hoc, circoscritte nel tempo e su campioni rappresentativi, permette di avere un monitoraggio quasi costante della situazione, e di attivare conseguentemente le eventuali azioni correttive in modo tempestivo. Peraltro, ove vi sia la disponibilità di sistemi con una idonea capacità di rilevazione, questo metodo può essere utilizzato con modalità continuative. Questo approccio, che risponde bene alle esigenze di gestione efficace del sistema richiede la presenza di quattro informazioni essenziali: data di contatto, tipo di accesso, classe di priorità, data assegnata. Nell'Allegato 4 è riportato un esempio di procedura applicativa di questo tipo, alla luce delle sperimentazioni condotte a livello nazionale tra il 2002 ed il 2006.

Come si vede, tre informazioni sono presenti in ambedue le modalità di rilevazione (data di contatto, tipo di accesso, classe di priorità); per l'approccio ex-ante serve anche la data assegnata, mentre per l'approccio ex-post sono invece richieste la data di esecuzione e quella di refertazione.

I due tipi di approccio al problema non sono vicendevolmente esclusivi, ma è invece preferibile che siano ambedue attivi, seppur limitatamente ad un set di prestazioni critiche. Rispetto ai contenuti delle informazioni da raccogliere, esse sono le stesse, con l'ovvia eccezione delle date di erogazione e refertazione, mentre le fonti dei dati sono identiche, ovvero i sistemi informativi dei servizi di prenotazione.

4 RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMABILI: LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELL'ACCESSO ED IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

4.1 PREMESSA

Questo capitolo è finalizzato a fornire indicazioni per la rilevazione sistematica dei tempi di attesa per le prestazioni ospedaliere in regime di ricovero programmato oltre che per la gestione dell'accesso alle stesse. Sono escluse, perché oggetto di diverse e specifiche modalità organizzative, le prestazioni di ricovero in urgenza.

Per ricovero programmato si intende il ricovero in regime ordinario o in regime di Day-Hospital che, in relazione alle condizioni cliniche del paziente o ai trattamenti cui il paziente deve essere sottoposto, può essere programmato per un periodo successivo al momento in cui è stata rilevata l'indicazione al ricovero stesso da parte del Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta, direttamente o su condivisione di una indicazione specialistica, o dallo Specialista ospedaliero o da un medico di fiducia del paziente. L'indicazione deve produrre il ricovero dell'assistito con un tempo di attesa determinato, in relazione allo specifico problema di salute del paziente e alla capacità di risposta del Presidio di riferimento. Per il dovere di presa in carico del bisogno, il Servizio sanitario regionale deve rendere disponibile al cittadino, come requisito essenziale di qualità, un sistema di accesso alle prestazioni di ricovero equo, oggettivo e trasparente.

A tale proposito, va anche ricordato che:

- la Legge 724/94 all'art. 3, comma 8, istituisce, al fine di garantire la trasparenza nella gestione dell'accesso, sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e dei ricoveri ospedalieri;
- il DPCM 19 maggio 1995, relativo alla Carta dei Servizi, individua tra gli impegni da assumere con il cittadino la gestione e il controllo dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie
- il Piano Nazionale per il contenimento dei tempi d'attesa, emanato in conformità a quanto indicato dalla Legge 266 del 23 dicembre 2005, al punto 7.1 rende

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

“obbligatorio l’utilizzo delle Agende di prenotazione dei ricoveri nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone “Tempi di attesa”.

Nell’esaminare il problema dei tempi di attesa, è opportuno chiarire a quale delle fasi si intende fare riferimento, tra quelle teoricamente esistenti nel percorso del paziente, per misurare il fenomeno. Si illustra qui di seguito sinteticamente un percorso teorico, al fine di precisare le diverse componenti da considerare (per un’analisi più dettagliata si veda l’Allegato 1 del documento).

Per i problemi attinenti ai ricoveri programmati, il percorso solitamente inizia con il paziente che espone al suo medico (MMG, PLS, specialista ecc.) un problema di salute, per il quale il medico lo invia ad uno specialista per valutazione oppure, eventualmente dopo alcuni accertamenti preliminari, prescrive direttamente il ricovero. La richiesta di ricovero viene di norma valutata dallo specialista ospedaliero, il quale ne verifica l’appropriatezza relativamente a: effettiva presenza del problema segnalato (valutazione clinica), pertinenza al regime di ricovero (valutazione organizzativa), pertinenza strutturale (idoneità della struttura in relazione a tecnologie, risorse, competenze ecc.).

Per quanto attiene alla valutazione dell’appropriatezza del ricovero ospedaliero, è necessario fare alcune considerazioni. I sistemi di misura, di uso internazionale, per la appropriatezza della ammissione e degenza ospedaliera, in una parola, per l’uso appropriato dell’ospedale, concordano nel privilegio da accordare ai requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico e alla intensità degli interventi diagnostico/terapeutici possibili. I requisiti di ingresso nel sistema ospedaliero afferiscono, quindi, agli aspetti strutturali/organizzativi del reparto di ammissione piuttosto che alla natura della patologia o eziologia che ha originato la condizione clinica per la quale si richiede e si utilizza il ricovero ospedaliero. Ne consegue logicamente che il titolare del giudizio sull’appropriatezza del ricovero, e quindi sull’ammissione del bisogno specifico al livello di assistenza ospedaliera, dovrebbe essere lo specialista della struttura organizzativa ospedaliera di riferimento. La richiesta di ricovero da parte del medico di fiducia del paziente (MMG, PLS ecc.) assume quindi il significato di proposta e/o di richiesta di consulenza sulla prestazione di ricovero allo specialista ospedaliero; in caso di non concordanza con la richiesta (di ricovero) del medico prescrittore, lo specialista ospedaliero deve indicare il livello di

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

assistenza appropriato per il caso clinico in esame, attivando direttamente, se condiviso dal cittadino-utente, un diverso percorso assistenziale.

Per le finalità di rilevazione dei tempi di attesa, il momento in cui lo specialista ospedaliero rileva o conferma il bisogno di ricovero per il paziente costituisce il punto di partenza per la misurazione del tempo di attesa, come meglio spiegato nelle linee guida tecniche presenti nella parte finale di questo documento. Infatti, deve essere considerato come tempo di attesa del paziente quello che intercorre tra il momento della conferma dell'esistenza del bisogno ed il momento dell'effettivo ricovero per svolgere le procedure previste. Come illustrato nel seguito di questo documento, questo dato potrà divenire disponibile a sistema, per tutte le esigenze indicate, attraverso la diffusione delle agende di prenotazione dei ricoveri e la integrazione della scheda di dimissione ospedaliera con il campo "data di prenotazione", come indicato nel Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa.

Un'analisi più dettagliata del processo di presa in carico sopra descritto può far emergere anche ulteriori dettagli. Infatti, dopo che lo specialista ospedaliero ha rilevato o confermato la necessità del ricovero, il paziente potrebbe decidere di rivolgersi altrove (in questo caso non vi è registrazione o, se vi era stata, andrà annotato che il paziente ha cambiato idea), oppure egli potrebbe attendere del tempo prima di dare il suo consenso all'ipotesi di intervento. In quest'ultimo caso, l'assenso generico, che permette il suo inserimento in lista, non va confuso con l'assenso formale (consenso informato, che prevede firma di apposito modulo) che solitamente viene registrato immediatamente prima dell'intervento. Si ribadisce che, essendo l'oggetto dell'osservazione il tempo reale di attesa per il ricovero dal momento della identificazione della sua appropriatezza, la data da registrare è quella iniziale sopra descritta, anche se per il paziente non viene subito fissata una data precisa, ma viene solo inserito in una pre-lista.

4.2 LE DIMENSIONI DEI TEMPI DI ATTESA E LA GESTIONE DELL'ACCESSO

La gestione dei ricoveri programmati deve essere funzionale a:

- garantire equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato;

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

- garantire che l'accesso del paziente alle prestazioni di ricovero sia gestito ad un livello qualitativo ottimale;
- favorire l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse aziendali;
- definire modalità uniformi di determinazione delle variabili da utilizzare per il calcolo della durata delle attese per gruppi omogenei di prestazioni;
- stimolare la attività di programmazione strategica aziendale sul tema delle liste di attesa per ricoveri programmati, con l'obiettivo di migliorare il livello di accessibilità a tali prestazioni, anche attraverso una riduzione dei tempi di attesa.

L'accesso del paziente richiede la disponibilità di risorse specifiche, specie per le attività chirurgiche (posti letto di terapia intensiva postoperatoria, tempi di sala operatoria) e più in generale una programmazione dell'attività legata alla disponibilità delle risorse necessarie all'esecuzione di un determinato intervento (es: disponibilità di attrezzature diagnostiche o protesiche, disponibilità degli operatori) e ai tempi di esecuzione degli interventi stessi. Di tali aspetti occorre tenere conto nella gestione delle liste di attesa e devono essere esplicitamente presi in considerazione a livello di regolamentazione aziendale. Infatti, un sistema di accesso e prenotazione delle prestazioni di ricovero ospedaliere correttamente sviluppato dovrebbe consentire:

- *l'ottimizzazione dei sistemi di accesso*, intesa come il massimo grado di accessibilità al sistema di offerta (semplificazione delle procedure e dei sistemi di informazione, trasparenza, possibile conoscenza della disponibilità della prestazione di ricovero in ogni punto di accesso alla rete ospedaliera)
- *l'ottimizzazione del sistema di offerta e garanzia di equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato*: ovvero il massimo grado di fruibilità delle prestazioni, anche in relazione alla priorità del problema di salute del singolo paziente, secondo presupposti equi e non discriminatori, con una gestione della prenotazione dei ricoveri che si realizzi secondo modalità definite che prevedano una chiara individuazione delle responsabilità.

L'ottimizzazione dell'uso dell'ospedale e della risposta agli specifici bisogni di salute richiede un modello di gestione delle prestazioni di ricovero centrato sulla diversità del bisogno ed orientato a principi di equità, fruibilità e trasparenza dell'accesso. Devono essere definiti criteri generali per la scomposizione della domanda/bisogno di ricovero in categorie di indicazione clinica e classi di priorità,

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

dotate di sufficiente sensibilità e specificità nella lettura del bisogno e numericamente limitate al fine di una relativa facilità di applicazione per il sistema dell'offerta/produttori. Inoltre, vanno esplicitati anche i criteri per la gestione dell'ordine cronologico di iscrizione nella lista di attesa. È evidente come la gestione operativa degli accessi alle prestazioni dovrà, affinché la equità auspicata si realizzi, corrispondere a quanto definito, e ciò dovrà essere opportunamente verificato con strumenti idonei.

I criteri generali così individuati dovranno essere condivisi e utilizzati in modo omogeneo in tutti i presidi ospedalieri delle reti regionali.

L'ordine di effettivo accesso alle prestazioni di ricovero programmato si determina principalmente sulla base dei seguenti fattori:

- livello di priorità clinica
- ordine cronologico di iscrizione in lista
- risorse necessarie.

I criteri di determinazione del livello di priorità devono essere esplicitati a priori, per le più significative tipologie di ricovero o intervento che presentino liste di attesa, in tutte le aziende (vedi capitolo sulle priorità). Per le finalità di ordine gestionale, vi dovrà essere la definizione, in ogni presidio, delle tipologie e quantità di prestazioni di ricovero da attribuire ad ogni classe di priorità.

Il Sistema di prenotazione si sostanzia, operativamente, nella costruzione del Registro (Agenda di prenotazione) dei ricoveri ospedalieri, che presuppone per la sua costruzione una stima/definizione ex-ante delle risorse necessarie specifiche, tempo di degenza o di esecuzione dell'intervento, posti letto, professionisti, tecnologie (sala operatoria, eventuale permanenza in terapia intensiva post-operatoria ecc.). Le Agende di prenotazione costruite, a seconda dei casi, per U.O, Area, Dipartimento, Presidio, rappresentano un reale strumento di programmazione delle specifiche attività che, per i livelli di analiticità necessari al loro sviluppo, permetteranno anche di comprendere su quali fattori produttivi è possibile intervenire al fine di modificare tempi di attesa, o comunque di migliorare l'organizzazione delle prestazioni di ricovero. Va considerato, però, che, se sono essenziali dei criteri generali di progettazione e gestione degli accessi, non è pensabile un modello unico e rigido di gestione degli stessi, essendo le caratteristiche e le esigenze delle diverse specialità e configurazioni strutturali molto

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

varie. Pertanto, è verosimile prevedere un ragionevole bilanciamento tra i criteri generali di riferimento e le specifiche esigenze locali, bilanciamento che dovrà essere valutato dalle direzioni aziendali e, eventualmente, verificato dai livelli regionali.

Nella elaborazione dei criteri generali per la gestione delle agende di prenotazione si dovrà porre particolare attenzione agli elementi con forte impatto qualitativo nello sviluppo delle specifiche iniziative, quali:

- la esigenza di attribuire un significato ed una modalità univoci alla registrazione della data di prenotazione,
- la necessità di affrontare gli aspetti relativi a comportamenti di buona pratica gestionale della lista di attesa, quali la “pulizia” delle liste, o ad eventi di rilevante importanza, quali la gestione della rinuncia (assoluta o provvisoria) alla prenotazione, l’improvviso aumento della gravità clinica, ecc.
- la determinazione delle variabili di misura della dimensione temporale delle liste di attesa.

L’implementazione delle Linee Guida sulla gestione dell’accesso alle prestazioni di ricovero dovrebbe esitare in una migliore capacità di pianificazione delle attività, ottimizzando l’utilizzo delle risorse con riflessi positivi sui tempi di attesa. La semplice esplicitazione di criteri e percorsi di accesso non è però sufficiente a produrre gli effetti desiderati in termini di semplificazione e qualità del servizio. Ulteriori componenti del servizio che determinano il raggiungimento di elevati standard qualitativi sono:

- professionalità nella funzione di contatto col paziente, assicurata da personale adeguatamente formato e dedicato a questa attività;
- contatto periodico col paziente al fine di rendere evidente e concreta l’attività di supporto e di assistenza offerta nella fase che precede la degenza;
- gestione più razionale della funzione di chiamata del paziente;
- verifica periodica della disponibilità del paziente prenotato e pulizia sistematica delle liste d’attesa allo scopo di liberare risorse ed evitare aggiustamenti continui dell’attività programmata;
- collegamento con l’attività ambulatoriale per organizzare al meglio il percorso degli accertamenti pre-ricovero, o dell’eventuale predeposito di sangue, riducendo al minimo il numero di spostamenti del paziente e dando garanzia del rispetto dei tempi di attesa prospettati per il ricovero.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Tra i possibili strumenti per ottimizzare la gestione delle prenotazioni va considerata anche la gestione centralizzata, che permetterebbe di:

- poter contare su personale maggiormente qualificato per l'attività di contatto con il pubblico rispetto a coloro che svolgono questo compito all'interno del reparto, a tutto vantaggio della qualità del rapporto col paziente; inoltre, essendo incaricato di svolgere esclusivamente tale tipo di funzioni, questo personale è in grado di gestire con maggiore efficacia l'attività di chiamata dei pazienti e non è costretto a intrattenere con l'utenza relazioni sbrigative o superficiali per il timore di penalizzare altre mansioni ritenute più utili e più confacenti alla propria professionalità;
- dare luogo, tramite il contatto telefonico e la comune attività di sportello, a un servizio più continuativo di assistenza e informazione al paziente, anche allo scopo di orientare l'utenza e di non generare in essa quella sensazione di abbandono che si verifica assai di frequente in tali occasioni;
- coordinare al meglio le attività di prenotazione dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali in modo da ottimizzare l'iter complessivo di preparazione alla degenza; questo aspetto assumerebbe ulteriore rilevanza in considerazione della possibilità di creare un sistema CUP integrato i cui sportelli possano gestire ogni tipo di prenotazione, ambulatoriale e di ricovero.

La presenza di una modalità omogenea di accesso ai ricoveri all'interno dell'ospedale, o comunque di un numero di percorsi estremamente ridotto, contribuisce a rendere ulteriormente riconoscibile, e dunque trasparente, l'iter seguito dal paziente proprio perché ne riduce la variabilità da reparto a reparto. Il paziente potrà muoversi pressoché sempre allo stesso modo a prescindere dal reparto a cui si rivolge per usufruire della prestazione.

Poiché le liste di attesa più rilevanti sono relative ad interventi chirurgici, la risorsa il cui utilizzo dovrebbe essere maggiormente presidiato è il tempo di sala operatoria: è pertanto auspicabile che ogni azienda attivi sistemi di controllo dell'utilizzo delle strutture operatorie.

L'informatizzazione dell'agenda di prenotazione permetterebbe collegamenti diretti con altri "settori" (accettazione, CUP) necessariamente attivati nel percorso che si conclude con l'ammissione dell'utente.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Come per le prestazioni ambulatoriali, anche per i ricoveri programmati, soprattutto qualora i tempi di attesa si presentino molto lunghi, possono verificarsi rinunce temporanee o sospensioni, le prime relative a pazienti che, chiamati per il ricovero, abbiano rinunciato per indisponibilità temporanea, ma che rimangono in attesa della disponibilità successiva, le seconde si riferiscono a situazioni nelle quali il paziente esprima la indisponibilità all'eventuale ricovero per un periodo di tempo determinato. Ulteriori eventi sono rappresentati da mancate presentazioni (pazienti chiamati per il ricovero che, senza preavvisare il reparto, non si sono presentati per il ricovero stesso) e pazienti ricoverati, ma dimessi per problemi organizzativi prima di aver ricevuto il trattamento richiesto. Tutte queste eventualità influenzano sia la determinazione della durata delle attese che l'ordine di accesso dei pazienti disponibili: è pertanto importante ricondurre ad una condizione di leggibilità questi fenomeni, unitamente a quello dei cosiddetti "abbandoni", ovvero delle rinunce definitive, e prevedere una modalità univoca di trattamento di queste situazioni. In pratica è necessario registrare questi eventi con modalità idonee a renderli riconoscibili ed a comprendere le motivazioni delle variazioni verificatesi.

Anche per questi aspetti, assume una rilevanza assoluta la pulizia periodica della lista stessa, poiché in molti casi, soprattutto per liste di lunga durata, un dichiarato elevato numero di pazienti in lista non sempre corrisponde a pazienti che stiano effettivamente aspettando, poiché parte degli stessi ha nel frattempo rinunciato all'intervento in quella sede. Per tale motivo, oltre che per i motivi di funzionalità più sopra elencati, diviene indispensabile procedere con regolarità a tale operazione.

Infine, l'obiettivo di garantire un equo accesso deve essere perseguito anche in relazione alle attività libero professionali: le Aziende dovranno vigilare affinché, come previsto dal comma 3 dell'articolo 15-quinquies del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, si realizzi appieno il corretto equilibrio fra attività istituzionale ed attività libero professionale. In particolare i piani di attività aziendali dovranno tenere conto, relativamente a tale aspetto, anche dei dati relativi alle liste di attesa. Inoltre, i percorsi, la documentazione relativa alla attività di prenotazione e la informazione fornita agli utenti per le attività libero professionali dovranno essere sempre chiaramente distinguibili rispetto a quelli relativi alle attività istituzionali.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

PERCORSO DEL CITTADINO PER I RICOVERI PROGRAMMABILI: DALLA VALUTAZIONE DELLO SPECIALISTA AL RICOVERO



4.3 METODOLOGIA E FABBISOGNO INFORMATIVO

La sperimentazione condotta dal Ministero della Salute e dal Gruppo Tecnico istituito presso l'ASSR dal 2002 in poi ha permesso di raccogliere una grande quantità di informazioni ed esperienze, comprendendo limiti e potenzialità delle attività di rilevazione in questo ambito. Tutto ciò è ora confluito nel patrimonio di conoscenze del gruppo di progetto del Mattone dei Tempi di Attesa, permettendo di formulare proposte operative già strutturate.

Come già accennato nel capitolo di premessa, vanno distinte le esigenze di macrosistema, finalizzate soprattutto alla verifica della garanzia dei principi generali del sistema, dalle esigenze gestionali, che devono avere informazioni continue in grado di cogliere tempestivamente le eventuali criticità e riorientare la gestione diretta dei servizi. Mentre nel primo caso può essere accettabile che le informazioni giungano ad intervalli discreti, nel secondo caso è indispensabile che i dati costituiscano un flusso praticamente continuo.

Ciò premesso, considerate le caratteristiche dei processi clinici ed amministrativi che portano al ricovero, si ritiene di proporre due tipologie differenziate di approccio al problema:

1. monitoraggio “ex post” dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri
2. indagini ad hoc “ex-ante”, circoscritte nel tempo e su campioni rappresentativi, finalizzate ad ottenere informazioni utili in tempo pressoché reale

I due approcci non sono esclusivi, ed in particolare il livello nazionale potrebbe decidere, per avere informazioni più continue e attuali, di richiedere la presenza di ambedue gli approcci: il primo finalizzato alla rappresentazione sistematica dei tempi di attesa effettivi e ad indagini a tutto campo, il secondo per seguire continuamente l'andamento della situazione sul campo.

Elemento fondamentale per entrambe le logiche di rilevazione, come meglio illustrato di seguito, è la presenza di Agende di Prenotazione dei Ricoveri che corrispondano ai criteri illustrati nel capitolo “Linee Guida per le Agende di Prenotazione dei Ricoveri”. Questo strumento, già previsto dalla normativa vigente ma sul quale fino ad ora non erano state indicazioni precise in merito alle caratteristiche e modalità di utilizzo, rappresenta la vera chiave di volta, lo strumento di riferimento per

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

ogni attività di verifica e valutazione. Infatti, dalle Agende di Prenotazione dovranno essere estratti alcuni dei dati fondamentali per il monitoraggio, ed in particolare la data di inserimento del paziente nell'Agenda e la Classe di priorità; al fine di permettere una lettura sistematica dei dati ed una corretta interpretazione degli stessi, queste due informazioni dovranno confluire nella SDO. Si fa rilevare che il Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa rende obbligatorie tali agende, con uno specifico richiamo alle proposte di questo Mattone.

L'insieme dei dati così ottenuti dovrà essere attentamente interpretato, specie ove presentino elementi di criticità. Così, ad esempio, è necessario considerare che ove vi sia una distanza discreta tra la data di prescrizione del ricovero e la data di inserimento nella agenda di prenotazione (vedi campi *m* ed *n* nella tabella nel capitolo “Linee Guida per le Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili”), ciò può essere dovuto a:

- tempo di attesa per ottenere la visita specialistica ospedaliera per la conferma del ricovero;
- approfondimenti diagnostici richiesti dallo specialista ospedaliero prima di confermare la necessità di ricovero;
- la somma delle due precedenti;
- ritardo volontario da parte del paziente;
- difficoltà del paziente a identificare la struttura cui rivolgersi.

Ove tale tempo presenti sistematicamente criticità, dovranno essere svolte le opportune indagini per comprendere le cause reali o prevalenti e mettere in atto le soluzioni più opportune.

1. Metodologia per il monitoraggio “ex post” dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri

Per il monitoraggio, definito al punto 1. del paragrafo precedente, che potrebbe divenire il monitoraggio di sistema, si ritiene che la metodologia più idonea sia quella che prevede l'utilizzo sistematico dei campi “data di prenotazione” e “classe di priorità” da inserire nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), con le procedura descritte nel capitolo “Linee Guida per le Agende di Prenotazione dei Ricoveri”. Il Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa rende obbligatorio l'inserimento di

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

questi campi nella SDO a partire dal gennaio 2007. Con questa modalità, sarà possibile a livello di sistema avere una lettura generale dell'andamento dei tempi di attesa per i ricoveri a livello regionale e nazionale, con possibilità di analisi di dettaglio, settoriali, per specialità, priorità, area geografica, presidio ecc.. Le possibili criticità di questo approccio sono:

- i tempi di ritorno informativo dei dati SDO sono oggi, a livello nazionale, ancora lunghi;
- i dati espressi sono ex-post, ovvero descrivono situazioni che hanno concluso l'intero percorso, e quindi riportano il tempo di attesa reale (intervallo tra prenotazione e ricovero effettivo), ma che potrebbe essere espressione di situazioni e problemi organizzativi presenti in tempi ormai lontani (12-24 mesi);
- la precisione ed affidabilità del dato (e quindi della fonte: Agenda di Prenotazione) è l'elemento chiave: sono indispensabili azioni continue di vigilanza da parte delle aziende sanitarie e delle regioni su questo aspetto.

2. Metodologia per le indagini ad hoc, "ex ante"

Per le esigenze di gestione quotidiana del sistema, di organizzazione e vigilanza continua, la metodologia sopra descritta non rappresenta la modalità ottimale, soprattutto per le caratteristiche di descrizione dei fenomeni a posteriori, e quindi a distanza di tempo che può essere anche considerevole dal verificarsi dei fenomeni indesiderati. In questi casi è preferibile utilizzare modalità di analisi prospettiche, o "ex-ante", che permettono di intercettare quasi immediatamente eventuali situazioni di criticità o difficoltà, ponendo in atto le soluzioni idonee prima che vengano a determinarsi conseguenze significative sui pazienti e sul sistema stesso.

Anche in questo caso, lo strumento di riferimento è rappresentato dalle Agende di Prenotazione, che dovranno essere periodicamente controllate per verificare l'andamento dei tempi di attesa prospettati (differenza tra data di inserimento del paziente in lista e data prevista per il ricovero). Per le modalità di compilazione e gestione delle Agende si rimanda al capitolo specifico, ma qui si vogliono fare alcune considerazioni di principio.

Questa modalità, come detto, permette di verificare il tempo prospettato e non il tempo che realmente il cittadino si troverà alla fine ad attendere. Pur con questo limite,

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

essa permette un monitoraggio sostanzialmente continuo dell'andamento dei tempi di attesa. È per altro evidente che, per ragionevole economia, questa modalità di analisi non è opportuno sia utilizzata a tutto campo, su tutti i tipi di reparti e di ricoveri, ma andrà utilizzata in modo campionato, nei settori, nei reparti o per gli interventi che rappresentano delle criticità, dove è noto che vi sono tempi lunghi o difficoltà di risposta, anche per verificare l'efficacia degli interventi migliorativi posti in atto.

Si ricorda, a questo proposito, come il Gruppo Tecnico sulle liste di attesa abbia svolto una periodica rilevazione su una serie di patologie e interventi che notoriamente presentavano criticità.

Le rilevazioni svolte hanno permesso di acquisire molti elementi informativi interessanti, anche se allora si è dovuta rilevare la frequente incertezza sulla qualità dei dati. Ora si propone di realizzare i monitoraggi seguendo modalità simili a quelle già sperimentate, con la differenza che la fonte dei dati sarà precisamente definita, ovvero le Agende di prenotazione dei ricoveri. Infatti, il punto di debolezza della precedente sperimentazione era stato proprio la non precisa definizione dello strumento di rilevazione, anche perché mancavano precise definizioni dei contenuti e delle modalità di utilizzo delle Agende di Prenotazione dei ricovero. Queste sono ora state definite (si veda il capitolo inerente), e si rende quindi possibile svolgere verifiche ex-ante dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri, ottenendo dei dati precisi e verificabili. Come detto nella premessa, l'approccio ex-ante, pur avendo il limite di misurare il tempo prospettato e non quello reale, permette però di avere informazioni continue e tempestive sull'andamento della situazione dei tempi, e permettere di conseguenza rapide azioni di analisi e intervento da parte delle aziende e delle regioni. Un limite può essere costituito dal fatto che è comunque richiesta l'attivazione di indagini ad hoc, non potendosi rilevare questi dati direttamente dai sistemi informativi (a meno che non siano presenti agende di prenotazione dei ricoveri centralizzate e/o in rete).

Procedura

Riportiamo una serie di indicazioni per realizzare una rilevazione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati (in regime ordinario e regime diurno) con modalità prospettica ("ex-ante"). Per un maggior dettaglio, si veda l'Allegato 4. La metodologia descritta è applicabile ad ogni livello, sia per indagini aziendali, sia regionali o

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

nazionali, ma si ritiene consigliabile che venga utilizzata per svolgere verifiche periodiche su alcune patologie/procedure ritenute particolarmente critiche, al fine di monitorare l'andamento della situazione e permettere ai livelli gestionali interventi idonei e tempestivi.

Alla luce delle esperienze condotte in questi ultimi anni, concordate tra Ministero della Salute e Regioni e Province Autonome, si ripropone la metodologia seguita in quelle esperienze, che potrà continuare ad essere utilizzata a livello nazionale, ma che ogni regione può adattare (con eventuali variazioni od estensioni) alla propria realtà.

Soggetti della rilevazione e modalità di rilevazione

I soggetti tenuti alla rilevazione sono tutti gli erogatori, intendendo ogni soggetto pubblico o privato accreditato che eroga prestazioni per conto e a carico del SSN. Gli erogatori corrispondono alle entità identificate da un codice dei modelli ministeriali HSP 11, HSP 11 bis.

Ogni erogatore di prestazioni riceve il software dalla propria Azienda sanitaria locale e lo restituisce, corredato dei dati raccolti, alla stessa.

Gli erogatori devono sistematicamente inserire nelle schede:

- la denominazione dell' Erogatore
- codice dell'erogatore

Vanno utilizzati i codici in uso nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche.

Prestazioni da considerare:

- i ricoveri per acuti programmati (non urgenti).

Prestazioni escluse dal monitoraggio:

- ricoveri che abbiano carattere di urgenza clinica
- ricoveri effettuati in libera-professione intramuraria.

Le informazioni da rilevare sono le seguenti:

- data in cui il paziente è stato inserito nella agenda di prenotazione dei ricoveri
- la classe di priorità attribuita al paziente
- data in cui il paziente è atteso per il ricovero
- numero totale di persone in attesa per quella prestazione (deve essere registrato il numero delle persone in attesa all'inizio della giornata di rilevazione).

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

La fonte dei dati sopra citati è l'Agenda di prenotazione dei ricoveri, così come descritta nelle Linee Guida (vedi capitolo specifico).

La fase di rilevazione dovrà essere preceduta dall'attivazione delle Strutture Erogatrici pubbliche e private accreditate, da parte dei Referenti ASL, affinché vengano individuati i referenti locali e siano indette riunioni formative con tutti gli operatori coinvolti dall'iniziativa, per l'addestramento pratico sulle modalità di rilevazione e la consegna dei software applicativi.

I referenti ASL, formati direttamente dalle Regioni, provvederanno per tempo a momenti formativi con i referenti locali designati da tutti i soggetti erogatori coinvolti dall'indagine.

Esempi di procedura di rilevazione

Nel giorno di rilevazione l'erogatore esamina le agende di prenotazione dei ricoveri presso ogni proprio reparto che effettua la tipologia di ricovero da misurare (se il sistema di prenotazione è centralizzato, l'analisi verrà fatta a quel livello), e registra, per ogni paziente, la data in cui è stato inserito in Agenda, la classe di priorità attribuita al paziente e la data per la quale è previsto il ricovero. Per la specificazione dei campi si veda il capitolo "Linee Guida per la prenotazione dei ricoveri programmabili".

L'ulteriore informazione da raccogliere è il numero di persone in attesa di ricovero per l'intervento/procedura indicati; per ottenere ciò l'erogatore deve contare, in tutti i reparti che effettuano la prestazione da misurare, tutte le persone in attesa di ricovero senza limiti di tempo. Sono escluse le prestazioni in libera-professione intramuraria. Si trasmettono le informazioni così rilevate a livello di Azienda Sanitaria Locale.

Le procedure di restituzione dei dati

Gli erogatori, compilate le schede nelle diverse parti di competenza, restituiscono le stesse all'azienda sanitaria locale.

Le aziende sanitarie locali territorialmente competenti ricevono i dati rilevati presso le proprie strutture nonché presso tutti gli altri erogatori accreditati, pubblici e privati, presenti nel territorio dell'Azienda. Le aziende verificano la completezza, la coerenza e l'affidabilità dei dati, anche confrontandoli con quanto a loro conoscenza da altre

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

indagini e, se del caso, chiedono verifiche e conferme. Successivamente, avuta certezza della affidabilità dei dati, provvedono ad inviare i dati alla Regione.

Le Regioni ricevono i dati dalle aziende ed a loro volta svolgono una verifica di congruenza e affidabilità; se la rilevazione è di tipo nazionale, provvedono quindi a trasmettere i dati validati al livello centrale.

5 LINEE GUIDA PER LE AGENDE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMABILI

Si riportano qui di seguito delle linee guida atte a supportare le aziende sanitarie ed ospedaliere nella progettazione e gestione delle Agende di prenotazione dei ricoveri programmabili

La Direzione Aziendale deve definire una procedura generale per la gestione dei registri di ricovero (Agende di prenotazione dei ricoveri programmabili), che può prevedere variazioni, comunque esplicitate ed approvate, per adeguamento alle specificità dei presidi, dipartimenti o UO.

La procedura deve prevedere criteri espliciti per la definizione delle priorità di accesso, coerenti con le indicazioni nazionali e regionali in merito.

Si sottolinea che il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa “ex-post” si basa sulla presenza nella SDO di due informazioni: a) la data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione, b) la classe di priorità del paziente. Il primo campo era già stato in precedenza previsto (e già esistente in alcune regioni), mentre il secondo rappresenta una novità, per altro coerente con quanto deciso nell’Accordo 11 luglio 2002 e nell’Intesa 28 marzo 2006.

5.1 CONTENUTI E PROCEDURA

La procedura per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri deve definire quali sono i soggetti che:

- a) possono richiedere una prenotazione
- b) decidono l’inserimento nell’agenda di prenotazione
- c) inseriscono materialmente i dati
- d) possono consultare le agende, a quali scopi, come, quando, quanto (quali campi)

Tra i soggetti che possono avere accesso ai dati saranno ovviamente sempre previsti gli incaricati delle direzioni sanitarie e delle regioni, che hanno il compito di vigilare e

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

verificare sul rispetto dei principi di equità, trasparenza, efficienza ecc., compresi gli aspetti applicativi delle priorità di accesso.

La esplicitazione di procedure e riferimenti permetterà inoltre all'utente di esercitare un maggiore controllo sull'iter seguito dalla propria richiesta di ricovero oltre che di collaborare in modo più fattivo con le strutture, ad esempio segnalando per tempo eventuali rinunce.

La procedura deve indicare dove è conservata l'agenda e sotto la responsabilità di chi, in particolare relativamente a: gestione quotidiana, inserimento dati, conservazione, tutela accesso e riservatezza.

La Direzione Sanitaria di presidio deve garantire una attività di vigilanza continua, in particolare relativamente all'utilizzo corretto, trasparente ed appropriato delle agende; tale attività di vigilanza deve avvenire con precise responsabilità e modalità operative.

Devono essere definite le procedure e le responsabilità sul controllo della qualità dei dati, con particolare riferimento alla congruenza delle classi di priorità assegnate ai pazienti e dei tempi di effettiva erogazione. Vanno periodicamente valutate la sensibilità e la specificità dei criteri utilizzati per l'attribuzione alle diverse classi di priorità. Le informazioni derivate dalle attività di verifica devono essere periodicamente portate a conoscenza dei prescrittori e dei decisori.

È opportuno ricordare che il DPCM 19/5/1995 (punto 4.3) prevede la possibilità di svolgere azioni di controllo sulle agende di prenotazione anche da parte di soggetti esterni, in particolare i MMG. Pertanto, la configurazione delle agende, siano essi su supporto cartaceo od informatico, deve prevedere la possibilità dello svolgimento di questi controlli nel rispetto della normativa sulla privacy, ovvero rendendo verificabili i dati inerenti i criteri e le date di prenotazione, senza però rendere accessibili i dati di identificazione del paziente.

Relativamente ai dati da inserire, si riporta un elenco di informazioni articolato in due parti, la prima inerente al paziente, e la seconda contenente altre voci utili sotto il profilo gestionale. Per ogni informazione è stato riportato un giudizio di rilevanza, distinguendo tra quelle considerate essenziali e quelle ritenute potenzialmente utili. Alcune delle informazioni sotto elencate sono già presenti nella SDO: per la compilazione di queste si dovranno seguire le stesse regole utilizzate in quella scheda. Si riportano di seguito alcune ulteriori note esplicative per le altre informazioni.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Informazioni inerenti al paziente	Rilevanza
<i>a) Nome cognome del paziente</i>	<i>Essenziale</i>
<i>b) Codice paziente (fiscale)</i>	<i>Essenziale</i>
<i>c) Sesso</i>	<i>Essenziale</i>
<i>d) Data nascita</i>	<i>Utile</i>
<i>e) Residenza</i>	<i>Utile</i>
<i>f) Numero telefono del paziente</i>	<i>Essenziale</i>
<i>g) Persona da informare (nome e telefono)</i>	<i>Essenziale</i>
<i>h) Diagnosi o sospetto diagnostico</i>	<i>Essenziale</i>
<i>i) Classe di priorità</i>	<i>Essenziale</i>
<i>j) Note cliniche particolari</i>	<i>Utile</i>
Informazioni gestionali	
<i>k) Nome del medico prescrittore</i>	<i>Utile</i>
<i>l) Tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico ecc.)</i>	<i>Utile</i>
<i>m) Data di prescrizione della richiesta da parte del prescrittore</i>	<i>Essenziale</i>
<i>n) Data inserimento del paziente nella agenda di prenotazione</i>	<i>Essenziale</i>
<i>o) Data prevista per il ricovero</i>	<i>Essenziale</i>
<i>p) Data reale del ricovero</i>	<i>Essenziale</i>
<i>q) Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista</i>	<i>Essenziale</i>
<i>r) Modalità di accesso (visita in ambulatorio divisionale, prescrizione di specialista esterno, visita al PS, visita privata ecc.)</i>	<i>Utile</i>

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Come previsto dal D.L. 269 del 30/9/2003, il codice paziente, anche al fine di favorire l'integrazione delle informazioni, dovrebbe essere il codice fiscale. Ove le agende siano informatizzate ed accessibili in rete, si potranno realizzare verifiche e rilevazioni in tempo reale, ma anche, con l'utilizzo del codice paziente, la rilevazione semiautomatica dei dati necessari al monitoraggio.

Oltre ai dati identificativi del paziente, la registrazione del sesso risulta importante non solo a scopi di elaborazioni statistiche, ma anche per la necessità di gestione del reparto, specie quando nomi stranieri non permettono l'identificazione del genere. Il numero di telefono del paziente o della persona da informare sono essenziali per una buona gestione delle liste, sia per lo svolgimento delle eventuali attività di controllo o pulizia, sia per informazioni su spostamenti o problemi organizzativi.

Il campo "Classe di priorità" va compilato in coerenza con le indicazioni nazionali sulle classi di priorità. Il dato qui inserito sarà poi trasferito nel corrispondente campo della SDO.

Rispetto ai dati riportati nella seconda parte, sono necessarie alcune precisazioni. Il nome del prescrittore è riferito al medico (MMG, specialista ambulatoriale esterno ecc.) che ha firmato la richiesta a seguito della quale il paziente è stato preso in carico dalla struttura, che è solitamente diverso da quello che è preposto alla accettazione della richiesta ed all'inserimento del paziente nella agenda (specialista del reparto ospedaliero). La data da inserire al campo m) è quindi quella contenuta nella richiesta (proposta) di ricovero.

Per data di inserimento del paziente nella agenda (campo n) si deve invece intendere la data in cui il soggetto previsto dalla struttura (di solito lo specialista del reparto) conferma la necessità di ricovero e provvede all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione.

A tale proposito, è però opportuno ricordare che può accadere che, specie in casi in cui i tempi di attesa siano lunghi, stabilita la necessità di ricovero per un paziente, in una prima fase egli non venga materialmente inserito in una agenda, ma solo in una qualche forma di "pre-lista" di candidati all'intervento, e venga invece inserito nella agenda solo al momento in cui si renda con precisione disponibile un posto letto o una seduta operatoria. Dato che lo scopo della rilevazione è quello di avere un quadro

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

preciso del tempo che intercorre tra la convalida del bisogno di ricovero e la realizzazione dello stesso, è evidente che il dato da inserire nel sistema di rilevazione (campo n) è quello relativo al momento della conferma del riconoscimento del bisogno da parte dello specialista della struttura, e non già quello, meramente organizzativo, relativo al momento della attribuzione precisa di una data per il ricovero. Questa data, relativa alla identificazione del bisogno (momento della convalida dello specialista), è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo “data di prenotazione”, previsto nel nuovo modello della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), che progressivamente tutte le regioni provvederanno a rendere operativa. Le procedure applicative dovranno precisare chi e come sarà chiamato ad inserire questo dato nella SDO. È evidente che questo è un passaggio centrale per la gestione delle agende e per tutte le attività di gestione, verifica e valutazione sulle liste ed i tempi di attesa per i ricoveri, e richiede pertanto una particolare precisione ed affidabilità delle procedure e dei dati.

Un ulteriore caso da considerare è rappresentato dalla richiesta di ricovero che viene spesso compilata dal MMG subito prima del ricovero, per finalità principalmente amministrative, ma dopo che tutto il percorso di valutazione e approvazione della necessità di ricovero è già stato svolto. La data di tale richiesta non ha nessun nesso con il tempo di attesa reale ed il percorso di accesso, e pertanto non deve essere considerata pertinente.

Anche la data prevista per il ricovero (campo o) può essere indicata inizialmente in modo approssimativo, o come periodo orientativo in cui si prevede di poter ricoverare il paziente. Le procedure aziendali dovranno precisare le modalità di compilazione di questo campo, anche perché una sua attenta lettura potrebbe fornire informazioni utili a chi deve occuparsi della programmazione delle attività, poiché differenze frequenti e significative rispetto alla data reale del ricovero possono essere espressione di forti difficoltà gestionali. La data prevista può essere definita con una modalità implicita (stima dello specialista) o, preferibilmente, usando criteri espliciti, quali il tempo medio di attesa per quel tipo di ricovero con quella classe di priorità nei precedenti sei mesi.

La data reale del ricovero viene precisata nel campo p), già esistente oggi nelle SDO. Se le date dei campi o) ed p) sono diverse, ciò dovrà essere sinteticamente motivato nel campo q), dove andrà anche motivata la eventuale cancellazione (per

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

risoluzione del problema, mancata presentazione, esigenze personali del paziente, variazione del quadro clinico, decesso ecc.).

6 IL FENOMENO DELLA SOSPENSIONE DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE E/O DI RICOVERO

6.1 PREMESSA

Da numerose fonti informative (sperimentazioni monitoraggio nazionale “Tempi di attesa”, segnalazioni organismi di tutela dei diritti dei cittadini) è emerso come, soprattutto in alcune Regioni, sia ancora un evento frequente la sospensione delle attività di prenotazione da parte dei servizi, soprattutto relativamente a visite ambulatoriali e procedure diagnostiche.

Tali situazioni si determinano per cause diverse, ma frequentemente il motivo risulta essere semplicemente la lunghezza dei tempi di attesa. Infatti, in molti servizi, quando il tempo di attesa comincia a divenire consistente, i responsabili dei servizi chiudono le agende, ovvero sospendono la possibilità per il cittadino di prenotarsi. Tale decisione viene variamente motivata (difficoltà a gestire agende per tempi molto lunghi, eccessivo incremento delle mancate presentazioni agli appuntamenti o drop-out, evitare le proteste dei cittadini, “se non si possono fornire risposte in tempi accettabili, meglio chiudere”, ecc.), ma risulta anche che spesso le agende vengono chiuse per restare artificialmente entro i tempi massimi che le regioni hanno indicato. Per altro, chi chiude le agende non si preoccupa minimamente di informare adeguatamente i cittadini, né tanto meno di reindirizzarli verso altri centri, e spesso senza fornire neppure indicazioni su quando e come l’agenda potrà essere nuovamente disponibile. Un’altra forma di oggettiva chiusura è costituita dalla apertura delle agende solo per poche ore in poche giornate, oppure con un numero di posti limitato e predefinito, raggiunto il quale l’agenda viene chiusa.

L’indagine svolta nelle regioni mediante i focus group (vedi Allegato 2) ha evidenziato una particolare criticità in questo ambito, rappresentata dai contratti con specialisti ambulatoriali, che spesso hanno una durata limitata o per i quali non vi è la certezza del rinnovo fino al momento della scadenza. Situazioni di questo genere potrebbero comportare la continua chiusura e riapertura delle agende degli specifici specialisti, ma già alcune regioni hanno risolto il problema concordando con gli

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

specialisti di impostare le agende sempre con una prospettiva di almeno tre mesi, all'interno dei quali prevedere anche le eventuali assenze per motivi di studio o altro. Anche in questo caso, inoltre, l'eventuale disagio della sospensione può essere attenuato dall'utilizzo della modalità dei pre-appuntamenti.

Tutte le situazioni sopra citate sono chiaramente lesive del diritto del cittadino all'accesso alle prestazioni, come recentemente affermato dalla legge 266/2005, che al comma 282 vieta la sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni, prevedendo anche delle specifiche sanzioni amministrative per i contravventori (comma 284). Resta invece la possibilità di interruzione delle attività di erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici (comma 282).

Considerata la particolare delicatezza di queste problematiche, che determinano disagio negli utenti e incidono sul diritto di accesso alle prestazioni, e vista anche la non uniformità delle procedure seguite, si riportano alcuni principi e modalità operative per la gestione del problema della sospensione della erogazione.

6.2 LINEE GUIDA PER LA SOSPENSIONE DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE

Il realizzarsi di situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione della prestazione (guasto macchina, indisponibilità del personale per motivi vari ecc.) rappresenta un evento che può realizzarsi in qualunque contesto e per molte cause. Tali situazioni possono essere imprevedibili relativamente al momento in cui avvengono, ma sono prevedibili come situazione potenziale, e pertanto devono essere individuate le soluzioni più idonee, sia per superare la contingenza "tecnica", sia per garantire la continuità del servizio (intesa come prenotazione e come erogazione della prestazione al cittadino). Per altro, occorre distinguere chiaramente l'impossibilità alla erogazione, per uno dei motivi sopra accennati, dalla attività di prenotazione, che materialmente può invece continuare a svolgersi. Infatti, la prenotazione costituisce una procedura di inserimento della domanda nel sistema di offerta che, entro certi limiti, può prescindere dal fatto che in un determinato momento l'erogazione sia interrotta, potendosi utilizzare, come sotto descritto, delle procedure che considerino la programmazione delle attività anche prevedendo i momenti di interruzione e la loro durata.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

In linea di principio, pertanto, si deve considerare l'interruzione delle attività di erogazione una situazione che può essere adottata solo in casi eccezionali, e nel rispetto di alcune regole:

- La regolamentazione della sospensione delle attività di erogazione di un servizio (solo per gravi o eccezionali motivi) deve essere esplicitamente prevista in specifici documenti aziendali, e seguendo procedure formalmente approvate dalle direzioni aziendali, che prevedano anche forme di consultazione dei rappresentanti degli utenti.
- Di tutti gli eventi di sospensione dell'erogazione deve essere informato il direttore sanitario di presidio, che deve a sua volta informare la direzione aziendale.
- La direzione aziendale deve informare la Regione di ogni sospensione avvenuta, e tali informazioni dovranno essere inviate, nelle forme e nei termini che saranno successivamente indicati, al Ministero della Salute.
- Ogni evento di interruzione delle attività di erogazione deve essere registrato con modalità che rendano disponibili almeno le seguenti informazioni:
 - di quale prestazione si è sospesa l'erogazione (cosa è stato sospeso)
 - dove
 - perché
 - per quanto tempo (da quando a quando).

Anche se l'erogazione delle prestazioni è stata interrotta, il servizio deve proseguire le prenotazioni, calcolando i nuovi tempi in funzione della stima del tempo di interruzione. Nel caso non sia temporaneamente possibile svolgere nemmeno le attività di prenotazione, l'azienda può fare, per i nuovi utenti, dei pre-appuntamenti, ovvero indicare un periodo di massima nel quale si stima potrà essere erogata la prestazione; la data precisa della prestazione può essere successivamente comunicata dalla azienda, che contatta direttamente l'utente, oppure essere ottenuta dall'utente mediante una telefonata ad un numero indicato dalla azienda stessa, numero che dovrà essere con certezza disponibile in un determinato orario.

In ogni caso, per il calcolo dei tempi di attesa per le prestazioni, i tempi vanno calcolati dal primo momento (primo contatto) in cui il cittadino si è rivolto alla struttura per ottenere la prestazione.

7 PROPOSTA METODOLOGICA PER IL MONITORAGGIO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI COMPLESSI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL PERCORSO ONCOLOGICO

7.1 PREMESSA

L'evoluzione organizzativa dei servizi e la mutazione del quadro epidemiologico e sociale hanno determinato un'articolazione e complessità di funzioni intermedie tra ospedale e territorio.

La realtà ed il bisogno di assistenza impongono una stratificazione dell'organizzazione del servizio sanitario secondo livelli progressivi di intensità di cure e di impegno di risorse, che definiscono un continuum nella risposta ai bisogni relativi all'emergenza/urgenza, all'acuzie, alla riabilitazione post acuzie, alla cronicità, alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria, all'assistenza di base.

In questo contesto vanno inquadrare le questioni relative alla definizione:

1. dei modelli organizzativi, che attengono ai livelli della programmazione e gestione dei servizi;
2. dei Percorsi assistenziali e socio assistenziali, che attengono al governo clinico ed agli strumenti per esercitarlo (Profili di cura, L.G., Protocolli, EBM, ecc.).

Entrambi questi livelli devono concorrere alla realizzazione degli obiettivi di efficacia, economicità, appropriatezza ed equità affinché possa essere garantita la tutela del diritto alla salute.

La definizione dei modelli organizzativi deve garantire una corretta allocazione delle risorse, mentre l'individuazione dei Percorsi deve garantire un corretto uso delle risorse.

L'appropriatezza dei comportamenti, a qualsiasi livello del sistema (da quello politico a quello di programmazione, da quello gestionale a quello clinico), sembra essere, dunque, la parola chiave a cui fare riferimento costante: errori nell'allocazione quanto nell'uso delle risorse comprometteranno, di conseguenza, la qualità dell'assistenza ed il diritto stesso alla salute.

Esistono concetti differenti di appropriatezza: quella generica è attenta all'uso delle strutture e delle risorse organizzative (tempi, impiego del personale, uso delle tecnologie, ecc), non si preoccupa delle implicazioni cliniche e non richiede competenze

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

per misurarla; l'appropriatezza clinica, invece, è attenta alle indicazioni diagnostiche e terapeutiche (tempi di intervento, posologia e categoria del farmaco, indicazioni alle tecnologie), non si preoccupa dei tempi organizzativi e richiede competenze mediche per misurarla.

Con questa consapevolezza, si deve prevedere una articolazione dei servizi in coerenza con i LEA e una allocazione di risorse secondo una logica di Percorsi caratterizzati da progressività di impegno assistenziale, oscillanti dagli interventi di prevenzione a quelli dell'emergenza, individuando, in modo coerente con gli obiettivi del PSN, gli snodi della rete funzionali al monitoraggio dell'efficienza (anche in relazione ai tempi d'attesa) ed efficacia dell'organizzazione dell'assistenza. L'impegno dei professionisti del sistema deve essere quello di stimolare la condivisione di strategie per la gestione clinica di gruppi di persone affette dalle patologie più rilevanti, in termini di frequenza, gravità e costi: in molti casi, sono state prodotte Linee guida e Protocolli che definiscono chi fa che cosa, con quali risorse, in quali strutture e per quali obiettivi.

L'appropriatezza è una delle soluzioni che il SSN può perseguire nel difficile compito di dover coniugare la disponibilità di risorse limitate con la necessità di fornire un'assistenza efficace ai cittadini. Per questa preoccupazione, verosimilmente, sia il D.Lgs 229/99. che il PSN per il 1998-2000 riportano una motivazione in negativo dell'appropriatezza, sottolineando che sono da considerarsi *“inappropriate (e quindi non comprese nei LEA, ndr) quelle prestazioni che risultano ... sproporzionate nei tempi, nelle modalità di erogazione o nella quantità di prestazioni fornite, nonché gli interventi e le prestazioni comunque, sostituibili da altre con un rapporto costo-efficacia più soddisfacente”*.

7.2 I PERCORSI ASSISTENZIALI

Perseguire l'appropriatezza clinica costituisce, dunque, un processo complesso, difficile e con risultati nel medio o lungo termine. Gli strumenti che possono essere impiegati sono diversi e sono applicabili a diversi livelli organizzativi del Servizio sanitario nazionale. Uno di tali strumenti, sui quali si concentra da qualche tempo

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

L'attenzione di diversi attori del SSN, sono i Percorsi clinico assistenziali, uno strumento innovativo complesso che può incontrare difficoltà nella costruzione ed attuazione, in quanto implica l'aggiornamento continuo sui fondamenti scientifici della pratica clinica (Medicina Basata sulle Prove di Efficacia), la discussione ed il consenso fra pari su temi professionali (le Linee Guida), il disegno e l'attuazione di processi organizzativi innovativi (i Percorsi veri e propri), lo sviluppo di un sistema di monitoraggio e verifica (Sistema Informativo e Indicatori Sanitari), la realizzazione di un dialogo costruttivo e rispettoso dei ruoli fra livelli differenti del SSN (l'interazione e l'integrazione ospedale – territorio).

Definizioni

Percorsi e profili di assistenza sono strumenti di Gestione per Processi che utilizzano più strumenti (Medicina Basata sulle Prove di Efficacia, Linee Guida, Protocolli, Certificazioni, Percorsi, Profili, etc.).¹

I Percorsi ed i Profili di Assistenza fissano dei riferimenti in merito alla migliore modalità clinico-organizzativa nel trattamento e nella gestione di un problema di salute; tale modalità dovrebbe essere applicabile e concretamente adottata, osservata e valutata all'interno di una specifica realtà aziendale.

Esistono alcune definizioni sufficientemente chiare e precise di Percorsi, Profili e Percorsi Clinico Assistenziali:

- Il Percorso del Paziente è definito come la miglior sequenza spazio-temporale possibile, in base alle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse a disposizione, delle attività da svolgere per gestire una condizione patologica di un gruppo di pazienti (Casati 1999).
- Il Percorso Clinico Assistenziale è il percorso di cura che un paziente segue per risolvere un problema di salute, descritto sotto forma di sequenza spazio-temporale delle attività di cui si compone il processo stesso (Farina 2000).
- Il Profilo di Assistenza individua piani di assistenza interdisciplinari creati per rispondere a specifici problemi clinici o di diagnosi, mirati a definire la migliore sequenza d'azioni, nel tempo ottimale, degli interventi rivolti a gruppi specifici di pazienti (Di Stanislao 2001).

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Sintetizzando si può definire il Percorso assistenziale come l'adattamento ad una realtà locale di una Linea Guida, con l'identificazione il più possibile precisa del relativo contesto organizzativo: attori, responsabilità, luoghi, tempi, etc. Essenziale, comunque, è basarsi su conoscenze il più possibile standardizzate ed evidenti (Evidence Based Medicine). Inoltre, se il focus del processo è multidisciplinare, è evidente che bisogna includervi gli aspetti sociali che l'assistenza sanitaria, specie se mirata alla popolazione anziana, implica.

7.3 STATO DELL'ARTE

È generalmente accettato che i percorsi siano una priorità nel SSN, a tutti i livelli. Su di essi si accentra molto interesse ed attenzione. Diabete ed ipertensione sono le patologie che maggiormente raccolgono l'attenzione.

Il Medico di Medicina Generale è certamente uno degli attori principali. anche se il suo coinvolgimento è spesso difficile, sia per una frequente eccessiva sindacalizzazione della loro partecipazione professionale alla vita del SSN, sia per una certa ritrosia del settore ospedaliero a trattare con loro da pari nel processo di costruzione dei percorsi.

Sono ormai molto numerose le esperienze italiane sul tema, tra le quali ricordiamo il progetto "Leonardo" che in Puglia si è occupato dei percorsi assistenziali dei pazienti diabetici, l'ampio programma attuato della Regione Marche, con diverse linee di lavoro, e la ricerca promossa dalla ASSR che ha visto la partecipazione di nove regioni.

Per facilitare il processo di costruzione e pratica dei Percorsi assistenziali, un gruppo di esperti ha di recente approvato un Documento nel quale sono formulate raccomandazioni ai vari attori del SSN.²

Raccomandazioni ai decisori

- Tutti gli interventi di promozione della qualità (ed i Percorsi a questo servono) per il loro migliore successo richiedono un impegno ed un deciso ruolo propulsore della Direzione aziendale. Senza di questo è difficile che iniziative di un singolo servizio o di un operatore isolato riescano ad incidere fortemente nella realtà aziendale. Parallelamente, un impegno degli organi di direzione istituzionale del SSN, per

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

esempio, nella negoziazione delle convenzioni e dei contratti di lavoro, oppure nei documenti di pianificazione e programmazione. faciliterebbe notevolmente questo percorso.

- I percorsi possono costituire uno strumento per realizzare concretamente la centralità del medico di famiglia nell'economia gestionale del Servizio Sanitario. Per ottenere questo è tuttavia indispensabile promuovere il dialogo fra medico di famiglia e medico ospedaliero.
 1. Uno dei punti dolenti della gestione del SSN è la carenza di dati o la loro scarsa utilizzazione. Mentre molto si è fatto per l'attività ospedaliera, al contrario il sistema informativo territoriale è estremamente carente. Per ovviare a questo problema, vi sono alcuni interventi prioritari:
 2. accelerare il processo di informatizzazione del medico di famiglia; il suo contributo è indispensabile per arrivare a raccogliere dati che permettano una definizione di sistemi di misura del casemix basati sul tipo e sulla severità del problema sanitario;
 3. promuovere investimenti e ricerca sui sistemi informativi dei settori farmaceutico territoriale, ADI, ausili, presidi e protesi, interrelazioni con le anagrafi comunali, etc.
 4. accelerare l'informatizzazione delle attività specialistiche poliambulatoriali;
 5. definire standard nazionali per i settori ancora carenti (per esempio l'ADI);
 6. promuovere ricerca sulla definizione del casemix sul territorio;
 7. promuovere formazione sul controllo di gestione e sul controllo di qualità nel territorio;
- Il Distretto deve avere un ruolo centrale nello sviluppo dei Percorsi Assistenziali, quale ambito organizzativo e gestionale nel quale si dovrebbero integrare, con la fondamentale funzione di governo della domanda, tutti i livelli dell'assistenza primaria (medicina generale e pediatria di libera scelta, continuità assistenziale, emergenza/urgenza territoriale, assistenza domiciliare), dell'assistenza farmaceutica, della specialistica ambulatoriale (comprensiva dell'offerta ospedaliera), dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (inclusi ospedali di comunità, hospice, etc.) e dell'assistenza integrativa e protesica.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Raccomandazioni agli operatori

- Definire e attuare percorsi è un lavoro complesso, lungo e difficile; prima di avventurarsi, conviene ricercare un forte appoggio della Direzione aziendale. Inoltre va ottenuto il consenso di tutte le figure professionali, anche attraverso adeguate trattative sindacali (per questo l'appoggio della Direzione è essenziale).
- Per le prime esperienze conviene concentrarsi su uno o due problemi ben definiti e trasversali, che interessino cioè una molteplicità di operatori e di livelli assistenziali. Devono essere problemi importanti per la realtà in cui si opera. Non ha molto senso costruire percorsi che interessino solo l'ospedale o solo il territorio.
- Il medico di famiglia deve essere messo nella condizione di essere il gestore del paziente. Il percorso deve considerare il ricorso a cure ospedaliere come una opzione cui ricorrere quando sia necessario, ma che possa essere il più possibile evitata con una adeguata assistenza a domicilio.
- Nella definizione dei percorsi bisogna considerare i costi, ma forse è molto più importante valutare possibili obiettivi in termini di qualità dell'assistenza.
- Raccogliere nei gruppi di lavoro tutte le professionalità e specializzazioni interessate; essenziale creare un ambiente che permetta lo sviluppo del dialogo fra medico di famiglia e medico ospedaliero su problemi concreti. Non ci si scordi però degli altri: il radiologo, il laboratorista, gli infermieri, etc. etc.
- Il percorso deve diventare lo strumento principe di gestione del paziente. Esso permetterà di introdurre gradualmente la pratica di gestione per processi nell'attività clinica.
- Il progetto deve avere salde basi scientifiche e metodologiche. Se non le si possiede, è opportuno che il gruppo promotore segua un adeguato percorso formativo. Bisogna saper ricercare e valutare letteratura internazionale, avere competenze cliniche che permettano di dialogare coi clinici, saper pianificare e realizzare il sistema di sorveglianza e di indicatori.
- La parte più difficile non è scrivere un percorso, ma convincere gli operatori ad adottarlo. Non basterà scrivere un documento oppure fare una delibera: è

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

indispensabile che tutti i soggetti coinvolti vengano seguiti con una serie di reminder, incontri, riunioni, report, etc. etc. Soprattutto vanno promossi incontri fra servizi e livelli istituzionali che abbraccino non solo chi ha scritto il documento iniziale, ma chiunque ne sia in qualche modo toccato.

- L'introduzione del percorso va monitorato con dati precisi. È necessario progettare un adeguato sistema di indicatori e, soprattutto, un sistema informativo che fornisca i dati necessari. Attenzione a non sottovalutare questo aspetto, che può essere molto più complesso di quanto non ci si aspetti.
- Una volta avviato un percorso, esso andrà continuamente monitorato, valutato e aggiornato. Questa deve diventare una attività istituzionale della Direzione.

7.4 I RIFERIMENTI NORMATIVI

Di seguito vengono riportati i principali riferimenti normativi che riguardano i percorsi assistenziali, sebbene questi siano definiti di volta in volta in modo differente. I riferimenti sono stati selezionati utilizzando le parole chiave di “continuità”, “pacchetti di prestazioni”, “profilo”, “iter”, “coordinamento”, “integrazione” ...: a prescindere dalla semantica terminologica, tutti le definizioni rinviano ad un concetto di erogazione di prestazioni correlate da una unitarietà del processo assistenziale rispetto ad un determinato ambito organizzativo e/o problema clinico. Come si vedrà, peraltro, la questione viene richiamata in contesti differenti, a seconda della finalità che la norma intende conseguire.

Seguono una logica di carattere sanzionatorio, infatti, le disposizioni previste nelle prime norme in materia, dalla:

Legge 23 dicembre 1996, n. 662 (Finanziaria per il 1997)

Art. 1, comma 28: *Allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio delle gestioni, i medici abilitati alle funzioni prescrittive conformano le proprie autonome decisioni tecniche a percorsi diagnostici e terapeutici, cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa. I percorsi diagnostici e terapeutici sono individuati ed adeguati sistematicamente dal Ministro della sanità, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità, sentite la Federazione nazionale dell'ordine dei*

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

medici chirurghi e degli odontoiatri e le società scientifiche interessate, acquisito il parere del Consiglio superiore di sanità. Il Ministro della sanità stabilisce, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, gli indirizzi per l'uniforme applicazione dei percorsi stessi in ambito locale e le misure da adottare in caso di mancato rispetto dei protocolli medesimi, ivi comprese le sanzioni a carico del sanitario che si discosti dal percorso diagnostico senza giustificati motivi.

Una correzione di rotta è, successivamente, presente nel D.Lgs 124/98, laddove, in una prospettiva più vicina ai cittadini, il tema dei percorsi assistenziali viene ricollegato alla problematica - trattata, per la prima volta, in maniera organica - dei tempi d'attesa, disciplina, quest'ultima, che troverà peraltro ulteriore specificazione negli Accordi del febbraio e luglio 2002.

È da segnalare anche il fatto che si cominci a correlare il tema dei percorsi a specifici problemi assistenziali, individuando le patologie per le quali essi devono essere definiti.

Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n. 124 : *"Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449".*

Art. 3: Modalità di partecipazione al costo delle prestazioni

*comma 3 : **Le regioni ridefiniscono il valore del limite massimo di spesa per le ricette contenenti accorpamenti per profilo di trattamento di due o più prestazioni eventualmente definiti a livello regionale e provinciale ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996. Al fine di procedere al graduale superamento dei limiti di prescrivibilità per ricetta di cui alla legge 25 gennaio 1990, n. 8, e successive modificazioni, di razionalizzare la spesa a carico del Servizio sanitario nazionale, di semplificare l'accesso alle prestazioni da parte degli assistiti, nonché di ridurre la spesa a loro carico e di promuovere l'utilizzo dei percorsi diagnostici e terapeutici, il Ministro della sanità con proprio decreto, ai sensi dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, individua i criteri per la sperimentazione di forme agevolate di erogazione di pacchetti di prestazioni predefiniti a fronte di determinate condizioni cliniche, identificati sulla base dei percorsi, consentendo la prescrivibilità in un'unica ricetta di prestazioni afferenti a branche specialistiche diverse e prevedendo la ridefinizione in aumento del valore del limite massimo di spesa per ricetta.***

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Art. 5. *Esenzione dalla partecipazione in relazione a particolari condizioni di malattia*

1. **Con distinti regolamenti del Ministro della sanità** da emanarsi ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, **sono individuate, rispettivamente: a) le condizioni di malattia croniche o invalidanti; b) le malattie rare.** Le condizioni e malattie di cui alle lettere a) e b) danno diritto all'esenzione dalla partecipazione

2. **I regolamenti individuano inoltre le prestazioni di assistenza sanitaria correlate a ciascuna condizione di malattia ed alle relative complicanze, per le quali è riconosciuta l'esenzione dalla partecipazione al costo, tenendo conto: a) della loro inclusione nei livelli essenziali di assistenza; b) della loro appropriatezza ai fini del monitoraggio della evoluzione della malattia e dell'efficacia per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti; c) della definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici.** I regolamenti individuano altresì le condizioni di malattia che danno diritto all'esenzione dal pagamento della quota fissa di cui all'articolo 3, comma 9, per le prestazioni cui è necessario ricorrere con frequenza particolarmente elevata, indicate dagli stessi regolamenti.

La valenza *regolatoria* del modulo organizzativo rappresentato dai percorsi assistenziali trova, peraltro, esplicito riconoscimento nella legge fondamentale disciplinante il Servizio sanitario nazionale.

Molteplici sono, infatti, le disposizioni contenute nel D.lgs. 502/92, come modificato dal D.Lgs229/99, che fanno riferimento ai percorsi, evidenziandone la doppia funzione di *indirizzo guidato* della pratica, al fine di migliorare i processi clinici ed assistenziali, e di *integrazione dei servizi*, per rispondere ai bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale; ne è, altresì, ribadita l'importanza in quelle disposizioni che inseriscono l'implementazione dei percorsi assistenziali nei programmi di ricerca e negli obiettivi formativi di interesse nazionale. Vale la pena, infine, accennare una riflessione sulla consueta pratica, tenuta dal legislatore, di associare, nelle varie norme di riferimento, lo strumento dei percorsi assistenziali a quello delle linee guida: appare opportuno segnalare che, sebbene detti strumenti operativi abbiano lo stesso minimo comune denominatore nella funzione di orientamento della pratica clinica, ciò che invece caratterizza in modo peculiare i percorsi rispetto alle linee guida è la capacità di contestualizzare un modello di riferimento ad una concreta e particolare realtà, adattare, cioè, alle circostanze locali uno schema *raccomandabile* di comportamenti clinici, specificando, al contempo, dettagli organizzativi quali luoghi, tempi, moduli.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229: *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*

Art. 1, co. 10:

Il Piano sanitario nazionale indica:

(omissis);

h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;

Art. 3 septies: *(Integrazione socio-sanitaria)*

1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Inserire elementi della l. 229

Art. 4, co 1-septies :

Le regioni definiscono le modalità dell'integrazione dell'attività assistenziale delle aziende di cui al comma 1 nella programmazione regionale e le forme della collaborazione con le unità sanitarie locali in rapporto alle esigenze assistenziali dell'ambito territoriale in cui operano, anche ai sensi dell'articolo 3-septies.

Art. 12 bis, co IV: *(Ricerca sanitaria)*

Il programma di ricerca sanitaria:

omissis;

f) favorisce la ricerca e la sperimentazione degli interventi appropriati per la implementazione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici, per l'autovalutazione della attività degli operatori, la verifica ed il monitoraggio e il monitoraggio dei risultati conseguiti

Art. 16 ter, co II: *(Commissione nazionale per la formazione continua)*

La Commissione di cui al comma 1 definisce, con programmazione pluriennale, sentita la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nonché gli Ordini ed i Collegi professionali interessati, gli obiettivi formativi di interesse nazionale, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici .

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

I Piani Sanitari Nazionali dal 1998 in poi, confermando questa visione metodologicamente più corretta, affrontano in modo organico la questione attraverso un'articolazione di strategie coerenti rispetto all'obiettivo del coinvolgimento degli erogatori e dei prescrittori, attraverso l'integrazione tra servizi, la clinical governance, l'individuazione delle condizioni e strumentazione necessarie, la razionalizzazione organizzativa. Il territorio viene individuato quale sede privilegiata per il governo dei percorsi assistenziali.

D.P.R. 23-7-1998: Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000

pg. 26: “*Gli interventi da compiere prioritariamente nel triennio di validità del Piano sono:*

- (omissis)

- **stretta integrazione delle strutture operative coinvolte in modo tale che la presa in carico del paziente sia chiaramente evidenziata della sua globalità anche per gli aspetti riguardanti le risorse impiegate**”

pg. 31: “*Il PSN 1998-2000 si pone i seguenti obiettivi generali:*

- (omissis)

- (omissis)

- **piena valorizzazione del parco tecnologico esistente, attraverso l'utilizzo integrato nei percorsi diagnostico-terapeutici e l'impiego intensivo, in termini di orari, delle attrezzature disponibili;**”

pg. 40: “*È obiettivo del Piano sanitario nazionale 1998-2000 **avviare un Programma nazionale per l'elaborazione, la diffusione e la valutazione di Linee guida e percorsi diagnostici e terapeutici.***”

pg. 48: “*Nel triennio 1998-2000 il programma pone i seguenti obiettivi strumentali:*

- (omissis)

- **organizzare all'interno di ciascun servizio **modalità sistematiche di revisione e autovalutazione della pratica clinica e assistenziale, anche attraverso l'utilizzo di percorsi diagnostici e terapeutici previsti dalla legge n. 662/1996;****”

pg. 50: “**Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono:** *la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.* “

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

pg. 54: *Un'ulteriore area di collaborazione tra il Programma Nazionale di Ricerca e Sviluppo del Ssn e il mondo della produzione dovrà interessare la elaborazione di strategie assistenziali integrate per la sperimentazione sul campo di percorsi che garantiscano la migliore qualità dell'assistenza al costo più contenuto* ...

D.P.R. 23-5-2003: *Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005.*

Pg. 11: “ *Sempre più frequentemente emerge in sanità l'intolleranza dell'opinione pubblica verso disservizi ed incidenti, che originano dalla mancanza di un sistema di garanzia di qualità e che vanno dagli errori medici alle lunghe liste d'attesa, alle evidenti duplicazioni di compiti e servizi, alla mancanza di piani formativi del personale strutturati e documentati, alla mancanza di procedure codificate, agli evidenti sprechi. La qualità in sanità riguarda un insieme di aspetti del servizio, che comprendono sia la dimensione tecnica, che quella umana, economica e clinica delle cure e va perseguita attraverso la realizzazione di una serie articolata di obiettivi, dalla efficacia clinica, alla competenza professionale e tecnica, all'efficienza gestionale, all'equità degli accessi, alla appropriatezza dei percorsi terapeutici.* “

pg. 15: 2.7 *Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-sanitari.*

Più in generale, si rende evidente la necessità ormai inderogabile di organizzare meglio il territorio spostandovi risorse e servizi che oggi ancora sono assorbiti dagli ospedali, in una logica di sanità ospedalocentrica che oggi non è più sostenibile. Ancora una volta quindi l'attenzione si sposta sui MMG e pediatri di libera scelta, ai quali si deve però chiedere di giocare un ruolo maggiore che in passato. Il nuovo piano Sanitario Nazionale, è lo strumento per individuare un nuovo assetto dell'organizzazione della medicina nel territorio. I problemi economici, le liste di attesa, il sotto-utilizzo e l'utilizzo improprio di risorse nel sistema, impongono una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale.

“Obiettivo di questo riordino sono:

la garanzia di una appropriata erogazione dei servizi a partire dei LEA;

(omissis):

l'abbattimento delle liste d'attesa;

la riduzione di ricoveri ospedalieri impropri;

la attivazione dei percorsi assistenziali.”

L'obiettivo prioritario è la realizzazione di un processo di riordino che garantisca un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del medico dell'assistenza sanitaria di base. Un processo teso a fornire,

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersettorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo.

Pg. 54: *Gli obiettivi strategici:*

- (omissis);
- *valorizzare la centralità di ruolo del pediatra di libera scelta e del medico di base nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici e la sua funzione di educazione sanitaria individuale;*
- *elaborare Linee-Guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi anche in ambito locale con particolare attenzione alle patologie che comportano il maggior numero di ricoveri in età pediatrica e alle patologie chirurgiche più a rischio di interventi inappropriati;*

Con l'avvio del processo di federalismo regionale in materia di sanità, la questione diviene oggetto di Accordi tra Stato e Regioni, per cui si citano i più recenti provvedimenti relativi al problema. È da notare che i percorsi e l'integrazione tra servizi sono individuati anche come strumenti funzionali all'obiettivo di riequilibrio della spesa tra livelli di assistenza, in particolare tra ospedale e territorio.

Accordo 24 luglio 2003: *Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per l'attuazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005*

Nella sezione “ *Priorità 2 - Le cure primarie.*”: *I problemi connessi all'attuale contesto del SSN, ed in particolare le liste di attesa, il sotto-utilizzo e/o l'utilizzo improprio di risorse nel sistema, impongono una re-interpretazione del rapporto territorio-ospedale, potenziando e riorganizzando l'offerta di prestazioni sul territorio, riservando l'assistenza ospedaliera sempre più alle patologie acute. Questo modifica il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale, a favore del territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario e continuativo delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini.*

L'assistenza sul territorio richiede disponibilità di risorse e servizi che oggi ancora sono assorbiti dagli ospedali, con un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel governo dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità operative che favoriscano l'integrazione con le altre

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

figure professionali territoriali. Un possibile percorso applicativo di tale indicazione può venire dalla sperimentazione di forme evolutive delle varie tipologie di medicina di gruppo, già prefigurate dai vigenti accordi nazionali, formate da medici di medicina generale, da pediatri di libera scelta e, laddove presenti, da specialisti territoriali, che, in raccordo con i relativi distretti socio-sanitari, assicurino in via continuativa agli utenti le cure primarie, garantendo la continuità assistenziale e rapportandosi a specialisti che assicurino competenza nella diagnostica di base ed in alcune specialità, anche alla guardia medica territoriale o alle strutture o servizi individuati dalle regioni. Queste nuove forme consentiranno la possibilità di sperimentare nuovi approcci budgetari» e di responsabilizzazione dei prescrittori anche per permettere nuove modalità di governo della domanda in tutte le sue componenti (farmaceutica, specialistica etc.) con un raccordo migliore con l'ospedale tenendo, altresì, presente la gestione di forme integrate e innovative di governo della rete per la non auto-sufficienza e per l'assistenza socio-sanitaria.

Potranno, così, identificarsi nuove realtà territoriali più utili alla popolazione, ai medici e alla ASL che può trasferire al territorio, potenziandola, una serie di servizi oggi resi, ancora e inappropriatamente, negli ospedali. I nuovi Accordi nazionali per la medicina generale, la pediatria di libera scelta e la specialistica ambulatoriale interna potranno essere lo strumento adeguato per permettere la sperimentazione di queste nuove modalità di integrazione delle cure primarie.

Per conseguire tale risultato è necessario favorire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersettorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative.

Ambiti specifici di collaborazione per i prossimi tre anni:

Realizzare un processo organizzativo di riordino che garantisca un'efficace continuità assistenziale, la riduzione di ricoveri ospedalieri inappropriati, la attivazione dei percorsi assistenziali, ed un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali.

Con riferimento alla Priorità 3 si afferma che tra gli ambiti specifici di collaborazione occorre:

...Attuare le linee guida per le cure palliative, relative ai percorsi assistenziali e la formazione specifica degli operatori.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Intesa 23 marzo 2005: *Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.*

Art. 4, Razionalizzazione della rete ospedaliera e realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario.

lett. g): *promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero, che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione*

Art. 7, Meccanismi di raccordo tra aziende sanitarie e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

co. 1 : *Con riferimento a quanto disposto dall'art. 1, comma 179, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni adottano, entro il 30 settembre 2005, uno specifico provvedimento, con il quale vengono aggiornate le modalità che disciplinano i rapporti tra le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Tali modalità definiscono i rapporti tra l'ospedale e il territorio, prevedendo il coinvolgimento costante e permanente dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta per una reale integrazione assistenziale tra cure primarie e le cure ospedaliere, anche attraverso percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi e la condivisione di interventi di prevenzione e percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi.*

Una considerazione a parte merita la trattazione delle citazioni normative che riguardano patologie specifiche e il percorso oncologico. A titolo solo esemplificativo, per la prima fattispecie si segnala l'Accordo del 3 febbraio 2005 concernente "Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale", che è organizzato in quattro capitoli relativi, rispettivamente:

- alla prevenzione;
- alle prove di efficacia per la stroke care e la trombolisi;
- al percorso assistenziale del paziente con ictus (declinato nella fase preospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera);
- al monitoraggio della implementazione delle reti stroke regionali.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

Per quanto riguarda il problema del percorso assistenziale del paziente oncologico, rilevano le Linee guida su “Prevenzione e cura delle malattie oncologiche”, pubblicate in G.U. 20 febbraio 1996 n. 42, che prevedono “...interventi, che dovranno essere integrati tra i diversi livelli, che sono di due tipi:

- *prevenzione primaria e secondaria;*
- *diagnosi, trattamento, follow up, riabilitazione, assistenza domiciliare.”*

Questi indirizzi sono stati confermati nei successivi aggiornamenti degli indirizzi in materia di organizzazione dei servizi di assistenza oncologica e, per quanto attiene specificamente al problema dei tempi d’attesa, sono stati precisati gli impegni delle regioni con:

Accordo 11 luglio 2002: *Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l’attuazione del punto a) dell’accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386), sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.*

Pg. 10 “ Con riferimento alla Patologia oncologica si stabilisce che:

Questa tematica è molto sentita a livello nazionale e rappresenta un problema significativo di riduzione dei tempi di accesso alla diagnosi definitiva e alla conseguente terapia, rappresentano un obiettivo imprescindibile del sistema sanitario nazionale, al fine di raggiungere buoni risultati terapeutici, migliorando, a lungo termine, la sopravvivenza e la qualità di vita dei soggetti. Nello specifico si intende individuare degli obiettivi, temporalmente definiti, che assicurino al paziente oncologico o con sospetta neoplasia un iter diagnostico-terapeutico definito e garantito. “

Intesa 28 marzo 2006: *Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul Piano per il Contenimento dei Tempi di Attesa per il triennio 2006-2008.*

Cap. 2, punto 3: si indica che il sistema CUP deve essere in grado, tra le altre specifiche, di “individuare i percorsi diagnostico-terapeutici prioritari e definire le modalità di gestione”.

A conclusione di tale disamina normativa - che non ha la pretesa di essere esaustiva - ed in funzione delle considerazioni appena svolte, sembra rilevante evidenziare come lo strumento dei percorsi assistenziali, il cui utilizzo più immediato è stato - come noto - quello della promozione del miglioramento clinico e del controllo della variabilità clinica, nel mutevole avvicinarsi della non sempre lineare normativa in materia, abbia

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

arricchito la propria *originaria* funzione, perseguendo nuove ed ulteriori finalità e trovando, in tal modo, differenti applicazioni.

Invero, allo stato, alla base dell'importanza dei “percorsi” non vi sono “solo” ragioni di **efficacia** delle prestazioni erogate, aventi come obiettivo la qualità dell'assistenza sanitaria da ricercare tramite la migliore gestione di tutti i processi clinici ed organizzativi.

Si è già visto come le varie finanziarie intervenute nel tentativo di regolare il sistema sanitario, abbiano focalizzato l'attenzione sul delicato problema dei costi, sottolineando la necessità di *riconfigurare* i processi assistenziali in funzione del raggiungimento della qualità *reale* della prestazioni, di fatto perseguita tramite un utilizzo delle risorse più coordinato, ovvero più **efficiente ed economico**.

A tali contenuti, occorre tuttavia aggiungerne altri, emersi recentemente ad opera degli interventi programmatici operati dallo Stato nell'ultimo quinquennio nonché di quelli attuativi, ma di carattere negoziale, che ne sono seguiti (il riferimento è ai vari Accordi nonché alla - da poco - intervenuta Intesa).

Proprio in tali contesti normativi lo strumento dei percorsi trova notevoli, ma altrettanto importanti, sviluppi. Invero, se, da una parte, i percorsi assistenziali, soddisfacendo l'esigenza di centrare l'assistenza sui bisogni e le attese dei pazienti/utenti nonché di migliorare la comunicazione e la comprensibilità dei programmi di assistenza, divengono campo di applicazione dei principi di **umanizzazione** e di **soddisfazione**, dall'altra, sembrano dare adeguata soluzione agli annosi problemi legati alla **tempestività** delle cure, garantendo l'effettiva possibilità di accesso alle prestazioni ed assicurando una erogazione qualitativamente elevata, anche, dal punto di vista della dimensione temporale.

7.5 L'analisi di processo dei percorsi assistenziali

Per la definizione di un sistema informativo sui percorsi assistenziali è necessario fare un'analisi dettagliata delle componenti in cui si articola l'esperienza del cittadino che “percorre” le strutture del servizio sanitario, quando è affetto da patologie che, per caratteristiche di cronicità o di complessità, impongono l'attraversamento, all'interno

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

del sistema, di differenti tappe per la diagnosi e terapia. È ovvio che questo richieda una definizione specifica, differenziata per ognuna delle patologie che presentino tali caratteristiche, con una priorità per quelle più rilevanti in termini di frequenza, gravità e costi. Ciò che può accomunare l'analisi di processo dei diversi percorsi è l'identificazione dei livelli assistenziali nei quali essi si articolano e delle tipologie di prestazioni che caratterizzano il profilo di diagnosi e cura. Le principali direttrici sono rappresentate dalla focalizzazione del ruolo ospedaliero e delle strutture territoriali, di cui si sta affermando una crescente valorizzazione quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari. Ciò rispecchia la configurazione di un sistema a rete con le strutture ospedaliere rivolte sempre di più sull'acuzie e su specifiche patologie. Alla medicina del territorio invece è richiesto un assetto tale da garantire un ruolo di primo piano nella gestione della domanda, dell'assistenza primaria, specialistica, ambulatoriale e delle cure intermedie. Di conseguenza, il sistema reticolare mutuamente intrecciato prevede snodi di integrazione tra i macro-livelli, sia in senso orizzontale (fra ospedali) che verticale tra ospedale e territorio e quindi fra diversi livelli e tipologie di assistenza (assistenza secondaria con assistenza primaria e terziaria). Il flusso di pazienti nell'ambito dei "macrolivelli" è regolato da momenti/sistemi di coordinamento tra i diversi "micro-livelli" (vedi schema seguente), che corrispondono alle diverse tipologie di prestazioni erogate negli studi dei medici di MG e di PLS, negli ambulatori delle Aziende Sanitarie Locali, nell'attività di assistenza domiciliare (a diversa intensità sanitaria), di ricovero per acuti, di riabilitazione, di lungodegenza medica e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, ecc.

Le Linee guida ed i percorsi assistenziali rappresentano importanti strumenti non solo per affrontare il tema della variabilità nell'approccio clinico, ma anche per condividere l'obiettivo dell'integrazione, attraverso la definizione di come, dove, chi e quando si interviene nell'erogazione delle prestazioni che caratterizzano il percorso.

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA - LEA

A Assistenza collettiva in ambiente di lavoro e di vita	B Assistenza distrettuale	C Assistenza ospedaliera
Profilassi delle malattie infettive e parassitarie	Assistenza sanitaria di base	Pronto soccorso
Tutela dai rischi connessi con gli ambienti di vita	Attività di emergenza sanitaria territoriale	Degenza ordinaria
Tutela dai rischi connessi con gli ambienti di lavoro	Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali	Day hospital
Sanità pubblica veterinaria	Assistenza integrativa	Day surgery
Tutela igienico sanitaria degli alimenti e nutrizione	Assistenza specialistica ambulatoriale	Interventi ospedalieri a domicilio
Attività di prevenzione rivolte alla persona	Assistenza protesica	Riabilitazione
Servizio medico legale	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	Lungodegenza
	Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale	Emocomponenti e servizi trasfusionali
	Assistenza termale	Prelievo, conservazione e trapianto di organi e tessuti

Un'esemplificazione paradigmatica, per quanto isolata, dell'integrazione ospedale territorio e della continuità assistenziale, è la dimissione protetta.³ Questa procedura, nei vari ambiti che interseca, coglie e valorizza diversi aspetti dell'organizzazione ospedaliera, territoriale e della relazione tra ospedale e territorio.

La dimissione protetta può essere applicata a diverse problematiche clinico-assistenziali di pazienti che, concluso l'iter diagnostico e curativo ospedaliero, hanno perso temporaneamente o stabilmente la loro autonomia o che non trovano un supporto familiare o abitativo adeguato. Vi sono numerosi esempi, quali il percorso del paziente trapiantato, il neonato problematico, il paziente in ventilazione meccanica assistita o in

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

nutrizione artificiale domiciliare, il paziente terminale (neoplastico o con AIDS), in cui, sulla base delle esigenze del paziente, sono stati costruiti adeguati percorsi di raccordo ospedale-territorio; tali esempi, pur graduati sulle specifiche esigenze, possono o meglio devono essere il modello da estendere a tutti gli episodi di dimissione di malati con problemi di autonomia. Il percorso della dimissione protetta intreccia livelli clinico-assistenziali e socio-sanitari e prevede attivazione di canali comunicativi, da tenere costantemente aperti, tra medici ospedalieri e del territorio. Esso si fonda sulla conoscenza reciproca delle diverse organizzazioni (tempi, figure professionali) e sull'assegnazione di responsabilità, nonché la condivisione di strumenti di comunicazione. Le problematiche organizzative della dimissione protetta esigono, infatti, tempestività nella comunicazione, essenzialità delle informazioni scambiate e la individuazione di precise responsabilità sia in ospedale che sul territorio. Inoltre, è rimarcata l'esigenza di comunicazione col paziente che diventa in questo caso informato e cosciente circa la scelta assistenziale da effettuare insieme ai suoi familiari.

Un altro esempio di un percorso già abbastanza diffuso è quello della pre-ospedalizzazione del paziente, finalizzato all'esecuzione di tutte le prestazioni ed accertamenti funzionali all'esecuzione di un determinato intervento chirurgico programmato.

Più in generale, volendo proporre una **classificazione dei percorsi**, potrebbero ipotizzarsi le seguenti fattispecie:

- per ambito assistenziale (nel dipartimento ospedaliero, nel DSM, nel distretto, ecc);
- per problema (materno infantile, età evolutiva, anziani, emergenza-urgenza, prevenzione, disabilità-handicap, ecc.);
- per patologia (salute mentale, dipendenze patologiche, patologie cronico-degenerative, oncologia, ecc.).

7.6 IL SISTEMA INFORMATIVO PER I PERCORSI

Quale che sia il modello utilizzato per disegnare ogni singolo percorso, la raccolta delle informazioni necessarie al monitoraggio di efficienza ed efficacia dovrà essere correlata al sistema di indicatori che caratterizzano il flusso informativo di ciascuna delle componenti individuate. Più complessa è, tuttavia, l'identificazione di dati che possano fornire informazioni circa le correlazioni tra una tappa e l'altra del percorso, sia in termini "macro-valutativi" (ad es. numero di pazienti che hanno aderito all'intero percorso assistenziale previsto, numero di prestazioni erogate in relazione ai protocolli assistenziali specifici per patologia, costi per pacchetto di prestazioni correlate, ecc), sia in termini "micro-valutativi" (ad es: tempo di attesa tra le prestazioni assistenziali per ciascun paziente, numero di prestazioni erogate per ciascun paziente in relazione ad eventuali complicanze, ecc). Per quanto riguarda la prima di queste due questioni, sarà utile valutare i risultati della sperimentazione del progetto Leonardo in corso in Puglia, rispetto ai dati che il software sarà in grado di fornire, sia in relazione alla capacità di simulazione di quanto, in relazione al numero di pazienti da inserire in quel percorso in base all'epidemiologia stimata della patologia (Sindrome metabolica/diabete), dovrà essere previsto in termini di impegno orario, di tempi d'attesa conseguenti, di costi, di risorse per singola componente (medico di base, care manager, specialisti, apparecchiature, ecc) coinvolta del sistema, e di quanto, a consuntivo, è stato effettivamente impegnato ed ottenuto in termini anche di risultati clinici (riduzione di ricoveri, percentuale di riduzione di complicanze, compliance dei pazienti e dei decisori alle Specifiche L.G. e Protocolli previsti, ecc).

In termini più generali, la valutazione analitica (di livello "micro") dei percorsi presuppone l'adozione di uno strumento di registrazione di tutte le caratteristiche e attività cliniche di ciascun paziente, necessarie alla rilevazione dei fenomeni di salute e della qualità dell'assistenza erogata: nell'ambito del progetto Mattoni, quindi, questa questione è strettamente correlata alla definizione del "Patient file" e/o di procedure di "tracciabilità".

Elemento comune per la misurazione delle performance assistenziali è rappresentato, inoltre, dalla definizione di standard di riferimento, non solo di processo ma anche di esito, per ciascuno dei livelli assistenziali, ivi compresi quelli relativi a particolari prestazioni per i quali esistono già standard individuati da specifiche norme,

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

quali, ad esempio., quelli relativi ai volumi di attività ed ai tempi di attesa da garantire per prestazioni ritenute critiche (vedi Accordo 11.7.2002). Vi è una previsione in tal senso nella Legge Finanziaria del 2005.

Legge 30 dicembre 2004, n. 311

*Art. 1 c. 169. Al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute, ferma restando la disciplina dettata dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, **per le prestazioni** già definite dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, **anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sul territorio nazionale**, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, dal Ministro della salute, che si avvale della commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, **sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza**, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Con la medesima procedura sono individuati le tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale. In fase di prima applicazione **gli standard sono fissati entro il 30 giugno 2005.***

Nell'esperienza del National Health Service inglese,⁴ la responsabilità principale di definire gli standard clinici qualitativi è dei National Service Framework (NSF) e dell'Istituto Nazionale per l'Eccellenza Clinica (NICE). Dapprima vengono identificati gli argomenti nei quali è maggiormente importante intervenire per il NHS; in una seconda fase vengono raccolte le evidenze e le buone pratiche, vengono analizzati i costi ed i benefici, vengono messe a punto le strategie. Gli standard, una volta sviluppati, vengono diffusi e successivamente attuati. Questo non è più compito del

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

NICE, ma è un compito assunto direttamente dal NHS. Ovviamente esiste un piano di monitoraggio e feed-back, che di nuovo viene rinviato al NICE per una revisione degli orientamenti precedentemente formulati.

Anche nell'ottica del SSN, la misura della performance dei sanitari è ritenuta essenziale, ma questa esigenza si è dimostrata anche uno degli ostacoli più ardui da superare per garantire una effettiva equità di trattamento per tutti i cittadini.⁵

Definendo la performance o qualità clinica come «il grado con cui i servizi sanitari forniti agli individui ed alla popolazione aumentano la probabilità di ottenere risultati sanitari desiderati e sono coerenti alle conoscenze professionali esistenti», la sua misura si basa: a) sulla determinazione degli effetti dell'assistenza sanitaria rispetto ai risultati desiderati (outcomes); b) sull'accertamento del grado con cui le prestazioni sanitarie (= processi assistenziali) sono in accordo alle esistenti prove scientifiche (evidence based).⁶

7.7 LE METODOLOGIE DI IMPOSTAZIONE DEL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO

Date queste premesse, pertanto, le metodologie di produzione dei flussi informativi e di valutazione degli indicatori relativi ai percorsi assistenziali possono essere di due tipologie:

1. il metodo deduttivo;
2. il metodo analitico.

In entrambi i casi non si può prescindere dalla conoscenza del dato epidemiologico, poiché esso rappresenta il parametro di riferimento per verificare che vi sia, oppure no, una corrispondenza tra fabbisogno reale e livelli di assistenza, a prescindere dall'appropriatezza stessa delle prestazioni erogate.

1. Il *metodo deduttivo* è applicabile ai normali flussi informativi già oggi previsti dal SISN, poiché si tratta di rilevare i dati esperienziali relativi alle attività che compongono un particolare percorso assistenziale. Se, cioè, una patologia richiede una serie di prestazioni prevedibili nel ciclo diagnostico terapeutico, dagli attuali flussi informativi è possibile ricavare informazioni per analizzare un fenomeno, in particolare per

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

valutazioni a livello di macrosistemi: ad es., in riferimento alla patologia nefrologica, quante visite specialistiche nella branca specifica, quante ecografie o ecodoppler vascolari del rene, i volumi prescrittivi di farmaci o prodotti specifici per patologia, quanti ricoveri e che tipo di DRG's, quanti se ne sono realizzati in ambiente nefrologico e quanti in U.O. di altra disciplina, in quante SDO compare la procedura di biopsia renale, in quanti casi di DRG's relativi ad altre patologie (diabete, patologia cardiovascolare, urologica) compare una diagnosi secondaria di Insufficienza Renale Cronica, quanti sono in mobilità intra e quanti in extra regionale, quanti pazienti sono prevalenti ed incidenti per IRC terminale con avvio alla terapia sostitutiva, quanti sono trattati in emodialisi, con peritoneodialisi o con trapianto, quanti sono in programmi di assistenza domiciliare o residenziale, e così via. Non sarà, comunque, possibile stabilire correlazioni tra un indicatore e l'altro, né ipotizzare quale sia stata la sequenza delle tappe che compongono il percorso, quali i tempi di attesa tra una e l'altra, ecc

Attraverso questa metodologia di valutazione, quindi, si possono ricavare giudizi sintetici sul fenomeno malattia renale e sui livelli di assistenza complessivamente garantiti a tutta la popolazione di quell'ambito territoriale, ricavabili dall'osservazione di ciò che si è verificato nella realtà pratica del sistema, ma certo non si potranno esprimere dettagliate valutazioni circa l'appropriatezza delle prestazioni erogate e, solo sommariamente (ad es. percentuale di pazienti avviati alla dialisi in occasione di un ricovero urgente e con diagnosi principale di IRC), si potranno ricavare informazioni sul percorso assistenziale reale fornito a questi pazienti.

2. Il *metodo analitico* per essere applicato richiede, necessariamente, un principio di riferimento razionale a cui fare riferimento a priori, poiché la valutazione, in questo caso, si riferisce a quanto di quello schema è rilevabile nella realtà. Più esplicitamente il presupposto necessario è rappresentato dalla definizione di un percorso assistenziale ideale, basato su Linee guida e Protocolli assistenziali che si ritiene debbano essere osservati e garantiti nella pratica assistenziale a tutti i soggetti per i quali essi sono stati tarati. Questo metodo, pertanto, richiede che la verifica della corrispondenza, tra ciò che si ritiene razionalmente che debba essere fatto e ciò che effettivamente si produce nella realtà, sia effettuabile caso per caso. Per fare ciò, sono, quindi, indispensabili due elementi: la tracciabilità delle prestazioni erogate per ciascun caso che rientra in quel

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

percorso (cioè un elemento comune e costantemente associato ad ogni prestazione, quale è, ad esempio, il codice fiscale o il codice sanitario) e un data base in confluiscano tutte queste attività (la cartella clinica informatizzata o il “Patient file”).”. In questo modo è possibile valutare per singolo caso o per interi gruppi di pazienti quale sia il grado di adesione al percorso ideale, quali i costi/benefici ecc.

Per tornare all'esempio delle malattie renali, una valutazione secondo il metodo analitico presuppone, prima di tutto, l'istituzione di un Registro nel quale inserire tutti i soggetti con Insufficienza renale cronica in fase pre-dialitica e tutti quelli in trattamento sostitutivo (dialisi-trapianto). In secondo luogo, è necessario individuare Linee guida e criteri di classificazione dei pazienti. A tal fine, un utile strumento di lavoro è la stadiazione della malattia renale cronica proposta dalla National Kidney Foundation, che ne prevede la suddivisione in cinque stadi in relazione alla progressiva perdita della funzione renale espressa in termini di filtrato glomerulare (vedi figura).⁷

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Stadi di Malattia Renale Cronica Interventi assistenziali			
Stadio	Descrizione	FG(mL/min/1,73 m²)	Interventi Assistenziali
	a rischio ↑	≥90 (con fattori di rischio per MRC)	Screening, ↓ rischio per MRC
1	Danno renale + FG ↑ o normale	≥90	Rallentamento progress. Diagnosi e trattamento ↓ Rischio Mal. cardiovasc., Valutazione progressione
2	Danno renale + lieve ↓ FG	60-89	
3	moderata ↓ FG	30-59	Valutazione e trattamento complicanze
4	severa ↓ FG	15-29	Preparazione per trattamento sostitutivo
5	Insuff. Renale	< 15 o dialisi	Trattamento sostitutivo

Le Linee guida della National Kidney Foundation Americana suggeriscono di effettuare screening per il rilievo precoce di nefropatia in soggetti che non abbiano ancora riduzione del filtrato glomerulare, ma che siano portatori di fattori di rischio specifici come ipertensione arteriosa, diabete o familiarità per nefropatia. Negli stadi successivi, gli interventi mirano a rallentare la progressione della malattia verso l'uremia e a ridurre la severità delle condizioni di comorbidità solitamente associate a questa patologia.

La valutazione dei dati relativi alle prestazioni effettuate, secondo il profilo assistenziale previsto dai Protocolli specifici per ogni stadio di malattia, consente un'analisi puntuale per ciascuno dei soggetti (o per valori medi in gruppi di essi) sull'intervallo di progressione da uno stadio all'altro della malattia, sulla compliance al protocollo di valutazione (follow-up) e di trattamento farmacologico e dietetico, di quante e quali tipi di complicanze siano state riscontrate (in particolare, ad esempio, di quelle cardiovascolari), sulla preparazione programmata (cioè, la confezione chirurgica dell'accesso vascolare per il trattamento emodialitico) per il trattamento sostitutivo dei pazienti in una fase di "riferimento precoce" (si definisce, al contrario, "riferimento tardivo" alle strutture nefrologiche quando il paziente venga inserito in un programma dialitico entro 6 mesi dalla prima osservazione da parte della struttura specialistica, cioè in una fase molto avanzata di malattia, per cui non hanno efficacia interventi rivolti a ritardare la progressione dell'insufficienza renale verso l'uremia terminale), sull'intervallo tra preparazione dell'accesso e inizio della dialisi, sull'intervallo tra l'inizio della dialisi e l'inserimento in lista d'attesa per il trapianto, sul tipo di

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

trattamento dialitico consigliato in relazione all'età dei soggetti e della loro idoneità al trapianto, ecc. È evidente che l'informatizzazione dei dati relativi all'assistenza erogata a questo gruppo di pazienti consentirebbe, inoltre, un'analisi multivariata di parametri clinici per più approfondite valutazioni sull'appropriatezza ed efficacia dei trattamenti proposti, affinché il confronto con gli standard previsti possa determinare eventuali processi di revisione organizzativa e clinica.

La differenza tra un approccio metodologico di tipo deduttivo ed uno di tipo analitico, sempre in riferimento all'esempio citato delle malattie renali, consiste nel fatto che, attraverso le valutazioni ricavabili attraverso il primo modello, l'attenzione dello specialista nefrologo e degli amministratori sia stata finora rivolta soprattutto a fornire adeguata risposta alla richiesta assistenziale dialitica della popolazione. Tale approccio di tipo "reattivo" rispetto alle necessità, si è concretizzato nell'elaborazione di piani dialitici, miranti per lo più a programmare l'istituzione di nuovi posti dialisi, talvolta anche con un eccesso di offerta rispetto al fabbisogno. Il progressivo incremento della domanda e dell'offerta assistenziale dialitica documenta l'inefficacia di tale tipo di interventi programmatici finora attuati.

Una valutazione del fenomeno "malattie renali" attraverso un metodo di tipo analitico, consentirebbe, invece, un approccio non di tipo reattivo, ma "proattivo" al problema dell'uremia. In altri termini, un percorso assistenziale che preveda l'individuazione dei possibili punti di intervento all'interno dei quali attivare i processi finalizzati alla riduzione dell'entità del problema uremia cronica, piuttosto che gli interventi caratterizzati prevalentemente dall'autorizzazione all'istituzione di nuovi posti di dialisi, potrebbe costituire il punto nodale di svolta dal momento che, tramite di esso, finalmente, si attribuirebbe maggiore valore ai possibili interventi di prevenzione secondaria e terziaria delle nefropatie uremizzanti, attraverso il coinvolgimento razionale e coordinato di tutte le risorse disponibili lungo i punti di offerta del sistema sanitario. Tale approccio proattivo prevede, di necessità, la conoscenza puntuale del problema attraverso un flusso informativo "sensibile e specifico".

Volendo, a partire dall'ampia esemplificazione trattata, ricavare una considerazione di carattere più generale, dunque, si può affermare che, non solo in considerazione dei vantaggi per i pazienti in termini di salute, ma anche dall'analisi economica, risulta vantaggioso "investire" in un sistema informativo di tipo analitico.

7.8 IPOTESI PER IL MONITORAGGIO DEL PERCORSO ONCOLOGICO

In base alle precedenti premesse, provando a schematizzare le tappe del percorso ed i microlivelli di assistenza previsti per la garanzia di assistenza al paziente oncologico (vedi tabella seguente), si può evidenziare il bisogno informativo per il monitoraggio delle attività erogate, sia in relazione alla quantità che alla qualità (intesa anche come tempestività di intervento tra una tappa e l'altra).

Si è precedentemente sottolineata l'importanza di un riferimento a standard normativi e/o professionali, che orientino i singoli profili di cura e indichino, al contempo, gli elementi che devono essere sottoposti a misurazione, per il monitoraggio dei dati essenziali ai fini della valutazione. L'Accordo dell'11.7.2002, a tal proposito, prescrive che:

“Le prestazioni di quest'area dove individuare obiettivi comuni sono le seguenti:

- *Effettuazione della **prima visita specialistica** per sospetta neoplasia entro 2 settimane dalla richiesta di prenotazione;*
- *Effettuazione dell'**intervento chirurgico** di asportazione di neoplasia maligna, entro 30 giorni dal momento in cui è stata posta l'indicazione all'intervento da parte dello specialista*
- *Inizio del **trattamento chemioterapico e/o radioterapico** per neoplasia e, comunque, in accordo alle indicazioni previste nel singolo caso, entro 30 giorni dal momento indicato da parte dello specialista.*

*Inoltre, le Regioni si impegnano a promuovere l'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici per **concludere l'iter diagnostico di pazienti con sospetta neoplasia ed iniziare il trattamento, di norma, entro 4 settimane dal primo contatto con la struttura pervenendo ad una diagnosi definitiva.***

*I tempi sopra esposti sono i massimi da garantire su tutto il territorio nazionale. Tenuto conto della complessità della tematica si ritiene **opportuno individuare alcuni ambiti specifici** sui quali focalizzare, in prima istanza, l'attenzione, quali **il tumore al polmone, alla mammella e all'apparato gastroenterico** a decorrere dal 1° luglio 2003. Questa iniziativa chiaramente non intende sostituire le attività di screening che molte Regioni stanno attuando ma è integrativa, in quanto interessa pazienti che hanno già un sospetto diagnostico o una diagnosi di neoplasia.*

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Malattia oncologica	Prevenzione primaria	Diagnosi e stadiazione	Terapie di primo approccio	Continuità terapeutica
Rischio generico Tutta la popolazione Gruppi a rischio Follow up di soggetti con precedenti episodi	Educazione sanitaria Screening Sorveglianza di categorie di soggetti			
Sospetto diagnostico Soggetti asintomatici, con reperto occasionale o in corso di screening Soggetti sintomatici		Valutazione del MMG Laboratorio Diagnostica/immagini Citologia Biopsia della massa Esame istologico Visite specialistiche Altri supporti specialistici		
Diagnosi confermata con stadiazione Stadio 0, I, II Stadio IIIa, IIIb (con espansione in situ) Stadio IIIa, IIIb (con infiltrazione) Stadio IV			Chirurgia Chemioterapia Radioterapia Terapie particolari	
Malattia cronica <i>Malattia trattabile</i> <i>Malattia non trattabile e/o in fase progressiva</i> Riabilitazione Dolore Altri sintomi				Assistenza ospedaliera (ospedalizzazione in regime ordinario e di urgenza, DH, ospedalizzazione domiciliare, ambulatoriale) Assistenza territoriale (MMG, Ospedale di comunità, Assistenza Domiciliare, Poliambulatorio, RSA, Hospice) Assistenza da Volontari

Gli standard indicati riguardano i tempi di attesa da garantire sia negli intervalli tra una tappa e l'altra (2 settimane per la prima visita specialistica, 30 giorni per

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

l'intervento chirurgico, 30 giorni per l'inizio del trattamento chemioterapico/radioterapico), sia per un intero tratto del percorso (4 settimane per la conclusione dell'iter diagnostico e l'inizio del trattamento). Si tratta, come è ovvio, di standard di carattere generale, che non riguardano una specifica patologia, poiché la sequenza delle tappe può differire da patologia a patologia. Cioè, la sequenza sospetto-diagnosi-intervento-chemioterapia-radioterapia può variare da malattia a malattia e da caso a caso: negli ambiti specificamente indicati nell'Accordo quali prioritari (polmone, mammella, colon-retto), è noto che le fasi sospetto-diagnosi possano coincidere (come, ad esempio, nel caso del reperto occasionale in corso di esame endoscopico); ovvero che sia indicata la radioterapia o la chemioterapia prima dell'intervento; ovvero che questi pazienti non arrivino mai all'intervento perché con malattia avanzata all'esordio; ovvero che venga posta l'indicazione, in taluni casi, al solo trattamento palliativo.

Per la definizione della sequenza più probabile di interventi diagnostico-terapeutici e, quindi, degli intervalli temporali da garantire tra di essi, è, pertanto, necessario fare riferimento alle Linee guida ed ai Protocolli di diagnosi e cura associati ad esse, sebbene siano pochissimi i riferimenti ad evidenze relative al rapporto tra tempi ed efficacia dell'assistenza.

Una volta che si sia costruita questa griglia di riferimento (secondo lo schema indicato nella figura precedente), si tratta di valutare quali elementi debbano essere presi in considerazione per il monitoraggio del percorso oncologico. Questo rappresenta un aspetto particolarmente critico, poiché si tratta di individuare l'aspetto da misurare e di verificare, a partire dall'attuale flusso informativo, quali siano i dati da ritenersi essenziali e se questi siano oggetto di rilevazione: l'obiettivo, evidentemente, è l'attivazione di un processo di revisione per definire il nuovo flusso informativo.

Ad esempio, quando si prevede, come fa l'Accordo, che l'*"Inizio del trattamento chemioterapico e/o radioterapico per neoplasia e, comunque, in accordo alle indicazioni previste nel singolo caso, (deve realizzarsi) entro 30 giorni dal momento indicato da parte dello specialista"*, qual è il *"momento indicato"*? È quello che prevede il chirurgo dopo l'intervento, o l'oncologo, se questi lo prende in cura, o il radioterapista se lo ritiene praticabile? Ed ancora, una volta individuato il decisore, in quale elemento del processo viene registrata questa decisione? Ed ammesso sia individuabile l'elemento di registrazione (cartellino di dimissione, referto dello

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

specialista, registro di prenotazione per ciclo di radioterapia o chemioterapia, ...) in cui sia identificabile il momento dell'indicazione, questo è rilevato (o, eventualmente, rilevabile) nell'attuale sistema informativo?

Per quanto tali criticità siano da considerarsi sostanzialmente superate con l'Intesa del 28 marzo 2006, in generale si tratta di interpretare correttamente ogni aspetto del processo di rilevazione dei dati affinché sia possibile effettuare un monitoraggio adeguato rispetto alle indicazioni normative.

Facendo riferimento ai due tipi di valutazioni precedentemente trattate, comunque, si possono ipotizzare sperimentazioni per il monitoraggio del percorso oncologico sia secondo il metodo deduttivo, che analitico.

1^a ipotesi – Valutazione di tipo deduttivo

Dalle SDO e dal flusso delle attività ambulatoriali e della assistenza farmaceutica e dalle schede di morte, si possono, almeno teoricamente, rilevare i dati relativi a:

- n. di pazienti sottoposti a screening per patologia (purché i flussi delle prestazioni ambulatoriali siano in grado di distinguere tale tipo di accesso);
- n. e tipo di prestazioni di particolare impegno diagnostico (TAC, Biopsie, Es. endoscopici, ecc.) effettuate per sospetto diagnostico di patologia oncologica (purché i flussi registrino il motivo della richiesta);
- ricoveri (effettuati in regione, in mobilità extra attiva e passiva, ripetuti, ecc) con codice di diagnosi e di procedura corrispondente all'intervento chirurgico per quel tumore;
- n. di soggetti trattati con cicli di radioterapia ambulatoriale per quel tumore;
- n. di soggetti trattati con cicli di chemioterapia in DH o in regime ambulatoriale per quel tumore; farmaci dispensati per la terapia domiciliare (qualora sia identificabile un farmaco specifico per il trattamento di una particolare malattia tumorale);
- n. di pazienti trattati in ADI, in programmi di assistenza da parte di Enti non profit, in Hospice, ecc., per quel tipo di tumore;
- soggetti deceduti nel periodo di riferimento.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

È, naturalmente, possibile individuare molti altri dati, così come è assai probabile che gran parte di quelli indicati non siano rilevabili in tutte le realtà, ovvero in modo completo in ciascuna realtà regionale.

In ogni caso, la valutazione che se ne può ricavare è di tipo generale e le informazioni ricavabili riguardano prevalentemente i consumi.

2^a ipotesi – Valutazione di tipo analitico

Nelle regioni in cui sia possibile incrociare con il codice fiscale o sanitario dei soggetti trattati qualcuno dei flussi, precedentemente elencati nell'esposizione della prima ipotesi di lavoro, si potrebbero effettuare indagini di tipo analitico sulla sequenza e la tipologia delle attività erogate, sui tempi di intervallo tra una tappa e l'altra, sugli output e sugli outcome (sebbene su tempi lunghi) degli interventi eseguiti (vedi ipotesi dettagliata nel paragrafo successivo).

Il secondo step di ricerca dovrebbe procedere verso una valutazione di concordanza tra ciò che si rileva in termini di procedure eseguite, tempi d'attesa, ecc. e le raccomandazioni formulate nelle Linee Guida pertinenti a quella malattia neoplastica (possibilmente tra quelle validate in campo nazionale). In assenza di una cartella informatizzata, ovviamente, una indagine di questo tipo, per quanto possibile, è prevedibile che risulti effettivamente assai complessa.

7.9 IPOTESI DI LAVORO PROPOSTA DAL GRUPPO DI ESPERTI

Nel giugno 2005, presso l'ASSR, sono stati convocati alcuni esperti¹ per discutere una proposta di lavoro per il monitoraggio dei tempi d'attesa nel percorso del paziente oncologico, sulla base delle considerazioni sviluppate in una bozza preliminare di questo documento. Le riflessioni di carattere generale che sono state sviluppate hanno riguardato taluni aspetti metodologici, di opportunità, economicità e di eticità nell'identificazione di un sistema di monitoraggio del percorso oncologico. In particolare, tali riflessioni hanno messo in evidenza che:

¹ Hanno partecipato all'incontro Giorgio Casati, Massimiliano Panella, Carlo Liva ed Ambrogio Aquilino. Il dr. Emanuele Giusti, pur assente, ha fatto pervenire alcune considerazioni.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

1. per la valutazione che investe i livelli centrali, orientata alla garanzia dei LEA per i pazienti oncologici (tempo necessario per la diagnosi, attesa per il primo intervento terapeutico, durata complessiva del processo terapeutico), possono essere utilizzati taluni elementi ricavabili in base ad un metodo deduttivo (ex post), adeguato per un monitoraggio a questo livello del sistema, in attesa che si definisca il NSIS;
2. è necessario individuare gli snodi che caratterizzano ogni profilo di cura e che possano essere definiti come “pietre miliari” per le misurazioni da effettuare;
3. il monitoraggio è proponibile (anche eticamente), ed effettivamente rilevabile, dal momento in cui il sospetto diagnostico è sostenuto da elementi di forte probabilità (definibile come “sospetto diagnostico consistente”), sia in considerazione del fatto che un sospetto generico può produrre un prevedibile intasamento di eventuali percorsi critici definiti per patologie tumorali, a causa dell’elevatissimo numero di falsi positivi, sia perché sarebbe assai difficile, tecnicamente, identificare, con un sospetto generico, il momento a partire dal quale decorrono gli standard previsti dall’Accordo;
4. per ogni profilo di diagnosi e cura, appropriato per ciascuna malattia neoplastica, è necessario individuare le procedure diagnostiche e terapeutiche suggestive che, in modo specifico e sensibile, consentano di identificare sia il momento del “sospetto diagnostico consistente”, sia gli interventi terapeutici successivi, correlabili a quella patologia, per rintracciare nel sistema informativo i marcatori da rilevare per il monitoraggio del percorso oncologico e per calcolare correttamente gli intervalli tra una tappa e l’altra;
5. esistono fattori imponderabili, correlati ai comportamenti dei pazienti a cui viene fatta diagnosi di malattia a prognosi infausta, che possono interferire anche in modo rilevante sul fenomeno dei tempi d’attesa: un esempio paradigmatico di tali fattori è rappresentato dall’allungamento del tempo d’attesa tra il momento in cui viene effettuata la diagnosi e la scelta del paziente della struttura a cui rivolgersi per il trattamento indicato, legato alla ricerca delle migliori garanzie possibili o allo scarso orientamento che il sistema è in grado di dare al paziente nella prosecuzione del percorso di cura. Nel flusso informativo, tuttavia, vengono registrati solo il momento della proposta di un determinato trattamento

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

(ad es., richiesta del MMG per ricovero per intervento chirurgico), il momento successivo nel quale lo specialista decide di prendere in carico il paziente (inserimento in lista d’attesa) ed, infine, il momento del ricovero (nella SDO), senza che sia possibile valutare, attraverso questi flussi, quanto pesino i comportamenti dei pazienti (vedi anche paragrafi 3.2. e 4.2 di questo documento “Principi generali e proposte operative”);

6. non sempre il percorso diagnostico del malato oncologico, specie alla prima diagnosi, viene svolto interamente nell’ambito del SSN (spesso, ad esempio, in presenza di lunghe liste d’attesa, i pazienti preferiscono eseguire gli esami radiologici privatamente in clinica o in regime intramoenia): ciò potrebbe rendere ancora più difficile ottenere una stima reale dell’”efficienza” del percorso diagnostico;
7. bisogna, comunque, avere la consapevolezza che le tappe di un percorso oncologico, anche per la stessa patologia neoplastica, non sempre sono rilevabili secondo un ordine predeterminato e ripetitivo, ma che esiste una variabilità da caso a caso, e che gli stessi intervalli temporali tra un intervento diagnostico e terapeutico non sempre sono rapportabili a standard validi in tutti i casi, poiché, in particolare, si possono determinare sospensioni dell’iter o allungamenti temporali della durata dei cicli terapeutici necessitati da complicanze, effetti collaterali delle terapie o insuccessi;
8. i tempi di attesa appropriati tra un intervento e l’altro devono, comunque, essere basati su prove di evidenza in relazione al rapporto tra attesa sostenuta ed efficacia del trattamento, progressione della malattia, peggioramento della prognosi, ecc: raramente, purtroppo, nelle Linee Guida per patologie oncologiche sono riportati dati ed evidenze in relazione a tale problematica.

Una valutazione “ex ante”, più utile per i livelli gestionali del sistema, è possibile solo a condizione che sia disponibile la cartella informatizzata dei singoli pazienti ovvero che si utilizzi il metodo già in uso per l’effettuazione dei periodici monitoraggi nazionali, secondo la procedura indicata nell’apposito Disciplinare tecnico adattata alle prestazioni ambulatoriali o di ricovero per patologie oncologiche (per le quali già oggi vengono rilevati i tempi d’attesa per ricovero per neoplasia mammaria e del colon-retto)

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

ovvero che si rilevino, attraverso un codice specifico, i tempi d’attesa assegnati per prestazioni correlate ad un percorso oncologico.

È stato ipotizzato, a tal proposito, che sarebbe opportuno contrassegnare, con un codice specifico per Percorso critico oncologico, le prestazioni da erogare o erogate al paziente a partire dal momento del “sospetto consistente” in avanti, sebbene sia stata sottolineata la necessità di una adesione, da parte di tutti gli erogatori interessati e coinvolti in tutte le fasi del percorso oncologico, all’indicazione di riportare il codice, in modo da rintracciare tutte le prestazioni correlate a quel tipo di tumore: in mancanza di questa garanzia, il rischio di incompletezza o di non leggibilità dei dati è evidente. Vi è da sottolineare che il contrassegno delle prestazioni, attraverso un codice specifico per patologia oncologica, consentirebbe di effettuare con estrema facilità valutazioni, sia di tipo prospettico che retrospettivo, circa i volumi e la qualità, in termini di appropriatezza, delle prestazioni erogate per ciascuna tipologia di tumore.

Un altro aspetto di fondamentale importanza per la valutazione del percorso oncologico è legato all’identificazione del punto di snodo, in cui sia più probabile “intercettare” il fenomeno nella maggioranza dei casi: lo strumento di intercettazione più idoneo a tale scopo si ritiene possa essere rappresentato dalla SDO, in quanto almeno un episodio di ricovero ricorre generalmente in tutti i casi di patologia neoplastica. Per limitarsi alle patologie indicate nell’Accordo del luglio 2002 e dell’Intesa del marzo 2006, infatti, il ricovero per intervento chirurgico di asportazione della massa neoplastica è, generalmente, costante per il tumore dell’apparato gastroenterico e della mammella, mentre per il tumore del polmone, per quanto non sempre sia possibile l’intervento, un episodio di ricovero per la diagnostica o per trattamento o per complicanze secondarie ricorre costantemente. Per quanto riguarda la sequenza di fasi del percorso assistenziale per queste tre patologie, escluse le situazioni che si presentano al sistema con carattere d’urgenza (cioè in fase di grave avanzamento della patologia e con concomitanza di complicanze acute), sulla scorta delle informazioni ricavate da colloqui con esperti⁸, si può schematizzare quanto segue:

- nel carcinoma del polmone, il percorso varia secondo lo stadio di malattia, per cui la sequenza Procedura Diagnostica Suggestiva - Esame Istologico - Intervento Chirurgico - Chemio/Radioterapia è di probabilità sostanzialmente sovrapponibile a

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

quella Procedura Diagnostica Suggestiva - Esame Istologico - Chemio/Radioterapia
-Intervento Chirurgico;

- nei carcinomi della mammella e dell’apparato gastroenterico, invece, la sequenza più probabile è Procedura Diagnostica Suggestiva - Esame Istologico - Intervento Chirurgico – Chemio/Radioterapia.

In tutti i casi, bisogna considerare che l’esame istologico può anche essere successivo all’intervento chirurgico.

In base a tali presupposti di tipo logico, è ipotizzabile, quindi, un processo metodologico di monitoraggio dei tempi di attesa, individuando sia le tappe che gli elementi misurabili di ciascuna di esse, in quanto rilevati (o facilmente rilevabili in un nuovo sistema informativo), per determinare gli intervalli di tempo che trascorrono tra l’una e l’altra. Una volta definito lo schema di riferimento, si parte dal punto di “intercettazione” dei pazienti (le SDO con i DRG’s specifici e con i codici di procedura chirurgica correlati). Da questo punto, il monitoraggio deve effettuare una valutazione “retrospettiva” ed una “prospettica” di dati:

1. “retrospettiva”, per risalire sia alla programmazione di quell’episodio di ricovero, attraverso la data d’inserimento in lista d’attesa (momento in cui lo specialista pone o conferma l’indicazione all’intervento chirurgico), sia alla data in cui è stata effettuata la prima procedura diagnostica “suggestiva”ⁱⁱ per quel tipo di neoplasia (momento in cui viene posto il sospetto diagnostico “consistente”): ad esempio, per quanto riguarda un ricovero per chirurgia di tumore del colon retto, dalla SDO si può rilevare sia la data di inserimento in lista (per le regioni che già rilevano questo dato) sia la data del ricovero, mentre utilizzando come tracciante il codice fiscale o sanitario si può risalire, attraverso il flusso informativo corrente, sia alla data di esecuzione di un precedente esame endoscopico parziale o totale del colon retto, sia alla data di esecuzione

ⁱⁱ Possono essere considerate procedure diagnostiche “Suggestive”, per l’identificazione del momento del “sospetto consistente” di malattia oncologica, le seguenti indagini relative alle patologie indicate nell’Accordo del 11.7.2002:

Ca Polmonare	→ Rx torace, Tac torace, Esame endoscopico bronchiale
Ca Mammario	→ Rx mammografia
Apparato gastroenterico	
Ca Colon retto	→ Esame endoscopico parziale o totale del colon retto
Ca Stomaco	→ Esame endoscopico dello stomaco
Ca Fegato/Pancreas	→ Ecografia addome superiore, Tac addome

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

dell’esame istologico, sia ad eventuali informazioni relative ad altre procedure diagnostiche preliminari all’intervento, sia, al limite, alla data del sospetto generico (richiesta della prestazione diagnostica da parte del medico curante);

2. “prospettica”, per ricavare informazioni successive alla data in cui il paziente viene ricoverato e per rintracciare gli step terapeutici correlabili alla malattia (momento in cui inizia il trattamento chemio o radioterapico): nell’esempio precedente, sempre dalla SDO si può misurare il tempo d’attesa dal giorno del ricovero alla data dell’intervento ed, ancora attraverso il codice fiscale o sanitario, si possono rintracciare, nel flusso informativo, i successivi step di trattamento chemio o radioterapico o di ricovero presso Hospice o di ADI o di altri interventi assistenziali che possono essere collegati nell’evoluzione naturale della malattia.

In tal modo, è possibile ricavare informazioni relative sia alle tappe del percorso effettuate all’interno dell’ospedale, sia di quelle del percorso integrato ospedale – territorio.

È necessario che la ricerca “a ritroso” di dati risalga ai cinque anni precedenti, in modo da individuare eventuali episodi di ricovero, con le stesse caratteristiche prima descritte, qualora si siano intercettati, nel flusso SDO, casi di recidiva. Allo stato attuale, ciò non sarebbe possibile in tutte le regioni, in quanto negli archivi SDO non sempre sono rappresentati tutti gli ultimi cinque anni. D’altra parte, sarebbe opportuno identificare le altre tappe del percorso oncologico in fase di malattia non trattabile e/o evolutiva, per monitorare il diritto alle cure palliative, all’assistenza domiciliare, all’assistenza in fase terminale, ecc

La tabella, nella pagina seguente, rappresenta graficamente un’ipotesi di valutazione del percorso oncologico, secondo uno schema che, in sequenza, elenca fasi, elementi, dati, significato degli indicatori. In questa ipotesi di lavoro si ritiene di individuare come momento iniziale del percorso oncologico, la data in cui viene richiesta la prima procedura “suggestiva” di un consistente sospetto clinico.

Si ritiene che le indicazioni contenute nella tabella possano rappresentare un modello di riferimento utile per gestire il complesso problema qui trattato, anche se sarebbe necessario svolgere una adeguata sperimentazione sul campo, al fine di

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

convalidare la proposta di rilevazione di dati per il monitoraggio del percorso diagnostico terapeutico, negli ambiti ospedaliero e territoriale, del malato oncologico.

Si è ricordato come la definizione degli standard temporali non debba essere considerata “rigida”, in quanto, per la specifica natura della patologia in esame, gli appropriati intervalli temporali tra una fase e la successiva possono essere diversi (ad esempio, il caso in cui esistano indicazioni cliniche che fissino l’inizio della chemioterapia ovvero la radioterapia oltre i tempi massimi definiti dalle Regioni). La rilevazione dei contenuti informativi proposti dal documento in oggetto, quindi, sarà molto utile, soprattutto, per identificare possibili situazioni critiche, che devono essere approfondite con altri strumenti più opportuni (vedi audit, peer review, ecc.), che meglio potranno valutare la effettiva situazione di tempestività o meno degli interventi.

Le valutazioni dei dati che emergeranno dalla sperimentazione, pertanto, potranno fare evidenziare la necessità di formulare analisi critiche piuttosto che giudizi e rendere, eventualmente, opportuna una revisione degli standard normativi previsti dall’Accordo dell’11.7.2002 e dall’Intesa del 28.3.2006.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

FASI	ELEMENTO	DATI RILEVABILI	SIGNIFICATO
Sospetto generico	Richiesta del MMG di visita e/o di procedura diagnostica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data della richiesta 2. Codice dell'ipotesi diagnostica o descrizione sintomatica 	Elemento scarsamente sensibile per individuare il momento iniziale del percorso critico e di difficile interpretazione qualora sia indicato il sintomo e non sia registrabile un'ipotesi diagnostica di tumore
Sospetto "consistente"	Prima procedura "suggestiva", effettuata da specialista, per diagnosi di tumore (sono indicate le procedure specifiche per ciascun tipo di neoplasia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data della richiesta 2. Data di esecuzione 3. Data del referto 	Adeguatamente sensibile e specifico per identificare il momento iniziale del percorso critico per diagnosi-terapia di tumore
Diagnosi	Esame citologico o istologico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data di esecuzione 2. Data del referto 	Indica il momento in cui viene specificata la diagnosi
Inizio del trattamento	Agenda di prenotazione	Data di inserimento in lista d'attesa	Momento in cui viene posta l'indicazione al trattamento chirurgico o medico da parte dello specialista
Ricovero	SDO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data di ricovero 2. Data intervento* 3. Data referto istologico* 	Ammissione al ricovero ed esecuzione dell'intervento chirurgico o medico
Trattamenti post ricovero	<ul style="list-style-type: none"> ➤ SDO ➤ Impegnativa per il piano di trattamento 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data di ricovero ordinario o DH per ciclo di chemio/radioterapia 2. Data impegnativa per piano di trattamento di chemio o radioterapia ambulatoriale 	Esecuzione di trattamenti successivi al primo ricovero

* Qualora si sia trattato di ricovero con DRG chirurgico

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

7.10 BIBLIOGRAFIA

- 1) 2° Seminario Nazionale Pfizer, “I Percorsi assistenziali: uno strumento per coniugare risorse e qualità dell’assistenza”, 14 e 15 Maggio 2004, La Tenuta dei Ciclamini - Toscolano, Avigliano Umbro (Tr)
- 2) 2° Seminario Nazionale Pfizer, “I Percorsi assistenziali: uno strumento per coniugare risorse e qualità dell’assistenza”, 14 e 15 Maggio 2004, La Tenuta dei Ciclamini - Toscolano, Avigliano Umbro (Tr)
- 3) Flor L., “Integrazione tra ospedale e territorio”, in I percorsi assistenziali nei Libri di Casemix Quarterly, anno 2005, in corso di pubblicazione
- 4) Sanderson H., “Gestione di un’assistenza efficace ed efficiente nel sistema sanitario nazionale inglese”, in I percorsi assistenziali nei Libri di Casemix Quarterly, anno 2005, in corso di pubblicazione
- 5) DPR 23.5.2003 Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005, “Il raggiungimento di tutti i suddetti obiettivi necessita della misurazione e della valutazione comparativa dei risultati ottenuti, sul versante sia quantitativo sia qualitativo. Non è infatti possibile assicurare pari dignità e pari trattamento a tutti gli utenti senza disporre di strumenti per la verifica del lavoro fatto e della qualità raggiunta nelle varie realtà. La soddisfazione degli utenti e la loro corretta informazione, la qualità delle prestazioni, i risultati ottenuti in termini clinici e sociali, nonché il rapporto tra costi e risultati devono costituire una parte significativa degli obiettivi da raggiungere e delle misurazioni e valutazioni da effettuare in modo comparativo fra le diverse realtà territoriali”.
- 6) Muzzi A., “Misurare i comportamenti e la variabilità”, in I percorsi assistenziali nei Libri di Casemix Quarterly, anno 2005, in corso di pubblicazione
- 7) Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia, “Indirizzi organizzativi in materia di assistenza ai soggetti nefropatici”, Delibera del D.G. n. 90/2004, in Progetto Sanità n. 7/2004, Tholos Ed., Alberobello (Ba)
- 8) G. Maiello, Associazione Italiana Oncologia Medica

8 LINEE GUIDA PER LA PROGETTAZIONE DEL CUP E METODOLOGIA PER LA MISURAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA

Introduzione

Nell'affrontare la definizione delle caratteristiche funzionali di un moderno centro unificato di prenotazione (CUP) non è possibile prescindere dalla valutazione delle profonde modificazioni accadute nel corso degli ultimi anni nel servizio sanitario pubblico e soprattutto delle spinte propulsive che il dibattito sul tema dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali ha generato negli ultimi tempi.

Come sempre il dibattito tende a caratterizzarsi come stratificazioni di analisi e di correlate ipotesi di intervento, non seguendo necessariamente un metodo organico. Esistono momenti all'interno del dibattito in cui nasce l'esigenza non tanto di porre un punto fermo, quanto di cercare di strutturare il bagaglio di esperienze e conoscenza che presentano almeno un certo grado di condivisione e di stabilità.

Il presente capitolo ha come specifica finalità quella di fornire un quadro il più possibile organico di che cosa deve essere e deve saper fare un CUP per costituire uno degli elementi di supporto della difficile sfida del contenimento dei tempi di attesa. Il principio ispiratore è quello di identificare il CUP come uno strumento complesso che deriva la sua complessità dal fatto di costituire il punto di sincronizzazione di diverse esigenze e di diversi momenti organizzativi, sia all'interno dell'organizzazione sanitaria che eroga prestazioni sia del mondo esterno che con tale sistema interagisce. Lo sforzo costante è stato proprio quello di considerare la molteplicità degli elementi che compongono e che concorrono ad implementare un moderno sistema CUP.

Un altro elemento fondamentale, fortemente collegato a quello sopra indicato, è costituito dalla necessità assoluta di eliminare un pensiero diffuso che identifica il CUP solo come un insieme di componenti tecnologiche o applicative (hardware e software). Senza ovviamente sminuire l'importanza di questi elementi, quello che si vuole evidenziare è che il CUP rappresenta innanzitutto un momento in cui l'organizzazione deve analizzare il proprio assetto organizzativo, ridefinire la propria organizzazione sul modello che ritiene più appropriato, quindi implementare concretamente il sistema ed eventualmente ridefinire gli

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

opportuni assetti organizzativi per garantire adeguati livelli di mantenimento al sistema stesso.

Un'ulteriore considerazione va fatta rispetto a quello che il mondo commerciale, cioè i produttori di sistemi informatici, presenta in materia di sistemi CUP, intendendo in sostanza il modo in cui il mercato risponde alle esigenze del sistema. Se si considera che il ciclo di realizzazione di un sistema informatico prevede una fase di analisi, che per i CUP può essere stimata in circa un anno, a cui segue poi la parte di industrializzazione che comporta circa un altro anno, si vede come il mondo commerciale effettua un investimento per un prodotto pari a due anni. A questo consegue una fase di commercializzazione che deve garantire una permanenza di diversi anni senza dover apportare profonde modificazioni al prodotto generato. Questo determina una certa resistenza da parte del mondo commerciale ad effettuare profonde reingegnerizzazioni dei propri sistemi, che ovviamente comportano tempo e costi. Non solo, ma genera anche il rischio di una non adeguata aderenza alle innovazioni funzionali che il sistema sanitario sta prospettando proprio sul tema dei tempi di attesa. In pratica potremmo trovarci a chiedere cose che i sistemi di prenotazione non sono in grado di fare come funzioni native, ma solo a prezzo di interventi occasionali e quindi instabili.

Lo schema logico di questo capitolo, infine, cerca di scomporre il sistema CUP in alcuni moduli. Si sottolinea come tale scomposizione è effettuata al solo fine di rendere più intelligibile il capitolo stesso, ferma restando la unitarietà del sistema. In tal senso parleremo di fase di formazione delle agende di lavoro, fase di utilizzazione dei servizi CUP, fase di correlazione con i processi di erogazione delle prestazioni, fase di trattamento ed analisi dei dati; seguirà una parte dedicata ad alcune particolari aspetti che si presentano nella implementazione di un CUP.

Rispetto al ciclo *richiesta* → *prenotazione* → *erogazione*, in questo capitolo concentreremo l'analisi sulla specifica funzione di prenotazione affrontando in modo marginale gli elementi relativi alla richiesta ed alla erogazione, se non per gli aspetti di specifica correlazione con la funzione di prenotazione.

8.1 ELEMENTI PRELIMINARI PER LA REALIZZAZIONE DI UN CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE

Gli ambiti di riferimento

In un documento che vuole definire le caratteristiche funzionali di un CUP non è possibile prescindere da alcune considerazioni relative all'ambito di riferimento, intendendo per ambito di riferimento il contesto organizzativo e/o territoriale a cui lo stesso si riferisce.

Si può affermare che con il CUP si cerca di far convergere in un unico contenitore l'insieme di prestazioni che sono disponibili appunto in un determinato contesto, che può essere inteso come una funzione intrinseca di un livello organizzativo (ad esempio una singola unità operativa, una azienda USL rispetto alle proprie strutture di erogazione) oppure come una funzione che vige su un determinato ambito territoriale e che coinvolge diverse entità organizzative (Aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliere, privato accreditato). Il sistema CUP deve comunque divenire il sistema di gestione/presentazione dell'intera offerta, pubblica e privata accreditata, riferita all'ambito considerato. Tradizionalmente le Aziende unità sanitarie locali hanno sempre teso verso un modello territoriale, proprio in considerazione della loro natura di soggetti tenuti a garantire la salute della popolazione che rientra nel proprio bacino di utenza ed anche perché di norma la struttura di erogazione delle aziende unità sanitarie locali è caratterizzata dalla diffusione su un territorio, mentre l'accezione di tipo organizzativo è stata utilizzata molto di più dalle Aziende ospedaliere.

Il far convergere le risorse di prestazioni presenti in un determinato contesto sottende anche il principio della messa in condivisione delle stesse e la costruzione di una correlazione tra le varie entità che vi operano. Ad esempio, all'interno di una azienda ospedaliera l'implementazione di un CUP implica che le visite oculistiche effettuate da tre unità operative di oculistica, sono esposte in modo compatto e coeso e quindi possono garantire forme di equilibrio nel bilanciamento della risposta alla domanda. Sempre in tale direzione, un altro esempio: se una delle tre unità operative di oculistica è sia punto di prenotazione autarchico che di erogazione, l'esaurirsi della sue potenzialità determina una mancata risposta agli utenti, al contrario nel momento in cui la prenotazione viene effettuata da un sistema che vede contemporaneamente la disponibilità di tutte e tre le unità operative di oculistica, l'esaurimento del potenziale erogativo di una può essere sopperito da una delle altre due.

Ovviamente in linea generale si può affermare che a contesti più ampi corrisponde una maggiore capacità di dare risposta alla domanda; questo principio può trovare un limite nella

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

determinazione politica che ad esempio non considera soddisfatto il diritto di garantire una determinata prestazione se l'utente viene indirizzato verso un contesto troppo esteso.

Il concetto di ambito di riferimento sta assumendo un rilievo crescente proprio nel tentativo di fornire una risposta di sistema al problema delle liste di attesa, ipotizzando appunto che dimensioni crescenti di tale ambito sono in grado di fornire una maggiore capacità di risposta. Del resto la criticità sopra evidenziata relativa all'estensione incondizionata dell'ambito di riferimento porta a ridimensionare o meglio a qualificare in modo più corretto alcune opzioni nella scelta della configurazione dei CUP: ci si riferisce alla previsione dei CUP interaziendali come ad esempio il territorio di più aziende unità sanitarie locali o addirittura la previsione di CUP regionali. È importante sottolineare che l'ambito di riferimento costituisce non una visione meramente organizzativa del CUP, ma il livello al quale si attesta il sistema per rispondere alle esigenze di un bacino di popolazione. In tal senso va tenuta distinta questa funzione di servizio verso un bacino di utenti, dall'assetto tecno-organizzativo che il CUP può assumere.

Sembra quindi opportuno ipotizzare che la relazione tra sistemi organizzativi diversi, presenti ad esempio in un territorio regionale, per quanto riguarda un CUP debba fare riferimento non tanto ad una condivisione bilaterale di tutte le prestazioni disponibili, ma piuttosto debba seguire due distinti, ma coesistenti criteri:

- a) la previsione di alcune particolari tipologie di prestazioni che per le loro peculiarità rendono opportuna la erogazione solo in alcuni punti del sistema;
- b) la esistenza di situazioni di fisiologica mobilità tra gli utenti ubicati in realtà aziendali diverse, per i quali la distinzione organizzativo territoriale tra le due aziende sanitarie è del tutto estranea alle loro modalità di spostamento sul territorio (è il concetto che la dimensione fisica territoriale delle aziende non è una variabile percepita dagli utenti).

Centro di interesse dell'utente e luogo di erogazione

Lo stesso concetto di ambito di riferimento richiama la necessità di generare una corretta relazione con le caratteristiche di localizzazione degli utenti che accedono al CUP. Se infatti in una determinata regione è stato definito un determinato ambito territoriale nel quale il CUP fornisce servizi ai cittadini, si pone il problema di realizzare concretamente tale principio. Il sistema CUP deve essere in grado di garantire un'adeguata associazione tra il luogo in cui si colloca il centro di interesse dell'utente (residenza, assistenza, ecc.) ed il luogo dove è

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

disponibile l’erogazione della prestazione. In sostanza quindi si tratta di bilanciare il grado di prossimità del luogo dove si colloca fisicamente il centro di interesse dell’utente con quello di erogazione della prestazione.

Per svolgere questa funzione di bilanciamento il CUP deve essere in grado di stabilire in quale ambito di riferimento è opportuno orientare l’utente per soddisfare la sua domanda. Per fare ciò si potrebbe decidere che il sistema CUP sia in grado di acquisire informazioni relative ai possibili centri di interesse dell’utente: quindi la sua residenza, ma anche ove lo stesso utente ha collocato, attraverso la scelta del proprio medico (di medicina generale o pediatra di libera scelta), il suo interesse per ricevere servizi sanitari.

Va posta particolare attenzione a questa funzionalità di correlazione tra il centro di interesse dell’utente ed il luogo di erogazione della prestazione.

Infatti si è portati a pensare che la definizione del centro di interesse dell’utente sia ottimale nel momento in cui lo stesso utente indica dove vuole effettuare la prestazione. Questa opzione assolutamente valida in linea teorica, porta una serie di implicazioni che è bene evidenziare.

Ipotizziamo che esistano tre punti di erogazione ad esempio per visita oculistica, ubicati in ambiti di riferimento diversi. In sostanza, ciascuno dei tre punti di erogazione è stato “pensato” per soddisfare la domanda che afferisce al proprio bacino di utenza e quindi ad esempio calibrato per soddisfare l’esigenza di una determinata quantità di popolazione.

Definiamo con le lettere minuscole a, b e c i tre punti di erogazione e con le lettere maiuscole A, B e C la teorica popolazione che dovrebbe essere soddisfatta da ciascuno dei tre punti di erogazione.

Quantifichiamo i dimensionamenti:

- (a) → ha un potenziale erogativo di 1.000 visite oculistiche
- (b) → ha un potenziale erogativo di 600 visite oculistiche
- (c) → ha un potenziale erogativo di 800 visite oculistiche

(A) fa riferimento ad un potenziale di richieste di visite pari a 900

(B) fa riferimento ad un potenziale di richieste di visite pari a 500

(C) fa riferimento ad un potenziale di richieste di visite pari a 700

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Se la popolazione di (B) sceglie anziché il punto di erogazione di riferimento (b) il punto (a) in misura del 50% si genererebbe un carico aggiuntivo di prestazioni su (a). Si presenterebbe quindi questa situazione:

(a) dovrebbe garantire 1.000 visite, il suo relativo bacino di popolazione dovrebbe generare 900 richieste, la quota aggiuntiva su (a) determinata dalla scelta di (B) è pari 250 visite (il 50% della visite previste per la popolazione (B)); quindi (a) dovrebbe erogare 1.150 visite oculistiche, superiore di oltre 150 visite al suo dimensionamento teorico.

Questo esempio evidenzia che ogni punto di erogazione è dimensionato, in termini di capacità di produzione di prestazioni, secondo volumi che possono anche essere definiti con margini di ridondanza, che entro certi limiti può essere rimodulato, ma che la rimodulazione incontra limiti fisici. Si pensi ad esempio alla possibilità che l'utente si orienti verso un determinato specialista in ragione delle sue capacità. È evidente come questa possibilità di scelta è limitata dalla disponibilità di tempo del singolo professionista: oltre un certo numero di prestazioni un singolo non può effettuarle.

Questo ragionamento non implica ovviamente l'esclusione della libera scelta dell'utente sul luogo dove effettuare la prestazione, ma certamente richiede che l'effettuazione della scelta da parte dell'utente di recarsi presso un punto particolare di erogazione (o di scegliere un determinato professionista) non abbia effetti negativi nei confronti del sistema, quando dalla mancata erogazione della prestazioni entro determinati tempi di attesa possano sorgere conseguenze negative per il sistema stesso. Questa esigenza viene garantita nel momento in cui il sistema opera una scelta di individuazione del luogo di erogazione che tiene conto del centro di interesse dell'utente, ma in modo oggettivo, ferma restando la possibilità dell'utente di optare per un luogo diverso. In sostanza, si deve concettualizzare che il CUP, nel momento in cui si presenta l'utente, acquisisce le informazioni relative alla dislocazione del suo specifico centro di interesse (luogo di residenza o luogo di assistenza) ed in base a questo individua il luogo di erogazione.

8.2 IL CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Il *Centro Unificato di Prenotazione* (CUP) è un sistema informatizzato centralizzato di prenotazione di prestazioni sanitarie che consente di organizzare, con maggiore efficienza, le prenotazioni, gli accessi, la gestione delle unità eroganti e di fornire informazioni ai cittadini.

I principi di politica sociosanitaria che esso traduce in pratica possono essere così riassunti:

- favorire una maggiore *equità* nell'accesso alle prestazioni sanitarie disponibili;
- rendere *universalistica* l'applicazione delle norme del sistema sanitario;
- garantire la *trasparenza* delle modalità e dei criteri di accesso ai servizi verso l'utenza;
- consentire *l'integrazione* delle risorse operanti in un determinato contesto organizzativo e/o territoriale

8.2.1 Funzionalità e requisiti tecnici di un CUP

Il progetto che porta alla realizzazione di un CUP deve seguire le esigenze espresse dalle varie organizzazioni coinvolte (aziende USL, aziende ospedaliere, privato accreditato, altre tipologie di erogatori di prestazioni) producendo come ottimale un modello di architettura del software particolarmente flessibile ed articolato, in grado di rispondere al meglio anche alle esigenze organizzative espresse dalle strutture sanitarie, e consentire un ampliamento graduale del servizio ed avere caratteristiche tali da agevolare la trasportabilità in altre realtà complesse. Sebbene storicamente i servizi centralizzati di prenotazione siano nati utilizzando supporto cartaceo (si veda ancora la definizione della Commissione Nazionale del 2001), oggi non appare più attuale parlare di CUP non informatizzato, e si da quindi per scontato in questo documento una tale modalità di gestione.

Il modello di una procedura CUP dedicata al supporto delle funzioni tipiche, pur essendo vincolato ad una serie di requisiti di base dettati dall'ovvio obiettivo di programmare gli accessi dei pazienti verso le strutture sanitarie, deve possedere proprietà di flessibilità ed adattamento che l'evolvere del servizio di prenotazione ha presentato e continua a presentare verso una continua ricerca del giusto equilibrio fra qualità dei servizi, soddisfazione della domanda e ottimizzazione dell'uso delle risorse. Rappresentando oggi il CUP uno dei maggiori 'punti di contatto' del Servizio Sanitario nel momento dell'insorgenza del bisogno del cittadino (insieme a DEU e Ricoveri), il corretto governo dei processi legati alla dinamica

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

delle attività rivolta all'erogazione di prestazioni sanitarie assume nel tempo una rilevanza strategica che proietta tali strumenti oltre la pura ottimizzazione di una semplice schedulazione di risorse. Basti pensare all'insorgenza della necessità di offrire, a parità di risorse, accessi differenziati per livelli di priorità, alla corretta fruibilità di prestazioni di secondo livello, alla gestione di percorsi assistenziali senza dimenticare il requisito primario della garanzia dell'equità del trattamento.

Macrostruttura funzionale del CUP

Ogni procedura di gestione degli accessi dedicata ad un centro unificato di prenotazione presenta nella sua massima semplificazione una serie di funzioni raggruppabili in macroblocchi a copertura delle aree principali di competenza :

- Funzionalità di 'Back Office'
Distinte in :
 - gestione e programmazione delle agende di prenotazione;
 - 'Order Placer' orientate all'emissione di comunicazioni verso i punti di erogazione e relativo ritorno verso il CUP che definiremo come funzioni di relazione.
- Funzionalità di 'Front Office' per la raccolta delle richieste, prenotazione e/o riscossione;
- Funzionalità di monitoraggio del sistema
- Analisi dati e datawarehousing per il governo del sistema dei tempi di attesa

Back-Office: costituzione delle agende

All'interno di questa funzionalità vengono ricondotte tutte le azioni necessarie alla programmazione e manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione. L'unità elementare trattabile a livello di back-office viene definita come 'punto erogante e corredata da una serie di proprietà che ne stabiliscono ruolo e capacità di interazione all'interno dell'intero sistema. Un punto erogante presenta necessariamente come proprietà base per l'attivazione:

- Un calendario di riferimento con periodi temporali definiti
- Un erogatore fisicamente riconoscibile o un'equipe di erogazione
- Una serie di prestazioni erogabili tramite vincoli e proprietà specifiche

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

- Un luogo fisico dove erogare le prestazioni
- Una serie di caratteristiche che fanno riferimento alle tipologie di prenotatori abilitati

L'insieme di questi elementi costituisce l'agenda di prenotazione del punto erogante. È importante sottolineare che ogni medico o equipe può avere in carico uno o più punti eroganti ognuno con una o più caratteristiche differenziate rispetto agli altri.

L'agenda di prenotazione

Gli elementi costitutivi di una agenda

Un'agenda è completa se contiene:

- i dati di **cosa** è possibile prenotare (e più in generale dell'offerta), e precisamente:
 - Le prestazioni che possono essere prenotate/erogate
 - Le preparazioni ove richieste per ciascuna delle prestazioni, ovvero delle avvertenze da rispettare per l'erogazione della prestazione
 - La durata tipica per ciascuna tipologia di prestazione
 - La classificazione (tipologia, disciplina, branca specialistica) per esigenze generali di calcolo dell'offerta e per quello dei tempi di attesa
- i dati di **chi** eroga la prestazione, e precisamente:
 - L'equipe, professionista, ecc.
 - L'ubicazione del luogo fisico di erogazione
- I dati di **dove** deve essere effettuata la prestazione
- I dati relativi a **quando** viene effettuata la prestazione, e precisamente:
 - Gli orari di servizio
 - I periodi di apertura e chiusura
- Le differenti tipologie di accesso (profili di accesso):
 - agenda prenotabile da operatori addetti agli sportelli CUP
 - agenda prenotabile da operatori particolari quali medico di base, farmacia, assistito tramite internet, ecc.)
 - agenda prenotabile direttamente dagli specialisti dipendenti dell'azienda sanitaria
 - agenda prenotabile da sistema esterno (Over Cup, Cup Metropolitano)
- Altri dati:

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

- il regime di erogazione della prestazione (SSN, libera professione) e in generale gli elementi necessari al calcolo del “prezzo” della prestazione
- le condizioni di compatibilità tra le prestazioni e le caratteristiche dell’utente
- La classe di priorità
- Le modalità di traslazione della prestazione da una classe di priorità ad un’altra in caso di probabilità di non utilizzazione

Quest’ultima caratteristica riveste grande importanza proprio in relazione alle disposizioni vigenti che prevedono l’utilizzazione del sistema dei codici di priorità per selezionare temporalmente l’accesso ad una medesima prestazione. Questa opzione, di assoluto rilievo per la gestione del problema delle liste di attesa, impone infatti di assumere modalità di sezionamento della stratificazione temporale delle prestazioni. In sostanza la stessa tipologia di prestazioni viene scomposta in diversi slot temporali. In concreto, a titolo puramente esemplificativo, avremo visite oculistiche per l’erogazione entro 10 giorni, altre per l’erogazione tra 11 e 30 giorni ed altre ancora per l’erogazione tra 31 e 120 giorni. È evidente come tale scomposizione rischia di generare spazi temporali non utilizzati e quindi una allocazione di risorse diseconomica. Questo rischio può essere minimizzato prevedendo che in tempi e secondo specifici algoritmi di calcolo, il sistema stesso provveda ad evidenziare tale evento tramite apposite allerta, operando eventualmente anche il trasferimento conseguente di disponibilità (prestazioni effettuabili) tra una classe e l’altra.

La funzione di rilevazione e normalizzazione delle agende consiste nell’attività di acquisizione della offerta sanitaria e nella analisi e revisione delle modalità operative di organizzazione delle agende per l’attivazione di soluzioni di standardizzazione che consentano la razionalizzazione e l’ottimizzazione, se possibile o necessaria, dell’offerta sanitaria di specialistica ambulatoriale.

Lo svolgimento di tale attività avviene tramite la rilevazione dei dati necessari per la predisposizione delle nuove agende di prenotazione o per la riorganizzazione di quelle già esistenti, attraverso un contatto diretto con i servizi erogatori e/o con i referenti locali delle Aziende sanitarie. Le informazioni sulle agende vengono raccolte secondo modalità standardizzate (su moduli cartacei, ma a tendere mediante specifiche procedure informatiche) contenenti i dati necessari per il caricamento dell’agenda nel software di prenotazione. Tale

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

attività è dunque volta all’acquisizione della nuova offerta sanitaria da rendere disponibile tramite la prenotazione CUP ed alla revisione periodica delle modalità operative di organizzazione delle agende.

Il processo di organizzazione e gestione delle agende

La validazione delle agende avviene ad opera delle Direzioni Sanitarie delle Aziende (con possibilità di delegare al responsabile dell'unità erogante – o a referenti specifici - la validazione delle modifiche che non comportino una diminuzione dell'offerta in CUP).

La funzione di Gestione agende comporta:

- lo studio e la definizione delle più idonee modalità tecniche per l’inserimento dei parametri necessari alla generazione delle agende informatizzate dei servizi erogatori;
- la creazione e manutenzione degli archivi “anagrafici” di base necessari al funzionamento del servizio di prenotazione (catalogo generale delle prestazioni prenotabili in ogni branca specialistica, catalogo generale dei sinonimi di queste prestazioni, catalogo delle avvertenze e preparazioni connesse a ciascuna prestazione; archivio dei “contratti” e dei “listini” in base ai quali avviene la tariffazione delle prestazioni prenotate, ecc.);
- il recepimento e il vaglio delle richieste dei servizi erogatori di apportare modifiche alle agende già generate, di bloccare periodi o giornate, di riaprire agende momentaneamente sospese alla prenotazione, ecc.;
- la traduzione di queste richieste in variazioni degli archivi (il data base che contiene la forma digitale delle agende) su cui interviene la prenotazione;
- la predisposizione di comunicazioni di servizio alle unità eroganti ed agli operatori di sportello;
- una funzione di customer care verso le unità eroganti (raccolta delle segnalazioni di problemi sul lato della prenotazione - ad esempio relativamente ad errati indirizzamenti dei pazienti, mancato rispetto di vincoli o di limitazioni, ecc. - e risoluzione, in rapporto con l’unità erogante interessata, dei problemi riscontrati).

L’aggiornamento delle agende avviene attraverso costanti contatti tra i soggetti coinvolti (la Direzione, i professionisti, la committenza, ecc.).

La generazione del palinsesto

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

L'ultima azione che il sistema di programmazione delle agende deve implementare riguarda la generazione del sistema di accesso dell'utente al punto di erogazione, cioè in sostanza il “quando specifico” in cui l'utente dovrà presentarsi ed il punto erogante dovrà provvedere alla erogazione delle prestazioni. Questo avviene attraverso il sistema delle fasce orarie.

Vediamo di seguito alcune delle principali opzioni attraverso le quali è possibile classificare tali fasce orarie.

Orario: gli appuntamenti sono definiti in termini di tempo. A ciascuna prestazione appartenente alla fascia si assegna un peso espresso in minuti che ne rappresenta la durata. In funzione delle prestazioni selezionate, il sistema mostra per quella fascia gli appuntamenti ottenuti dividendo la durata complessiva della fascia per la somma dei pesi delle prestazioni stesse.

Automatica: come nella tipologia ad Orario, gli appuntamenti sono definiti in termini di tempo. Tuttavia il calcolo del peso totale delle prestazioni selezionate segue una regola diversa. A ciascuna prestazione appartenente alla fascia, oltre ad un peso inteso come la durata della prestazione, si assegna un peso netto inteso come la durata della prestazione senza un tempo ipotetico di preparazione, alla prestazione stessa. Quando si eseguono più prestazioni per un singolo appuntamento il tempo di preparazione viene conteggiato una volta sola anziché per tutte le prestazioni. Tale tipologia è stata ideata per un utilizzo più efficiente della fascia oraria. Tarando opportunamente tali parametri si può pensare di implementare un meccanismo molto raffinato di over-booking: infatti si possono avere più appuntamenti disponibili laddove se ne prospetta effettivamente la possibilità. È evidente peraltro che, ove si utilizzi l'overbooking, si deve prevedere la capacità di gestione del surplus nel caso si presentino più prenotati di quanto ipotizzato stimato.

Posti: gli appuntamenti sono definiti in termini di posti. In altre parole definendo per quella fascia un certo numero di utenti il sistema accetterà quel numero di prenotazioni. L'orario fornito varia in base alle implementazioni: la soluzione più opportuna è quella di fissare gli orari degli appuntamenti ad un intervallo prestabilito l'uno dall'altro, in modo da rendere minore l'attesa dei singoli utenti. In via del tutto eccezionale, per specifiche esigenze tecniche, può accadere che l'orario proposto per tutti gli appuntamenti coincida con l'orario di inizio della fascia.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Lista: come nella tipologia a Posti gli appuntamenti sono definiti in termini di posti. Tuttavia le modalità di prenotazione sono modificate. Tale tipologia è stata riservata per implementare le Liste di Preappuntamenti, che possono essere utilizzate in casi particolari quali le situazioni di interruzione dell'erogazione delle prestazioni, come precisato nell'apposito capitolo di questo documento (capitolo 6).

Back-Office: relazioni erogatore

Dal CUP verso l'erogatore

Una delle relazioni essenziali che deve garantire il CUP è quella di comunicare al punto di erogazione il piano di lavoro che riguarda un determinato periodo temporale. Il piano di lavoro si sostanzia in un documento (di solito cartaceo, ma a tendere sarà necessario traslare verso modalità digitali realizzate attraverso specifiche componenti software, anche per semplificare i feed-back) che contiene le informazioni relative alle singole prestazioni e agli utenti che le ricevono.

La comunicazione del piano di lavoro deve ovviamente essere tempestiva, nel senso che deve mettere l'unità erogante in condizione di pianificare le attività di dettaglio eventualmente richieste dal piano di lavoro.

Il concetto di tempestività ovviamente deve essere bilanciato con quello della completezza del piano di lavoro (per il giorno x deve essere stato prenotato il maggior numero di unità di tempo disponibili per quella specifica unità erogante). Questa considerazione rende estremamente esplicito come ad esempio l'utilizzazione di una modalità di comunicazione tra fase di prenotazione e fase di erogazione efficiente, sia in grado di rimodellare complessivamente la relazione. Se infatti la relazione prenotazione \rightarrow erogazione viene assolta mediante moduli cartacei, è del tutto evidente che l'eventuale integrazione di una prenotazione ulteriore (che, ad esempio, completa la disponibilità di prestazioni erogabili in una unità erogante) è condizionata dal fatto che il modulo cartaceo non sia ancora stato emesso verso l'unità di erogazione o, se il modulo è stato emesso, sia ancora possibile comunicare all'unità erogante l'ulteriore prestazione da erogare. Se, al contrario, le comunicazioni avvengono mediante modalità telematiche il condizionamento temporale ovviamente è limitato esclusivamente dal tempo necessario ad aggiornare il piano di lavoro presente presso la unità di erogazione.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

Nella comunicazione del piano di lavoro possono essere ricomprese ulteriori informazioni che il sistema organizzativo che utilizza il CUP ritiene necessario comunicare alla unità erogante. Si pensi ad esempio all’informazione sullo stato dell’utente rispetto al pagamento del ticket (ovviamente nel caso in cui l’utente sia tenuto al relativo pagamento): se il ticket è già stato pagato, oppure se l’utente deve produrre alla unità erogante l’attestazione dell’avvenuto pagamento del ticket, oppure ancora, se l’unità erogante si deve fare carico di effettuare la riscossione del ticket (ipotesi rara e di norma da ritenersi anomala, ma che pure potrebbe prospettarsi in alcune specifiche situazioni). Si pensi anche ad informazioni relative allo stato dell’utente ed alla necessità che venga attivata una modalità particolare di erogazione della prestazione (un utente che ha una certa riduzione funzionale delle capacità di deambulazione e quindi richiede una specifica assistenza). Ovviamente, queste informazioni dipendono molto dal modello organizzativo adottato in una determinata organizzazione.

Le prenotazioni avvenute tramite call-center sono opportunamente identificate in modo da rendere la struttura erogante in grado di effettuare tutti gli eventuali controlli necessari all’iter amministrativo: riscontro del pagamento, se dovuto, corretto completamento della richiesta da parte del cittadino in merito all’autocertificazione per l’esenzione per età e/o per reddito, verifica della corretta registrazione da parte dell’operatore CUP dei dati della ricetta, con particolare riferimento al codice a barre.

Dall’erogatore verso il CUP

Un’altra funzione essenziale che deve essere garantita nell’ambito del complessivo sistema CUP (in realtà questa comunicazione avviene in modo specifico con una sub componente del sistema CUP che è rappresentata dal sistema “analisi dati”) è quella relativa alla comunicazione da parte della unità erogante dell’esito della prenotazione, cioè:

- esecuzione della prestazione
- mancata esecuzione della prestazione
- correzione o modifica della prestazione.

Questa funzione di norma viene intesa in un’accezione orientata esclusivamente allo svolgimento di attività di tipo amministrativo. Di queste di seguito ne elenchiamo alcune

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

delle principali, ma successivamente sarà delineata una funzione particolare di questa comunicazione che richiederà anche una estensione del concetto di CUP.

L'avvenuta esecuzione della prestazione completa il ciclo del processo complessivo prenotazione→erogazione (anche se, per il completamento del processo, manca la refertazione). Da questo momento il CUP ha sicuramente esaurito le sue funzioni, ma ovviamente il contenuto informativo generato dall'avvenuta erogazione riveste un grande valore per il sistema. Questo infatti consente di valutare ad esempio il grado di fidelizzazione dell'utente o, visto nel suo contrario, di quantificare i soggetti che, a seguito di una prenotazione non si presentano successivamente alla data di erogazione, che è l'altro tipo di esito che il sistema erogatore può generare come risposta.

L'evento mancata presentazione dell'utente, sta assumendo un rilievo consistente nel momento in cui si richiede al sistema dell'offerta una sempre maggiore capacità di soddisfare la domanda. È del tutto evidente infatti che la mancata presentazione dell'utente (a parte l'ovvia considerazione relativa ai motivi della mancata presentazione), determina la mancata utilizzazione del tempo lavorativo e, in senso più ampio, una mancanza di disponibilità per un utente che magari ne avrebbe avuto più bisogno. Questo fenomeno quindi, la mancata presentazione dell'utente, richiede uno specifico monitoraggio proprio per valutare dove si addensa maggiormente questo fenomeno e per intraprendere le opportune iniziative. Si pensi ad esempio alla possibilità di capire dove si addensa maggiormente l'abbandono da parte dell'utenza (per specifiche prestazioni, per punto di erogazione, per disciplina, per provenienza dell'utente, ecc.) oppure alla possibilità di mettere in correlazione la quota di abbandoni con i tempi di attesa generati per determinate patologie (maggiore tempo di attesa, maggiore quota di abbandoni). È del tutto evidente come questa funzionalità rivesta un carattere fondamentale non tanto per effettuare queste tipologie di analisi a meri fini conoscitivi, quanto per rimodulare il ciclo complessivo di programmazione delle agende. Ad esempio la conoscenza di un forte tasso di abbandono per una determinata prestazione potrebbe portare ad aumentare la quantità di prestazioni prenotabili erogabili in uno o più punti di erogazione proprio in considerazione del fatto che molte delle prenotazioni effettuate non hanno buon esito; in tal caso si dovrebbe anche modificare il tipo di approccio per la gestione granulare del modo in cui si organizza la presentazione degli utenti nel giorno di erogazione della prestazione come indicato nel paragrafo "La generazione del palinsesto".

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

Di norma questa comunicazione viene svolta mediante la restituzione di un modello cartaceo ad un punto specifico (che fa parte del sistema CUP). Questa modalità, ovviamente, dovrebbe in futuro essere sostituita da modalità che utilizzano sistemi telematici, in modo da garantire un’efficienza maggiore nel sistema di comunicazione.

Va evidenziato come in caso di mancata esecuzione della prestazione tale comunicazione non impatta sulla funzione di prenotazione (in quanto ormai non è più possibile utilizzare il vuoto che si è determinato presso l’unità erogante), ma riveste notevole importanza per il sistema aziendale dove si genera tale fenomeno.

Front Office: la prenotazione

La considerazione fondamentale per la funzione di prenotazione è che sicuramente non “funziona” se non è stato correttamente realizzato il processo di preparazione e programmazione delle agende.

L’attività principale di un Cup è ovviamente quella di offrire prenotazioni di prestazioni ambulatoriali ai cittadini. Pertanto nella descrizione del processo organizzativo partiremo da una impostazione di tipo bottom-up descrivendo per prima cosa l’attività di prenotazione.

L’interfaccia di prenotazione

L’interfaccia rappresenta il modo attraverso il quale il sistema CUP si presenta per l’esecuzione della prenotazione da parte di operatori. Sostanzialmente l’interfaccia può essere differenziata in ragione della tipologia di utilizzatori. In particolare si deve pensare che esiste una sostanziale differenza rispetto agli operatori. Si può dire che esiste un livello di specializzazione alto che progressivamente può decrescere fino ad arrivare all’utente/cittadino stesso (ad esempio meccanismi di prenotazione via internet). È evidente che minore è il livello di specializzazione dell’operatore, maggiore deve essere la usabilità dell’interfaccia. È fondamentale ricordare che l’usabilità di un sistema costituisce una variabile di assoluta criticità. In sostanza, un sistema CUP potrebbe anche essere perfettamente progettato e realizzato, ma la carenza di usabilità sicuramente può comportare il suo fallimento soprattutto se la sua utilizzazione è destinata ad essere effettuata da personale non specificamente addestrato.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Questa considerazione è fondamentale se si tiene conto che da più parti, ed anche in documenti ufficiali a livello nazionale, si afferma sempre più spesso che la prenotazione dovrebbe essere effettuata dagli stessi operatori sanitari (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti dipendenti del SSN, ecc.) fino ad arrivare alla prenotazione da parte dell'utente stesso. Questa diffusione dell'uso dei CUP da parte del personale medico, è fortemente condizionata proprio dall'usabilità dell'interfaccia di prenotazione: maggiore sarà l'usabilità, maggiore sarà il grado di penetrazione dei sistemi CUP in questa categoria di operatori.

L'usabilità non deve essere intesa solo in relazione alla forma grafica nella quale si presenta, e quindi come un aspetto da affrontare nella fase finale del processo di costruzione di un sistema CUP, ma deve essere pensata fin dalla sua genesi. Si pensi ad esempio al fatto che alcune prestazioni richiedono determinate preparazioni (digiuno, ecc.); se tali informazioni non sono inglobate in modo efficace nel sistema CUP stesso, il rischio è che non siano conoscibili che da operatori iper professionalizzati che sanno come le singole componenti organizzative si comportano (non è infrequente andare presso sportelli CUP ed osservare una miriade di fogliettini volanti pieni di pro memoria ed eccezioni procedurali che sono consultati dagli operatori per poter effettuare la prenotazione di determinate prestazioni). Va anche tenuto conto che nella fase di prenotazione convergono modelli di comportamento e linguaggi differenziati che appartengono a tipologie di professionalità estremamente diversificate: si pensi a medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, utenti, operatori addetti alla prenotazione, singoli specialisti delle unità di erogazione, per comprendere come questo elemento costituisca un aspetto di assoluta criticità. In particolare, va evidenziato come questa componente richiede il massimo livello di supporto verso l'operatore, per consentirgli di minimizzare l'impatto verso l'utente, derivante da illogicità o disfunzioni del sistema CUP (inteso non solo negli aspetti tecnologici, ma anche e soprattutto nelle eventuali aree di opacità tra la domanda e l'offerta).

Le fasi della prenotazione

La prenotazione può avvenire secondo le seguenti modalità:

1. Prenotazione diretta ad uno sportello CUP dell'azienda,
2. Prenotazione ad uno sportello CUP sito in strutture convenzionate (Farmacie, Associazioni Mediche, Istituti accreditati, ecc.),
3. Prenotazioni effettuate da medici convenzionati (MMG, PLS),

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

4. Prenotazione effettuate attraverso call-center,
5. Prenotazioni effettuate direttamente da Medici specialisti,
6. Prenotazioni effettuate direttamente dagli utenti mediante accessi alla rete internet

Durante l'atto della prenotazione, nel caso in cui sia effettuata direttamente ad uno sportello, avvengono i seguenti macro processi:

- a) identificazione dell'utente
- b) individuazione della prestazione da prenotare
- c) individuazione di eventuali motivi di esenzione dalla compartecipazione alla prestazione da parte dell'utente
- d) individuazione delle caratteristiche connesse ai tempi di erogazione (codici di priorità, urgenze ed altro)
- e) individuazione del luogo di erogazione
- f) individuazione del tempo di erogazione
- g) predisposizione delle azioni per il pagamento della quota di partecipazione se dovuta; qui si assume che il sistema possa divergere nei casi in cui il pagamento viene effettuato direttamente (come completamento della procedura di prenotazione) agli sportelli di prenotazione oppure successivamente, presso altre strutture (sistemi di pagamento automatizzati, bollettino postale, altri uffici costituiti ad hoc, ecc.). È auspicabile che la prima modalità divenga progressivamente quella usuale.
- h) stampa del modulo di prenotazione e di eventuali allegati da consegnare all'utente.

L'esistenza di sistemi informatizzati che gestiscono molteplici oggetti (anagrafe assistiti, soggetti esenti, il catalogo prestazioni che fa parte integrante del sistema CUP ma qui viene enfatizzato per la sua correlazione con il sistema delle esenzioni in base al quale determinate patologie comportano l'esenzione solo per certe prestazioni), consente di snellire enormemente il processo di prenotazione ed inoltre consente di ridurre in modo significativo la possibilità di errori relativi alla identificazione corretta del soggetto ed a eventuali condizioni di esenzione. Ovviamente dove non sono implementati sistemi del genere questo comporta una richiesta da parte dell'operatore all'utente di informazioni specifiche, invece di essere mutate e certificate direttamente dagli archivi in oggetto; la mancanza di questo modello di implementazione degli oggetti correlati al sistema CUP determina in particolare

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

notevoli appesantimenti in caso di prenotazioni senza la relazione fisica tra utente ed operatore della prenotazione, come ad esempio nel caso di prenotazioni telefoniche.

Le prenotazioni che avvengono per via telefonica (call-center) o telematica infatti, sono caratterizzate dal fatto che, di norma, da parte dell’operatore non esiste una visione diretta del materiale documentale a disposizione dell’utente (prevalentemente la ricetta). Nell’algoritmo che segue si fa riferimento al caso di un CUP non correlato ad una anagrafica assistiti né all’anagrafe esenti:

- L’individuazione della prestazione da prenotare avviene verbalmente tra l’operatore e l’utente. L’operatore potrà eseguire ciò rivolgendo le opportune domande all’utente, per questo è importante implementare a livello aziendale processi di qualità sulla documentazione clinica, in modo da ottenere richieste da parte dei medici prescrittori ben compilate, congruenti e leggibili (meglio se informatizzate)
- L’esistenza di condizioni di esenzioni, non potendo essere documentata dall’utente per via telefonica (e nel caso analizzato non esiste la possibilità per l’operatore CUP di connettersi all’anagrafica degli esenti), avviene sulla base delle dichiarazioni dell’utente. Questo comporta che all’atto della presentazione dell’utente in fase di erogazione la struttura erogante sarà tenuta ad effettuare le verifiche del caso (sottoscrizione dell’apposito spazio della ricetta per l’esenzione per età e reddito, esibizione del documento attestante l’esenzione per patologia o altra esenzione diversa da quella per età e reddito).
- Anche la riscossione nei casi in cui è prevista direttamente presso gli sportelli di prenotazione del CUP, deve necessariamente essere differita ad una fase successiva, fino ad arrivare al giorno stesso dell’esecuzione della prestazione.
- In occasione della prenotazione telefonica, considerando che il cittadino non può venire in possesso delle “stampe” relative alla medesima, l’operatore comunicherà all’utente stesso tutto quanto necessario all’effettuazione della prestazione: numero della prenotazione, eventuale iter preparatorio, luogo, data e ora dell’appuntamento, modalità del ritiro del referto. Questo a meno di attivare uno specifico servizio di consegna di tale documentazione mediante invio postale, o per e-mail o altre modalità.

Data la complessità di diverse preparazioni ed il rischio che la prestazione prenotata non possa aver luogo per la mancata corretta preparazione del paziente o peggio ancora che si

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

metta a rischio la salute dell'assistito a causa di un fraintendimento in sede di prenotazione telefonica, non tutte le prestazioni possono essere prenotabili telefonicamente.

Il monitoraggio del sistema

Vengono implementate a questo livello tutte le funzioni necessarie al controllo qualità del CUP.

Questo riguarda:

- il punto di vista sistemistico (carichi di rete, stato degli apparati di registrazione dai dati, ecc.);
- la verifica degli accessi al sistema con le regolamentazioni dettate dalle linee guida sulla sicurezza dei sistemi informativi ed in materia di privacy;
- la registrazione di tutti i possibili traccianti riguardanti le azioni compiute dagli operatori dei vari settori sulle singole funzioni utilizzate. Sulle prenotazioni dovranno essere immagazzinate in maniera minimale almeno tutte le situazioni occorse nel tempo su quel determinato evento, rilevandone le variazioni di stato, le modifiche e l'eventuale effettuazione. Dovranno essere tracciati ed evidenziati anche tutti gli eventi scatenati in automatico dal sistema, ma che possono aver alterato lo stato iniziale della prenotazione (es. modifica dell'orario di apertura di un'agenda già piena con riassegnazione automatica delle prenotazioni). Analogamente (e con maggior enfasi), dovranno essere mantenute tutte le variazioni effettuate sui singoli punti eroganti, di qualsiasi natura esse siano, così da poter costruire un dettagliato giornale di back-office che tuteli ogni singolo operatore nel caso di contestazioni possibili.

Il sistema di analisi dei dati

In questo paragrafo ci occuperemo dei dati generati sia dal sistema CUP sia da altre componenti presenti nel contesto organizzativo di riferimento. Il CUP è un sistema complesso che interagisce con un numero più o meno elevato di altri applicativi; è pertanto necessario che venga garantita la coerenza degli stessi rispetto ai possibili valori assunti dalle variabili oggetto di interesse. Questo aspetto assume particolare rilevanza, oltre che ai fini della corretta prenotazione, anche rispetto all'elaborazione dei dati per le successive analisi,

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

con particolare attenzione ai sistemi degli erogatori integrati con il CUP. Una prima parte del paragrafo quindi sarà dedicata alla individuazione dei dati acquisiti dal sistema, nella seconda invece tratteremo per sommi capi le problematiche relative alla utilizzazione dei dati generati per implementare sistemi di analisi.

I contenuti informativi

Anagrafica utente

Utente base:

- Nome
- Cognome
- Data di nascita
- Comune di nascita
- Codice fiscale da ricetta

Utente residenza:

- Comune di residenza
- Indirizzo di residenza

Utente telefono:

- Telefono fisso
- Telefono mobile
- E-mail

Utente recapiti:

- Comune recapito
- Indirizzo recapito

Utente assistenza:

- USL assistenza

Utente esenzioni:

- codice esenzione

Prescrizione

Ricetta base:

- codice ricetta

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

- prestazione richiesta
- esenzione
- classe priorità
- data ricetta
- codice fiscale utente

Consegna ricettari:

- codice ricetta
- codice fiscale medico ricevente/prescrittore
- data consegna ricettario

La classe di priorità viene desunta dalle informazioni riportate nella prescrizione medica. Come detto, in fase di organizzazione e programmazione delle agende, il sistema CUP predispone appositi slot temporali per gestire l’attribuzione del codice di priorità assegnato dal prescrittore ad una determinata prestazione, anche se in alcune realtà esistono procedure di assegnazione delle priorità gestite direttamente dai CUP, mediante specifici algoritmi decisionali preventivamente concordati con i professionisti. In tal senso ovviamente l’operatore deve provvedere a richiedere al sistema una data disponibile compatibile con la priorità richiesta. Ovviamente si presume che il codice di priorità, e quindi il termine entro il quale la prestazione deve essere erogata, decorre dalla data di contatto (cioè dalla data nella quale l’utente si rivolge al CUP per ottenere la prestazione). È in questa fase che la buona progettazione del sistema delle agende consente di garantire il massimo livello di risposta allo specifico bisogno dell’assistito. Poniamo il caso che la quantità di prestazioni allocate in fase di programmazione per la classe di priorità entro 10 giorni sia esaurita all’atto della richiesta di prenotazione. In tal caso se non fossero stati predisposti specifici algoritmi che recuperano dagli slot temporali delle altre classi la disponibilità di altre prestazioni, il sistema non soddisferebbe la richiesta dell’utente. È a questa possibilità che si fa riferimento quando si utilizza il concetto di magazzino dinamico o di trasferibilità di uno spazio-prestazione da una classe di priorità all’altra. Di norma ovviamente questa trasferibilità è effettuata da una classe di priorità con tempo maggiore ad una con tempo minore, ma non deve essere esclusa nemmeno la possibilità inversa.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Il medico prescrittore è il soggetto che compila la ricetta, nella quale è presente sia la valutazione della definizione del bisogno dell'assistito, sia, attraverso il codice di priorità, il bisogno in termini di esecuzione temporale della prestazione. Qualunque sia il modello scelto per definire la decisione del medico prescrittore sull'adeguato livello di priorità, il CUP deve rilevare questa espressione decisionale del prescrittore, oltre che per generare la corretta risposta in termini di esecuzione nei termini richiesti della prestazione, anche per fornire un potente strumento di valutazione sul livello di utilizzazione da parte del singolo prescrittore del sistema dei codici di priorità. In sostanza, il sistema CUP deve garantire la possibilità di effettuare successivamente analisi sui singoli prescrittori per poter verificare il livello di utilizzazione del sistema delle priorità.

Anagrafica erogatore

Erogatore base:

- presidio fisico di erogazione
- struttura organizzativa di erogazione
- soggetto di erogazione
- indirizzo di erogatore
- recapito telefonico erogatore

Ovviamente queste informazioni sono di interesse per l'utente, ma anche per misurare i carichi di operatività delle diverse strutture di erogazione e dei professionisti che vi operano. In realtà si potrebbe arrivare fino ad individuare il soggetto erogatore, ma questo dipende molto dal modo in cui sono state configurate le agende di prenotazione. Se infatti la scelta effettuata è quella di individuare una unità erogativa come responsabile della effettuazione della specifica prestazione, ovviamente non sarà possibile dal CUP un'identificazione del singolo operatore che è chiamato ad erogare quella specifica prestazione. Al contrario, invece, talvolta può essere necessario garantire una specifica continuità relazionale con un determinato specialista; in questi casi si devono prevedere modalità dell'assegnazione della prenotazione a quello specialista.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Tempi base

I tempi a cui si fa riferimento sono generati da processi che avvengono in sostanza dalla relazione tra operatore ed utente (anche in caso di prenotazione telefonica). Ai fini della valutazione della soddisfazione dell'utente sono ovviamente essenziali. Infatti, dalla data di contatto (cioè la data nel quale l'utente attiva il sistema CUP per avere una prestazione) alla data di erogazione della prestazione decorre il tempo che si definisce tempo di attesa. Ma vale la pena di enfatizzare la doppia opzione prevista per il tempo di erogazione. Si parla infatti di data di prima disponibilità di erogazione (“data proposta”, che in alcune regioni serve a calcolare il “tempo di attesa relativo”, ovvero il tempo prospettato al cittadino in prima battuta) e di data per l'erogazione della prestazione effettivamente assegnata (“data assegnata”).

Riprendiamo in parte il caso esemplificato nel paragrafo “Centro di interesse dell'utente e luogo di erogazione”

1. L'utente si presenta al CUP
2. il CUP registra i dati anagrafici dell'utente
3. il CUP registra la prestazione da prenotare
4. Il CUP mette a disposizione la prima data disponibile ed il relativo luogo di erogazione
 - a. l'utente accetta data e luogo
 1. il sistema stampa il modulo nel quale si dà atto della data di prima disponibilità offerta ed accettata dall'utente
 - b. l'utente non accetta data e/o luogo offerti dal sistema (richiede un'altra data e/o un altro luogo)
 1. il sistema trova una data ed un luogo confacenti alle richieste dell'utente
 2. il sistema stampa il modulo nel quale si dà atto della data e del luogo scelta in base alle esigenze dell'utente (ed eventualmente anche della data e del luogo di prima disponibilità)
 3. il sistema tiene traccia (memorizza) questo specifico evento

È evidente che nella sequenza sopra riportata, l'esigenza è di garantire il massimo livello di trasparenza rispetto al generarsi delle relazioni tra l'utente ed il sistema stesso.

In sostanza, nel caso dei codici di priorità, così come nel caso dei tradizionali tempi massimi di erogazione, quello che il sistema CUP deve garantire è la differenziazione tra il

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

livello potenziale di soddisfazione della domanda dell'utente e le sue particolari esigenze. È del tutto intuitivo come in caso di messa a regime del sistema dei codici di priorità, si generi un carico di responsabilità specifico nei confronti delle organizzazioni eroganti; la mancata erogazione entro il tempo definito dalla classe di priorità richiesta, può infatti determinare effetti anche dal punto di vista medico legale nei confronti dell'erogatore per la mancata soddisfazione del bisogno dell'utente, ed in caso di compromissione del suo stato di salute. Di conseguenza il sistema CUP deve tenere traccia, mediante una specifica registrazione fisica, della circostanza che era stata fornita una certa data di erogazione, ma che l'utente per sue esigenze vi ha rinunciato.

Nelle realtà aziendali dove è stata attivata tale modalità di registrazione dei dati ha consentito di evidenziare una differenza notevolissima tra i tempi di attesa derivanti dalla data di prima disponibilità ed i tempi di attesa derivanti dalla data effettivamente prenotata. Il volume delle situazioni in cui è stato generato per scelta dell'utente un tempo di attesa diverso da quello messo a disposizione dal sistema varia dal 30% fino al 70%, con impatti ovviamente rilevantissimi in termini di misurazione del tempo di attesa.

L'analisi dei dati

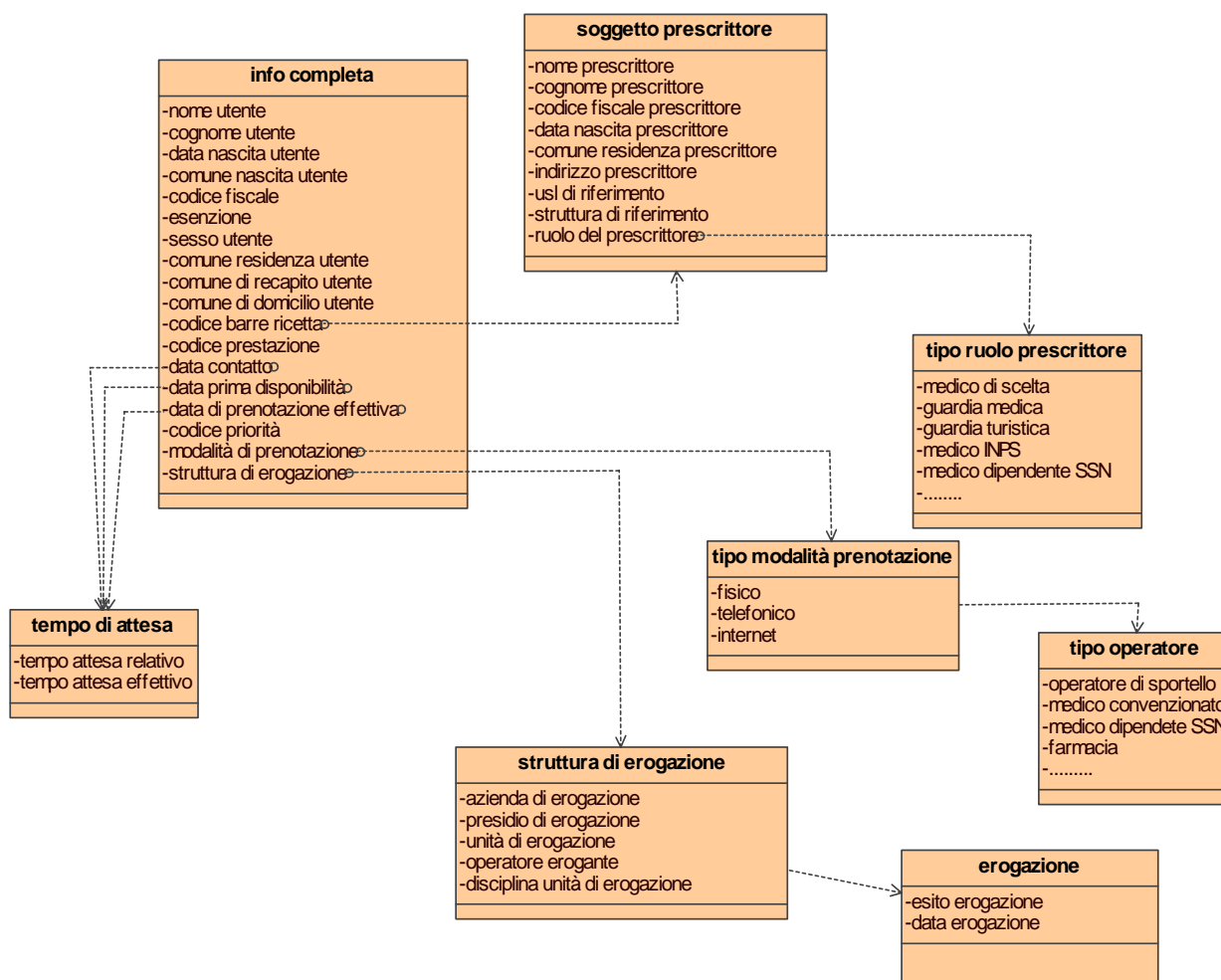
Nel macro modello del CUP era stata identificata una tipologia di attività definita come "analisi dati". Abbiamo accennato nella precedente sezione come questa componente sia alimentata oltre che dalle informazioni provenienti dal cuore del CUP, anche dal sistema complessivo delle unità eroganti, nonché da altre basamenti informativi.

Questo determina una concentrazione di dati su questa componente che consente di assolvere a tutte le funzioni di analisi necessarie.

Vediamo il riepilogo delle principali informazioni, individuando come unità minima di rilevazione il singolo utente che ha effettuato una prenotazione¹ ed evidenziando alcune delle estensioni che dalle informazioni di base possono essere generate:

¹ In realtà il sistema CUP deve tenere traccia non solo delle informazioni relative al processo di prenotazione → erogazione, ma anche di tutte quelle informazioni di carattere sistemistico necessarie ad assolvere ad altre meno visibili, ma altrettanto importanti transazioni che si generano sul sistema CUP. Si pensi ad esempio al tracciamento della fase di riconoscimento di un operatore addetto alla prenotazione la prima volta che si connette al sistema in quel determinato giorno, oppure ai log che devono essere mantenuti per certificare i processi effettuati: come ad esempio la revoca di una prenotazione già effettuata richiesta dall'utente. In sostanza il sistema CUP deve registrare tutto ciò che di significativo accade al suo interno anche quando questo

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa



Come si può osservare la capacità informativa è enorme. Prima di approfondire le potenzialità di analisi è però opportuno osservare come determinate esigenze conoscitive possono essere soddisfatte solo operando sul sistema CUP direttamente.

Si pensi ad esempio alle simulazioni che possono essere effettuate, ovviamente in assenza di carico di lavoro (di notte ad esempio), con le quali si simulano carichi di lavoro sul sistema di prenotazione per verificare i livelli ed i tempi di saturazione a breve, medio e lungo periodo. Questi modelli ovviamente richiedono di lavorare direttamente sul sistema CUP attingendo alle agende effettivamente presenti nel sistema. Tali modelli di analisi sono essenziali, in quanto consentono di testare ex ante i possibili comportamenti del sistema di

non ha uno specifico riferimento al processo visibile di prenotazione – erogazione della prestazione. In tal senso il sistema di analisi dati già rappresenta una prima scrematura dell'enorme potenziale informativo presente dentro ad un sistema CUP

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

prenotazione, in presenza di carichi di attività variamente modulati in termini di quantità. Ovviamente, questi modelli di analisi non possono essere implementati al di fuori di un sistema CUP, se non esclusivamente per quanto riguarda gli esiti stessi dei modelli di analisi. Ad esempio, si potrebbero trasmettere ad un soggetto terzo gli esiti di una simulazione che ipotizza una richiesta di incremento di visite oculistiche che rispetto all'ultimo mese aumenta del 10%. Questi modelli di analisi però essendo caratterizzati da una forte valenza predittiva, sono fortemente finalizzati ai processi decisionali che fanno direttamente riferimento ai responsabili del sistema CUP ed inoltre, proprio perché tendono a generare comportamenti che cercano di ovviare a potenziali andamenti anomali, sono scarsamente significativi nel tempo.

In sostanza una valutazione di criticità su un punto di erogazione effettuata oggi, già domani potrebbe non essere più vera proprio perché il sistema ha apportato i correttivi idonei.

Quello che invece stiamo analizzando fa riferimento a modelli di analisi che teoricamente potrebbero essere eseguiti da qualunque altro soggetto diverso da quello responsabile del CUP a condizione che sia possibile trasferire tutti i dati rappresentati nello schema grafico verso questo altro centro di analisi.

Questa considerazione peraltro porta a valutare la correlazione tra il carico potenziale informativo ed il punto dove si generano le analisi, intendendo per quest'ultimo il livello di responsabilità che è chiamato a svolgere un determinato ruolo sulla valutazione dell'andamento del sistema di erogazione delle prestazioni. In tal senso, così come si è definito per i modelli di simulazione che lavorano direttamente sulle basi dati del sistema gestionale del CUP, va valutato il livello di granularità dell'informazione da trattare, in relazione al tipo di responsabilità del soggetto che effettua l'analisi stessa. Questo implica ad esempio una possibile ridondanza se verso il livello nazionale si trasferissero le informazioni relative al nome e cognome dell'utente, dato che certamente ai fini della valutazione del tempo di attesa la conoscenza dell'identità dell'utente non apporta uno specifico valore aggiunto.

Un'ulteriore considerazione è che la disponibilità potenziale non implica ovviamente l'effettiva e concreta disponibilità di sistemi di analisi. Infatti, tutti i dati presentati nel grafico sono in parte presenti all'interno del sistema CUP, in parte provengono da altre entità organizzative (punti di erogazione) e un'altra parte sono il risultato di correlazioni con altre basi dati presenti nell'azienda (ad esempio l'associazione tra ricetta e medico prescrittore).

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Questa molteplicità di fonti di dati richiede adeguati livelli di organizzazione, ma anche per i dati che sono presenti nel CUP va fatta una precisazione. Il CUP è un sistema che assolve a specifiche funzioni gestionali; il che comporta che i dati sono organizzati per rispondere a tali esigenze e non certamente per poter effettuare analisi. Senza entrare nel merito di questa distinzione, un'esemplificazione consiste nel considerare che attivare un'analisi statistica su un sistema CUP implica il rallentamento in modo critico dei processi di prenotazione a causa del carico di lavoro aggiuntivo che impegna le diverse componenti fisiche del sistema.

In concreto, per realizzare un buon sistema di analisi è necessario creare una specifica base dati distinta dalle basi dati presenti nel CUP, anche se con queste strettamente correlata.

Nella organizzazione di questa base dati dovranno essere valutati i seguenti aspetti:

1. Il livello di aggiornamento che si desidera avere per effettuare le analisi; si intende ad esempio: ogni quanto il sistema CUP deve aggiornare la base dati per le analisi statistiche?
2. consistenza della granularità che si desidera per la base dati per le analisi statistiche; ad esempio: si devono riportano i dati relativi a nome e cognome dell'utente?

Questi elementi sono fortemente influenzati dalla tipologia di analisi che si intendono effettuare e soprattutto dai livelli di responsabilità che si vogliono coinvolgere nel processo di comunicazione/generazione delle analisi statistiche. È ad esempio evidente che difficilmente alla direzione generale di una azienda possa interessare una valutazione dei tempi di attesa che si sono generati per le 4 prestazioni richieste dal sig. Mario Rossi.

Premesse queste riflessioni e considerando che il fabbisogno di conoscenza sul problema dei tempi di attesa è caratterizzato da una forte evoluzione e variabilità, è preferibile adottare a livello aziendale una modalità di organizzazione dei dati che tenda al maggior grado di conservazione possibile dei dati disponibili, trasferendo il carico di memorizzazione dal sistema CUP alla specifica base dati. In questo senso, ad esempio, potrebbe essere opportuno costituire un primo livello di trasferimento dei dati dal sistema CUP verso una base dati intermedia che si fa carico sia degli aspetti relativi alla conservazione delle informazioni che sono generate dal CUP, sia alla correlazione tra alcune di queste informazioni ed altre presenti in altri data base aziendali (si pensi ad esempio all'associazione tra codice a barre della ricetta e medico che ha effettuato la prescrizione, che prevede la disponibilità di uno specifico data base contenente l'associazione tra i ricettari ed i soggetti a cui tali ricettari

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

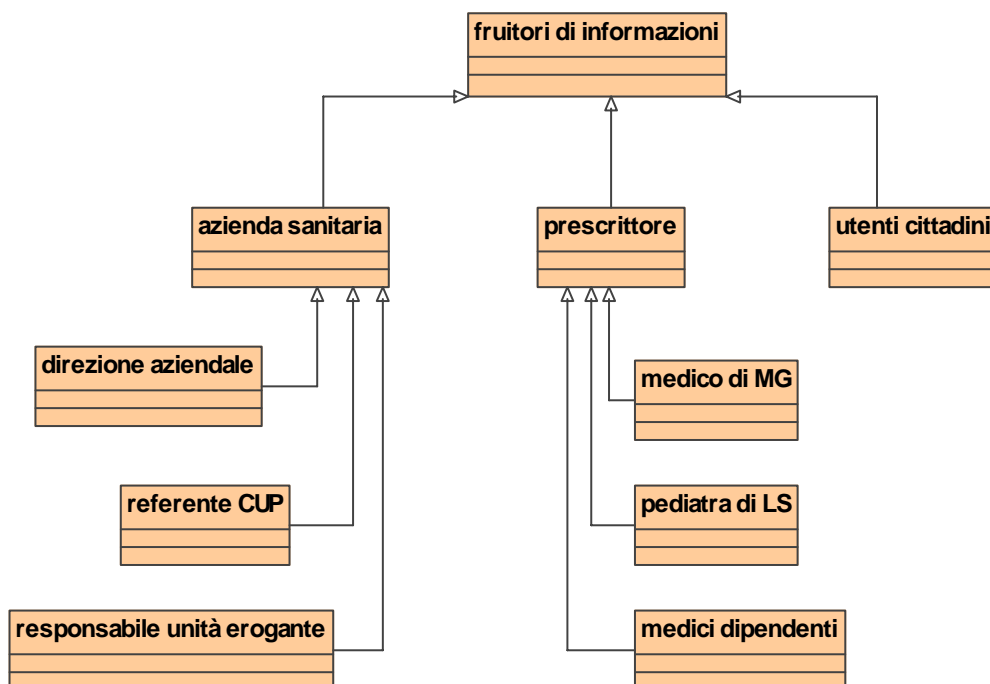
sono consegnati): questo processo di concentrazione di dati è quello che di solito viene chiamato data warehouse.

Questo data base potrebbe a sua volta fornire i dati stabilizzati ed integrati ad un altro data base opportunamente configurato e specializzato per effettuare analisi su grandi quantità di numeri (il sistema CUP infatti può generare enormi volumi di dati). Questa particolare configurazione dei data base viene definita con il termine di data mart. Su questo tema esistono diverse possibilità in cui le scelte ed i modelli possono differire in modo significativo, senza per questo compromettere le potenzialità del sistema di analisi.

Il concetto fondamentale è che un adeguato livello di analisi dei dati presuppone come elemento fondamentale la costituzione di basi dati correlate al sistema CUP, ma autonome.

Un altro aspetto fondamentale del sistema di analisi è la capacità di profilare le analisi dei dati per diverse tipologie di interlocutori. Il prosieguo di questa parte del capitolo si incentra su una serie di considerazioni che richiedono la definizione di tipologie di potenziali fruitori di queste informazioni; in tal senso si presenta la necessità di definire una classificazione generale, dato che non rientra certo nell’economia di questo capitolo una definizione eccessivamente specifica dei fruitori.

Lo schema seguente delinea le diverse tipologie di fruitori delle analisi



Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Come si vede, la categoria degli utenti cittadini è quella che presenta un minor grado di diversificazione in quanto la comunicazione qui è prevalentemente indifferenziata in quanto non si rivolge a soggetti o tipologie di utenti classificabili a priori.

Per le altre tipologie di fruitori invece si evidenzia una maggiore granularità; questo implica la necessità di generare informazioni calibrate per le diverse tipologie. È intuitivo che le informazioni che servono alla direzione aziendale sono molto diverse a quelle che servono ad un medico prescrittore (ad esempio di medicina generale). Definire una classificazione dei possibili modelli di analisi non è certo possibile in questo capitolo, ma è possibile esplicitare un criterio guida che serve per orientare i modelli di analisi: è necessario pensare che l'informazione deve generare nei destinatari non solo un processo generico di conoscenza, ma deve essere in grado di stimolare nel destinatario una specifica riflessione che lo porta a valutare il comportamento tenuto nel passato ed eventualmente a modificarlo.

8.2.2 Configurazioni particolari delle prestazioni

Le prestazioni possono essere legate tra loro da particolari legami o relazioni; nel senso che una prestazione assume uno specifico significato se è vista come componente di un insieme di prestazioni.

Diverse sono le possibili configurazioni di queste relazioni. Tra queste, di seguito ne analizzeremo due che hanno uno specifico interesse sui sistemi CUP:

- a) prestazioni a cicli o pacchetti di prestazioni
- b) percorsi assistenziali intesi come insiemi di prestazioni per i quali c'è l'aspettativa di una loro concatenazione determinata da valutazioni cliniche.

Prestazioni a cicli o pacchetti di prestazioni

Questa configurazione si sostanzia nel fatto che il sistema di regole cliniche concettualizza la prestazione completa come un insieme di sub prestazioni legate tra loro da una concatenazione; su questa base si incardina un insieme di regole organizzative e amministrative che legano l'insieme di prestazioni aventi, ad esempio, una specifica tariffa

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

che le assorbe integralmente. L’esempio delle prestazioni a cicli è sicuramente calzante e si presta ad esemplificare i possibili approcci affinché questa tipologia di prestazioni sia gestita in un sistema CUP. Si evidenzia che anche il pacchetto di prestazioni, se caratterizzato da una certa omogeneità di erogazione, può essere trattato nello stesso modo. Il concetto che accomuna tali prestazioni dal punto di vista della loro gestione in un sistema CUP è che si prestano ad essere pianificate in vario modo, in quanto sono caratterizzate dalla possibilità a priori di definire le specifiche unità eroganti chiamate ad eseguirle; tra l’altro, la loro erogazione è specificamente richiesta nel mandato di cura (ad esempio la prescrizione del medico), cioè nell’atto che scatena i successivi processi del sistema: prenotazione → erogazione.

Strumenti che garantiscono la completa programmazione di un ciclo distribuito su un arco temporale, compatibile con il piano di cura previsto dal medico e conciliabile con l’esigenze del servizio erogante possono essere estremamente critici per le unità di erogazione. Adattamenti progressivi hanno portato a definire modalità diverse di funzionamento, modulabili con la possibilità di prenotare :

- Tutto il ciclo in maniera automatica, direttamente tramite la procedura CUP, per cui all’utente viene comunicato il calendario con le diverse date nelle quali saranno effettuati i singoli trattamenti che caratterizzano il ciclo richiesto
- La possibilità per l’utente di interagire tramite operatore con la conferma delle singole sedute o la ricerca di disponibilità diverse da quelle proposte
- La possibilità di prenotare il solo primo accesso al ciclo, garantendo la corretta schedulazione, rendicontazione, monitoraggio e lasciando la pianificazione delle successive sedute all’unità erogante che riceve il paziente in trattamento.

Ovviamente una distinzione importante è relativa alle caratteristiche del sistema CUP. Se ad esempio l’unità erogante è a sua volta dotata di un accesso al sistema di prenotazione, e quindi è in grado di inserire la programmazione delle sedute successive (di volta in volta, dopo ogni seduta o tutte insieme dopo la prima seduta) la soluzione di prenotare presso lo sportello CUP la prima seduta e poi delegare le successive prenotazioni alla unità erogante è senza dubbio la soluzione migliore². Il motivo è piuttosto evidente: nel caso infatti che la

² È in questo senso che nel prosieguo del capitolo ci soffermeremo su una concezione del CUP che lo porta come punto di pianificazione e regolazione delle attività di un sistema organizzativo, non solo verso i tradizionali punti di accesso al sistema (operatori di sportello, medici di medicina generale o pediatri di libera scelta, ecc.), ma anche presso ogni punto di erogazione di prestazioni ed in generale dove esiste personale

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

unità di erogazione non sia in grado di accedere al sistema di prenotazione, la pianificazione delle ulteriori sedute viene effettuata su un tempo che è stato sottratto alla conoscenza del sistema CUP. Spieghiamo meglio il concetto. È chiaro che in quella organizzazione dove la unità di erogazione provvede a prenotare le successive sedute sulla procedura CUP, lo fa utilizzando una quota temporale che gli è stata riservata in sede di pianificazione delle agende, ma il sistema CUP conosce questa disponibilità ed è in grado di valutare oggettivamente la congruenza tra la quota temporale riservata per la prenotazione del primo ciclo dalla quota riservata per prenotare i cicli successivi. Questo non solo e non tanto per controllare il potenziale erogativo dell'azienda, ma anche per garantire adeguati livelli di osmosi eventualmente necessari tra la quota di primo accesso e la quota di secondo accesso. La contiguità dei vari cicli, nel caso in cui sia la stessa struttura di erogazione a prenotare, dovrebbe in questo caso essere agevole dato che, ad esempio, potrebbe fare riferimento allo stesso codice della ricetta, oppure ad un altro codice che in considerazione del tipo di prestazione “ciclo”, consente di tenere collegate le diverse sedute. Nel caso che invece i cicli successivi vengano definiti senza effettuare la prenotazione sul sistema CUP, si assisterebbe al generarsi di una serie di prestazioni che sono tenute insieme solo dalla univocità dell'utente che ne fruisce e dall'arco temporale in cui sono erogate.

Percorsi assistenziali

Più complesso è il modello concettuale che deve essere implementato per i percorsi assistenziali.

Questi, a differenza delle prestazioni a cicli o dei pacchetti di prestazioni, non sono legati da uno specifico mandato a procedere, ma i diversi atti sanitari si dispiegano nel tempo in un modo non necessariamente direzionato ed omogeneo. Si pensi ad esempio come, a differenza di una prestazione a cicli, dove l'utente può o completare il ciclo o interromperlo, ma esiste un riferimento specifico alla omogeneità del contesto di erogazione (cosa erogare, chi eroga e quando eroga), in un percorso come quello oncologico la concatenazione degli eventi, almeno di alcuni, può essere eventuale (la richiesta di un accertamento per sospetta neoplasia che da un esito negativo, determina l'interruzione del percorso assistenziale); oppure può essere fortemente influenzata dal comportamento dell'utente che ad esempio può decidere di

sanitario che è in grado di emettere mandati assistenziali, cioè richieste di prestazioni (poco importa se tali

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

reiterare una certa fase del trattamento (ad esempio un accertamento successivo per verificare il primo) oppure di non rivolgersi alla struttura dove è stato indirizzato per la fase successiva.

Quindi la differenza più macroscopica sta nella mancanza di un mandato specifico che supporta il percorso assistenziale. Si sottolinea che non si ipotizza un unico mandato che contiene tutte le possibili prestazioni che possono fare parte di un percorso assistenziale. La questione infatti sta nel generare la concatenazione opportuna tra i vari atti prestazionali.

Facciamo un esempio:

1. il medico prescrive un accertamento diagnostico per una sospetta patologia oncologica
2. l'accertamento da esito positivo
 - a. l'utente ritorna dal medico prescrittore per attivare il percorso
 - b. lo specialista che genera il referto può attivare direttamente il percorso
3. uno dei soggetti sub a) o sub b) prescrive la successiva prestazione (ad esempio l'intervento chirurgico)
4. viene effettuato l'intervento chirurgico
5. il chirurgo prescrive il trattamento radioterapico
6. il radioterapista effettua il trattamento

Come si vede dal sintetico esempio, i singoli eventi prestazionali non sono determinati in un momento a priori, ma sono generati da ciascuno dei professionisti che di volta in volta esegue una delle fasi del percorso diagnostico, il quale oltre a svolgere la propria attività specifica (la prestazione) si fa carico di generare una specifica spinta propulsiva verso il successivo atto.

Concentrando l'analisi sulle problematiche relative al sistema CUP, si tratta di valutare come realizzare il concetto di mandato all'interno del sistema di prenotazione.

Tradizionalmente la più frequente concretizzazione del concetto di mandato è rappresentata dalla ricetta medica. Questo supporto assolve specificamente a funzioni di tipo amministrativo; solo in previsione dell'inserimento dei codici di priorità inizierà un percorso di evoluzione verso un contenuto più orientato a rappresentare uno strumento di comunicazione per trasferire informazioni tra i diversi professionisti del sistema. L'attuale natura prevalentemente amministrativa della ricetta la rende del tutto priva di elementi

richieste sono rivolte dalla unità di erogazione a se stessa o ad altre unità di erogazione).

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

strutturati che consentano di generare una relazione di concatenazione tra i diversi atti. Anche i modelli di relazione tra le componenti professionali sono estremamente carenti da questo punto di vista, per cui non esiste una razionalizzazione semantica del modo in cui tra un professionista e l'altro devono concatenarsi le varie attività. Infatti se da una parte le linee guida definiscono le azioni e le attività ottimali per affrontare una determinata patologia, dall'altra il sistema non ha mai analizzato adeguatamente il problema della corretta e concreta realizzazione del processo di comunicazione necessario quando una linea guida richiede il coinvolgimento di professionisti diversi in tempi diversi. Senza entrare nel dettaglio di questa questione, che va affrontata in un contesto diverso da quello del presente capitolo, questo fenomeno può essere affrontato all'interno di un sistema di prenotazione solo in un'ottica di parziale soddisfazione del problema di "comunicazione" tra i diversi professionisti, che di norma sono chiamati a svolgere una attività nell'ambito di un percorso assistenziale. In tal senso, atteso che non esistono ancora adeguati modelli di relazione concreta tra i diversi professionisti, si può utilizzare il sistema CUP come uno strumento di generazione di tale relazione, anche se va ribadito come il CUP nelle sue attuali configurazioni non sia idoneo a garantire una corretta e completa correlazione tra i diversi professionisti.

Nel paragrafo successivo affronteremo proprio la questione di una utilizzazione diversa da quella tradizionale che oltre a svolgere un processo di razionalizzazione del modello organizzativo dell'offerta, è in grado almeno per alcuni aspetti di rispondere al problema di una parziale tracciabilità³ delle diverse fasi in cui può articolarsi un percorso assistenziale.

8.2.3 Il CUP come strumento di fruizione generalizzato del potenziale erogativo del sistema

Tradizionalmente il CUP è stato interpretato come un punto di contatto tra la domanda e l'offerta, intendendo questa rappresentazione in termini fortemente legati ai ruoli che tradizionalmente identificano questi due elementi: la domanda intesa come l'utente-medico di medicina generale o pediatra di libera scelta e l'offerta intesa come i professionisti sanitari

³ La tracciabilità è il presupposto ovvio per potere tentare di valutare la distanza temporale tra due eventi e quindi i tempi di attesa.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

diversi dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta che erogano le prestazioni o servizi richiesti.

In realtà, anche i termini domanda ed offerta non sono adeguati ad una corretta identificazione della reale relazione che esiste tra utente-prescrittore e sistema dei servizi; molto più corretto è parlare di bisogni e risposte, e la definizione si precisa ulteriormente affermando che il bisogno spesso non ha una caratterizzazione direttamente individuabile e risolvibile dall'utente, ma richiede un processo di identificazione e soluzione da parte di soggetti che hanno una specifica preparazione, e sempre più spesso questa identificazione e soluzione avviene con il concorso di diverse competenze professionali.

Dopo questa premessa è evidente come il sistema CUP possa essere visto non come generico punto di incontro tra domanda ed offerta, ma come lo strumento al servizio dei soggetti che a vario titolo concorrono al processo di identificazione e soluzione del bisogno dell'utente. In sostanza, il CUP va pensato come uno strumento che offre in modo chiaro e accessibile il potenziale erogativo di un sistema sanitario a disposizione non di una specifica categoria di utilizzatori, ma di tutti i soggetti che devono richiedere l'erogazione di prestazioni o servizi per affrontare la identificazione di un problema e la sua soluzione. Questo ruolo non viene svolto solo dai soggetti a cui tradizionalmente è stato riconosciuto il diritto di attivare il sistema di erogazione delle prestazioni e dei servizi, ma da tutti coloro che per affrontare un bisogno richiedono l'erogazione di prestazioni e servizi, quindi di tutto il personale sanitario che a vario titolo può trovarsi in questa condizione. La conseguenza sul piano operativo di questa affermazione è che il CUP, sebbene sia necessario che abbia le sue tipiche propaggini orientate verso i recettori del bisogno più capillari presenti nella sanità italiana (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), in realtà deve sviluppare le sue funzioni di accesso anche sul versante dei professionisti che normalmente sono visti solo come i soggetti che rispondono alle richieste dei primi. In sostanza, devono essere implementate postazioni di prenotazione anche presso i punti di erogazione, che siano in grado di generare mandati assistenziali (vedi paragrafo "Percorsi assistenziali") verso se stesse e verso altre unità di erogazione.

Questo aspetto da solo non è sufficiente a risolvere integralmente i problemi della relazione utente → prescrittore ↔ erogatore, ma certamente consente di definire un livello operativo che potremmo dire concreto, che elimina alcuni dei potenziali elementi di resistenza da parte dei professionisti.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Vediamo ora in sintesi gli aspetti che generano resistenza ad un lineare processo di relazione corretta utente → prescrittore ← → erogatore. Se l'identificazione del prescrittore viene percepita come appartenente ad un specifica tipologia di sanitari (medici di medicina generale o pediatri di libera scelta) si rischia di generare (ed è quello che talvolta è accaduto) un pensiero latente che gli altri professionisti sanitari non possano utilizzare il sistema della prescrizione.

In realtà, la normativa chiarisce le responsabilità prescrittive dei diversi soggetti. Già l'articolo 15 decies del D.Lgs 229/99 precisava che “i medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio sanitario nazionale, pubbliche o accreditate, quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio sanitario nazionale. Il predetto obbligo si estende anche ai medici specialistici che abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio sanitario nazionale”. Il successivo DPR 28/7/2000 n. 270 (ACN per la MG) all'articolo 37, comma 7, afferma che “le aziende emanano norme per la prescrizione diretta sul ricettario regionale da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica”. Il quadro normativo è quindi chiaro, e dovrebbe permettere una chiara gestione degli aspetti sopra citati.

Il percorso, quindi, che si può configurare è sintetizzabile in questo modo:

1. Il medico di medicina generale genera una prescrizione
2. l'utente accede alla postazione CUP che è collocata sulla frontiera aziendale
3. la postazione CUP “passa” la richiesta di eseguire al medico dipendente 1
4. il medico dipendente 1 esegue la sua prestazione e rileva la necessità di un ulteriore approfondimento
5. il medico dipendente 1 accede alla postazione CUP interna all'organizzazione aziendale e richiede la specifica prestazione che gli necessita per rispondere alla richiesta del medico di medicina generale
6. la postazione CUP “passa” la richiesta al medico dipendente 2 che esegue la sua prestazione

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

In questo caso il sistema è teoricamente pronto a recepire una specifica richiesta del medico di medicina generale che richiede un accertamento completo di tipo diagnostico.

Si pensi che se il medico di medicina generale richiede, con un certo livello di formalizzazione, l’attivazione di un percorso come quello sopra evidenziato (accertare se esiste un problema per l’utente e non eseguire una specifica prestazione), il sistema CUP potrebbe essere in grado di generare un sistema di registrazione che lega (associa) la prestazione 1 con la prestazione 2. Considerando che gli attributi di una prenotazione si portano dietro le date di accesso (“utente a postazione cup esterna” e “medico dipendente 1 a postazione CUP interna”) e le date di erogazione (“data prenotazione della prestazione 1” e “data prenotazione della prestazione 2”) è evidente come sia possibile anche gestire i relativi tempi di attesa. Questa modalità, ovviamente, presuppone che o esista un mandato specifico da parte del medico di medicina generale oppure che il sistema abbia assunto una modalità organizzativa (diremmo un protocollo di relazione) in base al quale uno specialista è abilitato a richiedere di eseguire tutti gli accertamenti necessari per rispondere al quesito del medico di medicina generale.

Quest’ultima opzione ovviamente potrebbe essere applicata ad esempio in quei percorsi assistenziali dove il sistema assume in modo chiaro e forte la sequenza dei comportamenti ed il fatto che ogni nodo che è chiamato a generare una prestazione è tenuto ad attivare la prestazione successiva.

Ovviamente questo modello può funzionare dove all’interno del sistema CUP esista la possibilità di accedere a tutte le risorse (in termini di prestazioni) necessarie a rispondere alle specifiche esigenze dell’utente.

8.2.4 Livelli di “unificazione” di un CUP

Il Centro Unificato di Prenotazione si intende tale in quanto accorpa più punti di accesso alle prenotazioni, rendendole accessibili per prestazioni diverse in differenti luoghi e non solo nei punti di erogazione/prenotazione delle stesse. Il termine “unificato” non precisa a che livello venga effettuata questa unificazione, infatti esistono realtà in cui un CUP a valenza regionale è più piccolo di altri a valenza aziendale o provinciale, pertanto bisogna intendere che tale unificazione soddisfi almeno i requisiti minimi per consentire al cittadino di accedere alle prestazioni di primo livello. Ciò implica che, per lo meno a livello aziendale, esista un

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

unico CUP e che nelle realtà territoriali dove sono presenti anche le Aziende Ospedaliere e gli erogatori privati accreditati, sarebbe opportuno che il sistema CUP rendesse visibile anche l'offerta erogativa di questi ultimi, come indicato anche dal recente Piano Nazionale per i Tempi di Attesa. Successivamente si può pensare alla realizzare di un CUP a copertura provinciale, seguito da quella estesa ai territori confinanti, rispetto alle cui strutture l'utente potrebbe avere maggiore comodità di accesso.

L'ottimale funzionamento di un CUP presuppone che tutte le aziende coinvolte abbiano eseguito le seguenti scelte:

- a) esiste un unico sistema CUP per tutte le aziende che aderiscono (quindi adottano lo stesso software applicativo);
- b) la costituzione/modificazione delle agende viene implementata direttamente dalle aziende coinvolte secondo modalità concordate da un coordinamento centrale;
- c) la gestione delle problematiche inerenti il sistema di prenotazione deve essere concordata nell'ambito di un coordinamento centrale;
- d) il CUP deve fornire le adeguate tecnologie per garantire le relazioni CUP \leftrightarrow unità eroganti

Il CUP integrato

Laddove risulti difficoltosa la realizzazione di un CUP unificato che, come abbiamo visto, richiede tra l'altro che le aziende che vi aderiscono adottino lo stesso software applicativo, si può ritenere opportuno realizzare un CUP integrato, che può ritenersi una sorta di transizione verso il modello unificato.

Il CUP integrato implica che le aziende che intendono adottare questa soluzione abbiano effettuato una serie di scelte di base genericamente riferibili alle seguenti:

- e) ogni singolo ambito di riferimento mantiene il suo sistema CUP;
- f) le aziende delegano la prenotazione del loro potenziale erogativo ad una componente di prenotazione "esterna" (con alcune possibili eccezioni, quali quelle per i ricoverati, per determinati e specifici percorsi, ricerca, ecc.);
- g) esiste quindi un nuovo CUP integrato che si affianca ai CUP presenti nei diversi ambiti territoriali;
- h) d) la costituzione/modificazione delle agende viene implementata direttamente dalle aziende coinvolte, nel rispetto del corretto funzionamento del CUP integrato;

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

- i) la gestione delle problematiche inerenti il sistema di prenotazione deve essere concordata nell’ambito di un coordinamento centrale con il CUP integrato;

Vengono di seguito analizzati gli specifici sottosistemi che compongono un CUP integrato.

Back office Costituzione agende

Questa componente rimane fortemente radicata in ciascuna delle diverse aziende che intendono aderire al CUP integrato. Infatti la generazione delle agende è una funzione legata ai singoli contesti aziendali proprio perché prevede una fortissima correlazione tra la direzione aziendale e le singole unità di erogazione. Questo fatto implica che successivamente le agende generate siano messe a disposizione del sistema CUP integrato.

Back office Relazioni erogatore

Per questa componente la modificazione più significativa è dovuta al fatto che si determinano due linee di relazione: CUP aziendale \leftrightarrow unità erogante \leftrightarrow CUP integrato. I modelli di relazione in questione, considerando che il CUP integrato è una componente “lontana” dal sistema aziendale a cui appartengono le unità di erogazione, possono diventare critiche se non sono gestite correttamente a livello di coordinamento centrale.

Front office

Il front office vede sostanzialmente uno sdoppiamento: quello relativo al sistema CUP dell’ambito territoriale di riferimento e quello invece relativo al CUP integrato.

È a questo livello che si possono considerare come caratteristiche molto critiche le incongruenze semantiche, ad esempio quelle relative alla terminologia utilizzata per denominare le singole prestazioni presenti nei diversi sistemi aziendali ed il modo in cui tali diversità sono state standardizzate nel linguaggio del CUP integrato.

8.2.5 L’uniformazione dei linguaggi e delle regole di relazione

Abbiamo visto come di fatto il sistema CUP presuppone alcuni elementi di base relativi alla omogeneità con la quale le diverse azioni che possono essere eseguite sono chiaramente

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

ed unitariamente definite. Il CUP può essere letto come un elemento che integra la comunicazione tra diversi soggetti: medico prescrittore, utente, unità di erogazione; ovviamente questi soggetti dialogano tra loro facendo riferimento a diversi macro contenuti di comunicazione: l'oggetto della richiesta (la prestazione) il tempo di erogazione (i codici priorità), le caratteristiche del mandato generato (una sola prestazione richiesta, il completo inquadramento diagnostico di un utente, la soluzione completa del problema dell'utente); oggi questa caratteristica è del tutto assente e dovrà essere adeguatamente sviluppata (vedere paragrafo "Percorsi assistenziali").

Prendiamo ad esempio il sistema dei codici di priorità. Fino alla sua introduzione, l'ovvia esigenza di definire un limite temporale all'esecuzione di una prestazione era una funzione assunta da disposizioni di legge che definivano un limite massimo di erogazione. Sebbene questo limite massimo fosse stato definito tenendo conto delle valutazioni cliniche, non era chiaro il livello decisionale. I codici di priorità di fatto hanno riportato sul singolo prescrittore la funzione di definire quale sia in relazione allo specifico caso il tempo più appropriato di erogazione della prestazione stessa. Questo ovvio principio ha impiegato diversi anni e dibattiti piuttosto accesi, palesando la difficoltà del sistema ad implementare adeguati livelli di relazione tra i soggetti coinvolti nel processo di richiesta → prenotazione → erogazione della prestazione. Oggi l'esigenza di aumentare il grado di significatività della comunicazione inizia a profilarsi, ma spesso questa esigenza viene totalmente sottovalutata dal sistema. Su questo problema da sempre chi si occupa di sistemi CUP ha dovuto affrontare uno specifico aspetto relativo alla definizione degli oggetti da prenotare: le prestazioni.

Nella definizione dell'offerta in un sistema CUP assume infatti una fondamentale importanza la definizione del catalogo aziendale delle prestazioni. Con questa parola si intende identificare l'insieme delle attività prestazionali che un contesto organizzativo (azienda sanitaria ad esempio) è in grado di erogare.

Tale definizione è condizionata dal contesto operativo e organizzativo delle unità operative dell'azienda. Tuttavia è opportuno che un sistema CUP di moderna concezione consenta una più articolata gestione delle prestazioni che sono l'oggetto vero e proprio dell'offerta.

In prima analisi, il sistema CUP deve consentire una gestione anagrafica delle prestazioni che permetta una corretta classificazione e identificazione della prestazione anche secondo il

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

modello del nomenclatore regionale. Ciascuna prestazione perciò oltre ad essere identificata da un codice interno aziendale deve avere un riferimento al nomenclatore regionale⁴.

Le prestazioni dovranno essere classificate almeno per branca specialistica, per disciplina a cui appartiene l’unità erogante, ma anche per la specialità presente nella unità erogante diversa dalla disciplina stessa (si pensi ad esempio ad una unità operativa di pediatria al cui interno opera un professionista specializzato in allergologia: è ovvio che in questo caso se si gestisce solo la disciplina dell’ unità erogante in questa non potrebbero mai essere prenotate visite allergologiche) . Possono, tuttavia, tornare utili ulteriori classificazioni per permettere, specie nel monitoraggio, di proiettare e organizzare le statistiche secondo altri raggruppamenti.

Un altro importante aspetto della definizione del catalogo aziendale delle prestazioni è legato alle operazioni di prenotazione.

Durante un’ operazione di prenotazione l’operatore di sportello, o più in generale l’utente che accede al sistema CUP, dovrà compilare la richiesta riportando le prestazioni prescritte.

Questo è un passaggio delicato che può presentare delle insidie legate alle diverse nomenclature e forme contratte delle prestazioni ambulatoriali che i prescrittori possono riportare. In tal senso la mancanza di un adeguato intervento volto proprio a colmare l’ingiustificata lacuna terminologica che lascia ai singoli la scelta di chiamare le azioni richieste secondo forme, forse chiare ad un altro professionista, ma certamente poco comprensibili ad un operatore CUP (ed ancor meno ad una procedura informatica).

Perciò è importante prevedere un sistema di sinonimia tale che, digitando le diverse nomenclature, il sistema CUP riporti la relativa prestazione di catalogo.

Inoltre, per consentire una più veloce compilazione della richiesta, occorre prevedere raggruppamenti di prestazioni che vengono spesso prescritte insieme (ad esempio Visita Cardiologica + ECG).

Rispetto poi alla gestione del quesito diagnostico (ad esempio: visita chirurgica per ernia) è importante sfuggire alla logica di esplodere la specifica prestazione per quanti possono essere i diversi quesiti diagnostici (riprendendo l’esempio precedente: visita chirurgica per

⁴ Si consideri come esempio di sottovalutazione del problema “semantico” in ambito sanitario, che il nomenclatore ambulatoriale assolve unicamente a finalità di tipo tariffario, mentre ignora proprio gli aspetti relativi ad una corretta comunicazione tra i diversi soggetti che sono chiamati a chiedere-erogare tali prestazioni: il nomenclatore tariffario ad esempio prevede un codice 89.7- visita per una pluralità di prestazioni visita, (quindi chiamando nello stesso modo la visita chirurgica, quella otorinolaringoiatrica) e demandando quindi al livello locale la specifica definizione della terminologia da utilizzare all’interno del sistema CUP

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

ernia, visita chirurgica per varici, visita chirurgica per obesità). Il concetto è che la prestazione richiesta è una visita chirurgica e poi, dato che la motivazione (quesito) assume senza dubbio un potenziale contenuto di comunicazione dal medico prescrittore al medico erogatore, questa deve essere gestita come un contenuto specificatore della prestazione principale.

Per quanto riguarda la prenotabilità delle prestazioni il sistema CUP deve gestire opportune informazioni aggiuntive che permettano di filtrare le prestazioni a seconda della tipologia di operatore di prenotazione o di utente.

Molte prestazioni, infatti, possono avere delle preparazioni complesse che l'utente deve seguire e che possono presentare criticità particolari a seconda del canale utilizzato per la prenotazione: si pensi ad una TC torace con contrasto dove la quantità di informazioni da trasferire all'utente potrebbe portare ad escludere la sua prenotazione via telefonica; inoltre alcune prestazioni (es. Visita Pediatrica) non dovranno essere prenotabili da assistiti che non hanno l'età giusta o non hanno il giusto sesso biologico (es. Tampone Vaginale).

8.2.6 Modello tecno – architetturale

È evidente che il sistema CUP e le attività ad esso direttamente o indirettamente correlate utilizzano in modo massivo la tecnologia digitale. Uno degli aspetti critici nella utilizzazione di tale tecnologia è rappresentato, di solito, dalla forte rigidità che caratterizza le soluzioni che il mercato prospetta. Il sistema sanitario infatti si caratterizza per due elementi specifici:

- a) forte dinamismo nella variazione degli assetti istituzionali organizzativi che comportano spesso pesanti reingegnerizzazioni dei sistemi informatici,
- b) enorme correlazione tra i diversi settori in cui si articola il complesso delle attività sanitarie (ma anche sociali).

Queste due condizioni specifiche richiedono la progettazione di sistemi informatici in grado di garantire ampia adattabilità e modularità delle soluzioni. In tal senso, senza voler approfondire qui l'argomento, una delle raccomandazioni teoriche è quella di richiedere nella progettazione e realizzazione dei sistemi in ambito sanitario l'utilizzazione della metodologia Object-Oriented Analysis & Design che ad oggi correttamente utilizzata consente di garantire adeguati livelli di modularità tra le diverse componenti.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

Il disegno architettuale dovrà essere particolarmente attuale ed orientato alla definizione di ulteriori nuovi servizi. L’adozione di piattaforme standard e largamente diffuse garantisce i livelli di prestazioni, affidabilità, nonché sicurezza caratterizzanti servizi “ad alta criticità”, tipici dei servizi sanitari come quello in oggetto.

Considerata la complessità del Servizio da supportare, appare fondamentale soddisfare in modo esaustivo i criteri di affidabilità, scalabilità e qualità delle prestazioni.

Per garantire la continuità di servizio, si dovrà perseguire un alto livello di ridondanza dei Sistemi, definendo cluster completi ed adottando configurazioni mirroring per le unità disco.

Dovranno essere previsti criteri e dispositivi di load balancing per consentire la massima flessibilità di riconfigurazione del sistema in diverse condizioni di carico. Per quanto riguarda la scalabilità, la configurazione adottata dovrà essere espandibile sia nell’ambito dei sistemi forniti (processori, memoria, dischi ecc...), sia in termini di possibilità di aggiungere ulteriori sistemi. D’altra parte la possibilità di espansione orizzontale, è indispensabile a garantire la distribuzione architettuale in vista delle possibili evoluzioni.

Anche per il disegno dei collegamenti telematici e le corrispondenti infrastrutture di rete (router, switch, ecc.) ci si dovrà attenere alle suddette specifiche di:

- affidabilità, ridondando i collegamenti e le apparecchiature,
- scalabilità, sovradimensionando le porte per eventuali ampliamenti della rete,
- prestazioni, adottando canali di comunicazione a banda garantita per l’accesso ai sistemi di elaborazione con collegamenti in fibra o CDN, dove la fibra non è disponibile; linee HDSL dedicate al servizio per la distribuzione verso i principali nodi metropolitani, affiancando le esistenti infrastrutture di comunicazione.

Inoltre, per elevare il livello di affidabilità del servizio dovrà essere affrontata la problematica del disaster-recovery, prevedendo una ridondanza di informazioni e predisporre soluzioni che permettano, in caso di danni, una rimessa in linea del sistema in tempi congrui con la criticità del servizio stesso.

In riferimento a quanto precedentemente espresso, si riportano di seguito le indicazioni che dovranno caratterizzare la soluzione proposta:

- La piattaforma tecnologica adottata risponde al requisito AIPA di appartenere ad una classe di sistemi aperta, flessibile e conforme a standard (POSIX, X/OPEN, OSF).

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

- Il dimensionamento del sistema dovrà essere effettuato per rispondere alle richieste prestazionali e di utenza. Il sistema dovrà essere progettato per essere scalabile offrendo la possibilità sia di potenziare le apparecchiature offerte che di aggiungere ulteriori sistemi.
- Il tipo di architettura adottato e la struttura delle applicazioni e delle basi dati dovranno consentire di effettuare, se necessario, la ridistribuzione funzionale ed elaborativa del sistema, della base dati e delle relative modalità di controllo.
- L'accesso al sistema deve avvenire con tecnologie e standard che favoriscano la capillarità e la distribuzione dei punti di ingresso e massimizzino la trasparenza della tecnologia utilizzata per l'accesso. In particolare dovrà essere possibile accedere sia dalla rete Intranet che da quella Internet; da postazioni dedicate e non, in base ai profili di sicurezza di ciascun utente.
- Tutte le comunicazioni tra i sistemi dovranno essere basate sul protocollo di comunicazione TCP/IP, che consente l'interoperabilità sia in ambito locale (LAN) che in ambito geografico (WAN) garantendo la possibilità di integrazione con standard di comunicazione emergenti.
- Gli standard da adottare per le comunicazioni unitamente all'utilizzo di protocolli di colloquio, quali XML, e ad opportune politiche di sicurezza consentiranno la costruzione di applicazioni che potranno scambiare flussi con altre applicazioni anche di altri enti.
- Le soluzioni tecnologiche ed i prodotti adottati dovranno garantire la massima sicurezza degli accessi e dei dati. In particolare il sistema dovrà offrire:
 - alti livelli di affidabilità e sicurezza prevedendo, a tendere, anche software compatibile con l'uso di smart card e di firma digitale
 - identificazione ed autenticazione degli utenti
 - accessi differenziati in base ai diversi livelli autorizzativi
 - accesso selettivo alle risorse
 - registrazione di appositi file di log di tracciabilità delle attività svolte
- Tutti i colloqui dovranno adottare protocolli standard di sicurezza (SSL3, e S-http in base alle caratteristiche dell'applicazione).

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Nella definizione dell'architettura tecnica dovrà essere considerato elemento essenziale ed irrinunciabile la qualità e la continuità di servizio del sistema globale, comprendente oltre alla piattaforma tecnologica anche quella applicativa.

Nel complesso il sistema di riferimento è pertanto costituito da un insieme di apparati fisici e prodotti software che consentono:

- l'accesso alle funzioni dalle differenti tipologie di postazioni di lavoro, in accordo con le autorizzazioni di ciascun utente;
- il trattamento dei dati e delle informazioni (a tal fine devono essere previste ed implementate soluzioni tecnologiche per garantire sia la riservatezza che l'integrità dei dati in riferimento alle disposizioni sulla tutela dei dati personali);
- l'apertura allo scambio informativo, mediante opportuni protocolli di colloquio standard (ad esempio XML) con sistemi di altre Amministrazioni nell'ambito della Rete unitaria della Pubblica Amministrazione;

L'architettura delineata è in linea con le nuove esigenze evolutive della Pubblica Amministrazione, con le attuali tendenze tecnologiche di mercato, con i dettami del CNIPA e con gli standard internazionali.

Il tutto non solo come pura espressione tecnologica fine a se stessa ma orientata a:

- migliorare i processi lavorativi attraverso un accesso veloce e diretto ai dati per ottenere e far circolare le informazioni nel minimo del tempo;
- realizzare un sistema informativo che consenta una ottimale scelta costi/benefici nel dimensionamento e nel programmarne la crescita modulare;
- consentire elevati standard di sicurezza globale nella gestione dell'intero sistema e nelle interazioni con il mondo esterno.

In linea con quanto esposto, la rispondenza alle esigenze funzionali dovrà essere assicurata privilegiando l'adozione di prodotti software selezionati in funzione delle loro caratteristiche di apertura (disponibilità di librerie di pubblico dominio) per l'integrazione con i componenti software eventualmente sviluppati ad hoc. In questo caso l'approccio adottato è tale da garantire che l'attività progettuale del sistema produca come risultato applicazioni del tutto omogenee rispetto ai prodotti commerciali, fornendo da un lato un

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

ambiente di lavoro integrato e di alto livello di manutenibilità, dall’altro un prodotto di facile utilizzo per l’utente finale.

I nostri ringraziamenti per la disponibilità, la collaborazione, l’impegno e la professionalità offerti per la stesura del presente capitolo vanno ai referenti delle seguenti Aziende sanitarie toscane e delle rispettive Software Houses fornitrici di servizi CUP:

Paolo Catalani e Ilaria Righeschi - Az. Usl8 di Arezzo

Roberto Pampaloni e Gianmarco Brunetti - Azienda Usl10 di Firenze

Susanna Tamburini, Siriana Giantini, Marco Rofi - Azienda Usl11 di Empoli

ALLEGATO 1

ANALISI DEI PROCESSI PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

**Analisi dei processi per l'accesso alle
prestazioni di ricovero**

ALLEGATO 2

I FOCUS GROUP NELLE REGIONI E PA

Risultati dell'indagine

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

I nostri ringraziamenti per la disponibilità e la collaborazione offerta nell'organizzazione dei *focus group*, vanno a:

Gilda Di Biase – Regione Abruzzo

Maria Luisa Zullo – Regione Basilicata

Ulrich Seitz – P.A. Bolzano, Assessorato Salute

Silvana De Filippis – Regione Calabria

Teresa Angiello e Anna Maria Aurilia – Regione Campania

Alessia Orsi, Agatina Fadda e Kyriacoula Petropulacos – Regione Emilia-Romagna

Giorgio Simon – Agenzia Regionale della Sanità della Regione Friuli-Venezia Giulia

Maria Lorenzoni e Giovanni Gasparella – Regione Lazio

Daniele Zappavigna e Lorenzo Bistolfi – Regione Liguria

Mauro Agnello e Gedeone Baraldo – Regione Lombardia

Claudio Maffei e Rita Paolini – Regione Marche

Alberto Montano – Regione Molise, Osservatorio Regionale Sanità

Mirko Pia – Regione Piemonte, sett. Monitoraggio Tempi e Liste Attesa

Ambrogio Aquilino – Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Puglia

Alessandra Bracciotti e Enrico Serra – Regione Sardegna, Assessorato alla Sanità

Saverio Ciriminna – Regione Siciliana, Assessorato Regionale Sanità

Emanuele Giusti e Luisa Roggi – Regione Toscana

Monica Pisetta – P.A. Trento, Assessorato alla Salute

dott.ssa Paola Casucci e dott.ssa Paola Bellini – Regione Umbria

Piero Gaillard – Regione Valle D'Aosta, Servizio Sanità Ospedaliera

Tiziano Martello e Ada Gubello – Regione Veneto

ALLEGATO 3
I RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE

Relazioni finali

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

I nostri ringraziamenti per la disponibilità, l’impegno e la professionalità offerta nella fase sperimentale dai facilitatori:

Antonio Capozzi – Regione Campania

Rosanna Carbognani, Fabio Pignedoli e Gabriella Blancato– Regione Emilia-Romagna

Lorenzo Bistolfi, Ivana Valle e Roberto Valente– Regione Liguria

Davide Cartoni e Claudio Mancini– Regione Lombardia

Tiziano Busca, Stefano De Angelis e Nicola Nardella – Regione Marche

Antonio De Giorgi e Maria Grazia Manna– Regione Puglia

Mariangela Mameli e Maria Francesca Seu– Regione Sardegna

Salvatore Brugaletta – Regione Siciliana

Siriana Giantini e Susanna Tamburini– Regione Toscana

Giuliano Mariotti – P.A. Trento

Margarete Tockner – Regione Umbria

Pier Paolo Faronato, Paola Toscani e Alessio Gioffredi – Regione Veneto

ALLEGATO 4

SPERIMENTAZIONE DI MONITORAGGIO NAZIONALE SUI TEMPI E LISTE D'ATTESA

Disciplinare tecnico

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

Sperimentazione di monitoraggio nazionale sui tempi e liste d’attesa

Accordo Conferenza Stato-Regioni 11 luglio 2002

DISCIPLINARE TECNICO

Versione del 29/03/2006

Oggetto: Questo documento contiene informazioni sulle modalità da seguire per svolgere il monitoraggio nazionale su tempi e liste di attesa per le prestazioni sanitarie, e si articola in 7 sezioni:

Sezione 1: Prestazioni monitorate

Sezione 2: Soggetti della rilevazione e modalità di rilevazione

Sezione 3: Informazioni specifiche per le prestazioni ambulatoriali

Sezione 4: Informazioni specifiche per le prestazioni di ricovero

Sezione 5: Le procedure di inserimento dei dati

Sezione 6: I volumi erogati

Sezione 7: Glossario

Sezione 1: Prestazioni monitorate

Sono oggetto della rilevazione una serie di prestazioni ambulatoriali e di ricovero, concordate al livello nazionale, riportate nella tabella sottostante.

I codici indicati per le prestazioni ambulatoriali fanno riferimento al DM 22/07/96. Ove le regioni avessero modificato i codici, dovranno comunque raccogliere i dati inerenti alle prestazioni qui indicate, anche se altrimenti codificate (compresi i casi di suddivisione o aggregazione delle prestazioni).

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Prestazioni ambulatoriali (da rilevare in tutte le aziende)

- AMB 1 Ecografia dell'addome superiore (88.74.1), inferiore (88.75.1), completo (88.76.1)
- AMB 2 Eco(color)doppler dei tronchi sovra-aortici (88.73.5), eco(color)dopplergrafia degli arti superiori, inferiori , distrettuale (88.77.2)
- AMB 3 Esofagogastroduodenoscopia (45.13), esofagogastroduodenoscopia con biopsia (45.16)
- AMB 4 RM della colonna, senza e con contrasto (88.93, 88.93.1)
- AMB 5 RM cerebrale e del tronco encefalico, con e senza contrasto (88.91.1, 88.91.2)
- AMB 6 TAC del capo, senza e con contrasto (87.03, 87.03.1)
- AMB 7 TAC dell'addome, tutti i codici (88.01.1, 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5, 88.01.6)
- AMB 8 Visita generale (89.7) nella branca di cardiologia
- AMB 9 Visita oculistica (95.02)
- AMB 10 Visita generale (89.7) nella branca di ortopedia

Prestazioni di ricovero (ordinario o day hospital) (da rilevare in tutte le aziende)

- RIC 1 Artroprotesi d'anca (codici di intervento 81.51, 81.52, 81.53)
- RIC 2 Cataratta (codici di intervento afferenti ai DRG 39)
- RIC 3 Coronarografia (codici di intervento 88.55 - 88.56 - 88.57)
- RIC 4 Asportazione di neoplasia della mammella (codici afferenti ai DRG: 257 – 258 – 259 - 260)
- RIC 5 Asportazione di neoplasia del colon retto (associazione di uno dei codici di diagnosi: 153, 154, 230.3, 230.4, 230.5 con uno dei codici di intervento chirurgico: 45.7, 45.8, 46.1, 48.4, 48.5, 48.6)

Sezione 2: Soggetti della rilevazione e modalità di rilevazione

I soggetti tenuti alla rilevazione sono tutti gli *erogatori*, intendendo ogni soggetto pubblico o privato accreditato che eroga prestazioni per conto e a carico del SSN. Gli erogatori corrispondono alle entità identificate da un codice dei modelli ministeriali STS 11, HSP 11, HSP 11 bis. I soggetti della rilevazione forniscono i dati rilevati all'Azienda

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati; questo obbligo sussiste anche per le aziende pubbliche (aziende ospedaliere, IRCSS) che vanno considerare come singoli erogatori.

Gli erogatori devono sistematicamente inserire nelle schede i seguenti dati:

- denominazione del distretto (nel software predisposto scegliere tra l’elenco nel menù a tendina) in cui è collocato l’erogatore
- la denominazione dell’ Erogatore
- codice dell’erogatore

Vanno utilizzati i codici in uso nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche.

Per ciascuna prestazione elencata, l’*erogatore* prende in esame tutte le proprie *agende di prenotazione*, comprese quelle *chiuse*.

Le informazioni da rilevare sono le seguenti:

- ✓ *numero totale di agende presenti (per singola prestazione)*
- ✓ *numero di agende chiuse (per singola prestazione)*

Sezione 3: Informazioni specifiche per le Prestazioni ambulatoriali

Prestazioni da considerare: le prestazioni che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostica/terapeutica.

Ogni singolo erogatore deve segnalare, per ogni prestazione, se sono presenti agende differenziate per priorità, cliccando nell’apposita casella (vedi file “eroamb”).

Prestazioni escluse dal monitoraggio dei tempi di attesa:

- *emergenza/urgenza clinica,*
- *visite/esami di controllo,* intesi come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente,
- prestazioni inserite in programmi di *screening,*
- le prestazioni in libera-professione intramuraria.

Le informazioni da rilevare sono le seguenti:

- ✓ *data assegnata per l’erogazione della prestazione ad ogni singolo paziente prenotato nel giorno indice (giorno in cui si svolge il monitoraggio)*
- ✓ *numero totale di persone in attesa per quella prestazione (deve essere registrato il numero delle persone in attesa all’inizio della giornata di rilevazione).*

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Esempi di procedura di rilevazione dei dati

Nel giorno indice l'erogatore registra, per ogni prestazione prevista nella rilevazione, la data assegnata ad ogni singolo paziente che si presenta in quel giorno. Se i dati non sono distinti per erogatore (ad esempio, per la presenza di un CUP unico, o la presenza di un sistema di offerta su base distrettuale che non distingue i singoli erogatori), i dati potranno essere inviati nella forma disponibile, purché con tutti i contenuti previsti, ovvero tutti i pazienti del giorno indice con le specifiche date. Gli erogatori possono utilizzare per la rilevazione il software in formato excell predisposto dal Ministero della Salute e dall'ASSR, oppure il formato record predisposto dalla singola regione, concordato con il Ministero della salute e l'ASSR.

Nota: Nel giorno indicato per il monitoraggio nel caso in cui le prenotazioni per una determinata prestazione da misurare non possano essere effettuate per motivi organizzativi o per mancata richiesta, a differenza di quanto previsto nelle precedenti versioni del disciplinare, non si dovrà inserire nulla, né si dovrà scegliere per la rilevazione un giorno successivo nella stessa settimana né si dovranno inserire le date simulate.

Per quanto riguarda il numero di persone in lista, il dato va rilevato all'inizio del giorno del monitoraggio; per questo dato, si conteggiano tutte le persone in lista, sia per prima visita o esame, sia per controlli, sia in regime di libera professione intramuraria effettuata a favore dell'Azienda; vanno inseriti anche i pazienti presenti nelle agende chiuse; si rileva il dato senza limite estremo di tempo.

Nel caso in cui gli esami di screening prevedano le stesse modalità di prenotazione (agenda non differenziata), questi vanno conteggiati, segnalando il fatto in un'apposita nota. Se è disponibile il dato preciso di tutte le persone in lista di attesa per prima visita, come dato separato e distinto dagli altri, si prega di inviare anche questo dato, annotando questa situazione di dato distinto.

Le informazioni così rilevate vanno inviate alla Azienda Sanitaria Locale, nel cui territorio è collocato l'erogatore.

Sezione 4: Informazioni specifiche per le Prestazioni di ricovero

NOTA BENE: I dati sulle prestazioni di ricovero vanno raccolti in tutte aziende sanitarie locali.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d’attesa

Gli erogatori devono sistematicamente inserire nelle schede:

- denominazione del distretto (nel software predisposto scegliere tra l’elenco nel menù a tendina) in cui è collocato l’erogatore
- la denominazione dell’ Erogatore
- codice dell’erogatore

Vanno utilizzati i codici in uso nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche.

Prestazioni da considerare:

- i ricoveri per acuti programmati (non urgenti).

Prestazioni escluse dal monitoraggio:

- ricoveri che abbiano carattere di urgenza clinica
- ricoveri effettuati in libera-professione intramuraria.

Le informazioni da rilevare sono le seguenti:

- ✓ tempo di attesa effettivo degli ultimi quattro pazienti ricoverati per la procedura/intervento oggetto di monitoraggio
- ✓ numero totale di persone in attesa per quella prestazione (deve essere registrato il numero delle persone in attesa di ricovero a partire dal giorno successivo al giorno indice e senza limiti di tempo).

Esempi di procedura di rilevazione

Nel giorno di rilevazione l’erogatore esamina presso ogni proprio reparto che effettua la tipologia di ricovero da misurare, almeno gli ultimi 4 ricoveri programmati (sia effettuati nel giorno di rilevazione sia, in mancanza di questi, considerando quelli effettuati nei giorni antecedenti). Per ciascuno di essi calcola il tempo di attesa effettivamente trascorso dal giorno in cui è stato inserito nella lista di attesa al giorno del ricovero per l’intervento. Il dato di ogni singolo paziente va inserito nel report. Il tempo di attesa non deve essere “stimato”, ma oggettivamente misurato. La data di inserimento in lista deve essere ricavata dai registri di prenotazione o, in caso di impossibilità, da altre fonti informative oggettive (esempi: registri ambulatoriali della visita che ha dato luogo all’inserimento in lista d’attesa per il ricovero, documentazione clinica o amministrativa in possesso del paziente, ecc.). Nel caso vi siano pre-appointamenti, va inserito il dato del primo contatto o della visita in cui si è deciso il ricovero. Si precisa che il tempo da misurare non è quello che intercorre tra il ricovero e

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

l'esecuzione dell'intervento (che è il tempo preoperatorio), bensì quello che intercorre tra il momento in cui si è deciso che doveva essere eseguito un intervento programmato (non urgente) ed il momento in cui il paziente si ricovera per essere sottoposto all'intervento stesso. Si tratta quindi, nella maggioranza dei casi, del tempo che rileva lo specialista del reparto quando, dopo aver visitato il paziente nell'ambulatorio divisionale, decide che il paziente necessita di quell'intervento, e verifica nell'agenda del reparto quando è il primo posto disponibile per il ricovero. L'intervallo che intercorre tra il momento in cui lo specialista lo fa registrare nella agenda ed il giorno in cui il paziente dovrà venire a ricoverarsi è il tempo di attesa da rilevare.

Il secondo dato da raccogliere è il numero di persone in attesa di ricovero per l'intervento/procedura indicati; per ottenere ciò l'erogatore deve contare, in tutti i reparti che effettuano la prestazione da misurare, tutte le persone in attesa di ricovero a partire dal giorno successivo al giorno indice e senza limiti di tempo.

Si trasmettono le informazioni così rilevate alla Azienda Sanitaria Locale nel cui territorio è collocato l'erogatore.

Sezione 5: Le procedure di inserimento dei dati

In questa sezione si spiega l'utilizzo del file in formato excell predisposto dalla ASSR per il monitoraggio. In alcune regioni potrebbero essere utilizzati modalità di raccolta differenziate, predisposte dalle regioni stesse in accordo con la ASSR. È fondamentale che, comunque, siano garantite tutte le informazioni previste.

Fase di preparazione dei file

La Regione riceve il file per la registrazione dei dati dall'Assr o in occasione della giornata di formazione dei propri referenti. I referenti inseriscono nel file, nelle apposite caselle, il nome della propria regione ed il numero delle aziende sanitarie locali presenti in regione. Il programma automaticamente crea un numero di file pari al numero delle aziende sanitarie locali. Ad ogni azienda deve essere inviato uno di tali file.

Ogni azienda sanitaria locale riceve un file dalla regione, ed inserisce nel file, nelle apposite caselle, il nome della propria azienda ed il nome di ogni singolo distretto presente nel proprio territorio. Successivamente, inserisce il numero di erogatori, pubblici (compresi i propri presidi) e privati, presenti nel proprio territorio, ovvero tutti gli altri erogatori

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

accreditati presenti nel territorio dell'Azienda stessa (quali strutture private accreditate, Aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ecc.). Il programma automaticamente crea un numero di file pari al numero degli erogatori presenti. Ad ogni erogatore deve essere inviato uno di tali file. La raccolta dei dati degli erogatori, pertanto, si riferisce non solo alle attività svolte dall'Azienda Sanitaria Locale, ma anche alle attività di tutte le strutture che risiedono nell'intero ambito territoriale corrispondente.

Fase di inserimento dei dati

Ogni erogatore di prestazioni riceve il file dalla propria azienda sanitaria locale; deve quindi inserire nella apposita casella la propria denominazione ed il proprio codice e deve selezionare il nome del distretto nel cui territorio è collocato, scegliendolo tra l'elenco nel menù a tendina.

Per quanto attiene alle prestazioni ambulatoriali (per quelle di ricovero, si veda quanto descritto alla sezione 4), nel giorno del monitoraggio l'erogatore deve inserire nelle apposite caselle le date assegnate ad ogni singolo utente prenotato in quella giornata per la specifica prestazione. Devono essere inseriti i dati di tutti i pazienti, con le caratteristiche descritte nella sezione 3, prenotati nel giorno indice. Inoltre, deve inserire:

- il numero totale di agende presenti per le singole prestazioni oggetto della rilevazione
- il numero di agende chiuse per le singole prestazioni oggetto della rilevazione
- il numero delle persone che all'inizio della giornata erano presenti in lista di attesa per le singole prestazioni oggetto della rilevazione

Fase restituzione dei dati

Gli erogatori, compilate le schede nelle diverse parti di competenza, restituiscono le stesse all'azienda sanitaria locale, nel cui territorio è collocato l'erogatore.

Le aziende sanitarie locali territorialmente competenti ricevono i dati rilevati presso le proprie strutture nonché presso tutti gli altri erogatori pubblici e privati accreditati presenti nel territorio dell'Azienda. Le aziende verificano la completezza, la coerenza e l'affidabilità dei dati, anche confrontandoli con quanto a loro conoscenza da altre indagini e, se del caso, chiedono verifiche e conferme. Successivamente, avuta certezza della affidabilità dei dati, provvedono ad inviare i dati alla Regione.

Le Regioni ricevono i dati dalle aziende ed a loro volta svolgono una verifica di congruenza e affidabilità, provvedendo quindi a trasmettere i dati validati all'ASSR, all'indirizzo reale@assr.it e al Ministero della salute, all'indirizzo listediattesa@sanita.it.

Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa

Sezione 6: I volumi erogati

Al fine di avere una dimensione più precisa dell'offerta, le regioni devono inviare all'ASSR e al Ministero, per ognuna delle prestazioni ambulatoriali oggetto del monitoraggio, la quantità complessiva di prestazioni erogate nel corso del 2005. Vanno considerate non solo le prime visite/prestazioni, ma l'insieme totale, compresi quindi anche i controlli, le prestazioni di screening ecc..

Sezione 7: Glossario

Omissis