



MINISTERO DELLA SANITA'

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

Relazione finale

ANALISI E PROPOSTE IN TEMA DI LISTE DI ATTESA NEL S.S.N.



Roma, maggio 2001



MINISTERO DELLA SANITA'

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

Relazione finale

ANALISI E PROPOSTE IN TEMA DI LISTE DI ATTESA NEL S.S.N.

Roma, maggio 2001

INDICE

SOMMARIO	III-VI
1. INTRODUZIONE.....	2
1.1 Il problema.....	2
1.2 L'analisi della situazione	2
1.3 I determinanti dell'attesa	3
1.4 La normativa e le competenze	4
1.5 Le azioni intraprese dalle Regioni	4
1.6 Le azioni intraprese dal Ministero della sanità	5
1.7 Gli interventi e gli strumenti.....	5
2. IL QUADRO DOMANDA-OFFERTA.....	7
2.1 La razionalizzazione della domanda.....	7
2.1.1 Aumentare l'accessibilità alla prenotazione	8
2.1.2 Individuare e coinvolgere gli "agenti della domanda".....	10
2.1.3 Individuare le prestazioni prioritarie.....	10
2.1.4 Strumenti metodologici.....	11
2.2 La razionalizzazione dell'offerta	13
2.2.1 Azioni nell'ambito strutturale	15
2.2.2 Azioni nell'ambito funzionale	16
2.2.3 Azioni nell'ambito organizzativo.....	17
3. LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE.....	21
3.1 L'approccio al problema.....	22
3.2 Indicazioni metodologiche.....	24
3.2.1 Le esigenze informative in tema di liste di attesa	24
3.2.2. Le modalità della comunicazione	26
3.3 Linee per la verifica degli interventi.....	31
4. IL MONITORAGGIO	33
4.1 Importanza del monitoraggio costante a livello nazionale, regionale e aziendale	33
4.2 Scopi dei tre livelli istituzionali e rispettive caratteristiche del monitoraggio	33
4.3 Modalità di rilevazione	34
4.4 Oggetto della rilevazione.....	35
4.5 Variabili oggetto di misura.....	36
4.6 Misure e indicatori suggeriti.....	37
4.7 Attuazione del monitoraggio secondo modalità progressive.....	38
4.8 Controlli.....	38
4.9 Interpretazione dei dati	38
GLOSSARIO.....	39
BIBLIOGRAFIA	42

SOMMARIO

Considerazioni generali

Il problema della gestione delle liste e dei tempi d'attesa è diffuso in tutti sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle prestazioni sanitarie.

In Italia la situazione risulta, nonostante gli sforzi prodotti negli anni più recenti, estremamente disomogenea e caratterizzata da aree di eccellenza accanto ad altre di forte criticità. A determinare le liste di attesa concorre una molteplicità di fattori complessi, che schematicamente riguardano: la crescente richiesta di prestazioni sanitarie dovuta all'invecchiamento della popolazione e al progresso tecnologico; la percezione del proprio stato di salute da parte dei cittadini; la valutazione delle necessità assistenziali da parte dei medici (sia di medicina generale sia specialisti); la disponibilità di adeguate risorse umane, tecnologiche e strutturali da parte dei servizi sanitari, il loro appropriato utilizzo e la complessiva capacità organizzativa. La razionalizzazione delle liste di attesa rappresenta un obiettivo prioritario per un sistema sanitario nazionale mirato all'efficienza e all'equità, al fine di ottenere che l'inquadramento diagnostico e le successive terapie non siano ingiustificatamente procrastinati compromettendo la prognosi e la qualità della vita. A tal fine, l'attuazione da parte di tutti i livelli istituzionali delle norme esistenti in materia non può ridursi ad un mero adempimento formale, ma deve concretizzarsi nella formulazione di idonei programmi e di efficaci misure, effettivamente capaci di garantire il rispetto della tempestività delle prestazioni. Di seguito sono esposte alcune delle azioni rilevanti e significative che si raccomanda siano intraprese in tale direzione.

1. La differenziazione delle attese in rapporto ai problemi

E' indispensabile che le liste d'attesa siano differenziate in rapporto al problema clinico, con riferimento a tre diverse tipologie di situazioni:

- a)* emergenza medica e/o chirurgica;
- b)* programmi di screening e di controllo programmato (follow up);
- c)* accertamenti di carattere generale e problematiche cliniche di "elezione".

Le situazioni di cui ai punti *a)* e *b)*, come pure alcuni problemi particolari quali i trapianti d'organo, necessitano di specifiche misure e non devono essere prese in considerazione per una corretta valutazione delle attese delle prestazioni del punto *c)*, che sono quelle maggiormente richieste dal cittadino. Pertanto la Commissione si è occupata esclusivamente di quest'ultima tipologia di prestazioni.

2. Aumento e razionalizzazione dell'offerta

L'aumento della capacità produttiva non consiste in una mera azione di incremento del numero di prestazioni, peraltro a volte necessaria in particolari aree geografiche e per specifiche prestazioni. E' indispensabile, pertanto, un'attenta analisi organizzativa che conformi l'offerta ai bisogni della popolazione locale.

A tal fine, è necessario massimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, umane, tecnologiche e strutturali; in particolare, dovrà essere potenziata l'attività di tipo ambulatoriale e quella di day hospital e day surgery.

L'ospedale gode ancora di una posizione centrale nel sistema dell'offerta sanitaria; tuttavia, un appropriato utilizzo di tale struttura dovrebbe essere finalizzato all'effettuazione di prestazioni di una certa complessità, demandando a livello territoriale tutte quelle prestazioni diagnostiche e terapeutiche che vi possano essere eseguite secondo criteri di efficacia e di sicurezza.

3. Libera professione intramuraria

La libera professione intramuraria deve essere gestita secondo le regole stabilite e nel rispetto delle intenzioni più volte espresse dal legislatore, al fine di garantire anche un corretto equilibrio tra le attese per l'attività istituzionale e per quella libero professionale. Tra le azioni raccomandate al riguardo, si segnala l'opportunità di istituire, tenuto conto dei volumi di attività svolti, sistemi differenziati di prenotazione relativamente alle due diverse modalità di erogazione. In tal modo, è possibile eliminare improprie interferenze tra le stesse e ridurre la possibilità che l'utente venga "orientato" verso la libera professione intramuraria nel caso in cui l'istituzionale preveda tempi troppo lunghi per accedere alla prestazione necessaria.

4. Priorità cliniche e percorsi diagnostici e terapeutici

E' indispensabile che vengano considerate le priorità cliniche in relazione ai bisogni dei pazienti e che vengano utilizzati, anche a scopo sperimentale, soluzioni quali *percorsi diagnostico-terapeutici* predefiniti e *raggruppamenti omogenei di attesa (RAO)*. A tal fine, è indispensabile favorire la collaborazione di tutti gli agenti della domanda e dell'offerta, in particolare quella tra i medici prescrittori e i medici specialisti chiamati ad erogare le prestazioni.

5. Accesso senza prenotazione

Per alcune prestazioni di largo utilizzo e di semplice esecuzione, come gli esami ematochimici di routine, la radiografia del torace e l'elettrocardiogramma, si deve tendere ad annullare l'attesa, rendendole più direttamente disponibili agli utenti, senza necessità di prenotazione.

6. I Centri di prenotazione

Per le esigenze complessive della gestione delle liste di attesa è indispensabile l'organizzazione e l'informatizzazione di Centri Unificati di Prenotazione (CUP), possibilmente di dimensione aziendale, che assicurino l'integrazione dell'intero sistema dell'offerta, anche facilitando l'esecuzione delle prestazioni nella sede più vicina possibile all'abitazione del paziente richiedente. I Centri di Prenotazione dovrebbero essere adeguatamente collegati con gli ambulatori dei medici di medicina generale e con altre strutture del territorio.

7. Diffusione delle informazioni ai cittadini

Le informazioni per l'accesso alle prenotazioni dovrebbero essere adeguatamente pubblicizzate sulla stampa, sui mezzi pubblici, negli uffici pubblici, in televisione (televideo), sui siti web delle regioni e delle aziende e negli studi dei medici di medicina generale. Attraverso gli stessi canali di informazione, va garantita ai cittadini la conoscenza dei tempi d'attesa ed i criteri utilizzati per loro gestione.

8. Gestione delle liste e attesa del referto clinico

Le liste "chiuse" devono essere superate. Le liste vanno continuamente aggiornate, al fine di ottimizzare le disponibilità e ridurre il numero delle rinunce e delle prenotazioni multiple.

I tempi di refertazione degli esami strumentali e specialistici e di messa a disposizione dei referti stessi all'utente possono risultare un fattore critico, migliorabile con azioni correttive di riorganizzazione funzionale. Si ritiene che, per la stesura e la consegna dei referti degli esami strumentali, le strutture sanitarie si dovrebbero impegnare al rispetto di un tempo massimo, ipotizzabile in due giorni lavorativi, ad eccezione di quelle prestazioni per le quali sono necessari tempi più lunghi dovuti a particolari ragioni tecniche.

9. La comunicazione e la partecipazione dei cittadini

L'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'azienda sanitaria per il miglioramento della qualità del

servizio. Il massimo sforzo dovrà essere impiegato per trasmettere informazioni ai cittadini riguardo al sistema complessivo dell'offerta e alla sua accessibilità, alle innovazioni normative ed organizzative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni, alle regole a tutela dell'equità e della trasparenza.

Allo scopo, vanno sostenuti e potenziati strumenti quali le campagne informative, gli Uffici relazioni con il pubblico (URP), le Carte dei servizi e la rilevazione della soddisfazione degli utenti. Va altresì pienamente valorizzata la partecipazione degli utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato.

10. Il monitoraggio

E' fondamentale attuare, a livello aziendale, regionale e nazionale, un monitoraggio costante ed uniforme dei tempi di attesa, che abbia come oggetto alcune prestazioni particolarmente critiche e costituendo un apposito flusso informativo. Le prestazioni oggetto di monitoraggio riguardano sia l'ambito ambulatoriale sia i ricoveri. Il *set minimo* può riguardare visite oculistiche, ginecologiche e cardiologiche, mammografia, scintigrafia miocardica, ecocardiografia, ecografia addominale, TC del cranio, gastroduodenoscopia, e gli interventi di bypass aortocoronarico, colecistectomia, cataratta, artroscopia, artroprotesi di anca.

La trasmissione dei dati rilevati renderà possibile calcolare opportuni indicatori utili ai diversi livelli decisionali del Servizio sanitario nazionale.

INTRODUZIONE

1.1 Il problema

Garantire a tutti i cittadini tempi di accesso alle prestazioni sanitarie certi ed adeguati ai problemi clinici presentati rappresenta un obiettivo di primaria importanza del Servizio sanitario nazionale, in quanto strumento atto a garantire il rispetto di fondamentali diritti della persona, quali la tutela della salute e l'eguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

I tempi di attesa costituiscono inoltre uno dei determinanti fondamentali della qualità dell'assistenza percepita dagli utenti, contribuendo in modo rilevante al rapporto di fiducia verso il sistema sanitario. La lunghezza in alcuni casi eccessiva delle liste d'attesa rappresenta dunque per un sistema sanitario un evento fortemente critico, in quanto può limitarne la garanzia dell'equità di accesso e la fruizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché ridurre gli standard di qualità tecnico-professionale e di qualità percepita.

1.2 L'analisi della situazione

Il problema della gestione delle liste e dei tempi d'attesa è diffuso in tutti sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle prestazioni sanitarie.

In Italia la situazione risulta, nonostante gli sforzi prodotti negli anni più recenti, estremamente disomogenea e caratterizzata da aree di eccellenza accanto ad altre di forte criticità. Si evidenzia, infatti, per alcune prestazioni particolarmente richieste, rese sia a livello ambulatoriale che di ricovero, l'insoddisfacente risposta in termini di tempi di attesa. Tra queste prestazioni ve ne sono alcune ad elevato contenuto tecnologico quali gli esami TAC e RMN e altre come le ecografie, alcune tipologie di visite specialistiche quali le visite cardiologiche o le visite oculistiche, interventi chirurgici per la correzione della cataratta o per protesi d'anca.

Tra le prestazioni terapeutiche, particolare rilevanza hanno quelle di chemioterapia e radioterapia per il potenziale impatto sull'esito clinico determinato dall'attesa.

Natura diversa e peculiare hanno, le attese per i trapianto d'organi e per le prestazioni specialistiche nell'ambito di screening di popolazione (prevenzione secondaria). Tali liste di attesa sono gestite con modelli già studiati e sperimentati in altri documenti normativi ed orientativi, pertanto non verranno trattate nel presente documento.

1.3 I determinanti dell'attesa

Il tempo di attesa dipende da molteplici cause che interagiscono tra di loro, alcune delle quali assumono naturalmente un maggior peso e sono quindi considerate rilevanti nelle diverse strategie con cui il problema viene affrontato.

I determinanti possono essere raggruppati a seconda che siano connessi al paziente, alla prestazione, agli erogatori dei servizi, al sistema sanitario, all'ambiente socio-economico-culturale (contesto).

Determinanti legati al paziente:

Clinici: condizione clinica, gravità, urgenza, disabilità
Socio-economici
Aspetti logistici dell'accessibilità
Comportamentali (percezione, ansia, aspettative soggettive)
Culturali
Preferenze personali (verso la struttura o verso il medico)
Conoscenza del sistema di prestazioni

Determinanti legati alla prestazione:

Grado di innovazione e di diffusione della prestazione e della tecnologia necessaria
Eseguibilità da parte di differenti operatori
Connessione o dipendenza con altre prestazioni

Determinanti legati agli erogatori:

Capacità di erogazione
Efficienza interna
Attrazione della domanda
Metodi di gestione delle liste
Modalità alternative di erogazione
Disponibilità di differenti competenze professionali
Interessi particolari di singoli o di gruppi
Esercizio di controlli

Determinanti legati al sistema sanitario:

Composizione dell'offerta
Tariffe e tetti programmati ai volumi erogabili
Alternative sanitarie o socio-sanitarie disponibili alla prestazione
Ruolo dei medici prescrittori
Disponibilità di sistemi informativi
Sistemi di informazione e di comunicazione
Sistemi centralizzati di prenotazione
Normative specifiche
Gestione dell'informazione

Determinanti legati al contesto:

Struttura della domanda, in particolare con relazione all'età della popolazione
Aspetti sociali: prevenzione, assistenza sociale
Modelli culturali di "consumo sanitario"

1.4 La normativa e le competenze

Il decreto legislativo (D.Lgs) 124/98 ha affidato alle Regioni il compito fondamentale di individuare, secondo i principi e i criteri direttivi ivi indicati, le modalità volte a garantire il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, dettando contestualmente le regole secondo le quali le aziende sanitarie locali e ospedaliere determinano, ciascuna nel proprio interno, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta di effettuazione e la data di erogazione di una determinata prestazione.

Sulla base di queste previsioni legislative, molte Regioni hanno assunto determinazioni vincolanti su tutto il proprio ambito territoriale, in genere differenziando le prestazioni urgenti non differibili, dalle prestazioni urgenti differibili e dalle altre prestazioni programmabili.

Il contestuale impegno delle aziende sanitarie e il loro coordinamento da parte delle Regioni, che sono tenute ad indicare una gamma di possibili interventi da realizzare sia sul versante della più appropriata espressione della domanda che su quello della maggiore e più efficiente erogazione delle prestazioni, risulta inequivocabilmente determinante nell'universale problematica della gestione delle liste d'attesa.

Il ruolo del Ministero, anche attraverso la collaborazione dell'Agenzia sanitaria dei servizi regionali, si sostanzia in un'opera di monitoraggio e sostegno alle attività delle regioni, anche mediante l'inclusione dei progetti regionali tra quelli finanziati come prioritari per il SSN. Inoltre il Ministero ritiene che il proprio compito di indirizzo possa essere efficacemente svolto in un'ottica di cooperazione con le regioni e valorizzando le migliori esperienze realizzate, da diffondere in modo sistematico ed uniforme.

Il Ministero, garantisce anche la comunicazione agli utenti sui diritti previsti dalla normativa e sulle modalità per soddisfarli (sito internet già attivato, altri strumenti di comunicazione).

1.5 Le azioni intraprese dalle Regioni

A seguito del D.Lgs 124/98, tutte le Regioni e gran parte delle aziende sanitarie hanno ottemperato agli adempimenti richiesti, sulla scorta di una diffusa attività di verifica e sostegno svolta da parte del Ministero, allo scopo di assicurare l'applicazione uniforme della legge su tutto il territorio nazionale.

Le misure intraprese dalle regioni possono essere, per grandi linee, così rappresentate:

1. Regioni che hanno agito prevalentemente attraverso un aumento dell'offerta ;
2. Regioni che hanno agito prevalentemente attraverso una razionalizzazione ed un miglioramento dell'appropriatezza della domanda;

3. Regioni che adottano prevalentemente sistemi di gestione clinico-organizzativa, basata sulla differenziazione dei tempi d'attesa per livello di gravità della condizione clinica (priorità cliniche) ;
4. Regioni che hanno adottato gli adempimenti formalmente richiesti dalla legge senza assumere strategie ed impegni precisi.

1.6 Le azioni intraprese dal Ministero della sanità

Nella consapevolezza che l'abbattimento dei tempi di attesa richiede un efficace coordinamento delle iniziative, il Ministero della sanità ha intrapreso diverse azioni:

- monitoraggio delle Regioni ed esercizio del potere sostitutivo (verso la regione Campania) in relazione all'attuazione della normativa;
- pagine del sito Internet del Ministero della sanità, dedicato alle liste d'attesa contenente:
 - normativa nazionale;
 - elenco dei progetti in tema, finanziati alle Regioni;
 - provvedimenti adottati dalle Regioni.
- finanziamenti alle Regioni sui progetti specifici:
 - anno 1998;
 - anni 1999 e 2000 (in corso di completamento);
- costituzione della rete dei referenti regionali per le liste d'attesa;
- incontro nazionale per i referenti regionali sulle liste d'attesa (30 novembre 2000);
- raccolta di schede di progetti regionali sul tema;
- Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa
- gestione dei tempi di attesa (istituita in data 28 dicembre 2000);
- raccolta di dati regionali su tempi d'attesa per prestazioni "traccianti", anno 2000.

1.7 Gli interventi e gli strumenti

Il problema delle liste d'attesa è legato a cause multifattoriali che richiedono l'individuazione di un ventaglio di possibili interventi che, se perseguiti nel loro insieme, possono contribuire ad affrontarlo con successo.

Infatti, le liste d'attesa possono configurarsi come un "problema a difficoltà crescente": la soluzione delle questioni più evidenti e di più semplice approccio può, da sola, non risultare efficace nel medio-lungo termine, per cui diventa necessario provvedere a nuovi interventi, sempre più precisi e puntuali.

Il semplice aumento dell'offerta disponibile, peraltro primo intervento da attuare in caso di carenze, può determinare risultati favorevoli nell'immediato, ma richiede azioni complementari ed integrate, ad esempio di razionalizzazione della domanda, per poter mantenere la propria efficacia nel tempo.

Un ulteriore aspetto dell'integrazione consiste nell'esaminare congiuntamente, seppure con le dovute differenziazioni, il problema delle attese per le prestazioni ambulatoriali rispetto a quelle di ricovero, considerata l'interazione operativa e la connessione organizzativa.

L'integrazione va, infine, intesa come sforzo congiunto e condiviso dei diversi attori istituzionali coinvolti nella gestione del problema, medici, aziende sanitarie, Regioni, Ministero della sanità.

Si ritiene opportuno affrontare la tematica dei tempi di attesa approfondendo gli aspetti ritenuti strategici ed individuando per gli stessi le criticità e gli elementi da sviluppare, con la finalità di razionalizzarne l'approccio metodologico.

La normativa in vigore già rappresenta un valido strumento per la disciplina del tema sulle liste d'attesa; ulteriori indicazioni normative potrebbero fare seguito alla fase di valutazione dei risultati fin qui conseguiti e delle evidenze emerse. E' necessario, in ogni caso, da un lato che tutti i soggetti istituzionali intensifichino il controllo sull'attuazione e sul rispetto di quanto previsto, dall'altro che in sede centrale e regionale siano prodotti strumenti di uniformità operativa e gestionale e di monitoraggio e controllo dei risultati.

Nei capitoli seguenti saranno affrontati il tema dell'interazione "domanda-offerta", della comunicazione e informazione e del monitoraggio.

Il problema dei tempi di attesa è diffuso in tutti i Paesi ed in Italia è percepito con molta intensità. I fattori determinanti sono molteplici ma in questi anni si sono diffuse iniziative, più o meno sviluppate, all'interno del SSN che richiedono, tuttavia, un'azione di intensificazione e di integrazione.

2. IL QUADRO DOMANDA-OFFERTA

Come già accennato nel paragrafo precedente, il problema delle liste e dei tempi di attesa, è dibattuto a tutti i livelli all'interno della sanità pubblica di molti Paesi.

Sull'argomento, soprattutto negli ultimi anni, sono state presentate diverse ipotesi di soluzione (si vedano la bibliografia alle voci: Health Policy and Economic Research Unit, 1998; McDonald et al., 1998). In alcuni casi, sono state presentate esperienze pilota di definizione e applicazione di categorie di priorità per l'accesso alle prestazioni di chirurgia elettiva (Hadorn e Holmes, 1997a; 1997b) o di ricovero in ospedale (Shiraev e McGarry, 1996); un gruppo di esperti dello stato dell'Oregon ha assegnato un livello di priorità a tutte le condizioni cliniche associate a procedure mediche e/o chirurgiche (Health Services Commission, Oregon, 1999). Il dibattito sull'argomento è sicuramente aperto e molto intenso, come è confermato dalle numerose lettere e dagli editoriali pubblicati soprattutto dal British Medical Journal nonché dall'interesse verso l'argomento e relative soluzioni pratiche espresso da parte di clinici (David e Johnson, 1998; 1999; Mitchell e Quinn, 1998; Wraighte et al, 1998).

Un recente lavoro cerca di evidenziare l'importanza di tenere sotto controllo l'uso di criteri "non clinici" nell'accesso alla chirurgia di alto livello, per evitare il peggior trattamento degli utenti che si trovano in situazioni di deprivazione socio-economica (Pell. et al, 2000).

I tentativi di far fronte al problema dei tempi d'attesa mediante un aumento dell'offerta hanno evidenziato la necessità di intervenire anche razionalizzando la domanda, in quanto l'aumento dell'offerta tende ad incrementare la richiesta di prestazioni.

2.1 La razionalizzazione della domanda

Un governo efficiente della domanda si realizza attraverso lo sviluppo di un programma di razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni specialistiche, rendendo preliminarmente ben funzionanti gli strumenti di accesso alla prenotazione delle prestazioni. Contestualmente, dovranno essere poste in essere le strategie necessarie a segmentare la domanda al fine di facilitare l'accesso in tempi brevi agli utenti con priorità clinica.

Garantire l'appropriatezza delle prestazioni

Un elemento importante che risulta necessario per determinare esattamente cosa deve essere fornito all'utente è l'appropriatezza, uno dei principali criteri introdotti dalla riforma per definire i livelli di assistenza. Essa permette, prima di tutto, di individuare, se l'utente ha bisogno di una prestazione, quale sia la prestazione più adeguata ai suoi bisogni. Inoltre, una prestazione può considerarsi

appropriata quando viene erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nel momento più giusto e secondo le più opportune modalità. Qualunque ipotesi di revisione organizzativa sui tempi d'attesa non può prescindere da un'attenta analisi dell'efficacia di quello che viene erogato e della necessità/adequazione in rapporto alla patologia dell'utente o anche al tipo di approccio organizzativo che viene utilizzato. Questo anche in rapporto alla forte evoluzione tecnologica che si sta verificando e che pone continuamente gli operatori di fronte a scelte diagnostiche e terapeutiche rinnovate, con l'esigenza di comprendere quali siano le prestazioni realmente idonee e quale sia il loro migliore livello di utilizzo.

Differenziare le prestazioni per tipologia e criticità

Il D.Lgs 124/98 sottolinea che le prestazioni sulle quali promuovere azioni di contenimento dei tempi di attesa sono quelle di diagnostica strumentale, di laboratorio e tutte quelle svolte in regime ambulatoriale, secondo quanto stabilito dal D.M. del 22/7/1996, e ricomprende anche i Day hospital diagnostici. Per quanto riguarda le prestazioni specialistiche- ambulatoriali si può affermare che, per una corretta valutazione delle liste di attesa, è necessario tener distinti i controlli programmati (visite e prestazioni specialistiche di controllo) successivi alla prima prestazione specialistica, i quali dovrebbero essere di norma inseriti in parti riservate delle agende di prenotazione, con un'organizzazione che l'azienda sanitaria individua e gestisce secondo le proprie necessità. Vanno inoltre tenute distinte le prestazioni svolte in regime di urgenza/emergenza con accesso diretto ai servizi di pronto soccorso e le prestazioni oggetto dei programmi di screening.

Per tali diverse tipologie devono essere assicurate modalità specifiche di accesso e di gestione, congruenti con le necessità cliniche.

Le liste di attesa dovrebbero tenere conto dei principi dell'appropriatezza e dei sistemi di priorità cliniche e non dovrebbero essere basate semplicemente su una "generica" attesa.

2.1.1. Aumentare l'accessibilità alla prenotazione

L'accesso senza prenotazione

L'accesso senza prenotazione deve essere gestito in conformità alla tipologia dei pazienti che accedono a tali prestazioni, in particolare: 1) nel caso di pazienti con domanda di assistenza

¹ Si intendono tutte le prestazioni prescritte in seguito ad una valutazione o un atto, che debbano essere svolte con cadenza definita e programmata (controllo a breve-media distanza in seguito a interventi chirurgici, controlli in stretta correlazione con l'atto diagnostico-terapeutico, accertamenti pre-ricovero chirurgico, etc..)

sanitaria urgente devono essere applicati sistemi immediati di “filtro” con criteri trasparenti contestuali all’accesso; 2) nel caso di pazienti con domanda di assistenza non urgente devono essere applicati sistemi “tagliafila” fondati principalmente sul criterio cronologico (ad esempio: punti prelievo dei laboratori); ciò vale anche per l’accesso ai punti di prenotazione.

L’accesso con prenotazione e la gestione delle liste

Occorre prevedere sistemi che facilitino la comunicazione fra cittadino e struttura, in particolare:

- ❑ sistemi centralizzati di prenotazione per il primo accesso alle strutture (preferibilmente informatizzati);
- ❑ sistemi distribuiti di prenotazione per gli accessi successivi al primo in gran parte prescritti dallo specialista (preferibilmente informatizzati);
- ❑ uso diffuso della prenotazione telefonica o distribuzione capillare sul territorio di punti di prenotazione tramite sportello;
- ❑ sistemi di prenotazione integrati fra medicina del territorio e strutture specialistiche (preferibilmente informatizzati);
- ❑ permettere l’accesso al sistema di prenotazione da altri punti presenti capillarmente nel territorio (ad esempio, i medici di medicina generale e le farmacie).

Per i sistemi di accesso telefonico occorre prevedere:

- ❑ un’ampia fascia oraria di prenotazione (non meno di 7 ore per giorno lavorativo);
- ❑ il potenziamento delle linee e degli operatori di prenotazione (con specifica formazione) nelle fasce orarie di maggior traffico telefonico.

Le liste di prenotazione non possono essere “chiuse”, per permettere una corretta rilevazione della tempistica e per garantire sempre al cittadino un’informazione, qualunque siano i tempi di attesa.

Per particolari situazioni possono essere previste diverse soluzioni organizzative, che verranno scelte sulla base delle opportunità regionali e aziendali. Ad esempio: a) il “preappuntamento”, che consiste nel garantire all’utente l’erogazione della prestazione in un determinato mese e nel fissare con precisione il giorno e/o l’ora esatta della prestazione prenotata tramite un successivo contatto con la struttura; b) l’overbooking, (prenotazione in eccesso) da applicare quando un prevedibile numero di utenti non si presenta all’ambulatorio specialistico nonostante sia stato prenotato, che consiste nell’inserimento nell’agenda giornaliera un maggior numero di prenotazioni rispetto al piano di lavoro giornaliero dell’ambulatorio (l’utilizzo di questo strumento deve però accompagnarsi alla garanzia di flessibilità del sistema, nel caso che si presentino tutti i prenotati);

c) la revisione periodica delle liste d'attesa, che si effettua quando la lista d'attesa è relativamente lunga (oltre 60 giorni) e che consiste nel contattare gli utenti prenotati al fine di valutare se sono ancora in attesa o se hanno optato per altre soluzioni (disdette non comunicate dall'utente).

In ogni caso, va sempre salvaguardata la garanzia della trasparenza dei criteri e delle modalità di immissione del paziente in una lista di attesa.

Le molteplici possibilità di accesso dei cittadini alle strutture sanitarie sono una garanzia per salvaguardare la libera scelta; l'accesso va facilitato con strumenti e metodi che innovano l'organizzazione, semplificano le procedure, assicurano la trasparenza.

2.1.2 Individuare e coinvolgere gli “agenti della domanda”

Al fine di razionalizzare la domanda di prestazioni specialistiche occorre individuare e coinvolgere i principali “agenti della domanda”, che determinano la richiesta di prestazioni sanitarie:

- a) il cittadino;
- b) i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;
- c) i medici specialisti (dipendenti ed accreditati);
- d) in alcuni casi, le stesse istituzioni sanitarie pubbliche (per esempio nel corso di programmi di screening).

2.1.3 Individuare le prestazioni prioritarie

Definiti gli agenti della domanda, è necessario prevedere criteri di individuazione delle prestazioni di maggior importanza sulle quali intervenire, utilizzando metodologie di coinvolgimento partecipativo sia di tali soggetti sia degli altri “attori” interessati dal programma di miglioramento dei tempi di attesa.

Si propongono i seguenti criteri principali per l'individuazione delle prestazioni specialistiche prioritarie a livello regionale:

- 1) tutte le prestazioni le cui liste di prenotazione manifestano tempi di attesa superiori al valore limite fissato dalla Regione o dalla Provincia autonoma (ad esclusione delle liste già sottoposte a prioritizzazione, se definita con criteri espliciti), ad esempio; ecografia, visita oculistica, visita cardiologia;
- 2) tutte le prestazioni che la Regione o la Provincia autonoma ritiene ad alta complessità diagnostico terapeutica, ad esempio, nell'ambito della degenza, angioplastica coronarica, bypass aorto-coronarico; nell'ambito dell'attività ambulatoriale

specialistica: RMN, TAC, scintigrafia miocardica, ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici , elettromiografia;

- 3) tutte le prestazioni che la Regione o la Provincia autonoma ritiene di alto valore socio sanitario, ad esempio: intervento per cataratta, impianto di protesi d'anca per patologia non traumatica non acuta;
- 4) tutte le prestazioni connesse a percorsi diagnostico terapeutici di patologie sulle quali la Regione o la Provincia autonoma ha dichiarato di concentrare una particolare attenzione sulla tempestività di risposta, ad esempio: tumori ad alta incidenza e mortalità, protocolli di chemioterapia, protocolli di radioterapia.

2.1.4 Strumenti metodologici

Si propongono i seguenti strumenti metodologici principali per la razionalizzazione della domanda a livello aziendale e regionale.

Livello aziendale

1. Definire percorsi diagnostico terapeutici (si veda ad esempio: Schriefer, 1994; 1995), e/o raggruppamenti di attesa omogenei (si veda ad esempio: Shiraev and McGarry, 1996; Mariotti et al., 1999a) per le prestazioni individuate con i criteri sopra proposti. A tal fine si propone l'applicazione della metodologia del coinvolgimento partecipativo e progressivo, utilizzando la metodologia del miglioramento continuo e della verifica periodica dei risultati. Allo scopo, andrebbero attivati appositi gruppi di lavoro, secondo i seguenti criteri:
 - ❑ per le prestazioni specialistiche ad utenti non ricoverati, i gruppi di lavoro devono prevedere essenzialmente la presenza di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti clinici e dei servizi, operatori dei servizi addetti alla prenotazione delle prestazioni;
 - ❑ per le prestazioni specialistiche a pazienti ricoverati, si deve prevedere essenzialmente la presenza di medici specialisti che richiedono e di medici specialisti che erogano la prestazione.

Per definire tali percorsi diagnostico terapeutici e/o raggruppamenti di attesa omogenei si deve far ricorso alle seguenti fonti:

- ❑ letteratura relativa a studi di efficacia clinica;
- ❑ letteratura relativa all'appropriatezza d'uso delle risorse;

- ❑ esperienze e testimonianze locali e/o multicentriche di appropriatezza riconosciute valide da persone esperte nel relativo settore;
 - ❑ concordanza di opinioni di persone esperte che operano nel settore.
2. Sottoporre a revisione la domanda di prestazioni effettuata dai medici specialisti, che costituiscono importanti agenti della domanda, utilizzando il loro coinvolgimento partecipativo ai programmi di cui al punto precedente, anche al fine di ridurre la frequenza delle visite di controllo nell'ambito di follow up in pazienti già studiati.
 3. Monitorare la concordanza fra medici prescrittori (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti) e medici specialisti erogatori su tutti i casi, o su un campione significativo, nei quali vengono applicati i percorsi diagnostico terapeutici e/o i raggruppamenti di attesa omogenei. I percorsi diagnostico terapeutici dovranno essere strutturati in modo da garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, e tale rispetto andrà monitorato. Occorrerà effettuare audit periodici sui casi monitorati.
 4. I medici delle direzioni di distretto e delle direzioni mediche di presidio dovrebbero fungere da *supporter e monitor* dell'applicazione di percorsi diagnostico terapeutici e/o raggruppamenti di attesa omogenei e delle attività di monitoraggio ed audit.
 5. Le aziende sanitarie dovranno presentare una sintesi dei risultati dei programmi di razionalizzazione della domanda alla Conferenza dei servizi, per quanto attiene l'accessibilità alla prenotazione e alla prestazione.

Livello regionale

Le Regioni e le Province autonome dovranno individuare prestazioni prioritarie e tempi limite per le prestazioni, secondo quanto indicato nel paragrafo sui criteri di individuazione delle prestazioni prioritarie. Le Regioni e le Province autonome dovranno proporre alle aziende criteri generali e metodologie secondo quanto descritto nel presente paragrafo, in particolare assicurando l'applicazione omogenea del concetto di "priorità". Dovranno inoltre essere previste verifiche esterne delle aziende, al fine di valutare l'applicazione degli strumenti finalizzati alla razionalizzazione della domanda in tema di stato di attuazione, informazione al cittadino, programmi di miglioramento continuo. Per le finalità descritte nel presente documento, le Regioni e le Province autonome potranno autorizzare "pacchetti" predefiniti di prestazioni aggregate (accorpamenti di prestazioni), nell'ambito della stessa branca specialistica e indirizzare percorsi diagnostico terapeutici regolamentati.

Al fine di garantire una maggiore omogeneità di applicazione e la condivisione di esperienze e soluzioni, si suggerisce che le Regioni e le Province autonome si attivino direttamente per la formazione di referenti regionali, provinciali ed aziendali e promuovano successive occasioni di confronto e scambio di esperienze.

Tutti gli attori interessati: la Regione, le aziende, i medici prescrittori, i medici erogatori e i cittadini dovrebbero agire in modo sinergico per dare maggior priorità e meno attesa alle situazioni di maggior bisogno.

2.2 La razionalizzazione dell'offerta

L'incremento della capacità di offerta² per una struttura sanitaria è ritenuta, comunemente, l'azione più immediata e semplice da effettuare per mettere a disposizione dell'utenza un maggior numero di prestazioni e ridurre, nel contempo, il tempo per accedere alle stesse. La semplicità di una manovra di questo genere è relativa, in quanto modificare un'organizzazione finalizzandola alla massimizzazione dei risultati comporta innanzitutto una conoscenza del sistema e delle componenti che lo determinano e la capacità di selezionare quali siano le azioni da mettere in atto che permettono di aumentare l'efficienza produttiva.

Integrare il sistema dell'offerta

Il primo obiettivo è costituito dalla definizione di un sistema integrato di tutte le strutture erogatrici che devono rappresentare per il cittadino la rete globale di riferimento dove poter soddisfare i bisogni espressi. Quindi, anche a livello programmatico, non è opportuno limitare le azioni sui singoli livelli di erogazione delle prestazioni né sulle singole strutture, ma si richiede di affrontare la tematica dell'offerta in maniera congiunta, avendo come ambito di intervento il territorio di riferimento.

La struttura a rete

Nella realtà italiana, l'ospedale gode ancora di una posizione centrale nel sistema dell'offerta sanitaria; tuttavia, un appropriato utilizzo di tale struttura dovrebbe essere finalizzato all'effettuazione di prestazioni di una certa complessità, demandando a livello territoriale tutte quelle prestazioni diagnostiche e terapeutiche che vi possano essere eseguite secondo criteri di efficacia e di sicurezza.

Pertanto la programmazione sanitaria deve tendere ad un modello che individui il territorio come il luogo dove il cittadino trova strutture in grado di risolvere i casi diagnostici, ricorrendo solo per selezionate necessità, a strutture a più elevata complessità. Questo modello comporta la rivalutazione della collocazione delle risorse, valorizzando le strutture territoriali e specializzando sempre di più quelle ospedaliere. L'offerta sanitaria è quindi rivolta sia a pazienti ricoverati, o che devono esserlo, sia a pazienti esterni che possono rivolgersi alla struttura sanitaria per molteplici esigenze: attività d'urgenza, preventiva, di controllo periodico. Solo in alcuni casi essa rappresenta un primo accesso prescritto dal medico di medicina generale, dallo specialista o come accesso diretto, nelle modalità previste dalla normativa vigente.

Criteria per adeguare il sistema dell'offerta

Il processo per incrementare la capacità di offerta comporta un'impostazione metodologica che può essere, in sintesi, sviluppata nei punti seguenti:

1. analisi delle aree critiche, rapportando la propria capacità di offerta istituzionale con le esigenze espresse dai pazienti e individuando le aree di sofferenza sulle quali focalizzare l'attenzione;
2. analisi dei processi che determinano l'output nelle aree individuate nella fase 1, con uno studio dei fattori umani, strutturali, tecnologici e organizzativi che devono essere oggetto di miglioramento;
3. individuazione di azioni di miglioramento per aumentare la capacità di offerta nelle aree selezionate, determinando le risorse da impiegare, i tempi di attuazione e i risultati attesi;
4. determinazione di azioni di monitoraggio periodiche per la valutazione dei risultati intermedi e finali;
5. eventuale modificazione delle azioni realizzate in seguito ai risultati raggiunti e alle modifiche intercorse nel periodo;
6. messa a regime del processo con monitoraggio continuo ed eventuali correzioni relative.

L'individuazione delle criticità nei processi organizzativi assistenziali

L'attenzione a livello aziendale deve essere rivolta, specialmente per quanto riguarda l'attività di ricovero, all'evidenziazione di criticità che condizionano tutta la sequenza del processo assistenziale, la cui risoluzione permetterebbe di facilitare il percorso del paziente e di ridurre la

² L'offerta è un termine molto ampio che indica qualsiasi prestazione resa dalla struttura sanitaria, in qualsiasi punto di erogazione, sia a livello diagnostico che a livello terapeutico.

durata; esempi a tal riguardo sono costituiti dall'utilizzo delle sale operatorie o di tecnologie che costituiscono "colli di bottiglia" per il processo clinico.

Da quanto sopra descritto, si evidenzia che l'aumento della capacità produttiva, finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa, non è una banale azione di incremento del numero delle prestazioni erogate ma è il frutto di un'attenta analisi organizzativa, e richiede l'impegno e una forte collaborazione generale sia a livello aziendale sia a livello interaziendale.

Saranno le Regioni o le Province autonome e le aziende sanitarie che, tenuto conto delle problematiche esistenti e del contesto di riferimento, potranno scegliere le azioni ritenute utili per produrre cambiamenti significativi e promuovere non solo un aumento della capacità produttiva ma anche una razionalizzazione delle risorse impiegate.

In sintesi, tali azioni potranno interessare l'ambito strutturale, quello funzionale e quello organizzativo.

Il tema della razionalizzazione dell'offerta deve essere affrontato tenendo conto dell'insieme delle strutture erogatrici presenti sul territorio, costruendo la rete dei servizi, individuando le criticità e le azioni di miglioramento conseguenti.

2.2.1 Azioni nell'ambito strutturale

Gli aspetti strutturali sono determinanti per mettere nelle condizioni l'azienda di poter migliorare la propria capacità di offerta, anche se le variazioni su tali aspetti risultano più critiche da attuare per le risorse necessarie e per relativi tempi di attuazione. Pertanto, più che incentrare l'attenzione su opere di ristrutturazione impegnative, è opportuno concentrarsi su azioni, anche modeste, ma che permettono di agevolare realmente l'accessibilità dei cittadini alle strutture sanitarie, sia territoriali che ospedaliere. Per quanto riguarda l'effettuazione di prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale si possono accennare alcuni accorgimenti sul tema:

- ❑ una corretta e congrua allocazione e dimensionamento delle aree di attesa, contigue a quelle dove viene svolta l'attività clinica, può permettere, per esempio, di concentrare l'attività di accettazione e di mettere in atto azioni organizzative tese all'aumento dell'efficienza;
- ❑ una strutturazione adeguata dei locali deputati all'attività specialistica, con i relativi spogliatoi, permette di fatto una riduzione dei tempi di permanenza del paziente negli stessi con un miglioramento della qualità, del comfort e dell'umanizzazione per l'utente, oltre che un aumento del numero di prestazioni;

- ❑ la corretta collocazione delle apparecchiature diagnostiche, come si dirà di seguito, in luoghi che consentono un afflusso notevole di persone può comportare di fatto un aumento dell'efficienza nell'utilizzo delle stesse, con un aumento dell'attrattività della struttura, particolarmente in un sistema competitivo come sta diventando quello sanitario.

Una particolare attenzione deve essere posta all'attuazione di interventi strutturali minimi volti a migliorare la situazione logistica, soprattutto per quanto riguarda l'utilizzo delle apparecchiature diagnostiche.

2.2.2 Azioni nell'ambito funzionale

Prestazioni senza necessità di prenotazione

Esistono prestazioni che, per la loro natura e per la semplicità di erogazione, non dovrebbero comportare un tempo di attesa. Ad esempio, per la diagnostica di laboratorio, viste le esperienze già in atto in molte realtà aziendali in merito all'effettuazione del prelievo ematico e/o alla raccolta di materiale biologico, dovrebbe essere garantito l'accesso diretto dei pazienti senza prenotazione e senza attesa. In maniera analoga, anche per l'elettrocardiogramma di base e la radiografia del torace, che non comportano criticità per l'esecuzione, si potrebbe ipotizzare l'azzeramento del tempo di attesa. Tale prassi potrebbe essere intrapresa dalle strutture erogatrici anche per altre prestazioni, nel momento in cui se ne individuasse la possibilità operativa, al fine di facilitare ancora di più l'accessibilità alla struttura sanitaria da parte del cittadino.

I sistemi di prenotazione e gli strumenti informatici

Una razionalizzazione dell'offerta di prestazioni specialistiche, per essere governata, in termini quantitativi di utenti, di prestazioni erogate e in termini di ampiezza territoriale, presuppone fondamentalmente un avanzato sistema unificato di prenotazione, quale strumento di integrazione organizzativa per agevolare la comunicazione (informazioni accurate, tempestive e comprensibili relativamente ai servizi disponibili) e, quindi, il collegamento e la cooperazione tra gli operatori e le strutture pubbliche e private accreditate dell'intero territorio di utenza dell'azienda. I sistemi di prenotazione presenti nelle varie strutture devono consentire di rilevare in via informatizzata la totalità delle prenotazioni, delle prestazioni realmente effettuate e del tempo reale di attesa dalla prenotazione alla effettiva erogazione. L'informatizzazione del processo di prenotazione permette una gestione dell'intero percorso, garantendo anche la trasparenza nei confronti dell'utenza. La mancanza di cooperazione tra strutture pubbliche e private accreditate, la distribuzione

disomogenea di strutture e di attività nel territorio causano inefficienza nell'utilizzo delle risorse umane e strumentali disponibili, difficoltà di accesso ai servizi da parte degli utenti, limitazioni della libertà di scelta per carenza d'informazioni, tutte concause della dilatazione dei tempi di attesa per la fruizione di alcune prestazioni specialistiche e della difficoltà di raccolta dei dati per valutazioni quali-quantitative dei servizi erogati, utili per l'adozione di correttivi volti alla riduzione delle liste d'attesa. Quindi, tramite il potenziamento, perfezionamento e omogeneizzazione dei sistemi unificati di prenotazione esistenti nelle aziende sanitarie, estendendo in maniera capillare a tutte le sedi di erogazione la possibilità di prenotare da ogni punto del territorio dell'azienda la pressoché totalità delle prestazioni, si possono conseguire i seguenti tre obiettivi fondamentali:

- l'universalità di accesso ai servizi sanitari in modo agevole e tempestivo;
- l'eguaglianza nell'accessibilità ad un ampio spettro di servizi uniformemente distribuiti nel territorio;
- la condivisione della responsabilizzazione nell'utilizzo delle risorse disponibili tra tutti gli interessati (utente, richiedente, erogatore).

Il coordinamento tra le unità operative degli ospedali

La causa di inefficienza nel regime di ricovero è il mancato coordinamento delle varie unità operative. Le giornate di degenza sono incrementate sia dai tempi di attesa per l'esecuzione degli accertamenti che dai tempi di refertazione. Un importante fattore che deve essere esaminato è una sempre maggiore informatizzazione in modo che richieste, appuntamenti e referti si trasferiscano dai servizi ai reparti istantaneamente, risparmiando tempo e beni di consumo e utilizzando il personale non per lavori di banale trasporto dei supporti cartacei, ma per attività più congrue.

La refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami

Una particolare attenzione dovrebbe essere posta all'intero processo di produzione di una prestazione, tenendo conto anche della rilevanza dei tempi di refertazione degli esami strumentali specialistici che possono risultare un fattore critico per l'aumento dei tempi di consegna del referto, migliorabile con azioni correttive mirate alla riorganizzazione funzionale. Si ritiene che, per la stesura e la consegna dei referti degli esami strumentali, le strutture sanitarie si possano impegnare nel rispetto di un tempo massimo, ipotizzabile di norma pari a 2 giorni lavorativi, in modo da accelerare l'intero processo. Tale tempo dovrebbe essere rispettato per tutte le prestazioni, fatte salvo quelle per le quali sono necessari tempi più lunghi dovuti a particolare tecniche. Durante

l'attività di ricovero il tempo di refertazione degli esami svolti durante la degenza non dovrebbe superare, di prassi, le 24 ore.

Occorre facilitare sempre di più l'accessibilità alle strutture sanitarie per i cittadini, prevedendo l'accesso diretto senza prenotazione per prestazioni di semplice esecuzione, integrando le attività che costituiscono l'intero processo sanitario, riducendo i tempi di consegna dei referti.

Devono essere disponibili centri di prenotazione unificati per il territorio di riferimento con la disponibilità di tutti gli erogatori con agende di prenotazione informatizzate sempre aperte e con una capacità di offerta flessibile.

2.2.3 Azioni nell'ambito organizzativo

Analizzare e facilitare i processi

Per quanto riguarda l'aspetto organizzativo, molti sono i miglioramenti che una struttura può attuare, analizzando meglio il suo percorso produttivo e le singole fasi del processo, tenendo ben presenti peculiarità e vincoli, promuovendo azioni di miglioramento in aree risultate critiche. Molte volte non si tratta di aumentare le risorse, umane e non, impegnate nella produzione di prestazioni sanitarie ma di facilitare i processi e le connessioni funzionali mediante, ad esempio, l'applicazione di modalità integrate di erogazione per le prestazioni a valenza multidisciplinare con specialisti di strutture e branche diverse.

Indubbiamente la disponibilità di attrezzature e di professionisti rimane un problema che però non può essere considerato l'unico. Infatti, senza agire sull'organizzazione ed aumentando semplicemente le risorse a disposizione si avrebbero dei vantaggi solo parziali, senza una reale ottimizzazione della capacità produttiva. Innanzitutto l'organizzazione deve essere tesa a facilitare l'accessibilità alle strutture sanitarie da parte del cittadino, rendendo disponibili, per esempio, molteplici punti di prenotazione delle prestazioni, interconnessi tra di loro dal punto di vista informatico, come già prima citato, ma soprattutto facenti parte del medesimo disegno organizzativo, in modo da poter essere realmente sussidiari tra di loro.

L'utilizzo delle apparecchiature

Entrando maggiormente nella realtà aziendale non si può non evidenziare la criticità connessa con l'utilizzo non sempre ottimale delle apparecchiature. Tale tematica è particolarmente importante perché investe la gestione sia dei pazienti ricoverati che di quelli esterni. Il problema principale connesso con l'utilizzo di tecnologie, specialmente quelle non particolarmente sofisticate, è sì la

necessità di incremento del numero di ore di attività ma anche la dispersione delle stesse all'interno delle strutture sanitarie. Infatti, una maggior concentrazione di tecnologie in un'area stabilita e concordata tra le varie unità operative interessate potrebbe permettere un utilizzo più razionale delle stesse e una minore dispersione di risorse, evitando una eccessiva disseminazione di apparecchiature la cui gestione, anche dal punto di vista della manutenzione, può diventare critica. Comunque un efficiente utilizzo delle apparecchiature, in particolare di quelle ad alto livello tecnologico, comporta un impegno orario che copra l'intero arco della giornata, sviluppato preferibilmente su tutta la settimana. Chiaramente l'implementazione di tale modalità comporta soluzioni organizzative innovative a livello aziendale, con un utilizzo flessibile delle risorse umane, e con scelte strategiche che permettano di recuperare capacità attrattiva, anche facilitando l'accessibilità dei cittadini alle strutture.

Il ruolo degli ospedali e del territorio

La struttura ospedaliera dovrebbe tendere a trattare la casistica ad alta complessità diagnostica e quella che necessita di ricovero; in tale ottica la struttura ospedaliera dovrebbe privilegiare e interessarsi in maniera prioritaria dei pazienti ricoverati, riducendo al minimo l'attesa per l'esecuzione di prestazioni nei confronti di questi ultimi, al fine di aumentare l'efficienza operativa. Inoltre la struttura ospedaliera, per ridurre la durata della degenza del paziente che necessita di ricovero programmato, potrebbe organizzarsi per effettuare a priori, prima del ricovero, gli esami diagnostici richiesti dal piano di cura, in modo che gli stessi vengano eseguiti dal paziente, in preospedalizzazione, in maniera sequenziale ed in regime ambulatoriale, non dilazionando durante la degenza la programmazione e l'esecuzione degli stessi, garantendo al tempo stesso al paziente la facilità di accesso alle prestazioni ambulatoriali.

In linea di principio, al crescere della complessità/specializzazione della struttura ospedaliera dovrebbe accompagnarsi una maggiore focalizzazione sui pazienti interni rispetto agli esterni, ponendo ad un estremo gli ospedali che costituiscono l'unica struttura sanitaria di aree decentrate (e che quindi devono coprire l'intera domanda di pertinenza) ed all'estremo opposto le strutture di alta specialità in aree metropolitane, che dovrebbero concentrarsi esclusivamente sui pazienti ricoverati. L'organizzazione deve essere flessibile ed adattarsi anche a tipologie di accessi differenziati, secondo la gravità/priorità clinica del paziente, come descritto nel capitolo sulla domanda. L'introduzione di meccanismi per modulare la domanda secondo priorità cliniche non può che obbligare la struttura sanitaria a rivedere la propria capacità di offerta, non solo incrementandola ma adattandola alle esigenze contingenti.

Le risorse umane e la libera professione

Nella riorganizzazione dell'offerta, specialmente in campo diagnostico, un importante ruolo è svolto dalle risorse umane, sanitarie e non, il cui utilizzo deve essere incrementato, all'interno però delle regole definite dai contratti nazionali di categoria che permettono, sotto varie forme, l'esercizio dell'attività libero professionale. Questo è un problema che comporta un approfondimento specifico per la rilevanza della tematica e per la dovuta interpretazione delle norme in materia.

Le questioni critiche meritevoli di approfondimento sono essenzialmente:

- la necessità di garantire il diritto sia dei professionisti ad esercitare la libera professione sia quello dei pazienti ai quali deve essere sempre garantita la possibilità di accesso, indipendentemente dalle proprie disponibilità economiche,
- l'opportunità di utilizzare la stessa per ridurre i tempi di attesa.

Focalizzandosi sul primo aspetto è necessario innanzitutto evitare che l'eccessiva discrepanza tra attività istituzionale e libero professionale possa essere un fattore che induce ancora di più il ricorso a quest'ultima, incrementando, di fatto, i costi globali dell'assistenza sanitaria. E' opportuno che in sede di contrattazione decentrata tra Regioni e Organizzazioni sindacali siano individuate modalità per evitare tali rischi.

In merito al corretto rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale, in coerenza con i principi individuati dal CCNL, in attuazione al comma 3 dell'art.15 quinquies del D.Lgs 229/99, la struttura sanitaria deve provvedere affinché la libera professione intramuraria non comporti globalmente, per ciascun dirigente, un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. Infatti, la normativa introdotta tende, tra le altre finalità, anche alla riduzione delle liste d'attesa, attraverso l'incremento dell'offerta e l'ampliamento della libertà di scelta all'interno delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale. In sede di negoziazione aziendale, ai sensi e per gli scopi di cui all'art. 54 comma 6 del CCNL, dovrebbero essere previsti appositi organismi paritetici di verifica del mantenimento del corretto equilibrio tra attività istituzionale e libero professionale, identificando le sanzioni da adottare in caso di mancato rispetto degli accordi.

L'articolo 5) del D.P.C.M. 27 maggio 2000 "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale" cita i criteri attraverso cui il Direttore Generale dell'azienda formula l'atto aziendale per definire le modalità organizzative dell'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria. Tra questi, al comma 2, lettera f, viene prevista, per lo svolgimento dell'attività libero-professionale, l'attivazione di un apposito sistema di prenotazione e

distinti uffici e personale addetto, per la tenuta delle relative liste di attesa e per le turnazioni del personale relativo. In questo caso, la totale separazione dei due sistemi di prenotazione e di gestione delle attività eviterebbe eventuali interferenze tra i due regimi di erogazione e ridurrebbe la possibilità che un utente venga “orientato” verso la libera professione nel caso in cui l’istituzionale preveda tempi troppo lunghi per accedere ad una prestazione, sia essa di ricovero che di specialistica ambulatoriale. D’altro canto, instaurare due sistemi gemelli per le prenotazioni potrebbe essere giustificato laddove l’azienda eroghi un elevato numero di prestazioni in regime libero-professionale, ma può risultare inopportuno, considerandone gli alti costi di gestione, in situazioni di scarsa erogazione. In questi ultimi casi, una corretta formazione degli operatori addetti alle prenotazioni può ovviare ai rischi di interferenza e al ricorso alla libera professione, non in quanto espressione di una libera scelta del cittadino, ma come mezzo per eludere liste di attesa non sostenibili.

Per quanto riguarda l’apporto che l’attività libero professionale può fornire per la riduzione dei tempi di attesa è opportuno rammentare quanto disposto dall’art 3, commi 12 e 13, del D.Lgs 124/98. L’attuazione di tali norme non può ridursi ad un mero adempimento formale ma deve concretizzarsi nella formulazione di idonei programmi e di efficaci misure, effettivamente capaci di garantire il rispetto della tempestività delle prestazioni. Al fine di incrementare l’offerta e di diminuire ulteriormente i tempi di attesa, le strutture erogatrici dovrebbero prevedere meccanismi di incentivazione del personale, utilizzando forme di remunerazione legate al risultato, nell’ambito della contrattazione decentrata con gli organismi sindacali. In seconda istanza, nel caso in cui si presenti un manifestato e dimostrato esaurimento delle capacità produttive dell’Unità Operativa coinvolta, potrebbe essere prevista una modalità alternativa, cioè una contrattazione diretta tra la struttura e gli operatori coinvolti per lo svolgimento della prestazione, in termini di volumi, di tempi, di modalità di esecuzione e del relativo compenso, concordandone le modalità con le organizzazioni sindacali. L’aumento dell’offerta permesso da tale sistema, ulteriore a quello garantito dall’attività istituzionale, potrebbe permettere all’utente lo svolgimento della prestazione nell’ambito del Servizio sanitario nazionale, con l’unico onere della partecipazione alla spesa, quando dovuta, mentre il personale coinvolto svolgerebbe tali attività ulteriori in regime libero professionale, anche se non scelto direttamente dall’utente. Tale attività può essere assimilata alla fattispecie della libera professione richiesta a pagamento da terzi all’azienda, secondo l’art. 15 quinquies comma 2 lett. d) D.Lgs. 229/99 e in base all’art. 2, comma 5, del D.P.C.M. 27/3/2000 e all’art 55, comma 2, del CCNL vigente. Si considerano pertanto in questa tipologia le prestazioni richieste, ad integrazione delle attività istituzionali, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di

ridurre le liste d'attesa o di acquistare prestazioni aggiuntive soprattutto in presenza di carenze d'organico, in accordo con le équipes interessate, mantenendo il diritto all'utilizzo del ricettario unico per le dovute prescrizioni.

Tenendo conto di quanto sopra esposto, si ritiene possa essere raggiunto un equilibrio tra attività istituzionale e libero professionale, ferma restando l'impossibilità di garantirne una piena concordanza, per la differenza della quantità di prestazioni rese nei due regimi e per la differente richiesta, utilizzando nel contempo l'attività libero professionale come risorsa per ridurre i tempi di attesa. Particolarmente importante è il monitoraggio dell'attività svolta, al fine di garantire l'equilibrio sopra citato e di assicurare al cittadino un quadro di garanzie a tutela del servizio sanitario nazionale.

La libera professione può essere utilizzata a livello aziendale per incrementare la capacità di offerta, senza oneri aggiuntivi per il cittadino; essa deve comunque integrarsi sempre con l'attività istituzionale, tutelando sia i diritti dei professionisti interessati sia quelli dei cittadini, attraverso il rispetto delle regole stabilite per garantire l'equilibrio.

3. LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE

3.1 L'approccio al problema

Negli ultimi anni si è assistito ad un profondo mutamento nella percezione che la collettività ha dei propri diritti nell'ambito dei servizi pubblici. Parallelamente, sono cresciute le aspettative verso il rispetto di tali diritti, aspettative che vengono espresse sia in forma individuale e diretta soprattutto da parte degli utenti più consapevoli sia attraverso i vari movimenti ed associazioni che si propongono di dare voce ai consumatori.

Nel considerare il tema delle liste d'attesa, si deve innanzi tutto ricordare che l'informazione e la comunicazione sono momenti fondamentali e irrinunciabili della più generale strategia che l'azienda adotta per intervenire sul problema, così come per rendere concreto il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini, ovvero la loro possibilità di determinare l'organizzazione e la qualità dei servizi, utilizzandoli nel modo più appropriato ed efficace³. Si tratta, infatti, di un aspetto che attiene non solo alla relazione personale tra il medico ed il proprio paziente, ma anche al rapporto tra la struttura erogatrice di prestazioni e servizi sanitari ed i cittadini che ne fruiscono. Un sistema complesso di interazioni che contribuiscono, in modo decisivo, alla costruzione di quel rapporto di fiducia che, nell'ambito della salute⁴, si pone come assolutamente fondamentale.

Tenuto conto del fatto che l'informazione e la comunicazione hanno la capacità di influenzare in modo radicale l'immagine stessa dell'organizzazione e la percezione della struttura - nonché gli atteggiamenti dell'utente rispetto alla fruizione della prestazione - è opportuno, ad esempio, che il cittadino sia informato sulla trasparenza e la pubblicità delle liste stesse e sui criteri di priorità utilizzati per formarle. E' inoltre consigliabile che sia consapevole della complessità del problema e degli sforzi che vengono messi in atto per risolverlo - nonché delle difficoltà, anche organizzative, che i servizi affrontano -.Ciò senza dimenticare che il valore strategico dell'informazione cresce là dove si consideri come target non solo l'insieme dei pazienti affetti da un bisogno di salute/assistenza particolarmente significativo (ad esempio, un esame di alta diagnostica), ma l'intera cittadinanza: la delicata situazione psico-fisica in cui si trova il malato diminuisce, infatti, la

3.La necessità di una informazione adeguata ed esaustiva diviene particolarmente evidente quando si rende necessario agire su determinanti ed abitudini culturali che producono una richiesta o un'uso improprio dei servizi. In quest'ambito si collocano gli interventi di educazione sanitaria intesa come comunicazione correlata con il generale livello di conoscenza e di percezione soggettiva dello stato di salute/malattia che si proponga, nel medio periodo, di rendere la popolazione più attenta e consapevole dal punto di vista sanitario, aumentandone nel contempo la capacità di scelta.

4.A riprova di ciò basterebbe ricordare che scelta condivisa e risultati clinici sono correlati in modo positivo come hanno dimostrato diversi studi sugli effetti positivi che ha l'informazione sul modo di affrontare la terapia e sui suoi risultati ovvero il fatto che una efficace comunicazione e responsabilizzazione del paziente è in grado di aumentare la compliance, cioè la collaborazione del paziente al processo terapeutico.

sua capacità critica e la disponibilità ad accettare difficoltà oggettive di gestione che, per lui, si traducono in un perpetuarsi della sofferenza⁵.

L'importanza dell'informazione e della comunicazione al cittadino e la necessità di prestarvi un'adeguata attenzione è contenuta già nel D.P.C.M. del 19.5.95 "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari". Obiettivi analoghi sono stati recepiti dal D.lgs 124/98 quando, all'art. 3, comma 10, relativamente al tempo massimo intercorrente tra la richiesta e l'erogazione delle prestazioni, afferma che "di tale termine è data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione, nonché idonea pubblicità a cura delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere". Occorre, dunque, chiarire quali siano gli strumenti, e quali le loro modalità di utilizzo, che consentono sia di corrispondere alle esigenze dei cittadini sia di realizzare l'idonea pubblicità che le norme prevedono così da conseguire i fini istituzionali e gli obiettivi organizzativi. Ciò va fatto tenendo conto che, molto spesso, l'informazione, pur presente nel settore sanitario, è frammentata e dispersa e che il problema, quindi, non risiede tanto nella produzione di maggiori informazioni o nell'affannosa ricerca di nuovi mezzi per la loro diffusione⁶, quanto piuttosto nel rendere la comunicazione tra Azienda Sanitaria e cittadini chiara, semplice, efficace e di facile accesso.

Per raggiungere gli obiettivi sopraindicati è necessario, innanzitutto, che Regioni e Aziende attuino interventi specifici nell'ambito dei rispettivi ruoli istituzionali. Le Regioni hanno il compito di mettere in atto azioni di sostegno e programmi di monitoraggio e di valutazione delle attività informative aziendali. Le Aziende Sanitarie devono predisporre programmi mirati a: rendere più trasparenti gli aspetti ed i fattori che determinano il problema dell'attesa, garantire l'accessibilità e le informazioni relative alle procedure ed ai percorsi, assicurare il rispetto dei principi di trasparenza ed equità nella gestione delle liste, migliorare l'accessibilità, la completezza e la chiarezza dell'informazione, e agevolare i cittadini nell'effettuare scelte libere e consapevoli tra strutture, servizi e professionisti.

La sfida della comunicazione e dell'informazione si gioca, da parte delle Aziende Sanitarie, sulla trasparenza dei processi e sulla capacità di offrire una garanzia ed un impegno nei confronti degli

5. Nel caso particolare dei ricoveri programmati, poi, il fatto di dover essere disponibili in modo indefinito può comportare per il soggetto una diminuzione della sua produttività e progettualità con evidenti risvolti di impatto sociale ed economico.

6. Tra l'altro, l'impiego delle nuove tecnologie - Internet, in modo particolare - può aumentare considerevolmente l'efficienza della raccolta di informazioni da parte delle Aziende Sanitarie e può certamente migliorare l'accesso alle informazioni da parte dei cittadini anche se è evidente che, prima di arrivare ad un accesso generalizzato, sono necessari cambiamenti culturali ed investimenti infrastrutturali idonei che evitino il permanere di una dicotomia fra coloro che sono in grado di utilizzare i nuovi strumenti d'informazione e coloro che non lo sono.

utenti. Chi si occupa di salute ha la responsabilità di comunicare, informare e garantire: se viene meno a questo compito, tutti gli sforzi e gli investimenti di risorse rischiano di perdere l'efficacia e l'efficienza che potrebbero avere.

3.2 Indicazioni metodologiche

Come si evince anche solo da queste brevi note il problema dell'informazione e della comunicazione è complesso e variegato e si presta a diversi, possibili approcci. Non rientra certo tra gli obiettivi del presente documento dar conto esaustivamente di tale diversità o delle relative modalità quanto piuttosto offrire alcune indicazioni metodologiche di base – in termini di esigenze informative e di modalità attraverso le quali condurre il processo comunicativo - utili ad affrontare e gestire il problema delle liste di attesa in quanto situazione peculiare, rispetto alla quale il documento nel suo insieme suggerisce alcuni interventi particolari.

3.2.1 Le esigenze informative in tema di liste di attesa

In termini di contenuti informativi gli elementi che, in modo particolare, appare fondamentale trasmettere ai cittadini-utenti riguardano:

Il sistema complessivo dell'offerta e la sua accessibilità

Rientrano in questo aspetto tutte le informazioni relative a luoghi, tempi, modalità di accesso e di utilizzo, tipologie e costi dei servizi e delle prestazioni. Poiché il già ricordato D.P.C.M. del 19.5.95 afferma l'esigenza di fornire, attraverso la Carta dei servizi, informazioni adeguate e tempestive, ciò che qui va evidenziato è la necessità di offrire ai cittadini, singoli ed associati ed in modo costante e completo, una informazione generale delle diverse opzioni che l'intero sistema offre, nonché delle azioni di miglioramento della qualità che, ad ogni livello, vengono intraprese. Interventi sull'appropriatezza della domanda, ad esempio, debbono essere accompagnati da una idonea informazione sia - nei dovuti termini ed anche in un'ottica di educazione sanitaria - rispetto ai fondamenti clinici sui quali si basano, sia sulle modalità organizzative con le quali sono condotti e/o che da essi hanno origine. Analogamente è necessario informare e chiarire i fattori (come la scarsità di risorse o il tempo necessario ad ottenere i risultati attesi) che sollecitano ovvero impongono l'adozione di tali misure, piuttosto che il semplice aumento dell'offerta.

Vanno evidenziati gli interventi sull'accessibilità delle prestazioni, informando chiaramente sulla possibilità di ottenerle senza impegnativa e sulle modalità di prenotazione a mezzo telefono o fax.

Le modifiche normative ed organizzative

Altrettanto importante è evidenziare la necessità di un tempestivo ed adeguato aggiornamento dei cittadini rispetto alle modifiche che intervengono nell'organizzazione sanitaria, dal punto di vista normativo, strutturale e funzionale. I rapidi cambiamenti, pur necessari, provocano spesso, oltre allo sconcerto, consistenti problemi di accesso, soprattutto nelle fasce più deboli della popolazione: tali difficoltà non possono essere lasciate del tutto ingovernate, ma richiedono interventi mirati, atti ad informare ed a chiarire ai cittadini ed agli utenti le ragioni e gli scopi dei processi in corso, anche per evitare l'insorgere di resistenze ai cambiamenti che, in non pochi casi, appaiono motivate soprattutto da carenze informative. Il ri-dimensionamento e/o la ri-allocazione delle aree di attività, ad esempio, pur avendo alla base obiettivi di miglioramento dell'efficienza, possono facilmente essere vissuti dai cittadini-utenti come una "riduzione" o una "disorganizzazione", quando non siano accompagnati da una chiara e puntuale informazione che spiega ciò che sta avvenendo e guida l'utente lungo i nuovi percorsi.

Le caratteristiche dei differenti regimi di erogazione delle prestazioni

Uno dei punti cruciali, in tema di liste di attesa, è la disparità di trattamento risultante dalla diversa attesa che si realizza accedendo al regime istituzionale piuttosto che a quello libero-professionale. In assenza di una adeguata informazione, tale disparità può risultare particolarmente odiosa ed essere all'origine di numerose proteste. Vanno in particolare assunte iniziative di comunicazione in ordine a: le caratteristiche di tale doppio regime, portando a conoscenza del cittadino-utente, in modo comprensibile, sia le norme generali sia i criteri di applicazione adottati in ciascuna situazione; le modalità di utilizzo dell'attività libero-professionale e gli interventi di controllo e monitoraggio che le aziende hanno assunto in ordine al rispetto della normativa; le iniziative che sono state adottate per rendere i due regimi equi, equilibrati e proporzionati in relazione ai livelli essenziali di assistenza.

Il diritto alle misure di tutela e garanzia

Vanno diffuse ai cittadini, in modo chiaro ed efficace, tutte le informazioni relative ai programmi e alle misure adottati in sede regionale e aziendale per garantire il diritto del cittadino ad ottenere prestazioni tempestive, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 3, comma 13 del d.lgs. 124/98.

Le regole adottate per il rispetto della trasparenza

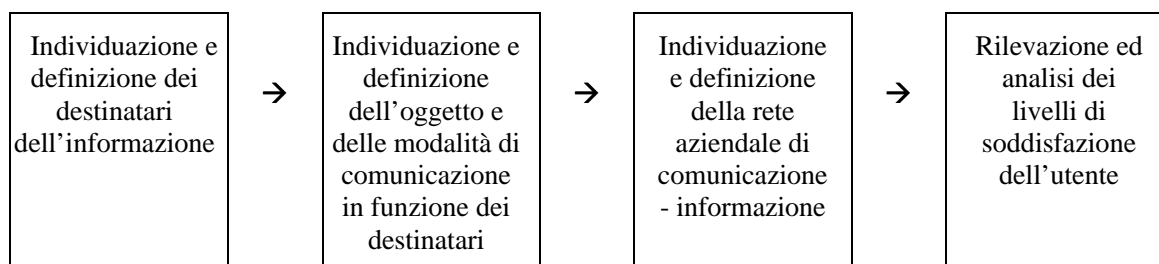
Poiché non è infrequente che i cittadini non siano a conoscenza delle misure adottate dalle aziende ai sensi della legge n. 724 del 23.12.1994, art. 3, comma 8, per garantire la trasparenza nella gestione delle liste d'attesa e per consentire l'accesso degli utenti interessati ai dati sulle prenotazioni, è necessario che queste informazioni siano rese disponibili in ciascuna sede dove vengono gestiti dei registri di prenotazione, con l'indicazione chiara delle modalità e delle procedure adottate per garantire tale accesso e per assicurare nel contempo il rispetto della riservatezza sui nominativi delle altre persone iscritte nella lista.

L'attenzione verso i bisogni individuali dell'utente

Nell'ottica complessiva sopraindicata, va segnalata l'importanza dell'assunzione di iniziative che concretizzino l'attenzione del sistema verso i bisogni individuali dell'utente, soprattutto quando il suo stato clinico lo richiede maggiormente. Tra gli altri appare quanto mai necessario che, quando l'attesa si prolunga, nel periodo intercorrente tra la prenotazione e l'erogazione delle prestazioni⁷ venga messa a disposizione dei cittadini la possibilità di comunicare con la struttura sanitaria; ciò può essere ottenuto individuando una o più strutture in grado di attuare azioni di intervento/sostegno e fornendo le necessarie indicazioni all'utente all'atto della prenotazione. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per il suo specifico ruolo di interfaccia tra cittadini, direzioni sanitarie e servizi, può essere considerato una struttura particolarmente idonea alla gestione di tali problematiche.

3.2.2. Le modalità della comunicazione

Per ciò che concerne il tema in questione, tra le diverse modalità attraverso le quali è possibile impostare l'attività di comunicazione, può risultare utile segnalare un possibile percorso metodologico idoneo ad individuare ed a definire le relazioni tra i soggetti destinatari dell'informazione, i contenuti informativi e le conseguenti modalità di comunicazione. Tale processo dovrebbe comprendere almeno le fasi indicate nello schema seguente:



7. Si tratta, infatti, di una fase per l'utente particolarmente critica sia in sé e per sé che a causa del possibile insorgere di problematiche connesse a variazioni dello stato clinico o all'emergere di altre specifiche emergenze.

Individuare e definire i destinatari dell'informazione

Sono destinatari dell'informazione: i cittadini in genere, gli utenti, le associazioni di utenti, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, gli operatori sanitari e le farmacie.

Per il cittadino-utente devono essere individuati e definiti i diversi momenti del percorso nell'interno del Servizio sanitario nazionale, particolarmente quelli nei quali l'Azienda Sanitaria dovrà mettere in atto sistemi di comunicazione-informazione (vedi anche il successivo schema sull'albero della qualità).

Individuare e definire l'oggetto e le modalità di realizzazione della comunicazione - informazione

In questa fase vanno raccolti ed analizzati i bisogni informativi dei diversi destinatari, al fine di capire quali sono le carenze di informazione che provocano i maggiori disagi. La tabella che segue mostra come, in funzione della diversa tipologia di destinatario, cambia il fabbisogno informativo e la modalità di realizzazione dell'informazione.

<i>DESTINATARI</i>	<i>MODALITA' DI COMUNICAZIONE</i>	<i>TIPO DI INFORMAZIONI</i>
Cittadini	Carta dei Servizi – Siti web	Modalità di erogazione delle prestazioni
Medici di medicina generale	Carta dei Servizi, Siti web, Guide Informative, Opuscoli, Manifesti	Modalità di erogazione delle prestazioni, elenco punti di erogazione, modalità di accesso, tempi di attesa, procedure per il reclamo
Utenti	Carta dei Servizi, Siti web, Postazioni interattive, Guide Informative, Opuscoli, Manifesti	Modalità di erogazione delle prestazioni, elenco punti di erogazione, modalità di accesso, tempi di attesa, procedure per il reclamo
Associazioni di Utenti	Carta dei Servizi, Guide, Conferenze dei Servizi	Informazioni mirate in funzione del tipo di associazione
Operatori Sanitari	Comunicazione interna (newsletter, conferenze, ecc.), Intranet	Impegni e standard dell'Azienda, programmi dell'Azienda, punti di forza e di debolezza dell'Azienda

Tra le diverse modalità di comunicazione riportate nella tabella, la Carta dei Servizi Sanitari rappresenta senz'altro lo strumento più adatto a contenere gli elementi informativi fondamentali. In quest'ambito, inoltre, sono sicuramente da sostenere tutte quelle iniziative aziendali orientate alla realizzazione e valorizzazione di Carte dei Servizi monotematiche, che siano indirizzate ad

esplicitare, in modo particolare, l'informazione sull'offerta e sui fattori che determinano l'attesa; la garanzia ed il rispetto dei principi di trasparenza ed equità nella gestione delle liste; gli impegni, gli standard ed i programmi di miglioramento dei servizi finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa; la verifica ed i meccanismi di tutela.

Individuare e definire la rete aziendale per la comunicazione-informazione

L'URP aziendale ed i diversi "punti informazione" dell'azienda rappresentano la rete che assicura e garantisce la funzione stessa dell'informazione. E' comunque evidente che l'organizzazione delle informazioni non può esaurirsi centralmente nel solo URP ma è necessario sviluppare una rete di "sensori" o referenti, presenti presso ogni Servizio o Unità operativa. I referenti debbono essere professionalmente formati e preparati e responsabilizzati rispetto alla necessità di continuo aggiornamento delle informazioni.

Rilevare ed analizzare i livelli di soddisfazione

L'Azienda individua il modo e gli strumenti più opportuni per la rilevazione del livello di soddisfazione dell'utenza. La scelta è sicuramente legata ad una molteplicità di fattori ma va ricordato che, in ogni caso, due strumenti tipici per l'ascolto e la verifica della soddisfazione e dei livelli di conoscenza da parte dei cittadini sono l'analisi dei reclami ed i questionari per la rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti.

A seconda dei diversi momenti del percorso che l'utente compie nel Servizio sanitario nazionale l'informazione acquista un particolare connotato, anche in funzione degli aspetti soggettivi che il vissuto di queste diverse fasi provoca. Perché la comunicazione sia efficace è necessario individuare questi diversi momenti e realizzare sistemi di informazione-comunicazione adeguati. Per far ciò si deve partire dall'esperienza stessa dell'utente e analizzare tutto il suo percorso, da quando entra in contatto con gli erogatori del servizio sanitario a quando, soddisfatto o insoddisfatto, ne esce.

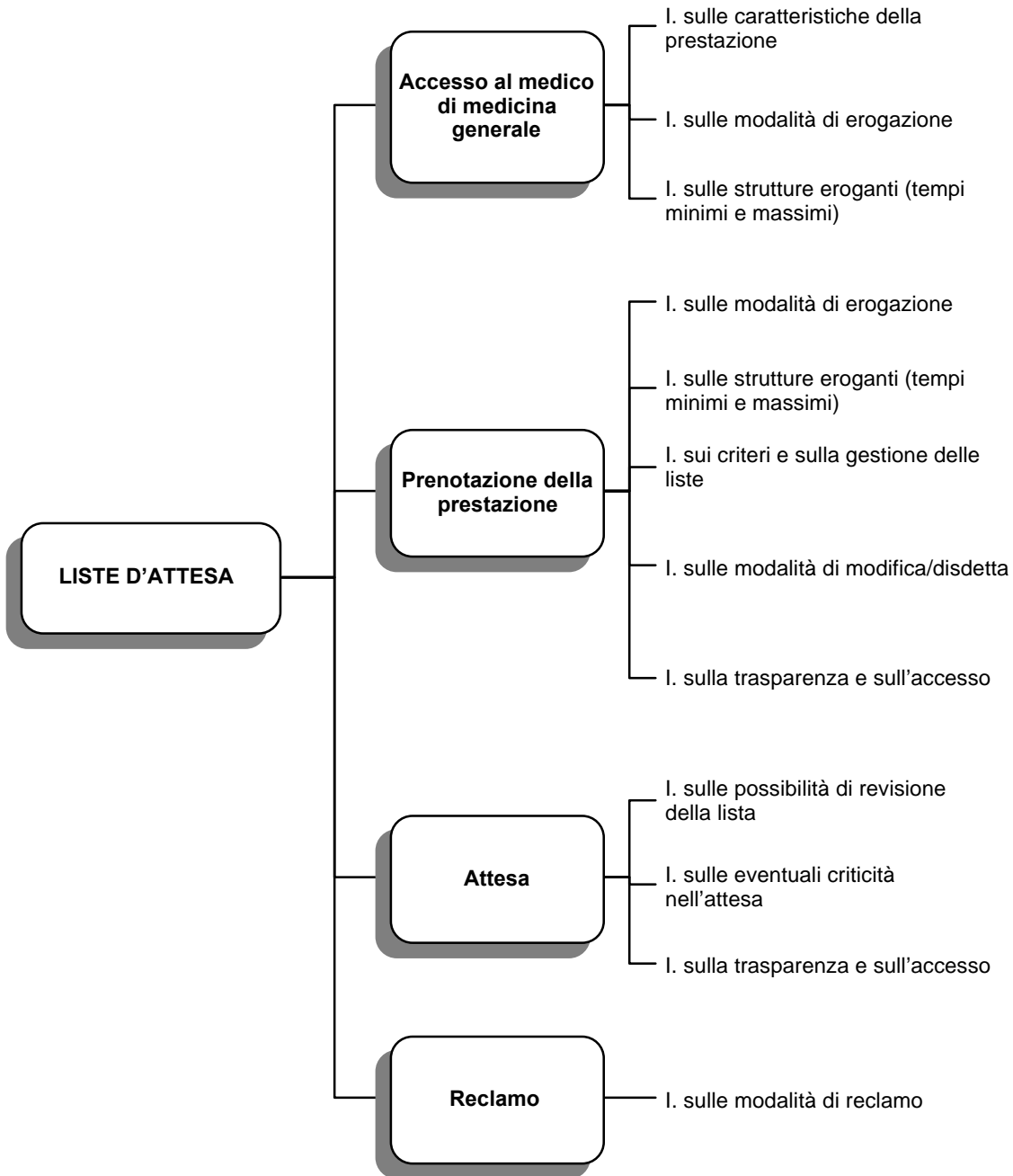
Un metodo, già proposto nel D.P.C.M. del 19.5.95, è quello dell'"albero della qualità" secondo il quale, per ogni fase dell'esperienza dell'utente, vengono evidenziati i punti di maggior criticità e, quindi, le più importanti esigenze di comunicazione da porre in atto. Nella tabella che segue, realizzata utilizzando tale metodologia, sono riportati sia i momenti dell'esperienza del cittadino-utente nel momento in cui entra in contatto il servizio sanitario, sia le dimensioni generali dei principali aspetti di qualità delle liste di attesa.

<i>MOMENTI DELL'ESPERIENZA</i>	<i>DIMENSIONI DELLA QUALITÀ DELL'INFORMAZIONE</i>				
	<i>Completezza e chiarezza nell'informa- zione</i>	<i>Equità nei criteri di gestione</i>	<i>Tempestività negli interventi</i>	<i>Certezza dei tempi</i>	<i>Trasparenza negli atti</i>
<i>Accesso al medico di medicina gen.le</i>					
<i>Prenotazione</i>					
<i>Attesa prestazione</i>					
<i>Reclamo</i>					

Dall'incrocio tra i momenti dell'esperienza del cittadino-utente con le dimensioni della qualità dell'informazione sulle liste d'attesa è possibile individuare i possibili punti di criticità eventualmente presenti lungo il percorso, mentre la successiva strutturazione nel modello ad albero permette di definire nel dettaglio le opportune iniziative di tipo migliorativo da intraprendere. Attraverso questa rappresentazione – o altra analoga che si voglia costruire rispetto a situazioni particolari – vengono evidenziati i diversi momenti in cui si rende necessario realizzare un processo di comunicazione-ascolto tra l'Azienda e cittadino, al fine di: instaurare rapporti umani, solidi e di comprensione; ridurre l'eccessiva attenzione rivolta agli aspetti formali, procedurali e di controllo; porre maggiore attenzione alla qualità dei servizi offerti ed alla soddisfazione degli utenti; migliorare la qualità delle informazioni offerte; migliorare l'accesso alle informazioni da parte del cittadino rendendo la comunicazione semplice, chiara e facilmente fruibile; aumentare la cultura della trasparenza con l'obiettivo non solo di ottemperare alle previsioni della legge, ma principalmente di far circolare al massimo le notizie, le norme, gli impegni ed i programmi che l'Azienda persegue in questo specifico settore.

ALBERO DEL LA QUALITÀ

Fattori della Qualità dell'Informazione sulle liste d'attesa



3.3 Linee per la verifica degli interventi

Seppure ricca di esperienze innovative, l'attività di comunicazione nel Servizio sanitario nazionale è tuttavia recente e non ha ancora quella collocazione organizzativa e quella strutturazione funzionale che pure un'organizzazione complessa com'è quella sanitaria impone e che recenti normative – ad esempio, la legge 7 giugno 2000, n. 150 - richiedono per la pubblica amministrazione. Tale situazione fa sì che spesso alla relazione tra informazione/comunicazione e miglioramento della qualità non venga data quell'attenzione che invece, per la particolare caratterizzazione che, come si è visto sopra, informazione e comunicazione hanno nel campo della salute, sarebbe necessaria. In altri termini, nell'ambito particolare delle liste di attesa che qui interessa, informazione e comunicazione vanno considerate nel quadro di un processo continuo che connette le azioni comunicative e quelle di miglioramento della qualità, “misurando” le une e le altre in modo correlato.

E' per tale ragione che, mentre si suggerisce di utilizzare alcuni strumenti di verifica come quelli sottoindicati, si segnala l'opportunità di una contestualizzazione e di un approfondimento di tali modalità in relazione alle specificità delle diverse situazioni.

L'analisi dei reclami, innanzitutto, in quanto espressione di una reazione dell'utente che manifesta, con una certa immediatezza, sia carenze informative di carattere generale che particolari criticità rispetto alle quali si pone la necessità di un intervento mirato. In questo senso sarà opportuno che, all'interno delle classificazioni che già le aziende si sono date - e seppure nei limiti di una prospettiva più qualitativa che quantitativa - vengano individuate voci idonee a dar conto dei singoli aspetti come, ad esempio, delle differenze nell'attesa (presso il medico di medicina generale, presso lo sportello prenotazione, presso l'ambulatorio o lo studio, per il ritiro del referto, ecc.) ovvero del livello di informazione rispetto all'offerta complessiva o delle modalità relazionali con le quali sono stati proposti eventuali accessi differenziati.

In termini più generali, gli interventi di valutazione della customer satisfaction dovrebbero consentire, da un lato, di disporre di un riscontro di tipo quantitativo e, dall'altro, offrire un versante di più ampia analisi alle indicazioni che emergono dalle segnalazioni e dai reclami. Anche in questo caso sarà, evidentemente, necessario esaminare e precisare le categorie di indagine in termini idonei a rilevare gli aspetti comunicativo-informativi così come verificare le possibilità di comparazione tra gli elementi conoscitivi che emergono dai reclami e gli elementi conoscitivi che si ritiene di dover indagare attraverso le indagini di soddisfazione. Pare inoltre opportuno richiamare

l'attenzione sull'utilità di effettuare anche indagini sull'opinione dei cittadini (ovvero su un interlocutore più vasto che non il solo utente) così da disporre, oltre che di un quadro di riferimento per le indagini di soddisfazione, anche di dati più ampi che possono meglio indirizzare e monitorare le strategie di comunicazione.

Uno strumento sintetico, per altro già sperimentato nel campo della qualità percepita (cfr. D.lgs. 502/92, art.14) è quello degli indicatori. Seppure, proprio per la sua apparente semplicità di costruzione, si tratti di uno strumento che richiede un minimo di analisi preliminare - almeno ove si vogliano ottenere dati significativi e attendibili - quella degli indicatori è una modalità di valutazione che, nel campo delle liste d'attesa, offre notevoli vantaggi. Nella prospettiva che qui interessa ed a titolo meramente esemplificativo di un possibile filone di approfondimento (e non certo in quanto ambito esaustivo) potrebbero essere considerati rapporti tra quote di utenti che dichiarano di essere stati informati o non informati relativamente a taluni aspetti (ad esempio, determinate caratteristiche dei due regimi di erogazione delle prestazioni) ed il totale dei destinatari di specifiche azioni informative.

Un' ulteriore modalità che, per le caratteristiche del problema delle liste d'attesa, si presta in modo efficace ad un monitoraggio dell'evoluzione del fenomeno così come l'efficacia degli interventi di miglioramento della qualità è attuabile attraverso le associazioni di tutela, quelle del volontariato, le associazioni per patologia, i sindacati dei pensionati e simili. I cittadini associati in tali formazioni possono, più direttamente, acquisire informazioni, individuare e riconoscere meccanismi disfunzionali, raccogliere elementi informativi altrimenti non sempre e non facilmente disponibili. E' chiaro che la flessibilità e la tempestività dell'azione di questi organismi può rappresentare per le aziende una risorsa preziosa nel necessario spirito di collaborazione e con le opportune indicazioni.

L'informazione e la comunicazione rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'azienda negli interventi sulle liste d'attesa ed ai fini del miglioramento della qualità del servizio.

4. IL MONITORAGGIO

4.1 Importanza del monitoraggio costante a livello nazionale, regionale e aziendale

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.

Al momento, la rilevazione dei dati riguardanti le liste d'attesa è condotta dalle singole regioni (e, a volte, nell'ambito di una stessa regione, dalle singole ASL) in modo difforme, in quanto a prestazioni monitorate, misure statistiche utilizzate, applicazione ai diversi erogatori.

Tale difformità genera la scarsa comparabilità delle informazioni ottenute e la difficoltà ad esprimere valutazioni e ad assumere decisioni.

Data questa elevata variabilità tra i diversi contesti regionali e all'interno di questi si ravvisa l'opportunità di scegliere pochi elementi e strumenti di valutazione, adottabili per stadi successivi di realizzazione, ritenuti comunque informativi ed affidabili, privilegiando la loro diffusa possibilità di applicazione, anche indipendentemente dall'utilizzo di sistemi informatici.

Nella prospettiva dell'applicazione del nuovo sistema informativo sanitario, è auspicabile che le regioni si attivino fin da ora per individuare un flusso informativo dedicato alla registrazione dell'attività ambulatoriale, in modo da ottenere informazioni puntuali su ogni singola prestazione di specialistica ambulatoriale erogata. Tale sistema informativo permetterebbe di disporre anche di informazioni strutturate ed affidabili relative alle liste ed ai tempi di attesa.

4.2 Scopi dei tre livelli istituzionali e rispettive caratteristiche del monitoraggio

E' necessario avere ben chiara la diversità degli obiettivi dei livelli istituzionali coinvolti nella gestione e nel monitoraggio delle liste d'attesa, al fine di evidenziare le specifiche necessità conoscitive individuando tuttavia un minimo comune denominatore informativo, che consenta confronti e sintesi dei dati. I tre livelli istituzionali (aziende, regioni, Ministero) necessitano, in altri termini, di informazioni differenziate per quantità, qualità, periodicità, in relazione ai propri obiettivi prevalenti.

Si ritiene che il livello aziendale, che ha come prevalente necessità il controllo gestionale e la programmazione delle attività allo scopo di indirizzare efficientemente e tempestivamente le

proprie risorse verso le priorità assistenziali, possa effettuare la rilevazione ed il monitoraggio su tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero elettivo, o su un ampio spettro di esse, erogate nelle proprie strutture, con cadenze frequenti (mensilmente).

Le regioni, garanti del rispetto dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, potrebbero utilmente procedere ad un monitoraggio di prestazioni selezionate, dette traccianti⁸, erogate presso le proprie aziende, con una periodicità definita (ad esempio, trimestralmente), comparandone le caratteristiche tra le diverse realtà territoriali.

A livello regionale, le modalità di monitoraggio e l'utilizzo dei relativi indicatori è condizionato essenzialmente dai seguenti fattori:

- tipologia dell'impostazione normativa che la regione ha dato in ottemperanza al D.Lgs. 124/98
- finalità che intende perseguire la regione
- organizzazione delle strutture sanitarie
- esistenza ed evoluzione di flussi informativi
- esistenza ed evoluzione di centri di prenotazione sul territorio
- capacità di elaborazione centrale dei dati ai fini programmatori

Il Ministero della sanità, a garanzia del rispetto sul territorio nazionale dell'equità tra le regioni nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, procederà, eventualmente in collaborazione con l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, ad un monitoraggio semestrale/annuale dei dati regionali.

4.3 Modalità di rilevazione

La rilevazione può avvenire in due forme:

- ex ante, che consiste nella rilevazione (prospettiva) 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.

⁸ Si intendono per traccianti alcune prestazioni considerate, anche a livello internazionale, di particolare interesse relativamente a criticità dei tempi d'attesa rilevati, alla significatività clinica e all'impatto sociale legato all'attesa e che informano circa il complessivo stato organizzativo-gestionale della struttura erogante.

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

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.

4.4 Oggetto della rilevazione

Risulta opportuno selezionare le prestazioni traccianti da monitorare fino al livello nazionale, tra quelle di seguito elencate, rispettivamente per l'ambito di specialistica ambulatoriale e per quello di ricovero ospedaliero, fermo restando che le regioni e le aziende, nell'ambito della propria autonomia e specificità territoriale, possono identificare ulteriori prestazioni di proprio interesse.

Prestazioni ambulatoriali	Prestazioni di ricovero
Mammografia bilaterale (codice 87.37.1)	Colecistectomia (codice 5122)
Ecografia addome superiore (codice 88.74.1)	Colecistectomia laparoscopica (codice 5123)
Ecodoppler cardiografia (codice 88.72.3)	Cataratta (DRG 39) in ricovero ordinario
Eco(color)doppler arti superiori o inferiori o distrettuale, arterioso o venoso (codice 88.77.2)	Cataratta (DRG 39) in ricovero di day hospital
TC del capo, senza e con contrasto (codice 87.03.1)	Artroscopia (codice 80.2) in regime ordinario
RM della colonna, senza e con contrasto (codice 88.93.1)	Artroscopia (codice 80.2) in day hospital
Esofagogastroduodenoscopia (codice 45.13)	Artroprotesi d'anca (codici 8151, 8152, 8153)
Elettromiografia semplice (codice 93.08.1)	By pass aortocoronarico (DRG 106 e 107)
Visita oculistica (codice 95.02)	
Visita ginecologica (codice 89.26)	
Visita generale (codice 89.7) nella branca di cardiologia	

Si ritiene opportuno che vengano escluse dal monitoraggio, le visite successive alla prima (controlli), le prestazioni 'urgenti' e 'urgenti differibili' (che vanno garantite in tempi definiti dalle

necessità del paziente e non in base alla disponibilità delle liste), le prestazioni erogate nell'ambito di programmi di screening regionali e/o aziendali e quelle inserite in protocolli diagnostico-terapeutici già definiti. L'inclusione di tali prestazioni comporterebbe, infatti, una distorsione nei dati rilevati. Queste specifiche prestazioni, andranno comunque monitorate separatamente.

Si segnala l'utilità di rappresentare il fenomeno utilizzando il conteggio delle prestazioni unitamente al numero di pazienti richiedenti le stesse: infatti uno stesso paziente può richiedere una prestazione composita (sostanzialmente unica dal punto di vista assistenziale) che, per motivi amministrativo-contabili, viene prenotata come una pluralità di prestazioni (es. RX colonna in toto).

E' pertanto necessario individuare le modalità operative (definizione e codifica della prestazione) per ottenere tale obiettivo.

Nel caso le aziende adottino sistemi di gestione quali RAO (v. glossario) o percorsi diagnostico-terapeutici, andranno utilizzate misure specifiche. Le aziende dovranno garantire, tramite un monitoraggio continuo, il rispetto dei tempi massimi dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle singole prestazioni secondo le categorie di priorità concordate a priori.

4.5 Variabili oggetto di misura

1. tempo di attesa, espresso in giorni
2. numero di utenti in lista
3. numero di prestazioni offerte nell'unità di tempo (settimana)
4. numero di prestazioni effettuate nell'unità di tempo (settimana)
5. numero di prestazioni effettuate in regime di libera professione nell'unità di tempo

Le variabili 1. e 2. sono oggetto della rilevazione per tutti i livelli interessati (Aziende, Regioni, Ministero), le variabili 3., 4. e 5. sono di specifico interesse per il livello aziendale e regionale.

Inoltre possono essere rilevate le seguenti *variabili di contesto*:

- popolazione residente;
- presenza del CUP;
- numero dei soggetti erogatori aziendali⁹;
- numero dei punti di prenotazione aziendali (telefonici e/o di sportello).

⁹ Le modalità per la definizione dei soggetti erogatori e dei punti di prenotazione saranno definite a livello regionale in base a criteri strutturali o di funzione

4.6 Misure e indicatori suggeriti

1. I giorni d'attesa registrati per le singole prestazioni rilevate, escludendo i casi con tempi superiori ai 365 giorni e dei tempi pari a zero giorni, possono essere descritti in termini di:

- a) Tempo minimo
- b) Tempo massimo
- c) Valore medio
- d) Valore mediano

2. percentuale di inclusi nel tempo soglia (in un determinato momento): *% di utenti cui si è prospettata l'esecuzione di una certa prestazione entro un valore soglia (variabile a seconda della prestazione) rispetto al totale dei richiedenti;*

questo indice descrive la capacità di una Azienda sanitaria di garantire l'accesso rispetto ad un tempo considerato di riferimento;

3. indice di pressione esterna: *numero di pazienti in lista d'attesa per una determinata prestazione / numero di prestazioni offerte nel periodo considerato;*

l'indicatore fornisce informazioni utili alla modulazione dell'offerta, indicando il volume di incremento di attività necessario a ridurre il numero dei pazienti in lista e conseguentemente i tempi di attesa;

4. indice di saturazione: *prestazioni effettuate nel periodo considerato / numero di prestazioni offerte nel periodo considerato * 100;*

è un indicatore utile alla programmazione aziendale che confronta le prestazioni erogate con l'offerta potenziale.

Per l'interpretazione degli indicatori di cui sopra, le aziende e le regioni possono utilizzare alcuni *indicatori di contesto*:

- numero di aziende dotate di CUP / totale delle aziende regionali
- popolazione residente in regione / numero soggetti erogatori regionale
- peso percentuale della libera professione (per una data prestazione in un determinato intervallo temporale, ad. es. semestrale): n° di prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria / totale delle prestazioni istituzionali

- indicatori di efficienza nell'utilizzo delle apparecchiature (ore di utilizzo nell'unità di tempo considerata).

4.7 Attuazione del monitoraggio secondo modalità progressive

Vista la variabilità nello sviluppo dei sistemi informativi e dei processi organizzativi di monitoraggio attualmente in atto, si suggerisce di adottare quanto appena proposto, secondo le seguenti fasi progressive di implementazione:

- fase 1: indicatori di cui ai punti 1.a, 1.b, 2, eventualmente integrati da indicatori di contesto;
- fase 2: indicatori di fase 1 + indicatori 1.c, 1.d, 3 e 4.

La fase 1 può essere implementata in tempi brevi anche in realtà in cui non è attiva la informatizzazione delle prestazioni; mentre la fase 2 richiede un sistema informatizzato in cui i dati di ogni singola richiesta di prenotazione e relativa prestazione siano rilevabili, trasmissibili e elaborabili a tutti i livelli del Servizio sanitario nazionale.

4.8 Controlli

Il sistema di monitoraggio acquista la propria efficacia se consente l'effettuazione di controlli, a livello aziendale e regionale, tesi ad adottare interventi per il controllo delle liste d'attesa.

Si sottolinea l'importanza di individuare referenti, strumenti e procedure per attuare tali verifiche.

4.9 Interpretazione dei dati

Vanno considerate, per una corretta interpretazione dei dati:

- le particolari condizioni di erogazione dei soggetti "di eccellenza", che hanno una diversa capacità di attrazione rispetto al altri soggetti erogatori,
- il verificarsi di situazioni particolari periodiche (picchi stagionali) o eccezionali (emergenze sanitarie, ecc.)

Il monitoraggio dei tempi di attesa e delle variabili relative deve essere effettuato in maniera costante, modulandone l'intensità in base ai ruoli istituzionali e migliorando la capacità di rilevazione e di analisi e procedendo a controlli sulla base dei risultati ottenuti.

GLOSSARIO

Accessibilità: possibilità per il singolo utente (o per un gruppo omogeneo di utenti) di usufruire del servizio di cui ha bisogno, nel tempo e nel luogo più opportuno, in quantità adeguata e nel limite delle risorse disponibili.

Appropriatezza: è una dimensione della qualità delle prestazioni e dei servizi. Una prestazione può considerarsi appropriata quando viene erogata secondo indicazioni cliniche di provata efficacia, nel momento giusto e secondo le opportune modalità.

Si distingue una appropriatezza clinica o specifica da una appropriatezza organizzativa o generica.

Appropriatezza clinica o specifica (diagnostica, terapeutica, etc.), ossia misura in cui un particolare intervento è sia efficace sia indicato per la persona che lo riceve.

L'appropriatezza specifica è un concetto fondamentale della qualità professionale.

Viene talvolta indicata anche col termine *pertinenza*.

Appropriatezza organizzativa o generica, ad es., appropriatezza delle giornate di degenza o dei livelli di effettuazione (ad es. domicilio, ambulatorio, day hospital, ricovero).

Per appropriatezza del livello di effettuazione si intende se un intervento (che può essere più o meno appropriato da punto di vista dell'appropriatezza clinica o specifica) viene erogato al livello più gradito all'utente e/o meno costoso).

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

Un CUP può esistere a diversi livelli: cittadino, interaziendale, aziendale e sub-aziendale (quest'ultimo meno preferibile). Il sistema può stabilire un collegamento generale con tutte le unità di produzione sanitaria: pubblica, privata e in libera professione presenti sul territorio e facilita il governo del rapporto domanda / offerta di prestazioni sanitarie, con particolare riferimento alla programmazione delle risorse disponibili ed alla gestione delle liste di attesa.

Domanda (di prestazione): richiesta esplicita di intervento da parte degli utenti o di loro curanti nei confronti dei servizi. Può consistere in una semplice presentazione di problemi, oppure in una specifica richiesta di prestazioni.

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.

Erogatori (all'interno del Ssn): soggetti pubblici e privati accreditati che, avendo sottoscritto accordi contrattuali, erogano prestazioni a carico del Ssn. Sebbene il D. Lgs. 124/98 si riferisca alle strutture pubbliche, è evidente che tutti i vincoli e gli adempimenti vadano riferiti all'universo degli erogatori, e quindi anche ai soggetti privati accreditati.

Libera professione intramuraria (intramoenia): attività esercitata fuori dall'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio - e nel rispetto dell'equilibrio tra attività istituzionali e libero-professionali - da parte di un professionista sanitario dipendente del Ssn, in forma individuale o di equipe, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o di fondi integrativi.

Linee guida: sono raccomandazioni finalizzate ad assicurare qualità all'assistenza attraverso indirizzi di politica assistenziale e consigli pratici non ambigui relativamente ad uno specifico problema di salute.

Il P.S.N. sottolinea che esse rappresentano un terreno di accordo professionale sulle migliori strategie assistenziali alla luce delle conoscenze scientifiche e, al tempo stesso, un elemento di trasparenza nei rapporti con il pubblico.

Lista d'attesa: elenco che esprime la numerosità della domanda registrata in rapporto al tempo di soddisfacimento della stessa.

Lista chiusa: agenda di prenotazioni accessibili solo per periodi predefiniti e limitati di tempo, cioè caratterizzata da un giorno di apertura ed uno di chiusura, per poi essere nuovamente aperta.

Lista con priorità: elenco di patologie o quadri clinici associati o meno a prestazioni terapeutiche mediche e/o chirurgiche costruito sulla base di criteri e strumenti metodologici definiti a priori. La sequenza degli elementi dell'elenco è di norma basata sulla priorità che può essere attribuita ai diversi interventi diagnostici e/o terapeutici, la cui applicazione si ritiene sia in grado di evitare la compromissione della prognosi.

Offerta: disponibilità di prodotti e/o di prestazioni e servizi indirizzati ad un destinatario ben individuato, per far fronte ad un bisogno reale, sia esso espresso o meno in forma di domanda.

Overbooking: tecnica di prenotazione che, sulla base di calcoli statistici che stimano l'entità del drop-out (vedi sopra), prevede un sovrannumero di prenotazioni, per prestazione e per giorno, ai fini di garantire il pieno utilizzo dell'offerta disponibile.

Percorso diagnostico terapeutico: insieme delle prestazioni appropriate per giungere ad un obiettivo diagnostico e/o terapeutico. In genere il percorso individua la sequenza temporale delle prestazioni. Di norma viene rappresentato come algoritmo decisionale.

Prenotazione: assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta, con indicazione di riferimenti temporali definiti, eventuale assegnazione di un numero identificativo e, possibilmente, di istruzioni agli utenti.

Priorità clinica di attesa: condizione clinica sulla base della quale l'operatore sanitario attribuisce ad un paziente un tempo di attesa ritenuto ragionevole per ottenere una prestazione senza comprometterne la prognosi.

Raggruppamenti di attesa omogenei (RAO): particolare strumento per stabilire gruppi omogenei di priorità di accesso alle prestazioni/servizi sulla base di elementi clinici.

Registro delle prenotazioni: documento cartaceo o informatico sul quale, sotto la responsabilità della direzione sanitaria, vengono registrate le richieste di prestazioni specialistiche, diagnostiche e di ricovero.

Tempo di accesso: tempo che intercorre tra la formulazione della domanda da parte dell'utente e la sua registrazione da parte degli erogatori.

Tempo d'attesa: tempo che intercorre dalla registrazione della domanda (richiesta di prestazione formulata all'erogatore) all'esecuzione della prestazione; può essere *prospettato* (esplicitato a priori, con riferimento alla data prevista di esecuzione della prestazione) o *effettivo* (calcolato a posteriori, con riferimento alla data di effettiva esecuzione della prestazione).

Tempo di risposta: tempo che intercorre dalla registrazione della domanda alla conclusione della prestazione (incluso la messa a disposizione del referto).

Tempo massimo di attesa: tempo massimo che, in base a criteri clinici, il decisore ha ritenuto ammissibile in una specifica situazione organizzativo/assistenziale (regionale o aziendale).

Urgenza (*intesa a fini amministrativo-gestionali*): situazione per la quale, sulla base di criteri clinici, la prestazione non può essere programmata nel tempo ma va resa in un intervallo di tempo relativamente breve.

Alcune normative regionali distinguono un'urgenza propriamente detta da un'*urgenza differibile*, situata tra l'urgenza e la prestazione programmabile.

BIBLIOGRAFIA

- Bertelle E., Dalla Rosa R., Laurino P., Parisi G.: La selezione concordata della domanda. L'esperienza di Feltre e Trento. *Ricerca & Pratica*, 16:87-97, 2000.
- Davis B, Johnson S.: Rationing health care. *BMJ*, 316: 1092-1093, 1998.
- Davis B, Johnson S.: Real-time priority scoring system must be used for prioritisation on waiting lists. *BMJ*, 318: 1699, 1999.
- Federici A., Loiudice M.: Il contributo dell'analisi dei tempi di attesa al miglioramento dell'attività ambulatoriali. *Mecosan*, n.31, 99-106, 1999.
- Hadorn D.C., Holmes A.C.: The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview. *BMJ*, 314: 131-134, 1997a.
- Hadorn D.C., Holmes A.C.: The New Zealand priority criteria project. Part 2: Coronary artery bypass graft surgery. *BMJ*, 314: 135-138, 1997b.
- Health Policy and Economic Research Unit: *Waiting List Prioritisation Scoring Systems*. Discussion paper no. 6, British Medical Association, Londra, December 1998.
- Health Services Commission: *Prioritized Health Services List*. Ordering of the April 19, 1993. Oregon Health Plan, 1 October 1999.
- Mariotti G, Sommadossi R, Langiano T, Raggi R: Italy's public health system is changing from waiting times to priority. Letter. *BMJ*, 318: 1698-1699, 1999a.
- Mariotti G.: *Tempi d'attesa e priorità in sanità. La selezione della domanda come strategia per la qualità*. Milano, FrancoAngeli, 1999b.
- McDonald P., Shortt S., Sanmartin C., Barer M., Lewis S., Sheps S.: *Waiting lists and Waiting Times for Health Care in Canada: More Management!! More Money??* Health Canada, June 1998.
- Mitchell IM, Quinn DW: Urgency and priority models. Model has limited practical application. Letter. *BMJ*, 316: 1828, 1998.
- Nolan T., et al.: Reducing delays and Waiting Times. Institute for Healthcare Improvement, 1996
- Pell JP, Pell ACH, Norrie J, Ford I, Cobbe SM. Effect of socio-economic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study. *BMJ*, 320: 15-19, 2000.
- Sanna P., Fadda A., Paganelli A., Cioni L., Lazzarato M.: *Le liste e i tempi d'attesa dell'assistenza specialistica ambulatoriale: indicatori in uso nella Regione Emilia Romagna*. *Mecosan*, n. 36, Ott.- dic. 2000.
- Schriefer J.: The Synergy of Pathways and Algorithms: Two Tools Work Better Than One. *Journal on Quality Improvement*, 20: 485-499, 1994.
- Schriefer J.: Managing Critical Pathway Variances. *Quality Management in Health Care*, 3(2): 30-42, 1995.
- Shirayev N., McGarry J.: *Waiting List Reduction*. Caring for Health Achievement of the NSW Government's Vision for Health. NSW Health, Sydney, 1996.

Spurgeon P, Barwell F, Kerr D: Waiting times for cancer patients in England after general practitioners' referrals: retrospective national survey. *BMJ*, 320: 838-839, 2000.

Wraight P, Rhoden W, Cooper G: Urgency and priority models. Distinction between urgency and priority helps no one. *BMJ*, 316: 1828, 1998.