

Lo scopo di tale distinzione non ha una mera funzione di classificazione, ma tende a evidenziare le differenti caratteristiche che le due tipologie di prestazioni implicano. La distinzione è in grado di apportare forti innovazioni sia nel concetto stesso di tempo di attesa, sia rispetto alle relazioni che esistono tra medici prescrittori e operatori che erogano le prestazioni.

Le caratteristiche dell'una e dell'altra discendono da un mix di condizioni afferenti ad aspetti clinici, tecnologici, organizzativi ed alle modalità di accesso.

Si intende per prestazione di primo accesso quella prestazione che:

- a) innesca la presa in carico dell'assistito rispetto ad un determinato bisogno assistenziale
- b) di norma viene richiesta da un prescrittore esterno (tipicamente medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, ecc.)
- c) la relativa prenotazione viene effettuata da punti di prenotazione che appartengono alla prima linea dei prenotatori cioè a punti di prenotazione non necessariamente presidiati da personale sanitario qualificato
- d) può concludersi con la soddisfazione del quesito diagnostico mediante la refertazione, ma può attivare anche ulteriori prestazioni che si rendono necessarie per soddisfare il bisogno dell'assistito

Si intende per prestazione di secondo accesso quella prestazione che

- a) viene richiesta dal sanitario che ha preso in carico l'utente con la prestazione di primo livello
- b) deve essere prenotata direttamente dal sanitario che ha preso in carico l'utente con la prestazione di primo livello
- c) è necessaria per poter rispondere al quesito diagnostico originario
- d) rientra in un ciclo di prestazioni espressamente connesse tra loro
- e) costituisce un controllo a tempo determinato o a tempo indeterminato definito dallo specialista

La distinzione tra prestazione di primo accesso e prestazione di secondo accesso per le finalità del presente progetto, non risponde quindi ad una distinzione relativa alla complessità della prestazione, e può esistere una certa area di sovrapposizione.

Praticamente le prestazioni di primo accesso rappresentano la domanda generata dalla componente del sistema sanitario che non eroga l'offerta, mentre le prestazioni di secondo accesso rappresentano la domanda indotta dalle stesse strutture che sono a loro volta generatrici dell'offerta.

Le percentuali di distribuzione delle prestazioni per le classi di priorità fanno riferimento in modo esclusivo alle prestazioni di primo accesso.

In tal senso si comprende come per la parte diagnostica le classi di priorità prevedono una minore intensità verso quelle a minor tempo di attesa rispetto a quelle previste per le visite. Infatti è presumibile che il maggior bisogno da parte dei medici prescrittori di prestazioni di primo accesso si concentri sulle visite specialistiche piuttosto che sulla diagnostica.

Così come si comprende la diversa criticità che le prestazioni di secondo accesso presentano dal punto di vista dell'utente, nel caso in cui la prenotazione sia effettuata direttamente dal professionista che ritiene necessario un ulteriore supplemento diagnostico o una specifica visita da parte di un altro collega.

La diversificazione dei tempi di attesa nella Regione Toscana: la qualità sostenibile!

Le azioni intraprese dalle aziende sanitarie toscane nel perseguimento dell'obiettivo del rispetto dei tempi massimi previsti con delibera regionale 245/2000 hanno consentito di :

- ◆ Organizzare e standardizzare i sistemi di monitoraggio.
- ◆ Oggettivare la domanda e conoscere i tassi di utilizzo per aree territoriali.
- ◆ Ottimizzare il sistema dell'offerta.
- ◆ Rendere disponibili al professionista, MG e Specialista, prestazioni diagnostico/ terapeutiche con maggiore valore aggiunto.
- ◆ Aumentare la qualità percepita del sistema sanitario regionale.

Il modello organizzativo dell'offerta, ad oggi esistente, non dispone, comunque, di flessibilità e di capacità di risposta a bisogni con diversa intensità assistenziale. Si comporta infatti come un sistema binario, ammettendo la risposta al bisogno con indicazione clinica prioritaria, nelle 72 ore successive o indistintamente, per qualsiasi altra necessità clinica, entro i trenta giorni.

Il trattamento differenziato dei tempi di attesa in relazione alle peculiarità del bisogno assistenziale, individuato nel P.S.R 2002-2004 come uno degli ordini di intervento necessari per la riduzione delle liste di attesa, si propone quale naturale strumento per garantire appropriatezza ed una vera equità di accesso al sistema specialistico e diagnostico regionale, in quanto consenta una diversa risposta per bisogni diversi.

Il concetto essenziale è quello di riportare al soggetto prescrittore tutti i parametri decisionali di sua competenza per garantire l'appropriatezza dell'intervento sul cittadino; quindi il presente progetto completa la declinazione dei tre elementi che caratterizzano il concetto stesso di appropriatezza:

- a) che cosa fare
- b) come e dove fare
- c) quando fare**

Un progetto per una qualità sostenibile

Le diverse esperienze in atto, in Toscana come in altre Regioni, mostrano la difficoltà nell'ottenere i risultati perseguiti agendo separatamente sul versante della offerta, incrementando l'efficienza del sistema o la sua potenzialità, o della domanda, utilizzando strumenti di governo clinico per una corretta ammissione della richiesta.

La possibile soluzione, a nostro parere, è nella ***razionalizzazione della domanda quale risultato di un confronto e di una valutazione contestuale di domanda ed offerta***: è necessario, cioè, che il sistema della domanda condivida i confini della propria libertà prescrittiva nelle varie classi/categorie di priorità previste con i volumi massimi resi disponibili per le relative classi/categorie dal sistema dell'offerta, così come il sistema dell'offerta deve ammettere implementazione/ restrizione delle prestazioni erogabili ove ritenuto necessario dal processo di miglioramento e valutazione continua a cui l'intero sistema è sottoposto.

Uno sviluppo del governo dei tempi di attesa così disegnato è sostenibile solo con il consenso e l'attiva partecipazione degli attori interessati, Medici di Medicina generale, Specialisti, cittadini, attraverso le loro rappresentanze.

E' chiaro che definire sistemi capaci di individuare con sufficiente sensibilità e specificità tempi di attesa diversificati in relazione alla rilevanza clinica specifica del singolo paziente richiede una preventiva graduazione di priorità sull'universo delle patologie conosciute e un contestuale linkage con l'universo delle prestazioni disponibili: un modello virtualmente perfetto ma inagibile.

Nelle esperienze in corso la semplificazione, ai fini dell'agibilità del sistema, è avvenuta mediante la logica dei Raggruppamenti di attesa omogenei sul versante delle categorizzazione delle patologie o limitando l'applicazione delle priorità cliniche ad alcune prestazioni di particolare rilevanza, e criticità, nella gestione dei tempi di attesa.

La nostra proposta origina, invece, da una convinzione che riteniamo possa essere condivisa da tutti i professionisti a cui è rivolta: in sostanza, vuoi per comune cultura scolastica, i percorsi formativi universitari, vuoi per simili modelli di esercizio professionale praticati in ospedale o negli studi dei medici di medicina generale, il professionista/medico utilizza algoritmi e percorsi deduttivi di diagnosi e valutazione clinica simili agli altri colleghi.

Osservare, allora, la prevalenza, con studi prospettici o indagini ad hoc, dei comportamenti prescrittivi in un campione significativo di medici per i quali sia disponibile una offerta con tempi di attesa diversificati per le prestazioni in esame, può orientarci verso la riproduzione e definizione di un possibile modello generale, semplice ed agibile.

In sostanza, il profilo della domanda si stratifica sulla disponibilità temporale delle prestazioni come risultato del giudizio implicito del professionista, giudizio che assumiamo come comune, con deviazione standard contenuta, agli altri professionisti a fronte, naturalmente, di simili quadri clinici.

Se dovessimo esplicitare i contenuti di questo giudizio potremmo far propria la sintesi prevista nel Documento per la riduzione delle liste di attesa approvato dalla Conferenza Stato-Regioni quale indicazione coerente con la richiesta di prestazioni prioritarie: ***Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità.***

Il modello così strutturato assicura un'immediata qualità aggiuntiva al sistema regionale nella gestione dei tempi di attesa ed è disponibile ad accogliere qualsiasi ulteriore contributo di elaborazione dei diversi gruppi professionali che dentro la Regione generano indicazioni cliniche sul tema della priorità ed appropriatezza della domanda.

La classificazione toscana delle classi di priorità.

L'individuazione delle classi di priorità risponde alla duplice esigenza di offrire al professionista prescrittore un accesso temporale alle prestazioni congruo con lo specifico bisogno clinico dell'assistito e di garantire al cittadino una lettura immediata del sistema in un'ottica di trasparenza e di corresponsabilizzazione.

Il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 definisce sei livelli di categorie di indicazione clinica (a carattere di urgenza, di priorità, di attenzione, di routine, dilazionabili, non prioritarie) sulle quali inserire le prestazioni considerate prioritarie al fine di un possibile trattamento differenziato dei tempi di attesa.

Gli studi presenti in letteratura e le esperienze in corso nella nostra, come in altre Regioni, indicano che:

- ◆ L'aumento dei tempi massimi di attesa incrementa la percezione di inadeguatezza del tempo di attesa.
- ◆ La disponibilità certa di prestazioni con tempo di attesa contenuto (10-15 giorni) diminuisce la percentuale di prescrizione, cosiddetta *urgente*, mediante accesso al Pronto Soccorso o di *urgenza differibile*, definita come *di priorità* nel P.S.R toscano, a valori di circa l' 1,5 - 2% sul totale delle prestazioni richieste .
- ◆ Gli aspetti clinici associati ad una corretta indicazione di “ *a carattere di urgenza*” e “ *di priorità*” richiedono, di norma, una presa in carico complessiva del bisogno appropriatamente trattata nei servizi di Medicina e Chirurgia di accettazione e di urgenza (Pronto Soccorso) o con specifiche modalità organizzative aziendali piuttosto che con complesse procedure di prenotazione.
- ◆ Alcuni studi sulla valutazione della ragionevolezza clinica dell'attesa per diverse e significative prestazioni specialistiche con tempi di attesa che superano le norme italiane e toscane (nello studio in oggetto il valore massimo di attesa supera le 13 settimane) evidenziano che circa il 90% degli utenti, valutati dallo specialista al momento della visita secondo una scala qualitativa a tre valori, (attesa adeguata, attesa anticipata, attesa ritardata) ha atteso un tempo adeguato.

Su questi presupposti si propone di limitare le sei classi di priorità o categorie di indicazione clinica previste dal P.S.R 2002-2004 a quattro e di stabilire per le prestazioni prioritarie inserite nelle relative categorie i seguenti tempi massimi di attesa:

- ◆ *di urgenza – nel minor tempo possibile*
- ◆ *di attenzione - 10 giorni*
- ◆ *di routine - 30 giorni*
- ◆ *dilazionabili - oltre 30 giorni fino a 120 giorni*

Ovviamente i bisogni/prestazioni della prima classe presentano caratteristiche tali che non rendono adeguato il sistema di accesso mediante prenotazione; si pensi alla inconciliabilità di un bisogno che richiede un intervento nel minore tempo possibile, ma che per poter essere soddisfatto richiede adempimenti preliminari (prenotare, recarsi presso un punto di prenotazione, ecc.). In tali casi in realtà vanno formalizzate e/o proceduralizzate le modalità di accesso a sistemi in grado di fornire immediatamente la risposta al bisogno dell'utente: tipicamente pronto soccorsi oppure specifiche modalità organizzative aziendali. Mentre per le altre classi la utilizzazione del sistema di prenotazione è la modalità tipica di accesso.

Le prestazioni prioritarie

Se il trattamento differenziato dei tempi di attesa è uno strumento sicuramente efficace per la riduzione delle liste di attesa ambulatoriali, è naturale concentrare la nostra attenzione, nell'attuale fase iniziale, sulle prestazioni che presentano aspetti di significativo impatto di domanda, maggior criticità nel rispetto dei tempi di attesa, particolare valore aggiunto per il professionista, e, non ultimo, coinvolgimento emotivo per il cittadino.

Dovranno essere attivate azioni a garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa secondo le categorie cliniche di appartenenza per le seguenti prestazioni:

- ◆ Visite specialistiche
- ◆ Ecografie internistiche
- ◆ Ecografie muscolo/scheletrica

- ◆ Ecografie cardiovascolari (ecocardio e ecodoppler vascolare)
- ◆ Radiologia tradizionale
- ◆ TAC
- ◆ RMN
- ◆ Endoscopie

Tali prestazioni ovviamente non confluiscono tutte in modo indifferenziato nelle classi di priorità previste dal presente documento; questo infatti si riferisce specificamente alle prestazioni di primo accesso. In tal senso sono escluse dal rispetto delle classi di priorità definite nel presente documento quelle prestazioni che si caratterizzano come prestazioni di secondo accesso. (vedi parte introduttiva del presente documento sul significato della distinzione tra prestazioni di primo accesso e di secondo accesso)

Nella tabella di seguito riportata sono indicate le percentuali proposte per le classi di priorità individuate.

Sostanzialmente le prestazioni sono state divise in tre tipologie

- a) quelle per le quali sono previste tre classi di priorità
- b) quelle per le quali sono previste due sole classi di priorità
- c) quelle per le quali è prevista una sola classe di priorità

Evidentemente a queste classi di priorità va sempre aggiunta quella che caratterizza le situazioni di emergenza che come sopra ricordato possono essere soddisfatte solo con il ricorso a modalità di accesso che garantiscono una risposta con la maggiore rapidità possibile: quindi pronto soccorso o specifici percorsi aziendali. Tale modalità ovviamente assume una peculiare impellenza per quelle prestazioni come la prima visita cardiologica o quella ginecologica.

- ◆ *Urgente (e di priorità)* mediante accesso al Pronto Soccorso o specifici percorsi aziendali
- ◆ *Attenzione* – mediante prenotazione con tempo di attesa massimo di 10 giorni.

Tale tempo di attesa rappresenta un obiettivo possibile se associato ad interventi organizzativi e funzionali quali l'accesso diretto alla prestazione di elettrocardiografia, ed elettroencefalografia, la gestione con agende dedicate e sulle quali direttamente il professionista delle seconde visite o visite di controllo effettua la prenotazione, l'implementazione di linee guida sul corretto accesso alla visita specialistica nelle discipline in oggetto. Si ritiene, quindi, necessario prevedere obiettivi differenziati nel tempo, ammettendo due anni quale tempo necessario per il raggiungimento dell'obiettivo, considerando ammissibili per il primo anno un tempo di attesa massimo di 15 giorni. Il tempo massimo ammesso si intende soddisfatto anche se disponibile in un unico punto di offerta nell'intero territorio aziendale.

**Distribuzione delle prestazioni prioritarie nelle categorie di indicazione clinica
Le percentuali attese**

Prestazione	quota % entro 10 giorni	quota % oltre 10 giorni	quota % oltre 30 giorni
Ecografie addome	30	40	30
Ecografia muscolotendinea	30	40	30
Ecografie cardiache	30	60	10
Holter cardiologico	30	60	10
Test cardiovascolare da sforzo	30	60	10
Diagnostica vascolare	10	30	60
RMN encefalo	50	30	20
RMN	30	50	20
TC del capo	50	30	20
TC	30	50	20
Radiologia tradizionale	40	40	20
Endoscopie	40	40	20
Visita			
Visita allergologia	15	85	
Visita chirurgia	15	85	
Visita dermatologia	15	85	
Visita gastroenterologia	15	85	
Visita neurologia	15	85	
Visita oculistica	15	85	
Visita ortopedia	15	85	
Visita otorino	15	85	
Visita pneumologia	15	85	
Visita urologica	15	85	
Visita cardiologia	100		
Visita ginecologia	100		

Accesso diretto:

Radiografia del torace
Elettrocardiogramma
Elettroencefalogramma

La situazione attuale

Di seguito sono riportati alcuni dati relativi alla situazione effettiva registrata attraverso il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa. Queste elaborazioni forniscono indicazioni sulla attuale capacità del sistema a garantire gli obiettivi sopra indicati.

Tempi di attesa - Riepilogativo regionale per prenotazioni effettuate per prestazioni di primo contatto nel periodo aprile - agosto 2002 per classi di tempo di attesa ed obiettivi previsti. Valori percentuali.

Prestazioni	0-10			11-30		oltre 30	
	Rilevata	Obiettivo	Scostamento	Rilevata	Obiettivo	Rilevata	Obiettivo
Ecografia addome	28%	30%	-2%	39%	40%	33%	30%
Ecografia muscolotendinea	26%	30%	-4%	38%	40%	37%	30%
Ecografie cardiache	29%	30%	-1%	42%	60%	30%	10%
Holter cardiologico	24%	30%	-6%	41%	60%	36%	10%
Test cardiovascolare da sforzo	26%	30%	-4%	37%	60%	37%	10%
Diagnostica vascolare	21%	10%	11%	32%	30%	46%	60%
RMN encefalo	18%	50%	-32%	42%	30%	41%	20%
RMN	21%	30%	-9%	40%	50%	38%	20%
TC del capo	44%	50%	-6%	40%	30%	16%	20%
TC	35%	30%	5%	45%	50%	20%	20%
Radiologia tradizionale	43%	40%	3%	45%	40%	11%	20%
Endoscopie	32%	40%	-8%	34%	40%	34%	20%
Visita allergologica	26%	15%	11%	18%	85%	56%	
Visita chirurgica	72%	15%	57%	18%	85%	10%	
Visita dermatologica	35%	15%	20%	39%	85%	26%	
Visita gastroenterologica	37%	15%	22%	23%	85%	40%	
Visita neurologica	63%	15%	48%	18%	85%	19%	
Visita oculistica	23%	15%	8%	26%	85%	51%	
Visita generale (89.7) oculistica	45%	15%	30%	14%	85%	41%	
Visita ortopedica	36%	15%	21%	39%	85%	25%	
Visita otorinolaringoiatrica	46%	15%	31%	42%	85%	13%	
Visita pneumologica	55%	15%	40%	29%	85%	17%	
Visita urologica	40%	15%	25%	40%	85%	20%	
Visita cardiologica	44%	100%	-56%	34%		22%	
Visita ginecologica	59%	100%	-41%	27%		14%	

Percentuali rilevate per prestazioni ad accesso diretto

Prestazioni	0-10	11-30	Oltre 30
Radiografia del torace	66%	28%	6%
Elettrocardiogramma	55%	29%	16%
Elettroencefalogramma	72%	16%	12%

Elenco delle prestazioni per raggruppamento**Tempi di attesa - Elenco delle prestazioni per singolo raggruppamento****Diagnostica cardiologica**

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
88.72.1	ecografia cardiaca
88.72.2	ecodopplergrafia cardiaca
88.72.3	ecocolordopplergrafia cardiaca

Diagnostica vascolare

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
88.73.5	eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici
88.77.2	eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, fetoplacentare, arteriosa o venosa

Ecografia addome

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
88.74.1	ecografia dell' addome superiore
88.75.1	ecografia dell' addome inferiore
88.76.1	ecografia addome completo

Ecografia muscolotendinea

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
88.79.3	ecografia muscolotendinea

Elettrocardiogramma

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
89.52	elettrocardiogramma

Elettroencefalogramma

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
89.14	elettroencefalogramma