

I volumi di attività gestiti a CUP costituiscono circa il 70% delle prestazioni, dalle quali sono escluse ovviamente quelle ad accesso diretto quali il laboratorio, le prestazioni destinate ai controlli ed alle urgenze.

Per facilitare l'accesso alle prestazioni specialistiche nella Regione Emilia – Romagna è stato istituito un numero telefonico dedicato, c. d. Numero Verde unico del Servizio Sanitario Regionale 800 033 033, a disposizione dei cittadini.

Il Numero Verde risponde attraverso un call center (con 14 postazioni ed operatori appositamente formati), a sua volta collegato in rete telematica e telefonica con gli URP delle Aziende sanitarie, ai quali la telefonata viene trasferita, per risposte a domande che richiedono approfondimenti specifici. Il flusso informativo al numero verde è garantito dalla banca dati: è comune a tutto il Servizio sanitario regionale, è costruita a partire dalle domande dei cittadini, è alimentata dalla Regione (per le informazioni comuni) e dalle Aziende sanitarie (per le informazioni relative all'ambito locale). Nella banca dati sono raccolte informazioni su 2.236 servizi/prestazioni di cui 2.005 visite ed esami specialistici e le unità informative raggiungibili (ovvero luoghi e modalità di erogazione) sono 140.000.

In due anni di attivazione ha risposto a circa 120.000 chiamate con una media di 350/400 al giorno.

4. La facilitazione dei percorsi diagnostico terapeutici a livello ambulatoriale

Il miglioramento dell'accesso ai servizi da parte del cittadino attraverso la revisione delle procedure per semplificare ed accelerare i percorsi amministrativi è uno degli obiettivi più significativi del PSR.

Sono stati pertanto avviati, da tempo, processi di revisione delle procedure amministrative e di facilitazione dei collegamenti tra servizi e tra medici di medicina generale e specialisti ospedalieri e territoriali, per assicurare la continuità e tempestività delle cure e per migliorare il servizio.

Tali processi ridisegnano le fasi principali del percorso assistenziale, in regime ambulatoriale: l'accesso per le prestazioni programmabili (non urgenti), definendo in particolare le modalità di specificazione della richiesta di prestazioni formulata dal medico di medicina generale; il percorso del paziente all'interno della struttura ambulatoriale; le visite e i controlli periodici successivi (follow up).

L'obiettivo perseguito è la “presa in carico” del paziente, con un numero di accessi alle strutture limitato a quelli necessari, attraverso adattamenti organizzativi nelle Aziende sanitarie volte a superare la frammentarietà della attuale offerta di servizi e l'individuazione di responsabilità che accompagnano il processo di cambiamento fino alla piena realizzazione.

A tal proposito sono state effettuate nel corso dell'ultimo anno (2002-2003) attività di sperimentazione presso quasi tutte le Aziende della Regione.

5. Il monitoraggio dei tempi di attesa

Nella Regione Emilia Romagna è attivo dal 1999 un monitoraggio trimestrale dei tempi di attesa prospettati, con modalità definite dalla circolare applicativa emanata dall'Assessorato regionale alla sanità n.10/1999, per alcune prestazioni, che possono presentare, a livello regionale, problematiche sui tempi.

Un monitoraggio dei tempi di attesa, con cadenza mensile o settimanale e su un numero maggiore di prestazioni, viene attuato nelle singole Aziende Sanitarie e riguarda tutti i soggetti erogatori pubblici e privati.

Oggetto della rilevazione sono le prestazioni con modalità di accesso ordinario (c.d. programmabili), con l'esclusione delle prestazioni urgenti, screening ecc.

Gli standard di riferimento sono, ancora, di 30 giorni per le visite e di 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale , assicurando che tale accessibilità sia riscontrata per almeno il 50% delle prestazioni offerte alla prenotazione.

Il rispetto dei tempi di attesa, da parte delle Aziende Sanitarie, rientra fra gli obiettivi di interesse regionale, al quale è vincolata alla quota del 20% del trattamento economico percepito dai Direttori Generali.

Tale monitoraggio è proseguito anche nel 2003. Per il 2004 sono state stabilite nuove modalità di rilevazione in coerenza con quanto previsto dall'Accordo Stato - Regioni del luglio 2002.

La rilevazione del tempo di attesa avviene anche attraverso il flusso informativo della specialistica ambulatoriale (ASA)⁷ e consente di evidenziare i tempi anche delle prestazioni urgenti.

Le Aziende, infatti, hanno realizzato i percorsi per le urgenze⁸.

In ogni caso, nell'ambito del totale dell'attività erogata solo il 14% delle prestazioni di diagnostica ed il 26% delle visite risultano potenzialmente critiche per i tempi di attesa.

Riguardo le prestazioni di diagnostica strumentale si è riscontrato un miglioramento dei tempi di attesa per tutto il 2003 ed in particolare nella rilevazione di gennaio 2004 i cittadini che hanno ottenuto le prestazioni entro i 60 giorni sono stati il 75% per l'ecografia dell'addome (1515 prenotazioni entro 60 giorni su 2015 totali); l'83% per l'ecocolor doppler (1157 prenotazioni entro 60 giorni su 1399 totali); il 93% per l'esofagogastroduodenoscopia (487 prenotazioni entro 60 giorni su 522 totali); il 72% per l'RM della colonna (122 prenotazioni entro 60 giorni su 169 totali); l'85% per la TAC del capo (245 prenotazioni entro 60 giorni su 289 totali).

Permangono invece problematiche inerenti le visite, in particolare per la visita oculistica, cardiologica ed endocrinologica per le quali si stanno attivando dei percorsi di appropriatezza.

Inoltre per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale per i tempi di attesa nel 2003 l'indice di consumo è risultato pari a 646,4 prestazioni per 1000 abitanti, con un incremento pari al 5% rispetto al 2002.

In particolare il consumo per 1000 abitanti per l'RMN della colonna nel 2003, risultato essere di 7,3 prestazioni ogni 1000 abitanti, è aumentato rispetto al 2002 di una quota pari al 24%; per l'esofagogastroduodenoscopia l'incremento rispetto al 2002 è stato del 10%; per l'ecocolor doppler e l'ecografia addome del 4%; mentre per la TAC del capo si è riscontrato un consumo stabile sia nel 2002 che nel 2003 pari ad 11,6 prestazioni per 1000 abitanti.

Per la visita cardiologica il consumo nel 2003, pari a 84,5 prestazioni per 1000 abitanti si è incrementato del 5% mentre le visite endocrinologiche ed oculistiche, nel corso del biennio, si sono mantenute sostanzialmente stabili.

L'analisi dei tempi di attesa ha messo, inoltre, in rilievo che la domanda di accesso alle prestazioni, non risente in modo importante, come in passato, delle influenze stagionali, ma rimane costante durante tutti i mesi dell'anno, mentre l'offerta, resa disponibile da parte delle aziende, tende a ridursi in prossimità dei mesi di aprile, luglio e agosto, rispetto agli altri periodi.

Questo ha richiesto da parte delle aziende sanitarie una nuova programmazione delle attività orientata al rafforzamento dell'offerta in prossimità di questi periodi, nei quali tra l'altro, si hanno il maggior numero di richieste di congedo ordinario del personale medico.

Il potenziamento dell'offerta è stato realizzato anche tramite il ricorso all'overbooking; tutti gli accordi aziendali con gli specialisti ambulatoriali hanno, infatti, previsto questa modalità di gestione delle agende accanto alla suddivisione dell'offerta in urgenze, primi accessi e controlli. Si è

⁷ Circolare 3/2002 e 13/2003

⁸ Nota prot. 43480 del 26.11.2003 "Revisione ed integrazione del documento sui percorsi di accesso alle prestazioni ambulatoriali urgenti dichiarati dalle Aziende Sanitarie"

proceduto inoltre alla rilevazione degli abbandoni (variabile a seconda delle discipline dal 18 – al 26%) ed a quella della produttività per branca specialistica.

All'interno delle Aziende è consentito il ricorso all'attività Libero Professionale⁹ degli specialisti ospedalieri finalizzata al contenimento dei tempi di attesa.

In parallelo è stato completato il processo di separazione delle liste di accesso alle prestazioni suddivise in: programmabile, controllo, follow up periodico e screening.

Nell'ambito del programma di screening si osserva che, in regione, nel 2003 sono state effettuate oltre 255.000 mammografie, così come risulta dai dati del flusso informativo ASA.

6. L'appropriatezza nella loro erogazione con l'adozione di linee guida¹⁰

Le strategie di governo delle liste di attesa sono state orientate in questi anni allo sviluppo della capacità di selezione della domanda, in particolare attraverso l'identificazione delle indicazioni cliniche appropriate per specifiche prestazioni, esplicitando quando possibile i tempi di erogazione. Una delle assunzioni che sostengono questo tipo di strategie di intervento sul problema delle liste di attesa è che la quota di prestazioni inappropriate sia quantitativamente rilevante e che quindi una sua esclusione comporti una sostanziale modifica dei tempi di accesso della rimanente quota di pazienti, avviati a prestazioni clinicamente appropriate.

In Emilia - Romagna sono state avviate numerose iniziative finalizzate a promuovere una gestione clinicamente razionale degli accessi a prestazioni di specialistica ambulatoriale, a partire dalla elaborazione di indicazioni cliniche di utilizzo per specifiche prestazioni, quali la densitometria ossea (MOC) e l'eco-Doppler degli arti inferiori (ECO-AI) e dei tronchi sovraortici (ECO-TSA). La scelta di queste prestazioni è stata motivata dal loro essere esplicitamente citate nel documento di definizione dei livelli essenziali di assistenza tra quelle la cui disponibilità è condizionata dalle indicazioni cliniche di utilizzo (si veda l'Allegato 2b dell'Accordo Stato Regioni del novembre 2001) e dall'entità dei tempi di attesa documentati a livello regionale.

Al fine di valutarne l'impatto dell'implementazione dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, coerentemente con quanto disposto dall'allegato 3, punto b del D.P.C.M. 29 novembre 2001 e dell'Accordo 11/07/2002, è stato condotto, nel corso del 2002, uno studio¹¹ in 5 aziende della regione finalizzato a quantificare, sulla base di indicazioni formulate a livello regionale, la proporzione di prescrizioni qualificabili come inappropriate e a stimare il possibile impatto di una loro esclusione sui tempi di attesa dei pazienti. Per quanto riguarda la MOC, eseguita come primo esame, complessivamente il 53% dei pazienti risultava aver ricevuto una indicazione non appropriata sulla base delle raccomandazioni regionali.

Le analoghe percentuali relative all'Eco-Doppler dei tronchi sovraortici e degli arti inferiori erano rispettivamente 39% e 44%. L'eventuale non inclusione di questa quota di prestazioni inappropriate in lista di attesa consentirebbe di ridurre i tempi da 112 a 52 giorni per quanto riguarda la MOC, e da 48 a 28 giorni per quanto riguarda l'Eco-Doppler.

In conclusione, questa esperienza attesta come sia possibile un significativo miglioramento dell'appropriatezza che per il 2003 ha già registrato una positiva riduzione dei tempi per le prestazioni sopra indicate. In particolare per l'Eco(color)Doppler il 50 % delle prestazioni viene garantita tra i 30 ed i 40 giorni mentre il 75 % entro i 60 giorni.

7. La qualità percepita da parte del cittadino¹²

Sono stati effettuati tre studi all'interno di alcune Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna relativamente alla percezione sociale che i cittadini hanno delle liste d'attesa.

In particolare sono state condotte tre ricerche in riferimento all'accesso alle prestazioni

⁹ DGR 28 gennaio 2002, n. 54

¹⁰ Circolare 21/2001 e 16/2002

¹¹ Il documento è disponibile nel sito Internet della RER al seguente indirizzo: www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/doss79.pdf

¹² Le liste d'attesa nella prospettiva del cittadino, Agenzia Sanitaria Regionale, Dossier 2004

specialistiche ambulatoriali e alla chirurgia di elezione. I temi toccati riguardano il grado di tolleranza all'attesa e l'accettazione dell'introduzione di criteri di priorità per la gestione delle liste d'attesa. Sono stati contattati cittadini che afferiscono alle strutture pubbliche nel momento di fruizione dei servizi di cui hanno fatto richiesta.

Il primo studio: "Accettabilità delle attese e criteri di priorità nei pazienti in attesa di cataratta" ha interessato un campione di 183 pazienti in attesa di intervento di chirurgia della Cataratta.

Il tempo di attesa, che è conosciuto dal paziente con certezza al momento della visita pre-operatoria, è inferiore ai 30 giorni per circa la metà del campione (46,7%); quasi il 40% attende un periodo di tempo compreso tra 30 e 60 giorni, mentre solo 14% subisce attese superiori ai 2 mesi. Per quanto riguarda l'atteggiamento degli intervistati rispetto ai tempi di attesa effettivi (che colgono l'intero periodo dal momento della prima visita specialistica al momento dell'intervento) emerge un primo risultato interessante, ovvero una diffusa soddisfazione, tale che il 56,8% dei pazienti considera i propri tempi ragionevoli. Solo il 18,8% lamenta attese più lunghe di quanto desiderato, ma nessuno le giudica "molto più lunghe di quanto vorrebbe". Inoltre, una quota pari al 24,4% li considera addirittura troppo brevi.

Il secondo studio: "La percezione dei cittadini sulle liste di attesa" ha riguardato un campione di intervistati di 223 persone ed è stato identificato in modo casuale sulla base della disponibilità di chi era in sala di attesa degli ambulatori indicati dalle Aziende Usl.

Il 55% degli intervistati ha dichiarato un tempo di attesa - dal momento della prenotazione alla prestazione - che si aggira intorno a 7gg-30gg; il 24% tra i 30gg-60gg e il 15% entro i 60gg. Infine un 7% afferma di avere aspettato entro i 7gg.

Il 65,4% delle persone che hanno richiesto visite specialistiche dichiarano un tempo di attesa entro i 30gg, il 33,7% oltre i 30gg-60gg, l'8% più di 3 mesi.

Il 53% di chi ha effettuato esami strumentali afferma di avere atteso un tempo entro i 30gg, il 47% oltre i 30gg-60gg. I tempi riferiti si rivelano ottimali in particolare rispetto agli esami strumentali essendo 60gg il tetto massimo dei tempi di attesa definito dalla Regione.

Riguardo inoltre il livello di soddisfazione circa il 65% degli intervistati afferma di essere soddisfatto del tempo di attesa. La soglia oltre la quale l'insoddisfazione aumenta in modo considerevole si colloca tra un tempo di attesa che varia tra i 30gg e i 60gg. Occorre tuttavia rilevare un livello di tolleranza complessivamente elevato: la metà tra chi dichiara di avere aspettato 60 e più giorni si dice soddisfatto.

Il 3° studio "La valutazione della qualita' dei servizi diagnostici ed ambulatoriali dal punto di vista dei cittadini" ha riguardato 3324 soggetti. Per quanto concerne nello specifico i tempi di attesa nel 51% circa dei casi i soggetti hanno ottenuto la prestazione entro un mese e nel 12,7% entro due mesi. Nel 23,4% circa dei casi hanno atteso oltre 2 mesi.

Si rileva un livello di tolleranza mediamente alto sui tempi di attesa dalla prenotazione-prestazione, che pare vissuto come accettabile entro i 2 mesi.

TAB 1 Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali - Confronti Anni 2002 - 2003

	2002	% su tot prestaz	2003	% su tot prestaz	var % 2003/200
VISITE					
Prima visita	4.921.510		5.111.836		
Visita di controllo	1.613.401		1.867.760		
	6.534.911	12%	6.979.596	12%	7%
DIAGNOSTICA					
Diagnostica strumentale con radiazioni	2.373.526		2.420.409		
Diagnostica strumentale senza radiazioni	2.651.321		2.872.604		
Medicina nucleare	36.029		44.101		
Altra Diagnostica	304.135		320.544		
	5.365.011	9%	5.657.658	9%	5%
LABORATORIO					
Prelievi	3.532.283		4.013.732		
Chimica clinica	28.396.504		30.008.410		
Ematologia/coagulazione	5.752.426		6.086.927		
Immunoematologia e trasfusionale	168.661		150.903		
Microbiologia/virologia	2.401.555		2.374.231		
Anatomia ed istologia patologica	398.808		458.524		
Genetica/citogenetica	54.415		65.214		
	40.704.652	72%	43.157.941	72%	6%
RIABILITAZIONE					
Diagnostiche	105.156		121.681		
Riabilitazione e Rieducazione Funzionale	1.095.278		1.295.296		
Terapia Fisica	844.496		694.398		
Altra Riabilitazione	97.653		102.684		
	2.142.583	4%	2.214.059	4%	3%
TERAPEUTICHE					
Radioterapia	241.722		289.227		
Dialisi	319.068		340.470		
Odontoiatria	136.756		150.827		
Trasfusioni	14.107		15.413		
Altre prestazioni Terapeutiche	1.274.793		1.298.903		
	1.986.446	4%	2.094.840	3%	5%
ALTRO					
Altro	17.657		17.120		
	17.657	0%	17.120	0%	-3%
<i>Totali</i>	56.751.260	100%	60.121.214	100%	6%

PAGINA BIANCA

LAZIO

PAGINA BIANCA



REGIONE LAZIO

Assessorato alla Sanità

Dipartimento Sociale

Direzione Programmazione Sanitaria e Tutela della Salute

Area Pianificazione Sanitaria

Roma, II 11 GEN. 2005

Prot. 3880 / 4A/01 | 86

P.M.
P.M.

**Presidenza del Consiglio dei Ministri
Segreteria della conferenza permanente
per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le
Province autonome
Servizio III “Sanità e politiche sociali”
SEDE**

Oggetto: Relazione annuale sull'attuazione di iniziative volte al contenimento delle liste di attesa.

In risposta alla nota n.5972 dell'8 novembre 2004, si trasmette allegata la relazione sulle iniziative attuate nell'anno 2003, da questa Regione per il significativo contenimento delle liste di attesa, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.

Il Direttore Regionale
D.ssa Elda Melaragno

Elda

MLS

11/01/04

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI UFFICIO DI SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME	
24 GEN. 2005	
Prot. n. 632	
Rif. 4.1.21.8.1.3	

PAGINA BIANCA

RELAZIONE SULLE INIZIATIVE
VOLTE AL CONTENIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA

PAGINA BIANCA

SOMMARIO

- A. Premessa
- B. La normativa nazionale
- C. L'offerta regionale per le prestazioni di medicina specialistica
- D. Peculiarità della domanda sanitaria a Roma
- E. I progetti finanziati dal Ministero della Salute ex art.12 Dlgs 229/99
- F. Le iniziative regionali di contenimento dei tempi di attesa
- G. La garanzia dell'appropriatezza prescrittiva
- H. Il Coordinamento permanente dei referenti aziendali delle liste di attesa
- I. I piani aziendali di contenimento delle liste di attesa
 - 1. La razionalizzazione e il governo della domanda
 - 2. I miglioramenti organizzativi aziendali
- J. Il monitoraggio del fenomeno dei tempi e delle liste di attesa
- K. I tempi di erogazione delle prestazioni “critiche”

A. Premessa

Una caratteristica della offerta sanitaria è quella di indurre la domanda, pertanto è inevitabile che si determini uno squilibrio tra domanda ed offerta e che tale squilibrio produca liste di attesa.

Si tratta di un problema presente in tutti i sistemi sanitari a copertura universale, probabilmente non risolvibile completamente, ma certo da governare al meglio.

Infatti, la possibilità per i cittadini di accedere alle prestazioni specialistiche, entro tempi massimi definiti, costituisce uno dei fattori che determinano anche la stessa efficacia del servizio offerto.

B. La normativa nazionale

L'esigenza di ridurre il fenomeno è attualmente all'attenzione del legislatore nazionale, come dimostra la recente normativa in materia, che si indica di seguito e che attribuisce precise responsabilità alle Regioni.

Il D.P.C.M. 16 aprile 2002 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa" aggiunge tali linee guida al DPCM 29 novembre 2001 Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza come allegato n.5

L'Accordo tra il Governo, la Regione e la Province autonome di Trento e Bolzano dell' 11 luglio 2002 (Rep. Atti n.1488) sulle "Indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'accordo Stato – Regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa", attribuisce alle Regioni il compito di individuare i criteri per stabilire le priorità di accesso alle prestazioni.

C. L'offerta regionale per le prestazioni di medicina specialistica

La Regione Lazio dispone di n.976 strutture ambulatoriali di Asl e n.15 strutture aziendalizzate (Aziende Ospedaliere; Policlinici Universitari, IRCCS,), per un totale complessivo di n.991 strutture erogatrici.

E' da notare che nel triennio 200 – 2003 si è registrato un aumento del 21% di punti di erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, infatti,nell'anno 2000 erano attive 807 strutture di Asl e 13 strutture aziendalizzate per un totale di 820 strutture erogatrici.

Per quanto riguarda l'offerta regionale di prestazioni, si è passati da n. 62.766 milioni di prestazioni nell'anno 2000 a n. 72.693 milioni di prestazioni erogate nell'anno 2003 con un incremento dei volumi del 17,7%. Per alcune specialità si è registrato un incremento anche superiore al 100% come nel caso della radioterapia e della risonanza magnetica che viene evidenziato dal trend in crescita degli anni considerati.

D. Peculiarità della domanda sanitaria a Roma

Va, inoltre, sottolineato come l'area metropolitana presenti caratteristiche uniche, che comportano conseguenze anche rispetto alla domanda di prestazioni sanitarie.

In particolare vanno considerati i seguenti elementi:

- la particolare numerosità dei non residenti (pendolari, turisti, studenti ecc.), che gravitano nell'ambito metropolitano della città di Roma;
- la rilevante presenza di soggetti extracomunitari;
- la notevole numerosità di Istituzioni (Parlamento, Ministeri, Università, Ambasciate, Vaticano), che creano particolare attrazione verso il territorio.

E. I progetti finanziati dal Ministero della Salute ex art.12 d.lgs 229/99

Nel periodo considerato era, ed è tuttora, in fase di svolgimento la ricerca “Tempi e liste di attesa” promossa e gestita dall’associazione Cittadinanzattiva TDM che prevede l’attivazione in n.8 Aziende sanitarie di tavoli di collaborazione cui partecipano rappresentanti dell’istituzione e del volontariato per analizzare il fenomeno e individuare possibili soluzioni.

Ulteriore occasione di studio del problema è derivata dalla partecipazione della Regione Lazio, come Unità Operativa, alla ricerca finalizzata, “Valutazione dei fattori determinanti la formazione delle liste di attesa e proposte di interventi volti a controllarle”, coordinata dall’ASSR.

Il ruolo specifico della Regione Lazio è stato quello di individuare un prototipo di “cruscotto” direzionale che, utilizzando i dati provenienti dai flussi informativi esistenti, attraverso una lettura dei dati attraverso opportuni incroci, potesse fornire indicazioni al decisore regionale.

Inoltre, nel medesimo ambito, il CERGAS, altro partecipante alla ricerca finalizzata sopraindicata, ha effettuato una specifica sperimentazione di coinvolgimento e di responsabilizzazione dei medici di medicina generale, in un distretto di una ASL della Regione Lazio. Infatti, tra i molteplici fattori che interagiscono tra di loro e determinano il tempo di attesa, il ruolo dei prescrittori assume naturalmente un maggior peso, ed è quindi considerato rilevante nelle diverse strategie con cui il problema viene affrontato. I risultati e le relative difficoltà emerse in tale sperimentazione, costituiscono un elemento innovativo che verrà valorizzato nella programmazione futura delle iniziative nel settore da parte della Regione Lazio.

F. Iniziative regionali di contenimento dei tempi di attesa

In riferimento alla riduzione del fenomeno, la Regione Lazio è impegnata direttamente a garantire ai cittadini maggiori possibilità di accesso e di scelta delle strutture da utilizzare, attraverso l’integrazione dei CUP delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e la prenotazione telefonica o telematica delle prestazioni (DGR n. 626 del 17 maggio 2002), in modo tale da garantire il massimo utilizzo delle risorse, rendendo visibili tutte le disponibilità.

Il Piano Sanitario Regionale (DCR n.114 del 31 luglio 2002) considera l’abbattimento delle liste di attesa una delle cinque sfide prioritarie da perseguire nel triennio 2002-2004. Tale sfida ha l’obiettivo generale di produrre, nel tempo di validità del piano, risultati non transitori e quindi strutturali, in particolare si prefigura:

- uno specifico Sistema Informativo;
- un sistema di prioritarizzazione;
- il governo dell’attività prescrittive;
- il pieno utilizzo della capacità tecnologica;
- la garanzia della trasparenza.

La DGR 1725/ 2002 definisce le modalità di attuazione di tale sfida prioritaria, con le azioni indicate di seguito:

promuovere il governo locale aziendale dei tempi e liste di attesa
orientare e verificare la domanda
razionalizzare ed adeguare l'offerta
assicurare la trasparenza delle liste
monitorare il fenomeno a livello regionale
definire un sistema di prioritarizzazione delle prenotazioni
costituire un Coordinamento permanente dei referenti aziendali delle liste di attesa.

G . La garanzia dell'appropriatezza prescrittiva

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.

L'Appropriatezza è stata definita come una "componente della qualità assistenziale che fa riferimento a validità tecnico – scientifica, accettabilità e pertinenza (rispetto a persone, circostanze, luogo, livello delle conoscenze) delle prestazioni sanitarie." 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.

Nel Lazio si stanno sviluppando molti programmi per la promozione dell'appropriatezza, in diversi campi e con svariate metodologie.

Alcuni punti cardine e un'idea dei risultati sono di seguito rappresentati.

Le diverse iniziative sono generalmente comprese nelle seguenti linee di intervento:

sviluppo di metodologie per la valutazione dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri sulla base di algoritmi di analisi degli archivi informatici delle dimissioni (metodologia APPRO); applicazione diretta del metodo APPRO alle dimissioni degli istituti di ricovero del Lazio a partire dal 2° semestre del 2002;

controllo mirato di cartelle cliniche relative ad episodi di ricovero ad alto rischio di inappropriatezza;

sviluppo di linee guida per la promozione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa.

promozione di processi assistenziali controllati per qualità
formazione degli operatori

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/adequatezza in rapporto alla patologia dell'utente o anche al tipo di approccio organizzativo che viene utilizzato.

Dal punto di vista operativo è utile distinguere l'appropriatezza organizzativa (relativa al livello assistenziale nel quale l'intervento viene erogato: ricovero, day hospital o ambulatorio), dall'appropriatezza clinica (relativa alle indicazioni di un intervento sanitario per un determinato paziente). Entrambi questi aspetti sono rilevanti per la riduzione delle liste di attesa.

Riuscendo, infatti, ad incrementare l'appropriatezza organizzativa, aumenterebbero i tempi e le risorse professionali e materiali disponibili per erogare nella sede ed al tempo giusto le prestazioni necessarie. Promuovendo l'appropriatezza clinica, si diminuirebbero gli interventi inappropriati, pertanto le liste di attesa si sfoltirebbero dai casi che non trarrebbero comunque beneficio dalla prestazione.