

Appropriatezza clinica, strumentale e strutturale e liste d'attesa

Commissione "Appropriatezza Clinica, Strumentale e Strutturale e Liste d'Attesa"

Coordinatori

Francesco Bovenzi¹ (Lucca), Paolo Marino² (Novara)

Componenti

Wanda Acampa³ (Napoli), Enrico Chiappa⁴ (Firenze), Vincenzo Cirrincione¹ (Palermo), Cesare Fiorentini² (Milano), Biagio Firmiani⁵ (Salerno), Iginio Genuini⁶ (Roma), Pantaleo Giannuzzi⁷ (Veruno, NO), Riccardo Guglielmi⁸ (Bari), Michele Gulizia⁹ (Catania), Antonio Mantero¹⁰ (Milano), Zoran Olivari¹ (Treviso), Leonardo Paloscia¹¹ (Pescara), Fabio Zacà¹² (Modena)

¹ANMCO, ²SIC, ³GICN, ⁴SICP, ⁵ARCA, ⁶GIEC, ⁷GICR, ⁸ANCE, ⁹AIAC, ¹⁰SIEC, ¹¹SICI-GISE, ¹²SICOA

(G Ital Cardiol 2009; 10 (Suppl 3-6): 725-745)

Recenti indagini hanno rilevato come in sanità, gli aspetti legati ai tempi d'attesa costituiscono uno dei determinanti della qualità dell'assistenza percepita dai cittadini, contribuendo in modo rilevante al rapporto di fiducia e fidelizzazione verso il sistema sanitario di appartenenza.

Garantire a tutti i cittadini tempi di accesso alle prestazioni sanitarie adeguati ai reali problemi clinici rappresenta uno degli obiettivi di primaria importanza del Servizio Sanitario Nazionale, in quanto strumento che permette di garantire il rispetto di fondamentali diritti alla persona, quali la tutela della salute e l'eguaglianza nell'accesso alle prestazioni siano esse ambulatoriali, che di ricovero.

La necessità di porre attenzione prioritaria alle prestazioni sanitarie deriva dal fatto che le prestazioni stesse sono in ogni modo un'entità facilmente misurabile nella quantità. Inoltre sono parametrabili il tempo in cui la prestazione stessa viene erogata, la quantità di risorse necessarie alla sua produzione e, infine, il grado di soddisfazione dell'utente. È importante ribadire che l'obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale non è eseguire la prestazione, ma trarne vantaggio di ordine diagnostico e terapeutico con conseguente miglioramento della salute per il cittadino.

È importante rilevare che la richiesta di prestazioni specialistiche è in continua crescita. Tali richieste non sempre sono appropria-

te, il loro aumento grava sui carichi di lavoro degli operatori, dilata la spesa sanitaria, produce impossibilità a soddisfare le richieste in tempi rapidi incrementando le liste d'attesa, con insoddisfazione dei cittadini.

Principale normativa in materia

Vanno ricordate le principali leggi di riferimento comparse negli ultimi 20 anni:

1. Legge 7.8.1990 n. 241 sul diritto di accesso agli atti della pubblica amministrazione.
2. Legge 23.12.1994 n. 724, all'art. 3, comma 8, sugli obblighi da parte delle USL ed Aziende Ospedaliere (registro delle prestazioni erogabili in regime ambulatoriale e di ricovero, garanzia di accesso all'utenza da parte dei cittadini e delle associazioni che si propongono di dare voce ai consumatori).
3. D.P.C.M. del 19.5.1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari" che riprende e sviluppa i concetti già previsti dalla legge 724/94.
4. Linee guida n. 2/1995 "Attuazione della carta dei servizi nel Servizio Sanitario Nazionale" che nella loro funzione di strumento informativo prevedevano che il cittadino potesse chiedere notizie sulle prenotazioni e sui tempi d'attesa di prestazioni di assistenza ospedaliera.

5. D.Lgs. 29.4.1998 n. 124, il cosiddetto "sanitometro" che affidava alle Regioni il compito di individuare le modalità volte a garantire il rispetto dei tempi di attesa aziendali determinati fornendo ai cittadini adeguata, tempestiva e chiara comunicazione sugli stessi.

Sono state pubblicate a livello regionale varie misure legislative e decreti. Inoltre va fatto riferimento a provvedimenti deliberativi a livello aziendale.

Il circuito organizzativo gestionale: dall'appropriatezza alle liste d'attesa

La lista d'attesa non sempre coincide direttamente con i bisogni di salute del cittadino essendo le richieste talora inappropriate. Per facilitare la prenotazione degli esami, sono stati istituiti da tempo nelle Regioni i Centri Unici di Prenotazione (CUP). I CUP sono gestiti da personale con esperienza sanitaria piuttosto generica e gli esami vengono, prevalentemente, prenotati utilizzando criteri cronologici. La crescita della domanda è spesso inappropriata, perché si cerca la cosiddetta "soddisfazione dell'utente" non tanto sul piano sostanziale quanto piuttosto su quello opportunistico o perché si preferisce seguire indirizzi di medicina difensiva. L'appropriatezza di una prestazione sanitaria è un concetto dinamico e variabile a seconda del contesto e della tecnica considerata. Infatti, mentre è comunemente accettato che per le tecniche diagnostiche con insito rischio per il paziente (per esempio coronarografia, ma anche test da sforzo) l'appropriatezza abbia come estremo il punto di equilibrio fra il rischio ed il beneficio dell'esame, più difficile è stabilire i criteri di appropriatezza delle richieste di prestazioni che, non comportando rischi sono sovrarappresentate e saturano le disponibilità del sistema. Pertanto, laddove la domanda eccede l'offerta, è necessario che le motivazioni di richiesta vengano stratificate secondo appropriatezza e criteri di priorità. Per gestire la domanda occorre modificare la mentalità degli estensori delle richieste ma anche dei cittadini, che ritengono un diritto la prescrizione, e l'esecuzione di esami non necessari. A tutti i prescrittori diretti o indiretti dal medico di famiglia allo specialista ambulatoriale, dal medico ospedaliero al privato accreditato, andrebbe imposto l'obbligo di motivare le richieste differenziandone la priorità in ragione delle ricadute sul percorso clinico ed assistenziale.

Una prestazione è appropriata in quanto viene eseguita dal medico competente, nella struttura giusta ed in tempi corretti per le necessità assistenziali.

Descrizione e limiti del modello basato sul sistema dell'offerta

L'esperienza dimostra che ogni incremento di offerta di prestazioni comporta un aumento incontrollato della domanda. In molte realtà si è cercato di ridurre i tempi d'attesa aumentando il numero delle prestazioni, incuranti dell'incontrollabile spirale che si andava ad alimentare. Per aumentare la disponibilità di prestazioni si è proceduto attraverso varie tappe:

1. ampliamento dell'offerta:

- attraverso il meccanismo degli obiettivi di budget

- adottando con i Dipartimenti un utilizzo ottimale delle attrezzature
- ampliando le fasce orarie dell'attività ambulatoriale
- istituendo incentivi come straordinari o attività incrementale remunerata
- favorendo indirettamente un'attività libero-professionale *intramoenia* allargata

2. riordino organizzativo:

- mettendo in condizioni lo specialista cardiologo di poter gestire ed organizzare il percorso dell'utente sulla base delle classi di appropriatezza delle richieste

Criticità conseguenti l'ampliamento dell'offerta

- Favorire sommessamente un aumento delle richieste di prestazioni con un aumento di carichi di lavoro per il personale non compatibili con i piani di lavoro e con le normative contrattuali.
- Prescrivere con facilità prestazioni inappropriate.
- Utilizzare apparecchiature in maniera inappropriata senza curarsi delle vere priorità e disperdendo risorse aziendali sia di carattere professionale, che tecnologico.
- Dilatare la spesa sanitaria inducendo un consumismo irrazionale ed incontrollato, cioè al solo scopo di "accontentare il cliente".

Si ritiene che una delle principali ragioni di questo incremento nella richiesta di prestazioni risieda nel fatto che tra le varie figure professionali mediche, che operano nella "filiera assistenziale", esista un deficit di comunicazione:

- Lo stesso esame o più esami della stessa disciplina vengono eseguiti in tempi diversi in strutture diverse a scapito della continuità assistenziale.
- Presentazione di richieste pretestuosamente "urgenti" definite tali per superare le liste d'attesa. A causa di ciò le urgenze reali accedono agli esami attraverso il Pronto Soccorso creando disservizio.
- Richieste inappropriate e ripetute generate dalle conflittualità tra le varie figure professionali.

Ciò comporta un disorientamento del paziente (sindrome di Ulisse), che si trova in difficoltà ad ottenere una risposta conclusiva al quesito originario (Tabella 1).

Proposta di modello incentrato sul governo della domanda

L'accesso alle prestazioni è determinato dal medico di medicina generale o da altro prescrittore e deve avvenire secondo priorità cliniche e criteri di appropriatezza preventivamente condivisi tra prescrittori ed erogatori. Le priorità di accesso sono legate alla gravità della patologia riscontrata dal medico prescrittore, secondo modalità organizzative definite a livello delle singole Aziende Sanitarie, sulla base di criteri concordati tra medici di medicina generale e specialisti.

Elemento qualificante relativamente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali è la condivisione dei percorsi diagnostici e la determinazione a livello aziendale di precise indicazioni organizzative e procedurali che consentano l'accesso diretto al CUP da parte di ambienti specialistici cardiologici (Cardiologie ospedaliere, poliambulatori specialistici, ambulatori SUMAI, ecc.). Si andrebbe a confi-

Tabella 1. I determinanti della domanda "in pillole".

1. Incremento "reale" della necessità di prestazioni diagnostico-strumentali	Aumento della fascia degli anziani Ampliamento delle indicazioni Maggiore disponibilità delle tecnologie
2. Incremento di richieste improprie	Numerosi esami, peraltro inappropriati, hanno esito negativo Numerosi referti non vengono ritirati Numerose prenotazioni vengono disattese senza essere state annullate
3. Eccessivo carico della domanda sulla struttura pubblica	Fiducia del cittadino nei confronti del Servizio Pubblico Gradimento verso determinati Servizi Fenomeni di autoreferenzialità
4. Cattiva distribuzione della domanda	Inadeguato utilizzo del CUP che rimane uno strumento dei cittadini e non del medico Disomogeneità organizzativa tra le diverse Strutture Diversità di produttività e quindi di "offerta"

gurare un'afferenza alle prenotazioni sulla base di priorità articolate secondo le seguenti caratteristiche:

1. **Classe A: prioritaria.** Qualsiasi prescrizione prioritaria deve riportare il quesito diagnostico, cioè la motivazione clinica per la quale si richiede la prestazione a carattere d'urgenza indicando le eventuali terapie in atto. Per le visite nei casi di particolare rilevanza clinica, è auspicabile che la richiesta sia integrata da brevi notizie anamnestiche e riporti la data e la dicitura "urgente" (ovvero entro 72h) o "urgente differibile" (entro 7 giorni) secondo uno schema applicativo concordato.
2. **Classe B: sollecitudine.** La prestazione dovrà avvenire entro 1 mese con il criterio del primo accesso. Sulla richiesta dovrà essere riportato il quesito diagnostico.
3. **Classe C: ordinaria** (routine e controllo). Si tratta di richieste di indagini effettuate per controllo differibili oltre 1 mese per le quali andrà comunque riportato il quesito diagnostico.

Concludendo, su ogni prescrizione andrà, pertanto, indicata la modalità di accesso (urgenza, sollecitudine, ordinaria) in base a criteri esclusivamente clinici.

Questa proposta risulta in linea con quanto indicato nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni nella seduta

dell'11 luglio 2002, in cui è stata definita la classificazione nazionale delle classi di priorità sia per i ricoveri che per le prestazioni ambulatoriali.

Bibliografia

- Legge 724/94 - Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.
- Legge 662/96 - Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.
- Legge 449/97 - Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica.
- Decreto legislativo 124/98 - Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art. 59, comma 50, della legge 449/97.
- Ministero della Salute. Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa - Relazione finale: analisi e proposte in tema di liste di attesa nel SSN.
- Linee guida n. 2/95 - Attuazione della carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale.
- D.P.C.M. 19.5.95 - Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari.
- D.P.R. 23/7/98 - Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.