

## **Sintesi del documento**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Al termine del documento vi sono quattro Allegati.

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

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

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

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

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