- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.129.70.157 Sun, 28 Apr 2024, 00:16:08

Appendice D
Gestione delle liste di attesa

(Ital Heart J Suppl 2003; 4 (11): 923-930)

Premessa

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 nonché sono parametrabili il tempo in cui la prestazione stessa viene erogata e la quantità di risorse necessarie alla sua produzione, ed infine anche il grado di soddisfazione dell'utenza. È importante ribadire che l'obiettivo del Servizio Sanitario non dovrebbe essere la prestazione in sé stessa, ma piuttosto i risultati della prestazione, fondamentali strumenti per raggiungere obiettivi di salute per il cittadino.

La continua crescita delle richieste di prestazioni specialistiche genera una notevole pressione sulle Strutture Ambulatoriali sia Territoriali che Ospedaliere che, pur organizzandosi per affrontare al meglio il problema, trovano difficoltà a soddisfare in tempi rapidi tale richiesta, con conseguente incremento delle liste di attesa e del grado di insoddisfazione dei cittadini. La conseguenza dell'aumento del numero delle prestazioni erogate provoca una dilatazione della spesa globale dando origine ad una paradossale situazione che vede un contemporaneo aumento dei carichi di lavoro degli operatori, dei tempi di attesa del cittadino e difficoltà di gestione da parte delle Aziende Sanitarie.

Attese e riferimenti normativi in Italia

In Italia sono stati indicati limiti di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali tramite norme dello Stato. In particolare, il primo limite fu fissato dal DL 26.11.81, n. 678, art. 3, comma 3, convertito con modificazioni nella Legge 26.1.82, n. 12, che considerava 3 giorni il limite di attesa per accedere alle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, a sua volta modificato dalla Legge 67/88, art. 19, in 4 giorni. Successivamente, il DPR 1.3.94, "Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996", ha aggiornato tali valori di attesa massima, portando a 5 giorni il limite massimo per accedere alle prestazioni di diagnostica per immagini e a 7 giorni il limite massimo per accedere alle visite specialistiche.

Solo nel 1998, il DL 29.4.98, n. 124, ha delegato alle Regioni il compito di definire tempi standard di attesa per le prestazioni specialistiche sottoposte a ticket. Tale indirizzo normativo presuppone pertanto il valore del "fattore tempo" come discriminante nella risposta al bisogno sanitario della popolazione di riferimento. Quasi tutte le Regioni e Province Autonome hanno recepito gli obblighi di regolamentazione locale previsti dal precitato Decreto 124/98. I contenuti delle diverse norme regionali seguono uno stesso "filo conduttore": garantire le prestazioni "urgenti differibili" entro un tempo massimo di 7 giorni e garantire le altre prestazioni (ad esclusione delle prestazioni di "controllo" con attesa predefinita) entro un tempo massimo che, nella maggior parte delle delibere regionali, non supera i 30 giorni. Tali valori sono sicuramente più "ragionevoli" di quelli contenuti nelle precedenti norme in vigore (si vedano le prime norme sopra citate), ma sono comunque troppo ristretti per essere concretamente soddisfatti.

In un documento della British Medical Association di alcuni anni fa (*Health Policy and Economic Research Unit*, 1998) è stato sottolineato il rischio di non garantire equità ed efficacia di intervento con la sola riduzione globale dell'attesa. Anche alcune esperienze italiane evidenziavano il rischio di assegnare tempi di attesa elevati nonostante il tempo di attesa globale fosse relativamente basso, ciò motivando la realizzazione di modelli di priorità clinica alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Del resto, secondo diversi autori (si veda il do-

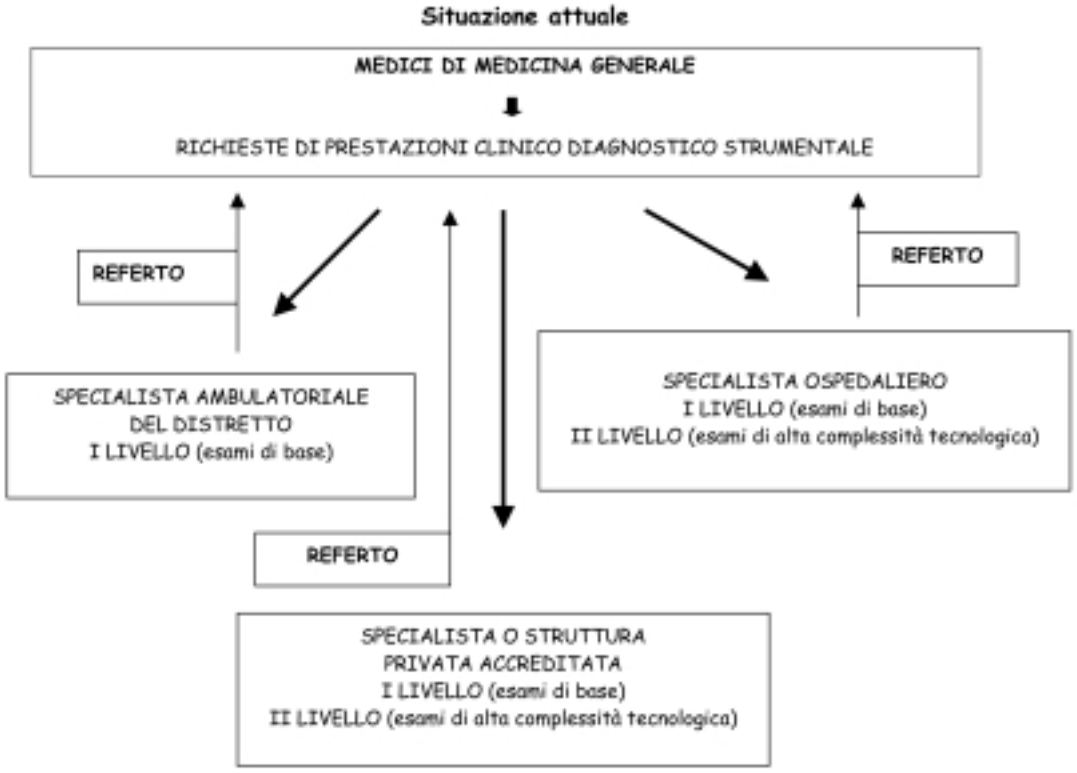
- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.129.70.157 Sun, 28 Apr 2024, 00:16:08

cumento sopra citato della British Medical Association), la lista di attesa (in tal caso intesa come "coda") non dovrebbe essere interpretata come un fattore "neutrale" bensì come deterrente per ridurre la domanda impropria, naturalmente applicando la logica delle priorità ed il monitoraggio continuo delle liste di attesa.

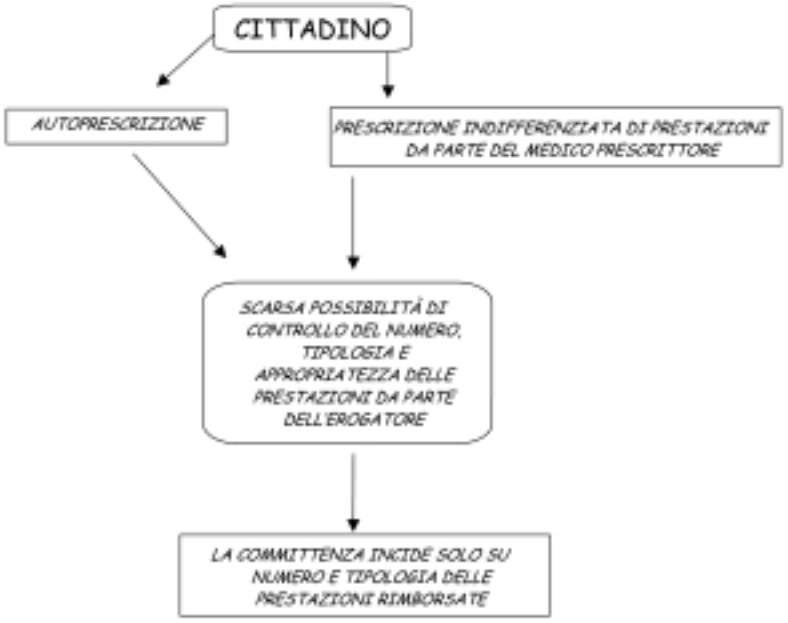
Mentre in Italia quasi ovunque si voleva raggiungere uno standard del 100% ad 1 mese di attesa, nel Regno Unito, paese dove le "code" vengono accettate di più, era stato stabilito uno standard del 90% a circa 3 mesi di attesa. La volontà italiana di "far meglio" rischiava di non "far bene". Per rispondere in così poco tempo (viste le norme cogenti), stante una diffusa situazione di cronica lunga attesa, le Aziende Sanitarie avrebbero dovuto stornare risorse interne oppure le Regioni avrebbero dovuto incrementare il finanziamento alle aziende. Infatti, l'unica contromisura, per ridurre in poco tempo le liste di attesa, sarebbe stato l'aumento dell'offerta e quindi l'ulteriore incremento della spesa sanitaria pubblica.

Solo più recentemente, il Ministero della Salute ha attivato una Commissione per lo studio dell'argomento (DM 28.12.2000), che ha elaborato uno specifico documento che analizza le problematiche da quattro punti di vista: la domanda, l'offerta, la comunicazione ai cittadini, il monitoraggio (Analisi e proposte in tema di liste di attesa nel Sistema Sanitario Nazionale - Relazione finale. Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa, Roma, maggio 2001).

Successivamente ai lavori della sopra citata Commissione in altre occasioni politiche è stato affrontato l'argomento dei tempi di attesa. In particolare, nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni sono stati sanciti accordi sui livelli essenziali di assistenza (LEA), sull'appropriatezza delle cure (DPCM 29.11.2001) e sulle priorità di accesso alle prestazioni. Su quest'ultimo argomento, considerato che il criterio dell'appropriatezza e quindi dell'erogazione delle prestazioni specialistiche entro tempi appropriati alle necessità di cura rappresenta una componente fondamentale dei LEA, nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002 è stato convenuto sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, integrando i LEA (DPCM 16.4.2002 - Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 122 del 27.5.2002). Le linee guida così distribuite contenevano criteri generali che indicavano, quali principali strumenti di soluzione, le priorità e l'incremento dell'offerta anche tramite incentivazioni e contratti libero-professionali del personale con l'azienda. In attuazione al punto A) dell'accordo Stato-Regioni della sopra citata seduta del 14.2.2002, il tavolo di monitoraggio dei LEA ha prodotto (26.6.2002) un documento di riferimento sull'argomento delle priorità di accesso. In tale documento si indicano classi di priorità di attesa, differenziate per prestazioni specialistiche ambulatoriali e per episodi di ricovero. Nel documento si fa riferimento ad esperienze nazionali (non citate) e ad un documento australiano (*Advisory Committee on Elective Surgery*). Da quanto emerge dal documento, si comprende come l'applica-



- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.129.70.157 Sun, 28 Apr 2024, 00:16:08



zione di criteri di priorità e appropriatezza delle cure richieda la condivisione con esperti nei settori specialistici coinvolti e con i maggiori prescrittori. Ciò inevitabilmente richiede un percorso organizzativo aziendale.

Contestualmente, dopo l'incontro fra Ministero della Salute e Assessori alla Sanità delle Regioni e Province Autonome del 19.6.2002, è stato istituito presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali un Gruppo Tecnico in materia di liste di attesa per il monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, sia per prestazioni specialistiche ambulatoriali, sia per ricoveri in Ospedale per acuti, a tal fine selezionando prestazioni e ricoveri "traccianti". Ciò ha consentito un primo monitoraggio nazionale con rilevazione puntuale avvenuta nel corso del mese di novembre 2002.

Il circuito organizzativo gestionale attuale

A livello del Distretto ("la committenza") si generano i principali flussi di prestazioni sanitarie, quindi di spesa sanitaria in un sistema che vede interagire il Medico di Famiglia, lo Specialista del Distretto, quello dell'Ospedale ed il Privato Accreditato ("la produzione").

In sostanza si tratta di un modello incentrato sulla prestazione; il Cittadino esprime bisogni per i quali viene attivata direttamente la richiesta di prestazioni da parte del Medico prescrittore generico o specialista secondo modalità consolidate, ripetitive e ridondanti senza un'adeguata analisi differenziata del bisogno secondo priorità cliniche.

In questo tipo di modello la lista di attesa per le prestazioni dipende in gran parte dall'erogatore e dalla sua capacità di rispondere alla richiesta, con scarsa possibilità di intervento sull'appropriatezza delle prestazioni e sulla loro tipologia e tempistica, anzi ad ogni incremento di offerta di prestazioni si realizza un aumento incontrollato della domanda.

Cosa non funziona nel circuito

I determinanti della domanda

Si ritiene che una delle più importanti ragioni di questo incremento delle prestazioni risieda nel fatto che tra le varie figure professionali mediche che operano nella "filiera assistenziale" esista un deficit di comunicazione per i seguenti motivi:

• ridondanza e duplicazione delle richieste di esami specialistici: il paziente esegue un esame presso lo Specialista di una Struttura, successivamente viene inviato

1. Incremento "reale" della necessità di prestazioni diagnostico-strumentali
   Aumento della fascia degli anziani
   Ampliamento delle indicazioni per certe patologie
   Maggiore disponibilità delle tecnologie
2. Incremento di richieste improprie
   Molti esami danno esito negativo;
   di questi > 50% risultano inappropriati
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 Centro Unico di Prenotazione
   Disomogeneità organizzativa tra le diverse Strutture
   Diversità di produttività e quindi di "offerta"

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.129.70.157 Sun, 28 Apr 2024, 00:16:08

per la stessa prestazione in altra Struttura per un "confronto";
• pellegrinaggio dei pazienti (sindrome di Ulisse): lo stesso esame o più esami della stessa disciplina vengono eseguiti in tempi diversi in strutture diverse a scapito della continuità assistenziale e della economicità di gestione;
• improprie indicazioni all'esame specialistico;
• uso incongruo delle richieste urgenti a volte solo allo scopo di superare le liste di attesa e conseguente disagio organizzativo delle Strutture specie a livello dei Pronto Soccorso cittadini;
• referto specialistico/lettera di relazione di qualità non sempre adeguata a fornire indicazioni chiare al Medico di Medicina Generale;
• conflittualità e confusione nelle prescrizioni cliniche terapeutiche tra le varie figure professionali.

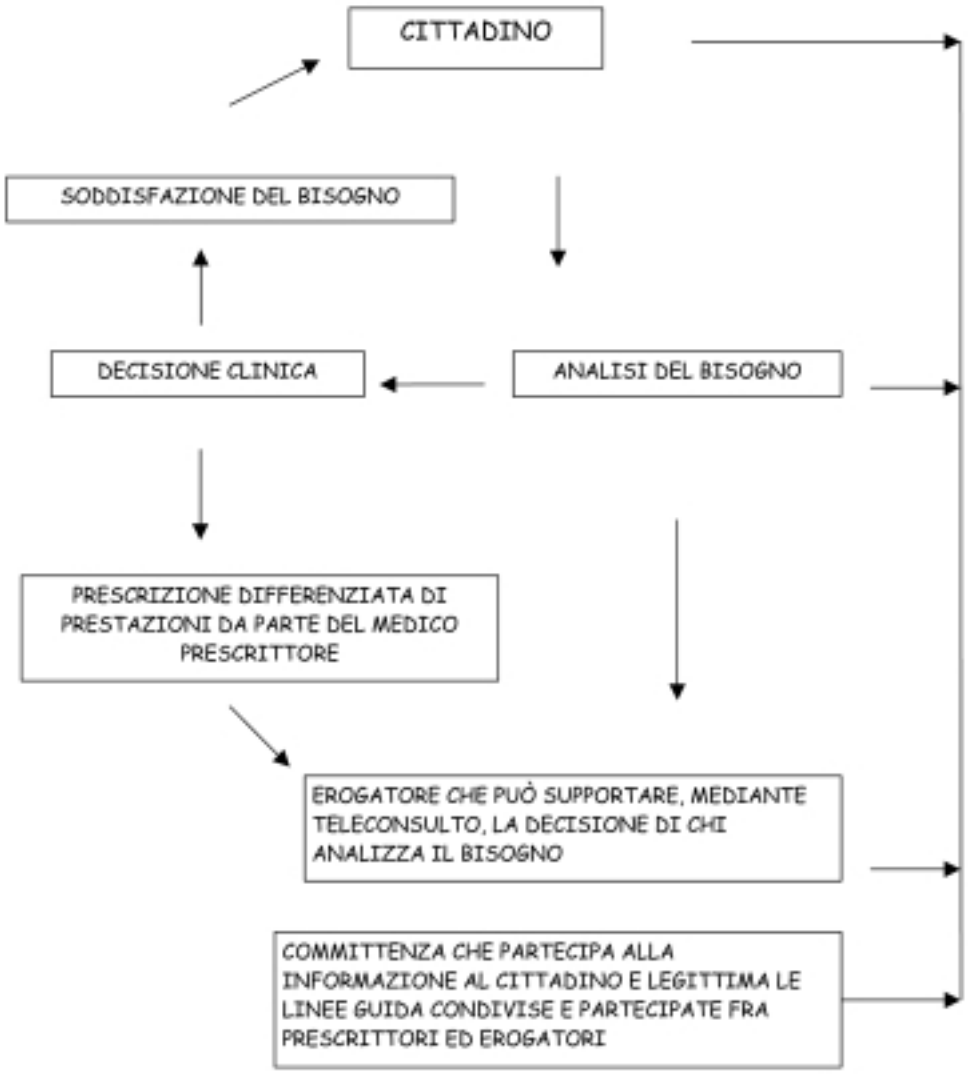
Ne consegue facilmente un disorientamento del paziente, che dopo avere eseguito esami diversi in diverse Strutture spesso si trova senza un preciso riferimento specialistico che possa offrire una risposta conclusiva al quesito originario.

Proposta di modello incentrato sul Governo della Domanda

L'accesso alle prestazioni è determinato dal Medico di Medicina Generale o da altro prescrittore secondo priorità cliniche e criteri di appropriatezza preventivamente condivisi tra prescrittori ed erogatori: in tale maniera il Governo della Domanda viene attivato sin dal primo esplicitarsi del bisogno, consentendo di ottenere richieste appropriate di prestazioni a tutti i livelli, sia da parte del Medico prescrittore che della committenza (il Distretto), il quale svolge il ruolo di riconoscere e legittimare le linee guida di comportamento e di appropriatezza condivise dai prescrittori e dagli erogatori.

Lo schema seguente, può essere utilmente applicato nelle diverse realtà nazionali.

Alcune esperienze suggeriscono la necessità di una grande semplificazione ed un recupero di fiducia nella professionalità del Medico di Medicina Generale che comunque deve integrarsi nel progetto delle liste di attesa nell'ambito dei Dipartimenti di Cure Primarie, che



- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.129.70.157 Sun, 28 Apr 2024, 00:16:08

già da ora operano in collegamento con i Dipartimenti Ospedalieri.

In sostanza sono stati indicati alcuni percorsi atti ad individuare le prestazioni ambulatoriali specialistiche con priorità di accesso, tali priorità 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.

Nelle esperienze dell'Emilia Romagna sono state indicate dall'Assessorato Regionale alla Sanità le seguenti priorità:

• *urgenze nelle 24 ore:* si definisce urgente quella prestazione di diagnostica strumentale o di visita specialistica relativa ad un malattia in fase acuta per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione della stessa nell'arco delle 24 ore comporti un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico;

• *urgenza differibile:* si definisce urgenza differibile quella prestazione di diagnostica strumentale o di visita specialistica relativa ad una malattia in fase acuta per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione della stessa nel breve/medio periodo (7 giorni) comporti un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico nel breve/medio periodo.

La prescrizione proposta deve sempre 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.

La prescrizione deve riportare la data e la dicitura "urgente" o "urgente differibile" secondo un certo schema applicativo; le altre prestazioni non urgenti vengono richieste tramite Centro Unico di Prenotazione (CUP) possibilmente specificando l'ambito delle priorità da osservare.

Potrebbe essere applicata una proposta che definisce le seguenti quattro classi di priorità:

- *Classe A:* priorità entro 1 settimana,
- *Classe B:* entro 1 mese (sollecitudine),
- *Classe C:* oltre 1 mese (routine e controllo),
- *Classe D:* non determinata (per controlli periodici predefiniti, indicati dalla Struttura Cardiologica di riferimento).

Sulla prescrizione potrebbe essere indicata in tal modo la tempistica entro la quale debbono essere effettuate le prestazioni non a carattere di urgenza *da definire in base a criteri clinici.*

Questa proposta nel complesso risulta in linea a quanto indicato nell'accordo della Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell'11 luglio 2002, nella quale viene definita la classificazione nazionale delle classi di priorità sia per i ricoveri che per le prestazioni ambulatoriali.

Ciò renderebbe forse più agevole l'assunzione, da parte del Medico di Medicina Generale, o di chi richiede eventualmente la prestazione, della responsabilità per la definizione delle priorità cliniche, senza vincoli eccessivi nosografici e classificativi, utilizzando eventualmente on-line un sistema di teleconsulto con lo Specialista che supporta la decisione sul da farsi, con la possibilità di risolvere il tutto con il solo contatto telefonico e definire insieme, nei casi dubbi, il percorso ottimale, l'esame appropriato e le priorità.

Riorganizzazione dell'attività ambulatoriale secondo il modello della "presa in carico del paziente e della gestione delle liste di attesa"

L'obiettivo che si intende realizzare deve essere "la presa in carico del paziente" per l'intero periodo di assistenza specialistica attraverso interventi sia sugli assetti organizzativi gestionali sia sulle responsabilità clinico-assistenziali.

L'obiettivo va perseguito attraverso le seguenti azioni:

• concentrare in un unico accesso le prestazioni relative ad un problema clinico complesso (attraverso lo strumento del Day Service);

• individuare un responsabile dell'iter clinico-assistenziale;

• integrare e concentrare le attività strumentali che si espletano in Strutture Ospedaliere, Distrettuali o private accreditate;

• rielaborare assetti organizzativi nell'ottica Dipartimentale.

La modalità organizzativa del Day Service, viene attivata dal Medico di Medicina Generale e rappresenta un sistema facilitato e semplificato di accesso alle Strutture Ambulatoriali Ospedaliere sulla base di problemi clinici complessi che richiedono più prestazioni specialistiche, secondo procedure e modalità concordate e condivise.

Si tratta di un modello assistenziale che mutua dal Day Hospital la concentrazione in tempi ristretti delle prestazioni erogabili. Il progetto è articolato nell'elaborazione di un vero e proprio pacchetto di prestazioni ambulatoriali, gestito dal Medico Specialista Ospedaliero, che permette al paziente di essere inquadrato dal punto di vista clinico diagnostico in breve tempo, superando l'allungamento burocratico dei tempi di attesa, che spesso si interpongono tra la richiesta del generalista e l'effettuazione di ogni singola prestazione.

In sintesi i pazienti che presentano problematiche cliniche complesse, per i quali il ricovero risulterebbe eccessivo o inappropriato, e che meritano una gestione specialistica in tempi relativamente brevi, possano accedere a tale sistema che viene condotto dallo Speciali-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.129.70.157 Sun, 28 Apr 2024, 00:16:08

sta Cardiologo, che decide il successivo iter diagnostico-assistenziale, e si conclude con una relazione da inviare al Medico di Medicina Generale.

I principali risultati conseguibili da questo nuovo modello operativo sono stati di seguito identificati:
- riduzione dei ricoveri inappropriati o dei re-ricoveri;
- significativa riduzione dei ricoveri in Day Hospital;
- risparmio economico significativo per l'Azienda Committente derivante dalla differenza di valore economico tra Day Service e Day Hospital;
- buon grado di soddisfazione del Cittadino, rilevabile dai questionari specifici distribuiti a campioni di utenza;
- implementazione dell'uso di percorsi diagnostico-assistenziali, in base alla tipologia del pacchetto di prestazioni ambulatoriali definiti in base al quesito clinico originario;
- miglioramento nello scambio di informazione tra Specialisti Ospedalieri e Medici di Medicina Generale anche attraverso lo sviluppo della telemedicina.

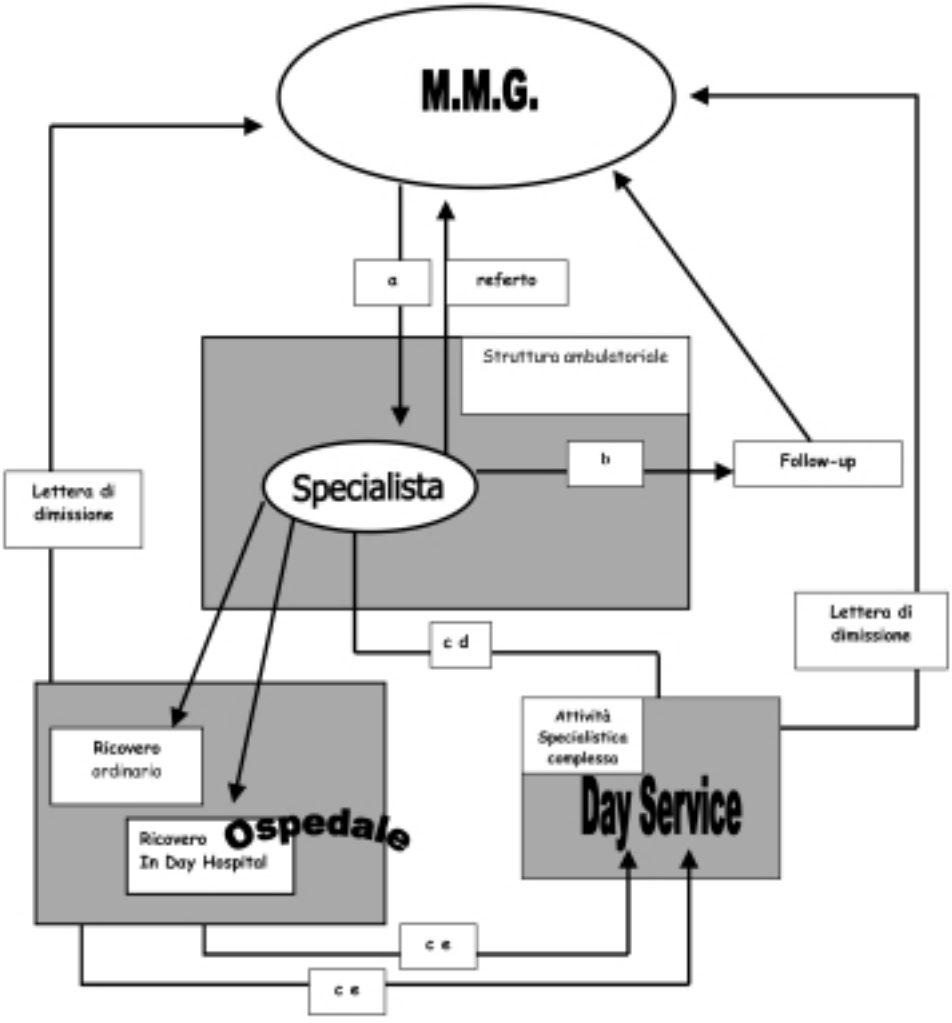
Tale nuovo circuito gestionale organizzativo viene illustrato nello schema seguente.

Ruolo del Centro Unico di Prenotazione

In tale contesto è importante sottolineare il ruolo che può avere il CUP di uno specifico bacino di utenza (Provincia, Area Vasta, Area Metropolitana). Possiamo definire il CUP come un sistema unidirezionale che da un terminale, ovunque questo sia localizzato, permette una prenotazione per l'esecuzione dell'esame richiesto dal Medico di Famiglia.

In questi anni si è estesa progressivamente la quota di prenotazioni effettuate dal CUP su precisi obiettivi aziendali (tutto dovrebbe essere prenotabile tramite CUP). In questo ambito il Cittadino dispone di un unico strumento potente e flessibile per accedere ai molteplici Centri Erogatori (Ospedale, Distretto, Strutture Private Accreditate) rendendo in tale modo l'accesso trasparente ed efficace.

Il CUP accompagna il Cittadino nell'accesso intelligente alle Strutture Ambulatoriali, in un piano di miglioramento del servizio che si pone fondamentalmente i seguenti obiettivi:



a = richiesta su ricettario del Sistema Sanitario Nazionale; b = gestione concordata Medico di Medicina Generale (MMG)-Specialista; c = continuità diagnostico-terapeutica; d = gestione di patologie complesse; e = prestazioni post-ricovero.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.129.70.157 Sun, 28 Apr 2024, 00:16:08

• prenotare non solo per singole prestazioni ma anche per percorsi di malattia;
• usare la posta elettronica o altri mezzi telematici per inviare referti clinici e lettere di dimissione tra Specialisti e Medici di Famiglia;
• potenziare i servizi di telediagnosi e teleconsulto per permettere anche l'invio di esami eseguiti negli studi dei Medici di Medicina Generale ai Centri di riferimento dell'Ospedale;
• creare un database clinico comune, consultabile via rete dalla postazione di lavoro del Medico Specialista, Ospedaliero, Territoriale e del Medico di Famiglia, per consentire una maggiore integrazione possibile delle informazioni cliniche;
• sviluppare programmi multimediali di educazione sanitaria rivolti sia agli operatori che a gruppi di cittadini (ad esempio nelle Scuole, Centri Civici, Circoli Culturali, ecc.) forniti di accesso alla Rete, anche valorizzando il ruolo del volontariato (ad esempio Conacuore, Amici del Cuore, ecc.).

Il sistema dell'offerta

L'azione più comunemente intrapresa per ridurre i tempi di attesa è quella dell'incremento delle prestazioni.

Premesso che l'integrazione tra il Distretto ed il Presidio Ospedaliero viene proposta come elemento fondamentale per assicurare la corretta erogazione di numerose attività sanitarie e di molti programmi assistenziali, la qualità di un intervento sanitario nelle sue fondamentali determinanti viene definita dalla tempestività e dalla continuità delle cure, nell'ambito delle quali il problema delle liste di attesa viene in genere affrontato, dalle Aziende Sanitarie, attraverso le seguenti strategie: 1) ampliamento dell'offerta, 2) riordino organizzativo.

Ampliamento dell'offerta

Da parte delle Aziende si è proceduto, attraverso il meccanismo degli obiettivi di budget, ad indurre i Dipartimenti ad adottare le seguenti misure:
- utilizzo ottimale delle attrezzature presenti nell'ambito dipartimentale,
- ampliamento delle fasce orarie dell'attività ambulatoriale,
- incentivi sul salario di risultato,
- attività Libero Professionale Intramoenia allargata.

Ognuno di questi strumenti ha trovato peraltro ostacoli di natura organizzativa, burocratico-amministrativa ed anche sindacale in materia di applicazione di contratto di lavoro in sede decentrata.

L'ampliamento dell'offerta può d'altra parte indurre due ordini di conseguenze:
• si possono eseguire talora prestazioni inappropriate o che necessitano di essere ripetute sia per motivi tecnici che per inadeguata analisi interpretativa e descrittiva;
• viene indotto un inevitabile nuovo aumento delle richieste di prestazioni.

Si può ragionevolmente concludere che nella relazione domanda/offerta non è certo l'ampliamento dell'offerta che può produrre una razionale riduzione della domanda, e conseguentemente delle liste di attesa, ma che solo una politica oculata da parte dei decisori pubblici può mettere in condizioni lo Specialista Cardiologo di poter gestire ed organizzare il percorso dell'utente sulla base delle classi di appropriatezza delle richieste. In ultima analisi le Direzioni Generali dovrebbero affidare al Comitato Cardiologico di Coordinamento delle attività in Rete la funzione di definire un "Triage organizzativo" condiviso che consenta di selezionare le richieste e definire l'iter diagnostico-strumentale più opportuno.

Considerazioni conclusive sul sistema dell'offerta. Un sistema basato sull'offerta di prestazioni rischia di indurre, in ultima analisi, tali conseguenze:
• aumento di carichi di lavoro per il Personale Medico, Tecnico ed Infermieristico non compatibili con i Piani di Lavoro e con le normative contrattuali;
• uso delle apparecchiature in maniera inappropriata per assolvere ad obiettivi di incremento delle prestazioni, senza curarsi delle vere priorità e disperdendo risorse sia di carattere professionale che tecnologico;
• incremento della spesa sanitaria indotto da un consumismo irrazionale ed incontrollato, ciò al solo scopo di "accontentare il cliente".

Proposta di riordino organizzativo

Il riordino dell'attività ambulatoriale specialistica può rappresentare un'altra strategia al fine di modificare alcune procedure organizzative per razionalizzare l'accesso alla prestazione specialistica ambulatoriale secondo obiettivi ed azioni di seguito riportate:

Obiettivi	Azioni
1. Modalità di concertazione previste con gli Specialisti Ambulatoriali, Medici di Medicina Generale e tempi di realizzazione	Applicazione di linee guida condivise sull'appropriatezza delle richieste
2. Definizione di percorsi amministrativi/organizzativi	Percorso di accesso alle Strutture Ambulatoriali per prestazioni programmabili dirette senza richiesta, con richiesta del Medico di Medicina Generale tramite Centro Unico di Prenotazione

(segue)

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.129.70.157 Sun, 28 Apr 2024, 00:16:08

(*segue*)

Obiettivi	Azioni
3. Caratteristica della modulistica da introdurre negli ambiti aziendali	Modelli di richiesta di visita, di controlli periodici e di referto specialistico
4. Definizione delle tipologie di ambulatorio, relative a prestazioni e livelli di competenza secondo un modello in Rete	Day Service: modalità di gestione organizzativa della struttura ambulatoriale per pazienti con problemi clinici complessi non necessitanti di ricovero ospedaliero ordinario né di Day Hospital

Con la costituzione delle Reti organizzative cardiologiche per bacini di utenza l'obiettivo che ci si propone è quello di attivare un sistema di integrazione delle Strutture attraverso una Rete dei Servizi che consenta di definire i livelli nei quali debbono essere svolte le prestazioni di base ed i livelli ai quali debbono accedere le richieste di prestazioni che necessitano di elevata complessità tecnico-operativa e di specifiche competenze professionali (modello *Hub & Spoke*).

Il Comitato Cardiologico di Coordinamento delle attività in Rete definirà anche:

• check-list di prestazioni eseguibili a livello degli ambulatori del Territorio e le motivazioni per le quali alcune prestazioni possono essere eseguite in tali sedi ed altre no;

• check-list di prestazioni che necessariamente debbono essere eseguite negli Ambulatori specialistici a maggiore complessità, specificandone i motivi di carattere tecnico-organizzativo e professionale.

Le Aziende Sanitarie dovrebbero impegnarsi per valutare con i Professionisti e le Società Scientifiche quali interventi prioritari mettere in atto sul piano organizzativo per un pieno utilizzo delle risorse, puntando ad un miglioramento della qualità attraverso l'appropriatezza delle prescrizioni mediante adozione di linee guida condivise e concordate, garantendo il coinvolgimento dei Medici prescrittori ed una adeguata informazione ai Cittadini.

Il Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 pone particolare attenzione sull'appropriatezza delle prescrizioni quando al progetto specifico recita "... attuare l'accordo sui livelli essenziali e appropriati di assistenza ..." ed afferma "... per i prossimi 3 anni gli obiettivi saranno quelli di sviluppare un sistema di indicatori pertinenti, continuamente aggiornati per il monitoraggio dell'applicazione dei LEA, aggiornare con cadenza periodica i LEA in termini di indicatori di appropriatezza e di tipologia di prestazioni tramite un'apposita Commissione Nazionale nominata dalle Regioni e dal Ministero della Salute, rendere pubblici i tempi di attesa per le prestazioni appropriate filtrando quelle non appropriate, mettendo in priorità quelle relative alle patologie più invalidanti e le urgenze ...".

Il Ministero, le Regioni, le Aziende Sanitarie e le Società Scientifiche debbono produrre uno sforzo complessivo e coordinato rivolto ai Cittadini ed agli Operatori al fine di ridurre o abolire le richieste immotivate ed inappropriate. La spirale del consumismo è infatti talmente perversa ed acritica che rischia di produrre perdite colpevoli e pericolose di equità, con il pericolo di passare dalla razionalizzazione al razionamento delle risorse.