

PIANO STRAORDINARIO PER IL CONTENIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

GARANZIA PARITA' DI ACCESSO ASSICURARE L'ESERCIZIO DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEL CITTADINO

Il problema delle liste d'attesa è allo stato attuale sicuramente tra i più impegnativi per il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale o quantomeno tra quelli che fanno scendere di molto il livello della qualità del servizio sanitario percepita dal cittadino.

Ad oggi si connota come una delle più importanti criticità nell'ambito della sanità pubblica per le rilevanti conseguenze sul piano clinico, economico e sociale.

E' per tale motivo che a più riprese Ministero della Salute e Regioni hanno cercato di porvi mano, nel tentativo di dirimere tale nodo piuttosto intricato. In particolare la Regione Umbria ha attivato nel corso degli anni vari progetti o programmi volti alla gestione delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale in coerenza con le indicazioni formulate a livello nazionale.

Le dimensioni del fenomeno sono state forse ingigantite dall'incapacità di abbandonare l'approccio tradizionale basato sull'irrealizzabile miraggio di ottimizzazione dell'efficienza; con questo Piano l'obiettivo che ci poniamo è intercettare il reale bisogno di salute riducendo l'inappropriatezza, al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) a tutti gli assistiti.

È ormai diffusa la cognizione che l'appropriatezza delle cure può essere misurata e può costituire pertanto la base per compiere le scelte migliori sia per il singolo paziente sia per la collettività.

La sfida si gioca quindi nel governo dell'appropriatezza distinguendola in:

- **appropriatezza clinica-prescrittiva**
- **appropriatezza organizzativa-erogativa.**

Possiamo considerare una prestazione sanitaria appropriata quando, a parità di "resa" clinica (efficacia), è in grado di ottimizzare l'impiego delle risorse (efficienza); quindi, una prestazione è appropriata se viene prescritta (appropriatezza clinica-prescrittiva) ed erogata all'utente giusto, nel momento giusto, nella giusta quantità e prevedendo tanto il sotto-utilizzo quanto il sovra-utilizzo di strutture e servizi (appropriatezza organizzativa-erogativa). Al contrario, viene considerata **inappropriata** una procedura il cui rischio sia superiore ai benefici attesi.

Il ruolo dei professionisti che operano sul campo è fondamentale per raggiungere livelli sempre più elevati di appropriatezza clinica ed organizzativa e pertanto va promosso e sviluppato.

L'elemento essenziale e prioritario è comunque sviluppare il piano di razionalizzazione del sistema dei servizi sanitari regionali contestualmente a:

- attività sistematiche e continuative di valutazione e di intervento su appropriatezza, efficacia clinica ed efficacia rispetto ai costi dei servizi e dei programmi offerti;

- valutazione delle aspettative e delle preferenze della popolazione rispetto ai servizi sanitari e del loro gradimento da parte degli utilizzatori;
- omogeneizzazione dei percorsi assistenziali e dei comportamenti organizzativi nel rispetto degli obiettivi di qualità del sistema.

A tale fine si ritiene necessario definire criteri ed indirizzi per raggiungere tale obiettivo e fornire le relative indicazioni del livello organizzativo delle Aziende Sanitarie regionali.

1) APPROPRIATA DOMANDA DI PRESTAZIONI SANITARIE IDENTIFICANDO I REALI BISOGNI DI SALUTE

I modelli sanitari sembrano non riuscire a fronteggiare il rapido evolversi della domanda, che si esprime sempre di più come “bisogno di significare il proprio malessere” piuttosto che come “bisogno di cura” in un contesto nel quale l’acquisizione di consapevolezza da parte del cittadino, della essenzialità di una “diagnosi prima della cura”, si tramuta in un’esigenza ancor più importante della stessa richiesta di benessere.

Il trend di crescita quasi incontenibile della diagnostica per immagini, l’alta percentuale di referti negativi, o parafisiologici, suggestiva di scarsa appropriatezza, ben rappresentano il fenomeno della delega alla diagnosi strumentale della diagnosi clinica: in questi ultimi anni non è aumentato il ricorso alla visita specialistica o, comunque, non con pari intensità all’incremento di indagini strumentali e si è, invece, decisamente modificato il ruolo della tecnologia di immagini nel processo clinico decisionale. Se riteniamo che la domanda di immagini sia caratterizzata complessivamente da possibile inappropriata prescrivibilità dobbiamo intervenire con modelli, anche concettuali, più vicini al prescrittore che al produttore.

Al fine della appropriatezza della prestazione da eseguire, il medico prescrittore deve, oltre assicurare il rispetto dei requisiti essenziali di chiarezza e completezza, redigere la prescrizione riportando sempre la motivazione clinica e il quesito diagnostico che giustificano la prestazione richiesta, prevedendo la possibilità di completare la prescrizione con i dati anamnestici se importanti.

In questi anni l’appropriatezza della domanda è stata ricercata e monitorata attraverso l’applicazione dei **Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO** alle prestazioni di primo accesso, garantendo l’esecuzione tempestiva delle prestazioni obiettivamente prioritarie per importanza ed urgenza, in base al bisogno clinico rilevato. La priorità clinica, o condizione clinica, consente al medico prescrittore di attribuire ad un paziente un tempo di attesa ragionevole per ottenere una prestazione specialistica senza per questo compromettere la prognosi.

Le classi di priorità d’accesso previste nella nostra Regione sono:

- priorità “U” = urgenza differibile prestazione da erogare entro i 3 gg
- priorità “B” = breve prestazione da erogare entro i 10 gg

- priorità “D” = differita prestazione da erogare entro i 30/60 gg
- priorità “P” = programmata

La modalità è stata implementata in tutte le Aziende Sanitarie della Regione, in particolare per quelle prestazioni di specialistica ambulatoriale che dai monitoraggi emergevano come più critiche.

Questo approccio di governo della domanda è volto ad individuare il reale bisogno di salute del paziente attraverso una classificazione delle situazioni cliniche per ciascuna delle prestazioni specialistiche sottoposte a RAO, garantendo la prestazione giusta al momento giusto. Lo scopo di questo approccio è garantire ai pazienti con maggiore necessità la prestazione in tempi brevi.

La stratificazione della domanda in classi di priorità d’accesso formalmente differenziate rappresenta una metodologia da tempo applicata soprattutto nell’ambito delle attività di emergenza, dove il metodo del triage è utilizzato per prendere una decisione di priorità di cura nei momenti di punte massime di domanda di intervento. In sistemi complessi come quello sanitario la velocità e l’appropriatezza della decisione di intervenire subito o di ritardare di un po’ l’intervento è spesso determinante per l’efficienza del sistema. Vi sono condizioni patologiche nelle quali è possibile rinviare l’intervento diagnostico e/o terapeutico richiesto come urgente, senza per questo modificare la prognosi dell’utente. Tale presupposto è fondamentale per poter garantire a tutti una risposta disponendo di una quantità di risorse limitata e insufficiente per rispondere a tutti subito.

Oggi, forti dell’esperienza scaturita, è necessario aggiungere alle modalità di lavoro e alle azioni fatte quelle che potremmo definire “**condizioni di erogabilità**” ed “**indicazioni prioritarie**” per le prestazioni sanitarie ancora critiche. Esperienze nazionali confermano che l’introduzione di indicazioni prioritarie per la diagnostica per immagini (per esempio sospetto o patologia oncologica, sospetta infezione o infiammazione, patologia traumatica acuta o post chirurgica,...) limitano e riducono il numero di richieste di prestazioni inappropriate. Il rafforzamento del risultato si ottiene indicando per la stessa prestazione condizioni di erogabilità vincolanti per il prescrittore (ambito pediatrico, protocolli concordati, diagnosi accertata, sospetti o patologie certificate, ...).

Altro punto critico è la domanda inappropriata di prestazioni urgenti. Tenendo sempre ben chiara la differenza tra emergenza/urgenza ed urgenza differibile, e quindi solo in quest’ultimo caso prescrivibile, è necessario formulare regole omogenee nel territorio regionale, al fine di applicare modalità organizzative condivise fra prescrittori ed erogatori così da garantire una tempestiva e giusta risposta alle “vere richieste urgenti”.

Le azioni che si prevedono sul fronte della domanda sono:

- a) **Diagnostica per immagini (alta tecnologia):** inserire per le singole voci condizioni di erogabilità al fine di ridurre la domanda inappropriata di queste prestazioni.

Obiettivo: ridurre la domanda inappropriata delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di diagnostica per immagini TC e RM

Organizzazione: i medici prescrittori possono prescrivere solo se vi sono condizioni di erogabilità concordi con il quesito diagnostico individuato. Le strutture erogatrici controllano la concordanza tra quesito diagnostico e condizione di erogabilità; le Aziende USL inviano ai MMG, PLS e medici prescrittori dipendenti report sul prescritto così come le Aziende Ospedaliere ai propri dipendenti prescrittori.

- b) **Introdurre le indicazioni prioritarie** per le prestazioni specialistiche critiche e con il più alto impatto economico in termini di risorse impiegate.

Obiettivo: ridurre la domanda inappropriata delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

Organizzazione: rispettare le indicazioni prioritarie da parte dei medici prescrittori; rilevare la concordanza tra quesito diagnostico e indicazioni prioritarie di erogabilità.

- c) **Ridefinire la classe di priorità "P"** prevedendo una graduale eliminazione dalle agende di questa priorità considerato che dai monitoraggi si rileva che in questa fascia si riscontrano per il 90% prestazioni di secondo accesso e follow up.

Obiettivo: ridurre la domanda inappropriata delle prestazioni in classe "P" recuperando le disponibilità.

Organizzazione: rimodulazione delle agende di prenotazione riconvertendo le disponibilità della priorità "P" nelle classi di priorità con la domanda più alta per tipologia di prestazione specialistica.

- d) **Gestire il percorso dell'emergenza/urgenza e dell'urgenza differibile** per i pazienti esterni

Obiettivo: ridurre gli accessi impropri nei Pronto Soccorsi e nei servizi ambulatoriali

Organizzazione: le prestazioni di emergenza/urgenza hanno diretto accesso al Pronto soccorso senza la impegnativa del SSR. Le prestazioni urgenti differibili sono solo quelle prestazioni critiche di primo accesso sottoposte a metodica RAO, prescrivibili con impegnativa del SSR e che non devono accedere al Pronto Soccorso.

2) RIMODULAZIONE DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI SANITARIE, RISPONDENDO AI BISOGNI DI SALUTE

Anche dal punto di vista dell'offerta è necessario assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, umane e strumentali, messe a disposizione dalle Aziende per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza. E' necessario:

- ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;
- operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.
- le prescrizioni di prestazioni specialistiche del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta si devono attenere ai principi sopra enunciati.

Le azioni che si prevedono sul fronte dell'offerta sono:

- a) **Prevedere percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi** che garantiscano la presa in carico del paziente, realizzino l'integrazione tra i professionisti e i livelli di cura, la continuità degli interventi e l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse. Tale modalità organizzativa si rende necessaria, in particolare, per i malati cronici che rappresentano il 70% degli assistiti presenti nelle liste di attesa.

Obiettivo: Le strutture devono essere in grado di semplificare gli accessi di tali pazienti attraverso la programmazione e la prenotazione dell'intero iter assistenziale, prevedendo CUP interni ai servizi, con l'obiettivo di fornire la presa in carico dell'assistito nella migliore sequenza spazio-temporale possibile.

Organizzazione: Attivare percorsi per la patologia oncologica-oncoematologica, per la patologia dell'apparato cardiovascolare, per la patologia dell'apparato respiratorio, per le patologie renali, per il diabete e per le patologie della riproduzione umana (prestazioni specialistiche programmate per patologia).

- b) **Prevedere percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi pediatrici**

Obiettivo: facilitare l'accesso e intercettare la domanda di prestazioni specialistiche in età pediatrica indirizzandola negli ambulatori specialistici pediatrici

Organizzazione: Attivare i RAO specifici per l'età pediatrica per le prestazioni con tempi di attesa più critici (visita cardiologica + ECG pediatrico, ecocardiogramma pediatrico, visita oculistica pediatrica, visita neuropsichiatrica infantile, ecografie dell'addome e delle anche). Prevedere ambulatori specialistici pediatrici per specialità (branca specialistica) distribuiti in maniera organica e non ripetitiva nelle Aziende Sanitarie. Attivare percorsi standardizzati in caso di necessità di richiesta verso Ospedali pediatrici nazionali.

- c) **Razionalizzare/ottimizzare l'offerta** delle prestazioni da parte delle Aziende Sanitarie che va realizzata tenendo conto sia delle effettive necessità assistenziali del territorio (bisogno) sia della domanda rilevata.

Obiettivo: Le Aziende devono adeguare l'offerta delle prestazioni alle reali necessità del territorio regionale pur rispettando gli ambiti di competenza e nel contempo individuare e monitorare le prestazioni critiche allo scopo di evidenziare le situazioni in cui sia necessario incrementare e riprogrammare l'offerta (determinazione volumi di attività e tetti di spesa orientando la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e agli effettivi bisogni dell'utente).

Organizzazione: Da un censimento puntuale delle **risorse strumentali** (in particolare per la diagnostica per immagini pesante) e delle **risorse di personale** assegnato, tramite un piano di ricognizione interaziendale, dovrà scaturire una ridefinizione organizzativa efficiente ed efficace, più rispondente al bisogno di salute riscontrato.

Laddove si riscontri un'offerta non adeguata, le Aziende dovranno:

- prevedere l'apertura degli ambulatori specialistici, con lista di attesa più numerosa, nei pomeriggi con orario prolungato fino alle 22, il sabato e la domenica;
 - prevedere turni di massimo utilizzo della strumentazione programmando una apertura di 12h/die con professionisti a turno provenienti anche da altre aziende sanitarie (integrazione Ospedali-territorio, equipe multidisciplinari e multiprofessionali);
 - prevedere contratti a tempo determinato per giovani medici specialisti inoccupati/disoccupati;
 - rimodulare i budget con le strutture private accreditate;
 - prevedere in tutte le agende il riutilizzo dei posti nel caso si presentino annullamenti di prenotazioni garantendo una riassegnazione delle disponibilità alle priorità con più alta domanda per quella tipologia di agenda/prestazione (disponibilità in overbooking).
- d) **Diagnostica per immagini:** sottoporre a metodica RAO TC e RM dell'addome superiore ed inferiore e del bacino.

Obiettivo: facilitare e velocizzare gli accessi di queste prestazioni per immagini necessari per una diagnosi precoce.

Organizzazione: prevedere agende di prenotazione a RAO con riutilizzo delle disponibilità. I medici prescrittori possono prescrivere rispettando le griglie RAO e solo se vi sono condizioni cliniche e di erogabilità concordi con il quesito diagnostico individuato. Le strutture erogatrici controllano la concordanza tra quesito diagnostico, priorità prescritta e condizione di derogabilità.

- e) Attualmente il **CUP integrato regionale** consente una gestione razionale del sistema degli accessi, interfacciando il complesso dell'offerta con quello della

domanda di prestazioni e permette di differenziare le prestazioni per tipologia e priorità.

Tuttavia ancora oggi emerge una diversa capacità di offerta da parte delle Aziende Sanitarie e una modalità di gestione non uniforme sul territorio regionale, non adeguata alla domanda. In tale contesto il CUP viene riconosciuto come un servizio di fondamentale importanza nell'Azienda non solo per la sua visibilità e la funzione di front office che svolge nei confronti dell'utenza, ma anche per il ruolo che ora gli viene attribuito nel governo del sistema delle liste-tempi di attesa e nella partecipazione attiva ai controlli di appropriatezza delle prescrizioni e delle modalità di erogazione delle prestazioni. Punto cardine dell'incontro tra la domanda e l'offerta di prestazioni sanitarie è il back-office CUP che insieme ai responsabili aziendali della specialistica ambulatoriale assume un ruolo chiave per il controllo e il monitoraggio delle agende di prenotazione. Le maggiori criticità nella realizzazione degli obiettivi dei piani aziendali sono state evidenziate proprio nell'ambito amministrativo-organizzativo, con particolare riferimento alla gestione del CUP e alla definizione delle relative competenze e responsabilità.

Obiettivo: formare delle figure professionali denominate "CUP Manager" che siano in grado di gestire la crescente complessità e multisetorialità del Centro Unico di Prenotazione. La figura del CUP Manager deve essere delineata e formata nell'ambito di un progetto integrato che supporti la politica regionale in tema di governo delle liste di attesa. Considerata la valenza strategica della nuova figura professionale e la multidisciplinarietà dell'intervento formativo si ritiene opportuno che tale progetto venga implementato a livello regionale.

Organizzazione:

- Attivare un progetto di formazione per 10 operatori da realizzarsi entro il 2014; i partecipanti verranno scelti dalle Direzioni generali delle Aziende Sanitarie d'intesa con la Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale. L'attenzione è posta sia sulle competenze di tipo tecnico-specialistico che su quelle di natura gestionale.
- Nominare per ogni Azienda due referenti per le liste di attesa: un medico responsabile della specialistica ambulatoriale e un tecnico-informatico-amministrativo responsabile del back office CUP con delega di partecipazione al tavolo permanente regionale sulle liste di attesa.
- Prevedere agende di prenotazione dinamiche e che l'offerta venga ridefinita sistematicamente in base alla priorità con domanda più alta. Nelle agende vanno distinti i primi accessi dagli accessi di controllo o secondi accessi anche per le prestazioni strumentali e va monitorato il loro utilizzo.
- Rimodulare le attività dei back-office CUP (controllo e monitoraggio giornaliero delle agende, delle liste e tempi di attesa, controllo sull'appropriatezza prescrittiva

ed erogativa, presa in carico del cittadino in caso di criticità, punto di raccordo con i referenti della specialistica ambulatoriale delle direzioni aziendali, ecc).

- Prevedere la prenotazione, l'annullamento e il pagamento on line delle prestazioni specialistiche ambulatoriali utilizzando il sito www.cupumbria.it e quello di Poste Italiane www.poste.it.

- f) **Percorsi di accoglienza e di garanzia di accesso** alle prestazioni nel rispetto dei tempi massimi.

Obiettivo: garantire la parità di accesso alle prestazioni a tutti i cittadini in tempi adeguati alla richiesta, al fine di assicurare il diritto alla salute del cittadino. Prevedere percorsi di accesso agevolati per i pazienti esenti.

Organizzazione:

- Nelle condizioni di criticità con agende di prenotazione sature, si deve prevedere l'attivazione di **percorsi di garanzia** atti ad assicurare ai cittadini il rispetto dei tempi massimi di attesa. L'attivazione di definiti progetti di accoglienza permette di porre la specifica criticità all'attenzione degli attori coinvolti (medico prescrittore, struttura erogativa, paziente) e di garantire una risposta adeguata al cittadino.
 - Gli assistiti ESENTI in possesso della ricetta rossa impegnativa del SSR recante una esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria NON DOVRANNO più essere inviati agli sportelli del CUP per la relativa accettazione, ma sarà cura del personale degli ambulatori farsi carico delle regolarizzazioni amministrative della ricetta, o attraverso CUP interni o prevedendo attività dopo la chiusura dell'ambulatorio.
- g) Il conclamato **fenomeno del drop out** (prenotazione occupata e non annullata in tempo utile) richiede necessari interventi.

Obiettivo: evitare spreco delle disponibilità in agenda.

Organizzazione: Prevedere un **numero telefonico UNICO REGIONALE** per facilitare gli annullamenti e i contatti con il SSR ed estendere sul territorio regionale il **servizio di recalling automatizzato** che ricorda con un risponditore automatico gli appuntamenti e permette l'eventuale annullamento al momento del contatto.

- h) Rivisitare l'**offerta di prestazioni garantite dalle Aziende Ospedaliere regionali**. Distinguendo prestazioni di primo e secondo livello, è necessario formulare criteri e condizioni per ridefinire la rete di offerta di prestazioni.

Obiettivo: Garantire l'efficienza della rete di erogazione delle prestazioni specialistiche.

Organizzazione: nelle Aziende Ospedaliere dovranno essere garantite solo le prestazioni di secondo livello o alta specialità. Assicurando un ruolo principale al distretto, come punto di riferimento primario per il cittadino, è necessario potenziare invece l'offerta di prestazioni di primo livello, per limitare gli accessi impropri ai presidi ospedalieri e alle Aziende Ospedaliere.

3) SISTEMI DI MONITORAGGIO, CONTROLLO, VALUTAZIONE

a) Monitoraggi

Le liste di attesa descrivono la redistribuzione delle potenzialità erogatrici di una struttura sanitaria, riferite ad un determinato ambito territoriale o ad una singola struttura; la rilevazione del tempo di attesa fornisce la misura dell'accessibilità da parte dei cittadini alle prestazioni in quell'ambito territoriale o in quella struttura.

La rilevazione del tempo di attesa effettivo ha lo scopo di fornire informazioni funzionali a leggere i risultati della programmazione attuata in un determinato ambito territoriale e struttura.

Il tempo di attesa è generalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il tempo in cui il paziente riceve la prestazione. Il tempo di contatto è, invece, il tempo che intercorre tra il momento della prescrizione e il momento in cui la stessa viene prenotata (data di contatto-data di prenotazione).

In adesione al Progetto Ministeriale per la sorveglianza delle Liste d'attesa, la Direzione regionale Salute e coesione sociale svolge periodicamente monitoraggi sui tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

I monitoraggi ex-ante secondo le indicazioni nazionali si concentrano su un elenco di prestazioni critiche (le stesse indicate nell'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002), i cui tempi d'attesa vanno rilevati in settimane "indice". Come stabilito anche dal disciplinare tecnico, sono escluse dalle rilevazioni tutte le prestazioni urgenti, le attività di screening e consultoriali, le prestazioni successive alla prima presa in carico (visite e prestazioni di controllo). Dai dati appare in Umbria uno scenario in via di miglioramento, anche se permangono situazioni critiche, soprattutto per alcune prestazioni di diagnostica per immagini (di cui va valutata l'appropriatezza della prescrizione e l'appropriatezza organizzativa) e per le Aziende Ospedaliere (che rimangono punti di erogazione in cui si concentra la maggior scelta degli utenti soprattutto per alcune prestazioni).

Nell'ambito territoriale di competenza, ogni Azienda Sanitaria garantisce comunque che almeno in una propria struttura l'erogazione della prestazione sia effettuata entro i tempi massimi previsti prevedendo la presa in carico del cittadino. Si richiama l'attenzione sul fatto che il precedente Piano Regionale sul Contenimento dei Tempi di Attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ha già imposto una serie di adempimenti per le Aziende, sia in termini di monitoraggio che di organizzazione e

gestione della domanda (la vera leva risolutiva per il problema dei tempi di attesa) e della offerta di prestazioni. L'intero progetto, abbastanza impegnativo e dettagliato, per il contenimento dei tempi di attesa è stato implementato progressivamente nelle Aziende, prevedendo anche delle sperimentazioni per verificarne la fattibilità.

I monitoraggi attivi nella Regione Umbria sono:

- Monitoraggio ex-ante: semestrale in settimane indice (aprile, ottobre)
- Monitoraggio ex-post: semestrale in settimane indice (aprile, ottobre)
- Monitoraggio delle sospensioni delle erogazioni/agende chiuse: mensile
- Monitoraggio dell'attività intramoenia: in settimane indice (aprile, ottobre)
- Monitoraggio volumi di attività istituzionale ed intramoenia (aprile-ottobre)

Di seguito si elencano le prestazioni oggetto di monitoraggio (14 visite specialistiche e 27 prestazioni di diagnostica strumentale).

- visita cardiologica
- visita chirurgica vascolare
- visita endocrinologica
- visita neurologica
- visita ortopedica,
- visita oculistica
- visita ginecologica
- visita otorinolaringoiatrica
- visita urologica
- visita dermatologica
- visita fisiatrica
- visita gastroenterologica
- visita pneumologica
- visita oncologica

- Esame Senologico clinico strumentale
- TAC senza e con contrasto torace
- TAC senza e con contrasto addome superiore
- TAC senza e con contrasto addome inferiore
- TAC senza e con contrasto addome completo
- TAC senza e con contrasto capo
- TAC senza e con contrasto rachide e speco vertebrale
- TAC senza e con contrasto bacino
- RMN cervello e tronco encefalico
- RMN pelvi, prostata e vescica
- RMN muscoloscheletrica
- RMN colonna vertebrale
- Ecografia capo e collo
- Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici

- Ecocolordoppler dei vasi periferici
- Ecografia addome
- Ecografia ostetrica ginecologica
- Colonscopia
- Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
- Esofagogastroduodenoscopia
- Elettrocardiogramma
- Elettrocardiogramma dinamico (holter)
- Elettrocardiogramma da sforzo
- Audiometria
- Spirometria
- Fondo oculare
- Elettromiografia

Le prestazioni sottoposte a RAO vanno monitorate in base al rispetto dei tempi indicati dalla classe di priorità. Per le prestazioni non sottoposte a RAO si prevede un tempo massimo di attesa di erogazione di 30 giorni per le prime visite specialistiche e di 60 giorni per i primi esami di diagnostica strumentale.

Per superare la logica di limitazioni “impositive” della domanda, occorre introdurre sistemi di monitoraggio – governo della “qualità” prescrittiva, con strumenti semplici e graduati nel tempo, che possano favorire comportamenti “virtuosi”, ma che non abbiano impatto con il percorso di prenotazione e la fruibilità della prestazione per l’utente.

Si deve riflettere su come implementare questa idea di governance/relazione nel sistema sanitario/azienda, di un nuovo metodo clinico che richiede, per definirsi scientifico, la verifica continua del proprio agire professionale:

- valutare quale modello organizzativo, e quali strumenti, consentono un feed-back tra bisogno e risultato di salute;
- definire set informativi per il feed-back di ciascun processo produttivo organizzato;
- progettare audit e percorsi formativi conseguenti;
- disegnare nuove relazioni e comportamenti professionali.

I modelli sanitari attuali cresciuti sul binomio prestazione/efficacia e sull’efficienza dell’offerta, hanno impoverito il linguaggio e la comunicazione sanitaria; una considerevole proporzione delle richieste mediche per prestazioni diagnostiche non riporta né il quesito diagnostico né la motivazione clinica.

Non esiste feed-back possibile se ingresso/bisogno nel sistema ed uscita/outcome dal sistema non condividono, per gli stessi fenomeni, classificazione e misure. Ogni decisione sanitaria, o meglio una prescrizione di prestazione di specialistica ambulatoriale, deve poter consentire, sia in direzione dell’altro professionista interessato sia del cittadino, la valutazione della razionalità clinica che ha motivato la decisione stessa; in sostanza un audit sistematico, anche per la singola prestazione.

a1) **Omogenizzare il linguaggio prescrittivo**

Obiettivo: ridurre le criticità in fase di monitoraggio dovute alla non standardizzazione delle richieste

Organizzazione: diffondere un catalogo prescrittivo unico delle prestazioni specialistiche riferito alla classificazione del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nazionale e regionale.

a2) **Processo prescrittivo-prenotativo-erogativo**

Obiettivo: ridurre le criticità in fase di monitoraggio dovute alla non standardizzazione delle regole operative nel processo prescrittivo-prenotativo-erogativo

Organizzazione: formazione del personale del SSR e standardizzazione dei flussi di comunicazione interna ed esterna

b) **Controlli e valutazione**

Nel rispetto del compito istituzionale che alla Regione compete in materia di controlli esterni sono previste le seguenti azioni per la gestione e la valutazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali al fine di evitare la dispersione di risorse e garantendo prestazioni appropriate:

b1) istituzione del Nucleo Operato Regionale di controllo sull'attività di specialistica ambulatoriale.

Obiettivo: Garantire l'efficienza e l'appropriatezza delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate

Organizzazione: attivazione di controlli periodici e sistematici con indicatori di appropriatezza prescrittiva (ripetizione della prestazione diagnostica entro un intervallo temporale, rispetto delle condizioni di erogabilità e delle indicazioni prioritarie, presenza del quesito diagnostico, presenza della classe di priorità per le prestazioni soggette a RAO) ed appropriatezza organizzativa-erogativa (sede strutturale di ripetizione dell'esame se diversa dalla sede del primo accesso, tasso di utilizzo giornaliero della strumentazione della diagnostica per immagini ed endoscopica, rilevazione della concordanza tra classe di priorità RAO, condizioni di erogabilità e quesito diagnostico, rilevazione della presenza del quesito diagnostico, tempo di apertura delle agende di prenotazione in termini giornalieri e di orario). Nomina di due referenti (sanitario e tecnico-amministrativo) per ciascuna Azienda

Sanitaria in tema di liste di attesa per la partecipazione al tavolo regionale di coordinamento.

b2) Revisioni periodiche dell'attività prescrittiva e di quella erogativa attraverso i flussi informativi regionali e nazionali.

Obiettivo: Garantire l'efficienza e l'appropriatezza delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate.

Organizzazione: Controllo degli errori prescrittivi ed erogativi di ritorno dai flussi ministeriali.

4) INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE AI CITTADINI E AGLI OPERATORI DEL SSR

La gestione delle liste di attesa deve prevedere anche una comunicazione ed informazione chiara, trasparente e aggiornata dei dati inerenti i tempi di attesa, attraverso la pubblicazione delle informazioni sul portale regionale www.cupumbria.it, oltre che sui siti web della Regione e delle Aziende Sanitarie. È obiettivo regionale garantire la massima trasparenza assicurando e promuovendo l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa e sui tempi di attesa favorendo la partecipazione degli utenti, degli operatori del SSR, delle organizzazioni sindacali e delle associazioni di pazienti e consumatori.

Per far sì che la comunicazione diventi 'organizzazione', assumendo un ruolo determinante nella gestione degli accessi alle prestazioni e di conseguenza nel risparmio della spesa sanitaria, è necessario un vero e proprio Piano Regionale di Comunicazione in tema di Liste di Attesa, quale strumento strategico che metta insieme sinergicamente le varie iniziative e consenta di ordinare, sviluppare, impiegare risorse di tipo diverso per raggiungere pienamente gli obiettivi di comunicazione. Si evidenzia, quindi, la necessità di un approccio sistemico alla gestione delle attività di comunicazione avvalendosi anche di implementazioni di ICT–Information e Communication Technologies.

Ogni Azienda Sanitaria, nell'ottica del miglioramento delle liste di attesa, dovrà rivedere il proprio piano di comunicazione aziendale prevedendo sezioni sul tema delle liste di attesa, per una corretta e appropriata strategia comunicativa al fine di perfezionare il servizio all'utenza.

a) Piano di Comunicazione Regionale sulle Liste di Attesa

Obiettivo: garantire un'informazione e comunicazione trasparente sull'offerta specialistica, sul contenimento dei tempi d'attesa e più in generale sull'intero sistema di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Organizzazione: Attivare il portale regionale www.cupumbria.it piattaforma per la prenotazione/pagamento on line prevedendo una sezione informativa ed interattiva aggiornata in tempo reale dedicata alla comunicazione verso il cittadino su:

- l'intera offerta delle prestazioni specialistiche e la loro accessibilità;
- le innovazioni normative ed organizzative;
- le caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;
- le regole sull'equità e la trasparenza in relazione al sistema dell'offerta;
- l'elenco delle strutture nell'ambito delle quali le Aziende Sanitarie si impegnano a garantire i tempi massimi di attesa;

b) Formazione e informazione di tutti gli operatori del SSR

Obiettivo: garantire un'informazione e comunicazione uniforme al fine di rendere omogenee e chiare le regole prescrittive-prenotative-organizzative dell'intero processo.

Organizzazione: formare il personale del SSR per far sì che abbiano le generali conoscenze e le giuste competenze per svolgere correttamente l'attività richiesta:

- formazione e coinvolgimento di tutto il personale medico e non medico di front-office (a contatto con l'utenza) e di back-office (di supporto amministrativo) operante nelle strutture sanitarie, anche sugli aspetti della comunicazione e della relazione con i cittadini utenti. Le Aziende devono prevedere corsi di formazione mirati con riguardo al personale operante nei CUP e verificare l'efficacia dell'intervento formativo;
- formare e coinvolgere MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, erogatori privati accreditati avvalendosi anche delle organizzazioni sindacali e degli ordini professionali;
- informare e coinvolgere personale delle farmacie e delle strutture private addetto alle prenotazioni.

Le Aziende Sanitarie devono destinare specifiche risorse per la formazione del personale sulla base di specifici programmi regionali, con particolare riguardo al corretto uso del ricettario regionale, ricetta elettronica e ricetta de materializzata.

c) Informazione e comunicazione uniforme ai cittadini

Obiettivo: garantire un'informazione e comunicazione uniforme e chiara ai cittadini per fornire la conoscenza corretta delle scelte adottate e instaurare un rapporto continuativo che renda possibile nel tempo un confronto sistematico sull'andamento dei fenomeni connessi alle liste di attesa.

Organizzazione: avvalersi di tutti gli strumenti disponibili quali campagne informative, incontri con associazioni operanti nel SSR, incontri con organizzazioni di categoria, URP, carte dei servizi, siti aziendali e regionali, social network, tenendo conto della differente tipologia dei destinatari senza trascurare le fasce di popolazione che per vari motivi non utilizzano i nuovi media.

L'informazione deve essere completa anche riguardo ai doveri che il cittadino è tenuto a rispettare come ad esempio la disdetta in tempo utile della prenotazione nel caso di impossibilità a presentarsi o la riduzione del tempo di contatto con il CUP o la struttura erogatrice (tempo che intercorre tra la data di prescrizione e la data di prenotazione-contatto con il SSR).