

Il problema dell'attesa nel Servizio Sanitario: l'esperienza trentina

Dr. Carlo Favaretti ¹

Il quadro di riferimento

In questi ultimi anni la problematica dei “tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali” ha trovato riscontro in diverse disposizioni normative nazionali e provinciali: di seguito vengono sinteticamente descritti gli elementi principali che caratterizzano questa intensa produzione legislativa.

Secondo il Decreto Legislativo 124/98 spetta alle Regioni e alle Province la disciplina dei criteri secondo i quali i Direttori Generali determinano il tempo massimo che può intercorrere tra la data di richiesta delle prestazioni e l'erogazione delle stesse.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998/2000 affida alle Regioni e alle Aziende Sanitarie il compito di elaborare programmi per l'abbattimento delle liste di attesa attraverso il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni e l'adozione di linee guida.

Di interesse appare il Decreto Legislativo 229/1999 secondo il quale l'attività libero-professionale erogata dal personale dipendente del SSN non può comportare un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali.

Il D.P.C.M. 29/11/2001 ha ribadito che l'assistenza specialistica ambulatoriale è uno dei Livelli Essenziali di Assistenza erogati dal SSN e il D.P.C.M. 16/4/2002 ha definito le linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa.

Parallelamente a questa produzione legislativa, meritano di essere segnalate due iniziative: la relazione finale della “Commissione Ministeriale per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa” (maggio 2001) e l'avvio del “Piano di azione concordato sulle liste di attesa per le prestazioni critiche”, promosso dall'Agenzia per i Servizi sanitari regionali (rilevazione del 20.11.2002).

Il documento prodotto dalla Commissione ministeriale “Analisi e proposte in tema di liste di attesa nel SSN” è stato fatto proprio dal Ministero ed è stato trasformato, per la comunicazione al grande pubblico, nei “10 comandamenti” da seguire per governare il problema (tabella 1).

Tabella 1. “10 comandamenti” ministeriali per governare il problema delle liste di attesa.

1. Differenziare le attese in rapporto ai problemi

Emergenza, screening/controllo programmato e accertamenti specialistici/problemi clinici di elezione vanno affrontati in modo diverso tra di loro.

2. Aumento e razionalizzazione dell'offerta

Non sempre l'aumento della sola capacità produttiva è efficace. Occorre quindi valutare anche aspetti gestionali sull'uso delle risorse disponibili, ottimizzandolo.

3. Libera professione intramuraria

Tale istituto, previsto da specifiche norme, deve trovare uno svolgimento equilibrato rispetto all'attività istituzionale e deve essere un'opzione per il cittadino e non un “orientamento obbligato”.

¹ Direttore Generale - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Provincia Autonoma di Trento

4. Priorità cliniche e percorsi diagnostici e terapeutici

E' opportuno favorire la collaborazione tra agenti della domanda e dell'offerta, per concordare percorsi predefiniti utilizzando anche le linee guida cliniche e i raggruppamenti omogenei d'attesa (RAO).

5. Accesso senza prenotazione

Si deve tendere all'azzeramento dei tempi d'attesa attraverso il libero accesso per alcune prestazioni semplici e di largo utilizzo, come una parte considerevole delle indagini di laboratorio.

6. Centri di prenotazione

I Centri unificati di prenotazione (CUP) aziendali sono da considerare strumenti importanti di gestione, monitoraggio e facilitazione dell'accesso.

7. Informazione

E' una variabile strategica per la conoscenza dei fatti e per influire sulle percezioni soprattutto rispetto alla trasparenza del processo.

8. Gestione delle liste d'attesa

Si deve tendere al superamento delle "liste chiuse" con conseguente necessità di aggiornarle continuamente alla luce delle rinunce, delle prenotazioni multiple, ecc.

9. Comunicazione e partecipazione dei cittadini

Come l'informazione, la partecipazione del cittadino singolo ed associato è da considerare variabile strategica e come tale da valorizzare.

10. Monitoraggio

Al fine di monitorare le prestazioni critiche con criteri uniformi ai diversi livelli del sistema (aziendale, regionale/provinciale e nazionale), l'Agenzia per i Servizi Sanitari regionali ha individuato le prestazioni traccianti (ambulatoriali e di ricovero ospedaliero) e ha promosso un piano di azione sulle liste di attesa per le prestazioni critiche, iniziato con una rilevazione nazionale di alcuni indicatori svoltasi il 20.11.2002.

Anche a livello provinciale sono state emanate numerose recenti disposizioni. L'art. 83 della Legge Provinciale n. 1 del 19/02/2002 individua nuove disposizioni per la riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche, e la conseguente Delibera della Giunta Provinciale n. 813 del 12/04/2002 regola la sperimentazione dell'assistenza indiretta e individua le prestazioni specialistiche e diagnostiche a carattere d'urgenza differibile alle quali può essere applicato tale regime, prevedendo la possibilità per i cittadini di ricorrere all'assistenza indiretta qualora l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari non sia in grado di offrire la prestazione urgente richiesta entro 10 giorni in uno qualsiasi dei suoi punti di erogazione. La delibera stabilisce inoltre che l'APSS estenda progressivamente a tutti i Distretti il modello RAO (raggruppamenti di attesa omogenei).

Parallelamente alla contrattazione nazionale, anche il Contratto collettivo provinciale di lavoro della dirigenza medica e veterinaria del Servizio sanitario provinciale, sottoscritto il 20/05/2002, specifica che l'attività libero-professionale intramoenia non può globalmente comportare, per ciascun dirigente un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali, pur non specificando la tipologia delle prestazioni che rientrano in tale calcolo.

Nell'ambito della programmazione annuale, la Provincia autonoma di Trento (PAT) ha assegnato all'APSS per l'anno 2002 un importante obiettivo specifico relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale, che prevedeva: a) il monitoraggio dei tempi di attesa, l'individuazione e l'attuazione di azioni correttive; b) la definizione di procedure per garantire la continuità dell'assistenza ai pazienti in caso di assenza di personale e/o di problemi tecnici alle apparecchiature; c) l'estensione del modello RAO al Distretto Alto Garda e Ledro e ai Distretti di Fiemme e Fassa.

La Delibera della Giunta Provinciale n. 3276 del 23/12/2002 ha infine definito a livello provinciale i Livelli essenziali di assistenza e ha emanato linee guida provinciali.

L'attività svolta dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

Sulla scorta delle indicazioni programmatiche nazionali e provinciali, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) ha svolto un'attività particolarmente intensa per la tutela del Livello Essenziale "assistenza specialistica ambulatoriale", in modo particolare per dare seguito alle conclusioni della Commissione ministeriale "Analisi e proposte in tema di liste di attesa nel SSN". La tabella 2 sintetizza le attività svolte dall'APSS nel corso del 2002, mentre nel resto del paragrafo vengono dettagliate le attività maggiormente significative.

Tabella 2. Azioni svolte dalla APSS nel corso del 2002

1. istituzione di una "Task force" dedicata all'attività specialistica ambulatoriale;
2. analisi della situazione esistente;
3. aumento dell'offerta nelle aree critiche, anche con il contributo delle strutture accreditate;
4. ridistribuzione dell'offerta territoriale;
5. gestione delle prestazioni definite "urgenti – direttive APSS" ai sensi della Legge provinciale n. 1/2002;
6. applicazione del modello RAO nel Distretto della Vallagarina ed estensione dello stesso nel Distretto Alto Garda e Ledro, Fiemme e Fassa;
7. definizione di percorsi diagnostico-terapeutici;
8. collegamento al CUP di un numero sempre maggiore di agende di prenotazione, comprese quelle gestite dalle strutture accreditate e quelle della libera professione intramuraria;
9. corretto equilibrio tra l'attività istituzionale e quella libero-professionale;
10. eliminazione delle "liste chiuse";
11. perfezionamento delle procedure per garantire la continuità dell'assistenza agli utenti, in caso di assenza del personale e/o di problemi tecnici alle apparecchiature;

L'analisi della situazione esistente

Nel corso del 2° semestre 2002 è stata fatta una nuova e dettagliata analisi di tutta la rete di offerta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, sia delle prestazioni collegate al CUP che di quelle gestite su agenda cartacea. L'analisi ha consentito di mappare con precisione le 2658 agende di prenotazione ordinarie, alle quali vanno aggiunte le sottoliste conseguenti ai meccanismi di priorità clinica adottati (modello RAO e prestazioni "urgenti – direttive APSS").

L'analisi ha permesso di predisporre per ciascuna unità operativa un documento che esplicita l'offerta complessiva di prestazioni (collegate al CUP e gestite con agende cartacee, indipendentemente dal luogo di erogazione delle prestazioni). Questo documento è stato inserito nelle schede di budget 2003 ed è stata la base per la negoziazione dei volumi di prestazioni e dei relativi tempi di attesa.

A seguito di questa rilevazione, la Direzione Cura e Riabilitazione ha anche definito le agende da collegare al CUP nel corso dell'anno 2003.

L'aumento e la razionalizzazione dell'offerta

Nella radiodiagnostica sono stati fatti investimenti nella TAC a Cavalese e Cles e nella risonanza magnetica nucleare articolare a Trento. La libera professione di équipe dei

radiologi ha dato luogo a un aumento dell'offerta, così come la riorganizzazione del lavoro dei tecnici di radiologia.

A seguito della costante attività di monitoraggio dei volumi di prestazioni e dei relativi tempi di attesa in atto già da alcuni anni per tutte le sedi aziendali in cui viene erogata la specialistica ambulatoriale, è stato possibile evidenziare le prestazioni e le aree geografiche che presentavano maggiori criticità sui tempi di attesa (per esempio, elettromiografia, colonscopia, visita oculistica, visita reumatologica, visita endocrinologica, esami ecografici). Pertanto, è stata negoziata con le diverse strutture accreditate presenti in provincia una fornitura aggiuntiva di prestazioni e conferito un numero maggiore di ore rispetto al 2001 (n. 7105 h.) ai medici specialisti ambulatoriali SUMAI e incaricati.

Il governo della domanda: priorità cliniche e percorsi diagnostici e terapeutici

Le prestazioni "urgenti - direttive APSS". A seguito della delibera della Giunta Provinciale n. 813 del 12.04.02, emanata ai sensi della Legge Provinciale 1/2002, sono state predisposte le direttive APSS relative alle prestazioni "urgenti differibili" per le quali i cittadini possono ricorrere all'assistenza indiretta qualora l'APSS non sia in grado di offrire la prestazione urgente richiesta entro 10 giorni in uno qualsiasi dei suoi punti di erogazione, definendo le condizioni cliniche nelle quali ricorre il concetto clinico di "urgenza differibile" e predisponendo nelle agende ordinarie di prenotazione un certo numero di posti riservati a tali prestazioni.

Le direttive sono state concordate e condivise con l'Ordine dei Medici e Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento, sono state inviate ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, agli specialisti ambulatoriali e a tutti i medici dipendenti e sono entrate in vigore il 1 maggio 2002. I dati relativi alle prescrizioni di prestazioni "urgenti - direttive APSS" sono stati informatizzati ed è stata verificata la concordanza fra le prescrizioni e i contenuti delle direttive stesse.

Dai dati di attività emerge il fatto che nel periodo maggio 2002 – marzo 2003 sono state richieste 4.114 prestazioni "urgenti - direttive APSS" e che l'APSS è stata in grado di rispettare il tempo previsto di 10 giorni nel 99,6% dei casi; i 16 casi per i quali il tempo di attesa era superiore si sono verificati soprattutto nel periodo iniziale di avvio del sistema. Da segnalare che in 59 casi (1,44%) i cittadini hanno rifiutato la prestazione richiesta come "urgente - direttive APSS" a causa della sede ritenuta scomoda o del professionista non gradito.

E' inoltre stata effettuata la verifica della concordanza fra la prescrizione e i contenuti delle direttive, quale indispensabile monitoraggio per il corretto utilizzo dello strumento e quindi della sua efficacia. L'analisi dei dati ha fornito i seguenti risultati complessivi: prescrizioni concordanti 62%, non concordanti 35% e prive di quesito clinico 3%. Un discorso a parte meritano le prestazioni di radiodiagnostica, che rappresentano circa il 40% delle richieste: analizzando in dettaglio la singola tipologia di indagine, emerge una buona concordanza per le richieste di radiologia convenzionale e di esami ecografici, mentre si evidenzia un'elevata percentuale di non concordanza per le indagini più complesse (per esempio, TAC 55%, RMN 77%).

Il risultato complessivo, migliorabile con le azioni pianificate per l'anno 2003, si ritiene comunque positivo, considerata l'introduzione recente dello strumento e la diffusione su tutto l'ambito provinciale. Le direttive continueranno ad essere applicate fino alla graduale applicazione nell'operatività del modello RAO in tutti i Distretti.

Il modello dei Raggruppamenti di Attesa Omeogenei (RAO). Sperimentato a partire dal novembre 2001 nel Distretto della Vallagarina e applicato in tutto il Distretto da settembre 2002, come previsto da un obiettivo specifico assegnato all'APSS dalla PAT il modello RAO è stato esteso e reso operativo nel Distretto Alto Garda e Ledro da settembre 2002 e nei Distretti di Fiemme e Fassa da novembre 2002.

Percorsi diagnostico-terapeutici. I percorsi diagnostico-terapeutici rappresentano un importante strumento per il governo della domanda e il loro sviluppo costituisce anche un significativo momento di aggiornamento professionale e di diffusione delle evidenze scientifiche. Un percorso per patologia può essere disegnato per realizzare un "binario" lungo il quale possa muoversi il paziente, trovando le migliori risposte localmente possibili. Il percorso del paziente può quindi essere un forte strumento di integrazione se viene disegnato congiuntamente tra tutte le parti professionali che intendono integrarsi.

Partendo da questi principi, l'APSS ha promosso un progetto obiettivo aziendale per lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici relativi a quattro patologie: artrite reumatoide, cefalea, broncopatia cronica ostruttiva e scompenso cardiaco, quest'ultima nell'ambito del progetto TRIPSS II. A tale progetto si sta dedicando un gruppo di lavoro del quale fanno parte medici specialisti delle rispettive branche di riferimento, medici di medicina generale e medici specialisti dell'organizzazione sanitaria. All'interno del percorso sono definite le situazioni per l'accesso al 2° livello specialistico, in relazione alle condizioni cliniche.

E' stato inoltre individuato un percorso diagnostico per il tumore maligno polmonare (TMP) e definita la relativa procedura operativa, attuata da settembre 2002 nel Distretto della Vallagarina e nel Distretto Alto Garda e Ledro.

Inoltre, sono stati previsti percorsi diagnostici e terapeutici intraospedalieri e misti per il dolore toracico e lo scompenso cardiaco, che troveranno impulso anche dalla realizzazione dei relativi progetti collaborativi a livello distrettuale previsti dall'Accordo provinciale con i MMG.

E' infine attiva una Commissione paritetica APSS/Ordine dei Medici sull'appropriatezza delle indicazioni cliniche, per creare e sostenere una cultura di cooperazione tra agenti della domanda e dell'offerta.

L'accesso senza prenotazione

Coerentemente con le indicazioni del "decalogo" ministeriale, si è provveduto a eliminare dove possibile la prenotazione e il conseguente tempo di attesa. Attualmente le prestazioni di laboratorio di tutta la rete di offerta gestita direttamente dal Dipartimento di Laboratorio dell'APSS sono erogate senza prenotazione. Sono inoltre erogate senza prenotazione la prestazione "elettrocardiogramma" presso l'Ospedale di Cavalese e l'Ospedale di Rovereto e la prestazione "Rx torace" presso l'Ospedale di Rovereto.

Il Centro Unico di Prenotazione (CUP)

Dal 1999 l'APSS gestisce il Centro Unico di Prenotazione (CUP) che è in grado di prenotare visite e prestazioni specialistiche per tutte le sedi sparse nel territorio provinciale. Il numero del CUP è il seguente 848 816 816 ed è attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 16.00. Il CUP gestisce oltre 700.000 contatti telefonici all'anno e nel 2002 ha effettuato 370.000 prenotazioni. Il totale delle agende di prenotazione gestite nel 2002 è di 2305.

Considerato l'obiettivo di collegare al CUP sempre un maggior numero di agende di prenotazione, nel corso del 2002 è proseguito l'aggancio di nuove agende, che ha riguardato non solo l'attività istituzionale dell'APSS ma anche quella svolta dalle strutture accreditate e dai professionisti APSS in libera professione.

Attualmente risulta collegato al CUP l'87% delle agende di prenotazione, che coprono una percentuale ancora maggiore di prenotazioni: l'obiettivo per il 2003 è di completare il quadro, collegando circa altre 180 agende e raggiungendo così il 93% di tutte le agende esistenti. Il rimanente 7% di agende è relativo a prestazioni che non si ritiene opportuno agganciare al CUP, a causa del numero esiguo di appuntamenti/mese, della

particolarità delle prestazioni (per esempio cicli di fisiokinesiterapia) o della necessità di stabilire un contatto con personale sanitario al momento della prenotazione.

La libera professione intramoenia

Nel corso della analisi di tutta la rete di offerta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sono state anche valutate, in tutto l'ambito aziendale e per tutti i centri di responsabilità, le prestazioni rese in libera professione intramoenia e confrontato tale dato con l'attività istituzionale.

Dall'analisi si evidenzia in termini generali il rispetto delle indicazioni legislative relative al corretto equilibrio tra attività istituzionale e libero professionale. In particolare, relativamente alle prestazioni "prima visita" e "anamnesi e valutazione definite brevi", la attività effettuata in libera professione intramoenia rappresenta globalmente il 12% di tutta l'attività svolta, mentre per quanto riguarda il totale delle prestazioni di radiodiagnostica la percentuale di attività resa in libera professione si attesta al 4%.

L'eliminazione delle "liste chiuse"

Per "lista chiusa" si intende l'impossibilità di prenotazione in una determinata agenda, in quanto non è disponibile continuamente il calendario dell'effettuazione dell'attività specialistica ambulatoriale. Come indicato anche nel documento della citata Commissione ministeriale, per permettere una corretta rilevazione della tempistica e per garantire sempre al cittadino un'informazione, qualunque siano i tempi di attesa, le liste di prenotazione non possono essere chiuse. Nel corso del 2002 si è quindi ritenuto prioritario, fra le criticità evidenziate, l'eliminazione delle "liste chiuse".

Sono state pertanto emanate le direttive per l'eliminazione delle "liste chiuse" (luglio 2002) e le relative procedure (ottobre 2002). In particolare è stato definito che le unità operative e i servizi devono individuare un volume minimo di attività istituzionale da garantire per tutto l'arco dell'anno. (sia in termini di ore che di numero di prestazioni). Per i medici specialisti ambulatoriali e incaricati è stato definito che i calendari dovranno essere generati, in relazione alle ore settimanali di incarico, per un minimo di 60 giorni.

Con le direttive e le procedure sopraddette, per tutti i calendari che superano i 60 giorni di attesa viene introdotto il "pre-appuntamento" che consiste nel garantire all'utente l'erogazione delle prestazioni in un determinato mese e nel fissare con precisione il giorno e l'ora della prestazione prenotata tramite un successivo contatto con il CUP.

Nelle schede di budget 2003 di tutte le U.U.OO, la continuità dei calendari di prenotazione è stata introdotta quale obiettivo di budget

La continuità delle attività di assistenza specialistica ambulatoriale

Nel corso del 2002 sono state emanate direttive per garantire la continuità delle attività di assistenza specialistica ambulatoriale a fronte di eventi imprevisti, come per esempio le assenze improvvise del personale, le indisponibilità dei locali o i guasti alle attrezzature: con tale disposizione è stato affidato ai diversi responsabili locali delle attività specialistiche ambulatoriali il compito di identificare e rendere operativa una o più modalità di recupero delle attività sospese tra quelle indicate nelle Direttive.

La comunicazione e la partecipazione dei cittadini

Si tratta di un ambito nel quale, complessivamente, sono state poste in essere molte iniziative nel corso del 2002.

Sia nella comunicazione interna (bollettino interno - Fast News e periodico trimestrale - APSS Notizie) che in quella rivolta all'estero (comunicati stampa, partecipazioni a trasmissioni televisive, redazione di inserti giornalistici) il tema della specialistica ambulatoriale è sempre stato all'ordine del giorno.

Il modello RAO è stato inoltre presentato alla popolazione e ai rappresentanti dei pensionati nei Distretti Vallagarina, Alto Garda e Ledro, Fiemme e Fassa.

La revisione partecipata della Carta dei servizi, che ha coinvolto 190 associazioni di volontariato, si è rivelata un importante strumento di comunicazione e partecipazione, in quanto ha consentito di definire standard di servizio per ciascuna unità operativa, anche relativamente all'attività specialistica ambulatoriale.

Infine, l'indagine di soddisfazione svolta nella popolazione all'inizio del 2002 ha mostrato alcuni dati particolarmente importanti per l'introduzione della priorità clinica nella specialistica ambulatoriale:

- il 93,8% degli intervistati si dichiara d'accordo con il fatto che "le liste di attesa dovrebbero rispettare non tanto l'ordine cronologico quanto piuttosto la priorità clinica del paziente, cioè la gravità e l'urgenza della malattia" (il 74,3% è molto d'accordo);
- l'84,4% degli intervistati si dichiara d'accordo con il fatto che "per ricevere le prestazioni sanitarie di maggior complessità, è accettabile andare nelle strutture sanitarie maggiori (ad esempio a Trento o a Rovereto), dove vengono trattati più casi e ci sono più attrezzature" (il 53,1% è molto d'accordo);
- il 71,5% degli intervistati si dichiara d'accordo con il fatto che "per ricevere alcune prestazioni sanitarie in tempi più rapidi, è accettabile andare nelle strutture sanitarie di un altro distretto, dove il tempo d'attesa per quelle stesse prestazioni è minore" (il 37,9% è molto d'accordo).

Il monitoraggio

E' da tempo in atto una rilevazione trimestrale generale dei tempi di attesa, che viene costantemente aggiornata e migliorata. Data la complessità e la vastità del sistema monitorato, il report periodico è destinato agli addetti ai lavori; è in via di predisposizione anche una modalità semplificata di report per le prestazioni traccianti da poter utilizzare anche nei processi di comunicazione.

A tal fine, nel corrente anno verrà elaborato un documento sintetico, nel quale verranno indicati i tempi di attesa delle prestazioni traccianti individuate dal Ministero della Salute e di quelle ritenute critiche e significative dall'APSS, suddivise per struttura. I margini di miglioramento in quest'area di azione sono essenzialmente legati alla capacità di trasformare uno strumento di rilevazione, di misura e di conoscenza in uno strumento gestionale. Tale strumento risulterà utile nella comunicazione ai cittadini, nel confronto interno all'Azienda fra strutture e/o Unità operative e per collegare questa rilevazione ad altre analoghe delle Regioni limitrofe, al fine di avere elementi di paragone.

Le azioni di miglioramento pianificate per il 2003

Anche se nel corso del 2002 l'attività svolta per "governare" il Livello Essenziale della specialistica ambulatoriale è stata notevole, l'APSS ha indicato nei programmi di attività (budget) per il 2003 un'altra serie di azioni per migliorare ulteriormente l'intero sistema:

- responsabilizzazione dei direttori delle unità operative nella corretta applicazione delle direttive emanate per l'eliminazione delle liste chiuse e per la continuità dell'assistenza, insieme al monitoraggio delle stesse da parte della Direzione Cura e Riabilitazione;
- collegamento al CUP delle prestazioni individuate dalla Direzione Cura e Riabilitazione, compresa la libera professione intramoenia e le prestazioni negoziate con le strutture accreditate, secondo un ordine di priorità e una

programmazione già concordate con il CUP e con i responsabili delle agende di prenotazione;

- sensibilizzazione dei MMG, dei PLS e dei medici specialisti per un migliore utilizzo delle prestazioni “urgenti-direttive APSS” e del modello RAO, attraverso l’invio ai singoli professionisti dei dati relativi agli stessi e alla concordanza con le “parole chiave”;
- audit tra i MMG, i PLS e i medici specialisti per un confronto sull’appropriatezza delle richieste di prestazioni;
- formazione dei MMG, dei PLS e degli specialisti relativamente alle prestazioni con maggiore indice di inappropriatazza delle richieste (per esempio, RMN e TAC);
- estensione del modello RAO in altri Distretti e gradualmente in tutta l’APSS;
- attuazione dei “progetti obiettivo” relativi alla specialistica ambulatoriale, approvati dalla Provincia, per gli specialisti ambulatoriali e incaricati;
- elaborazione di un documento di sintesi sui tempi di attesa di alcune prestazioni traccianti, quale indispensabile strumento di comunicazione e di gestione.

Conclusione

L’attività svolta in questi anni per governare il Livello Essenziale di assistenza specialistica ambulatoriale ha dimostrato che è necessario un approccio complessivo, che superi le frammentazioni tra i diversi erogatori, tra gli erogatori e chi cura gli aspetti organizzativi della prenotazione, tra i prescrittori e gli erogatori, tra tutti questi e la direzione aziendale che ha la responsabilità finale della pianificazione, della erogazione e del monitoraggio.

Nel complesso, le attività svolte hanno portato a una ulteriore e progressiva diminuzione dei tempi di attesa per la generalità delle prestazioni ed è aumentato il livello di “governo” dell’intero sistema da parte della direzione aziendale.

I sistemi di priorità clinica introdotti sono stati generalmente bene accolti dai professionisti e dai cittadini, e il processo della loro diffusione verrà ulteriormente sostenuto nei prossimi mesi. L’introduzione delle prestazioni “urgenti - direttive APSS e del modello RAO ha permesso di fornire una risposta all’utente coerente con il suo bisogno clinico e di offrire al medico prescrittore un utile strumento uniforme, trasparente ed equo per indicare la priorità clinica e l’urgenza.