

LISTE DI ATTESA: PROPOSTA DI REGOLAMENTAZIONE PER L'ACCESSO E L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI NELL'AMBITO DEI PRESIDI OSPEDALIERI E TERRITORIALI DI UNA AZIENDA SANITARIA LOCALE.

G.Sacripanti*, R.Testa°, A.A.Arista^, C.Pieri, C. Pistolesi”**

* Dirigente Medico U.O. Autorizzazione e Accreditamento Strutture Sanitarie - ASL RM/D, Roma

° Dirigente Medico Direzione Sanitaria Istituto S.Maria e S.Gallicano – IRCCS, Roma

^ Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Roma

** Direttore Generale ASL 10 Palmi (RC)

“ Dirigente Medico Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero G.B.Grassi - ASL RM/D, Roma

I tempi di attesa costituiscono uno dei determinanti della qualità dell'assistenza percepita dagli utenti e una delle problematiche più diffuse in tutti i sistemi sanitari, contribuendo in modo rilevante al rapporto di fiducia verso il sistema sanitario.

Viene qui presentata una proposta di regolamentazione per disciplinare i criteri e le modalità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e la gestione delle liste di attesa, per la determinazione dei tempi massimi di attesa, applicabile nell'ambito dei presidi ospedalieri e territoriali di una Azienda Sanitaria Locale (ASL) con l'individuazione delle varie figure professionali coinvolte.

Garantire a tutti i cittadini tempi d'accesso alle prestazioni sanitarie certi ed adeguati ai problemi clinici presentati rappresentano un obiettivo di primaria importanza del Servizio sanitario nazionale, in quanto strumento atto a garantire il rispetto di fondamentali diritti della persona, quali la tutela della salute e l'eguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

La lunghezza in alcuni casi eccessiva delle liste d'attesa rappresenta dunque per un sistema sanitario un evento fortemente critico, in quanto può limitarne la garanzia d'equità d'accesso e la fruizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché ridurre la qualità percepita.

Il problema della gestione delle liste e dei tempi d'attesa è diffuso in tutti i sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle prestazioni sanitarie.

Anche in Italia tale problematica è particolarmente sentita visto anche il continuo interesse del legislatore al riguardo e la situazione risulta, nonostante gli sforzi prodotti negli anni più recenti, molto disomogenea e caratterizzata da aree d'eccellenza accanto ad altre di forte criticità.

Gli autori presentano una proposta di regolamentazione per disciplinare i criteri e le modalità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e la gestione delle liste di attesa, per la determinazione dei tempi massimi di attesa, applicabile nell'ambito dei presidi ospedalieri e territoriali di una Azienda Sanitaria Locale (ASL). I criteri che hanno portato gli autori alla stesura della proposta di regolamentazione tengono in debita considerazione anche i “determinanti” delle liste di attesa, così come individuati dalla recente Commissione del Ministero della Salute, che possono essere raggruppati a seconda che siano connessi al paziente, alla prestazione, agli erogatori dei servizi, al sistema sanitario, all'ambiente socio-economico-culturale (contesto). Si osservi, a tal proposito la **tabella 1**.

Tabella 1: i “determinanti” dell’attesa

<p>Determinanti legati al paziente</p> <ul style="list-style-type: none">✓ clinici: condizione clinica, gravità urgenza, disabilità✓ socio-economici✓ aspetti logistici dell’accessibilità✓ comportamentali (percezione, ansia, aspettative soggettive)✓ culturali✓ preferenze personali (verso la struttura o verso il medico)✓ conoscenza del sistema di prestazioni <p>Determinanti legati alla prestazione</p> <ul style="list-style-type: none">✓ grado d’innovazione e di diffusione della prestazione e della tecnologia necessaria✓ eseguibilità da parte di differenti operatori✓ connessione o dipendenza con altre prestazioni <p>Determinanti legati agli operatori</p> <ul style="list-style-type: none">✓ capacità d’erogazione✓ efficienza interna✓ attrazione della domanda✓ metodi di gestione delle liste✓ modalità alternative d’erogazione✓ disponibilità di differenti competenze professionali✓ interessi particolari di singoli o di gruppi✓ esercizio di controlli <p>Determinanti legati al sistema sanitario</p> <ul style="list-style-type: none">✓ composizione dell’offerta✓ tariffe e tetti programmati ai volumi erogabili✓ alternative sanitarie o socio-sanitarie disponibili alla prestazione✓ ruolo dei medici prescrittori✓ disponibilità di sistemi informativi✓ sistemi d’informazione e di comunicazione✓ sistemi centralizzati di prenotazione✓ normative specifiche✓ gestione dell’informazione <p>Determinanti legati al contesto</p> <ul style="list-style-type: none">✓ struttura della domanda, in particolare con relazione all’età della popolazione✓ aspetti sociali: prevenzione, assistenza sociale✓ modelli culturali di “consumo sanitario” <p style="text-align: center;">Dalla relazione della Commissione di studio sulla gestione delle liste d’attesa</p>
--

Riferimenti normativi

Si è accennato all’interesse del legislatore alla problematica delle liste di attesa. Al riguardo, tale attenzione si inserisce nel più generale ambito del processo di rinnovamento ed aziendalizzazione che ha coinvolto le strutture sanitarie. Vengono riportati, brevemente, gli aspetti più rilevanti della principale normativa in materia.

Già la *Legge 23.12.1994 n. 724* prevedeva, all’articolo 3 comma 8, una serie di obblighi da parte delle Unità sanitarie locali e Aziende ospedaliere (registro delle prestazioni erogate ambulatoriali e di ricovero, con garanzia di accesso all’utenza).

Già in questa prima legge, sulla scia del diritto di “accesso” agli atti della pubblica amministrazione (cfr. *Legge 7.8.1990 n. 241*) si mette in evidenza come negli ultimi anni si è assistito ad un profondo mutamento nella percezione che la collettività ha dei propri diritti nell’ambito dei servizi pubblici. Parallelamente, sono cresciute le attese verso il rispetto di tali diritti, attese che sono espresse sia in forma individuale e diretta, soprattutto da parte degli utenti più consapevoli, sia attraverso i vari momenti ed associazioni che si propongono di dare voce ai consumatori.

Nel considerare il tema delle liste di attesa, si deve innanzi tutto ricordare che l'informazione e la comunicazione sono momenti fondamentali e irrinunciabili della più generale strategia che l'azienda adotta per intervenire sul problema, così come per rendere concreto il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini, ovvero la loro possibilità di determinare l'organizzazione e la qualità dei servizi, utilizzandoli nel modo più appropriato ed efficace. Al riguardo è importante che il cittadino sia informato sulla trasparenza e la pubblicità delle liste di attesa e sui criteri di priorità utilizzati per formarle.

L'importanza dell'informazione e della comunicazione al cittadino e la necessità di prestarvi un'adeguata attenzione è contenuta anche nel *D.P.C.M. del 19.5.1995*, "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari, che riprende e sviluppa i concetti già previsti dalla Legge 724/94.

Le successive *Linee-guida n.2/1995* "Attuazione della carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale" nella loro funzione di orientamento alla stesura da parte di ogni singola Azienda della propria carta, prevedevano l'indicazione nella carta stessa di dove l'interessato poteva chiedere notizie sulle prenotazioni e sui tempi di attesa di prestazioni di assistenza ospedaliera.

Dell'interesse legislativo al riguardo si trova anche traccia, attraverso la previsione della destinazione di risorse finanziarie a obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal PSN, nelle successive leggi finanziarie (*Legge 23.12.1996 n. 662* e *Legge 27.12.1997 n. 449*) fino al *D.Lgs. 29.4.1998 n. 124*, il cosiddetto "sanitometro", che affidava alle Regioni il compito fondamentale di individuare, secondo le indicazioni contenute nel dettato normativo, le modalità volte a garantire il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, dettando contestualmente le regole secondo le quali le aziende sanitarie locali e ospedaliere determinano, ciascuna nel proprio interno, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta di effettuazione e la data di erogazione di una determinata prestazione sottolineando, ancora una volta, l'importanza della comunicazione all'utenza (all'art. 3, comma 10, relativamente al tempo massimo intercorrente tra la richiesta e l'erogazione della prestazione, afferma che "di tale termine è data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione, nonché idonea pubblicità a cura delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere). Al riguardo ciò va fatto tenendo conto che, molto spesso, l'informazione, pur presente nel settore sanitario, è frammentata e dispersa e che il problema, quindi, non risiede tanto nella produzione di maggiori informazioni o nell'affannosa ricerca di nuovi mezzi per la loro diffusione, quanto piuttosto nel rendere la comunicazione tra Azienda Sanitarie cittadini chiara, semplice e di facile accesso.

Per quel che riguarda nello specifico le misure intraprese dalle Regioni (ex citato *D.Lgs. 124/1998*) possono essere, per grandi linee, così rappresentate:

- a) Regioni che hanno agito prevalentemente attraverso un aumento dell'offerta;
- b) Regioni che hanno agito prevalentemente attraverso una razionalizzazione ed un miglioramento dell'appropriatezza della domanda;
- c) Regioni che hanno adottato prevalentemente sistemi di gestione clinico-organizzativa, basata sulla differenziazione dei tempi di attesa per livello di gravità della condizione clinica (priorità cliniche) in genere differenziando le prestazioni urgenti non differibili, dalle prestazioni urgenti differibili e dalle altre prestazioni programmabili;
- d) Regioni che hanno adottato gli adempimenti formalmente richiesti dalla legge senza assumere strategie ed impegni precisi.

Nella stesura del presente lavoro gli autori, oltre a considerare i citati "determinanti" dell'attesa individuati dalla Commissione ministeriale, hanno preso in considerazione le finalità della proposta di "Linee guida per la rimodulazione delle attività specialistiche ambulatoriali in strutture ospedaliere e distrettuali dei presidi pubblici e privati provvisoriamente accreditati",

emanate dalla Regione Lazio e tese a consentire la razionalizzazione delle attività di assistenza specialistica ambulatoriale e a facilitare percorsi assistenziali, secondo i principi di equità dell'accesso e uniformità dei tempi di attesa in ambito aziendale.

Per completare la disamina normativa si ricorda anche il *PSN 1998-2000* che, tra le strategie per il cambiamento e le garanzie del SSN, prevedeva che le Regioni e le Aziende sanitarie elaborassero programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri e l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Anche la più recente bozza di *PSN 2001-2003* "Dalla sanità alla salute" nella più generale discussione sul federalismo (D.Lgs. 56/2000, D.Lgs. 229/1999) nel prendere in considerazione i livelli essenziali di assistenza (LEA), il decentramento istituzionale e coordinamento, il monitoraggio delle regioni, riprendeva in esame la necessità di garantire la tempestività delle prestazioni individuando gli obiettivi da perseguire e gli interventi necessari.

L'importanza ed attualità della problematica è testimoniata ulteriormente dalla recente relazione finale prodotta dalla "*Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa*" istituita dal Ministero della Sanità, documento di approfondimento sul tema della gestione e riduzione delle liste di attesa con l'esame e la proposizione di una serie di strategie operative di intervento.

E' di questi ultimi giorni, 14.2.2002, la stesura di un percorso concordato in sede di *Conferenza Stato Regioni* sulla riduzione delle liste di attesa, considerato che l'appropriatezza, la trasparenza e l'urgenza e quindi anche l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza.

Modello di regolamento

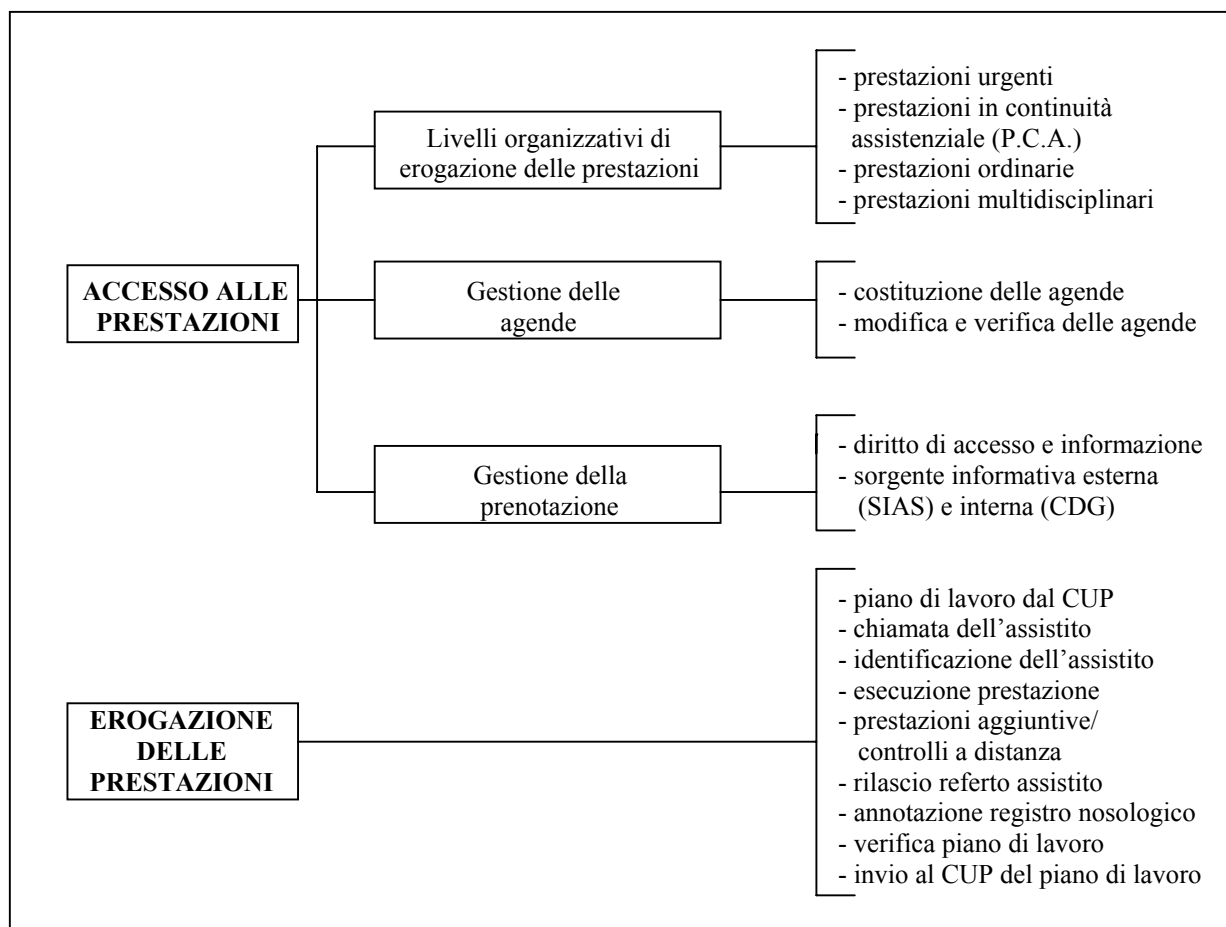
Preliminarmente all'esame della struttura del regolamento, occorre sottolineare che per prestazioni specialistiche ambulatoriali si intendono "atti e procedure tecnico-professionali specialistiche, a finalità diagnostico o terapeutica, erogate in regime extra ricovero nei presidi dell'ASL o a domicilio del paziente".

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nei presidi ospedalieri e territoriali dell'ASL sono quelle codificate dal DM 22 luglio 1996 recepito ed integrato, nel caso specifico della Regione Lazio, con DGR 30 dicembre 1997, n. 9376 e successive modifiche ed integrazioni, con l'eccezione delle prestazioni espressamente individuate dalla DGR 7 marzo 2000, n. 712 che regola il sistema di remunerazione delle attività di assistenza specialistica ambulatoriali che saranno trattate a parte.

Elemento qualificante della proposta di regolamento dell'assistenza specialistica ambulatoriale è la *presa in carico organizzativa e clinico-assistenziale del paziente*.

Il regolamento che disciplina la gestione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è strutturalmente composto di due grandi macro aree, accesso ed erogazione delle prestazioni, a loro volta suddivise in micro aree più specifiche ed analitiche. Si osservi la **tabella 2**.

Tabella 2: gestione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali



Accesso alla prestazione

Esprime il grado di possibilità di accedere ai servizi erogatori come luogo e come tempi. L'accesso ai servizi è determinato da: A) livelli organizzativi di erogazione delle prestazioni; B) criteri di gestione delle agende; C) modalità di prenotazione per l'effettuazione delle prestazioni.

A) le prestazioni ambulatoriali, con riferimento al **livello organizzativo di erogazione**, sono così identificate:

A.1) prestazioni urgenti (1° livello), intese come prestazioni ambulatoriali specialistiche, da erogare entro sette giorni e, per quelle comprese in elenchi concordati con i Medici di base, entro 24 ore e comunque non oltre 48 ore, dalla presentazione della richiesta.

In questa categoria sono compresi i consulti richiesti dal Medico di base ai sensi dell'art. 34, punti 1 e 2, DPR 28 luglio 2000, n. 270.

Le prestazioni urgenti sono richieste dal Medico di base o dal Medico specialista utilizzando apposita modulistica da unire alla prescrizione su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale.

Nella tabella 3 gli AA. propongono le prestazioni considerate urgenti ed individuate sulla base delle indicazioni contenute nel documento della Commissione del Ministero della Sanità del 2001 in tema di analisi e proposte sulle liste di attesa nel SSN che identifica le prestazioni critiche.

Tabella 3: prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili in regime di urgenza

<p>1. Prestazioni erogabili entro 24 ore e comunque non oltre 48 ore:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ecografia addominale;- Ecografia pelvica;- Ecografia renale;- Ecografia testicolare;- Ecografia ostetrica;- Ecografia ghiandole salivari;- Ecocolordoppler arti superiori/inferiori;- Ecocolordoppler carotideo/vertebrale;- Emogasanalisi;- Esame del fondo oculare;- Tonometria;- Rx torace;- Diretta addome;- Visita cardiologica e ECGramma.	<p>2. Prestazioni erogabili entro 7 giorni</p> <ul style="list-style-type: none">- Ecografia mammaria bilaterale;- Ecografia pancreatica;- Ecografia peniena;- Ecografia prostatica transerettale;- Ecografia vescicale – prostatica;- Ecografia tiroidea – paratiroidea;- Colposcopia con o senza biopsia;- Rettosigmoideoscopia con o senza biopsia;- Mammografia;- Vista chirurgica vascolare;- Visita chirurgica generale;- Vista diabetologica;- Visita gastroenterologica;- Visita ostetrico – ginecologica;- Vista nefrologica;- Visita neurologica;- Visita oculistica;- Visita ortopedica;- Visita otorinolaringoiatria;- Visita urologia.
--	---

Il medico specialista che effettua la prestazione urgente, laddove rilevi non appropriatezza della prescrizione, trasmette le osservazioni motivate al direttore di presidio per le successive verifiche.

A.2) prestazioni in continuità assistenziale (P.C.A.), intese come prestazioni ambulatoriali specialistiche di controllo o necessarie per la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico, successive a prime visite e accertamenti, anche di pronto soccorso, o in dimissione protetta e proposte dal medico specialista, dal medico del presidio ospedaliero o del presidio territoriale che ha inizialmente preso in carico il paziente e che procede direttamente a fissare l'appuntamento per la prenotazione dandone successiva diretta comunicazione allo sportello prenotazioni.

A.3) prestazioni ordinarie, intese come prestazioni ambulatoriali specialistiche, che non presentano alcun carattere particolare e pertanto da erogare secondo le modalità organizzative correnti. Sono prestazioni proposte dal medico di base o dal medico specialista con prescrizione su ricettario del servizio sanitario nazionale.

A.4) prestazioni multidisciplinari, intese come prestazioni ambulatoriali di branche specialistiche diverse, contestualmente proposte dal medico di base o medico specialista e necessarie per il completamento dell'accertamento diagnostico sul paziente, da erogare in unica soluzione, nella stessa giornata e in orari differiti, ma comunque nella medesima fascia oraria (antimeridiana o pomeridiana).

A.5) prestazioni domiciliari, intese come prestazioni rese al di fuori delle procedure previste per i pazienti in assistenza domiciliare in carico ai CAD o per gli accertamenti medico-legali. L'Azienda può offrire prestazioni specialistiche a domicilio previo pagamento di una quota integrativa fissa a ristoro dei costi aggiuntivi determinati.

Per ognuno dei livelli organizzativi di erogazione sono riservate quote percentuali di disponibilità sul totale delle prestazioni erogabili tenendo conto delle effettive necessità.

Il responsabile dell'ambulatorio, in accordo con il direttore del presidio interessato, (direttore di ospedale, direttore di distretto), individua le percentuali da riservare per le prestazioni in urgenza e in continuità assistenziale, per singola branca e, ove necessario, per singola tipologia di prestazione.

Le percentuali fissate sono comunque comunicate al responsabile CUP per la predisposizione della agende e sono sottoposte a verifica periodica.

All'interno di ciascuno dei livelli organizzativi di erogazione il criterio dell'ordine cronologico regola la prenotazione.

B) Per **agenda di prenotazione** si intende il programma operativo che fissa l'articolazione temporale e il tipo di prestazioni rese dall'ambulatorio. La gestione delle agende si basa su due momenti: B.1) costituzione delle agende; B.2) modifica e verifica delle agende.

B.1) L'istituzione delle agende è la fase operativa di programmazione delle attività ambulatoriali, rappresentando un punto estremamente delicato dell'intero sistema di erogazione delle prestazioni, sia per l'impatto sulla complessità organizzativa del centro erogatore, sia per l'impatto sull'utente in termini di accessibilità e soddisfazione. In fase di costituzione delle agende vanno definiti i seguenti aspetti:

- fissare la periodicità della erogazione delle prestazioni, individuano il calendario dei giorni e degli orari di attività. Il calendario è formalizzato ed ha effetto, ai fini della prenotazione, per l'intero anno solare. Non sono ammessi calendari per frazioni inferiori all'anno solare (mensili, trimestrali, ecc.) e chiusure periodiche delle agende. Le prenotazioni operano senza limite temporale;
- individuare le prestazioni effettivamente erogabili sulla base del vigente nomenclatore tariffario.

Per le prestazioni non comprese nel nomenclatore tariffario regionale l'ASL determina, con proprio atto, le modalità di erogazione e le relative tariffe. A questo proposito gli AA. propongono di osservare la seguente procedura:

- il responsabile dell'ambulatorio propone, per iscritto, al responsabile del presidio l'introduzione di nuova/e prestazione/i, precisando la tecnica e il tempo di effettuazione, la motivazione e l'appropriatezza clinico-diagnostica, i possibili costi di produzione e l'eventuale tariffa anche per analogia rispetto a prestazioni comparabili presenti nel nomenclatore tariffario. La tabella 4 mette in evidenza il set di informazioni che possono condurre alla definizione del valore economico della prestazione non compresa nel nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali e alla cui definizione possono concorrere, a vario titolo, vari settori dell'azienda (farmacia, economato, ecc.);

Tabella 4: scheda per la definizione del valore economico della prestazione ambulatoriale

1) DENOMINAZIONE DELLA PRESTAZIONE:

2) ASSIMILABILITA' CON ALTRE PRESTAZIONI PRESENTI NEL TARIFFARIO:
 SI (specificare il codice tariffario o la denominazione)
 NO

3) PERSONALE UTILIZZATO (specificare le professionalità coinvolte nell'esecuzione della prestazione di cui vengono riportati alcuni esempi, il loro numero ed il tempo impiegato pro-capite espresso in minuti)

PERSONALE	UNITA'	TEMPI
Medico		
Chirurgo		
Anestesista		
Biologo		
Tecnico		
Ferrista		
Infermiere		
Ausiliario		
.....		
.....		

4) MATERIALE SANITARIO DI CONSUMO ESCLUSO REAGENTI E KIT (specificare il materiale utilizzato di cui vengono riportati alcuni esempi, la sua quantità ed il costo acquisto, unitario, ove conosciuto ed il codice magazzino)

TIPOLOGIA	QUANTITA'	COSTO UNITARIO	CODICE MAGAZZINO
Lama bisturi			
Guanti sterili monouso			
Suture varie			
Garze da			
Siringhe da			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

5) MATERIALE ECONOMALE DI CONSUMO (specificare il materiale utilizzato di cui vengono riportati alcuni esempi, la sua quantità ed il costo acquisto, unitario, ove conosciuto ed il codice magazzino)
 (*) solo per i reagenti e i kit specificare il costo di una confezione/contenitore (costo unitario) e gli esami effettuabili con una confezione/contenitore (n. esami)

TIPOLOGIA	QUANTITA'	COSTO UNITARIO	N. ESAMI	CODICE MAGAZZINO
Reagenti (*)				
Kit (*)				
Buste				
.....				
.....				

- il direttore del presidio ospedaliero o del distretto verifica e valida la proposta dandone comunicazione alla direzione aziendale;
- la direzione aziendale dispone atto deliberativo di autorizzazione all'effettuazione della prestazione, definendo la relativa tariffa e contestualmente notificando alla Regione – Assessorato alla Salute, l'introduzione della nuova tipologia di prestazione.

L'effettuazione di prestazioni non comprese nel nomenclatore tariffario è subordinato all'atto autorizzativo della direzione aziendale.

- fissare i tempi tecnici di esecuzione per le diverse tipologie e complessità di prestazioni (visite, accertamenti strumentali) anche al fine di definire i tempi di prenotazione. Nei presidi erogatori dell'ASL i tempi di esecuzione delle prestazioni sono uniformi. I direttori dei distretti e quelli degli ospedali concordano sui tempi di esecuzione delle prestazioni e vigilano sulla effettiva uniformità;
- fissare il volume complessivo delle prestazioni, tenendo conto dell'articolazione del calendario, dei tempi tecnici di esecuzione e del tipo di prestazioni erogabili;
- garantire la continuità organizzativa di tutte le attività ambulatoriali specialistiche mediante la pluralità dei medici specialisti dedicati, con l'integrazione, laddove necessario, tra medici specialisti ambulatoriali a rapporto convenzionale e dirigenti medici a rapporto di lavoro dipendente;
- le agendo sono normalmente programmate, per l'anno solare successivo, entro il 30 novembre dell'anno in corso.

L'attivazione delle agende è subordinata alla individuazione dell'èquipe o dei sostituti del titolare sia per assenze programmate che impreviste.

B.2) la manutenzione è la fase operativa di *controllo* della agende per valutare se l'articolazione organizzativa delle attività è congrua con gli obiettivi funzionali e di produttività fissati. Questa fase deve prevedere:

- verifica, con cadenza trimestrale, da parte dei direttori di presidio (ospedale e distretto) dei tempi di attesa per branca e per prestazioni e dei rapporti erogatori tra prestazioni prenotate erogate e prestazioni prenotate e tra queste e quelle disponibili in agenda, al fine di valutare e proporre variazioni intese a riequilibrare l'eventuale sproporzione tra domanda ed offerta;
- attuazione delle procedure di variazione delle agende:
 - il responsabile dell'ambulatorio e del poliambulatorio propongono variazioni delle agende finalizzate ad offrire miglioramenti nell'efficienza e nella accessibilità per l'utenza;
 - le agende delle prestazioni sono variate esclusivamente su richiesta del direttore del presidio (ospedale o distretto) al responsabile CUP;
 - le agende delle prestazioni sono variate esclusivamente su proposta del responsabile dell'ambulatorio formalizzata dal responsabile del presidio;
 - le variazioni decorrono dal primo giorno utile tenuto conto delle liste di attesa esistenti;
- attuazione delle procedure di salvaguardia, in caso di sospensioni temporanee e per causa di forza maggiore dell'attività (sciopero, avaria di una apparecchiatura, inagibilità dei locali, ecc.), osservando il seguente iter:
 - comunicazione del responsabile dell'ambulatorio della sospensione dell'attività al responsabile del presidio e al responsabile CUP, con l'indicazione delle cause e la previsione del periodo di interruzione;
 - invio da parte del responsabile del CUP al responsabile dell'ambulatorio della lista giornaliera dei prenotati per il periodo di sospensione;
 - comunicazione diretta, a mezzo telefono e/o telegramma, da parte dell'ambulatorio o del poliambulatorio agli utenti prenotati e interessati dalla sospensione dell'attività, con l'indicazione, se possibile, della nuova data di prenotazione;
 - accettazione da parte del sistema CUP delle richieste che intervengono nel periodo di sospensione dell'attività con riserva di fissare e comunicare successivamente all'assistito la data del nuovo appuntamento.

C) La **prenotazione** è la modalità operativa con cui, previa registrazione di tutti i dati utili richiesti dal sistema di gestione dell'attività ambulatoriale, viene formalizzato all'utente l'appuntamento per l'erogazione della prestazione richiesta.

In tutti i presidi erogatori a gestione diretta dell'Azienda è unico il sistema di prenotazione (CUP) e gli appuntamenti sono personalizzati.

Per le prestazioni in continuità assistenziale (P.C.A.) le prenotazioni sono fissate direttamente dall'ambulatorio e successivamente comunicate al sistema di prenotazione (CUP).

La gestione delle prenotazioni risponde a due finalità: C.1) assegnazione del *diritto di accesso* all'utente e *informazione* sulla erogazione della prestazione; C.2) costituzione della sorgente informativa necessaria per rispondere, sia al *debito informativo obbligatorio* (SIAS), sia ai *flussi informativi interni* per il controllo di gestione.

C.1) l'accettazione della richiesta di prenotazione è effettuata dagli operatori del CUP:

- il CUP assicura, sia la prenotazione "a vista", sia la prenotazione telefonica;
- gli sportelli osservano orario di apertura giornaliero al pubblico, con turno antimeridiano e pomeridiano, senza interruzione, definito con criteri uniformi ed in relazione alle effettive esigenze dell'utenza;

- gli sportelli assicurano le operazioni di cassa per la riscossione del ticket e di rilascio della fatturazione attiva. Il ticket viene riscosso, di norma, al momento della prenotazione. L'utente può procrastinare il pagamento del ticket, che comunque deve essere versato prima della erogazione della prestazione. Per prestazioni di particolare impegno tecnologico (tac, endoscopie, preventivamente individuate) la quota di spesa a carico del cittadino è corrisposta almeno 7 giorni prima della data dell'esame, e costituisce conferma indispensabile della prenotazione. In caso contrario la prenotazione viene annullata, al fine di limitare il fenomeno delle mancate presentazioni.

All'assistito esente dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa è richiesto di confermare, telefonicamente, l'appuntamento con almeno 7 giorni di anticipo, pena l'annullamento della prenotazione.

L'attribuzione dell'appuntamento all'utente è condizionato dai seguenti fattori:

- impegnativa;
- livello organizzativo di erogazione della prestazione (secondo quanto previsto al punto A) del presente Regolamento;
- disponibilità della agenda.

Gli appuntamenti sono regolati secondo il criterio dell'ordine cronologico e fissati con numerazione progressiva all'interno di ciascuno dei livelli organizzativi di erogazione.

La procedura di prenotazione prevede le seguenti operazioni:

- 1) informazione all'assistito delle disponibilità esistenti nelle agende dei presidi aziendali;
- 2) verifica della correttezza della prescrizione, prevista dalla normativa vigente, con l'eccezione delle prestazioni previste dall'art. 16, comma 3 del DPR 28 luglio 2000, n. 271 per le quali è previsto l'accesso diretto (ostetricia-ginecologia, odontoiatria, psichiatria, neuropsichiatria infantile, oculistica limitatamente alle optometrie, pediatria limitatamente a coloro che non hanno ancora scelto l'assistenza pediatrica di base) e per l'ambulatorio infermieristico.

Le prescrizioni debbono essere presentate sul formulario-ricetta modello del SSN, che ha validità dieci giorni, secondo quanto previsto dalla DGR 11 marzo 1997, n. 1165.

Ogni ricetta può contenere fino ad un massimo di otto prestazioni per branca specialistica o cicli di prestazioni fino ad un massimo di dodici; le richieste di prestazioni di branche specialistiche diverse devono essere formulate su ricette distinte per ciascuna branca, secondo quanto previsto dalla Legge 23 dicembre 1994, n. 724;

3) il corretto calcolo della quota di partecipazione dovuta ovvero del tipo di esenzione operante per l'assistito;

4) accettazione della richiesta di prenotazione ed emissione e rilascio all'assistito di modulo a stampa, quale riscontro dell'avvenuta prenotazione, completo delle seguenti informazioni:

- generalità dell'assistito;
- tipo di prestazione;
- data, ora e sede di prenotazione;
- data, ora e sede specifica di effettuazione della prestazione;
- numero d'ordine progressivo;
- importo del ticket dovuto ovvero del tipo di esenzione;
- modalità e sedi per il pagamento del ticket;
- eventuali prescrizioni tecniche preparatorie e indispensabili per l'effettuazione della prestazione richiesta;
- avvertenze su: perdita di efficacia della prenotazione qualora l'assistito non provveda al saldo del ticket prima della prestazione e sui diritti/obblighi relativi alla prenotazione e al rimborso.

Qualora l'assistito effettui il pagamento del ticket al momento della prenotazione, viene rilasciata fattura attiva allegata alla prenotazione. La fattura viene emessa al momento del pagamento e registrata sul sistema;

5) l'utente ha diritto all'immediato rimborso del ticket qualora la prestazione non è resa per responsabilità dell'Azienda anche se rinuncia ad un nuovo appuntamento;

- ha diritto al rimborso qualora comunichi la disdetta con almeno 7 giorni di anticipo;

- ha, altresì, diritto al rimborso qualora non si presenta per impedimento adeguatamente motivato, ma dando comunque preventiva comunicazione.

La disdetta va inoltrata telefonicamente al CUP, per la opportuna registrazione al fine di adeguare la disponibilità del piano giornaliero di lavoro.

Il rimborso è autorizzato dal responsabile del poliambulatorio.

L'utente è tenuto al pagamento dell'intero importo del ticket e non ha diritto al rimborso se rinuncia alla prestazione senza darne comunicazione secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 15, Decreto Legislativo 28 aprile 1998, n. 124;

6) la registrazione della prenotazione e l'inserimento nella lista di attesa consente la costituzione dell'archivio dati per il debito informativo esterno ed interno per i flussi interni, mediante opportuno sistema di codifica.

A tal fine il CUP provvede alla:

- acquisizione e registrazione delle prenotazioni effettuate direttamente dall'ambulatorio, complete dei dati necessari;
- predisposizione e invio della stampa del piano di lavoro giornaliero a ciascun centro ambulatorio;
- registrazione delle prestazioni effettuate comunicate dal responsabile dell'ambulatorio con il rinvio del foglio di lavoro;
- attuazione delle procedure manuali di prenotazione in caso di sospensione temporanea dell'attività e/o in caso di blocco del sistema informatico del CUP.

Le procedure per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali in regime libero-professionale intramoenia sono analoghe e registrate separatamente. Mensilmente il CUP trasmette al direttore di presidio il report con il rapporto di prestazioni rese in attività istituzionale e libero-professionale intramoenia per Unità Operativa.

C.2) Il sistema di prenotazione unico (CUP) è il centro operativo in cui convergono tutti i dati e le informazioni relative all'attività specialistica ambulatoriale, al fine di costituire la sorgente informativa adeguata a corrispondere sia al debito informativo obbligatorio, sia ai flussi informativi interni.

L'archivio di base è il punto di partenza su cui vengono implementati i dati e le informazioni durante l'attività del CUP.

L'organizzazione dell'archivio di base prevede:

- anagrafe degli assistiti;
- anagrafe dei presidi dell'Azienda Sanitaria, con codifica degli ambulatori riferita al centro di costo e delle branche specialistiche riferita ai criteri regionali;
- anagrafe e codici dei prescrittori;
- codifica delle prestazioni erogabili e delle relative tariffe;
- codifica dei comuni e stati esteri;
- codifica delle ASL.

Nel corso dell'attività del CUP l'archivio di base viene implementato con le informazioni registrate all'atto della prenotazione:

- codifica del livello organizzativo di erogazione delle prestazioni;

- rilevazione delle liste di attesa, ripartite per presidio, ambulatori, branca specialistica, livello di erogazione delle prestazioni;
- importo del ticket corrisposto o tipo di esenzione operante.

Infine l'archivio di base deve essere implementato con le informazioni trasmesse dall'ambulatorio al sistema di prenotazione:

- informazione sugli assistiti prenotati e assistiti effettivamente trattati;
- rilevazione delle prestazioni aggiuntive erogate, in favore di altri servizi aziendali con procedura di accesso alternativa al sistema CUP (CAD, medicina legale, medicina preventiva, ecc.).

Erogazione della prestazione

L'accesso all'ambulatorio rappresenta la parte conclusiva del processo e garantisce all'assistito l'effettuazione della prestazione richiesta, secondo le modalità e i tempi previsti all'atto della prenotazione.

L'erogazione della prestazione comporta, per ogni ambulatorio, l'osservanza di alcune fasi operative:

- ricezione da CUP del piano di lavoro giornaliero degli assistiti prenotati;
- chiamata, secondo l'ordine progressivo di prenotazione, degli assistiti in lista;
- identificazione dell'assistito, con verifica della corrispondenza tra impegnativa e prenotazione e della corretta identificazione rispetto del ticket o dell'esenzione;
- esecuzione della prestazione. Per le prestazioni che prevedono tecniche invasive, interventi o manualità nelle cavità naturali, l'assunzione di mezzi di contrasto o altre tecniche complesse, deve essere acquisito il consenso informato scritto, che diviene parte integrante e conservato con il registro nosologico;
- rilevazione di eventuale prestazione aggiuntiva, che il medico deve proporre all'assistito per il preventivo assenso. In caso positivo, il medico specialista prescrive la prestazione su ricettario del S.S.N. e l'assistito dovrà procedere successivamente al pagamento del ticket;
- rilevazione di eventuale prestazione di controllo a distanza (c.d. P.C.A.) che il medico propone all'assistito per il preventivo assenso. In caso positivo l'ambulatorio fissa direttamente l'appuntamento, rilasciando all'interessato il foglio di prenotazione con data ed orario;
- rilascio all'assistito del referto "a vista". Nel caso il referto debba essere rilasciato in data successiva, l'ambulatorio consegna all'assistito uno stampato informativo su cui siano indicati:
 - giorno, orario e sede del ritiro, compreso numero telefonico di riferimento;
 - modalità del ritiro (da parte dell'assistito con documento di identità ovvero da un delegato con delega in carta semplice, proprio documento e copia del documento di identità del delegante).

I poliambulatori sono tenuti a conservare il referto per trenta giorni dalla data di redazione, con l'obbligo di addebito all'assistito dell'intero costo della prestazione fruita, in caso di mancato ritiro, secondo quanto previsto dall'art. 5 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1989, convertito nella Legge 29 dicembre 1990, n. 407;

- annotazione sul registro nosologico dei seguenti dati:
 - generalità dell'assistito;
 - data e orario della prestazione;
 - tipo di prestazione effettuata, ivi compresa l'eventuale prestazione aggiuntiva;
 - timbro e firma del medico specialista.

Il registro è unico per ciascun ambulatorio e branca specialistica e, poiché si configura come atto certificativo, deve essere compilato in ogni sua parte e non contenere abrasioni o alcuna cancellatura e deve essere conservato indefinitamente, insieme agli allegati, in luogo sicuro e non accessibile ad estranei, in quanto contenente dati c.d. "sensibili", ai sensi della Legge 31 dicembre 1996, n. 675 e successive integrazioni (Garante per la protezione dei dati Personali – Provvedimen-

to 27 novembre 1997, n. 2; Decreto Legislativo 11 maggio 1999; DPR 28 luglio 1999, n. 318: Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n. 282).

Il responsabile dell'ambulatorio, se la situazione operativa lo permette, può disporre l'effettuazione di prestazioni in favore di assistiti non prenotati, adottando l'iter amministrativo già descritto in caso di prestazioni aggiuntive.

Al termine della sessione di lavoro il centro erogatore deve effettuare:

- verifica del piano di lavoro giornaliero, con riscontro degli assistiti assenti e di quelli trattati, ivi compresi quelli eventualmente non prenotati e annotazione delle eventuali prestazioni aggiuntive erogate;
- invio al CUP del piano di lavoro giornaliero, controllato, timbrato e firmato dal medico specialista, con allegate le prescrizioni (ricette) delle prestazioni erogate. La documentazione deve pervenire al CUP al termine della sessione di lavoro e comunque non oltre il giorno successivo, purchè non coincidente con un giorno festivo.

Il CUP prende in consegna la documentazione per ulteriori elaborazioni informative e successiva archiviazione delle ricette che, si ricorda, debbono essere conservate per almeno 5 anni.

Erogazione di prestazioni in programmi specifici

Si è già detto che il regolamento presentato non disciplina l'accesso e l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali correlate a:

- programmi di screening specificatamente definiti da disposizioni normative regionali ed attivamente offerti alla popolazione;
- attività che integrano il ricovero ordinario, quali la preospedalizzazione e la deospedalizzazione protetta;
- programmi di prevenzione collettiva comunque realizzati con atti formali della regione;
- obblighi di legge, per la protezione della salute collettiva o finalizzate all'avviamento al lavoro;
- ad attività territoriali delle aziende sanitarie che si configurano come presa in carico complessiva e prolungata di soggetti in specifiche condizioni di salute. Rientrano in questa fattispecie l'attività come l'assistenza domiciliare, inclusa l'assistenza domiciliare ai disabili, le cure palliative, l'assistenza ai disabili anche in forme diverse da quella domiciliare, l'assistenza psichiatrica e l'assistenza ai tossicodipendenti;
- trattamenti di dialisi, nelle varie modalità di effettuazione.

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali, erogate nell'ambito dei programmi di cui sopra, non sono inserite nelle liste di attesa del sistema di prenotazione unico (CUP), ma i singoli ambulatori specialistici debbono registrare e rilevare separatamente le prestazioni effettuate, che integrano quelle soggette al sistema di tariffazione SIAS.

La sommatoria delle prestazioni determina il carico complessivo dell'attività svolta e la rilevazione è necessaria per il controllo di gestione.

Per la rilevazione delle prestazioni non remunerabili i singoli ambulatori debbono osservare la seguente procedura:

- annotazione su registro nosologico, diverso e separato da quello utilizzato per le prestazioni SIAS, dei seguenti dati:
 - generalità dell'assistito, compresi il luogo di residenza e la ASL di appartenenza;
 - data o orario della effettuazione della prestazione;
 - tipo di prestazione/i erogata/e;
 - timbro e firma del medico.
- predisposizione di report giornaliero contenente i seguenti dati informativi:

- codici del presidio e dell'ambulatorio erogatore;
- codice della branca specialistica;
- numero degli assistiti trattati;
- tipo di prestazioni erogate utilizzando la codifica del nomenclatore tariffario.

Il report deve essere inviato al sistema informatico di gestione del CUP al termine della giornata di lavoro, debitamente firmato dal responsabile dell'ambulatorio.

Il sistema informatico acquisisce i singoli report e procede alla loro registrazione nel sistema, con opportuna codifica che permetta di aggregare i volumi prestazionali totali, conservando la rilevazione separata delle prestazioni efferenti al SIAS da quelle escluse dal debito informativo.

Conclusioni

La ricerca di soluzioni all'annosa problematica delle liste di attesa passa anche attraverso una attenta analisi delle varie problematiche connesse alla gestione, accesso ed erogazione, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. La proposta di regolamentazione presentata, per disciplinare i criteri e le modalità di accesso alle prestazioni di cui sopra, cerca di conciliare quanto individuato dalla Commissione del Ministero della Salute in ordine ai "determinanti" delle liste di attesa (connessi al paziente, alla prestazione, agli erogatori dei servizi, al sistema sanitario, all'ambiente socio-economico-culturale) con l'esperienza operativa e quotidiana degli autori.

Una attenta analisi dei vari momenti dell'esperienza del cittadino-utente con la struttura, contestualmente alla esatta identificazione degli attori interessati al processo di gestione della problematica, il cui coinvolgimento diretto e condivisione degli obiettivi è sicuro fattore di successo di qualsiasi iniziativa migliorativa all'interno dell'azienda sanitaria, sono l'ulteriore elemento caratterizzante della costruzione della proposta di regolamentazione presentata.

La partecipazione, a vari livelli di responsabilità e di operatività, di varie figure professionali è elemento di successo del programma quando, come nella fattispecie, sono state definite procedure chiare, attuabili e condivise da tutti gli attori del processo.

In ultima analisi, si è cercato di affrontare la problematica assicurando i necessari criteri di specificità, eticità e trasparenza, affinché la diagnosi ed il successivo trattamento terapeutico non siano ingiustificatamente procrastinati compromettendo la prognosi e la qualità della vita.

Bibliografia

1. Legge 23.12.1994 n. 724. *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 304 del 30 dicembre 1994.
2. D.P.C.M. 19.5.1995. *Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari*. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 125 del 31 maggio 1995.
3. Linee-guida n. 2/95. *Attuazione della carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale*. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 230 del 31 agosto 1995.
4. Legge 23.12.1996 n. 662. *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 303 del 28 dicembre 1996.
5. Legge 27.12.1997 n. 449. *Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica*. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 302 del 30 dicembre 1997.
6. Decreto Legislativo 29.4.1998 n. 124. Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni a norma dell'art. 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449. Gazzetta Ufficiale 30 aprile 1998, n. 99.
7. D.P.R. 23.7.1998. *Piano sanitario nazionale 1998-2000*. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998.

8. Ministero della Sanità. Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa. *Relazione finale: analisi e proposte in tema di liste di attesa nel S.S.N.* Roma, maggio 2001.
9. P.A.Sanna, A.Fadda, A.Paganelli, L.Cioni, M.Lazzarato. *Le liste ed i tempi d'attesa dell'assistenza specialistica ambulatoriale: indicatori in uso nella Regione Emilia-Romagna.* Mecosan 2000; 36:115-123.
10. Testa R., Cavuto C., Bracco D., Squarcione S. "La gestione delle liste di attesa: l'esperienza di due IRCCS". *View & Review Hospital* 2001; 3-4: 3-6.
11. Baldantoni E., Bovo C. *Liste d'attesa: riflessioni random su equità e razionamento nel Servizio Sanitario.* QA 2001; 12, 2: 73 – 79.
12. Mariotti G. *Tempi d'attesa e priorità in Sanità.* Franco Angeli, Milano 1999
13. Giroto M. *Riduzione dei tempi d'attesa per accedere alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale nell'ambito delle strutture dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.* QA 2001; 12, 2: 81 – 88.