

7.4. Piano Nazionale di Governo dei Tempi di Attesa

7.4.1. Introduzione

Il tema delle liste d'attesa rappresenta uno degli aspetti critici di tutti i sistemi sanitari di tipo universalistico con un livello di assistenza avanzato.

Il nostro Paese considera prioritario ridurre i tempi di attesa nell'ottica della promozione del principio di appropriatezza clinica e organizzativa e quindi di implementazione del Governo Clinico; ciò implica una stretta cooperazione tra Governo e Regioni e PA nel condividere interventi improntati ai criteri di accessibilità ai servizi e tempestività di erogazione delle prestazioni, nel rispetto della garanzia dell'uso delle classi di priorità e della piena attuazione del sistema di prenotazione in rete (Centro Unico Prenotazioni, CUP).

La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione fra gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino, per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture.

Con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, tra i provvedimenti che sono stati attuati negli anni il DPCM 16 aprile 2002 ("Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa") configurava come l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresentasse una componente strutturale dei LEA.

In conseguenza di detto intervento legislativo è stato attuato, con Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002, un sistema che regola l'erogazione di prestazioni sanitarie in base a classi di priorità cliniche di accesso alle medesime prestazioni.

Il punto di approdo dell'iniziativa nazionali di carattere concertativo con le Regioni è stata l'Intesa Stato-Regioni 28 marzo

2006 "Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa, PNCTA"; con tale atto di respiro triennale (2006-2008) si è proposto di condividere un percorso per la gestione delle liste di attesa, con l'obiettivo di promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA. Di conseguenza, tutte le Regioni e PA hanno adottato Piani Regionali, attuativi del Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa, PNCTA, con i quali si impegnano a provvedere a una gestione delle liste che possa coniugare la capacità organizzativa con i bisogni dei cittadini, privilegiando una comunicazione trasparente e fluida. Inoltre, le Regioni hanno individuato, formalmente, provvedimenti per assicurare la garanzia di coerenza del sistema dell'offerta in libera professione per il contenimento dei tempi d'attesa, come previsto dallo stesso Piano Nazionale.

7.4.2. Rappresentazione dei dati

Nella *Tabella 7.6* si riporta la presenza di dati su tempi reali e/o massimi d'attesa sui siti web, nella *Tabella 7.7* gli impegni delle Regioni previsti nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012 e nella *Tabella 7.8* i monitoraggi previsti dal PNGLA 2010-2012.

7.4.3. Esposizione e valutazione critica dei dati

Tra i vari elementi da considerare nella gestione delle liste di attesa deve essere prevista anche la comunicazione, trasparente e aggiornata, dei dati inerenti tempi e liste d'attesa. La disponibilità di siti web da parte di quasi tutte le strutture sanitarie consente di disporre di un efficace strumento di informazione e comunicazione, facilmente consultabile grazie alle caratteristi-

Tabella 7.6. Presenza di dati su tempi reali e/o massimi d'attesa sui siti web

	Siti web esplorati	Siti web con presenza di dati su tempi reali e/o massimi d'attesa	
		N.	%
Regioni e PA	21	10	48
ASL	166	95	57
Aziende Ospedaliere	85	40	47
IRCCS	100	21	21
Policlinici Universitari	7	1	14
Totale	379	167	44

che intrinseche di internet, quali accessibilità, immediatezza, completezza, chiarezza e trasparenza.

Il Ministero della Salute ha condotto, nel novembre 2010, la quarta indagine sull'utilizzo della rete internet quale strumento di comunicazione di dati su tempi e liste di attesa nei siti web di Regioni e PA, Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, IRCCS e Policlinici, che fa seguito alle tre precedenti rilevazioni svolte nell'ottobre 2005, nel dicembre 2007 e nel novembre 2009. Dall'indagine è emerso che il 44% dei siti web esplorati fornisce dati su tempi e liste d'attesa, con un incremento rispetto alle tre precedenti indagini svolte nel 2005, 2007 e 2009, rispettivamente, del 21%, del 22% e del 10%. Viene inoltre complessivamente confermato il gradiente decrescente, rispetto

alla presenza di informazioni sui tempi d'attesa, delle strutture sanitarie del Nord rispetto a quelle del Centro-Sud/Isole. Nello specifico, il 48% delle Regioni (10 su 21) riporta, nei propri siti web, dati su tempi reali e/o massimi d'attesa, con un incremento del 15% rispetto ai risultati della indagine 2009; il 57% dei siti web delle Aziende Sanitarie Locali (95 su 166) presenta dati su tempi d'attesa, con un incremento del 16% rispetto all'indagine 2009; il 47% dei siti web delle Aziende Ospedaliere (40 su 85) presenta dati su tempi reali e/o massimi d'attesa con un incremento dell'8% rispetto al precedente rapporto; il 21% dei siti web degli IRCCS (21 su 100) riporta dati su tempi reali e/o massimi d'attesa e rispetto all'indagine 2009 si è verificato un incremento pari all'8%; infine, per quanto riguarda i siti web

Tabella 7.7. Sintesi degli impegni delle Regioni per un approccio strategico al governo delle liste di attesa

Fissazione dei tempi massimi regionali per le prestazioni (in caso contrario si applicano i tempi del presente Piano)
Governo appropriato della domanda di prestazioni attraverso l'uso sistematico delle classi di priorità e dei sistemi di monitoraggio
Definizione e criteri di utilizzo delle prestazioni richieste in classe P e di quelle, se previste, senza indicazione di priorità
Verifica dell'appropriatezza prescrittiva con riferimento a classi di priorità, quesiti diagnostici e identificazione prime visite e controlli
Uso diffuso del sistema CUP e recepimento delle Linee guida nazionali sul sistema CUP, di cui all'Accordo Stato-Regioni 29 aprile 2010
Definizione delle modalità alternative di accesso alla prestazione, se l'ordinaria offerta aziendale non garantisce le prestazioni nei tempi massimi di attesa
Trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa
Organizzazione delle attività in libera professione erogata dai professionisti per conto e a carico delle aziende e verifica e controllo delle prestazioni erogate in libera professione dai professionisti a favore e a carico dell'utente che ne fa richiesta
Iniziative di ICT per lo sviluppo di funzionalità automatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina
Informazione e comunicazione sulle liste d'attesa con la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti web regionali e aziendali, campagne informative, Uffici relazioni con il pubblico (URP), Carte dei servizi
Vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni

Tabella 7.8. Monitoraggi previsti dal PNGLA 2010-2012

	Attori
Monitoraggio prestazioni ambulatoriali ex-ante	Ministero, Regioni, AgeNaS
Monitoraggio prestazioni ambulatoriali ex-post (art. 50)	Ministero, Regioni, AgeNaS
Monitoraggio prestazioni di ricovero tramite SDO	Ministero, Regioni, AgeNaS
Monitoraggio sospensione attività di erogazione	Ministero, Regioni, AgeNaS
Monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici (oncologia e cardiovascolare), con tempi non > 30 giorni per la diagnostica e non > 30 giorni per l'inizio della terapia	AgeNaS/Ministero/Regioni
Monitoraggio Attività Libero Professionale (ALPI)	AgeNaS/Ministero/Regioni
Monitoraggio siti web di Regioni e Aziende	Ministero, Regioni, AgeNaS

PNGLA, Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa.

dei Policlinici Universitari, l'indagine evidenzia che il 14% (1 su 7) riporta dati su tempi reali e/o massimi d'attesa, con un incremento pari al 1% rispetto all'indagine 2009. In conclusione, dai dati aggregati a livello nazionale nell'ambito delle quattro rilevazioni effettuate (2005, 2007, 2009 e 2010), emerge che al termine del quinquennio di osservazione circa la metà dei siti web di Regioni, PA e strutture sanitarie riporta dati sui tempi d'attesa, con un trend incrementale nel periodo considerato, che conferma il ruolo dei siti web nella relazione di comunicazione tra il SSN e i cittadini/*stakeholders*.

Nel 2010, tramite le valutazioni degli adempimenti regionali riferiti al 2009 in merito a "Liste di attesa" effettuate dal Comitato LEA, risulta che le Regioni e le PA:

- hanno realizzato iniziative per il governo delle liste di attesa (Relazione annuale – anno 2009 – sugli interventi effettuati dalla Regione in tema di liste di attesa, da trasmettere alla Presidenza del Consiglio dei Ministri);
- hanno provveduto a monitorare le sospensioni dell'erogazione delle prestazioni (a partire dal secondo semestre 2011 sarà individuata, tramite una sperimentazione, così come indicato nelle Linee guida per la Certificazione LEA, una nuova modalità di raccolta delle informazioni relative al suddetto ambito di monitoraggio);
- si sono impegnate all'invio dei dati relativi al monitoraggio ex post, tramite il flusso ex art. 50.

7.4.4. Indicazioni per la programmazione

Con Intesa tra il Governo, le Regioni e le PA di Trento e Bolzano del 28 ottobre 2010 è stato condiviso il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012; le Regioni rafforzano il loro impegno per garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Il Nuovo Piano Nazionale prevede, infatti, tramite la messa a sistema dei flussi informativi disponibili, una serie di interventi in parte già sviluppati nel corso dell'ultimo biennio e in particolare:

- aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole Regioni nell'ambito del proprio Piano;
- individua le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento;
- individua, a garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa, la necessità di procedere, in via sistematica, al monitoraggio della loro presenza sui siti web di Regioni e PA e di Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate;

- promuove le modalità di utilizzo della libera professione intramuraria nell'ambito del governo delle liste di attesa, nonché le attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione attraverso percorsi dedicati e il monitoraggio delle relative liste di attesa;
- individua quali strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa:
 - il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali prenotate, ritenute critiche da precedenti sperimentazioni condotte dall'AgeNaS, con modalità ex ante da parte di NSIS, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale,
 - il flusso informativo con modalità ex post delle prestazioni erogate, attraverso il flusso ex art. 50 della Legge 326/2003,
 - il flusso informativo SDO per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri,
 - il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria.

Il Nuovo Piano Nazionale impegna fortemente le Regioni a monitorare i PDT nell'area cardiovascolare e oncologica in considerazione dei tempi massimi d'attesa sia per la formulazione della diagnosi clinica, sia per

l'avvio della terapia appropriata per quella condizione patologica. Lo scopo del monitoraggio è verificare che i pazienti con determinati problemi di salute abbiano completato i PDT in tempi congrui; i tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti. Il PNGLA viene recepito dalle Regioni entro il giugno 2011, dopodiché verrà garantita la piena operatività delle azioni previste per il triennio 2010-2012 e saranno realizzati tutti i flussi informativi necessari al monitoraggio dei Tempi di Attesa delle prestazioni sanitarie.

Bibliografia essenziale

Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_277_listaFile_itemName_0_file.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011

4° Rapporto Nazionale sull'utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi di attesa nei siti web delle Regioni e PA e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1516_allegato.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011

7.5. Tempi di attesa nelle patologie cardiovascolari

7.5.1. Il problema dei tempi di attesa

Obiettivo della Commissione è la riorganizzazione, attraverso la razionalizzazione, delle liste di attesa, il loro conseguente abbattimento e la diminuzione delle migrazioni transregionali di pazienti.

Le prescrizioni di esami diagnostici e trattamenti non hanno tutte la stessa priorità: deve pertanto essere instaurato il concetto che le prestazioni devono rispondere a criteri di priorità clinica, che dipende dalla gravità della condizione sospetta o accertata ai fini della salvaguardia della salute del paziente. Questo punto aderisce perfettamente a quanto stabilito dalla conferenza

Stato-Regioni (febbraio 2002), che relativamente ai LEA sanciva la necessità di accordi relativamente alla priorità di accesso alle prestazioni.

Le Regioni devono identificare percorsi atti a individuare le prestazioni specialistiche con priorità di accesso. Tali priorità sono legate alla gravità della patologia riscontrata dal medico prescrittore, secondo modalità organizzative definite a livello delle singole Aziende Sanitarie sulla base di criteri concordati tra MMG e specialisti.

Quando venga individuata una situazione clinica sospetta per malattia cardiovascolare, generalmente da parte del medico di famiglia, è bene che vengano attivati percorsi

con rapidità di esecuzione differenziata e proporzionale al rischio per la salute del paziente. Il percorso più appropriato va concordato tra il MMG e lo specialista e deve essere innescato dal MMG, il quale è tenuto a porre un quesito clinico preciso allo specialista. La priorità del percorso successivo deve essere decisa dallo specialista in base a criteri clinici. Eventuali discrepanze con le definizioni nosologiche regio-

nali da inserire nelle richieste di esami e/o prestazioni specialistiche dovranno essere chiarite nel corso del futuro lavoro di questa Commissione.

7.5.2. I gradi di priorità

Si possono classificare le priorità in quattro livelli, *ABCD*, così definite:

Tabella 7.9. Visita cardiologica

Tipo A non applicabile Da valutare in Pronto Soccorso- Non applicabile la categoria 72 ore	Dolore toracico di recente insorgenza e di probabile origine cardiaca. Esempio:
	infarto del miocardio
	angina instabile
	pericardite acuta
	embolia polmonare
	dissecazione aortica
	Dispnea di recente insorgenza e/o di recente aggravamento. Esempio:
	origine cardiaca
	embolia polmonare
	sincope/lipotimia
	aritmia ipocinetica (arresto sinusale, blocco AV)
	aritmia ipercinetica (tachicardia ventricolare)
	sincope meccanica (embolia polmonare, stenosi aortica)
	Insufficienza cardiaca di nuova insorgenza o riacutizzata
	Aritmie
	ipercinetiche (FC > 130/min)
	ipocinetiche (FC ≤ 40/min)
	Crisi ipertensiva sintomatica (PAS > 230 mmHg)
	Ipotensione persistente sintomatica (PAS < 90 mmHg)
	Altro: condizioni cliniche adeguatamente motivate non rientranti nei precedenti raggruppamenti
Tipo B Entro 10 giorni	Aritmie in assenza di sintomi
	ipocinetiche (adulto/anziano con FC < 40/min)*
	ipercinetiche (FC > 110-130/min)
	Dolore toracico da probabile angina stabilizzata
Tipo C Entro 30 giorni	Sintomi o segni di scompenso in cardiopatico noto
	Dolore toracico atipico per sospetta angina in non cardiopatico
	Sincope/lipotimia da probabile sincope neuromediata
	Cardiopalmi extrasistoli riferite
	Ipertensione grave (PAO > 180/110 mmHg) resistente alla terapia
Tipo D	Riduzione della capacità funzionale di probabile origine cardiaca
	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità
Controlli I controlli programmati sono esclusi dalla prioritarizzazione	Patologia cronica stabilizzata

Tabella 7.10. Ecocardiogramma

Tipo A Urgente	Livello di priorità non applicabile
Tipo B Entro 10 giorni	Insufficienza cardiaca non compensata (paziente gestibile a domicilio)
Tipo C Entro 30 giorni (Prestazione la cui tempestiva esecuzione non condiziona la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o disfunzione o disabilità)	Valutazione di valvulopatia asintomatica Dilatazione dell'aorta ascendente Cardiomegalia radiologica asintomatica
Tipo D	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità Patologia cronica stabilizzata
Controlli I controlli sono esclusi dalla prioritarizzazione	

- **A:** prestazione urgente per la quale l'alternativa è il ricorso al Pronto Soccorso o entro le 72 ore per la possibile gravità del decorso clinico;
- **B:** prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità, da erogare entro 10 giorni;
- **C:** prestazione la cui tempestiva esecuzione non condiziona la prognosi a breve, ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o disfunzione o disabilità, da erogare entro 30 giorni;
- **D:** prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo, in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità.

Le liste di attesa devono essere distinte in quelle per procedure diagnostiche e quelle per procedure terapeutiche, che presentano numeri e problematiche assistenziali diverse. Le procedure di screening e controllo non

rientrano nella prioritarizzazione e non devono essere comprese nelle liste di attesa generali, ma avere un percorso proprio per ogni centro che ha eseguito il trattamento o ha fatto la prima diagnosi, secondo le Linee guida della specialità.

7.5.3. Classificazione delle priorità cliniche

Nelle Tabelle 7.9, 7.10 e 7.11 è riportata la classificazione delle priorità cliniche.

7.5.4. Studio coronarografico

Applicabile solo il Tipo C (entro 30 giorni) per cardiopatia ischemica stabile, con diagnosi clinica e/o strumentale di ischemia. Per la preparazione a interventi di cardiocirurgia e chirurgia vascolare valgono le priorità della patologia dominante.

Tabella 7.11. ECG dinamico secondo Holter

Tipo A Urgente	Livello di priorità non applicabile
Tipo B Entro 10 giorni	Aritmia ipocinetica e ipercinetica in cardiopatia organica Sincope in cardiopatico noto
Tipo C Entro 30 giorni	Cardiopalmi in cardiopatia organica Extrasistolia frequente documentata all'ECG in cardiopatico noto
Tipo D	Livello di priorità non previsto se non per patologia cronica stabilizzata
Controlli I controlli sono esclusi dalla prioritarizzazione	

7.6. Tempi di attesa nelle patologie oncologiche

7.6.1. Introduzione

Ogni anno in Italia si registrano circa 163.000 decessi per cancro. I tumori sono responsabili del 30% di tutti i decessi e costituiscono la seconda causa di morte nel nostro Paese, in particolare la prima fra gli adulti e la seconda fra gli anziani.

7.6.2. Rappresentazione dei dati

Mortalità. Negli ultimi dieci anni la mortalità per cancro è diminuita:

- fra gli uomini principalmente per la riduzione continua e significativa dei decessi per tumore del polmone e dello stomaco, che da soli sono responsabili di più di un terzo della mortalità complessiva per tumore;
- fra le donne, per la diminuzione della mortalità dei tumori dello stomaco e dell'utero e, più recentemente, anche della mammella e del colon-retto. Per contro, fra le donne è aumentata notevolmente la mortalità per tumore del polmone, il cui tasso è quasi raddoppiato tra il 1970 e il 2002.

Incidenza. Sulla base dei più recenti dati dei Registri tumori, si stima che i nuovi casi di tumore nel 2006 siano stati circa 253.000, 133.000 fra gli uomini e 120.000 fra le donne (fascia di età 0-84 anni). Complessivamente, l'incidenza dei tumori nella popolazione italiana è ancora in aumento, soprattutto, ma non esclusivamente, per la proporzione crescente di anziani, la frazione della popolazione che presenta un maggiore rischio di sviluppare patologie tumorali.

Le neoplasie a più alto tasso di incidenza sono quelle della mammella (152 casi per 100.000 donne per anno), della prostata (113), del polmone negli uomini (112) e del colon-retto (89 tra gli uomini e 70 tra le donne). Il rischio di avere una diagnosi di tumore nel corso della vita (fino a 74 anni) è di un caso ogni 3 maschi e di uno ogni 4 donne.

Sopravvivenza. Per il complesso dei tumori (esclusi i melanomi), la sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi è del 47% per gli uomini e del 60% per le donne, per i pazienti diagnosticati nel quinquennio 1995-1999 con follow-up al 31 dicembre 2003. Tra l'inizio degli anni Ottanta e la fine degli anni Novanta la prognosi della maggior parte dei tumori è migliorata, sia in Europa sia in Italia, soprattutto per le neoplasie maggiormente sensibili ai mezzi di diagnosi precoce oggi disponibili. È il caso del tumore della mammella, per il quale la sopravvivenza è passata dal 72% nel periodo 1983-1985 all'85% nel periodo 1995-1999, della prostata (dal 66% all'80%) e del colon-retto (dal 42% al 57%). Sostanzialmente stabile, invece, la sopravvivenza per il tumore al polmone, che è rimasta del 13% (12% per gli uomini e 15% per le donne) in entrambi i sessi anche per i casi più recenti della fine degli anni Novanta.

Prevalenza. Alla base dell'aumento della presenza di persone affette da tumore in Italia c'è l'invecchiamento della popolazione, ma anche il miglioramento della sopravvivenza. Si stima che il 2,8% della popolazione italiana (quasi 1,5 milioni di persone) abbia avuto nel corso della sua vita una diagnosi di cancro. Di queste, più di 600.000 sono in fase di trattamento o di follow-up per il rischio di recidive. Le donne che hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella rappresentano da sole circa i due quinti della prevalenza complessiva.

Previsioni 2010. L'evoluzione temporale della mortalità e dei principali indicatori della diffusione dei tumori in Italia fino all'anno 2010 può essere desunta dalle previsioni effettuate dall'ISS, recentemente pubblicate nella monografia *"Current cancer profiles of the Italian regions"* (Tumori, vol. 93, n. 4, 2007).

I valori stimati di mortalità, incidenza e prevalenza si riferiscono all'intera popolazione

nazionale di età compresa tra 0 e 84 anni.

■ **Mortalità e incidenza.** Nel 2010 in Italia si prevedono circa 122.000 decessi dovuti a patologie tumorali, di cui 72.000 (59%) riguardanti la popolazione maschile. Tale cifra è il risultato della progressiva riduzione della mortalità per tumore, attesa anche per i prossimi anni in entrambi i sessi. Il numero complessivo di nuovi casi di tumore nel 2010 è previsto pari a circa 255.000 unità (131.000 tra gli uomini, 124.000 tra le donne), risultando, peraltro, sostanzialmente stabile nel corso del triennio 2008-2010. Si notano, tuttavia, andamenti differenti secondo il sesso: in lieve riduzione il numero dei nuovi casi stimato per gli uomini, in leggera crescita quello stimato per le donne. Sebbene le previsioni per i prossimi anni confermino, all'interno del Paese, evidenti differenze geografiche nei livelli di mortalità e incidenza per la totalità dei tumori, il divario storico tra Nord (alti livelli) e Sud (bassi livelli) sembra attenuarsi. Tale fenomeno, particolarmente visibile nel caso degli uomini, è la conseguenza di andamenti favorevoli nelle Regioni Centro-Settentrionali (riduzione dell'incidenza per tumore a partire dagli anni Novanta) e meno favorevoli nelle Regioni Meridionali e Insulari. Per le donne, l'incidenza per tumore risulta in aumento in tutte le aree del Paese.

■ **Prevalenza.** Il numero di persone con pregressa diagnosi di tumore nel nostro Paese si prevede possa superare nel 2010 quota 1 milione e 900.000, con una percentuale di donne stimata intorno al 56%. Ci si attende una percentuale di casi prevalenti pari a circa il 4% nella popolazione femminile e al 3% in quella maschile, ossia doppia rispetto a quella osservata venti anni prima (rispettivamente 1,9% e 1,5% nel 1990). La distribuzione geografica della prevalenza si prospetta caratterizzata da differenze piuttosto rilevanti tra l'area Centro-Settentrionale del Paese e quella Meridionale e Insulare (casi prevalenti nella popolazione pari, rispettivamente, al 4% e al 2%).

7.6.3. Indicazioni per la programmazione

Priorità cliniche in campo diagnostico. Per quanto riguarda la tematica delle liste di attesa le norme e indicazioni nazionali sull'argomento sono riportate nella sezione "Bibliografia e normativa".

Si propone che gli esami diagnostici (diagnostica per immagini, endoscopia, patologia clinica) e i trattamenti per pazienti con diagnosi accertata di patologia oncologica o con fondato sospetto di questa patologia abbiano accoglienza prioritaria rispetto ad altre patologie.

Con esclusione delle emergenze in oncologia, di carattere sia chirurgico sia medico, condizioni che naturalmente rivestono priorità temporale assoluta, nell'ambito della patologia tumorale si possono identificare quattro diversi gruppi di pazienti:

- priorità diagnostiche urgenti (entro 3 giorni):
 - pazienti con patologia oncologica in rapida evoluzione/sintomatica,
 - complicanze gravi correlate ai trattamenti erogati;
- priorità diagnostiche per un'adeguata programmazione terapeutica (entro 10 giorni):
 - pazienti con diagnosi accertata o sospetta di patologia tumorale o di recidiva/ricaduta,
 - pazienti in stadiazione iniziale o per recidiva/ricaduta di patologia neoplastica,
 - rivalutazione in corso o alla fine di trattamento antitumorale;
- follow-up di pazienti già trattati per patologia neoplastica (entro i limiti definiti dalle Linee guida);
- screening organizzato/screening opportunistico (entro i limiti definiti dalle Linee guida).

Le condizioni relative ai gruppi A e B sono prioritarie. Le condizioni definite come C-D non sono prioritarie: per indicazioni e tempistiche si rimanda alle Linee guida nazionali e internazionali. Non rivestono carattere di priorità neanche le prestazioni richieste per pazienti che non presentano sintomi specifici.

Per quel che attiene alle liste di attesa per

gli esami di screening, sarebbe auspicabile che tali fossero separate da quelle delle altre categorie e addirittura, ove possibile, che questi esami venissero praticati in strutture specificamente dedicate e certificate per queste attività.

I pazienti candidati a un percorso privilegiato (Gruppo A e B) potrebbero essere identificati con metodi opportuni e di immediata riconoscibilità (tipo bollino verde, vigente già da tempo in Regione Lombardia).

Essendo fondamentale la diagnosi citostologica ai fini di un'adeguata stadiazione e programmazione terapeutica, la tempistica di questi esami deve essere estremamente celere (massimo 7 giorni).

7.6.4. Priorità cliniche in campo terapeutico

Per quel che riguarda le liste di attesa terapeutiche, il problema del loro abbattimento è più complesso e non facilmente risolvibile in tempi brevi senza una profonda riorganizzazione del sistema assistenziale.

Tra l'altro, le implicazioni e i mezzi di controllo sono molto complessi e differenti tra chirurgia, chemioterapia e radioterapia.

Anche nel caso, quindi, della chirurgia e chemioterapia si possono distinguere tipologie differenti di pazienti per i quali vanno considerate priorità diverse in rapporto al quadro clinico e all'evoluitività/aggressività della malattia. Tali tempistiche andrebbero rispettate indipendentemente dall'approccio terapeutico indicato (chirurgia, chemioterapia, radioterapia):

A. Priorità terapeutica urgente (entro 3 giorni).

- Pazienti con patologia tumorale aggressiva/rapidamente evolutiva.
- Pazienti con patologia altamente sintomatica.
- Complicanze terapeutiche.

Sono qui esemplificate alcune delle principali condizioni che rientrano in questo gruppo.

- Neoplasie ematologiche:
 - leucemia linfoblastica acuta;

- leucemia mieloblastica acuta;
- linfoma linfoblastico;
- linfoma di Burkitt;
- leucemia mieloide cronica in crisi blastica;
- linfoma a localizzazione cerebrale;
- linfomi con localizzazioni gastrointestinali a rischio di sanguinamento;
- tutte le condizioni sintomatiche (es. mieloma multiplo con lesioni ossee dolorose) o con rischio di complicanze (es. linfomi con malattia massiva a rischio di compressione).

- Tumori solidi: per quel che riguarda questa categoria, rientrano tutte le condizioni che sono individuate come emergenze in oncologia, e che possono essere così esemplificate:

- sindrome della vena cava superiore;
- compressione del midollo spinale;
- emergenze metaboliche (ipercalcemia, iperuricemia, sindrome da lisi tumorale ecc.);
- emergenze chirurgiche (occlusione intestinale, emorragia ecc.);
- emergenze urologiche (ematuria, uropatia ostruttiva);
- complicanze da chemioterapia (mielo-depressione, infezioni, mucositi, diarrea ecc.).

Alcune di queste condizioni secondo giudizio clinico necessitano di un trattamento addirittura immediato.

B. Priorità terapeutica standard (entro 15 giorni). Pazienti a cui sia stata diagnosticata una patologia neoplastica/recidiva tumorale e che necessitano di trattamento specifico.

Questo gruppo include la maggior parte delle condizioni cliniche che occorrono nei tumori solidi e una parte significativa di quelle dell'oncoematologia.

- Neoplasie ematologiche:
 - leucemia mieloide cronica;
 - mieloma multiplo;
 - linfoma di Hodgkin;
 - linfoma non-Hodgkin ad alto grado di malignità;
 - linfoma mantellare;
 - linfomi T periferici tipo AILD;

- sindromi mieloproliferative.

- Tumori solidi: tumore del polmone, dello stomaco, pancreas e vie biliari, esofago, testa e collo, carcinomi indifferenziati della tiroide, colon-retto, ano, rene, vescica, prostata, testicolo, cervice uterina, endometrio, ovaio e tube, vulva, mammella, sarcomi delle parti molli, sarcomi ossei, melanomi e carcinomi spino-cellulari della cute, tumori cerebrali a elevato grado di malignità, tumori pediatrici

Si tratta di patologie che, soprattutto se in fase operabile, si giovano di un trattamento estremamente tempestivo.

C. Priorità terapeutica bassa (entro 30 giorni). Pazienti con patologia tumorale a bassa aggressività, per i quali un ritardo nell'inizio del programma terapeutico non influenza la prognosi.

- Neoplasie ematologiche:
 - leucemia linfatica cronica;
 - linfomi non-Hodgkin a bassa malignità;
 - gammopatia monoclonale di origine da determinare (*monoclonal gammopathy of undetermined significance*, MGUS);
 - sindromi mielodisplasiche;
 - malattia di Waldenström.
- Tumori solidi: tumori della tiroide differenziati, neoplasia delle ghiandole surrenali, tumori neuroendocrini, carcinoidi, epatocarcinomi, carcinomi baso-cellulari della cute, neoplasie cerebrali a basso grado di malignità.

D. Approccio terapeutico palliativo (entro 60 giorni). Pazienti asintomatici candidati a terapie palliative per i quali non è richiesto introdurre un trattamento in tempi brevi.

Si tratta di patologie in fase avanzata eventualmente già trattate con trattamenti locali e sistemici di prima linea, nelle quali è atteso solo un modesto impatto sulla sopravvivenza da parte di eventuali terapie di seconda linea, da riservare eventualmente al momento della comparsa dei sintomi.

In questo gruppo rientrano le seguenti patologie o condizioni cliniche: neoplasie del polmone non microcitoma, tiroide, pancre-

as, vie biliari, epatocarcinoma, esofago, vescica, sarcomi delle parti molli, melanomi, neoplasie cerebrali, neoplasie neuroendocrine, dei surreni

Per queste neoplasie, soprattutto se asintomatiche, il trattamento di seconda linea può essere dilazionato a giudizio clinico insieme con la terapia di supporto al momento della comparsa dei sintomi relativi alla malattia.

I gruppi A e B rappresentano le priorità terapeutiche. In questi gruppi non è comunque consentito un ritardo superiore a 3 o 15 giorni, rispettivamente, dal termine del work-up diagnostico/stadiazione per attivare la procedura terapeutica ottimale.

I gruppi C e D non costituiscono priorità, anche se va comunque considerata una tempistica terapeutica da rispettare.

Per quanto riguarda l'esecuzione della radioterapia, possono essere presi in considerazione i seguenti parametri.

- trattamenti da iniziare entro 15 giorni:
 - presenza di elementi clinici che fanno ritenere l'attesa prevista potenzialmente a rischio di compromettere la probabilità di ottenere il risultato terapeutico programmato,
 - trattamenti eseguiti con finalità sintomatica;
- trattamenti da iniziare entro 30 giorni:
 - trattamenti elettivi eseguiti con finalità curative;
- trattamenti da iniziare oltre i 30 giorni:
 - trattamenti adiuvanti programmati e inseriti in strategie di terapie integrate sequenziali.

In considerazione delle indicazioni proposte, si ritiene opportuno integrarle con un'ulteriore proposta di programmazione in tema di:

- appropriatezza dei trattamenti;
- modelli organizzativi;
- sistema di monitoraggio e di controllo, così come segue.

7.6.5. Appropriatazza dei trattamenti

Diagnostica. Si sottolinea che:

- tali caratteristiche vengono individuate dal medico curante (medicina generale,

specialista) e verificate dal medico specialista in diagnostica per immagini (radiologo, medico nucleare), dagli specialisti in endoscopia; l'assunzione di responsabilità è pertanto duplice (meccanismo di controllo);

- in particolare, l'appropriatezza della scelta e/o dell'eventuale sequenza di indagini prioritarie va riferita a Linee guida consolidate ("la diagnostica per immagini. Linee guide nazionali di riferimento. Edito da SIRM, AIMN, AINR, ASSR); come previsto dalle normative vigenti, queste scelte sono responsabilità del medico prescrittore, ma anche del medico specialista in diagnostica per immagini che può modificare la tipologia di indagini;
- in questo modo si identificano caratteristiche di appropriatezza per l'accesso dei singoli pazienti così come il corretto iter diagnostico.

Trattamenti chirurgici. Purtroppo il sistema dei DRG introdotto circa 15 anni fa come metodo di rimborso delle prestazioni ospedaliere, se da una parte si è rivelato un ottimo strumento per ridurre i tempi di ricovero, può portare a non valorizzare sufficientemente gli aspetti clinico-professionali a favore di aspetti economici nella selezione dei pazienti eleggibili per trattamento chirurgico.

È chiaro che di fronte alla possibilità che pazienti le cui caratteristiche escluderebbero la chirurgia possano essere comunque considerati per questo trattamento, è preminente l'applicazione di Linee guida nazionali e internazionali sull'indicazione degli interventi chirurgici in oncologia e l'insegnamento della correttezza professionale, l'aggiornamento scientifico e la verifica costante dei parametri indicativi per l'appropriatezza delle attività chirurgiche stesse. L'appropriatezza nelle indicazioni potrebbe essere garantita dalla condivisione delle decisioni per effetto del lavoro di team multidisciplinari che periodicamente si riuniscono per discutere i singoli casi clinici e il loro trattamento nell'ambito di protocolli standard o sperimentali.

Si potrebbe anche ipotizzare l'istituzione di organismi di vigilanza composti da un adeguato numero di professionisti autorevoli nel settore della chirurgia e dell'oncologia, esterni all'Istituzione di cui trattasi. Tali Commissioni dovrebbero avere anche il compito di redigere relazioni periodiche sulle attività svolte in ogni presidio ospedaliero.

Le esperienze di altri Paesi sono particolarmente favorevoli in merito ai risultati ottenuti con questo sistema di audit.

Naturalmente tutti questi strumenti non devono diminuire, anzi semmai accrescere, la rilevanza del giudizio clinico che se supportato da dati oggettivi è elemento fondamentale nel processo di decisione.

Il Ministero della Salute dovrebbe emettere raccomandazioni specifiche che siano diffuse anche alla comunità dei cittadini e degli ammalati sui requisiti minimi di esperienza, in termine di volume di interventi effettuati dalle singole equipe chirurgiche negli anni precedenti nelle singole patologie, relativamente agli interventi nel settore dell'oncologia.

Tali raccomandazioni potrebbero poi costituire fattori determinanti l'accreditamento e la certificazione della struttura per l'esecuzione degli atti chirurgici stessi, e quindi per il trattamento di singole patologie tumorali (strutture di eccellenza).

In conclusione, l'attuale metodo di rimborso delle prestazioni con il sistema dei DRG nasconde insidie che possono minare l'appropriatezza delle prestazioni soprattutto in campo chirurgico.

I sistemi suggeriti per minimizzare questi effetti negativi sono i seguenti:

- metodologia di lavoro multidisciplinare;
- certificazione delle strutture chirurgiche sulla base del volume delle attività nelle singole patologie (numero di interventi);
- condivisione, diffusione e applicazione di Linee guida sulle indicazioni;
- sistemi di audit e monitoraggio.

Radioterapia. La categoria nella quale il paziente deve essere considerato (tipo e stadio della malattia, stato del paziente ecc.) per adire alle "priorità" delle "liste di pro-

grammazione” viene individuata dal medico curante (medicina generale, specialista) e verificata dal medico specialista in radioterapia: l’assunzione di responsabilità è pertanto duplice (meccanismo di controllo).

In particolare, l’appropriatezza della scelta va riferita a Linee guida consolidate [National Cancer Institute (NCI), Associazione Italiana Radioterapia Oncologica (AIRO), Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) ecc.]. Come previsto dalle normative vigenti, queste scelte sono responsabilità del medico prescrittore, ma anche del medico specialista in radioterapia, che può modificare la tipologia di trattamento. L’eventuale scostamento della tipologia della radioterapia attuata va motivata dal radioterapista.

Trattamenti medici. Anche in questo caso le richieste di trattamento medico, di cui alle priorità sopraelencate, devono essere verificate dall’oncologo; l’assunzione di responsabilità è pertanto duplice.

I criteri di appropriatezza sono difficili da definire e controllare, ma rappresentano un punto fondamentale per un adeguato controllo delle prescrizioni (anche in considerazione dell’elevato costo delle moderne terapie farmacologiche) con conseguente riduzione dei tempi di attesa e verosimilmente anche dei costi stessi.

Sarebbe auspicabile la verifica circa l’appropriatezza delle prestazioni e delle prescrizioni sulla base delle linee guida elaborate dalle Società scientifiche del settore [AIOM, *European Society for Medical Oncology* (ESMO), *American Society of Clinical Oncology*, (ASCO)].

Da un punto di vista generale, ai fini dei controlli e delle verifiche di appropriatezza occorre mettere in atto queste possibili iniziative:

- avere una mappa chiara delle liste di attesa e della loro evoluzione nel tempo, sia a livello delle singole Istituzioni ospedaliere sia a livello di ogni singola Regione;
- in caso di riscontro di inapproprietezza da parte delle Commissioni di controllo,

all’uopo istituite, devono essere valutati meccanismi punitivi quali l’abbattimento dei rimborsi (DRG) o addirittura la temporanea sospensione dell’accreditamento;

- nel settore oncologico dovrebbe essere incentivata la strutturazione della rete oncologica regionale dei servizi clinico-assistenziali coordinata dalle strutture oncologiche di eccellenza con l’individuazione dei Dipartimenti Oncologici su base territoriale, anche interaziendali, come previsto dal Piano Oncologico Nazionale in fase di definizione. Tale rete, che potrebbe anche essere supportata con rimborsi superiori (DRG) a favore delle strutture che attivamente ne fanno parte, oltre a favorire un’attività assistenziale di più elevato livello, deve garantire il contenimento dei tempi di attesa come sopradefiniti e dei costi, grazie a una maggiore appropriatezza delle indicazioni, sempre concordate nell’ambito di team multidisciplinari.

Bibliografia essenziale

- Accordo Stato-Regioni 14 febbraio 2002, n. 724
Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002
Accordo Stato-Regioni 24 luglio 2003 “Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l’attuazione del Piano sanitario 2003-2005”
D.Lgs. 124 del 29 aprile 1998
D.Lgs. 229 del 19 giugno 1999
DPCM 27 marzo 2000 “Atto di indirizzo e coordinamento concernente l’attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale”. (GU, serie generale, n. 121 del 26 maggio 2000)
DPCM 16 aprile 2002. Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa
DPR 23 luglio 1998 “Piano sanitario nazionale 1998-2000”
DPR 23 maggio 2003 “Piano Sanitario Nazionale 2003-2005”
DPR 16 aprile 2006 “Approvazione Piano sanitario nazionale 2006-2008”
Il Mattone 06: Tempi di attesa “Principi e proposte operative - Tempi di attesa”
Intesa Stato-Regioni 28/03/2006. “Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008”
Legge 724 del 23 dicembre 1994. Misure di raziona-

lizzazione della finanza pubblica. Art. 3, comma 8 Legge 449 del 27 dicembre 1997. Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica. Art. 33, comma 1

Legge 289 del 27 dicembre 2002 (Legge Finanziaria 2003). Art. 52 (razionalizzazione della spesa sani-

taria), comma 4

Nota Prot. N. 28107/dgprog/21/P.1a del 22 dicembre 2006 del Ministero della salute – Dipartimento della Qualità – Direzione Generale della Programmazione sanitaria e dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema

7.7. Appropriatezza delle prestazioni

Negli ultimi anni si è sviluppata una crescente attenzione e sensibilità delle istituzioni sulla cruciale importanza dello studio dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a carico del SSN e, in particolare, della ricerca di indicatori in grado di misurare alcuni aspetti della qualità delle prestazioni e dell'utilizzo delle risorse sanitarie, al fine di promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e dell'assistenza erogata: il concetto di "Appropriatezza", infatti, è stato introdotto nel contesto normativo italiano a seguito della Raccomandazione n. 17/1997 del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa agli Stati membri, "sullo sviluppo e l'attivazione dei sistemi di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria", in cui l'appropriatezza delle cure viene indicata come una delle componenti fondamentali; infatti, la Legge 449/1997, immediatamente successiva, inserisce l'appropriatezza tra i profili da considerare nell'ambito del monitoraggio dell'attività ospedaliera.

Successivamente, il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha messo in risalto la distinzione fra "Appropriatezza clinica" e "Appropriatezza organizzativa": come noto, la prima si riferisce all'erogazione di cure mediche e interventi di comprovata efficacia in contesti caratterizzati da un profilo beneficio-rischio favorevole per il paziente, mentre la seconda concerne la scelta delle modalità di erogazione più idonee ai fini di massimizzare la sicurezza e il benessere del paziente e di ottimizzare l'efficienza produttiva ed il consumo di risorse.

Il successivo D.Lgs. 229/1999 richiama la promozione e il controllo dell'Appropriatezza in tutti gli ambiti dell'organizzazione sanitaria, mentre il DPCM 29 novembre

2001, nel definire i LEA fornisce le prime indicazioni operative per la valutazione dell'inappropriatezza in ambito ospedaliero, indicando come " (...) *inappropriati* i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day-hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse", ponendo quindi l'accento sull'aspetto organizzativo; nello stesso anno, il DM 12 dicembre 2001 istituisce il "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", basato su un set di indicatori, "... finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna Regione, dei livelli essenziali e uniformi di assistenza...".

Il DM 25 febbraio 2004 istituisce la "Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza": fra i criteri adottati la valutazione delle evidenze di efficacia clinica riveste un ruolo centrale. I lavori della commissione hanno portato alla stesura di una proposta di aggiornamento del DPCM LEA, al momento in fase di valutazione presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, recante una serie di indicazioni in materia di appropriatezza organizzativa in ambito ospedaliero e specialistico.

Parallelamente, l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 istituisce il "Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione", che si concentra maggiormente sugli aspetti di appropriatezza organizzativa ed efficienza dell'impiego delle risorse del SSN.

Nell'ambito del "Progetto Mattoni SSN", il mattone "Misura dell'Appropriatezza" ha ampliato e approfondito molteplici aspetti teorici e operativi, fra cui le modalità di misurazione e incentivazione dell'appropriatezza ospedaliera, delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche.

In particolare, la misura dell'appropriatezza può essere effettuata in base a criteri prestabiliti esogenamente, oppure secondo un approccio di tipo benchmarking; inoltre, è possibile effettuare le valutazioni desumendo i dati dalle cartelle cliniche di un campione di ricoveri, oppure utilizzando flussi informativi di natura amministrativa-routinaria, che consentono l'analisi dell'insieme dei ricoveri erogati in un dato ambito; per quanto concerne l'incentivazione dell'appropriatezza organizzativa, un possibile approccio prevede l'applicazione di soglie per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza, o l'introduzione di misure volte a regolamentare l'attività di ricovero ospedaliero, oppure l'impiego di sistemi di controllo analitici effettuati "ex-post", come ad esempio le metodologie PRUO, APPRO o MAAP.

Il recente DM 10 dicembre 2009 in materia di controlli sulle cartelle cliniche specifica i criteri per l'individuazione delle prestazioni ospedaliere a rischio di inappropriatezza, fra cui l'elevata variabilità e l'elevato impatto economico del volume di erogazione, e fissa la percentuale minima di cartelle cliniche che devono obbligatoriamente essere controllate a tale scopo.

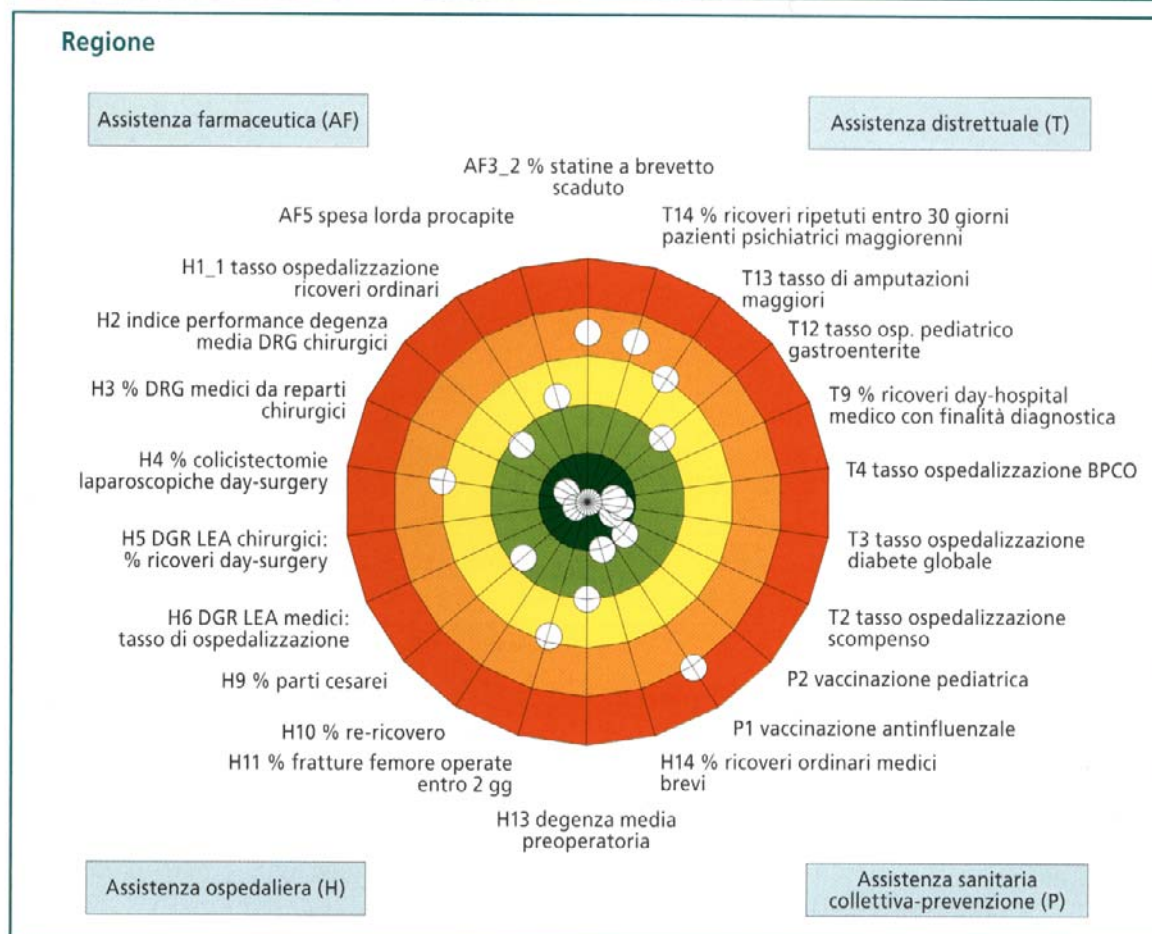
Per quando concerne più specificamente gli aspetti di appropriatezza clinica, occorre menzionare il "Sistema Nazionale Linee Guida", istituito con DM 30 giugno 2004, finalizzato in particolare all'elaborazione e diffusione di Linee guida per l'ottimizzazione delle cure e della loro appropriatezza, e la serie di pubblicazioni dei "Quaderni del Ministero della Salute", nati con lo specifico scopo di "(...) uniformare e fissare, nel tempo e nella memoria, i criteri di appropriatezza del nostro Sistema salute", attraverso la trattazione, con taglio monografico, di tematiche, campi e competenze ove sia da ricercare e conseguire la definizione di standard comuni di lavoro.

Già il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 aveva posto l'accento sulla necessità di perseguire l'Equità e la Qualità dell'Assistenza sanitaria per mezzo della promozione dell'Appropriatezza, prediligendo le prestazioni innovative di provata efficienza clinica ed economicità e definendo le condizioni di erogabilità di quelle prestazioni caratterizzate da eccessiva variabilità e frequente inappropriatezza prescrittiva.

L'appropriatezza, in questo contesto, viene a costituirsi come principio guida nell'ambito di un sistema integrato di servizi ospedalieri e territoriali necessario per garantire sia la continuità delle cure all'interno di percorsi assistenziali adeguati al profilo clinico delle patologie oggetto di analisi, sia l'ottimale utilizzo delle risorse sanitarie nei diversi regimi assistenziali.

Nell'ambito del Progetto SiVeAS sono state sviluppate a tale proposito diverse metodologie di analisi, fra cui la "Valutazione delle performance dei servizi sanitari regionali", sviluppata dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore S. Anna di Pisa, e l'"Analisi della variabilità dei ricoveri ospedalieri". La prima di queste prevede l'impiego di un set di 34 indicatori afferenti all'assistenza farmaceutica, ospedaliera, distrettuale e collettiva/prevenzione; una parte significativa di questi indicatori si concentra sulla misura dell'Appropriatezza, nell'accezione sia clinica sia organizzativa, e dell'efficienza dell'erogazione dell'Assistenza sanitaria. Gli indicatori vengono poi rappresentati su un grafico "a bersaglio", per un'immediata comprensione della situazione complessiva della Regione in esame (*Figura 7.2*). La seconda di esse, analizzando la variabilità dei tassi di ospedalizzazione nelle diverse aggregazioni territoriali, consente di individuare le prestazioni che, essendo caratterizzate da un'elevata variabilità sul territorio, non spiegabile in termini epidemiologici, potrebbe essere indice di potenziale inappropriatezza. La metodologia consente, inoltre, di confrontare il tasso di ospedalizzazione di ciascuna Azienda Sanitaria Locale con un benchmark di riferimento e un intervallo di accettabilità: al di sopra dell'in-

Figura 7.2. Grafico “a bersaglio”.



tervallo di accettabilità si colloca l'area di potenziale inappropriatezza (ossia un eccessivo e ingiustificato ricorso all'ospedalizzazione), mentre al di sotto si ha la zona di potenziale inadeguatezza (ossia l'incapacità del Sistema di soddisfare il bisogno di salute della popolazione).

In tal modo, è possibile individuare dove è opportuno effettuare un esame più approfondito ed eventualmente apportare un intervento correttivo idoneo. Il grafico di variabilità mostra un esempio di quanto descritto (Figura 7.3).

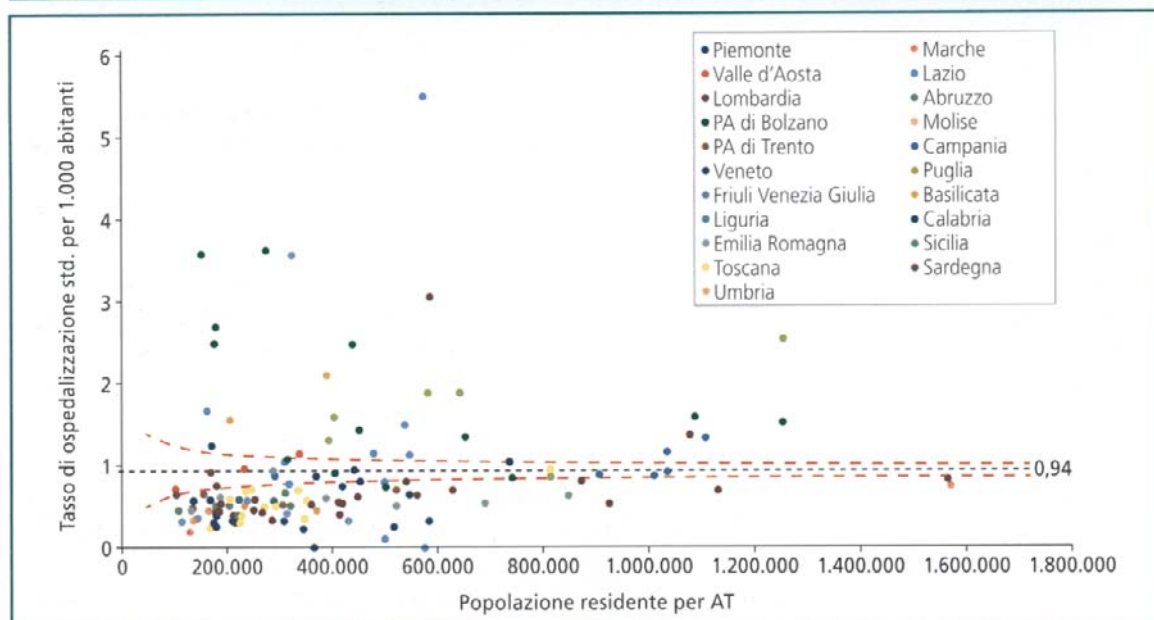
Infine, Il Patto per la Salute 2010-2012, nel ribadire la necessità di perseguire l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dell'Assistenza sanitaria, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico, introduce un ampio set di indicatori, fra cui alcuni specificamente destinati al monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa (oggetto

della presente pubblicazione), aggiornando inoltre la lista di DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario.

In questo contesto, il Ministero della Salute riveste un ruolo di primaria importanza come garante della trasparenza del SSN, promuovendo la collaborazione fra Stato e Regioni e PA per il continuo miglioramento dei flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario e per l'impiego per finalità di analisi, monitoraggio e controllo dell'erogazione dell'assistenza e di supporto all'attività di programmazione sanitaria.

A tale proposito, il Ministero ha recentemente curato la pubblicazione degli indicatori di appropriatezza organizzativa di cui all'allegato 3 del Patto per la Salute e il "Programma Operativo Appropriatezza", ossia un più ampio studio e sperimentazione di indicatori per determinare il grado di

Figura 7.3. Diabete mellito con complicanze – ACC 2007 diagnosi 0050 (Anno 2009).



appropriatezza delle prestazioni di ricovero dovute a carenze delle altre forme di assistenza. Quest'ultimo studio ha mirato alla predisposizione di un rapporto di analisi dell'erogazione di alcune prestazioni ospedaliere di ricovero, potenzialmente inappropriate e determinate da un'offerta presumibilmente inadeguata di servizi territoriali, attraverso l'utilizzo di indicatori specifici calcolabili con i dati forniti dal flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). È infatti riconosciuto il notevole potenziale informativo del flusso SDO per l'altissimo livello di copertura raggiunto e la buona affidabilità di molte informazioni raccolte, che si presta pertanto a essere utilizzato anche per la costruzione di indicatori *proxy*, capaci di fornire alcune indicazioni sulla disponibilità dei servizi sanitari territoriali.

Tutti gli indicatori sono stati calcolati con riferimento ai ricoveri ospedalieri effettuati nel periodo 2001-2009, per dare maggiore stabilità agli indicatori stessi attraverso la valutazione dei trend e consentire, in tal modo, una più accurata interpretazione dei risultati e una lettura più corretta della dimensione "appropriatezza", e sono disponibili sul portale del Ministero della Salute nella sezione dedicata ai ricoveri ospedalie-

ri. A titolo di esempio si riportano in queste pagine i risultati relativi alla percentuale di ricoveri brevi con DRG medico (0-1 giorno e 2-3 giorni) e alla percentuale di parti cesarei (Figure 7.4 e 7.5).

Il primo indicatore è calcolato come rapporto percentuale tra il numero di ricoveri in regime ordinario con DRG medico e degenza di breve durata (0-1 giorno e 2-3 giorni) sul totale dei ricoveri in regime ordinario con DRG medico nelle discipline per acuti. Sono considerati i ricoveri ordinari attribuiti a DRG medico effettuati nelle discipline per acuti in strutture pubbliche e private accreditate, con esclusione dei neonati sani (DRG 391) e dei dimessi deceduti o trasferiti ad altra struttura.

I ricoveri in regime ordinario con DRG medico e breve durata della degenza possono essere considerati ad alto rischio di inappropriatezza relativamente al regime assistenziale e al tipo di attività erogata e, pertanto, l'indicatore può esprimere un utilizzo inefficiente delle risorse del setting ospedaliero, il quale, per le sue peculiari caratteristiche, deve essere utilizzato per assistenza ad alta complessità e ad alto carico assistenziale.

Il trend mostra un andamento sostanzialmente costante nell'intero periodo, con una leggera diminuzione per la percentuale di