



Determinanti della priorità clinica e dei tempi effettivi di attesa per interventi di chirurgia generale

Determinants of clinical priority and of actual waiting times for surgical interventions

Rita Maria Melotti,^{1,2} Antonella Negro,² Enrico Amenta,¹ Mario Taffurelli,¹ Carmen Credico,¹ Roberto Grilli²

¹ Dipartimento di scienze chirurgiche e anesthesiologiche, Università degli studi di Bologna

² Area di programma governo clinico, Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna, Bologna

Corrispondenza: Roberto Grilli, Agenzia sanitaria regionale, viale Aldo Moro 21, 20147 Bologna; tel. 051 6397450; fax 051 6397053; e-mail: rgrilli@regione.emilia-romagna.it

Cosa si sapeva già

■ Il problema dei tempi di attesa per l'accesso a interventi in elezione è «cronico» nei sistemi sanitari pubblici. Per affrontarlo sono necessarie strategie di governo riguardo alla domanda che sappiano modulare i tempi di accesso in funzione della priorità clinica dei pazienti.

Cosa si aggiunge di nuovo

■ I fattori che concorrono al giudizio clinico di priorità per interventi chirurgici in elezione sono diversi da quelli che concorrono alla determinazione dei tempi effettivi di attesa dei singoli pazienti, soprattutto nel caso di pazienti con patologie diverse da quella oncologica.

Alla luce di questi risultati appaiono giustificati gli sforzi di razionalizzare gli accessi dei pazienti attraverso interventi che migliorino la gestione clinica e organizzativa dei tempi di attesa.

Riassunto

Obiettivo: valutare i determinanti della priorità clinica attribuita dai medici e quelli dei tempi effettivi di accesso agli interventi chirurgici in elezione.

Disegno, setting, partecipanti: 405 pazienti visitati in due unità operative di chirurgia generale e avviati a intervento chirurgico, per i quali è stato richiesto un giudizio esplicito di priorità clinica e sono stati rilevati i tempi di attesa effettivi. La valutazione di priorità era espressa con uno score da 0 (nessuna priorità) a 10 (priorità massima).

Outcome principale: identificazione mediante modelli di regressione logistica e di Cox dei fattori associati rispettivamente con un giudizio clinico di alta priorità (score di priorità ≥ 8) e con i tempi di attesa.

Risultati: la presenza di una patologia oncologica, di dolore grave, di una rilevante compromissione funzionale e l'attesa di un sostanziale miglioramento sulla qualità e la durata della vita era-

no i fattori associati (a parità di altre condizioni) a un giudizio di alta priorità clinica. L'unico fattore associato a tempi di accesso ridotti era invece la presenza di una patologia oncologica accertata o sospetta. Questi pazienti avevano infatti una probabilità circa doppia di essere operati (HR 1,89; IC 95% 1,34-2,66). Soltanto per i pazienti con patologia oncologica un giudizio clinico di alta priorità risultava essere associato a tempi di attesa effettivamente più brevi (mediana di 21 vs 69 giorni; $p < 0,008$).

Conclusioni: questi risultati suggeriscono che i meccanismi di governo degli accessi agli interventi tendono a essere poco sensibili alla presenza di caratteristiche cliniche che i medici identificano invece come rilevanti. Questo potrebbe essere un elemento importante, se dovesse implicare che i tempi di accesso effettivi non rispecchiano totalmente i bisogni assistenziali dei singoli pazienti.

(*Epidemiol Prev* 2006; 30(3): 153-160)

Parole chiave: liste di attesa, priorità, interventi chirurgici in elezione

Abstract

Objectives: to explore determinants of clinical priority and of actual waiting times for elective surgical interventions.

Design, setting, participants: 405 patients cared for at two general surgery wards, receiving an explicit judgement of clinical priority and whose actual waiting times to surgery were assessed. Clinical priority was assessed through 0 (no priority) to 10 (maximum priority).

Main outcome measure: identification through multivariate regression techniques of the clinical characteristics associated with high clinical priority (score ≥ 8) and with shorter actual waiting times.

Results: patients with cancer, severe pain, relevant impairment

in functional status and relevant expert improvement on quality and duration of survival were more frequently attributed a high clinical priority. As for waiting times, presence of cancer was the only factor associated with shorter waiting times. Only for cancer patients high priority judgement was associated with shorter waiting times (median 21 vs 69 days; $p < 0,008$).

Conclusions: these findings suggest that actual waiting times are not influenced by the same clinical characteristics that clinicians value when assigning clinical priority. That may have some relevant implications on how waiting lists are managed, if consideration of relevant aspects of patients' needs are missed. (*Epidemiol Prev* 2006; 30(3): 153-160)

Keywords: waiting lists, clinical priority, elective surgical interventions

Introduzione

Le liste d'attesa per l'accesso a prestazioni sanitarie in elezione rappresentano uno dei problemi comuni ai sistemi sanitari pubblici.¹

Il fatto che tutti i tentativi di risolverlo attraverso politiche orientate ad aumentare i volumi di offerta abbiano fallito² nel medio-lungo periodo ha fornito lo stimolo all'avvio di iniziative orientate alla razionalizzazione e al governo dei tempi di attesa, piuttosto che alla ricerca di un loro illusorio azzeramento. In altri termini, se le liste di attesa rappresentano un fenomeno strutturale e non contingente nel contesto di sistemi sanitari in cui i pazienti non sono chiamati a pagare le prestazioni di tasca propria (direttamente o attraverso le proprie assicurazioni), il problema è fare in modo che la loro lunghezza sia mantenuta entro i limiti dell'accettabilità sociale e della ragionevolezza clinica e che i tempi di accesso dei singoli pazienti siano commisurati all'entità del bisogno assistenziale.³

A partire da queste premesse, in numerosi paesi sono state avviate iniziative finalizzate allo sviluppo e all'adozione di criteri espliciti di priorità clinica.⁴⁻⁹ In generale, queste esperienze hanno in comune il tentativo di identificare le caratteristiche cliniche rilevanti ai fini della descrizione del bisogno assistenziale e l'attribuzione a ciascuna di esse di un peso, indicante la sua relativa importanza ai fini della determinazione dei tempi di accesso. I singoli pesi vengono poi tipicamente sommati in un punteggio complessivo (score). Tanto più alto è lo score assegnato a un singolo paziente, tanto più urgente è l'erogazione dell'intervento in questione.

Una possibile obiezione a questo tipo di approccio è rap-

Tipo di intervento	patologia non oncologica		patologia oncologica sospetta o accertata	
	n.	%	n.	%
stomaco	1	0,4	6	3,7
intestino	4	1,6	34	21,1
retto	8	3,3	34	21,1
ano	52	21,3		
colecisti	44	18,0	2	1,2
ernia	86	35,2		
mammella	7	2,9	63	39,1
altro	42	17,2	22	13,7
totale	244		161	

Tabella 1. Tipologia degli interventi chirurgici previsti nei 405 pazienti inclusi nello studio.

Table 1. Elective surgical interventions planned for the 405 patients included in the study.

presentata dalla constatazione che criteri di priorità sono già abitualmente in uso nella pratica clinica. Infatti, la prioritizzazione dei pazienti non è affatto estranea alle attuali modalità di gestione delle liste, essendo i pazienti avviati con gradi diversi di «velocità» a interventi e procedure di elezione sulla base di una valutazione clinica delle loro condizioni. Da questo punto di vista, il problema è rappresentato dal fatto che i criteri attualmente in uso sono generalmente impliciti (e quindi non valutabili e verificabili) e variabili tra operatori e servizi (con ovvie implicazioni negative relativamente alle garanzie di equità nell'accesso per i cittadini).

In aggiunta, resta da verificare se davvero le liste di attesa, gestite attraverso criteri di priorità impliciti e informali, consentono l'accesso per primi a coloro che effettivamente ven-

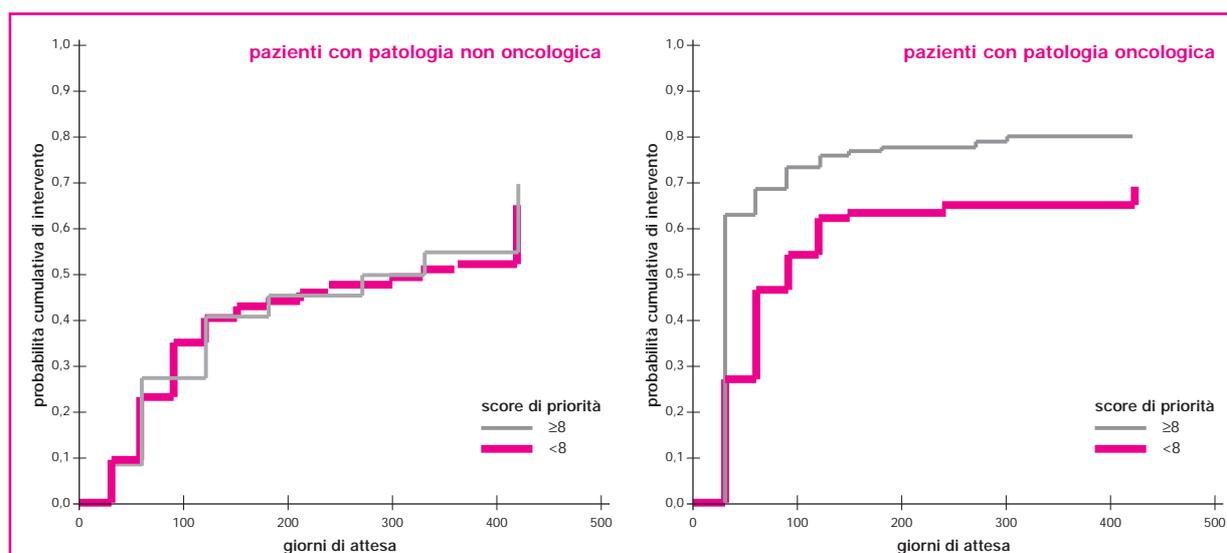


Figura 1. Probabilità cumulativa di accesso agli interventi chirurgici per pazienti con diverso grado di priorità, con e senza patologia oncologica.

Figure 1. Cumulative probability of receiving a surgical treatment for patients on waiting list with different priority score, with and without cancer disease.

gono giudicati avere priorità più alta. Una recente valutazione relativa alla chirurgia della cataratta sollevava, per esempio, più di un dubbio relativamente a questo aspetto.⁹ Nel presente lavoro, utilizzando un campione di pazienti avviati a interventi di chirurgia generale in elezione, abbiamo cercato un'ulteriore verifica di questo importante elemento, rappresentato in sostanza dalla «coerenza» tra criteri utilizzati nella valutazione clinica di priorità e tempi di accesso effettivi dei pazienti. Si trattava, quindi, di verificare se e in che misura i determinanti della priorità clinica, attribuita dai medici sulla base della loro valutazione dei bisogni assistenziali dei singoli pazienti, coincidessero con i determinanti dei tempi di accesso effettivi.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto in collaborazione con due Unità operative di chirurgia generale dell'Azienda ospedaliera universitaria di Bologna. Nell'ambito di ciascuna i chirurghi hanno rilevato le caratteristiche dei pazienti visti nel periodo tra gennaio e dicembre 2002 e avviati a un intervento di chirurgia generale in elezione. Nel momento in cui veniva posta indicazione all'intervento e il paziente era inserito in lista di attesa, venivano raccolte – mediante un'apposita scheda di raccolta dati – informazioni sulle sue caratteristiche cliniche (presenza e intensità di dolore, grado di compromissione funzionale, presenza di una patologia oncologica) e un giudizio sull'entità del beneficio clinico che si presumeva il paziente potesse ottenere dall'intervento (in termini di miglioramento atteso su durata e qualità della sopravvivenza). Inoltre, al chirurgo veniva richiesto di formulare una valutazione complessiva del grado di priorità attribuita al paziente in relazione ai tempi di accesso all'intervento, utilizzando una scala analogica (VAS) da 0 a 10, dove 0= nessuna priorità e 10= priorità massima.

Erano considerati eleggibili tutti i pazienti per i quali, durante il periodo di reclutamento, fosse posta indicazione all'esecuzione di intervento chirurgico in elezione, a esclusione di quelli candidati a intervento di chirurgia bariatrica per

i quali è previsto un percorso diagnostico-terapeutico differenziato.

Analisi statistiche. A partire dalle caratteristiche del paziente rilevate, sono stati identificati i determinanti di un giudizio clinico di alta priorità, selezionando con un modello di analisi logistica il set di variabili «predittive» uno score di priorità ≥ 8 , corrispondente al 75° percentile della distribuzione. La selezione delle variabili indipendenti è stata condotta partendo da un modello includente tutte le covariate considerate, escludendo poi con iterazioni successive, mediante una procedura *stepwise backward*, le variabili con minore valore predittivo. Il test di Hosmer-Lemeshow e la statistica «C» sono state utilizzate per valutare rispettivamente la calibrazione e la predittività del modello finale.¹⁰

Per quanto riguarda l'analisi dei tempi effettivi di accesso agli interventi, questi sono stati calcolati come differenza tra la data di esecuzione dell'intervento e la data dell'inclusione in lista di attesa. Utilizzando la tecnica di Kaplan-Meier per l'analisi della sopravvivenza, sono stati posti a confronto con il log-rank test i tempi di accesso agli interventi per pazienti con diverso grado di priorità clinica. Successivamente con analisi multivariata (modello di Cox) si è proceduto, anche in questo caso con procedura di selezione *stepwise backward*, all'identificazione delle caratteristiche dei pazienti associate a tempi di attesa minori. In questo modello tra le covariate è stato aggiunto anche il giudizio di alta priorità clinica.

L'occorrenza degli eventi di interesse (esecuzione dell'intervento presso le Unità operative partecipanti o presso altre strutture, oppure il decesso prima dell'intervento stesso) è stata verificata utilizzando le informazioni rese disponibili dal database regionale delle schede di dimissione ospedaliere e dal registro regionale di mortalità.

I pazienti che alla data 31.12.2003 non risultavano ancora essere stati operati, o erano deceduti nel frattempo, sono stati censurati.

Risultati

Sono stati inclusi nello studio 405 pazienti, corrispondenti

	Beneficio atteso in termini di sopravvivenza e/o qualità della vita		
	nessuno/modesto per entrambe le dimensioni	consistente/sostanziale per una delle due dimensioni	consistente/sostanziale per entrambe le dimensioni
n. pazienti	71	175	159
età media	58 (DS 18)	54 (DS 15,5)	63,8 (DS 13)
score medio di priorità attribuito	3,8 (DS 2,2)	5,1 (DS 2,1)	7,4 (DS 2,1)
pazienti maschi	31 (44%)	94 (54%)	44 (26%)
patologia oncologica	10 (14%)	27 (15%)	124 (78%)
complessità intervento (durata prevista >120 minuti)	12 (17%)	31 (18%)	50 (31%)

DS= deviazione standard

Tabella 2. Caratteristiche dei pazienti in relazione al beneficio atteso dall'intervento.

Table 2. Patients' characteristics according to the benefit expected from surgical intervention.

	Alta priorità clinica			tempi di attesa effettivi		
	n.	%	valore di p	mediana in giorni	log-rank test	valore di p
età						
<50	123	18		321		
51-60	70	30		89		
61-70	101	41		66		
>70	111	42	<0,001	69	12,11	<0,001
sexso						
maschi	236	25		128		
femmine	169	37	0,012	92	1,67	0,19
patologia oncologica						
assente	244	9		315		
presente	161	68	<0,001	26	72,12	<0,001
dolore						
assente/occasionale	234	34		89		
presente	171	30	0,47	112	0,51	0,47
intensità del dolore						
assente/lieve	250	34		92		
moderato/grave	155	30	0,36	112	1,20	0,25
compromissione funzionale						
nessuna/lieve	376	30		97		
rilevante	29	59	<0,001	70	0,15	0,69
miglioramento atteso su aspettativa di vita						
nessuno	158	6		315		
modesto	63	17		401		
consistente	74	36		94		
sostanziale	110	76	<0,001	23	58,73	<0,001
miglioramento atteso su qualità della vita						
nessuno	21	14		63		
modesto	75	17		251		
consistente	185	19		236		
sostanziale	124	64	<0,001	34	14,32	0,002
attesa di vita						
normale	194	8		315		
lievemente ridotta	90	19		94		
sostanzialmente ridotta	34	53		45		
condizione fatale entro pochi mesi	87	92	<0,001	21	64,4	<0,001

Tabella 3. Alta priorità clinica (score priorità ≥ 8) e relativi tempi di attesa, in funzione delle caratteristiche dei pazienti (analisi univariate).

Table 3. High priority (priority score ≥ 8) and actual waiting times according to patients characteristics (univariate analyses).

a circa il 32% dei casi afferenti alle due Unità operative partecipanti.

Al momento in cui le analisi sono state condotte, la mediana dei tempi di osservazione era di 100 giorni (range 1-698). Complessivamente 277 (68%) pazienti risultavano aver effettivamente sostenuto l'intervento per il quale erano in lista di attesa, 8 dei quali presso un'altra struttura, mentre 3 pazienti (0,7%) erano deceduti nel corso della permanenza in lista di attesa.

La tabella 1 illustra i tipi di interventi a cui i pazienti erano avviati, separatamente per i pazienti con e senza una patologia oncologica sospetta o accertata.

In 236 (58,3%) casi si trattava di persone di sesso femminile, nel 39,8% dei casi l'intervento chirurgico era programmato per una patologia oncologica o sospetta tale. L'età me-

dia della popolazione era 58,79 (SD $\pm 15,70$), 54,78 (SD $\pm 15,82$) nei pazienti con patologia benigna e 64,88 (SD $\pm 13,44$) nei pazienti con patologia oncologica. La descrizione delle caratteristiche dei pazienti al momento dell'inserimento in lista evidenziava un quadro clinico caratterizzato da comparsa occasionale di dolore e/o di altri disturbi nel 26,2% dei pazienti, da assenza di tali sintomi nel 31,6%, da compromissione funzionale assente o lieve (causata dalla patologia necessitante di trattamento chirurgico) nel 63,7%, da negatività dell'anamnesi e/o assenza di significativo risultato all'esame fisico e/o significativi risultati diagnostici di complicanze maggiori legate alla patologia chirurgica in esame nell'89% dei casi.

Relativamente alla valutazione clinica di priorità attribuita al momento dell'inclusione in lista d'attesa, lo score di prio-

rità medio era 5,8 (SD \pm 2,5), con valori pari a 7,8 (SD \pm 1,7) nei pazienti con patologia oncologica *vs* 4,5 (SD \pm 2,0) dei pazienti con patologia non oncologica. Complessivamente 131 pazienti (32%) erano ad alta priorità (score \geq 8), 109 (68%) oncologici e 22 (9%) non oncologici.

La distribuzione dei pazienti in funzione del beneficio atteso relativamente a sopravvivenza e/o qualità della vita è riportata in tabella 2.

Complessivamente per 71 pazienti (18%) il beneficio atteso su sopravvivenza o qualità della vita era solo modesto. Come atteso, la gran parte dei pazienti per i quali veniva anticipato un beneficio consistente/sostanziale per durata e qualità della sopravvivenza era rappresentata da pazienti oncologici (78%), e una quota consistente (31%) doveva essere sottoposta a un intervento di relativa maggiore complessità.

Analisi univariate. I risultati delle analisi univariate sono riportati in tabella 3.

L'attribuzione di un elevato grado di priorità clinica (\geq 8) ai pazienti è risultata essere associata all'età (il 43% di quelli di età $>$ 60 erano ad alta priorità, *vs* il 30% e il 18% di quelli di età compresa tra 51-60 e $<$ 50 anni, rispettivamente;

$\chi^2_{\text{per trend}} = 18,69$; $p < 0,001$) e al sesso (37% nelle femmine *vs* 25% nei maschi; $c^2 = 6,13$; $p = 0,012$). Non sorprendentemente, il 68% dei 161 pazienti con patologia oncologica (certa o sospetta) era ad alta priorità *vs* il 9% soltanto dei pazienti con altre condizioni ($\chi^2 = 152,6$; $p < 0,0001$).

La presenza di una sintomatologia dolorosa e la sua relativa intensità non è risultata essere associata all'attribuzione di un'elevata priorità clinica, mentre lo era la presenza e l'entità di una compromissione funzionale (erano ad alta priorità il 30% e 59% dei casi rispettivamente senza e con compromissione modesta e rilevante; $\chi^2_{\text{per trend}} = 15,75$; $p < 0,001$). Infine, una priorità elevata era associata ai miglioramenti attesi in relazione sia alla qualità sia alla durata della sopravvivenza. Il 37% di coloro per i quali era atteso un consistente/sostanziale miglioramento in termini di qualità della vita erano giudicati ad alta priorità *vs* il 16% di coloro per i quali il miglioramento atteso era rispettivamente assente/modesto ($\chi^2_{\text{per trend}} = 80,63$; $p < 0,001$). I dati corrispondenti per il miglioramento atteso sulla durata della sopravvivenza erano rispettivamente il 60% e 9% ($\chi^2_{\text{per trend}} = 155,6$; $p < 0,0001$).

Come si vede dalla tabella 3, in analisi univariata i tempi

	Probabilità di giudizio clinico di alta priorità (score di priorità \geq 8)		determinanti tempi di attesa effettivi	
	Odds Ratio	IC 95%	Hazard Ratio	IC 95%
età				
\leq 70	1		1	
$>$ 70	1,63	0,84-3,19	1,24	0,96-1,60
sexo				
femmine	1		1	
maschi	0,97	0,51-1,88	1,03	0,80-1,32
patologia oncologica				
assente	1		1	
presente	14,3	6,4-31,6	1,96	1,4-2,8
dolore				
assente/lieve	1			
grave	2,82	1,34-5,9		
compromissione funzionale				
nessuna/lieve	1		1	
rilevante	3,5	1,3-9,7	0,76	0,45-1,25
miglioramento atteso su aspettativa di vita				
nessuno/modesto	1		1	
consistente/sostanziale	3,9	1,8-8,5	1,30	0,95-1,74
miglioramento atteso su qualità della vita				
nessuno/modesto	1		1	
consistente/sostanziale	2,4	1,11-5,13	1,31	0,97-1,78
attesa di vita				
normale o solo lievemente ridotta	1		1	
sostanzialmente ridotta	0,64	0,31-1,32	0,73	0,46-1,15

Tabella 4. Analisi multivariate sulla relazione tra caratteristiche dei pazienti e giudizio clinico di alta priorità e tempi di attesa. Sono riportate tutte le covariate incluse nel modello iniziale. Quelle trattenute nel modello finale come migliori predittrici sono scritte in colore.

Table 4. Multivariate analyses exploring the relationship between patients characteristics and clinical judgement of high priority and waiting times, respectively. All the covariates included in the model are listed; those retained in the final model are written in colour.

Score di priorità	tempi mediani di attesa in giorni	log-rank test	valore di p
pazienti con patologia non oncologica			
<8	316		
≥8	251	0,04	0,84
pazienti con patologia oncologica			
<8	69		
≥8	21	7,01	0,008

Tabella 5. Tempi mediani di attesa effettivi per pazienti con diverso grado di priorità clinica in base alla presenza di patologia oncologica.

Table 5. Median waiting times according to priority score and presence of cancer disease.

di attesa effettivi dei pazienti mostravano un pattern in parte differente. I pazienti relativamente più anziani, quelli con patologia oncologica e quelli per i quali era atteso un beneficio su qualità e/o durata della sopravvivenza mostravano tempi di accesso significativamente inferiori, mentre la presenza di dolore e/o di una compromissione funzionale non appariva essere associata a tempi di accesso più rapidi.

Analisi multivariata. La tabella 4 illustra i risultati delle ana-

lisi multivariate condotte rispettivamente sui determinanti della alta priorità clinica e dei tempi di attesa.

Come si vede, un insieme di caratteristiche (presenza di patologia oncologica, dolore grave, rilevante compromissione funzionale, sostanziale miglioramento atteso sulla qualità della vita) emergeva a parità di altre condizioni come associato a un giudizio di alta priorità clinica (test Hosmer-Lemeshow: 10,22; p= 0,22; statistica «C»: 0,88). Per quanto riguarda invece i tempi di attesa, l'unico fattore associato a tempi di accesso ridotti era la presenza di un'accertata o sospetta patologia oncologica. Questa tipologia di pazienti aveva infatti una probabilità circa doppia di essere operata.

Complessivamente i pazienti a cui era stata assegnata una priorità elevata avevano tempi di accesso agli interventi più brevi (mediana 26 vs 232 giorni; log-rank: 33,9; p <0,001). Tuttavia, come si evidenzia in tabella 5 e in figura 1, questa associazione era di fatto presente soltanto nel sottogruppo dei pazienti con patologia oncologica.

Le analisi multivariate con il modello di Cox, condotte separatamente per i pazienti rispettivamente senza e con patologia tumorale, confermavano che, a parità di altre condizioni, un giudizio clinico di alta priorità era associato a tempi di attesa inferiori soltanto per quest'ultima tipologia di pazienti.

	Pazienti con patologia non oncologica		pazienti con patologia oncologica	
	Hazard Ratio	IC 95%	Hazard Ratio	IC 95%
età				
≤60	1		1	
>60	1,34	0,95-1,89	1,13	0,75-1,71
sexso				
femmine	1	1		
maschi	1,12	0,79-1,68	0,90	0,60-1,34
dolore				
assente/lieve	1	1		
grave	1,15	0,67-1,96	1,10	0,52-2,35
compromissione funzionale				
nessuna/lieve	1	1		
rilevante	0,94	0,44-2,00	0,62	0,30-1,29
miglioramento atteso su aspettativa di vita				
nessuno/modesto	1		1	
consistente/sostanziale	1,13	0,72-1,79	0,96	0,45-2,03
miglioramento atteso su qualità della vita				
nessuno/modesto	1		1	
consistente/sostanziale	1,07	0,71-1,63	1,21	0,73-2,01
attesa di vita				
normale o solo lievemente ridotta	1		1	
sostanzialmente ridotta	0,51	0,12-2,21	0,93	0,56-1,55
score di priorità				
<8	1		1	
≥8	1,05	0,58-1,88	1,66	1,08-1,34

Tabella 6. Analisi stratificata per presenza/assenza di patologia oncologica sui determinanti dei tempi di attesa, incluso il giudizio clinico di alta priorità. Le variabili risultate statisticamente significative sono scritte in colore.

Table 6. Stratified analysis on determinants of waiting times (including a clinical judgement of high priority), according to presence of cancer disease. Variables showing a statistically significant association are written in colour.

Discussione

Lo sviluppo e l'implementazione di score clinici di priorità per la gestione delle liste di attesa rappresenta attualmente un filone in cui la ricerca è particolarmente intensa.¹¹

Tuttavia, questi approcci non sono immuni da problemi. In particolare, se le metodologie per l'elaborazione di strumenti di prioritarizzazione sono ormai relativamente consolidate, la loro successiva applicazione pratica si scontra inevitabilmente con difficoltà gestionali e organizzative, richiedendo un pesante investimento da parte dei servizi sul piano del *re-engineering* dei tradizionali meccanismi di gestione degli accessi,¹² finalizzato anche a rendere possibile la sistematica rilevazione delle caratteristiche cliniche dei pazienti avviati ai diversi tipi di interventi, condizione quest'ultima necessaria per l'applicazione dei criteri di priorità.

Per questa ragione, l'implementazione degli strumenti dovrebbe poter essere preceduta da una fase preliminare di verifica dell'effettiva necessità della loro adozione. Ciò è tanto più vero alla luce del fatto che la prioritarizzazione degli accessi non è necessariamente estranea alle abituali modalità di gestione delle liste. Di fatto i pazienti vengono avviati con gradi diversi di «velocità» a interventi e procedure di elezione sulla base di una valutazione clinica, sia pure basata su criteri impliciti e variabili da medico a medico.

Alla luce di questa considerazione, se i tempi di accesso dei pazienti fossero già, nella pratica clinica corrente, determinati dagli effettivi bisogni assistenziali dei singoli, l'eventuale adozione di strumenti quali gli score di prioritarizzazione acquisirebbe un significato diverso, trovandosi a essere giustificata non tanto da un'esigenza clinica (essendo questa appunto già soddisfatta), quanto piuttosto dal bisogno di rendere trasparente nei confronti dei cittadini ciò che oggi è implicito.

I risultati di questo nostro studio indicano come quelli che appaiono essere i determinanti della valutazione clinica relativa alle priorità di accesso dei pazienti agli interventi di chirurgia elettiva differiscano da quelli che sono i determinanti degli effettivi tempi di attesa.

Mentre la valutazione clinica di elevata priorità appare, sulla base dei nostri dati, come determinata da alcune caratteristiche cliniche dei pazienti che ne qualificano la condizione (sintomatologica e prognostica) al momento in cui viene posta indicazione all'intervento e avviene l'inserimento in lista di attesa, i tempi di accesso paiono riconoscere come sostanziale fattore determinante la presenza di una patologia di tipo oncologico, sospetta o accertata.

Questa incoerenza, almeno parziale, tra criteri clinici e tempi di attesa era già emersa, in altra forma, da una precedente esperienza condotta in Emilia-Romagna relativamente agli interventi di chirurgia della cataratta.⁹ Infatti anche in quel caso, esattamente come emerso in questo studio per quanto riguarda i pazienti con patologia non tumorale, i tempi di attesa effettivamente osservati non avevano alcuna relazione con il giudizio di priorità attribuito dal medico.

Le ragioni di questa discrepanza tra valutazione clinica e tempi effettivi di accesso agli interventi in elezione meritano di essere approfondite sia dal punto di vista della sua rilevanza clinica, sia dal punto di vista delle possibili cause.

Relativamente al primo aspetto, si tratta di capire quali siano le implicazioni del tempo di attesa sul piano clinico. Alla valutazione di priorità concorrono una serie di caratteristiche cliniche e non (presenza di dolore e compromissione funzionale, beneficio atteso su qualità e durata della sopravvivenza) il cui peso apparentemente svanisce nella determinazione dei tempi effettivi di attesa; in questo senso, dunque, il problema è valutare se questa mancata relazione tra tempi di attesa e quelle specifiche caratteristiche abbia un qualche impatto negativo sui pazienti. In altri termini, se da una parte il fatto che la presenza di una (anche sospetta) patologia oncologica sia sistematicamente associata a tempi di attesa significativamente più brevi appare evidentemente rassicurante, resta da vedere se l'apparente «insensibilità» dei tempi effettivi di accesso ad altre caratteristiche dei pazienti abbia implicazioni negative rilevanti.

Vale la pena a questo proposito sottolineare che, per il sottogruppo di pazienti con malattia oncologica, il nostro studio ha evidenziato una relazione tra giudizio clinico di alta priorità e tempi di attesa (vedi tabella 6) indipendente dalle singole caratteristiche cliniche che contribuivano alla definizione di tale giudizio. Questo elemento da una parte sottolinea che con ogni probabilità le caratteristiche del paziente da noi considerate non sono affatto esaustive ed altre, non valutate e da identificare, concorrono invece alla elaborazione clinica della valutazione di priorità; dall'altra indica che le modalità di accesso dei pazienti oncologici sono relativamente più «modulate» in funzione della valutazione clinica di quanto non siano quelle dei pazienti con altre condizioni.

Per quel che riguarda le motivazioni generali che possono spiegare la discrepanza tra valutazione clinica e tempi effettivi di attesa, già altri hanno avuto modo di evidenziare recentemente come i tempi di attesa siano apparentemente determinati più dalle caratteristiche organizzative dei servizi che non dalle caratteristiche cliniche dei pazienti.¹³

In generale, occorrerà approfondire questi aspetti attraverso specifiche iniziative di ricerca che sappiano anche ovviare ai limiti di questo stesso studio. Infatti si tratta di un'esperienza condotta su una casistica limitata e nell'ambito di due sole Unità operative di chirurgia generale. In questo senso, resta da valutare in che misura i risultati del presente studio siano generalizzabili ad altri contesti sia dal punto di vista della rappresentatività della casistica clinica considerata, sia da quello della relazione osservata tra caratteristiche cliniche dei singoli pazienti, priorità clinica e tempi di attesa. Inoltre, nel contesto di questa valutazione non si è tenuto conto della condizione sociale dei pazienti come uno dei possibili determinanti sia della priorità clinica attribuita, sia degli effettivi tempi di attesa.

In aggiunta al problema della generalizzabilità dei suoi risultati, questo studio presenta qualche limite anche di validità interna che è giusto sottolineare. In particolare, anche se resta difficile valutarne l'impatto sui risultati, il fatto che non tutti i pazienti visti nelle Unità operative partecipanti siano stati effettivamente inclusi indica una selezione della casistica che, nel caso specifico, è dovuta alla partecipazione incompleta e incostante dei medici che lavoravano nelle unità coinvolte. Pur tenendo presente queste importanti limitazioni riteniamo che lo studio rappresenti comunque, almeno indirettamente, un sostegno all'ipotesi di adottare criteri espliciti di priorità nella gestione delle liste di attesa.

Conflitti di interesse: nessuno

Ringraziamenti: gli autori ringraziano i due anonimi revisori per i preziosi suggerimenti forniti in relazione a una precedente versione del manoscritto.

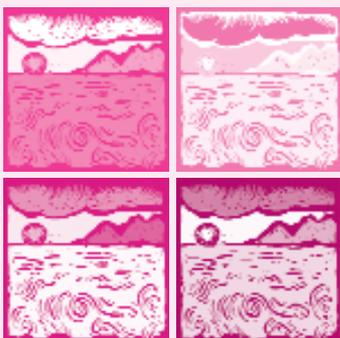
Bibliografia

- Siciliani L, Hurst J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy* 2005; 72: 201-215.
- Harrison A, New B. *Access to elective care. What should really be done about waiting lists*. King's Fund Publishing, London, 2000.
- Black N. Surgical waiting lists are inevitable: time to focus on work undertaken. *J R Soc Med* 2004; 97: 159-160.
- McLeod D, Morgan S, McKinlay E et al. Use of, and attitudes to, clinical priority assessment criteria in elective surgery in New Zealand. *J Health Serv Res Policy* 2004; 9(2): 91-99.
- Rodriguez-Miguez E, Herrero C, Pinto-Prades JL. Using a point system in the management of waiting lists: the case of cataracts. *Soc Sci Med* 2004; 59: 585-594.
- Arnett G, Hadorn DC. Developing priority criteria for hip and knee replacement: results from the Western Canada Waiting List Project. *Can J Surg* 2003; 46(4): 290-296.
- Derrett S, Devlin N, Hansen P, Herbison P. Prioritizing patients for elective surgery. A prospective study of clinical priority assessment criteria in New Zealand. *Int J Technol Assess Health Care* 2003; 19: 91-105.
- Hadorn DC. Setting priorities for waiting lists: defining our terms. *Can Med Assoc J* 2000; 163: 857-860.
- Fantini MP, Negro A, Accorsi S, Cisbani L, Taroni F, Grilli R. Development and assessment of a priority score for cataract surgery. *Can J Ophthalmol* 2004; 39: 48-55.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. John Wiley & Sons, New York, 1989.
- Kipping R, Robert G, McLeod H, Clark J. *A review of priority scoring and slot systems for elective surgery*. University of Birmingham, School of Public Policy, Health Services Management Centre, Birmingham (UK), 2002.
- Western Canada Waiting List Project. *Moving Forward. Final Report*. 2005. (disponibile nel sito: www.wcwl.org)
- Lofvendahl S, Eckerlund I, Hansagi H, Malmqvist B, Resch S, Hanning M. Waiting for orthopaedic surgery: factors associated with waiting times and patients' opinion. *Int J Qual Health Care* 2005; 17: 133-140.

AIE informa

Palermo, 3 e 4 ottobre 2006: Riunione annuale dell'Associazione italiana di epidemiologia

Una disciplina, tante applicazioni



Sessioni principali:

- **mercoledì 3 ottobre**
 - sessione inaugurale
 - epidemiologia: una disciplina, tante applicazioni
 - prima sessione
 - l'epidemiologia in ambiente clinico
- **giovedì 5 ottobre**
 - seconda sessione
 - modelli di studio epidemiologico in aree a rischio ambientale; le esperienze nelle aree meridionali; fondamenti scientifici e condizionamenti mediatici nei modelli di previsione delle epidemie; problemi e scenari epidemiologici nell'area del Mediterraneo

- **venerdì 6 ottobre**
 - terza sessione
 - l'epidemiologia in ambito di sanità pubblica
 - sessione conclusiva

Per ogni sessione sono previste due relazioni, oltre a comunicazioni spontanee e poster.

Per partecipare al Congresso è necessario inviare l'iscrizione entro il 16 settembre 2006.

Il programma, la scheda di partecipazione e ulteriori informazioni sono disponibili sul sito dell'AIE <http://www.epidemiologia.it/>.