

Principi e strumenti per la gestione delle liste d'attesa

L'approccio alla gestione razionale delle liste d'attesa ha visto un lungo percorso nel quale si sono cimentati differenti principi e teorie, che fondamentalmente possono essere ricondotti a 3 modelli:

1. Il modello tradizionale o burocratico, che ha centrato l'interesse sul controllo dell'efficienza, cercando di favorire l'eliminazione degli elementi di criticità (es. la clonazione della domanda) e l'utilizzazione di risorse aggiuntive (es. l'overbooking), con il risultato di produrre un circolo vizioso, con un aumento della domanda indotto dalla maggiore disponibilità dell'offerta.

2. Il modello dell'accesso razionale per raggruppamenti di attesa omogenei (RAO), proposto e realizzato da G. Mariotti con il fine di ridurre il rischio clinico (Mariotti et al., 2007); infatti, tale modello, pur mantenendosi nel contesto dello schema razionale della gestione per funzioni, utilizza il metodo del coinvolgimento partecipativo progressivo dei professionisti coinvolti e della stratificazione del rischio clinico per aumentare l'efficacia clinica attraverso un miglioramento dell'efficienza organizzativa, tale da rendere l'accessibilità alle prestazioni (e non solo a quelle diagnostiche) adeguata al livello di rischio.

3. Il modello della reingegnerizzazione delle prestazioni diagnostiche programmabili (PDP), centra il proprio interesse sul passaggio da un modello di gestione per singoli accessi ad uno per "bundles" di prestazioni, da realizzarsi attraverso la trasformazione dei

servizi di assistenza specialistica per singola prestazione in servizi di assistenza specialistica per patologia (leggi attività specialistica programmata da effettuarsi, ove possibile, presso gli studi delle medicine di gruppo o in forma di DSA o Day Service Ambulatoriale), in grado di assicurare l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche previste dalle linee guida di gestione della malattia in forma programmata.

Ad eccezione del modello tradizionale, nel quale gli strumenti operativi ed i metodi di intervento sono solo di tipo "tecnico" e, quindi, appannaggio e competenza esclusivi dell'organizzazione aziendale, i modelli descritti ai punti 2 e 3 sono subordinati al principio della condivisione partecipata del modello da parte del responsabile clinico dell'assistito, cioè del suo medico di fiducia. In tal senso, il concetto di "governo clinico" si trasforma nella più completa locuzione "Clinical Governance", che, pur mantenendo inalterato il significato più immediato e diretto, fa capire come il termine "Governance" sia, a sua volta il risultato della somma tra "Government" ed "Alliance"; insomma, si tratta di una forma di governo condiviso del processo. Le principali differenze fra i 3 modelli di gestione delle liste d'attesa sono sinteticamente illustrate in tabella 1.

Evoluzione dei RAO

Nel solco tracciato dal principio dei RAO, si sono successivamente sviluppati alcuni elementi di evoluzione del modello, con specifico riferimento soprattutto ai seguenti due:

1. L'introduzione di sistemi di gestione attiva delle liste di attesa, così come segnalato ai componenti del gruppo di lavoro da parte

di A. Giulio De Belvis dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma, il quale sottolinea la necessità della loro introduzione soprattutto in favore dei pazienti in attesa per tempi lunghi (ad esempio, le prestazioni ambulatoriali in fascia P, entro 18 gg); infatti, secondo De Belvis questi sistemi di gestione attiva hanno come obiettivo quello di salvaguardare la centralità del paziente, la (ri)valutazione dei bisogni e dello stato di salute, la riduzione dei drop-out e l'introduzione di sistemi per migliorare l'accessibilità e la qualità percepita dell'assistenza.

2. L'introduzione del parametro della fragilità socio-sanitaria sociale nella determinazione del livello di appartenenza ai diversi RAO, dato che tale elemento non può non essere preso in considerazione in quanto importante fattore di condizionamento sia per l'accessibilità alle prestazioni che per la loro efficacia. L'introduzione del parametro "fragilità socio-sanitaria e sociale" nella determinazione dei RAO è stato proposto, in seno all'UCAD, dal dr. Pierluigi Camboa, direttore del Distretto Socio Sanitario di Maglie (ASL Lecce, Regione Puglia) nel corso della fase di avvio del progetto "a doppia corsia" per le liste d'attesa delle visite oculistiche (con metodo RAO) e delle visite oftalmologiche, per le quali sarà sperimentato il modello delle PDP (prestazioni diagnostiche programmate).

Obiettivi del progetto CARD per la gestione innovativa delle liste d'attesa

La costituzione di un gruppo di esperti rappresentativo nei diversi ambiti regionali ha per-

Tabella 1 - Differenze tra i modelli di gestione delle liste d'attesa

	Modello tradizionale	Modello Rao	Modello Pdp
Obiettivo	Rientro dei tempi d'attesa entro gli standard fissati	Adeguamento delle attese livello di rischio clinico	Ricorso ad accessi per tutte le prestazioni previste nel percorso diagnostico terapeutico per patologia
Priorità	Non previste o affidate al giudizio soggettivo del medico curante	Differenziazione dei tempi d'attesa per gruppi omogenei di rischio clinico, ottenuti attraverso l'esame comparato di rilevanza e urgenza	Accessi programmati per tutte le prestazioni differibili specifiche per una determinata malattia con accesso immediato per tutte le urgenze
Principi e strumenti	Mero miglioramento di tipo tecnico della gestione. Nessuna condivisione del processo	Coinvolgimento progressivo dei professionisti portatori di interesse e di rappresentanti dei cittadini	Coinvolgimento partecipativo progressivo dei professionisti portatori di interesse e di rappresentanti dei cittadini
Risorse e metodi	Sistema del controllo Sistema degli incentivi Sistema della delega	Attivazione di un sistema delle liste multiple in relazione al livello di rischio clinico	Attivazione di ambulatori dedicati e/o specifici Day Service Ambulatoriale (DSA) con la presenza del "case manager"
Ruolo del medico di famiglia	Del tutto influente	Fondamentale: governo della domanda clinica per il paziente e revisione continua in collaborazione con il medico specialista	Fondamentale: governo della domanda clinica per il paziente e revisione continua in collaborazione con il medico specialista
Effetti	Efficacia clinica bassa Efficacia sociale (consenso) bassa Efficacia economica nulla o negativa (domanda indotta)	Efficacia clinica elevata Efficacia sociale (consenso) elevata Efficacia economica elevata	Efficacia clinica massima Efficacia sociale (consenso) massima Efficacia economica massima

In un momento storico caratterizzato da un costante ed inarrestabile squilibrio tra bisogni (espressi come domanda) e risposte (esprese come offerta), non v'è dubbio che occorra staccarsi dal modello tradizionale, ferma restando la necessità di verificare l'effettiva realizzabilità del modello dei RAO e delle PDP nei diversi ambiti regionali ed aziendali.