

Il miglior governo della domanda è quello democratico

Giuliano Mariotti
Dirigenza medica
Ospedale di Rovereto
Trento

Carlo Liva
Agenzia per i servizi
sanitari regionali
Roma

E' una strategia vincente coinvolgere i professionisti che prescrivono le prestazioni specialistiche più richieste nella definizione condivisa delle priorità d'accesso.

Sono molti i paesi che, negli ultimi anni, hanno pubblicato ricerche sulle possibili soluzioni all'allungamento delle liste d'attesa in sanità, applicando priorità cliniche. Tra questi gli esempi più illuminanti sono offerti da Nuova Zelanda e Canada.

Già la stessa definizione di «priorità clinica» è stata declinata in molti modi; quello canadese, combina fattori clinici (grado di sofferenza e possibilità di risoluzione terapeutica) e fattori sociali (mantenimento dell'autonomia e di una accettabile qualità di vita). La priorità dell'accesso sarebbe quindi determinato dall'urgenza di fare diagnosi cli-

nica in quanto il paziente potrà essere curato e sollevato da difficoltà sociali (Hadorn 2003). Il modello neozelandese utilizza invece un approccio per parole chiave cliniche (Clinical Priority Assessment Criteria / Access Criteria for first Assessment, CPAC /ACA) associate a un livello di priorità definito da parametri temporali (tempo massimo di attesa). La misura della priorità ha validità solo se trova corrispondenza tra la valutazione del prescrittore e quella dell'erogatore e, infine, nell'esito clinico: qualsiasi sia il modello adottato, esso è sostenibile solo con una verifica continua dei prescrittori vs erogatori.

Il modello RAO

Il modello italiano dei Raggruppamenti di attesa omogenei (RAO), del quale è stata fatta un'esperienza pilota nella provincia di Trento, poi diffusasi anche in altre aree, è paragonabile, per modalità di definizione dei limiti di priorità, al modello neozelandese CPAC/ACA (Mariotti 2006).

Il modello prevede il coinvolgimento progressivo e partecipato di chiunque prenda parte al processo di erogazione della prestazione specialistica: dal medico di medicina generale che la prescrive, al servizio di prenotazione (CUP) che la prenota, allo specialista che la mette in atto. Il percorso di coinvolgimento progressivo ha portato all'identificazione di categorie temporali di priorità clinica (vedi la tabella 1, cui vanno aggiunti il codice E, che non dà limiti all'attesa e P, di attesa programmata), che stabiliscono a priori, cioè al momento stesso della prescrizione della prestazione, il tempo di attesa ritenuto adeguato (Mariotti 1999). Con tale metodo risparmia tempo anche il medico di famiglia che, altrimenti, come dice il collega della storia, di fronte a un paziente prioritario, sarebbe costretto a cercare di contattare un collega specialista per poter fissare un appuntamento in tempi ragionevoli. Un aspetto chiave di tale modello

LA STORIA

Liste d'attesa

Ogni due mesi arriva dalla mia ASL di appartenenza un tabulato con i tempi d'attesa dei presidi ospedalieri territoriali, sui quali orientare le scelte dei pazienti bisognosi di visite o indagini strumentali specialistiche: il tabulato può far comodo, ma la sua utilità è solo parziale. Soprattutto quando vi siano urgenze mediche di particolare rilevanza, oppure la necessità di iter complessi che portino alla rapida definizione di una diagnosi, mi accorgo che il più delle volte si risolvono le cose all'italiana: se il paziente ha un buon livello culturale ed economico se la sbriga con le amicizie personali e gli accessi privati (o rimborsati da una copertura assicurativa); se è di rango sociale inferiore cerca conoscenze (o conoscenze di conoscenze) tra infermieri o impiegati dei vari ospedali di zona; se è un povero cristo abbandonato a se stesso, il curante lo soccorre con il bollino verde o attaccandosi al telefono con l'un amico fidato specialista in quel che serve. E' evidente che tutti questi inserimenti per così dire «di straforo» allungano l'attesa di chi semplicemente si affida ai regolari appuntamenti assegnati dal CUP (Centro unico di prenotazione) dell'ASL.

Insomma, manca un sistema di determinazione delle precedenze che sia al tempo stesso clinicamente valido, eticamente corretto e capace di sopportare le inevitabili deroghe di stampo familistico (che non si può certo immaginare spariscano). Qualche ASL in Italia ha mai avuto un'idea brillante, a prescindere dal bollino verde (vedi anche *Occhio Clinico* 2006; 9: 30)?

GIORNI DI ATTESA MASSIMA DALLA PRENOTAZIONE

TABELLA 1

RAO A	3	RAO B	10	RAO C	40
-------	---	-------	----	-------	----

è la partecipazione, attorno allo stesso tavolo, di medici di medicina generale e di specialisti a una attività di audit, cioè di pianificazione, sperimentazione, monitoraggio e revisione della propria modalità di prescrizione e definizione della priorità clinica.

Fra gli specialisti che hanno studiato l'applicazione del modello RAO vi sono in particolare i gastroenterologi endoscopisti (Meggio 2005), ma anche le società dei radiologi (Luca 2003) e dei cardiologi (Pinelli 2003) hanno dedicato attenzione e sostegno al modello delle priorità cliniche.

Anche nell'ambito del «Progetto mattoni» del Ministero della salute il gruppo Tempi di attesa ha sperimentato l'applicazione di un modello basato sulle priorità cliniche condivise (Liva 2005).

Tutte le esperienze realizzate sull'uso delle priorità dimostrano la necessità di definire criteri di segmentazione della domanda di prestazione specialistica. L'aumento dell'offerta viene considerato solo dopo l'analisi di priorità della domanda di prestazioni.

Gli agenti di cambiamento

L'esperienza di applicazione dei RAO (o delle priorità cliniche condivise) prevede l'individuazione di categorie di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, differenziate sulla base del tempo di attesa ritenuto adeguato alla necessità clinica.

Tale esperienza testimonia l'importanza del ruolo dei cosiddetti «agenti di cambiamento» all'interno dell'organizzazione sanitaria pubblica, concetto non nuovo, che si rifà a modelli presenti da tempo nell'organizzazione del lavoro (Osborne 1992).

Si ritiene che la gestione di un'organizzazione complessa richieda l'applicazione di tecniche di facilitazione, da parte della figura del «facilitator» (facilitatore).

Tali tecniche si fondano sulla capacità di gestire l'informazione e la comunicazione. Le risorse più rilevanti per un facilitatore non sono, quindi, quelle tecniche o finanziarie, ma quelle umane.

Questo tipo di gestione spinge verso la responsabilità condivisa, ma favorisce, rispetto al controllare, il facilitare, che funge da guida e da catalizzatore. E' facilitatore un operatore che dispone di leadership all'interno del gruppo ove opera e che dispone di un potere non dato dall'autorità del ruolo che ricopre, ma dalla sua autorevo- ▶▶▶

RAO: order comes first
Occhio Clinico 2007; 4: 30

Key words

Healthcare system;
Clinical priorities

Summary

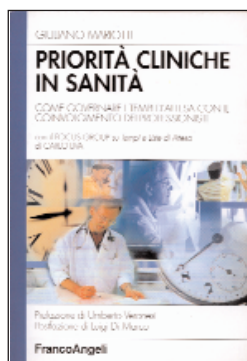
Creating order: this is the first step needed to prevent the collapse of the healthcare system. This is why, in many countries, various models of «clinical priority» for the healthcare services are being tested. In Italy, the Standardized Waiting Lists (Raggruppamenti di attesa omogenei, RAO) model is being applied. It involves all those who are part of the process of providing a specialist service: the family doctor, the booking service (CUP) and the specialist. The model is based on identifying categories for the access of outpatient to specialist services.

These allow the prescribers to establish in advance the length of wait considered adequate for a specific patient. To manage a system as complex as this one, it may be useful the so-called «facilitation» management technique. The aim is to guarantee the ongoing improvement of the quality of services, to make waiting times adequate to the clinical needs of citizens and the patients themselves more satisfied

UN LIBRO SU UN'ESPERIENZA INNOVATIVA

BOX 1

Mariotti G.
Priorità cliniche in sanità
Franco Angeli
235 pagine • 26,00 euro



Giuliano Mariotti, autore del volume e coautore dell'articolo di queste pagine, ha fatto parte di una commissione istituita nel 2000 dall'allora ministro della salute Umberto Veronesi con lo scopo di studiare una soluzione all'ingravescente questione dell'allungamento delle liste d'attesa, figlio dell'aumento dell'offerta tecnologica e della conseguente domanda del cittadino-paziente.

L'esperienza della formulazione

dei RAO (Raggruppamenti d'attesa omogenei) dimostra che una sapiente amministrazione dell'assistenza può essere non una pastoia alla clinica, bensì una facilitazione al suo servizio. La distinzione tra i diversi gradi di urgenza di una prestazione,

secondo standard concordati tra medici di medicina generale, specialisti e mediatori dell'erogazione nelle ASL, crea le condizioni per una diagnosi e una terapia più tempestive ed efficaci. Si è visto che il tempo che il paziente lascia passare tra l'ottenimento dell'impegnativa e il contatto con la struttura per l'appuntamento della prestazione, è inversamente proporzionale al tipo di RAO attribuito, come se l'utente stesso concordasse con il grado di urgenza assegnato. Non pare, quindi, difficile comunicare i criteri di attribuzione ai pazienti e ottenerne una collaborazione partecipata.

lezza. Mentre l'autorità è una caratteristica dei manager, l'autorevolezza è una caratteristica dei leader (Bennis 1985).

Principali azioni e obiettivi

L'applicazione del modello RAO prevede una serie di **azioni**, che si possono così sintetizzare:

- attivare un gruppo di lavoro di direzione strategica (rappresentanti di direzione, animatori di formazione dei medici di medicina generale, medici di direzione sanitaria ospedaliera e distrettuale);
- coinvolgere i servizi addetti alla prenotazione delle visite specialistiche ;
- scrivere le procedure operative di prenotazione (istruzioni o procedure operative descritte seguendo, per esempio, la norma ISO 8402);
- coinvolgere un gruppo di agenti della domanda (preferibilmente gli animatori di formazione dei medici di medicina generale);
- coinvolgere un gruppo di agenti dell'offerta (preferibilmente primari o loro delegati di reparti/servizi che erogano prestazioni ritenute critiche dal gruppo di lavoro);

- definire e applicare raggruppamenti di attesa in base alle priorità cliniche concordate tra medici di medicina generale e specialisti;
- monitorare (audit, peer review, reminder) il processo attivato;
- ampliare via via il numero di partecipanti.

L'applicazione del modello consente di raggiungere i seguenti principali **obiettivi**:

- adeguare i tempi di attesa di ciascun cittadino al bisogno clinico che manifesta;
- attribuire contenuti clinici più specifici all'interno di ciascun raggruppamento;
- assegnare tempi massimi di attesa adeguati e più «granulari», declinati cioè su un maggior numero di raggruppamenti;
- allenare i professionisti all'audit e alla peer review, sviluppando il concetto che l'errore sia una risorsa informativa e non un'occasione di disprezzo e di critica;
- disporre di gruppi di lavoro integrati tra ospedale e territorio per altre attività di miglioramento continuo della qualità;
- realizzare una prima base di discussione per la definizione di differenti livelli di assistenza su base clinica. ■

Bibliografia

Bennis W et al. Leaders. Leader, anatomia della leadership. Milano: Franco Angeli, 1993.

Hadorn DC. Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Setting priority for waiting lists: point-count systems as linear models. J Health Serv Res Policy 2003 ; 8 : 48.

Liva C. Tempi di attesa (Mattone 6). Monitor 2005 ; 13: 52.

Lucà F. Il programma nazionale dei radiologi. In AAVV. Tempi d'attesa e priorità cliniche. Esperienze a confronto. Atti del Convegno, Rovereto 9 maggio 2003. Roma: Esseditrice, 2003.

Mariotti G. Priorità cliniche in sanità. Come governare il tempo di attesa con il coinvolgimento dei professionisti. Milano: Franco Angeli, 2006.

Mariotti G et al. Italy's public health system is changing from waiting times to priority. BMJ 1999; 318: 1698.

Meggio A et al. RAO in gastroenterologia: esperienza su un nuovo sistema di prenotazione di esami endoscopici in un servizio «open access». In Cosentino Fet al. Libro bianco dell'endoscopista. Il governo Clinico. Milano: Edizioni Area Qualità, 2005.

Osborne D et al. Reinventing Government. Dirigere e governare. Una proposta per reinventare la pubblica amministrazione. Milano: Garzanti, 1995.

Pinelli G. Struttura ed organizzazione funzionale della cardiologia. Sottocommissione ANMCO liste di attesa. In AAVV. Tempi d'attesa e priorità cliniche. Esperienze a confronto. Atti del Convegno, Rovereto 9 maggio 2003. Roma: Esseditrice, 2003.

CALENDARIO

Roma, Hotel Sheraton • 18-20 maggio
Congresso regionale della Scuola di formazione in medicina di famiglia Regione Lazio

Il centro regionale si occupa della formazione continua, della formazione specifica del triennio e della formazione universitaria nell'ambi-

to della medicina del territorio. Argomenti di questo congresso sono:

- trattamento del dolore;
- astenia e dispnea;
- ipertensione;
- malattie polmonari ostruttive;
- management.

Per informazioni : www.formazione Lazio.it

Bologna • maggio
Conferenza nazionale sulle cure primarie

Il Ministero della salute ha annunciato che la conferenza si terrà a Bologna, entro maggio. Non sono ancora definite data e luogo.

Per informazioni : www.ministerosalute.it