

Programma ad hoc per gestire i tempi di attesa

Riduzione e razionalizzazione di tempi di attesa sono nell'occhio del ciclone. A tale esigenza sembra rispondere opportunamente la piattaforma di lavoro redatta dalla Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS) con relative raccomandazioni.

Secundo la SIQuAS, la scarsa letteratura a sostegno del valore del fattore tempo nella gestione di pazienti affetti da specifiche patologie rende necessario effettuare ricerche a dimostrazione del valore temporale connesso alla necessità di intervento per gruppi omogenei di patologie e quadri clinici.

Malgrado siano scarsi i lavori strutturati che aiutino a mettere in evidenza i migliori modelli e strumenti per la crescita dell'efficienza e dell'efficacia della "presa in carico" del paziente dalle cure primarie alle cure specialistiche, da quelli esistenti comunque emerge il valore dell'attività formativa educativa nell'ambito delle cure primarie, degli strumenti di prescrizione con contenuto informativo, del coinvolgimento di più medici delle cure primarie nel decidere una richiesta di prestazione specialistica.

Le raccomandazioni in sintesi

Le raccomandazioni della SIQuAS sono la sintesi di tre insiemi di informazioni sull'argomento "tempi e liste di attesa": il primo ricavato da esperienze e testimonianze internazionali e nazionali; il secondo dalla letteratura internazionale; il terzo da un'esperienza pionieristica nazionale, attualmente in fase di sviluppo, di applicazione di un modello di priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

A. Le liste di attesa si dovrebbero differenziare utilizzando sistemi basati sulle priorità cliniche e non sull'ordine di presentazione dei richiedenti. L'attenzione del sistema non dovrebbe concentrarsi sui tempi massimi, ma sul dare maggior priorità e meno attesa ai pazienti con maggior bisogno. Vi è ancora

poca evidenza sperimentale sull'efficacia pratica delle priorità di accesso basata su aspetti clinici e clinico/sociali, soprattutto nel campo delle prestazioni diagnostiche. In assenza di dati sperimentali la validità di uno strumento per l'attribuzione di priorità dovrebbe possedere tre caratteristiche:

1. coerenza da un punto di vista della pratica clinica;
2. valore quantitativo della priorità data dal clinico;
3. coerenza fra priorità e risultato clinico sul paziente.

B. Si devono coinvolgere i cittadini nella definizione e nell'applicazione di priorità cliniche, favorendo la comprensione dell'importanza dell'equità dell'accesso differenziato in base al bisogno. Per questo si ritiene utile indicare alcuni gradi di coinvolgimento del cittadino.

1. Sottoporre a un campione rappresentativo della popolazione questioni in merito all'accettabilità di modelli di accesso differenziato alle prestazioni.
2. Coinvolgere associazioni dei cittadini per tenerle informate dell'andamento dell'applicazione di modelli di priorità di accesso alle prestazioni (nell'ambito di incontri con la popolazione tipo "conferenza dei servizi").
3. Concordare tempi massimi di attesa da garantire per determinate patologie o condizioni sanitarie-sociali.
4. Prendere decisioni sulle categorie di attesa, coinvolgendo pazienti, professionisti e cittadini e dando comprensibilità ai contenuti delle categorie.

C. Tentare di ridurre in poco tempo le liste di attesa potrebbe produrre effetti distortivi, pertanto è preferibile un approccio di coinvolgimento progressivo e partecipativo delle parti interessate.

D. In assenza di dati scientifici certi sul

risultato clinico finale, la validazione dei criteri di attribuzione di priorità ai pazienti dovrebbe essere condotta con processi di verifica della concordanza dei giudizi dei clinici sulle priorità.

E. Oltre alle priorità cliniche sulle singole prestazioni, si dovrebbero sviluppare appropriati percorsi diagnostico-terapeutici e profili di assistenza, comprensivi dei rispettivi tempi di attesa. La diagnosi precoce, soprattutto di patologie ad alto impatto sociale ed epidemiologico come il cancro, richiede frequentemente l'utilizzo di differenti prestazioni specialistiche, secondo una sequenza cronologica talvolta complessa. Pertanto, appare sempre più necessario utilizzare strumenti clinico-organizzativi come i percorsi diagnostici, che dovrebbero permettere di garantire ai pazienti percorsi facilitati per la diagnosi differenziale con tempi di attesa ridotti al minimo necessario, sebbene vada posto in evidenza che tali modelli organizzativi presentano ancora punti di debolezza nella loro estensione applicativa.

F. Deve essere garantita la tempestività dell'accesso alla refertazione delle prestazioni diagnostiche.

G. La gestione dell'accesso alle prestazioni mediante l'utilizzo diffuso delle priorità dovrebbe essere rafforzata con meccanismi vincolanti di premio/sanzione su aziende ed erogatori. Va conseguentemente prevista una maggiore disponibilità di risorse da parte del finanziatore per l'implementazione di modelli basati sulle priorità.

Per il raggiungimento di obiettivi di applicazione delle priorità è necessario inserire l'uso di tali modelli nei contratti di lavoro delle diverse parti professionali coinvolte (medici dipendenti, medici convenzionati, direzione aziendale). Il mancato rafforzamento da parte della direzione aziendale, così come della parte politica nei confronti di quest'ultima, sull'uso sistematico di modelli di lavoro basati sulle priorità di attesa, porta all'interruzione del progetto di cambiamento. Ne consegue la necessità di sottoporre a controllo continuo il sistema, con inevitabili sanzioni o, all'opposto, incentivi per chi, rispettivamente, disattende o partecipa attivamente allo sviluppo e alla diffusione del modello.