

L'ESPERIENZA DEI RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI (RAO) PER RIDURRE I TEMPI DI ATTESA IN BASE ALLE PRIORITÀ CLINICHE

GIULIANO MARIOTTI, CARLO LIVA*

Direttore Medico, Ospedale di Rovereto, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento;

*Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Roma

Il problema delle liste di attesa è sicuramente tra i più gravosi per il Servizio Nazionale Sanitario (SSN) o, quantomeno, tra quelli che fanno scendere di molto il livello della qualità del SSN percepita dal cittadino. È per tale motivo che, a più riprese e con criteri spesso frammentari ed incoordinati, Ministero della Salute e Regioni hanno tentato di porvi mano, nel tentativo di dirimere tale nodo piuttosto intricato.

Il modello che proponiamo nei due articoli in questo numero della Rivista, il modello RAO, Raggruppamenti di Attesa Omogenei, ci pare un progetto che a buon diritto possiamo definire di *Clinical Governance*, riferito in questo caso a percorsi organizzativi, che comunque si riflettono sui processi assistenziali. Esso infatti cerca di coinvolgere progressivamente tutti i diversi attori di questo processo (sia sanitari che non), a partire dai MMG, secondo categorie condivise di priorità cliniche. Ciò naturalmente comporta una ridefinizione del quadro delle responsabilità e dei poteri decisionali di ogni singolo attore del sistema.

Ci pare pertanto un tema di particolare interesse ed una strada innovativa quanto complessa.

Nei due articoli che seguono si illustra per prima cosa la struttura ed il rationale del modello, da parte di due dei massimi esperti italiani; nel successivo viene descritta una sperimentazione sul campo di tale modello, nella ASL di Rovereto e vede come Autori alcuni dei Medici di Medicina Generale (MMG) protagonisti di quella esperienza.

Alessandro Rossi

IL CAMBIAMENTO DELLA GESTIONE DEI TEMPI DI ATTESA IN BASE ALLA SEGMENTAZIONE DELLA DOMANDA

Le liste di attesa in sanità, come in altri campi, sono immaginate come “popolazioni” distribuite in maniera relativamente ordinata, il cui spostamento, a destra o a sinistra, riflette il ritmo di offerta del servizio. In realtà questo non si verifica costantemente, anzi si osservano comportamenti opposti, sia in paesi welfare sia in paesi a mercato libero. La letteratura di qualche anno fa già evidenziava, per esempio, nel Regno Unito un incremento del tempo di attesa a seguito della fornitura di maggiori risorse per prestazioni con elevata attesa¹. Analogamente, negli USA è stato descritto un aumento delle liste di attesa ospedaliere a seguito di una maggiore (70-80%) disponibilità di offerta².

Pertanto, piuttosto che fornire i servizi agli utenti semplicemente sulla base dell'ordine cronologico con il quale si mettono in coda, è più opportuno e più equo ordinare gli utenti secondo criteri di priorità. I criteri di gran lunga preferiti sono clinici.

IL PANORAMA INTERNAZIONALE

I paesi che maggiormente stanno pubblicando ricerche sull'applicazione delle priorità cliniche sono Nuova Zelanda e Canada. Considerando gli approcci alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, vi sono esempi in Canada per quanto attiene la Risonanza Magnetica

Nucleare (RMN) e in Nuova Zelanda per quanto attiene l'endoscopia digestiva, quest'ultima esperienza successivamente estesa ad altre prestazioni (<http://www.electiveservices.govt.nz/>). Il primo approccio è derivato da quello già applicato per gli interventi chirurgici, cioè basato su *score* multipli (ad esempio: dolore, severità o compromissione, qualità della vita, beneficio atteso), la cui somma individua il livello di “priorità”³. Il secondo approccio utilizza invece “parole chiave cliniche” (CPAC/ACA) che sono associate direttamente al livello di priorità definito da parametri temporali (tempo massimo di attesa). Dei due approcci sembrerebbe più “misurabile” il primo, in quanto obbliga il clinico ad individuare *score* per singolo parametro, ma la variabilità descritta nello studio sopra citato evidenzia la persistente difficoltà a rendere ripetibili i risultati. A tutt'oggi rimane determinante e quindi fondamentale il *feedback* fra momento prescrittivo ed erogatori³.

IL MODELLO RAO

Il modello italiano dei RAO (raggruppamenti di attesa omogenei) è paragonabile, per modalità di definizione dei limiti di priorità, al modello neozelandese CPAC/ACA⁴.

Il modello prevede il coinvolgimento progressivo e partecipato di numerosi attori coinvolti nel processo di erogazione delle prestazioni specialistiche: dal MMG che prescrive la prestazione, al Medico specialista che la eroga, al servizio di prenotazione (CUP) che la prenota ad altri. Il percorso di coinvolgimento progressivo ha

portato alla definizione di categorie di priorità clinica (RAO A = max 3 giorni di attesa dalla prenotazione; RAO B = max 10 giorni; RAO C = max 40 giorni), le quali consentono al medico che prescrive una prestazione di stabilire a priori, cioè al momento della prescrizione, il tempo di attesa ritenuto adeguato⁵. Tale metodo permette di ridurre al minimo i tempi anche del MMG che altrimenti, di fronte ad un paziente prioritario, sarebbe costretto a cercare telefonicamente il collega specialista per poter fissare un appuntamento in tempi ragionevoli. Un aspetto chiave di tale modello è l'essere riusciti a far partecipare, attorno allo stesso tavolo, i MMG e gli specialisti ad una attività di *audit*, cioè di pianificazione, sperimentazione, monitoraggio e revisione della propria modalità di prescrizione e prioritarizzazione clinica.

Fra gli specialisti che si sono dedicati allo studio dell'applicazione del modello RAO vi sono in particolare i Gastroenterologi/Endoscopisti⁶, ma anche altre Società Mediche hanno ritenuto di dedicare attenzione e sostegno al modello delle priorità cliniche: Radiologi⁷ e Cardiologi⁸. Fra il resto, anche nell'ambito del Progetto Mattoni del Ministero della Salute il Gruppo "Liste di Attesa" sta sperimentando l'applicazione di un modello basato sulle priorità cliniche condivise⁹.

I RISULTATI CONSOLIDATI

Quel che emerge nelle realtà che utilizzano in maniera consolidata il modello RAO, o in altri termini delle "priorità cliniche condivise", è il tasso relativamente basso di richieste sul totale dell'offerta disponibile (Fig. 1). Nella più estesa applicazione del modello RAO (due distretti dell'Azienda Sanitaria del Trentino), che coinvolge un'area di circa 130.000 residenti (110 MMG/Pediatri di Libera Scelta – PLS), dopo alcuni anni di progressiva estensione dell'utilizzo dei criteri a tutti i potenziali prescrittori (specialisti ospedalieri compresi) e a quasi tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nel territorio dell'Azienda Sanitaria di appartenenza, si evidenzia una tendenza alla crescita prescrittiva che sembra raggiungere un *plateau*, con prevalenza di richieste prioritarie di diagnostica per immagini, in particolare ecografie e radiografie scheletriche. Fra le richieste di consulenza specialistica prevalgono le visite ortopediche, dermatologiche, oculistiche, otorinolaringoiatriche. Fra il resto, a seguito di un'indagine tramite questionario anonimo a tutti i MMG/PLS dei due distretti sopra citati, emerge come a seguito dell'uso dei criteri di priorità vi sia stata una riduzione dell'invio di pazienti, con richiesta "urgente", presso il locale Servizio di Pronto Soccorso. Tale percezione è confermata dai dati del Sistema Informativo Ospedaliero, che evidenziano una rilevante riduzione fra il primo semestre 2000 ed il primo seme-

stre 2004: 2333 vs. 1500 richieste (circa 30 richieste in meno alla settimana).

Nella realtà dei due distretti sopra citati sono state effettuate riunioni plenarie con prescrittori ed erogatori e sono garantite attività di *feedback*. I test di concordanza effettuati, in base a criteri operativi concordati a priori fra prescrittori ed erogatori, evidenziano una tendenza all'incremento della concordanza nel tempo, seppur variabile, fra le diverse prestazioni. La discordanza rilevata è dovuta quasi esclusivamente ad una tendenza degli erogatori (specialisti) ad assegnare agli stessi pazienti livelli di priorità minori di quelli assegnati dai prescrittori.

Si ritiene utile evidenziare due aspetti rilevanti che emergono dall'esperienza descritta:

1. i limiti di attesa previsti per ciascun RAO sono stati rispettati in più del 90% dei casi. I casi che hanno superato il limite di attesa sono il risultato di interventi di ulteriore valutazione di priorità effettuata al momento della richiesta di prestazione, in particolare da alcuni servizi che gestiscono direttamente la prenotazione (Tomografia Assiale Computerizzata – TAC ed RMN in particolare);
2. il numero assoluto di richieste "prioritarie" (codici A e B in particolare) è relativamente basso. Sebbene nel corso del 2003 rispetto al 2002 vi sia stato un incremento dell'uso dei RAO prioritari, i risultati di questa applicazione evidenziano un uso "gestibile" da parte degli erogatori e del CUP di tutte le richieste prioritarie del territorio di riferimento. In tal senso i dati sono confrontabili con quelli emersi nel corso delle precedenti fasi dell'applicazione dei RAO nel Distretto Vallagarina e successivamente nell'intero territorio provinciale di circa 500.000 abitanti¹⁰ ed anche in altre esperienze aziendali¹¹⁻¹⁵.

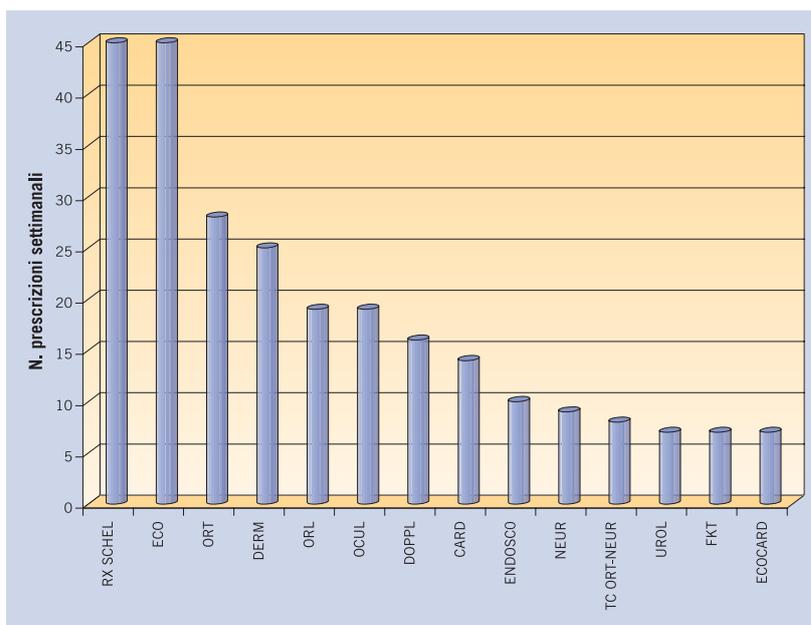


Figura 1

Valore assoluto stimato settimanale per prestazioni richieste con RAO A + B + C. La stima è basata su circa 11.000 prestazioni maggiormente richieste in un anno di attività (2003) da MMG/PLS, ipotizzando uguale a 100 il numero di medici (Distretti Vallagarina e Alto Garda e Ledro, APSS, Provincia di Trento).

LA VALUTAZIONE DI CONCORDANZA

Nella iniziale esperienza dei due distretti sopra citati era stata decisa la seguente definizione di concordanza: “la richiesta è ritenuta ragionevole (in altre parole: si concorda) considerati: a) risultato dell’esame (prestazione e/o visita), b) quesito clinico posto dal richiedente, c) RAO scelto. Tale modalità era stata scelta per motivi organizzativi, in quanto la valutazione era effettuata successivamente da un unico specialista sulla documentazione raccolta dall’ambulatorio.

Con lo sviluppo e l’estensione del modello, alcuni specialisti (Radiologi) hanno iniziato a valutare il caso clinico prima dell’erogazione della prestazione, in modo da riattribuire la priorità al paziente senza conoscere il codice priorità assegnato dal prescrittore. Altri specialisti (Gastroenterologi) hanno classificato i casi in base alla presenza/assenza di patologia significativa. Un lavoro originale è quello presentato da questi ultimi specialisti, che evidenzia una correlazione positiva significativa fra livello di priorità e presenza di patologia significativa¹⁶. In ogni caso la valutazione di concordanza presenta alcuni punti di debolezza:

- 1) i due momenti di valutazione del paziente (prescrizione ed erogazione) sono cronologicamente differiti, pertanto il paziente può trovarsi in condizioni cliniche modificate (sintomi/segni presenti alla prima visita che si riducono o, viceversa, che aumentano, al momento della erogazione della prestazione) o può descrivere/ricordare i sintomi in modo diverso;
- 2) la preparazione professionale di uno specialista è diversa da quella di un MMG;
- 3) le informazioni di cui dispone lo specialista al momento della erogazione della prestazione possono influire sull’indipendenza del giudizio di priorità (ad esempio: la qualità della compilazione dell’impegnativa; le informazioni cliniche riportate sull’impegnativa; l’identificazione del prescrittore, sul quale lo specialista può avere opinioni personali di capacità professionale).

Nonostante i punti di debolezza, il principale punto di forza della valutazione di concordanza rimane l’obbligo di confronto fra prescrittori ed erogatori.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE SUL MODELLO RAO

Pur dovendo considerare i dati sopra descritti ancora preliminari, in quanto derivati dall’esperienza di alcune aree territoriali, sembra evidenziarsi anzitutto l’opportunità degli incontri plenari di confronto fra prescrittori ed erogatori in quanto, oltre ad essere strumento per facilitare la comunicazione interna aziendale, sembra che influenzino il tasso di concordanza. Lo studio del tasso di patologia significativa per ciascun livello di priorità sarà il passo successivo finalizzato a supportare il valore predittivo del modello, come già effettuato dai Gastroenterologi/Endoscopisti¹⁶.

Complessivamente, l’applicazione del modello dovrebbe consentire di raggiungere i seguenti principali obiettivi:

- adeguare i tempi di attesa di ciascun cittadino al bisogno clinico che manifesta;
- allenare i professionisti all’*audit* e alla *peer review*, sviluppando un vissuto relazionale basato sull’elogio dell’errore e non sul disprezzo della critica;
- realizzare una prima base di discussione per la definizione di differenti livelli di assistenza su base clinica;
- facilitare l’applicazione della libera professione secondo criteri conformi ai principi del SSN.

Bibliografia

- 1 Goldacre MJ, Lee A, Don B. *Waiting list statistics I: Relation between admissions from waiting list and length of waiting list*. BMJ 1987;295:1105-8.
- 2 McQuarrie DG. *Hospitalization utilization levels, the application of queuing theory to a controversial medical economic problem*. Minnesota Medicine 1983;66:679-86.
- 3 Hadorn DC, and the 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;8:48-54.
- 4 Mariotti G. *Priorità cliniche in sanità. Come governare il tempo di attesa con il coinvolgimento dei professionisti*. Milano: Franco Angeli 2006.
- 5 Mariotti G, Sommadossi R, Langiano T, Raggi R. *Italy’s public health system is changing from waiting times to priority*. Letter. BMJ 1999;318:1698-9.
- 6 Meggio A, Mariotti G, Miori G, Manfrini R, Tasini E, de Pretis G. *RAO in gastroenterologia: esperienza su un nuovo sistema di prenotazione di esami endoscopici in un servizio “open access”*. In: Cosentino F, et al., eds. *Il Libro bianco dell’endoscopista. Il governo Clinico*. Milano: Edizioni Area Qualità 2005.
- 7 Lucà F. *Il programma nazionale dei radiologi*. In: *Tempi d’attesa e priorità cliniche. Esperienze a confronto*. Atti del Convegno, Rovereto 9 maggio 2003. Roma: Esseditrice 2003.
- 8 Pinelli G. *Struttura ed organizzazione funzionale della cardiologia. Sottocommissione ANMCO “liste di attesa”*. In: *Tempi d’attesa e priorità cliniche. Esperienze a confronto*. Atti del Convegno, Rovereto 9 maggio 2003. Roma: Esseditrice 2003.
- 9 Liva C. *Tempi di attesa (Mattone 6)*. Monitor 2005;13:52-6.
- 10 Favaretti C. *L’esperienza in Trentino*. In: *Tempi d’attesa e priorità cliniche. Esperienze a confronto*. Atti del Convegno, Rovereto 9 maggio 2003. Roma: Esseditrice 2003.
- 11 Bertelle E, Dalla Rosa R, Laurino P, Parisi G. *La selezione concordata della domanda. L’esperienza di Feltre e Trento*. Ricerca & Pratica 2000;16:87-97.
- 12 Bellettieri AP, D’Auria S, Guarino MT, Paciello M, Peluso D. *Il percorso applicativo con priorità in Regione Basilicata*. In: *Tempi d’attesa e priorità cliniche. Esperienze a confronto*. Atti del Convegno, Rovereto 9 maggio 2003. Roma: Esseditrice 2003.
- 13 Bosio M, Bolzoni G. *Il percorso applicativo con priorità in Regione Lombardia*. In: *Tempi d’attesa e priorità cliniche. Esperienze a confronto*. Atti del Convegno, Rovereto 9 maggio 2003. Roma: Esseditrice 2003.
- 14 Tschager A. *Il percorso applicativo con priorità in Provincia di Bolzano*. In: *Tempi d’attesa e priorità cliniche. Esperienze a confronto*. Atti del Convegno, Rovereto 9 maggio 2003. Roma: Esseditrice 2003.
- 15 Vaccaro R, Barletta R. *Sperimentazione innovativa sulle liste di attesa in sanità: un progetto pilota a Bolzano*. Tendenze Nuove 2003;1:67-84.
- 16 Meggio A, Mariotti G, Armelao F, Gentilini M, Manfrini R, Tasini E, et al. *Effectiveness of clinical priority criteria (RAO) in diagnosing digestive disease of clinical relevance: a preliminary report*. Digest 2003;35:S4-98.