Priorità cliniche in Medicina Generale. Il modello RAO

Focus on

Mauro Larcher, Gianni Maronato, Fulvio Spagnolli, Alessandra Maggioni
Medici di Medicina Generale, Distretto Vallagarina, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento

INIZIO DELLA SPERIMENTAZIONE

Il concetto di fondo che ha indotto la Direzione Medica dell'Ospedale di Rovereto a concepire, di concerto con i Medici di Medicina Generale (MMG) ed i Colleghi Ospedalieri, un modello di priorità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e strumentali è stata la constatazione, peraltro comune a tutte le realtà sanitarie pubbliche esistenti sul territorio nazionale, che, contrariamente a quanto sostenuto da Smethurst e Williams [1], le liste di attesa non si autoregolano; al contrario, come affermato da Parkinson, sono inevitabilmente ostaggio di una sorta di "bulimia della domanda" e quindi vanno contrastate con la razionalizzazione [2].

A Rovereto (bacino di utenza del Distretto Vallagarina di circa 85.000 residenti e 75 MMG/Pediatri di Libera Scelta – PLS), a partire dalla fine dell'estate 2000, è iniziata la pianificazione del programma di applicazione di codici priorità per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Nella realtà del Distretto Vallagarina e dell'ospedale di riferimento (Ospedale di Rovereto) l'esperienza ha assunto dimensioni maggiori rispetto alle precedenti [3 4], sia perché voluta con forza dall'Assessorato alla Sanità della Provincia Autonoma di Trento e dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari sia in quanto in tale area vi era un clima favorevole di relazioni interpersonali fra MMG e Medici Ospedalieri, favorito da alcuni anni di stile direzionale di tipo partecipativo. Tale clima era presente prima dell'inizio del programma di applicazione dei codici priorità e ciò ne ha favorito e velocizzato l'implementazione.

Le fasi di seguito descritte sono sinteticamente riportate nella Figura 1. Dopo aver individuato i facilitatori, MMG e Medici specialisti disponibili al cambiamento organizzativo, si è passati alla scelta delle prestazioni da sottoporre ai codici priorità. Le prime prestazioni su cui si è lavorato, su richiesta dei MMG, sono state: visita oculistica, le prevalenti prestazioni TAC-RMN-Rx di ambito ortopedico e neurologico, ecocolordoppler dei tronchi sovra-aortici e dei vasi periferici, visita di chirurgia vascolare.

Nel corso della prima riunione plenaria è stata utilizzata la seguente definizione di raggruppamenti di attesa omogenei (RAO): "categorie di contenuto clinico per l'accesso alla prestazione specialistica (diagnostica o terapeutica), omogenee per l'attesa che può essere assegnata al caso clinico senza compromettere la prognosi del paziente" [3].

Sono stati riconosciuti tre livelli di priorità, da erogare dal momento della richiesta di prestazione specialistica ambulatoriale (distinta dalla data dell'impegnativa), così suddivisi: RAO A = entro 3 giorni, RAO B = entro 10 giorni, RAO C = entro 40 giorni. Sono stati inoltre accettati i codici RAO E (senza priorità) e RAO P (visita di controllo da erogare entro tempi concordati).

Dopo la riunione di consenso iniziale sono state effettuate numerose riunioni con i sottogruppi delegati a lavorare sui singoli RAO (1-4 MMG e 1-2 specialisti per gruppo) e quindi è stata effettuata la riunione plenaria di consenso finale (nella Figura 1 è indicata dalla fase 3). Tale fase è stata, nel programma di lavoro, la più delicata, superata la quale si è instaurato quasi un automatismo organizzativo.

La prescrizione con i codici RAO si svolge mediante la trascrizione del codice corrispondente accanto alla prestazione richiesta, nonché al quesito clinico sull'impegnativa del medico.

Figura 1
Fasi del percorso operativo (*plan do check*) di applicazione del modello RAO.

In base a quanto concordato nelle riunioni plenarie, i Medici specialisti rivedono i casi prescritti con codice RAO, esprimendo un parere di "concordanza": lo specialista valuta se la priorità assegnata dal MMG è congrua (concorda). Le revisioni effettuate dagli specialisti sono state presentate e discusse periodicamente in riunioni plenarie con i Medici prescrittori e sono stati effettuati *feedback* di confronto con i singoli Medici prescrittori. La periodicità di tali revisioni plenarie è circa semestrale, così come i *feedback* individuali postali.

La buona riuscita del progetto di regolamentazione degli accessi specialistici mediante il modello RAO (necessari da un lato a razionalizzare l'attività ospedaliera e dall'altro a fornire in tempo utile prestazioni sanitarie ai pazienti che ne hanno realmente bisogno) passa attraverso un programma di collaborazione attiva tra personale sanitario territoriale e nosocomiale, ma anche e soprattutto attraverso una campagna di educazione socio-sanitaria della popolazione imperniata sul rapporto di fiducia medico-paziente.

I principali momenti di applicazione del modello RAO nell'area di Rovereto possono essere sintetizzati come segue:

- Pianificazione I (fasi 1-3 del percorso operativo): da settembre 2000 a marzo 2001;
- Revisione e Pianificazione II (fasi 5-6): da maggio a settembre 2001;
- Azione II (tutti i MMG/PLS ed i Medici di Pronto Soccorso potevano usare il modello RAO sulle prestazioni sperimentate): da settembre 2001 in poi;
- Azione III (sperimentazione con un gruppo ristretto di MMG/PLS su ulteriori prestazioni): da novembre 2001 ad agosto 2002;
- Azione IV (estensione a tutti i MMG/PLS e a tutti i medici dipendenti e convenzionati del modello RAO a quasi tutte le prestazioni erogate): da settembre 2002 in poi.

A partire dal mese di settembre 2001 (Azione II) tutti i MMG ed il servizio di Pronto Soccorso potevano utilizzare i RAO sperimentati da aprile ad agosto 2001 (visita oculistica, le prevalenti prestazioni TAC-RMN-Rx di ambito ortopedico e neurologico, ecocolordoppler dei tronchi sovra-aortici e dei vasi periferici, visita di chirurgia vascolare). A partire dal mese di novembre 2001 (Azione III) tutti i MMG, per la maggior parte delle prestazioni, e gruppi ristretti degli stessi, per alcune altre prestazioni, utilizzavano i RAO. Questa fase corrisponde ad una seconda sperimentazione che si è conclusa nel primo semestre del 2002, dopo la quale, successivamente alle necessarie revisioni, l'uso del modello RAO

RAO TAC encefalo-cranio

	Attesa massima da garantire	"Parole chiave" indicate dal gruppo di lavoro
Urgente	Inviare in PS	**Valutazione di Pronto Soccorso in evidenza clinica di patologia. Esempi:** • Trauma cranico minore in pazienti con fattori di rischio (coagulopatie, alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia, handicap, anziani disabili) o con sintomi persistenti (cefalea, vomito, amnesia, confusione mentale, deficit focali, crisi epilettiche); • Corpi estranei orbitari; • Ictus; • Crisi epilettica (1° episodio) in paziente adulto; • Cefalea complicata con vomito, segni neurologici o anomalie EEG; • Altro (10%)
Tipo A	3 gg	• attacco ischemico transitorio (TIA); • Processo occupante spazio (RMN in seconda istanza); • Sospetto ematoma sottodurale cronico; • Altro (10%)
Tipo B	10 gg	• Esiti di trauma con tendenza (a distanza di 30 giorni o più dal trauma) a deterioramento neurologico (rallentamento cognitivo, disturbi della parola, movimenti lenti e impacciati con alterazioni dell'equilibrio, sonnolenza); • Altro (10%)
Tipo C	40 gg	• Cefalea semplice persistente con esame neurologico negativo; • Demenza o deterioramento mentale a lenta evoluzione (prima diagnosi) (per escludere ematoma sottodurale cronico o idrocefalo normoteso); • Altro (10%)
Tipo E	No max	• Altre condizioni cliniche;
Tipo P	Attesa programmata	• Stadiazione di lesione espansiva nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico; • Follow-up in esiti di TIA; • Altro

Figura 2
Esempio di tabella RAO.

all'interno del distretto pilota, ospedale compreso, con distribuzione del Manuale RAO. A seguito dei risultati ottenuti, il modello è stato progressivamente esteso su tutto il territorio dell'Azienda Sanitaria (Delibera della Giunta Provinciale di Trento del 12 aprile 2002 n. 813).

LIVELLI DI PRIORITÀ E LORO UTILIZZO

Fin dalle prime riunioni è stata accettata l'ipotesi di attivare tre livelli di priorità, da erogare dal momento della richiesta di prestazione specialistica ambulatoriale (distinta dalla data dell'impegnativa), così suddivisi: RAO A = entro 3 giorni, RAO B = entro 10 giorni, RAO C = entro 40 giorni. Sono stati inoltre accettati i codici RAO E (senza priorità) e RAO P (visita di controllo da erogare entro tempi concordati).
Nel primo anno di utilizzo dei codici RAO, l'uso dei codici è stato variabile da parte dei diversi MMG coinvolti (Figura 3). A fronte di un MMG che ha utilizzato il codice RAO A per 58 volte, il 50% MMG/PLS lo ha utilizzato meno di 12 volte (1 volta al mese). Così per il codice RAO B (129 volte *vs.* una mediana di 29) e RAO C (151 volte *vs.* una mediana di 8,5). Attualmente, la tendenza prescrittiva ha raggiunto un *plateau* (da circa 2 anni e pertanto dopo poco più di 3 anni dalla prima fase di azione). Ciò ci ha permesso di fare alcune stime sul numero di prescrizioni ogni 100 MMG per settimana lavorativa (5 giorni). I dati sono riportati nell'articolo di G. Mariotti su questo numero della Rivista (p. 18).
Nella Figura 4 sono evidenziati i tempi di attesa relativi ai casi riportati nella precedente Figura 2 (il tempo di attesa è calcolato utilizzando il giorno in cui viene effettuata la prenotazione e non la data riportata sull'impegnativa).
Si evidenzia che su 1030 casi RAO A la mediana di attesa è stata di 1 giorno. Per quanto riguarda gli altri codici: su 2642 casi RAO B la mediana di attesa è stata di 7 giorni; su 1294 casi RAO C la mediana di attesa è stata di 25 giorni; su 488 casi RAO E la mediana di attesa è stata di 25 giorni.

	RAO A	RAO B	RAO C	RAO E	Tot.
N. assoluto	1030	2642	1294	488	5454
N. mediano	12	29	8,5	5	58,5
N. max	58	129	151	106	306

Figura 3
Utilizzo in valori assoluti, mediano e massimo per MMG/PLS su 5454 casi.

	RAO A	RAO B	RAO C	RAO E	Tot.
Nr assoluto	1030	2642	1294	488	5454
Media (gg)	2,1	6,2	22,7	28,7	
Mediana (gg)	1	7	25	25	

Figura 4
Distribuzione dei casi per codice RAO e tempi di attesa medio e mediano.

ESEMPI DI RITORNO INFORMATIVO

Nella Figura 5 è riportato un esempio di report di "confronto fra prescrittori", per livello di priorità prescritto. Un report simile può essere fatto rappresentando, invece del livello di priorità, la cronologia delle prescrizioni. Nella Figura 6 è riportato un esempio di report di "confronto intra-prescrittore", per livello di priorità e per prestazione prescritta. Report simili possono essere fatti incrociando le sopra descritte variabili con la cronologia delle prescrizioni. Nella Figura 7 è riportato un esempio di reportistica della concordanza nel tempo per singolo prescrittore. Tali report, che nell'area distrettuale sopra citata vengono inviati periodicamente ai prescrittori, dovrebbero ridurre la varianza prescrittiva.

LA VALUTAZIONE DI CONCORDANZA

Per quanto riguarda le valutazioni di concordanza (si veda precedente articolo di G. Mariotti), si presentano alcuni risultati preliminari raccolti nell'ambito delle prime fasi di sperimentazione già descritte. Un'analisi globale della concordanza (confronto delle richieste RAO per singolo prescrittore con le riclassificazioni RAO effettuate dagli specialisti dopo la prestazione), effettuata su dati 2002, evidenzia un basso valore statistico di concordanza (Figura 8).
Non essendovi, tuttavia, dati di letteratura confrontabili, operando sullo stesso territorio, si possono effettuare analisi di confronto cronologiche o intersoggetti, utilizzando variabili intervenienti per poterli raffrontare. In tal senso sono state fatte successive verifiche ed analisi, che hanno permesso di seguire nel tempo l'andamento della concordanza. I valori si attestano nella maggior parte dei casi fra il 55 e il 70%, raggiungendo valori di significatività statistica di discreta concordanza [5].

		SPECIALISTA				
		A	B	C	E	
MMG PLS	A	50	64	58	21	
	B	22	109	246	72	
	C	5	5	75	30	
	E			9	47	
						813

La concordanza complessiva è del 35%. L'indice di concordanza ponderato di Cohen risulta = 0,238 inferiore a 0,4 indice di scarsa concordanza. Anche l'intervallo di confidenza al 95% (0,199-0,276) cade al di sotto di 0,4.

Figura 8
Descrizione della concordanza relativa ad alcune prestazioni (confronto delle richieste RAO per singolo prescrittore con le riclassificazioni RAO effettuate dagli specialisti dopo la prestazione) effettuata su dati 2002.

Prescrittore	RAO prescritti					Tot.	Mediana
	A	B	C	E	P		
	5	21	288	28	28	**370**	
	4	60	252	4	16	**336**	
	80	108	120	0	16	**324**	
	24	168	80	4	16	**292**	
	40	36	164	20	24	**284**	
	64	200	12	0	0	**276**	276
	48	12	4	172	36	**272**	
	4	146	112	0	8	**270**	
Nominativo MMG	10	38	20	60	64	**192**	
	4	52	20	0	4	**80**	

Figura 5
Esempio estratto da un report di "confronto fra prescrittori". La tabella evidenzia solo il nome del medico che legge la tabella, nascondendo i nomi degli altri. È indicato il numero assoluto di prescrizioni RAO nel periodo considerato per livello di priorità e la mediana dell'intera popolazione di prescrittori.

Branca specialistica	Priorità					Tot.
	A	B	C	E	P	
Cardiologia	0	20	12	0	2	**34**
Chirurgia vascolare	2	8	6	0	0	**16**
Dermatologia	2	16	0	2	2	**22**
Endoscopia digestiva	0	0	0	2	2	**4**
Fisiatria	0	4	0	0	2	**6**
Neurochirurgia	0	2	0	0	0	**2**
Neurologia	2	6	0	0	2	**10**
Oculistica	12	20	2	4	6	**44**
Ortopedia	6	24	0	0	0	**30**
ORL	0	12	0	0	0	**12**
Pneumologia	2	6	0	0	0	**8**
Radiologia scheletrica	6	24	6	0	0	**36**
Radiologia TC e RM	0	4	2	0	0	**6**
Radiologia ultrasuoni (eco)	2	32	16	4	0	**54**
Urologia	0	6	0	0	2	**8**
Totale	**34**	**184**	**44**	**12**	**18**	**292**

Figura 6
Esempio estratto da un report di "confronto intra-prescrittore", con il quale il medico osserva il numero assoluto delle proprie prescrizioni nel periodo, per livello di priorità e per prestazione prescritta.

Prescrittore	Tot. discord. 2003	Prescrizioni valutate	% discord. 2003	Tot. discord. 2004	Prescrizioni valutate	% discord. 2004
Nominativo MMG	24	28	**86**	28	48	**58**
Totale prescrittori	612	1151	**53**	672	1479	**45**

Figura 7
Esempio estratto da un report sia di "confronto intra-prescrittore", con il quale il medico osserva il proprio tasso di discordanza nel tempo, sia di "confronto fra prescrittori", con il quale il medico si confronta con il tasso di tutti i prescrittori.

RIFLESSIONI DA PARTE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE SULL'ESPERIENZA

Utilizzando il lavoro già presentato dai colleghi di Feltre e Trento [4], condividendo le conclusioni, di seguito vengono riportate identiche riflessioni relative all'esperienza.

Di seguito vengono sintetizzati anzitutto alcuni punti critici che, nella diffusione dell'esperienza, potrebbero diventare punti di debolezza e che ogni gruppo di progetto, che, in altre realtà, volesse iniziare un percorso simile, dovrebbe considerare:

- il progetto di prioritarizzazione va esteso all'intera popolazione di Medici intra- ed extra-ospedalieri pena il suo fallimento;
- la partecipazione al progetto del gruppo dei Medici facilitatori, probabilmente gli innovatori del sistema, non garantisce che vi sia una simile accettazione da parte degli altri medici e delle organizzazioni sindacali;
- il MMG deve decidere e comunicare al paziente la non prioritarizzazione e questo potrebbe essere un motivo di conflitto fra medico e paziente;
- potrebbe esserci il pericolo che un'interpretazione troppo rigida delle parole chiave per i RAO non permetta la prioritarizzazione di casi anomali, urgenti per motivi non contemplati.

In secondo luogo, vanno comunque considerati i punti a favore dell'esperienza in corso. Il giudizio dei MMG, che hanno partecipato volontariamente al progetto, è stato infatti ampiamente positivo (in ordine di priorità):

- l'obiettivo del progetto è certamente condivisibile perché punta a risolvere un problema, quello dei tempi di attesa, che è un serio ostacolo al corretto iter decisionale del MMG;
- è stato molto apprezzato il coinvolgimento centrale del MMG sia nella produzione dei percorsi clinici per singola prestazione sia nella loro utilizzazione pratica: importante è, per il MMG, che sia stata esplicitata con chiarezza la possibilità di uscire dalle indicazioni concordate unicamente sulla base del suo giudizio, riconoscendo che la complessità del suo lavoro non è sempre riconducibile a categorie predefinite;
- il sistema di compilazione delle richieste prioritarizzate è risultato essere semplice e poco burocratizzato;
- è stato uno strumento utile anche per negoziare in maniera trasparente con il paziente stesso l'accesso ad una data prestazione, con un'alta affidabilità data anche dal consenso con gli specialisti;
- molto interessante è stato poi il processo di costruzione dei percorsi clinici che affiancava alla valutazione delle evidenze di letteratura momenti induttivi di osservazione della realtà esistente e momenti di ricerca del consenso;
- molto utile il ritorno informativo sia a livello individuale che in riunioni plenarie. Il considerare "l'errore" come momento positivo e utile, che consente di ridiscutere i comportamenti prescrittivi ed al tempo stesso di ottenere risultati tangibili, concreti, sia nell'adattare i tempi di attesa all'effettivo bisogno del paziente sia nel ridurre i tempi di gestione del paziente prioritario da parte del MMG, generando altresì una maggior attenzione nello specialista che sa di visitare un paziente "prioritarizzato";
- l'esperienza di lavoro comune e discussione con gli specialisti permette una conoscenza personale tra professionisti in diversi ambiti che facilita anche una migliore comunicazione;
- è risultato positivo che il progetto sia stato promosso dai vertici aziendali e dal livello politico, favorendo così in modo imparziale (*super partes*) un dialogo fra i diversi attori fin dall'inizio;
- la presenza di un Direttore Sanitario (ospedaliero) facilitatore si è rivelata molto importante sia come esperto di metodo sia come figura di mediazione fra punti di vista e interessi diversi.

Bibliografia

1 Smethurst DP, Williams HC. *Are hospital waiting lists self-regulating?* Nature 2001;410:652-3.

2 Freckleton RP, Sutherland WJ. *Do power laws imply self-regulation?* Nature 2001;413:382.

3 Mariotti G. *Tempi d'attesa e priorità in sanità.* Milano: Franco Angeli 1999.

4 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.

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