



GOVERNO CLINICO 2

di un Servizio di Endoscopia Digestiva

Il libro bianco dell'endoscopista
F. Cosentino, G. Battaglia, E. Ricci

Raggruppamenti di attesa omogenei in Gastroenterologia

*A. Meggio, G. Mariotti, G. Miori,
R. Manfrini, E. Tasini e G. de Pretis*



il libro bianco dell'endoscopista

PROGETTAZIONE

ORGANIZZAZIONE

GESTIONE

GOVERNO CLINICO

**in un Servizio
di Endoscopia Digestiva**

Felice Cosentino

Giorgio Battaglia

Enrico Ricci

Raggruppamenti
di Attesa Omogenei (RAO)
in Gastroenterologia:
esperienza su un nuovo
sistema di prenotazione
di esami endoscopici
in un servizio
“open access”

*Alberto Meggio, Giuliano Mariotti, Gianni Miori,
Romano Manfrini, Enrico Tasini e Giovanni de Pretis*



in questo *fascicolo*
di **GOVERNO CLINICO**

2

Introduzione.....	5
Esperienza del distretto di Rovereto	6
Esperienza in Endoscopia Digestiva.....	8
Risultati	10
Esperienza con le UO ospedaliere	12
Conclusioni	12
Bibliografia essenziale.....	13



© 2005 AREA QUALITÀ® S.r.l.
Editore certificato ISO 9001:2000
Via Comelico, 3 - 20135 MILANO
E-mail: info@areaqualita.com
Tutti i diritti riservati

Questo fascicolo è stato stampato dalla tipografia
Vigrafica di Monza nel mese di aprile 2005
Impaginazione: Area Qualità

RAO in Gastroenterologia esperienza su un nuovo sistema di prenotazione di esami endoscopici in un servizio “open access”

Alberto Meggio, Giuliano Mariotti*, Gianni Miori,
Romano Manfrini, Enrico Tasini e Giovanni de Pretis

U.O. Multizonale di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Ospedali di Rovereto e di Trento

*Direzione Sanitaria Ospedale di Rovereto

INTRODUZIONE

L'esistenza di **liste di attesa** per prestazioni mediche specialistiche è la conseguenza inevitabile del fatto che le risorse da investire in campo sanitario sono forzatamente limitate. E' noto da tempo che un incremento dell'offerta non comporta necessariamente una riduzione dei tempi di attesa ma anzi è stato anche descritto un aumento dei tempi di attesa a seguito di una maggiore disponibilità di offerta [1,2]. La presenza quindi delle liste di attesa va concepita come un fenomeno non eliminabile ma che deve essere “governato” in quanto l'esistenza di lunghe attese può potenzialmente comportare un danno alla salute degli utenti. Per ridurre le possibili conseguenze negative delle liste di attesa in termini di danno alla salute è stato proposto di fornire i servizi agli utenti non per semplice ordine cronologico di prenotazione ma sulla base di criteri clinici di priorità. Le prime esperienze al riguardo sono state avviate in Canada già nel 1991 [3].

Nel 1998 la *British Medical Association* [4] ha pubblicato un documento intitolato “*sistemi per la definizione delle liste di attesa mediante punteggi secondo priorità*” nel quale viene approfondita tale metodologia e se ne raccomanda l'adozione per gestire le liste di attesa dei ricoveri ospedalieri. E' esperienza comune d'altronde che anche in assenza di procedure codificate spesso si tendono ad applicare criteri di differenziazione che solitamente si basano su elementi clinici (es. patologia tumorale o a rischio) o su sollecitazioni espresse sulla richiesta dal medico richiedente - “cortese sollecitudine” o “urgente” - ma in assenza di un accordo sui criteri clinici che motivano questa richiesta.

In Italia, le problematiche correlate all'adozione di un sistema di prenotazione per priorità cliniche, i cosiddetti **Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)**, sono state diffusamente analizzate in un volume totalmente dedicato a questa tematica [5].

I RAO individuano categorie di contenuto clinico omogenee rispetto all'attesa che può essere assegnata per l'accesso ad una prestazione specialistica diagnostica o terapeutica, senza compromettere la prognosi del paziente.

ESPERIENZA DEL DISTRETTO DI ROVERETO

A Rovereto (TN), a partire dall'estate del 2000, è iniziata la pianificazione del programma d'applicazione di codici di priorità per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Nella realtà del distretto di Rovereto quest'esperienza pilota ha assunto dimensioni mag-

giori rispetto ad altre similari sia in quanto voluta con forza dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento sia in quanto in tale area vi è un tessuto favorevole di relazioni interpersonali fra medici di medicina generale e medici ospedalieri clima che ne ha favorito e velocizzato l'implementazione.

Il percorso operativo del progetto è sintetizzato nella TABELLA 1.

TAB. 1: PROGRAMMA DI APPLICAZIONE CODICI PRIORITÀ (RAO)

PERCORSO OPERATIVO (PLAN-DO-CHECK)

Individuazione di un gruppo di "facilitatori" tra medici di famiglia e medici specialisti

Scelta dei RAO da sperimentare

Riunione di consenso ed accordo su un linguaggio omogeneo



Inizio prescrizione con RAO

Prenotazione CUP (centro unico di prenotazione) con stampa dei nuovi piani di lavoro

Valutazione concordanza dell'attesa da parte degli erogatori

Feedback e revisione plenaria dopo 3-6 mesi

Elementi caratterizzanti dell'iniziativa sono stati la sua *trasversalità*, nel senso che abbraccia numerose specialità (per esempio: chirurgia vascolare, dermatologia, gastroenterologia, neurologia, oculistica, ortopedia, radiologia) e la for-

mulazione di *categorie temporali uguali per tutte le discipline*.

In altre parole i limiti temporali di ogni categoria RAO erano gli stessi anche in branche specialistiche diverse (TABELLA 2).

TAB. 2: RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI: TEMPI MASSIMI D'ATTESA

TEMPISTICA COMUNE
Urgenza/emergenza
Tipo A: max 3 gg.
Tipo B: max.10 gg.
Tipo C: max 40 gg.
Tipo E: senza limite massimo
Tipo P: programmata

ESPERIENZA IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Qui di seguito sintetizziamo la nostra esperienza raccolta in circa 4 anni di applicazione del modello RAO nel campo dell'**endoscopia digestiva**.

La nostra Unità Operativa Multizonale di Gastroenterologia ha pianificato l'applicazione di tale metodo nella propria sede dell'Ospedale S.M. del Carmine di Rovereto e solo successivamente la ha estesa anche nella sede dell'Ospedale S. Chiara di Trento.

Dopo un progetto sperimentale condotto dapprima su pazienti ospedalizzati, nel 2001 abbiamo iniziato a costruire un programma d'applicazione dei codici RAO nel bacino d'utenza che afferisce all'Ospedale di Rovereto e che ammonta a circa 150.000 abitanti.

È stato individuato un gruppo interdisciplinare composto da medici specialisti, da medici di medicina generale, da medici "facilitatori" e dal Direttore Medico di Presidio.

Da esso è scaturita l'elaborazione delle cosiddette "**parole chiave**" (es. "ematemesi, disfagia...") che, inserite in una **griglia sintomatologica** individuano i **tempi d'attesa massimi accettabili**.

Da evidenziare che, come unica differenza rispetto alle "griglie RAO" adottate nelle altre discipline (radiologia, dermatologia...), abbiamo deciso di non prevedere il RAO A (attesa massima 3 giorni) per le prestazioni da noi effettuate ritenendo che la disponibilità di richiesta urgente (entro 24 ore) e RAO B (attesa massima di 10 giorni) possono soddisfare al meglio le necessità di maggiore priorità nel campo dell'endoscopia digestiva.

I raggruppamenti clinici all'interno di queste categorie sono stati elaborati in stretta collaborazione con i medici di medicina generale. Tale lavoro collegiale è stato impostato tenendo principalmente conto dei seguenti elementi:

- **Criteri d'appropriatezza** nelle indicazioni alla effettuazione della gastroscopia e della colonscopia come riportati nelle linee guida SIED ed ASGE [6].
- Concetto "**d'attesa clinicamente accettabile**" volto a definire, attraverso i pochi dati di letteratura, le esperienze personali e quelle di esperti del settore, i "tempi massimi d'attesa tali da non compromettere la prognosi".
- **Situazioni e risorse operative locali** relative ai tempi d'attesa nella fase precedente all'attivazione del progetto.

Nella TABELLA 3 è riportata la griglia sintomatologica che abbiamo definito collegialmente per gastroscopia e colonscopia. Volutamente si è deciso d’inserire parole chiave “particolareggiate” al fine di fornire al medico di

famiglia dati piuttosto precisi per cercar d’indirizzare al meglio i pazienti in una griglia piuttosto che in un’altra onde cercar di ridurre il più possibile “equivoci d’interpretazione” ed anche per poter meglio confrontare i dati in sede di successivi “audit”.



TAB. 3: GRIGLIA SINTOMATOLOGICA

RAO	PAROLE CHIAVE ELABORATE DAL GRUPPO DI LAVORO
URGENTE entro 24 h	<ul style="list-style-type: none"> • emorragia digestiva in atto (ematemesi, melena, enterorragia massiva) (E-C) • corpi estranei vulneranti, corpi estranei esofagei, ingestione caustici (E)
TIPO A ≤ 3gg	➤ LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
TIPO B ≤ 10 gg	<ul style="list-style-type: none"> • sanguinamento non compendiatto come “tipo urgente”: rettorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva, ematochezia (E-C) • anemia sideropenica di primo riscontro con Hb < 10 g/dl (E-C) • “sintomi d’allarme”: vomito significativo e persistente, disfagia, odinofagia, calo di peso importante (10% negli ultimi mesi), massa addominale • necessità di escludere lesioni per terapie cardiologiche urgenti (E) • sospette neoplasie rilevate radiologicamente (E-C) • altro (10%) (*)
TIPO C ≤ 40 gg	<ul style="list-style-type: none"> • anemia sideropenica cronica • perdite ematiche minori (sputo ematico, emottisi dubbia, tracce ematiche nel pulirsi) (E-C) • sindrome dispeptico-dolorosa minore in paz >45 anni (non già indagata con E) (E) • diarrea cronica, stipsi recente o eventi sub-occlusivi • riscontro radiologico di polipi (C) • altro (10%) (*)
TIPO E senza limite max	<ul style="list-style-type: none"> • sintomatologia tipo colon irritabile (non già indagata con colonscopia) (C) • positività test del sangue occulto in asintomatico (C) • sindrome dispeptico-dolorosa in paz.<45 anni (nell’attesa eseguire trial terapeutico; l’indagine potrà esser sospesa si vi sarà risposta alla terapia) (E) • ricerca di varici esofagee (E) • biopsie per sospetta celiachia –malassorbimento (E) • patologie minori già valutate endoscopicamente (E)
TIPO P programmabile	<ul style="list-style-type: none"> • controlli di eradicazione, varici esofagee e di polipectomie • follow up di: neoplasie, malattie infiammatorie croniche intestinali, Barrett... (E-C)

E = EGDS

C = Colonscopia

(*) qualsiasi condizione clinica non prevista dalle “parole chiave” che si ritiene giustifichi l’attribuzione a quello specifico raggruppamento

Si è quindi passati alla fase applicativa del programma consistente nella prescrizione degli "esami traccianti" (esofagogastroduodenoscopia e colonscopia totale) sull'impegnativa del medico di medicina generale affiancati dalla trascrizione del codice RAO.

In una fase successiva il medico erogatore delle prestazioni effettuava uno o più "audit" periodici intesi come momento di revisione dei risultati e di confronto con gli standard concordati. Tale revisione veniva successivamente presentata, con riunioni plenarie, ai medici richiedenti nella fase di "feedback", intesa come "restituzione" dell'informazione, quale risultato della performance.

L'obiettivo era quello di mantenere l'attenzione sulla problematica, favorire la responsabilizzazione e l'aderenza alle codifiche implementate da parte del medico prescrittore e, non ultimo, conservare il contatto fra esecutore e prescrittore delle prestazioni.

Per monitorare il progetto, abbiamo analizzato i seguenti **indicatori**:

- **Stratificazione** delle richieste RAO nei diversi gruppi di priorità.
- **Concordanza** della classificazione RAO tra medico di medicina generale e specialista (ricercando contestualmente aspetti legati anche all'appropriatezza delle richieste).
- **Correlazione** fra la griglia adottata ed il riscontro di patologie "endoscopicamente significative". Queste sono state da noi arbitrariamente individuate come segue: neoplasia, polipo "avanzato", malattia ulcerativo-erosiva, IBD, lesione vascolare, malattia diverticolare complicata.

RISULTATI

Lo studio della stratificazione delle richieste ha rilevato che il codice RAO più utilizzato è stato il B seguito in modo decrescente da quelli di "minor urgenza" clinica.

La valutazione delle modalità di allocazione dei pazienti nei diversi raggruppamenti di priorità da parte dello specialista e del medico di medicina generale ha evidenziato delle differenze abbastanza rilevanti. Va segnalato che la valutazione del grado di priorità veniva formulata dallo specialista "a priori" (cioè senza conoscere l'esito dell'indagine endoscopica la quale pertanto non orientava in alcun modo la classificazione) con una precisa indagine clinico-anamnestica "pre-esame" a prescindere da quella descritta sull'impegnativa da parte del medico prescrittore.

Dall'analisi dei diversi audit condotti fino al 2004 relativi a pazienti ambulatoriali afferenti alla nostra sede di Rovereto abbiamo potuto rilevare alcuni dati che riteniamo di interesse.

Il medico di medicina generale risulta utilizzare maggiormente i codici di priorità B (50% dei casi) rispetto allo specialista (24% dei casi).

La distribuzione fra i 3 gruppi principali B, C, E e P appare più equilibrata per lo specialista rispetto al medico di medicina generale.

Nella TABELLA 4 si sintetizza la concordanza osservata fra la classificazione di priorità effettuata dal medico specialista e quello di medicina generale. La valutazione statistica effettuata con calcolo del coefficiente kappa di concordanza è risultata pari a 0,209 (IC al 95% 0,111-0,308), indice di scarsa concordanza fra medico di medicina generale e specialista.

Se scorriamo la gastroscopia dalla colonscopia la concordanza relativa alla gastroscopia è stata particolarmente bassa (kappa 0,338) mentre per la colonscopia è risultata migliore (kappa 0,499).

La TABELLA inoltre riporta, sulla riga relativa al medico specialista le richieste del medico prescrittore giudicate come non appropriate dal medico specialista: 9% dei casi.

Tale dato appare confortante ed inferiore a quello medio della letteratura. Nella casella relativa alle urgenze i "numeri" sono bassi in quanto questa analisi si riferisce a pazienti ambulatoriali mentre usualmente le richieste urgenti si riferiscono a pazienti che ci vengono inviati da altre U.O., usualmente dal Pronto Soccorso.

TAB. 4: ESPERIENZA DI ROVERETO IN PAZIENTI AMBULATORIALI: DISTRIBUZIONE RICHIESTE COMPLESSIVE (EGDS + COLONSCOPIE) DIFFERENZIATA PER CODICI DI PRIORITÀ

	NUMERO PAZIENTI	RAO U	RAO B	RAO C	RAO E	RAO P	INAPP
Medico specialista	540 (100%)	3 0,5%	131 (24,2%)	186 (34,5)	125 (23,2%)	45 (8,4%)	50 (9,2%)
Medico di medicina generale	540 (100%)	13 2,4	271 (50,2%)	179 (33,2%)	53 (9,7%)	24 (4,5%)	

L'analisi del riscontro di patologie endoscopicamente significative, ha dimostrato (TABELLA 5) un più frequente riscontro di patologie di rilievo nei codici con maggior priorità clinica (urgente e B) rispetto a quelli a minor priorità (C, E, P).

Tali differenze nella distribuzione sono risultate statisticamente significative all'analisi statistica con un valore di chi quadro per trend di 5,78 per il medico di medicina generale ($p = 0,016$) e di 19,6 per lo specialista ($p < 0,0001$).


TAB. 5: ESPERIENZA DI ROVERETO IN PAZIENTI AMBULATORIALI: DISTRIBUZIONE DELLA PATOLOGIA ENDOSCOPICAMENTE SIGNIFICATIVA DIFFERENZIATA PER CLASSE DI PRIORITÀ E MEDICO "CLASSIFICATORE"

	NUMERO PAZIENTI	U	RAO B	RAO C	RAO E	RAO P
Patologia "significativa" (medico specialista)	128/540 (24%)	2/3 (66%)	66/131 (48%)	40/186 (22%)	12 /125 (11%)	3/45 (6%)
Patologia "significativa" (medico di medicina generale)	128/540 (24%)	4/13 (31%)	86/271 (32%)	30/179 (17%)	5/53 (12%)	4/24 (9%)



ESPERIENZA CON LE U.O. OSPEDALIERE

L'esperienza raccolta sull'utilizzo del modello RAO nei pazienti ospedalizzati porta sostanzialmente ad analoghe considerazioni, fatto salvo che trattandosi di popolazioni non comparabili, le richieste di procedure urgenti e quelle con priorità B sono ovviamente più frequenti fra i pazienti ospedalizzati.

CONCLUSIONI

Attualmente nella nostra U.O. di Gastroenterologia adottiamo la metodologia RAO in modo routinario per la prenotazione degli esami endoscopici. Tale metodologia è stata estesa a tutti gli Ospedali provinciali dall'agosto del 2004, ove le procedure sono prenotabili attraverso un solo Centro Unico di prenotazione.

La nostra valutazione complessiva dell'esperienza abbastanza corposa di utilizzo dei RAO è complessivamente positiva.

Il sistema RAO adottato s'è dimostrato sul campo uno *strumento "gestionale"* valido in risposta alla problematica dei tempi d'attesa e, dopo un periodo di rodaggio e di addestramento adeguato, di facile comprensione e di utilizzo abbastanza agevole.

Le griglie sembrano effettivamente in grado di scremare i casi clinici più problematici come documentato in modo "indiretto" dalla correlazione fra maggiore priorità e maggiore incidenza di patologia significativa ed in definitiva capaci d'individuare in "tempi piuttosto rapidi" le patologie di maggior rilevanza.

Le diverse categorie sembrano inoltre in grado di differenziare gruppi percentualmente significativi anche se si evidenzia una maggiore numerosità del gruppo B, che forse andrebbe parzialmente ridistribuito.

A nostro avviso il problema chiave è quello di ottenere una **buona collaborazione da parte dei medici richiedenti (medici di medicina generale e colleghi ospedalieri delle altre discipline)**, di lavorare a stretto contatto con loro per poter ridurre al massimo la variabilità classificativa. Fondamentale inoltre appare il monitoraggio con **periodici "audit" e "re-audit"**, da un lato per mantenere alta l'attenzione sui dati di concordanza, dall'altro per ricercare i correttivi di eventuali punti deboli, con aggiornamenti dei modelli di richiesta.

Ciò anche alla luce della più recente esperienza relativa all'ampliamento del progetto in aree ove il lavoro in stretto contatto con il territorio

e con i medici di medicina generale è stato meno intenso. Abbiamo osservato talora un "sottoutilizzo del sistema" in quanto il curante non utilizza o utilizza poco la classificazione RAO. In questo caso gli esami vengono tutti prenotati come non prioritari e l'adozione del sistema potrebbe comportare, almeno in via teorica, un allungamento ulteriore dell'attesa in pazienti con patologia a rischio (e quindi teoricamente meritevoli di priorità) in quanto "scavalcati" dai pazienti con richiesta prioritaria.

Inoltre, come appare ovvio aspettarsi, il minor contatto con il medico di medicina generale comporta un aumento delle richieste non concordanti fra medico prescrittore e medico specialista verosimilmente con un maggior numero di richieste non approvate.

La nostra esperienza sul bacino ampliato a tutto il territorio provinciale è ad oggi troppo limitata nel tempo per trarre al riguardo considerazioni significative. E' tuttavia nostra intenzione effettuare un audit nel corso dell'anno ed eventualmente promuovere una nuova serie di riunioni collegiali con i medici di medicina generale.

Infine un altro punto che riteniamo cruciale per il successo del programma è da un lato il coinvolgimento ed il **sostegno (che è stato ottimale nella fase iniziale) delle direzioni di ospedale e di distretto** e dall'altro, la scelta strategica di progettare un programma che coinvolga **più discipline specialistiche** in modo da semplificare e stimolare la partecipazione e la collaborazione del medico di medicina generale al programma stesso.

In conclusione la nostra esperienza preliminare supporta l'utilizzo dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei come sistema pratico ed adeguato per differenziare le diverse priorità cliniche e per consentire di rilevare in tempi clinicamente adeguati le patologie endoscopicamente più significative. Sarebbe inoltre di interesse poter comparare i nostri risultati con altre esperienze condotte con il sistema RAO in altri contesti per poter valutare la riproducibilità del metodo e le variabilità legate ad aspetti locali.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. McQuarrie DG. Hospitalization utilization levels, the application of queuing theory to a controversial medical economic problem, *Minnesota Medicine* 1983; Nov;66(11):679-86
2. Goldacre MJ, Lee A, Don B. Waiting list statistics I: Relation between admissions from waiting list and length of waiting list. *BMJ* 1987; Oct 31;295(6606):1105-8
3. Naylor CD, Sykora K, Jaglal SB, Jefferson S. Waiting for coronary artery bypass surgery: population-based study of 8517 consecutive patients in Ontario, Canada. *Lancet* 1995; Dec 16;346(8990):1605-9
4. Health Policy and Economic Research Unit. Waiting List Prioritisation Scoring Systems. Discussion paper no. 6, British Medical Association, Londra, December 1998.
5. Mariotti G. Tempi d'attesa e priorità in sanità. La selezione della domanda come strategia per la qualità. Franco Angeli Milano 1999.
6. Appropriate use of gastrointestinal Endoscopy .A consensus statement from the ASGE (American Society for Gastrointestinal Endoscopy). Revised September 2000;52:831-37

Note





nel prossimo *fascicolo*

di **GOVERNO CLINICO**

*sarà trattato
il seguente argomento:*



Etica ed endoscopia





CODICE ARTICOLO 35050043

LA REALIZZAZIONE DI QUESTO PROGETTO EDUCAZIONALE È RESA POSSIBILE GRAZIE AL CONTRIBUTO DI

