

- RIASSUNTO DELLA TESI -

DOTT.SSA GIULIA BERLOFFA

**Le opinioni dei medici di medicina
generale sul sistema RAO. Indagine
qualitativa condotta con la metodica
del Focus Group.**

Relatore: Dott.ssa Rosanna Odorizzi

Sommario

1. Introduzione	1
2. Quadro teorico	3
2.1 Tempi d'attesa e priorità	3
2.2 Il sistema RAO.....	4
3. Materiali e metodi.....	7
3.1 Il Focus Group	7
3.1.1 Durata.....	8
3.1.2 I Partecipanti	8
3.1.3 La traccia.....	8
3.1.4 La registrazione dei dati	9
3.1.5 Il moderatore	9
3.1.6 L'analisi dei dati.....	9
3.2 Disegno dello studio	10
4. Risultati	12
4.1 I metodi di utilizzo	12
4.2 Il manuale RAO	17
4.3 I vantaggi generali	19
4.4 Le criticità.....	22
4.5 Il rapporto con i pazienti.....	31
4.6 Il rapporto con gli specialisti.....	33
4.7 Nuove proposte	38
5. Conclusioni	43
6. Bibliografia	45

Background

Negli ultimi vent'anni la maggioranza dei sistemi sanitari si sono scontrati con il problema dei tempi d'attesa, per cui si è imposta la necessità di ideare dei sistemi di selezione della domanda sanitaria.⁽⁵⁾ L'approccio gestionale di gran parte dei Paesi occidentali è stato quello di definire un sistema di priorità. Anche l'Azienda per i Servizi Sanitari della Provincia di Trento ha ideato alla fine degli anni Novanta un sistema di selezione della domanda basato sulla priorità: i Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO).⁽⁵⁾ Il sistema RAO prevede 5 livelli di priorità -determinati da parole chiave individuanti condizioni cliniche- che definiscono i tempi massimi di erogazione della prestazione a partire dalla data di prescrizione (3 giorni RAO A, 10 giorni RAO B, 40 giorni RAO C, nessuna priorità RAO E, controlli programmati RAO P). Per ogni raggruppamento è prevista la dicitura "altro 10%" che identifica qualsiasi condizione clinica non prevista dalle parole chiave che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento.⁽¹¹⁾ La prenotazione di prestazioni RAO viene gestita dal CUP. Il sistema prevede una valutazione della congruità dei RAO con le parole chiave che viene effettuata dal medico che eroga la prestazione. Al medico di medicina generale (MMG) viene inviato un rapporto cartaceo, che riporta la percentuale di concordanza delle proprie prescrizioni.

Obiettivi

L'obiettivo di questo studio è quello di indagare gli atteggiamenti, le opinioni, le aspettative e i suggerimenti dei MMG riguardo al sistema RAO.

Materiali e Metodi

Per realizzare questo studio è stato utilizzato il Focus Group (FG). Il FG è una tecnica di ricerca qualitativa basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone invitate da un moderatore a parlare tra loro, in profondità, dell'argomento oggetto di indagine.⁽⁴⁾ Sfrutta la discussione tra pari per favorire il processo di formazione delle opinioni.⁽¹²⁾ Il FG ideale dovrebbe avere una durata massima di un paio d'ore, il gruppo dovrebbe essere composto da 6-10 partecipanti, il moderatore dovrebbe garantire il corretto svolgimento della discussione e per aiutarsi può utilizzare una traccia di intervista per agevolare

l'introduzione degli argomenti di discussione, infine le discussioni dovrebbero essere registrate per non perdere le informazioni.⁽¹³⁾ L'analisi dei dati prevede, secondo quanto definito dalla Grounded Theory, la trascrizione delle registrazioni, seguita da procedimenti di codifica e definizione di categorie concettuali a cui segue la stesura del resoconto.⁽¹⁶⁾ Per questo studio sono stati organizzati 4 FG: 1 in Valle di Cembra e 3 a Trento. Hanno partecipato 28 MMG. Per condurre la discussione è stata predisposta una traccia di intervista non molto strutturata che prevedeva di indagare alcuni argomenti generali (come l'individuazione delle criticità principali dei RAO). Tutti i FG sono stati condotti, trascritti e analizzati dalla stessa persona. Le trascrizioni sono state analizzate sul piano contenutistico-informativo secondo un procedimento circolare induttivo, che partendo dal confronto continuo delle singole citazioni ha permesso di individuare sette grossi blocchi concettuali o categorie interpretative. Il resoconto è stato redatto secondo il metodo etnografico riportando le citazioni più significative.

Risultati e conclusioni

I FG hanno permesso di raccogliere un'enorme quantità di informazioni. Sono state individuate sette categorie interpretative: il metodo di utilizzo, il manuale RAO, i vantaggi generali, le criticità, il rapporto con i pazienti, il rapporto con gli specialisti e le nuove proposte. Per brevità si rimanda al testo della tesi per la descrizione particolareggiata delle categorie.

Concludendo, il sistema RAO è uno strumento di selezione della domanda molto utilizzato, a cui i MMG non rinuncerebbero. I RAO hanno rivoluzionato la pratica clinica adeguando il tempo d'attesa del paziente al bisogno di cura e permettendo al MMG di impostare e condurre un iter diagnostico. Questo sistema inoltre definisce in modo chiaro, equo ed uguale per tutti la priorità. I RAO rappresentano un ponte tra ospedale e territorio assumendo anche la caratteristica di linee guida condivise tra primo e secondo livello. Pur con tutti i vantaggi i RAO presentano anche delle criticità da valutare ed eventualmente risolvere: le "interferenze esterne", la revisione del sistema e la valutazione.

6. Bibliografia

1. 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.
2. Corrao S., *Il focus group, 2002 FrancoAngeli, Milano*
3. Bertin G. (1994), *Un modello di valutazione basato sul giudizio degli esperti*, in Bezzi C. - Scettri M. (a cura di), *La valutazione come ricerca e come intervento*, supplemento al n. 14-15 di "Sociologia e professione".
4. L. Stagi, *Il focus group come tecnica di valutazione. Pregi, difetti, potenzialità*. Rassegna Italiana di Valutazione n.20, ott-dic 2000.
5. G. Mariotti, *Tempi d'attesa e priorità in sanità*, 1999 Franco Angeli Ed..
6. Health Policy and Economic Research Unit, *Waiting List Prioritisation Scoring System*, Discussion paper n.6, British Medical Association, London, dic. 1998.
7. Daniels N: *Accountability for reasonableness. British Medical Journal* 2000, 321:1300-1301.
8. Lewis S et al.: *Ending waiting-list mismanagement: principles and practice*, CMAJ May 2, 2000; 162 (9).
9. G. Mariotti, A. Gioffredi, *Tempi d'attesa e coinvolgimento partecipativo e progressivo dei medici di medicina generale e degli specialisti*. Ricerca & Pratica, 2000;16:80-86.
10. Larcher M., Maronato G., Spagnolli F., Maggioni A., *Priorità cliniche in medicina generale. Il modello RAO*. Rivista SIMG, 2006; 3:21-25.
11. *Il manuale RAO*: http://www.apss.tn.it/Public/allegati/DOC_617978_0.pdf
12. M. Bloor et al.: *I focus group nella ricerca sociale* ed. Erickson 2001
13. Krueger R.A., *Focus groups. A practical Guide for Applied Research*, Sage, 1994 Thousand Oaks
14. Corrao S., *Il focus group: una tecnica di rilevazione da ri-scoprire*, 1999 "Sociologia e Ricerca Sociale", XX, 60, pp. 94-106
15. Bovina L., *I focus group. Storia, applicabilità, tecnica*, in Bezzi C. (a cura di), *Valutazione 1998*, Giada, Perugia, pp. 37-45.
16. Silvia Cataldi, *Come si analizzano i focus group*, 2009, Franco Angeli ed.