

ALLEGATO A

**STRUMENTI DI SUPPORTO ALLA PRESCRIZIONE
(APPROPRIATEZZA E PRIORITÀ)**



Indice

1. Introduzione
2. Contesto di riferimento.....
3. Il metodo RAO.....
4. Condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni.....
5. Strumenti applicativi di supporto alla prescrizione



1. Introduzione

L'aumento previsto dei costi e della domanda di assistenza sanitaria, alimentato dalla pandemia di COVID-19, richiede un aumento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria per garantire la sostenibilità finanziaria e la resilienza dei sistemi sanitari finanziati pubblicamente, che attualmente rappresentano una delle principali preoccupazioni per i decisori politici.

Data la particolarità dell'interazione, nel settore sanitario, tra domanda e offerta, una delle opzioni percorribili per gli amministratori pubblici è implementare strategie di “gestione della domanda” per monitorare, indirizzare e rimodulare la domanda di prestazioni specialistiche nell’ambito dell’assistenza primaria e dall’assistenza primaria all’assistenza secondaria. Tra le possibili strategie, anche con il supporto della Telemedicina, si individuano:

- consulenze tra i medici di cure primarie (MMG/PLS);
- consulenze tra i medici di cure primarie e gli specialisti;
- coinvolgimento di altre figure professionali in collaborazione con i medici
- forme di empowerment e di informazione ai cittadini
- implementazione nelle cartelle prescrittive dei protocolli clinici appropriati definiti a livello nazionale e/o regionale.
- Implementazione nelle cartelle prescrittive delle condizioni di appropriatezza definite dalla normativa dei LEA

Poiché il medico di cure primarie rappresenta, al di fuori delle situazioni di emergenza, il primo punto di contatto tra pazienti e SSN, è di fondamentale importanza il sostegno organizzativo alla medicina di assistenza primaria. essendo anche una delle principali aree di intervento per ottimizzare l'uso della capacità produttiva, potendo inoltre consentire di armonizzare i tempi di attesa in modo appropriato rispetto al bisogno di salute.

L'utilizzo della priorità clinica è uno degli strumenti, utilizzati da oltre vent'anni, per migliorare la gestione della prescrizione di prestazioni specialistiche. La priorità clinica si basa sull'idea di assegnare tempi di attesa più brevi ai pazienti con maggiore bisogno clinico e necessità di rapida risposta nel percorso diagnostico e tempi di attesa più lunghi ai pazienti con minore bisogno clinico e maggiore differibilità di risposta nel percorso diagnostico. L'applicazione della priorità clinica consente di programmare l'erogazione dei servizi sanitari in base al bisogno di salute dei pazienti, nonché di gestire con la miglior tempestività possibile i pazienti che presentano una prognosi favorevole, ottimizzando anche l'allocazione delle risorse sanitarie. Fornire l'accesso più rapido ai servizi sanitari ai pazienti che necessitano di una presa in carico maggiormente tempestiva, previene il peggioramento dello stato di salute e può migliorare l'efficacia del trattamento.



Altri vantaggi della priorità clinica riguardano la possibilità di ridurre la domanda inappropriata e di ridurre l'elevata variabilità decisionale. Infine, rendere trasparenti le indicazioni delle priorità cliniche può garantire una miglior informazione del paziente, favorendo di conseguenza il miglioramento del rapporto medico-paziente.

Nel 2020, la riduzione di offerta generata dalla pandemia di COVID-19 ha messo ancor più in evidenza la necessità di individuare criteri condivisi per stabilire le priorità cliniche nell'accesso ai servizi sanitari, soprattutto per evitare ritardi nei percorsi diagnostici per pazienti con malattie diverse dal COVID-19, come le patologie neoplastiche.

Molti studi si sono concentrati sui fattori associati alla variabilità delle prescrizioni specialistiche da parte dei medici di cure primarie. Si possono distinguere fattori individuali e di contesto. I principali fattori individuali correlati al medico sono: i) l'esperienza personale; ii) la conoscenza; iii) le opinioni personali, mentre i fattori individuali correlati al paziente sono prevalentemente: iv) la gravità della malattia e v) lo stato socioeconomico del paziente.

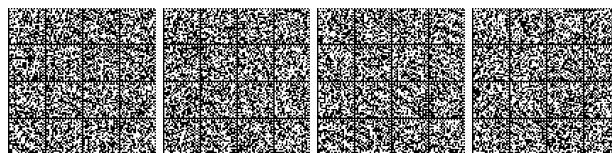
Per quanto riguarda i fattori di contesto, vi) la percezione dei tempi di attesa e vii) la disponibilità degli specialisti sembrano influenzare maggiormente la prescrizione. Thorsen e collaboratori identificano nel confronto dialettico tra medici di cure primarie e specialisti un fattore chiave nello spiegare la variabilità della qualità delle prescrizioni specialistiche, avendo anche evidenziato che i medici di cure primarie apprezzano la possibilità di fare affidamento su modelli concordati.

Per quanto riguarda il miglioramento della qualità prescrittiva, la diffusione passiva di linee guida a livello locale risulta meno efficace della discussione tra professionisti sanitari, dell'utilizzo di strumenti di supporto alla prescrizione e del lavoro in team multidisciplinari. La revisione tra professionisti sanitari, quale strumento di miglioramento della qualità delle prescrizioni, è confermata anche da Blank e collaboratori che identificano, attraverso un'ampia revisione della letteratura, quattro strategie fortemente raccomandate: i) la revisione tra professionisti sanitari con feedback informativo e formazione; ii) la consultazione specialistica prima della prescrizione; iii) la prescrizione con strumenti elettronici e iv) la disponibilità nel territorio di specialisti.

È dimostrato il ruolo dei medici di cure primarie nel favorire una maggior efficienza dell'assistenza specialistica, così come è dimostrato che l'utilizzo da parte dei medici di cure primarie di strumenti di supporto prescrittivo e, specificamente, di strumenti elettronici di supporto alla prescrizione, migliora la qualità delle prescrizioni.

La definizione delle priorità cliniche, come strumento di governo per l'accesso alle prestazioni sanitarie, dovrebbe idealmente ridurre la domanda di prescrizioni, eliminando quelle considerate inappropriate o attribuendo una bassa priorità alle prestazioni potenzialmente inappropriate che, di conseguenza, possono essere differite. In tal senso, la priorità clinica agisce per aiutare a razionalizzare la domanda.

Tra i lavori originali che descrivono esperienze con l'utilizzo di strumenti di supporto alla prescrizione, vanno evidenziati quelli realizzati dalla seconda metà degli anni '90 in poi, in Italia. Tra le ipotesi verificate da alcuni autori, vi è anche la correlazione positiva tra l'utilizzo di strumenti di supporto alla prescrizione e la concordanza tra i medici di cure primarie e gli specialisti nell'attribuire le priorità ai singoli pazienti, così come una maggior appropriatezza, secondo linee guida, nei casi concordanti.



Recentemente, alcuni autori hanno suggerito che, a seguito degli effetti di incremento generalizzato della domanda di prestazioni, conseguente alla pandemia da COVID-19, tra gli strumenti che possono essere di aiuto per rivedere la domanda di prestazioni e per migliorare i percorsi diagnostici vi sono i Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO), descritti nella letteratura già citata.

2. Contesto di riferimento

L'assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta in Italia, per il tramite dei medici di cure primarie e degli specialisti, un'importante risposta alla richiesta dei bisogni di salute dei cittadini. Negli ultimi anni, a seguito della pandemia da COVID-19, vi è stato un impatto negativo su tale setting che, infatti, ha registrato una crescente domanda di prestazioni sanitarie.

Pertanto, per contrastare lo sbilanciamento del rapporto domanda/offerta, diventa sempre più determinante l'utilizzo di metodi che consentano di gestire le classi di priorità in base all'effettivo bisogno di salute del cittadino. Il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, di cui all'Intesa Stato Regioni del 21 febbraio 2019 ha promosso, come strumento di governo della domanda delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, il metodo RAO, più sopra citato.

L'individuazione di condizioni cliniche, associate alla priorità delle prestazioni, deve diventare una caratteristica preponderante nelle richieste di ricorso alla specialistica, che non deve essere condizionata dall'offerta disponibile tramite i sistemi di prenotazione, ma deve essere coerente al bisogno di salute del cittadino. L'azienda sanitaria, utilizzando il sistema CUP (che gestisce l'intera offerta e consente la prenotazione) dovrà essere in grado di modulare l'offerta adeguandola a tale domanda, secondo regole condivise.

Alla luce delle raccomandazioni della letteratura già citata, le indicazioni cliniche, per poter essere rese operative, necessitano di strumenti elettronici di supporto alla prescrizione che favoriscano l'utilizzo di indicazioni condivise, fornendo al medico un aiuto alla scelta delle priorità sulla base delle condizioni cliniche del paziente.



3. Il metodo RAO

Il metodo RAO ha l'obiettivo di definire, per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate direttamente dal SSN o per conto del SSN, una coerenza tra i tempi massimi di attesa e le condizioni di salute, stabilendo criteri clinici espliciti concordati.

Nel percorso di coinvolgimento dei principali attori coinvolti nel processo di prescrizione ed erogazione delle prestazioni specialistiche (MMG, PLS, medici specialisti, rappresentanti dei cittadini), che caratterizza i contenuti del Manuale RAO redatto da AGENAS, sono state individuate "parole chiave" con l'obiettivo di descrivere indicazioni cliniche basate su appropriatezza e ragionevolezza clinica di attesa, coerenti con le classi di priorità del corrispondente campo della ricetta.

Nelle prime fasi di applicazione e diffusione, il metodo RAO può essere utilizzato per le prestazioni maggiormente critiche in termini di accesso e per quelle che, nei diversi ambiti territoriali, presentino tempi di attesa oltre gli standard.

In coerenza con il PNGLA è previsto il continuo aggiornamento dell'Allegato B (Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO") del PNGLA 2019-2021. In particolare, tale aggiornamento dovrà riguardare le prestazioni specialistiche e le indicazioni cliniche condivise, sia alla luce del progressivo utilizzo del metodo da parte di un crescente numero di professionisti e sia in seguito all'analisi dei risultati raggiunti e del continuo perfezionamento delle indicazioni.

AGENAS, a tale scopo, coordinerà il coinvolgimento di rappresentanti di società medico scientifiche, di istituzioni centrali (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità), di rappresentanti di tutte le Regioni e Province Autonome e di rappresentanti dei cittadini, attivando, in coerenza con le modalità di lavoro utilizzate da AGENAS in applicazione al PNGLA 2019-2021, un Gruppo di Lavoro centrale, un Gruppo di lavoro interregionale e Gruppi Tematici relativi alle diverse discipline specialistiche interessate.

Presso AGENAS inoltre è istituito, entro 60 giorni dall'approvazione del PNGLA, il "Tavolo Permanente per i RAO e per altri strumenti di supporto alla prescrizione" coordinato da AGENAS e composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'ISS, delle Regioni/PA e delle Associazioni dei cittadini.



4. Condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni

L'art 16 del DPCM 12 gennaio 2017 prevede che per alcune prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale siano indicate specifiche condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva, riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni) al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi.

Le condizioni di erogabilità prevedono che tali prestazioni siano erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai casi che rientrano in tali condizioni, che il medico prescrittore è tenuto a riportare sulla ricetta.

Le indicazioni di appropriatezza prescrittiva prevedono che le prestazioni siano erogabili dal Servizio sanitario nazionale a seguito di una autonoma e responsabile valutazione del medico circa la loro utilità nel singolo caso clinico, fermo restando l'obbligo del medico prescrittore di riportare il quesito o sospetto diagnostico sulla ricetta.

Inoltre, per le prestazioni di densitometria ossea il decreto prevede l'erogabilità a carico del Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti che presentano le condizioni definite nell'allegato 4A del decreto stesso e per la chirurgia refrattiva ambulatoriale prevede l'erogabilità a carico del Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti che presentano le condizioni definite nell'allegato 4B.

La prescrizione quindi, anche in questo caso, rappresenta lo strumento fondamentale per rispondere a tale adempimento.

5. Strumenti applicativi di supporto alla prescrizione

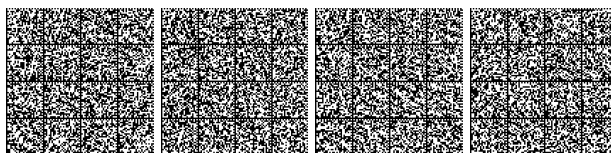
Le prescrizioni, effettuate dai MMG, dai PLS e dagli specialisti coinvolti, devono essere effettuate mediante ricetta dematerializzata.

Il medico deve utilizzare un applicativo di cartella clinica informatizzata, che permetta gestisca funzionalità di supporto alla prescrizione.

In particolare, le funzionalità dell'applicativo devono rispondere alle necessità dell'implementazione di indicazioni di appropriatezza e/o del metodo RAO, in modo tale da gestire:

- un supporto alla scelta delle indicazioni cliniche per la prescrizione delle prestazioni individuate;
- la tracciabilità dell'indicazione clinica selezionata nel flusso della ricetta dematerializzata;
- l'associazione tra l'indicazione clinica selezionata e il quesito diagnostico.

La raccolta di questi dati permetterà, attraverso il coinvolgimento partecipativo dei medici, di perseguire il continuo aggiornamento indicazioni cliniche e quindi delle "parole chiave" che le descrivono. Al tempo stesso, con l'utilizzo di strumenti avanzati di intelligenza artificiale, è molto probabile che si possa sviluppare e applicare una nuova specifica modalità di codifica, che permetta una sempre maggior omogeneità di linguaggio per i sospetti diagnostici



e una conseguente possibilità di migliore analisi del linguaggio stesso. Al momento, non sono noti strumenti esaustivi per tale finalità, compreso l'ICD IX - CM, essendo esso adeguato alla classificazione di patologie già diagnosticate.

Le informazioni così raccolte saranno oggetto di analisi e studio specifico, finalizzati alla definizione di un nuovo sistema di classificazione dei quesiti diagnostici, con la prospettiva di utilizzare tale sistema univocamente a livello nazionale, integrandolo nei flussi riguardanti la specialistica ambulatoriale. Tale attività di studio rientrerà nelle finalità del "Tavolo Permanente per i RAO e per altri strumenti di supporto alla prescrizione".

Inoltre, in prospettiva, è ragionevole ipotizzare che i sistemi di prenotazione potranno utilizzare il nuovo sistema di codifica sopra citato al fine di governare percorsi di prenotazione in agende specifiche in modo automatizzato, favorendo un miglioramento della prenotazione online. Esempi di tali percorsi sono quelli specifici per patologia (ad es. visita neurologica per disturbi del movimento) oppure per tipologia di ambulatorio.

Un altro aspetto importante in questo percorso è rappresentato dalla necessità, per il prescrittore, di ricorrere al **Teleconsulto**¹ specialistico, soprattutto nei casi in cui il medico prescrittore ritenesse di dover descrivere la condizione clinica del paziente con un linguaggio più complesso rispetto a quello delle indicazioni cliniche condivise. Ne consegue che, per una diffusa applicazione del Teleconsulto, l'organizzazione aziendale deve garantire la disponibilità di specialisti di branca a rispondere alle richieste di Teleconsulto dei prescrittori.

Infine, è utile prevedere momenti di confronto tra i medici prescrittori e gli specialisti che erogano la prestazione in merito alla priorità clinica assegnata al paziente, ciò al fine di favorire l'audit e di ridurre il più possibile la variabilità inter-professionisti. Infatti, le prescrizioni non concordanti potrebbero portare alla duplicazione di prestazioni specialistiche oltre che a raccomandazioni contrastanti tra un medico e l'altro.

¹ DM 21 settembre 2022 "Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio". (22A06184) (GU Serie Generale n.256 del 02-11-2022)

