

#### PRIORITY SETTING

Follow-up materials

TRENTO 13 SETTEMBRE 2013

LARCHER MAURO

# R A O MODELLO PROVINCIALE

• PERCORSO E RISULTATO

DI UN'ESPERIENZA

CONSOLIDATA SULLE PRIORITA'

### RAO: Razionale

**↑ DOMANDA** 

- ↑ TEMPI DI ATTESA

  ( ansia e insoddisfazione)
- **↓ RISORSE** (esperienza UK e USA)

### RAO: Razionale

• ATTESA CONGRUA (effetti psicologici)

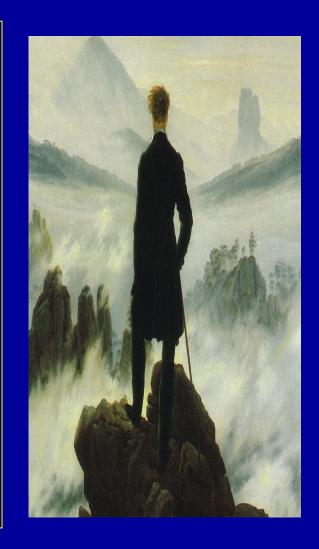
• RAZIONALIZZAZIONE LAVORO

• OTTIMIZZAZIONE RISORSE

2001 Semethers e Williams: le liste di attesa si autoregolano

2001 Frekleton e Sutherland : contrastare liste di attesa e fenomeni di attrazione e fuga

1958 Parkinson : bulimia della domanda



# RAO L'ESPERIENZA DI ROVERETO

1998 PIANO SANITARIO NAZIONALE:

"Abbattimento tempi d'attesa"

2001 COMMISSIONE MINISTERIALE

2002 LEGGE PROVINCIALE TRENTO

### RAO L'ESPERIENZA DI ROVERETO

- 2000 GRUPPI DI LAVORO
- 2001- OPERATIVITA' DISTRETTUALE
- 2003- OPERATIVITA' PROVINCIALE

# R A O JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

- CRITERI OGGETTIVI DI APPROPRIATEZZA
- INDICATORI DI QUALITA' STANDARDIZZATI
- DISEASE MANAGEMENT



### RAO MODALITÀ OPERATIVE

## PRESTAZIONI SPECILALITICHE AMBULATORIALI:

MMG – PLS – SPECIALISTI SUMAI MEDICI DIPENDENTI E CONVENZIONATI DATA DI PRENOTAZIONE

### CRITERI DI PRIORITÀ

• LINEE GUIDA:

PERCORSI DIAGNOSTICI
GRAVITA' CLINICA

### CRITERI DI PRIORITÀ

- APPROPRIATEZZA
- CONCORDANZA
- ATTESA CONGRUA

### R A O CRITERI DI PRIORITÀ

URGENZA / EMERGENZA

**RAO TIPO:** 

**A ENTRO 3 GIORNI** 

B " 10 "

C " 30 "

E " SENZA LIMITE

P " ATTESA PROGRAMMATA

# MANUALE RAO VISITA CARDIOLOGICA

URGENTE: PS precordialgia, dispnea, sincope

**RAO TIPO:** 

A: scompenso-cardiopalmo-dispnea

B: angina stabile - lipotimia - cardiopalmo

C: extrasistolia - soffi cardiaci

E: altre condizioni cliniche

P: attesa programmata

### MANUALE RAO ECOCARDIOGRAFIA

**URGENTE:** valutazione PS

**RAO TIPO:** 

A: non previsto

B: scompenso a domic. - "altro"

C: soffi cardiaci in assenza di scompenso

E: altre condizioni cliniche

P: follow-up

### Applicare RAO e PERCORSI CLINICI

- PERCORSO OPERATIVO (plan-do-check)
  - **♦ Individuazione gruppo "facilitatori"**
  - **◆ Definizione RAO e PERCORSI CLINICI**
  - Riunione di consenso e accordo su linguaggio omogeneo

- **♦ Inizio prescrizione con RAO**
- Prenotazione CUP o altro centro prenotazioni con stampa nuovi piani di lavoro
- Valutazione concordanza dell'attesa da parte degli erogatori
- Feedback e Revisione plenaria

#### DIAGONALE CONCORDANZA PRESCRITTORE - EROGATORE

PRIMA DELLA RIUNIONE PLENARIA 49%



DOPO LA RIUNIONE PLENARIA 62%

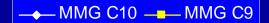
# RAO CRITERI DI PRIORITA' APPLICAZIONE PRATICA

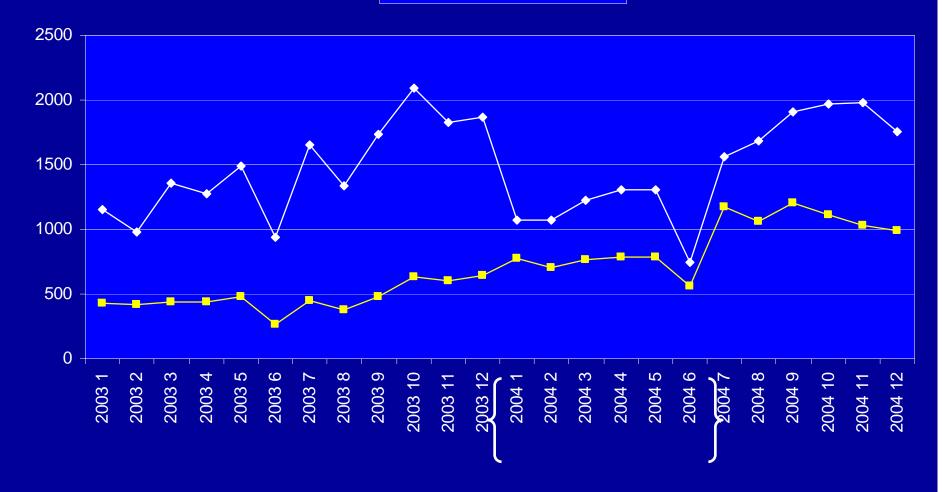
**MOMENTO DECISIONALE** 

**ASPETTI RELAZIONALI** 

PRENOTAZIONE AL CUP

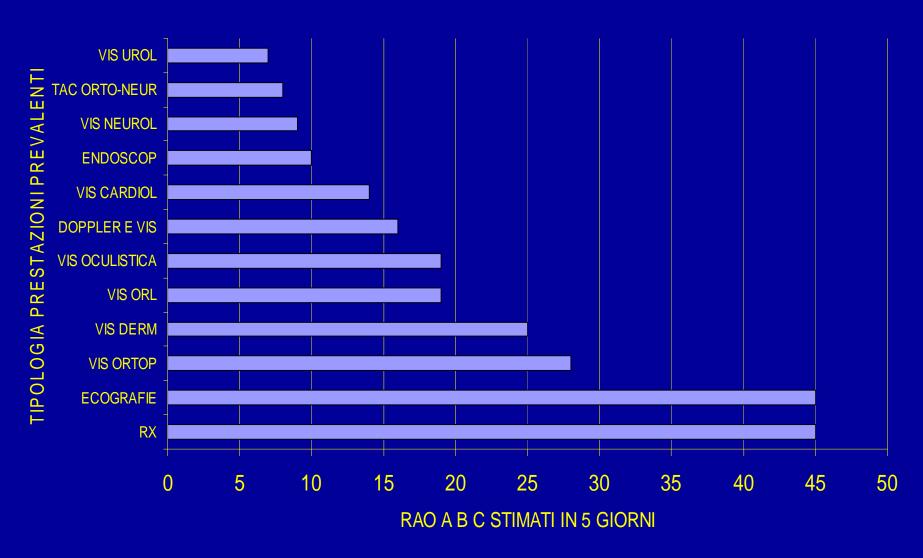






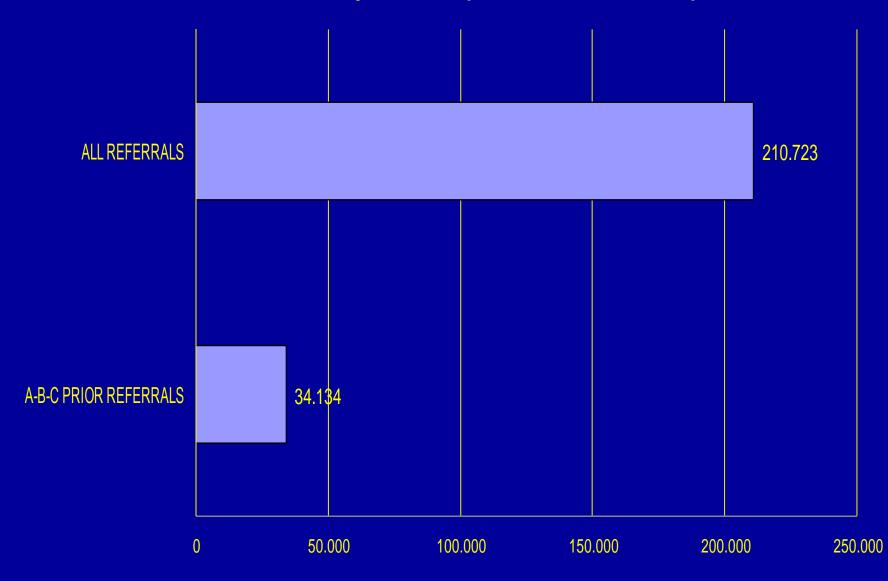
Andamento nel tempo RAO: PRESTAZIONI EROGATE PRESSO OSPEDALE E DISTRETTO DI ROVERETO (APSS)

### Prestazioni stimate con codici RAO (su dati 2004-2005) se i richiedenti fossero 100 in 5 giorni di attività lavorativa

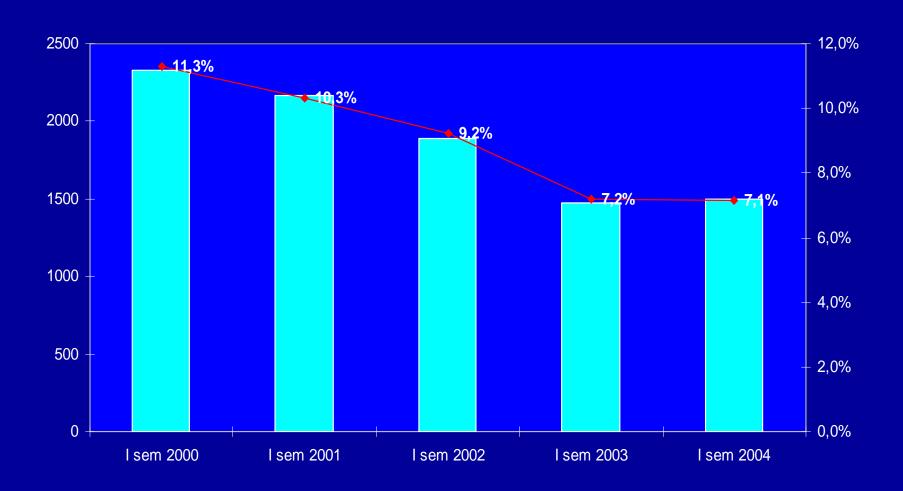


Ospedale di Rovereto

#### Referrals by 66 GPs (district of Rovereto) - 2007

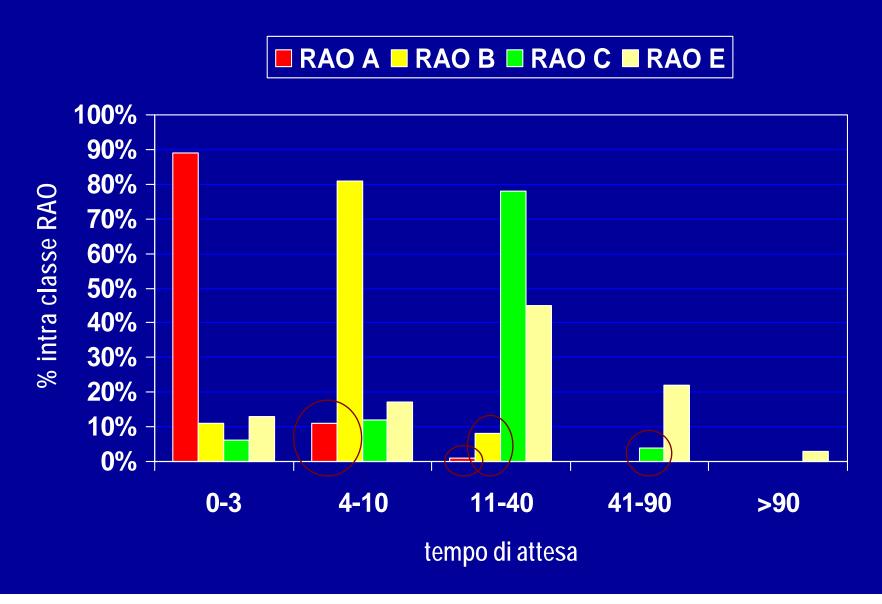


### Accessi in PS con richiesta di MMG 1° semestre anni 2000-2004



Ospedale di Rovereto

# Confronto distribuzioni attese casi RAO A (numero assoluto casi 3612), RAO B (casi 9705), RAO C (casi 4275) e casi RAO E (casi 1712) di un anno



### Questionario anonimo autosomministrato dic. 2004 MMG + PLS

#### Rispondenti = 76/108

Utile il modello RAO per l'accesso dei suoi pazienti alla specialistica	Sì (70/76)
Ha ridotto l'invio di pazienti in PS	Sì (63/76)

Distretti C9 C10 (APSS – Trento)

### **CRITICITÀ**

- "ALTRO"
- PERSONALE CUP
- MANCATA FLESSIBILITA' ORARIA
- APPLICAZIONE RAO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI

### CRITICITÀ

- PRESSIONE PSICOLOGICA
- VOCAZIONE LUCRATIVA UTENTI
- EDUCAZIONE SANITARIA UTENTI

### **CRITICITÀ**

#### R. FETTER:

- CLASSIFICAZIONE NON UNIVOCA DELLE PATOLOGIE
- LIMITI DELLE LINEE GUIDA
- LIMITI PERCORSI DIAGNOSTICI

### RAO L'ESPERIENZA DI ROVERETO

- ESPERIENZA CONSOLIDATA?
- CONDIZIONI INDISPENSABILI:

  CORRETTO UTILIZZO DA PARTE DI

  MEDICI E UTENTI

### OBIETTIVI DELLA FORMAZIONE SUL CAMPO



- ATTIVARE "PACCHETTI" DI PRESTAZIONI PER FACILITARE I PERCORSI DIAGNOSTICI
- RENDERE RAPIDO IL RITORNO INFORMATIVO DA SPECIALISTA A MEDICO PRESCRITTORE
- AUMENTARE IL CONFRONTO FRA COLLEGHI E RENDERE OMOGENEO IL PERCORSO DIAGNOSTICO

# Strumenti oggi necessari per un progetto di audit medico *completo*



SOFTWARE E COLLEGAMENTI ADEGUATI all'interno delle strutture specialistiche, fra medici di famiglia e specialisti, con la direzione di coordinamento



#### • RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI

• BOLZANO 11-10-2010

Larcher Mauro



GOVERNO TEMPI DI ATTESA E PRIORITA' IN SANITA' COME IMPLEMENTARE PROGETTI DI PRIORITA'

TRENTO 14-15 GIUGNO 2011

LARCHER MAURO



S.I.C.A.D.S.

Corso di Aggiornamento Nazionale

Rovereto 8 Marzo, 2010

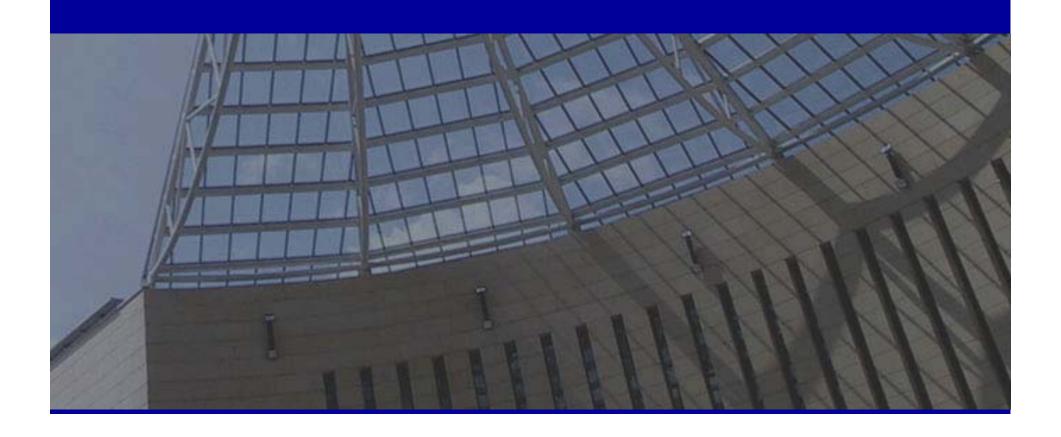
Isabella Bini Mauro Larcher Alessandra Maggioni

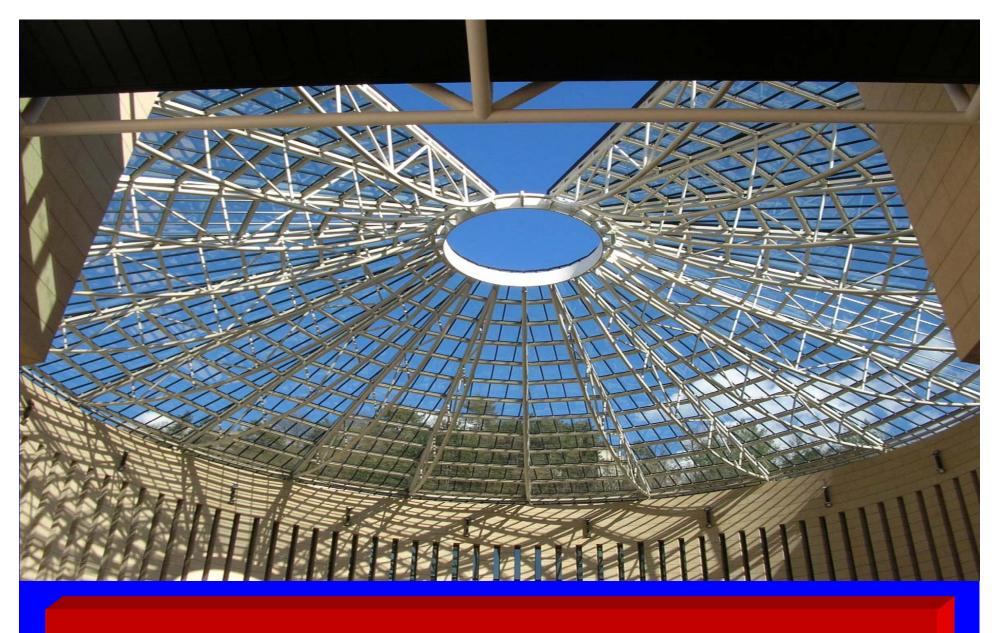
Medici di Medicina Generale Distretto Vallagarina APSS Provincia Autonoma di Trento

# RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI

15 MARZO 2006 TERNI

Mauro Larcher



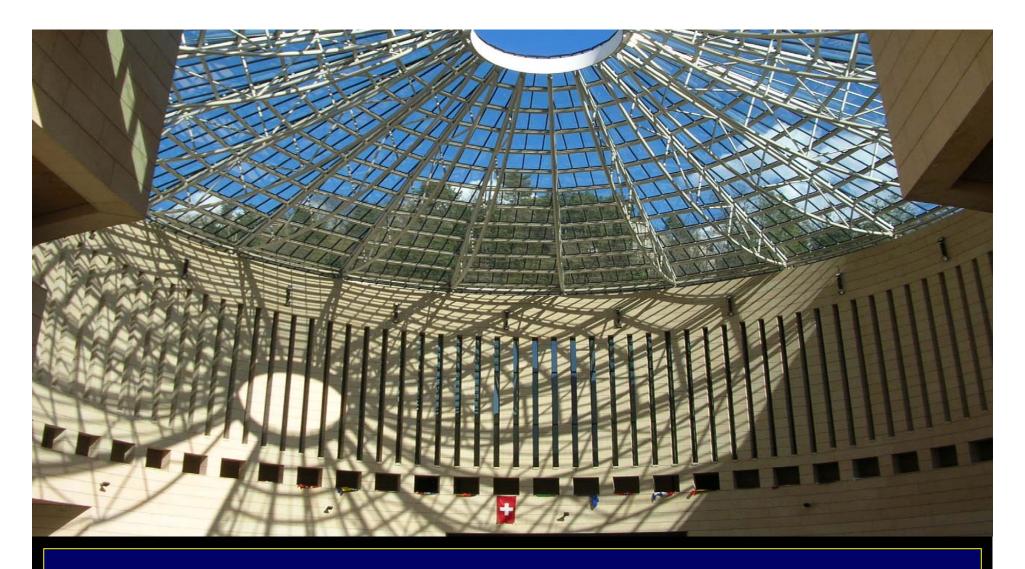


#### PERCORSI CLINICI CONDIVISI



PESCHIERA 7 MAGGIO 2010

ARCHER MAURO



#### PRIORITY SETTING

Follow-up materials

DIPARTIMENTO DI INFORMATICA E STUDI AZIENDALI UNIVERSITA' DI TRENTO

TRENTO 16 NOVEMBRE 2011

LARCHER MAURO

### PERCORSI CLINICI FLOW CHART E CHECK LIST



# STRUMENTI PER LA GESTIONE DEL CAMBIAMENTO TRAMITE PRIORITA' CLINICHE

Coinvolgimento partecipativo degli utilizzatori

Monitoraggio continuo

Revisione periodica dei dati con gli utilizzatori

Procedure scritte a tutti gli utilizzatori

## GRUPPI DI LAVORO

	N.	PERCORSO-AGGIORNATO AL 18 GIUGNO 2009	SPECIALISTI OSPEDALIERI	MMG-PLS
PERCORSI PEDIATRICI	1	ALLERGOLOGIA DERMATOLOGICA PEDIATRICA	BALDO-RIZZOLI	BALDESSARI-DANIELE- ZUANNI
RCORSI	2	ADENOIDI-TONSILLE-ORECCHIO IN PEDIATRIA	BALDO-BONFIOLI	BALDESSARI-DANIELE- ZUANNI
PE	3	LINFOADENOPATIE 0-14 ANNI	PETRONE-PISCIOLI-TILOTTA-SPEZIALI	BALDESSARI-ZUANNI
	4	DOLORE ADDOMINALE (INF. E SUP.)	MAGGIONI	
	5	EMATURIA (vedi anche VIE URINARIE E PROSTATA)	SESSA-SCHINELLA-BRUNORI-DIVAN	MARONATO
	6	GENITALI FEMMINILI (TUMORE)	MICELI-PUSIOL-SANNICOLO'-VENTURA	MOSNA
	7	GONALGIA	FALZONE-MALAVOLTA-ALBERTAZZI	MAGGIONI
	8	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	ESPIRATORIA CRONICA BAROZZI-SELLA	
	9	IPERTENSIONE ARTERIOSA	BIASION-MATTAREI	LARCHER
	10	ANEMIE	LENZI-MATTAREI-PUPILLO	BARBIERI
	11	MALATTIE LINFO-MIELOPROLIFERATIVE	BALDO-FALZONE-LENZI-PETRONE-PUPILLO-SECCHI-ZORZI	BARBIERI
	12	MALATTIE DELLA TIROIDE	LAURO-PARISI-TILOTTA	SILVINO
	13	MAMMELLA (TUMORE)	PUSIOL-STEFENELLI-VENTURA-SANNICOLO'	MOSNA
	14	TUMORI DELLA PELLE (EX MELANOMA)	(EX MELANOMA) SPEZIALI-ZUMIANI-ZORZI E	
	15	OCCHIO ROSSO	FERRARI	MARONATO
	16	PIEDE DIABETICO	AZZOLINI-CARBONARO-MEYER-SPEZIALI	MAGGIONI
	17	POLMONE (TUMORE)	BAROZZI-LESS-SESSA-SELLA-PISCIOLI	MARONATO
	18	PERDITA O COMPROMISSIONE DI COSCIENZA (EX SINCOPE)	VERGARA-VACCARINI-CEMIN-STEGAGNO	BINI
	19	TIA (ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO)	BASSI-STEGAGNO-ROSSI-SOGARO-TILOTTA-VERGARA	BINI
	20	TROMBOEMBOLISMO VENOSO	AZZOLINI-CEMIN-GIRARDELLO-LARCHER-LENZI-MATTAREI-PUPILLO-SESSA-TILOTTA	LARCHER-SPAGNOLLI
	21	VADS (TUMORI VIE AERO DIGESTIVE SUPERIORI)	BONFIOLI-FALZONE-ZORZI MARIA GRAZIA	SILVINO
	22	VERTIGINE	ALBERTAZZI-SOGARO-MORESCO-BONFIOLI-CESARI	BINI
	23	VIE DIGESTIVE (TUMORE)	MEGGIO-LAURO-MASTROMAURO-MOSCATELLI-PELLEGRI-PISCIOLI- STEFENELLI-TASINI	SPAGNOLLI
	24	VIE URINARIE E PROSTATA (TUMORE) vedi anche EMATURIA	CARUSO-SCHINELLA-PISCIOLI-DIVAN	SILVINO

## Disease Management gli strumenti tecnici

- Linee Guida
- Banca Dati
- Indicatori
- Processi di Integrazione
- Processi di autonomizzazione

## Percorsi assistenziali

- Ottimizzano le risorse e i tempi
- Garantiscono un controllo del sistema (governo clinico diversificato)
- Facilitano i percorsi specialistici con i MMG
- Verifica dinamica del processo di cura

#### Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento

Ospedale di Roverero-Distretto della Vallagarina

# Percorsi diagnostico-terapeutici ospedale-territorio

#### **IPERTENSIONE ARTERIOSA**

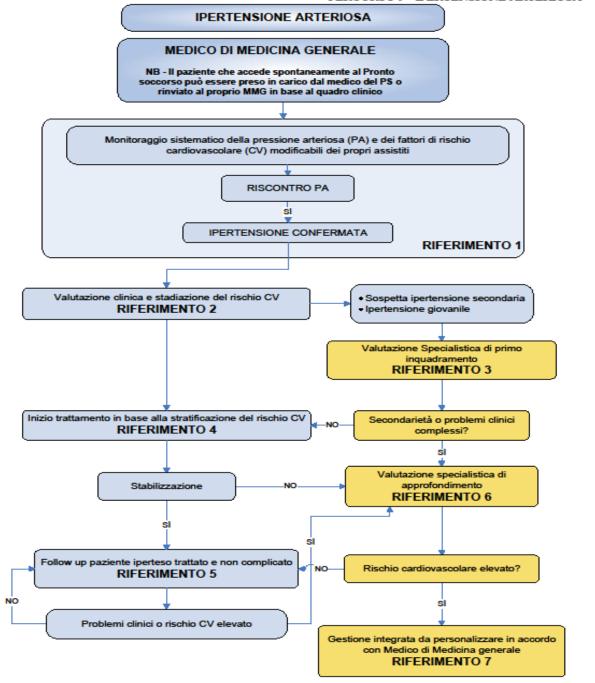
"Migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed i tempi di attesa delle prescrizioni specialistiche, anche attraverso la costruzione ed applicazione di percorsi clinici definiti".

#### A cura di:

Mauro Mattarei UO Medicina Interna Ospedale di Rovereto Mauro Larcher MMG specialista in Cardiologia Distretto Vallagarina Giuliano Mariotti Direzione Medica Ospedale di Rovereto

#### "IPERTENSIONE ARTERIOSA"

☑	SIN	SINTOMI SEGNI E ALTRE VARIABILI					
	Iper	Ipertensione giovanile (esordio ipertensione < 30 anni senza storia familiare)					
	Sos	ospetta ipertensione secondaria					
	□ Rapida comparsa e/o progressione dell' ipertensione						
		□ Ipertensione resistente (target pressorio non raggiunto con 3 o più farmaci)					
		☐ Indizio clinico sospetto per ipertensione secondaria					
			sospetta ipertensione nefroparenchimale				
			sospetta ipertensione nefrovascolare				
			sospetto iperaldosteronismo primario				
			sospetta sindrome di Cushing				
			sospetto feocromocitoma				
			sospetta OSAS (sindrome apnee ostruttive notturne)				
			sospetta coartazione aortica				
			sospetta ipertensione indotta da farmaci				
	Dub	bio rile	evante circa l'opportunità di iniziare un trattamento anche farmacologico				
		ertensione arteriosa resistente (mancato raggiungimento dell'obiettivo pressorio nonostante una erapia a dosaggi adeguati con almeno tre farmaci)					
		ertensione in gravidanza					
	Iper	ertensione inusualmente variabile					
	Imp	portanti fattori di rischio associati non controllati					
		sindrome metabolica					
	□ nefropatia		patia				
		□ importanti complicanze cardiovascolari					
	Dan	Danno rilevante agli organi bersaglio e necessità di miglior controllo della PA					
	Richiesta di seconda opinione (visita specialistica) da parte del paziente						



#### SCHEDA DI VALUTAZIONE E FOLLOW UP DEL PAZIENTE IPERTESO

Data/							
Nominativo Nascita/							
Obiettivi della valutazione clinica:  Confermare l'esistenza di un aumento croni	ico della pressione arterios	sa e determinarne l'entità.	Valori di PA soglia Ambulatorio 140/90				
Ricercare eventuali fattori di rischio cardiova influenzare prognosi e trattamento.	Monitoraggio 24 h 125-130/80 Periodo diurno 130-135/85						
<ul><li>Determinare la presenza di danno d'organo</li><li>Escludere o identificare cause secondarie d</li></ul>	Periodo notturno 120/70 Domicilio 130-135/85						
	DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DEI VALORI DI PRESSIONE ARTERIOSA  Categoria SISTOLICA (mm Hq) DIASTOLICA (mm Hq) • La PA da considerare è la me-						
Ottimale	< 120	< 80	dia di più misurazioni effettuate				
Normale	120-129	80-84	nella stessa visita ed in visite				
Normale alta	130 – 139	85 – 89	successive.				
	140 – 159	90 – 99	Usa uno strumento validato e				
Ipertensione di grado 1 ("lieve")	160 – 179	100 – 109	calibrato dotato di cuffia adeguata				
Ipertensione di grado 2 ("moderata")			alla circonferenza del braccio.				
Ipertensione di grado 3 (" grave")  Ipertensione sistolica isolata	≥ 180	≥ 110 <90	Paziente seduto con il braccio a  licalia dal successione				
ipertensione sistolica isolata	≥ 140	<90	livello del cuore.				
		IZANO LA PROGNOS					
<u>FATTORI DI RISCHIO</u>		GANO SUBCLINICO	MALATTIE CV O RENALI CONCLAMATE  Malattie cerebrovascolari  Ictus ischemico				
Livelli di PAS e PAD (grado)	☐ Ipertofia ventrio						
☐ Pressione pulsatoria(anziani ≥55 mm Hg)		low-Lyons SV1+RV5-6	Emorragia cerebrale				
☐ Età (M > 55 anni; F > 65 anni)☐ Abitudine al fumo	> 38 Cornell (RaVL+SV3)* QRS msec > 2440 mm*msec		Attacchi ischemici transitori (TIA)				
☐ Dislipidemia		: LVMI M ≥ 125; F ≥	☐ Cardiopatie				
- CT > 190 mg/dl o - LDL-C > 115 mg/dl o		. L V IVII IVI 2 125, 1 2	<ul> <li>Infarto miocardio</li> </ul>				
HDL < 40 (M) < 46 (F) mg/dl o		onografica di ispes-	■ Angina				
TG > 150 mg/dl		eria (IMT> 0.9 mm) o	<ul> <li>Rivascolarizzazione coronarica</li> </ul>				
☐ Glicemia a digiuno: 102-125 mg/dl	placche ateromasic		<ul> <li>Scompenso cardiaco</li> </ul>				
☐ Glicemia da carico alterata	☐ Velocità dell'ond	da di polso carotideo-	□ Nefropatie				
□ Obesità addominale (circonferenza addo-			Nefropatia diabetica				
minale $M \ge 102 - F \ge 88$ cm)		o arti inferiori/arti supe-	Insufficienza renale (creatinina >				
☐ Familiarità per m.cardiovascolari preco	ci riori < 0,9		1.5 mg/dl M – 1.4 mg/dl F)  Proteinuria (>300 mg/24 h)				
[IMA e/o ictus(M età< 55 anni; F età<65 anni)		nto creatininemia (M	■ Vasculopatie				
	1.3 – 1.5 mg/dl - F	1.2-1.4 mg/di) Itrato glomerulare (<	<ul> <li>Arteriopatia a. inferiori</li> </ul>				
Numero fattori associati		di Cockroft Gaultl) o del-	Retinopatia avanzata				
EL DIADETE MELLITO		ance (< 60 ml/min for-	<ul> <li>Emorragie o essudati</li> </ul>				
□ DIABETE MELLITO	mula MDRD)		<ul> <li>Papilledema</li> </ul>				
<ul> <li>☐ Glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl</li> <li>☐ Glicemia postprandiale &gt;198 mg/dl</li> </ul>	☐ Microalbuminui						
Gilcernia postprantiale >176 mg/di		creatinina M ≥ 22 F ≥					
☐ SINDROME METABOLICA (alme-	31 mg/g creatinina)						
no 3 di guesti 5 fattori di rischio)							
☐ Obesità addominale	Presenti □ SI	* 🗆 NO	Presenti □ SI * □ NO				
☐ Alterata glicemia a digiuno	Tresenti = 51	<b>-</b> 1.10					
PA ≥ 139/85 mm Hg							
☐ HDL < 40 (M) < 46 (F) mg/dl							
☐ TG > 150 mg/dl							
Indicazione del monitoraggio della P			il paziente al centro di Il livello				
☐ Sospetta ipertensione da camice bianco o		<ul> <li>Sospetta ipertensione s</li> </ul>					
<ul> <li>Netta variabilità PA in ambulatorio stessa</li> </ul>	visita ed in più visite		evero, accelerata, maligna o resistente				
<ul> <li>Resistenza alla terapia.</li> </ul>			ità di iniziare terapia farmacologica				
Sospetta ipotensione (anziani/diabetici); ip			o e/o importanti patologie associate				
□ Ipertensione in gravidanza/preeclampsia		□ Ipertensione in gravidanza					

## CHI GESTISCE I PERCORSI?





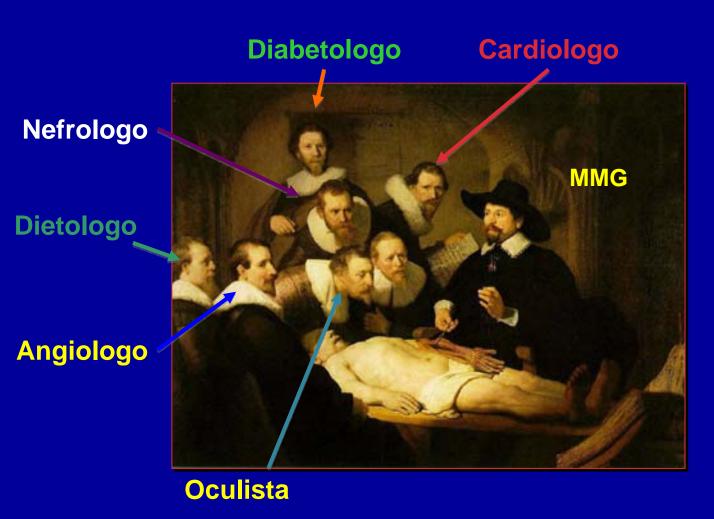
MMG-PLS?



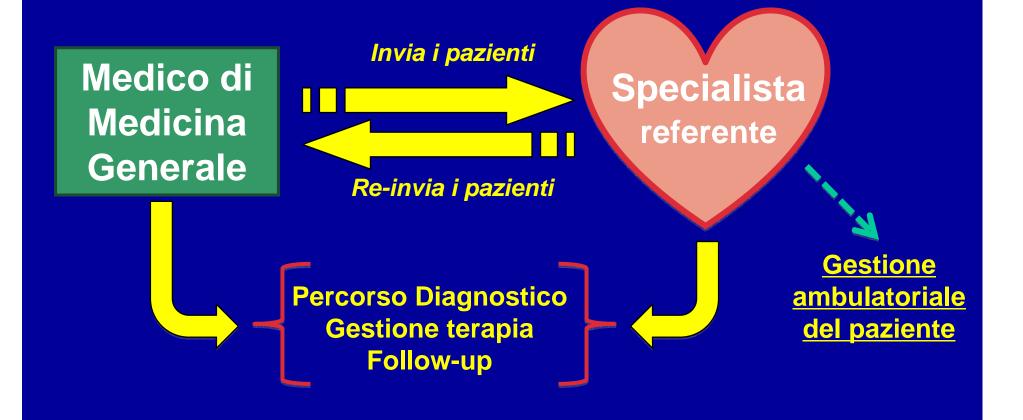
SPECIALISTA OSPEDALIERO?



# Approccio multidisciplinare al paziente



### **CO-GESTIONE**



## Take-home message

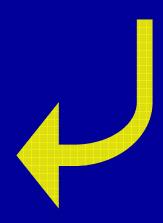
- L'interazione tra MMG e specialista di riferimento è necessaria
- Il MMG ha ruolo di decisore; avvia il percorso diagnostico e co-gestisce il percorso terapeutico e il follow-up dei pazienti
- Lo specialista ha ruolo di consulente e di referente, interviene sul percorso diagnostico-terapeutico su richiesta del MMG e co-gestisce il follow-up e le eventuali complicanze

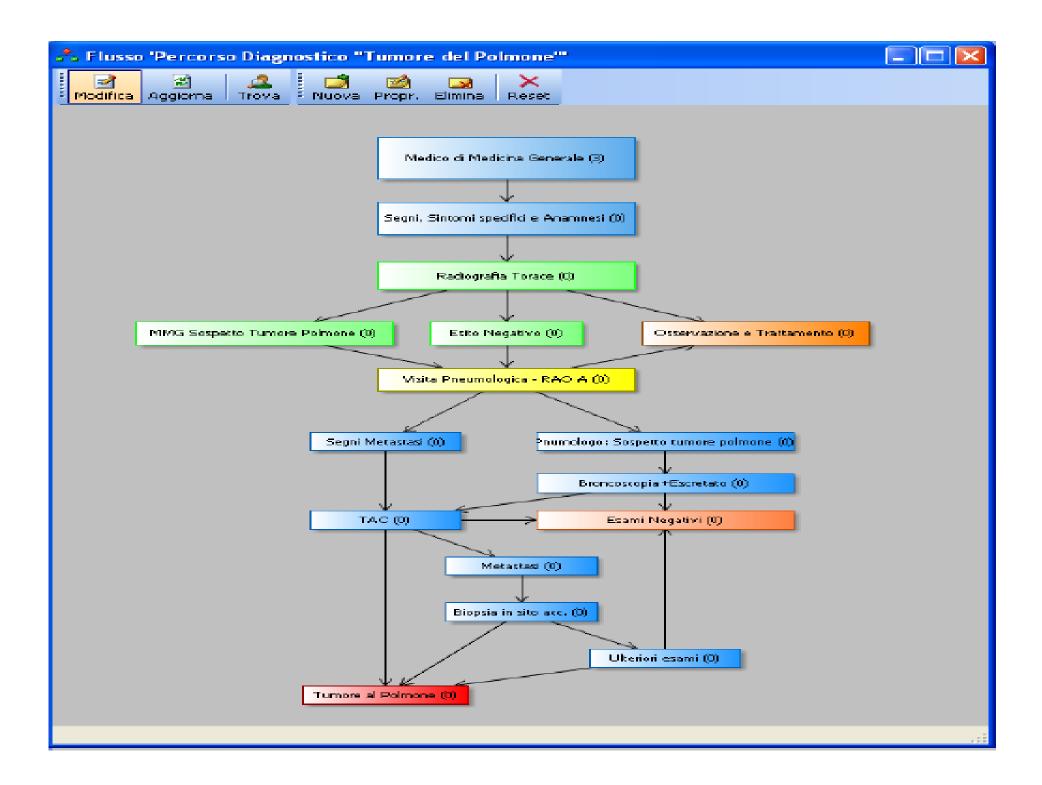
## UN POSSIBILE SOFTWARE "PILOTA"

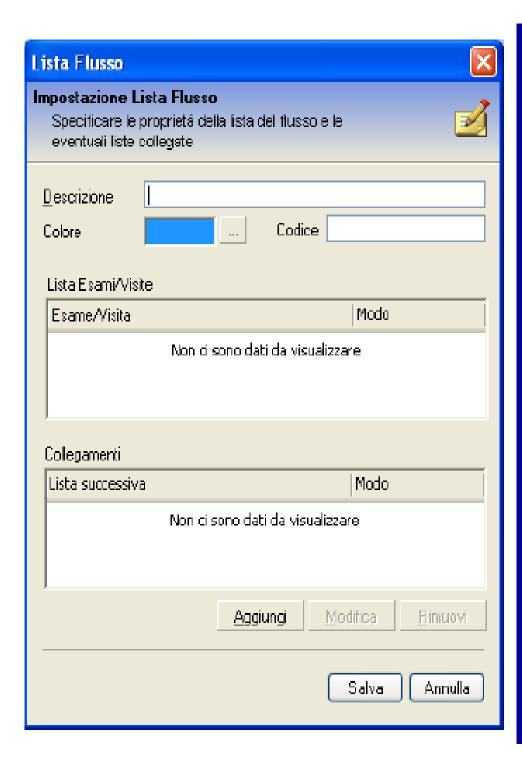
#### Questionario dei segni/sintomi per la patologia relativa al "Tumore al Polmone"

Sintomi segni e altre variabili				
Familiarita' per neoplasie	Si			
Tosse	No			
Dispnea	Si			
Emoftoe	Si			
Dolore Toracico	No			
Calo di Peso	No			
Febbre	Si			
Esami ematochimici alterati:				
Emocromo	Si			
PCR	No			
RX Torace effettuato	Si			

Ipotesi di questionario che dovrà essere compilato dal MMG nel momento in cui un paziente viene inserito nel percorso diagnostico.







Prototipo lista di flusso.

L'elenco degli esami e visite permette di specificare le prescrizioni necessarie quando un paziente si trova nella cella indicata. Con un semplice clic il MMG potrà compilare automaticamente la ricetta SSN che comunque potrà essere modificata prima della stampa.

## CHI GOVERNA?

- Chi ha le competenze
- Chi ha condiviso
- Chi ha chiari compiti e responsabilità
- Chi ha i processi di misura
- Chi è CONSAPEVOLE del processo
- tutti anche e soprattutto il paziente

## Grazie per l'attenzione e la pazienza

