Università degli Studi di Trento

Assessorato alle Politiche per la Salute - Provincia Autonoma di Trento

MASTER

Management per dirigenti sanitari

- Trento, 12-13 Settembre 2013

PRIORITY SETTING
La gestione delle priorità cliniche e dei percorsi clinici

Giuliano Mariotti

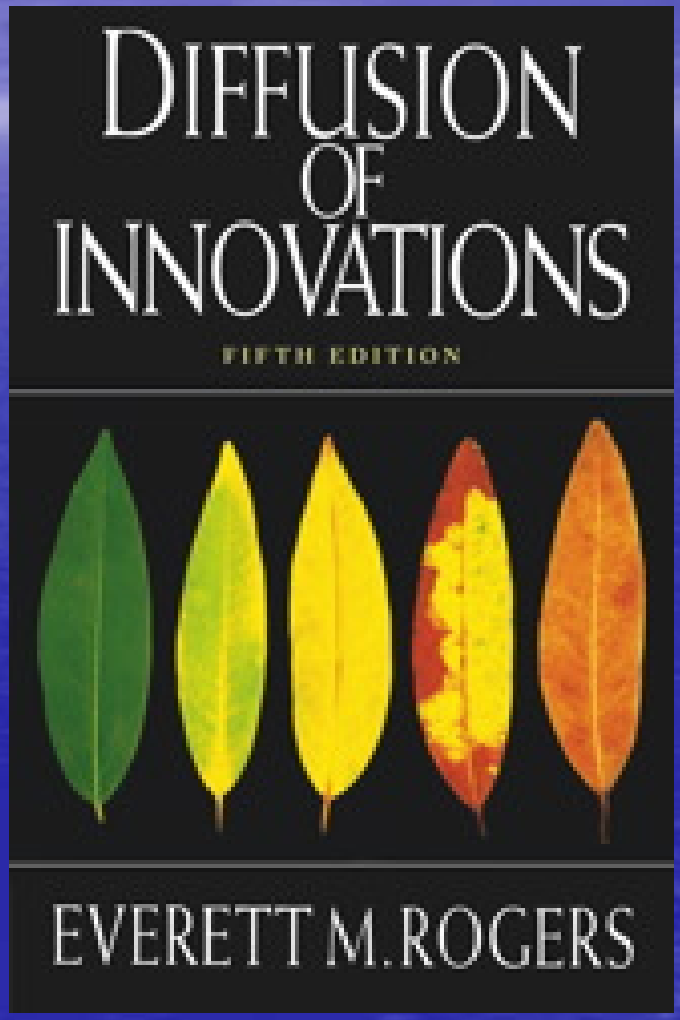
Direttore Medico, Ospedale di Rovereto,
APSS, Provincia Autonoma di Trento.
Gruppo Tecnico Liste e Tempi di Attesa Ministero della Salute.

Programma

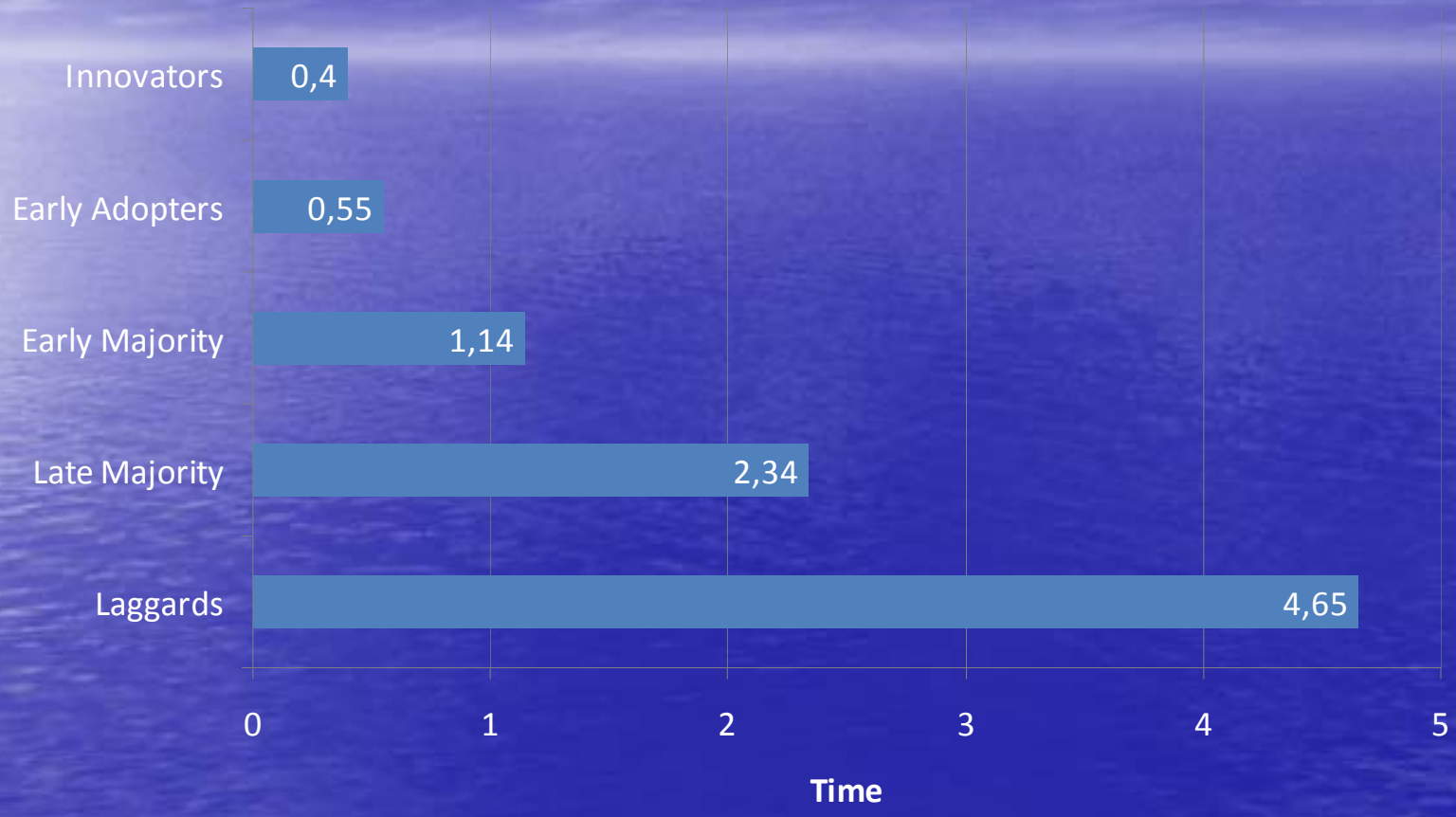
- Come diffondere un'innovazione ?
- Carenza di risorse e governance della domanda ?
- Tempi di attesa e priorità come "innovazione"
- Altri approcci empirici alla gestione dei tempi di attesa
- Esperienza di prestazioni diagnostiche con priorità in APSS
  - Monitoraggio
  - Concordanza
  - Feedback
  - Aiuto alla decisione
- Prescrizione di prestazioni specialistiche e cure primarie
  - Esperienza di percorsi per sospetti diagnostici in APSS
  - Case manager ?
  - Monitoraggio ?

PRIMA PARTE

COME DIFFONDERE UN'INNOVAZIONE ?

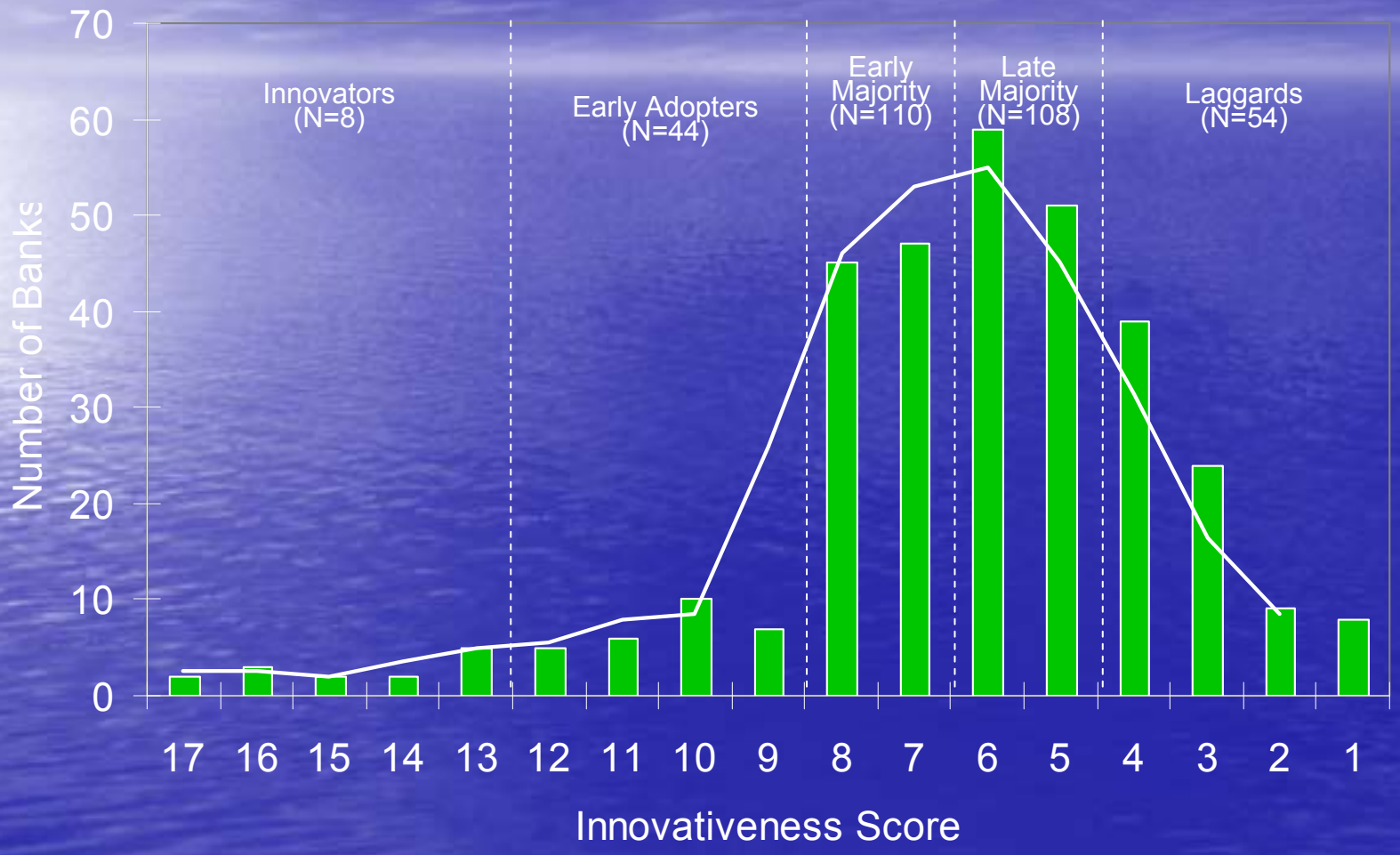


Innovation-adoption periods.
Based on data from 148 Iowa farmers



Beal and Rogers, 1960

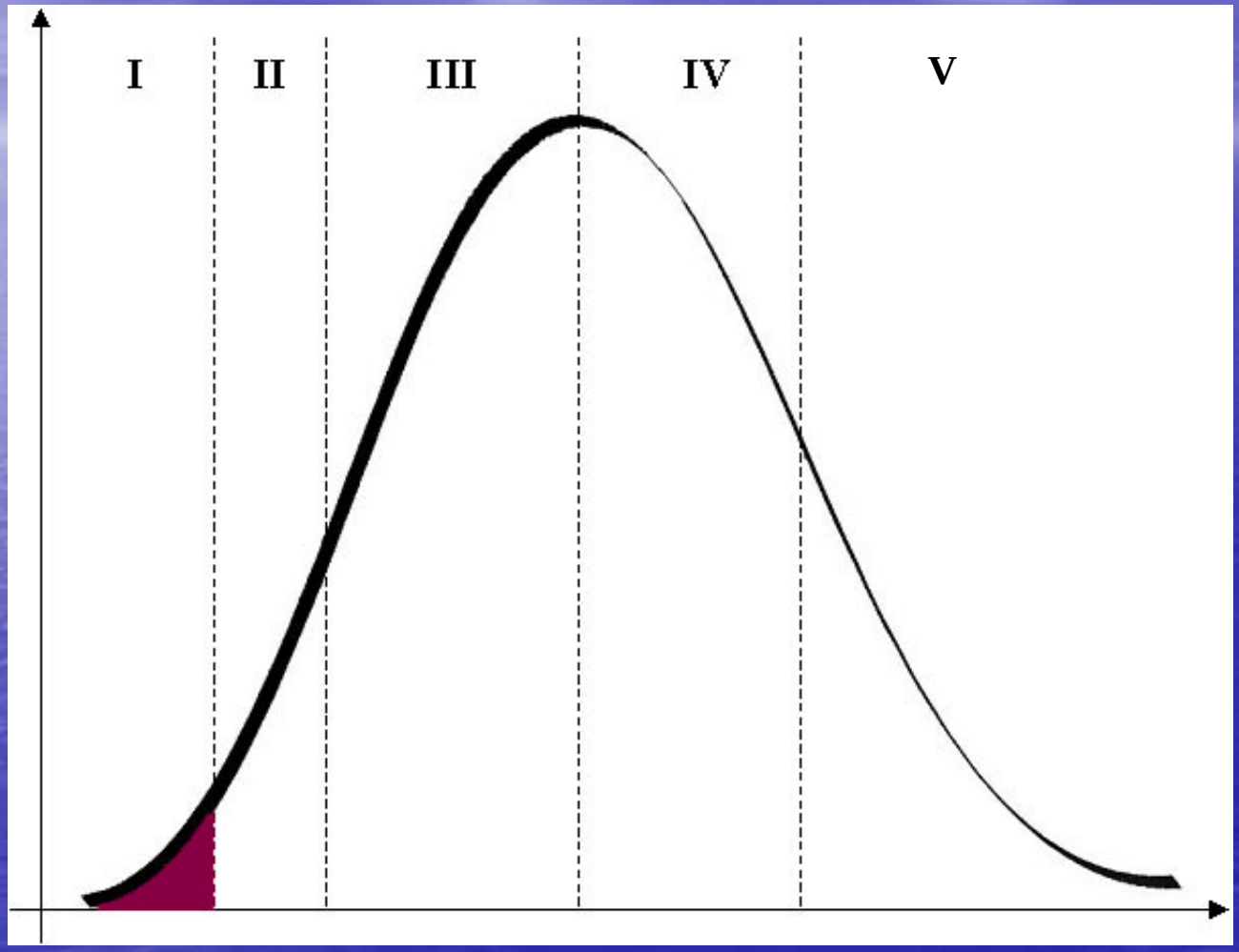
Categorie degli adottanti tecnologie di comunicazione innovative in 324 Istituti Bancari Germanici sulla base di uno Innovativeness Score



Mahler and Rogers, 1999

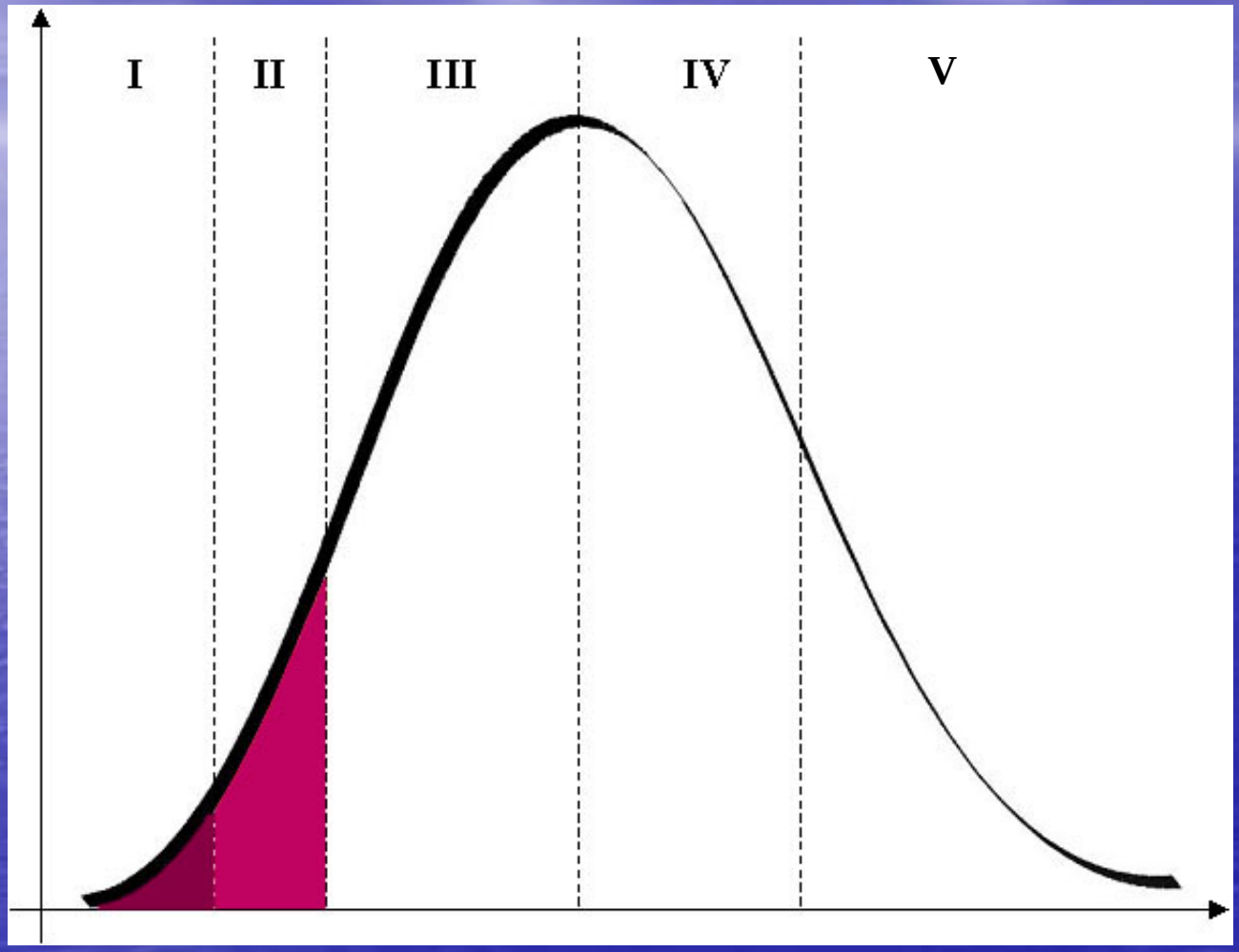
Da chi iniziare?

Rogers E.M., The Diffusion of Innovations, 1962



Da chi iniziare?

Rogers E.M., The Diffusion of Innovations, 1962

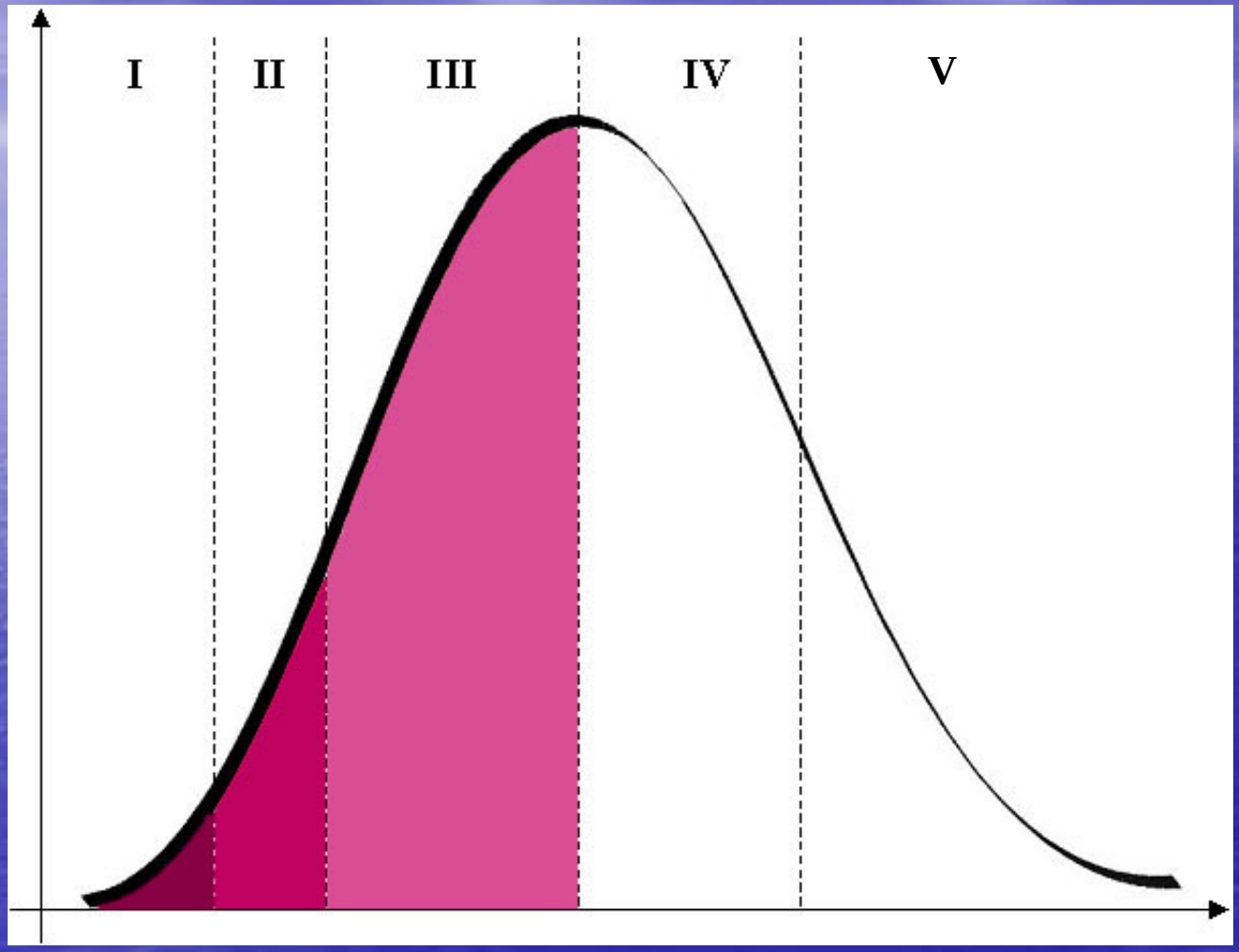


Innovatori | Primi adottanti | Tardi adottanti | Refrattari | Nocciolo duro dei resistenti

AGENZIA per i SERVIZI SANITARI REGIONALI

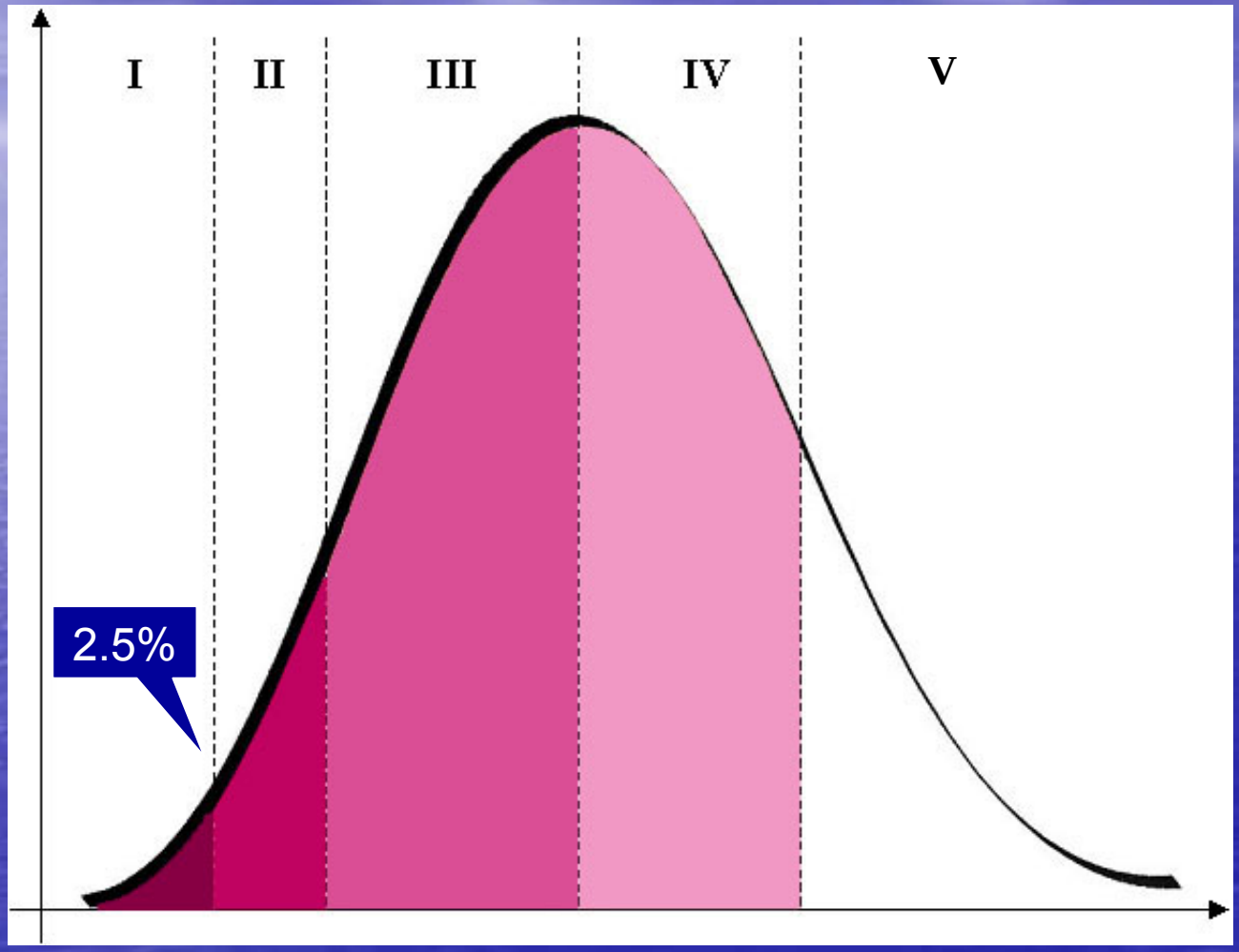
Da chi iniziare?

Rogers E.M., The Diffusion of Innovations, 1962



Da chi iniziare?

Rogers E.M., The Diffusion of Innovations, 1962



AGENZIA per i SERVIZI SANITARI REGIONALI

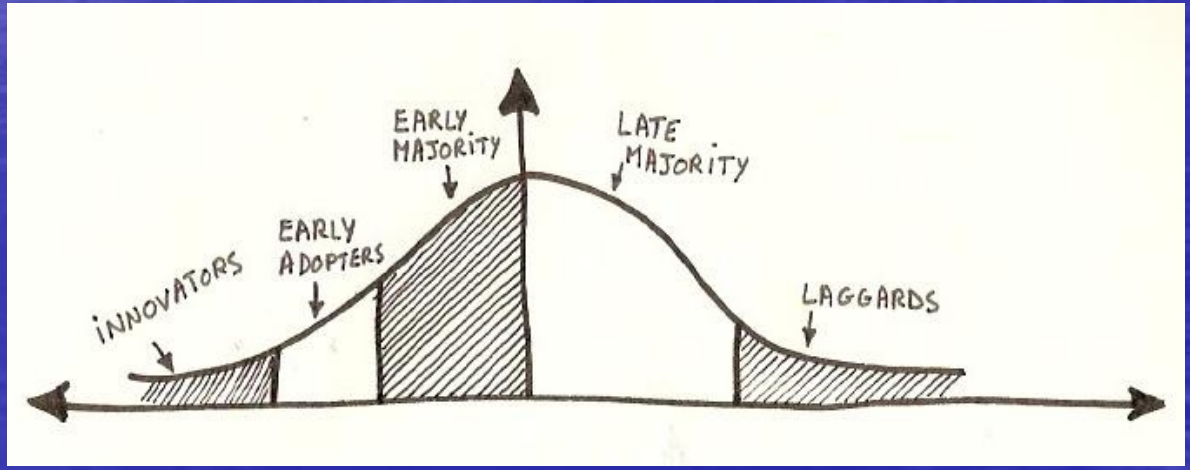
Innovazione

Una *innovazione* è un'idea, un'attività o un oggetto che è percepita/o come "nuova/o" da un soggetto o da *un'unità di adozione* (…) Se un'idea è percepita come nuova da un soggetto, è un'innovazione.

Rogers, 2003

La diffusione dell'innovazione

La *diffusione* è il processo tramite il quale una *innovazione* è *comunicata* attraverso determinati *canali di comunicazione*, nel corso del *tempo*, tra i componenti di un *sistema sociale*.



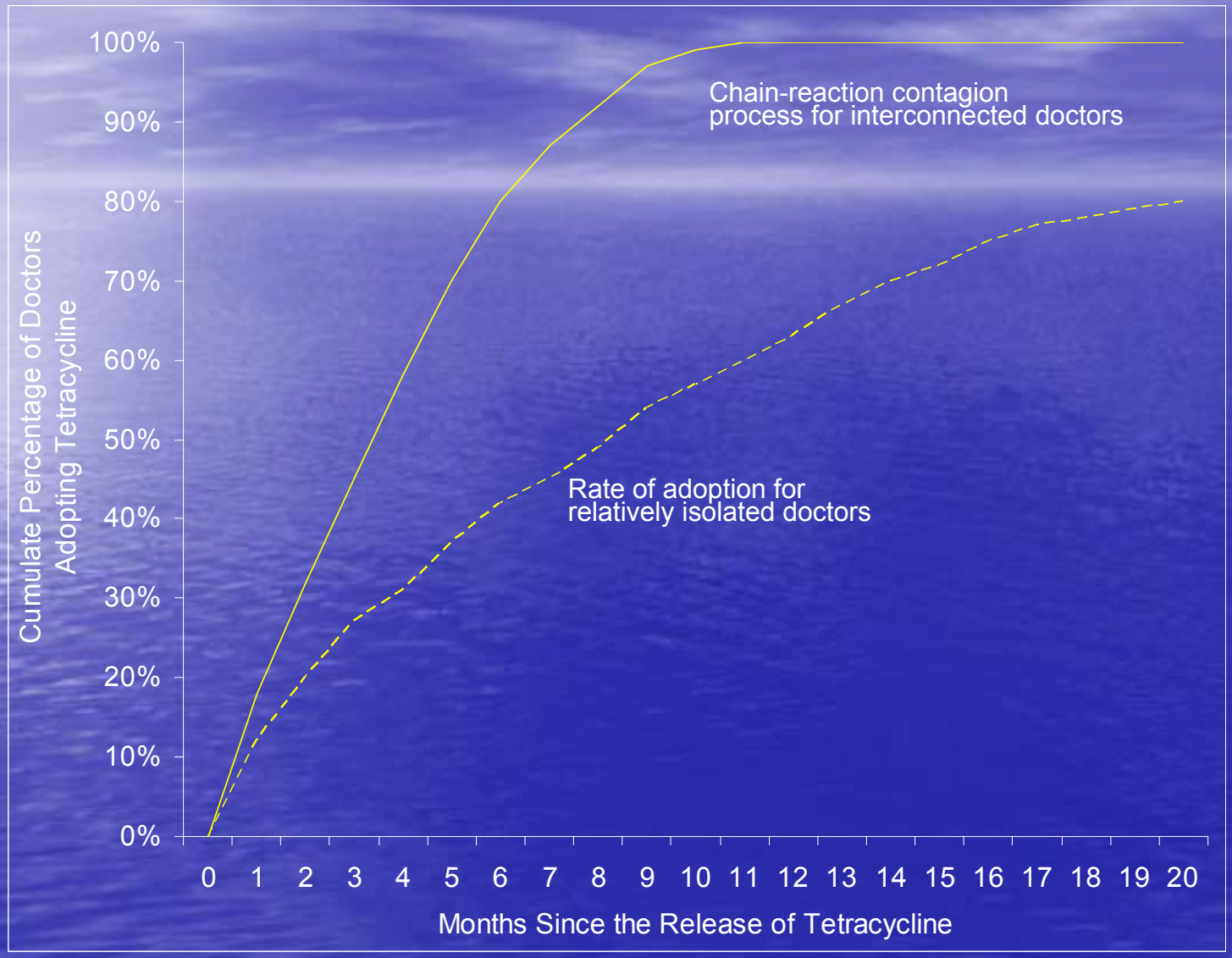
Rogers, 2003

Sistema Sociale

Un *sistema sociale* è definibile come un insieme di unità correlate fra loro che sono riunite per raggiungere un obiettivo comune, cercando pratiche soluzioni ai problemi che incontrano.

Rogers, 2003

Rate of Adoption of Tetracycline



Coleman and others, 1966

Tempo di adozione delle Tetracicline

Le interconnessioni di un soggetto all'interno di un sistema sociale sono positivamente correlate alla tendenza all'innovazione del soggetto stesso.

Gli individui, nel decidere se adottare o non adottare un'innovazione, dipendono principalmente dalle esperienze a loro comunicate da altri individui *molto simili* a loro e che hanno già adottato quella nuova idea.

Rogers, 2003

The Six Perceived Attributes of Innovations

1. Relative Advantage
2. Compatibility
3. Complexity
4. Trialability
5. Observability
6. Re-invention

Rogers, 2003

CARENZA DI RISORSE E *GOVERNANCE* DELLA DOMANDA ?

Offerta e mercato libero

Nel mercato ove vige la logica del profitto, la possibilità e la disponibilità a pagare determinano la segmentazione della domanda e dell'offerta da parte delle aziende, per soddisfare anzitutto i clienti che possono determinare mantenimento o incremento del profitto.

Offerta e “mercato” pubblico

Ove prevale la regolazione dell’accesso da parte dell’ente pubblico, delle mutue, delle assicurazioni o di altre terzi paganti, la scarsità inevitabile delle risorse è dovuta non solo alla carenza di risorse fisiche (personale specializzato, attrezzature specialistiche, organi per trapianti, ecc.) ma anche alla difficoltà di incrementare il finanziamento della sanità.

Offerta e aumento delle tasse ?

Teoricamente, si potrebbero aumentare le entrate del terzo pagante, ma nell'attuale situazione è molto difficile prevedere un aumento delle imposte statali o dei contributi mutualistici o dei premi assicurativi ...

Nel ”mercato” pubblico…

… Sulla base dei presupposti delineati, che indicano una domanda in eccesso rispetto all’offerta disponibile, inevitabile sarà la selezione della domanda da soddisfare.

… *Governance* della domanda.

Governance Alliance

Mariotti G., 12-13.9.2013

… about organizational theories

- Education
- Persuasion
- Power
- Plan

COMAC/HSR CBO, 1991

PERSUASIONE

COMAC/HSR CBO, 1991

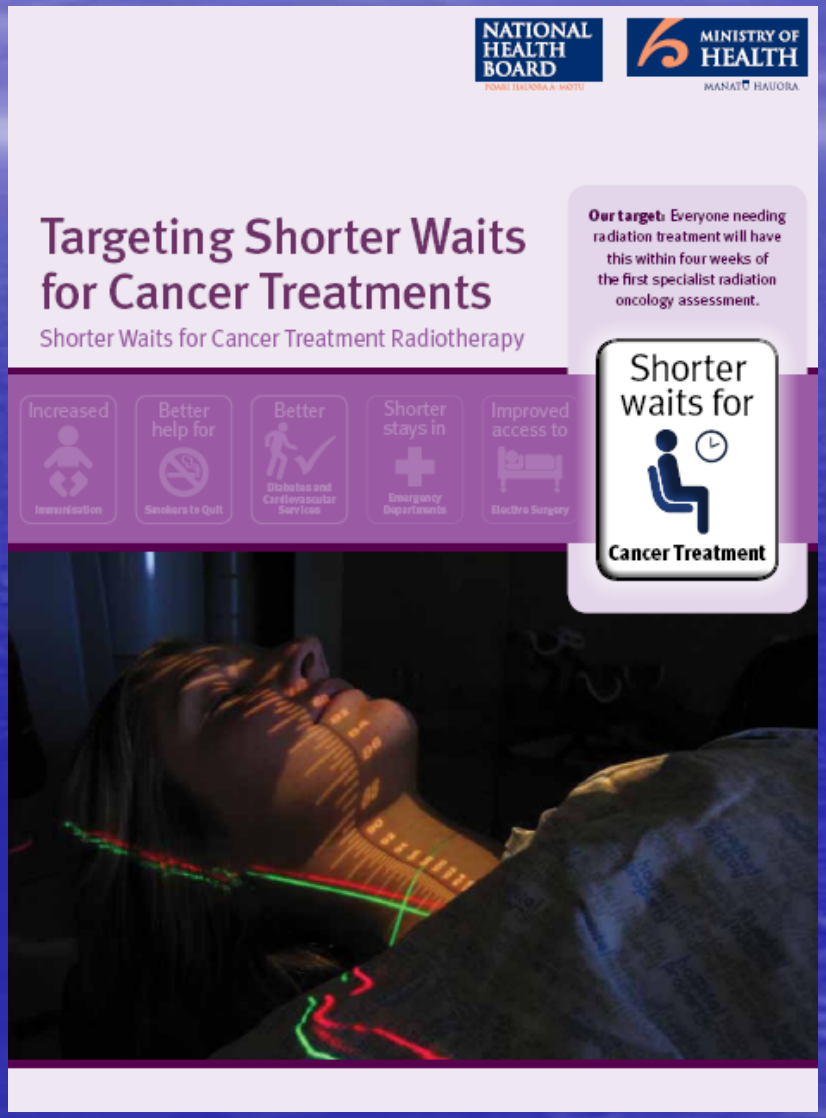
- **Alla base del metodo della persuasione vi è l'idea che il comportamento non sia influenzato soltanto dall'incremento del livello di conoscenza ma anche dal contesto sociale in cui tale comportamento si manifesta.**
- **Il passaggio dall'apprendimento di nuova conoscenza alla sua applicazione nella routine quotidiana è fortemente influenzato dal contesto sociale: "Quali sono i colleghi che rispetto e con i quali ho forti relazioni di lavoro ?".**
- **Tale atteggiamento può essere utilizzato per ottenere e mantenere il rispetto reciproco, oppure i membri "influenzanti" dello staff possono essere utilizzati per promuovere il cambiamento**

Le basi di potere

- Potere coercitivo
- Potere di legittimazione
- Potere esemplare
- Potere specialistico
- Potere incentivante
- Potere informativo
- Potere connettivo

Hersey and Blanchard, 1982

TEMPI DI ATTESA E PRIORITÀ COME "INNOVAZIONE"?



EDITOR'S CHOICE

It's the evidence, stupid

Editorials, p 863
Feature, p 900
Analysis, p 903

Toy figures on cake (excluding baby) with kind permission of Geobra Brandstätter GmbH & Co. KG, Germany. PLAYMOBIL is a registered trademark of Geobra Brandstätter GmbH & Co. KG, for which also the displayed PLAYMOBIL toy figures are protected.
Cake made by Lisa Rowton.

Nearly 20 years ago, the US state of Oregon embarked on a brave experiment to explicitly ration health care. The aim was to create and then whittle away at a prioritised list of treatments covered by the state funded Medicaid programme so that the available money would cover more people. With the global credit crunch likely to make scarce resources even scarcer, this week's BMJ looks back at what can be learnt from Oregon and forward to how we should ration health care in the future.

As Vidhya Alakeson explains (p 900), the unique thing about Oregon's 1989 health plan was its commitment to being both systematic and transparent. But it hit the rocks of an economic downtum, and almost no other health system has adopted the approach. Oregon's latest attempt at health reform is more sophisticated, but, says Alakeson, it may prove just as unlucky in its timing. As Doug Kamerow writes (p 902), America's economic crisis has pushed health care off the agenda. He is scathing about President Bush's subversion of scientific evidence for political ends. A new president should swiftly recommit to science, transparency, and public scrutiny, he says.

colleagues de
all three appr

It's interesti
mention by ar
editorial by G
Donaldson ar
don't deliver
for this in Key
study of overu
media (p 918

It comes ba
evidence that
value for mon
The evidence
the starting p
to complemer
because of a l
UK's only prof
889). It seems
medicine are
behind their r
to lobbying, i
action. Ernst
recent months

Fiona Godlee, editor, *BMJ*, 18 October 2008, Volume 337

What if I do not agree with my priority category assignment?

You have the right to appeal through an informal administrative review, mediation or a hearing. Your counselor will inform you about the appeal options.

You may also request assistance from the Client Assistance Program (CAP):

Oregon Client Assistance Program

(Voice)	503-243-2081 800-452-1694
(TTY)	503-323-9161
(VP)	866-863-7179
(FAX)	800-513-2321

Where else may I seek services?

OVRS Information and Referral will tell you about other employment-related resources in your area.

NOTE: *If you have a current, signed employment plan dated before January 15, 2009, your plan services will NOT be affected by Order of Selection.*

DHS
Oregon Department of Human Services

Upon request this publication can be furnished in an alternate format for individuals with disabilities by contacting: the Office of Vocational Rehabilitation Services, telephone: 503-945-5880.

Available formats are: large print, Braille, audio tape recording, electronic format and oral presentation.

DHS 9677 (Rev. 3/2009)

DHS: CHILDREN, ADULTS AND FAMILIES DIVISION

OFFICE OF VOCATIONAL REHABILITATION SERVICES

Understanding Order of Selection

DHS | Independent. Healthy. Safe.

PRIORITIZED LIST OF HEALTH SERVICES
2008-09

Diagnosis: PREGNANCY (see Guideline Note 1)
Treatment: MATERNITY CARE
ICD-9: 640-677,V22.0-V22.1,V23.0-V23.1,V23.3-V23.9,V24,V28,V72.4
CPT: 12021,57022,57700,58520,59001,59012,59015,59020,59025,59030,59050-59051,59070-59076,
59100-59622,59830,59866,59871,76813-76814,99024,99051,99060,99070,99078,99201-99362,
99374-99375,99379-99440
HCPCS: S0265,S2401,S2402,S2403,S2405,S2411,S8055
Line: 1

Diagnosis: BIRTH OF INFANT
Treatment: NEWBORN CARE
ICD-9: 763,765.29,779.81-779.82,779.84,779.89,V30-V37
CPT: 92586,99024,99051,99060,99070,99078,99201-99362,99374-99375,99379-99440
Line: 2

Diagnosis: PREVENTIVE SERVICES, BIRTH TO 10 YEARS OF AGE (See Prevention Tables)
Treatment: MEDICAL THERAPY
ICD-9: V01.0-V01.2,V01.4-V01.9,V02,V03.2,V03.5-V03.9,V04.0,V04.2-V04.3,V04.6,V04.81-V04.82,
V04.89,V05.0-V05.1,V05.3,V05.8,V06.1,V06.3-V06.6, V07.0,V07.2,V17.0-V17.7,V18.0-V18.4,
V18.6-V18.9,V19-V20,V65.41-V65.45,V71.09,V72.0-V72.1,V73-V75,V77-V81,V82.0-V82.6,
V82.8-V82.9
CPT: 90471-90472,92002-92014,92586,99024,99051,99060,99070,99078,99201-99362,99374-99375,
99379-99440
HCPCS: H0001,H0002,H0031
Line: 3

Diagnosis: PREVENTIVE SERVICES, OVER AGE OF 10 (See Prevention Tables)(See Guideline Note 2)
Treatment: MEDICAL THERAPY
ICD-9: V01.0-V01.2,V01.4-V01.9,V02,V03.2,V03.5-V03.9,V04.0,V04.2-V04.3,V04.6,V04.81,V04.89,
V05.0-V05.1,V05.3,V05.8,V06.1,V06.3-V06.6, V07.0,V07.2,V07.4,V16,V17.0-V17.7,V18.0-
V18.4,V18.6-V18.9,V19,V50.41,V65.41-V65.45,V70.0,V71.09,V72.0-V72.1,V72.3,V73-V81,
V82.0-V82.6,V82.8-V82.9
CPT: 19303-19304,19340-19350,19357-19369,90471-90472,92002-92014,99024,99051,99060,99070,
99078,99201-99362,99374-99375,99379-99440
HCPCS: G0117,G0118,H0001,H0002,H0031,S0613
Line: 4

Diagnosis: ABUSE OR DEPENDENCE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCE
Treatment: MEDICAL/PSYCHOTHERAPY
ICD-9: 291.1,303.9,304,305.0,305.2-305.9
CPT: 90801-90829,90846-90862,90882,90887,96101,97810-97814,99051,99060,99201-99255
HCPCS: H0001,H0002,H0004,H0005,H0006,H0012,H0016,H0020,H0031,H0033,H0034,H0035,H0048,H2010,
H2013,H2035,T1006,T1013,T1016,T1502
Line: 5

Diagnosis: TOBACCO DEPENDENCE (See Guideline Note 3)
Treatment: MEDICAL THERAPY/BRIEF COUNSELING NOT TO EXCEED 10 FOLLOW-UP VISITS OVER 3 MONTHS
ICD-9: 305.1
CPT: 97810-97814,99071,99078,99201-99215,99372
HCPCS: D1320,G9016,S9075,S9453
Line: 6

Diagnosis: REPRODUCTIVE SERVICES
Treatment: CONTRACEPTION MANAGEMENT; STERILIZATION
ICD-9: V24.2,V25.0-V25.2,V25.4-V25.9,V26.2,V26.4
CPT: 11975-11977,11981-11983,55250,55450,57170,58300-58301,58565,58600-58615,58670-58671,
99024,99051,99060,99070,99078,99201-99362,99374-99375,99379-99440
HCPCS: S4981,S4989,T1015
Line: 7

Diagnosis: OBESITY (See Guideline Note 4)
Treatment: INTENSIVE NUTRITIONAL/PHYSICAL ACTIVITY COUNSELING AND BEHAVIORAL INTERVENTIONS
ICD-9: 278.00-278.01
CPT: 99051,99078,99201-99362,99374-99375,99381-99412
Line: 8

PRIORITIZED LIST OF HEALTH SERVICES
2008-09

Diagnosis: CARDIOVASCULAR CONDITIONS WITH NO EFFECTIVE TREATMENTS OR NO TREATMENT NECESSARY
Treatment: EVALUATION
ICD-9: 429.3,429.81-429.82,429.89,429.9,747.9
CPT: 99201-99255
Line: 673

Diagnosis: SENSORY ORGAN CONDITIONS WITH NO EFFECTIVE TREATMENTS OR NO TREATMENT NECESSARY
Treatment: EVALUATION
ICD-9: 360.30-360.31,360.33,362.37,362.42-362.43,362.8-362.9,363.21,364.5,364.60,364.9,
371.20,371.22,371.24,371.3,371.81,371.89,371.9,372.40-372.42,372.44-372.45,372.50-
372.52,372.55,372.8-372.9,374.52-374.53,374.81-374.83,374.9,376.82,376.89,376.9,
377.03,377.1,377.4,377.6,379.24,379.29,379.4-379.8,380.9
CPT: 99201-99255
Line: 674

Diagnosis: NEUROLOGIC CONDITIONS WITH NO EFFECTIVE TREATMENTS OR NO TREATMENT NECESSARY
Treatment: EVALUATION
ICD-9: 333.82,333.84,333.91,333.93
CPT: 99201-99255
Line: 675

Diagnosis: DERMATOLOGICAL CONDITIONS WITH NO EFFECTIVE TREATMENTS OR NO TREATMENT NECESSARY
(See Guideline Note 25)
Treatment: EVALUATION
ICD-9: 287.2,287.8-287.9,696.3-696.5,709.0,757.2-757.3,757.8-757.9
CPT: 99201-99255
Line: 676

Diagnosis: RESPIRATORY CONDITIONS WITH NO EFFECTIVE TREATMENTS OR NO TREATMENT NECESSARY
Treatment: EVALUATION
ICD-9: 519.3,519.9,748.60,748.69,748.9,770.13,770.15,770.85
CPT: 99201-99255
Line: 677

Diagnosis: GENITOURINARY CONDITIONS WITH NO EFFECTIVE TREATMENTS OR NO TREATMENT NECESSARY
Treatment: EVALUATION
ICD-9: 593.0-593.1,593.6,607.9,608.3,608.9,621.6,621.8-621.9,626.9,629.2,629.8,752.9
CPT: 99201-99255
Line: 678

Diagnosis: MUSCULOSKELETAL CONDITIONS WITH NO EFFECTIVE TREATMENTS OR NO TREATMENT NECESSARY
Treatment: EVALUATION
ICD-9: 716.9,718.00,718.10,718.20,718.50,718.60,718.80,718.9,728.5,728.84,728.87,728.9,
731.2,738.2-738.3,738.9,744.5-744.9,748.1,755.9,756.2,756.9
CPT: 99201-99255
Line: 679

Diagnosis: GASTROINTESTINAL CONDITIONS WITH NO EFFECTIVE TREATMENTS OR NO TREATMENT NECESSARY
Treatment: EVALUATION
ICD-9: 527.0,569.9,573.9,576.5-576.9
CPT: 99201-99255
Line: 680

International Experience of rationing (or priority setting)

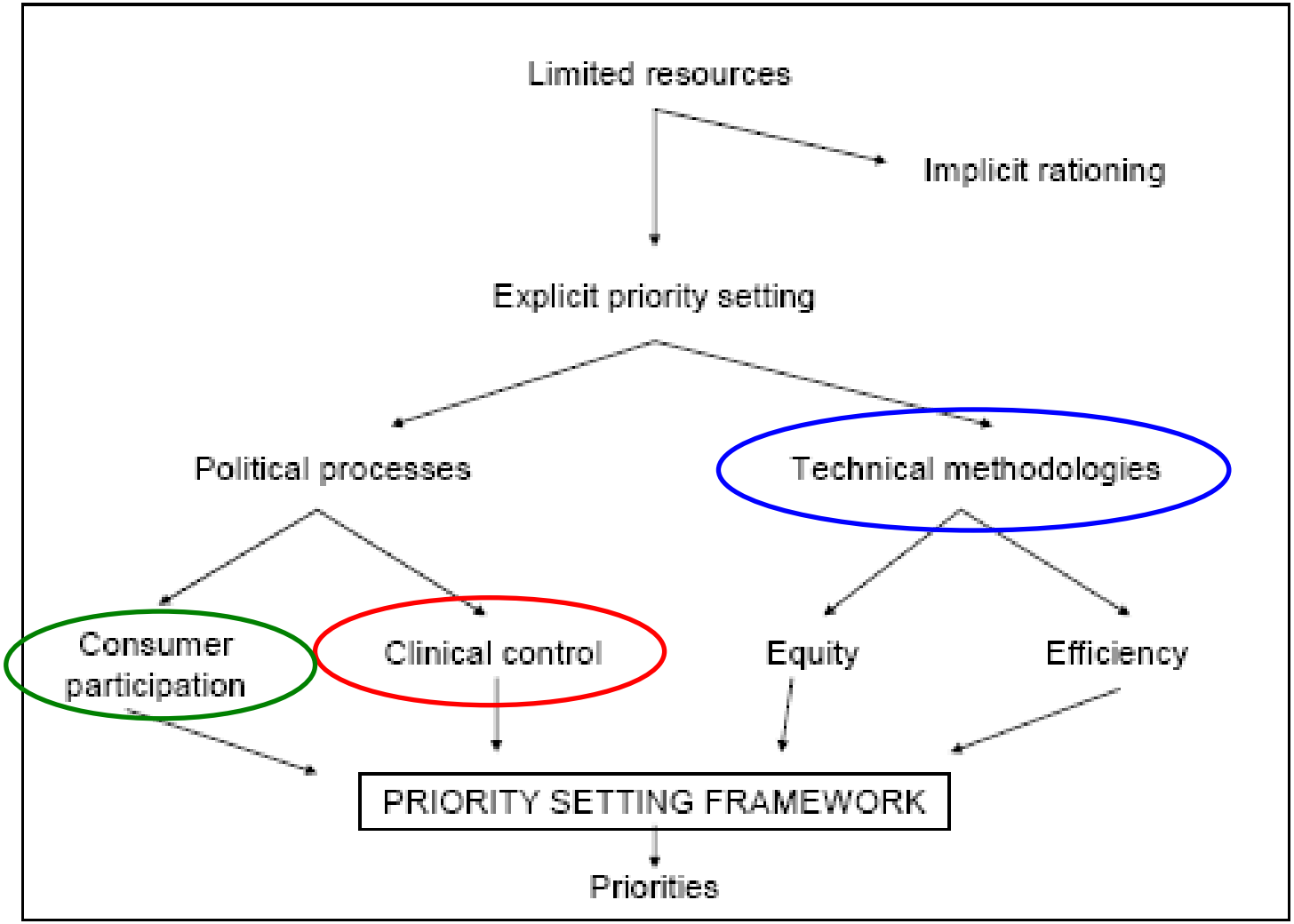
What the lessons that emerge from int'l and so far experiences
(Oregon, Sweden, the Netherlands, United Kingdom, New Zealand)

1. It is clear that responsibility for rationing rests at a number of levels in regulated health care systems. It occurs simultaneously at the macro (government), meso (hospital or institution), and micro (bedside) levels…
2. Explicit rationing at all levels involves both the use of techniques and the application of judgments…
3. While the views and advice of medical and other experts are drawn on extensively, there is increasing interest in widening the debate to include the public and patients' representatives…
4. Attempts to be more explicit about rationing have revealed the difficulty of defining a basic basket of services or benefits package by excluding some treatments from funding.

   «… The approach we decided to take was one that has flexibility to take account of an individual's circumstances when deciding if a service or treatment should be publicly funded… »
5. (A consequence of) the difficulty of 'rationing by exclusion' is that setting priorities by drawing up guidelines for the provision of services has attracted increasing interest.
6. Emphasis on evidence-based guidelines as a mechanism of rationing is part of a much wider movement to strengthen the scientific basis of medicine…
7. Emphasis on judgment in arriving at decisions has drawn attention to the role of values in rationing (e.g.: human dignity, equity, efficiency)…
8. Increasing interest shown in the process of decision making…

Ham C & Coulter A, 2000

Priority setting and Clinical control



Leggat S, 2004

Moving forward on rationing

Twelve years ago (*BMJ* 1996;312:1553-4) the *BMJ* argued that health systems needed to be explicit about rationing and ran articles about different ways of rationing fairly. Here a clinician, two ethicists, and four health economists discuss how their ideas have since developed and been put into practice

BMJ, 18 October 2008, Volume 337

A clinical view

An ethical perspective

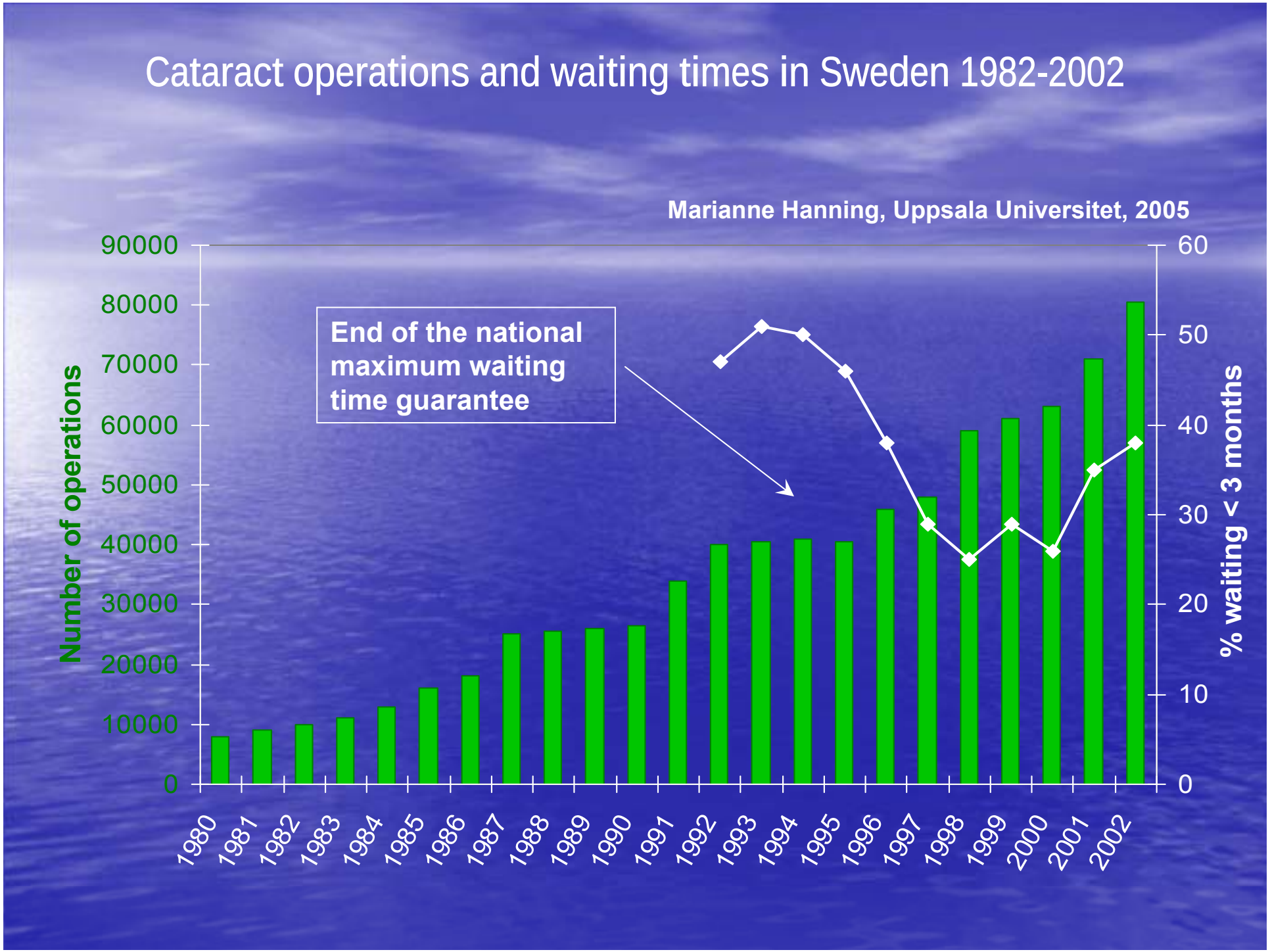
An economic view

ALTRI APPROCCI EMPIRICI ALLA GESTIONE DEI TEMPI DI ATTESA

http://goo.gl/xEmS8

- Revisione periodica delle liste
- Rivalutazione periodica dei pazienti
- Attese massime garantite con incremento selezionato delle risorse
- Feedback continuo dei tempi d'attesa ai medici di medicina generale
- Riduzione della frequenza dei controlli
- Contrasto del *drop out*
- Agende di prenotazione centralizzate

Cataract operations and waiting times in Sweden 1982-2002



Incentivi e target sui tempi di attesa
(Targets and Terror, Propper et al., 2008)

- Target sui tempi di attesi possono causare una mancata applicazione delle priorità, ma in alcuni casi, se accompagnati a penalizzazioni (Inghilterra), possono ridurre i tempi di attesa
- Penalizzazioni molto severe per mancato rispetto dei target = top managers a rischio di perdere il proprio lavoro ('targets e terrore')

tratto da: Siciliani L., 2011

Targets and Terror (Propper et al., 2008)

The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy, Vol. 8 [2008], Iss. 2 (Contributions), Art. 5

Table 1. Target maximum waiting times (months) in England and Scotland

	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
England	18	18	18	18	15	12	9	6
Scotland	12	12	12	12	12	12	9	9

Sources: see text.

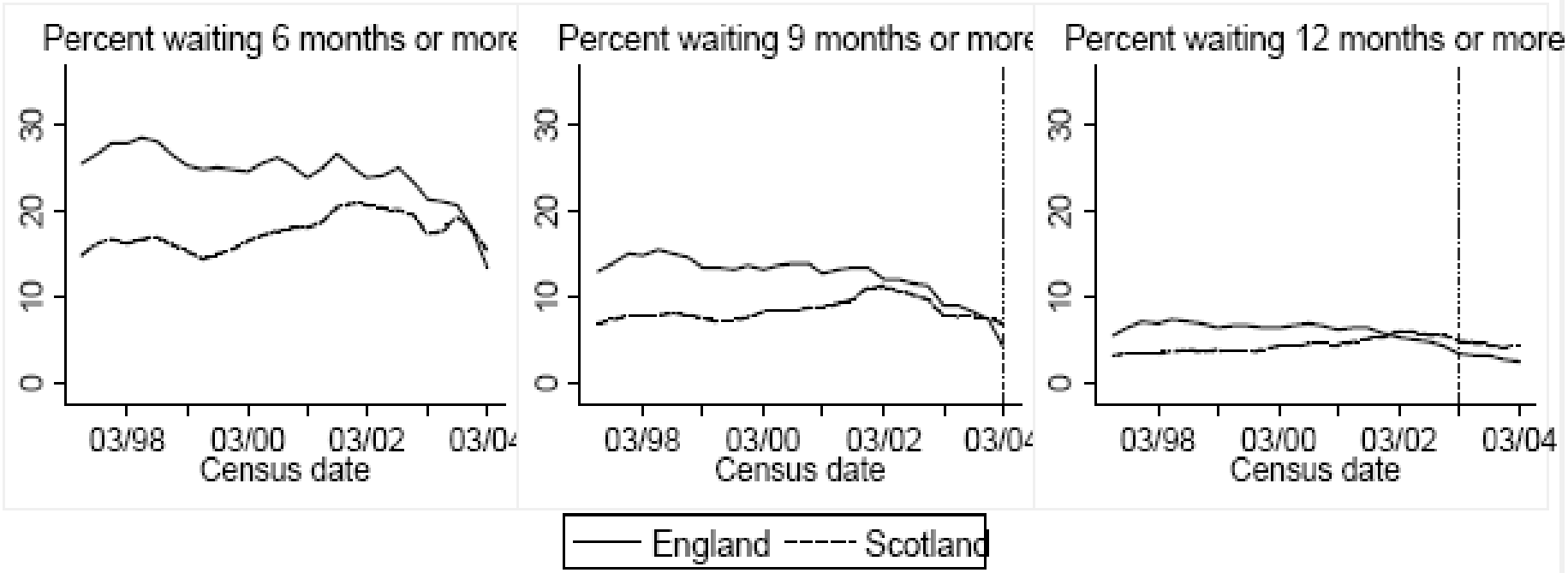
Inghilterra e Scozia non hanno penalizzazioni severe per mancato rispetto dei targets

Sanzioni introdotte in Inghilterra ma non in Scozia

tratto da: Siciliani L., 2011

Targets and Terror (Propper et al., 2008)

Fig 2. Percentages waiting over 6, 9 and 12 months: Episode data June 1997-March 2004



Data sources: Hospital Episode Statistics for England, 1997/98 to 2005/06; SMR01 General acute inpatient/daycase record for Scotland, 1997/98 to 2005/6. Vertical lines indicate dates at which the relevant target had to be achieved.

tratto da: Siciliani L., 2011

ESPERIENZA DI PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE CON PRIORITÀ IN APSS

Waiting list prioritization scoring systems
British Medical Association, December 1998

BMA policy and views

- … hospital waiting lists should be subject to a clinical prioritization scoring system rather than crude lengths of wait.
- … regrets the current high priority given to reducing waiting lists, which can have the effect of distorting clinical priorities.
- … Absolute time limits should not be the main focus of our efforts. We should be looking at real clinical priorities…
- … to move away from the obsession with the number of people on waiting lists and look more constructively at the time that patients are waiting for different types of treatment and surgery.
- The maximum acceptable waiting time (…) should be categorized and recorded against each patient's name on the waiting list.

Health Policy and Economic Research Unit, 1998

GASTROENTEROLOGY

National Clinical Priority Access Criteria for Gastroscopy (CPAC)

Category Definitions : These are recommended guidelines for HHS specialists prioritizing referrals from primary care.

Emergency	- AH	- *after hours*
	- NL	- *next list*
Elective	- A	- *within 10 days*
	- A/B	- *between 11 to 20 days*
	- B	- *between 21 to 30 days*
	- C	- *after 30 days*
	-N/I	- *not indic.*

Immediate and Urgent cases must be discussed with the Specialist or Registrar in order to get appropriate prioritisation and then a referral letter sent with the patient, faxed or e-mailed. The times to assessment may vary depending on size and staffing of the hospital department.

Indication	Priority						
	Emergency		Elective				
	AH	NL	A	A/B	B	C	N/I
Upper gastrointestinal haemorrhage							
Continuous or early re-bleeding / unstable	●						
> 65 years of age and on NSAID	○	●	●				

- Clinical Priority Assessment Criteria (CPAC)

  New Zealand: NHS, 2001-2004.

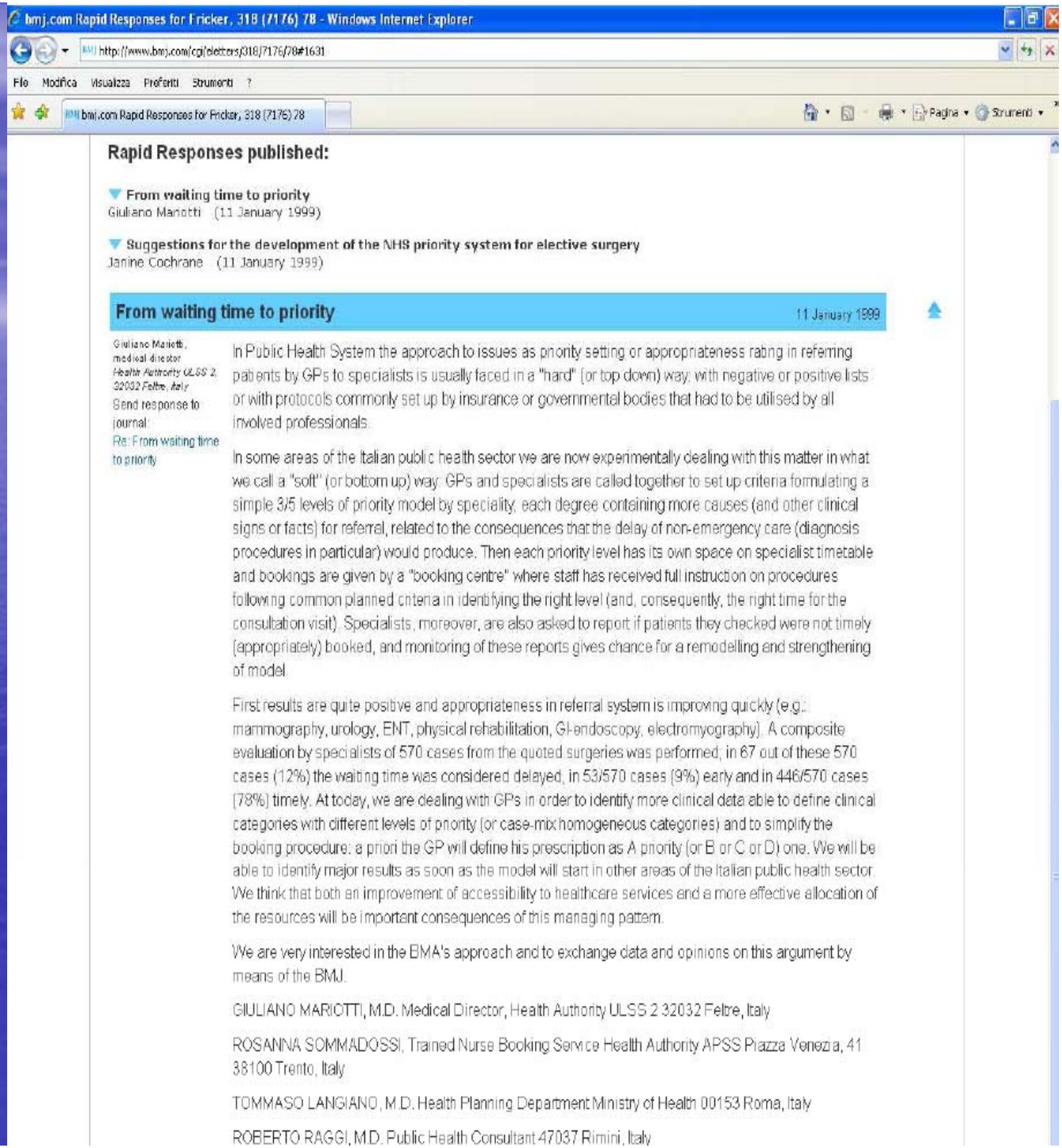
Can J Gastroenterol Vol 20 No 6 June 2006 411

Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care

William G Paterson, William T Depew, Pierre Paré,
Denis Petrunia, Connie Switzer,
Sander J Veldhuyzen van Zanten, Sandra Daniels
for the Canadian Association of Gastroenterology Wait Time Consensus Group

24 raccomandazioni con tempo massimo di attesa ragionevole per patologia e prestazione (Gastro, Colon, ERCP)

RAO (HWG)



bmj.com Rapid Responses for Fricker, 318 (7176) 78 - Windows Internet Explorer

http://www.bmj.com/cgi/eletters/318/7176/78#1631

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

bmj.com Rapid Responses for Fricker, 318 (7176) 78

Pagina Strumenti

Rapid Responses published:

From waiting time to priority
Giuliano Mariotti (11 January 1999)

Suggestions for the development of the NHS priority system for elective surgery
Janine Cochrane (11 January 1999)

From waiting time to priority

11 January 1999

Giuliano Mariotti, medical director
Health Authority ULSS 2, 32032 Feltre, Italy

Send response to journal:

Re: From waiting time to priority

In Public Health System the approach to issues as priority setting or appropriateness rating in referring patients by GPs to specialists is usually faced in a "hard" (or top down) way: with negative or positive lists or with protocols commonly set up by insurance or governmental bodies that had to be utilised by all involved professionals.

In some areas of the Italian public health sector we are now experimentally dealing with this matter in what we call a "soft" (or bottom up) way: GPs and specialists are called together to set up criteria formulating a simple 3/5 levels of priority model by speciality, each degree containing more causes (and other clinical signs or facts) for referral, related to the consequences that the delay of non-emergency care (diagnosis procedures in particular) would produce. Then each priority level has its own space on specialist timetable and bookings are given by a "booking centre" where staff has received full instruction on procedures following common planned criteria in identifying the right level (and, consequently, the right time for the consultation visit). Specialists, moreover, are also asked to report if patients they checked were not timely (appropriately) booked, and monitoring of these reports gives chance for a remodelling and strengthening of model.

First results are quite positive and appropriateness in referral system is improving quickly (e.g.: mammography, urology, ENT, physical rehabilitation, GI-endoscopy, electromyography). A composite evaluation by specialists of 570 cases from the quoted surgeries was performed; in 67 out of these 570 cases (12%) the waiting time was considered delayed, in 53/570 cases (9%) early and in 446/570 cases (78%) timely. At today, we are dealing with GPs in order to identify more clinical data able to define clinical categories with different levels of priority (or case-mix homogeneous categories) and to simplify the booking procedure: a priori the GP will define his prescription as A priority (or B or C or D) one. We will be able to identify major results as soon as the model will start in other areas of the Italian public health sector. We think that both an improvement of accessibility to healthcare services and a more effective allocation of the resources will be important consequences of this managing pattern.

We are very interested in the BMA's approach and to exchange data and opinions on this argument by means of the BMJ.

GIULIANO MARIOTTI, M.D. Medical Director, Health Authority ULSS 2 32032 Feltre, Italy

ROSANNA SOMMADOSSI, Trained Nurse Booking Service Health Authority APSS Piazza Venezia, 41 38100 Trento, Italy

TOMMASO LANGIANO, M.D. Health Planning Department Ministry of Health 00153 Roma, Italy

ROBERTO RAGGI, M.D. Public Health Consultant 47037 Rimini, Italy

Clinical Priority *(definition)*

A function of the severity of a patient's condition and the extent to which treatment is expected to be beneficial. Relative priority, in turn, derives from a combination of urgency and non-clinical factors (e.g. ability to work, live independently, or care for dependants)

Hadorn et al, 2000

Cosa si intende per priorità nelle liste di attesa ?

3 LIVELLI

"semplice" urgenza di fare diagnosi clinica

urgenza di fare diagnosi clinica…
… in quanto il paziente potrà ricevere una terapia

urgenza di fare diagnosi clinica, in quanto il paziente potrà essere curato…

… e sollevato da problemi socio-sanitari

Il sistema RAO nella APSS

- Nella APSS della Provincia di Trento è diffusamente adottato (dal 2004) il Modello delle priorità cliniche RAO che costituisce l'approccio di sistema per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

- Il Modello prevede:
  - l'assegnazione ad un raggruppamento di attesa attraverso attribuzione di un **codice RAO** da parte dei medici prescrittori.
  - La verifica della concordanza (o discordanza) da parte dei medici specialisti (verifica della medesima o diversa attribuzione di codice da parte di prescrittore ed erogatore delle prestazioni)

Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)

- Tempistica comune:
  - urgenza/emergenza
  - tipo A: 0-3 gg.
  - tipo B: 0-10 gg.
  - tipo C: 0-30 gg.
  - tipo E: senza limite massimo
  - tipo P: programmata (follow up)

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO *(O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)*

INDIRIZZO *(OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)*

S04206 4003365188 7

STAMPA PC

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

CODICE FISCALE

N — NON ESENTE — CODICE ESENZIONE

R — REDDITO — *(Vedi avvertenze sul retro)* — FIRMA AUTOCERTIFICANTE

SIGLA PROVINCIA — CODICE ASL

PRESCRIZIONE

(Barrare se non utilizzato)

NOTA CUF

NOTA CUF

S — SUGG. — H — RICOV. — ALTRO

U — B — D — P — PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

CODICE — NUMERO — CODICE — NUMERO — CODICE — NUMERO

CODICE — NUMERO — CODICE — NUMERO — CODICE — NUMERO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

CODICE — NUMERO — CODICE — NUMERO — CODICE — NUMERO

CODICE — NUMERO — CODICE — NUMERO — CODICE — NUMERO

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

TICKET

GALEN. DIR. CHIAM. ALTRO

I.P.Z.S. - ROMA

Il nuovo ricettario standardizzato del SSN prevede il campo “priorità della prestazione” e identifica 4 livelli che, dopo il Decreto 17.3.2008, sono:

- U (non oltre 72 ore)
- B (entro 10 giorni)
- D (entro 30 giorni per visite, entro 60 giorni per prestazioni strumentali)
- P (entro 180 giorni)

- I livelli di priorità di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali indicati dall’Accordo (A, B, C), si possono correlare ai 3 livelli del ricettario (escluso il livello U).

La diffusione del modello di accesso alle singole prestazioni con priorità cliniche in APSS ha seguito *step* successivi:

- Un distretto con ospedale
- Alcuni medici del territorio e dell'ospedale
- Alcune prestazioni
- Tutti i medici del territorio
- Tutte (quasi) le prestazioni
- Diffusione all'intera azienda

2000

2003

PRIORITÀ DIAGNOSTICA *VS* TERAPEUTICA

«Because it (MRI) is a diagnostic procedure, the task of assessing relative urgency is complicated by the need to estimate the likelihood that the procedure (MRI) will provide critical diagnostic information, as well as the likelihood that subsequent treatment will improve health outcomes.»

David C. Hadorn et al., *JACR*, Octobre 2002

- Waiting List reduction.

  Caring for Health Achievement of the NSW Government's Vision for Health.

  Sidney: NSW Health, 1996.

- The New Zealand Priority Criteria Project.

  Hadorn DC and Holmes AC, *BMJ*, 1997.

- Western Canada Waiting List (WCWL) Project

  Calgary: University of Calgary, 2001-2005.

- Clinical Priority Assessment Criteria (CPAC)

  New Zealand: NHS, 2001-2004.

GOLD STANDARD ?

- In assenza di informazioni sul risultato clinico finale, la validazione dei criteri di attribuzione di priorità ai pazienti non può che essere ristretta ad una analisi clinica dei casi associata alla concordanza con i giudizi di priorità

Hadorn et al., 2003

Improving the appropriateness of referrals and waiting times for endoscopic procedures

Giuliano Mariotti, Alberto Meggio, Giovanni de Pretis[1], Maria Gentilini[2]
Trust APSS, Rovereto Hospital, Rovereto; [1]Trust APSS, Trento; [2]Epidemiology Service, Trust APSS, Trento, Italy

Journal of Health Services Research & Policy Vol 13 No 3, 2008: 146–151 © The Royal Society of Medicine Press Ltd 2008

Table 4 Correlation between significant endoscopic disorders and the HWG of referrals stratified by GPs and specialists

Significant endoscopic disorders	Priority by GPs U	B	C	E	*n*	%
No disorder	5	33	22	274	334	76.3
Polyps in patients with history of GI polyps			3	18	21	4.8
Esophagitis of ≥B Los Angeles grade	1	2	2	14	19	4.3
Cancer	1	8	3	6	18	4.1

Timely referral can avoid delayed diagnoses

Preliminary report from DIG END

Significant Endoscopic Diseases (1)
ANGIODYSPLASIA
ATROPHIC GASTRITIS WITH LOW GRADE DYSPLASIA
CANCER
CELIAC DISEASE
COLITIS (ISCHEMIC OR IDIOPATHIC)
COLITIS (MICROSCOPIC)
DIVERTICULAR DISEASE (SEVERE)

Timely referral can avoid delayed diagnoses

Preliminary report from DIG END

Significant Endoscopic Diseases (2)
ESOPHAGEAL VARICES
ESOPHAGITIS OF ≥B LOS ANGELES GRADE
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE (IBD)
MALLORY-WEISS SYNDROME
PEPTIC ULCER
POLYPS (ADVANCED)
POLYPS IN PATIENTS WITH HISTORY OF GI POLYPS

Timely referral can avoid delayed diagnoses
Preliminary report from DIG END

Advanced adenoma, carcinoma, IBD and erosive-ulcerative lesions were arbitrary considered significant gastrointestinal diseases (SDD). The relative frequencies of SDD in each priority category were analyzed using the χ^2 test.

	PRIOR	no PRIOR	
SDD	47	84	131
no SDD	80	389	469
	127	473	600

$X^2 = 21.74$, 1 df, $p < .001$

There is a significant increase in the proportion of SDD from low to high priority categories.

Mariotti, Meggio, de Pretis: *Ann Internal Med*, letter, 145/7/488, 2007.

Urgent GP referrals for suspected lung, colorectal, prostate and ovarian cancer

Victoria L Allgar, Richard D Neal, Nasreen Ali, Brenda Leese, Phil Heywood, Gill Proctor and Joyce Evans

©*British Journal of General Practice* 2006; 56: 355–362.

Table 2. Fulfilment of referral guidance.

	Urgent referral with cancer *n* (%)	Urgent referral without cancer *n* (%)	Non-urgent cancer *n* (%)
Colorectal	51	393	185
Guidance fulfilled?	47 (92)	309 (79)	125 (68)
Specific criteria: (each patient may fulfil none or any number)			
• A definite palpable right sided abdominal mass	14 (28)	53 (14)	14 (8)
• A definite palpable rectal (not pelvic) mass	13 (26)	37 (9)	11 (6)
• Rectal bleeding with a change in bowel habit to looser stools and/or increased frequency of defecation persistent for 6 weeks	15 (29)	101 (26)	22 (12)
• Rectal bleeding persistently without anal symptoms and >60 years old	15 (29)	76 (19)	52 (28)
• Change in bowel habit to looser stools and/or increased frequency without rectal bleeding and persistent for 6 weeks and >60 years old	13 (26)	96 (24)	18 (10)
• Iron deficiency anaemia	9 (18)	43 (12)	47 (25)

Validation of the Lower Gastrointestinal Electronic Referral Protocol

S. K. P. John[1], S. George[2], R. D. Howell[3], J. N. Primrose[4] and J. B. J. Fozard[3]

[1]Specialty Registrar, General Surgery, Northern Deanery, [2]Southampton Clinical Research Institute, Southampton General Hospital, Southampton, [3]Department of Colorectal Surgery, Royal Bournemouth Hospital, Bournemouth, and [4]University Surgery, Southampton General Hospital, Southampton, UK

Table 4 Comparison of actual and Lower Gastrointestinal Electronic Referral Protocol pathways (original and revised) for 100 patients with colorectal cancer

	TWW	Urgent	Routine	A&E	Internal	Other
Actual	43	22	9	16	9	1
Original e-RP	67	15	7	9	0	2
Revised e-RP	85	1	5	9	0	0

The sites of cancer and pathway to diagnosis using the revised Lower Gastrointestinal Electronic Referral Protocol (e-RP) are detailed in *Table 5*. TWW, 2-week wait appointment; A&E, accident and emergency.

Family Practice Advance Access published October 5, 2011

Family Practice 2011; 0:1–7
doi:10.1093/fampra/cmr080

© The Author 2011. Published by Oxford University Press. All rights reserved.
For permissions, please e-mail: journals.permissions@oup.com.

Assessment of a rapid referral pathway for suspected colorectal cancer in a health care district

Beatriz Valentín-López[a,*], Juan Ferrándiz-Santos[b], Juan-Antonio Blasco-Amaro[a], Juan-Diego Morillas-Sáinz[c] and Pedro Ruiz-López[d]

[a]Health Technology Assessment Unit (UETS), Agencia Laín Entralgo, Madrid, [b]Department of Quality Assurance, Regional Health Care Services, Madrid, [c]Department of Gastroenterology, Hospital Clínico San Carlos, Madrid and [d]Quality Assessment Unit, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain.
*Correspondence to Beatriz Valentín-López, Health Technology Assessment Unit, Agencia Lain Entralgo, Gran Vía 27, 7[a] planta, 28013 Madrid, Spain; E-mail: beatriz.valentin@salud.madrid.org

Received 8 July 2011; Revised 16 August 2011; Accepted 30 August 2011.

Objective. To assess the results achieved with a rapid referral pathway for suspected colorectal cancer (CRC), comparing with the standard referral pathway.

Conclusion. The rapid referral pathway reduced waiting time to colonoscopy and overall waiting time to final treatment and appears to be an effective strategy for diagnosing CRC in its early stages.

MONITORAGGIO

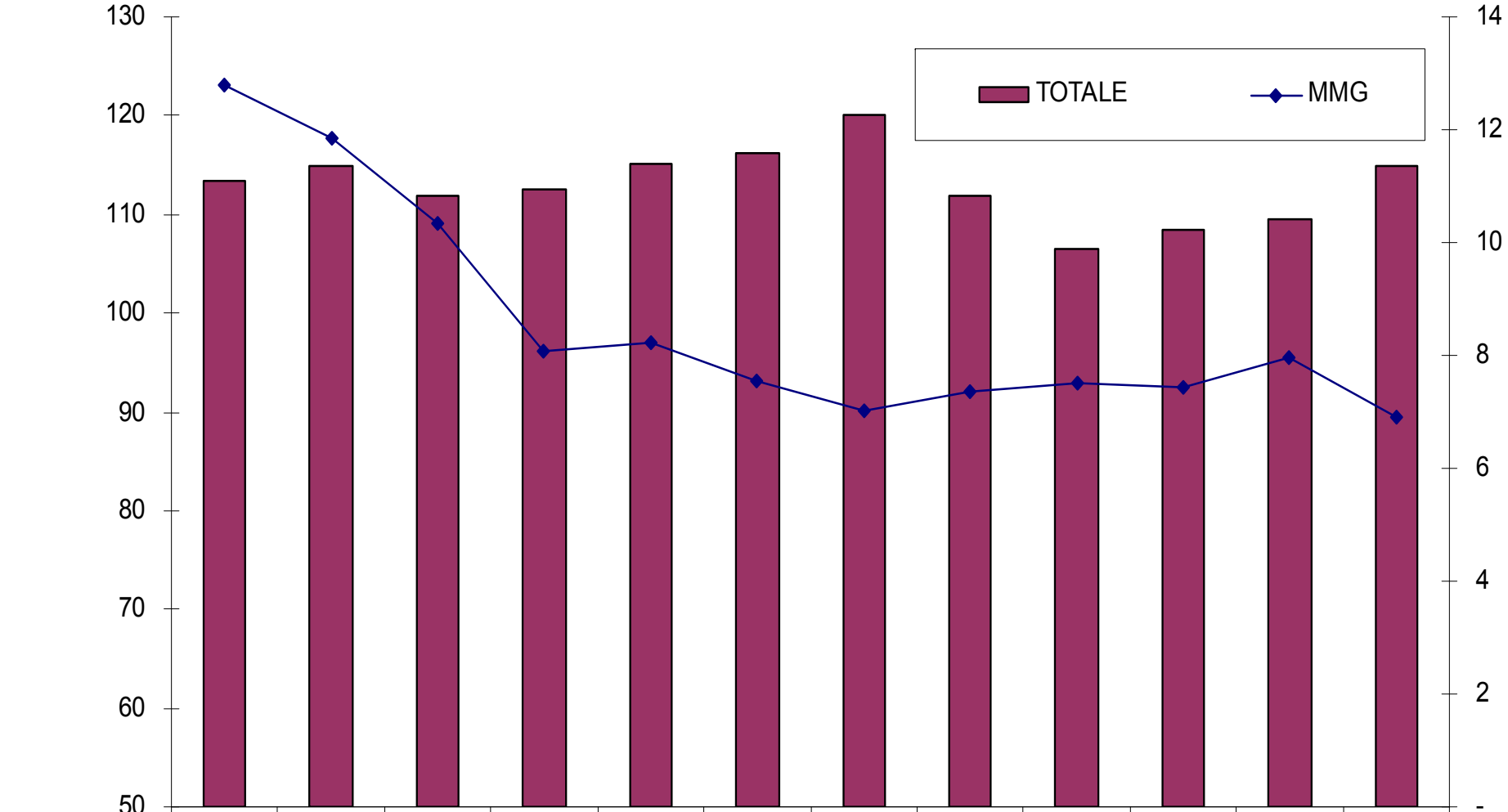
Prestazioni prenotate con codice RAO e senza priorità nel periodo 2008 – 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
RAO A	12.063	13.545	13.748	15.704	16.478
RAO B	56.046	62.041	68.205	73.403	77.201
RAO C	29.779	32.391	38.842	46.052	54.000
A+B+C	97.888	107.977	120.795	135.159	147.679
TOTALE	916.205	1.008.185	1.063.841	1.100.538	1.116.180

LP	86.659	91.481	93.735	97.126	104.917

Azienda provinciale per i servizi sanitari (> 500.000 abitanti)

AFFLUSSO PRONTO SOCCORSO H ROVERETO
PRIMI SEI MESI – MEDIA GIORNALIERA



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTALE	113	115	112	112	115	116	120	112	106	109	110	115
MMG	13	12	10	8	8	8	7	7	8	7	8	7

Nr. accessi in PS con e senza richiesta di MMG/PLS

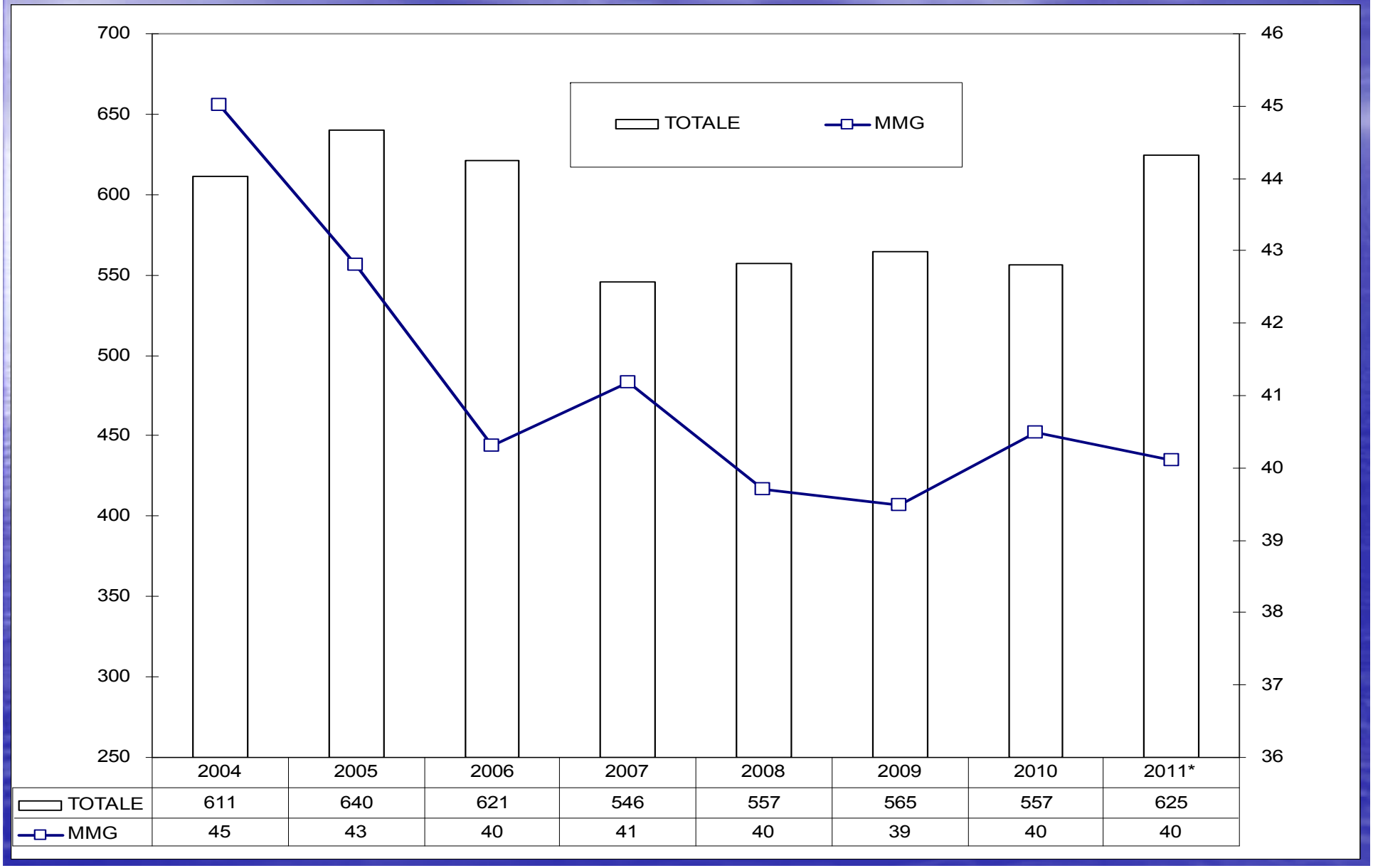
Confronto biennio 2000/1 *vs*. biennio 2007/8

Valori medi giornalieri calcolati su Σ dati dei primi semestri

	2000 - 2001	2007 - 2008	DIFF.
ACCESSI (ogni giorno) CON RICHIESTA MMG/PLS	12,3	7,4	- 4,9
ACCESSI (ogni giorno) SENZA RICHIESTA MMG/PLS	101,79	101,78	- 0,01

Ospedale di Rovereto

AFFLUSSO PRONTO SOCCORSO - H TUTTA APSS
INTERO ANNO – MEDIA GIORNALIERA



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
TOTALE	611	640	621	546	557	565	557	625
MMG	45	43	40	41	40	39	40	40

Giorni di attesa richieste RAO C
anni 2009 - 2012

	RAO C			
	2009	2010	2011	2012
0-3	6,8%	11,4%	12,4%	9,4%
4-10	20,5%	21,4%	22,5%	17,4%
11-30	57,4%	51,0%	48,9%	52,9%
TOT 0-30	**84,7%**	**83,8%**	**83,8%**	**79,7%**

Azienda provinciale per i servizi sanitari (> 530.000 abitanti)

Giorni di attesa richieste RAO B anni 2009 - 2012

	RAO B			
	2009	2010	2011	2012
0-3	16,3%	22,5%	23,7%	19,6%
4-10	61,0%	56,8%	57,7%	53,4%
11-30	22,0%	20,3%	18,1%	26,4%
TOT 0-10	**77,3%**	**79,3%**	**81,4%**	**73,0%**

Azienda provinciale per i servizi sanitari (> 530.000 abitanti)

Giorni di attesa richieste RAO A anni 2009 - 2012

	RAO A			
	2009	2010	2011	2012
0-3	**75,4%**	**82,0%**	**86,4%**	**83,3%**
4-10	23,2%	17,0%	12,6%	15,4%
11-30	1,2%	0,9%	0,9%	1,2%

Azienda provinciale per i servizi sanitari (> 530.000 abitanti)

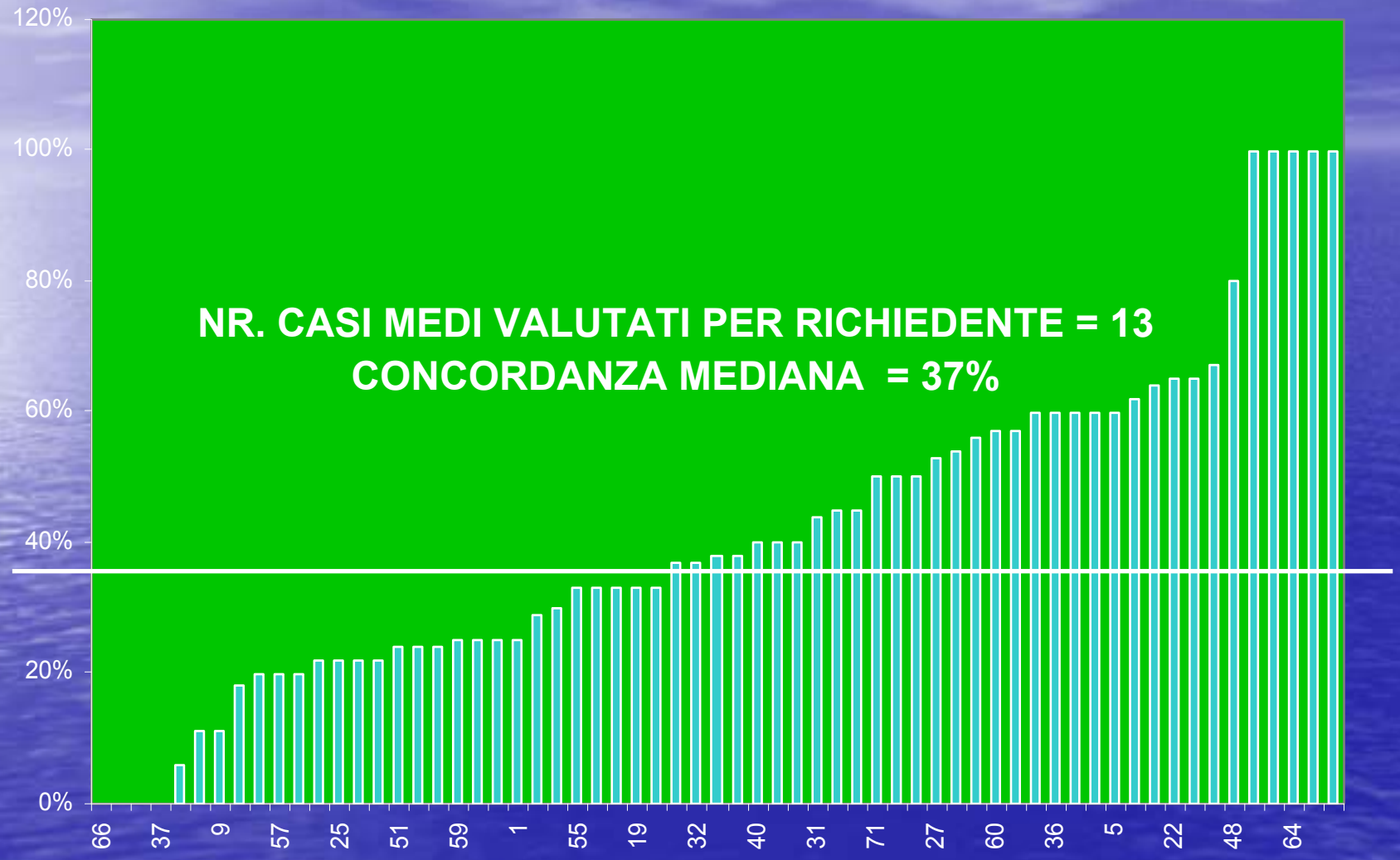
APPROPRIATEZZA O CONCORDANZA ?

2.4. *Concordance PCP-specialist definition*

To assess the dual PCP-specialist agreement on priority level assignment, the steering group decided to encourage specialists, while examining the patient, to reattribute the priority category to which each patient was originally assigned. The evaluation of priority PCP-specialist agreement for each case was called "concordance".

% CONCORDANZA erogatore *vs* richiedente

RICHIEDENTI = MMG DISTRETTO ROVERETO – ANNO 2003



NR. CASI VALUTATI = 816

VALUTAZIONE DELLA CONCORDANZA
CAMPIONE DI PRESTAZIONI RAO VIS. CARDIOLOGICA

ANNO 2005

		SPECIALISTA				
		A	B	C	E+P	
MMG/PLS	A	8	3	6	10	27
	B	3	28	8	78	116
	C			15	36	51
	E				2	2
	P				6	6
						202

Diagonale di concordanza = 28%

VALUTAZIONE DELLA CONCORDANZA
CAMPIONE DI PRESTAZIONI RAO VIS. CARDIOLOGICA

ANNO 2007

		SPECIALISTA				
		A	B	C	E+P	
MMG/PLS	A	44	8	18	45	115
	B	4	150	51	255	460
	C		2	62	252	316
	E				16	16
	P	1			52	53
						961

Diagonale di concordanza = 34%

VALUTAZIONE DELLA CONCORDANZA RAO
ECOCOLORDOPPLER CARDIACO

ANNO 2008

			SPECIALISTA			
			B	C	E+P	
MMG/PLS	A				1	1
	B		15	10	108	133
	C			18	137	155
	E					0
	P		1		3	4
						293

Diagonale di concordanza = 12,3 %

VALUTAZIONE DELLA CONCORDANZA
CAMPIONE DI PRESTAZIONI RAO – ANNO 2005
EROGATO E VALUTATO DA OSPEDALE ROVERETO
CARDIOLOGIA (VISITA + ECOCARDIO + HOLTER)

		SPECIALISTA				
		A	B	C	E	
MMG/PLS	A	8	3	6	1	18
	B	3	28	8	6	45
	C			15	1	16
	E				1	1
						80

“Falsi negativi” e “Falsi positivi”

Audit cardiologi MMG

PERCHÈ DISCORDANZA ?

- Intempestività della valutazione di concordanza:
  - Evoluzione di sintomi/segni
- Attribuzione concordanza non "in cieco":
  - Lo specialista:
    - Legge l'impegnativa
    - Conosce il MMG/PLS
    - Vede il piano di lavoro e il tempo di attesa
- Variabilità inter-soggetti:
  - Criteri di concordanza
    - Non ben definiti
    - Non "numerici"
  - Diversa formazione professionale di prescrittore ed erogatore
- Non concordanza rispetto ai criteri di priorità definiti a priori e non per diverso parere sulla gravità clinica dell'utente

VALUTAZIONE DELLA CONCORDANZA ECOCOLORDOPPLER TSA E VASI PERIFERICI

VALUTATORI: STRUTTURA CONVENZIONATA

ANNO 2011

		SPECIALISTA				
		A	B	C	E+P	
MMG/PLS	A	8				8
	B		58		1	59
	C			118		118
	E				68	68
	P				58	58
		8	58	118	127	311

Diagonale di concordanza = 98%

VALUTAZIONE DELLA CONCORDANZA ECOCOLORDOPPLER CARDIACO

VALUTATORI: STRUTTURA CONVENZIONATA

ANNO 2011

		SPECIALISTA				
		A	B	C	E+P	
MMG/PLS	A	1				1
	B		5			5
	C			34		34
	E				40	40
	P				22	22
		1	5	34	62	102

Diagonale di concordanza = 100%

VALUTAZIONE DELLA CONCORDANZA ECOCOLORDOPPLER TSA E VASI PERIFERICI

VALUTATORI: OSPEDALE DI ROVERETO

ANNO 2011

		SPECIALISTA				
		A	B	C	E+P	
MMG/PLS	A	12	11	1	8	32
	B	1	105	7	62	175
	C				1	1
	E				8	8
	P				10	10
		13	116	8	89	226

Diagonale di concordanza = 60%

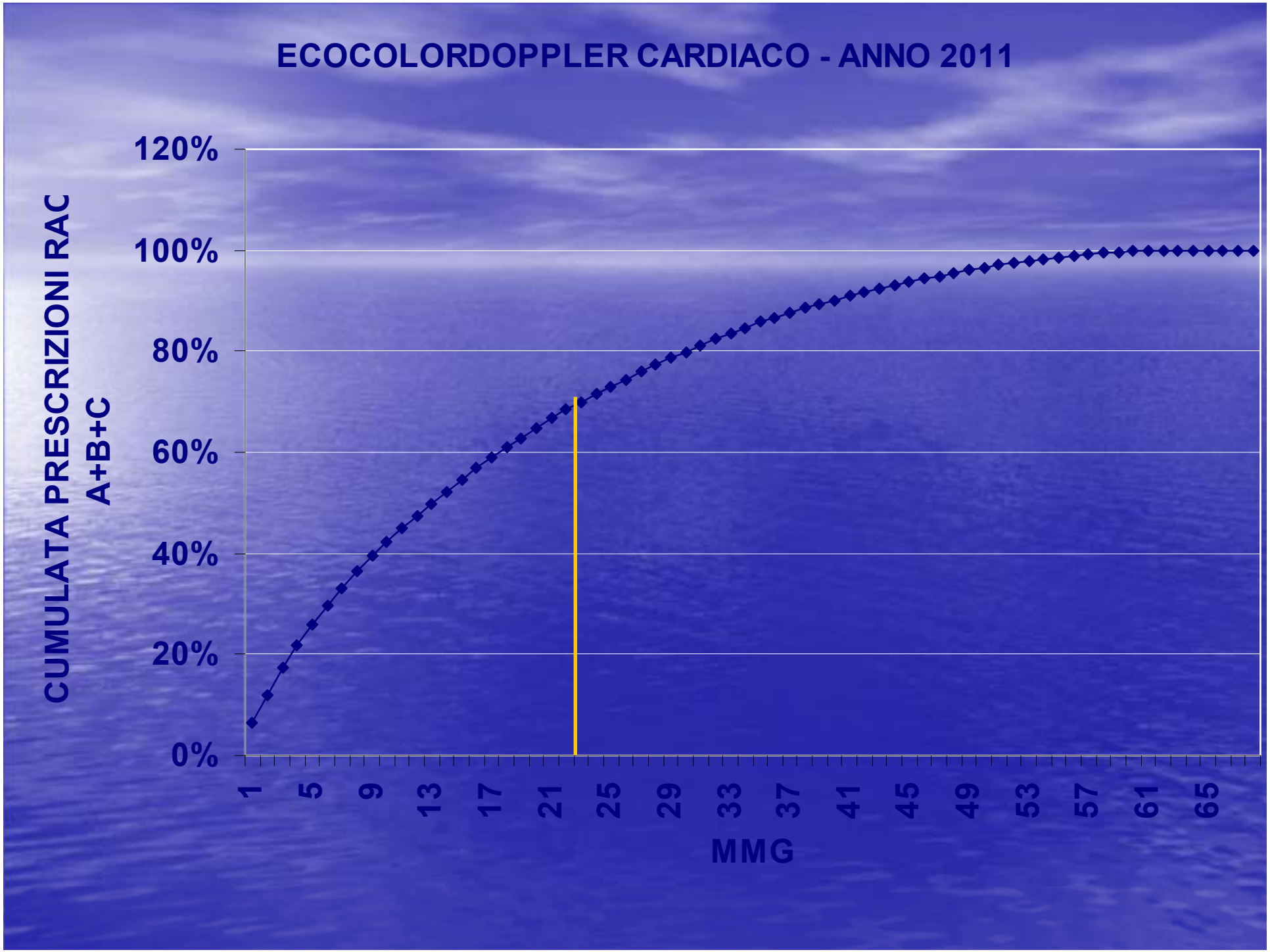
VALUTAZIONE DELLA CONCORDANZA ECOCOLORDOPPLER CARDIACO

VALUTATORI: OSPEDALE DI ROVERETO

ANNO 2011

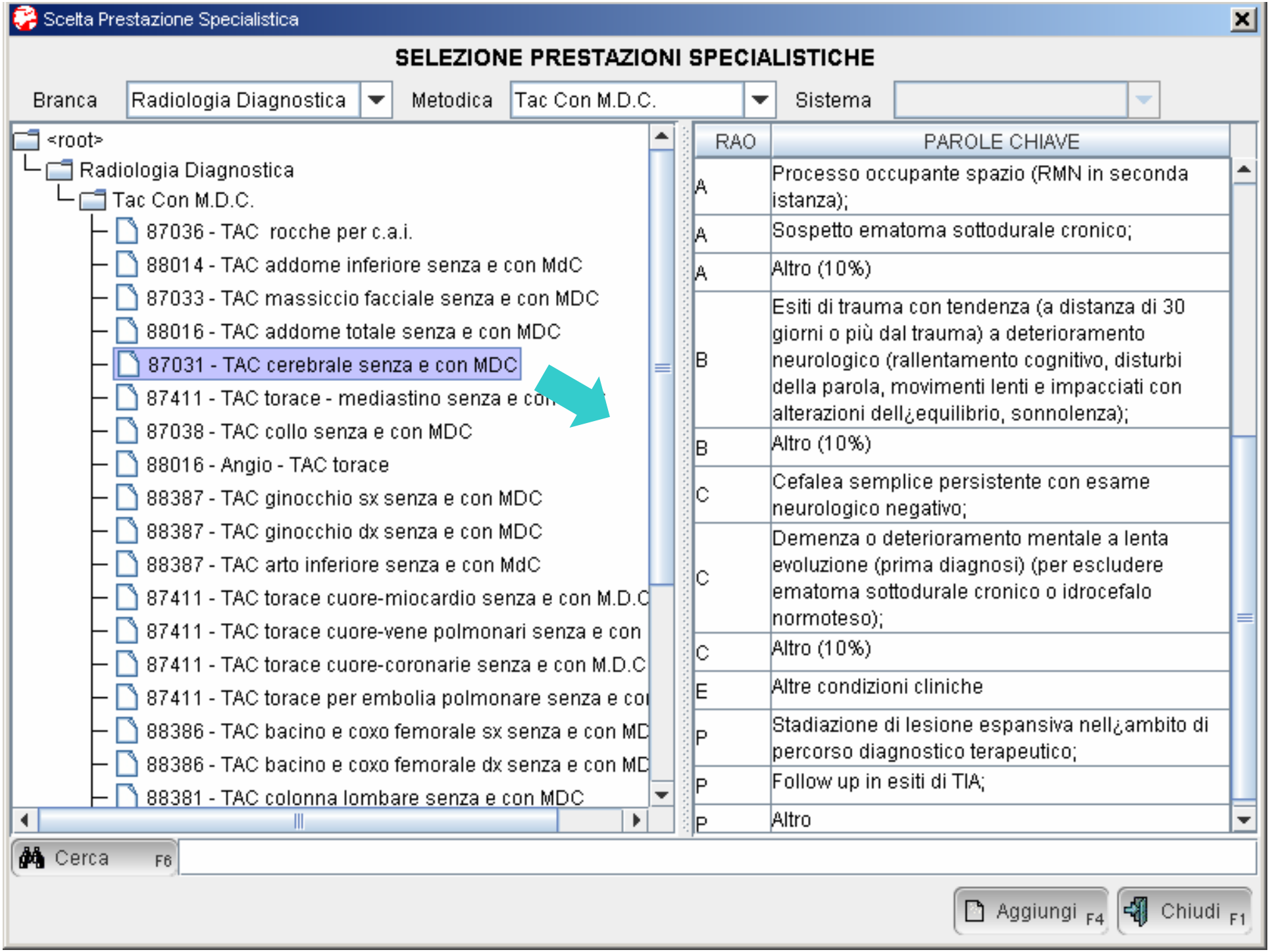
		SPECIALISTA				
		A	B	C	E+P	
MMG/PLS	A	1	1			2
	B		17	1	78	96
	C			13	122	135
	E				2	2
	P				7	7
		1	18	14	209	242

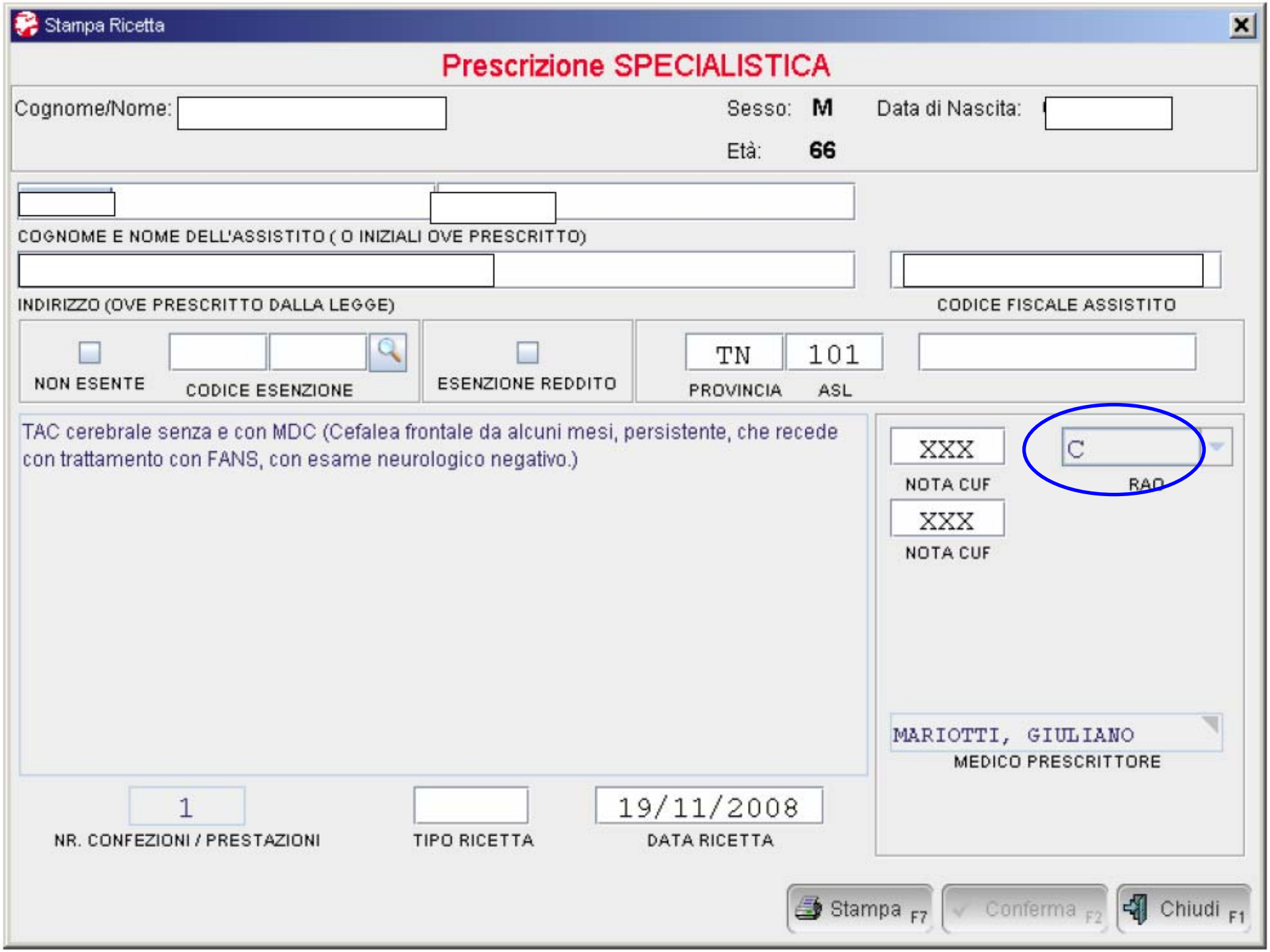
Diagonale di concordanza = 16%

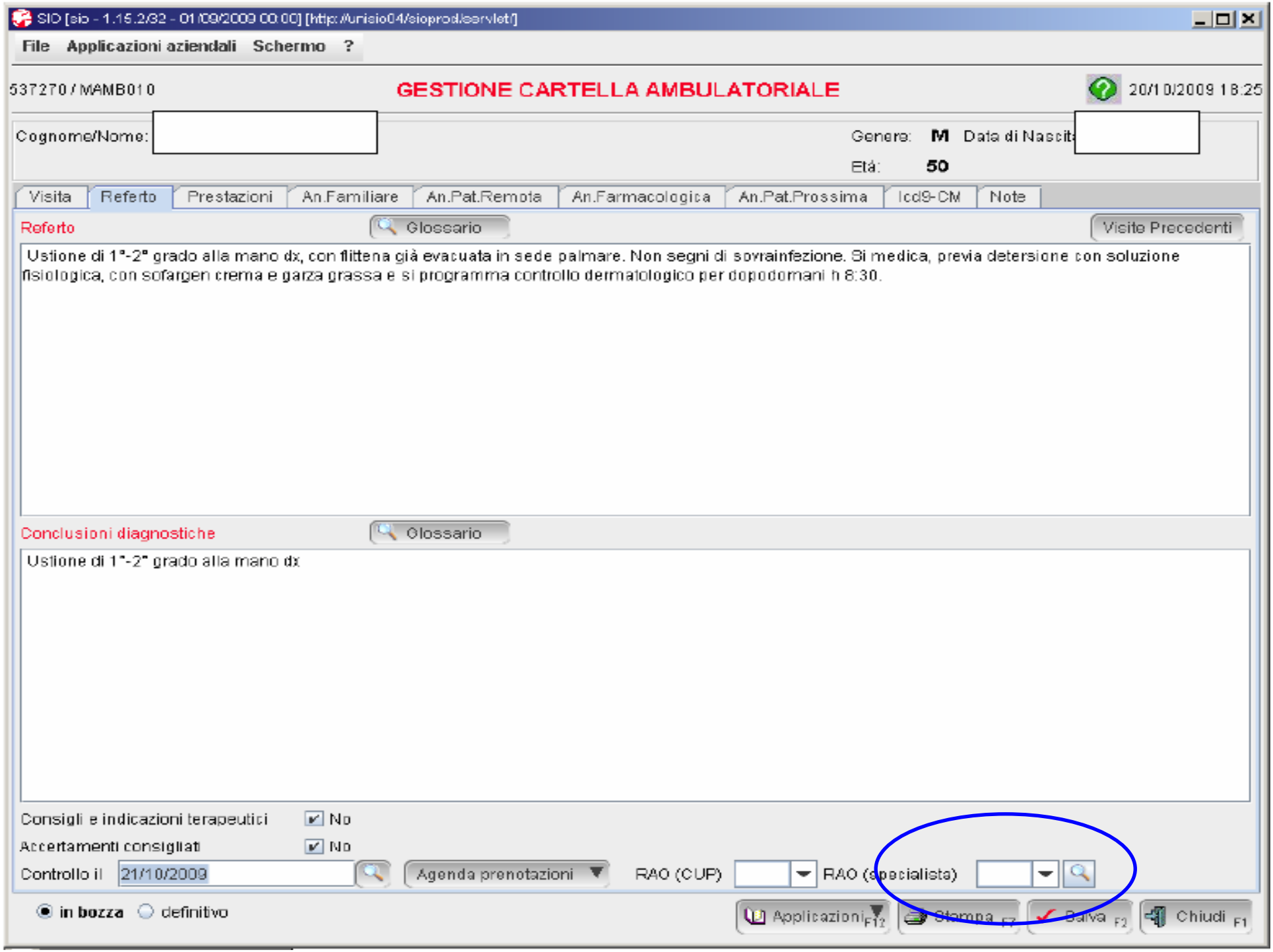

ECOCOLORDOPPLER CARDIACO - ANNO 2011
CUMULATA PRESCRIZIONI RAC
A+B+C
120%
100%
80%
60%
40%
20%
0%
1
5
9
13
17
21
25
29
33
37
41
45
49
53
57
61
65
MMG

ELECTRONIC REFERRAL DECISION SUPPORT SYSTEM (ERSS)

Title: **Improving referral activity on primary-secondary care interface using an electronic decision support system**


Scelta Prestazione Specialistica
SELEZIONE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
Branca
Radiologia Diagnostica
Metodica
Tac Con M.D.C.
Sistema
<root>
Radiologia Diagnostica
Tac Con M.D.C.
87036 - TAC rocche per c.a.i.
88014 - TAC addome inferiore senza e con MdC
87033 - TAC massiccio facciale senza e con MDC
88016 - TAC addome totale senza e con MDC
87031 - TAC cerebrale senza e con MDC
87411 - TAC torace - mediastino senza e con
87038 - TAC collo senza e con MDC
88016 - Angio - TAC torace
88387 - TAC ginocchio sx senza e con MDC
88387 - TAC ginocchio dx senza e con MDC
88387 - TAC arto inferiore senza e con MdC
87411 - TAC torace cuore-miocardio senza e con M.D.C
87411 - TAC torace cuore-vene polmonari senza e con
87411 - TAC torace cuore-coronarie senza e con M.D.C
87411 - TAC torace per embolia polmonare senza e co
88386 - TAC bacino e coxo femorale sx senza e con MD
88386 - TAC bacino e coxo femorale dx senza e con MD
88381 - TAC colonna lombare senza e con MDC
RAO
PAROLE CHIAVE
A
Processo occupante spazio (RMN in seconda istanza);
A
Sospetto ematoma sottodurale cronico;
A
Altro (10%)
B
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);
B
Altro (10%)
C
Cefalea semplice persistente con esame neurologico negativo;
C
Demenza o deterioramento mentale a lenta evoluzione (prima diagnosi) (per escludere ematoma sottodurale cronico o idrocefalo normoteso);
C
Altro (10%)
E
Altre condizioni cliniche
P
Stadiazione di lesione espansiva nell¿ambito di percorso diagnostico terapeutico;
P
Follow up in esiti di TIA;
P
Altro
Cerca F6
Aggiungi F4
Chiudi F1


Stampa Ricetta
Prescrizione SPECIALISTICA
Cognome/Nome:
Sesso: M
Data di Nascita:
Età: 66
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO)
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
CODICE FISCALE ASSISTITO
NON ESENTE
CODICE ESENZIONE
ESENZIONE REDDITO
TN
PROVINCIA
101
ASL
TAC cerebrale senza e con MDC (Cefalea frontale da alcuni mesi, persistente, che recede con trattamento con FANS, con esame neurologico negativo.)
XXX
NOTA CUF
C
RAD
XXX
NOTA CUF
MARIOTTI, GIULIANO
MEDICO PRESCRITTORE
1
NR. CONFEZIONI / PRESTAZIONI
TIPO RICETTA
19/11/2008
DATA RICETTA
Stampa F7
Conferma F2
Chiudi F1


SIO [sio - 1.15.2/32 - 01/09/2009 00:00] [http://urisio04/sioprod/servlet/]
File Applicazioni aziendali Schermo ?
537270 / MAMB010
GESTIONE CARTELLA AMBULATORIALE
20/10/2009 18:25
Cognome/Nome:
Genere: M Data di Nascita
Età: 50
Visita Referto Prestazioni An.Familiare An.Pat.Remota An.Farmacologica An.Pat.Prossima IccI9-CM Note
Referto
Glossario
Visite Precedenti
Ustione di 1°-2° grado alla mano dx, con flittena già evacuata in sede palmare. Non segni di sovrainfezione. Si medica, previa detersione con soluzione fisiologica, con sofargen crema e garza grassa e si programma controllo dermatologico per dopodomani h 8:30.
Conclusioni diagnostiche
Glossario
Ustione di 1°-2° grado alla mano dx
Consigli e indicazioni terapeutici No
Accertamenti consigliati No
Controllo il 21/10/2009
Agenda prenotazioni
RAO (CUP)
RAO (specialista)
in bozza definitivo
Applicazioni F12
Stampa F7
Salva F2
Chiudi F1

VALUTAZIONE DI PRESCRIZIONE

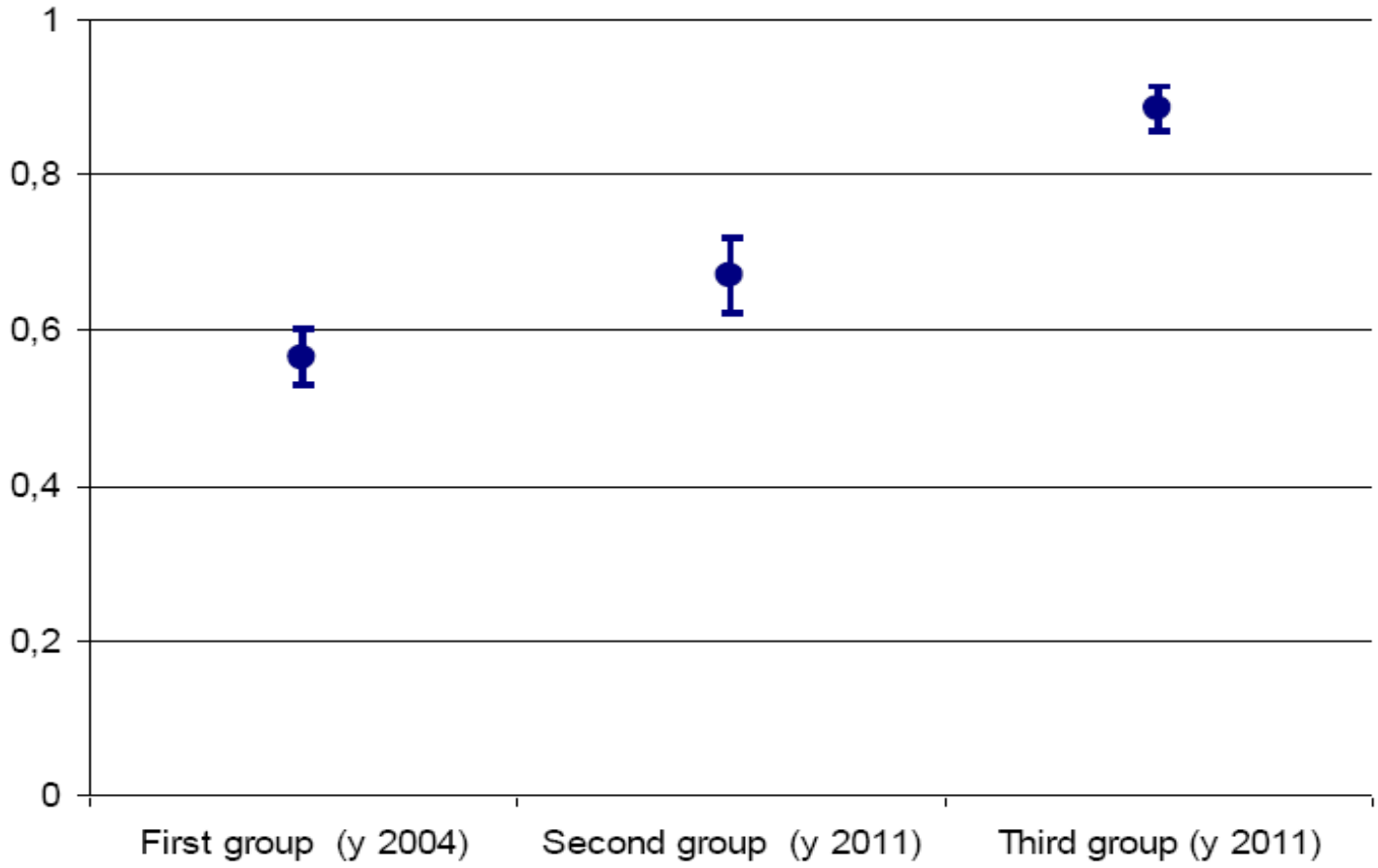
CAMPIONE PRESCRIZIONI ELETTRONICHE VISITE ORL – DSTR C 10

ANNO 2010

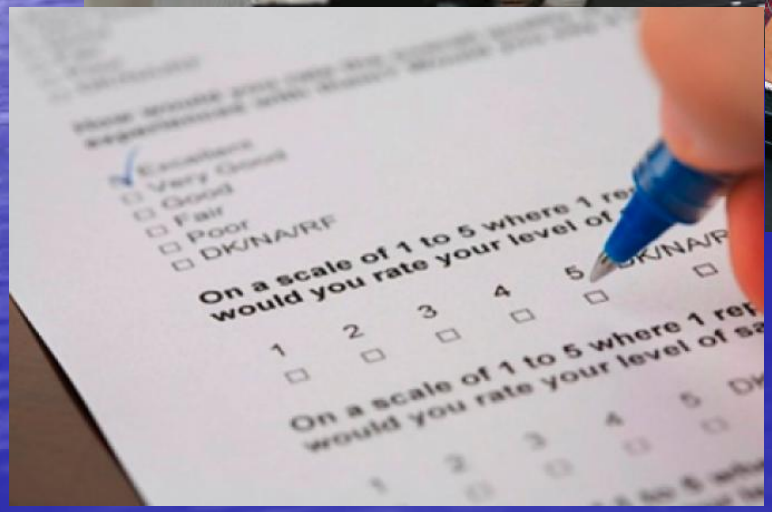
PAROLE CHIAVE MANUALE RAO	PRIMA VISITA	FOLLOW UP	TOT
bambino con Obstructive Sleep Apnea Sindrome (OSAS);	4		4
Ipertrofia adenotonsillare nel bambino con apnee notturne;	4		4
epistassi recidivante nelle ultime 48 ore;	5		5
emoftoe;	6		6
tumefazione ghiandola salivare;	12		12
epistassi recidivanti;	22		22
disfagia e/o disfonia presente da almeno 20 giorni;	30		30
sindrome di Menière o menieriformi;	34		34
Ipertrofia adenotonsillare nel bambino con importante ostruzione respiratoria alta;	36		36
otalgia resistente alla terapia (adulto);	45		45
Ipertrofia adenotonsillare;	59		59
Follow up		456	456
(Altro 10%)	520		520
Totale complessivo	**777**	**456**	**1233**

VALUTAZIONE DI CONCORDANZA PRIMA *VS* DOPO UTILIZZO ERSS

Figure 4 - Results of simple Kappa statistics for three groups.



ESTRATTI DA INTERVISTE E QUESTIONARI IN APSS E PROVINCIA DI TRENTO SULL'ACCESSO ALLE *CURE SECONDARIE*



Questionario anonimo autosomministrato dic 2004
MMG + PLS (prima parte)

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)
Sono cambiati i rapporti con gli specialisti	Invariati (66/76) Migliorati (9/76) Peggiorati (1/76)

Distretti C9 C10 (APSS – Trento)

Questionario anonimo autosomministrato dic 2004
MMG + PLS (seconda parte)

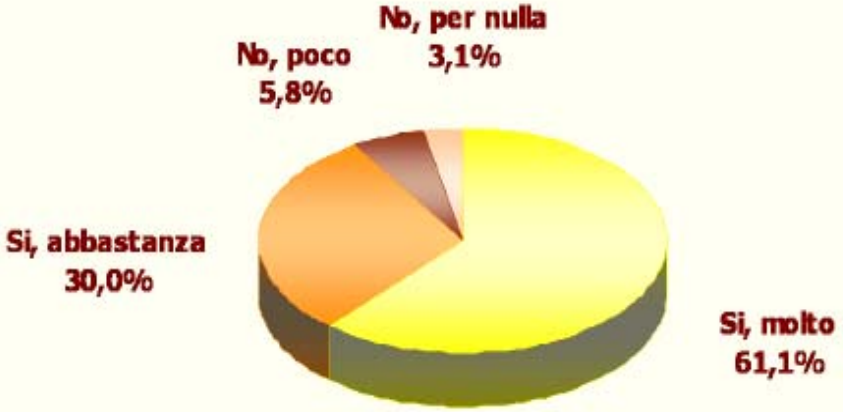
Rispondenti = 76/108

I suoi pazienti sono più soddisfatti	Sì (51/76) Non so (22/76)
Capita talvolta che siano i suoi pazienti a chiedere l'uso dei RAO	Sì (47/76) No (29/76)

Distretti C9 C10 (APSS – Trento)

5.2. Giudizi sul modello RAO

Graf. 2 – "Lei ritiene che il modello RAO sia utile per migliorare l'accesso dei suoi pazienti alle prestazioni specialistiche ambulatoriali?"



% su totale MMG

Graf. 3 – "I suoi pazienti sono più soddisfatti da quando utilizza il modello RAO per la prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali?"

Fonte: CAI

% su totale MMG

5.3. Efficacia del modello e utilità dei corsi di aggiornamento

Graf. 4 – "Da quando utilizza il modello RAO ha ridotto l'invio dei pazienti con richiesta "urgente" direttamente al Pronto Soccorso?"

% su totale MMG

Graf. 5 – "Ritiene utile effettuare regolari incontri di aggiornamento e audit sui RAO?"

Fonte: CAI

% su totale MMG

La metodologia d'indagine e il campione

Le informazioni sono state raccolte attraverso:

- **260** interviste telefoniche a **Medici generici/Pediatri di libera scelta**, utilizzando un questionario strutturato (disponibile in appendice al rapporto). Le interviste sono state condotte telefonicamente con l'ausilio del sistema CATI nel periodo 18 ottobre – 6 novembre 2007

- il coinvolgimento di tutto il personale dell'APSS che ha ricevuto un questionario con la richiesta di riconsegnarlo autocompilato ed anonimo. Sono stati raccolti complessivamente **2.039** questionari, con un tasso di risposta pari al 28% circa. La rilevazione è stata effettuata nel mese di dicembre 2007.

Ricordiamo che nell'ambito dello stesso progetto di lavoro, sono state realizzate **10 interviste personali ad un gruppo di dipendenti** scelti dall'azienda con l'obiettivo di rilevare informazioni qualitative sul loro livello di soddisfazione e loro opinioni/suggerimenti relativamente alla sicurezza del paziente. Per l'esame di quanto emerso in questa sede si rimanda all'apposito documento.

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

Provincia Autonoma di Trento

BILANCIO SOCIALE E DEL CAPITALE INTELLETTUALE

ANNO 2009

Indagine di soddisfazione dei cittadini

Aspetti di indagine: % cittadini soddisfatti	2007	2009
Strutture che fanno visite specialistiche/analisi cliniche/esami diagnostici		
Livello di informazione per l'accesso ai servizi e alle prestazioni	89%	91%
Qualità delle prestazioni sanitarie fornite	96%	96%
Tempi di attesa	43%	57%

4.3. LA GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA

Provincia Autonoma di Trento
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

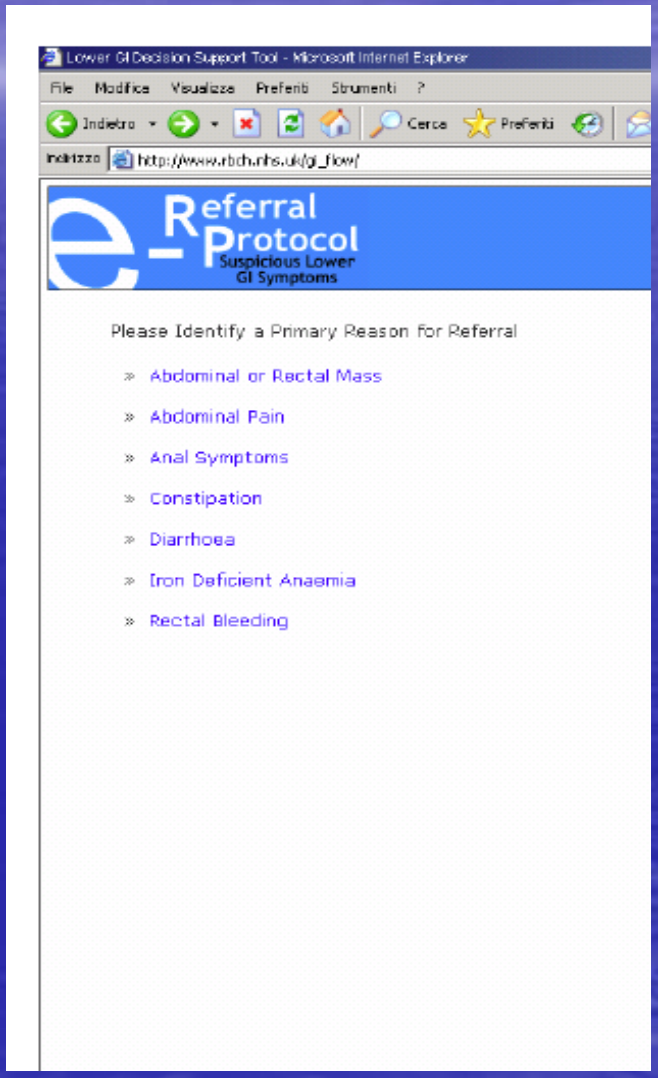
"Da alcuni anni nel Trentino l'accesso alle visite specialistiche o agli esami diagnostici è basato sulla priorità clinica, cioè la gravità e l'urgenza della malattia anziché sull'ordine cronologico di prenotazione. Lei con questo principio è..."
(base: totale cittadini)

		DISTRETTI								
	Totale 2009	Trento e Valle dei Laghi/Rotaliana e Paganella/Valle di Cembra	Vallagarina	Alta Valsugana/ Bassa Valsugana e Tesino e Primiero	Alto Garda/ Ledro	Fiemme/ Ladino di Fassa	Giudicarie/ Rendena	Val di Non/ Valle di Sole	Totale 2007	Totale 2006
Molto d'accordo	**57%**	55%	62%	59%	62%	62%	**44%**	48%	47%	43%
Abbastanza d'accordo	39%	40%	36%	34%	33%	34%	**50%**	43%	40%	43%
[Molto o abbastanza d'accordo]	**95%**	96%	**97%**	94%	95%	96%	94%	91%	87%	85%
Poco d'accordo	3%	3%	**1%**	4%	3%	3%	4%	6%	9%	10%
Per nulla d'accordo	**2%**	1%	2%	2%	2%	1%	2%	3%	4%	4%

Customer Asset Improvement
Conoscere, per decidere

SECONDA PARTE

PRESCRIZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E CURE PRIMARIE



Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Review)

Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C

THE COCHRANE COLLABORATION®

Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Review)
Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

[Intervention Review]

Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care

Ayub Akbari[1], Alain Mayhew[2], Manal Alawi Al-Alawi[3], Jeremy Grimshaw[4], Ron Winkens[5], Elizabeth Glidewell[6], Chanie Pritchard[7], Ruth Thomas[8], Cynthia Fraser[6]

[1]Department of Medicine/Division of Nephrology, Kidney Research Center/University of Ottawa, Ottawa, Canada. [2]Institute of Population Health, University of Ottawa, Ottawa, Canada. [3]Manama, Bahrain. [4]Director, Clinical Epidemiology Programme, Ottawa Health Research Institute, Ottawa, Canada. [5]Diagnostic Centre Maastricht, Academic Hospital Maastricht, Maastricht, Netherlands. [6]Health Services Research Unit, University of Aberdeen, Aberdeen, UK. [7]Sage Media, Woodlawn, Canada. [8]Centre for Healthcare Randomised Trials (CHaRT), Health Services Research Unit, University of Aberdeen, Aberdeen, UK

Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

- Attività formativa con gli specialisti
- Strumenti di prescrizione con contenuto informativo
- *Second opinion*

COME PRENDERE DECISIONI ORGANIZZATIVE CHE FACILITINO IL CAMBIAMENTO ?

FORMAZIONE SUL CAMPO (ECM)
Gruppi di miglioramento

- **Medici delle cure primarie**
- **Medici specialisti**
- **Direzioni sanitarie**

European Care Pathways Conference 2013

Supporting safe, effective, person centred care, through the use of care pathways

20th & 21st June 2013

The Grand Central Hotel, Glasgow, Scotland – Draft Programme v6 12/12/12

E-P-A

EUROPEAN PATHWAY ASSOCIATION

www.E-P-A.org

SPA

Scottish Pathways Association

The Royal Society of Medicine Press Limited

EUROPEAN PATHWAY ASSOCIATION

INTERNATIONAL JOURNAL OF CARE PATHWAYS

The official journal of the European Pathway Association

We've made great changes to our journal formerly known as JICP

New editors, new editorial board, new international focus

More editorial, more research, more methodological advice

Features

- Peer-reviewed research papers on Care Pathways
- Information on international pathway projects and case studies
- High-quality editorial, analytic and comment pieces
- Free online availability on all subscriptions - offering excellent functionality, reference linking and advanced searching options
- Methodological help and advice
- Debate and commentary
- Book reviews and conference reports

Save **15%**
on the standard subscription price

Now the official journal of the European Pathway Association (an international, non-profit association), the *International Journal of Care Pathways* provides a forum for exploring a wide range of issues relating to care processes, including implementation, evaluation and strategic issues such as informatics, governance, risk management and quality control.

Containing original research articles, topical case studies and pathway project reports, this is an essential subscription to any professional involved in Care Pathways.

To celebrate the re-launch of International Journal of Care Pathways, and to welcome the European Pathway Association we are offering a 15% discount on a 2009 subscription to IJCP

Editor in chief: Massimiliano Panella
Associate Editor: Kris Vanhaecht
Publication details: ISSN 2040-4026 (Print)
2009, Volume 13, 2 issues (bi-annual) ISSN 2040-4034 (Online)

Please note that as of 2010 the journal will be published quarterly
Price: £90

Free sample issue at www.rsmjournals.com

2nd International Summer School on Clinical / Care Pathways

Lago D'Orta, Italy, September 8 – 12, 2008

Approccio metodologico per migliorare la gestione della domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali

I percorsi clinici

Un po' di esperienze e considerazioni …

Prof. Massimiliano Panella

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
Università degli Studi del Piemonte Orientale
"Amedeo Avogadro"
Presidente di "The European Pathways Association"
(www.E-P-A.org)

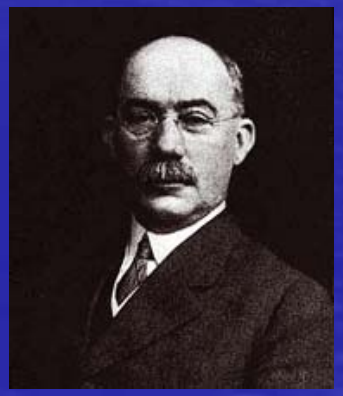
Rovereto, 5 Giugno 2008

	N.	PERCORSO-AGGIORNATO AL 18 GIUGNO 2009	SPECIALISTI OSPEDALIERI	MMG-PLS
PERCORSI PEDIATRICI	1	ALLERGOLOGIA DERMATOLOGICA PEDIATRICA	BALDO-RIZZOLI	BALDESSARI-DANIELE-ZUANNI
	2	ADENOIDI-TONSILLE-ORECCHIO IN PEDIATRIA	BALDO-BONFIOLI	BALDESSARI-DANIELE-ZUANNI
	3	LINFOADENOPATIE 0-14 ANNI	PETRONE-PISCIOLI-TILOTTA-SPEZIALI	BALDESSARI-ZUANNI
	4	DOLORE ADDOMINALE (INF. E SUP.)	AZZOLINI-DEPRETIS-MEGGIO-PELLECCHIA-SESSA-SOGARO-STEFENELLI	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	BAROZZI-SELLA	MARONATO
	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)	SPEZIALI-ZUMIANI-ZORZI	BARBIERI
	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

Cenni Storici

- Da circa 60 anni le società scientifiche e le organizzazioni mediche stanno sviluppando linee guida
- I *clinical pathways* sono basati sullo schema di GANNT e sul processo "rate-limiting" mutuati dall'industria

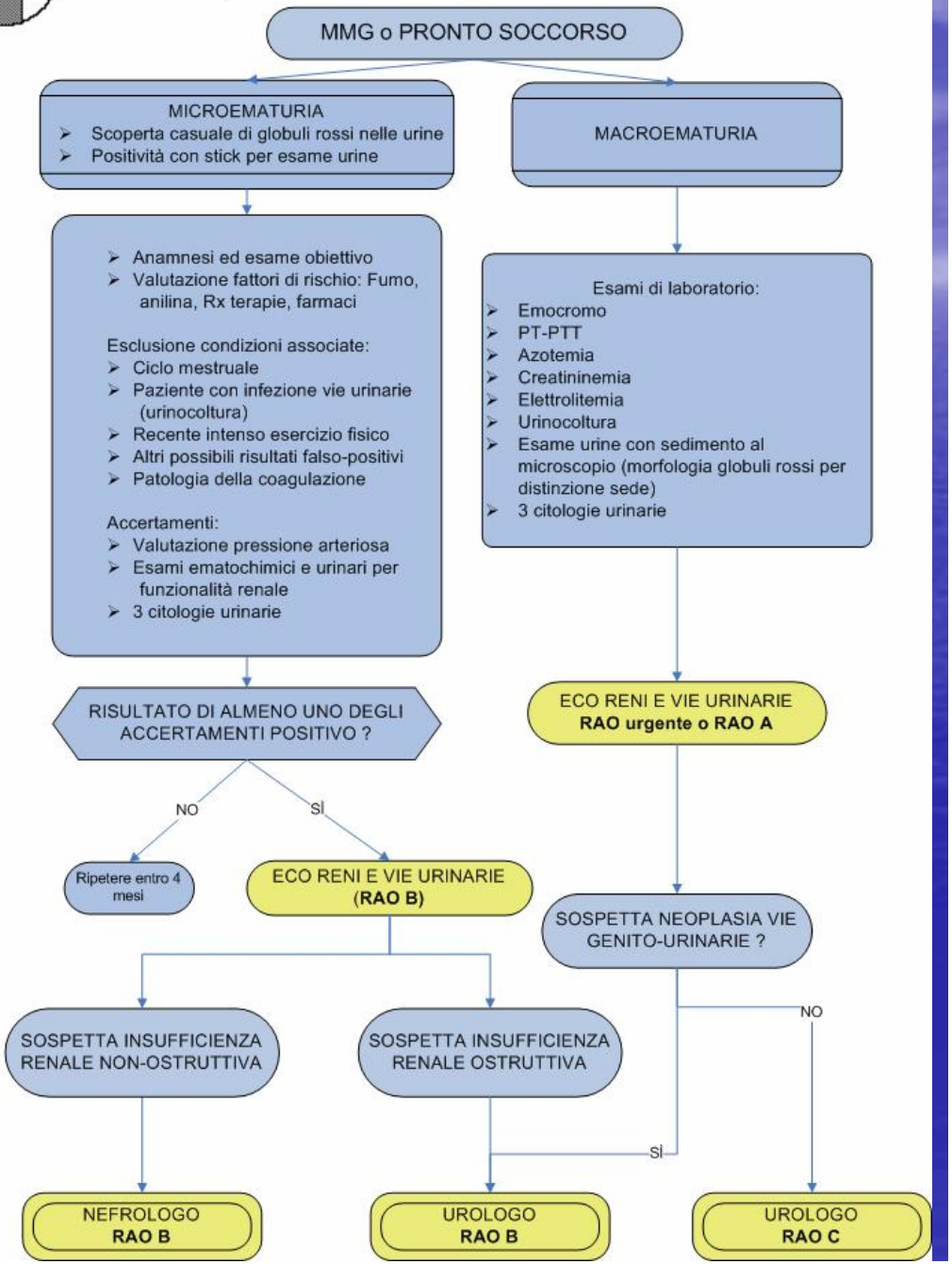
Henry Laurence Gantt (1861-1919)



Gantt Chart

TIME
Wk1
Wk2
Wk3
Wk4
.....
T
A
S
K
S
a.
b.
c.
d.
e.
f.
...
Gantt Chart is a
Time-Task Matrix

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento
Progetto di Formazione sul campo – Flow chart "EMATURIA"



"EMATURIA"

☑	**SINTOMI SEGNI E ALTRE VARIABILI**

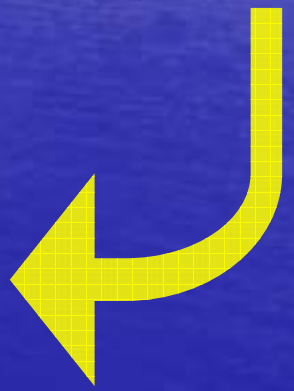
EMATURIA:		
□	MACROEMATURIA:	
	□	Totale
	□	Iniziale
	□	Terminale
□	MICROEMATURIA:	
	□	Primo riscontro
	□	Ricorrente
	SINTOMI E SEGNI ASSOCIATI DELLE BASSE VIE URINARIE:	
	□	Nessuno
	□	Stranguria
	□	Disuria
	□	Urgenza
	□	Incontinenza
	FEBBRE:	
	□	Con brivido
	□	Senza brivido
□	Recente trauma addominale	
□	Fumatore	
□	Recente sforzo fisico intenso	
□	Mestruazioni in corso	
□	Terapia anticoagulante in corso	
□	Terapia antiaggregante in corso	
□	Ipertensione arteriosa	

PROCEDURE DIAGNOSTICHE ESEGUITE ED ESITI	
□	Emocromo alterato
□	PT, PTT allungati
□	Creatinina elevata
□	Elettroliti alterati
□	Urinocoltura positiva
□	Citologie urinarie non normali
□	Ecografia renale anomala
	□ Dilatazione
	□ Neoformazione
□	Ecografia vescicale con lesione vegetante

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

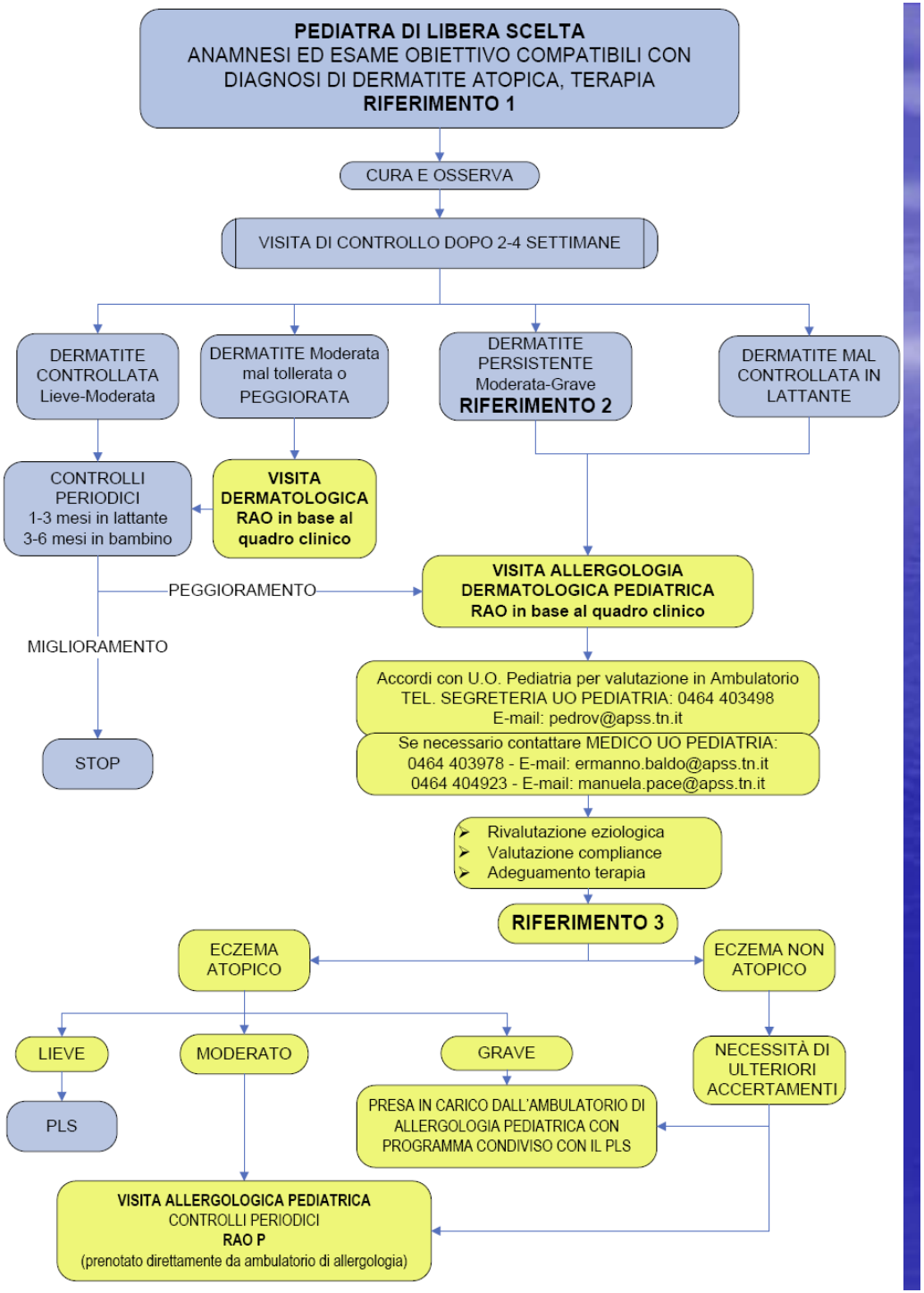
Ipotesi di griglia da compilare dal richiedente nel momento in cui un paziente viene inserito nel percorso diagnostico.



Qualità della documentazione

Il medico deve disporre di tutte le opportune informazioni al momento della valutazione del paziente. Pertanto devono essere garantiti dati clinici nella richiesta di consulenza e nel referto specialistico.

Bodeck et al., *Int J Clin Pract*, 60: 595-601, 2006



"DERMATITE ATOPICA"

☑	SINTOMI SEGNI E ALTRE VARIABILI

ETA' DI INSORGENZA

☐	Fase del neonato e del lattante (4° mese-2 anni)
☐	Fase del bambino (2-/10 anni)

MORFOLOGIA DELLE LESIONI

☐	FORMA ACUTA O ESSUDATIVA (dermatite in chiazze caratterizzate da: eritema, edema, intensa vescicolazione ed essudazione, talora associata sovra infezione microbica)
☐	FORMA CRONICA (dermatite in chiazze, secca, lesioni da grattamento, lichenificazione)

TOPOGRAFIA DELLE LESIONI

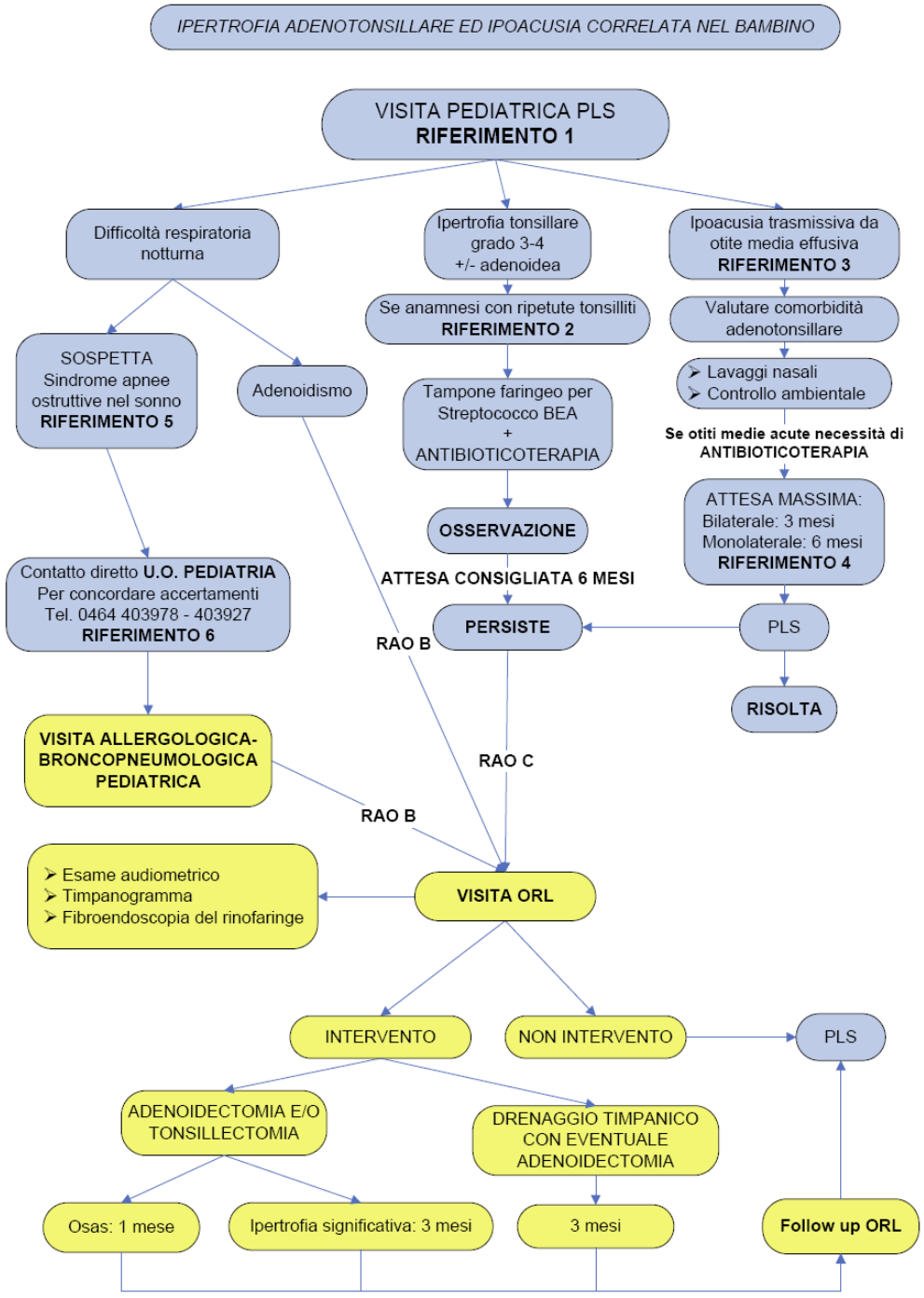
☐	Localizzate a viso (guance, fronte, mento, risparmio della zona centro facciale) ed alle regioni estensorie nei primi 2 anni di vita
☐	Localizzate alle pieghe degli arti superiori ed inferiori ed al collo dopo i 2 anni di vita.

SINTOMI E SEGNI ASSOCIATI

☐	Prurito (spesso anche durante il sonno)
☐	Xerosi cutanea diffusa
☐	Tendenza alle infezioni cutanee (batteriche, micotiche, virali)
☐	Andamento cronico-recidivante

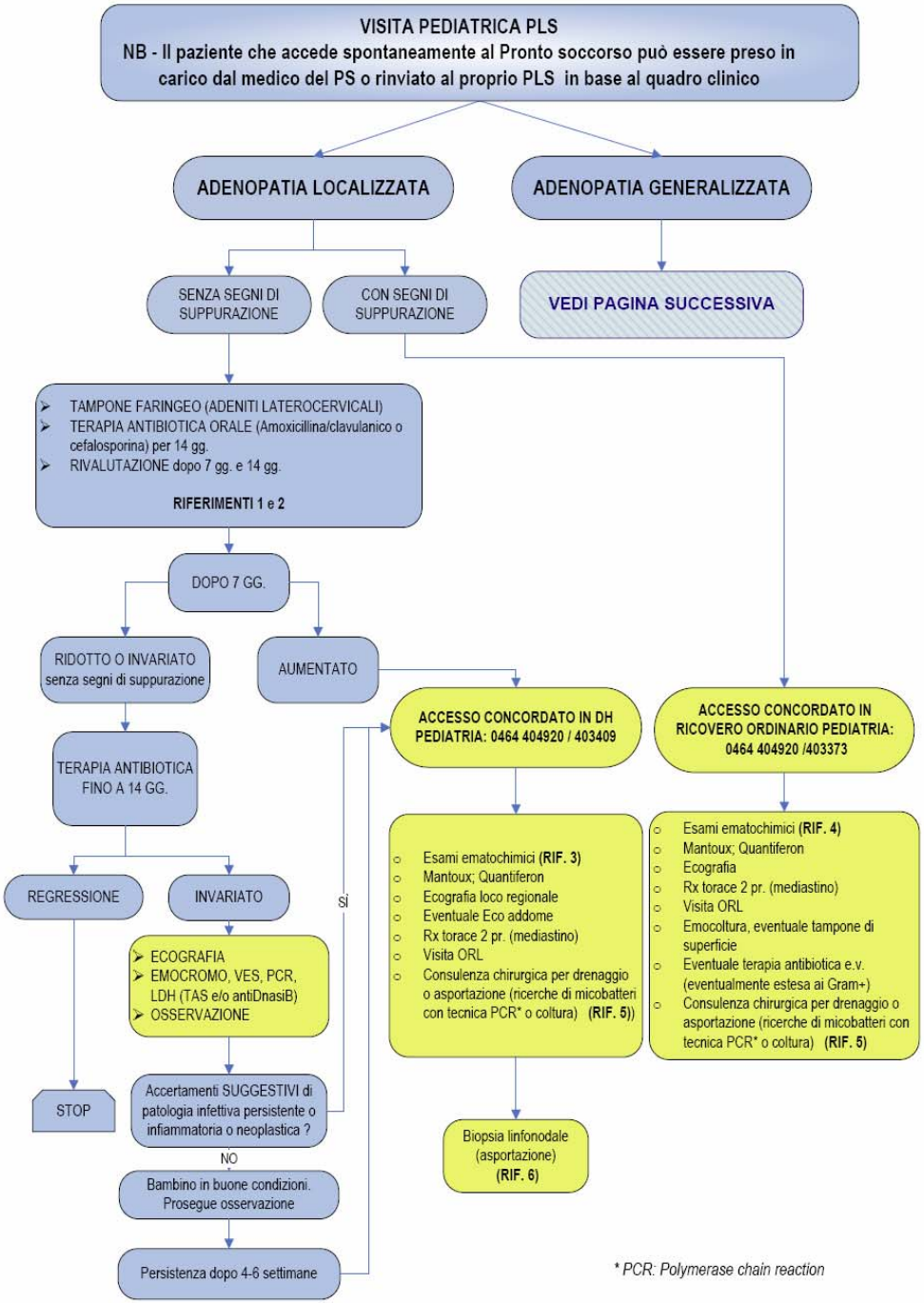
ANAMNESI FAMILIARE E PERSONALE POSITIVA DI ATOPIA

☐	Asma
☐	Dermatite atopica
☐	Oculorinite allergica



"IPERTROFIA ADENOTONSILLARE ED IPOACUSIA CORRELATA NEL BAMBINO"

☑	SINTOMI SEGNI E ALTRE VARIABILI
□	Ostruzione respiratoria nasale
□	Russamento
□	Apnee notturne
□	Irrequietezza notturna
□	Sonnolenza diurna
□	Enuresi
□	Otite media con effusione con deficit uditivo secondario, protratta da alcuni mesi
□	Infezioni ricorrenti dell'orecchio medio
□	Infezioni ricorrenti delle vie aero-digestive superiori (ad esempio: tonsilliti ricorrenti)
□	Già effettuata pulsiossimetria
□	Già effettuato tampone faringeo
□	Già effettuato tampone auricolare
□	Ipertrofia tonsillare / adenoidea
□	Alterazioni della membrana timpanica



"LINFO-ADENOPATIE 0-14 ANNI"

☑	SINTOMI SEGNI E ALTRE VARIABILI
□	ADENOPATIA LOCALIZZATA:> 1 cm diametro in sede laterocervicale e ascellare, > 1.5 cm in sede inguinale, > 0.5 cm in sede epitrocleare)
□	ADENOPATIA GENERALIZZATA (> 2 linfonodi ingrossati in sedi non contigue con o senza epatosplenomegalia)
□	FEBBRICOLA (< 38°C) O FEBBRE (> 38°C)
□	DOLORE E ALTRI SEGNI LOCALI DI FLOGOSI (arrossamento della cute soprastante, calore, raccolte sottocutanee)
□	ASPETTO ECOGRAFICO COLLIQUATO
□	ANAMNESI DI CONTATTO CON ANIMALI (gatti, bovini, uccelli)
□	POSSIBILE CONTATTO CON BK (bacillo di Koch; etnia, condizioni e luoghi di vita, sovraffollamento, frequenza di comunita', parenti notoriamente affetti da TBC o che presentano tosse cronica, conviventi o contatti abituali "a rischio")
□	SEGNI LOCALI DI INFILTRAZIONE (linfonodo duro fisso)
□	ASPETTO ECOGRAFICO DI SOVVERTIMENTO STRUTTURALE
□	DIMENSIONI INVARIATE O AUMENTATE DOPO TERAPIA ANTIBIOTICA
□	PERSISTENZA DELL' ADENOPATIA INVARIATA > 6 SETTIMANE
□	TOSSE CRONICA
□	INAPPETENZA
□	DIMAGRAMENTO
□	ASTENIA
□	MANIFESTAZIONI EMORRAGICHE (petecchie, ecchimosi , ematomi)
□	PALLORE
□	EPATOSPLENOMEGALIA

Strumenti oggi necessari per un progetto di audit medico *completo*[1]

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

[1] Derry et al., *BMJ*, 303: 1247-9, 1991

MINISTERO DELLA SALUTE E AGENAS

MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA PERCORSI COMPLESSI

Linee guida per la verifica dell'appropriatezza e del rispetto dei tempi d'attesa dei percorsi complessi

elaborate nell'ambito del Progetto di ricerca corrente anno 2006, finanziato dal Ministero della Salute ex artt. 12 e 12 bis, D.Lgs 502/92 e s.m.i.

ALLEGATO

PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2010-2012

F. individua quali strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa:

- il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale;
- il flusso informativo con modalità ex post, attraverso il flusso ex art. 50 della legge 326/2003 per le finalità di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali, rendendo obbligatori i campi di cui al punto 7.1.A,;
- il flusso informativo SDO per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri;
- il flusso informativo dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica;
- il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria
- il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni;

MdS e AGENAS – Fase Pilota ULSS Treviso

MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA PERCORSI COMPLESSI

Aree di sviluppo dei modelli per il monitoraggio dei Percorsi

Azienda ULSS 9 Treviso

- Ca Polmone
- Ca Cervice Uterina
- Ca Mammella
- Ca Colon-Retto

MdS e AGENAS – Fase Pilota ULSS Treviso

MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA PERCORSI COMPLESSI

Fasi dello studio (1)

Azienda ULSS 9 Treviso

1. Ricerca delle SDO di ricoveri ordinari contenenti i codici ICD IX nell'anno considerato (2008)
2. Selezione assistiti Ulss
3. Per i pazienti selezionati, ricerca precedenti ricoveri con stesse diagnosi negli anni precedenti (almeno 5): se presenti, il caso viene tolto
4. Creazione codice paziente (nomecognomedatanascita)

MdS e AGENAS – Fase Pilota ULSS Treviso

MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA PERCORSI COMPLESSI

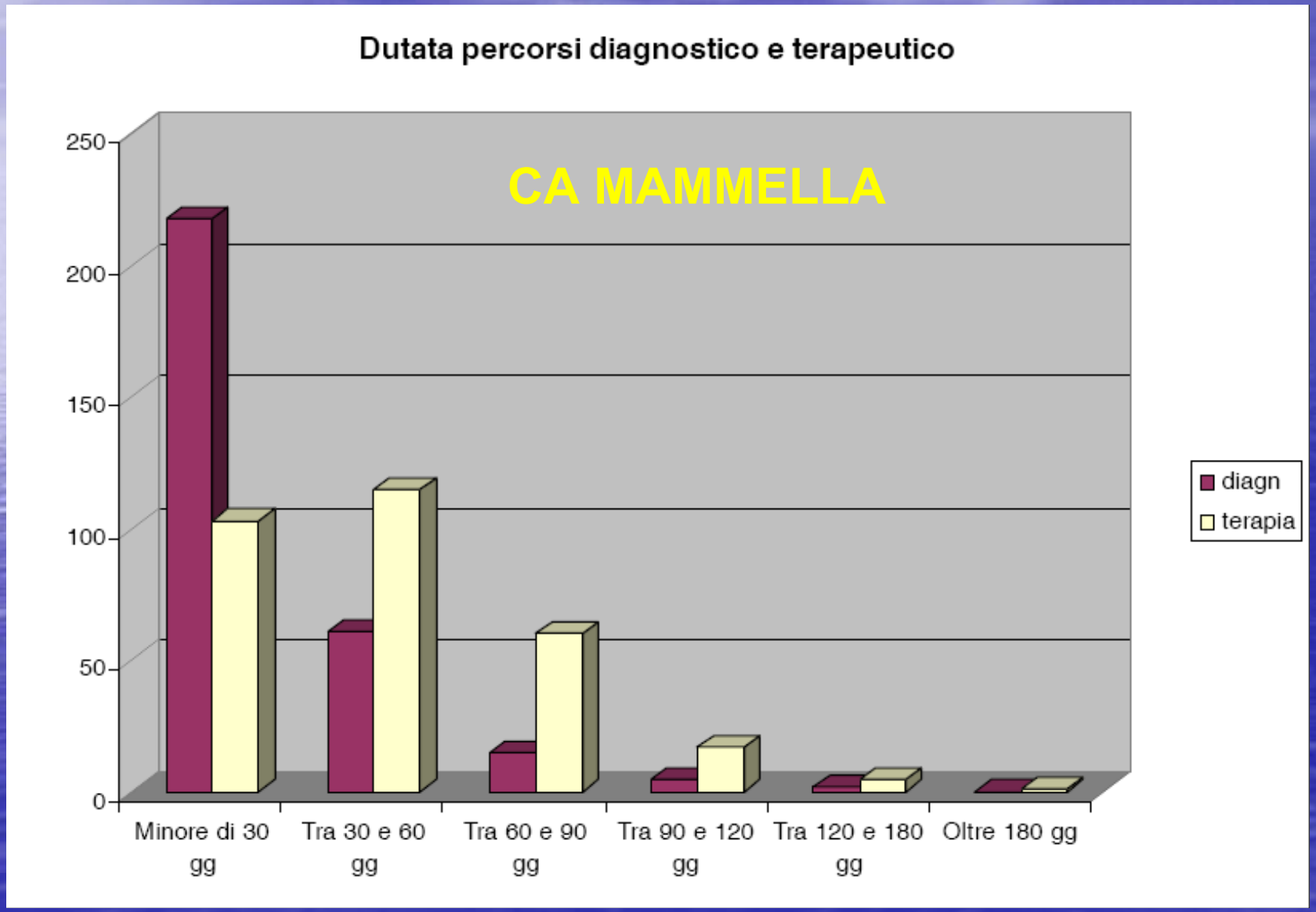
Fasi dello studio (2)

Azienda ULSS 9 Treviso

5. Per i pazienti selezionati, ricerca delle prestazioni traccianti nel flusso ambulatoriale (ultimo anno precedente il ricovero)
6. Ricerca di eventuale DH pre-ricovero
7. Data ultima prestazione o DH pre-ricovero = fine percorso diagnostico
8. (Data punto 7.) – (data prima prestazione tracciante) = durata percorso diagnostico
9. (data ricovero) – (data ultima prestazione tracciante o data DH) = tempo attesa per inizio terapia

MdS e AGENAS – Fase Pilota ULSS Treviso

MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA PERCORSI COMPLESSI

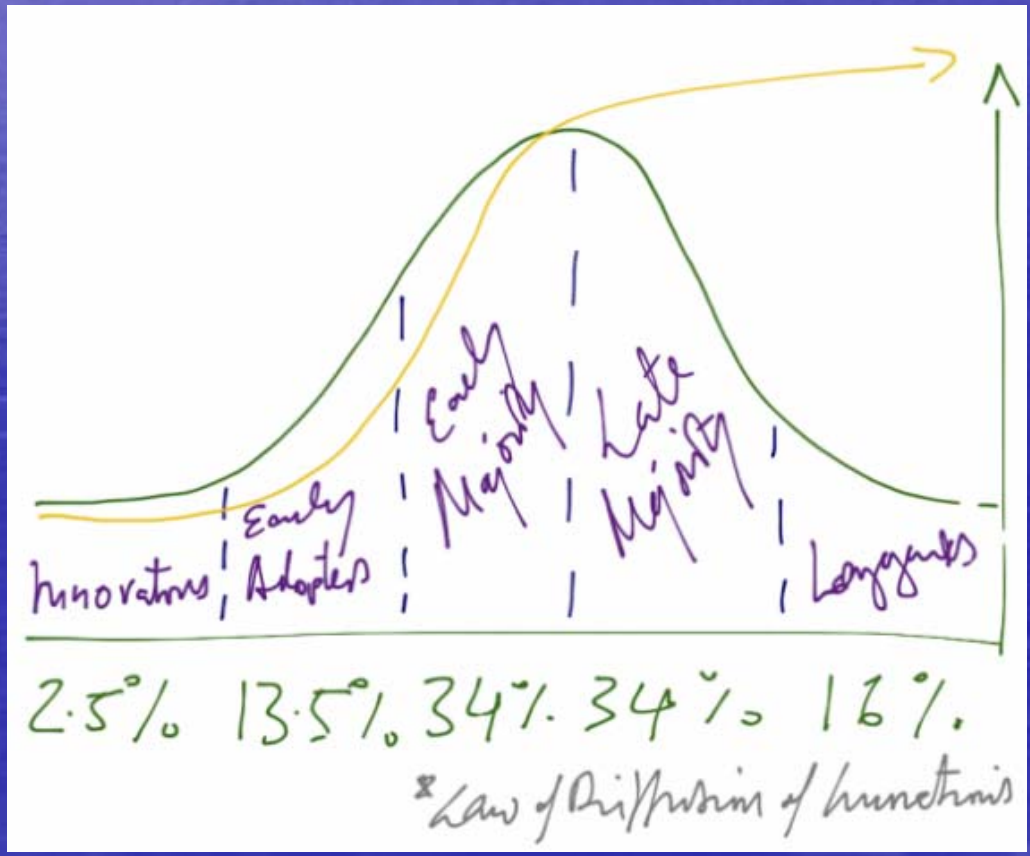


CHI GESTISCE I PERCORSI?

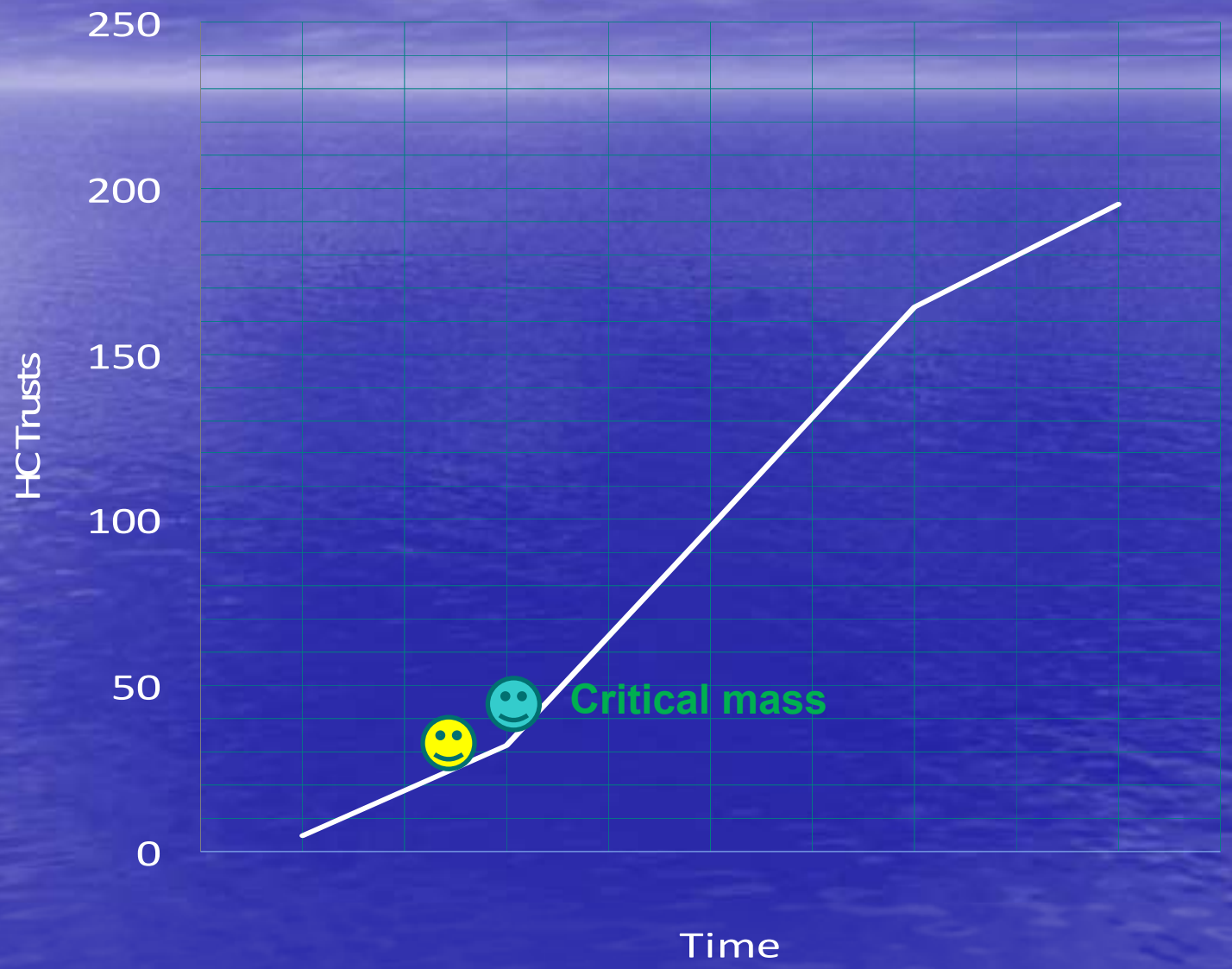
MMG-PLS?

SPECIALISTA OSPEDALIERO?

DIFFUSIONE DEL MODELLO DI INTEGRAZIONE TERRITORIO-OSPEDALE BASATO SU PRIORITÀ CONDIVISE (RAO)



Hypothesis of the trend of adoption of HWGs in 195 Italian Healthcare Trusts



AZIENDE SANITARIE CHE APPLICANO (GEN 2013) IL MODELLO DELLE PRIORITÀ CONDIVISE (RAO)

- ✓Trento
- ✓Ferrara
- ✓ASL Provincia di Bolzano
- ✓Genova
- ✓Ragusa
- ✓Lecce
- ✓ASL Regione Umbria
- ✓Savona
- ✓Treviso
- ✓Feltre
- ✓Chieti
- ✓Potenza
- ✓Viterbo

BUONA INNOVAZIONE !