



Nuclei di Cure Primarie: Profili assistenziali e strumenti organizzativi

L'esperienza nell'ASL di Parma

Rossella Emanuele
Stefano Del Canale



Obiettivo del progetto

Costruzione di profili di salute e di utilizzo di risorse della popolazione in carico ai
NCP



Che cosa si intende per profilo ?

“...è uno strumento analitico che utilizza **metodi epidemiologici** per confrontare i percorsi della pratica medica attraverso varie dimensioni della **qualità** della cura offerta...”

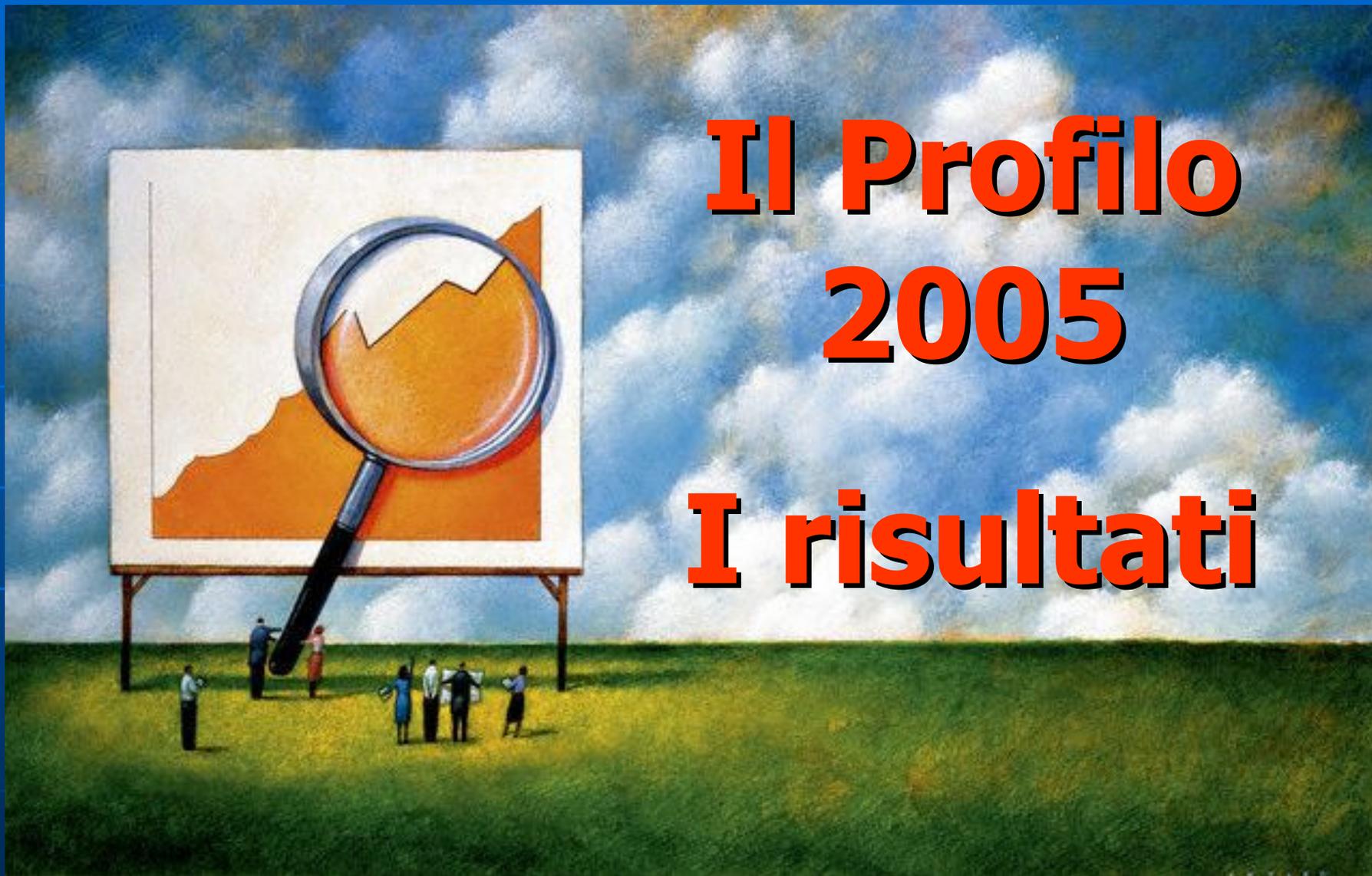
Perchè il profilo dei NCP ?

- ✓ per consentire scelte assistenziali appropriate
- ✓ per ottimizzare l'organizzazione dei servizi
- ✓ per migliorare l'accesso e la qualità delle prestazioni erogate ai cittadini
- ✓ per attivare forme di assistenza specifica per le patologie croniche prevalenti
- ✓ per condividere obiettivi di appropriatezza tra i professionisti del NCP
- ✓ per promuovere un coordinamento funzionale fra Azienda e le attività dei medici del NCP

Dimensioni dell'analisi

- Definiti dal Team del Progetto (Jefferson, ASL Parma, Coordinatori dei NCP) attraverso un processo iterativo
- **Includono**
 - Dati descrittivi dei mmg dei NCP
 - Dati epidemiologici dei pazienti in carico ai NCP
 - Demografici, morbidità ed uso dei servizi sanitari (AFT, ASA, assistenza ospedaliera)
 - Indicatori di qualità nelle malattie cardiovascolari

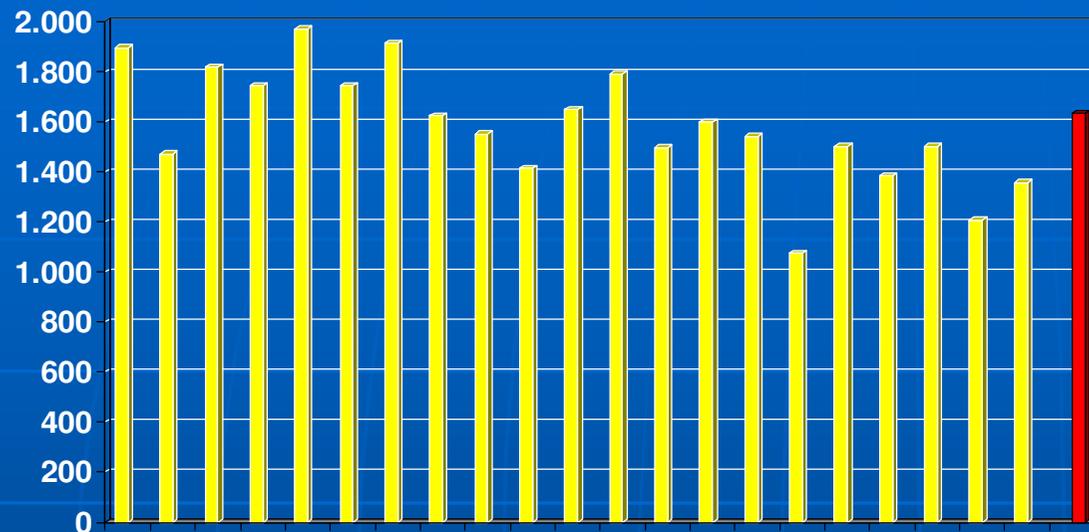
Il Profilo 2005 I risultati



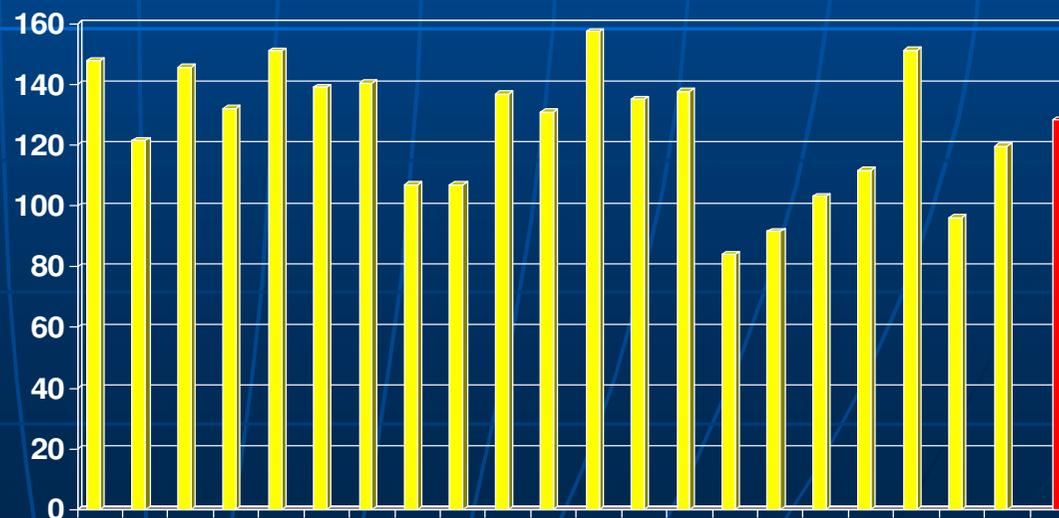
La popolazione di riferimento

| Caratteristica | 21 NCP |
|----------------|---------------|
| N | 325.683 |
| Sesso | |
| Maschi | 48% (46 – 51) |
| Femmine | 52% (49 – 54) |
| Età, media | |
| 1 – 14 | 1% (0 – 4) |
| 15 – 34 | 23% (18 – 25) |
| 35 – 64 | 48% (38 – 50) |
| 65+ | 28% (25 – 40) |
| 65 – 74 | 14% (12 – 17) |
| 75 – 84 | 11% (9 – 16) |
| 85+ | 4% (3 – 7) |

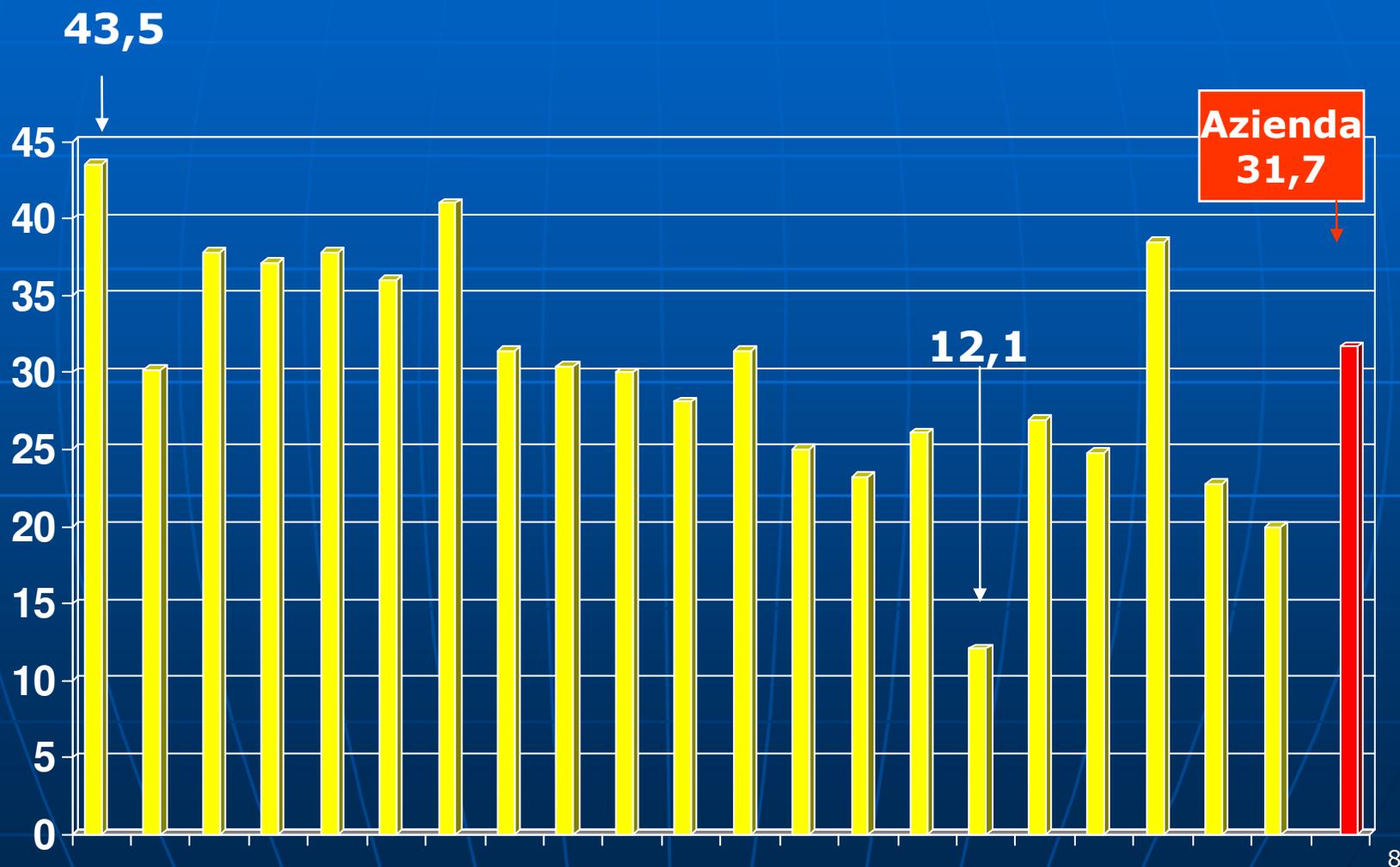
Assistenza specialistica ambulatoriale: Visite x 1000 assistiti



Assistenza specialistica ambulatoriale: Prima visita oculistica x 1000 assistiti



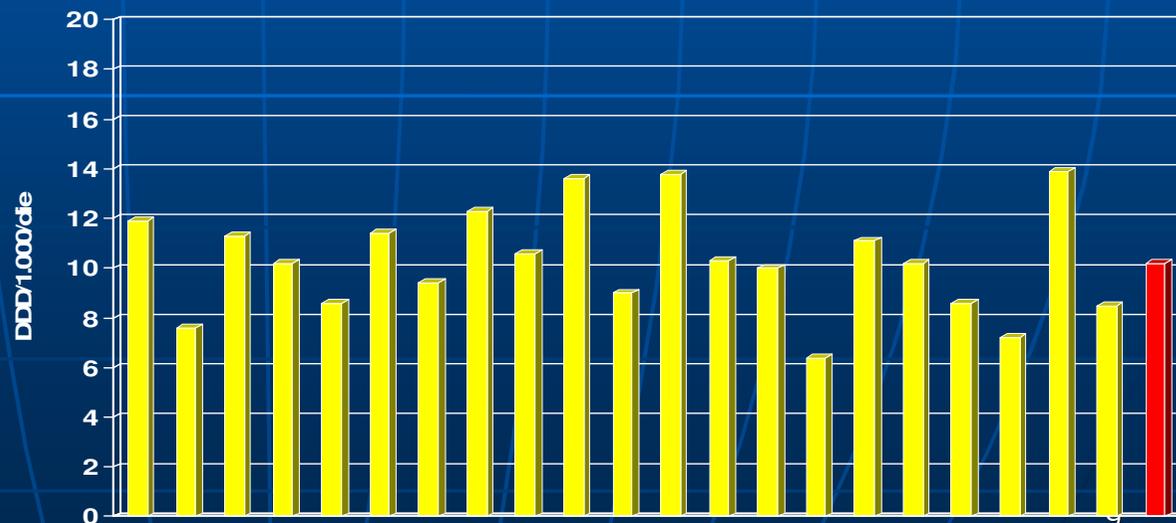
Assistenza specialistica ambulatoriale: RMN x 1000 assistiti



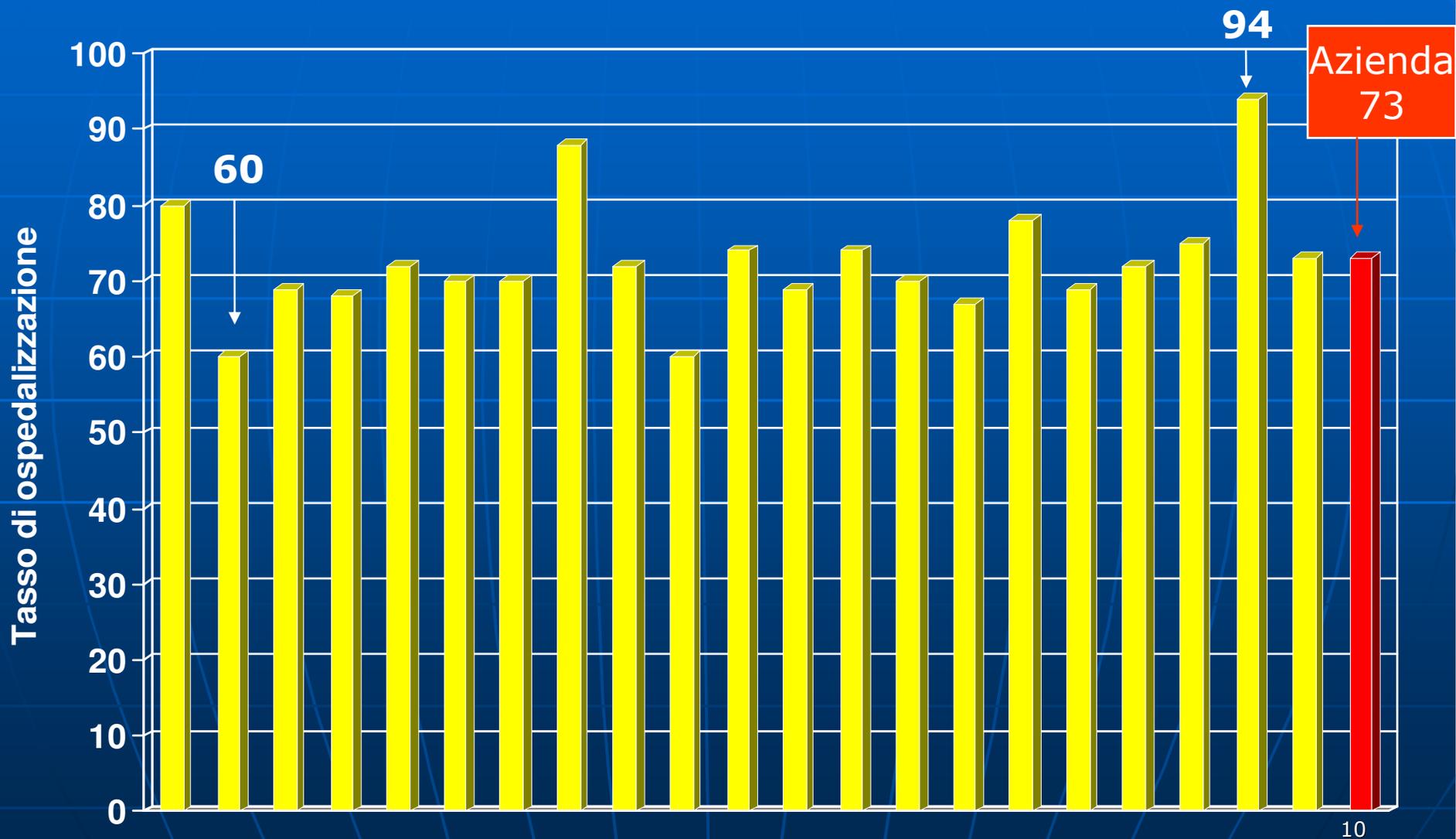
I farmaci

| | 21 NCP | |
|--------------------------------|----------------|----------------------|
| | DDD /1.000/die | Intervallo |
| Totale | 966 | 896,4-1.031,7 |
| Antibiotici | | |
| Totale | 18,1 | 14,4-21,2 |
| Iniettabili | 0,2 | 0,1-0,4 |
| Fluorochinolonici | 2,5 | 1,4-4,0 |
| Statine | 18,1 | 13,0-21,1 |
| Inibitori di pompa | 10,2 | 6,4-13,9 |
| Alendronati-Bifosfonati | 1,9 | 0,9-2,8 |
| FANS | 15,1 | 7,5-25,0 |

Inibitori di pompa DDD x 1000 assistiti/die



Ricoveri ordinari: DRG medici. T.O. x 1000 assititi.



Ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale

21 NCP

| | Tasso di osped. stand. per 1.000 | Min-Max | Pz. con $n \geq 2$ ricoveri (%) | Min-Max |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------|---------------------------------|----------|
| <i>BPCO</i> | 1,6 | 1,0-2,8 | 9,6 | 0,0-33,3 |
| <i>Polmonite batterica</i> | 1,4 | 0,5-2,0 | 1,5 | 0,0-5,3 |
| <i>Ipertensione</i> | 0,9 | 0,2-1,6 | 4,2 | 0,0-18,2 |
| <i>Scompenso cardiaco</i> | 3,9 | 2,3-5,7 | 7,8 | 0,0-15,4 |
| <i>Diabete mellito</i> | 0,6 | 0,1-1,4 | 4,8 | 0,0-50,0 |
| <i>Asma</i> | 0,7 | 0,2-1,1 | 1,8 | 0,0-33,3 |
| <i>Sincope/collasso</i> | 0,6 | 0,1-1,1 | 1,1 | 0,0-12,5 |
| <i>Malattie gastriche</i> | 2,6 | 1,6-3,7 | 1,0 | 0,0-8,3 |
| <i>Afezioni mediche del dorso</i> | 1,2 | 0,5-1,8 | 4,9 | 0,0-18,2 |

Ricoveri medici potenzialmente inappropriati*

21 NCP

| | % potenzialmente inappropriati | Min-Max |
|---------------------------------------|--------------------------------|-----------|
| <i>Alterazioni dell'equilibrio</i> | 35,5 | 0,0-100,0 |
| <i>Malattie gastriche</i> | 20,0 | 4,5-37,5 |
| <i>Affezioni med. del dorso</i> | 19,2 | 0,0-33,3 |
| <i>Convulsioni e cefalea</i> | 19,1 | 0,0-37,5 |
| <i>Ipertensione</i> | 19,1 | 0,0-57,1 |
| <i>Diabete mellito</i> | 17,6 | 0,0-50,0 |
| <i>Polmonite batterica</i> | 13,9 | 0,0-23,1 |
| <i>Malattie delle vie biliari</i> | 10,9 | 0,0-42,9 |
| <i>Malattie vascolari periferiche</i> | 9,6 | 0,0-30,8 |
| <i>Calcolosi urinaria</i> | 9,0 | 0,0-20,0 |

*Fiorini M, Vizioli M, Melotti R, Louis DZ, Grilli R. 2006. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Disponibile al seguente: http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/economiaesalute.htm

Il percorso

1a fase



**Condivisione del Progetto di ricerca
Elaborazione dello schema tipo di Profilo
dal Team di progetto**

2a fase



**Elaborazione del Profilo dei NCP riferito
al 2005**

3a fase



**Incontri specifici di NCP per presentazione
del Profilo 2005 a cura del Direttore DCP
e del Coordinatore di NCP**

4a fase



**Presentazione dei risultati di tutti gli incontri
nella giornata plenaria del 18 aprile 2008**

5a fase



**Ampliamento ed integrazione dello schema
tipo di Profilo
Prima analisi longitudinale Profili
2005 – 2006 + nuovi dati**

Le valutazioni organizzative

Il profilo è strumento di:

- condivisione di un linguaggio con cui riprogrammare confronto e discussione all'interno del NCP
- Valutazione della variabilità intraNCP ed interNCP
- Miglioramento dell'integrazione e interazione con gli altri professionisti del NCP
- Promozione della medicina di "iniziativa" ed incentivazione del senso di appartenenza alle strategie organizzative dell'Azienda



***Si può migliorare solo
ciò che si può misurare***

Prossimi passi

- ✓ Prosecuzione degli incontri periodici di NCP per l'illustrazione del Profilo 2006 e consentire la prima analisi longitudinale
- ✓ Coinvolgimento dei NCP in un progetto di miglioramento della performance sulla base dei risultati individuali
- ✓ Predisposizione di un profilo, conciso e di facile uso, da distribuire ai medici del NCP
- ✓ Integrazione del Profilo con nuovi dati (assistenza domiciliare, adesione agli screening, indicatori di qualità nel diabete e nell'asma)
- ✓ Ricerca del coinvolgimento degli specialisti/ospedale presenti nel NCP/ Distretto



Nuclei di Cure Primarie: Profili assistenziali e strumenti organizzativi

L'esperienza nell'ASL di Parma
Le valutazioni cliniche

Rossella Emanuele
Stefano Del Canale

Bologna, 20 Giugno 2008

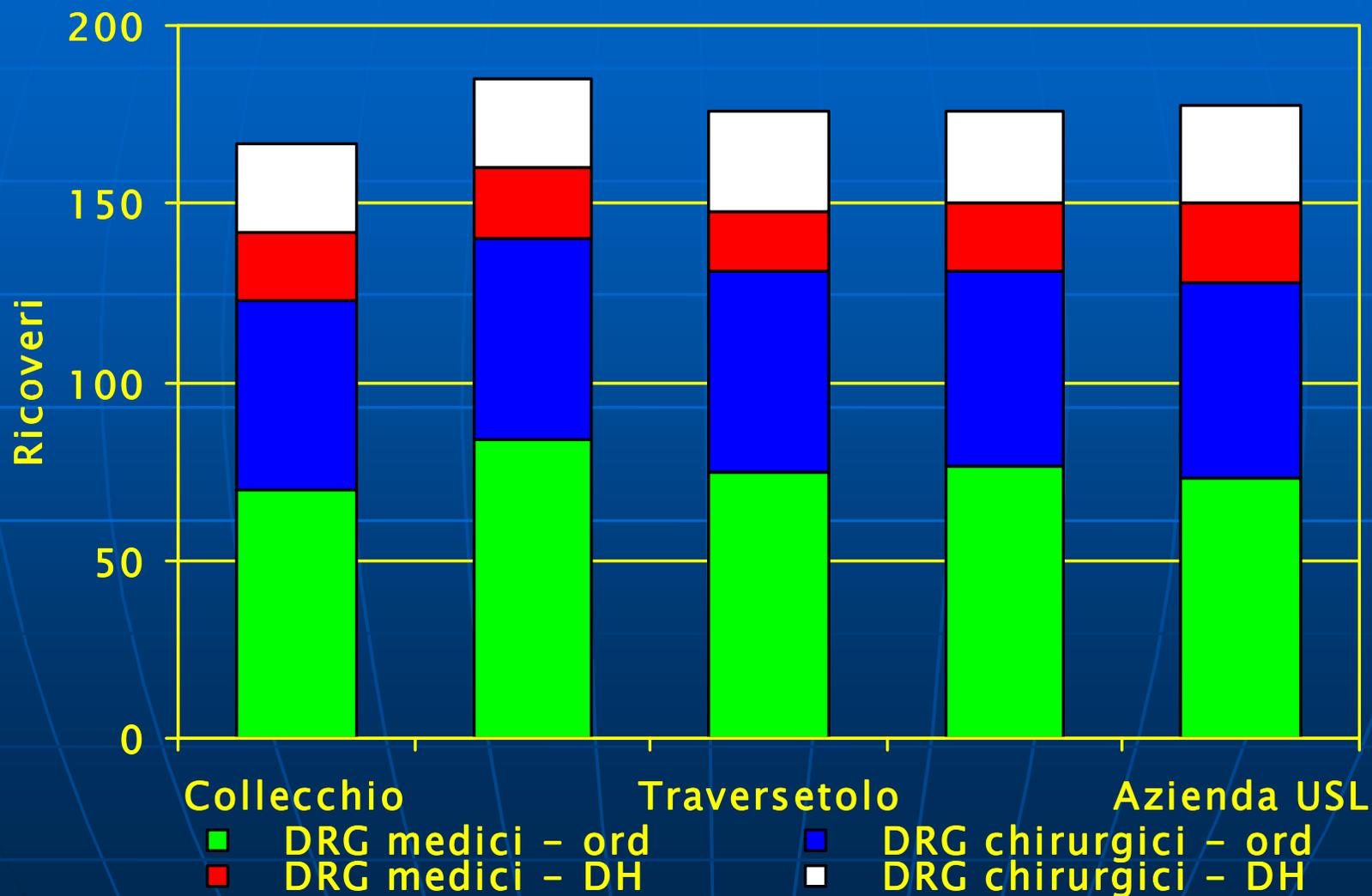


Prevalenza malattie croniche

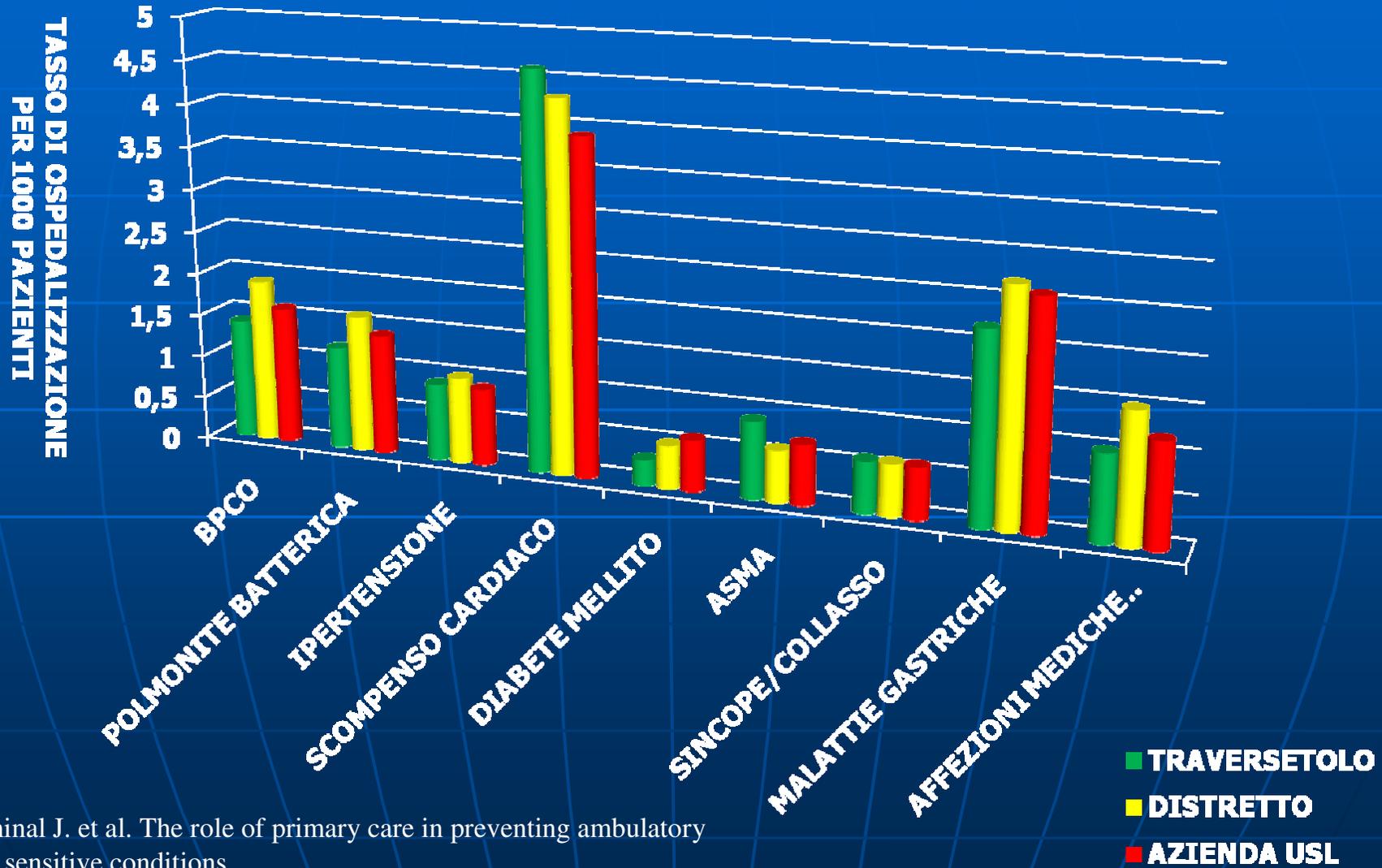
Tasso di prevalenza standardizzato per 1.000 assistiti

| | Collecchio | Langhirano | Traversetolo | Distretto | ASL |
|---------------------------------------|------------|------------|--------------|-----------|-----|
| <i>Patologie cardiovas.</i> | 306 | 306 | 297 | 303 | 298 |
| <i>Disordini gastrici</i> | 103 | 104 | 69 | 93 | 96 |
| <i>Condizioni reumatologiche</i> | 52 | 71 | 40 | 54 | 65 |
| <i>Malattie psichiatriche</i> | 62 | 66 | 64 | 64 | 64 |
| <i>Iperlipidemia</i> | 56 | 56 | 47 | 53 | 58 |
| <i>Disordini della tiroide</i> | 58 | 56 | 55 | 56 | 55 |
| <i>Iperplasia prostatica benigna</i> | 47 | 42 | 44 | 45 | 53 |
| <i>Diabete mellito</i> | 46 | 48 | 43 | 46 | 46 |
| <i>Malattie respiratorie croniche</i> | 48 | 47 | 40 | 45 | 44 |
| <i>Morbo di Paget/Osteoporosi</i> | 25 | 16 | 17 | 20 | 21 |
| <i>Epilessia</i> | 17 | 17 | 14 | 16 | 17 |
| <i>Parkinson</i> | 6 | 4 | 6 | 6 | 6 |

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000/assistiti

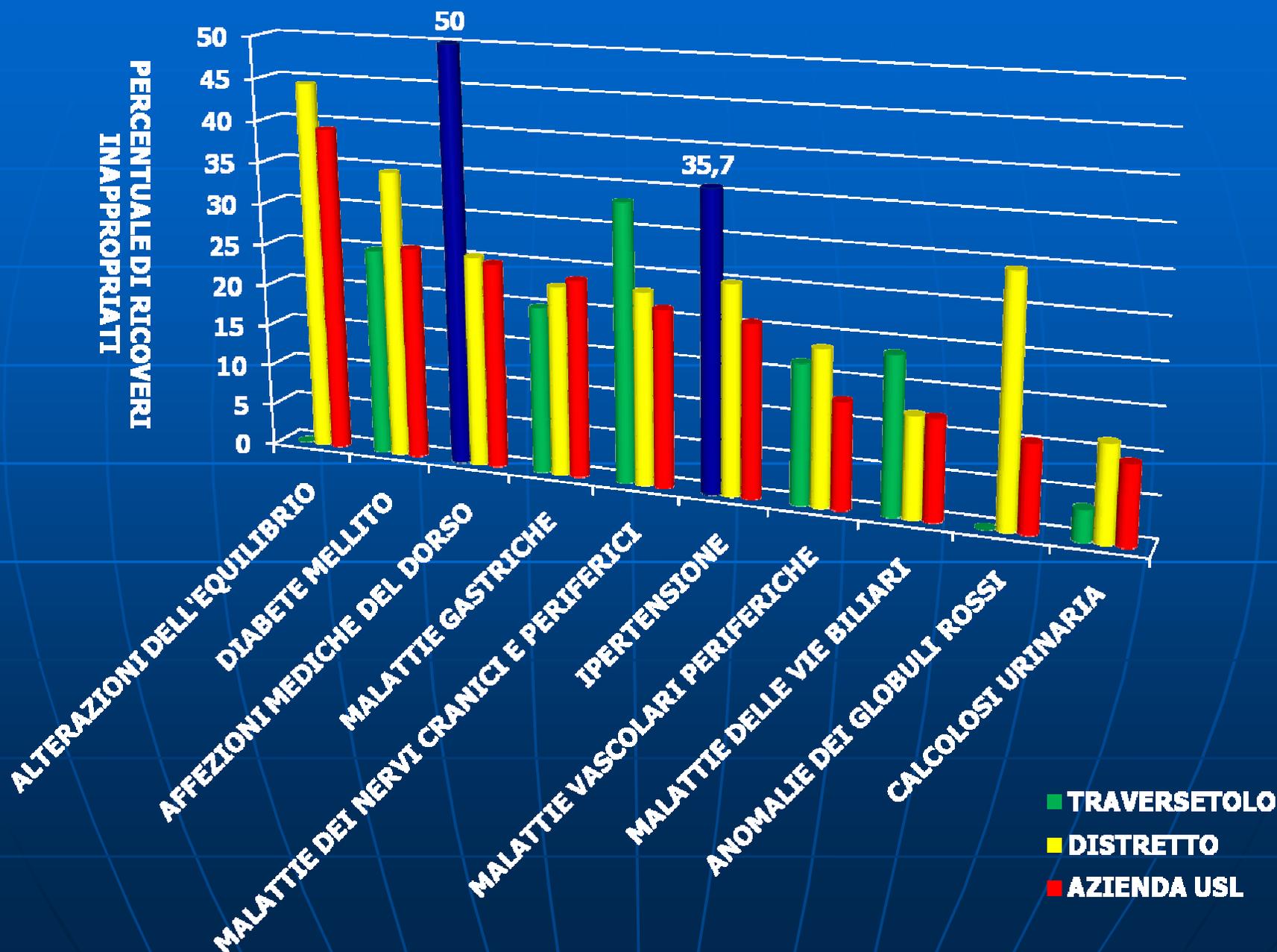


Condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (ACSC)



Caminal J. et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions.
Eur J Pub Health 2004; 14:246-251

Ricoveri medici potenzialmente inappropriati



Malattie cardiovascolari

Indicatori di qualità

- Trattamento farmacologico dopo infarto del miocardio (IMA)
 - Uso di beta-bloccanti
 - Uso di statine
- Management del colesterolo in pazienti con problemi cardiovascolari
 - Screening LDL entro un anno dall'evento
- Trattamento farmacologico dopo scompenso cardiaco congestizio (SCC)
 - Uso di ACE inibitori/ARB
 - Uso di beta-bloccanti

Scompensso cardiaco : terapia con betabloccanti

| | Pz elegibili | Pz trattati propriamente | % |
|---------------------|--------------|-----------------------------|------|
| <i>Collecchio</i> | 76 | 39 | 51,3 |
| <i>Langhirano</i> | 130 | 51 | 39,2 |
| <i>Traversetolo</i> | 168 | 43 | 25,6 |
| <i>Distretto</i> | 374 | 133 | 35,6 |
| <i>Azienda USL</i> | 1.639 | 673 | 43,1 |

Beta-blockade in heart failure

Re-evaluation 2005

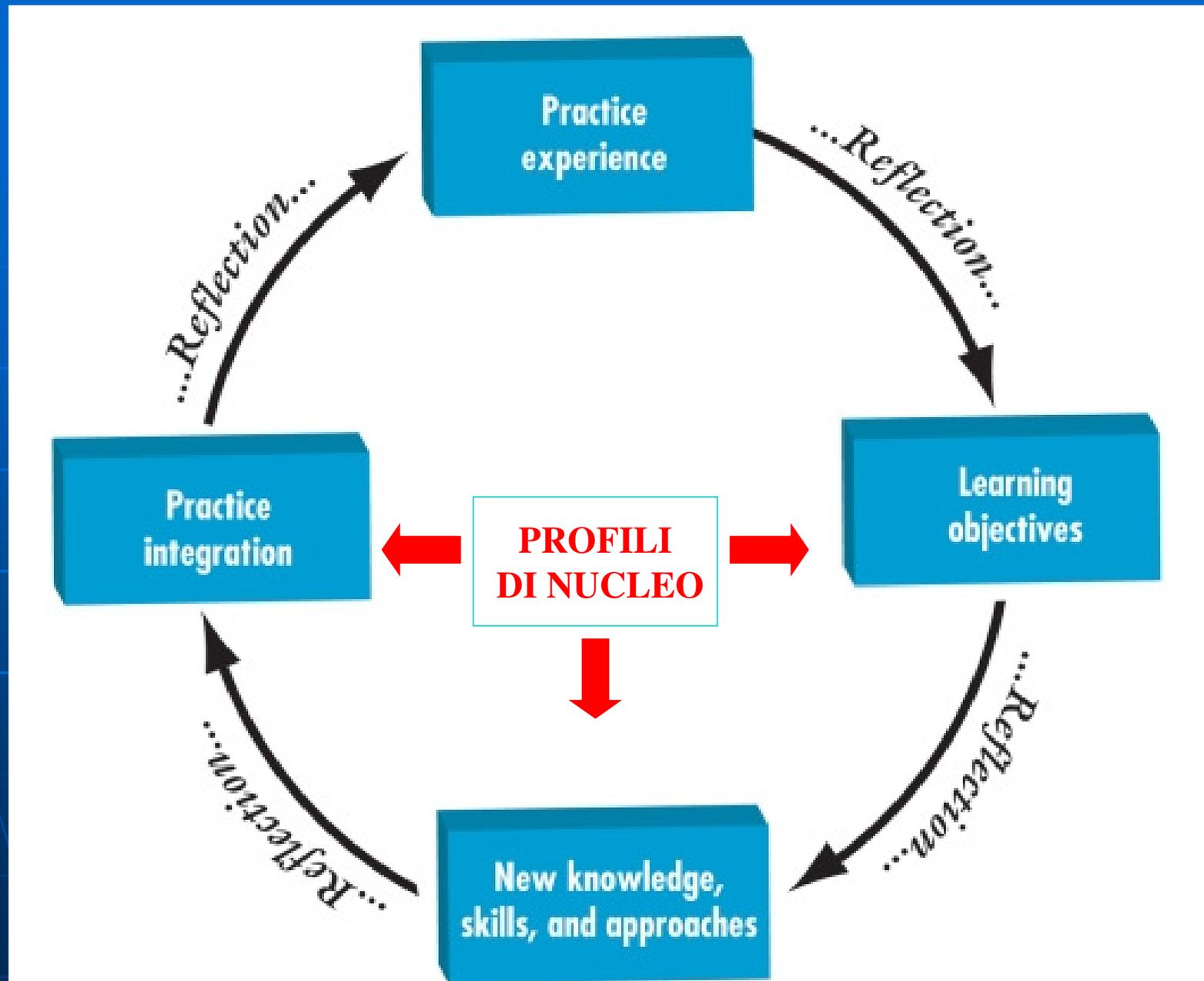
- Beta-blocking agents are recommended for the treatment of all patients with stable mild, moderate and severe heart failure from ischaemic and non-ischaemic origin ... on standard treatment including ACE inhibition and diuretics

Level of evidence A, class I

- Only bisoprolol, carvedilol, metoprolol CR and nebivolol can be recommended
- Metoprolol tartrate is not recommended for use in treatment of CHF

Valutazioni e proposte

- I PROFILI di NCP sono riconosciuti come nuovo strumento atto a migliorare l'appropriatezza e la qualità clinico-assistenziale stimolando il confronto e la discussione all'interno dei NCP
- Nell'ambito cardiovascolare la scelta dei farmaci è spesso "indotta" dallo specialista
- Il MMG assume con difficoltà la "dignità" di prescrittore autonomo
- Si concorda con i colleghi di confrontare le informazioni dei PROFILI con i dati contenuti nelle nostre cartelle informatizzate, in particolare per le situazioni di difformità (AUDIT INTERNO)
- Si ritiene indispensabile la presenza di specialisti ambulatoriali e/o ospedalieri sin dai prossimi incontri (entro Settembre) al fine di allargare il confronto e cominciare a parlare di linee-guida comuni



Adattato da: Armon H. et al. Can Fam Physician 2007; 53: 1477-85

Un ringraziamento a...

- Jefferson Research Team
 - Vittorio Maio (coordinatore progetto), Daniel Louis, Emily Gavin, Mary Robeson, Carol Rabinowitz, Elaine Yuen
- Azienda USL di Parma
 - Direzione Generale e Sanitaria , Direttori di Distretto, Direttori DCP, MMG in Staff, Coordinatori NCP, Medici di Medicina Generale
- Agenzia Sanitaria Regionale

Grazie per l'attenzione!

