

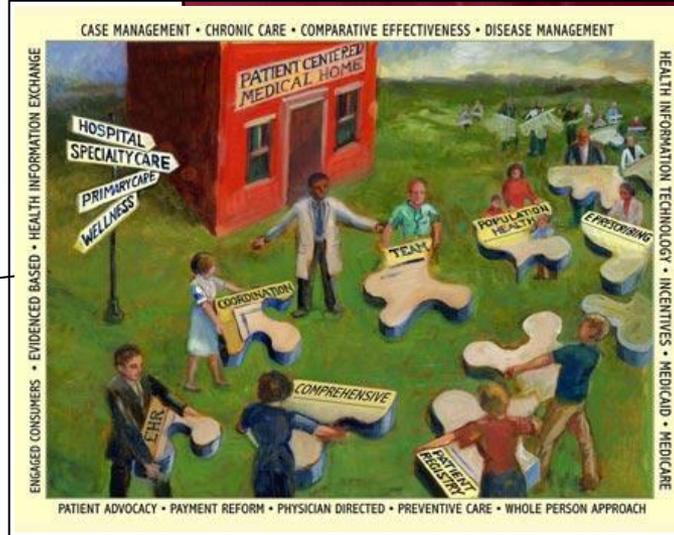
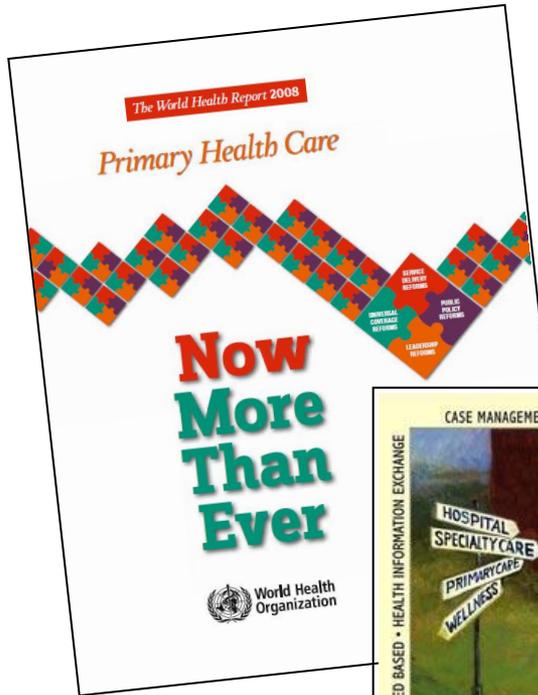


I Profili di Nucleo: Uno strumento per il governo clinico e per il miglioramento della qualità del territorio

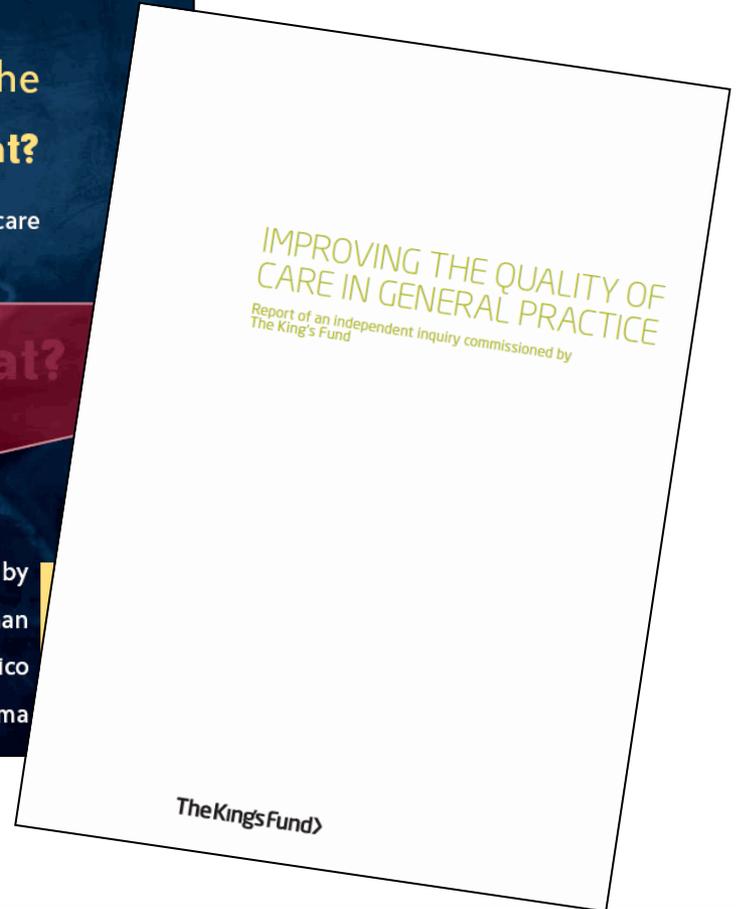
Vittorio Maio, Andrea Donatini, Maria Lazzarato, Massimo Fabi, Stefano Sforza, Antonio Brambilla

**Percorsi di innovazione nelle cure primarie
Parma, 22 ottobre 2011**

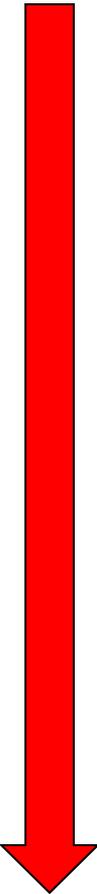
Il contesto



ited by
altman
na Rico
oerma



Evoluzione delle cure primarie



Medicina parallela – il medico lavora indipendentemente e realizza un set definito di servizi

Medicina di consultazione – le informazioni relative ad un determinato paziente sono condivise informalmente e in base allo caso

Modello di coordinamento – comunicazione e scambio di pazienti relativo a particolari patologie o terapie, basato su un processo formale (presenza di un coordinatore)

Team multidisciplinare – guidato da team leader e coordinatori di sub-team

Team interdisciplinare – membri del team prendono decisioni per il gruppo e condividono strategie attraverso incontri *face-to-face*

Team integrato – condivisione di intenti tramite la realizzazione di un approccio di continuità assistenziale e centrato sul paziente

Boon, 2004

Il contesto regionale

- **Cure primarie in Emilia-Romagna (LR 29/2004): riorganizzazione dell'assistenza territoriale con il consolidamento del ruolo di committenza ed integrazione del Distretto, con forte attenzione all'ambito delle cure primarie**
 - **Dipartimenti Cure Primarie**
 - **Nuclei di Cure Primarie**
 - **Case della Salute**

Nuclei di Cure Primarie

L'Accordo regionale con i MMG ha stabilito che i medici aderenti ai Nuclei **devono**, oltre a partecipare alla individuazione di obiettivi, finalità e modalità operative condivise, **collaborare fra loro** e con la Direzione aziendale per migliorare sia la **qualità** dei servizi offerti che la loro **appropriatezza** attraverso l'uso abituale di **strumenti informatici ed amministrativi con le modalità proprie del governo clinico**

Problematiche

- **I professionisti appartenenti ad un Nucleo non sempre si conoscono**
- **Obiettivi fra professionisti possono essere non allineati**
- **Professionisti tradizionalmente indipendenti: quanto sono propensi al lavoro di gruppo?**



Il profilo dei Nuclei per creare collaborazione nei Nuclei...

- **I Profili di salute della popolazione in carico al Nucleo consentono:**
 - **la condivisione di un linguaggio comune**
 - **la promozione dell'interazione sociale tra professionisti**
 - **lo stimolo al dialogo *inter pares***
 - **la costruzione di strategie cliniche comuni per il miglioramento della qualità**
 - **il coordinamento funzionale fra Azienda e Nucleo**



Il progetto

- Nato nella AUSL di Parma nel 2006 e proseguito nella AUSL di Reggio Emilia nel 2007
 - Collaborazione con:
 - Thomas Jefferson University – Philadelphia
 - Aziende USL
 - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
 - Assessorato Politiche per la Salute
- Dal 2009: Estensione alle altre Aziende della Regione
- **Gruppo di Lavoro regionale** per lo sviluppo e monitoraggio del progetto (AUSL partecipanti, Regione e Jefferson)

Il progetto (II)

- **Elaborazione dei dati a livello regionale**
- **Diffusione della reportistica ai NCP**
- **Creazione di competenze locali (**Facilitatori**) a supporto nell'interpretazione ed uso dei Profili nei Nuclei**
 - **Professionisti con conoscenze cliniche (es. Direttore Distretto, Direttore Cure Primarie, medici di organizzazione, MMG, farmacisti, etc.)**
 - **Professionisti con conoscenze analitiche e statistiche**

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....”

American Academy of Family Physicians

<http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/p/physicianprofiling.html>

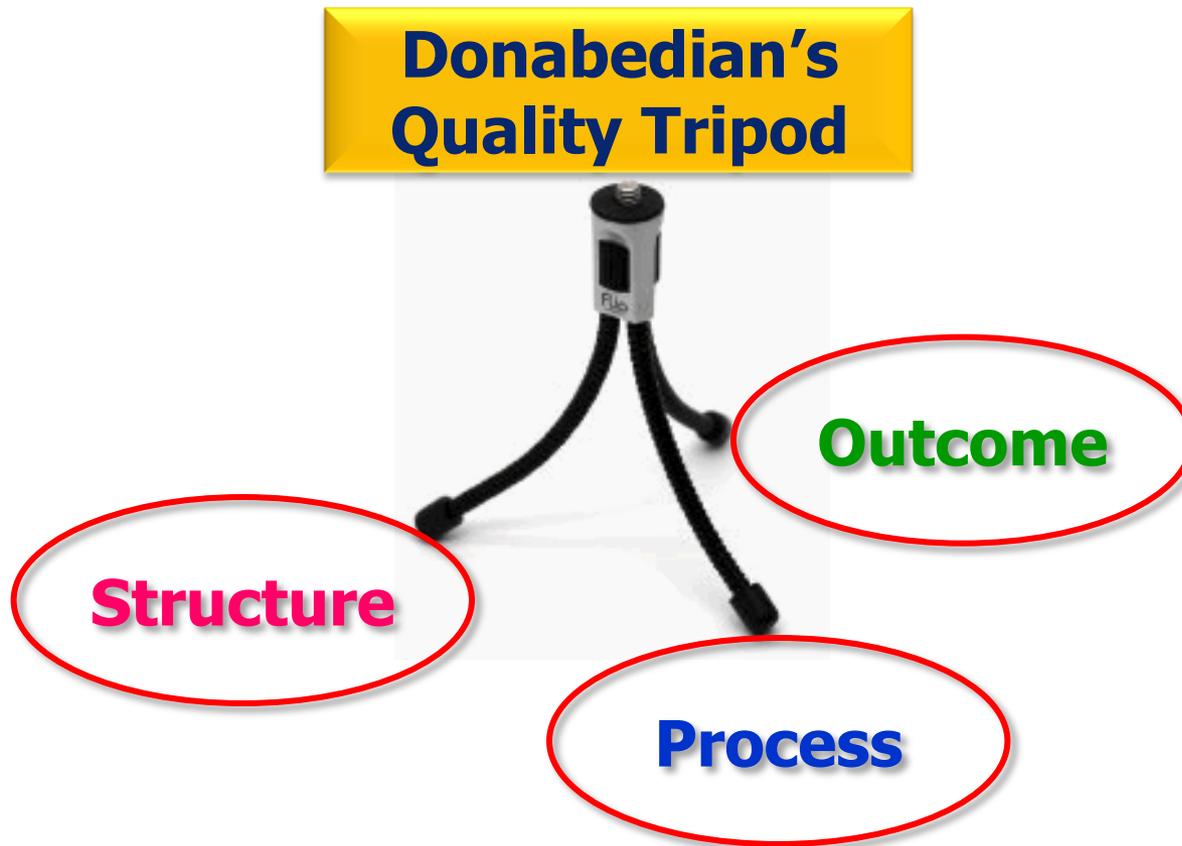
Quali indicatori?

“I dati relativi ai costi, alle procedure e alle risorse utilizzate sono dimensioni usate per misurare la qualità’ della cura offerta, ma non devono essere usate come misure indipendenti per definire la qualità della cura.”

American Academy of Family Physicians

<http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/p/physicianprofiling.html>

Quali indicatori? (II)



Indicatori: principi

- **Indicatori di interesse per il paziente, per il medico, e per l'amministratore**
- **Basi scientificamente comprovate secondo le attuali conoscenze cliniche e mediche**
- **Seguono criteri di validità ed accuratezza statistica**
- **Condivise dai medici che ne dovranno fare uso**
- **Rispettano la confidenzialità dei pazienti**
- **Considerano il case-mix dei pazienti**
- **Tendono ad utilizzare dati già disponibili per contenere i costi dell'analisi**

Fonte: Goldfield N. et al. Primary care in the United States: Profiling performance in primary care in the United States. BMJ 2003;326:744-7

Dati utilizzati

Banca dati sanitaria regionale

- **Informazioni demografiche di tutti i residenti**
- **Assistenza ospedaliera**
 - **Dati ricoveri in regime ordinario e in "day hospital"**
- **Assistenza farmaceutica territoriale**
- **Assistenza specialistica ambulatoriale**
 - **Prestazioni (laboratorio, diagnostica, visite specialistiche, PS non seguito da ricovero)**

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

Il sistema informativo politiche per la salute e politiche sociali

Schede di Dimissione Ospedaliera	Hospice	Assistenza Specialistica Ambulatoriale	Assistenza Farmaceutica	Screening Colon-Retto	Flussi ministeriali	Cure Primarie Medicina generale
Certificato di Assistenza al Parto	Assistenza Domiciliare Integrata	Rilevazione Mortalità	Salute Mentale	Mobilità Sanitaria	Politiche Sociali	Reportistica URP
Laboratori	Gravissime Disabilità Acquisite	Anagrafe Strutture	Emergenza Urgenza			

Il sistema informativo politiche per la salute e politiche sociali.

Un sistema informativo che sappia garantire flussi di informazioni validate ed aggiornate rappresenta una risorsa indispensabile per la programmazione e la verifica del Servizio sanitario regionale nel suo complesso. Rappresenta inoltre una risorsa per dar conto di come evolvono le strutture e i servizi erogati dallo stesso Servizio sanitario regionale. A livello regionale queste attività - a cui partecipano i diversi Servizi della Direzione generale sanità e politiche sociali e l'Agenzia sanitaria e sociale regionale - sono coordinate dal Servizio informativo delle politiche per la salute e delle politiche sociali (che garantisce i flussi strategici dell'Assessorato politiche per la salute e dell'Assessorato promozione delle politiche sociali e di quelle educative per l'infanzia e l'adolescenza. Politiche per l'immigrazione. Sviluppo del volontariato, dell'associazionismo e del terzo settore).

ERMES

Portale Saluter - Portale Emilia-Romagna sociale - Agenzia sanitaria e sociale regionale - Privacy - Link - E-mail

Cosa contiene il Profilo del Nucleo?

- **Dati epidemiologici dei pazienti**
 - **Morbidity**
- **Utilizzo dei servizi sanitari**
 - **Assistenza Ospedaliera**
 - **Assistenza Farmaceutica Territoriale**
 - **Assistenza Specialistica Ambulatoriale e Diagnostica**
- **Indicatori di Qualità**

Tabella 3. Prevalenza della malattie croniche sulla base dei consumi farmaceutici (Tasso standardizzato per 1.000 assistiti)*

Condizioni croniche	Nucleo	Distretto	Azienda USL	RER
Patologie cardiovascolari	327	319	314	309
Disordini gastrici	167	141	145	143
Condizioni reumatologiche	50	51	54	62
Malattie psichiatriche	63	66	72	72
Iperlipidemia	119	97	94	105
Iperplasia prostatica benigna	65	63	57	72
Disordini della tiroide	61	64	67	61
Diabete mellito	55	54	52	54
Malattie respiratorie croniche	37	39	40	42
Morbo di Paget/Osteoporosi	26	22	25	30
Epilessia	19	18	20	22
Parkinson's	7	7	6	7

* Maio V et al. Using Pharmacy Data to Identify Those with Chronic Conditions in Emilia Romagna, Italy. *Journal of Health Services Research and Policy* 2005;10(4):232-238

Cosa contiene il Profilo del Nucleo?

- **Dati epidemiologici dei pazienti in carico ai NCP**
 - **Utilizzo dei servizi sanitari:**
 - **Assistenza Ospedaliera**
 - **Tasso di ospedalizzazione**
 - **Ricoveri ordinari più frequenti**
 - **Ambulatory Care Sensitive Conditions**
 - **Ricoveri medici ordinari potenzialmente inappropriati**
 - **Accessi al PS non seguiti da ricovero**

Tabella 7. Condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (ACSC): Numero dei Pazienti, tasso standardizzato per 1.000, numero e proporzione di pazienti ospedalizzati 2 o più volte

Condizioni croniche	Nucleo*				
	N	T.O.	T.O. Azienda USL	Num pzt osp >= 2 volte	Pt osp. >= 2 volte (%)
Complicanze del diabete	5	0,3	0,5	0	0,0
BPCO	12	0,7	1,0	0	0,0
Ipertensione	7	0,4	0,6	0	0,0
Scompenso cardiaco congestizio	48	2,7	2,9	5	10,4
Polmonite batterica	22	1,2	1,2	1	4,5
Infezioni del tratto urinario	10	0,6	0,6	0	0,0
Angina	13	0,7	0,7	2	15,4
Asma	1	0,1	0,2	0	0,0
Disidratazione	1	0,0	0,1	0	0,0

* Fonte: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

Disease management

- **Malattie
cardiovascolari**
- **Diabete**
- **Asma**

Progetto

“I profili di cura dei Nuclei di Cure Primarie”

Indicatori di qualità delle cure primarie

Anno 2010

Indicatori malattie cardiovascolari

- **Post-Infarto Miocardico Acuto (IMA)**
 - **Trattamento farmacologico**
 - Beta-bloccanti, Statine, Antiaggreganti
 - **Monitoraggio**
 - Visita cardiologica, Test creatinina, Profilo lipidico
- **Post-Scompenso cardiaco**
 - **Trattamento farmacologico**
 - ACE/ARB, Beta-bloccanti
 - **Monitoraggio**
 - Test creatinina, Test elettroliti

Indicatori diabete

Screening almeno una volta all'anno di:

- **Emoglobina glicata**
- **Esame dell'occhio**
- **Profilo lipidico**
- **Test GRF/creatinina**
- **ECG**
- **Microalbuminuria**

Indicatore: Trattamento farmacologico dopo IMA¹⁰

a) Trattamento con betabloccanti

NCP		Azienda USL	
N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%
35	26	74,3	86,9

In breve sono stati utilizzati i seguenti criteri: inclusi pazienti di età 18+ dimessi per IMA fra 1 ottobre 2008 e 30 settembre 2009; esclusi pazienti a) con selezionati pregressi problemi cardiovascolari e/o b) con asma. **Misura:** almeno una prescrizione per betabloccanti entro 90gg dalla dimissione.

b) Trattamento con statine

NCP		Azienda USL	
N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%
39	32	82,1	85,2

In breve, sono stati utilizzati i seguenti criteri: inclusi pazienti di età 18+ dimessi in vita per IMA fra 1 ottobre 2008 e 30 settembre 2009; esclusi pazienti nei quali le statine sono controindicate. **Misura:** almeno una prescrizione per statine entro 90gg dalla dimissione

c) Trattamento con antiaggreganti

NCP		Azienda USL	
N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%
39	38	97,4	95,3

In breve, sono stati utilizzati i seguenti criteri: inclusi pazienti di età 18+ dimessi in vita per IMA fra 1 ottobre 2008 e 30 settembre 2009. **Misura:** almeno una prescrizione per antiaggreganti (aspirina, clopidogrel, o ticlopidina) entro 90gg dalla dimissione

Indicatore: Emoglobina glicata

	NCP		Azienda USL	
	N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%
18 -- 35	29	17	58,6	50,9
36 -- 75	606	426	70,3	71,7
76 +	316	210	66,5	64,9
TOTALE	951	653	68,7	69

Misura: almeno un esame dell'emoglobina glicata nell'anno di misurazione.

Indicatore: Esame dell'occhio

	NCP		Azienda USL	
	N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%
18 -- 35	29	7	24,1	10,9
36 -- 75	606	131	21,6	18,5
76 +	316	45	14,2	14,3
TOTALE	951	183	19,2	16,9

Misura: almeno un esame dell'occhio nell'anno di misurazione.

Indicatore: Profilo lipidico

	NCP		Azienda USL	
	N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%
18 -- 35	29	17	58,6	48,2
36 -- 75	606	445	73,4	70,4
76 +	316	209	66,1	62,2
TOTALE	951	671	70,6	67,2

Misura: almeno un esame del profilo lipidico nell'anno di misurazione

Appropriatezza della terapia farmacologica nell'anziano*

Farmaci da evitare	Farmaci raramente appropriati	Farmaci da usare solo per alcune indicazioni
Amitriptilina	Fluoxetina	Amiodarone
Cimetidina	PPI (≥ 12 mesi)	Antipsicotici atipici (Risperidone, Quetiapina, Olanzapina, Clozapina, Aripiprazolo, Paliperidone, Ziprasidone)
Clonidina (comprese)	Ticlopidina	
Clorpropamide		
Disopiramide		
Estrogeni (orali)		
FANS (> 15 giorni)		Clonidina (cerotti)
Ferro solfato > 325 mg/die		Digossina
Indometacina		Doxazosina
Ketorolac iniettabile (max 2 gg)		
Metildopa		
(Metil)testosterone		
Nifedipina a breve durata d'azione		
Nitrofurantoina		
Orfenadrina cloridrato		
Pentazocina		

* Maio V et al. Using Explicit Criteria to Evaluate the Quality of Prescribing in Elderly Italian Outpatients: A Cohort Study. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 2010;35:219-229

Tabella 16 – Prevalenza dell'inappropriatezza prescrittiva nell'anziano

<i>Inappropriatezza prescrittiva</i>	<i>Nucleo</i>	<i>Distretto</i>	<i>Azienda</i>	<i>Regione</i>
N. di anziani ai quali è stato prescritto almeno un farmaco nell'anno	4.252	13.743	83.776	855.466
% anziani ai quali è stato prescritto almeno un farmaco potenzialmente inappropriato	21,1	22,1	24,7	27,5
% anziani ai quali è stato prescritto almeno un farmaco "da evitare"	4,9	6,0	8,1	10,0
% anziani ai quali è stato prescritto almeno un farmaco "raramente appropriato"	7,6	8,1	8,6	10,5
% anziani ai quali è stato prescritto almeno un farmaco "da usare solo per alcune indicazioni"	11,5	11,0	11,3	11,2

* Maio V et al. Using Explicit Criteria to Evaluate the Quality of Prescribing in Elderly Italian Outpatients: A Cohort Study. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 2010;35:219-229

Nuovi indicatori

- **Allo studio per**
 - **Assistenza Domiciliare Integrata**
 - **Laboratorio**
 - **Aderenza alla terapia farmacologica**
 - **post-IMA**
 - **post-Scompenso**
 - **Antidiabetici orali**
 - **Antidepressivi**
 - **Statine**

Utilizzo dei dati del Profilo...

3 livelli di interpretazione

Azienda



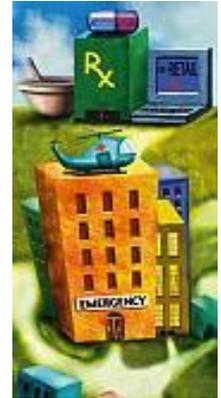
Programmazione

Distretto



**Miglioramento della
qualità**

NCP



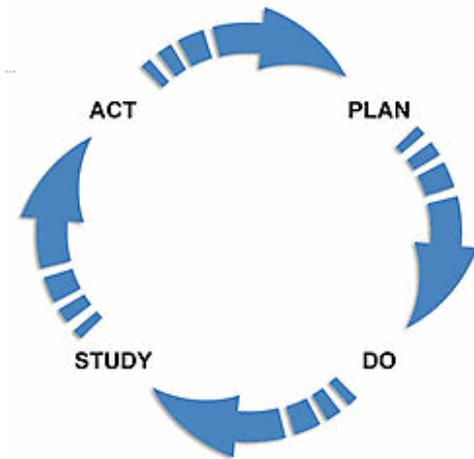
Letture dei dati nel Nucleo...

- **3 domande chiave**
 - **Cosa si vuole migliorare**
 - **Quali misure si vogliono considerare**
 - **Quali cambiamenti sono attesi**

Fonte: **Institute of Healthcare Improvement**

Il Profilo facilita la comunicazione per...

- ✓ **Audit and feedback**
- ✓ **Revisione delle linee-guida**
- ✓ **Identificazione di piani di miglioramento**



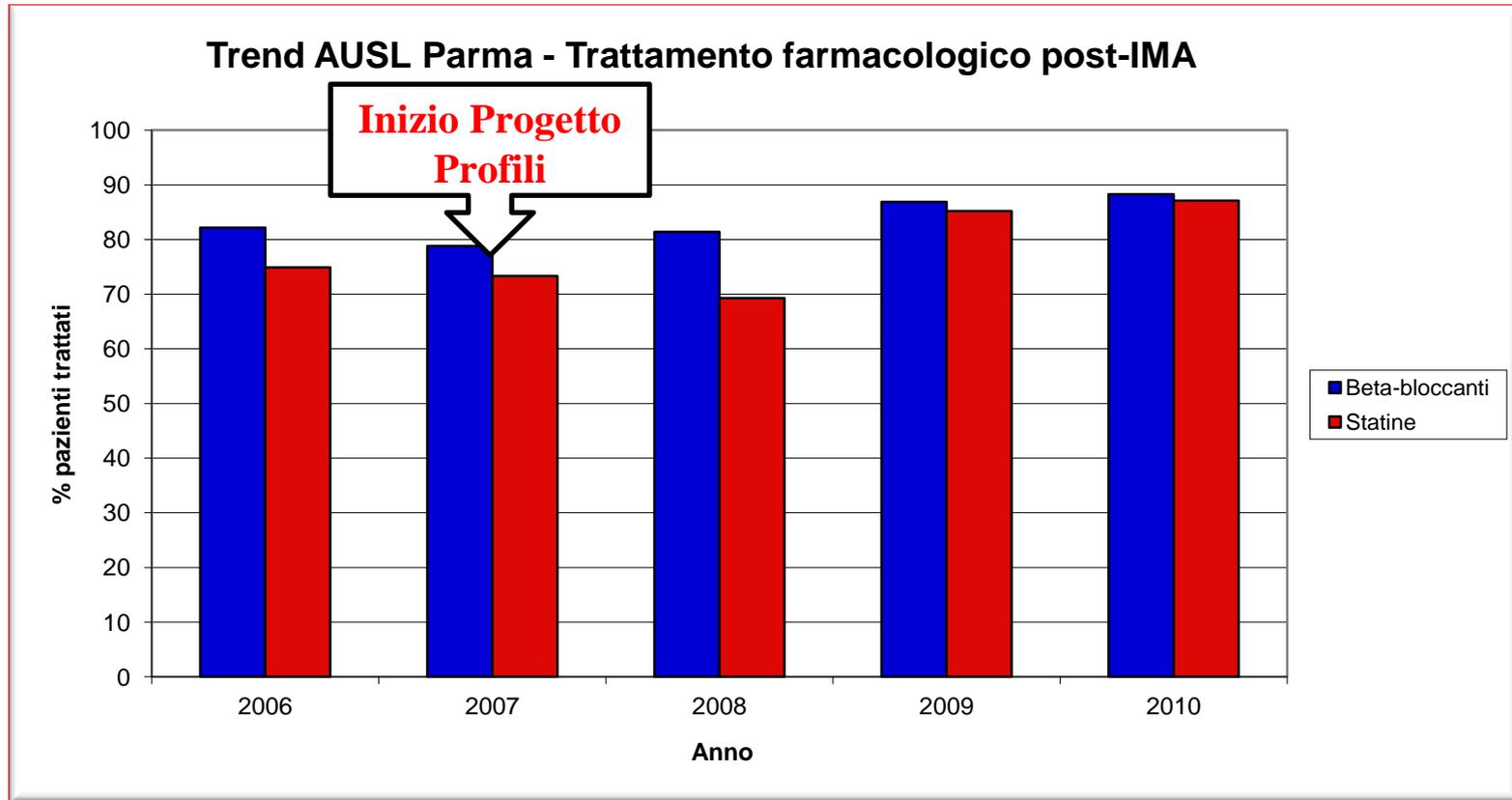
Fonte: [Institute of Healthcare Improvement](#)

...So what?

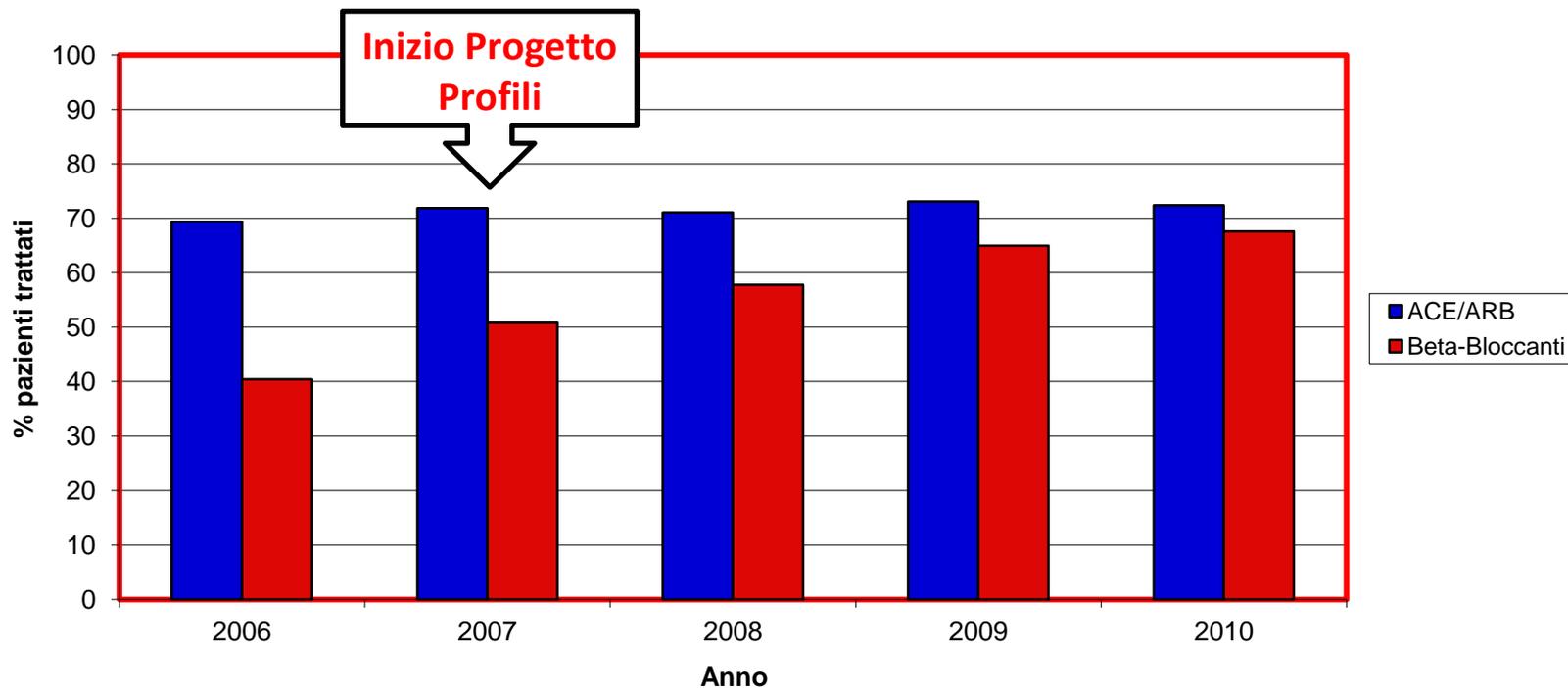
- **Focus Group**

- “Il profilo è stato veramente un grande stimolo per il nostro nucleo, **noi ne discutiamo, ne parliamo, qualcuno viene un po' rimproverato nel senso buono del termine** perché deve un attimino un po' adeguarsi con il profilo...”
- “...<per quel che riguarda i Profili> c'era da noi un nostro collega che **all'inizio era arrabbiatissimo e ora è diventato pedissequo**, uno di quelli che li sostengono...”
- “I dati del profilo **hanno scatenato la discussione**, e scatenare la discussione migliora la qualità.”

...So what?



Trend ASL Parma - Trattamento farmacologico post-Scompenso Cardiaco



Concludendo, il Profilo è un...

- **Cambiamento culturale**
- **Punto di partenza....non di arrivo**
 - *Non bisogna cercare mele bacate,** ma iniziare a organizzare e sviluppare, all'interno dei Nuclei, processi di governo clinico e di monitoraggio interno
- **Strumento per migliorare l'assistenza al paziente**

Fonte: Lilford, 2004

Thank you !



adonatini@regione.emilia-romagna.it

Vittorio.maio@jefferson.edu