



# La valutazione della qualità assistenziale nelle Cure Primarie





## Indice degli abstract

### **Bellentani M**

La valutazione dei nuovi modelli organizzativi della medicina generale: Progetto VALORE

### **Boiardi R, Morotti A, Ferrari P, Finelli C, Cecchella S, Muzzini ML**

Progetti assistenziali nella continuità di cura del paziente affetto da demenza nella rete dei servizi territoriali

### **Bulgarelli G, Ferrari V, De Luca ML**

Assistenza domiciliare integrata: valutazione dell'intensità assistenziale

### **Giordani R, Giuliotti C, Franchi F, Morini M**

Studio per l'organizzazione di una rete delle Cure Oncologiche Domiciliari dell'Ausl di Bologna

### **Longo F, Compagni A, Armeni P, Donatini A, Brambilla A**

Grado di attivazione dei Nuclei di Cure Primarie e comportamento clinico dei medici: quale relazione?

### **Luciano L, Mattia S, Lonardi G, Mimmi S, Marcaccio ML, Fantini MP**

La valutazione della qualità dell'assistenza pediatrica territoriale: un caso di studio

### **Menozzi R, Marino A, Izzo SC, Palombi F, Ciotti G, Ferrante S, Bonati PA**

Valutazione della qualità assistenziale nelle case residenze: l'osservatorio delle lesioni da decubito

### **Molinari B, Scali M, Ronchini P, Brianti E**

Progetto qualità in medicina generale: si può migliorare solo quello che si misura se è stato registrato

### **Nuti S, Bonini A, Seghieri C, Barsanti S**

Il sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano: la qualità dell'assistenza territoriale

### **Pirolì R, Rodelli P, Brianti E**

Appropriatezza prescrittiva e Riduzione Della Variabilità intra/inter NCP

### **Romani S, Sini G, Paterlini L, Rodolfi R**

L'assistenza domiciliare nel percorso di cura

### **Vecchi N, Papi G, Ravanetti L, Affanni P, Emanuele R**

Attivazione della consulenza vulnologica a cura dell'Infermiere esperto in wound care



## **La valutazione dei nuovi modelli organizzativi della medicina generale: Progetto VALORE**

M Bellentani\*

\* Agenas, Roma

Indirizzo per informazioni: bellentani@agenas.it

### **Introduzione del progetto**

L'Agenas ha svolto negli anni 2010-2011 una ricerca corrente sul tema "La valutazione dei nuovi modelli organizzativi della medicina generale", data l'esigenza di iniziare a misurare alcuni aspetti della qualità del processo assistenziale di pazienti affetti da determinate patologie croniche a maggiore impatto e diffusione.

### **Scopi e metodologia**

La ricerca tramite uno studio osservazionale retrospettivo di coorte, effettuato sui dati relativi agli anni 2003 -2009 in 21 Distretti appartenenti a 6 Regioni mira a:

1. Individuare la prevalenza dei pazienti affetti dalle seguenti patologie: Cardiopatia ischemica; Insufficienza cardiaca; Diabete.
2. Misurare attraverso analisi multilivello l'impatto, in termini di processo assistenziale, della medicina generale in associazione classica (semplice, medicina di rete e medicina di gruppo) rispetto al medico di medicina generale che opera in forma individuale; si è considerato, come misura di impatto, l'aderenza alle linee guida nazionali ed internazionali delle forme organizzative della medicina generale sul percorso del paziente cronico affetto da cardiopatia ischemica, insufficienza cardiaca, diabete, a parità di complessità delle più importanti caratteristiche del profilo del paziente.

Sono stati utilizzati dati amministrativi derivanti dai diversi flussi informativi del NSIS, per la lettura congiunta dei consumi farmaceutici, di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, anagrafe assistiti, esenzioni per patologia. Altre informazioni sono state raccolte attraverso appositi questionari e tramite la banca dati della medicina generale Health Search.

### **Risultati**

Sono stati interessati circa 1.700 medici di medicina generale e 164.267 assistiti affetti da almeno una delle patologie croniche considerate dallo studio. Tali medici avevano, al 1 gennaio 2008, un numero di assistiti complessivi pari a 1.962.137 (corrispondente in media al 7.9% della popolazione regionale), e ogni medico aveva più di 300 assistiti e più di 4 pazienti affetti dalle patologie considerate. L'esposizione alle linee guida delle coorti di pazienti seguiti da medici in forme associative tradizionali, per tutte le patologie considerate nello studio, non è rilevante dal punto di vista assistenziale, con limiti tecnici che non influiscono sul significato dell'associazione.

## **Conclusioni**

La ricerca ha dimostrato che Regioni molto diverse possono condividere principi e strumenti comuni di misurazione, a partire da diversi flussi informativi correnti, tenendo conto dei modelli internazionali di riferimento. In particolare, tramite l'utilizzo di tali fonti informative, è stata definita una metodologia trasparente, riproducibile ed esportabile in grado di leggere l'aderenza, da parte dei Medici di medicina generale, alle linee guida per diabete, insufficienza cardiaca e cardiopatia ischemica.

In conclusione, in una visione patient oriented, l'evoluzione dell'associazionismo rappresenta un pre-requisito organizzativo per un cambiamento sistemico che, come già indicato nei suoi elementi essenziali, non deve assumere caratteristiche meramente burocratiche o di contenimento passivo della spesa, ma deve essere animato da responsabilizzazione, controllo-guida e coinvolgimento (accountability, assessment e advocacy).

## **Commenti**

Per ulteriori approfondimenti: [http://www.agenas.it/atti\\_convegno\\_sanit\\_2011.html](http://www.agenas.it/atti_convegno_sanit_2011.html)

## **Progetti assistenziali nella continuità di cura del paziente affetto da demenza nella rete dei servizi territoriali**

R Boiardi\*, A Morotti\*, P Ferrari\*, C Finelli\*, S Cecchella\*, ML Muzzini\*

\* Azienda USL di Reggio Emilia

Indirizzo per informazioni: boiardir@ausl.re.it

### **Introduzione del progetto**

L'approccio terapeutico al paziente affetto da demenza deve necessariamente essere globale (farmacologico, riabilitativo, socio-assistenziale). I centri per i disturbi cognitivi della nostra Provincia prendono in carico i pazienti, la maggior parte dei quali sono inviati dal MMG, assicurando assistenze diversificate nelle varie fasi della malattia, garantendo la continuità delle cure e l'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali erogate negli ambiti che di volta in volta si rendono necessari. Il Progetto Demenze della Regione Emilia-Romagna (DGR 2581/99) ha tra i suoi obiettivi quello di adeguare e specializzare la rete dei servizi socio sanitari, diffusi sul territorio, nello spirito della LR 5/94, nella presa in carico e nella cura dei soggetti dementi. A maggior ragione in un territorio montano deve essere forte l'integrazione tra i servizi socio- sanitari e deve essere chiaro il percorso di cura affinché il paziente sia gestito con continuità nei luoghi di vita, in sinergia con il Centro Distrettuale Disturbi Cognitivi ed il Nucleo Demenze.

### **Scopi e metodologia**

Garantire la continuità delle cure e l'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali nei diversi punti della rete socio sanitaria per i pazienti dimessi dal nucleo speciale demenze di Villa Minozzo, Distretto di Castelnovo ne' Monti. Di fronte ad un bisogno clinico specifico come il contenimento dei disturbi comportamentali il paziente affetto da demenza e la sua famiglia, già in carico ai centri per i disturbi cognitivi della area sud dell'AUSL di Reggio Emilia (Montecchio, Castelnovo ne Monti, Scandiano), possono contare su un ricovero in un ambiente specialistico. Durante il ricovero l'equipe del nucleo aggiorna regolarmente i colleghi del centro per i disturbi cognitivi di riferimento del paziente. I colleghi, mantenendo stretti contatti con l'assistente sociale responsabile del caso, con il MMG e con gli altri attori che prenderanno in carico il paziente alla dimissione dal nucleo, garantiscono la continuità dell'approccio terapeutico elaborato durante il ricovero. Il centro per i disturbi cognitivi ha le competenze per individuare, in collaborazione con la famiglia, il punto della rete adeguato.

### **Risultati**

La durata della degenza ( in media 85 giorni) è legata al tempo necessario per raggiungere gli obiettivi del PAI: riduzione/stabilizzazione dei BPSD, mantenimento/potenziamento delle abilità residue, miglioramento delle competenze dei care-givers formali o informali. Dei 169 pazienti ricoverati dall'apertura, 1-11-2004, a fine 2010, 71 sono stati dimessi a domicilio, 77 in CP, 1 in RSA; 6 sono stati i decessi, 4 i ricoveri ospedalieri. Solo 14 pazienti hanno avuto bisogno di un nuovo ingresso al nucleo.

### **Conclusioni**

Quando il passaggio delle informazioni relative agli aspetti clinici e ai bisogni del paziente è attento e capillare e i professionisti dei centri per i disturbi cognitivi lo presidiano e lo tengono monitorato, il progetto assistenziale predisposto per ciascun paziente è duraturo e non viene vanificato l'intervento specialistico del nucleo. Resta tuttavia difficoltosa la gestione di pazienti complessi come coloro che sono affetti da demenza con disturbi psicotici e del comportamento nella rete dei servizi territoriali

## **Assistenza domiciliare integrata: valutazione dell'intensità assistenziale**

G Bulgarelli\*, V Ferrari\*, ML De Luca\*

\* Azienda USL di Modena

Indirizzo per informazioni: g.bulgarelli@ausl.mo.it

### **Introduzione del progetto**

A 12 anni dalla DGR124/99 è necessario valutare quanto l'attuale offerta di assistenza domiciliare risponde al cambiamento dei bisogni e quanto siano adeguate le risorse impiegate rispetto ad esiti e sostenibilità.

A tal fine è utile analizzare le caratteristiche dei pazienti attualmente in assistenza domiciliare e la distribuzione nei livelli di ADI.

### **Scopi e metodologia**

Lo scopo è quello di analizzare le caratteristiche dei pazienti nei diversi livelli di ADI calcolando il Coefficiente di intensità assistenziale (CIA) e di integrazione (CIN)

Sono stati analizzati i dati dei pazienti in assistenza nell'anno 2010 nel distretto di Modena attraverso il software dell'assistenza domiciliare e distribuendoli in periodi di durata dell'assistenza ( 6 fasce : da 1 giorno a 365 giorni). Per ogni periodo è stato calcolato il CIA ( Giornate di effettiva assistenza/ giornate di cura) e il CIN ( accessi effettuati/ giornate di effettiva assistenza).

### **Risultati**

Il 73% dei pazienti sono in ADI 1 con una mortalità del 17% distribuita soprattutto nei pazienti in carico da oltre 6 mesi. Il CIA è 0,10 e il CIN 1,05 quindi bassa intensità assistenziale e di integrazione.

Il 6% dei pazienti sono in ADI2 con una mortalità del 33% distribuita nelle diversi periodi di assistenza. Il CIA è 0,19 e il CIN 1,09 quindi intensità assistenziale e integrazione maggiore rispetto al livello 1.

Il 3% dei pazienti sono in ADI 3 con una mortalità del 58% distribuita soprattutto nei pazienti in carico da 61 a 90 gg. Il CIA è 0,32 il CIN 1,17.

Il 18% dei pazienti è in ADI 3NODO con una mortalità del 69% distribuita in modo abbastanza uniforme nei periodi da 1 a 180 gg. Il CIA è 0,24 il CIN 1,23.

Nelle ADI 2-3-3NODO la percentuale maggiore di pazienti deceduti rimane in carico da 1 a 60 giorni con un elevato CIA e CIN.

### **Conclusioni**

L'analisi richiede ulteriori approfondimenti e sviluppi per individuare le caratteristiche dei pazienti

Più il periodo di assistenza è limitato, tanto più sono elevati il CIA e il CIN anche se entrambi gli indici sono influenzati dalla durata dell'assistenza. Manca una analisi della distribuzione degli accessi medici e infermieristici ( in corso) , interessante per valutare i costi e l'impegno delle diverse professionalità.

I livelli ADI 2-3-3NODO si configurano come livelli con pazienti ad elevata intensità assistenziale. La distribuzione della mortalità nei diversi livelli fa pensare alla necessità di rivedere il modello di assistenza generale verso un'organizzazione più specifica per le cure palliative e di fine vita.

Sui pazienti in ADI 1 è necessaria una riflessione verso modalità di assistenza più coerenti con il modello di assistenza per patologie croniche, ma anche con le cure palliative.



## Commenti

L'elaborazione dei dati è complessa per le diverse tipologie di assistenza del paziente, ma può essere una modalità che se utilizzata anche su larga scala e integrata con altri elementi, permette di analizzare la complessità assistenziale e definire quali sono i principali profili di assistenza e relativi standard assistenziali.

## Studio per l'organizzazione di una rete delle Cure Oncologiche Domiciliari dell'Ausl di Bologna

R Giordani\*, C Giuliotti\*, F Franchi\*, M Morini\*

\* Azienda USL di Bologna

Indirizzo per informazioni: r.giordani@ausl.bologna.it

### Introduzione del progetto

Storicamente nell'AUSL di Bologna coesistono varie modalità di presa in carico domiciliare del pazienti oncologici: ADI MMG con consulenza di specialisti oncologi territoriali o di associazioni di volontariato (ANT, AIL, Nelson Frigatti), ADI 3 gestite in convenzione da ANT.

Queste diverse modalità sono frutto dell'aggregazione di modalità non omogenee di lavoro e di risorse diversamente distribuite in un ampio territorio, fusione di Aziende diverse.

### Scopi e Metodologia

Riorganizzare la specialistica oncologica ambulatoriale dell'Azienda come parte della rete territoriale e di raccordo con le strutture ospedaliere di terzo livello per garantire la consulenza ai MMG che assistono pazienti oncologici

Ridurre i ricoveri durante trattamento e follow up

Si è analizzata l'attività per tutte le tipologie di assistenza domiciliare oncologica

Si riorienteranno le attività degli oncologi ambulatoriali da prestazioni prevalentemente ambulatoriali ad attività domiciliari e di supporto/formazione MMG in raccordo con Ospedali e in rete con ANT.

### Risultati

Analisi delle attività dell'Assistenza domiciliare

	2009		2010	
	ANT	AUSL	ANT	AUSL
Utenti	1.315	1.166	1.393	1.199
totale giorni assistenza	145.939	229.878	148.579	245.899
media giorni assistenza	111,0	197,2	106,7	204,9
Utenti con almeno 1 ricovero durante l'assistenza	463	536	399	550
ricoveri	846	940	695	925
totale giorni di ricovero	7.311	10.240	5.989	9.814
durata media ricoveri	8,6	10,9	8,6	10,6
giorni ricovero x 1000 giorni assistenza	5,0	4,5	4,0	4,0

Analisi specialisti oncologi

	Prestazioni	di cui domiciliari	%
Casalecchio: 2 spec	2547	339	13,3
S. Lazzaro: 1 spec	846	592	70,0

## **Conclusioni**

Questa modalità di lavoro in rete garantirà un contatto stretto con gli ospedali, una valutazione più attendibile della tenuta della famiglia, un accesso più equo e omogeneo ai benefit economici, maggiore omogeneità negli interventi, attivazione tempestiva delle risorse disponibili e una rete logistica comune per i pazienti.

## **Grado di attivazione dei Nuclei di Cure Primarie e comportamento clinico dei medici: quale relazione?**

F Longo\*, A Compagni\*, P Armeni\*, A Donatini\*\*, A Brambilla\*\*

\* CERGAS, Università Bocconi, \*\* Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna

Indirizzo per informazioni: francesco.longo@unibocconi.it

### **Introduzione del progetto**

In Emilia-Romagna l'Osservatorio sulle Cure Primarie raccoglie ed analizza i dati di struttura ed attività assistenziale relativi ai 215 Nuclei di Cure Primarie (NCP) nelle 11 Aziende Sanitarie. L'Osservatorio nasce dalla collaborazione tra Assessorato Politiche per la Salute e le AUSL, con il supporto dell'Università Bocconi, e si propone di monitorare gli impatti sulla qualità delle cure primarie dei principali sviluppi organizzativi messi in atto sul territorio regionale. Nell'ambito dell'Osservatorio si è esplorata la relazione tra grado di attivazione del NCP e comportamento dei medici di medicina generale (MMG) rispetto ad alcune variabili.

### **Scopi e metodologia**

Il NCP rappresenta un'architettura obbligatoria di aggregazione dei MMG ma è anche un pacchetto di opportunità attivabili a gradi differenti da parte degli stessi medici in collaborazione con le Aziende USL. Per misurare il grado di utilizzo del NCP è stata costruita, a partire dai dati raccolti dall'Osservatorio, una misura sintetica denominata "indice di attivazione". L'indice è articolato su quattro dimensioni (interazione/integrazione tra professionisti, estensione dell'offerta assistenziale, contenuto dell'attività assistenziale, integrazione con i servizi aziendali). L'indice è stato poi messo in relazione mediante analisi multi-level con varie misure del comportamento clinico dei MMG ed in particolare i volumi di farmaci e di alcune procedure diagnostiche, il numero di consulti specialistici prescritti, il numero di accessi in codice bianco al pronto soccorso degli assistiti del medico e la distanza tra i pazienti arruolati dal medico nel percorso assistenziale del diabete e i pazienti eleggibili.

### **Risultati**

L'analisi ha rivelato che il numero di accessi al pronto soccorso in codice bianco diminuisce all'aumentare del livello di interazione e integrazione tra professionisti all'interno del nucleo, nonché all'aumentare dell'estensione dell'attività assistenziale offerta dallo stesso. Le consultazioni specialistiche aumentano nei NCP con contenuto dell'attività assistenziale più ampio e con maggiore integrazione con i servizi aziendali. Nei NCP più attivati, inoltre, è minore il gap tra arruolamento e bisogno sul percorso assistenziale del diabete. Infine, i comportamenti prescrittivi su farmaci, visite e test diagnostici dei medici del NCP tendono ad uniformarsi maggiormente all'aumentare dell'indice di attivazione, o, in altre parole, la variabilità intra-nucleo si riduce.

### **Conclusioni**

Da questa prima analisi ne risulta che la forma organizzativa del NCP quando caratterizzata da un buon livello di interazione inter-professionale e riempita di contenuto assistenziale ha la potenzialità di facilitare comportamenti clinici positivi e ridurre la variabilità tra MMG.

## La valutazione della qualità dell'assistenza pediatrica territoriale: un caso di studio

L Luciano\*, S Mattia\*, G Lonardi\*, S Mimmi\*, ML Marcaccio\*\*, MP Fantini\*

\* Alma Mater Studiorum Università di Bologna, \*\* Azienda USL di Bologna

Indirizzo per informazioni: lorenza.luciano@libero.it

### Introduzione del progetto

Negli ultimi anni è emersa la necessità di monitorare anche per la popolazione pediatrica il tipo di interventi erogati a livello territoriale e di individuare gli strumenti più appropriati per la valutazione della loro qualità. Anche per i bambini, indicatori relativi alle ospedalizzazioni possono dare informazioni sulle modalità di gestione di specifici quadri patologici in altri setting assistenziali come suggerito dalla letteratura statunitense che definisce le "Ambulatory Care Sensitive Conditions": ospedalizzazioni per patologie croniche potenzialmente evitabili se queste fossero gestite correttamente a livello di cure primarie.

### Scopi e metodologia

L'obiettivo dello studio è stato quello di calcolare il tasso di ospedalizzazione per Asma, Gastroenteriti e Infezioni delle vie urinarie dei bambini residenti nella AUSL di Bologna e di verificare le variazioni di tali tassi nelle coorti dei bambini presi in carico dai rispettivi pediatri di libera scelta (PLS)

Le banche dati utilizzate dopo record-linkage sono state:

§ Banca dati SDO anni 2008/2009

§ Anagrafe assistiti al 31/12/2007 e Archivio dei 116 PLS della AUSL di Bologna

### Risultati

Sono state reclutate le coorti di bambini assistiti dai PLS della AUSL di Bologna al 31/12/2007. Il periodo di follow-up è compreso fra il 01/01/2008 e il 31/12/2009.

I tassi di ospedalizzazione sono stati di 1,6 e 0,5 (per 1000 abitanti) per Asma e Infezioni Urinarie, mentre il tasso di ospedalizzazione per le Gastroenteriti è risultato pari a 6,5 su 1000 abitanti.

I tassi di ospedalizzazione per Asma e Infezioni urinarie presentano una certa variabilità tra le coorti dei singoli pediatri che è molto più accentuata per le Gastroenteriti.

### Conclusioni

Gli indicatori proposti possono essere utili strumenti per la valutazione delle pratiche assistenziali della Pediatria Territoriale anche se meritano una validazione nel contesto italiano. Le fasce di età più giovani hanno una proporzione di ricoveri, in particolare per Gastroenterite - ma anche per Asma - significativamente maggiore rispetto alla fascia di età presa come riferimento.

Questo dato, per la sua alta plausibilità clinica, fornisce una conferma nella nostra realtà assistenziale della validità di costruito (known-group validity) degli indicatori proposti.

## **Valutazione della qualità assistenziale nelle case residenze: l'osservatorio delle lesioni da decubito.**

R Menozzi\*, A Marino\*, SC Izzo\*, F Palombi\*, G Ciotti\*, S Ferrante\*, PA Bonati\*

\* Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: rmenozzi@ausl.pr.it

### **Introduzione del progetto**

Le lesioni da decubito rappresentano ancora un evento frequente tra gli anziani assistiti in Casa Residenza. Le modificazioni biologiche legate all'invecchiamento, le comorbidità, la polifarmacologia, portano l'anziano ad essere un soggetto a rischio. Le LDD sono "almeno" in parte prevenibili attraverso l'adozione di adeguate misure assistenziali e rappresentano un indicatore della qualità dell'assistenza erogata. Attraverso un'indagine di prevalenza e un'attenta analisi dei dati raccolti, si possono identificare eventuali carenze assistenziali allo scopo di risolverle.

### **Scopo del progetto**

- § creare un osservatorio LDD
- § aumentare l'efficacia preventiva
- § promuovere l'appropriatezza degli interventi
- § diminuire l'incidenza
- § favorire un avanzamento "culturale dei modelli assistenziali" al fine di raggiungere uno standard qualitativo elevato

### **Metodologia**

- § elaborazione di uno strumento di raccolta dati
- § distribuzione e presentazione ai professionisti delle Case Residenze del Distretto di Parma
- § analisi ed elaborazione in grafici dei dati raccolti
- § elaborazione di un protocollo " prevenzione, trattamento e monitoraggio delle LDD"

### **Risultati**

Totale popolazione 813 ospiti, 86 (10,6%) portatori di LDD, numero lesioni 147 (n° medio di LDD per ospite 1,7).

Comorbidità : 57% demenza, 21% diabete, 31% disfagia in NET

Sedi maggiormente colpite : sacro 31%, talloni 7,5%, tuberosità ischiatiche 4%

Considerando gli ospiti con LDD già presenti all'ingresso in struttura 39 più le lesioni sviluppate durante ricovero ospedaliero 9, possiamo calcolare la prevalenza sui 38 ospiti che hanno sviluppato LDD in struttura 4,7%.

Tempo di guarigione : 67% oltre sei mesi , 23% entro sei mesi

## **Conclusioni**

La prevalenza di LDD rilevata, risulta essere minore rispetto ai dati nazionali.

Con l'introduzione del protocollo "Prevenzione, monitoraggio, trattamento delle LDD", si auspica di arrivare ad una maggiore sensibilizzazione al problema partendo dall'identificazione dei soggetti a rischio, fino ad arrivare all'adozione di pratiche assistenziali basate sulle evidenze scientifiche, sulla metodologia con conseguente uniformità di comportamento in tutte le strutture e negli operatori al fine di ridurre il numero di ospiti con LDD e i tempi di guarigione delle stesse.

## **Progetto qualità in medicina generale: si può migliorare solo quello che si misura se è stato registrato**

B Molinari\*, M Scali\*, P Ronchini\*, E Brianti\*\*

\* MMG, \*\*Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: bruno.molinari2@tin.it

### **Introduzione del progetto**

Aumentate esigenze di salute, incremento di patologie croniche, necessità di utilizzo razionale delle risorse: si impone una riflessione sul modo di operare e sulla qualità delle cure del Medico di Medicina Generale. L'implementazione dell'EBM, su cui si fonda l'applicazione e verifica di standard qualitativi sono alla base del lavoro del Medico di Medicina Generale

### **Scopi e metodologia**

Scopo è quello di individuare indicatori di performance che rappresentino l'attività del Medico di Medicina Generale nelle patologie croniche a maggior impatto clinico-assistenziale attraverso l'utilizzo delle cartelle cliniche informatizzate. È necessaria la registrazione puntuale dei dati clinici ed anamnestici degli assistiti; si tratta poi di aggregare i dati per l'analisi e la valutazione tramite l'utilizzo di appositi estrattori. Il medico aderente al progetto si impegna al monitoraggio continuo, a documentare i dati ed a renderli verificabili dal Dipartimento Cure Primarie

### **Risultati**

Sarà possibile

- § valutare l'appropriatezza degli interventi terapeutici e diagnostici confrontandoli con uno standard di qualità e con il miglior livello raggiungibile (gold-standard)
- § valutare gli esiti del processo assistenziale e fornire un ulteriore strumento alla Jefferson University per integrare i profili di NCP

### **Conclusioni**

Nell'ottica di un miglioramento professionale continuo è necessario valutare ciò che è possibile realizzare nella pratica quotidiana del medico di medicina generale



## **Il sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano: la qualità dell'assistenza territoriale.**

S Nuti\*, A Bonini\*, C Seghieri\*, S Barsanti\*

\* Scuola Superiore Sant'Anna

Indirizzo per informazioni: [snuti@sssup.it](mailto:snuti@sssup.it)

### **Introduzione del progetto**

Il sistema di valutazione della performance, adottato dalla Regione Toscana fin dal 2005 per le aziende sanitarie e dal 2007 per le zone-distretto, permette di monitorare in bench-marking indicatori di qualità e di processo dell'assistenza territoriale. Tali indicatori sono anche presenti nel sistema di incentivazione delle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie e delle Società della Salute.

### **Scopi e metodologia**

Gli indicatori di valutazione delle cure primarie riguardano tassi di ospedalizzazione e indicatori di processo (come la percentuale di scompensati che effettuano almeno una misurazione di creatina, sodio e potassio l'anno) di alcune tra le principali patologie croniche (diabete, scompenso, BPCO) e sono calcolati annualmente a livello di azienda sanitaria e di zona-distretto. Scopo di tale lavoro è di presentare un'analisi di confronto di tali indicatori tra aziende/zona-distretto nel tempo e tra gruppi di pazienti (età, sesso, titolo di studio).

### **Risultati**

L'analisi mostra una diminuzione rilevante dei tassi di ospedalizzazione per le patologie croniche negli anni ed un miglioramento degli indicatori di processo. Tuttavia sia tra le aziende che tra le zone-distretto l'analisi di bench-marking mette in evidenza una significativa variabilità non giustificata dai diversi bisogni della popolazione residente. Infine le analisi per titolo di studio mostrano un eccessivo rischio di ospedalizzazione per la cronicità a scapito dei pazienti con basso titolo di studio.

### **Conclusioni**

La Toscana nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ha introdotto la "Sanità di iniziativa", un modello assistenziale che, superando quello classico della medicina d'attesa in risposta al bisogno acuto, si basa sulla presa in carico proattiva del cittadino.

Le performance mostrano che il sistema è in movimento: le Aziende stanno modificando l'organizzazione per avvicinarsi ai bisogni del paziente. In questo contesto, si dimostra quindi come il sistema di valutazione sia uno strumento di supporto al management nel processo di cambiamento organizzativo.

## **Appropriatezza prescrittiva e Riduzione Della Variabilità intra/inter NCP**

R Piroli\*, P Rodelli\*, E Brianti\*\*

\* MMG, \*\* Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: rpiroli@email.it

### **Introduzione del progetto**

Nel Dicembre 2009 nei Nuclei Di Cure Primarie di Fontanellato e di San Secondo Parmense (Ausl di Parma ) è iniziato un lavoro sperimentale il cui obiettivo era di ridurre la variabilità prescrittiva in campo farmacologico tra i medici partecipanti al progetto, 10 MMG di Fontanellato e 9 di San Secondo Parmense. Tale progetto è nato all'interno di un percorso di sviluppo del Governo Clinico sul territorio. Nel 2010 20 NCP su 21 dell'Azienda USL di Parma, hanno poi aderito al lavoro sperimentale (286 Medici )

### **Scopi e metodologia**

Da report personali riassuntivi di parametri inerenti il consumo di farmaci sono estrapolati dati considerati variabili razionali distribuite secondo la curva gaussiana utilizzando i parametri della statistica parametrica con la deviazione standard ( DS ) quale indice di variabilità. Incrociando linee guida, EBM, note AIFA con i report sono poi stati elaborati marcatori di possibile inappropriatezza collegati alle curve, soprattutto negli sfondamenti della media +/- DS. Scopo era ridurre la variabilità misurata come riduzione della DS, attraverso il confronto su marcatori e parametri , normativa, EBM e linee Guida

### **Risultati**

Nel 2009 la Ds relativa alla spesa procapite paziente pesato corrispondeva a 37,79 mentre nel 2010 scendeva a 36,67 (-2,96% ) con un calo della spesa media del 3.41%. I marcatori di inappropriatezza hanno subito un ridimensionamento (calo di esomeprazolo, calo di antibiotici a brevetto non scaduto, calo del rapporto statine branded/statine a brevetto scaduto, miglioramenti sull'obiettivo di spesa procapite pesata, sul numero delle DDD e del loro costo medio, aumento farmaci a brevetto scaduto prime 10 molecole prescritte,etc.) modificando così l'andamento delle curve gaussiane

### **Conclusioni**

Il concetto di appropriatezza prescrittiva è patrimonio dell'Azienda AUSL e della medicina che opera sul territorio da diversi anni. Il contributo che questo lavoro intende portare è relativo non solo al contenuto, ma al metodo e alla modalità comunicativa.

Il metodo è quello del confronto continuo con l'EBM e le linee guida all'interno di una community formata da tutti i MMG unitamente ai referenti aziendali, la modalità comunicativa è quella del peer to peer con l'ausilio della tecnologia web.O .

### **Commenti**

L'adesione al progetto, nato dalla base, è stata favorita dal rapporto " peer to peer. A seguito dell'incremento dei MMG partecipanti ( attualmente 286 ) si è costituito un Blog ( DCP Fidenza.Wordpress.Com ) dove i referenti NCP sono le figure portanti dal punto di vista organizzativo mentre l'Azienda è presente con un comitato tecnico scientifico di redazione costituito di esperti in campo informatico, farmaceutico, della comunicazione e della normativa sulla privacy. La modalità di sviluppo del progetto ha dimostrato che esso è esportabile

## **L'assistenza domiciliare nel percorso di cura**

S Romani\*, G Sini\*, L Paterlini\*, R Rodolfi\*

\* Azienda USL di Reggio Emilia

Indirizzo per informazioni: romanis@ausl.re.it

### **Introduzione del progetto**

Nell'Azienda USL (AUSL) di Reggio Emilia è attivo dagli anni '90 un sistema di Assistenza Domiciliare (AD), che vede impegnate diverse professionalità mediche e infermieristiche, finalizzato alla costruzione di percorsi assistenziali alternativi all'ospedalizzazione. Un moderno sistema socio-sanitario deve confrontarsi con la necessità di valutare l'efficacia della propria attività, dei risultati sullo stato di salute della popolazione e fornire agli operatori coinvolti un ritorno informativo sulla qualità del proprio operato

### **Scopi e metodologia**

Valutare l'impatto della presa in carico domiciliare sulla ospedalizzazione dei pazienti in carico all'AD. Sono stati individuati 1.909 pazienti presenti in anagrafe sanitaria da almeno un anno alla data della presa in carico e per almeno un anno nel periodo successivo. Sono state osservate le variabili: presenza di almeno un ricovero, numero di ricoveri e giornate di degenza; è stato fatto il confronto sull'andamento di queste variabili nei 12 mesi antecedenti e successivi la data indice.

### **Risultati**

La popolazione è composta dal 63,2% di donne e 36,8% di uomini. L'età mediana è 80,6 anni. L'ospedalizzazione osservata diminuisce nell'anno successivo la data indice in modo significativo in tutte le variabili osservate ( $p < 0,0001$ ). I pazienti con almeno un ricovero passano dal 52,9% nel periodo precedente al 34,8% in quello successivo. Il numero di ricoveri osservati va da 1.843 a 1.216. Infine, il numero medio di giornate di degenza passa da 14,5 a 7,4.

### **Conclusioni**

I risultati preliminari di questo studio evidenziano una diminuzione dell'ospedalizzazione nei pazienti presi in carico dall'AD e suggeriscono la necessità di approfondire ulteriormente l'analisi del fenomeno per gruppi di patologia e di valutare se altre intensità e/o tipologie di assistenza (ricoveri in Hospice, assistenza in OBI-Osservazione Breve Intensiva) possono aver contribuito ai risultati osservati.

## **Attivazione della consulenza vulnologica a cura dell'Infermiere esperto in wound care**

N Vecchi\*, G Papi\*, L Ravanetti\*, P Affanni\*, R Emanuele\*

\* Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: [nvecchi@ausl.pr.it](mailto:nvecchi@ausl.pr.it)

### **Introduzione del progetto**

Il bisogno di presa in carico territoriale di utenti che sviluppano lesioni complesse, nel percorso di gestione a lungo termine di patologie cronico degenerative, di elevata complessità e scarso compenso clinico, risulta essere un dato di incidenza significativo che, se non governato da percorsi e scelte appropriate, determina l'assorbimento improprio di risorse professionali e materiali (es. uso improprio medicazioni avanzate). Studi internazionali hanno mostrato la superiorità dei trattamenti eseguiti da personale specificatamente formato con una maggiore percentuale di guarigione ed un abbattimento dei costi a medio termine determinato dalla minore frequenza delle medicazioni, guarigione più rapida e riduzione dell'ospedalizzazione.

### **Scopi e metodologia**

Sperimentazione di un percorso di ulteriore qualificazione dell'intervento dell'Infermiere dei NCP per gestire e migliorare l'outcome nel trattamento delle ulcere da pressione e/o croniche individuando i livelli di responsabilità di gestione delle lesioni di diversa eziologia all'interno dei NCP e istituendo la figura dell'esperto quale consulente.

### **Risultati**

Sulla base delle migliori evidenze sono stati messi a punto: strumenti di valutazione per la classificazione delle lesioni; interventi assistenziali e professionisti/servizi da coinvolgere ai diversi livelli di complessità; modalità di attivazione della consulenza vulnologica da parte dell'esperto distrettuale (8% consulenze sul tot lesioni in carico ai NCP di cui l'80% migliora il quadro clinico entro 12/24 settimane); percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio (5% dei casi in carico NCP inviati al 2° livello specialistico)

\*Dati relativi all'anno 2010

### **Conclusioni**

L'implementazione del progetto ha consentito di creare un osservatorio distrettuale per tutte le tipologie di lesioni prese in carico dai NCP.

L'auspicio è di diffusione dell'esperienza a livello provinciale per potere creare:

- § una rete di esperti che garantisca appropriatezza della cura, standardizzazione dell'intervento e aggiornamento continuo degli operatori
- § un osservatorio a valenza aziendale, che consenta di inferire sui dati di attività relativi alla qualità di intervento, gestione e trattamento delle lesioni di diversa eziologia in ambito territoriale