



L'audit clinico/organizzativo: strumento per il miglioramento della qualità nell'assistenza territoriale



Indice degli abstract

Barbani F, Franzelli A, Pedrazzini G, Brianti E, Daglio MM, Gandolfi S, Giocosa MF, Novaco F, Martini E, Zaccardo A

Glaucoma: implementazione multidisciplinare di raccomandazioni da quattro linee guida internazionali nel Distretto di Sassuolo (Modena)

Bonesi MG, Scarpa M, De Luca ML, Padula MS, Capelli O, Federzoni L, Riccomi S

Risultati di un percorso di audit sulla gestione del diabete mellito da parte dei MMG

Brianti E, Del Canale S, Fabi M, Maio V

L'appropriatezza prescrittiva dei MMG nel paziente anziano: il progetto di miglioramento promosso dalla AUSL di Parma

Dappozzo A, Panzini I, Angelini L

Il coinvolgimento del MMG nella costruzione del registro provinciale di patologia diabetica – un'esperienza nell'azienda USL di Rimini

Fini A, Giordani R, Pirazzini C, Draghetti C

Modello per la gestione integrata dello scompenso cardiaco nella AUSL di Bologna

Maio V, Donatini A, Lazzarato M, Fabi M, Sforza S, Brambilla A

I Profili dei Nuclei: Uno strumento per il governo clinico e per il miglioramento della qualità nel territorio

Manotti C, Negri G, Quintavalla R, Bondi M, Croci E, Nicolini A, Zurlini C, Brianti E

Farmaco vigilanza attiva dei trattamenti antitrombotici nella Area Vasta Emilia-Nord

Pettenati P, Baratta S, Loss MG, Lunghi M, Vighi I, Belloi L, Mazzolenis G, Montacchini G, Gelmini G, Frattini G

La prevenzione geriatrica nelle case della salute: il progetto "Medesano" sul monitoraggio della fragilità

Pirazzini MC, Lenzi A, Agresti R

Strutture Protette Per Anziani e Ospedale nell'ambito delle Cure Primarie: Valutazione e Miglioramento delle Prestazioni Sanitarie

Stagni MG, Pieraccini F, Carnaccini F, Calderoni D, Fini C

L'Audit sulle modalità prescrittive delle principali classi di farmaci come strumento di governo clinico ed efficienza gestionale

Glaucoma: implementazione multidisciplinare di raccomandazioni da quattro linee guida internazionali nel Distretto di Sassuolo (Modena)

F Barbani*, A Franzelli*, G Pedrazzini*, E Brianti**, MM Daglio*, S Gandolfi***, MF Giocosa***, F Novaco*, E Martini****, A Zaccardo****

* Azienda USL di Modena, ** Azienda USL di Parma, *** Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, **** Nuovo Ospedale di Sassuolo s.p.a., ***** MMG

Indirizzo per informazioni: f.barbani@ausl.mo.it

Introduzione del progetto

Da alcuni anni diverse segnalazioni suggerivano la presenza in provincia di Modena di una significativa variabilità nella pratica clinica nella gestione della malattia glaucomatosa, empiricamente confermata dagli Specialisti oculisti del territorio. La Direzione Sanitaria dell'Azienda USL di Modena decise di delineare percorsi appropriati per i pazienti glaucomatosi. Le Aziende sanitarie della provincia di Parma scelsero di diventare partner in questo progetto.

Scopi e metodologia

Scopo: Ottenere una maggiore omogeneità di trattamento fra i centri oculistici della provincia di Modena, allargando l'intervento anche alla provincia di Parma, nella direzione di un miglioramento della pratica clinica rispetto a standard internazionali.

Metodologia: Dopo una fase di reclutamento e di formazione di un gruppo di pazienti, è stato costituito un panel multi-professionale e multidisciplinare provinciale, comprendente una componente di specialisti della provincia di Parma.

Risultati

Il panel multi-professionale, dopo l'analisi e la discussione di quattro linee guida internazionali sul glaucoma, ha individuato tre raccomandazioni come le più importanti da implementare a livello locale, che riguardano:

- § gli esami necessari per porre diagnosi di malattia glaucomatosa
- § le informazioni da fornire e le modalità di comunicazione della diagnosi
- § i tempi e le modalità di follow-up più appropriati.

È stato scelto il Distretto Sanitario di Sassuolo per sperimentarne l'implementazione.

Sono stati elaborati indicatori per la verifica del tasso di adesione attuale. È stato costituito un secondo gruppo multi-professionale e multidisciplinare con la partecipazione di pazienti, oculisti, medici di medicina generale, ortottisti, infermieri, referenti amministrativi, informatici. Tale gruppo ha già avviato una prima discussione sulle raccomandazioni e avrà il compito di elaborare piani di intervento mirati alla loro messa in pratica nel Distretto di Sassuolo, verificando l'impatto concreto sulla organizzazione esistente e analizzando e affrontando le problematiche che si porranno nella realizzazione dei miglioramenti. La verifica sull'adesione alle raccomandazioni verrà eseguita anche nel distretto cittadino di Parma, che funzionerà da "controllo".

Conclusioni

La prima fase del progetto, conclusasi con la scelta delle raccomandazioni, ha evidenziato l'importanza, riconosciuta trasversalmente dalle varie figure del panel, della buona informazione e comunicazione fra i sanitari e i pazienti, della standardizzazione dei metodi di diagnosi, della continuità nella cura e della graduazione dei tempi dei controlli non uniforme ma adattata al livello di rischio del paziente.

L'ascolto dei rappresentanti dei pazienti ha aiutato molto a identificare e ordinare le criticità. Riteniamo che anche nella fase di implementazione delle raccomandazioni a livello locale il contributo della componente dei pazienti e la presenza nel gruppo dei rappresentanti dei Medici di Famiglia, dia un valore aggiunto nella definizione di percorsi appropriati nell'ambito delle cure primarie.

Risultati di un percorso di audit sulla gestione del diabete mellito da parte dei MMG.

MG Bonesi*, M Scarpa*, ML De Luca**, MS Padula**, O Capelli***, L Federzoni****, S Riccomi***

* MMG, ** Azienda USL di Modena, *** Ceveas, **** Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Modena,

Indirizzo per informazioni: mariagrazia.bonesi@medici.progetto-sole.it

Introduzione del progetto

Da marzo 2010 MGform, in accordo con il DCP, ha voluto implementare il vigente progetto diabete promuovendo un audit che si prefiggeva di migliorare l'accuratezza della raccolta dati in cartella e valutare la qualità della cura applicando lo score Q. Tale score (usato dall'Associazione Medici Diabetologi) esprime livelli crescenti di qualità della cura, attribuendo un punteggio (0-5-10) a rilevazione ed esito di HbA1c, Pressione arteriosa (PA), Colesterolo LDL e Microalbuminuria (MIC). Nello studio QUED lo score Q si è dimostrato in grado di predire l'incidenza di eventi cardiovascolari maggiori e mortalità.

Scopi e metodologia

Applicando lo score Q, ci si propone di costruire un report per ogni MMG, che consenta la valutazione della gestione complessiva dei pz e la costruzione di un registro di eventi CV correlati alle fasce di rischio in MG. È stato costruito un database che raccoglie per ogni pz informazioni anagrafiche e cliniche ed è stato calcolato lo score Q. Periodo di osservazione: 01/03/10-28/02/11.

Risultati

60 MMG hanno arruolato 3.356 diabetici. Mancano rilevazioni annuali di HbA1c, PA, C-LDL e MIC rispettivamente nel 17,3%, 19,3%, 17,5% e 33,3% dei casi. Il 70,8% dei pz mantiene valori di HbA1c <8%, mentre il 52,2% ha una PA <140/90 mmHg. Il 57,4% ha un C-LDL <130 mg/dl e il 63,2% ha una MIC normale (oppure patologica associata a prescrizione di ACE - inibitori o sartani). Le fasce di crescente rischio CV sono costituite dal 60%, 38% e 2% della coorte.

Conclusioni

Valutando i singoli MMG, non si osserva una relazione tra n° di assistiti arruolati nel progetto e % di pz ad aumentato rischio CV. Tra questi ultimi, 58 pz hanno un RCV assoluto (Carta Cuore ISS) superiore al 15% o addirittura non valutabile. I cut-off, più alti dello standard raccomandato dalle LG, sono parsi più avvicinati e hanno incoraggiato i clinici al miglioramento. La scelta di pochi indicatori e la loro correlazione in un immediato strumento "sentinella" della qualità di cura è stata molto apprezzata

L'appropriatezza prescrittiva dei MMG nel paziente anziano: il progetto di miglioramento promosso dalla AUSL di Parma

E Brianti*, S Del Canale**, M Fabi*, V Maio***

* Azienda USL di Parma, ** MMG, *** Thomas Jefferson University

Indirizzo per informazioni: ebrianti@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

Ogni anno in Italia circa il 95% degli anziani (> 65 anni) riceve almeno una prescrizione di un farmaco. Uno studio pilota condotto in Emilia-Romagna usando i criteri di Beers ha evidenziato come circa 1 paziente anziano su 5 sia esposto ad un farmaco potenzialmente inappropriato

Partendo da questi dati, la AUSL di Parma (PR) ha cominciato nel 2007 un progetto multi-fattoriale di miglioramento volto a migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei MMG verso i pazienti anziani

Scopi e metodologia

Rivolto a tutti i 303 MMG della AUSL-PR, il progetto di miglioramento ha incluso 3 elementi principali: 1) creazione e disseminazione di una lista di farmaci potenzialmente inappropriati (FPI) negli anziani sulla base di criteri espliciti e di una lista di farmaci alternativi; 2) revisione annuale della prevalenza dell'uso dei FPI; 3) sessioni educazionali peer-to-peer su selezionati FPI attraverso presentazione di casi clinici. Valutazione dell'impatto del progetto attraverso uno studio pre-post intervento sull'andamento prescrittivo dei FPI usando la AUSL di Reggio (RE) come comparator.

Risultati

La prevalenza prescrittiva dei FPI è diminuita del 30.2% nella AUSL-PR, da 8.2% pre-intervento (4 trimestre 2007) a 5.7% post-intervento (4 trimestre 2009), a fronte di una diminuzione del 20.2% nella AUSL-RE, da 8.2% a 6.6%. La riduzione della prevalenza di FPI è risultata statisticamente maggiore nella AUSL-PR (Breslow-Day test, $p < 0.001$). Importante, il notevole calo nella AUSL-PR vs. AUSL-RE dell'uso di FANS (>15 gg) (-44.5% vs. -35.1%, $p < 0.001$) e dell'uso di Digossina (>0.125 mg/die) (-28.6% vs. -11.6%, $p < 0.001$)

Conclusioni

Il programma educativo della AUSL-PR volto a migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei MMG nell'anziano, che ha coinvolto numerose figure professionali (MMG, farmacisti, responsabili di Dipartimento, specialisti ospedali AUSL Parma e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma), ha portato in 3 anni di intervento ad una significativa riduzione dell'impiego di FPI, quali FANS per uso prolungato e digossina ad alto dosaggio. Ulteriori analisi sulle caratteristiche dei MMG e sulle loro attitudini prescrittive possono indirizzare lo sviluppo di specifici interventi educazionali per ridurre ulteriormente la prevalenza di FPI.

Il coinvolgimento del MMG nella costruzione del registro provinciale di patologia diabetica – un'esperienza nell'azienda USL di Rimini

A Dappozzo*, I Panzini*, L Angelini*

* Azienda USL di Rimini

Indirizzo per informazioni: adappozzo@auslrm.net

Introduzione del progetto

Nella pianificazione percorsi di cura per la gestione della patologia diabetica l'esistenza del registro provinciale pazienti diabetici costituisce senza dubbio un elemento di grande importanza, perché, a partire dalla ricognizione dell'esistente, consente di dimensionare correttamente le varie risorse e professionalità da impiegare nei diversi segmenti del percorso di cura; il primo passo è infatti identificare correttamente la popolazione diabetica e i rispettivi centri di presa in carico (MMG, Centri diabetologici), individuando le eventuali situazioni di inappropriata gestione (ad esempio pazienti in gestione integrata presso il MMG che continuano ad afferire stabilmente ai centri diabetologici). Il confronto con il MMG rappresenta nella nostra esperienza un passaggio di grande rilevanza nella corretta identificazione della popolazione diabetica.

Scopi e metodologia

Il registro provinciale di patologia diabetica è stato realizzato nell'autunno 2010 attraverso l'incrocio di diversi database per il periodo 2009-2010:

- § assistenza farmaceutica territoriale (• 2 confezioni di antidiabetici orale/insulina);
- § flusso ASA (1 HbA1c con valore superiore a 5,5 g/dl);
- § schede SDO (diagnosi principale o secondaria diabete-related)
- § gestione integrata MMG (schede diabetologiche inviate dai MMG ai centri diabetologici tramite SOLE);
- § centri diabetologici (schede Eurotouch pz assistiti)
- § registro mortalità: decessi per diabete (diagnosi principale)
- § anagrafe esenzione (esenzione 013).

Al fine di confermare l'esistenza della patologia si è effettuata un passaggio con i MMG, con i quali all'interno dei NCP è stato discusso l'elenco dei assistiti diabetici. Attraverso l'interrogazione della propria cartella informatica il MMG ha confermato la patologia e ha contribuito alla completezza del registro attraverso alcune informazioni (tipo di diabete; presenza/assenza di complicanze; terapia in atto). Tale fase è tutt'ora in corso.

Risultati

Attraverso l'incrocio dei database citati si è ottenuto un primo elenco di pazienti potenzialmente diabetici, pari a 21.000 soggetti (prevalenza grezza 6,5%). La fase di verifica con i MMG all'interno dei NCP è in corso; ad oggi sono stati incontrati 3 NCP (56 MMG, 61.800 assistiti). In tutti i NC si è evidenziata una riduzione della prevalenza della patologia diabetica rispetto a quanto formulato in base al registro. Vengono presentati i dati relativi al primo NCP incontrato: NCP Morciano, 12 MMG, 16372 assistiti (tab.1); in questo NCP la prevalenza confermata è del 4,9%, contro il valore iniziale da registro del 6%. Il dato è parziale e va confermato alla luce delle restanti verifiche.

Conclusioni:

Il confronto con i MMG e la verifica all'interno delle loro cartelle cliniche dell'elenco di pazienti diabetici risultanti dal registro appare di grande utilità sia per una corretta identificazione della popolazione diabetica che per una migliore definizione dei percorsi di cura. Il coinvolgimento diretto del MMG consente di identificare quei pz che ancora sfuggono ad un percorso di presa in carico e di ottenere informazioni di grande utilità difficilmente reperibili altrove. Il dato di apparente sovradimensionamento della popolazione diabetica evidenziata dall'incrocio con le cartelle dei MMG dei primi 3 NCP, pur meritevole di ulteriore conferma, appare di grande interesse in una prospettiva di razionalizzazione delle risorse e appropriata programmazione e pianificazione dei servizi.

Tab.1 – dati di prevalenza patologia diabetica NCP Morciano – confronto registro diabete/cartella del MMG

MMG	assistiti	n° pz diabetici da incrocio database	% da database	pz diabetici confermati (CC MMG)	% confermati	differenza (patologia diabetici non confermati)	
1	1.551	84	5,4%	65	4,2%	19	-1,2%
2	1.568	89	5,7%	65	4,1%	24	-1,5%
3	1.508	87	5,8%	61	4,0%	26	-1,8%
4	1.746	95	5,4%	72	4,1%	23	-1,3%
5	917	57	6,2%	50	5,0%	7	-1,2%
6	1.602	125	7,8%	107	7,0%	18	-0,8%
7	1.502	93	6,2%	90	6,0%	3	-0,2%
8	1.158	68	5,9%	50	4,0%	18	-1,9%
9	1.547	78	5,0%	73	4,7%	5	-0,3%
10	617	42	6,8%	26	4,0%	16	-2,8%
11	1.495	107	7,2%	100	6,7%	7	-0,5%
12	1.161	61	5,3%	50	4,3%	11	-0,9%
Totale	16.372	986	6,0%	809	4,9%	177	-1,1%

Modello per la gestione integrata dello scompenso cardiaco nella AUSL di Bologna

A Fini*, R Giordani*, C Pirazzini*, C Draghetti*

* Azienda USL di Bologna

Indirizzo per informazioni: a.fini@ausl.bo.it

Introduzione del progetto

Lo scompenso cardiaco, una tra le patologie croniche prevalenti, mantiene forti ricadute in termini di ricoveri ospedalieri e qualità della vita dei pazienti soprattutto geriatrici. Colpisce il 2% della popolazione nel mondo occidentale. Prevalenza ed incidenza aumentano in maniera esponenziale con l'età. In Italia, su 100 ricoveri per scompenso cardiaco, 70 sono primi episodi e 30 sono i ricoveri ripetuti, con tendenza all'incremento.

Ridurre i re-ricoveri potrebbe portare a: miglioramento qualità di vita dei pazienti e riduzione costi di assistenza.

Scopi e metodologia

Per razionalizzare la gestione del paziente scompensato e migliorare la sua qualità di vita, è stato messo a punto un progetto che offre un supporto per il monitoraggio dei pazienti, creando una rete assistenziale per la continuità di cura.

È stato istituito un registro implementato da SDO, segnalazioni di MMG e specialisti ambulatoriali. Ai MMG sono stati affiancati cardiologi ambulatoriali e ospedalieri per il II° livello e un'equipe infermieristica che esegue educazione sanitaria e sugli stili di vita e monitoraggio della compliance.

Risultati

Il progetto è stato avviato in due Distretti

	Pazienti scompensati	Pazienti arruolati dai MMG	Attivazione infermieri
Distretto 1	259	86	16
Distretto 2	284	117	6

Tra i pazienti con diagnosi di scompenso quelli che seguono il percorso sono quelli in carico ai MMG, con l'appoggio dell'equipe infermieristica domiciliare e degli specialisti ambulatoriale e ospedalieri per i casi più gravi

È attivato un ambulatorio specialistico che prende in carico i pazienti più gravi

Conclusioni

I MMG che hanno aderito al progetto sono stati soddisfatti per la maggiore sicurezza che il percorso garantiva per i loro pazienti.

Alla luce di questi risultati è in corso un lavoro per estenderlo a tutto il territorio dell'AUSL

I Profili dei Nuclei: Uno strumento per il governo clinico e per il miglioramento della qualità nel territorio

V Maio*, A Donatini**, M Lazzarato***, M Fabi****, S Sforza**, A Brambilla**

* Thomas Jefferson University, ** Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna, *** Azienda USL di Imola, **** Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: adonatini@regione.emilia-romagna.it

Introduzione del progetto

Nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale, la Regione Emilia-Romagna ha consolidato il ruolo di committenza alle cure primarie attraverso i Nuclei di Cure Primarie (NCP). In un NCP, i MMG, pur agendo in piena autonomia, fanno parte di un network clinico per fornire assistenza continua e integrata ai pazienti del NCP. I MMG sono perciò chiamati a collaborare e condividere le informazioni cliniche dei pazienti e a promuovere strategie comuni per migliorare la qualità della cura offerta. Tuttavia, ai MMG manca uno strumento analitico a livello di NCP per realizzare tali obiettivi.

Scopi e metodologia

Il Profilo di Nucleo si propone come strumento analitico che, utilizzando metodi epidemiologici, permette di confrontare i percorsi della pratica medica nei NCP attraverso varie dimensioni della qualità della cura offerta. Attraverso un processo di Tecnica di Gruppo Nominale, un gruppo di esperti della Regione ha selezionato una serie di indicatori evidence-based e clinicamente adeguati ad identificare la qualità a livello ambulatoriale, di facile misurazione attraverso l'uso dei dati dei flussi amministrativi integrati della banca dati sanitaria regionale.

Risultati

Il Profilo dei Nuclei contiene dati epidemiologici dei pazienti, inclusi valori di morbilità; dati di utilizzo delle risorse, inclusa l'assistenza ospedaliera, farmaceutica, e specialistica; dati su indicatori di qualità per patologie croniche (area cardiovascolare, diabete e asma); e dati sull'appropriatezza prescrittiva dei farmaci negli anziani, incluse informazioni sulla politerapia, interazioni fra farmaci e in appropriatezza prescrittiva. Il Profilo viene generato su base annuale e distribuito ai NCP della Regione attraverso un processo di interpretazione e analisi dei dati mediato dalla presenza di Facilitatori, professionisti delle rispettive AUSL ad hoc formati. Ogni NCP è poi chiamato a realizzare un'attività di quality improvement sulla base delle aree di criticità emerse dal Profilo.

Conclusioni

Con un approccio "non punitivo", il Profilo permette ai MMG dei NCP la condivisione di un linguaggio comune, la promozione dell'interazione sociale tra professionisti, e lo stimolo al dialogo inter pares. Il Profilo offre l'opportunità di iniziare a organizzare e sviluppare, all'interno dei Nuclei, processi di governo clinico e di monitoraggio interno, per il miglioramento dell'assistenza al paziente.

Farmaco vigilanza attiva dei trattamenti antitrombotici nella Area Vasta Emilia-Nord

C Manotti*, G Negri*, R Quintavalla**, M Bondi***, E Croci****, A Nicolini*****, C Zurlini*, E Brianti*

* Azienda USL di Parma, ** Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, *** Azienda USL di Modena, **** Azienda USL di Piacenza, ***** Azienda USL di Reggio Emilia

Indirizzo per informazioni: cmanotti@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

La terapia con anticoagulanti orali antivitamina K (AVK) si è dimostrata altamente efficace nella prevenzione e trattamento del rischio tromboembolico.

L'effetto della terapia con AVK è soggetto ad elevata variabilità individuale del paziente e richiede frequenti e periodici controlli di laboratorio e clinici, con conseguenti importanti implicazioni organizzative. Questo può determinare un aumento significativo del rischio di fallimento della terapia con AVK (aumento di eventi avversi sia emorragici che tromboembolico), e relativa ricaduta economica per il SSN.

In un prossimo futuro saranno introdotti anche in Italia Nuovi Farmaci Antitrombotici orali (NAT) che si sono dimostrati, in studi clinici controllati, "non inferiori" agli AVK per la profilassi del tromboembolismo arterioso nei pazienti con Fibrillazione Atriale

I NAT, con le dovute cautele, non necessiteranno di stretto e periodico monitoraggio di laboratorio.

I dati epidemiologici, sino ad ora noti, sono soltanto quelli relativi agli studi clinici, non sono invece disponibili dati riguardanti gli eventi avversi in corso di trattamento mediante studi di farmacovigilanza.

Scopi e metodologia :

Verificare gli effetti delle terapie antitrombotiche (AVK , NAT) attraverso un programma di farmacovigilanza attiva che coinvolga tutti i soggetti che praticano terapia antitrombotica nell'area vasta Emilia-Nord (AVEN).

Verificare l'impatto economico (valutando costi diretti ed indiretti) di queste terapie. Utilizzando i dati epidemiologici disponibili (fonte FCSA) si può stimare una prevalenza di pazienti in trattamento con AVK, nel 2010, pari a circa il 2 % su tutta la popolazione, per un totale di circa 42.000 persone. Saranno registrati INDICATORI DI SICUREZZA e INDICATORI DI EFFICACIA :

Il punto fondamentale per poter rilevare gli indicatori previsti consiste nella identificazione dei pazienti mediante l'impiego del codice fiscale (CF) che viene registrato al momento della richiesta del farmaco presentata in farmacia, incrociandolo, poi, con i data base aziendali disponibili.

Risultati

Sarà possibile ottenere e analizzare dati di :

SICUREZZA:

- § decessi con relative cause
- § complicanze emorragiche e tromboemboliche
- § numero pazienti "persi" al follow up

EFFICACIA :

- § % tempo in range per paziente
- § % controlli INR rispetto al range terapeutico
- § Numero medio di controlli per pz/anno

Sarà inoltre possibile eseguire analisi su Altri Indicatori

- § Analisi di farmaco economia sul campione esaminato
- § Confronto sugli indicatori utilizzati fra pazienti seguiti dai Centri Trombosi (con sottogruppo di pazienti in gestione integrata) vs pazienti seguiti dai MMG sul territorio.
- § Analisi dei farmaci utilizzati in associazione (eventualmente correlata alla incidenza degli effetti avversi)

Conclusioni:

I farmaci antitrombotici, sia AVK che NAT, hanno dimostrato una grande efficacia nella prevenzione e trattamento del tromboembolismo. Gli AVK hanno efficacia ottimale quando la responsabilità della gestione dei AVK è coordinata da una unità operativa dedicata (Centro Trombosi-CT), tuttavia per ragioni storiche ed organizzative, viene svolta per i 2/3 terzi al di fuori dei CT): la suddivisione di responsabilità, oltre che non ottimizzare l'impegno di risorse sanitarie, può comportare un non corretto comportamento con conseguenze di aumento significativo del rischio di fallimento della terapia con AVK (eventi avversi sia emorragici che tromboembolico), con conseguente ricaduta economica per il SSN. I dati di efficacia e sicurezza dei NAT, di prossima introduzione, che non necessiteranno di stretto e periodico monitoraggio di laboratorio sono soltanto quelli relativi a studi clinici. Lo studio di farmacovigilanza proposto potrà dare informazioni essenziali sia dal punto di vista clinico che di farmaco-economia nella gestione territoriale di questi farmaci.

La prevenzione geriatrica nelle case della salute: il progetto "Medesano" sul monitoraggio della fragilità

P Pettenati*, S Baratta**, MG Loss**, M Lunghi**, I Vighi*, L Belloi***, G Mazzolenis***, G Montacchini****, G Gelmini**, G Frattini***

* Comune di Medesano, ** Azienda USL di Parma, *** Provincia di Parma, **** MMG

Indirizzo per informazioni: pettenati@comune.medesano.pr.it

Introduzione del progetto:

Le linee triennali per l'avvio del FRNA (DGR 509/07) e la Direttiva 1206/07 emesse dalla Regione Emilia Romagna prevedono l'attuazione di un programma, in ogni ambito distrettuale, che garantisca la mappatura ed il monitoraggio delle persone fragili al fine di sviluppare nel tempo azioni e programmi di comunità, quale nuovo approccio per le politiche socio sanitarie. Il percorso, che si è avviato nell'ambito territoriale della Casa della Salute di Medesano, si propone come obiettivo la costruzione di un sistema di mappatura e monitoraggio degli anziani fragili continuo nel tempo al fine di poter intervenire tempestivamente mettendo in atto risposte mirate alla condizione di fragilità e alla prevenzione della non autosufficienza, dando impulso ad interventi integrati socio-sanitari, promuovendo reti di solidarietà e di socialità, coinvolgendo le forze sociali della comunità.

Scopi e metodologia:

Il progetto prevede le seguenti fasi a sviluppo successivo:

- a) Costruzione dell'elenco degli anziani ultrasettantacinquenni non conosciuti dai Servizi Sociali e non inseriti nella Rete Socio-Sanitaria;
- b) Somministrazione di scheda di valutazione finalizzata a valutare:
 - la rete familiare e di vicinato;
 - il domicilio e l'abitazione;
 - le condizioni di salute;
 - lo stato cognitivo e lo stato psichico;
 - l' autonomia nelle attività semplici e complesse della vita quotidiana.
- c) Rilevazione dei dati attraverso l'anagrafe comunale e colloquio con i MMG;
- d) Informatizzazione dei dati ed elaborazione degli stessi (confronti non parametrici, percentuali, correlazioni, incongruenze con necessità di nuova verifica, ecc.) ad opera di un gruppo di progetto che ha progressivamente sviluppato la ricerca esaminando in maniera "critica" e speculativa le caratteristiche della popolazione in studio.

Risultati:

La mappatura ha considerato 761 persone (40,9% maschi, 59,1% femmine) che costituiscono il 74,3% della popolazione anziana ultrasettantacinquenne. Questi i dati ricavati:

- a) a) convivenza: 39,4% vive in coppia con un altro anziano (coniuge, fratelli o sorelle), 32,3% vivono soli, 28,3% vive con i famigliari

- b) disponibilità dei vicini di casa: 39% elevata, 46% sufficiente, 13% assente
- c) condizioni ambientali: 80.3% residenti centro abitato, 5% gruppo case, 14.6% case sparse
- d) condizioni di salute: 50% bassa/assente comorbidità, 50% comorbidità elevata (15%) o moderata (35%).
- e) stato cognitivo: 90,8% non compromesso, 9,2 compromesso. Correlazione positiva (max > 95 anni)
- f) condizioni psichiche: 20% depressione, 29 % disturbi d'ansia, 3.2% disturbi comportamento.

g) autonomia:

- attività complesse/strumentali vita quotidiana (Indice di Lawton su 5 item): 76.8 % 5 abilità conservate, 9% 4 abilità conservate, 4.1 % 3 abilità conservate, 3.8% 2 abilità conservate, 2.8% 1 abilità conservata, 3.5% 0 abilità conservate;

- attività semplici vita quotidiana(Indice di Barthel): indipendenza 77.4%, dipendenza minima 10,9%, dipendenza lieve 4.6%, dipendenza moderata 3.3%, dipendenza grave-completa 3.8%.

Conclusioni:

I risultati riguardanti le condizioni socio-sanitarie dei soggetti ultrasessantacinquenni rappresentano il dato fondamentale su cui basare monitoraggio e presa in carico della fragilità intesa come condizione di rischio di non autosufficienza. In particolare, in fase preliminare, il monitoraggio ha previsto attività di sorveglianza sui soggetti soli (n.246) e in particolare per :

a) anziani soli che presentano le seguenti condizioni di ulteriore fragilità sociale:

- non avere figli in vita (n. 56 persone);
- vivere in condizioni di isolamento ambientale valutato medio o elevato(n. 29 persone);

Tali soggetti saranno monitorati attraverso un sistema che vede operativamente attivi sul territorio l'Assistente Sociale ed una figura di Operatore Socio - Sanitario formato "ad hoc".

b) anziani soli (n. 45 persone) che presentano condizioni di fragilità sanitaria (consumo di 4 o più farmaci al giorno, complessità del regime terapeutico di grado medio-alto, comorbidità elevata e/o severa).

Tali soggetti saranno monitorati attraverso un sistema che vede operativamente attivi sul territorio gli infermieri della Casa della Salute di Medesano e i Medici di Medicina Generale del Nucleo delle Cure Primarie di Medesano.

In seconda istanza oltre al gruppo dei soli verranno inserite nel monitoraggio le coppie di anziani con le medesime caratteristiche di cui sopra (n.72).

L'obiettivo è che, nel tempo, da questa azione di monitoraggio, comprensiva dei nuovi ultrasessantacinquenni che verranno progressivamente inseriti nel processo, si sviluppi un sistema di prevenzione della non autosufficienza attraverso una presa in carico precoce da parte dei servizi socio-sanitari ovvero una presa in carico "leggera" dei servizi sociali (socializzazione, telesoccorso/telecontrollo, supporto da parte del volontariato per accompagnamento, compagnia, piccoli trasporti, ecc).

Strutture Protette Per Anziani e Ospedale nell'ambito delle Cure Primarie: Valutazione e Miglioramento delle Prestazioni Sanitarie

MC Pirazzini*, A Lenzi*, R Agresti*

* Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: m.pirazzini@ausl.bologna.it

Introduzione del progetto

Nell'area metropolitana dell'ASL Bologna gli accessi in Pronto Soccorso e i ricoveri ospedalieri da Strutture Protette sono numerosi:

§ 9155 giornate di degenza ospedaliera per ospiti di SP nel 2007,

§ 7772 accessi in Pronto Soccorso da SP e RSA nell'anno 2008.

Si è resa necessaria una valutazione dell'appropriatezza degli accessi per individuare le aree di miglioramento nell'ambito organizzativo delle Strutture, tramite una ricognizione delle attività assistenziale erogate, e nei collegamenti tra Struttura - Ospedale e Continuità Assistenziale Medica.

Scopi e Metodologia

Migliorare la qualità dei servizi residenziali per anziani, è l'obiettivo per rivalutare la gestione dell'ospite in situazioni di emergenza o riacutizzazione della patologia in Struttura Protetta.

Nel 2009 è stato avviato un progetto nelle 11 strutture protette convenzionate del Distretto di Porretta Terme che ha coinvolto il personale dedicato all'assistenza anziani in struttura.

Attraverso incontri di lavoro sono state monitorate le attività erogate da ciascuna struttura e rivisti i percorsi di collegamento con l'ospedale coinvolgendo anche la continuità assistenziale medica.

Risultati

Fasi del progetto attivate ad oggi:

- 1) Analisi del contesto
- 2) Misurazione casistica accessi impropri in PS
- 3) Raccolta dati attività assistenziali erogate: ha evidenziato disomogeneità nell' offerta - à la metà delle 14 attività monitorate non sono garantite in tutte le strutture.
- 4) Definizioni aree di miglioramento dove intervenire:
 - § situazioni a bassa criticità : più sensibili a una diversa lettura degli 'operatori
 - § scarsa integrazione tra Strutture
 - § Continuità Assistenziale Medica
 - § assenza medico/infermiere in alcune fasce orarie

§ mancanza procedure condivise/standardizzate di integrazione fra Strutture e Ospedale

Conclusioni

L'Integrazione fra Strutture – Continuità Assistenziale Medica – MMG - Ospedale si inserisce nel percorso della continuità assistenziale. In particolare rappresenta una necessità sempre più sentita in quanto colma il vuoto fra l'Ospedale e domicilio quando la complessità del quadro clinico non permette una adeguata assistenza all'utente nella propria abitazione. Il percorso iniziato vuole leggere la qualità dei servizi per anziani attraverso l'appropriatezza degli accessi in PS coinvolgendo tutti gli operatori del percorso e ipotizzando : percorsi diagnostici terapeutici assistenziali facilitati,

Commenti

La partenza del progetto dai dati di acceso impropri al Pronto Soccorso è stata la chiave vincente per stimolare tutti gli operatori coinvolti nel percorso. Infatti oltre a tutto il personale delle strutture partecipano al lavoro i medici della continuità assistenziale, i MMG e il personale del Pronto Soccorso. La prossima fase prevede l'implementazione del cambiamento con incontri nelle singole strutture per la rilettura delle procedure di gestione dell'emergenza e la definizione delle attività assistenziali da garantire per evitare accessi impropri.

L'Audit sulle modalità prescrittive delle principali classi di farmaci come strumento di governo clinico ed efficienza gestionale.

MG Stagni*, F Pieraccini*, F Carnaccini*, D Calderoni*, C Fini*

* Azienda USL di Forlì

Indirizzo per informazioni: direzione.generale@ausl.fo.it

Introduzione del progetto

L'Ausl Forlì ha sempre presentato storicamente un delta significativo nella spesa farmaceutica territoriale rispetto alla media regionale (nel 2009 la spesa netta pro capite pesata era pari a + 16,2 € rispetto alle altre Ausl della Regione).

È stato condiviso un Piano di rientro aziendale, a valenza triennale, approvato sia dal Collegio di Direzione sia dalle OO.SS. dei Medici di Medicina Generale (MMG), che prevede un graduale riallineamento ai valori medi regionali nei tre anni- 2010/2013 ed una verifica intermedia dei risultati a 18 mesi.

Il Piano di rientro indica come priorità la pianificazione di una serie di Audit con tutti i prescrittori, ospedalieri e territoriali, con il coinvolgimento attivo della figura del Coordinatore del Nucleo di Cure Primarie (NCP) e del Medico Specialista ospedaliero di riferimento della tematica trattata.

I contenuti degli Audit sono stati concordati in sede di Commissione Aziendale Appropriata, formalmente istituita nel 2009 con componenti di parte aziendale, MMG e Medici specialisti ambulatoriali interni, e riguardano l'appropriatezza prescrittiva nelle principali classi di farmaci (Inibitori di pompa, Cardiovascolari, Antidepressivi), la relativa prescrizione di farmaci equivalenti, con un focus specifico sui f.Antipertensivi e sul corretto rapporto Aceinibitori/ Sartani.

Scopi e metodologia

L'Audit Clinico si prefigge l'obiettivo di ridurre la variabilità dei comportamenti prescrittivi sia dei Medici di medicina generale che delle UU.OO. Ospedaliere, garantendo la necessaria equità di trattamento ai pazienti e migliorando la performance economica aziendale relativamente alla spesa farmaceutica attraverso l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle indicazioni regionali e di EBM.

Alla verifica intermedia dei risultati a 18 mesi dall'avvio degli Audit - prevista a giugno 2011- si attende una riduzione del disallineamento pari a circa + 4€ su base annua rispetto alla spesa netta pro capite pesata regionale, con recupero di 12 € rispetto al dato di chiusura 2009.

L'attività di Audit è strutturata, in quanto è stato predefinito il numero e le date degli incontri (almeno 2 per i NCP più critici), il tema di discussione e sono stati individuati i partecipanti, con la presenza costante di un farmacista "facilitatore" a garanzia della correttezza dell'informazione scientifica.

La Direzione Generale ha attivato un Gruppo Aziendale permanente di "Facilitatori dell'Audit", cui ha sempre partecipato il Direttore Sanitario, costituito da: Direttore Governo Clinico, Direttore Dipartimento Cure Primarie, Direttore Servizio Farmaceutico, Specialista ospedaliero di riferimento rispetto al tema dell'Audit.

Il metodo seguito è quello del confronto diretto con tutti i prescrittori in una serie di incontri di Audit con e fra i medici ospedalieri e di medicina generale (sono state interessate le principali UU.OO. ospedaliere e tutti i NCP per almeno un incontro annuale): la discussione è stata stimolata dopo la presentazione di reports strutturati per singolo medico/singolo NCP/media Aziendale/media Regionale, con evidenziazione delle

diffomità prescrittive anche all'interno di gruppi omogenei e della distanza dalle più solide evidenze scientifiche. Sono stati inoltre discussi casi clinici riscontrati nella pratica corrente, onde sottolineare l'etica del buon uso delle risorse comuni, la coerenza dell'obiettivo proposto con la deontologia e con la migliore pratica clinica, i possibili assi di miglioramento scaturiti in seguito all'Audit.

Risultati

Alla verifica intermedia dei risultati a 18 mesi dall'avvio degli Audit il GAP della spesa farmaceutica netta pro capite pesata fra l'Ausl di Forlì e la media regionale è passato dai 16,2 € nel 2009 ai 10,64 € nel 2010. I dati disponibili - a maggio 2011 - fanno registrare un +1,95, che su base annua porterebbe ad una ipotesi di chiusura di poco superiore ai + 4 € attesi in base al Piano di rientro.

Tale significativo risultato è stato ottenuto grazie a una costante attività di confronto tra Specialisti ospedalieri e Nuclei di Cure Primarie messa in atto durante n.23 incontri di Audit effettuati nel corso del 2010 e 1° semestre 2011, che hanno riguardato la casistica di pazienti affetti principalmente da quattro patologie: Ipertensione arteriosa, Asma e Broncopatia cronica ostruttiva, S. Ansioso- depressiva.

Il risultato più significativo riguarda la performance prescrittiva dei 16 Medici di medicina generale appartenenti ad un Nucleo periferico con circa 24.000 abitanti (Comuni di Forlimpopoli- Bertinoro), che nel 2010 presentava ancora una spesa netta pro capite di circa 5 euro superiore alla media aziendale e che a giugno 2011 risulta invece pari a -4,2 € rispetto alla media aziendale.

Nei primi sei mesi del 2011 sono stati programmati n.9 Audit con i singoli Medici di medicina generale i cui comportamenti prescrittivi risultavano tra i più inappropriati e disallineati sia rispetto al proprio Nucleo di appartenenza sia rispetto alle medie aziendali e regionali: sono stati discussi nel dettaglio reports elaborati ad hoc sull'uso appropriato di farmaci inerenti le patologie oggetto del focus. Quanto scaturito a seguito di ogni singolo Audit, compreso gli impegni assunti dal professionista sugli ambiti di miglioramento, è stato sinteticamente verbalizzato.

Gli esiti degli Audit sono inoltre stati riportati in una riunione del Collegio di Direzione.

Conclusioni

Lo strumento dell'Audit si è rivelato estremamente efficace nel migliorare la performance prescrittiva a livello aziendale, di singolo Nucleo, di singolo medico appartenente al Nucleo, in termini sia di maggior appropriatezza sia di risultati economici.

Fra gli elementi favorevoli sono verosimilmente da considerare: la trasversalità e la continuità nel tempo degli incontri, il confronto fra professionisti operanti in diversi ambiti assistenziali, la forte presenza della Direzione a tutela e legittimazione del percorso intrapreso, l'assunzione di precisi impegni a seguito della conclusione dei momenti di Audit.

Gli importanti risultati conseguiti a livello aziendale devono essere consolidati nell'arco dei prossimi 18 mesi, che prevedono un progressivo maggiore coinvolgimento della figura del Coordinatore del NCP nell'esercizio delle proprie funzioni di leadership ed autogestione del gruppo, oltre ad un link stretto con le analisi sui Profili di Cura per l'implementazione degli Audit.