

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale,
Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Progetto regionale “Profili di NCP”

Progetti di miglioramento



Anno 2013

Profili di Cura dei Nuclei di Cure primarie

Rilevazione dei progetti di miglioramento nei Nuclei

Il progetto regionale sui Profili di Cura dei Nuclei di Cure Primarie prevede che, in seguito alla presentazione dei Profili nelle Aziende USL, il coordinatore di Nucleo organizzzi, con i propri colleghi, incontri di presentazione dei dati, avvalendosi del supporto dei facilitatori. Sulla base dei dati del Profilo, ad ogni Nucleo viene successivamente chiesto di identificare le aree di maggiore criticità assistenziale e di progettare un percorso di miglioramento, sulla base dei principi del governo clinico, che preveda sia l'audit e la condivisione delle linee guida che il coinvolgimento, ove necessario, degli specialisti ospedalieri e ambulatoriali di riferimento.

Sono qui raccolti i progetti di miglioramento progettati dai Nuclei di Cure Primarie delle Aziende USL della Regione. Tutti i progetti riportano sinteticamente il problema individuato, la strategia adottata, gli strumenti e le modalità di valutazione. È anche disponibile il riferimento del coordinatore di NCP.

Un ringraziamento particolare a tutti coloro che hanno compilato e trasmesso il materiale!

Sommario

Patologie cardiovascolari.....	4
Appropriatezza della terapia con beta-bloccanti, ACE-sartani e statine nei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco	5
Prevenzione secondaria nel post-infarto	7
Gestione del paziente con Scompenso cardiaco	9
Gestione ottimale del paziente con scompenso cardiaco	11
Progetto pilota nei pazienti con insufficienza cardiaca cronica (CFH) a rischio di ospedalizzazione (RHO) afferenti ai NCP ed alle case della Salute (CdS) del Distretto Sud Est.....	12
Il miglioramento dell'assistenza ai pazienti con scompenso cardiaco	15
La prevenzione secondaria dell'Infarto Acuto del Miocardio.....	18
Diabete	20
Follow-up clinico- terapeutico dei pazienti diabetici e dei pazienti scompensati	21
Miglioramento e revisione dei percorsi di presa in carico e gestione del paziente diabetico	25
Il miglioramento dell'assistenza ai pazienti con diabete mellito	27
Gestione integrata Diabete Mellito	30
FANS.....	32
FANS ed insufficienza renale.....	33
La prescrizione di FANS.....	35
BPCO	37
La gestione del paziente affetto da BPCO nella Casa della Salute	38
BPCO.....	40
Appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche con particolare riguardo ai farmaci del sistema cardiovascolare dell'apparato gastrointestinale e miglioramento dell'appropriatezza degli indici di consumo dell'assistenza specialistica per le visite e per le principali prestazioni di diagnostica strumentale.	41
Miglioramento della prescrizione dei farmaci nella popolazione anziana	42
Intercettazione e presa in carico della fragilità come prevenzione del rischio di ricovero e di non autosufficienza	44
La medicina generale inizia a 60 anni: le dimensioni fondamentali del team ad alte prestazioni	47



Patologie cardiovascolari



Appropriatezza della terapia con beta-bloccanti, ACE-sartani e statine nei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco

Nucleo di Cure Primarie Campegine-Gattatico-S.Ilario – Azienda USL di Reggio Emilia

Distretto Montecchio

Referente di NCP Fabio Punghellini

Email punghellini.fabio@ausl.re.it

Descrizione del progetto

- Problema individuato: numero rilevante di ricoveri per patologie cardiovascolari ed un minor utilizzo di beta-bloccanti, ACE-inibitori e statine nella gestione farmacologica del post-IMA e nello scompenso cardiaco
- Obiettivo di miglioramento: migliorare l'appropriatezza della terapia per le precedenti patologie

Strategia/Piano di azione

- identificazione dei pazienti a rischio di scompenso e/o eventi cardiovascolari (pazienti ipertesi, diabetici, dislipidemici, ecc.)
- counselling individuale durante le visite in ambulatorio (stili di vita, controllo del peso e BMI, individuazione dei sintomi d'allarme per iniziale scompenso, ecc.)
- controllo del trattamento farmacologico in atto con particolare riferimento a beta-bloccanti, ACE-sartani e statine
- integrazione con l'infermiere territoriale per i casi gestiti in ADI soprattutto per quanto riguarda il counselling, la compliance farmacologica e gli stili di vita
- formazione congiunta di NCP della equipe territoriale con i cardiologi di riferimento e riunioni di NCP specifiche sul percorso/ obiettivo di miglioramento

Strumenti utilizzati

- Profili di cura del Nucleo
- Richiesta alla Azienda USL dei dati relativi ai ricoveri per patologie cardiovascolari (scompenso, cardiopatia ischemica) relativi all'anno 2010 e primi 9 mesi del 2011 (elenco successivamente distribuito ad ogni medico)
- 2 riunioni di NCP/formazione durante i primi 6 mesi del 2012 per valutare l'andamento del progetto e per rinforzare l'idea della presa in carico del paziente da parte dell'equipe territoriale.
- Confronto con i cardiologi di riferimento relativamente al percorso dello scompenso

Tempo di realizzazione

- 2010-2012

Modalità di valutazione

- Raccolta dati sui pazienti inseriti nel percorso scompenso e dei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco nel corso del 2012 e verifica del rispetto della terapia, secondo le linee guida, con beta-bloccanti, ACE-sartani, statine; motivazione del mancato rispetto delle indicazioni

Esito

- Gli interventi di condivisione hanno comportato un miglioramento nella appropriatezza prescrittiva delle classi di farmaci considerate per tali patologie
- Per quanto riguarda l'utilizzo dei beta-bloccanti permane un gap rilevante sul quale occorre concentrare l'attenzione

NOTE

Prevenzione secondaria nel post-infarto

<i>Nucleo di Cure Primarie</i>	Cavriago-Montecchio Emilia – Azienda USL di Reggio Emilia
<i>Distretto</i>	Montecchio
<i>Referente di NCP</i>	Anna Cioni
<i>Email</i>	anna.cioni@ausl.re.it

Descrizione del progetto

- Problema individuato:
 - utilizzo non ottimale dei betabloccanti
 - incompleta terapizzazione con statine
 - incompleto screening tramite dosaggio annuale di colesterolo-LDL
- Obiettivo di miglioramento:
 - Migliorare l'appropriatezza prescrittiva:
 - aumentare l'uso di statine
 - aumentare l'uso dei betabloccanti
 - Eseguire un corretto follow-up laboratoristico
 - dosaggio annuale di colesterolo-LDL

Strategia/Piano di azione

- Aggiornamento scientifico
- Raccolta elenchi dei pazienti infartuati, valutazione delle terapie e del follow up instaurati e confronto dei dati
- Discussione dei dati elaborati ad ogni riunione di nucleo

Tempo di realizzazione

Il progetto di miglioramento si è sviluppato in due step successivi.

- 1° STEP
 - Individuazione dei pazienti dimessi negli anni 2007-2008 con diagnosi di infarto miocardico e acquisizione di elenchi nominativi per ciascun medico
 - Verifica della terapia e monitoraggio laboratoristico tramite consultazione delle cartelle cliniche da parte di ogni MMG ed elaborazione-compilazione della tabella riassuntiva

L'elaborazione dei dati così ottenuti ha permesso di giungere alle seguenti conclusioni:

- **Screening LDL** - i profili di salute del 2005 evidenziavano una esecuzione annua del Colesterolo-LDL nel 61,1% dei pazienti mentre i nostri dati relativi al 2007/2008 riportavano una percentuale del 42,8%
- **Beta-bloccanti** - nei profili di salute 2005 l'utilizzo si limitava ad una percentuale del 61,1% mentre molto più alta risultava l'utilizzo nei nostri dati relativi al 2007/2008 pari all'81.8%

- **Statine** – vengono somministrate al 76,2 % dei pazienti nei profili di cura 2005 contro un 77,2% dei pazienti da noi valutati nel 2007/2008

La discussione in sede di riunione di nucleo di questi dati ha permesso di evidenziare come il monitoraggio lipidico, eseguito tramite dosaggio di Colesterolo, HDL e Trigliceridi non veniva trascritto in cartella clinica in termini di LDL. Da qui l'impegno a richiedere puntualmente il dosaggio di LDL e registrarlo sistematicamente in cartella clinica.

Per quanto riguarda l'appropriatezza terapeutica si è convenuto di verificare la terapia impostata alla dimissione ospedaliera, in seguito ad infarto miocardico acuto nel corso del 2009 e confrontare tale terapia con quella ancora in atto al 31 marzo 2010.

- 2°STEP
 - Acquisizione delle lettere di dimissione di tutti i pazienti ricoverati presso la Medicina di Montecchio Emilia per IMA nel corso del 2009
 - Verifica della terapia con particolare attenzione a beta-bloccanti e statine registrando comunque tutta la terapia inerente la patologia indagata su una tabella riassuntiva
 - Verifica per ogni medico, tramite consultazione della cartella clinica dei propri pazienti, della terapia in atto al 31 marzo 2010 per un totale di 24 pazienti

Conclusioni e considerazioni

La discussione dei dati in sede di riunione di nucleo ha portato a concludere che:

- Le terapie impostate alla dimissione sono risultate invariate al 31 marzo 2010
- In particolare, rispetto al progetto di miglioramento, sui 24 pazienti oggetto di studio 20 assumono regolarmente la statina e 19 il betabloccante
- I pazienti a cui non è stato prescritto il betabloccante hanno tutti presentato ab initio o nei primi giorni di assunzione una controindicazione. In un solo caso il betabloccante è stato sospeso in successivo ricovero per asma-BPCO
- 20 pazienti su 24 assumono un gastroprotettore, verosimilmente a prescindere dal reale rischio di complicanza ,in linea con quanto emerso a livello distrettuale dell'uso – abuso di tale categoria di farmaci
- L'uso di omega 3, sebbene raccomandato dalle linee guida, è molto limitato (5 pazienti su 23)

NOTE

Gestione del paziente con Scompenso cardiaco

<i>Nucleo di Cure Primarie</i>	Casalgrande, Castellarano-Baiso, Rubiera – Azienda USL di Reggio Emilia
<i>Distretto</i>	Scandiano
<i>Referente di NCP</i>	Mirto Braglia, Onorato Ferrari, Roberto Fantuzzi
<i>Email</i>	robbyfantuzzi@yahoo.it

Descrizione del progetto

- **Problema individuato:** monitoraggio dei valori della creatinina e degli elettroliti negli scompensati cardiaci che non risulta effettuato in maniera costante nei NCP coinvolti
- **Obiettivo di miglioramento:**
 - studio osservazionale sul controllo della creatinina e degli elettroliti, da parte dei MMG, nei loro pazienti che almeno un episodio di scompenso cardiaco nel corso dell'anno 2011
 - verifica nel tempo dei vantaggi dell'applicazione delle linee guida, in termini di decremento della percentuale di recidiva di scompenso.

Strategia/Piano di azione

- Rilevazione dei dati nelle cartelle dei MMG dei tre Nuclei, in tre successivi step nel corso del secondo semestre 2012.

Strumenti utilizzati

- Cartelle sanitarie
- Griglie appositamente predisposte

Tempo di realizzazione

- 6 mesi (in origine la durata prevista era annuale, ma è stato ridotto perchè i dati richiesti sono arrivati in ritardo)

Modalità di valutazione

- Al termine del progetto si valuta se emerge un dato statisticamente significativo, relativo al calo di recidive di Scompenso Cardiaco, tra i pazienti strettamente monitorati, rispetto a quelli che non lo sono stati.

Esito (se terminato alla compilazione della presente)

- **Tempo 0:** inserimento nella popolazione da osservare di 129 pazienti. Di questi, dalle cartelle cliniche dei MMG, risultava che il 74% avevano eseguito un dosaggio della creatininemia e il 62% il dosaggio degli elettroliti
- **Tempo 1** (intermedio): percentuale dei pazienti con un dosaggio di creatininemia riportato nella cartella clinica si manteneva al 74% mentre saliva all'80% quello degli elettroliti

- **Tempo 2** (fine dello studio): nelle cartelle dei medici era presente un dosaggio di creatininemia (eseguito nei sei mesi precedenti) per il 95% dei pazienti osservati e dell'88% per gli elettroliti. Il numero di re-ricoveri è stato di 29 per il periodo di osservazione, con 22 decessi. Se per questi ultimi dati il breve periodo di osservazione limita la validità degli esiti, per quanto riguarda il dosaggio dei parametri ematici si deve riscontrare un ottimo esito in senso di **maggior sensibilità da parte dei MMG dei nuclei nell'eseguire e nel riportare i dati in cartella.**

NOTE

Gestione ottimale del paziente con scompenso cardiaco

Nucleo di Cure Primarie Lubiana – San Lazzaro

Distretto Parma

Referenti di NCP Mario Scali

Email mario.scali@gmail.com

Descrizione del progetto

- Problema individuato: percentuale di pazienti con più di 2 ricoveri per scompenso cardiaco, monitoraggio di laboratorio e trattamento farmacologico al di sotto della media aziendale e regionale
- Obiettivo di miglioramento: riduzione dei ricoveri, raggiungimento il gold standard nel monitoraggio di laboratorio e nell'uso di farmaci indicati dalle LG

Strategia/Piano di azione

Implementazione delle LG regionali ed internazionali sulla gestione dello scompenso cardiaco; audit quadrimestrali intra-NCP

Strumenti utilizzati

Utilizzo dei sistemi di monitoraggio della patologia cronica in oggetto previsti dalla cartella clinica computerizzata in uso che consente un self-audit in tempo reale

Tempo di realizzazione

Aprile 2013 - Marzo 2014

Modalità di valutazione

Valutazione degli indicatori di processo indicati nei profili di Nucleo confrontati con i livelli di performance di un panel di MMG nazionale e con il gold standard indicato dalla letteratura secondo i criteri della best practice

NOTE

Progetto pilota nei pazienti con insufficienza cardiaca cronica (CFH) a rischio di ospedalizzazione (RHO) afferenti ai NCP ed alle case della Salute (CdS) del Distretto Sud Est

<i>Nucleo di Cure Primarie</i>	Langhirano, Collecchio, Traversetolo
<i>Distretto</i>	Sud-Est
<i>Referenti di NCP</i>	Massimo Torriani Fernanda Bastiani Stefano Del Canale
<i>Email</i>	max.tor@tin.it ; fernabest@tin.it ; stefanodelcanale@hotmail.com

Descrizione del progetto

- **Problema individuato:** : L'analisi dei dati contenuti nella DGR 1598/2011 "Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco. Linee di indirizzo regionali" evidenzia che la provincia di Parma nel 2009 è risultata al secondo posto a livello regionale sia per la prevalenza che per l'incidenza di persone con insufficienza cardiaca (RER 20,6 ‰ prevalenza e 4,4 ‰ incidenza, Parma 22 ‰ prevalenza e 4,2 ‰ incidenza)
Inoltre, mentre nella Regione Emilia Romagna il tasso di ospedalizzazione nel decennio 2000-2009 appare in calo (dal 5,5 al 4,7 x 1000) per la provincia di Parma la frequenza dei pazienti ricoverati 2 o più volte nel biennio 2008-2009 appare aumentato dell'8% rispetto agli 8 anni precedenti
Diversi studi epidemiologici osservano un rischio di riospedalizzazione elevato nei pazienti con insufficienza cardiaca con rricoveri tra il 20 e il 59% dei pazienti a distanza di 1-6 mesi dalla dimissione ospedaliera . Dati della nostra Provincia (anno 2010) indicano come i pazienti con CHF abbiano un tasso medio di riospedalizzazione del 23% a 1 mese e del 38% a 3 mesi .
Tali dati sono ampiamente confermati dalla valutazione dei Profili Assistenziali di NCP e dai dati del progetto nato dalla collaborazione con la Thomas Jefferson University di Philadelphia, che propone l'impiego nei NCP e nelle CdS di un modello predittivo di Rischio di Ospedalizzazione (RHO) dei pazienti affetti dalle principali malattie croniche costruito dai dati amministrativi della Banca Dati Regionali e relativo ai dati di consumo dei servizi sanitari (ricoveri, visite specialistiche, consumo di farmaci) incrociati con i dati anagrafici dei pazienti in carico ai Medici di Medicina Generale (MMG).
- **Obiettivo di miglioramento:**
Destinatari : Pazienti con CHF in Stadio C-D ACC/AHA-Classe II III-IV NYHA in carico ai MMG dei NCP e delle Case della Salute del Distretto Sud-Est della Azienda USL di Parma.
Obiettivi:
 - Valutare l'effetto di un intervento sui pazienti con CHF in carico ai MMG caratterizzato da una forte integrazione fra i vari professionisti sanitari operanti nei NCP e nelle Case della Salute del Distretto Sud-Est dell'Azienda USL di Parma
 - proporre un modello gestionale sui pazienti con CHF che sia semplice, aderente alle principali Linee Guida regionali ed internazionali e comprensivo di aspetti non solo clinici, ma anche di educazione sanitaria e basato su una effettiva integrazione delle componenti socio-sanitarie coinvolte nella gestione complessiva di tali pazienti
 - ridurre il tasso di riospedalizzazione .

Strategia/Piano di azione

È stato organizzato un sistema di monitoraggio/presa in carico sanitario e sociale dei pazienti affetti da insufficienza cardiaca destinatari dell'intervento in carico ai medici di medicina generale dei NCP di Langhirano, Collecchio e Traversetolo ed afferenti alle Case della Salute di Collecchio, Langhirano, Traversetolo e Monticelli.

La diagnosi di CHF è dedotta dalle schede di rischio di ospedalizzazione (RHO) relative a pazienti a rischio moderato (10-24%) ed alto (>25%) di riospedalizzazione negli anni successivi integrata dalla rilevazione/consultazione delle cartelle cliniche informatizzate dei MMG.

Saranno analizzati in un follow-up di 24 mesi (durata del progetto) la mortalità totale, per cause cardiovascolari, il tasso di ospedalizzazione e riospedalizzazione per le stesse cause (come outcomes primari) e i cambiamenti di classe funzionale NYHA, di qualità della vita e di aderenza terapeutica (valutata con appositi questionari) (outcomes secondari) nei pazienti con CHF.

Strumenti utilizzati

In tutti i pazienti verrà effettuata:

- una valutazione clinica complessiva periodica basata sulla presenza di segni/sintomi di scompenso cardiaco (es. ritenzione idrica, sintomi respiratori, accertamento dell'aderenza alla terapia farmacologica, dell'appropriatezza terapeutica comprensiva di eventuale automedicazione ed interferenze)
- una valutazione del bisogno socio assistenziale correlato allo scompenso cardiaco secondo il modello funzionale di Gordon integrato con la scheda del progetto di vita e di cure
- Un Controllo evolutivo in diretta collaborazione con gli specialisti cardiologi distrettuali ed ospedalieri

Allo scopo è stata specificatamente approntata una unica scheda integrata costituita da 3 sezioni :

1. sezione clinica in cui saranno riportati quadrimestralmente i dati relativi ai pazienti in studio
2. una scheda di rilevazione infermieristica per il case-management di questi pazienti
3. una sezione di rilevazione dei bisogni socio-assistenziali

E' prevista anche la possibilità di specifici programmi di educazione sanitaria.

Sono previsti incontri periodici fra MMG, Medici Ospedalieri, specialisti Cardiologi Convenzionati, Infermieri ed Assistenti Sociali per programmare moduli di Educazione Sanitaria e discutere di casi specifici

Tempo di realizzazione

Il progetto è stato avviato a Novembre 2012 ed ha durata sperimentale di 2 anni.

Le fasi del progetto sono le seguenti:

1. attivazione di un gruppo tecnico permanente di lavoro per la definizione ed il monitoraggio del progetto costituito da:
 - Direttore DCP del Distretto Sud Est
 - Responsabile SIT del Distretto Sud Est
 - Coordinatori Infermieristici ed Assistenza Domiciliare delle Casa della Salute di Langhirano e del NCP di Traversetolo
 - personale infermieristico dell'Assistenza domiciliare del NCP di Collecchio
 - Responsabile SAA del Distretto Sud Est

- Assistenti Sociali dei Comuni di Langhirano, Collecchio e Traversetolo
 - specialisti ambulatoriali cardiologi convenzionati operanti nel Distretto Sud Est
 - specialista ospedaliero
 - medico di medicina generale coordinatore di NCP,
2. “censimento” dei pazienti attraverso l’esame dell’archivio gestionale informatizzato dei MMG e dalla consultazione delle schede RHO relative a tali pazienti (Nov. 2012-Marzo.2013)
 3. effettuazione di incontri tra Medici Ospedalieri , Cardiologi Distrettuali e figure professionali operanti nei NCP e nelle CdS (MMG, personale infermieristico, assistenti sociali, medici di organizzazione) per il raggiungimento di un consensus operativo.
 4. dal 1 Aprile 2013 presa in carico integrata secondo il protocollo sopra riportato
 5. durante il periodo dell’intervento incontri del gruppo tecnico permanente ed incontri in plenaria con tutti gli operatori coinvolti, per monitorare l’attività svolta e valutare casi specifici di incipiente criticità.

Modalità di valutazione

Studio dei tassi di ospedalizzazione/riospedalizzazione dei pazienti affetti da insufficienza cardiaca dei pazienti attraverso la valutazione dei Profili Assistenziali di NCP e le schede del rischio di ospedalizzazione relative ai pazienti in carico ai MMG operanti nelle Case della Salute coinvolte nel progetto.

Esito

Il progetto è in fase di avvio soprattutto relativamente alle fasi 2) e 4) di censimento e presa in carico integrata del paziente con insufficienza cardiaca di stadio C-D ACC/AHA.

Da segnalare l'attivazione di una ulteriore occasione concreta di integrazione fra Specialisti ambulatoriali ed ospedalieri , MMG, Infermieri e Assistenti sociali nell'ottica del modello organizzativo delle Case della Salute .

NOTE

Il miglioramento dell'assistenza ai pazienti con scompenso cardiaco

<i>Nucleo di Cure Primarie</i>	Progetto trasversale
<i>Azienda USL</i>	Bologna
<i>Referente</i>	Anna Tomesani
<i>Email</i>	anna.tomesani@ausl.bologna.it

Descrizione del progetto

- Problema individuato: nell'analisi dei Profili il miglioramento della prescrizione di beta bloccanti in nel trattamento dello scompenso non risolve ancora problemi locali di prescrizione presenti in alcuni territori. Va inoltre monitorata la diminuzione parallela di farmaci attivi sul sistema renina angiotensina che probabilmente, ma non esclusivamente, risente dell'introduzione della compartecipazione alla spesa sanitaria. La valutazione di questi indicatori peraltro va completata con indicatori di esito che esprimano effettivamente i risultati reali di una presa in carico più complessiva.
- Obiettivo di miglioramento: presa in carico multidisciplinare e miglioramento del follow up dei pazienti con scompenso cardiaco

Strategia/Piano di azione

- Aumentare la presa in carico multidisciplinare, in particolare coinvolgendo cardiologi, MMG e infermieri
- Approfondire la riflessione sulle modalità di trattamento e follow up attraverso la discussione in ambito formativo dei profili di NCP, degli esiti assistenziali (ricoveri e re ricoveri per scompenso ed altre cause)

Strumenti utilizzati

Analisi delle evidenze e valutazione delle modalità di trattamento, follow up e presa in carico dei pazienti da parte dei MMG e del Servizio Infermieristico.

Tempo di realizzazione

Un anno

Modalità di valutazione

Confronto degli indicatori di qualità dei profili di NCP e degli esiti assistenziali

Figura 1 – Indicatori per il monitoraggio della presa in carico del paziente con scompenso

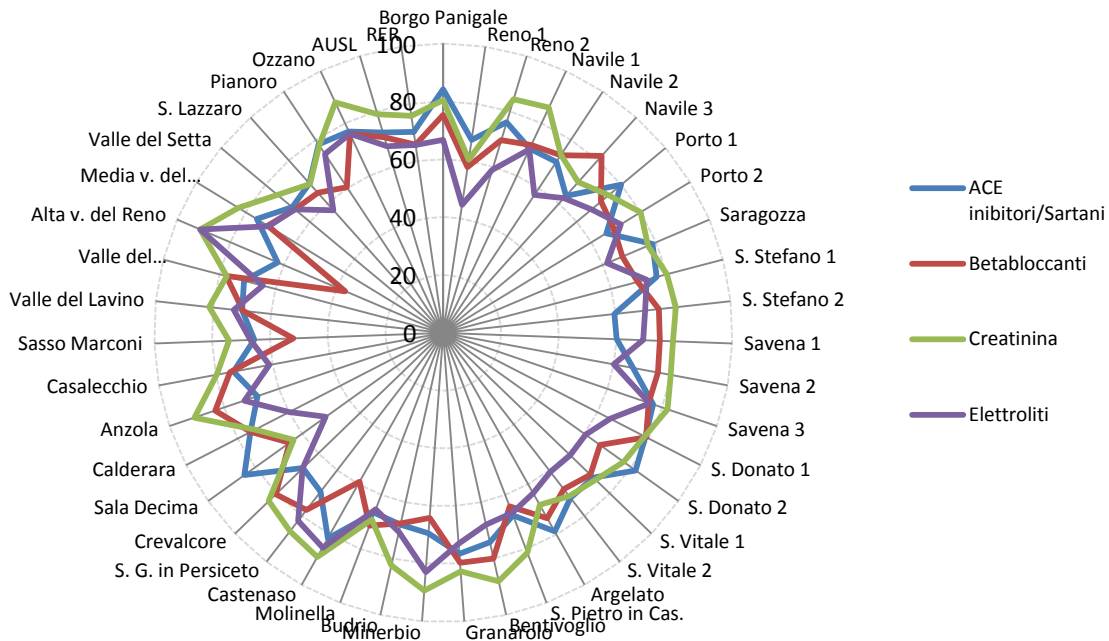


Figura 2 – Prescrizione di beta-bloccanti: percentuale di pazienti correttamente trattati – 2009-2011

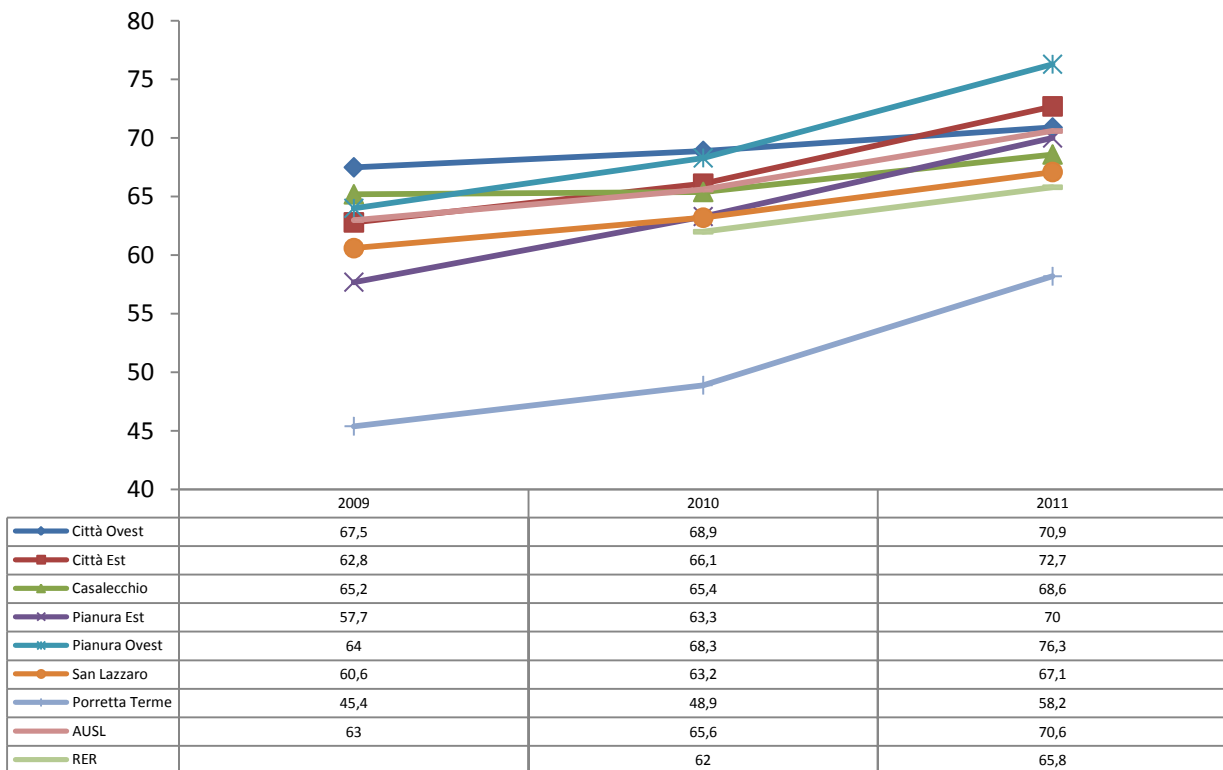


Figura 3 – Prescrizione di ACE-inibitori nei Distretti – 2009-2011



NOTE

La prevenzione secondaria dell'Infarto Acuto del Miocardio.

Nucleo di Cure Primarie Bibbiano, Canossa, San Polo d'Enza – Azienda USL di Reggio Emilia

Distretto Montecchio Emilia

Referente di NCP Mario Viaroli

Email mario.viaroli@teletu.it; mario.viaroli@ausl.re.it

Descrizione del progetto

- **Problema individuato:** il nucleo risultava trattare adeguatamente con statine una percentuale di pazienti inferiore alla media aziendale; analogamente le prescrizioni dirette di LDL erano inferiori alla media aziendale. Pur essendo al di sopra della media aziendale nel trattamento appropriato di Beta-Bloccanti, si era deciso di inserire anche questo target nel programma.
- **Obiettivo di miglioramento:** aumentare la percentuale di pazienti infartuati trattati in modo appropriato con Statine e Beta-Bloccanti e con richiesta del Colesterolo LDL direttamente e non calcolato su altri parametri

Strategia/Piano di azione

- identificazione dei casi, verifica della terapia, verifica degli indicatori e adeguamento secondo i parametri definiti.

Strumenti utilizzati

- formazione dei medici sui criteri per il trattamento, in particolare chiarire se avrebbero dovuto prevalere i criteri definiti dalle Note AIFA interpretate rigidamente oppure se occorresse adeguarsi alle abitudini prescrittive dei cardiologi che a volte derogano da tali regole
- elenco dei pazienti che avevano avuto un IMA nei periodi di riferimento

Tempo di realizzazione

- La previsione era di poter verificare i risultati per Giugno 2010

Modalità di valutazione

- sono stati confrontati i dati del 2007-08 e quelli relativi al 2009-2010 (1° sem.) con i dati iniziali di riferimento relativi all'anno 2006

Esito

Trattamento con Statine	2006	2007-2008	2009-2010
NCP 3	45,0	80,0 (73,9)	92,6
Azienda USL	62,6	71,2	

Richiesta LDL diretta	2006	2007-2008	2009-2010
NCP 3	59,4	68,9 (63,4)	
Azienda USL	63,9	58,8	

Trattamento con Beta-bloccanti	2006	2007-2008	2009-2010
NCP 3	75,0	82,2 (73,9)	87,9
Azienda USL	71,7	75,4	

Conclusioni e considerazioni

I dati sono stati rilevati da report chiesti ai medici del nucleo sui pazienti con diagnosi di IMA i cui elenchi sono stati forniti dall'Azienda per gli anni 2007-08 e 2009-2010 1° sem. La discrepanza rispetto alla rilevazione del nucleo dovrebbe dipendere dal fatto che i report ai medici sono stati chiesti diversi mesi dopo il periodo in oggetto per cui la terapia è stata rilevata al momento del report ed inoltre i periodi in esame non sono perfettamente coincidenti.

Non è stato possibile valutare l'attuale percentuale di richiesta del Colesterolo LDL diretta in quanto il periodo di osservazione è appena terminato e il parametro da esaminare riguarda i 12 mesi successivi.

Si può notare l'incremento del trattamento con Statine nel post-infarto che va dal 45% del 2006 al 78,9% del periodo 2007-08 e al 92,6% del 2009-10. Se consideriamo che i casi non trattati sono solo 2 e che non sono stati trattati per intolleranza al farmaco, l'appropriatezza prescrittiva raggiunta è quindi del 100%.

Per quanto riguarda il trattamento con β -Bloccanti la percentuale aumenta dal 75% del 2006 all'81,6% del 2007-08 fino all'87,9% del 2009-10. Anche in questo caso i pazienti non trattati (4 in totale) avevano delle controindicazioni per tali farmaci. La percentuale di appropriatezza prescrittiva quindi anche in questo caso è del 100%.

Durante l'ultima riunione di nucleo si sono discussi questi risultati e si è deciso di non continuare con questo target, visto il risultato raggiunto, ma di richiedere dei dati di controllo fra circa 3 anni per verificare se verrà mantenuta la stessa percentuale di appropriatezza prescrittiva.

Progetti futuri

Per individuare altre possibili aree critiche si è pensato di valutare i dati del 2006. Poiché in essi emergeva come criticità che il nostro nucleo aveva una prescrizione di FANS superiore alla media aziendale, si è deciso di richiedere il report sugli attuali consumi di tali farmaci per verificare se, nonostante non fosse stato scelto come obiettivo, la consapevolezza di tale gap abbia o meno indotto il nucleo a comportamenti prescrittivi più virtuosi.

NOTE



Diabete



Follow-up clinico- terapeutico dei pazienti diabetici e dei pazienti scompensati

<i>Nucleo di Cure Primarie</i>	tutti i NCP del Distretto – Azienda USL di Reggio Emilia
<i>Distretto</i>	Reggio Emilia
<i>Referenti di NCP</i>	<u>coordinatori NCP</u> : Giorgio Canali, Antonio D’Apote, Giuseppe Filetti, Vittorio Foroni, Vincenzo Lusetti, Vincenzo Santamaria, Danilo Strozzi <u>Direttore del Dipartimento Cure Primarie</u> : Marina Greci
<i>Email</i>	giorgio.canali@ausl.re.it, antonio.dapote@ausl.re.it, giuseppe.filetti@ausl.re.it, vittorio.foroni@ausl.re.it, vincenzo.lusetti@ausl.re.it, vincenzo.santamaria@ausl.re.it, danilo.strozzi@ausl.re.it, marina.greci@ausl.re.it

Descrizione del progetto

- **Problema individuato**: percentuali di casi con scostamento non conforme alle LLGG sul monitoraggio clinico e terapeutico.
- **Obiettivo di miglioramento**:
 - Misurazione del grado di adesione alle LLGG nei pazienti con diabete mellito non-insulino dipendente e scompenso cardiaco cronico seguiti dal medico di medicina generale, utilizzando le informazioni rilevate direttamente dal MMG dalla cartella clinica.
 - Dai dati emersi, elaborati attraverso specifici indicatori, si valuterà la qualità dell’assistenza e le prospettive di miglioramento.

Strategia/ Piano di azione

Lo strumento individuato per valutare la congruenza con le LG è stata la revisione delle cartelle dei singoli pazienti e una raccolta dati adeguata che permettesse la individuazione degli indicatori.

La rilevazione riguarda:

- **Scompenso cardiaco**: tutti i pazienti con scompenso in classe NYHA 2-3-4 in carico al MMG, sia quelli inseriti nel percorso che quelli non inseriti, sia i casi già noti che quelli nuovi (casi incidenti + casi prevalenti).
- **Diabete**: tutti i pazienti con diabete tipo 2, non insulino-dipendente, in gestione integrata oppure i pazienti seguiti interamente dal MMG. Non sono stati considerati i pazienti seguiti solo dal centro diabetologico.

L’inserimento per intero del nome e cognome del paziente con data di nascita permette la rilevazione in automatico da parte dell’azienda di un importante indicatore di esito: ricoveri e re-ricoveri.

Scompenso

I dati raccolti sono quelli evidenziati nei profili di salute

Rilevazione Trattamento

- con ACE o ARB
- con beta bloccante

- combinato ACE o ARB e beta bloccanti

Controindicazioni al trattamento

Rilevazione elettroliti: almeno 1 volta/anno

Rilevazione creatinina: almeno 1 volta/anno

Diabete

Aderenza alle attuali LLGG sul Diabete:

- rilevazione della HBA1c almeno 2 volte /anno
- rilevazione della microalbuminuria almeno 1 all'anno
- rilevazione dell'assetto lipidico almeno 1 all'anno
- rilevazione FOO almeno 1 volte negli ultimi 2 anni
- rilevazione ECG almeno 1 negli ultimi 2 anni
- terapia con statine

Strumenti utilizzati

- Foglio di lavoro Excel per la raccolta dati secondo lo schema concordato. Lo schema per la raccolta dati è stato concordato, distribuito, compilato e 'ritornato' via e-mail
- Cartelle cliniche dei singoli pazienti

Tempo di realizzazione

- 24 Mesi

Il progetto è così dettagliato:

- settembre 2011: distribuzione da parte del DCP, per includere nella raccolta dati il maggior numero di pazienti coinvolti, ad ogni MMG dell'elenco degli assistiti diabetici in Gestione Integrata (Serv. Diabetologia), nonché l'elenco dei pazienti dimessi in regione e fuori regione anno 2010 e primi 9 mesi 2011 con diagnosi SDO di 'Scompenso'.
- 4 trimestre 2011: programmazione di 2 incontri di Nucleo, per valutare i dati dei profili di salute del 2010 (usciti nell'ottobre 2011) ed esplicitare dettagliatamente le modalità di raccolta su foglio Excel o compatibile
- inizio 2012: raccolta dei dati 2011 dalle cartelle cliniche e trasmissione al coordinatore di nucleo
- giugno 2012: elaborazione dei dati e presentazione nei NCP
- luglio 2012: definizione degli obiettivi specifici di miglioramento clinico-assistenziale di NCP, in base al risultato degli indicatori
- settembre/ottobre 2012: condivisione degli obiettivi con i MMG del NCP.
- giugno 2013: rilevazione dei dati 2012 su analoga griglia e calcolo degli indicatori sull'anno 2012.
- fine 2013: valutazione dei risultati del progetto di miglioramento, tramite confronto 2011 vs 2012.

Modalità di valutazione

Indicatori di processo elaborati

Diabete

Vengono monitorati tutti i pazienti diabetici tipo 2 del nucleo in carico MMG. I pazienti comprendono sia i soggetti in gestione integrata che i pazienti seguiti solo dal MMG. Gli indicatori si riferiscono alla percentuale di pazienti che, nell'anno di analisi, hanno eseguito:

- ≥ 2 Hb glicate
- ≥ 1 microalbuminuria
- ≥ 1 creatinina
- ≥ 1 profilo lipidico
- ≥ 1 esame dell'occhio
- ≥ 1 ECG negli ultimi 2 anni
- > 3 esami secondo protocollo
- In trattamento con statine

Progetto miglioramento per i pazienti diabetici

Obiettivo	Indicatore	Standard
Aumentare i soggetti che eseguono almeno una microalbuminuria nell'anno	Soggetti che hanno eseguito almeno 1 microalbuminuria nell'anno/Soggetti diabetici tipo 2 del nucleo in carico all'MMg	$> 85\%$
Aumentare i soggetti che eseguono almeno 2 Hb glicate nell'anno	Soggetti che hanno eseguito almeno 2 Hb glicate nell'anno/Soggetti diabetici tipo 2 del nucleo in carico all'MMg	$> 85\%$
Aumentare i soggetti che eseguono almeno 1 esame dell'occhio ed un ECG negli ultimi 2 anni	Soggetti che hanno eseguito almeno 1 esame dell'occhio ed un ECG negli ultimi 2 anni/Soggetti diabetici tipo 2 del nucleo in carico all'MMg	$> 85\%$
Aumentare i soggetti che hanno eseguito più di 3 esami secondo protocollo	Soggetti che hanno eseguito più di 3 esami secondo protocollo/Soggetti diabetici tipo 2 del nucleo in carico all'MMg	$> 90\%$

Scompenso

Vengono monitorati tutti i pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco del nucleo. Gli indicatori si riferiscono alla percentuale di pazienti che, nell'anno di analisi:

- sono in trattamento con:
 - ACE/ARB
 - Beta-bloccanti
 - antagonisti angiotensina II e betabloccante
- hanno eseguito:
 - ≥ 1 test degli elettroliti
 - ≥ 1 esame della creatinina
 - > 1 creatinina+elettroliti

Progetto miglioramento per i pazienti affetti da scompenso

Obiettivo	Indicatore	Standard
Aumentare il n. pz in trattamento con antagonisti angiotensina II	Pazienti scompensati in trattamento con ACE/ARB/Pazienti scompensati del Nucleo	> 85%
Aumentare il n. pz in trattamento con antagonisti angiotensina II e betabloccante	Pazienti scompensati in trattamento con ACE/ARB + Betabloccante/Pazienti scompensati del Nucleo	> 75%
Valutare, attraverso la revisione delle cartelle cliniche, i pazienti che non hanno fatto esami e i pazienti che non hanno fatto terapia	Apportare le dovute modifiche	

Nota:

- Ad ogni MMG viene chiesto di valutare i propri pazienti che hanno eseguito un n. di esami ≤ 3 come da protocollo e cercherà di ridurne il numero
- Durante gli incontri con i NCP, per la presentazione si è chiesto di rivalutare e motivare la variabilità riscontrata tra il numero di pazienti dei singoli medici (sia diabetici che scompensati), con l'impegno di effettuare una raccolta dati 2012 più accurata.

NOTE

Miglioramento e revisione dei percorsi di presa in carico e gestione del paziente diabetico

<i>Nucleo di Cure Primarie</i>	Molinetto
<i>Distretto</i>	Parma
<i>Referenti di NCP</i>	Giorgio Fiorini
<i>Email</i>	fiorodoc@gruppongaleno.it

Descrizione del progetto

Evoluzione dei team e della loro vitalità interna; individuazione delle esigenze o di comportamenti problematici e ricerca delle possibili soluzioni al fine di influire positivamente sull'assistenza; determinazione di una mission specifica e propria del team; scambio interno di idee, informazioni e pareri finalizzate al miglioramento dell'organizzazione delle riunioni di team/AFT/NCP; individuazioni di ruoli e responsabilità; gestione dei cambiamenti; inserimento di nuovi membri).

- Problema individuato: Nonostante un buon risultato generale in merito all'appropriatezza prescrittiva, al risparmio generale, alla riduzione della variabilità intranucleo e alle riduzioni degli accessi/ricoveri, la cultura dei profili di nucleo è stata forse percepita come imposta e non come una opportunità o una strategia che può partire dalla base della piramide gestionale a causa di una alterata comunicazione iniziale e di una mediazione che ha utilizzato elementi eccessivamente impositivi o aggressivi
- Obiettivo di miglioramento: Il team/AFT/NCP ad alte prestazioni sceglie obiettivi (anche analizzando i dati dei profili di nucleo) ed individua strumenti propri e condivisi dai componenti il NCP per poterli raggiungere

Descrizione del progetto

- Problema individuato: Dal 2008 al 2011 nei report profili di nucleo Molinetto non risultano significativi miglioramenti negli indicatori di qualità della gestione del paziente diabetico;
- Obiettivo di miglioramento: Colmare il gap raggiungendo almeno i valori percentuali aziendali negli indicatori di qualità gestione area diabete, secondo i profili assistenziali.

Strategia/Piano di azione

- Audit interno
- Riunioni con i Referenti Centri Antidiabetici aziendali e ospedalieri
- Controllo incrociato crociato liste pazienti chiamata diretta con personale della medicina di gruppo (collaboratori di studio)

Strumenti utilizzati

- Report Profili
- Liste pazienti diabetici in gestione centro antidiabetico
- Query elenco pazienti in cartella clinica MMG con esenzione 013/ o con prescrizione farmaci per il diabete;

Tempo di realizzazione

Autunno - fine 2013

Modalità di valutazione

Revisione e controllo crociato dei report con i dati in carico alle cartelle cliniche dei MMG e ambulatori gestione integrata delle Medicine di gruppo

NOTE

Il miglioramento dell'assistenza ai pazienti con diabete mellito

<i>Nucleo di Cure Primarie</i>	Progetto trasversale
<i>Azienda USL</i>	Bologna
<i>Referente</i>	Anna Tomesani
<i>Email</i>	anna.tomesani@ausl.bologna.it

Descrizione del progetto

- **Problema individuato:** L'analisi degli indicatori di qualità che valutano l'assistenza ai pazienti diabetici mostra rilevanti difformità nelle diverse aree dell'AUSL. ECG ed esame dell'occhio sono di incerta valutazione in quanto misurano accertamenti frequentemente prescritti nel privato e quindi non rilevati nei profili. Nei tre anni di rilevazione peraltro, al contrario degli altri indicatori, mostrano in quasi tutti i NCP una tendenza al peggioramento (Figura 5)
La microalbuminuria non raggiunge in nessuno dei NCP livelli ottimali di rilevazione. (Figura 4)
Vi sono infine NCP in cui, quali che siano i parametri osservati, il loro livello mostra costantemente nei tre anni di osservazione valori decisamente più alti della media. (Figura 6) Il dato osservato concorda con la presenza di MMG particolarmente convinti della metodologia di presa in carico del diabete e in grado non solo di seguire efficacemente i propri pazienti, ma anche di costituire uno stimolo nell'induzione di questi comportamenti nei colleghi.
- **Obiettivo di miglioramento:** Migliorare la sistematicità del follow up dei pazienti con diabete mellito, contenendo le differenze tra gli NCP

Strategia/Piano di azione

Si programma un'iniziativa formativa che permetta ai MMG di riflettere sulle migliori modalità di follow up della patologia, presentando come dato di partenza della discussione il confronto tra i profili (elaborati per zona e con dati di confronto longitudinali nell'arco dei tre anni) e quanto risulta dalla letteratura sugli standard da conseguire.

Si ricercherà la collaborazione dei MMG che hanno conseguito i migliori risultati per definire le metodologie più adeguate per conseguire il risultato

Strumenti utilizzati

Esame dei profili di NCP, valutazione dei dati clinici individuali dei pazienti con diabete, raccomandazioni di letteratura

Tempo di realizzazione

Una anno dall'esecuzione della formazione

Modalità di valutazione

Confronto dei dati aggregati ed individuali dei pazienti per singolo MMG

Figura 4 – Indicatori per il monitoraggio della presa in carico del paziente con diabete

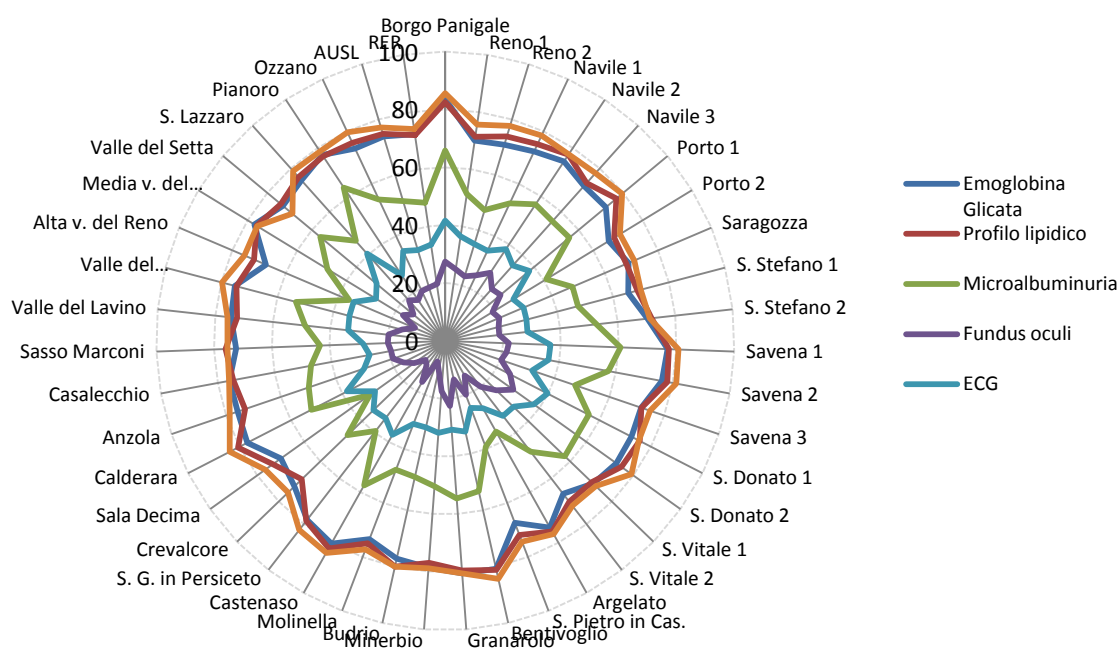


Figura 5 – Prescrizione di ECG nel Distretto Pianura Est – 2009-2011

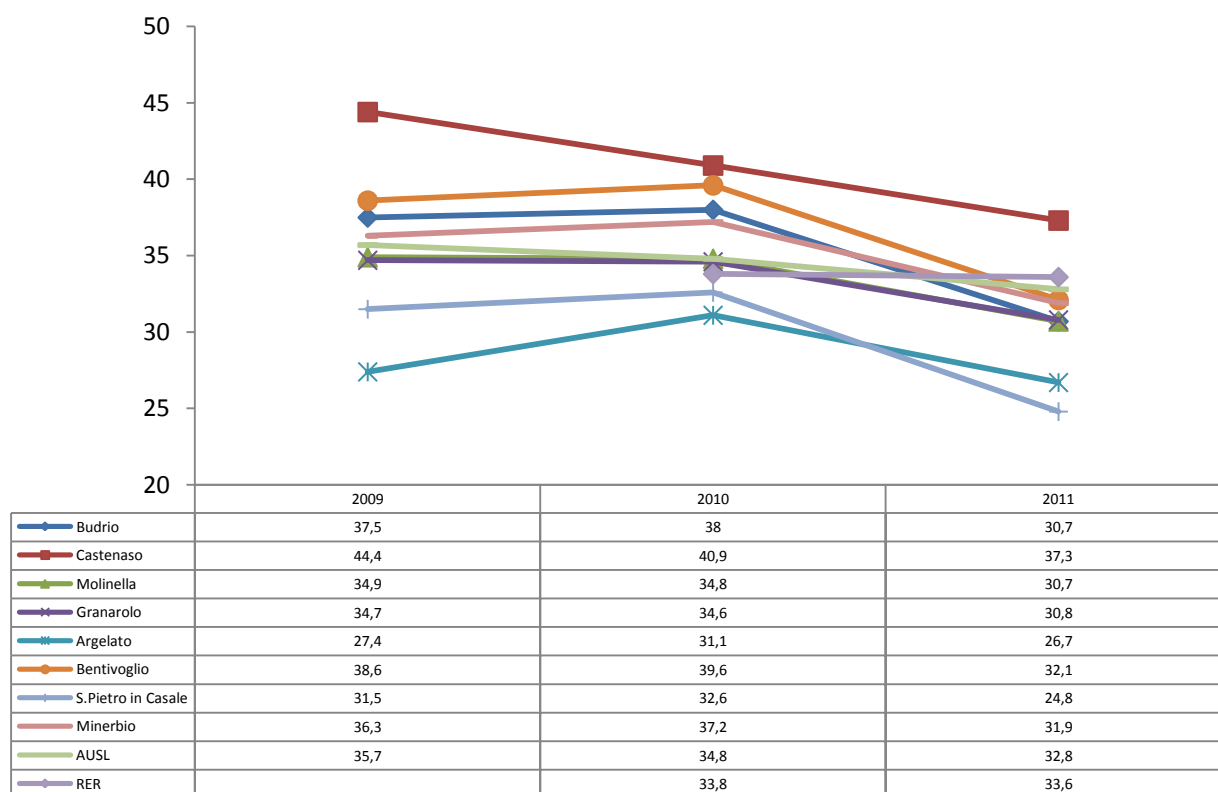
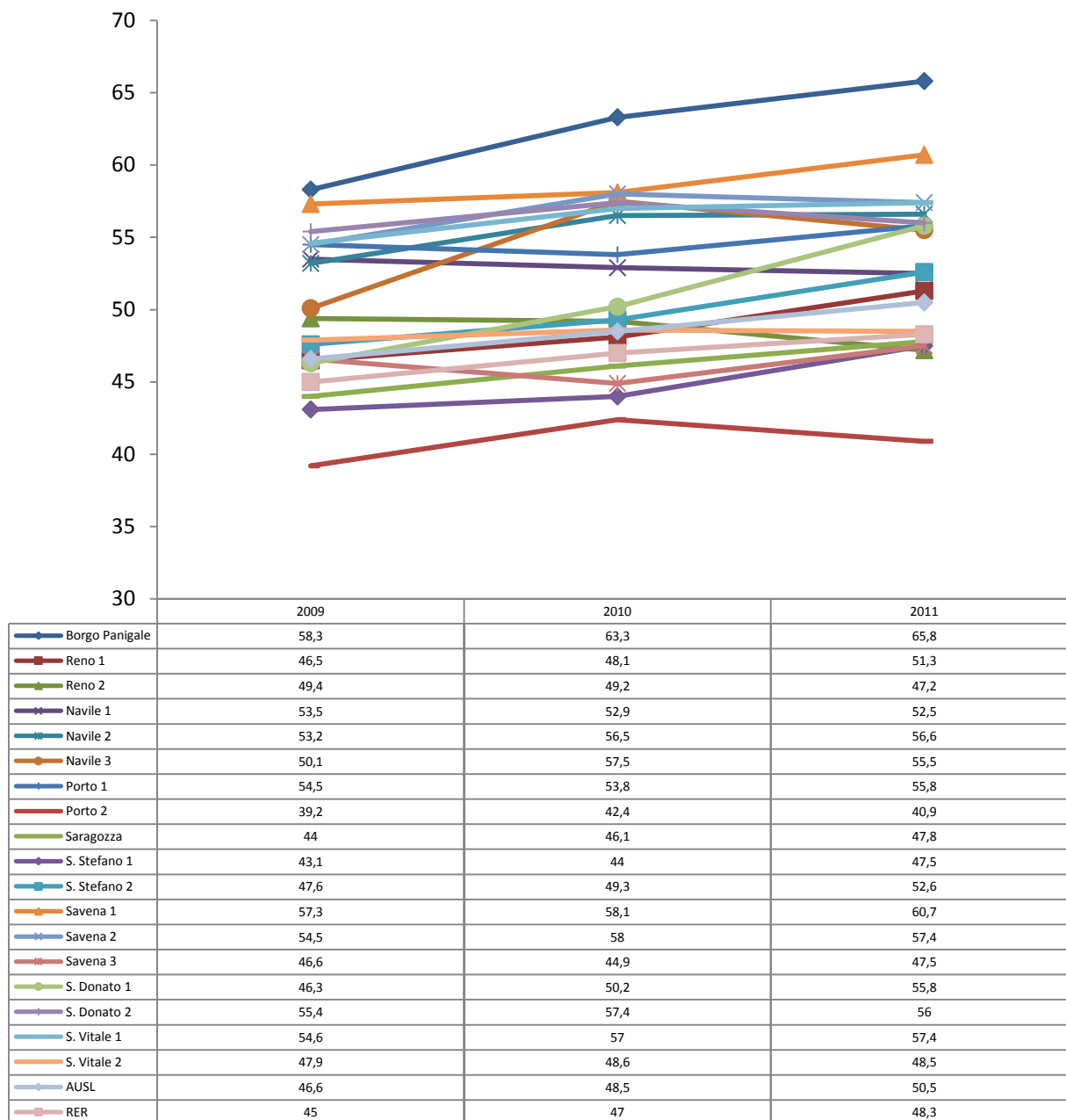


Figura 6 – Prescrizione di microalbuminuria nel Distretto Città di Bologna – 2009-2011



NOTE

Gestione integrata Diabete Mellito

<i>Nucleo di Cure Primarie</i>	Scandiano/Viano
<i>Distretto</i>	Scandiano
<i>Referenti di NCP</i>	Nearco Corti
<i>Email</i>	nearco.corti@ausl.re.it

Descrizione del progetto

- **Problema individuato:** scostamento del valore medio nella rilevazione degli indicatori di qualità del Nucleo rispetto alla media Aziendale nella gestione integrata del diabete non insulinodipendente
- **Obiettivo di miglioramento:** Eseguire nei pazienti con diabete mellito gli accertamenti e indagini diagnostiche secondo linee guida e in base al protocollo Gestione Integrata condiviso da tempo con la Diabetologia dell'ospedale di Scandiano. Valutazione dell'effettiva ricaduta sulla popolazione assistita

Strategia/Piano di azione

- **Fase 1:** fotografia iniziale di tutti pazienti con diabete mellito non-insulinodipendente assistiti dai MMG del nucleo; dati iniziali inerenti gli indicatori di qualità rilevati nel periodo maggio 2011 – ottobre 2011
- **Fase 2:** Audit di nucleo per analisi dei dati rilevati inizialmente, gennaio 2012; valutazione degli indicatori e definizione dei miglioramenti che si vogliono ottenere
- **Fase 3:** rilevazione dati inerenti gli indicatori di qualità nel periodo novembre 2011 – maggio 2012
- **Fase 4:** Audit finale per analisi dei dati definitivi con presenza di Specialista diabetologo della divisione di Diabetologia Ospedale Scandiano; settembre 2012

Strumenti utilizzati

Scheda, condivisa inizialmente con tutti i MMG del nucleo, tramite la quale sono stati rilevati i vari parametri inerenti gli indicatori di qualità da parte dei medici su tutti i pazienti seguiti in gestione integrata e non. Inoltre sono stati rilevati dati inerenti uso di anti-ipertensivi, statine, antiaggreganti nei pazienti diabetici; rilevazione anche di eventi cardiovascolari e di scompenso glicometabolico

Tempo di realizzazione

Maggio 2011-settembre 2012

Modalità di valutazione

Audit di nucleo per analisi dei dati raccolti a metà percorso: gennaio 2012. Audit finale per analisi dei dati definitivi con presenza di Specialista diabetologo della divisione di Diabetologia Ospedale Scandiano: settembre 2012

Esito

In generale i MMG del nucleo Scandiano/Viano ritengono che gli effetti principali di tale lavoro di analisi siano stati:

- osservare la propria attività rispetto alla Gestione Integrata del Diabete non insuliodipendente ha permesso di vedere più chiaramente come e dove si può migliorare nella pratica clinica
- avere modificato decisamente l'atteggiamento di come controllare nel tempo tali assistiti
- di aver ottenuto un netto miglioramento nella pratica clinica con miglioramento di alcuni parametri nella maggior parte dei pazienti.

NOTE



FANS



FANS ed insufficienza renale

<i>Nucleo di Cure Primarie</i>	Cavriago-Montecchio Emilia – Azienda USL di Reggio Emilia
<i>Distretto</i>	Montecchio
<i>Referente di NCP</i>	Anna Cioni
<i>Email</i>	anna.cioni@ausl.re.it

Descrizione del progetto

- **Problema individuato:**
 - Elevata prescrizione di FANS nella popolazione anziana
 - Quale impatto sulla salute di questa popolazione vista la potenziale nefrolesività?
- **Obiettivo di miglioramento:** limitare il potenziale danno renale attraverso un controllo adeguato della funzionalità renale e una prescrizione più oculata di FANS nella popolazione anziana con particolare attenzione al rapporto rischio-beneficio nel rispetto comunque della legge 38/2010 sulla terapia del dolore

Strategia/Piano di azione

- selezione dei primi 5 pazienti con età > 65 anni a cui sono state prescritte almeno 5 confezioni di un FANS/coxib nell'arco di un anno dal 1 giugno 2010 al 31 maggio 2011
- ricerca, per ogni paziente, se nel corso dello stesso periodo è stata valutata la funzionalità renale attraverso il dosaggio della creatinina

Strumenti utilizzati

- Analisi dei profili di nucleo e successiva analisi delle cartelle cliniche
- Rilettura di documenti quali pacchetti CEVEAS, Linee Guida su insufficienza renale, Fans effetti collaterali, terapia del dolore

Tempo di realizzazione

- Dati relativi 1 giugno 2010 a 31 maggio 2011, elaborazione ed approfondimenti 6 mesi

Modalità di valutazione

- Per ogni paziente selezionato in base ad età e consumo di FANS si è ricercata l'effettuazione del dosaggio della creatinina e l'elaborazione del filtrato glomerulare nell'arco dell'anno di studio

Esito (se terminato alla compilazione della presente)

- 10 MMG hanno partecipato alla raccolta dati
- 50 pazienti reclutati di con età compresa tra 65 e 89 anni
- 54 dosaggi di creatinina:
 - 10 paz. 0 dosaggio
 - 28 paz. 1 dosaggio
 - 12 paz. >1 dos.
- 1 paziente ha sospeso la terapia per rialzo del valore di creatininemia

Conclusioni e considerazioni

- I dati raccolti sono molto limitati, ma la ricerca dei pazienti forti utilizzatori di FANS e la revisione delle cartelle anche se non sistematica ci ha sicuramente portato ad una migliore pratica clinica quotidiana
- Il paracetamolo è il farmaco di prima scelta nel trattamento del dolore soprattutto in considerazione del profilo di sicurezza nel paziente anziano, ma si segnala che è in classe C

NOTE

La prescrizione di FANS

<i>Nucleo di Cure Primarie</i>	Bibbiano, Canossa, San Polo d'Enza
<i>Distretto</i>	Montecchio Emilia
<i>Referenti di NCP</i>	Mario Viaroli
<i>Email</i>	viaroli@teletu.it; mario.viaroli@ausl.re.it

Descrizione del progetto

- Problema individuato: il nucleo, come del resto tutto il Distretto, risulta aver prescritto nell'anno 2010 un quantitativo globale di FANS superiore alla media aziendale, anche se ci sono fattori positivi come la minore prescrizione di COX2, e di Ketorolac. Complessivamente il comportamento prescrittivo del Distretto e del Nucleo è virtuoso rispetto all'anno precedente ma non verso la media aziendale
- Obiettivo di miglioramento: l'obiettivo era ridurre complessivamente la prescrizione di FANS, notoriamente gastrolesivi e nefrotossici, a favore di una maggiore prescrizione di analgesici (prima di tutto paracetamolo ed in ordine, paracetamolo in associazione, tramadolo, ossicodone, ecc.). Nelle prescrizione di FANS l'obiettivo è quello di diminuire la prescrizione di quelli maggiormente gastrolesivi e nefrotossici a favore delle molecole, come ibuprofene e naprossene, che hanno dimostrato minori effetti collaterali gravi.

Strategia/Piano di azione

Sono stati esaminati i dati delle prescrizioni di FANS forniti dall'Azienda e quelli ricavati dalle nostre cartelle cliniche e questi dati sono stati approfonditi nelle riunioni di nucleo. I periodi da confrontare erano dal 01/07/2010 al 30/06/2011 e 01/07/2011 al 30/06/2012.

Strumenti utilizzati

- È stata effettuata una formazione dei medici sugli effetti collaterali maggiori dei vari FANS (emorragia gastrica, peggioramento della funzionalità renale) e sulle differenze tra le varie molecole.
- Sono stati illustrati criteri per l'appropriatezza prescrittiva ed in particolare la scelta terapeutica in base all'età, alle patologie associate, alla funzionalità renale, ecc

Tempo di realizzazione

Si prevedeva di poter confrontare i dati prescrittivi del periodo 01/07/2010 – 30/06/2011 con il periodo 01/07/2011 – 30/06/2012 con una valutazione preliminare del semestre 01/07/2011 – 31/12/2011 ricavando i dati dalle nostre cartelle cliniche.

Modalità di valutazione

Programma del progetto: i dati relativi alle prescrizioni dell'anno 01/07/2010 – 30/06/2011 saranno ricavati da tutti i colleghi con il programma di estrazione dati dei vari programmi (Koinè e Iatros) e tali dati saranno discussi nelle riunioni di nucleo di Ottobre e Novembre 2011. Successivamente verranno estratti i dati relativi al semestre 01/07/2011 – 31/12/2011 ed i risultati saranno esaminati negli incontri dei primi mesi del 2012. Infine i dati relativi a tutto il periodo oggetto dell'obiettivo di miglioramento saranno estratti dopo il 30/06/2012 ed

esaminati nel semestre successivo. I risultati generali dovranno poi essere confrontati con i report aziendali non appena saranno a disposizione del nucleo.

Esito

I dati delle prescrizioni delle varie molecole sono stati ricavati dai programmi di gestione delle cartelle cliniche in uso da parte dei medici del nucleo: Koinè e Iatros.

Questi programmi sono dotati di una funzione di estrazione dei dati che non risponde completamente alle esigenze degli Audit necessari per la medicina generale e quindi si è dovuto sopperire alle carenze del software con processi un po' laboriosi.

Complessivamente però si è potuto ricavare quanto previsto, anche se ciò ha comportato un certo ritardo sul programma e le statistiche finali sono state ultimate solo negli ultimi giorni e potranno poi essere completate secondo le esigenze che dovessero emergere.

I risultati ottenuti in termini di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva sono positivi ma non eclatanti.

Ritengo che ciò sia dovuto alla sensibilizzazione al problema che era già iniziata molto prima del progetto attuale e che aveva già portato delle correzioni prescrittive in alcuni colleghi.

Esaminando il totale delle prescrizioni possiamo notare che il totale delle confezioni di Fans è passato da 12.861 a 11.425 con una diminuzione di 1.436 pezzi.

Il numero delle confezioni degli analgesici è passato da 6.373 a 6.577 con un saldo attivo di 204 confezioni.

Esaminando le varie molecole di FANS si è ottenuta una riduzione nella prescrizione di PIROXICAM, KETOROLAC x os, NIMESULIDE, CELECOXIB, ETORICOXIB, KETOPROFENE, DICLOFENAC E IBUPROFENE Sale di ARGININA.

Sono invece aumentate le prescrizioni di KETOROLAC fiale, NAPROSSENE, e IBUPROFENE.

Queste differenze confermano che i colleghi hanno ben compreso l'importanza di spostare le prescrizioni verso le molecole meno tossiche come Ibuprofene e Naprossene a scapito di quelle maggiormente gastrolesive e nefrotossiche.

Fa eccezione l'aumento delle prescrizioni di Ketorolac fiale ma dobbiamo ricordare l'uso di tale farmaco nel dolore oncologico e probabilmente alcune prescrizioni hanno coperto l'intervallo prima dell'erogazione del farmaco da parte del Servizio Farmaceutico.

Il moderato aumento degli analgesici non pareggia la diminuzione dei FANS e questo dato sarà da esaminare. E' forse dovuto ad una sensibilizzazione anche dei pazienti ad evitare l'abuso di farmaci?

Nel successivo incontro di nucleo sono stati esaminati in dettaglio questo ed altri aspetti dei risultati del progetto.

NOTE



BPCO



La gestione del paziente affetto da BPCO nella Casa della Salute

<i>Nucleo di Cure Primarie</i>	San Secondo Parmense
<i>Distretto</i>	Fidenza
<i>Referenti di NCP</i>	Paolo Rodelli
<i>Email</i>	paolomaria.rodelli@medici.progetto-sole.it

Descrizione del progetto

- **Problema individuato:** Partendo dallo studio del profilo di nucleo: **Pazienti ad alto rischio di ospedalizzazione** i MMG della Casa della Salute hanno costituito insieme ai professionisti del DCP e al Direttore del Complesso ospedaliero-territoriale di San Secondo, in cui è inserita la Casa della Salute, un gruppo di lavoro che ha predisposto un percorso per questa tipologia di pazienti. L'èquipe che si occuperà del percorso è composta dal MMG, infermiere esperto in pneumologia, dal consulente Pneumologo (medico ospedaliero) e dal terapeuta della riabilitazione. Questo team avrà come centro l'ambulatorio infermieristico che si farà carico una volta stratificati in categorie di gravità i pazienti (secondo le LG internazionali) di chiamare i pazienti ai controlli predisposti e di attuare momenti di educazione sanitaria in piccoli gruppi. Il personale infermieristico verrà addestrato presso l'ambulatorio di Pneumologia dell'ospedale di Fidenza e la Clinica Pneumologica di Parma alla semeiotica dei sintomi che riguardano l'apparato respiratorio e all'utilizzo di strumenti (spirometro)
- **Obiettivo di miglioramento:** Presa in carico dei pazienti con BPCO secondo quanto previsto dal Chronic Care Model, con stratificazione dei pazienti in base allo stadio della malattia e loro gestione da parte del team MMG+Infermiere+fisioterapista (solo se indicato) con supporto secondo una tempistica prestabilita con l'accordo dello specialista Pneumologo.

Strategia/Piano di azione

Estrazione dei pazienti ad alto rischio da parte di ogni MMG della Casa della Salute, loro stratificazione in base alla gravità e inserimento nel percorso.

Strumenti utilizzati

All'inizio gruppo di lavoro ristretto a: MMG referente di NCP, Coordinatore Infermieristico di Nucleo, direttore Complesso Ospedaliero-Territoriale di San Secondo, responsabile tecnico-infermieristico dei percorsi ambulatoriali. Questo gruppo ha organizzato il proprio lavoro con questa modalità: briefing del lunedì per la sintesi dei compiti settimanali e verifica degli obiettivi raggiunti. Utilizzo durante la settimana di un wiki dedicato e aperto solo a questi 4 professionisti per confrontarsi sui rispettivi obiettivi senza incontrarsi di persona/telefonarsi.

Tempo di realizzazione

Sei mesi :è già stata fissata ed avviata la formazione ad hoc per gli Infermieri e i Fisioterapisti, è già stato fissato il giorno in cui lo Pneumologo ospedaliero farà ambulatorio nella casa della Salute. Si stanno facendo delle verifiche tecniche sugli strumenti (spirometro e saturimetri).

E' allo studio del RIT l'utilizzo di una scheda informatica, visibile a tutti i professionisti coinvolti, per la raccolta dei dati.

Modalità di valutazione

Sono allo studio del gruppo di lavoro gli indicatori. Al momento attuale si tiene conto del numero di pazienti reclutabili/pazienti reclutati e al numero di riospedalizzazione di questi candidati che si trovano nella parte alta del profilo di rischio di ospedalizzazione.

NOTE



Appropriatezza



Appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche con particolare riguardo ai farmaci del sistema cardiovascolare dell'apparato gastrointestinale e miglioramento dell'appropriatezza degli indici di consumo dell'assistenza specialistica per le visite e per le principali prestazioni di diagnostica strumentale.

Nucleo di Cure Primarie Cittadella/Montanara

Distretto Parma

Referenti di NCP Roberto Gallani

Email rgallan@tin.it

Descrizione del progetto

- Problema individuato: non adeguata appropriatezza della pratica prescrittiva
- Obiettivo di miglioramento: raggiungimento degli obiettivi come suggerito nei Profili di Nucleo elaborati dalla Jefferson University

Strategia/Piano di azione

Incontri periodici di audit e condivisione di linee guida tra i medici componenti il nucleo

Strumenti utilizzati

Supporti informatici, intervento di medici specialisti ospedalieri e ambulatoriali di riferimento

Tempo di realizzazione

Anno 2013

Modalità di valutazione

Valutazione dei report relativi alle prescrizioni farmaceutiche di diagnostica strumentale e di consulenze specialistiche

NOTE

Miglioramento della prescrizione dei farmaci nella popolazione anziana

<i>Nucleo di Cure Primarie</i>	Progetto trasversale
<i>Azienda USL</i>	Bologna
<i>Referente</i>	Anna Tomesani
<i>Email</i>	anna.tomesani@ausl.bologna.it

Descrizione del progetto

- Problema individuato: Nel 2010 nell'AUSL al 27,39% degli anziani è stato prescritto almeno un farmaco "potenzialmente inappropriato". Al 10, 5% degli anziani è stato prescritto almeno un farmaco "da evitare". Il fenomeno riguarda tutti gli ambiti territoriali con una variabilità contenuta ed un range che arriva al 35,99% e non scende oltre il 23,17 %
- Obiettivo di miglioramento: Contenere le prescrizioni inappropriate

Strategia/Piano di azione

Programmazione di una iniziativa formativa che permetta ai MMG di riflettere sulle migliori modalità di follow up della patologia, presentando come dato di partenza della discussione il confronto tra i profili (elaborati per zona e con dati di confronto longitudinali nell'arco dei tre anni) e quanto risulta dalla letteratura sugli standard da conseguire.

Strategia/Piano di azione

Diffusione in cartaceo del materiale illustrativo prodotto come allegato nei profili di NCP nel corso della formazione sui profili. (fine 2010)

Si è trattato nuovamente l'argomento dei farmaci negli anziani nel corso di incontri di NCP successivi con tema di prescrizioni farmaceutiche (secondo trimestre 2011).

Ci si è dati l'obiettivo della riduzione del 30% dei soggetti con almeno un farmaco da evitare e con almeno un farmaco raramente appropriato.

Strumenti utilizzati

Sono stati elaborati dati locali sulle prescrizioni definendo criteri specifici per l'identificazione dei pazienti esposti. Si è prodotto un rapporto individuale per MMG con i nomi dei pazienti con presenza delle prescrizioni inappropriate

Tempo di realizzazione

Un anno

Modalità di valutazione

Valutate le variazioni al 31 dicembre rispetto al rilevato dell'anno precedente

Esito

Dati disponibili AFT – settembre 2012

Percentuale di anziani cui è stato prescritto almeno un farmaco da evitare: riduzione media del 30% (range – 30,8% / -86,1%) per i casi segnalati

Percentuale di anziani cui è stato prescritto almeno un farmaco raramente appropriato: riduzione media del 30% (range –31,8% / -46,1%) per i casi segnalati, con esclusione dei PPI (-2,82%)



Altri progetti

III
MISCELLANEA

Intercettazione e presa in carico della fragilità come prevenzione del rischio di ricovero e di non autosufficienza

Nucleo di Cure Primarie Medesano – Casa della Salute

Distretto Valli Taro e Ceno

Referenti di NCP Giorgio Bernier

Email gio.bernier@libero.it

Descrizione del progetto

- **Problema individuato:** Dalla valutazione dei Profili di Nucleo sono emerse diverse problematiche relative alle persone anziane ultrasettantacinquenni:
 - prevalenza di patologie croniche
 - tasso di ospedalizzazione elevatoIl frequente ricorso al ricovero rischia di determinare situazione di non autosufficienza in particolare per chi non ha un substrato domiciliare/famigliare in grado di fungere da supporto convalescenziario adeguato per il mantenimento/recupero delle capacità psicofisiche e funzionali
- **Obiettivo di miglioramento:** Conoscere le condizioni di fragilità sociale, sanitaria e funzionale dei soggetti ultrasettantacinquenni per strutturare diversi gradi di sorveglianza (sociale e sanitaria) e prevenire, nei limiti del possibile, il ricovero ospedaliero nonché evidenziare tutti i potenziali rischi (sociali e sanitari) in grado di predisporre alla non autosufficienza.

Strategia/Piano di azione

È stato organizzato un sistema di monitoraggio/presa in carico sociale e sanitaria dei soggetti ultrasettantacinquenni non conosciuti dai servizi (n. 742) e soprattutto in condizioni sociali di isolamento e solitudine (anziani soli, coppie sole, anziani con multimorbilità e gestione terapeutica complessa) (n. 278) a cui è seguita una valutazione diretta multidimensionale e di performance funzionale onde predire il rischio a breve-medio termine di perdita della non autosufficienza (n. 492 soggetti previsti, indagine ancora in fase valutativa).

Strumenti utilizzati

Scheda di valutazione/intervista con il MMG e di osservazione /monitoraggio ad uso sociale. Test di valutazione motoria/funzionale diretta (SPPB) ed altri test di indagine neuropsichica, funzionale indiretta e alimentare per definire condizioni “latenti” di rischio per salute e non autosufficienza. Testi di valutazione del rischio di ospedalizzazione stratificati (documento Jefferson dedicato per le Case della Salute) con presa in carico sanitaria (MMG, case manager CdS e case manager territoriale) dei soggetti ad elevato rischio di ospedalizzazione con proposta/sviluppo di adeguato sistema di monitoraggio e controllo anche attraverso la formazione dei famigliari (es. per i soggetti affetti da Demenza).

Tempo di realizzazione

Il progetto ha preso inizio nel 2011 ed è proseguito con ampliamento organizzativo nel 2012 per cui è necessario un anno circa per il suo consolidamento e valutazione dei risultati

Modalità di valutazione

Studio dell'ospedalizzazione attraverso la Valutazione dei Profili di Nucleo. Numero di soggetti con presa in carico sanitario e/o sociale. Numero di soggetti a rischio non autosufficienza e sottoposti ad intervento (nutrizionale, attività fisica adattata) correttivo. Mortalità.

Esito

Il lavoro è ancora in fase di completamento soprattutto in rapporto alla valutazione/disamina dati della valutazione funzionale/VMD. Da segnalare, in rapporto a presa in carico sociale/sanitaria, una riduzione dei ricoveri per scompenso cardiaco.

NOTE

La medicina generale inizia a 60 anni: le dimensioni fondamentali del team ad alte prestazioni

<i>Nucleo di Cure Primarie</i>	San Leonardo
<i>Distretto</i>	Parma
<i>Referenti di NCP</i>	Bruno Agnetti
<i>Email</i>	agnettib@libero.it

Descrizione del progetto

Evoluzione dei team e della loro vitalità interna; individuazione delle esigenze o di comportamenti problematici e ricerca delle possibili soluzioni al fine di influire positivamente sull'assistenza; determinazione di una mission specifica e propria del team; scambio interno di idee, informazioni e pareri finalizzate al miglioramento dell'organizzazione delle riunioni di team/AFT/NCP; individuazioni di ruoli e responsabilità; gestione dei cambiamenti; inserimento di nuovi membri).

- **Problema individuato:** Nonostante un buon risultato generale in merito all'appropriatezza prescrittiva, al risparmio generale, alla riduzione della variabilità intranucleo e alle riduzioni degli accessi/ricoveri, la cultura dei profili di nucleo è stata forse percepita come imposta e non come una opportunità o una strategia che può partire dalla base della piramide gestionale a causa di una alterata comunicazione iniziale e di una mediazione che ha utilizzato elementi eccessivamente impositivi o aggressivi
- **Obiettivo di miglioramento:** Il team/AFT/NCP ad alte prestazioni sceglie obiettivi (anche analizzando i dati dei profili di nucleo) ed individua strumenti propri e condivisi dai componenti il NCP per poterli raggiungere

Strategia/Piano di azione

Raggiungere gli obiettivi di alte prestazioni, di appropriatezza e di qualità segnalati anche dai dati estratti dai profili di nucleo grazie anche al riconoscimento ECM delle riunioni di NCP che stimolano e gratificano la partecipazione

Strumenti utilizzati

Presentazione e discussione dei temi inerenti le dimensioni fondamentali del team ad alte prestazioni durante gli Incontri di NCP strutturati ed accreditati ECM che favoriscono una significativa partecipazione e un fattivo coinvolgimento di molti colleghi che non solo si riuniscono per ascoltare ma svolgono anche ruoli di moderatori, conduttori e relatori creando così un clima favorevole ad ogni possibile processo decisionale/comportamentale innovativo e migliorativo

Tempo di realizzazione

12 mesi

Modalità di valutazione

Miglioramento dei dati critici relativi alle relazioni intranucleo e ai dati critici presenti nel report riguardante il Profilo di NCP del 2011

Esito

Il miglior esito ottenuto al momento è quello di una buona riduzione della variabilità intranucleo che sottende un'offerta assistenziale uniforme nei confronti degli assistiti del quartiere e una significativa riduzione degli accessi/ricoveri ospedalieri

NOTE

