



CONVEGNO CARD TRIVENETO

**LE CURE DOMICILIARI E RESIDENZIALI AD ALTA COMPLESSITÀ:  
la presa in carico delle persone fragili e dei pazienti con grave  
quadro polipatologico**

Mestre, 12 ottobre 2018

Il progetto «Perform PDTA»: dal progetto Regionale PRIHTA alla informazione scientifica collaborativa (nelle MGI)

Stefano Vianello – Azienda ULSS 3 Serenissima

Ciò che non si misura  
non esiste.

Tutti vogliono le misure.  
Nessuno vuole essere  
misurato.

## Scaletta della presentazione:

- Breve riassunto del Progetto PRIHTA
- L'importanza di una Sistema Informativo Territoriale
- Una metodologia con la quale **CONDIVIDERE E UTILIZZARE I DATI PER CAMBIARE (ASSIEME)**
- Rapida carrellata di dati utilizzabili
- Cenni sulla Informazione Scientifica Collaborativa



# Modello Governo PDTA

*Progetto Prihta - Regione Veneto*

# 1. Il progetto Prihta



La Regione Veneto, per agevolare lo sviluppo omogeneo dei PDTA (BPCO, Diabete, Scompenso Cardiaco e TAO) e dei relativi Contratti di Esercizio con le MdGI – Medicine di Gruppo Integrate nell'ambito del Bando Prihta 2014 ha selezionato il progetto ***CMI – Collaborative Medical Intelligence*** – presentato dall' ex ULSS 13 per conto di altre n.9 ex ULSS (3,4,5,6,10,12,14,15,21) ricerca e sperimentazione di un '*modello di governo del miglioramento delle performance di cura delle patologie croniche*'.

Inizio progetto: **2015**

Fine progetto: **2017**

## 2. I risultati del progetto



I risultati del progetto sono stati sostanzialmente 2:

- ❑ **Modello di governo** del miglioramento delle performance dei PDTA – messo a punto attraverso la sperimentazione nelle ULSS partecipanti;
- ❑ **dashboard 'Medical Board'** di implementazione del modello stesso

I risultati sono di proprietà della Regione Veneto e del partner privato di progetto **SDG Medical Care srl** del gruppo SDG, aperti al **RIUSO GRATUITO** da parte di altre ULSS, anche non venete, che ne facciano richiesta ad una delle parti.

### 3. Modello di Miglioramento



La sperimentazione condotta, pur con gradi e modalità diverse, nelle n. 10 ex ULSS partecipanti ha portato a concludere che leve efficaci di miglioramento delle performance sono:

- ✓ **Gruppo di Miglioramento** – DD/DCP/Specialisti di Patologia/Servizio Farmaceutico /PS/H/ADI/MMG con l'ausilio di MB *'navigano'* i dati di Patologia e periodicamente riassumono i risultati nell' *Outlook di Pdta*;
- ✓ **Diffusione Outlook Pdta** – il Gruppo di Miglioramento presenta periodicamente l'Outlook di Pdta a tutti coloro che sono in grado di contribuire alla sua diffusione capillare a tutti i livelli della struttura di cura aziendale.
- ✓ **Monitoraggio Obiettivi** – mediante l'interscambio di dati tra ULSS e MMG e l'invio periodico di reportistica (prevalenza, aderenza) in particolare alla MGI



## 3.1 Gruppo di Miglioramento Pdta (GMP)



Il gruppo di miglioramento è il MOTORE del miglioramento, previsto in quasi tutti i contratti di esercizio, ma quasi mai operativamente attivato se non sugli aspetti meramente contrattuali.

L'efficienza e l'efficacia della sua azione può dipendere in modo determinante da:

- ✓ COSTITUZIONE DEL GRUPPO – deve essere interfunzionale e progressiva al bisogno (NUCLEO BASE: Direttore Distretto e CP – Specialista patologia - Farmacista territoriale – Controllo di Gestione)
- ✓ DOTAZIONE STRUMENTALE – ogni partecipante deve poter avere accesso agli strumenti (Medical Board) in autonomia in modo da poter navigare i dati disponibili e prepararsi a contribuire fattivamente al lavoro di gruppo. Real life: non tutti i soggetti sono poi autonomi nel consultare MB ...
- ✓ CONTINUITA' DI LAVORO – non si tratta di un gruppo temporaneo
- ✓ ASSISTENZA TECNICA (Data Provider) – per assicurare anche a coloro che hanno

## 3.2 Outlook di PDTA



**L'Outlook** di Pdta è un appuntamento infrannuale che gli attori del Pdta si danno per fare il punto sull'andamento delle performance raggiunte e per ribadire i punti da migliorare.

**L'Outlook** è anche il documento che il GMP deve avere la possibilità di produrre, con l'assistenza del Data Provider, in modo relativamente agevole secondo uno standard che consideri gli elementi fondamentali del Pdta stesso:

- **Outcome** (prevalenza, gravità, progressione della patologia)
- **Appropriatezza delle cure** (prevenzione, care management, Terapie, specialistica, accesso PS, Ospedalizzazione, ADI)
- **Costi (anche grazie alle informazioni tratte da ACG)**

**L'Outlook** deve trovare la più larga diffusione e per questo uno dei veicoli più efficaci sono le Reti di Informazione Scientifica di Aziende Farmaceutiche Collaboranti.

**L'Outlook** costituisce il riferimento generale per le attività di AUDIT Clinico che il singolo modello erogativo è chiamato a fare usando anche la reportistica di monitoraggio.

## 3.3 Monitoraggio Performance



L'efficienza e l'efficacia del monitoraggio delle performance può dipendere in modo determinante da:

- ✓ **SISTEMA DI INTERSCAMBIO** – nell'ambito del progetto abbiamo sperimentato l'invio di dati PC (Pazienti Centrici) da parte del MMG mensilmente in coda al flusso ACN che ora è stato implementato in ambito regionale su un unico server regionale (ARSENAL);
- ✓ **REPORT PREVALENZA** – con il quale l'ULSS indica al MMG la lista degli assistiti che propone siano presi in carico (registro di patologia) e le evidenze dei dati di cui dispone (farmaco-correlazione, accessi PS, referti di specialistica, diagnosi a seguito accesso al PS, Diagnosi ricoveri) alla base del loro arruolamento;
- ✓ **REPORT ADERENZA** – verifica progressiva del raggiungimento degli obiettivi anche del Contratto di Esercizio (o del Patto Aziendale in futuro) per correggere in corso eventuali difficoltà di registrazione del dato da parte del MMG.

## 4. Timing Modello



- ✓ **Report PREVALENZA** **Dicembre/Gennaio**  
L'ULSS invia al MMG la lista dei pazienti che ritiene debbano essere presi in carico e i dati che definiscono il loro arruolamento. Il MMG valida tale proposta aggiornando il registro di patologia della sua cartella e lo invia all'ULSS nel flusso del mese
- ✓ **Outlook PDTA** **Aprile**  
Il GMP presenta l'outlook Pdta anno precedente da diffondere anche con il concorso delle reti ISF
- ✓ **Report1 Aderenza PDTA** **Giugno**  
L'ULSS fornisce al MMG un primo report con il quale può verificare al 30.03 la convergenza delle proprie performance verso gli obiettivi di contratto
- ✓ **Aggiornamento Outlook e Report2 Aderenza PDTA** **Settembre**  
Il GMP presenta l'aggiornamento dell'Outlook al 30.06 e viene inviato al MMG il secondo report di convergenza verso obiettivi
- ✓ **Invio dati MMG** **Mensile**  
Il MMG invia mensilmente in coda al flusso ACN i dati di contratto di esercizio

## 5. Implementare il modello



L'implementazione del modello deve incontrare COLLABORAZIONE a tre livelli:

**DECISIONALE** – costituzione e soprattutto il funzionamento del GMP si regge sulla collaborazione e disponibilità dei componenti del GMP stesso chiamati a fare qualcosa di più rispetto a quanto richiesto loro nelle funzioni ordinarie

**TECNICO** – l'introduzione in azienda di nuovi strumenti informativi può interferire con altri strumenti/iniziative in particolare in capo ai sistemi informativi e controllo di gestione, da cui occorre avere collaborazione in ordine alla installazione e gestione della dashboard, sia alla sua alimentazione con i dati;

**SUPPORTO ESTERNO** – il riuso di strumenti comporta comunque assistenza nella implementazione degli stessi, ma anche nella loro gestione. L'onerosità di tali supporti può essere fortemente ridotta dalla collaborazione di Aziende Farmaceutiche che possono essere interessate a supportare e agevolare il processo di miglioramento intrapreso dall'ULSS.

## 6. Strumenti di lavoro



### **Medical Board**

- App Performance (vista da MB)
- App Obiettivi (vista da MB)
- App Governance (vista da MB)

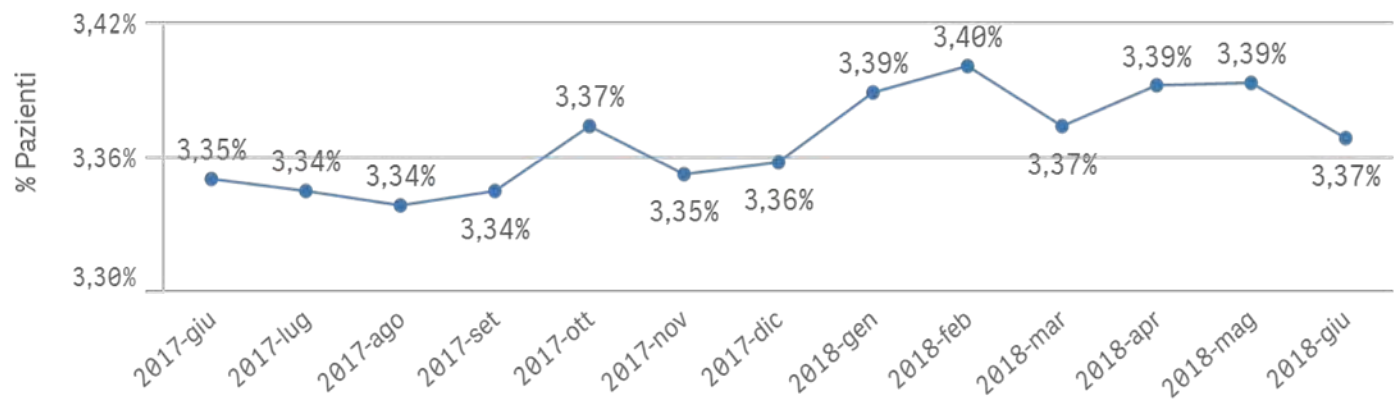
### **Interscambio dati**

- Tracciato record (tracciato record ULSS 3 trasmesso in Regione)
- Guida registrazione per il MMG (in predisposizione dalle softwarehouse – es. stadio BPCO)
- Allineamento cruscotti MMG/Medical Board (stessi algoritmi di estrazione – Mille GPG – Medico 2000 GPG ed anche cruscotto ATLAS)

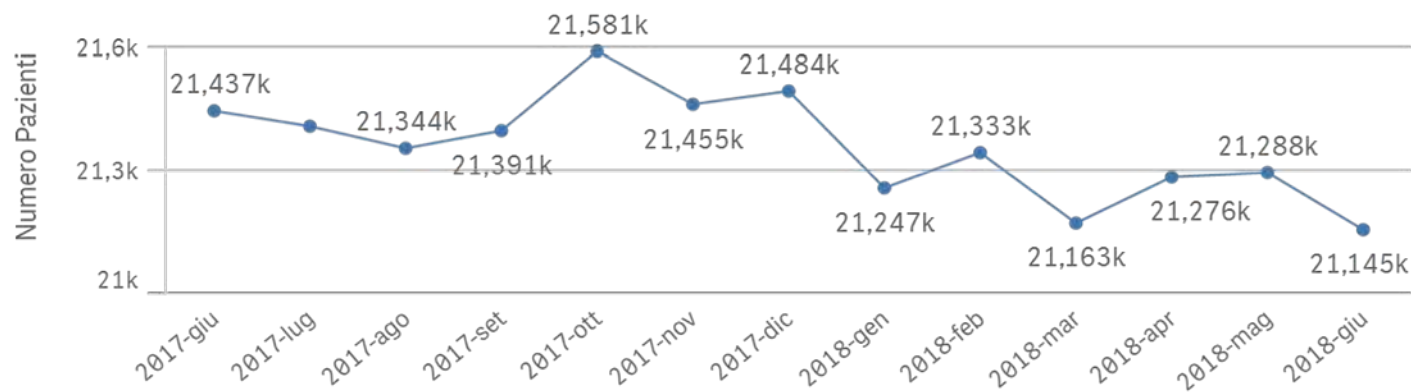
### **Reportistica**

- Outlook di PDTA per MGI (esempio report di una MGI della ULSS 3)
- Prevalenza/Comorbidità\_RUB (esempio nota e report trasmessa a tutti i MMG ULSS 3)
- Monitoraggio Obiettivi del Contratto MGI (esempio report sintetico)

## Prevalenza MB



## Prevalenza MB

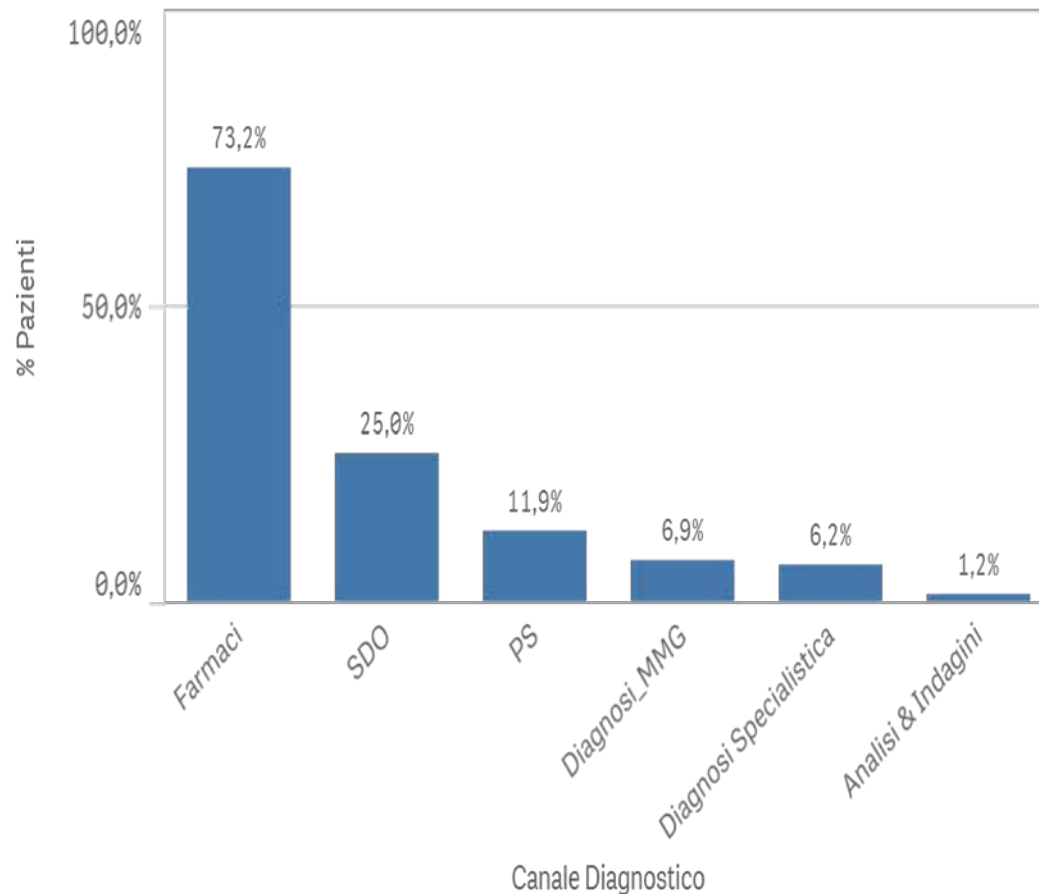


Andamento Pazienti potenziali BPCO individuati mediante i canali diagnostici:

- Farmaco Correlazione
- Diagnosi SDO
- Diagnosi PS
- **Diagnosi MMG**
- Referti spirometrici

La prevalenza è calcolata su la popolazione > 40 anni

## Canale Diagnostico

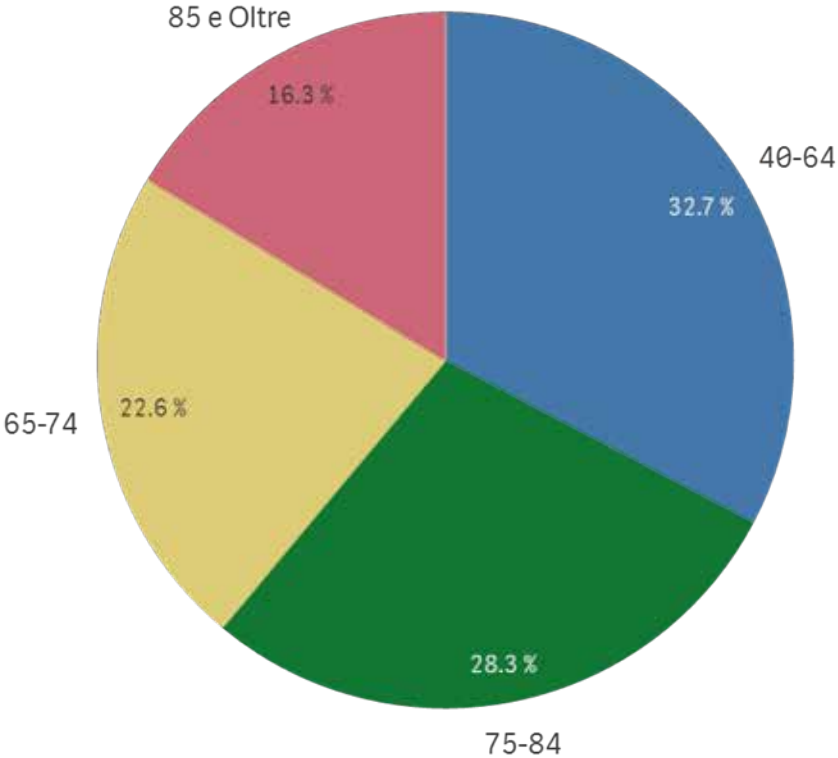


I pazienti sono individuati con i seguenti criteri:

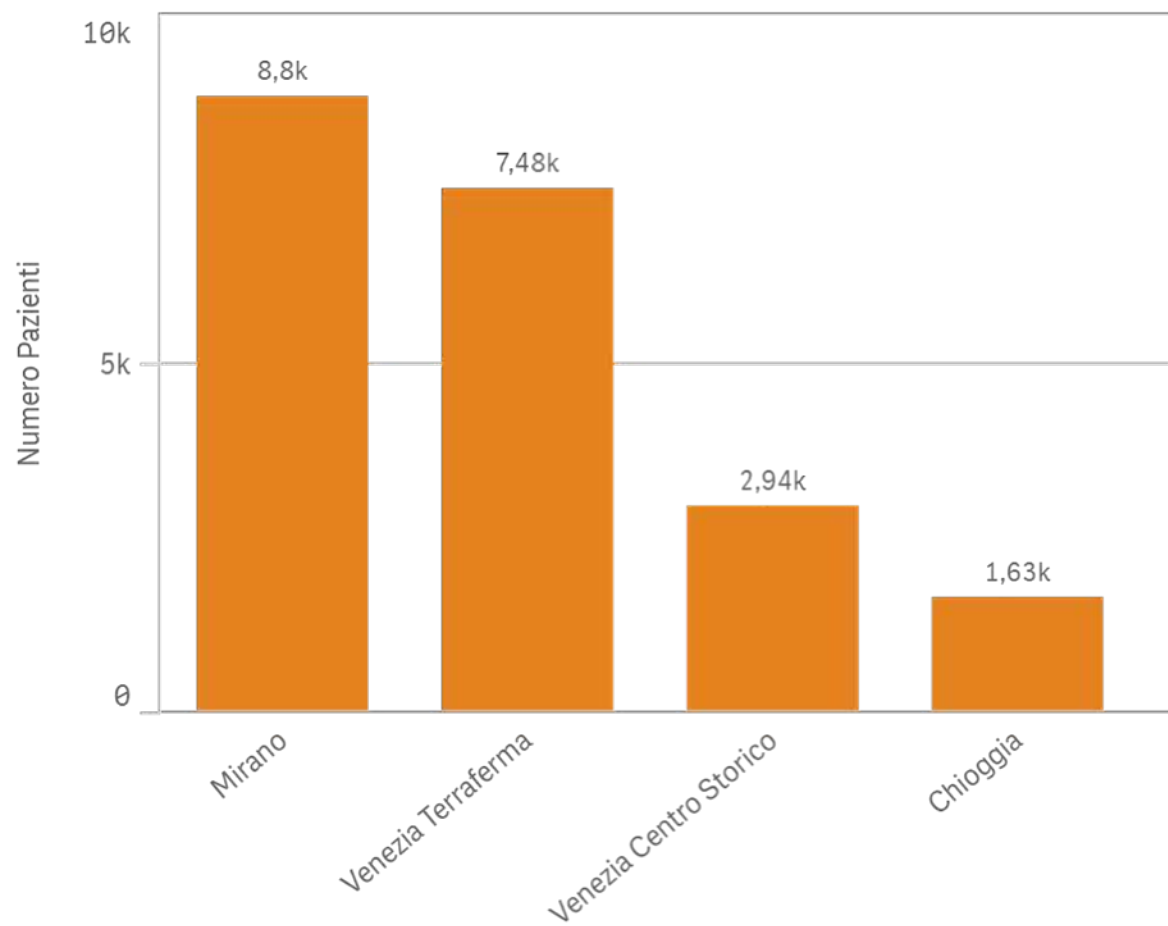
- ❑ Anagrafe: >40 anni
- ❑ Diagnosi MMG: ICD9 491.2X, 496;
- ❑ Diagnosi Specialistica: cod. ICD9 491.2X, 496, 518.81; 518.83; 518.84;
- ❑ Analisi e Indagini traccianti: valore spirometrico FEV1/CFV < 70%
- ❑ SDO: cod. ICD9 491.2X, 496, 518.81; 518.83; 518.84, in diagnosi principale, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°
- ❑ PS: cod. ICD9 491.2X, 496, 518.81; 518.83; 518.84,
- ❑ Farmaco-correlazione: almeno due confezioni nei n.12 mesi antecedenti il mese di analisi:
  - Broncodilatatori: R03AC, R03AL, R03BB
  - Corticosteroidi: Inalatori R03BA
  - Xantine: R03DA
  - Associazioni adrenergici/corticosteroidi R03AK (ICS/LABA)
- ❑ In esclusione: Esenzioni-07 (ASMA), ICD9 493 non in associazione con ICD9 BPCO, assunzione di farmaci antileucotrieni (R03DC)',



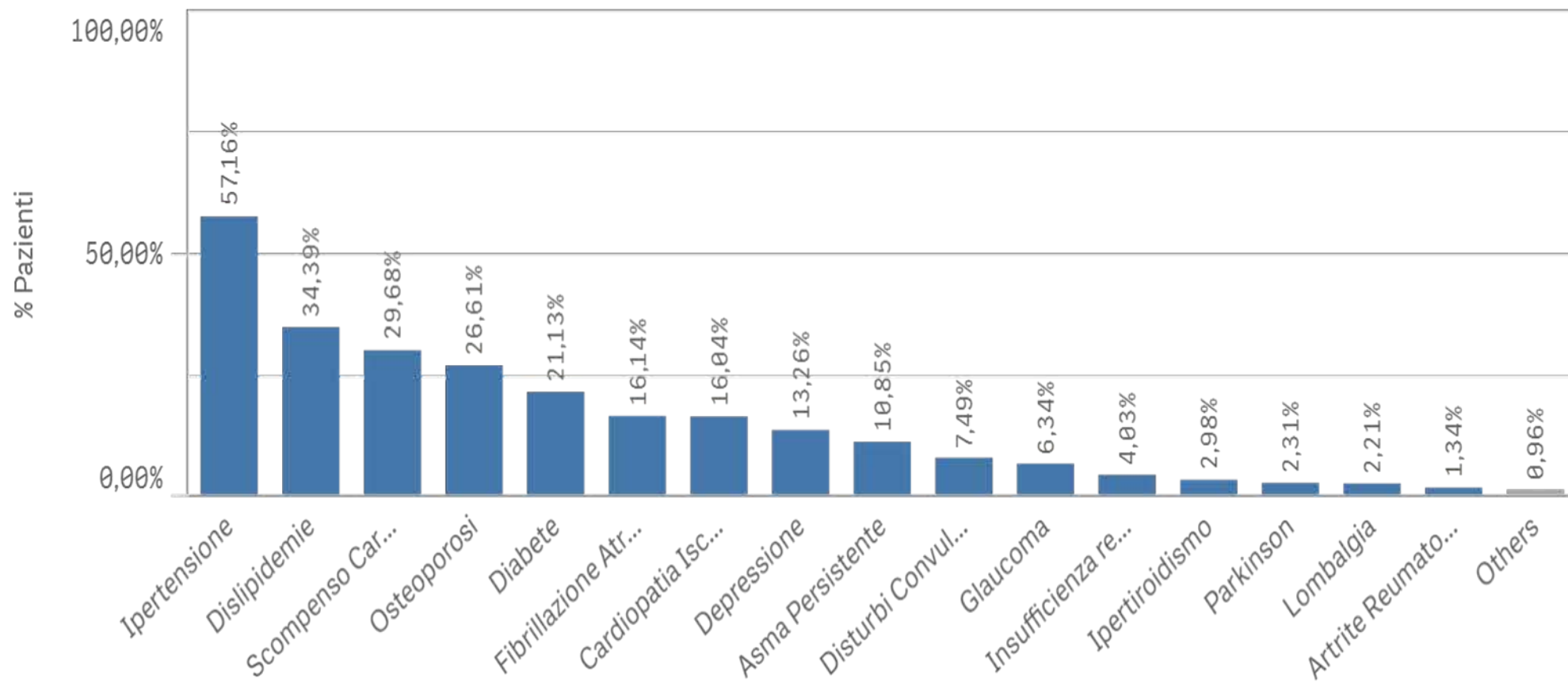
**Fascia d'età**



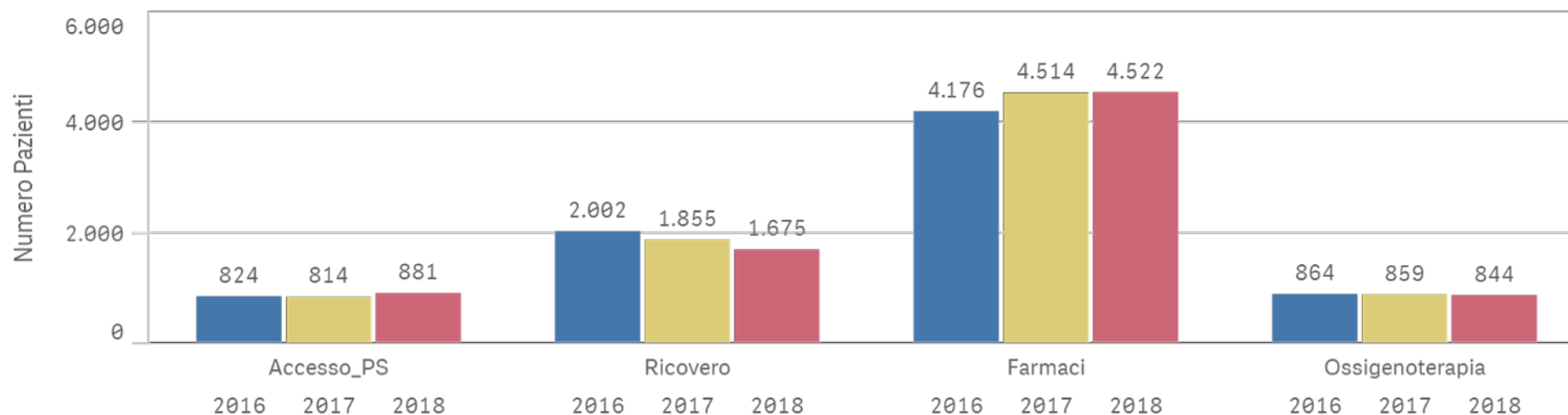
## Carichi Assistenziali



## Comorbilità ACG



## Riacutizzati



Gli assistibili sono stati classificati in pazienti con esacerbazioni in relazione alla presenza o all'assenza di almeno una delle seguenti condizioni:

☑ ossigenoterapia: almeno un ricovero con diagnosi per dipendenza da respiratore (codice ICD-9: V461); fisioterapia respiratoria (codice ICD-9: V570); insufficienza respiratoria (codici ICD-9: 518.81; 518.83; 518.84) oppure almeno un ricovero con un intervento per esercizi respiratori (codice ICD-9: 9318); respirazione a pressione positiva continua (CPAP) (codice ICD-9: 9390); respirazione a pressione positiva intermittente (codice ICD-9: 9391) oppure almeno una prescrizione di ossigeno (codice ATC V03AN01).

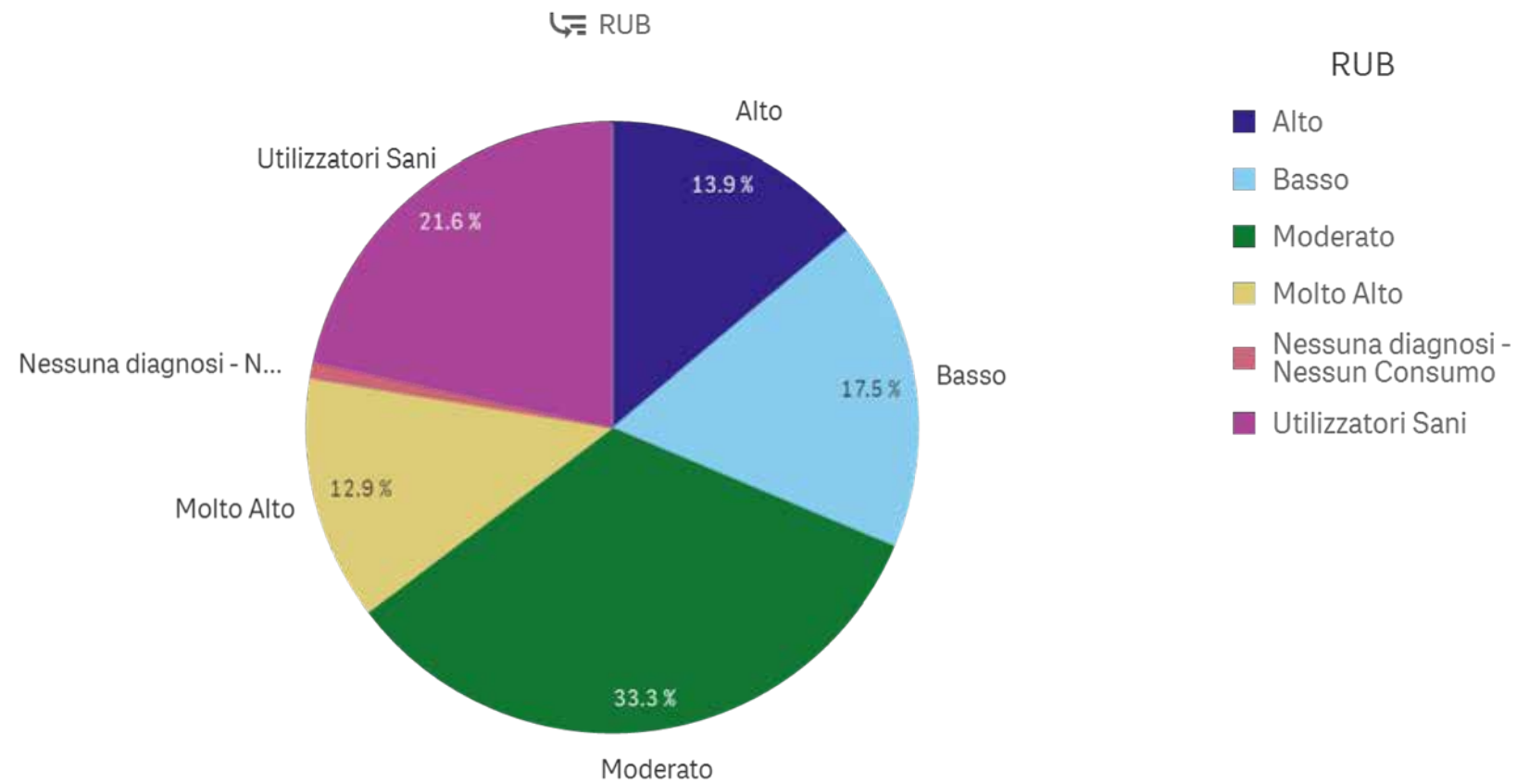
☑ terapia con antibiotici e/o corticosteroidi: almeno due prescrizioni di antibiotici (codice ATC: J01) e/o corticosteroidi orali (codice ATC: H02).

☑ BPCO: almeno un ricovero con diagnosi per bronchite, non specificata se acuta o cronica (codice ICD-9: 490); bronchite cronica (codice ICD-9: 491); enfisema (codice ICD-9: 492); bronchiectasia (codice ICD-9: 494); alveolite allergica estrinseca (codice ICD-9: 495); ostruzioni croniche delle vie respiratorie non classificate altrove (codice ICD-9: 496).

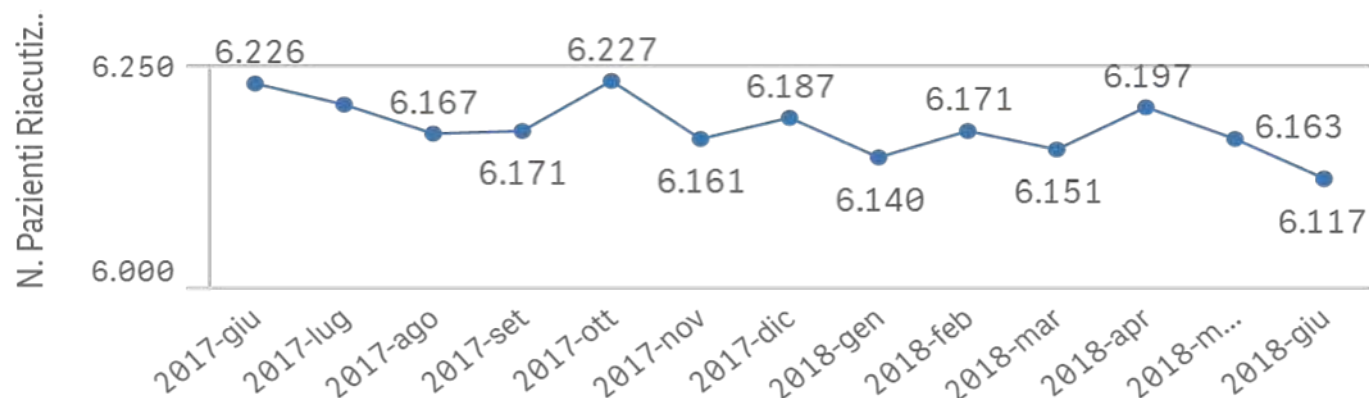
☑ riduzione chirurgica del volume polmonare: (codice ICD-9: 3222);

☑ trapianto del polmone: almeno un ricovero con un intervento per trapianto del polmone SAI (codice ICD-9: 3350); trapianto unilaterale del polmone (codice ICD-9: 3351); trapianto bilaterale del polmone (codice ICD-9: 3352)

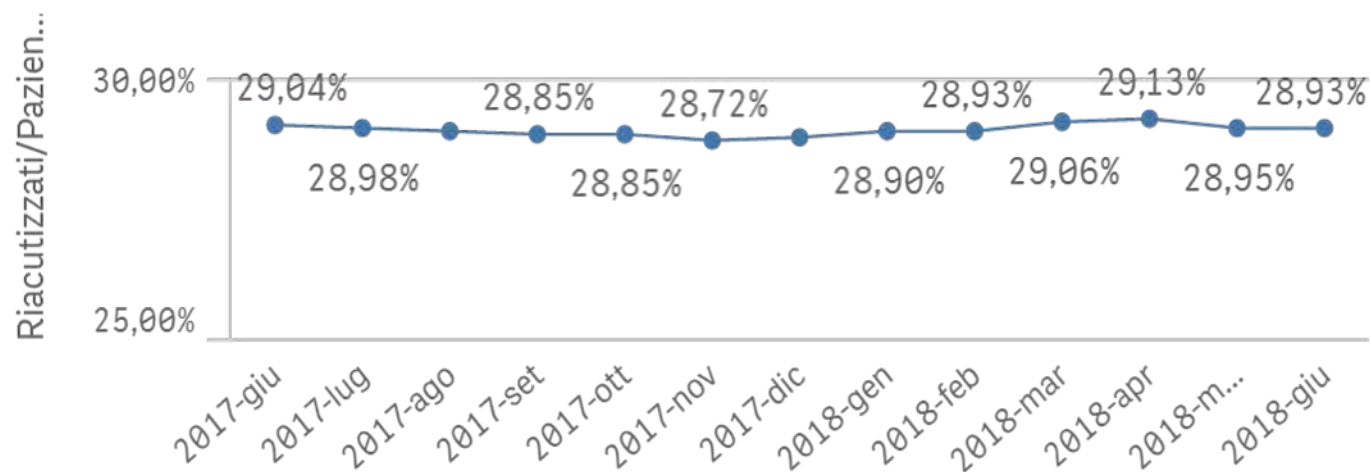
## Complessità Assistenziale ACG (RUB)



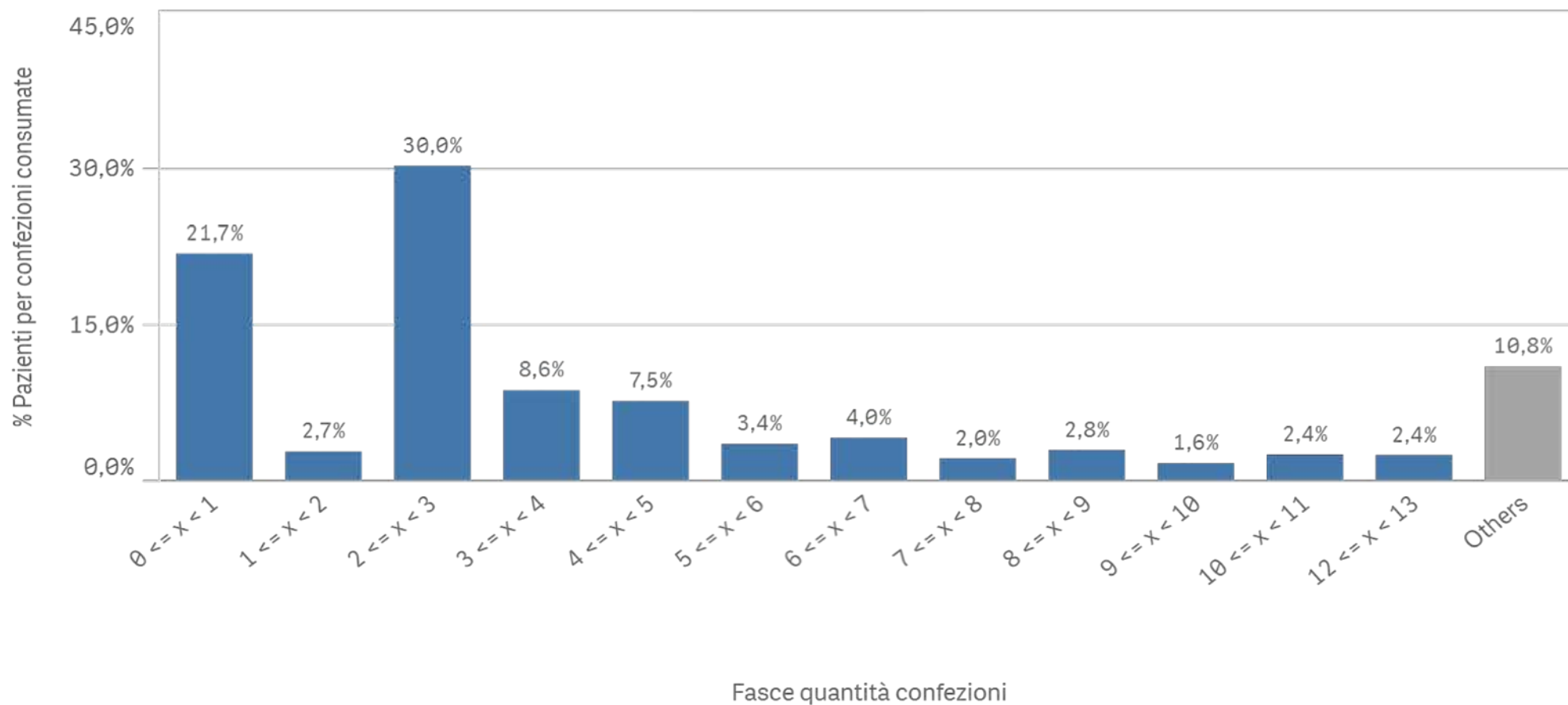
## N. Pazienti Riacutizzati



## % Riacutizzati sui Pazienti BPCO

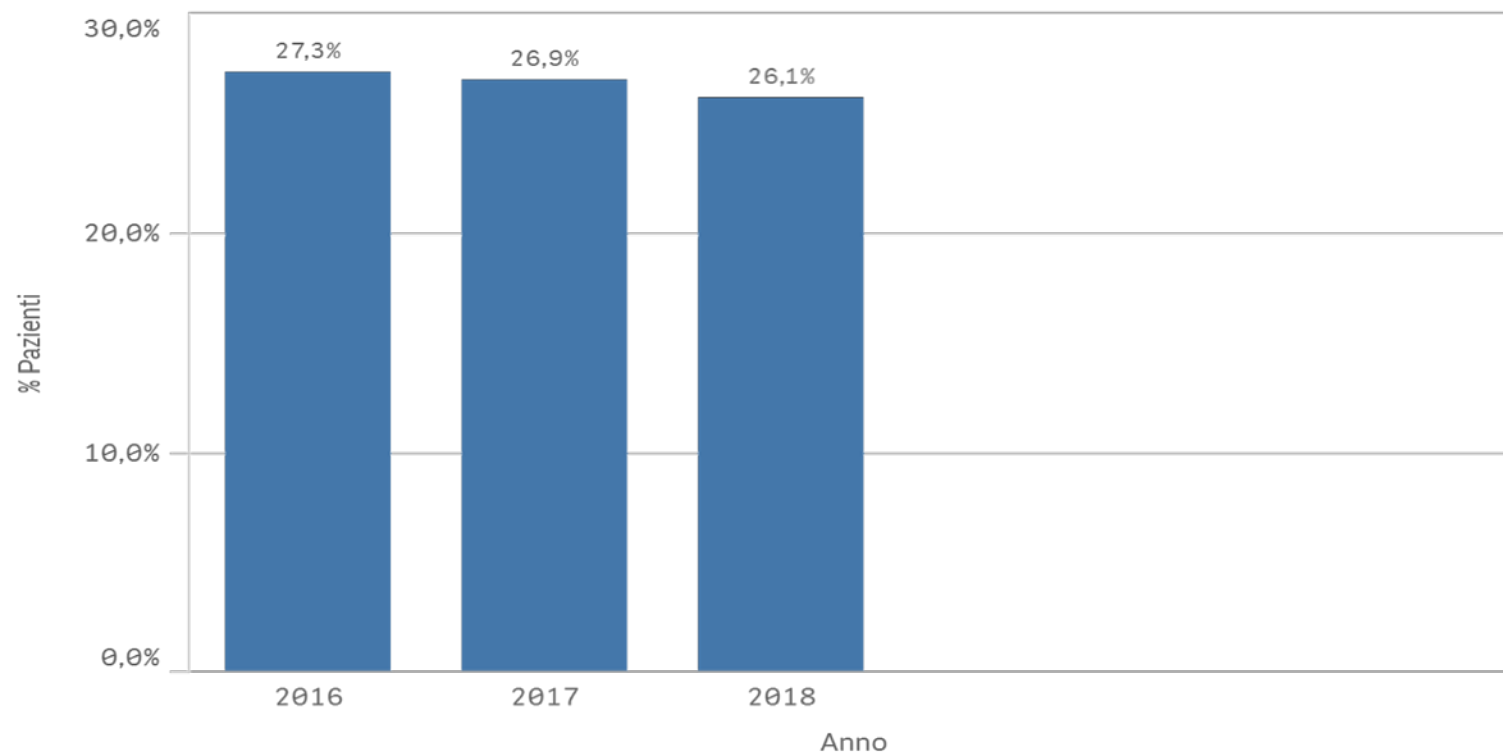


## Aderenza Trattamento per Farmaci di patologia



Trattamento con farmaci ATC R03

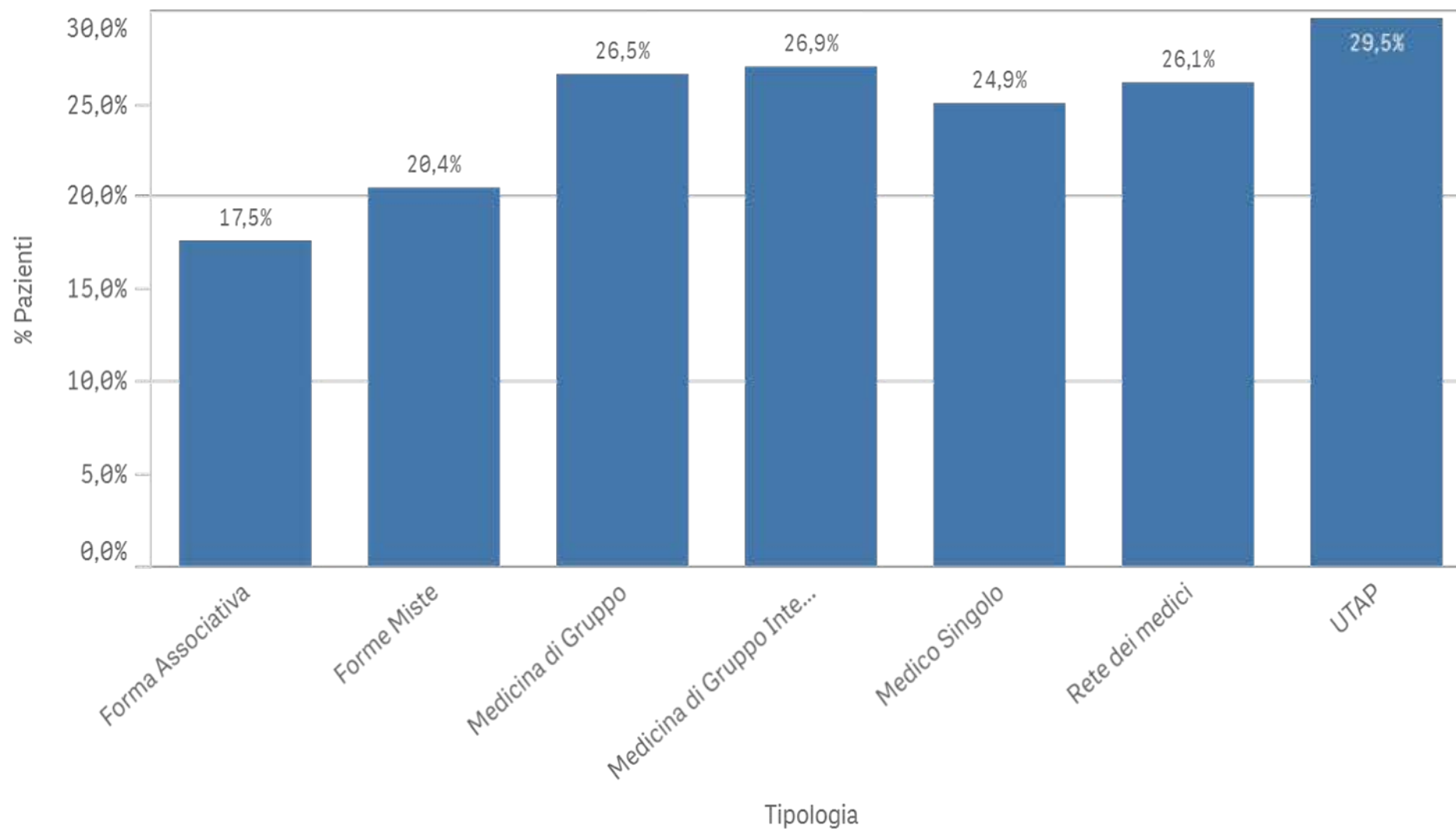
### Aderenza (>= 6) annuale Farm. Pat.



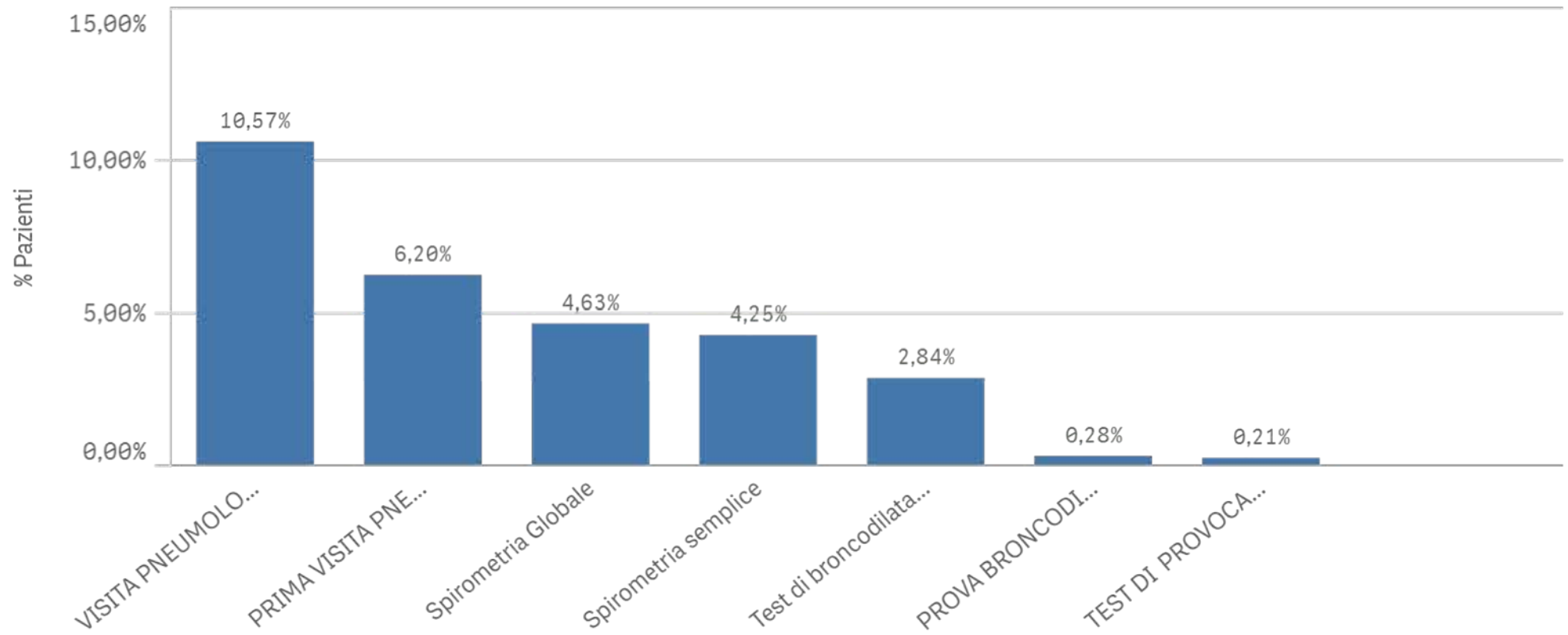
% dei trattati che abbiamo avute prescritte almeno 6 confezioni



## Aderenza (>= 6) Farm. Pat. per modello erogativo

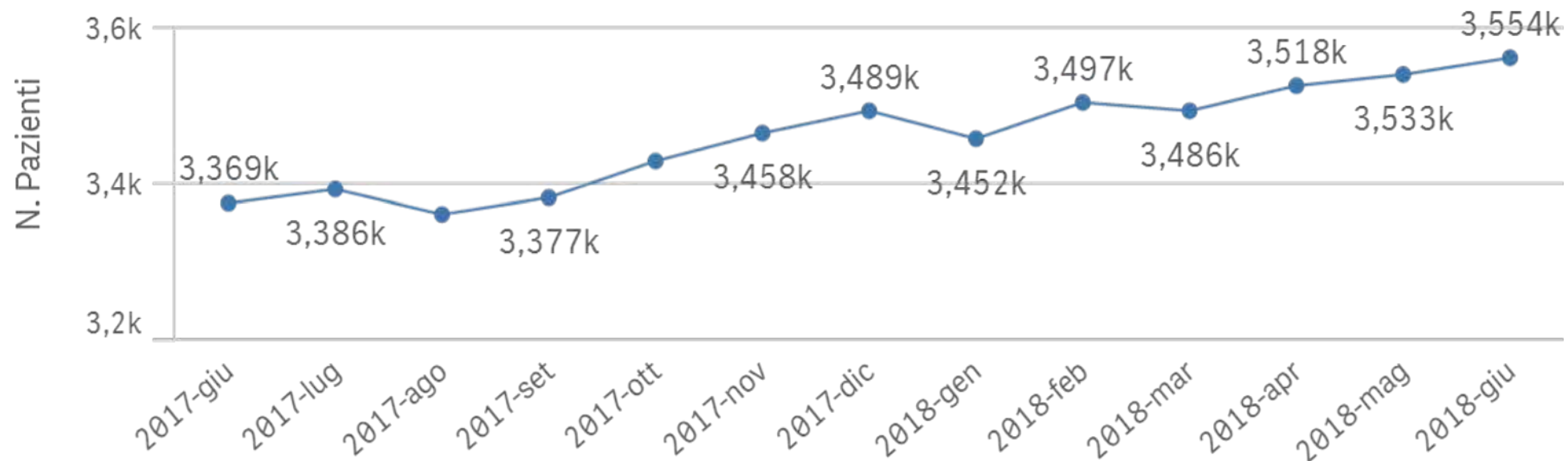


## Aderenza indagini



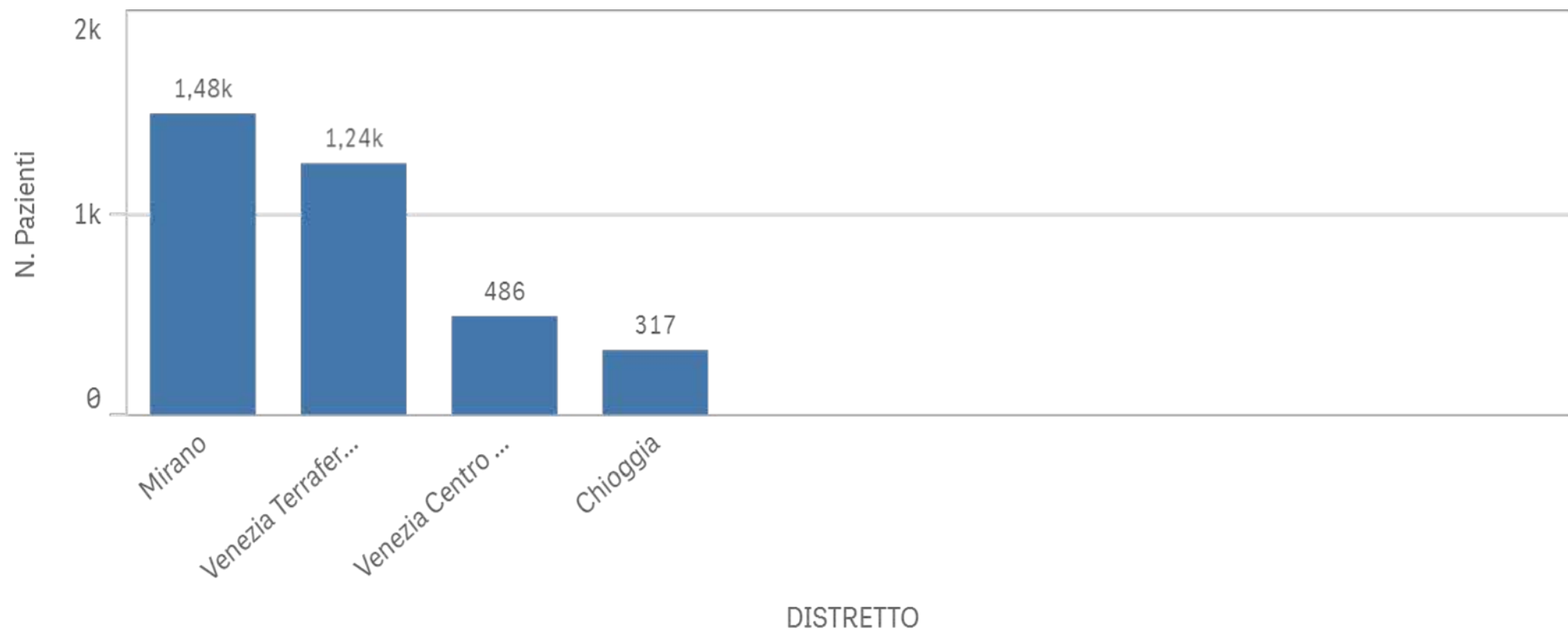
% dei pazienti in registro di patologia

## Andamento indagini

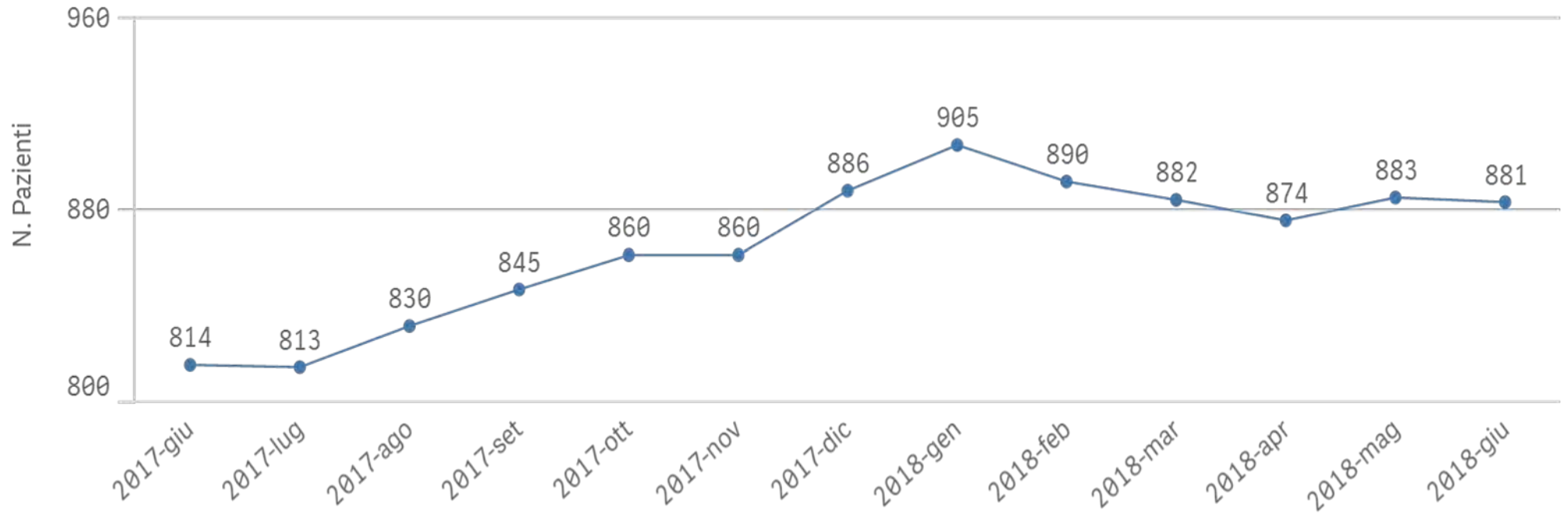


Andamento anno mobile prescrizioni di indagini di patologia

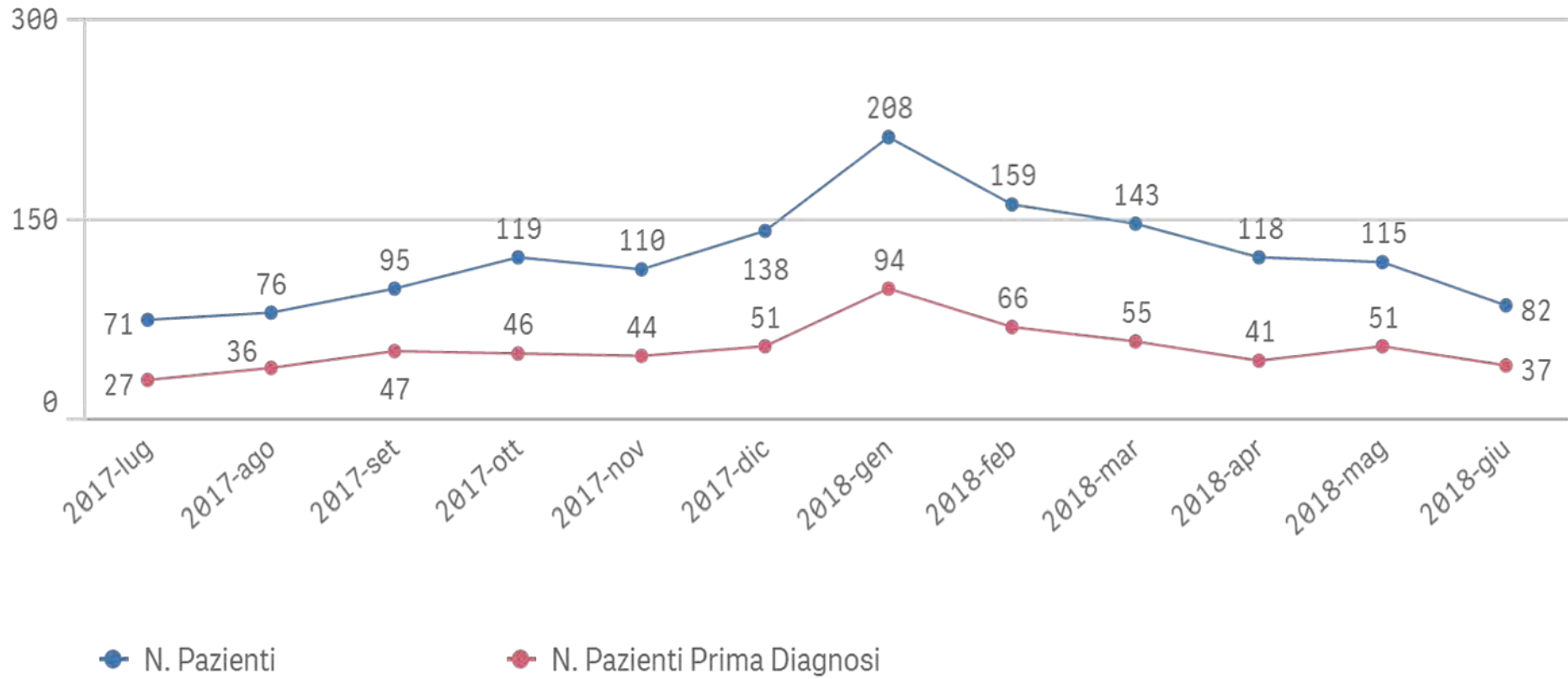
## N. Pazienti con indagine per carichi assistenziali



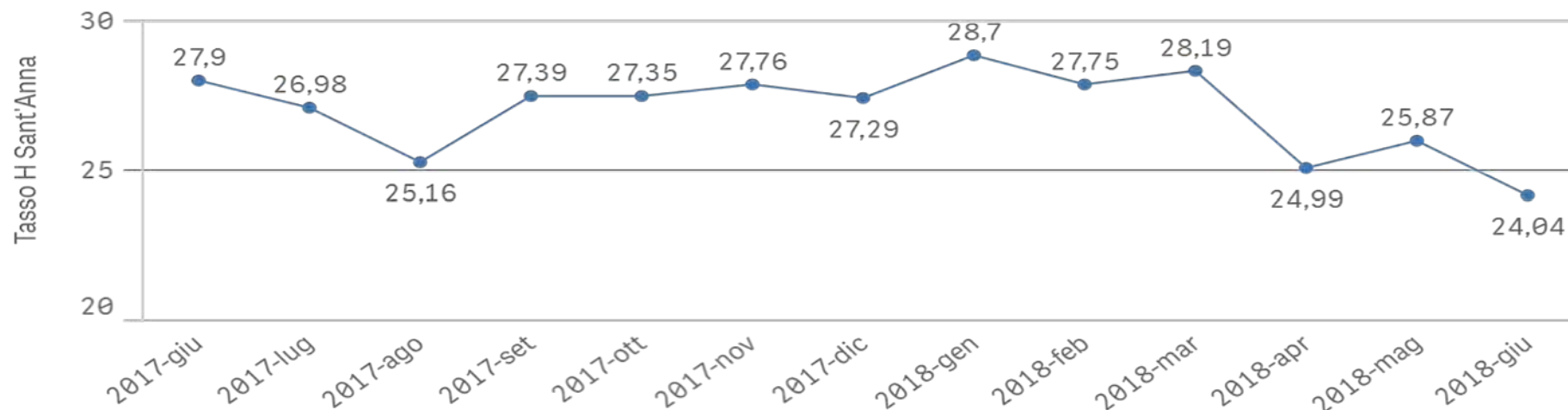
## Accessi al Pronto Soccorso per la Patologia (12 mesi)



## Accesso mensile al Pronto Soccorso per la Patologia

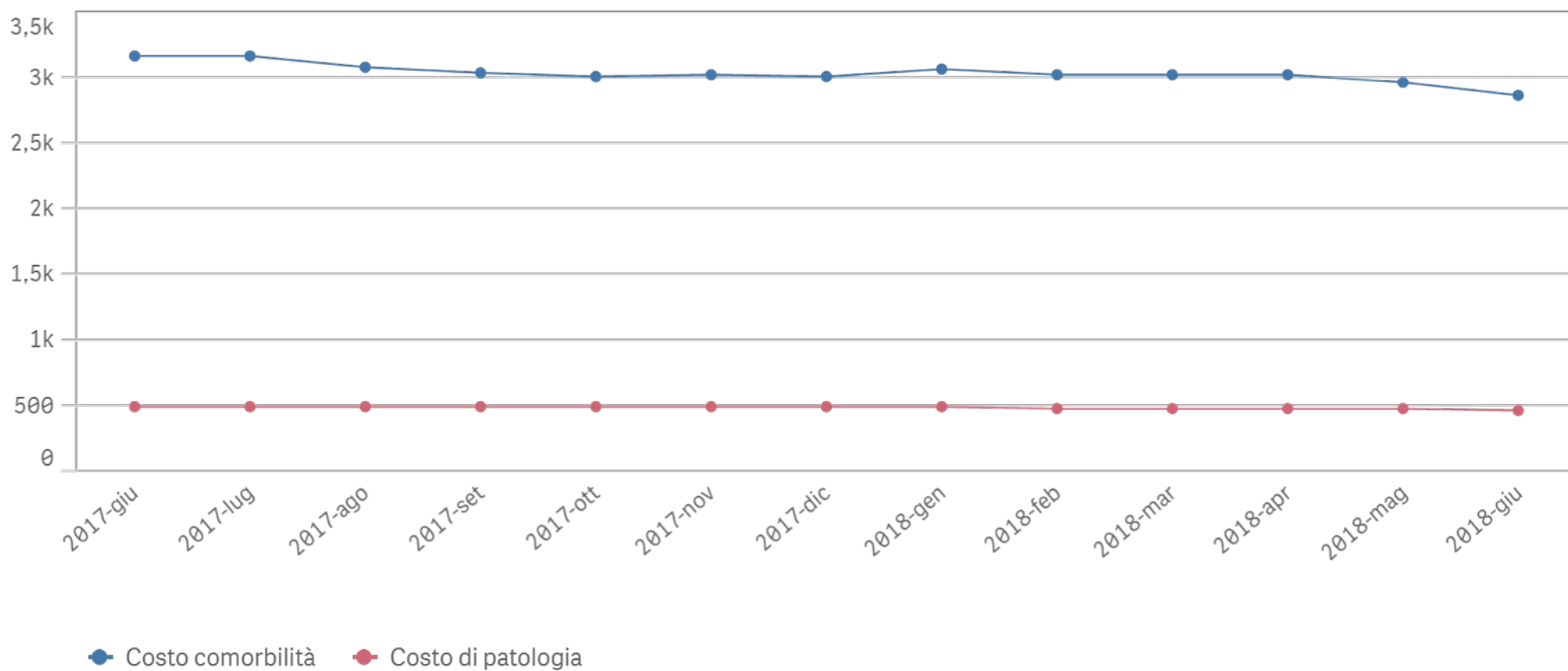


## Prevalenza Ricoverati



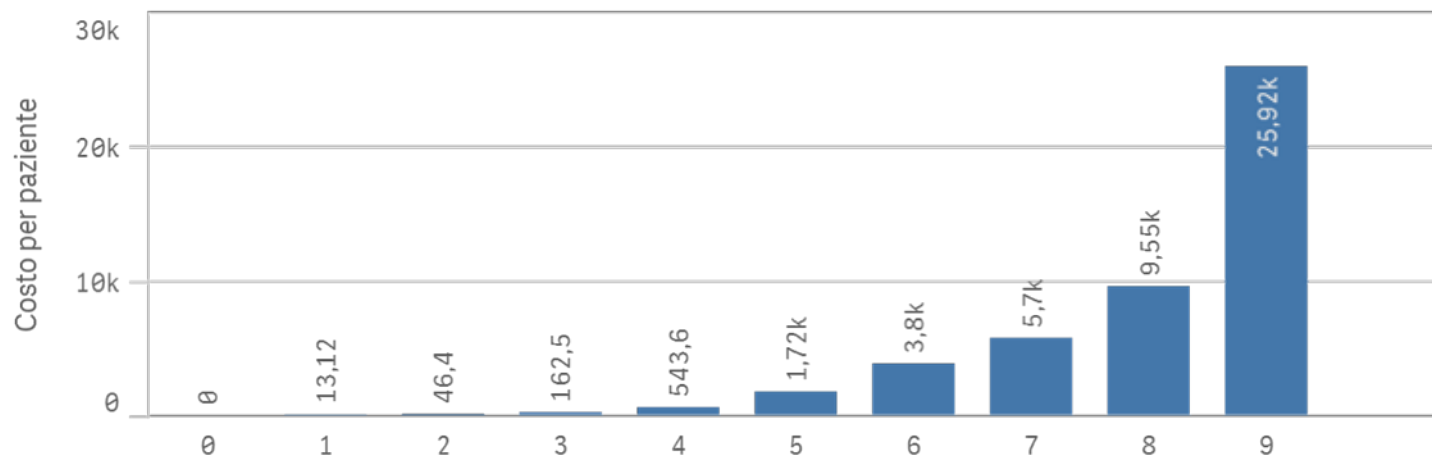
- E' calcolato secondo le metriche impiegate dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ristretto ai soli assistiti in carico all'ULSS
- fascia di età 50 – 74 anni
  - ricoveri ordinari extra ULSS inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva questa viene stimata sull'anno precedente
  - ICD9 in diagnosi principale
  - 490 – Bronchite, non specificato se acuta o cronica
  - 491\* - Bronchite cronica
  - 492\* - Enfisema
  - 496 – Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove
- Sono esclusi:
- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)
  - ricoveri in strutture private accreditate

## Costo PDTA per paziente

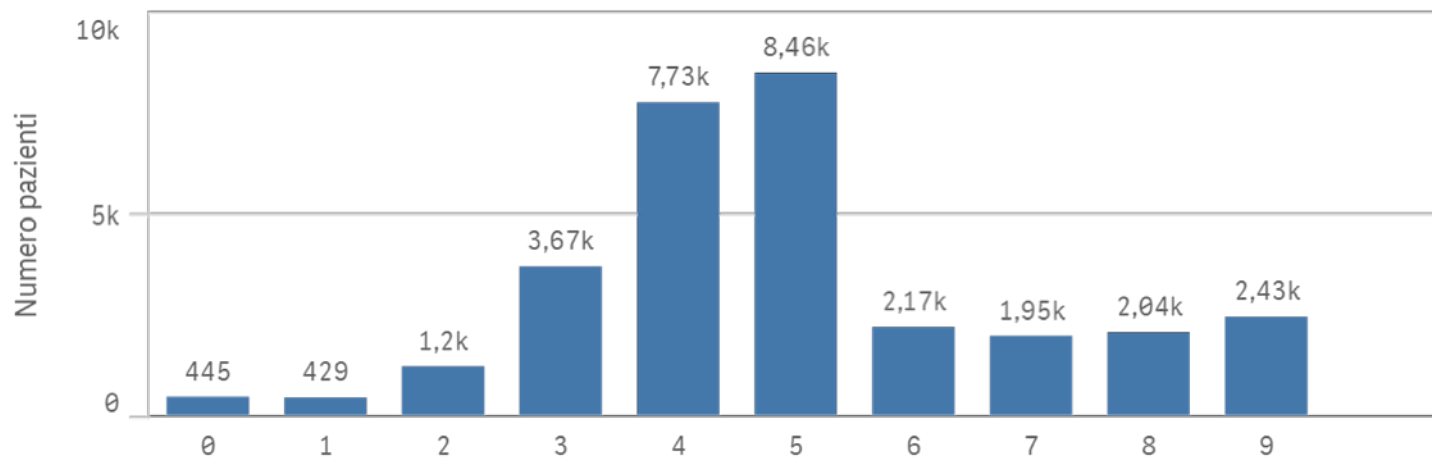




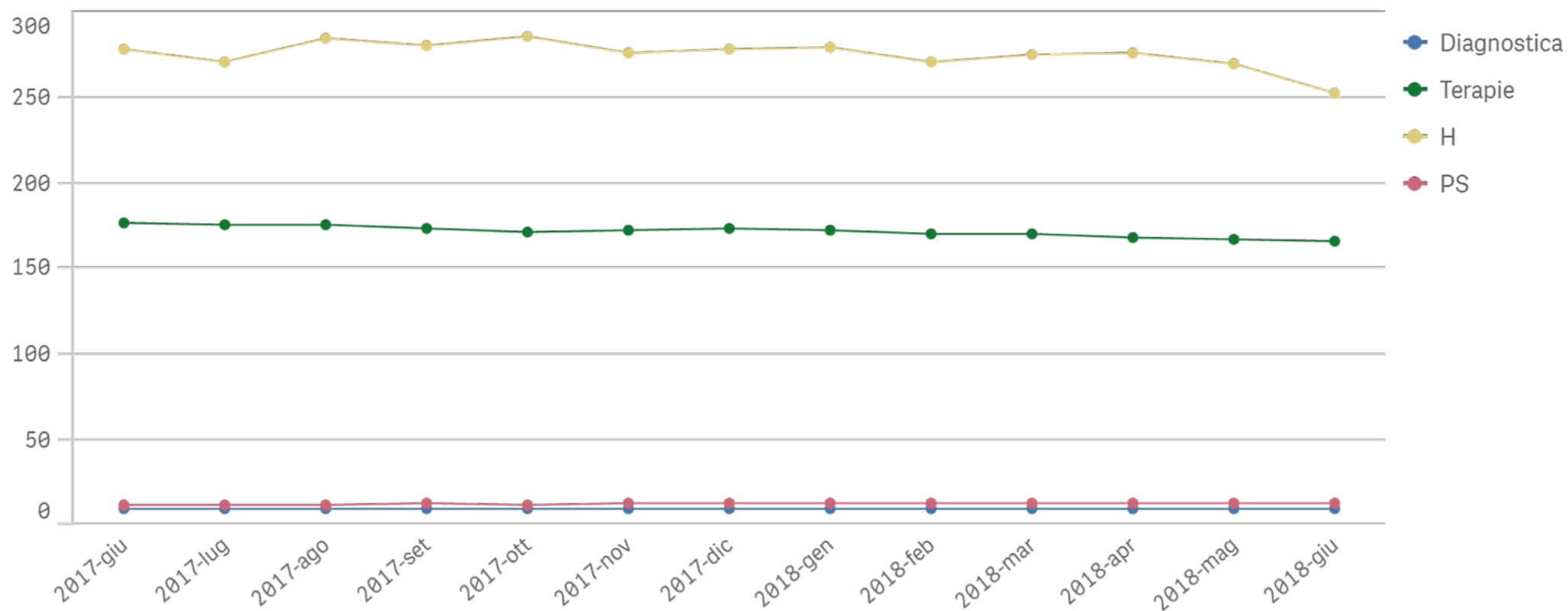
### Fasce di costo ACG



### Fasce di costo ACG



### Andamento costo dei processi di patologia per paziente



Diagnostica  
paziente  
€. 7,00

Terapie  
paziente  
€ 163,00

H  
paziente  
€. 250,00

PS  
paziente  
€. 10,00

MDGI vs Altri  
+ 17,73%

MDGI vs Altri  
+ 8,56

MDGI vs Altri  
-9,03

MDGI vs Altri  
+ 5,8%

Spesa AULSS per Patologia BPCO  
€. 9.092.412

Spesa AULSS per Comorbidità BPCO  
€. 60.020.629

**Anno mobile 072017 - 062018**

# Informazione scientifica collaborativa

*Segui le Tracce e Riduci le Distanze*



REGIONE DEL VENETO

Area Sanità e Sociale

## PDTA per la BPCO<sup>(1)</sup>

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 206 / DGR del 24/02/2015

OGGETTO:

Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (Pdta) per la gestione della bronco - pneumopatia cronica ostruttiva (Bpco).

**Percorso di formazione sul “campo”**  
per i Medici di Medicina Generale dell'ULSS 13:  
le Reti di Informazione Scientifica GSK e Menarini come  
**TUTOR per l'implementazione del PDTA**

**4 visite** destinate ai MMG delle MGI da parte del Tutor per illustrare i **4 capitoli** che compongono il **Dossier di Patologia BPCO:** <sup>(2)</sup>

1. Prevalenza
2. Stadiazione
3. Appropriatazza e aderenza
4. Riacutizzazione

## Segui le Tracce e Riduci le Distanze

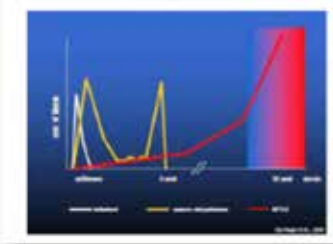
La BPCO è una patologia ad alto impatto in termini di mortalità e di costi<sup>1,2</sup>



Fig. 1 - Definizione delle cause di morte per BPCO (Broncopolmonare Disease in the United States, 1990 to 2010)   
 Adapted from the National Center for Health Statistics, Division of Respiratory and Circulatory Diseases

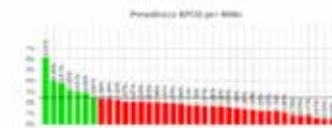
La durata media della BPCO la trasforma nella malattia più costosa, molto di più anche delle forme infettive gravi (con orizzonti temporali di alcune settimane) e di quelle neoplastiche (con orizzonti temporali comunque a cinque anni)<sup>3,4</sup>

Fig. 2 - Stile di vita e pattern di carenze nell'ambito delle più importanti patologie respiratorie



## Segui le Tracce e Riduci le Distanze

Modulo 1: Prevalenza della BPCO<sup>5,6</sup>



### Segui le Tracce

Attività di AUTOVALUTAZIONE: il medico potrà verificare ed eventualmente validare i potenziali pazienti con BPCO presenti sul "Report di prevalenza" codificando correttamente la patologia (vedi codice ICDIX) nella scheda paziente del proprio programma gestionale

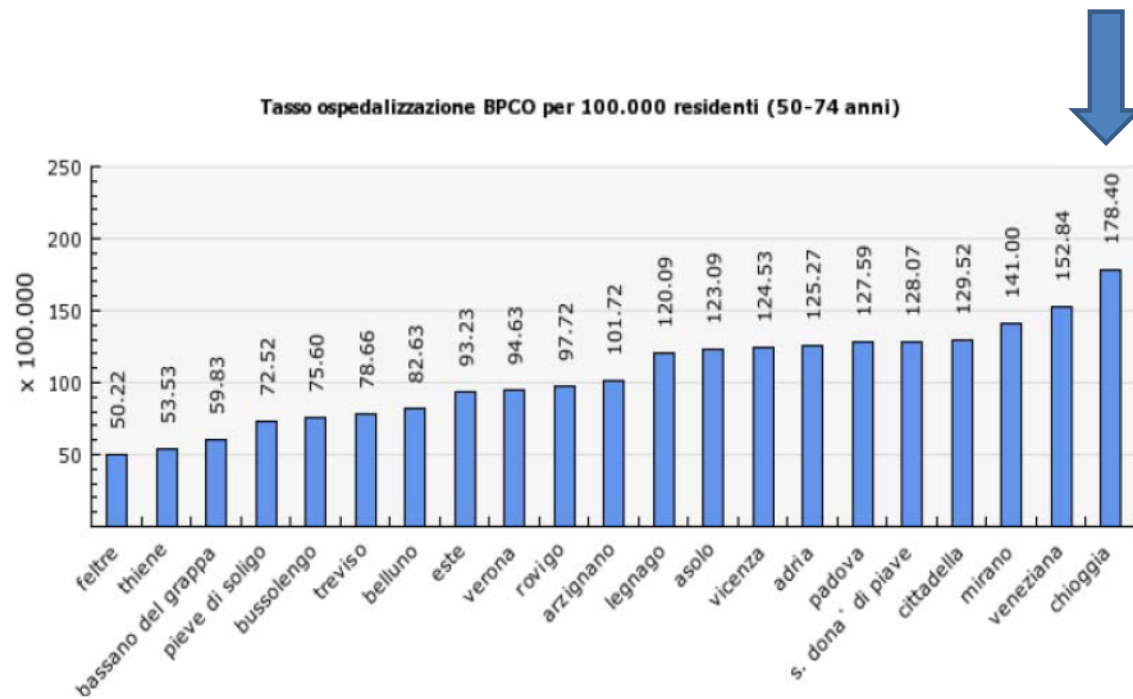
### Riduci le Distanze

dagli obiettivi di appropriatezza del PDTA

### Bibliografia

1. PDTA per la BPCO
2. Dossier di Patologia BPCO
3. HEALTH SEARCH, 2013-2014. Dati temporali per fasce d'età+45 anni
4. Hunter DJ, Reilly D. N Engl J Med. 2013; 369:1326-1343
5. GARD. La continuità assistenziale: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)

# Dati 2007 - 2008



## C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

