

Verso il PDTA della fibrillazione atriale

Stato dell' arte
della gestione della TAO
nelle 21 Aziende del Veneto

Dr.ssa Lucia Dalla Torre
Cure Primarie Ulss7



The poster features a background image of a young boy in a light blue shirt running on a grassy field, holding a large, flowing white sheet that trails behind him like a cape. The scene is set against a backdrop of a winding road and a lush green landscape under a clear sky.

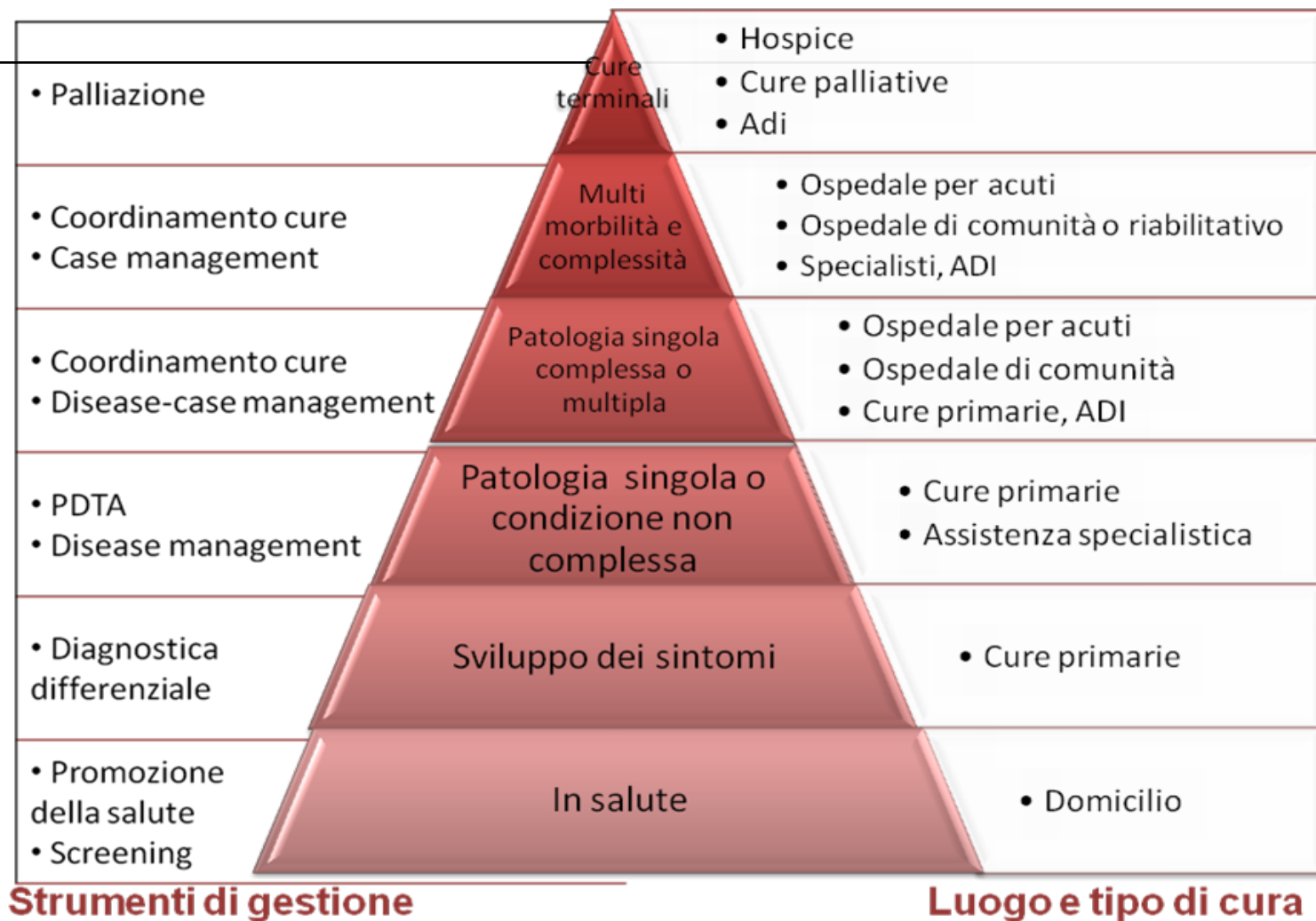
At the top, there are three logos: a stylized 'V' logo, the CARD logo (Centro Regionale Assistenza Diagnostica e Terapeutica Cardiologica), and the ASSODIS logo (Associazione Veneta Medici di Famiglia).

The main text is in large, bold letters: "TRA CORSI E RICORSI REGIONALI, I MIGLIORI PERCORSI DI GOVERNANCE DISTRETTUALI".

At the bottom, it reads: "CONVEGNO INTER REGIONALE VENERDÌ 5 DICEMBRE 2014 09.00 - 18.30".

Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio

(*Expanded CCM, Kaiser Permanente*)



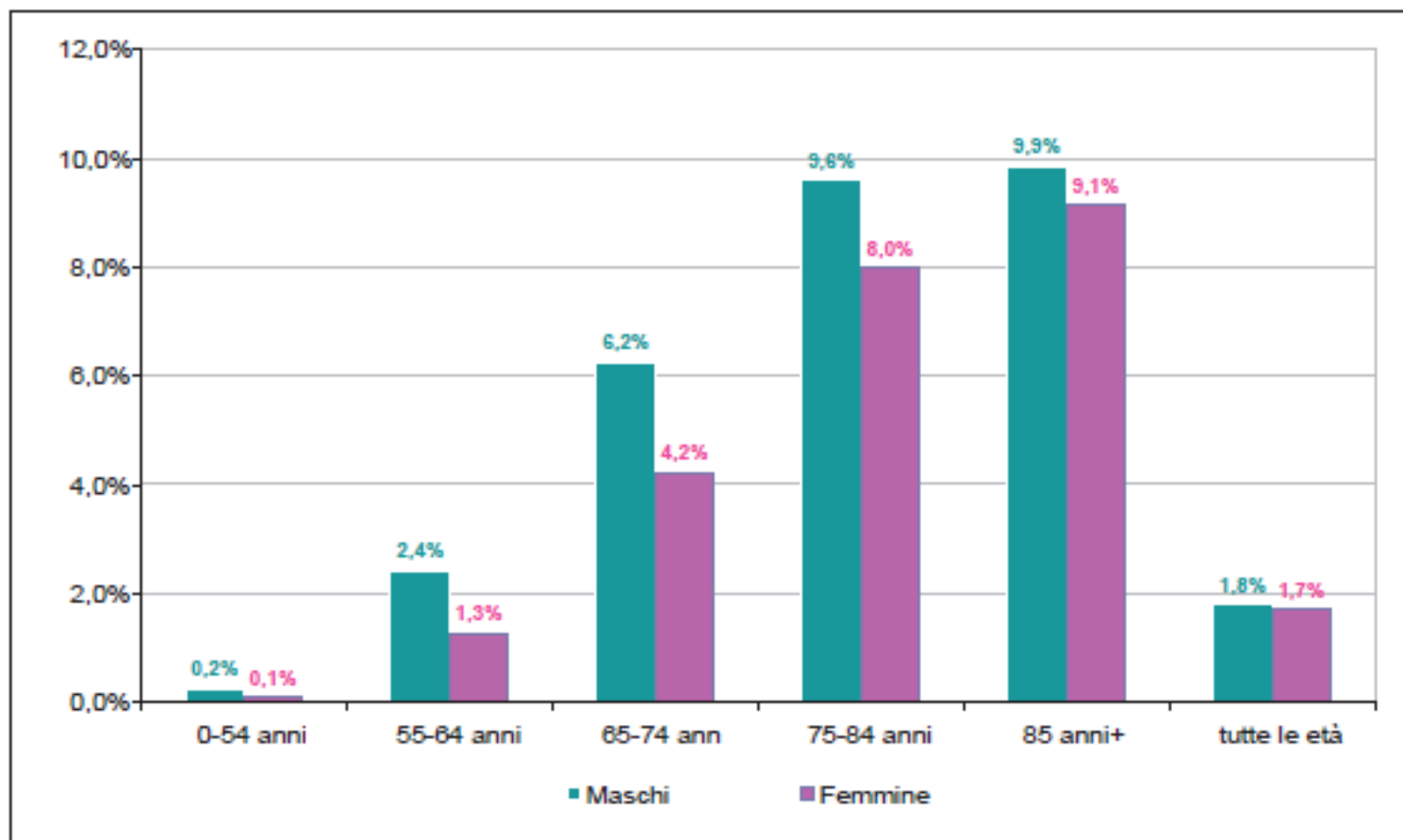


La fibrillazione atriale

- Patologia cronica ad elevato impatto organizzativo ed economico.
- Tra i principali fattori di rischio per l'ictus cerebri, che in Italia rappresenta la seconda causa di morte e la prima causa di disabilità nell'adulto, con oltre il 30% dei pazienti con infermità residua grave.

Gestione della Terapia Anticoagulante Orale: Modelli a Confronto nella Regione Veneto

Stima di prevalenza di fibrillazione atriale nella popolazione del Veneto: dati da Schede di Dimissione Ospedaliera (prevalenza su 100 abitanti).



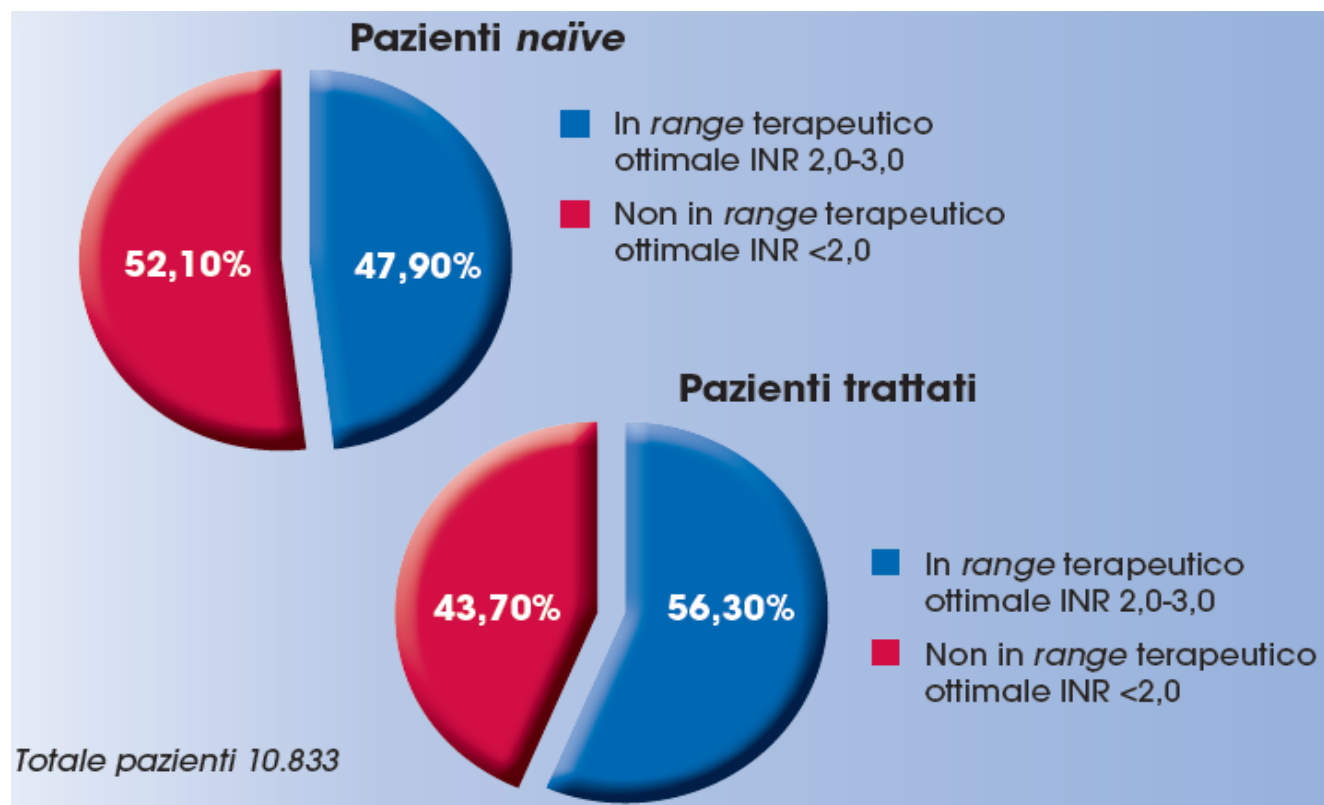


Alcuni dati in Veneto *(SER – bollettino EPI)*

- Ricerca Sanitaria Finalizzata Rete Ictus: percorso ospedaliero dei pazienti afferenti alle Stroke Units (2011-2012)
 - Causa cardioembolica 34.5% dei pazienti (più del 40% negli over75)
 - In quanti la FA era nota?
 - Di questi quanti erano in TAO?

Gestione della Terapia Anticoagulante Orale: Modelli a Confronto nella Regione Veneto

La TAO è un trattamento impegnativo sia per il paziente sia per il medico che la prescrive: il dosaggio varia da paziente a paziente e viene deciso in base a prelievi venosi per la determinazione dell'INR. L'efficacia e la sicurezza della TAO sono dipendenti dal mantenimento dell'INR nell'intervallo terapeutico



Gestione della Terapia Anticoagulante Orale: Modelli a Confronto nella Regione Veneto

Per questo motivo è necessaria un' adeguata organizzazione del percorso dei pazienti in TAO per ottimizzare la gestione e ridurre i rischi, effettuando una sorveglianza clinica ed educativa continua del paziente.

La sorveglianza clinica della TAO rappresenta una problematica di grande rilevanza:

- sanitaria (per le possibili complicanze di una inappropriata gestione della terapia)
- sociale (il paziente è frequentemente anziano e disagiato)
- economica (sia per i costi diretti che per quelli indotti in caso di complicanze).



Premessa

Obiettivo generale dichiarato dalla Regione del Veneto:

ottimizzare i percorsi di cura delle patologie rilevanti ad alto impatto sociale, organizzativo ed economico



Progetto

“Gestione TAO in Regione Veneto”

OBIETTIVI:

Fotografare l'attuale percorso di riferimento del paziente in TAO rappresentandone le specificità locali e fornendo elementi quantitativi per l'individuazione delle aree di miglioramento;

Definire un PDTA di valore, che recepisca le peculiarità organizzative e preveda indicatori per monitorarne la continua implementazione sul territorio

GLI OBIETTIVI DI UN PDTA “EVOLUTO”



● MIGLIORI OUTCOME CLINICI

● EFFICIENZA DEI PROCESSI

● SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

GLI ELEMENTI DA GARANTIRE

1 CONCRETEZZA	<ul style="list-style-type: none">• Elementi quantitativi• Fotografia puntuale del punto di partenza
2 APPLICABILITÀ	<ul style="list-style-type: none">• Rispetto delle specificità locali• Strumento operativo (non 100 pagine!!)
3 APPROPRIATO UTILIZZO DELLE RISORSE	<ul style="list-style-type: none">• Appropriately organizzativa• Appropriately terapeutica
4 MISURABILITÀ	<ul style="list-style-type: none">• Indicatori per il monitoraggio dell'efficace implementazione



GRUPPO DI LAVORO INTERDISCIPLINARE

Giovanna Scroccaro, *Referente progetto /Direttore Settore Farmaceutico Regione Veneto*

Mario Saugo, *Direttore Servizio Epidemiologico Regionale Regione Veneto*

Chiara Roni, *Settore Farmaceutico Regione Veneto*

Chiara Bovo, *Direttore Sanitario Az. Ulss 20 Verona*

Domenico Scibetta, *Direttore sanitario Az. Ulss 16 Padova*

Vittorio Pengo, *Cardiologo Referente CSA Az. Osp. Padova*

Margherita Andretta, *Farmacista Az. Ulss20 Verona*

Stefano Vianello, *Direttore Distretto Az. Ulss 13 Mirano*

Lucia Dalla Torre, *Medico Cure Primarie Az. Ulss7 Pieve di Soligo*

Maurizio Cancian, *MMG Az. Ulss7 Pieve di Soligo*

Agnese Maggi, *Business Integration Partners*

Jean Marie Franzini, *Business Integration Partners*

Lamberto Pressato, *Coordinatore progetto Cure Primarie Regione Veneto*



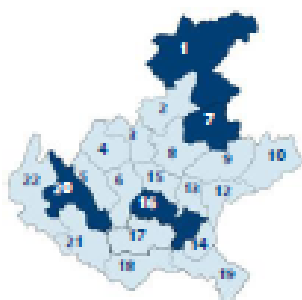
Fasi del progetto-1

- Definizione del percorso di riferimento e raccolta dati clinico epidemiologici
- Identificazione ambiti di miglioramento
- Sviluppo di un PDTA
- Formazione degli operatori e implementazione del PDTA

Fasi del progetto-2

Il percorso di analisi per la definizione del PDTA

Definizione delle aree di indagine



Rilevazione qualitativa

- Interviste individuali in 4 ULSS
- 28 referenti del percorso paziente



Rilevazione delle attuali modalità di gestione



Rilevazione quantitativa

- Questionario inviato a tutte le 21 ULSS della Regione
- 95% Percentuale di Rispondenti



Definizione percorso paziente



- Proposta di un PDTA da parte di un gruppo di lavoro interprofessionale
- Approvazione ed diffusione del PDTA

IN CORSO



Fasi di analisi - 1

- Questionario per 4 Ulss pilota (Belluno, Pieve di Soligo, Padova, Verona)

Interviste individuali a tutti i referenti del percorso paziente (MMG, Cardiologi, referenti CSA, farmacisti, referenti per i Distretti)



Fase di analisi - 2

- Rilevazione sulle 21 Ulss del percorso di riferimento del paziente in TAO
- Items:
 - presa in carico del paziente in TAO
 - Servizi domiciliari
 - Attività centri sorveglianza anticoagulante
- Periodo di rilevazione Aprile – Maggio
- Percentuale di risposta 95%



Fase di analisi – 3 *(in corso)*

- Analisi dati clinico-epidemiologici ed economici del percorso paziente tramite flussi amministrativi regionali
 - Flusso SDO
 - Flusso prescrizioni farmaceutiche
 - Flusso prescrizioni specialistiche

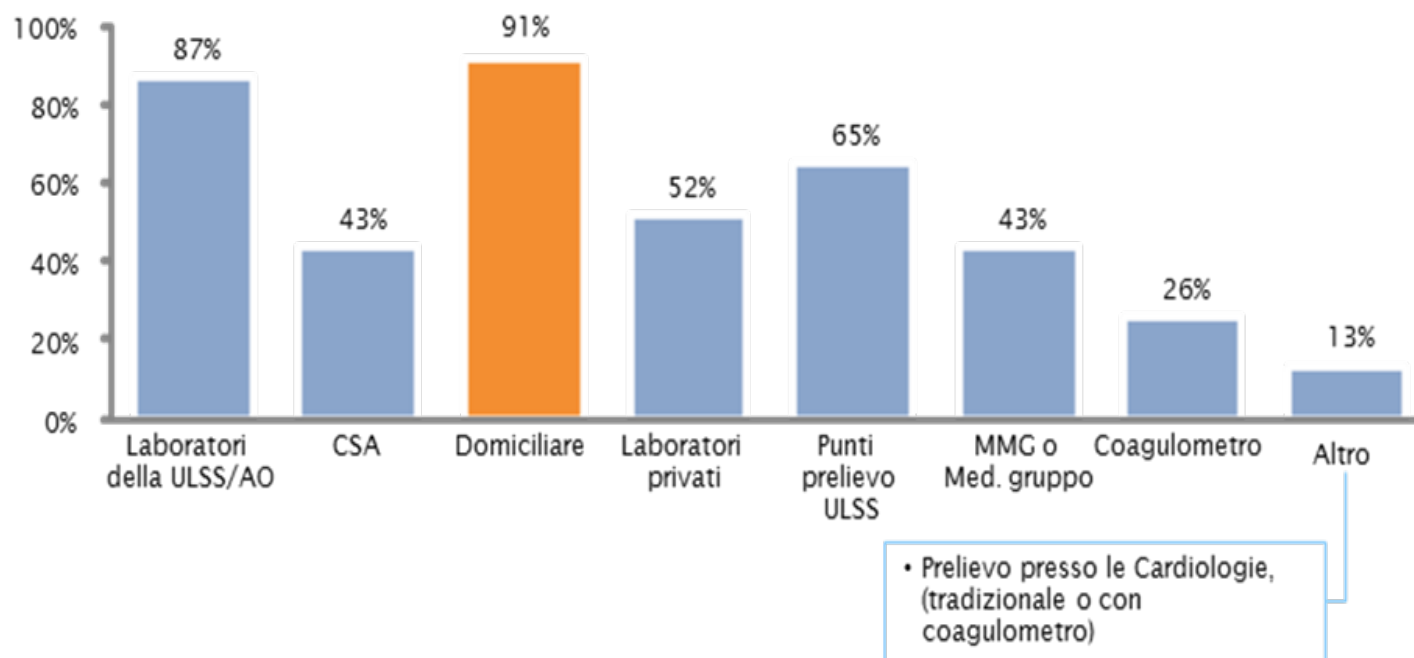


Risultati rilevazione: presa in carico

- Presenza protocolli: 50% Ulss
- Monitoraggio pazienti: solo 2 Ulss hanno un monitoraggio integrato con la cartella clinica del MMG
- Supporto al MMG: raccordo strutturato con CSA nel 39% dei casi
- Monitoraggio consumi: relativo ai NAO, per piani terapeutici (75%) e spesa (65%)
- Formazione: in tutte le Ulss sono state attivate progettualità ad hoc sui NAO
- Interventi suggeriti: informatizzazione (software per calcolo TTR), creazione di un registro di patologia, adozione coagulometri portatili

Setting presenti in Regione Veneto

Quali opzioni per l'esame dell'INR vengono offerte ai pazienti?



Nota: Base di Rilevazione 21 ULSS e 2 AO; Totale non uguale a 100% perché esclusi i non rispondenti .
Fonte: Rilevazione Aprile - Maggio 2014. Questionario di rilevazione delle modalità di gestione della TAO in Regione Veneto

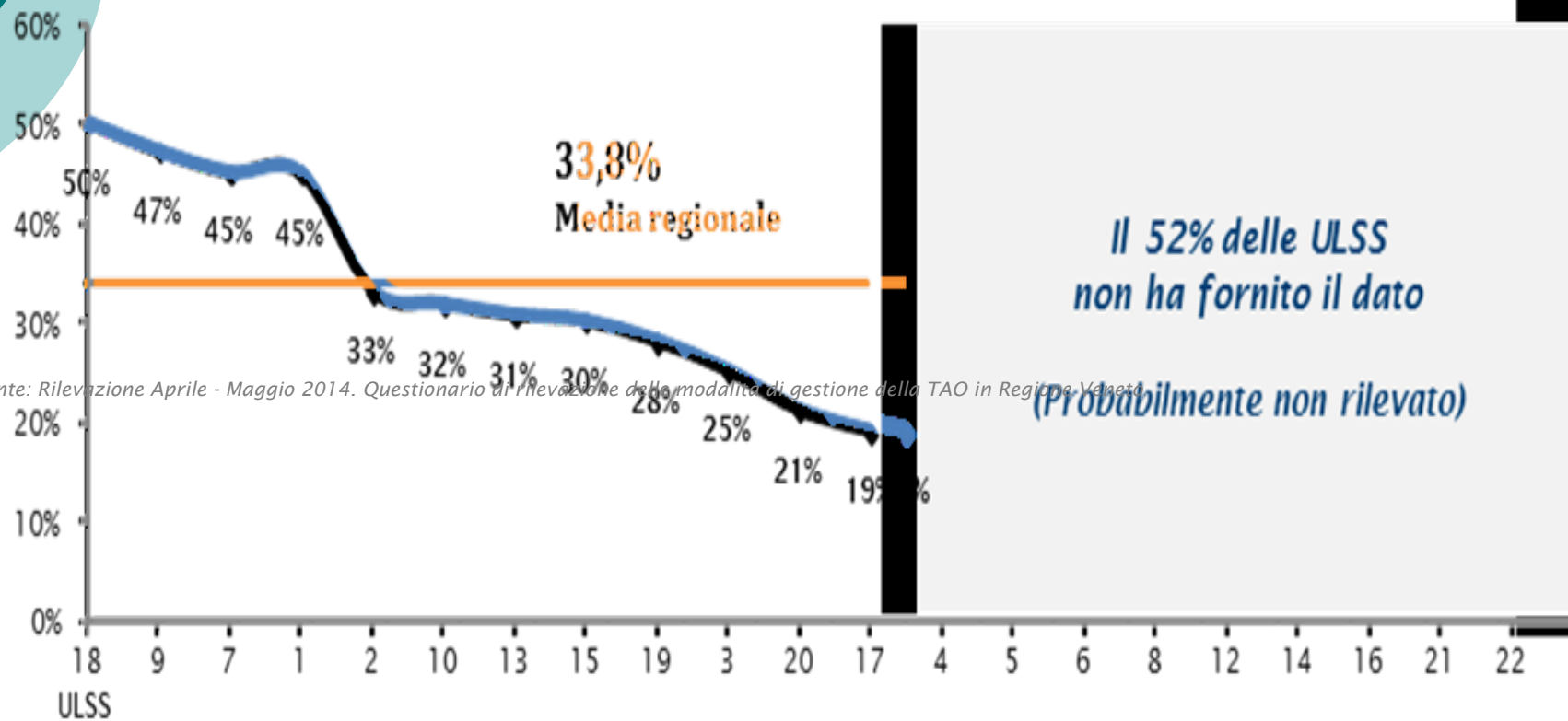


Risultati rilevazione: servizi domiciliari

- Criteri di accesso: pazienti non deambulanti (83), pazienti già in ADI (78%), pazienti impossibilitati a recarsi ai centri prelievo per motivi sanitari (70%)
- In media il 35% degli scoagulati in Veneto riceve il prelievo a domicilio (fino al 50% in alcune Ulss)
- Nella maggioranza delle Ulss il prelievo viene garantito da personale dipendente, solo 4 Aziende si affidano a cooperative infermieristiche
- In 6 Ulss il prelievo prevede anche la lettura dell'esame con coagulometro portatile

Servizio domiciliare

Pazienti che accedono al di servizio di prelievo domiciliare sul totale dei pazienti in TAO (%)



Fonte: Rilevazione Aprile - Maggio 2014. Questionario di rilevazione delle modalità di gestione della TAO in Regione Veneto.



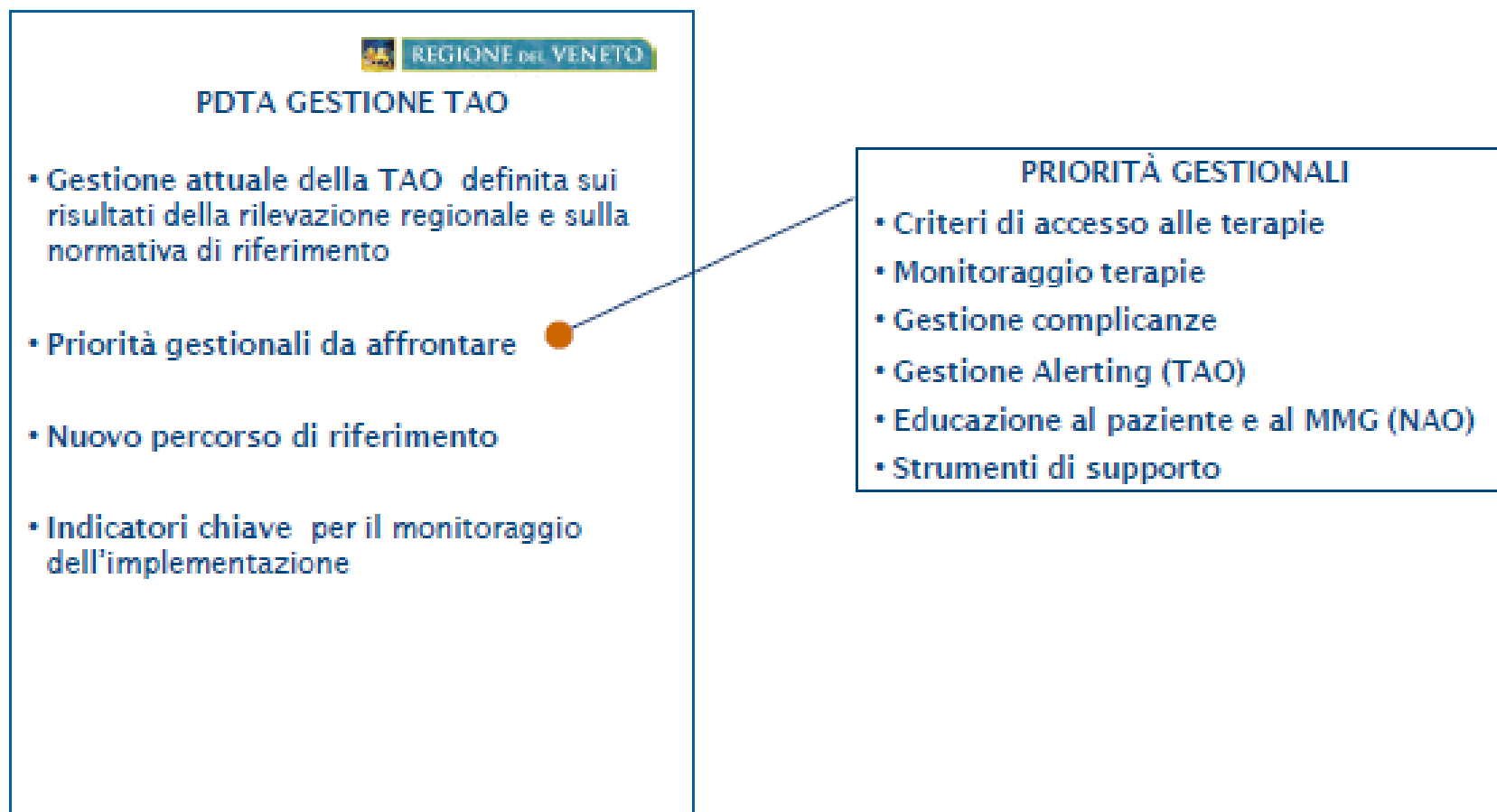
Risultati: CSA

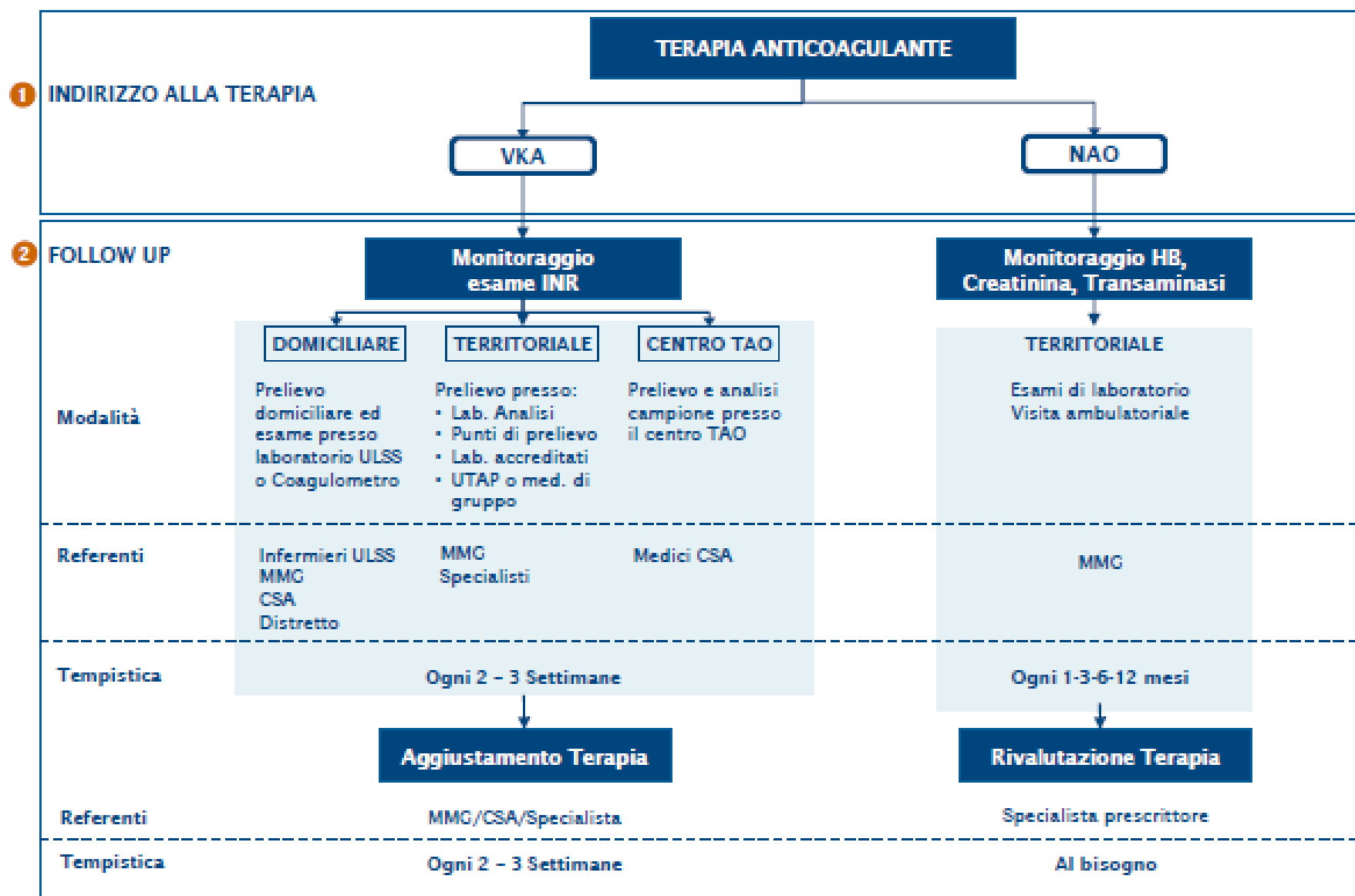
- 14 CSA nel Veneto
- In media monitorano 700 pazienti ciascuno, sono pochi i centri di grandi dimensioni (3 con >1000 pz)
- Oltre il 40% dei CSA NON ha criteri di accesso condivisi e formalizzati per la selezione dei pazienti seguiti
- 12/14 csa hanno un raccordo strutturato con MMG (n° tel dedicato, mail)

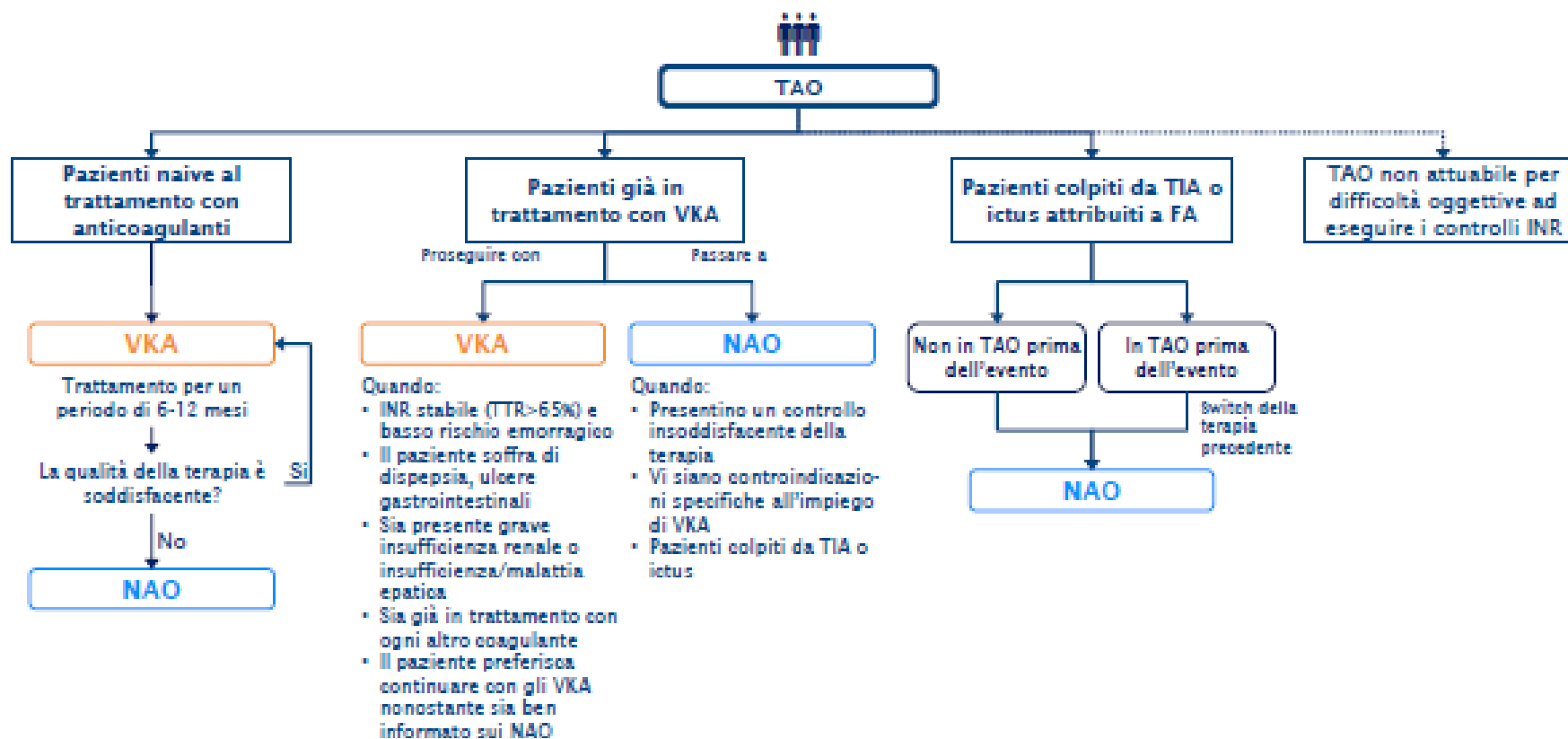


Risultati: sistema di alerting

- 83% delle Ulss hanno procedure per attivare un aggiustamento della terapia se INR a rischio (70% strutturato con protocolli)
- Ampia variabilità circa i valori fuori range








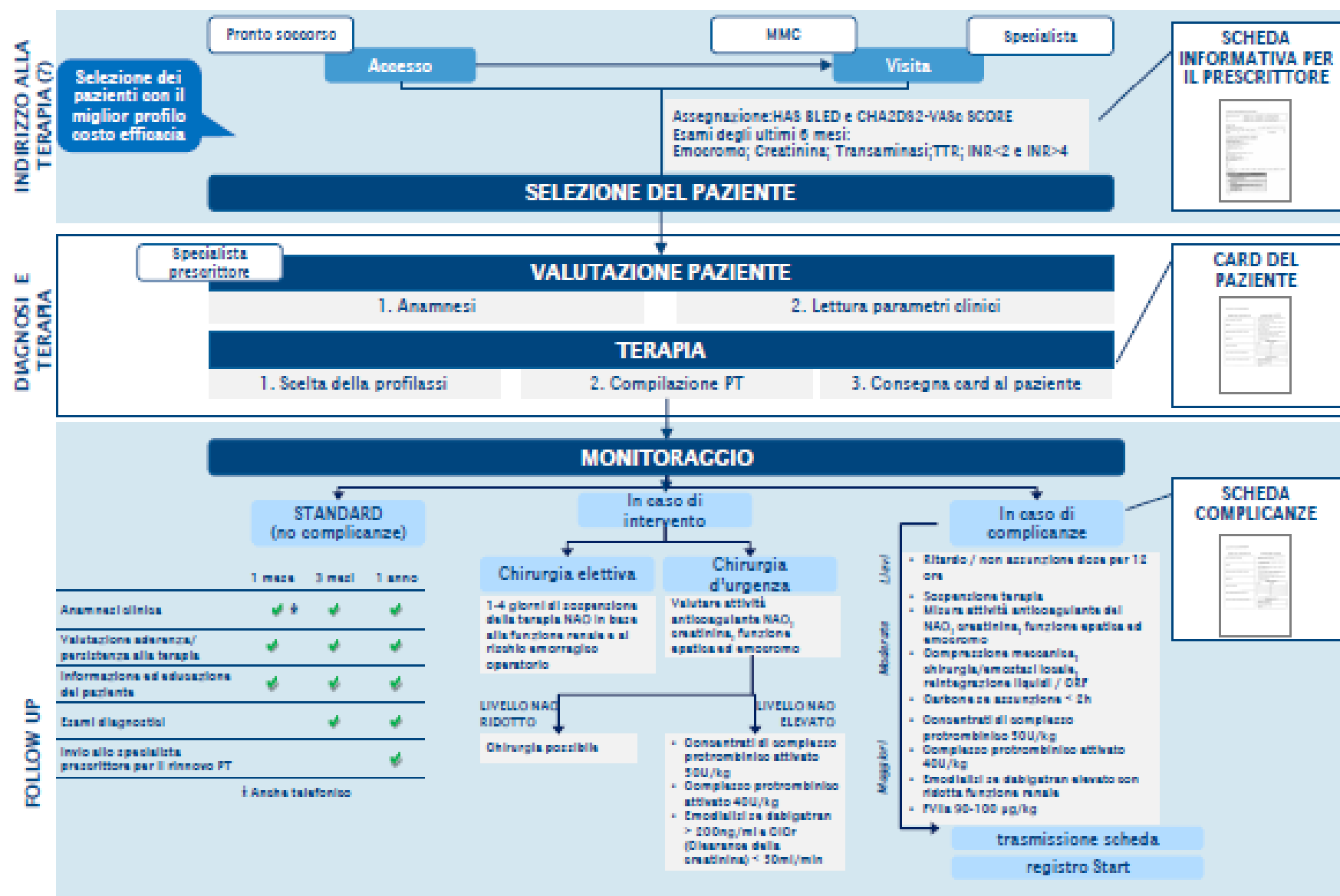


VKA NAO

Il passaggio deve avvenire come segue:

- Da VKA ad dabigatran o apixaban: sospendere AVK e iniziare il trattamento non appena INR <2
- Da VKA a rivaroxaban: sospendere AVK e iniziare il trattamento non appena INR <3

MODELLI DI GESTIONE		CENTRO TAO	TERRITORIALE	DOMICILIARE	
% Pazienti		 13%*	 53%*	 34%*	
FASI DEL PERCORSO	PRELIEVO	Centro TAO	Prelievo presso <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio di Analisi • Punti di prelievo Periferici • Laboratori accreditati • UTAP o medicine di gruppo 	TRADIZIONALE	SPERIMENTAZIONE COAGULOMETRI
	ESAME CAMPIONE	Centro TAO	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio di Analisi • Centro TAO • Point of care (collegato con laboratorio analisi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio di Analisi • Centro TAO 	Esame con coagulometro presso il domicilio del paziente
	REFERTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Online accessibile a paziente e MMG • Integrato con cartella clinica • Inviato a MMG • Ritirato da paziente 	<ul style="list-style-type: none"> • Online accessibile a paziente e MMG • Integrato con cartella clinica • Inviato a MMG • Ritirato da paziente • Immediato (con point of care) 	<ul style="list-style-type: none"> • Online accessibile a paziente e MMG • Integrato con cartella clinica • Inviato a MMG • Ritirato da paziente 	Immediato
	ALERTING (Referenti)	<ul style="list-style-type: none"> • MMG • Paziente o Caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • MMG • Paziente o Caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • MMG • Paziente o Caregiver • Distretto 	<ul style="list-style-type: none"> • MMG • Paziente o Caregiver • Distretto
	AGGIUSTAMENTO E MONITORAGGIO DELLA TERAPIA	Medico del Centro TAO	Medico di medicina generale	Medico di medicina generale	Medico di medicina generale CSA



PRIORITÀ DA AFFRONTARE



PRESA IN CARICO	Definire i criteri di accesso ai Centri TAO
PRELIEVO	Definire i criteri di accesso alle diverse opzioni di prelievo
REFERTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> Definire le modalità di invio dei referti degli esami INR a pazienti e MMG Condivisione dati clinici tra operatori (MMG-Centri TAO-specialista)
ALERTING	Definire valori soglia e meccanismi di alerting
AGGIUSTAMENTO E MONITORAGGIO DELLA TERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> Strumenti di supporto attesi (es. software per calcolo TTR, DSS- decision support system per il dosaggio) Strutturazione dei riferimenti di secondo livello (es. raccordo MMG-specialista/centro TAO)

PRIORITÀ DA AFFRONTARE



IDENTIFICAZIONE BISOGNO	Criteri di accesso alle terapie
DIAGNOSI E TERAPIA	Strumenti di supporto
FOLLOW UP	<ul style="list-style-type: none"> • Educazione al paziente • Informazione e formazione al MMG (NAO) • Gestione delle complicanze • Monitoraggio terapie

1	% ACCESSO ALLE DIVERSE FORME DI PRELIEVO	Da monitorare sui pazienti in TAO Da monitorare attraverso registro pazienti gestiti a domicilio, registri pazienti CSA, esami dei laboratori e punti di prelievo
2	% ACCESSO ALLE DIVERSE FORME DI MONITORAGGIO	Da monitorare sui pazienti in TAO Da monitorare attraverso registro pazienti gestiti a domicilio, registri pazienti CSA, esami dei laboratori e punti di prelievo
3	% ASL CON RACCORDO STRUTTURATO TRA MMG E CENTRI TAO	Da monitorare su tutte le ULSS Da monitorare attraverso questionario da inviare alle ULSS periodicamente
4	% ASL CON SISTEMA DI ALERTING IMPLEMENTATO	Da monitorare su tutte le ULSS Da monitorare attraverso questionario da inviare alle ULSS periodicamente
5	% ASL CON RIFERIMENTO STRUTTURATO PER CONSULENZE SU NAO	Da monitorare su tutte le ULSS Da monitorare attraverso questionario da inviare alle ULSS periodicamente
6	LIVELLO DI DIFFUSIONE STRUMENTI DI SUPPORTO	Da monitorare su tutte le ULSS Da monitorare attraverso questionario da inviare alle ULSS periodicamente relativo alla diffusione di software per calcolo TTR, posologia farmaco

1 % PAZIENTI IN PROFILASSI

Da stimare su consumi da flussi amministrativi
Da monitorare ex-post nei pazienti che abbiano avuto ictus con precedente diagnosi di FA (esempio - slide con analisi)

2 % PAZIENTI TRATTATI IN MODO APPROPRIATO

Da monitorare sui pazienti con ictus e precedente diagnosi di FA
Da monitorare attraverso i flussi delle prescrizioni farmaceutiche per pazienti con FA identificati attraverso le diagnosi (principali e secondarie) delle SDO

3 % PAZIENTI IN TTR

Da calcolare su tutti i pazienti in terapia anticoagulante orale
Da monitorare attraverso i flussi amministrativi dei CSA e dalle cartelle MMC

4 ADERENZA ALLA TERAPIA

Da calcolare sui flussi farmaceutici
Da monitorare attraverso i flussi amministrativi dei CSA e dalle cartelle MMC

5 RICOVERI PER DIAGNOSI PRINCIPALE DI FA

Da calcolare su tutti i residenti della Regione
Da monitorare attraverso il flusso SDO per tutti i pazienti ricoverati con diagnosi principale di FA

6 RICOVERI PER ICTUS

Da calcolare su tutti i residenti della Regione
Da monitorare attraverso il flusso SDO per tutti i pazienti con almeno 1 diagnosi di ictus (codici 430-.438)

7 MORTALITÀ PER ICTUS

Da calcolare su tutti i pazienti con 1 diagnosi di ictus
Da monitorare attraverso i flussi amministrativi della regione (flusso SDO) e dati anagrafici della Regione (Intraospedaliera, a 1 mese, ad 1 anno)



Una riflessione finale

- Perché PDTA regionali?
- PDTA: Possiamo Davvero Trasformare Approccio (lettura trasversale)
 - Da prestazioni a percorsi
 - Da professionisti in struttura a professionisti in team
 - Da tetti di spesa in “silos” a risorse investite (ma anche *savings*) nel percorso
 -
- Le Aziende e i Distretti saranno mai misurati sugli indicatori di processo ed esito dei PDTA?