



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Workshop

**MaCro e PrOsE: misure di processo e di esito
per il monitoraggio ed il miglioramento dei servizi**

Firenze, 11 dicembre 2015

**La MaCro per il monitoraggio, la governance e
la valutazione delle Cure Primarie**

Il report di AFT e CdS

Valentina Barletta

Osservatorio di Epidemiologia

valentina.barletta@ars.toscana.it

Regione Toscana



Agenzia regionale di sanità della Toscana

www.ars.toscana.it

1 July 1998

A First Class Service

Quality in the new NHS

What is clinical governance?

Clinical governance can be defined as a framework through which NHS organisations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish.

- Il termine **governance** deve essere inteso come “gestione dei processi di consultazione e concertazione per il raggiungimento degli obiettivi”



- Pertanto, il governo clinico non può essere imposto dall'alto o dall'esterno, ma consegue all'interazione di molteplici attori che si autogovernano, influenzandosi reciprocamente



Un nuovo modello di governo clinico ...

- Da semplice responsabilizzazione dei medici di scelta sulle implicazioni economiche dei propri comportamenti in termini di spesa
- Ad un **sistema di relazioni** tra chi ha responsabilità cliniche e chi ha responsabilità organizzative, **basato sulla fiducia**, finalizzato al miglioramento della **qualità** dei servizi, tramite il raggiungimento di **obiettivi condivisi**

Roberto Grilli GOVERNO CLINICO: INNOVAZIONE O DÉJÀ VU?

Clinical Governance Tools & Skills

Evidence-based Health Care

- Evidence-based Practice
- Knowledge & Data Management
- Practice Guidelines → Care Pathways
- Health Technology Assessment
- Clinical Audit & Quality Measures
- Risk Management
- CME, professional training and accreditation
- Research & Development
- Staff Management
- Consumers Involvement

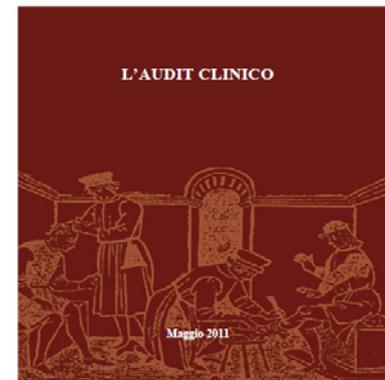
*Modificata da:
Cartabellotta A, et al
Sanità & Management
Novembre 2002*



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI
ESSENZIALI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
Ufficio III

AUDIT CLINICO



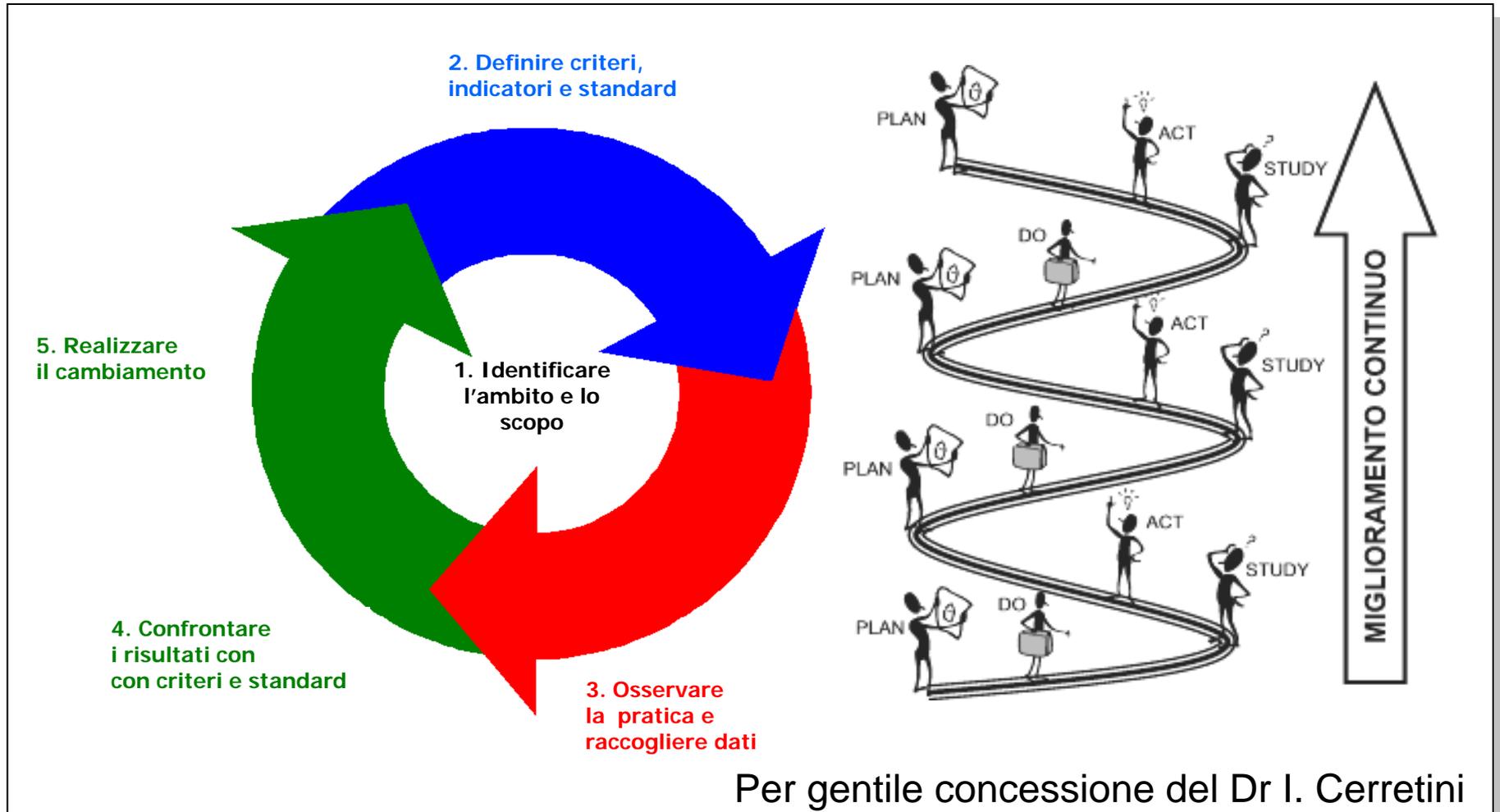
Il **Ministero della Salute**, nel 2006, ha definito l'**Audit clinico** come:

Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità
www.ars.toscana.it

Il Ciclo e la spirale dell'audit clinico



Processo ciclico, sistematico e condotto tra pari,
senza finalità ispettiva o di controllo (Cartabellotta 09)

Elemento essenziale per audit clinico = informazioni valide, omogenee e accessibili a tutti gli attori

Informazioni registrate dai mmg

- valide (gold standard) ma
- non da tutti raccolte e non in modo standardizzato
- alcune informazioni non disponibili

Reportistiche aziendali (attuali)

- finalizzate soltanto a responsabilizzazione medici sulle implicazioni economiche dei comportamenti
- spesso disomogenee per disponibilità, contenuti e definizioni

Difficoltà nel confronto e nel benchmarking



I report di AFT: reportistiche a supporto dell'audit

- Dati **Sistema Informativo Sanitario Regionale**
- **Informazioni su:**
 - **tutti gli assistiti**
 - profilo anagrafico e case-mix
 - volumi prestazioni sanitarie erogate (esclusi farmaci)
 - Ospedalizzazione e accesso al PS
 - **assistiti con specifiche condizioni croniche**
 - indicatori di processo (adesione pdta!)
 - volumi specifici pacchetti prestazioni sanitarie (farmaci, visite specialistiche, diagnostica)



Informazioni (validate) prodotte da dati correnti che ...

- Si affiancano alle informazioni prodotte direttamente dai MMG per
 - rendere un set condiviso di informazioni disponibili in modo uniforme su tutto il territorio
 - integrarle con informazioni non immediatamente disponibili ai MMG
 - fornire benchmark delle misure

Profilo anagrafico e case-mix assistiti

1 Informazioni generali sull'AFT

Sono considerati tutti i soggetti ultra15enni residenti in Toscana presenti in anagrafe sanitaria al 01/07/2014. Dal stessa anagrafe si stabilisce l'attribuzione di un assistito a un MMG.

Numero di medici appartenenti all'AFT: **22**

Numero totale di assistiti dell'AFT: **24477**

Numero medio di assistiti per medico dell'AFT: **1112,6** (range: 126-1557)

		AFT		Zona	ASL	Regione
		Num.	%	%	%	%
Sesso	Maschi	10752	43,9	38,3	37,5	39,2
	Femmine	13725	56,1	45,5	43,0	43,4
Classe d'età	16-44	7964	32,5	29,4	28,8	31,0
	45-64	8068	33,0	29,6	28,3	29,2
	65-84	6808	27,8	23,7	22,5	22,6
	85+	1637	6,7	5,7	5,1	4,9
Comune di residenza	Alta densità	24138	98,6	78,9	67,9	64,3
	Bassa densità	339	1,4	1,2	12,7	18,5
Cittadinanza	NA	77	0,4	0,6	0,5	0,5
	Italiana	21689	88,6	70,3	68,9	70,5
	PSA	319	1,3	1,6	1,3	0,6
	PFPM	2392	9,8	10,4	8,3	7,9
Charlson index	0	23821	97,3	77,9	74,2	74,9
	1	135	0,6	0,5	0,5	0,5
	2+	521	2,1	1,8	1,8	1,7

informazioni su tutti gli assistiti dell'AFT



2	Indicatori sulle visite specialistiche, percorsi riabilitativi e assistenza domiciliare	7
2.1	Spesa per assistito pesato per visite specialistiche	8
2.2	Tasso di visite specialistiche complessivo	9
2.3	Tasso visite cardiologiche	10
2.4	Tasso di visite dermatologiche	11
2.5	Tasso di visite ORL	12
2.6	Tasso di visite ortopediche	13
2.7	Tasso di visite oculistiche	14
2.8	Tasso di visite ginecologiche	15
2.9	Tasso di visite neurologiche	16
2.10	Spesa percorso riabilitativo n.3 per assistito pesato	17
2.11	Percentuale di assistiti 65+ sottoposti a valutazione multidimensionale	18
2.12	Percentuale Assistiti 65+ anni presi in carico nell'anno in Assistenza Domiciliare Integrata o Programmata	19
3	Indicatori sull'attività di diagnostica strumentale e di laboratorio	20
3.1	Tasso prestazioni TAC totali	21
3.2	Tasso prestazioni TAC articolari e rachide 65+ anni	22
3.3	Tasso prestazioni RMN totali	23
3.4	Tasso prestazioni RMN muscolo-scheletriche e alla colonna 65+ anni	24
3.5	Numero medio di indagini diagnostiche strumentali e per immagini pro capite	25
3.6	Spesa per assistito pesato per indagini diagnostiche strumentali e per immagini	26
3.7	Numero medio di indagini diagnostiche di laboratorio pro capite	27
3.8	Spesa per assistito pesato per indagini diagnostiche di laboratorio	28
4	Indicatori sull'ospedalizzazione e l'accesso al pronto soccorso	29
4.1	Tasso di ospedalizzazione per complicanze acute del diabete	30
4.2	Tasso di ospedalizzazione per complicanze croniche del diabete	31
4.3	Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato	32
4.4	Tasso di ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori in pazienti con diagnosi di diabete	33
4.5	Tasso di ospedalizzazione per BPCO (assistiti 45+)	34
4.6	Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco	35
4.7	Tasso di ospedalizzazione per disidratazione	36
4.8	Tasso di ospedalizzazione per polmonite	37
4.9	Tasso di ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario	38
4.10	Tasso di ospedalizzazione per angina pectoris senza procedure	39
4.11	Tasso di ospedalizzazione per asma nell'adulto	40
4.12	Tasso di ospedalizzazione per patologie correlate allo scompenso	41
4.13	Tasso di ospedalizzazione (reparti per acuti, regime ordinario, DRG medici)	42
4.14	Percentuale ricoveri DRG medici nel weekend	43
4.15	Tasso di ospedalizzazione (regime day-hospital - DRG medici)	44
4.16	Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 gg	45

informazioni sugli assistiti con malattia croniche

Prevalenti MaCro per:

- Diabete
- Ipertensione
- Cardiopatìa ischemica
- Scompenso cardiaco
- Ictus
- BPCO



I prevalenti MaCro e indicatori di processo

Algoritmi di identificazione delle patologie in base a:

- SDO
- Prestazioni ambulatoriali
- Farmaceutica
- Esenzione per patologia



5 Indicatori sulla cura dei pazienti con diabete

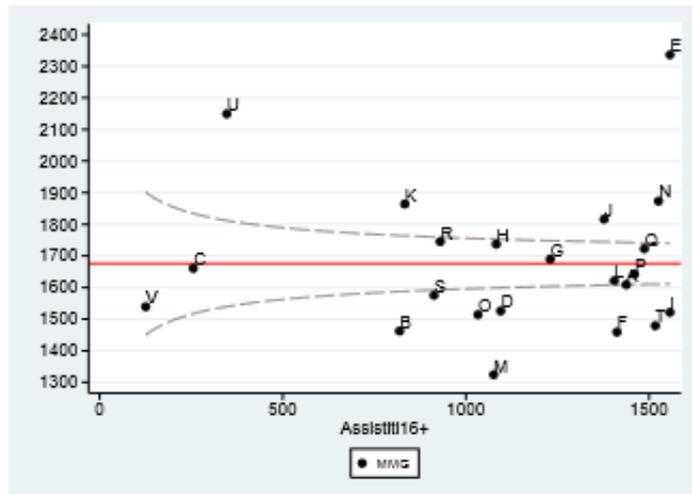
- 5.1 Numero assistiti 45+ anni con un monitoraggio della glicemia nei 3 anni precedenti
- 5.2 Prevalenza diabete
- 5.3 Percentuale di assistiti diabetici con almeno un esame emoglobina glicata nell'ultimo anno
- 5.4 Percentuale di assistiti diabetici con almeno un esame microalbuminuria nell'ultimo anno
- 5.5 Percentuale di assistiti diabetici con almeno un esame creatininemia nell'ultimo anno
- 5.6 Percentuale di assistiti diabetici con almeno un esame profilo lipidico nell'ultimo anno
- 5.7 Spesa procapite farmaceutica
- 5.8 Media delle DDD di metformina totali per assistito con diabete al giorno
- 5.9 Media delle DDD di sulfaniluree totali per assistito con diabete al giorno
- 5.10 Media delle DDD di statine totali per assistito con diabete al giorno
- 5.11 Percentuale di prescrizioni di statine a brevetto scaduto erogate ad assistiti con diabete
- 5.12 Spesa procapite diagnostica strumentale
- 5.13 Spesa procapite diagnostica di laboratorio
- 5.14 Tasso visite specialistiche - branca diabetologia
- 5.15 Tasso visite oculistiche

Come sono presentate?

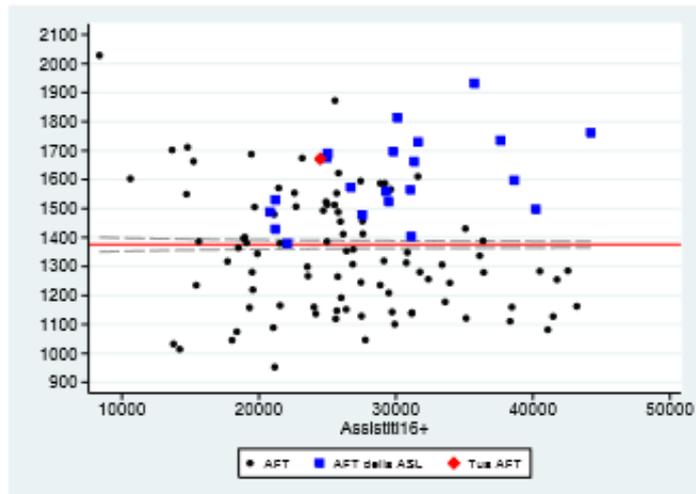
- Informazione per singolo MMG dell'AFT
 - Misure ultimi tre anni disponibili
- Messa a confronto con
 - gli altri MMG dell'AFT
 - la media dell'AFT

- Informazione per singola AFT
- Messa a confronto con
 - le altre AFT dell'ASL e della Regione
 - la media di tutte le AFT
 - i valori dei due anni precedenti

Anno 01/07/2014 - 30/6/2015

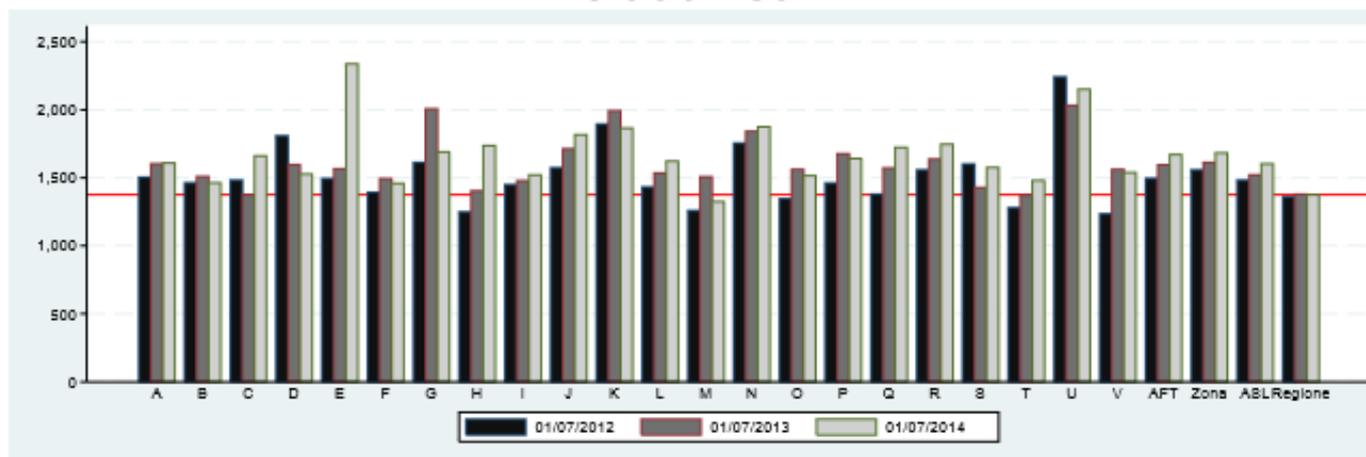


Il funnel plot descrive il tasso di visite specialistiche complessivo da attribuire ad ogni MMG dell'AFT. In ascissa, il numero degli assistiti. In ordinata, il valore dell'indicatore. Il valore di riferimento è il tasso medio di visite specialistiche complessivo degli assistiti dell'AFT. L'imbuto rappresenta l'intervallo di confidenza al 95%.



Il funnel plot descrive il tasso di visite specialistiche complessivo da attribuire alle AFT. In ascissa, il numero degli assistiti. In ordinata, il valore dell'indicatore. Il valore di riferimento è il tasso medio di visite specialistiche complessivo degli assistiti residenti in Regione. L'imbuto rappresenta l'intervallo di confidenza al 95%. Il rombo rosso è il valore dell'AFT considerato. I quadratini blu sono i valori delle AFT della stessa ASL. I pallini neri sono i valori di tutte le altre AFT.

Trend ultimi 3 anni



Il grafico rappresenta il trend dell'indicatore nel triennio - attribuito ad ogni medico dell'AFT, all'AFT, alla zona distretto, alla ASL e alla Regione. La linea rappresenta il valore medio regionale.

A chi e quando saranno messi a disposizione ?

- Ai coordinatori di AFT ed ai referenti aziendali per le cure primarie
- A partire dal 2015:
 - Entro aprile:
 - anno precedente (senza prestazioni erogate fuori regione)
 - Entro ottobre:
 - Aggiornamento a giugno anno in corso (senza prestazioni erogate fuori regione)
 - anno precedente consolidato

DGR 117/2015

IL MODELLO CASA DELLA SALUTE

La Casa della Salute é parte fondamentale ed essenziale della rete dei servizi aziendali delle Cure Primarie, permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale. É strutturata in sedi fisiche ben riconoscibili e presenti in maniera omogenea sul territorio regionale e i cittadini saranno presi in carico per i loro problemi assistenziali da team multi professionali coordinate clinicamente dai MMG titolari della scelta del singolo paziente, garantendo la fluidità dei percorsi ed i necessari raccordi con gli altri servizi aziendali attraverso la medicina di comunità.

In base ai servizi erogati vengono individuate 3 tipologie di CdS:

Casa della Salute Base

Casa della Salute Standard

Casa della Salute Complessa



REPORT DELLE CASE DELLA SALUTE



Nome e sede XXX comune XXX ASL XXX			
Tipologia (base, standard o complessa) _____			
Numero medici con ambulatorio nella Cds			
MMG a rapporto fiduciario:	AFT	SI:	Specialisti
			PLS:
			Altri (specificare discipline)
MMG a rapporto orario:			

Dati di partenza per visite sul campo alle CdS

Al 1/1/2014 numero di assistiti dei MMG a rapporto fiduciario 15.270			
percentuale di 65+	CdS: 27%	ASL: 28%	RT: 30%
percentuale di 85+	CdS: 5%	ASL: 5%	RT: 6%
Prevalenti per Macro: Diabete mellito:	CdS: 7%	ASL: 7%	RT: 8%
Scompenso cardiaco:	CdS: 1%	ASL: 2%	RT: 2%
Cardiopatía ischemica:	CdS: 4%	ASL: 4%	RT: 5%
Ipertensione:	CdS: 28%	ASL: 28%	RT: 30%
BPCO:	CdS: 5%	ASL: 6%	RT: 6%
Ictus:	CdS: 1%	ASL: 2%	RT: 2%

Contenuti

- ***Indicatori di carattere generale:***
diagnostica, accessi al PS,
ospedalizzazione
- ***Indicatori sull'assistenza domiciliare:***
- ***Indicatori sulle patologie croniche***
MaCro: Diabete, CI, Ipertensione, BPCO,
Ictus, HF



Grazie per l'attenzione!