

PDTA: SIGNIFICATO, PROGETTAZIONE, ATTUAZIONE, VERIFICA FOCUS SU: SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO PER LE CURE PRIMARIE

Fulvio Lonati

Presidente dell'Associazione APRIRE - Assistenza PRimaria In REte - Salute a Km 0

Nell'attuale situazione demografica le malattie croniche sono di gran lunga il principale problema di salute e la loro gestione rappresenta una sfida enorme per i servizi sanitari territoriali. Le ragioni sono molteplici:

- le malattie croniche hanno una elevata prevalenza (più di 300.000 malati cronici per milione di assistiti);
- il numero dei malati cronici è in progressiva crescita così come quello dei soggetti con più patologie associate;
- vi è necessità di continuità di cura nel tempo e di comunicazione/collaborazione tra i vari attori coinvolti nel processo di cura.

L'attivazione di un sistema di monitoraggio integrato e permanente del quadro epidemiologico-assistenziale dei malati cronici rappresenta un presupposto metodologico fondamentale per guidare gli opportuni processi di miglioramento degli interventi a loro dedicati e orientare verso un uso congruente e oculato delle risorse disponibili. Un sistema di monitoraggio integrato e permanente sulle malattie croniche consente infatti di:

- conoscere con profondità e precisione la propria realtà così da poter coinvolgere i vari attori e sviluppare in modo coerente PDTA Territorio–Ospedale e strumenti professionali di riferimento;
- intraprendere percorsi di formazione basati su ritorni informativi personalizzati per MMG a supporto del confronto tra pari;
- verificare e riprogettare le azioni sulla base di quanto riscontrato.

Ciò pone inoltre le premesse per sostenere il processo di “Governo Clinico”, in funzione di un miglioramento continuo che unisca l'attività di diagnosi (rivolta al singolo) ad una visione di sanità pubblica (riferita all'insieme degli assistiti affidati).

Di seguito viene presa in esame l'area del sistema informativo orientata al monitoraggio integrato e permanente delle malattie croniche ad elevata prevalenza, area di fondamentale importanza per sostenere il processo di progettazione, attuazione, verifica dei PDTA e, più in generale, del governo della gestione e della presa in carico dei malati.

Il sistema informativo per il monitoraggio integrato e permanente delle malattie croniche ad elevata prevalenza

I possibili approcci metodologici per impostare un sistema di monitoraggio delle malattie croniche sono diversi:

- il classico strumento epidemiologico per la sorveglianza delle singole patologie croniche è costituito dai registri di patologia, che però richiedono un considerevole impegno di risorse e sono settoriali;
- negli ultimi anni, con la crescita della disponibilità di banche di dati su supporto informatico correlate alle attività sanitarie, si sono sviluppate e diffuse interessanti metodologie per monitorare

l'intera popolazione, osservandone sottogruppi che si stima siano affetti da medesime condizioni morbose in quanto ricevono prestazioni sanitarie destinate a tali patologie;

- sono state inoltre condotte, anche se ancora in modo pionieristico e isolato, iniziative di assemblaggio e analisi di archivi clinici provenienti dai MMG, in grado di esplorare anche informazioni di contenuto propriamente clinico-assistenziale.

Considerato ciò, si individua come linea di lavoro prioritaria, concretamente percorribile, l'utilizzo dei dati già disponibili presso tutte le regioni e/o le aziende sanitarie locali, in quanto legate anche a flussi informativi ministeriali, strutturata su tre livelli di analisi, schematizzati nella Tabella 1: elaborazioni effettuate sulla base, nel primo livello, di singoli archivi (es. farmaceutica), nel secondo di archivi integrati (es. farmaceutica + ricoveri + esenzioni) e, nel terzo, di dati provenienti dagli archivi clinici informatizzati dei MMG.

1° livello: elaborazioni sulla base di singoli archivi informatizzati

L'analisi degli archivi gestionali informatizzati delle regioni e/o delle aziende sanitarie locali consente, ed è prassi diffusa, la produzione, e restituzione a MMG/PLS, di report relativi alla spesa per farmaci o altre prestazioni sanitarie; tale modalità risulta poco gradita ai clinici, che vedono in tal modo prevaricata da esigenze economicistiche la funzione clinica e di tutela della salute. Una diversa modalità di lavoro, più coinvolgente e più rispettosa della complessa professionalità dei MMG/PLS e degli altri operatori sanitari territoriali, può infatti favorire il riscontro del proprio profilo prescrittivo/operativo e la ricaduta delle azioni intraprese presso la propria popolazione assistita, mediante rapporti informativi concepiti e realizzati in modo da consentire una lettura sia clinico-epidemiologica sia clinico-gestionale, evitando un riduttivo approccio economicistico. Esperienze significative in tal senso sono ormai attuate da diverse regioni e aziende sanitarie locali italiane, oltre che da progetti MATRICE e LUNA realizzati da AGENAS - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. A titolo esemplificativo si riporta

Tabella 1. Fonte dati e livelli informativi per la strutturazione di un sistema informativo delle malattie croniche.

Livello informativo	1°: singoli archivi informatizzati	2°: integrazione più archivi informatizzati	3°: aggregazione dati informatizzati provenienti dai MMG/PLS
Fonte dati	- Esenzioni per patologia - Farmaci - Specialistica ambulatoriale - Ricoveri - Altro (RSA, Psichiatria, Protesica,...)	Integrazione archivi del 1° livello	Dati clinico-gestionali estratti dai MMG secondo protocollo condiviso, trasmessi in forma anonima all'ASL
Vantaggi	- Già esistenti - Riferiti all'intera popolazione - Correlati ai processi sanitari		Consente di valutare i risultati di salute
Svantaggi	- "Vedono" solo i soggetti che ricevono prestazioni dal Servizio Sanitario - Non contengono informazioni sui risultati di salute		Possibile autoreferenzialità

la modalità che è stata avviata e consolidata presso il Dipartimento Cure Primarie dell'ASL/ATS di Brescia per consentire, tra l'altro, ad ogni MMG/PLS/AFT di riscontrare in modo documentato il proprio profilo prescrittivo/operativo, a supporto sia del self audit sia del confronto tra pari, mediante "Ritorni Informativi Personalizzati" trimestrali, riferiti a: assistenza farmaceutica; accesso alla specialistica ambulatoriale e pronto soccorso; ricoveri ospedalieri. Come evidenziato nella Figura 1, riportata a titolo esemplificativo, gli indicatori del Ritorno Informativo sull'assistenza farmaceutica non si riferiscono a criteri economicistici, ma al trattamento delle malattie che maggiormente coinvolgono il MMG: ipertensione, diabete, dislipidemie, ulcera e reflusso, infezioni, patologie respiratorie, patologie muscolo-scheletriche. Ciò risulta possibile perché, anziché focalizzare l'attenzione sui volumi di spesa e sulle specialità più consumate, i farmaci sono stati raggruppati in funzione della loro principale indicazione d'uso. Il report rimarca, anche graficamente, tre indicatori, particolarmente significativi per una lettura clinico-epidemiologica, concepiti per potere rispondere a domande, strettamente connesse alla pratica clinica, che consentono di caratterizzare il comportamento prescrittivo:

- Con quanta "aggressività"/"remissività" tratto un paziente? (Indicatore: N° soggetti trattati con almeno un farmaco nel periodo/100 assistiti pesati, confrontato con la media ASL);
- Con quanta "intensità" tratto? (Indicatore: N° prescrizioni per soggetto trattato, confrontato con la media ASL);
- Scelgo interventi ad alto/basso contenuto tecnologico? (Indicatore: costo medio per prescrizione, raffrontato al costo medio ASL);
- Quante risorse utilizzo? (Indicatore: spesa totale nel periodo/100 assistiti pesati confrontato con la media ASL)

Il report espone inoltre indicatori di sintesi sui consumi complessivi: un indicatore di quantità (prescrizioni/assistito pesato) rapportato all'indicatore di prezzo (importo medio prescrizione), il cui prodotto restituisce la spesa per assistito pesato; gli indicatori del singolo medico sono confrontati con quelli dell'insieme dei MMG e dei singoli Distretti. Questa scomposizione della spesa in due componenti, una che esprime il volume della prescrizione indipendentemente dal suo prezzo e l'altra che esprime il prezzo indipendentemente dalla quantità, contribuisce a meglio comprendere lo stile prescrittivo, riportando il discorso da un piano esclusivamente finanziario-contabile a un piano più idoneo ad inquadrare lo "stile prescrittivo".

I diversi reports contengono quindi indicatori di sintesi ed analitici, che consentono il confronto con il corrispondente valore medio di ASL. A livello distrettuale, nei "Gruppi di Miglioramento", ciascun MMG è quindi facilitato nel confronto tra pari con gli altri colleghi, con modalità non empiriche o aneddotiche, ma mediante indicatori effettivamente misurabili: risulta così possibile individuare punti di forza e punti di debolezza, da cui partire con azioni di miglioramento, individuali o collettive.

Più in generale, la stessa modalità di elaborazione e lettura in chiave epidemiologico-clinico-gestionale, se orientata sul totale della popolazione, può chiaramente e direttamente fornire indicazioni strategiche a carattere generale.

2° livello: archivi ASL integrati

L'integrazione di più fonti dati apre ulteriori possibilità di analisi: in particolare il linkage tra dati provenienti da diversi archivi consente di identificare con maggior sensibilità e precisione un maggior numero di tipologie di soggetti affetti da condizioni patologiche croniche. La procedura adottata nell'esperienza del Dipartimento Cure Primarie dell'ASL di Brescia, riportata per esemplificare una

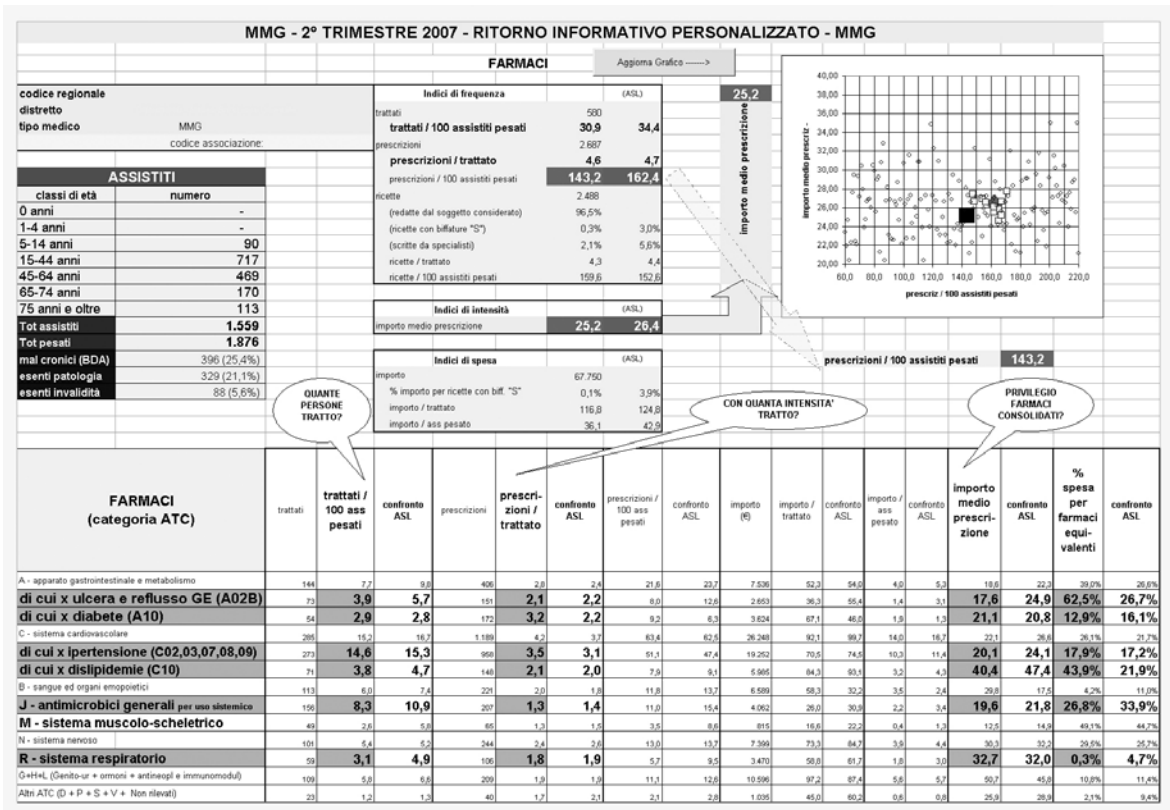


Figura 1: Esempio di "Ritorni Informativo Personalizzato" - Sezione Assistenza Farmaceutica (Fonte: BDA dell'ASL di Brescia).

Tabella 2. Esempio di utilizzo di differenti banche dati informatizzate per identificare gli assistiti secondo 15 condizioni patologiche (fonte: BDA dell'ASL di Brescia).

	Eszioni	Farmaci	File F	SDO	Specialistica ambulatoriale	RSA	Flusso psichiatria
Broncopneumopatie	X	X		X		X	
Cardiovascolopatie	X	X		X		X	
Diabete	X	X		X		X	
Dislipidemie	X	X		X		X	
Epato-enteropatie	X			X		X	
EGDuodenopatie		X		X		X	
HIV/AIDS	X		X	X			
Insufficienza renale	X			X	X	X	
Malattie autoimmuni	X			X			
Malattie endocrine	X	X		X		X	
Neoplasie	X	X	X	X	X		
Neuropatie	X	X		X		X	
Trapianti	X			X			
Malattie Rare	X						
Psichiatriche gravi	X			X		X	X

procedura possibile, consiste nell'incrociare i dati provenienti da diversi archivi al fine di identificare i soggetti affetti da patologie croniche. La Tabella 3 mostra sinteticamente le fonti utilizzate per l'identificazione di 15 principali raggruppamenti di condizioni patologiche. Ad esempio, per il diabete, il criterio di inclusione è la presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- Esenzione per patologia: Codice 013;
- Farmaceutica: Codice ATC a 3 cifre pari a A10 (A10A: insulina; A10B: antidiabetici orali);
- Ricoveri: DRG 294 e 295 o diagnosi principale o secondaria 250;
- RSA: Diagnosi di diabete e/o utilizzo farmaci specifici per il diabete.

Per ogni patologia cronica o associazione di patologie è quindi agevole ottenere, ad esempio, stime di:

- prevalenza e trend (Tabella 3);
- distribuzione anagrafica e geografica;
- consumo di risorse pro-capite, globale e per tipologia di intervento (Figura 2);
- consumo di risorse totale per ciascuna patologia.

È inoltre agevole la produzione di Ritorni Informativi Personalizzati per singolo MMG.

Tabella 3. Esempio di stima della prevalenza di 15 condizioni patologiche sulla base della integrazione di diverse banche dati informatizzate (fonte: BDA dell'ASL di Brescia).

	Prevalenza (x 1.000)						Andamento 2008/2003		
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Prevalenza	N° assistiti	% con patologia isolata
Cardiovascolopatie	173,4	180,8	185,1	188,7	188,1	193,4	2,2%	3,8%	-3,0%
Dislipidemie	29,2	37,2	39,0	43,0	43,5	52,2	12,7%	14,5%	-6,5%
Diabete	38,9	41,0	43,4	44,4	45,8	47,3	4,0%	5,6%	-6,4%
Neoplasie	35,0	34,0	35,5	36,6	38,3	38,9	2,2%	3,8%	-3,6%
Broncopneumopatie	30,3	31,8	31,6	31,8	31,0	29,8	-0,3%	1,2%	-1,2%
Malattie endocrine	4,5	15,9	16,9	17,1	18,6	19,6	6,2%	7,8%	-3,4%
Neuropatie	6,0	17,3	17,2	17,6	17,1	17,1	1,4%	3,0%	-3,6%
E/G/Duodenopatie	9,7	12,5	12,6	13,8	13,3	14,4	8,9%	10,6%	-6,4%
Epato-enteropatie	10,6	11,4	12,2	12,5	13,1	13,3	4,8%	6,4%	-1,1%
Psichiatriche gravi	7,7	8,0	8,5	8,8	9,5	9,9	5,0%	6,7%	1,2%
Malattie autoimmuni	3,7	4,0	4,6	5,0	5,4	5,8	9,6%	11,3%	1,2%
Malattie rare	2,6	3,1	3,9	4,3	4,9	5,5	16,5%	18,3%	-1,4%
Insufficienza renale	3,6	4,1	4,3	4,4	4,7	4,9	6,6%	8,2%	-5,5%
HIV/AIDS	2,2	2,3	2,4	2,5	2,6	2,6	3,9%	5,5%	-1,8%
Trapianti	0,6	0,7	0,7	0,8	1,1*	1,1*	15,5%	17,3%	-8,6%
Totale persone con patologia cronica	251,8	260,0	266,2	270,9	272,1	278,1	2,0%	3,6%	
senza patologia cronica	748,2	740,0	733,8	729,1	727,9	721,9	-0,7%	0,8%	
di cui nessun contatto	161,9	165,8	168,0	169,3	170,0	169,3	1,0%	2,5%	

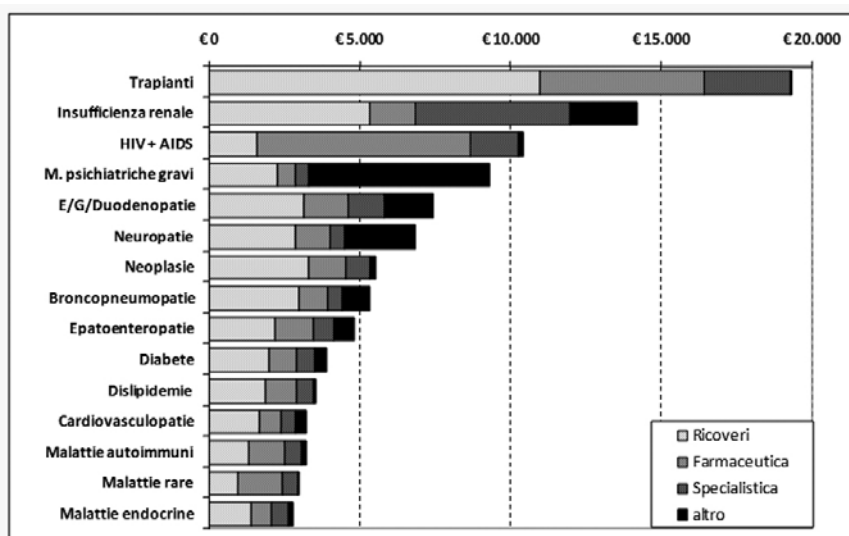


Figura 2: Esempio di stima del consumo medio pro capite di risorse sanitarie (espresso come spesa lorda in €) in 15 condizioni patologiche (Fonte: BDA dell'ASL di Brescia).

Con analoghe modalità di integrazione degli archivi gestionali, sono state realizzate numerose esperienze a livello nazionale:

- La banca dati delle malattie croniche MaCro dell'ARS Toscana
- Il Chronic Related Group (CReG) della Regione Lombardia
- Il sistema ACG, (Adjusted Clinical Groups), delle Aziende ULSS venete
- I Progetti MATRICE-MEDINA e LUNA, promossi da AGENAS - Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali.

3° livello: archivi informatici dei MMG aggregati

Per sopperire all'impossibilità di valutare i risultati di salute raggiunti sulla base dei soli archivi amministrativo-gestionali, il sistema informativo dell'Assistenza Primaria potrebbe avvalersi dei dati provenienti dagli archivi informatici dei medici di famiglia: le esperienze in tal senso, ancora pionieristiche, risultano tuttavia molto promettenti. Anche in questo caso facciamo riferimento all'esperienza dell'ASL di Brescia, che ha arricchito il sistema di monitoraggio delle malattie croniche con una nuova modalità di verifica dell'attività e dei risultati di processo e di salute: i MMG hanno partecipato ad un processo di Governo Clinico mediante l'estrazione dai propri archivi sanitari informatici di una serie di informazioni relative a ciascun assistito, in merito alle problematiche individuate secondo un protocollo comune. La procedura adottata prevede, in sequenza:

- estrazione dalle cartelle dei MMG, mediante apposite "query", del report informatico anonimizzato, contenente informazioni protocollate relative a tutti gli assistiti;
- invio del report al Dipartimento Cure Primarie dell'ASL in forma criptata;
- elaborazione dei dati presso il Dipartimento Cure Primarie con produzione di un report generale ed uno per ciascun MMG;
- invio, ad ogni MMG, del Ritorno Informativo Personalizzato con il confronto dei propri indicatori rispetto a quelli dell'intero gruppo per consentire l'analisi e il confronto secondo i principi generali dell'audit clinico;

- confronto “tra pari”, sulla base dei Ritorni Informativi Personalizzati, all’interno di “Gruppi di Miglioramento” organizzati a livello distrettuale.

Gli indicatori sono organizzati in 4 sezioni:

1. Indicatori di inquadramento della patologia (prevalenza delle condizioni cliniche);
1. Indicatori di processo (effettuazione e registrazione di controlli clinici);
2. Indicatori di terapia;
3. Indicatori di risultato (esito di indagini a valenza positiva/negativa e a condizioni di “mancata salute”, documentate dalla ospedalizzazione).

Tali elaborazioni vengono eseguite sia per alcune patologie (diabete, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco e fibrillazione atriale, BPCO), sia su tutta la popolazione per alcune tematiche (Rischio Cardiocerebrovascolare, stili di vita).

Il processo di governo condotto dall’ASL di BS, che si è avvalso di questo sistema informativo integrato e permanente, focalizzato sulle malattie croniche, ha portato a risultati documentati:

- progressivo incremento della partecipazione dei MMG al Governo Clinico, documentato dal numero crescente di MMG che conferiscono all’ASL dati clinico-gestionali estratti dal proprio archivio informatico: dai 25 MMG nel 2005 ai 590 (su 733) nel 2015;
- tasso di ricovero ridotto per gli assistiti dei MMG che da più tempo partecipano al Governo Clinico;
- progressivo miglioramento, per ipertensione e diabete, dei risultati di processo del governo clinico dei MMG e di salute;
- progressivo miglioramento dell’impatto sul consumo di risorse sanitarie da parte dei MMG che da più tempo attuano il processo di Governo Clinico.

Bibliografia di riferimento

- Auxilia F. (2014), “La continuità del percorso dell’assistito tra cure primarie e cure specialistiche”, *iQuid – supplemento al n. 3/2014 di Prospettive Sociali e Sanitarie*, agosto 2014 – pag. 208.
- Corti MC. (2014), “Regione Veneto - Relazione finale sulle attività progettuali del secondo anno di sperimentazione del sistema ACG – Adgusted Clinical Groups”.
- Damiani G. (2007), “Assistenza primaria: significato e prospettive di sviluppo organizzativo”, *Organizzazione Sanitaria*. n°2 Apr-Giu 2007.
- Damiani G., (2010), “Assistenza Primaria e Distretto, dallo sviluppo di modelli al modello di sviluppo. Spunti di riflessione per una Visione Sostenibile”, *Atti del 8° Congresso Nazionale CARD*. Padova, 16-17-18 settembre 2010; 135-147.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Lombardia n. 4662 del 23.12.2015 “Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in regione Lombardia 2016-2018”.

- “Dichiarazione Universale di Alma Ata sull’Assistenza Sanitaria Primaria” (1978), adottata alla Conferenza Internazionale sull’assistenza sanitaria primaria tenuta il 6-12 settembre 1978 ad Alma Ata, ex-Unione Sovietica.
- Frenk J. (2009), “Reinventing primary health care: the need for systems integration”, *Lancet*. 2009; 374:170-3.
- Guzzanti E. (1985), “Medicina di base e medicina ospedaliera”, *Federazione Medica*. 1985; 9:1005.
- Legge 8 novembre 2012, n. 189 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n.158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”.
- Lonati F. (1999), “Il governo della rete: l’esperienza del Dipartimento Anziani in Valtrompia. Il modello dipartimentale”, Milano, Franco Angeli, pp. 17-41.
- Lonati F., (2008), “Una strategia organizzativa di sistema possibile per affrontare la sfida dell’invecchiamento, delle patologie croniche e dei malati con bisogni assistenziali complessi: l’esperienza dell’ASL di Brescia”, *Il governo dell’azienda sanitaria* Ed. il Mulino, 2008, pag. 229-313.
- Ricciardi W. (2008), “Medicina Preventiva e Sanità Pubblica”, Idelson Casa Editrice.
- Scarcella C. (2010), “Governo Clinico e Cure Primarie”, Maggioli Editore; Santarcangelo di Romagna (RN); Novembre 2010; pag 248.
- Scarcella C. (2011), “Continuità assistenziale ed efficacia delle cure: strategia organizzativa per le malattie croniche”, *Studi Zancan – Politiche e servizi alle persone – Monografia: Anziani fragili: valutazione dei bisogni e degli esiti*; Gennaio-Febbraio 2011; pag 116-124.
- Scarcella C., (2012), “Metodologie e strumenti per la gestione delle Cure Primarie”, Maggioli Editore; Santarcangelo di Romagna (RN); Aprile 2012; pag. 374.
- World Health Organization (2008), “The World Health Report, Primary Health Care, Now More Than Ever”.

Sitografia di riferimento

<http://www.aprirenetwork.it/> - in particolare:

www.aprirenetwork.it > Presentazioni a corsi e convegni > Sistema informativo integrato (http://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2016/04/MasterFriuli2016_Indicatori.pdf)

www.aprirenetwork.it > Presentazioni a corsi e convegni > Come esportare il modello “Governo Clinico Brescia” in altri contesti? (http://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2016/04/MasterFriuli2016_Indicatori.pdf)

www.aprirenetwork.it > Presentazioni a corsi e convegni > I risultati di MATRICE (http://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2015/07/Convegno-MATRICE-Roma-15_05_11_PresentazioneLonati.pdf)

<http://www.ats-brescia.it> - in particolare:

ATS Brescia > Operatori > Medici delle cure primarie > Strumenti Professionali MMG/PLS > Malati cronici e PDT - MONITORAGGIO > Il Governo Clinico dei MMG e i ritorni informativi - Rapporto 2015 (http://www.aslbrescia.it/media/documenti/cure_primarie/anno%202016/Medici%20Cure%20Primarie/Strumenti%20Professionali/Accordi/rapportoGC2015_DEFINITIVO.pdf)

ATS Brescia > Operatori > Medici delle cure primarie > Strumenti Professionali MMG/PLS > Malati cronici e PDT - MONITORAGGIO > La presa in carico dei malati cronici nell’ASL di Brescia: monitoraggio BDA 2013 (http://www.aslbrescia.it/media/documenti/osservatorio_epidemiologico/000_2015_DocumentiOsservatorio/20150203_BDA2013.pdf)

ATS Brescia > Operatori > Medici delle cure primarie > Strumenti Professionali MMG/PLS > Malati cronici e PDT - MONITORAGGIO > Monitoraggio scompenso cardiaco aggiornato al 2013 (http://www.aslbrescia.it/media/documenti/cure_primarie/anno%202014/Medici%20Cure%20Primarie/Monitoraggio%20PDT/scompenso_2013_finale.pdf)

www.acg.regione.veneto.it > Il Progetto ACG nella Regione del Veneto (www.acg.regione.veneto.it/)

www.ars.toscana.it > Banche dati > MaCro > La banca dati delle malattie croniche MaCro

www.agenas.it > Aree Tematiche > Organizzazione dei Servizi Sanitari > Assistenza primaria e Fragilità > Patologie croniche e complesse > Progetto MATRICE (www.ars.toscana.it/it/banche-dati/algoritmi/macro.html) (<http://www.agenas.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/assistenza-primaria-e-fragilita/patologie-croniche-e-complesse-progetto-matrice>).