

Bpco: un algoritmo spiega il (buon) lavoro delle Asl sui cittadini

12 gennaio 2016

Il Sole 24 Ore Sanita

- VALERIA D'OZZI * E GUGLIELMO PACILEO *

**PROGETTO ACADEMY OF HEALTH CARE MANAGEMENT AND ECONOMICS PARTNERSHIP
NOVARTIS ITALIA/SSDA BOCCONI**

Le aziende sanitarie pubbliche dispongono di un grande tesoro informativo. Ogni giorno registrano nei propri database una notevole mole di dati relativi alle prestazioni erogate: ricoveri, accessi in pronto soccorso, prestazioni ambulatoriali e molte altre ancora. Sono dati che descrivono, con rilevante livello di dettaglio, le relazioni che ciascuno di noi ha con il sistema sanitario. Da diverso tempo le aziende sanitarie non utilizzano più questi dati solo a fini di rendicontazione esterna o di finanziamento, ma anche per la gestione e la valutazione. Partendo da questa osservazione il progetto "Osservatorio sui modelli di presa in carico dei pazienti con Bpco" si è posto l'obiettivo di valutare, attraverso l'analisi dei database amministrativi, la capacità e la performance della presa in carico dei pazienti Bpco da parte delle aziende sanitarie. È in fase di conclusione il progetto triennale che partecipa all' Academy of Health Care Management and Economics, frutto della collaborazione tra Cergas e Sda Bocconi e Novartis, che dal 2010 ha iniziato a lavorare sul tema dei cruscotti direzionali per la valutazione delle performance d'azienda e più di recente ha focalizzato l'attenzione sui modelli di presa in carico di una delle cronicità più difficili da intercettare e gestire come la Bpco (broncopneumopatia cronico ostruttiva). Regioni coinvolte. Al progetto hanno aderito Emilia-Romagna e Veneto con un gruppo di aziende che hanno lavorato attivamente mettendo a disposizione dati e informazioni (Ulss di Bassano, Ausl di Parma, Ao di Parma e Ausl di Piacenza) e tre regioni nel ruolo di "discussant" (Lazio, Puglia e Toscana) che hanno partecipato alle attività di

discussione dei risultati intermedi e finali della ricerca. Il modello di ricerca adottato è stato quello della collaborative research in cui i diversi attori (ricercatori, referenti aziendali, delle regioni e della comunità scientifica) sono stati coinvolti nel processo di ricerca a partire dalla definizione di algoritmi di identificazione delle coorti prese in carico fino alla valutazione dei risultati. L'ultimo momento di confronto è avvenuto durante il workshop, tenutosi presso la Sda Bocconi il 14 dicembre, in cui sono stati presentati i risultati finali della ricerca. La scelta di lavorare sulla Bpco è stata determinata dal fatto che si tratta di una malattia grave, estremamente diffusa (si stima ne soffre circa il 10% della popolazione, www.erswhitebook.org) ma al tempo stesso "inafferrabile". Nel Regno Unito, ad esempio, secondo i dati riportati dal Nice (l'Istituto nazionale per la Salute e la cura di eccellenza), circa tre milioni di persone soffrono di Bpco, di questi però ben due milioni non hanno mai ricevuto una diagnosi [Department of health (2010), Consultation on a strategy for services for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in England]. La prima domanda di ricerca è stata sul numero di persone con Bpco che le aziende sanitarie hanno in carico utilizzando i loro database amministrativi alimentati dai flussi di prestazioni erogate. Il risultato è stato pari a circa il 3% della popolazione residente. La stima si è basata sull'analisi di tre database amministrativi (farmaci, ricoveri ed esenzioni), letti attraverso un algoritmo in grado di intercettare le persone che avevano avuto nell'anno di osservazione (2011) prestazioni riferibili alla Bpco, escludendo i pazienti asmatici. L'algoritmo è stato sviluppato in collaborazione con i referenti delle società scientifiche pneumologiche, coordinati dal prof. Francesco Blasi, past president Ers (European respiratory society). La seconda linea di ricerca ha tentato di identificare i diversi livelli di severità della malattia sempre attraverso l'uso esclusivo dei database amministrativi. La popolazione selezionata è stata quindi segmentata in quattro livelli di gravità (lieve, moderato, grave e molto grave), sulla base di un secondo algoritmo che ha raggruppato i pazienti in base al tipo di prestazioni consumate: dai pazienti lievi, che utilizzano al massimo i broncodilatatori a breve azione, sino ai molto gravi che sono costretti alla ossigenoterapia. Anche in questo caso, l'algoritmo è stato condiviso con i referenti delle società scientifiche pneumologiche e gli specialisti di riferimento delle aziende sanitarie sperimentatrici per poi essere applicato nei contesti aziendali. È la prima volta che si è provato a segmentare i pazienti con Bpco attraverso l'analisi delle prestazioni registrate dai database amministrativi. Gli esiti sono risultati simili a quelli registrati da due studi basati sui dati spirometrici [Soriano JB et al (2013), Distribution and prognostic validity of the New global initiative for chronic obstructive lung disease grading classification, *Chest*;143(3):694-702 Haughney J. et al (2013), The distribution of COPD in UK general practice using the new Gold classification, *Erj express* Oct 31], pubblicati nel 2013 (figura 1). In tutti i casi, il segmento di popolazione più rilevante è risultato quello con grado di malattia moderato, che nel caso del nostro progetto costituisce il 64% del totale. È come se ci fosse una sorta di una regola dei due terzi: due terzi della popolazione in carico ha un grado di malattia moderato, allo stesso tempo due terzi della popolazione con Bpco risulta non in carico. Il terzo quesito di ricerca ha riguardato le modalità e gli strumenti di valutazione della presa in carico. È stato elaborato un set di indicatori in grado di valutare le performance della presa in carico e di essere alimentato routinariamente attraverso i database amministrativi. Il set è stato sviluppato, sulla base della letteratura disponibile, con i referenti della comunità pneumologica, e applicato a livello aziendale. Gli indicatori sono stati

declinati per ciascuno dei quattro livelli di gravità della malattia (vedi tabella 1). La maggior parte degli indicatori scelti fotografano il “processo” di presa in carico e la sua aderenza a condizioni di appropriatezza lette come l’insieme di prestazioni che ciascun paziente dovrebbe ricevere a corredo di una buona presa in carico a partire dalla diagnosi. A questi si aggiungono indicatori di esito relativi ai ricoveri per riacutizzazione di malattia e ai ricoveri ripetuti per la stessa ragione. I risultati derivati dalla misurazione degli indicatori rappresentano un punto di partenza per comprendere su quali elementi della presa in carico agire prioritariamente e su quali aree di miglioramento orientare gli sforzi di qualsiasi natura. I risultati della ricerca mostrano come le aziende, che dispongono di database amministrativi affidabili e possiedono la capacità di fare data linkage, hanno la possibilità sia di identificare i pazienti e segmentarli per livello di gravità sia di allestire sistemi di valutazione delle performance della presa in carico mirate sino al singolo caso. I database amministrativi rappresentano per le aziende una solida base informativa in grado supportare efficacemente il miglioramento della presa in carico, senza che sia necessario investire risorse aggiuntive. * Cergas e Sda Bocconi Figura 1 Distribuzione dei pazienti in base a livello di gravità

Tabella 1 Indicatori di performance della presa in carico per la Bpco Livello di gravità Indicatori (frequenza attesa della prestazione Dlco (annuale) Visita pneumologica (biennale) Spirometria (biennale) Ricoveri ripetuti Vaccinazione antiinfluenzale (annuale) Ricoveri per riacutizzazione di malattia Visita pneumologica (annuale) Emogasanalisi (annuale) Vaccinazione antiinfluenzale (annuale) Ricoveri per riacutizzazione di malattia Visita pneumologica (annuale) Emogasanalisi (annuale) Livello di gravità Indicatori (frequenza attesa della prestazione Dlco (annuale) Vaccinazione antiinfluenzale (annuale) Aderenza alla terapia Ricoveri per riacutizzazione di malattia Ricoveri ripetuti Visita pneumologica (annuale) Riabilitazione polmonare (triennale) Spirometria (annuale) Emogasanalisi (annuale) Riabilitazione polmonare (triennale) Vaccinazione antiinfluenzale (annuale) Aderenza alla terapia Ricoveri per riacutizzazione di malattia