ANNO IX - SPECIALE 2019

IHPB

ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

UN CRUSCOTTO DI MONITORAGGIO PER LA MEDICINA GENERALE

AUTORI

Grillo Ruggieri Tommaso, ***A.Li.Sa.***

Milano Giulia, ***ASL Alessandria***

Pennacchietti Carlotta, ***Medico di Medicina Generale***

Terrile Evita, ***ASL 3 Genovese***

Traverso Simona, ***ASL 3 Genovese***

Zuccarelli Silvia, ***ASL 3 Genovese***

Highlights:

- Monitoraggio e valutazione della performance
- Focus su cronicità, anziani e fragilità
- Indicatori per la Medicina Generale
- Supporto al miglioramento continuo e alle politiche sanitarie

1. Introduzione

L'Italia presenta una struttura demografica sempre più sbilanciata verso la popolazione anziana: gli over 65 rappresentano infatti il 23% della popolazione (circa 13,6 milioni) e raggiungeranno quota 32% nel 2065[1]. L'invecchiamento della popolazione, come nel resto d'Europa, sta inoltre facendo aumentare drasticamente gli indici di dipendenza degli anziani e di vecchiaia (oggi già al 35% e al 168%) e il "debito demografico" verso le nuove generazioni in settori chiave come previdenza e sanità.[2] In questo scenario,

TRA MEDICINA E INFORMATICA, UN MATRIMONIO CHE S'HA DA FARE

a cura della Redazione IHPB

Il Dipartimento di Economia dell'Università degli Studi di Genova ha attivato il "Corso di Perfezionamento in Economia del Farmaco, della Salute e delle Tecnologie Sanitarie". Il percorso, per i partecipanti, termina con la produzione di un Project Work in cui vengono fatte proposte di policy per il miglioramento e la sostenibilità del sistema sanitario: ragione per la quale, IHPB ha deciso di pubblicarne quelli più interessanti.

In questa prima pubblicazione, il Project Work si propone di individuare indicatori da inserire in un cruscotto di monitoraggio delle attività della medicina generale, con l'obiettivo di fornire ai professionisti sanitari e ai policy-maker uno strumento di governo e indirizzo per orientare le decisioni organizzative e allocative.

Lo sviluppo del cruscotto mette a fuoco i soggetti anziani, fragili e con patologie croniche, ovvero pazienti con una complessa gestione socio-sanitaria e un alto consumo di risorse, ambito ideale per l'introduzione di strumenti di monitoraggio e indirizzo comuni a livello aziendale e sovraziendale. In questo modo, si arriva anche alla proposta di un set di indicatori e dati per il monitoraggio e la valutazione delle performance delle attività della medicina generale, a partire dalla prescrizione farmacologica o, eventualmente, dall'interruzione della stessa, così come arriva a proporre l'utilizzo del cruscotto come strumento di supporto per la pratica clinica e per la definizione di possibili azioni di miglioramento organizzativo.

1 ISTAT (2019); **2** ISTAT (2019b)

la Liguria figura come la Regione più "anziana" d'Italia con il 29% della popolazione over65 e un indice di vecchiaia pari al 252%[3].

Tale assetto demografico ha spinto il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) verso un ridisegno della rete delle proprie strutture focalizzato su de-ospedalizzazione, modelli di presa in carico proattiva delle cronicità e integrazione socio-sanitaria.

Dato che gli assistiti cronici risultano essere i maggiori consumatori di risorse sanitarie[4], la gestione delle cronicità, prima causa di morte in Europa[5], è e sarà la principale sfida dei Sistemi Sanitari Regionali (SSR), che si muovono verso modelli assistenziali più adeguati all'epidemiologia della popolazione.

La popolazione anziana e cronica rappresenta dunque il target ideale per introdurre un cruscotto di indicatori a supporto delle decisioni sia dei professionisti della Medicina Generale, sia degli attori preposti alla governance aziendale e regionale.

Data la sua struttura demografica, la Regione Liguria rappresenta inoltre un'area geografica ideale per implementare soluzioni innovative nel campo della valutazione della performance.

La Medicina Generale infine, dato il suo ruolo di gate-keeping e coordinamento per gli altri setting assistenziali e di presa in carico complessiva, rappresenta infine ambito ideale per introdurre strumenti di monitoraggio e confronto delle attività e dei risultati.

2. Monitoraggio e valutazione della performance

Con il periodo di riforme 1992-2001[6], l'aziendalizzazione degli enti sanitari, la regionalizzazione del SSN e l'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenziali (LEA) hanno portato a una crescente necessità di misurare le attività sanitarie per fini programmatori e di controllo. Monitoraggio e valutazione della performance in sanità si sono progressivamente ampliati, sotto l'impulso delle Regioni e dei Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, dal controllo dell'economicità, dell'efficienza e della sostenibilità finanziaria, verso crescente attenzione alla qualità dell'assistenza erogata e all'equità d'accesso ai LEA, fondamentali obiettivi del SSN.

Si sono dunque sviluppati numerosi flussi informativi standardizzati a livello nazionale per monitorare le caratteristiche delle attività erogate (quantità, tipologia, valorizzazione, ecc) e per valutarne aspetti rilevanti quali tempestività, qualità, appropriatezza, efficienza, ecc. Sono esempio di tali flussi, le SDO[7], i flussi sulle prescrizioni specialistiche e farmaceutiche[8], i modelli HSP e STS[9]. A tali flussi, c.d. amministrativi, si affiancano: specifici flussi gestiti dalle singole regioni (per es., sull'Attività Fisica Adattata); la grande mole di dati non standardizzati raccolti all'interno delle singole aziende sanitarie e dai Medici di Medicina Generale (MMG) nei propri sistemi informativi; esperienze strutturate o meno di misurazione e/o di valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti[10].

Potendo contare su fonti informative standardizzate, attraverso i flussi amministrativi è possibile monitorare e confrontare le performance dei SSR e valutare i risultati raggiungi conferendo su di essi un giudizio di valore.

Vi sono diversi approcci per misurare la performance in sanità. Un esempio è il paradigma struttura-processo-esito proposto da Donabedian[11], dove si affiancano misure sulla struttura, cioè sulle risorse allocate (tecnologie, risorse umane, ecc), sulle modalità di erogazione (processo) e sugli esiti (outome), declinati come impatto sia sulla salute, sia sull'esperienza e soddisfazione dei pazienti.

Aldilà dei framework utilizzati, monitoraggio e valutazione devono cogliere la complessità della sanità e, conseguentemente, includere una prospettiva multidimensionale[12]. Esempi di tali dimensioni sono:

- efficienza e produttività, inerenti la massimizzazione del rapporto tra output e input;
- appropriatezza, declinabile in clinica, organizzativa (scelta del setting assistenziale meno costoso a parità di efficacia) e prescrittiva, e collegata ai concetti di overuse, misuse e undertreatment;
- equità, declinabile in orizzontale e verticale, di estrema rilevanza nei sistemi sanitari di tipo Beveridge[13];
- efficacia clinica, che misura l'impatto sullo stato di salute dei pazienti dei trattamenti;
- esperienza e soddisfazione degli assistiti;
- tempestività, fondamentale per attività quali i servizi di PS o la chirurgia

3 ISTAT (2019); **4** MinSal (2016); **5** Mackenbach et al. (2013); **6** In particolare, con i D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e 19 giugno 1999, n. 229 e la Legge Costituzionale n. 3/2001.; **7** DM 28/12/1991 e s.m.i.; **8** Ex art. 50, Legge 326/03.; **9** DM 23/1996.; **10** Ad esempio, si vedano l'Indagine multiscopo dell'ISTAT, Vainieri et al. (2018), Bonciani et al. (2017), Garratt et al. (2008), De Rosis&Barsanti (2016); **11** Donabedian (1988); **12**Nuti (2008), Arah et al. (2006), Braithwaite (2017), HQO (2014); **13** Barsanti&Nuti (2014)

oncologica;

- compliance, cioè l'aderenza alle terapie prescritte, fondamentale per garantirne l'efficacia e connessa al problema del drop out;
- gli stili di vita, fondamentali per la prevenzione delle patologie;
- continuità e integrazione dell'assistenza, sempre più rilevanti dato il progressivo passaggio da un sistema ospedalo-centrico basato sulla medicina di attesa a un sistema di presa in carico proattiva e di integrazione sociosanitaria.

3. Alcune esperienze di sistemi di monitoraggio e valutazione

Vi sono diverse esperienze regionali, nazionali e internazionali di monitoraggio e valutazione della performance in sanità a supporto degli operatori sanitari e degli strumenti di governance per orientare le decisioni nell'ambito della programmazione e delle scelte allocative.

Tali esperienze si differenziano non solo per gli indicatori inclusi ma anche per rilevanti aspetti quali, ad esempio, la finalità del monitoraggio, il soggetto responsabile del calcolo delle misure, la presenza di una valutazione sui risultati raggiunti, le fonti utilizzate, l'adesione volontaria alla valutazione, i livelli di analisi (regionali, aziendali, ecc), la pubblicità dei risultati, le dimensioni analizzate.

Si descrivono brevemente alcune esperienze rilevanti:

- La griglia LEA: set di circa 35 indicatori suddivisi in assistenza ospedaliera, assistenza distrettuale e prevenzione con cui il Ministero della Salute verifica l'erogazione dei LEA nei SSR, requisito per l'assegnazione alle Regioni di una quota premiale di finanziamenti del 3%[14];
- Il Programma Nazionale Esiti (PNE): sistema di valutazione a livello nazionale coordinato da AGENAS, include numerose misure di esito (o loro proxy). Sviluppatosi per supportare audit interni, il PNE fornisce un monitoraggio di indicatori da fonte SDO calcolati a livello di ospedale e provincia. I risultati sono pubblicati sul sito dedicato[15]. In presenza di risultati negativi su alcuni indicatori rilevanti, il Ministero richiede alle Aziende sanitarie un c.d. Piani di rientro aziendali[16]. Alcuni indicatori PNE sono infine utilizzati per valutare gli standard di qualità ed esito introdotti dal DM 70/2015 (c.d. Decreto Balduzzi);
- Il Sistema di Valutazione della Performance dei SSR (c.d. Bersagli): il Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa coordina dal 2008 un Network di Regioni che aderiscono volontariamente a un sistema di valutazione multidimensionale basato su benchmarking e trasparenza dei risultati[17]. Il sistema confronta circa 300 indicatori, alcuni dei quali sono valutati in base a standard condivisi, consentendo di individuare punti di forza e di debolezza dei SSR e di e supportare la governance regionale e aziendale (assegnazione di obiettivi, priority setting), nonché gli operatori nell'implementazione di azioni di miglioramento e di audit[18]. Nel Sistema di Valutazione in Regione Toscana gli indicatori sono calcolati, oltre che a livello regionale, aziendale, di ospedale e di distretto, anche per AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) dei MMG, attraverso numerosi indicatori di interesse per le cure primarie[19];
- La Scheda Medico della Regione Liguria: sistema di monitoraggio sviluppato da A.Li.Sa. in Regione Liguria tramite cui sono forniti annualmente a ciascun MMG alcuni dati relativi alla propria attività. Il sistema si basa sull'incrocio di alcuni flussi amministrativi (esenzioni, SDO, farmaceutica, specialistica), con il quale viene alimentata la Banca Dati Assistito (BDA), un complesso sistema di arruolamento degli assistiti del SSR in 14 macropatologie croniche (suddivise a loro volta in singole patologie) rilevanti per gravità e livello di consumo delle risorse, quali il diabete, le cardiovasculopatie (es: ipertensione, scompenso cardiaco), le neoplasie, le neuropatie, le broncopneuomopatie (es: asma, BPCO). Anche sulla base di tale classificazione, la Scheda Medico fornisce a ciascun MMG numerosi dati riferiti ai propri pazienti tra cui i consumi per classi di comorbidità e classi di spesa (ospedale, farmaceutica, specialistica), le prescrizioni farmaceutiche e i relativi importi per i principali ATC, le ospedalizzazioni per MDC, le prestazioni specialistiche per branca, gli accessi in PS suddivisi per codici colore ed esito. Ciascun MMG accede ai propri dati ai quali sono spesso affiancati i valori medi dell'ASL e della Regione;
- Il Clinical Commissioning Groups (CCG) Improvement and Assessment Framework: annualmente il National

14 http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4747&area=Lea&menu=monitoraggioLea; **15** https://pne2017.agenas.it; **16** DM del 21 Giugno 2016; **17** Pubblicati sul sito https://performance.sssup.it/netval; **18** Nuti et al. (2015); **19** Santos et al. (2018)

Health Service (NHS) del Regno Unito conduce una valutazione multi-dimensionale delle performance dei CCG (consorzi di MMG a cui sono assegnati dei budget per usufruire dell'offerta degli erogatori di emergenza-urgenza, specialistici, ospedalieri e territoriali per i propri assistiti all'interno di un'area geografica), in base a circa 60 indicatori[20]. La valutazione viene pubblicata sul sito del NHS[21].

- SistemaPiemonte: in Piemonte la Regione fornisce tramite il portale "SistemaPiemonte" un set di indicatori di monitoraggio delle attività sanitarie per gli ambiti territoriale e ospedaliero. Nello specifico il sistema permette agli utenti di consultare alcuni indicatori utili per la valutazione delle condizioni di salute della popolazione a diversi livelli di riferimento territoriale, attraverso: analisi cartografica di consultazione dei dati; schede e report per territori e gruppi di indicatori selezionati; analisi comparative dei dati nel tempo e tra territori[22].

4. Una proposta di un cruscotto di monitoraggio per la Medicina Generale

Partendo dall'esperienza della Scheda Medico della Regione Liguria e approfondendo le altre esperienze descritte nel precedente capitolo, in particolare quelle del NHS e del sistema di valutazione del Laboratorio MeS, si propone lo sviluppo di un cruscotto di indicatori di monitoraggio per la medicina generale. L'inclusione degli indicatori proposti appare opportuno non solo al fine di valutare le scelte prescrittive in capo ai MMG ma anche per supportare:

- il monitoraggio dei percorsi complessivi dei pazienti, trasversali a più setting assistenziali, offrendo ai MMG informazioni utili per poter coordinare più efficacemente la presa in carico dei propri assistiti;
- il miglioramento dell'integrazione tra cure primarie, ospedale e territorio;
- l'individuazione di best practice da diffondere, criticità da approfondire e obiettivi da assegnare alla medicina generale.

Posto il focus sulla popolazione anziana, fragile e cronica, nella seguente tabella si elencano dunque gli indicatori che si propone di includere nel cruscotto, considerandone anche la loro misurabilità dati i flussi informativi esistenti[23]. Ove opportuno, per tali indicatori si utilizzeranno le classificazioni già in uso nella BDA. In base alle numerosità di casistica coinvolta, alcuni indicatori potranno infine risultare da calcolarsi e confrontarsi solo a livello di AFT piuttosto che a livello di singolo MMG. Data la loro rilevanza, si propone infine di introdurre alcuni indicatori sugli stili di vita, calcolati in base ai dati raccolti direttamente dai MMG sul portale informatico di gestione del cruscotto. Si propone in particolare il calcolo del numero e delle percentuali di consumatori di alcol a maggior rischio, di fumatori, di persone sovrappeso, di persone obese, di sedentari.

5 Conclusioni: quale utilizzo del cruscotto?

Il cruscotto proposto può essere usato in primis come semplice strumento di monitoraggio delle performance, fornendo ai MMG, per es. semestralmente, i risultati degli indicatori affiancati dalla media dell'AFT, aziendale e regionale come benchmark per supportare processi di audit.

Inoltre, è possibile prevedere l'introduzione della valutazione degli indicatori maggiormente consolidati, laddove siano condivisi gli standard di riferimento (già presenti in letteratura o desunti dal processo di benchmarking). Tale passaggio prevede anche la colorazione delle performance in base ai risultati raggiunti rispetto agli standard. Un passaggio ulteriore consiste nella pubblicazione dei risultati a livello aggregato di AFT, al fine di stimolare processi di miglioramento basati sulla reputazione professionale[24].

Infine, i risultati possono essere collegati a obiettivi puntuali e personalizzati[25] connessi a meccanismi premiali e/o sanzionatori per promuovere ulteriormente il miglioramento.

Infine, il sistema di valutazione qui presentato potrebbe svilupparsi prevedendo di segnalare ai MMG i nominativi degli assistiti per i quali sono necessari opportuni interventi specifici del MMG al fine di migliorarne la presa in carico e, di conseguenza, i connessi indicatori. Ad esempio, il sistema potrebbe segnalare la necessità di prescrivere un controllo dell'emoglobina glicata a un assistito diabetico dopo 9 mesi dall'ultimo effettuato o segnalare al MMG di prescrivere uno specifico follow up a seguito della dimissione ospedaliera o da PS di un proprio assistito per una determinata diagnosi.

20 NHS (2018); **21** È' presente inoltre il programma Quality and Outcomes Framework (QOF) (https://qof.digital.nhs.uk/) al quale i MMG possono partecipare volontariamente per accedere a quote premiali di finanziamento in base ai risultati raggiunti su un set di 77 indicatori; **22** http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita; **23** L'elenco degli indicatori in tabella è stato scelto analizzando circa 250 indicatori e includendo in esso quelli ritenuti più interessanti da parte della maggior parte dei membri del gruppo di lavoro; **24** Bevan et al. (2018); **25** Vainieri et al. (2016)

Indicatore ove non specificato, si calcola il numero assoluto e la % sui propri assistiti; si divide il dato per under e over 65 anni. Ove possibile: si aggiunge la valorizzazione delle attività	**L'indicatore monitora e confronta:**
Assistiti in cura presso CSM	Il ricorso dei propri assistiti a specifici servizi territoriali/ specialistici anche al fine di incentivare la continuità e l'integrazione di cura e assistenza
Assistiti in cura presso SerD	
Assistiti over65 in AFA, gruppi di cammino, palestra	
Assistiti over65 in Cure Domiciliari	
Assistiti senza una prescrizione o una prestazione specialistica nell'ultimo semestre	La presenza di pazienti over65 potenzialmente non seguiti
Tasso di accesso al Pronto Soccorso standardizzato per età e sesso degli assistiti over65 (per codice colore)	Il ricorso ai servizi di emergenza dei propri assistiti
Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso	Il ricorso complessivo al setting ospedaliero dei propri assistiti
Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso DRG Medici per over65	Il ricorso al setting ospedaliero dei propri assistiti per ricoveri medici, spesso legati a (ri)acutizzazioni di patologie croniche
Tasso standardizzato per età e sesso di prestazioni ambulatoriali	Il ricorso complessivo alle prestazioni di specialistica ambulatoria dei propri assistiti
Tasso standardizzato per età e sesso di prestazioni di diagnostica per immagini	Il ricorso complessivo alla diagnostica per immagini dei propri assistiti
Tasso standardizzato per età e sesso di prime visite specialistiche	Il ricorso alle prime visite specialistiche dei propri assistiti (dettagliabile per prime visite cardiologiche, neurologiche, diabetologiche, pneumologiche, fisiatriche, ecc). L'indicatore si può estendere anche alla garanzia dei tempi di attesa previsti dal PNGLA
Tasso di prestazioni RM per standardizzato età e sesso	Il ricorso complessivo dei propri assistiti alle RM, indagando potenziale under-use o over-use
Tasso di prestazioni TC prescritte, extra PS	Il ricorso complessivo dei propri assistiti alle TC, indagando potenziale under-use o over-use
Tasso di prestazioni RM muscoloscheletriche per assistiti over65	Il ricorso a una specifica prestazione indicata come potenzialmente inappropriata negli anziani
Assistiti diabetici con almeno un esame microalbuminuria nel periodo	L'aderenza al follow up previsto per il diabete
Assistiti diabetici con almeno una misurazione del profilo lipidico	
Assistiti diabetici con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	
Assistiti diabetici con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	
Assistiti diabetici con amputazioni maggiori agli arti inferiori	L'occorrenza di uno degli esiti più negativi delle complicanze del diabete. Tale indicatore è legato al percorso del piede diabetico, che coinvolge tipicamente tutti i setting assistenziali: per tali ragioni, è considerato anche una buona proxy del funzionamento complessivo del sistema di presa in carico delle cronicità
Tasso di ospedalizzazione per Diabete (35-74 anni)	Il ricorso al ricovero per problematiche legate al diabete, potenzialmente evitabile con una efficace presa in carico sul territorio
% di pazienti dimessi per Scompenso Cardiaco (SC) aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani	L'aderenza alla terapia farmacologica e al follow up indicati per lo SC
Assistiti con SC in terapia con ACE inibitori-sartani	
Assistiti con SC in terapia con beta-bloccante	
Residenti con SC con almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio	
Residenti con SC con almeno una misurazione di sodio e potassio	
Tasso ospedalizzazione per SC (50-74 anni)	Il ricorso al ricovero per problematiche legate allo SC, potenzialmente evitabile con una efficace presa in carico dell'assistito con SC sul territorio
Assistiti con BPCO con almeno una spirometria	L'aderenza al follow up previsto per la BPCO
Assistiti con BPCO con visita pneumologica annuale	
Assistiti con BPCO in terapia con broncodilatatori	
Tasso ospedalizzazione per BPCO (50-74 anni)	Il ricorso al ricovero per problematiche legate alla BPCO, potenzialmente evitabile con una efficace presa in carico sul territorio
Assistiti con Ipertensione con almeno una misurazione del Profilo Lipidico	L'aderenza al follow up auspicabile per l'ipertensione
Assistiti che hanno almeno due ricoveri nell'anno per ACSC (Ambulatory Care Sensitive Conditions)	Il ricorso al ricovero ospedaliero per patologie per le quali l'ospedalizzazione risulta evitabile grazie a una appropriata presa in carico sul territorio

Assisiti over75 dimessi da ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni	L'integrazione o la continuità della presa in carico in alcune fasi dell'assistenza dove risultano rilevanti
Assistiti che percepiscono accompagnamento, FRNA, grave disabilità, aiuto vita indipendente	
Pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	
Assistiti con ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Il ricorso ripetuto al ricovero ospedaliero negli assistiti psichiatrici
Assistiti over65 con ricoveri medici oltre soglia	La presenza di ricoveri ospedalieri per propri assistiti over65 che superano le 30 giornate di degenza o le giornate di degenza previste dal Ministero (con focus sui ricoveri medici), quali proxy di difficoltà a dimettere il paziente a domicilio o in strutture post-acuti
Tassi di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per assistiti over65	
Copertura vaccinale antinfluenzale per gli over65	La copertura del vaccino antinfluenzale assicurata ai propri assistiti over65
Adesione corretta allo screening cervice uterina	L'aderenza ai previsti screening di prevenzione oncologica
Adesione corretta allo screening colorettale	
Adesione corretta allo screening mammografico	
Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde	Il ricorso ai servizi di emergenza potenzialmente inappropriati e concentrati in orari diurni e giorni feriali
Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde	Il ricorso ai servizi di emergenza potenzialmente inappropriati e concentrati in orari notturni e festivi, quando non sono attivi gli studi dei MMG
Assistiti con accessi al PS con codici triage bianco non seguiti da ricovero, standardizzato per età e sesso	Il ricorso ai servizi di emergenza potenzialmente inappropriati
Assistiti con almeno due accessi al PS con codice bianco	Il ricorso ai servizi di emergenza potenzialmente inappropriati effettuati ripetutamente dagli stessi assistiti
Assistiti con frattura del collo del femore operate entro 2 giorni	Un'importante proxy di esito in caso di fratture del femore nell'anziano fragile
Consumo territoriale di farmaci oppioidi	I livelli di consumo (DDD) per specifici farmaci riferiti alla terapia del dolore
Consumo territoriale di antibiotici	I consumi di antibiotici, al fine di indagarne la potenziale inappropriatezza anche in relazione al fenomeno dell'antibiotico resistenza
Consumo di antidepressivi	I consumi per i farmaci antidepressivi per segnalarne la potenziale inappropriatezza prescrittiva
% di pazienti trattati con NAO	Le prescrizioni ai propri assistiti di Nuovi Anticouagulanti Orali (NAO)
% di pazienti che interrompono terapia con NAO	Gli assistiti presunti non compliant e di cui si sospetta l'interruzione della terapia: si fornisce un dato per indagare la loro situazione clinica e psicofisica, nonché per indagare la potenziale inappropriatezza prescrittiva
% di abbandono delle statine	
% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	
% di pazienti BPCO in trattamento con Lama-Laba che interrompono terapia	
Polypharmacy	La presenza, in crescita, di assistiti che assumo più di 5 classi di farmaci contemporaneamente, dunque esposti a potenziali reazioni avverse dovute all'errata assunzione delle terapie o alle interazioni tra i farmaci
Iperprescrizione di statine	La presenza di assistiti in terapia con determinati farmaci per i quali sono stati prescritti nel corso dell'anno quantità eccessive di farmaco (DDD o unità posologiche)
Iperprescrizioni di antidepressivi	
Spesa Farmaceutica media	La spesa farmaceutica complessiva per farmaci di classe A (totale e suddivisa per patologie principale: BPCO, Diabete, ecc. Da valutare anche focus su spesa per specifici farmaci legati alle rispettive patologie; es: spesa per broncodilatatori per assistiti con BPCO)

Si delinea di seguito un'ipotesi di scaletta temporale per la sperimentazione del cruscotto qui presentato:

Anno 1	Sviluppo del cruscotto e presentazione capillare agli stakeholder
Anno 2	- Discussione di obiettivi e standard da raggiungere sulle misure più rilevanti - Introduzione degli standard nel cruscotto e revisione dello stesso anche in forma grafica
Anno 3	- Condivisione all'interno delle AFT dei risultati dei singoli MMG - Introduzione della segnalazione dei singoli casi/pazienti che determinano risultati negativi o per i quali sono opportune azioni specifiche - Pubblicazione dei risultati a livello di aggregato di AFT - Introduzione di obiettivi specifici e personalizzati a livelli di AFT
in itinere/ successivi	- Allargamento degli indicatori monitorati e/o valutati - Ampliamento della visibilità del cruscotto (e/o predisposizione di cruscotto ad hoc) anche ad altri operatori sanitari (distretto, SerD, ecc) e connesso ampliamento delle misure incluse

Bibliografia

1. ISTAT (2019), ISTAT, Popolazione e famiglie. Dati consultabili su http://dati.istat.it.
2. ISTAT (2019b), ISTAT, Popolazione e famiglie. Report consultabile su https://www.istat.it/it/anziani/popolazione-e-famiglie.
3. MinSal (2016). Ministero della Sanità, Piano Nazionale della Cronicità, Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016.
4. Mackenbach et al. (2016). Mackenbach JP, McKee M. Introduction. In "Mackenbach JP, McKee M (eds). Success and failure of EU policies - Four decades of divergent trends and converging challenges". European Observatory on Health Systems and Policies, 2013.
5. Vainieri et al. (2018). Vainieri M, Quercioli C, Maccari M, Barsanti S, Murante AM, Reported experience of patients with single or multiple chronic diseases: empirical evidence from Italy, Health Services Research 2018;18:659.
6. Bonciani et al. (2017). Bonciani M, Barsanti S, Murante A. Is the co-location of GPs in primary care centres associated with a higher patient satisfaction? Evidence from a population survey in Italy. BMC Health Serv Res 2017; 17:248.
7. Garrat et al. (2008). Garratt AM, Solheim E, Danielsen K. National and cross-national surveys of patient experiences: a structured review. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2008
8. De Rosis (2016). De Rosis S, Barsanti S. Patient satisfaction, e-health and the evolution of the patient–general practitioner relationship: evidence from an Italian survey. Health Policy 2016; 120(11):1279–1292
9. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed?. JAMA 1988;260(12):1743-8.
10. Nuti (2008). Nuti S (a cura di). La valutazione della performance in sanità. Il Mulino, 2008.
11. Arah et al. (2006). Arah O, Westert GP, Hurst J, et al. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care 2006;18: 5–13.
12. Braithwaite et al. (2017). Braithwaite J, Hibbert P, Blakely B, Plumb J, Hannaford N, Long JC, Marks D. Health system frameworks and performance indicators in eight countries: A comparative international analysis. SAGE open medicine, 2017.
13. HQO (2014). Health Quality Ontario. A Primary Care Performance Measurement Framework for Ontario Report of the Steering Committee for the Ontario Primary Care Performance Measurement Initiative: Phase One. Queen's Printer for Ontario, 2014.
14. Barsanti&Nuti 2014. Barsanti S e Nuti S, The equity lens in the health care performance evaluation system. The International Journal of Health Planning and Management 2014; 29(3): e233-e246.
15. Nuti et al (2016). Nuti S, Vola F, Bonini A, Vainieri M. Making governance work in the health care sector: evidence from a 'natural experiment' in Italy. Health Econ Policy Law. 2016 Jan;11(1):17-38.
16. Santos et al. (2018). Santos R, Barsanti S, Seghieri C. Pay for Performance in Primary Care: The Use of Administrative Data by Health Economists. In Crato N, Paruolo P (a cura di), Data-Driven Policy Impact Evaluation. Springer International Publishing, 2018.
17. NHS (2018). NHS England: Assessment team, CCG Improvement and Assessment Framework 2018/19, disponibile al link: https://www.england.nhs.uk/commissioning/regulation/ccg-assess/.
18. Bevan et al. (2018). Bevan G, Evans A, Nuti S. Reputations count: why benchmarking performance is improving health care across the world. Health Econ Policy Law. 2019 Apr;14(2):141-161.
19. Vainieri et al (2016). Vainieri M, Vola F, Gomez Soriano G, Nuti S. How to set challenging goals and conduct fair evaluation in regional public health systems. Insights from Valencia and Tuscany Regions. Health Policy 2016;120(11):1270-1278.

Italian Health Policy Brief

Anno IX
Speciale 2019

Direttore Responsabile
Stefano Del Missier

Direttore Editoriale
Walter Gatti

Direttore Editoriale Altis
Marcello Portesi

Editore

ALTIS Omnia Pharma Service

ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l.

Segreteria di Redazione
Ilaria Molteni

Tel. +39 02 49538303

info@altis-ops.it
www.altis-ops.it

Comitato esperti

Achille Caputi
Claudio Cricelli
Roberto Labianca
Antonio Nicolucci
Francesco Ripa Di Meana
Carlo Signorelli
Ketty Vaccaro
Antonello Zangrandi

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.

Aut. Trib. Milano 457/2012 - Numero di iscrizione al RoC 26499