



Utilizzo dei dati nel processo di cura

Ilidio Meloncelli
U.O. di Diabetologia
San Benedetto del Tronto

Criticità metodologiche dei processi di valutazione

Molte cosiddette valutazioni altro non sono che semplici descrizioni, spesso progettate più sulla luce che non sugli oggetti da illuminare

Laddove “ci sono i dati” si costruiscono miriadi di indicatori

Dove i dati non ci sono (o sono di bassa qualità o di difficile raccolta) gli oggetti restano del tutto oscurati e così la realtà può apparire totalmente diversa da quello che magari è effettivamente!

Il mito della completezza

C'è la tendenza diffusa a pensare che un sistema più indicatori ha, più completo è e più è esaustivo, più allora è buono ed efficace.

I sistemi agili sono a priori migliori dei sistemi eccessivamente pesanti

La realtà

Sistemi complessi sono rimasti di fatto per lo più del tutto inutilizzati.

Sistemi agili con pochi indicatori hanno prodotto dei risultati, magari limitati, però effettivi e almeno in parte utili

Gli attori

Sono logicamente congiunti:

- ✧ **Chi progetta il sistema di valutazione**
- ✧ **Chi conosce il sistema da valutare**
- ✧ **Chi deve prendere una decisione in virtù della valutazione effettuata**

Il processo di cura

**Il controllo può essere effettuato
solo misurando gli indicatori**

Indicatore

**Variabile misurabile che serve per
descrivere sinteticamente un
fenomeno**

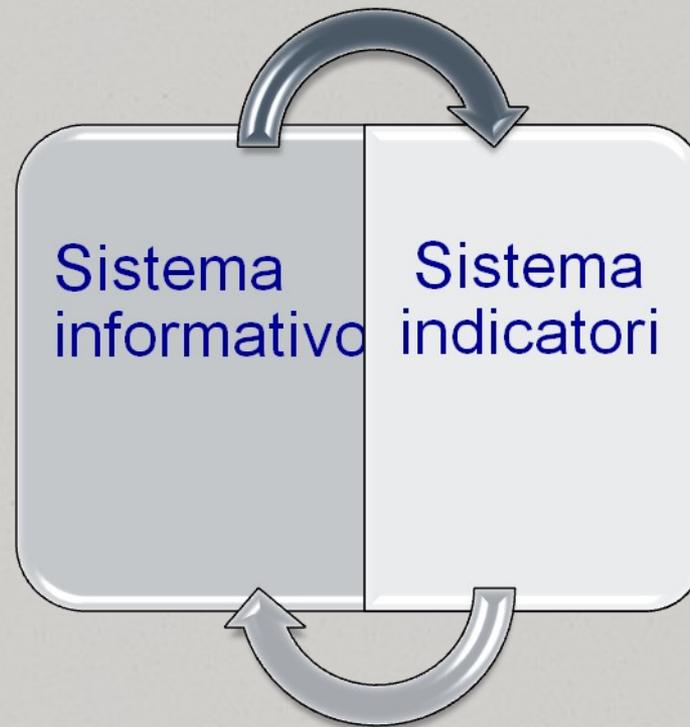
P. Morosini F. Perraro, Enciclopedia della gestione di Qualità in Sanità, 2001

Legame tra Dati e Indicatori

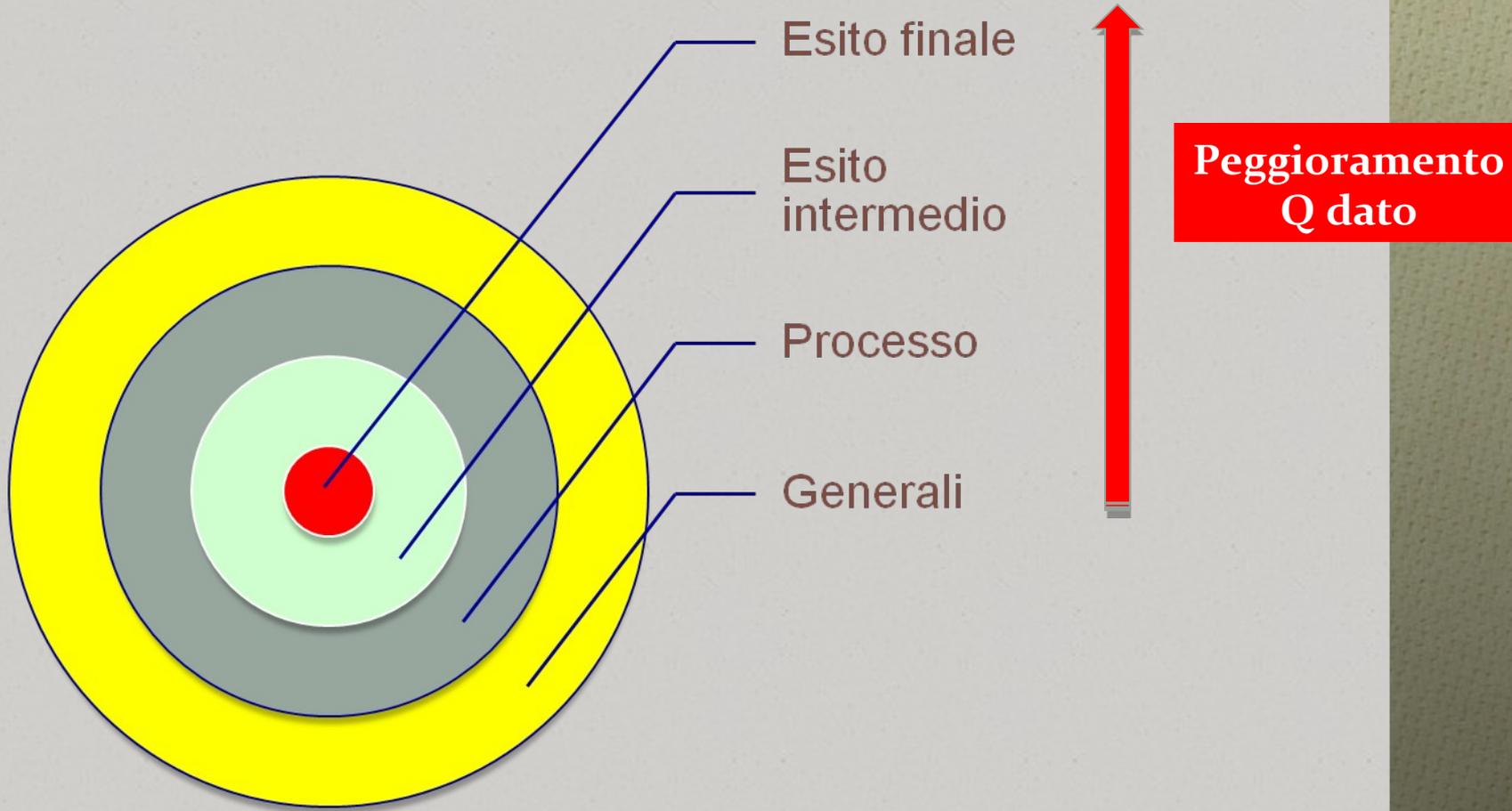
Il sistema informativo (compresa la qualità della documentazione clinica) è il presupposto essenziale per lo sviluppo di un buon sistema di indicatori

Position Paper SIQuAs sugli Indicatori Clinici

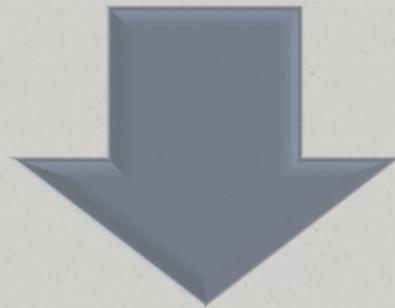
Legame tra Dati e Indicatori



Difficoltà nel centrare l'obiettivo



Necessità in contrasto?



Completezza



Derivanti
dalla routine



“Bontà del dato”

Il livello di completezza e precisione con cui vengono riportate le informazioni cliniche è di per sé un indice di qualità della cura

Progetto *Reminders AMD*

AMD ha invitato i produttori di cartelle cliniche informatizzate destinate all'uso clinico in diabetologia ad inserire nei loro programmi dei *reminders* in grado di aiutare l'utente

Campi di applicazione

Reminders clinici

Reminders per la buon qualità del dato

Reminders di follow up

Finalità dei *Reminders AMD*

Sintesi risultati clinici ottenuti dal singolo paziente

Riduzione dell'inerzia clinica del diabetologo

Registrazione standardizzata dei dati

Gli Strumenti AMD

File Dati AMD 2008

Il codice che descrive pienamente il campo è il codice AMD: quindi una cartella informatizzata può associare *direttamente* un campo al relativo codice AMD (es. l'utente inserisce nella cartella il dato "retinopatia diabetica non proliferante" che genera, al momento dell'esportazione dati, il campo "AMD053").

Nel caso venga invece seguito il percorso: **dato inserito -> codice (ICD9-CM, tariffario, ATC) -> codice AMD**, nella colonna "Codice/Provenienza codice" sono stati indicati i codici da utilizzare nella cartella per generare il codice AMD. Si noti che:

- 1) **Esami di laboratorio (tipo numerico):** per una identificazione certa si è usato l'elenco allegato all'ICD9-CM ("*Prestazioni diagnostiche e terapeutiche*") integrato dal codice tariffario nazionale DM 22/7/96.
- 2) **Esami strumentali (tipo testo):** anche in questo caso si è usato l'elenco allegato all'ICD9-CM ("*Prestazioni diagnostiche e terapeutiche*") integrato dal codice tariffario nazionale DM 22/7/96. Uno o più codici generano lo stesso codice AMD (a sua volta Normale/Patologico); nella cartella rimane comunque traccia del codice che identifica esattamente la prestazione (es. tre tipi di test da sforzo generano il codice AMD042)
- 3) **Patologie (tipo testo):** uno o più codici ICD9-CM generano lo stesso codice AMD; nella cartella rimane traccia del codice che identifica esattamente la condizione morbosa (es. 14 codici diversi generano il codice AMD044 "Insufficienza cardiaca": è comunque circoscritto con precisione l'ambito di condizioni morbose che generano il codice AMD. Nel caso di cartelle che associano direttamente la patologia al codice AMD, i codici della colonna "Codice/Provenienza codice" possono essere un punto di riferimento per l'associazione)
- 4) **Patologie (tipo testo) che non hanno un preciso codice ICD9-CM:** nella colonna "Codice/Provenienza codice" non c'è alcun codice
- 5) **Farmaco (tipo testo):** il codice ATC è il "valore" che accompagna il codice AMD. In fase di elaborazione dati si può quindi risalire alla/alle molecola/e utilizzata/e.

Fondo giallo (AMDA006, AMDA007, AMDA009, AMDA011, AMDA017, da AMD102 a AMD107): campi esportabili solo in caso di uso locale.

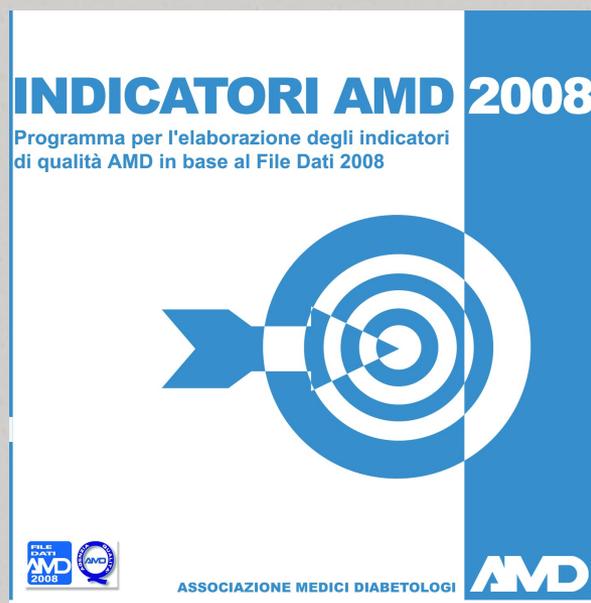
Prima colonna a sinistra:

"P" indica che il dato è "permanente" (cioè se è positivo rimane tale fino a cancellazione)

"O" indica che il dato deve essere obbligatoriamente gestibile dalla cartella ed esportabile (non significa che l'utente sia obbligato ad inserirlo)

Link utili: per i codici ICD9-CM: www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sezApprofondimenti.jsp?id=13&label=cod; per i codici ISTAT: www.istat.it

Gli Strumenti AMD

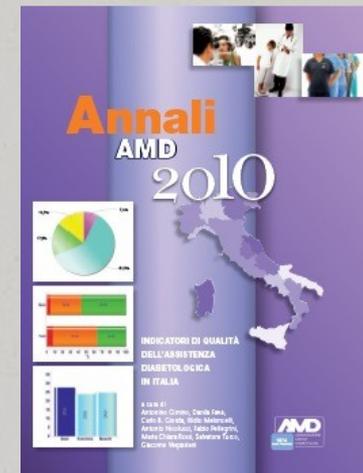
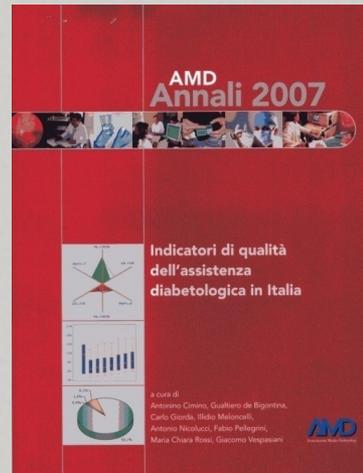


Software Indicatori
AMD



Annali AMD

Gli Annali AMD



87 centri

• 123.823
pazienti

95 centri

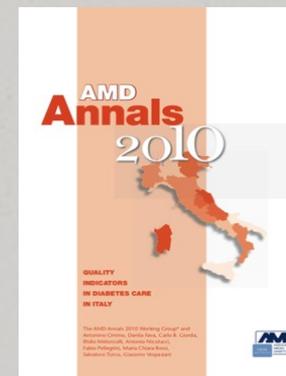
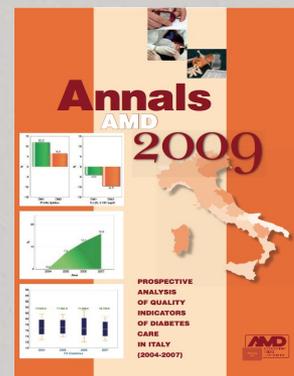
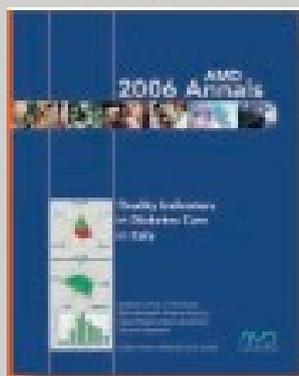
• 139.47
pazienti

116 centri

• 205.244
pazienti

236 centri

• 439.748
pazienti



4 edizioni in lingua inglese

Lo score Q

Misura sintetica, riassuntiva della qualità della cura erogata

Punteggio che quantifica la quota di rischio CV attribuibile ad una qualità della cura subottimale

| Indicatori di qualità della cura | Punteggio |
|--|------------------|
| Valutazione dell'HbA1c < 1 volta/anno | 5 |
| HbA1c \geq 8.0% | 0 |
| HbA1c < 8.0% | 10 |
| Valutazione della PA < 1 volta/anno | 5 |
| PA \geq 140/90 mmHg a prescindere dal trattamento | 0 |
| PA < 140/90 mmHg | 10 |
| Valutazione del PL < 1 volta/anno | 5 |
| LDL-C \geq 130 mg/dl a prescindere dal trattamento | 0 |
| LDL-C < 130 mg/dl | 10 |
| Valutazione della MA < 1 volta/anno | 5 |
| Non trattamento con ACE-I e/o ARBs in presenza di MA | 0 |
| Trattamento con ACE-I e/o ARBs in presenza di MA oppure MA assente | 10 |
| Score range | 0 – 40 |

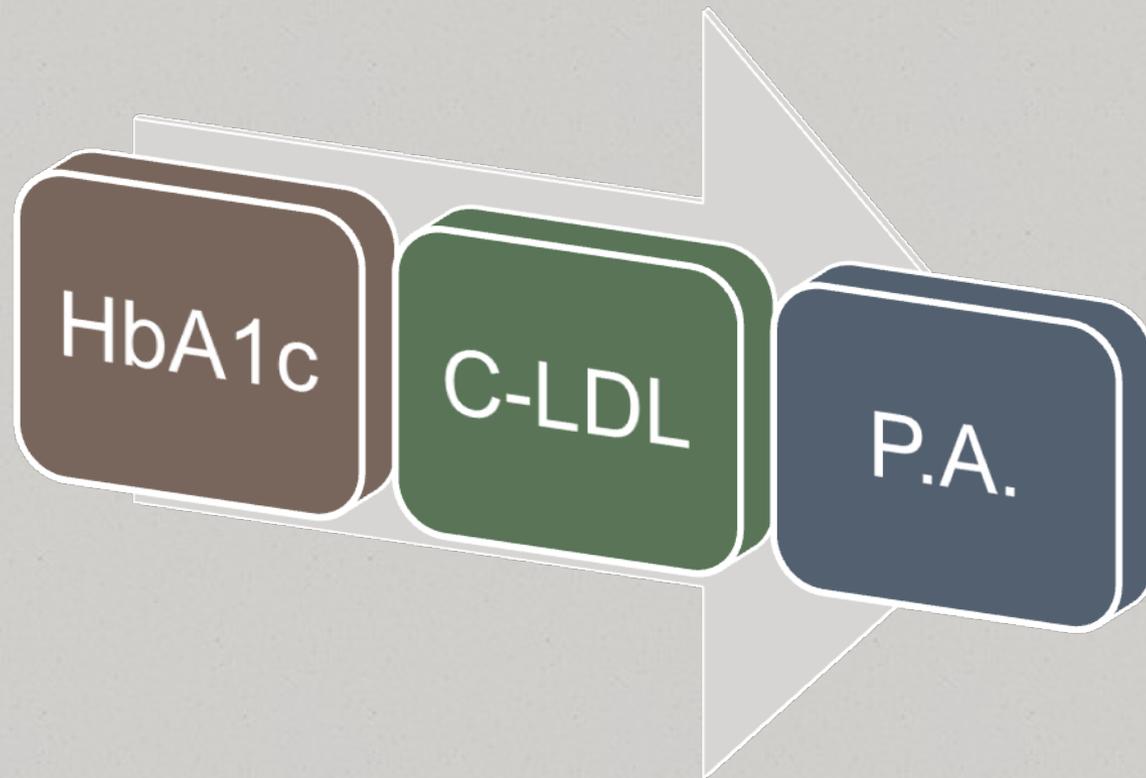
Lo score Q include una combinazione di misure di processo ed esito intermedio relative a HbA1c, pressione arteriosa, colesterolo LDL e microalbuminuria (misurazione negli ultimi 12 mesi, raggiungimento di specifici target e prescrizione di trattamenti adeguati) e calcola per ogni paziente un punteggio tra 0 e 40 come indice crescente di buona qualità di cura ricevuta.

Lo score Q

Parte da misure di processo e di esito intermedio

E' in grado di predire l'incidenza successiva di angina, IMA, ictus, TIA, rivascularizzazione, complicanze arti inferiori, mortalità

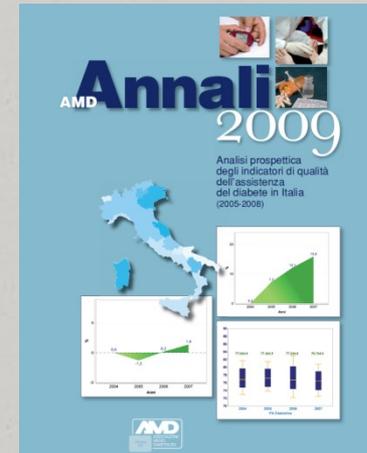
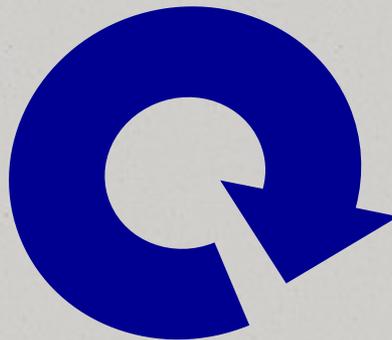
Studio QuED
Studio QUASAR



Aumentata la quota di pazienti a target



Efficacia
teorica



Efficacia
pratica

Elaborazione del 13/08/2008
Periodo analizzato ai fini del calcolo degli indicatori dal 1/1/2007 al 31/12/2007

INDICATORI AMD pazienti diabetici di tipo 1 e 2 UOD Spedali Civili di Brescia

GENERALI / RAPPORTO CON DIABETICI ATTIVI

| Indicatore | Tipo | Pazienti tipo 1 | | Pazienti tipo 2 | | | |
|---|------------|-----------------|--------|-----------------|---------|--------|---------|
| | | Num. | Percc. | Bon.Num. | Percc. | Bon. | |
| 01 - Distribuzione per classificazione diabete | | 1070 | 14,29% | 622 | 103,77% | | |
| 02 - Numero primi accessi | | 144 | | 859 | | | |
| 03 - Distribuzione per sesso della popolazione assistita | Maschi | 571 | 33,11% | 99,91% | 371 | 28,72% | 100,00% |
| | Femmine | 505 | 46,89% | 99,91% | 2609 | 41,28% | 100,00% |
| 04 - Età media della popolazione assistita | | 45 | | 100,00% | 66,7 | | 100,00% |
| 05 - Distribuzione della popolazione assistita per 9 classi d'età | <= 5 | 0 | 0,00% | 100,00% | 0 | 0,00% | 100,00% |
| | da 5 a 15 | 0 | 0,00% | 100,00% | 1 | 0,02% | 100,00% |
| | da 15 a 25 | 103 | 9,55% | 100,00% | 1 | 0,02% | 100,00% |
| | da 25 a 35 | 235 | 21,80% | 100,00% | 36 | 0,57% | 100,00% |
| | da 35 a 45 | 284 | 26,35% | 100,00% | 213 | 3,37% | 100,00% |
| | da 45 a 55 | 178 | 16,51% | 100,00% | 635 | 10,05% | 100,00% |
| | da 55 a 65 | 146 | 13,54% | 100,00% | 1750 | 27,69% | 100,00% |
| | da 65 a 75 | 89 | 8,26% | 100,00% | 2349 | 37,16% | 100,00% |
| | > 75 | 43 | 3,99% | 100,00% | 1336 | 21,14% | 100,00% |



Diabetes Care

November 2008 vol. 31 no. 11 2166-2168

**Baseline Quality-of-Care Data
From a Quality-Improvement
Program Implemented by a
Network of Diabetes Outpatient
Clinics**

DIABETIC Medicine

**Volume 27, Issue 9, pages 1041–1048,
September 2010**

**Four-year impact of a continuous
quality improvement effort
implemented by a network of
diabetes outpatient clinics: the
AMD-Annals initiative**



2011; 35 (1): 18-26

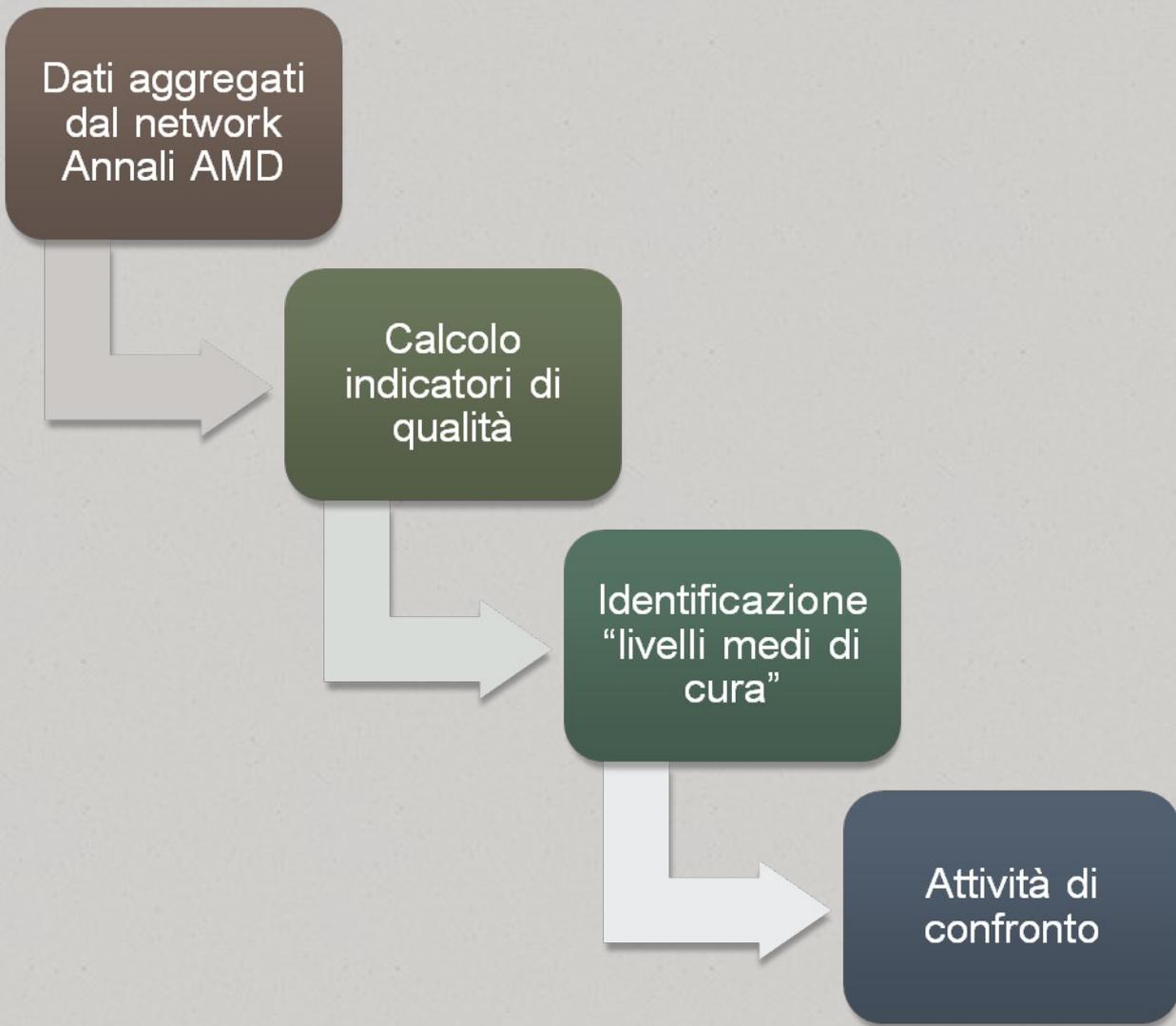
**Gli Annali AMD: un modello di
monitoraggio sistematico e
miglioramento continuo della
qualità dell'assistenza
diabetologica**

Dati aggregati
dal network
Annali AMD

Calcolo
indicatori di
qualità

Identificazione
"livelli medi di
cura"

Attività di
confronto



L'obiettivo non è la misurazione

L'obiettivo è il miglioramento

Donald Berwick
President of the Institute for Health Care
Improvement
Medicare/Medicaid Chief

**Grazie per
l'attenzione**

Illidio Meloncelli

