

Healthcare Research

& Pharmacoepidemiology

Regione Lazio



D/EP/Lazio
Dipartimento di Epidemiologia
Servizio Sanitario Regionale
Regione Lazio

Aderenza ai percorsi assistenziali nei pazienti con BPCO riacutizzata

Mirko Di Martino¹, Nera Agabiti¹, Adriano Vaghi²

- 1) *Dipartimento di Epidemiologia del S.S.R. - Regione Lazio*
- 2) *Dipartimento di Medicina e Riabilitazione - ASST Rhodense*

Torrette di Ancona, 2 Dicembre 2017

Perché è importante studiare la BPCO?

Il contesto epidemiologico

1. La BPCO costituisce la **quarta causa di morte** a livello mondiale. Questa patologia è in continua espansione: si stima che nel 2030 possa diventare la **terza causa di morte**.
2. In Italia, circa **3.000.000** di soggetti sono affetti da questa patologia e ogni anno **17.000** persone muoiono per BPCO.
3. Studi condotti in pratica clinica hanno evidenziato una notevole **inappropriatezza** nella gestione della BPCO, generando **esiti clinici e «costi» potenzialmente evitabili** (esacerbazioni della patologia, accessi in PS, ospedalizzazioni).

**Prima fase del Progetto.
Selezione dei pazienti con BPCO
riacutizzata**

La selezione della coorte

La popolazione in studio sarà costituita dai soli pazienti che condividono le stesse **indicazioni al trattamento** e le stesse strategie per il **monitoraggio della patologia**.

Tutte le analisi saranno realizzate su pazienti **dimessi dall'ospedale** con una diagnosi di **BPCO riacutizzata**.

La selezione della coorte «da SDO»

CRITERI	CODICI ICD-9 CM
Ricoveri in regime ordinario per acuti, con diagnosi principale di BPCO.	Codici per la diagnosi di BPCO
	490 (bronchite, non specificata se acuta o cronica)
	491 (bronchite cronica)
	492 (enfisema)
	494 (bronchiectasie)
	496 (ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non specificate altrove)
Oppure	
Ricoveri in regime ordinario per acuti, con diagnosi principale per cause correlate alla BPCO e con BPCO nelle diagnosi secondarie.	Codici per le diagnosi correlate
	518.81 - 518.84 (insufficienza respiratoria)
	786.0 (dispnea e altre anomalie respiratorie)
	786.2 (tosse)
	786.4 (espettorato anormale)

L'accuratezza del criterio classificatorio



Numerosi pneumologi, sia ospedalieri che ambulatoriali, hanno sollevato **dubbi sull'accuratezza** di questo criterio classificatorio (basso valore predittivo positivo). I pazienti che stiamo includendo nella coorte sono davvero affetti da BPCO?

Come possiamo rendere il processo di selezione più «**accurato**»?

Un doppio criterio di selezione: diagnosi e terapia farmacologica

Inhaled corticosteroids are more effective in COPD patients when used with LABA than with SABA

Victor A. Kiri^{a,b,*}, Germano Bettoncelli^c, Renato Testi^d, Giovanni Viegi^e

Study cohort

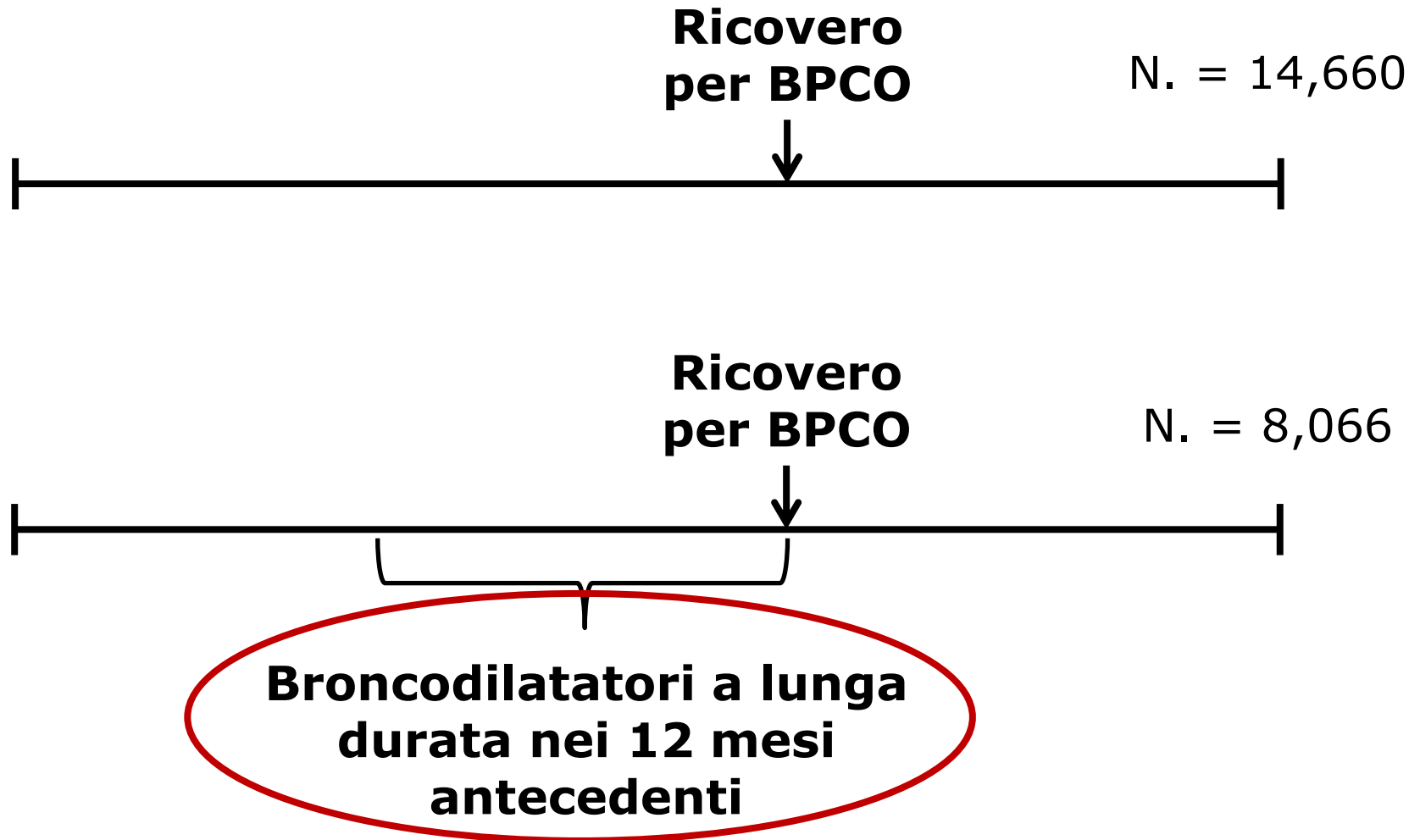
The cohort was similar to those used in two previously published retrospective studies; one based on the Ontario database¹⁰ and the other on the GPRD¹⁶ (Fig. 1). As in the previous GPRD-based study, the cohort was restricted to newly diagnosed COPD patients in the GPRD and cohort entry defined at date of discharge from a first hospitalization for a COPD-related condition. In addition, cohort members were required to have received at least one prescription for inhaled corticosteroids and at least another prescription for either LABAs or SABAs

Respiratory Medicine (2005) 99, 1115–1124



ELSEVIER

Le prime numerosità...



I sistemi informativi per la selezione della coorte

ANAGRAFE DEGLI ASSISTITI

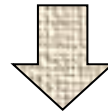
- data di nascita
- genere
- MMG
- data del decesso
- **codice dell'assistito**

SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

- diagnosi (ICD)
- interventi/procedure
- regime del ricovero
- data di ricovero
- **codice dell'assistito**

FARMACEUTICA

- farmaco erogato (ATC)
- data della prescrizione
- dosaggio complessivo
- giorni di copertura
- **codice dell'assistito**



SISTEMA INFORMATIVO “INTEGRATO”

- **codice dell'assistito**
- caratteristiche anagrafiche
- caratteristiche cliniche
- prestazioni erogate
- esiti clinici

**Seconda fase del Progetto.
Misura dell'aderenza al percorso
assistenziale**

Il percorso terapeutico assistenziale

Nella BPCO da moderata a grave, il **trattamento regolare con broncodilatatori** a lunga durata d'azione, se accompagnato da un **adeguato monitoraggio** della progressione della malattia, è in grado di controllare i sintomi, ridurre l'insorgenza di riacutizzazioni e migliorare la qualità di vita del paziente.

Le singole fasi del percorso assistenziale

**Aderenza al
trattamento con
broncodilatatori**

**Almeno una
spirometria
in un anno**

**Almeno una visita
pneumologica in
un anno**

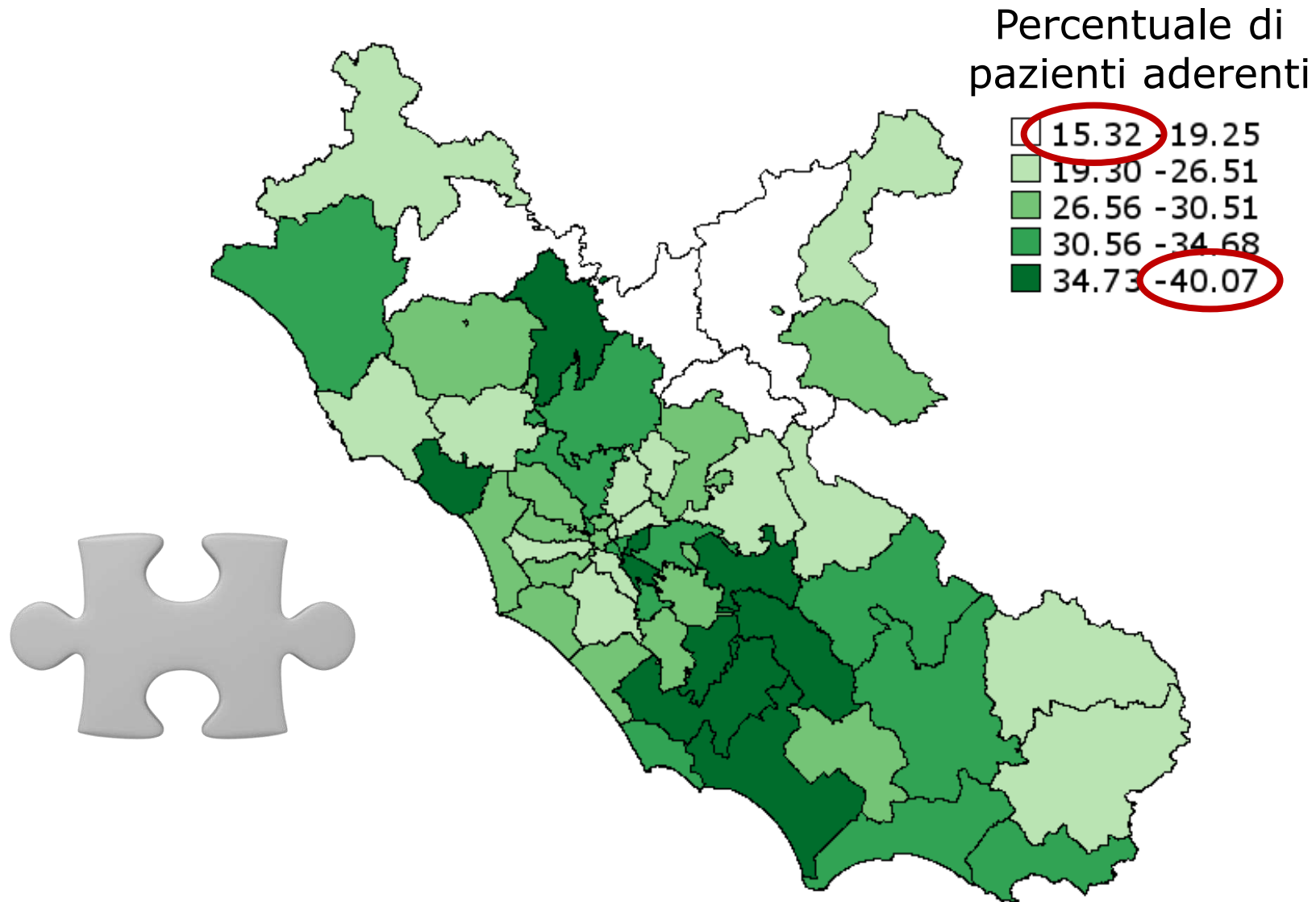
**Almeno due
accessi presso il
MMG in un anno**

Aderenza al percorso e variabilità geografica

Nonostante le raccomandazioni delle linee guida, in pratica clinica sono state riscontrate **percentuali di «aderenza al percorso ottimale» molto basse.**

Studi osservazionali condotti nella Regione Lazio hanno evidenziato una notevole **variabilità intra-regionale** nell'accesso alle cure ottimali.

Aderenza al trattamento con broncodilatatori per Distretto sanitario di assistenza. Lazio, 2016



Valutazione dei percorsi assistenziali: obiettivi

1. Misurare, nei 365 giorni successivi alla dimissione, l'aderenza alle singole fasi del percorso e l'**aderenza all'intero percorso assistenziale**.
2. Identificare i «**predittori**» sociali, anagrafici e clinici dell'aderenza al percorso.
3. Analizzare la **variabilità intra-regionale** nell'accesso alle cure ottimali.

**Terza fase del Progetto.
Analisi degli assi prioritari di intervento**






Una distanza da colmare

Dalle attuali evidenze scientifiche non è possibile quantificare quanta parte della "distanza dalle linee guida" è attribuibile al comportamento del **paziente**, ai *provider* del **territorio** o all'**ospedale** che ha dimesso il paziente.

L'analisi di queste "componenti" può essere di aiuto per definire gli **assi prioritari di intervento** per le politiche volte al miglioramento dell'erogazione e della fruizione dei percorsi terapeutico assistenziali.

Dove è più opportuno intervenire con le politiche di sanità pubblica?

Obiettivo: identificare quale tra i diversi «livelli assistenziali» del Sistema Sanitario Regionale ha il maggiore **impatto sulle singole fasi del percorso** terapeutico assistenziale.

<i>Livelli del Sistema sanitario</i>	<i>Stima quantitativa dell'impatto</i>
Paziente	
MMG	
Distretto sanitario	
ASL	
Ospedale di dimissione	

Una metodologia innovativa per il sostegno alle decisioni

Questa metodologia si basa sull'analisi della variabilità geografica ed è già stata «sperimentata» in ambito cardiovascolare.

Dove c'è variabilità tra *provider* (MMG, Distretti sanitari, ASL, Ospedali) c'è margine di intervento.

Le politiche sanitarie dovrebbero «schiacciare questa variabilità verso l'alto» al fine di (1) **aumentare l'aderenza al percorso assistenziale** e (2) **favorire l'equità del Sistema sanitario**.

Fai attenzione quando leggi libri di medicina.

Potresti morire per un errore di stampa.

Mark Twain

APPROFONDIMENTI

Metodi: i modelli multilivello cross-classificati

