

Cure Primarie in Toscana: dati epidemiologici e strategie di intervento

Andrea Leto

Settore Medicina Predittiva e Preventiva

Bologna 25 febbraio 2008



Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

13 gennaio 2011

1



PROFILO EPIDEMIOLOGICO

LA ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE

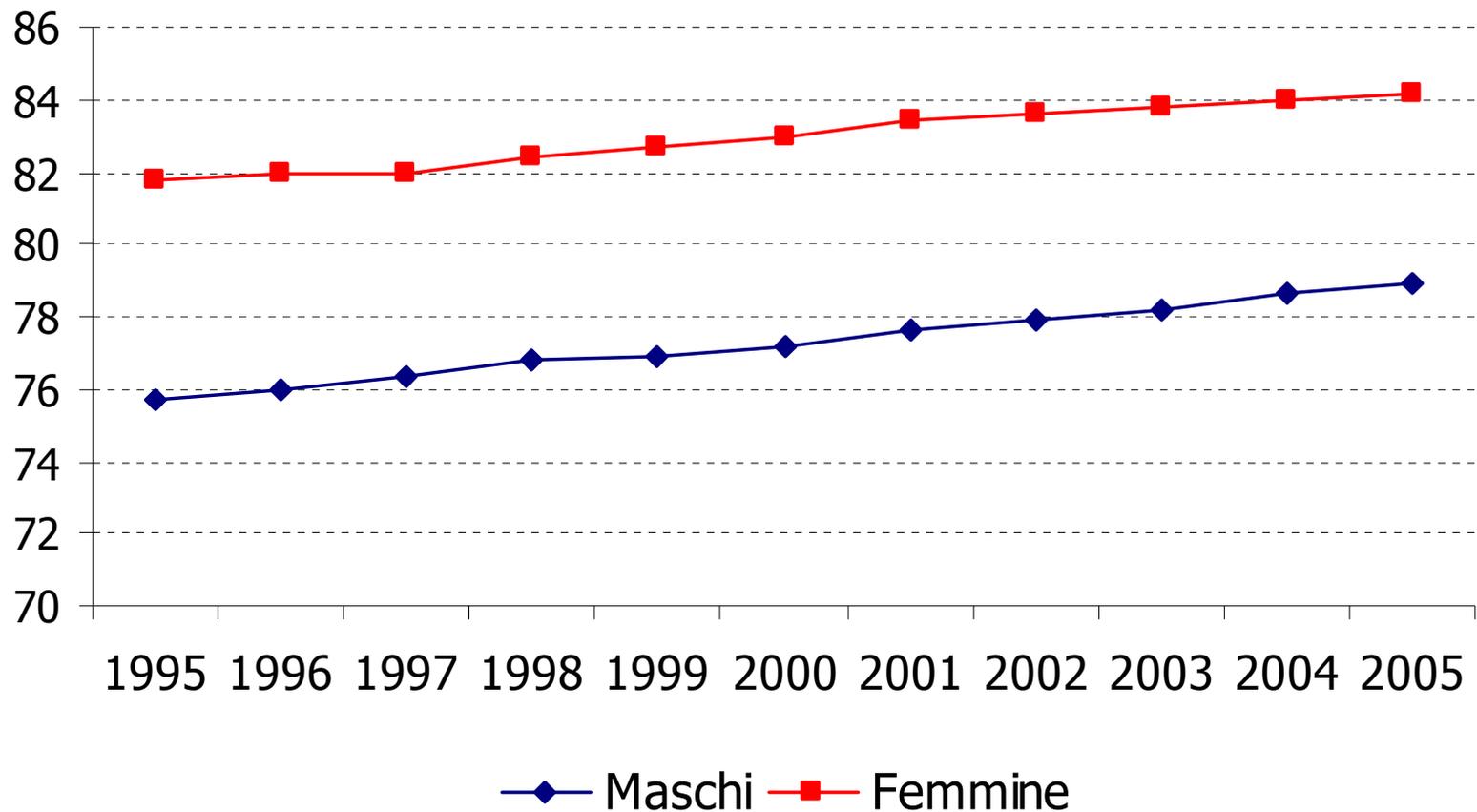
**PAROLE CHIAVE ED AZIONI DEL
PIANO SANITARIO REGIONALE 2008-2010**



PROFILO EPIDEMIOLOGICO



Speranza di vita alla nascita Toscana - Anni 1995-2005



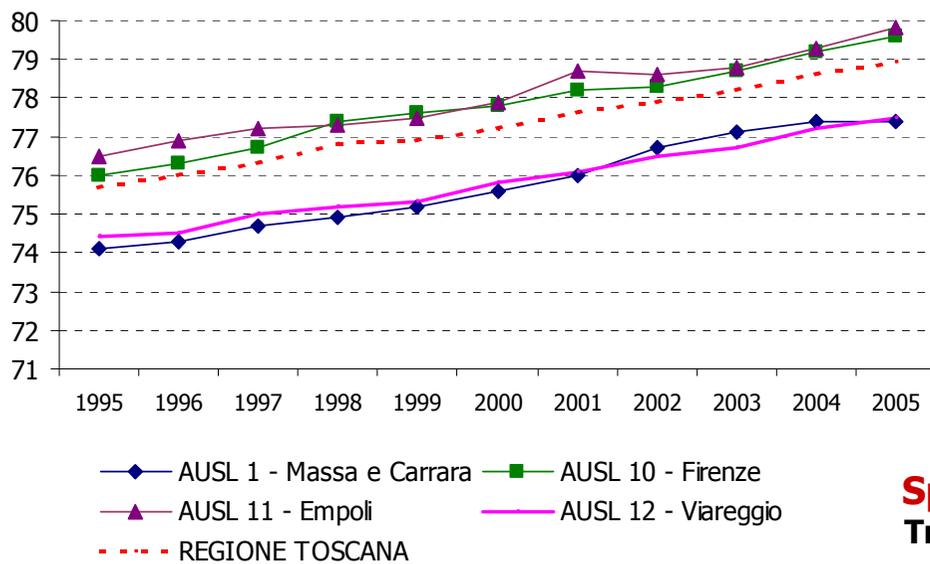
Elaborazioni a cura: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana
Fonte: Flussi Informativi Regionali (Registro di Mortalità Regionale)



Speranza di vita alla nascita - Maschi

Trend temporale in alcune Az. USL Toscane

Anni 1995-2005



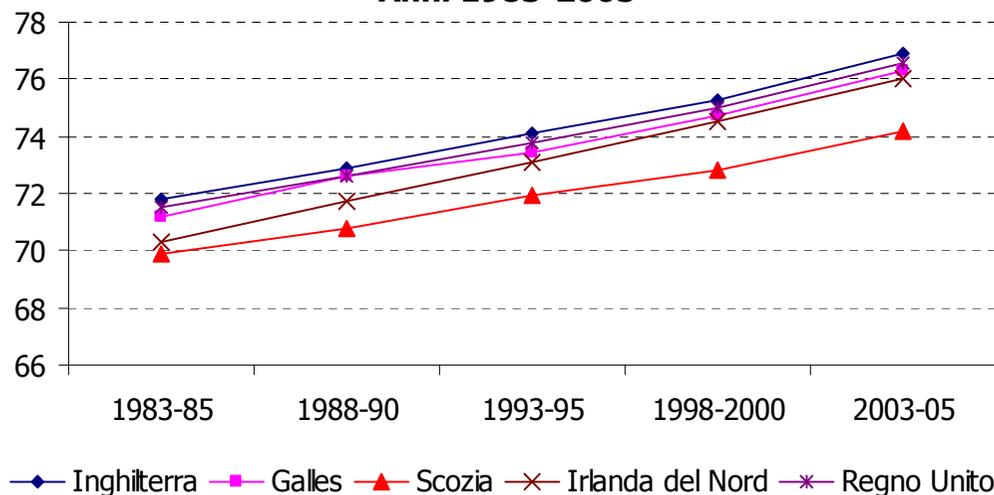
Elaborazioni a cura: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Fonte: Flussi Informativi Regionali (Registro di Mortalità Regionale)

Speranza di vita alla nascita - Maschi

Trend temporale nelle aree del Regno Unito

Anni 1983-2005



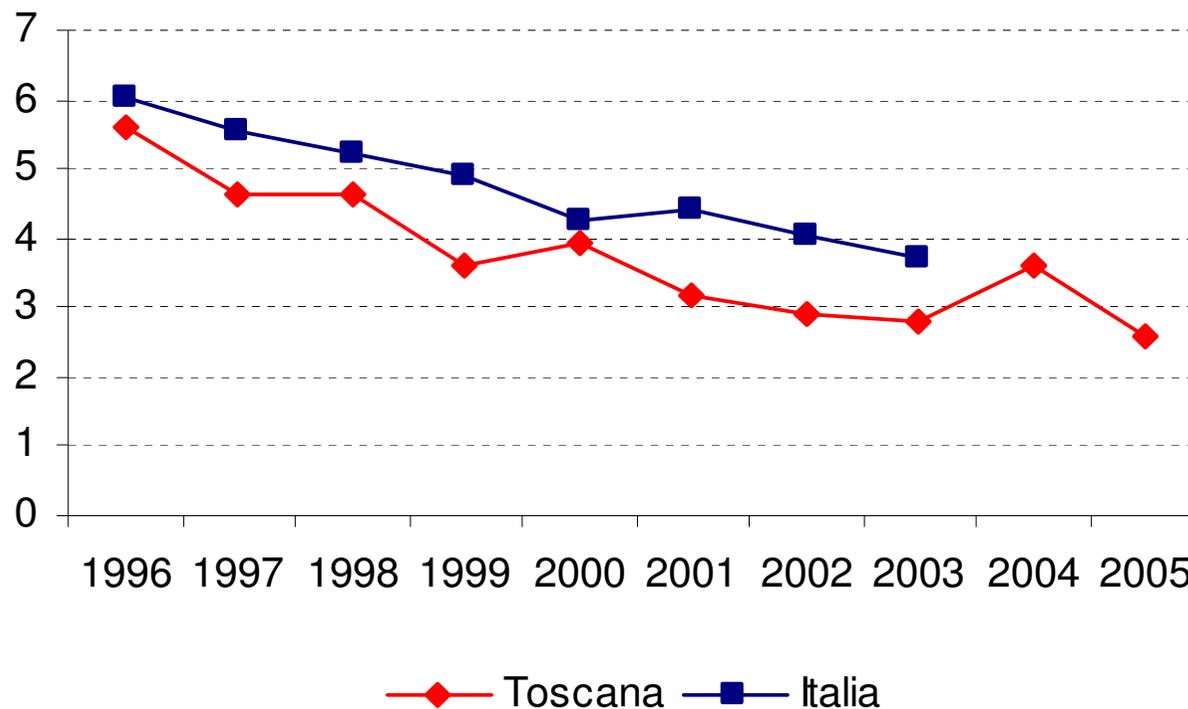
Fonte: Government Actuary's Department, Office for National Statistics

13 gennaio 2011



Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

Mortalità nel primo anno di vita Tassi per 1.000 nati vivi. Toscana e Italia Anni 1995-2005



Elaborazioni a cura: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Fonte: Toscana: Flussi Informativi Regionali (Registro di Mortalità Regionale); Italia: ISTAT – Health for Hall



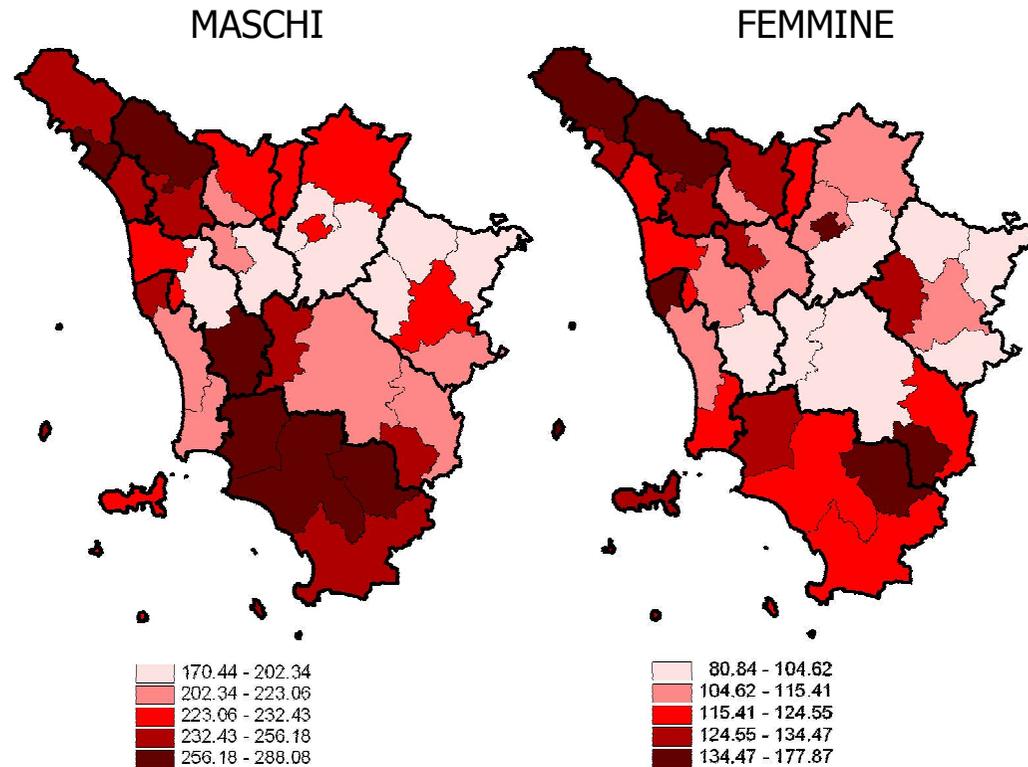
Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

13 gennaio 2011



Mortalità prematura per zona-distretto

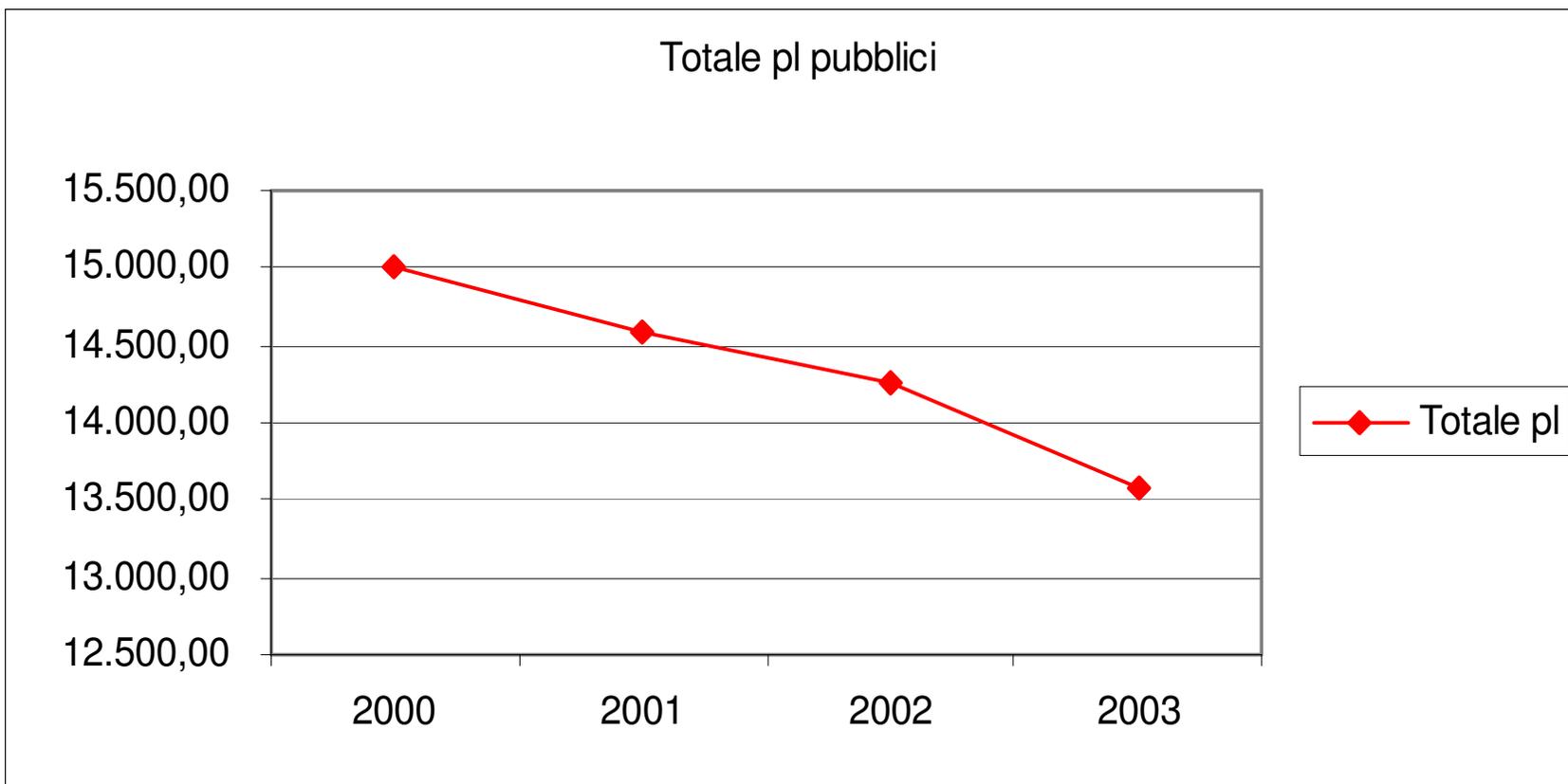
Tassi standardizzati per età per 100.000 ab. Toscana Anno 2005



Elaborazioni a cura: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana
Fonte: Flussi Informativi Regionali (Registro di Mortalità Regionale)

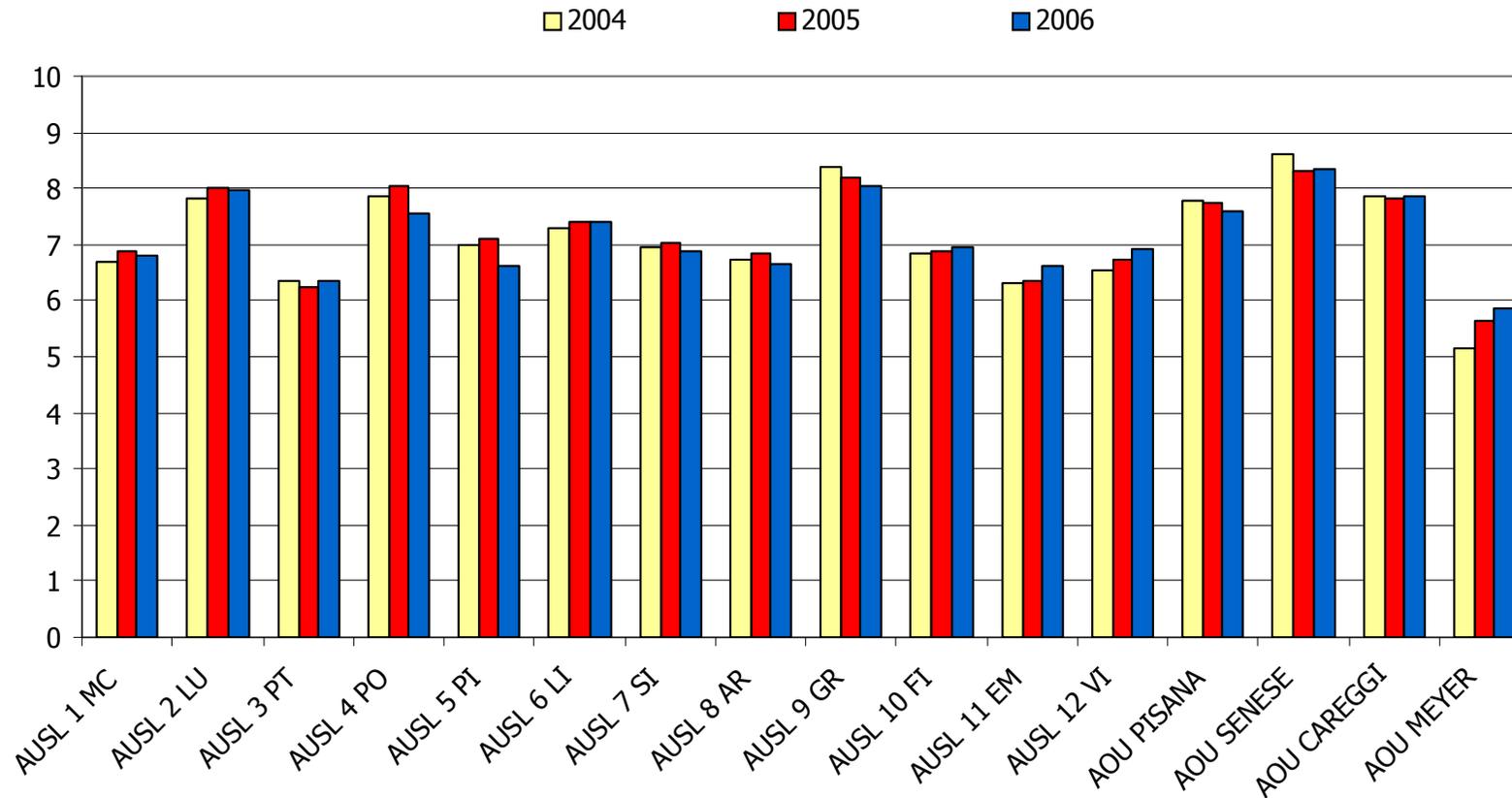


I Posti letto pubblici in Toscana



Degenze media per acuti - Dati Mes

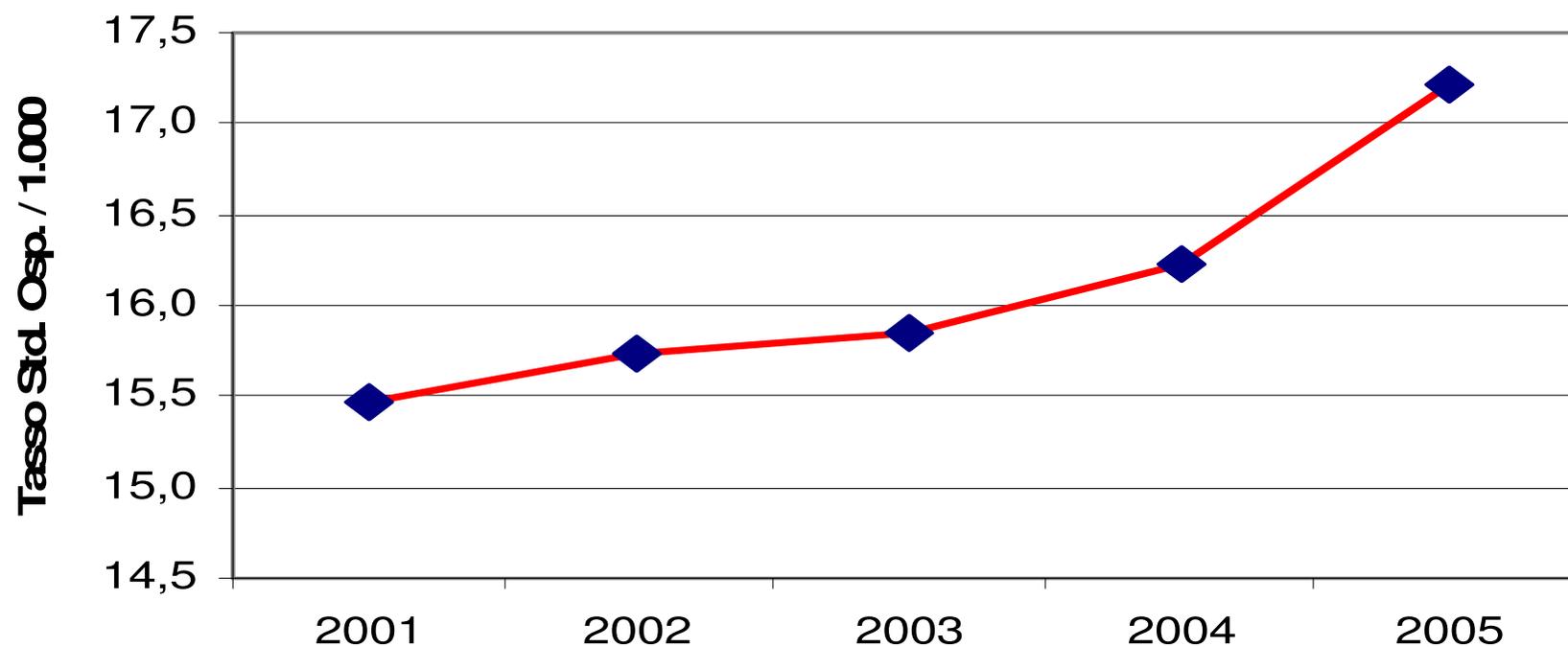
Anni 2004-2006



Rimangono comunque delle differenze tra le aziende, e il trend degli ultimi anni è in calo in alcune realtà, in crescita o invariato in altre



Tasso di Ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco Residenti in Toscana ultra65enni - anni 2001 - 05



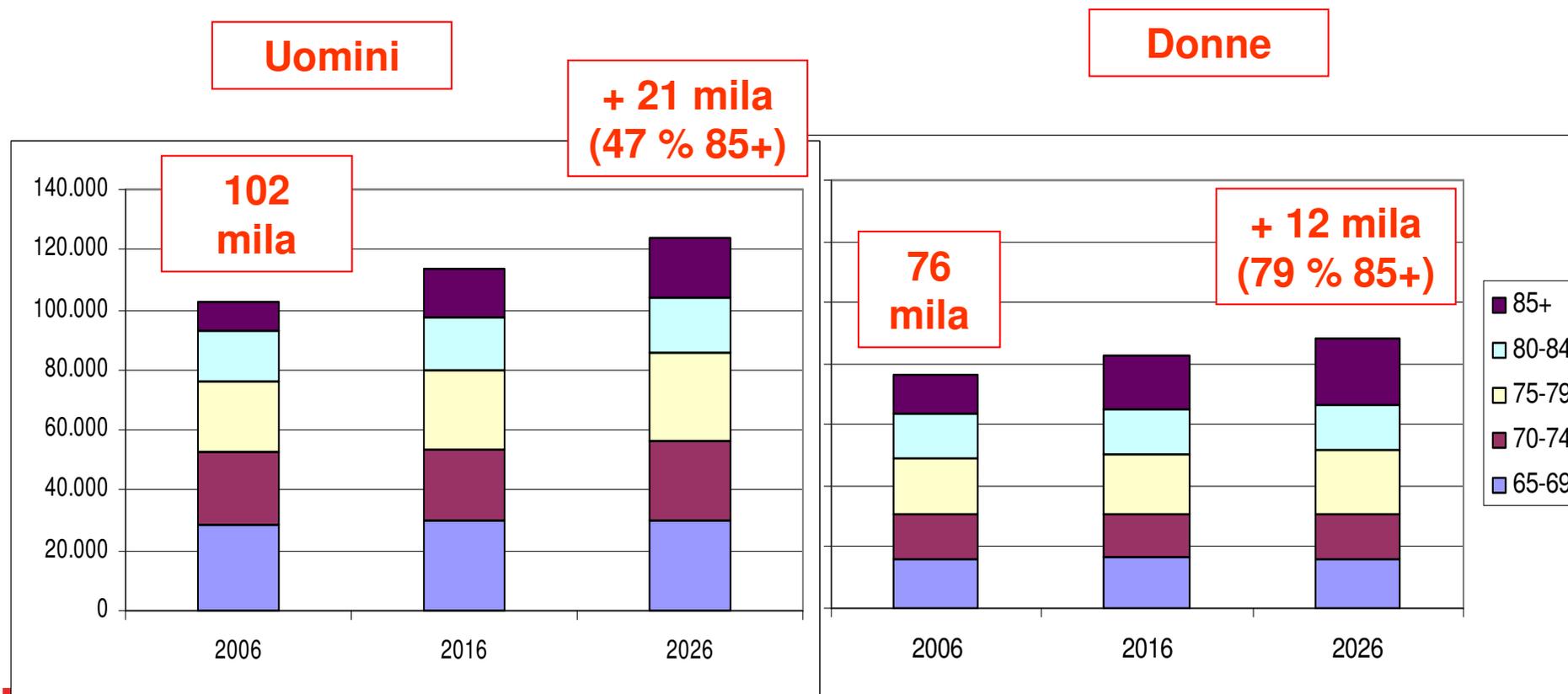
Dati di patologie in Toscana

- oltre 150.000 pazienti in trattamento con farmaci antidiabetici, un quinto dei quali trattato con insulina
- circa 770.000 pazienti sono in cura con farmaci antipertensivi
- si verificano circa 11.000 infarti miocardici acuti (IMA)
- poco meno di 11.000 sono gli ictus cerebrali, che si verificano ogni anno
- I pazienti toscani con più di 65 anni affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) sono stimati in circa 178.000
- Gli anziani ultrasessantacinquenni affetti da scompenso cardiaco sono stimati circa 60.000



Stime Anziani Residenti in Toscana con BPCO 2006-2026

Fonti: ILSA (stime prevalenza) - Istat (popolazione)



13 gennaio 2011



Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

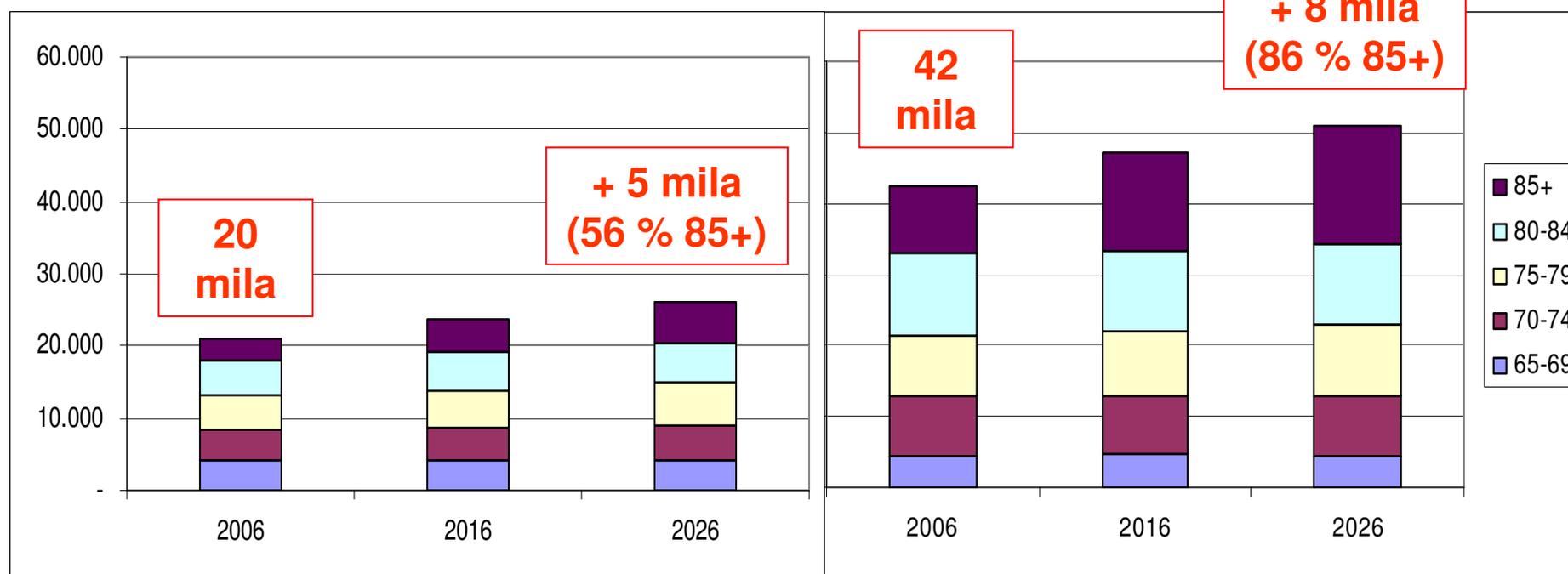


Stime Anziani Residenti in Toscana con scompenso cardiaco 2006-2026

Fonti: ILSA (stime prevalenza) – Istat (popolazioni)

Uomini

Donne



13 gennaio 2011



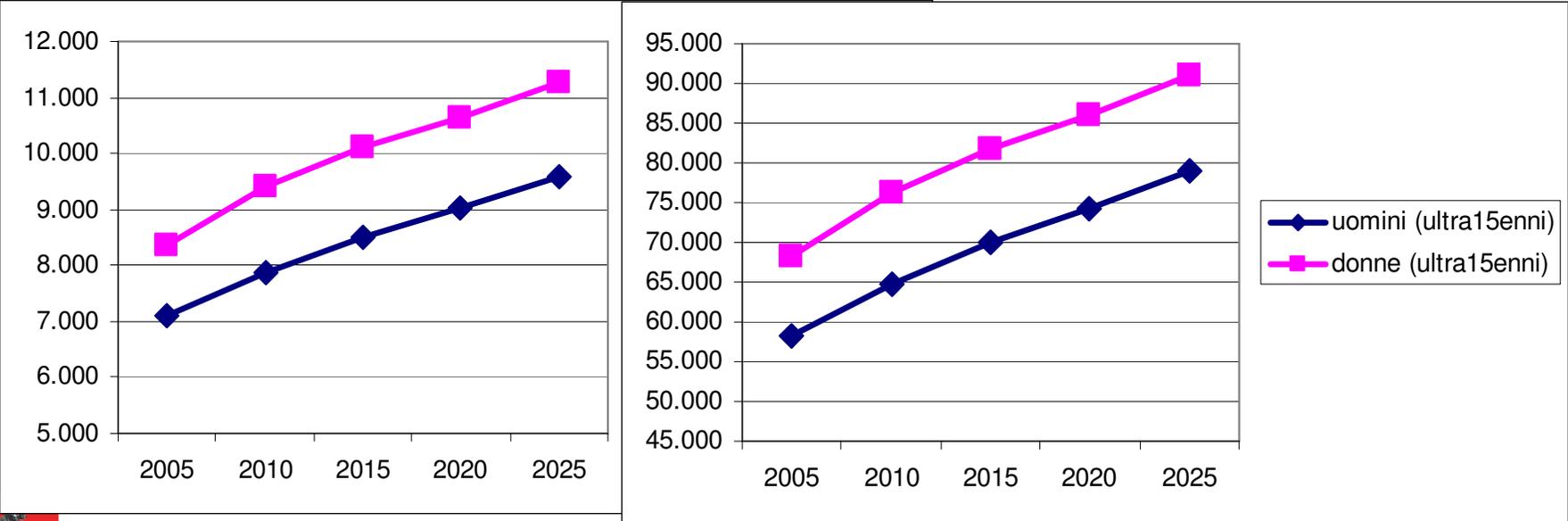
Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



Stime Ricoveri e Giornate di Degenza per Scompenso Cardiaco 2005- 2025- Residenti in Toscana > 14 anni

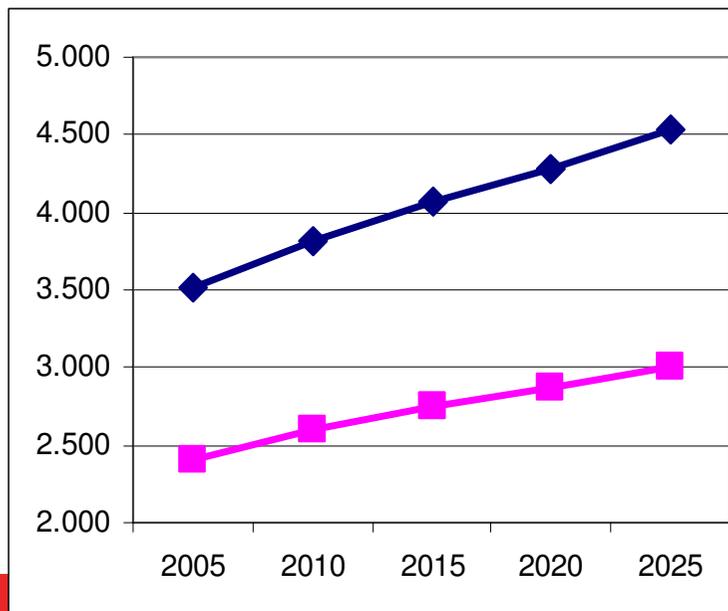
Ricoveri in regime ordinario

Giornate di Degenza in regime ordinario

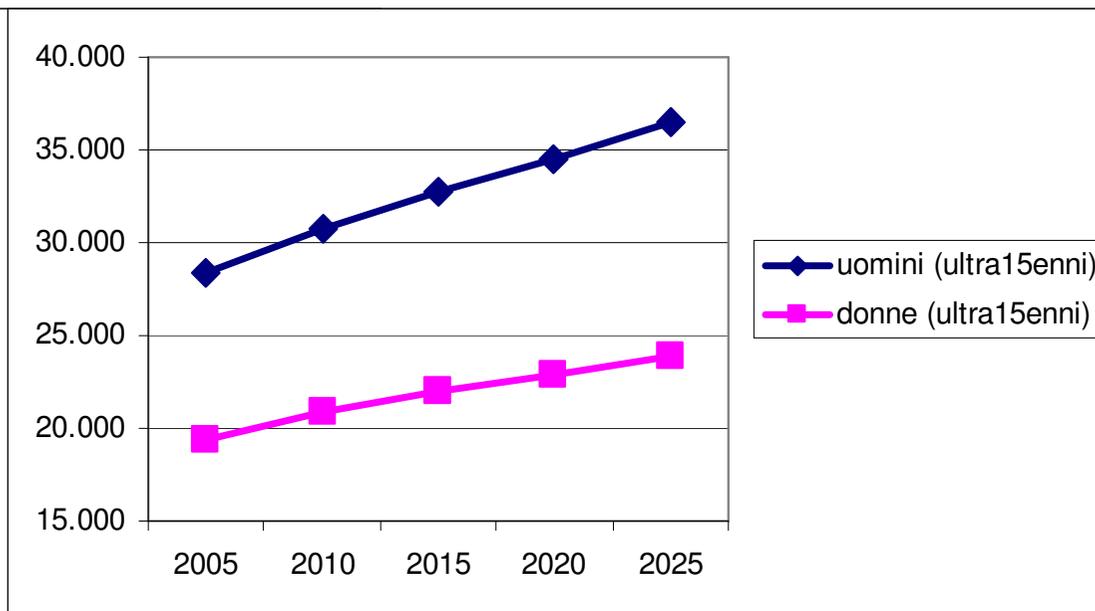


Stime Ricoveri e Giornate di Degenza in Regime Ordinario per BPCO 2005-2025 Residenti in Toscana >14 anni

Ricoveri in Regime Ordinario



Giornate di Degenza in Regime Ordinario



Considerazioni



- I cittadini toscani usufruiscono di buoni servizi sanitari e i risultati di salute sono quelli attesi da un SSR di qualità
- Persistono elementi di diseguaglianze di accesso al SSR determinati da condizioni socio-economiche, di integrazione e di organizzazione dei servizi
- Il processi di riorganizzazione della rete ospedaliera si può considerare quasi concluso
- La riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura è un processo avviato; i giorni di degenza sono diminuiti con margini di ulteriore miglioramento
- I dati epidemiologici mostrano una inversione di tendenza per le patologie croniche
- Occorre ripensare l'approccio con le politiche territoriali per contrastare le patologie croniche in un modello integrato con l'ospedale



LA ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE



Il quadro della medicina convenzionata in Toscana

Anno 2006	N° medici	N° Assistiti	Totale compenso percepito	Costi aggiuntivi per il sistema
Medici di assistenza primaria <i>di cui:</i>	3.090	3.239.000	240.000.000 (di cui 180.000.000 in quota fissa)	
<i>lavorano individualmente</i>		29%		
<i>In Associazione</i>		31%		4.600.000
<i>In gruppo</i>		31%		8.800.000
<i>In rete</i>		2%		500.000
<i>In cooperativa</i>		20%		2.100.000
Pediatri di famiglia	430	350.000	48.000.000	
Medici di continuità assistenziale	963 (di cui 713 titolari e 250 a tempo determinato)		34.200.000	
Medici della medicina dei servizi	120		3.500.000	
Medici di emergenza sanitaria territoriale	n.d.		n.d.	
Specialisti ambulatoriali	886		42.000.000	

ADP circa 540.000 accessi (11.800.000 euro)
 ADI circa 132.000 accessi (2.700.000 euro)
 RSA circa 120.000 accessi (2.600.000 euro)
 Prestaz. Agg circa 550.000 prestazioni effett.ive (4.000.000 euro)
 Compensi per assoc. 2.700.000 utenti (16.000.000 euro)
 Collaboratore di studio 811 medici ne usufruiscono (3.800.000 euro)
 Infermiere 244 medici ne usufruiscono (1.200.000 euro)
 Indennità informatica 1959 medici informatizzati (1.800.000 euro)

Fonte: Assessorato



Regione Toscana
 Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

Indennità informatica

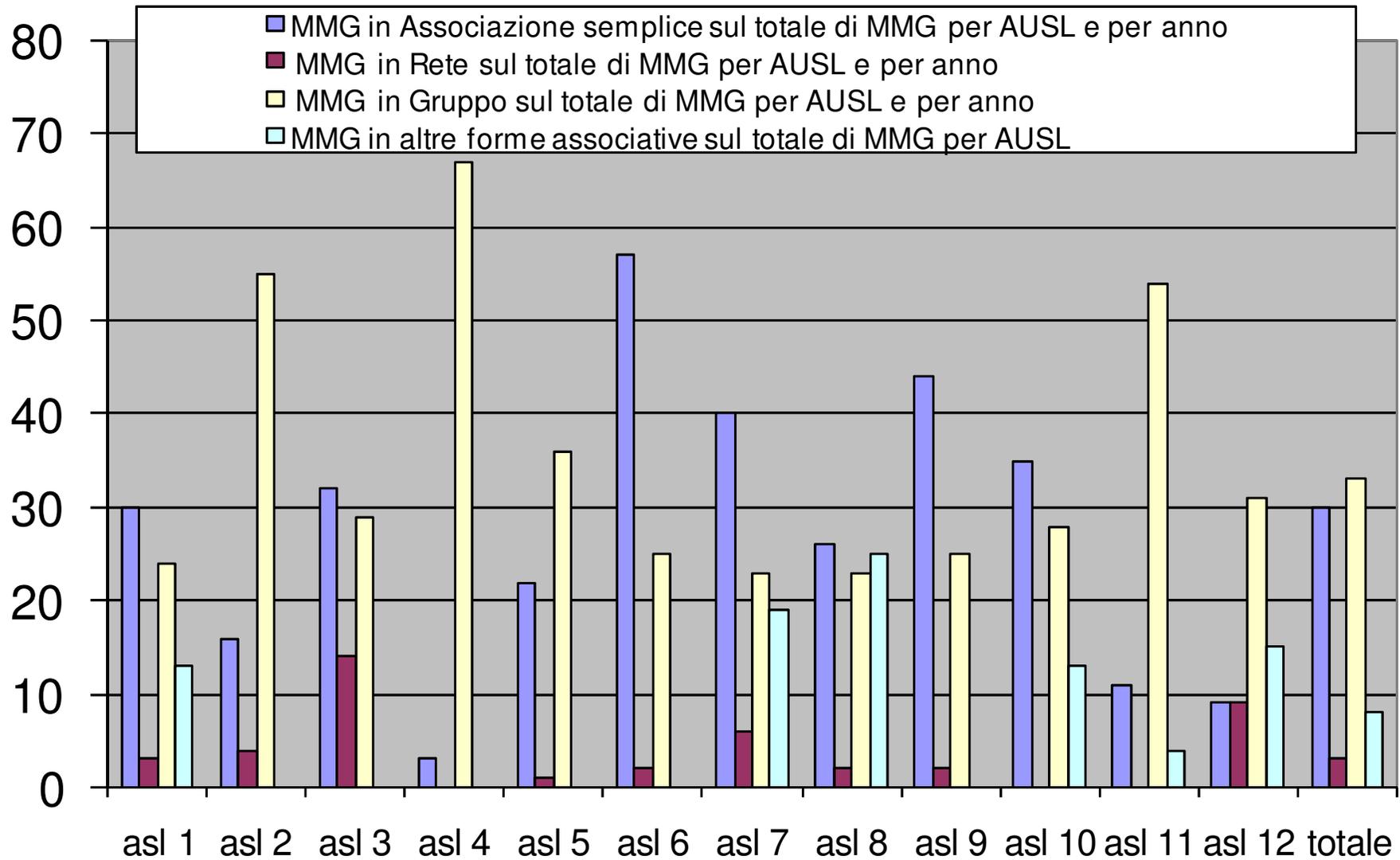
13 gennaio 2011

19

19



Forme di Associazione medico (2006)



13 gennaio 2011



Regione Toscana

Fonte: Indagine sulle Zone Distretto in Regione Toscana - Anno 2007 -



Le Unità di Cure Primarie

DGRT 1204 del 17.11.03: istituzione delle “Unità di Cure Primarie”

- Oggi sono attive 21 UCP che assistono 270.000 abitanti
- Vi fanno parte: MMG, PLS, Spec.Ambulatoriali, Infermieri, Amministrativi, Assistenti Sociali, Ostetriche, Fisioterapisti
- Sono state erogate risorse per investimenti strutturali, per le attrezzature, per il personale di studio e per il funzionamento annuale
- **Obiettivi sono:** miglioramento dei percorsi assistenziali (prenotazioni cup), integrazione dei professionisti, l’appropriatezza delle prestazioni e la promozione della salute

La sperimentazione si conclude nel mese di maggio 2008 e la evoluzione è legata alla valutazione degli indicatori di processo e di salute



Le case della salute



Accordo integrativo per la medicina generale

Preaccordo nel 2005 DGRT del 27.03.06

- Ruolo del MMG nel Governo clinico e nelle commissioni regionali e aziendali
- Incentivazione delle forme associative ed alle equipe territoriali
- **Obiettivi di salute:** coperture vaccinali, gli screening oncologici, le malattie cardiovascolari, il diabete mellito tipo II, la bronco pneumopatia ostruttiva (BPCO), l'ipertensione arteriosa e la prevenzione delle fratture nei soggetti a rischio
- Carta dei servizi sanitari



Accordo integrativo per la Pediatria di famiglia

- Governo clinico
- Self help
- ACAP (Attività di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica)
- Vaccinazioni
- Assistenza al bambino cronico
- Progetto speciale per i bambini obesi



Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti

DGRT 402 del 26.04.04

- istituzione del punto unico per l'assistenza domiciliare P.U.A.) in ciascuna delle 34 zona distretto
- Riforma della Unità di valutazione multidimensionale (UVM)
- Sperimentazione di una serie di test di valutazione che riguardano le tre aree del bisogno socio – sanitario assistenziale:
 - funzionale organica
 - cognitivo - comportamentale
 - Socio - relazionale - ambientale



Indagine sulle Zone Distretto in Regione Toscana - Settembre 2007 -

- Equipe di MG presenti in 19 ZD su 34
- Riunioni periodiche di equipe effettuate in 15 ZD su 34
- 26 ZD hanno accordi integrativi con la MG
- 7 anche con i PLS
- 29 hanno attivato il PUA 23 hanno una banca dati dei casi trattati
- 28 ZD hanno almeno 2 Unità di valutazione multiprofessionali funzionanti
- Le UVM che si riuniscono mediamente ogni 11 giorni (da 7 a 15 giorni) esaminando un numero medio di 7 casi a seduta



Considerazioni



- In Toscana prevale la organizzazione delle cure primarie attraverso le forme associative con alcune specificità
- Dalle indagini di gradimento le forme organizzative della medicina generale e della PLS per lo più sono sconosciute ai cittadini
- La conclusione della sperimentazione delle UCP porterà ad una valutazione sugli esiti di salute per i cittadini e ad una valutazione di come hanno inciso nella organizzazione dei professionisti
- Esiste un problema di luoghi fisici dove i cittadini possono identificare le cure territoriali
- Gli accordi integrativi regionali trovano difficoltà ad essere applicati nella loro integrità
- L'integrazione socio-sanitaria è in una fase di significativo sviluppo e consolidamento



PAROLE CHIAVE ED AZIONI DEL PIANO SANITARIO REGIONALE 2008-2010



PSR 2008-2010: Principi ispiratori e le parole chiave

1. Appropriatelyzza
2. Qualità
3. Produttività

4. Sanità di iniziativa

Orienta l'attività verso chi "***meno sa e meno ha***" e che per questo si trova a rischio di minore accesso ai servizi e a rischio persino di non espressione del bisogno (modelli d'intervento proattivi)

Riguarda sia la prevenzione primaria e secondaria, sia gli interventi sul territorio, sia quelli in ambito ospedaliero

Arete prioritarie di intervento:

le malattie croniche, gli screening oncologici, i controlli in gravidanza e la prevenzione delle IVG nelle cittadine immigrate, i programmi di educazione alimentare, di prevenzione del fumo e dell'alcol, della promozione del movimento,

Dalla medicina di attesa alla sanità di iniziativa

Lo sviluppo della sanità di iniziativa si basa su:

1. un **nuovo modello assistenziale** per la **presa in carico** **“proattiva” dei cittadini**
2. un **nuovo approccio organizzativo** che assume il bisogno di salute **prima dell’insorgere della malattia**, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali

Tale processo riguarda in maniera integrata i percorsi ospedalieri, la presa in carico del cittadino da parte del territorio



Le risorse della comunità

La sperimentazione del modello organizzativo delle **Società della Salute** e sua evoluzione per:

- Orientare le comunità locali alla programmazione della salute dei cittadini
- Far partecipare gli Enti Locali alla definizione del bisogno, alla definizione quali/quantitativa dei servizi sanitari ed alla loro integrazione con i percorsi sociali
- Condividere le compatibilità economiche socio-sanitarie
- Includere sul piano culturale ed operativo gli Enti Locali nella nuova gestione delle malattie croniche quale una delle priorità del sistema
- Organizzare e utilizzare al meglio le risorse delle comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti, organizzazioni dello sport

Le organizzazioni sanitarie

- *La proposta di Legge di “Ammodernamento” del SSN*
- *L’esito della contrattazione per il nuovo ACN (il sistema di remunerazione, gli strumenti di sviluppo delle forme organizzative)*
- L’evoluzione della professione della medicina convenzionata (superamento della continuità assistenziale)
- L’evoluzione delle professioni infermieristiche e il loro rapporto nel modello organizzativo della sanità di iniziativa
- Il ruolo della Assistenza Sanitaria di Comunità



La capacità di inclusione nelle cure dei cittadini

Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

23 gennaio 2017

PSR 2008-2010- Chronic care model (1)

1. la identificazione, attraverso la rassegna scientifica e l'analisi dei dati epidemiologici a disposizione nelle aree individuate per l'avvio della sperimentazione, del **fabbisogno di personale**
2. la definizione delle modalità per **l'arruolamento** di questo personale che sarà attribuito, con mansione vincolata, alla Unità Operativa Assistenza Infermieristica Territoriale del distretto
3. la definizione e attuazione del **percorso formativo specifico**
4. **l'affidamento del personale**, secondo specifici indici di assorbimento, ai MMG, responsabili clinici delle cure primarie sul territorio. I MMG assumeranno gli obiettivi assistenziali definiti nelle rispettive zone-distretto
5. **la remunerazione di risultato** vincolata al raggiungimento degli obiettivi assistenziali, con riferimento al risultato della forma organizzativa in cui opera il medico di medicina generale



PSR 2008-2010- Chronic care model (2)

6. la messa a regime dei **registri dinamici di patologia**: nel triennio di vigenza di Piano, per: ipertensione, diabete mellito, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria e BPCO, ictus
7. la definizione su base cartacea o informatica del “ **Libretto Personale di Patologia**” da affidare al cittadino su cui saranno registrate le attività ed i monitoraggi effettuati
8. **la quantità/qualità delle prestazioni** del personale a domicilio, presso lo/gli studi del/dei MMG o altra sede distrettuale e la definizione del **sistema di relazioni** tra questi soggetti e la rispettiva zona distretto
9. il **sistema di monitoraggio e verifica** dei risultati di efficienza e di salute per i cittadini assistiti anche con audit di primo e secondo livello pianificati con i dati informativi a disposizione



I percorsi T-O-T

Necessita di una **nuova alleanza** tra specialistica ospedaliera e medicina territoriale che consenta di trasferire competenze cliniche e complessità assistenziale nel territorio comprese le valenze socio-sanitarie

Obiettivo del Piano è quello di **definire i percorsi adattati** alle singole realtà territoriali a partire da specifiche patologie quali: Ipertensione medio-grave, Diabete mellito, Scompenso cardiaco, Insufficienza respiratoria in BPCO, Ictus

La definizione dei percorsi seguirà il seguente iter:

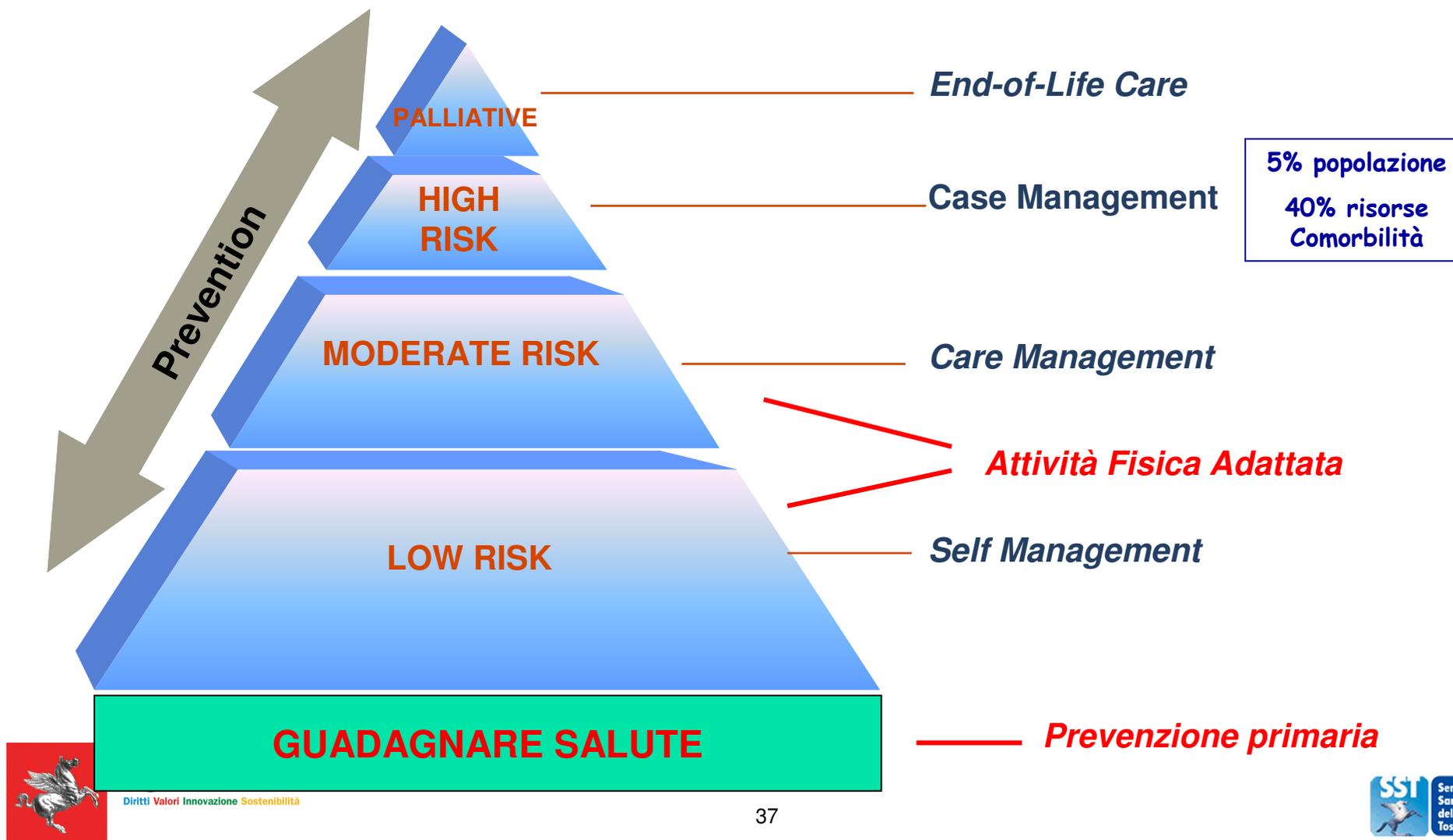
- formazione degli operatori sanitari
- definizione dei percorsi su base aziendale
- avvio della fase di sperimentazione
- revisione e messa a regime con revisioni periodiche delle linee guida

I singoli percorsi definiti su base aziendale dovranno essere **approvati** e **pubblicati** sul sito aziendale, come strumento di trasparenza verso i cittadini e di confronto tra i professionisti delle varie realtà territoriali



Sanità di Iniziativa

Levels of Customized Care Based on Need



Analisi delle fasi (1)

1) Partire dai bisogni di salute:

- ✓ dati ARS regionali
- ✓ stratificazione del rischio
- ✓ contestualizzazione territoriale

2) Misurare l'assorbimento di risorse delle principali malattie:

- ✓ Sdo
- ✓ Spa
- ✓ Archivi farmaceutica

3) Scegliere le priorità:

- ✓ Regionali (per un intervento di primo livello)
- ✓ Locali (per interventi più mirati sperimentali)



Analisi delle fasi (2)

4) Individuazione delle azioni

- ✓ Supporto all'autocura (self management)
- ✓ Percorsi definiti per le patologie

5) Programmi di formazione

- ✓ Su vari livelli
- ✓ Con varie finalità

6) Valutazione dei risultati

- ✓ A livello regionali (su interventi omogenei)
- ✓ A livello locale (nei laboratori sperimentali)



Formazione

- percorso su filosofia, modello e glossario *manuale*
- percorso infermieristico sull'autocura coinvolgimento associazioni
- percorso su programmazione e valutazione
- percorso su protocolli malattie croniche
 - **Prima fase:** le best practice delle patologie croniche individuate
 - **Seconda fase:** stratificazione del materiale letterario per avere strati di bisogno, ruoli, azioni, risorse, connessioni fra uno strato e l'altro
 - **Terza fase:** consensus conference per confrontare ideali e realtà, condividere
 - **Quarta fase:** più operativa, con fattibilità e sostenibilità locale (a piccoli passi, prima con investimenti possibili poi con i risparmi raggiunti)



Considerazioni



- Il PSR 2008-2010 tende ad assumere le politiche del territorio come strumento necessario per il superamento tendenziale delle diseguaglianze e per valorizzare in maniera sostenibile il sistema universalistico toscano
- Una parte delle strategie di sviluppo sono legate agli esiti del dibattito a livello nazionale e della assunzione della dimensione dei problemi negli ACN
- La ingegnerizzazione del modello di sanità di iniziativa richiede **tempo** e **cultura** da parte di tutti gli attori del sistema pubblici, privati e da parte dei cittadini
- Il punto nevralgico del modello del chronic care model è il registro informatico di patologia
- Propedeutica alla sperimentazione è una vasta ed articolata formazione di tutti gli attori



Grazie per l'attenzione

➤ Andrea Leto

➤ Responsabile Settore Medicina Predittiva e Preventiva

➤ via Taddeo Alderotti 26/n Firenze

➤ telefono 055 4383267

➤ cellulare 3357107566

➤ e-mail: andrea.letto@regione.toscana.it

