Regione Emilia-Romagna

Regione Toscana

Esperienze di cure primarie: l'innovazione 2.0 nell'assistenza territoriale

Evoluzione della sanità d'iniziativa: lo stato dell'arte

Lorenzo Roti - Toscana

Agenda

- l'estensione del progetto dopo 4 anni
- l'impatto dei PDTA della sanità di iniziativa sul sistema sanitario regionale
- quale evoluzione del progetto/modello

Sanità di Iniziativa: 2010-2013

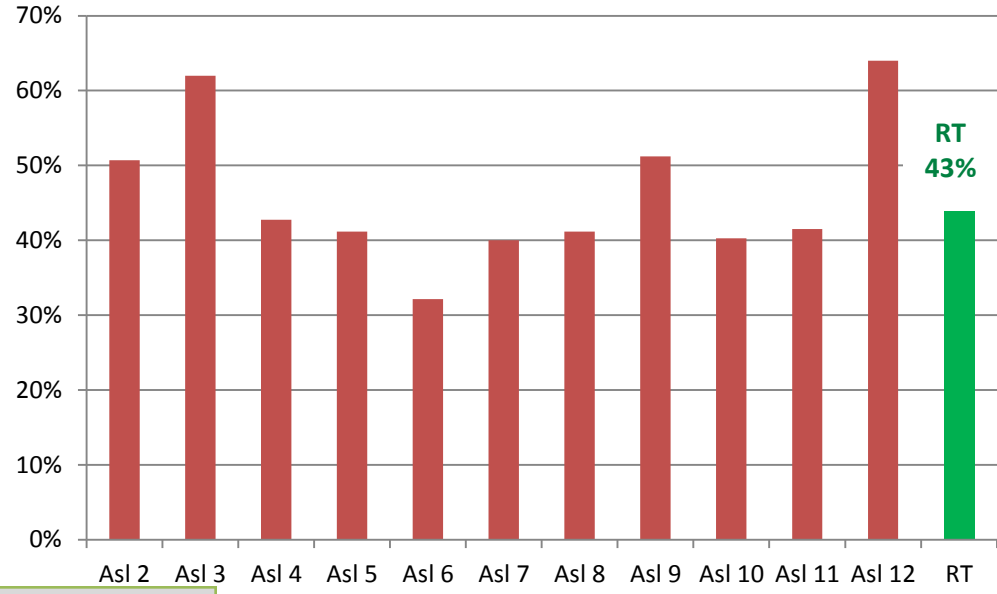
	2010	2011	2012	2013
Moduli	56	34	16	31
MMG aderenti	627	284	105	82
N. Assistiti	766.274	331.121	131.200	102.500
% copertura popolazione toscana	24%	34%	38%	43%

PDTA attivati

- ✓ Diabete
- ✓ Scompenso cardiaco
- ✓ Ictus/TIA
- ✓ BPCO

Estensione: stato attuale

Copertura popolazione > 16	*43% (ca. 1.350.000)*
N. MMG coinvolti	*1.098*
N. moduli sanità di iniziativa attivati	*137*



Pazienti in carico PDTA Sanità di iniziativa in Regione Toscana	
	N. assistiti in carico
Diabete	60.750
Scompenso Cardiaco	13.500
BPCO	33.750
Ictus/ TIA	27.000

Si stima che circa il 9,1% degli assistiti di un MMG sia in carico ai PDTA Sanità di Iniziativa

Regione Emilia-Romagna

Regione Toscana

Health Policy xxx (2013) xxx–xxx

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Health Policy

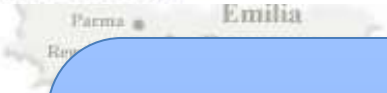
journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol

ELSEVIER

Il progetto Valore

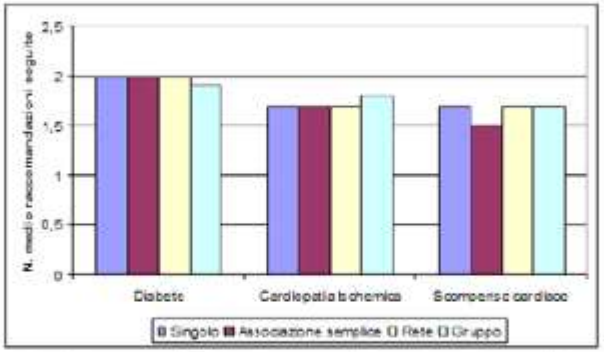
Group versus single handed primary care: A performance evaluation of the care delivered to chronic patients by Italian GPs

Modesta Visca[a,1], Andrea Donatini[b,*,1], Rosa Gini[c,1], Bruno Federico[d,1], Gianfranco Damiani[e,1], Paolo Francesconi[c,1], Leonardo Grilli[f,1], Carla Rampichini[f,1], Gabriele Lapini[f,1], Carlo Zocchetti[g,1], Francesco Di Stanislao[h,1], Antonio Brambilla[b,1], Fulvio Moirano[a,1], Donata Bellentani[a,1]



Quale modello di cure primarie per la cronicità oltre le forme associative tradizionali della MG?

"No significant difference was found between team practice and solo practice on chronic disease management in six Italian regions"



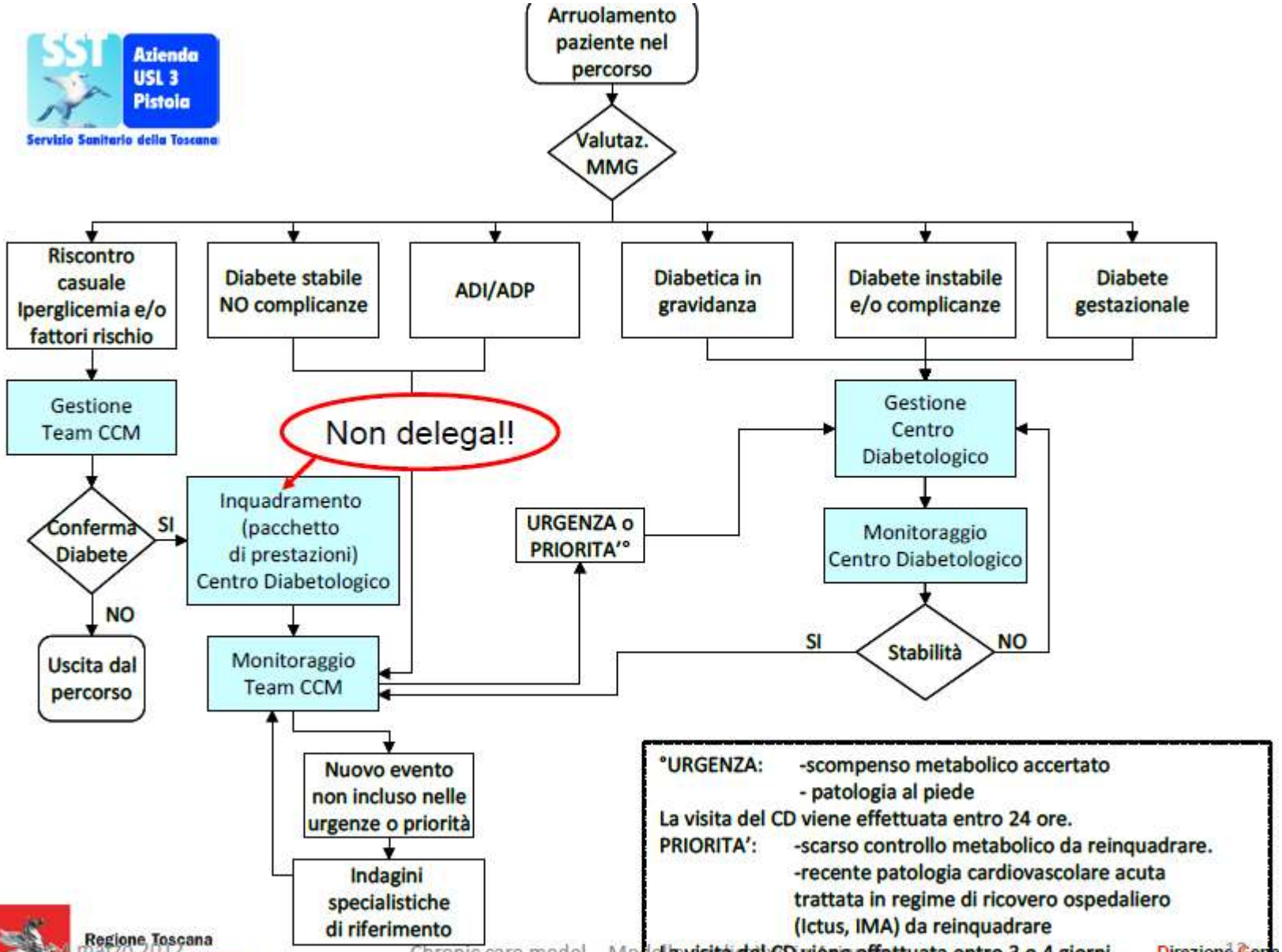
Modello multilivello	Diabete	Cardiopatia Ischemica	Scompenso cardiaco
Impatto del lavoro in associazione (95% IC)	0.02 (−0.01, 0.06)	0.04 (0.01, 0.06)	0.01 (−0.03, 0.05)

Percorsi specialistici

Modificare la traiettoria di salute dei cittadini con malattia cronica ridisegnando i percorsi di cura e integrando le competenze

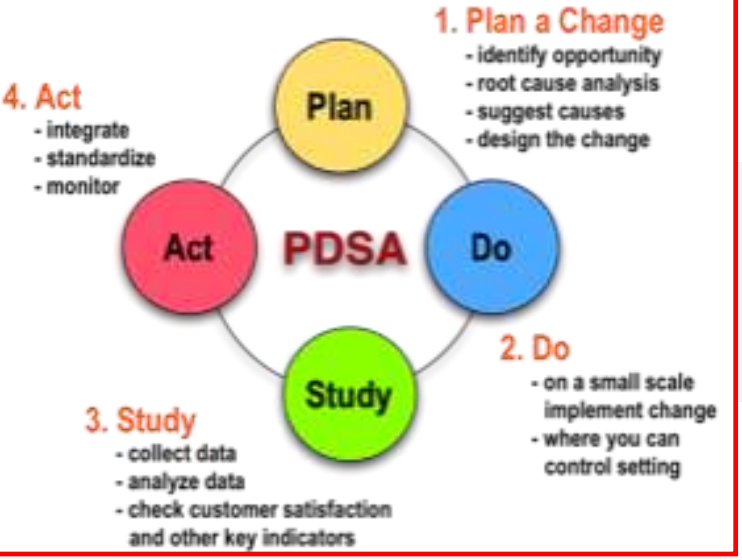
- Supporto alla formazione del modulo
- Revisione elenco pazienti eligibili e consulenza al modulo per periodica revisione casistica
- **Visite/prestazioni da follow up** : agende CUP dedicate e/o linee di prenotazione dirette e/o ambulatori dedicati (es. esame fondo oculare, Ecodoppler in ictus/TIA), ***dayservice / pacchetti di prestazioni***
- Consulenze/riferimenti al bisogno: contatto diretto telefonico, numero verde dedicato etc.

Azienda USL 3 Pistoia
Servizio Sanitario della Toscana



Interventi per il supporto all'autogestione

- **Colloquio individuale** con MG, specialista, infermiere del modulo, infermiere dell'ambulatorio specialistico, dietista.
- **Interventi informativi per gruppi di medie dimensioni (20-40 persone) condotti dal team del modulo** con supporto specialistico, della durata di 2-3 ore:
  - per gruppi di pazienti omogenei per patologia
  - per gruppi di pazienti non omogenei per patologia, su tematiche comuni
- **Programmi strutturati di auto-gestione delle malattie croniche, con metodologia standardizzata**(Expert Patient - Programmi creati dal Patient Education Research Center dell'Università di Stanford)
- **Materiale** stampato (opuscoli, brochures) o risorse su Internet



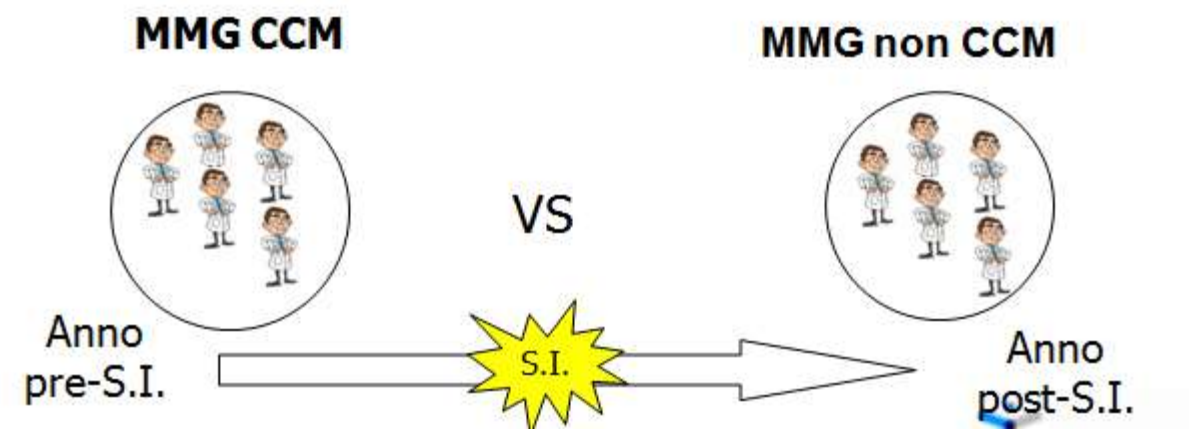
Regione Toscana

Valutazione di impatto - obiettivi

- Rendere conto ai policy maker e ai cittadini dei **risultati ottenuti**
- Fornire informazioni utili a:
  - Policy maker per **pianificare estensione**;
  - Programmatori per definire **modalità attuative**;
  - Manager sanitari per **informare la gestione**;
  - Comunità scientifica per **comunicare evidenze**

ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Valutazione di impatto sul sistema



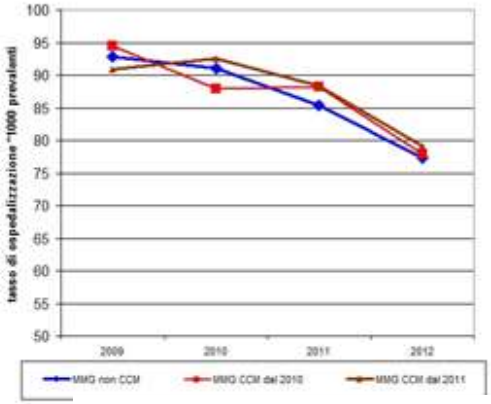
LA DIFFERENZA DELLE DIFFERENZE - INDICATORI

- ✓Adesione alle raccomandazioni cliniche di **monitoraggio**
- ✓Esposizione alle **terapie raccomandate**
- ✓Consumo di prestazioni **ambulatoriali** (valorizzazione tariffaria procapite)
- ✓Spesa per **farmaci** (costo procapite)
- ✓Tassi di accesso al **pronto soccorso**
- ✓Tassi di **ricovero ospedaliero**

Aggiustando per:
- età, genere e comorbosità assistiti
- performance pre - sanità iniziativa e distretto di appartenenza mmg

Impatto sulla ospedalizzazione

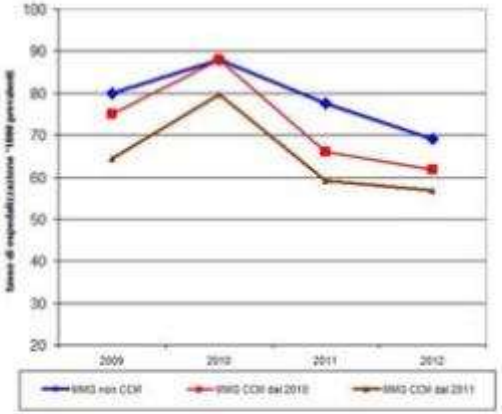
Diabete:
tra gli assistiti di mmg ccm, l'ospedalizzazione per "complicanze a lungo termine" diminuisce meno rispetto ai mmg no ccm



Impatto (DD)
+5.8/1.000
(p 0,06)

Impatto in percentuale sul valore atteso tra i MMG CCM in assenza di intervento
+ 7.2%

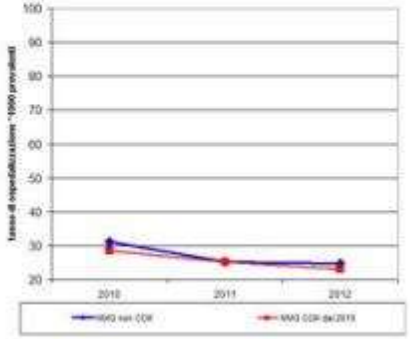
Scompenso:
tra gli assistiti di mmg ccm, l'ospedalizzazione per scompenso diminuisce di più



Impatto (DD)
- 4.4 / 1.000
(p 0,37)

Impatto in percentuale sul valore atteso tra i MMG CCM in assenza di intervento
- 6.5%

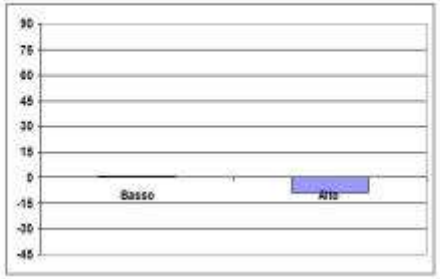
BPCO:
tra gli assistiti di mmg ccm, l'ospedalizzazione per BPCO o insufficienza respiratoria ... diminuisce di più



Impatto (DD)
-2.7 / 1.000
(p 0,28)

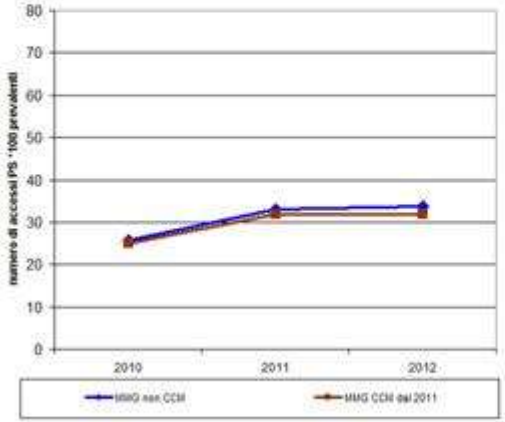
Impatto in percentuale sul valore atteso tra i MMG CCM in assenza di intervento
- 7.1%

Tassi ospedalizzazione al baseline



Impatto sui tassi di accesso al Pronto Soccorso

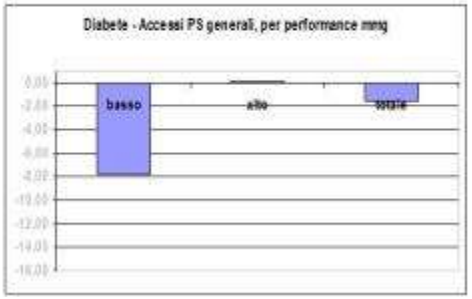
Diabete:
tra gli assistiti di mmg ccm, il tasso di accesso al PS (tutte le cause, esclusi traumi) **aumenta meno**



Impatto (DD)
-1.6/100
(p 0,18)

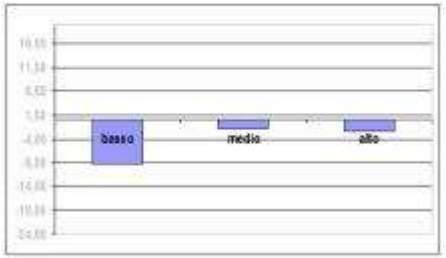
Impatto in percentuale sul valore atteso tra i MMG CCM in assenza di intervento
- 12.4%

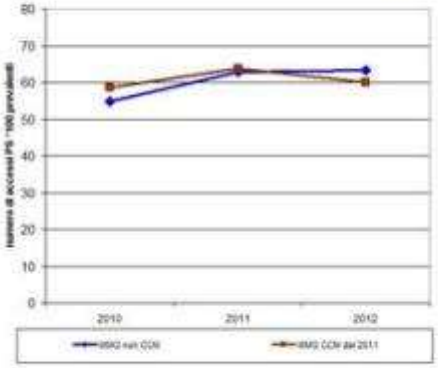
Terzili MMG al baseline



Scompenso:
tra gli assistiti di mmg ccm, il tasso di accesso al PS (tutte le cause, esclusi traumi) **aumenta meno**

Terzili MMG al baseline





Impatto (DD)
-6.1/100
(p 0,03)

Impatto in percentuale sul valore atteso tra i MMG CCM in assenza di intervento
- 22.5%

In sintesi, ad un anno dalla presa in carico:

OSPEDALIZZAZIONE :

- nei pazienti CCM con **diabete e pregresso ictus**, i **ricoveri per complicanze e patologie correlate si riducono meno** dei pazienti non CCM
- nei pazienti con **scompenso cardiaco e BPCO**, **i ricoveri per riacutizzazioni si riducono di più** dei pazienti non CCM

PRONTO SOCCORSO

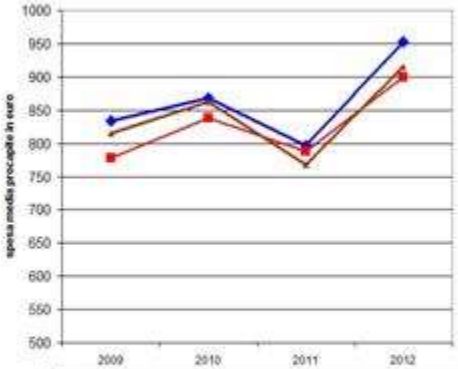
- Tutti i pazienti CCM registrano un aumento del ricorso **al PS più basso dei pazienti non CCM**

L'impatto sui ricoveri in ospedale e sugli accessi al PS varia per:

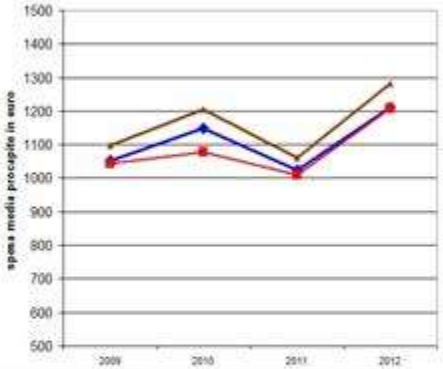
- ASL
- Tassi di ospedalizzazione al baseline per Scompenso e BPCO (impatto superiore per chi aveva tassi più alti)
- Tassi di accesso al Pronto Soccorso al baseline (impatto superiore per chi aveva già tassi più bassi)

Spesa per farmaci

diabete: aumenta



scompenso: aumenta



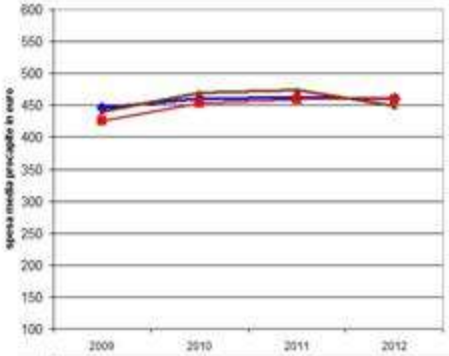
usual care — GPs adhering to CCM from 2010 — GPs adhering to CCM from 2011

Differenza delle Differenze
+13,00 €
Impatto in percentuale
+ 1,6 %

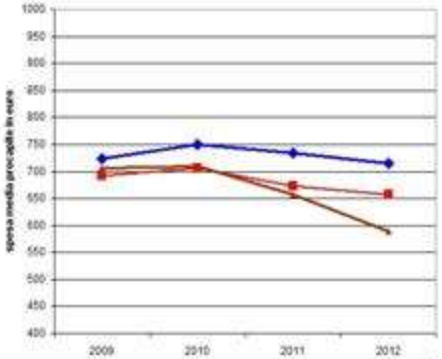
Differenza delle Differenze
+49,80 €
Impatto in percentuale
+ 4,7 %

Consumo di prestazioni ambulatoriali

diabete: aumenta (poco)



scompenso: diminuisce



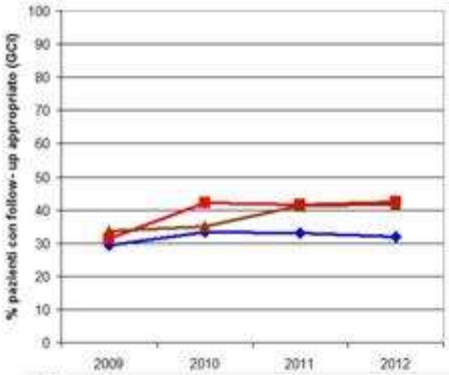
usual care — GPs adhering to CCM from 2010 — GPs adhering to CCM from 2011

Differenza delle Differenze
+1,51 €
Impatto in percentuale
+ 0,3 %

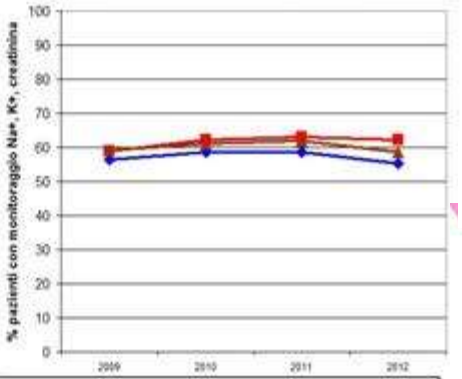
Differenza delle Differenze
-28,19 €
Impatto in percentuale
-3,9 %

Adesione al monitoraggio

diabete (GCI): aumenta



scompenso (es. lab.): aumenta (poco)



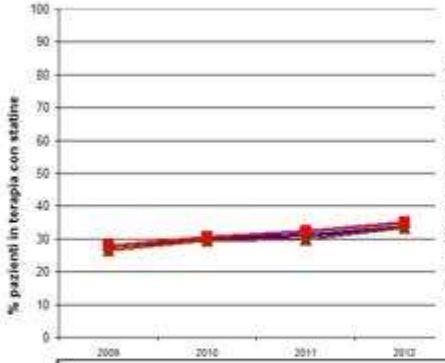
usual care — GPs adhering to CCM from 2010 — GPs adhering to CCM from 2011

Differenza delle Differenze
+8.1 %
Impatto in percentuale
+ 24.1%

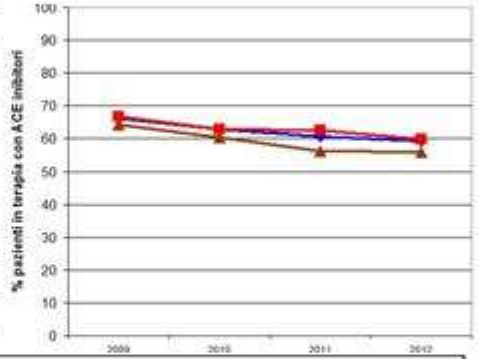
Differenza delle Differenze
+2.3 %
Impatto in percentuale
+ 3.9%

Esposizione alle terapie

diabete (statine): aumenta (poco)



scompenso (acei/arb): diminuisce (un po') meno



usual care — GPs adhering to CCM from 2010 — GPs adhering to CCM from 2011

Differenza delle Differenze
+1 %
Impatto in percentuale
+ 3,1%

Differenza delle Differenze
+1,2 %
Impatto in percentuale
+ 2,1%

In sintesi, ad un anno dalla presa in carico:

- **L'adesione alle raccomandazioni cliniche aumenta (almeno per diabete** e, seppur in misura minore, anche per scompenso) **omogeneamente**
- **Il consumo di visite specialistiche, per il diabete, diminuisce meno, per lo scompenso, diminuisce di più**
- I consumi di prestazioni di diagnostica aumentano o tendono a "diminuire meno"
- **Il consumo prestazioni ambulatoriali generali varia poco per diabete, scompenso e BPCO**

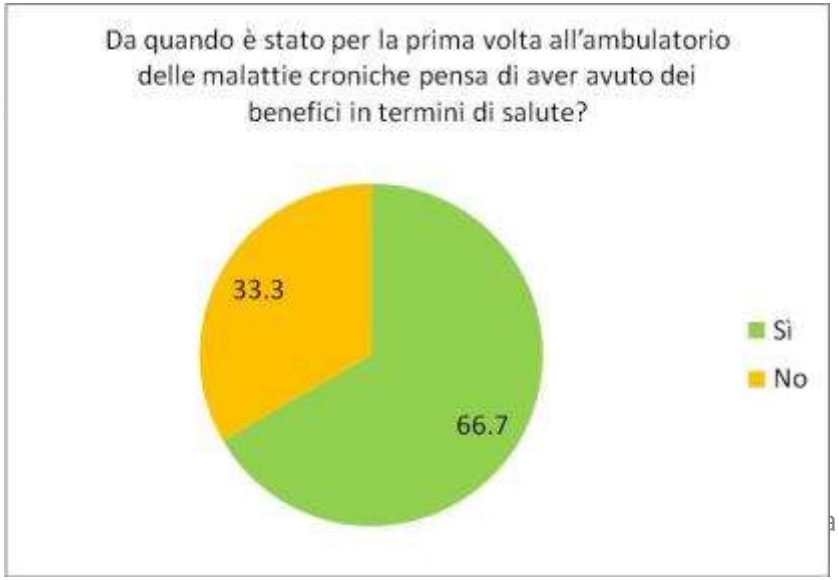
L'impatto sui consumi di prestazioni specialistiche varia per:

- ASL
- Situazione del MMG al baseline: si tende a confermare a rafforzare gli atteggiamenti dei MMG al baseline
- **Per lo scompenso, si registra un miglioramento dell'attenzione generale e soprattutto nella fascia giovane (16-64 anni) dove però emerge una differenza di genere nell'accesso alla prestazioni di monitoraggio e laboratorio**

Quale giudizio da parte dei cittadini/pazienti?

Presa in carico,
empowerment e benefici di salute:
la Sanità di Iniziativa
attraverso gli occhi dei pazienti

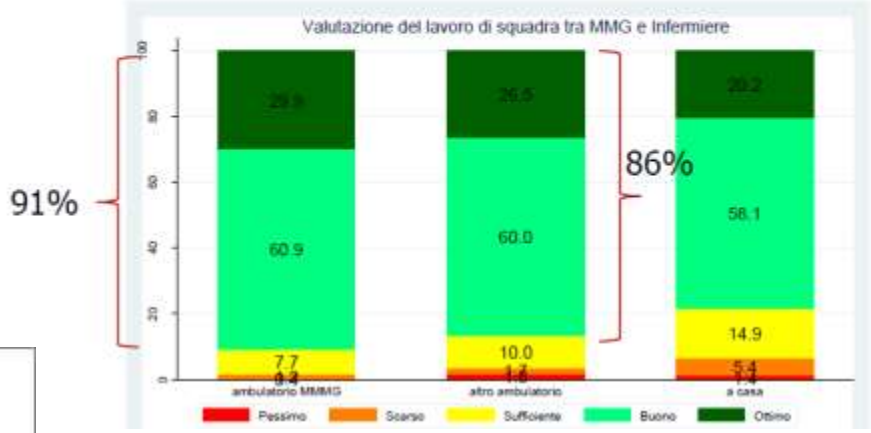
Anna Maria Murante
Laboratorio Management e Sanità
Istituto di Management
Scuola Superiore Sant'Anna - Pisa (Italy)

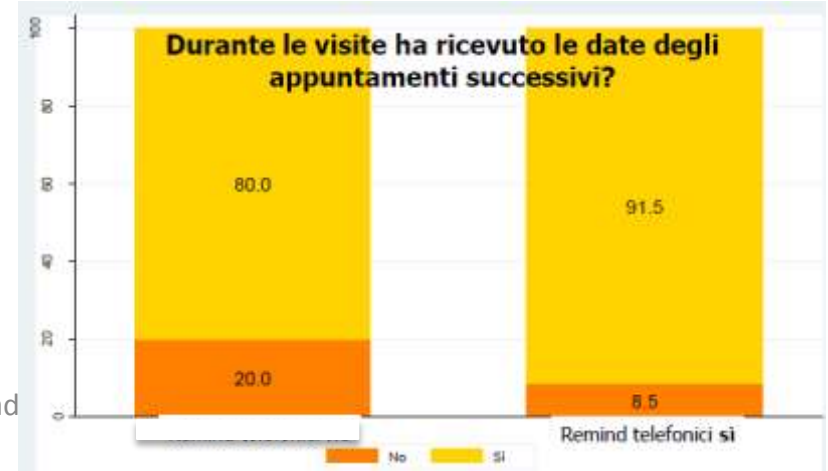


Il team: relazione tra sede e lavoro di squadra

Come valuta il modo di lavorare insieme del medico di famiglia e dell'infermiere dell'ambulatorio?

90% ottimo o buono;
range Aziende 82%-95%; range Moduli: 73%-99%





Tempo di cambiare: perché?

Sanità d'Iniziativa - Parere CSR

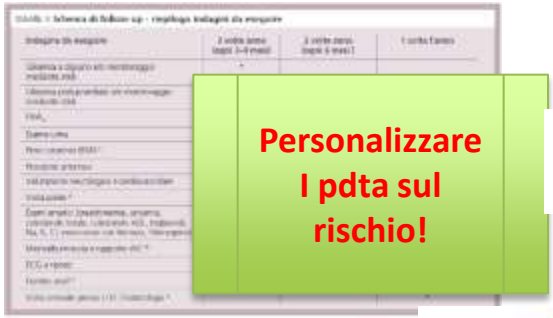
In coerenza con quanto previsto dalla DGRT 1235/2012, ***il team assistenziale prenderà in carico i pazienti cronici secondo il grado di complessità, attraverso l'ottimizzazione dei percorsi individuali, che dovranno essere calibrati sulla base della stadiazione del rischio, in modo da rispondere al reale bisogno di prevenzione e all'intervento terapeutico individuale del paziente.***

Ciò ***consentirà di liberare capacità assistenziali*** *da dedicare a coloro che possono comunque trarre beneficio dall'applicazione di un* ***modello proattivo di prevenzione delle ricadute e delle ospedalizzazioni ripetute che va oltre l'approccio terapeutico tradizionale, anche attraverso un sistema di ammissione e dimissione.***

AIR - AFT

- **Obiettivo:** affidare ai medici della AFT, secondo obiettivi definiti e concordati con l'Azienda Sanitaria, la tutela della salute della popolazione di riferimento
- **Ambito:** di norma 30.000 abitanti
  - Contiene medici a rapporto di fiducia e/o orario
  - Un MMG eletto dagli altri MMG la coordina
- **Compiti:**
  - Assistenza ambulatoriale e domiciliare
  - Sanità di Iniziativa
  - Governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili (budget)
  - Prevenzione
  - Empowerment degli assistiti
  - Diagnostica di primo livello

Le persone non le malattie



Personalizzare I pdta sul rischio!

Regione Toscana

Direzione Generale
Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale

The hidden inequity in health care

International Journal for Equity in Health 2011, **10**:15 doi:10.1186/1475-9276-10-15

Barbara Starfield (bstarfie@jhsph.edu)

Basso e Alto Rischio?

Le cure intermedie

Casa della Salute

Come trovare la sostenibilità?

Deciding the right approach

It is important to have the information and knowledge to be able to carry out a risk-stratification on local populations to ide

Level 3

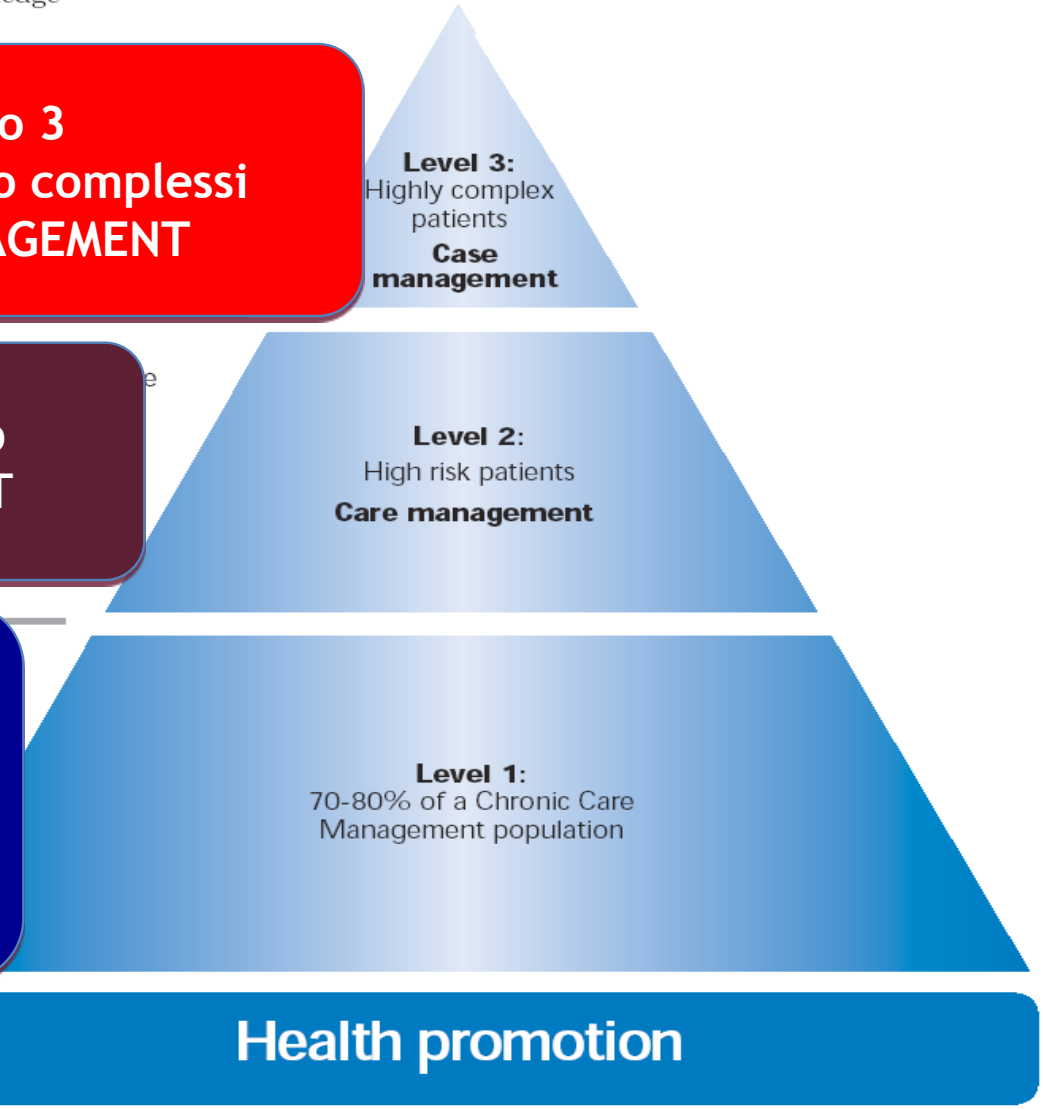
As people develop becomes disproport and social care syste worker (often a nur

Level 2

Dise high maj of ca spec – pa records.

Population management

More than care and case management



Livello 3
Pazienti molto complessi
CASE MANAGEMENT

Livello 2
Pazienti a alto rischio
DISEASE MANAGEMENT

70-80% dei pazienti
Livello 1
Con il giusto supporto le persone possono imparare a essere attivi protagonisti della loro condizione

Health promotion

PROMOZIONE DELLA SALUTE

Popolazione sana o a basso rischio

70-80% dei pazienti
Livello 1
Con il giusto supporto le persone possono imparare a essere attivi protagonisti della loro condizione

PROMOZIONE DELLA SALUTE

	Strumenti
Prevenzione collettiva	1. Interventi sulla popolazione generale (Dipartimenti prevenzione) 2. Piani Integrati di Salute (la Salute in tutte le politiche) 3. Interventi rivolti a gruppi mirati di popolazione: scuola, migranti, anziani, etc (Guadagnare Salute)
Prevenzione nelle comunità	
Interventi proattivi – individuali o di gruppo - nei confronti di pazienti a bassa complessità clinica.	Programma regionale “Paziente Esperto” (livello 1 e 2 della piramide)

Popolazione ad alto rischio

Superamento dell'approccio per patologia e focalizzazione sull'alto rischio cardiovascolare

- ✓ il livello di rischio cardiovascolare nella popolazione italiana resta molto alto e si concentra nei ceti più svantaggiati da un punto di vista socio-economico
- ✓ Le persone senza malattie cardiovascolari conclamate ma ad alto rischio possono essere facilmente identificabili
- ✓ ...incentrare l'azione del modello sull'alto rischio di eventi cardio-vascolari considerando:
  1. Diabetici
  2. Pazienti con cardiopatia ischemica
  3. Ipertesi ad alto rischio cardiovascolare (alto punteggio SCORE o significativa arteriopatia periferica degli arti inferiori o arteriopatia cerebrovascolare o insufficienza renale)

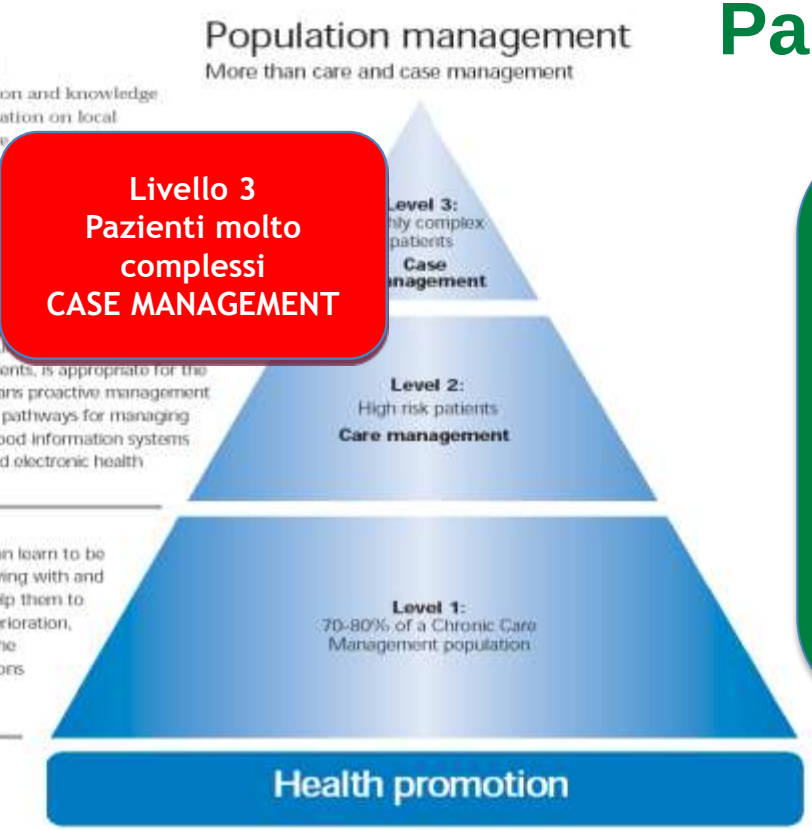
	Stima N° pazienti eligibili /1000 assistiti
ECCM oggi	91
ECCM rivisto	99

Grazie per l'attenzione

lroti@usl4.toscana.it

La vita è come andare in bicicletta:
se vuoi stare in equilibrio devi muoverti!!!
(A. Einstein)

Pazienti ad elevata complessità



Livello 3
Pazienti molto complessi
CASE MANAGEMENT

Migliorare la gestione dei pazienti complessi (fragili), grandi consumatori di risorse, pari a circa il 3,5% della popolazione (ricoveri, farmaci, visite, esami di laboratorio, PS)

- **Pazienti in Cure Palliative**
- **Pazienti con grave scompenso cardiaco e BPCO**
- **pazienti ad elevata fragilità sociosanitaria**

Quali strumenti
Case Management
Telemedicina / Teleaassistenza
Cure intermedie domiciliari e residenziali