

Convegno
LA GESTIONE DELLE CRONICITÀ

**I modelli organizzativi della medicina generale nella
gestione delle patologie croniche:
una proposta per l'analisi e la valutazione
Progetto "Valore"**

Firenze, 4 novembre 2011

Modesta Visca



- ✓ Crescente diffusione delle patologie croniche
- ✓ Centralità dell'assistenza primaria
- ✓ Misurazione della performance
- ✓ Disponibilità diffusa di dati amministrativi

Cosa dice l'ACN?

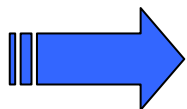
Art. 54 (Forme associative dell'assistenza primaria) :

....

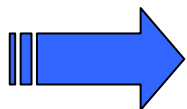
- ✓ Condivisione ed implementazione di linee guida diagnostico - terapeutiche per le patologie ad alta prevalenza
- ✓ Realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva
- ✓ Eventuale attivazione di ambulatori per patologia

Obiettivi del progetto

Definizione di una metodologia per:



Individuazione di coorti di pazienti affetti da alcune patologie croniche, cardiopatia ischemica, insufficienza cardiaca, diabete (periodo 2003-2007)



Misurazione del livello di adesione dei MMG alle raccomandazioni esplicitate nelle LLGG della pratica clinica- nell'anno 2008

Disegno dello studio

3 studi di coorte su dati amministrativi ed indagine ad hoc

- Inclusione di tutti i MMG che al 1 gennaio 2008 risultassero attivi, con almeno 300 assistiti e almeno 4 pz. portatori della patologia
- Rilevazione dell'appartenenza o meno del MMG ad una forma associativa classica

Analisi

Analisi descrittiva

- Numerosità e percentuale
- Valore medio e deviazione standard
- Aggregazione per tipo di associazione di appartenenza del medico

Analisi statistica:

- Modelli multilivello:
 - ✓ Unità di livello I : medici
 - ✓ Unità di livello II: gruppi/distretti

Dati amministrativi



Identificazione coorti

Patologia	Algoritmi		
	SDO (ICD9CM)	Farmaceutica (ATC)	Esenzioni (ICD9CM)
Diabete	250*	A10 (antidiabetici)	250
Insufficienza cardiaca	428*, 40201, 40211, 40291, 40401, 40403, 40411, 40413, 40491, 40493	-	428
Cardiopatía ischemica	410*-414*	C01DA (nitrati)	414
	Diagnosi primaria o secondaria in un ricovero a partire dal 2003	Almeno due ricette in date distinte in uno stesso anno a partire dal 2003	Esenzione valida a partire dal 2003

Misurazione della risposta

Variabile di risposta: **media del numero di raccomandazioni seguite** dai MMG per gli assistiti con le condizioni di interesse nel corso dell'anno 2008

Diabete	Insufficienza cardiaca	Cardiopatía ischemica
1. creatinina	1. creatinina, sodio e potassio	1. colesterolo totale
2. emoglobina glicata	2. ecocardiogramma	2. ACE inibitori
3. profilo lipidico	3. ACE inibitori	3. terapia antitrombotica
4. esame retina	4. beta bloccanti	

Regione	Lombardia	Emilia-Romagna	Veneto	Toscana	Marche	Sicilia	Totale
Distretti (n)	2	10	2	3	1	3	21
Popolazione totale dei distretti	215.541	1.151.546	209.105	704.094	78.753	311.770	2.670.809
Popolazione (%) selezionata nei distretti (≥16 anni)	77,72% 167.517	82,64% 808.159	70,18% 172.806	70,48% 496.246	94,63% 61.009	77,91% 242.885	73,47% 1.948.662
Distribuzione degli assistiti nei distretti (≥16years)	8,6%	41,5%	8,9%	25,5%	3,4%	12,5%	1.948.662 (100%)
Pop identificata da almeno uno degli algoritmi che tracciano le tre patologie indagate	15.038	71.283	12.757	43.232	5.130	16.827	164.267
Residenti per km ²	314.2	203.8	1372.0	458.0	172.2	193.2	264.5
N. di MMG dei distretti	140	772	174	664	75	257	2082
Ass. semplice (%)	15.7	3.1	43.1	30.3	-	15.6	17.4
Rete (%)	35.0	43.0	24.7	2	20.0	42.0	25.1
Gruppo (%)	31.4	26.2	24.7	27.9	41.3	17.9	26.5
Sesso(% M)	75.4	68.1	59.0	69.7	66.7	75.9	69.0
Età (Media -anni)	/	53.5	53.6	54.7	51.8	52.1	53.14

Pazienti con patologia cronica

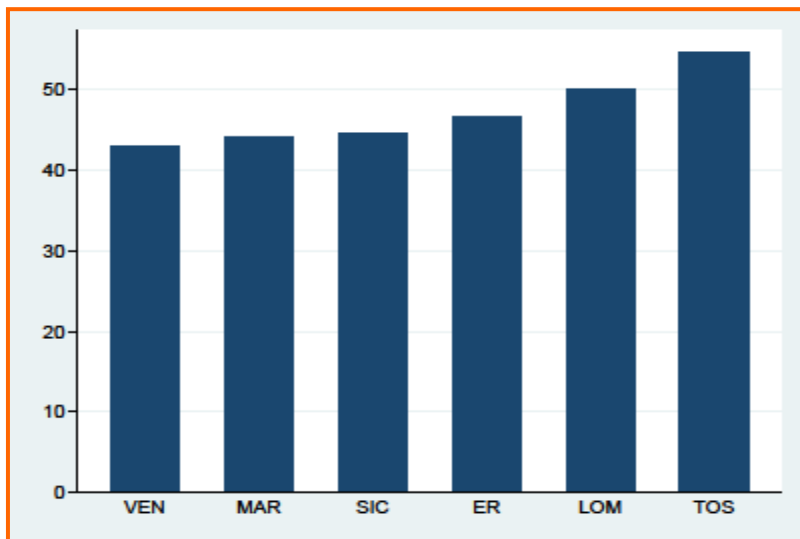
Variabile		Totale
N		164.267
Età		71,9
N Femmine		77.421 (47,1%)
Cittadinanza	Italiana	151.603 (92,3%)
	Paesi Sviluppo Avanzato	425 (0,3%)
	Paesi Forte Pressione Migratoria	2.737 (1,7%)
	NA	9.502 (5,8%)
Diabete mellito		94.645 (57,6%)
Insufficienza cardiaca (scompenso)		25.240 (15,4%)
Cardiopatía ischemica (CI)		79.849 (48,6%)
Patologie concomitanti	solo diabete	73895 (45,0%)
	solo CI	51455 (31,3%)
	diabete CI	13677 (8,3%)
	scompenso CI	9992 (6,1%)
	solo scompenso	8175 (5,0%)
	scompenso diabete CI	4725 (2,9%)
	scompenso diabete	2348 (1,4%)

Prevalenze grezze

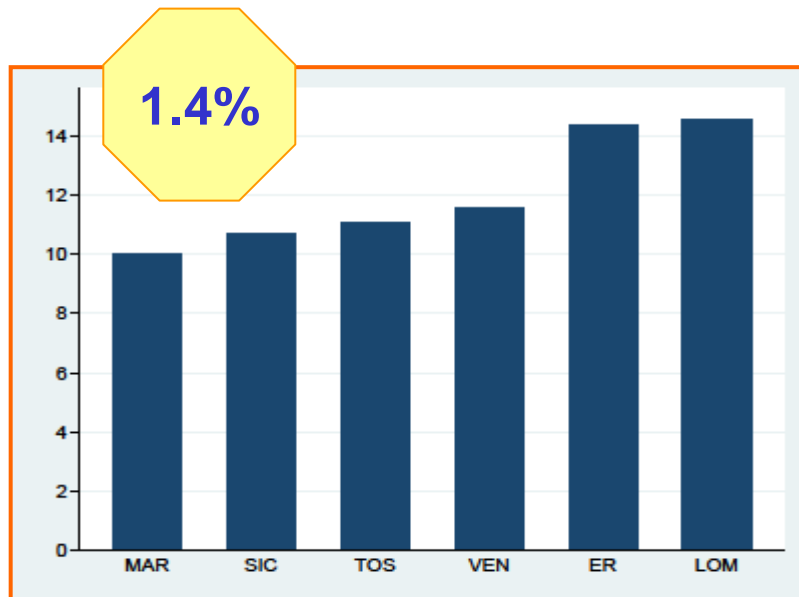
(n. pz. malati cronici x 1.000 assistiti)

4.9%

Prevalenza diabete

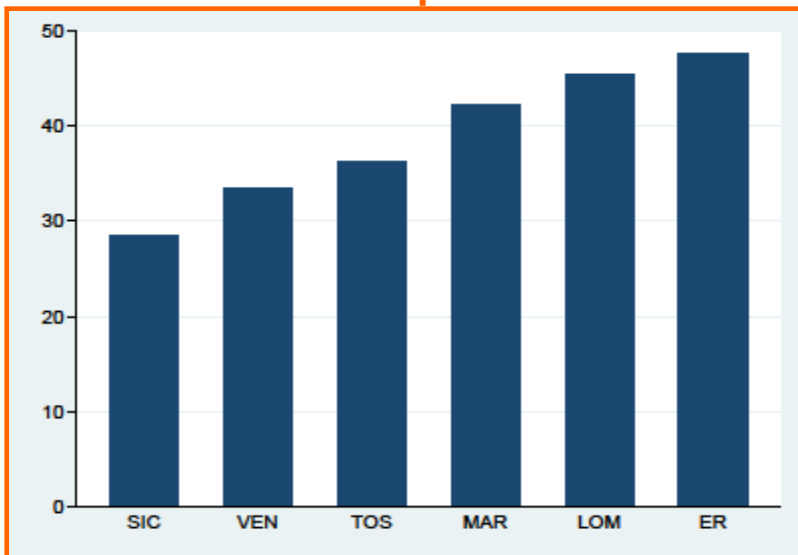


Prevalenza insufficienza cardiaca



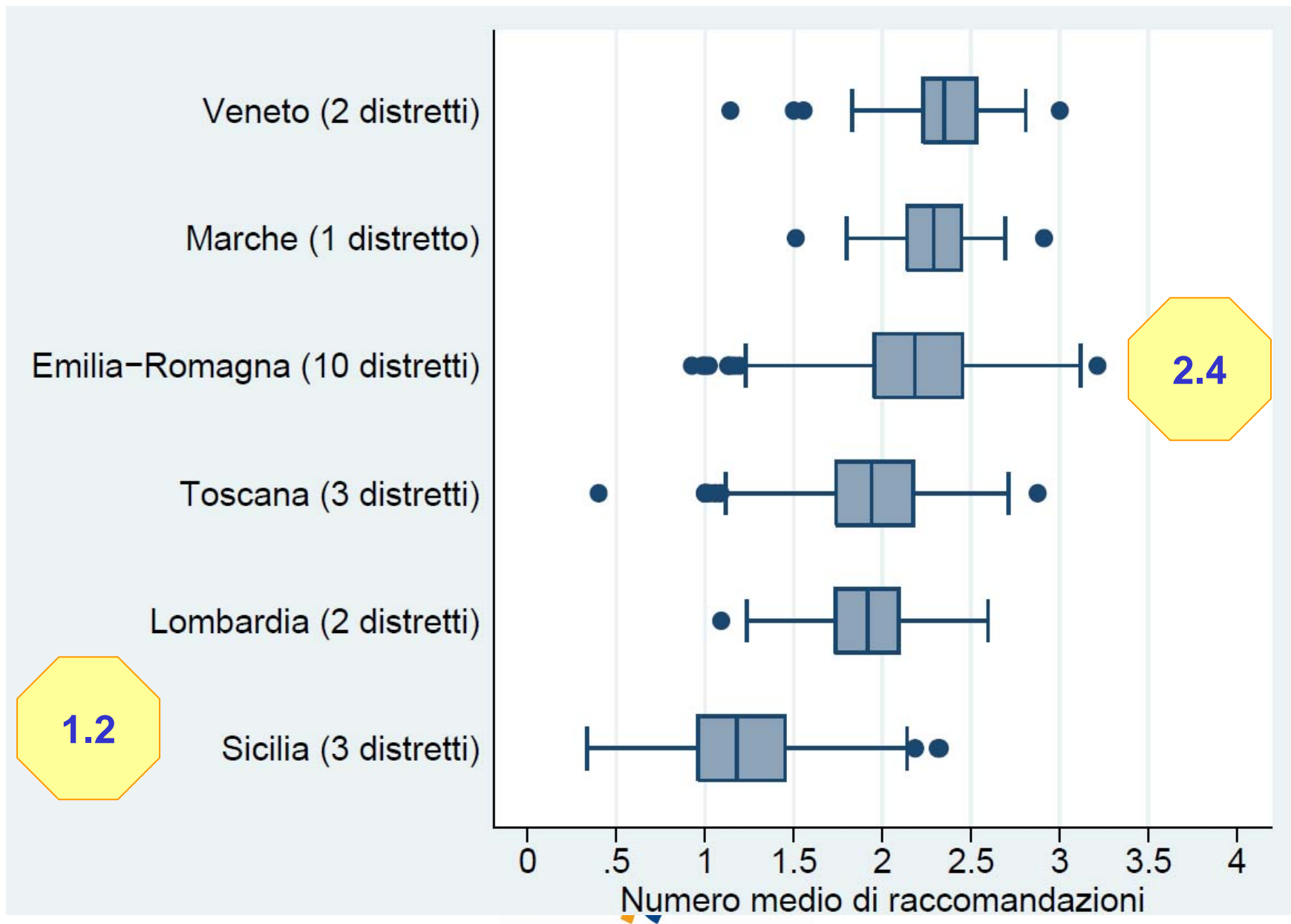
1.4%

Prevalenza cardiopatia ischemica

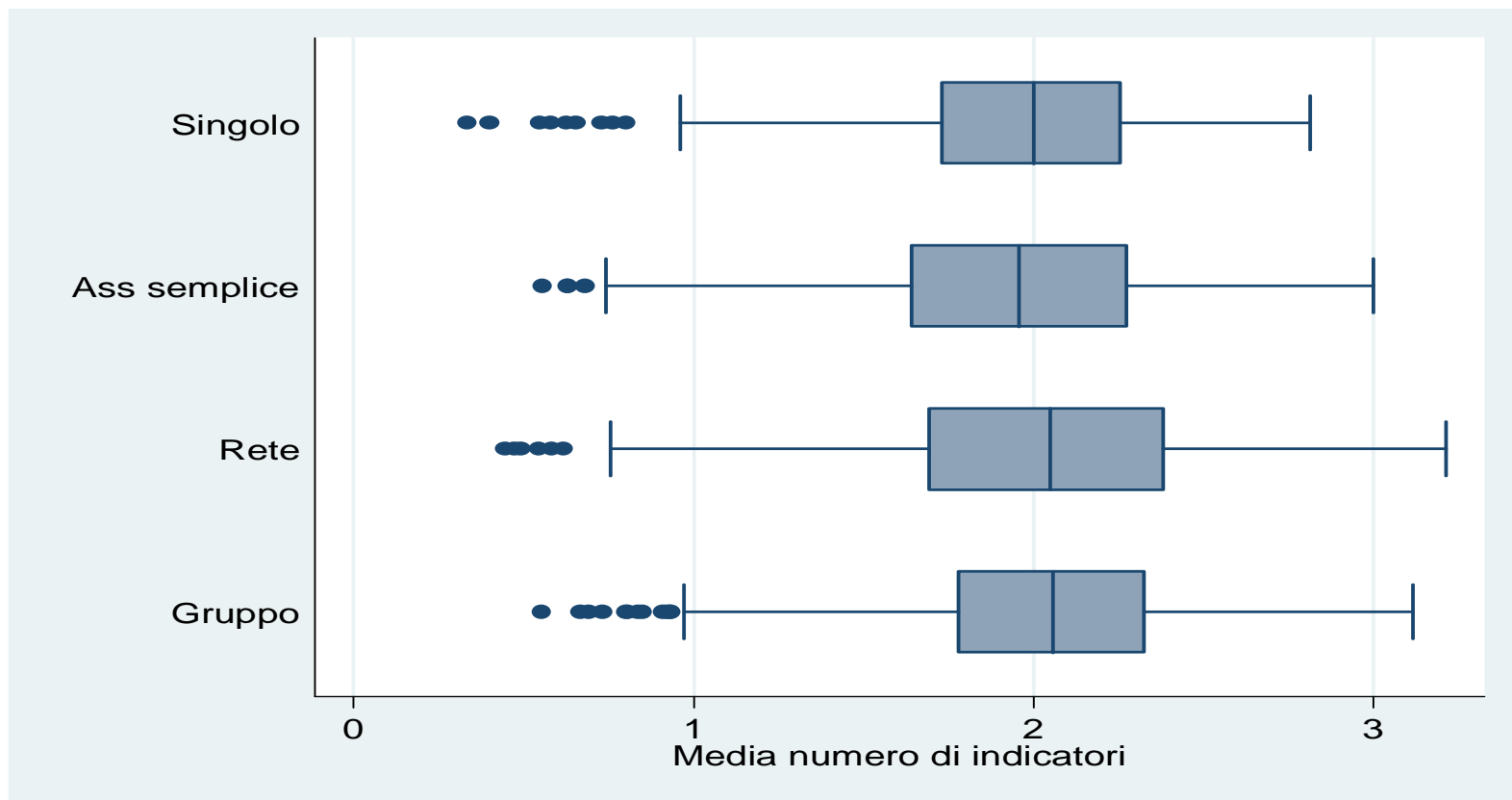


4.1%

Media annua n. raccomandazioni seguite (max 4) : Diabete

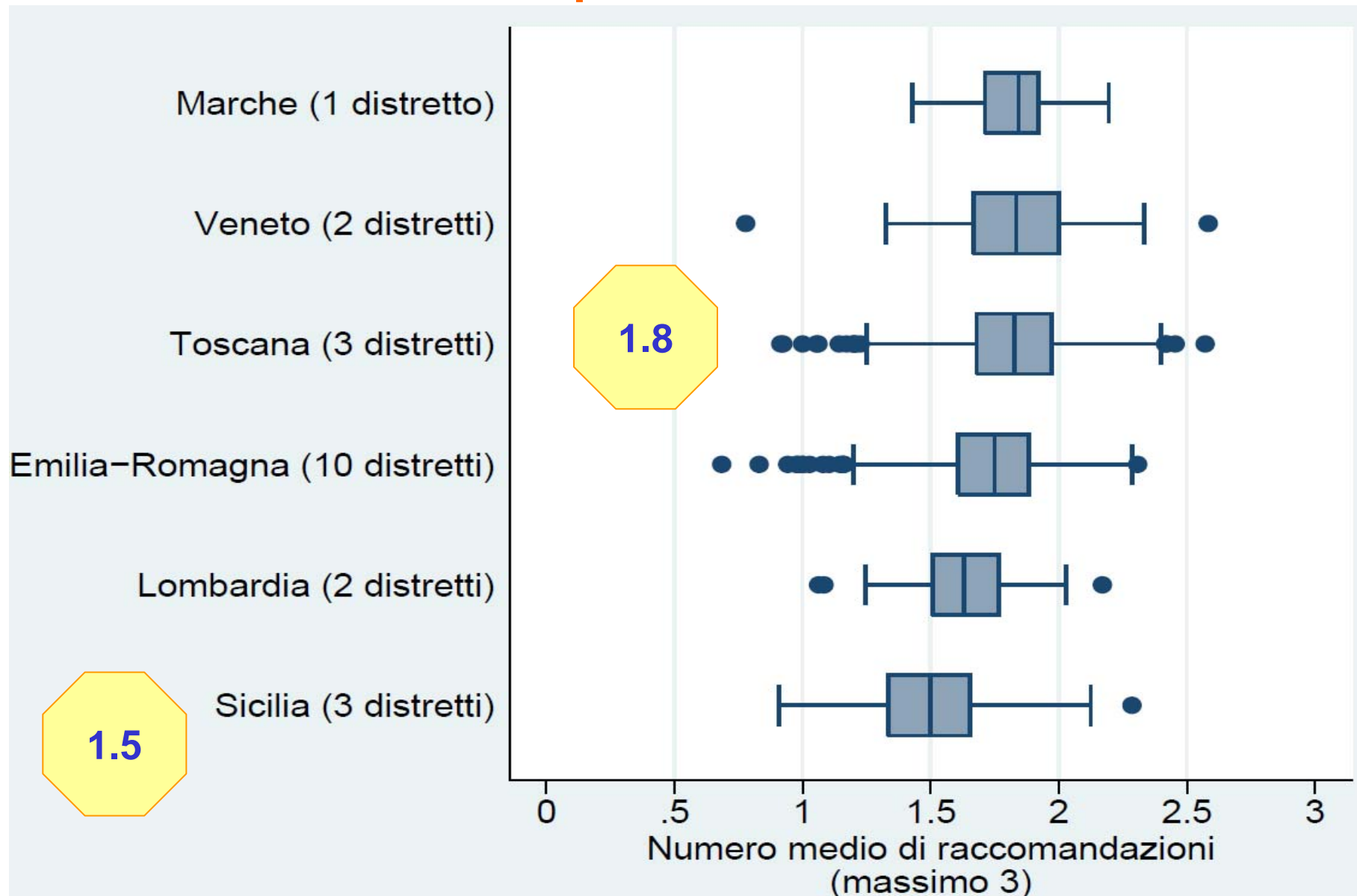


Media annua n. raccomandazioni seguite (max 4): Diabete

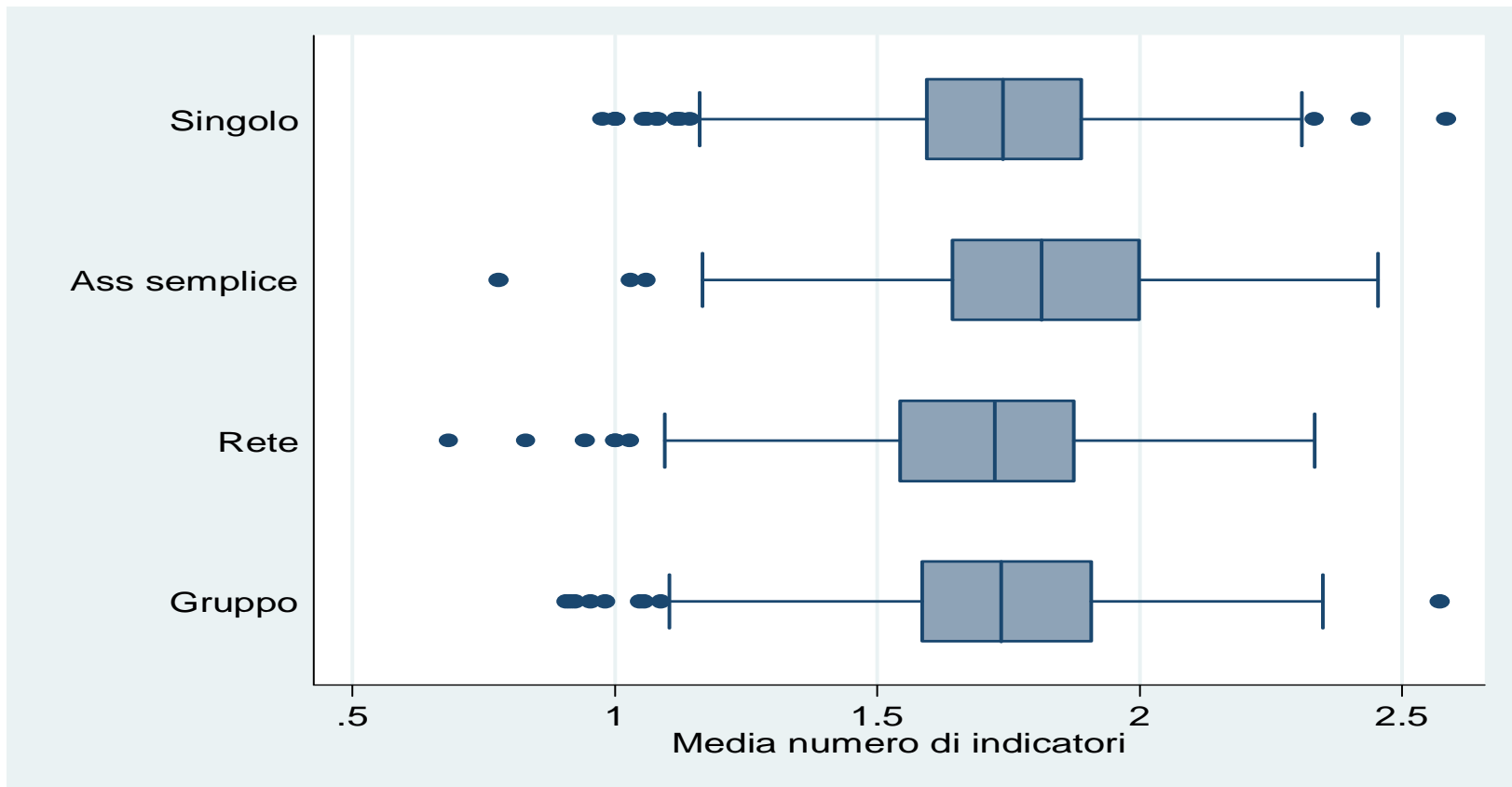


Toscana – 3 distretti	Singolo	Ass semplice	Rete	Gruppo	Totale
Forma org.va	192	135	11	169	507
Media % prevalenti	5.8 (1.6)	5.3 (1.3)	6.7 (1.5)	5.4 (1.2)	5.6 (1.4)
Media raccomand.ni	1.9 (0.3)	1.9 (0.3)	2.1 (0.2)	2.0 (0.3)	1.9 (0.3)
N. con incent diabete	71 (37,0)	82 (60,7)		78 (46,2)	231 (45,6)

Media annua n. raccomandazioni seguite (max 4): Cardiopatia ischemica

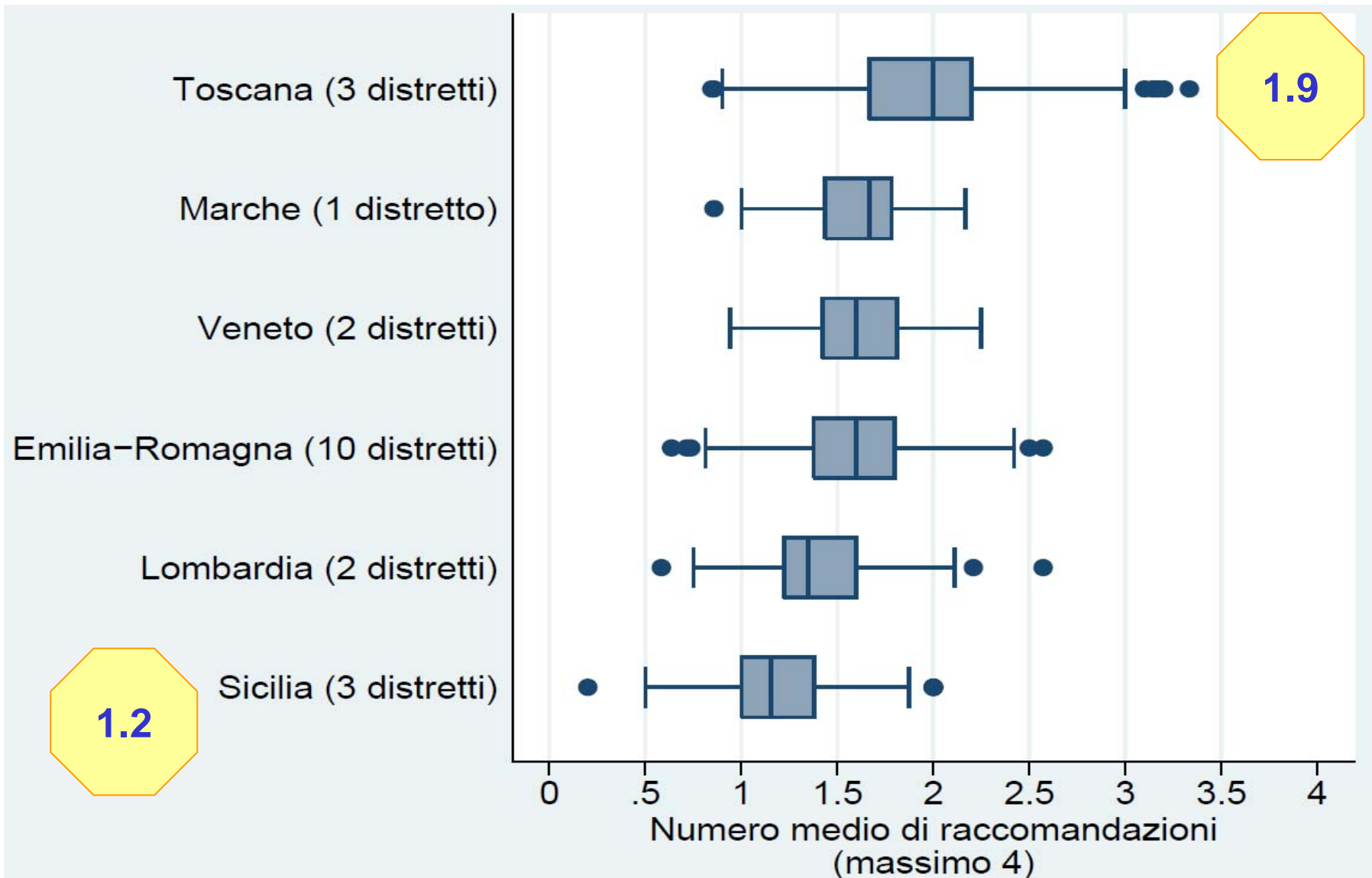


Media annua n. raccomandazioni seguite (max 4): Cardiopatia ischemica

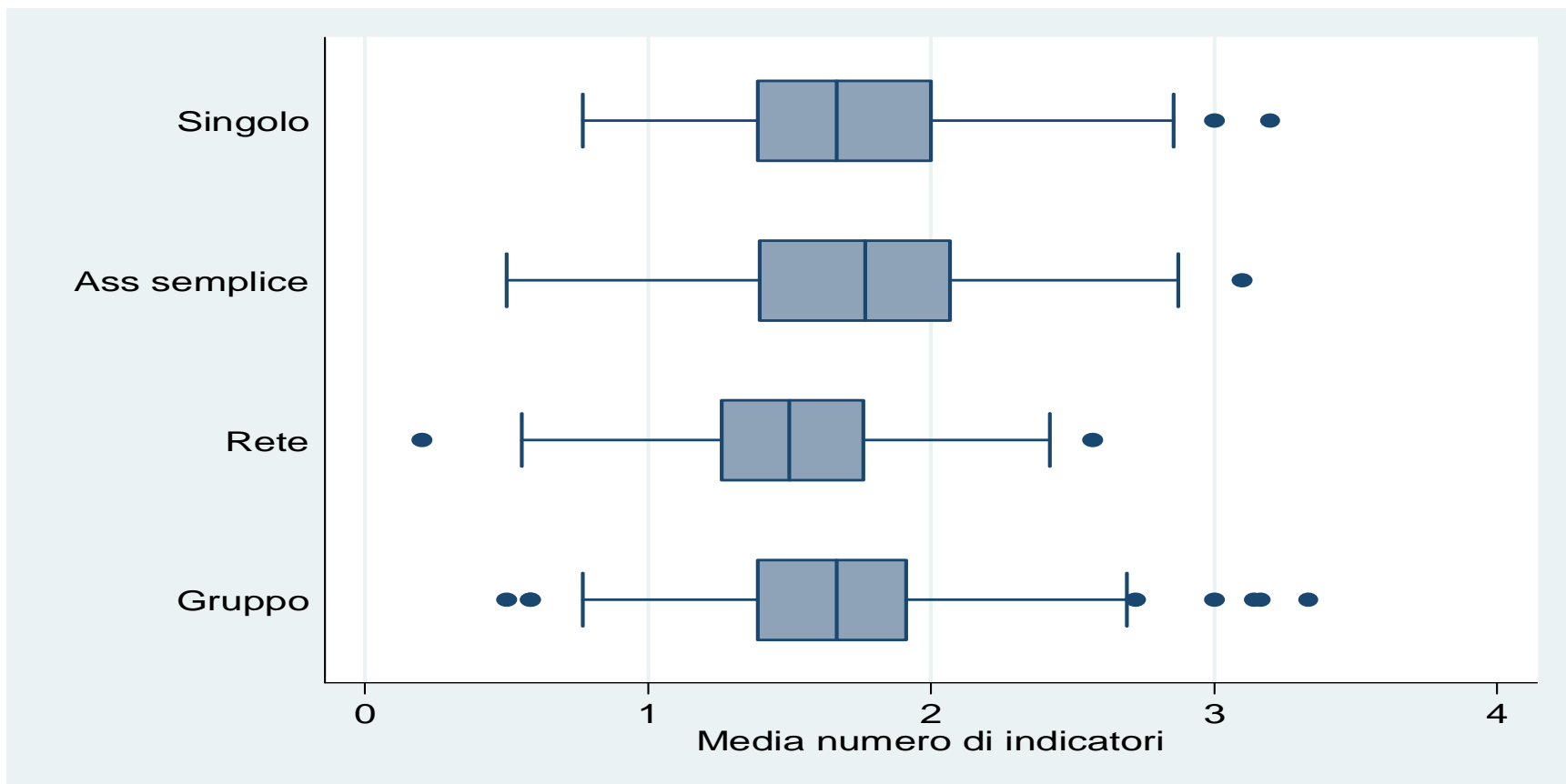


Toscana – 3 distretti	Singolo	Ass semplice	Rete	Gruppo	Totale
Forma org.va	191	135	11	169	506
Media % prevalenti	3.8 (1.2)	3.4 (0.8)	5.6 (1.0)	3.6 (1.0)	3.7 (1.1)
Media raccomandand.ni	1.9 (0.3)	1.9 (0.3)	2.1 (0.2)	2.0 (0.3)	1.9 (0.3)

Media annua n. raccomandazioni seguite (max 4): Insufficienza cardiaca



Media annua n. raccomandazioni seguite (max 4): Insufficienza cardiaca



Toscana – 3 distretti	Singolo	Ass semplice	Rete	Gruppo	Totale
Forma org.va	192	135	11	169	507
Media % prevalenti	1.3 (0.5)	1.2 (0.4)	1.6 (0.5)	1.2 (0.4)	1.2 (0.4)
Media raccomandand.ni	1.9 (0.4)	2.0 (0.4)	1.6 (0.2)	2.0 (0.4)	1.9 (0.4)

Altre variabili

- ✓ **Caratteristiche demografiche del medico:** sesso, età;
- ✓ **Caratteristiche degli assistiti del medico:** numero di assistiti, percentuale di assistiti di età 75+;
- ✓ **Profilo dei pazienti con le condizioni di interesse:** numero dei malati, prevalenza sul totale degli assistiti, percentuale di malati di età 85+, percentuale di malati da più di 4 anni, indice di comorbilità dei malati, densità abitativa media dei comuni di residenza dei malati;
- ✓ **Caratteristiche del distretto di appartenenza del medico:** attuazioni di politiche pertinenti alla variabile di esposizione e/o di risposta; regione di appartenenza.

Analisi Multilivello: Diabete

	Variabile	Stima effetto	IC 95%	P
Effetto tra medici nello stesso distretto (W)	Genere	0,058	(0,022 0,094)	<0,05
	Età in decine (W)	-0,092	(-0,123 -0,061)	<0,001
	Media assistiti in centinaia (W)	0,009	(0,004 0,014)	<0,001
	Media perc malati 85+ (W)	-0,004	(-0,007 -0,001)	<0,05
	Media perc malati da più di 4 anni (W)	0,003	(0,001 0,005)	<0,001
	Esposizione: MMG associato vs singolo (W)	0,022	(-0,015 0,059)	0,234
Effetto tra distretti (B)	Media perc malati da più di 4 anni (B)	0,043	(0,009 0,077)	<0,05
	Media perc malati 85+ (B)	0,073	(0,010 0,137)	<0,05
	Esposizione: % di MMG associati tra i MMG del distretto	0,016	(0,006 0,026)	<0,05
Politiche	Incentivi	0,085	(0,022 0,147)	<0,05
Effetto della regione (riferimento: LOM 2 distretti)	ER (10 distretti)	0,472	(0,102 0,842)	<0,05
	MAR (1 distretto)	0,561	(0,107 1,015)	<0,05
	SIC (3 distretti)	0,599	(-0,343 1,541)	0,212
	TOS (3 distretti)	0,751	(0,303 1,199)	<0,05
	VEN (2 distretti)	0,746	(0,303 1,188)	<0,001
	Costante	-2,728	(-5,011 -0,445)	<0,05
Caratteristiche del modello				
	Indice		Valore	
Tra medici nello stesso distretto	Varianza residua σ_e		0,303	
	Varianza spiegata R^2_w		0,051	
Tra distretti	Varianza residua σ_u		0,150	
	Varianza spiegata R^2_b		0,949	
Totale	Coefficiente di correlazione intraclassa ρ		0,196	
	Varianza totale spiegata R^2_o		0,568	

Analisi Multilivello: Cardiopatia Ischemica

	Variabile	Stima effetto	IC 95%	P
Effetto tra medici nello stesso distretto W	Genere (W)	0,026	(0,002 0,051)	<0,05
	Età in decine (W)	-0,027	(-0,048 -0,005)	<0,05
	Media assistiti in centinaia (W)	0,004	(0,000 0,007)	<0,05
	Media Indice Charlson (W)	-0,075	(-0,140 -0,011)	<0,05
	Media perc malati 85+ (W)	-0,008	(-0,010 -0,007)	<0,001
	Esposizione: MMG associato vs singolo (W)	0,040	(0,015 0,065)	<0,05
Effetto tra distretti B	Media Indice Charlson (B)	-0,825	(-1,651 0,001)	0,050
	Media perc malati da più di 4 anni (B)	-0,011	(-0,034 0,012)	0,353
	Esposizione: % di MMG associati tra i MMG del distretto	0,001	(-0,008 0,009)	0,895
Effetto della regione (riferimento: ER 10 distretti)	LOM (2 distretti)	-0,135	(-0,308 0,039)	0,129
	MAR (1 distretto)	0,016	(-0,199 0,231)	0,885
	SIC (3 distretti)	-0,291	(-0,632 0,050)	0,094
	TOS (3 distretti)	-0,032	(-0,387 0,324)	0,861
	VEN (2 distretti)	0,001	(-0,220 0,221)	0,996
	Costante	2,977	(0,420 5,535)	<0,05
Caratteristiche del modello				
	Indice		Valore	
Tra medici nello stesso distretto	Varianza residua σ_e		0,208	
	Varianza spiegata R^2_w		0,109	
Tra distretti	Varianza residua σ_u		0,071	
	Varianza spiegata R^2_b		0,786	
Totale	Coefficiente di correlazione intraclassa ρ		0,104	
	Varianza totale spiegata R^2_o		0,291	

Analisi Multilivello: Insufficienza Cardiaca

	Variabile	Stima effetto	IC 95%	P
Effetto tra medici nello stesso distretto (W)	Età in decine (W)	-0,038	(-0,072 -0,005)	<0,05
	Media perc malati 85+ (W)	-0,006	(-0,007 -0,005)	<0,001
	Media perc prevalenti (W)	-0,060	(-0,091 -0,028)	<0,001
	Esposizione: MMG associato vs singolo (W)	0,013	(-0,027 0,053)	0,525
Effetto tra distretti (B)	Media Indice Charlson (B)	-0,887	(-1,500 -0,273)	<0,05
	Media perc prevalenti (B)	-0,301	(-0,491 -0,110)	<0,05
	Esposizione: % di MMG associati tra i MMG del distretto	0,002	(-0,004 0,008)	0,544
Effetto della regione (riferimento: ER 10 distretti)	LOM (2 distretti)	-0,351	(-0,525 -0,177)	<0,001
	MAR (1 distretto)	0,180	(-0,049 -0,408)	0,124
	SIC (3 distretti)	-0,444	(-0,562 -0,326)	<0,001
	TOS (3 distretti)	0,163	(-0,065 -0,390)	0,161
	VEN (2 distretti)	-0,105	(-0,240 -0,030)	0,127
	Costante	3,116	(1,744 -4,487)	<0,001
Caratteristiche del modello				
	Indice		Valore	
Tra medici nello stesso distretto	Varianza residua σ_e		0,323	
	Varianza spiegata R^2_w		0,077	
Tra distretti	Varianza residua σ_u		0,061	
	Varianza spiegata R^2_b		0,947	
Totale	Coefficiente di correlazione intraclassa ρ		0,034	
	Varianza totale spiegata R^2_o		0,418	

Considerazioni conclusive

Cosa dice la letteratura scientifica?

Le forme associative della Medicina Generale, eventualmente allargate a componenti specialistiche e altre professioni sanitarie, risultano favorevoli rispetto alla pratica in solo, anche se con diverso impatto a seconda delle dimensioni indagate

In Italia ci sono alcune evidenze che la medicina in associazione produce risultati favorevoli in termini di gestione dei pazienti, riduzioni di accesso al PS e ricoveri potenzialmente evitabili.

In un periodo delimitato (2008) lo studio non evidenzia significative differenze tra medici individuali e in associazione (semplice, rete, gruppo) per l'aspetto della aderenza alle linee guida della pratica clinica



Definizione di uno strumento unico di lettura dei dati amministrativi, condiviso tra tutte le regioni partecipanti alla ricerca utile per il governo clinico delle patologie croniche

Accordi Collettivi Nazionali

ACN 29 luglio 2009 artt. 27 e 27-bis; ACN 8 luglio 2010 art.5

Previste nuove forme organizzative della Medicina generale:



Aggregazioni funzionali territoriali



Unità complesse delle cure primarie,

Gli Accordi integrativi regionali dovranno svilupparsi lungo il processo di attuazione delle nuove forme organizzative AFT e UCCP, affrontando diversi aspetti, tra cui:

- a) **Relazioni funzionali tra i professionisti che operano nelle forme organizzative, specie per le funzioni di valenza comune, e quelle tra gli stessi professionisti e l'Azienda sanitaria;**
- b) **Azioni per favorire gli utenti e l'accesso ai servizi,tra cui lo sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi;**

Considerazioni

Prerequisiti di successo

Si può ipotizzare che il cambiamento atteso richieda un'azione propulsiva di sostegno, in una logica di miglioramento continuo, fondata su:

ossia presenza di **esperienze e progettualità** innovative, **locali**, che trovano riscontri positivi, fattibili e sostenibili, i cui principi caratterizzanti sono documentati in letteratura scientifica;

commitment, ossia impegno sostanziale dei policy maker regionali, degli amministratori locali e dei professionisti

possibilità di **oggettivazione del successo**, attraverso la chiara e **riproducibile rappresentazione di metodologie di rilevazione** delle informazioni e standard di riferimento per misurare il risultato dei processi assistenziali;

meccanismi motivazionali, in termini di ricerca e formazione (sulla base dei principi del changing management in Primary Health Care).

Grazie per l'attenzione

Unità di ricerca partecipanti al progetto Valore

- ❖ Emilia-Romagna
- ❖ Lombardia
- ❖ Marche
- ❖ Toscana
- ❖ Sicilia
- ❖ Veneto
- ❖ AGENAS
- ❖ ARS Toscana
- ❖ Univ. Cattolica Sacro Cuore – Roma
- ❖ Univ. di Cassino
- ❖ Univ. Politecnica delle Marche
- ❖ Health Search - SIMG

con la collaborazione del Dipartimento di Statistica della Università di Firenze per le analisi statistiche