

LA GESTIONE DELLE CRONICITÀ
SUL TERRITORIO IN TOSCANA:
EVIDENZE DALLA BANCA DATI

MACRO



Firenze, 4 novembre 2011

12:05 - Cronicità e Sanità di Iniziativa in Regione Toscana: quale evoluzione nel PSSIR

Dr. Lorenzo Roti

Responsabile Settore Servizi alla Persona sul Territorio

Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale

lorenzo.roti@regione.toscana.it

Dal Piano Sanitario Regionale al progetto



- **La strategia del PSR 2008-2010:**
“Dalla medicina d’attesa alla sanità d’iniziativa”: non aspetta sulla soglia dei servizi il cittadino, ma orienta l’attività verso chi “meno sa e meno può” e che per questo si trova a rischio continuo di caduta assistenziale e persino di non espressione del bisogno. **Assumere il bisogno di salute prima che la malattia cronica insorga, si manifesti o si aggravi ... prevenire la disabilità**
- **Conferenza di consenso, 2008** “*La medicina d’iniziativa sul territorio: i ruoli professionali*”
- **Pareri Consiglio Sanitario Regionale:** sul modello (ECCM), ruoli professionali, criteri di orientamento sui percorsi, formazione
- **Accordo con la Medicina Generale, 2009:** criteri e fasi di attuazione del progetto, Sistema di valutazione e remunerazione per la MG, set indicatori

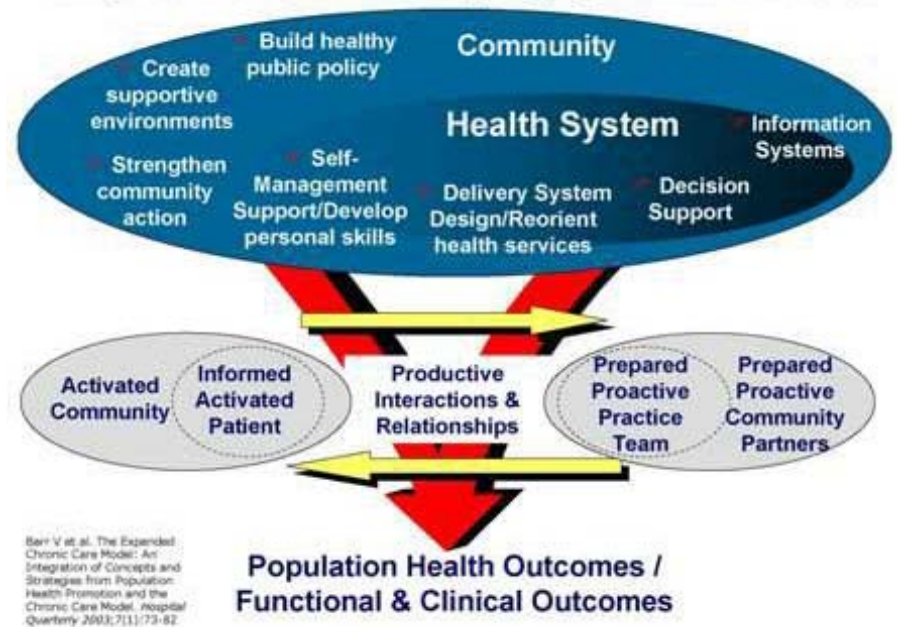
Equità



Modelli per le cure primarie

Expanded Chronic Care Model (ECCM)

Gli aspetti clinici del CCM sono integrati da quelli di sanità pubblica (prevenzione primaria collettiva e attenzione ai determinanti di salute) in ottica di *community oriented primary care*



Empowerment del paziente
 Accessibilità
 Informazione
 Proattività
 Self care

+

Approccio comunitario
 Bisogni della comunità
 Partecipazione
 Lotta alle disuguaglianze
 Prevenzione primaria



L'organizzazione: i MODULI

- L'unità elementare del progetto è rappresentata dai **MODULI**, aggregazioni funzionali di MMG con una popolazione di circa **10.000 assistiti**



- All'interno di ogni modulo, che è coordinato da un MMG, opera un **team multiprofessionale** costituito dai **MMG** e da **infermieri** e **OSS** (1/10.000 assistiti per le 5 patologie)
- Infermieri e OSS sono operatori di provenienza aziendale, opportunamente formati e assegnati funzionalmente al gruppo di MMG.

- La **sede del modulo è l'ambulatorio** della MMG. Qui vengono svolte tutte le attività previste dai percorsi, che sono **registrate sulla cartella clinica del MMG**



Il modello assistenziale: i ruoli professionali

- **Il MMG è il responsabile clinico** del team e del paziente, con funzione di *supervisione* e orientamento della attività del team verso obiettivi condivisi, misurabili. Un MMG assume le funzioni di coordinatore.
- **L'infermiere** ha autonomia e responsabilità per funzioni specifiche alla gestione assistenziale del paziente individuate sulla base dei protocolli operativi condivisi a livello aziendale, **è impegnato nel follow up e nel supporto al self management.**
- **L'OSS** costituisce una risorsa di rilievo per l'attuazione del CCM, continuando a svolgere le funzioni di **assistenza alla persona al domicilio del paziente** nei casi di non autosufficienza o laddove risulti comunque necessario.
- L'azienda UsI garantisce l'organizzazione dei servizi per la presa in carico nei PDTA e la verifica dell'andamento del progetto di modulo attraverso la funzione dei **medici di comunità.**

La relazione fra le professioni presenti nel team, che ha rappresentato una difficoltà iniziale, è ad oggi uno dei valori aggiunti



L'organizzazione: i percorsi

- I pazienti che aderiscono al progetto sono inseriti in **elenchi di patologia** (**diabete mellito tipo II, scompenso cardiaco, BPCO, ictus/TIA, ipertensione arteriosa**)
- Si è scelto di portare avanti una **prima fase di progetto orientata su patologie**, tecnicamente più semplice, in modo da poter meglio seguire la crescita dell'organizzazione interna ai moduli e delle relazioni interprofessionali nel team
- I percorsi, contestualizzati a livello aziendale, sono stati pubblicati sul **sito delle Aziende Sanitarie**
- La **definizione di caso** è omogenea in tutta la Regione



L'organizzazione: i percorsi

- I percorsi contengono i **controlli periodici differenziati in base al rischio individuale**, in occasione dei quali viene eseguito il **counselling** e il **supporto al self management**
- Nei percorsi la **figura medica specialistica** è orientata a divenire il **consulente del team** più che lo specialista che prende in carico i singoli pazienti
- Le **prestazioni specialistiche programmate** sono prenotate ed erogate al di fuori dei normali canali CUP
- L'introduzione della **telemedicina** consentirà di erogare direttamente nella sede del modulo le prestazioni di controllo



Gli strumenti di monitoraggio del Progetto

- Riunioni bimestrali di **coordinamento con i referenti aziendali**
- **Sistema informativo**: i dati degli indicatori di monitoraggio sono raccolti trimestralmente attraverso una procedura web. E' in via di acquisizione l'integrazione software che consentirà la trasmissione diretta ad eventi del dato dalla cartella clinica del MMG all'Azienda Sanitaria

APPLICAZIONI Reportistica diabete/scompenso

APPLICAZIONI - Home

- Cure primarie
 - Attivazione moduli
 - Reportistica ASL sanità di iniziativa (diabete-scompenso)
 - Reportistica ASL sanità di iniziativa (ictus-bpco)
 - Download materiale
- Istituti penitenziari
- FrailARS

Indicatori relativi al tempo To del modulo:

Visualizza PDF

Indicatori DIABETE MELLITO

DMo-Messa a disposizione elenco pazienti diabetici

Numeratore: numero di pazienti diabetici di tipo II ≥ 16 anni di età con CF valido presenti nell'elenco di patologia inviato entro la scadenza

Denominatore: numero assistiti ≥ 16 anni di età iscritti ai MMG del modulo

Valore indicatore (%)

Indicatori SCOMPENSO

SCo-Messa a disposizione elenco pazienti con scompenso secondo la definizione

Numeratore: Numero di pazienti scompensati ≥ 16 anni di età con CF valido presenti nell'elenco di patologia inviato entro la scadenza

Denominatore: Numero assistiti ≥ 16 aa iscritti ai MMG del modulo

Valore indicatore (%)

SCi-Pazienti che hanno effettuato almeno una misurazione di sodio e potassio

Numeratore: Pazienti arruolati che hanno fatto almeno una misurazione di sodio e potassio nei mesi successivi alla data di avvio della fase pilota (NB: il numeratore da indicare a To si riferisce a prestazioni erogate nei 12 mesi precedenti l'avvio della fase pilota)

Denominatore: Numero di pazienti scompensati ≥ 16 anni di età con CF valido

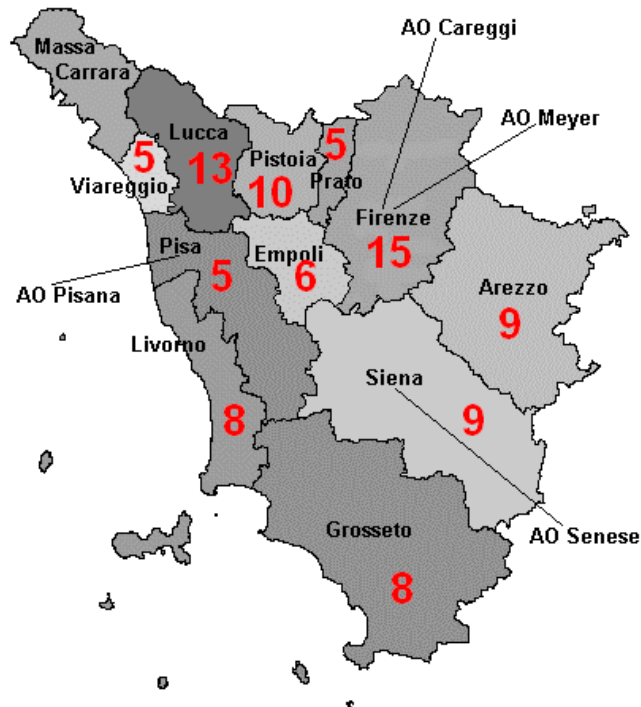
diabete.php?sezione=ccm&cap...odulo=747575ec39430545869d0e3b53a33175&tempo=TO,'dati');viato al To



I moduli attivi ad oggi

	<i>Fase Pilota</i>	<i>Fase Estensione</i>	<i>Totale</i>
N. Moduli*	56	32	93
MMG coinvolti	663	280	943
N. Assistiti	792.597	315.379	1.107.976
% popolazione >16 a.			29,7%

4 centrali



Dalla fase pilota all'estensione

- . I moduli del **progetto pilota** hanno avviato la fase operativa dei percorsi di **diabete** e **scompenso cardiaco** in data 01.06.10
- .A marzo 2011: elenchi di patologia per **ictus/TIA** e **BPCO**



I moduli della **prima fase di estensione** hanno consegnato gli elenchi dei pazienti con **diabete** e **scompenso cardiaco** all'inizio di marzo 2011 per avviare la fase operativa

- .Entro il 2011 si realizzerà la **seconda fase di estensione** che prevede la presenza di almeno due moduli per zona e la copertura di almeno il 30% dei residenti per ciascuna Azienda (obiettivo delle Direzioni Aziendali e delle SdS)



Gli indicatori

- **adesione** al progetto (adattamento PDTA, formazione, tasso copertura antinfluenzale, adesione ad Attività Fisica Adattata)
- Per ciascuna patologia (esempi):
 - **Indicatori di processo:**
 - prevalenza di patologia nel modulo
 - % pazienti con scompenso cardiaco in terapia con ACE inibitori e/o sartani
 - % pazienti con pregresso ictus/TIA con valutazione della performance fisica (SPPB) nell'anno
 - % pazienti supportati con counselling (individuale o di gruppo) nell'anno
 - **Indicatori di outcome:**
 - % pazienti diabetici con HbAc < 7 all'ultima misurazione senza terapia farmacologica
 - Tasso di ricovero per scompenso cardiaco dei pazienti in carico al modulo con età 50-74 anni
 - % pazienti con BPCO presenti nell'elenco di patologia che vengono istruiti sulla riabilitazione respiratoria e la praticano in modo regolare ed autonomo



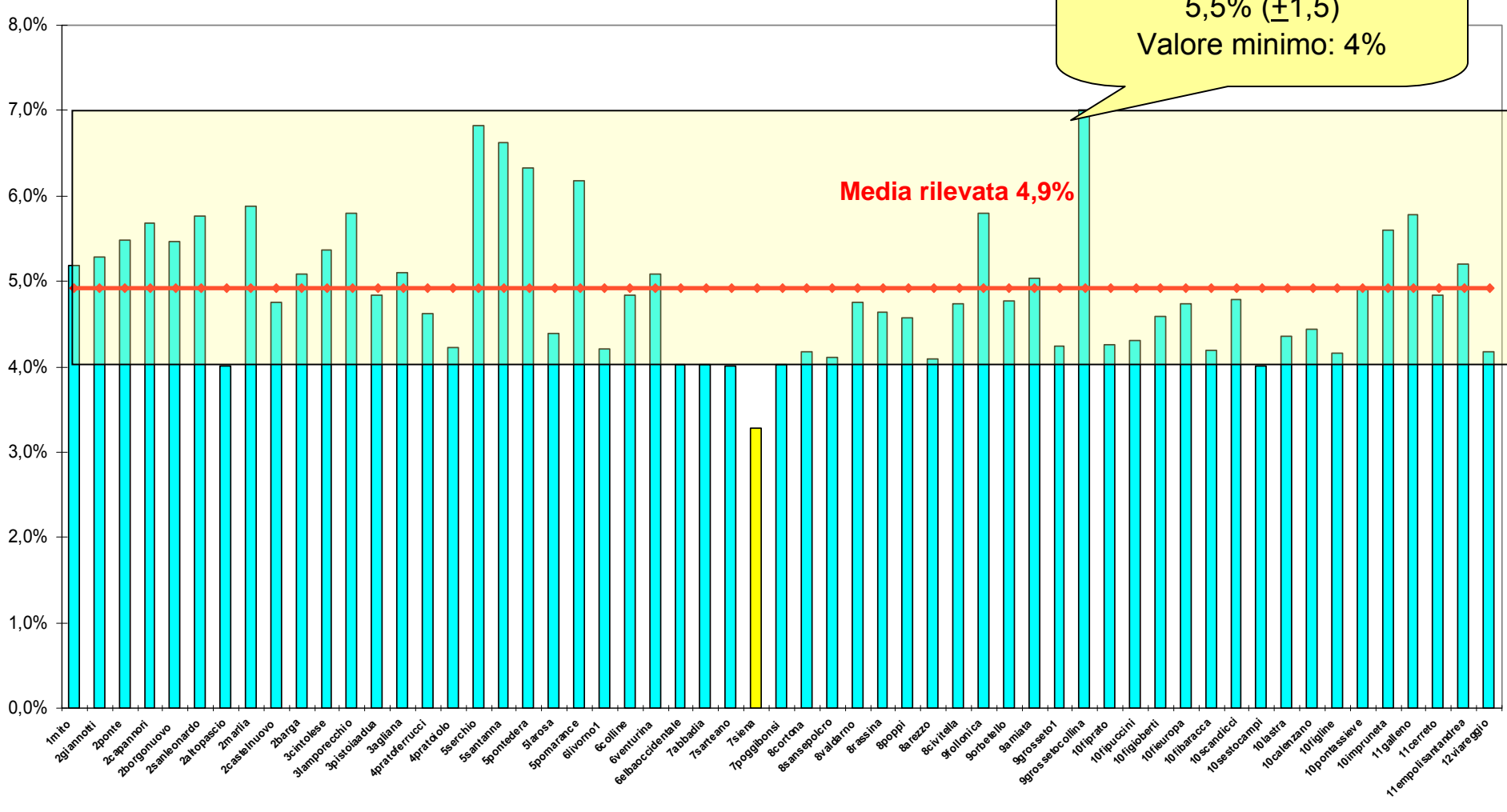
Gli incentivi vengono liquidati solo in caso di riscontro positivo degli indicatori di outcome



Diabete mellito: prevalenza nei moduli

Prevalenza media attesa:
5,5% ($\pm 1,5$)
Valore minimo: 4%

Media rilevata 4,9%



**Tutti i moduli hanno trasmesso il dato.
Un solo modulo ha registrato un valore di prevalenza inferiore al minimo atteso.**



Il funzionamento dei moduli: cosa si è osservato dopo un anno

Organizzazione	<ul style="list-style-type: none">• I moduli operano ove disponibili nelle CdS• Quasi ovunque sono formati da mmg associati• In alcune Aziende gli infermieri operano invece presso la sede del Distretto. Ciò rende il team meno efficace, poiché i rapporti reciproci sono più difficoltosi. Inoltre i pazienti devono duplicare gli accessi.• Un numero elevato di sedi ambulatoriali rende l'organizzazione più difficoltosa
Sistema informativo	<ul style="list-style-type: none">• L'utilizzo della cartella clinica del mmg per l'inserimento dei dati è rispettato quasi in tutte le Aziende
Integrazione con il livello specialistico	<ul style="list-style-type: none">• L'integrazione con il livello specialistico è probabilmente uno degli aspetti più variegati nelle varie Aziende• Un maggiore sviluppo si riscontra nei pdt sul diabete, in cui la presenza di uno specialista unico ha facilitato l'implementazione dei progetti• Maggiore criticità si riscontra ove esistono le Aziende Ospedaliere



Il funzionamento dei moduli: cosa si è osservato dopo un anno

<i>Counselling</i>	<ul style="list-style-type: none">•Un aspetto da presidiare è il counselling di gruppo, che si è sviluppato con maggiori incertezze•Il counselling individuale non è sempre graduato in base al rischio clinico
<i>Strumentazione</i>	<ul style="list-style-type: none">•In quasi tutte le Aziende sono presenti o in corso di acquisizione spirometro ed ecg in telelettura•In alcune Aziende sono presenti coagulometro e retinografo
<i>Audit</i>	<ul style="list-style-type: none">•Lo strumento dell'audit è utilizzato poco e con disomogeneità nelle varie Aziende
<i>Coordinatori modulo</i>	<ul style="list-style-type: none">•In alcune situazioni i coordinatori hanno necessità di una formazione specifica che rafforzi la capacità di gestire il proprio ruolo





L'evoluzione nel PSSIR

- Superare l'approccio per patologia (disease oriented), focalizzando sul **rischio cardiovascolare**, vero tracciante del rischio di cronicità. (Soltanto un modello “person-focused” può portare un reale vantaggio nella qualità della cura delle malattie croniche nelle persone svantaggiate ... *Starfield, The hidden inequity in health care. IJEqH 2011*)
- Adeguare il sistema di **valutazione delle performance** dei moduli e del sistema incentivante correlato
- Consolidare le azioni di **formazione multiprofessionale** per i moduli: metodologia di lavoro in team e utilizzo sistematico AUDIT (... equity)





L'evoluzione nel PSSIR

- Avviare un programma regionale per la standardizzazione del supporto al self-managent: diffusione dei programmi di formazione del “**paziente esperto**”
- Definire gli **standard minimi** organizzativi, funzionali e strumentali per la gestione dei percorsi per la cronicità
- **Estendere progressivamente a tutti i cittadini** toscani la presa in carico
- Far evolvere i moduli della sanità nell'ambito delle forme di aggregazione della MG - **AFT/UCCP**



Grazie per l'attenzione

lorenzo.roti@regione.toscana.it

