

IHPB

ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

SUPERARE LA MEDICINA D'ATTESA, OVVERO LA SANITÀ D'INIZIATIVA E L'AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE NEI RIGUARDI DEL PAZIENTE AFFETTO DA DIABETE MELLITO TIPO 2

AUTORI

Lorenzo Roti, *Responsabile Settore Organizzazione delle Cure e percorsi di Cronicità – Regione Toscana*

Ettore Saffi Giustini, *Medico di Medicina Generale Coordinatore AFT (Agliana e Montale ASL n. 3 Pistoia)*

Paolo Francesconi, *Responsabile Settore Sanitario, Osservatorio Epidemiologia ARS Toscana*

Premessa

I nuovi assetti organizzativi della sanità territoriale della Regione Toscana con la ristrutturazione delle singole AUSL in tre macro aree regionali, costringono i Medici di Medicina Generale (MMG) ad affrontare una sfida “professionale e organizzativa” per il raggiungimento di obiettivi regionali e aziendali, concordati e condivisi.

L'Aggregazione funzionale territoriale (AFT) è la nuova formula di organizzazione in team del lavoro dei Medici di medicina generale (MMG) della Toscana, che vede collaborare medici di famiglia e medici della continuità assistenziale (ex guardia medica) per garantire ai cittadini un'assistenza continua.

Questo rende necessaria una collaborazione tra più MMG e con il personale dedicato ai malati affetti da cronicità, in quanto per raggiungere un miglioramento di alcuni esiti nel Chronic Care Model è indispensabile che gruppi di MMG possano disporre di più infermieri

– formati e preparati allo scopo – e di un adeguato sistema informatico. Tutto questo al fine di gestire in maniera più efficace la presa in carico dei malati con patologie croniche, migliorare la prevenzione e stabilire percorsi terapeutici attraverso uno scambio e un confronto tra MMG e con i medici specialisti/ospedalieri.

Per **sanità d'iniziativa** si intende un **modello assistenziale di gestione delle malattie croniche** che – a differenza di quello classico della medicina d'attesa disegnato sulle malattie acute – sia in grado di **assumere il bisogno di salute** prima dell'**insorgere della malattia**, o prima che essa **si manifesti** o **si aggravi**, e **rallentare il decorso**, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.

IL TERRITORIO SI RICONFIGURA

L'AFT è un **raggruppamento funzionale, mono-professionale di MMG ed è la cornice nella quale sviluppare un nuovo modello di continuità assistenziale.**

Questa struttura deve favorire e sostenere, attraverso un confronto fra pari, comportamenti tesi a rendere più omogenea la condotta prescrittiva e professionale affidando ai MMG, secondo criteri definiti e concordati con l'Azienda Sanitaria, la tutela della salute della popolazione di riferimento, uniformando i percorsi, sviluppando l'assistenza integrata sul paziente affetto

da cronicità. Il momento di valutazione professionale è un altro aspetto fondamentale: attualmente, infatti, il MMG viene giudicato in base alla spesa che gli si attribuisce (e non in base a ciò che fa per la salute dei pazienti), su aspetti formali (rispetto delle norme, spesso non coerenti con le necessità dell'attività clinica), sulle ore dichiarate di apertura dell'ambulatorio (e non su cosa fa in queste ore) e così via.

La AFT è “un nuovo modello di governo clinico”, nel quale da una semplice responsabilizzazione dei medici sulle implicazioni economiche dei propri comportamenti in termini di spesa, si passa ad un sistema di relazioni tra chi ha responsabilità cliniche e chi ha responsabilità organizzative, basato sulla fiducia e finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi, tramite il raggiungimento di obiettivi condivisi (Figura 1).

I COMPITI DEL MMG NELLA NUOVA ORGANIZZAZIONE

Cambiare è sempre difficile, soprattutto per operatori sanitari che da anni svolgono determinati compiti con un buon gradimento da parte degli utenti. Una delle sfide più complesse, che stiamo già affrontando, ma con mezzi insufficienti, è rappresentata dal modo in cui i sistemi sanitari ottimizzeranno l'uso delle risorse disponibili per rispondere alla domanda indotta dalla continua crescita delle patologie croniche. Infatti, una revisione sistematica pubblicata nel 2012 da Smith et al. sul *British Medical Journal* (BMJ), che aveva l'obiettivo di determinare

LE CURE PRIMARIE NEL SISTEMA DELLA SANITÀ TERRITORIALE



GESTIONE TERRITORIALE DEI MALATI AFFETTI DA CRONICITÀ

AFT	CASA DELLA SALUTE
<p>Aggregazione funzionale territoriale monoprofessionale (MMG e CA) Composta da circa 20 medici.</p>	<p>Modello organizzativo multiprofessionale</p>
<p>Gestisce la cronicità mediante la realizzazione del CCM</p>	<p>Composto da MMG, pediatri libera scelta, C.A., specialisti ambulatoriali, infermieri professionali, assistenti sociali, medici di comunità, personale amministrativo e altre figure sanitarie che svolgono il ruolo di potenziare la rete dei servizi territoriali e operano da una stessa sede e condividono percorsi e processi assistenziali</p>
<p>Svolge azioni di <i>governance</i> nel settore della farmaceutica, diagnostica, specialistica, trasporti e ausili</p>	<p>che svolgono il ruolo di potenziare la rete dei servizi territoriali attraverso la condivisione della stessa sede</p>
<p>Garantisce l'integrazione ospedale territorio attraverso l'utilizzo di reti informatizzate Eroga, dove possibile, diagnostica di primo livello</p>	<p>e la partecipazione a percorsi e processi assistenziali condivisi</p>

Figura 1: Sintesi AF e Casa della Salute.

l'efficacia di interventi volti a migliorare l'outcome in pazienti con multimorbilità nelle cure primarie e sul territorio, ha portato alle seguenti conclusioni:

- malgrado la prevalenza della “multimorbilità” e il suo impatto sui pazienti e sulle risorse del sistema sanitario, mancano evidenze su quale sia il modo migliore per curarla;
- gli interventi finora messi in atto presentano risultati inconcludenti e variabili ed è pertanto necessario identificare con chiarezza quali pazienti debbano essere definiti come affetti

da “multimorbilità”, sviluppando interventi costo-efficaci che possano migliorare gli esiti di salute.

IL MMG E LA GESTIONE DEL PAZIENTE DIABETICO

Gli Standard italiani per la cura del diabete mellito [AMD-SID, 2014] riportano: “Le persone affette da diabete devono ricevere le cure da parte del MMG e del team diabetologico, coordinato da un medico diabetologo, comprendente medici, infermieri, dietisti, podologi e professionisti di salute mentale, in grado di mettere in atto un

approccio integrato di gestione della malattia, idoneo al trattamento di una patologia cronica. (Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)”.
 In un ambito di tal genere i compiti del MMG sono:

In un ambito di tal genere i compiti del MMG sono:

- Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti
- Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti
- Identificazione delle donne con diabete gestazionale tra i propri assistiti
- Presa in carico, in collaborazione con le Strutture diabetologiche (SD) dell'assistenza alle persone con diabete e condivisione del Piano di Cura personalizzato, monitorando eventuali difficoltà di gestione del paziente e dei familiari
- Valutazione periodica dei propri pazienti secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze
- Effettuazione, in collaborazione con la SD, di interventi di educazione sanitaria e *counseling* delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'auto-gestione della malattia
- Monitoraggio dei comportamenti alimentari, anche a domicilio
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea a quella delle SD di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.

MEDICINA D'INIZIATIVA:

I RISULTATI

L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS) ha svolto recentemente un'analisi per valutare l'impatto, misurato in termini di processi, ospedalizzazione e mortalità, della Sanità d'Iniziativa "SI" tra i pazienti con diabete di tipo II, essendo disponibili oramai quattro anni di attività sui pazienti arruolati durante il biennio 2009-2010 (Figura 2). In sintesi i risultati di maggiore significato sono i seguenti:

1. Aumenta l'adesione alle raccomandazioni delle linee guida.

Durante il periodo di follow-up, i pazienti in carico ai MMG aderenti alla sanità di iniziativa registrano mediamente valori significativamente migliori rispetto al *Guideline Composite Index*, sottoponendosi a una valutazione

annuale dell'emoglobina glicata e ad almeno due tra visita oculistica, colesterolo totale e microalbuminuria nel 46,2% dei casi contro il 28,8% dei pazienti non aderenti alla sanità di iniziativa (NoSI);

2. Diminuisce leggermente il ricorso alle visite diabetologiche, ma aumentano i consumi relativi alle prestazioni diagnostiche di laboratorio e per immagini, specifiche per il follow-up del paziente diabetico.

3. Aumenta la spesa per farmaci ipoglicemizzanti.

Mediamente i pazienti "SI" hanno speso ogni anno € 233 pro capite per farmaci ipoglicemizzanti e € 62 per farmaci agenti sui lipidi contro rispettivamente € 218 e € 60 spesi dai pazienti "NoSI".

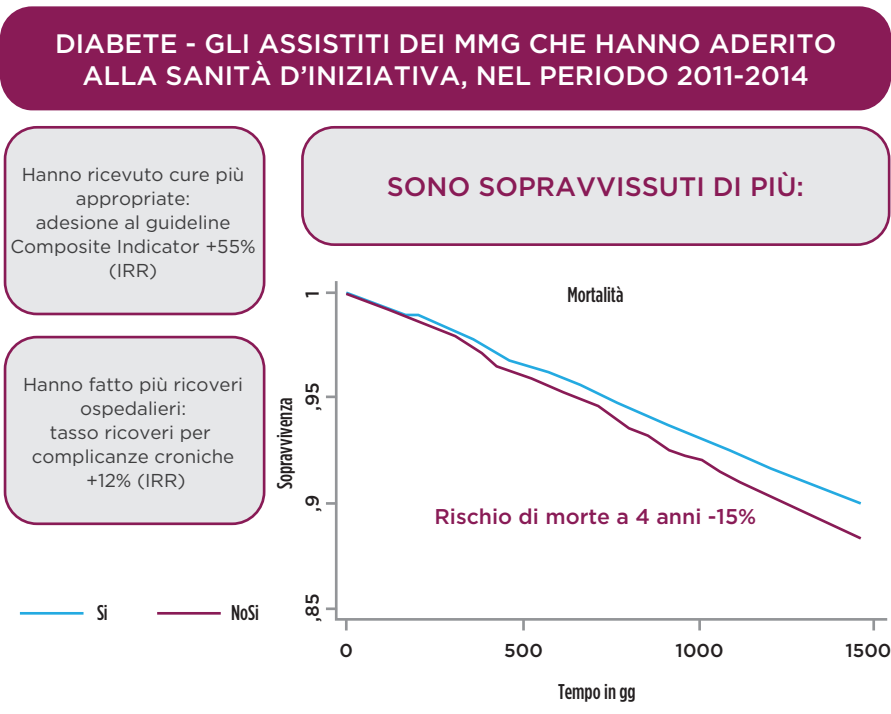


Figura 2: Risultati nei primi tre anni di Sanità d'Iniziativa in Toscana (Fonte ARS P. Francesconi).

4. Non cambia il tasso di ospedalizzazione generale, ma tende ad aumentare il tasso di ricoveri per complicanze a lungo termine del diabete a causa di un aumento del tasso di ricoveri programmati.

Il tasso medio di ricoveri in regime ordinario in reparti per acuti è stato di 273 ricoveri per 1.000 anni/persona in entrambi i gruppi. Il tasso medio di ricoveri per complicanze a lungo termine del diabete è stato di 109 ricoveri per 1.000 anni/persona tra i pazienti "SI" contro 102 ricoveri per 1.000 anni/persona tra i pazienti "NoSI".

L'aumento è quasi totalmente imputabile all'aumento del tasso medio di ricoveri programmati che è stato di 36 ricoveri per 1.000 anni/persona tra i pazienti "SI" contro 30 ricoveri per 1.000 anni/persona tra i pazienti "NoSI" (+13% in termini relativi; differenza statisticamente significativa).

5. Diminuisce in maniera significativa il tasso di ricovero per ictus e infarto.

Il tasso medio di ricoveri per eventi cerebro-cardiovascolari acuti è stato di 14 ricoveri per 1.000 anni/persona tra i pazienti "SI" contro 16 ricoveri per 1.000 anni/pazienti tra i pazienti "NoSI".

6. Diminuisce la mortalità.

Il tasso medio mortalità è stato di 42 decessi per 1.000 anni/persona tra i pazienti "SI" contro 46 decessi per 1.000 tra i pazienti "NoSI".

CONCLUSIONI

La medicina generale si trova ad un bivio:

- continuare a sopravvivere seguendo la deriva del tempo, dell'inesorabile burocrazia e dei vari "budget come tetti di spesa";
- o...
- dare vita a "quel progetto complessivo del recupero della professionalità nella medicina generale" che indica come centrali compiti nuovi, che nessuno ci ha insegnato nei banchi dell'università?

Nel secondo caso si devono sicuramente considerare:

- la qualità e l'efficienza delle prestazioni;
- una nuova organizzazione del lavoro;
- la disponibilità ad accettare le innovazioni tecnologiche, non come fine

ma come strumenti utili per una più corretta gestione di quell'attività quotidiana che è fonte di informazioni uniche e fondamentali per conoscere la storia dei pazienti e delle malattie e per meglio curare;

- applicando e rinforzando programmi di promozione della salute;
- intervenendo più incisivamente per ridurre il rischio cardiovascolare, aumentando la capacità di presa in carico sul livello territoriale dei casi più complessi (figura 3).

Quest'ultimo aspetto è particolarmente importante in quanto tra gli assistiti ipertesi con alto rischio cardiovascolare (punteggio ISS-cuore individuale ≥ 15%; 30/40 pazienti su 1.000 assistiti) rientrano sicuramente quelli con diabete.

La presa in carico proattiva avverrà per mezzo di team multiprofessionali

Le patologie croniche spesso si sovrappongono e si uniscono ad altre nel generare quadri complessi di **comorbidità**. In Toscana nel 2010 su 870 mila anziani residenti in Toscana, i flussi sanitari amministrativi hanno intercettato oltre 125 mila anziani (14,5%) che soffrono di **diabete**, quasi 60 mila (6,7%) affetti da **insufficienza cardiaca**, oltre 109 mila (12,7%) con **BPCO** e oltre 32 mila (3,7%) sopravvissuti ad **ictus**.

Codice MMG	ASSISTITI	%65+	%85+
A	1377	18,2	5,2
B	828	20,8	8,7
C	845	20,1	5,8
D	1353	14,5	5,5
E	1567	19,0	6,5
F	1447	24,3	9,9
G	1198	22,9	10,4
H	1032	21,6	8,9
I	1562	25,7	7,4
J	1469	18,5	6,6
K	815	21,9	7,2
L	1299	23,6	8,1
M	1031	15,1	4,2
N	1450	15,8	4,2
O	1019	31,2	14,0
P	1358	23,7	9,6
Q	1482	15,1	4,9
R	902	14,8	6,0
S	866	21,5	9,7
T	1511	18,0	5,5
U	443	16,3	6,5
V	101	6,5	2,0

Figura 3: Dati e informazioni in una AFT Toscana (Fonte ARS P. Francesconi).

e multidisciplinari, secondo i principi del *Care e Case Management*, attraverso la definizione di Piani Assistenziali Individuali, tenendo presente che definiamo assistiti complessi “high risk/high cost” quelli ad alto rischio di accessi ripetuti al Pronto Soccorso e di ricoveri ospedalieri per condizioni croniche suscettibili di cure territoriali (figura 4).

NUOVI TARGET E NUOVI MODELLI DI PRESA IN CARICO

Assistiti complessi “high risk / high cost”

- Assistiti ad alto rischio di accessi ripetuti al PS e di ricoveri ospedalieri per condizioni croniche suscettibili di cure territoriali
- Identificazione iniziale tramite elenchi con circa il 3% degli assistiti, definiti sulla base di dati correnti e comunicati ai medici curanti
- Consolidamento successivo degli elenchi da parte dei medici curanti

Modello di Care Management

Prevede una presa in carico proattiva, per mezzo di team multiprofessionali e multidisciplinari, secondo i principi del *Care e Case Management*, attraverso la definizione di Piani Assistenziali Individuali (PAI).

“successful care management programs have care managers as part of multidisciplinary teams that involve physicians.”

Figura 4: Dati e informazioni in una AFT Toscana (Fonte ARS P. Francesconi).

NORMATIVA:

- Piano sanitario regionale 2008-2010 - punto 4.3.1 “Dalla medicina d’attesa alla sanità d’iniziativa”.
- Parere Consiglio sanitario regionale 2008, n. 37.
- Delibera giunta regionale 2008, n. 894/2008 Allegato A. Indirizzi per l’attuazione della sanità d’iniziativa a livello territoriale e per la gestione dei percorsi territorio – ospedale – territorio.
- Delibera giunta regionale 2009, n. 716 Allegato A. Progetto per l’attuazione della sanità d’iniziativa a livello territoriale.
- Delibera giunta regionale 2010, n. 355 Allegato A. Scheda Indicatori fase di avvio (generali – diabete mellito – scompenso cardiaco).
- Delibera giunta regionale 2015, n. 1152. Allegato A. DGR 716/2009. Approvazione risultati ed individuazione linee di sviluppo della sanità d’iniziativa a livello territoriale

BREVE BIBLIOGRAFIA:

- Smith SM, Soubhi H, Fortin M et al. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ* 2012 Sep 3; 345:e5205.
- Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000;320:569-572.
- Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. *JAMA*.2002;288:1775-1779.
- Barr V, et al. The Expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly* 2003; vol.7 no. 1.
- Delibera RT 1152 30/11/2015

Italian Health Policy Brief

Anno VI
Speciale 2016

Direttore Responsabile
Stefano Del Missier

Direttore Editoriale
Marcello Portesi

Editore



Altis Omnia Pharma Service S.r.l.
Viale Sarca, 223
20126 Milano

Contatti redazione
Tel. +39 02 49538300
info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Comitato degli esperti:

Achille Caputi
Claudio Cricelli
Nello Martini
Antonio Nicolucci
Annarosa Racca
Francesco Ripa Di Meana
Ketty Vaccaro
Antonello Zangrandi

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.
