



La nuova sanità d'iniziativa in
Regione Toscana: il paziente
complesso e il paziente ad alto
rischio cardiovascolare

Valentina Barletta
ARS Toscana – Osservatorio di Epidemiologia

La sanità d'iniziativa - diabete:

gli assistiti dei mmg che hanno aderito alla sanità d'iniziativa, nel periodo 2011-2014:

Hanno ricevuto cure più appropriate:

adesione al GCI + 58 %

Hanno consumato più prestazioni territoriali (spesa pro-capite):

Visite diabetologiche: + 0,8 %

Farmaci: + 6,3%

Diagnostica laboratorio: + 7,5%

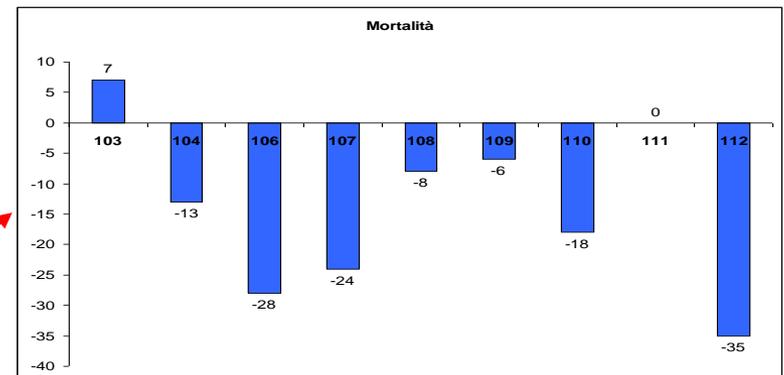
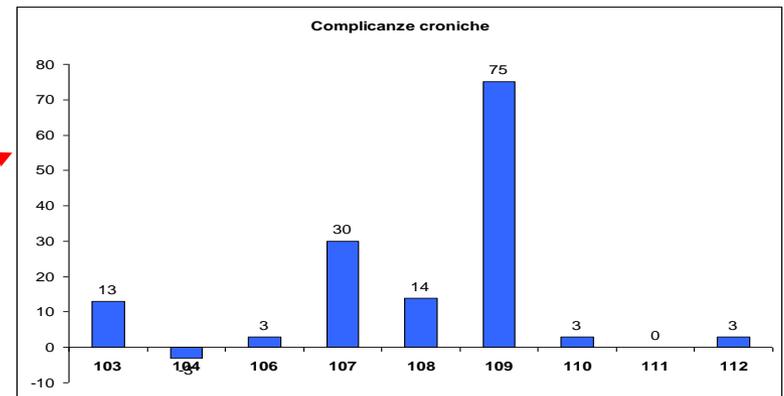
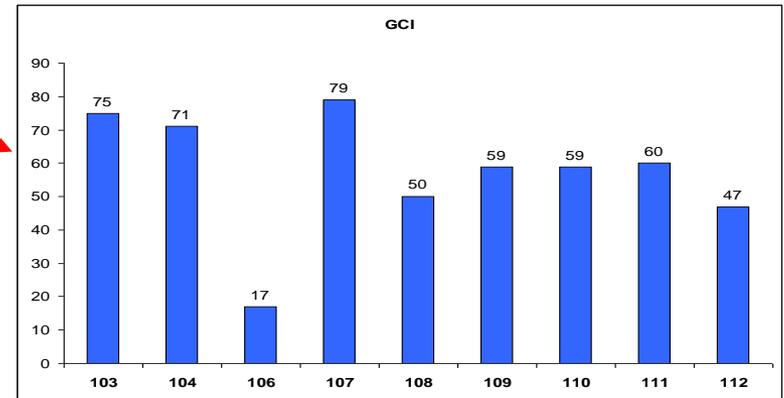
Hanno fatto più ricoveri ospedalieri correlati:

ricoveri per complicanze cardiologiche di lungo termine: + 11%

Hanno avuto esiti di salute migliori

tasso eventi cardio-cerebrovascolari acuti: - 19%

richio di decesso a 4 anni - 12%



La sanità d'iniziativa - scompenso:

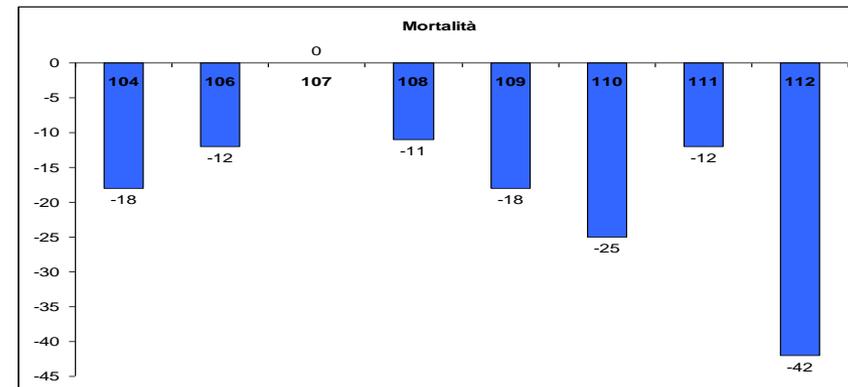
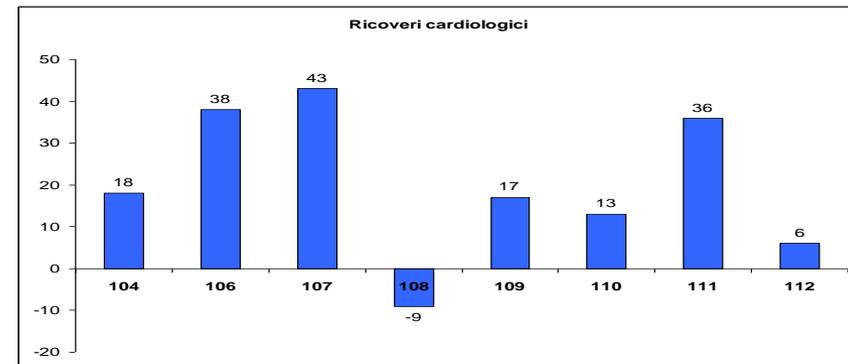
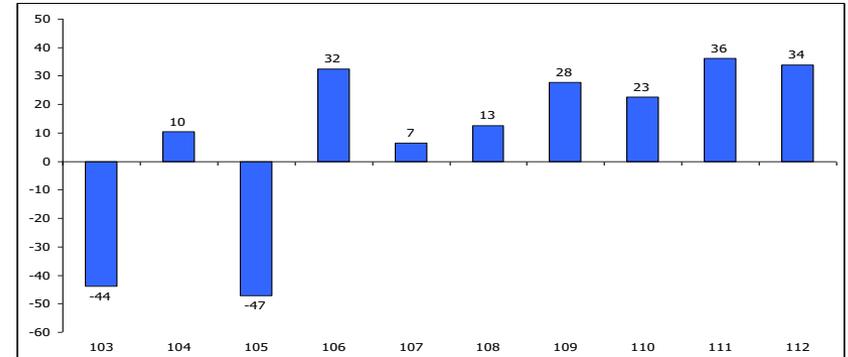
gli assistiti dei mmg che hanno aderito alla sanità d'iniziativa, nel periodo 2010-2013:

Hanno ricevuto cure più appropriate:

Controllo elettroliti e creatininemia + 20 %

**Hanno fatto più ricoveri ospedalieri:
tasso ricoveri per cause cardiologiche + 15%**

Sono sopravvissuti di più:



La “nuova” Sanità d’Iniziativa: dal “*commitment*” al nuovo progetto ...

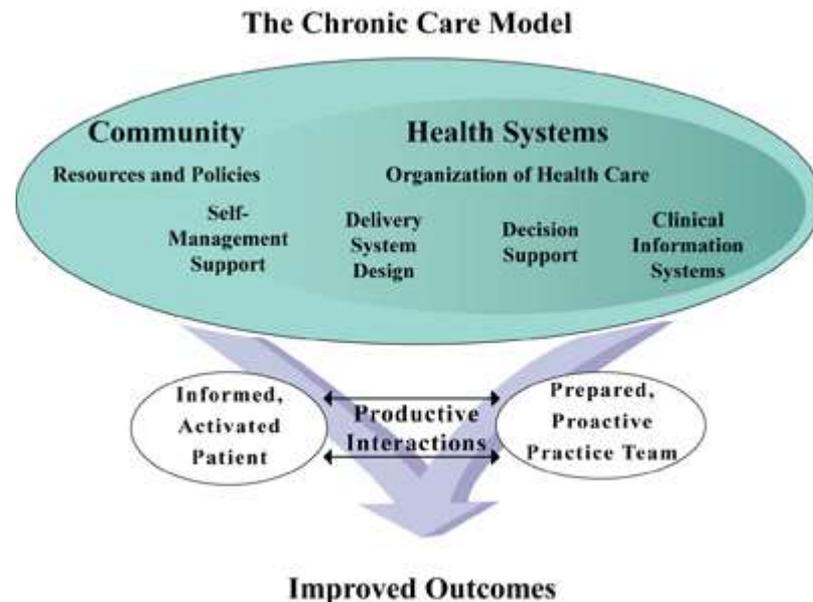
- **DGR 1235 del 28/12/2012** - Piano Operativo per il Riordino del Sistema Sanitario Regionale – Estensione della Sanità d’Iniziativa e ulteriore sviluppo dell’Expanded Chronic Care Model – superamento gestione per singoli PDTA e presa in carico integrata
- **Parere n. 73/2013 del CSR** - aggiorna le linee guida per lo sviluppo del modello della sanità d’iniziativa
- **PSSIR 2012-15** (DCR 91/2014) – conferma gli obiettivi di estensione ed evoluzione della sanità d’iniziativa
- **DGR 1152/2015** (30/11/2015) – DGR 716/2019 – Approvazione risultati ed approvazione linee di sviluppo della sanità d’iniziativa a livello territoriale
- **DGR 650/2016** (5 Luglio 2016) - “Sanità d’iniziativa – Indirizzi per l’implementazione del nuovo modello”
- Gli aspetti operativi “dovranno essere definite nell’ambito della **Commissione Permanente per la Sanità d’Iniziativa**” ...

Nuovi target e nuovi modelli di presa in carico

- **Assistiti ad alto rischio cardiovascolare**

- Assistiti con diabete
- Assistiti ipertesi con alto rischio cardiovascolare (punteggio iss-cuore individuale ≥ 10)
- Individuati durante i contatti di cura

Modello CCM attuale ma “person-focused”



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
- Primi elenchi, con circa il 3% degli assistiti, definiti sulla base di dati correnti e comunicati ai medici curanti
- Elenchi consolidati dai medici curanti

Modello di Care Management

La presa in carico proattiva avverrà 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.”

L'algoritmo di identificazione dei casi

CRITERIO 1

Caso conosciuto (Ma.Cro) di diabete, cardiopatia ischemica, BPCO, scompenso cardiaco, insufficienza renale, pregresso ictus, demenza, parkinson.

O

Storia recente di ricoveri per cause suggestive di malattie croniche

E

CRITERIO 2

Numero uguale o superiore al 95° percentile nell'ultimo anno di almeno uno tra:

- farmaci totali / diversi erogati (ATC5);**
- visite specialistiche totali / diverse erogate;**
- esami di diagnostica strumentale o per immagini totali / diversi erogati;**
- esami di laboratorio totali / diversi erogati;**

E

CRITERIO 3

Almeno un ricovero ordinario urgente in area medica o un accesso in PS, escluso codici bianchi/traumi:

Analisi descrittiva dei casi complessi

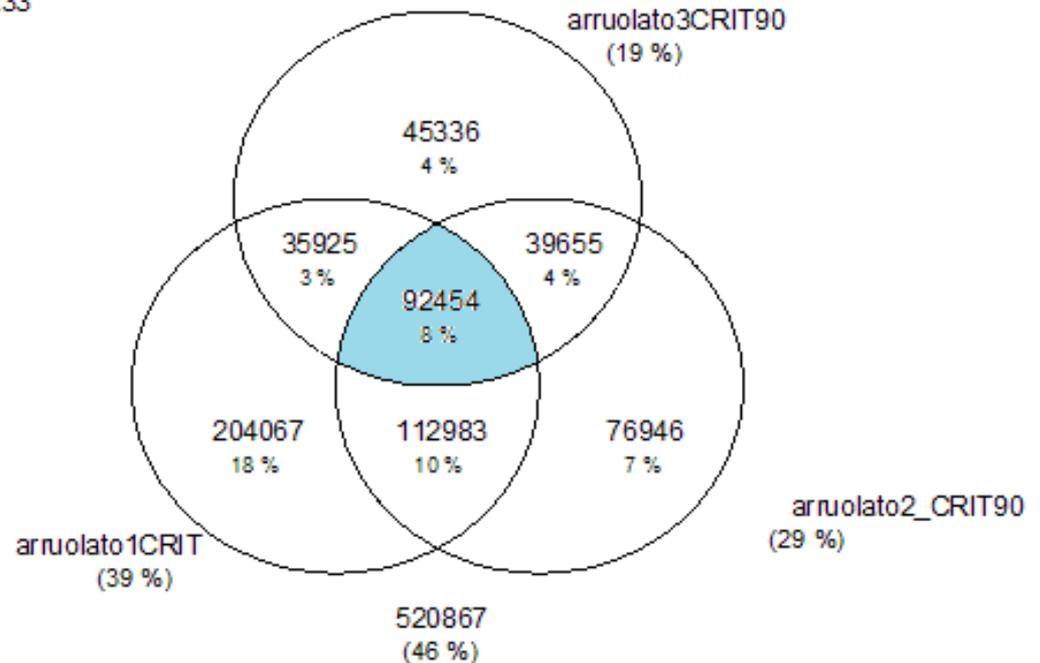
Figura 1. Diagramma di Venn dei criteri utilizzati

**92.454 complessi
al 1.7.2016**

**mediamente 34
casi complessi per
MMG (3% degli
assistiti).**

Venn Diagram

N = 1128233



Dove:

arruolato1CRIT “una malattia cronica o ACC”

arruolato2CRIT “consumi totali” o “consumi di prestazioni diverse”

arruolato3CRIT “almeno un ricovero o accesso al pronto soccorso”

Soglie dei criteri dei consumi:

- Visite specialistiche diverse: ≥ 3
- Esami di laboratorio diversi: ≥ 27
- ATC diversi: ≥ 14
- Esami di diagnostica diversi ≥ 6

- Totale visite specialistiche ≥ 4
- Totale esami di laboratorio ≥ 50
- Totale ricette farmaci ≥ 58
- Totale esami di diagnostica ≥ 8

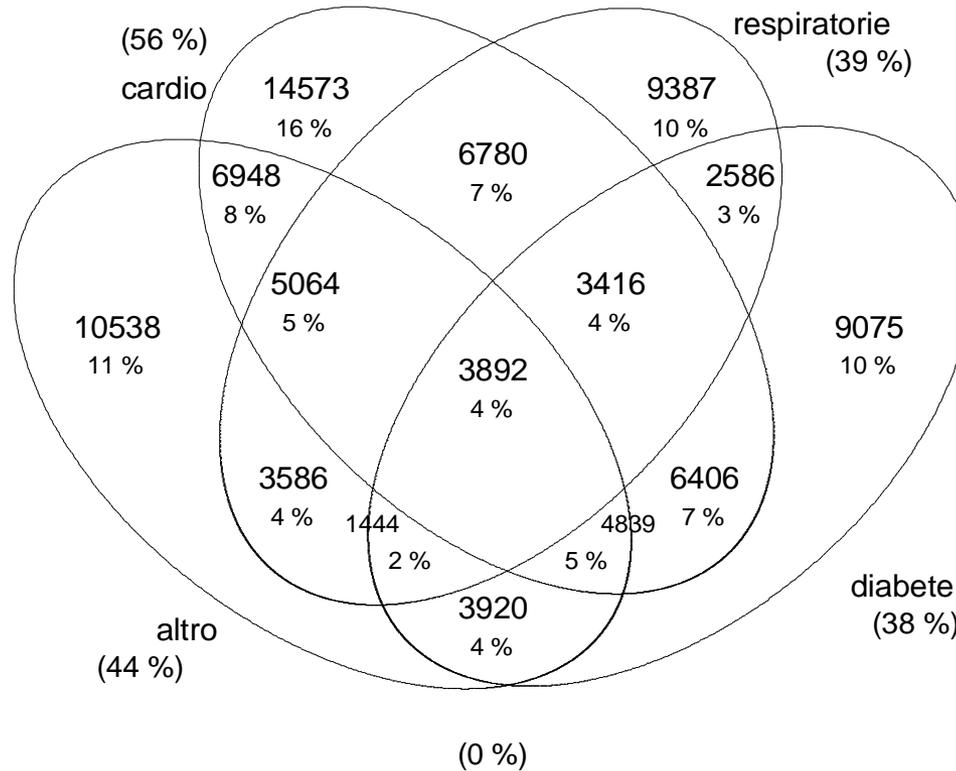
Prevalenza grandi gruppi (ACC o MaCro)

ACC	N	%
Cardiologici (cardiopatía ischemica, scompenso cardiaco)	55.121	56,9
Diabete	37.242	38,5
Respiratori (BPCO)	37.062	38,3
Renali (insufficienza renale)	20.401	21,1
Neurologici (demenza, parkinson)	13.622	14,1
CerebroVascolari (ictus)	12.373	12,8
Cancro	4.572	4,7
Gastrointestinali	1.413	1,5

La multi-morbosità

Venn Diagram

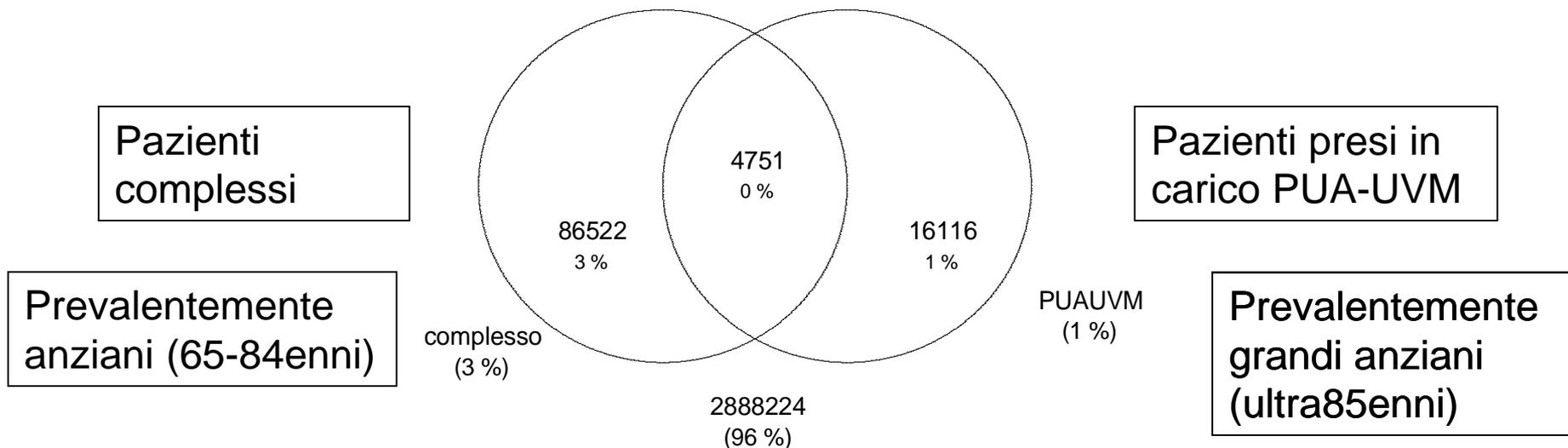
N = 92454



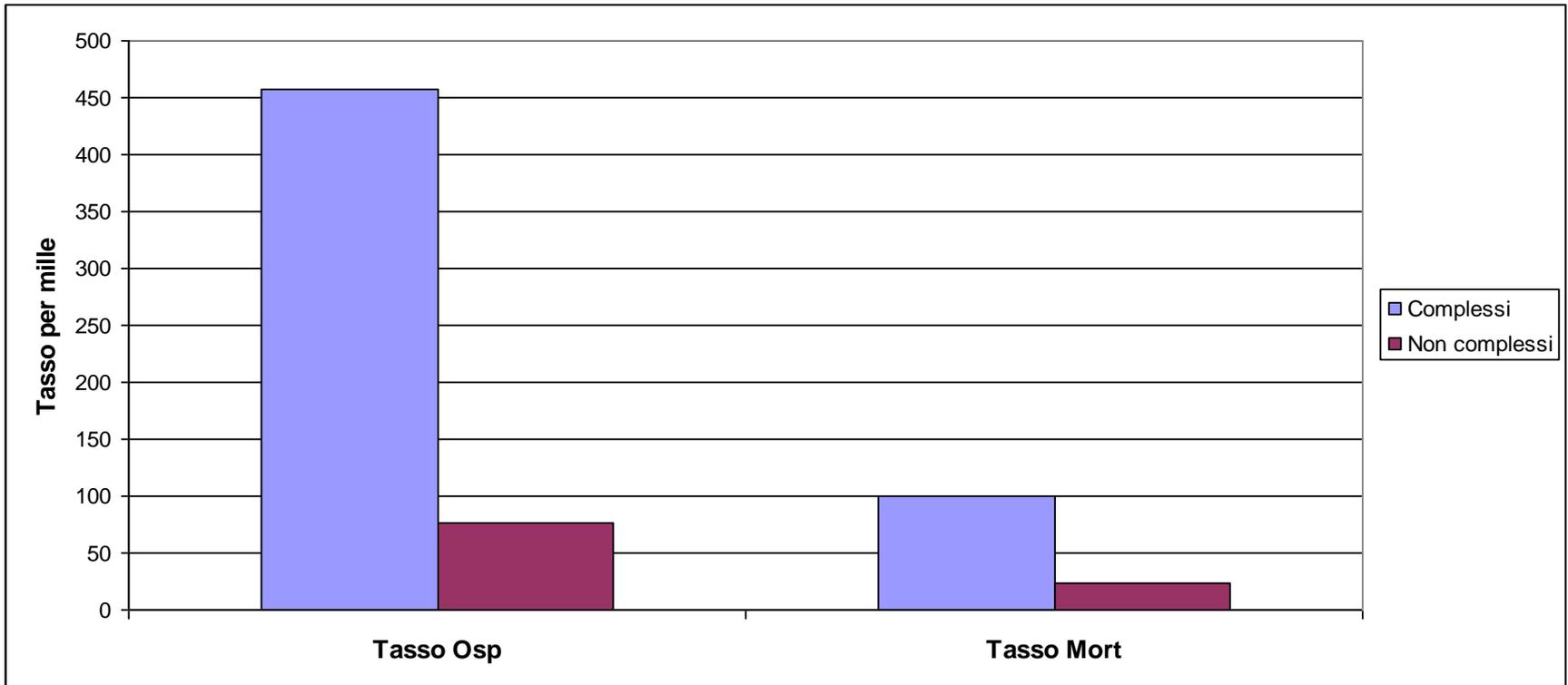
Paziente complesso ≠ Paziente con bisogni socio-sanitari complessi

Venn Diagram

N = 2995613



Predittività decesso e ospedalizzazione (area medica, regime ordinario)

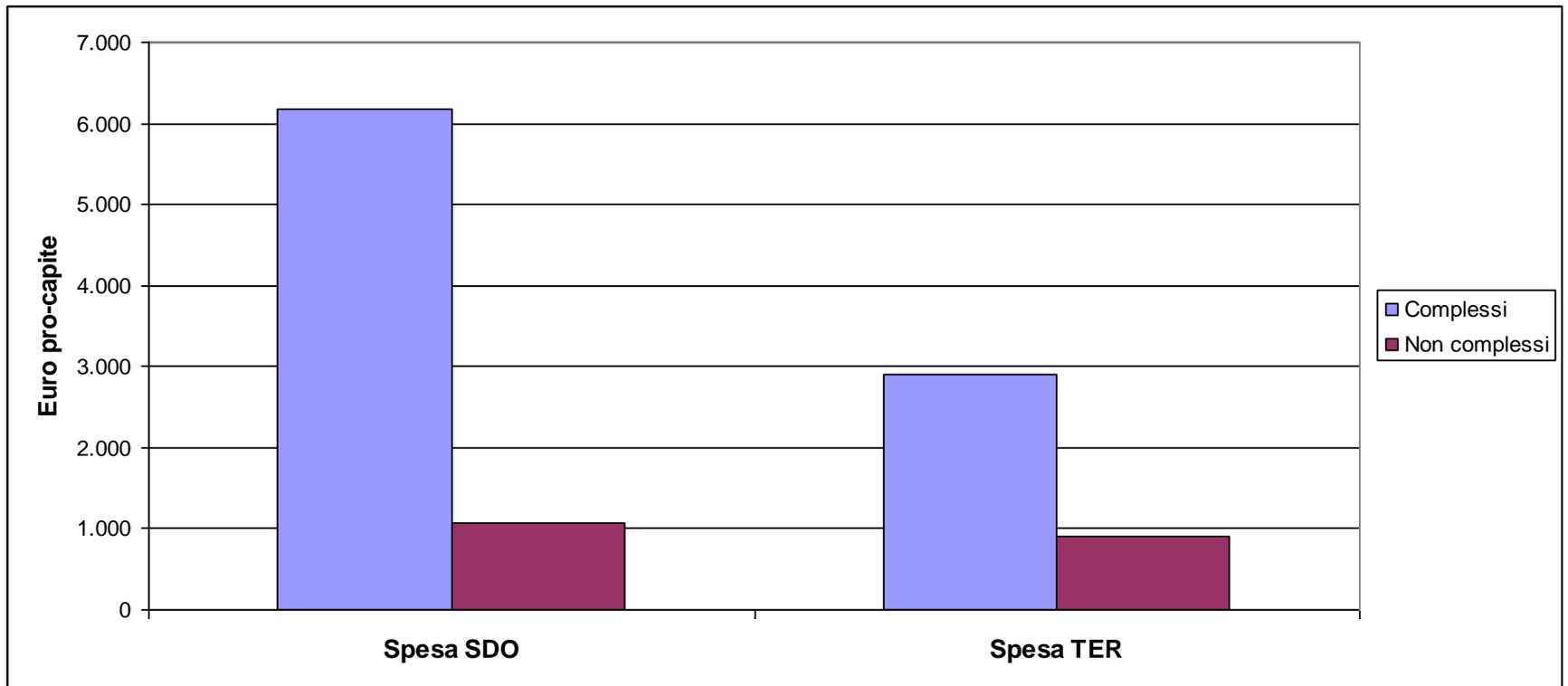


IRR: 5,9

HR: 4

Predittività spesa ospedaliera e territoriale

(valorizzazione tariffaria DRG /
prestazioni specialistiche, farmaci, riabilitazione)



La nuova sanità d'iniziativa (DGR 650/2016) e il progetto CCM

“L'applicazione in tal senso della sanità d'iniziativa costituisce **oggetto di studio nell'ambito del progetto CCM 2015** ... Il progetto si propone infatti di supportare e valutare in modo comparativo modelli proattivi e coordinati di presa in carico dei pazienti complessi, affetti da multimorbilità, sia per quanto riguarda la loro identificazione che la loro presa in carico.”

“ La **Commissione Permanente** fornirà indicazioni sulle modalità più idonee di gestione del paziente complesso, ivi incluse le componenti minime di un piano assistenziale individualizzato, tenendo conto delle **acquisizioni che potranno derivare dall'attuazione del progetto CCM 2015**”

Il progetto funge pertanto da pilota per gli interventi previsti nell'ambito delle azioni della sanità d'iniziativa sul paziente complesso in Toscana.

Progetto Esecutivo – Programma CCM 2015

Malattie croniche: supporto e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico del paziente complesso finalizzati alla prevenzione dei ricoveri ripetuti

- ENTE RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE: Regione Toscana
- REGIONI ED ENTI COINVOLTI: Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Sardegna, Age.Na.S
- DURATA PROGETTO: 24 mesi
- ENTE ESECUTORE: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana
- COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO: Paolo Francesconi

Grazie per l'attenzione



www.ars.toscana.it