



VI Convegno

PREVENIRE LE COMPLICANZE DEL DIABETE:  
DALLA RICERCA DI BASE ALL'ASSISTENZA

5 – 6 marzo 2012



## MODELLI ORGANIZZATIVI PER LE MALATTIE CRONICHE

### Il Chronic Care Model nella regione Toscana

**Dr. Lorenzo Roti**

*Responsabile Settore Servizi alla Persona sul Territorio*

Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale

lorenzo.roti@regione.toscana.it



Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

Direzione Generale

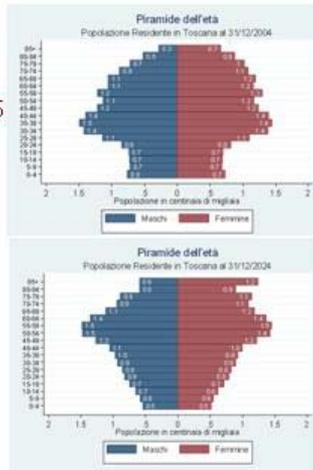
Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale

# Il cambiamento demografico

Toscana 2005

Non cambia solo la forma della Piramide

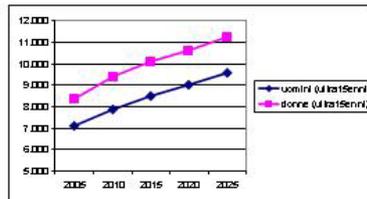
....



Toscana 2025

## ... le conseguenze sui servizi sanitari

Se il sistema sanitario non cambia, focalizzandosi sulla prevenzione (riduzione incidenza malattie) e sulla migliore gestione delle malattie croniche (riduzione complicanze e velocità di progressione della malattia verso la disabilità), le malattie croniche renderanno il sistema sanitario insostenibile.



Elaborazioni ARS Toscana

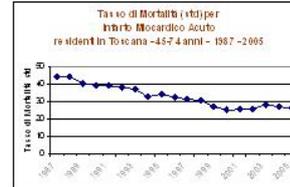
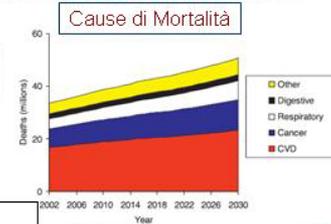
... se tutto il Sistema Salute rimane così

Ricoveri in Regime Ordinario

# Alla ricerca di una soluzione di sistema ...

## La Transizione epidemiologica continua

Fonte: Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030



La diagnosi precoce, la disponibilità anche diffusa delle nuove terapie (es. Angioplastica Cardiaca Percutanea) riducono la mortalità per eventi acuti. L'efficacia terapeutica produce cronicità.

## Stili di vita e Prevenzione: Attività poco praticate...

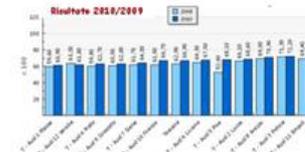
Attività fisica	% (IC 95%)
Pool di Asl	
Livello di attività fisica	
attivo <sup>2</sup>	33,1 (32,3-34,0)
parzialmente attivo <sup>3</sup>	38,9 (38,0-39,7)
sedentario <sup>4</sup>	28,0 (27,2-28,8)
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività <sup>5</sup>	33,2 (32,2-34,2)
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività <sup>6</sup>	30,0 (29,0-31,0)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	25,8 (24,2-27,3)

PSSS	
Istruzione	
nessuna/elementare	29,6
media inferiore	24,9
media superiore	24,3
laurea	21,2
Difficoltà economiche	
molte	36,6
qualche	30,3
nessuna	23,1

Sedentarietà e livello socioeconomico

Poco seguite le evidenze per la corretta gestione delle malattie croniche

C11a.2.2 Residenti con Diabete che hanno effettuato almeno una misurazione di Emoglobina Glicata



Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



Regione Toscana

44

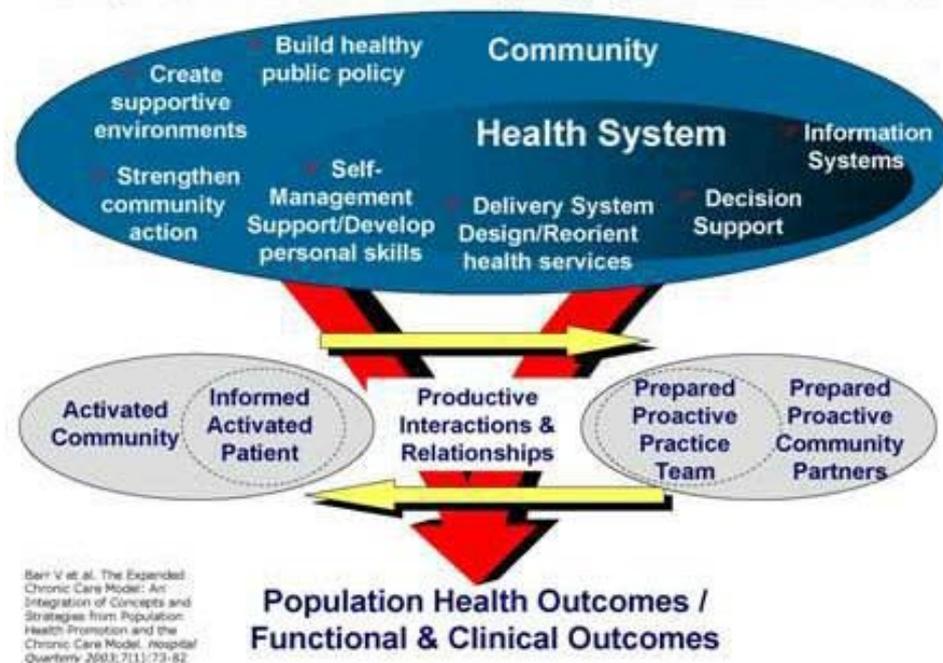
Direzione Generale

Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale

# 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



# Criticità/Vincoli per evoluzione Cure Primarie

- ✘ Il sistema riconosce due distinti macrolivelli – H e T
- ✘ Non c'è una responsabilizzazione comune su obiettivi unitari
- ✘ La formazione universitaria medica inadeguata
- ✘ La difficoltà nell'evoluzione della professione infermieristica (ausiliaria → autonoma → responsabile)
- ✘ La scarsa abitudine al lavoro in team multiprofessionali
- ✘ La “gelosia” nel rapporto di fiducia MMG-Assistito
- ✘ L'incertezza organizzativa dei MMG e la scarsa abitudine alla valutazione (P4P)
- ✘ La barriera culturale: sanità pubblica (epidemiologia) vs clinica sull'individuo (casi)
- ✘ La debolezza della Information Technology sanitaria, pubblica e degli MMG



# Dal Piano Sanitario Regionale al progetto Sanità di Iniziativa



- **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**



## Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio (*Expanded CCM, Kaiser Permanente*)



**CCM RT: patologie conclamate (Diabete, scompenso cardiaco, BPCO, Ictus)**



# L'organizzazione delle cure primarie: 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), 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.

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



# I percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali PDTA

- 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**



# L'organizzazione dei PDTA

- 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, condividendo comunque **percorsi di riferimento al livello specialistico per pazienti in scompenso o a più alto rischio, con tempi certi e funzioni precisate**
- Le **prestazioni specialistiche programmate** sono prenotate ed erogate al di fuori dei normali canali CUP e con modalità innovative (tele ecg, retinografia, ecografo...)



Direzione Generale

Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale



Regione Toscana  
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

Tabella 3 Schema di follow-up - riepilogo indagini da eseguire

Indagine da eseguire	3 volte anno (ogni 3-4 mesi)	2 volte anno (ogni 6 mesi)	1 volta l'anno
Glicemia a digiuno e/o monitoraggio mediante stick	*		
Glicemia post-prandiale e/o monitoraggio mediante stick	*		
HbA <sub>1c</sub>	*		
Esame urine	*		
Peso corporeo (BMI) <sup>c</sup>	*		
Pressione arteriosa	*		
Valutazione neurologica e cardiovascolare		* (pregresso evento si)	* (pregresso evento no)
Visita piede <sup>d</sup>		*	*
Esami ematici (creatininemia, uricemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, Na, K, Cl, emocromo con formula, fibrinogeno)			*
Microalbuminuria o rapporto A/C <sup>b</sup>		*	
ECG a riposo			*
<i>Fundus oculi</i> <sup>a</sup>			biennale
Visita annuale presso U.O. Diabetologia <sup>e</sup>			*

<sup>a</sup> *Fundus oculi*: biennale solo in assenza di retinopatia. Se è presente retinopatia, secondo indicazione dell'oculista. Per i pazienti in ADI/ADPI/Struttura Protetta una volta l'anno se possibile; <sup>b</sup> Rapporto albuminuria/creatininuria sullo spot urine del mattino: non serve raccolta urine 24h; servono due campioni urine del mattino. Normale se <20; <sup>c</sup> BMI: rapporto tra peso (in kg) e altezza (in cm) al quadrato; <sup>d</sup> Visita piede: ispezione dei piedi del paziente per verifica zone di ipercheratosi, micosi, deformità, escoriazioni o ferite, valutazione polsi periferici in base alle classi di rischio (presenza di complicanze neurologiche e/o vascolari, pregressa ulcera, condizioni predisponenti allo sviluppo di piede diabetico); <sup>e</sup> Visita diabetologica annuale: da eseguirsi con prenotazione CUP (con richiesta e invio da parte del MMG-team del CCM

il Diabete • vol. 23 • n. 1 • Marzo 2011

**Saffi Giustini**

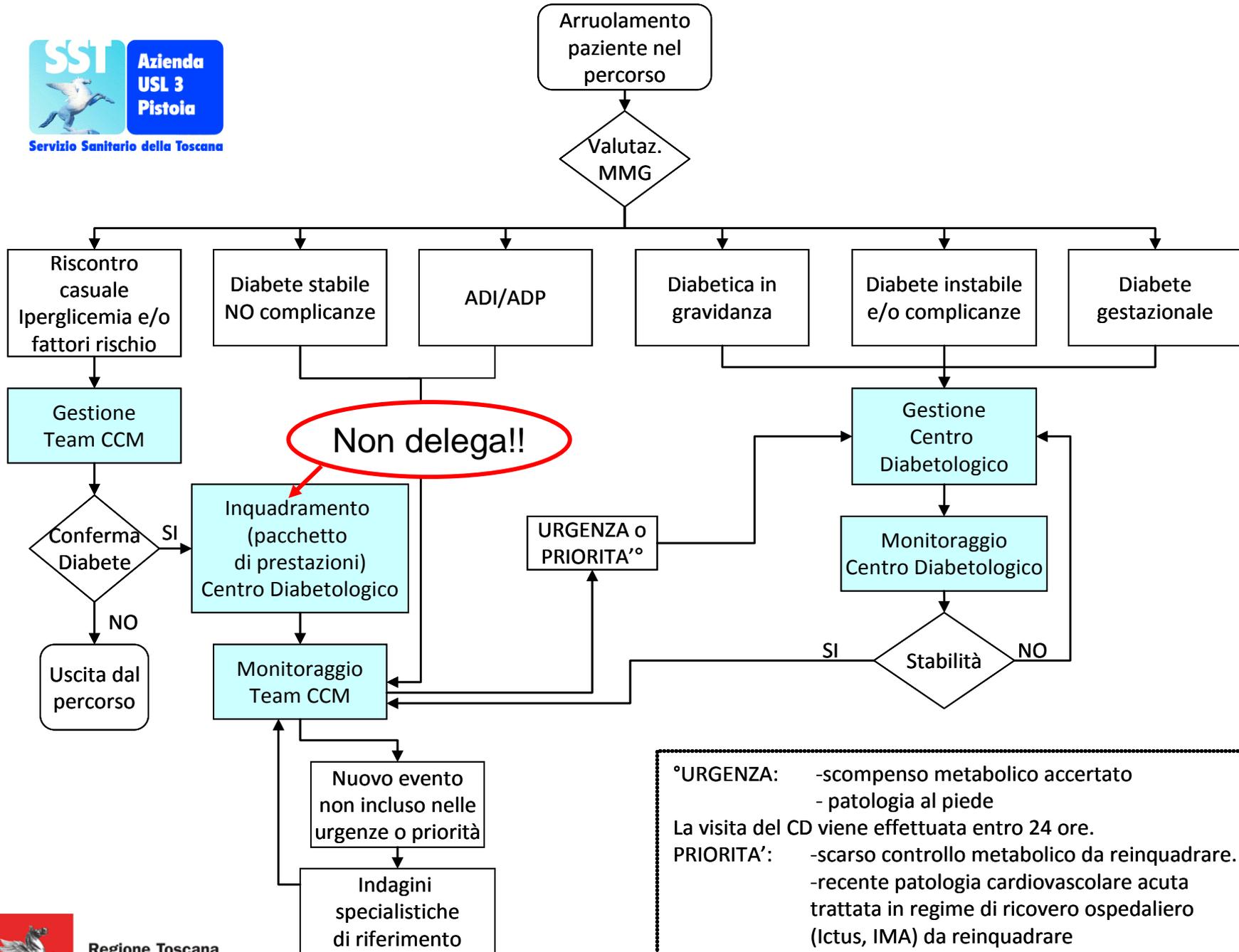
Direzione Generale

Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale



Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



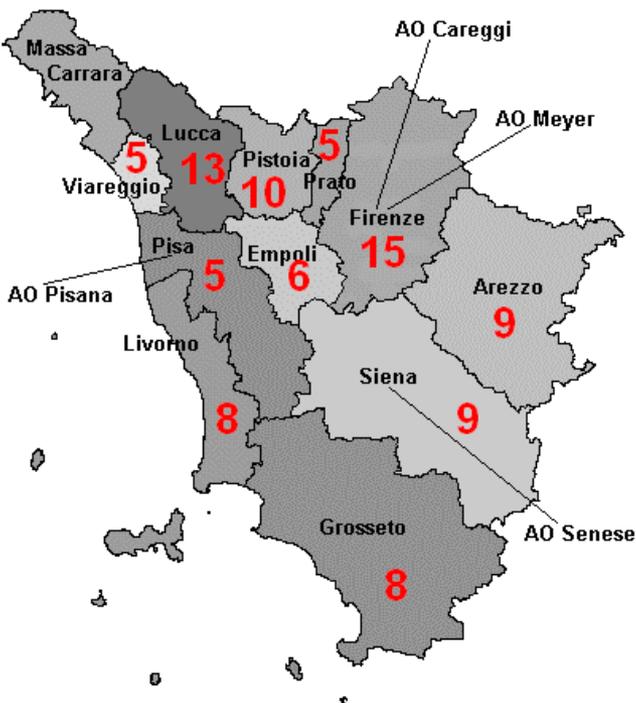
**°URGENZA:**  
-scompenso metabolico accertato  
- patologia al piede  
La visita del CD viene effettuata entro 24 ore.

**PRIORITA':**  
-scarso controllo metabolico da reinquadrare.  
-recente patologia cardiovascolare acuta trattata in regime di ricovero ospedaliero (Ictus, IMA) da reinquadrare  
La visita del CD viene effettuata entro 3 o 4 giorni.

# I moduli attivi ad oggi

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

**4 centrali**

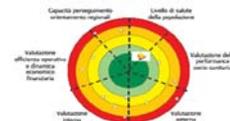


# Indicatori per valutazione Moduli

## ( DGR 355 del 22/03/2010)

### Indicatori generali

- Partecipazione a stesura percorsi aziendali e periodiche revisioni
- Copertura vaccinazione anti-influenzale in assistiti  $\geq 65$  anni
- Adesione a programmi di Attività Fisica Adatta assistiti  $>65$  anni
- Partecipazione a percorsi formativi aziendali per acquisizione ECM
- Compilazione e trasmissione patient summary per diabete e scompenso



### Indicatori specifici diabete

- % pazienti diabetici che hanno effettuato almeno una misurazione annuale di emoglobina glicata
- % pazienti con misurazione della CV negli ultimi due anni Copertura
- % pazienti con counselling individuale e di gruppo
- % pazienti addestrati all'auto-monitoraggio della glicemia
- % pazienti con emoglobina glicata  $<7$  all'ultima misurazione dopo l'arruolamento e non in terapia Farmacologica (**outcome**)

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



# I RISULTATI DOPO 1 ANNO



**Regione Toscana**

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

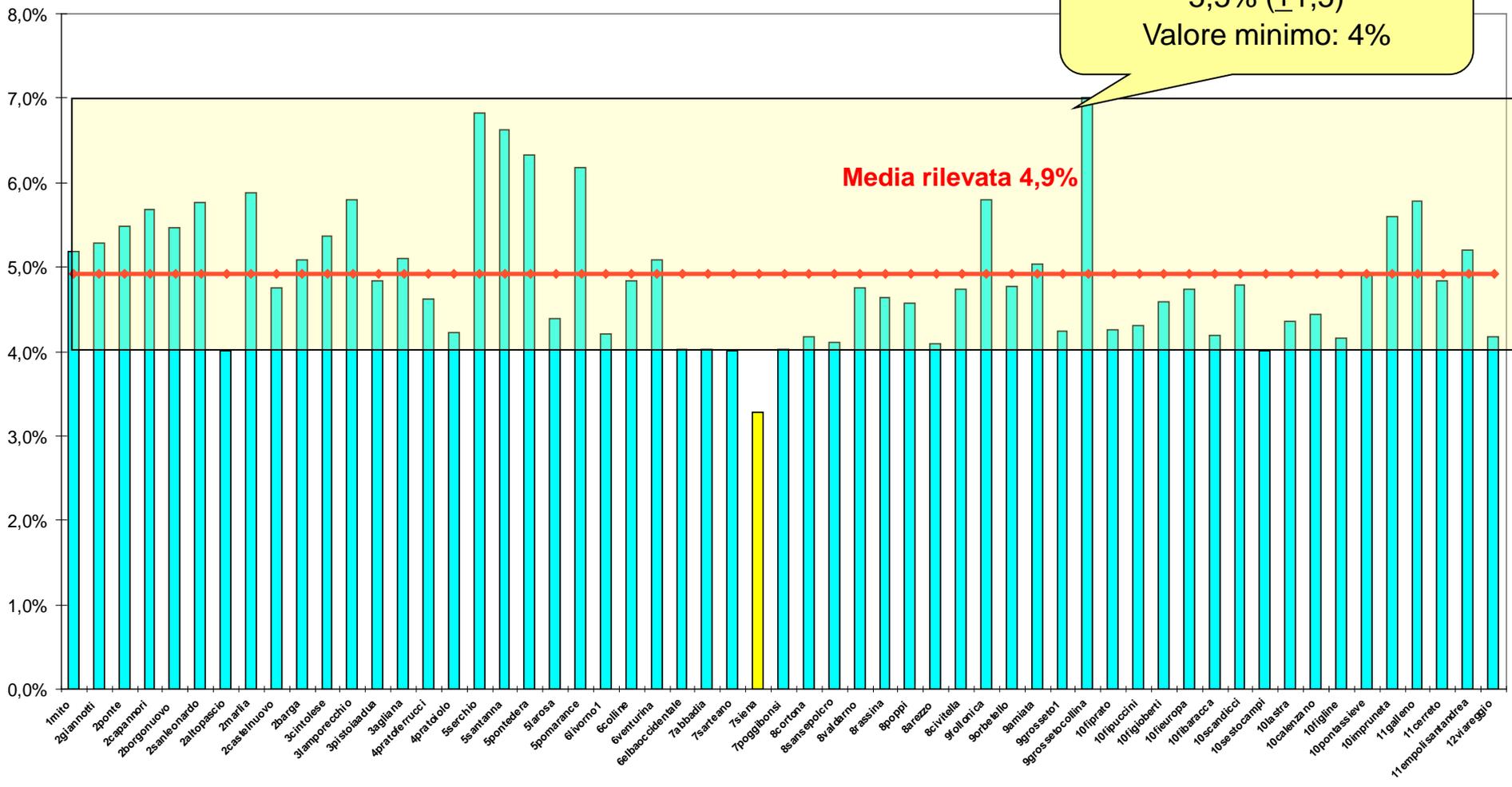
**Direzione Generale**

**Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale**

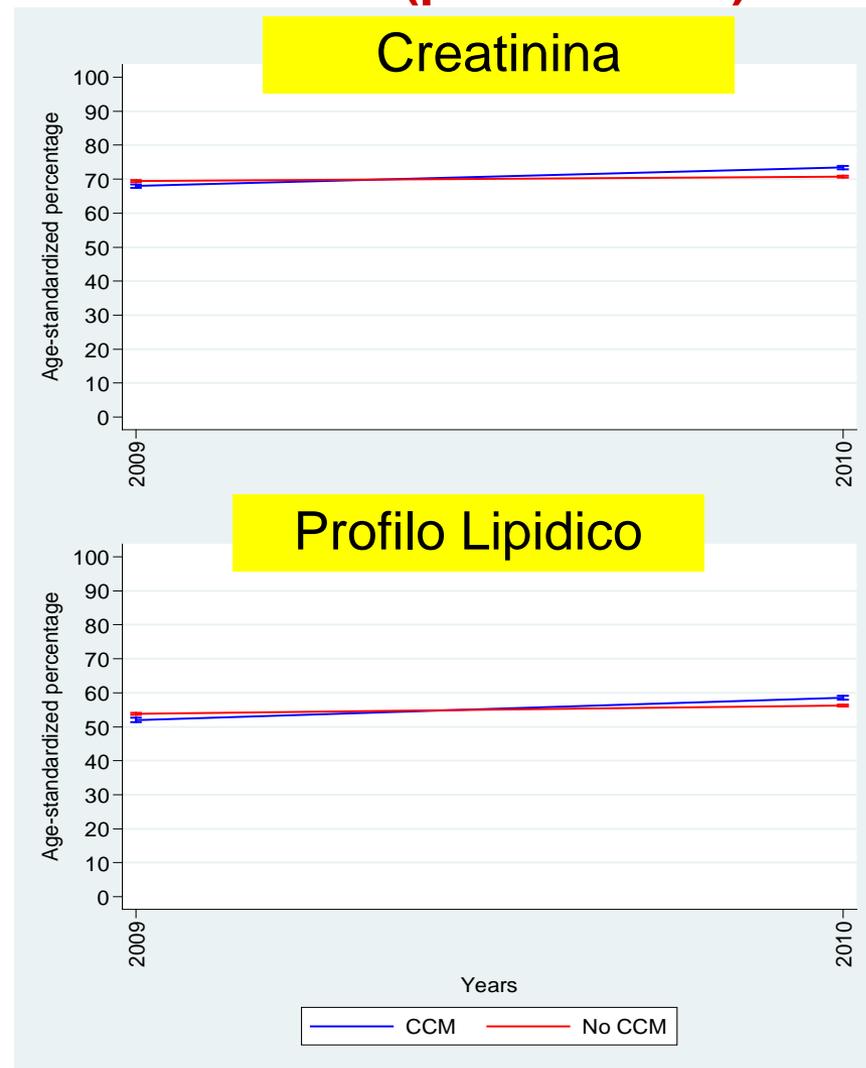
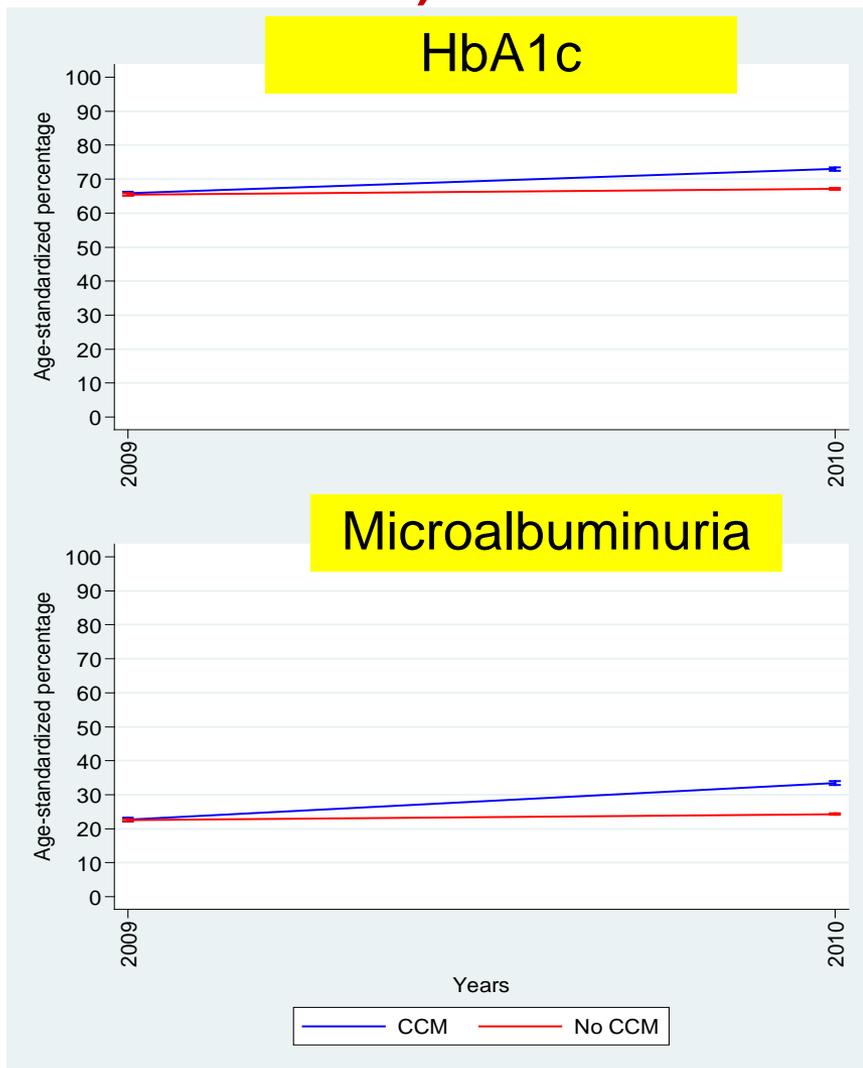
# Diabete mellito: prevalenza nei moduli

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

Media rilevata 4,9%



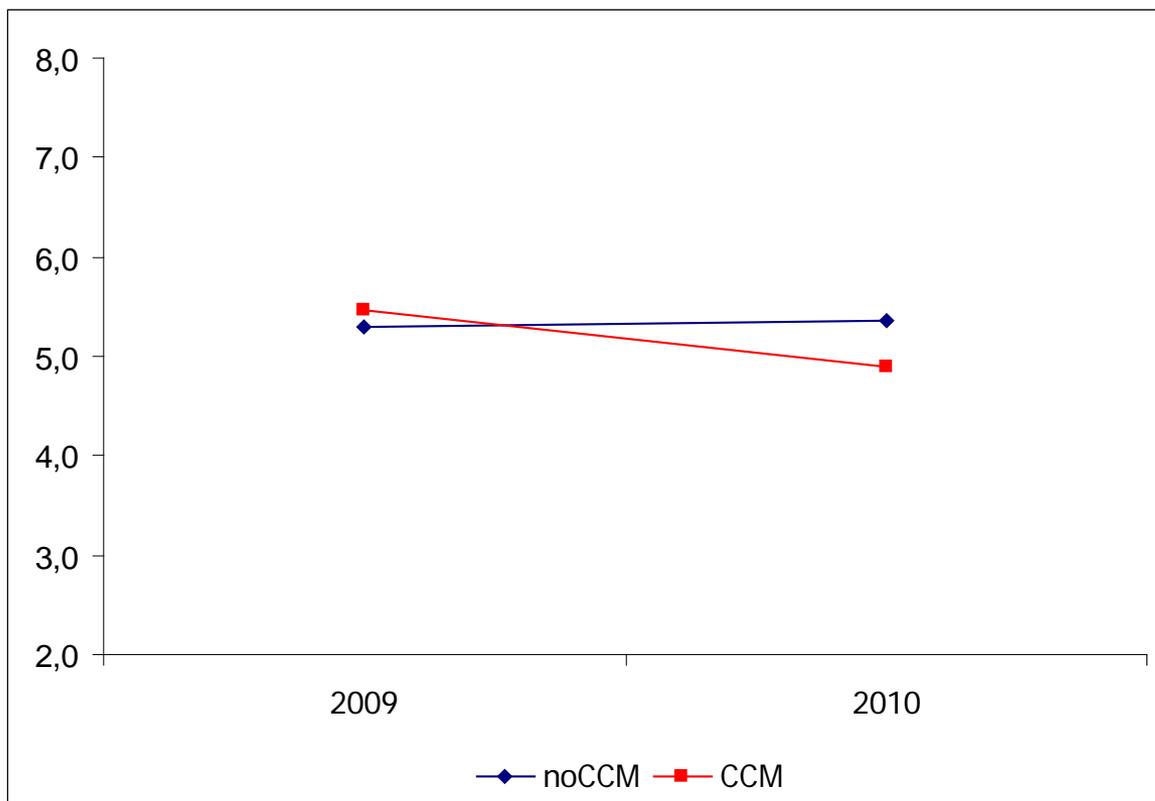
# L'adesione alle raccomandazioni nei diabetici (banca dati MACRO – ARS Toscana) – confronto “CCM” vs “No CCM” (primi 6 mesi)



# Costi pro-capite specifiche prestazioni sanitarie (primi 6 mesi)

## Visite diabetologia

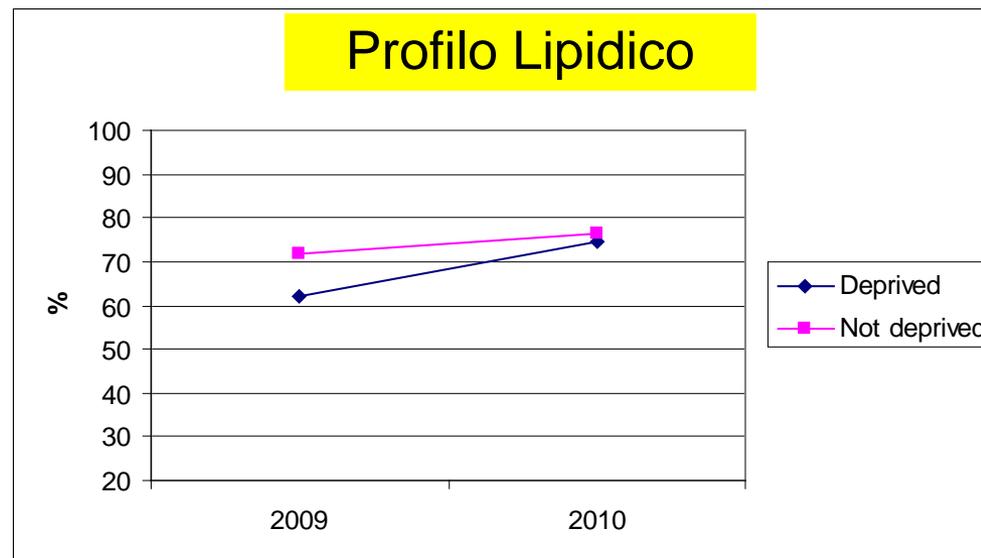
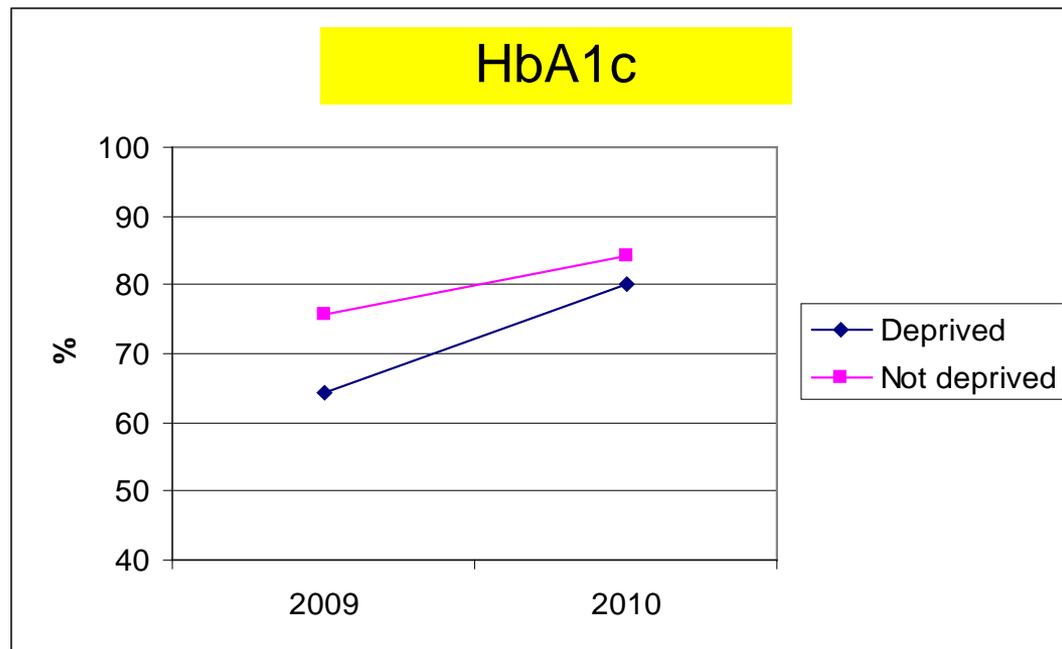
L'applicazione dei PDTA della Sanità di Iniziativa sta consentendo il recupero di appropriatezza del livello specialistico dei Centri Antidiabete che seguono solo i casi complessi e inviati dai moduli



# L'impatto sulle diseguaglianze

Nei processi di cura:  
% di adesione "deprivati" vs  
"non deprivati" prima e dopo  
l'attivazione del CCM

I primi dati evidenziano una riduzione della distanza nella qualità delle cure erogata ai cittadini appartenenti a fasce economiche diverse: si riducono le disuguaglianze



# CCM in Toscana – prossimi passi...

- 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*)
- Implementare **progressivamente PDTA anche su altre cronicità** ad alto impatto di popolazione (depressione, demenza...)
- Consolidare la **formazione multiprofessionale** per i moduli: metodologia di lavoro in team e utilizzo sistematico AUDIT
- **Modellizzare l'integrazione del livello specialistico** per supporto al team e presa in carico pazienti complessi



# CCM in Toscana – prossimi passi...

- Avviare un programma regionale per la standardizzazione del supporto al self-managent: “**paziente esperto**”
- **Definire gli standard minimi** organizzativi, funzionali e strumentali per la gestione dei percorsi per la cronicità da parte dei **moduli** nell’ambito delle forme associative della Medicina Generale (AFT, UCCP)
- **Estendere progressivamente a tutti i cittadini** toscani la presa in carico da parte dei mdouli
- **Adeguare** il sistema di **valutazione delle perfomance** dei moduli e del sistema incentivante correlato
- Sviluppare e **favorire attività di ricerca** a livello delle cure primarie



***Change is the law of life. And those who look only to the past or present are certain to miss the future.***

***J.F. Kennedy***

Grazie per l'attenzione

lorenzo.roti@regione.toscana.it

