

## Sanità di iniziativa in Toscana

2015-11-19 10:11:29 Redazione SI



Irene Bellini e Paolo Francesconi

Uno studio effettuato su pazienti diabetici e cardiopatici assistiti con **Chronic Care Model** ha evidenziato una **significativa riduzione della mortalità** rispetto a un gruppo di controllo assistito in modo convenzionale. Con la sanità d’iniziativa migliora l’assistenza, migliora la soddisfazione dei pazienti, migliorano anche gli indicatori di processo, ma aumenta anche il tasso di ospedalizzazione: un esito non previsto, ma che ha le sue spiegazioni.

---

Con il termine “Sanità d’iniziativa” (SI) si intende un modello assistenziale proattivo di gestione delle malattie croniche che non aspetta che il cittadino si ammali o si aggravi (sanità di attesa o modello reattivo), ma agisce prima dell’insorgenza o aggravamento delle patologie. Vengono utilizzati in base al livello di rischio specifici percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA), definiti recependo interventi *Evidence Based*, derivati dalle linee guida e coadiuvati anche da misure di prevenzione ed educazione sanitaria. La sanità d’iniziativa fa riferimento al **Chronic Care Model**, che pone il paziente, adeguatamente formato e sensibilizzato, al centro di un modello assistenziale multiprofessionale basato sull’interazione tra diversi operatori sanitari (**Figura 1**). Vedi post [Assistere le persone con condizioni croniche](#).

Gli obiettivi sono:

- migliorare la gestione delle malattie croniche, la cui prevalenza è in aumento a causa dell'allungarsi dell'aspettativa di vita e di una maggiore esposizione ai fattori di rischio;
- promuovere l'empowerment dei pazienti;
- cercare di ritardare il più possibile la perdita dell'autonomia funzionale ed evitare le riacutizzazioni.

**Figura 1. Chronic Care Model, E. Wagner.**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

In **Toscana** la SI è stata avviata con il progetto “Dalla medicina d’attesa alla sanità d’iniziativa” descritta nel **piano sanitario regionale 2008-2010**, che prevedeva una riorganizzazione delle cure primarie valorizzando l’assistenza territoriale (erano stati coinvolti i medici di famiglia, specialisti e infermieri) per tutelare la salute della popolazione nel suo contesto ed evitare il ricorso improprio all’ospedale.

**Alla fine del 2014 aderivano alla SI più del 50% dei medici di medicina generale** raggruppati in moduli, costituiti mediamente da 10 medici e 2 infermieri; questi ultimi hanno il compito di supportare i pazienti nell’autogestione delle malattie e gestire il *follow up* (invitare i pazienti alle visite periodiche, verificare e discutere con i pazienti l’insorgenza di problemi nella gestione della malattia).

I primi moduli di sanità di iniziativa in Toscana sono stati avviati nel 2010, avendo come obiettivo il controllo di 4 patologie croniche: **scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), ictus e diabete di tipo II**.

Il compito dell’Agenzia Regionale di Sanità (**ARS**) è quello di fornire il supporto tecnico per la produzione di reportistica destinata al governo clinico delle cure primarie e per lo studio di impatto dell’implementazione del Chronic Care Model (CCM).

## Gli effetti misurabili della Sanità di Iniziativa sulla salute della popolazione

ARS ha effettuato 2 studi:

- uno è focalizzato sui pazienti diabetici arruolati nella sanità di iniziativa (definito gruppo **diabetici Esp**) confrontati con pazienti diabetici di medici che non aderiscono alla SI (definito gruppo **diabetici noEsp**);
- il secondo riguarda i pazienti con scompenso cardiaco arruolati nella sanità di iniziativa (gruppo **scompensati Esp**) rispetto a pazienti con la stessa patologia e iscritti con medici che non aderiscono alla SI (gruppo **scompensati noEsp**).

Considerando che l'arruolamento è iniziato nel 2010 si possono distinguere un periodo pre e uno post. Sono stati quindi calcolati tutti gli indicatori di interesse per il gruppo Esp rispetto al gruppo noEsp nel periodo "post" (2011-14) aggiustandoli per il periodo "pre" (2006-09). **Le analisi effettuano un matching considerando tutte le possibili covariabili:** età, genere, precedente terapia, presenza di patologie, e il loro stadio e grado di complessità (utilizzando anche il *Charlson index* -che calcola il punteggio considerando se il paziente presenta una serie di patologie e ne considera lo stadio dando a ciascuna un punteggio da 0 a 6, e corregge il punteggio finale per l'età – e la classificazione *ATC3- Anatomical Therapeutic Chemical classification system* che viene usato per la classificazione sistematica dei farmaci, ad ognuno dei quali corrisponde un codice e i pazienti vengono correlati per gruppi di codici analoghi), ASL di residenza, comorbidità e precedenti valori del periodo "pre" 2006- 2009.

**Nel programma di monitoraggio è importante quindi valutare sia indicatori di processo**, che in questo caso misurano l'aderenza alle linee guida nell'applicare protocolli diagnostici e terapeutici consolidati dall'EBM, sia indicatori di esito che misurano i risultati in termini di impatto sulla salute.

Il principale **indicatore di esito è la mortalità**, che, in base ai dati disponibili, diminuisce. È stata infatti rilevata una diminuzione della mortalità per i pazienti diabetici del gruppo Esp dell'11% rispetto ai non Esp (4,6% vs 4,2%) e negli scompensati Esp rispetto ai noEsp del 18% (12,6% vs 10,8%).

Un altro indicatore di esito è il **tasso di ospedalizzazione**. Le ospedalizzazioni per complicanze a lungo termine per i pazienti diabetici del gruppo Esp aumentano del 3% (il tasso di ospedalizzazione su 1.000 in reparto per acuti e regime ordinario è di 121/1000 nel gruppo noEsp e 130/1000 nel gruppo Esp), aumento che però si verifica soltanto per i ricoveri programmati che aumentano del 15% (33/1000 per no Esp e 39/1000 Esp) mentre quelli urgenti rimangono sostanzialmente invariati (da 88/1000 per NoEsp a 91/1000 per Esp, differenza statisticamente non significativa). Analizzando le cause di ricovero per i pazienti diabetici, si evince che aumentano ( $p < 0,1$ ) le cause cardiologiche (scompenso cardiaco, cardiopatie ischemiche, infarto

miocardico acuto NSTEMI e angina) e diminuiscono le ospedalizzazioni per ictus ischemico ( $p < 0,1$ ).

Nei pazienti scompensati, aggiustando per i tassi del 2006/2007, aumentano le ospedalizzazioni in reparti per acuti e regime ordinario del 35% (da 103/1000 in noEsp a 121/1000 in Esp). I ricoveri programmati dei pazienti scompensati aumentano del 49% e quelli urgenti del 28%.

**Gli indicatori di processo migliorano**, i pazienti coinvolti sono maggiormente controllati e, pertanto, assumono più farmaci ed effettuano un maggior numero di esami specialistici e di laboratorio. In particolare:

- per i diabetici il GCI, *Guidelines Composite Indicator* (valutazione nell'ultimo anno dell'emoglobina glicata e almeno 2 tra: visita oculistica, colesterolo totale e microalbuminuria) passa dal 28,7% nel gruppo NoEsp al 46,2% nel gruppo Esp (Risk Ratio 1,66);
- aumenta di poco la spesa per prestazioni specialistiche e farmaci nei diabetici. Nel gruppo Esp si spendono rispettivamente 34,1 euro pro capite per la diagnostica di laboratorio, 66,0 euro p.c. per la diagnostica per immagini e 325,0 euro p.c. per i farmaci, mentre nel gruppo noEsp, per le medesime voci, si spendono 30,8 euro p.c., 56,3 euro p.c. e 309,6 euro p.c.;
- per i pazienti scompensati aumenta del 7% la terapia con beta bloccanti passando dal 59,5% nel gruppo noEsp al 65,1% nel gruppo Esp;
- nei pazienti scompensati aumenta del 20% la misurazione della creatinina e degli elettroliti passando dal 65,3% nel gruppo NoEsp all'80,7% nel gruppo Esp.

## Limiti

**Un problema che è emerso è un bias legato alla selezione dei pazienti da parte dei medici che aderiscono alla SI:** i pazienti in stadio avanzato o più gravi non sono stati arruolati nella SI per la natura stessa del progetto, indicato per pazienti ambulatoriali. I pazienti non arruolati presentano infatti più comorbidità, soprattutto la demenza (indicatore di scarsa compliance) e più alti livelli di mortalità e comprendono quei pazienti complessi che costituiscono l'apice della piramide che considera i diversi livelli di intensità di cura. **Tale bias è stato ridotto al minimo effettuando il matching sopraccitato.**

Una seconda limitazione è il diverso livello di adesione e formazione tra le varie ASL. In alcuni territori la Si è ben consolidata e coinvolge la quasi totalità della popolazione, con risultati molto migliori, in altre zone è un fenomeno sporadico ancora in fase di implementazione.

Tali limiti sono stati in parte limitati stratificando per ASL i due gruppi di studio confrontati.

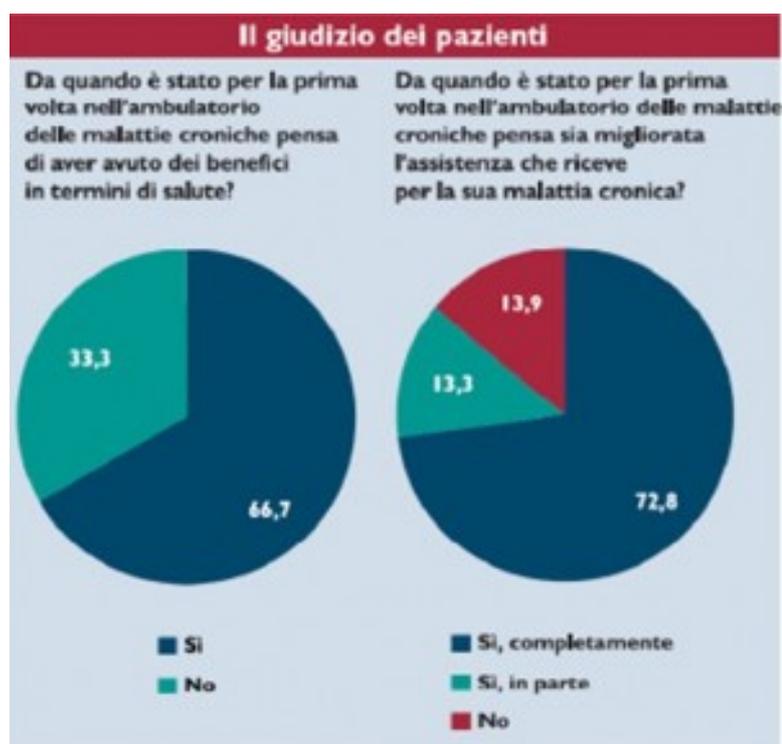
Un altro problema è la diversa codifica di patologie come lo scompenso nei

vari presidi ospedalieri, che è un indicatore oggetto di incentivo, e spesso è sottocodificato. Quest'ultimo bias è difficilmente eliminabile ma si può ritenere che sia una mis-classificazione non differenziale che sottostima allo stesso modo le ospedalizzazioni per scompenso in entrambi i gruppi di pazienti.

## Altri studi

C'è da tenere in considerazione **la soddisfazione degli utenti coinvolti nel progetto della SI**: in base a interviste condotte dal MES in una recente indagine sulla soddisfazione di 6500 utenti il 67% dei pazienti coinvolti ha dichiarato di aver riscontrato dei benefici sul proprio stato di salute da quando è stato introdotto il nuovo modello e l'86% di essi ha rilevato un miglioramento complessivo dell'assistenza (**Figura 2**) (vedi post [La sanità d'iniziativa attraverso gli occhi dei pazienti](#)).

**Figura 2. Il giudizio dei pazienti**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Rispetto ad altre indagini analoghe, come quella condotta sul sistema sanitario tedesco in seguito all'implementazione del CCM iniziata nel 2003 e trattata in un altro post [Chronic care model in salsa tedesca](#), già nel 2010 si rilevavano tra i pazienti diabetici una mortalità dimezzata, e una diminuzione significativa rispetto a un gruppo di controllo della complicità come infarto miocardico, ictus, insufficienza renale, amputazioni di arti inferiori, delle ospedalizzazioni per cause DM correlate e dei costi. Il maggior successo è probabilmente attribuibile sia ad un periodo di osservazione più lungo (di 7 anni), sia ad un campione più vasto e su scala nazionale (5,7 milioni di pazienti

arruolati dall'inizio del progetto).

## **Discussione e conclusioni**

**Il primo indicatore di esito rivela quindi che la SI ha avuto un impatto positivo nel migliorare la qualità della cura, come si vede dagli indicatori di processo, e nel ridurre il rischio di morte.** Le ospedalizzazioni non diminuiscono come ci saremmo aspettati, ma potremmo pensare alla cosiddetta “emersione del sommerso”, ovvero tutti quei casi con complicanze che non erano state intercettate in passato e che emergono maggiormente, sottopondendosi più frequentemente a visite. Il miglioramento degli indicatori di processo corrobora tale ipotesi. Al contempo, è tuttora dibattuto in letteratura il fatto di considerare le ospedalizzazioni come indicatore di esito negativo al pari della mortalità, anziché come un indicatore di processo che misura la qualità della cura in termini di interventi salvavita o comunque occasioni per reimpostare e migliorare la terapia e l'educazione sanitaria del paziente. **Un aumento delle ospedalizzazioni potrebbe rilevare quindi una maggior attenzione ed essere un indice di una miglior assistenza e probabilità di sopravvivenza [1,2].**

Per poter misurare quantitativamente altri esiti più specifici come il miglioramento della qualità della vita o la minor insorgenza di complicanze servono probabilmente studi condotti lungo un arco di tempo maggiore.

**Si può quindi concludere che gli effetti della SI implementata in Toscana sono stati un miglioramento dell'assistenza, in termini di indicatori di processo e quindi di adesione alle linee guida, e una diminuzione della mortalità, al momento probabilmente anche grazie ad un maggior ricorso ai ricoveri programmati in ospedale.** La sfida per il futuro è quella di consolidare i risultati ottenuti in termini di qualità delle cure e di guadagno di salute, cercando di ridurre al contempo il ricorso alle cure ospedaliere per garantire maggiore sostenibilità. Quest'ultimo obiettivo potrà essere raggiunto aumentando le possibilità di collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare a livello territoriale tra medici di medicina generale e specialisti.

Irene Bellini. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva.  
Università di Firenze.

Paolo Francesconi. Agenzia Regionale di Sanità, Regione Toscana.

## **Bibliografia**

1. Gorodeski EZ, Starling RC, Blackstone EH. Are all readmissions bad readmissions? N Engl J Med 2010; 363:297– 8.
2. Drozda Jr JP. Readmission rates. Edging slowly towards a deeper understanding and ultimately better care for patients. BMJ 2013; 347:f7478.

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
-