

Lorenzo Roti, Sandra Gostinicchi, Irene Bellini

La sanità d’iniziativa, declinata attraverso il Chronic Care Model, ha dimostrato di essere uno strumento efficace nella gestione delle malattie croniche, prevenendo l’aggravamento delle patologie, riducendo il ricorso ai ricoveri ospedalieri e gli accessi al pronto soccorso. In Toscana - dove più della metà della popolazione è assistita con questo modello - sta per entrare in vigore un nuovo approccio, non più basato sulle singole patologie, ma sulla stratificazione dei bisogni assistenziali e sul rischio cardiovascolare.

A partire dal 2010 è in atto in Toscana il progetto regionale sulla Sanità d’Iniziativa per la gestione delle malattie croniche, che prevede la costituzione di team multi-professionali composti da medici di famiglia (MMG - Medici di Medicina Generale) e infermieri territoriali, capaci di identificare, arruolare e seguire proattivamente i pazienti affetti da diabete mellito tipo II, scompenso cardiaco, broncopatia cronico-ostruttiva (BPCO) e esiti d ictus secondo il modello dell’Expanded Chronic Care Model. Oggi quasi 2 MMG su 3 in Toscana lavorano sulle malattie croniche con questo approccio, nell’ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

In un precedente post del novembre 2015, sulla [sanità d’iniziativa in Toscana](#), sono stati analizzati i risultati di 4 anni di presa in carico per diabete e scompenso cardiaco[1]. Tra i pazienti arruolati si evidenziava una significativa riduzione della mortalità

e un non significativo aumento delle ospedalizzazioni, soprattutto programmate, rispetto ai pazienti con pari caratteristiche non arruolati. Tutti gli indicatori di processo relativi ai percorsi erano significativamente migliorati.

I dati aggiornati al 2015, elaborati e messi a disposizione del Servizio Sanitario Regionale, attraverso un report presentato a tutti i coordinatori di AFT della Toscana hanno consentito di accrescere le evidenze sulla positività dell'impatto del modello attivato nel 2010 in Toscana.

In particolare, il **tasso di accesso al Pronto soccorso** espresso su 1.000 abitanti (**Tabella 1**) per tutte le cause, escludendo traumatismi ed avvelenamenti, diminuisce significativamente tra gli arruolati.

Tabella 1. Tasso di accesso al pronto soccorso nel 2015 per prevalenti per patologia e disaggregato per arruolamento in Sanità d'Iniziativa (SI) (su 1.000 abitanti)

Tasso di Accesso al Pronto Soccorso dei pazienti con patologia specifica	Non Arruolati S.I	Arruolati S.I.
BPCO	486,4	474,5
Diabete	411,3	402,2
Pregresso ictus	617,2	593,8
Scompenso cardiaco	788,8	767,6

Analizzando poi gli indicatori di esito, si osserva che c'è una diminuzione del **tasso di ospedalizzazione** in reparti per acuti, regime ordinario e DRG medici, che nel 2015 era del 52,2/1000 tra gli arruolati, vs 53,9/1000 dei non arruolati, a livello regionale.

Anche analizzando il tasso di ospedalizzazione patologia specifico (espresso su 1.000), si osserva nel 2015 una diminuzione rilevante tra gli arruolati nella SI (**Tabella 2**).

Tabella 2. il tasso di ospedalizzazione nel 2015 in reparti per acuti, regime ordinario, DRG medico, per prevalenti per patologia e disaggregato per arruolamento in Sanità d'Iniziativa (su 1.000 abitanti)

Tasso di Ricovero per DRG medici in acuto dei pazienti con patologia specifica	Non Arruolati S.I:	Arruolati S.I.
BPCO	192,2	177,5
Diabete	162,0	152,3
Pregresso ictus	272,8	251,1
Scompenso cardiaco	398,7	369,9

La sanità di iniziativa in questi anni ha dunque consentito al Servizio Sanitario Regionale di avviare una seria evoluzione del sistema di Cure Primarie, affidandogli una missione propria nei processi di prevenzione e gestione della cronicità, secondo un modello orientato alla comunità e ispirato ai principi dell'*Expanded Chronic Care Model*, che ha prodotto risultati di qualità e salute mai ottenuti precedentemente con modalità organizzative monoprofessionali.

Oggi Regione Toscana può quindi chiudere il primo ciclo di miglioramento della qualità (identificare i problemi nella qualità dell'assistenza sanitaria, raccogliere i dati e valutare l'assistenza, scegliere linee-guida e criteri, migliorare l'assistenza) e riavviare un nuovo ciclo capace di valorizzare al meglio l'esperienza fatta, i risultati ottenuti e lavorando per le criticità rimaste o emerse dal modello scelto.

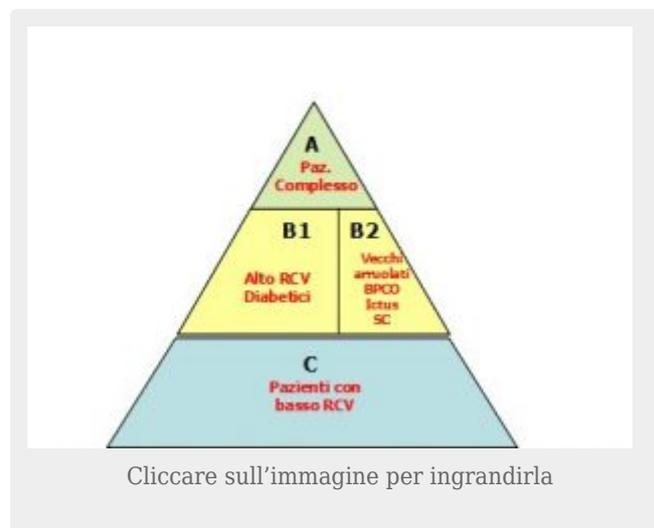
L'evoluzione del modello

Con delibera della Giunta Regionale Toscana numero 650 del 5/7/2016 "Sanità d'iniziativa - Approvazione indirizzi per l'implementazione del nuovo modello" sono state approvate le nuove linee di indirizzo per la definizione della azioni di Sanità di Iniziativa che Regione Toscana avvierà, in accordo con la Medicina generale, nei primi mesi del 2017.

Considerando che l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno importante nella realtà toscana[2], possiamo ritenerci soddisfatti di quanto finora ottenuto con la Sanità di iniziativa, ma si pone l'esigenza di un aggiornamento del modello. Tale revisione va anche accompagnata con l'incremento della copertura, visto che tale programma non coinvolge ancora la totalità degli assistibili toscani.

Il nuovo modello concettuale supera in qualche modo l'impostazione assistenziale per patologia in cui gli arruolati venivano inseriti in percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) standardizzati per quella patologia (disease focused care) e gli indicatori tenevano conto dell'applicazione dei PDTA. La filosofia alla base del nuovo progetto riconosce quale elemento focale la stratificazione degli assistiti per classe di rischio secondo il modello della piramide del Kaiser Permanente, differenziando in tal modo gli interventi da applicare[3] in base ai bisogni specifici (vedi Il post [assistere le persone con condizioni croniche](#)) - Figura 1.

Figura 1. Nuovi target della sanità d'iniziativa in relazione alla differente complessità assistenziale



Gli assistiti all'apice della piramide (target A): pazienti complessi e ad alto consumo di prestazioni prevenibile con il care management (processo di pianificazione, coordinamento, gestione e revisione dell'assistenza cucita/taylored sull'assistito in base ai suoi bisogni). Il care management si basa sulla formulazione di piani assistenziali individuali (PAI) strutturati, che prevederanno, in una logica di team funzionale multiprofessionale, il coinvolgimento prioritario dei MMG e del personale infermieristico, con la collaborazione, se necessaria, di medici specialisti, fisioterapisti e personale di assistenza sociosanitaria.

Gli assistiti ipertesi con alto rischio cardiovascolare (alto RCV) e diabetici (target B1) e gli arruolati della fase progettuale precedente non inclusi nei target A e B1 (target B2), siti nella parte intermedia della piramide. Questi pazienti presentano già una malattia cardio-vascolare conclamata, o rientrano tra gli individui particolarmente esposti a

sviluppare queste patologie e identificabili prima delle manifestazioni cliniche sulla base di fattori tra cui sesso, età, diabete, pressione arteriosa, colesterolemia, abitudine al fumo di tabacco e altri fattori di rischio comportamentali (identificati utilizzando il software sviluppato nell'ambito del progetto Cuore-ISS, [4]). Sono entrambi approcci costo-efficaci, sia l'attuazione di misure preventive che agiscano cambiando gli stili di vita negli individui a rischio, sia l'offerta di cure appropriate secondo i già consolidati PDTA specifici per patologia, e sicuramente l'effetto preventivo maggiore si raggiunge quando tali approcci sono combinati. Il modello assistenziale è incentrato sulla persona (person focused care) e sull'empowerment del paziente[5].

Gli assistiti con basso rischio cardiovascolare (basso RCV) (target C), alla base della piramide, saranno inseriti in un sistema di supporto all'autogestione, che preveda di sviluppare azioni tendenti a migliorare la qualità della vita rispetto all'attività motoria, all'alimentazione, all'alcol, al fumo di sigarette ovvero a più corretti stili di vita. L'obiettivo è quello di facilitare la costruzione di reti di opportunità, che sviluppino a vari livelli - Regione, ASL, Zona Distretto, Dipartimento di Prevenzione - interventi di promozione della salute e sui suoi determinanti, con la eventuale partecipazione di comuni, scuola, imprese, organizzazioni di volontariato, ecc.

Questo modello presuppone uno scenario di stretta collaborazione ed interazione tra i vari soggetti: medici di medicina generale, aziende sanitarie, zone distretto, medici di comunità, specialisti, infermieri, operatori sociosanitari, fisioterapisti ed operatori dei dipartimenti di prevenzione. Tutti i vari soggetti assumono un ruolo rilevante nella costruzione del percorso sanitario di un individuo che non è costante nella vita ma è transizionale: dalla fascia a basso rischio (assistiti target C) si può passare all'alto rischio o addirittura sviluppare una patologia (target B) che poi può complicarsi fino ad assumere le caratteristiche dell'alta complessità (target A). La presa in carico tempestiva intercettando ed inquadrando i pazienti nelle varie posizioni nella piramide di stratificazione del rischio e la garanzia proattiva dell'intervento giusto al momento giusto da parte del professionista giusto al paziente giusto, possono evitare, o quantomeno ritardare il più possibile, lo spostamento verso l'apice della piramide.

Lorenzo Roti e Sandra Gostinicchi: Regione Toscana

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

Firenze

Bibliografia

Irene Bellini e Paolo Francesconi. [Sanità di iniziativa in Toscana](#). 10.11.2015.

[Indici demografici e Struttura Toscana](#)

Gavino Maciocco. [Assistere le persone con condizioni croniche](#). 23.06.2011.

Cuore.exe è un software per la valutazione del rischio cardiovascolare scaricabile da

www.cuore.iss.it

[AHRO Quality Indicators™ Prevention Quality Indicators](#) [PDF: 520 Kb]

Facebook

Twitter

LinkedIn