



**DALL'OFFERTA
DI SERVIZI
ALL'INIZIATIVA**

**La partecipazione attiva
di tutti gli attori**

Roma, 7-9 novembre 2017

Auditorium - Centro Congressi
Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Largo Francesco Vito, 1



Le lenti dell'equità

**Disuguaglianze
nell'accesso e negli esiti
delle cure: l'impatto della
sanità d'iniziativa in
Toscana sul percorso del
diabete**



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

paolo.francesconi@ars.toscana.it

Dal Piano Sanitario Regionale al progetto Sanità di Iniziativa



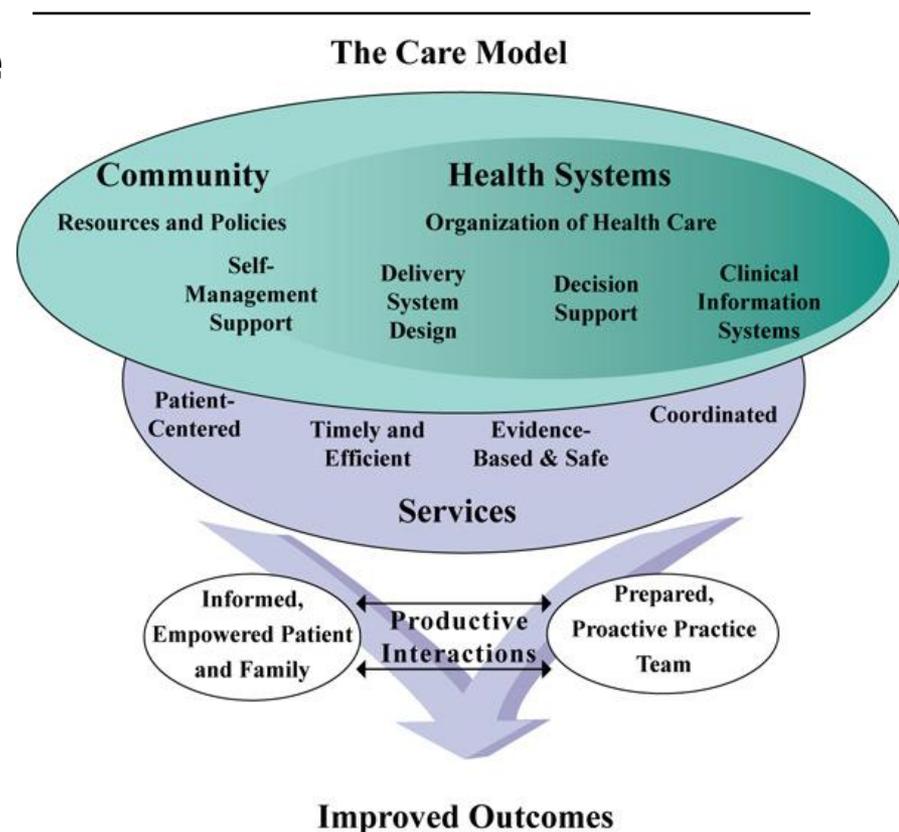
- **La strategia del PSR 2008-2010:** (DGR 16 Luglio 2008):
“Dalla medicina d’attesa alla sanità d’iniziativa”: **non aspetta sulla soglia dei servizi il cittadino, ma orienta l’attività verso chi “meno sa e meno può”** e che per questo si trova a rischio continuo di caduta assistenziale e persino di 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!

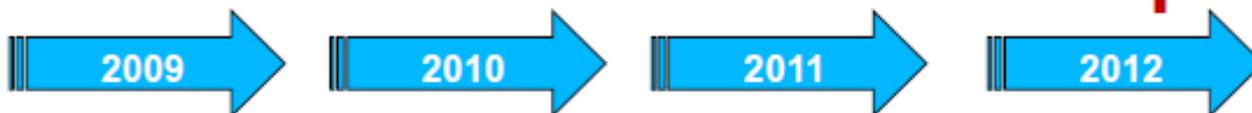
DGR 716/2009 (3 Agosto 2009) - Progetto per l’attuazione della sanità di iniziativa a livello territoriale > **indicazioni operative**

Il Chronic Care Model (CCM)

- **Mandato politica sanitaria**
- **Nuova organizzazione delle cure primarie** – moduli – elenchi di patologia – visite programmate con richiami proattivi
- **Supporto alle decisioni** - pdta – accesso consulenza specialistica
- **Supporto all'autocura** – ruolo dell'infermiere - colloqui motivazionali per stili di vita
- **Sistema informativo** - supporto delle attività di cura – gestione proattiva di comunità - audit
- **Coinvolgimento delle risorse di comunità** - AFA



Sanità di Iniziativa: 3 anni di Road Map



	2008	lug-09	ago-09	mar-10	dic-10	giu - dic 2010	gen - giu 2011	giu-dic 2011	gen - giu 2012
ATTI RT	PSR	conf. consenso	dgrt 716	dgrt 355	PDTA su WEB ASL	dgrt 962		DGRT 822 e Dec. 5027	
PDTA diabete						Moduli Pilota	Moduli I estensione		Moduli II estensione
PDTA Scompeso Cardiaco									Moduli II estensione
PDTA ICTUS/TIA									Moduli I estensione
PDTA BPCO									Moduli I estensione

A inizio 2014:

- 1.187 MMG coinvolti (43% dei MMG)
- copertura 46% popolazione residente 16+
- per un totale di circa 95 mila assistiti con diabete

Data attivazione	
Moduli	06
MMG coinvolti	6
Assistiti	95
% copertura resident	

Attivo DG 2012:
copertura 40%

Percorsi attivati:
Diabete mellito
Scompeso cardiaco
BPCO
Ictus/TIA

Percorsi attivati:
Diabete mellito
Scompeso cardiaco



La valutazione d'impatto

Esposti

2006-09
periodo
"pre"

2010
arruolamento

2011-14
follow-up

Non
Esposti

Per ogni diabetico arruolato è stato selezionato un diabetico di controllo con caratteristiche simili (età genere, malattie croniche, terapie farmacologiche)

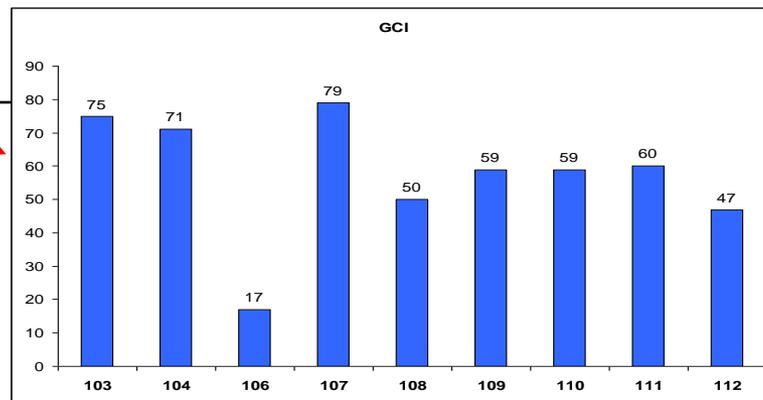
Si confrontano le variabili di interesse nel follow-up "aggiustando" per il periodo "pre"

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):

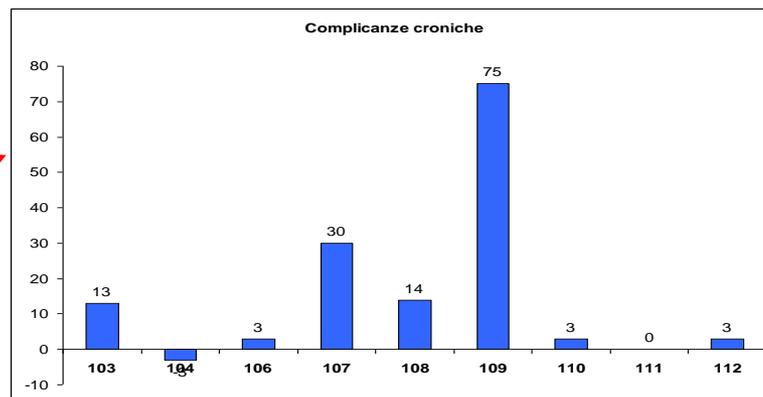
Visite diabetologiche: + 0,8 %

Farmaci: + 6,3%

Diagnostica laboratorio: + 7,5%

Hanno fatto più ricoveri ospedalieri correlati:

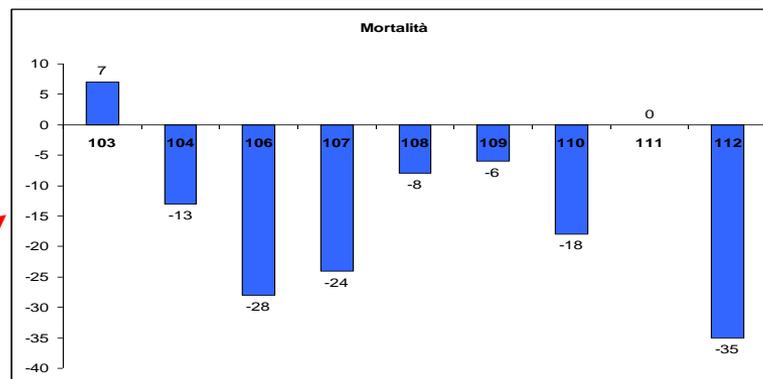
ricoveri per complicanze cardiologiche di lungo termine: + 11%



Hanno avuto esiti di salute migliori

tasso eventi cardio-cerebrovascolari acuti: - 19%

rischio di decesso a 4 anni - 12%



- 
-
- Come variano la qualità delle cure erogate e gli esiti di salute ottenuti nel periodo 2011-14 al variare della condizione socio-economica ?
 - Che impatto ha avuto la Sanità d'Iniziativa su queste associazioni ?

Stato di salute e INDICE DI DEPRIVAZIONE (Caranci N. , Costa G.)

Indicatore **MULTIDIMENSIONALE** che misura situazioni di “**SVANTAGGIO**”
SOCIOECONOMICO usando il patrimonio informativo del **CENSIMENTO ISTAT**

LE COMPONENTI DELL'INDICE:

-BASSO LIVELLO ISTRUZIONE:

% di popolazione con istruzione pari o inferiore alla licenza elementare

-DISOCCUPAZIONE:

% di popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione

-MANCATO POSSESSO ABITAZIONE:

% di abitazioni occupate in affitto

-FAMIGLIE MONOGENITORIALI:

% di famiglie monogenitoriali con figli dipendenti conviventi

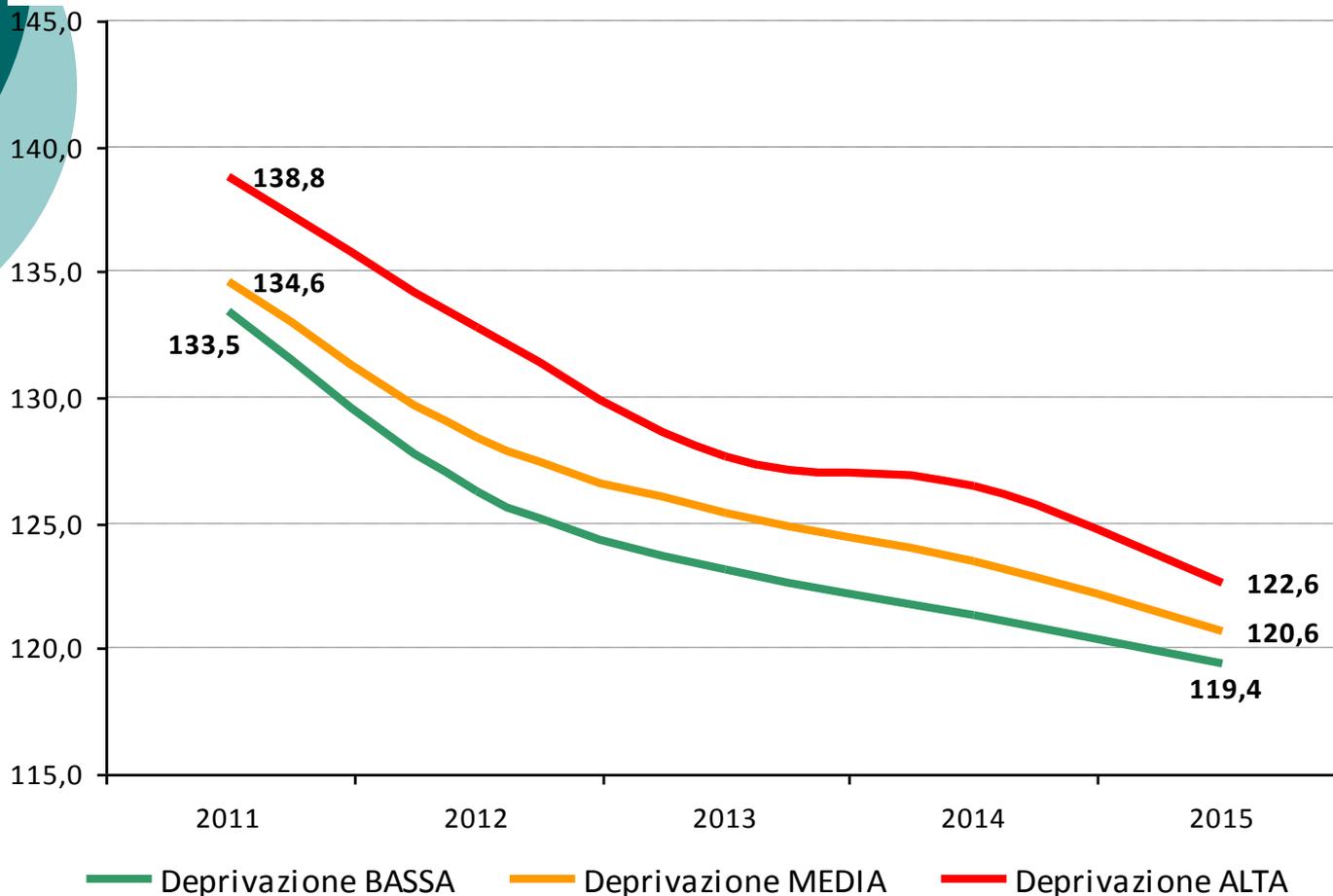
-ALTA DENSITA':

densità abitativa

**Indice
classificato in
quintili**

Indice di deprivazione e RICOVERI OSPEDALIERI

Ospedalizzazione in Toscana per livello di deprivazione – (tasso std. per 1.000 residenti)



Outcome

○ **Processo**

- Guidelines Composite Index*: indicatore composito che assume valore positivo se nell'anno il paziente ha effettuato almeno un esame dell'emoglobina glicata e almeno due esami tra microalbuminuria, colesterolo totale e esame della retina
- Terapia con statine

○ **Esito**

- Tasso di ospedalizzazione in reparti di area medica (esclusi Day-Hospital e reparti di riabilitazione o lungodegenza)
- Tasso mortalità per tutte le cause

Misure aggiustate per età, sesso, asl di residenza, comorbidità(indice di Charlson)

*Giorda C et al, 2012

La popolazione
diabetica in
osservazione nel
periodo 2011-14:
694.838 anni
persona

	Anni persona	%
Classe d'età		
16-44	47.242	6,8
45-64	190.765	27,5
65-74	199.240	28,7
75+	257.591	37,1
Genere		
Donne	352.768	50,8
Livello di deprivazione		
basso	119.726	17,2
medio	412.838	59,4
alto	162.274	23,4
Adesione alla SI		
Sì	204.478	29,4



L'associazione tra indice di
deprivazione e gli indicatori di
processo e di esito sulla
gestione del diabete

L'adesione alle raccomandazioni di monitoraggio diminuisce pochissimo all'aumentare della deprivazione

GCI

Livello di deprivazione	Adesione raccomandazioni (%)^e	RR
Bassa deprivazione	23,2 (23,0-23,5)	1
Media deprivazione	23,0 (22,8-23,1)	0,99 (0,98-0,99)
Alta deprivazione	22,8 (22,6-23,0)	0,98 (0,97-0,99)
Totale	23,0 (22,9-23,1)	

L'adesione alla terapia con statine diminuisce pochissimo all'aumentare della deprivazione

Terapia con statine

Livello di deprivazione	Adesione alla terapia (%)	RR
Bassa deprivazione	31,4 (31,1-31,6)	1
Media deprivazione	31,5 (31,3-31,6)	1,00 (0,99-1,01)
Alta deprivazione	30,8 (30,5-31,0)	0,98 (0,97-0,99)
Totale	31,3 (31,2-31,4)	

L'ospedalizzazione aumenta all'aumentare dell'indice di deprivazione

Tasso ospedalizzazione area medica

Livello di deprivazione	Tasso ospedalizzazione (%)	RR
Bassa deprivazione	12,7 (12,5-12,9)	1
Media deprivazione	13,3 (13,2-13,4)	1,05 (1,03-1,07)
Alta deprivazione	14,5 (14,3-14,7)	1,15 (1,12-1,17)
Totale	13,5 (13,4-13,5)	

La mortalità aumenta all'aumentare dell'indice di deprivazione

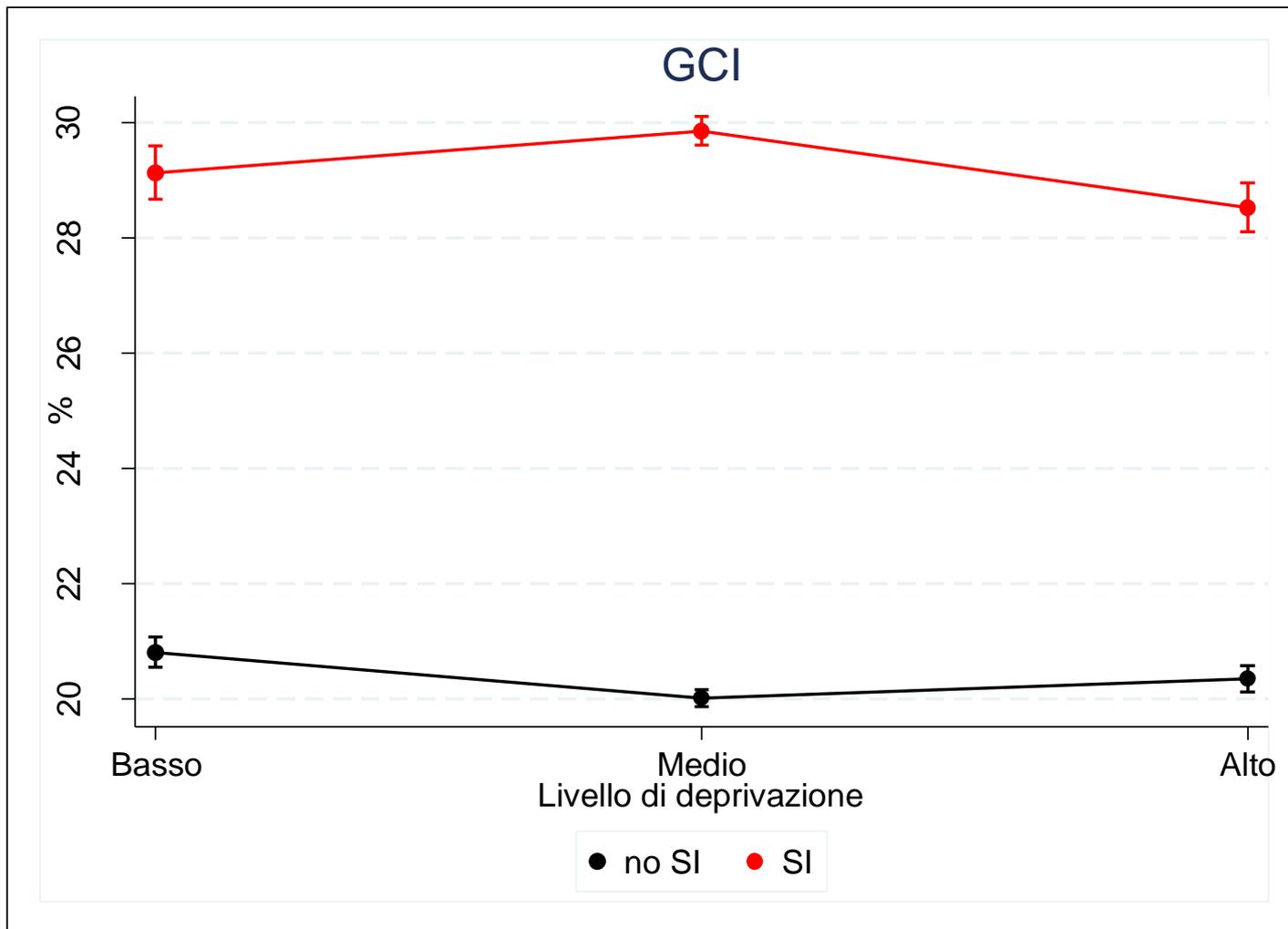
Tasso mortalità

Livello di deprivazione	Tasso mortalità (%)	RR
Bassa deprivazione	4,0 (3,9-4,1)	1
Media deprivazione	4,1 (4,0-4,2)	1,03 (0,99-1,06)
Alta deprivazione	4,4 (4,3-4,5)	1,10 (1,06-1,14)
Totale	4,2 (4,1-4,2)	

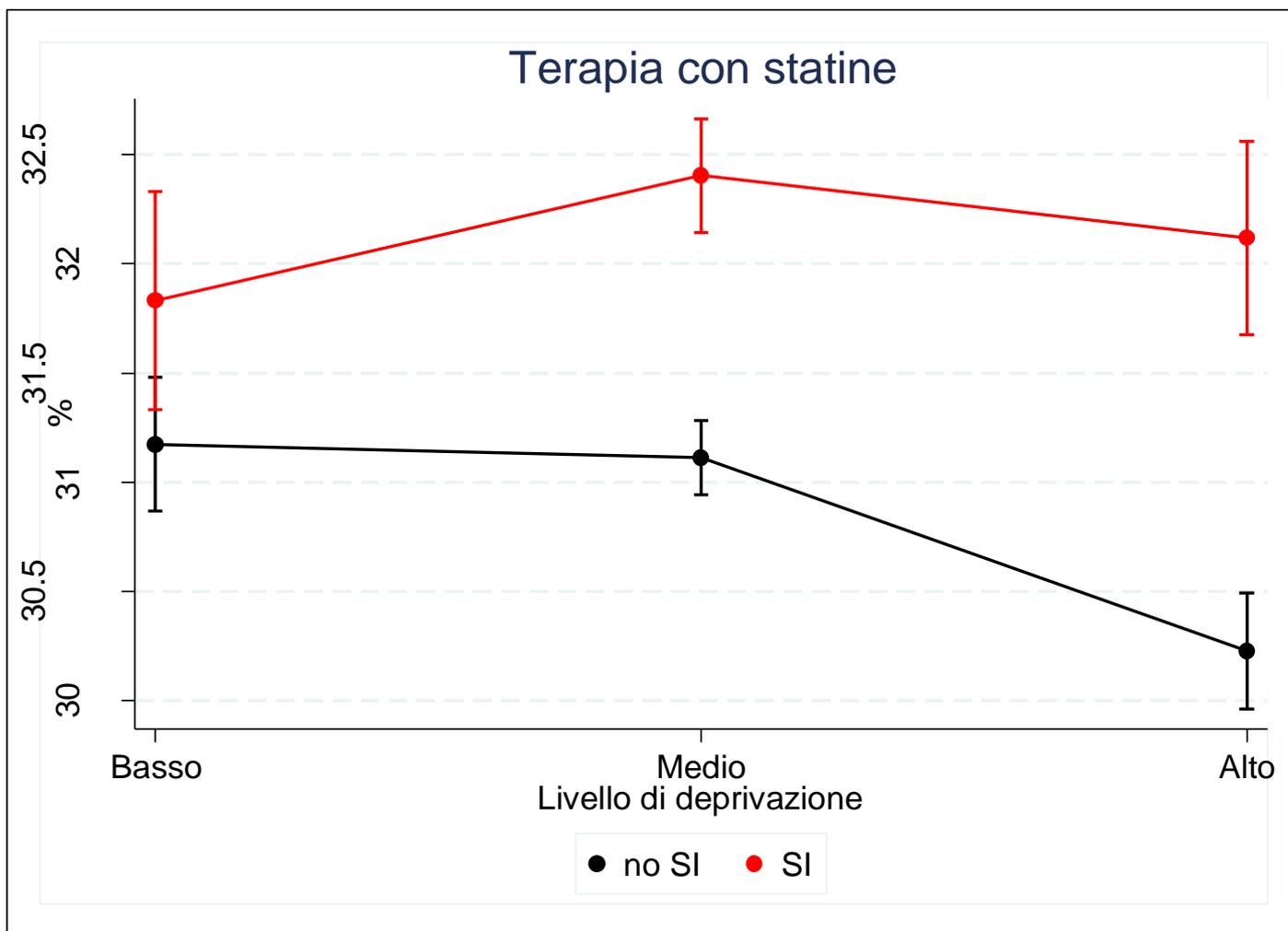


L'effetto della Sanità d'Iniziativa
sull'associazione tra indice di
deprivazione e gli indicatori di
processo e di esito sulla gestione
del diabete

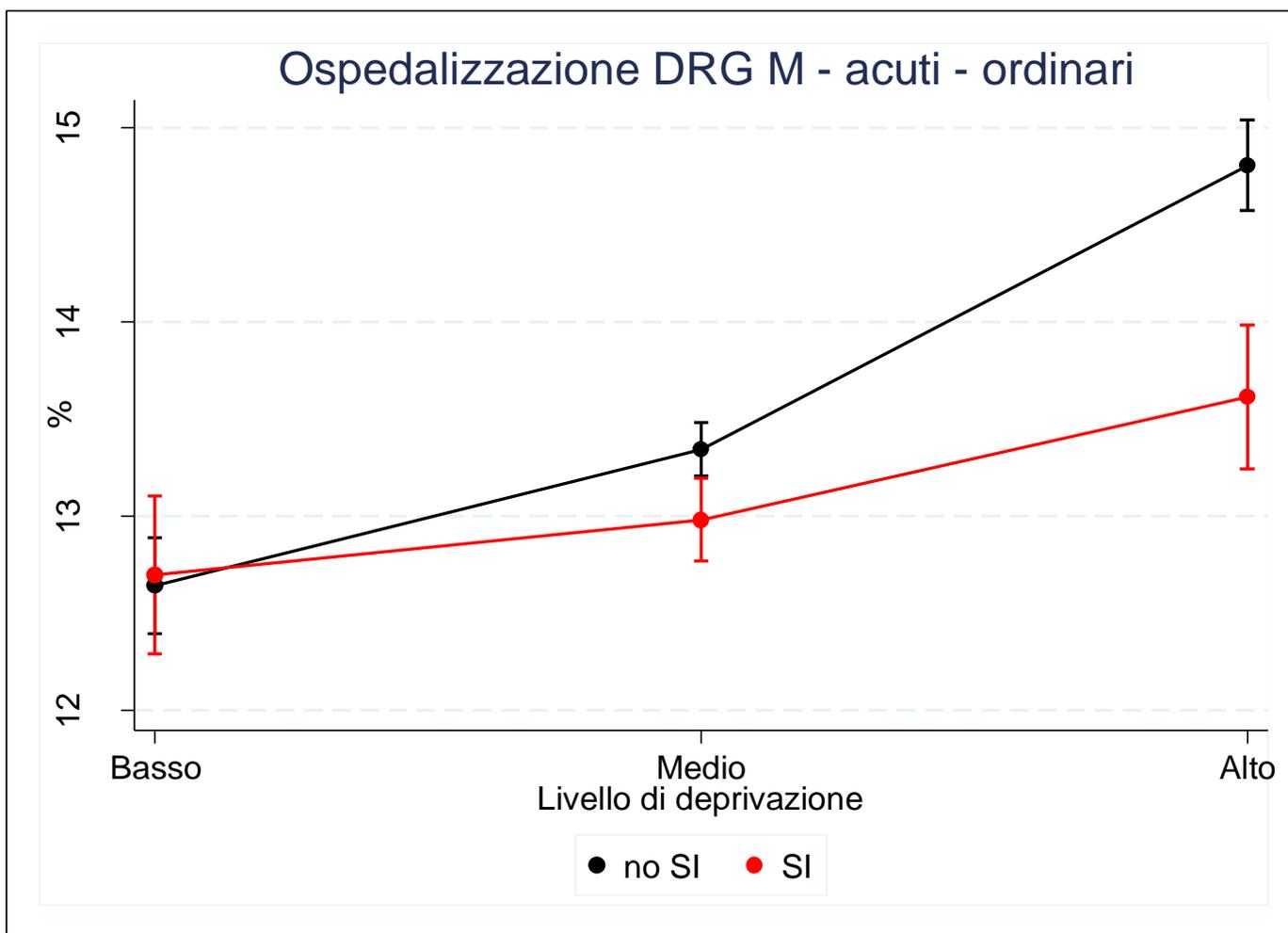
La S.d.I. fa aumentare l'adesione alle raccomandazioni indipendentemente dall'indice di deprivazione



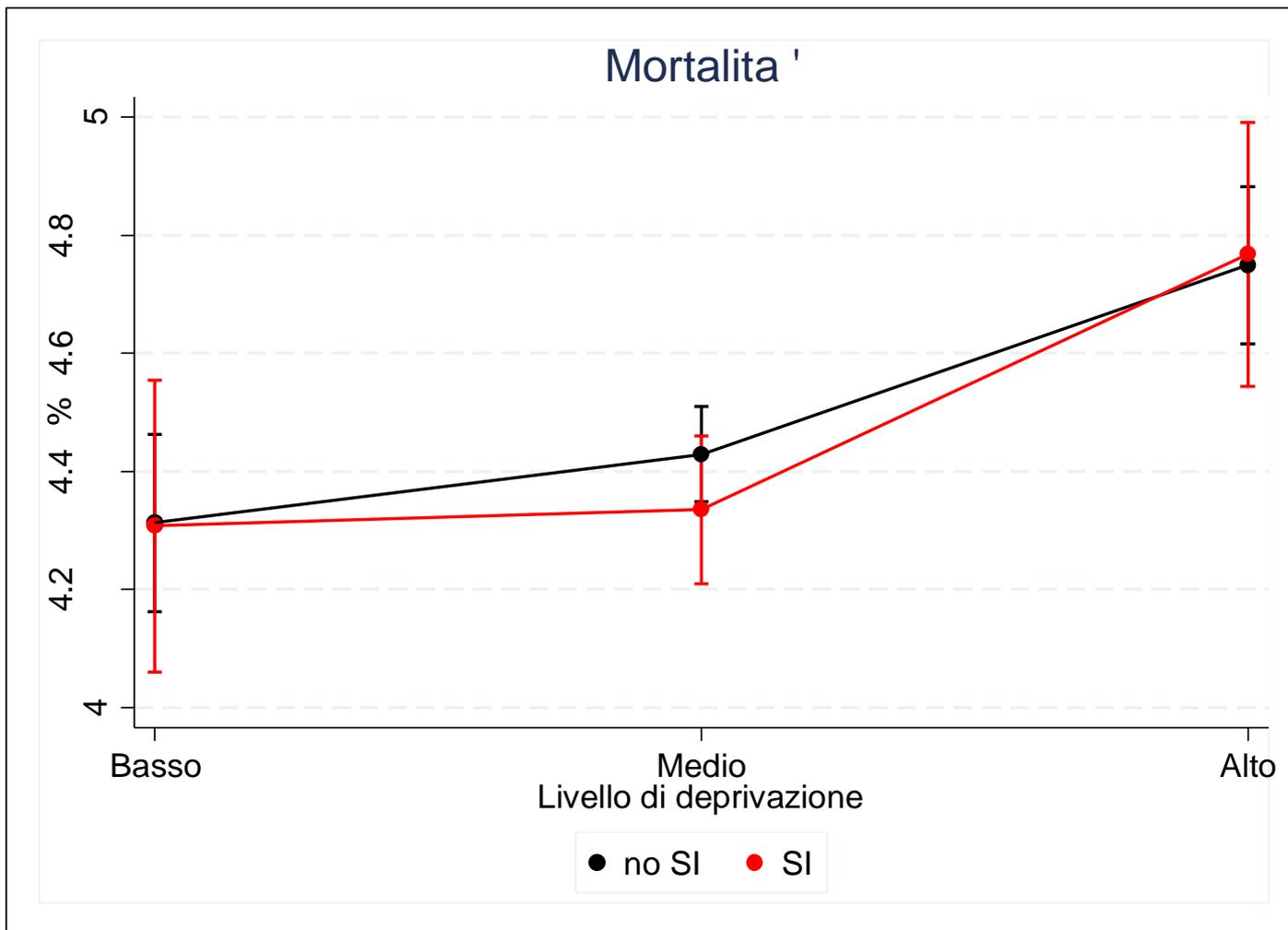
La S.d.I. “garantisce” l’adesione alla terapia con statine anche tra i più deprivati



La S.d.I. contiene l'aumento dell'ospedalizzazione correlato alla deprivazione



La S.d.I. sembra contenere l'aumento della mortalità correlato alla deprivazione limitatamente ai livelli medi



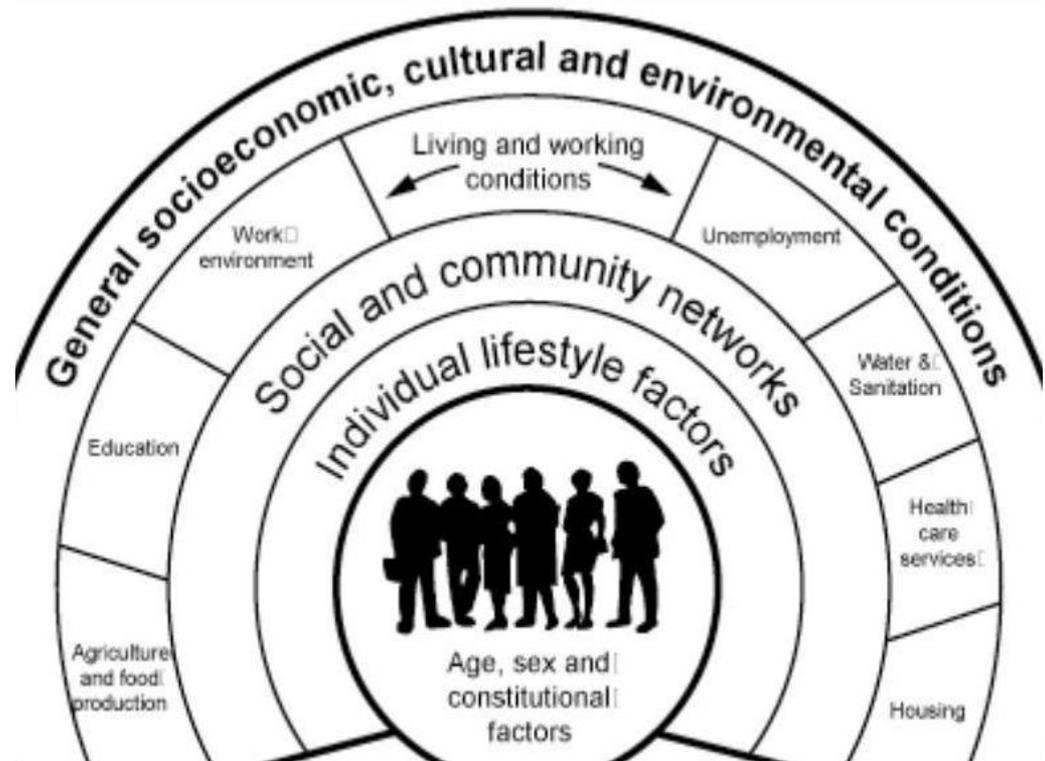
Conclusioni

- Non si rilevano importanti disuguaglianze per condizione socio-economica nei processi di cura per i pazienti con diabete
- La S.d.I. migliora il monitoraggio indipendentemente dalla condizione socio-economica e favorisce l'adesione alla terapia anche tra i più deprivati
- Persistono disuguaglianze nei tassi di ospedalizzazione e di mortalità solo parzialmente mitigati dalla sanità d'iniziativa

Conclusioni

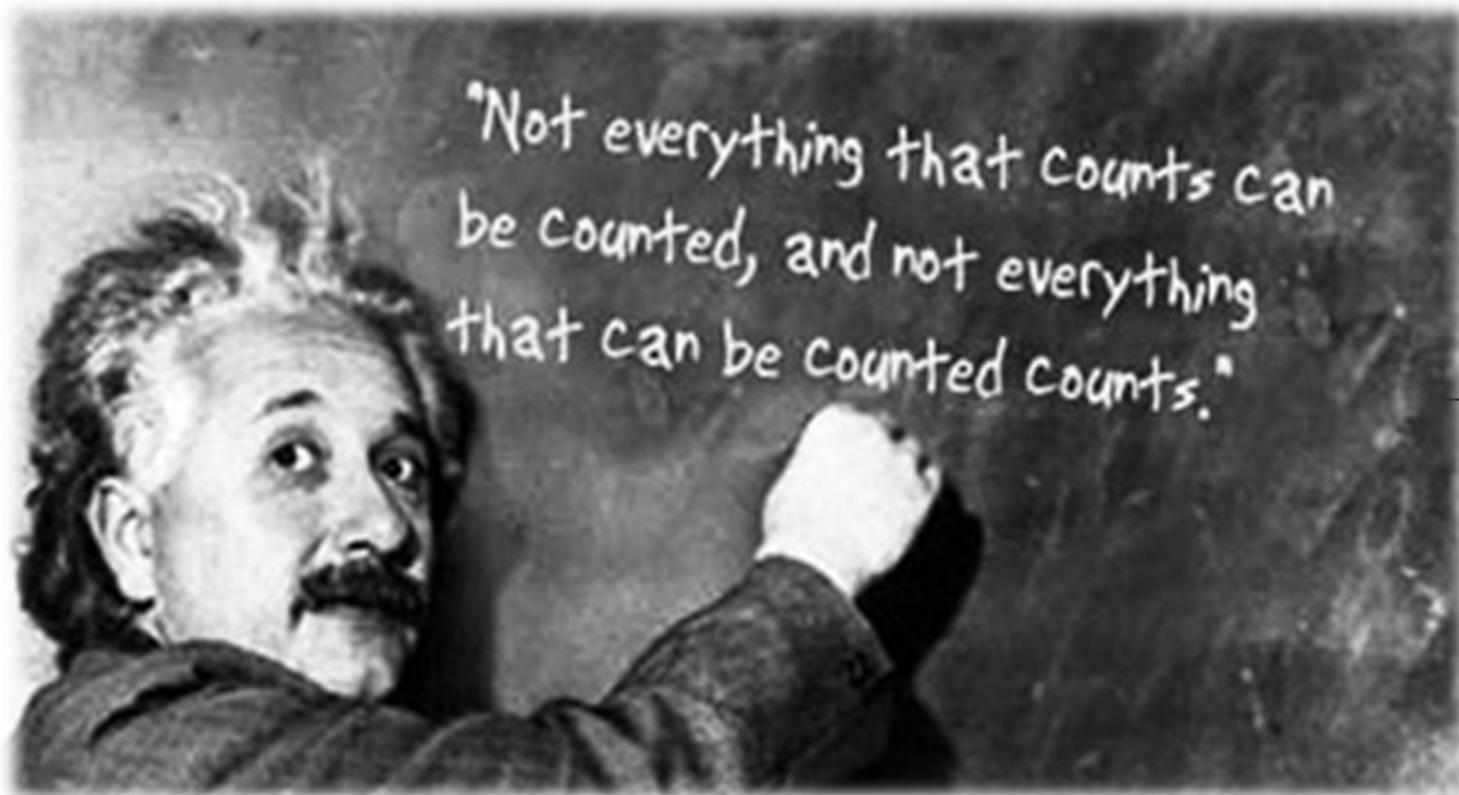
Le cure per le persone con diabete appaiono eque e la sanità d'iniziativa contribuisce all'equità

L'impatto dei determinanti socio-economici sulla salute "resiste" all'equità delle cure



Prospettive future – la nuova sanità d’iniziativa (DGR 650/2016) – equity audit

“Tra gli obiettivi del nuovo modello di sanità d’iniziativa, in quanto riconducibili agli obiettivi del PRP per la riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche, saranno pertanto selezionati alcuni obiettivi specifici che costituiranno oggetto di valutazione nell’ambito del **progetto “Equity Audit nei Piani Regionali di Prevenzione in Italia”, nell’ambito del Programma CCM 2014**, che vede la partecipazione dell’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. In esito a tale valutazione potranno essere adottate **iniziative correttive volte ad orientare gli interventi progettuali verso la riduzione di disuguaglianze di processo e di risultato che potranno essere eventualmente rilevate, secondo obiettivi e azioni concordate con la medicina generale.**”



Grazie per l'attenzione!

paolo.francesconi@ars.toscana.it