

Aggregazioni Funzionali Territoriali e Sanità d'Iniziativa nella cura del diabete

Valentina Barletta

Agenzia regionale di sanità
della Toscana



Riordino dell'assistenza territoriale

art. 1 Legge 189/2012

- Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria ... secondo modalità operative che prevedono **forme organizzative monoprofessionali**, denominate **aggregazioni funzionali territoriali** ... che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, **strumenti di valutazione della qualità assistenziale**, **linee guida**, **audit**

- In Regione Toscana, **all'inizio del 2014**, sono state costituite **115 AFT** che hanno raggruppato tutti gli **MMG (2.700)** a rapporto fiduciario e i medici di continuità assistenziale. Nel contempo è continuata la Sanità d'iniziativa, con la partecipazione di oltre la metà degli MMG.
 - Uno dei compiti fondamentali delle AFT è **l'assistenza ai pazienti con malattie croniche.**
 - assistenza sempre più appropriata
 - buoni esiti di salute
 - contenere le spese
 - ridurre la variabilità tra MMG

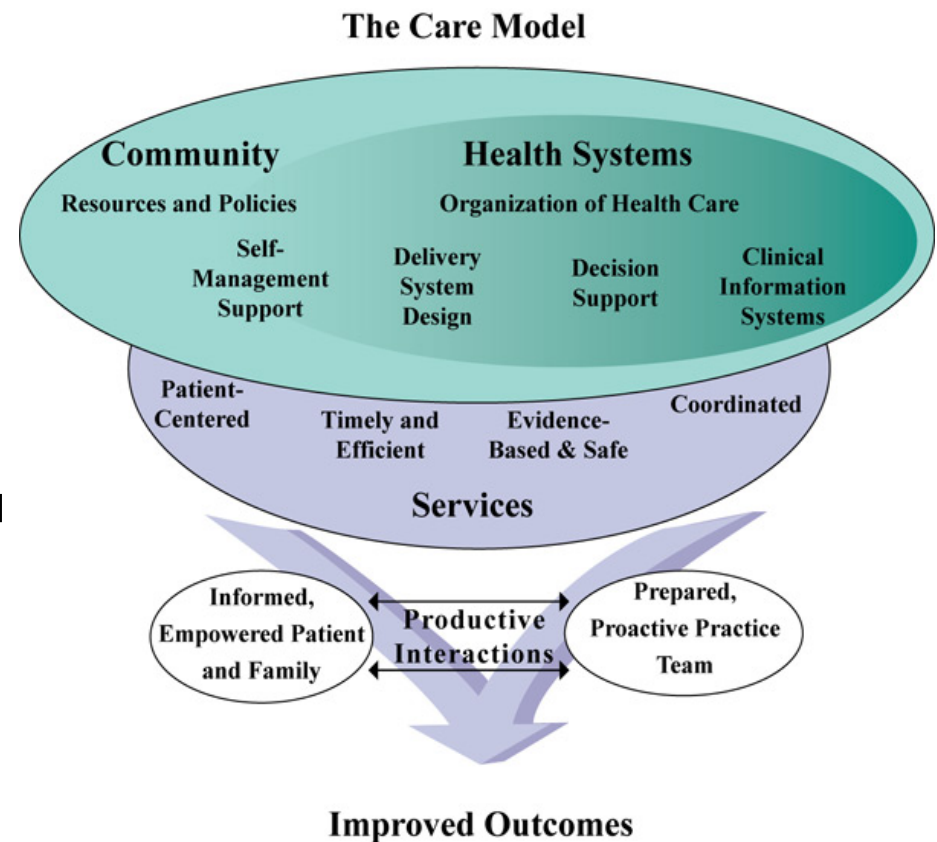
Cambiamenti nella cura del diabete introdotte dalla Sanità d'Iniziativa (Chronic Care Model) in Toscana: uno studio di coorte

Obiettivi:

Valutare l'impatto della Sanità d'Iniziativa sulla cura dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 dopo 4 anni dall'implementazione del Chronic Care Model in Toscana

Chronic Care Model

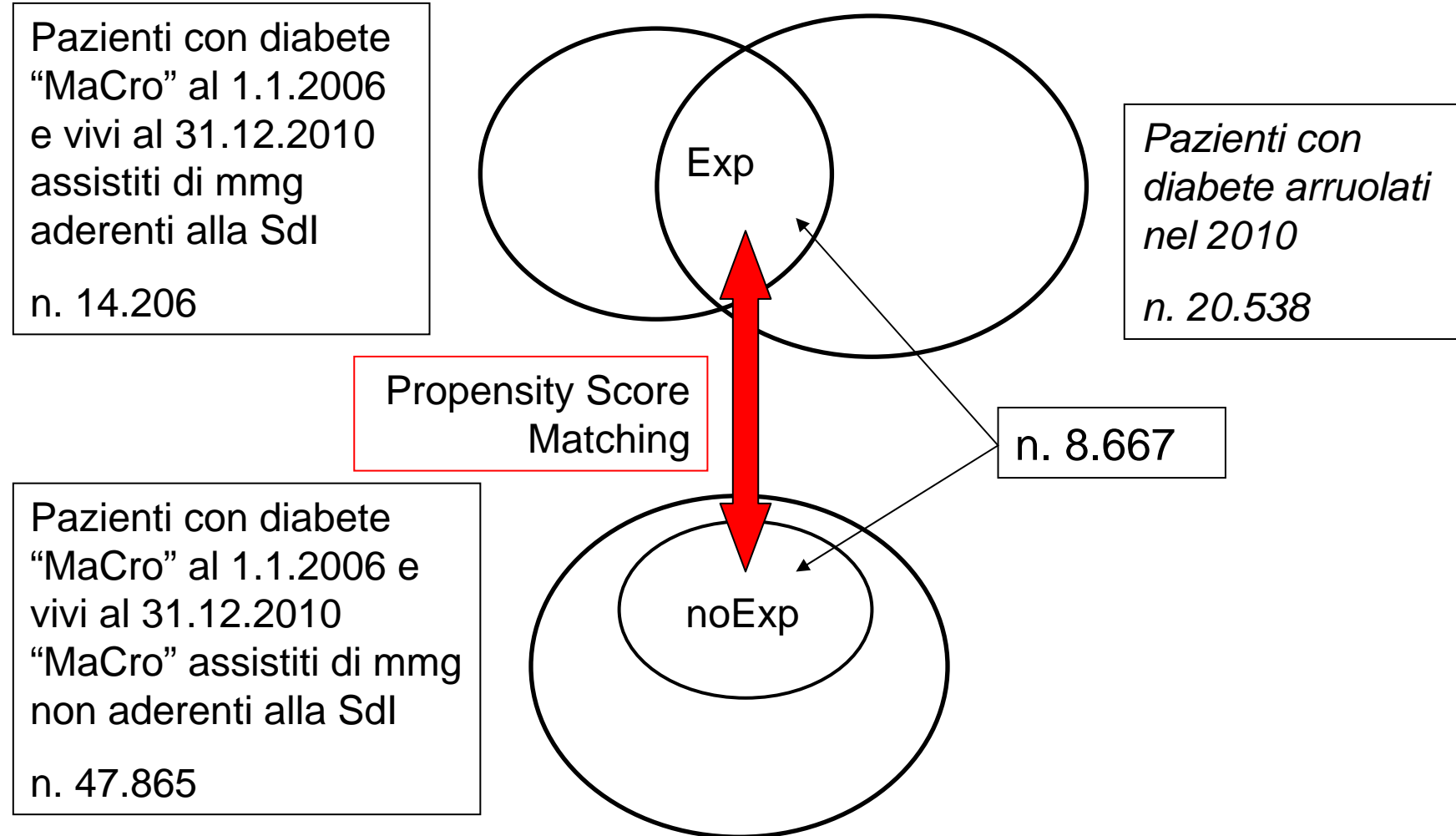
- Modello di **cura territoriale** della cronicità
- **Team multiprofessionali** (mmg, infermieri, medici di comunità)
- **Approccio proattivo** alla cura del paziente (prevenzione, monitoraggi più frequenti)
- Maggiore **partecipazione del paziente**
- **Condivisione del PDTA** da parte del team



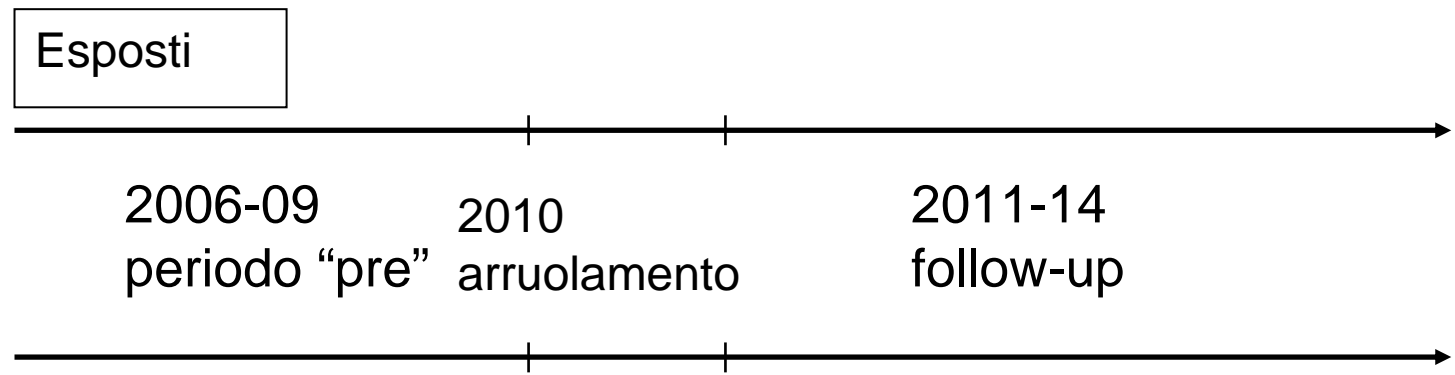
Chronic Care Model in Toscana

- Avvio nel 2010 con un gruppo pilota, 483 Medici di Medicina Generale (MMG) su 2.700
- Altri MMG aderiscono dopo il 2010 (60% in 2014).
- Adesione volontaria dei MMG. I MMG scelgono i pazienti da arruolare
- Non tutti i pazienti assistiti da un MMG che ha aderito al CCM sono stati arruolati
- Diabete tipo 2, scompenso cardiaco, BPCO, ictus

Le coorti - diabete



Il disegno di studio



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"

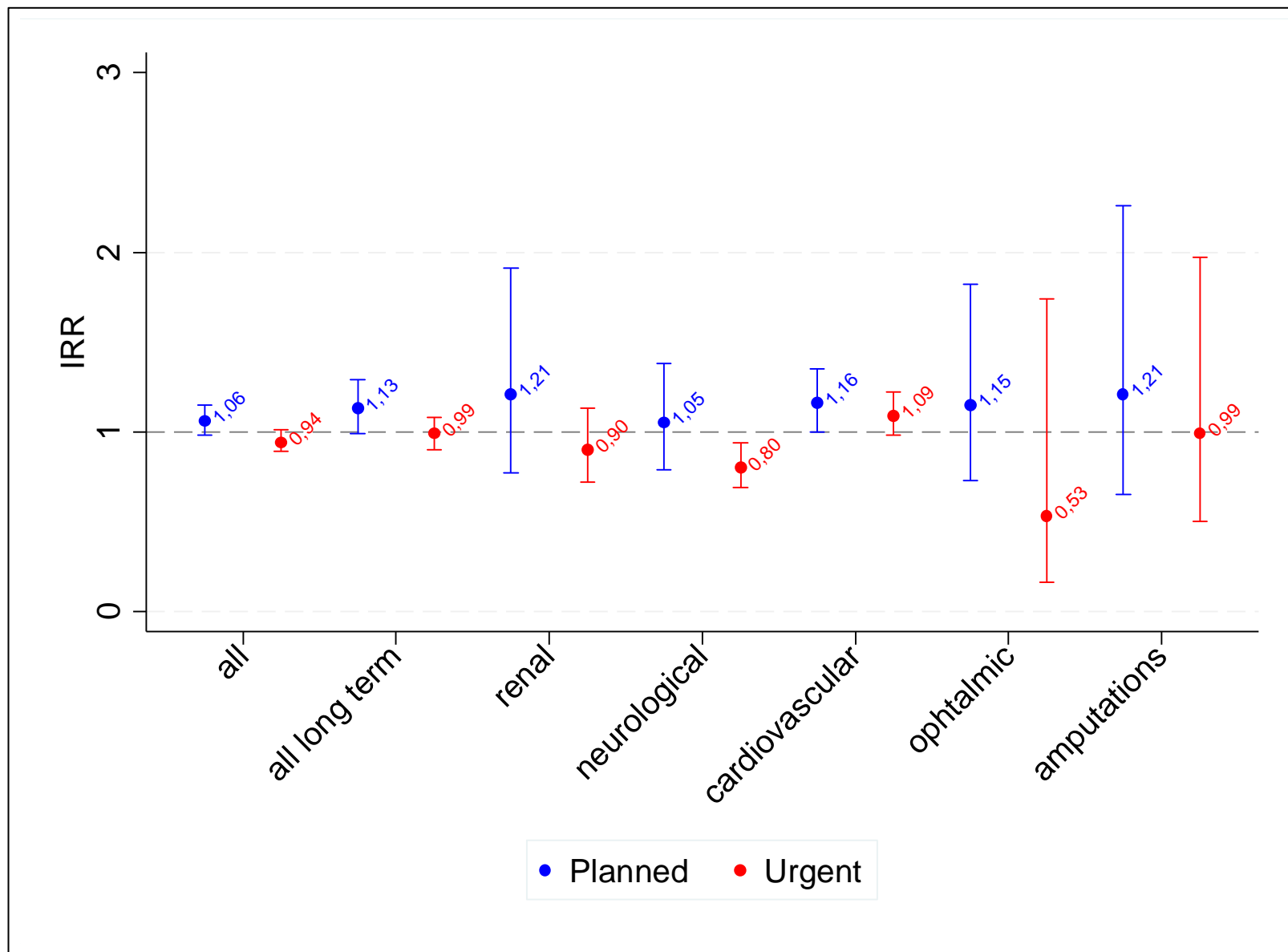
Outcome

- **Guideline Composite Indicator (GCI)** HbA1c + controllo retina, profilo lipidico, microalbuminuria
- **Ospedalizzazione** per tutte le cause (ricoveri per acuti, regime ordinario)
- **Ospedalizzazione** per:
 - Diabete non controllato
 - Complicanze a breve termine
 - Complicanze a lungo termine:
 - cardiovascolari; neurologiche; oftalmiche; renali;
 - endocrinologiche/metaboliche; amputazioni;
 - complicanze cerebrovascolari e cardiovascolari
 - acute (ictus, infarto STEMI)
- **Mortalità** per tutte le cause.

Cases, crude IR and adjusted IRR (CCM vs notCCM), during follow-up.

Outcomes	Not CCM N (IR)	CCM N (IR)	IRR* (95% CI)	p
GCI (IR % person-years)	2,444 (28.8)	3,920 (46.2)	1.58 (1.53-1.62)	<0.001
Hospitalisations (IR per 1,000 person-years)				
All diagnosis	8,566 (273.2)	8,649 (273.4)	0.98 (0.95-1.01)	0.269
Total diabetes complications	3,750 (119.6)	4,039 (127.7)	1.03 (0.98-1.08)	0.194
Short term complications	78 (2.5)	98 (3.1)	1.32 (0.96-1.81)	0.093
Uncontrolled diabetes	464 (14.8)	489 (15.5)	1.06 (0.93-1.21)	0.361
Total long term complications	3,210 (102.4)	3,459 (109.4)	1.03 (0.98-1.08)	0.268
renal	415 (13.2)	415 (13.1)	0.96 (0.84-1.11)	0.631
neurological	668 (21.3)	628 (19.9)	0.85 (0.76-0.95)	0.005
cardiovascular	1,989 (63.4)	2,275 (71.9)	1.11 (1.04-1.18)	0.001
endocrinal/metabolic	17 (0.5)	8 (0.3)	0.43 (0.18-1.05)	0.063
ophthalmic	58 (1.8)	61 (1.9)	1.06 (0.73-1.54)	0.769
amputations	62 (2.0)	72 (2.3)	1.10 (0.77-1.56)	0.608
acute cerebrovascular	492 (15.7)	435 (13.8)	0.81 (0.71-0.92)	0.002

Adjusted IRR* (CCM vs notCCM) during follow-up, stratified for type of admission.



*IRR were adjusted for individual outcome values measured during 2006-'09.

IRR, 95%CI and statistical significance were estimated using conditional f.e. Poisson regression analysis (robust s.e.).

Diminuisce la mortalità
tassi per 100 2011-14; IRR aggiustati per
tassi 2006-9

NoCCM	CCM	IRR
4,6	4,2	0,88 (95%CI 0,81-0,96)

Cosa è emerso

- Maggiore attenzione al paziente:
- Più esami di **monitoraggio**
- Tendono ad aumentare ricoveri per complicanze **a lungo termine**, in parte a causa di un **effetto screening** per l'avvio di un monitoraggio frequente
- Tendono ad aumentare i ricoveri **programmati** (in particolare problematiche **cardiovascolari meno severe**), stabili o in diminuzione gli urgenti
- Dopo il primo ricovero non si osservano sostanziali differenze (**più assistiti ricoverati, ma non ricoveri ripetuti**)
- Effetti **protettivi** su **ictus e infarto**
- Riduzione della **mortalità generale**
- Sembra esserci un utilizzo del ricovero ospedaliero, più come **processo** che come esito, con effetti positivi sulla sopravvivenza
- La sfida è far **evolvere il modello di presa in carico** del paziente **a livello territoriale** in modo da ridurre comunque la necessità di assistenza ospedaliera

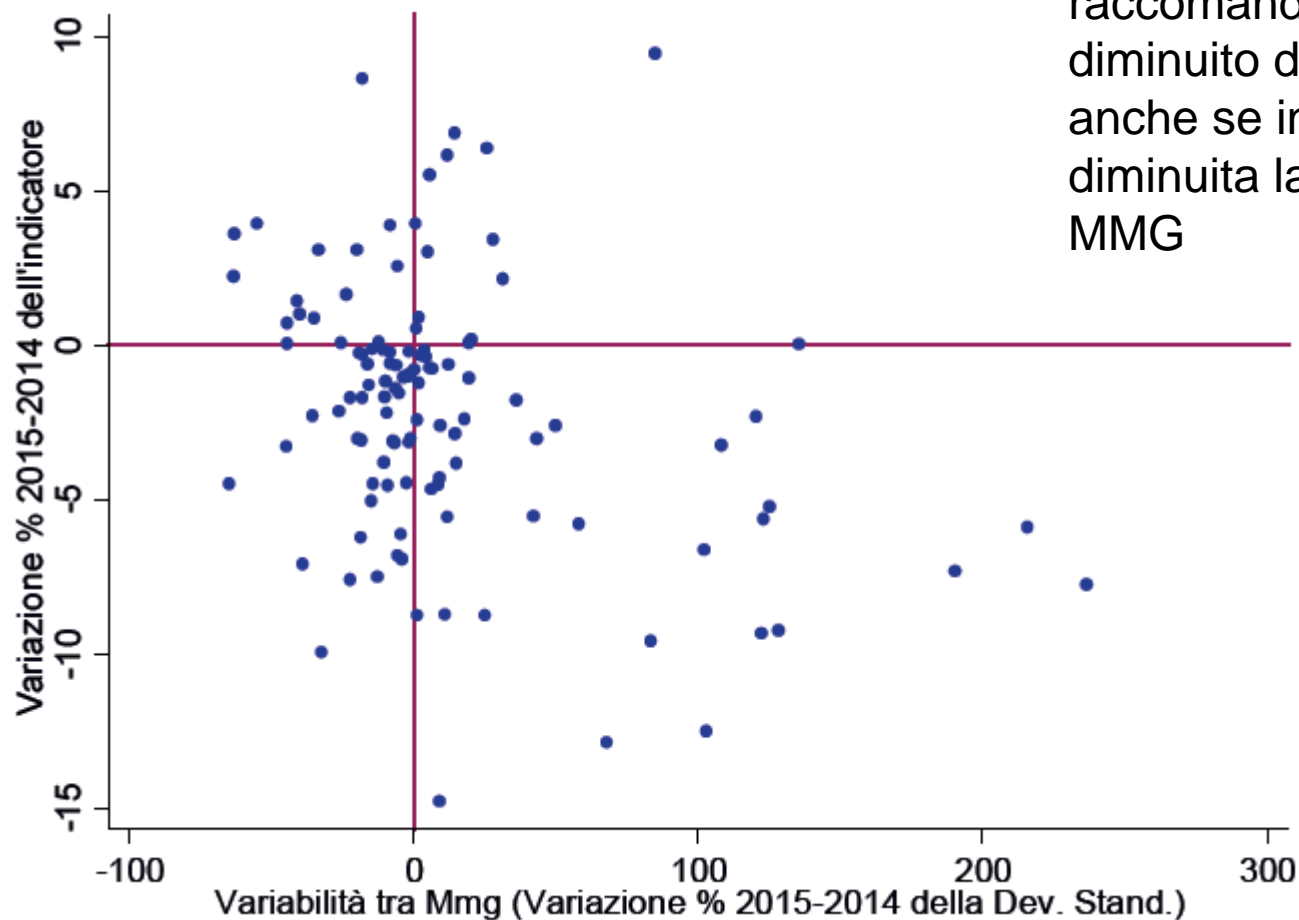
Indicatori calcolati

- un indicatore composito della qualità delle cure, calcolato come il rapporto tra il numero di raccomandazioni seguite per un gruppo di patologie croniche ad alta prevalenza (diabete, ipertensione, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, BPCO, pregresso ictus) e il numero delle raccomandazioni da seguire secondo linee-guida **appropriatezza delle cure**;
- il tasso di ricoveri ospedalieri in reparti per acuti, regime ordinario, DRG medico **esito di salute**
- la **spesa pro-capite per l'assistenza territoriale** comprendente la spesa per farmaci ad erogazione diretta e indiretta e la valorizzazione tariffaria delle visite specialistiche, delle indagini di diagnostica e delle prestazioni riabilitative erogate in ambito extra-ospedaliero

Tabella 1 - Appropriatelyzza, spesa ed esiti assistenza territoriale - Fonte: ARS su dati sistemi informativi Regione Toscana

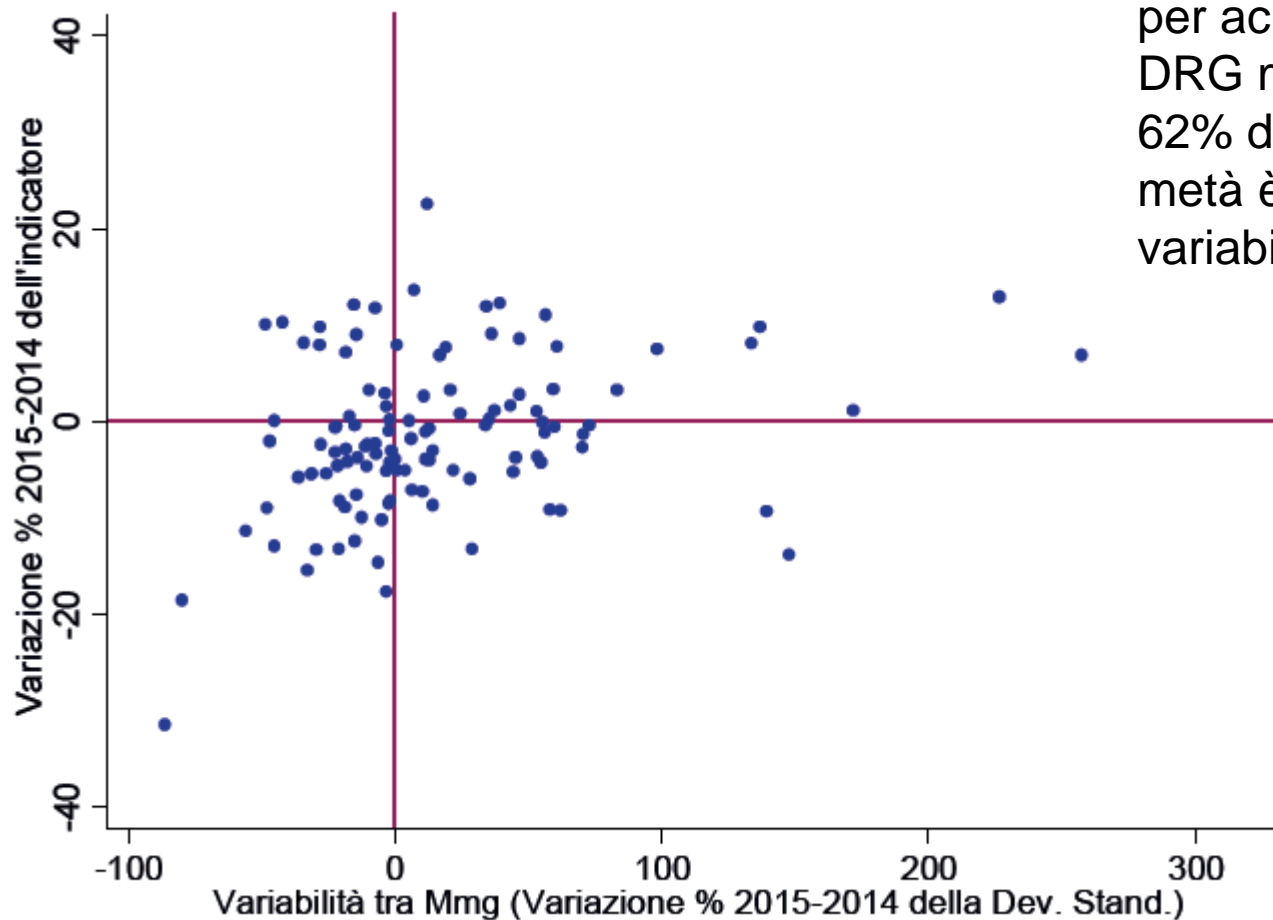
Indicatori	2015			2014		
	Tutti	SI	Non SI	Tutti	SI	Non SI
Percentuale raccomandazioni seguite	44,5 %	45,5 %	43,5 %	45,3 %	46,9 %	44,4 %
Tasso di ricovero in reparti per acuti, DRG medico	53,0 /1.000	52,2 /1.000	53,9 /1.000	54,1 /1.000	54,5 /1.000	53,9 /1.000
Spesa pro-capite assistenza territoriale	583,0 € p.c.	586,6 € p.c.	579 € p.c.	546 € p.c.	554 € p.c.	541 € p.c.

**figura 1 – Indicatore composito della qualità delle cure delle cronicità -
Fonte: ARS su dati sistemi informativi Regione Toscana**



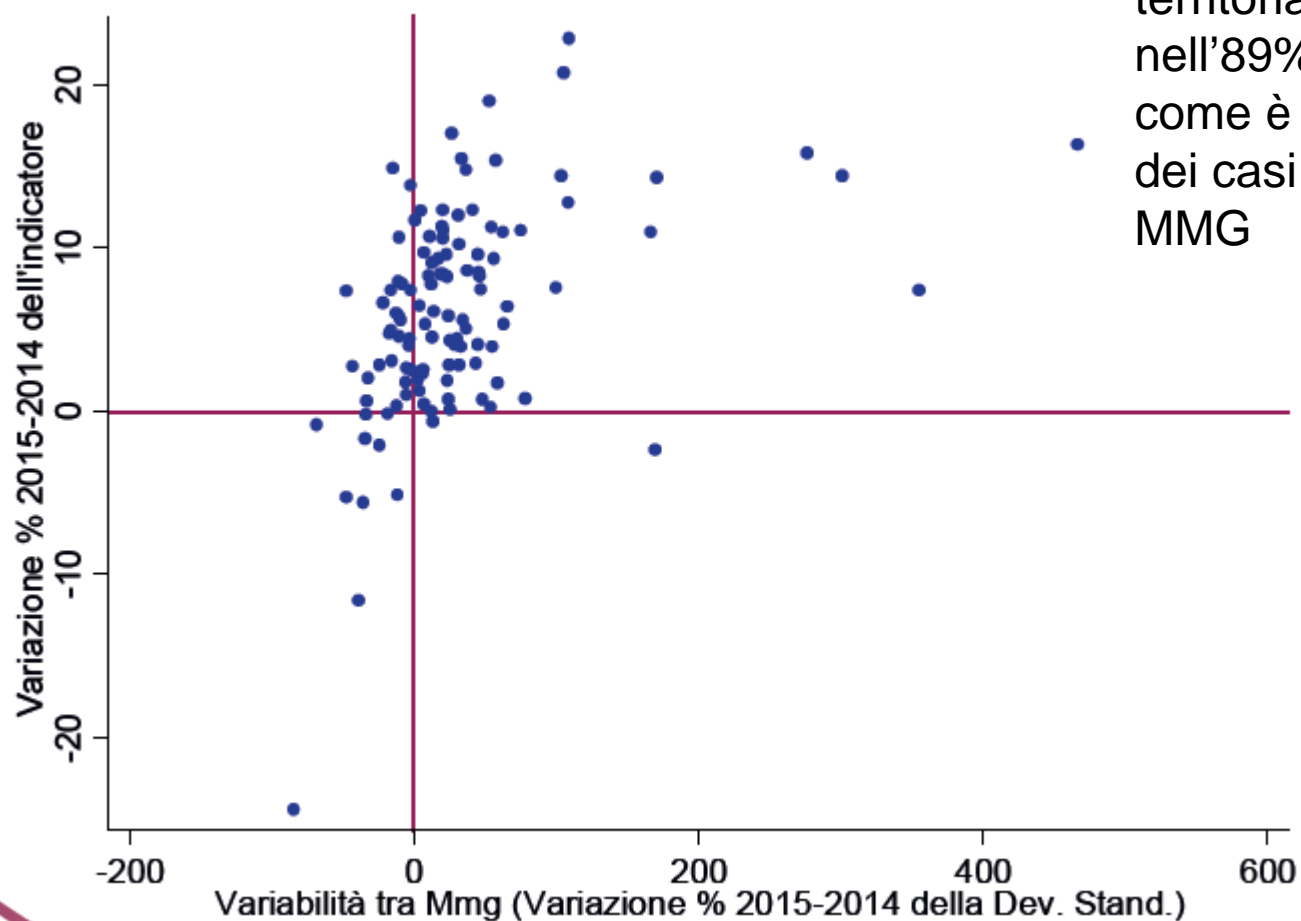
La percentuale delle raccomandazioni seguite è diminuito del 74% delle AFT anche se in oltre la metà è diminuita la variabilità tra MMG

Figura 2 – Tasso di ricovero in reparti per acuti, regime ordinario, DRG medico
- Fonte: ARS su dati sistemi informativi



Il tasso di ricovero in reparti per acuti, regime ordinario, DRG medico è diminuito nel 62% delle AFT ma in oltre la metà è aumentata la variabilità

Figura 3 – Spesa per assistenza territoriale - Fonte: ARS su dati dei sistemi informativi della Regione Toscana



La spesa per assistenza territoriale è aumentata nell'89% delle AFT così come è aumentata nel 67% dei casi la variabilità tra i MMG

Durante il secondo anno di attività delle AFT:

- nella maggior parte dei casi si osserva una **leggera flessione dell'appropriatezza delle cure** delle patologie croniche, pur se accompagnato da una lieve diminuzione della variabilità tra gli MMG all'interno delle singole AFT
- Continua la **diminuzione del tasso di ricovero**
- La **spesa per l'assistenza territoriale** risulta **augmentata**, così come la variabilità tra gli MMG
- È probabilmente necessario rafforzare le attività di audit dei servizi all'interno delle AFT per garantire cure sempre più appropriate e sostenibili.

Grazie per l'attenzione



www.ars.toscana.it