

La Sanità d'iniziativa in Toscana: risultati dei primi anni di attuazione

Premessa

Il presente documento riporta in sintesi i risultati del progetto per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale di cui alla DGR 716/2009 evidenziati attraverso studi di impatto effettuati dall'Agenzia Regionale di Sanità ed indagini di soddisfazione svolte dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa nei confronti degli utenti e dei medici di medicina generale.

I risultati sono presentati nelle seguenti tre sezioni:

- La sanità d'iniziativa in Toscana: analisi d'impatto sulla cura di diabete e scompenso cardiaco a 4 anni dall'avvio *(a cura dell'Agenzia Regionale di Sanità)*
- La Sanità d'iniziativa attraverso gli occhi dei pazienti: indagine di soddisfazione anno 2012 *(a cura del Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, Scuola Superiore Sant'anna Di Pisa)*
- La Sanità d'iniziativa dal punto di vista dei Medici di Medicina Generale: indagine anno 2015 *(a cura del Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, Scuola Superiore Sant'anna Di Pisa)*

*** **

La sanità d'iniziativa in Toscana: analisi d'impatto sulla cura di diabete e scompenso cardiaco a 4 anni dall'avvio

1. Introduzione

L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS) ha svolto recentemente, con la consulenza di cardiologi e diabetologi, due analisi per valutare l'impatto, misurato in termini di processi, ospedalizzazione e mortalità, della sanità d'iniziativa (SI) tra i pazienti con diabete di tipo II e scompenso cardiaco.

Le attività sono in corso, infatti, da più di quattro anni ed è possibile, pertanto, trarre un bilancio sui pazienti arruolati durante il biennio 2009-2010.

L'analisi si è limitata alla coorte dei primi arruolati per avere un periodo di esposizione alla SI più lungo possibile e, contestualmente, perché ARS dispone delle liste di identificativi dei pazienti arruolati durante questa prima fase di avvio.

In passato era stato pubblicato un primo studio sulle quattro patologie¹, che valutava l'impatto a un anno dall'avvio, confrontando i medici entrati a far parte della SI con i medici non entrati.

Gli effetti principali emersi in quell'occasione sono stati:

- maggiore adesione ai protocolli di monitoraggio;
- più ricoveri per pazienti diabetici o con pregresso ictus;
- meno ricoveri per scompenso e BPCO.

Non era stato valutato il rischio di mortalità trattandosi di un solo anno di osservazione.

Queste analisi si basavano su pazienti estratti dai flussi sanitari correnti e classificati come malati cronici secondo algoritmi specifici (presenza di farmaci malattia-specifici, ricoveri ospedalieri, esenzioni). Non vi era pertanto la certezza che fossero effettivamente malati cronici (in particolare l'algoritmo per lo scompenso cardiaco presenta una bassa affidabilità), né tantomeno che i pazienti assistiti dalla SI fossero stati effettivamente arruolati dai medici.

Per questo nelle due nuove analisi è stato modificato il disegno di studio e la selezione delle coorti.

2. Metodi

Viste le possibili fonti di errore descritte nell'introduzione, si è deciso di analizzare i pazienti cronici arruolati dai medici, presenti nelle liste che gli stessi hanno fornito ad ARS. In questo modo c'è certezza che questi pazienti siano effettivamente esposti alla SI.

Le liste contengono tutti gli arruolati nel biennio 2009-2010 da parte di tutte le ASL, escluse Massa e Carrara e Lucca (che hanno iniziato successivamente) e Pisa (dati non pervenuti). Pertanto l'analisi si basa sugli arruolati di tutte le altre ASL durante il 2010.

Come gruppo di confronto sono stati estratti dai flussi sanitari i malati cronici assistiti da medici mai entrati a far parte della SI.

Il periodo di osservazione va dal 2011 al 2014, ma tiene conto del quadriennio precedente al 2010, da utilizzare come riferimento nell'analisi. Sono pertanto inclusi tutti i residenti in Toscana cronici per diabete o scompenso e assistiti dallo stesso medico di medicina generale dal 2006 al 2014 (in caso di decesso ovviamente il follow-up si interrompe prima del 2014).

Sono stati misurati i tassi d'incidenza di alcuni indicatori di processo specifici per la malattia, i tassi d'ospedalizzazione e di mortalità.

¹ <https://docs.google.com/viewer?>

url=https://www.ars.toscana.it/files/aree_intervento/malattie_croniche/news/ARS_Report_Impatto_sanita_iniziativa_nov_2013.pdf

2.1 Analisi preliminare sulle coorti e possibili bias

Le prime analisi sono state effettuate sulle coorti estratte per valutare possibili bias. In particolare esisteva l'ipotesi che i pazienti arruolati fossero stati in qualche modo selezionati dai medici, dando la priorità o meno a determinate caratteristiche che avrebbero potuto inficiare i risultati.

Queste analisi hanno confermato quanto ipotizzato.

Sono stati creati tre gruppi:

- malati cronici da flussi sanitari non esposti alla SI (medico che non ha aderito al progetto)
- malati cronici da flussi sanitari esposti alla SI e arruolati (presenti nelle liste)
- malati cronici da flussi sanitari esposti alla SI non arruolati (non presenti nelle liste)

e sono state fatte delle misurazioni di alcuni indicatori di salute.

In sintesi i pazienti esposti non arruolati hanno un rischio di mortalità nel periodo successivo maggiore, sia del gruppo arruolato che dei non esposti. Allo stesso tempo mediamente assumono meno farmaci, fanno meno visite specialistiche e sono più giovani.

Questo risultato fa ipotizzare un criterio di arruolamento "opportunistico" da parte dei medici durante la prima fase, che ha privilegiato i pazienti con i quali avevano rapporti più frequenti, più collaborativi, ed ha escluso i pazienti ad alto rischio di mortalità a breve termine.

Tutto questo introduce un bias di selezione nello studio che per essere confermato con certezza necessiterebbe di informazioni cliniche sui pazienti, purtroppo non disponibili.

2.2 Matching del gruppo di controllo

Per cercare di limitare il bias di selezione ipotizzato una possibile strategia è quella di selezionare un gruppo di controllo (non esposti alla SI) il più possibile simile al gruppo di arruolati. Come detto in precedenza, non disponendo di informazioni cliniche sui pazienti, i dati utilizzabili sono quelli anagrafici e di utilizzo dei servizi sanitari. E' stato perciò effettuato un matching 1:1 tra arruolati e non esposti alla SI, ovvero per ogni arruolato è stato selezionato un non esposto di confronto che avesse gli stessi valori per:

- età
- genere
- ASL di residenza
- numero di visite specialistiche effettuate nel 2009
- farmaci assunti durante il 2009
- Charlson index (indice di comorbidità) al 2009
- ospedalizzazione nel periodo 2006-2009
- età del medico
- genere del medico.

Per le analisi di mortalità ci si è basati su queste variabili, mentre per le analisi di processo e ospedalizzazione l'analisi è stata corretta anche per il rischio di morte durante il follow-up, forse il miglior proxy delle condizioni cliniche del paziente.

3. Risultati

3.1 Monitoraggio e terapia

Per entrambe le patologie aumentano gli indicatori di processo e terapia.

Tra gli scompensati arruolati aumenta la percentuale di pazienti in terapia con betabloccanti (+7% in termini relativi rispetto ai non esposti) e la percentuale di pazienti con misurazione della creatinina e degli elettroliti nel sangue (+20%).

Nel diabete aumentano del 66% i pazienti che effettuano nell'anno il Guideline Composyte

Indicator (almeno emoglobina glicata e due tra creatininemia, profilo lipidico, fondo occhio).

Tabella 1. Impatto su indicatori di terapia e monitoraggio, periodo 2011-2014.

Patologia	Indicatore	Tassi d'incidenza		Rapporto tassi adj*	I.C. 95%		p-value
		No SI	Arruolati		Min	Max	
Scompenso	Ter. betabloccanti	59%	65%	1,07	1,03	1,12	0,000
	Creatinina/elettroliti	65%	81%	1,20	1,16	1,25	0,000
Diabete	GCI	46%	29%	1,66	1,55	1,76	0,000

* aggiustato per variabili di matching e valore nel periodo 2006-2009.

3.2 Mortalità

Diminuisce la mortalità a 4 anni tra gli arruolati, rispetto ai non esposti.

Tra gli scompensati si registra circa un -15% in termini relativi (tasso di mortalità grezzo pari a 10,8% tra gli arruolati e 12,6% tra i non esposti), tra i diabetici un -11% (tasso di mortalità grezzo 4,2% tra gli arruolati e 4,6% tra i non esposti).

Come detto in precedenza queste diminuzioni potrebbero essere sovrastimate, ma, in base ai dati a nostra disposizione, non è possibile eliminare totalmente il bias di selezione degli arruolati.

3.3 Ospedalizzazione (regime ordinario per acuti)

Per alcune cause, aumenta l'ospedalizzazione in entrambe le patologie.

Tra gli scompensati arruolati si rileva un +15% (in termini relativi) di ospedalizzazione generale e un +35% di ospedalizzazione per scompenso cardiaco. Va detto che, dopo il primo ricovero, arruolati e non esposti presentano rischi di nuova ospedalizzazione analoghi, avvengono perciò più primi ricoveri a più persone, ma non vi è un aumento di ricoveri ripetuti per la stessa persona.

Anche nel diabete aumenta del 3% l'ospedalizzazione per complicanze a lungo termine, aumento quasi totalmente imputabile all'aumento dei ricoveri programmati (+15%).

È plausibile che questi aumenti siano dovuti ad un rapporto più frequente con il paziente che ha portato, in un primo momento, all'emersione di un bisogno reale, e in generale ad un ricorso maggiore, ma più appropriato, al ricovero ospedaliero. Considerato l'impatto sulla mortalità infatti, se pur sovrastimato, l'intervento sembra mostrare benefici per la salute del paziente.

*** **

La sanità d'iniziativa attraverso gli occhi dei pazienti: indagine di soddisfazione anno 2012

Premessa

Con il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 la Regione Toscana, ispirandosi al Chronic Care Model (CCM) sviluppato alla fine degli anni '90 [1-2], dà il via ad un rinnovamento organizzativo e culturale che segna un cambio di rotta nell'assistenza dei pazienti cronici, passando da una medicina d'attesa, re-attiva e pensata per i pazienti in fase acuta, ad una sanità che va incontro al paziente, pro-attiva, programmata e rivolta all'intera popolazione dei cronici per "[...] assumere il bisogno di salute prima che la malattia cronica insorga, si manifesti o si aggravi [...]". Nasce così la Sanità di iniziativa, che muove i suoi primi passi nel 2010, quando 627 medici di famiglia, organizzati in 56 moduli multiprofessionali (composti oltre che dai medici di famiglia, anche da infermieri e operatori socio sanitari), aderiscono alla fase pilota del progetto.

1. La survey

Tra il 2011 e il 2012 viene progettata e condotta dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa la *survey* rivolta ai pazienti presi in carico dai primi moduli pilota della Sanità d'iniziativa. L'indagine si pone come obiettivo di rilevare attraverso il vissuto del paziente gli elementi chiave del CCM, avendo come schema di riferimento il framework che descrive come l'interazione tra le componenti del CCM (*self-management, decision support, delivery system design e clinical information system*), unite ad un comportamento attivo del paziente e ad una azione proattiva del team, condiziona in modo sostanziale gli outcome clinici e funzionali dell'assistenza [2] [3].

2. Il questionario.

Il questionario, costruito dai ricercatori oltre che sulla base della letteratura esistente su tema, anche dal confronto con esperti nazionali e internazionali, e approvato dalla Commissione regionale di monitoraggio sull'attuazione della sanità d'iniziativa (CORMAS), permette di rilevare l'organizzazione, il processo e gli outcome osservati a poco più di un anno di distanza dall'avvio del progetto pilota.

Sono 7 le sezioni tematiche del questionario somministrato: il reclutamento, le visite di controllo, gli incontri di counselling, gli aspetti logistici, le visite specialistiche, il coordinamento tra le figure professionali e la valutazione complessiva in termini di informazione, empowerment, assistenza e benefici per lo stato di salute.

Le scale adottate per rilevare l'esperienza dei pazienti sono prevalentemente di tipo reporting, rilevano cioè se, ad esempio, un determinato evento è avvenuto *sempre, a volte o mai*. Per il paziente è più facile rispondere ad una domanda con cui si chiede se un determinato evento è accaduto durante le visite di controllo, anziché una valutazione dello stesso, e l'interpretazione della stessa risposta può risultare più immediata [4].

3. Il campione

Un campione di pazienti, diabetici o scompensati, è stato estratto in modo casuale dalle liste degli assistiti presi in carico da 55 dei 56 moduli che hanno aderito alla fase pilota della Sanità di Iniziativa. Non ha partecipato alla rilevazione il modulo di Pontassieve (ASL 10 Firenze).

Il campione è stato progettato per essere rappresentativo della popolazione dei singoli moduli (livello di confidenza al 95% con margine di errore +/- 3, 5%) e al suo interno stratificato, in modo proporzionale alla composizione della popolazione di riferimento, tra pazienti diabetici e pazienti scompensati. Per poter identificare correttamente e distintamente i percorsi assistenziali creati nei 55 moduli per i pazienti diabetici e per i pazienti scompensati, sono stati esclusi dalla rilevazione i pazienti affetti da entrambe le patologie.

Infine, sono stati considerati eleggibili ai fini della rilevazione solo (i) i pazienti che al momento dell'intervista confermano di essere seguiti in visite di follow up alla presenza di un infermiere/una infermiera (oltre che, se presenti, del medico di famiglia, operatore socio sanitario, specialista, etc.); (ii) e coloro che hanno avuto almeno un accesso all'ambulatorio del modulo nei 12 mesi che precedono l'intervista.

4. Risultati.

Il 72% dei pazienti intervistati ha più di 65 anni, soffre di diabete o di scompenso cardiaco in media da circa 11 anni e dichiara prevalentemente di avere una percezione del proprio stato di salute soddisfacente, molto buona o eccellente (88%).

I pazienti hanno accettato di essere assistiti secondo il modello assistenziale della Sanità d'iniziativa soprattutto perché hanno fiducia nel medico di famiglia che glielo ha proposto e perché desiderano avere un punto di riferimento nella gestione della malattia cronica. Inoltre l'88% dei pazienti dichiara di aver fiducia nell'infermiere e il 91% valuta ottimo o buono il modo di lavorare insieme del medico di famiglia e dell'infermiere.

Durante le visite di controllo l'infermiere del modulo lavora per aumentare l'empowerment del paziente, in primis attraverso un'educazione volta ad intervenire sugli stili di vita: i risultati raccolti mostrano che i pazienti ricevono informazioni su una sana alimentazione (93%), sull'attività fisica (94%), sul consumo di alcolici (91%) e sul fumo (87%).

Tra le procedure attivate per il monitoraggio dello stato di salute del paziente, la misurazione della pressione (97%) e della glicemia (95%) (o la verifica dei valori registrati a casa), e della circonferenza della vita (94%) (o del peso corporeo) avvengono regolarmente, mentre non risulta essere ancora una prassi il controllo del piede (61%).

Questa indagine ha inoltre permesso di monitorare i principali outcome prodotti dal nuovo approccio assistenziale. In particolare si osserva che il 63% dei pazienti è in grado di gestire meglio la propria malattia, il 67% è più informato e ha osservato dei benefici sulla propria salute, e l'86% ha osservato un miglioramento nell'assistenza. Gli outcome sono migliori con il diminuire degli anni di malattia.

Tabella 1 – % di informazioni ricevute e di attività di monitoraggio svolta dagli infermieri dei moduli della Sanità d'iniziativa, per gli outcome osservati ($p < 0.01$)

	È in grado di gestire meglio la sua malattia cronica a casa?		Pensa di avere maggiori informazioni sulla sua malattia cronica?	
	Sì	No	Sì	No
Ha ricevuto informazioni su...**				
<i>self-monitoring</i>	69.9	54.4	69.7	53.2
<i>alimentazione</i>	91.9	83.9	92.9	81.2
<i>peso</i>	92.9	85.8	93.7	83.6
<i>attività fisica</i>	92.7	86.5	93.5	84.4
<i>consumo di alcolici</i>	83.3	72.5	84.5	69.7
<i>fumo</i>	87	78.6	89	75.4
Le hanno controllato...				
<i>la pressione</i>	94.9	93.9	95.4	92.8
<i>la glicemia*</i>	94.5	90.5	94.5	90.2
<i>la vista*</i>	59.6	48.1	59.8	46.6
<i>il piede*</i>	55.6	40.3	54.5	40.8
<i>la circonferenza vita/peso</i>	93	88.6	93.1	87.9

* Le risposte dei soli pazienti diabetici; **I valori % si riferiscono alla risposta "Sì, sempre".

Alcune analisi di approfondimento mostrano un'associazione positiva tra l'attività di informazione e monitoraggio dello stato di salute e gli outcome dell'assistenza. In particolare, i pazienti che riportano di essere più informati e di saper gestire meglio la malattia a casa sono anche i pazienti che riportano una più alta percentuale di informazioni ricevute e attività di monitoraggio svolte durante i colloqui con l'infermiere (Tabella 1).

Infine, il livello di pro-attività presente nei moduli è buono se si considera che i pazienti contattati prima della visita di controllo per ricordare o fissare la data dell'appuntamento sono il 73% dei casi. Tuttavia, nel caso siano prescritte visite specialistiche, solo 15 volte su 100 la prenotazione della visita è fatta direttamente dal personale del modulo, mentre il 68% dei pazienti si è rivolto da solo o con l'aiuto di un parente al Centro Unico di Prenotazione.

5. Conclusioni

L'esperienza dei pazienti seguiti dai moduli pilota della Sanità d'iniziativa è sicuramente positiva, considerato che i due terzi del campione intervistato riportano esiti positivi: si sentono in grado di gestire la malattia a casa, sono più informati e riportano di averne beneficiato anche in termini di salute. Inoltre l'assistenza è nel suo complesso migliorata. Questi risultati sono ancora più consistenti tra i pazienti la cui malattia è stata diagnosticata negli ultimi 5 o 8 anni, a riprova del fatto che il modello è efficace anche e soprattutto nelle prime fasi della presa in carico. Esiste infine un'associazione positiva tra gli esiti e l'attività di informazione e monitoraggio condotta dall'infermiere.

Riferimenti bibliografici

- [1] Edward H. Wagner, Managed Care and Chronic Illness: Health Services Research Needs, Health Services Research, 1997; 32(5): 702-714.
- [2] Thomas Bodenheimer et al, Improving Primary care for Patients with Chronic illness: the chronic care model, Part 2, JAMA, 2002; 208: 1909-1914.
- [3] Katie Coleman et al, Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium, Health Affairs, 2009; 28(1) :75-85.
- [4] Coulter A., Fitzpatrick R., Cornwell J. (2009), The Point of Care. Measure of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses, The King's Fund 2009.

*** **

La Sanità d'iniziativa secondo il punto di vista dei medici di medicina generale

Premessa

Come già sopra accennato, il progetto regionale “Sanità d'iniziativa” si ispira agli elementi costitutivi del Chronic Care Model, che possono essere riassunti come segue:

- l'organizzazione di un team multidisciplinare composto da medici di medicina generale (MMG), infermieri ed educatori con una chiara divisione del lavoro che distingue l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici. In Toscana l'unità elementare del progetto è rappresentata dai moduli, ovvero aggregazioni funzionali di MMG con una popolazione di circa 10.000 assistiti, all'interno dei quali opera il team multiprofessionale. Il MMG coordina il modulo e costituisce il responsabile clinico del team e del paziente, con funzione di supervisione e orientamento della attività del team verso obiettivi condivisi, misurabili;
- un potenziamento dell'empowerment del paziente che viene educato a gestire la patologia attraverso corretti e targettizzati stili di vita;
- il supporto alle decisioni attraverso la condivisione di linee-guida basate e standard di qualità dell'assistenza;
- lo sviluppo e mantenimento di sistemi informativi di raccolta dati, individuali e aggregati, dei pazienti e dell'assistenza relativa.

In tale contesto l'attività ambulatoriale del MMG e la collaborazione con le professioni coinvolte risultano aspetti determinanti per una buona realizzazione del progetto in termini organizzativi e di integrazione. Analizzare quindi il punto di vista del MMG aderente al progetto in termini di soddisfazione ed esperienza può costituire un valido supporto sia per monitorare l'esperienza maturata negli anni, sia per intraprendere eventuali azioni correttive e individuare potenziali buone pratiche locali verso cui tendere.

1. L'indagine

La Regione Toscana tra il 2014 ed il primo semestre 2015, in linea con le modalità di associazionismo della medicina generale previste nel Decreto Balduzzi, nel Patto per la Salute 2014-2016 e nell'Accordo Integrativo Regionale della Toscana (AIR), ha costituito 115 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Secondo l'AIR della Regione Toscana, le AFT hanno il compito di conseguire obiettivi di salute definiti all'interno della programmazione aziendale e regionale attraverso la sanità di iniziativa e gli strumenti principali della *clinical governance*. In questo contesto la Regione, in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha sviluppato e implementato un'indagine di soddisfazione ed esperienza dei MMG sull'organizzazione delle cure primarie. L'indagine risponde ad un duplice obiettivo:

- analizzare la prospettiva del MMG all'interno del SSR, valorizzando la sua esperienza e percezione in termini di attività, criticità e collaborazione con le altre professioni ed esperienza su alcuni progetti di organizzazione, quali sanità di iniziativa e case della salute;
- monitorare il funzionamento delle AFT in termini sia organizzativi (rilevazione incontri, discussioni, ruolo del coordinatore, comunicazione, partecipazione...), sia in termini programmatici (strumenti di budget, obiettivi, diffusione obiettivi, strumenti di audit e governo clinico...).

L'indagine è stata indirizzata tutti i MMG della Toscana tramite un questionario online: ad ogni MMG è stata inviata una mail con il link al questionario e la password per accedere e rispondere.

1.1 Sezioni e contenuti del questionario.

In totale l'indagine è strutturata da 6 macro sezioni e 60 domande obbligatorie totali, così come indicato nella tabella seguente. Per le domande di soddisfazione sono state utilizzate scale dispari con 5 opzioni di risposta. Le sezioni indagano il ruolo del MMG sia come attore interno al sistema sanitario in termini di attività svolte, sia come attore esterno in termini di rapporto, integrazione e collaborazione con gli altri professionisti.

Tabella n. 1 Sezioni e rationale del questionario

Sezione	Razionale	N. domande
1. Informazioni generali sul MMG	Contiene domande per inquadrare le caratteristiche del MMG e degli assistiti.	7 domande
2. Attività e rapporto con altri professionisti	Si concentra su alcune attività svolte dal MMG (ADI, promozione della salute...) e sul rapporto con altri professionisti sanitari. In particolare sono state rilevate sia le modalità con cui avvengono le interazioni sia i livelli di integrazione con le altre professioni, con un focus specifico sugli specialisti.	16 domande
3. Cure primarie e cronicità	E' composta da sue sottosezioni a cui il MMG ha risposto quando coinvolto nel progetto Sanità di Iniziativa e/o lavori all'interno di una Casa della Salute.	10 domande
4. Governance e organizzazione nella AFT	Riguarda in particolar modo l'esperienza del MMG all'interno della AFT secondo diversi punti di vista: le aspettative in termini di obiettivi di AFT, la collaborazione con gli altri MMG ed il coordinatore, la partecipazione all'organizzazione di AFT, la discussione degli aspetti più manageriali della AFT in termini di obiettivi.	17 domande
5. Soddisfazione e stress lavorativo	Contiene domande riguardanti la percezione del MMG sulla complessità di alcune sue attività e la soddisfazione generale sulla sua professione.	9 domande

In particolare la sezione 3 è dedicata ad approfondire l'esperienza del MMG sul progetto regionale di sanità d'iniziativa. Considerando alcuni dei principi del CCM secondo Wagner (1998), sono state elaborate alcune semplici domande rivolte ai MMG aderenti al progetto, secondo la tabella seguente. I medici che, all'interno del questionario, hanno dichiarato di aderire al progetto hanno risposto ad alcune domande con lo scopo di approfondire il punto di vista dei MMG stessi sull'organizzazione e sull'impatto del progetto stesso.

Tabella n. 2 Focus su Sanità di iniziativa all'interno dell'indagine

Principi del CCM	Domande di soddisfazione ed esperienza del MMG
Proattività dell'assistenza e supporto alle decisioni	Da 1 a 5 che impatto ha avuto il progetto Sanità di Iniziativa sulla presa in carico dei pazienti cronici e complessi? Da 1 a 5 che impatto ha avuto il progetto Sanità di Iniziativa sulla appropriatezza e qualità delle cure?
Organizzazione del team multidisciplinare	Da 1 a 5 che impatto ha avuto il progetto Sanità di Iniziativa sulla organizzazione del lavoro ambulatoriale? Da 1 a 5 che impatto ha avuto il progetto Sanità di Iniziativa sul rapporto con gli infermieri territoriali?

	Da 1 a 5 che impatto ha avuto il progetto Sanità di Iniziativa sul rapporto con gli specialisti?
Empowerment del paziente	Da 1 a 5 che impatto ha avuto il progetto Sanità di Iniziativa sull'empowerment del paziente?
Sviluppo sistemi informativi	Da 1 a 5 che impatto ha avuto il progetto Sanità di Iniziativa sullo scambio di informazioni tra professionisti?

1.2 Tempistiche e tasso di risposta

Il questionario è stato condiviso con la Regione Toscana e con le aziende sanitarie (Responsabili di Cure primarie), nonché con alcuni rappresentanti della Medicina Generale. Una volta definito, alcuni MMG selezionati hanno testato il questionario al fine di validarne i contenuti e la coerenza. Tale fase si è conclusa a Marzo 2015. A partire quindi da fine Marzo il questionario è stato accessibile a tutti i 2730 MMG della Toscana per un periodo di circa 40 giorni. Alla chiusura del questionario, il tasso di partecipazione totale all'indagine è stato del 41,6%, equivalente a 1136 MMG. Come riportato nella tabella e nel grafico sottostanti, l'azienda USL 9 di Grosseto ha fatto registrare la più alta partecipazione, con 102 rispondenti su un totale di 162 MMG (63%). Per contro l'azienda USL 4 di Prato, con il 23,2% di rispondenti, risulta l'azienda con il più basso grado di coinvolgimento dei medici di medicina generale.

Tabella 3 Tasso di risposta all'indagine per azienda USL

AUSL	Totale MMG	Rispondenti	Tasso risposta
AUSL 1 MS	152	54	35,50%
AUSL 2 LU	163	71	43,60%
AUSL 3 PT	217	100	46,10%
AUSL 4 PO	181	42	23,20%
AUSL 5 PI	247	97	39,30%
AUSL 6 LI	262	98	37,40%
AUSL 7 SI	200	111	55,50%
AUSL 8 AR	250	110	44,00%
AUSL 9 GR	162	102	63,00%
AUSL 10 FI	608	213	35,00%
AUSL 11 EM	167	80	47,90%
AUSL 12 VI	121	58	47,90%
Regione Toscana	2730	1136	41,60%

2. I risultati per la Sanità d'iniziativa

Di seguito si riportano i risultati del questionario relativamente alla sezione 3 dedicata alla Sanità d'iniziativa. Il profilo e i risultati in termini di soddisfazione ed esperienza dei MMG descritti quindi nei paragrafi successivi sono da attribuirsi ai soli MMG che hanno risposto, all'interno del questionario, di aderire al progetto.

2.1 Il profilo del medico che aderisce alla sanità di iniziativa

Dei 1136 MMG che hanno risposto all'indagine, 619 (ovvero il 54,5%) ha risposto di aderire al progetto Sanità d'iniziativa. La tabella seguente riporta il numero dei medici che ha risposto di aderire al progetto di sanità di iniziativa per azienda di competenza del MMG.

Tabella 4 MMG che hanno risposto all'indagine e hanno dichiarato di aderire al progetto di sanità di iniziativa

AUSL	Rispondenti che dichiarano di aderire alla Sanità di iniziativa
AUSL 1 MS	28
AUSL 2 LU	39
AUSL 3 PT	44
AUSL 4 PO	24
AUSL 5 PI	43
AUSL 6 LI	53
AUSL 7 SI	51
AUSL 8 AR	66
AUSL 9 GR	70
AUSL 10 FI	126
AUSL 11 EM	35
AUSL 12 VI	40
Reg. Toscana	619

L'età media dei MMG aderenti è di 58,5 anni. Il 73,8% dei medici è maschio (457 MMG) e il restante 26.17% è rappresentato da medici donne (162 MMG). La quasi totalità dei MMG è in associazione: solo il 5% dichiara di non far parte di nessun tipo di forma associativa.

Considerando la sede dell'ambulatorio principale, la metà dei MMG aderenti ha l'ambulatorio in un'area urbana, il 23% in un capoluogo di provincia, il 22% in un'area rurale e il 3% circa (18 medici) in un'area urbana isolata. Oltre l'85% dei MMG aderenti dichiara di avere tra i 1.000 ed i 1.500 assistiti, mentre solo il 3% dichiara di avere meno di 500 assistiti. Quasi il 65% stima che i pazienti cronici siano tra il 25% ed il 50% dei propri assistiti; il 18% stima invece una percentuale compresa tra il 50 ed il 75%.

Il 58% dei MMG ha aderito al progetto da oltre due anni, il 20% circa da 1 o 2 anni ed il restante 18% da meno di un anno. In particolare l'azienda USL 1 di Massa Carrara ha aderito successivamente al progetto e molti dei medici di più recente adesione fanno parte di tale azienda.

2.2 La soddisfazione ed esperienza del progetto su alcuni aspetti dell'attività del medico di medicina generale

L'esperienza e la soddisfazione sul progetto di sanità di iniziativa è stata monitorata attraverso alcune domande che hanno avuto lo scopo di quantificare l'impatto che il progetto ha avuto su alcuni aspetti dell'attività ambulatoriale del medico di medicina generale con scala di risposta dispari (dove 1 indica "nessun impatto" e 5 indica "impatto totalmente positivo"). In particolare gli aspetti analizzati sono:

- il rapporto con gli altri professionisti coinvolti, quali infermieri e specialisti e lo scambio di informazioni;
- il lavoro in ambulatorio del singolo MMG;
- l'assistenza in termini di presa in carico dei pazienti, appropriatezza e qualità delle cure;
- *l'empowerment* dei pazienti.

La tabella n. 5 riassume i risultati di soddisfazione ed esperienza in termini di impatto sui diversi aspetti tramite la distribuzione percentuale delle risposte alla domanda "Da 1 a 5, dove 1 indica un impatto e 5 indica un impatto totalmente positivo, che impatto ha avuto la sanità di iniziativa sui

seguenti aspetti?». Si sottolinea quindi che l'impatto è stato monitorato con una scala il cui minimo presupponeva un mantenimento dello status quo (e non quindi un peggioramento) e il massimo presupponeva un impatto totalmente positivo.

Tabella n.5 L'impatto del progetto di sanità di iniziativa sui principali aspetti secondo le risposte dei MMG a livello regionale (distribuzione percentuale sul totale dei 619 MMG che aderiscono alla sdi e hanno risposto al questionario.

Da 1 a 5 che impatto ha avuto il progetto Sanità di Iniziativa sui seguenti aspetti?	1 Nessun impatto	2	3	4	5 Impatto totalmente positivo
Organizzazione del lavoro ambulatoriale	12,28%	16,80%	34,25%	24,23%	12,44%
Rapporto con gli infermieri	9,21%	13,25%	25,20%	30,05%	22,29%
Rapporto con gli specialisti	26,17%	23,59%	28,11%	15,35%	6,79%
Scambio di informazioni	19,55%	23,42%	29,08%	19,39%	8,56%
Presa in carico pazienti cronici e complessi	8,56%	12,92%	26,82%	31,99%	19,71%
Appropriatezza e qualità delle cure	6,95%	13,73%	28,11%	35,22%	15,99%
Empowerment del paziente	6,79%	15,19%	32,31%	31,34%	14,38%

Secondo i MMG, il progetto ha contribuito a migliorare sostanzialmente l'assistenza ai pazienti cronici sia in termini di presa in carico sia in termini di appropriatezza e qualità delle cure: oltre il 50% dei MMG dichiara infatti che il progetto ha avuto un impatto totalmente positivo o positivo su tali aspetti, mentre per meno del 10% dei medici l'impatto è stato nullo. Il progetto ha inoltre contribuito in maniera assai positiva anche in termini di empowerment del pazienti, con un beneficio positivo riscontrato per circa il 45% dei MMG.

In termini di miglioramento dell'organizzazione del lavoro ambulatoriale il progetto ha avuto un impatto molto positivo per circa il 36% dei MMG in sdi, mentre per circa il 29% dei MMG il progetto non ha avuto nessun o un impatto minimo su tale aspetto.

Considerando infine il rapporto con gli altri professionisti, sia in termini di collaborazione che di scambio di informazioni, si rileva un duplice aspetto: da una parte il progetto ha contribuito a migliorare il rapporto con gli infermieri territoriali, dall'altra, invece, appare più scarso l'impatto con gli specialisti. In particolare oltre il 50% dei medici in sdi dichiara che il progetto ha influito assai positivamente sul rapporto con gli infermieri, mentre nel caso degli specialisti tale impatto positivo o totalmente positivo è stato dichiarato nel 22% dei casi. Il 50% dei MMG in sdi dichiara che l'impatto nella collaborazione con gli specialisti è stato nullo o assai scarso. Per quanto riguarda infine lo scambio di informazioni circa il 25% dei medici dichiara un impatto totalmente positivo o comunque positivo, mentre oltre il 50% dei MMG sottolinea che il progetto non ha contribuito a migliorare lo scambio di informazioni.

2.3 La soddisfazione ed esperienza in termini complessivi

In termini di giudizio globale, è stato chiesto ai medici di valutare complessivamente il progetto su una scala da 1 a 5, dove 1 indica “per niente soddisfatto” e 5 indica “totalmente soddisfatto”. A livello regionale la soddisfazione complessiva è descritta nella figura n. 2. Il 45% dei MMG aderenti ha riportato una soddisfazione buono o ottima (scala 4 o 5), mentre solo il 6% ha riportato un giudizio totalmente negativo. Considerando il profilo del MMG, risultano più soddisfatti coloro che sono nel progetto da più anni, mentre non risultano determinanti altre caratteristiche del MMG, quali età, sesso o sede dell’ambulatorio.

Tabella n. 6 Soddisfazione complessiva dei MMG sul progetto di Sanità di iniziativa, distribuzione percentuale a livello regionale (distribuzione percentuale)

Soddisfazione complessiva	1 Per niente soddisfatto	2	3	4	5 Totalmente soddisfatto
Da 1 a 5 come valuta complessivamente il progetto Sanità di Iniziativa?	6,95%	14,22%	33,60%	31,50%	13,73%

2.4 Confronto tra la soddisfazione dei medici aderenti alla sanità di iniziativa e dei medici non aderenti su alcune tematiche trasversali

E' possibile analizzare alcuni aspetti generali toccati nel questionario al fine di comprendere se la partecipazione al progetto possa avere un'influenza su questioni trasversali riguardanti la medicina generale. Si considerano quindi due gruppi di medici, ovvero coloro che hanno risposto di aderire alla sanità d'iniziativa (619 MMG) e coloro che hanno risposto di non aderire (517 MMG). In particolare si è proceduto con un'analisi della varianza con lo scopo di comparare i risultati di alcune domande tra i due diversi gruppi, testando l'eventuale differenza delle medie attraverso il test di Bonferroni. La tabella seguente mostra per alcuni aspetti le medie dei due gruppi e la relativa significatività statistica. La media delle risposte va interpretata attraverso la scala di risposta dispari 1-5, dove 1 indica “per niente soddisfatto” e 5 “totalmente soddisfatto”.

Tabella n. 7 Soddisfazione per i due gruppi di MMG (aderenti vs non aderenti alla sdi) che hanno risposto all'indagine

Soddisfazione del MMG su...	Media MMG aderenti alla sdi	Media MMG non aderenti alla sdi	Significatività statistica della differenza tra le medie
Rapporto instaurato con i pazienti	4.01	3.99	Non significativa
Professione di MMG	3.55	3.35	Significativa
Sistema sanitario regionale della Toscana	2.94	2.69	Significativa
Collaborazione con colleghi MMG	3.63	3.37	Significativa
Collaborazione con infermieri	3.73	3.63	Non significativa
Collaborazione con specialisti	2.77	2.82	Non significativa

In termini di soddisfazione sugli aspetti analizzati dalla tabella 5, i medici aderenti alla sanità d'iniziativa sono più soddisfatti, in maniera statisticamente significativa, sulla propria professione (3.55 vs 3.35), sul rapporto instaurato con gli i colleghi MMG (3.63 vs 3.37) e sul sistema sanitario regionale (2.94 vs 2.69). Per gli altri aspetti, tra cui collaborazione con infermieri, specialisti e rapporto con i pazienti, invece, la differenza tra le medie non è statisticamente significativa.