

La profilazione del rischio nell'ambito dei Piani Cronicità: l'esperienza della Regione Piemonte

Elisabetta Listorti¹, Giuseppe Costa^{2,3}, Elisa Ferracin²,
Roberto Gnani², Roberta Picariello², Teresa Spadea²

1. Centre for Research on Health and Social Care Management, Università Bocconi, Milano
2. SCaDU Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3, Grugliasco (TO)
3. Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli studi di Torino

Catania, 23 ottobre 2019

I. Il contesto: il Piano Nazionale Cronicità

Peculiarità:

- Attenzione alla **popolazione** -> scopi di programmazione
- Attenzione al **singolo** -> medicina proattiva, percorso di cura personalizzato



 Bisogno di strumenti ambivalenti:
profili di salute e profilazione individuale

Il Piano Nazionale Cronicità: le fasi

**Stratificazione
e targeting
della
popolazione**

Promozione
della salute,
prevenzione e
diagnosi
precoce

Preso in carico
e gestione del
paziente
attraverso il
piano di cura

Erogazione di
interventi
personalizzati
per la gestione
del paziente
attraverso il
piano di cura

Valutazione della
qualità delle
cure erogate

Stratificazione: significato

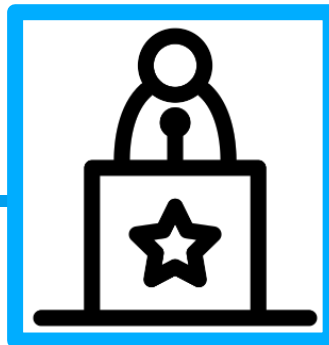


Pazienti
complessi
e fragili

Pazienti con
singola voce
nosologica

Popolazione sana

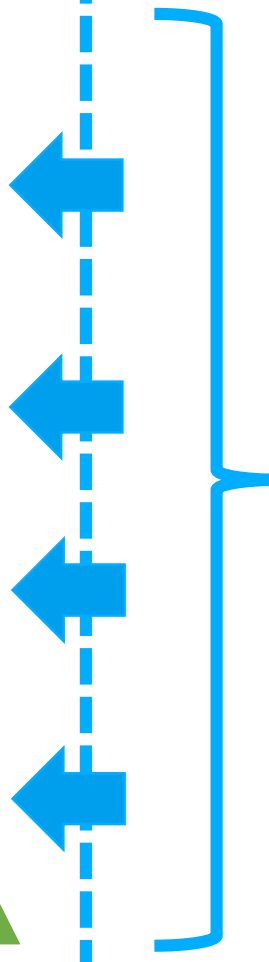
Stratificazione: obiettivi



Pazienti
complessi
e fragili

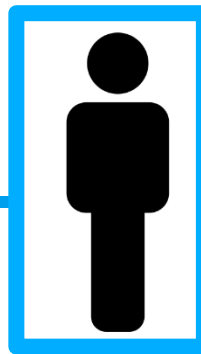
Pazienti con
singola voce
nosologica

Popolazione sana



Quantificare
numerosità, curabilità
e **impatto economico**
per indirizzare gli
interventi di policy

Stratificazione: obiettivi



Pazienti
complessi
e fragili

Pazienti con
singola voce
nosologica

Popolazione sana

Presca in carico della persona

Aderenza PDTA

Automedicazione

Diagnosi precoce

Promozione della salute

II. Profilazione del rischio per il Piano Regionale Cronicità

Profilazione del rischio (I)

- Identificazione soggetti con patologie croniche

Diabete

Cardiopatía ischemica

Vasculopatia cerebrale

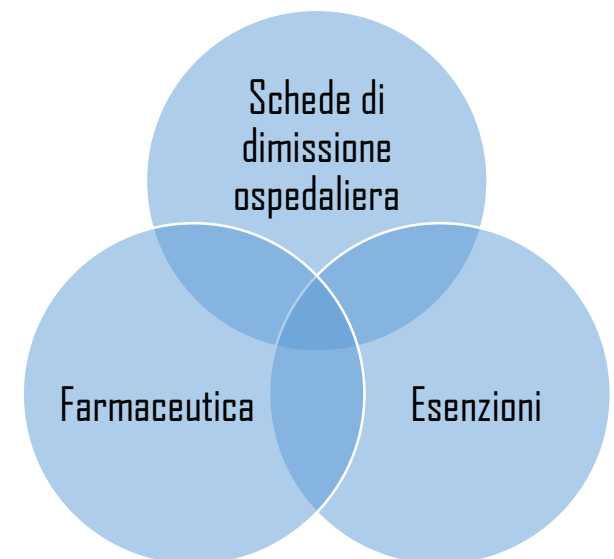
BPCO

Scompenso cardiaco

Insufficienza renale cronica

Pazienti con
singola voce
nosologica

- Integrazione di fonti informative



Profilazione del rischio (2)*

- Ordinamento della popolazione sulla base del loro rischio di eventi avversi di salute
- Assegnamento punteggio di fragilità tra 0 e 1



Pazienti
complessi e
fragili

Variabili esplicative

Età
Charlson index
Poliprescrizioni farmaceutiche
Invalidità
PS codice giallo
PS codice verde
Morbo di Parkinson



Variabili di esito

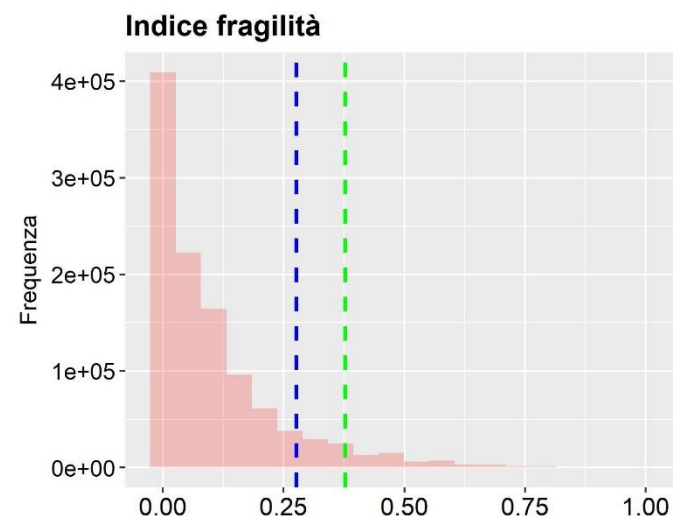
Decesso
PS codice rosso
Ricovero urgente
ADI/esenzione invalidità
Frattura del femore
Ricovero evitabile

Profilazione del rischio (2)*

- Utilizzo indice di fragilità:



Identificazione soggetti maggiormente a rischio



Variabili indice di fragilità	Valore medio soggetti non fragili	Valore medio soggetti fragili
Ps codice rosso	1%	2%
Ricovero urgente	3%	10%
ADI/esenzione invalidità	2%	10%
Frattura del femore	1%	2%
Ricovero evitabile	1%	7%
Decesso a ottobre 2018	8%	39%

co progettazione con MMG



III. L'output della profilazione del rischio

Output della stratificazione

Caratteristiche anagrafiche

- Nome e cognome assistito
- Data di nascita
- Età
- Genere

Caratteristiche sociali

- Livello di istruzione
- Esenzione per reddito

Centri di responsabilità

- Medico di medicina generale
- Asl di residenza
- Distretto di residenza
- Comune di residenza

Indice di fragilità

Patologie croniche

- BPCO
- Scompenso cardiaco
- Cardiopatia ischemica
- Vasculopatie cerebrali
- Insufficienza renale cronica
- Diabete
 - Con utilizzo insulina
 - Con utilizzo ipoglicemizzanti
 - Senza utilizzo insulina o ipoglicemizzanti

Utilizzo ospedale/PS

- Numero di ricoveri ordinari
- Numero di accessi in PS codice rosso
- Numero di accessi in PS codice giallo

Output della stratificazione

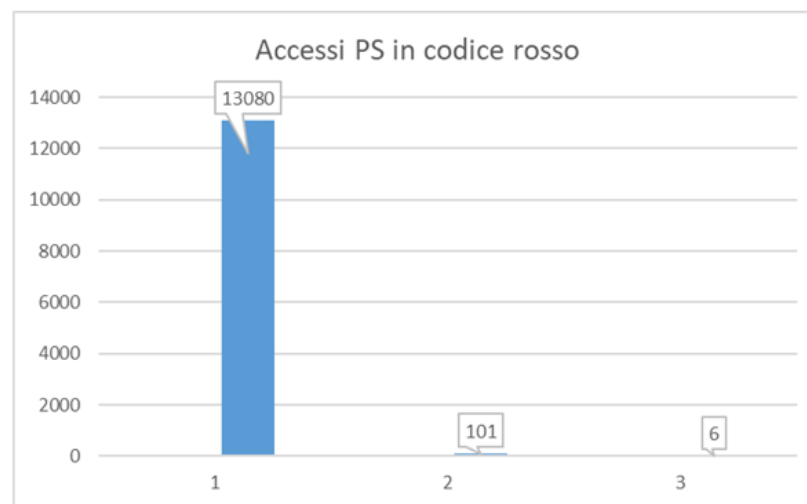
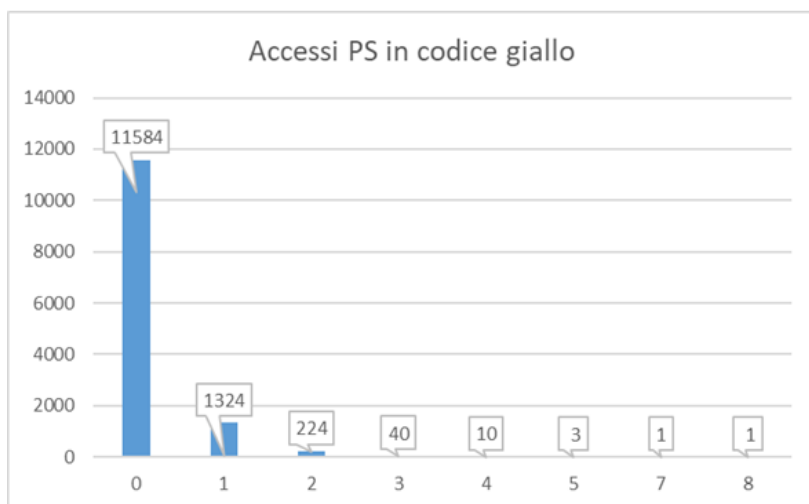
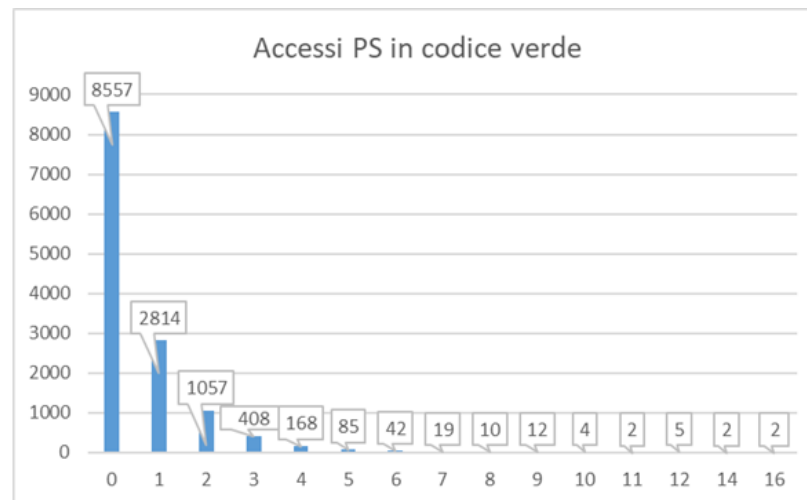
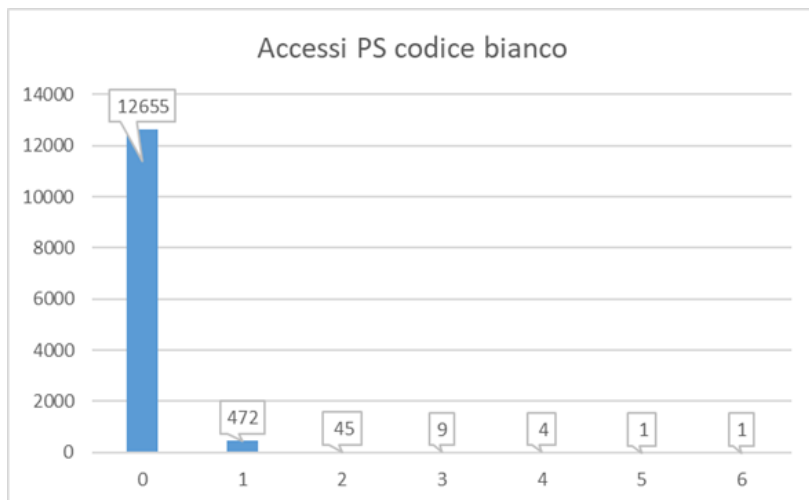
Caratt. anagrafiche				Caratt. sociali		Centri di resp			Indice di fragilità	Patologie croniche						Utilizzo ospedale/PS		
										SC	VC	D	BPCO	CI	IRC	Hosp	Cod rosso	Cod giallo

Output 1: utilizzo dati aggregati



	Età	N totale	Accessi in RO o PS giallo o rosso	Punteggio fragilità intervallo (5%-95%)
Nessuna delle sei patologie croniche				
BPCO				
Insufficienza renale cronica				
Scenpenso cardiaco				
Vasculopatie cerebrali				
Cardiopatia ischemica				
Diabete				
2-3 patologie croniche				
>3 patologie croniche				

Un esempio di utilizzo: ASL TO 3



Un esempio di utilizzo: ASL TO 3

Pronto Soccorso	Totale accessi eseguiti da soggetti fragili*	Totale accessi eseguiti da tutta popolazione over 65 dell'ASL TO3
Giaveno	283	1611
Pinerolo	2064	10716
Rivoli	2694	13277
Susa	546	3370
Venaria	431	1858
San Luigi	2416	10442

* Sono stati definiti soggetti fragili quelli con punteggio di fragilità superiore al valore dell'ultimo decile

Output 2: utilizzo dati individuali

Caratteristiche anagrafiche

- Nome e cognome assistito
- Data di nascita
- Età
- Genere

Caratteristiche sociali

- Livello di istruzione
- Esenzione per reddito

Centri di responsabilità

- **Medico di medicina generale**
- Asl di residenza
- Distretto di residenza
- Comune di residenza

Indice di fragilità

Patologie croniche

- BPCO
- Scompenso cardiaco
- Cardiopatia ischemica
- Vasculopatie cerebrali
- Insufficienza renale cronica
- Diabete
 - Con utilizzo insulina
 - Con utilizzo ipoglicemizzanti
 - Senza utilizzo insulina o ipoglicemizzanti

Utilizzo ospedale/PS

- Numero di ricoveri ordinari
- Numero di accessi in PS codice rosso
- Numero di accessi in PS codice giallo

Output 2: utilizzo dati individuali







Ruolo del MMG



Caratteristiche anagrafiche				Caratteristiche sociali				Indice di fragilità				Patologie croniche					Utilizzo ospedale/PS		
												SC	VC	D	BPCO	CI	IRC	Hosp	Cod rosso
								0.2	1	0	1	0	0	0					
								0.7	1	1	1	0	0	0					
								0.01	0	0	0	0	0	0					

IV: ...e poi?

- Obiettivo seminario: presentazione di iniziative che:
 - Integrano diverse fonti dati 
 - Produzione di profili di salute 
 - Stima carico di malattia nella popolazione 
 - Per orientare le scelte di priorità dell'intervento 

- Obiettivo seminario: presentazione di iniziative che:

- Integrano diverse fonti dati ✓

- Produzione di profili di salute ✓

- Stima carico di malattia nella popolazione ✓

- Per orientare le scelte di priorità dell'intervento ?



I nostri strumenti permettono di quantificare

- Prevalenza
- Curabilità
- Impatto economico

- Obiettivo seminario: presentazione di iniziative che:

- Integrano diverse fonti dati ✓
- Produzione di profili di salute ✓
- Stima carico di malattia nella popolazione ✓
- Per orientare le scelte di priorità dell'intervento ?

I nostri strumenti permettono di quantificare

- Prevalenza
- Curabilità
- Impatto economico

ASL TO e caso pilota: diabete*

- Riorganizzazione del PDTA
- Sguardo ai fattori e meccanismi sociali rilevanti per la salute

Obiettivi: miglioramento impatto sulla salute + soluzione dei problemi

ASL TO e caso pilota: diabete*



ASL TO e caso pilota: diabete*

- Riorganizzazione del PDTA
- Sguardo ai fattori e meccanismi sociali rilevanti per la salute

Obiettivi: miglioramento impatto sulla salute + soluzione dei problemi



- Obiettivo seminario: presentazione di iniziative che:

- Integrano diverse fonti dati ✓
- Produzione di profili di salute ✓
- Stima carico di malattia nella popolazione ✓
- Per orientare le scelte di priorità dell'intervento ?

I nostri strumenti permettono di quantificare

- Prevalenza
- Curabilità
- Impatto economico



Grazie!

m. elisabetta.listorti@gmail.com

www.epi.piemonte.it