



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

HS - Newsletter

Health Search
Istituto di Ricerca della S.I.M.G.
(Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)



N.2 VOL.26 MARZO-APRILE 2019

Epidemiologia e gestione delle Demenze nella Medicina Generale Italiana <i>Ettore Marconi, Francesco Mazzoleni</i>	2
Patologie Croniche ed incremento della spesa sanitaria: il contributo dell'Health Search Morbidity (HSM) Index al Rapporto Osservasalute 2018	8
Collaborazioni e Progetti Internazionali/Nazionali.....	12
Health Search Dashboard e Comunicazioni.....	13

ANALISI IN MEDICINA GENERALE

Epidemiologia e gestione delle Demenze nella Medicina Generale Italiana

In molti dei Paesi sviluppati e in via di sviluppo si sta osservando un progressivo invecchiamento della popolazione con l'aspettativa di vita fortemente aumentata negli ultimi cento anni. **Questo progressivo invecchiamento della popolazione collinea con l'aumento delle patologie croniche-degenerative, tra le quali le demenze risultano tra le forme sicuramente più gravi e invalidanti.**

continua a pag. 2



CONTRIBUTO SPECIALE

Patologie Croniche ed incremento della spesa sanitaria: il contributo dell'Health Search Morbidity (HSM) Index al Rapporto Osservasalute 2018

L'impatto delle malattie croniche continua a crescere nei paesi occidentali, nei quali assorbe ormai l'80% dei costi totali dell'assistenza sanitaria. Come messo in luce proprio nel rapporto Osservasalute, nel 2017 circa 24 milioni italiani (40%) presentavano una malattia cronica, dei quali 12,5 milioni con multi-cronicità. Tali stime tenderanno ad aumentare da qui ai prossimi 10 anni, raggiungendo valori doppi rispetto agli attuali.

continua a pag. 8



CONTATTI

HEALTH SEARCH (SIMG)

Via del Sansovino, 179 50142 Firenze Italia
Tel: +39 055 494900 Orario: Lunedì - Venerdì 9.00-18.00
E-Mail: info@healthsearch.it Web: www.healthsearch.it

IQVIA (Contact Center) Assistenza Tecnica

Numero Verde: 800.949.502
Orario: Lunedì - Venerdì 8.30-19.30, Sabato 9.00-13.00
E-Mail: medicithales@it.imshealth.com

Epidemiologia e gestione delle Demenze nella Medicina Generale Italiana

A cura del Dott. **Ettore Marconi**

Panorama

In molti dei Paesi sviluppati e in via di sviluppo si sta osservando un progressivo invecchiamento della popolazione con l'aspettativa di vita fortemente aumentata negli ultimi cento anni. Basti pensare che a metà degli anni '50 la popolazione di età superiore o uguale a 65 anni non superava il 10%, mentre quella con più di 80 anni raggiungeva l'1%-3% della popolazione. Ad oggi, prendendo l'Italia come esempio, tali percentuali risultano duplicate se non addirittura triplicate per gli ultraottantenni. **Questo progressivo invecchiamento della popolazione collinea con l'aumento delle patologie croniche-degenerative, tra le quali le demenze risultano tra le forme sicuramente più gravi e invalidanti. Ad oggi, si stima che nel mondo circa 50 milioni di persone siano affette da demenza nelle sue molteplici forme ed evoluzioni e che tale valore triplicherà entro il 2050 raggiungendo circa 150 milioni di malati. A livello Europeo, le stime mettono in luce circa 25% di nuovi casi di demenza ogni anno, con un incremento esponenziale nell'insorgenza di malattia all'aumentare dell'età.** Nel nostro paese, nonostante una probabile sottostima data dalla carenza di sistemi di registrazione e di controllo di tali patologie, si contano circa 600mila malati di demenza (demenza di Alzheimer). **Diversamente, il Mild Cognitive Impairment (MCI), che si riferisce ad una popolazione di soggetti anziani potenzialmente a rischio di sviluppare demenza, si riscontra in circa il 19% dei pazienti ultrasessantacinquenni.** Questi soggetti non sono compromessi

nel loro funzionamento quotidiano e presentano un deficit cognitivo lieve e subclinico.

La gestione dei pazienti con demenza, più che per altre cronicità, necessita di una integrazione e di una interoperabilità di più figure professionali sanitarie allo scopo di rendere il percorso di cura e di assistenza dei pazienti il più continuo e appropriato possibile, partendo dalla fase di sospetto diagnostico fino ad arrivare alla gestione della patologia conclamata. Quello che però ad oggi tende ad emergere è una gestione delle demenze eccessivamente sbilanciata in direzione specialistica, con interventi non continuativi e poco coordinati. Tutto questo si traduce in una incapacità di rispondere in modo appropriato ai bisogni dei pazienti e, non meno importante, delle famiglie. A tal proposito, il **World Alzheimer Report dell'Alzheimer Disease International (ADI)**, federazione delle associazioni mondiali sull'Alzheimer e altre demenze, ha cercato negli ultimi anni di delineare e strutturare un percorso quanto migliore possibile nell'assistenza di tali pazienti. **Per raggiungere l'obiettivo, è stato rivalutato il ruolo delle cure primarie e dei Medici di Medicina Generale (MMG) all'interno dei servizi e nella gestione del percorso assistenziale di tali pazienti. Infatti, il MMG è l'operatore sanitario che conosce in modo approfondito il profilo cognitivo e comportamentale dei suoi assistiti e che di conseguenza può identificare quelli che sono i segni iniziali di un decadimento cognitivo anche su segnalazione di un familiare o di una persona vicina al paziente.**

Pertanto, in caso di sospetto diagnostico,

compito del MMG è di procedere con la valutazione tempestiva delle funzioni cognitive dei pazienti utilizzando strumenti semplici e rapidi da somministrare, come il GPCog (General Practitioner assessment of Cognition) che appare il test più completo in quanto esamina anche lo stato funzionale del paziente tramite intervista al familiare/caregiver.

Come indicato dalle Linee Guida (SNLG, NICE), **nelle fasi iniziali di decadimento cognitivo è raccomandato eseguire una serie di esami di laboratorio per escludere encefalopatie metaboliche croniche che causano stato confusionale e perdita di memoria.**

Al contempo, **è raccomandato l'impiego delle tecniche di imaging (TAC e RMN) finalizzate all'esclusione di patologie quali tumori, ematomi subdurali e idrocefalo normoteso, in forza della predittività negativa ottimale fornita da tali tecniche in questo specifico momento del percorso diagnostico.** Secondo il parere degli esperti, le apparecchiature TAC multistrato senza l'uso di mezzo di contrasto sono adeguate nelle fasi di indagini iniziali per i criteri diagnostici di esclusione contenuti nelle Linee Guida.

Un ulteriore intervento da parte del MMG è di procedere con la consulenza specialistica e con percorsi assistenziali utili sia al paziente sia alle famiglie coinvolgendo i servizi dedicati (Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze).

Una gestione multidisciplinare delle varie forme di demenze, basata sul massimo livello di evidenza possibile, deve innanzitutto basarsi su una valutazione delle modalità e delle capacità di azione degli operatori e delle

strutture coinvolte, così da metterle in luce aspetti positivi e criticità. Alla luce di queste considerazioni il presente studio si è posto l'obiettivo di valutare la gestione del paziente con demenza attraverso l'impiego di specifici indicatori, costituiti dall'inquadramento epidemiologico di tali disturbi e dalla loro gestione in termini di richieste di esami di laboratorio, visite specialistiche e accertamenti diagnostico-strumentali, all'interno del setting della Medicina Generale Italiana, impiegando i dati contenuti nel database Health Search (HS) generati dagli stessi MMG.

Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva al 31/12/2017 con età superiore o uguale a 15 anni, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

Prevalenza lifetime (%) di Demenza, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con almeno una diagnosi di demenza (ICD9 CM: 290.0x, 290.1x, 290.4x, 310.1x, 331.0x, 331.1x, 331.3x, 331.8x) al 31 dicembre del 2017;
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2017.

Incidenza (x 1000 pazienti) di Demenza, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti con una "prima" diagnosi di demenza (ICD9 CM: 290.0, 290.1, 290.4, 310.1, 331.0, 331.1, 331.3, 331.8) nel 2017;
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, privi della malattia al 1° gennaio del 2017.

Prevalenza (%) di esami ematochimici richiesti per i pazienti con diagnosi di Demenze, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con diagnosi di demenza con

almeno una prescrizione di uno dei seguenti esami: emocromo, glicemia; ormone tireostimolante (TSH); sodio; potassio; cloro; calcio; vitamina B12 (la cui data di prescrizione sia inferiore a 90 giorni la data della diagnosi) al 31 dicembre del 2017;

- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di demenza al 31 dicembre del 2017.

Prevalenza (%) di visite specialistiche richieste per i pazienti con diagnosi di Demenze, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con diagnosi di Demenza con almeno una richiesta di visita geriatrica e/o visita neurologica registrata in HS (entro 90 giorni dalla data della diagnosi) al 31 dicembre del 2017;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di demenza al 31 dicembre del 2017.

Prevalenza (%) di indagini diagnostico-strumentali richieste per i pazienti con diagnosi di Demenze, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con diagnosi di Demenza con almeno una richiesta di TAC encefalo senza contrasto, TAC encefalo con contrasto, RMN encefalo senza contrasto, RMN encefalo con contrasto registrata in HS (entro 90 giorni dalla data della diagnosi) al 31 dicembre del 2017;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di demenza al 31 dicembre del 2017.

Tutte le analisi sono state stratificate per sesso, fascia d'età e regione di residenza.

Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di 1.014.308 assistiti degli 800 MMG ricercatori HS attivi al 31/12/2017 sono stati identificati **28.696 pazienti con una diagnosi di demenza, per una prevalenza di 2,81%**. La prevalenza di malattia è stata nettamente superiore nelle donne rispetto

agli uomini (3,53% F vs. 2,04% M). Inoltre, essa aumenta in maniera costante al crescere dell'età, raggiungendo il picco nella popolazione ultraottantacinquenne, sia femminile (22,98%) che maschile (17,68%) (Figura 1).

Sono stati identificati 4.440 nuovi pazienti con demenza per l'anno 2017, con una incidenza di 4,45 (x 1000 pazienti). Anche in questo caso, la stima è risultata maggiore nelle donne (5,39 x 1000) rispetto ai maschi (3,45 x1000 pazienti), con il picco di casi di malattia riscontrato nella popolazione ultraottantacinquenne per entrambi i sessi (Femmine: 39,17 x 1000 vs. Maschi: 34,32 x 1000) (Figure 2).

Dalla distribuzione geografica della malattia, si evidenzia una prevalenza maggiore principalmente nelle regioni del Centro Italia e del Centro-Sud. In particolare, le regioni con le stime di prevalenza più elevate sono risultate l'Emilia Romagna (4,2%), l'Umbria (3,9%), le Marche (3,3%), l'Abruzzo (3,5%) ed il Molise (3,5%). Distribuzioni sovrapponibili si sono riscontrate anche per le stime di incidenza.

Per quanto riguarda la gestione della malattia, **la percentuale delle diverse richieste di esami ematochimici (prevalenza d'uso) evidenzia che il MMG richiedeva principalmente emocromo (39,77%), glicemia (34,40%), potassiemia (23,53%) e sodiemia (20,22%).** In tal senso, è da considerare un progressivo aumento dal 2007 al 2017 nelle richieste di esami per tutti i parametri, ad eccezione di alcuni che mostrano un leggero calo negli ultimi 3 anni (Figura 3). Tali richieste riguardavano principalmente i pazienti di età più avanzata, in particolare a partire dalla fascia di età compresa tra i 65 ed i 74 anni, tranne nel caso delle richieste del dosaggio ematico dell'ormone TSH, più frequente nei giovani adulti. La distribuzione delle richieste di esami è sovrapponibile nei due sessi, con frequenze relativamente maggiori per le singole tipologie nel sesso femminile.

Per quanto concerne il numero di

esami ematochimici richiesti al 31 dicembre del 2017, si osserva una notevole percentuale di pazienti privi di qualsiasi richiesta di esami considerando le varie fasce d'età. In particolare, si passa da un massimo dell'87% di assenza di esami nelle fasce di età più basse (15-24 anni), fino ad un minimo del 51% negli ultraottantacinquenni.

Diversamente, considerando la quota di pazienti (stratificata per fasce d'età) che avevano avuto una o più richieste di esami da parte dell'MMG, emerge che per la maggior parte di tali pazienti erano stati prescritti da 2 a 4 esami (Figura 4).

Andando ad analizzare le richieste di visite specialistiche (prevalenza d'uso) al 31 dicembre del 2017, emerge un progressivo incremento nelle richieste di visite geriatriche all'aumentare dell'età, con un picco nei pazienti oltre 85 anni (23,90%). Diversamente, per quanto riguarda le

richieste di consulenze neurologiche, si osserva un progressivo incremento nella percentuale di richieste a partire dalla fascia di età compresa tra i 15-24 anni (15,76%), con il picco nei pazienti tra i 55 ed i 64 anni (36,51%) per poi progressivamente decrescere nei soggetti più anziani.

Focalizzandosi sulle distribuzioni delle tipologie di visite specialistiche nelle varie fasce d'età, si osserva anche in questo caso una elevata percentuale di pazienti privi di qualsiasi tipologia di richiesta, con un range tra l'84,24% per i pazienti di età compresa tra 15 e 24 anni, ed il 51,41% per i pazienti più anziani (75-84) (Figura 5). La distribuzione delle richieste di visite specialistiche per i due sessi mostra una maggior percentuale di visite geriatriche nelle donne (18,79%) rispetto agli uomini (16,94%). Situazione opposta si osserva invece per le visite neurologiche (Maschi: 32,21% vs. Femmine: 28,86%).

Per quanto concerne le richieste

di indagini diagnostico-strumentali all'interno delle varie fasce d'età, si osserva una percentuale di richieste di RMN non superiore al 7% (55-64 anni). Questa risulta molto inferiore nei pazienti tra i 15-24 anni (1,63%). Allo stesso modo, le richieste di TAC incrementano progressivamente all'aumentare dell'età, con un picco nei pazienti tra i 75 e gli 84 anni (11,98%). Anche in questo caso, focalizzandosi sulla distribuzione di tali accertamenti nelle varie fasce d'età, emerge una elevata quota di pazienti priva di qualsiasi richiesta di indagine-strumentale con una variazione tra l'83,09% ed il 97,28% (Figura 6).

Nell'analisi stratificata per sesso, i pazienti di sesso maschile mostravano, sia per le richieste di RMN che TAC, percentuali superiori fino ad un massimo di un punto percentuale rispetto al sesso femminile.

Figura 1. Prevalenza lifetime (%) di Demenza nella popolazione attiva del campione degli 800 medici HS al 31 Dicembre 2017. Distribuzione per sesso e fasce di età.

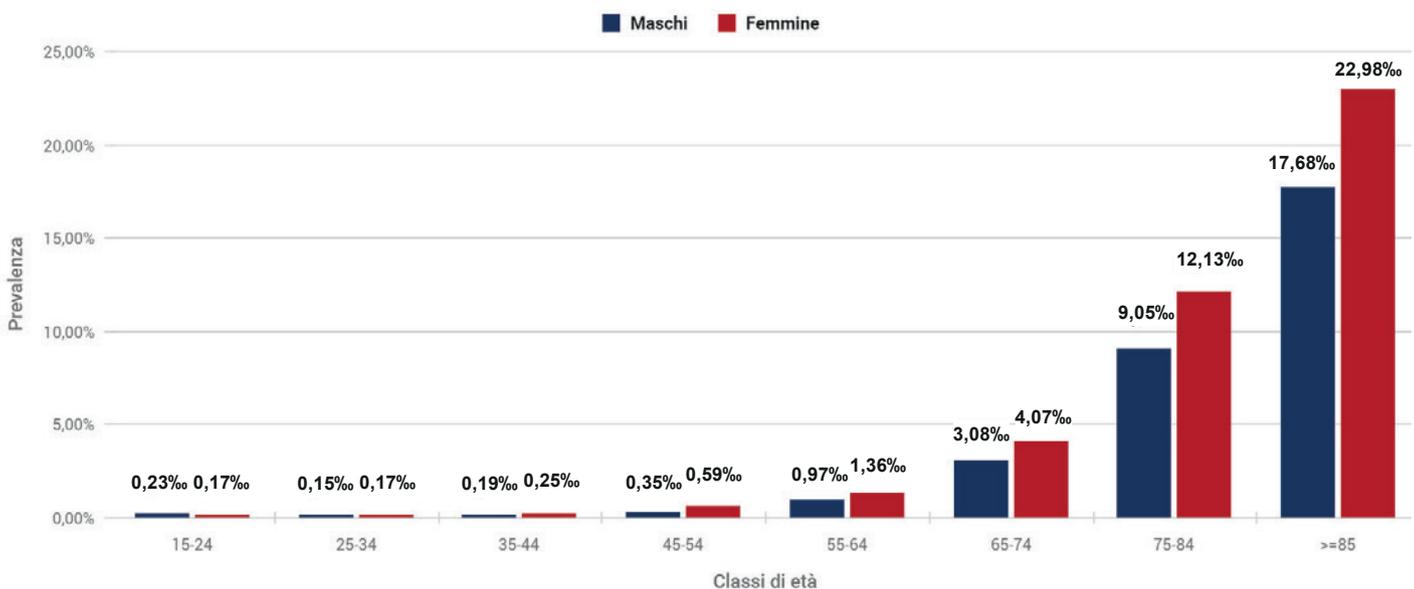


Figura 2. Incidenza (x 1000 pazienti) di Demenza nella popolazione attiva del campione degli 800 medici HS al 31 Dicembre 2017. Distribuzione per sesso e fasce d'età.

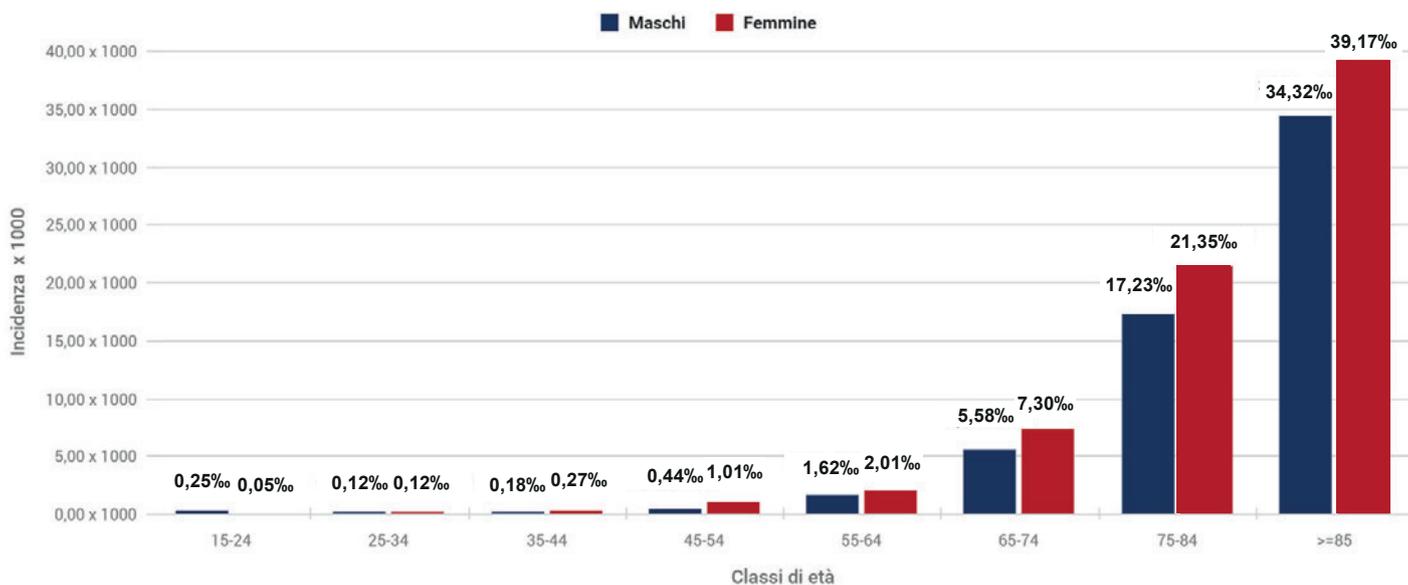


Figura 3. Trend di prevalenza (%) di richieste per esami di laboratorio nei pazienti con diagnosi di Demenza in carico agli 800 medici HS (1 gennaio 2007-31 dicembre 2017). Analisi stratificata per tipologia di esame richiesto.

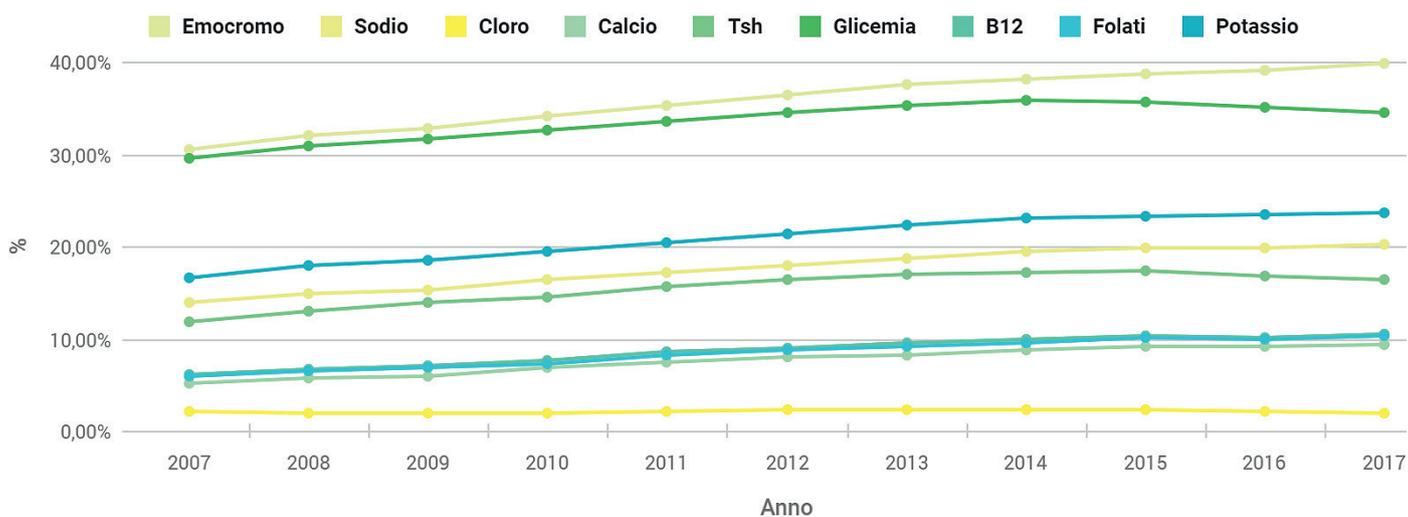


Figura 4. Distribuzione delle richieste per esami di laboratorio nei pazienti con diagnosi di Demenza in carico in carico agli 800 medici HS al 31 dicembre 2017. Analisi per classi di età e numero di esami di laboratorio.

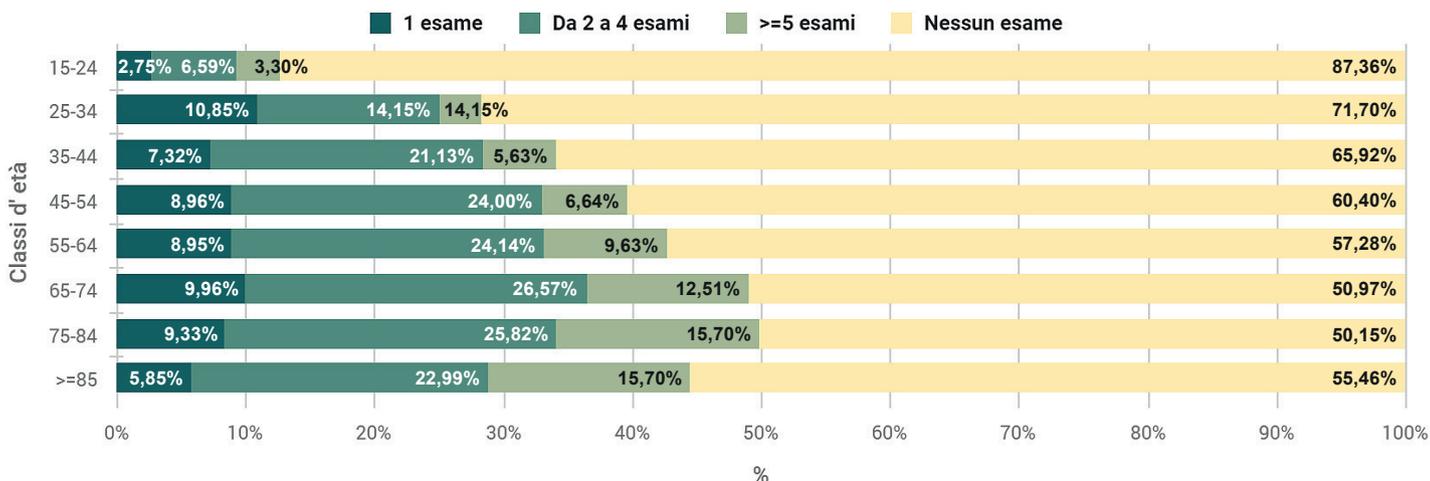


Figura 5. Distribuzione delle richieste per visite specialistiche nei pazienti con diagnosi di Demenza in carico in carico agli 800 medici HS al 31 dicembre 2017. Analisi per tipologia di visita e classi di età.

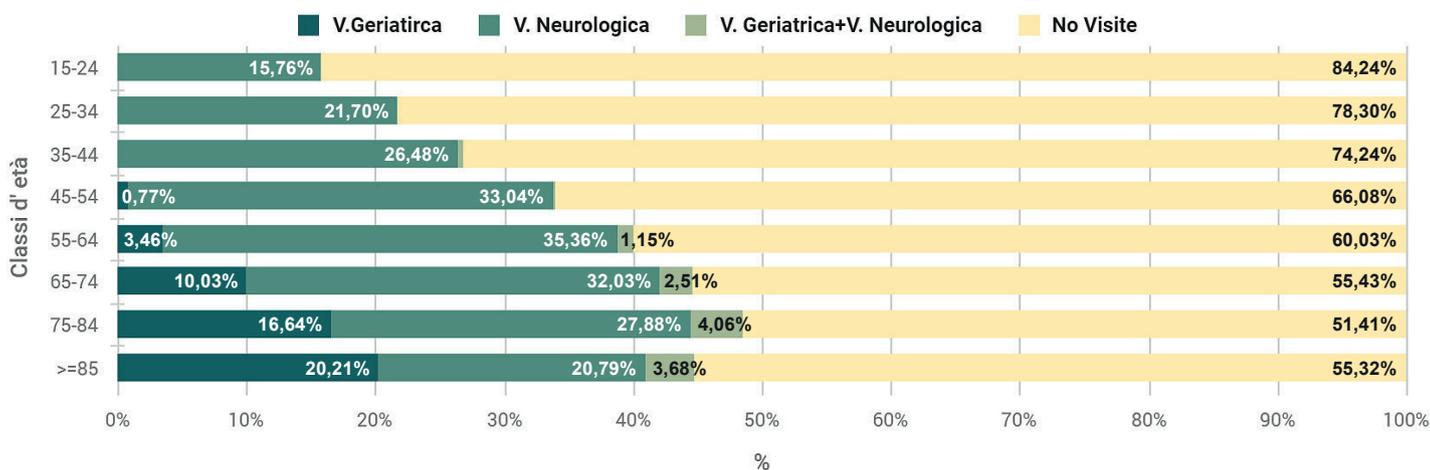
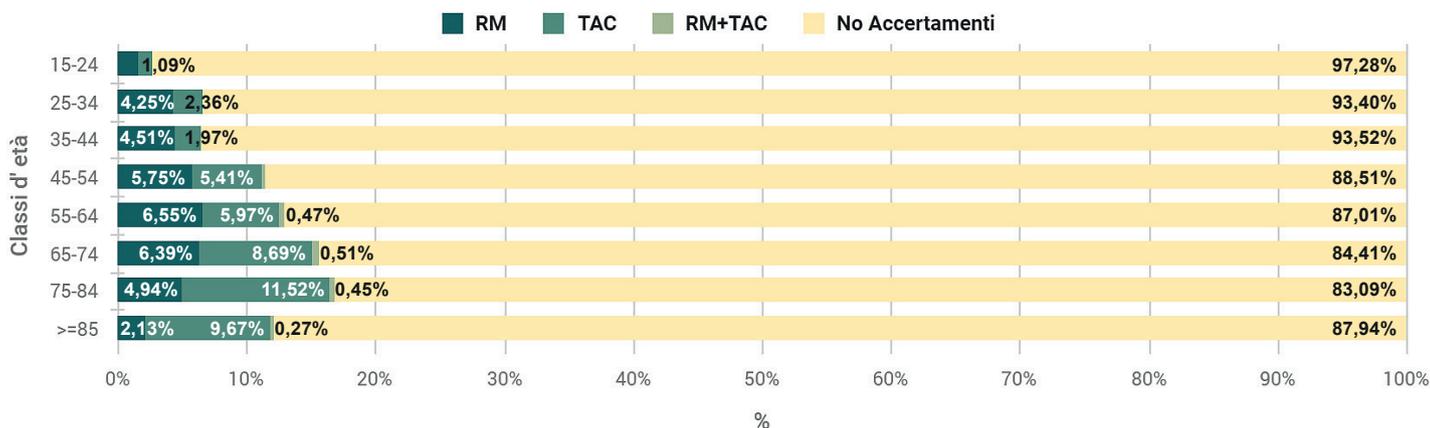


Figura 6. Distribuzione delle richieste per accertamenti diagnostico-strumentale nei pazienti con diagnosi di Demenza in carico in carico agli 800 medici HS al 31 dicembre 2017. Distribuzione per tipologia di accertamento e classi di età.



Il parere del Medico di Medicina Generale

I dati di Health Search mettono in luce una buona propensione all'identificazione del problema delle demenze da parte del MMG. Le stime di prevalenza ed incidenza identificate nello studio risultano sovrapponibili ai dati di letteratura, come quelli riportati all'interno del World Alzheimer Report 2015. Le demenze, nelle loro molteplici forme, sono patologie con le quali il MMG entra spesso in contatto. Tuttavia, gli indicatori di performance riguardo la gestione dei pazienti, dedotti sulla base delle evidenze fornite dalle principali Linee Guida, evidenziano una bassa aderenza da parte del MMG. In particolare, per quanto riguarda gli esami di laboratorio emerge una bassa percentuale di richieste delle varie tipologie di esami. In tal senso, dallo studio emerge che nessuna tipologia di esame laboratoristico supera il 40% di richiesta (solo l'emocromo - 41% - nella fascia d'età compresa tra 75 ed 84 anni). Più in generale, si osserva un 16% di pazienti con 5 o più richieste di esami di laboratorio tra quelli raccomandati

(valore riferito ai pazienti di età maggiore o uguale di 75 anni). Al contempo, emerge una elevata percentuale di pazienti ai quali non è stato prescritto alcun esame. Lo studio mette anche in luce una bassa propensione del MMG alla richiesta di accertamenti diagnostico-strumentali (TAC e RMN) e, seppure in minor misura, anche di visite specialistiche. Questi risultati potrebbero derivare da una scarsa conoscenza del MMG delle procedure di gestione appropriata del paziente con demenza. Tuttavia, un altro aspetto critico del problema può essere correlato al fatto che, oltre che per conferma diagnostica, diagnosi differenziale e impostazione terapeutica, l'invio del paziente allo specialista da parte del MMG si rende necessaria per la prescrizione di farmaci specifici (inibitori delle colinesterasi) e di neurolettici atipici, nonché per le richieste di invalidità presso quelle commissioni che procedono soltanto dopo valutazione specialistica. Tale "obbligatorietà" di delega allo specialista può quindi rappresentare un fattore disincentivante per il MMG con conseguente riduzione

dell'abitudine clinica alla gestione del problema. In conclusione, la gestione appropriata delle patologie deve partire da dati oggettivi che quantifichino le dimensioni dei problemi e ne mettano in evidenza i punti critici. Infatti, è la misura dell'appropriatezza che contribuisce fortemente a determinare la struttura complessiva della performance degli interventi sanitari ed a valutarne gli eventuali cambiamenti nel tempo. Su alcuni aspetti della gestione dei pazienti affetti da demenza in Medicina Generale, le analisi effettuate indicano la necessità di azioni mirate sulle criticità emerse. A questo scopo, è auspicabile un cambiamento culturale delle varie figure professionali coinvolte nella gestione di pazienti complessi, nell'ottica di un'assistenza sanitaria che possa definirsi realmente multidisciplinare e in grado di definire al meglio le strategie più appropriate che consentano di porre i pazienti al centro del processo di cura.

A cura del Dott. Francesco Mazzoleni

Per approfondire:

- Istituto Superiore Sanità. SNLG. 2013. Impiego delle tecniche di imaging nelle demenze.
- Alzheimer's Association. 2018 Alzheimer's disease facts and figures.
- Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2016: Improving Healthcare for People Living with Dementia: Coverage, Quality and Costs now and in the Future. London: Alzheimer's Disease International (ADI); 2016.
- National Institute for Health and Care Excellence (UK). (NICE). 2018. Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers.

Patologie Croniche ed incremento della spesa sanitaria: il contributo dell'Health Search Morbidity (HSM) Index al Rapporto Osservasalute 2018

Contributo dell'Istituto di Ricerca Health Search/SIMG al Rapporto Osservasalute 2018, redatto dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane nato su iniziativa dell'Istituto di Sanità Pubblica – Sezione di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Cronicità e spesa sanitaria

L'impatto delle malattie croniche continua a crescere nei paesi occidentali, nei quali assorbe ormai l'80% dei costi totali dell'assistenza sanitaria. Come messo in luce proprio nel rapporto Osservasalute, nel 2017 circa 24 milioni italiani (40%) presentavano una malattia cronica, dei quali 12,5 milioni con multi-cronicità.

Tali stime tenderanno ad aumentare da qui ai prossimi 10 anni, raggiungendo valori doppi rispetto agli attuali. Per rispondere a questa nuova esigenza di salute il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), primo fra tutti i Paesi europei, ha posto le basi per una appropriata ed equa gestione della cronicità, sviluppando il Piano Nazionale della Cronicità (PNC). Il PNC, riconosce come pilastro portante il Sistema di Cure Primarie, individuando nel Medico di Medicina Generale (MMG) il protagonista al centro della "rete di servizi sanitari" in grado di rispondere alla nuova domanda di salute della popolazione. Inoltre, il PNC individua il Chronic Care Model Innovative come modello organizzativo, nel quale al centro sono poste le cure territoriali e domiciliari integrate, con delega all'assistenza ospedaliera per la gestione dei casi acuti e complessi.

L'incremento della popolazione anziana e della cronicizzazione di numerose patologie, ha fatto sì che numerosi sistemi di assistenza sanitaria si attivassero per controllare il relativo incremento dei costi sanitari, cercando di garantire allo stesso tempo accesso alle migliori cure possibili.

Proprio in quest'ottica, la Medicina Generale risulta il setting migliore nel quale andare ad indentificare tali fenomeni, in quanto i MMG costituiscono il primo accesso alle cure oltre che gestire in prima persona (es. diagnosi e prescrizione) i pazienti con patologie croniche.

Numerosi studi hanno messo in luce una certa eterogeneità nei costi connessi alle cure primarie tra i vari MMG, assumendo una inappropriata e inefficace gestione dei servizi emessi dal sistema sanitario. Tuttavia, tali variazioni nei costi tra medico e medico dipendono anche da altri vari fattori come l'età, il genere degli assistiti e, soprattutto, dalle comorbidità presenti.

Inoltre, in Italia, il sistema sanitario finanzia i MMG in base a quote capitarie definite sulla base dei pazienti assegnati ai relativi MMG tramite ASL (Agenzia Sanitaria Locale). Numerose di queste, allocano ancora le risorse solamente su base demografica, non tenendo conto delle gravità dei pazienti; procedura che potrebbe portare ad una non equa ripartizione delle risorse. Per tali ragioni, una corretta valutazione delle spese sanitarie necessita di specifici modelli che tengano conto ed aggiustino i costi sulla base di questi fattori e delle loro interconnessioni (modelli case-mix).

Riuscire a caratterizzare il comportamento professionale del medico costituisce la base per comprendere, da un lato le ragioni ed i costi per cure dei singoli pazienti, dall'altro le differenze riscontrate

tra medico e medico e gruppi di medici. Infatti, medici che mostrano una spesa simile ed un assorbimento di risorse sanitarie comparabile non necessariamente erogano delle prestazioni (e raggiungono dei risultati di cura) sovrapponibili (case-mix bias). Basti pensare al maggior assorbimento di risorse di un paziente anziano con un livello maggiore di multimorbidità, rispetto ad uno giovane con minori comorbidità. Alla luce di tali considerazioni, appare evidente che considerare solo l'età dei pazienti alla base della variabilità dei costi sanitari sia errato, e che sia necessario introdurre il concetto di multimorbidità (case-mix). Tali elementi stanno acquisendo una rilevanza sempre maggiore nell'ambito della Medicina Generale.

Ci sono sostanzialmente due categorie di sistemi di misurazione del case-mix: i) valutando la spesa attribuendo ad ogni patologia per singolo paziente un costo standard; ii) creando dei punteggi o score sulla base del differente impatto di una patologia tenendo in considerazione la mortalità, la gravità, la storia clinica e l'impiego di risorse ad essa associata. Ne sono esempi l'Adjusted Clinical Group System della John Hopkins University, adottato in Veneto e il sistema Chronic Related Group adottato in Lombardia e molti altri.

Tali modelli hanno però dei limiti, che riguardano inizialmente il fatto di essere modelli non sviluppati e validati sulla popolazione italiana oltre ad analizzare la spesa sanitaria sulla base di database amministrativi, poco adatti a tale scopo.

Health Search Morbidity Index

Per le ragioni sopracitate, la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) in collaborazione con i ricercatori Health Search ha messo a punto e validato un modello, definito Health Search Morbidity Index (HSM-Index), che si è dimostrato in grado di spiegare la variabilità nell'assorbimento di risorse sanitarie, come messo in luce in una recente pubblicazione internazionale.

Questo modello permette di quantificare l'assorbimento di risorse sanitarie dirette, (stabiliti dal Ministero della Salute in base al formulario nazionale ufficiale e in base ai prezzi al pubblico dei farmaci), sostenuti dal SSN, comprendente le visite ambulatoriali, i referti specialistici, i test diagnostici e laboratoristici, nonché le prescrizioni dei farmaci a carico del SSN. Tutto ciò tenendo conto delle possibili interazioni tra diversi fattori, quali età, genere, presenza di patologie croniche e acute, residenza (in quanto connessa a fattori organizzativi e di offerta di servizi locali) e MMG.

L'HSM-Index, oltre ad essere uno strumento accurato nella predizione dei costi sanitari, **presenta numerosi punti di forza rispetto ai modelli attualmente utilizzati, tra cui il fatto di essere stato sviluppato e validato usando dati della reale pratica clinica della Medicina Generale italiana. Inoltre, è possibile implementarlo in un software per la gestione della spesa rivolto sia agli stessi MMG, sia alle Autorità sanitarie.** Chiaramente tale indice presenta dei limiti, derivanti dal fatto di considerare solo i costi sanitari diretti e non quelli sostenuti direttamente dai pazienti o non dipendenti dal comportamento prescrittivo del medico (costi indiretti), oltre ad un target costituito solamente da pazienti adulti (> 14 anni).

L'HSM-Index oltre ad essere uno strumento di monitoraggio dell'appropriatezza clinica, sia a livello regionale che nazionale, permette di confrontare e valutare come variano i costi tra vari MMG nel modo più accurato possibile. Allo stesso modo,

da una prospettiva di tipo aziendale, può essere utilizzato come strumento di supporto nell'allocazione del budget alla Medicina Generale. Inoltre, consente al singolo medico, con l'ausilio di strumenti di gestione informatica, di stimare la propria spesa sanitaria e di confrontarla con un benchmark di riferimento, al netto della complessità clinica della popolazione dei propri assistiti (Figura 1).

Rapporto Osservasalute

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane, nato su iniziativa dell'Istituto di Sanità Pubblica – Sezione di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, **da molti anni ormai inquadra quello che è lo stato di salute in Italia.**

L'Osservatorio comprende un network di numerosi ricercatori provenienti da Università, Istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali, nonché da Società Scientifiche nazionali, tra cui SIMG.

L'osservatorio nasce in seguito alla riforma per regionalizzare il Servizio Sanitario Nazionale ed è stato costituito per monitorare l'impatto della devoluzione sulle condizioni di salute nelle diverse Regioni.

L'Osservatorio ogni anno produce un Rapporto, chiamato Rapporto Osservasalute, il quale propone e analizza numerosi aspetti legati alle attività, alle risorse economiche ed ai bisogni di salute della popolazione.

Anche quest'anno si è mantenuta una forte collaborazione tra Osservatorio e SIMG, la quale ha messo a disposizione diverse analisi derivanti dai dati raccolti attraverso Health Search ed i suoi ricercatori.

I costi sanitari nella Medicina Generale aggiustati tramite HSM-Index

All'interno del Rapporto Osservasalute (2018), oltre ad una sezione sull'epidemiologia e sul carico assistenziale delle singole patologie croniche, nonché sulla multicronicità; **la SIMG ha contribuito**

come mai precedentemente a mettere in luce quello che è l'impatto in termini di costi sanitari attribuibili alla gestione delle principali patologie croniche dal lato dell'assistenza primaria. Tutto ciò attraverso l'ausilio di uno strumento come l'HSM-Index.

In particolare, sono stati costruiti degli specifici indicatori che prendono in considerazione i costi generati dai pazienti affetti dalle seguenti patologie croniche: ipertensione arteriosa, ictus ischemico, malattie ischemiche del cuore, scompenso cardiaco congestizio, diabete mellito tipo 2, Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), asma bronchiale, osteoartrite, disturbi tiroidei (con l'eccezione dei tumori tiroidei).

Tali costi sono stati stimati per i pazienti affetti da almeno una delle patologie sopra elencate ed anche per le singole patologie prese in esame. Inoltre, sono stati presentati in termini di costo medio annuo, come valore "grezzo", ossia derivante dalla somma di tutti i costi sostenuti dal SSN, e come valore "aggiustato" mediante l'HSM-Index, sia per l'intera popolazione italiana assistita dai MMG del network HS, che per quella delle singole regioni (Figura 2-3).

I database della medicina generale rappresentano una fonte dati ottimale per fotografare il fenomeno della cronicità e della multicronicità, oltre che dei relativi costi assistenziali.

Questo è garantito dal fatto che il MMG conosce il quadro clinico complessivo di ogni suo paziente, oltre alla natura longitudinale della raccolta del dato. Queste fonti di dati, infatti, raccolgono informazioni indipendentemente dalla gravità del disturbo e dall'eventualità di un evento acuto, condizioni che possono portare a una ospedalizzazione e, di conseguenza, ad una registrazione nei dati amministrativi di ospedalizzazione. **In tal senso, il database Health Search, grazie ai dati generati della Medicina Generale, può colmare la carenza informativa relativa alla diffusione delle malattie croniche nella popolazione, oltre che descrivere**

lo stato di salute della popolazione ed indagare la potenziale connessione tra esiti non fatali delle malattie e i determinanti di salute.

Infine, tutti i medici ricercatori Health Search possiedono competenze cliniche specifiche nell'ambito delle patologie croniche studiate.

Quello che emerge mediante l'analisi del database Health Search è che, al 2017, il costo medio annuo grezzo della popolazione in carico alla Medicina Generale del network HS, affetta da almeno una patologia cronica tra quelle in esame, risultava pari a 708€; tale costo si riduceva a 632€ mediante aggiustamento per l'HSM-Index.

Considerando il numero delle patologie croniche come variabile per il calcolo dei costi emergeva un chiaro incremento della spesa in relazione al numero di cronicità. Tuttavia, tale valore si riduce molto dopo aggiustamento per HSM-Index (da 418€ per il costo grezzo si passa a 404€ per i pazienti con una sola patologia cronica, e da 2.399€ si passa a

1.413€ per i pazienti con sette patologie croniche concomitanti).

L'utilizzo dell'HSM-Index ha permesso anche di mettere in luce quelle che sono le differenze nei costi a livello regionale, confermando il peso che la regione di residenza determina sui costi delle patologie croniche. In tal senso, confrontando i costi medi aggiusti per HSM-Index delle singole regioni per il dato nazionale (anch'esso aggiustato) emerge come Umbria (732€), Puglia e Lazio (659€), Campania (656€), Veneto e Abruzzo/Molise (653€) e Marche risultino al di sopra del dato nazionale.

Con lo stesso approccio è stato poi possibile stimare il costo delle singole patologie croniche, le quali mostrano tutte una riduzione in termini di spesa dopo aggiustamento per HSM-Index rispetto al valore grezzo. Tra queste lo **scompenso cardiaco** si attestava sul gradino più alto in termini di spesa in anno, **con un valore pari a 1.500€**. **Ridotto a 1.116€ dopo aggiustamento**

mediante l'HSM Index. Al secondo gradino, si trovavano invece le cardiopatie ischemiche, con un costo annuale di **1.400€ (grezzo) e di 1.014€ aggiustato per HSM-Index.** A questi facevano seguito i pazienti con **BPCO (1.310€ grezzo e 992€ aggiustato), Diabete mellito di tipo II (1.263€ grezzo e 969€ aggiustato), Ictus ischemico (1.118€ grezzo e 901€ aggiustato), e Osteoartrosi (890€ grezzo e 727€ aggiustato).**

L'utilizzo dell'HSM-Index ha permesso anche di valutare quelle che sono le differenze in termini di costi tra le varie regioni in relazione ad una specifica cronicità. Questo ha messo in luce quelle che sono le reali differenze tra le regioni oltre che rispetto al costo medio annuale grezzo italiano.

In conclusione, HSM-Index rappresenta uno strumento utile alla valutazione dei costi in Medicina Generale sia a livello regionale che nazionale.

Figura 1. Spesa procapite aggiustata per Health Search Morbidity Index: a livello regionale ed al livello del Medico di Medicina Generale.

A LIVELLO REGIONALE

$$\text{Spesa aggiustata}_{\text{REG}} = \text{spesa grezza}_{\text{REG}} \times (\text{HSM-INDEX}_{\text{TOTALE}} / \text{HSM-INDEX}_{\text{REG}})$$

A LIVELLO DI MMG

$$\text{Spesa aggiustata}_{\text{MMG}} = \text{spesa grezza}_{\text{MMG}} \times (\text{HSM-INDEX}_{\text{TOTALE}} / \text{HSM-INDEX}_{\text{MMG}})$$

Figura 2. Costi sanitari (media annuale) per la gestione in Medicina Generale dei pazienti cronici (almeno una delle patologie croniche prese in esame) assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search, grezzi e aggiustati mediante Health Search Morbidity Index.

NUMERATORE	Costi complessivi annui (grezzi e aggiustati mediante Health Search Morbidity Index) dei pazienti (>14 anni) presenti in Health Search e affetti da almeno una delle patologie con diagnosi ICD-9-CM identificanti le patologie sopraelencate
DENOMINATORE	Popolazione Health Search (>14 anni) di assistibili della Medicina Generale affetti da almeno una delle patologie con diagnosi ICD-9-CM identificanti le patologie sopraelencate

Figura 3. Costi sanitari (media annuale) per la gestione In Medicina Generale dei pazienti affetti da una data patologia cronica assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search, grezzi e aggiustati mediante Health Search Morbidity Index.

NUMERATORE	Costi complessivi annui (grezzi e aggiustati mediante Health Search Morbidity Index) dei pazienti (>14 anni) presenti in Health Search e affetti da una data patologia con diagnosi ICD-9-CM identificanti le patologie sopraelencate
DENOMINATORE	Popolazione Health Search (>14 anni) di assistibili della Medicina Generale e affetti dalla specifica patologia nell'anno

Collaborazioni e Progetti Internazionali



EMIF - Platform (European Medical Information Framework)

www.emif.eu

La raccolta di informazioni cliniche informatizzate ha conosciuto un forte aumento negli ultimi anni e svariati centri europei hanno creato banche dati contenenti informazioni genetiche e biologiche dei singoli pazienti. Il progetto EMIF (European Medical Information Framework) si pone l'obiettivo di armonizzare informazioni differenti presenti sul territorio europeo, mediante una struttura integrata ed efficiente.



The EMA_TENDER (EU-ADR Alliance)

www.alert-project.org

Il progetto EMA_TENDER (EU-ADR Alliance) nasce dal precedente progetto EU-ADR e ha lo scopo di studiare tre specifiche problematiche di sicurezza da farmaci: a) modalità e determinanti di impiego dei contraccettivi orali, b) monitoraggio dei rischi da pioglitazone e c) associazione tra bifosfonati e disturbi cardiovascolari. Il progetto impiega database clinici, tra cui Health Search IMS LPD, che coprono più di 45 milioni di pazienti provenienti da 5 paesi europei (Italia, Olanda, Regno Unito, Germania e Danimarca).



OCSE PSA Early Diagnosis Project – PSA

www.oecd.org

Il progetto OCSE si propone di valutare le modalità di impiego del test per i livelli del PSA (Prostate-Specific Antigen) nella diagnosi precoce del cancro della prostata. A tale fine il progetto utilizza database di Medicina Generale di diverse nazioni europee, tra cui Health Search IMS LPD per l'Italia. Lo studio consentirà di identificare le modalità di impiego del test PSA più efficienti nel diagnosticare in maniera precoce il cancro della prostata.



Safeguard Safety Evaluation of Adverse Reactions in Diabetes

www.safeguard-diabetes.org

Il progetto SAFEGUARD ha l'obiettivo di valutare e quantificare i rischi cardiovascolari, cerebrovascolari e pancreatici dei farmaci antidiabetici. Il progetto, oltre all'analisi delle segnalazioni spontanee e alla conduzione di studi sull'uomo, prevede l'impiego di database contenenti informazioni cliniche e terapeutiche di più di 1,7 milioni di pazienti in USA e in Europa, tra cui quelli inclusi in Health Search IMS LPD. Tale progetto consentirà di migliorare le conoscenze sulla sicurezza dei farmaci antidiabetici.

Collaborazioni e Progetti Nazionali



CEIS Tor Vergata

www.ceistorvergata.it

Il CEIS Tor Vergata è un centro di ricerca economica istituito presso l'Università di Roma Tor Vergata riconosciuto a livello internazionale. Il CEIS è impegnato a produrre e diffondere ricerca di eccellenza e analisi per la promozione dello sviluppo economico sostenibile, e per ampliare e migliorare le opzioni disponibili per politiche pubbliche a livello nazionale e internazionale.



Istituto Superiore di Sanità

www.iss.it

La collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità ha l'obiettivo di esaminare la natura e l'incidenza delle malattie croniche nella popolazione italiana, in particolare per ciò che concerne le malattie metaboliche (diabete, sovrappeso, obesità) e l'impatto delle malattie cardiovascolari (stroke, infarto e scompenso cardiaco).



ISTAT

www.istat.it

La collaborazione con l'ISTAT prevede lo scambio di informazioni e competenze che consentano significativi avanzamenti nell'analisi e nella comprensione dell'utilizzo dei servizi e dei costi in ambito sanitario e dello stato di salute della popolazione in Italia.



Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane

www.osservasalute.it

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane ha lo scopo di monitorare, secondo criteri di scientificità, l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano attualmente i Sistemi Sanitari Regionali e trasferire i risultati della ricerca ai responsabili regionali, aziendali e alla comunità scientifica nazionale ed internazionale.

Health Search Dashboard è un innovativo strumento di reportistica e analisi epidemiologica basato sul Database Health Search.

La piattaforma offre l'accesso a cruscotti progettati per semplificare il processo esplorativo e abilitare la valutazione multi-dimensionale dei dati. Grazie a numerose funzionalità grafiche interattive (mappe, tabelle, grafici) è possibile analizzare le differenze territoriali, di genere ed età con analisi puntuali e di trend temporale.



Health Search Dashboard

L'accesso è riservato esclusivamente ai Ricercatori Health Search attraverso il sito:

www.healthsearch.it/dashboard



Comunicazioni



Il Team di Ricerca SIMG-Health Search partecipa attivamente allo sviluppo del software MilleGPG. A voi ricercatori Health Search, Millennium ha dedicato un listino speciale ed esclusivo di tale programma, offrendo licenza gratuita ed il canone ad un costo ridotto del 50% per il I anno al fine di premiare lo sforzo che quotidianamente fate per consentire la sopravvivenza della nostra rete di ricerca.

Per ulteriori informazioni vi invitiamo a contattare l'ufficio commerciale Millennium al numero verde:
800 949 502



Listino riservato esclusivamente ai Ricercatori Health Search SIMG

Licenza d'uso MilleGPG: € 200,00 IVA

GRATUITO

Canone annuo: € 200,00 IVA

€ 100+IVA

Le condizioni economiche sopra indicate sono riservate esclusivamente ai Ricercatori Health Search/IQVIA HEALTH LPD che sottoscriveranno personalmente il "contratto di cessione in licenza d'uso del prodotto software MilleGPG e prestazioni dei servizi connessi"



REALIZZATO SU SPECIFICHE PROFESSIONALI DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE

PACINI EDITORE MEDICINA

PACINI EDITORE MEDICINA

Leader
nell'editoria
medico scientifica

www.pacinimedicina.it



Blog
con approfondimenti
e interviste
ad autorevoli
opinion leader

Newsletter
iscriviti per restare
aggiornato
sulle nostre
attività editoriali

Ampio archivio
per l'aggiornamento
medico:

accesso gratuito



www.facebook.com/pacinimedicina