

«La medicina di famiglia e i nuovi bisogni della società»

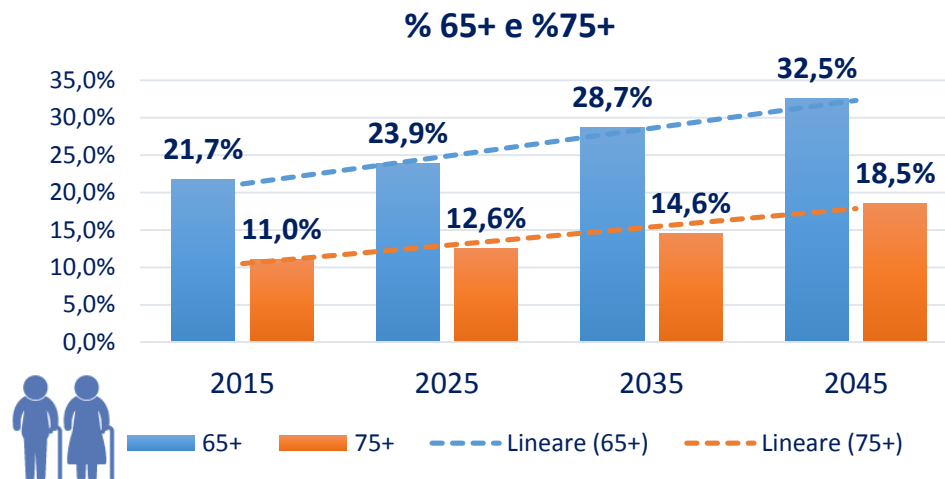
Roberto Messina



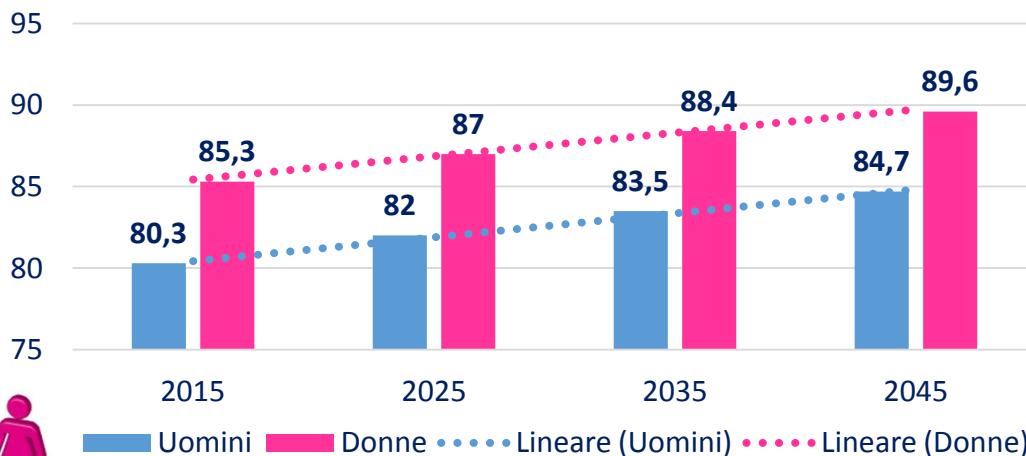


Uno scenario complesso - IT

- Secondo le proiezioni Istat, la popolazione italiana sta divenendo sempre più anziana, con un'età media attuale di 44,2 anni che raggiungerà i 49 anni nel 2045.
- Circa il **22%** degli italiani ha **un'età pari o superiore a 65 anni** e tale percentuale è destinata raggiungere il **32,5% nel 2045**.



Speranza di vita alla nascita

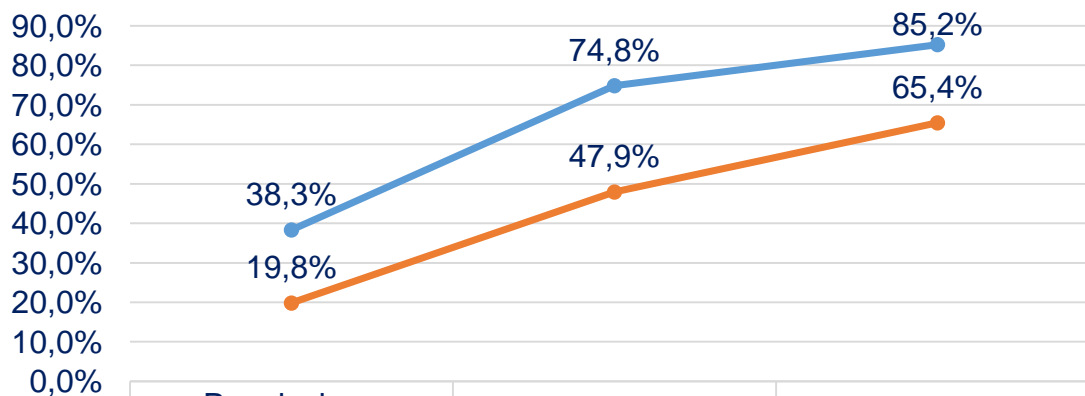


- E' stimato che la **speranza di vita** alla nascita, più alta per le donne (85,3 anni) rispetto agli uomini (80,3 anni), **aumenterà** per entrambi i sessi **di 4 anni nel 2045**.

Uno scenario complesso - Cronicità

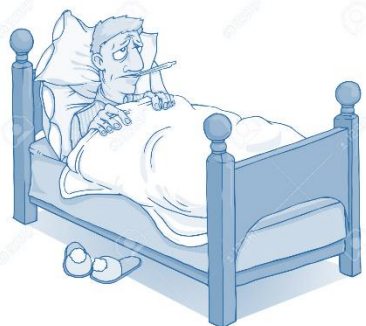
- In Italia nel 2015:
 - rispettivamente 4,8 e 5,7 Mln di over 65 e di over 75 sono affetti da almeno una patologia cronica;
 - rispettivamente 3,1 e 4,4 Mln di over 65 e di over 75 sono affetti da almeno due patologie croniche.

**PREVALENZA
PATOLOGIE
CRONICHE NELLA
POPOLAZIONE
ANZIANA**



	Popolazione Tot.	65+	75+
Con almeno una patologia cronica	38,3%	74,8%	85,2%
Con almeno due patologie croniche	19,8%	47,9%	65,4%

—●— Con almeno una patologia cronica —●— Con almeno due patologie croniche



Fonte: Istat

Uno scenario complesso – Spesa sanitaria ITA



Spesa sanitaria in % del PIL per fascia d'età

- Gli “over 65” assorbono circa il 68% delle spese del Servizio Sanitario per la gestione delle cronicità: il costo sanitario medio di un anziano cronico è pari a 4 volte quello pro-capite medio
- A valore reale attuale l’incremento della popolazione anziana è stimato che produca la necessità di maggiori risorse finanziarie pari a **37,8 miliardi di euro**

Indicatori principali	Anni	
	2015	2060
PIL REALE (mld €)	€ 1.550	€ 3.065
Sanità/Pil (%)	6,8%	7,6%
di cui per LTC (%)	0,8%	1,1%
Spesa SSN (mld €)	€ 105,4	€ 232,9
Spesa 65+ (%)	68,0%	
Num. >65 (migliaia)	13.225	20.194
Spesa >65 (mld €)	€ 71,7	€ 109,4
Spesa procapite μ >65	€ 5.419	-
Δ spesa >65 '60/'15 (mld €)	37,8	

Fonte: MEF - Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e del sistema socio-sanitario - Rapporto n. 16 - Nota di aggiornamento 2015;

Telemeditalia: rapporto 2010 su malattie croniche

OSMED: AIFA

Elaborazioni: centro studi SIC



La Presa in carico del paziente cronico e l'Aderenza alla terapia in Italia sono migliorabili

- Circa il **45%** degli italiani affetti da **patologia cronica** è **aderente** alla terapia (l'aderenza è valutata nei 365 gg successivi alla presa in carico, con una proporzione dei giorni coperti uguale o maggiore di 80%)
- Circa il **38%** degli italiani affetti da **patologia cronica** è **regolarmente preso in carico** (la regolarità della presa in carico è valutata nei 365 gg successivi in funzione della ripetizione di prescrizioni)

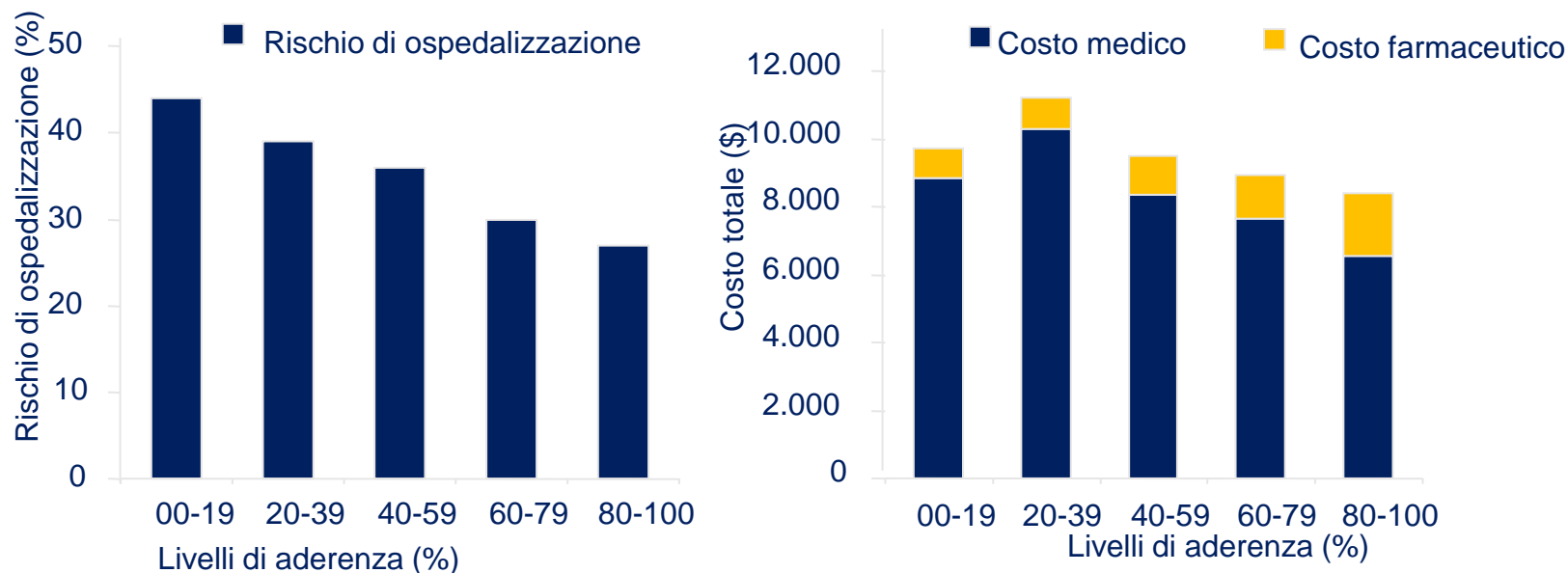
	Prevalenza	In trattamento regolare	Aderenza
Iperensione	27,6%	67,5%	55,1%
Ipercolesterolemia	7,2%	36,5%	43,1%
Ischemia	7,6%	50,0%	77,0%
Diabete	5,5%	100,0%	62,1%
Asma-BPCO	9,9%	30,5%	14,3%
Depressione	7,5%	31,0%	38,4%
Osteoporosi	5,2%	39,0%	46,3%

Aderenza al trattamento, target terapeutico e sostenibilità economica nel paziente ipercolesterolemico: L. Degli Esposti; Sostenibilità economica dell'appropriatezza terapeutica, il caso statine e osteoporosi: L. Degli Esposti; L'aderenza in medicina respiratoria: SIMER; Impact of medication adherence: M.C. Sokol; Gestione integrata del paziente a rischio cardiovascolare: FIMMG; Gestione a lungo termine dei pazienti con ipercolesterolemia: O. Brignoli, A. Filipp; OSMED: AIFA; Elaborazioni: Centro Studi SIC



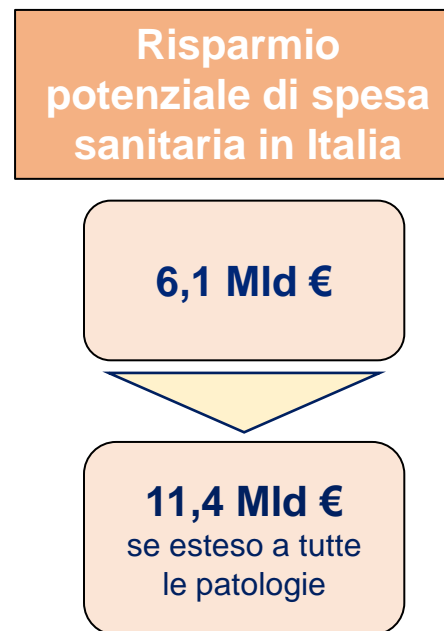
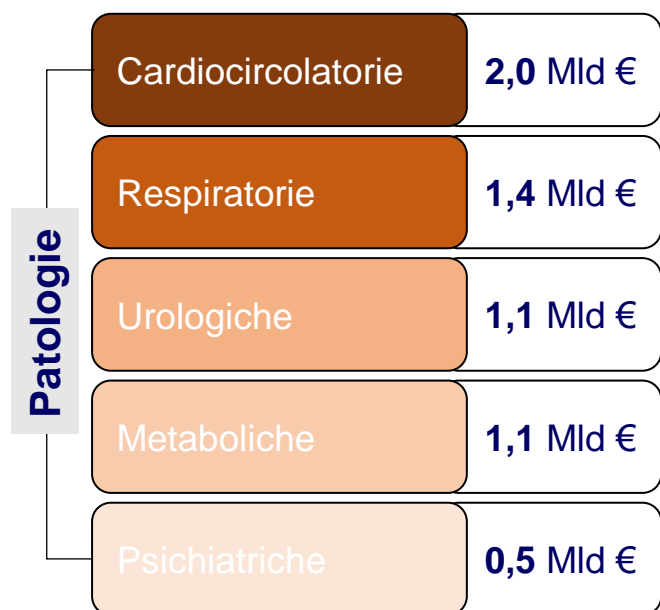
Relazione tra aderenza al trattamento, accessi ospedalieri e consumo di risorse sanitarie

- La non-aderenza esercita una duplice influenza sui costi sanitari, sia come conseguenza del costo di una prescrizione non efficace, sia in relazione all'aumento del numero di accessi ospedalieri.
- In Europa non esiste una stima del risparmio di spesa sanitaria ottenibile dallo sviluppo dell'Aderenza suddiviso per patologia
- Solo negli USA si può fare riferimento a uno studio condotto su 137.000 pazienti (*Impact of medication adherence: M.C. Sokol*)



Fonte: Sokol MC et al. *Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. Medical Care 2005; 43 (6): 521-530* (modificato da L. Degli Esposti - Discontinuità terapeutica nei pazienti sottoposti a sostituzione tra farmaci equivalenti. Evidenze dal "mondo reale").

Aderenza alla terapia e risparmio economico In Italia



Applicando il benchmark statunitense alla spesa sanitaria Italiana, i Tavoli di Lavoro che il 25 marzo 2015 si sono riuniti a PIS hanno **stimato il risparmio potenziale** di spesa sanitaria per la patologie oggetto di approfondimento

Sulla base del *benchmark* statunitense, il risparmio è correlato:

- per il **67%** alla riduzione dell'**ospedalizzazione**
- per il **22%** alla riduzione delle **visite cliniche**
- per il **6%** alla riduzione degli accessi al **pronto soccorso**
- per il **5%** alla riduzione della **spesa farmaceutica** per inappropriata

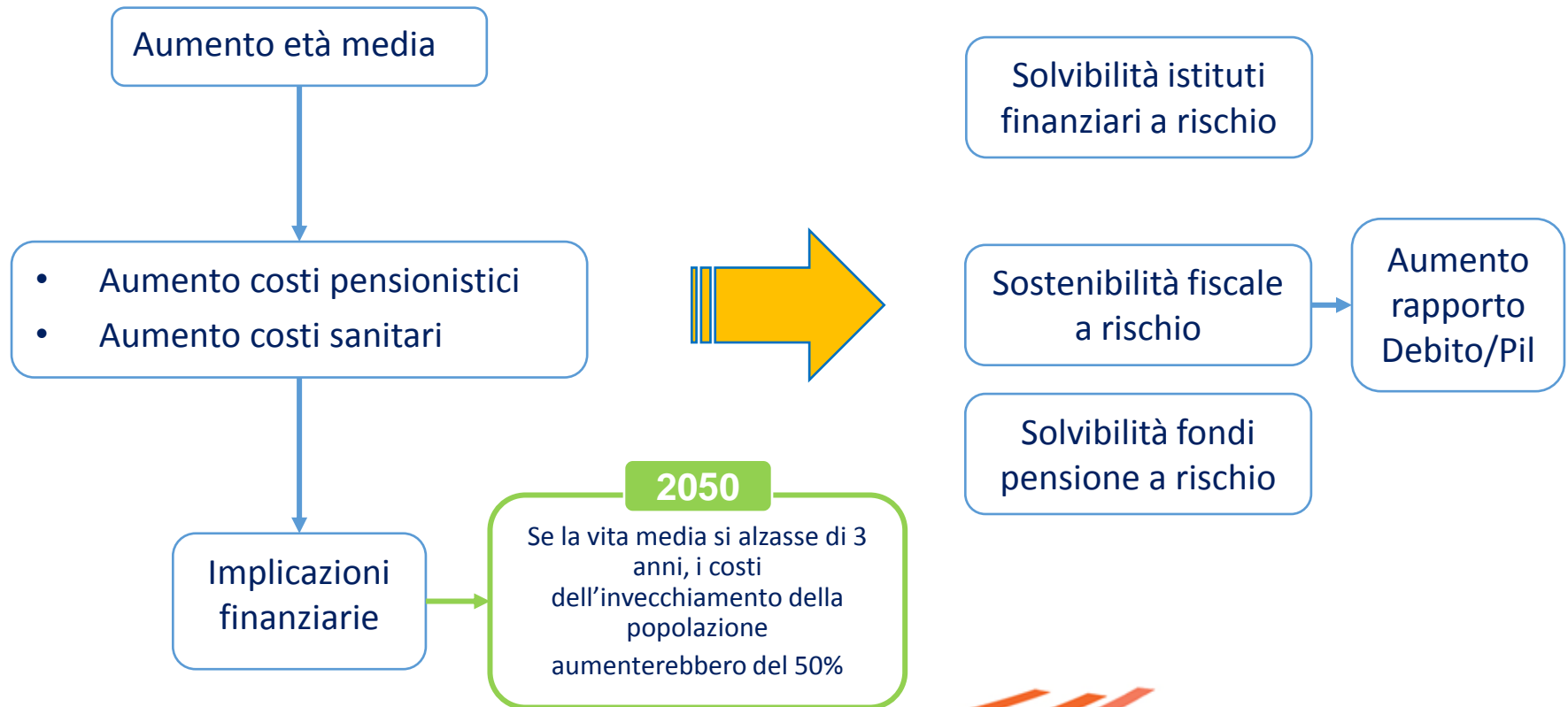
Gli interventi chiave per l'Aderenza

1. **Riconoscimento di diritti e doveri del paziente cronico**
2. **Empowerment del paziente** rispetto alle patologie e alla cronicità
3. **Semplificazione delle terapie** (farmaco e *device*) e riduzione della politerapia (combinazioni farmacologiche fisse)
4. Creazione dei **Chronic Team** tra MMG, Specialisti e Farmacisti per l'implementazione dell'aderenza;
5. Gestione proattiva dell'agenda del paziente da parte di MMG in funzione del **Piano Terapeutico Individuale**;
6. Implementazione del **monitoraggio dell'aderenza sul territorio**;
7. **Counseling** al paziente da parte del MMG e del farmacista per l'aderenza;
8. **Formazione** specifica del MMG per la **presa in carico del paziente cronico**;
9. Norme dedicate alla **continuità terapeutica** del paziente cronico;
10. **PDTA unico nazionale.**

Conseguenze della longevità secondo il FMI



2012: il Fondo Monetario Internazionale lancia l'allarme longevità



Capacità di reazione - Ambiti di intervento

- Aumentare la **presa in carico del paziente cronico** sembra essere la sola via da perseguire per far fronte agli scenari descritti
- Nel 2012 il Decreto Balduzzi disponeva che:

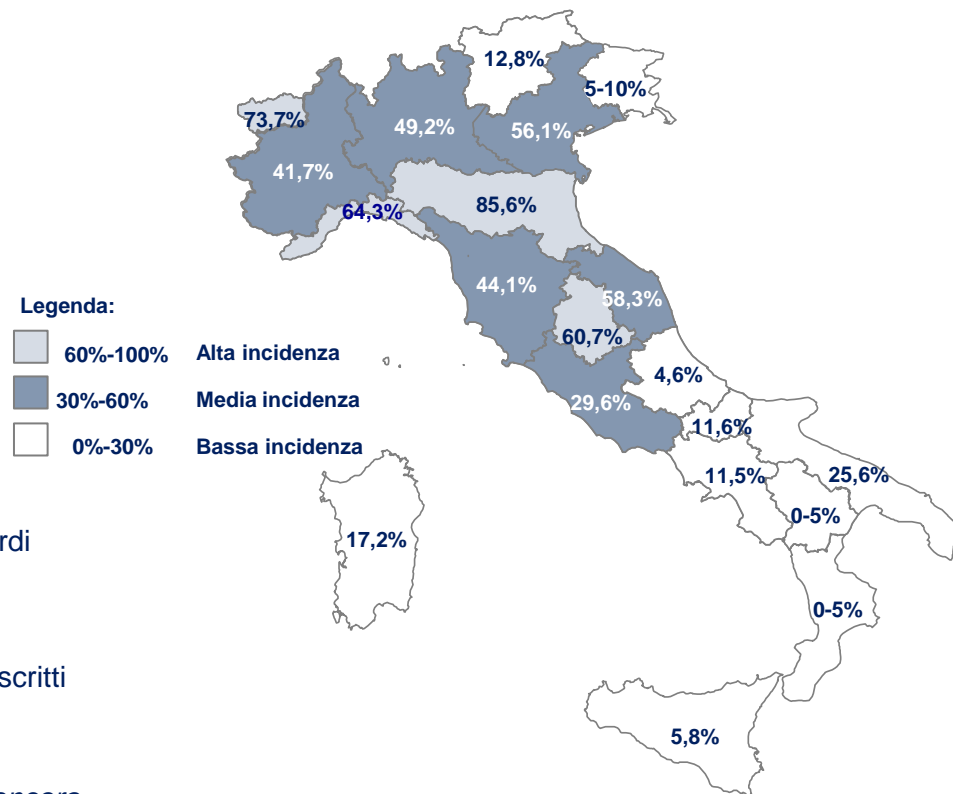
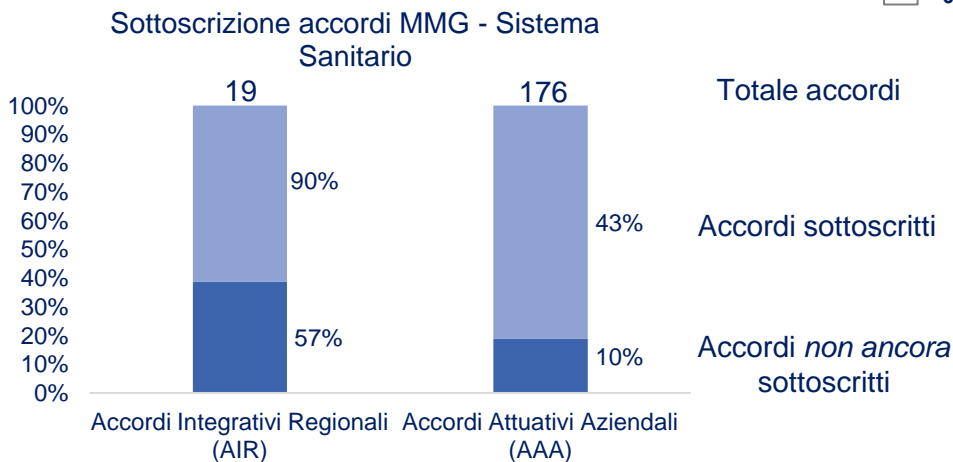
«Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, **al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali**, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie (...)»

Fonte: ART. 1 Testo del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 13 settembre 2012, n. 214), coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 (in questo stesso supplemento ordinario alla pag. 1), recante: «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.»



L'Associazione di MMG nel territorio (1/2)

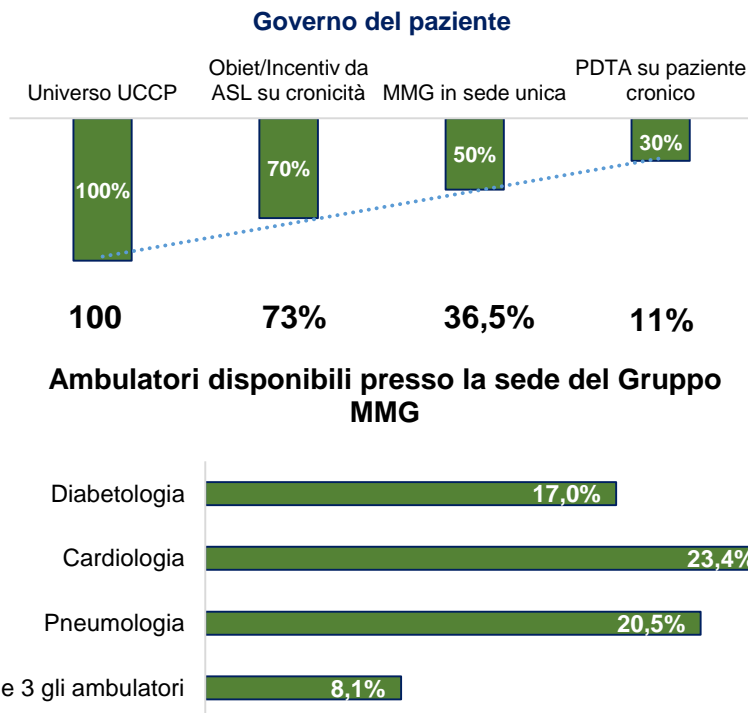
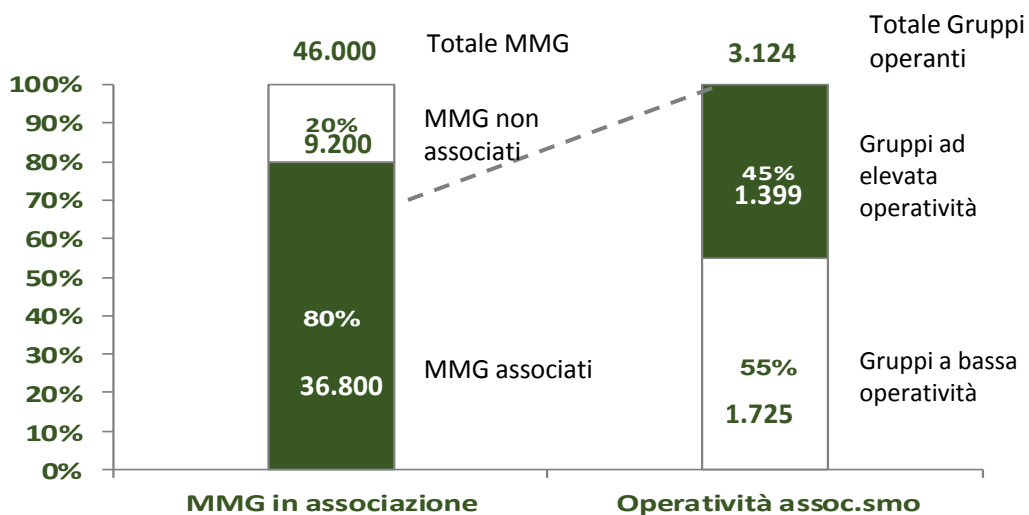
- Gli accordi Regionali fanno esplicito riferimento ai Percorsi di Cura e strumenti di *Clinical Governance*, prevedendo spesso un'incentivazione per favorirne l'implementazione
- In molti AIR si rimanda al livello aziendale locale la declinazione operativa delle modalità di *execution* e della eventuale incentivazione (accordi locali ASL-MMG)



Fonte: dati SISAC (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati); rilevazione AIR

L'Associazione di MMG nel territorio (2/2)

Diffusione della operatività dell'associazionismo di MMG



- Circa l'**80%** dei MMG sono associati
- ... di questi "solo" il **45%** in gruppi a elevata operatività
- La diffusione del Associazionismo è praticamente "assente" nel Sud Italia
- Nei gruppi a elevata operatività
 - ... solo il **30%** dei pazienti cronici è gestito strutturalmente, attraverso una attività di monitoraggio continuo (strumenti ad hoc)
 - ... in media solo il **20%** presenta un ambulatorio specialistico
 - ... in media solo nel **11%** dei casi si può fare riferimento a un PDTA

Fonte: dati SISAC (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati); rilevazione AIR



Conclusioni

- Visti gli scenari analizzati, la soluzione per evitare il default del SSN è aumentare la presa in carico dei pazienti:
 - Incrementando il livello tecnologico per la gestione delle cronicità
 - Aumentando l'associazionismo fra gli attori del SSN.

