



Modelli di presa in carico per il trattamento delle cronicità: il caso BPCO

Enrico Desideri

DALLA PRESTAZIONE ALLA PERFORMANCE

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

- **Le malattie croniche** nei Paesi occidentali rappresentano l'**80-85% dei costi sanitari** e provocano circa l'**86% dei morti**
- Si riducono gli anni di vita in buona salute (UE)
- 4,1 milioni di disabili (Censis 2016)



Tra il 2000 e il 2014 l'aspettativa media di vita degli italiani è passata da 79,8 a 83,2 anni, con un aumento di 3,4 anni. Contemporaneamente, l'età media di manifestazione delle malattie croniche è scesa da 56,5 a 53,5 anni: di fatto si è aperta una forbice di 6,4 anni "vissuti male".

The 'Double Expansion of Morbidity' Hypothesis: Evidence from Italy (February 3, 2017).
CEIS-Centre for Economic and International Studies

La **prevalenza** di tali patologie è **in crescita** a causa di:

- Invecchiamento della popolazione
- Crescente esposizione a fattori di rischio ambientali, geografici e **sociali**



IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

INNOVAZIONE TECNOLOGICA E CRESCITA DEI COSTI INTERMEDI

Farmaci biotech (Target therapies oncologiche/Bersaglio molecolare/Precision medicine, HCV...)
Spesa ospedaliera per farmaci + 8,7% nei primi 4 mesi del 2017;
proiezione di **incremento spesa di oltre 2 mld**

Nuovi **Medical devices**
Totale spesa 3,5 mld/y

Mini invasività chirurgica: riduzione giornate di degenza e complicanze



IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

POSIZIONAMENTO SERVIZIO SANITARIO ITALIANO

- 1° per efficienza (Bloomberg, 2016)
- 2° al mondo per aspettativa di vita (OCSE, 2014)

ma...

- **12°** per la qualità di accesso alle cure per 32 malattie (Lancet, 2017)



RISCHI DI SPRECHI ED INAPPROPRIATEZZA

1. Overtreatment

Wallington et al. «Mortalità e chemioterapia negli ultimi trenta giorni di vita», The Lancet oncology, 2016

2. Underuse

3. Overstocking [c.a. 10%, BMJ 2016]

4. Frodi ed errori negli acquisti (centralizzazione + qualità gare, forniture, monitoraggio contratto)

5. Carenze organizzative



ESPERIENZE INTERNAZIONALI E NAZIONALI in risposta alla cronicità

Per superare la frammentazione della risposta sanitaria e socio-sanitaria e garantire piani di cura personalizzati, concentrazione dei saperi, Team Multiprofessionali

Integrated Delivery System

Population Health Management

People- centred health and integrated services

Value based Medicine

Piano Nazionale per la Cronicità

PIRAMIDE DI POPULATION MANAGEMENT
classificazione dei pazienti cronici in sottogruppi sulla base dello stadio di sviluppo della patologia



RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE

un nuovo modello per la gestione della cronicità



Il caso della Bpco

- Quarta causa di morte in Europa e USA
- In Italia: 2.600.000 affetti 17.000 decessi all'anno
- Terapia (in base alle LLGG) LABA (Long acting beta agonist)
 - LAMA (Long acting muscarinic antagonist)
 - + cortisonico inalatorio (ICS)

**TEMA DELL'ADERENZA NELLA PRATICA CLINICA:
DOPO IL RICOVERO USO REGOLARE SOLO NEL 35%**

Sottotrattamento = riduzione sopravvivenza a cinque anni
dal ricovero (Studio CORE)



L'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

SUPERFICE

AVSE: circa 11.560 km²

RT: circa 22.990 km²

POPOLAZIONE [Fonte Istat 01/01/2016]

AVSE: circa 838.150 ab

RT: circa 3.744.398 ab

DENSITA' ABITATIVA [Fonte Istat 01/01/2016]

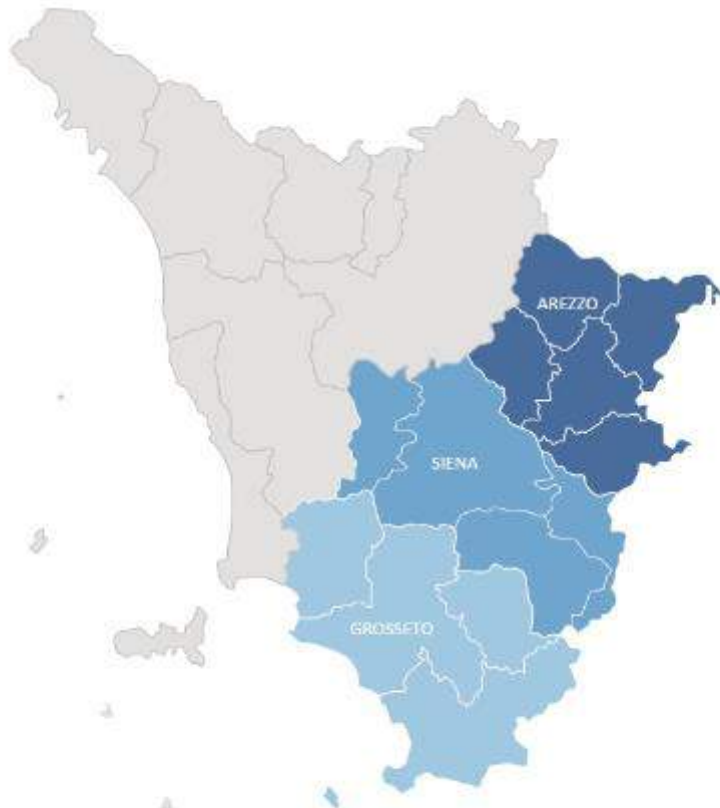
AVSE: 72,50 ab./km²

RT: 162,87 ab./km²

AVSE: 101 Comuni di cui 39 montani 20 parzialmente montani e 1 isolano

INDICE DOTAZIONE INFRASTRUTTURALE* [Fonte Union camere]

	Strade	Ferrovie
Ar	104,13	163,22
Gr	49,42	81,80
Si	91,40	47,00
RT	101,90	139,80



I PILASTRI DEL CAMBIAMENTO

SOLUZIONI SPERIMENTATE

- 1 pillar medicina d'iniziativa
- 2 pillar nuovo modello concettuale di presa in cura dei pazienti con patologie croniche
- 3 pillar riorganizzazione rete ospedaliera
- 4 pillar realizzazione continuità ospedale- territorio
- 5 pillar sistema informativo abilitante



MEDICINA D'INIZIATIVA: Il Chronic Care Model



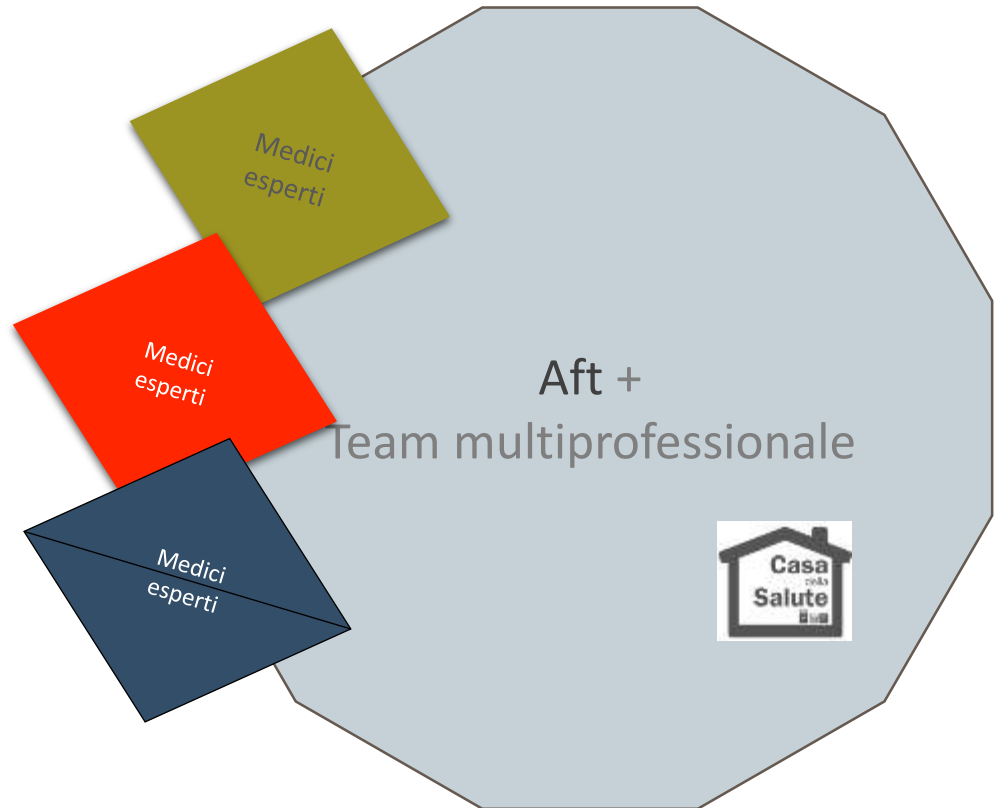
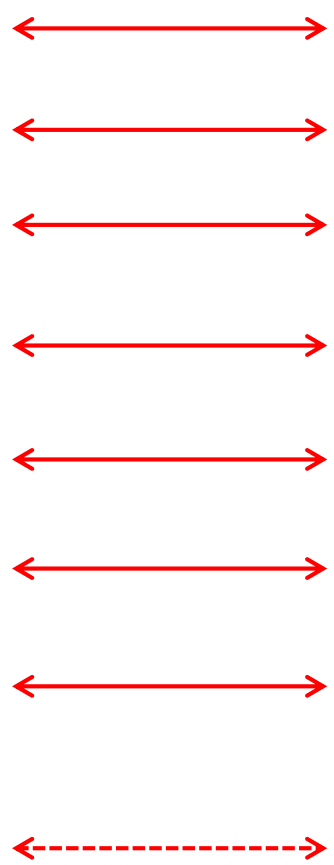
Per ogni Zona Distretto RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE

HOSPITAL

medici internisti/geriatri

CURE PRIMARIE

- neurologia (ictus, SM, demenze, parkinson)
- cardiologia (scompenso)
- diabete
- patologie respiratorie (BPCO, asma)
- oncologia
- insufficienza renale
- malattie autoimmuni (psoriasi, artrite reumatoide)
- TERRITORIO**
- cure palliative
- salute mentale, dipendenze



Nuovo ruolo professionale delle farmacie territoriali

Il nuovo ruolo del farmacista territoriale nelle reti cliniche integrate strutturate: un progetto comune

- Le basi normative nazionali ed europee (Novembre 2013):

Direttive sulla qualifica professionale farmacista :

- diffusione informazione e consigli sui medicinali e **stili di vita**
- segnalazioni effetti indesiderati (**ADR**)
- accompagnamento personalizzato (**aderenza alla terapia**)
- contributo a campagne istituzionali



- Progetto comune: lavoro coordinato ed integrato fra sistema cure primarie e farmacisti del territorio (già esperienze nel Regno Unito e in Canada ..)

Primary care team (Medici di Medicina generale, Infermieri, Farmacisti in primis)

Il nuovo ruolo del farmacista territoriale nelle reti cliniche integrate strutturate: un progetto comune

Fonte informativa:

- Prescrizione elettronica (codice a barre)
- Ritiro del farmaco (fustella)
- Tempi intercorsi

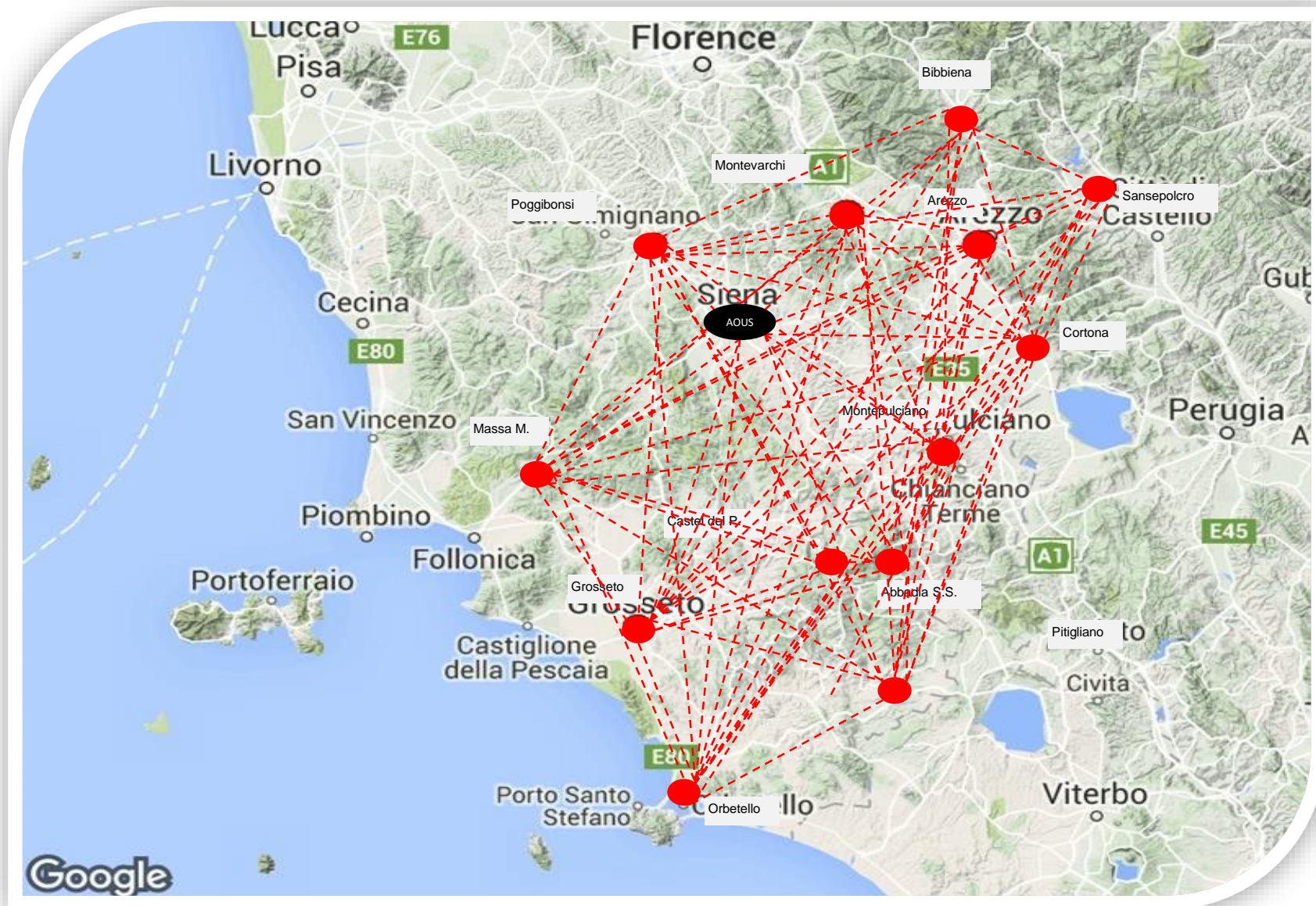
Precondizioni:

- costituzione **rete interprofessionale** (Comunità di Pratica)
- consenso informato
- formazione (certificazione) del farmacista
- idonea piattaforma ICT (intelligenza artificiale)

In Italia: avviato progetto finalizzato per controllo **BPCO- Asma e Scompenso cardiaco!**



LA RETE OSPEDALIERA COMPLANARE E INTEGRATA



CARDINI

dalle reti spontanee alle reti strutturate

RETE ORIZZONTALE TRA GLI OSPEDALI

1. che supera i confini amministrativi ed il modello hub e spoke (distretto/provincia)
2. tra i professionisti ad integrazione degli ospedali di prossimità anche attraverso la **telemedicina** (interconnette le competenze per lo sviluppo professionale)
3. supporta la distribuzione delle specialità, garantendo la concentrazione per alcuni interventi (volume-esiti)
4. raccordo “di sistema” per la qualità e la sicurezza e per la ricerca e la didattica
5. PREREQUISITO: Reti tempo-dipendenti e infrastrutture dell'**emergenza urgenza**



Un ospedale di riferimento per ogni Distretto/AFT



ELEMENTI IRRINUNCIABILI DELLE RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE

1. Individuazione della popolazione e stratificazione per complessità (presa in carico anche sociale per intensità di cura)
2. **Comunità di pratica**: professionisti del team **nominalmente** individuati (Umanizzazione della cure)
Wenger E., *Communities of practice: the social fabric of a learning organization*, 1996.; Jona Heath, 2014
3. Dal PDTA al **Piano individuale di assistenza** su valutazione multidimensionale: personalizzazione delle Cure
4. Miglioramento dell'**aderenza** terapeutica e **farmacovigilanza**: Efficacia e sicurezza delle cure
5. **Appropriatezza** nella prescrizione e «**dove si prescrive si prenota**»: riduzione dei tempi di attesa
6. **Prossimità della cura** (AFT) e **centralizzazione dei saperi specialistici** (Ospedale)



SISTEMA INFORMATIVO ABILITANTE (E-HEALTH)

interoperabilità, cyber security, privacy

Le Reti professionali ed organizzate devono essere co progettate con un sistema informativo che permetta:

- UNICO REPOSITORY SICURO E PROCEDURA SEMPLIFICATA PER IL CONSENSO INFORMATO
- LO SCAMBIO DI IMMAGINI E DOCUMENTI SOCIO-SANITARI STRUTTURATI (IN FORMATI PREDEFINITI)
- **TELEMEDICINA**, TELECONSULTO, TELEREFERTAZIONE, TELEVISITA
- MONITORAGGIO E VALUTAZIONE ESITI DI SALUTE E DI PROCESSO FLUSSI SANITARI
- CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

→ PON-GOV 2016/2023



RCT/Linee guida



Piano di cura personalizzato



PDTA



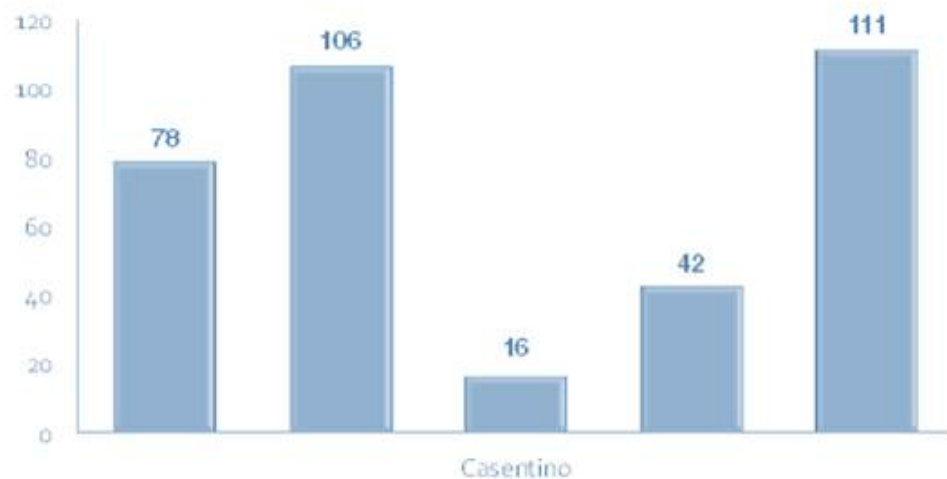
PRIMI RISULTATI DELL'INTEGRAZIONE STRUTTURATA

1. Progetto cuore in Casentino: Rete strutturata mmg-cardiologo
2. Rete strutturata mmg-pneumologia



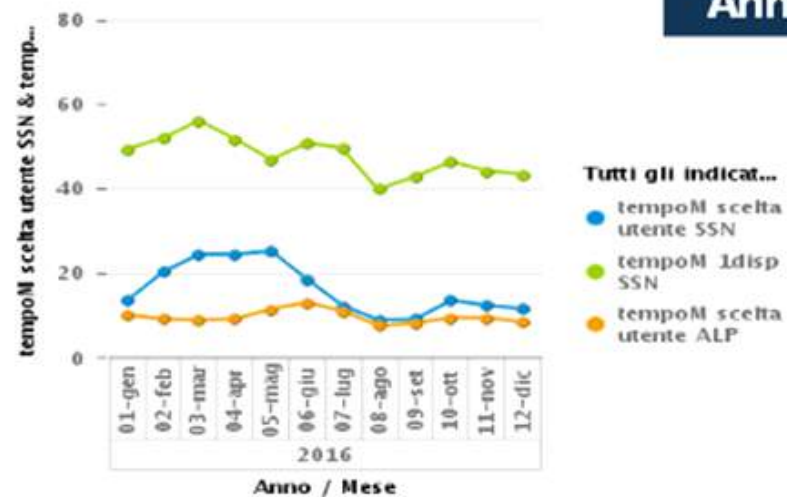
Risultati Progetto Cuore Casentino: Tempi di attesa per ecocardiogramma Zone Aretine

Anno 2016

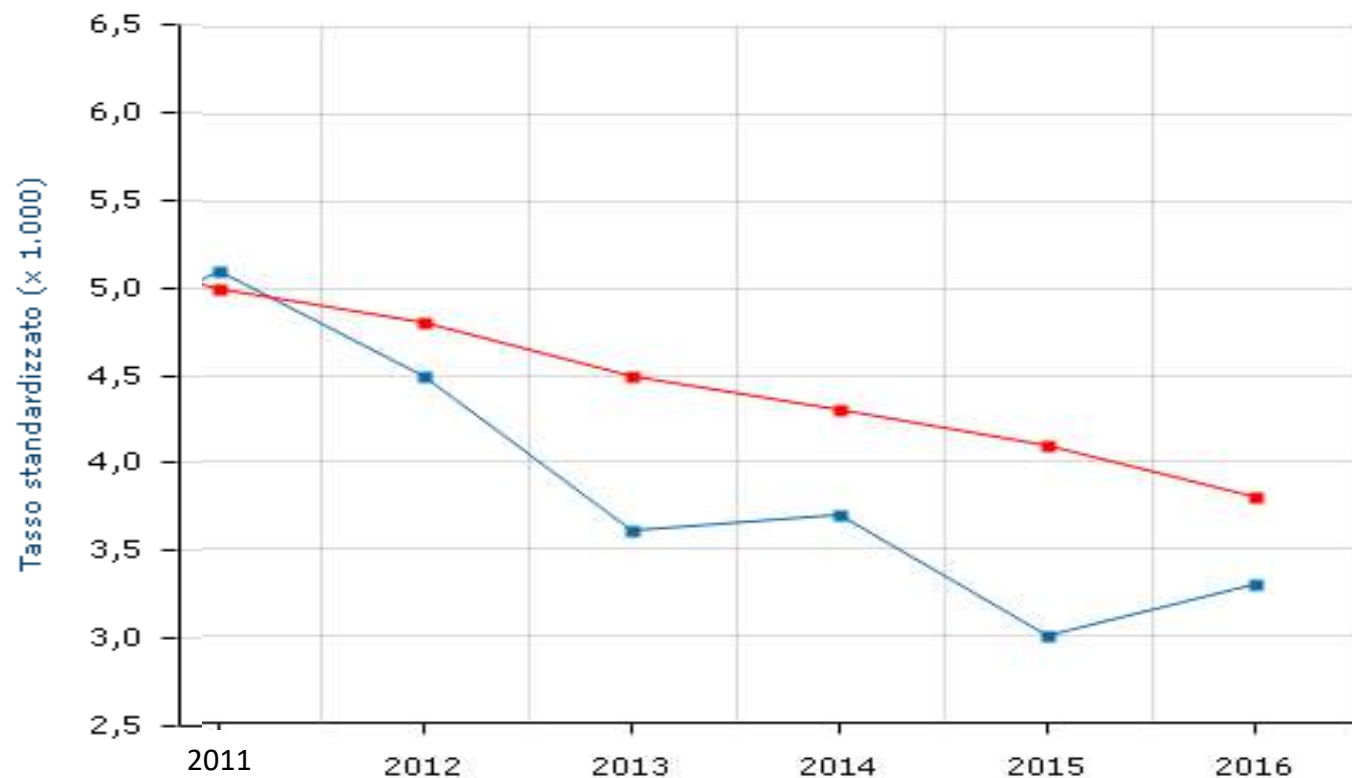


Risultati Progetto Cuore Casentino: Tempi di attesa per ecocardiogramma

Anno 2016



OSPEDALIZZAZIONE PER CARDIOPATIA



8 - AR
Aretina

Casentino
Valdarno

Val tiberina
Sud-Est

Val di Chiana aretina
TOSCANA



Primi risultati dell'integrazione strutturata

1. Progetto cuore in Casentino: Rete strutturata mmg cardiologo
2. Rete strutturata mmg-pneumologia



Rete Territoriale MG-Pneumologia: OTTIMIZZAZIONE IMPIEGO OSSIGENO TERAPEUTICO DOMICILIARE

Pazienti in ossigenoterapia a lungo termine (OTLT)

AUSL Toscana Sud Est suddivisa per Aree.

censimento gennaio 2017.

totale n° 1.524

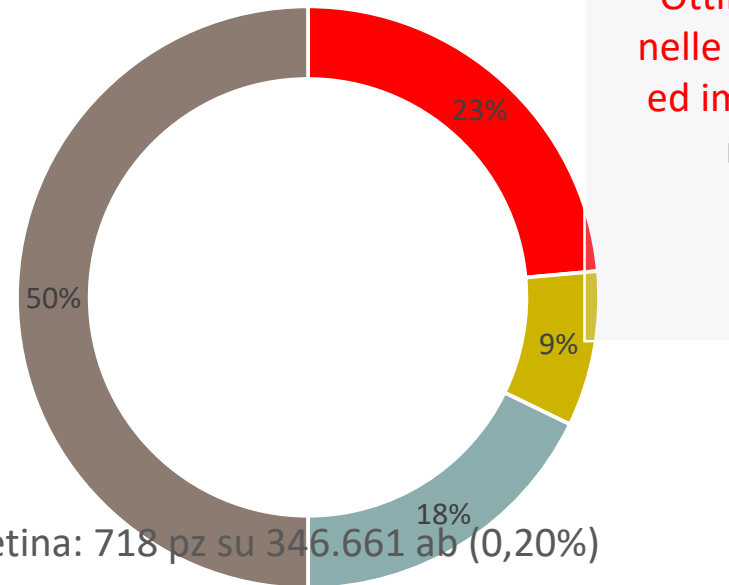
INDICATORE DI PROCESSO

% di pazienti con Insufficienza Respiratoria in terapia con OTLT

TARGET > 90%

ABBATTIMENTO DEL CONSUMO DI OSSIGENO GASSOSO

(ALTO COSTO, LIBERA PRESCRIZIONE) area aretina anno 2016



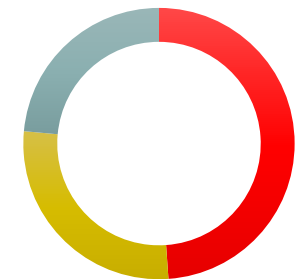
- Area Aretina: 718 pz su 346.661 ab (0,20%)
- Area Senese: 263 pz su 270.333 ab (0,09%)
- Area Grossetana: 543 pz su 225.098 ab (0,24%)
- Pazienti in OTLT AUSL Toscana Sud Est

Ottimizzazione e verifica appropriatezza prescrittiva nelle dispensazioni a domicilio di ossigeno terapeutico ed implementazione arruolamento con concentratori

nell'Area Aretina anno 2014 vs 2015 vs 2016

euro 647.549 vs 587.820 vs 555.911

riduzione di spesa euro 91.638



- GROSSETO euro procapite 1,80
- SIENA euro procapite 0,65
- AREZZO euro procapite 0,59

Rete Territoriale MG-Pneumologia: SOSTITUZIONE CANNULA TRACHEOSTOMICA A DOMICILIO IN PAZIENTI INFERMI

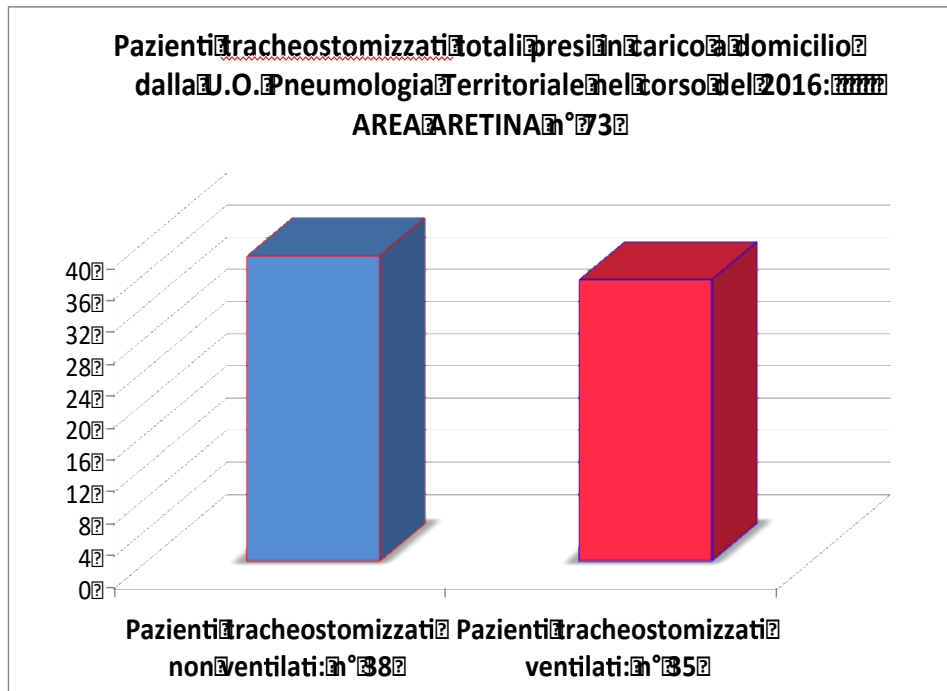
PAZIENTI TRACHEOSTOMIZZATI INFERMI RESIDENTI
NEL TERRITORIO DELLA AUSL TOSCANA SUD EST
censimento gennaio 2017: **totale n° 111**

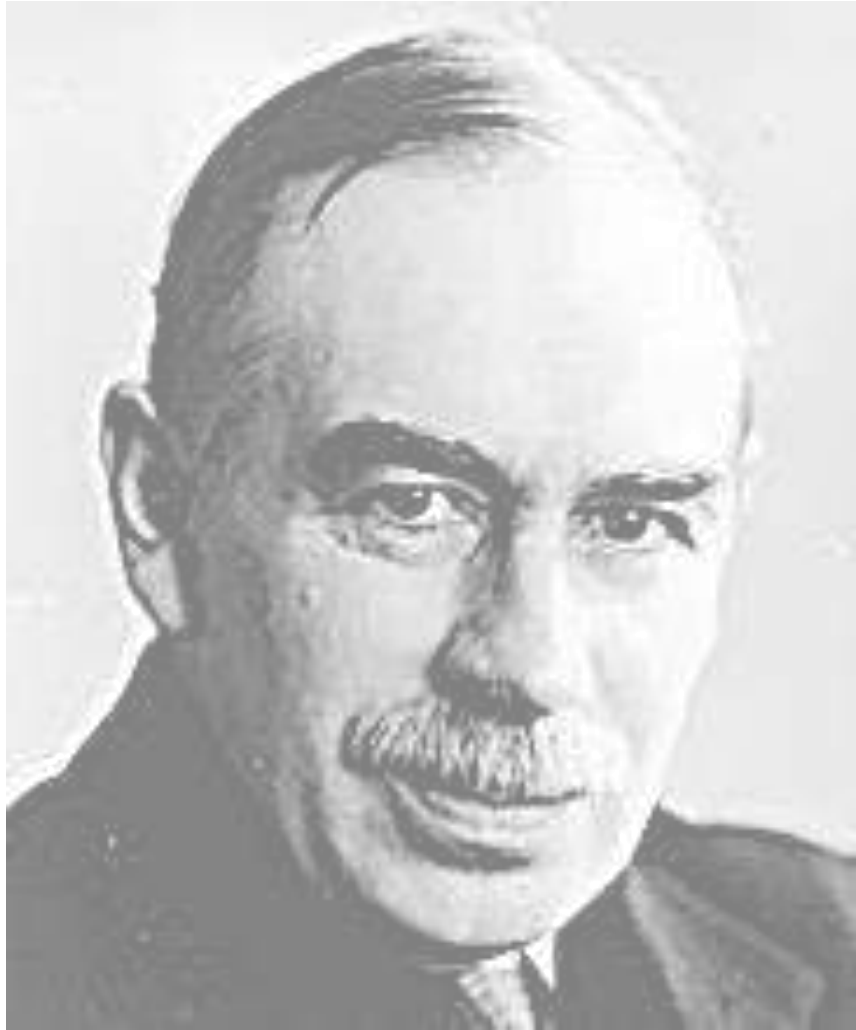
Nel 2016 sono state **sostituite a domicilio 217 cannule**
senza alcuna complicanza

evitando ad Arezzo 651 giornate di ricovero programmato

Proiettando questo dato per la **intera ASL** si ipotizza una
riduzione di 1.371 giornate di ricovero, costo medio giornata
di ricovero 800 euro

Riduzione dei costi 1.096.800 euro





La difficoltà non sta nelle idee nuove,
ma nell'affrancarsi di quelle vecchie

J. M. Keynes, 1935

