

30° Anniversario 1987-2017
Fondazione
TERESA CAMPLANI
Case di Cura DOMUS SALUTIS

**LA RIABILITAZIONE
INTERDISCIPLINARE**

della disabilità complessa
fra presente e futuro

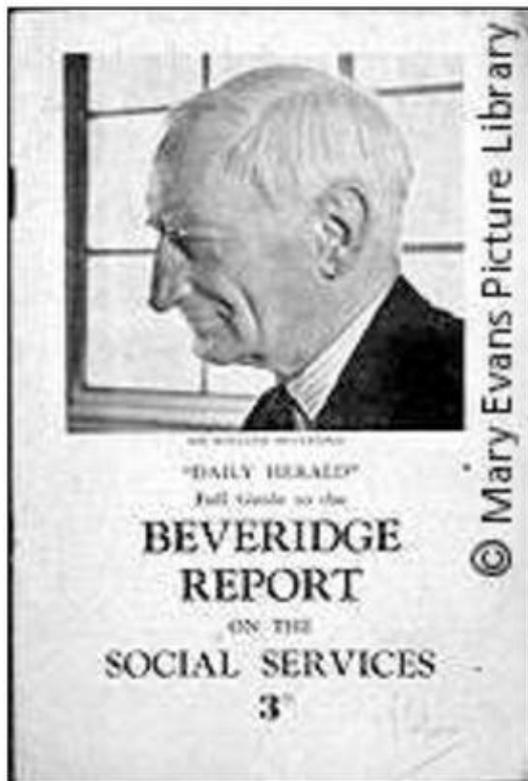


Percorsi terapeutici tra acuzie e cronicità: legge regionale 23/2015

*Germano Bettoncelli
Brescia 24.11.2017*

Il Servizio Sanitario Nazionale

Legge 833/78

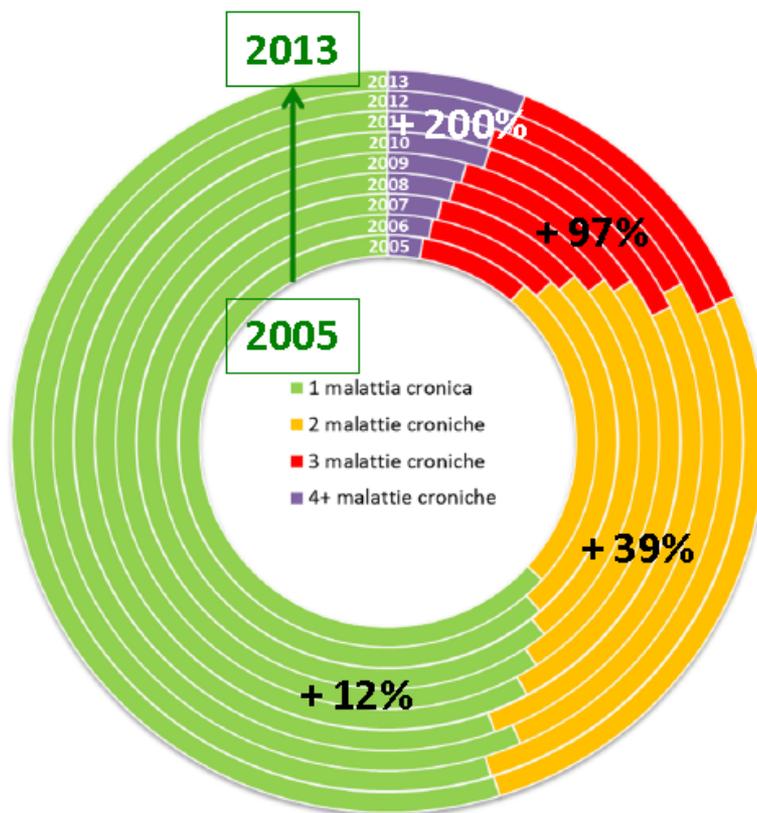


- **Finanziato attraverso la fiscalità generale**
- **Basato in gran parte sull'erogazione da parte di strutture pubbliche**
- **Fruizione gratuita delle prestazioni**
- **Equità di accesso per tutti i cittadini senza distinzione di età, sesso, reddito, origine**
- **Integrazione di tutti i servizi sanitari (ospedalieri e territoriali) attraverso la creazione delle USL, strutture operative dei Comuni**



Dinamica delle malattie croniche in RL

Variazione della composizione della popolazione dei malati cronici



POLIPATOLOGIA 2005-2013

Indice di vecchiaia

(n. ≥ 65aa/n. < 15aa)

- 140% nel 2015

- 200% nel 2030

3,5 milioni di pazienti cronici
(prevalenza in aumento)

75% del budget

FSR = 17 miliardi €

2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale



Presentato a Roma il 6 giugno 2017

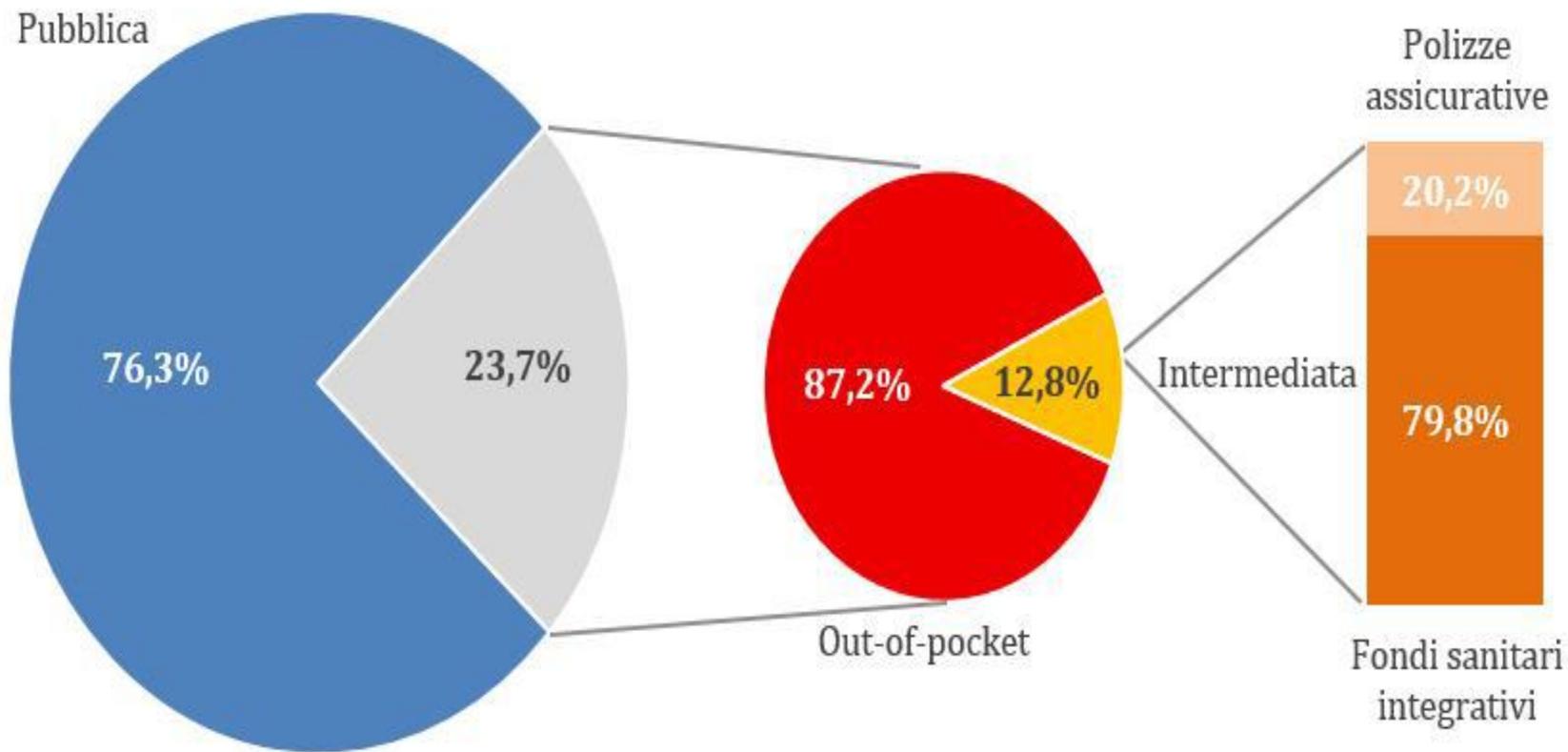
Finanziamento SSN previsto dall'Intesa Stato-Regioni 11 febbraio 2016 vs quello assegnato dalla Legge di Bilancio 2017 (dati in miliardi di euro)

	2017	2018	2019
Intesa Stato-Regioni 11 febbraio 2016	113	115	ND
Legge di Bilancio 2017	113	114	115

I € **115** miliardi previsti per il 2018 dall'Intesa Stato-Regioni dell'11 febbraio 2016 sono stati ridotti a € **114** nella Legge di Bilancio 2017, che ha spalmando nel triennio 2017-2019 la cifra concordata nel predetto accordo dalle Regioni per il biennio 2017-2018

Secondo la nota di aggiornamento del DEF il rapporto tra spesa sanitaria e PIL **dal 6,6%** del **2017** si ridurrà **al 6,4%** nel **2019** per precipitare al **6,3%** nel **2020**, percentuali mai raggiunte in passato

Ripartizione percentuale della spesa sanitaria (anno 2015)



di **Enrico Marro**

ROMA Nella sanità pubblica ogni 10 euro spesi se ne potrebbero risparmiare 2, per un totale di 22 miliardi e mezzo su una spesa annua 2016 che è stata di 112,5 miliardi. Si potrebbe intervenire su sei capitoli, dal taglio delle prestazioni inutili alla lotta alle frodi, dall'estensione dei costi standard negli acquisti a una organizzazione efficiente della prevenzione. La contabilità degli sprechi è contenuta nel 2° Rapporto sulla sostenibilità del servizio sanitario nazionale, presentato qualche giorno fa al Senato, alla presenza della ministra Beatrice Lorenzin e con la partecipazione, tra gli altri, di Agnès Couffignal, senior economist dell'Ocse, che ha confermato le stime del rapporto della Fondazione Gimbe, invitando ad «agire senza indugi per tagliare gli sprechi con precisione» chi-

Sanità

22,5 miliardi di sprechi

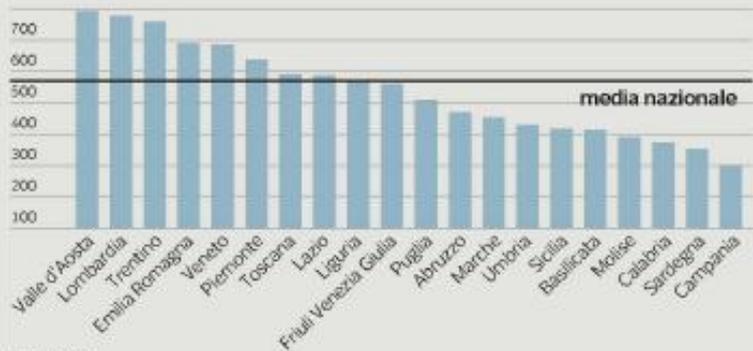
Prestazioni inutili, frodi, costi standard, burocrazia: ogni 10 euro se ne potrebbero risparmiare 2

Finanziamento pubblico del sistema sanitario nazionale



*Lea: livelli essenziali di assistenza

Spesa privata pro capite (2015)



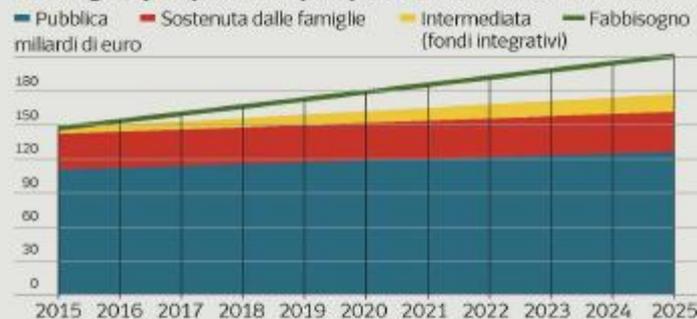
Fonte: Gimbe



Stima degli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica 2016

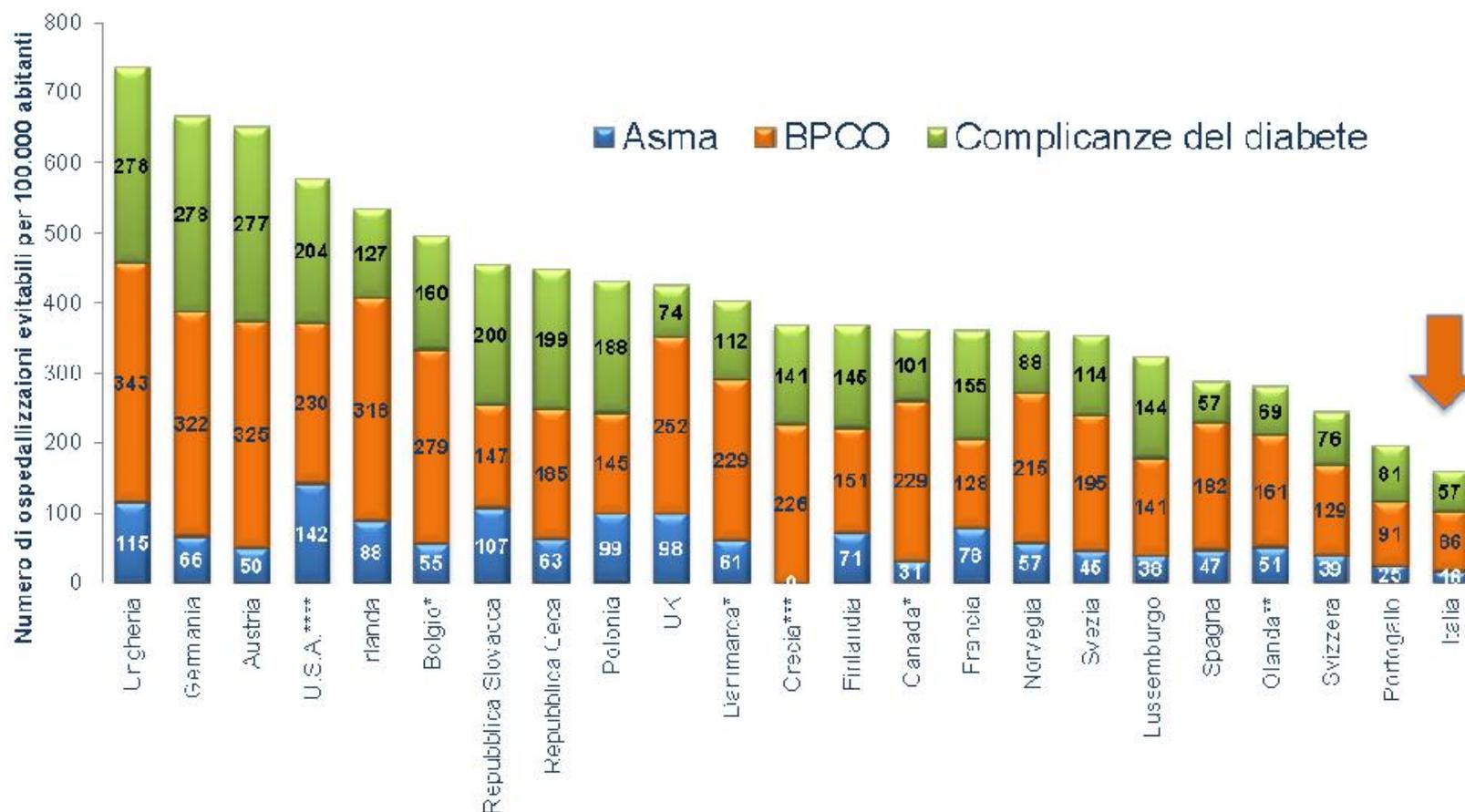


Fabbisogno, spesa pubblica e spesa privata: trend stimato 2015-2025



Appropriatezza clinica

Tasso standardizzato (TO) di ospedalizzazione per 1.000 abitanti per patologie a presa in carico territoriale (2014)





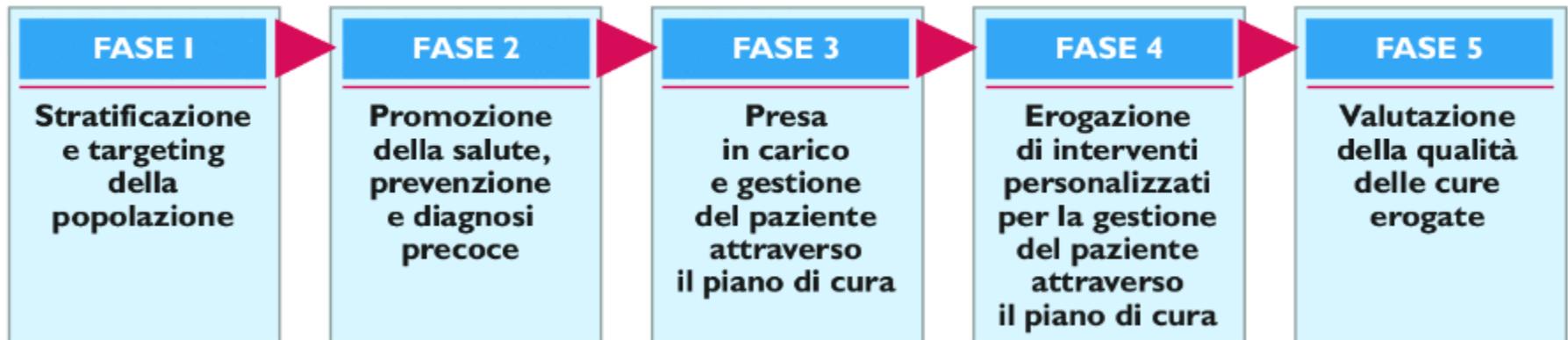
Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

Le fasi dell'assistenza indicate dal Piano nazionale cronicità



Il nuovo Piano Nazionale della Cronicità disegna una strategia di presa in carico innovativa del paziente con patologie croniche

I punti essenziali che distinguono questa strategia dalle attuali forme di assistenza



Medicina difensiva e di attesa



Medicina di iniziativa

- **Pressa in carico**
- **PDTA**



Il nuovo Piano Nazionale della Cronicità disegna una strategia di presa in carico innovativa del paziente con patologie croniche

I punti essenziali che distinguono questa strategia dalle attuali forme di assistenza



Medicina difensiva e di attesa



Medicina di iniziativa

- Pressa in carico
- PDTA

MMG?





RCGP, news 2014

- “General practice is still suffering the effects of years of underfunding – and with continued growing demand, GPs are at breaking point. RCGP research has shown that GPs are routinely making upwards of 60 patient contacts a day, working 11-hour days in clinic. This is neither safe nor sustainable for GPs, our patients, or the NHS.

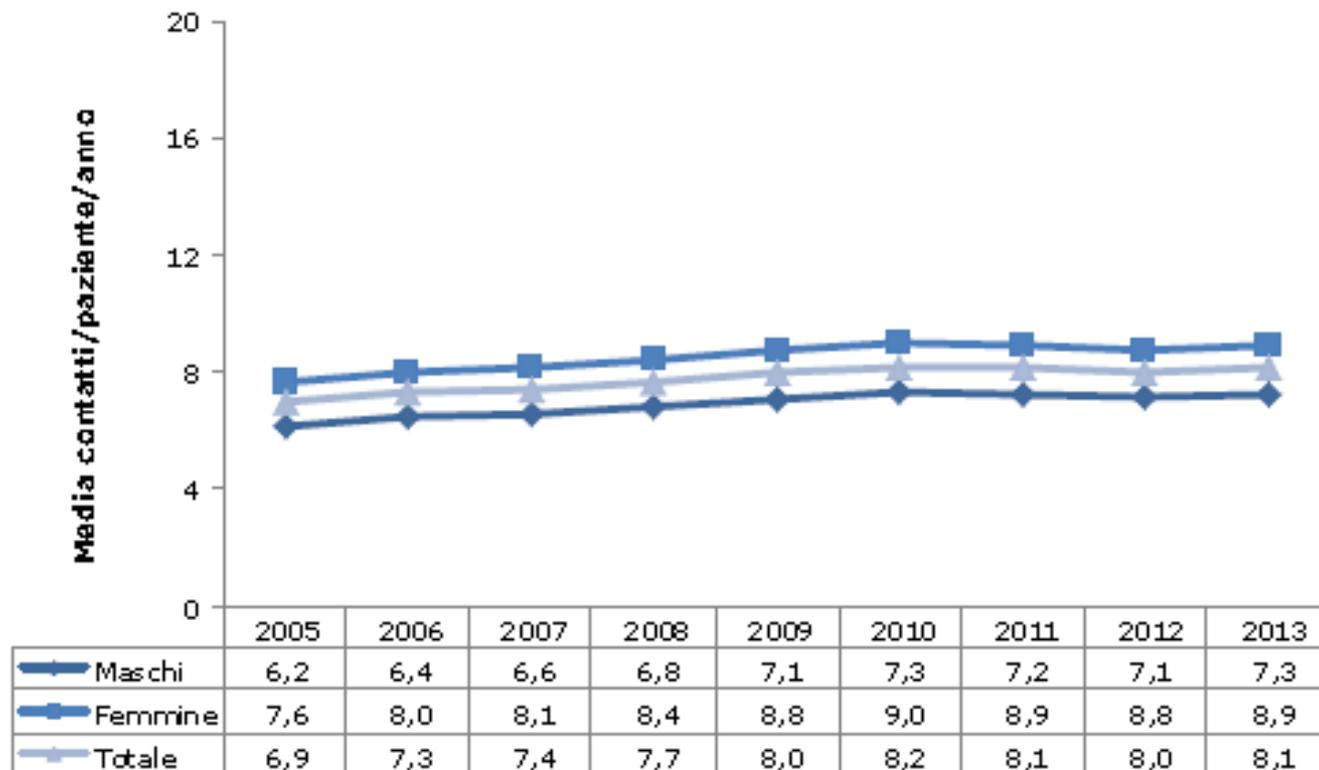
VIII REPORT HEALTH SEARCH - Anno 2013/2014

ISTITUTO DI RICERCA DELLA SIMG:

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE



Numero medio di contatti per paziente tra il 2003 e il 2013, stratificati per sesso



Nuova epidemiologia

Fattori Clinici

- ↑ Invecchiamento della popolazione
- ↑ Aumento cronicità
- ↑ Complessità clinica
- ↑ Aumento domanda di salute
- ↑ Aumento disagio psichico
- ↓ Autonomia paziente
- ↑ Fragilità

Fattori Sociali

- ↑ Multiethnicità
- ↓ Disponibilità economica per le cure
- ↓ Risorse per i Sistemi Sanitari
- ↑ Offerta sanità privata
- ↑ Aumento informazione
- ↑ Nuove tecnologie
- ↑ Cultura del benessere
- ↑ Diritto alla salute/educazione civica ?
- ↑ Burocrazia, leggi, norme

Le piramidi sintomatologiche

Piramide tradizionale



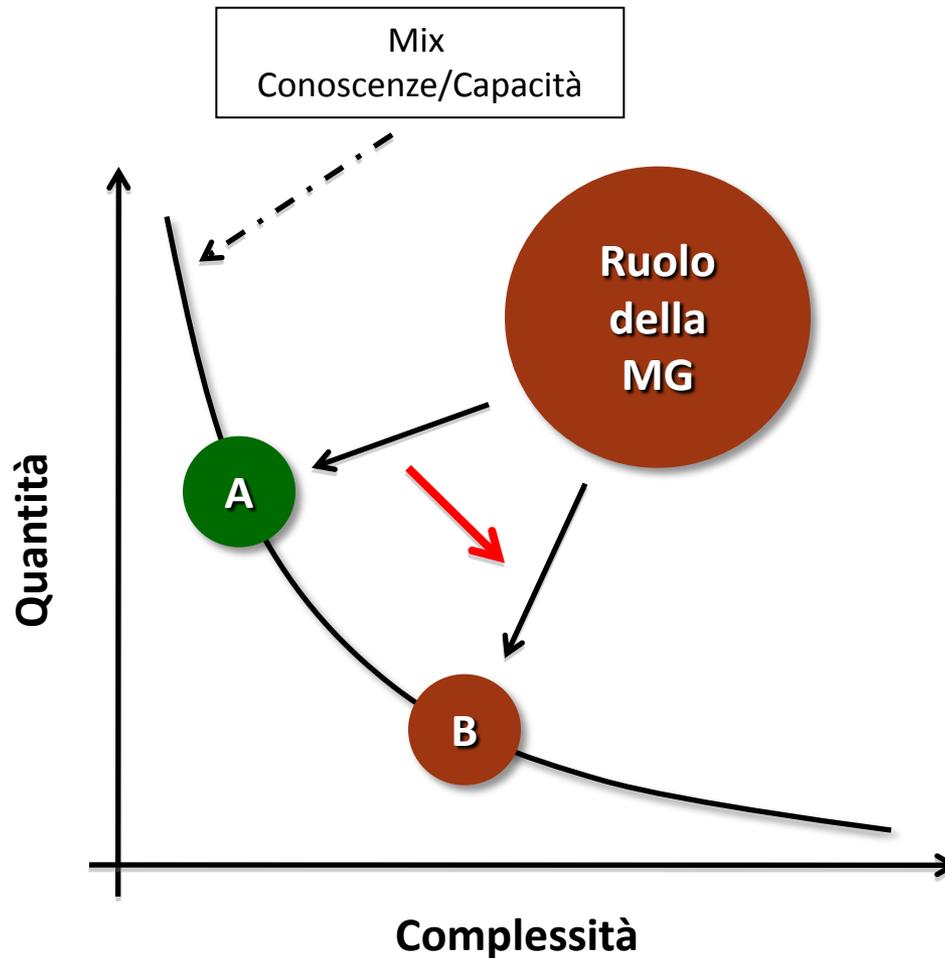
Piramide moderna



Sintomi considerati come malattia dal paziente

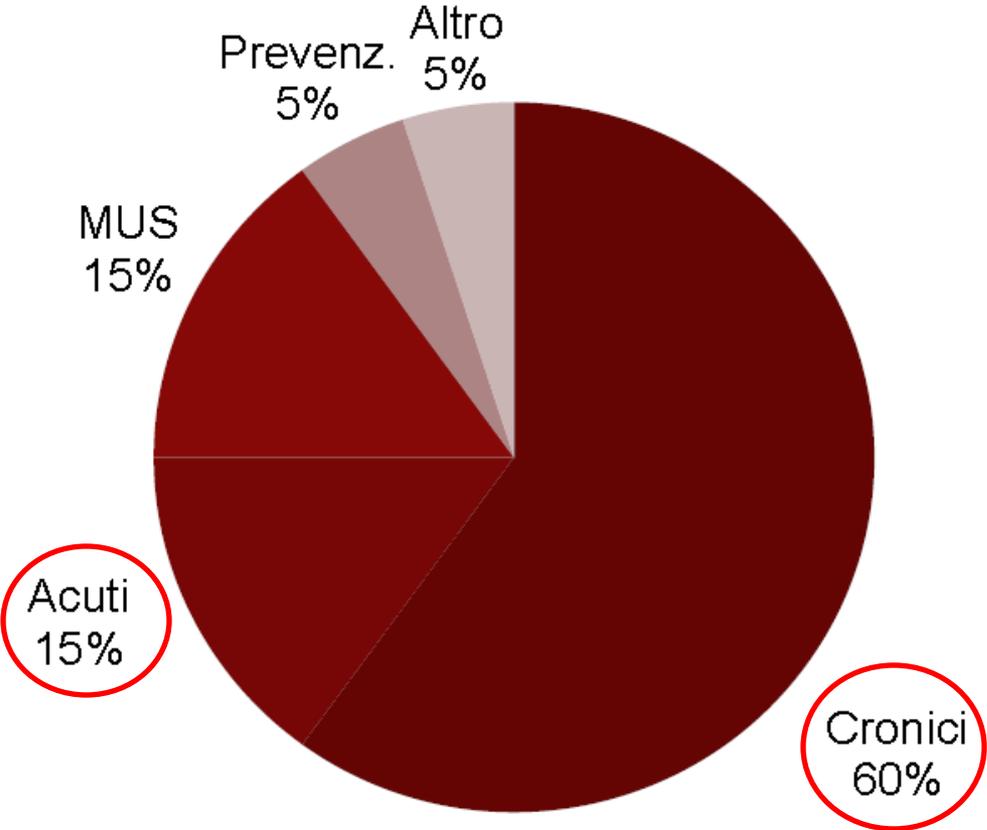
Fonte: Shorter, 1985

Il nuovo ruolo della MG finalizzato alla gestione della complessità e della comorbidità

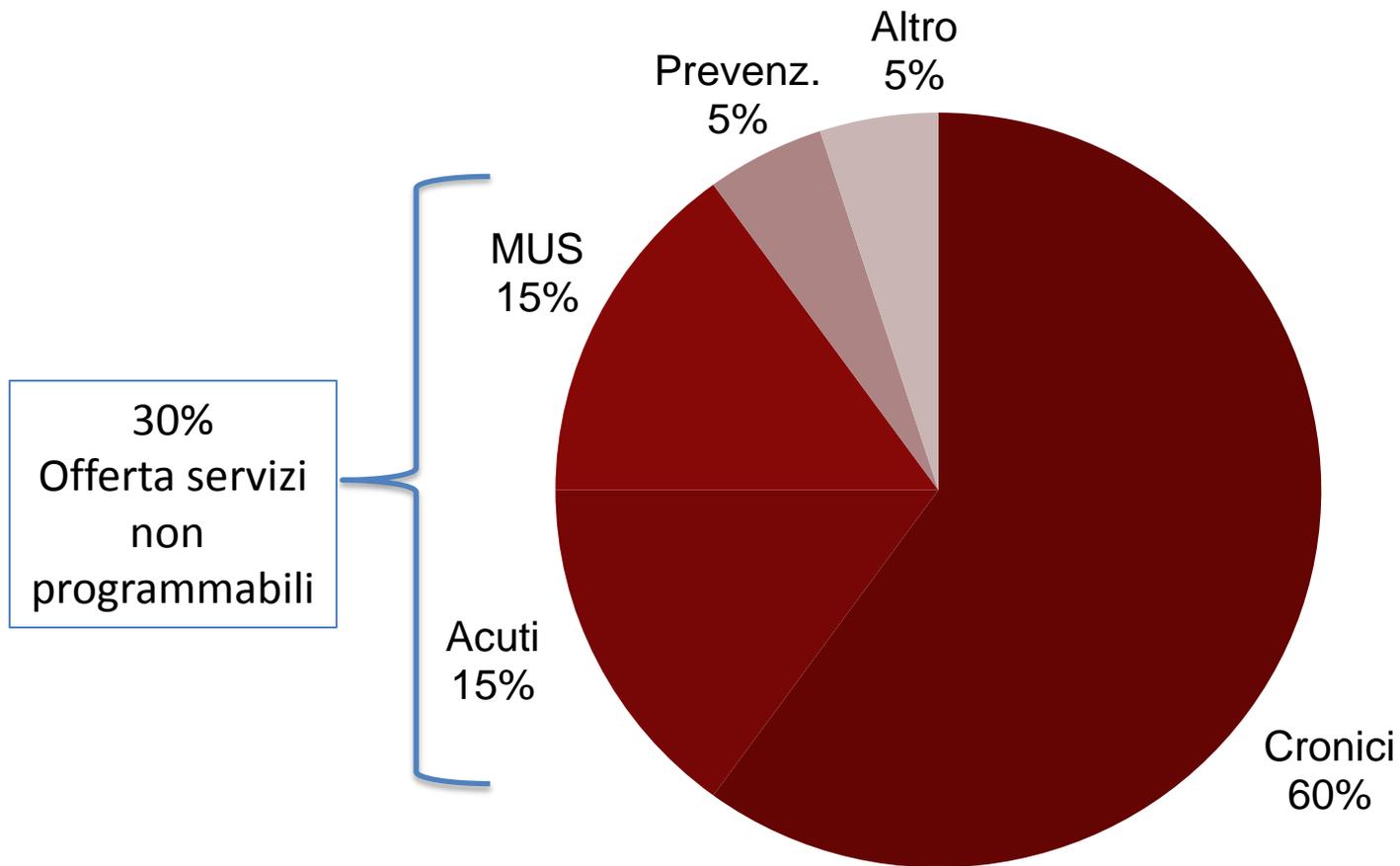


Fonte: RCGP2008, modificato

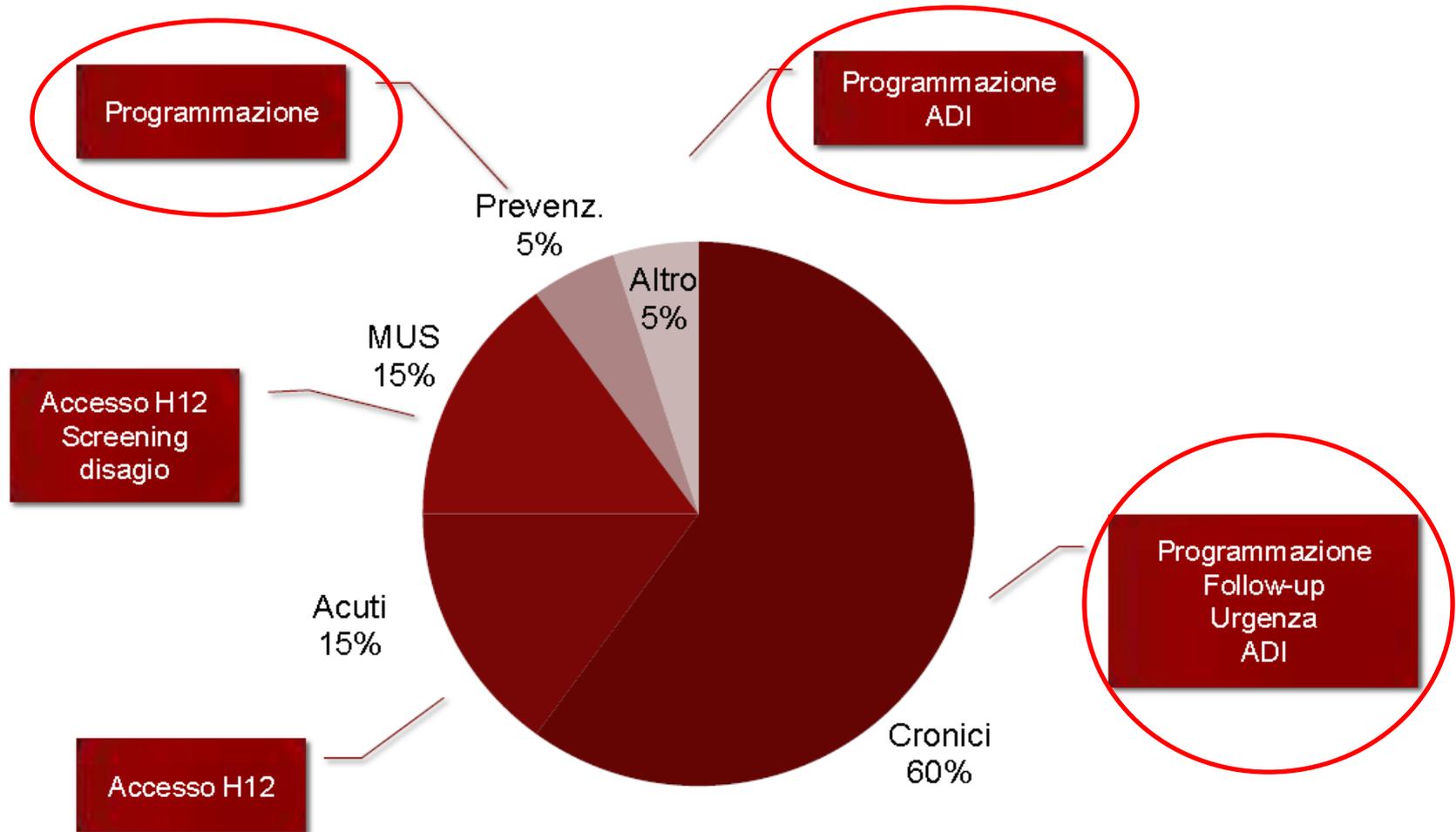
Case mix della Medicina Generale



Case mix della Medicina Generale



Case mix della Medicina Generale



BPCO



Criticità

- Sottodiagnosi
- Spirometria
- Mancata stadiazione
- Terapia insufficiente

Azioni

- Revisione modello assistenziale
 - Medicina di iniziativa
- Spirometria nei gruppi e in Telemedicina
- Stadiazione sintomatica ?
- Identificazione popolazione a rischio
- Disassuefazione al fumo



Diabete mellito

Criticità

- Scarso compenso
- Ridotta compliance terapeutica
- Mancata effettuazione ABI
- Piede diabetico
- Educazione alimentare

Azioni

- Formazione Operatori
- Terapia di gruppo
- Case manager dedicato
- Self assessment
- Compliance percorso
- Diagnostica 1° livello

Ipertensione arteriosa

Criticità

- Prevalenza
- Diagnosi Precoce
- Monitoraggio PA e registrazione del dato
- Terapia farmacologica insufficiente
- Compliance terapeutica migliorabile

Azioni

- Revisione modello assistenziale ?
- Educazione sanitaria
- Point of care in farmacia
- Holter pressorio in medicina di gruppo

Determinazione carico di lavoro: Diabete

Livello	Interventi	Tipologia	Figure professionali	Tempo	Tempo per operatore	Costi
Pazienti Compensati	Controllo anno	Esami Ematoch.	Infermiere	10'		
		ECG	Infermiere	15'	75'	
		ABI	Infermiere	15'		
		Educazione sanitaria	Infermiere	15'		
		Piede diabetico	Infermiere	5'		
		MDS	Infermiere	5'		
		Peso / PA	Infermiere	10'		
		Registrazione dati	Infermiere	5'/intervento		
		Visita medica	MG	15'		15'
		Fundus Oculi	Oculista	15'		15'
		Referto ECG	Cardiologo	10'	10'	



Gli interventi della politica in RL



Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23

Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)

(BURL n. 33, suppl. del 14 Agosto 2015)

urn:nir:regione.lombardia:legge:2015-08-11:23

- 1. Legge Regionale 23/2015 (11.08.2015)**
- 2. Indirizzi Regionali per la presa in carico della Cronicità e Fragilità 2016-2018 Regione Lombardia (DGR 4662 del 23.12.2015)**
- 3. Delibera Governo della Domanda (DGR 6164 del 30.01.2017)**
- 4. Delibera Riordino Rete di Offerta (DGR 6551 del 04.05.2017)**

La sfida per il futuro: riuscire a conciliare

- equità nell'accesso ai servizi
- libertà di scelta
- qualità e continuità delle cure
- sostenibilità



Sviluppo di nuovi modelli di cura, governati dal bisogno non dall'offerta e centrati sulla persona (non sulle strutture), superando:

- frammentazione
- dualismo ospedale-territorio, sanitario-sociosanitario
- integrazione rete d'offerta

Set di riferimento

- Sono le **prestazioni correlate ai bisogni espressi da almeno il 5% dei soggetti di ogni patologia e per livello di complessità della stessa**. Il soggetto erogatore deve garantire per queste prestazioni, l'erogazione nei modi e nei tempi stabiliti nel piano di assistenza individuale (**PAI**).
- **I set di riferimento non rappresentano un PDTA** in quanto non sono esito di una *consensus conference di professionisti ed anche perché riguardano situazioni molto spesso polipatologiche*.
- I set di riferimento approvati con la DGR n.X/6551/2017 rappresentano il **risultato di un'analisi pragmatica dei percorsi di cura effettivamente realizzati** e contengono i pattern di prestazioni sanitarie programmate ed erogate per le diverse condizioni morbose e le loro combinazioni, da cui ricavare gli elementi per definire un **PAI** il più vicino possibile al bisogno ideale di un paziente in quelle condizioni.
- **Rappresentano «il menù complessivo» dal quale attingere per costruire il piano più adeguato per ogni singolo paziente** nella certezza che nel menù sono presenti le prestazioni che possono soddisfare i bisogni di necessità statisticamente molto basse (almeno il 5% delle necessità espresse per ogni patologia e livello della stessa).

I Set di Riferimento

I set di riferimento sono stati dettagliati in relazione a tre differenti raggruppamenti:

- **Ambulatoriale Laboratorio**
- **Ambulatoriale Visite e altre prestazioni**
- **Farmaceutica**



Cos'è un PAI?

(Piano assistenziale Individuale)

Il PAI non è un PDTA

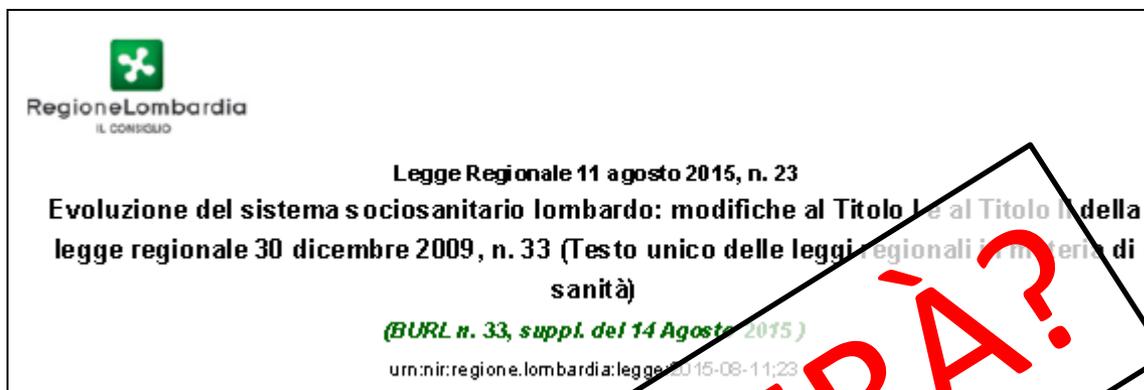
È uno strumento che:

- Personalizza gli interventi
- Consente un approccio orientato non solo alle singole patologie
- È vantaggioso specie in ambito polipatologico
- Utilizza pattern di riferimento dai quali trarre ciò che necessita davvero a quel dato paziente

Il PAI non è un PDTA

- Mira ad offrire al paziente scenari certi di riferimento
- Per ciascuna delle **63 patologie e 3 livelli di complessità** si forniscono a chi sta lavorando sui contenuti dei PAI non più di **5 profili (cluster) di tipologie** di pazienti
- Si tratta di profili «distillati» da **ciò che i medici stanno già prescrivendo e facendo**, utili come riferimento per la redazione del PAI
- Obiettivo: semplificare, fare quello che serve e «curare» (case manager)

Gli interventi della politica in RL

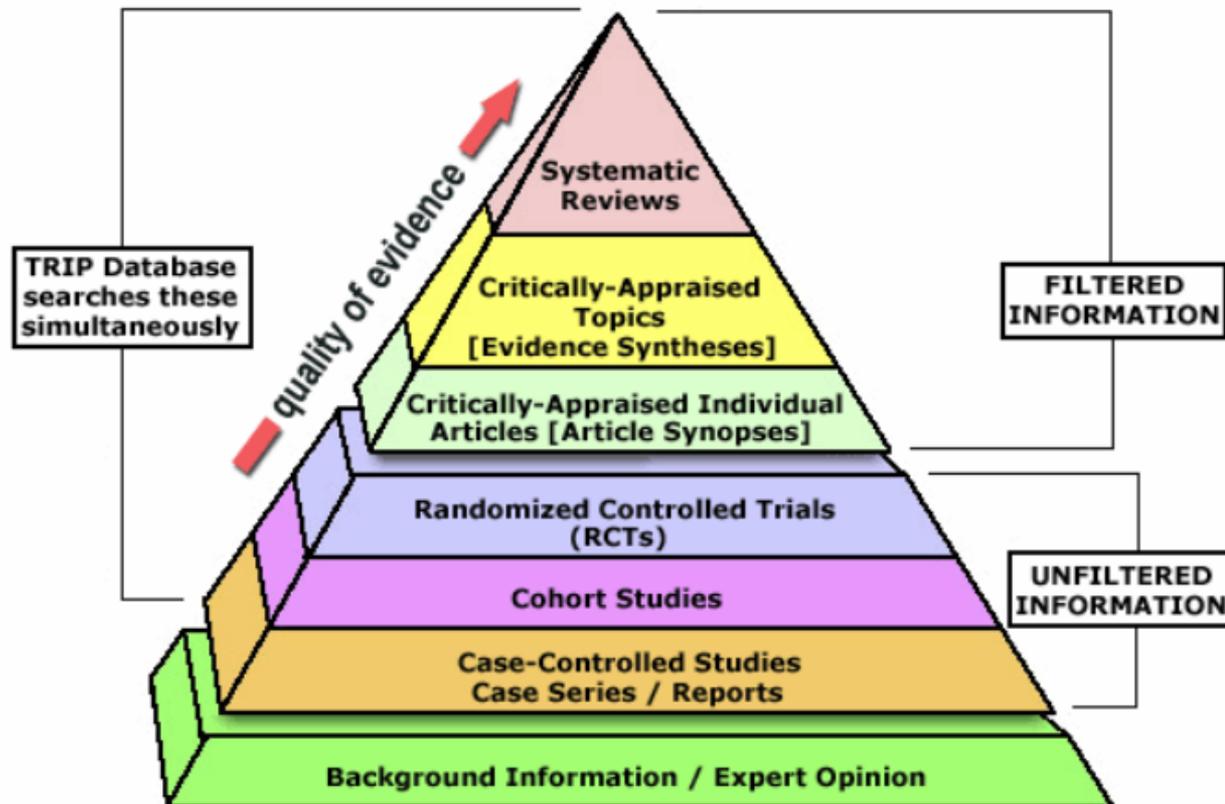


1. Legge Regionale 23/2015 (11.08.2015)
2. Indirizzi Regionali per la presa in carico della Cronicità e Fragilità 2016-2018 Regione Lombardia (DGR 4662 del 23.12.2015)
3. Delibera Governo della Domanda (DGR 6164 del 30.01.2017)
4. Delibera Riordino Rete di Offerta (DGR 6551 del 04.05.2017)

FUNZIONERÀ?

La competenza professionale

Sapersi adattare alla specificità del contesto professionale, epidemiologico, organizzativo etc.. e quindi “accomodare” le indicazioni generali di **buona pratica clinica** alle particolari condizioni dei **singoli assistiti**.



Appropriatezza, ma per pochi

What Proportion of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Outpatients Is Eligible for Inclusion in Randomized Clinical Trials?

Nicola Scichilone Marco Basile Salvatore Battaglia Vincenzo Bellia

Respiration 2014;87:11–17

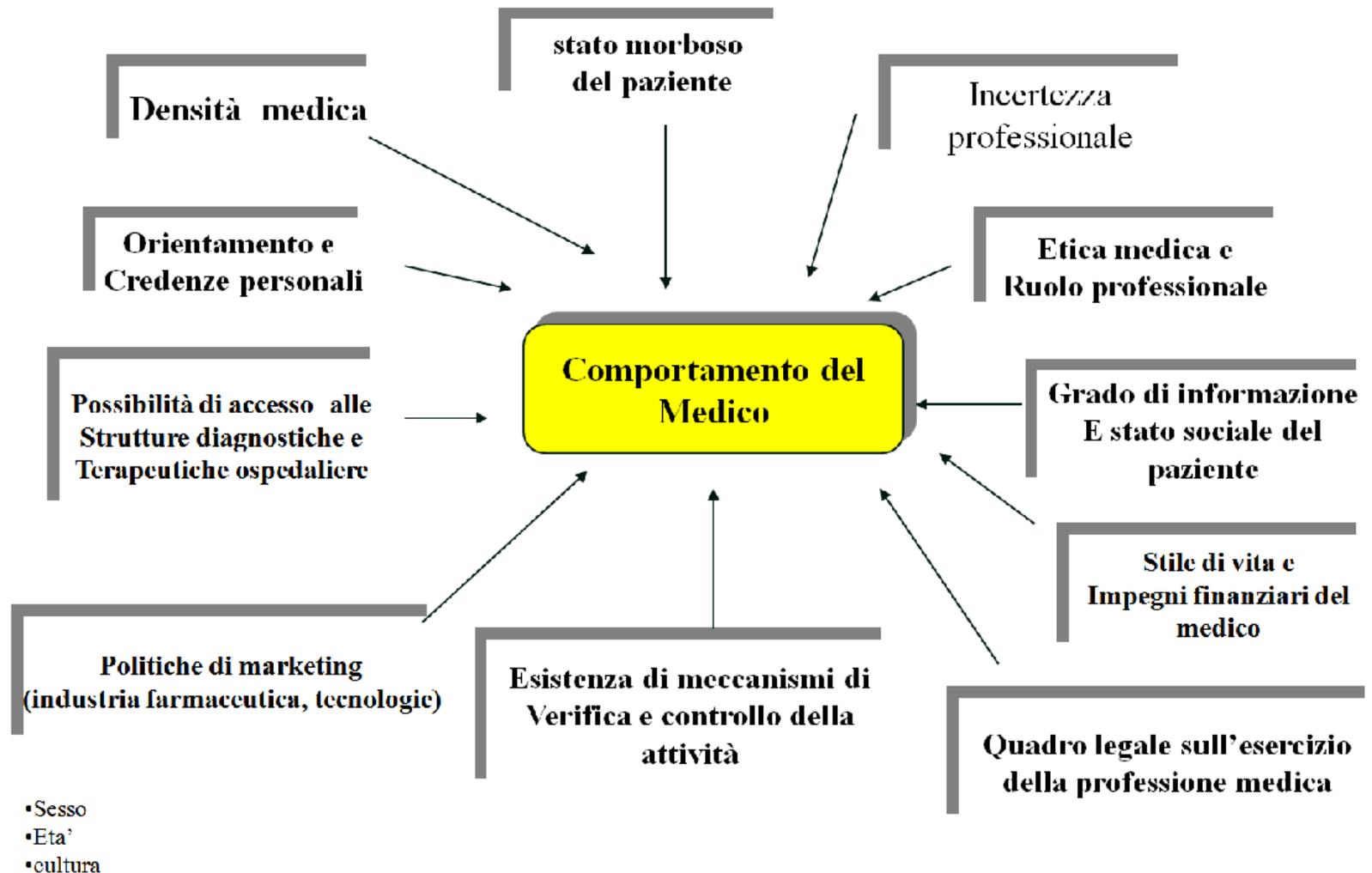
Randomized controlled trials and real life studies. Approaches and methodologies: a clinical point of view.

S. Saturni^a, F. Bellini^a, F. Braido^b, P. Paggiaro^c, A. Sanduzzi^d, N. Scichilone^e, P.A. Santus^f, L. Morandi^a, A. Papi^{a,*}

Pulmonary Pharmacology & Therapeutics 27 (2014) 129–138

- Il 5.4% dei pazienti asmatici è aderente ai criteri di inclusione negli studi clinici
- Solo il 17% dei pazienti con BPCO è aderente ai criteri di inclusione negli studi clinici
- La partecipazione allo studio clinico generalmente riguarda pazienti con maggiore attenzione alla propria salute
- La stretta selezione potrebbe focalizzarsi su pazienti che rispondono meglio alla terapia
- I pazienti arruolati sono istruiti all'uso dell'erogatore
- L'aderenza alla terapia è strettamente monitorizzata

Fattori di variabilità nel comportamento medico



ESSAY

Evidence based medicine: a movement in crisis?

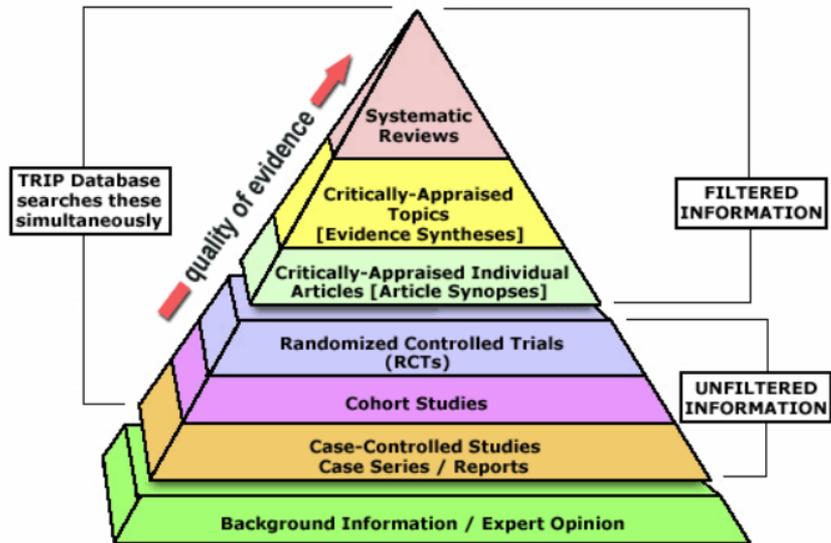
Trisha Greenhalgh and colleagues argue that, although evidence based medicine has had many benefits, it has also had some negative unintended consequences. They offer a preliminary agenda for the movement's renaissance, refocusing on providing useable evidence that can be combined with context and professional expertise so that individual patients get optimal treatment

BMJ 2014;348:g3725 doi: 10.1136/bmj.g3725 (Published 13 June 2014)

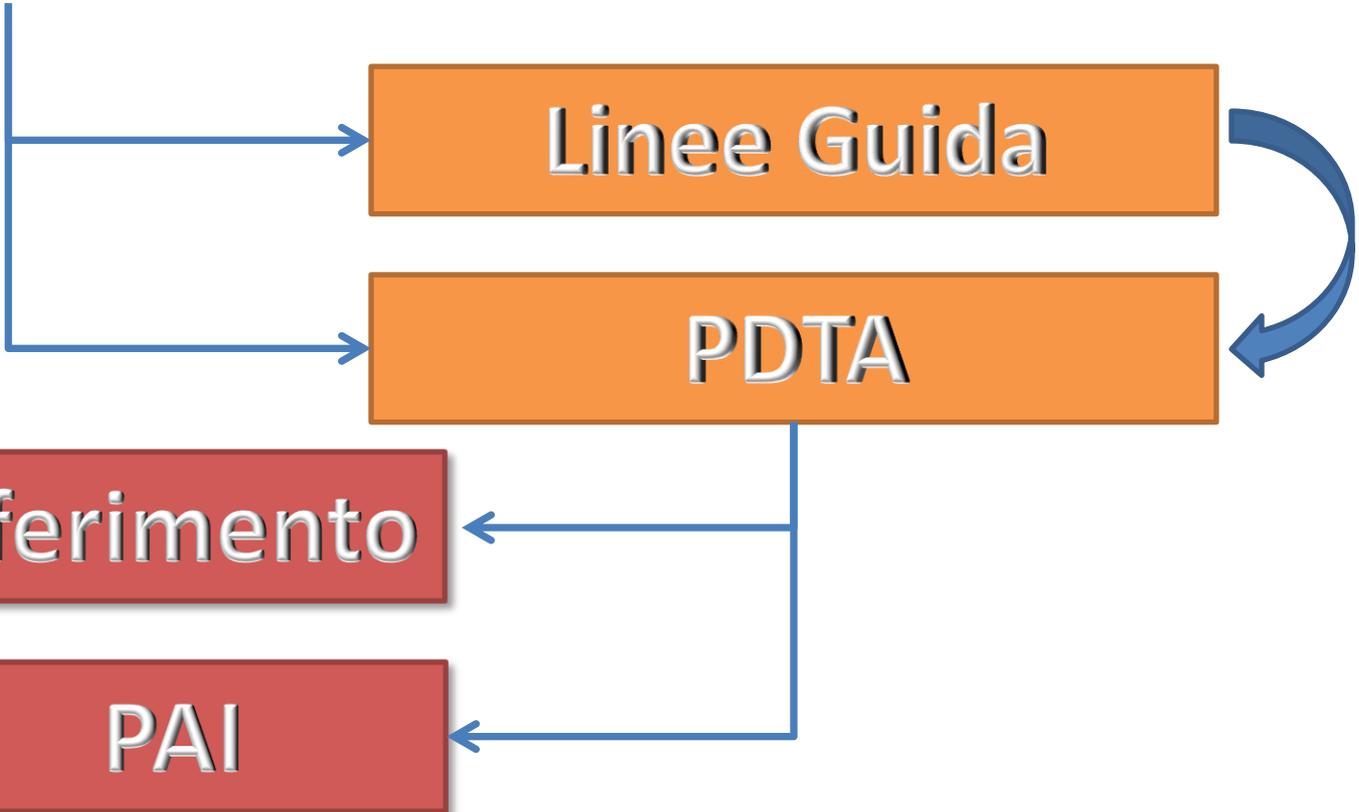
ANALYSIS

Box 1: Crisis in evidence based medicine?

- The evidence based “quality mark” has been misappropriated by vested interests
- The volume of evidence, especially clinical guidelines, has become unmanageable
- Statistically significant benefits may be marginal in clinical practice
- Inflexible rules and technology driven prompts may produce care that is management driven rather than patient centred
- Evidence based guidelines often map poorly to complex multimorbidity



Quale relazione?

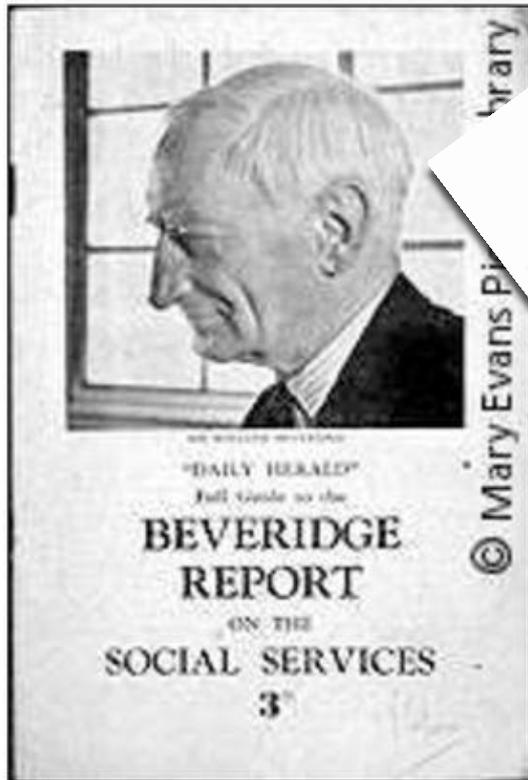


La sensazione è che è vero che anche il Mmg (proattivo e/o associato) viene messo nella possibilità di candidarsi a gare il gestore per alcuni livelli (il 2 e il 3 prevalentemente) di pazienti cronici, ma forse il confronto con altre strutture, pubbliche o private, sia impari.

Il Servizio Sanitario Nazionale

Legge 833/78

BUON
COMPLEANNO
40



- **Universalità generale**
- **Organizzazione da parte di**
- **azioni**
- **per tutti i cittadini senza distinzione**
- **di sesso, origine**
- **Integrazione di tutti i servizi sanitari (ospedalieri e territoriali) attraverso la creazione delle USL, strutture operative dei Comuni**