



**VI CONVEGNO NAZIONALE**  
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD  
NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012



CENTRO CONGRESSI  
STAZIONE MARITTIMA



# Tra epidemiologia e vincoli economici: i modelli assistenziali

Marco Comaschi  
ICLAS – Rapallo (GE)





## Variabili

- La crisi economica si protrae ancora per 5 anni con stato di recessione intorno all'1% di PIL in meno ogni anno
- Entro il 2014 il PIL recupera lo 0.5%, nel 2015 lo 0.5% e nel 2016 lo 0.8%
- Entro il 2016 si assiste ad un recupero del 5 - 7% del PIL
- Entro il 2015 si definiscono gli “Stati Uniti d'Europa”



# Scenari con variabile 1

- Il Sistema di Welfare statale della salute subisce alcune profonde modificazioni:
  - Cade l'obbligatorietà di iscrizione al SSN
  - Si mantiene un “contributo di solidarietà” per chi resta fuori dal SSN
  - Si consolidano sistemi assicurativi privati, individuali o di categoria, prevalentemente a copertura dei grandi rischi
  - La copertura delle patologie croniche potrebbe in buona parte venire “appaltata”



## Scenari con variabile 2

- A fronte di una ripresa economica modesta è possibile, e forse probabile, una “Recentralizzazione” dello Stato sul SSN, con riduzione marcata delle autonomie regionali, per utilizzare meccanismi di economia di scala.
- In un SSN di nuovo centralizzato vedremmo una “Primary Care” molto rafforzata, con netta riduzione della Specialistica, confinata al solo segmento ospedaliero dell’acuzie



## Scenari con variabile 3

- A fronte di un forte recupero economico, si potrebbe assistere ad una netta ripresa degli investimenti in edilizia ospedaliera e sanitaria in generale, sia pubblica che privata
- Questo potrebbe portare comunque ad una modificazione del sistema di tutele, orientandosi sempre di più verso il modello “misto”, con una forte presenza di assicurazioni individuali o di categoria
- Questo modello indebolisce la Primary Care e rinforza la Specialistica



## Scenari con variabile 4

- Questa variabile in realtà è possibile in quasi tutti i diversi scenari economici rappresentati
- Se il percorso dovesse davvero prendere campo, nell'arco di una decina di anni il sistema di copertura sanitaria prevalente sarebbe quello franco-tedesco (sistemi assicurativi mutualistici statali e privati; gestione delle cronicità con il Disease Management affidati quasi esclusivamente alla Primary Care)



# La gestione della malattia diabetica nei possibili scenari futuri in Italia

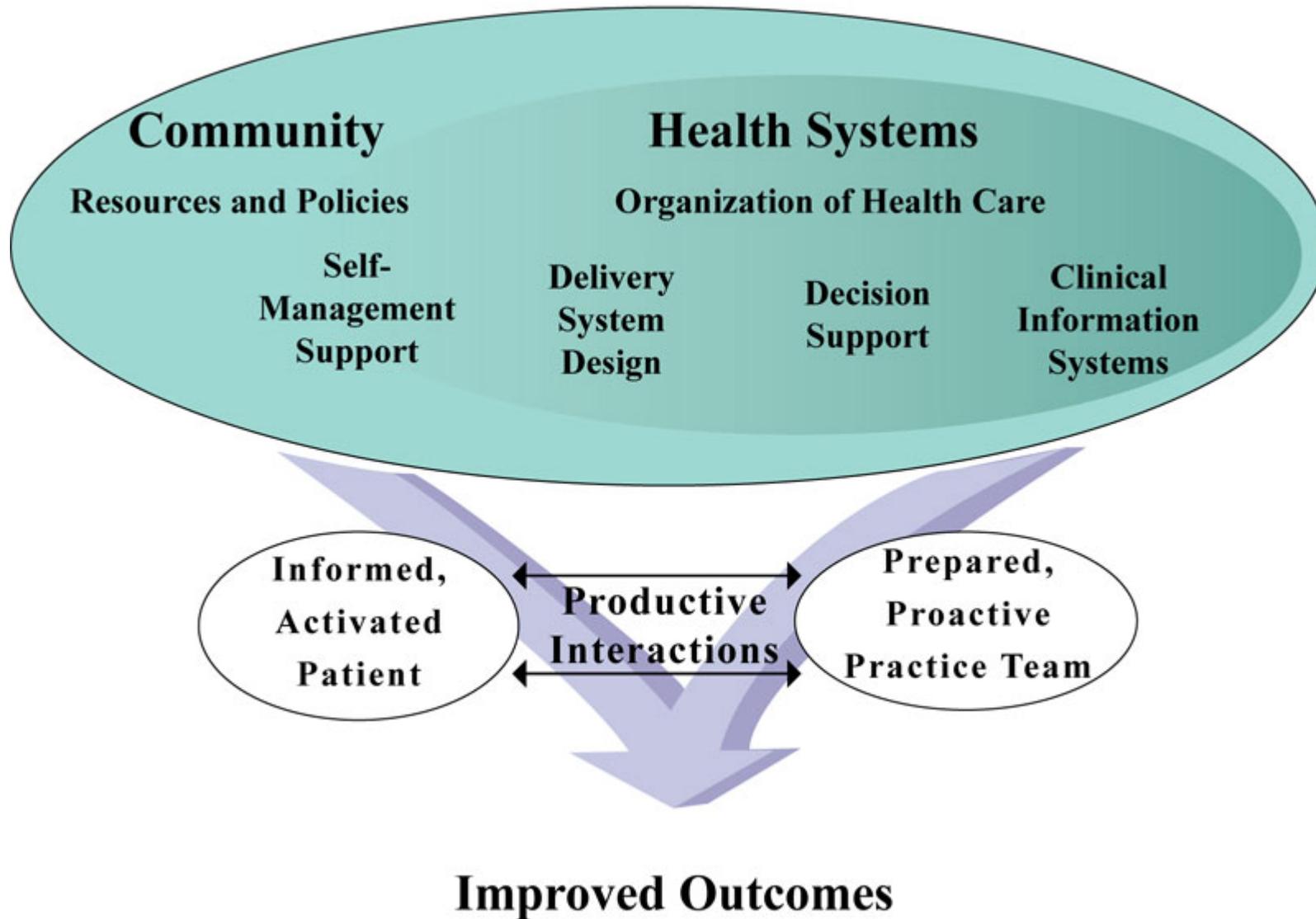
- **Scenario A** : ideale evoluzione del sistema verso il Chronic Care Model Integrato
- **Scenario B** : evoluzione da sistema sanitario universalistico ad assicurativo misto e/o modificazioni dei sistemi di finanziamento



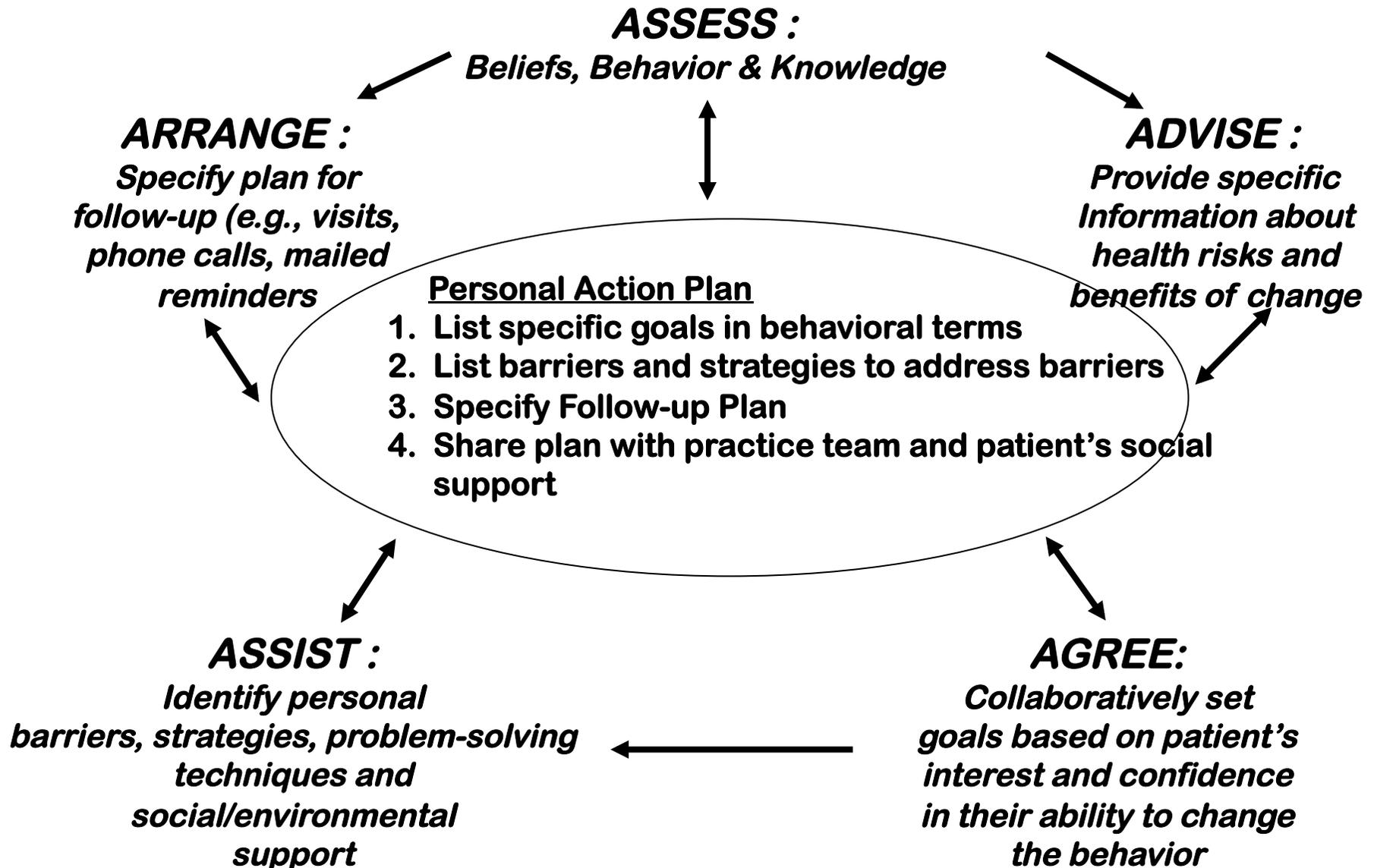
# Scenario A

- È quello previsto e codificato dal Piano Nazionale Diabete
- Si basa essenzialmente sui Modelli di Cura delle Cronicità, e prevede una gestione del malato di diabete su tre livelli di cura integrati, con una forte partecipazione delle associazioni di volontariato attivo

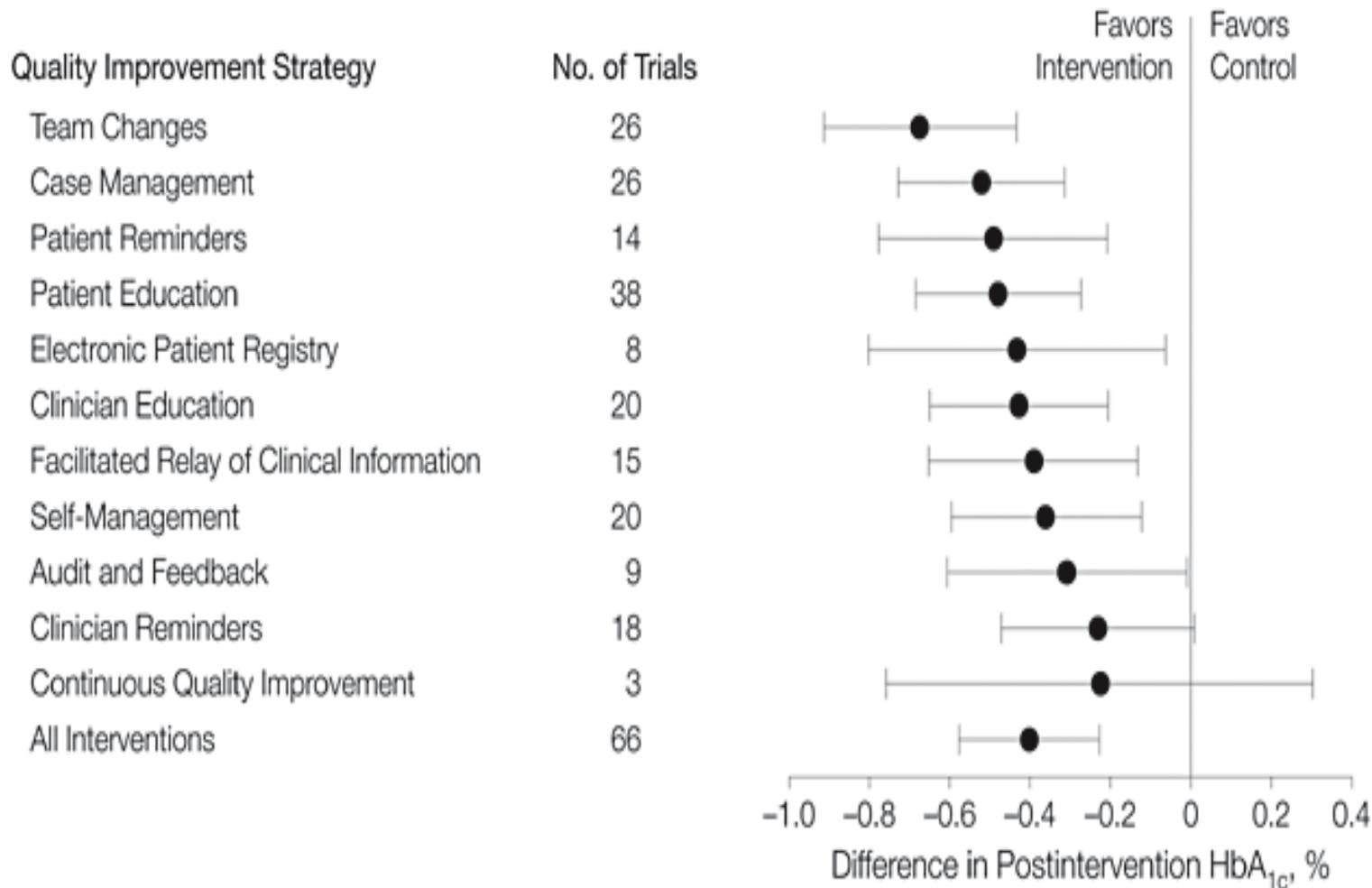
# The Chronic Care Model



# Self-Management in CCM



# The Effectiveness of QI Strategies: Findings from a Recent Review of Diabetes Care



**Shojania, K. G. et al. JAMA 2006;296:427-440.**



VI CONVEGNO NAZIONALE  
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD  
NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012



CENTRO CONGRESSI  
STAZIONE MARITTIMA



# Il “Piano Nazionale Diabete”

## Il disegno assistenziale di riferimento

*E' stata precedentemente affermata la necessità di “una progressiva transizione verso un nuovo modello di sistema integrato, proiettato verso un disegno reticolare “multicentrico”, mirato a valorizzare, partendo dalla rete specialistica diabetologica italiana, tutti gli attori dell'assistenza primaria”.*



## IL “TEAM SPECIALISTICO DEDICATO”

- *il team diabetologico multiprofessionale deve essere costituito da medici, infermieri e dietisti dedicati (integrati, ove possibile, anche da altro personale sanitario professionale: assistente sociale, psicologo, podologo, ...), in numero adeguato al bacino di utenza e specificamente qualificati sulla base di una formazione professionale continua alla gestione del paziente con malattia cronica.*
- Le sue funzioni sono: a) assistenziali, in rapporto ai vari livelli di intensità di cura; b) di educazione terapeutica strutturata; c) epidemiologiche (raccolta dati clinici); d) di formazione di tutti gli altri operatori sanitari coinvolti.



## Il MMG

- figura-cardine della gestione integrata dei pazienti cronici, anche di quelli a maggiore grado di complessità
- obiettivi “strategici”, corrispondenti ad altrettante criticità assistenziali:
  - la diagnosi precoce del diabete mellito tipo 2;
  - l’aderenza alle terapie prescritte ed al percorso di cura;
  - il raggiungimento dei target terapeutici;
  - l’aderenza agli stili di vita;
  - l’utilizzo appropriato dell’automonitoraggio glicemico (anche in termini di valutazione dei dati).



# Regione Toscana

## Chronic Care Model Elementi del modello (2)

**Proattività  
degli interventi**



Le attività cliniche e assistenziali sono integrate e rafforzate da **interventi programmati di follow-up** con sistemi automatici di allerta e richiamo

**Supporto  
alle decisioni**



Adozione di **linee guida** basate sull'evidenza, che forniscano al team gli standard operativi assistenziali: sono consolidate con attività di aggiornamento e audit per tutti i componenti del team.

**Sistemi  
informativi**



Adozione di sistemi informativi computerizzati con funzioni di:

- allerta per il team rispetto alle LG
- feedback per MMG rispetto agli indicatori delle patologie
- archivi dati clinici per patologia
- monitoraggio e valutazione progetti e interventi



## Accordo tra Regione Toscana e Organizzazioni Sindacali rappresentative della Medicina Generale

- Il lavoro di team fra MMG, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari ed altri professionisti nella gestione del paziente lungo l'intero percorso di assistenza e cura, implica l'uso delle proprie cartelle cliniche informatizzate dalle quali poter trarre le informazioni necessarie per:
  - il monitoraggio delle patologie croniche ed il patient summary, ovvero un set predefinito di informazioni relative agli assistiti in carico, così come definito dal progetto Carta Sanitaria Elettronica;
  - la pianificazione personalizzata degli interventi;
  - l'educazione ed il supporto dei pazienti al self-management;
  - lo sviluppo di competenze gestionali e l'utilizzo continuo dell'audit nell'ambito del team.



## Scenario B

- Nelle attuali situazioni economiche congiunturali, e nella previsione che le stesse durino ancora per almeno 5 anni, è molto probabile che il SSN italiano si modifichi profondamente, con l'ingresso in gioco di sistemi assicurativi individuali e/o di categoria, e con maggior spazio a strutture ospedaliere private, prevalentemente per “alta specialità”



## Scenario B

- In questi contesti la copertura dell'assistenza alle cronicità appare più problematica
- Tuttavia è prevedibile che i soggetti paganti producano sistemi di copertura “di percorsi clinici programmati”, sul modello della “Managed Care” (Kaiser Permanente)



VI CONVEGNO NAZIONALE  
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD

NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012



CENTRO CONGRESSI  
STAZIONE MARITTIMA



# LOMBARDIA. Assistenza ai cronici: la regione lancia il CreG

- Si chiama Creg (Chronic related Group) ed è il progetto che la Regione Lombardia ha lanciato nel 2011 per l'assistenza sul territorio dei pazienti cronici.
- In pratica si tratta della definizione di “tariffe” standardizzate su percorsi clinici teorici che le singole persone affette da cronicità dovrebbero seguire



# I CreGs

- Il concetto dei CreGs è molto lontano dal CCM
- Si tratta, in sostanza, di un affidamento a “providers” accreditati dell’esecuzione di un “percorso clinico”. I Providers possono essere di molteplice tipologia (Medicina Generale, Ospedali, Privati, Cooperative, persino Associazioni di Pazienti)
- Non è prevista alcuna forma di interazione specialistica. Le varie “prestazioni” di percorso possono essere erogate o dal provider stesso, oppure “comprate” sul mercato



# Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands

The first tangible effects

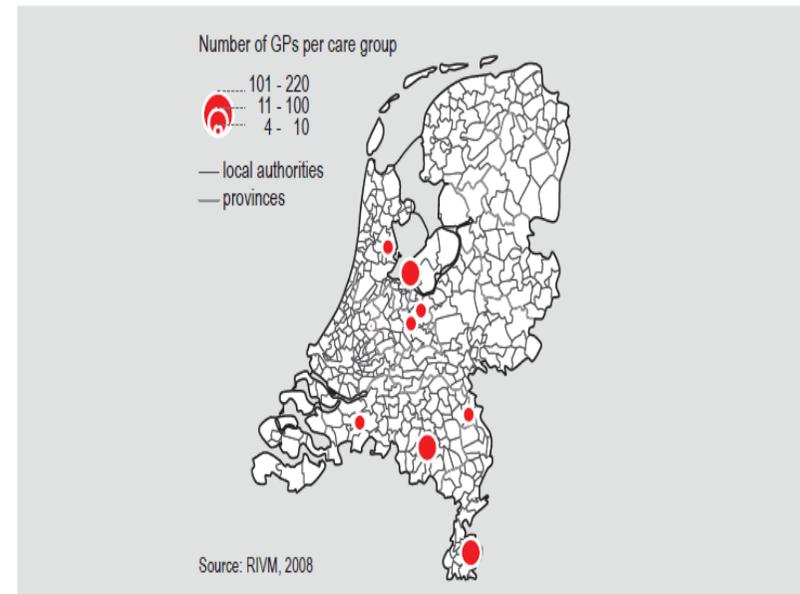
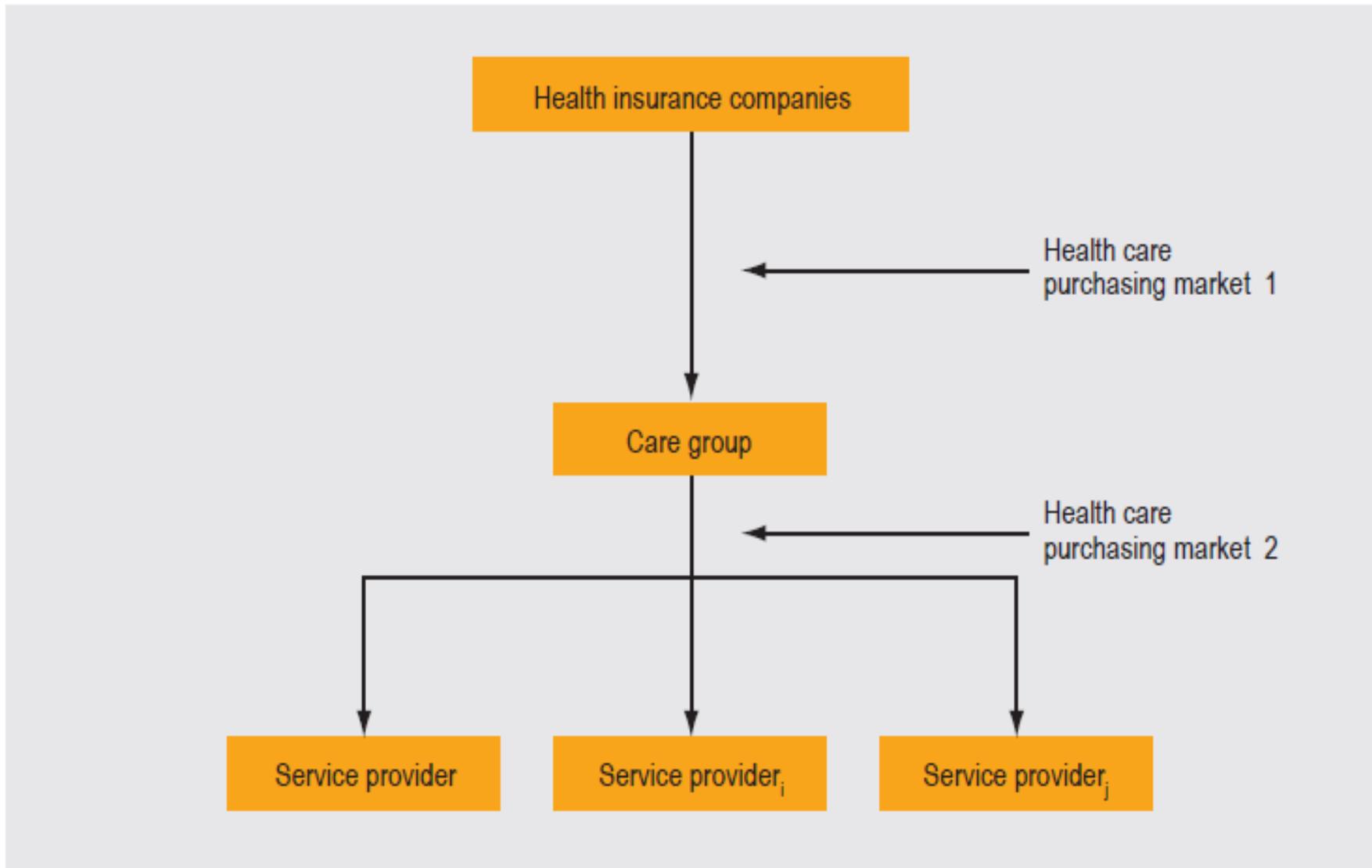


Figure 1.1: Care groups included in the evaluation study.



*Figuur 3.1: Schematic diagram of the bundled payment model on the health care purchasing market.*



# Il modello Prometheus

- In alcune realtà americane è in sperimentazione ormai da qualche anno un modello di “pagamento a percorso” sia per gli Ospedali che per il territorio
- L’elemento positivo di Prometheus rispetto ai CreGs è la presenza di incentivazioni per la multidisciplinarietà, per l’osservanza degli standards e per l’ottenimento degli outcomes. Il sistema penalizza le equipe che non raggiungono outcomes positivi



VI CONVEGNO NAZIONALE  
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD  
NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012



CENTRO CONGRESSI  
STAZIONE MARITTIMA



# La KP

## About Kaiser Permanente

The largest not-for-profit health maintenance organization in the nation, Kaiser Permanente serves more than 9 million members in nine states and the District of Columbia. Our 16,658 physicians, 172,997 employees, 37 hospitals and 611 medical offices represent an integrated care delivery system that's become a model for the future of health care.



# Kaiser Permanente - California

- **Is Kaiser The Future Of American Health Care?**
- Studies show that the death rate from heart disease *among this population (CHD) is 30% lower than the general population (of the same age)*. One 2002 study actually showed that after adjusting for age and socio-economic differences, health care costs per capita in Kaiser and the National Health System in Britain were similar (within 10%) but that Kaiser had significantly better health outcomes



# *Annals of Internal Medicine*

- October 1, 2012
- **Use of EHR Associated with Improvements in Outcomes for Patients With Diabetes**
- **OAKLAND, Calif.** — Use of EHR was associated with improved drug-treatment intensification, monitoring and risk-factor control among patients with diabetes, according to a new Kaiser Permanente study.



## *E “Diabete Italia”?*

- In ognuno degli scenari prospettati, e soprattutto in quello, più auspicabile, dell'applicazione estensiva ed omogenea del CCM, un ruolo insostituibile deve essere coperto da “Diabete Italia”, espressione e sintesi delle comunità diabetologiche scientifiche e laiche
- Il ruolo è quello, in contemporanea, dell’”Advocacy” e della “Sussidiarietà”
- L’advocacy va esercitata ad ogni livello, all’interno delle Commissioni Diabetologiche nazionali e locali, nella rilevazione delle criticità dei sistemi e nella loro correzione
- La Sussidiarietà va giocata nel sostegno diretto degli operatori sanitari, partecipando attivamente sul versante dell’informazione, della comunicazione e del supporto sociopsicologico delle persone con diabete



VI CONVEGNO NAZIONALE  
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD  
NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012



CENTRO CONGRESSI  
STAZIONE MARITTIMA



Grazie per la cortese attenzione

Macofmaseh'