STRUMENTI DI SOSTENIBILITA'
L'ESEMPIO DEL DISEASE MANAGEMENT OPTIMIZATION NELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

NAPOLI, 2.10.2015

Il Disease Management Optimization dalla teoria alla pratica

Dott. JeanMarie Franzini

Bip.

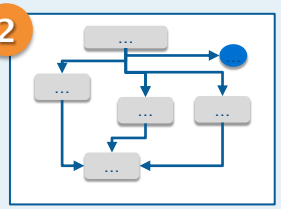
L'evoluzione del DMO

IL DMO NAZIONALE

1

Tavolo Nazionale: esperti clinici e di economia sanitaria

2



Definizione modello di analisi

3

Identificazione di leve di intervento dal dato di letteratura

IL DMO FIELD

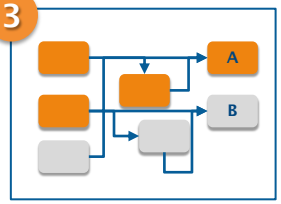
1

Tavoli Regionali: referenti clinici e della programmazione

2

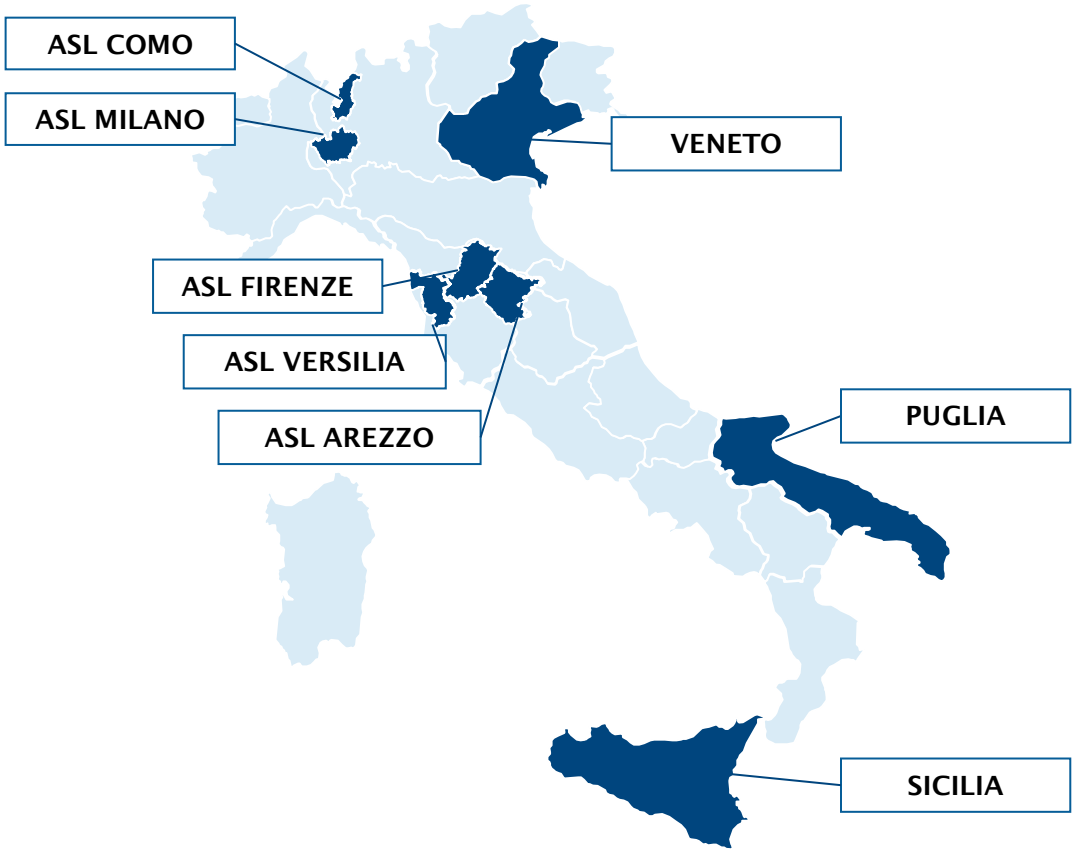
Alimentazione del modello di analisi con dati locali

3



Identificazione di priorità di azioni

I DMO Field attivi



8 Progetti attivi sul territorio nazionale.

Bip.

DMO Field - Veneto

TAVOLI REGIONALI

REGIONE DEL VENETO

TAVOLO REGIONALE PDTA GESTIONE TAO

6 SPONSOR

Resp. Servizio Farmaceutico, DG Area Sanità e Sociale, DS di ULSS

8 DIRIGENTI PROGRAMMAZIONE

Dirigenti Servizio Farmaceutico, responsabili coordinatori H-T

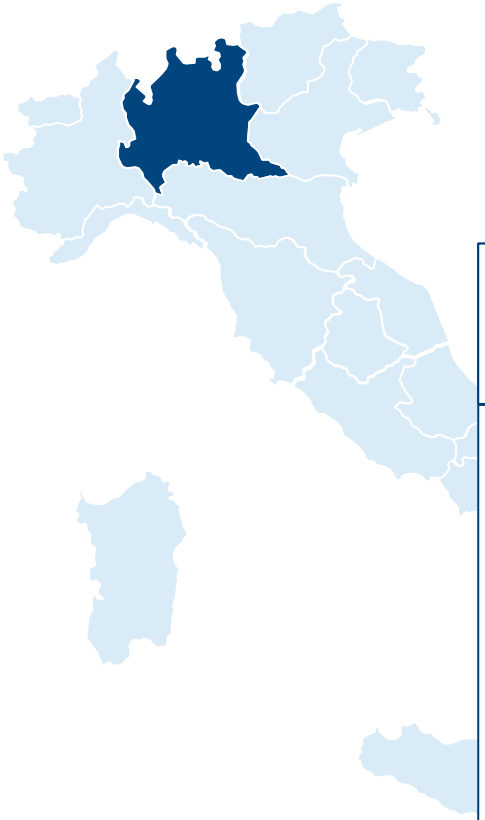
12 REFERENTI SCIENTIFICI

Cardiologia, Centri TAO, MMG

Bip.

DMO Field - Lombardia

TAVOLI REGIONALI



2 TAVOLI AZIENDALI

3 SPONSOR

Direzioni Sanitarie, Direzioni generali

5 DIRIGENTI PROGRAMMAZIONE

Dirigenti delle Cure Primarie, PAC, Servizio Epidemiologico

9 REFERENTI SCIENTIFICI

Cardiologi, Neurologi, MMG

Bip.

DMO Field - Puglia

TAVOLI REGIONALI

TAVOLO REGIONALE DMO

2 SPONSOR

Direttore Generale AReS, Ex. Assessore alla Salute, Dir. Programmazione

5 DIRIGENTI PROGRAMMAZIONE

Emergenza - urgenza, Programmazione Territoriale, Integrazione Ospedale Territorio, Tavolo Tecnico trombosi

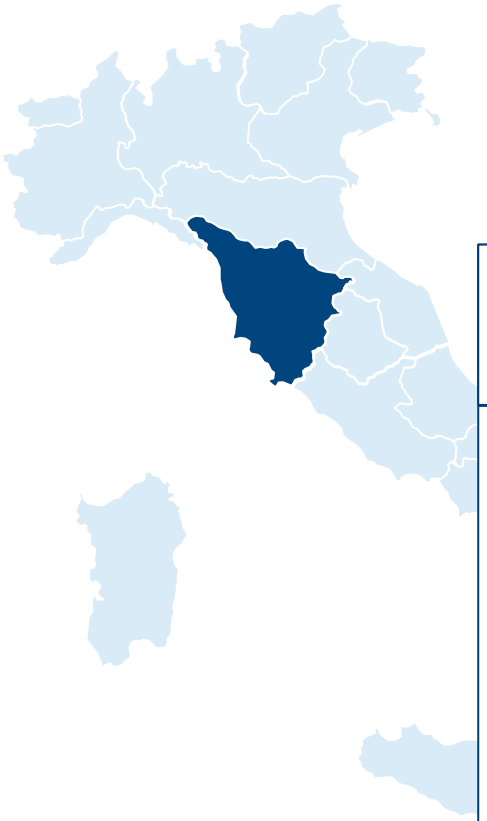
10 REFERENTI SCIENTIFICI

Cardiologia, Neurologia, Stroke Units, centri TAO (Membri società scientifiche AMCO, AIPA, SIGG, SIMG, FADOI, SINV,SIEC)

Bip.

DMO Field - Toscana

TAVOLI REGIONALI



3 TAVOLI AZIENDALI

5 SPONSOR

Assessore alla Salute, DG e DS di ASL

5 DIRIGENTI PROGRAMMAZIONE

Dip. Medicina, Dip, del Farmaco, Dip. Ospedalieri, Cardiologic, SS Epidemiologico

5 REFERENTI SCIENTIFICI

Cardiologia, Neurologia, Centri TAO, SIMG

Bip.

DMO Field - Sicilia

TAVOLI REGIONALI

TAVOLO REGIONALE PER PDTA SULLA FA

2 SPONSOR

Assessore alla Salute, Dir. Programmazione

7 DIRIGENTI PROGRAMMAZIONE

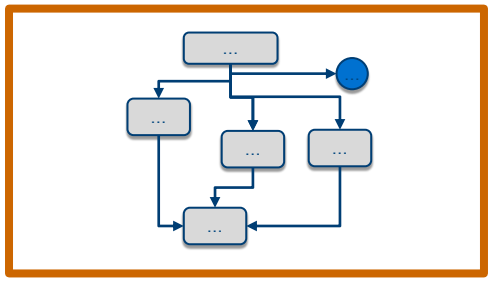
Rete Ospedaliera, Programmazione Territoriale, Serv. Farmaceutica, Oss. Epidemiologico, Uff. piano di rientro, Serv. Qualità, Governo Clinico e Sicurezza, Commissione PTOR

10 REFERENTI SCIENTIFICI

Società Scientifiche AMCO, SIC, SNO AIAC AIPA, SIGG, SIMG, FADOI, SINV,SIEC

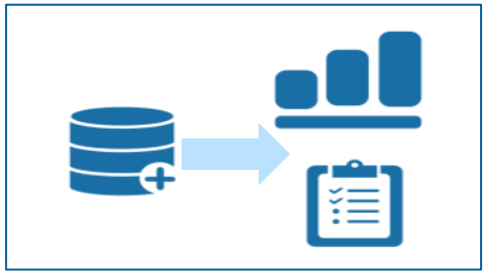
Le componenti del DMO

FRAMEWORK

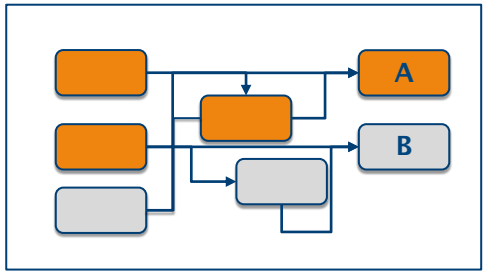


- Raccolta elementi Clinici, Organizzativi ed Economici
- Definizione del percorso del paziente

MODELLO DI ANALISI



PUNTI DI LEVA



Il framework nazionale

PREVENZIONE & DIAGNOSI

- Prevenzione primaria, secondaria e terziaria
- Anamnesi, esame obiettivo ed esami strumentali necessari a diagnosticare la FA

TERAPIA FA

- Definizione della terapia
- Gestione del trattamento farmacologico e monitoraggio
- Trattamento non farmacologico

GESTIONE ICTUS

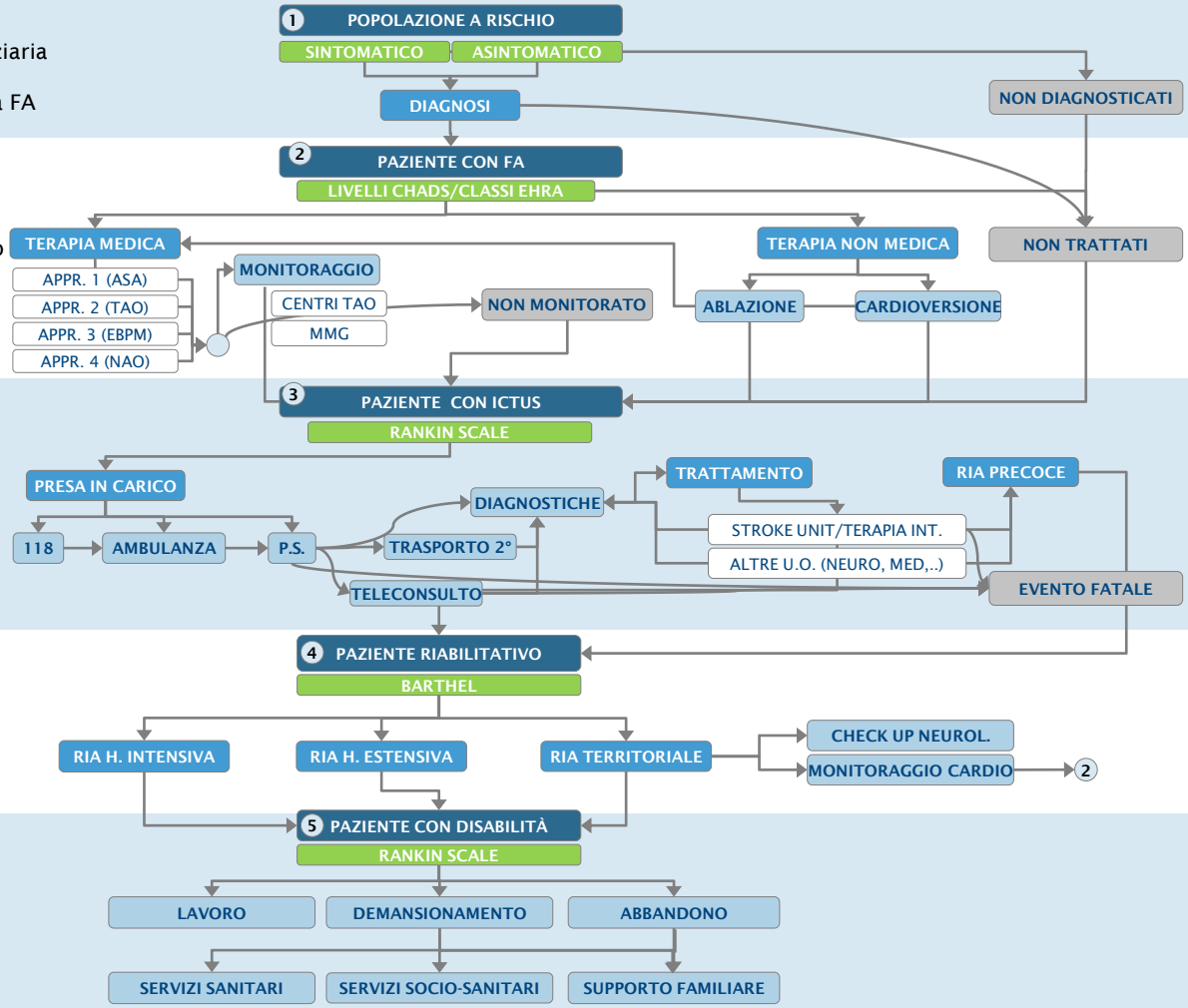
- Riconoscimento dei sintomi
- Presa in carico e diagnosi in PS
- Trattamento in Stroke Unit/reparto e dimissione

RIABILITAZIONE

- Definizione multidimensionale del fabbisogno
- Trattamento riabilitativo, rivalutazione periodica e dimissione

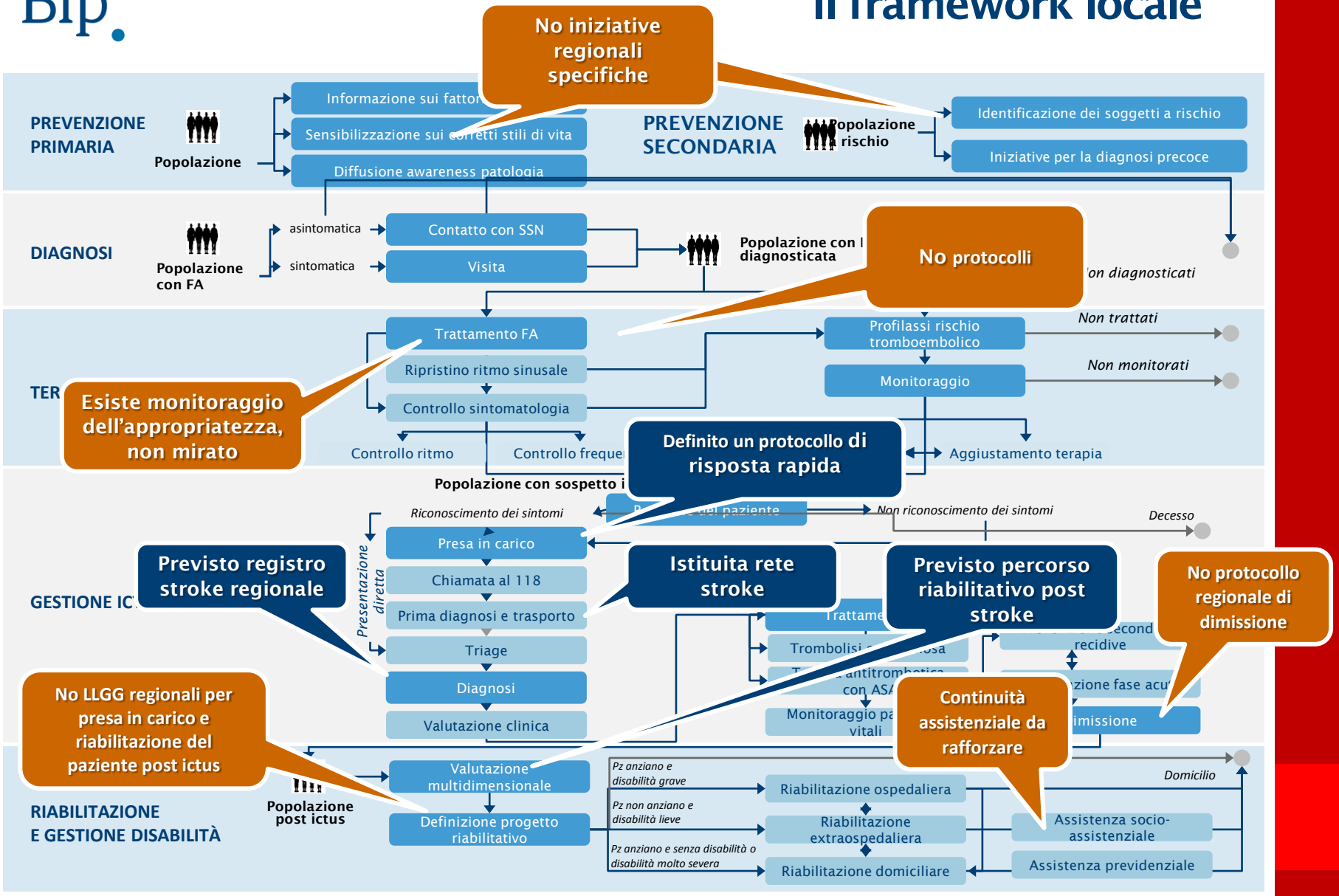
GESTIONE DISABILITÀ

- Definizione multidimensionale del fabbisogno del paziente con disabilità residue
- Attivazione dei servizi e periodica rivalutazione



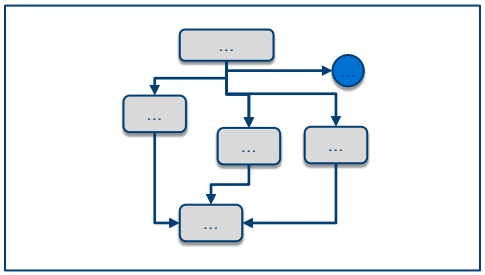
Bip.

Il framework locale

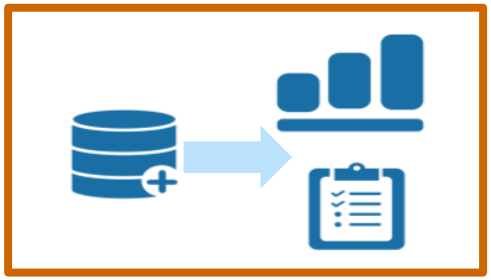


Le componenti del DMO

FRAMEWORK

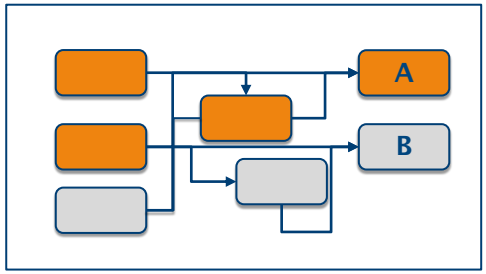


MODELLO DI ANALISI



- Analisi clinico-epidemiologica
- Analisi organizzativa
- Analisi Priorità di Intervento
- Lettura KPI

PUNTI DI LEVA



Bip.

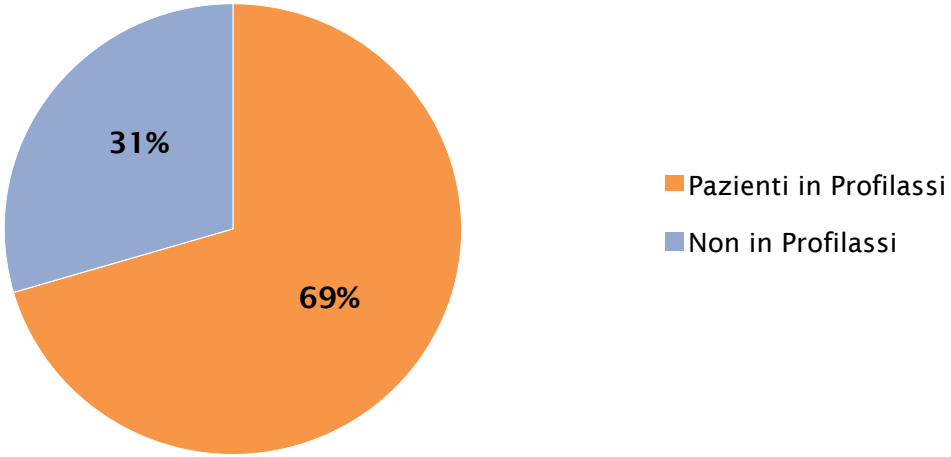
Il modello di analisi

	DATI CLINICI/EPIDEMIOLOGICI	DATI ORGANIZZATIVI	DATI ECONOMICI
PREVENZIONE & DIAGNOSI	• Incidenza FA • Trend incidenza • Variabilità tra le Regioni • % di diagnosticati (di cui sinto/asintomatici)	• Campagne di prevenzione • Coinvolgimento MMG	• Costo campagne di prevenzione • Costi diretti ed indiretti delle percorso diagnostico
TERAPIA FA	• % di pazienti per profilo clinico: controindicati a WF, con INR instabile,…) • % di monitorati (centri TAO vs MMG)	• Presenza, articolazione e attività dei centri TAO • Gestione appropriatezza ricoveri	• Costi trattamenti farmacologici alternativi • Costo ablazione /cardioversione • Costi diretti (esami, visite,..) e indiretti (gestione dei Centri TAO) del monitoraggio
GESTIONE ICTUS	• Probabilità di ictus per pazienti con FA - non trattati - trattati con WF/ASA/Altro - trattati con terapia non farmacologica	• Reti di risposta rapida • Network hub & spoke ictus • Ictus Unit	• Costo 118 e trasporto in ambulanza • Costo intervento di emergenza • Costo passaggio in ictus Unit/UTIC/TI
RIABILITAZIONE	• Durata media percorso riabilitativo • Quadro aziendale di appropriatezza del ricorso alla riabilitazione • Livello aziendale di efficienza nella gestione dell'offerta riabilitativa	• Articolazione della risposta riabilitativa (post acuzie, ex. Art 26, intensiva, estensiva) • Integrazione ospedale-territorio • Forme domiciliari	• Costo riabilitazione per tipo (post acuzie, ex. Art 26, intensiva, estensiva) • Costo riabilitazione per regime (ospedaliero DO, ospedaliero DH, ambulatoriale)
GESTIONE DISABILITÀ	• Probabilità di disabilità post ictus (in pazienti con e senza FA) • Grado di invalidità post ictus (nei pazienti con e senza FA) • Complicazioni	• Articolazione rete di sostegno (es. assistenza domiciliare, volontari) • Forme di presa in carico • Forme di gestione del sostegno (es. Voucher Lombardia)	• Costo sociale (assistenza sociale, sussidi, supporto familiare) • Costo sanitario (esenzioni, visite, terapie) • Costo opportunità (mancati redditi/contributi, riduzione produttività,…)

Le analisi – Profilassi antitrombotica

… ALLA PRATICA

% DI PAZIENTI CON FA IN PROFILASSI PRIMA DI UN ICTUS (2014)

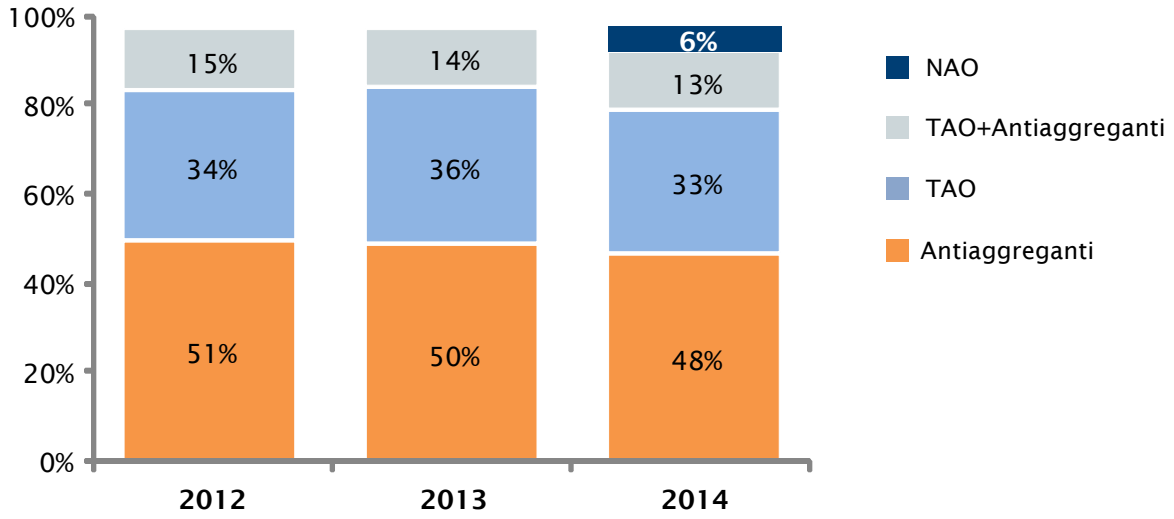


Margini di miglioramento della profilassi antitrombotica su un 1/3 dei pazienti

Fonti: elaborazione Bip su dati SDO Acuti 2012-2014.
Ricoveri per Ictus = Ricoveri con almeno una diagnosi cod. ICD-9-CM 430-431-432 -434.x1-434.x1
Ricoveri per FA = Ricoveri con almeno una diagnosi cod. ICD-9-CM 42731
Incrocio con dati flusso prescrizioni farmaceutiche 2010-2013.

Farmaci per la profilassi

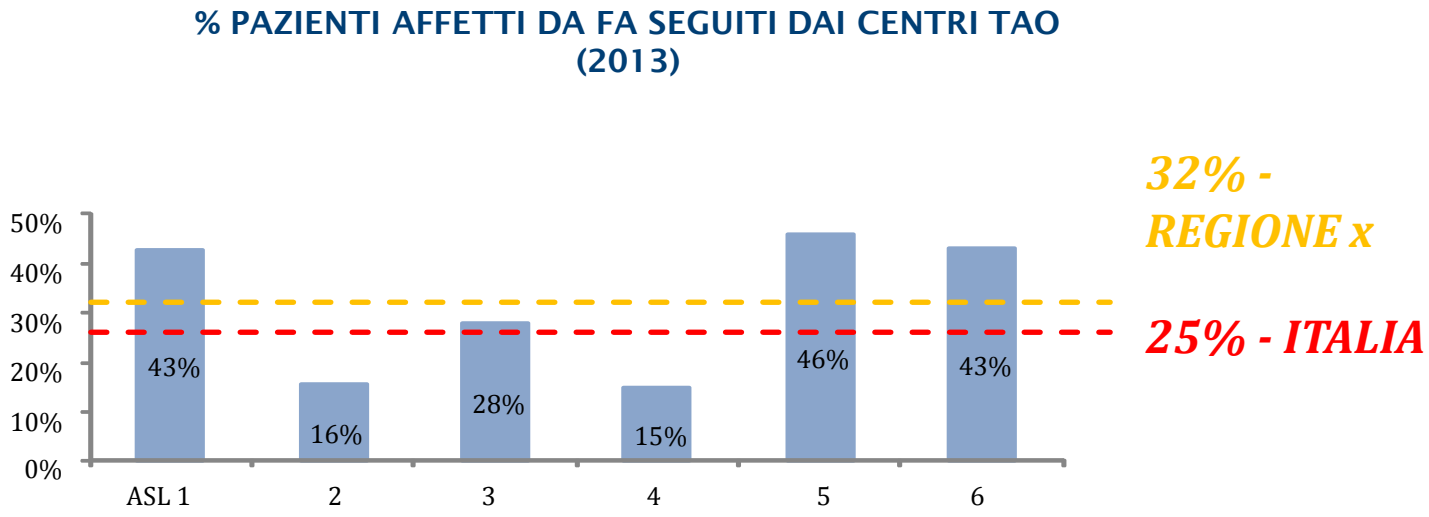
FARMACI UTILIZZATI IN PROFILASSI NEI PAZIENTI CON FA CHE HANNO AVUTO UN ICTUS



Oltre il 50% dei pazienti non è stato trattato secondo le linee guida ESC nel periodo

Fonti: elaborazione Bip su dati SDO Acuti 2011-2013
Ricoveri per Ictus = Ricoveri con almeno una diagnosi cod. ICD-9-CM 430-431-432 -434.x1-434.x1
Ricoveri per FA = Ricoveri con almeno una diagnosi cod. ICD-9-CM 42731
Incrocio con dati flusso prescrizioni farmaceutiche 2010-2013.

Pazienti Monitorati dai Centri TAO



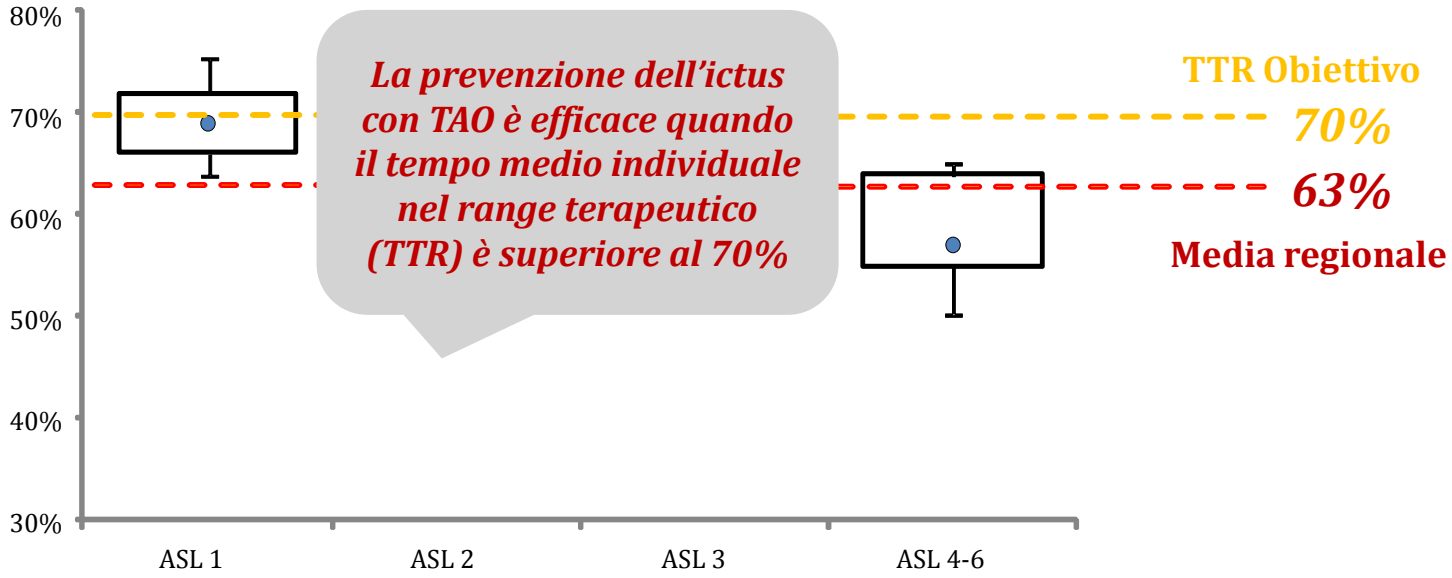
Presa in carico dei pazienti nei centri TAO superiore alla media nazionale solo grazie al contributo dei centri non accreditati

Fonti:Indagine 2013 del Tavolo Tecnico Trombosi - HTA
Nota: Prevalenza FA stimata 1,85% (riferimento ISAF Study 2012).

Bip.

Monitoraggio INR

% PAZIENTI IN TTR – THERAPEUTIC TIME IN RANGE – Variabilità per distretto delle ASL (2013)

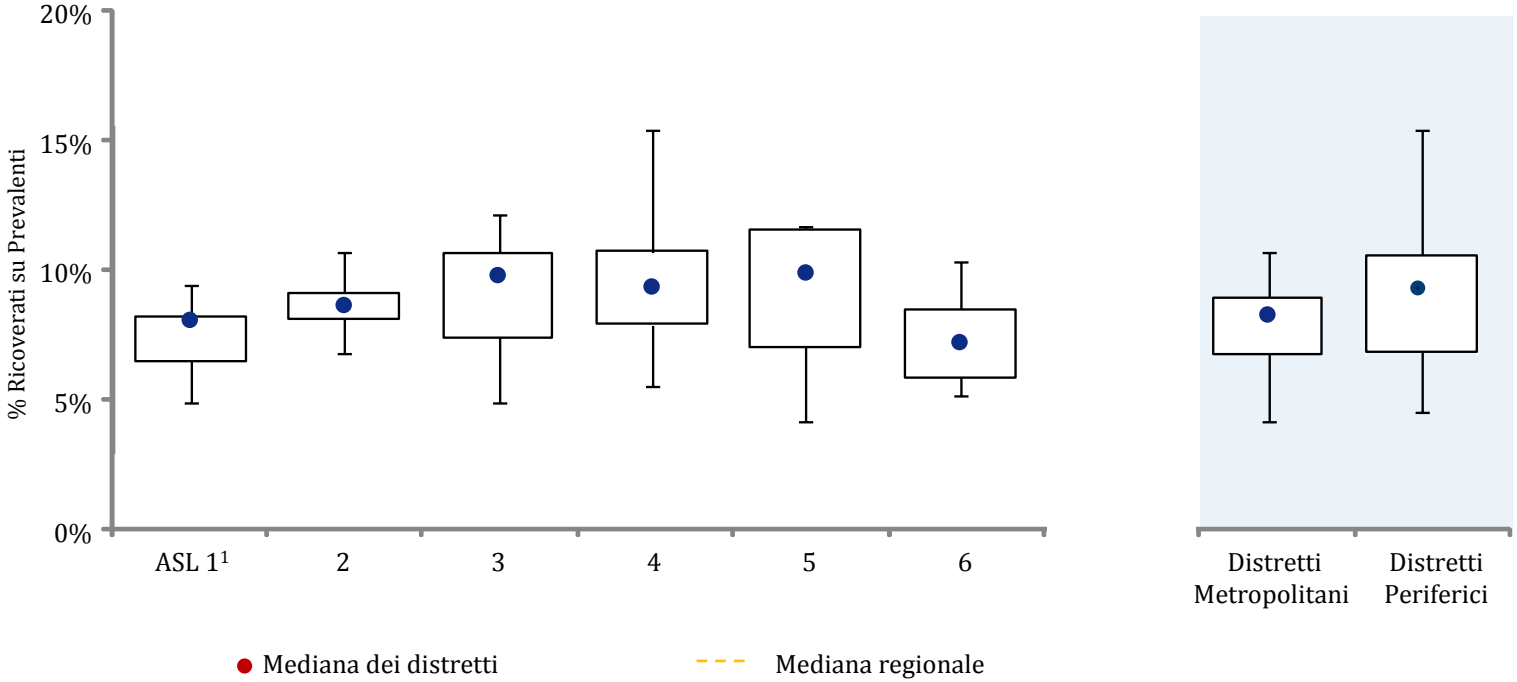


Fonti: elaborazione Bip su dati SDO Acuti 2012-2014.
Ricoveri per Ictus = Ricoveri con almeno una diagnosi cod. ICD-9-CM 430-431-432 -434.x1-434.x1
Ricoveri per FA = Ricoveri con almeno una diagnosi cod. ICD-9-CM 42731
Incrocio con dati flusso prescrizioni farmaceutiche 2010-2013.

Bip.

Ricoveri per FA

OSPEDALIZZAZIONE PER FA* PER DISTRETTO (2013)



Forte differenza nella variabilità dei tassi tra distretti metropolitani e "periferici" – il più facile accesso ai servizi riduce le acutizzazioni?

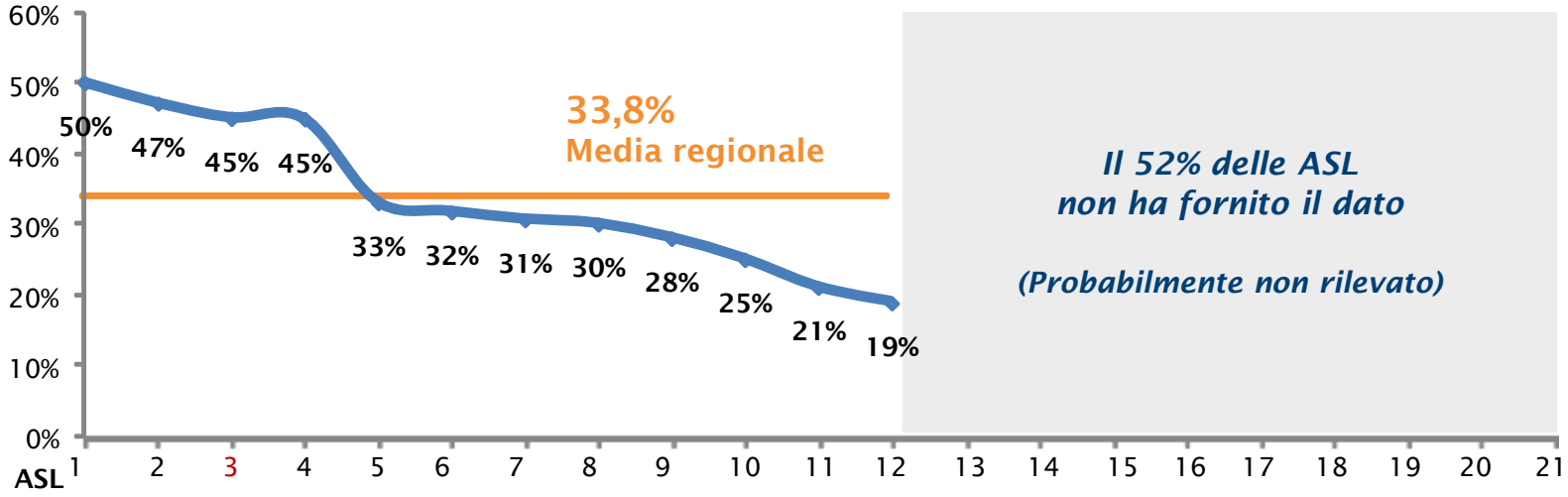
Fonti: elaborazione Bip su dati regionali SDO Acuti DO+DH (2013)

**Ricoveri con diagnosi prinicipale di FA. Prevalenza FA 1,85% (riferimento ISAF Study 2012).*

1. Nota: L'ordine delle ASL è casuale e non riconducibile all'ordine alfabetico regionale

Presa in carico del paziente -ADI

PAZIENTI CHE ACCEDONO AL DI SERVIZIO DI PRELIEVO DOMICILIARE SUL TOTALE DEI PAZIENTI IN TAO (%) 2014

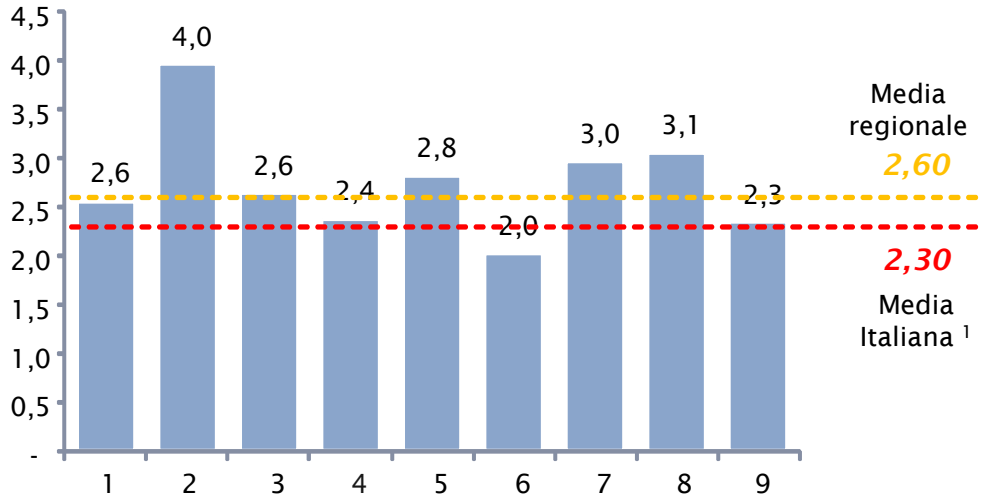


1 paziente su 3 esegue il prelievo a domicilio

Fonte: Rilevazione tramite questionario inviato alle Direzioni Sanitarie delle ASL della Regione

Tasso standardizzato per ictus

TASSO STD ICTUS PER 1000 AB DI NELLE ASL DELLA REGIONE (Riferimento Popolazione Italiana) (2014)



Tasso regionale degli ictus per 1000 abitanti lievemente superiore alla media nazionale Si registra una tasso quasi doppio alla media Italiana nella ASL 2

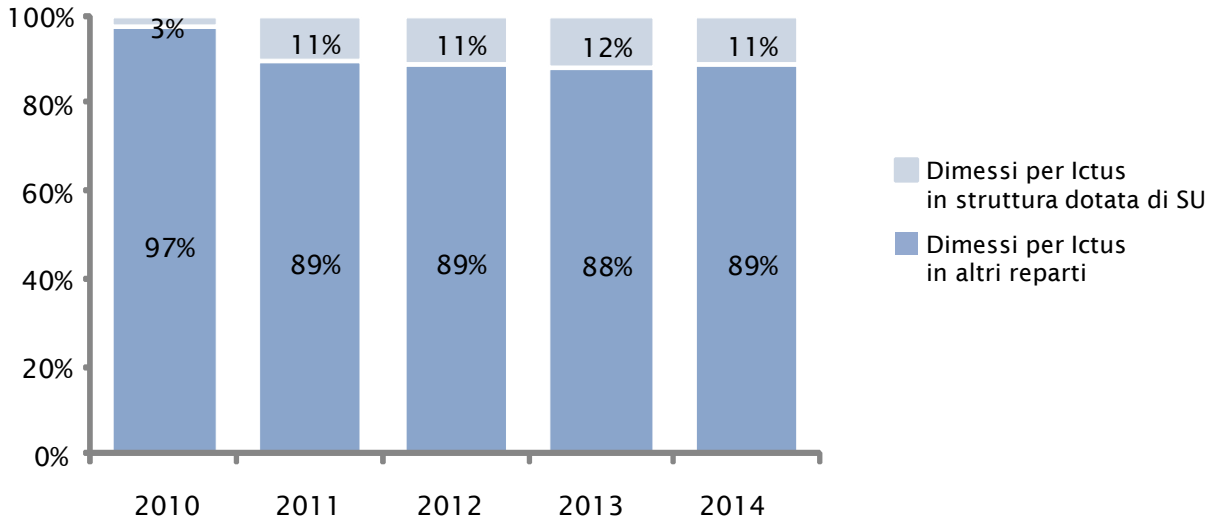
Fonti: elaborazione Bip su dati SDO Acuti 2010-2014.

Ricoveri per Ictus = Ricoveri con almeno una diagnosi cod. ICD-9-CM 430-431-432 -434.x1-434.x1

1. Agenas "Identificazione, sperimentazione e validazione di alcuni indicatori di qualità delle attività sanitarie e socio sanitarie del territorio"

I ricoveri in stroke unit

RICOVERI IN STRUTTURA DOTATA DI STROKE UNIT (2010-2014)



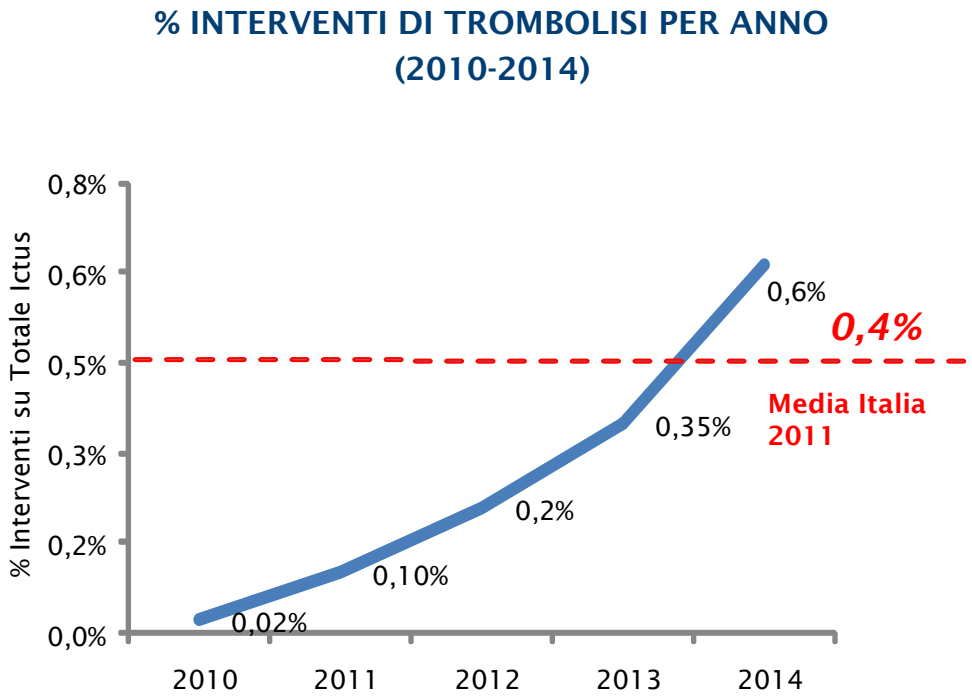
Solo l'11% dei pazienti accede al trattamento in Stroke Unit (vs Media Italia 17%)[1]

Fonti: elaborazione Bip su dati SDO Acuti 2010-2014.

Ricoveri per Ictus = Ricoveri con almeno una diagnosi cod. ICD-9-CM 430-431-432 -434.x1-434.x1

1. MdS. "Quaderni del Ministero della Salute"(2012). "Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura della patologia cerebrovascolare"

L'accesso alla trombolisi

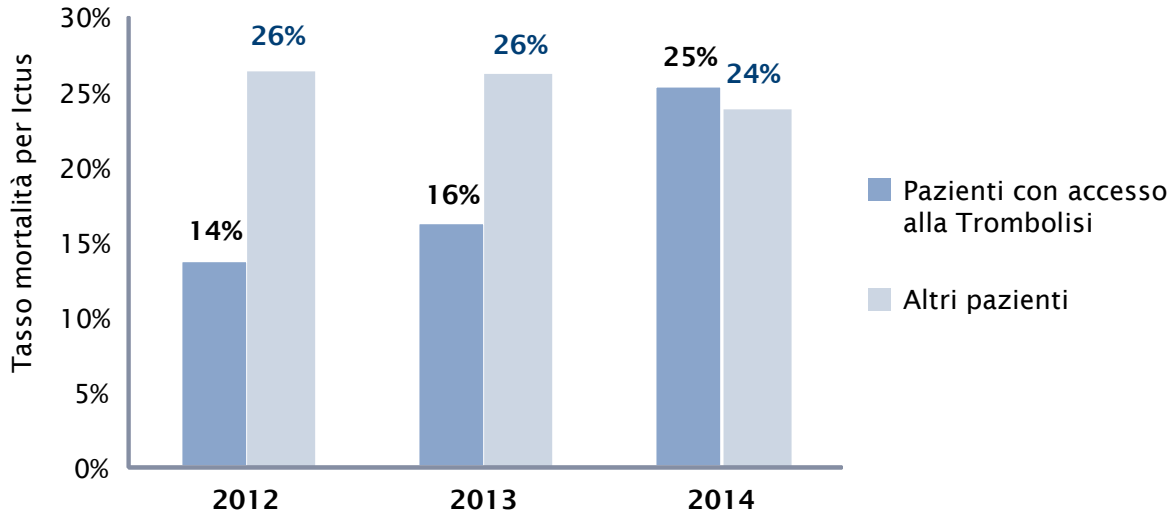


Aumenta l'accesso alla Trombolisi, nel 2014 superato il valore della media italiana (2011). Il dato rimane tuttavia ancora al di sotto della media europea del 2%.

Fonti: elaborazione Bip su dati SDO Acuti 2010-2014.
Ricoveri per Ictus = Ricoveri con almeno una diagnosi cod. ICD-9-CM 430-431-432 -434.x1-434.x1
Trombolisi: Ricoveri con almeno una procedura con cod. ICD-9-CM 99.10

Mortalità per ictus - Trattamenti

TASSO DI MORTALITÀ DELL' ICTUS
(2012-2014) - Trombolisi vs altre procedure

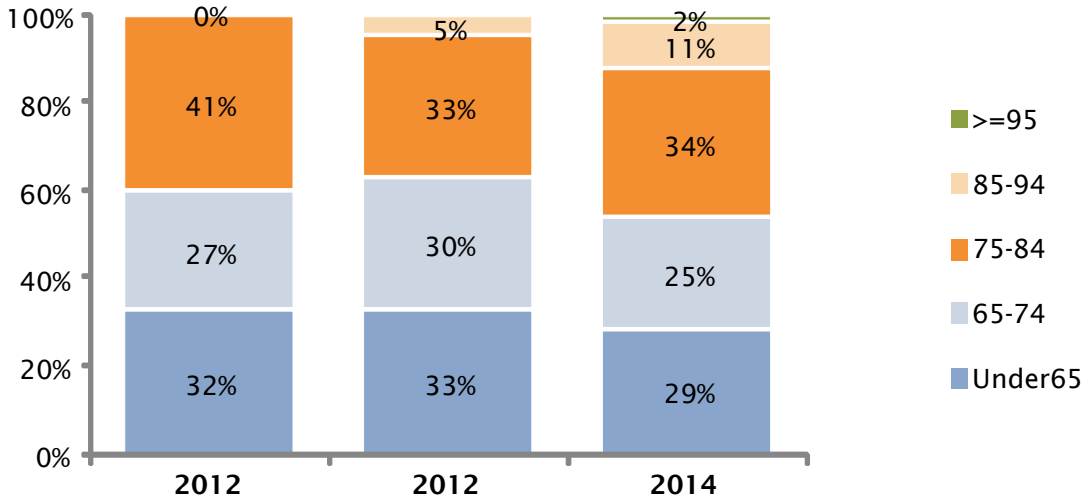


Il vantaggio di sopravvivenza della trombolisi si riduce nel 2014

Fonti: elaborazione Bip su dati SDO Acuti 2012-2014.
Ricoveri per Ictus = Ricoveri con almeno una diagnosi cod. ICD-9-CM 430-431-432 -434.x1-434.x1
Trombolisi: Ricoveri con almeno una procedura con cod. ICD-9-CM 99.10

Mortalità per ictus - età

DISTRIBUZIONE DEI TRATTATI CON TROMBOLISI PER CLASSE D'ETÀ (2012 - 2014)



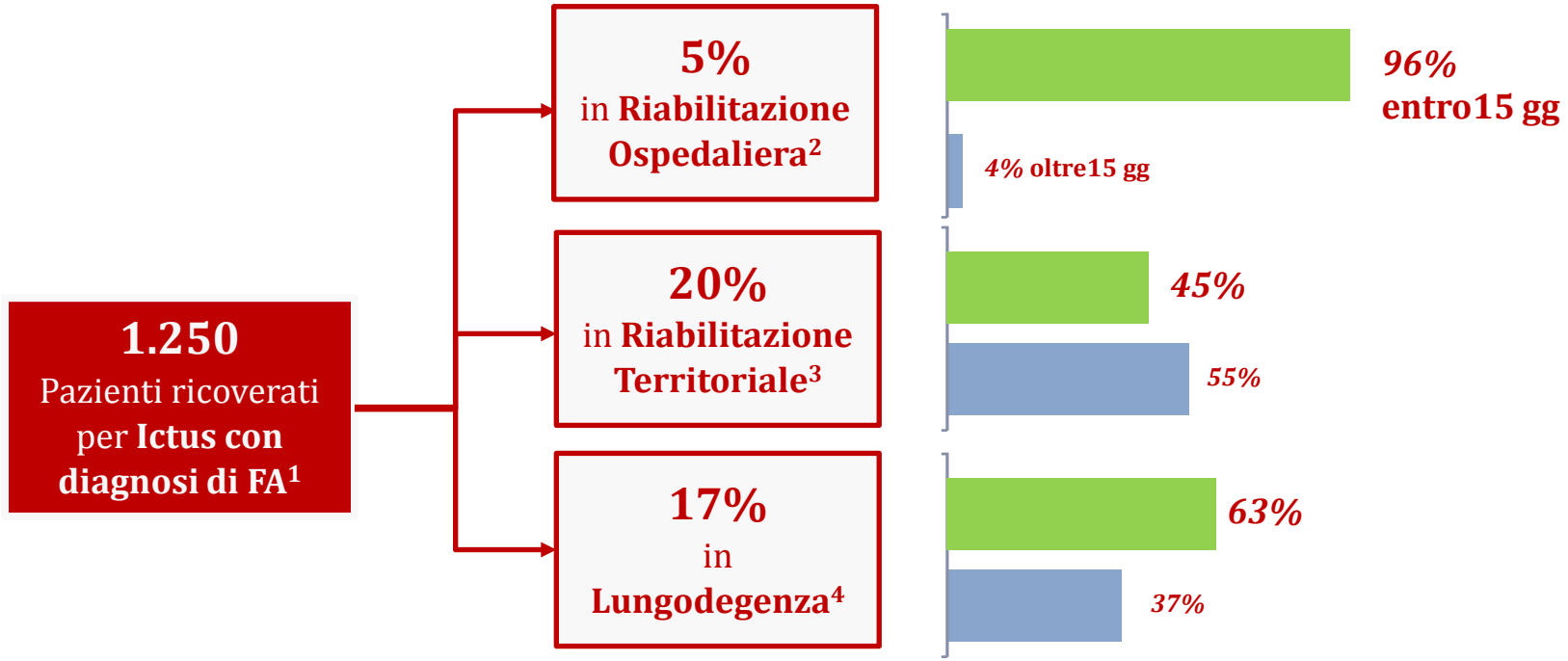
	2012	2012	2014
Over75 anni trattati con Trombolisi	41%	38%	48%

Nel 2014 è aumentata l'età media dei trattati con trombolisi
La quota di over 85 cresce dallo 0% al 13%

Fonti: elaborazione Bip su dati SDO Acuti 2010-2014.
Ricoveri per Ictus = Ricoveri con almeno una diagnosi cod. ICD-9-CM 430-431-432 -434.x1-434.x1
Trombolisi: Ricoveri con almeno una procedura con cod. ICD-9-CM 99.10

Bip.

L'accesso alla riabilitazione

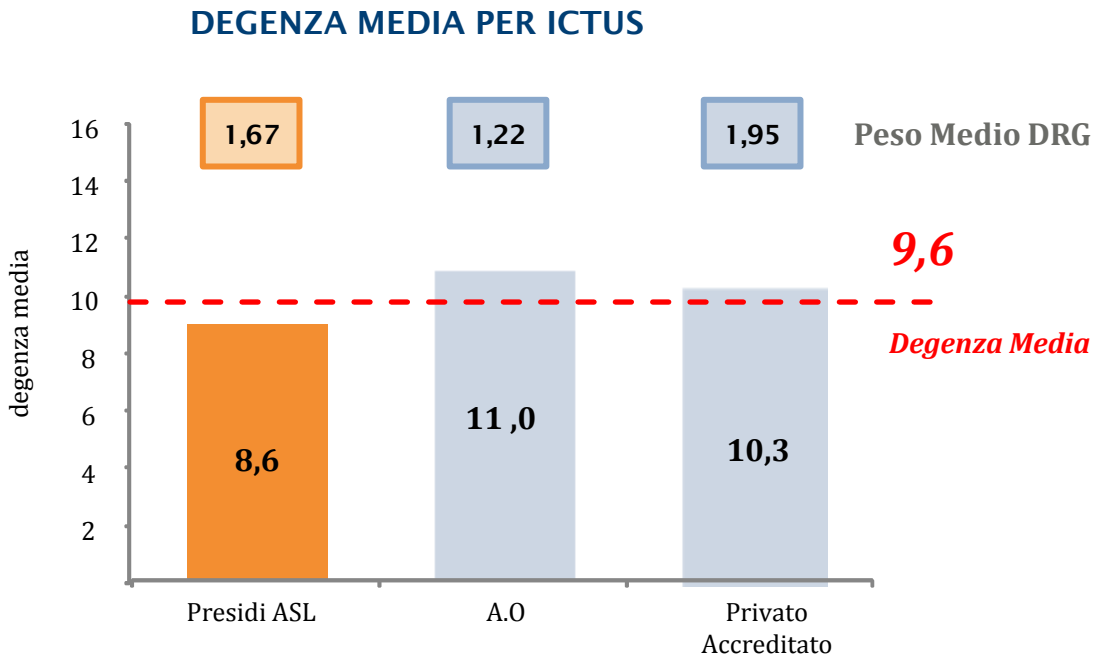


Il 17% della popolazione post ictus accede ad una riabilitazione"precoce" (entro 15 gg)

1. *elaborazione Bip su dati regionali SDO Acuti (RO+DH) 2009 - 2011*
2. *elaborazione Bip su dati regionali Riabilitazione (cod. disc. 56-75) 2009-2011*
3. *elaborazione Bip su dati regionali SPR 2011*
4. *elaborazione Bip su dati regionali Lungodegenza (cod. disc. 60) 2009-2011*

Nota: non sono considerati i pazienti che accedono alla riabilitazione in RSA e in assistenza domiciliare

Il raccordo Ospedale -Riabilitazione

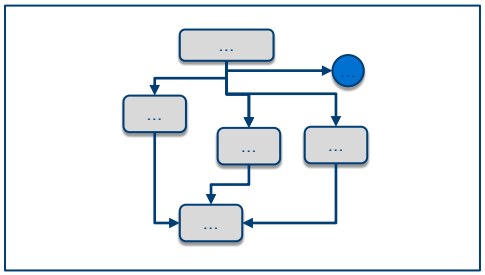


A sostanziale parità di case mix il progetto "Un solo paziente" ha rafforzato il contenimento della degenza media nei presidi delle ASL

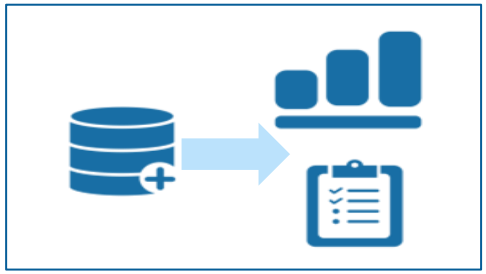
Fonti: elaborazione Bip su dati regionali SDO Acuti 2011
Ricoveri per Ictus = Ricoveri con almeno una diagnosi cod. ICD-9-CM 430-431-432 -434.x1-434.x1
DEGENZA MEDIA RICOVERI PER ICTUS PER STRUTTURA (2011)

Le componenti del DMO

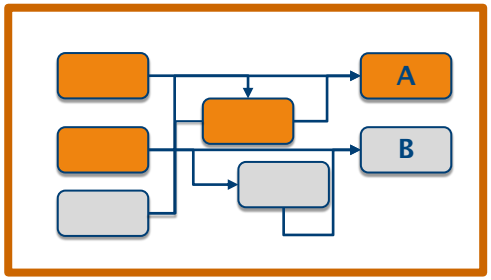
FRAMEWORK



MODELLO DI ANALISI



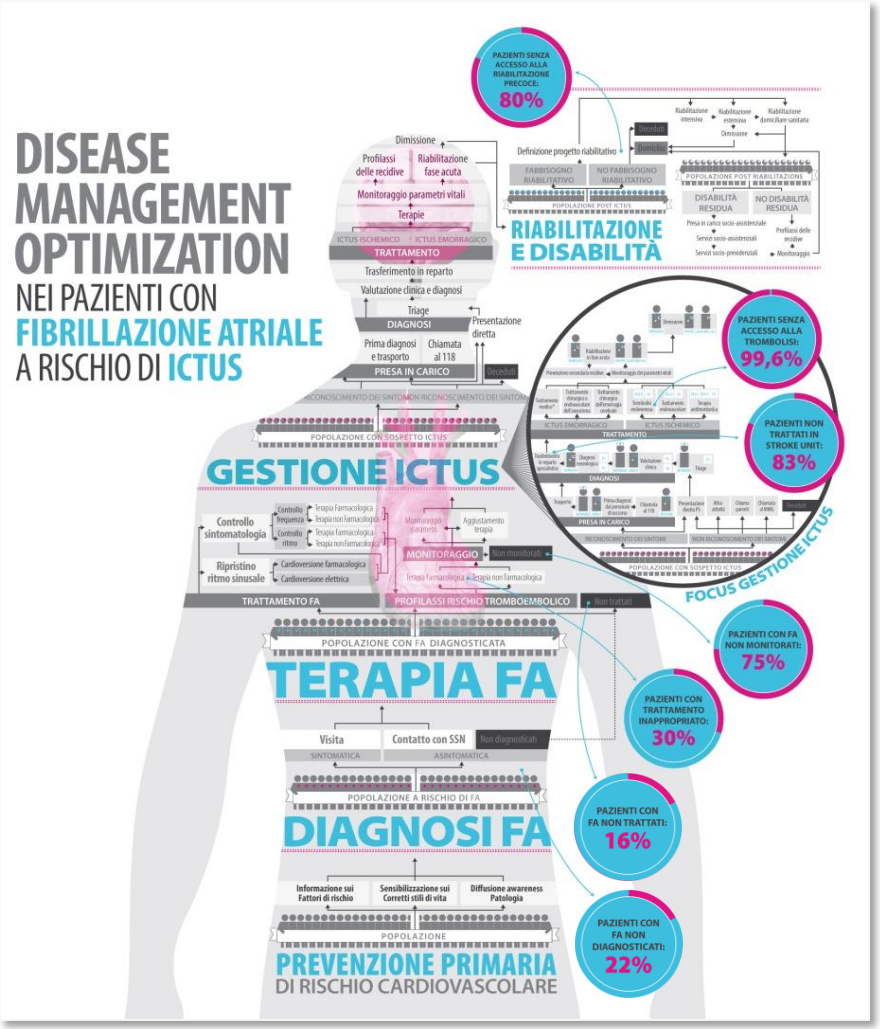
PUNTI DI LEVA



- Definizione Interventi
- Misura dei risultati

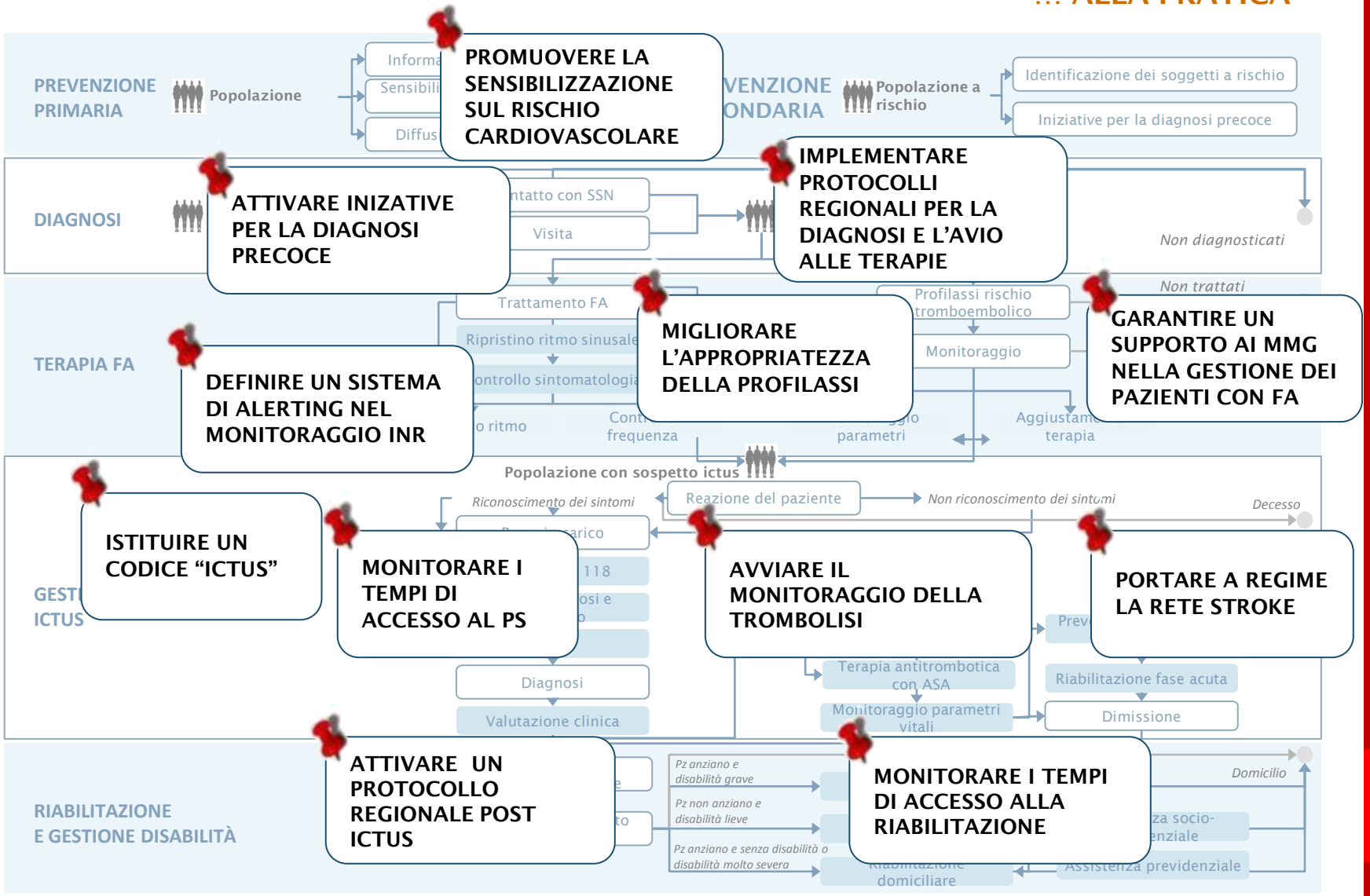
Le leve di ottimizzazione

DALLA TEORIA…



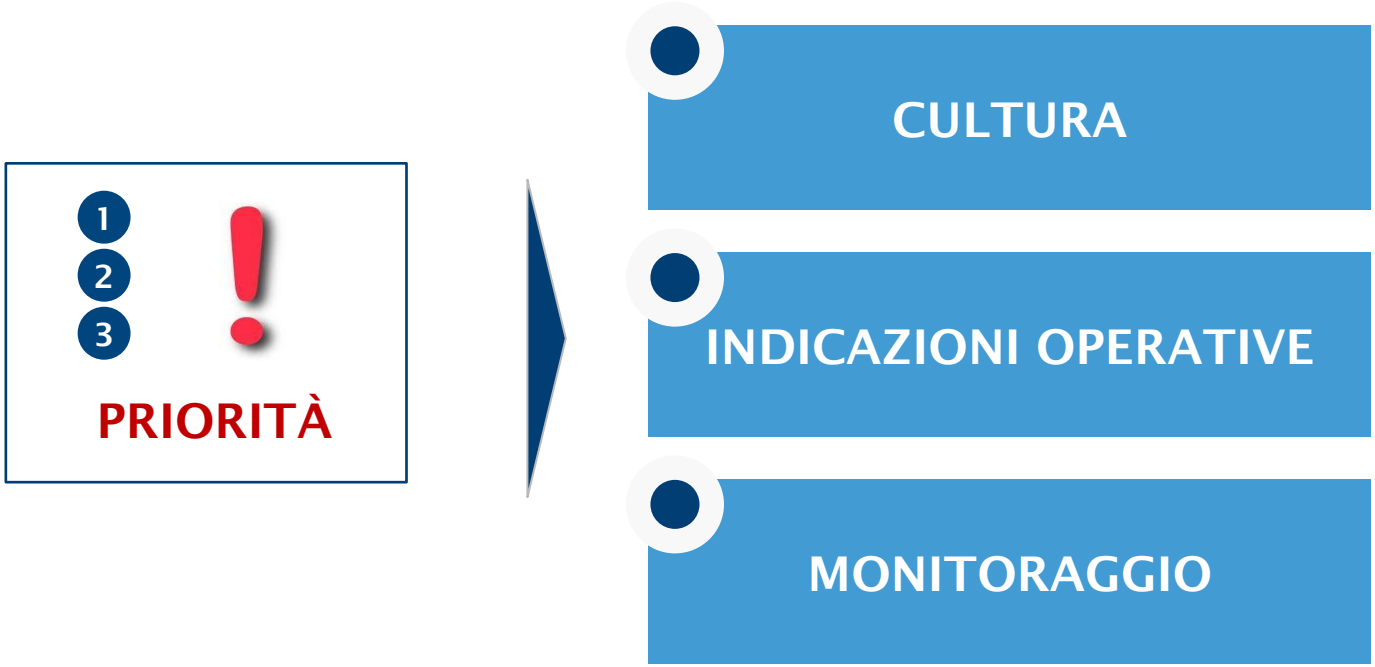
Le priorità di intervento

… ALLA PRATICA



Bip.

Dalle Priorità all'Azione



Bip.

Puglia – Consensus Conference

LE AZIONI

CONSENSUS CONFERENCE DI PATOLOGIA

Bari 17 Dicembre 2013

110 Referenti regionali coinvolti e informati dei risultati della Consensus Conference

5 Le ASL che hanno garantito la partecipazione dei propri delegati all'evento

33 Referenti di patologia hanno commentato i risultati e condiviso le priorità regionali

100% Il coinvolgimento dei ruoli chiave nella gestione del percorso paziente con FA:

- 3 referenti programmazione AReS
- 2 Direttori Sanitari (o delegati)
- 5 Direttori di Distretto (o delegati)
- 4 Responsabili del Servizio Farmaceutico
- 8 Responsabili dei Centri TAO
- 3 responsabili della Rete Emergenza Urgenza
- 8 rappresentanti delle Società Scientifiche

Una partecipazione altamente rappresentativa dei contesti locali e dei ruoli coinvolti nella gestione del paziente

Le priorità emerse dalla concensus conference

PUGLIA – CONSENSUS CONFERENCE

Obiettivi di Miglioramento	Iniziative	Criticità
Terapia con TAO		
• Migliorare la presa in carico dei pazienti in trattamento tradizionale, con l'obiettivo di migliorare il TTR	• Avviare il censimento della popolazione con FA e definire criteri uniformi per la presa in carico da parte dei centri TAO • Implementare registri di monitoraggio es. START e SIMPLE • Formare i centri TAO non accreditati FCSA per garantire livelli uniformi di presa in carico	• Alti costi di implementazione
Terapia con NAO		
• Favorire un corretto passaggio alla terapia con NAO	• Definire Linee d'Indirizzo e criteri uniformi per la selezione dei pazienti da avviare ai NAO (quali i primi pazienti, quali sottogruppi prioritari) • Formare centri prescrittori e clinici su place in therapy dei NAO • Implementare un monitoraggio sistematico dell'appropriatezza prescrittiva sviluppando soluzioni per la continua raccolta di informazioni sui pazienti nel passaggio da TAO a NAO • Favorire un'abilitazione degli specialisti alla prescrizione dei NAO coerente con l'epidemiologia e le caratteristiche dei pazienti	• Garantire Appropriatezza

Toscana – Awarenss di Patologia

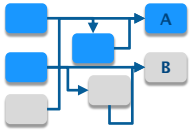
LE AZIONI

Presentazione a DS e DG Regionali 2013

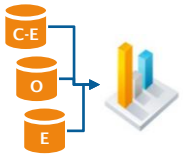
Presentazione del Progetto DMO all'Assessore alla Salute e ai Direttori Sanitari e Generali delle 12 ASL della Regione

2012 Avvio del progetto nella Asl Firenze

Avvio del Progetto con il coinvolgimento dei maggiori referenti aziendali del percorso paziente



Analisi organizzativa e definizione del percorso paziente



Analisi Clinico– Epidemiologica e identificazione degli snodi prioritari del percorso paziente.

2014 Estensione a due nuove ASL

Avvio del Progetto DMO nelle ASL di Arezzo e Viareggio

Veneto – PDTA del Paziente in TAO