

4° Congresso nazionale Società Italiana Telemedicina e sanità elettronica

*"Telemedicina: una sfida per la
sostenibilità del sistema sanitario"*



*Servizi per la cronicità ed
utilizzo della telemedicina*

Gabriella Borghi

Cefriel – Politecnico di Milano - Regione Lombardia

Milano, 1 luglio 2014

Università degli Studi di Milano-Bicocca

BISOGNI DI SALUTE EMERGENTI

Come cambia la domanda

- Pazienti cronici: soggetti per cui controlli e terapie continuative aumentano il numero di anni vissuti in assenza di gravi invalidità.
- Il 70% della spesa sanitaria è rivolta a circa il 30% della popolazione (3 milioni di lombardi, in larga misura autosufficienti)
- Cronicità anche sociosanitaria: 600.000 persone in crescita (non autosufficienti, grave disabilità, salute mentale, dipendenze ecc.)

Necessità di superare la logica della prestazione e organizzare 'percorsi'

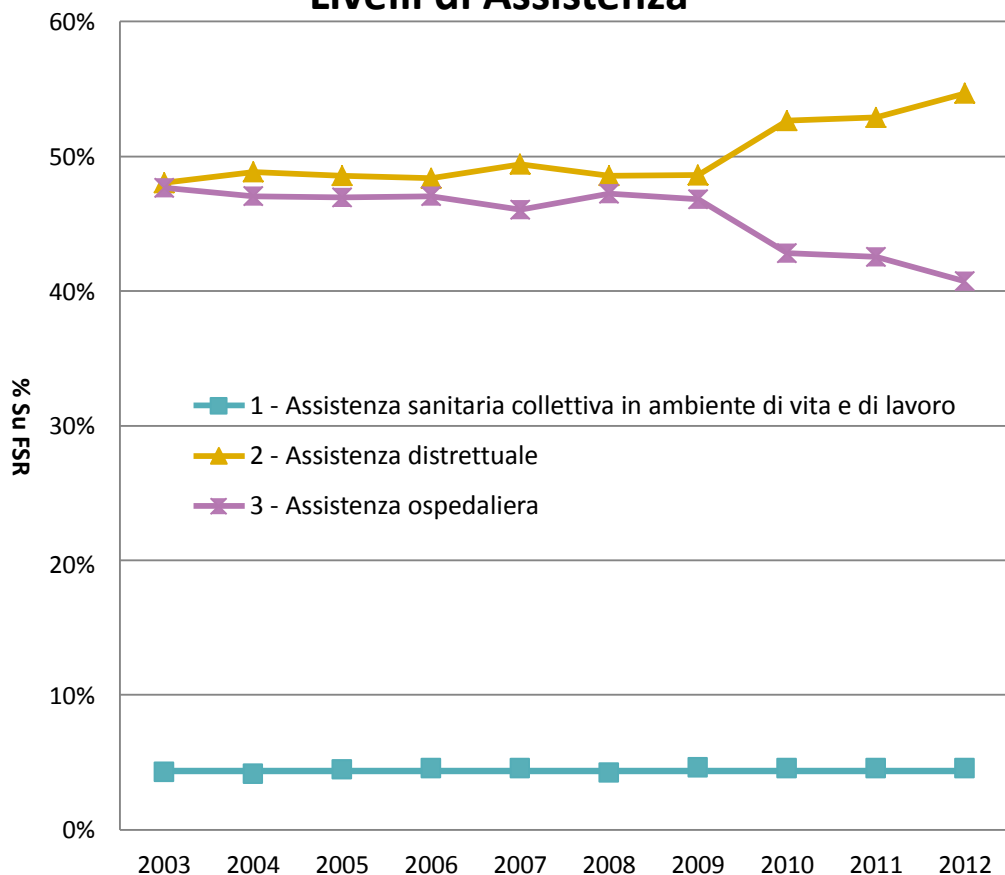


Necessità di differenziare la rete di offerta e di una nuova visione del territorio



Dove siamo arrivati: lo spostamento verso il territorio

Livelli di Assistenza



Regione	Punteggio Griglia LEA	Incidenza % spesa assistenza distrettuale	Incidenza % spesa assistenza ospedaliera
Lombardia	195	54,83 %	40,37%
Veneto	182	54,20 %	41,78%
Emilia Romagna	213	53,87 %	41,68%
Umbria	184	51,63 %	43,13%
Marche	161	50,84 %	45,12%
Standard		51,00 %	43,50%



Alcuni principi alla base del modello di assistenza territoriale

- **Prossimità e Continuità assistenziale:** è necessario un regolare contatto del cittadino-paziente con i servizi, che presuppone
 - l'accessibilità degli stessi
 - la presenza di chi sia in grado di seguire il paziente durante tutti i passaggi della sua storia clinica, coordinando gli interventi dei diversi professionisti impegnati nel mantenerlo in uno stato di salute adeguato, prestando attenzione al contenuto assistenziale, oltre che sanitario, del percorso di cura
- **Presenza in carico:** necessità di integrare diversi saperi professionali e di sviluppare forme di collaborazione attiva tra differenti realtà istituzionali. Gli aspetti organizzativi rivestono un'importanza cruciale nel trattamento della cronicità, mentre l'elemento della specializzazione medico-clinica è meno determinante rispetto al trattamento delle patologie in fase acuta;
- **Empowerment:** una corretta informazione e un alto livello di coinvolgimento del cittadino paziente: alcune condizioni patologiche possono essere efficacemente autogestite con il supporto e la formazione da parte dei professionisti.



Servizi attivi per i cronici in Lombardia

Servizio

- MMG – ADP
- ADI
- **CReG**
- **Nuove Reti Sanitarie**
- **POT**
- **RSA**
- **Riabilitazione**
- **Reti di patologia**

Gestione/Localizzazione

- MMG /Ambulatorio – domicilio
 - MMG /Domicilio
- MMG e provider /Ambulatorio-domicilio
- Specialista e Centro servizi/ domicilio
- Specialista / Ambulatorio ospedale
 - MMG e specialista / territorio
- Specialista /Ambulatorio ospedale
- MMG e specialistica /territorio - ospedale



CReG (Chronic Related Group)

CReG (Chronic Related Group) individua **un'adeguata metodologia di classificazione delle patologie croniche** per la definizione di classi omogenee in termini di bisogno sanitario.

E' un sistema di **segmentazione** dei pazienti cronici in categorie clinicamente significative, **omogenee per assorbimento di risorse assistenziali** sul territorio.

Modalità innovativa di «presa in carico» di questi pazienti basata sulla corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (tariffa CReG) a un soggetto Gestore, che deve garantire tutti i servizi extra-ospedalieri necessari per una buona gestione clinico organizzativa.



CReG: tre pilastri tecnologici

BDA

un sistema di classificazione dei pazienti cronici in raggruppamenti di patologia (o pluripatologia) omogenei per assorbimento di risorse assistenziali sul territorio

EPA

«Elenco Prestazioni Attese» per la presa in cura del paziente, e non solo per la patologia prevalente



PAI

**Percorsi
Assistenziali
Individuali**

Sistema di Remunerazione

ad ogni raggruppamento omogeneo è assegnata una Tariffa, che comprende i consumi per alcune componenti (farmaceutica, ambulatoriale, protesica, ecc. ..)



CReG – alcuni dati (2013)

5 ASL coinvolte nella sperimentazione dal 2011

ASL di

Bergamo ASL

di Como ASL di

Lecco

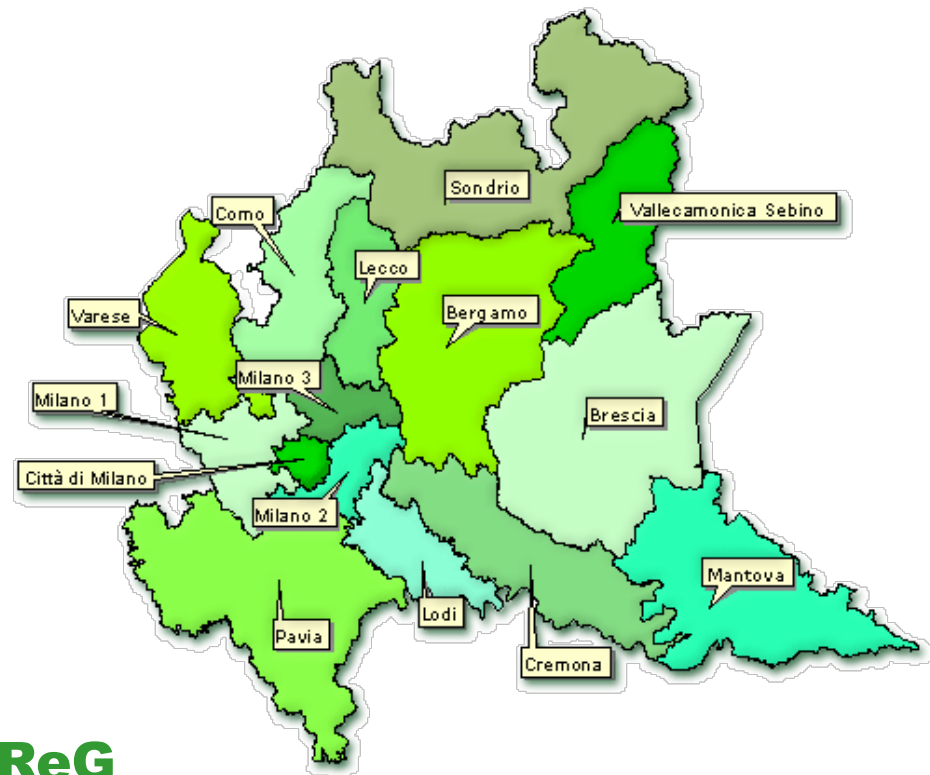
ASL Milano

Città ASL

63.475 pazienti arruolati
Milano 2

484 MMG coinvolti nei CReG

17,7 % del totale dei MMG presenti in
Lombardia



Progetto CReG: i numeri della Lombardia

✓ Numero assistiti 2012:	10.157.474
✓ Numero Cronici CReG (*):	3.227.763
✓ Cronici su Assistiti	31,8%
✓ Spesa complessiva Cronici (**)	79,6%

(*) n° pazienti classificati come cronici partendo da traccianti di consumo e da esenzione ticket
(**) % di spesa degli Assistiti Cronici sul totale della spesa relativa a ricoveri ospedalieri, prestazioni Ambulatoriali, Farmaceutica, File F

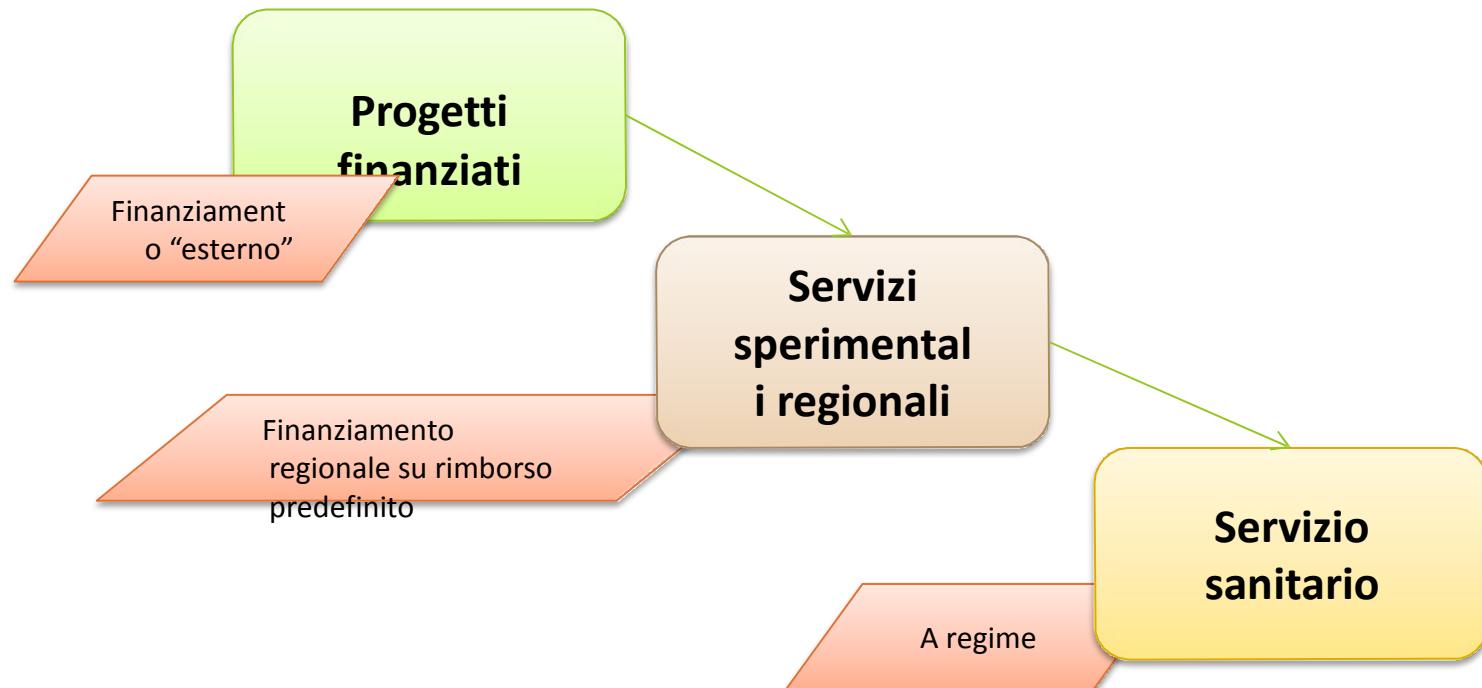
	Prestazioni Ambulatoriali	Ricoveri	Prestazioni Farmaceutiche	File F	TOTALE
ASSISTITI RL 2012	€ 2.796.145.228	€ 4.750.212.115	€ 1.879.752.851	€ 855.352.331	€ 10.281.462.525
CRONICI 2012	€ 1.883.717.698	€ 3.864.832.776	€ 1.630.542.802	€ 808.783.523	€ 8.187.876.799
Incidenza %	67,4%	81,4%	86,7%	94,6%	79,6%



Nuove Reti Sanitarie

NRS - Sono confluiti in questa cornice i risultati di alcuni progetti di successo, dando luogo a servizi sanitari sperimentali che garantiscono la cura domiciliare a pazienti affetti da malattie croniche severe o post acute.

Questi servizi innovativi sono a regime dal 2013.



NRS aspetti comuni

Tutte le strutture autorizzate sul territorio regionale attuano un comune modello gestionale di cura innovativo, caratterizzato da:

- protocollo comune attuato su tutto il territorio lombardo;
- supporto dell'ICT e della telemedicina;
- rendicontazione attraverso flusso regionale telematico con dati di percorso, clinici e di esito
- tariffazione sperimentale ora a regime
- valutazione clinico-organizzativo-economica e di *customer satisfaction*
- forte partecipazione clinica

I percorsi di cura possono essere attuati con il supporto di **Centri Servizi esterni per gli aspetti più tecnologici.**



NRS: stato attuazione dei percorsi per pazienti cronici severi

Tipologia percorso e Patologia		Durata	Tariffazione	Flussi informativi	Tecnologia	Attività al 31.12.2013
PTS Dal 2006	Cardiaca: Scompenso II-III-IV NYHA Telesorveglianza Domiciliare	6 mesi max	€ 720,00 per sei mesi € 480, 00 per sei mesi a bassa intensità	Tracciato record inviato sul debito informativo	<ul style="list-style-type: none"> · ECG monotraccia al paziente · Centro Servizi con cartella web 	35 Strutture 3.225 pazienti
PTP Dal 2010 da Telemaco	Pneumologica: BPCO III-IV stadio GOLD Telesorveglianza Domiciliare	6 mesi max	€ 720,00 per sei mesi € 480, 00 per sei mesi a bassa intensità	Tracciato record inviato sul debito informativo	<ul style="list-style-type: none"> · Saturimetro / saturimetro a trend al paziente · Centro Servizi con cartella web 	31 Strutture 1.627 pazienti

Regole 2014 - Il 2014 sarà utile per verificare la fattibilità di nuovi modelli organizzativi (accordi con strutture erogatrici, distribuzione diretta, prescrittore unico, etc.) finalizzati a conseguire dei vantaggi di sistema. In tale contesto, proseguirà il consolidamento e la valutazione delle esperienze di **telemedicina in atto nei CReG a supporto dell'integrazione ospedale territorio, anche in relazione ai percorsi definiti dall'esperienza delle Nuove Reti Sanitarie, entrata a regime nel 2013.**



Elementi di confronto tra servizi territoriali per la cronicità

	CReG	NRS (PTS – PTP)
Anno introduzione	2011	2006 e 2010
Fase di implementazione	sperimentale	a regime
Adesione	Volontaria dei Gestori (MMG)	Volontaria degli Ospedali
Focus su patologie	cronicità	scompenso/BPCO
Regolazione rapporti	contrattuale	contrattuale
Fornitore tecnologia	Società servizi/ASL	Centro Servizi
Flussi informativi	PAI + Centro Servizi	Simile ambulatoriale + percorso + esiti clinici
Remunerazione	Quota predefinita	A percorso (con tetto autorizzato)
Integrazione Servizi Sociali	No	No
Empowerment del paziente	Sì	Sì
Ruolo dell'infermiere	marginale	rilevante
Accesso al FSE	no	no
Strumenti di telemedicina	Solo su alcuni pazienti	Sì per tutti i pazienti



Objectives

- To determine if heart failure patients with the remote management system have a different rate of cardiac or device related unplanned ED visits and in-hospital visits than patients in standard arm
- To determine if patients with the remote management system have a different rate of unplanned ED visits and in-hospital visits than patients in standard arm

Figures 1000 patients implanted with
Conexus-enabled CRT-D or ICD

- 16-months follow-up

Hospitals Istituto Auxologico Italiano, Milano

- IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia
- AO Niguarda Ca' Granda, Milano
- AO Spedali Civili, Brescia
- AO S. Carlo Borromeo, Milano



Circulation

JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION



n

Remote Monitoring Reduces Healthcare Use and Improves Quality of Care in Heart Failure Patients With Implantable Defibrillators: The Evolution of Management Strategies of Heart Failure Patients With Implantable Defibrillators (EVOLVO) Study

Maurizio Landolina, Giovanni B. Peregó, Maurizio Lunati, Antonio Curnis, Giuseppe Guenzati, Alessandro Vicentini, Gianfranco Parati, Gabriella Borghi, Paolo Zanaboni, Sergio Valsecchi and Maurizio Marzegalli

The online version of this article, along with updated information and services, is located on the

World Wide Web at:

<http://circ.ahajournals.org/content/125/24/2985>

JOURNAL OF MEDICAL INTERVENTION RESEARCH

Zanaboni et al

[Original Paper](#)

Cost-Utility Analysis of the EVOLVO Study on Remote Monitoring for Heart Failure Patients With Implantable Defibrillators: Randomized Controlled Trial

Paolo Zanaboni¹ PhD; Maurizio Landolina² MD; Maurizio Marzegalli³ MD; Maurizio Lunati⁴ MD; Giovanni B. Peregó⁵ MD; Giuseppe Guenzati⁶ MD; Alessandro Vicentini⁷ MD; Gianfranco Parati⁸ MD; Gabriella Borghi⁹ PhD; Francesca Borghenisi¹⁰ MS; Sergio Valsecchi¹¹ PhD

From the ¹Università degli Studi di Milano, ²Università degli Studi di Milano, ³Università degli Studi di Milano, ⁴Università degli Studi di Milano, ⁵Università degli Studi di Milano, ⁶Università degli Studi di Milano, ⁷Università degli Studi di Milano, ⁸Università degli Studi di Milano, ⁹Università degli Studi di Milano, ¹⁰Università degli Studi di Milano, ¹¹Università degli Studi di Milano.

MS



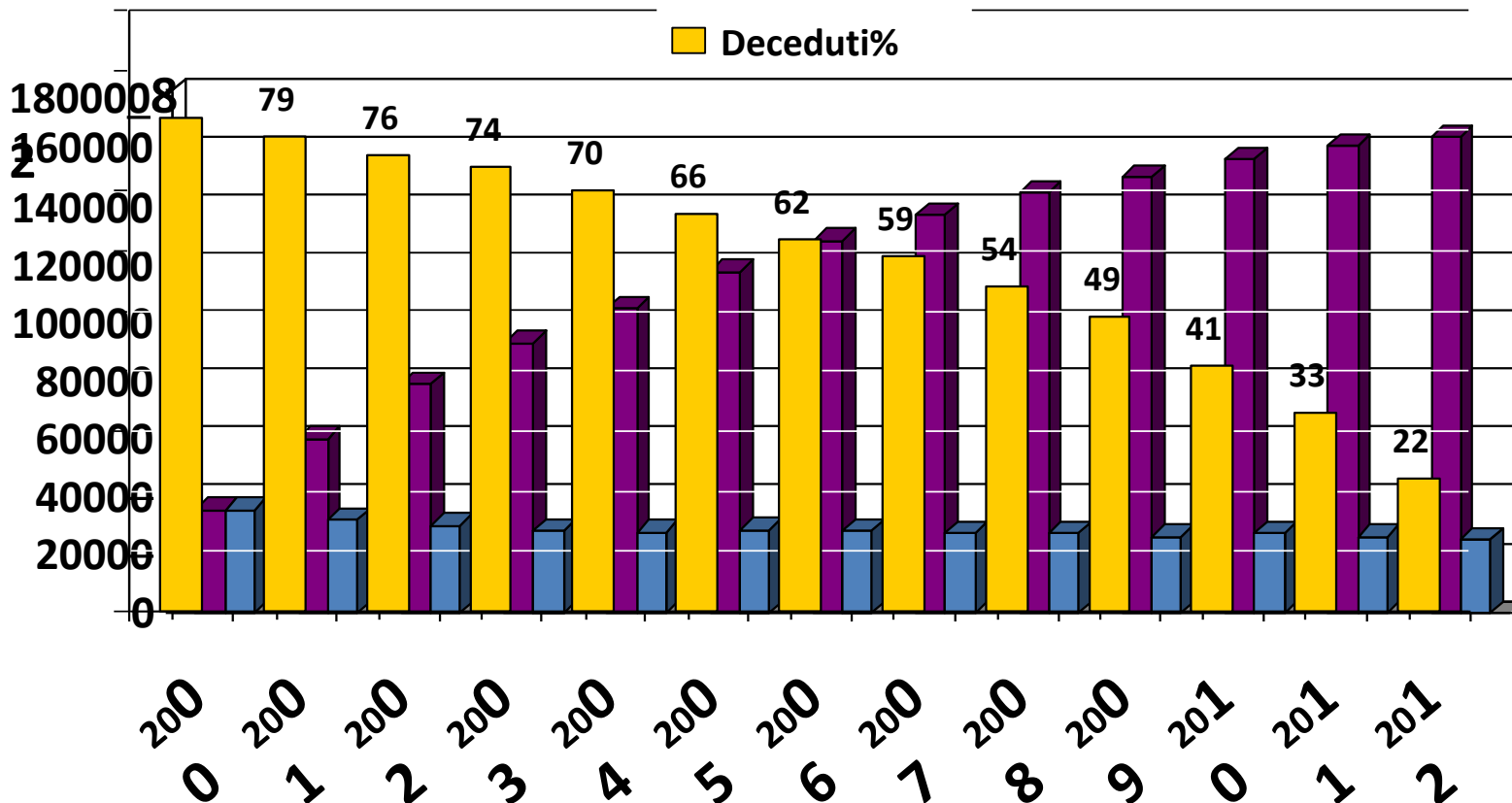
Scompenso cardiaco Lombardia - N° Casi Prevalenti e Incidenti (adulti)

HF DATA RF Ministero Salute 2009

<http://hfdata.cemef.it/>

1483329

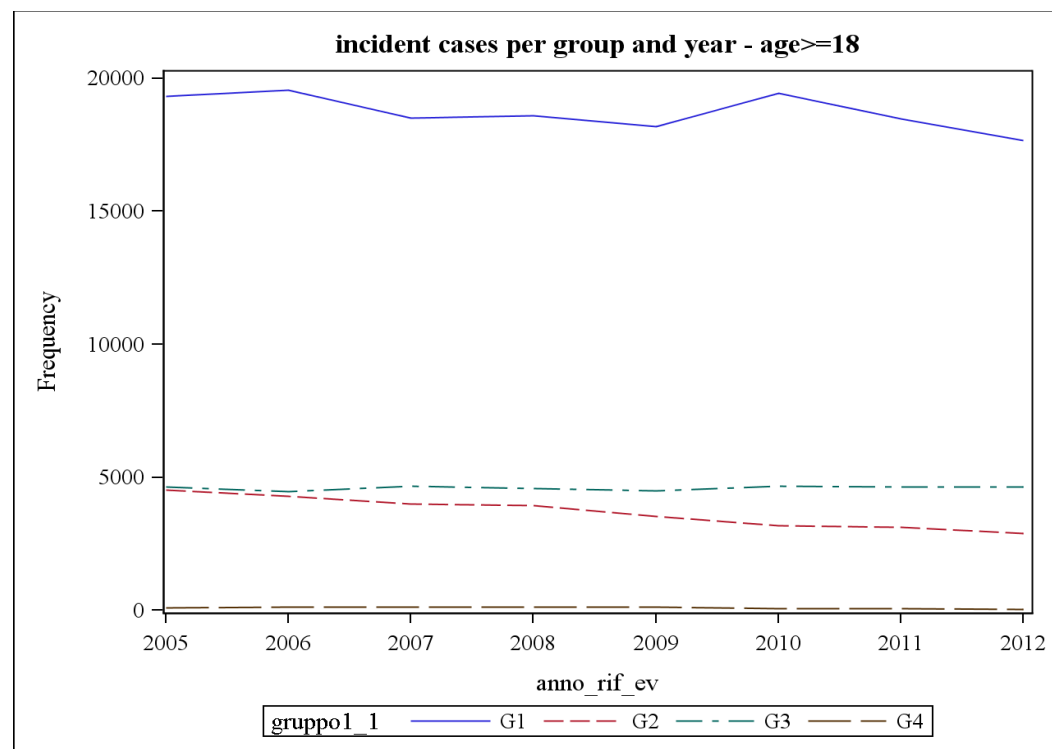
■ casi prevalenti
■ casi incidenti



Scompenso cardiaco - Lombardia

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
G1	19'326	19'548	18'503	18'588	18'180	19'454	18'475	17'659	149'733
G2	4'522	4'289	4'000	3'950	3'537	3'192	3'128	2'897	29'515
G3	4'646	4'470	4'666	4'580	4'490	4'677	4'630	4'643	36'802
G4	<u>80</u>	<u>112</u>	<u>120</u>	<u>135</u>	<u>133</u>	<u>58</u>	<u>53</u>	<u>41</u>	<u>732</u>
Total	<u>28'574</u>	<u>28'419</u>	<u>27'289</u>	<u>27'253</u>	<u>26'340</u>	<u>27'381</u>	<u>26'286</u>	<u>25'240</u>	<u>216'782</u>

Incident cases per
group and year
– age ≥ 18



HF DATA

RF Ministero Salute 2009

4182220



Regione Lombardia



MILANO 2015

Diabete mellito - Lombardia

Pazienti arruolati al percorso di cura che prevede il Day Service Ambulatoriale per la prevenzione secondaria di soggetti con diabete mellito.

Arruolamenti - Totale n° 1.320 DSA

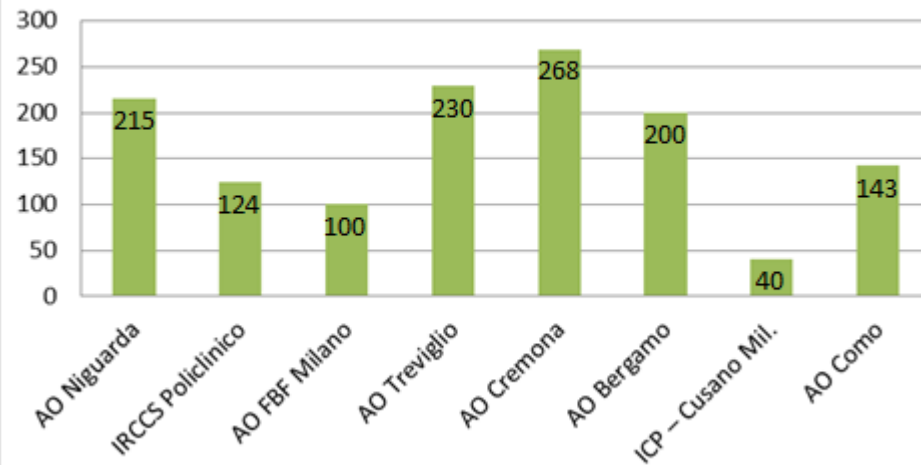
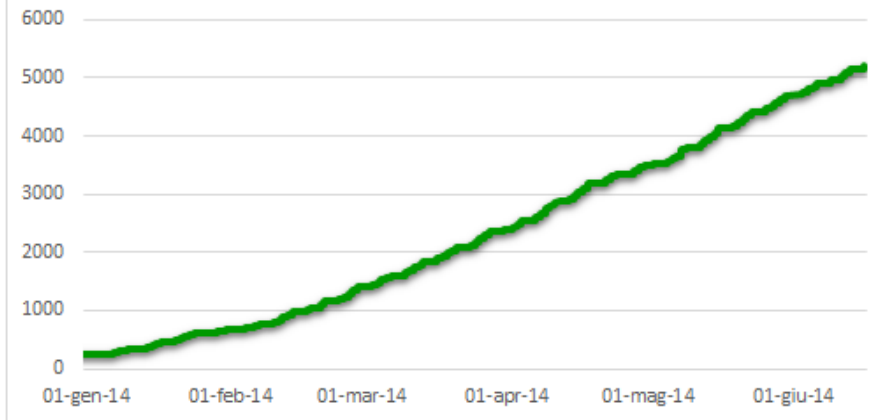


Tabella 2 - N° complessivo di referti di visita specialistica diabetologica pubblicati sul Fascicolo Sanitario Elettronico dagli 8 CDO – dati strutturati

Tabella 1 - N° pazienti arruolati dai Centri Diabetologici Ospedalieri delle diverse Strutture sanitarie al 30 aprile 2014

- S R R R inistero Salute
- <http://diab13.cefriel.it/>

Referti inseriti nel DB regionale



Dati aggiornati al 23-giu-14



Telemedicina – Linee indirizzo

Il documento “Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali” oggetto dell’Intesa Stato/Regioni del 20 febbraio 2014, fornisce indicazioni per l’integrazione della telemedicina nel SSN.

Ai fini dell’integrazione nel SSN le Regioni devono definire:

- Documento per l’erogazione del percorso clinico assistenziale (PCA o PDTA) integrato con le attività di Telemedicina, definiti dalla Regione, fatti salvi alcuni elementi di garanzia

- Documento di definizione degli standard di servizio propri delle prestazioni di Telemedicina erogate definito dalla Regione, tenuto conto anche di standard definiti a livello nazionale



Piano Cronicità

Integrazione sanitaria e socio sanitaria L'obiettivo è di giungere ad un **modello “sistemico”**, che **integri** tra loro tutte le **fasi del percorso della persona** affetta da condizioni croniche attraverso la costruzione di Piani di assistenza individuali che ricompongano la risposta sanitaria e sociosanitaria.

Costituzione di un gruppo di lavoro tra le Direzioni Generali Salute e Famiglia Solidarietà Sociale e Volontariato

Piano Strategico pluriennale per affrontare la cronicità in una logica di programmazione unica ed integrata



Grazie

gabriella.borghetti@cefriel.com