L'ASSISTENZA AI MALATI CRONICI Modelli a confronto

Gavino Maciocco

gavino.maciocco@unifi.it



www.thelancet.com Vol 366 October 29, 2005

W The neglected epidemic of chronic disease

Published online October 5, 2005 DOI:10.1016/S0140-6736(05) 67454-5

> See **Comment** page 1512 See **Series** page 1578

Development Goal (MDG). While the political fashions have embraced some diseases—HIV/AIDS, malaria, and tuberculosis, in particular—many other common conditions remain marginal to the mainstream of global action on health. Chronic diseases are among these neglected conditions.

The reduction of chronic disease is not a Millennium

Chronic diseases represent a huge proportion of human illness. They include cardiovascular disease (30% of projected total worldwide deaths in 2005), cancer (13%) chronic respiratory diseases (7%) and diabetes and policymakers can no longer afford to ignore. The call by Kathleen Strong and colleagues⁴ for the world to set a target to reduce deaths from chronic disease by 2% annually—to prevent 36 million deaths by 2015 deserves to be added to the existing eight MDGs.

Without concerted and coordinated political action, the gains achieved in reducing the burden of infectious disease will be washed away as a new wave of preventable illness engulfs those least able to protect themselves. Let this series be part of a new international commitment to deny that outcome









Previous estimates were lower because they looked only at treating obesity and not conditions caused by it

Obesity related illness consumes a sixth of the US healthcare budget

Cite this as: BMJ 2010;341:c6014

Obesity Trends Among U.S. Adults between 1985 and 2009

- In 1990 ten states had a prevalence of obesity less than 10% and <u>no</u> states had prevalence equal to or greater than 15%.
- **By 1999**, no state had prevalence less than 10%, eighteen states had a prevalence of obesity between 20-24%, and **no state had prevalence equal to or greater than 25%.**
- In 2009, only one state (Colorado) and the District of Columbia had a prevalence of obesity less than 20%. Thirty-three states had a prevalence equal to or greater than 25%; <u>nine of these states (Alabama,</u> <u>Arkansas, Kentucky, Louisiana, Mississippi, Missouri, Oklahoma,</u> <u>Tennessee, and West Virginia) had a prevalence of obesity equal to or</u> <u>greater than 30%.</u>

Obesity Trends* Among U.S. Adults BRFSS, 1990, 1999, 2009



USA. N. CASI DI DIABETE DAL 1980 AL 2010



Anno

MARCH 17, 2005

SPECIAL REPORT

A Potential Decline in Life Expectancy in the United States

SUMMARY

Forecasts of life expectancy are an important component of public policy that influence age-based entitlement programs such as Social Security and Medicare. Although the Social Security Administration recently raised its estimates of how long Americans are going to live in the 21st century, current trends in obesity in the United States suggest that these estimates may not be accurate. From our analysis of the effect of obesity on longevity, we conclude that the steady rise in life expectancy during the past two centuries may soon come to an end.

USA. Mappa della prevalenza dell'obesità negli Stati (in rosso scuro la prevalenza è uguale o superiore al 30%).



USA. Mappa delle contee in cui la speranza di vita alla nascita mostra uno stop nella crescita o una regressione (punti arancioni e rossi).



Failing health of the United States

The role of	1 11 1 114	Tonditions and the policies behind them				
111010101	LIFE	onun	.101	is and the policies bennit them		
ife e has year alar expe	EXPECTANCY UK life expectancy did not improve in 2015 to 2017 and remained at 792	ncy at birth (years)	81 80 79 78	 OECD aggregate 80.3 United States 78.7 		
developed cour	for males and	pectar	77 76			
to other countri new; it has been	82.9 years for females. It fell by	Life ex	75 ດິ ^{ງົາ}	~ 99 ¹ 99 ⁹ 00 ¹ 00 ³ 00 ⁵ 00 ¹ 00 ⁹ 01 ¹ 01 ³ 01 ⁵		
(figure). In 1960 highest life exp higher than the	and females in Scotland and Wales, and for males in Northern Ireland	Life for E	expe Econe	Year ectancy at birth in the US and the Organisation omic Cooperation and Development, 1995-2015 ²		
	Statistics]			da BMJ, 24.2.2018		

EPIDEMIA DI OBESITA' NEL MONDO. PROIEZIONI AL 2030. FONTE OECD



Causes of chronic diseases

UNDERLYING Socioeconomic,	COMMON MODIFIABLE RISK FACTORS		INTERMEDIATE RISK Factors		MAIN CHRONIC DISEASES
CULTURAL, POLITICAL	Unhealthy diet	Unhealthy diet			Heart disease
DETERMINANTS	Physical inactivity		Raised blood glucose		Stroke
Globalization	Tobacco use		Abnormal blood lipids		Cancer
Urbanization	NON-MODIFIABLE		Overweight/obesity	-	Chronic respiratory
Population ageing	RISK FAUTURS				diseases
r opulation agoing	Age				Diabetes
	Heredity				



8th Global Conference on Health Promotion HELSINKI 2013 10–14 June 2013

Health in All Policies



Dr Margaret Chan Director-General World Health Organization

- Le diseguaglianze nella salute, tra paesi e all'interno dei paesi, non sono mai state così grandi nella storia recente. Noi viviamo in un mondo di paesi ricchi pieni di gente povera e malata.
- La crescita delle malattie croniche minaccia di allargare ancora di più questo gap. Gli sforzi per prevenire queste malattie vanno contro l'interesse commerciale di operatori economici molto potenti e questa è una delle sfide più grandi da affrontare nella promozione della salute.

 Negli anni 80, quando parlavamo di collaborazione multisettoriale per la salute ciò significava lavorare insieme a settori amici, come istruzione, casa, nutrizione, acqua e igiene. Quando la sanità collaborava con il settore educativo e con quello che si occupava di acquedotti e fognature, i conflitti d'interesse erano una rarità.

Oggi a convincere le persone a condurre stili di vita sani e adottare comportamenti salubri ci si scontra con forze che non sono così amiche. Anzi non lo sono per niente.

Gli sforzi per prevenire le malattie croniche vanno contro gli interessi commerciali di potenti operatori economici. Secondo me, questo è la più grande sfida che si trova di fronte la promozione della salute. E non si tratta più solo dell'industria del tabacco (*Big Tobacco*). La sanità pubblica deve fare i conti con l'industria del cibo (*Big Food*), delle bevande gassate (*Big Soda*) e alcoliche (**Big Alcohol**). Tutte queste industrie hanno paura delle regole, e si proteggono usando le stesse, ben note tattiche. Queste includono gruppi d'opinione, lobbies, promesse di autoregolamentazione, cause legali, ricerche finanziate dall'industria che hanno lo scopo di confondere le prove e tenere il pubblico nel dubbio.

Chronic Diseases: Chronic Diseases and Development 1

Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process

Robert Geneau, David Stuckler, Sylvie Stachenko, Martin McKee, Shah Ebrahim, Sanjay Basu, Arun Chockalingham, Modi Mwatsama, Rozmin Jamal, Ala Alwan, Robert Beaglehole

Chronic diseases, especially cardiovascular diseases, diabetes, cancer, and chronic obstructive respiratory diseases, are neglected globally despite growing awareness of the serious burden that they cause. Global and national policies have failed to stop, and in many cases have contributed to, the chronic disease pandemic. Low-cost and highly effective solutions for the prevention of chronic diseases are readily available; the failure to respond is now a political, rather than a technical issue. We seek to understand this failure and to position chronic disease centrally on the global

Le malattie croniche - specialmente le malattie cardiovascolari, il diabete, il cancro e le malattie respiratorie croniche - sono trascurate, nonostante la consapevolezza del grave carico che esse provocan<u>o</u>

> Le politiche globali e nazionali non sono riuscite a fermare – in molti casi anzi hanno contribuito a diffondere – le malattie croniche. Attualmente sono facilmente disponibili soluzioni a basso costo e di alta efficacia per la prevenzione delle malattie croniche; il fallimento nella risposta è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico



- "Nonostante si viva in un mondo" dominato dalle patologie croniche, nei luoghi di cura si pratica una medicina quasi esclusivamente per acuti: all'alba del XXI secolo persistono i modelli del XIX secolo"
- (R. Rozzini e M. Trabucchi, 2013)



Julian Tudor Hart

Anticipatory Health Care

Twenty five years of case finding and audit in a socially deprived community

BMJ VOLUME 302 22 JUNE 1991

Julian Tudor Hart, Colin Thomas, Brian Gibbons, Catherine Edwards, Mary Hart, Janet Jones, Margaret Jones, Pam Walton

Abstract

Objective—To evaluate audit and case finding (whole population care) in a community over 25 years.

Design-Contemporary screening for and audits of care of chronic disease and risk factors; retrospective review of computerised practice records; and comparisons of mortality and social indices with

communities.

)ne general practice in Glyncorrwg, rgan.

1800 people registered with the practice 58 people who died from 1964 to 1987, Is had been retained.

bme measures – Detection of high blood noking, airways obstruction, obesity, l alcohol problems in adults aged 20-79; of smoking in this population and in and diabetic groups; age standardised tios in relation to indices of social development of structured process, may diminish health outputs.

Introduction

For health as for commodity production, absolute growth conceals relative decline. By 1980 the United Kingdom ranked highest in the European Community and Scandinavia for all causes mortality in men and women aged 45-64.¹

The close and causal relation between mortality, morbidity, and social class for all major causes²³ is the main explanation for the exceptionally high mortality and morbidity in Scotland, Northern Ireland, and parts of northern England and south Wales, for all causes as well as for coronary disease. As inequalities in wealth have grown so have inequalities in sickness and death.⁴ These differences are compounded by increasing inequalities in clinical resources available to deal with them: fed by the market, the inverse care law⁵ thrives. As predicted by thoughtful economists,⁶⁷ the

THE INVERSE CARE LAW

JULIAN TUDOR HART Glyncorrwg Health Centre, Port Talbot, Glamorgan, Wales

Summary The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.

The Lancet · Saturday 27 February 1971

Our aim was to improve health in the whole registered population by identifying treatable problems at an early, often presymptomatic stage, and to learn from our mistakes by looking for them systematically.

This proactive policy depended on practice organisation, teamwork, and structured records.

JAMA®

Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness

The Chronic Care Model, Part 2

Thomas Bodenheimer, MD

Edward H. Wagner, MD, MPH

Kevin Grumbach, MD

A PREVIOUS ARTICLE¹ DESCRIBED the chronic care model, a guide to improving the management of chronic illness, particularly within primary care. That article featured several case studies of organizations that have implemented components of the model. This article examines research evidence demonstrating that components of the model can improve quality and reduce costs and examines some This article reviews research evidence showing to what extent the chronic care model can improve the management of chronic conditions (using diabetes as an example) and reduce health care costs. Thirty-two of 39 studies found that interventions based on chronic care model components improved at least 1 process or outcome measure for diabetic patients. Regarding whether chronic care model interventions can reduce costs, 18 of 27 studies concerned with 3 examples of chronic conditions (congestive heart failure, asthma, and diabetes) demonstrated reduced health care costs or lower use of health care services. Even though the chronic care model has the potential to improve care and reduce costs, several obstacles hinder its wide-spread adoption.

JAMA. 2002;288:1909-1914

www.jama.com

Sperimemtare il CCM a Firenze







Vecchie malattie *Nuove* risposte

Modelli innovativi per l'assistenza alle malattie croniche

5-6 maggio 2005 Palazzo degli Affari Firenze

Segreteria del Convegno: Ufficio Congressi Newtours S.p.A. Via A. Righi, 8 - 50019 Sesto F.no - FI -Phone: +39 055 3361.1 - Fax: +39 055 333.895 E-Mail: belluomini@newtours.it



Lettura magistrale: II Chronic Care Model Ed Wagner - MacColl Institute for Healthcare Innovation, Seattle, USA

Chronic Care and and the Future of Primary Care

Ed Wagner, MD, MPH

"Current care systems cannot do the job"

- Oriented to acute illness
- Interactions not productive of good care or satisfying to patients or clinical staff



THE CHRONIC CARE MODEL



Population management

More than care and case management

Deciding the right approach

It is important to have the information and knowledge to be able to carry out a risk-stratification on local populations to identify those who are most at-risk.

Level 3

As people develop more than one chronic condition (co-morbidities), their care becomes disproportionately more complex and difficult for them, or the health and social care system, to manage. This calls for case management – with a key worker (often a nurse) actively managing and joining up care for these people.

Level 2

Disease/care management, in which multidisciplinary teams provide high quality evidence based care to patients, is appropriate for the majority of people at this level. This means proactive management of care, following agreed protocols and pathways for managing specific diseases. It is underpinned by good information systems – patient registries, care planning, shared electronic health records.

Level 1

With the right support many people can learn to be active participants in their own care, living with and managing their conditions. This can help them to prevent complications, slow down deterioration, and avoid getting further conditions. The majority of people with chronic conditions fall into this category – so even small improvements can have a huge impact. Level 3: Highly complex patients Case management

Level 2: High risk patients Care management

Level 1: 70-80% of a Chronic Care Management population

Health promotion



Regione Toscana

Piano Sanitario RegionaleAggiornamento ai sensi dell'art.18, comma 3,
e dell'art.142, comma 3 della L.R. 40/20052008 -2010

Parte Prima UN PIANO PER LA SALUTE, UNA SANITÀ D'INIZIATIVA



MODELLI Sondaggio tra 6.500 pazienti sui vantaggi del Chronic care model

Sanità d'iniziativa a pieni voti

Più informazione ed empowerment con la presa in carico da parte del team

Da quando è stato per la prima volta all'ambulatorio delle malattie croniche pensa sia migliorata l'assistenza che riceve per la sua malattia cronica?



Da quando è stato per la prima volta all'ambulatorio delle malattie croniche pensa di aver avuto dei benefici in termini di salute?



Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium

Thus far, the evidence on the Chronic Care Model is encouraging, but we need better tools to help practices improve their systems.

by Katie Coleman, Brian T. Austin, Cindy Brach, and Edward H. Wagner

ABSTRACT: Developed more than a decade ago, the Chronic Care Model (CCM) is a widely adopted approach to improving ambulatory care that has guided clinical quality initiatives in the United States and around the world. We examine the evidence of the CCM's effectiveness by reviewing articles published since 2000 that used one of five key CCM papers as a reference. Accumulated evidence appears to support the CCM as an integrated framework to guide practice redesign. Although work remains to be done in areas such as cost-effectiveness, these studies suggest that redesigning care using the CCM leads to improved patient care and better health outcomes. [*Health Affairs* 28, no. 1 (2009): 71–85; 10.1377/hlthaff.28.1.75]



Arruolati GDMP

	2006	2012
Diabete tipo 1	29.000	156.000
Diabete tipo 2	1.948.000	3.749.000
Cancro della mammella	67.000	126.000
Cardiopatia ischemica	635.000	1.700.000
Asma	6.000	799.000
BPCO	8.000	633.000
Totale	2.693.000	7.163.000

Figura 1. Mortalità e complicanze maggiori da diabete tra pazienti arruolati (*intervention*) e gruppo di controllo. 2007.

Mortality And Major Diabetic Complications In Intervention (Enrolled) And Control Groups, German Disease Management Program, 2007

	Intervention		Control	
	Number	Percent	Number	Percent
Mortality	458	2.30	935	4.70
DIABETIC COMPLICATIONS				
Myocardial infarction (ICD: I21, I22)	165	0.83	219	1.10
Stroke (ICD: I63)	180	0.91	226	1.14
Chronic renal insufficiency (ICD: N18, N19)	71	0.36	94	0.74
Amputation of lower leg or foot (OPS: 5-865, 5-864)	95	0.48	152	0.76
Occurrence of at least one of the four complications	496	2.49	667	3.35

1. Stock S. et Al. German Diabetes Management Programs Improve Quality Of Care And Curb Costs. Health Affairs 2010; 29(12): 2197–2205

Figura 2. Numero di pazienti per 1000 pazienti partecipanti al programma che sono stati ricoverati almeno una volta con la diagnosi descritta (in confronto con i pazienti non partecipanti). 2006.



Figura 3. Costi e utilizzazione dei servizi tra pazienti arruolati (*intervention*) e gruppo di controllo. 2003-7.

Various Cost And Health Services Use Indicators In Intervention (Enrolled) And Control Groups, German Disease Management Program, 2003–7

	Intervention	Control
Overall cost difference, 2007–2003	US\$1,443.65	US\$1,890.40
Overall costs, 2007	US\$5,273.99	US\$5,896.54
Hospital costs, 2007	US\$2,664.71	US\$3,292.65
Drug costs, 2007	US\$2,609.28	US\$2,603.89
Length of hospitalization per insured, days, 2007 (mean/median)	4.97/0.00	6.41/0.00
Number of hospital stays per insured, 2007 (mean/median)	0.55/0.00	0.62/0.00

1. Stock S. et Al. German Diabetes Management Programs Improve Quality Of Care And Curb Costs. Health Affairs 2010; 29(12): 2197–2205

IL TEAM



LE STRUTTURE







HOME AREE - CHI SIAMO CHI FINANZIA PERCHÉ COME USARE IL BLOG NEWSLETTI

Home » Aree, In evidenza, Innovazione e management

Il Piano Nazionale della Cronicità e l'anomalia Iombarda

Inserito da Redazione SI on 29 maggio 2017 - 10:40

Lascia un commento



Gavino Maciocco

La sanità d'iniziativa lombarda è del tutto anomala: basata su tariffe e risparmio, su competizione e mercato, sulla presenza opzionale dei medici di medicina generale, sull'assenza di efficaci interventi di prevenzione e di supporto all'autocura. Il tutto avviene in un contesto privo della infrastruttura fondamentale e irrinunciabile in ogni seria strategia di gestione delle malattie croniche: il distretto e l'organizzazione delle cure primarie. L'affossamento di questa infrastruttura, avvenuto diversi anni fa, è una sorta di "peccato capitale" della sanità lombarda. Un peccato da cui non si può essere assolti dando vita a un surrogato debole e improprio: il Centro Servizi.

"La sanità di iniziativa, intesa come modello



	HOME	AREE 🛨	COOKIES POLICY	CHI SIAMO	CHI FINANZIA	PERCHÉ	COME USARE IL
7	<u> </u>						

Home » Aree, Innovazione e management

Lombardia. I malati cronici al miglior offerente

Inserito da Redazione SI on 18 aprile 2017 – 11:32

Un commento



Aldo Gazzetti e Gianluigi Trianni

In Lombardia è scoccata l'ora della privatizzazione completa delle cure primarie e della medicina d'iniziativa. L'assistenza di un milione e mezzo di pazienti cronici gravi viene data in appalto a un nucleo ristretto di gestori, per lo più privati. Di qui la concorrenza tra filiere aziendali di servizi sanitari a cui viene assegnata per un periodo annuale la gestione quasi totale del malato cronico. Quale la libertà di scelta del paziente? Quale il ruolo del medico di medicina generale?

Saluteinternazionale.info ha recentemente pubblicato un contributo

di Fulvio Lonati – "La nuova sanità lombarda" – sulla riforma del sistema sanitario regionale e sul

N° PERTINENZA Pazienti/ DOMANDA BISOGNI PREVALENTE Utenti Struttura di Fragilità clinica e/o erogazione Integrazione dei percorsi funzionale con ospedale/domicilio/ bisogni prevalenti di Strutture riabilitazione/ Livello 1 150.000 tipo ospedaliero, sanitarie e socio sociosanitario residenziale, sanitarie assistenziale a pubbliche e domicilio private accreditate Struttura di Cronicità poli-Coordinamento e erogazione e patologica con promozione del percorso MMG prevalenti bisogni di terapia extra-ospedalieri, ad (prevalentemente Strutture alta richiesta di farmacologica e di sanitarie e socio Livello 2 1.300.000 accessi ambulatoriali supporto psicologico sanitarie integrati/ frequent educativo) e gestione pubbliche e users e fragilità proattiva del follow-up private (più visite ed esami accreditate sociosanitarie di grado moderato all'anno) MMG in associazione Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e Garanzia di percorsi fragilità Territorio ambulatoriali riservati/di sociosanitarie in fase Livello 3 1.900.000 favore e controllo e iniziale, a richiesta (MMG promozione dell'aderenza medio- bassa di proattivo) terapeutica accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / frequent users Soggetti 'non cronici' che usano i servizi in Accessibilità a tutte le Territorio Livello 4 3.000.000 modo sporadico Agende ambulatoriali (prime visite/accessi disponibili sul territorio (MMG) ambulatoriali veri) Soggetti che non usano i servizi, ma Territorio Sono solo 'potenziali Livello 5 3.500.000 sono comunque utenti' potenziali utenti (MMG)

sporadici

Tabella 1. Domanda, bisogni e pertinenza prevalente

MODALITA' DI ACCESSO



NUOVO MODELLO DI PRESA IN CARICO PATTO DI CURA E PAI

- Il paziente sottoscrive il Patto di cura con il Gestore(MMG o strutture sanitarie e sociosanitarie accreditate pubbliche e private);
- Il Gestore prende in carico il paziente in maniera globale e programma un percorso di cura personalizzato attraverso un Piano Assistenziale Individuale (PAI), avvalendosi anche di un Centro Servizi;
- Al gestore verrà corrisposta una remunerazione di presa in carico, modulabile sui bisogni clinico-assistenziali









HOME	AREE 🛨	CHI SIAMO	CHI FINANZIA	PERCHÉ	COME USARE IL BLOG	NEWSLETT

Home » Archivio per tag

Articoli taggati con: Malattie croniche

Chi ha paura delle malattie croniche?

10 settembre 2018 - 07:12 |



Enrico Materia

L'influenza dell'industria dolciaria e di Big Soda nel condizionare la posizione dei governi negli organismi internazionali si è più volte