

VICENZA
24 MAGGIO 2018

PALAZZO CHIERICATI
Salone d'Onore
Piazza Giacomo Matteotti 37/39

con il patrocinio di



CRONICITÀ E LIVELLI DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE

Cristina Basso

**UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
Azienda Zero- Regione Veneto**

2018 **MOTORE** 
SANITÀ
Sanità Universale

**MEDICINA TERRITORIALE
E GESTIONE INTEGRATA
DELLA CRONICITÀ**

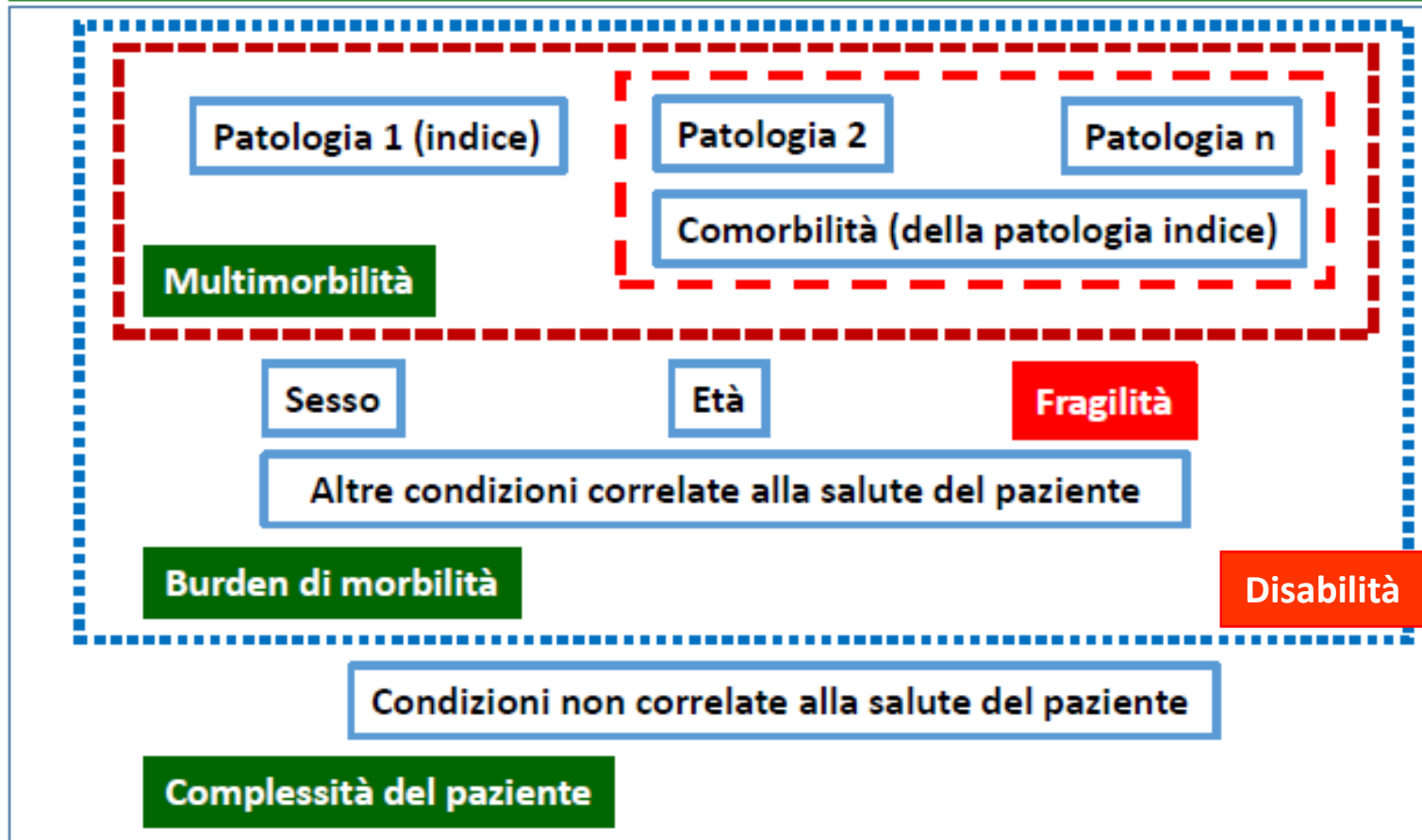
Perchè le malattie croniche sono una priorità di salute pubblica?

Perchè le malattie croniche sono una priorità di salute pubblica?

- ❖ Lunga latenza
- ❖ Decorso prolungato
- ❖ Multipli fattori di rischio e co-morbilità
- ❖ Non guaribili, ma stabilizzabili
- ❖ Multimorbilità, vulnerabilità e persistenza dell'evento acuto
- ❖ Comportano perdita funzionale
- ❖ Sono responsabili delle cause principali di mortalità



I costrutti della comorbidità



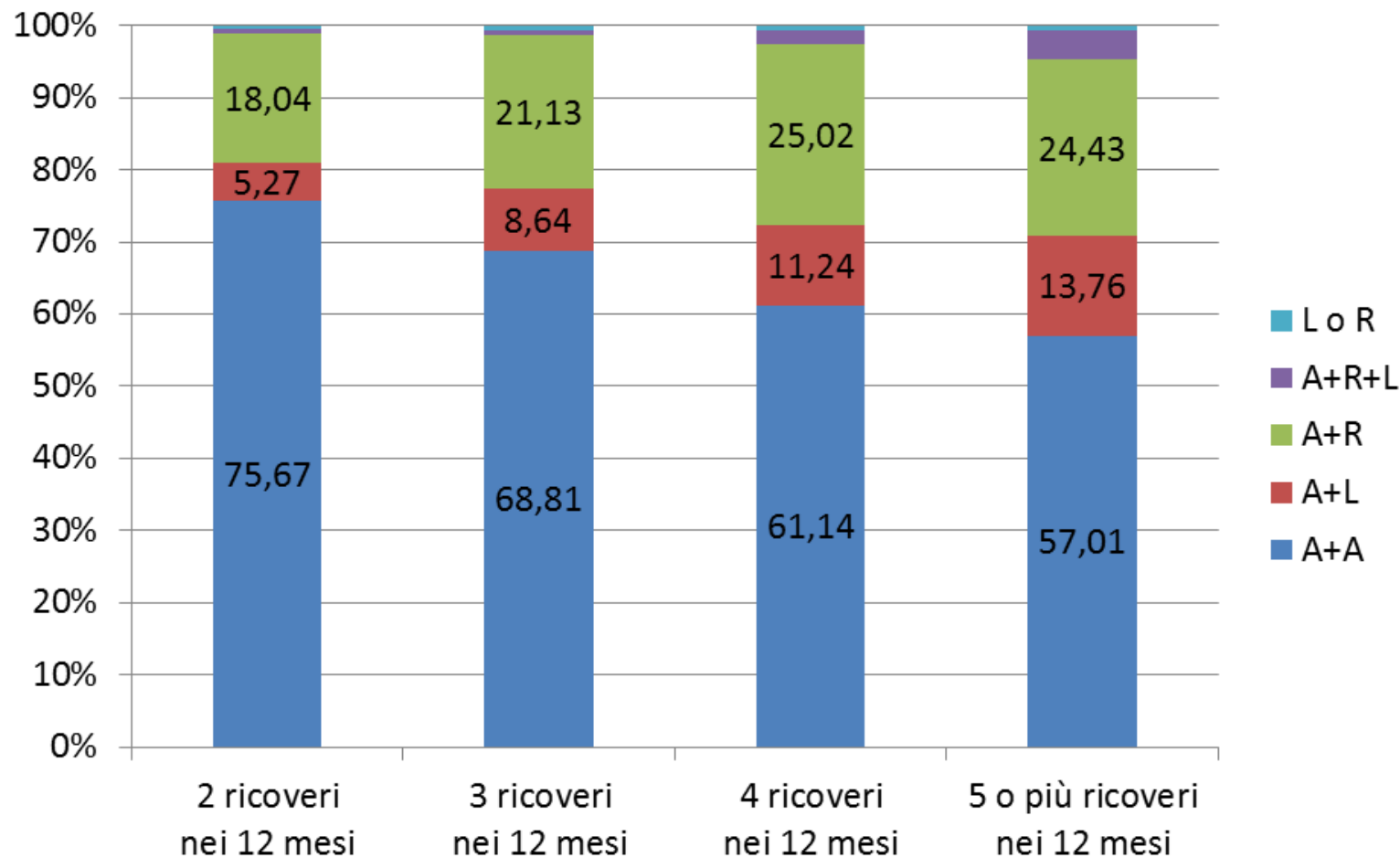
Comorbidità: presenza di una patologia aggiuntiva rispetto a una patologia indice

Multimorbidità: presenza di più patologie in uno stesso paziente

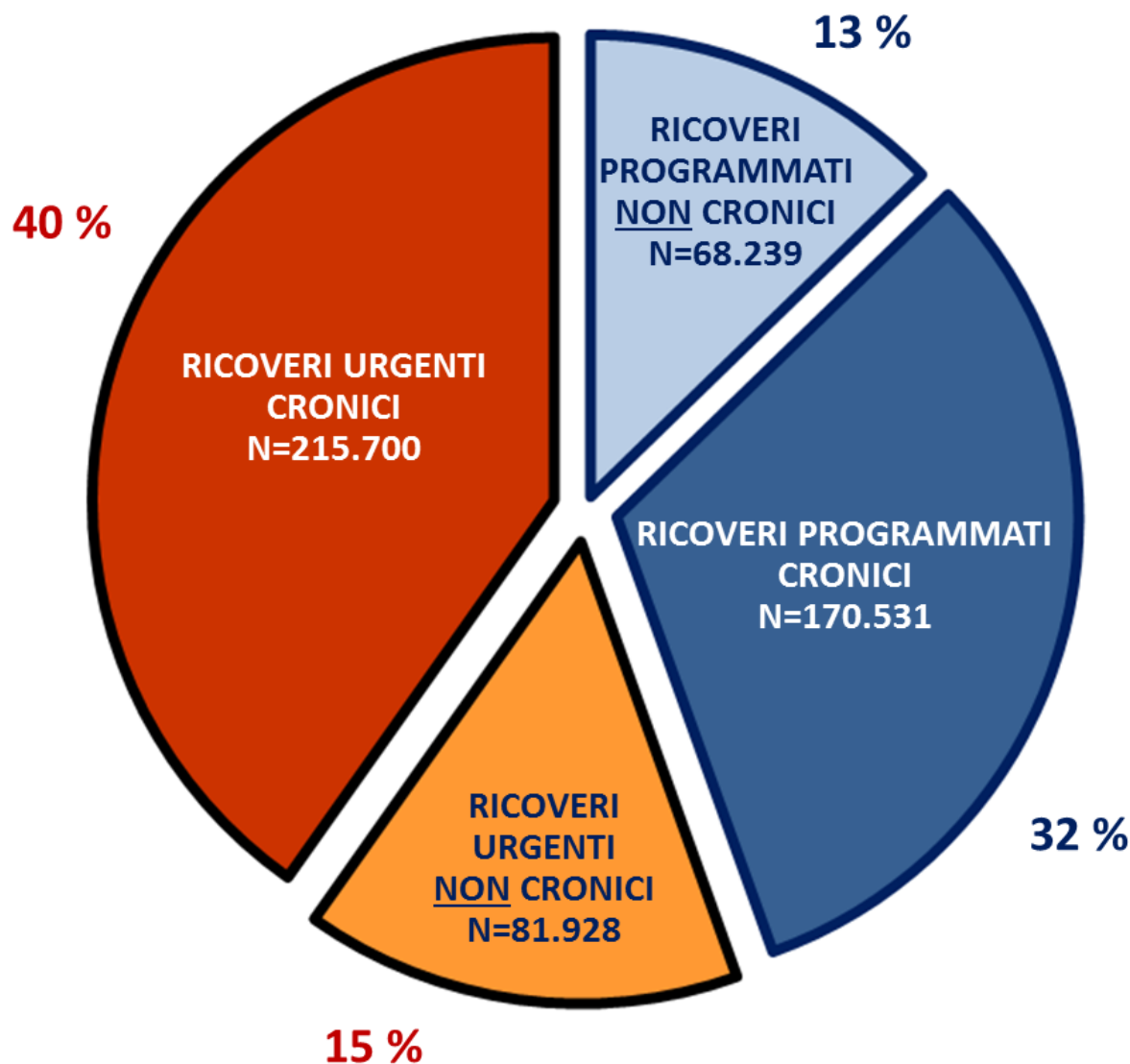
Burden di morbidità: impatto complessivo di diverse patologie in un paziente che tiene in conto la loro gravità

Complessità del paziente: impatto complessivo di diverse patologie in un paziente che tiene conto della loro gravità e di altri fattori correlati alla salute

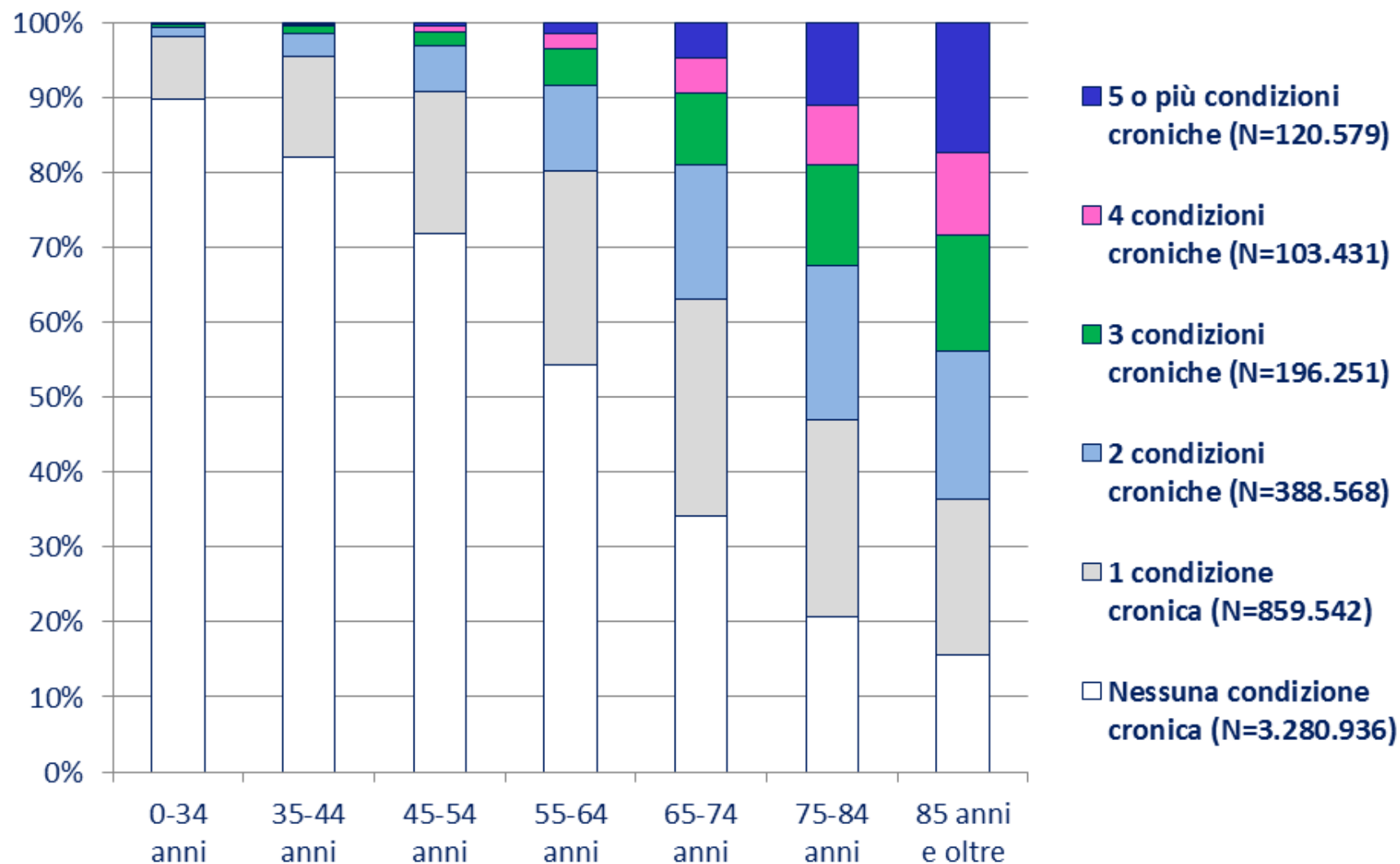
I ricoveri ripetuti negli over 65enni: Ricoveri ordinari per Acuti (A), Lungodegenza (L) e Riabilitazione (R)



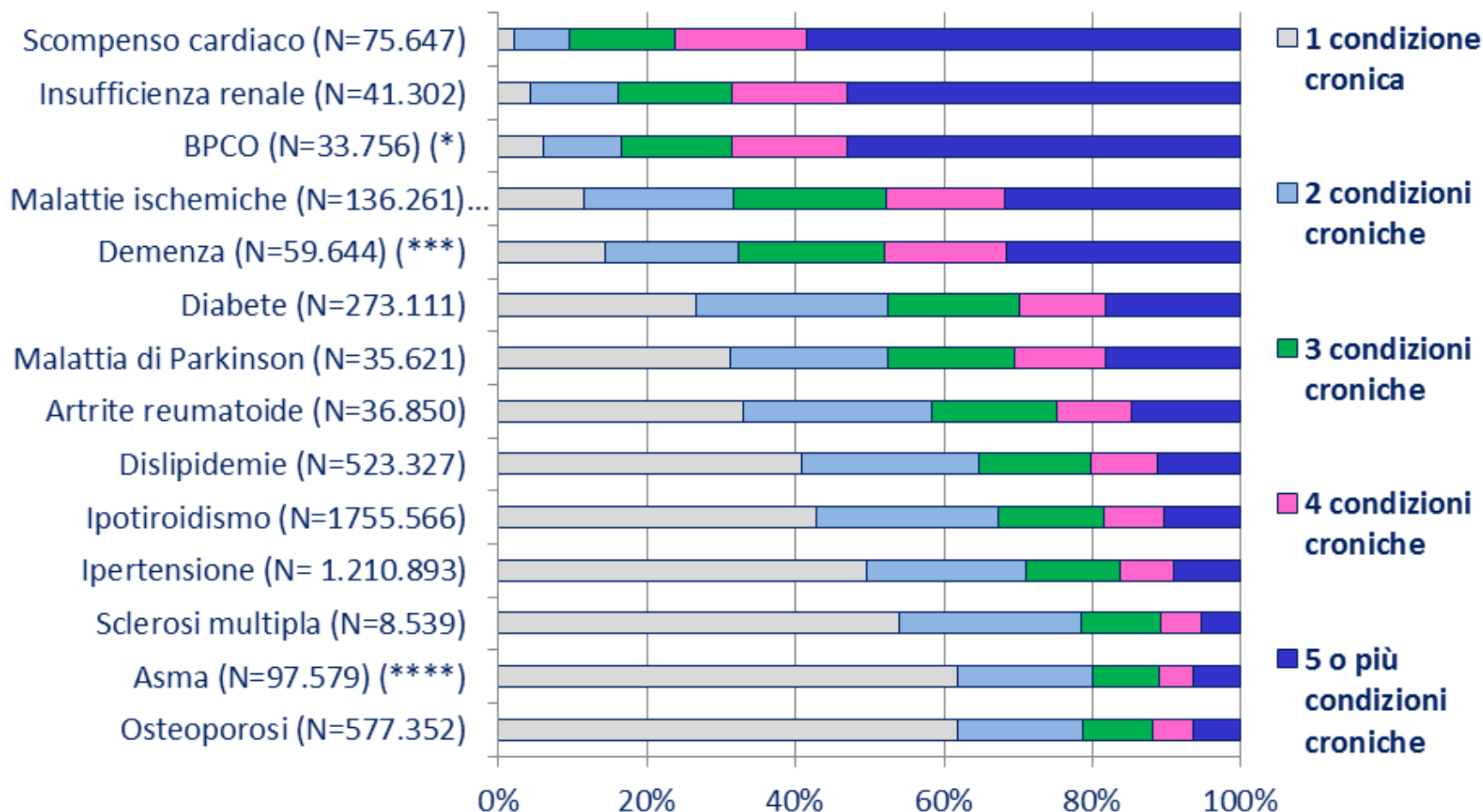
Distribuzione dei ricoveri ospedalieri urgenti / programmati



Popolazione per numero di condizioni croniche e classi di età



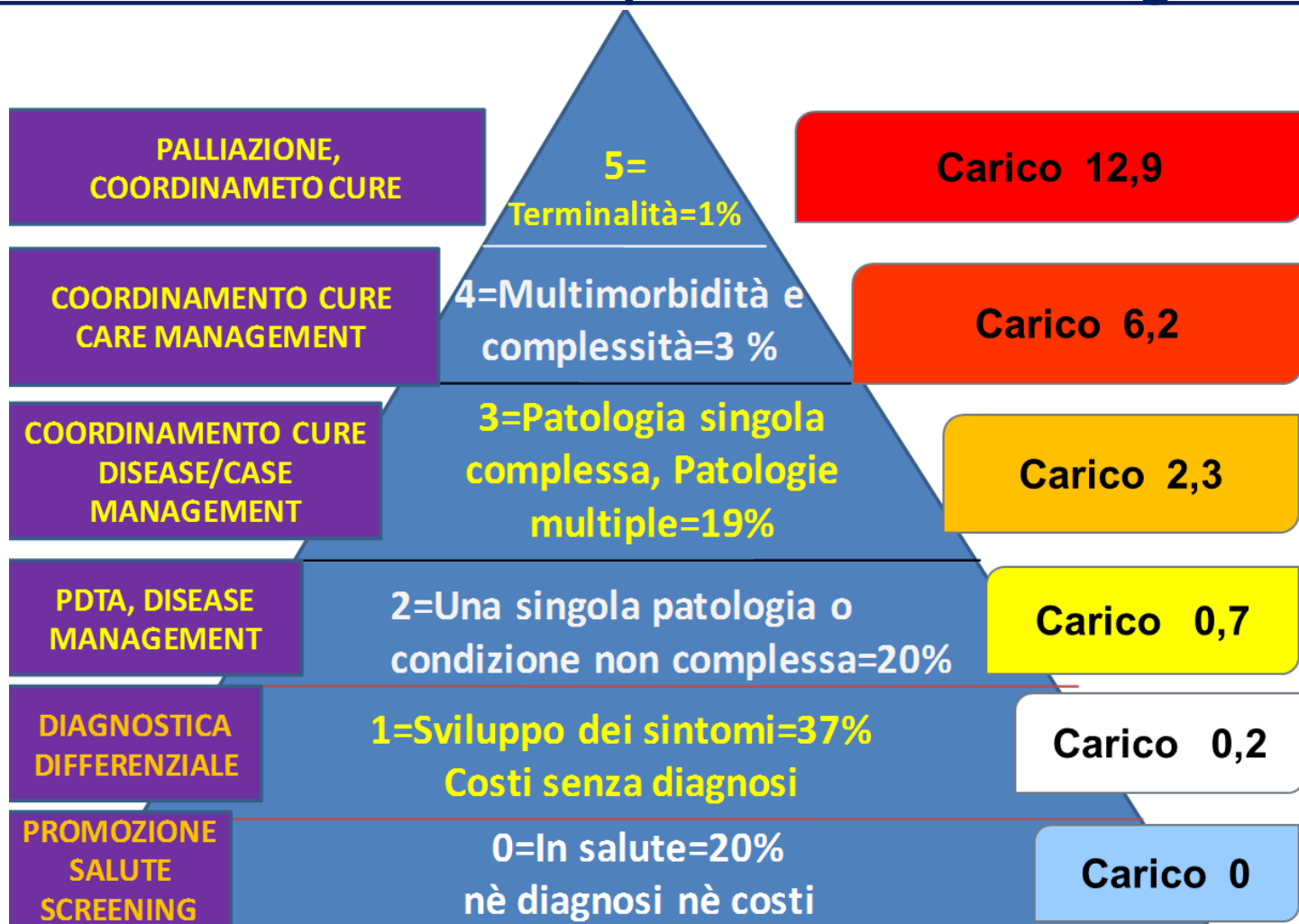
Profilo di co-morbidità in assistiti con specifiche malattie



(*) grado moderato/grave, solo da diagnosi
(***) soggetti con età > 64 anni

(**) infarto acuto del miocardio escluso
(****) solo da diagnosi

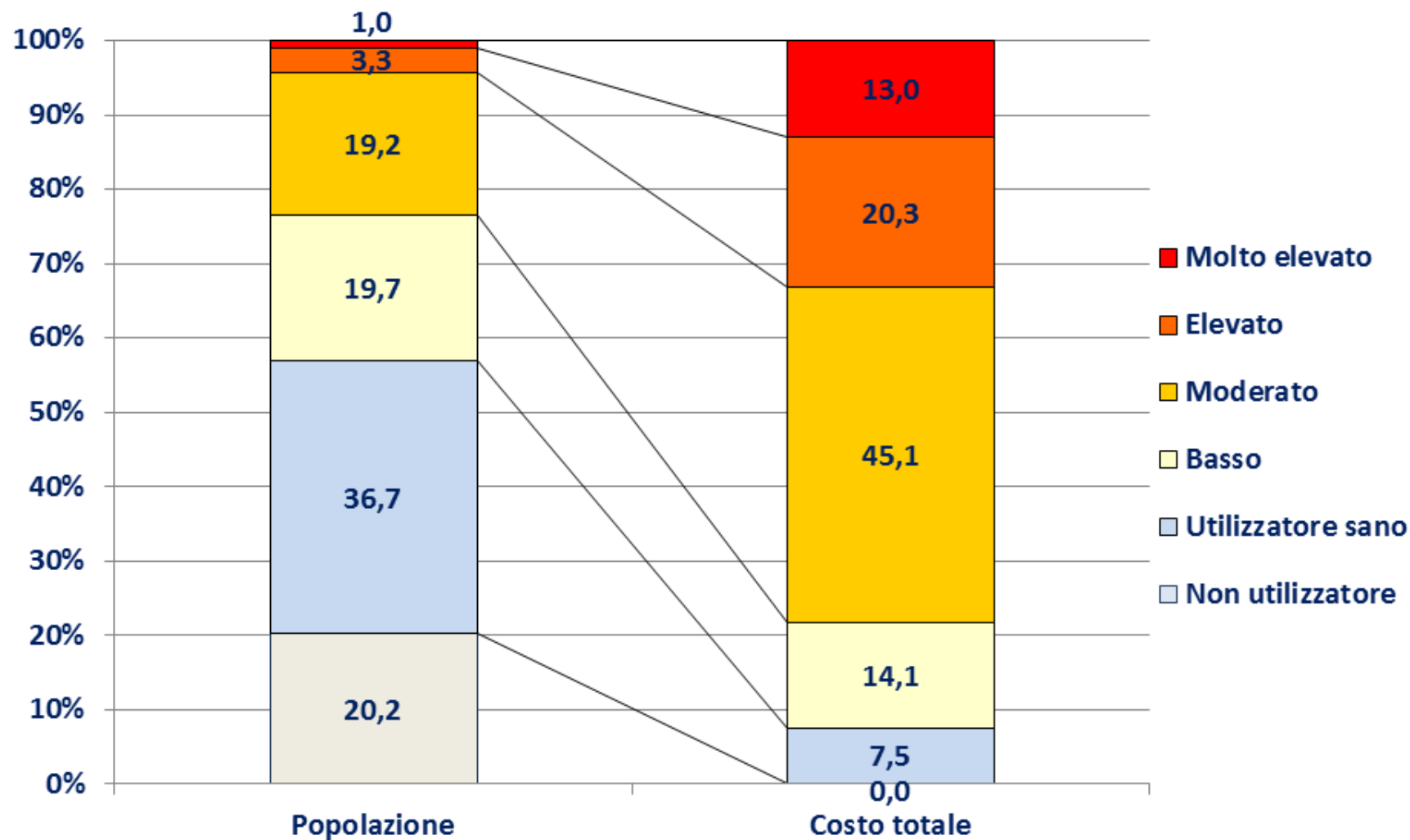
Stratificazione del rischio: Population Health Management



ACG: DALLE MALATTIE

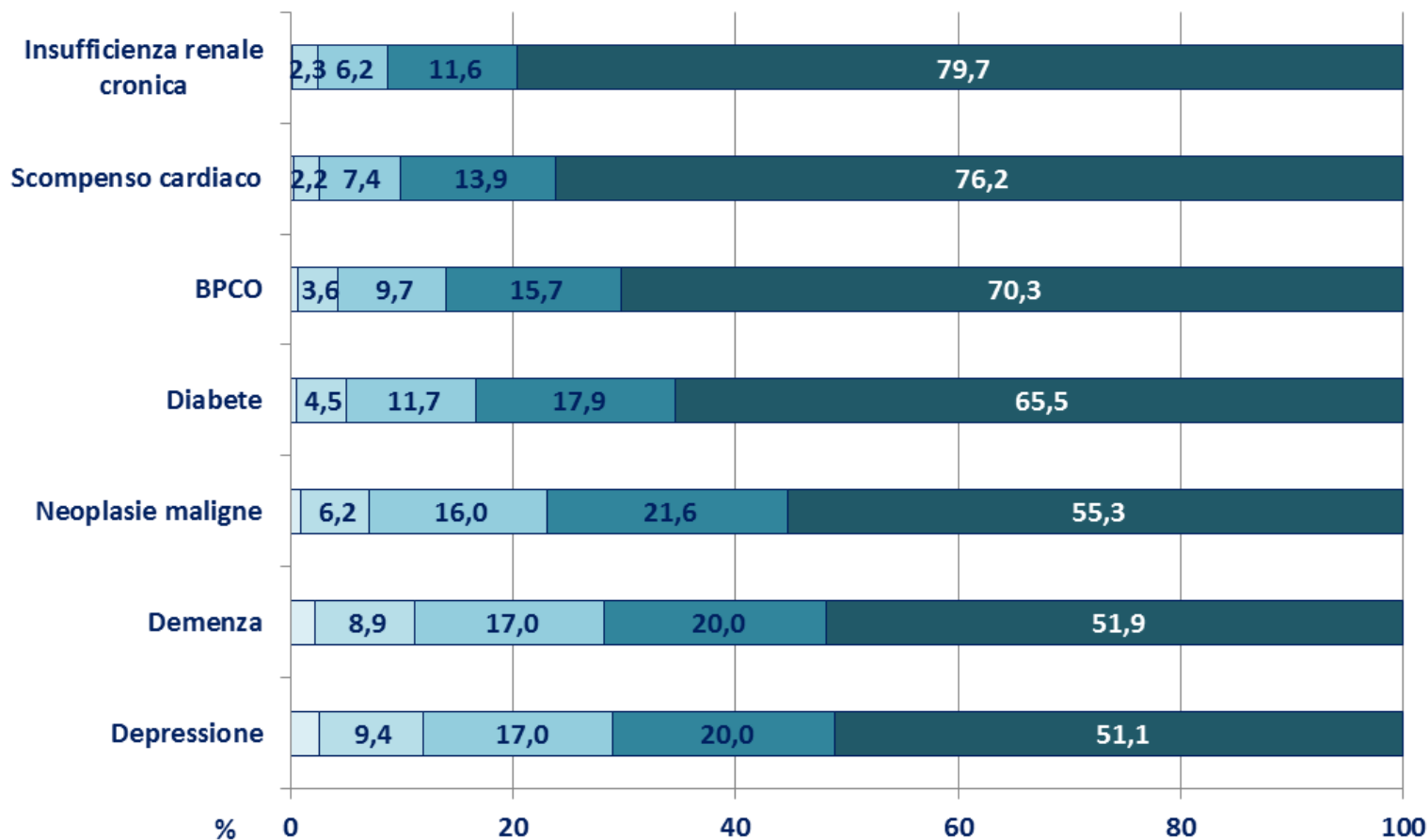
AL PESO ASSISTENZIALE

Popolazione e costo totale per carico di malattia (RUB)



Numero di condizioni croniche

*Assistiti con elevato e molto elevato carico di malattia (RUB 4 e 5)
con età ≥ 50 anni*



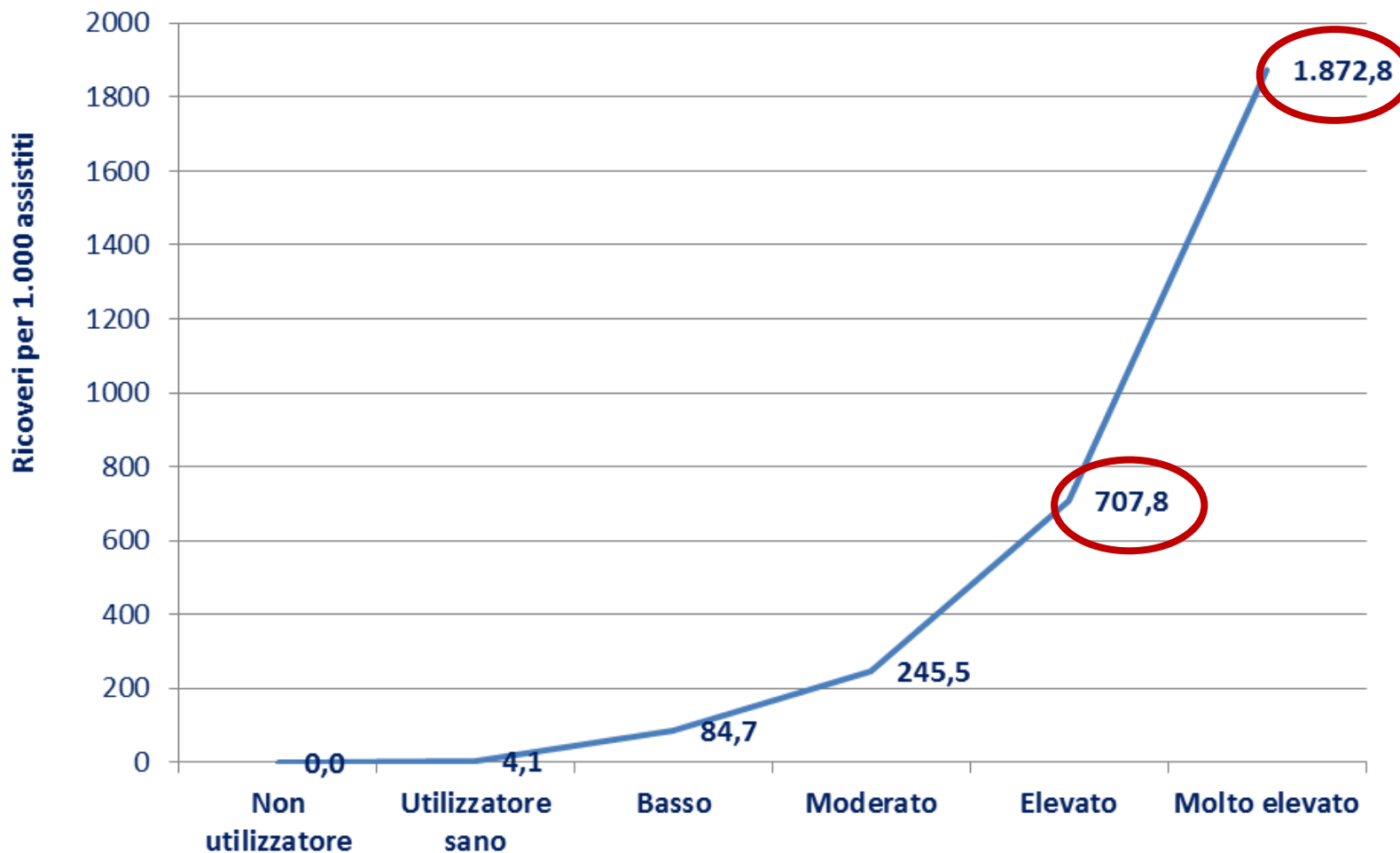
□ 1 condizione cronica □ 2 condizioni croniche □ 3 condizioni croniche □ 4 condizioni croniche ■ 5 o più condizioni croniche

Residenzialità per Azienda ULSS

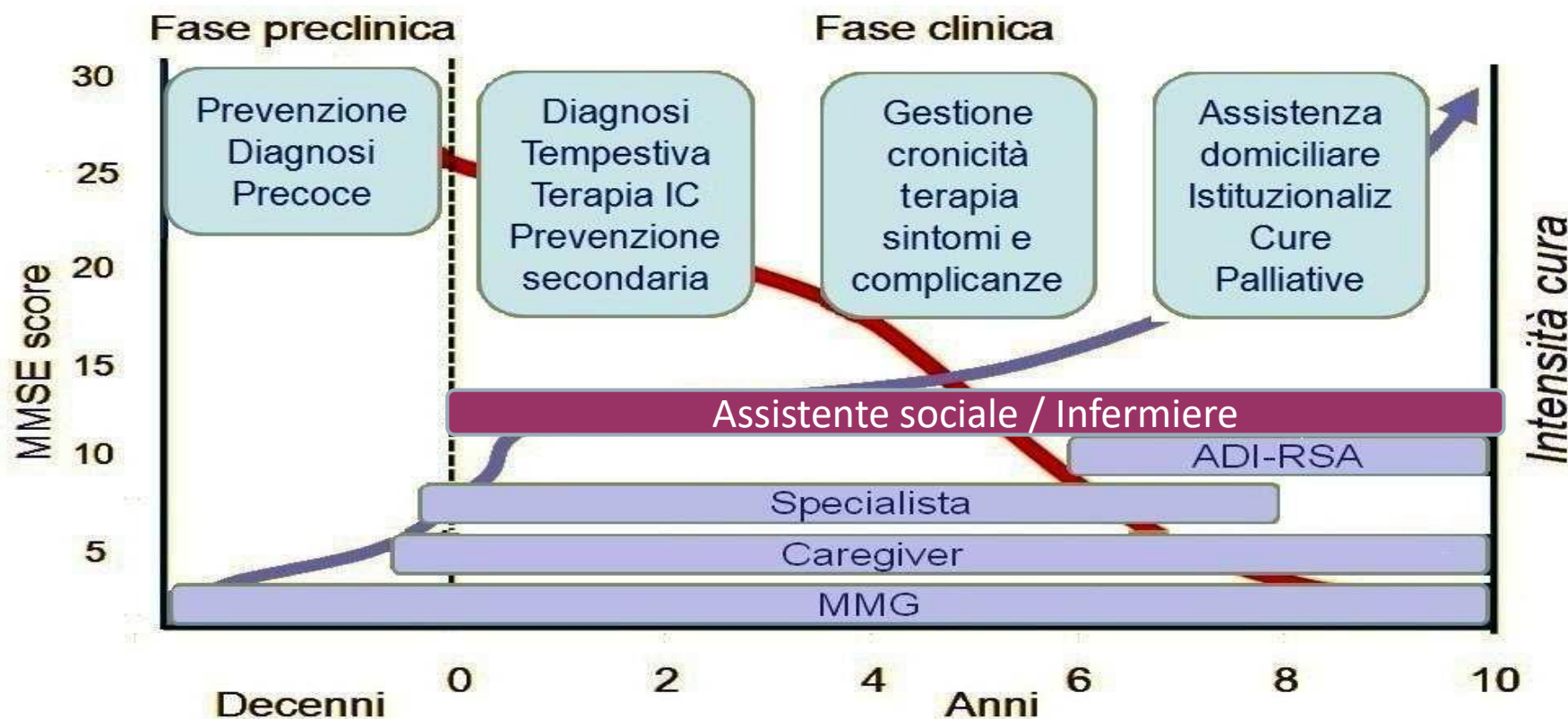
***Assistiti con elevato e molto elevato carico di malattia (RUB 4 e 5)
 con età ≥ 50 anni***

Nuova Azienda ULSS	Non in struttura residenziale		In struttura residenziale	
	N	%	N	%
1-Dolomiti	6.548	4,9	1.667	6,9
2-Marca Trevigiana	23.206	17,3	4.939	20,4
3-Serenissima	18.651	13,9	3.193	13,2
4-Veneto Orientale	4.306	3,2	641	2,6
5-Polesana	8.916	6,6	1.470	6,1
6-Euganea	26.236	19,5	3.186	13,2
7-Pedemontana	8.101	6,0	2.101	8,7
8-Berica	11.351	8,4	3.099	12,8
9-Scaligera	27.019	20,1	3.924	16,2
Totale	134.334	100,0	24.220	100,0

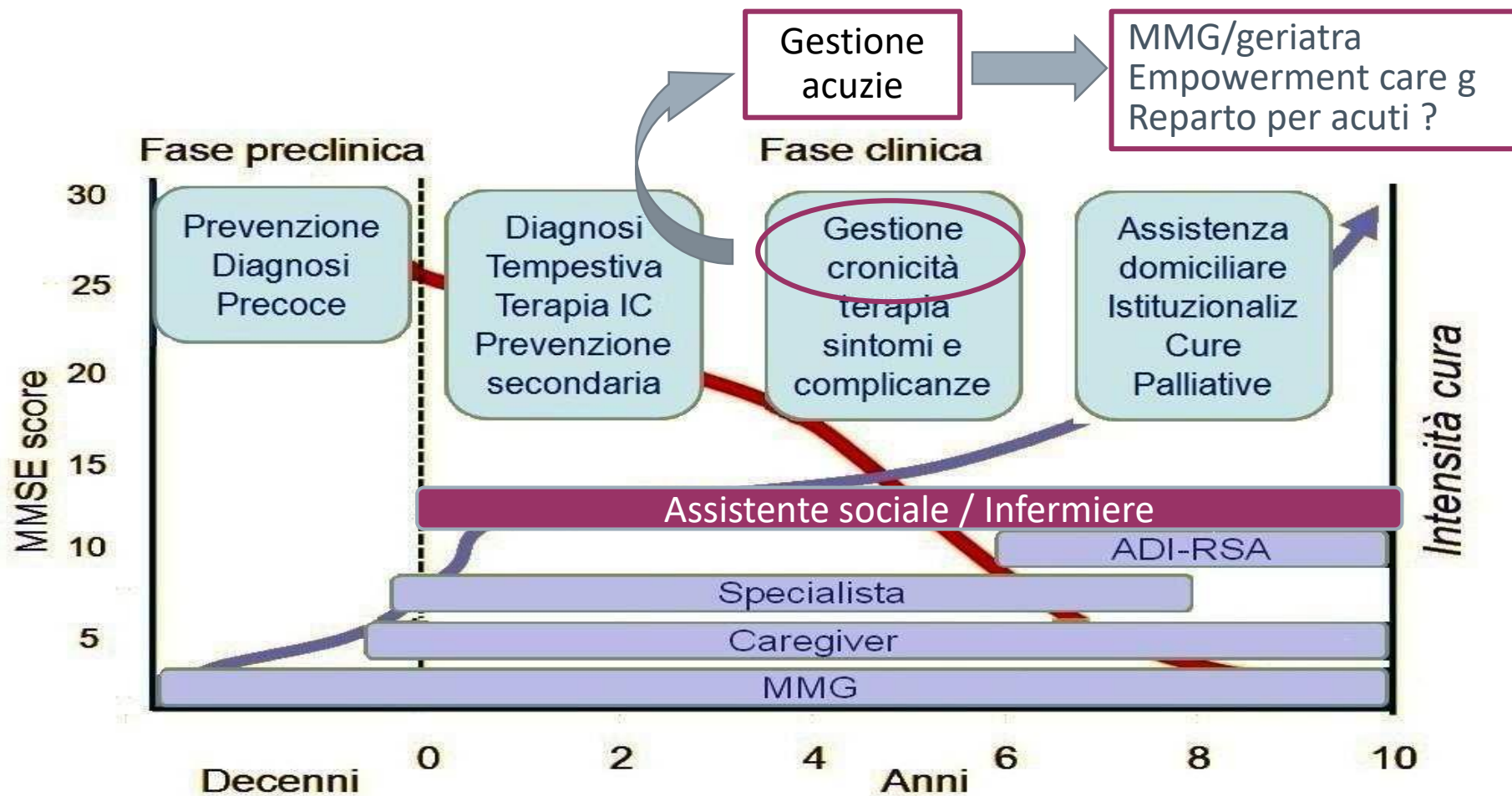
Tasso di ospedalizzazione (numero di ricoveri per 1.000 assistiti) DH incluso



Percorso di presa in carico della demenza: la gestione integrata



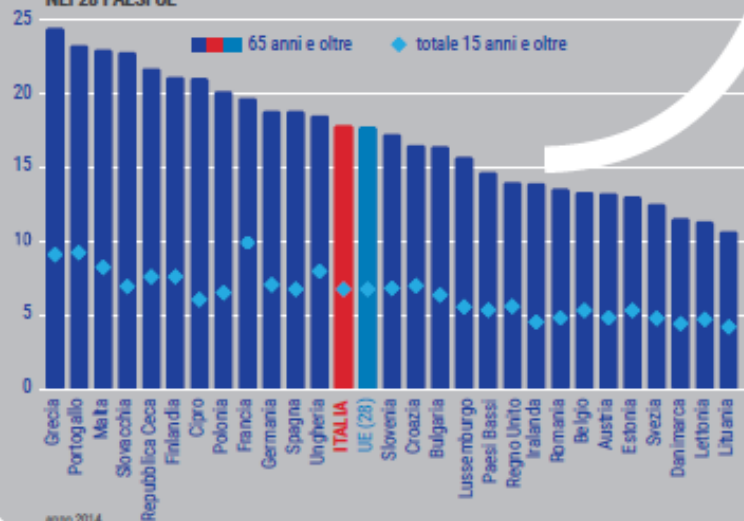
Percorso di presa in carico della demenza: la gestione integrata



Il diabete in Italia. Anno 2016

Ancora poco incisivi gli interventi preventivi di promozione dell'attività fisica/alimentazione-stile di vita

PERSONE DI 15 ANNI E OLTRE CHE DICHIARANO DI ESSERE AFFETTE DA DIABETE NEI 28 PAESI UE



3 milioni e 200mila
 diabetici

persone che dichiarano di essere affette da diabete



il **64%** non fa
 attività
 fisica

persone di 45 anni e più



il **26%**
 è obeso

persone di 45 anni e più

20.119
 morti per diabete

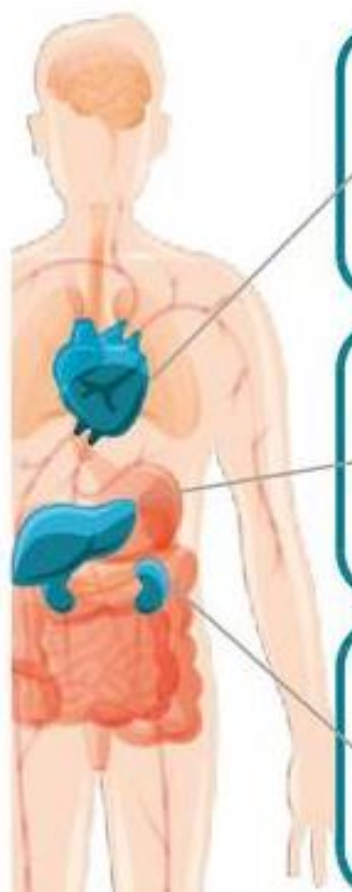
anno 2014

**POPOLAZIONE
 AFFETTA
 DA DIABETE**

nel 1980 | nel 2016
2,9% | 5,3%

3,2 milioni /1 milione non sa di avere il diabete

Le malattie cardio-cerebrovascolari e renali sono le principali complicanze del diabete



CVD

Il **25%** dei ricoverati in Unità di Terapia Intensiva è diabetico
Il **9%** dei ricoverati per stroke ischemico è diabetico

La mortalità dei diabetici per cause CV è del **30-40%**

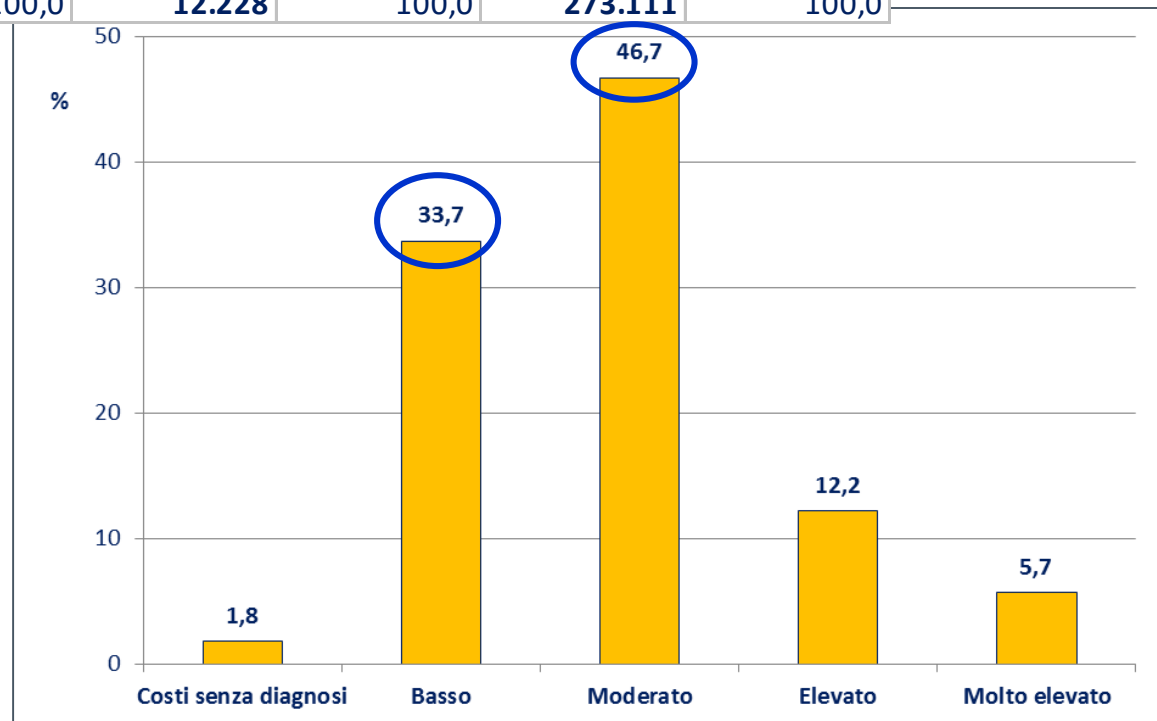
Lo scompenso cardiaco è la principale causa di ricovero del paziente affetto da diabete

CKD

Il **20%** dei pazienti in dialisi è affetto da diabete

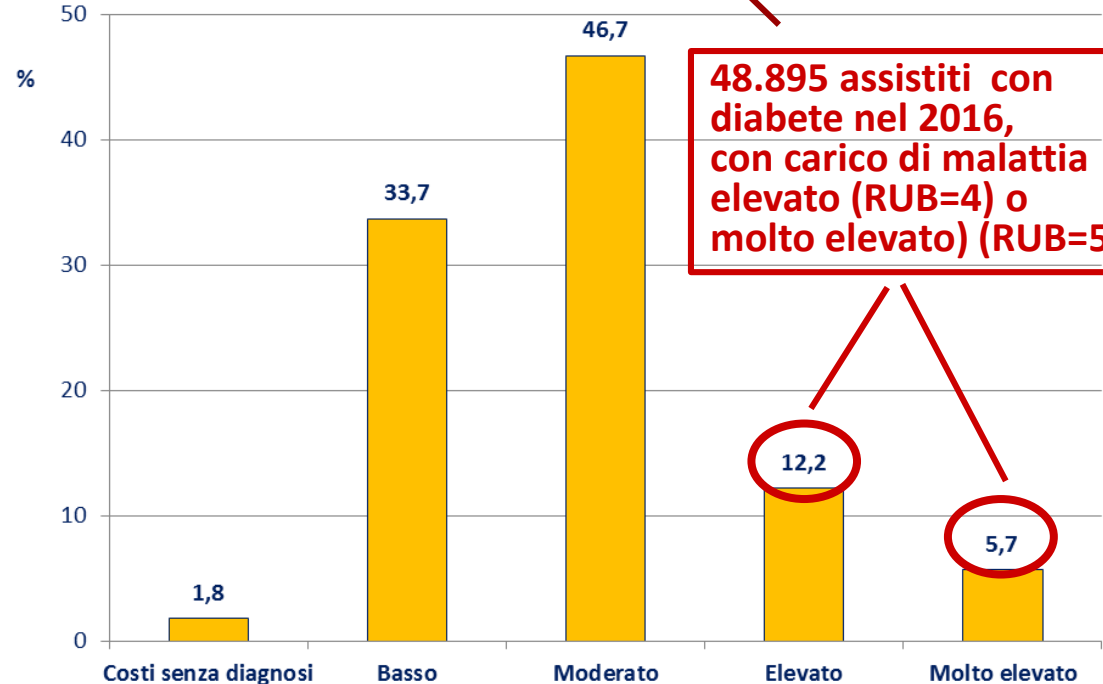
Assistiti per carico di malattia (RUB)

Carico di malattia (RUB)	Stato in vita				Totale	
	Vivi al 31.12		Deceduti			
	N	%	N	%	N	%
Costi senza diagnosi	4.853	1,9	17	0,1	4.870	1,8
Basso	91.676	35,1	257	2,1	91.933	33,7
Moderato	124.750	47,8	2.663	21,8	127.413	46,7
Elevato	29.094	11,2	4.113	33,6	33.207	12,2
Molto elevato	10.510	4,0	5.178	42,3	15.688	5,7
Totale	260.883	100,0	12.228	100,0	273.111	100,0



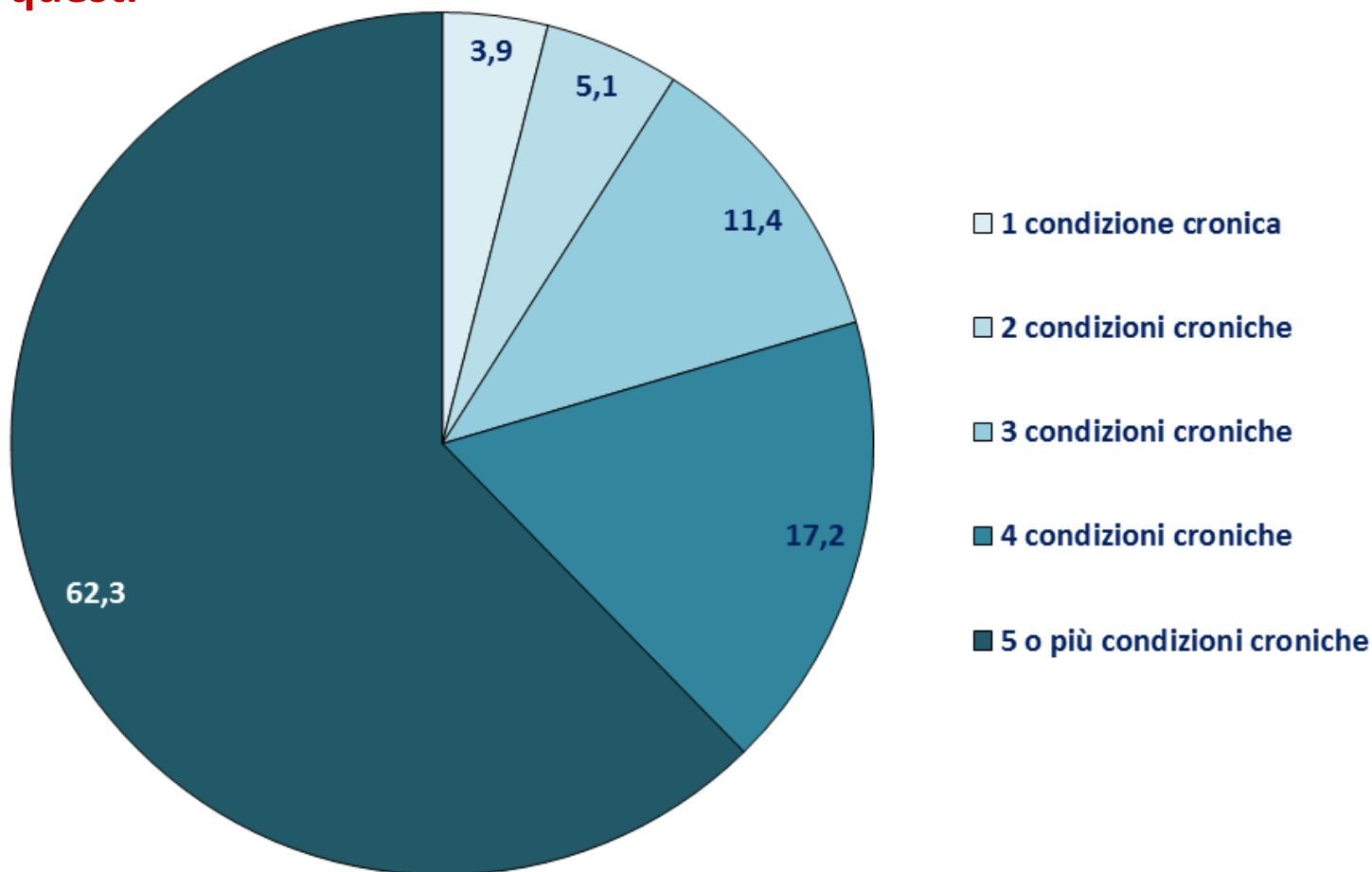
Assistiti per carico di malattia (RUB)

Carico di malattia (RUB)	Stato in vita				Totale	
	Vivi al 31.12		Deceduti			
	N	%	N	%	N	%
Costi senza diagnosi	4.853	1,9	17	0,1	4.870	1,8
Basso	91.676	35,1	257	2,1	91.933	33,7
Moderato	124.750	47,8	2.663	21,8	127.413	46,7
Elevato	29.094	11,2	4.113	33,6	33.207	12,2
Molto elevato	10.510	4,0	5.178	42,3	15.688	5,7
Totale	260.883	100,0	12.228	100,0	273.111	100,0



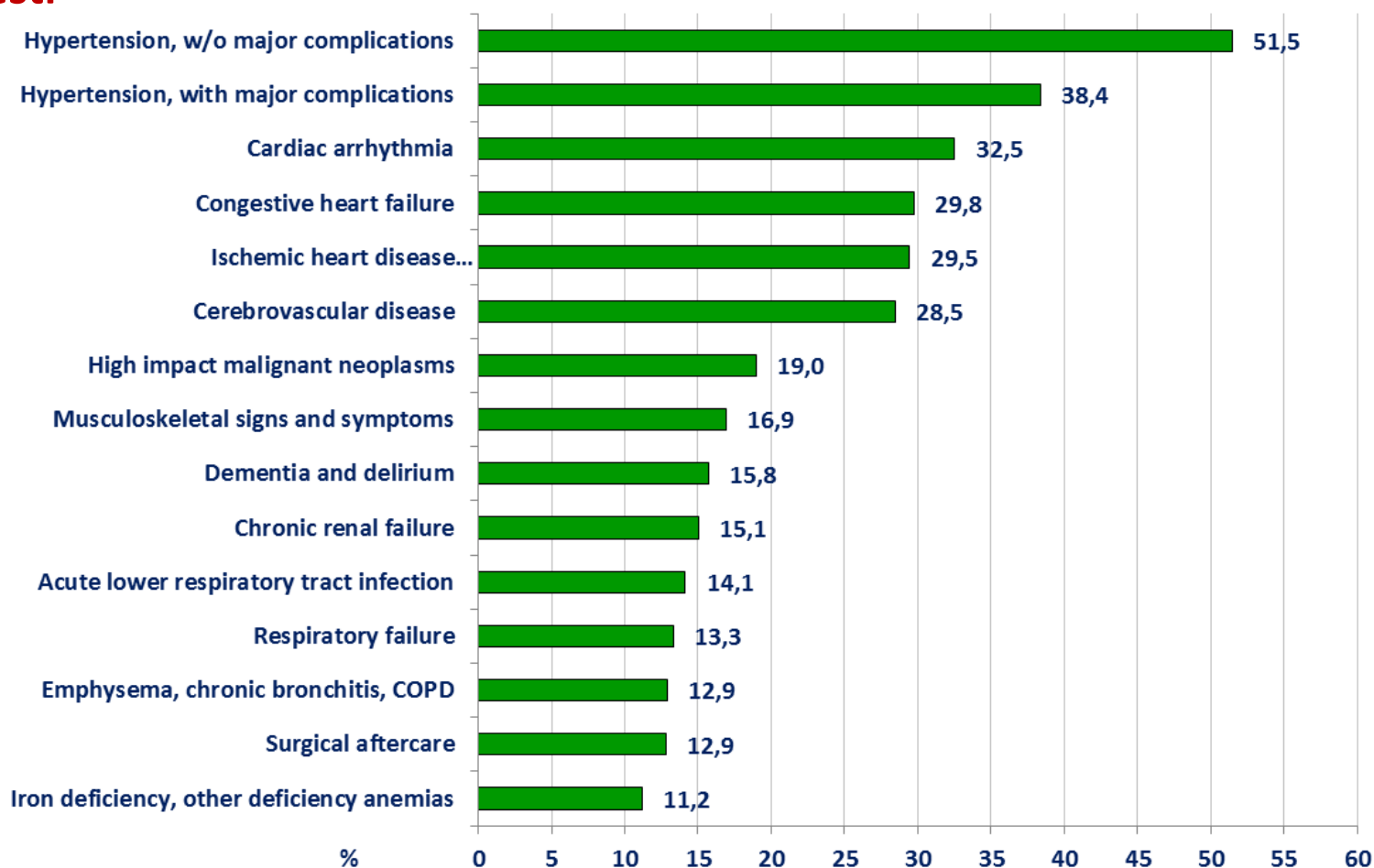
Assistiti con carico di malattia (RUB) elevato o molto elevato Numero di condizioni croniche

**Quante altre
patologie croniche,
oltre al diabete,
presentano questi
pazienti?**



Assistiti con carico di malattia (RUB) elevato o molto elevato Malattie più frequenti

**Quali altre
patologie croniche,
oltre al diabete,
presentano questi
pazienti?**



Traiettoria prognostica

2016

48.895 assistiti con anche diabete
con carico di malattia
**elevato (RUB=4) o
molto elevato (RUB=5)**



2013

4.810 assistiti con solo diabete
con carico di malattia
basso (RUB=2)

Traiettoria prognostica

2016

48.895 assistiti con diabete
con carico di malattia
**elevato (RUB=4) o
molto elevato (RUB=5)**

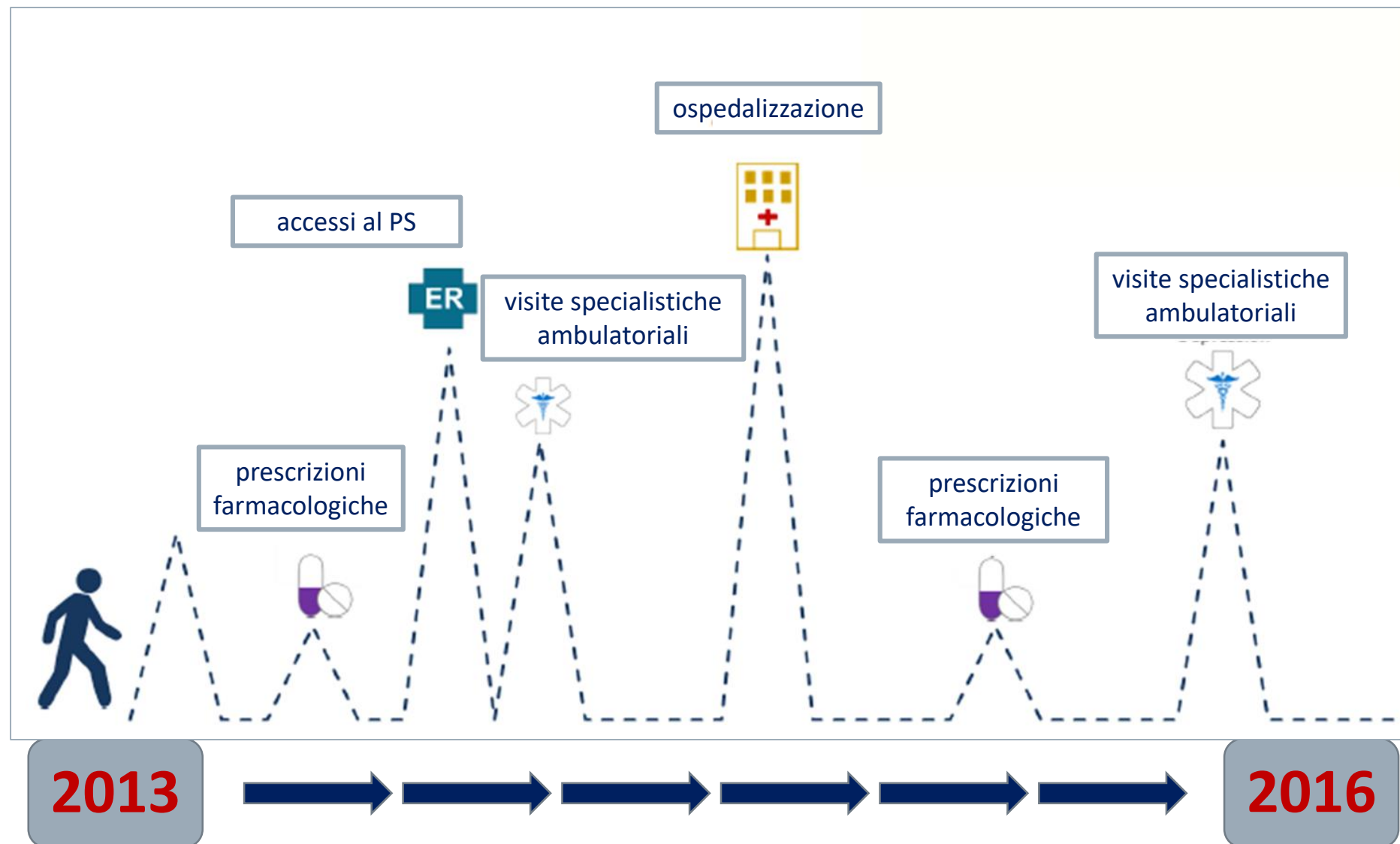


2013

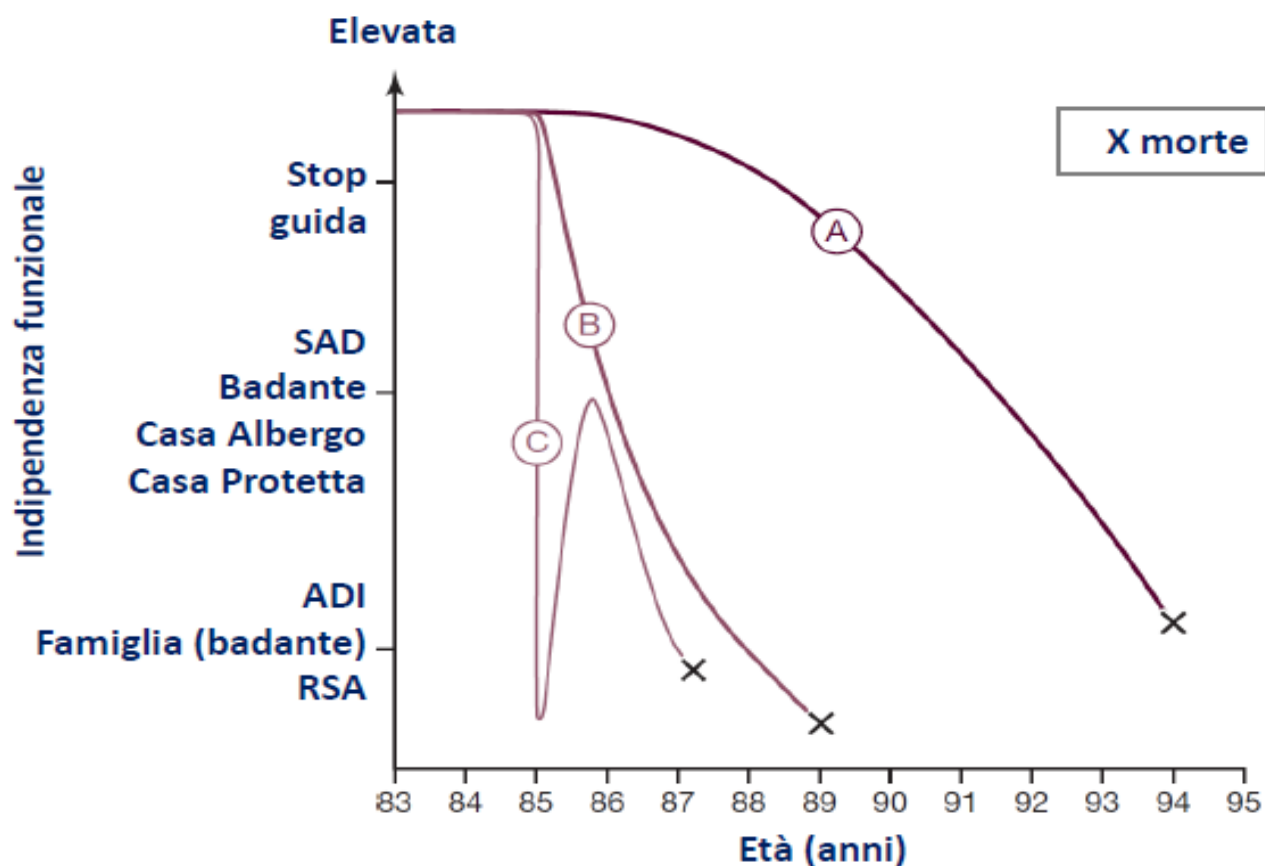
4.810 assistiti con diabete
con carico di malattia
basso (RUB=2)

10% degli assistiti in
RUB 4-5 nel 2016
si trovava in
RUB 2 nel 2013

Cos'è successo a questi pazienti?



Traiettorie di declino funzionale



Reuben, D. B. JAMA 2009;302:2686-2694

JAMA

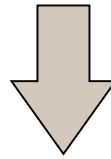
Traiettorie ipotetiche di declino funzionale per il signor R. Traiettorie A: stato di salute buono; buona aspettanza di vita. Traiettorie B: il paziente ha una malattia cronica degenerativa (ad es., malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson): declino funzionale costante con un periodo di dipendenza funzionale prolungato. Traiettorie C: evento catastrofico improvviso (ad es., frattura di femore, stroke, sepsi, polmonite) con qualche miglioramento funzionale, ma senza tornare allo stato di partenza, riduzione della aspettanza di vita.

Il Sig.re C.D. nell'arco di tempo di 3 anni

	2013 (68 aa)		2016 (71 aa)	
RUB	2	basso carico	4	elevato carico
<i>N. Diagnosi</i>	1	diabete	10	diabete/IPA/CHD/FA/ obesità/TIA/depressio ne/gastrite/stipsi/CHF
<i>N. Farmaci assunti</i>	2	glibenclamide+ metformina	12	nessuna riconciliazione terapeutica successiva
<i>N. Accessi PS</i>	1		7	
<i>N. Ospedalizzazioni</i>	1		4	
<i>Principi attivi</i>	2	non modificati	12	Incremento progressivo nessuna modifica all'interno della stessa classe di farmaci
<i>costi</i>	minimi		>20 v	
<i>Stato funzionale</i>	autonomo	ADL conservate	disabile	

**Perché tanti pazienti cronici provengono
da una traiettoria di rapido
peggioramento?**

"Inerzia clinica"

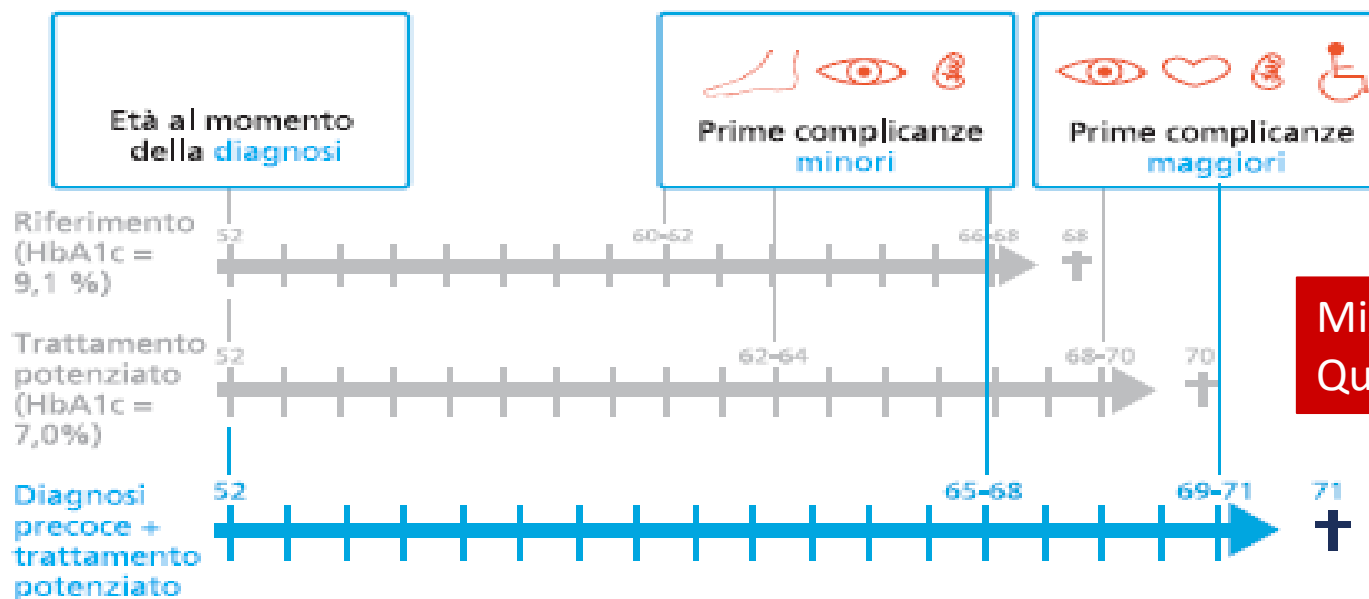
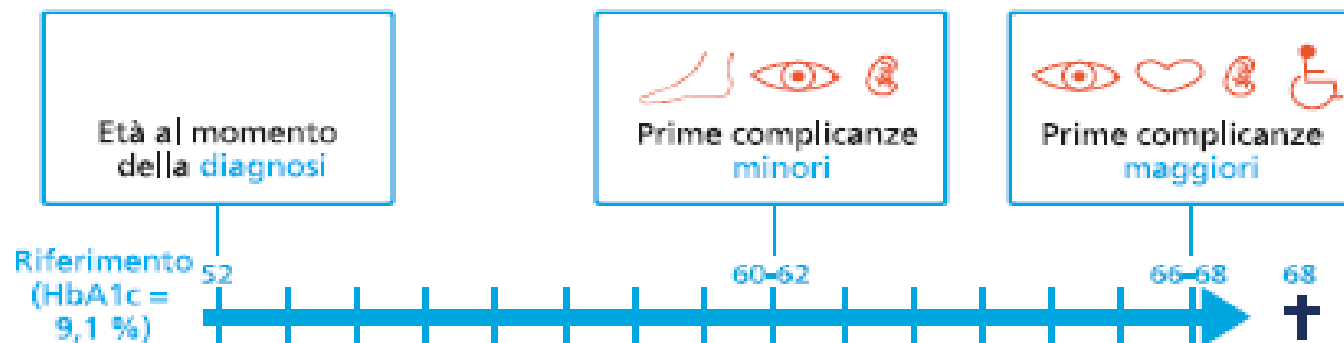


Mancato riconoscimento del problema

Tardivo riconoscimento del problema

Intervento non tempestivo o mancato

Aspettative di vita e sviluppo di complicanze



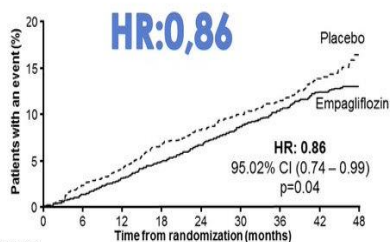
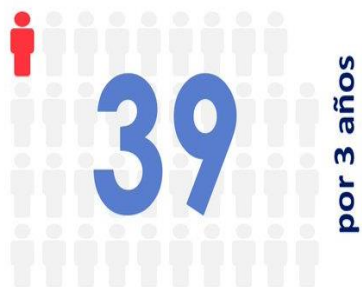
**Miglioramento
Qualità di vita**

Cambiamento di paradigma nella cura della cronicità

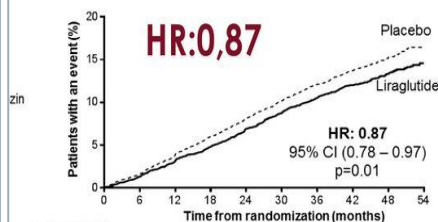
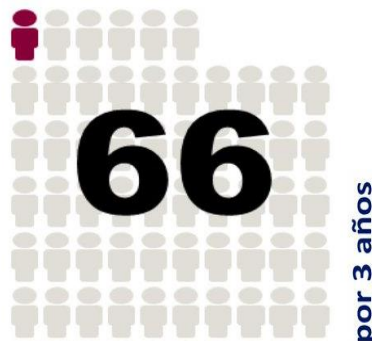


- › Distinguere la cronicità semplice dalla complessa/avanzata
- › Puntare sulla prevenzione delle malattia e delle complicanze
- › Mantenere il paziente in compenso clinico (QoL) con l'obiettivo di prevenire le riacutizzazioni evitabili
- › Rallentare la progressione di malattia utilizzando tutte le armi in nostro possesso (nuovi modelli di cura della cronicità/ contrastare l'inerzia terapeutica/ favorire l'utilizzo farmaci innovativi) *Linee guida SID 2017/Rapporto Arno Diabete 2017*
- › Cercare di modificare le curve di prevalenza/procrastinare la comparsa di disabilità

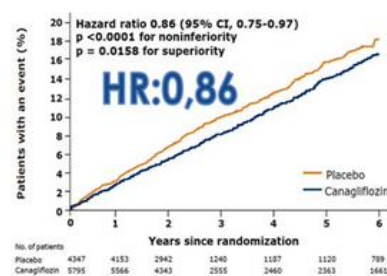
Nel paziente diabetico la protezione sugli eventi cardiovascolari maggiori (MACE) è evidente in tutti gli studi di intervento



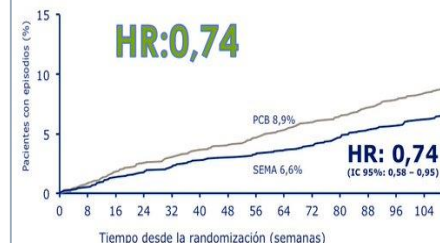
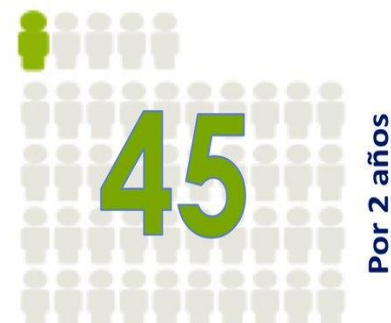
Patients at risk	Empagliflozin	4687	4580	4455	4328	3851	2821	2359	1534	370
Patients at risk	Placebo	2333	2256	2194	2112	1875	1380	1161	741	166



Patients at risk	Liraglutide	4668	4593	4496	4400	4280	4172	4072	3982	1562	424
Patients at risk	Placebo	4672	4588	4473	4352	4237	4123	4010	3914	1543	407



Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes



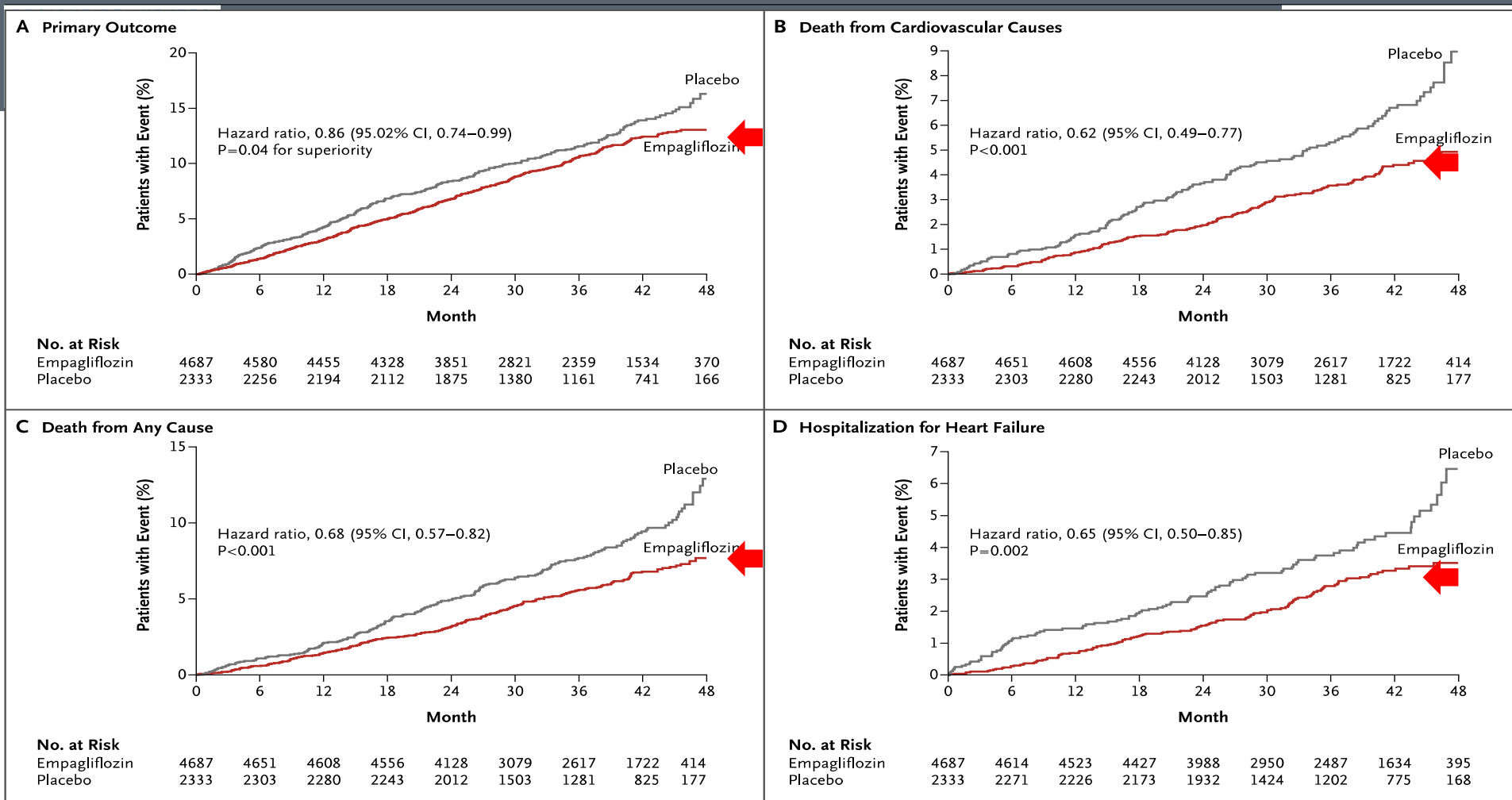
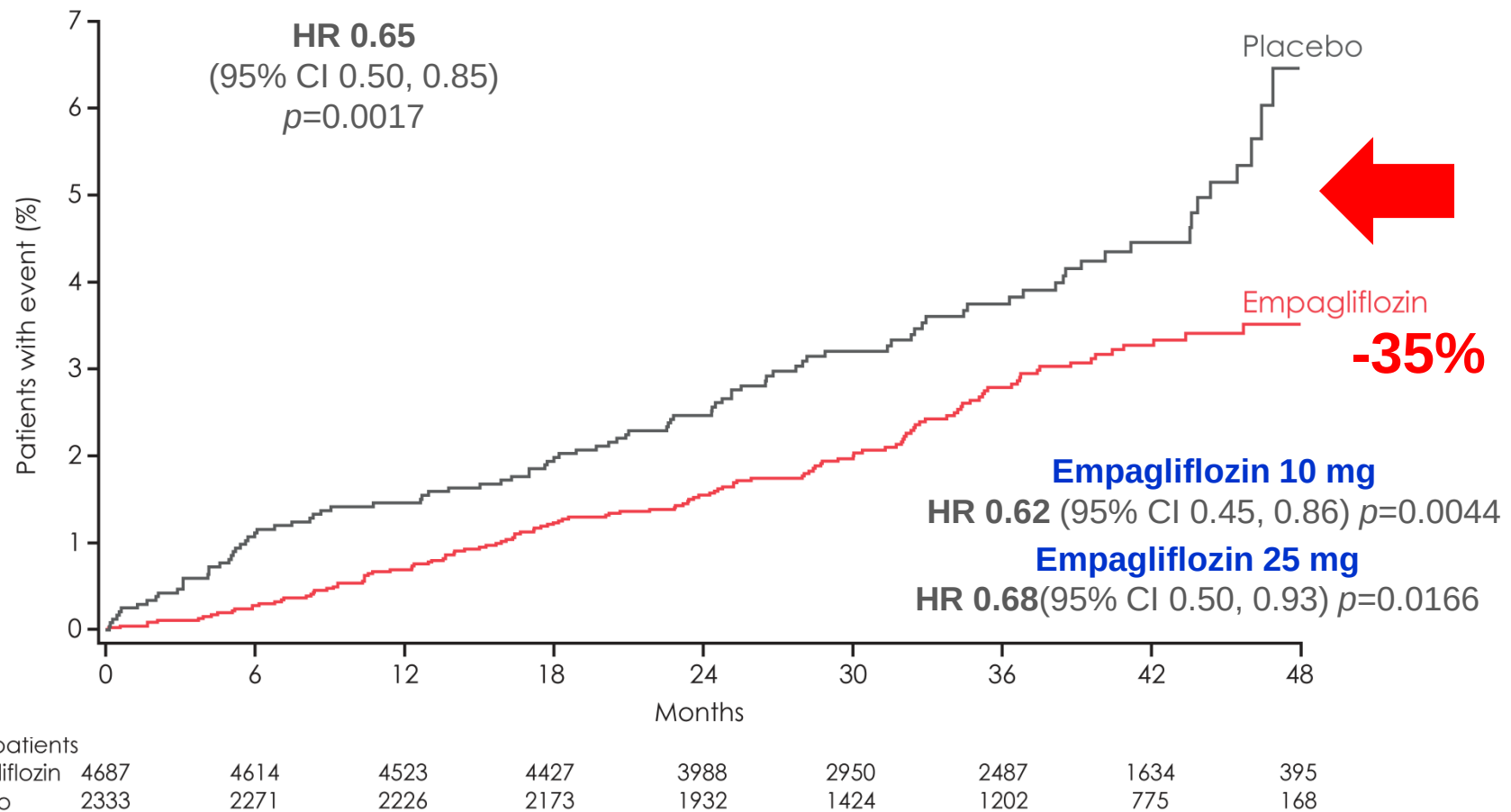


Figure 1. Cardiovascular Outcomes and Death from Any Cause.

Shown are the cumulative incidence of the primary outcome (death from cardiovascular causes, nonfatal myocardial infarction, or nonfatal stroke) (Panel A), cumulative incidence of death from cardiovascular causes (Panel B), the Kaplan–Meier estimate for death from any cause (Panel C), and the cumulative incidence of hospitalization for heart failure (Panel D) in the pooled empagliflozin group and the placebo group among patients who received at least one dose of a study drug. Hazard ratios are based on Cox regression analyses.

NEI PAZIENTI TRATTATI CON EMPAGLIFLOZIN:
RIDUZIONE DEL 14% DI MACE
RIDUZIONE DEL 38% DI MORTALITA' CARDIOVASCOLARE
RIDUZIONE DEL 32% DI MORTALITA' PER TUTTE LE CAUSE



Cumulative incidence function. HR, hazard ratio

Canagliflozin and Cardiovascular and Renal Events in Type 2 Diabetes

Bruce Neal, M.B., Ch.B., Ph.D., Vlado Perkovic, M.B., B.S., Ph.D., Kenneth W. Mahaffey, M.D., Dick de Zeeuw, M.D., Ph.D., Greg Fulcher, M.D., Ngozi Erondue, M.D., Ph.D., Wayne Shaw, D.S.L., Gordon Law, Ph.D., Mehul Desai, M.D., and David R. Matthews, D.Phil., B.M., B.Ch., for the CANVAS Program Collaborative Group*

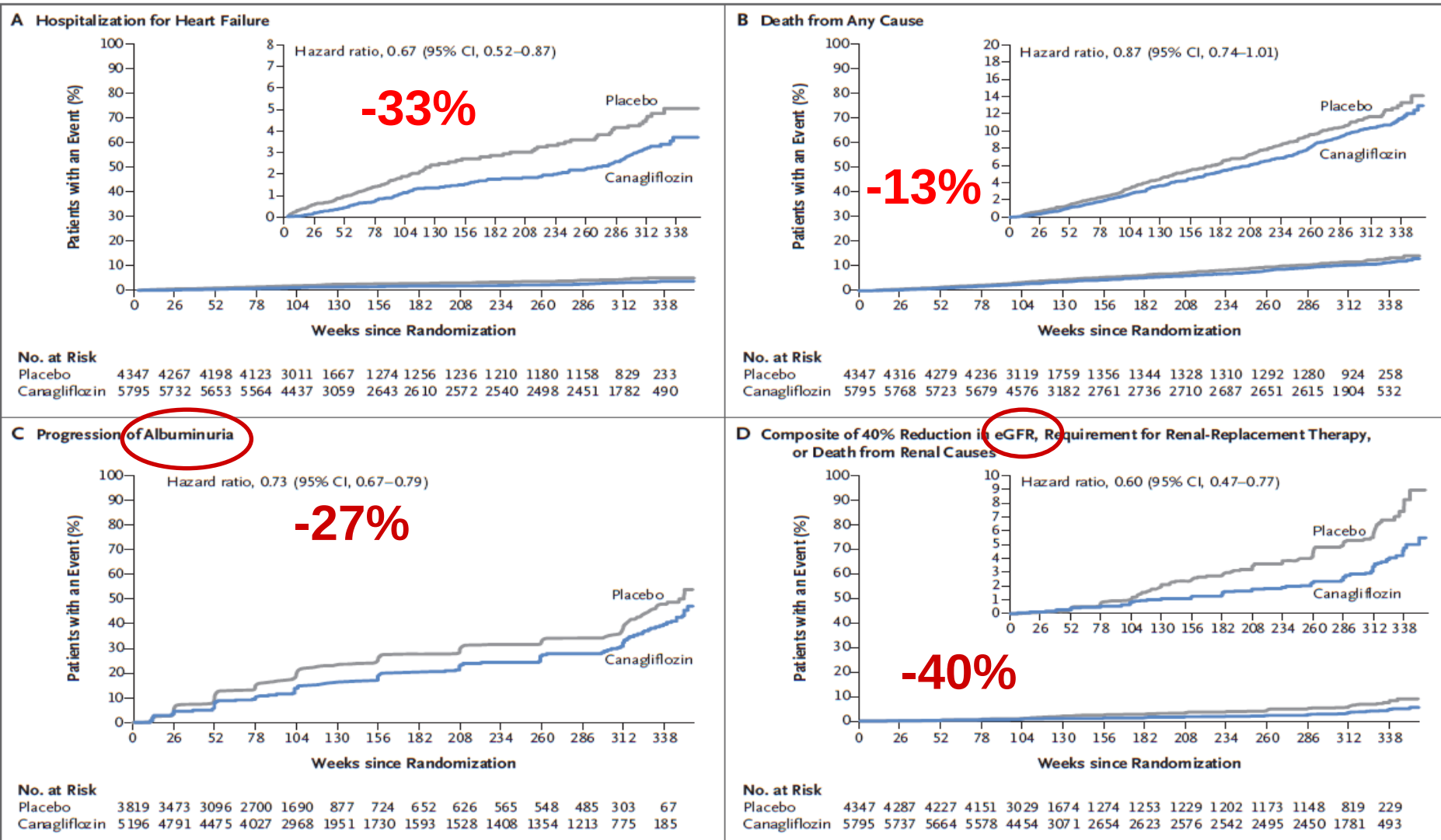


Figure 5. Rates of Hospitalization for Heart Failure, Death from Any Cause, and Renal Outcomes in the Integrated CANVAS Program.
The hazard ratios and 95% confidence intervals were estimated with the use of Cox regression models with stratification according to trial and history of cardiovascular disease for all canagliflozin groups combined versus placebo. Analyses are based upon the full, integrated data set comprising all participants who underwent randomization. The insets in Panels A, B, and D show the same data on enlarged y axes.

N Engl J Med 2017;377:644-57.

PROJECTED DIABETES PREVALENCE 2017–2045⁹

(ADULTS AGED 20–79)



**CRESCITA DELLA CURVA DELLA
 PREVALENZA SENZA
 STRATEGIE DI PREVENZIONE**

736 mln di diabetici (11.7%)
 1.076 mld di dollari

**STABILIZZAZIONE DEL TREND
 DI PREVALENZA**

625 mln di diabetici (10%)
 872 mld di dollari

LIFESTYLE THERAPY

(Including Medically Assisted Weight Loss)

Entry A1C < 7.5%

MONOTHERAPY*

- ✓ Metformin
- ✓ GLP-1 RA
- ✓ SGLT-2i
- ✓ DPP-4i
- ! TZD
- ✓ AGi
- ! SU/GLN

If not at goal in 3 months proceed to Dual Therapy

Entry A1C ≥ 7.5%

DUAL THERAPY*

- ✓ GLP-1 RA
- ✓ SGLT-2i
- ✓ DPP-4i
- ! TZD
- ! Basal Insulin
- ✓ Colesevelam
- ✓ Bromocriptine QR
- ✓ AGi
- ! SU/GLN

MET
or other
1st-line
agent

+

If not at goal in 3 months proceed to Triple Therapy

TRIPLE THERAPY*

- ✓ GLP-1 RA
- ✓ SGLT-2i
- ! TZD
- ! Basal insulin
- ✓ DPP-4i
- ✓ Colesevelam
- ✓ Bromocriptine QR
- ✓ AGi
- ! SU/GLN

MET
or other
1st-line
agent +
2nd-line
agent

+

If not at goal in 3 months proceed to or intensify insulin therapy

Entry A1C > 9.0%

SYMPTOMS

NO

YES

DUAL
Therapy

OR

TRIPLE
Therapy

INSULIN
±
Other
Agents

ADD OR INTENSIFY INSULIN

Refer to Insulin Algorithm

LEGEND

- ✓ Few adverse events and/or possible benefits
- ! Use with caution

PROGRESSION OF DISEASE

* Order of medications represents a suggested hierarchy of usage; length of line reflects strength of recommendation

Position Statement –Società Italiana di Diabetologia (2017)

Farmaci ipoglicemizzanti, malattie CV e renali



Box 1 - Al momento attuale i farmaci ipoglicemizzanti che sulla base di RCTs posseggono documentati benefici cardiovascolari sono metformina (prevenzione primaria e secondaria), empagliflozin, canagliflozin, liraglutide e pioglitazone (prevenzione secondaria).

Box 2 - L'associazione di inibitori di SGLT2, in particolare empagliflozin e canagliflozin, e liraglutide potrebbe essere una opzione terapeutica per i pazienti con pregressa malattia cardiovascolare.

Box 3 - In pazienti con pregressa malattia cardiovascolare la terapia ipoglicemizzante dovrebbe includere inibitori di SGLT2, in particolare empagliflozin, canagliflozin e liraglutide anche in presenza di buon controllo glicemico con la terapia in corso.

Box 5 - Empagliflozin, canagliflozin e liraglutide oltre a benefici cardiovascolari, hanno determinato, indipendentemente dagli effetti sulla glicemia, importanti benefici renali. In virtù di ciò, quanto meno in soggetti con pregressa malattia cardiovascolare, empagliflozin canagliflozin o liraglutide dovrebbero essere considerate utili nella nefroprotezione. È verosimile che l'effetto nefroprotettivo sia comune a tutte le molecole della classe degli inibitori di SGLT-2 e che i benefici di liraglutide siano condivisi anche da altri agonisti del recettore di GLP-1 ma ciò deve essere ancora verificato con studi clinici di outcome renale attualmente in corso.

Box 10 - La terapia con inibitori di SGTL-2 e/o con gli agonisti del recettore di GLP-1 in aggiunta ad altri farmaci ipoglicemizzanti non-insulinici potrebbe essere economicamente sostenibile per i minori costi legati alle complicanze cardiovascolari e renali del diabete oltre che per i minori costi legati a queste terapie rispetto ad alternative basate su schemi insulinici complessi.



«*Inerzia clinica*»... *Perché?*

- ❖ Si tende a controllare gli indicatori di percorso secondo le indicazioni dei PDTA ma poi c'è evidenza che interventi terapeutici mirati alla cura vengano messi in atto in ritardo (effetto tunnel) condizionandone l'esito
- ❖ Ritardo nell'intercettazione (OMS/Report Alzheimer Disease International 2016)
- ❖ Ritardo nell'aggiustamento/cambio della terapia («attendisti») e nell'uso di farmaci innovativi (solo 1% da dati ACG/Rapporto Diabete 2017-Osservatorio Arno)
- ❖ Mancata applicazione delle linee guida (anche in pazienti a rischio elevato (da Glycemic Control Algorithm ACE 2016, Rapporto Arno Diabete 2017, Position Statement-SID))

Cure Integrate del paziente cronico complesso avanzato



SUPERAMENTO

cure del paziente
cronico complesso avanzato a BARICENTRO
DISTRETTUALE



- Cure frammentate e non coordinate
- Difficile accesso ai servizi
- Mancanza di un navigatore
- Interventi basati sul bisogno emergente
- Duplicazioni e ridondanze
- Costi elevati
- Insoddisfazione professionisti e pazienti

Area strategica: Medicina di popolazione e progetto individuale di salute della cronicità e della multimorbidità



**Assessment di
popolazione**

**Assessment
individuale**

personalizzazione dei
programmi di
comunità

In base al bisogno

il paziente viene assegnato a
team multidisciplinari di
diversa composizione

TEAM DI DISTRETTO
h24

Team multiprofessionale:
geriatra/internista
specialisti (CDCD,
cardiologo, endocrinologo,
nefrologo)
palliativisti
infermieri

MMG

DISTRETTO

funzione di
coordinamento
team multidisciplinari
(UVMD)

**Distretto socio-sanitario
contesto valutativo
individuale
(garante e segmentatore)**

**Pz cronico
multimorbidità
complessità
terminalità**

**Pazienti
cronici
non
complessi**

PREVENZIONE COORDINAMENTO CURA CARE MANAGEMENT	5a "terminalità" < 10%	Carico: 0,2
COORDINAMENTO CURA CARE MANAGEMENT	4a Multimorbidità & complessità > 35%	Carico: 5,1
COORDINAMENTO CURA CARE MANAGEMENT	3a Patologia singola complessa, Patologia multiple > 15%	Carico: 2,4
PPR, SIGAB RISERCHIO INNOVATIVO	2a Una singola patologia o condizione non complessa < 20%	Carico: 0,9
DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE	1a Sviluppo del sintomo < 30% Costi senza diagnosi	Carico: 0,3
PREVENZIONE SAUTE SCIENTIFICA	0a In salute < 10% N° costi né diagnosi	Carico o peso = 0

Coordinamento trasversale multiprofessionale

*Superamento del **ruolo** a favore della **sinergia delle competenze***



"Gli interventi medici sono rivolti ad aggiungere anni alla vita, ma anche e soprattutto ad aggiungere vita agli anni"

Antonio Nicolucci

*Dipartimento di Farmacologia Clinica e
Epidemiologia- Consorzio M. Negri Sud*

cristina.basso@azero.veneto.it