

SOSTENIBILITA' E LEA

IL PDTA NELL'ARTRITE REUMATOIDE

Stato dell'arte del progetto RADAR

e obiettivi futuri

”

Dott. Roberto Delfino

26 maggio 2017

L'Artrite Reumatoide: il Progetto regionale



BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 70 del 13 Ottobre 2014

PARTE I  Atti della Regione

Nell'ambito delle Linee progettuali approvate con - Decreto del Commissario ad Acta n. 105 del 01.10.2014 Regione Campania. è stata affidata al Dipartimento di Sanità Pubblica dell' AOU Federico II la Linea progettuale 2.3

“Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche”.

Referenti operativi e amministrativi: Dipartimento di Sanità pubblica AOU Federico II

Durata del progetto: 2 anni

Titolo del progetto: Costruire il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA), la rete tra i centri di Artrite Reumatoide (AR) e una banca dati, per implementare l'appropriatezza e ottimizzare l'assistenza

Obiettivi del progetto

**Migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti con
Artrite reumatoide facilitando l'accesso alle cure**

**Ottimizzare la spesa sanitaria regionale per l'Artrite
Reumatoide mediante il potenziamento
dell'appropriatezza organizzativa**

Azioni progettuali



- Costruire e implementare un PDTA per l'Artrite Reumatoide

- Identificare un **Modello Organizzativo regionale** Ospedale – Territorio



Supportare gli attori coinvolti (Centri AR, PLS, MMG, ecc.) con un

percorso formativo manageriale sul campo

Azioni progettuali

- Costruire una rete informatica di collegamento Ospedale – Territorio



- Costruire indicatori di efficacia e di efficienza e monitorarne l'andamento attraverso un cruscotto direzionale

Stato dell'arte del progetto

Novembre 2014

Febbraio 2015

Marzo 2016

Ottobre 2016

• Impianto del Progetto ed individuazione delle professionalità con specifiche competenze

• Insediamento del Comitato Scientifico

• Costituzione di un gruppo di lavoro, per la fase diagnostica e per quella terapeutica e di follow up del PDTA

• Individuazione Aziende Sanitarie Locali per la sperimentazione pilota del PDTA

• Illustrazione dei risultati preliminari del PDTA in Regione Campania per successiva adozione con decreto commissariale

• Ricepire eventuali suggerimenti da parte anche di associazioni di tutela dei pazienti (ACMAR)

• Elaborazione del PDTA e definizione e condivisione modello organizzativo regionale (dal modello a capisaldi al modello a Hub e Spoke)

• Inizio Fase Pilota di applicazione del PDTA e formazione sul campo dei MMG/PLS/Specialisti territoriali

DISTRETTI coinvolti:

- ASL Napoli 3 Sud Distretto n.57
- ASL Napoli 1 Centro Distretto n. 28

• Individuazione di primo set di indicatori per la valutazione del PDTA in termini di salute e di risorse assorbite

Reumatologi
Ingegneri
Direttori sanitari
Medici igienisti
Economisti
Pediatri di Libera scelta
MMG
Fisioterapisti
Farmacisti
Medici legali

OTTOBRE 2016 – APRILE 2017



- **Formazione sui territori dei distretti pilota
Asl Napoli 3 sud e Asl Napoli 1 centro
8 e 15 ottobre 2016**

Novembre 2016 ad oggi

- 16 novembre Pec a Regione con invio PDTA e modello di rete per adozione
- Costruzione piattaforma (incontri mensili con società sviluppatrice software)
- Richiesta di adesione alla sperimentazione da parte del Cardarelli, Rummo e DS 27 Asl Napoli 1 Centro)



Prospettive future

- Costruzione entro giugno 2017 di una **rete informatica Ospedale – Territorio**,
Rilascio piattaforma 19 giugno.
- Da luglio a dicembre ulteriore formazione sui distretti/ospedali pilota finalizzata all'utilizzo della piattaforma
- Avvio del monitoraggio degli indicatori di efficienza e di outcome a 6, 12 e 24 mesi
- ADOZIONE PDTA E MODELLO DI RETE CON DECRETO COMMISSARIALE DA PARTE DELLA REGIONE



Sperimentazione sul campo

PDTA AR

ASL Napoli 3 Sud
Distretto n°57

ASL Napoli 1 Centro
Distretto n°28

- Analisi del processo di assistenza al paziente AR
- Analisi dei flussi dei DB amministrativi in collaborazione con i Distretti, i controller e le direzioni sanitarie locali
- Obtv: Determinazione del costo dei pazienti con AR

PDTA e valorizzazione del percorso.

Verso l'ABC

Scomposizione delle fasi in azioni e attività

Associazione alle azioni e alle attività delle risorse necessarie (farmaci, dispositivi, prestazioni, personale)

Quantificazione risorse impiegate e determinazione valore economico.

Monitoraggio e rilevazione scostamenti

budget di percorso

```
graph LR; A[Scomposizione delle fasi in azioni e attività] --- B[Associazione alle azioni e alle attività delle risorse necessarie (farmaci, dispositivi, prestazioni, personale)]; B --- C[Quantificazione risorse impiegate e determinazione valore economico.]; C --- D[Monitoraggio e rilevazione scostamenti]; A --- E[budget di percorso]; B --- E; C --- E; D --- E;
```

Obiettivi del processo di valorizzazione del PDTA per l'AR

- **Conoscere i costi della presa in carico dei pazienti con Artrite Reumatoide**
- **Calcolare l'impatto dei costi di percorso sul budget assegnato alle ASL, alle Aziende Ospedaliere ed ai Centri di Artrite Reumatoide**
- **Verificare l'allocazione ottimale delle risorse e reingegnerizzare il processo**

Strumenti organizzativi e gestionali a supporto della Regione e delle Aziende Sanitarie

- PDTA
- MODELLO ORGANIZZATIVO
- INDICATORI
- RETE
- BUDGET DI PERCORSO

L'utilizzo di tali strumenti consente di ottenere soluzioni quali:

- Diagnosi precoce
- Maggiore presa in carico del paziente
- Minore erratismo
- Minore mobilità passiva
- Uniformità del trattamento
- Riduzione liste di attesa

L'utilizzo di tali strumenti consente di ottenere soluzioni quali:

- **Appropriatezza (farmaceutica e del regime di ricovero)**
- **Appropriato utilizzo risorse** (Utilizzo di misure di outcome che dimostrino che aumento spesa associata a terapie più costose comporta miglioramento efficacia ed efficienza dell'intera gestione della patologia)
- **Minori costi diretti e sociali:**
 - Il **Costo sociale medio annuo** stimato di un **paziente malato di Artrite Reumatoide** in Italia risulterebbe pari a **13.390 Euro**
 - I **Costi diretti** ammonterebbero a **9.207 Euro** (il 69% del totale)
 - I **Costi indiretti o sociali** perdite di produttività dovute alle assenze dal lavoro del paziente e dei caregivers risultano pari a **4.183 Euro** (il 31% del totale) per un numero medio annuo di 65 giornate di assenza.



- **Accesso a nuove tecnologie**
- **+ personale**
- **Accesso a farmaci innovativi**

GRAZIE PER L'ATTENZIONE