La Rete per le Malattie Infettive: il Modello del Lazio

TAVOLA ROTONDA : TUBERCOLOSI E PATOLOGIE DELL'IMMIGRATO:

Dal modello storico delle rete dei sanatori alla gestione attuale di una patologia contagiosa ad elevato impatto sociale.

Tubercolosi:

ritardo diagnostico, complessità dei casi,
costi dell'assistenza,
integrazione organizzativa ospedale-territorio e tra ospedali

F.N. Lauria
Istituto Nazionale per le Malattie Infettive
Lazzaro Spallanzani - IRCCS
UOC Malattie Infettive dell'Apparato Respiratorio

CAMERA DEI DEPUTATI
Palazzo Marini - Sala delle Conferenze
Roma
10 Marzo 2011

Tubercolosi in Italia

Figura 4.18. Insorgenza casi TBC in immigrati rispetto all'anno di arrivo in Italia – Anni 2007-2008

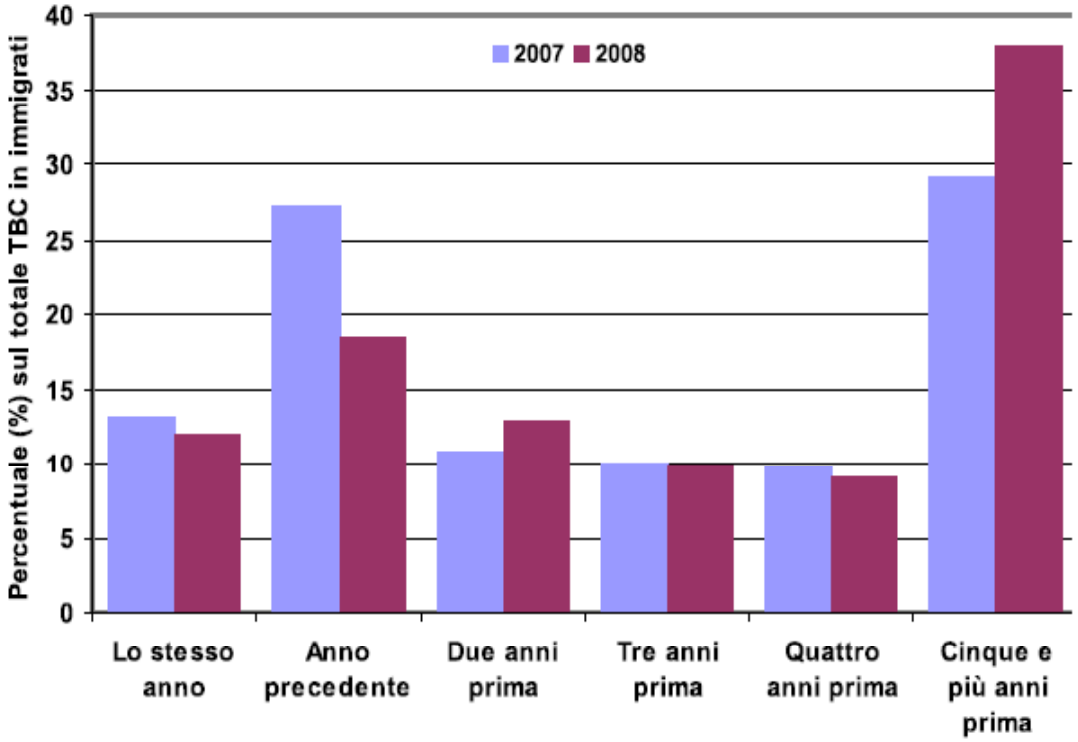
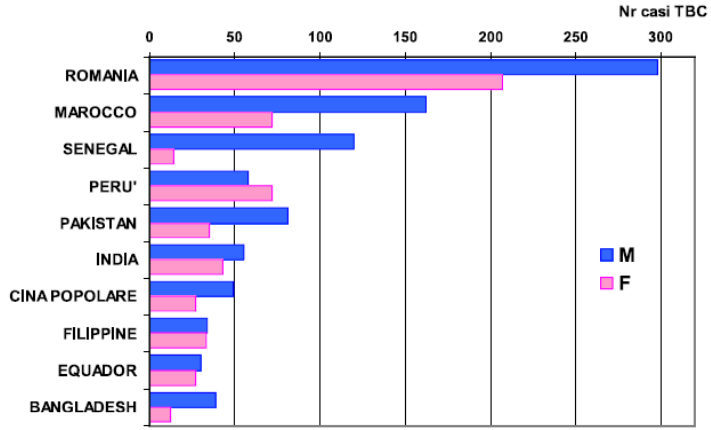


Figura 4.16. Numero di casi di TBC in immigrati per sesso per le 10 nazionalità più frequenti nel 2008



Fonte: Ministero della salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive e profilassi internazion

Fino al 2007 oltre il 50% dei casi di TBC in persone nate all'estero insorgeva entro i primi 2 anni dall'arrivo in Italia; nel 2008 tale proporzione è diminuita fi no al 43%, mentre è aumentata la percentuale di casi insorti oltre 5 anni dall'arrivo in Italia (da circa il 29 a circa il 38%).

Fonte: Ministero della salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria, Uffi cio V Malattie Infettive e profilassi internazionale

Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature

Chandrashekhar T Sreeramareddy*[1,5], Kishore V Panduru[2,6], Joris Menten[3] and J Van den Ende[4]

A total of 419 potential studies were identified by the search. Fifty two studies qualified for the review. The reported ranges of average (median or mean) total delay, patient delay, **health system delay were 25-185 days, 4.9-162 days and 2-87 days respectively for both low and high income countries**. Average patient delay was similar to health system delay (28.7 versus 25 days). Both patient delay and health system delay in low income countries (31.7 days and 28.5 days) were similar to those reported in high income countries (25.8 days and 21.5 days).

BMC Infectious Diseases 2009, ***9:91***

Delay in the treatment of pulmonary TB in a changing demographic scenario

Gagliotti C., Resi D., Moro M.L.

All patients with symptomatic PTB, aged >15 years, who were notified in Emilia-Romagna during 2003 .

Median patient delay, **health care delay and total delay were 7, 36 and 65 days, respectively.**

Recent migrants (stay in Italy < or = 3 years) had the longest patient delay (16 days), while Italian patients had the longest health care delay (60 days).

Int J Tuberc Lung Dis. 2006 Mar; 10 (3): 305-9.

©FLauria

Protocol Assessment for management of Tuberculosis based on HTA-Core Model

Evaluated the tuberculosis protocol applied at “L. Spallanzani” hospital, using the EUnetHTA “core model” in a population of HIV negative patients, with a new diagnosis of TB.

- 65 patients (42 males), Median age 33 years, 89% immigrants.
- All the patients were kept in respiratory isolation.
- 25% treated on domiciliary respiratory isolation,75% reported a treatment success.
- median hospital stay:
  46 days for the patients in domiciliary isolation vs 69 days for the patients treated in the hospital.
- The median delayed access to health care was 60 days (range 5-710 days) .*The immigrants population showed a median delayed access to health care of 30 days (range 7-365) vs 150 days (range 30-510) of the Italian population*.

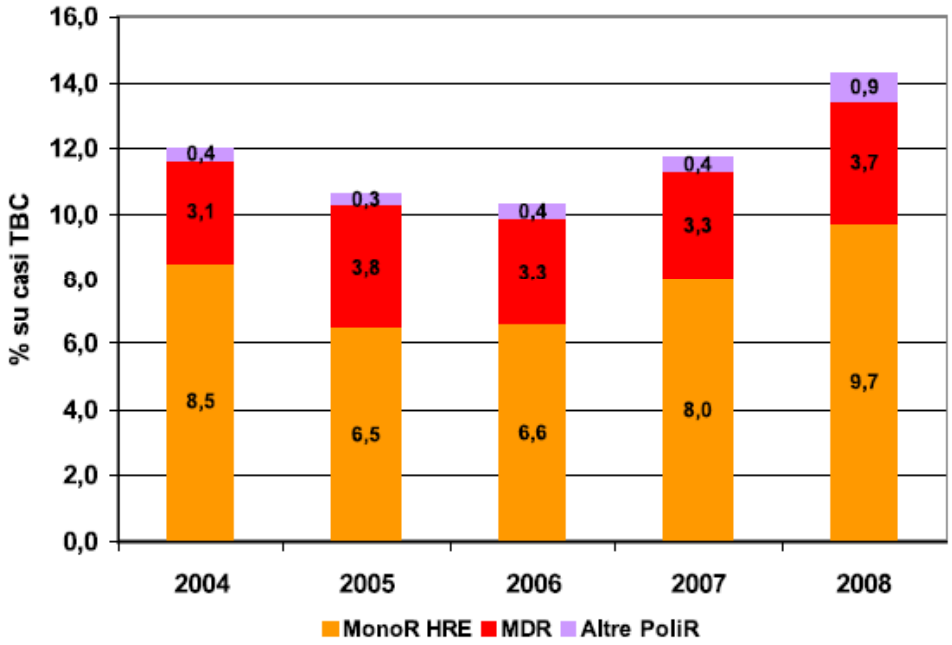
F.Faraglia, R.Urso, N. Bevilacqua, P.S.Ottoveggio, R.Madrigrano, , G. Gualano[1], G. Battagin, C. Nisii, F. Palmieri, FN Lauria

International Journal of Technology Assessment in Health Care, submitted

©FLauria

Tubercolosi in Italia

Figura 5.1. Percentuale totale resistenze per tipologia – Periodo 2004-2008 *



1955-2008:
numero annuale di casi: da 12.247 a 4.418;

- 64% numero di casi
- 71% 'incidenza

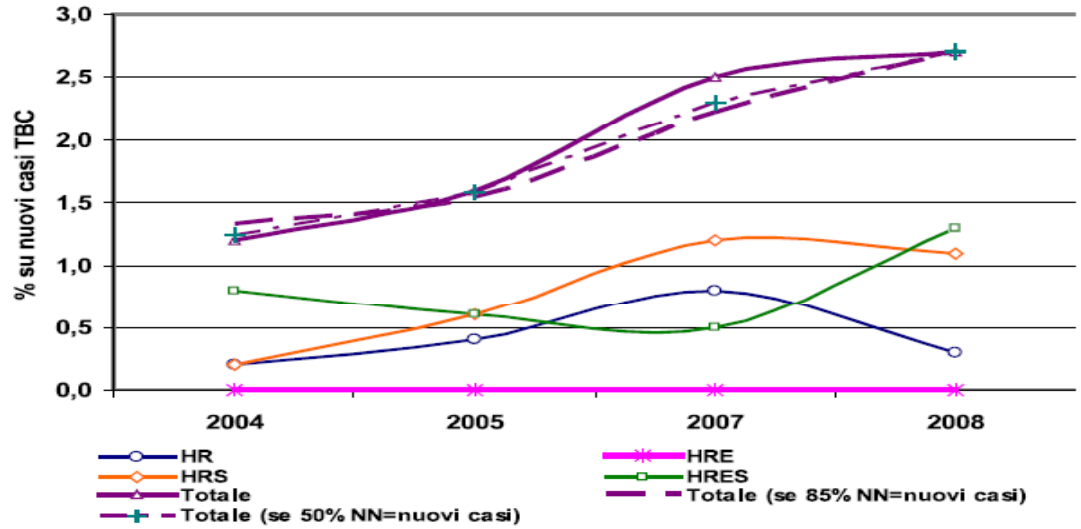
tasso grezzo annuale : da 25,26 casi/100.000 abitanti a 7,41
nel 1974 un tasso di incidenza di tubercolosi < 10 casi/ 100.000 ab.

Regioni che hanno notificato nel 2008 > 70% dei casi :

Lombardia	: 29%
Lazio	: 13%
Veneto	: 12%
Emilia-Romagna	: 11%
Piemonte	: 9%

un quarto dei casi notificato a Roma e a Milano (valore % cumulato)

Figura 5.4. Trend percentuale TBC MDR in nuovi casi di TBC – Periodo 2004-2008 *



* Non sono disponibili i dati del 2006 disaggregati per le categorie di anamnesi della TBC (nuovo caso o precedente trattamento).

* Numero ceppi/paziente e copertura % sul totale dei casi notificati per anno:

2004: 763 - 18%
2005: 585 - 14%
2006: 847 - 19%
2007: 1.698 - 38%
2008: 1.932 - 44%

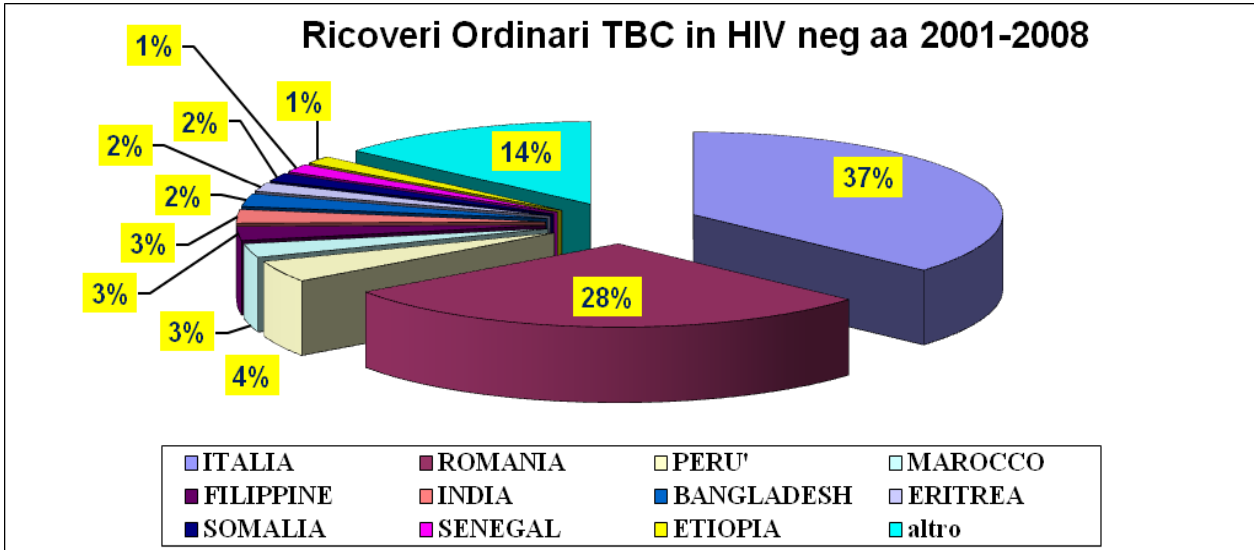
Ministero della salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive e profilassi internazionale

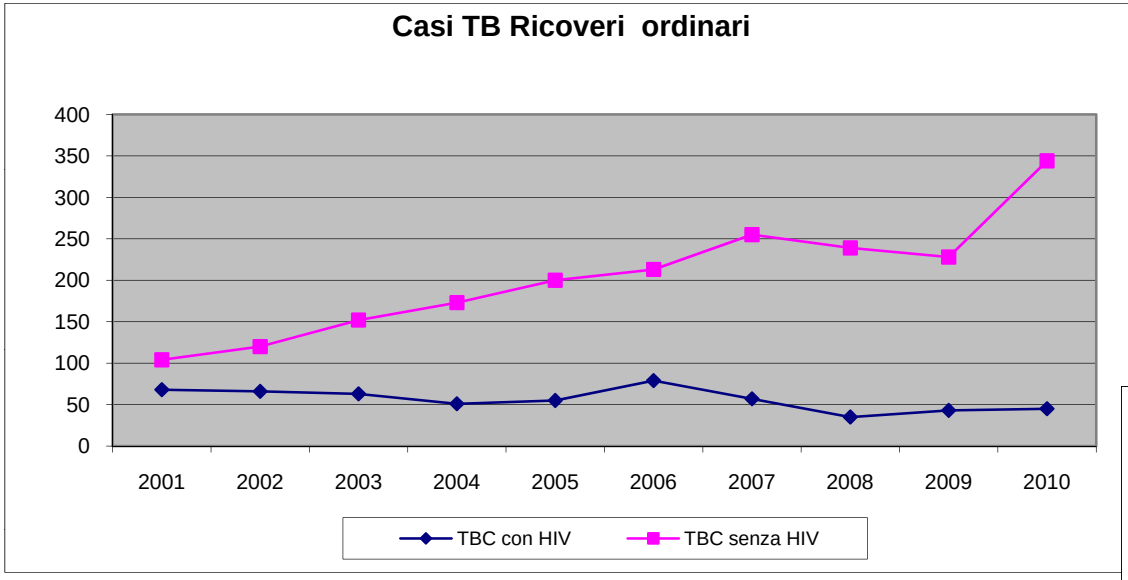
Fonte: Istituto superiore di sanità

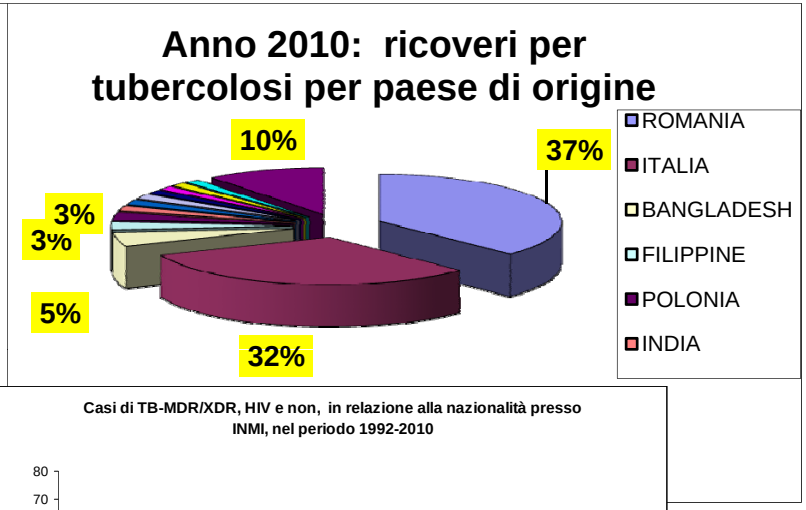
©FLauria

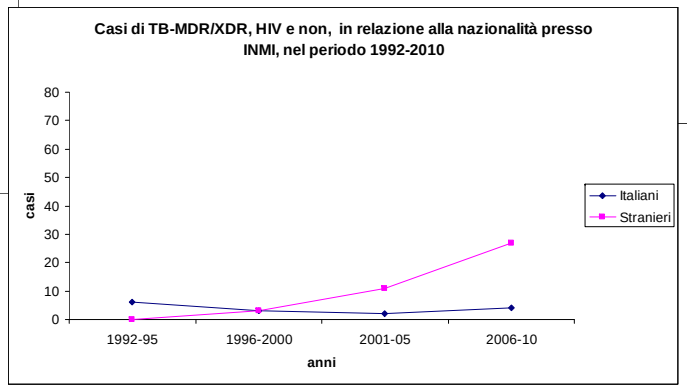
INMI Spallanzani

TB estesa	≅ 33%
Prov. Est Europa	≅ 40%
Espettorato pos. per BK	> 45 gg







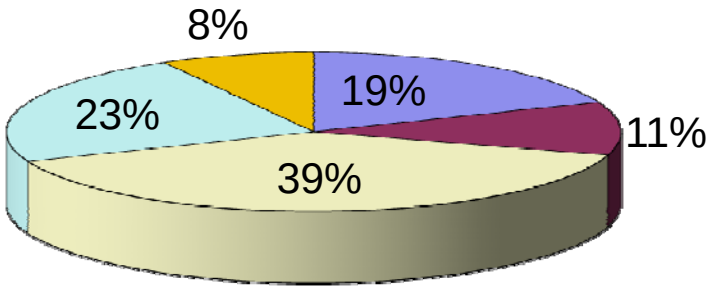


Fonte : SIO Direzione Sanitaria INMI Spallanzani

©FLauria

74/109 casi di tubercolosi complicata (68%) seguita presso divisione MIAR nel 2010

TB MDR e resistenti non-MDR	14
fragilità sociale	8
fragilità clinica	29
TB estesa	17
epatite tossica	6



Anno 2010:
Costo degli antibiotici in relazione alla spesa farmaceutica complessiva del Reparto.

Descrizione voci	Costo (Euro)	%	Variaz anno precedente (punti %)
Albumina umana ed emoderivati	57,22	0,0%	- 0,8
Integratori e sacche di NP	2.642,65	1,4%	- 1,2
Anti-tubercolari II linea (linezolid incluso)	**102.783,84**	**56,1%**	**+ 16,6**
Antiretrovirali	2.270,05	1,2%	+ 0,5
Antibiotici (esclusa UOS di endioscopia toracica)	61.309,81	33,5%	- 11,5
Farmaci non antibiotici (esclusa UOS di endioscopia toracica)	14.137,77	7,7%	- 5,0
TOTALE FARMACI	**183.201,34**		

©FLauria

I possibili modelli di rete assistenziale ……

La rete
metafora e strumento

Il nuovo ruolo dell'ospedale e della struttura di Malattie infettive nella rete assistenziale

I NODI

L'Ospedale è solo uno dei nodi della rete

Rep.Malattie Infettive

Cambiare le regole

Hub & Spoke

- Concentrazione della casistica rara e di particolare complessità verso uno o pochi centri che dispongono di piattaforme tecniche e logistiche adeguate a garantire la migliore efficacia tecnica.

- Concentrazione della casistica, per la quale l'efficacia tecnica dell'assistenza è dipendente dal volume dei casi trattati, sui nodi della rete o sulle equipes professionali che superano un determinato valore soglia.

Reti cliniche

- Comunità di conoscenza e pratica

LE MAGLIE

L'spedale deve interfacciarsi con gli altri anelli della catene assistenziali

Governare i processi

Rep. Malattie Infettive

IL CONTESTO

L'ospedale deve adattarsi al mutato contesto socio-economico e culturale

Co-produrre il servizio

Rep.Malattie Infettive

©FLauria

INMI SPallanzani
Tubercolosi : l'integrazione Ospedale -Territorio
Sperimentazione di un modello di intervento

Accordo di collaborazione con la Azienda Sanitaria Locale RMD che prevede:

-allerta sul fenomeno e predisposizione di programmi formativi specifici;

-controllo della patologia attraverso interventi coordinati per la valutazione dei soggetti a rischio e dei contatti;

-definizione di percorsi di presa in carico ospedaliera ed extraospedaliera con responsabilità definite ;

-valutazione di efficacia della terapia, con sorveglianza delle forme da germi resistenti o MDR, verifica dell'esito della terapia e individuazione di indicatori di processo.

Applicato in via sperimentale anche nel protocollo di intesa stipulato dall'INMI con la Prefettura di Roma e la Regione Lazio per l'assistenza specialistica infettivologica ai cittadini stranieri ospiti del Centro di Identificazione ed Espulsione di Roma Ponte Galeria, e nel protocollo di intesa dell'INMI con il Comune di Roma per i casi di tubercolosi riscontrati nel Centro di accoglienza temporanea notturna delle persone senza fissa dimora.

©FLauria