

VALUE BASED HEALTH CARE



Reti cliniche integrate e strutturate

Un'esperienza della Regione Toscana

Enrico Desideri, Presidente Fondazione Sicurezza in Sanità, vice presidente Federsanità-ANCI,
Direttore Generale Ausl Toscana sud est
Dario Grisillo, Direttore Dipartimento Medicina Generale Ausl Toscana sud est

Roma 7 novembre 2017

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

- **Le malattie croniche** nei Paesi occidentali rappresentano l'**80-85% dei costi sanitari** e provocano circa l'**86% dei morti**
- Si riducono gli anni di vita in buona salute (UE)
- 4,1 milioni di disabili (Censis 2016)



World Health
Organization

Tra il 2000 e il 2014 l'aspettativa media di vita degli italiani è passata da 79,8 a 83,2 anni, con un aumento di 3,4 anni. Contemporaneamente, l'età media di manifestazione delle malattie croniche è scesa da 56,5 a 53,5 anni: di fatto si è aperta una forbice di 6,4 anni "vissuti male".

The 'Double Expansion of Morbidity' Hypothesis: Evidence from Italy (February 3, 2017).
CEIS - Centre for Economic and International Studies

La **prevalenza** di tali patologie è **in crescita** a causa di:

- Invecchiamento della popolazione
- Crescente esposizione a fattori di rischio ambientali, geografici e **sociali**

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

INNOVAZIONE TECNOLOGICA E CRESCITA DEI COSTI INTERMEDI

Farmaci biotech (Target therapies oncologiche/Bersaglio molecolare/Precision medicine, HCV...)

Spesa ospedaliera per farmaci + 8,7% nei primi 4 mesi del 2017;

proiezione di **incremento spesa di oltre 3 mld**

Nuovi **Medical devices**

Totale spesa 3,5 mld/y

Mini invasività chirurgica: riduzione giornate di degenza e complicanze

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

POSIZIONAMENTO SERVIZIO SANITARIO ITALIANO



1° per efficienza (Bloomberg, 2016)



2° al mondo per aspettativa di vita (OCSE, 2014)

ma...



12° per la qualità di accesso alle cure per 32 malattie (Lancet, 2017)

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

COSTI E SOSTENIBILITA'

Tasso di crescita annuale della spesa sanitaria (pubblica e privata) del 2,6 % che porterebbe ad un aumento vicino al raddoppio nel 2040 con rischio insostenibilità del Sistema Sanitario

Dielman et al, 2016

National spending on health by source for 184 countries between 2013 and 2040.

ITALIA (ISTAT 2016)

spesa pro capite

2.466 euro (vs 3.000-4.000 Francia, Germania e UK)

+ 0,7% dal 2012 **+7%** FRANCIA, GERMANIA, UK

spesa sanitaria corrente

149.500 milioni di euro che **incide sul Pil 8,9%** (di cui 75% settore pubblico)

11% FRANCIA, GERMANIA, 10% UK)

RISCHI DI SPRECHI ED INAPPROPRIATEZZA

1. Overtreatment

Wallington et al. «Mortalità e chemioterapia negli ultimi trenta giorni di vita», The Lancet oncology, 2016

2. Underuse

3. Overstocking [c.a. 10%, BMJ 2016]

4. Frodi ed errori negli acquisti (centralizzazione + qualità gare, forniture, monitoraggio contratto)

5. **Carenze organizzative**

ESPERIENZE INTERNAZIONALI E NAZIONALI in risposta alla cronicità

Per superare la frammentazione della risposta sanitaria e socio-sanitaria e garantire piani di cura personalizzati, concentrazione dei saperi, Team Multiprofessionali

Integrated Delivery System

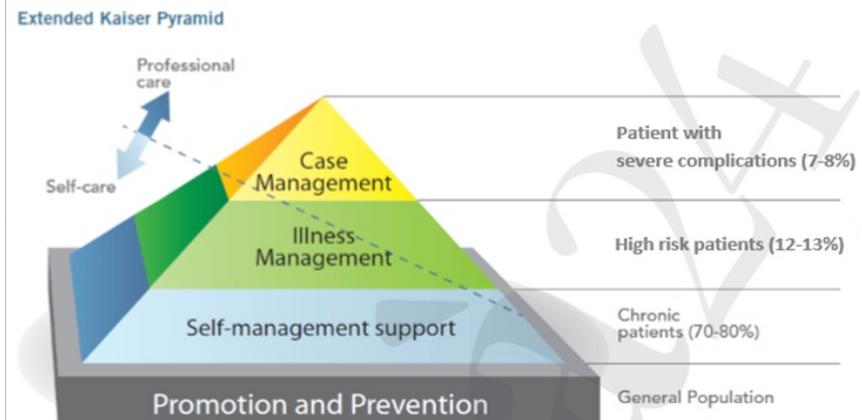
Population Health Management

People- centred health and integrated services

Value based Medicine

Piano Nazionale per la Cronicità

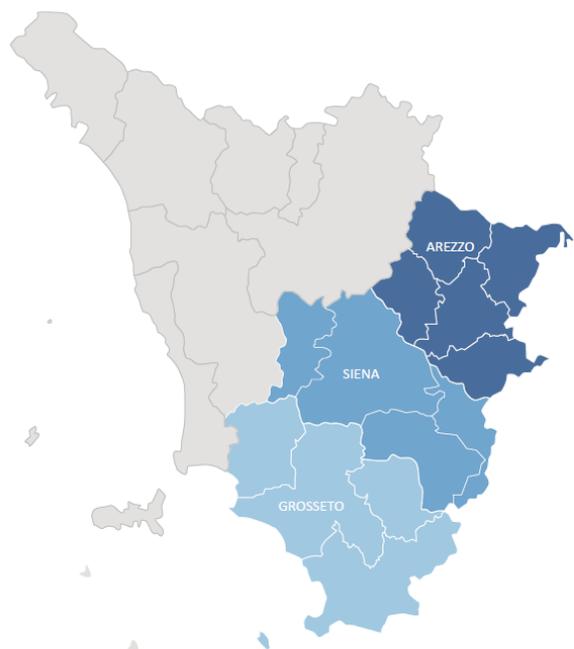
PIRAMIDE DI POPULATION MANAGEMENT
classificazione dei pazienti cronici in sottogruppi sulla base dello stadio di sviluppo della patologia



RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE

sintesi delle migliori esperienze internazionali
e nazionali

L'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST



SUPERFICE

AVSE: circa 11.560 km²

RT: circa 22.990 km²

POPOLAZIONE [Fonte Istat 01/01/2016]

AVSE: circa 838.150 ab

RT: circa 3.744.398 ab

DENSITA' ABITATIVA [Fonte Istat 01/01/2016]

AVSE: 72,50 ab./km²

RT: 162,87 ab./km²

AVSE: 101 Comuni di cui 39 montani 20 parzialmente montani e 1 isolano

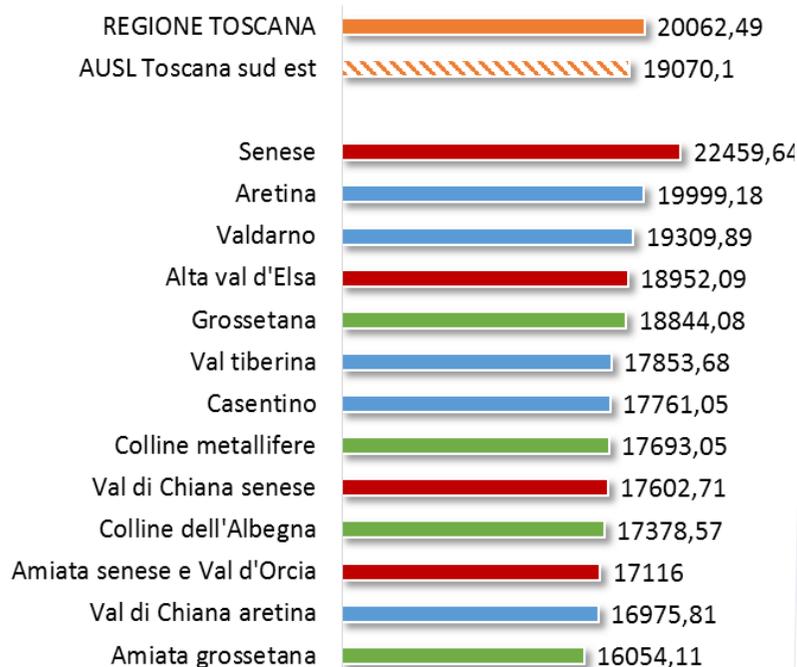
INDICE DOTAZIONE INFRASTRUTTURALE* [Fonte Union camere]

	Strade	Ferrovie
Ar	104,13	163,22
Gr	49,42	81,80
Si	91,40	47,00
RT	101,90	139,80

L'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

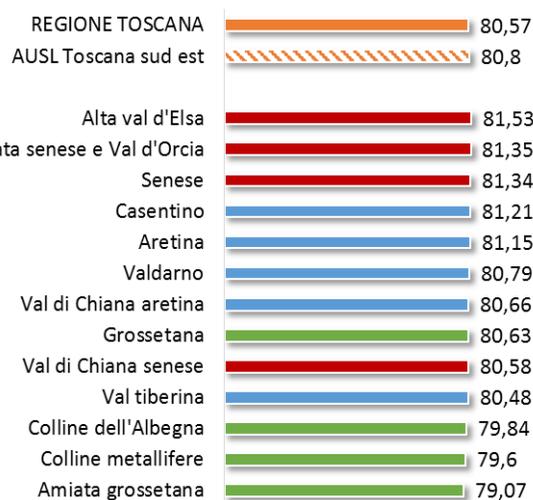
REDDITO IMPONIBILE MEDIO

REDDITO IMPONIBILE MEDIO. AMMONTARE COMPLESSIVO DEI REDDITI IMPONIBILI SUL NUMERO DI CONTRIBUENTI, 2014

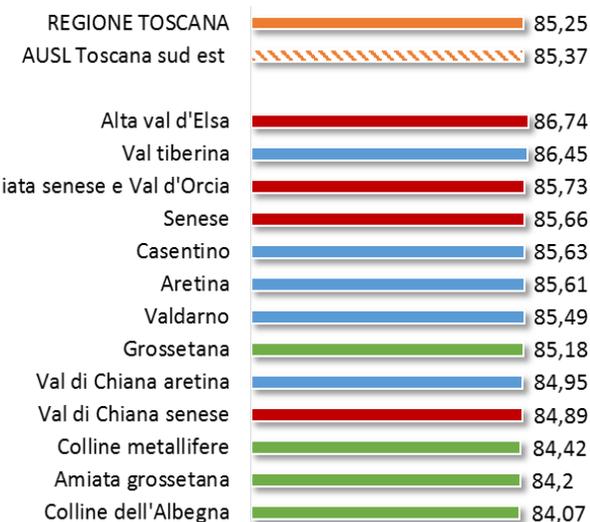


SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA

MASCHI



FEMMINE



fattori di rischio ambientali, geografici e sociali e non solo gradiente nord-sud...

I PILASTRI DEL CAMBIAMENTO

SOLUZIONI SPERIMENTATE

1 pillar

medicina d'iniziativa

2 pillar

nuovo modello concettuale di presa in cura dei pazienti con patologie croniche

3 pillar

riorganizzazione rete ospedaliera

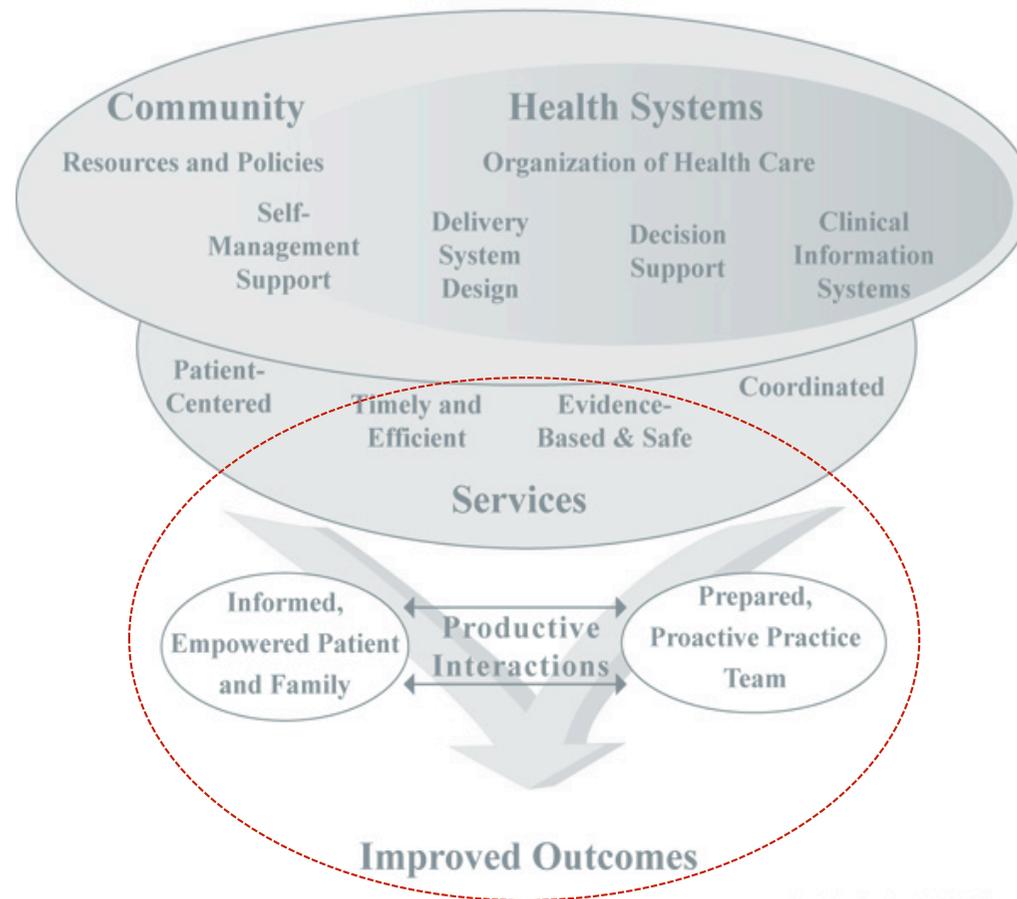
4 pillar

realizzazione continuità ospedale- territorio

5 pillar

sistema informativo abilitante

MEDICINA D'INIZIATIVA: Il Chronic Care Model (CCM)



Developed by The MaColl Institute

I PILASTRI DEL CAMBIAMENTO

SOLUZIONI SPERIMENTATE

- 1 pillar medicina d'iniziativa
- 2 pillar nuovo modello concettuale di presa in cura dei pazienti con patologie croniche**
- 3 pillar riorganizzazione rete ospedaliera
- 4 pillar realizzazione continuità ospedale- territorio
- 5 pillar sistema informativo abilitante

Per ogni Zona Distretto RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE

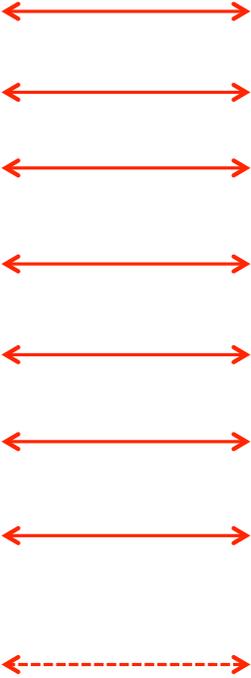
HOSPITAL

- neurologia (ictus, SM, demenze, parkinson)
- cardiologia (scompenso)
- diabete
- patologie respiratorie (BPCO, asma)
- oncologia
- insufficienza renale
- malattie autoimmuni (psoriasi, artrite reumatoide)

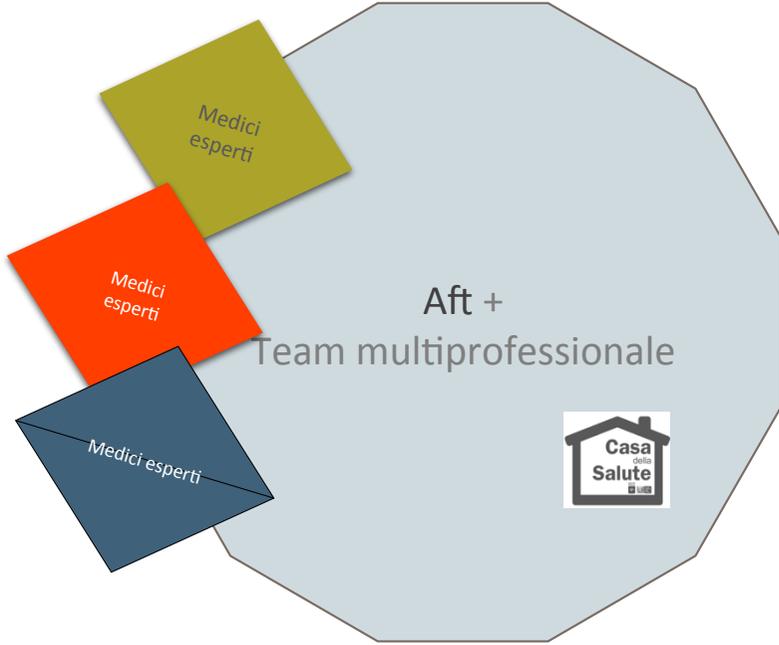
TERRITORIO

- cure palliative
- salute mentale, dipendenze

medici internisti/geriatri

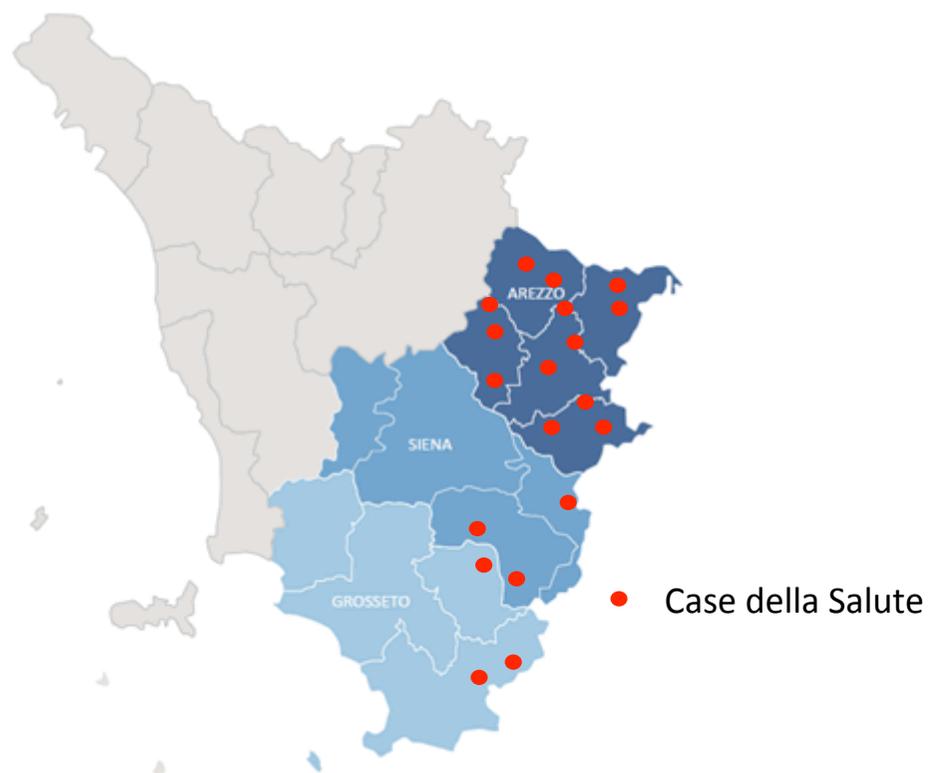


CURE PRIMARIE



Nuovo ruolo professionale delle farmacie territoriali

Ausl Toscana sud est RETE SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE



I SETTING ORGANIZZATIVI FRUIBILI DAI TEAM

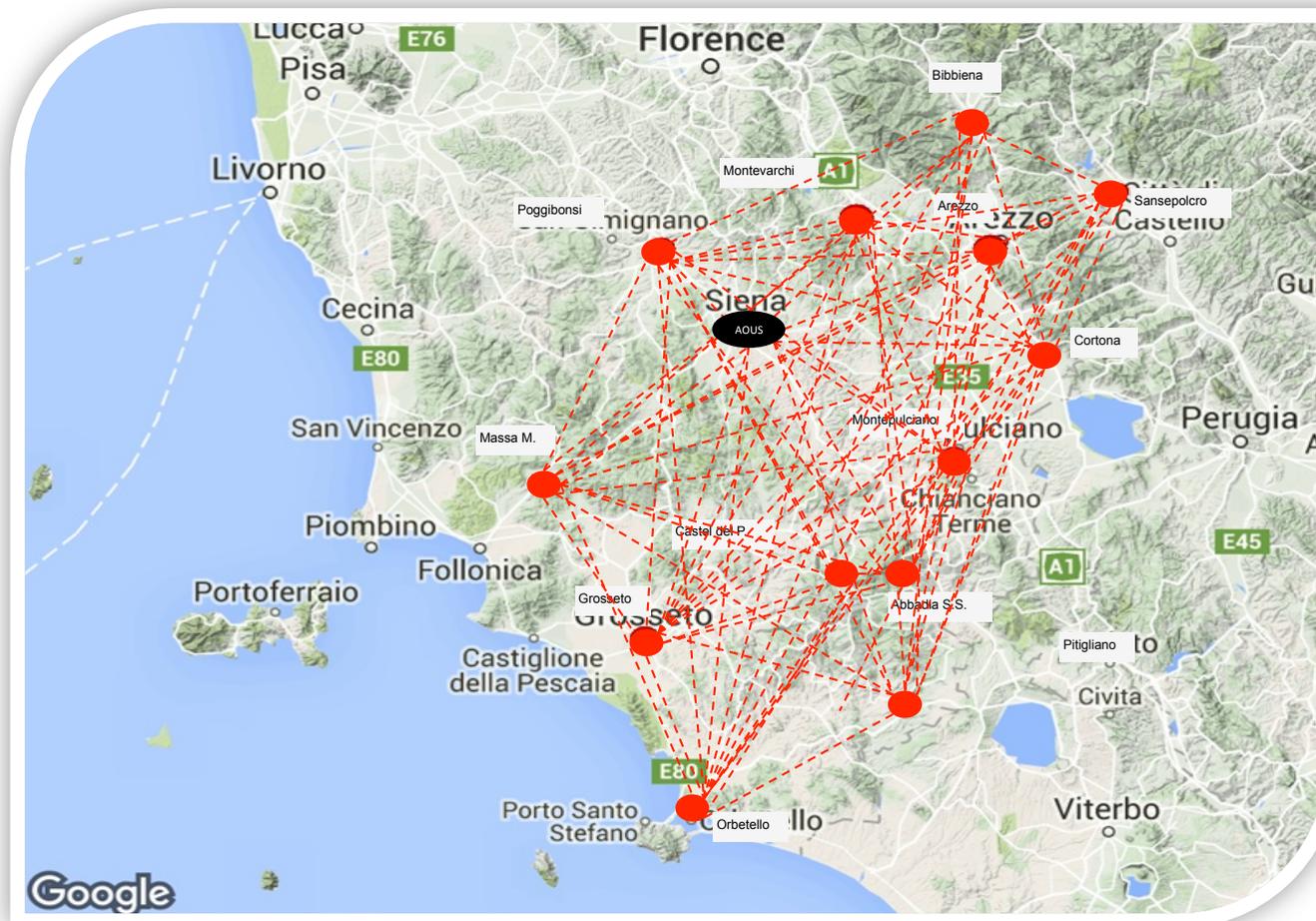
13	Distretti Zona/Società della Salute
13	Stabilimenti Ospedalieri
31	Aft
605	Mmg
97	Pls
19	Case della Salute
40	pl Mo.di.ca
104	pl Ospedale di Comunità
29	pl Hospice
117	pl Riab ex art.26
90	Rsa
2453	titoli di acquisto MODULO BASE
12	moduli MOTORIO
106	moduli COGNITIVO
23	moduli STATO VEGETATIVO

I PILASTRI DEL CAMBIAMENTO

SOLUZIONI SPERIMENTATE

- 1 pillar medicina d'iniziativa
- 2 pillar nuovo modello concettuale di presa in cura dei pazienti con patologie croniche
- 3 pillar riorganizzazione rete ospedaliera**
- 4 pillar realizzazione continuità ospedale- territorio
- 5 pillar sistema informativo abilitante

LA RETE OSPEDALIERA COMPLANARE E INTEGRATA



CARDINI

dalle reti spontanee alle reti strutturate

RETE ORIZZONTALE TRA GLI OSPEDALI

- che supera i confini amministrativi ed il modello hub e spoke (distretto/provincia)
- tra i professionisti ad integrazione degli ospedali di prossimità anche attraverso la telemedicina (interconnette le competenze per lo sviluppo professionale)
- supporta la distribuzione delle specialità, garantendo la concentrazione per alcuni interventi (volume-esiti)
- raccordo “di sistema” per la qualità e la sicurezza e per la ricerca e la didattica
- PREREQUISITO: Reti tempo-dipendenti e infrastrutture dell'**emergenza urgenza**

→ Un ospedale di riferimento per ogni Distretto/AFT

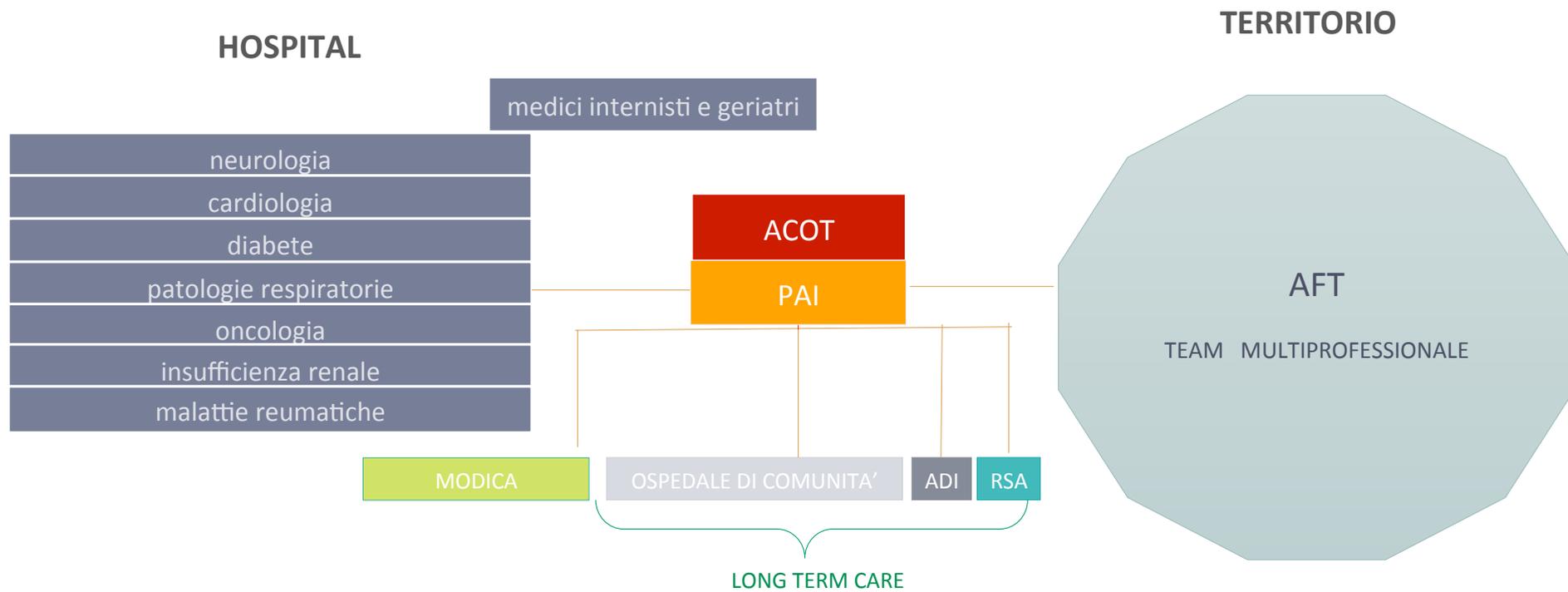
I PILASTRI DEL CAMBIAMENTO

SOLUZIONI SPERIMENTATE

- 1 pillar medicina d'iniziativa
- 2 pillar nuovo modello concettuale di presa in cura dei pazienti con patologie croniche
- 3 pillar riorganizzazione rete ospedaliera
- 4 pillar realizzazione continuità ospedale- territorio**
- 5 pillar sistema informativo abilitante

INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO

(apice della piramide)



ELEMENTI IRRINUNCIABILI DELLE RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE

1. Individuazione della popolazione e stratificazione per complessità (presa in carico anche sociale per intensità di cura)
2. **Comunità di pratica**: professionisti del team **nominalmente** individuati (Umanizzazione della cure)
Wenger E., Communities of practice: the social fabric of a learning organization, 1996.
3. Dal PDTA al **Piano individuale di assistenza** su valutazione multidimensionale: personalizzazione delle Cure
4. Miglioramento dell'**aderenza** terapeutica e **farmacovigilanza**: Efficacia e sicurezza delle cure
5. **Appropriatezza** nella prescrizione e «**dove si prescrive si prenota**»: riduzione dei tempi di attesa
6. **Prossimità della cura** (AFT) e **centralizzazione dei saperi specialistici** (Ospedale)

I PILASTRI DEL CAMBIAMENTO

SOLUZIONI SPERIMENTATE

- 1 pillar medicina d'iniziativa
- 2 pillar nuovo modello concettuale di presa in cura dei pazienti con patologie croniche
- 3 pillar riorganizzazione rete ospedaliera
- 4 pillar realizzazione continuità ospedale- territorio
- 5 pillar sistema informativo abilitante**

SISTEMA INFORMATIVO ABILITANTE (E-HEALTH)

interoperabilità, cyber security, privacy

Le Reti professionali ed organizzate devono essere co progettate con un sistema informativo che permetta:

- LO SCAMBIO DI IMMAGINI E DOCUMENTI SOCIO-SANITARI STRUTTURATI (IN FORMATI PREDEFINITI)
- **TELEMEDICINA**, TELECONSULTO, TELEREFERTAZIONE, TELEVISITA
- MONITORAGGIO E VALUTAZIONE ESITI DI SALUTE E DI PROCESSO FLUSSI SANITARI
- CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

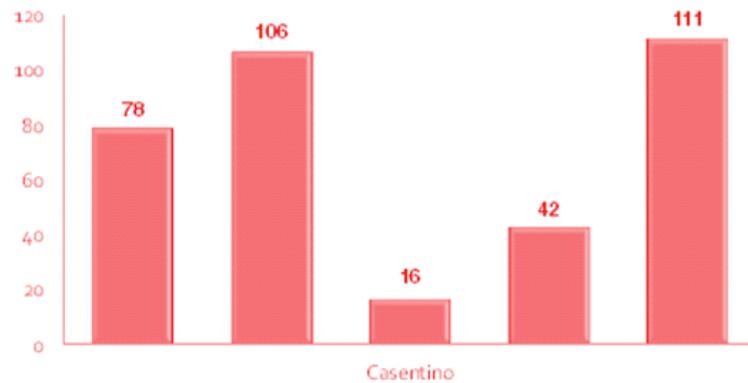
 PON-GOV 2016/2023

PRIMI RISULTATI DELL'INTEGRAZIONE STRUTTURATA

1. Progetto cuore in Casentino: Rete strutturata mmg-cardiologo
2. Rete strutturata mmg-nefrologia: Progetto Nefro Valdarno
3. Rete strutturata mmg-pneumologia
4. Rete strutturata mmg-nutrizione clinica

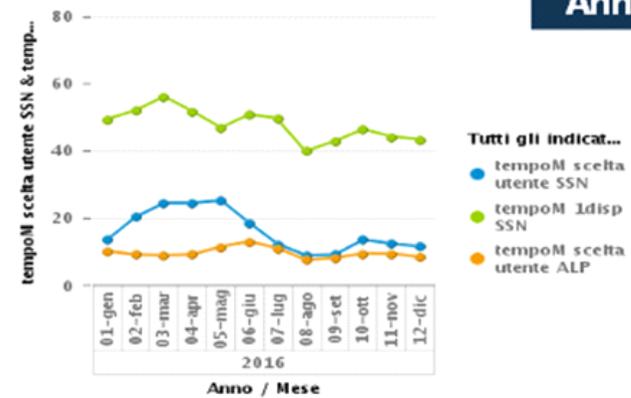
Risultati Progetto Cuore Casentino: Tempi di attesa per ecocardiogramma Zone Aretine

Anno 2016

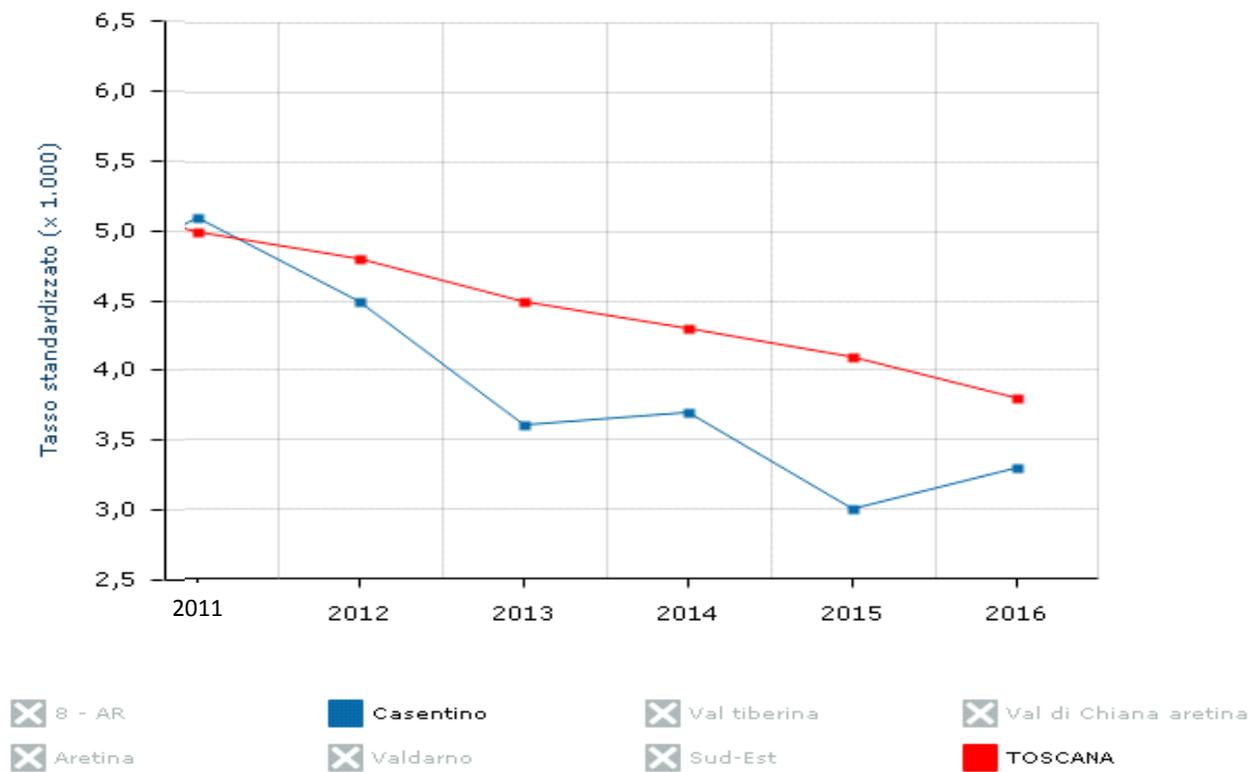


Risultati Progetto Cuore Casentino: Tempi di attesa per ecocardiogramma

Anno 2016



OSPEDALIZZAZIONE PER CARDIOPATIA



PRIMI RISULTATI DELL'INTEGRAZIONE STRUTTURATA

1. Progetto cuore in Casentino: Rete strutturata mmg-cardiologo
2. Rete strutturata mmg-Nefrologia: Progetto Nefro Valdarno
3. Rete strutturata mmg-pneumologia
4. Rete strutturata mmg-nutrizione clinica

Progetto Nefro nella Z/D del Valdarno: obiettivi raggiunti attraverso la medicina d'iniziativa nello specifico PDTA

- Riduzione del numero dei pazienti che arrivano allo stadio V dialitico
- Ricorso alla consulenza del nefrologo in casi selezionati secondo Consensus internazionali
- Riduzione dei pazienti inviati al nefrologo in ritardo (Late referral) con possibilità di indirizzare il paziente al miglior trattamento sostitutivo
- Uniformare diagnostica ,follow-up ed interventi terapeutici della malattia renale cronica nell'ambito della ASL

Progetto Nefro nella Z/D del Valdarno: Fasi dell'intervento

- Identificazione e stadiazione pazienti a rischio o con MRC
- Invio al nefrologo, immediato per la presa in carico dei paz in IV° STADIO (predialitico) e programmato ma rapido, secondo agende concordate, dei pazienti al III° stadio B per la gestione condivisa.
- Inizio del monitoraggio delle complicanze e della velocità di progressione della IRC; registrazione nel data-base delle cause di morte di ogni paziente con IRC.
- Particolare attenzione alla correzione dei fattori di rischio nei paz allo stadio III A con invio al nefrologo per consulenza in caso di necessità.
- Creazione del registro di patologia

Progetto Nefro nella Z/D del Valdarno: Fasi dell'intervento

- Identificazione di quanti pazienti sono passati ad uno stadio successivo.
- Particolare attenzione alla correzione dei fattori di rischio nei pazienti agli stadi iniziali e in quelli a rischio di sviluppare MRC.
- Particolare attenzione all'uso di farmaci nefrotossici specialmente nei soggetti con MRC e anamnesi farmacologica nei pazienti al III° e IV° stadio.

Variazione prevalenza dei pazienti per classe nel tempo

	Febb-12	Mag-15	Giu-16	Lug-17	Variatz 2012-2017
n° cartelle	1237	1327	1280	1155	-6,6
CLASSE					
1	116	98	75	78	-32,8
2	446	242	209	169	-62,1
3	349	357	312	258	-26,1
3b	215	452	463	396	84,2
4	84	165	193	192	128,6
5	27	18	23	25	-7,4
Totale	1237	1332	1275	1118	-9,6

PRIMI RISULTATI DELL'INTEGRAZIONE STRUTTURATA

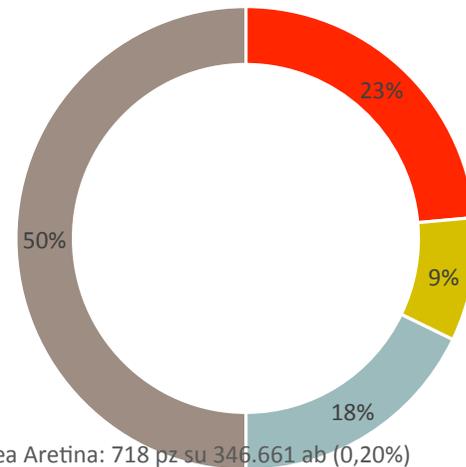
1. Progetto cuore in Casentino: Rete strutturata mmg cardiologo
2. Rete strutturata mmg-nefrologia: Progetto Nefro Valdarno
3. Rete strutturata mmg-pneumologia
4. Rete strutturata mmg-nutrizione clinica

Rete Territoriale MG-Pneumologia: OTTIMIZZAZIONE IMPIEGO OSSIGENO TERAPEUTICO DOMICILIARE

Pazienti in ossigenoterapia a lungo termine (OTLT)
AUSL Toscana Sud Est suddivisa per Area.
censimento gennaio 2017.
totale n° 1524

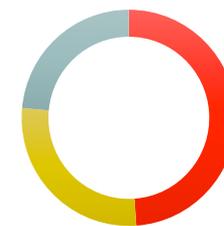
INDICATORE DI PROCESSO
 % di pazienti con Insufficienza Respiratoria in terapia con OLT
TARGET > 90%

ABBATTIMENTO DEL CONSUMO DI OSSIGENO GASSOSO (ALTO COSTO, LIBERA PRESCRIZIONE)
 area aretina anno 2016



- Area Aretina: 718 pz su 346.661 ab (0,20%)
- Area Senese: 263 pz su 270.333 ab (0,09%)
- Area Grossetana: 543 pz su 225.098 ab (0,24%)
- Pazienti in OLT AUSL Toscana Sud Est

Ottimizzazione e verifica appropriatezza prescrittiva nelle dispensazioni a domicilio di ossigeno terapeutico ed implementazione arruolamento con concentratori nell'Area Aretina anno 2014 vs 2015 vs 2016
 euro 647.549 vs 587.820 vs 555.911
 riduzione di spesa euro 91.638

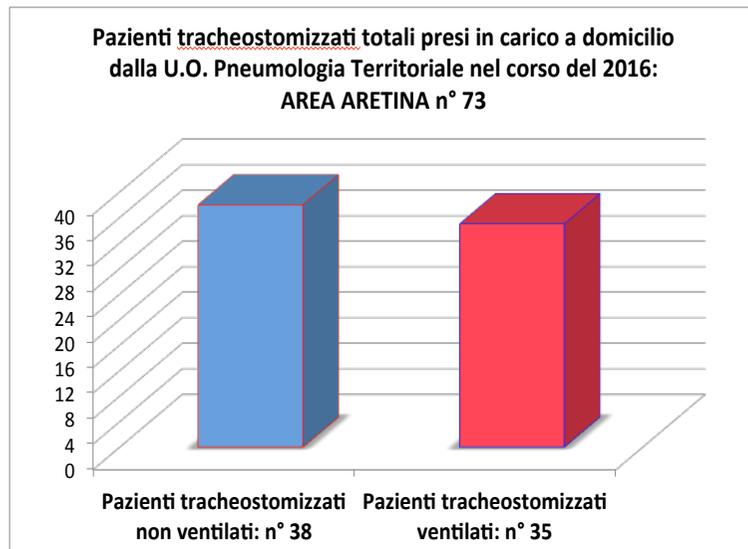


- GROSSETO euro procapite 1,80
- SIENA euro procapite 0,80
- AREZZO euro procapite 0,59

Δ costi ossigeno terapia Grosseto vs. Arezzo +600.000 euro/y

Rete Territoriale MG-Pneumologia: SOSTITUZIONE CANNULA TRACHEOSTOMICA A DOMICILIO IN PAZIENTI INFERMI

PAZIENTI TRACHEOSTOMIZZATI INFERMI RESIDENTI
NEL TERRITORIO DELLA AUSL TOSCANA SUD EST
censimento gennaio 2017: totale n°111



Nel 2016 sono state **sostituite a domicilio 217 cannule**
senza alcuna complicanza

evitando ad Arezzo 651 giornate di ricovero programmato

Proiettando questo dato per la intera ASL si ipotizza una
riduzione di 1.371 giornate di ricovero, costo medio giornata
di ricovero 800 euro

Riduzione dei costi 1.096.800 euro

PRIMI RISULTATI DELL'INTEGRAZIONE STRUTTURATA

1. Progetto cuore in casentino: Rete strutturata mmg-cardiologo
2. Rete strutturata mmg-nefrologia: Progetto Nefro Valdarno
3. Rete strutturata mmg-pneumologia
4. Rete strutturata mmg-nutrizione clinica

RETE INTEGRATA DI NUTRIZIONE CLINICA A DOMICILIO

La Rete di Nutrizione Clinica fornisce interventi nutrizionali sia per pazienti ricoverati che a domicilio o in Strutture Intermedie, correlandosi con il Medico Specialista e con il MMG.

POSIZIONAMENTO PEG

Riduzione ad un solo giorno della degenza ospedaliera

1. Appuntamento endoscopia e programmaz. esami dal MMG
2. Ricovero in Medicina il solo giorno del posizionamento PEG
3. **Trasferimento alle cure intermedie** 24 h dopo il posizionamento PEG
e permanenza per circa 7gg con **presa in carico del MMG**
del Nutrizionista e dell' ACOT per completamento induzione NE e
training ai caregivers
4. Programmazione follow-up concordato con MMG

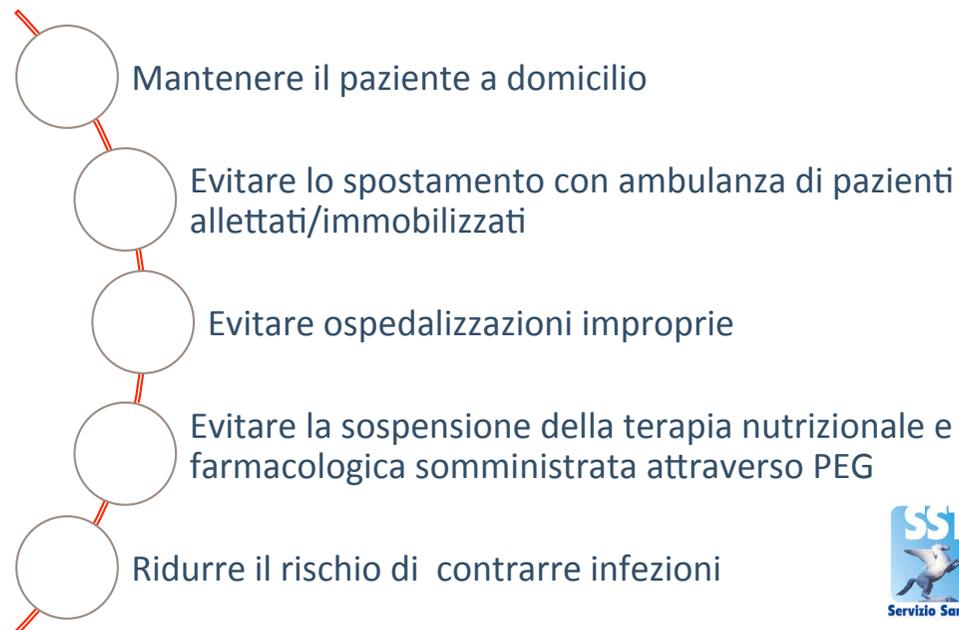
nel 2016 nella sola Zona di Arezzo **il percorso di posizionamento PEG** ha interessato **148 pazienti** portando una riduzione di **1.036 gg** di degenza ordinaria

riduzione di costi di 518.000 euro

RETE INTEGRATA DI NUTRIZIONE CLINICA A DOMICILIO

Cambio Peg a pazienti con SLA

I pazienti con SLA portatori di PEG e tracheostomia usufruiscono della sostituzione programmata della PEG a domicilio. La sostituzione viene anticipata su richiesta del MMG o infermiere ADI.



Nell'anno 2016 sono state visitati a domicilio

n°17 pazienti con SLA in NED; a domicilio sono state sostituite 20 PEG
risparmio in media di 2/3 giornate di ricovero



La difficoltà non sta nelle idee nuove,
ma nell'affrancarsi di quelle vecchie

le quali, per coloro che sono stati educati
come lo è stata la maggioranza di noi,

Si ramificano in tutti gli angoli della nostra mente

J. M. Keynes, 1935