

# **Medici per San Ciro**

Grottaglie, 28 gennaio 2012

## **Il Buon Uso dell'Ospedale nel Territorio:**

gestione, pratica e ricerca

Il Metodo come cambiamento

*Sinergia Ospedale e Territorio:*

*Mito o Realta'?*

**Ezio Degli Esposti**

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

Universita' di Ferrara

# ..... Ospedale Territorio: Mito o Realta'?

---

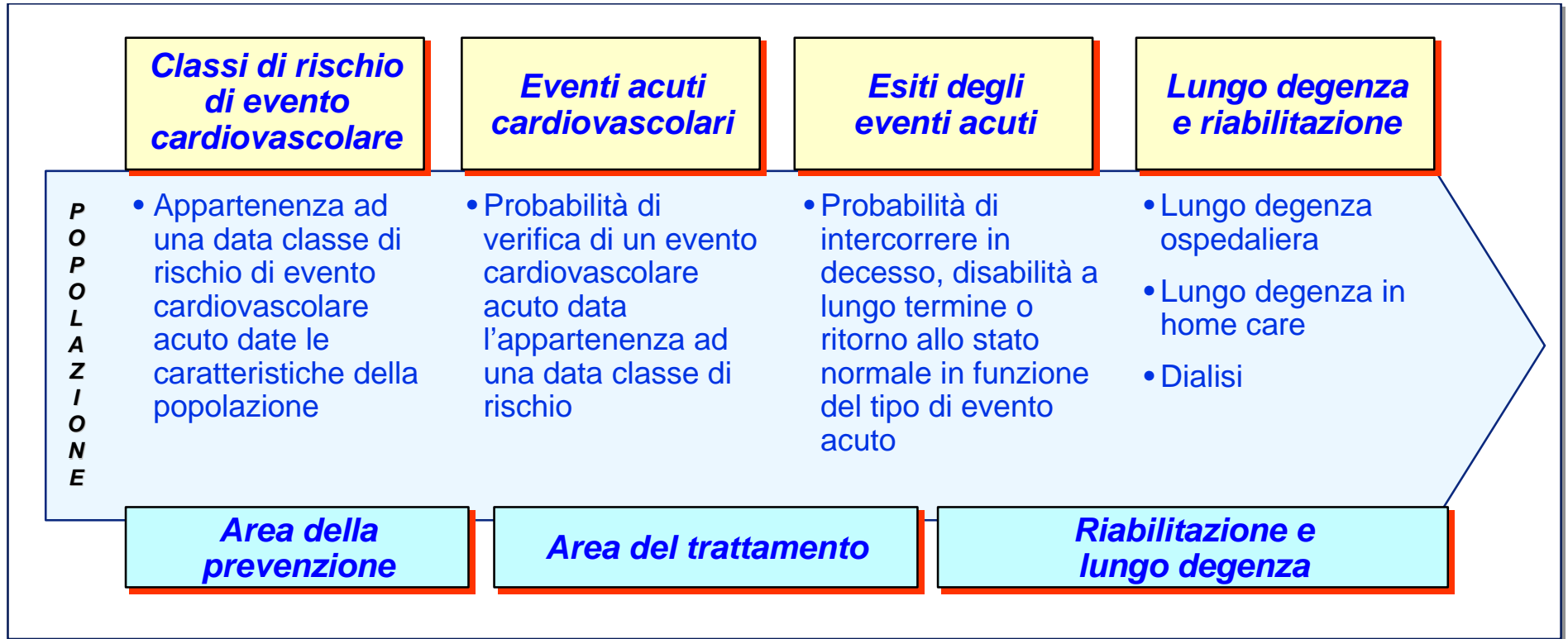
## ***SINERGIA:***

cooperazione di piu' elementi per il raggiungimento di uno stesso scopo, che comporta un rendimento maggiore di quello ottenuto dai vari elementi separati

## ***SINCRONIA:***

fatti o azioni che avvengono o si compiono contemporaneamente

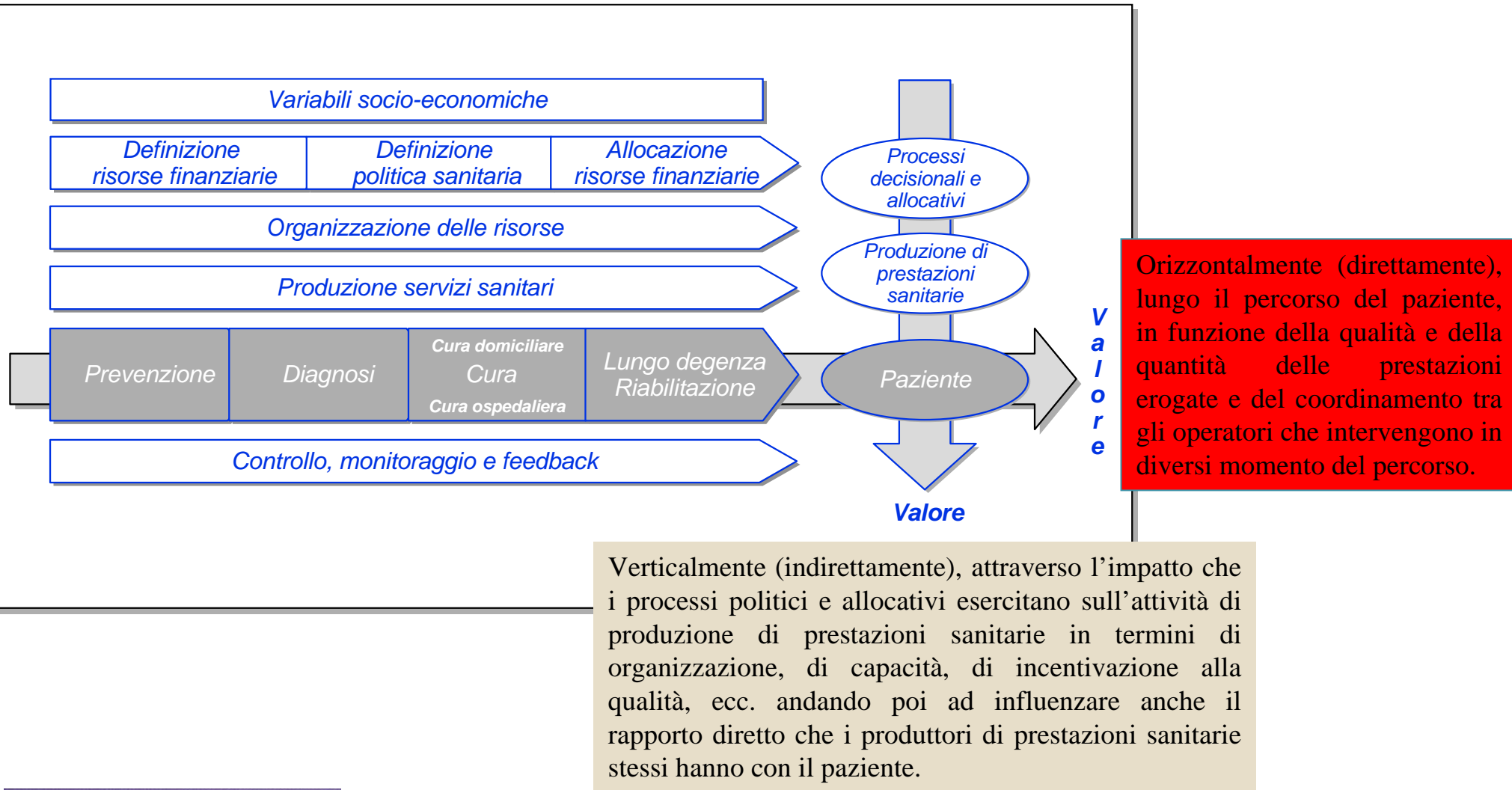
# Il valore generato per il paziente attraverso il Sistema Sanitario Nazionale



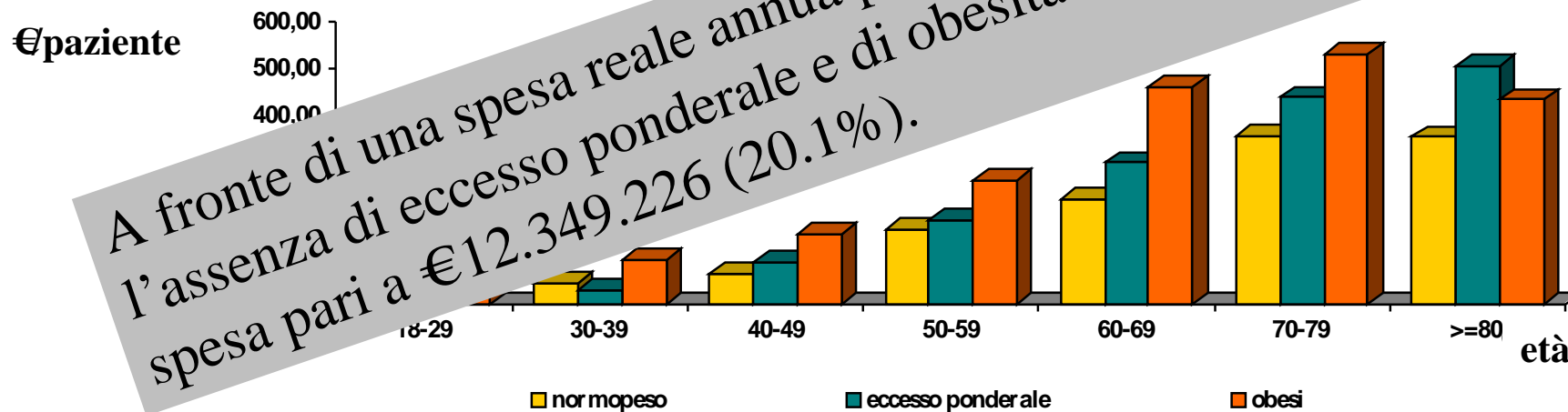
**Numero di soggetti coinvolti**

**Costo per soggetto coinvolto**

# Il valore generato per il paziente attraverso il Sistema Sanitario Nazionale

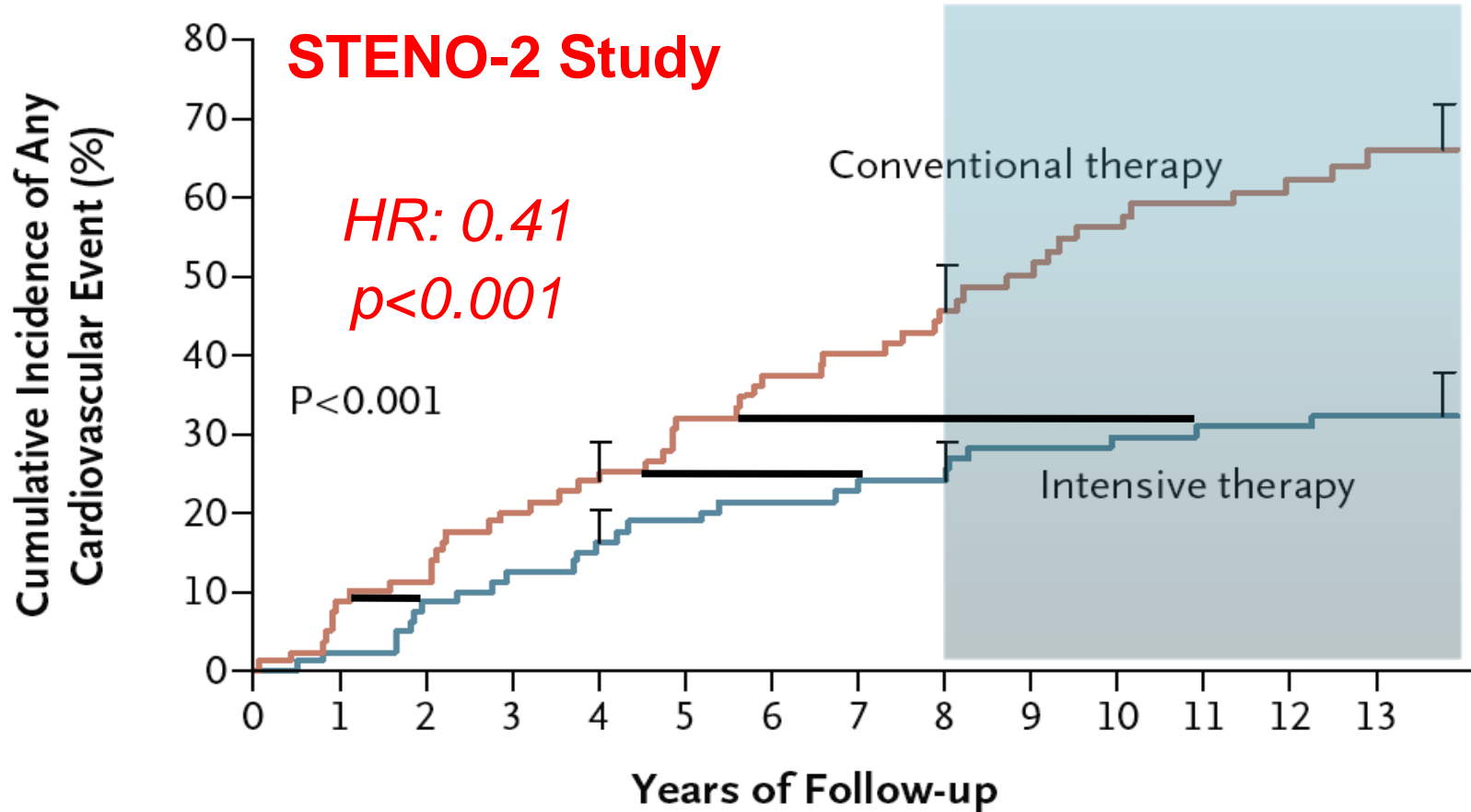


# Prevalenza di normopeso, eccesso ponderale, obesità e spesa media per farmaci in rapporto a età e indice di massa corporea



A fronte di una spesa reale annua per farmaci pari a €61.469.484 ,  
l'assenza di eccesso ponderale e di obesità comporterebbe una non  
spesa pari a €12.349.226 (20.1%).

# Il “valore” della intensità terapeutica nel paziente ad elevato rischio cardiovascolare



## No. at Risk

Intensive therapy	80	72	65	61	56	50	47	31
Conventional therapy	80	70	60	46	38	29	25	14

# ..... Ospedale Territorio: Mito o Realta'?

---

La realizzazione di un processo di gestione integrata territorio-ospedale necessita di:

- *la situazione epidemiologica territoriale;*
- *attività di formazione e informazione;*
- *la centralità del paziente nella pianificazione dei processi assistenziali;*
- *piano strategico aziendale (interaziendale, regionale);*
- *rete fra le attività di primo, secondo e terzo livello;*
- *definizione condivisa dei percorsi diagnostici;*
- *definizione condivisa dei motivi di accesso alle prestazioni di secondo e terzo livello;*
- *sistema informatizzato di raccolta dati.*

# La centralità del paziente nella pianificazione dei processi assistenziali

---

	Medico	Manager
	Gestione dell'individuo	Gestione della popolazione assistito
Obiettivo	Guarigione/benessere del paziente	Tutela della salute in generale
Competenza	Medica	Mista
Assetto informativo	Memoria individuale	Valutazione epidemiologica
Scelta terapeutica	Costo-efficacia	Budget
Esito	Intermedio	Morbilità/mortalità
Criterio da soddisfare	Efficacia produttiva	Efficacia distributiva



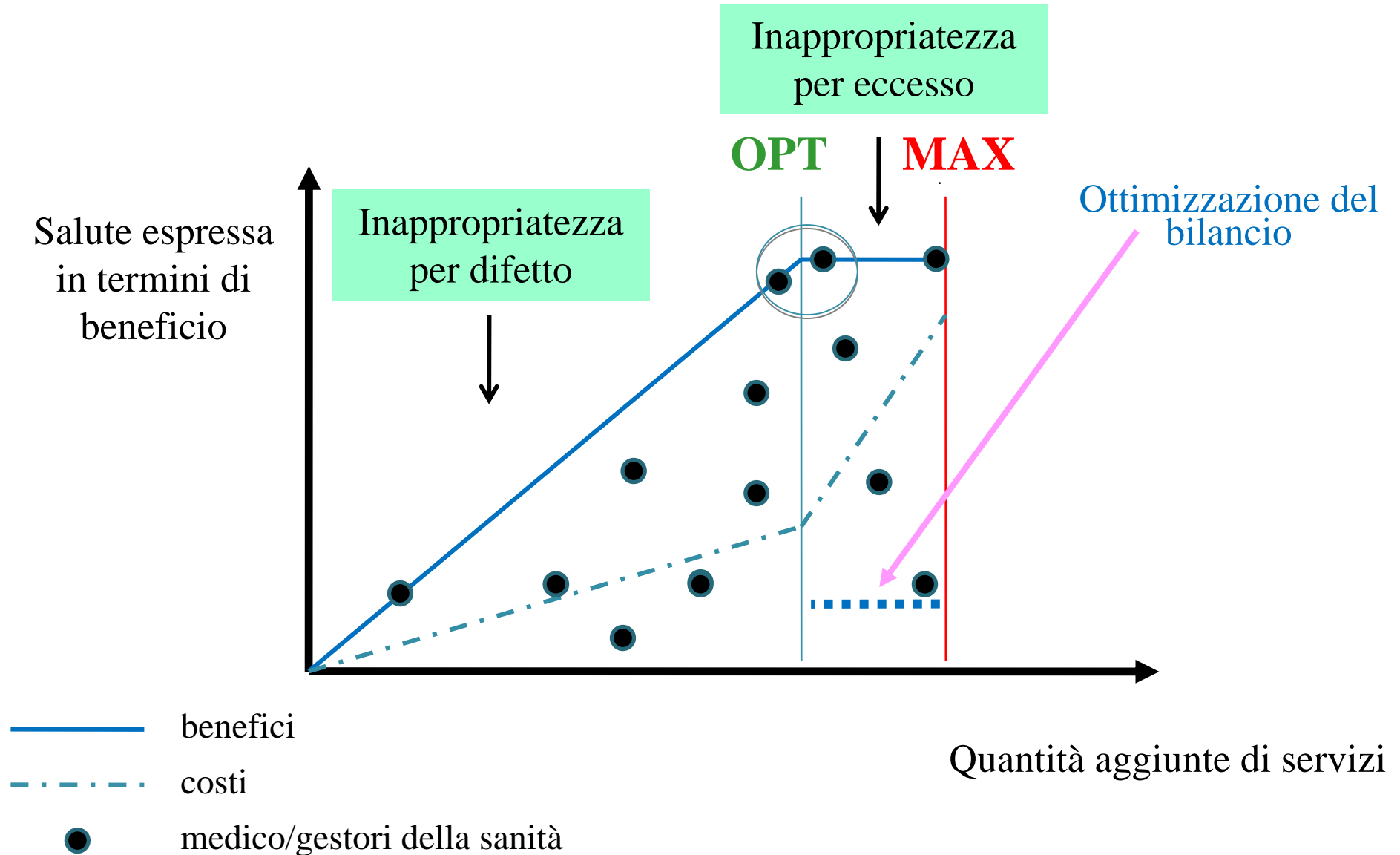
# Definizione condivisa dei percorsi diagnostici

---

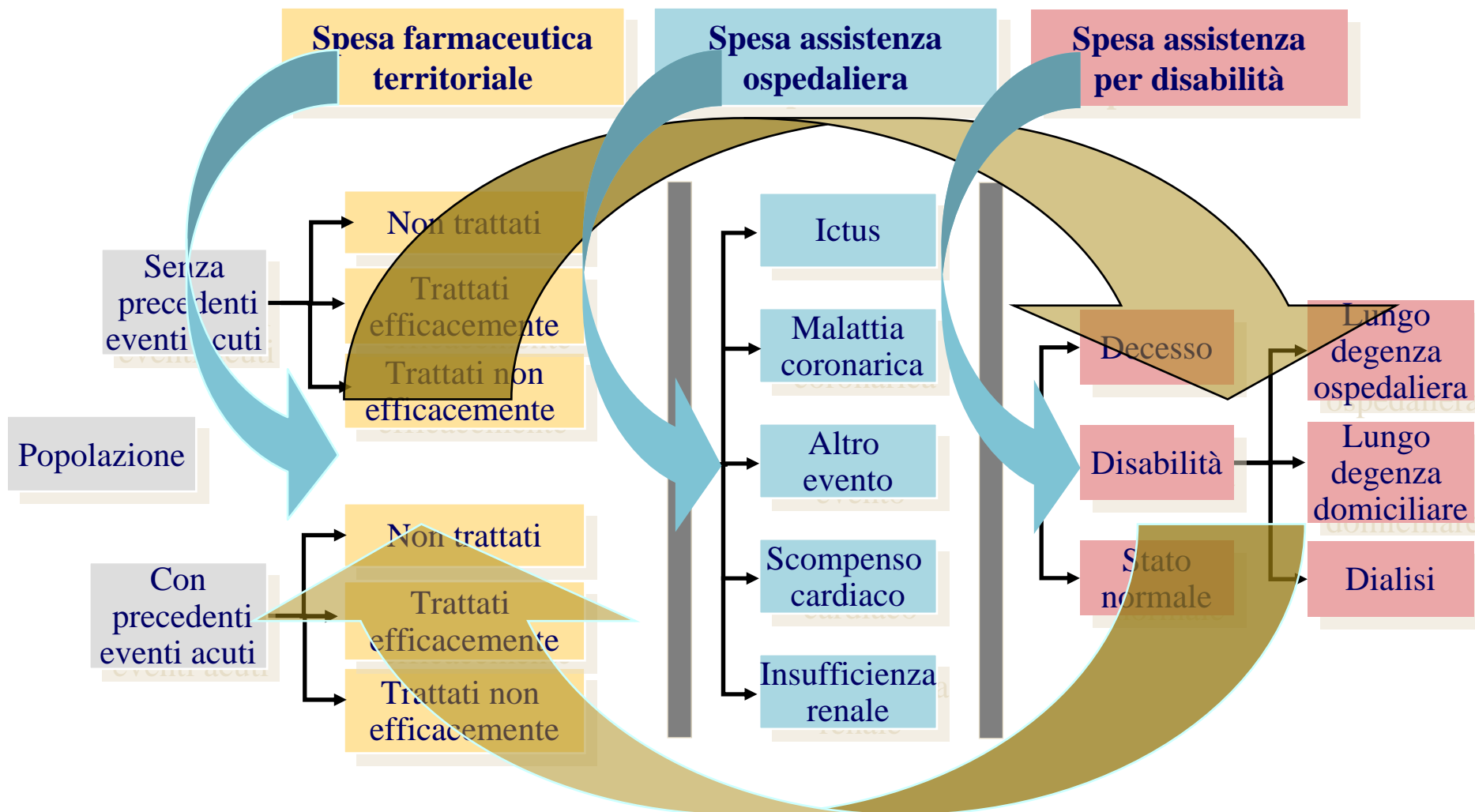
I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono piani interdisciplinari di cura creati per rispondere a bisogni complessi di salute del cittadino. Sono altresì strumenti di gestione clinica usati da chi eroga prestazioni sanitarie per definire la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, degli interventi efficaci rivolti a pazienti con particolari patologie.

Lo scopo dei PDTA è di centrare l'assistenza sui bisogni complessi di salute del cittadino, promuovere la continuità assistenziale, favorire l'integrazione fra gli operatori, ridurre la variabilità clinica, diffondere la medicina basata sulle prove (EBM), utilizzare in modo congruo le risorse.

# Definizione condivisa dei percorsi diagnostici: la variabilità dell'intervento sanitario



# Definizione condivisa dei percorsi diagnostici: valutazione economica vs valutazione finanziaria



# Limite della “attuale” visione manageriale

---

## **Programme budgeting and marginal analysis: bridging the divide between doctors and managers**

What are the total resources available?     **(budget)**

On which services are these resources currently spent?     **(allocazione delle risorse)**

What services are candidates for receiving more or new resources (and what are the costs and potential benefits of putting resources into such growth areas?)

**(crescita: con maggiori risorse migliori risultati)**

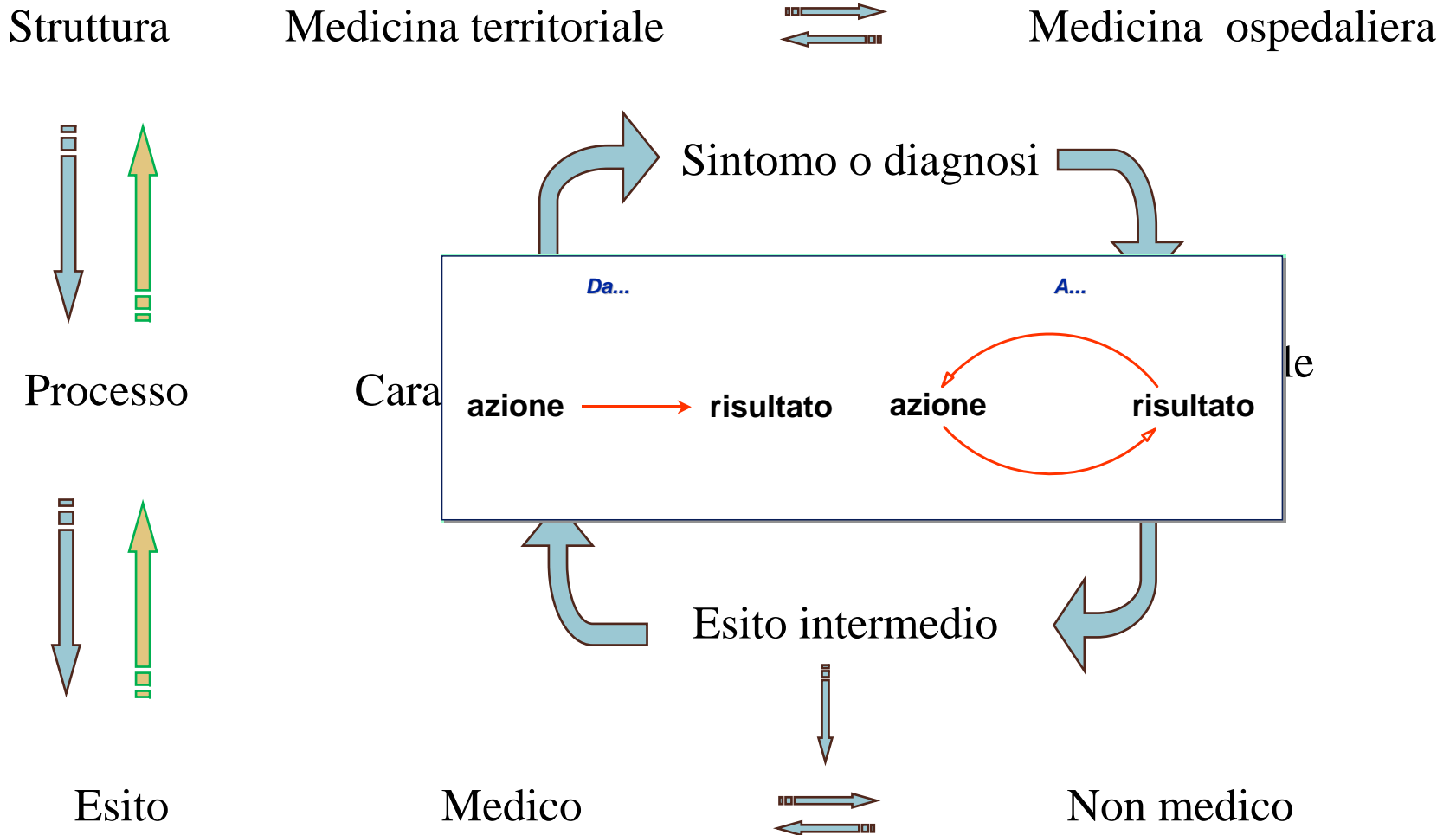
Can any existing services be provided as effectively, but with fewer resources, so releasing resources to fund items on the growth list?

**(stazionarietà: con minori risorse stessi risultati)**

If some growth areas still cannot be funded, are there any services which should receive fewer resources, or even be stopped, because greater benefit would be reached by funding the growth option as opposed to the existing service?

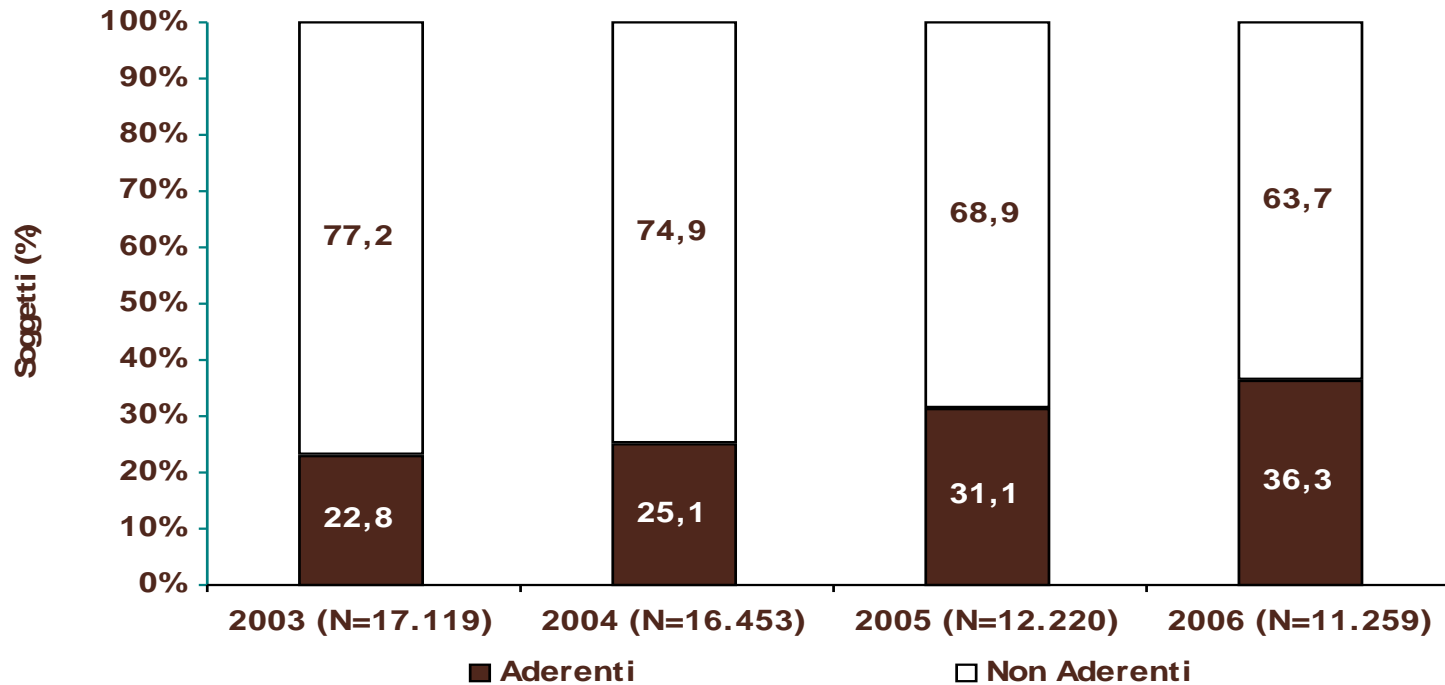
**(ridimensionamento o chiusura: con riallocazione di risorse risultati più utili)**

# Promozione e valutazione della qualità della assistenza sanitaria



# L'aderenza alle indicazioni terapeutiche: dalla ricerca agli audit clinici

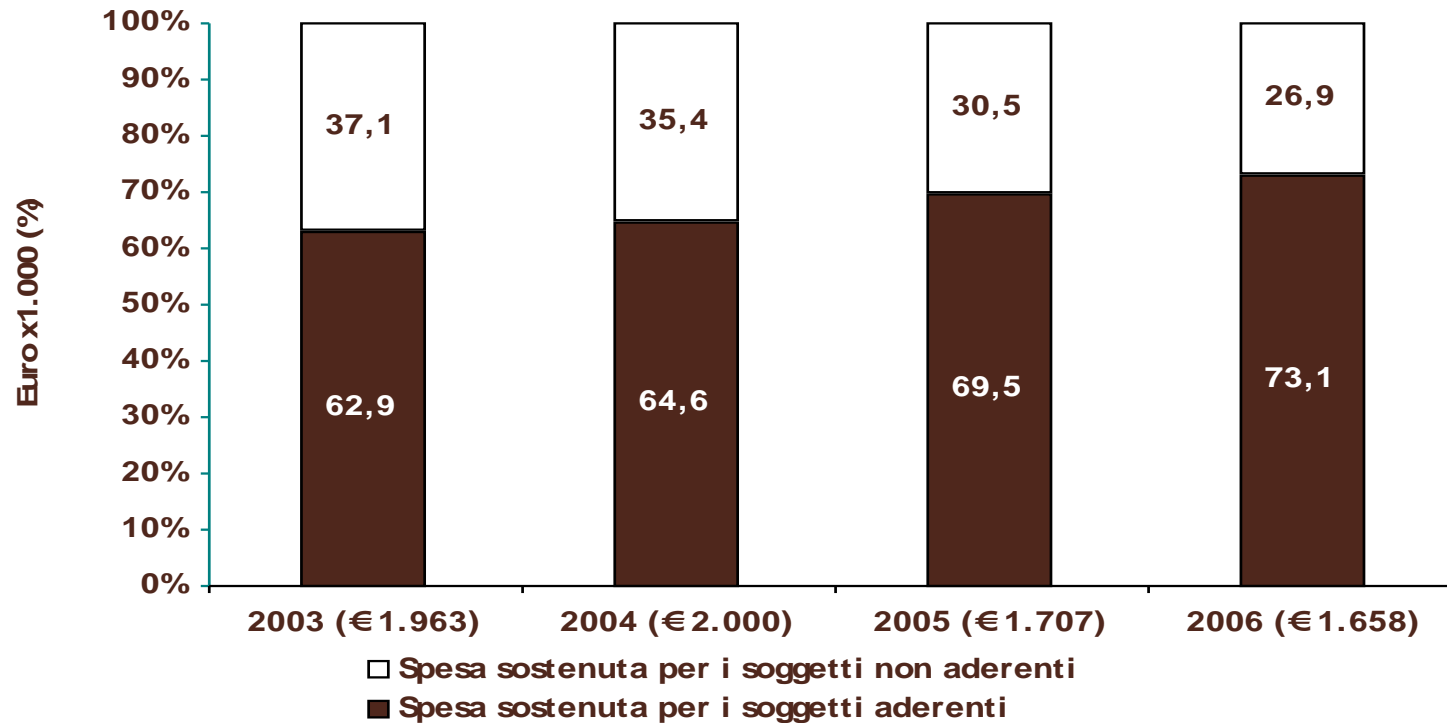
---



\* Analisi effettuata sui soli soggetti incidenti al trattamento per il primo anno di osservazione.

# L'aderenza alle indicazioni terapeutiche: dalla ricerca agli audit clinici

---



\* Analisi effettuata sui soli soggetti incidenti al trattamento per il primo anno di osservazione.

# Clinical governance

---

L'incoerenza tra livelli ottimali attesi e livelli osservati di tempestività, coordinamento, continuità, accessibilità dei processi assistenziali sono molteplici e vanno ricercate:

nella ***“debolezza” della programmazione sanitaria*** che, in Italia, fino ad oggi, nonostante la riproposizione, continua dell'obiettivo della messa a regime del “distretto”, non ha consentito di ottenere gli esiti sperati;

nella ***“debolezza” indotta dalla divaricazione dei modelli organizzativi*** consentita dal decentramento al livello regionale delle competenze in materia di Sanità;

nella ***“debolezza” intrinseca del modello organizzativo ed operativo*** generale su cui si basa l'assistenza erogata nel Territorio contrapposta alla “forza” del modello organizzativo e operativo generale su cui si basa l'assistenza erogata nell'Ospedale;

nella ***“debolezza” indotta da sostanziali divergenze tra le conoscenze e le competenze che sono richieste nel Territorio e nell'Ospedale.***



# Sfide per il sistema sanitario: efficacia e appropriatezza

---

*Passare dalla “ricerca clinica” alla “pratica clinica”*

*Sviluppare maggiormente l’interazione con la medicina del territorio attraverso*

- *una comunione di informazioni relative al paziente*
- *la realizzazione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali integrati*
- *la valutazione degli esiti clinici*

*Adeguare la formazione del personale sanitario medico e non medico ad una realtà caratterizzata da un progressivo incremento dell’assistenza sanitaria territoriale*

# **Clinical Governance: sostenibilità del sistema e futuro della sanità'**

---

**Leggere e studiare senza “agire” è fatica inutile...**

**“Agire” senza leggere e studiare è pericoloso!**

**Confucio**

# Le tre ere nella storia della gestione sanitaria

---

*Era della espansione:* USA 1951 - 1964

crescita dei finanziamenti al sistema salute, incremento del numero di medici e degli altri operatori sanitari, costruzione di nuovi ospedali, introduzione di nuove tecnologie, sviluppo della medicina specialistica, pianificazione di programmi pubblici di assistenza sanitaria.

*Era del contenimento dei costi:* USA 1965 - 1988

azioni finalizzate al controllo della spesa sanitaria. Due gli aspetti più rilevanti:

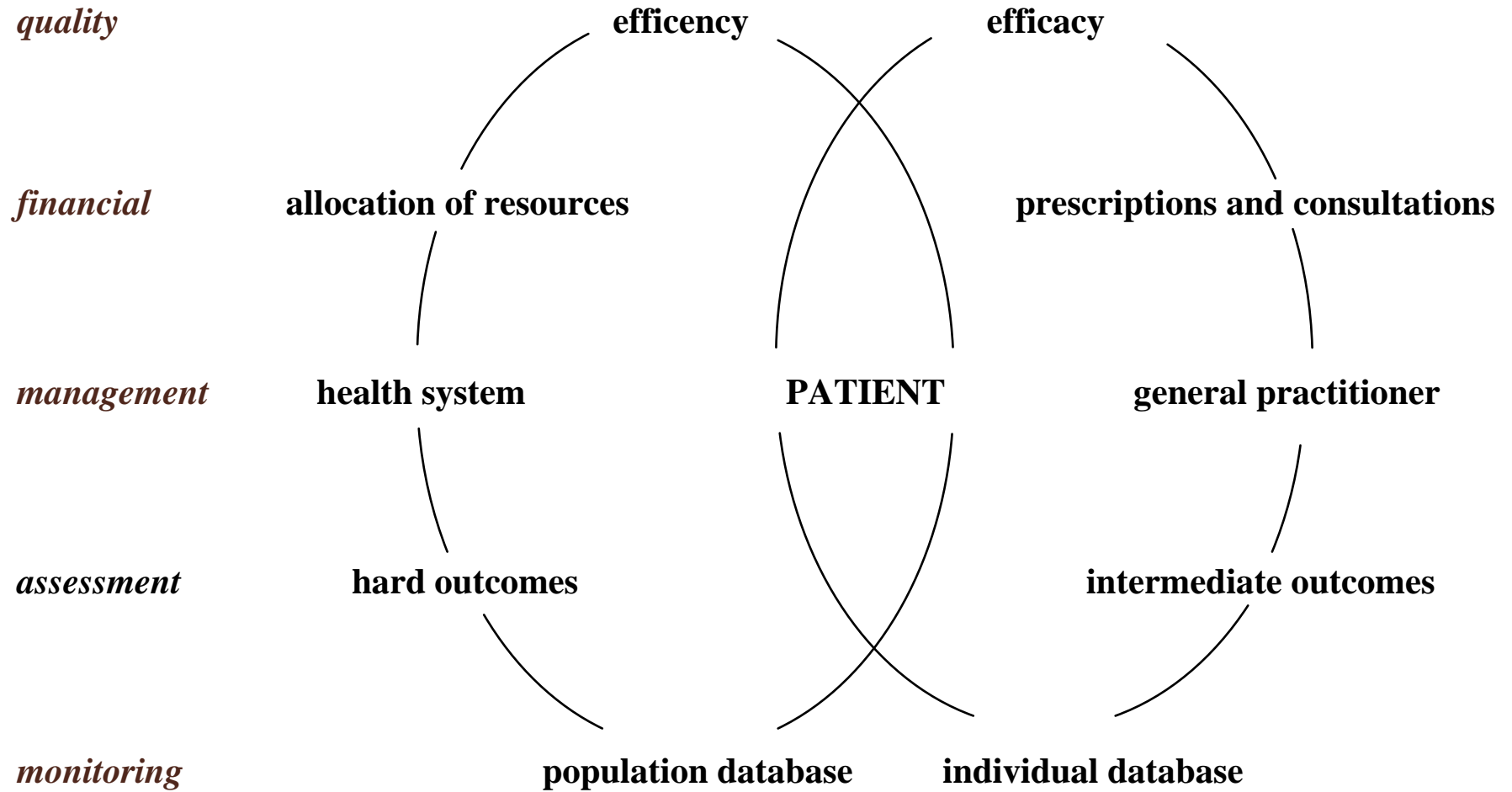
- introduzione di sistemi di remunerazione a tariffa,
- gestione della sanità secondo logica di azienda.

*Era della misurazione e della valutazione:* USA 1989 - ....

non un cieco contenimento della spesa, ma raggiungimento di risultati di salute predefiniti compatibili con le risorse disponibili.

# Sistema integrato

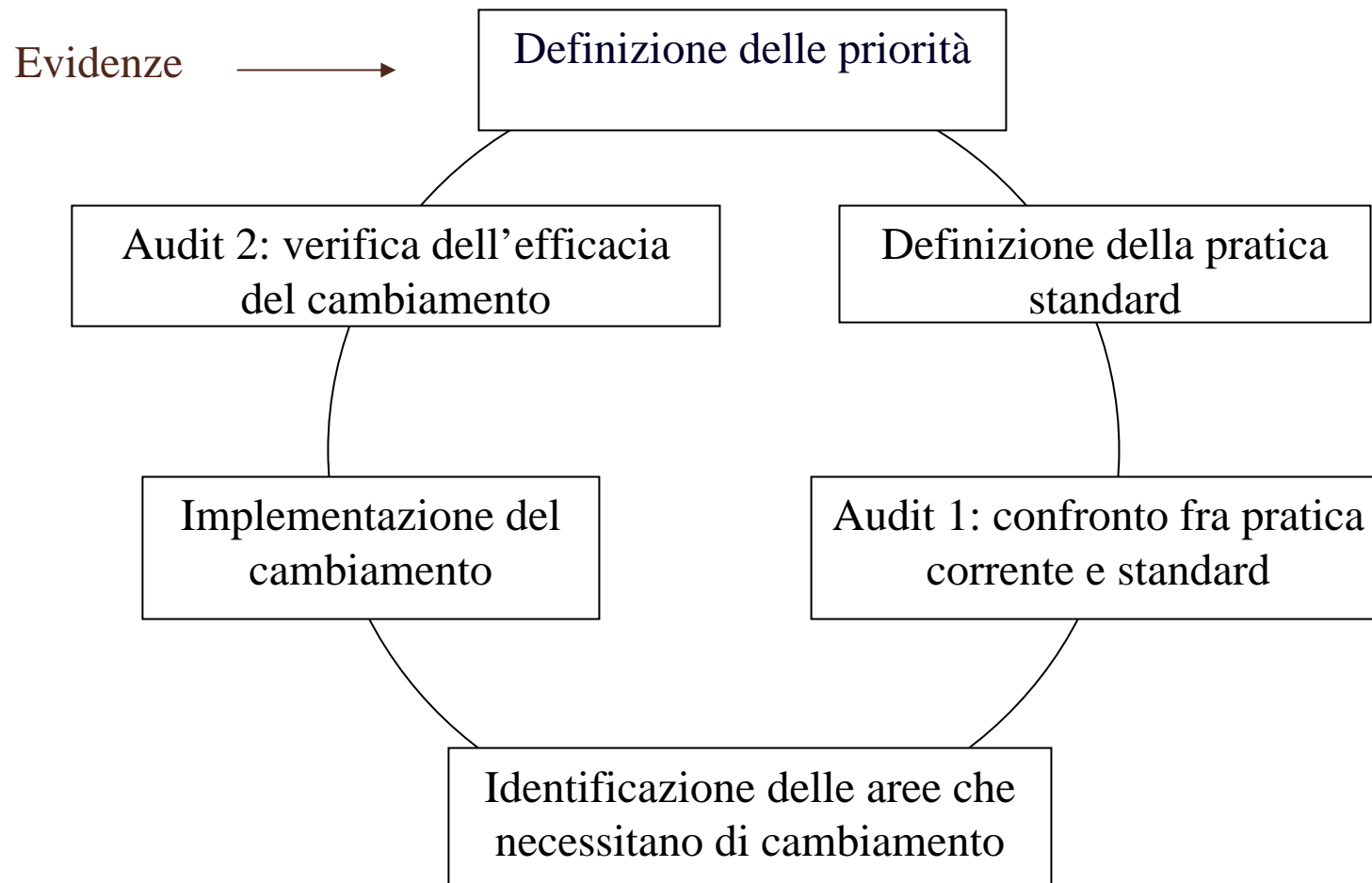
---



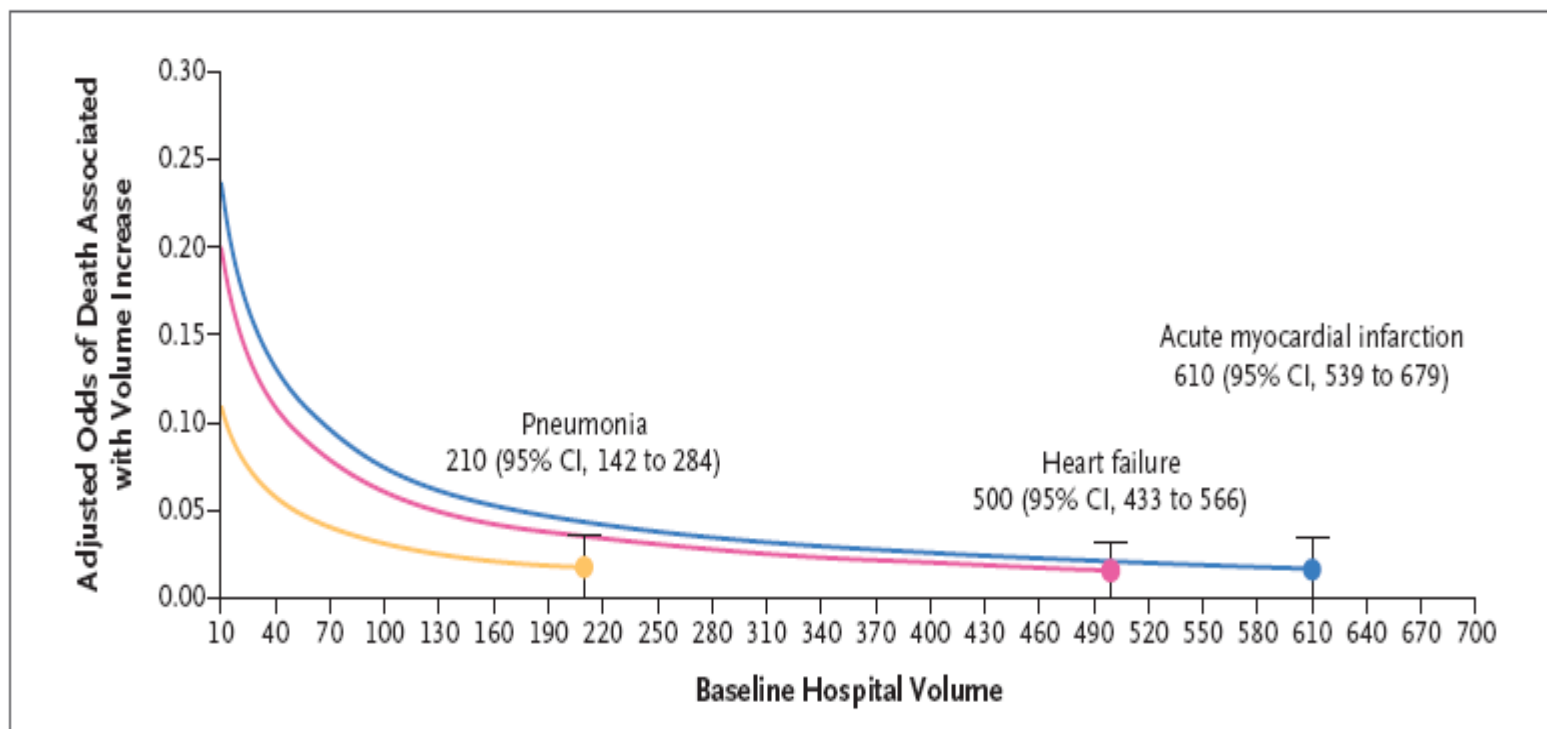
# Audit clinico

---

## Il ciclo dell'evidence based clinical audit



# Hospital Volume and 30-Day Mortality for Three Common Medical Conditions



**Figure 3.** Predicted Effect of an Increase of 100 Patients in Annual Hospital Volume on the Adjusted Odds of Death from Any Cause at 30 Days and Volume Threshold, According to Medical Condition.

For each condition, the association between the hospital volume and the patient outcome was attenuated as the hospital's volume increased. For patients with acute myocardial infarction, once the annual volume reached 610 patients, an increase of 100 patients in hospital volume was no longer significantly associated with reduced odds of death. The volume threshold for hospitalization was 500 patients for heart failure and 210 patients for pneumonia.

# Dove e quali dati raccogliere?

## ANAGRAFICA ASSISTITI

- data di nascita
- sesso

## FARMACEUTICO TERRITORIALE

- farmaco prescritto
- data della prescrizione
- prezzo della prescrizione
- nr. confezioni
- dosaggio

## NOSOLOGICA OSPEDALIERA

- diagnosi principale
- diagnosi secondarie
- regime di ricovero
- data di ammissione
- tariffa del ricovero

## SPECIALISTICA E DIAGNOSTICA AMB.

- tipo di prestazione
- data della prestazione
- costo della prestazione

codice d

nte

## Archivi “amministrativi”

### BANCA DATI DI POPOLAZIONE

*codice del paziente*  
caratteristiche strutturali  
dinamica delle prescrizioni  
accessi in ospedale  
esami di laboratorio

# Il costo di malattia

Analisi  
verticale per  
centro di costo

<i>pazienti</i>	<i>n</i>	<i>farmaci</i>	<i>visite</i>	<i>ricoveri ospedalieri</i>	<i>accertamenti</i>	<i>altro</i>	<i>costo medio paziente</i>	<i>costo totale</i>
<i>N - N</i>	<i>352</i>	<i>307.5</i>	<i>160.2</i>	<i>114.1</i>	<i>102.8</i>	<i>38.6</i>	<i>723.2</i>	<i>254566</i>
<i>N - I</i>	<i>200</i>	<i>326.3</i>	<i>166.6</i>	<i>46.9</i>	<i>100.2</i>	<i>38.9</i>	<i>678.9</i>	<i>135780</i>
<i>I - N</i>	<i>323</i>	<i>361.1</i>	<i>159.2</i>	<i>167.1</i>	<i>99.4</i>	<i>34.9</i>	<i>826.2</i>	<i>266862</i>
<i>I - I</i>	<i>776</i>	<i>393.5</i>	<i>171.2</i>	<i>112.5</i>	<i>99.1</i>	<i>35.5</i>	<i>811.8</i>	<i>629956</i>
<i>Totale</i>	<i>1651</i>	<i>595491</i>	<i>273983</i>	<i>190816</i>	<i>165223</i>	<i>61641</i>		<i>1287164</i>

Analisi  
longitudinale  
per paziente



# Clinical governance

---

## Outcome assessment

Research aimed at assessing the **quality and effectiveness** of health care as measured by the attainment of a **specific end result or outcome**. Measures include parameters such as improved health, lowered morbidity and mortality, and improvement of abnormal states (such as elevated blood pressure)

## Health service research

The integration of **epidemiologic, sociological, economic**, and other analytic sciences in the study of health service. Health services research is usually concerned with the relationship between **need, demand, supply, use, and outcome** of health services. The aim of the research is evaluation, particularly in terms of **structure, process, output, and outcome**

## Disease management

A broad approach to appropriate coordination of the **entire disease treatment process** that often involves shifting away from more expensive inpatient and acute care to areas such as preventive medicine, patient counseling and education, and outpatient care. This concept includes implication of **appropriate versus inappropriate therapy** on the overall **cost and clinical outcome** of a particular disease

# Clinical governance

---

Posto che risulta ormai impossibile, rispetto alla storia naturale della maggior parte delle malattie, ipotizzare che le *manovre preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative possano avere luogo in un unico, omogeneo contesto operativo* (o i servizi territoriali, o l'ospedale), dal punto di vista delle performance assistenziali ed organizzative è del tutto evidente che *la capacità degli interventi di ottenere realmente l'esito atteso dipende, non soltanto dalla abilità decisionale degli operatori, ma anche dalla tempestività e dal grado di coordinamento con cui gli interventi stessi vengono sviluppati*, dalla continuità che connota le azioni poste in essere nei diversi ambiti, dal livello di accessibilità alle risorse sanitarie assicurata ai pazienti in funzione della natura e della severità del quadro clinico presentato.

# Clinical governance

---

E', altresì, del tutto evidente che l'incoerenza tra livelli ottimali attesi e livelli osservati di tempestività, coordinamento, continuità, accessibilità dei processi assistenziali sono molteplici e vanno ricercate:

nella *“debolezza” della programmazione sanitaria* che, in Italia, fino ad oggi, nonostante la riproposizione, continua dell'obiettivo della messa a regime del “distretto”, non ha consentito di ottenere gli esiti sperati;

nella *“debolezza” indotta dalla divaricazione dei modelli organizzativi* consentita dal decentramento al livello regionale delle competenze in materia di Sanità;

nella *“debolezza” intrinseca del modello organizzativo ed operativo* generale su cui si basa l'assistenza erogata nel Territorio contrapposta alla “forza” del modello organizzativo e operativo generale su cui si basa l'assistenza erogata nell'Ospedale;

nella *“debolezza” indotta da sostanziali divergenze tra le conoscenze e le competenze che sono richieste nel Territorio e nell'Ospedale.*

# ..... Ospedale Territorio: Mito o Realta'?

---

## ***SINERGIA:***

cooperazione di piu' elementi per il raggiungimento di uno stesso scopo, che comporta un rendimento maggiore di quello ottenuto dai vari elementi separati

## ***INTEGRAZIONE:***

rendere perfetto cio' che e' insufficiente ad uno scopo, aggiungendo quanto e' necessario o supplendo al difetto con mezzi opportuni

## ***COORDINAMENTO:***

disporre piu' elementi nell'ordine piu' adatto al fine che si vuole raggiungere

## ***SINCRONIA:***

fatti o azioni che avvengono o si compiono contemporaneamente

# Definizione condivisa dei percorsi diagnostici

---

