Isole minori: dai confini del sistema sanitario nazionale a centro di sperimentazione organizzativa. Come valutare i risultati del percorso di cambiamento.

Prof.ssa Sabina Nuti

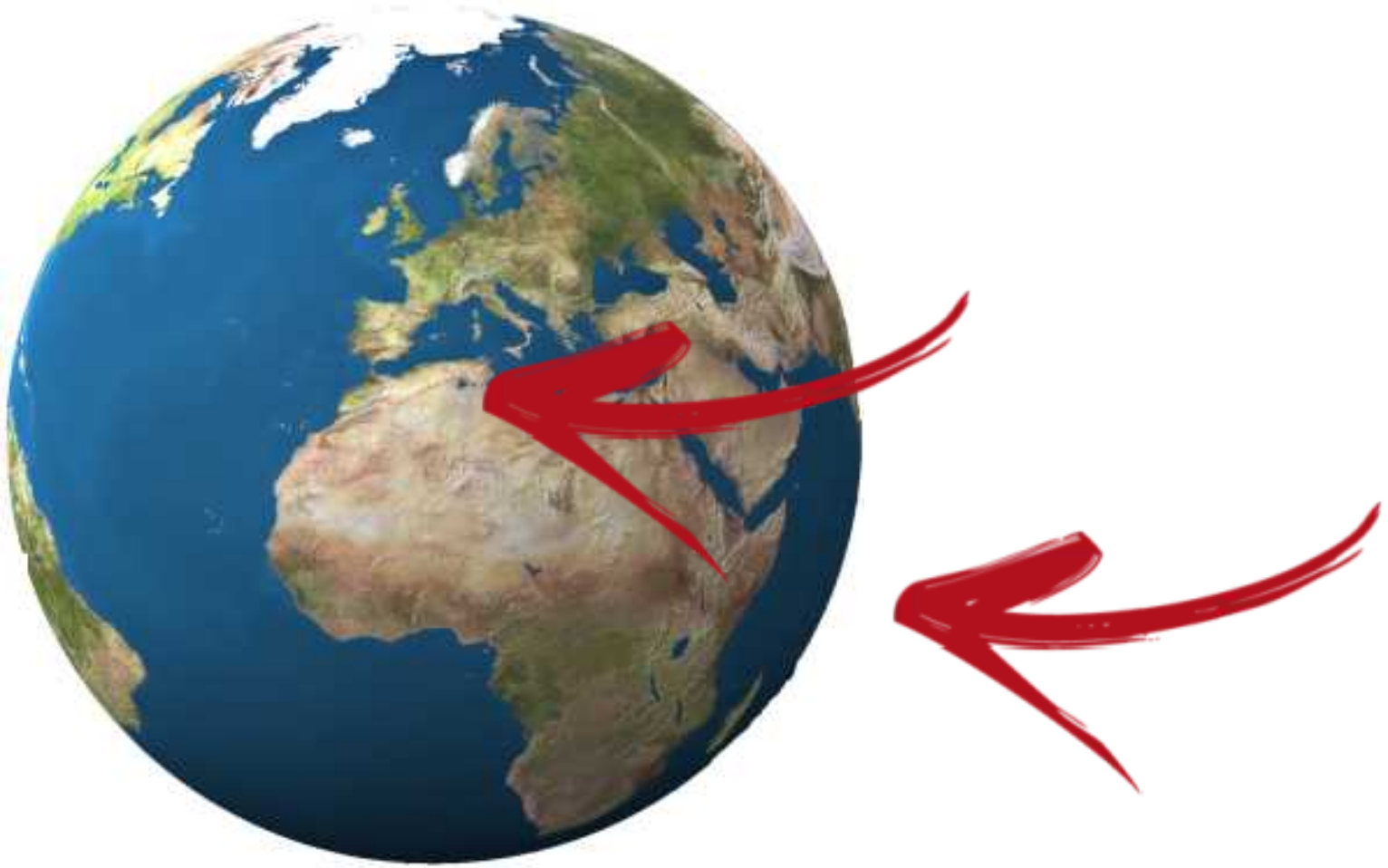
Laboratorio Management e Sanità

Istituto di Management

Scuola Superiore Sant'Anna Pisa

16 novembre 2018

Piccole isole… zone disagiate…



le indicazioni normative….

DM 70/2015
gli standard di riferimento…
(qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi)

il "Decreto Balduzzi"

Presidi zone disagiate

Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate
Le regioni possono prevedere **H di base per zone particolarmente disagiate** (ambiente montano o premontano con collegamenti viari complessi o in ambiente insulare),
→ **più di 90 minuti dai centri *hub* o *spoke* di riferimento** (compresi regioni confinanti in base ad accordi interregionali) **o 60 minuti dai presidi di PS**, tenuto conto anche di elisoccorso e di elisuperfici dedicate.

Le strutture devono essere integrate nella rete H e devono essere dotate indicativamente di:

1) reparto di **20 posti letto di medicina generale** con un proprio organico di medici e infermieri

2) **chirurgia elettiva ridotta** (*DS* o *Week Surgery)* con possibilità di appoggio nei letti di medicina per i casi che non possono essere dimessi in giornata → occupazione massima: 70% per poter accogliere casi imprevisti

La copertura in pronta disponibilità per restante orario da parte dell'equipe chirurgica garantisce supporto specifico in casi risolvibili in loco

3) **PS con organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza**, inquadrato nella disciplina Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza e integrato alla struttura complessa del DEA di riferimento che garantisce servizio e aggiornamento. Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale *hub* o *spoke* più vicino

Prevista possibilità di trasmissione di immagine in rete al centro *hub* o *spoke* più vicino per indagini radiologiche

PROSSIMITA’

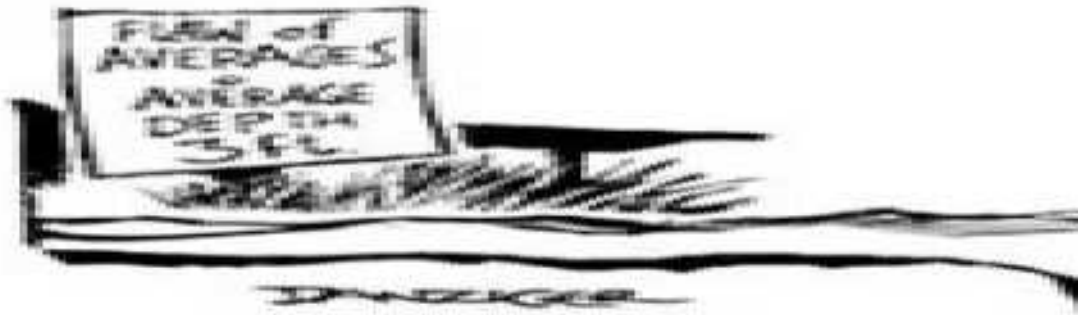
QUALITA’ DELLE CURE

SOSTENIBILITA’

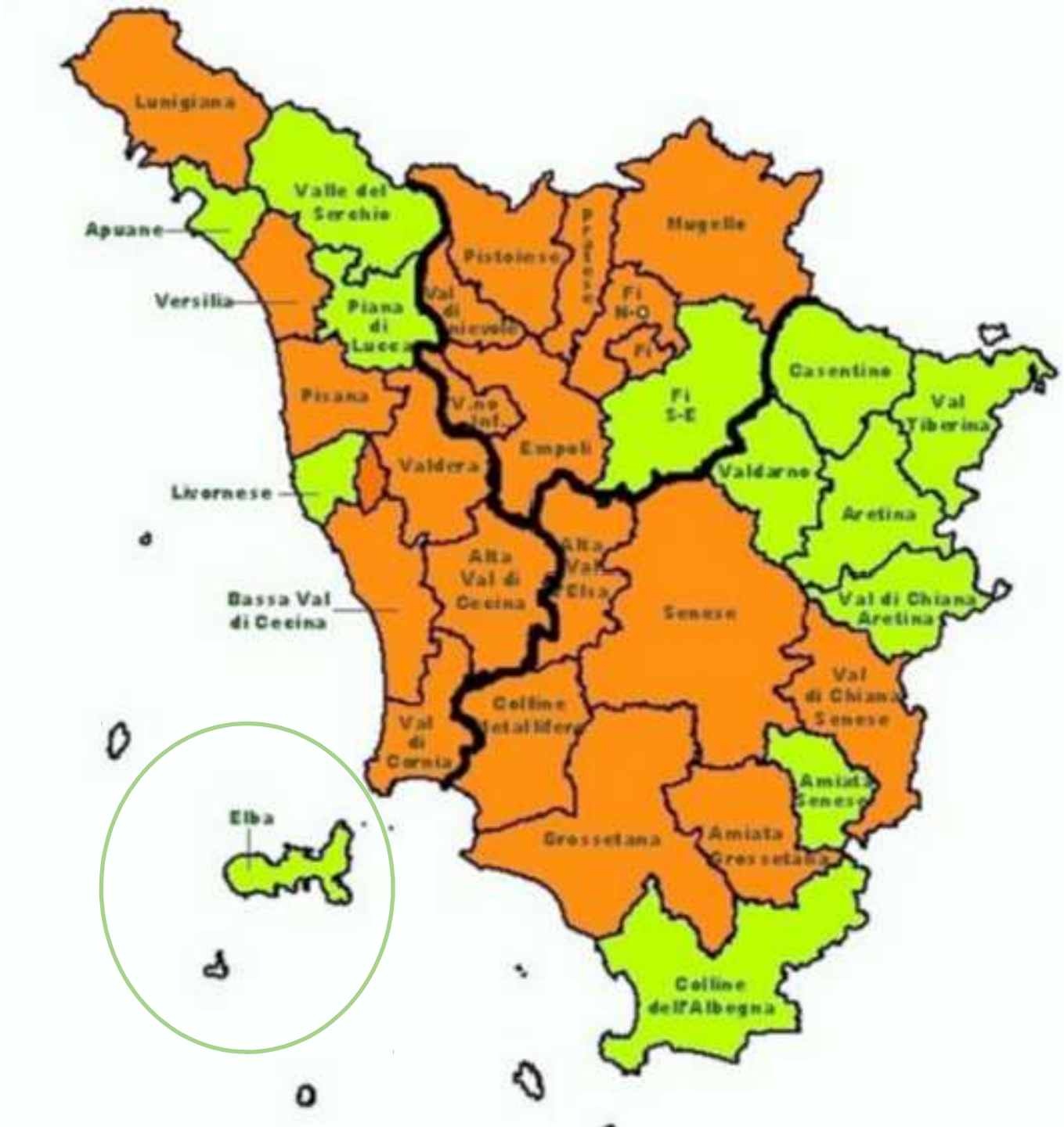
Obiettivi specifici ?

Fino ad oggi molto spesso strategie e interventi non differenziati….

La trappola del valore medio….



https://www.youtube.com/watch?v=OhCc4lv7yCM


Lunigiana
Valle del Serchio
Apuane
Versilia
Piana di Lucca
Pistoiese
Pratese
Mugello
Fi N-O
Fi
Fi S-E
Casentino
Val Tiberina
Pisana
Valdera
Empoli
Valdarno
Aretina
Livornese
Alta Val di Cecina
Bassa Val di Cecina
Senese
Val di Chiana Aretina
Val di Chiana Senese
Colline Metallifere
Val di Cornia
Amiata Senese
Elba
Grossetana
Amiata Grossetana
Colline dell'Albegna

DM 70 e presidio dell'Elba:

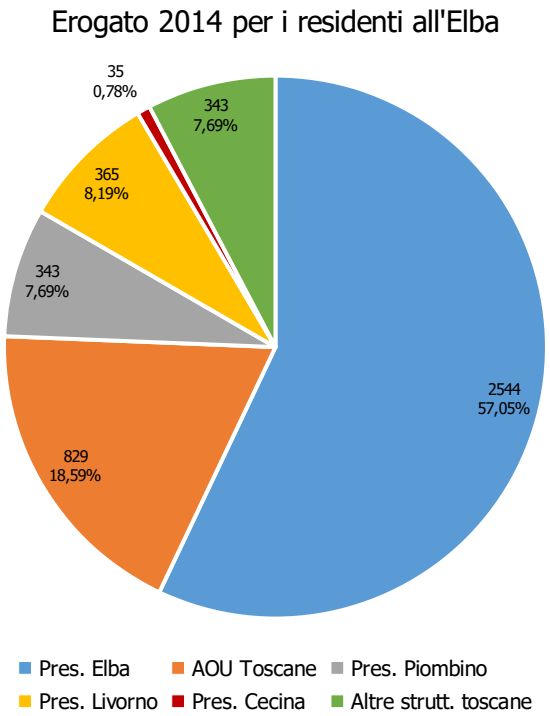
Il Bacino di Utenza → 32.115 residenti (periodi invernali)

200.000 residenti+turisti (periodi estivi)

N. di accessi al PS (anno 2014) → 16.530 (tot accessi nel 2014)

Fughe residenti Elba

I ricoveri dei residenti nel 2014 sono stati 4.459, di cui solo il 57% all'Elba e gli altri così distribuiti:



Inoltre chi ha un titolo di studio elevato si sposta di un 50 % in più di chi ha titolo basso quando viene scelta un'azienda ospedaliero universitaria, e di un 20% quando si sceglie altri ospedali della rete

2014

Gli elementi fondanti del Sistema di valutazione del Network delle Regioni

MULTIDIMENSIONALITA'
per cogliere la complessità e agire sulle determinanti

TRASPARENZA
per rispondere alla missione del sistema pubblico con una gestione responsabile

BENCHMARKING SISTEMATICO
per superare l'autoreferenzialità e per imparare

TEMPESTIVITA'
per fornire i risultati in tempi utili alla programmazione annuale

EVIDENZE
per analizzare e comprendere i fenomeni, ed effettuare delle scelte

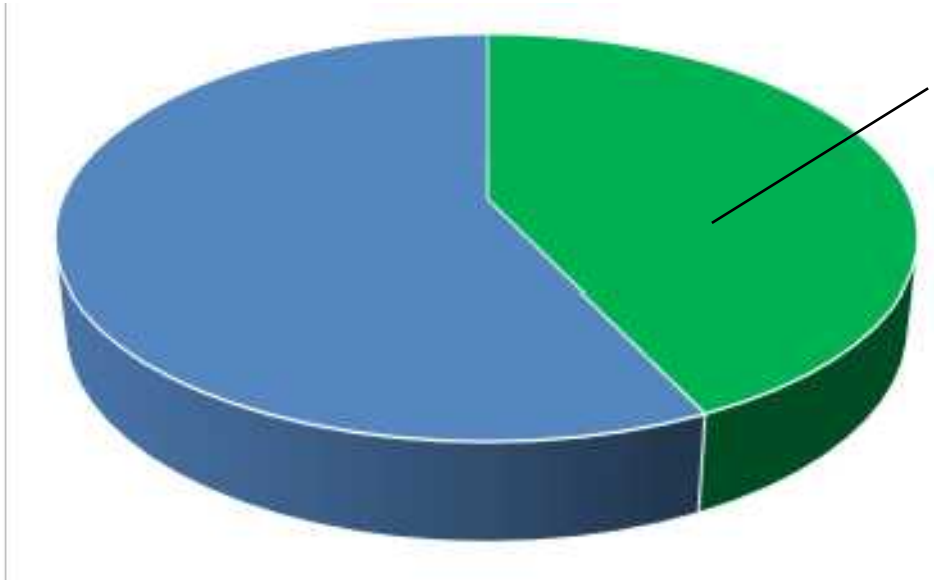
CONDIVISIONE VOLONTARIA
Tra le regioni e con gli operatori del processo e del metodo in viene misurata la performance

Ruoli nel Network delle Regioni

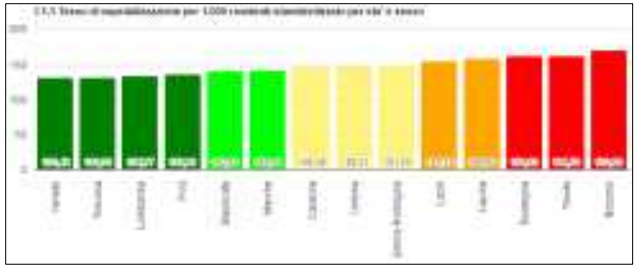
Le Regioni del Network condividono le decisioni, il processo, le modalità e le informazioni; ciascuna Regione è responsabile dell'elaborazione e caricamento dei propri dati.

La Scuola Sant'Anna/Laboratorio MeS è garante della validità scientifica e promuove l'aggiornamento sui temi di management sanitario.
Come soggetto terzo, svolge il ruolo di agenzia di *benchmarking*: coordina e gestisce il processo di condivisione delle informazioni e di acquisizione dei dati mediante la piattaforma web.
Open access: http://performance.sssup.it/netval

281 indicatori



115 indicatori valutati



Stato di salute della popolazione

Assistenza farmaceutica

Efficienza e sostenibilità

Governo e qualità dell'offerta

Utenza e personale

Prevenzione collettiva

Strategie sanitarie regionali

Emergenza-urgenza

Le fasce di valutazione nel network regioni

Colori e punteggi del bersaglio:

VERDE	4 - 5	Performance ottima (Punto di forza)
VERDINO	3 - 4	Performance buona
GIALLO	2 - 3	Performance media
ARANCIONE	1 - 2	Performance scarsa
ROSSO	0 - 1	Performance molto scarsa (Punto di debolezza)

Criteri di assegnazione delle fasce di valutazione nel network regioni

Fino al 2010 il network delle regioni ha utilizzato il metodo dei **quintili** per assegnare le fasce di valutazione alle regioni e aziende.

Per superare i limiti di tale metodo, nel 2011 le Regioni hanno condiviso degli **standard di riferimento** su ciascun indicatore, su cui applicare le fasce di performance.

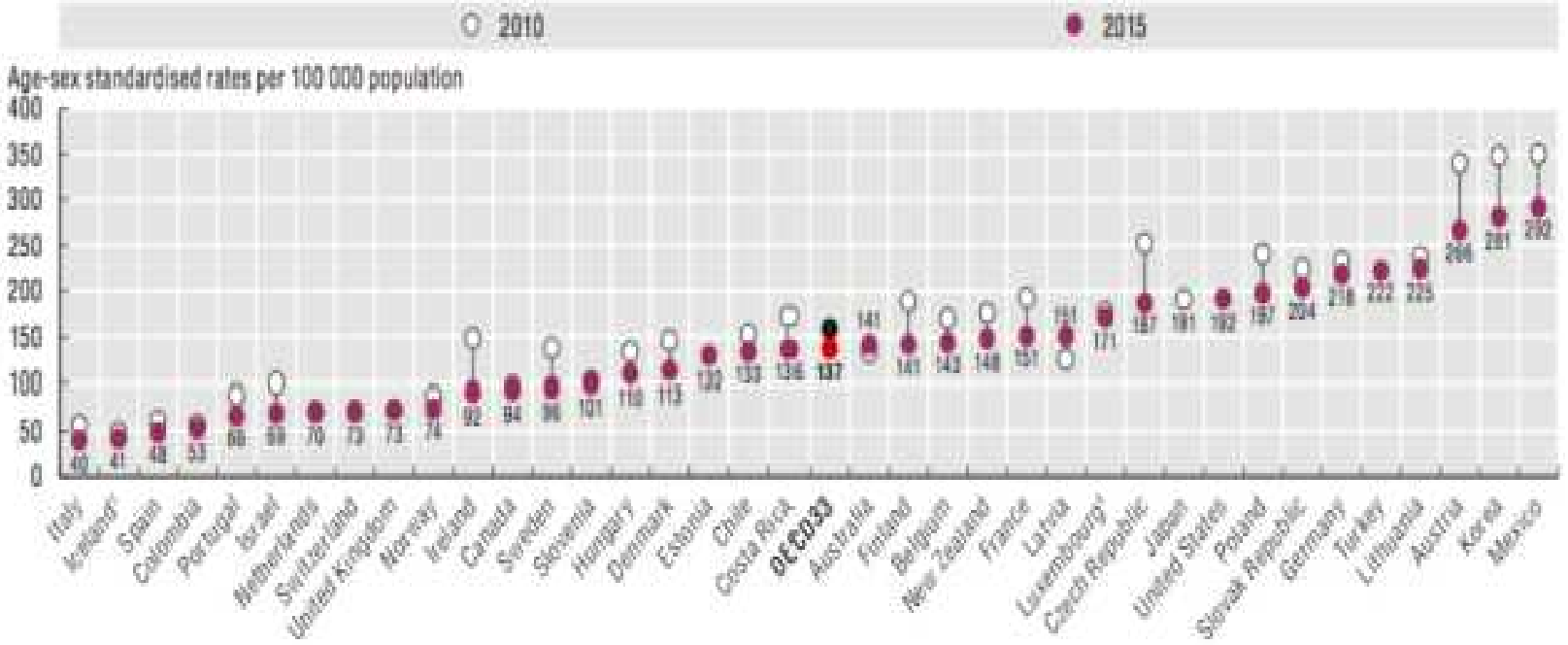
Criteri condivisi per l'identificazione degli standard di riferimento:

- standard internazionale o nazionale
- standard regionale di una delle regioni del network
- media delle aziende sanitarie del network

Un esempio:

Quality indicators on primary care

6.11. Diabetes hospital admission in adults, 2010 and 2015 (or nearest year)

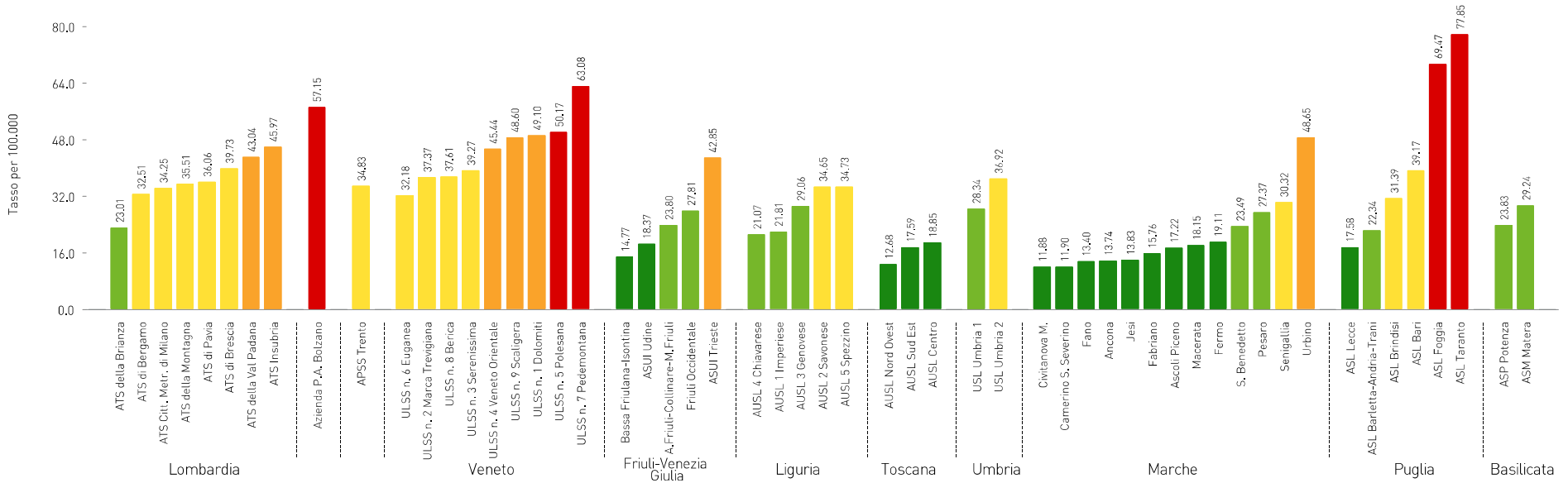


1. Three-year average.

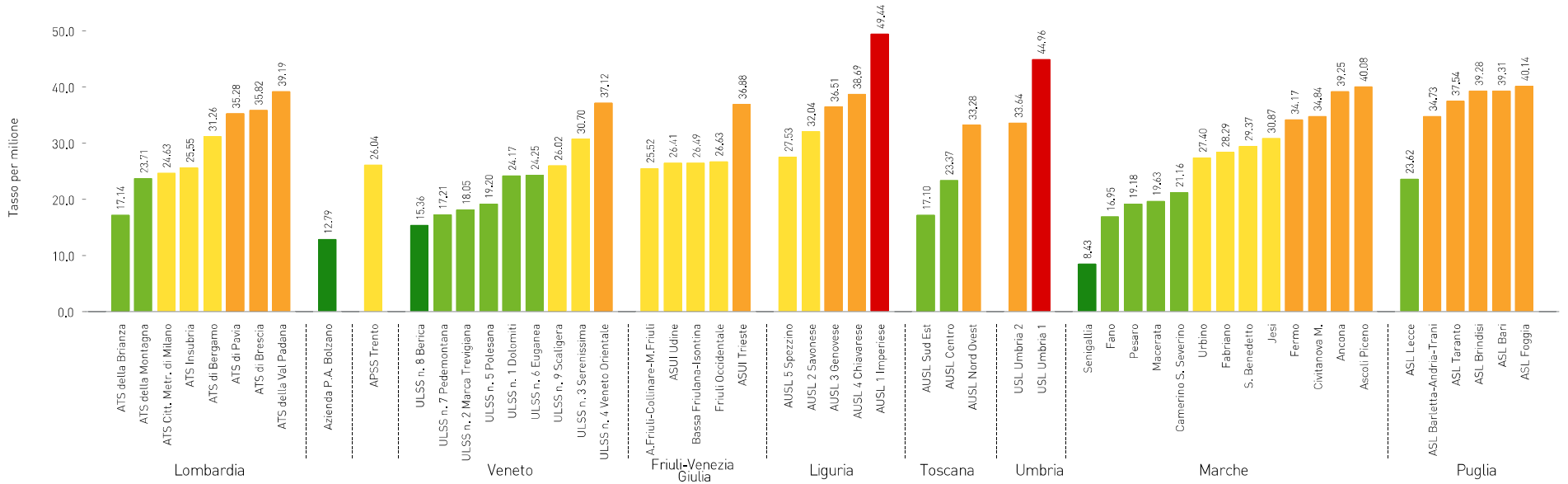
Source: OECD Health Statistics 2017.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933603545

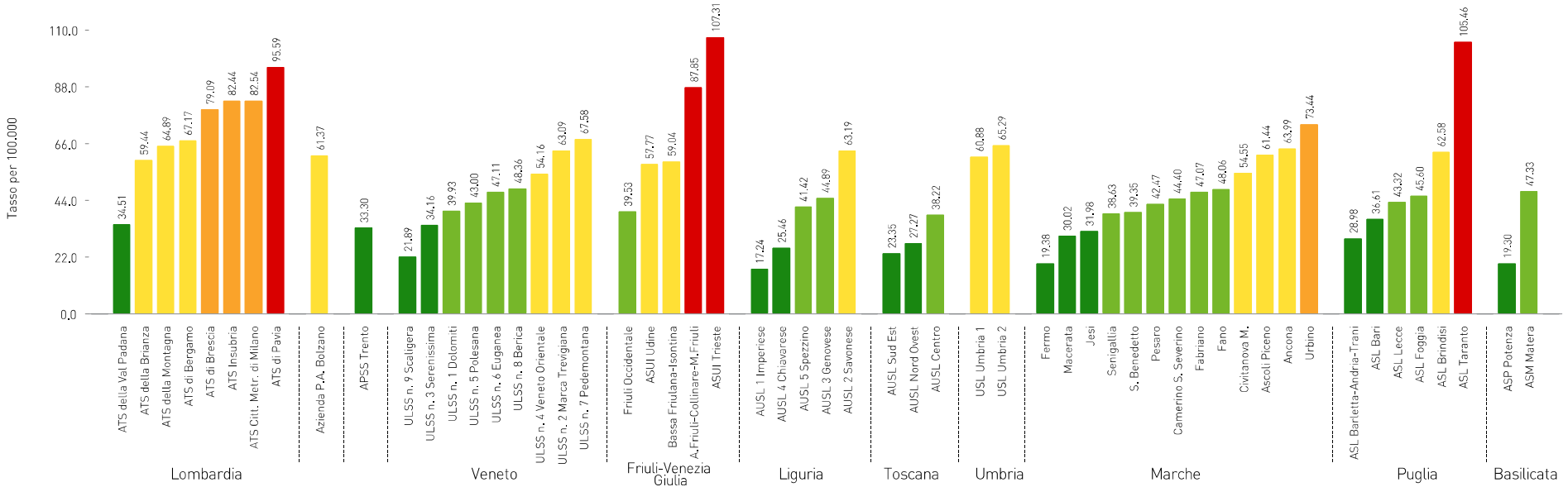
Diabetes hospitalization rate (35-74 years) 2017



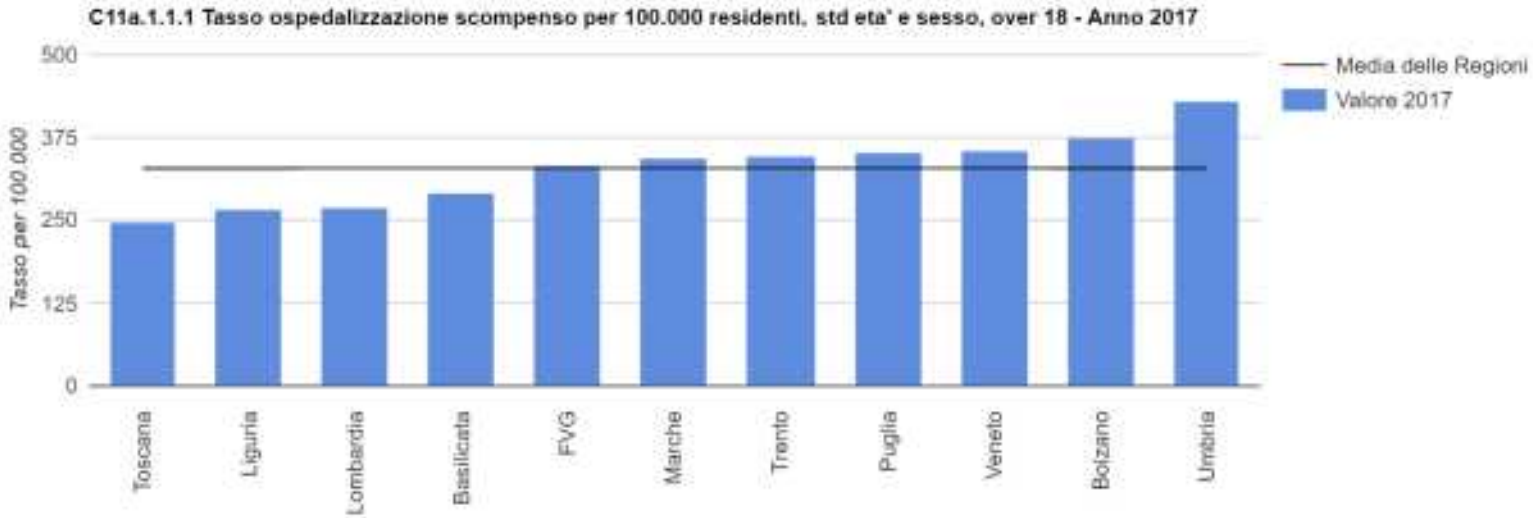
Major amputation rate for diabetes, 2017

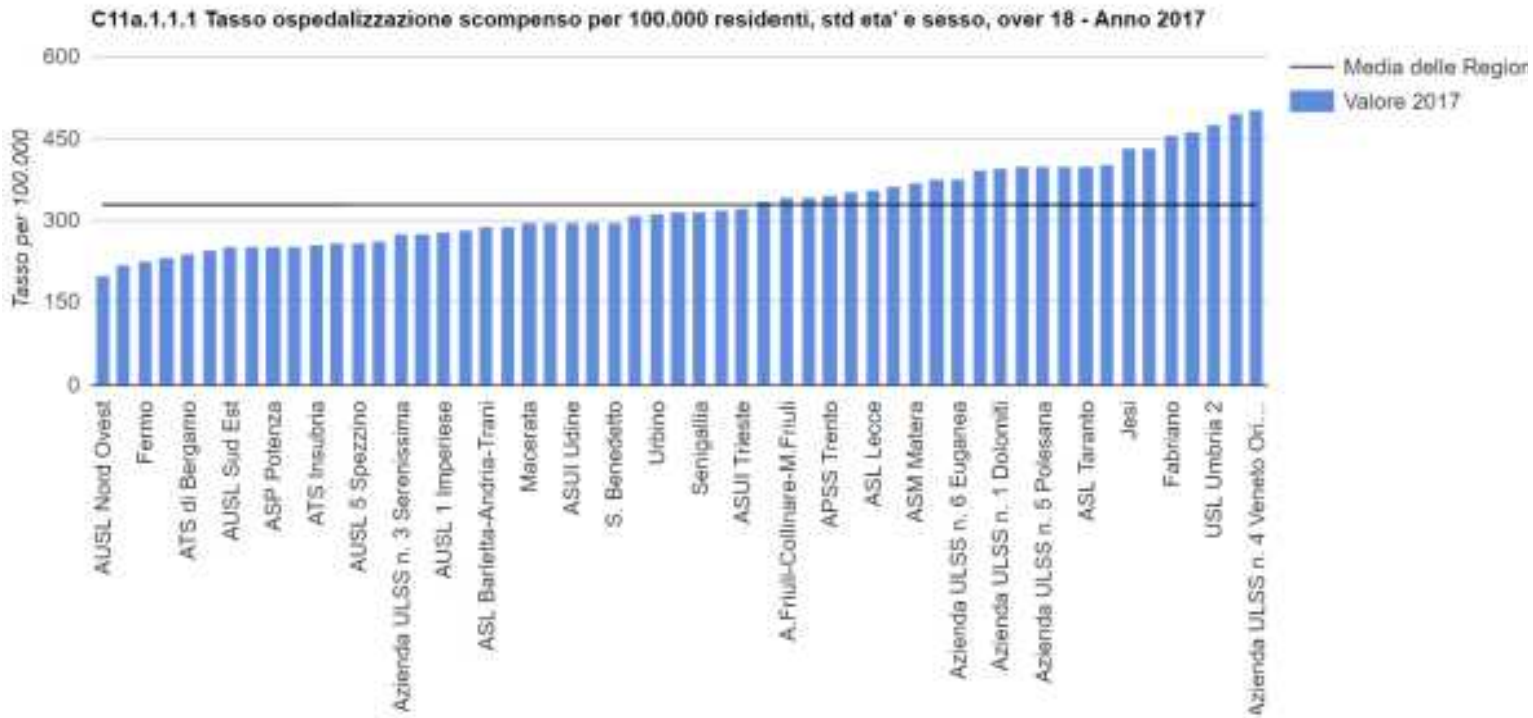


COPD hospitalization rate (50-74 years), 2017

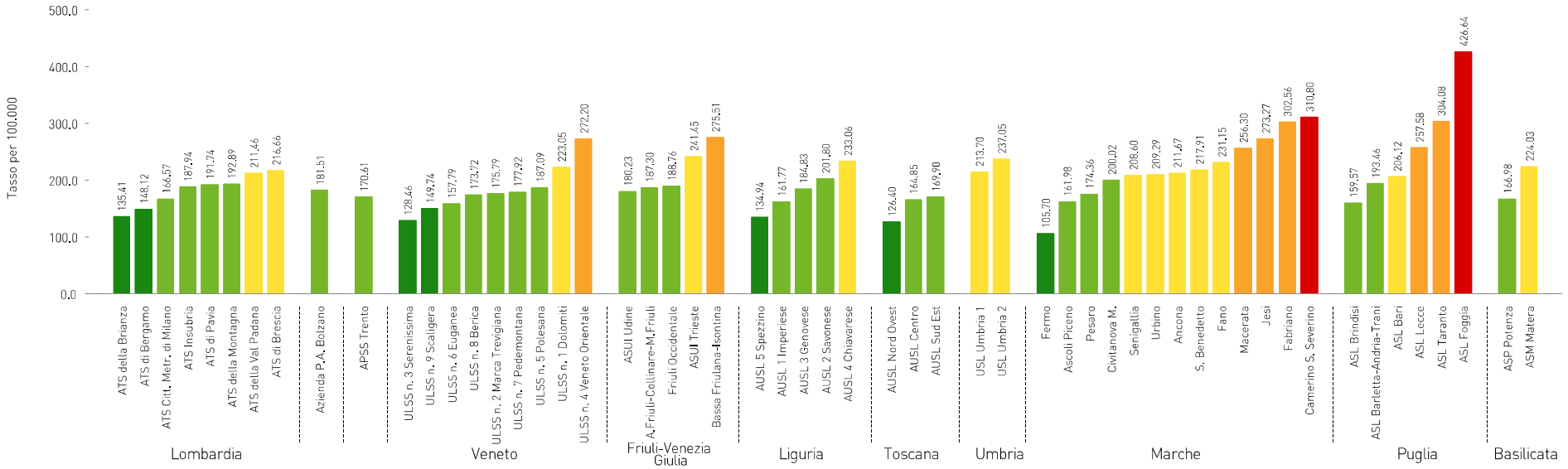


Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti, std eta' e sesso, over 18, 2017

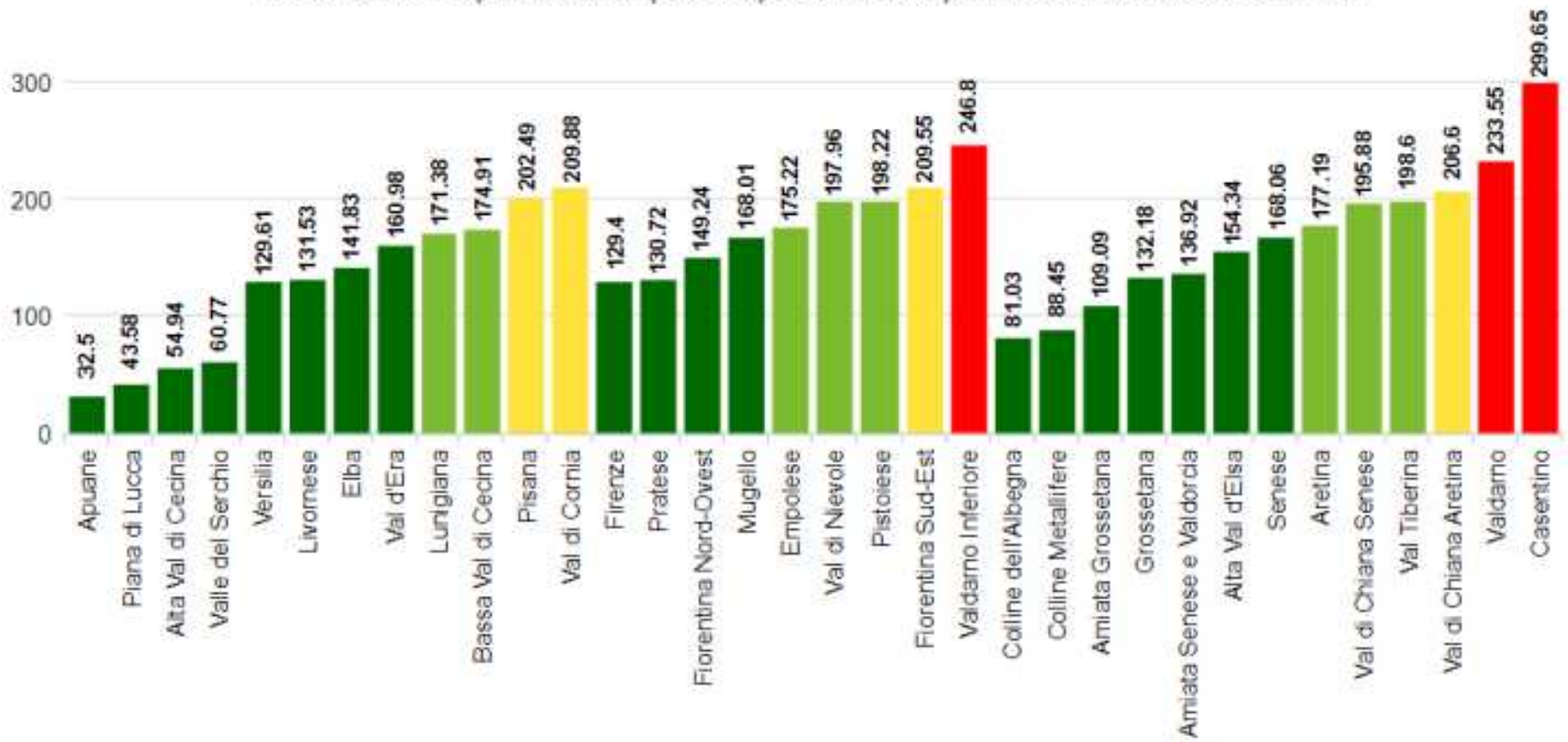




Chronic Heart Failure hospitalization rate (50-74 years) 2017

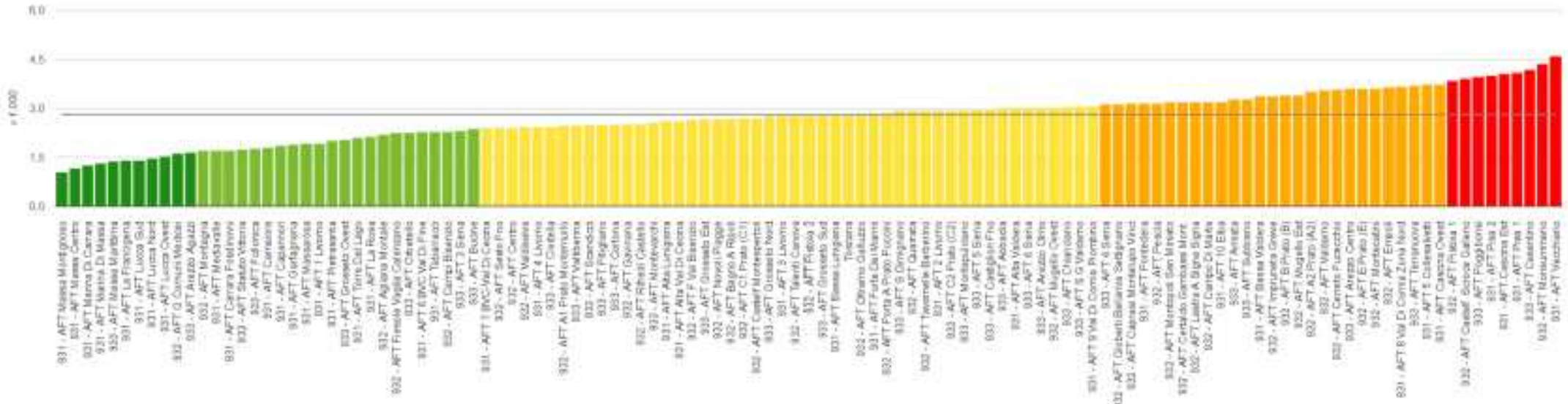


C12T.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni 2017

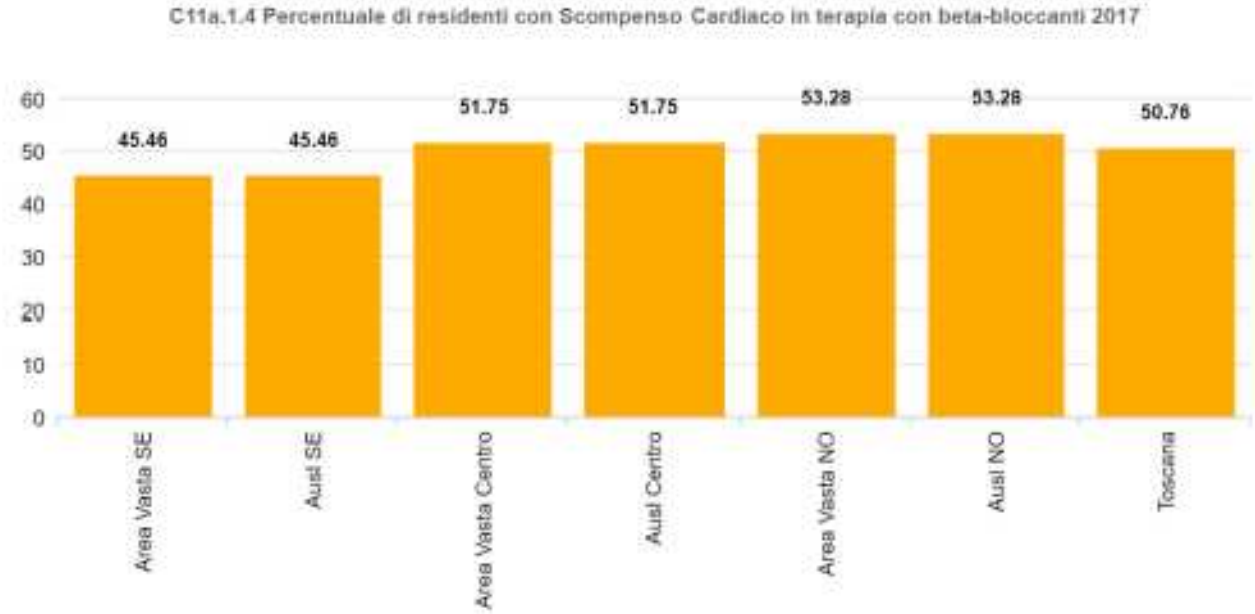


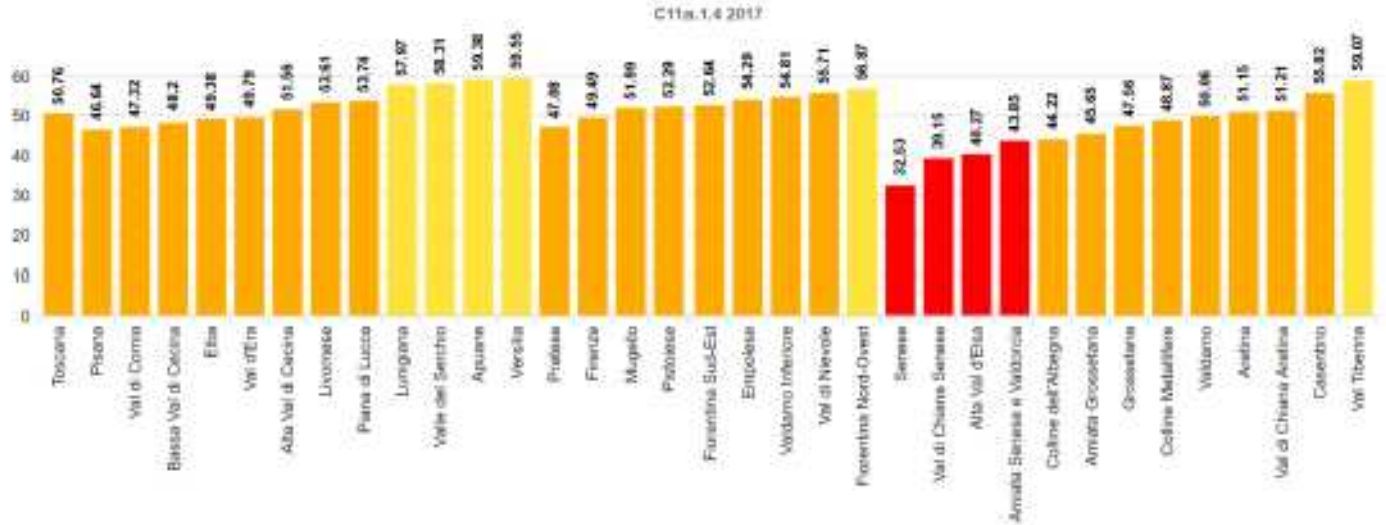
C16T.4 Tasso di ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali

AFT	Valore	Valutazione	Valore Toscana	Valutazione Toscana	Anno
931 - AFT 10 Elba	3.21 x 1.000	1.84	2.81 x 1.000	2.41	2017

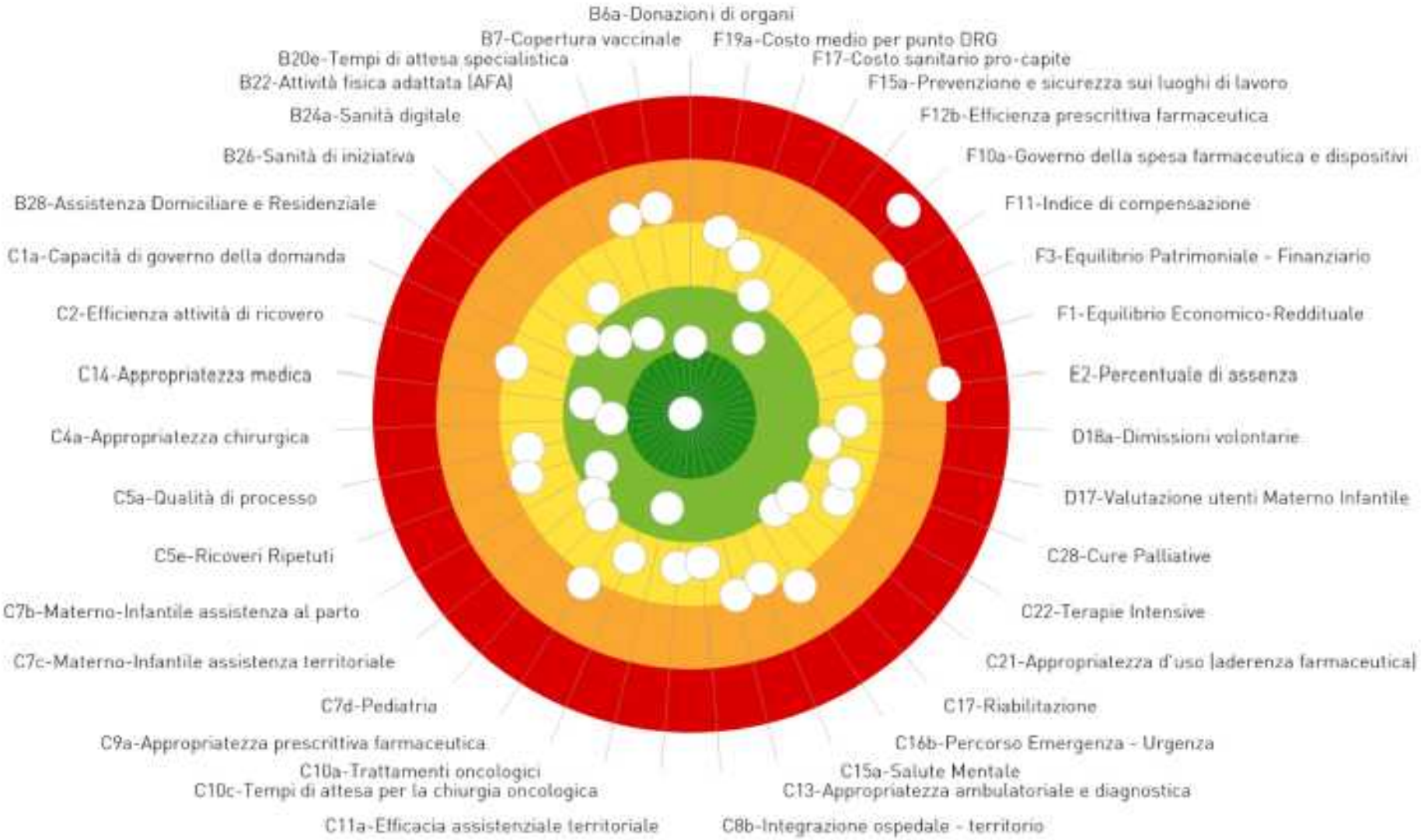


% di residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccanti

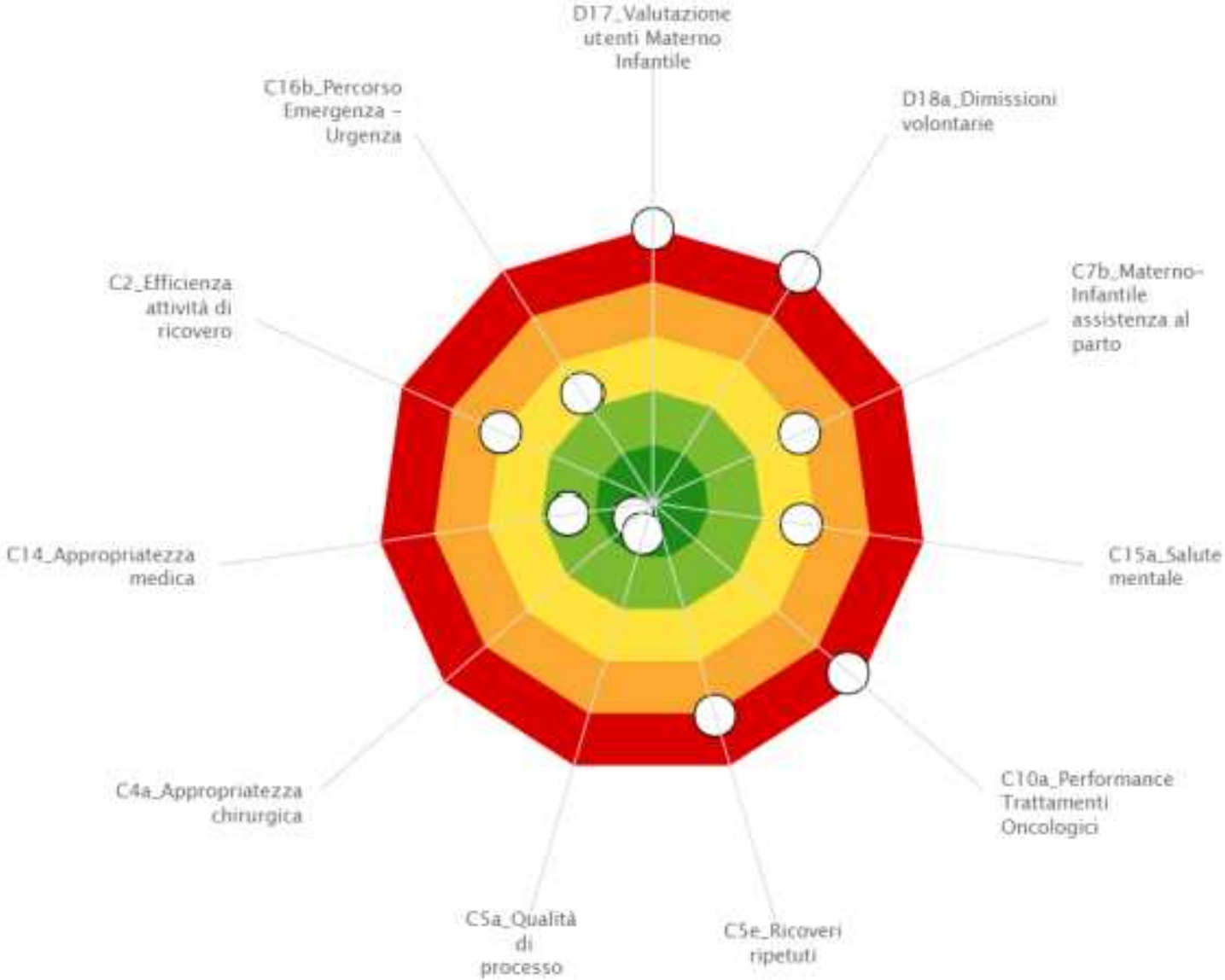




AUSL Toscana Nord-Ovest



Ospedale Portoferraio anno 2017

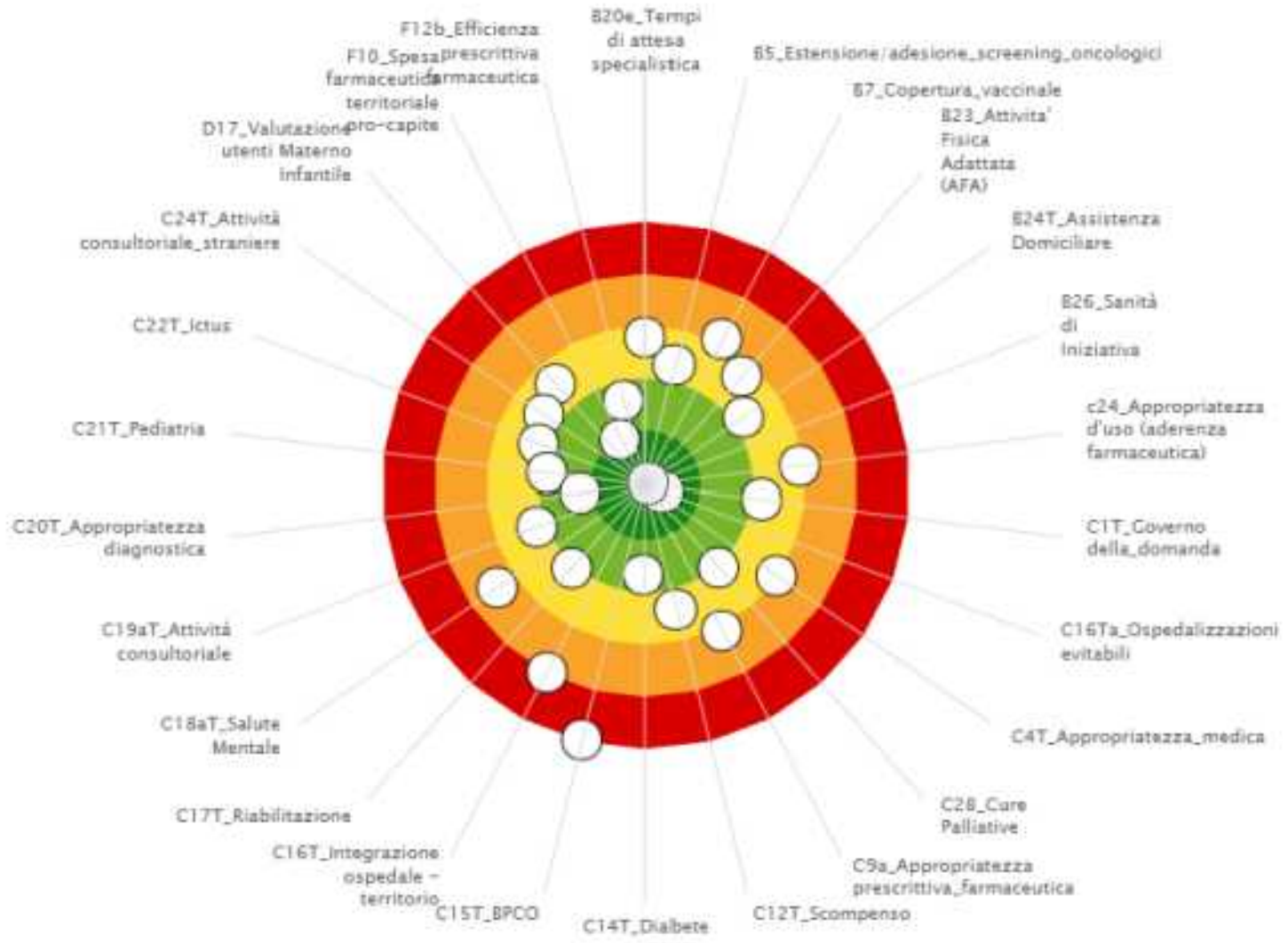


ISTITUTO DI MANAGEMENT

Scuola Superiore Sant'Anna

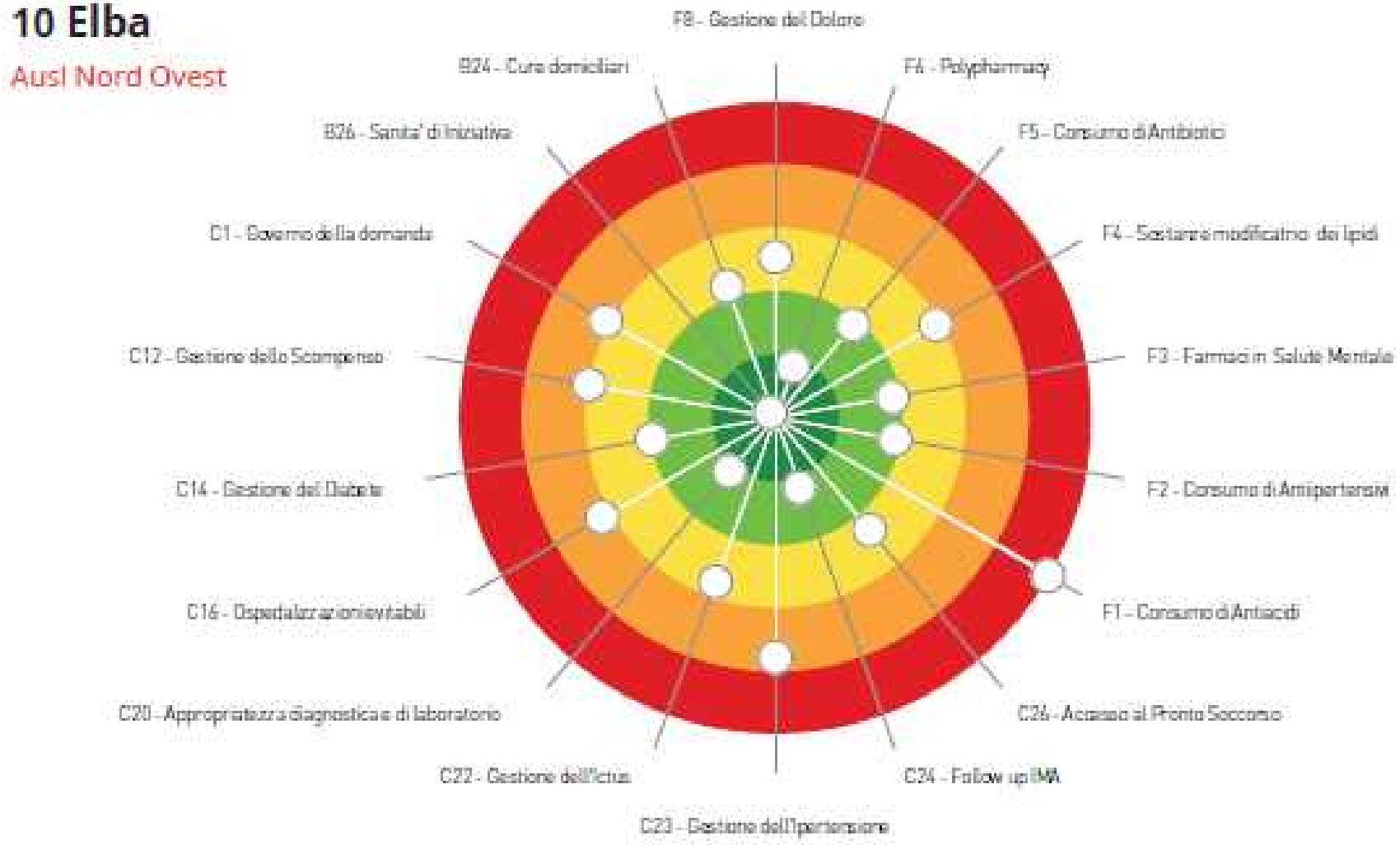
Bersaglio **Zona Distretto** Elba

Azienda Usl Toscana Nord Ovest



Bersaglio **AFT** Elba

Azienda Usl Toscana Nord Ovest

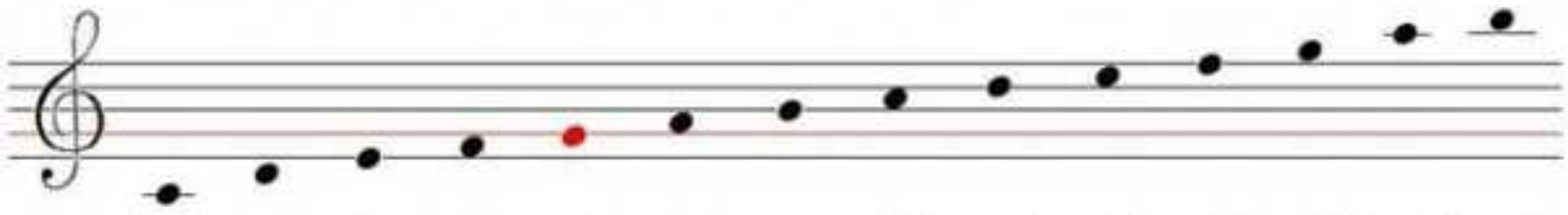


Che cosa non funziona?

Parliamo di percorsi assistenziali, di continuità ospedale e territorio, di centralità del paziente e…..

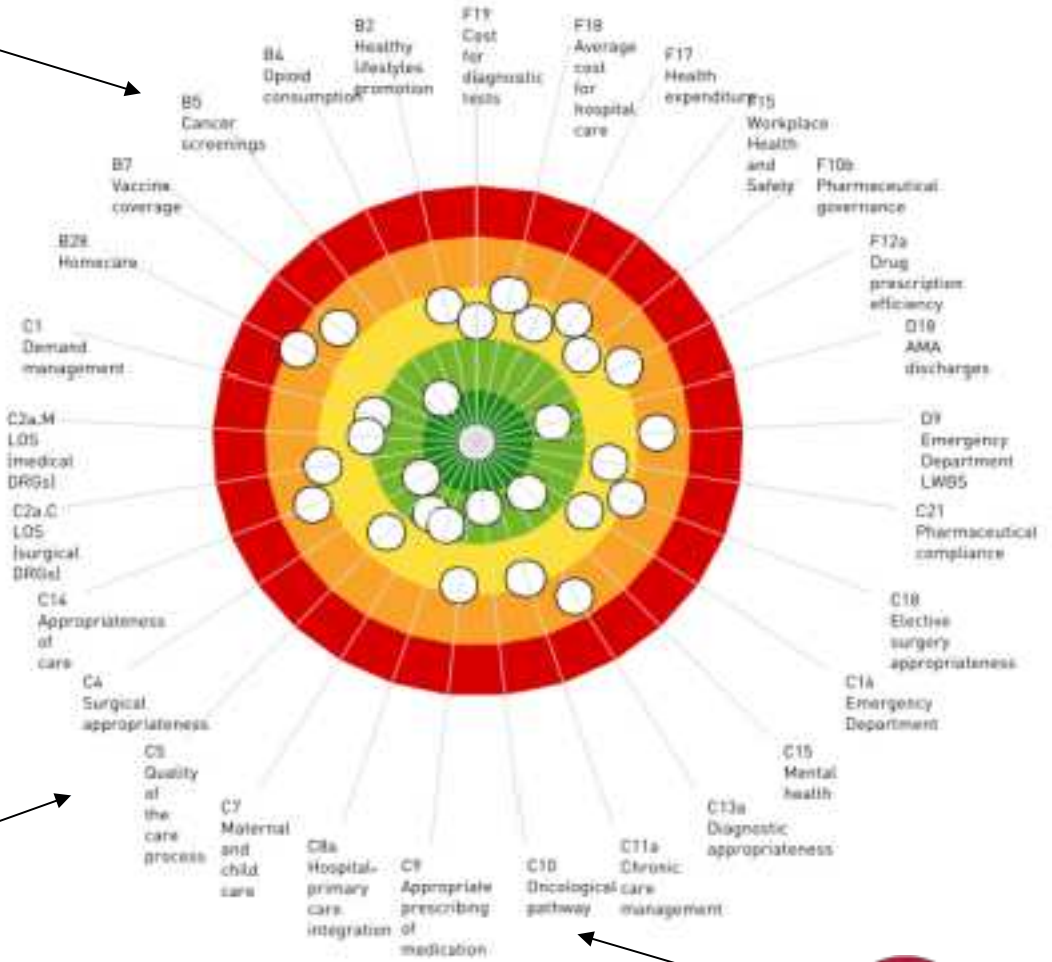
Misuriamo e valutiamo la qualità, l'efficienza e l'appropriatezza dei servizi ancora per SETTING ASSISTENZIALE!!!!!

Let's play the patient's music….

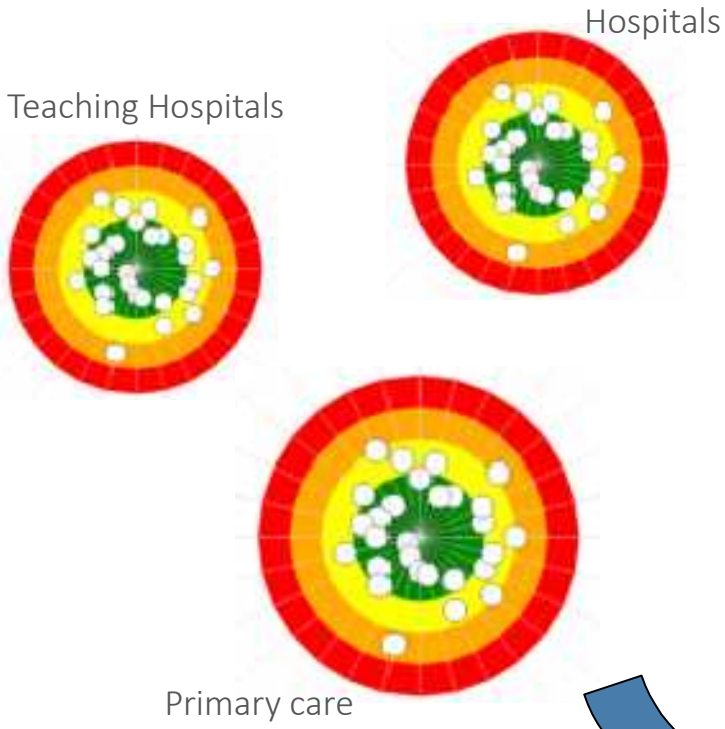


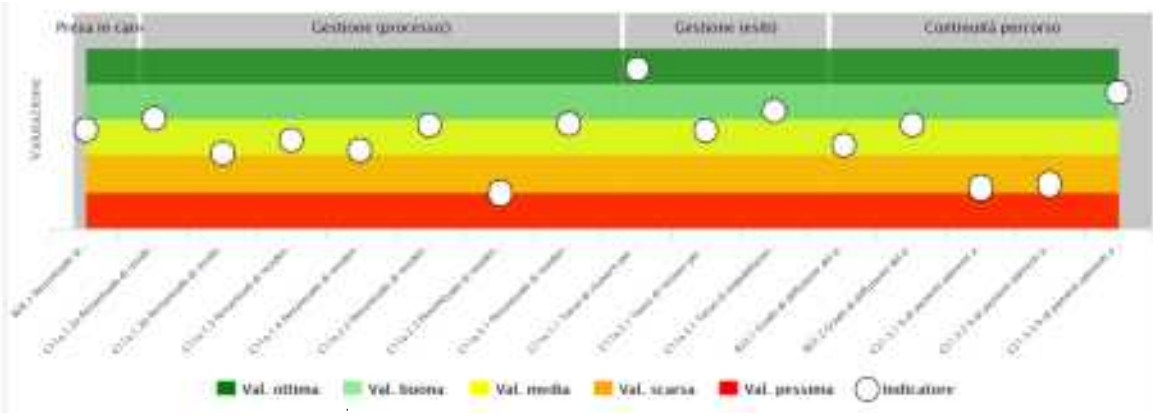
La metafora positiva del pentagramma…

Screening


Population's health - 2010-2012
A4 Suicide mortality
A2 Cancer mortality
A10 Lifestyles
A1 Infant mortality
A3 Circulatory disease mortality
B2 Healthy lifestyles promotion
B4 Opiod consumption
B5 Cancer screenings
B7 Vaccine coverage
B28 Homicide
C1 Demand management
C2a.M LOS (medical DRGs)
C2a.C LOS (surgical DRGs)
C14 Appropriateness of care
C4 Surgical appropriateness
C5 Quality of the care process
C7 Maternal and child care
C8a Hospital-primary care integration
C9 Appropriate prescribing of medication
C10 Oncological pathway
C11a Chronic care management
C13a Diagnostic appropriateness
C15 Mental health
C1a Emergency Department
C18 Elective surgery appropriateness
C21 Pharmaceutical compliance
D9 Emergency Department LWBS
D10 AMA discharges
F12a Drug prescription efficiency
F10b Pharmaceutical governance
F15 Workplace Health and Safety
F17 Health expenditure
F18 Average cost for hospital care
F19 Cost for diagnostic tests

From Siloes to Pathway

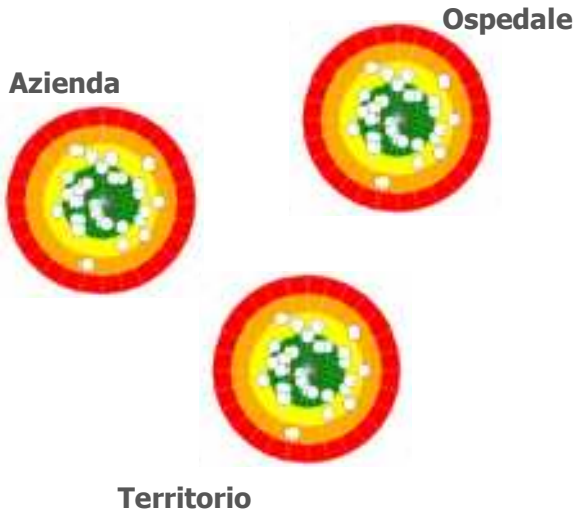




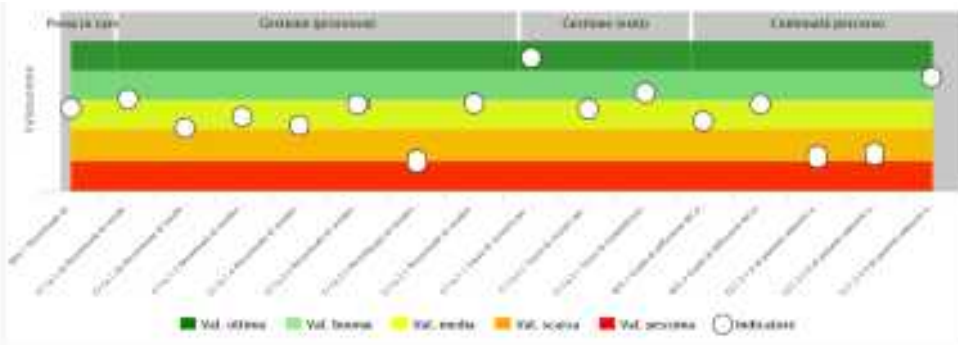
IL PERCORSO DEI PAZIENTI CRONICI NELLE ZONE-DISTRETTO

Zona Distretto ELBA - Azienda Usl Toscana Nord Ovest

Dal percorso alla responsabilità congiunta della presa in carico…



Dalle singole unità organizzative ai percorsi integrati



Arrivare ad una
responsabilità condivisa
tra MMG e Ospedale

Come legare i risultati di percorso alle responsabilità dei professionisti?

«Multispecialty physician networks»: l'esperienza dell'Ontario

- I professionisti coinvolti in un percorso di cura tendono a formare **reti** basate sulla reciproca fiducia (in particolare medici di base e specialisti).
- Queste reti sono **identificabili** utilizzando i **dati amministrativi sanitari.**
- Le reti sembrano costituire il **luogo più appropriato per l'*accountability***, riflettendo la **molteplicità dei *setting* assistenziali** e l'integrazione tra essi secondo un **approccio condiviso** nella gestione dei percorsi assistenziali.

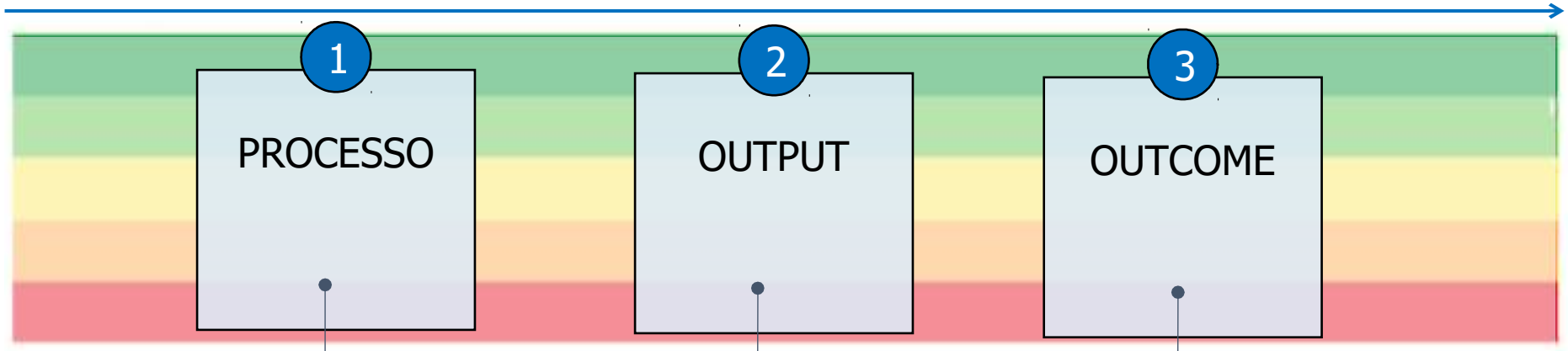
Le reti assistenziali dello scompenso cardiaco

Obiettivo:
individuare un legame «informale» fiduciario tra **ospedale** e **medico** di **medicina generale (MMG)** nel percorso di cura dello scompenso tramite i flussi amministrativi.

Come?

1. Si individua per ogni MMG l'ospedale di riferimento (ovvero quello in cui si ospedalizzano i suoi pazienti con **cardiopatie, aritmie e scompenso** in misura maggiore)
2. Si identificano i «legami informali» tra MMG e Ospedale di riferimento: legame debole (<40%), moderato (40%-60%), forte (60%).
3. Si considerano solo i pazienti dei MMG che hanno un legame fiduciario «forte» con l'ospedale
4. La valutazione delle performance del percorso di cura viene effettuata esclusivamente sui pazienti **scompensati** dei MMG per cui l'ospedale di ricovero coincide con l'ospedale di riferimento

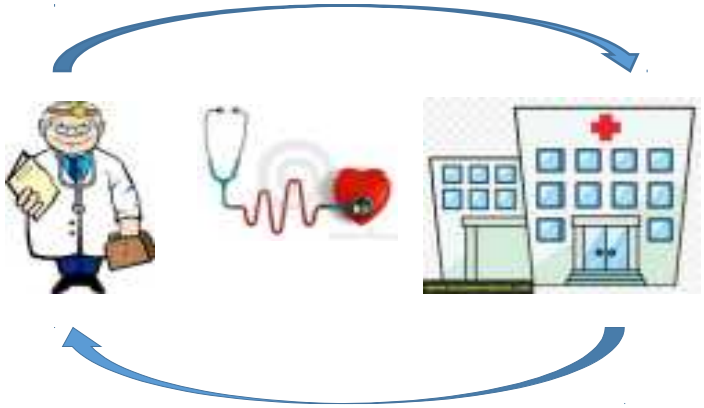
Come valutiamo la performance delle reti assistenziali?



BNP o NT PRO BNP
Creatinina – Sodio - Potassio
Betabloccanti
Ace Inibitori – Sartani
Antialdosteronici
Vista cardiologica
Ecocardiogramma

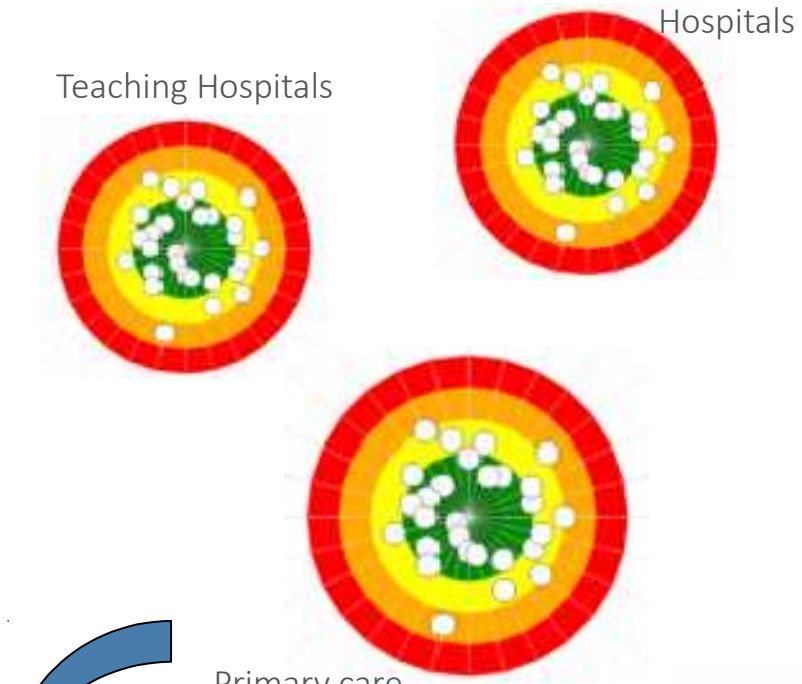
Re-ospedalizzazioni a 30 gg
Re-ospedalizzazioni a 180 gg

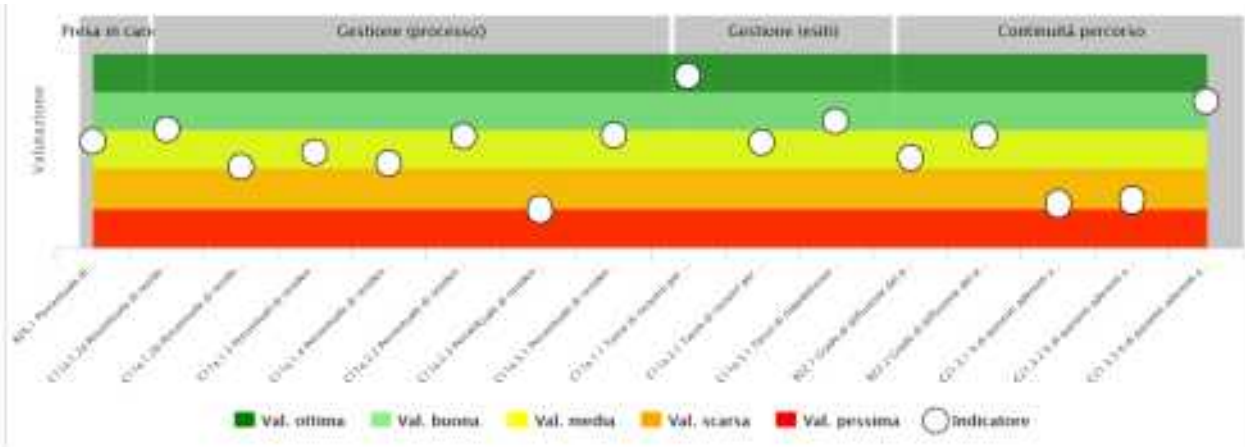
Mortalità a 30 gg
Mortalità a 180 gg



Cosa manca ancora???? Dalla logica dei silos, ai percorsi assistenziali fino alle reti di cura…

INCLUDIAMO LA PROSPETTIVA DEL PAZIENTE





	Experience	Outcome	Adherence
Patients	PREMs	PROMs	…
Caregivers	…	…	…
Professionals	…	…	…

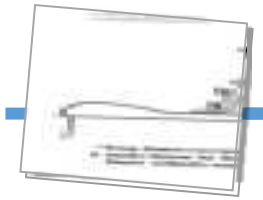
Possiamo attrezzarci per raccogliere i dati di esperienza e soddisfazione riportati dai pazienti?

Patient satisfaction

A broad and multi-dimensional concept influenced by personal preferences, expectations, personal characteristics. No consensus about exactly which domains should be included

Patient experience

Patient are asked to report about their experiences on what actually occurred



2014

Patient reported outcome measures

Standardized validated instruments to measure patients' perceptions of their health status (impairment), their functional status (disability), and their health-related quality of life (well-being)

(Source: Coulter et al, 2009)

Come possiamo aiutare il sistema sanitario a rendere i servizi **sempre più patient-driven e disegnati sui bisogni dell'utente**?

Una nuova metodologia, supportata dalle tecnologie, può aiutare ad ottenere il suo **feedback in tempo reale**, per incorporare la voce del paziente nel **design e miglioramento dei servizi** anche in **ottica lean management**.

Indagini di Esperienza fino al 2016

Questionari strutturati con **domande chiuse** e **uno spazio per commenti liberi**

Metodi di rilevazione utilizzati: **CATI, CAWI, Postale**

Indagini **campionarie**

Indagini di Esperienza da oggi

Indagini **sistematiche** e monitoraggi **in continuo**

Nuovo **questionario**

Nuovo **metodo di raccolta dati**

Nuova **piattaforma e nuovi report scaricabili**

Presidi zone disagiate

Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate
Le regioni possono prevedere **H di base per zone particolarmente disagiate** (ambiente montano o premontano con collegamenti viari complessi o in ambiente insulare),
→ **più di 90 minuti dai centri *hub* o *spoke* di riferimento** (compresi regioni confinanti in base ad accordi interregionali) **o 60 minuti dai presidi di PS**, tenuto conto anche di elisoccorso e di elisuperfici dedicate.

Le strutture devono essere integrate nella rete H e devono essere dotate indicativamente di:

1) reparto di **20 posti letto di medicina generale** con un proprio organico di medici e infermieri

2) **chirurgia elettiva ridotta** (*DS* o *Week Surgery)* con possibilità di appoggio nei letti di medicina per i casi che non possono essere dimessi in giornata → occupazione massima: 70% per poter accogliere casi imprevisti

La copertura in pronta disponibilità per restante orario da parte dell'equipe chirurgica garantisce supporto specifico in casi risolvibili in loco

3) **PS con organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza**, inquadrato nella disciplina Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza e integrato alla struttura complessa del DEA di riferimento che garantisce servizio e aggiornamento. Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale *hub* o *spoke* più vicino

Prevista possibilità di trasmissione di immagine in rete al centro *hub* o *spoke* più vicino per indagini radiologiche

Le prospettive future:

Come far diventare le piccole isole e le aree disagiate centri di sviluppo e di innovazione organizzativa?
Le nuove tecnologie possono essere un volano?

- Introdurre processi di «learning by excellence» a livello di sistema sanitario
- Sostituire quando necessario il valore della prossimità con quello della presa in carico a distanza e/ o il supporto logistico alla famiglia
- Implementare la rilevazione sistematica dell'esperienza e degli esiti dei pazienti / utenti per rafforzare il patto sociale con le comunità

Bibliografia

Nuti, S., Seghieri, C., & Vainieri, M. (2013). Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany region experience. *Journal of Management & Governance*, *17*(1), 59-69

Nuti, S., Vola, F., Bonini, A., & Vainieri, M. (2015). Making governance work in the health care sector: evidence from a 'natural experiment'in Italy. *Health Economics, Policy and Law*, *11*(01), 17-38.

Vainieri M., Vola F., Gomez Soriano G., Nuti S. (2016), "How to set challenging goals and conduct fair evaluation in regional public health systems. Insights from Valencia and Tuscany Regions", Health Policy forthcoming

Nuti S; Seghieri C (2014) Is variation management included in regional healthcare governance systems? Some proposal from Italy. Health Policy vo.114

Nuti S. Vainieri M, Bonini A (2010) Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare. Health Policy. Vol95

Nuti S. Vainieri M (2014) Strategies and tools to manage variations in regional governance systems. Handbook on health services research Vol 1 Springer

Nuti S. Vola F. Vainieri M. (2017) Priorities and targets: a methodology to support the policy-making process in healthcare. Public money and management, forthcoming

Nuti S., Grillo-Ruggieri T., Podetti S. (2016), Do university hospitals perform better than general hospitals? A comparative analysis among Italian regions, BMJ Open 2016;6:e011426. doi:10.1136/bmjopen-2016-011426

Vainieri,Milena;Lungu,DanielAdrian;Nuti,Sabina
Insights on the effectiveness of reward schemes from 10-year longitudinal case studies in 2 Italian regions.1-11 INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT (2018)

Nuti S.; Noto G.; Vola F. Vainieri M. (2018),
Let's play the patients music: A new generation of performance measurement systems in healthcare,