



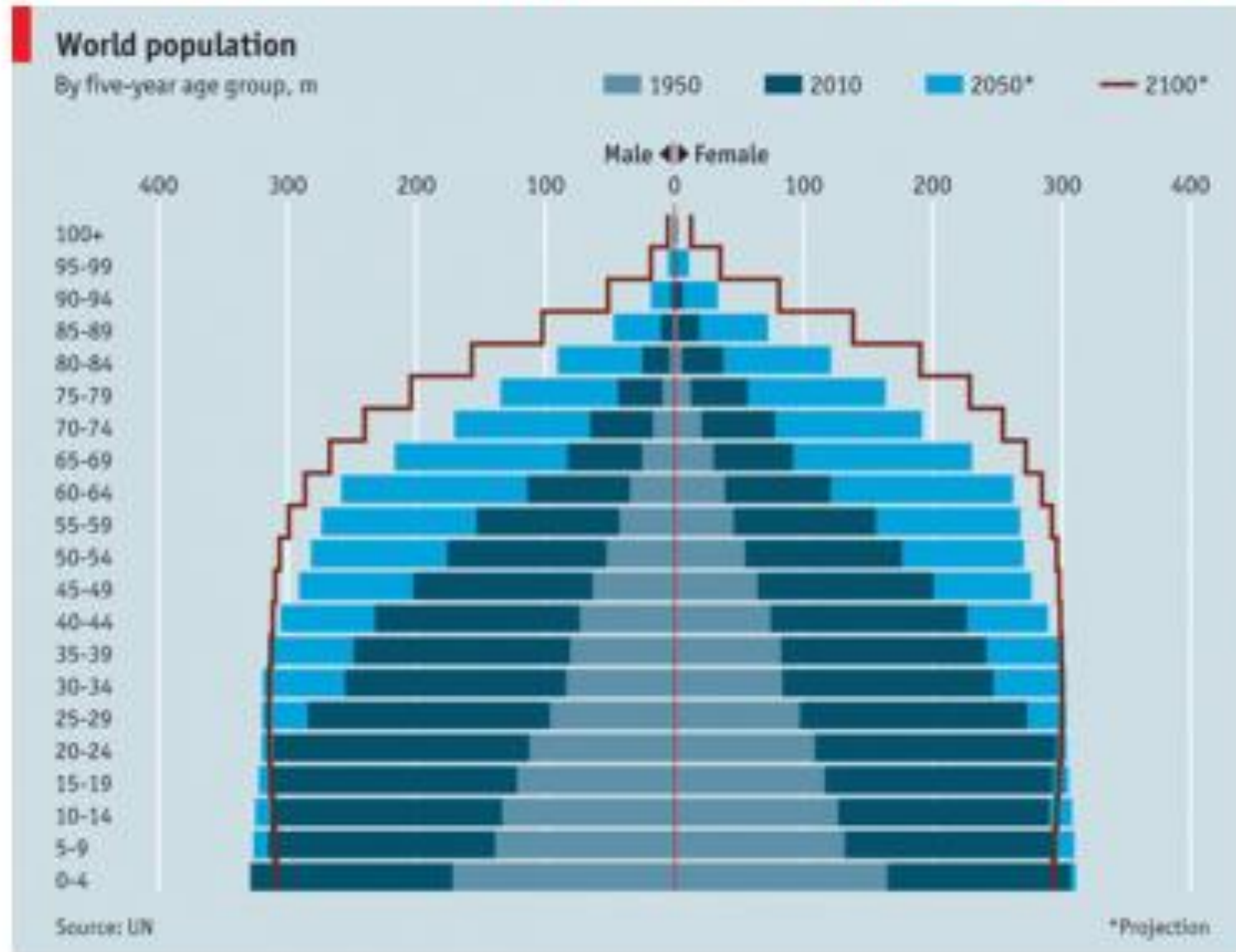
# Patients value

Conoscere e creare valore

Il concetto di valore nella gestione del paziente

**Dr. Michele Brait**

## *The world's population pyramid is changing shape*



70s



2017





# Key Points

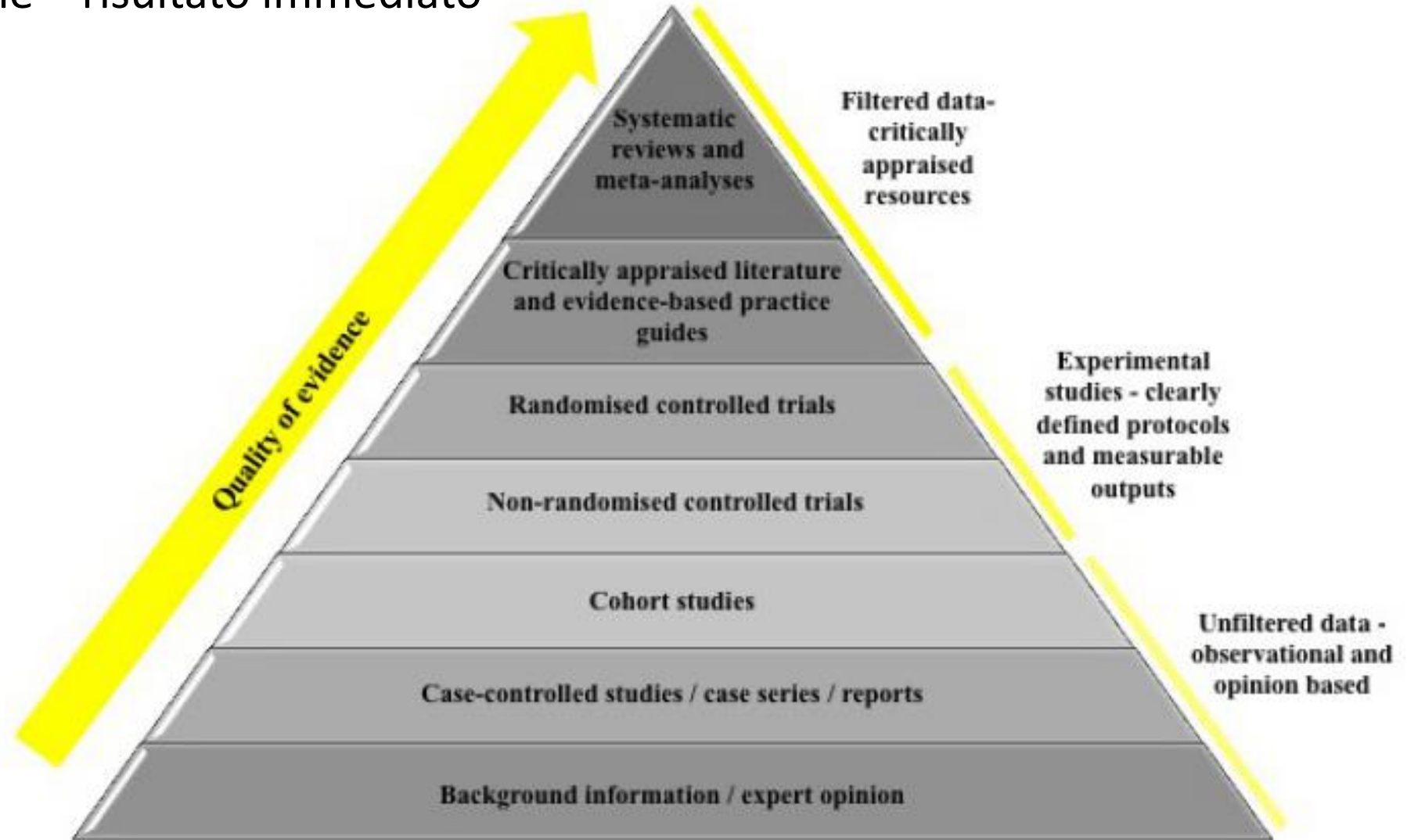
- Passi nel concetto di qualità per il paziente
- Come/cosa offrire
- Come/cosa misurare
- Azione di RL per creare valore

# Figure 1. Evidence based medicine approach

Focus :

prestazione – risultato immediato

Malattia

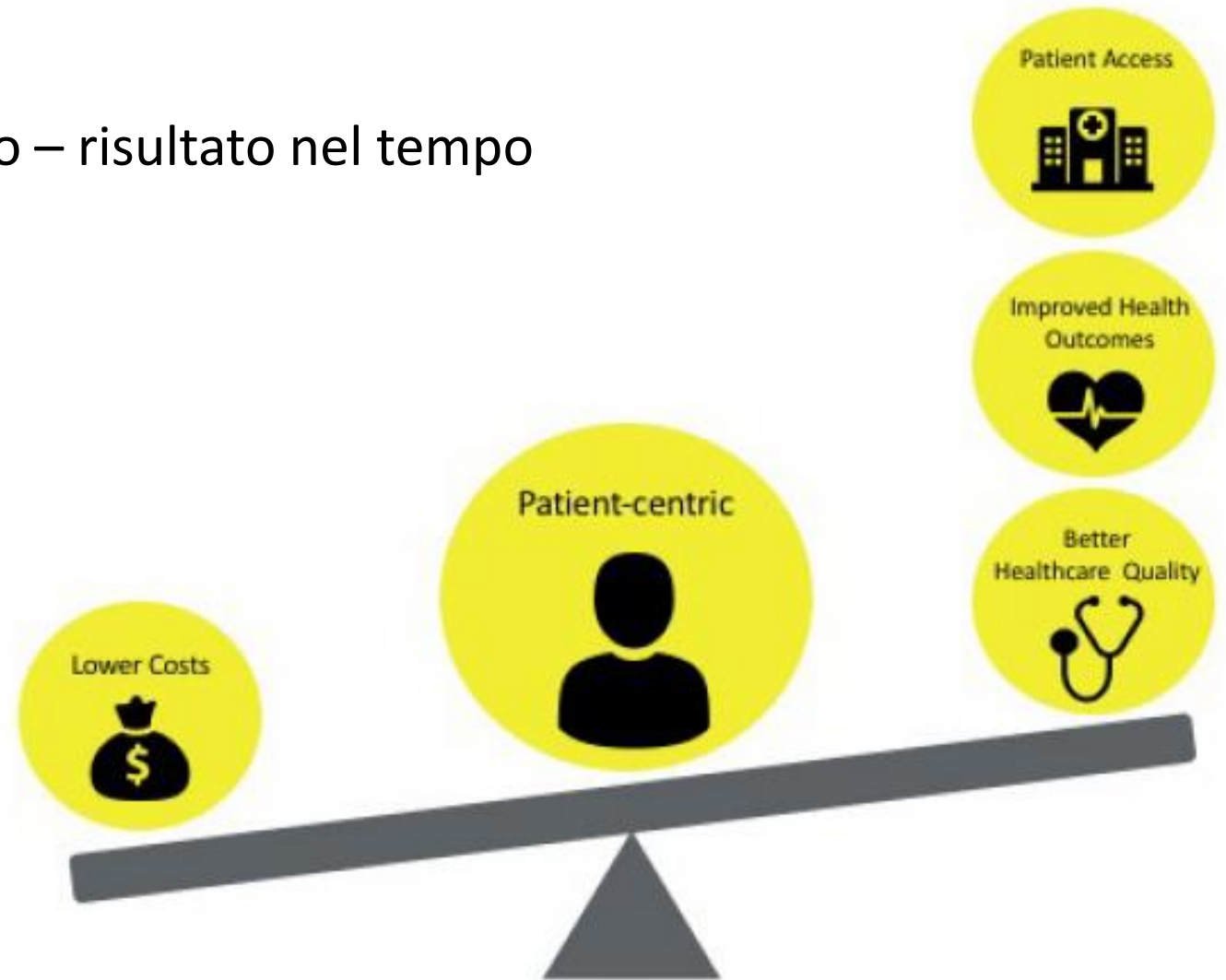



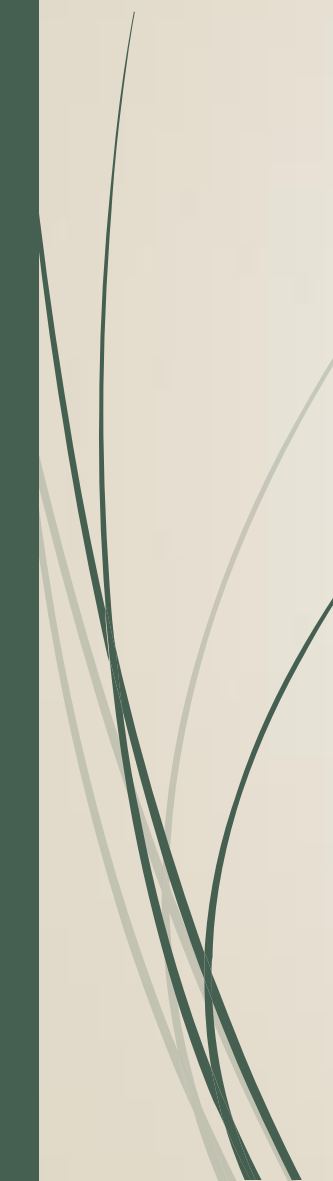
## Figure 2. Value based healthcare approach

Focus :

Processo /percorso – risultato nel tempo

Paziente



- 
- 
- Per quanto riguarda la valutazione della qualità, **C.D. Shaw** ha indicato sei principali criteri di valutazione:
  - 1. **efficacia**: attiene al livello di realizzazione degli obiettivi e costituisce uno strumento di **misurazione dell'outcome**. Può essere definita come capacità di un atto di produrre un particolare effetto, di raggiungere gli obiettivi prefissati;
  - 2. **efficienza**: stabilisce un rapporto tra le attività erogate e le risorse utilizzate e serve per definire la **qualità dell'output**. È definibile come complesso delle procedure che favoriscono il raggiungimento dell'esito migliore;
  - 3. **equità**: riguarda **l'accesso ai servizi e la loro capacità di evitare discriminazioni**, sia in riferimento ai costi di accesso, sia alle modalità di erogazione;

- 4. **soddisfazione** (responsivness): definisce in che misura il servizio risponde alle aspettative dell'utenza. Si riferisce alla qualità percepita dal cittadino, la cui soddisfazione è esito di un contesto organizzativo improntato all'umanizzazione dei rapporti e alla personalizzazione dei servizi;
- 5. **appropriatezza**: esprime la capacità del servizio di essere "centrato" rispetto al bisogno che intende soddisfare. Serve per verificare la congruenza qualitativa e quantitativa tra il sistema delle risorse (umane ed economiche) e il sistema della domanda e quindi valutare la fase di processo;
- 6. **accessibilità**: consiste nella disponibilità effettiva del servizio per tutti gli utenti, con l'abbattimento o almeno la riduzione delle distanze e delle barriere, da quelle fisiche e architettoniche a quelle di tipo psicologico-culturale



# Prof. Michael E. Porter

$$\text{Value} = \frac{\text{Health outcomes that matter to patients}}{\text{Costs of delivering these outcomes}}$$

DILEMMA ITALIANO:

Gli outcomes sono a beneficio del singolo paziente i costi sono a carico della collettività

Il calcolo del valore non appare impresa semplice.....



Regione Lombardia

**18,5 miliardi di euro di spese sanitarie**

Consolidato RL e 40 Bilanci Aziende Pubbliche (ATS, ASST, IRCCS)

Circa 4000 centri di costo

**Oltre 300 Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private**

Oltre 3500 Strutture Erogatori di Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie Pubbliche e Private

8 Agenzie di Tutela della Salute

27 Aziende Socio Sanitarie Territoriali

26 IRCCS pubblici e privati

Oltre 2700 Farmacie e Prontuari Farmaceutici

**150.000 Operatori Sanitari e Sociosanitari**

Circa 8.000 Medici MMG e PDF

Circa 45.000 Medici Specialisti

**Oltre 10.000.000 Cittadini Assistiti**

**1.500.000/anno Ricoveri Ospedalieri**

85.000.000/anno Prescrizioni Farmaceutiche

**160.000.000/anno Prestazioni Specialistiche**

**Circa 27.000.000/anno di Referti specialistici**

Oltre 2.000.000/anno Assistiti soggetti a Screening

Circa 2.500.000/anno Assistiti Vaccinati

Circa 85.000/anno Certificati Parto Nuovi Nati

Circa 200.000/anno erogazioni di protesica

Circa 1.000.000/anno erogazioni di celiachia

**100.000 prese in carico ADI**

# Base dati disponibile



Regione Lombardia

## **Dati di bilancio dal 2002**

Consolidato del SSL dal 2002

Controllo di Gestione dal 2003

Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private dal 1999

Punti di Erogazione di Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie Pubbliche e Private dal 1999

Farmacie e Prontuari Farmaceutici dal 2007

## **Operatori Sanitari e Sociosanitari dal 2001**

Medici MMG e PDF dal 1999

Medici Specialisti dal 2015

## **18 Anni di Ricoveri Ospedalieri**

11 anni di Prestazioni Farmaceutiche

18 Anni di Prestazioni Specialistiche

## **Referti specialistici dal 2008**

Campagne di screening (dal 2000)

Campagne di vaccinazioni (dal 1990)

Erogazioni di protesica (dal 2010)

Erogazioni di celiachia (dal 2014)

Prese in carico ADI dal 2011

13 anni di Certificati Parto Nuovi Nati



## Approccio di RL (semplificando molto...)

- ➡ Outcome paziente per RL = presa in carico
- ➡ Costo = tariffa del PERCORSO

- The question is how to design a health care delivery system that **substantially improves patient value**

## Presa in carico - percorsi



GINA

Lucida

Iperotesa

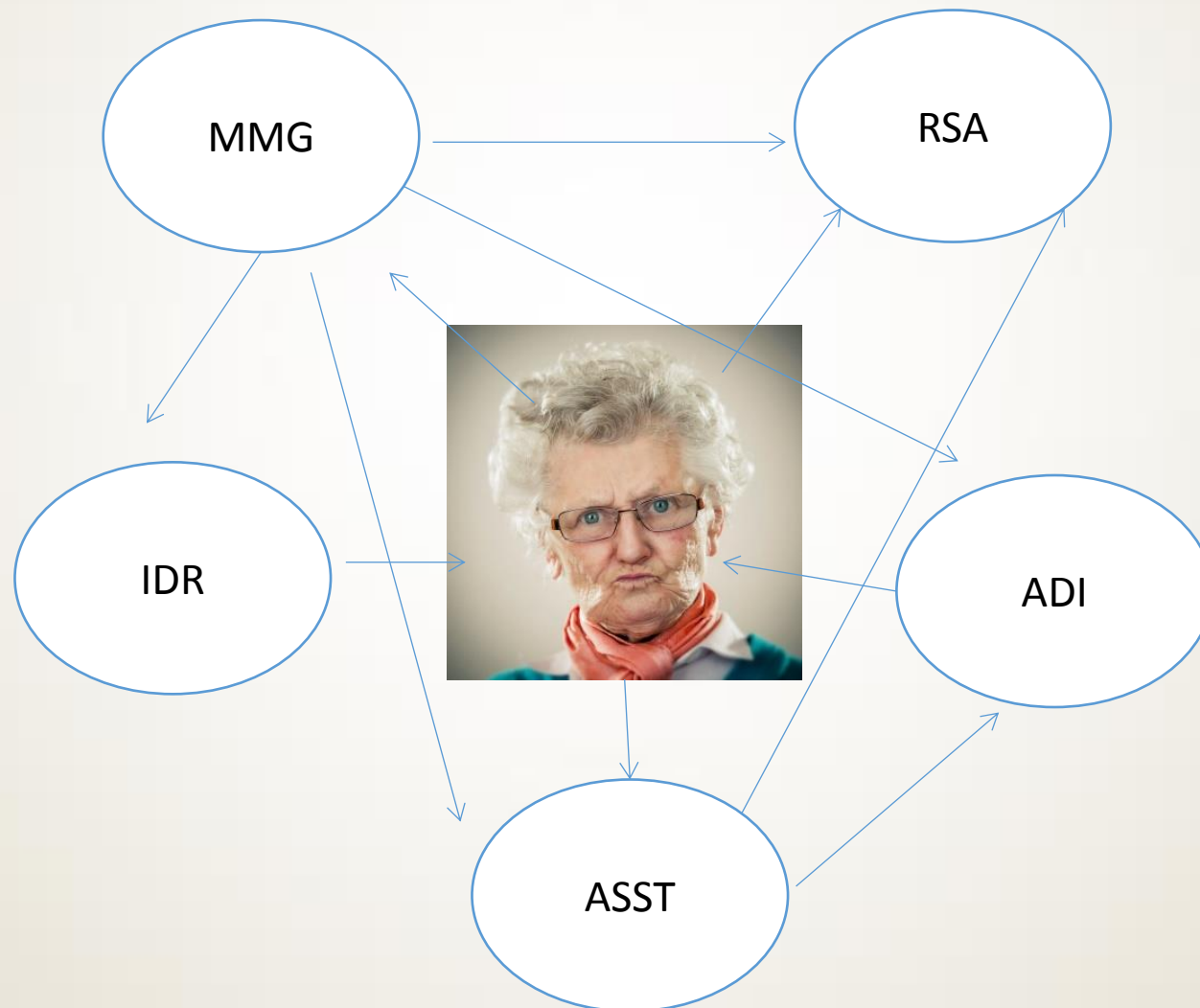
Diabetica

Scompensata

Limitata capacità di  
Deambulazione

Sola – famiglia lontana

# Presa in carico - percorsi



# Presa in carico - percorsi





Regione Lombardia  
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 6164

Seduta del 30/01/2017

Quello che si sta sviluppando in Lombardia è un nuovo modello di *governance* che, intende superare l'attuale frammentazione dei servizi per realizzare un'effettiva integrazione del percorso del paziente al di là dei classici strumenti di razionalizzazione dell'offerta. In quest'ottica la risposta assistenziale non deve essere centrata solo sulla malattia (e quindi sulle necessarie specializzazioni d'offerta), ma va programmata in funzione della domanda di salute, diversificata per tipologie specifiche di pazienti e **personalizzata** in base ai bisogni individuali e al contesto familiare e sociale.

- 
- The question is how to design a health care delivery system that **substantially improves patient value**

---

DELIBERAZIONE N° X / 6164

---

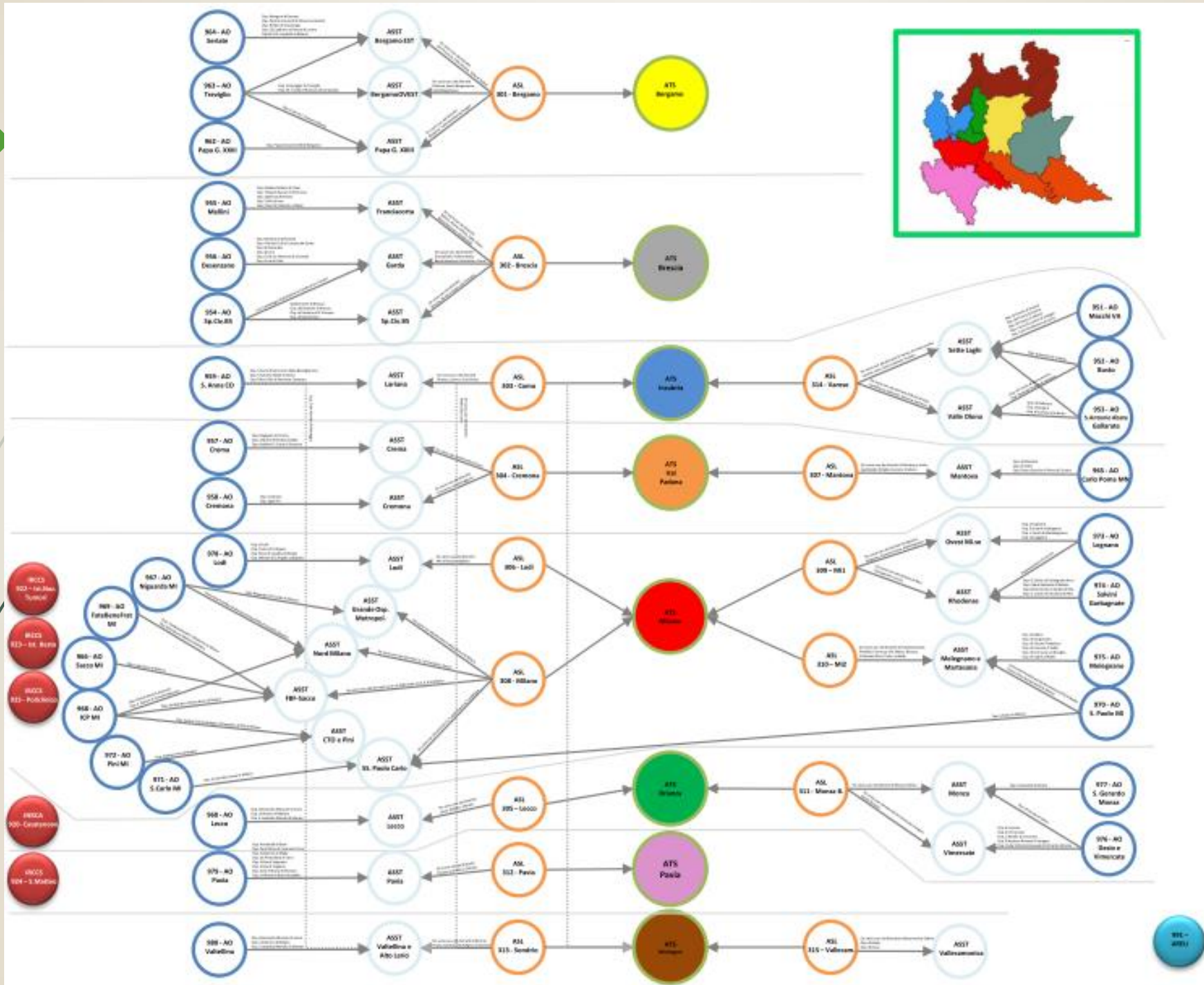
Seduta del 30/01/2017

La conoscenza approfondita delle attitudini di consumo (di prestazioni sanitarie e sociosanitarie) tipiche delle varie fasce di utenza, ci consente di focalizzare l'attenzione non esclusivamente sull' «appropriatezza» delle prestazioni erogate rispetto a standard di riferimento *evidence-based* (PDTA), ma di valutare anche se un Piano Assistenziale Individuale (PAI) è sufficientemente personalizzato e **«adeguato»** rispetto ai bisogni individuali.

# DAL GOVERNO DELL'OFFERTA AL GOVERNO DELLA DOMANDA



- Sviluppo di un nuovo modello di *governance* che intende superare l'attuale frammentazione dei servizi per realizzare un'effettiva integrazione del percorso del paziente
- L'obiettivo è creare una risposta assistenziale che non deve essere centrata solo sulla malattia ma programmata anche in funzione della domanda di salute, diversificata per tipologie specifiche di pazienti e personalizzata in base ai bisogni individuali e al contesto familiare e sociale
- Le procedure già acquisite di accreditamento istituzionale saranno integrate con modalità aggiuntive di regolamentazione finalizzate anche ad **accreditare i percorsi di cura**



# Il nuovo Sistema Socio-Sanitario Lombardo (attuazione della Legge Regionale nr.23/2015)



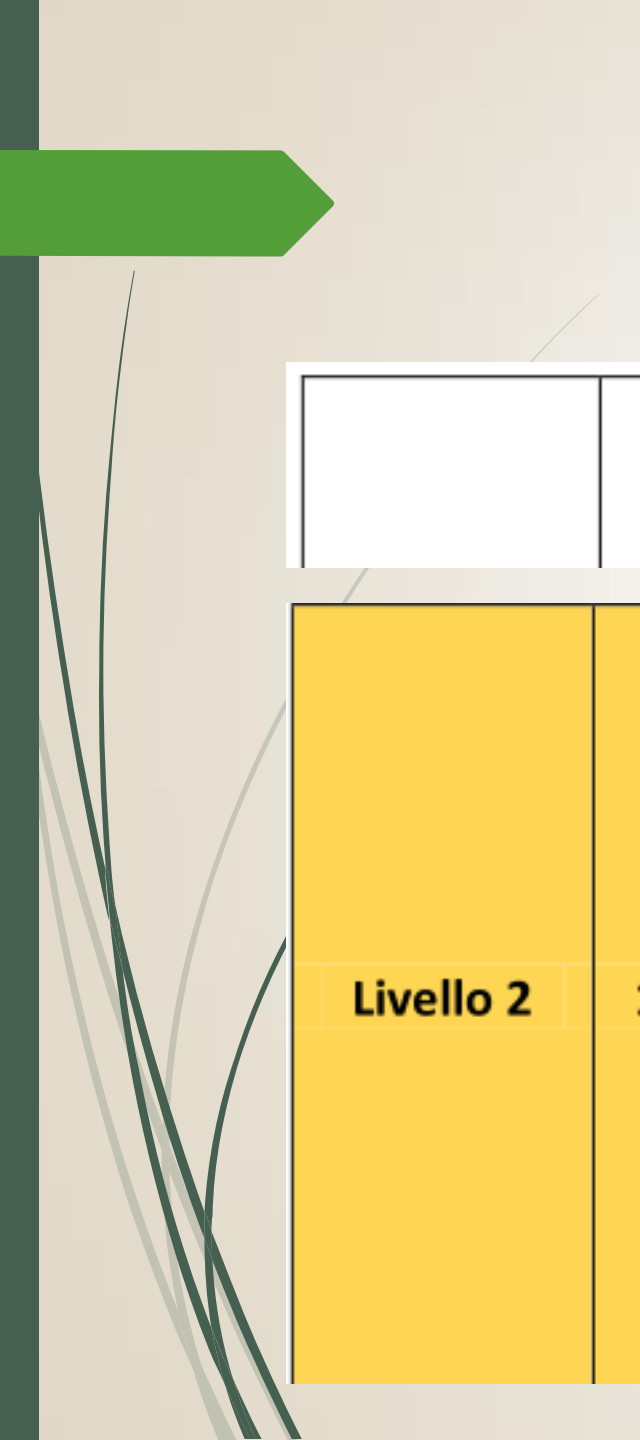
Tabella 1. Domanda, bisogni e pertinenza prevalente

	N° Pazienti/ Utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
Livello 1	150.000	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/riabilitazione/sociosanitario	Struttura di erogazione  Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate
Livello 2	1.300.000	Cronicità poli-patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ <i>frequent users</i> e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico - educativo) e gestione proattiva del <i>follow-up</i> (più visite ed esami all'anno)	Struttura di erogazione e MMG  Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate MMG in associazione
Livello 3	1.900.000	Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio- bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / <i>frequent users</i>	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio  (MMG proattivo)

# Livelli cronicità

**Tabella 1. Domanda, bisogni e pertinenza prevalente**

	<b>N° Pazienti/ Utenti</b>	<b>DOMANDA</b>	<b>BISOGNI</b>	<b>PERTINENZA PREVALENTE</b>
<b>Livello 1</b>	<b>150.000</b>	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/riabilitazione/sociosanitario	Struttura di erogazione  Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate



	N° Pazienti/ Utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
<b>Livello 2</b>	<b>1.300.000</b>	Cronicità poli- patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ <i>frequent users</i> e fragilità socio-sanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico - educativo) e gestione proattiva del <i>follow-up</i> (più visite ed esami all'anno)	Struttura di erogazione e MMG  Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate MMG in associazione

## Livello 1 – alta complessità (es.comorbilità)

- Rientrano nel **Livello 1** varie condizioni morbose di complessità tale da richiedere cure ospedaliere o residenziali (in emergenza-urgenza o in reparti ad alta intensità di cura o di alta specializzazione), una lunga fase riabilitativa e un follow-up territoriale nei casi in cui si risolva la fase acuta, con necessità di interventi di tipo sociosanitario o, nei casi terminali, di cure palliative domiciliari e hospice. Si tratta di pazienti fragili, non autosufficienti con bisogni che richiedono forte integrazione dei percorsi tra area sanitaria e sociosanitaria. Per quanto riguarda la domanda sociosanitaria, rientrano ad esempio in questa fascia: es. anziani in condizioni di dipendenza, pazienti affetti da demenza severa e pazienti con grave disabilità, minori affetti da autismo, malati psichiatrici complessi. Si tratta in tutti i casi di condizioni con importanti necessità assistenziali e bisogni di presa in carico globale estesa anche alla famiglia.

## OBIETTIVI

**riequilibrio dell'asse di cura ospedale-territorio** in una logica di valorizzazione di entrambi i sistemi e di continuità assistenziale

reale **integrazione tra sanitario e socio sanitario** nella **presa in carico** della persona

messa a sistema di soluzioni per garantire **la presa in carico e la continuità assistenziale** delle cronicità e delle fragilità

**superamento della frammentazione** dell'organizzazione territoriale

**separazione delle funzioni** (programmazione, erogazione, controllo)



Care by Individuals



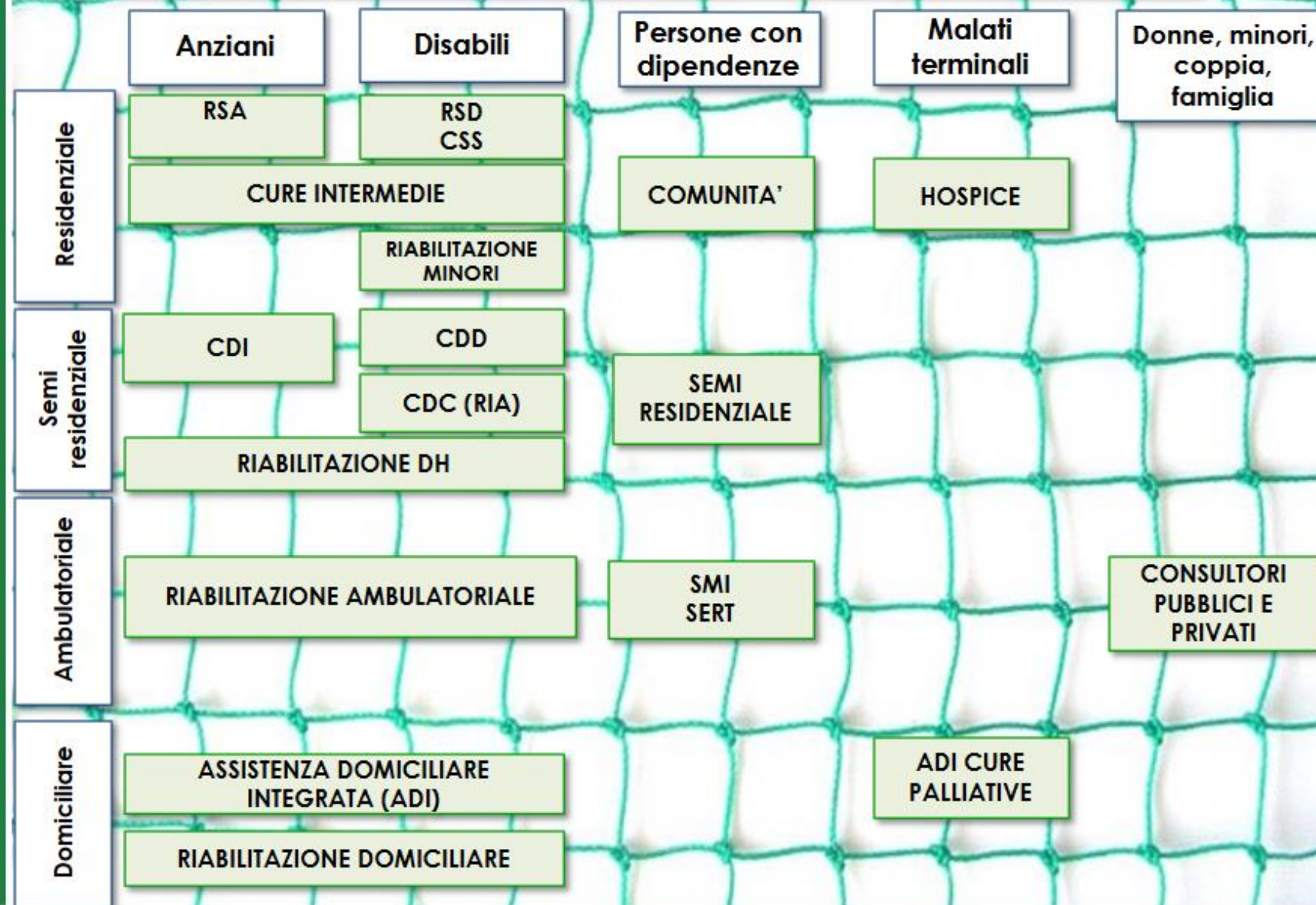
Care by Team

M. PORTER

**Network - networking**

**Disegnare la nuova rete ospedale territorio**

## RETE UNITÀ DI OFFERTA SOCIO SANITARIE





R.

- Rete

I.

- Integrata

C.

- Continuità

C.

- Clinico

A.

- Assistenziale

100



Ospedale	Territorio
----------	------------

Ospedale	Territorio
----------	------------

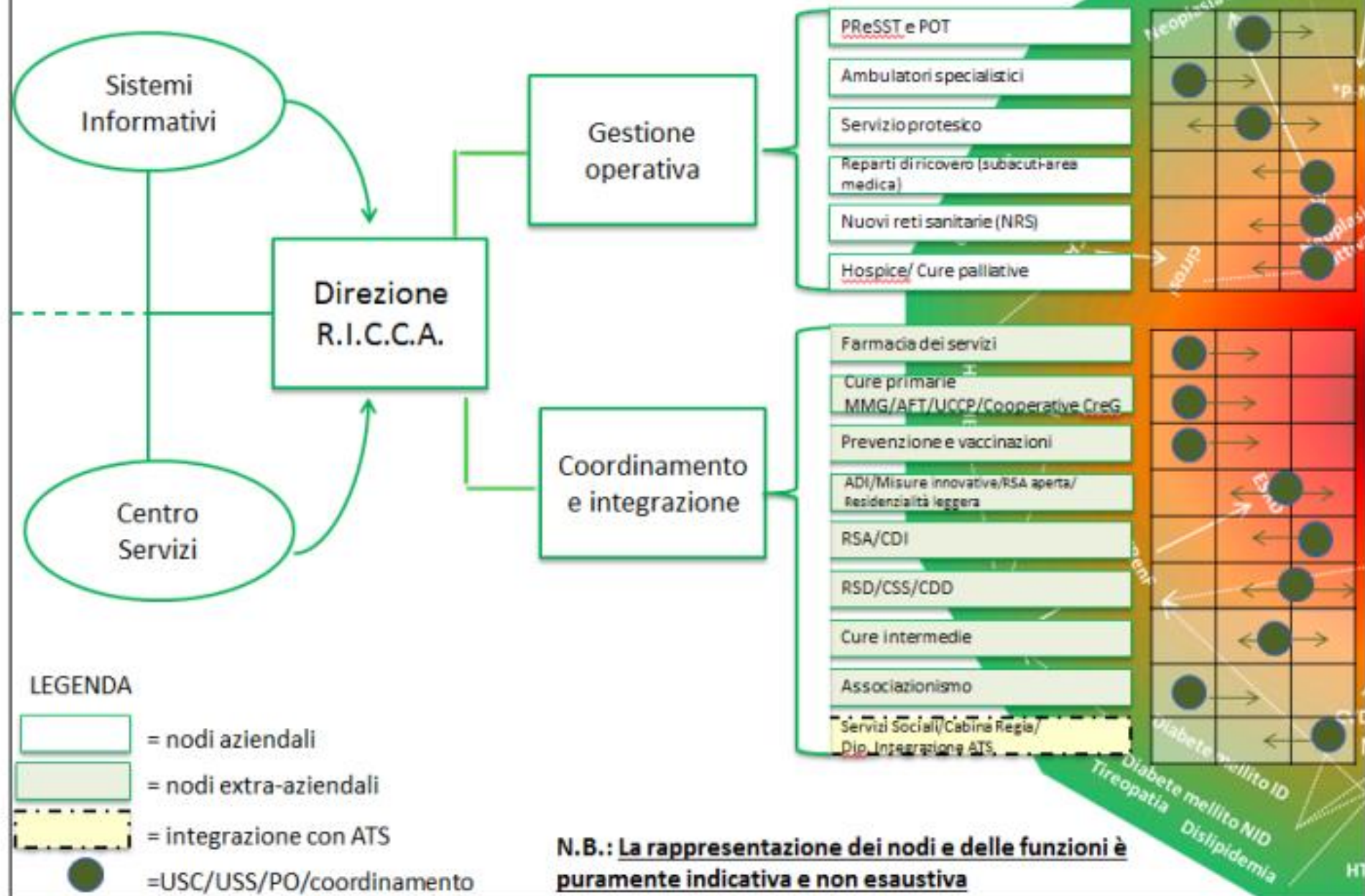
## ➤ **Presidi SocioSanitari Territoriali (PreSST)**

- luogo nel quale si realizza la presa in carico della persona cronica e della persona fragile e delle loro famiglie, in stretta connessione con le cure primarie
- modalità organizzativa volta ad assicurare i servizi e le prestazioni per fornire risposte ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale

## ➤ **Presidi Ospedalieri Territoriali (POT)**


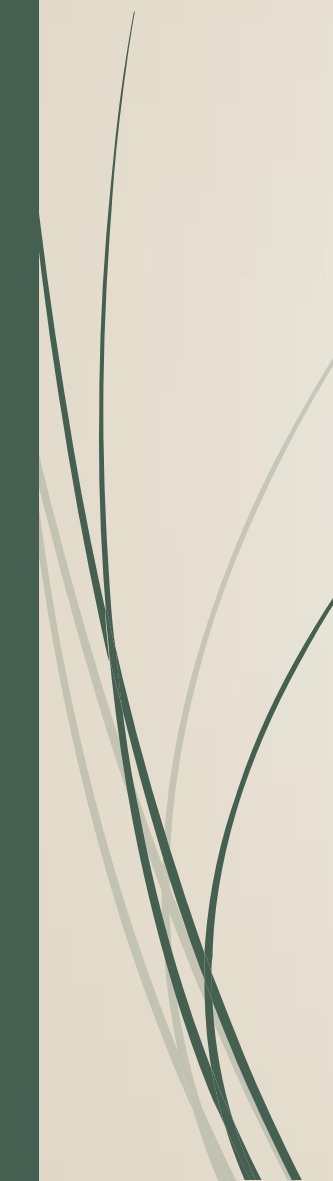
- strutture che erogano prestazioni sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale e domiciliare
- **integrano le funzioni del PreSST** e assicurano ricoveri medici a bassa intensità, subacuti, hospice, cure intermedie, chirurgia ambulatoriale, MAC e Day Surgery

# Rete integrata di continuità clinico-assistenziale (R.I.C.C.A.)



# azioni attese per ottimizzare l'integrazione della RICCA

1. *implementare modelli di presa in carico* nei diversi nodi dove viene effettuata la valutazione del bisogno e la stesura dei Piani Assistenziali Individualizzati (chi fa cosa)
  - ✓ **assicurare la centralità della persona e della famiglia** all'interno dell'organizzazione;
  - ✓ garantire la **continuità nella presa in carico** assicurando un'integrazione organizzativa fra l'ospedale e la rete;
  - ✓ **favorire la definizione dei Piani Individuali di intervento** anche attraverso l'accesso alla documentazione clinica e sociale ai tutti i livelli di cura e assistenza;
  - ✓ **sviluppare e consolidare l'integrazione** fra la componente sanitaria, sociosanitaria e sociale;
  - ✓ **valorizzare tutte le professionalità** che operano nella rete del sistema sociosanitario e sociale;

- 
- 
2. *unificare e semplificare le procedure per l'accesso ai servizi da parte degli utenti*
  3. *accordi, anche di tipo contrattuale, tra erogatori anche per tramite ATS*
  4. *coinvolgimento dei MMG (anche per tramite ATS)*
    - ✓ **partecipazione ai momenti di valutazione** del contesto e di valutazione del funzionamento della rete stessa;
    - ✓ **condivisione degli strumenti informativi** di monitoraggio e da porre a base per incontri di audit tra pari;
    - ✓ promozione di **incontri periodici tra i referenti dei MMG e i referenti degli altri punti della rete**

# PRINCIPALI PASSI NELLA PRESA IN CARICO

## **R.I.C.C.A. – Il sistema operativo della rete**

### **1) Accesso del paziente cronico nella Rete:**

- per iniziativa del paziente
- su indicazione del **MMG**
- da parte di **uno dei nodi della rete**
- **in modo proattivo** attraverso azioni/ iniziative adottate da un nodo delle rete
- mediante la **realizzazione di azioni di reclutamento** secondo le indicazioni programmatiche definite dalla ATS

**2) Valutazione multidimensionale:** è parte fondamentale del processo di presa in carico globale della persona e si **configura come un'operazione dinamica e continua che segue il paziente e la sua famiglia nel percorso all'interno della rete dei servizi e ne rappresenta nel tempo l'evoluzione**




Momento valutativo che esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero principalmente la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la dimensione assistenziale, la situazione socio-relazionale-ambientale

**3) Definizione del PAI: viene condiviso col paziente e viene garantita la sua visibilità e consultazione da parte di tutti i nodi della rete** previa sottoscrizione del Patto di Cura da parte del paziente del PAI



**Strumento operativo con cui vengono esplicitati gli obiettivi e i risultati attesi a medio-lungo termine nei termini di mantenimento o miglioramento dello stato di salute del paziente,** individuando la tipologia di servizi in grado di rispondere ai bisogni dell'utente, le prestazioni sanitarie e sociosanitarie che dovranno essere erogate e la tempistica degli interventi

Contiene es: Prescrizioni mediche , tempistiche di assunzione somministrazione, visite , periodicità visite e controlli



**4) Case Manager:** Viene individuato all'atto della stesura dell'avvio del percorso tra gli operatori di uno dei nodi della rete, in base alla prevalenza e alla intensità della risposta al bisogno



Figura fondamentale in grado di interfacciarsi, secondo protocolli prestabiliti, con gli altri nodi della rete e attivare risorse e servizi, anche erogate da enti diversi e dalla comunità, per assicurare una risposta complessiva ed integrata a bisogni complessi della persona

# CO-BRANDING

Ci Prendiamo Cura

Insieme

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Pavia



Fondazione IRCCS  
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia



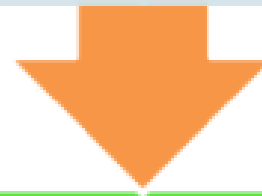
della tua salute

Le aziende ASST di Pavia e Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia erogano presso questa struttura le seguenti prestazioni di specialistica per dare ai cittadini un servizio più vicino possibile a dove abitano.

## 1 – ATS

1.1 Determinazione fabbisogno ed individuazione coorte assistiti da assegnare alla rete

1.2 Contrattualizzazione con ASST/Rete del Budget per la cronicità



## 2 – ASST

2.1 Arruolamento dei pazienti all'interno della rete, redazione del PAI e presa in carico

2.2 Invio flusso PAI ed eventuali aggiornamenti successivi

2.3 Erogazione delle prestazioni previste nel PAI ed integrazione e coordinamento dell'offerta socio-sanitaria



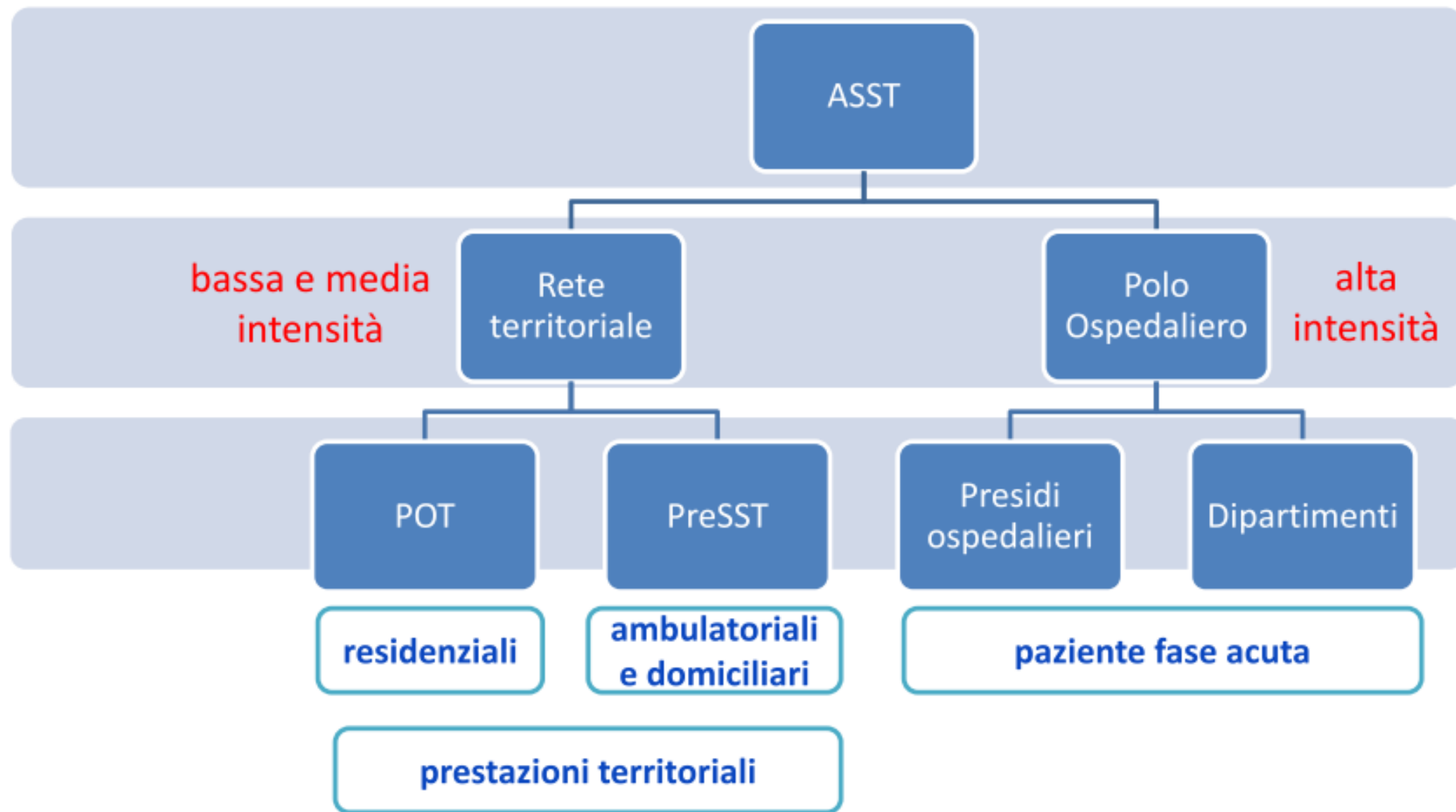
## 3 – ATS

3.1 Analisi a consuntivo delle prestazioni erogate, valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni e dell'efficacia della presa in carico da parte della rete

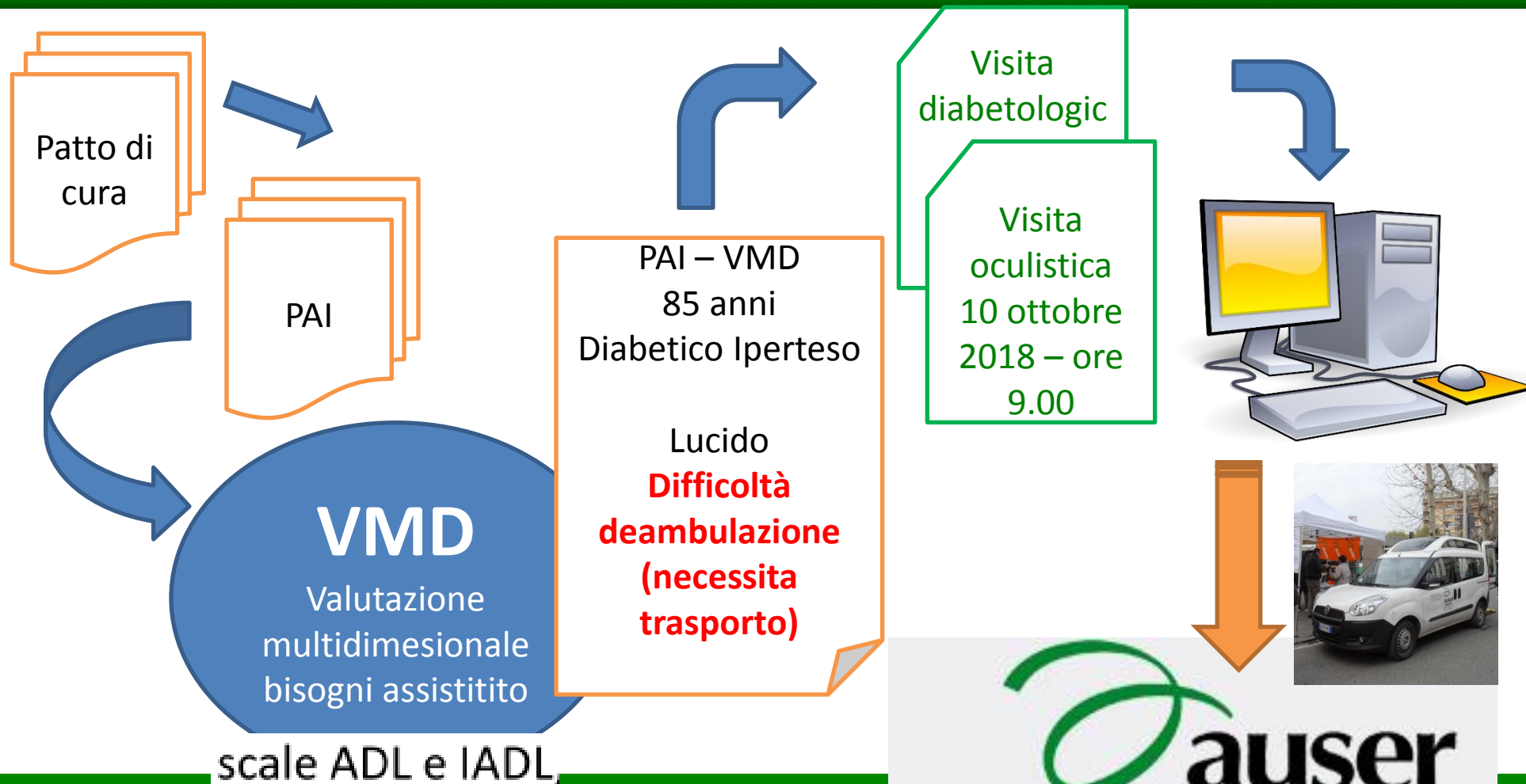
3.2 Remunerazione degli erogatori extra-rete (relativamente alla coorte assegnata)

3.3 Remunerazione della parte rimanente del budget relativo alla coorte di assistiti cronici alla rete + remunerazione per arruolamento e stesura PAI ai pazienti extra-coorte

# l'organizzazione della ASST



# Legge 23 – Centri servizi – uso nodo volontariato





# Obiettivi a completamento

- Prevenire ricoveri – monitorare
- Ridurre durata ricovero
- Ridurre ricoveri inappropriati
- Curare a casa

# Tecnologia : Abilitante il cambiamento

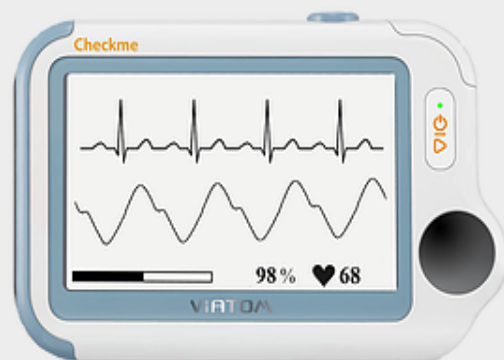
Tabella 2.1 Classificazione dei servizi di Telemedicina

TELEMEDICINA					
CLASSIFICAZIONE		AMBITO	PAZIENTI		RELAZIONE
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	TELE VISITA	sanitario	Può essere rivolta a patologie acute, croniche, a situazioni di post- acuzie	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
	TELE CONSULTO			Assenza del Paziente	B2B
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA			Presenza del Paziente, <i>in tempo reale</i>	B2B2C
TELE SALUTE		sanitario	E' prevalentemente rivolta a patologie croniche	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
TELE ASSISTENZA		socio- assistenziale	Può essere rivolta ad anziani e fragili e diversamente abili		

\* B2B: individua la relazione tra medici

B2B2C: individua la relazione tra un medico e un paziente mediata attraverso un operatore sanitario

B2C: individua la relazione tra medico e paziente



# Checkme™ Pro

## Vital Signs Monitor

Convenient | Professional | Versatile

# All-in-One

## The Most Versatile Tricorder



ECG Recorder



Pulse Oximeter



SpO2 Record



BP Tracker



Thermometer



Pedometer



Bluetooth

## Checking Health Anywhere Anytime



### ECG Recorder



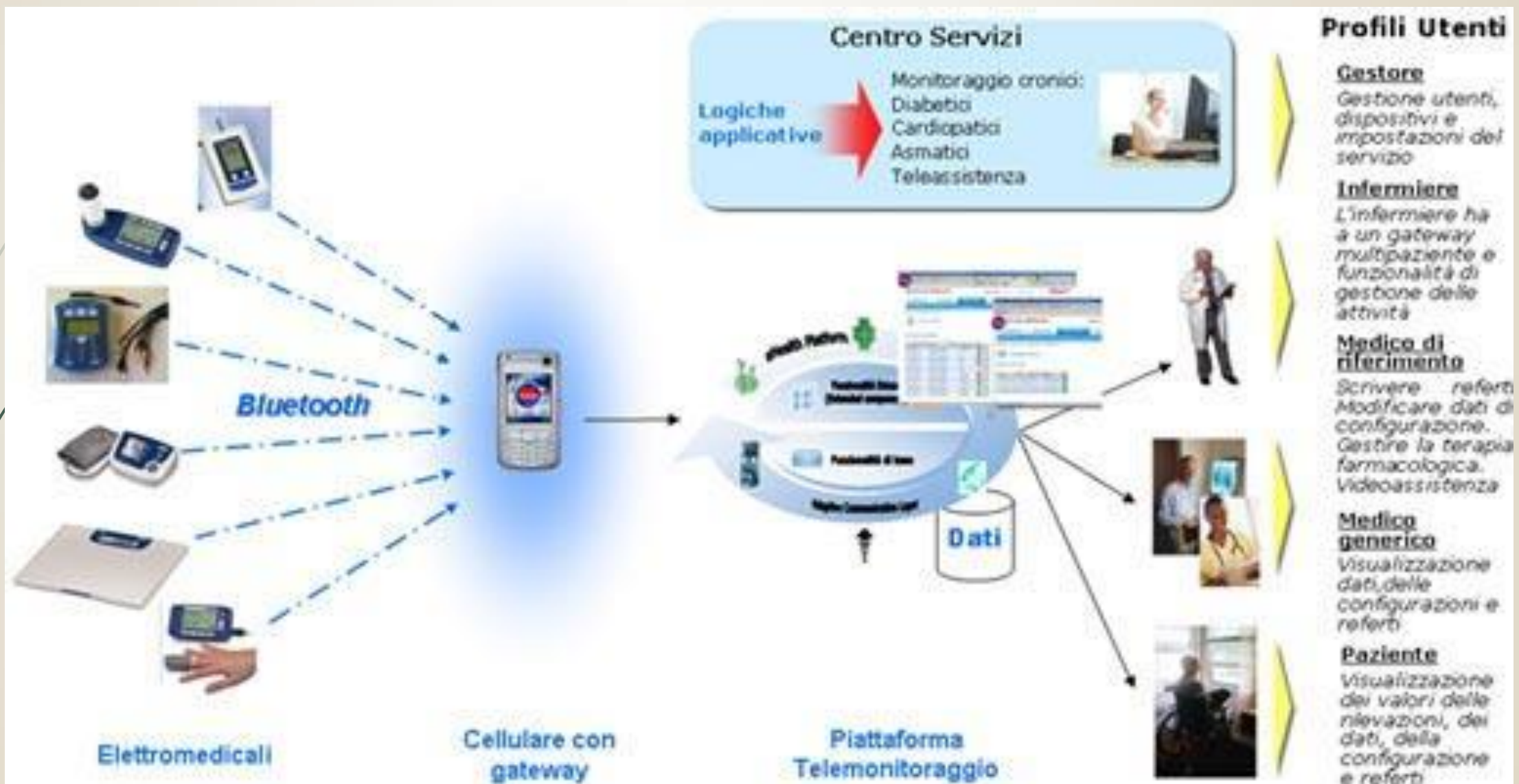
- Supports both cable and cable-free operation
- 500 Hz sampling rate and wide bandwidth
- 30/60/90s of full disclosure waveform can be replayed
- Professional ECG algorithm is able to provide not only Heart Rate, but also QRS duration, ST segment, QT/QTc interval, and rhythm analysis
- QT/QTc can help to manage drugs which may induce QT prolongation. It should be noted that the results on APP do not apply to drug management.

### Pulse Oximeter




- Supports both cable and cable-free operation
- Built-in SpO2 sensor supports cable-free operation
- External soft-cover SpO2 sensor is available
- External SpO2 ring sensor is available
- External disposable SpO2 sensor is available
- Oxygen saturation, pulse rate and pulse strength are available

# Sfida: TELEMEDICINA – Hospital at Home



# Esempio di cure a distanza






# Fattori abilitanti la creazione di valore

Per il manager  
Spiegare:

*il perchè delle scelte e **dell'uso**  
**delle risorse,***

*i diritti e **doveri** dei pazienti e dei  
medici e operatori sanitari*



# Fattori abilitanti la creazione di valore

*Per il medico e l'equipe*

*Creare:  
una buona **relazione** di cura e di  
**fiducia** tra paziente, medico ed  
operatori sanitari*