

www.uslsudest.toscana.it
#salutetoscanasudest

Il Population Health Management
come risposta sostenibile ed inclusiva
al nuovo contesto epidemiologico e
sociale.



Tra cronicità e sostenibilità.

Il Population Health Management nel progetto dell' Azienda Usl Toscana Sud Est.

AREZZO
Via Curtatone 54, 52100
Centralino 0575 2551
P.I e C.F. 02236310518
SIENA
Piazza Rosselli 26, 53100
Centralino 0577535111
GROSSETO
Via Cimabue 109, 50100
Centralino 0564485111

SIMONA DEI, Direttore Sanitario Azienda Usl Toscana Sud Est
Bologna, 8 Giugno 2017





Il contesto di riferimento

Le malattie croniche nei Paesi occidentali rappresentano l'80-85% dei costi sanitari

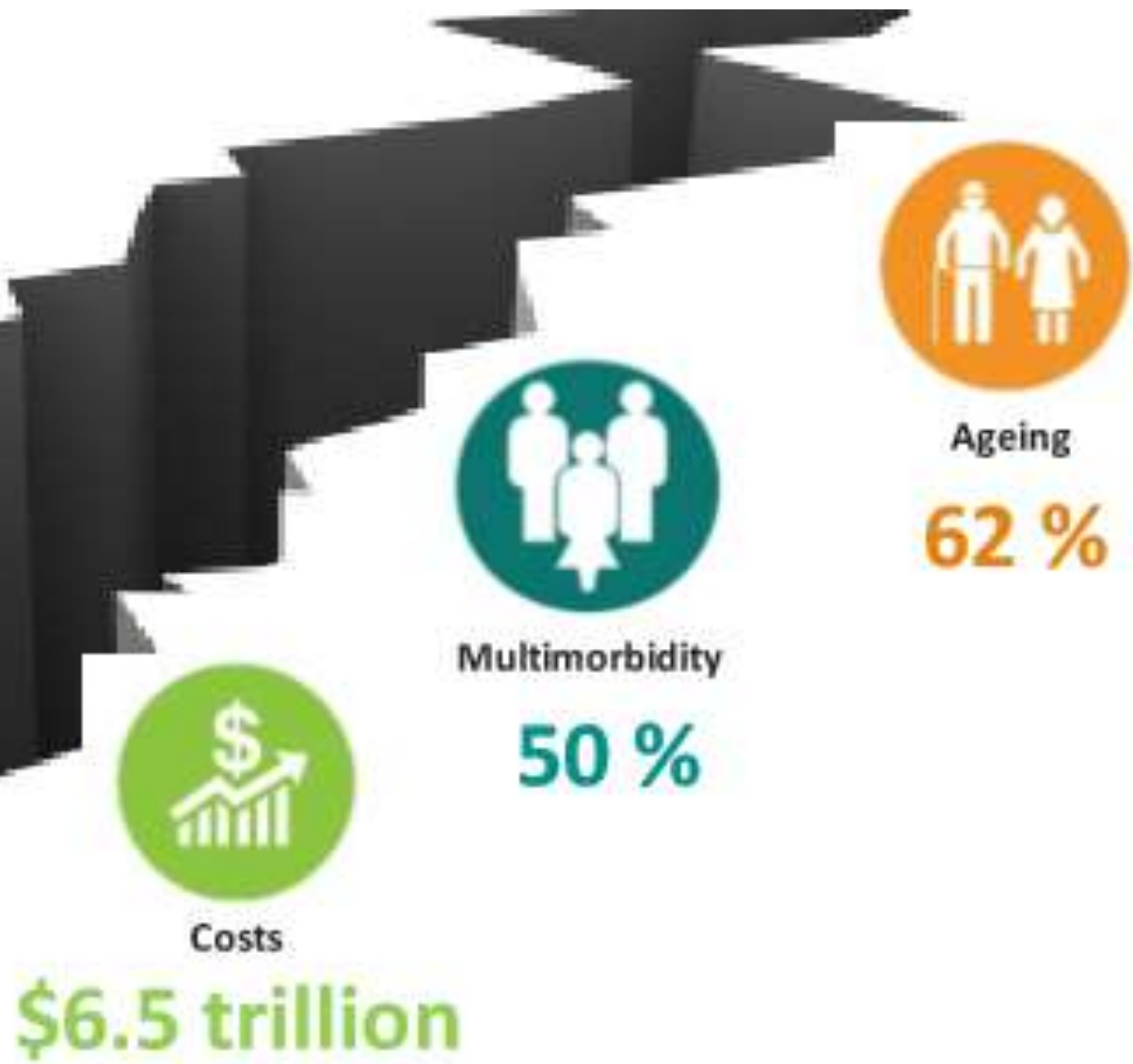
La **prevalenza** di tali patologie è **in crescita** a causa di:

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



Nella Regione europea dell'Oms, le malattie croniche provocano circa l'86% dei morti

Sistema frammentato di distribuzione

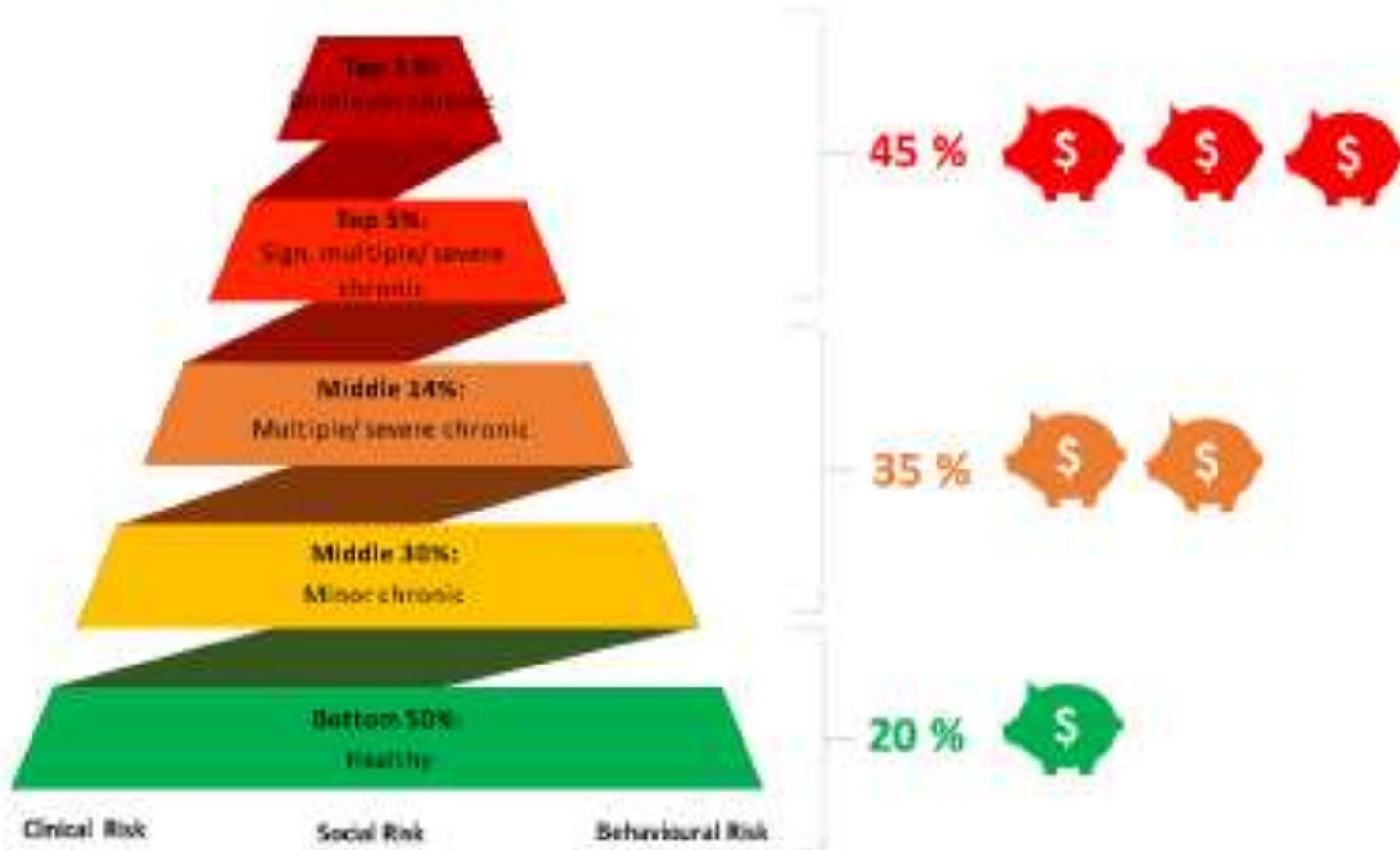


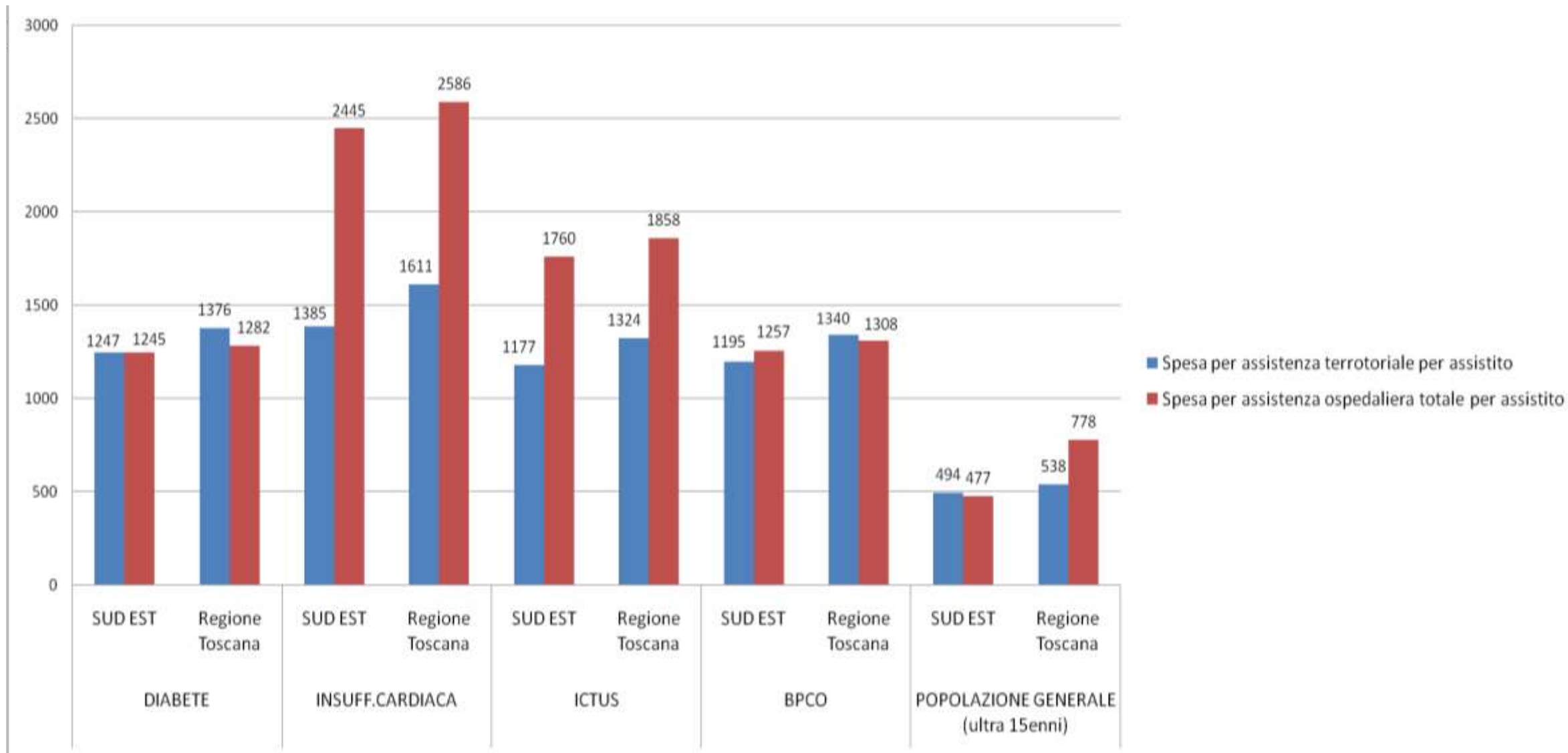
New England Journal of medicine (2010), Institute of medicine RAND corp (2003) & Kodner (2009), CBS (Stateline), National Kompas Volksgezondheid, Nivel, Oostrom S et al. NTVG 2011, OECD 2013, Barnett K et al. The Lancet 2012

Global trends

La piramide degli investimenti sanitari

La scatola nera dell'assistenza integrata





Assorbimento di risorse di alcune malattie croniche - Anno 2016

Disuguaglianze territoriali...

PATOLOGIE CRONICHE: diabete

Prevalenti MaCro per diabete mellito su residenti in Toscana d'età 16+
Tasso standardizzato (x 1.000) - Totale



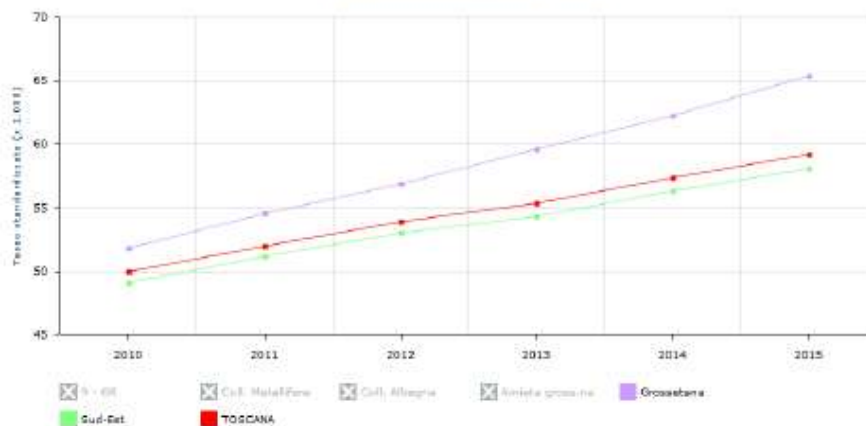
Mortalità per BPCO
Tasso standardizzato (x 100.000) - Totale - Stand. popolazione Toscana anno 2000



PATOLOGIE CRONICHE: BPCO

Alta mortalità per BPCO con un'alta prevalenza. Buona la risposta territoriale che riduce il ricorso all'ospedalizzazione.

Prevalenti MaCro per BPCO su residenti in Toscana d'età 16+
Tasso standardizzato (x 1.000) - Totale



STANDARDIZZATI DI OSPEDALIZZAZIONE (per 1.000) PER ZONE, 2015



monitoraggio e la terapia

e gli assistiti con diabete
inina o clearance
una misurazione del profilo
gnificativo rispetto al dato

ne nell'anno è minore.



... cause solo sanitarie?



Servizio Sanitario della Toscana

Esperienze internazionali per la gestione della cronicità

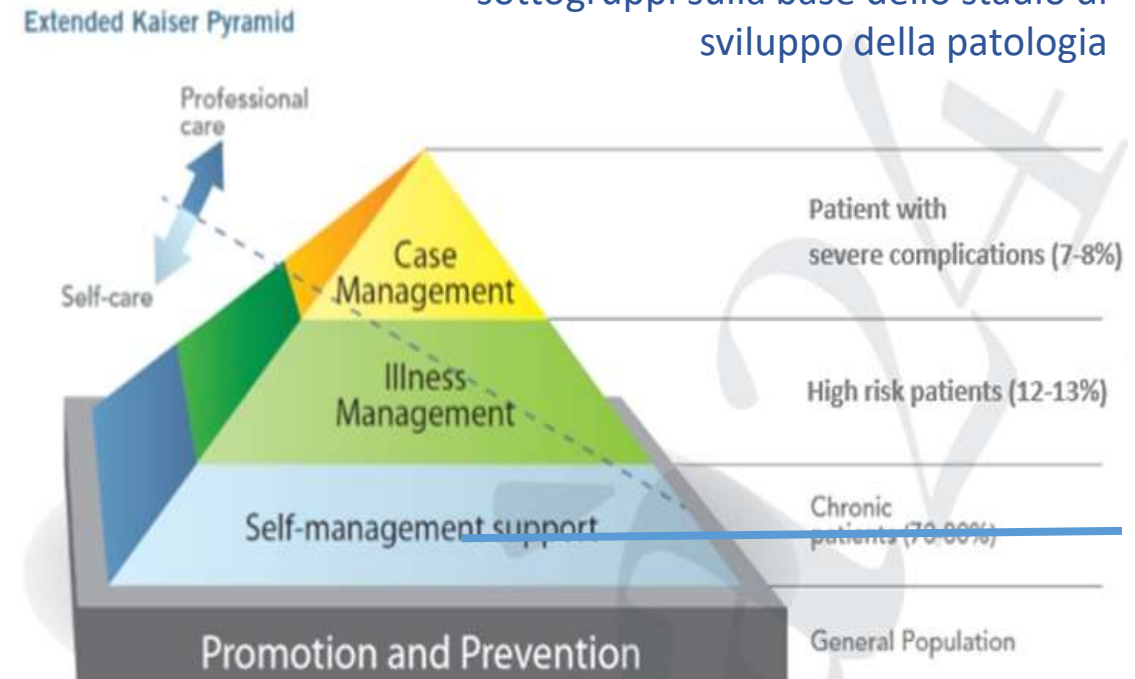
Superare la frammentazione della risposta sanitaria e socio-sanitaria,
garantire **piani di cura personalizzati**, concentrazione dei saperi, Team Multiprofessionali

- Integrated Delivery System
- Population Health Management
- People- centred health and integrated services
- Value based Medicine



PIRAMIDE DI POPULATION MANAGEMENT

classificazione dei pazienti cronici in sottogruppi sulla base dello stadio di sviluppo della patologia





Total Population Health Management

Data Integration & Management



Clinical data integration
Financial / admin data integration
Data warehousing
Real-time data exploration
Clinical data standardization

Clinical Analytics



Registries
Reporting
Attribution
Stratification
Gaps in care & predictive analytics
Point of care decision support



Patient Engagement

Multi-modal communication
Treatment plans
Educational content
Closing gaps in care
Tele- / remote monitoring

Care Coordination



Care management workflow automation
Care team coordination
Real-time alerting
Clinical reporting



“Garantire la salute delle persone per tutto l’arco della vita per la prevenzione, riduzione, rallentamento e cura delle patologie croniche”

Le 5 direzioni strategiche per lo sviluppo dei servizi sanitari integrati:

- Coinvolgere e responsabilizzare gli assistiti (self management)
- Rafforzare la governance distrettuale
- Riorientare il modello di cura e il coordinamento dei servizi
- Adottare ed estendere la proattività e quindi l’equità delle cure
- Creare un ambiente professionale favorevole allo sviluppo di una cultura organizzativa improntata alla condivisione (knowledge management)



DALLA LETTERATURA AL PROGETTO

Gestione proattiva della cronicità: Il nuovo approccio delle Reti cliniche integrate e strutturate

Un modello di **medicina proattiva** per la **gestione della cronicità, complessità e fragilità**, in accordo con i principi dell' «**Health Population Management**».

Delibera 1052 del 15.09.2016



Premesse normative del Progetto

- Piani d'Azione WHO 2008-2013 e 2013-2020
- Piani Sanitari Nazionali
- Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018
- Programma Guadagnare Salute (DPMC 4 maggio 2007)
- Accordi Collettivi Nazionali
- DPCM 29/11/2001 recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza»
- Legge 8 novembre 2012, n.189 «Balduzzi»
- Patto per la Salute 2014-2016



PRESUPPOSTI ORGANIZZATIVI DELLE RETI

- costituzione di **team** multiprofessionali
- **valutazione** multidimensionale
- definizione di un **PDTA personalizzato “pro-attivo”** per ogni paziente
- individuazione in ogni Aft dei **MMG esperti**
- dotazione in ogni Aft di **diagnostica di I livello**
- individuazione degli **specialisti di riferimento**
- **riorganizzazione** complessiva **“strutturata”** del territorio tra cure primarie e specialistiche



LE FASI DEL PROGETTO

- Identificazione della **popolazione target**
- **Stratificazione** della popolazione
- Definizione del **modello** di presa in carico per **intensità di cura**
- Valutazione della compresenza o meno di problematiche socio-assistenziali
- Individuazione dei **TEAM multiprofessionali** delle reti cliniche integrate strutturate
- Definizione dei **setting** più idonei all'erogazione dell'assistenza e organizzazione del team



1. LA POPOLAZIONE TARGET

assistiti di età >16 anni individuati sulla base di parametri oggetti dagli archivi dei MMG e dalle banche dati aziendali come affetti da:

- Diabete
- Scompenso cardiaco
- Ictus
- BPCO
- Nefropatia/ Insufficienza renale cron
- Sclerosi Multipla
- Demenze
- Artrite reumatoide
- Psoriasi
- Malattie Oncologiche (follow up)
- HIV
- Salute Mentale
- Dipendenze
- Cure palliative

2. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE TARGET

in funzione della gravità/ complessità delle singole patologie, identificando così sottopopolazioni "iso-gravità"

3. PRESA IN CARICO PER INTENSITA' DI CURA

pazienti affetti da una o più patologie croniche privi di rilevanti problemi socio-assistenziali pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali

4. INDIVIDUAZIONE DELLA RETE CLINICA INTEGRATA E STRUTTURATA

AFT e AFT integrata

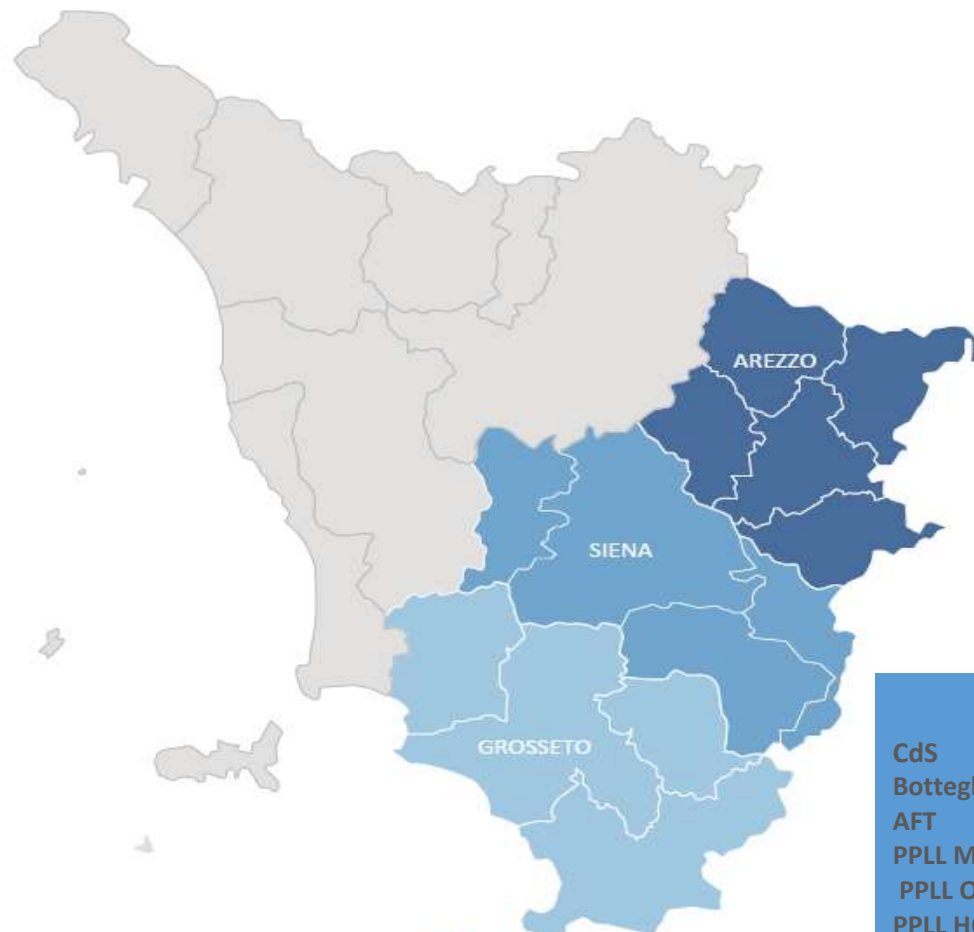
I professionisti che compongono il team sono:

- MMG
- MMG Esperto
- Medico di Comunità
- Medico Specialista ospedaliero
- Infermiere
- Assistente Sociale
- Altri Professionisti (Fisioterapisti, Educatori Professionali, Dietisti...)

5. DOVE SI PRESCRIVE SI PRENOTA

Per classi di priorità per la prima visita, per la cronicità su una piattaforma dedicata (riduzione tempi d'attesa, medicina difensiva)





Arezzo	
CdS	13
Botteghe della Salute	
AFT	13
PPLL Mo.di.ca	49
PPLL Osp. Comunità	24
PPLL HOSPICE	5
PPLL Riab.ex art26	50
MMG	249
PLS	35

Siena	
CdS	3
Botteghe della Salute	
AFT	9
PPLL Mo.di.ca	
PPLL Osp. Comunità	39
PPLL HOSPICE	16
PPLL Riab.ex art26	40
MMG	192
PLS	37

Grosseto	
CdS	3
Botteghe della Salute	3
AFT	9
PPLL Mo.di.ca	
PPLL Osp. Comunità	41
PPLL HOSPICE	8
PPLL Riab.ex art26	27
MMG	164
PLS	25






RETE TERRITORIALE SANITARIA



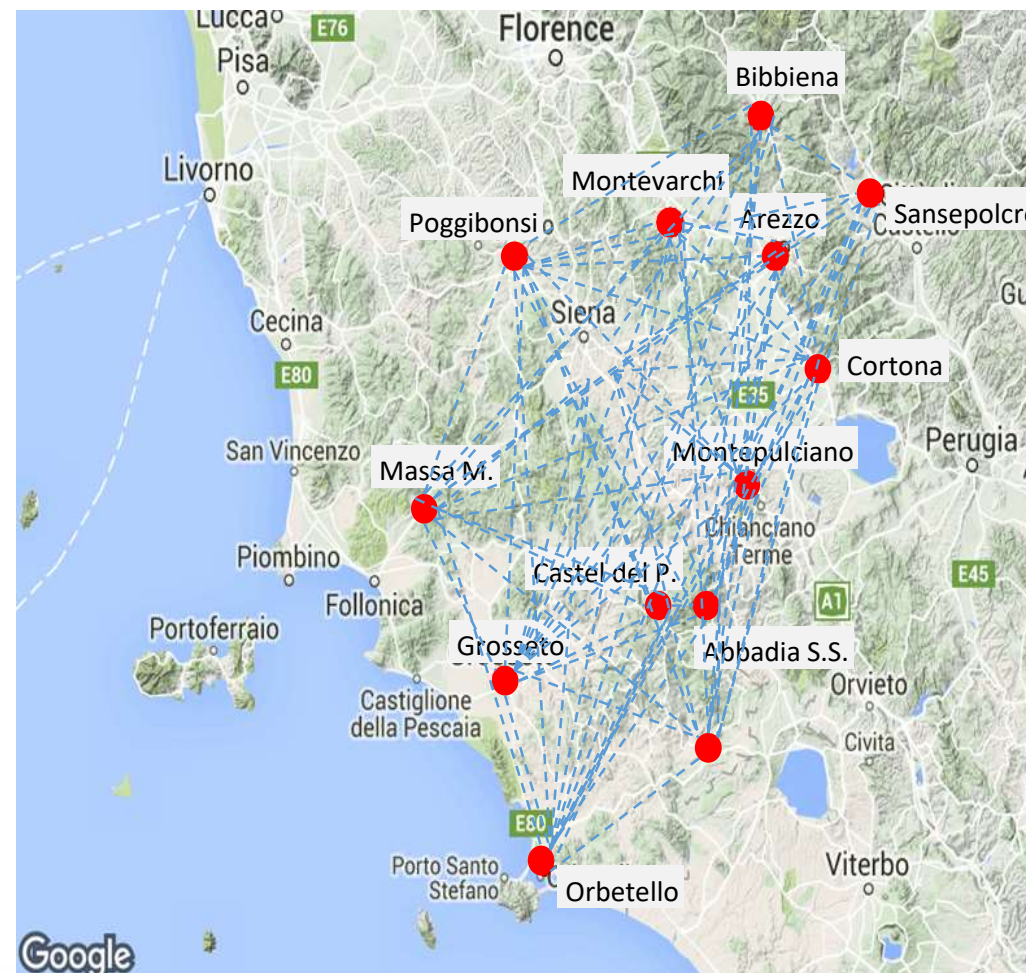


RETE OSPEDALIERA COMPLANARE INTEGRATA

LEGENDA

-  Osp di riferimento provinciale (DEA I Livello)
-  Osp di riferimento zonale
-  Osp di riferimento territoriale
-  Osp di Prossimità
-  Interconnessioni

AREZZO
Via Curtatone 54, 52100
Centralino 0575 2551
P.I e C.F 02236310518
SIENA
Piazza Rosselli 26, 53100
Centralino 0577535111
GROSSETO
Via Cimabue 109, 50100
Centralino 0564485111





Organizzazione ospedaliera e territoriale

L'Area vasta Sudest si caratterizza per

13 Distretti Zona/Società della Salute
1 Azienda Ospedaliero Universitaria (AOUSI)

13 Stabilimenti Ospedalieri

31 Aft

605 Medici di medicina generale

19 Case della salute



PER OGNI DISTRETTO/ZONA

(50 - 150.000 abitanti)

HOSPITAL

Medici
internisti/Geriatri

Neurologici

Cardiologici

Diabete

Respiratori

Oncologici

Palliativi

altri utili come
Salute Mentale, Insufficienza
renale



TERRITORIO

Medici
esperti

Medici
esperti

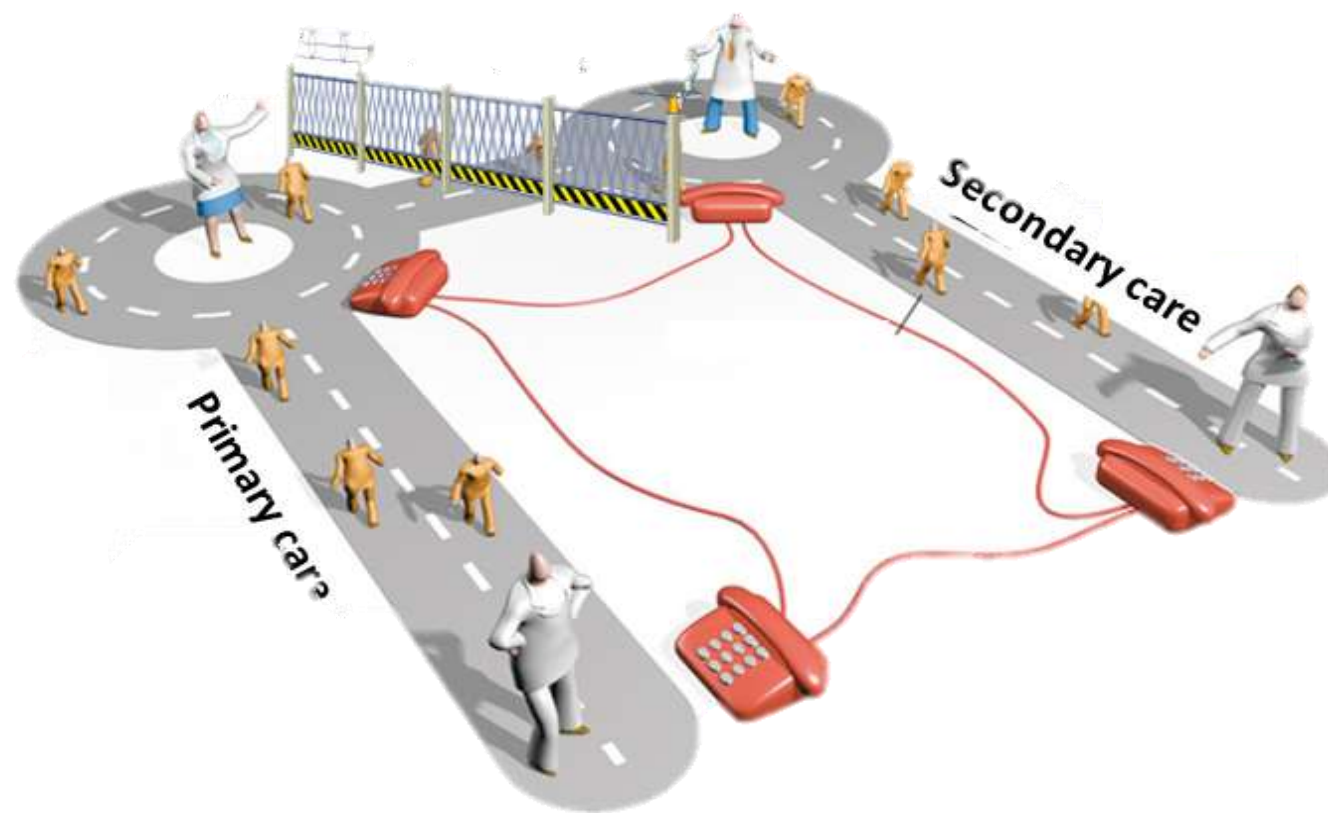
Medici
esperti

Aft





Due percorsi uniti in una sola comunità professionale strutturalmente e culturalmente integrata



AREZZO
Via Curtatone 54, 52100
Centralino 0575 2551
P.I e C.F 02236310518
SIENA
Piazza Rosselli 26, 53100
Centralino 0577535111
GROSSETO
Via Cimabue 109, 50100
Centralino 0564485111

New England Journal of medicine (2010), Institute of medicine RAND corp (2003) & Kodner (2005), Hoangmai et al (2007)

Valentijn P.P. Integrated primary care: On which dimension to invest? Pisa, Italy, March 30, 2017



Focus sulla complessità della persona e del quadro globale, sanitario e sociale

Riduzionismo (Specifico per la malattia)

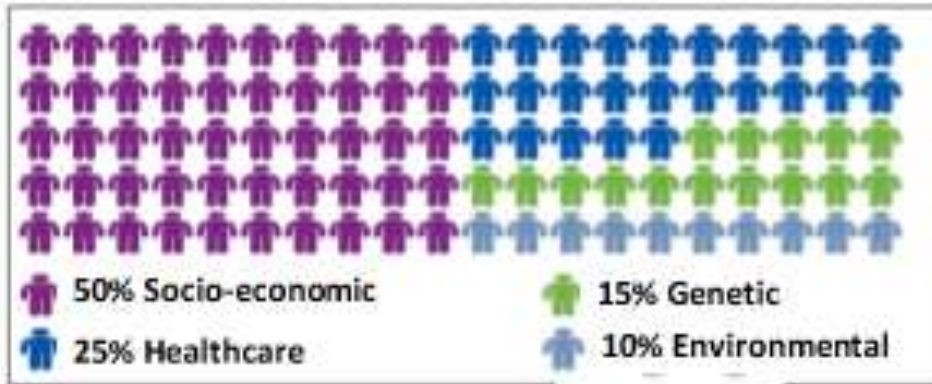


Determinismo (Focalizzato sulla persona)

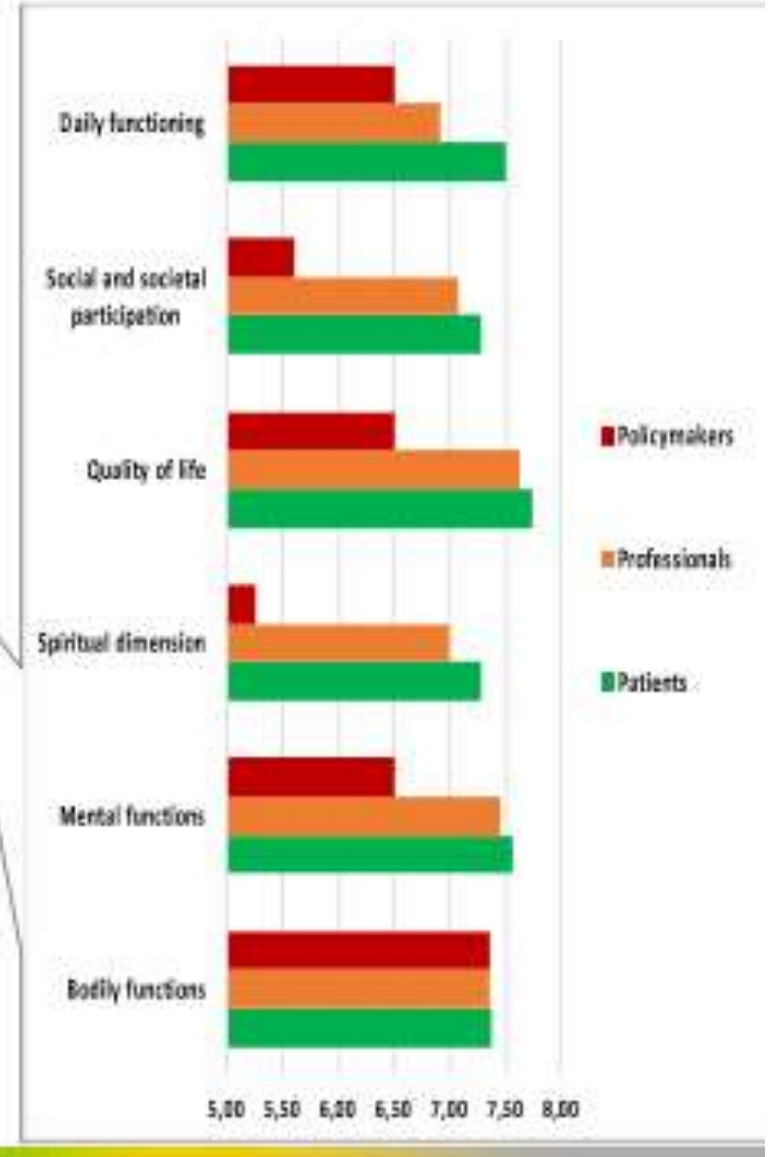
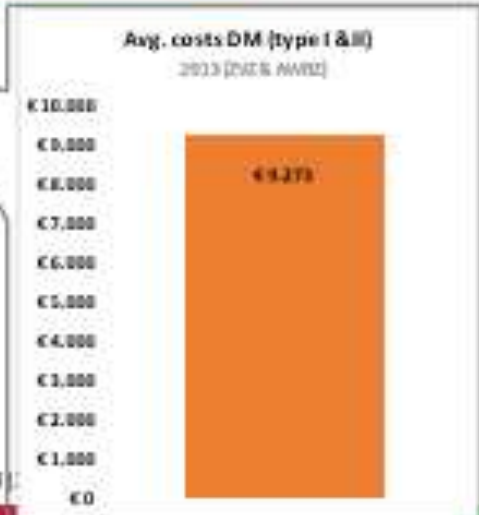


AREZZO
Via Curtatone 54
Centralino 0575
P.I e C.F 022363
SIENA
Piazza Rosselli 21
Centralino 0577
GROSSETO
Via Cimabue 109
Centralino 0564400111

Azienda
USL
Toscana
sud est
Servizio Sanitario della Toscana



Value = $\frac{\text{Population health} + \text{Patient experience}}{\text{Cost}}$



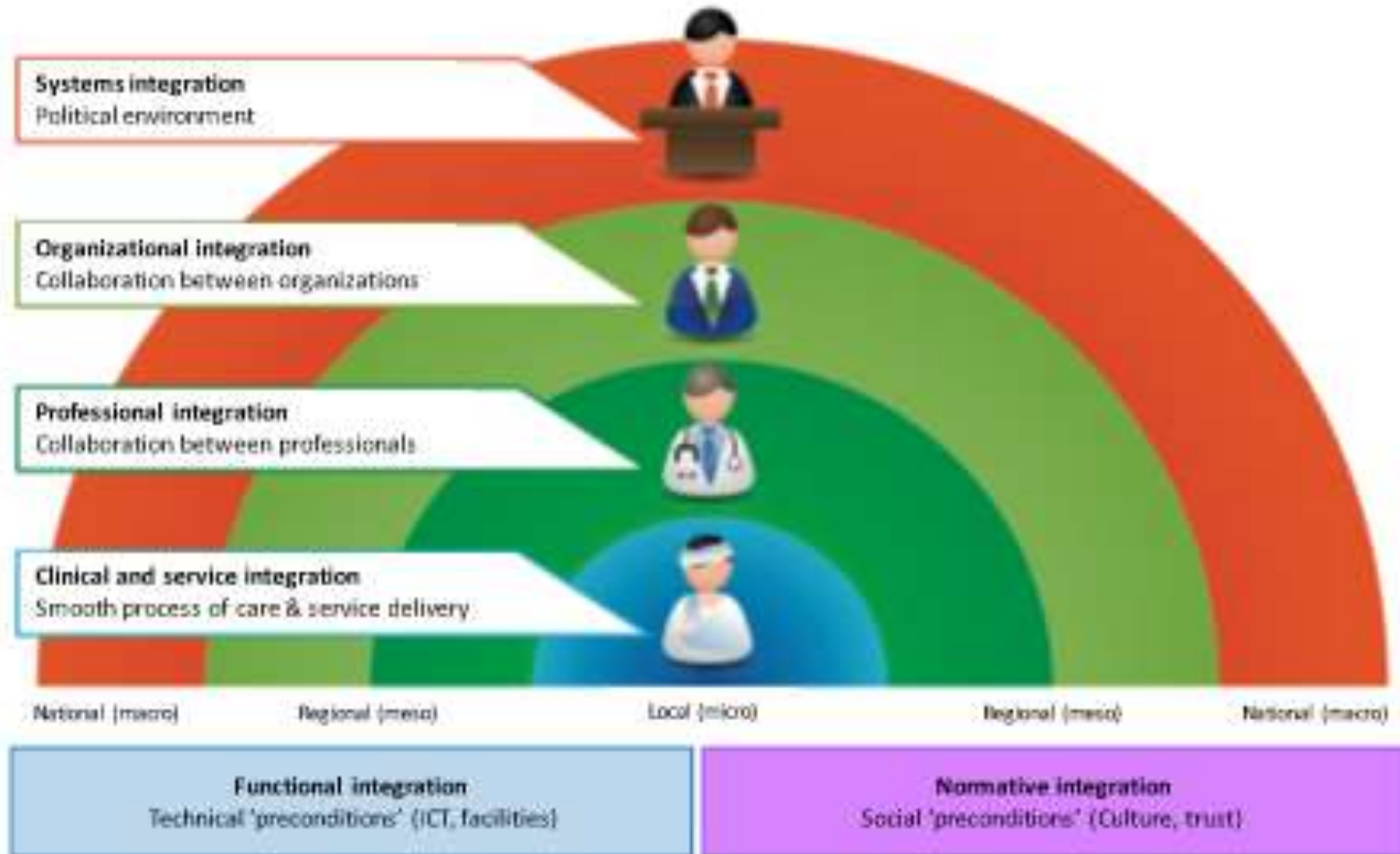
Huber (2016), Canadian Institute of Advanced Research (2012), Mc Ginis et al



Differenti prospettive e valori



L'arcobaleno del Modello di Assistenza Integrata



Based on: Valentijn et al. (2013 & 2016)



La check list per monitorare il progetto



1. La mia organizzazione ha identificato i pazienti ad **alto rischio/alto costo** all'interno della comunità!
2. La mia organizzazione è disposta a diventare responsabile degli outcomes **economici e di qualità** raggiunti a livello comunitario.
3. La mia organizzazione usa nella pratica **comune strumenti di stratificazione del rischio**
4. La mia organizzazione ha accesso a tutti **i costi e qualità dei dati** per ogni singolo membro della comunità



Progetto sullo scompenso di cuore in Casentino;

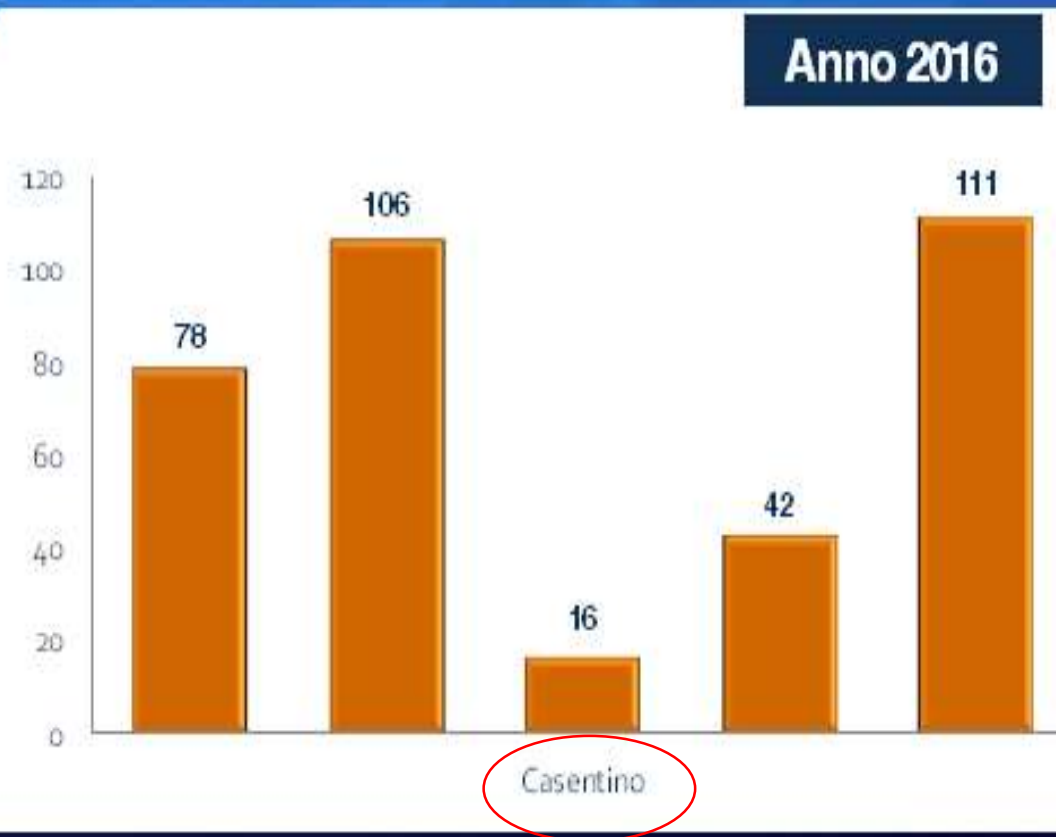
1. Forte coinvolgimento del MMG, al quale spetta il corretto inquadramento clinico del paziente.
2. Il MMG è il responsabile dell'attivazione del cardiologo.
3. Il cardiologo prende in carico il paziente fino a completamento di tutto l'iter diagnostico e ne programma anche il follow-up, quando necessario
4. Già i primi dati mostravano una riduzione di prestazioni diagnostiche cardiologiche per pazienti residenti in Casentino e incremento delle prestazioni per pazienti di altre zone, con riduzione dei tempi di attesa monitorati.

I risultati positivi che si sono mantenuti nel tempo, con buona integrazione fra le figure professionali coinvolte e persistente riduzione dei tempi di attesa per eco cuore:

(16 giorni Casentino VS 72 giorni Aziendale)
come dimostra il consuntivo 2016 di seguito illustrato, a parità peraltro di volume di prestazioni con le altre zone della ex ASL di Arezzo.

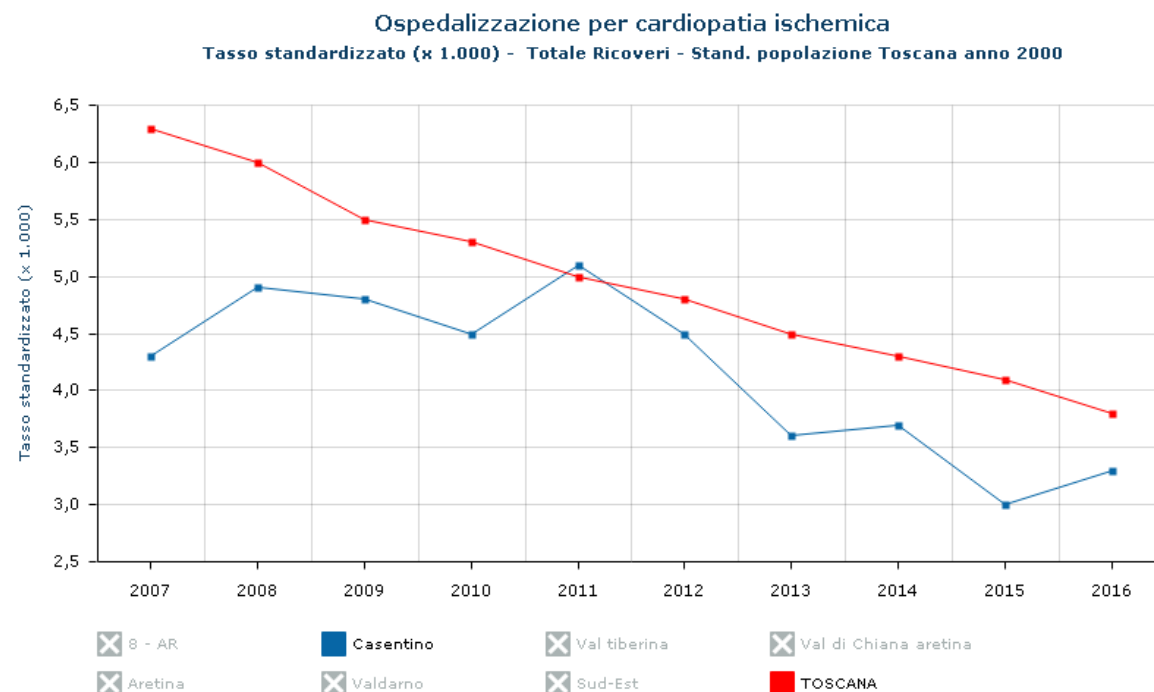


Risultati Progetto Cuore Casentino: Tempi di attesa per ecocardiogramma Zone Aretine



Inoltre si può osservare una riduzione del tasso di ospedalizzazione per cardiopatia ischemica (principale causa di Scompenso Cardiaco) più marcata in Casentino come si vede nel grafico sottostante.

Tassi di ospedalizzazione standardizzati per età per Malattie ischemiche del cuore (diagnosi di dimissione principale ICDIX 410-414) – Residenti in Casentino e in Toscana.



Se proiettiamo il risultato del Casentino sull'intera popolazione dell'Asl Toscana Sud-Est (stessa popolazione target) abbiamo, oltre alla riduzione dell'ospedalizzazione, una riduzione di prestazioni specialistiche-diagnostiche del 20% con una riduzione dei costi pari a **circa 2,6 milioni di euro** (vedi tabella sotto).

2016 - Asl Toscana Sud-Est			
	progetto "cuore"	totale aziendale	% su totale
popolazione	17.300	840.000	2%
num prestazioni	930.000	14.900.000	6%
valore tariffario	13.400.000,00	210.360.000,00	6%
riduzione del 20% prestazioni	-186.000		
importi	-2.680.000,00		



I valori da condividere per dare valore delle cose che facciamo

- Lavorare con la mente e con il cuore
- Non perdere di vista l'obiettivo e cavalcare il cambiamento
- La ricetta delle 4 P: Partecipazione, Personalizzazione, Prevenzione e Predizione
- Basta presa in carico, cominciamo a prendersi cura





Non c'è nulla che sia ingiusto quanto far parti uguali fra disuguali
Da "Lettere a una professoressa"

Don Lorenzo Milani

