

Motore Sanità – Roadshow Cronicità



Il contributo della Value Based Medicine per affrontare la sfida della cronicità

Milano, 13 febbraio 2020

diabete
prevenzione
chronic
creg
outcome pai
incentivo
integrazione
bundle
pagamento
manager
care
cultura
self-management
model
integrated
autoterapia

Andrea Silenzi, MD MPH PhD
Medico di Sanità Pubblica

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Brescia

LM LEADERSHIP
IN MEDICINA
Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina



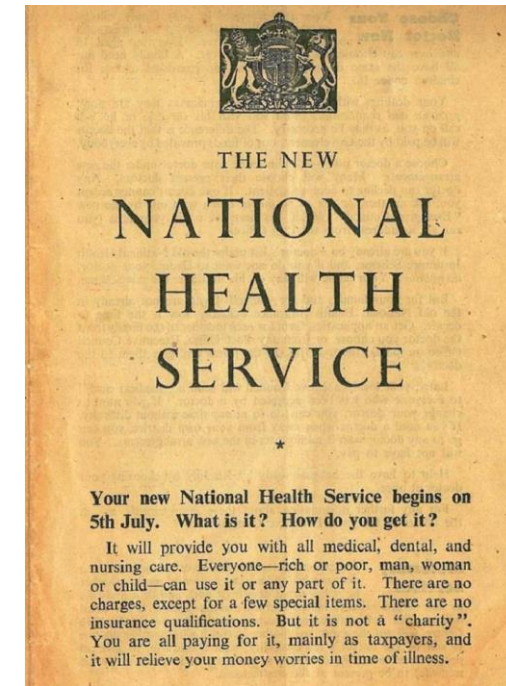
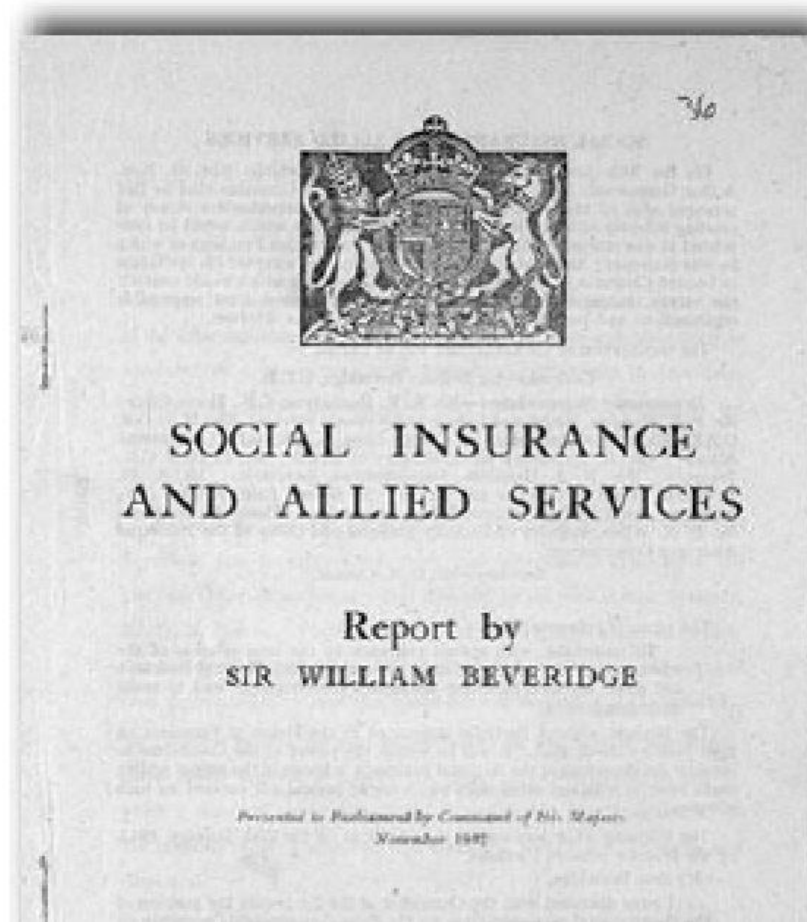
società italiana
sim
di leadership e management in medicina

Le onde della domanda e dell'offerta di servizi sanitari



A health and social wellbeing transfer system:

- from rich to poor
- from young to old
- from employed to unemployed
- from healthy to sick



Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 360 del 28 dicembre 1978

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

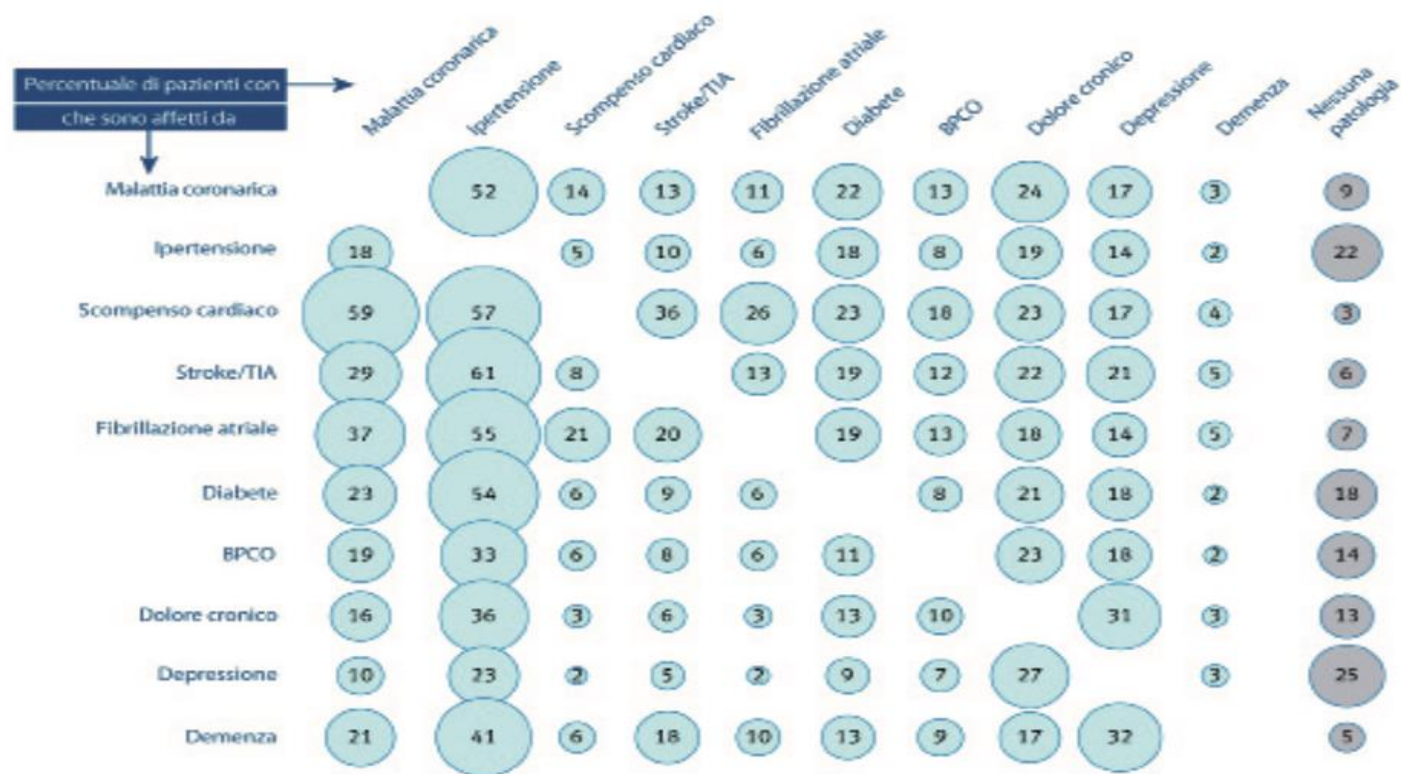
ROMA - Giovedì, 28 dicembre 1978

**SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI
MENO I FESTIVI**

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 65101
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 8508

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.

Istituzione del servizio sanitario nazionale.



- 40% della popolazione
- 24 milioni di italiani
- 12,5 milioni multi-cronici

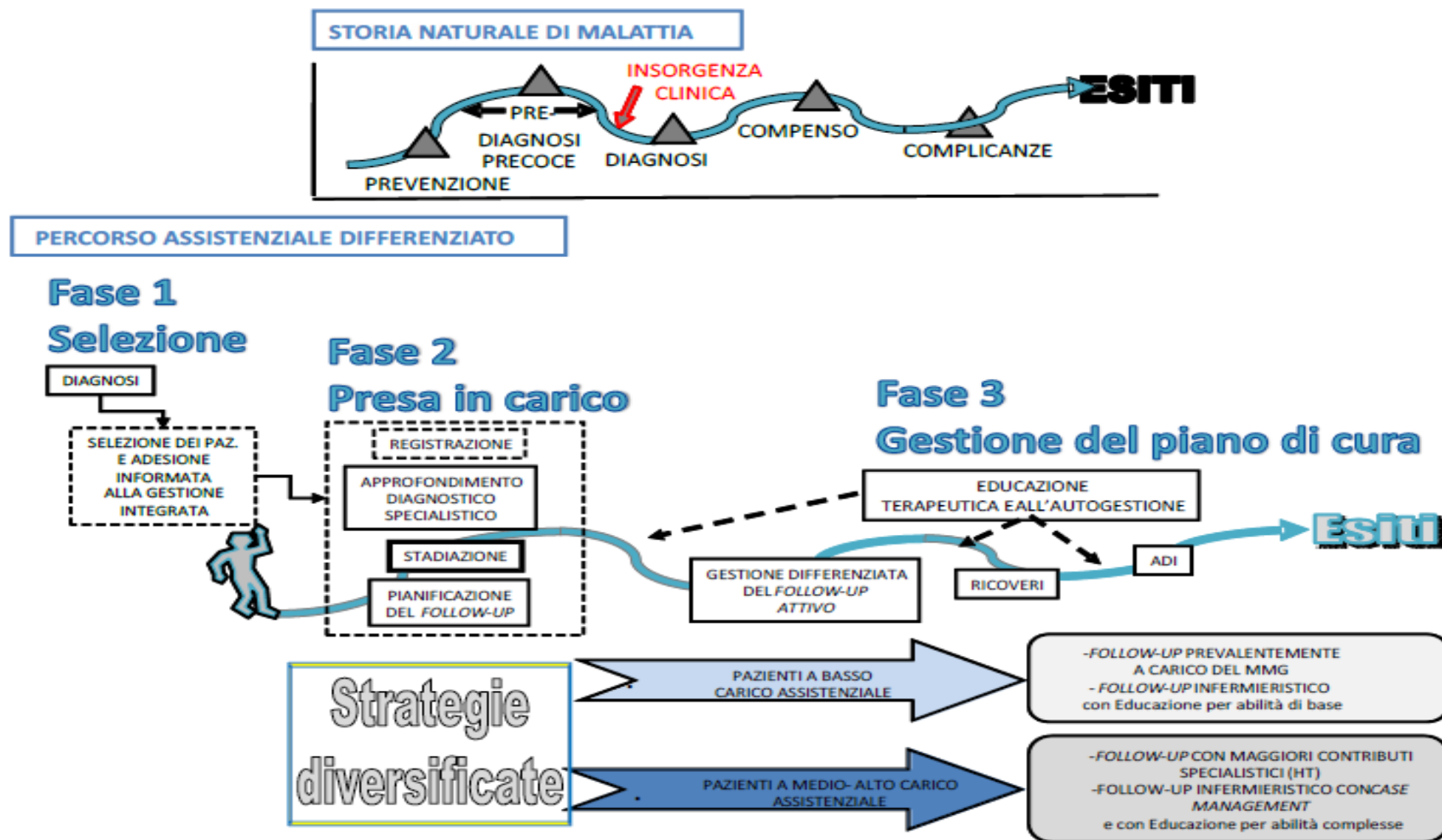
Figura 1. Comorbidità di 10 frequenti patologie in pazienti assistiti nell'ambito delle cure primarie (adattato da¹⁷)

Proiezioni al 2028 → malati cronici saliranno a 25 milioni, mentre i multi-cronici saranno 14 milioni.

1. Ipertensione: sarà la patologia più frequente, con quasi 12 milioni di persone affette nel 2028;
2. Artrosi/Artrite: 11 milioni;
3. Osteoporosi: 5,3 milioni, 500 mila in più rispetto al 2017;
4. Diabete: 3,6 milioni;
5. Scompenso cardiaco: 2,7 milioni.

Piano Nazionale Cronicità:

Recepimento Accordo Stato-Regioni | 15 Settembre 2016

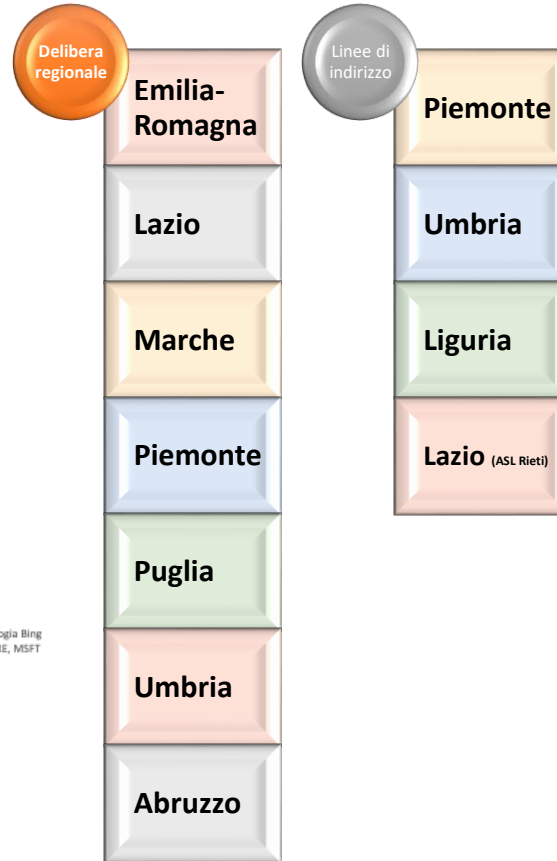


Piano Nazionale Cronicità:

Recepimento Accordo Stato-Regioni | 15 Settembre 2016



Con tecnologia Bing
© GeoNames, HERE, MSFT



- Regione **Toscana** (delibera 545/2017 in cui cita il PNC)
 - “IDEA: Incontri di educazione all’autogestione delle malattie croniche. Approvazione e destinazione risorse”.
- La **Lombardia** ha un suo “Piano Regionale della Cronicità e Fragilità” e successivi provvedimenti attuativi. (Deliberazione n° X / 4662)
 - «Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in regione Lombardia 2016-2018»
- Il **Friuli-Venezia Giulia** ha effettuato una riorganizzazione dell’assistenza primaria e istituito dei modelli di integrazione ospedale-territorio
- Regione **Veneto** (DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1448 del 12 settembre 2017)
 - Aderito al CCM 2017, "Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio»
- Piano Regionale della Salute e dei servizi alla persona della **Basilicata** (2018-2020)
- Progetti Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale Accordo Stato Regione **Sicilia** del 1 agosto 2018- CSR/150
- Piano ATS **Sardegna** per le cronicità (Delibera DG 464 del 19/06/2019)

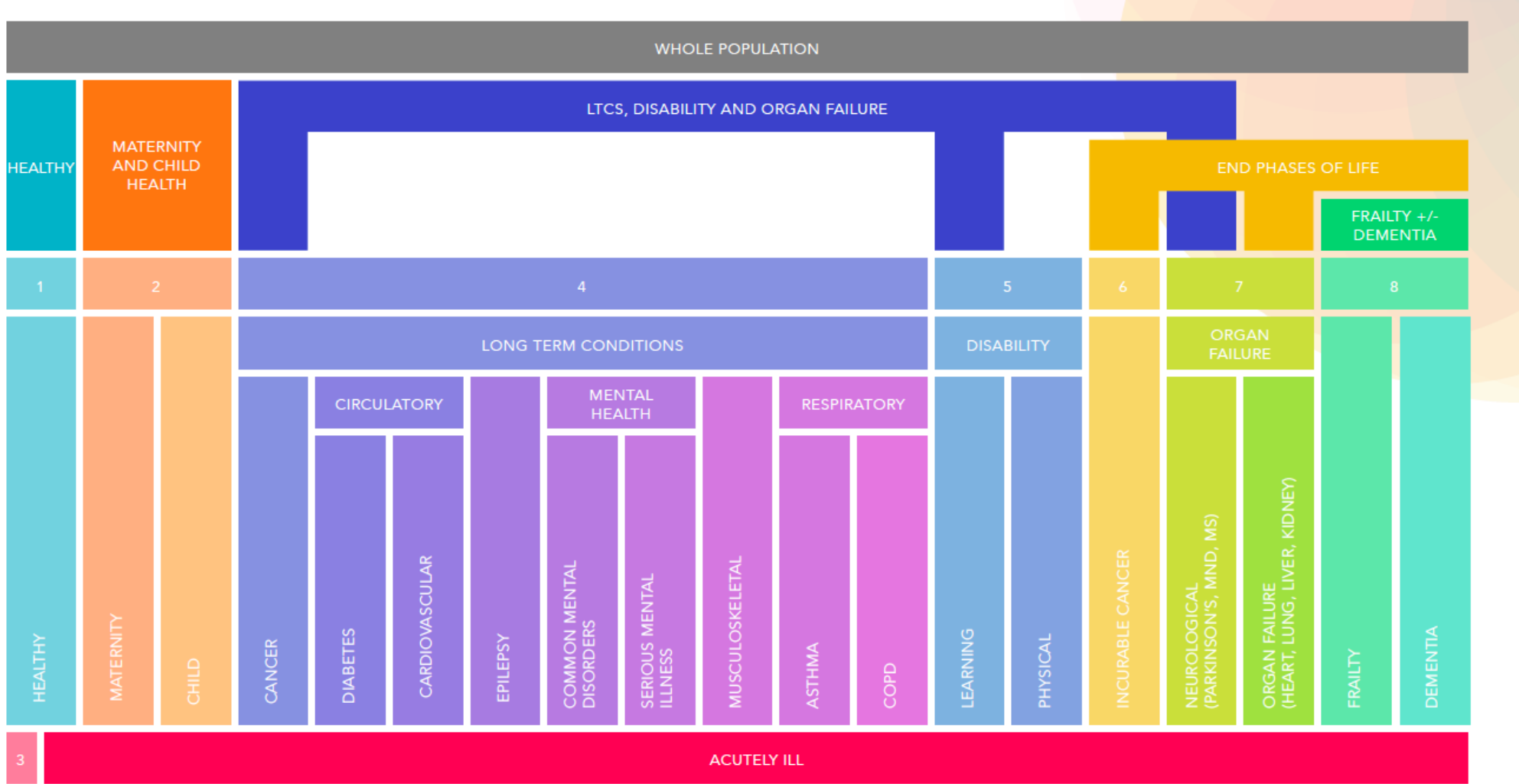
Scenario generale

Delibera regionali

Documenti attuativi

PNC citato su altre iniziative

Define population sub-groups with a common need and allocate resources optimally



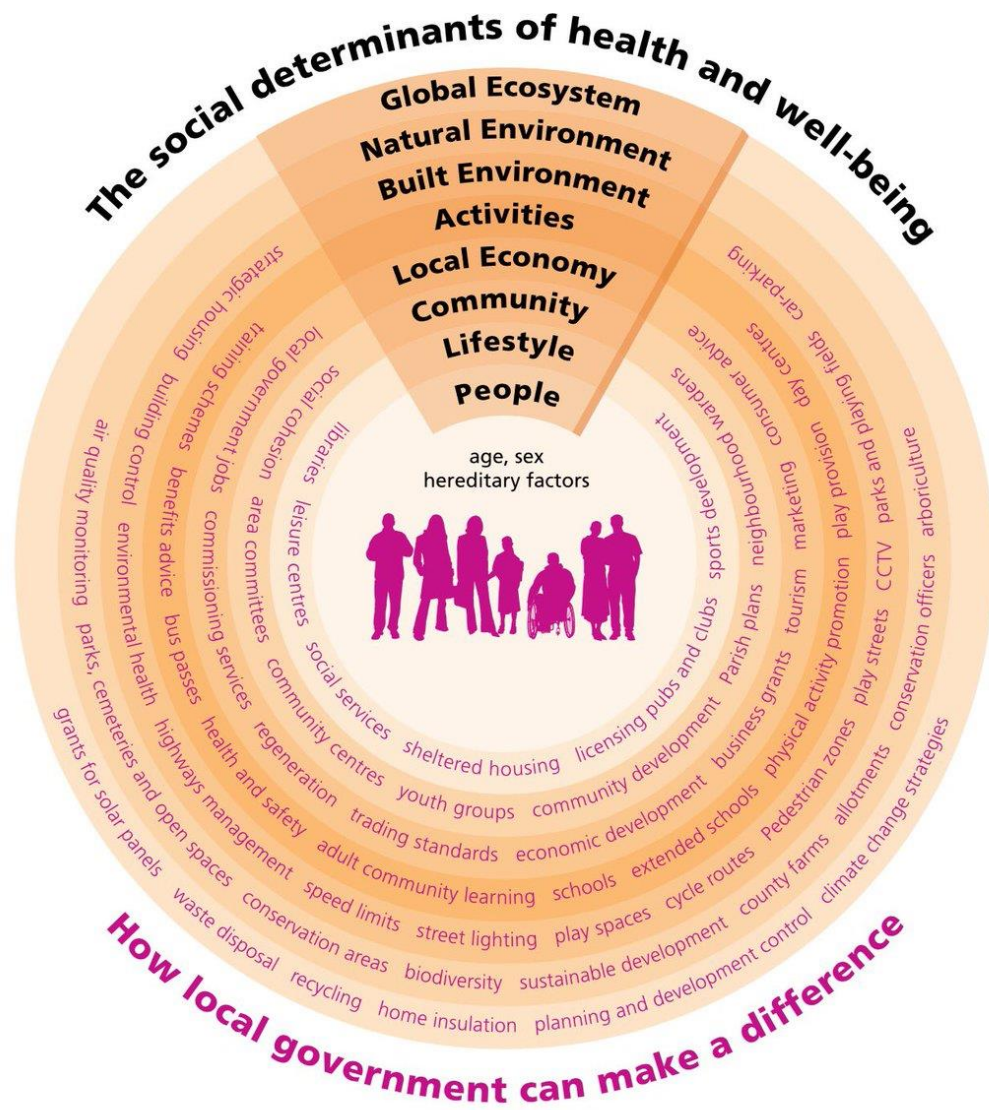
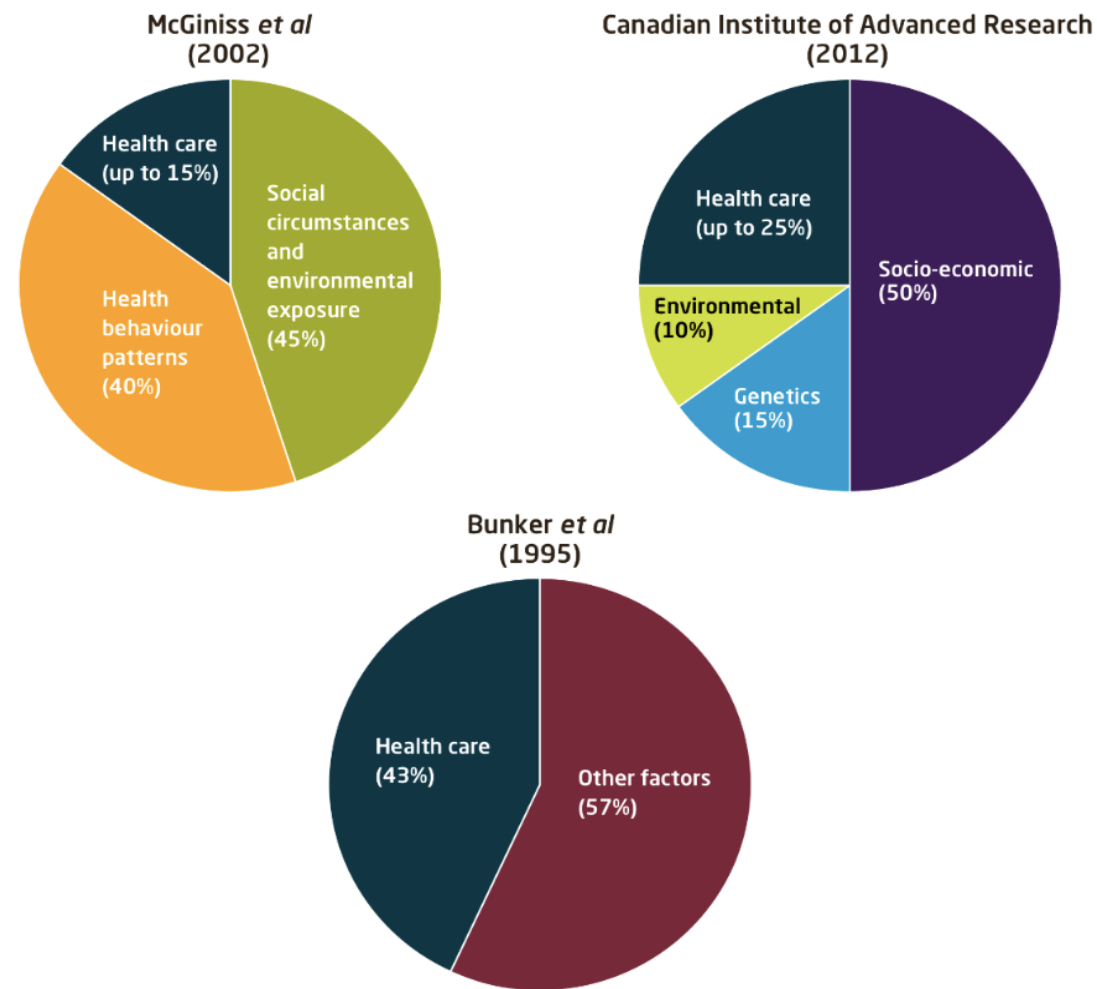


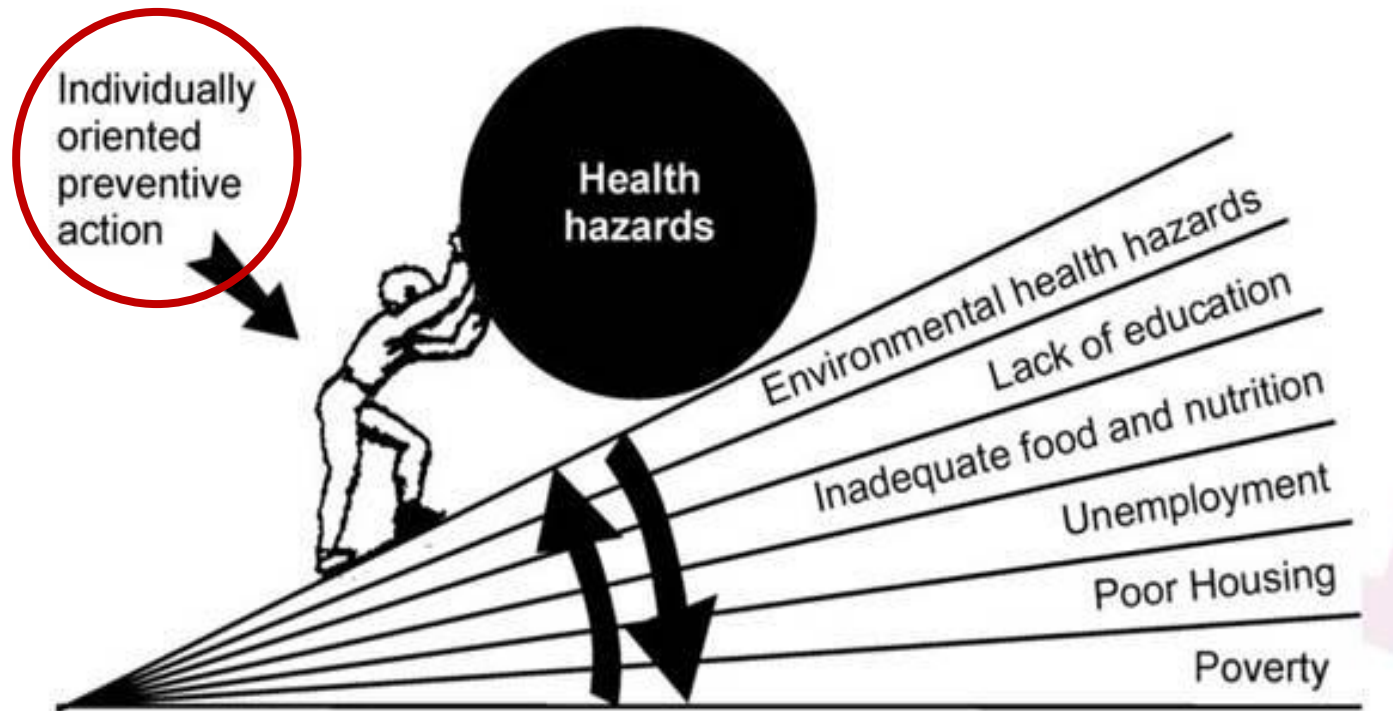
Figure 1 Estimates of the relative contribution of factors to our health



Source: The King's Fund 2013

SFIDA per l'SSN che verrà: qualità nel percorso clinico assistenziale VS valore per il singolo e le popolazioni

The Health Gradient

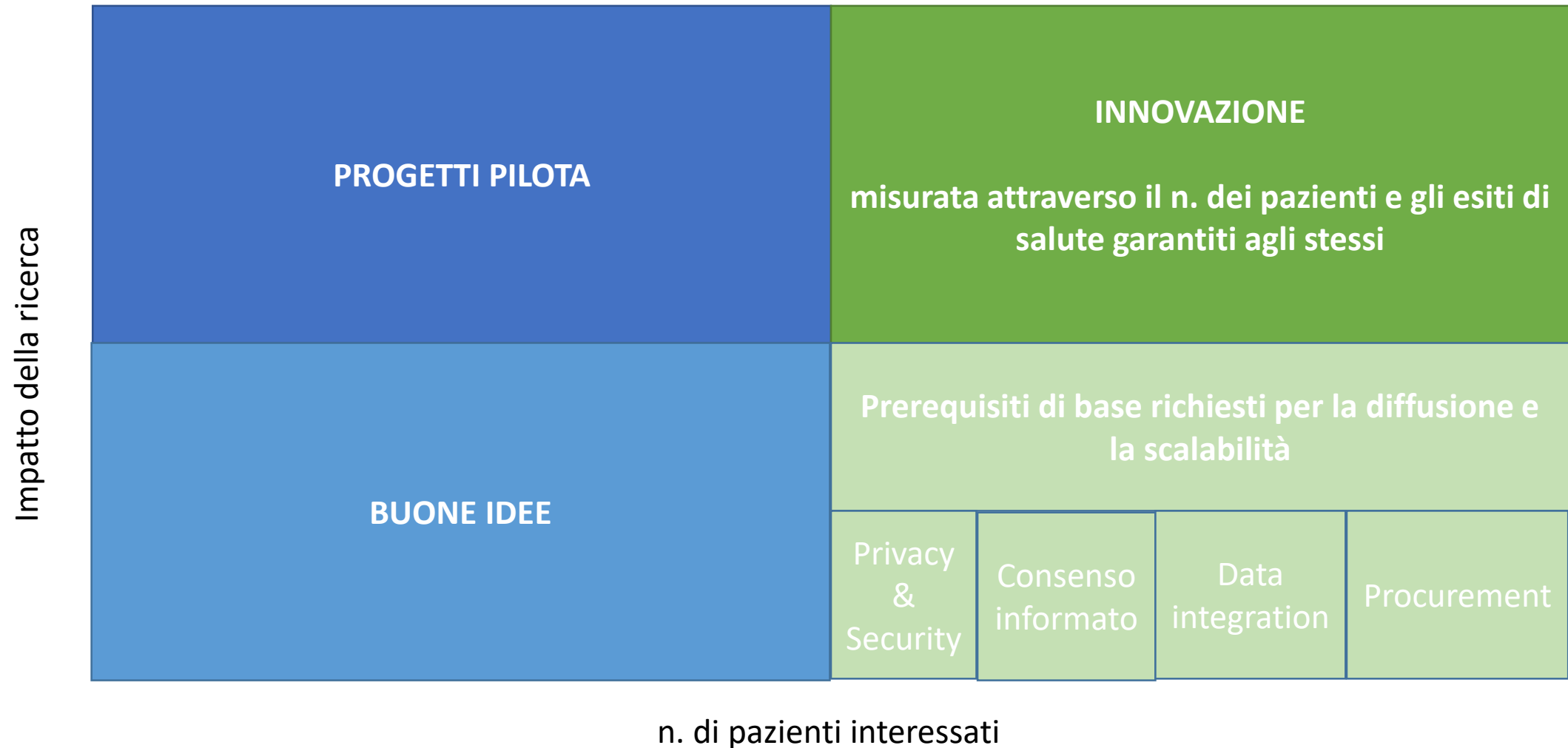


Source: adapted from Making Partners: intersectoral action for health.

Mai dimenticare la salute in ottica di popolazione negli sforzi per migliorare l'efficienza e la produttività di un'organizzazione.

È così importante ma straordinariamente facile da dimenticare!

Innovazione e Sistemi Sanitari



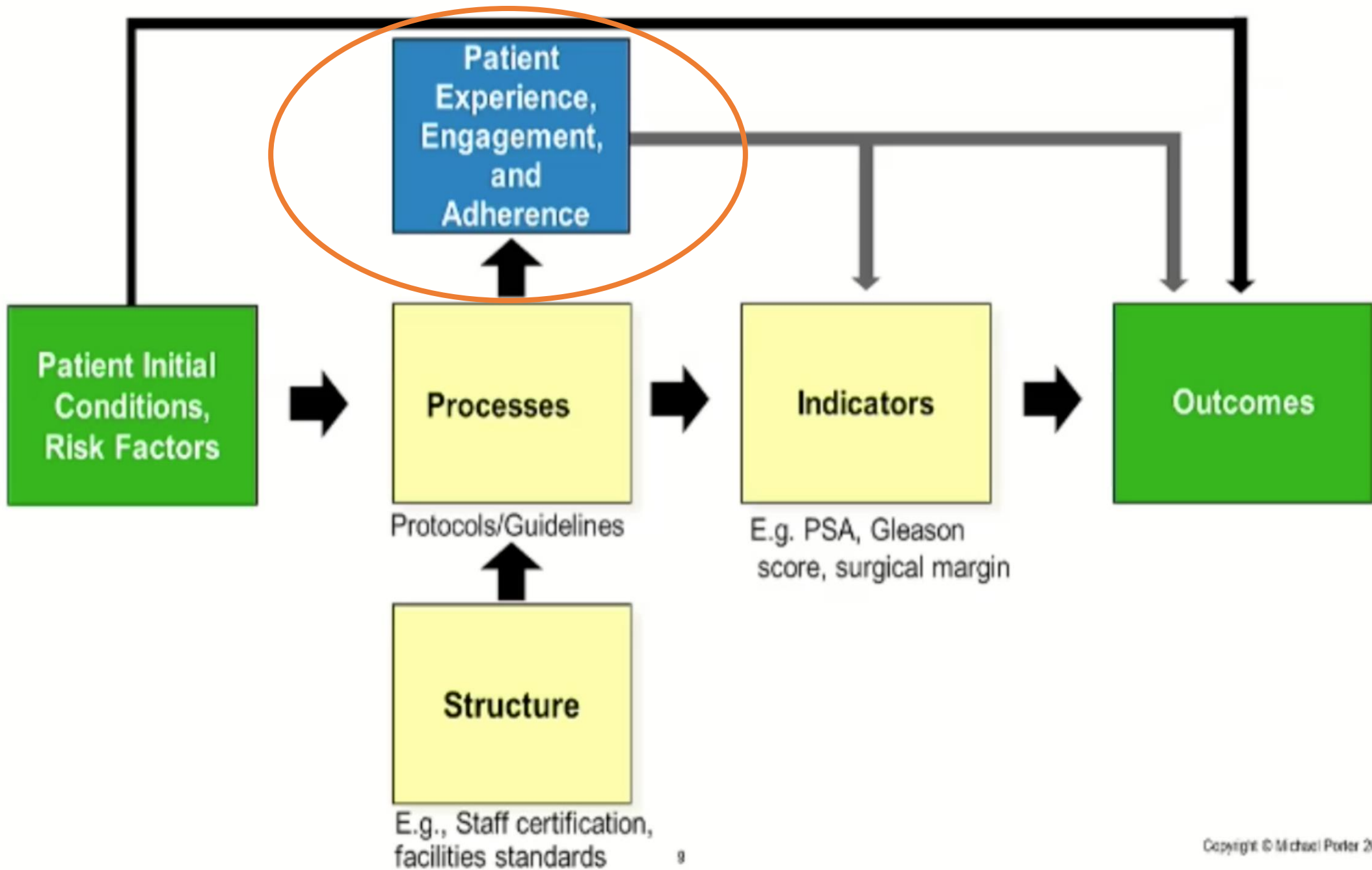
Value Based Health Care (VBHC)



Outcome = Outcome positivi – Outcome negativi

Doing the right thing (EBM) right (Quality & Safety)

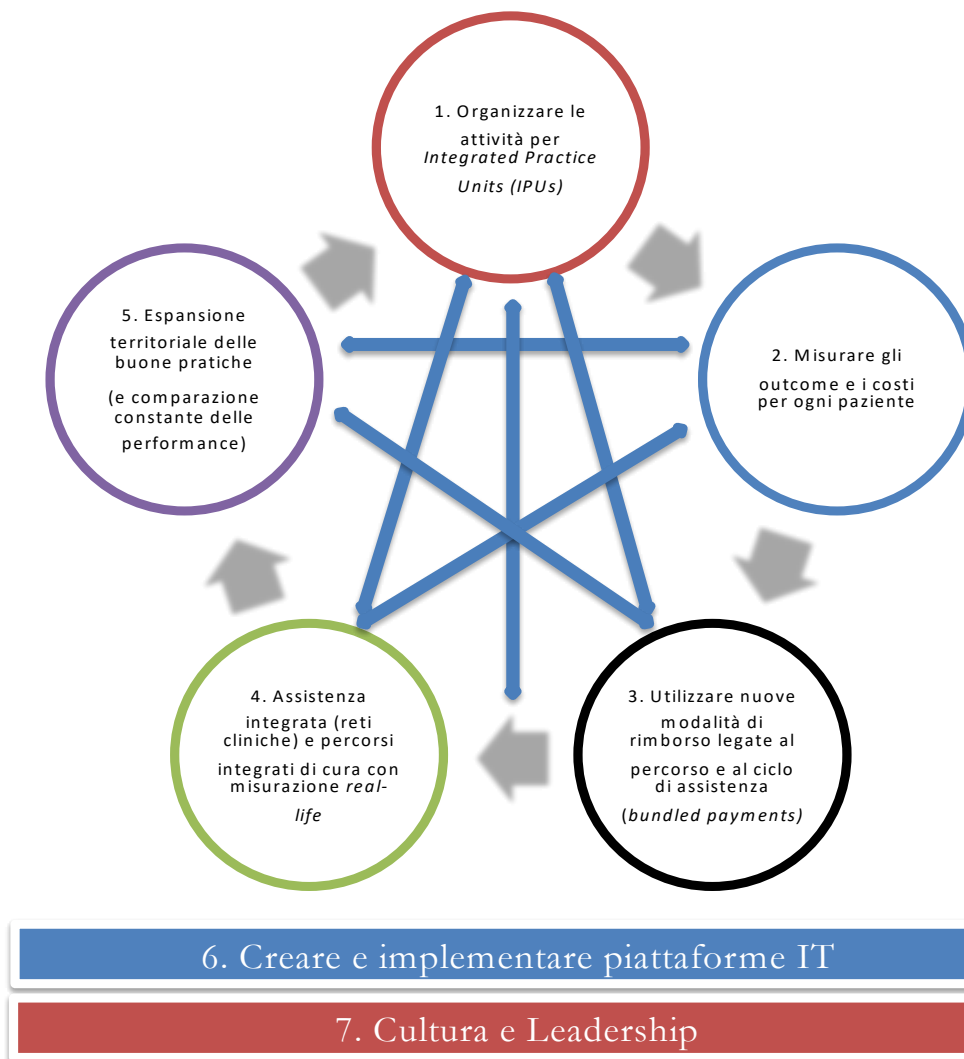
Costi = denaro/tempo/CO₂/opportunità perse



VALUE AGENDA E PROSPETTIVE DI TRASFORMAZIONE PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ITALIANO

In tutti i programmi che hanno dimostrato efficacia è possibile riconoscere i seguenti passaggi:

1. **Mappare l'intero percorso del paziente** caratterizzato da una specifica malattia includendo l'impatto dei **diversi attori** e gli **snodi e/o colli di bottiglia** che deve affrontare
2. **Identificare i "punti chiave"** che incidono negativamente su risultati e costi su cui si può agire
3. Valutare e stabilire le opportunità di miglioramento prioritarie utilizzando **soluzioni tecnologiche innovative** e le più **avanzate tecniche di analisi dei dati**;
4. Cercare opportunità di implementazione costruendo **partnership "win-win"** con altre parti interessate
5. **Definire e concordare le modalità** (obiettivi, indicatori e standard) **per misurare risultati ed esiti di salute**, al fine di essere in grado di misurare e dimostrare il valore del programma
6. **Promuovere azioni di advocacy e lobbying condivise e trasparenti** nei confronti dei decisori al fine di plasmare il contesto normativo-programmatorio
→ porre maggiormente l'accento sull'aumento del valore misurando e migliorando gli esiti (anziché concentrarsi esclusivamente su costi e processi).



4 differenti strategie per promuovere la VBHC

	 Iniziative di pagamento outcomes-based	 Iniziative per migliorare scelta terapeutica	 Iniziative per migliorare il percorso	 Iniziative di assistenza integrata
Descrizione	▪ Pagamento in base agli esiti clinici dei pazienti: rimborso solo nel caso in cui un il paziente raggiunga i risultati prestabiliti	▪ Ottimizzare il processo decisionale relativo al trattamento personalizzato (medicina di precisione), ad es. identificando i pazienti giusti per il giusto trattamento o creando trasparenza nei risultati (es. biomarker)	▪ Ottimizzare i percorsi di cura, ad es. maggior chiarezza nei tempi e procedure (riduzione dei costi) e aumento dell'uso degli interventi (diretti e indiretti) che si traducono in maggior aderenza del paziente al percorso e in migliori risultati	▪ Integrazione e ottimizzazione dell'erogazione delle cure tra più parti interessate
Esempi	▪ <u>Outcomes-based payment per nuove tecnologie</u>	▪ <u>Stratificazione del rischio/strumenti diagnostici</u>	▪ <u>Misurazione di esiti e costi attraverso l'intero percorso assistenziale</u> ▪ Ottimizzazione del percorso PDTA / paziente	▪ <u>Iniziative che integrano completamente l'assistenza (anche sociale) attorno al paziente</u>

Nuovi modelli organizzativi per la gestione della cronicità

SPAGNA

Attenzione alla medicina di comunità e all'assistenza primaria

Centro de atencion primaria
come modello generale (alcuni anche privati)

Il modello Alzira: una partnership pubblico- privata dove l'Ospedale gestisce anche le cure primarie e viene retribuito dal governo con una quota capitaria annuale

GERMANIA

Dal 2002 programmi di assistenza integrata patologia-specifici – *Disease management programs* – basati sul Chronic care model (Ccm)

Il sistema Gesundes Kinzigtal
Miglioramento dell'esperienza di cura del paziente, degli outcome di salute, dei costi di cura pro capite

FINLANDIA

Forte decentralizzazione in cui le municipalità sono responsabili dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi di assistenza primaria e dei servizi sociali, mentre gli ospedali distrettuali dell'assistenza specialistica.

Il programma Dehko e il progetto Potku: empowerment e dinamiche bottom up (Dehko) e versione modificata CCM (Potku)

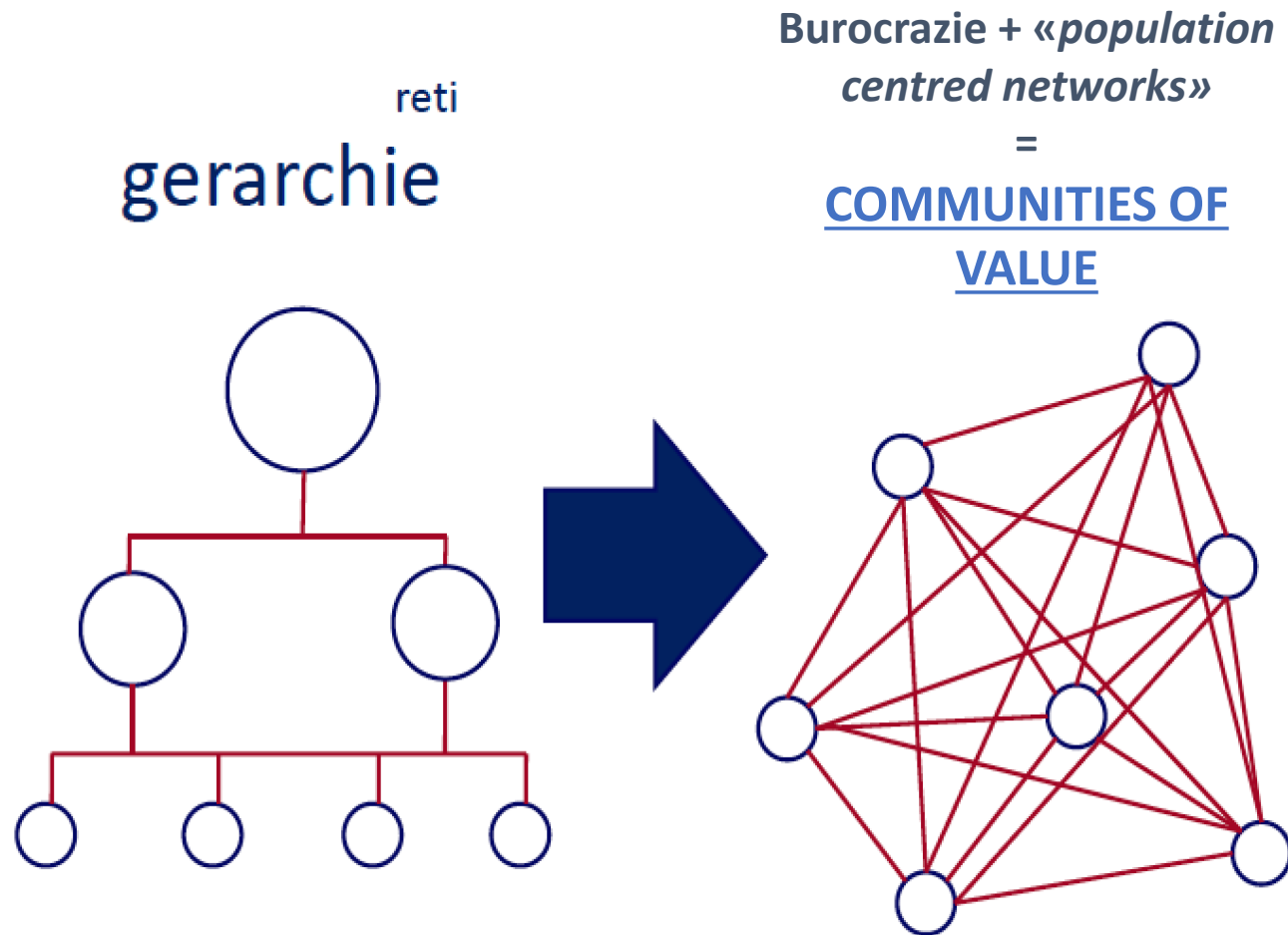
OLANDA

Migliorare la continuità e la qualità delle cure per le persone con patologie croniche è stato un obiettivo importante del servizio sanitario olandese sin dagli anni '90

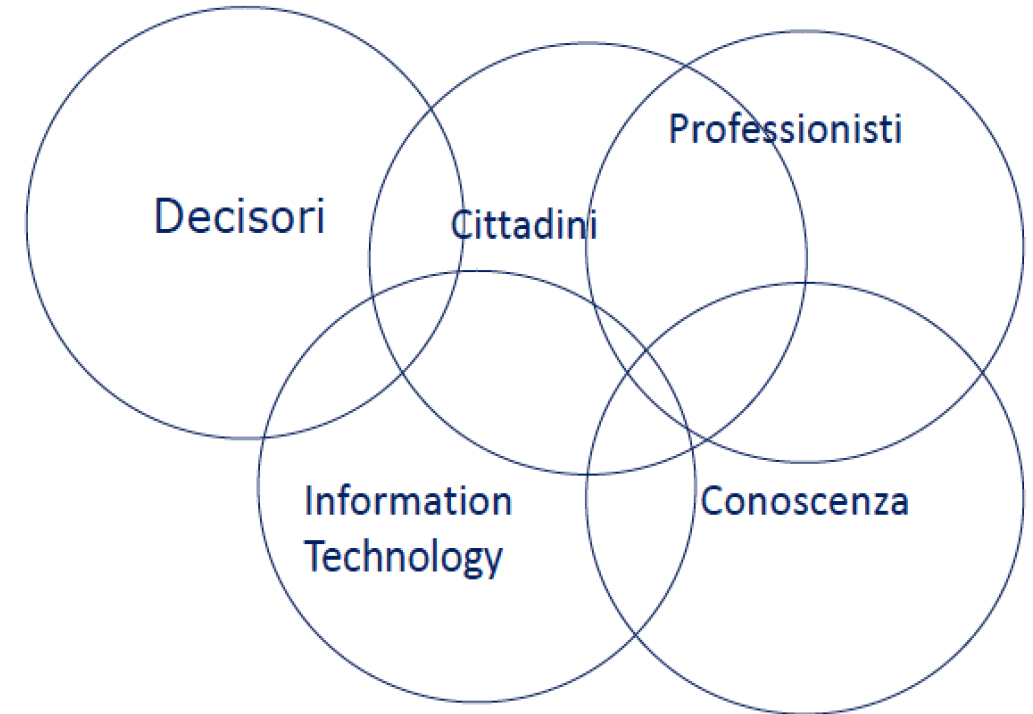
Il Programma Matador: task shifting e definizione interventi per intensità

Il Programma ZIO: Gruppi di assistenza primaria secondo modello bundled payment

Dal paradigma delle Istituzioni e dei silos



Al paradigma delle reti e del valore



L'anno scorso, un articolo pubblicato su The Economist ha dichiarato che la risorsa più preziosa al mondo non era più il petrolio bensì i dati.

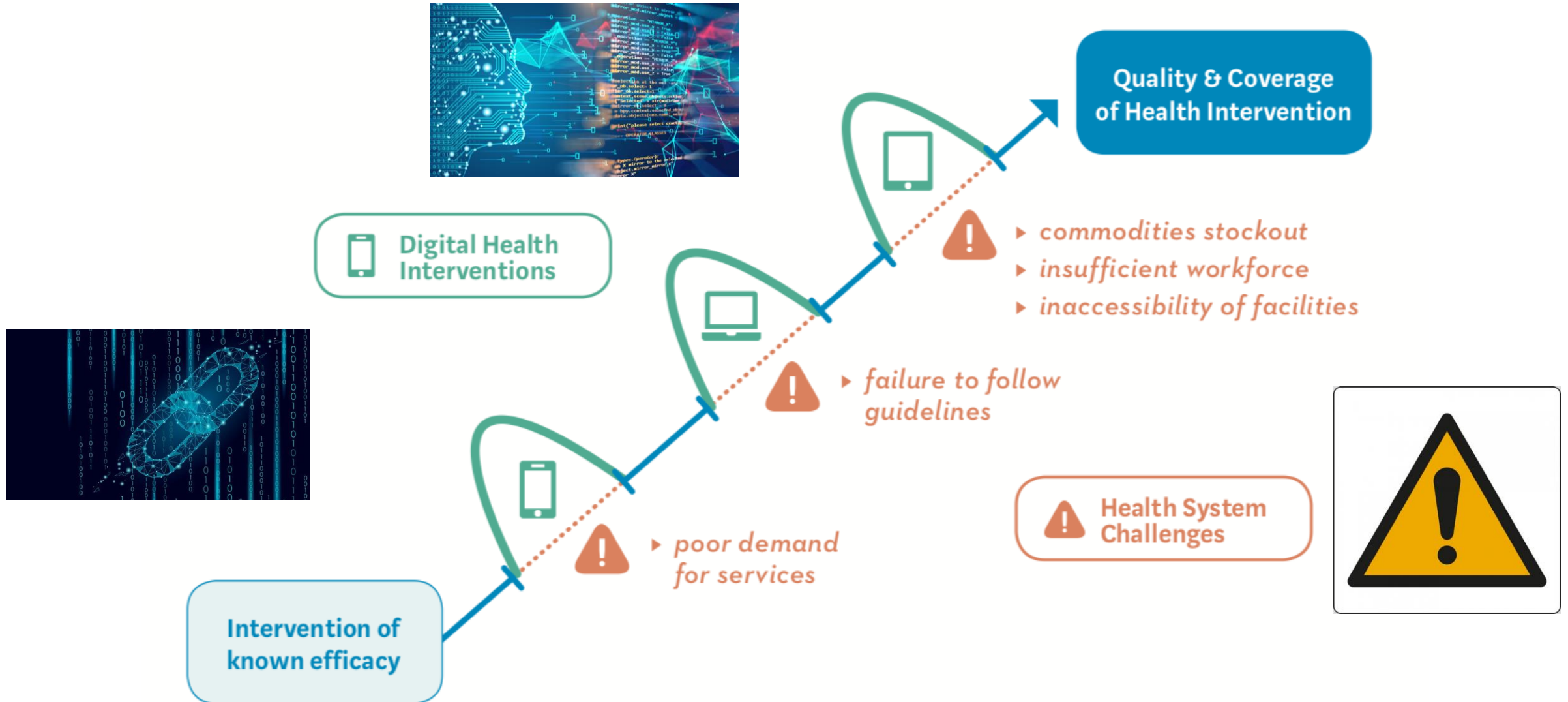
- Il paragone è immediato ma non corretto in quanto il petrolio è in esaurimento mentre i dati no e, soprattutto, i dati sono patrimonio del singolo prima ancora che della società.

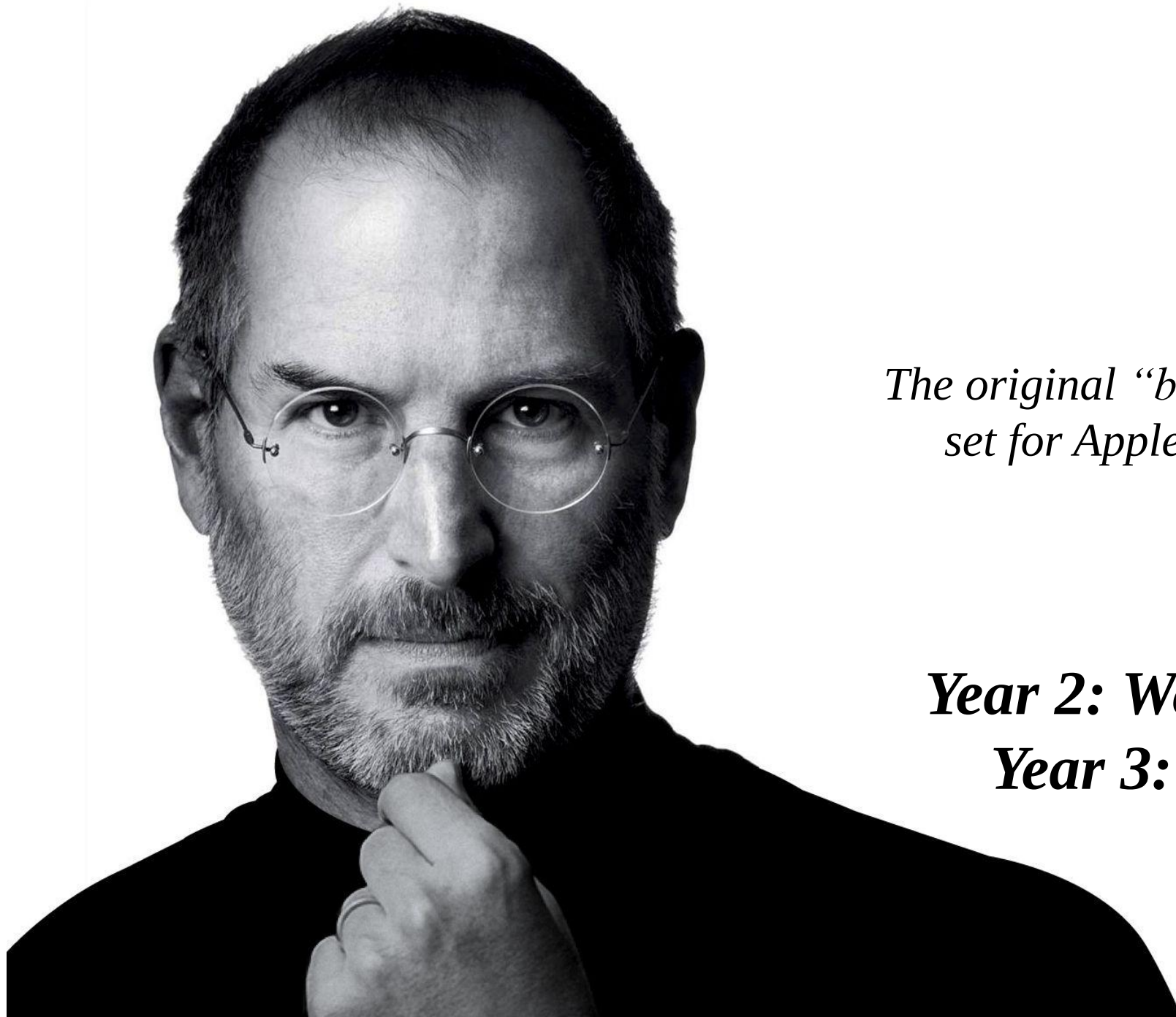


I registri di dati sanitari dovrebbero essere trattati con lo stesso rigore, attenzione e cautela dei campioni biologici.

- L'uso dei campioni digitali deve essere limitato, convalidato e vantaggioso per il donatore nonché la privacy del paziente pienamente protetta.

Digitale: ponte tra quello che vorremmo fosse e ciò che in realtà è



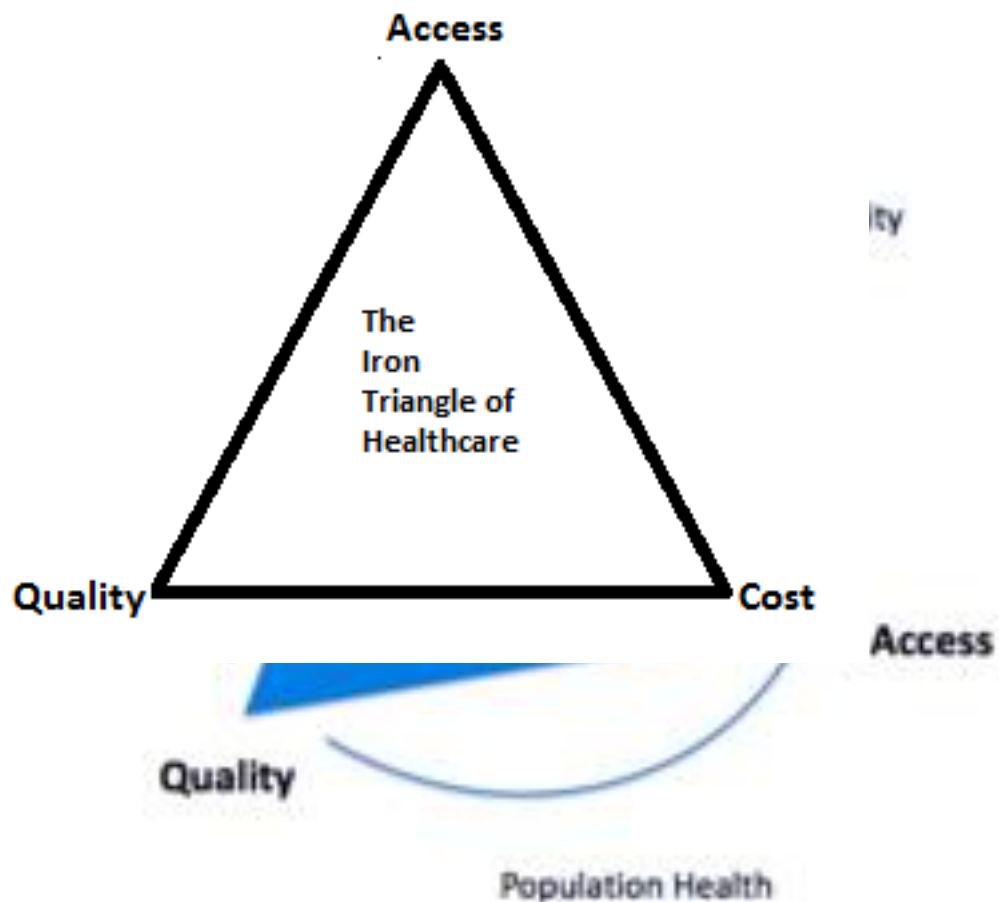


Think different.™

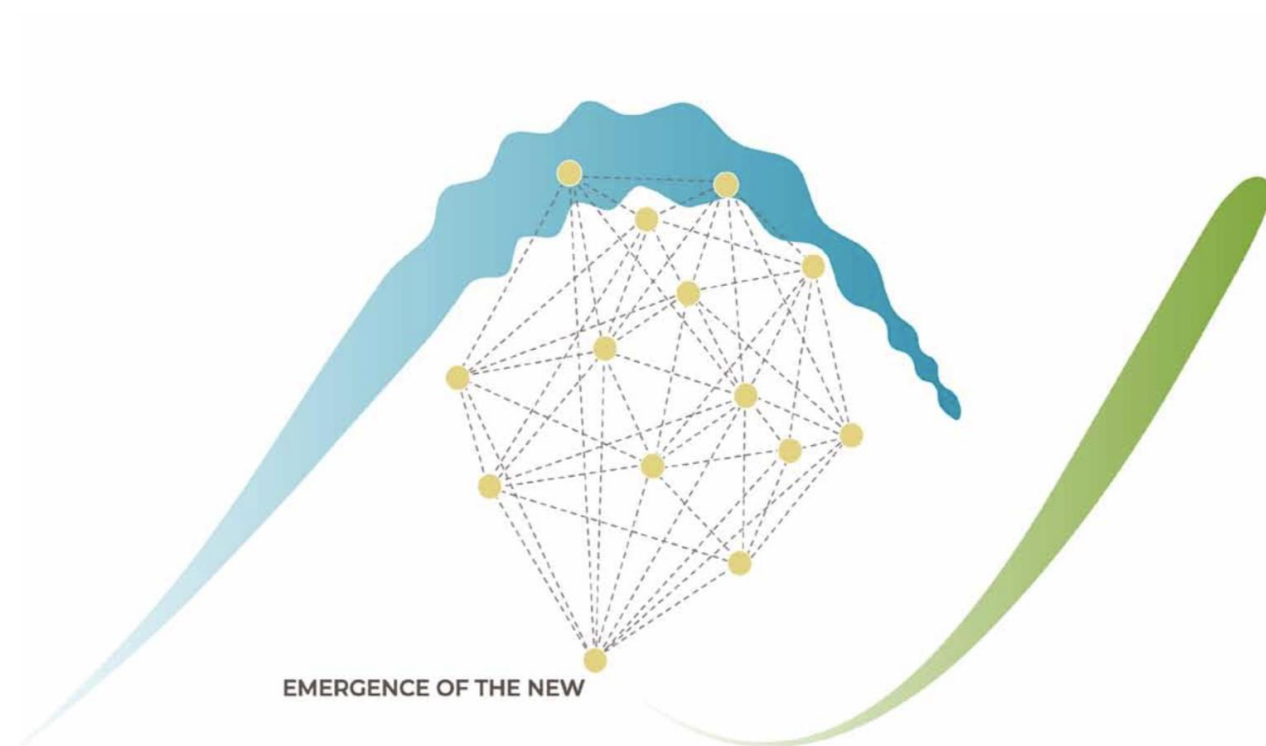
*The original “business plan” that Steve Jobs
set for Apple at a time when the computer
industry was stagnating:*

***Year 1: We change
Year 2: We change the industry
Year 3: We change the world***

Dall'assistenza sanitaria



Alla Garanzia di Salute



«[...] abbiamo bisogno di una «call to action» non dissimile da quella per il cambiamento climatico. Il futuro richiede che adottiamo e perseguiamo un approccio senza limiti per garantire che ogni individuo sul pianeta abbia l'opportunità di godersi una vita sana».

Stephen K Klasko (2019)



*«In un futuro molto prossimo, **verremo pagati in base al valore prodotto ovvero in base ad esiti di salute, costi ed esperienza del paziente**; i nostri medici e infermieri coesisteranno (speriamo coopereranno) con l'intelligenza aumentata.*

*Selezioneremo ed formeremo professionisti che sappiano coniugare il **fattore umano e l'empatia con l'utilizzo delle più avanzate tecnologie**; la medicina di popolazione, l'**analisi predittiva** e i **determinanti sociali** saranno la base della formazione medica e dell'assistenza sanitaria a tutti i livelli».*

Stephen K Klasko (2019)

The Patient Diamond

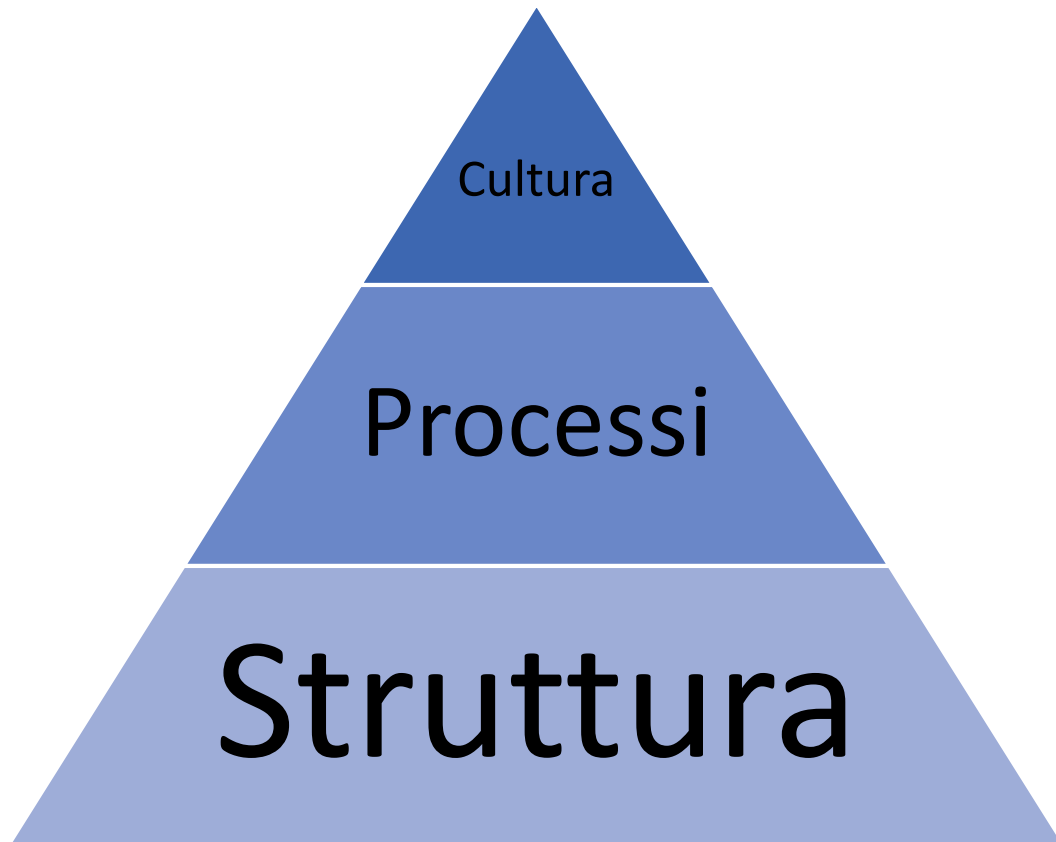
- capacità di promuovere e conservare la propria salute
- capacità di interagire facilmente e con i servizi sanitari alle proprie condizioni
- capacità di avere accesso a relazioni umane
- facilità di lettura dei processi e capacità di comprendere cosa fare



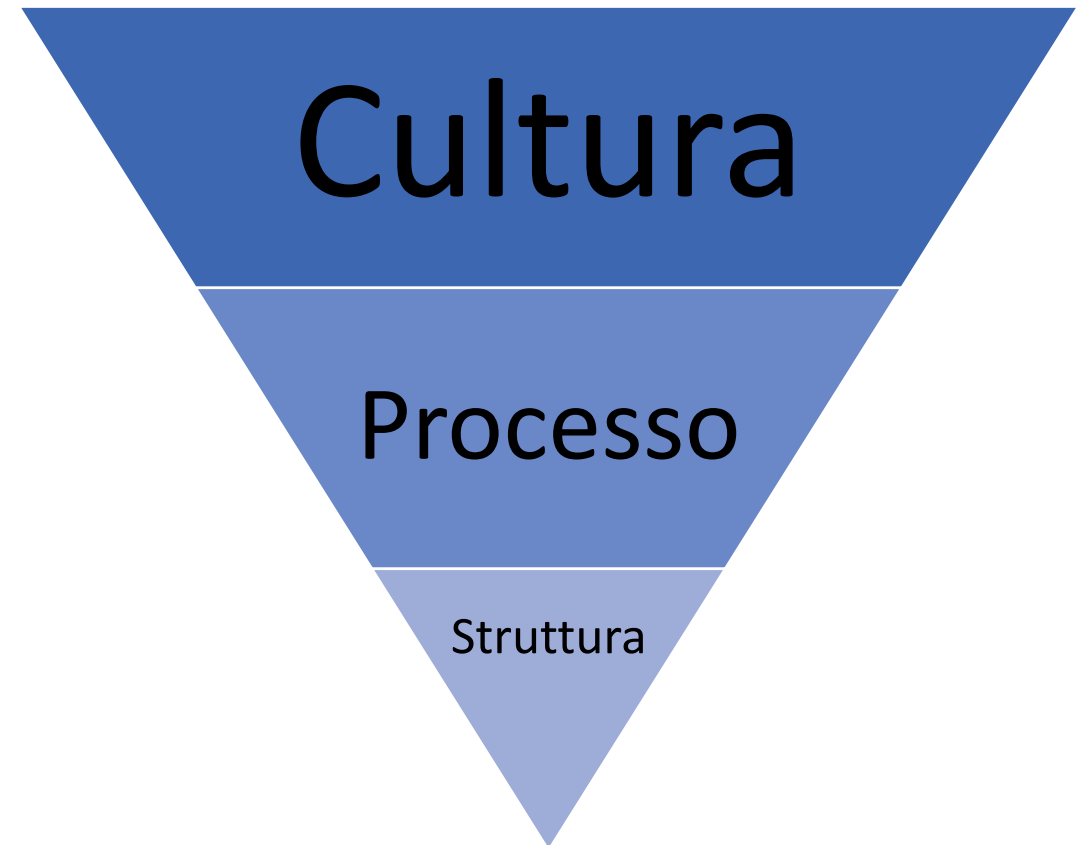
Stephen K Klasko (2019)

Obiettivo *Stewardship* e VBHC

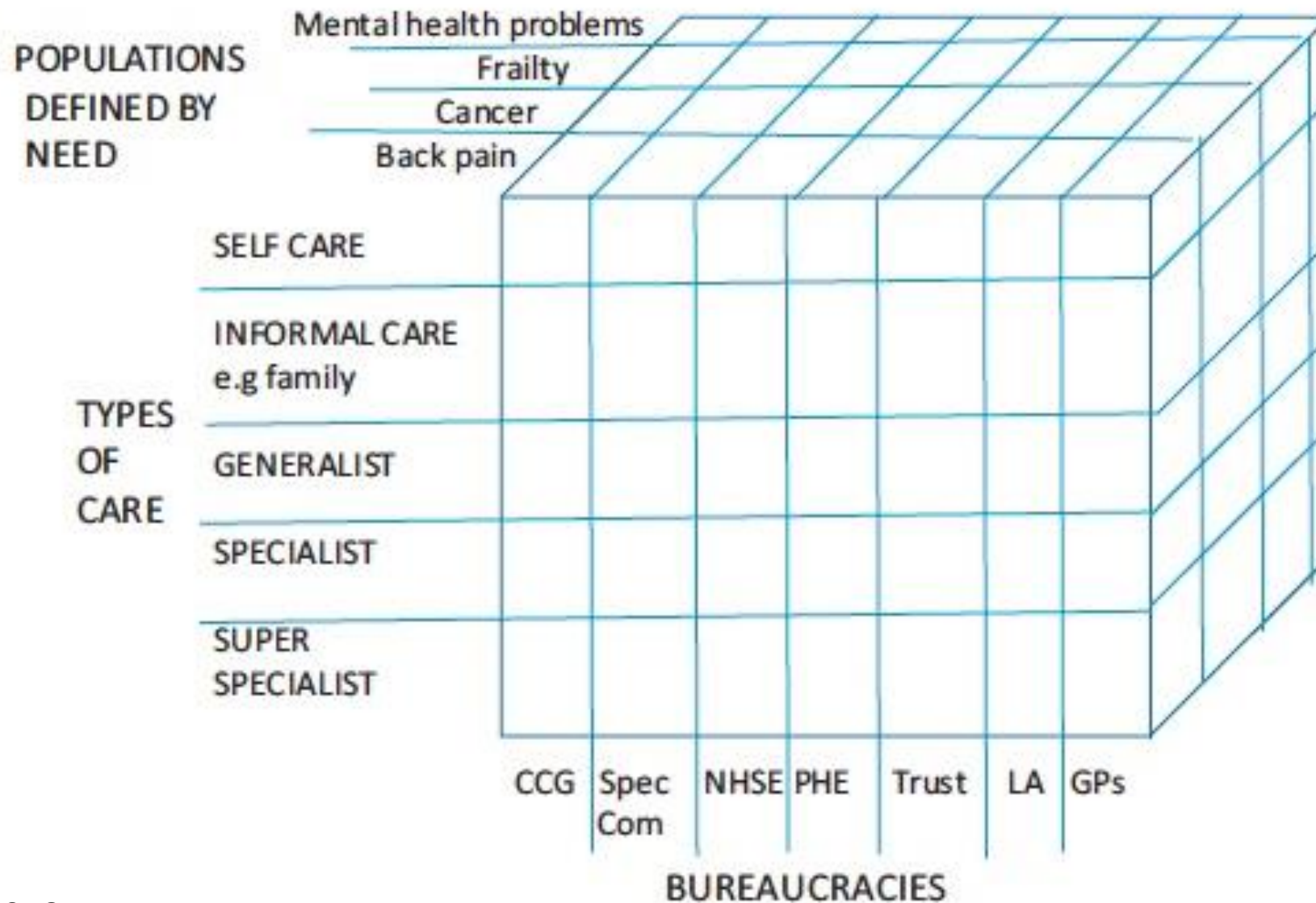
Dove stiamo concentrando gli sforzi

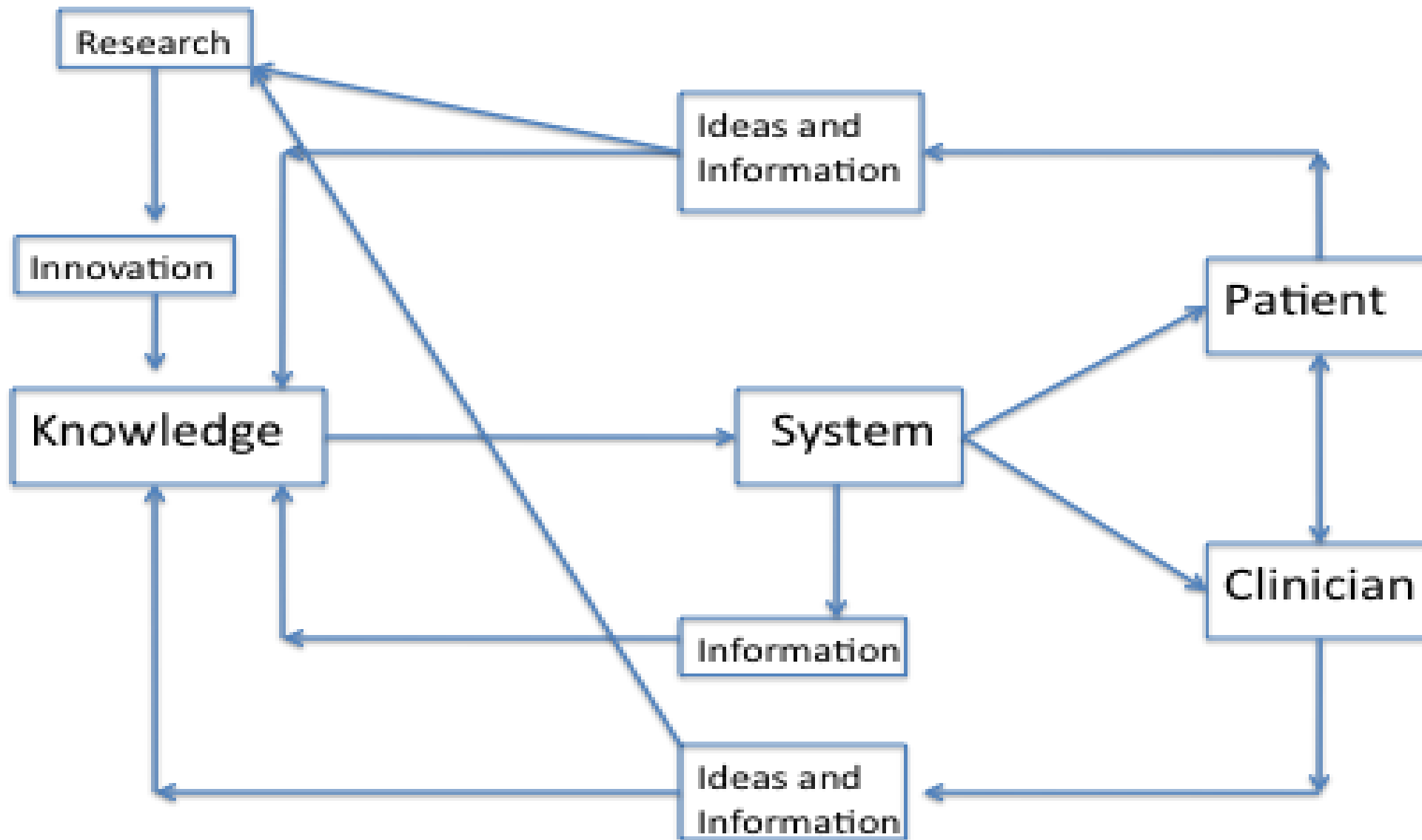


Dove è il vero impatto

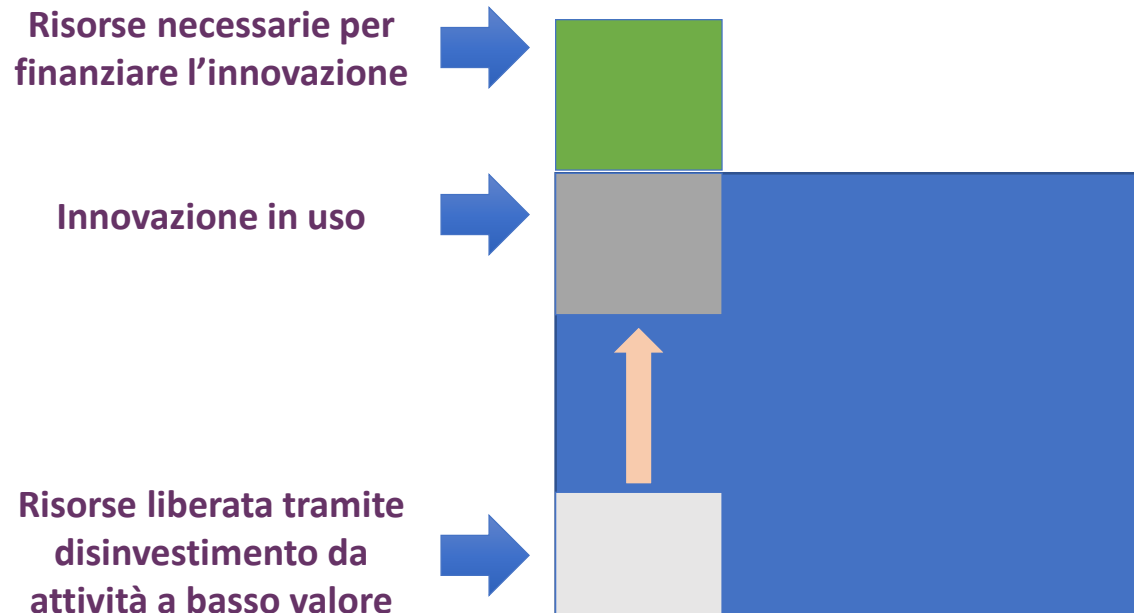


We need a 3D perspective: population healthcare

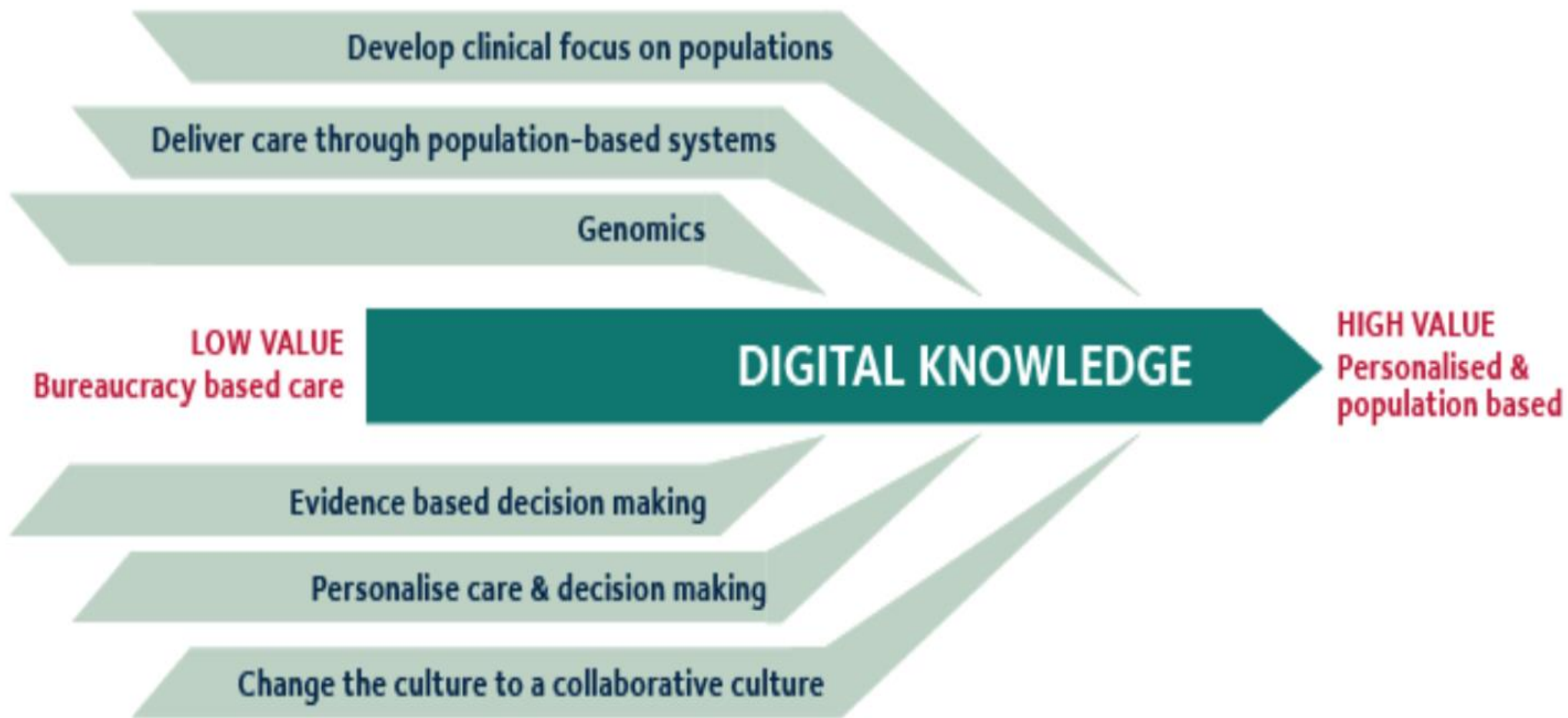




Sistemi basati sulla popolazione che implementano un'innovazione di alto valore finanziata da una riduzione della spesa per interventi di valore inferiore nello stesso budget del programma



Interventions to deliver **triple value healthcare**





**Work like an ant colony;
neither markets nor
bureaucracies can solve
the challenges of
complexity**

Sir Muir Gray

Grazie per l'attenzione

andrea.silenzi@unicatt.it – andrea.silenzi@ats-brescia.it

 drsilenzi