



L'alta specialità all'eccellenza:
l'integrazione tra il Pubblico e il
Privato come attrattività di sistema

Marco Comaschi

ICLAS Srl

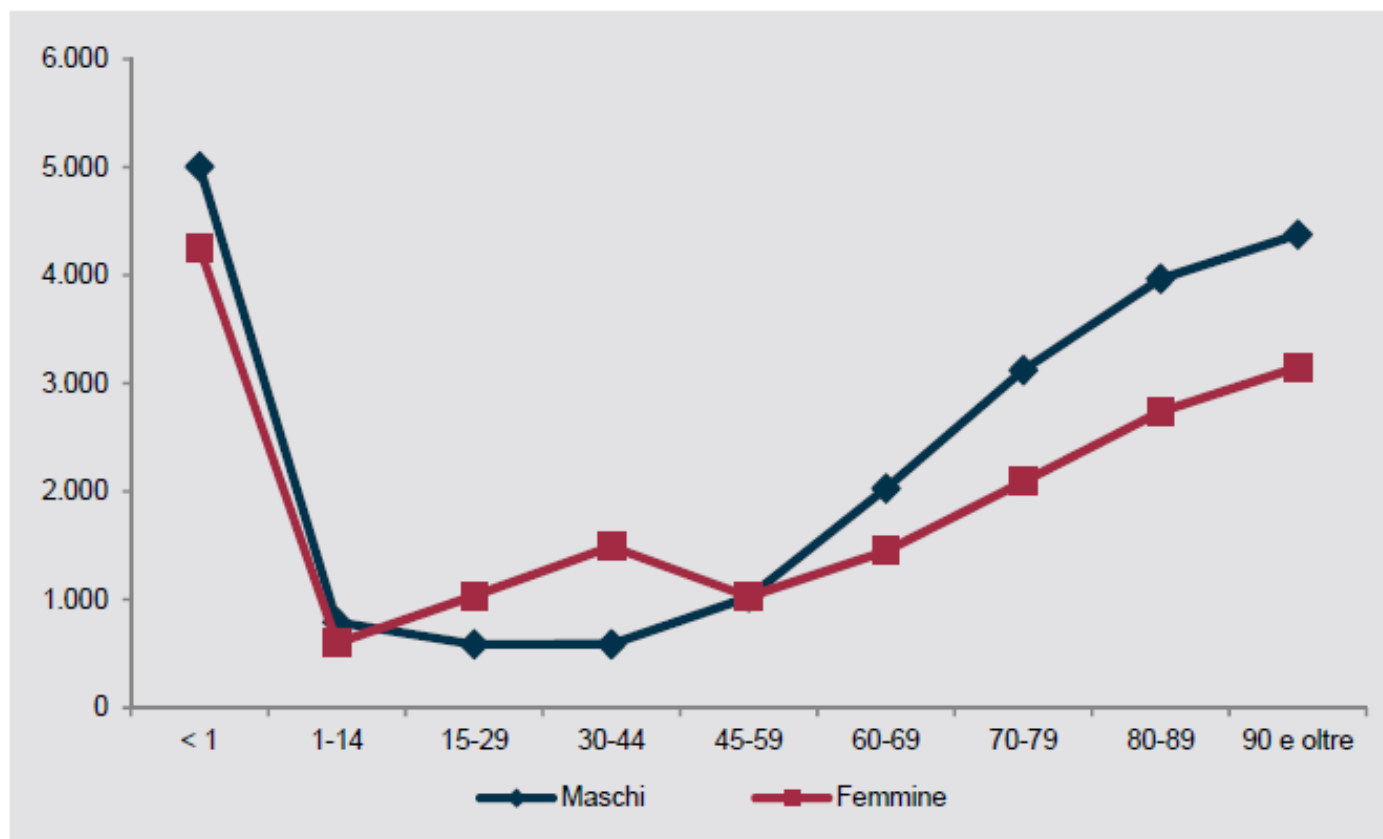
GVM Care & Research

ICLAS
Istituto Clinico Ligure di Alta Specialità
Rapallo



Età e salute

Figura 4.1 Tasso di dimissione ospedaliera in regime ordinario per classe di età e sesso
Anno 2016, rapporti per 1.000 abitanti



Fonte: Istat, Struttura ed attività degli istituti di cura (E)

Età e percezione della salute

- La percezione dello stato di salute rappresenta un indicatore globale delle condizioni di salute della popolazione, molto utilizzato anche in ambito internazionale
- All'aumentare dell'età decresce la prevalenza di persone che danno un giudizio positivo sul proprio stato di salute: scende al 42,6 per cento tra le persone anziane di 65-74 anni e raggiunge il 24,0 per cento tra gli ultra settantacinquenni.

Malattie croniche

- Il 39,1 per cento dei residenti in Italia ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate
- tra le persone ultra settantacinquenni la quota raggiunge l'85,3 per cento
- Tra gli ultra settantacinquenni la comorbilità si attesta al 66,7 per cento (58,4 per cento tra gli uomini e 72,1 per cento tra le donne)

ANNI DIAGNOSI PRINCIPALI	Classi di età									Totale	
	< 1 (b)	1-14	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80-89	90 e N.i oltre		
Malattie del sistema circolatorio	1.325	9.219	25.253	53.234	169.509	226.801	324.943	299.651	71.546	2	1.181.483
Malattie dell'apparato respiratorio	26.824	84.325	40.944	46.888	65.737	69.419	111.937	137.329	45.165	1	628.569
Malattie dell'apparato digerente	5.315	45.281	61.116	101.595	179.503	143.227	147.134	99.706	19.949	-	802.826
Malattie dell'apparato genitourinario	6.067	27.201	49.963	140.082	155.169	108.893	107.246	66.857	13.968	1	675.647
Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	382	22.083	43.914	74.127	161.812	134.336	121.773	37.385	2.207	-	598.019

Tavola 4.15 Popolazione residente per condizioni di salute, malattie croniche dichiarate, consumo di farmaci negli ultimi due giorni precedenti l'intervista, sesso, classe di età e regione
Anno 2016, per 100 persone della stessa classe di età, sesso e zona

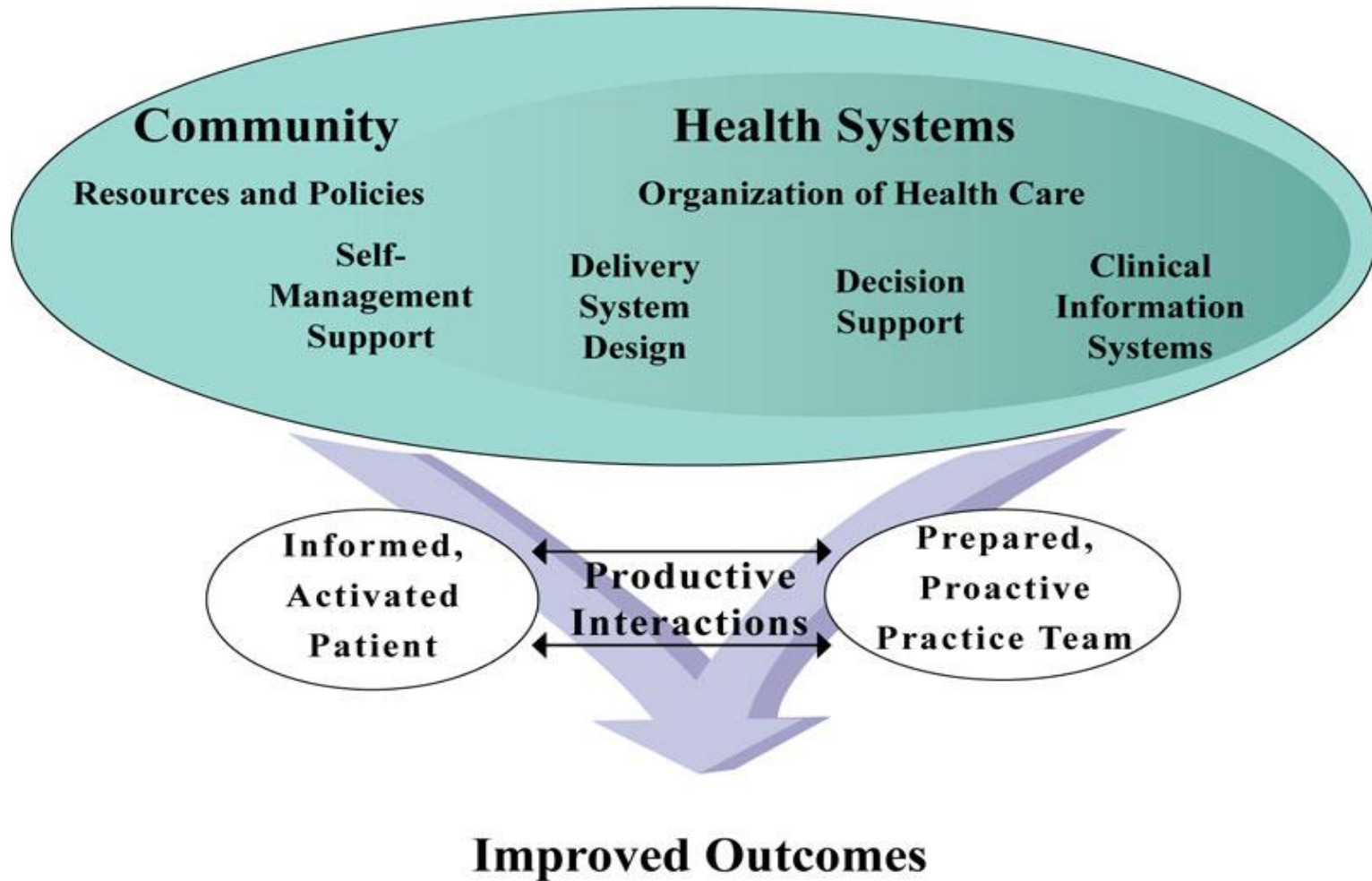
ANNI CLASSI DI ETÀ	Stato di buona salute (a) (c)	Con una malattia cronica o più	Con due malattie croniche o più	Cronici in buona salute (b) (c)	Diabete	Iper- tensione	Bronchite cronica, asma bronchiale	Artrosi, artrite	Osteo- porosi	Malattie del cuore	Malattie aller- giche	Disturbi nervosi	Ulcera gastrica e duo- denale	Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista
55-59	62,3	53,0	25,4	46,8	5,9	25,0	5,9	20,1	7,8	2,9	12,5	5,7	3,6	51,0
60-64	54,0	60,9	33,9	39,2	8,7	32,5	6,9	26,9	12,1	5,4	9,7	5,7	4,7	60,0
65-74	42,6	74,1	47,2	33,4	13,4	44,7	9,7	37,6	18,8	9,3	9,4	7,0	4,7	75,1
75 e oltre	24,0	85,3	66,7	18,8	19,5	54,1	16,9	56,4	32,8	16,6	8,6	12,2	5,4	89,8
Totale	70,1	39,1	20,7	42,3	5,3	17,4	5,8	15,9	7,6	3,9	10,7	4,5	2,4	41,4

Table 5. Essential factors in chronic care management

Factor	Details
Community resources	Provider organisations need to be linked with community-based resources, e.g. senior centres, patient education classes, and self-help groups.
Health care organisation	The culture, organisations, and mechanisms of the health care and provider organisations must promote safe and high quality care. For instance, provider reimbursement is an important influence on providers' incentives to improve chronic care.
Self-management support	Most patients can be taught to manage chronic illness through diet, exercise, self-measurement of conditions (e.g. glucometers), and proper medication use, and education can help patients routinely assess problems and accomplishments.
Decision support	The daily use of evidence-based guidelines is key, and providers can be supported through physician education and daily reminders.
Delivery system redesign	Delivery systems for chronic care must be separated from acute care by using planned visits and case management of high-risk patients. This redesign also involves creating practice teams with a clear division of labour.
Clinical information systems	Electronic systems provide data for better management of chronic illness through: (i) reminder systems to help primary care teams comply with practice guidelines, (ii) feedback for physicians on performance measures (e.g. lipid levels), and (iii) data registries for planning individual patient care and conducting population-based care.

Source: Bodenheimer, Wagner et al. (2002)

The Chronic Care Model



Developed by The MacColl Institute
© ACP-ASIM Journals and Books

ICLAS
Istituto Clinico Ligure di Alta Specialità
Rapallo

L'alta specialità

- Tutte le cronicità hanno in comune ancora tre caratteristiche:
 - Le complicanze croniche invalidanti
 - Le acuzie intercorrenti
 - La complessità clinica correlata alle comorbilità e soprattutto alla fragilità
- In queste situazioni entra in gioco l'Alta Specialità integrata nel modello di cura della cronicità

Le terapie elettive delle complicanze

- Cardiologia ed emodinamica interventistica
- Cardiochirurgia
- Protesica Ortopedica (Ortogeriatria)
- Neurologia
- Chirurgia Vascolare
- Medicina Rigenerativa



Le reti della grande sanità privata

- In Italia lo sviluppo della sanità privata si è articolato essenzialmente sull'Alta Specialità, in prevalenza in reti nazionali di strutture tra loro collegate, con standard di eccellenza certificati
- I costi di produzione sono minori rispetto a quelli pubblici, a parità di risultati, grazie ad alcuni fattori intrinseci:
 - Maggiore produttività (rapporto risorse/outputs)
 - Minore costo del lavoro
 - Minor impatto dell'infrastruttura gestionale
 - Maggiore “flessibilità” dell'offerta in risposta alla domanda

La proposta

- L'interazione ed integrazione tra l'eccellenza del pubblico (applicazione del Chronic Care Model) e l'Alta Specialità per la cura elettiva delle complicanze complesse della cronicità realizzano il “Sistema” sanitario attrattivo
- La modifica delle retribuzioni rispetto al sistema “fee for service” è l'innovazione fondamentale
- I modelli di “Bundle Payment” sono alla base dell'innovazione, con incentivi correlati ai risultati

Il modello Prometheus

- In alcune realtà americane è in sperimentazione ormai da qualche anno un modello di “pagamento a percorso” sia per gli Ospedali che per il territorio
- L’elemento positivo di Prometheus è la presenza di incentivazioni per la multidisciplinarietà, per l’osservanza degli standards e per l’ottenimento degli outcomes. Il sistema penalizza le equipe che non raggiungono outcomes positivi

P.R.O.M.E.T.H.E.U.S.:

**Provider Payment Reform for Outcomes,
Margins, Evidence, Transparency Hassle-
reduction, Excellence, Understandability
and Sustainability**

ICLAS
Istituto Clinico Ligure di Alta Specialità
Rapallo



GVM
CARE & RESEARCH



- The fundamental mechanism of the PROMETHEUS Payment model is to take good clinical practice guidelines (CPGs) and analyze the cost of the resources necessary to deliver that continuum of care while taking into account all that science—and the patient—says the patient needs for his or her condition, and considering any comorbidities.
- From that calculation, an Evidence-informed Case Rate (ECR) is constructed encompassing all the care dispensed by all the providers involved in delivering the services in the CPG (eg, physicians, hospitals, laboratories, imaging centers, pharmacies, and rehabilitation providers).



- What differentiates PROMETHEUS Payment from previous systems is the use of a withhold that is only paid based on a scorecard that measures whether the salient elements of the guideline were provided, the patient's experience of care, and the outcomes of care.
- Most significantly, a provider is scored 70% on what he does and 30% on what all of the other providers treating the patient do.
- A portion of the negotiated rate (ie, 10% for chronic care and 20% for acute care) is withheld in a Performance Contingency Fund, and these monies are paid only when provider scores are adequate.

- The holdbacks of 20 percent (acute care) and 10 percent (chronic care) of the agreed-on prices are retained in a Performance Contingency Fund which is paid to the provider based on the results in a Comprehensive Scorecard.
- Half of the Performance Contingency Fund is paid based on quality results.
- The other half of the Fund is paid based on efficiency results



Un esempio



Un anziano iperteso viene preso in carico dal Team Sanitario pubblico e posto in un PDTA secondo LG



Durante il percorso si diagnostica stenosi aortica severa con scompenso cardiaco classe II NYHA

Il paziente accede a valutazione preliminare dell'Heart Team



TAVR

SVAo



Riabilitazione cardiologica

TUTTO IL PERCORSO E' COMPRESO IN UN "BUNDLE PAYMENT"

OPPORTUNE CONVENZIONI TURISTICO - ALBERGHIERE

ICLAS
Istituto Clinico Ligure di Alta Specialità
Rapallo





Grazie per la cortese attenzione

Mauro Marelli

ICLAS
Istituto Clinico Ligure di Alta Specialità
Rapallo

