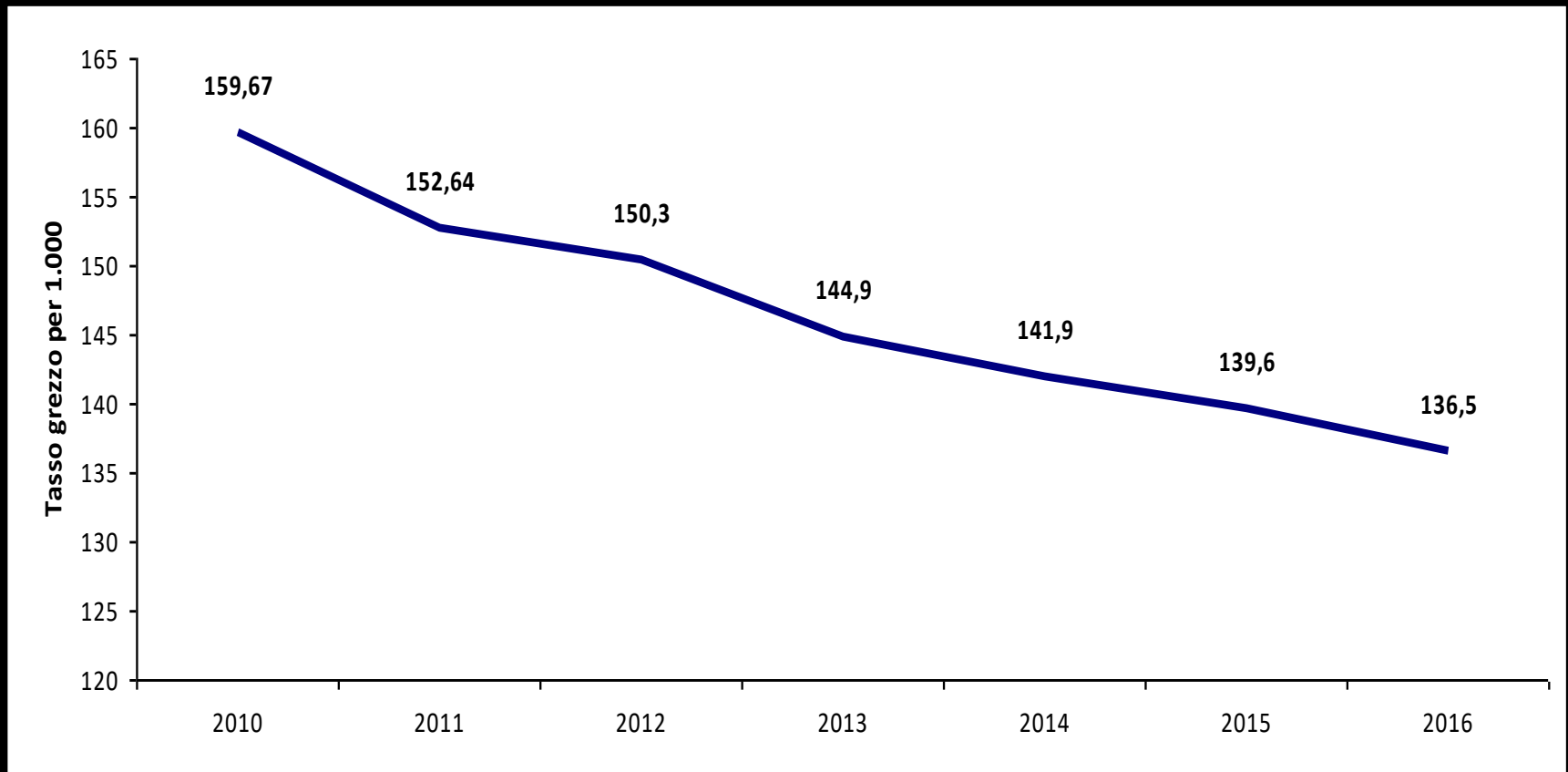


Prima e dopo l'ospedale conoscere i bisogni sanitari e sociali per assicurare la continuità di cura

andrea.vannucci@ars.toscana.it

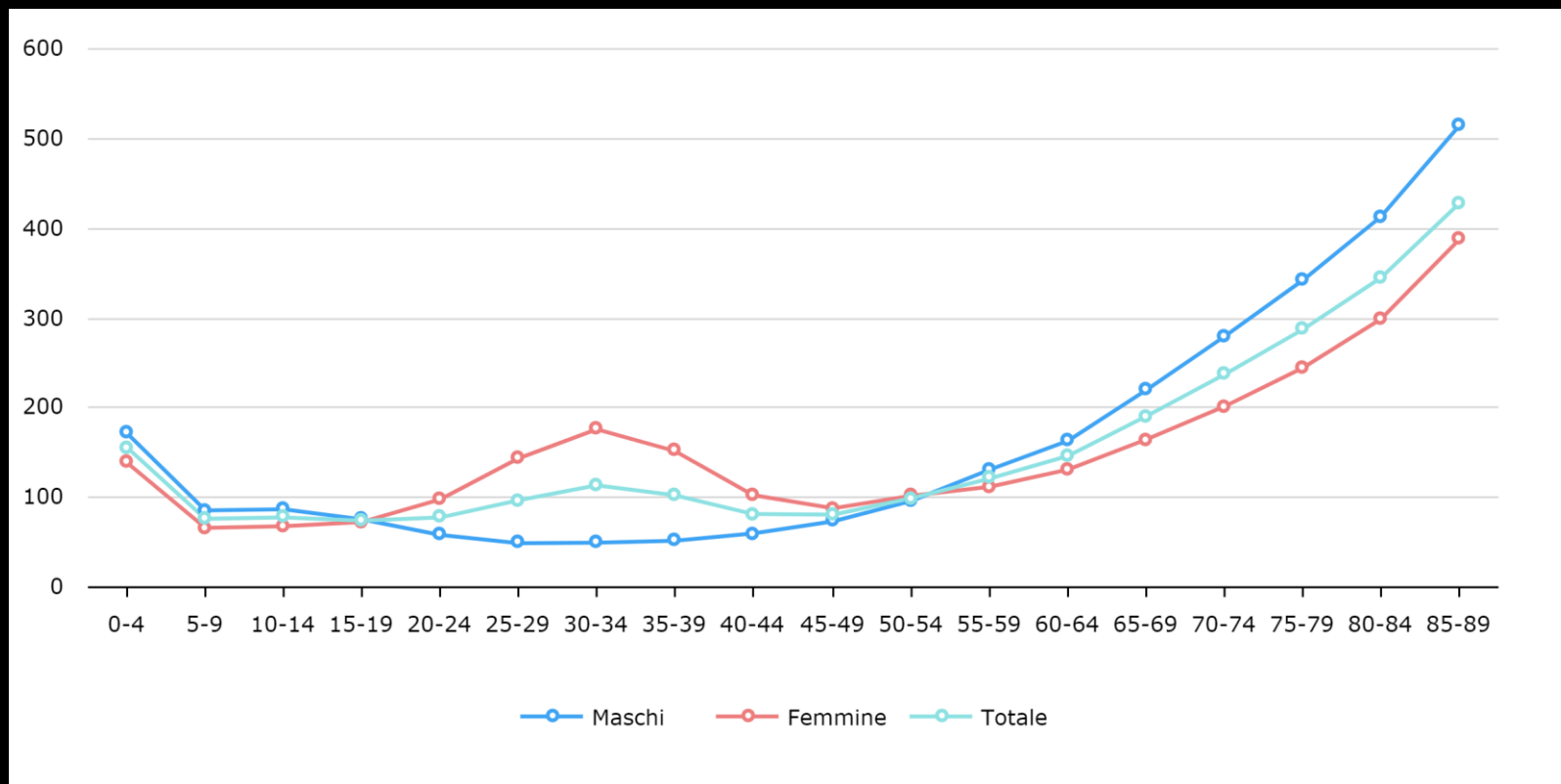


l'uso dell'ospedale è in decrescita



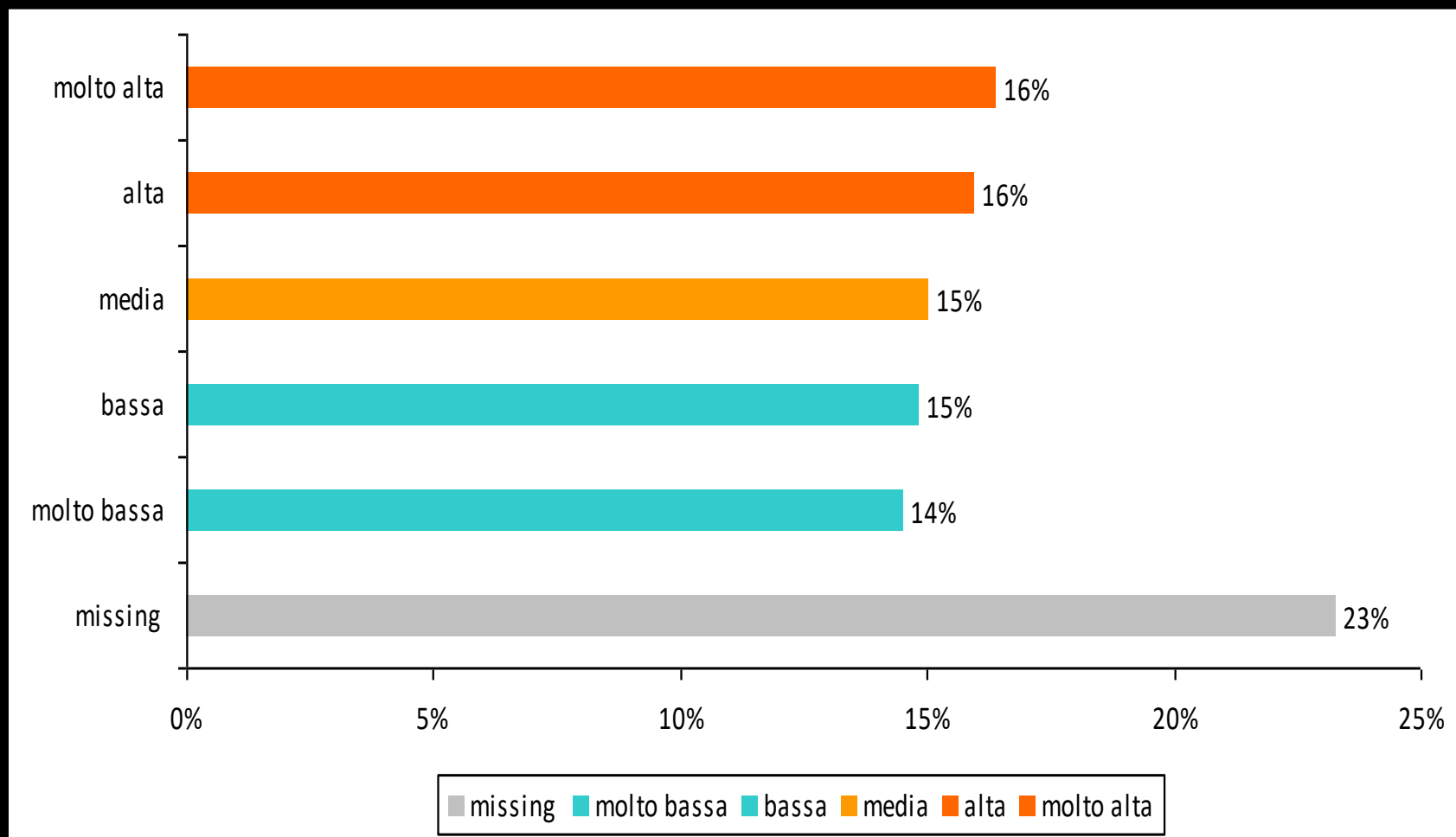
Tasso di ospedalizzazione in Toscana
2010-2016

La maggioranza dei ricoverati sono anziani



**Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti
Toscana 2012-2016**

I soggetti più svantaggiati si ricoverano di più



Residenti in Toscana ricoverati per livello di deprivazione, 2016

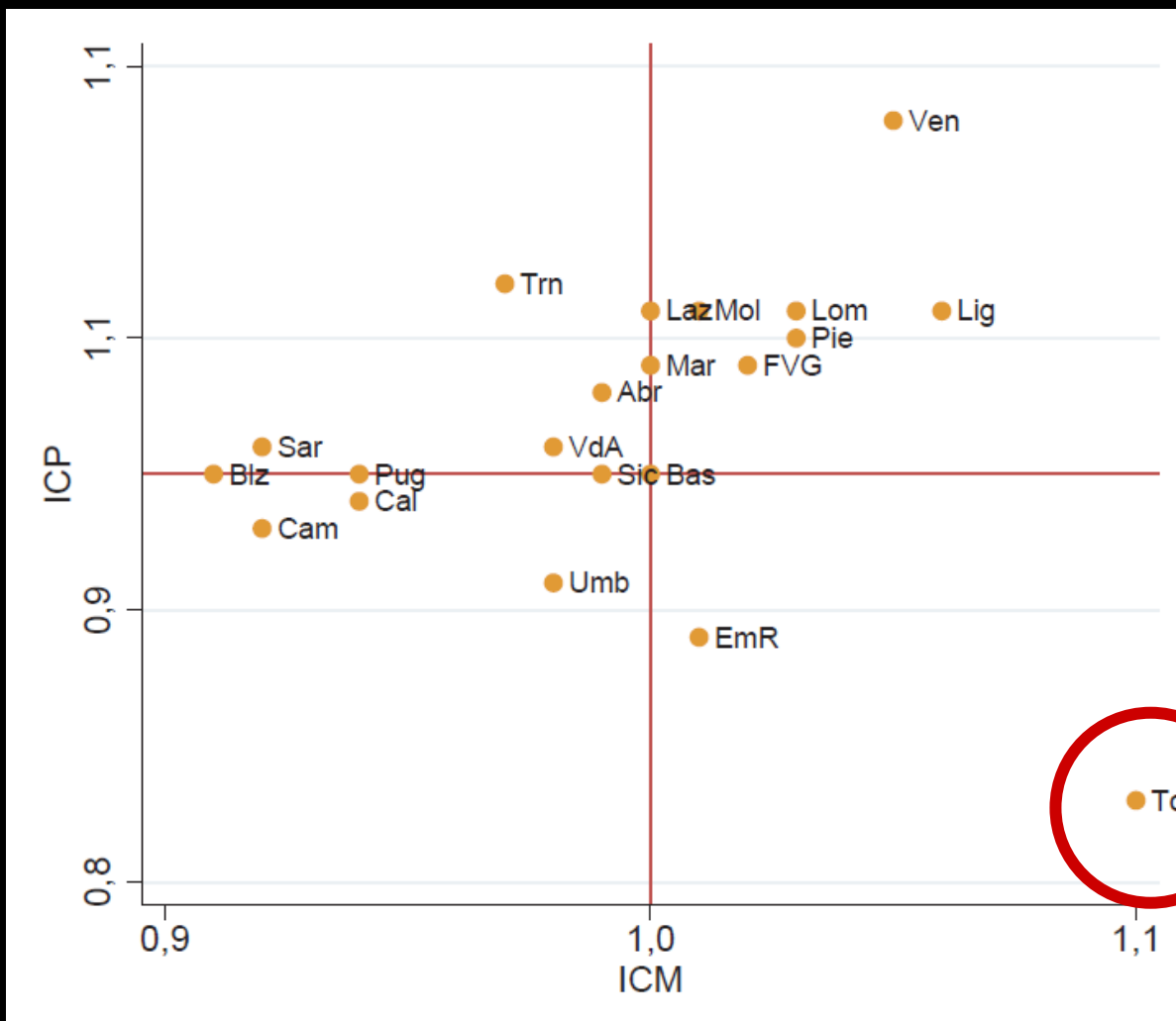


misurare la deprivazione



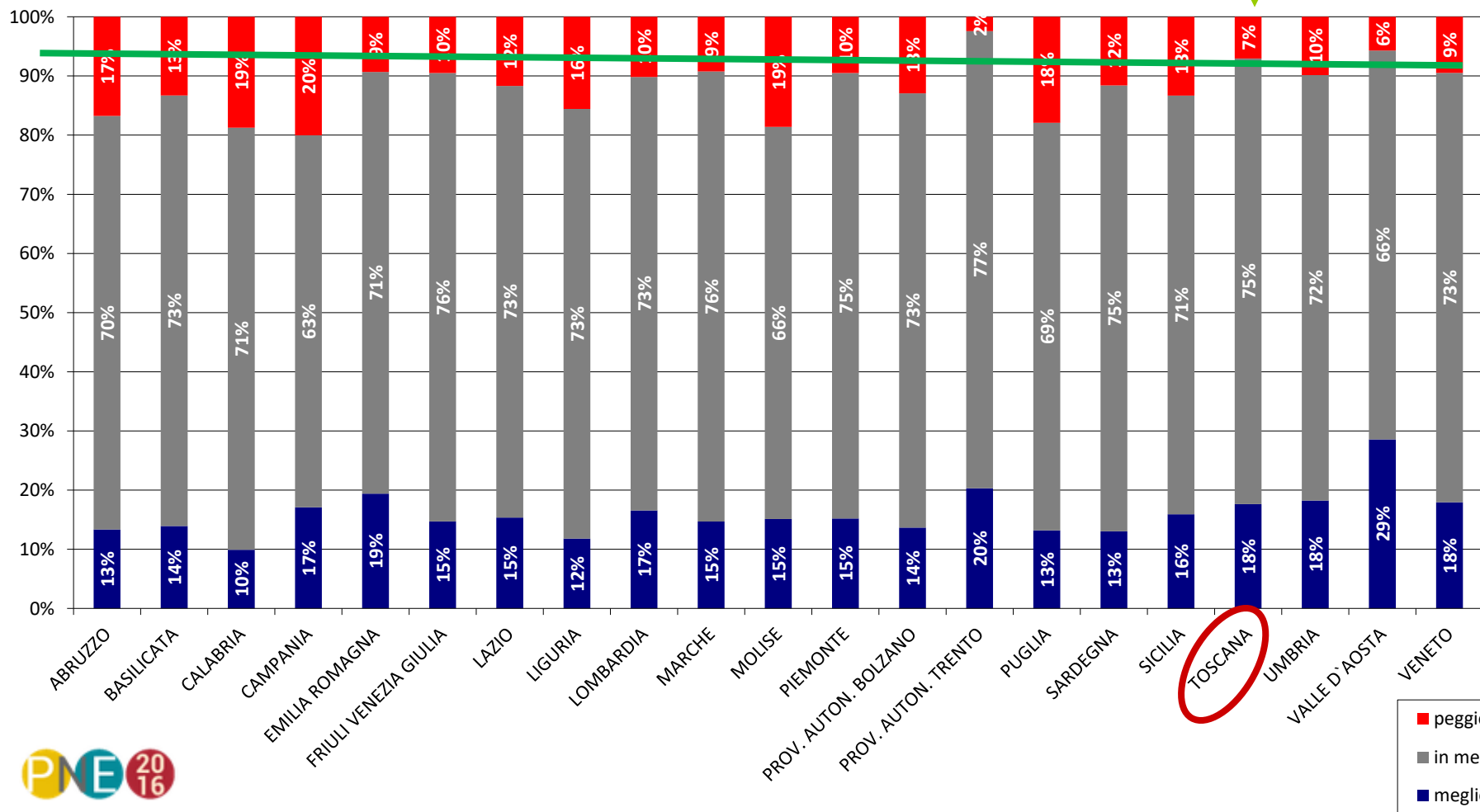
IL LIVELLO INDIVIDUALE: INDICE DI DEPRIVAZIONE

L'efficienza degli ospedali



Indice di case mix e case performance per regione, anno 2015

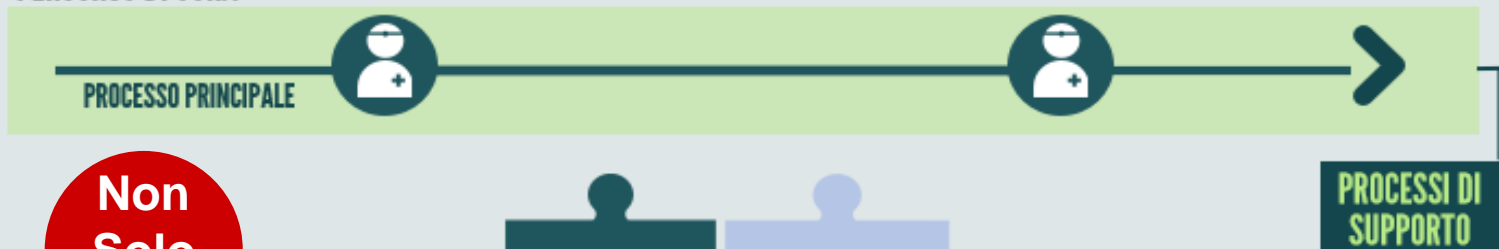
il sistema sanitario toscano conferma un buon risultato negli esiti PNE 2016



esito clinico e percorso di cura



PERCORSO DI CURA



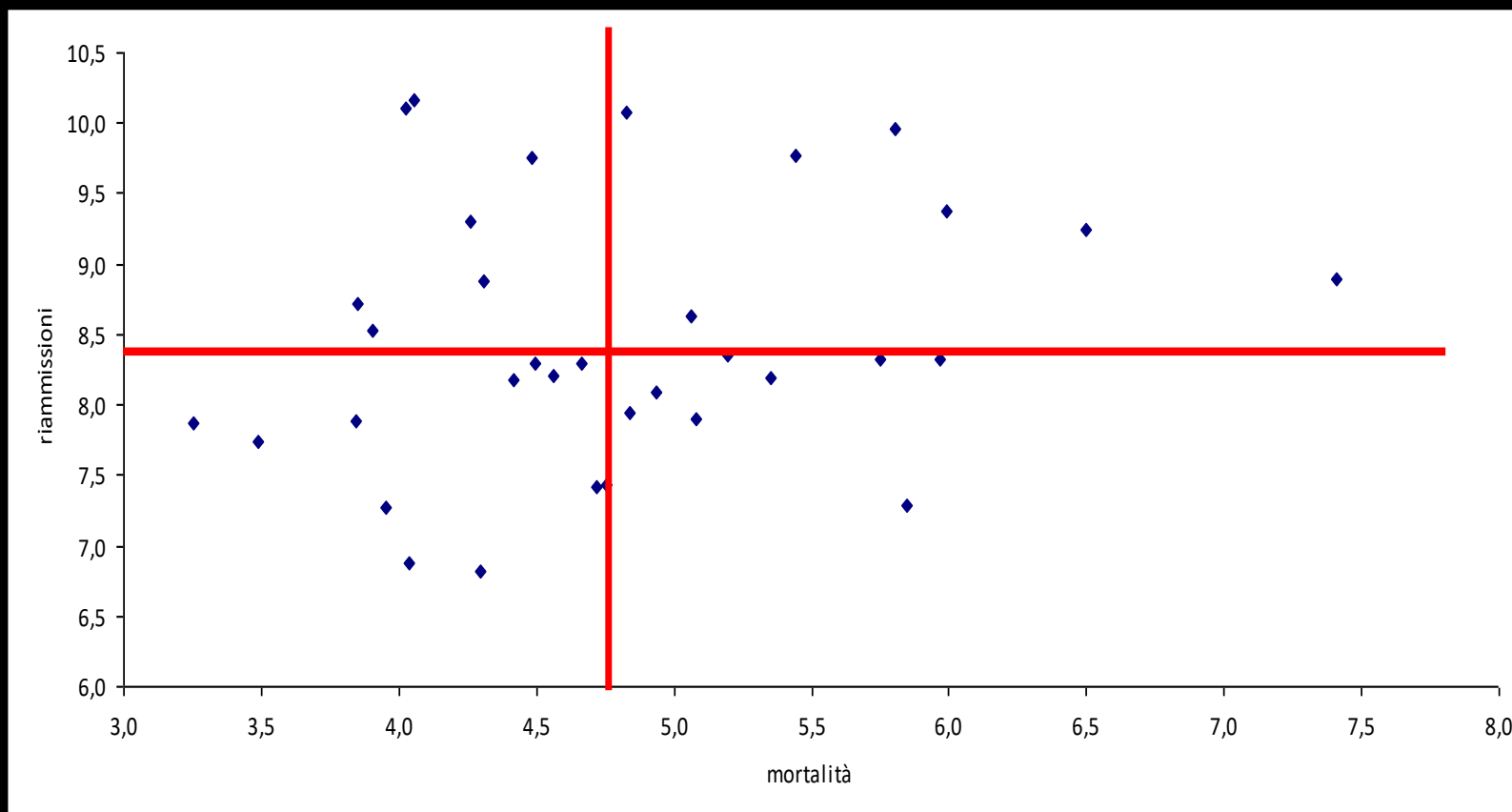
Non Solo H!

QUALITA' DEL PERCORSO DI CURA



EQUITA'

variabilità di esiti diseguaglianze “orizzontali” (residenza)



Mortalità e riammissioni non pianificate a 30 giorni per zona distretto
Toscana 2016



le durate di degenza brevi
generano esiti peggiori?

+ mortalità ?

+ riammissioni?

Published in final edited form as:

J Am Geriatr Soc. 2013 September ; 61(9): 1443–1448. doi:10.1111/jgs.12411.

Does Reducing Length of Stay Increase Rehospitalization Among Medicare Fee-for-Service Beneficiaries Discharged to Skilled Nursing Facilities?

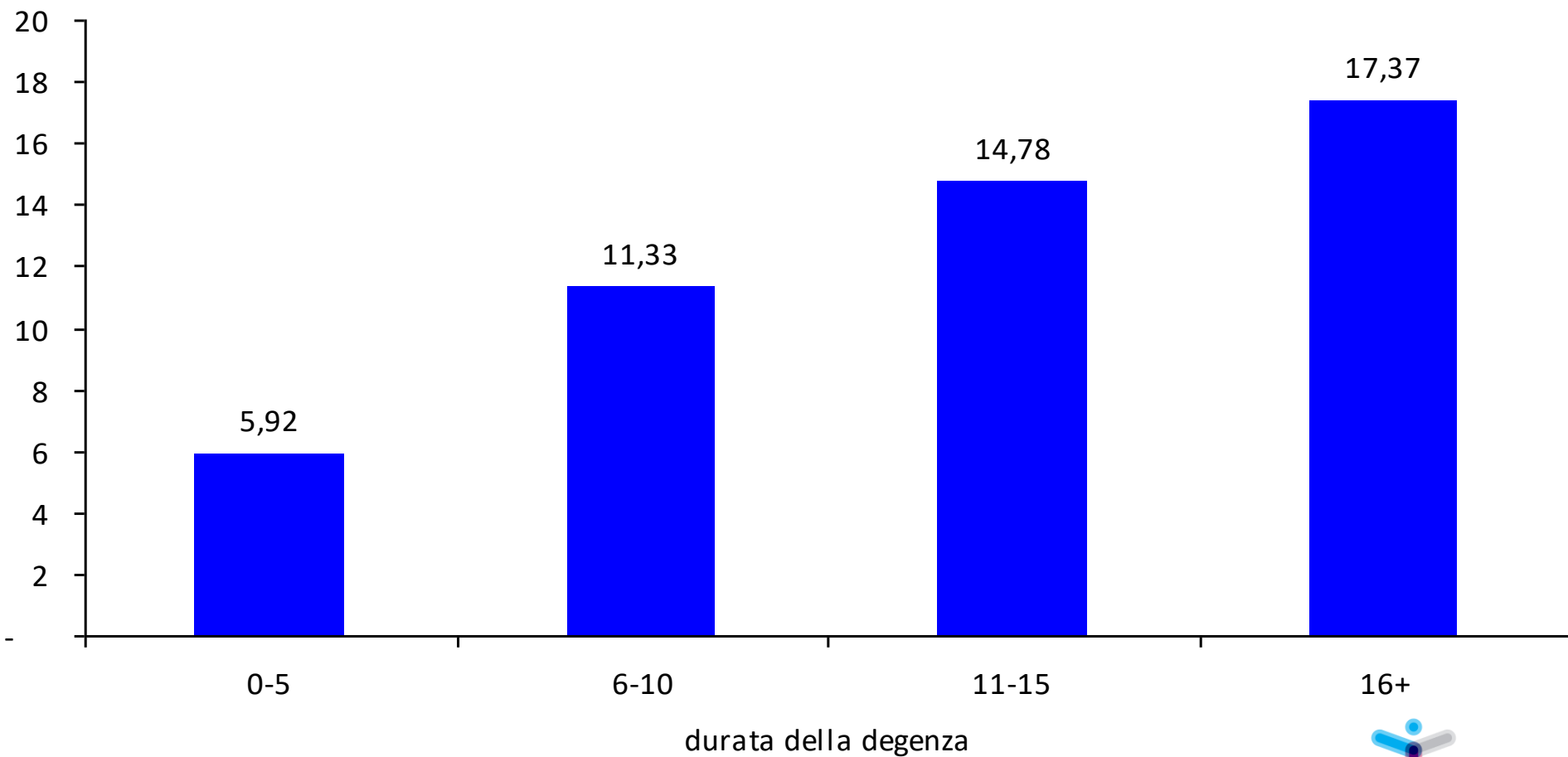
Mark Aaron Unruh, Ph.D., Amal N. Trivedi, M.D., M.P.H., David C. Grabowski, Ph.D., and Vincent Mor, Ph.D.

Center for Healthcare Informatics and Policy, Weill Cornell Medical College, New York, NY (MAU); Department of Public Health, Weill Cornell Medical College, New York, NY (MAU); Department of Health Services, Policy and Practice, Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI (ANT, VM); Research Enhancement Award Program, Providence VA Medical Center, Providence, RI (ANT), Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, MA (DCG)

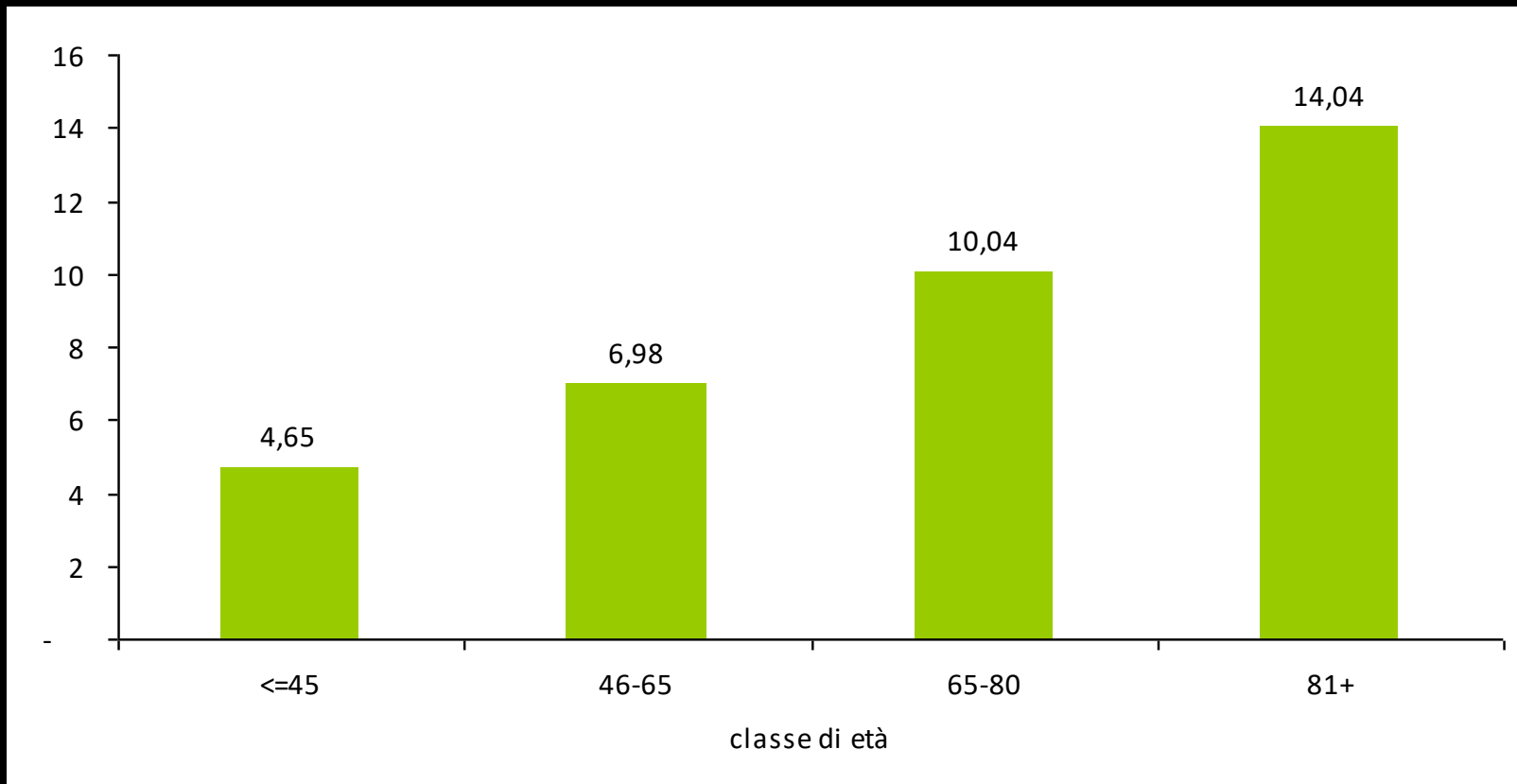
**una breve durata di degenza
non correla con il tasso di riammissioni**

- non rappresenta un fattore di rischio per ricoveri ripetuti
- riduce il rischio di malnutrizione
- riduce l'immobilizzazione e le sue conseguenze
- riduce il rischio di *Post-Hospital Syndrome*

Le riammissioni aumentano con la lunghezza della degenza Toscana 2016

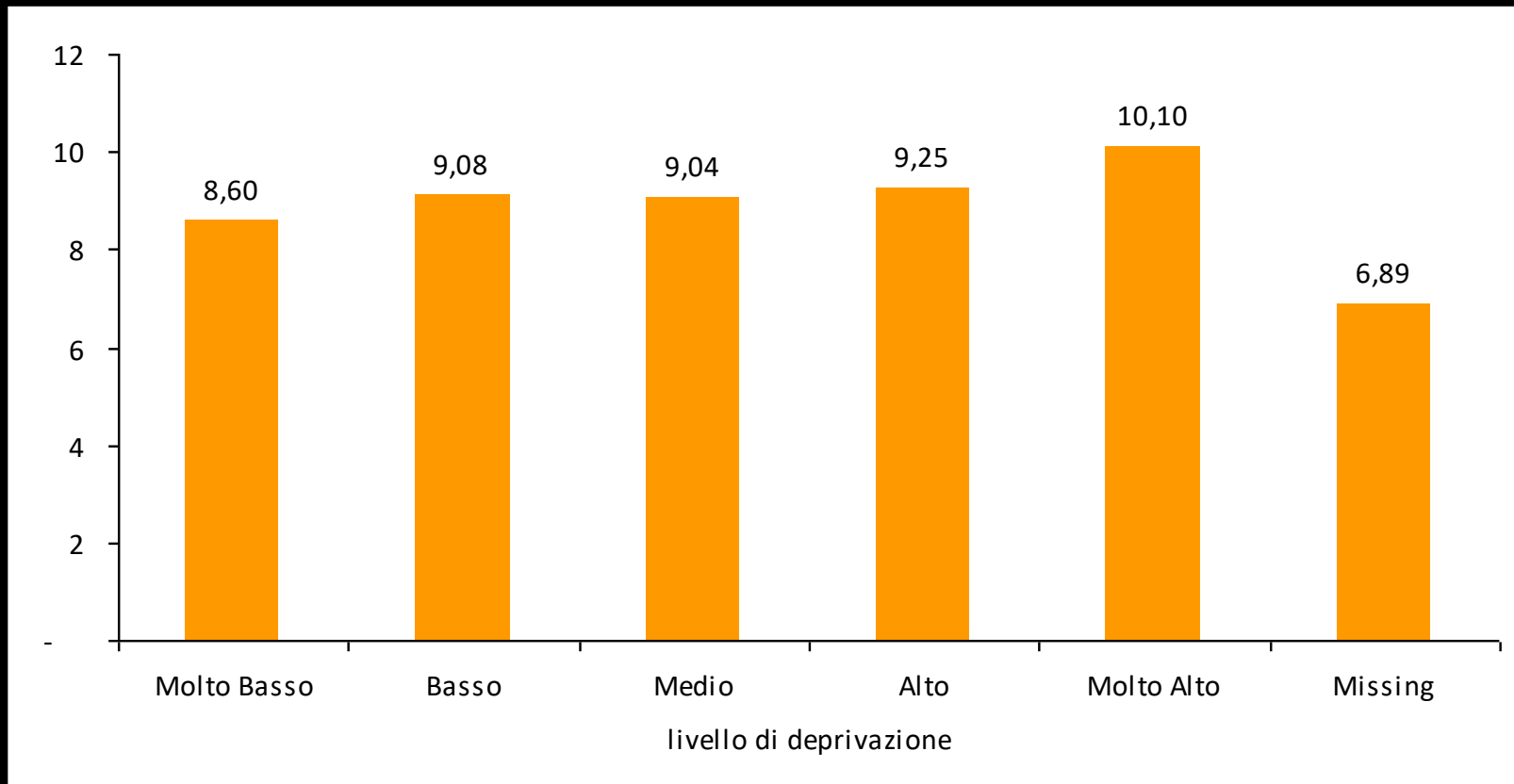


aumentano con l'età Toscana 2016



Oltre il 25% delle riammissioni sono per infezioni,
Il 4,8% per SEPSI

aumentano con le diseguaglianze “verticali” (deprivazione) Toscana 2016

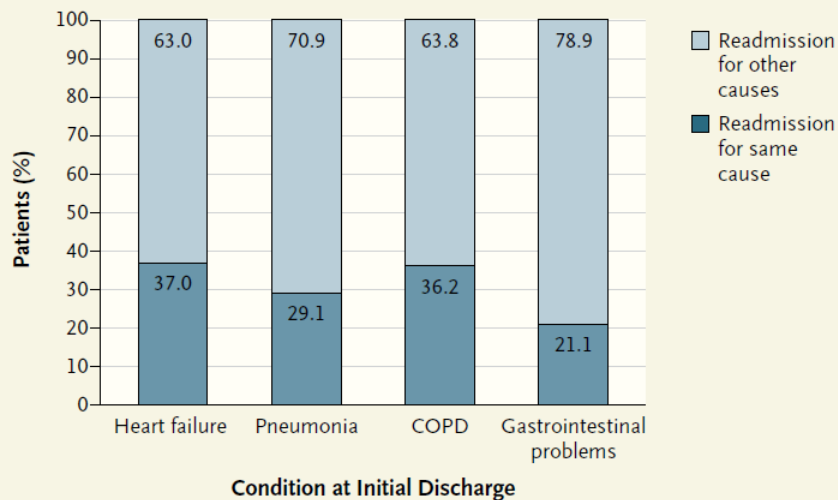


Restare più giorni in ospedale non è un vantaggio

Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk

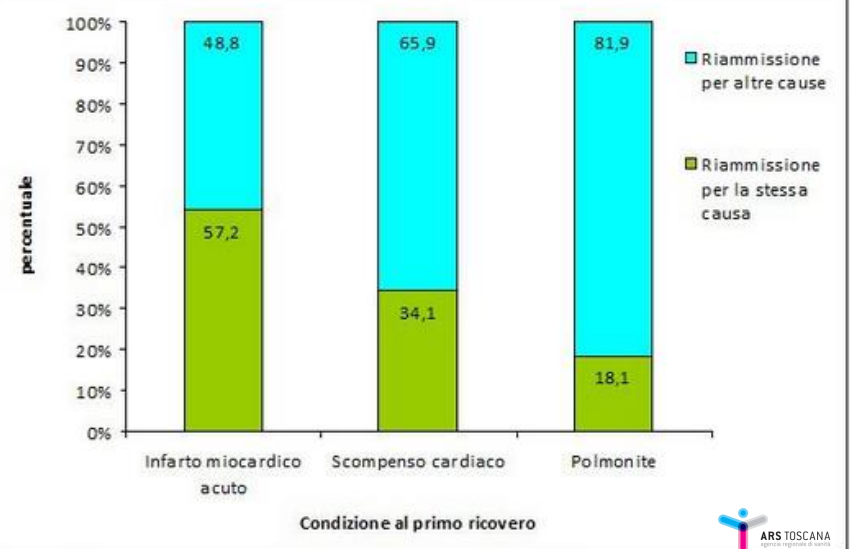
Harlan M. Krumholz, M.D.

Comprehensive strategies for mitigating post-hospital syndrome and its accompanying risks might begin with efforts to target the stressors that probably contribute to vulnerability in patients soon after discharge.



Proportions of Rehospitalizations for Causes Other Than the Condition at Initial Discharge.

Data are from Jencks et al.¹



Percentuale di riammissioni per causa in Toscana, anno 2012

Il caso della frattura di femore negli anziani: il vantaggio di strategie integrate



Archives of Gerontology and Geriatrics

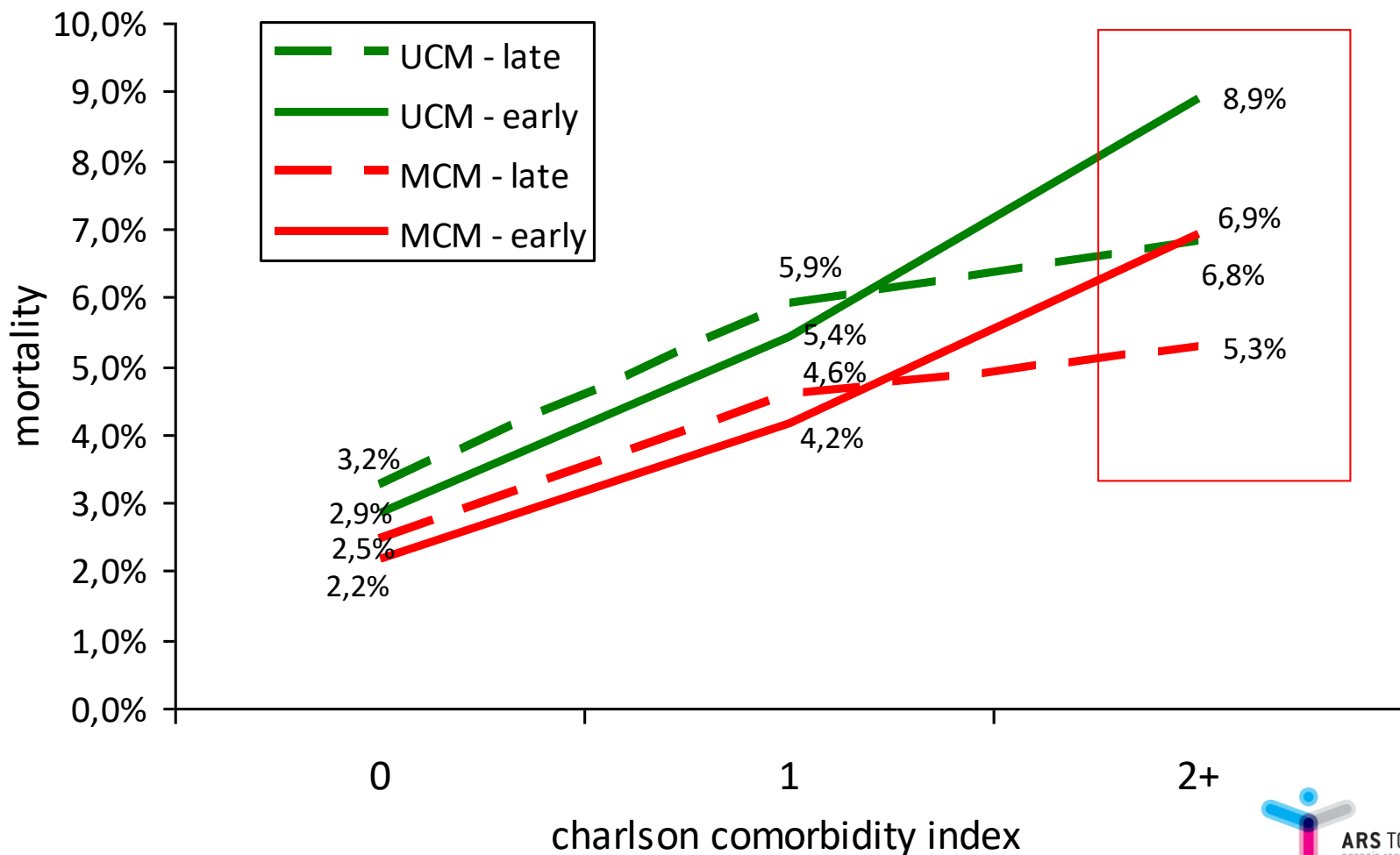
Volume 66, September–October 2016, Pages 13–17



Mortality after hip fracture in the elderly: The role of a multidisciplinary approach and time to surgery in a retrospective observational study on 23,973 patients

Silvia Forni^a, , Francesca Pieralli^b,  , Alessandro Sergi^a, , Chiara Lorini^c, , Guglielmo Bonaccorsi^d, , Andrea Vannucci^a, 

Patients with 2+ comorbidity undergoing early surgery have higher mortality than those undergoing late surgery

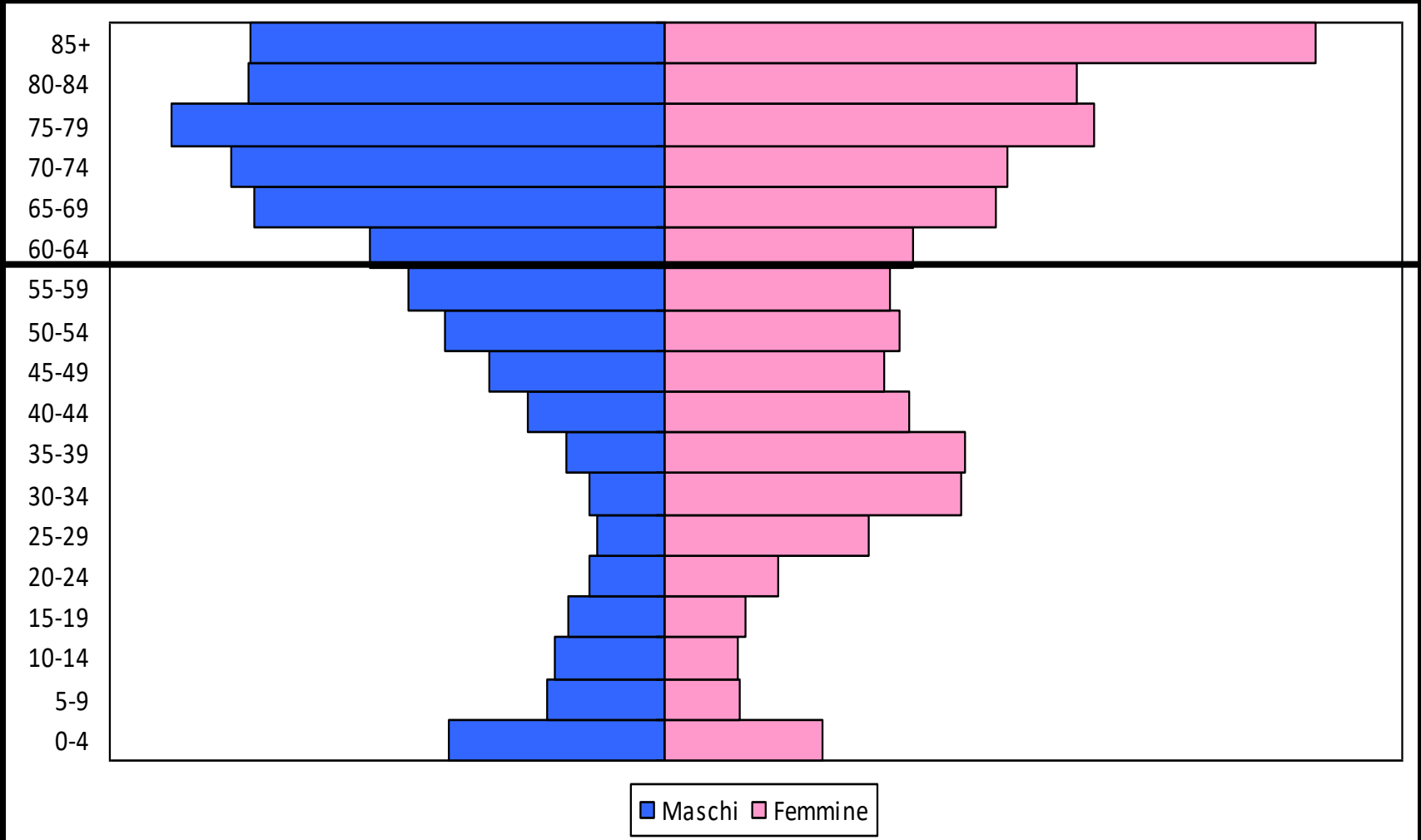


assistenza di precisione



dal PDTA alla singola persona

Il 10% delle persone di 60+ sono pazienti "complessi"



Età e sesso dei pazienti ricoverati in Toscana

Il paziente complesso

- (multi)morbosità cronica
- alta complessità gestionale → assistenza multi-specialistica
- alto rischio di accessi al pronto soccorso / ricoveri urgenti in area medica, ricoveri ripetuti

I 3 criteri per definire un paziente “complesso”

CRITERIO 1

caso conosciuto di diabete, cardiopatia ischemica, BPCO, scompenso cardiaco, insufficienza renale, pregresso ictus, demenza, Parkinson o storia recente di ricoveri per cause suggestive di malattie croniche

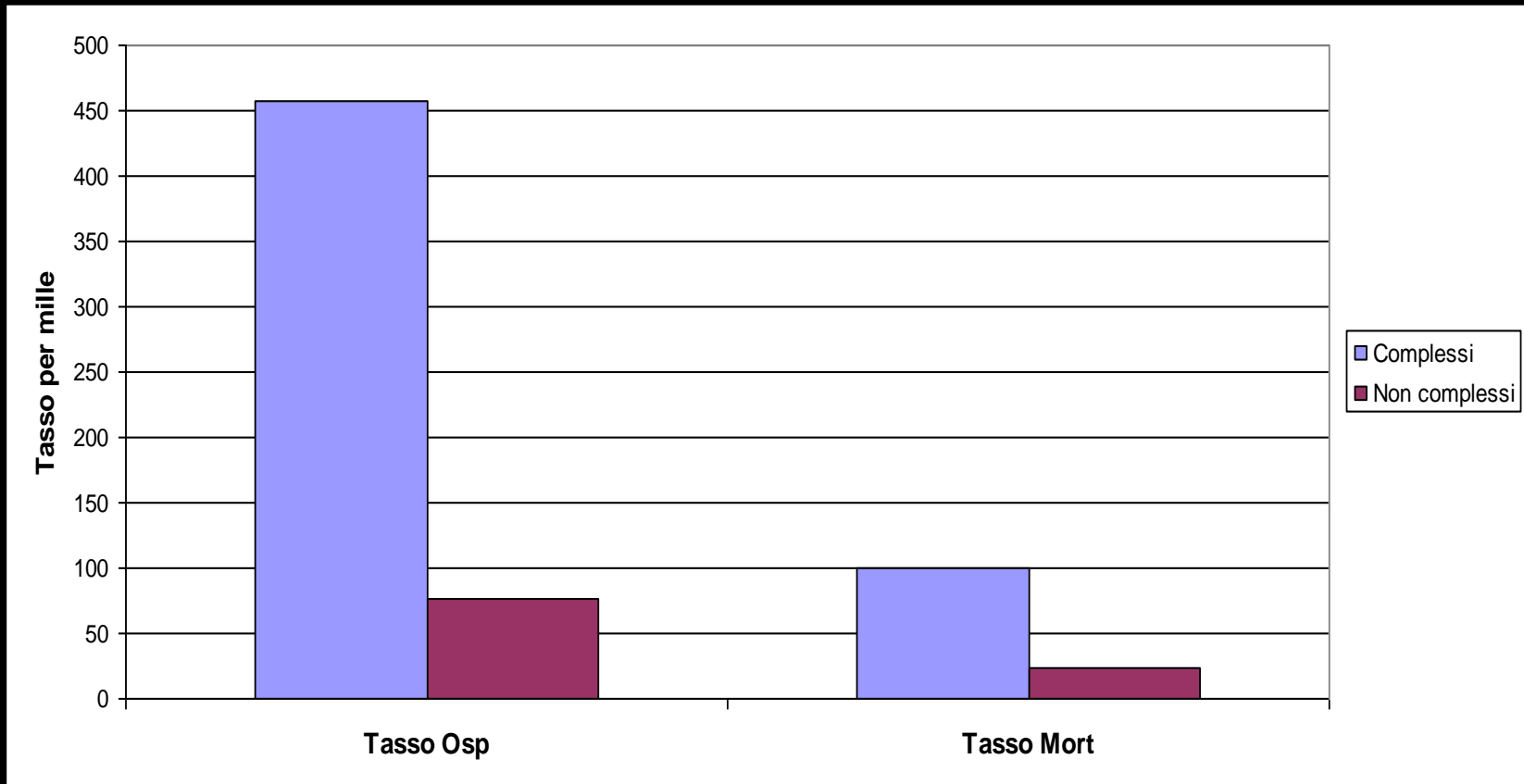
CRITERIO 2

- 95° percentile nell'ultimo anno di almeno uno tra:**
- farmaci totali / diversi erogati (ATC5)**
- visite specialistiche totali / diverse erogate**
- esami di diagnostica strumentale o per immagini totali / diversi erogati;**
- esami di laboratorio totali / diversi erogati;**

CRITERIO 3

almeno un ricovero ordinario urgente in area medica o un accesso in PS, escluso codici bianchi/traumi;

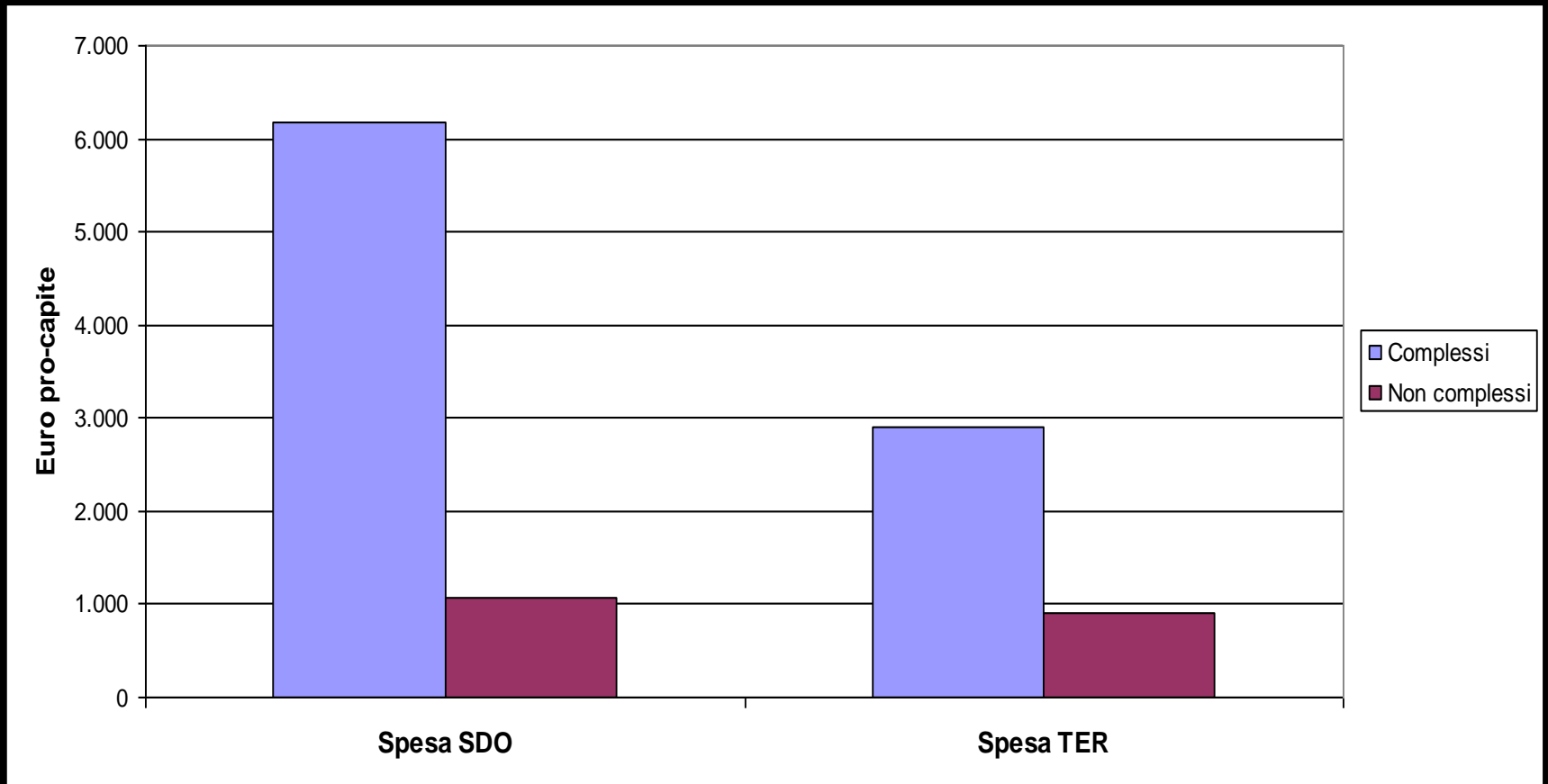
Predittività dei criteri: decessi e ospedalizzazione



IRR: 5,9

HR: 4

Predittività dei criteri: spesa ospedaliera e territoriale



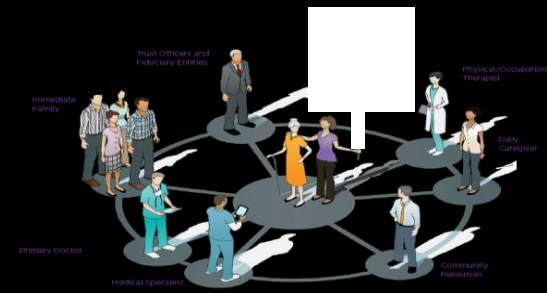
Sanità d'iniziativa: nuovi target e nuovi modelli

“high risk / high cost”

- assistiti ad alto rischio di accessi ripetuti al PS e di ricoveri ospedalieri per condizioni croniche suscettibili di cure territoriali
- circa il 3% degli assistiti, definiti sulla base di dati correnti e comunicati ai medici curanti
- Elenchi consolidati dai medici curanti

Care Management

La presa in carico proattiva avviene per mezzo di team multiprofessionali e multidisciplinari, secondo i principi del “Care and Case Management”, attraverso la definizione di Piani Assistenziali Individuali (PAI)





ragionare in termini di
VALORE

La sanità d'iniziativa: il caso diabete

Toscana 2011-2014

+ qualità delle cure

adesione al GCI + 58 %

+ spesa pro-capite

Visite diabetologiche: + 0,8 %

Farmaci: + 6,3%

Diagnostica laboratorio: + 7,5%

+ ricoveri ospedalieri

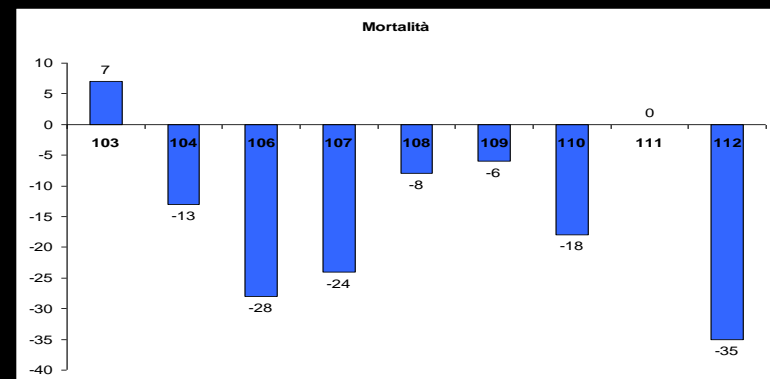
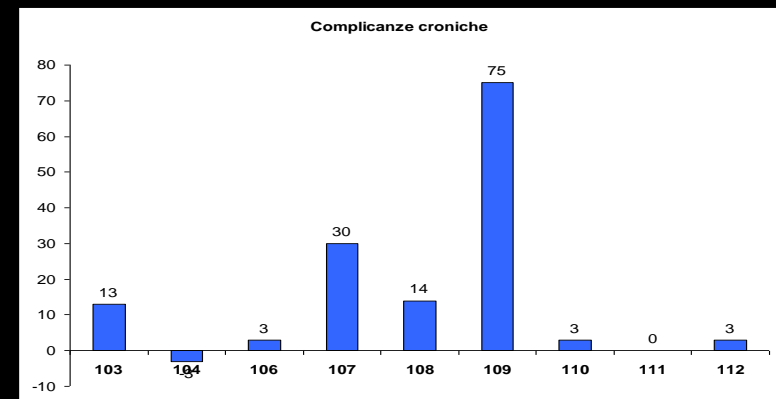
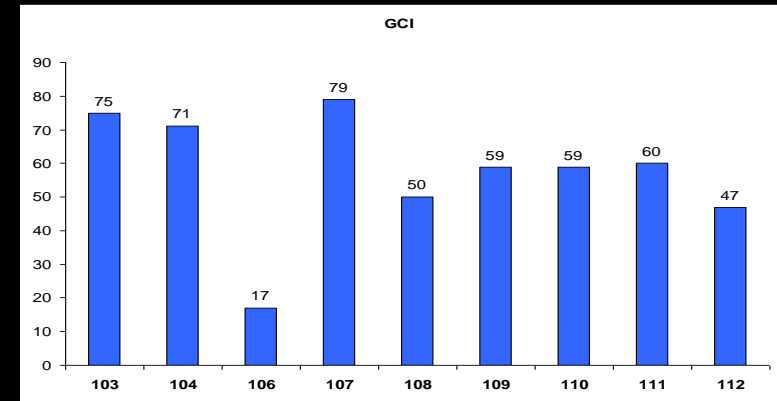
ricoveri per complicanze cardiologiche
di lungo termine: + 11%

esiti migliori

tasso eventi cardio-cerebrovascolari
acuti: - 19%

rischio di decesso a 4 anni

- 12%



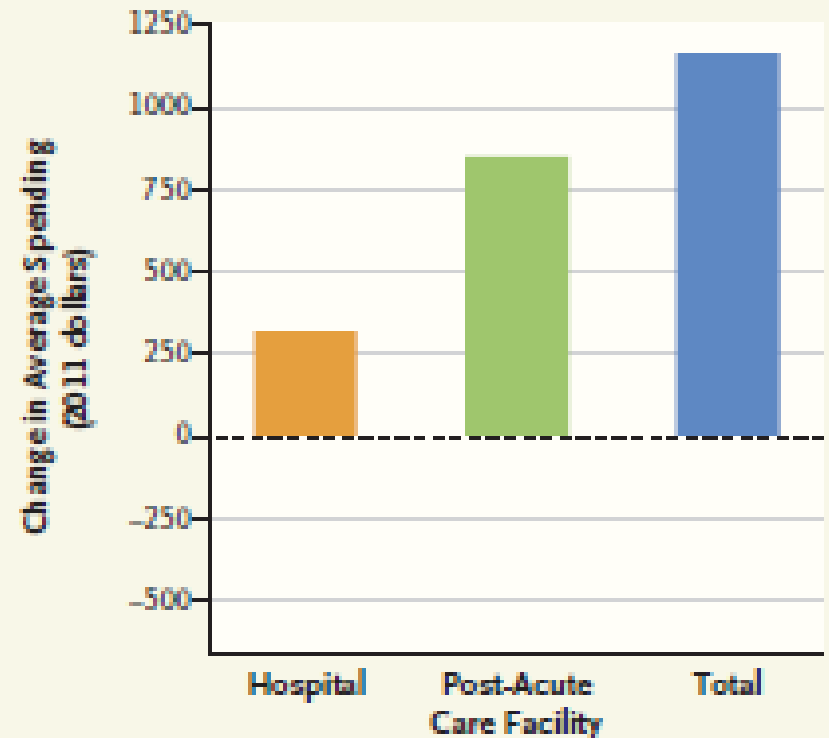
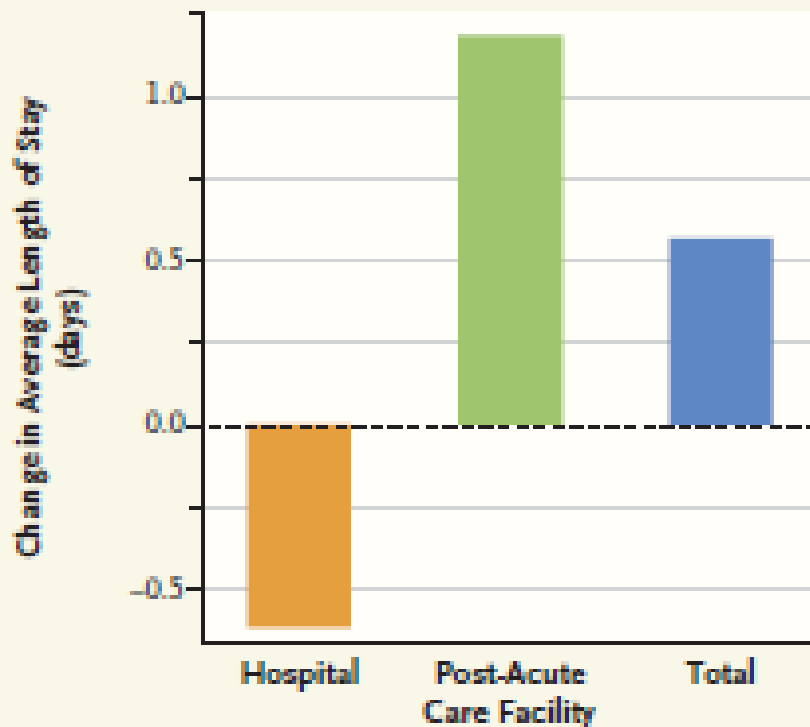
Lunghezza della degenza o tempo da casa a casa?

Home-to-Home Time — Measuring What Matters to Patients and Payers

Michael L. Barnett, M.D., David C. Grabowski, Ph.D., and Ateev Mehrotra, M.D., M.P.H.

N ENGL J MED 377:1 NEJM.ORG JULY 6, 2017

Il valore delle cure intermedie



Changes in Average Length of Stay and Spending among Medicare Beneficiaries, by Setting, 2004–2011.

Changes in length of stay (in days) and spending (in 2011 dollars) were estimated using a 20% sample of Medicare administrative claims from 2004 to 2011. We calculated the annual average length of stay and inflation-adjusted Medicare payments for all hospitalized beneficiaries by setting in three categories: hospital, post-acute care facility (including skilled nursing facilities, inpatient rehabilitation facilities, and long-term care hospitals), and total. Because a small number of extremely long stays at skilled nursing facilities might bias our estimates, we excluded beneficiaries with post-acute care facility stays exceeding 100 days.

Intermediate care including reablement

NICE guideline

Published: 22 September 2017

[nice.org.uk/guidance/ng74](https://www.nice.org.uk/guidance/ng74)

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE
EXCELLENCE

EQUALITY IMPACT ASSESSMENT

Intermediate care and reablement



Le dimensioni da considerare per l'equità

- giovani
- anziani
- minoranze etniche, migranti recenti
- genere
- deficit cognitivi e demenza
- persone con difficoltà di comunicazione e/o deficit sensoriali
- persone alla fine della vita



- persone con difficoltà di comunicazione e/o deficit sensoriali



Regione Toscana



Servizio Sanitario della Toscana



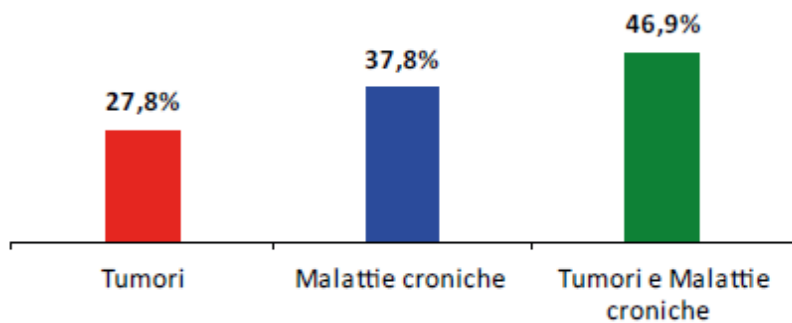
PERCORSI ASSISTENZIALI
PER SOGGETTI CON BISOGNI SPECIALI

The image shows the logo for IMPASS (Percorsi Assistenziali per Soggetti con Bisogni Speciali). It features the coat of arms of the Regione Toscana (a white horse on a red background) on the left. To its right is the text "Regione Toscana". Further right is the logo for the Servizio Sanitario della Toscana (SST), which includes the letters "SST" in a blue box and the text "Servizio Sanitario della Toscana" in a blue box. The main logo "IMPASS" is in large, blue, stylized letters. Below it, the text "PERCORSI ASSISTENZIALI PER SOGGETTI CON BISOGNI SPECIALI" is written in smaller blue letters.

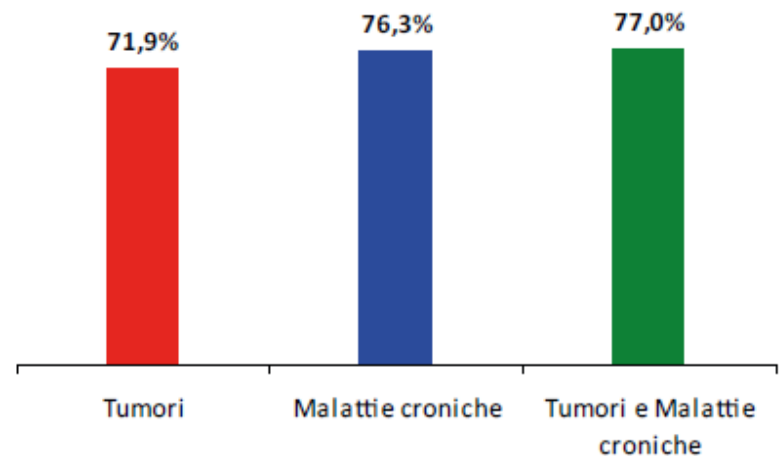
Toscana 2017 -19

• persone alla fine della vita

Percentuale di deceduti con accesso al PS nell'ultimo mese di vita



Percentuale di deceduti con almeno un ricovero nell'ultimo mese di vita



Toscana 2016



Health Care Costs in the Last Week of Life

Associations With End-of-Life Conversations

Baohui Zhang, MS; Alexi A. Wright, MD; Haiden A. Huskamp, PhD;
Matthew E. Nilsson, BS; Matthew L. Maciejewski, PhD; Craig C. Earle, MD;
Susan D. Block, MD; Paul K. Maciejewski, PhD; Holly G. Prigerson, PhD

Background: Life-sustaining medical care of patients with advanced cancer at the end of life (EOL) is costly. Patient-physician discussions about EOL wishes are associated with lower rates of intensive interventions.

Methods: Funded by the National Institute of Mental Health and the National Cancer Institute, Coping With Cancer is a longitudinal multi-institutional study of 627 patients with advanced cancer. Patients were interviewed at baseline and were followed up through death. Costs for intensive care unit and hospital stays, hospice care, and life-sustaining procedures (eg, mechanical ventilator use and resuscitation) received in the last week of life were aggregated. Generalized linear models were applied to test for cost differences in EOL care. Propensity score matching was used to reduce selection biases.

Results: Of 603 participants, 188 (31.2%) reported EOL discussions at baseline. After propensity score matching, the remaining 415 patients did not differ in socio-

demographic characteristics, recruitment sites, illness acknowledgment, or treatment preferences. Further analyses, adjusted by quintiles of propensity scores and significant confounders, revealed that the mean (SE) aggregate costs of care (in 2008 US dollars) were \$1876 (\$177) for patients who reported EOL discussions compared with \$2917 (\$285) for patients who did not, a cost difference of \$1041 (35.7% lower among patients who reported EOL discussions) ($P=.002$). Patients with higher costs had worse quality of death in their final week (Pearson production moment correlation partial $r=-0.17$, $P=.006$).

Conclusions: Patients with advanced cancer who reported having EOL conversations with physicians had significantly lower health care costs in their final week of life. Higher costs were associated with worse quality of death.

Arch Intern Med. 2009;169(5):480-488

I pazienti affetti da tumore avanzato che hanno avuto dialoghi di fine vita con i medici hanno avuto costi sanitari significativamente più bassi nella loro ultima settimana di vita. Costi più alti erano associati con una peggiore qualità di vita

Ma, alla fine, ricordiamoci che

- occorre pensare per reti e per sistemi
- ospedale e territorio sono categorie mentali del passato e per i cittadini sono tutti luoghi ed opportunità di cura, senza distinzioni
- cure standard e “su misura” non sono inconciliabili

