



Network Italiano Sanitario
PER LA CONDIVISIONE DEI COSTI STANDARD,
DEGLI INDICATORI E DEI RISULTATI



CONVEGNO NAZIONALE

Giornate di studio
sui costi standard
in sanità



5° ASSEMBLEA ANNUALE SOCI N.I.San

19-20 OTTOBRE 2015

"Sala Aria"

Centro Conferenze Alla Stanga
Piazza Zanellato, 21 - Padova



L'ATTRIBUZIONE DEI COSTI AL PERCORSO CLINICO DEL PAZIENTE

Maria Laura Chiozza
Azienda Ospedaliera di Padova

Key words: clinical pathway
implementation and management



Qual Lett Healthc Lead. 1993. **Applying critical pathways to neurosurgery patients at the University of Michigan Medical Center.** Richards JS, et al.

... to standardize care processes in order to increase efficiency and reduce costs while maintaining the quality of clinical care.

A team of nurses began the project... The pathways were reviewed by physicians and other staff from other disciplines... In retrospect, participants learned that physicians should be involved at the earliest stages of critical pathway development and in the process of implementation.

Stroke.1993. **A model for management of patients with stroke during the acute phase. Outcome and economic implications.** Odderson IR, et al

We conclude that the implementation of a clinical pathway for patients with acute, nonhemorrhagic stroke resulted in a significant reduction in length of stay, charges, and complications while improving the quality of care.

Aust Health Rev.1995. **Benchmarking critical pathways--a method for achieving best practice.** Compton J et al.

using benchmarking as a tool to ensure best practice participative change management style.

Prog Cardiovasc Nurs. 1995.

Role of the clinical nurse coordinator in successful implementation of critical pathways in pediatric cardiovascular surgery patients.

Turley KM, Higgins SS, Archer-Duste H, Cafferty P

Critical pathways
reduce variations in
management
achieve quality patient outcomes
within a defined time while reducing the
average length of stay (ALOS).



The critical path is a **day-by-day** plan that specifies the use and timing of procedures in relation to the stage in the patient's recovery.

PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2012 - 2016

Una nuova programmazione correlata ai bisogni consolidati ed emergenti della società veneta di oggi deve, quindi, prevedere interventi di riorganizzazione strutturale e funzionale, promuovendo la diretta correlazione tra responsabilità, risorse disponibili ed azioni di miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, in sintonia con quelle specificità che rendono unico il modello veneto.

“...prevedere interventi di riorganizzazione strutturale e funzionale, promuovendo la diretta correlazione tra responsabilità, risorse disponibili e azioni di miglioramento dell'appropriatezza clinica...”



Diffusione di Percorsi Assistenziali relativi ad una patologia tenute presenti le risorse ivi disponibili

- Il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati da protocolli per la presa in carico coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e “figure di riferimento” (*case manager*).
- La diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), intesi come la contestualizzazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili. Si tratta di strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura. La concreta attuazione dei PDTA richiede la definizione di indicatori clinici ed organizzativi, di volumi di attività e di tetti di spesa previsti.

MODELLO GESTIONALE BASATO SU INTENSITA' DELLE CURE



3.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Ospedale viene identificato come luogo deputato alla cura dell'acuzie e dell'immediata post acuzie, mentre la gestione della cronicità viene affidata all'organizzazione dell'assistenza territoriale: ciò richiede, da un lato, di rilanciare la funzione ospedaliera e, dall'altro, di consolidare un modello organizzativo efficace sul territorio.



Ospedale = acuzie
Territorio = cronicità

HUB AND SPOKE

3.2.1 La rete ospedaliera su due livelli

L'Ospedale per acuti è definito come la struttura aziendale in cui vengono erogate prestazioni di ricovero relative a pazienti con patologie in fase acuta o nell'immediata fase post-acuzie ed è orientato ad un modello basato su livelli di intensità delle cure.

RETI CLINICHE FUNZIONALI E MODELLI OSPEDALIERI IN CUI LA DEGENZA SIA DEFINITA IN BASE ALLA SIMILARITA' DEI BISOGNI:

COMPLESSITA' CLINICA E INTENSITA' DELLE CURE

DELIBERA D.G. n. 1074/2010

Gestione urgenza in area medica per Percorsi Assistenziali



Implementazione gestione organizzativa DMO con supporto SPS

1. di adottare, per le ragioni espresse in premessa, il modello organizzativo per la gestione dell'Urgenza in Area Medica per percorsi assistenziali" che si allega quale parte integrante ed essenziale del presente provvedimento;
2. di affidare alla SC "Direzione Medica Ospedaliera" l'implementazione e la gestione organizzativa delle attività riportate con il supporto del Servizio per le professioni sanitarie;

3. di affidare, inoltre, alla SC "Qualità e Accreditamento" l'affiancamento alle Unità Operative per la stesura dei percorsi assistenziali in aderenza alle modalità aziendali e la verifica di adesione dei requisiti della L. 22/02;
4. di affidare, infine, al controllo di gestione il monitoraggio delle attività e degli indicatori di processo e di esiti ad esse conseguenti;

- UOC Qualità e Accreditamento per la stesura del PA
- Controllo di Gestione monitoraggio attività

Nomina Responsabile di Processo

5. di demandare a successivo provvedimento la nomina del Responsabile del Processo.



Available online at www.sciencedirect.com



International Journal of Nursing Studies 45 (2008) 608–625

INTERNATIONAL JOURNAL OF
NURSING
STUDIES

www.elsevier.com/locate/ijnurstu

Review

**Re-mapping client journeys and professional identities:
A review of the literature on clinical pathways**

Billie Hunter*, Jeremy Segrott

School of Health Science, Swansea University, Singleton Park, Swansea SA2 8PP, UK

Received 26 October 2006; received in revised form 26 February 2007; accepted 4 April 2007

Int J Nurs Stud. 2008

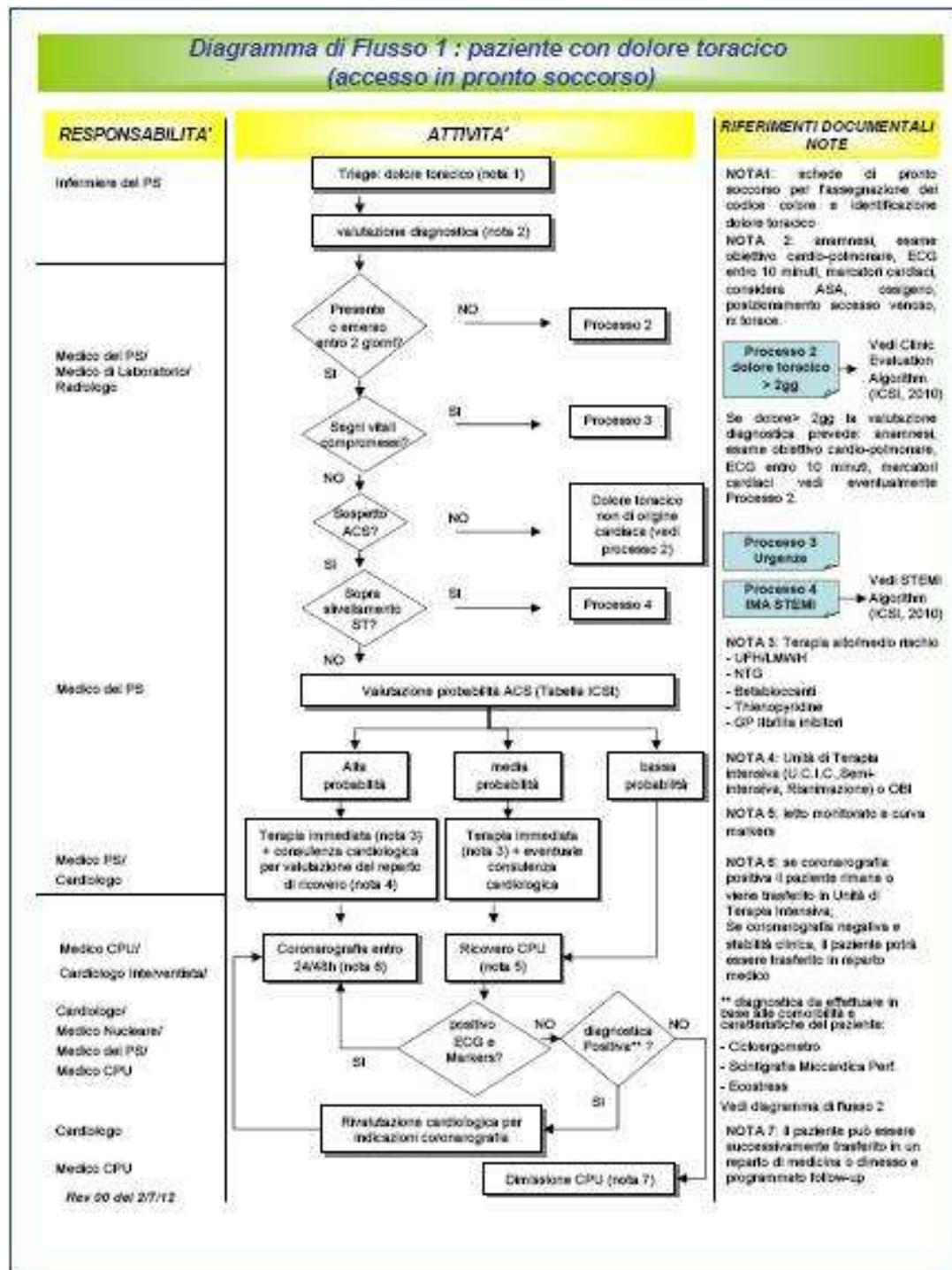
- **The multiple aims of clinical pathways**

- standardising practice,
 - levering external evidence into local health care work
 - improving interprofessional co-ordination

- ... impacts of pathways on client care, **professional identities**, and the nature of written documentation

The impact of standardised pathways on professional ideologies which emphasise individualised care, and clinical autonomy will require long-term programmes of research.

PERCORSO ASSISTENZIALE



PERCORSO ASSISTENZIALE

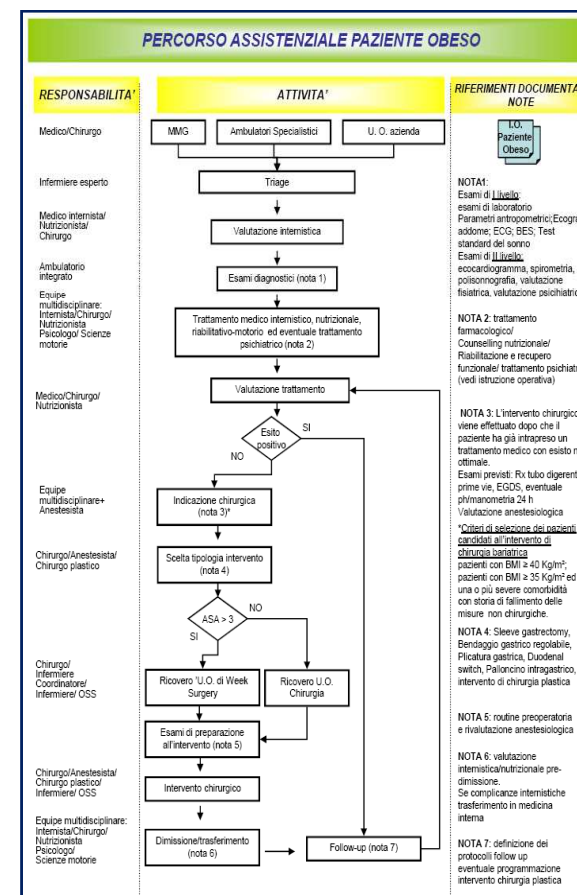
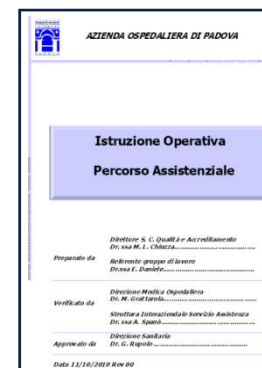
definisce il "macro" processo dell'intera gestione di un problema di salute, adattando, le raccomandazioni delle linee guida (LG) alle esigenze del contesto locale (CL) secondo metodologie validate, in maniera condivisa tra tutti i professionisti.

Esso descrive e rappresenta la sequenza

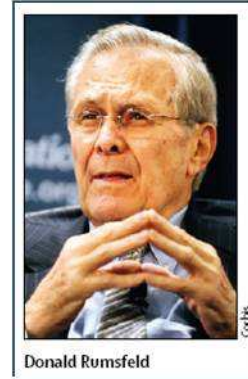
- spaziale (**where**)
- temporale (**when**)
- attività svolte (**how**)
- dai diversi professionisti (**who**)

in maniera **omogenea e condivisa**.

$$PA = LG + CL$$



Guiding the guidelines



As the IOM points out, clinicians can be overwhelmed by the quantity of reported clinical evidence, and often need to rely on aggregated evidence to guide decision making (ie, systematic reviews and guidelines). ...

- 21 standards for systematic reviews
 - 8 for guidelines.
-
- *Hibble A, et al. Guidelines in general practice: the new Tower of Babel? BMJ 1998;317:862-863*
 - *Johnston BL, Conly JM. Guidelinitis: A new syndrome? Can J Infect Dis 2000*
 - *Cabana MD, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA.1999;282:1458-65*

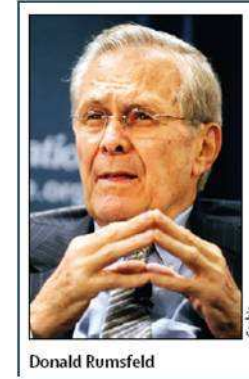
RESEARCH

Open Access

How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability

Anna R Gagliardi^{1*}, Melissa C Brouwers², Valerie A Palda³, Louise Lemieux-Charles⁴ and Jeremy M Grimshaw⁵

Guiding the guidelines




The perennial problem with systematic reviews and practice guidelines is that they remain population-centred not patient-centred, which makes individual treatment decisions not as easy as might be hoped.

... “particularly under conditions of uncertainty regarding optimal decisions, clinician experiential knowledge and skill (the ‘art of medicine’) and patient values and preferences remain essential contributors to quality health-care practice, in a complex interplay with science”.

... new standards will aid clinical decision making rather than dictating a one-size-fits-all approach.

I Percorsi Assistenziali sono per definizione “orientativi”, e il clinico può discostarsi dalle raccomandazioni del percorso se lo ritiene opportuno per il paziente che ha in cura, a patto che, segnali e motivi gli scostamenti, per lasciare traccia del suo contributo ad eventuali modifiche e/o ad una maggiore articolazione del percorso.

 **AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**

Istruzione Operativa
Percorso Assistenziale

Direttore S. C. Qualità e Accreditamento
Dr. ssa M. L. Chizzola

Preparato da
Referente gruppo di lavoro
Drs.ssa E. Daniele

Verificato da
Direzione Medica Ospedaliera
Dr. M. Grolli

Struttura Interaziendale Servizio Assistenza
Dr. ssa A. Spadolini

Approvato da
Direzione Sanitaria
Dr. G. Ripoli

Data 11/10/2010 Rev 00

J Vasc Surg. 1995. **Impact of clinical pathways on hospital costs and early outcome after major vascular surgery.** Calligaro KD, et al. .

Cochrane Database Syst Rev. 2010. **Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs.** Rotter T et al.

Int J Health Care Qual Assur. 2015. **Clinical pathways in China - an evaluation.** He JA, Yang W.

BMC Health Serv Res. 2008. **A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes.** Rotter T, et al.

Cost data, standardized to the year 2000

Study ID	Country	Currency	Experiment	SD	Control	SD
Kiyama, T 2003	Japan	US\$	\$14013	\$2634	\$18020	\$7332
Kim, MH 2002	USA*	US\$	\$879	\$394	\$1706	\$1512
Kollef, HM 2000	USA*	US\$	\$922	\$1614	\$1120	\$1430
Grines, CL 1998	USA*	US\$	\$11430	\$6257	\$13733	\$7249
Roberts, RR 1997	USA*	US\$	\$1877	\$1243	\$2574	\$999
Gomez, MA 1996	USA*	US\$	\$1535	\$1985	\$6768	\$17359

Note: USA* = United States of America

Some investigators used a full cost approach (fix and variable costs included) others calculated only direct hospital costs.

It is also surprising that more studies do not consider any cost effects other than those of treatment. Health-economic research should therefore concentrate on costs of development and implementation of clinical pathways.

CO-MORBIDITIES

PLoS One. 2015. **The Determinants of Costs and Length of Stay for Hip Fracture Patients.** Castelli A, et al.

Patient and treatment characteristics (**SPECIFIC CO-MORBIDITIES**) are **more important** as determinants of cost and LoS than provider or social care factors. A better understanding of the impact of these characteristics....

Pharmacoeconomics. 2015. **Welfarism versus extra-welfarism: can the choice of economic evaluation approach impact on the adoption decisions recommended by economic evaluation studies?** Buchanan J, Wordsworth S.

.... evaluation of complex interventions.

As the number of these interventions being evaluated **increases**, it is crucial that the **most appropriate economic evaluation approach** is used to enable decisionmakers to be confident in their adoption decisions.

4 P MEDICINE

Trials. 2015. **Direct improvement of quality of life in colorectal cancer patients using a tailored pathway with quality of life diagnosis and therapy (DIQOL): study protocol for a randomised controlled trial.** Klinkhammer-Schalke M, et al.

Pharmgenomics Pers Med. 2015. **Economic evaluations of personalized medicine: existing challenges and current developments.** Shabaruddin FH et al.

Personalized medicine, with the aim of safely, effectively, and cost-effectively **targeting treatment** to a prespecified patient population, has always been a long-time goal within health care.

Pharmacoeconomics.2015. **Concepts of 'personalization' in personalized medicine: implications for economic evaluation.** Rogowski W, et. al.

This study assesses if, and how, existing methods for economic evaluation are applicable to the evaluation of personalized medicine (PM)....

Existing evaluative (**extra-welfarist**) frameworks were generally considered appropriate for evaluating PM.



Saturday 6 June 1998
BMJ

Lessons from the Bristol case

More openness—on risks and on individual surgeons' performance

... is an attempt by the profession to protect patients from continuing poor performance – and also to safeguard surgeons from inappropriate fault finding. *Treasure T, BMJ, 1998; 316: 1685-6*



The Department of Health
The new NHS
modern . dependable

CLINICAL GOVERNANCE

*“A framework through which NHS organisations are **accountable** for **continuously improving the quality** of their services and safeguarding **high standards** of care by creating an environment in which **excellence in clinical care will flourish**”*

1998 A First Class Service

A NEW FRAMEWORK

An attempt to bridge the professional approaches of quality assessment and clinical audit with



previous managerial approaches of quality assurance and quality improvement.

Un esempio concreto: trapianto di cuore nel bambino

<i>In sintesi.....</i>	Numero	Costo
ADT	6 TRANSITI	235.260
PROCEDURE CHIRURGICHE	3	112.819
RADIOLOGIA	63	4.374
LABORATORIO	2534	13.010
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	21	402
TRASPORTI	12	2.400
	Totale	368.265

.....dietro ad ogni valore di costo, non abbiamo solo la **SDO**, ma conosciamo con precisione **CHE COSA** è stato erogato al paziente, **QUANDO, DA CHI, A CHE COSTO**, con **TUTTI I DATI ORGANIZZATIVI E CLINICI** che i sistemi informativi sono in grado di fornire

L'aumento dei costi sanitari, contestualmente all'esigenza di promuovere qualità e sicurezza, colloca la valutazione dell'**appropriatezza** al **centro** delle politiche sanitarie nazionali, regionali e locali.



APPROPRIATEZZA = ↓ COSTI

**COINVOLGIMENTO DIRETTO
MEDICI e INFERMIERI**

PERCORSI ASSISTENZIALI REALI