



LOMBARDIA INFORMATICA



Regione Lombardia

Governo della domanda e avvio della presa in carico dei pazienti cronici e fragili

Roberto Soj, Direttore Generale Lombardia Informatica

Padova, 12 aprile 2018



L'universo di riferimento

18,5 miliardi di euro di spese sanitarie

Consolidato RL e 40 Bilanci Aziende Pubbliche (ATS, ASST, IRCCS)
Circa 4000 centri di costo

Oltre 300 Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private

Oltre 3500 Strutture Erogatori di Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie Pubbliche e Private

8 Agenzie di Tutela della Salute

27 Aziende Socio Sanitarie Territoriali

26 IRCCS pubblici e privati

Oltre 2700 Farmacie e Prontuari Farmaceutici

150.000 Operatori Sanitari e Sociosanitari

Circa 8.000 Medici MMG e PDF

Circa 45.000 Medici Specialisti

Oltre 10.000.000 Cittadini Assistiti

1.500.000/anno Ricoveri Ospedalieri

85.000.000/anno Prescrizioni Farmaceutiche

160.000.000/anno Prestazioni Specialistiche

Circa 27.000.000/anno di Referti specialistici

Oltre 2.000.000/anno Assistiti soggetti a Screening

Circa 2.500.000/anno Assistiti Vaccinati

Circa 85.000/anno Certificati Parto Nuovi Nati

Circa 200.000/anno erogazioni di protesica

Circa 1.000.000/anno erogazioni di celiachia

100.000 prese in carico ADI

La profondità storica

Dati di bilancio dal 2002

Consolidato del SSL dal 2002

Controllo di Gestione dal 2003

Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private dal 1999

Punti di Erogazione di Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie Pubbliche e Private dal 1999

Farmacie e Prontuari Farmaceutici dal 2007

Operatori Sanitari e Sociosanitari dal 2001

Medici MMG e PDF dal 1999

Medici Specialisti dal 2015

18 Anni di Ricoveri Ospedalieri

11 anni di Prestazioni Farmaceutiche

18 Anni di Prestazioni Specialistiche

Referti specialistici dal 2008

Campagne di screening (dal 2000)

Campagne di vaccinazioni (dal 1990)

Erogazioni di protesica (dal 2010)

Erogazioni di celiachia (dal 2014)

Prese in carico ADI dal 2011

13 anni di Certificati Parto Nuovi Nati

Gli strumenti di analisi

Per poter fruire ed analizzare il patrimonio informativo sono disponibili diversi strumenti progettati e realizzati per le diverse esigenze delle diverse tipologie di utenti. Attualmente sono disponibili:

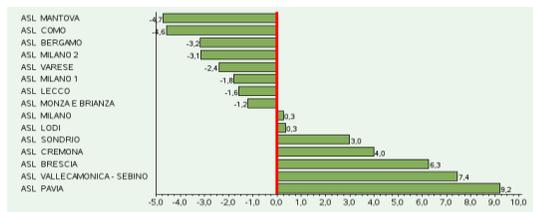
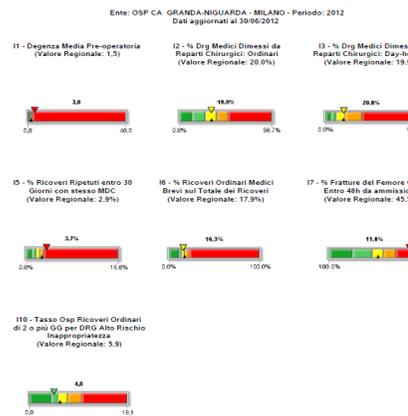
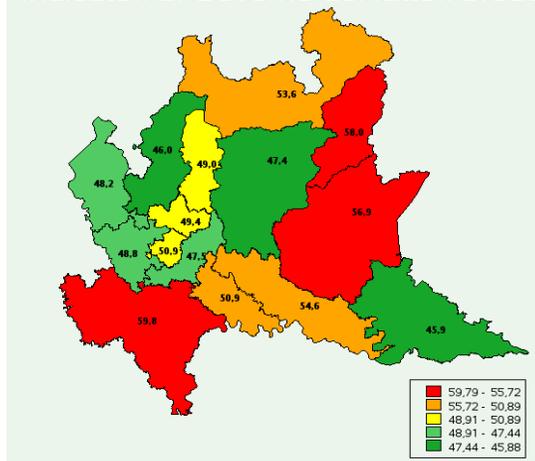
- ✓ I Cruscotti direzionali: permettono agli utenti di fruire, generalmente attraverso interfacce grafiche, di insiemi di indicatori precalcolati che esprimono informazioni sintetiche e significative. Contengono indicatori sanitari di efficacia ed efficienza dei servizi erogati e dati di sintesi dell'andamento della spesa e dei consumi sanitari.
- ✓ Gli Ambienti di reportistica: permettono di fruire di strumenti di analisi evoluti in cui l'utente può effettuare interrogazioni predefinite in fase progettuale. Vengono messi a disposizione report istituzionali e analisi su strutture dati predefinite anche di tipo multidimensionali.
- ✓ Il DaaS (Data as a service): mette a disposizione le informazioni e permette, attraverso interfacce e funzionalità personalizzate, l'esecuzione di analisi specifiche. In particolare viene utilizzato per interrogare in modalità personalizzata il patrimonio informativo da parte di specifici enti autorizzati.

Cruscotti Direzionali

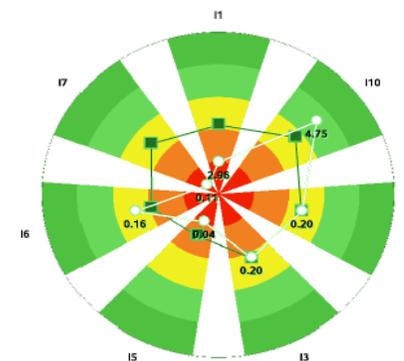
I cruscotti permettono agli utenti di fruire, generalmente attraverso interfacce grafiche e a fronte di opportuni profili di autorizzazione, di insiemi di indicatori precalcolati che esprimono informazioni sintetiche e significative (non semplici querv ma applicazioni di regole di “business”).

I principali strumenti realizzati sono:

- ✓ Indicatori di Governo Clinico
- ✓ Indicatori di Governo Finanziario
- ✓ Indicatori di Governo dei fattori produttivi



Indicatori di ricovero
Periodo: 2012
Ente: OSP CA GRANDA-NIGUARDA - MILANO
Dati aggiornati al 30/06/2012

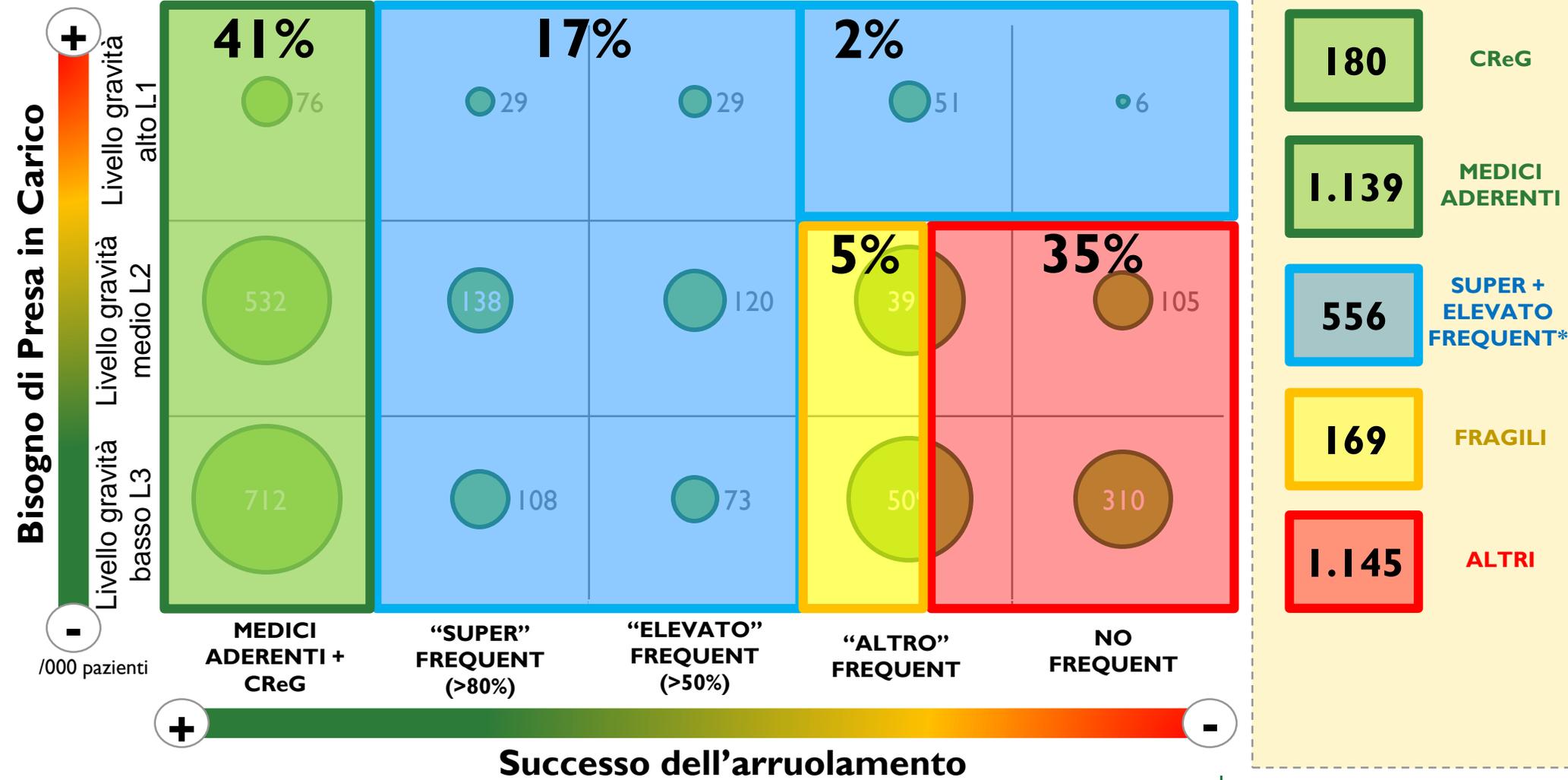


IND	DESCRIZIONE
I1	Degenza Media Pre-operatoria
I2	% Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari
I3	% Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital
I5	% Ricoveri Ripetuti entro 30 Giorni con stesso MDC
I6	% Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri
I7	% Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione
I10	Tasso Osp Ricoveri Ordinari di 2 o più GG per DRG Alto Rischio Inappropriatezza

IND	FASCIA 1	FASCIA 2	FASCIA 3	FASCIA 4	FASCIA 5
I1	3,01 - 49,09	1,58 - 2,01	1,12 - 1,58	0,62 - 1,12	0,01 - 0,62
I2	0,30 - 0,57	0,23 - 0,30	0,16 - 0,23	0,08 - 0,16	0,00 - 0,08
I3	0,40 - 1,00	0,22 - 0,40	0,11 - 0,22	0,05 - 0,11	0,00 - 0,05
I5	0,03 - 0,17	0,03 - 0,03	0,02 - 0,03	0,01 - 0,02	0,00 - 0,01
I6	0,24 - 1,00	0,18 - 0,24	0,14 - 0,18	0,11 - 0,14	0,00 - 0,11
I7	0,00 - 0,26	0,26 - 0,40	0,40 - 0,52	0,52 - 0,74	0,74 - 1,00
I10	10,25 - 19,14	7,50 - 10,25	5,53 - 7,50	4,22 - 5,53	0,00 - 4,22

Segmentazione dei pazienti

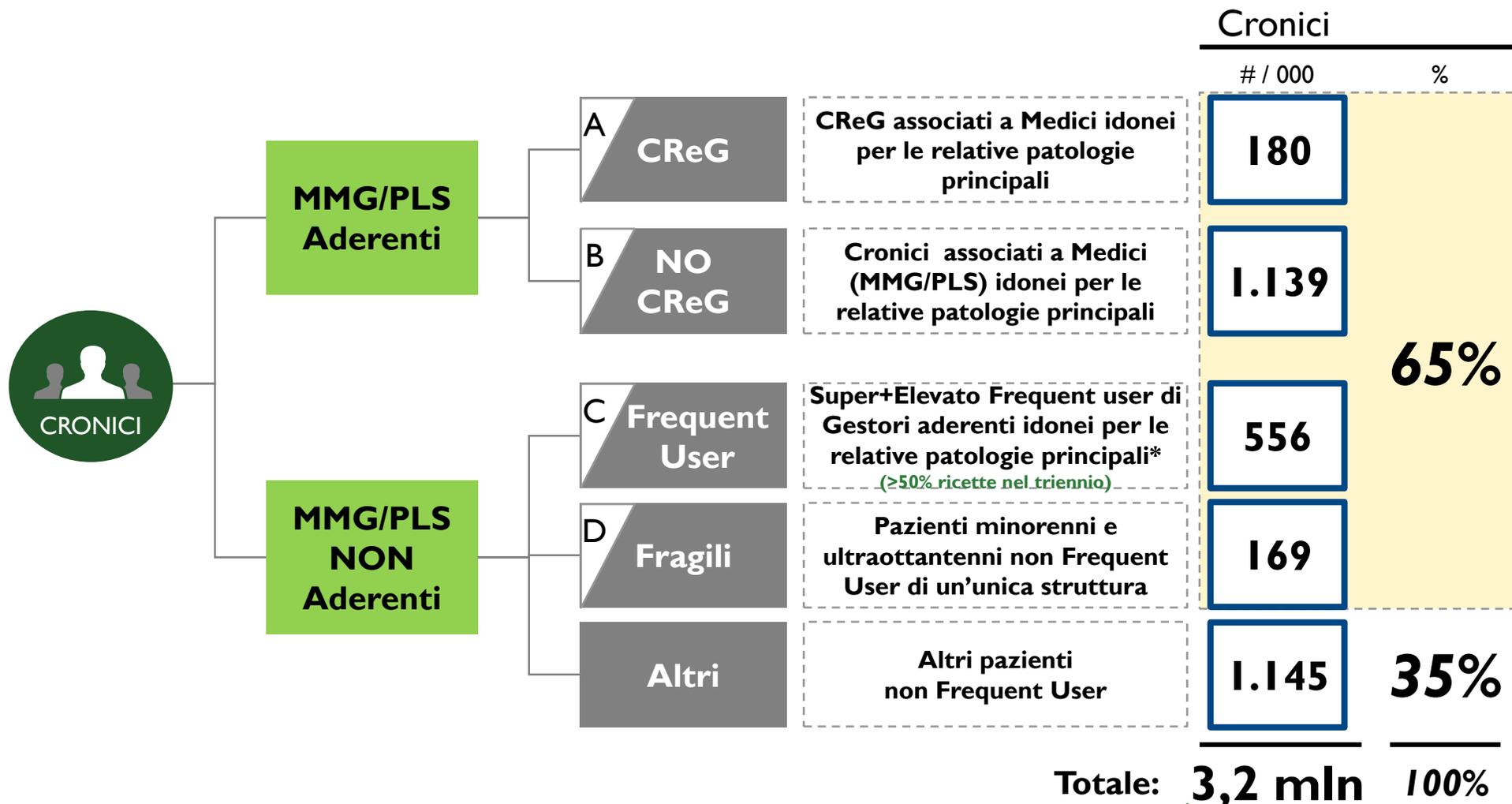
I segmenti individuati sono 4: Pazienti CReG; Medici aderenti; Frequent User e Fragili



(*) Nota: Sono inclusi anche i pazienti NON Frequent User, ma che presentano livelli di cronicità elevati (Livello gravità alto L1)

L'universo dei pazienti cronici

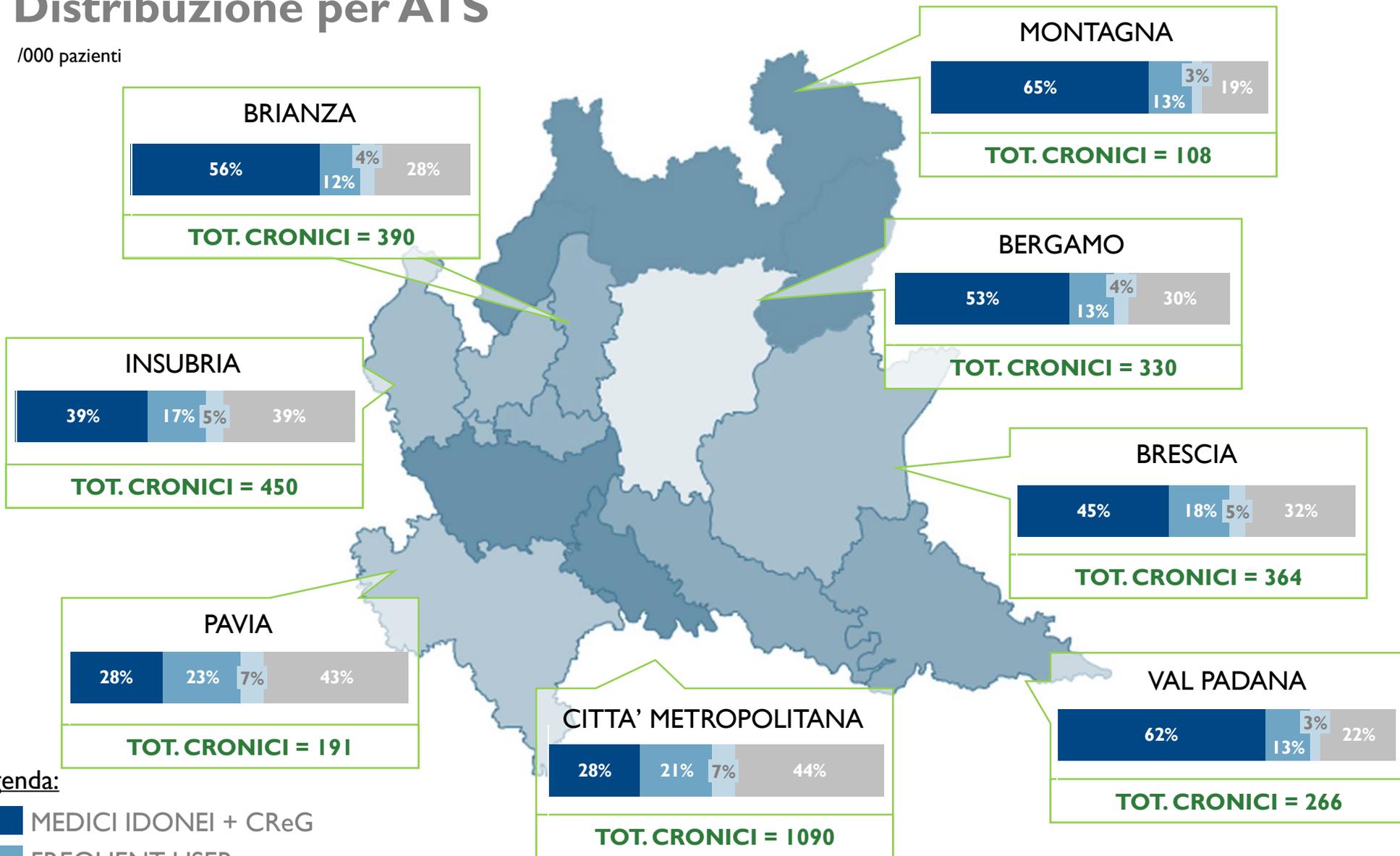
Passaggio da un concetto di "Stratificazione" per livelli di cronicità ad uno di "Segmentazione" dei Pazienti



(*) Nota: Sono inclusi anche i pazienti NON Frequent User, ma che presentano livelli di cronicità elevati (Livello gravità alto LI)

Distribuzione per ATS

/000 pazienti



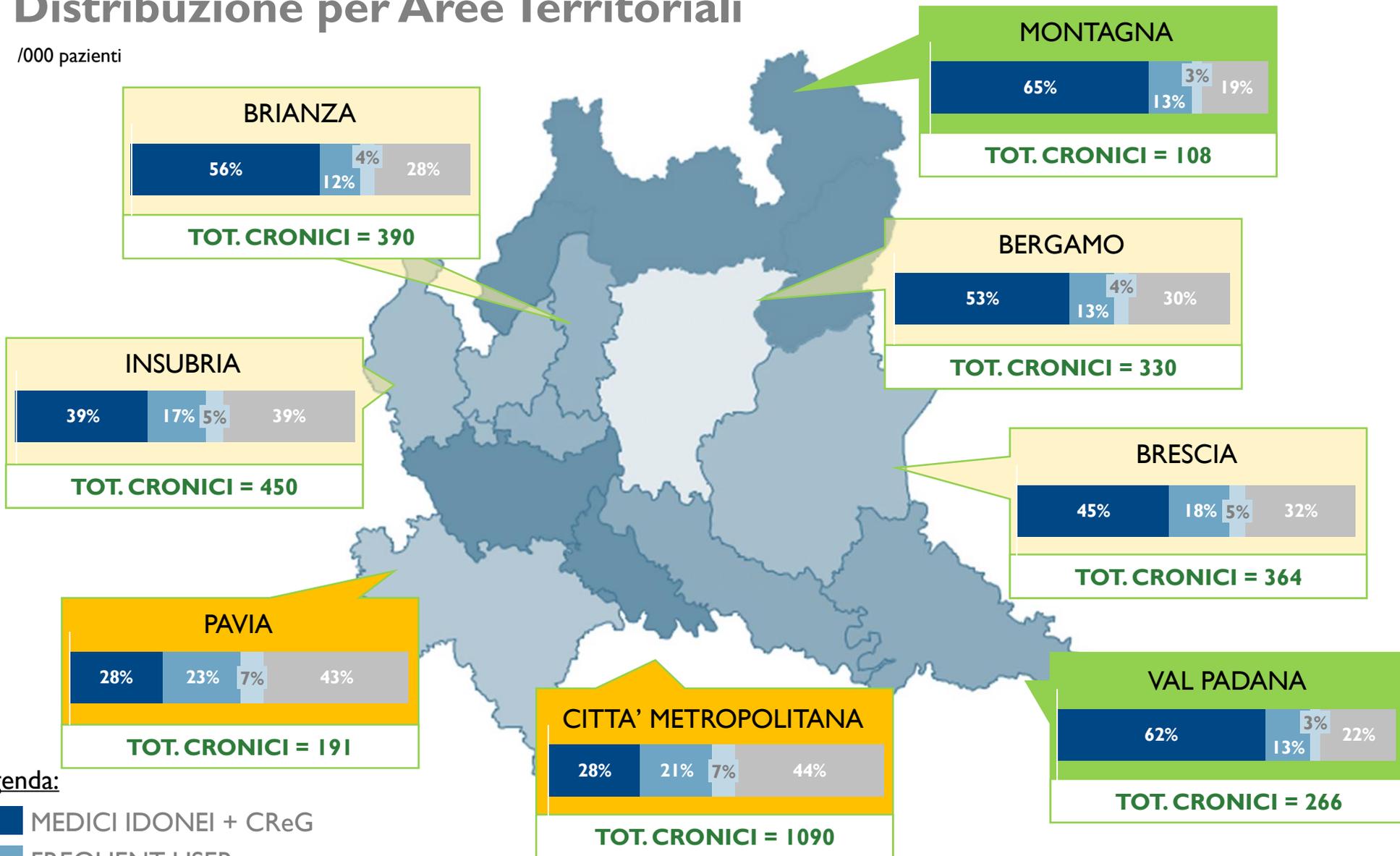
Legenda:

- MEDICI IDONEI + CReG
- FREQUENT USER
- FRAGILI
- ALTRI



Distribuzione per Aree Territoriali

/000 pazienti



Legenda:

- MEDICI IDONEI + CReG
- FREQUENT USER
- FRAGILI
- ALTRI



La salute? Dipende (solo) per il 25% dalle cure. Ecco che cosa conta di più

L'assistenza sanitaria incide soltanto per un quarto, ancora meno la genetica e l'ambiente. Per stare bene serve studiare, una casa confortevole e un lavoro. Laurearsi? Fa vivere tre anni in più

di [Fausta Chiesa](#)

La salute? Conta più chi sono (o erano) i nostri genitori, dove si vive, il livello di istruzione e il lavoro che si fa che non le cure ricevute. Lo evidenziano non uno ma ben due studi recenti, entrambi pubblicati a inizio dicembre 2017: «L'Italia per l'equità nella salute», elaborato dai quattro Enti vigilati dal ministero della Salute (Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà, Istituto superiore di sanità, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e Agenzia italiana del farmaco) e «Diseguaglianze sociali e stato di salute - Rompere il circolo vizioso», che riguarda l'Europa occidentale ed è a cura del Deloitte Centre for Health Solutions.

«C'è un dato emblematico: l'assistenza sanitaria incide solo al 25 per cento, la genetica al 15 per cento e l'ambiente al 10 per cento», commenta Guido Borsani, Public Sector Leader Italia di Deloitte. Il resto lo fanno le determinanti sociali: casa, alimentazione, reddito, istruzione, occupazione, trasporti e sicurezza. «La mancanza di accesso all'assistenza medica e stili di vita non sani, tradizionalmente addotti a giustificazione delle disuguaglianze nello stato di salute, spiegano solo in parte il fenomeno», dice Borsani.

Quel che conta sono gli aspetti sociali della vita. E le disuguaglianze cominciano sin dal grembo materno: un basso peso alla nascita è associato a condizioni socio-economiche povere e può causare svantaggi dal punto di vista socio-sanitario sia nell'infanzia sia in età adulta. Il tasso di deprivazione dei ragazzi sotto i 16 anni è legato al livello di istruzione dei genitori e i ragazzi di famiglie svantaggiate sono spesso soggetti a stress psico-emotivi come conflitti familiari e instabilità derivanti da risorse inadeguate, sono meno spronati all'esercizio fisico o a un'alimentazione sana e sono maggiormente a rischio di obesità. In età adulta la disoccupazione o la bassa retribuzione, la difficoltà di conciliare il lavoro con la famiglia e un reddito sicuro sono tutti problemi che minacciano la salute psico-fisica. Un reddito inferiore è correlato a una maggiore prevalenza di obesità e di fumo.

Insomma: chi è più istruito, ha un buon lavoro e una casa confortevole è destinato a stare meglio. E lo ha messo in luce anche il report predisposto dal ministero della Salute con gli enti Inmp, Agenas, Iss e Aifa. Tra i dati che più colpiscono c'è la variazione dell'aspettativa di vita in funzione del titolo di studio: a 30 anni un laureato può aspettarsi di vivere tre anni in più rispetto a un coetaneo che ha fatto solo la scuola dell'obbligo. L'Istat ha avviato uno studio a partire dai dati del censimento del 2011 che - tra l'altro - ha misurato proprio le disuguaglianze nell'aspettativa di vita e nella mortalità per livello di istruzione. I maschi che avevano al massimo la licenza media inferiore presentavano un anno e mezzo di svantaggio rispetto a quelli con la maturità, i quali a loro volta si trovavano in svantaggio di un anno e mezzo a confronto con i laureati. In generale, i meno istruiti sopravvivono di meno dei più istruiti sia al Nord sia al Sud, a dimostrazione che la povertà individuale di risorse e competenze – di cui il basso titolo di studio è un indicatore – compromette la salute indipendentemente dalla ripartizione geografica. A parità di età, molti degli stili di vita scorretti sono più frequenti tra i meno istruiti. Soltanto il 13 per cento delle persone con un'alta istruzione fuma, numero che sale al 22 per cento tra chi ha frequentato al massimo la scuola dell'obbligo. Analogamente, solo il 7 per cento di chi ha un titolo di studio elevato è obeso e il 52 per cento è sedentario, contro il 14 per cento e il 72 per cento tra i meno istruiti. Lo stesso accade per il consumo adeguato di frutta e verdura.

Nemmeno l'avanzare degli anni rende giustizia sociale. «Fino alla metà degli anni 2000 - analizza il report di Deloitte - si pensava che il divario tra istruiti e meno istruiti o tra ricchi e poveri non influisse sugli anziani. Si riteneva che l'età avesse un effetto di "livellamento" delle disuguaglianze socio-economiche, ma studi trasversali hanno dimostrato che esiste una relazione diretta tra svantaggio socio-economico e aumento del rischio di disabilità, malattie croniche, depressione e riduzione delle funzioni cognitive in tutte le fasce d'età. E il rischio di contrarre malattie croniche aumenta dal 30 al 65 per cento per le persone anziane appartenenti alle fasce socio-economiche inferiori».