

La gestione del budget e della pianificazione delle attività in tempi di spending review

Leopoldo Ferrè
Partner Exeo Consulting
Ettore Turra
Direttore Sistemi di Gestione - APSS Trento



Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

6° CONGRESSO NAZIONALE
3° FORUM INTERNAZIONALE



SOS Servizio Sanitario Nazionale: ULTIMA CHIAMATA

Roma, 21-22 novembre 2013



Università Cattolica del Sacro Cuore
Polo Didattico Giovanni XXIII, Aula "Ezio Franceschini"
Largo Francesco Vito, 1

IN COLLABORAZIONE CON
 **eamm**
European Alliance of Medical Managers

CASO APPLICATIVO 1:

«Attuazione del progetto TAVI»



Scenario di riferimento

U.O. Cardiologia – Ospedale principale

ORGANIZZAZIONE

L'unità operativa di Cardiologia dell'Ospedale assicura i seguenti servizi principali:

- il trattamento in regime di degenza in Terapia Intensiva di pazienti con infarto miocardico acuto, angina instabile, scompenso cardiaco, aritmie a rischio, ed altre patologie cardiovascolari acute;
- il trattamento in regime di degenza ordinaria di pazienti con patologie cardiovascolari di minor gravità e di pazienti ricoverati per procedure invasive programmate;
- il trattamento in regime di day-hospital di pazienti con aritmie cardiache (cardioversioni elettriche trans toraciche) e sostituzione di pace-maker;
- il trattamento in regime di day-hospital riabilitativo (presso un Ospedale minore): cicli di riabilitazione per pazienti cardiopatici.

Le principali articolazioni dell'U.O. sono le seguenti:

- L' **U.O. di degenza**; composta dall'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica e dal Reparto di Degenza ordinaria.
- Il **Laboratorio di Emodinamica**: coronarografie diagnostiche, rivascolarizzazione meccanica con angioplastica coronarica percutanea (anche in urgenza con disponibilità 24 ore/24), chiusura PFO.
- Il **Laboratorio di Elettrofisiologia**: impianto pace-maker e defibrillatori, studi elettrofisiologici endocavitari ed ablazione trans catetere delle principali aritmie (anche con uso della metodica trans-settale).
- Gli **ambulatori specialistici**: visite cardiologiche (compresi ambulatori dedicati per lo scompenso e per la sincope), controlli pace-maker e defibrillatori, elettrocardiogrammi, elettrocardiogrammi dinamici (Holter), prove da sforzo, ecocardiogrammi (compresi eco transesofagei, ecostress ed eco pediatrici), tilting test (ambulatorio per la sincope), scintigrafie miocardiche in collaborazione con l'Unità Operativa di Medicina Nucleare.

•La composizione del personale consiste in circa:

- 1 direttore, 20 medici, 4 coordinatori infermieristici, 60 infermieri, 10 OSS e altro personale di supporto (ca 10 unità)

Scenario di riferimento

Progetto TAVI - CONTESTO

La TAVI (*Transcatheter Aortic Valve Implantation*) è una tecnica d' impianto di particolari protesi cardiache che possono essere applicate senza dovere fermare il cuore e in molti casi senza dovere aprire il torace ma passando attraverso una arteria periferica. Si tratta di una tecnica disponibile dal 2007 e in rapida crescita, soprattutto in relazione all' invecchiamento della popolazione.

Al fine di introdurre nell' U.O. di Cardiologia la procedura TAVI per la gestione della patologia della stenosi aortica severa nell' anziano, a partire dal 2007 sono state realizzate le seguenti attività:

- Definizione di un **gruppo di lavoro multi-disciplinare e multi-professionale** (che si riunisce ad oggi una volta al mese) e che ha prodotto le procedure di valutazione per la selezione dei casi e dei criteri.
- **Avviamento del modello operativo per la valutazione dei casi e la scelta dell' approccio** (cardiochirurgia, TAVI, valvuloplastica, approccio medico);
- **Valutazione e scelta del tipo di dispositivo e formazione del personale** coinvolto nelle fasi pre-intra- e post-operatorie; è stato stabilito il **percorso di follow up** (al mese e all' anno).

PERFORMANCE ANNO PRECEDENTE/ANNO IN CORSO

Da febbraio 2012, sono state eseguite **7 procedure** (obiettivo 2012 almeno 7 = raggiunto)

Obiettivo “critico”

U.O. di riferimento:

Cardiologia - Ospedale principale; altre strutture coinvolte: cardiocirurgia, anestesia, geriatria, medicina generale

OBIETTIVO “CRITICO” E SUO INDICATORE:

Gestire la patologia stenosi aortica severa dell' anziano non operabile in tutto il territorio provinciale/regionale – in accordo con le linee guida europee basate sull' evidenza – fornendo una risposta omogenea e coordinata tra le diverse strutture e discipline coinvolte.

INDICATORE PRINCIPALE:

- numero procedure svolte all' anno (per tipo);
- target (KPO): dal livello attuale (≥ 7 transfermoralità per anno) al livello a regime (circa 50 casi, anche transapicali – con approccio chirurgico) entro il 2015.

INDICATORI DI PROCESSO (proposti):

- Numero di Pazienti inseriti/selezionati
- Tempi di Attesa tra 1° contatto (con ecocardio TN) e valutazione del caso
- Tempi di Attesa tra 1° contatto e intervento
- Giorni di degenza post-operatoria

Approccio Metodologico

Definizione di un progetto che definisca il target /ambito di utilizzo della TAVI, il percorso di attuazione, in termini di attività, costi diretti e benefici attesi (es. riduzione dei rischi, possibili impatti su mobilità netta, orientamenti etici, appropriatezza,) e il conseguente peso economico ed il percorso di attuazione.

1. Aggiornamento dei dati già contenuti nello “studio di fattibilità” anche alla luce della esperienza maturata nel 2011-2012 e della letteratura più aggiornata
2. Definizione delle logiche, dei ragionamenti e dei criteri con cui definire/precisare:
 - il target (dimensionamento domanda, casistica ammissibile, pro e contro, ecc.)
 - il numero di procedure anno (minimi e massimi, in termini di sostenibilità anche organizzativa)
 - gli standard
 - costi/benefici per andare a regime
3. Definizione di un piano d’ azione con scenari alternativi

Presupposto: la terapia della SAo severa sintomatica

**L' UNICO TRATTAMENTO CON UN IMPATTO SULLA
MALATTIA E'**

LA SOSTITUZIONE VALVOLARE

Presupposto: la prognosi dipende dalla terapia

- **Trattamento chirurgico SAo severa sintomatica**
 - 70-80% dei pz con SAo severa: OPERATO
 - Prognosi: buona
 - **mortalità <10% dopo anni**
- **Trattamento non chirurgico (medico) SAo severa sintomatica**
 - 20-30% dei pz con SAo severa: NON OPERATO per controindicazioni, comorbidità, elevato rischio chirurgico
 - Prognosi in terapia medica: pessima
 - **Mortalità 50% a 2 anni**
 - **Mortalità 80% a 5 anni**

Presupposto: epidemiologia SAo severa sintomatica in Italia (60 milioni di ab) - stime di prevalenza

- **Trattamento chirurgico in Italia: fabbisogno**
 - Popolazione con SAo severa sintomatica = **2-3% degli ultra settantacinquenni**
 - in Italia su 60 milioni il **10% circa sono ultra settantacinquenni = 6 milioni = 2% SAo ultra settantacinque anni = 120.000**
 - Numero pazienti con **SAo severa sintomatica NON OPERATI (controindicazioni)= 20-30% da 24.000 a 36.000**
 - Mondo reale = Numero di interventi chirurgici per SAo/anno = **12000 / anno**

Presupposto: epidemiologia dati per la popolazione di riferimento (500.000 ab) **stime di prevalenza**

- Popolazione di riferimento: oltre 65 anni 20%, oltre 75 anni 10%
- Popolazione con SAo severa sintomatica nel bacino di riferimento = **1000 pz** (prevalenza)
- Numero pazienti con SAo severa sintomatica **NON OPERATI** 20-30% (controindicazioni): **da 200 a 300**
- Mondo reale = Numero di interventi chirurgici per SAo/anno = **100 / anno**

PS: studio di TROMSØ porterebbe ad un target tra 125 e 400 pz/anno; benchmark Germania - 80 casi/anno per ogni centro Tavi

Definizione target “ambizioso ma fattibile”

- Sulla base dei presupposti citati, si considerano eleggibili alla TAVI non più del **25% dei pazienti con SAo severa sintomatica non operabili**.
- Dei pazienti non operabili in Trentino (da 200 a 300) realisticamente solo la metà arriveranno alla discussione e circa la metà di questi saranno candidati alla procedura (dati nostra esperienza preliminare: su 20 PZ inseriti nella valutazione: 10 CANDIDATI a TAVI, 3 a VALVULOPLASTICA e 7 a TERAPIA MEDICA)

20% → 40 – 60

25% → 50 – 75

30% → 60 – 90

- Viene fissato il **target a 50 interventi anno**: ciò è coerente con l'attività in Europa e rappresenta uno standard di riferimento per l'Italia

Identificazione delle attività/risorse necessarie

- Risorse strutturali: sala emodinamica o meglio ibrida
- Risorse umane : “valvular team” (cardiologo interventista, cardiocirurgo, cardioanestesista, cardiologo ecocardiografista e cardiologo clinico, geriatra, internista...)
- Attività di formazione di competenza e organizzative per i meeting
- Risorse per l’ acquisto dei dispositivi
- Risorse per la selezione e l’ assistenza post procedurale
- Risorse per potenziare l’ attività di sala per non calare le altre attività

Potenziati effetti **positivi e negativi** del progetto TAVI sul bacino di riferimento

1. **Efficacia**: riduzione mortalità nei pazienti inoperabili eleggibili per TAVI (20-30% riduzione assoluta a 3 anni)
 2. **Costo/efficacia**: dati preliminari riportano un **vantaggio dopo 3 anni** (riduzione ricoveri). Presupposto il pz deve sopravvivere almeno 3 anni, al sotto dei quali non verrebbe ricoverato e porterebbe in perdita la procedura (**NB importanza cruciale selezione**)
 3. Vantaggiosa in termini di **Qaly**
 4. Gestione centralizzata di tutti casi nel bacino di riferimento: evita fenomeni di mobilità passiva
 5. Possibilità di attrarre pazienti da bacini limitrofi (dove c'è una Cardiologia senza CCH): favorisce flussi in entrata
-
1. **Eventuale aumento dei tempi di attesa su alcuni interventi tradizionali (coronarografia) per rendere disponibili le risorse necessarie a svolgere circa 50 TAVI**

Ragionamento sui costi/ricavi unitari

Costi in incremento (es. valvole, operatori, sala ...)	Costi in calo/Ricavi (es. ambulanza, ricoveri, terapia intensiva, recupero mobilità passiva,...)
Dispositivi: valvola, introduttori, pallone, ... 25.000 €	Riduzione ricoveri per scompenso (media 3 ricoveri di 2 settimane ciascuno) 45.000 €
Esami pre selezione: CGF, TAC, visite specialistiche, ... 2000 €	
Occupazione sala e operatori: 2 volte al mese (- 8 esami /mese): per mantenere l'attività corrente necessario potenziare orari 300 €	Riduzione consumo farmaci ed esami 500 €
Degenza post procedurale (8-10 gg) e riabilitativa (1 settimana) 10.000 €	Riduzione costi sociali per inabilità: pazienti non autosufficienti ???
Controlli al follow up: ambulatoriali 1-3-6-12 mesi visita + ECO 500 €	
37.800 €	45.500 €

= - 7.700 €

Ragionamento sui costi/ricavi **totali 50 casi**

Costi in incremento (es. valvole, operatori, sala ...)	Costi in calo/Ricavi (es. ambulanza, ricoveri, terapia intensiva, recupero mobilità passiva,...)
	Mobilità attiva ?
	Recupero mobilità passiva (a target almeno la quota effettuata se non di più per indicazioni non appropriate): NEL 2011 11 CASI
1.890.000 €	2.275.000 €

= - 385.000 €

Riduzione dei costi in rapporto ai casi implementati

• 2012	12 casi	92.400 €
• 2013	24 casi	184.800 €
• 2014	36 casi	277.200 €
• 2015	50 casi	385.000 €

PIANO EVOLUZIONE TAVI

	N. TAVI	Risparmi	Azioni
2013	24	~200K	RIORGANIZZAZIONE
2014	36	~300K	INCENTIVAZIONE
2015	50	~400K	INCENTIVAZIONE
2018	100	~800K	+ 0.5 FTE

Le risorse umane, strutturali e organizzative permettono di sostenere il progetto che richiede una incentivazione per bilanciare il calo della attività ordinaria