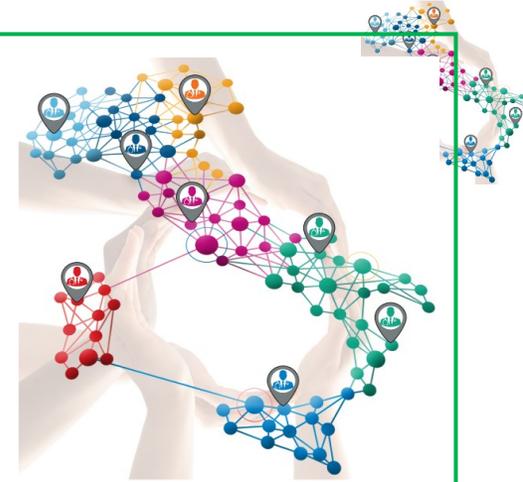




# 4° CONGRESSO NAZIONALE FRAGILITY FRACTURE NETWORK - ITALIA

*Appropriatezza, Qualità e Sostenibilità delle  
Cure nel Percorso Ortogeriatrico*



## Titolo sessione

### L'Ortogeriatrica: un modello di Value-Based Healthcare

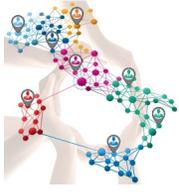
Anna Maria Murante

*Laboratorio Management e Sanità  
Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa*



Sant'Anna  
Scuola Superiore di Studi Universitari





# Scuola Superiore Sant'Anna

Scuola Superiore Sant'Anna è un' **Università pubblica**, specializzata nelle scienze applicate: Economia, Giurisprudenza e Scienze Politiche per la classe di scienze sociali; Agraria, Medicina, Ingegneria per la classe di scienze sperimentali

**Gli Istituti e i Centri di Ricerca**

<p><b>ISTITUTO DI BIOROBOTICA</b></p> <p>Biorobotica, ingegneria biomedica e robotica in medicina e biologia</p>	<p><b>ISTITUTO DIRPOLIS</b></p> <p>Scienze sociali, con particolare riferimento a scienze giuridiche e scienze politiche</p>	<p><b>ISTITUTO DI ECONOMIA</b></p> <p>Economia, macroeconomia, econometria, modelli di sistemi dinamici</p>
<p><b>ISTITUTO DI INTELLIGENZA MECCANICA</b></p> <p>Sistemi intelligenti di automazione, realtà virtuale e aumentata, sensoristica in fibra ottica e sottosistemi</p>	<p><b>ISTITUTO DI MANAGEMENT</b></p> <p>Management, organizzazione e gestione dell'innovazione, della sostenibilità e della salute</p>	<p><b>ISTITUTO TECIP</b></p> <p>Telecomunicazioni, informatica e fotonica</p>
<p><b>CENTRO DI RICERCA SCIENZE DELLE PIANTE</b></p>	<p><b>CENTRO DI RICERCA PRODUZIONI VEGETALI</b></p>	<p><b>I Centri di Ricerca interdisciplinari</b></p> <p><b>HEALTH SCIENCE INTERDISCIPLINARY CENTER</b> Sant'Anna</p> <p>Health Science Area di ricerca multi- e interdisciplinare che punta a costruire dialoghi e sinergie nel tema della Salute per sviluppare progetti di ricerca e attività di formazione umana.</p>



<http://www.santannapisa.it>

# Laboratorio Management e Sanità (MeS)

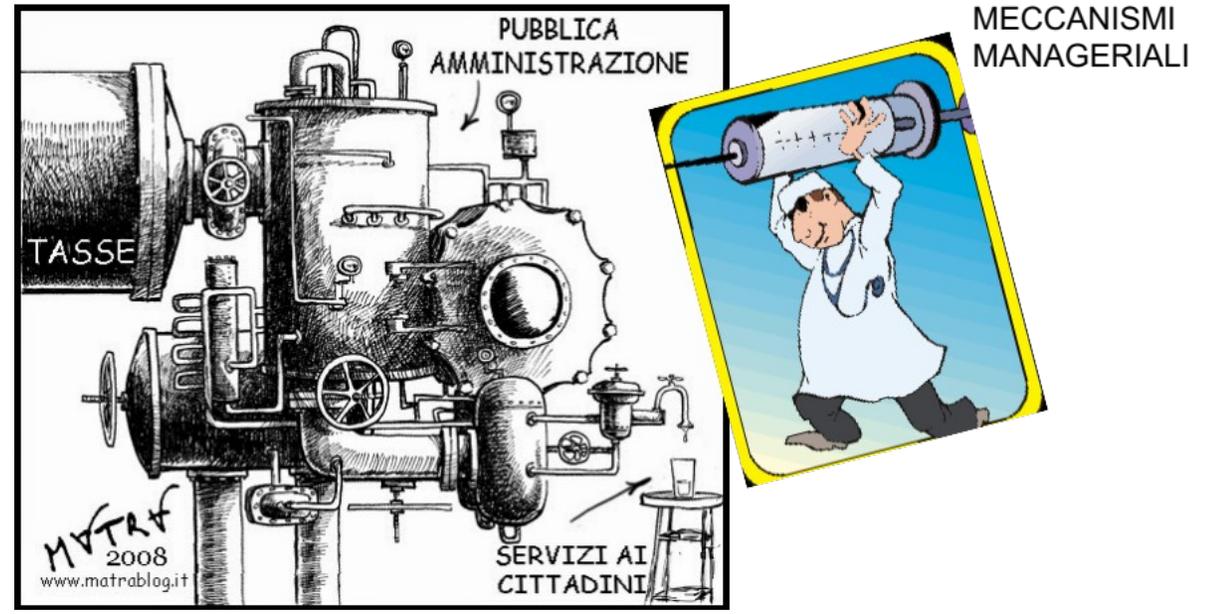
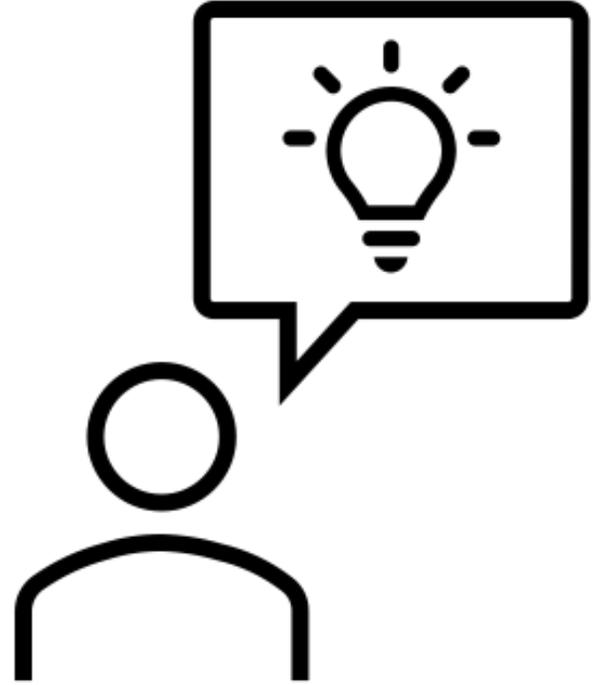
Il Laboratorio MeS è nato nel dicembre 2004, ad oggi è una delle tre aree dell'Istituto di Management

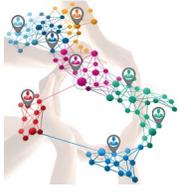




# La valutazione della performance in sanità

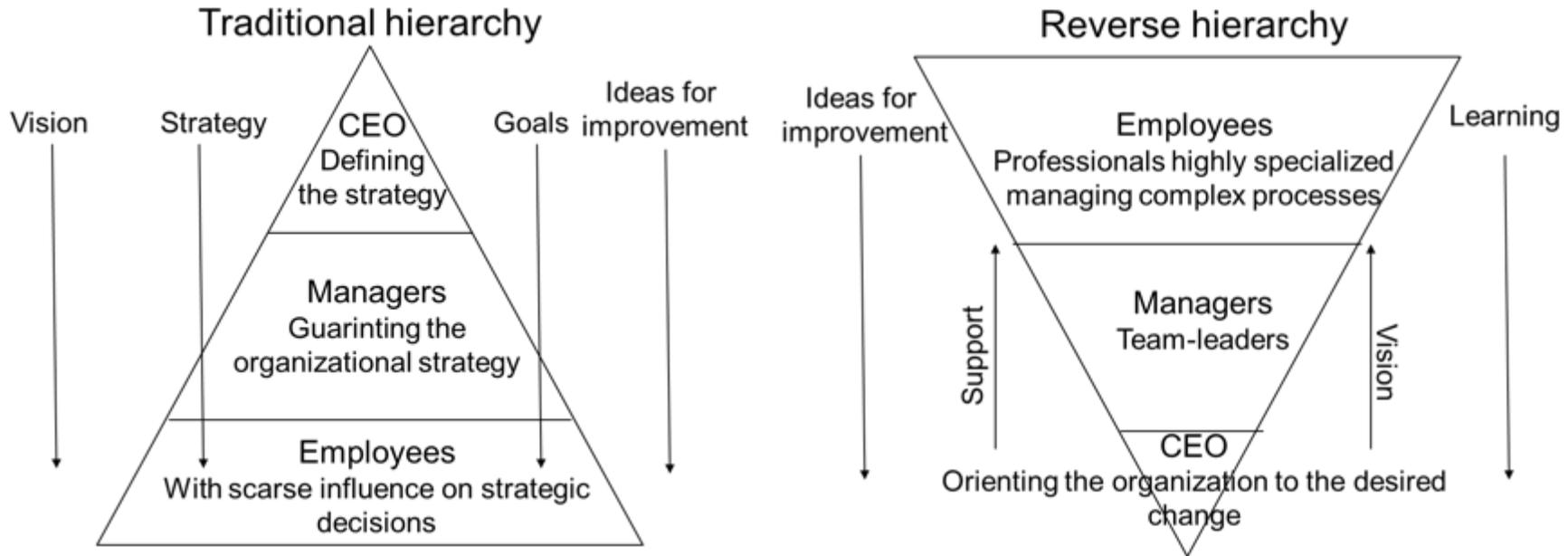
# Se il Sistema Sanitario fosse un'immagine...





# Gli attori e il loro contributo

“Physicians are at the basis of the clinical service delivery and their performance is the primary determinant of the service value delivered to the patient” (Schwartz et al., 2000).



Bini 2014. Traditional and Reverse Hierarchy (figure adapted from Leeson, 2013 and Amerini et al., 2014)



# Berwick Era 3 for Medicine and Health Care



Era 1 – «The romance of **professional autonomy**»: «la società ha concesso alla professione medica un privilegio che la maggior parte degli altri gruppi di lavoro non ottiene: l'autorità di giudicare la qualità del proprio lavoro»

Era 2 – «**External accountability**»



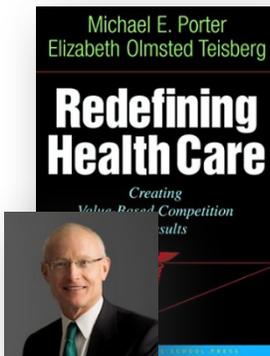
# Quanto conta contare

“Se non puoi misurarlo, non puoi migliorarlo.” (erroneamente attribuito al grande fisico ottocentesco Lord Kelvin)

“Ciò che viene misurato viene fatto.” (Tom Peters, guru del management americano, 1986)

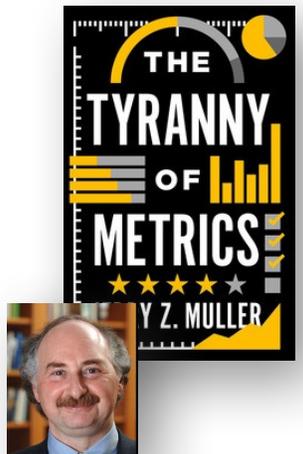
“Se non puoi misurarlo, non puoi gestirlo”, “Tutto ciò che può essere misurato può essere migliorato”, Non puoi gestire ciò che non misuri”, “Senza dati sei solo un'altra persona con un'opinione.”  
(W. Edwards Deming)

Michael E. Porter and Thomas H. Lee, “The Strategy That Will Fix Health Care,” *Harvard Business Review* (October 2013), pp. 50–70, esp. 56.



“Non tutto ciò che può essere contato conta, e non tutto ciò che conta può essere contato.”

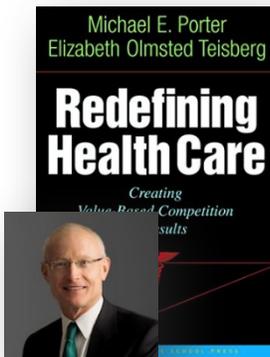
Muller Jerry Z. (2018), *The Tyranny of Metrics*, Princeton University Press: Princeton (NJ).





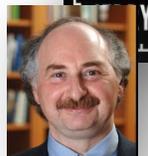
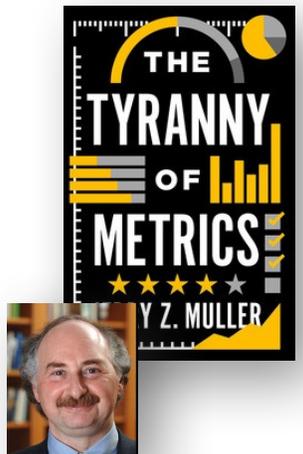
«Il miglioramento rapido in qualsiasi campo richiede la misurazione dei risultati: un principio familiare nel management. **I team migliorano ed eccellono monitorando i progressi nel tempo e confrontando le loro prestazioni con quelle dei colleghi all'interno e all'esterno dell'organizzazione.** In effetti, **una misurazione rigorosa del valore (risultati e costi) è forse il passo più importante per migliorare l'assistenza sanitaria.** Ovunque vediamo una misurazione sistematica dei risultati nell'assistenza sanitaria, indipendentemente dal paese, vediamo che tali risultati migliorano».

Michael E. Porter and Thomas H. Lee, "The Strategy That Will Fix Health Care," *Harvard Business Review* (October 2013), pp. 50–70, esp. 56.



- WARNING: «Metric Fixation»
- Misurare ciò che è più facilmente misurabile
- «Accountability» ha dentro il termine «contare»
- I meccanismi di pagamento delle prestazioni ingenerano effetti controproducenti

Muller Jerry Z. (2018), *The Tyranny of Metrics*, Princeton University Press: Princeton (NJ).



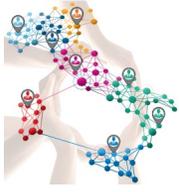
# Cosa è successo in Sanità? **Era 3** **for Medicine and Health Care**



## Era 3



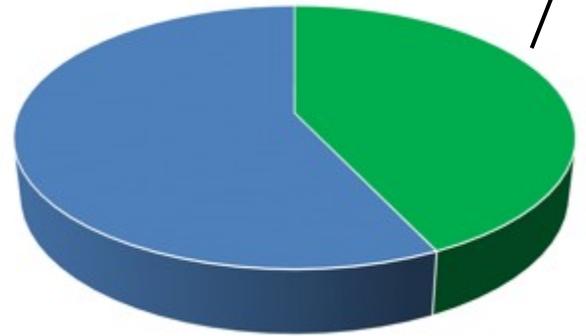
1. Ridurre la misurazione obbligatoria
2. Stop ai complessi incentivi individuali
3. Spostare la strategia aziendale dalle entrate alla qualità
4. Rinunciare alle prerogative professionali quando fa male al «tutto»
5. Utilizzare la «improvement science»
6. Garantire la completa trasparenza
7. Ascolta le voci delle persone a cui si presta servizio



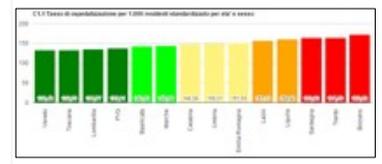
# Il sistema di valutazione del Network delle Regioni



Circa 400 indicatori



Oltre 40% indicatori valutati



# ...le sue caratteristiche



1) Multidimensionalità



2) Evidenze



3) Adesione volontaria e disegno condiviso



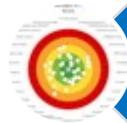
4) Tempestività



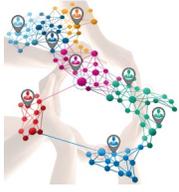
5) Valutazione e benchmarking sistematico



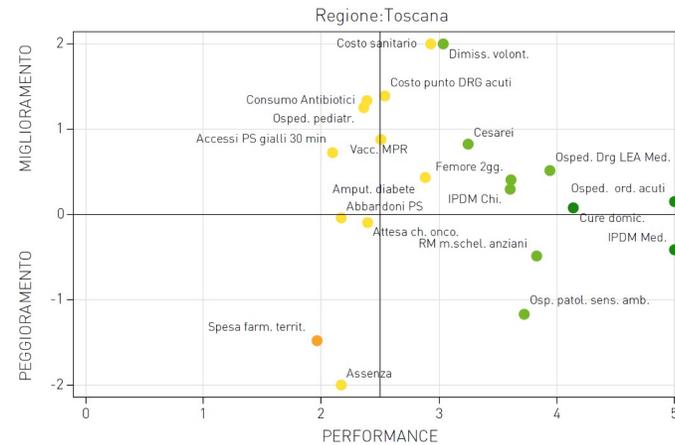
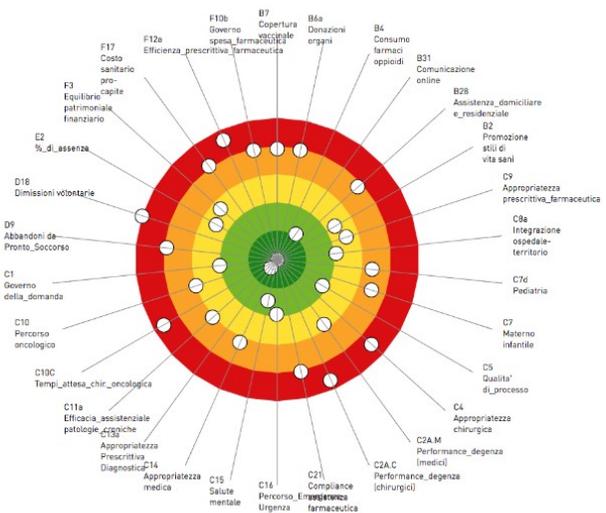
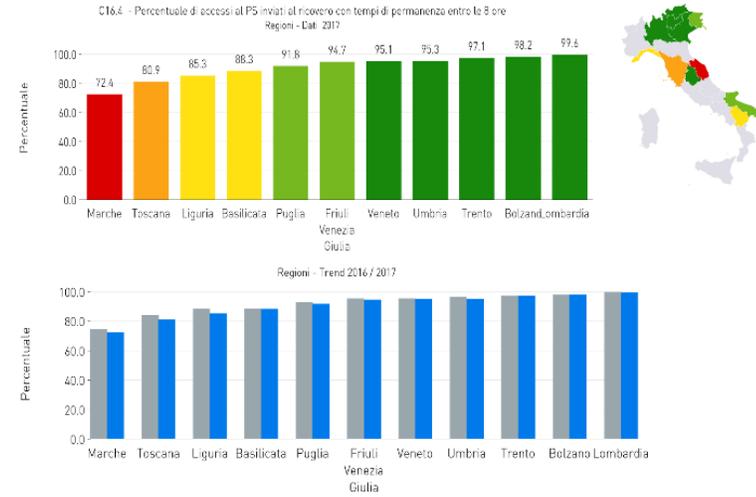
6) Trasparenza



7) Data visualization



# La restituzione grafica dei risultati (III)





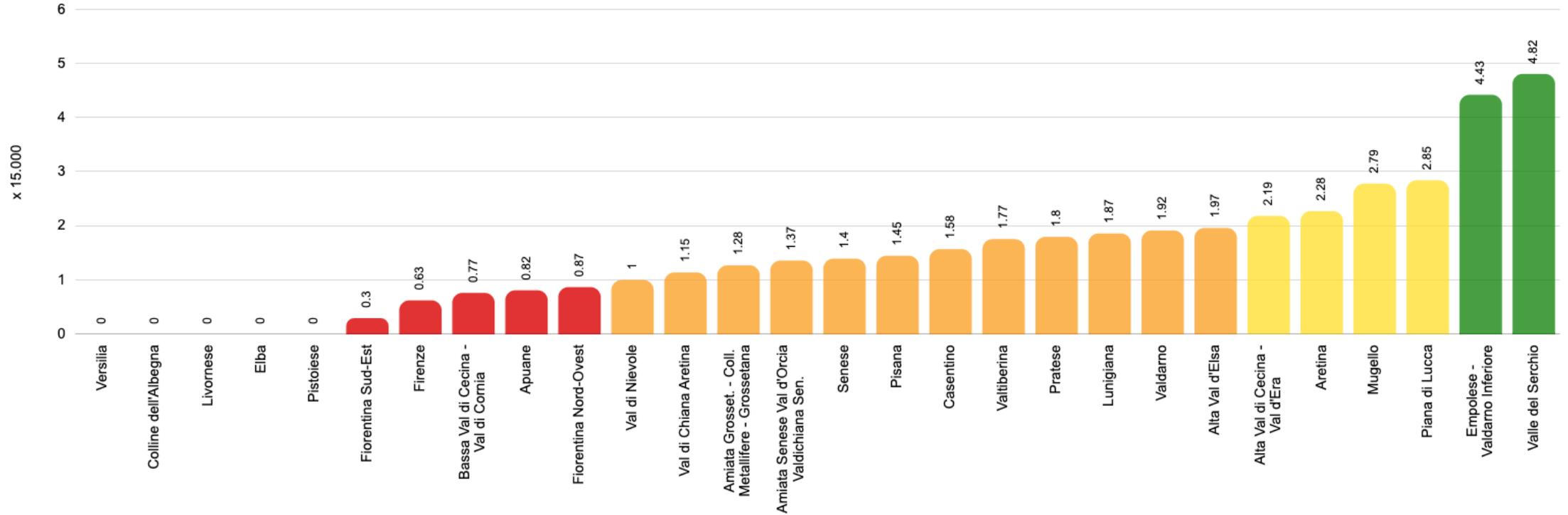
# Cosa misuriamo in riferimento alla popolazione senile e all'assistenza ortopedica?

<b>Indicatore</b>	<b>Descrizione</b>
B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale ( $\geq 65$ anni)
B22.1	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti $\Rightarrow 65$ anni
B22.2	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti $\Rightarrow 65$ anni
B22.5	Corsi AFA B Otago 15.000 residenti $\Rightarrow 65$ anni
B28.2.9	Percentuale di prese in carico con CIA* $> 0.13$ per over 65 in Cure Domiciliari
B28.2.9A	Tasso di prese in carico con CIA* $> 0,13$ per Cure Domiciliari, over 65 anni
B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni
B28.2.12	Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni
B28.4	Tasso segnalazioni su popolazione $\geq 65$ anni
B28.3.10	Tasso std di anziani over 65 ammessi in RSA
B28.3.11	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)
B28.3.12	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni
C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti $\geq 65$ anni (Patto per la salute 2010-2012)
C13A.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti ( $\geq 65$ anni)
H13C	Percentuale di pazienti di età $\geq 65$ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario
H13C.B	Percentuale di pazienti di età $< 65$ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario

\*Coefficiente di Intensità assistenziale I rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta, quindi, una proxy dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare verso l'assistito.

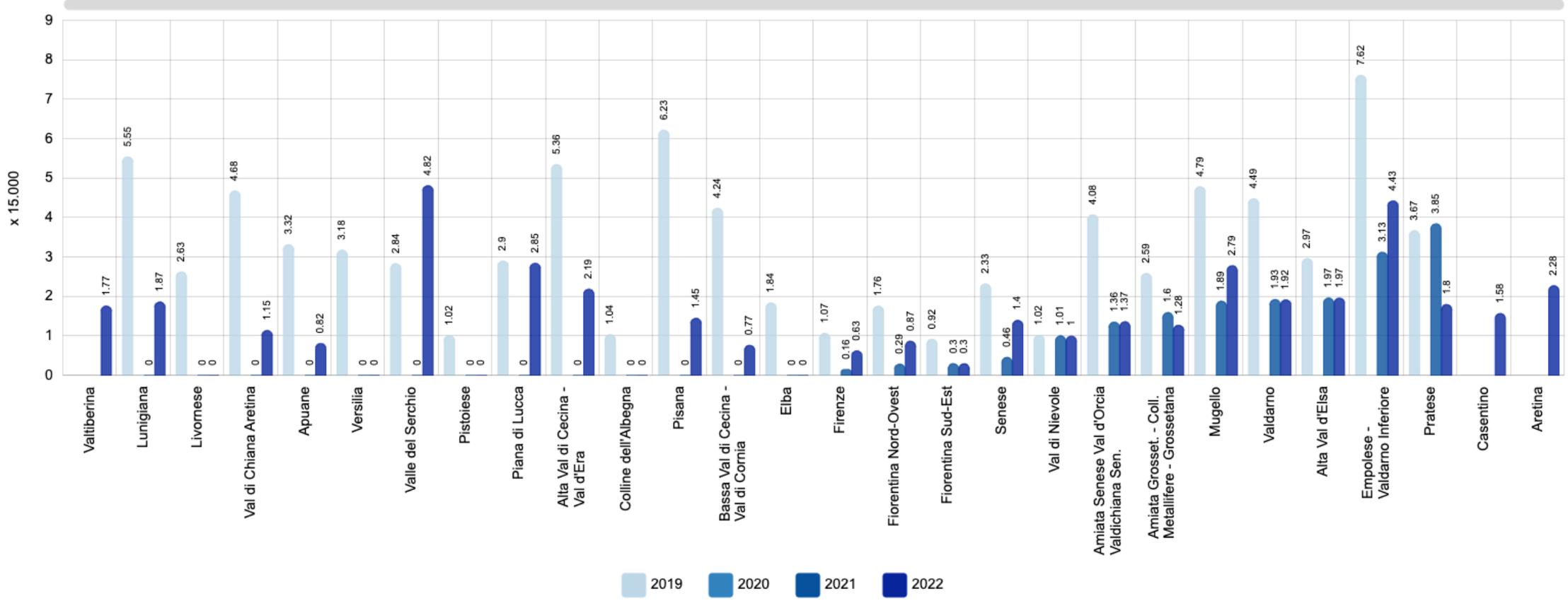


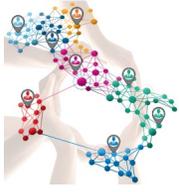
**B22.2 Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni**  
Zone Distretto - Anno 2022



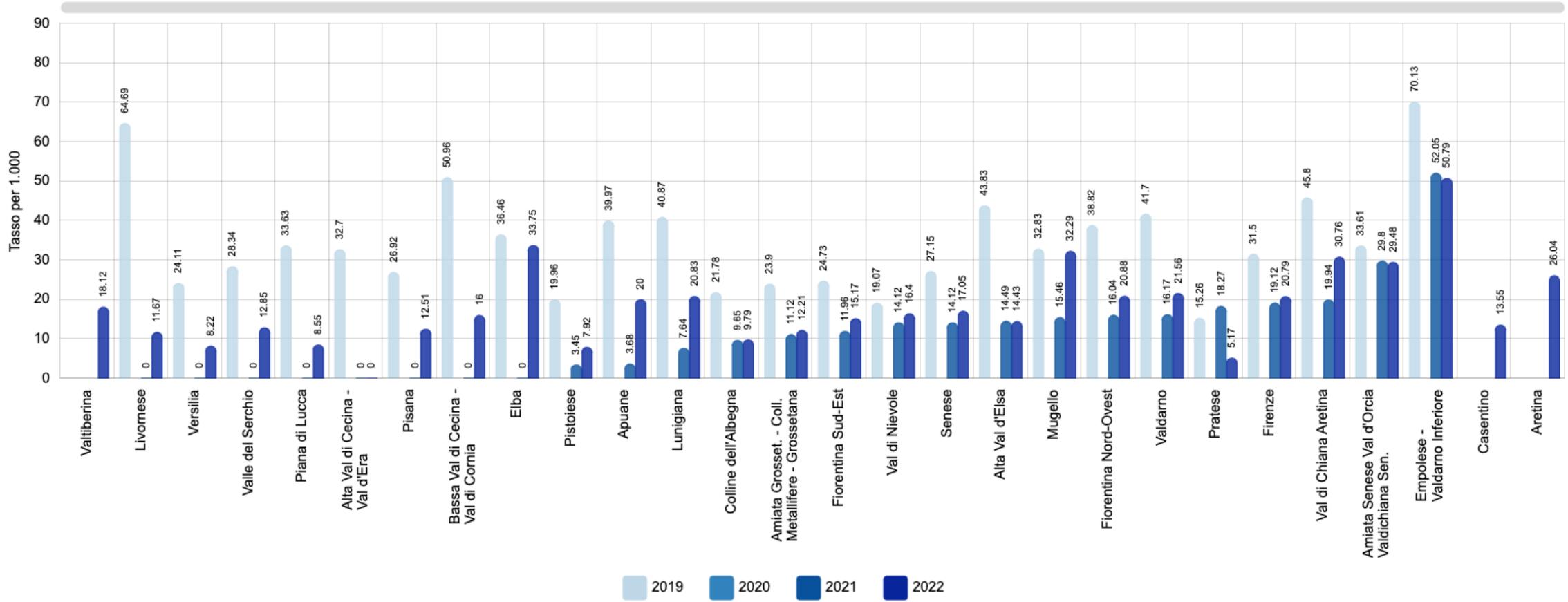


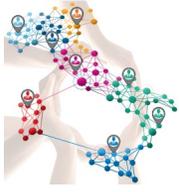
**B22.2 Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni**  
Trend





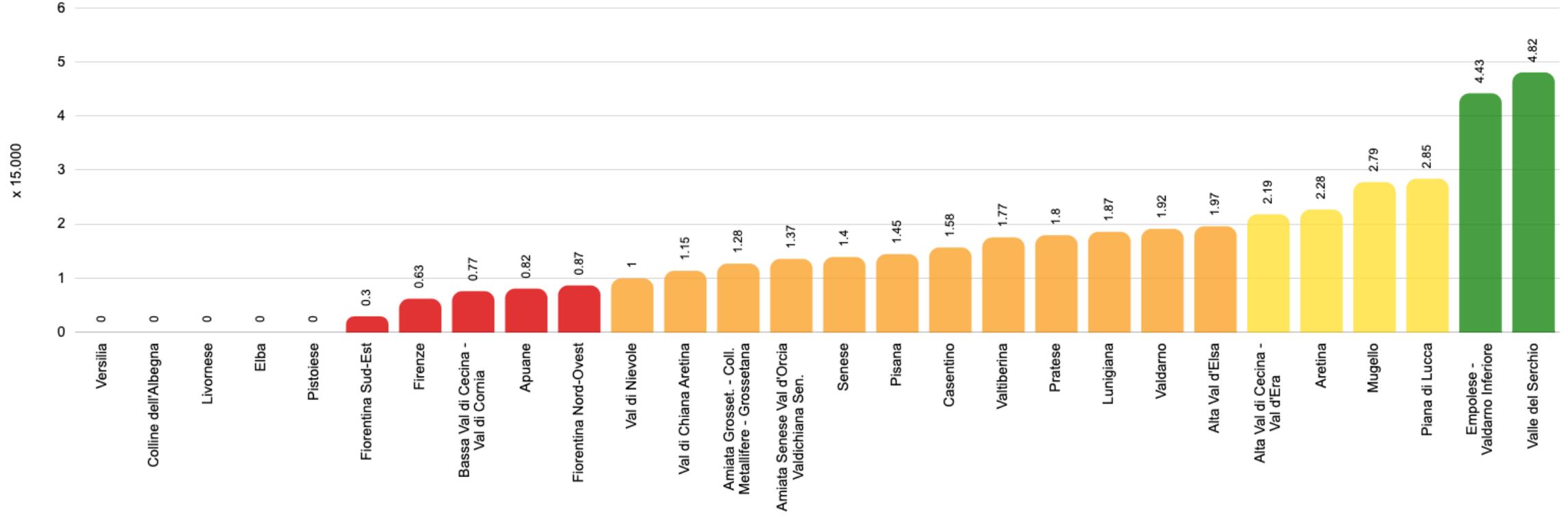
**B22.3 Anziani che partecipano ad un corso AFA bassa disabilità ogni 1.000 residenti**  
Trend



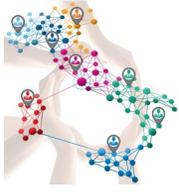


"Alta disabilità", ossia diretti a soggetti con "ridotta competenza funzionale" (all.B DGRT 1418/16), sul territorio regionale.

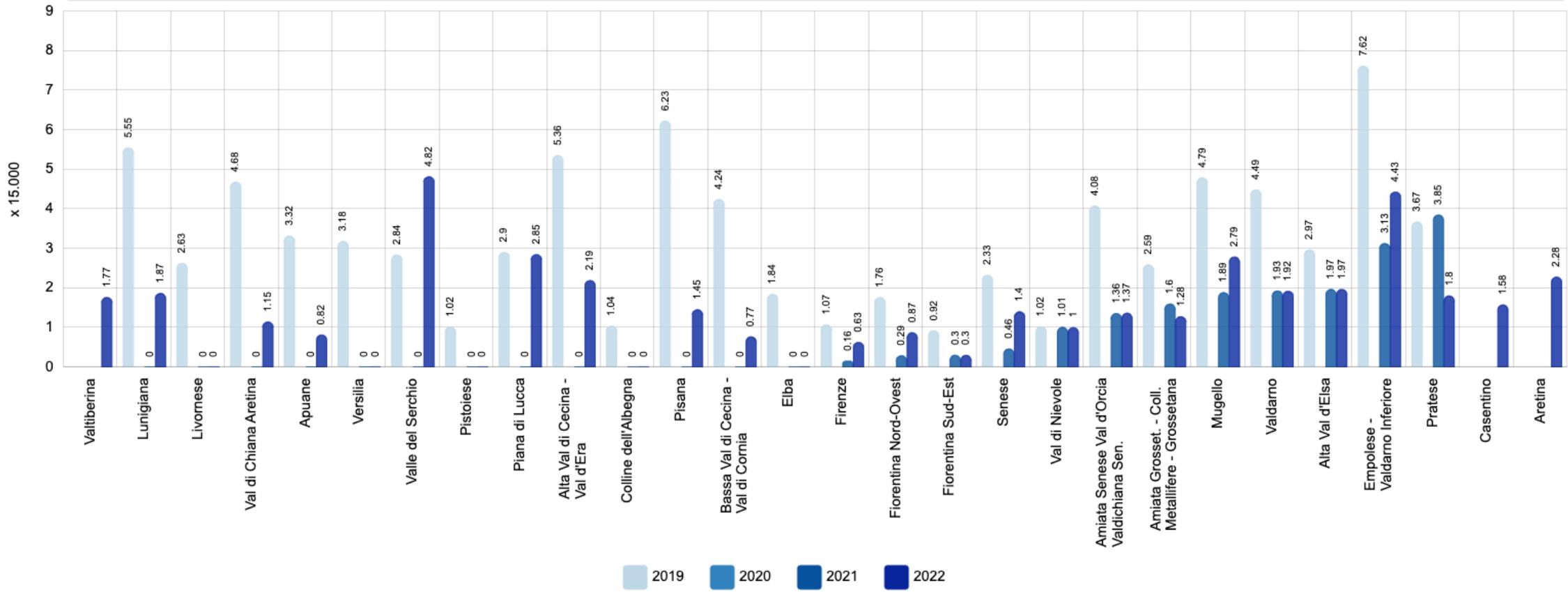
**B22.2 Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni**  
Zone Distretto - Anno 2022



"Alta disabilità", ossia diretti a soggetti con "ridotta competenza funzionale" (all.B DGRT 1418/16), sul territorio regionale.

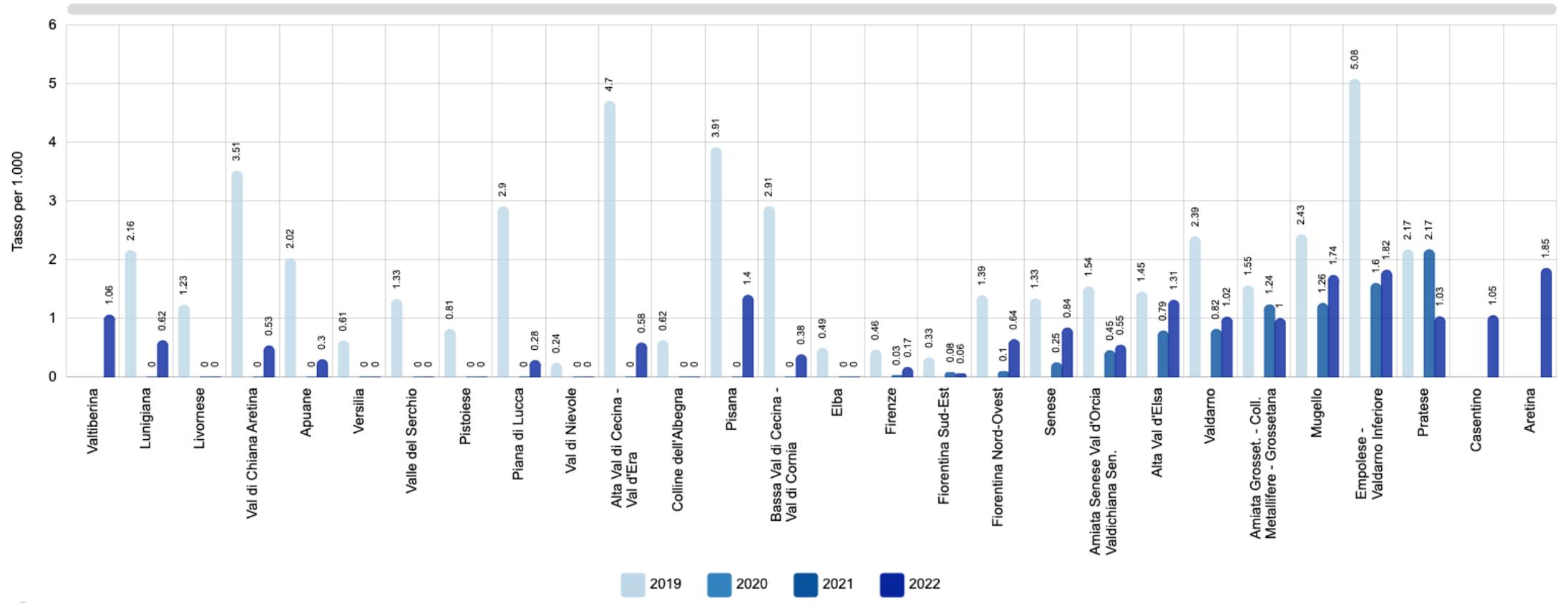


**B22.2 Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni**  
Trend





**B22.4 Anziani che partecipano ad un corso AFA alta disabilità ogni 1.000 residenti**  
Trend

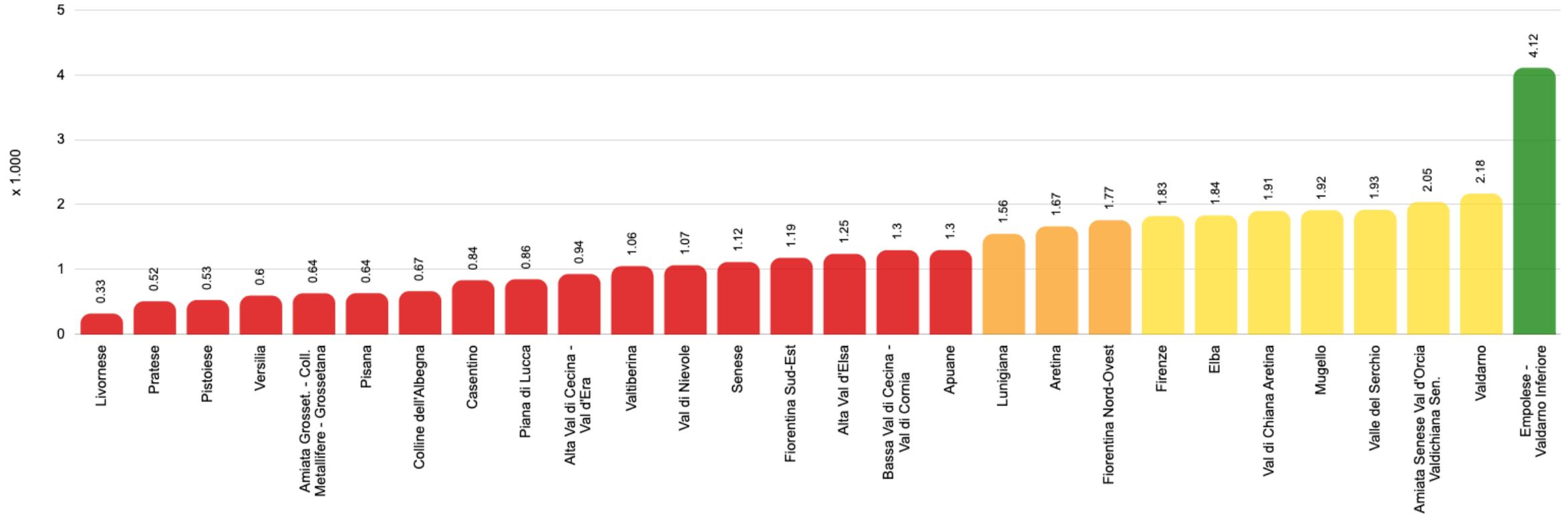


L'indicatore B22.5 misura la diffusione sul territorio regionale dei programmi di Attività Fisica Adattata con applicazione dell'Otago Exercise Programme (OEP) per la prevenzione delle cadute nell'anziano. L'OEP è un programma di potenziamento muscolare e training dell'equilibrio somministrato da un istruttore qualificato. L'implementazione di questa azione di prevenzione è riferita al Piano Regionale Prevenzione approvato con delibera GR Toscana n° 693 del 25.5.2015.



### B22.1 Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni

Zone Distretto - Anno 2022

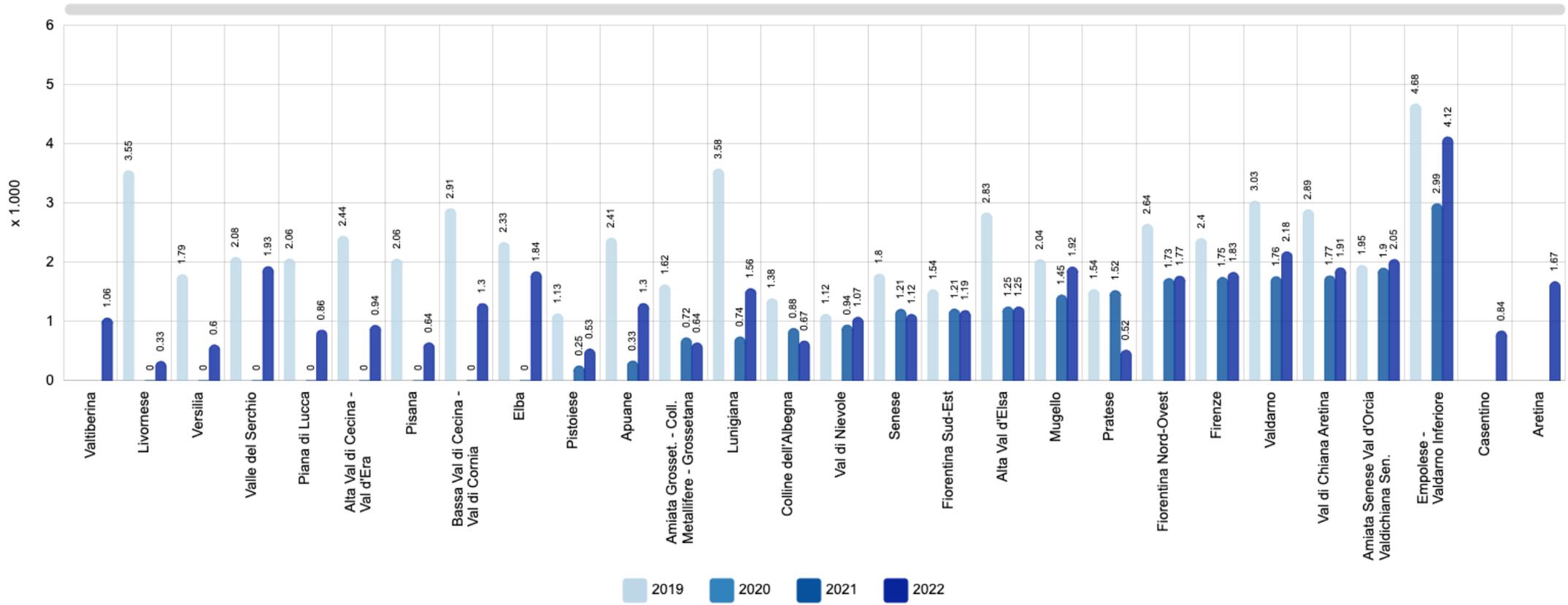


Valutazione pessima	[ 1.00 - 1.40 [
Valutazione scarsa	[ 1.40 - 1.80 [
Valutazione media	[ 1.80 - 2.20 [
Valutazione buona	[ 2.20 - 2.60 [
Valutazione ottima	[ 2.60 - 3.00 ]

L'indicatore B22.5 misura la diffusione sul territorio regionale dei programmi di Attività Fisica Adattata con applicazione dell'Otago Exercise Programme (OEP) per la prevenzione delle cadute nell'anziano. L'OEP è un programma di potenziamento muscolare e training dell'equilibrio somministrato da un istruttore qualificato. L'implementazione di questa azione di prevenzione è riferita al Piano Regionale Prevenzione approvato con delibera GR Toscana n° 693 del 25.5.2015.

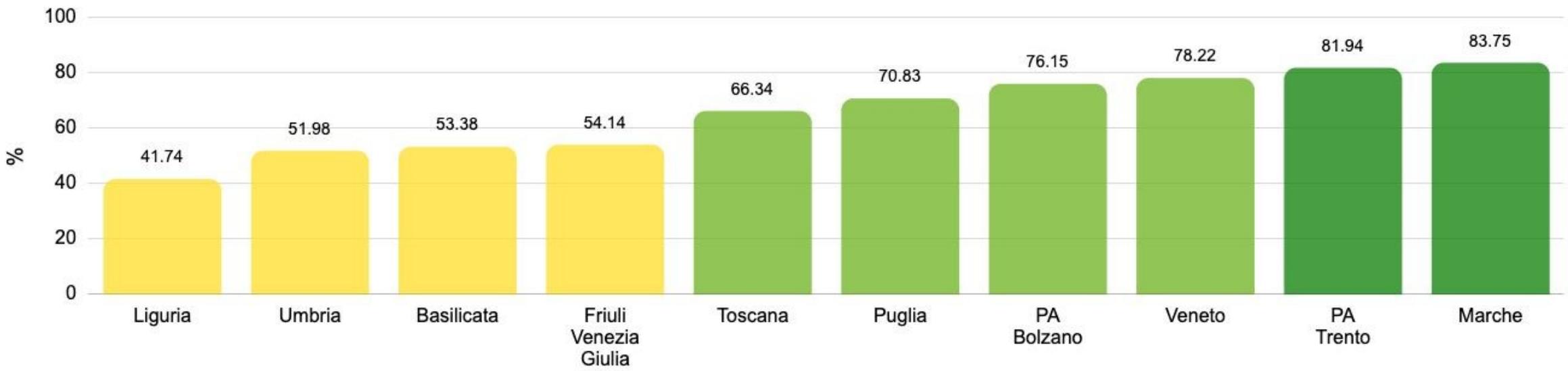


**B22.1 Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni**  
Trend

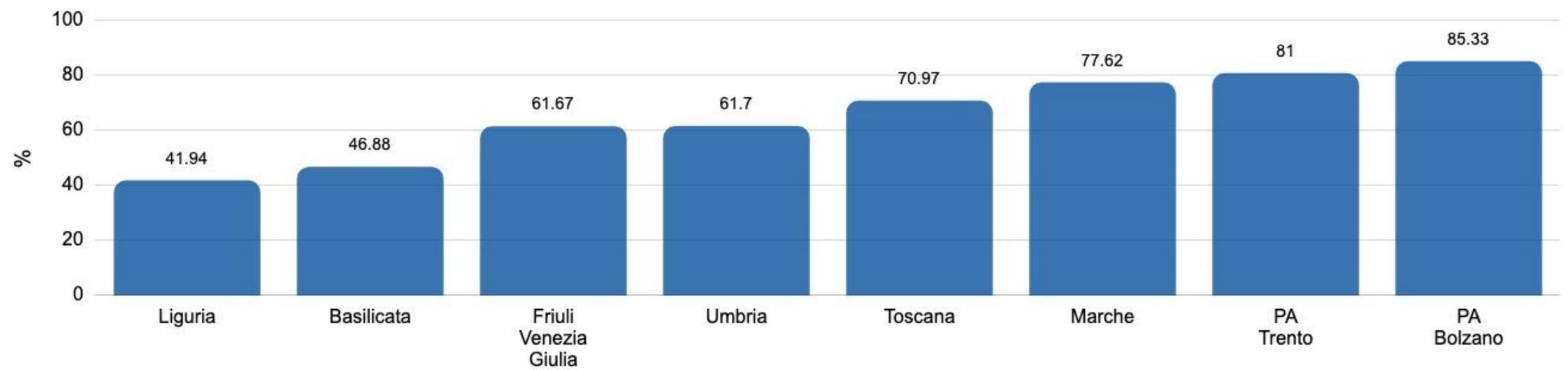




**H13C - Percentuale di pazienti di età  $\geq 65$  con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario**  
Regioni - Anno 2022



**H13C.B - Percentuale di pazienti di età  $< 65$  con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario**  
Regioni - Anno 2022





## Selezione della coorte

### Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, con diagnosi di frattura del collo del femore (codici ICD 9-CM 820.0-820.9) in qualsiasi posizione, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1 gennaio 2022 ed il 31 dicembre 2022.

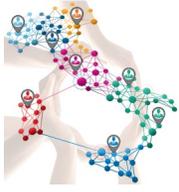
### Criteri di esclusione

- ricoveri preceduti da un ricovero con diagnosi di frattura del collo del femore nei 2 anni precedenti;
- ricoveri di pazienti di età **inferiore a 65 anni/ età uguale o superiore a 65 anni/;**
- ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
- ricoveri per trasferimento da altra struttura;
- ricoveri di politraumatizzati: DRG 484-487;
- ricoveri di pazienti deceduti entro 1 giorno senza intervento (differenza tra data di morte e data di ingresso in ospedale minore uguale a 1 giorno)
- ricoveri con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9) nel ricovero in esame o nei 2 anni precedenti. \* si assume che la compromissione clinico-funzionale di questi pazienti sia tale da rendere incompatibile un eventuale intervento chirurgico

Nota: L'indicatore è costruito sui primi ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame, non preceduti da un ricovero con la stessa diagnosi nei 2 anni precedenti. Ogni paziente è rilevato una sola volta, anche nel caso abbia sperimentato più ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame; anche i pazienti che si fratturano entrambe le anche nello stesso periodo sono contati una sola volta, in considerazione del fatto che nelle SDO non è esplicitato quale dei due arti è interessato dalla frattura.

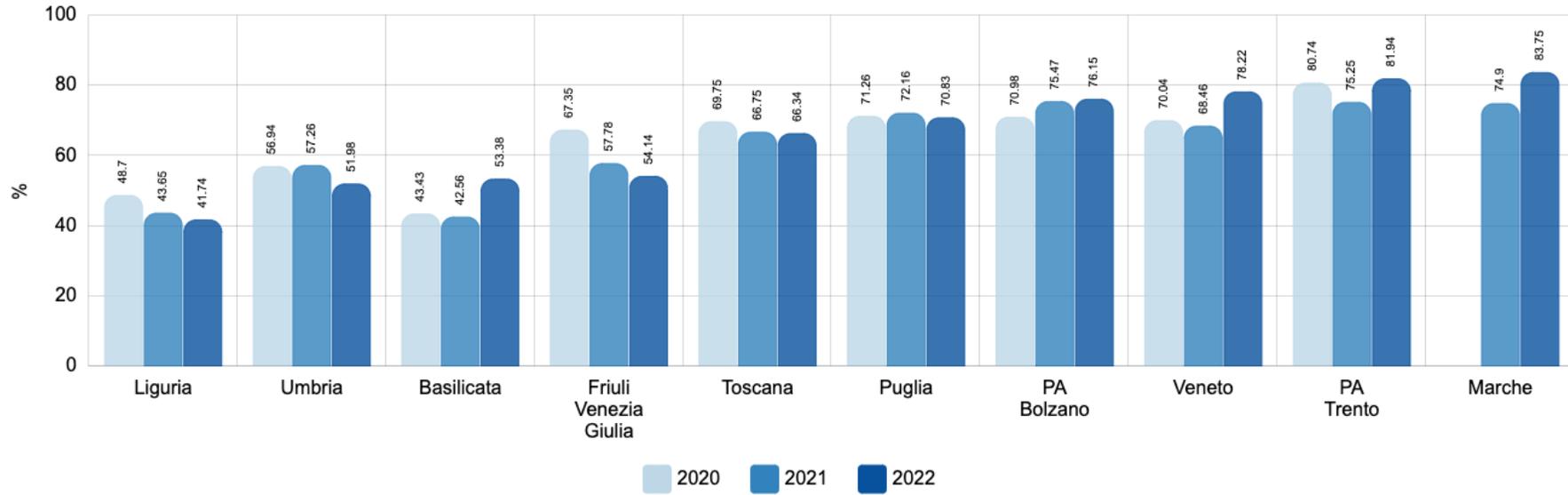
### **Interventi in studio**

Sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55).



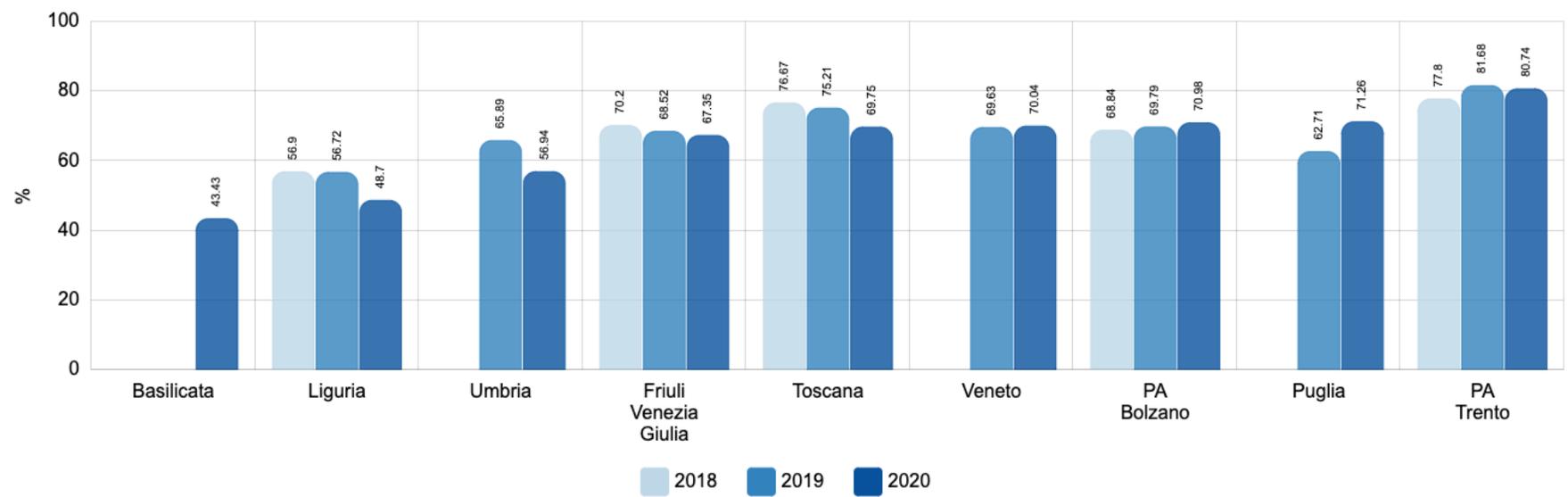
### H13C - Percentuale di pazienti di età >=65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario

Regioni - Trend 2020-2022



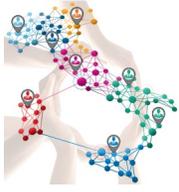
### H13C - Percentuale di pazienti di età >=65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario

Regioni - Trend 2018-2020

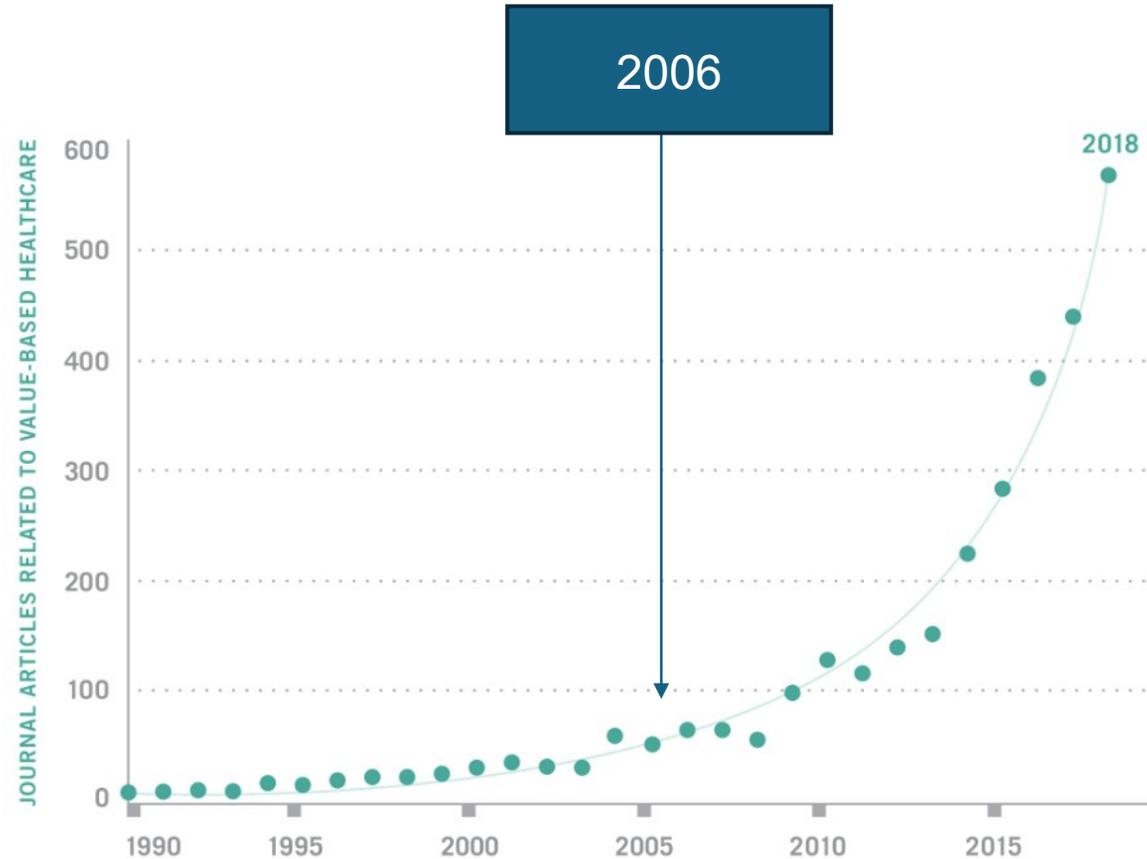




Può bastare?



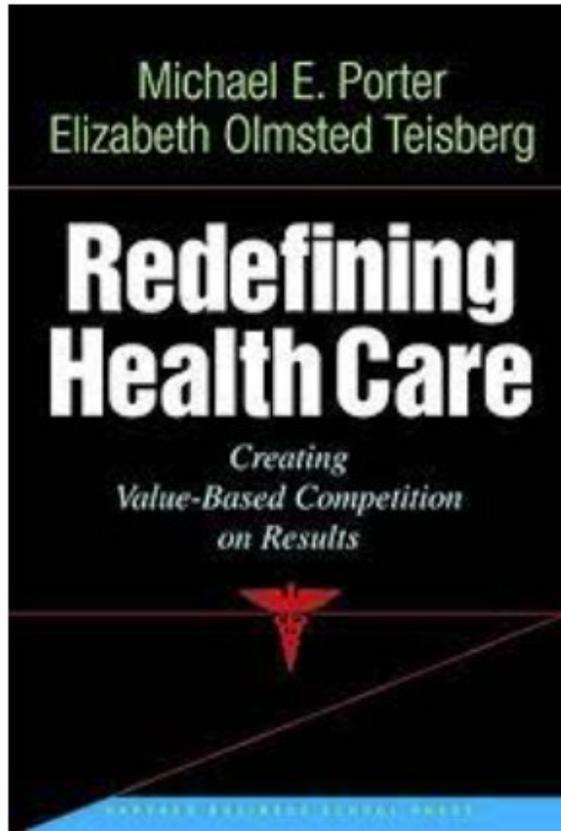
# Value based healthcare



<https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/key-concepts/Pages/default.aspx>



# Michael Porter & Elizabeth Teisberg



Health Care And Treatment

## The Strategy That Will Fix Health Care

by Michael E. Porter and Thomas H. Lee

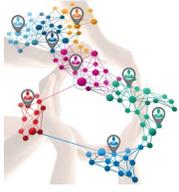
From the Magazine (October 2013)

$$\text{Patient value} = \frac{\text{patient-relevant outcomes}}{\text{costs per patient to achieve these outcomes}}$$



# Il paziente al centro di tutto...

Based on their extensive research, they proposed that to achieve **value for patients**, health care delivery needed to be organized around the medical conditions patients have, accurately **measure the outcomes that matter to patients**, and measure the **cost to achieve them**. **Payment should reflect value and not volume**. Networks of care that perform the **right services**, at the **right location**, with the **right people** are essential, and linked with an **information technology** system that support all of those mutually reinforcing elements.



# Revisione di alcuni ambiti



**Figure 1** Strategic framework for value-based health care implementation to achieve better patient outcomes.

Teisberg et al Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. Acad Med. 2020;95:682–695

**Value** defined as the health outcomes achieved per dollar spent

**Value** =  $\frac{(\text{Outcomes} + \text{patient experience})}{\text{Cost (direct + indirect costs of the intervention)}}$

**VBHC** = Healthcare that matters to the patient  
Costs along the entire cycle of care

**Pricing strategy** which sets prices primarily, but not exclusively, according to the perceived or estimated value of a product or service to the customer rather than according to the cost of the product.

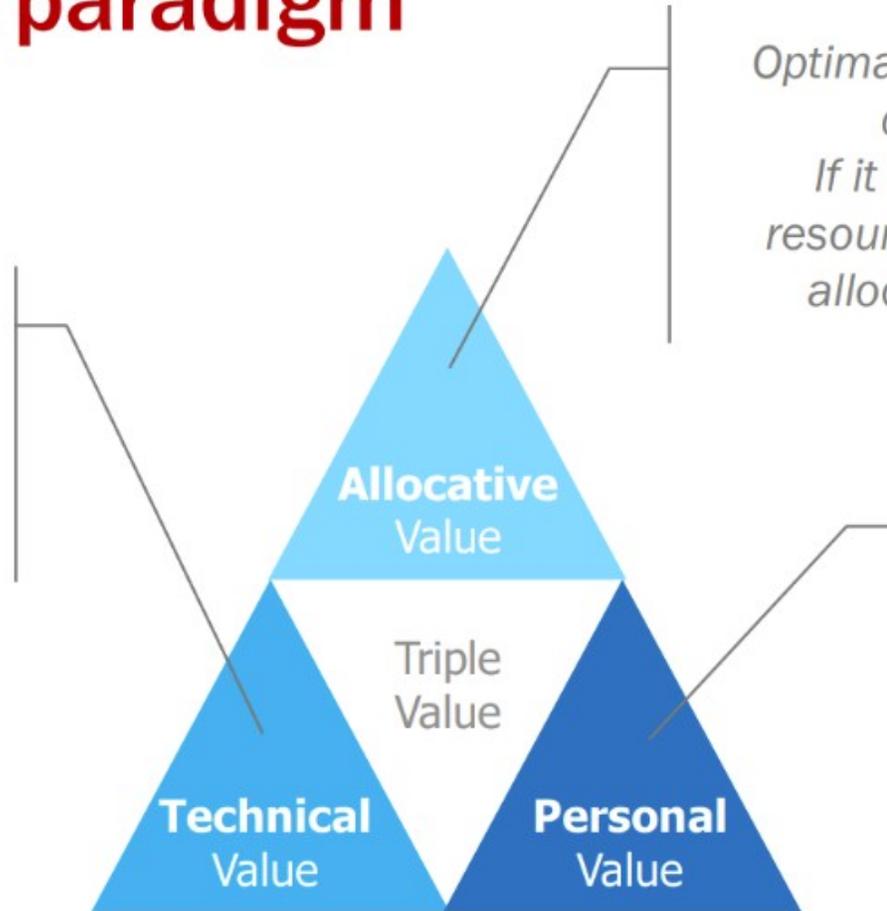
# Cos'è il valore?



## The Triple Value paradigm

*Ensuring that resources are used optimally, is often referred to as technical efficiency or simply efficiency by economists*

It is strictly related to EBM and Q&S approaches since it refers to the available interventions and how to choose among them  
N.B. *high quality care is not necessarily of high value*



It is needed to address equity and access goals

*Optimal allocation of resources to different sub-groups.  
If it is not possible to switch resources achieving more value, allocative value is optimised*

*Ensuring that each individual patient's values are used as a basis for decision making in a way that will optimise the values for him or her*

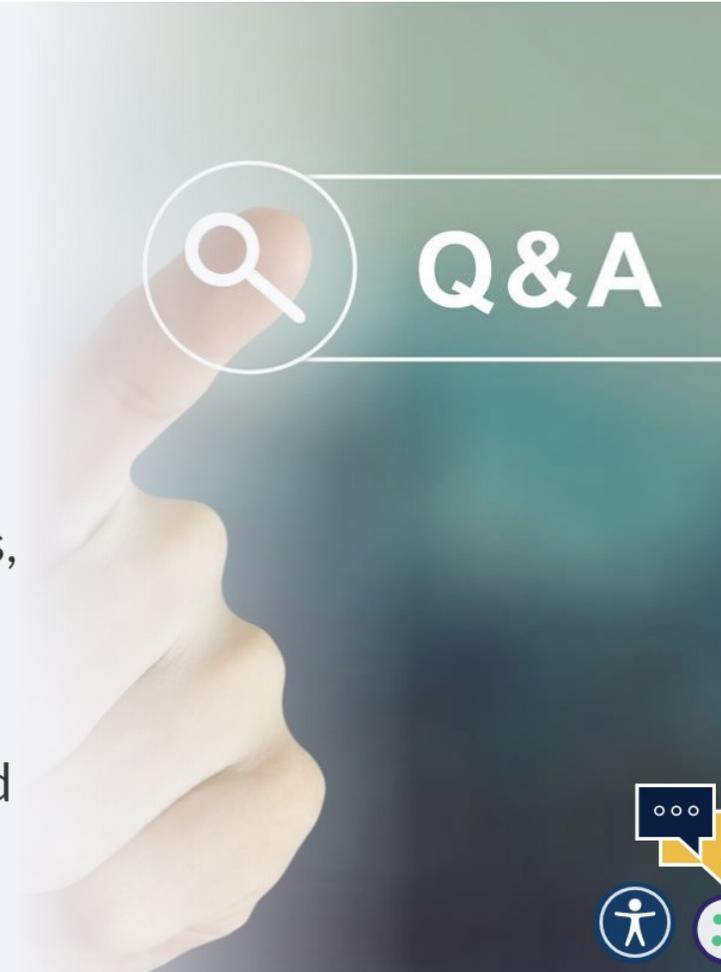
It is composed by patient experience and preference-based informed decision

# Cos'è il valore?



## Interpreting Joint Commission Standards: FAQs

The Joint Commission's standards are developed with input from a variety of health care professionals, consumers, government agencies and other experts. They form the basis of our evaluation process, and they help you measure, assess and improve your performance.





**Framework for Action - The 7x5 Matrix**

1		Policies to eliminate avoidable harm in health care	1.1 Patient safety policy, strategy and implementation framework	1.2 Resource mobilization and allocation	1.3 Protective legislative measures	1.4 Safety standards, regulation and accreditation	1.5 World Patient Safety Day and Global Patient Safety Challenges															
			2		High-reliability systems	2.1 Transparency, openness and No blame culture	2.2 Good governance for the health care system	2.3 Leadership capacity for clinical and managerial functions	2.4 Human factors/ ergonomics for health systems resilience	2.5 Patient safety in emergencies and settings of extreme adversity												
						3		Safety of clinical processes	3.1 Safety of risk-prone clinical procedures	3.2 Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm	3.3 Infection prevention and control & antimicrobial resistance	3.4 Safety of medical devices, medicines, blood and vaccines	3.5 Patient safety in primary care and transitions of care									
									4		Patient and family engagement	4.1 Co-development of policies and programmes with patients	4.2 Learning from patient experience for safety improvement	4.3 Patient advocates and patient safety champions	4.4 Patient safety incident disclosure to victims	4.5 Information and education to patients and families						
												5		Health worker education, skills and safety	5.1 Patient safety in professional education and training	5.2 Centres of excellence for patient safety education and training	5.3 Patient safety competencies as regulatory requirements	5.4 Linking patient safety with appraisal system of health workers	5.5 Safe working environment for health workers			
															6		Information, research and risk management	6.1 Patient safety incident reporting and learning systems	6.2 Patient safety information systems	6.3 Patient safety surveillance systems	6.4 Patient safety research programmes	6.5 Digital technology for patient safety
																		7		Synergy, partnership and solidarity	7.1 Stakeholders engagement	7.2 Common understanding and shared commitment

**Patient Reported EXPERIENCE and OUTCOME**



Countries were selected based on multiple comparability factors: standard of living / life expectancy, data availability, number of hospitals, pop. size

### Methodology overview

Results from **patient experience surveys**. Publicly available data from existing patient surveys... typically conducted by insurance companies



Over 80,000 **medical experts**.

Participants were asked to **recommend hospitals** in their own country as well as in other countries. Recommendations for own employer/ hospital were not allowed.



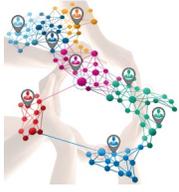
are now very likely to survive this condition. Beyond survival they also highly value preserving erectile function and avoiding incontinence ([Nag et al., 2018\[7\]](#)) – outcomes of significant interest to patients, providers as well as policymakers.

### A good care experience contributes to better outcomes and is also an end in itself

In addition to outcomes, *how* people are treated also matters. This includes being treated with respect and compassion and being supported, listened to and involved in decision-making. It also means that care is better integrated across teams who communicate well with each other and with the patient.

A positive care experience is a strong signal of quality care and is instrumental in outcomes achieved, especially for those who manage multiple chronic conditions ([Stein et al., 2014\[8\]](#); [Trzeciak et al., 2016\[9\]](#); [Luxford, Safran and Delbanco, 2011\[10\]](#)). In mental health, for example, a positive care experience influences the relationship with the care team, manifesting in better communication, therapeutic continuity, adherence and health outcomes ([Wong et al., 2019\[11\]](#)). But it is also an important end in itself. All patients expect and deserve to be treated with respect. In some sectors, such as palliative care, being cared for with compassion and dignity are among the most important components of care.

Yet despite considerable progress in some specific cases, the care experience is not captured systematically. This needs to change, given the growing importance of this dimension of service delivery.



# L'esperienza degli utenti dei servizi sanitari: i primi 10 anni di ricerca del Laboratorio MeS



**Periodic surveys**

Different services and pathways

**Over 170,000 QUESTIONNAIRES**  
collected in 10 years

\* Il questionario del 2012 conteneva due sezioni tematiche, una per la medicina generale e l'altra per i servizi distrettuali  
 \*\* Indagine dedicata alla Sanità di iniziativa (pazienti cronici)  
 \*\*\* La survey ha interessato gli adolescenti toscani tra i 16 e i 17 anni, coinvolgendo più di 5.000 rispondenti.



The Figure summarizes the surveys carried out between 2004 and 2016, in the various settings / care pathways. The figures under the points indicate the number of questionnaires collected.

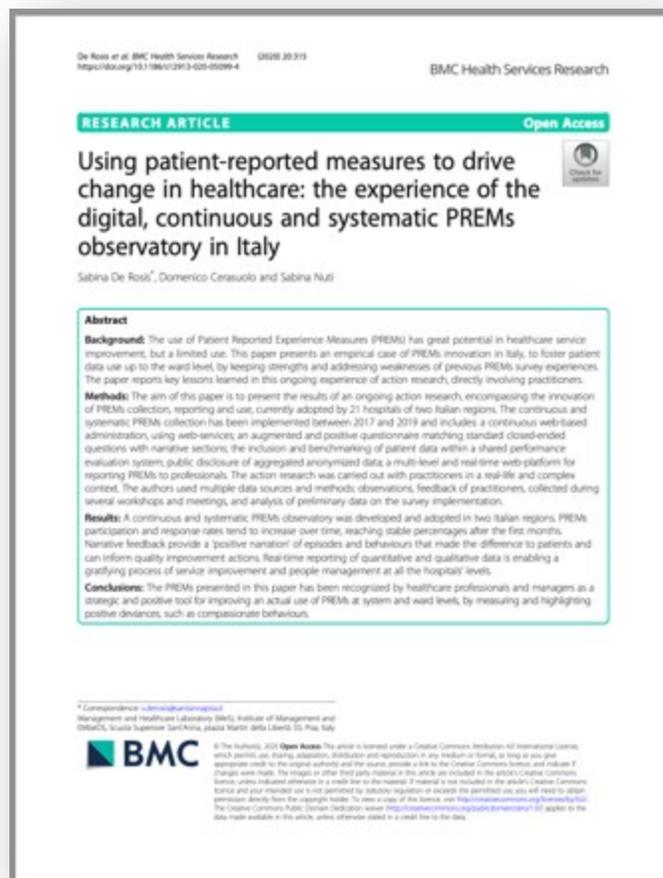


# Dal 2017 un nuovo modo di rilevare l'esperienza del paziente

**EACH PATIENT** can take part to the survey, after the healthcare service use

The survey is an **INTEGRAL PART** of the service provision

Using **WEB SERVICES**, the patient voice is a **IN CONTINUOUS AND REAL TIME DATA FLOW**

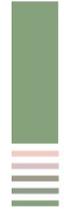
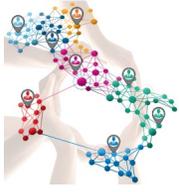


**IN CONTINUOUS**

**IN REAL TIME**

**PREMs, PROMs & Longitudinal PREMs**

**Patients' narratives**



**INDAGINE PROMs  
PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURES**

RILEVAZIONE SISTEMATICA DELL'ESPERIENZA E DEGLI ESITI  
RIPORTATI DAI PAZIENTI NELLA SANITÀ TOSCANA

Report dei risultati dell'Osservatorio permanente per l'anno 2020



# Percorso di Chirurgia elettiva ortopedica: sostituzione totale di anca e di ginocchio

Nella figura sottostante sono riportati i tempi della somministrazione dei questionari:

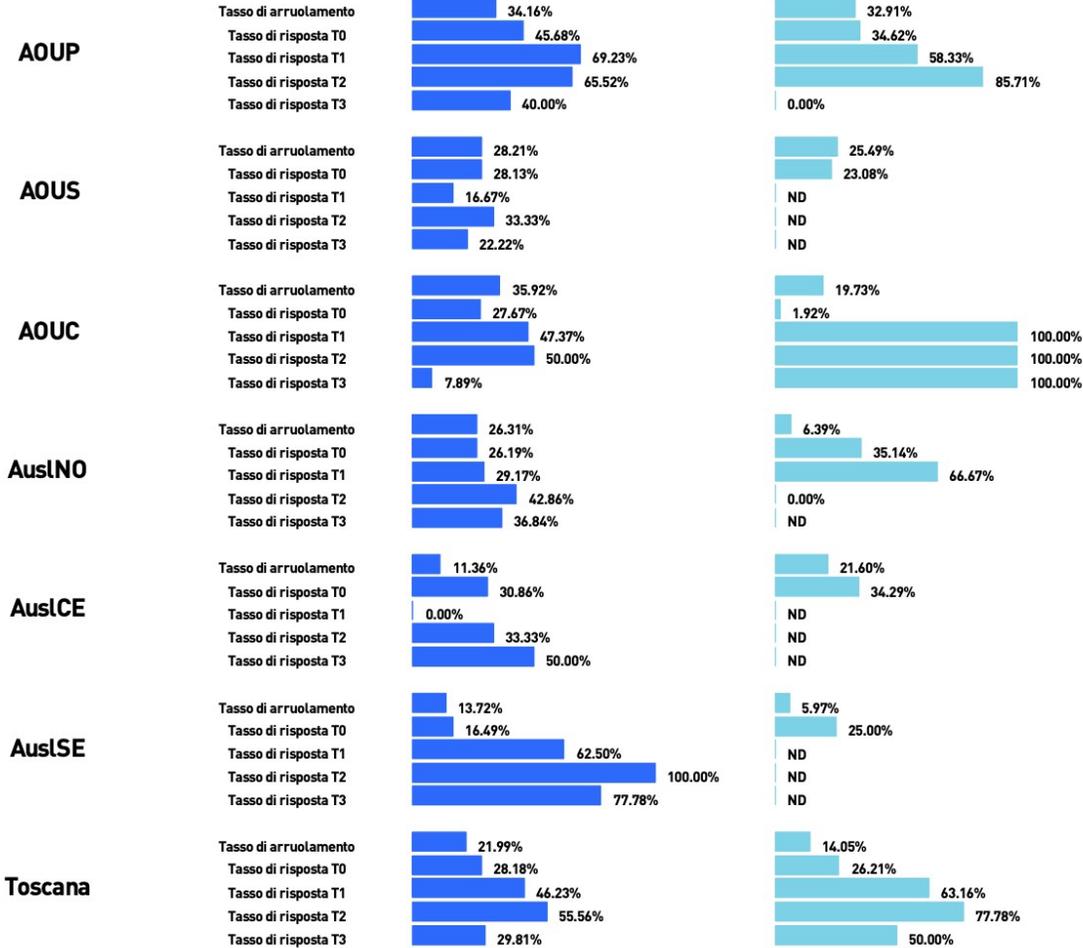
	ARRUOLAMENTO	OSPEDALIZZAZIONE	FOLLOW-UP T1 30 giorni	FOLLOW-UP T2 6 mesi	FOLLOW-UP T3 12 mesi
<b>ARRUOLAMENTO</b> <i>A cura degli operatori</i>	✓				
<b>PROMs</b> <i>A cura dei pazienti</i>		✓	✓	✓	✓
<b>PREMs</b> <i>A cura dei pazienti</i>		✓	✓	✓	✓
		Conferma informazioni relative all'intervento chirurgico <i>A cura degli operatori</i>			



### Monitoraggio indagine Ginocchio: Tassi di arruolamento e tassi di risposta

#### Anno 2019

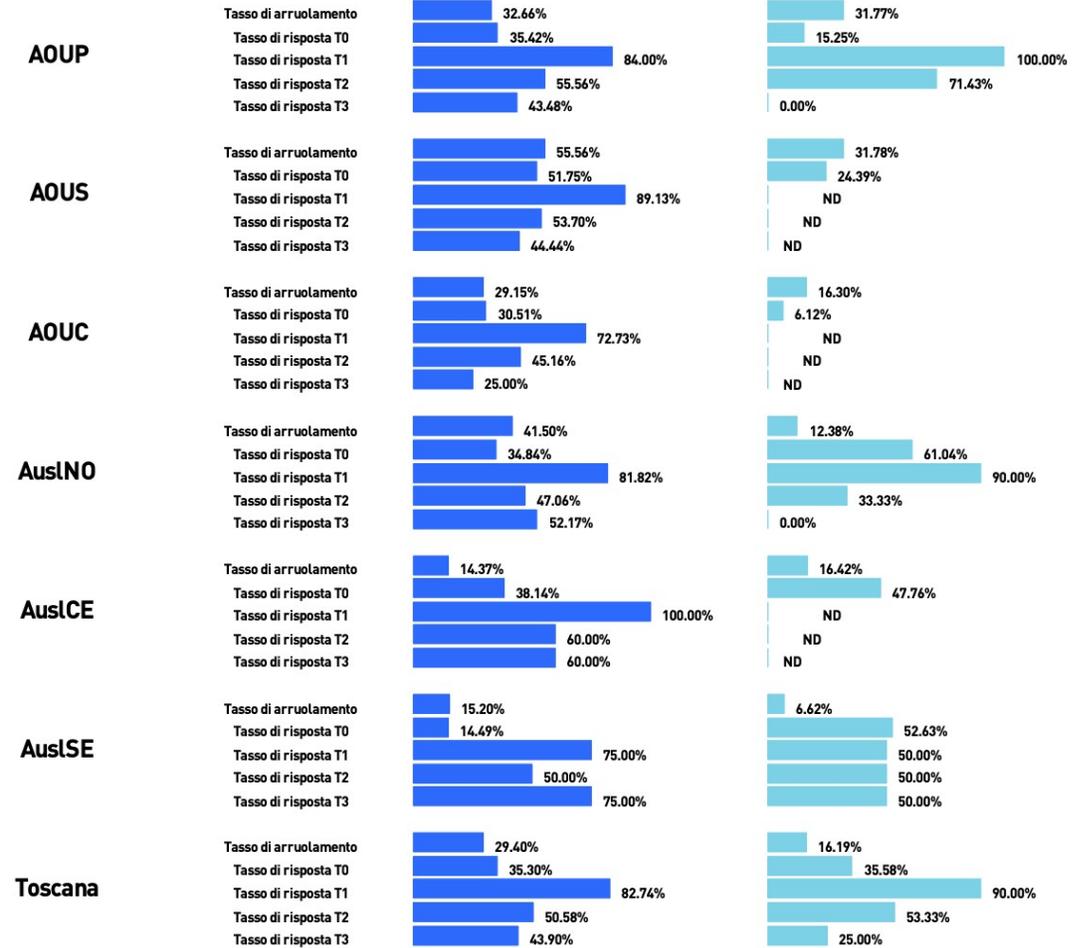
#### Anno 2020



### Monitoraggio indagine Anca: Tassi di arruolamento e tassi di risposta

#### Anno 2019

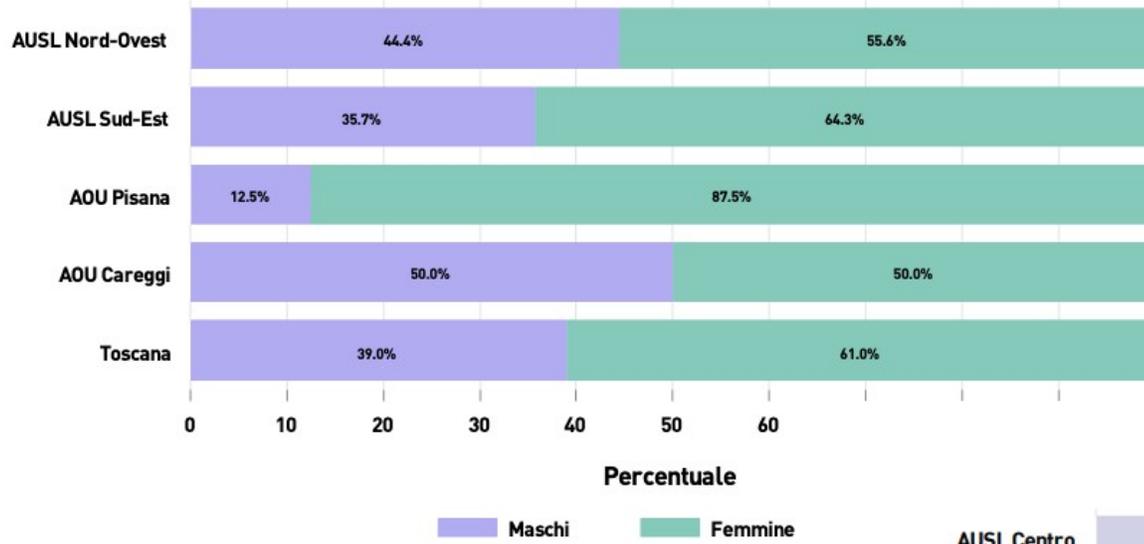
#### Anno 2020



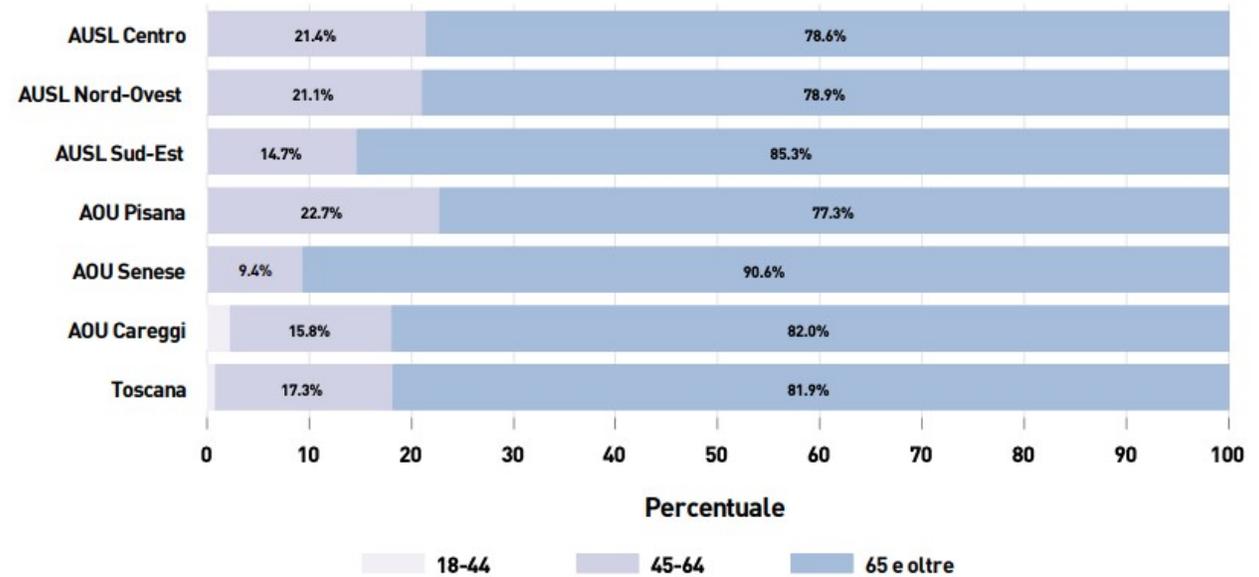
# PROMs - Sostituzione totale di Ginocchio



**Genere per Azienda**

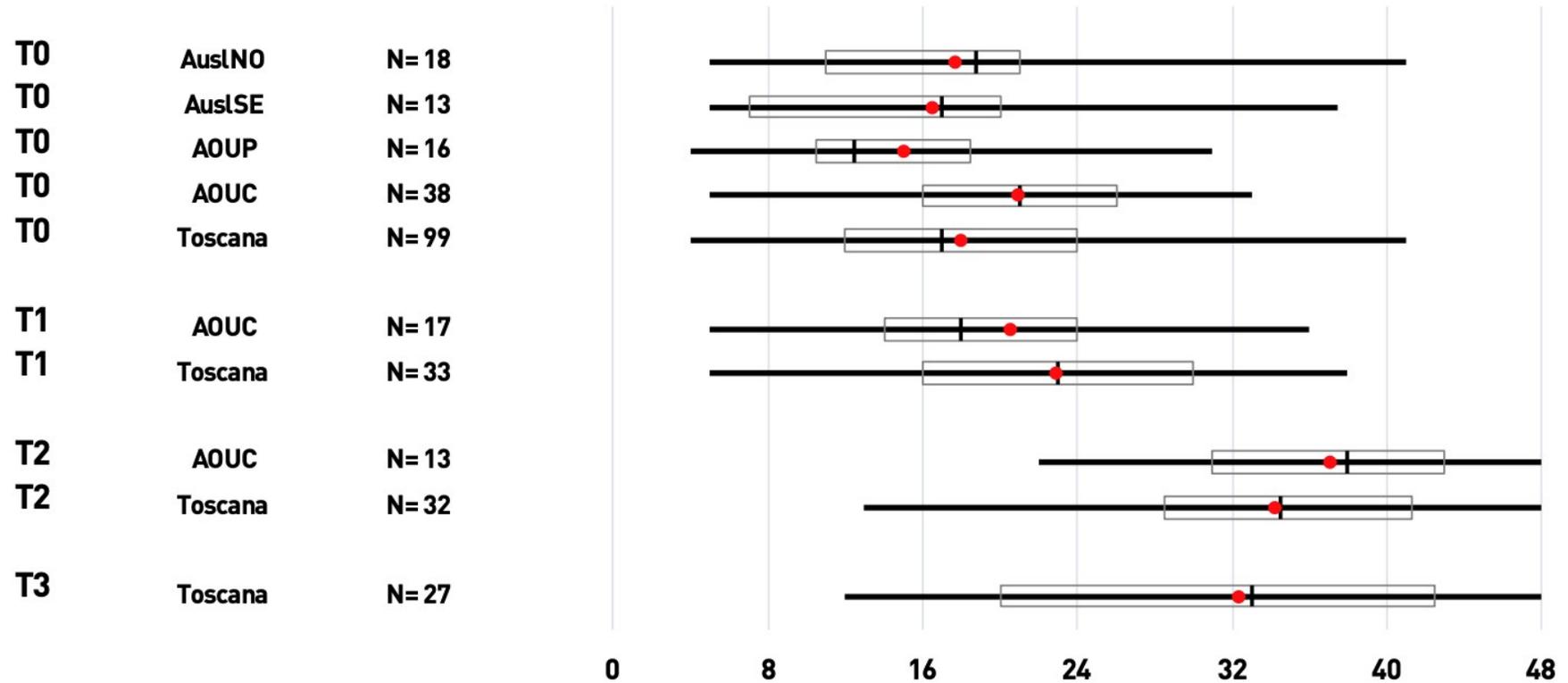


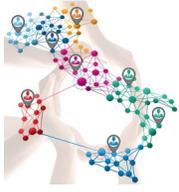
**Età per Azienda**



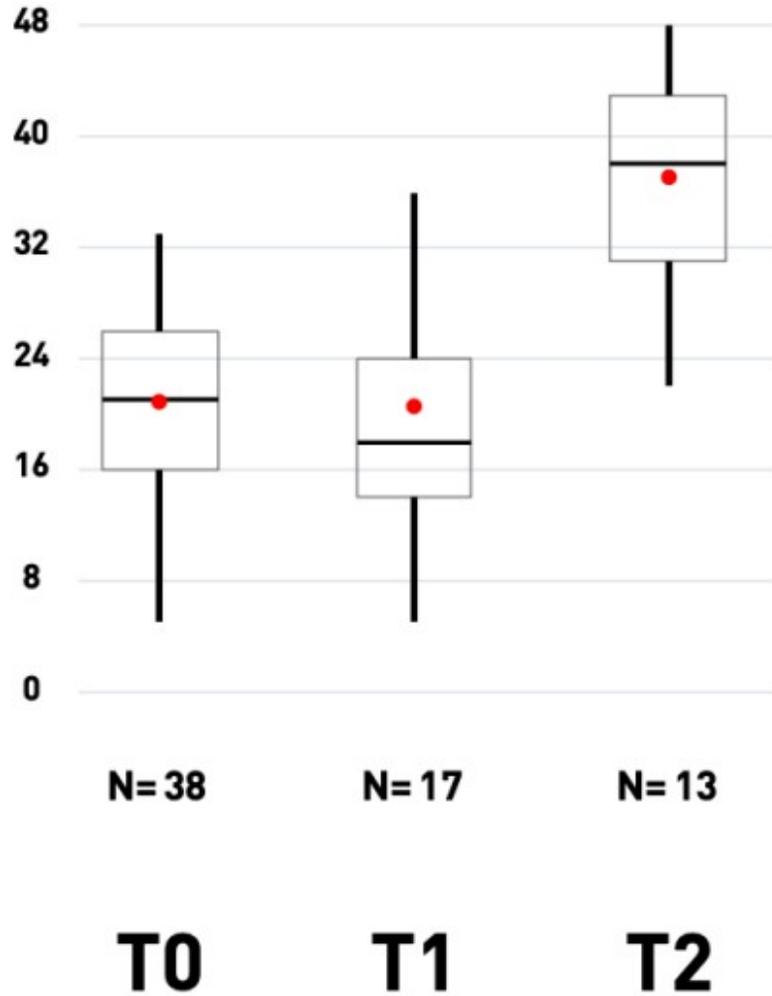


Score PROMs pre e post-operatorio. Aziende e Regione.





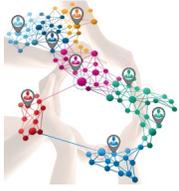
## Score PROMs pre e post-operatorio.



	T0	T1	T2
Dolore ginocchio	4.3	3.8	2.5
Difficoltà a lavarsi	2.4	2.7	1.6
Uso mezzi trasporto	3.1	3.2	1.6
Tempo camminata senza dolore	3.0	2.9	1.9
Dolore alzandosi da tavola	2.8	3.0	2.1
Zoppia mentre cammina	3.4	3.4	1.7
Inginocchiarsi e rialzarsi	4.1	4.4	3.2
Dolore di notte	3.2	3.8	2.2
Impatto dolore su lavoro/attività	3.6	3.7	1.6
Cedimento ginocchio	2.8	1.9	1.4
Fare la spesa	3.2	3.6	1.5
Scendere le scale	3.3	3.0	1.7

- Dolore ginocchio
- Difficoltà a lavarsi
- Uso mezzi trasporto
- Tempo camminata senza dolore
- Dolore alzandosi da tavola
- Zoppia mentre cammina
- Inginocchiarsi e rialzarsi
- Dolore di notte
- Impatto dolore su lavoro/attività
- Cedimento ginocchio
- Fare la spesa
- Scendere le scale

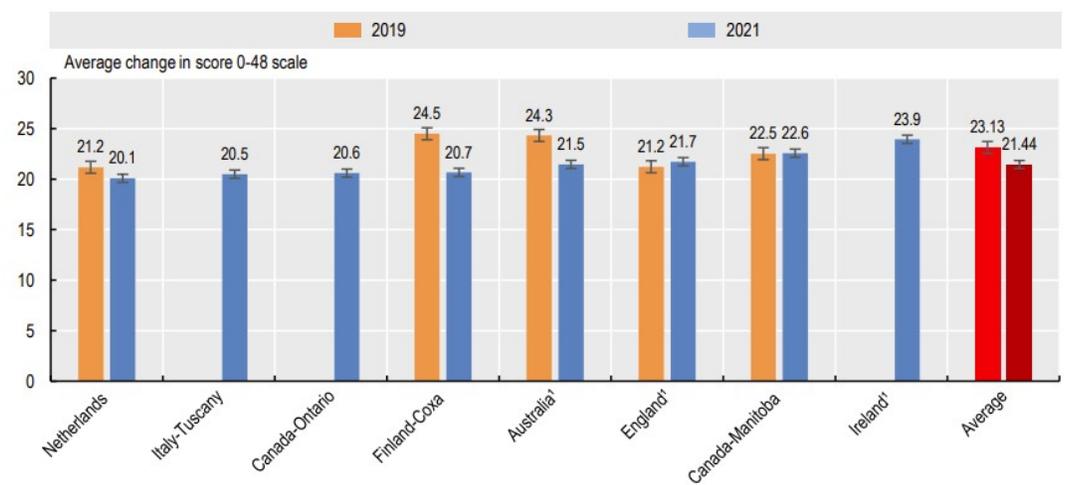
# ...come possono essere utilizzati i PROMOS?



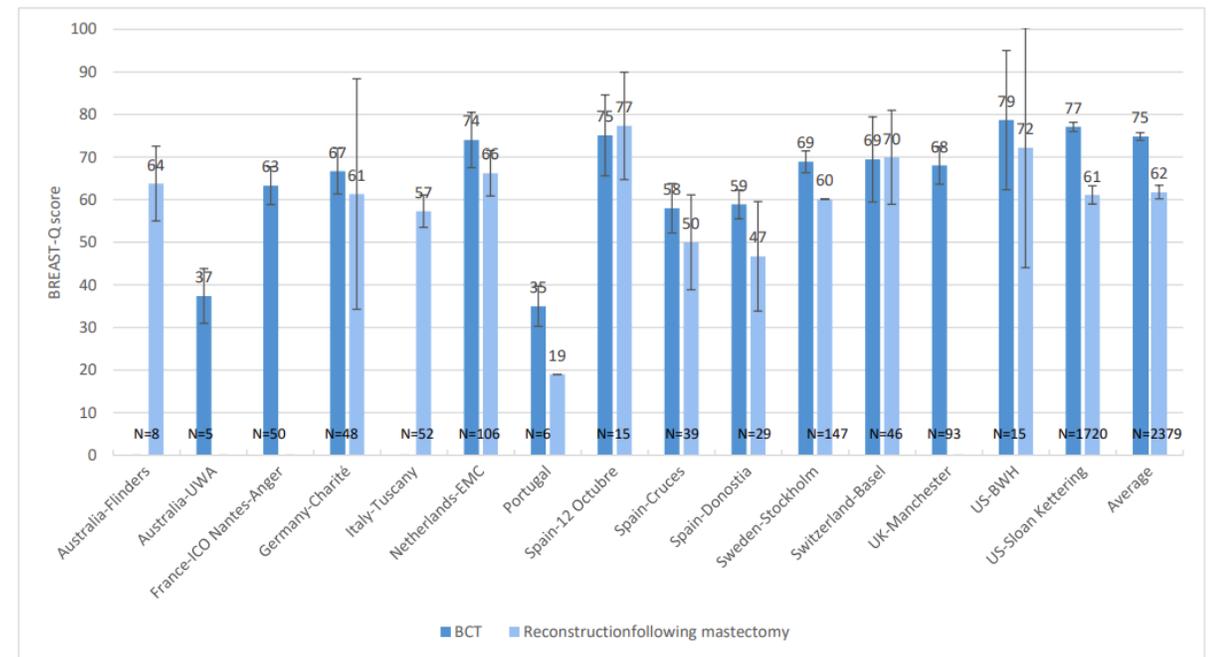
«*Outcomes that matter to patients, at lowest possible costs*»  
(Mangan 2018)

- Utilizzati nelle analisi di costo-efficacia QALY (QoL e non solo mortalità) da NICE e introduzione di nuove terapie
- Sempre più real world evidence → valutare l'efficacia su **pazienti ordinari** e non (solo) su pazienti selezionati per i *trial* clinici (capacità di aderire, specifiche comorbidity, determinanti sociali)
- Fissare **indicatori di esito** specifici *al raggiungimento dei quali* confrontare i costi
- Includere esiti che **fanno la differenza per i pazienti**, riportati direttamente dai pazienti, il più possibile **a lungo termine**

# Confronto a livello internazionale... The PaRIS initiative



Notes: Results were adjusted for pre-operative score, age and sex of the patient cohort. <sup>1</sup> Post-operative collection at 6 months (all others at 12 months); Scales: Oxford 0-48. H lines show 95% confidence intervals.  
Source: (OECD, 2021<sup>[3]</sup>; OECD, 2019<sup>[12]</sup>)



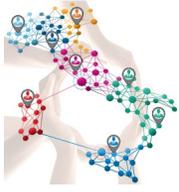
Note: H lines show 95% confidence intervals. Weighted average based on site sample size was used to calculate crude average breast satisfaction  
Source: PaRIS Breast Cancer PROMs data collection 2020-2021

OECD Health Working Papers No. 148

OECD Patient Reported Indicator Surveys (PaRIS) Breast Cancer PROMs Working Group

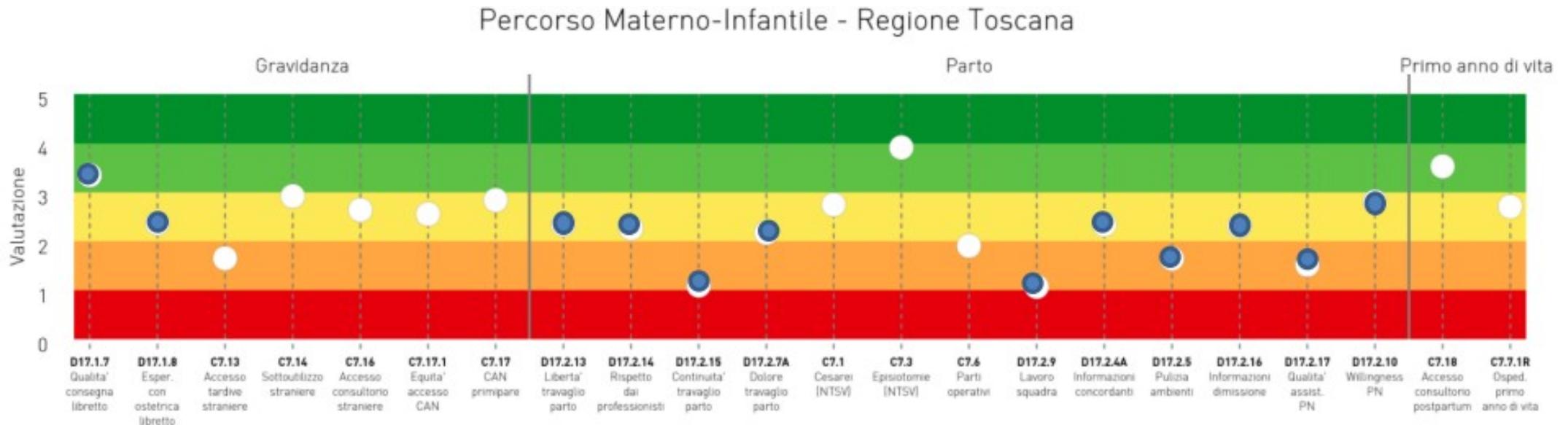
Slawomirski L, van den Berg M, Karmakar-Hore S. Patient-reported Indicator Survey (PaRIS): Aligning Practice and Policy for Better Health Outcomes.

Id Medical Journal, 2018;8



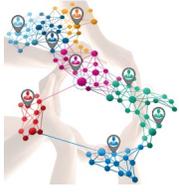
# Integrare la valutazione della performance con indicatori calcolati a partire dalle indagini agli utenti

Indagini di Esperienza Longitudinale – Pentagramma percorso nascita  
Regione Toscana – Anno 2019



*Integrazione di indicatori calcolati dai flussi amministrativi (Certificato di Assistenza al Parto e flussi consultoriali) e dai dati raccolti attraverso l'indagine alle utenti*

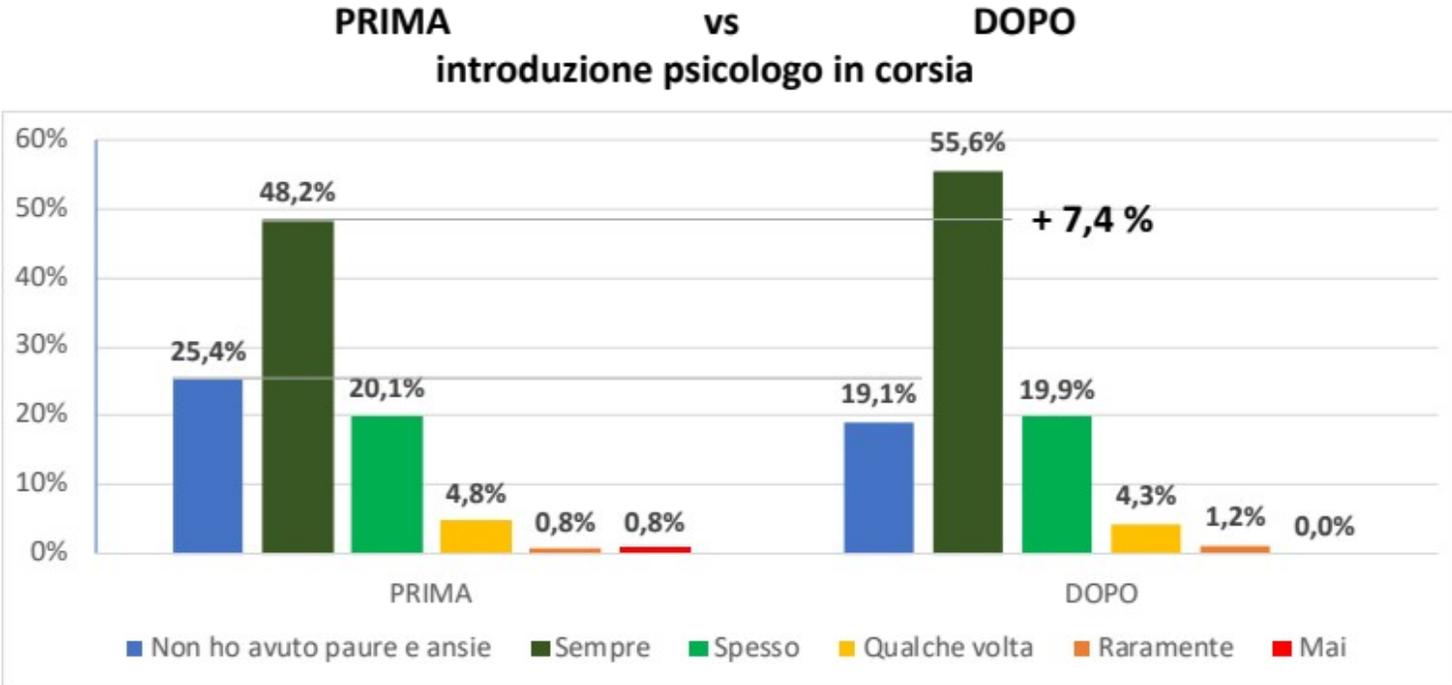
Fonte: Piattaforma del sistema di valutazione della Toscana  
<https://performance.santannapisa.it/pes/start/home.php>



# Monitorare i modelli organizzativi

The PREMs and PROMs Observatory can evaluate Organizational Models of service delivery, or organizational change/innovations

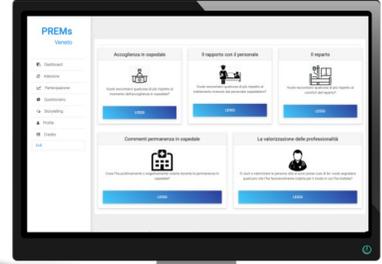
Durante il ricovero, i medici l'hanno aiutata ad affrontare paure ed ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?





# Dare valore alle single storie dei pazienti sia per le azioni di quality improvement, sia per valorizzare il personale

## ASPETTI ORGANIZZATIVI DA MIGLIORARE



## COMPORTAMENTI CHE FANNO LA DIFFERENZA E RICONOSCIMENTO DEL RUOLO DEI PROFESSIONISTI

Sono rimasta positivamente colpita dall'amore e la professionalità da parte dei medici nel svolgere non un semplice lavoro ma una missione! Negativamente colpita dalla scarsa pulizia del reparto, poiché dopo un intervento il paziente è molto più esposto a rischio di infezioni.

preoccupaz

...Nonostante l'emergenza del Coronavirus e i medici e infermieri che hanno lavorato veramente

感谢意大利政府和医院各至的关照

sono stati tutti molto attenti alle mie reazioni e ansie; addirittura una infermiera mi ha accarezzato la spalla con modo di affetto e protezione.... e la ringrazio tanto ....

Ci vogliono bene a noi bambini

l'altro mi faceva parlare



# Dopo 5 anni di esperienza del'osservatorio PROM

## ASPETTI POSITIVI

- Confronto di pratiche (es. su riabilitazione post intervento ortopedico)
- Sensibilizzazione nei professionisti vs il tema dei PROM
- Utilizzo per accreditamento (EUSOMA)
- Inserimento di domande di esperienza

## ASPETTI NEGATIVI

- Arruolamento continuo 'manuale'
- Mancanza di un ritorno e collegamento degli esiti nelle cartelle cliniche dei pazienti
- Mancanza di un collegamento con i dispositivi

REVISIONE DEL PROTOCOLLO E  
DELLE FINALITA'

# MISURARE L'ASSISTENZA TERRITORIALE



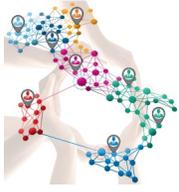
## PaRIS

*Patient Reported Indicator Survey*

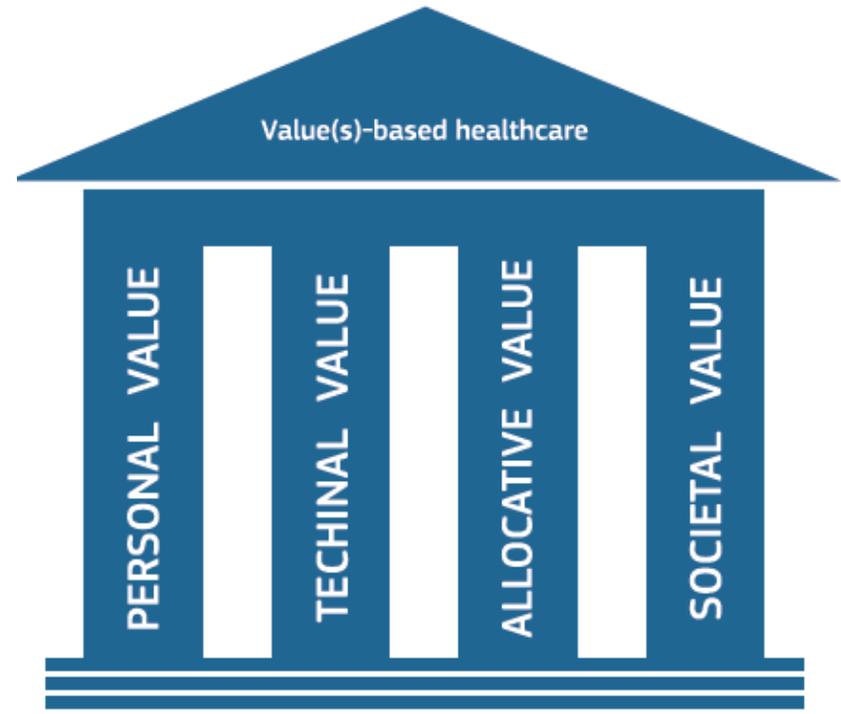
## Observatory on PREMs and PROMs about primary health care



Gainieri, De Rosis, Nuti, Spataro, Bellentani, Carbone, Quattrone, Visca, Urbani (2022) Da un'iniziativa internazionale a un osservatorio nazionale per monitorare l'esperienza dei pazienti cronici in Italia. Sistema Salute n.2/2022



European  
Commission



**ALLOCATIVE VALUE:** Equitable distribution of resources across all patient groups.

**TECHNICAL VALUE:** Achievement of best possible outcomes with available resources.

**PERSONAL VALUE:** Appropriate care to achieve patients' personal goals.

**SOCIETAL VALUE:** Contribution of healthcare to social participation and connectedness.

This comprehensive meaning of 'value' offers a wider perspective than the interpretation of 'value' as purely monetary in the context of cost-effectiveness.

Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) Defining value in "value-based healthcare", 26 June 2019



# **Grazie per l'attenzione!**

Anna Maria Murante

a nome del gruppo di ricerca del

Laboratorio Management e sanità, Scuola superiore Sant'Anna di Pisa

[Annamaria.murante@santannapisa.it](mailto:Annamaria.murante@santannapisa.it)