LUOGHI E STRUMENTI DI CURA INNOVATIVI PER LA TRANSIZIONE OSPEDALE –TERRITORIO

LE CURE INTERMEDIE E IL SISTEMA ACG (ADJUSTED CLINICAL GROUP):

Maria Chiara Corti

UO Strutture di ricovero intermedie e socio-sanitarie territoriali
Sistema Epidemiologico Regionale
Area Sanità e Sociale

Regione Veneto

la Sig.ra Maria ha 5 condizioni tra cui scompenso e demenza

22 prescrizioni per 8 farmaci

19 visite ambulatoriali

3 ricoveri ospedalieri

6 settimane in ospedale

5 mesi in assistenza domiciliare

1 mese di RSA

6 Lettere di dimissione dai medici curanti

Costo dell'assistenza sanitaria nel 2014
35.000 Euro

Scenario 1 / 2

Ageing population

Chronic Disease

Less Money

Desire for Equity

Better Data

New Organisational Models

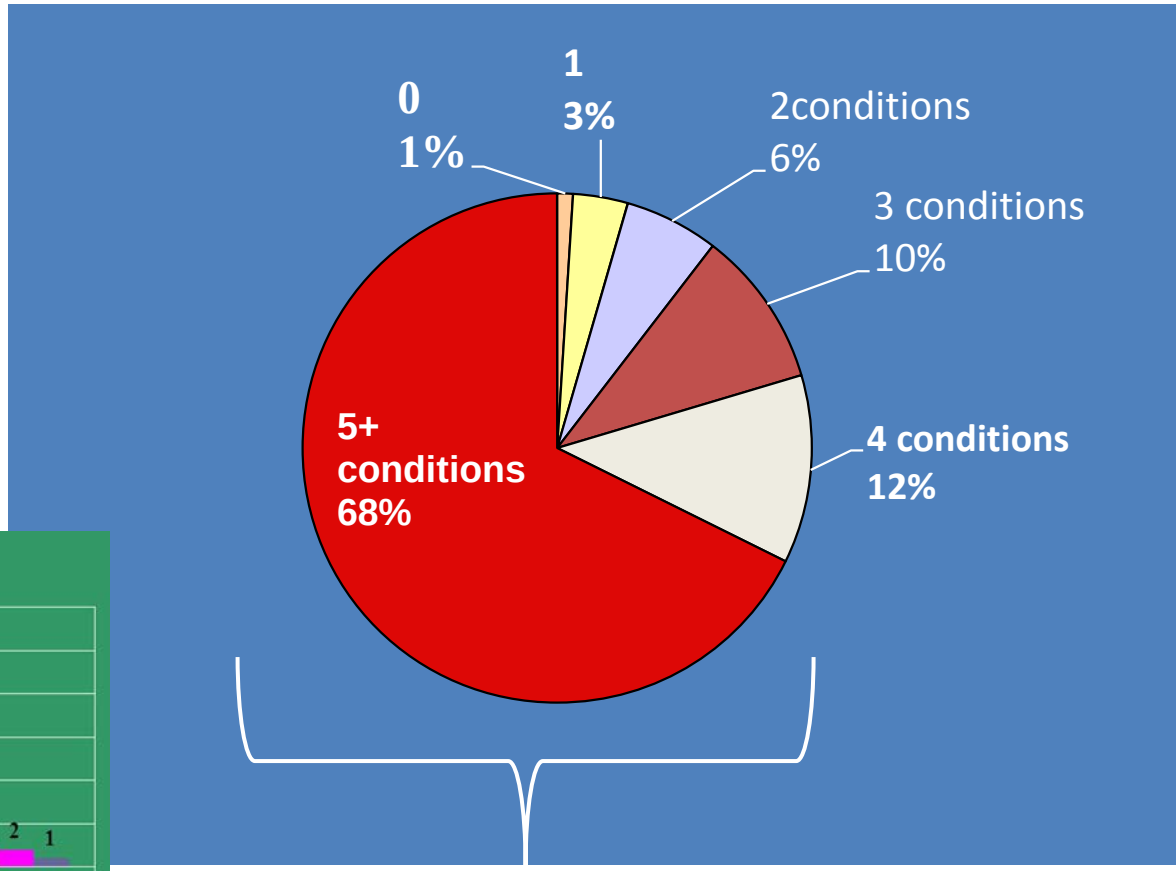
Need to profile the population

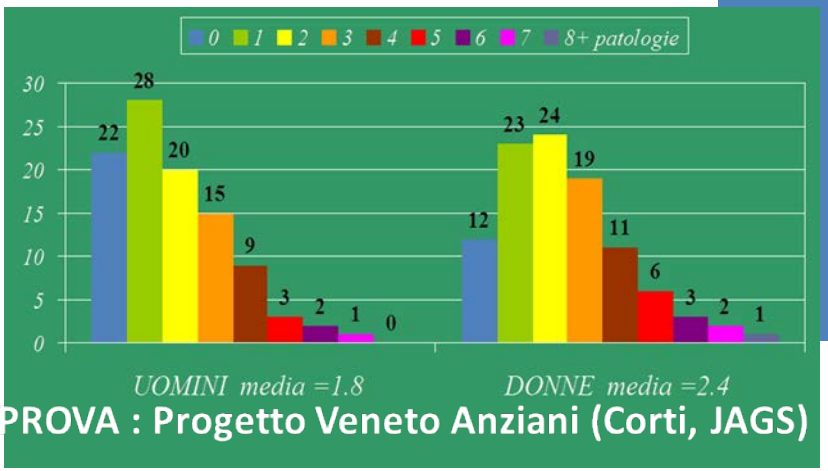
acg JOHNS HOPKINS

Stratificare la popolazione in gruppi di persone con bisogni di salute simili
Misurare l'efficienza per recuperare risorse per coloro che più ne hanno bisogno

Oggi la cura dei pazienti con muiltimorbidita' e' :

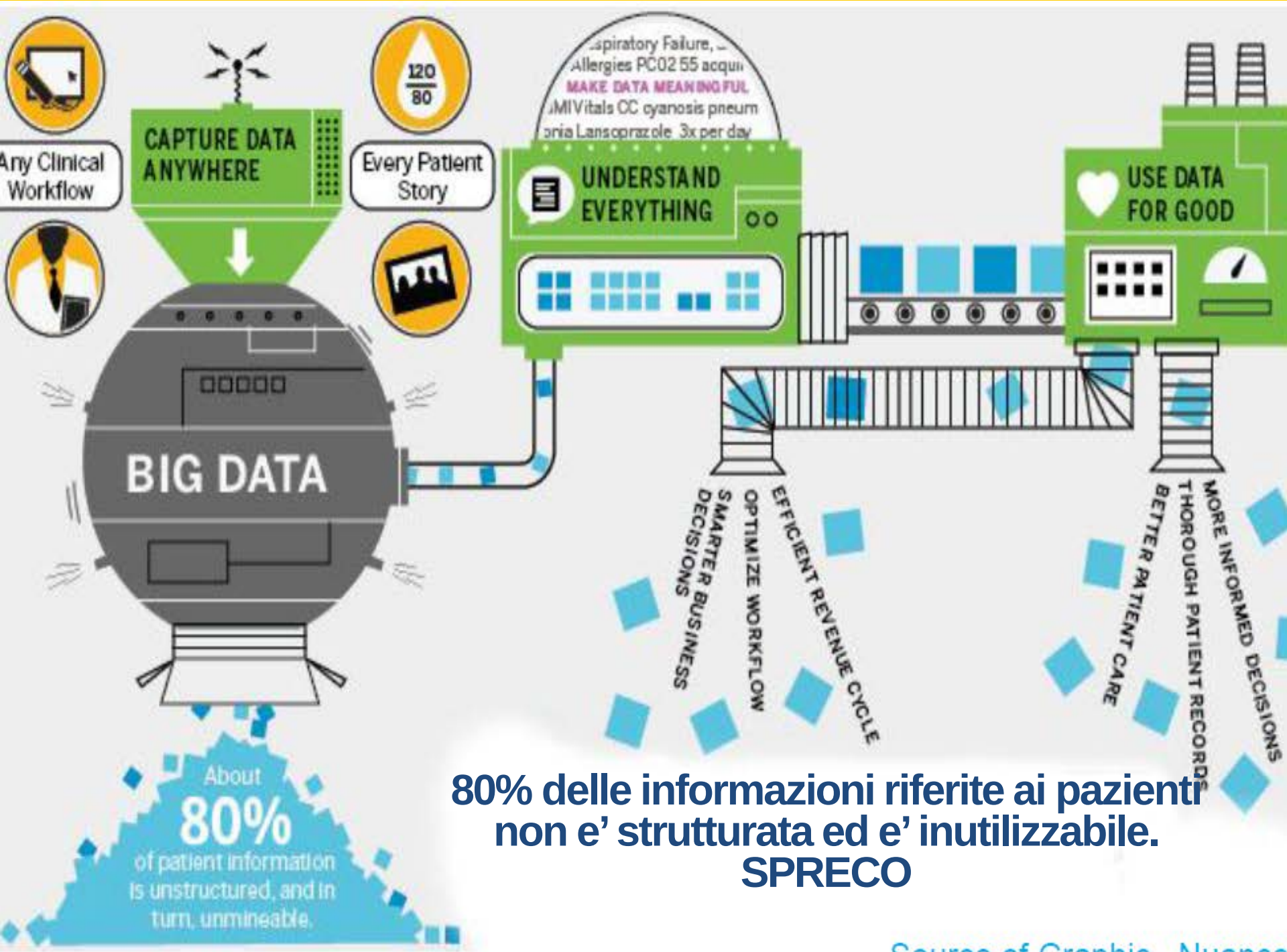
- Frammentata
- Di difficile accessibilita'
- Inefficiente
- Rischiosa
- Costosa





PROVA : Progetto Veneto Anziani (Corti, JAGS)

Gli anziani con piu' di 4 condizioni coprevalenti utilizzano l'80% delle risors sanitarie



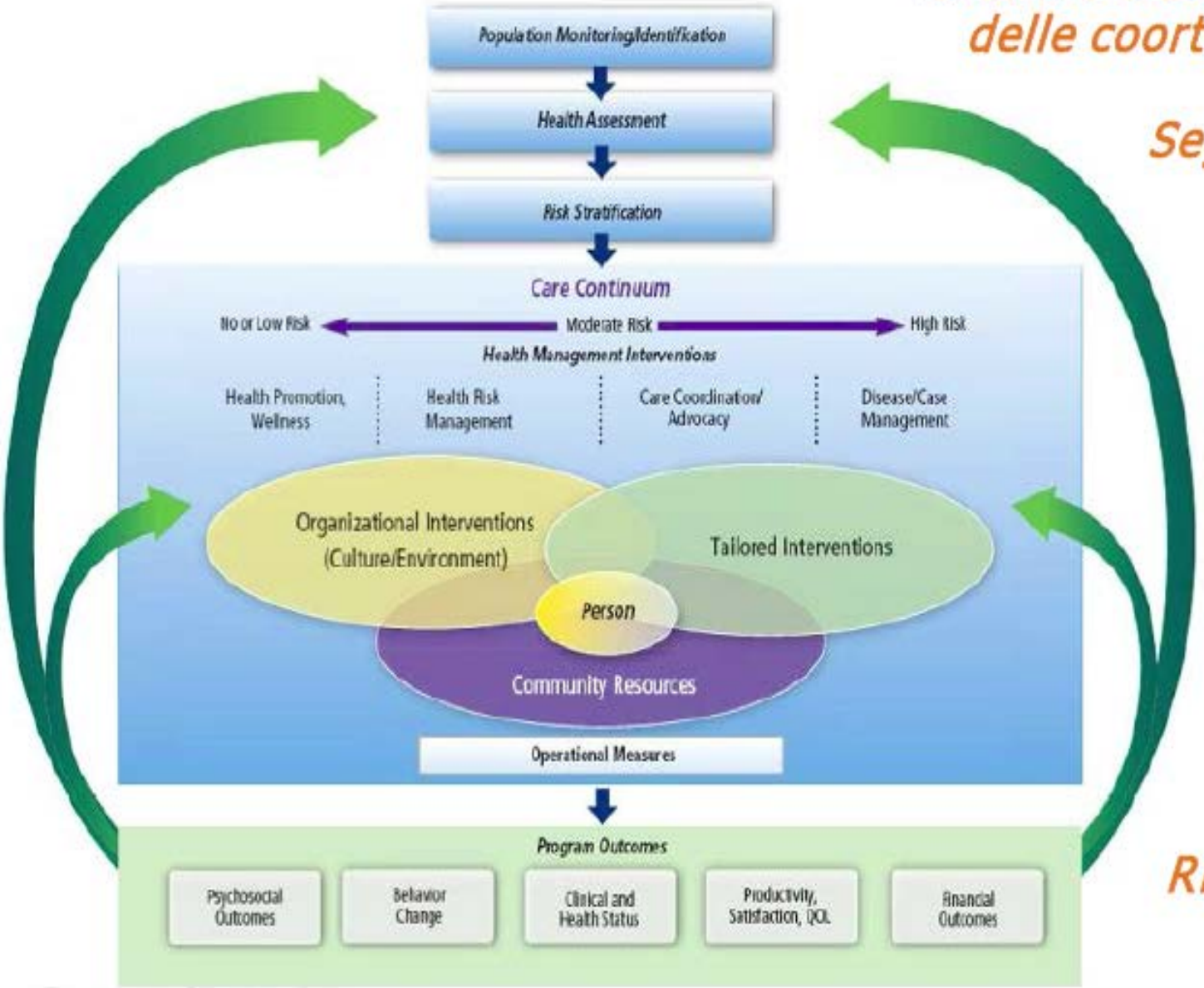
80% delle informazioni riferite ai pazienti non e' strutturata ed e' inutilizzabile. SPRECO

Source of Graphic –Nuance

Il framework del Population Health Management

Identificazione delle coorti

BIG DATA



Segmentazione della pop.

Modelli deliberati di servizio per la presa in carico

Piano di cure individuale

Valutazione degli outcome

Rivalutazione continua

(Fonte: Dutch Monitor, 2014)

Provvedimenti Attuativi : “schede ospedaliere e territoriali”, reti cliniche, integrazione ospedale territorio, ….

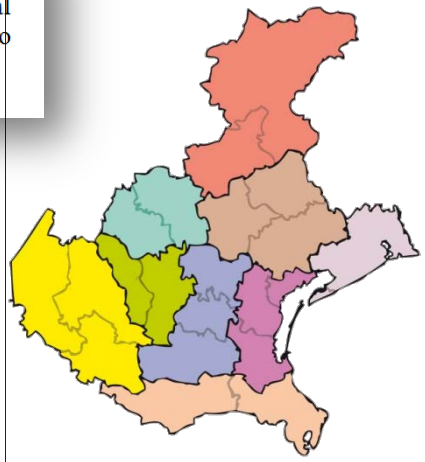
2013 2014 2015

2012 PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2016

Legge 19 / 2016 2018

Art. 24 - Programmazione sanitaria regionale.

1. La vigente programmazione regionale in materia sanitaria è prorogata sino al 31 dicembre 2018, ovvero non oltre all’approvazione del nuovo Piano socio-sanitario regionale.



Il Piano SS del Veneto: multimorbidita' e disabilita' Le sfide e i nuovi strumenti per il cambiamento

NUOVE SFIDE

- Transizione epidemiologica. Multi-morbidita, cronicita' disabilita'
- Big Data
  Dati non usati – resi obsoleti
- Risorse finanziarie limitate
- Inefficienze di sistema
- Nuove attese e preferenze delle persone

NUOVI STRUMENTI

- Tecnologie innovative : es ACG
- Nuovi modelli di cura: Cure integrate
- Nuovi sistemi di finanziamento : ACG per I costi attesi
- Esigenze di rendicontazione degli interventi : esiti
- Rimodulazione delle competenze professionali:

Tecnologie sanitarie innovative : es ACG

COSA E' IL SISTEMA ACG?

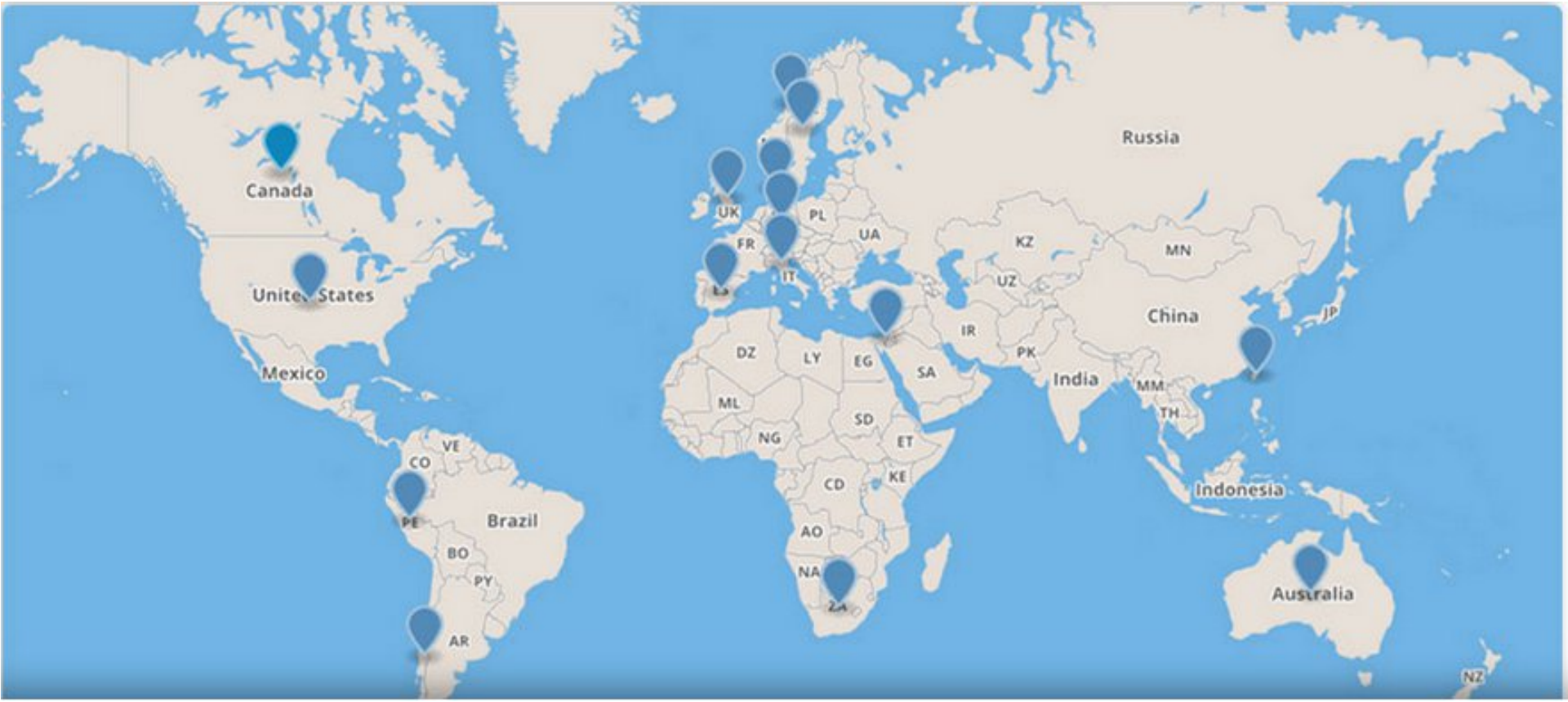
ACG = Adjusted Clinical Groups

E' UN SISTEMA USATO PER IL RISK ADJUSTMENT: OVVERO PER IDENTIFICARE SOGGETTI CONFRONTABILI DAL PUNTO DI VISTA DEL "RISCHIO" (DI OSPEDALIZZAZIONE, DI MORTE, DI CONSUMO DI RISORSE….)

E' UN **GROUPER**: UN SISTEMA CHE IDENTIFICA "RAGGRUPPAMENTI" DI PAZIENTI IN UNA POPOLAZIONE

Sviluppato dall'Università Johns Hopkins di Baltimora (USA)

Diffusione del sistema ACG



Diffuso in paesi con diversi Sistemi Sanitari

Principali ambiti di applicazione

Sanita' pubblica

Population profiling is a technique for comparing the morbidity patterns of one or more groups or regions. By taking into...

Read More +

Care Management

ACG-PMs™: Advantages in High-Risk Case Identification The ACG® Predictive Models are cutting edge approachs to better target...

Read More +

Analisi della performance

The practice of health care globally is being increasingly driven by performance, both in terms of cost efficiency and in...

Read More +

Budget di cura

The ACG® System has been widely and successfully used for capitation/rate setting, for setting insurance premiums, and for...

Read More +

ACG grouper di popolazione

UTILIZZO DEL SISTEMA ACG IN VENETO

- Pilota 2012-2013: 2 ULSS (1 mln abitanti)
  - Costruzione del database
  - Validazione statistica
  - Studio su effetto di integrazione con MMG

- Pilota 2013-2014: 6 ULSS (2 mln abitanti)
  - Analisi retrospettive: pesatura indicatori
  - Analisi su specifiche patologie croniche: depressione, diabete, ….
  - Modelli predittivi per ospedalizzazione
  - Interfaccia di ACG con sistemi di business intelligence

- 2014-2016: 21 ULSS (5 mln abitanti)
  - Costruzione database regionale
  - Sperimentazione di care management in pazienti con multimorbidita’

Utilizzo delle banche dati esistenti

Diagnosi da registro esenzioni ticket
(ICD9)

Ricoveri ospedalieri
Diagnosi di dimissione – ICD9CM)

Database salute mentale
(ICD10)

Pronto Soccorso
(ICD9CM)

Persona

Riabilitazione extra ospedaliera (ICD 9)

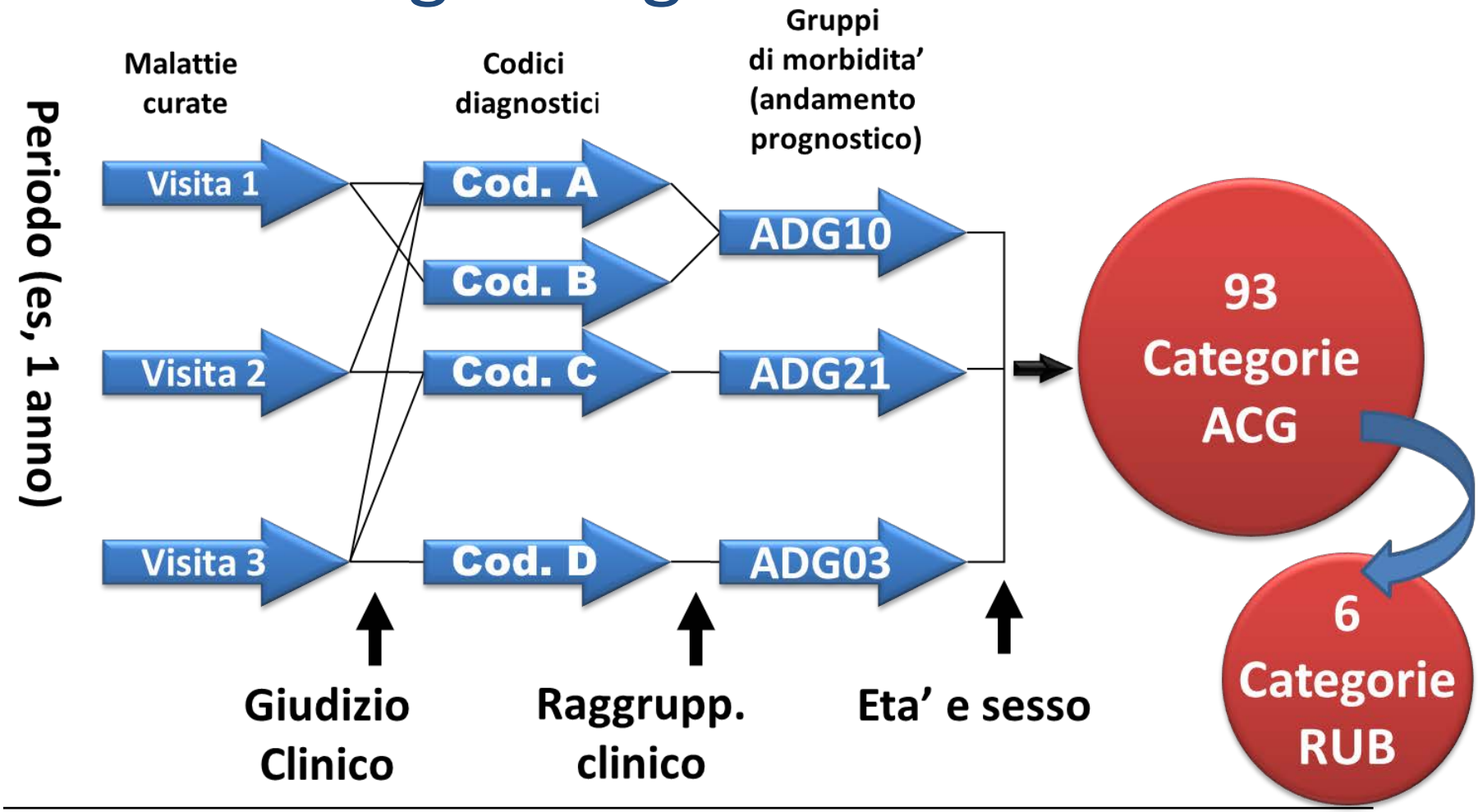
Database registro malattie rare (ICD 9)

Farmaceutica (ATC)

Diagnosi da UVMD e ADI
(International Classification for Primary Care-ICPC)

Costi (e stime di costi)
(da drg, tariffe e costo farmaci)

Dalle diagnosi agli ACG



ACG 5110 Costi senza diagnosi

ACG 5200 No costi , no diagnosi (nessun contatto con i servizi)

Stratificazione del rischio: Population health management

PALLIAZIONE, COORDINAMETO CURE	5= Terminalita' = 1%	Carico 13,2
COORDINAMENTO CURE CARE MANAGEMENT	4 = Multimorbidita' e complessita' = 3 %	Carico 5,1
COORDINAMENTO CURE DISEASE/CASE MANAGEMENT	3 = Patologia singola complessa, Patologie multiple = 19%	Carico 2,4
PDTA, DISEASE MANAGEMENT	2 = Una singola patologia o condizione non complessa = 20%	Carico 0,9
DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE	1 = Sviluppo dei sintomi = 39% Costi senza diagnosi	Carico 0,3
PROMOZIONE SALUTE SCREENING	0= In salute = 19% Ne' costi ne' diagnoai	Carico o peso = 0

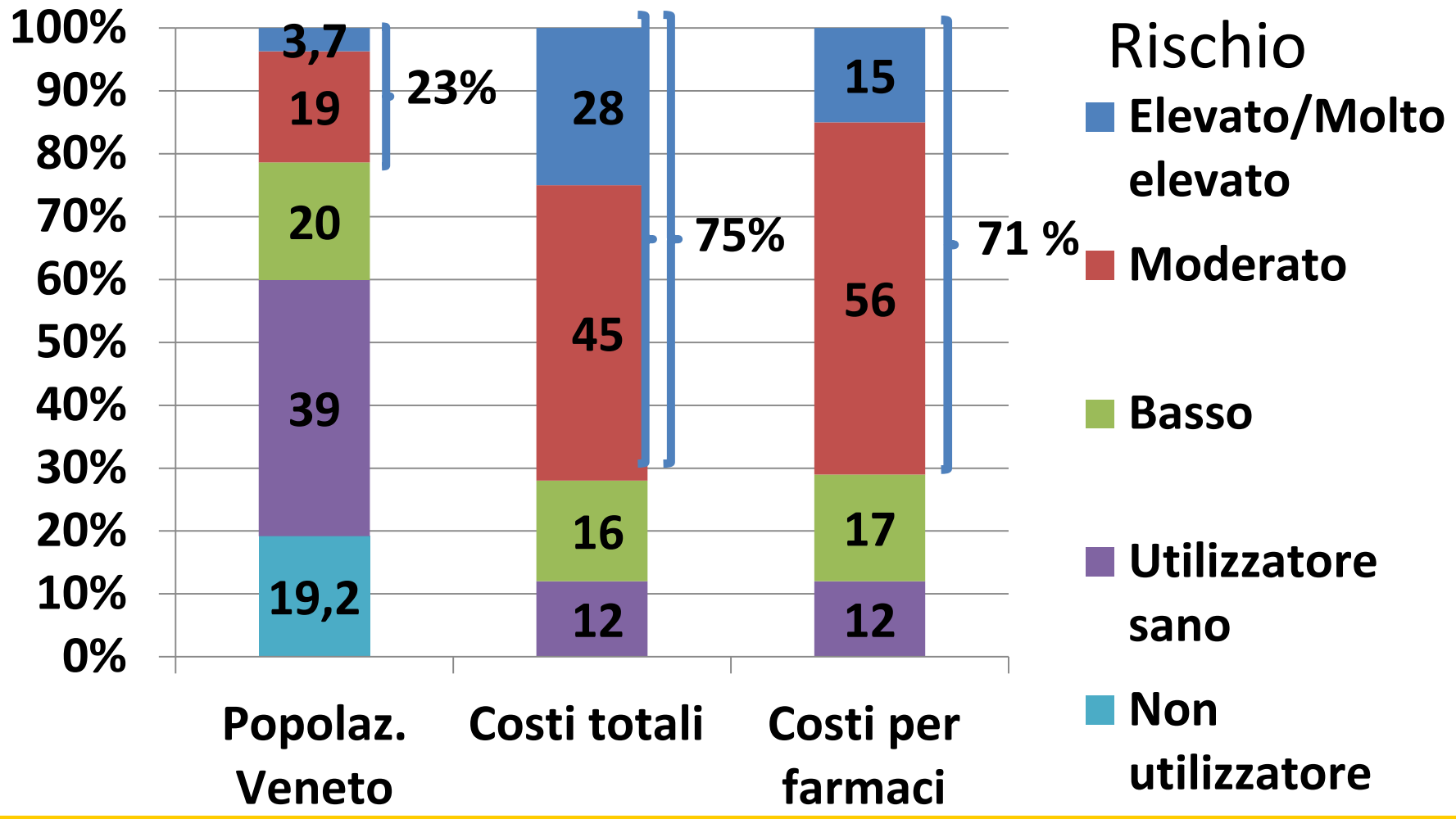
ACG : DALLE MALATTIE AL PESO ASSISTENZIALE

Resource Utilization Bands - RUBs

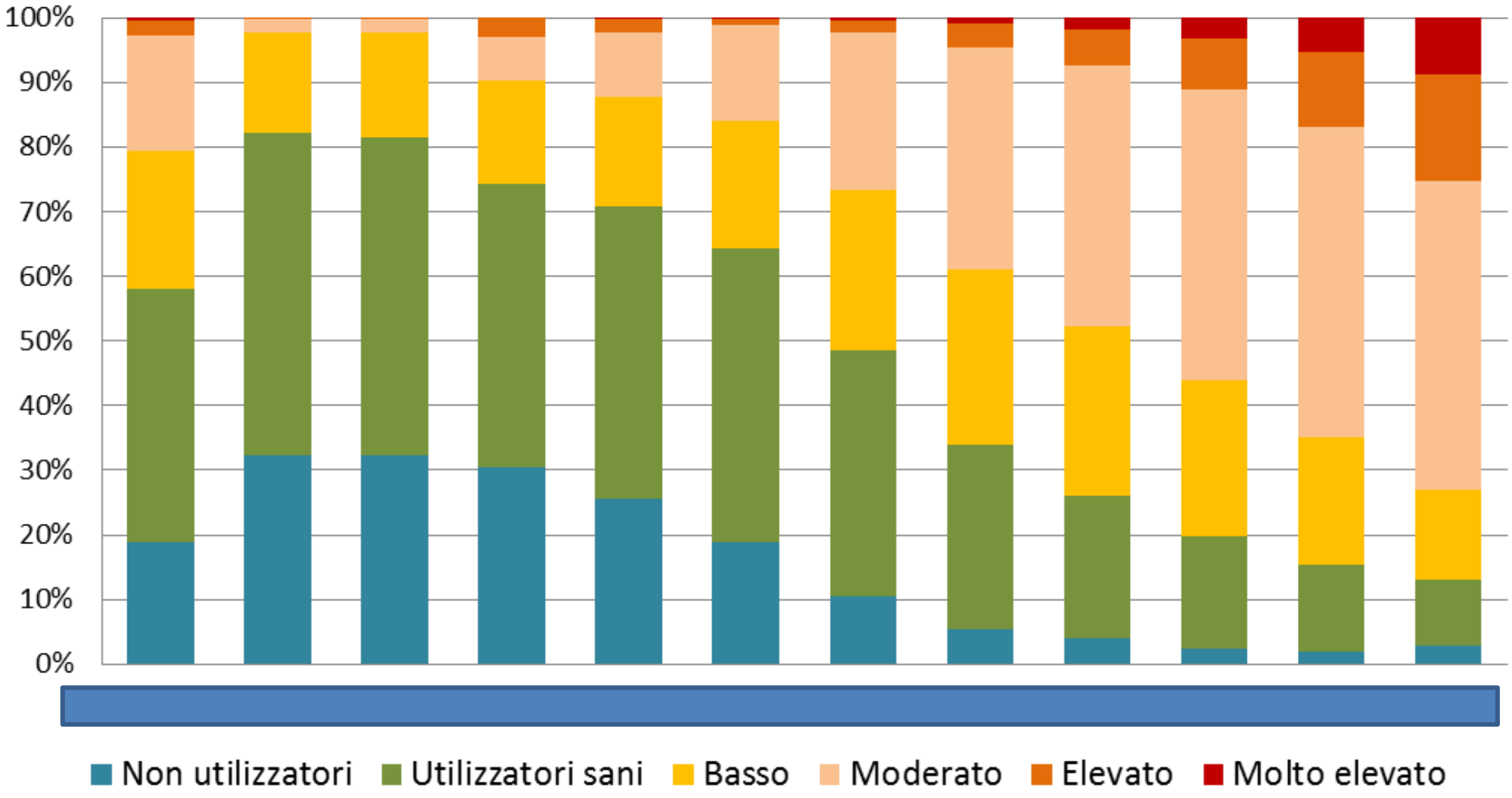
Aggregazioni di ACG in base al consumo atteso di risorse

RUB	ACG
5-molto alto	5341-Bambini; 6+ pat., 1+ pat. maggiori, basso peso alla nascita 4930-6/9 pat., età>34, 3 pat. maggiori
4-alto	4430-4/5 patologie, età>34, 2+ patologie maggiori 1730-Gravidanza, 2/3 pat., 1+ pat. maggiori
3-moderato	4100-2/3 patologie, età>34 0800-Cronica, instabile
2-basso	0900-Cronica, stabile 0400-Acuta, maggiore
1-utilizzatori sani	5110-Costi senza diagnosi 0300-Acuta, minore, età>5
0-No diagnosi, no costi	5200-Non utilizzatore

La multimorbidita' consuma la maggior parte di risorse nel 2015



Popolazione per RUB o stato di salute
Archivio regionale ACG, Anno 2015



Quadro di sintesi

Popolazione

Diagnosi

Farmaci

-Costi
-Indicatori di utilizzo
-Trattamenti

Sistema ACG

Malattie/gruppi di malattie in base a:
- Diagnosi (EDC, major EDC)
- Farmaci (DCG, major DCG)

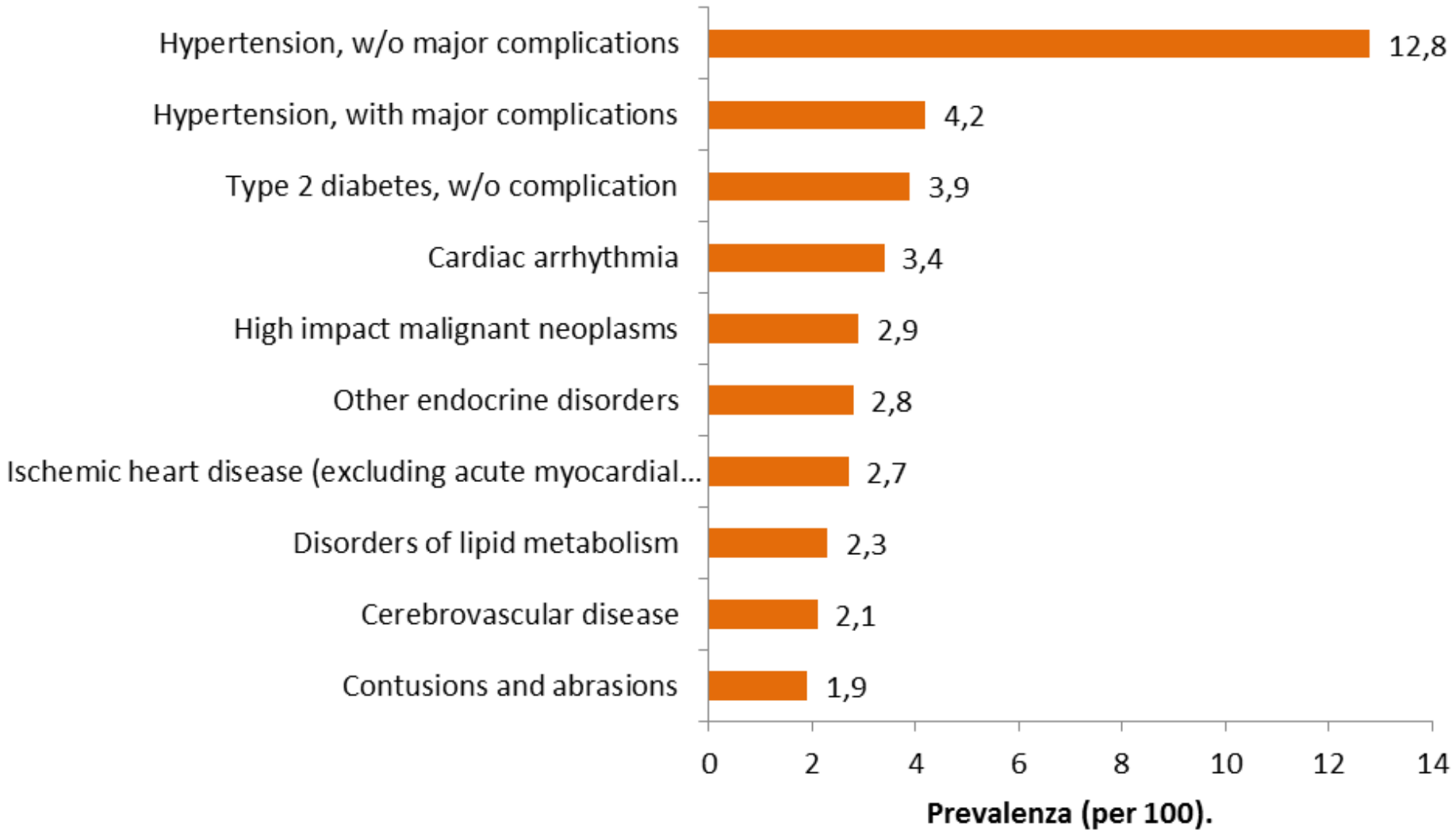
Carico di malattia
- ADG (Aggregated Diagnosis Groups)
- ACG (Adjusted Clinical Groups)
- RUB (Resource Utilization Bands)

Componente osservazionale RETROSPETTIVA

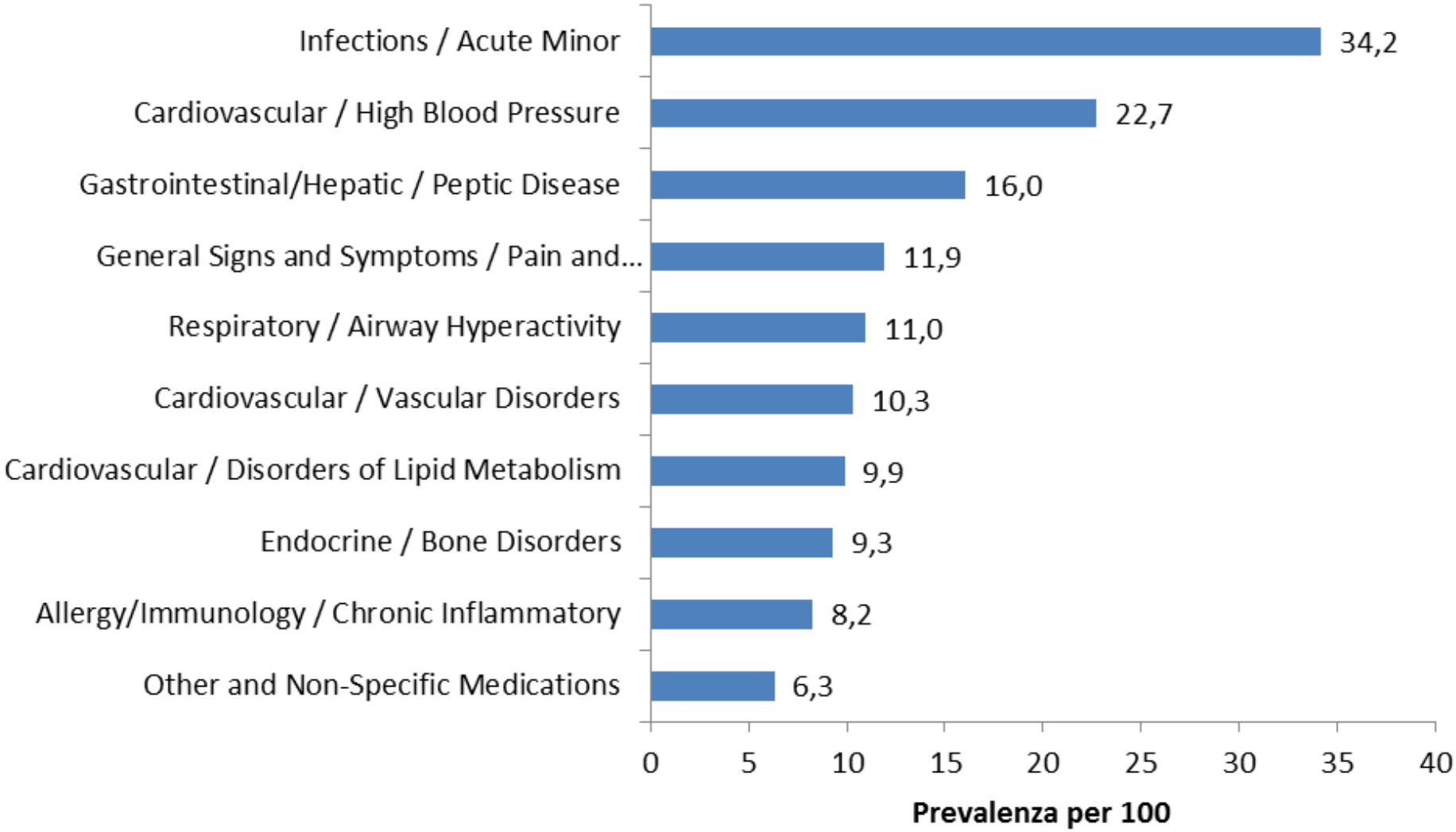
Futuro uso di risorse
- Indice predittivo di ...
- Probabilità di alto costo
- Probabilità di ospedalizzazione
- ....

Componente PROSPETTICA (modelli predittivi)

Expanded Diagnosis Clusters – EDCs



Pharmacy Morbidity Groups – RxMGs- Diagnosi farmaco-.correlate
Archivio regionale ACG, Anno 2014



Flag di condizioni croniche (diagnosi e farmaci)

21 condizioni croniche ad alta prevalenza

Bipolar disorder	Ischemic heart disease
Congestive heart failure	Osteoporosis
Depression	Parkinson's disease
Diabetes	Persistent asthma
Disorders of Lipid Metabolism	Rheumatoid arthritis
Glaucoma	Schizophrenia
Human Immunodeficiency Virus	Seizure disorders
Hypertension	Age-related macular degeneration
Hypothyroidism	COPD
Immunosuppression/Transplant	Chronic Renal Failure
Low back pain	

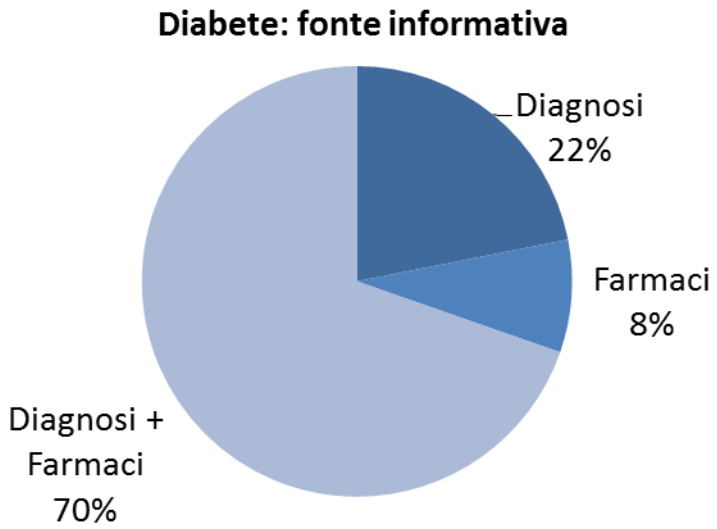
Flag di Condizione cronica: DIABETE

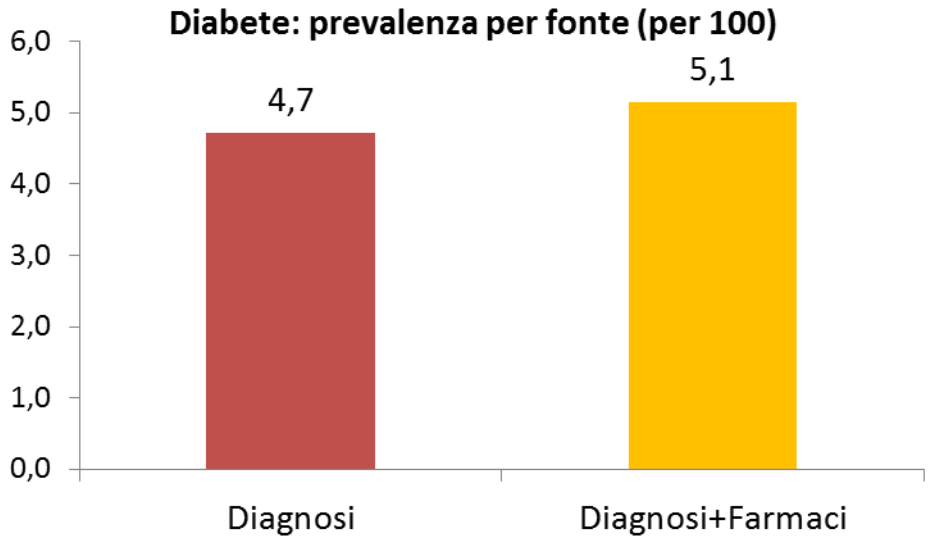
EDC

END06-Type 2 diabetes, w/o complication
END07-Type 2 diabetes, w/ complication
END08-Type 1 diabetes, w/o complication
END09-Type 1 diabetes, w/ complication

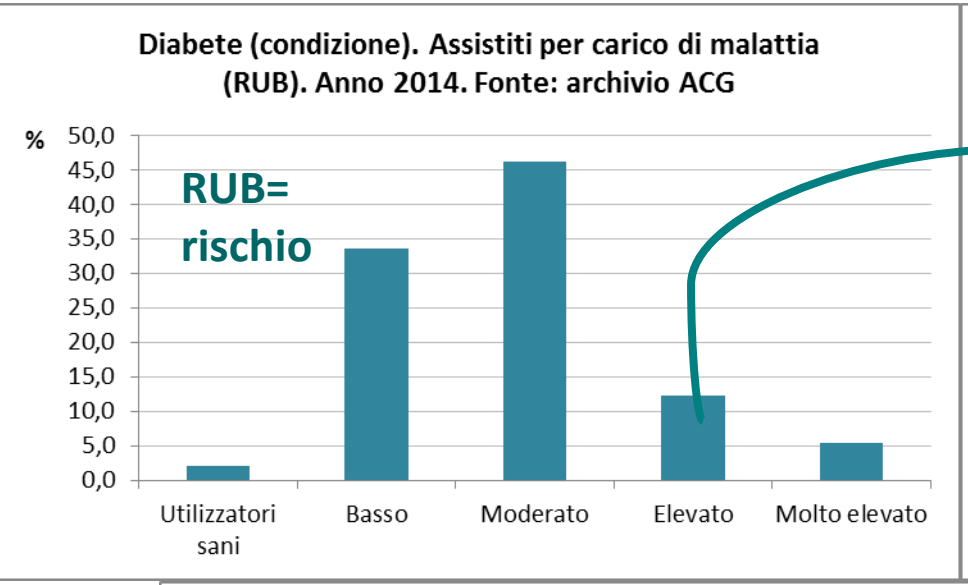
Pharmacy Criteria

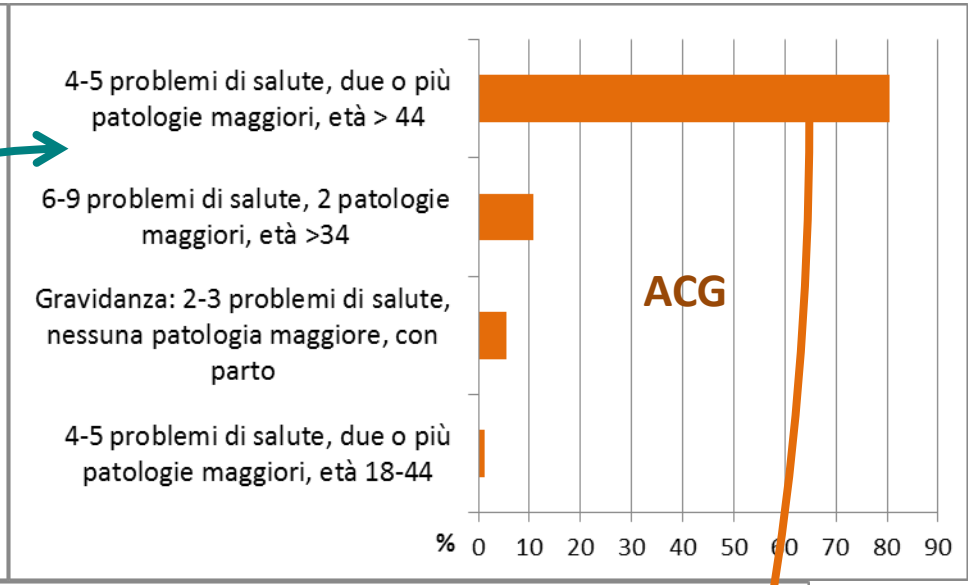
Meglitinides
Non-sulfonylureas
Sulfonylureas
Thiazolidinediones
Other antihyperglycemic agents
Long and short-acting Insulins

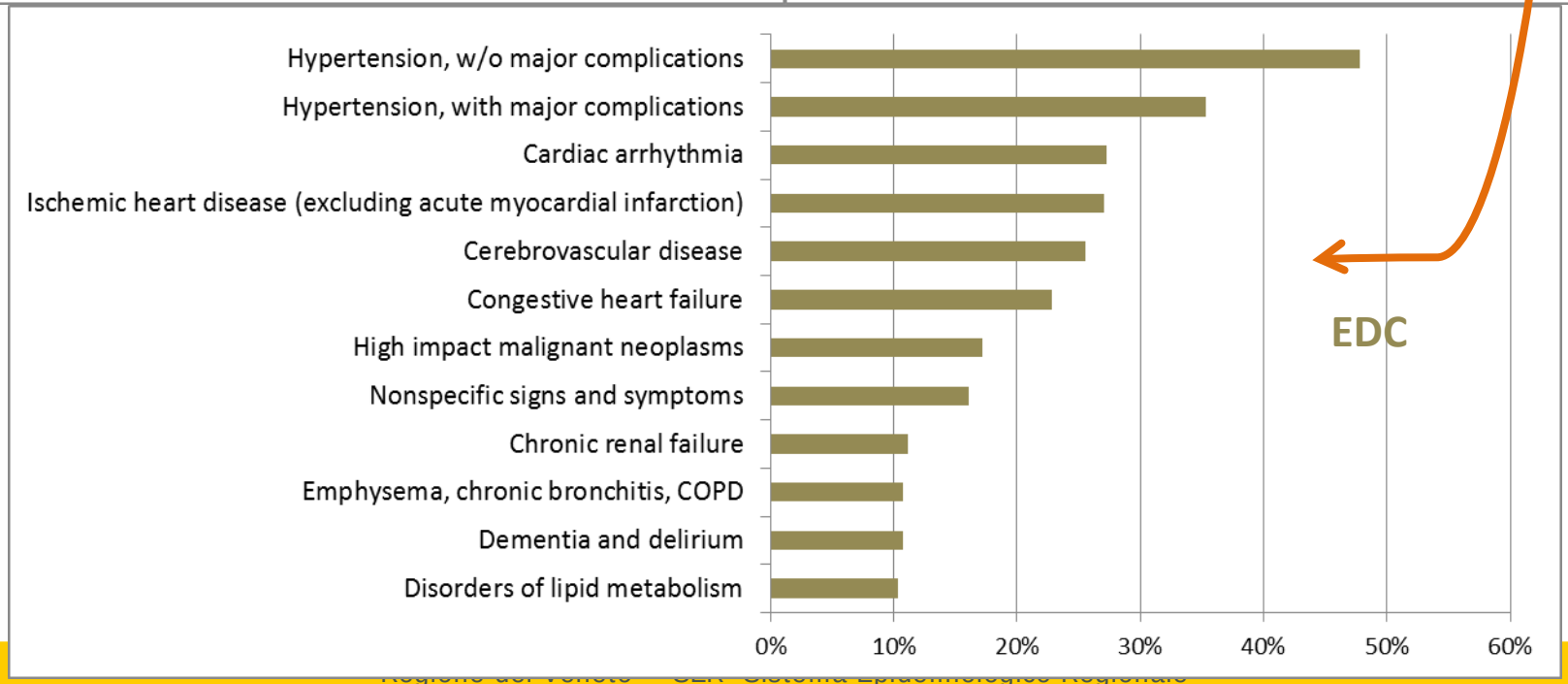




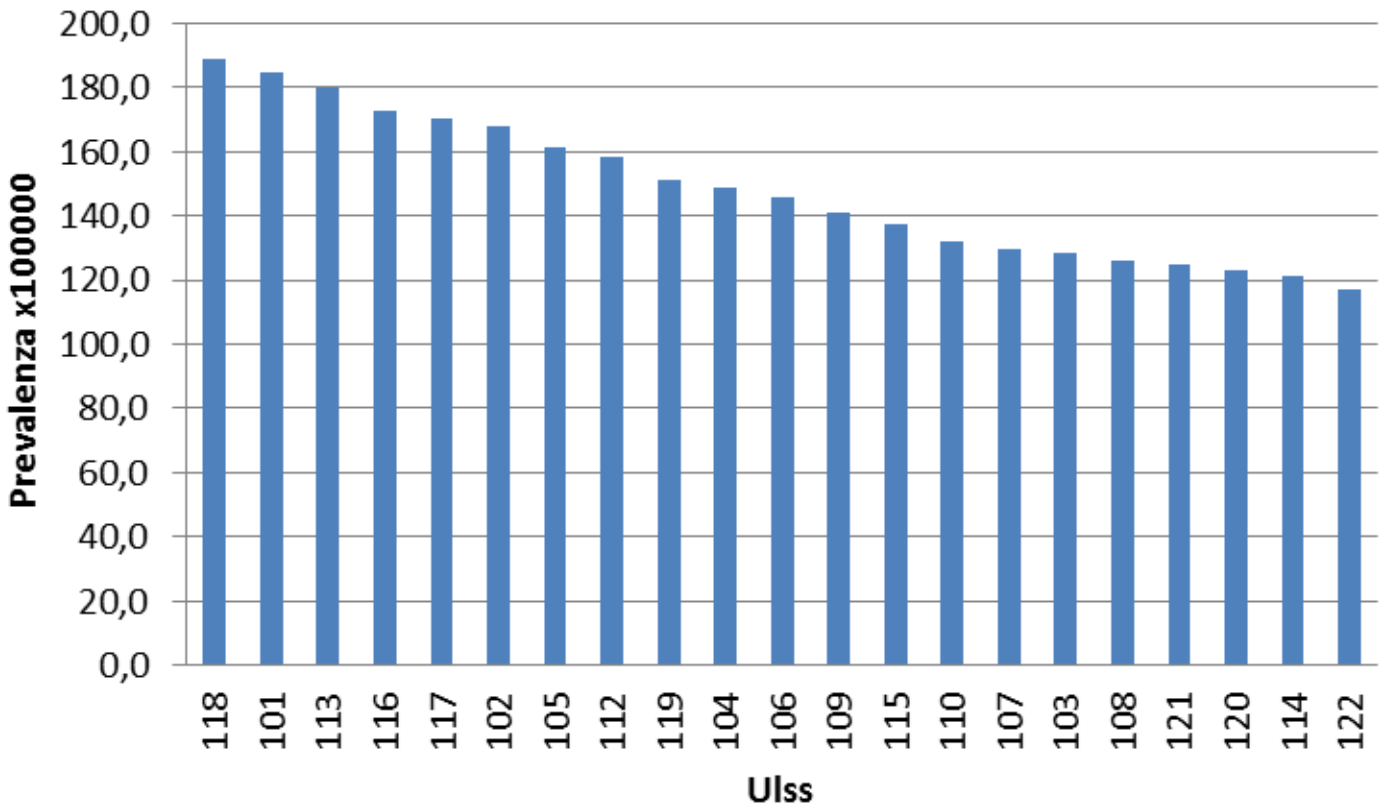
Flag di Condizione cronica : DIABETE

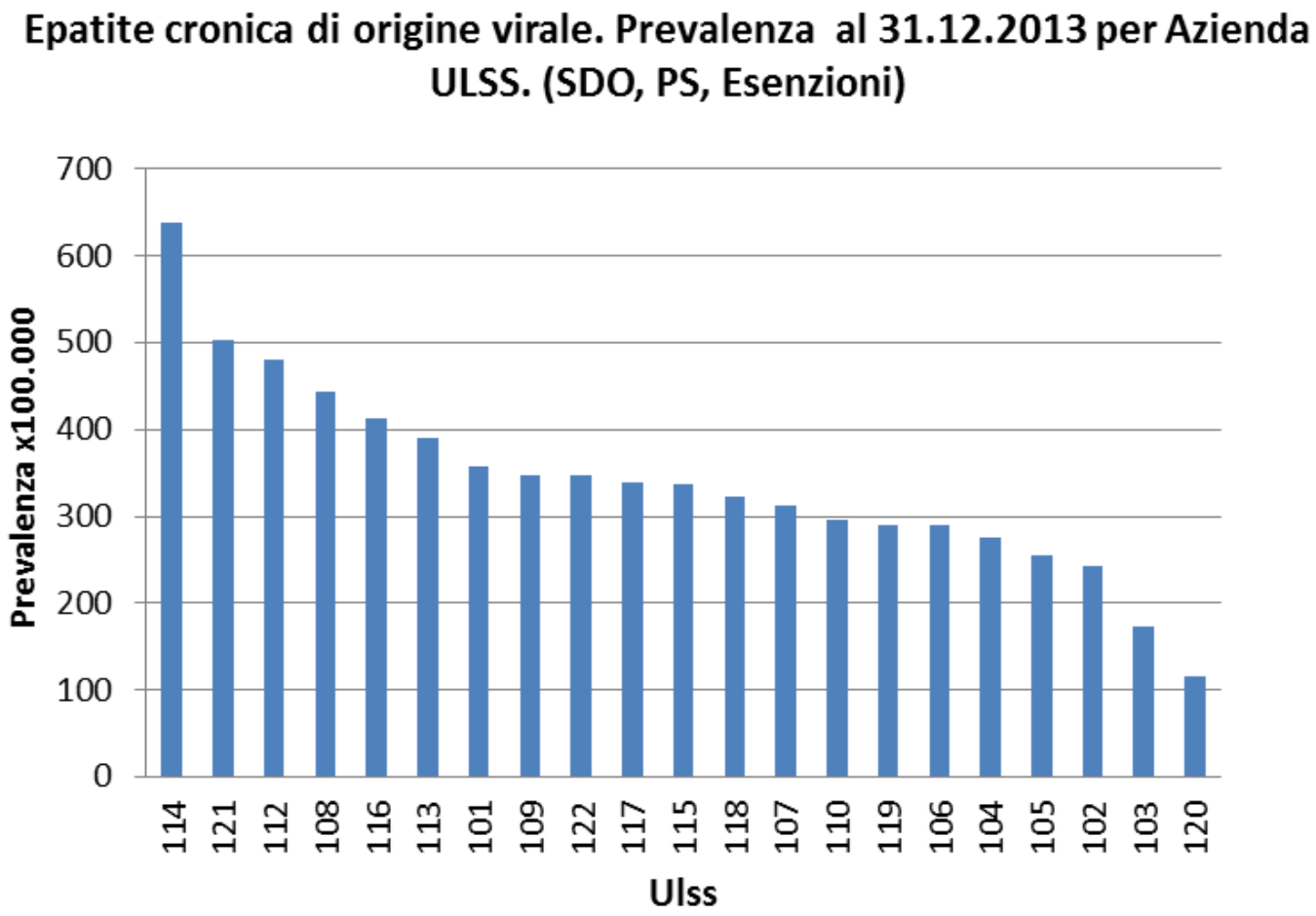




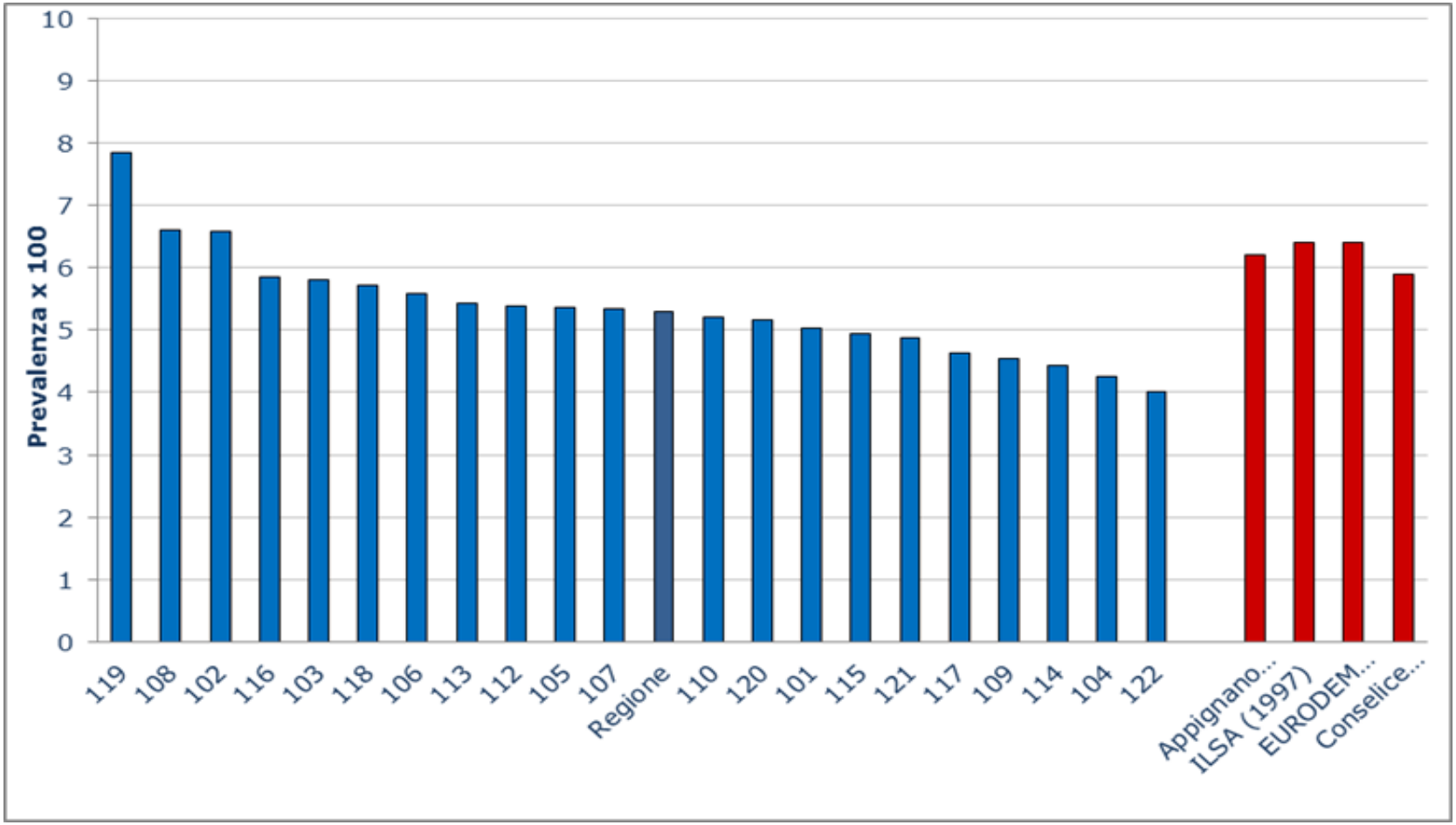


Sclerosi Multipla (NUR08). Prevalenza al 31.12.2013 per Azienda ULSS. (SDO, PS, Esenzioni)

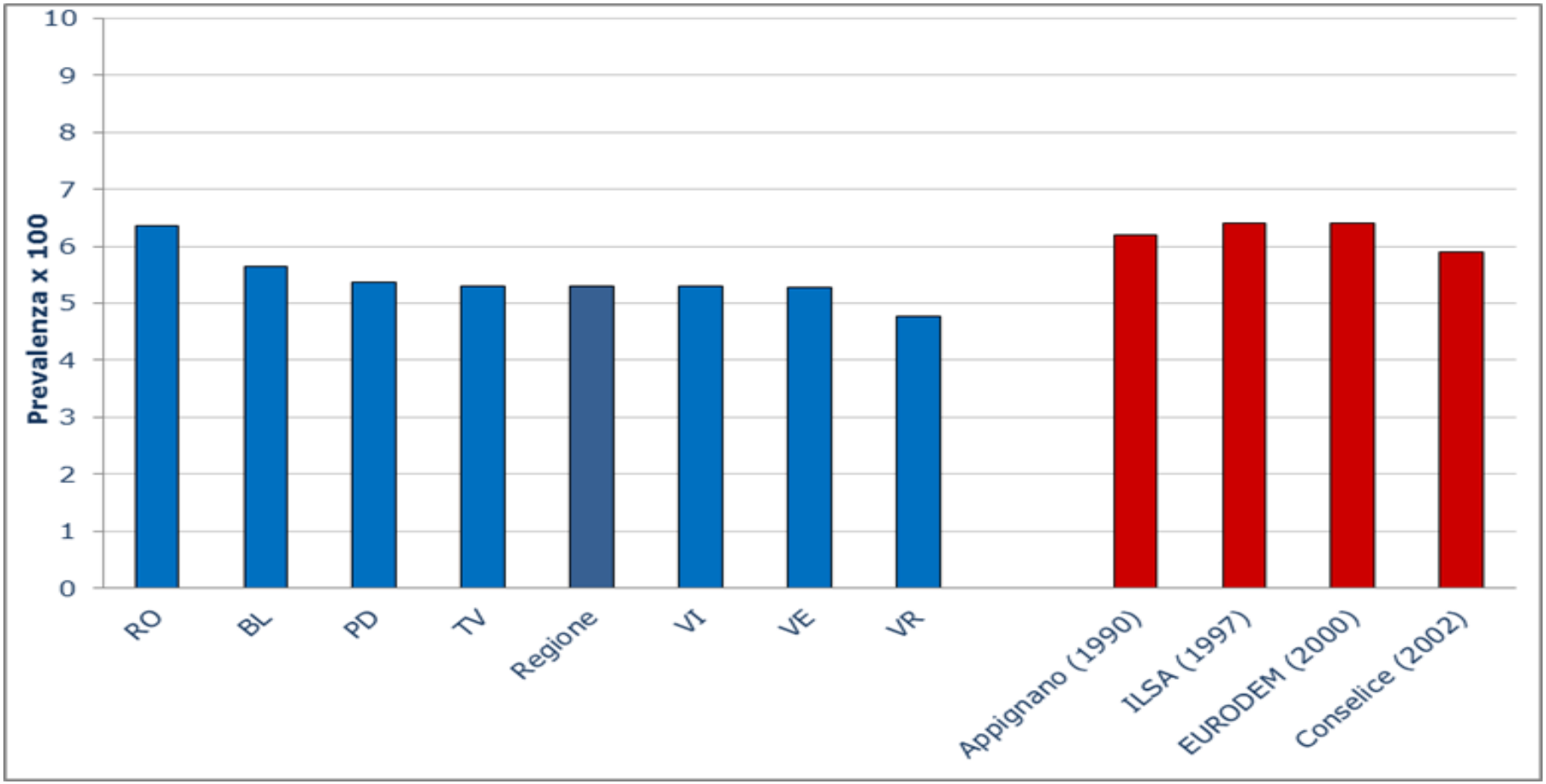



Epatite cronica di origine virale. Prevalenza al 31.12.2013 per Azienda ULSS. (SDO, PS, Esenzioni)
Prevalenza x100.000
700
600
500
400
300
200
100
0
114
121
112
108
116
113
101
109
122
117
115
118
107
110
119
106
104
105
102
103
120
Ulss

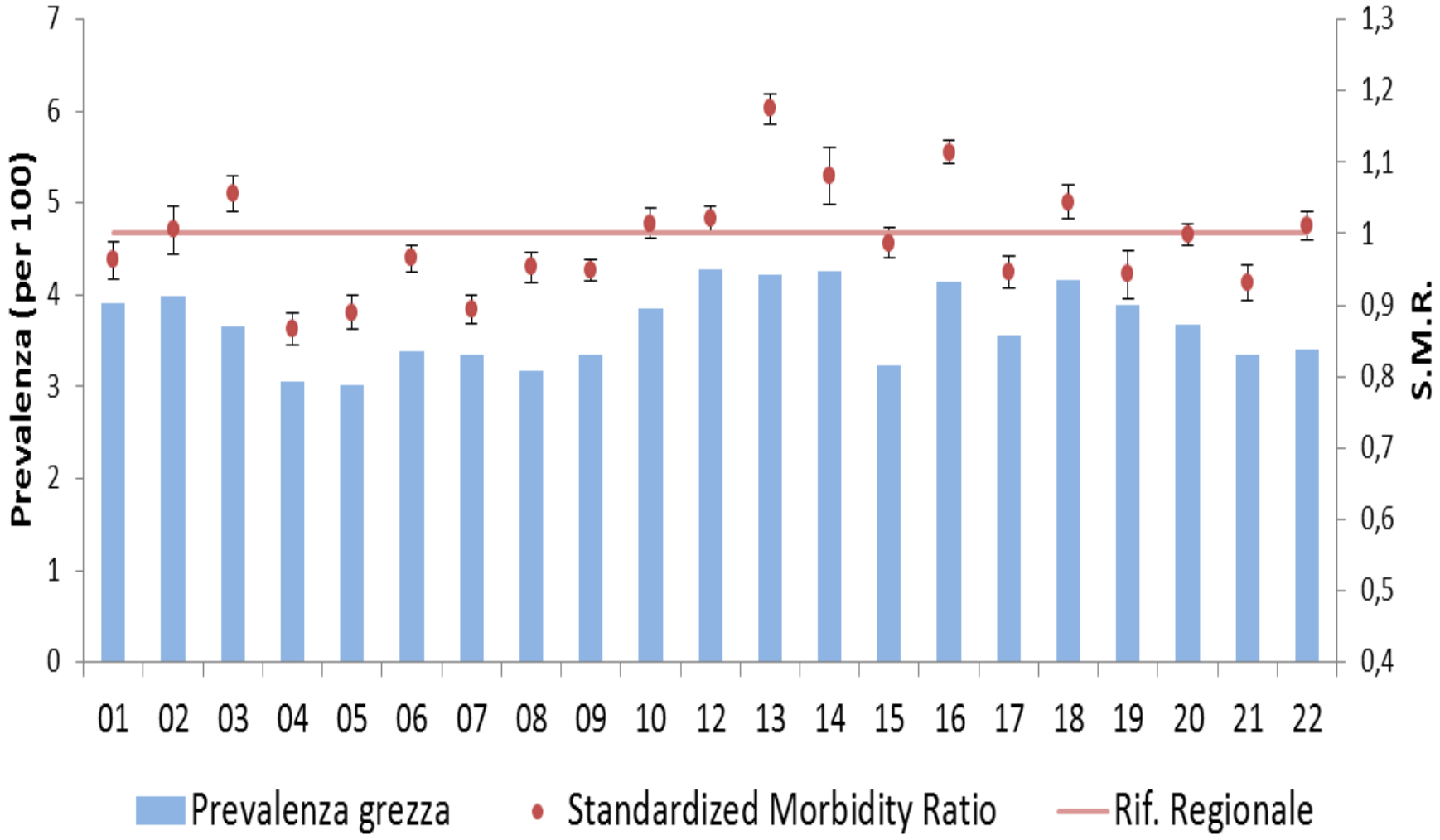
Demenza (diagnosi o farmaci). Prevalenza in soggetti con età maggiore o uguale a 65 anni, per ex ULSS vs Prevalenza in alcuni studi epidemiologici. Anno 2015. Fonte: archivio ACG



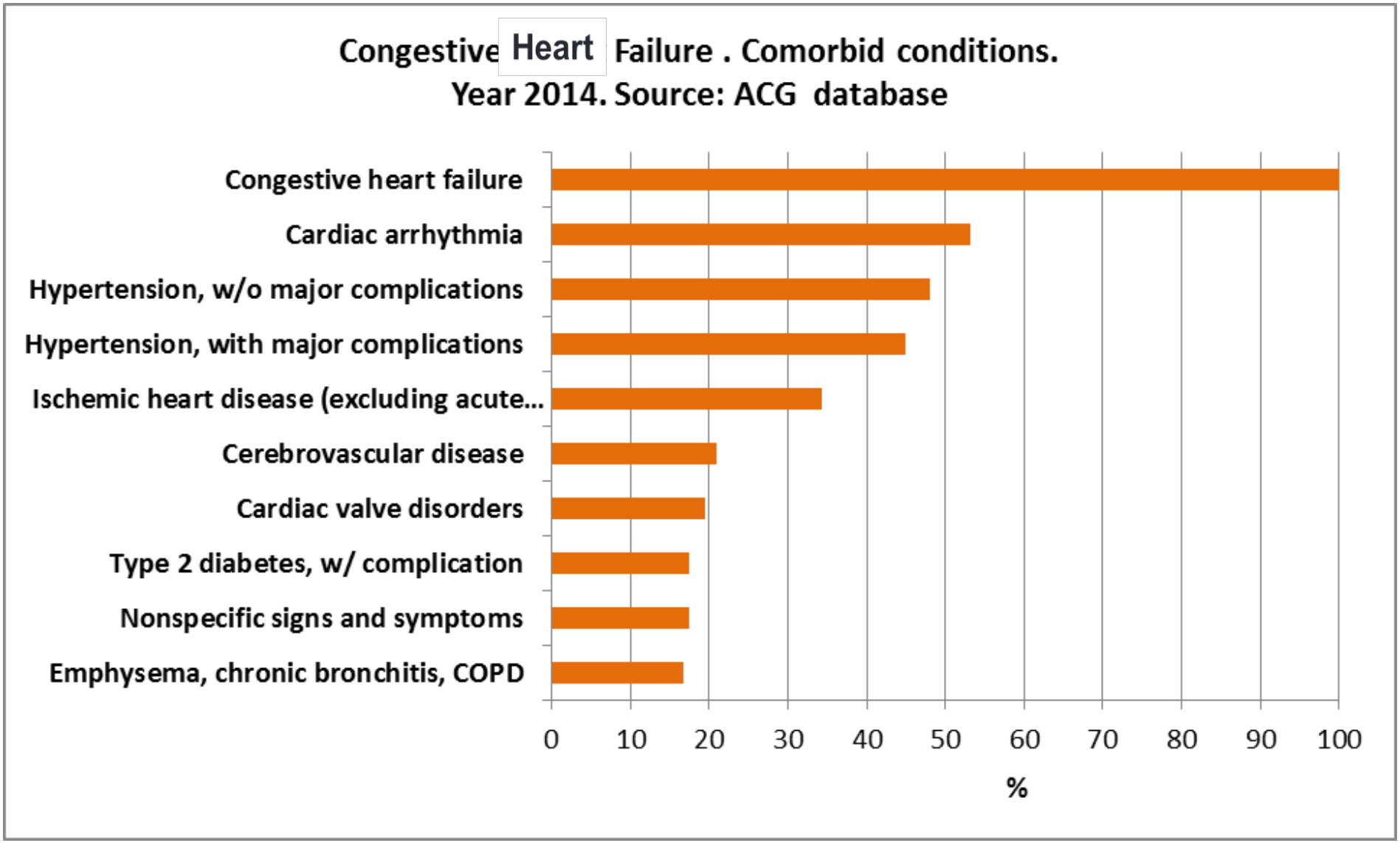
Demenza (diagnosi o farmaci). Prevalenza in soggetti con età maggiore o uguale a 65 anni, per provincia vs Prevalenza in alcuni studi epidemiologici. Anno 2015. Fonte: archivio ACG



Major EDC =Malignancies. Prevalenza (per 100) e SMR



Lo scompenso cardiaco



Report di sintesi-SER

Report di sintesi per ciascun MMG o MGI con la descrizione della popolazione dei propri assistiti

REGIONE DEL VENETO

Progetto ACG (Adjusted Clinical Group) 2014-2015
Report per il Medico di Medicina Generale - Codice:000013

Che cos'è il Sistema ACG

La Regione del Veneto, nell'ambito della riorganizzazione dei servizi territoriali prevista dal PSSR 2012-2016, ha adottato il Sistema ACG (Adjusted Clinical Groups) come strumento di misurazione e di analisi delle condizioni di salute della popolazione al fine di identificarne i bisogni e conseguentemente strutturare la risposta assistenziale da parte del sistema sanitario regionale. Il sistema ACG®, sviluppato dalla Johns Hopkins University di Baltimora, è un sistema di classificazione di tutta la popolazione per livello di complessità assistenziale a partire dalle combinazioni di diagnosi presenti contemporaneamente nello stesso assistito. Si tratta di uno strumento di Risk Adjustment (come il sistema DRG lo è per i ricoveri ospedalieri) che consente il confronto tra gruppi di individui con problemi simili dal punto di vista dell'impatto assistenziale, del profilo generale di morbilità e di rischio (di ospedalizzazione, di elevato consumo di risorse). In questo report vengono presentati alcuni indicatori prodotti dal Sistema ACG a livello di singolo MMG e del complesso della ULSS di appartenenza.Ulteriori informazioni sul Sistema ACG sono disponibili nel sito: http://acg.regione.veneto.it/

1. Descrizione stato di salute assistiti

In questa sezione del report vengono presentati alcuni indicatori sulle condizioni di salute della popolazione misurate in termini di singole malattie, di combinazioni di malattie e di impatto atteso sul consumo di risorse e sull'ospedalizzazione. Le categorie prognostiche prodotte dal Sistema ACG sono ottenute a partire dai codici di diagnosi ICD9, ICD10 e ICPC provenienti dai flussi informativi sanitari e dai codici ATC dei farmaci prescritti.Nella Tabella 1 sono riportati alcuni indicatori demografici e alcuni indicatori di output del sistema ACG relativi alla popolazione assistita dal MMG e alla popolazione residente nell'ULSS di appartenenza (in totale e limitatamente ai soli assistiti dai MMG). Nelle Tabelle 2 e 3 vengono presentati i dati di prevalenza e alcuni indicatori di output del sistema ACG per tre patologie specifiche: BPCO (criterio di selezione in base solo a diagnosi o in base a diagnosi + farmaci per la broncoreattività), Diabete (criterio di selezione in base a diagnosi o farmaci antidiabetici) e Scompenso Cardiaco (criterio di selezione in base a diagnosi).

Alcune definizioni utilizzate nelle Tabelle 1,2,3:

Peso medio (Case-mix)
Valore medio dei Pesi ACG-specifici calcolati come rapporto tra costo medio dei soggetti appartenenti a una categoria ACG e costo medio della popolazione generale. Rappresenta il consumo atteso di risorse dei soggetti classificati in ogni ACG. Nella popolazione generale è per costruzione pari a 1; calcolato a livello di sotto-popolazioni (per classe di età, per diagnosi, per area territoriale, ecc.) esprime il bisogno atteso di risorse assistenziali in rapporto alla popolazione generale (Indice di Morbilità).

Numero Condizioni Croniche
Numero di condizioni croniche calcolato per ogni soggetto a partire da specifiche categorie diagnostiche (EDC) selezionate in base a criteri di durata della patologia e di impatto sulla salute e sullo stato funzionale.

ADGs (Aggregated Diagnosis Groups)-Problemi di salute
Rappresentano gli elementi di base della classificazione per ACG. Sono costituiti da 32 categorie diagnostiche che raggruppano diagnosi simili per bisogno assistenziale atteso.Vengono definiti sulla base dei codici di diagnosi (ICD9, ICD10, ICPC) considerando cinque parametri clinici: durata, severità, certezza diagnostica, eziologia e necessità di cure specialistiche. Nel processo di assegnazione degli ADG, diverse diagnosi possono essere raggruppate nello stesso ADG in base all'impatto atteso sul fabbisogno di risorse sanitarie. Ad una stessa persona possono essere associati più ADG.

RUBs (Resource Utilization Bands)
Aggregazioni di ACG in base al consumo atteso di risorse. Stratificano la popolazione per livelli crescenti di complessità assistenziale (classi di rischio).

Numero Principi Attivi
Numero di principi attivi calcolato per ogni soggetto a partire dagli ATC dei farmaci prescritti.

Tabella 1. Indicatori di sintesi demografici e di output del sistema ACG. Anno 2014

Indicatori	Codice MMG:000013	Totale ULSS:20-Verona	Solo pop. MMG ULSS:20-Verona
Totale assistiti	1004	481892	408522
Percentuale donne	48,7%	51,6%	52,2%
Percentuale oltre 64 anni	23,5%	22,8%	26,5%
Percentuale oltre 74 anni	12,1%	12,1%	14,0%
Case-mix (peso medio)	1,15	1,00	1,10
Percentuale pazienti con almeno una condizione ad alta probabilità di ospedalizzazione	7,1%	5,1%	5,8%
Percentuale pazienti con almeno 3 condizioni croniche	13,0%	9,2%	10,7%
Percentuale pazienti con almeno 3 problemi di salute (ADGs) maggiori	1,8%	1,7%	2,0%
Prevalenza diabete per 1000 assistiti (da diagnosi o farmaci antidiabetici)	50,8	53,3	62,0
Prevalenza BPCO per 1000 assistiti (da diagnosi o farmaci per la broncoreattività)	40,8	103,7	87,6
Prevalenza BPCO per 1000 assistiti (solo da diagnosi)	3,0	6,4	7,4
Prevalenza scompenso per 1000 assistiti (solo da diagnosi)	17,9	15,3	17,8
Percentuale pazienti in terapia per cancro	0,8%	0,5%	0,6%
N° medio di diagnosi croniche e acute (EDC) (per assistito)	1,4	1,2	1,3
N° medio principi attivi farmaci rimborsati dal SSN (per assistito)	2,1	2,6	2,8

Tabella 2. Prevalenza patologie specifiche per 1.000 assistiti. Anno 2014

	N pazienti	Prevalenza*1000	Peso Medio	Numero medio condizioni croniche	Numero medio principi attivi
BPCO (da diagnosi o farmaci per la broncoreattività)	41	40,8	2,1	1,9	5,4
BPCO (solo da diagnosi)	3	3,0	5,0	4,3	6,7
DIABETE (da diagnosi o farmaci antidiabetici)	51	50,8	2,7	3,7	6,6
SCOMPENSO (solo da diagnosi)	18	17,9	6,7	6,6	9,8

Tabella 3. Assistiti con patologie specifiche per RUB. Anno 2014

		Utilizzatore sano	Basso	Moderato	Elevato	Molto elevato
	N	%	%	%	%	%
BPCO (da diagnosi o farmaci per la broncoreattività)	41	17,1	24,4	48,8	9,8	0
BPCO (solo da diagnosi)	3	0	0	33,3	66,7	0
DIABETE (da diagnosi o farmaci antidiabetici)	51	2,0	35,3	47,1	11,8	3,9
SCOMPENSO (solo da diagnosi)	18	0	0	50,0	27,8	22,2

Report
(MMG o MGI) vs ULSS
ULSS vs REGIONE

- Sintetico
- Introduzione

  Che cos'è il Sistema ACG

- Struttura semplice (sezioni…)

  1. Descrizione stato di salute assistiti

  2. Descrizione utilizzo delle risorse

- Autoesplicativo (introduzione, definizioni, riferimenti al periodo di analisi e alla popolazione analizzata)

- Tabelle e grafici

1. Descrizione stato di salute assistiti

Tabella 1. Indicatori di sintesi demografici e di output del sistema ACG. Anno 2015

Indicatori	MGI	Totale ULSS:6-Vicenza	Solo pop. MMG ULSS:6-Vicenza
Totale assistiti	8526	322118	274733
Percentuale donne	51,8%	51,3%	51,8%
Percentuale oltre 64 anni	22,5%	21,7%	25,2%
Percentuale oltre 74 anni	10,4%	11,1%	12,9%
Case-mix (peso medio)	0,96	1,00	1,10
Percentuale pazienti con almeno una condizione ad alta probabilità di ospedalizzazione	4,7%	4,7%	5,4%
Percentuale pazienti con almeno 3 condizioni croniche	6,2%	7,0%	8,1%
Percentuale pazienti con almeno 3 problemi di salute (ADGs) maggiori	1,1%	1,5%	1,7%
Prevalenza diabete per 1000 assistiti (da diagnosi o farmaci antidiabetici)	55,1	55,8	64,8
Prevalenza BPCO per 1000 assistiti (da diagnosi o farmaci per la broncoreattività)	101,6	99,2	93,2
Prevalenza BPCO per 1000 assistiti (solo da diagnosi)	5,3	5,9	6,8
Prevalenza scompenso per 1000 assistiti (solo da diagnosi)	11,7	13,8	16,1
Percentuale pazienti in terapia per cancro	0,5%	0,5%	0,5%
N° medio di diagnosi croniche e acute (EDC) (per assistito)	0,9	0,9	1,0
N° medio principi attivi farmaci rimborsati dal SSN (per assistito)	2,6	2,5	2,8

Indicatori demografici

Quota di popolazione più complessa

Prevalenza patologie croniche

Report ACG : indicatori di utilizzo di risorse e di performance

Tabella 4. Indicatori di sintesi: utilizzo delle risorse e indici di predittività del sistema ACG. Anno 2015

Indicatori	MGI:ASS_1080037	Totale ULSS:8-Asolo	Solo pop. MMG ULSS:8-Asolo
Ricoveri per 100 assistiti (escluso Parti e Traumatismi)	10,7	9,3	10,1
Accessi in pronto soccorso per 100 assistiti (escluso accessi esitati in ricovero ospedaliero)	22,6	22,4	21,5
Costo farmaci medio	276,3	228,1	263,6
Costo totale medio osservato	1.029,55	884,51	987,48
Costo totale osservato	21.955.066		
Costo totale atteso (aggiustato per ACG)	22.188.979		
Rapporto costo totale osservato/atteso	0,99	1,00	1,02
Percentuale assistiti con elevata probabilità (>50%) di alto costo nell'anno successivo	1,5%	1,2%	1,4%
Percentuale assistiti con elevata probabilità (>50%) di ospedalizzazione nell'anno successivo	0,5%	0,4%	0,4%

Cure integrate e rimodulazione delle competenze professionali:

DGR
2271/2013

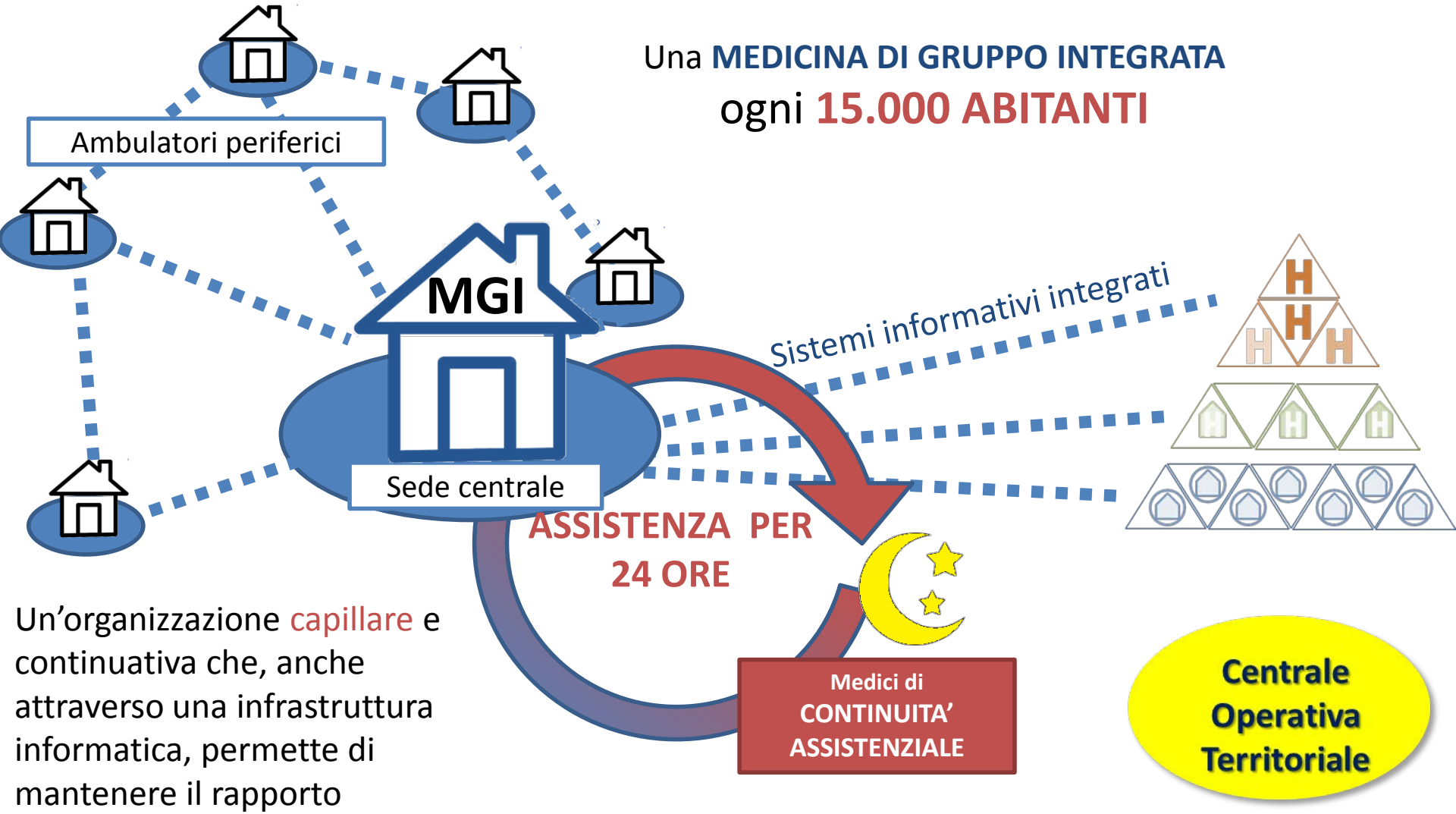
Il modello veneto del distretto

DGR 751/2015

Organizzazione delle cure primarie

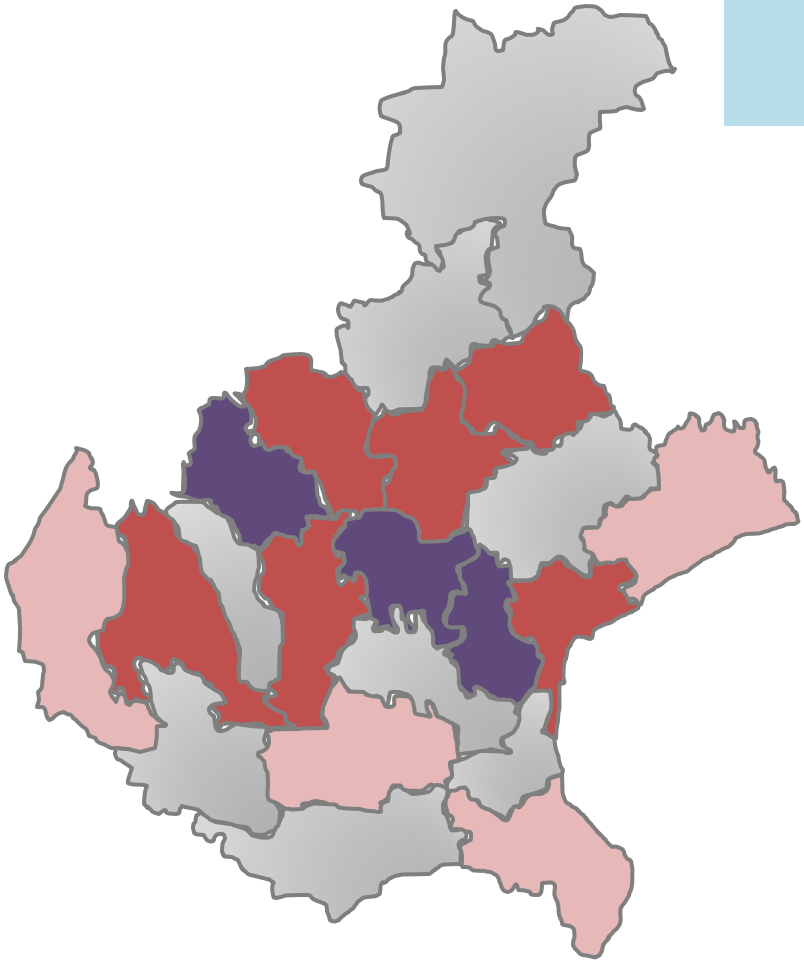
Una **MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA**

ogni **15.000 ABITANTI**



Un'organizzazione capillare e continuativa che, anche attraverso una infrastruttura informatica, permette di mantenere il rapporto fiduciario con il paziente

- Utilizzi in supporto al management di patologie croniche nelle Medicine di Gruppo Integrate



- ACG estrae liste di pazienti a supporto dei percorsi previsti nei contratti di esercizio delle MGI e in particolare
  - Scompenso Cardiaco
  - BPCO
  - Diabete
  - Altre patologie croniche con elevato consumo di risorse (RUB4 e 5)

- Sviluppo di indicatori in ACG a supporto delle Medicine di Gruppo Integrate

H

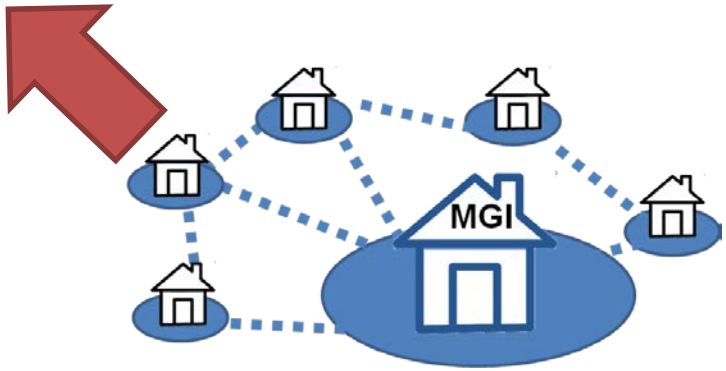
Strutture di ricovero intermedie

I SERVIZI DI «CURA PIÙ VICINA AL DOMICILIO»

Hospice

Ospedale di Comunità

URT



Integrazione tra ospedale e domicilio : le cure intermedie

Ospedale di Comunità (stabilizzazione adattamento a recente disabilita’	Unita’ di riabilitazione territoriale (recupero funzionale)	Centri per decadimento cognitivo e demenze (per pazienti con demenza) (CDCD- SAPA)	Hospice (cure palliative)

- **Luoghi piu’ vicini a casa**
- **Residenzialita’ temporanea**
- **Focalizzati sulla funzionalità e non su diagnosi o procedure**
- **Uso di traiettorie prognostiche**

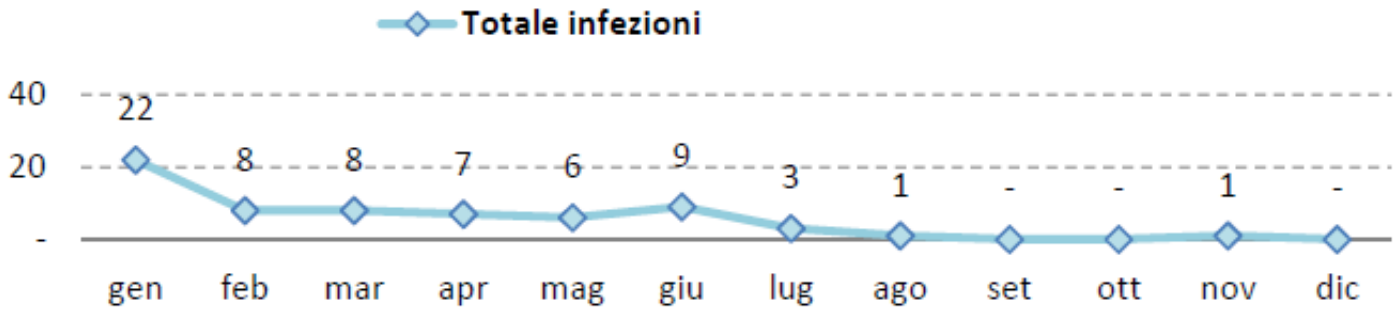
Ospedali di Comunità : indici di attivita'

		Indici			
		2015	2014	2013	2012
DM	degenza media	26,7 gg	25,6 gg	27,9 gg	27,1 gg
TO	tasso di occupazione	99,73%	99,76%	99,89%	99,95%
IT	intervallo turnover	0,07 gg	0,06 gg	0,03 gg	0,01 gg
IR	indice rotazione	13,8 p.l.	14,1 p.l.	13,2 p.l.	13,5 p.l.
%D	percentuale decessi	4%	7%	3%	7%

Indicatori di qualita' dell'assistenza

Rilevazione infezioni

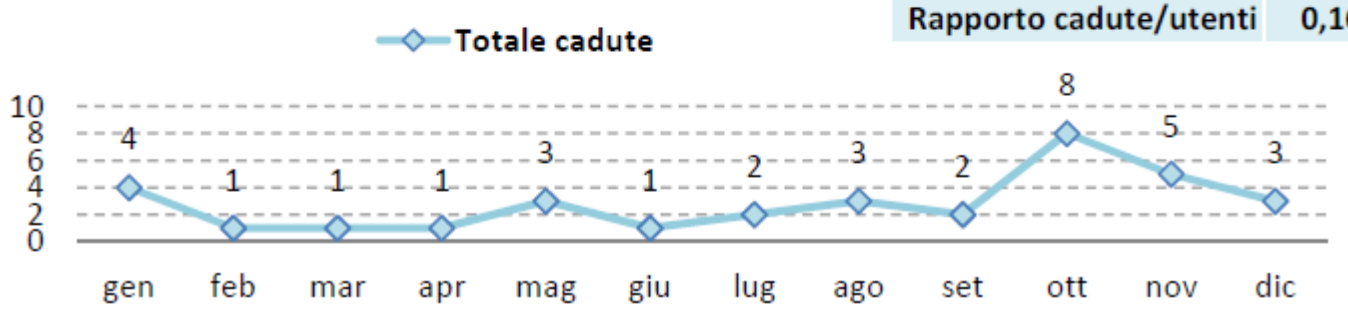
Tipo infezioni	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	TOT
Urinarie	5	1	1	1	-	2	1	-	-	-	1	-	12
												Numero medio infezioni urinarie	0,06
Non urinarie	17	7	7	6	6	7	2	1	-	-	-	-	53
												Numero medio infezioni non urinarie	0,26
Totale infezioni	22	8	8	7	6	9	3	1	-	-	1	-	65
												Numero utenti nel periodo	207
												Rapporto infezioni/utenti	0,31



Indicatori di qualita' dell'assistenza

Andamento cadute

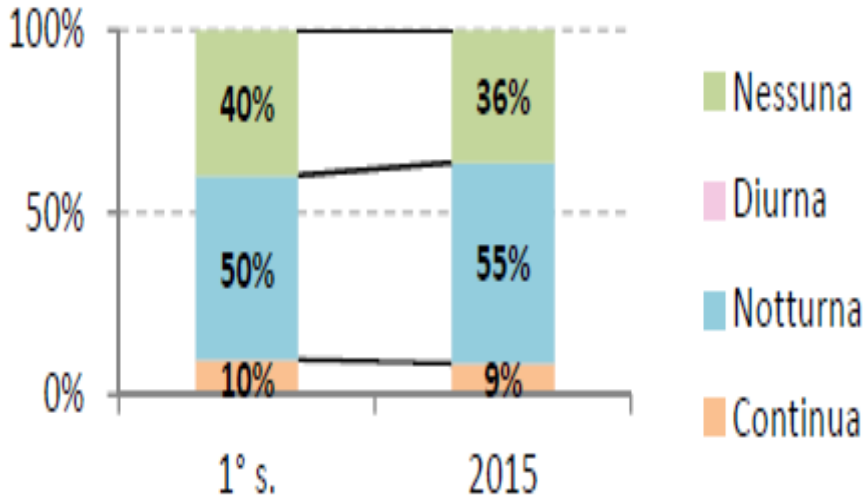
Tipo cadute	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	TOT
Lievi	2	1	1	1	3	1	1	2	2	7	5	3	29
												Numero medio cadute lievi	0,14
Moderate	2	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	5
												Numero medio cadute moderate	0,02
Gravi		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
												Numero medio cadute gravi	0,00
Totale cadute	4	1	1	1	3	1	2	3	2	8	5	3	34
												Numero utenti nel periodo	207
												Rapporto cadute/utenti	0,16



Indicatori di qualita' dell'assistenza:

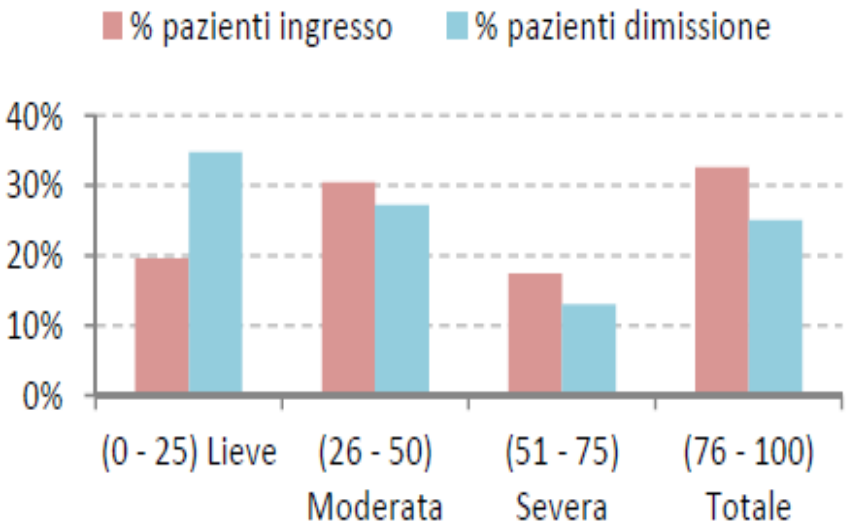
Utilizzo di contenzione

Tipologia	1° s.	2015
Nessuna	41	75
Diurna	0	0
Notturna	52	114
Continua	10	18
Nr. utenti	103	207



Esiti funzionali al congedo: indice di Barthel

Barthel index		
Grado di dipendenza	% pazienti ingresso	% pazienti dimissione
(0 - 25) Lieve	19,6%	34,8%
(26 - 50) Moderata	30,4%	27,2%
(51 - 75) Severa	17,4%	13,0%
(76 - 100) Totale	32,6%	25,0%
	100%	**100%**

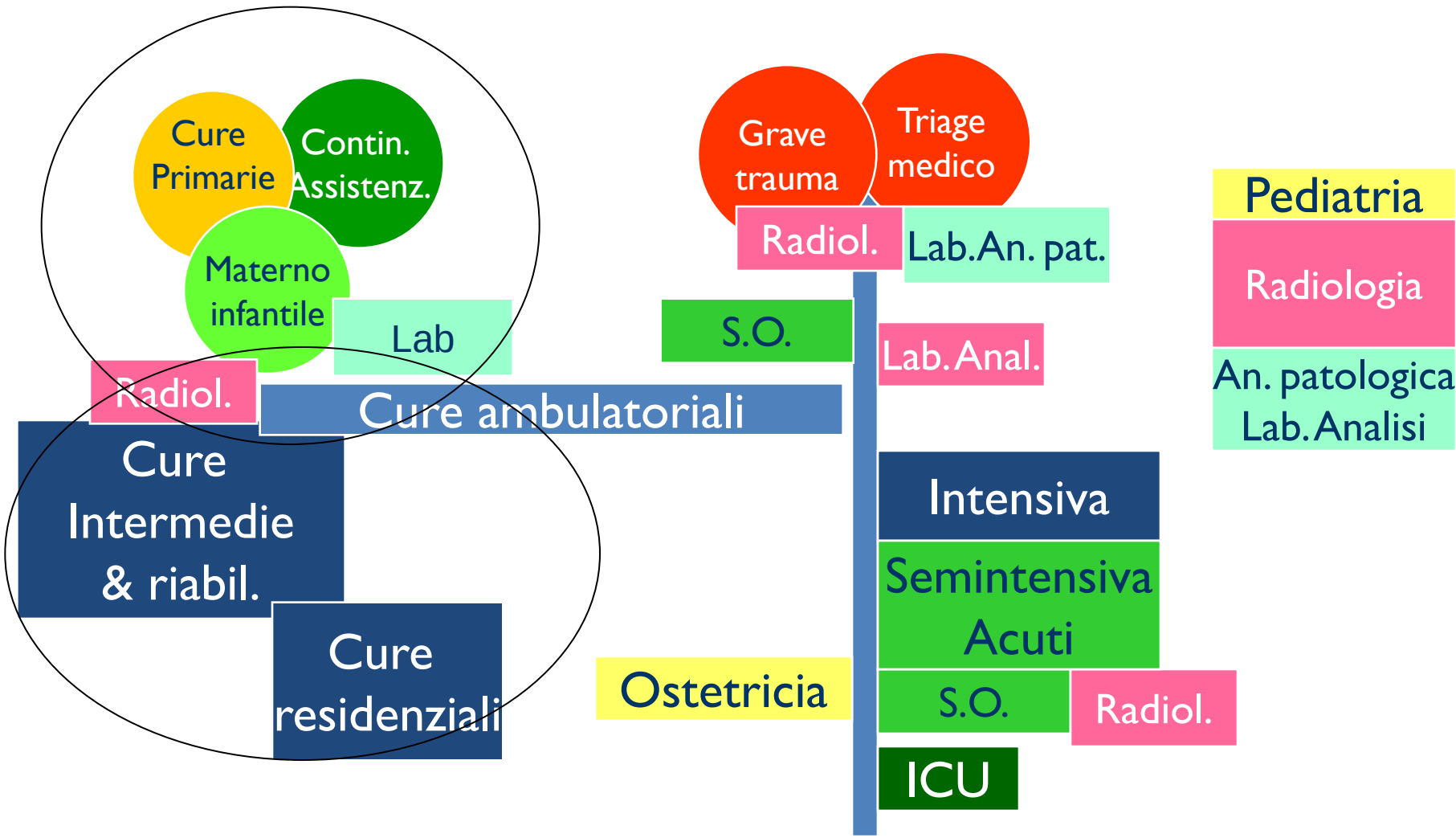


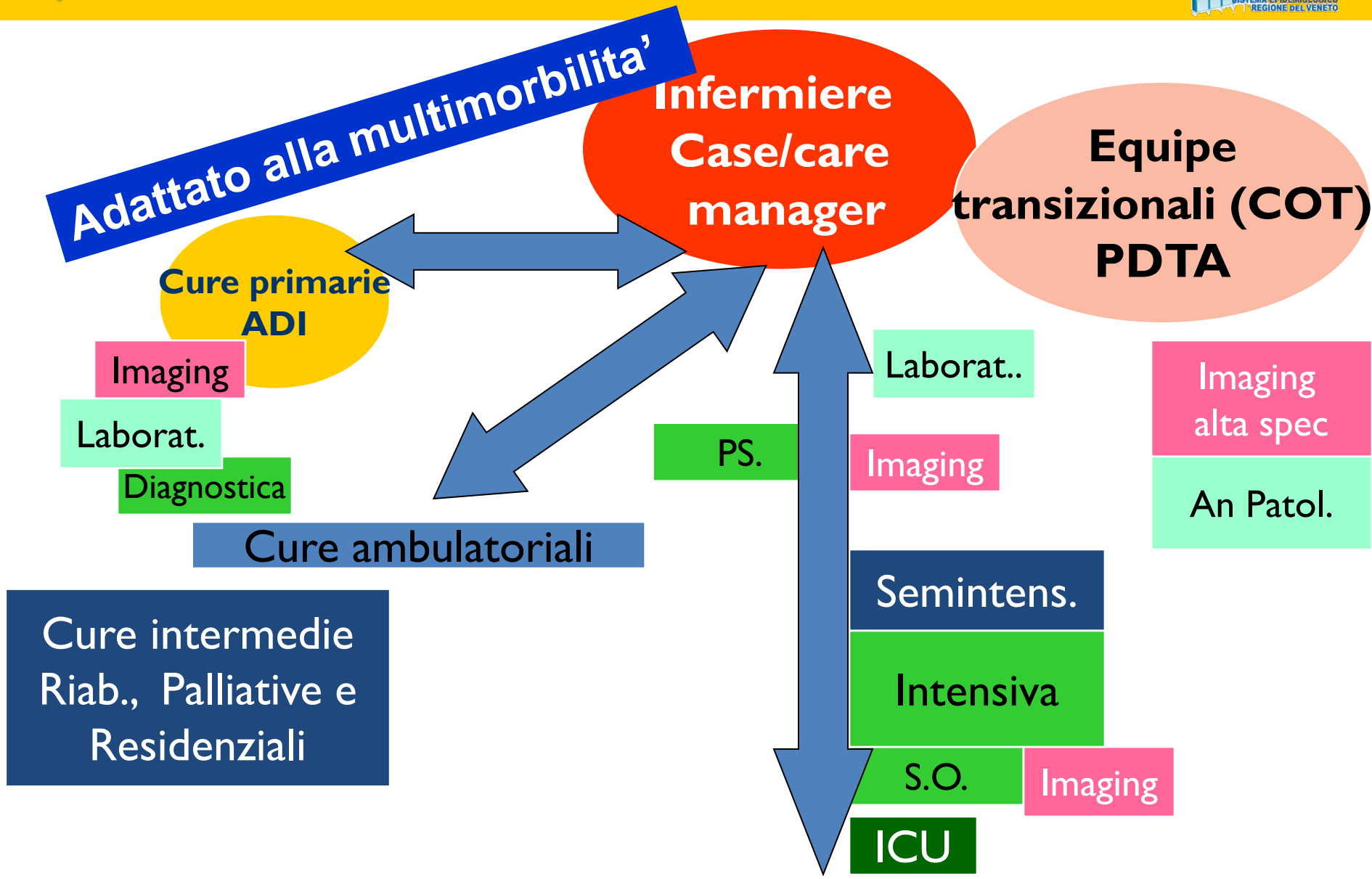
Esiti funzionali al congedo

	Funzioni recuperate	Funzioni stabilizzate	Funzioni peggiorate	Decessi	Totale degenze
Nr. Pazienti	54	41	4	4	103
%	52%	40%	4%	4%	100%
Δ Barthel index	Δ > 0	Δ = 0	Δ < 0		

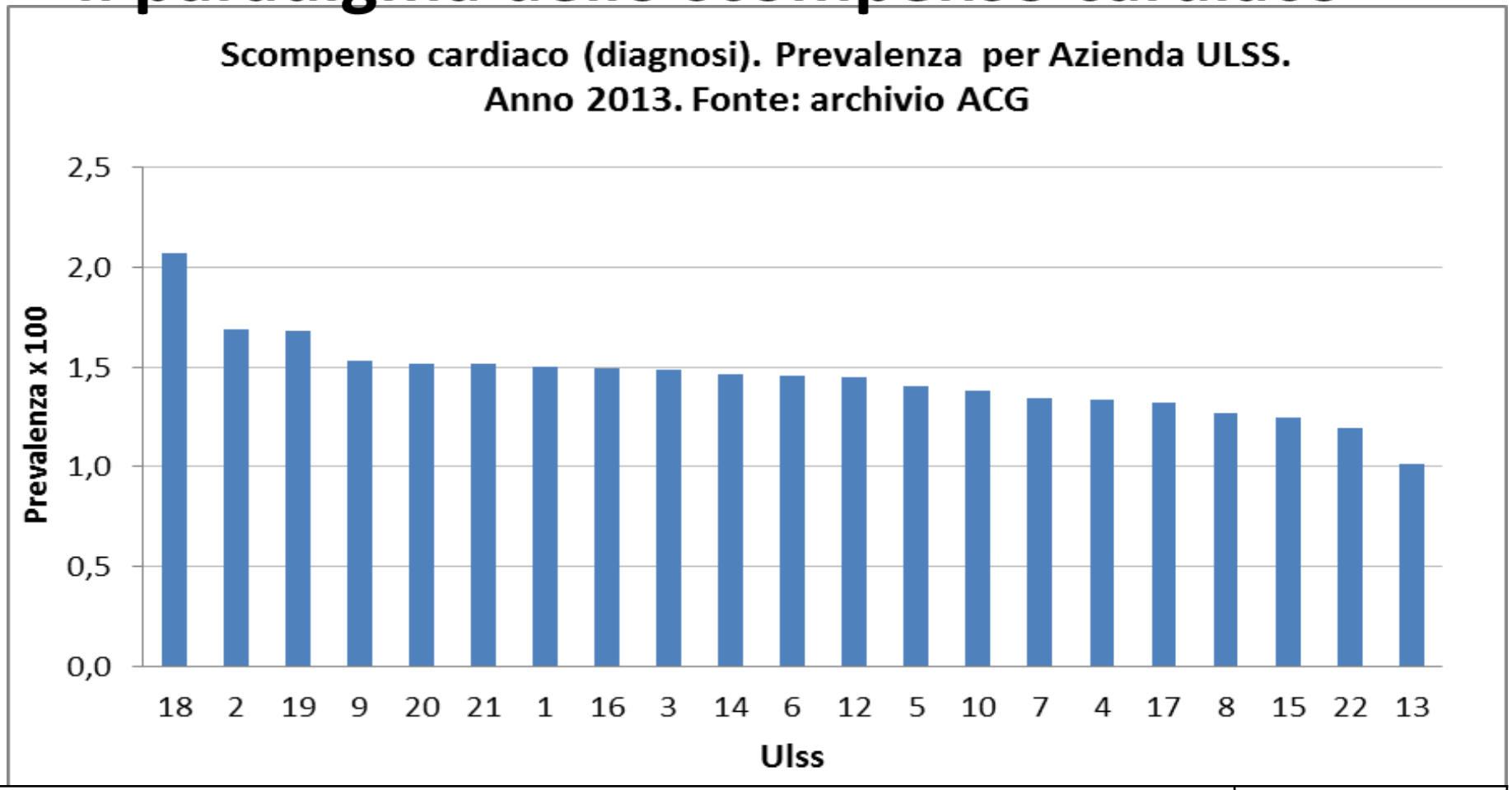
Cure integrate e rimodulazione delle competenze professionali: Infermiere care-manager

Ospedale-territorio : cure intermedie come ponte



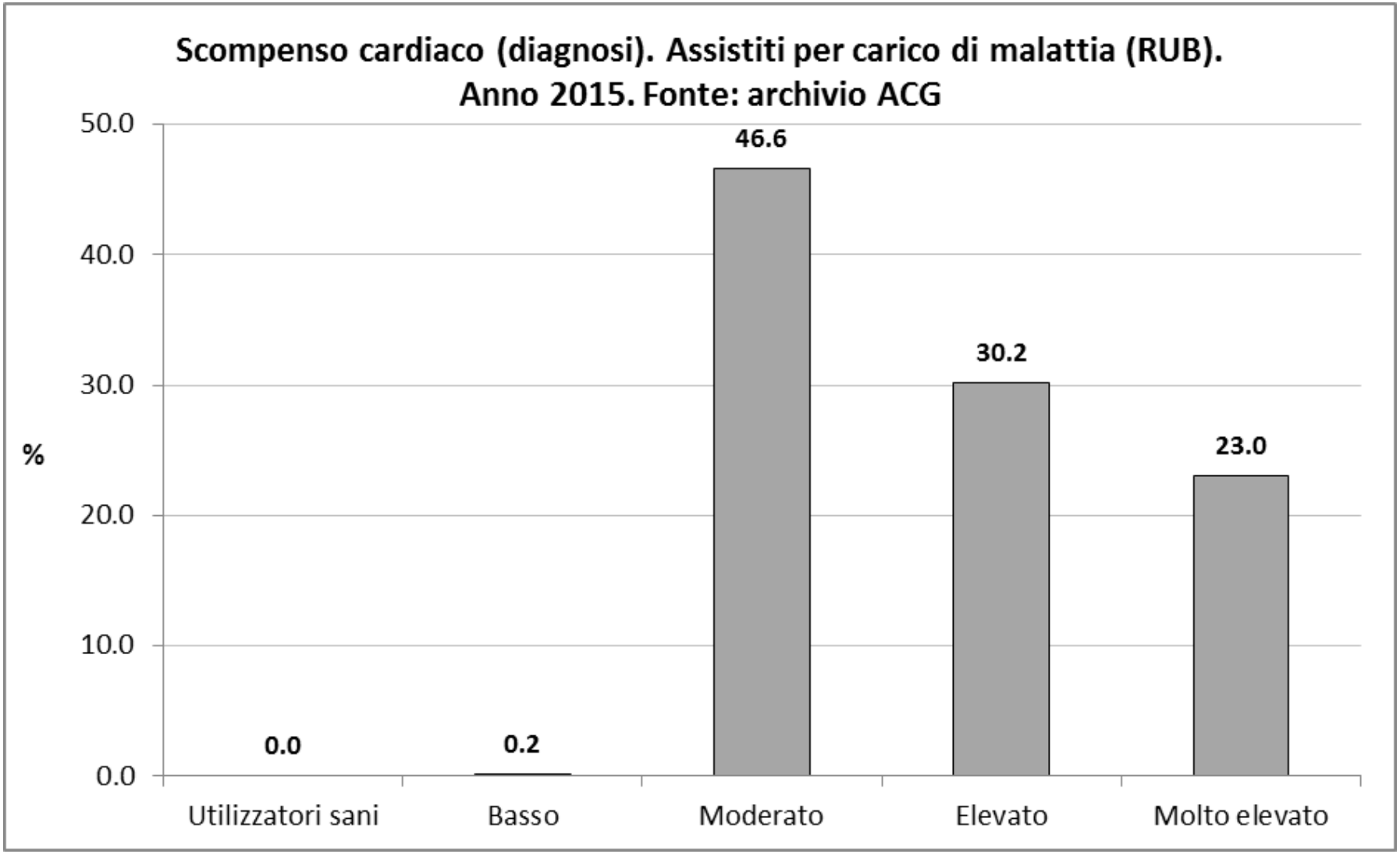

Adattato alla multimorbilita'
Infermiere Case/care manager
Equipe transizionali (COT) PDTA
Cure primarie ADI
Imaging
Laborat.
Diagnostica
Cure ambulatoriali
Cure intermedie Riab., Palliative e Residenziali
Laborat..
PS.
Imaging
Imaging alta spec
An Patol.
Semintens.
Intensiva
S.O.
Imaging
ICU

Il paradigma dello scompenso cardiaco



N. pazienti con scompenso nel 2014 in Veneto	70.828
N. Pazienti con scompenso nel 2015 in Veneto	72.875

CARICO DI MALATTIA



Ha 5 condizioni croniche, compreso lo scompenso cardiaco e un'iniziale demenza

22 prescrizioni per 8 farmaci

19 visite ambulatoriali

3 ricoveri ospedalieri

6 settimane in ospedale

5 mesi in assistenza domiciliare

1 mese di riabilitazione

5 Lettere di dimissione dai medici curanti

Seguita da 14 diversi Medici, 2 Assistenti Sociali, 5 Terapisti, 37 Infermieri

INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA

MACRO ATTIVITA'

- Percorsi assistenziali per i pazienti più complessi
- Continuità assistenziale e assistenza domiciliare
- Teleassistenza

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Favorire l'implementazione dei PDTA per pazienti con SC
2. Promuovere la diffusione di un modello organizzativo che garantisca la gestione bidirezionale integrata del paziente tra il Dipartimento cardiologico ospedaliero e i servizi del territorio
3. Promuovere forme di collaborazione professionale intra ed extraospedaliere, finalizzate al miglioramento dell'assistenza, anche all'interno di ambulatori dedicati, in particolare per i pazienti con SC avanzato, a più alta complessità di cura e per i portatori di dispositivi cardiaci.

OBIETTIVI GENERALI

Prevenire le riacutizzazioni
gestione attiva e intensiva
anche la telemedicina ed

i assistenza domiciliare e/o
emedicina) per parametri
ne

INDICATORI
- % di soggetti in assistenza domiciliare
- % di pazienti seguiti a domicilio e in teleassistenza

OBIETTIVI SPECIFICI

- Favorire la diffusione e l'implementazione delle linee guida
- Ridurre la frammentazione dei percorsi
- Implementare modelli di monitoraggio della stabilità clinica del paziente nel territorio attraverso una organizzazione che tenga il più possibile a domicilio il paziente
- Migliorare la formazione del personale sanitario e non nella gestione della malattia
- Implementare l'uso della telemedicina e del controllo a distanza dei pazienti più anziani, in particolare nelle aree più disagiate
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato.

– % di pazienti seguiti a domicilio e in teleassistenza

EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

4

MACRO ATTIVITA'

- Il piano di cura personalizzato e l'assistenza proattiva
- Il «patto di cura» e l'empowerment
- Educazione terapeutica strutturata

OBIETTIVI

- Garantire un'assistenza sanitaria e sociosanitaria centrata sui bisogni e le caratteristiche personali e socio-ambientali del paziente
- Promuovere l'empowerment della persona con cronicità e migliorare la capacità di gestione della malattia nel proprio contesto familiare e sociale attraverso lo strumento della terapia educazionale

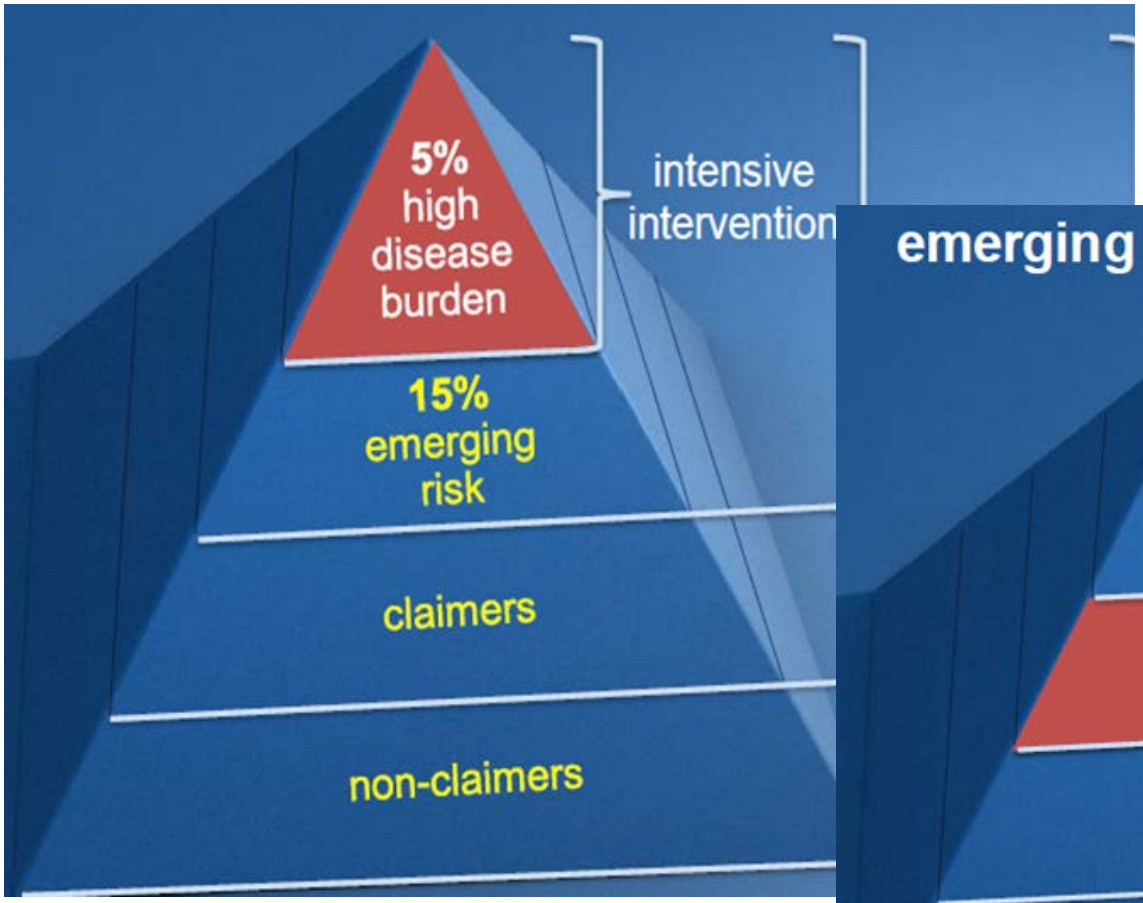
LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

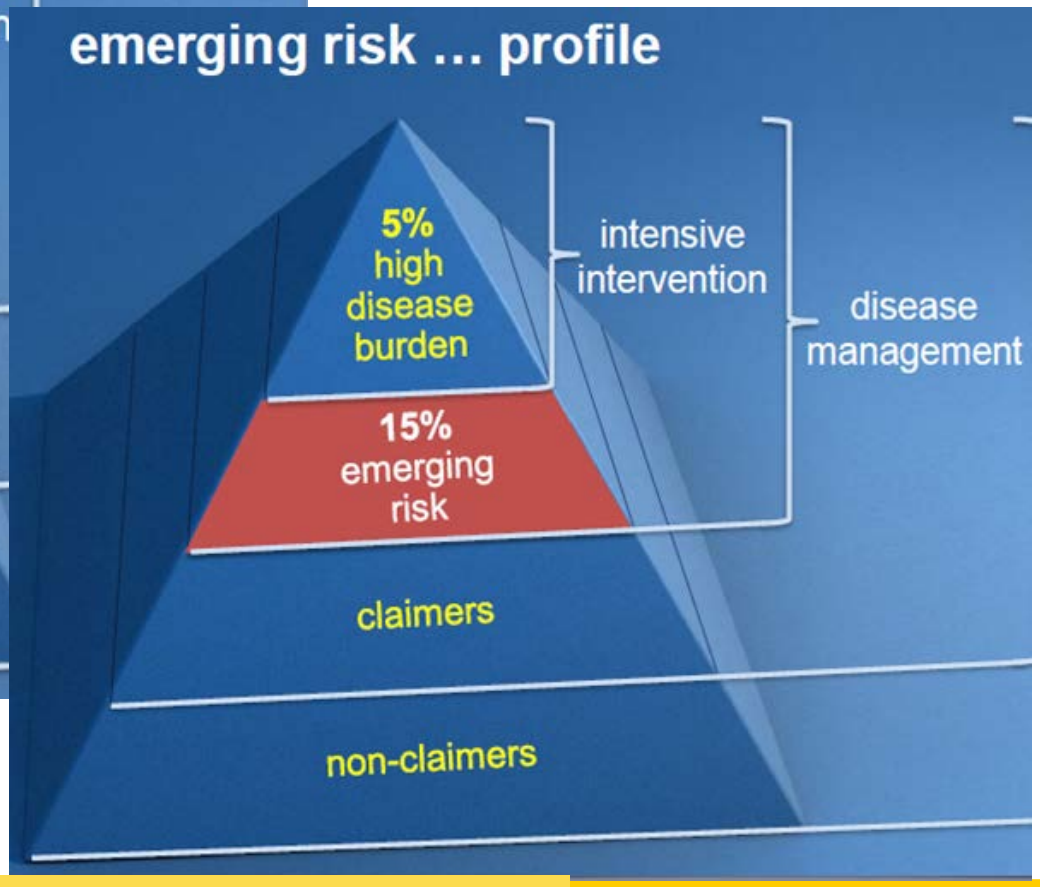
1. sviluppare programmi di assistenza centrati sul paziente che tengano conto non solo della condizione clinica ma anche dei bisogni psicosociali
2. definire programmi di assistenza concepita e strutturata in una logica pro-attiva ('Managed Care'), attraverso la definizione di un Piano di cura personalizzato, condiviso tra i vari attori e consolidato attraverso il 'Patto di Cura
3. sperimentare modalità di intervento che favoriscono lo sviluppo dell'ability to cope e lo sviluppo delle abilità di auto-cura
4. sostenere le attività di formazione e informazione dei pazienti e delle loro famiglie
5. promuovere l'adozione di modelli e di percorsi di educazione terapeutica strutturata che coinvolgano il paziente e i suoi caregiver
6. promuovere l'utilizzo di metodi per l'empowerment del paziente per formare e informare le persone con cronicità e tutti gli operatori sanitari e non sanitari coinvolti (es. modello Stanford)
7. diffondere la capacità di praticare educazione terapeutica efficace
8. promuovere la creazione di un "knowledge network", tra le regioni, inteso come una rete di conoscenze sull'empowerment
9. favorire iniziative di ricerca e intervento, fondate su strategie validate, sulla valutazione dell'empowerment e sullo sviluppo di competenze degli operatori sanitari e delle comunità
10. individuare modelli di analisi e strumenti condivisi di rilevazione e monitoraggio dell'efficacia dell'empowerment del paziente

RISULTATI ATTESI

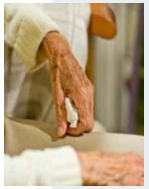
Miglioramento del livello di soddisfazione e della qualità della vita del paziente e del professionista e miglioramento dei risultati clinici.

Population health management: Alto rischio e rischio emergente





Stratificazione del rischio

REAL TIME	**Usati da clinico durante il contatto con il malato per conoscere il profilo di rischio del paziente per un determinato evento per mettere in atto gli interventi più appropriati per quel paziente (ad esempio paziente ricoverato)**
CASE FINDING	Utilizza una piattaforma software che utilizzando fonti da database clinici (amministrativi) applica un certo algoritmo identificare in una lista di pazienti (nella popolazione) **quelli ad alto rischio di sviluppare un evento.**
MODELLI MISTI 	**Prevedo entrambi gli approcci:** prima viene applicato un case-finding e poi un secondo filtro da parte del clinico

Liste di Care Management prodotte da ACG in base al rischio futuro di ospedalizzazione e alto costo

Johns Hopkins ACG System 10.0.1

File Edit View Analyze Tools Help

ACG2_120_V2.acgd | Care Management List | Care Management List

Care Management List for ACG2_120_V2.acgd Patient Count: 1.000

Cases | Report Options

Patient Id	Age	Sex	Total Cost	Rescaled Total Cost Resource Index	Probability High Total Cost	Probability IP Hospitalization	Unique Provider Count	Total Rx Gaps	Hospital Dominant Morbidity
120_1259568	75	1	39.403,48	29,60	0,95	0,75	0	2	
120_1168941	41	1	68.527,38	28,83	0,95	0,68	0	6	
120_919717	68	2	54.897,12	27,12	0,95	0,53	0	13	
120_817649	77	1	48.936,96	26,53	0,95	0,85	0	1	
120_791186	71	1	20.468,27			0,71	0	2	
120_984782	79	2	20.669,54			0,85	0	3	
						0,84	0	0	
						0,80	0	1	
						0,70	0	1	
						0,73	0	0	
						0,67	0		
120_1122156	57	2	36.708,43			0,51	0	11	
120_910100	74	1	21.374,26			0,68	0	1	
120_1258419	70	1	40.254,31			0,68	0	5	
120_1099562	68	1	28.244,88	24,61	0,95	0,74	0	19	
120_952725	73	2	8.259,35	24,28	0,95	0,50	0	2	
12					0,95	0,81	0	12	
12					0,95	0,83	0	0	
12					0,95	0,71	0	10	
12					0,95	0,85	0	22	
12					0,95				
12					0,95				
120_860996	84	1	17.306,56	23,56	0,95				
120_1128953	67	1	38.976,74	23,54	0,95				
120_823315	77	2	38.148,44	23,54	0,95				
120_934503	72	2	22.778,24	23,50	0,95				
120_1099587	73	1	26.400,30	23,45	0,95	0,57	0	10	
120_1255199	57	1	71.085,32	23,34	0,95	0,59	0	2	
120_1091337	71	1	27.449,80	23,28	0,95	0,72	0	5	
120_768842	84	1	28.868,88	23,27	0,95	0,70	0	4	
120_856195	67	1	88.121,39	23,24	0,95	0,37	0	0	
120_785986	74	1	20.895,65	23,22	0,95	0,71	0	0	
120_929953	52	1	45.236,22	23,19	0,95	0,50	0	2	
120_793596	80	2	21.315,08	22,93	0,95	0,75	0	4	

Costo totale osservato

Probabilità di appartenere al 5% di pazienti con più alto costo nell'anno successivo

Stima Costo totale nell'anno successivo (tot. popolazione=1)

Probabilità di ricovero nell'anno successivo

Single Patient Report => Fascicolo

Patient Clinical Profile Report

Patient Id	120_1078799
PCP Id	004059
Product	

Descriptive — informazioni descrittive

Age	68	Total Cost	€ 10.170
Gender	1	Rx Cost	€ 4.460
Resource Utilization Band	4		
Local Weight	10,71		

Models

DxRx-PM - total cost - lenient dx -> total cost

DxRx-PM - rx cost - lenient dx -> rx cost

Special Markers

Chronic Condition Count	7
Hospital Dominant Morbidity Types	0
Frailty Flag	N

Predictive Values

Probability High Total Cost	0,73
Predicted Total Cost Range	€ 7.500-€ 10.000
Probability High Rx Cost	0,97
Predicted Rx Cost Range	€ 3.000-€ 5.000

Common Condition Profile — condizioni croniche

Age-Related Macular Degeneration	NP	Bipolar Disorder	NP
Congestive Heart Failure	Rx	Depression	NP
Diabetes	TRT	Glaucoma	NP
Human Immunodeficiency Virus	NP	Disorders of Lipid Metabolism	NP
Hypertension	TRT	Hypothyroidism	NP
Immunosuppression/Transplant	BTH	Ischemic Heart Disease	NP
Osteoporosis	Rx	Parkinsons Disease	BTH
Persistent Asthma	NP	Rheumatoid Arthritis	NP
Schizophrenia	NP	Seizure Disorders	NP
COPD	NP	Chronic Renal Failure	ICD
Low Back Pain	NP		

NP = Not Present, ICD = ICD Indication, Rx = Rx Indication, BTH = ICD and Rx Indication, TRT = Treated with Pharmacy

High Impact Conditions — condizioni ad alto impatto

EDCs		Rx-MGs	
ADM03	Transplant status	ALLx050	Allergy/Immunology / Transplant
REN01	Chronic renal failure	ENDx030	Endocrine / Diabetes With Insulin

Moderate Impact Conditions — condizioni ad impatto moderato

EDCs | Rx-MGs

Patient Clinical Profile Report

Patient Id	120_1078799
PCP Id	004059
Product	

diagnosi da farmaci

EDCs		Rx-MGs	
CAR[illegible]	Cardiac arrhythmia	ALLx030	Allergy/Immunology / Chronic Inflammatory
CAR15	Hypertension, with major complications	CARx020	Cardiovascular / Congestive Heart Failure
END07	Type 2 diabetes, w/ complication	CARx050	Cardiovascular / Vascular Disorders
NUR03	Peripheral neuropathy, neuritis	ENDx040	Endocrine / Diabetes Without Insulin
NUR06	Parkinsons disease	GASx060	Gastrointestinal/Hepatic / Peptic Disease
		GSIx020	General Signs and Symptoms / Pain
		GURx010	Genito-Urinary / Acute Minor
		MUSx010	Musculoskeletal / Gout
		NURx040	Neurologic / Parkinsons Disease

diagnosi codificate

Low Impact Conditions — condizioni a basso impatto

EDCs		Rx-MGs	
CAR14	Hypertension, w/o major complications	CARx030	Cardiovascular / High Blood Pressure
GUR08	Urinary tract infections	ENDx010	Endocrine / Bone Disorders
NUR01	Neurologic signs and symptoms	INFx020	Infections / Acute Minor
NUR05	Cerebrovascular disease	ZZZx000	Other and Non-Specific Medications
NUR11	Dementia and delirium		

REGIONE DEL VENETO

acg JOHNS HOPKINS

REGIONE DEL VENETO

Care Management = coordinamento delle cure

Rivolto a pazienti con multimorbidita' e complessita' che non possono piu' essere gestiti da un singolo professionista per troppe patologie e condizioni co-presenti) :

- *Supera la frammentazione delle cure*
- *Team multi professionale: 1 infermiere di riferimento del paziente con ruolo proattivo, 1 MMG + specialista consulente*
- *Piano di cura condiviso anche con il care-giver*
- *Cura e monitora a casa, in ambulatorio e ovunque il paziente transita (non dove si cura ma come si cura).*
- *Selezione dei pazienti con sistemi esperti + priorita' del MMG*

UTILIZZO DEL SISTEMA ACG IN VENETO

Care Management nelle cure primarie Per ridurre i ricoveri inappropriati

Attivato un percorso pilota di **gestione dei casi complessi** in sinergia tra **2 MMG**, distretto e **2 infermieri domiciliari** per ogni ULSS

Approccio al care management basato sull' equipe .

- Presa in carico dei pazienti a più alto rischio di ospedalizzazione fino a 20 pazienti per infermiere/MMG.

Invito a entrare nel programma (lettera o invito da MMG) Consenso.

Visita a domicilio di infermiere care manager

Visita in ambulatorio Planning dell'assistenza

- Valutazione congiunta
- Piano di cura condiviso (MMG e Infermiere, ed ev. specialista)
- "Piano di Azione" per paziente e caregiver.
- Monitoraggio proattivo e follow-up
- Sorveglianza su ricoveri e accessi PS
- Piu' di 300 pazienti arruolati

Infermiere Care Manager*

- Infermieri/e formate e certificati/e che fanno riferimento ad una sola forma organizzata di medici di MG. (es MGI)
- L'infermiere/a collabora con i medici seguendo fino a 50 pazienti complessi ad alto rischio con multimorbidita'
- L'infermiere/a segue il paziente e diventa il suo riferimento;
- L'infermiere/a e' del paziente non del medico ne' dello studio e non cambia ad ogni accesso domiciliare.

* Adattato dal modello Guided Care

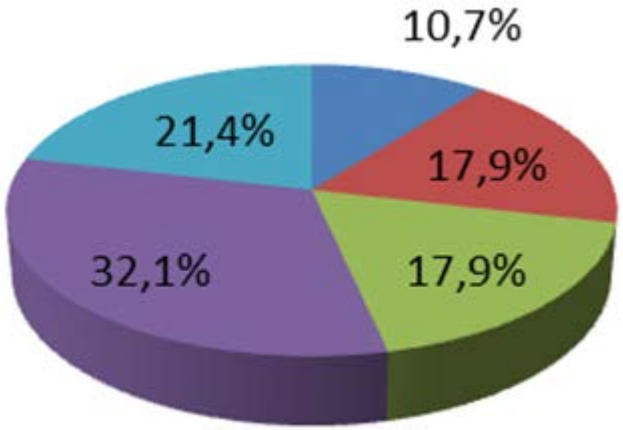
Boyd et al. *Gerontologist* 2007

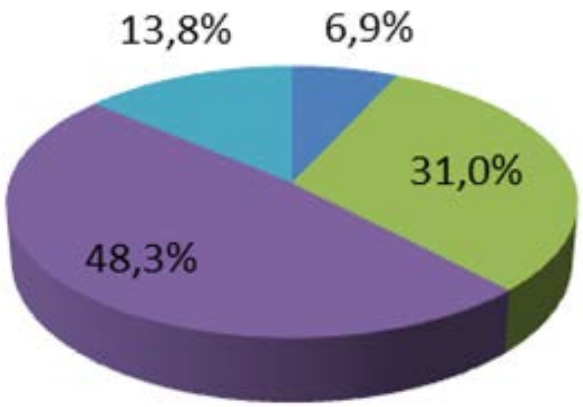
RISULTATI a 6 mesi di F-Up

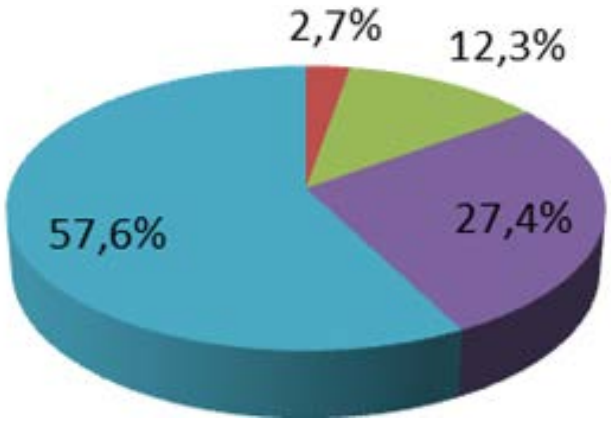
ESITI: ospedalizzazione e il ricorso al PS dei due gruppi di pazienti **tenendo conto del periodo di esposizione a partire dalla data di arruolamento nel programma di care management**.

	RR ospedalizzazione	95% Confidence Limits	
Si PCM vs No PCM	0.91	0.6	1.5
	RR Pronto Soccorso	95% Confidence Limits	
Si PCM vs No PCM	1.0	0.7	1.4
	HR al primo ricovero	95% Confidence Limits	
Si PCM vs No PCM	0.81	0.6	1.2

8.Come valuta la sua soddisfazione complessiva del progetto?





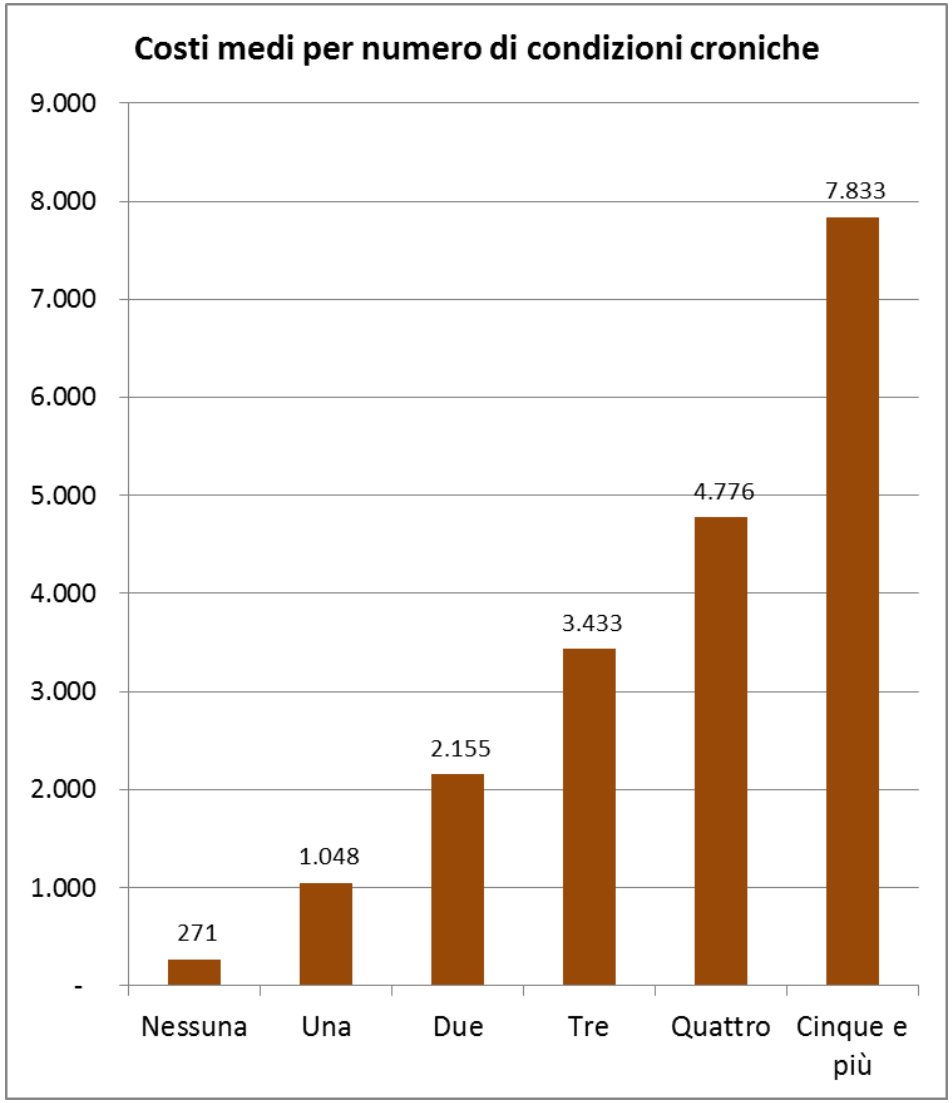


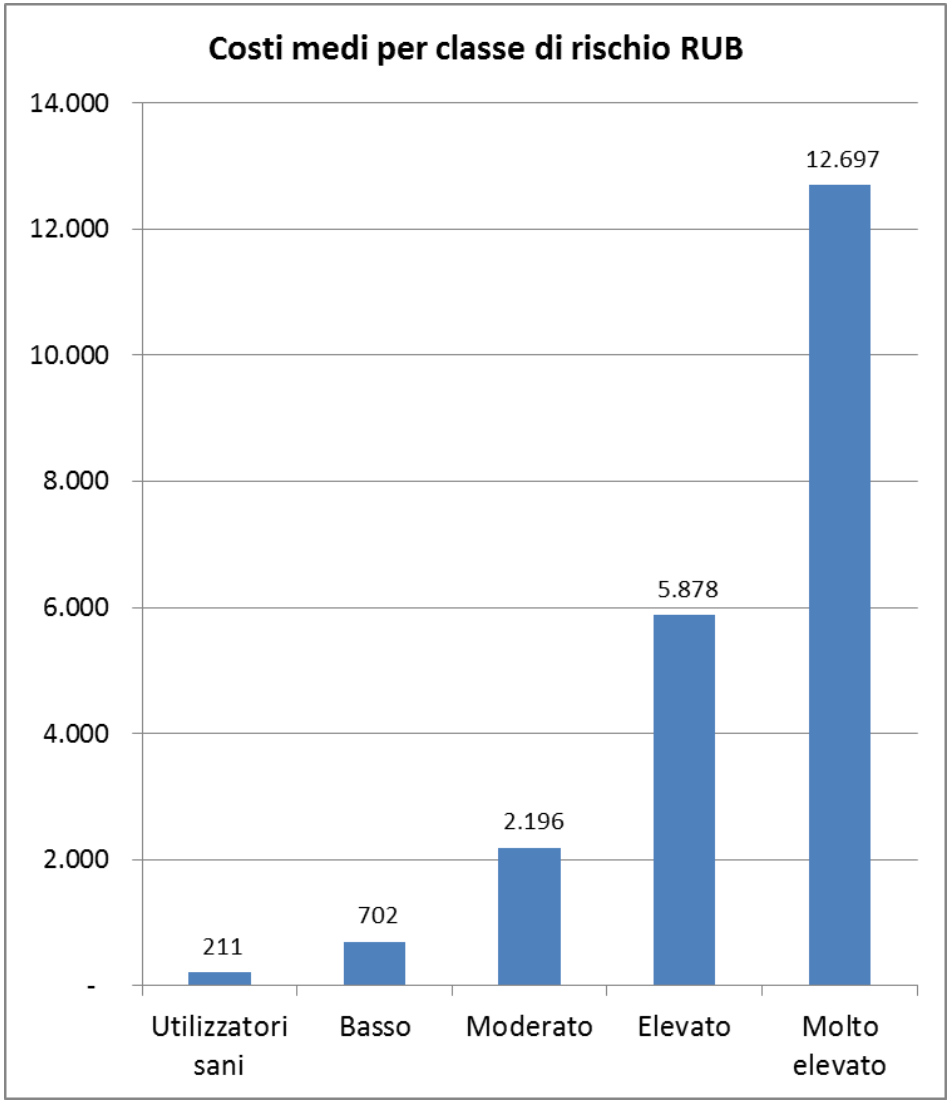
- 1 per nulla soddisfatto
- 2 abbastanza insoddisfatto
- 3 mediamente soddisfatto
- 4 soddisfatto
- 5 molto soddisfatto

MMG (72 %) **INFERMIERE (93%)** **PAZIENTE (97%)**

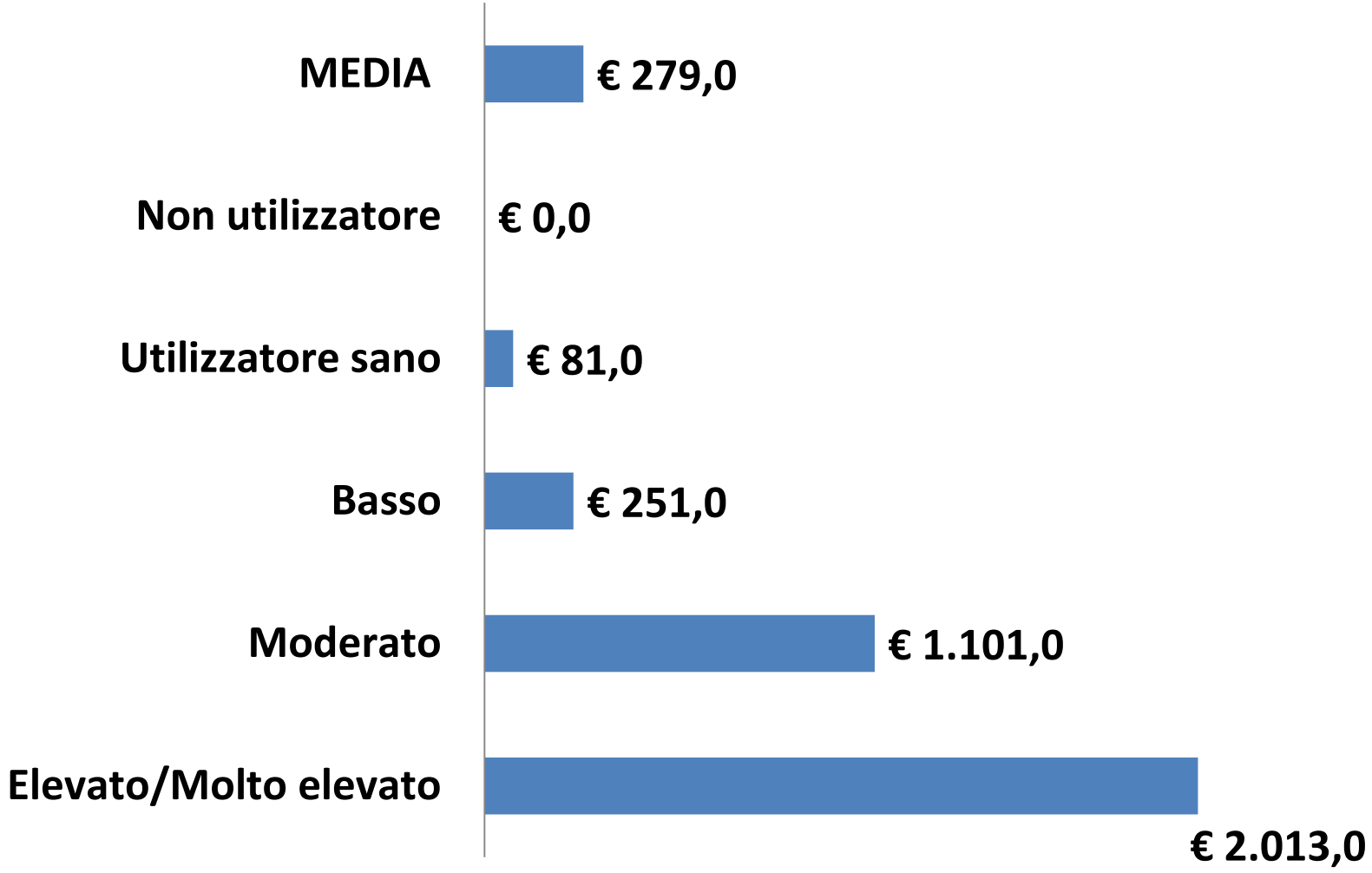
Nuovi sistemi di finanziamento : l'uso di ACG per i costi attesi

Le malattie croniche e la multimorbidita' sono la nostra misura del rischio: dati Regione Veneto 2014





Costo medio dei farmaci per RUB



Confronto tra costi osservati e costi attesi (indicatore di performance) con due diversi metodi di aggiustamento

MMG	N° assistiti	Osservati / Attesi per età e sesso	Osservato / Atteso anche con ACG
1	1582	1,21	
2	1530	1,19	
3	1488	1,27	

Confronti tra costi per l'assistenza aggiustati per casistica ACG

Popolazione	N	Peso Case-mix	Costo medio osservato	Costo medio atteso per case-mix	Osservato/ atteso
MGI Brendola	5.874	0,83	734,19	766,79	0,96
Altri MMG	151.531	1,07	986,86	995,26	0,99
Totale MMG ULSS 5	157.405	1,07	977,44	986,74	0,99

Fonte: Archivio regionale ACG 2014 – versione agosto 2015

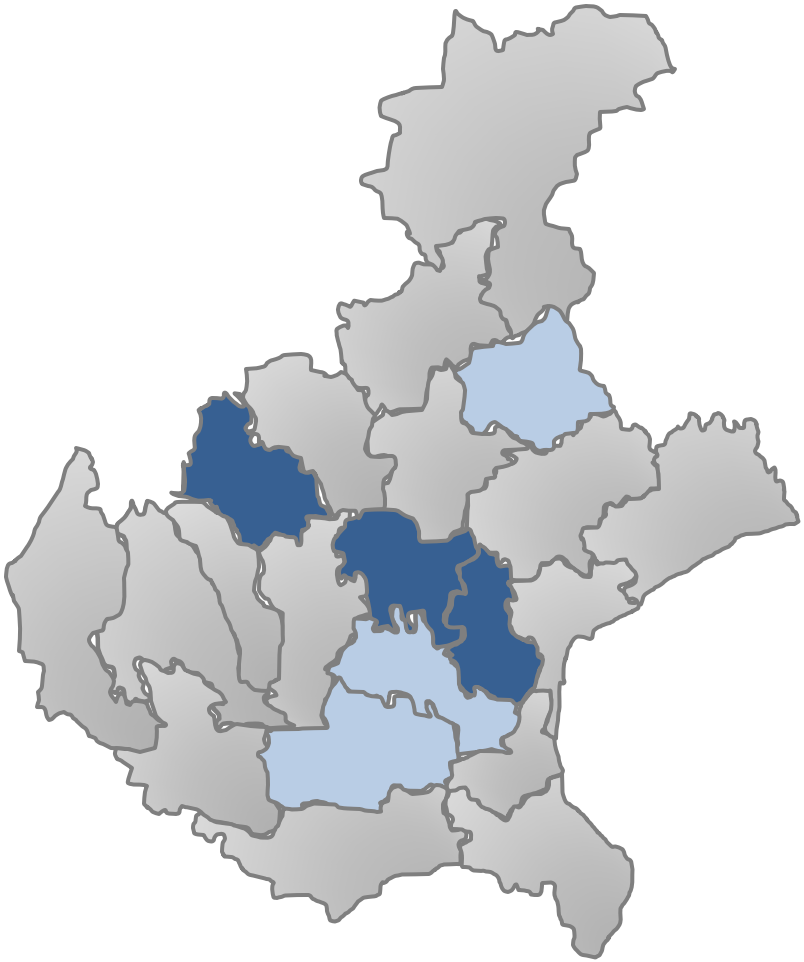
Considerazioni

- ✓ Applicando alla casistica della MGI di Brendola i costi ACG-specifici medi regionali, si ottiene un costo medio atteso per assistito superiore a quello osservato (766,79 vs 734,19)
- ✓ **Il Rapporto tra costo osservato e costo atteso è un indicatore di efficienza: a parità di casistica, nella MGI di Brendola i costi sono in media inferiori di circa il 4% rispetto ai costi regionali**
- ✓ In misura minore, anche a livello aziendale i costi osservati sono inferiori a quelli attesi

Report ACG : indicatori di utilizzo di risorse e di performance

Tabella 4. Indicatori di sintesi: utilizzo delle risorse e indici di predittività del sistema ACG. Anno 2015

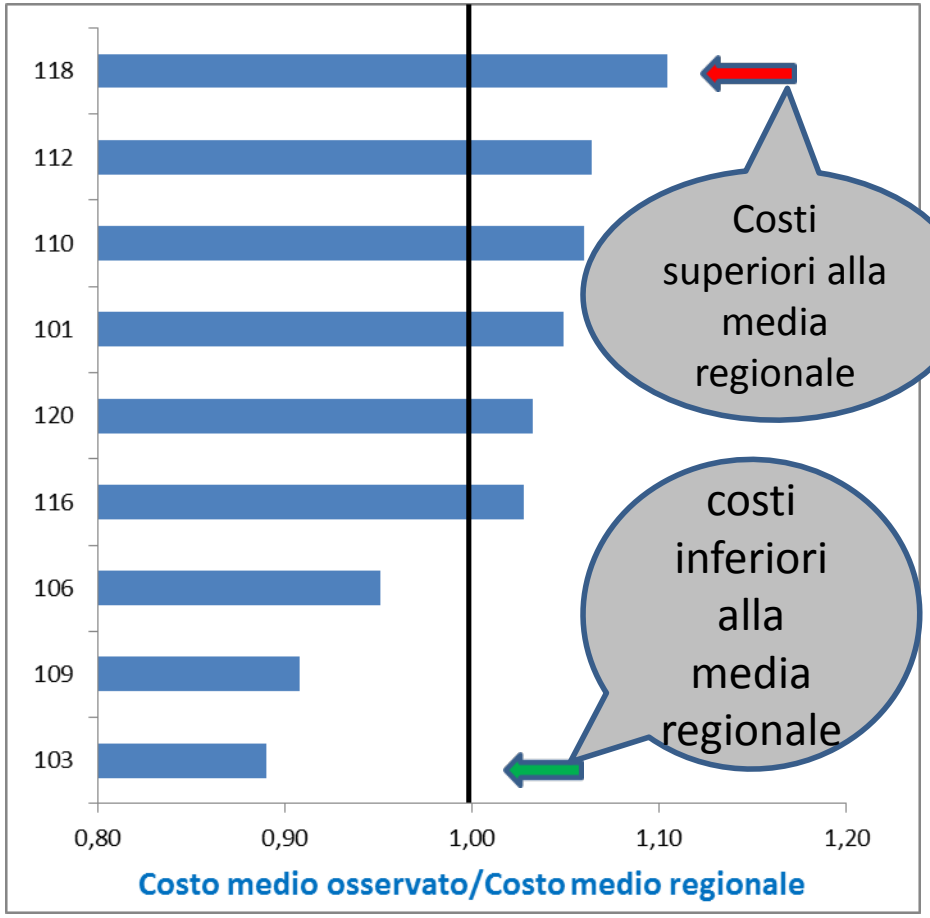
Indicatori	MGI:ASS_1080037	Totale ULSS:8-Asolo	Solo pop. MMG ULSS:8-Asolo
Ricoveri per 100 assistiti (escluso Parti e Traumatismi)	10,7	9,3	10,1
Accessi in pronto soccorso per 100 assistiti (escluso accessi esitati in ricovero ospedaliero)	22,6	22,4	21,5
Costo farmaci medio	276,3	228,1	263,6
Costo totale medio osservato	1.029,55	884,51	987,48
Costo totale osservato	21.955.066		
Costo totale atteso (aggiustato per ACG)	22.188.979		
Rapporto costo totale osservato/atteso	0,99	1,00	1,02
Percentuale assistiti con elevata probabilità (>50%) di alto costo nell'anno successivo	1,5%	1,2%	1,4%
Percentuale assistiti con elevata probabilità (>50%) di ospedalizzazione nell'anno successivo	0,5%	0,4%	0,4%

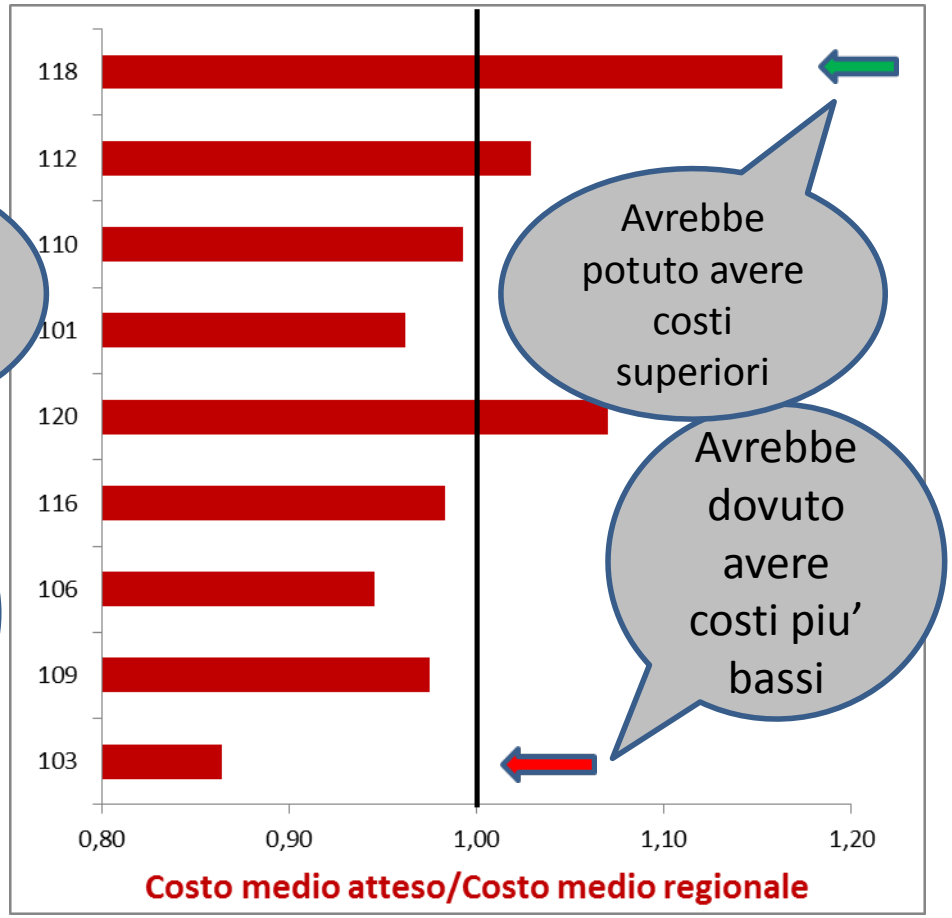


- Utilizzo di ACG in supporto al controllo di gestione nello sviluppo di indicatori per il governo clinico

- Valutazione della prevalenza delle principali patologie nella popolazione
- OSPEDALE: Valutazione delle caratteristiche di particolari coorti.
- TERRITORIO:
  - Indicatori di performance nelle MGI
  - Indicatori su spesa farmaceutica e specialistica ambulatoriale

Misurare l'efficienza con ACG : Costi osservati e costi attesi nel 2015 nelle 9 Ulss.





Un budget di cura per gli erogatori?

Quote capitarie aggiustate per la multimorbidita'?

Il nuovo che avanza

- Nuove sfide ci aspettano ogni giorno in sanita' pubblica
- Non dobbiamo farci trovare impreparati.
- Il fascicolo Sanitario Elettronico sarà una risorsa.

Lab-derived "Low" and "High" Risk – Year-1 Analysis

Basic Metabolic Panel	Units	Low Risk	High Risk	% Patients High Risk†	High – Low Risk "Separation"
Sodium (Na)	mmol/L	≥ 136.5	**< 136.5**	5%	**$8,324**
Potassium (K)	mmol/L	3.85 to 5.25	**< 3.85 or ≥ 5.25**	16%	**$4,745**
Chloride (Cl)	mmol/L	99.5 to 107.5	**< 99.5 or ≥ 107.5**	18%	**$5,794**
Bicarbonate (CO^2)	mmol/L	23.25 to 37.5	**< 23.25 or ≥ 37.5**	5%	**$8,293**
BUN	mg/dL	< 35.5	**≥ 35.5**	1%	**$43,102**
Calcium	mg/dL	≥ 8.85	**< 8.85**	12%	**$15,457**
Glucose	mg/dL	62.5 to 111.5	**< 62.5 or ≥ 111.5**	13%	**$8,566**

†% of patients with "outlier" test result in 2012.

EHRs and other HIT systems offer profound opportunities to expand risk & need metrics

Clinical Domain

Symptoms/Physical Status
Diagnostics
Therapeutics
Medical History
Genomics

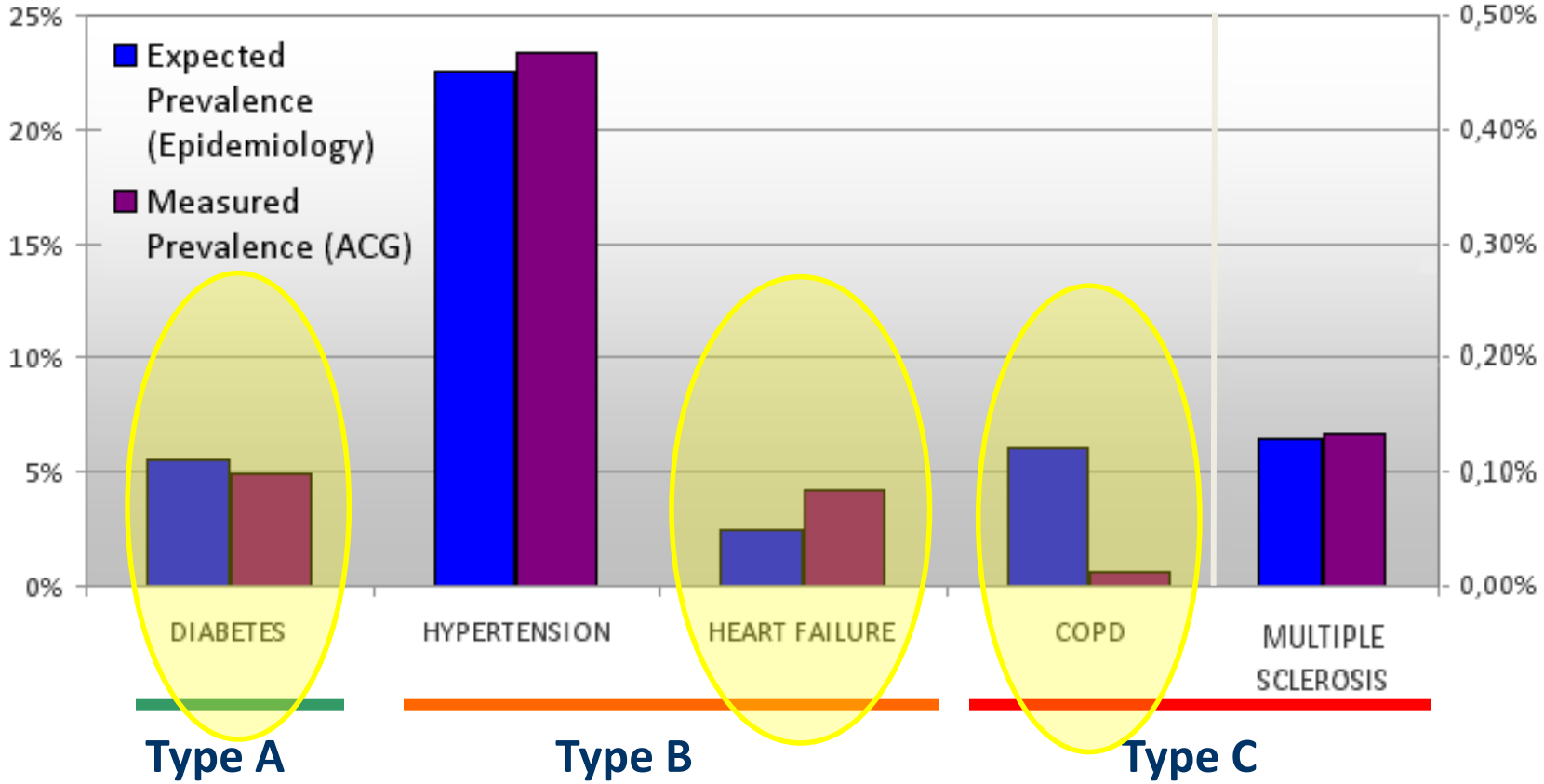
Consumer Domain

Socio-Economic
Behavioral/Lifestyle
Family
Preferences
Knowledge/Attitudes
Community Factors
Access to Care/ Services

mariachiara.corti@regione.veneto.it

Analisi per patologia

Expected Prevalence vs Measured Prevalence



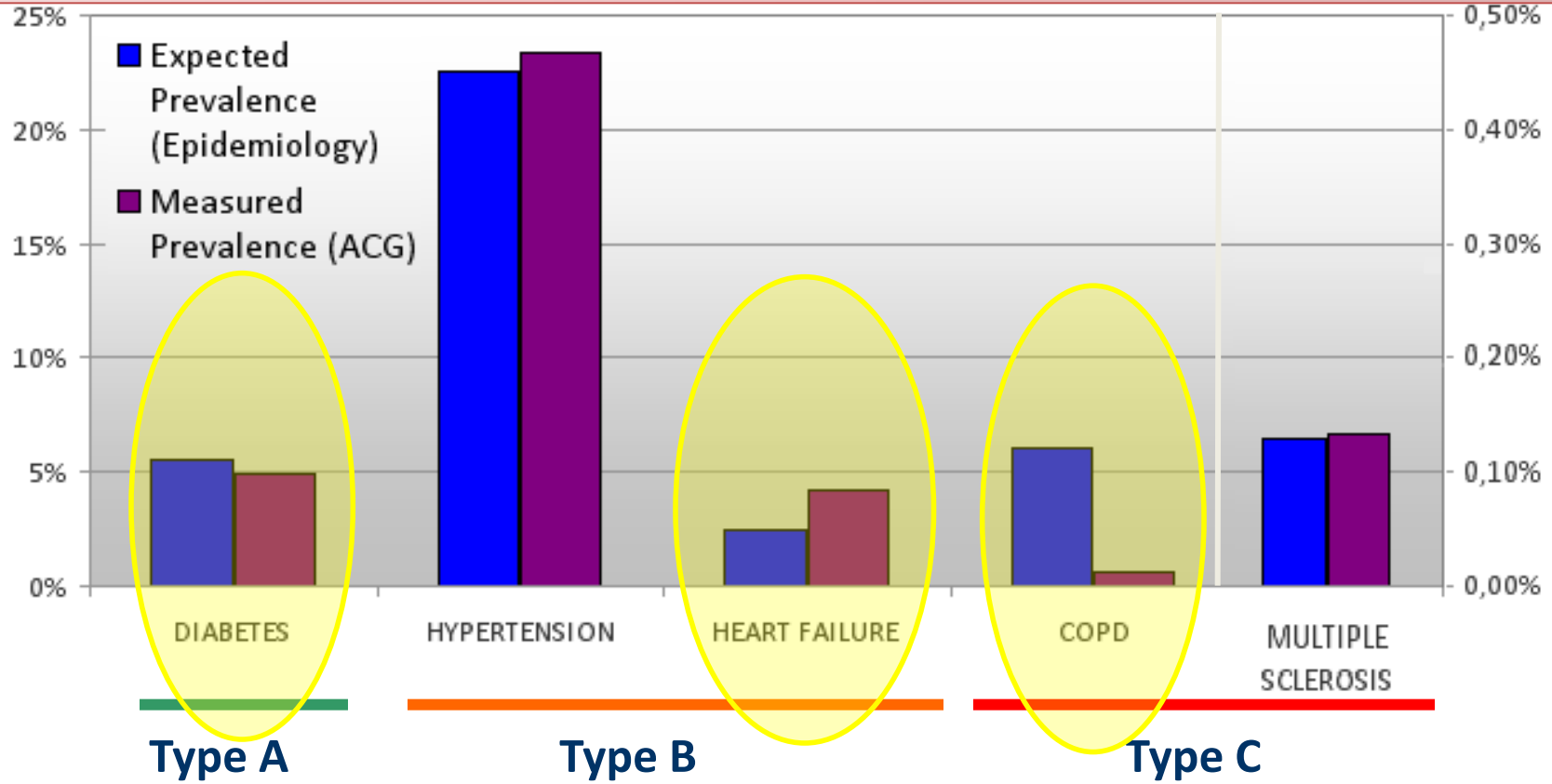
Gallina et al, JHU ACG System 2014 International User Conference

Analisi per patologia

DIABETE MELLITO:

Prevalenza misurata in linea con prevalenza attesa.

Possibile utilizzo sia a fini epidemiologici che per il case mangement



Gallina et al, JHU ACG System 2014 International User Conference

Analisi per patologia

DIABETE MELLITO:

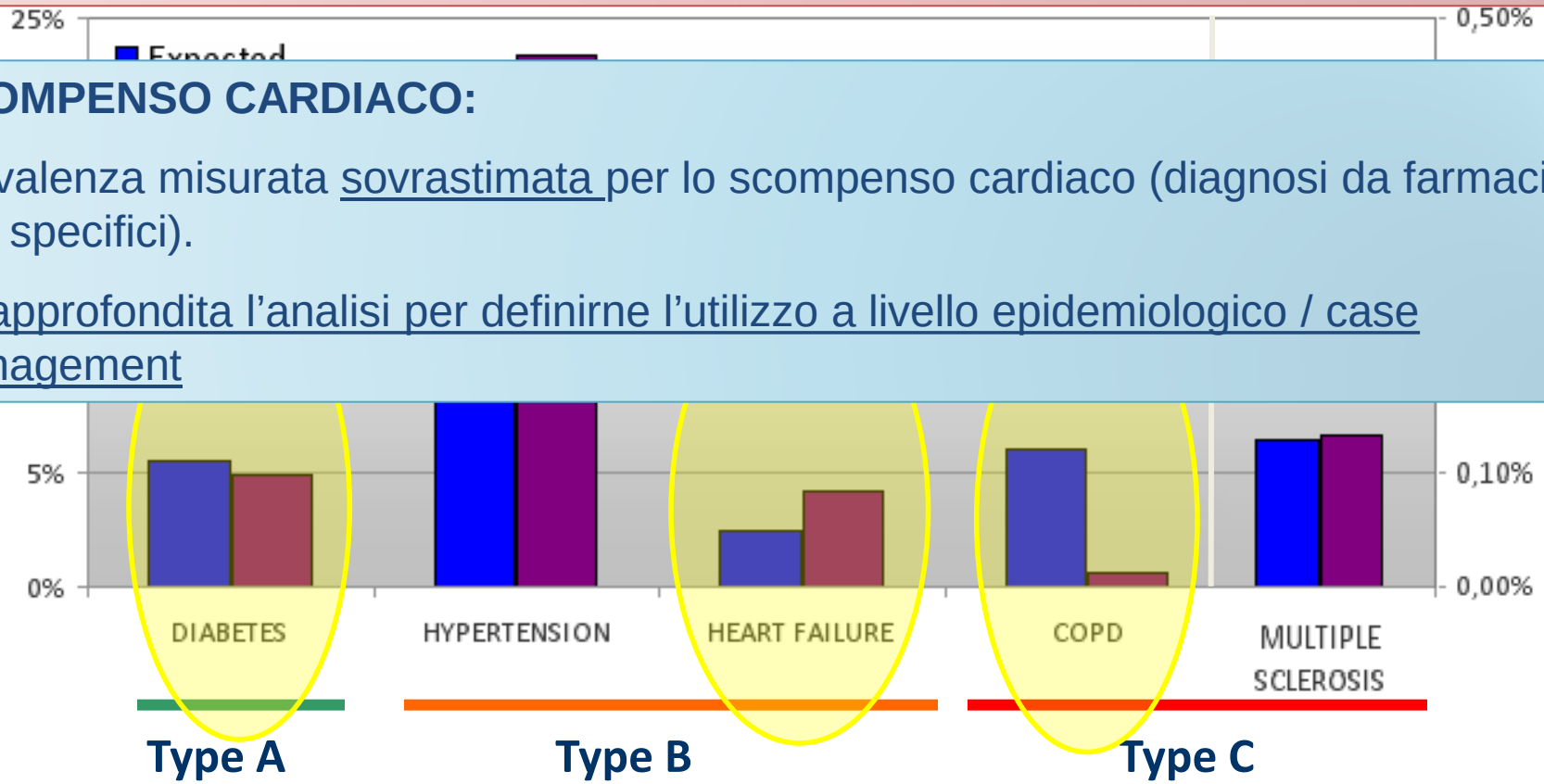
Prevalenza misurata in linea con prevalenza attesa.

Possibile utilizzo sia a fini epidemiologici che per il case mangement

SCOMPENSO CARDIACO:

Prevalenza misurata sovrastimata per lo scompenso cardiaco (diagnosi da farmaci non specifici).

Va approfondita l'analisi per definirne l'utilizzo a livello epidemiologico / case management



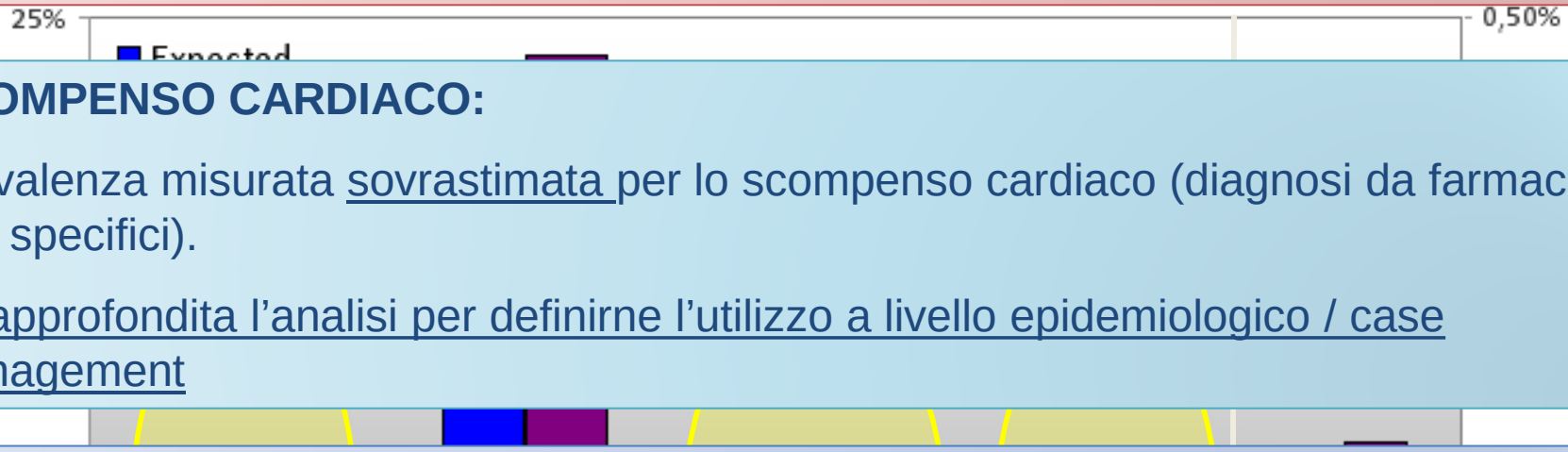
Gallina et al, JHU ACG System 2014 International User Conference

Analisi per patologia

DIABETE MELLITO:

Prevalenza misurata in linea con prevalenza attesa.

Possibile utilizzo sia a fini epidemiologici che per il case mangement



SCOMPENSO CARDIACO:

Prevalenza misurata sovrastimata per lo scompenso cardiaco (diagnosi da farmaci non specifici).

Va approfondita l'analisi per definirne l'utilizzo a livello epidemiologico / case management

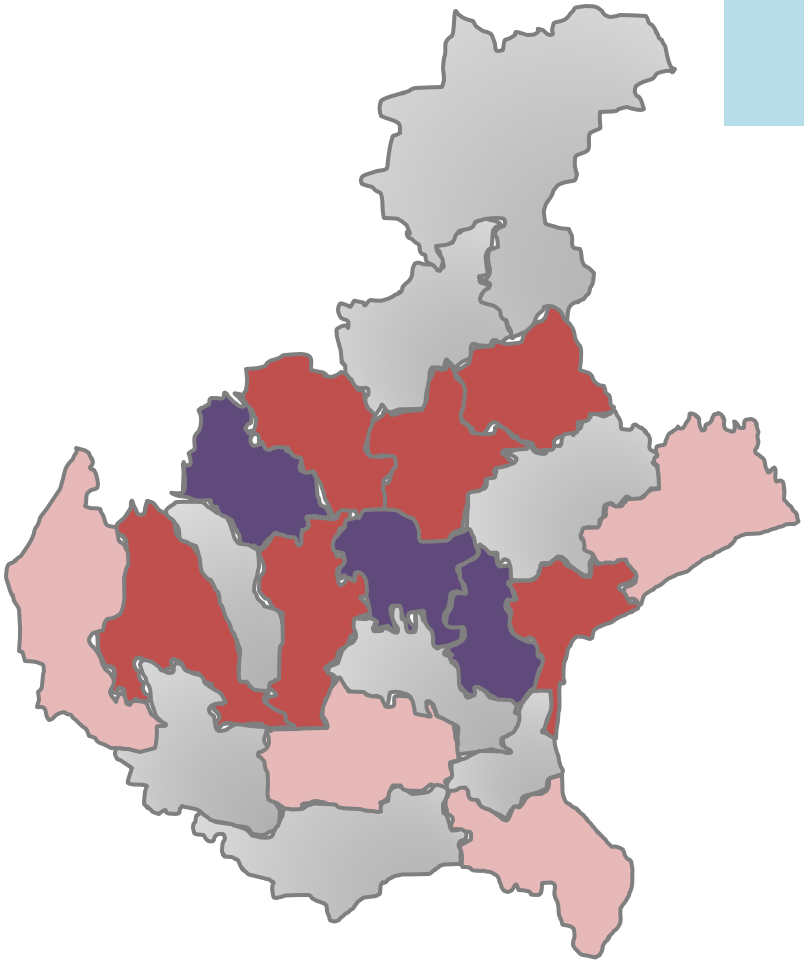
BPCO:

Prevalenza misurata partendo dalle diagnosi risulta notevolmente sottostimata (come da letteratura)

ACG utilizzando solo le diagnosi identifica i casi più gravosi, e può in questo senso essere studiato un possibile utilizzo per il case management

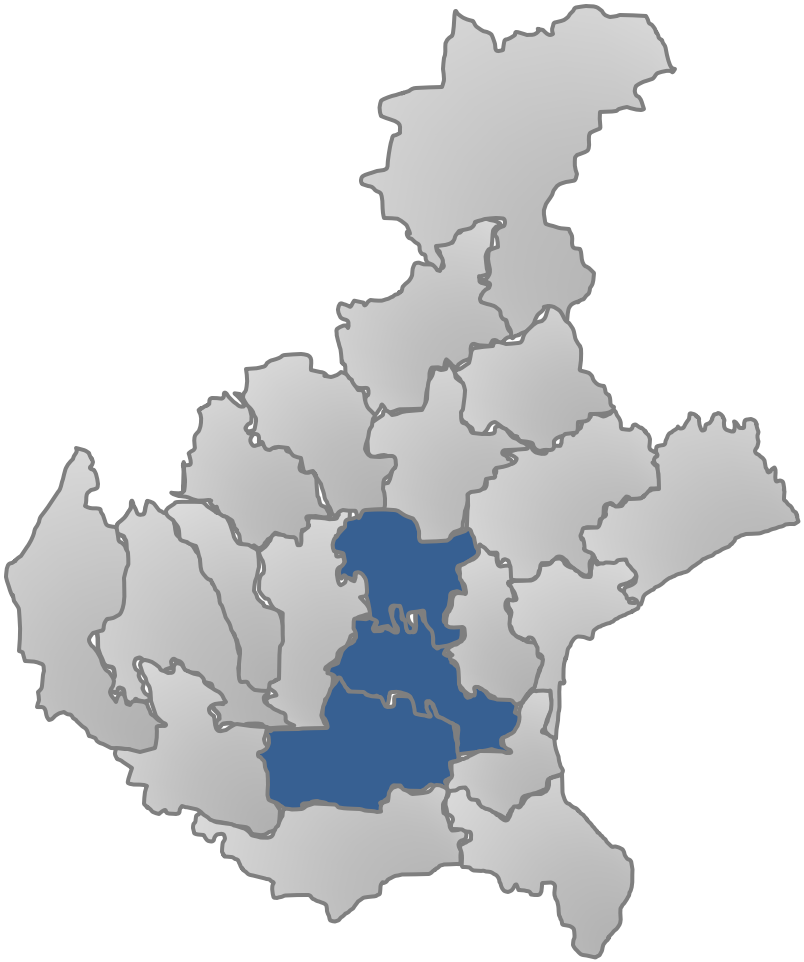
Gallina et al, JHU ACG System 2014 International User Conference

- Utilizzi in supporto al management di patologie croniche nelle Medicine di Gruppo Integrate



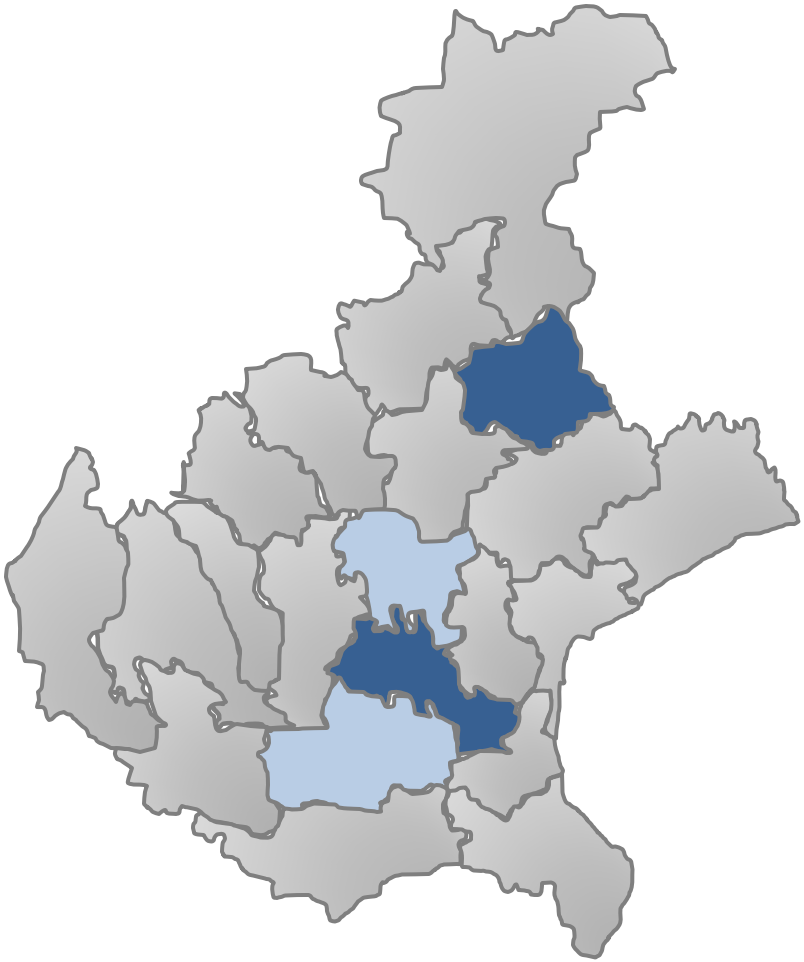
- ACG estrae liste di pazienti a supporto dei percorsi previsti nei contratti di esercizio delle MGI e in particolare
  - Scompenso Cardiaco
  - BPCO
  - Diabete
  - Altre patologie croniche con elevato consumo di risorse (RUB4)

- Sviluppo di indicatori in ACG a supporto delle Medicine di Gruppo Integrate



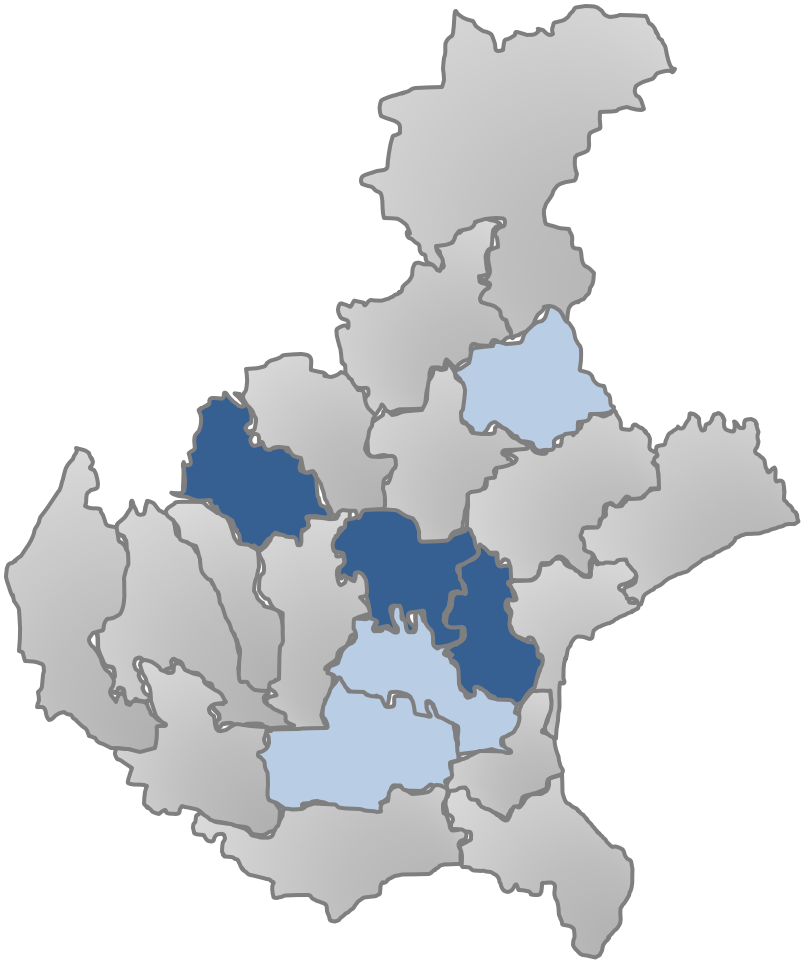
- Utilizzi in supporto al controllo di gestione nello sviluppo di indicatori per il governo clinico

- Valutazione della prevalenza delle principali patologie nella popolazione



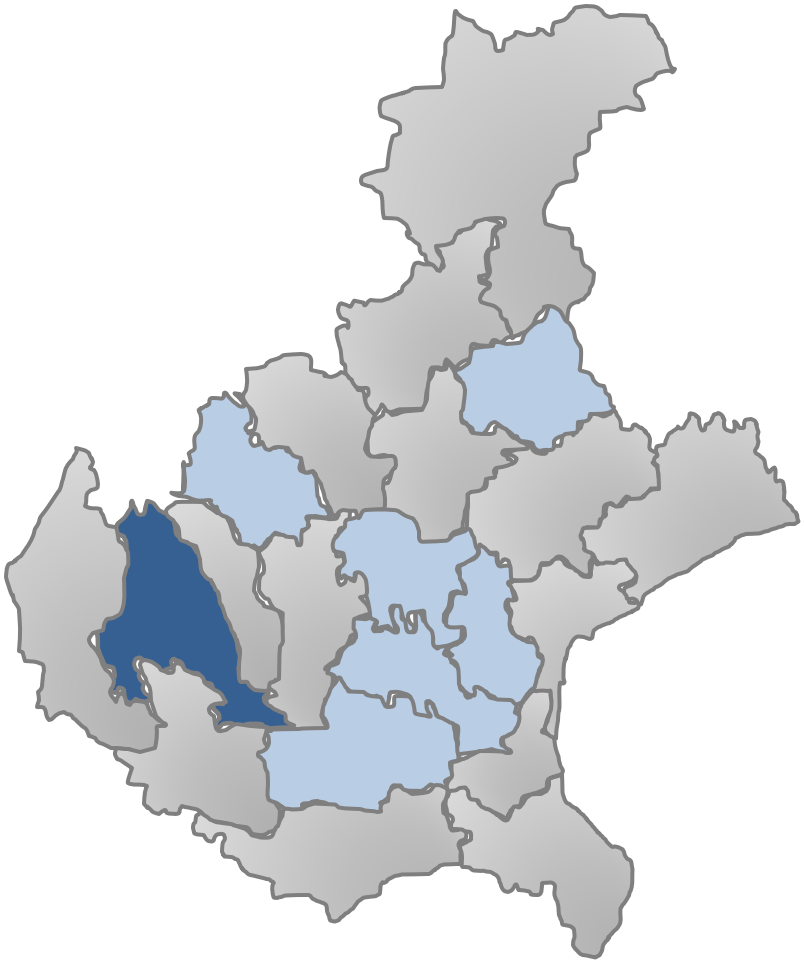
- Utilizzi in supporto al controllo di gestione nello sviluppo di indicatori per il governo clinico

- Valutazione della prevalenza delle principali patologie nella popolazione
- OSPEDALE: Valutazione delle caratteristiche di particolari coorti:
  - Coorte di pazienti con Carcinoma della mammella ((ULSS 7)
  - Coorte di pazienti sottoposti a colecistectomia Laparoscopica a supporto dell'audit PNE (ULSS 16)



- Utilizzi in supporto al controllo di gestione nello sviluppo di indicatori per il governo clinico

- Valutazione della prevalenza delle principali patologie nella popolazione
- OSPEDALE: Valutazione delle caratteristiche di particolari coorti.
- TERRITORIO:
  - Indicatori di performance nelle MGI
  - Indicatori su spesa farmaceutica e specialistica ambulatoriale



- Utilizzi in supporto al controllo di gestione nello sviluppo di indicatori per il governo clinico

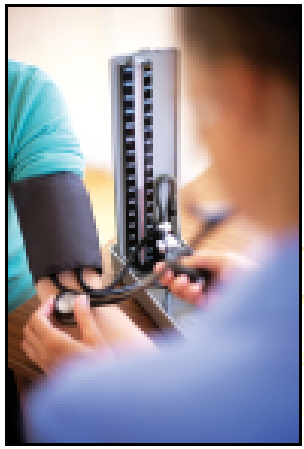
- Valutazione della prevalenza delle principali patologie nella popolazione
- OSPEDALE: Valutazione delle caratteristiche di particolari coorti.
- TERRITORIO:
  - Indicatori di performance nelle MGI
  - Indicatori su spesa farmaceutica e specialistica ambulatoriale
- Sviluppo di un cruscotto di indicatori attraverso il sistema qlikview

THE LANCET
Jul 16, 2016 Volume 388N
Number 10041p211-306

Does pay-for-performance in primary care save lives?

People around the world are living longer and a striking and sustained increase in life expectancy has occurred in high-income countries in the past 30 years. A key question for researchers and policy makers is how much of the improvement in mortality and active years of life is due to medical care, and how much to factors such as improved lifestyle and reduced smoking. For coronary heart disease, commonly quoted figures are that around half of the reduction in mortality could be due to improvements in medical care.[1,2] A secondary question is whether such improvements result from changes in primary care or from advances in specialist care. Pereira Gray[3] predicted in 2003 that the roles of primary and secondary care would become reversed. Hospitals that had traditionally saved lives would devote more and more care to improvements in quality of life (eg, joint replacement or cataract surgery) and primary care would deliver more care that saved lives through interventions such as population screening for high blood pressure, regular follow-up of the major chronic diseases, and influenza immunisation for elderly people.

In *The Lancet*, Ryan and colleagues[4] take this question one stage further and ask whether the UK's pay-for-performance scheme introduced in 2004 saved lives. This scheme, the Quality and Outcomes Framework, provided financial incentives for family doctors in the UK to meet defined quality standards for a range of major chronic conditions and preventive care.[5,6] Financial rewards were substantial and doctors rapidly met most targets in the scheme.



Published Online
May 17, 2016
http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00550-X

See Articles page 268

I luoghi di cura: Ospedale e Strutture per Cure Intermedie hanno due mission diverse

Paziente va in ospedale perche' sta male Focus su malattie e procedure	Acute	Cura della malattia Infermiere lavora per compiti
Paziente necessita di cure intermedie perche' e' diventato fragile e disabile Focus sulla funzionalita' e qualita' di vita	Postacute	Recupero-stabilizz. palliazione Infermiere case manager

Dalla dipendenza medica all'indipendenza funzionale

Integrazione tra ospedale e domicilio : le cure intermedie

Ospedale di Comunità (stabilizzazione adattamento a recente disabilita’	Unita’ di riabilitazione territoriale (recupero funzionale)	Centri per decadimento cognitivo e demenze (per pazienti con demenza) (CDCD- SAPA)	Hospice (cure palliative)

- **Luoghi piu’ vicini a casa**
- **Residenzialita’ temporanea**
- **Focalizzati sulla funzionalità e non su diagnosi o procedure**
- **Uso di traiettorie prognostiche**

DETERMINAZIONE DEI POSTI LETTO DI STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE A LIVELLO REGIONALE E PER SINGOLA AZIENDA ULSS: DGR 2122/2013

AZIENDE	Pop > 42 anni (ISTAT 2011)	RILEVAZIONE DELL'ESISTENTE					PROGRAMMAZIONE 2014-2015	
		CTRP	CENTRI ex art 26 e strutture assimilate	HOSPICE	OSPEDALE DI COMUNITÀ	UNITÀ RIABILITATIVA TERRITORIALE(**)	STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE	
		n° pl a valenza interaziendale (attivati)	n° pl a valenza interaziendale (attivati)	n° pl attivati(*)	n° pl attivati(*)	n° pl attivati(*)	n° pl complessivi programmati	n° pl da attivare
ULSS n.1	73.252	**28**	**100**	8	20	10	**88**	**27**
ULSS n.2	46.650	**13**	**0**	4	20	10	**56**	**7**
ULSS n.3	88.758	**20**	**0**	8	-	28	**106**	**42**
ULSS n.4	94.705	**12**	**10**	9	16	38	**113**	**20**
ULSS n.5	87.209	**34**	**0**	0	25	10	**105**	**42**
ULSS n.6	159.792	**71**	**12**	7	-	77	**192**	**57**
ULSS n.7	114.097	**33**	**30**	0	-	10	**137**	**91**
ULSS n.8	119.404	**36**	**0**	0	20	10	**143**	**75**
ULSS n.9	207.771	**30**	**10**	12	-	27	**249**	**144**
ULSS n.10	112.832	**30**	**0**	17	-	10	**135**	**72**
ULSS n.12	177.114	**20**	**0**	41	40	75	**213**	**0**
ULSS n.13	137.297	**18**	**0**	0	-	10	**165**	**111**
ULSS n.14	37.582	**14**	**0**	0	-	0	**45**	**33**
ULSS n.15	119.781	**20**	**0**	12	-	20	**144**	**74**
ULSS n.16	257.450	**40**	**0**	26	60	26	**309**	**115**
ULSS n.17	98.971	**23**	**0**	8	-	10	**119**	**69**
ULSS n.18	97.996	**42**	**0**	8	-	10	**118**	**69**
ULSS n.19	42.133	**0**	**0**	0	-	0	**50**	**38**
ULSS n.20	241.358	**68**	**22**	21	15	80	**290**	**97**
ULSS n.21	78.395	**14**	**0**	0	-	10	**94**	**59**
ULSS n.22	139.179	**55**	**0**	0	20	82	**167**	**21**
Totale	**2.531.726**	**621**	**184**	**181**	**236**	**553**	**3.028**	**1.263**
Standard per 1.000 abit. > 42 anni							***1,20***	

(*) il numero dei pl attivati è derivato dal rapporto regionale "Monitoraggio e verifica Strutture Residenziali Extraospedaliere" (giugno 2011)

(**) il numero di pl attivati classificati nella tipologia di Unità Riabilitative Territoriali comprende i pl cosiddetti di RSA a valenza riabilitativa e i pl SAPA

Da allora ad oggi cosa e' successo?

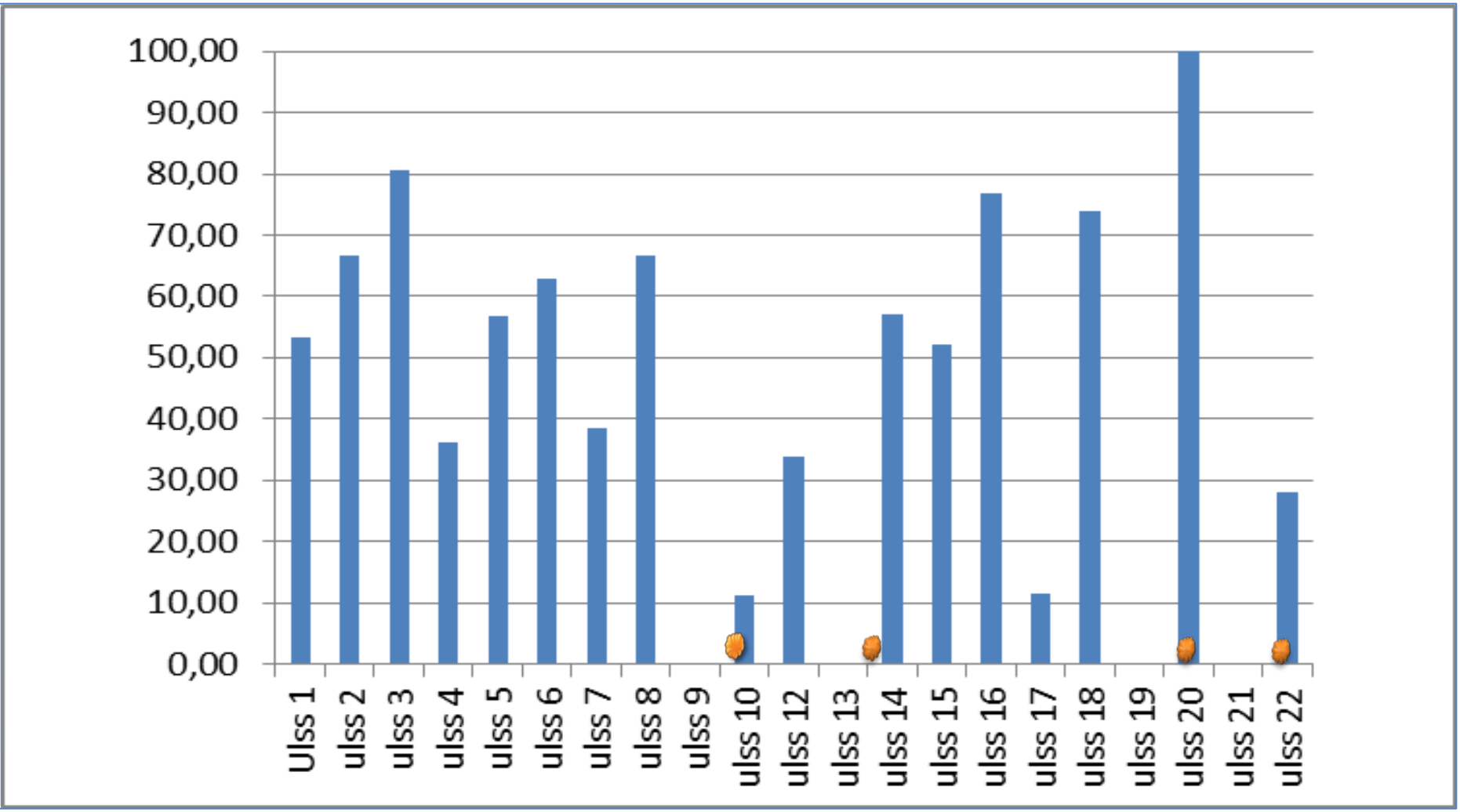
- Con DGR n. 2122/13 è stato definito il numero di posti di strutture di cure intermedie da attivare per ogni Azienda Ulss. = 1263
- Nel 2014 i Direttori Generali delle Aziende Ulss hanno embricato la programmazione delle cure intermedie con quella dei PL ospedalieri all'interno dei rispettivi 21 Piani Aziendali, approvati dalla Giunta Regionale.
- Nel 2014 le strutture interessate - **comprese quelle già in attività sperimentale** - hanno iniziato il percorso autorizzativo ex LR n. 22/02.

Posti letto ODC e URT

procedimenti in itinere ex l.r. n. 22/02 al 15.3.16

Azienda Ulss	Posti gia' attivi al 1.1.2016	Posti di nuova attivazione entro 31.12.16	Totale posti attivabili entro il 31.12.16
1 Belluno	20	5	25
2 Feltre	20	0	20
3 Bassano del Grappa	20	30	50
4 Thiene	22	0	22
5 Ovest Vicentino	21	(12)	33
6 Vicenza	60	20	82
7 Pieve di Soligo	0	25	25
8 Asolo	0	50	50
9 Treviso	0	0	0
10 San Donà	0	8	8
12 Venezia	40	21	61
13 Mirano	0	0	0
14 Chioggia	0	12	12
15 Alta Padovana	0	49	49
16 Padova	80	(55)	135
17 Este	8	0	8
18 Rovigo	0	51	51
19 Adria	0	0	0
20 Verona	15	97	112
21 Legnago	0	0	0
22 Bussolengo	20	0	20
Totale	**326**	**435**	**761**

Attuazione Programmazione ODC/URT (se si completano al 31.12.16 gli iter in corso)



Posti letto Hospice

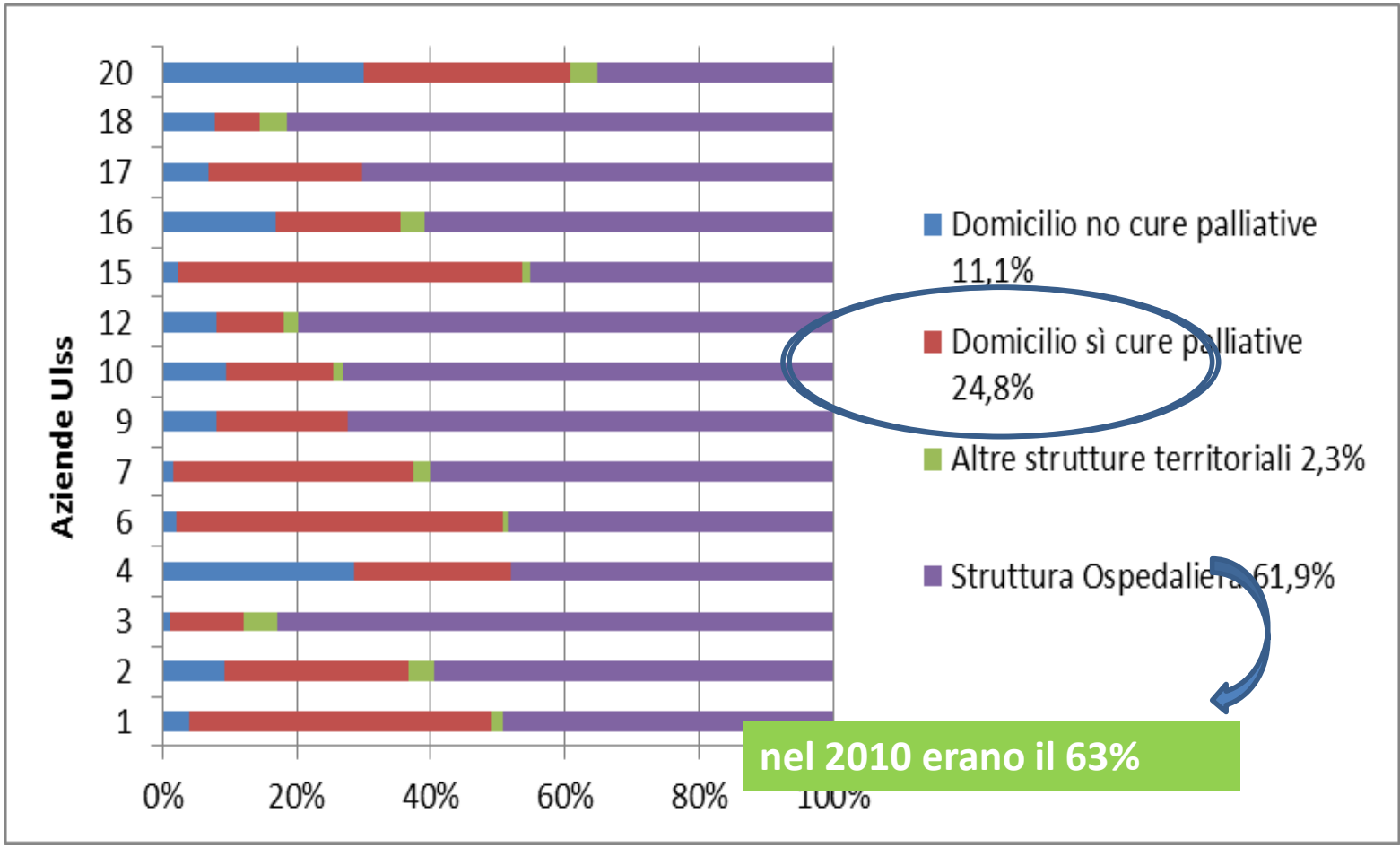
Azienda Ulss	Posti Hospice DGR n. 2122/13	Posti Hospice 2016	Posti letto LEA Decreto n. 43/07 1/56 decessi per tumore	Soglia posti letto LEA	Programmazione nuovi posti Hospice
1 Belluno	8	8	8	sì	no
2 Feltre	4	7	6	sì	no
3 Bassano del Grappa	8	8	9	sì	no
4 Thiene	9	9	9	sì	no
5 Ovest Vicentino	**0**	**0**	**8**	**no**	**sì + 9**
6 Vicenza	**7**	**7**	**16**	**no**	**sì + 4**
7 Pieve di Soligo	0	10	12	sì/no	no
8 Asolo	0	0	11	no	no
9 Treviso	12	12	21	no	sì +6
10 San Donà	17	17	12	sì	no
12 Venezia	41	41	21	sì	no
13 Mirano	0	0	13	no	sì + 11
14 Chioggia	0	0	5	no	sì + 11
15 Alta Padovana	12	12	12	sì	no
16 Padova	26	26	27	sì	sì
17 Este	8	8	10	sì/no	no
18 Rovigo	8	8	11	sì/no	no
19 Adria	0	0	5	no	No
20 Verona	21	21	24	sì/no	no
21 Legnago	0	0	9	no	No
22 Bussolengo	0	0	13	no	sì + 21
Totale	**181**	**194**	**252**		

Attivita' Hospice anno 2015

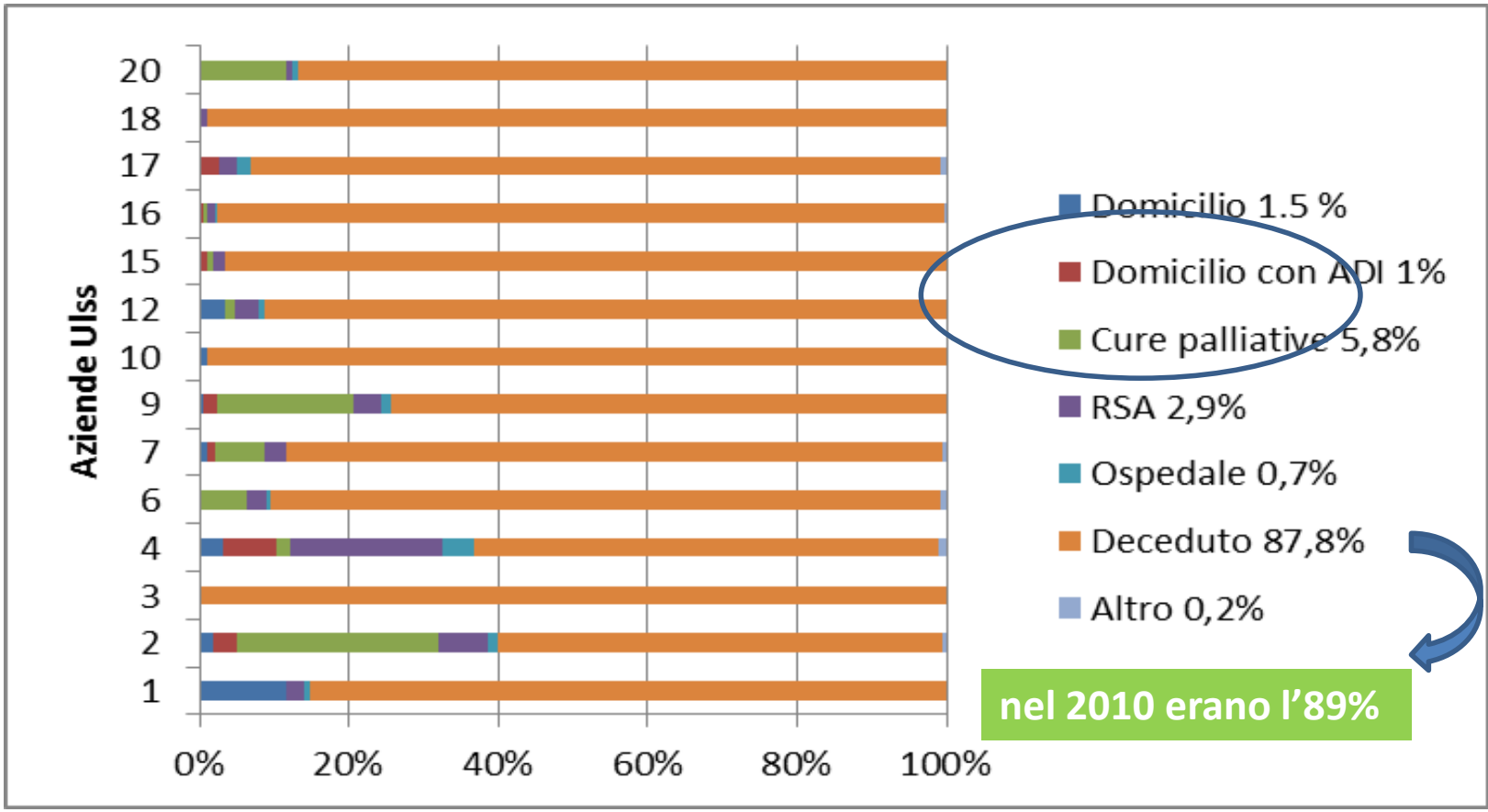
Azienda Ulss	Denominazione Struttura	Posti attivi	N° pazienti	Degenza Media (giorni)	Presenza Media	Tempo medio attesa (giorni)	Tasso Occup. (%)	Indice Rotazione	Intervallo Turn Over
1 Belluno	Casa tua 2	8	122	17,6	5,9	3,7	73,6	15,3	6,3
2 Feltre	Le vette	7	218	9,8	5,8	1,8	83,4	31,1	1,9
3 Bas. del Grappa	Casa Gerosa	8	82	34,7	7,8	4,9	97,4	10,3	0,9
4 Thiene	C. Resid. G. Negri	9	98	18,9	5,1	0,4	56,3	10,9	14,6
6 Vicenza	U.Cure Pal. Hospice	7	146	14,9	6,0	4,2	85,1	20,9	2,6
7 Pieve di Soligo	Casa Antica Fonte	10	182	17,7	8,8	0,5	88,1	18,2	2,4
9 Treviso	Casa dei Gelsi	12	210	17,8	10,3	14,9	85,4	17,5	3,0
10 San Donà	Iris	7	121	14,6	4,8	1,6	69,0	17,3	6,6
	"G. Francescon"	10	99	22,8	6,2	1,8	61,8	9,9	14,1
12 Venezia	Centro Nazaret	8	98	29,5	7,9	9,6	98,9	12,3	0,3
	Casa S. Giovanni di Dio	8	71	38,9	7,6	8,7	94,6	8,9	2,2
	Policlinico San Marco	25	292	25,1	20,1	5,2	80,4	11,7	6,1
15 Alta Padovana	CSP Il Melograno	6	96	19,4	5,1	3,6	84,9	16,0	3,4
	Casa del Carmine	6	81	25,6	5,7	2,4	94,7	13,5	1,4
16 Padova	Paolo VI	19	242	16,2	10,7	6,1	56,4	12,7	12,5
	Casa Santa Chiara	7	116	23,2	7,4	5,3	105,2	16,6	-1,2
17 Este	Ex Osped. Montagnana	8	118	19,7	6,4	3,9	79,6	14,8	5,1
18 Rovigo									
20 Verona	S. Giuseppe di Marzana	14	229	19,4	12,1	29,7	86,8	16,4	3,0
TOTALE		**194**	**2.819**	**20 gg**	**156**	**7,3**	**80,5**	**14,5**	**4,9**

nel 2010 i pazienti erano stati 1.786 con 23 gg di degenza media

Provenienza utenti Hospice 2015



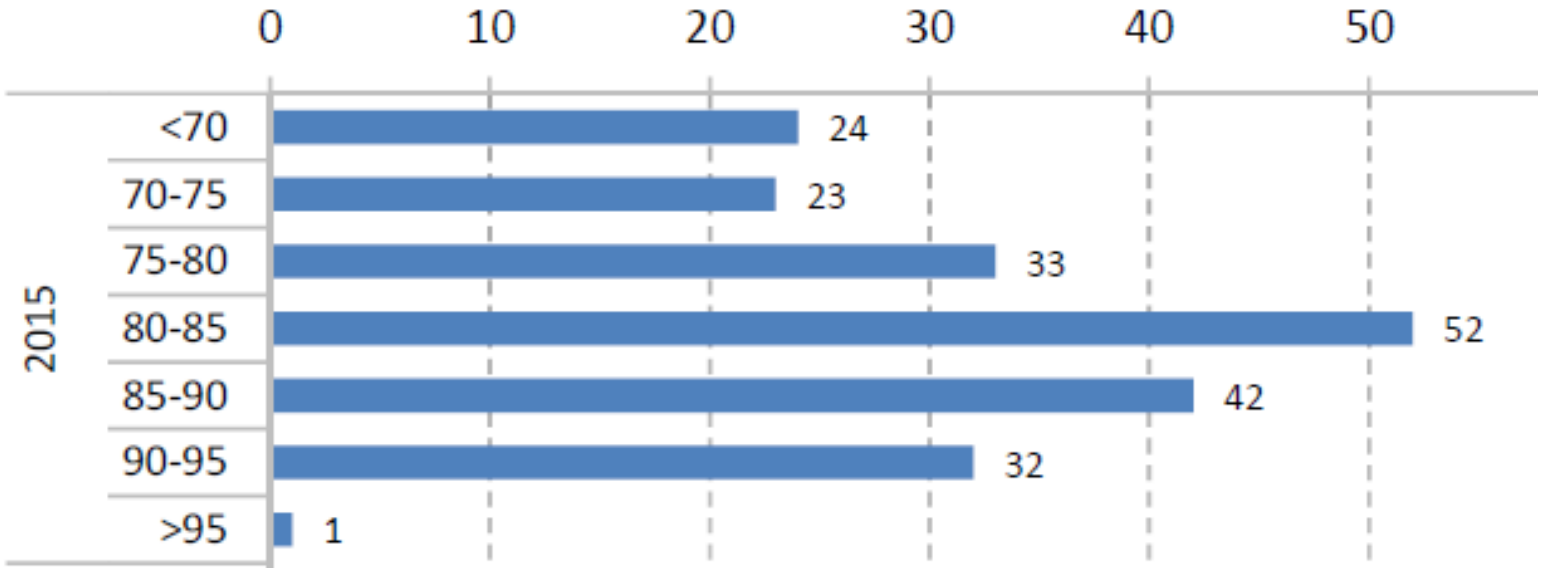
Dimissioni utenti Hospice 2015



ODC di Tregnago Ulss 20 : distribuzione per eta' e genere

	2015		2014	2013	2012
	%	n.	n.	n.	n.
Maschi	35%	72	76	71	69
Femmine	65%	135	136	127	133
Totale	100%	207	212	198	202

	2015	2014	2013	2012
Età media	80,9	81,2	80,9	80,4
Maschi	80,1	80,2	79,6	79,5
Femmine	81,4	81,7	81,6	80,8



E la sostenibilita' ?

- DGR n. 2122/13 "l'attivazione deve essere contestuale alla riduzione di posti letto ospedalieri"
- DGR 2019/2015 «aggiornamento tariffe» ODC fino a 130 E/die URT fino a 135 E/die.

- Se l'attivazione dei posti di cure intermedie porterà a costi nascenti per il Fondo Sanitario, dovranno essere individuati anche i relativi costi cessanti.
- Tutti i posti che hanno avviato l'iter ex LR 22 potrebbero completarlo nel 2016.

Persona al centro del processo assistenziale

Infermiere Care Manager , MMG,
altri professionisti,
paziente e care-giver
nella presa in carico integrata