LA STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO NELLA POPOLAZIONE DEL VENETO PER MIGLIORARE L'EFFICIENZA E L'EQUITA' DEI SERVIZI SANITARI: IL CASO DEL SISTEMA ACG

Maria Chiara Corti

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

Regione Veneto

Scenari

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

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

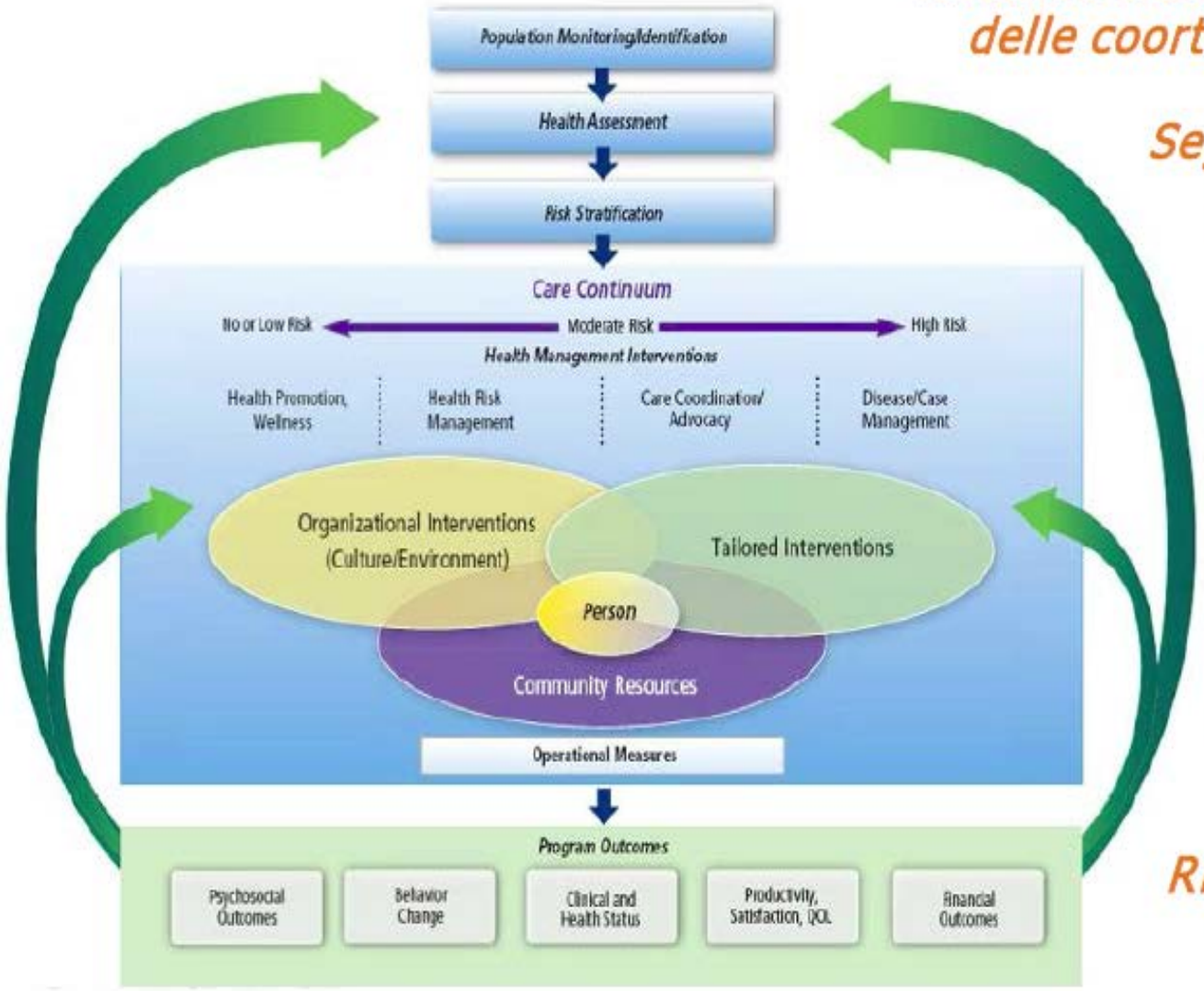
NUOVE SFIDE

- 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

- Nuovi modelli organizzzativi
- Nuovi luoghi di cura: Cure integrate, cure intermedie
- Tecnologie innovative di risk adjustement : es ACG
- Nuovi modelli di cura e rimodulazione delle competenze professionali per la multimorbidità
- Nuovi sistemi per la valultazione della performance e per il finanziamento :

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

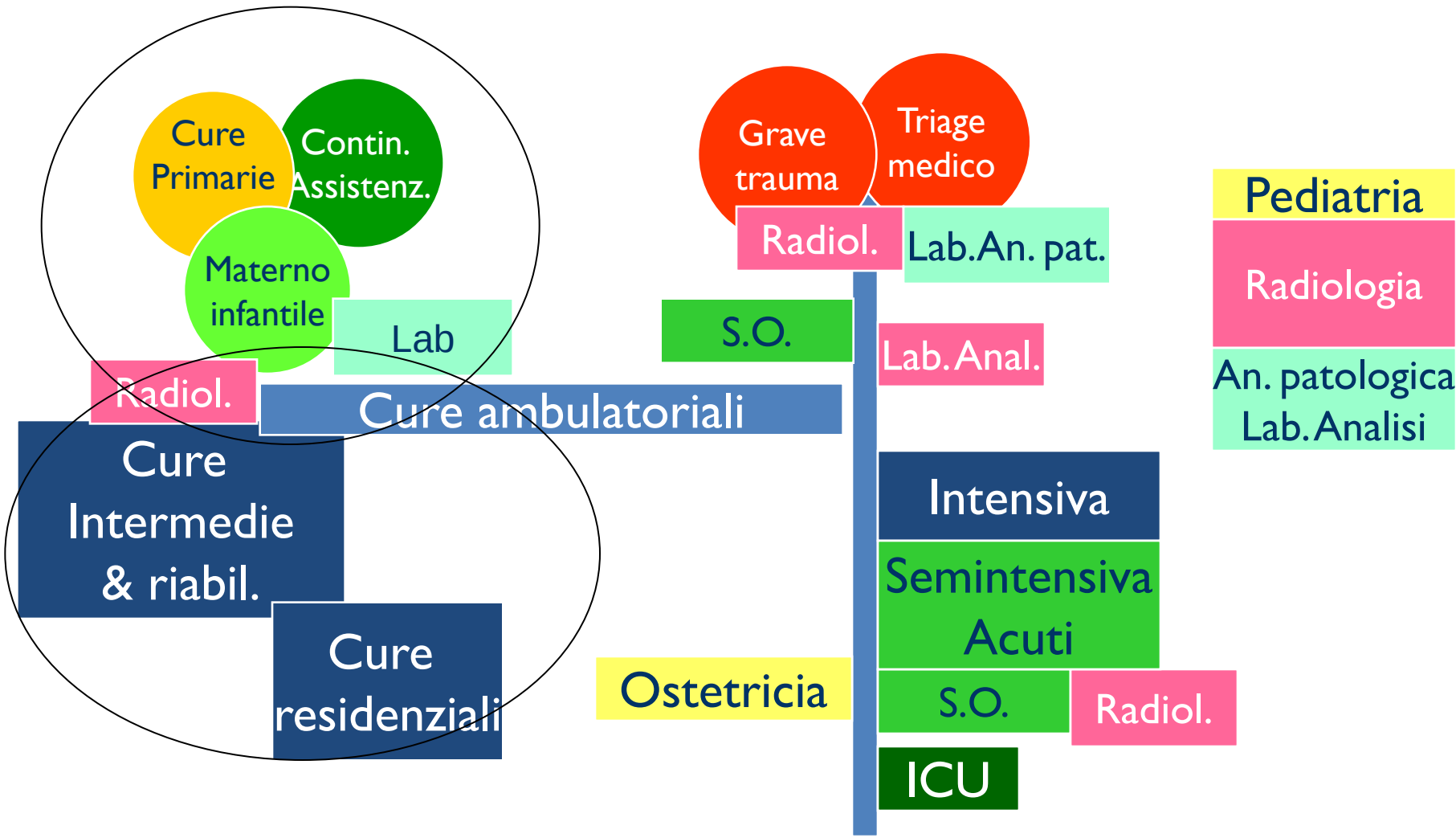
Valutazione degli outcome

Rivalutazione continua

(Fonte: Dutch Monitor, 2014)

Nuovi luoghi di cure: Cure intermedie e Cure integrate

Ospedale-territorio : cure intermedie come ponte



Il modello veneto del distretto

H

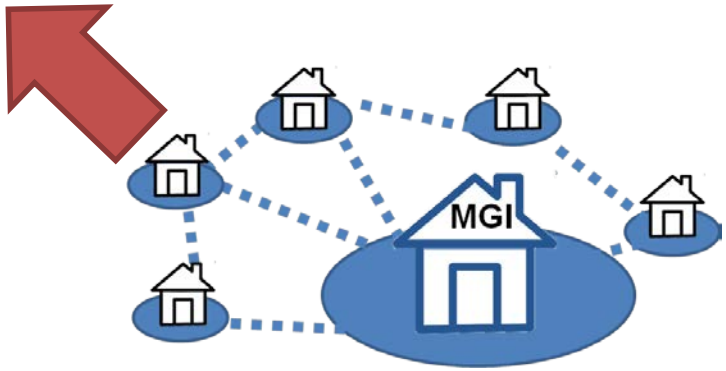
Strutture di ricovero intermedie

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**

H

Strutture di ricovero intermedie

I SERVIZI DI «CURA PIÙ VICINA AL DOMICILIO»

Hospice

Ospedale di Comunità

URT

Già attivi 550 PL nella regione
Nel 2018 e 2019 verranno attivati altri 860 PL

Tecnologie sanitarie innovative : es ACG

The high frequency of

Comorbidity

Multimorbidity

Morbidity burden

makes it inappropriate to focus on single diseases

Barbara Starfield 2006
Ideatrice di ACG

COSA E' IL SISTEMA ACG?

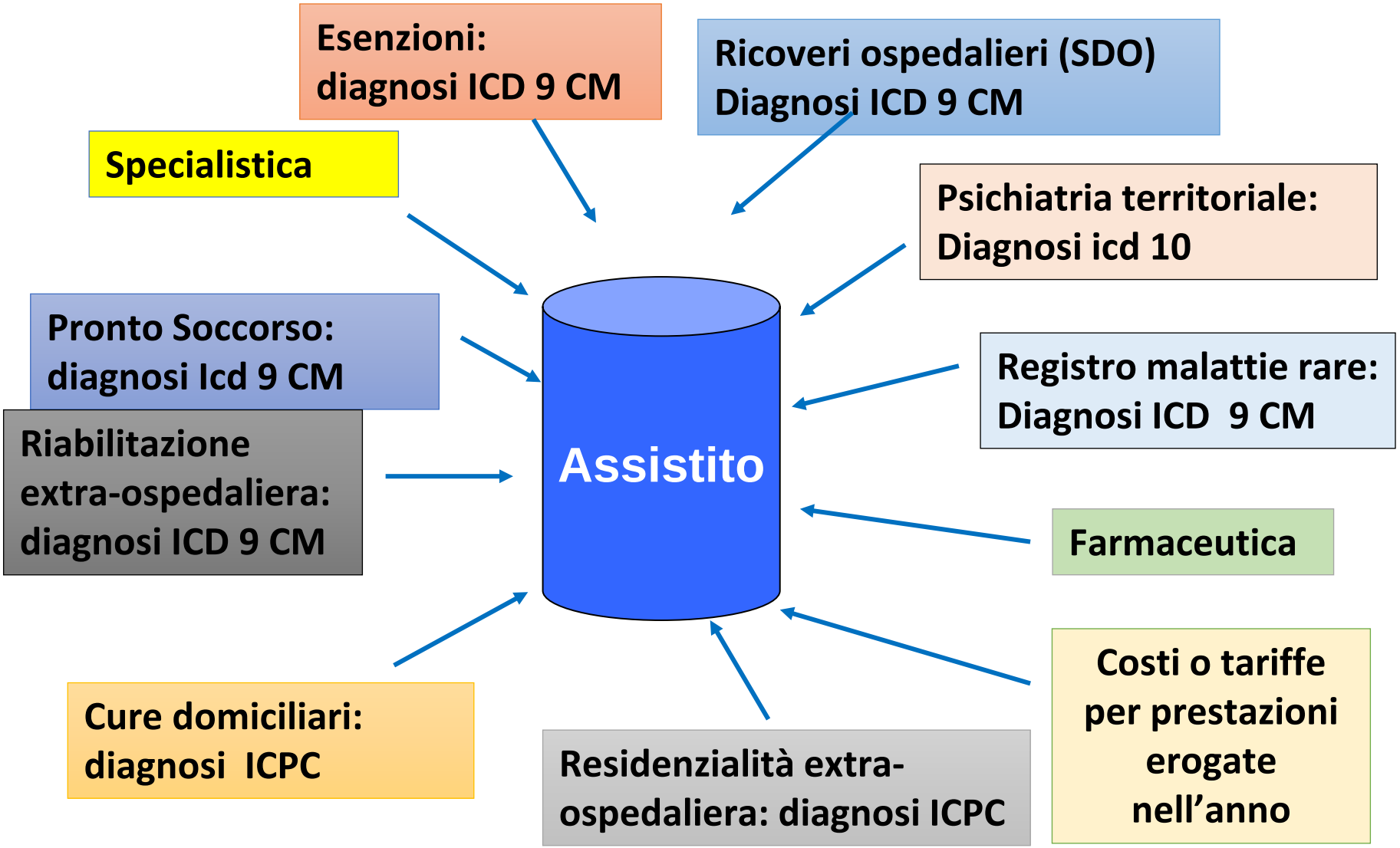
ACG = Adjusted Clinical Groups

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)

Nel Sistema ACG l'unità di osservazione è l'ASSISTITO

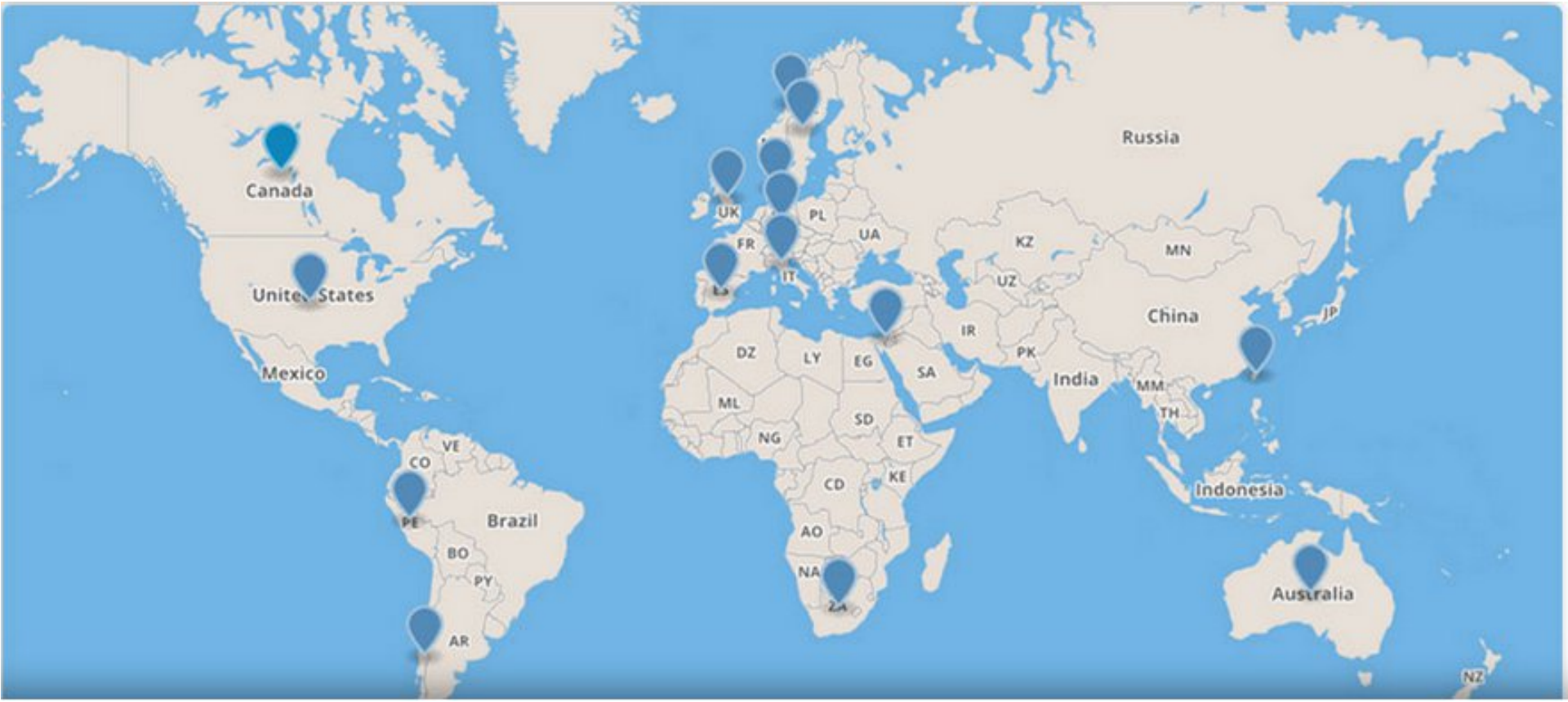


Adjusted Clinical Groups (ACGs)

- Johns Hopkins University Baltimora -

- ✓ Sistema di classificazione **adatto per il territorio**: raggruppa l'intera popolazione partendo dalla combinazione delle diagnosi e delle caratteristiche anagrafiche degli assistiti
- ✓ **Focalizzato sulla multimorbilità** – copresenza di più patologie sulla stessa persona (carico di malattia)
- ✓ **Ogni soggetto della popolazione viene categorizzato** secondo classificazioni diverse e complementari
- ✓ **Utilizzo integrato di tutti i dati (flussi informativi ed eventuali altre fonti)** che contengono dati sulle malattie-codici di diagnosi della popolazione e costi

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

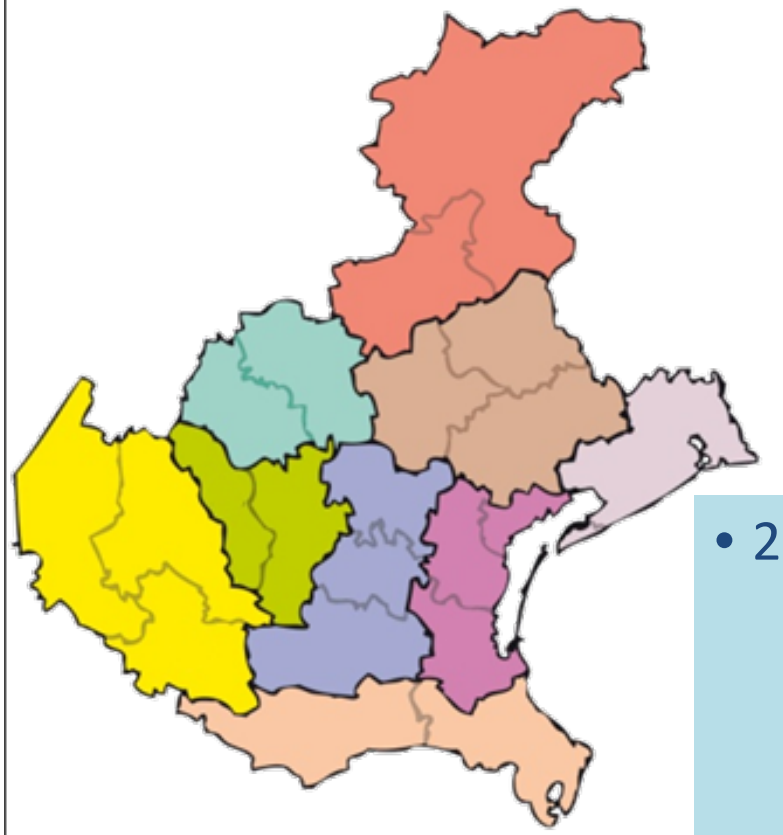
The ACG® System has been widely and successfully used for capitation/rate setting, for setting insurance premiums, and for...

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)

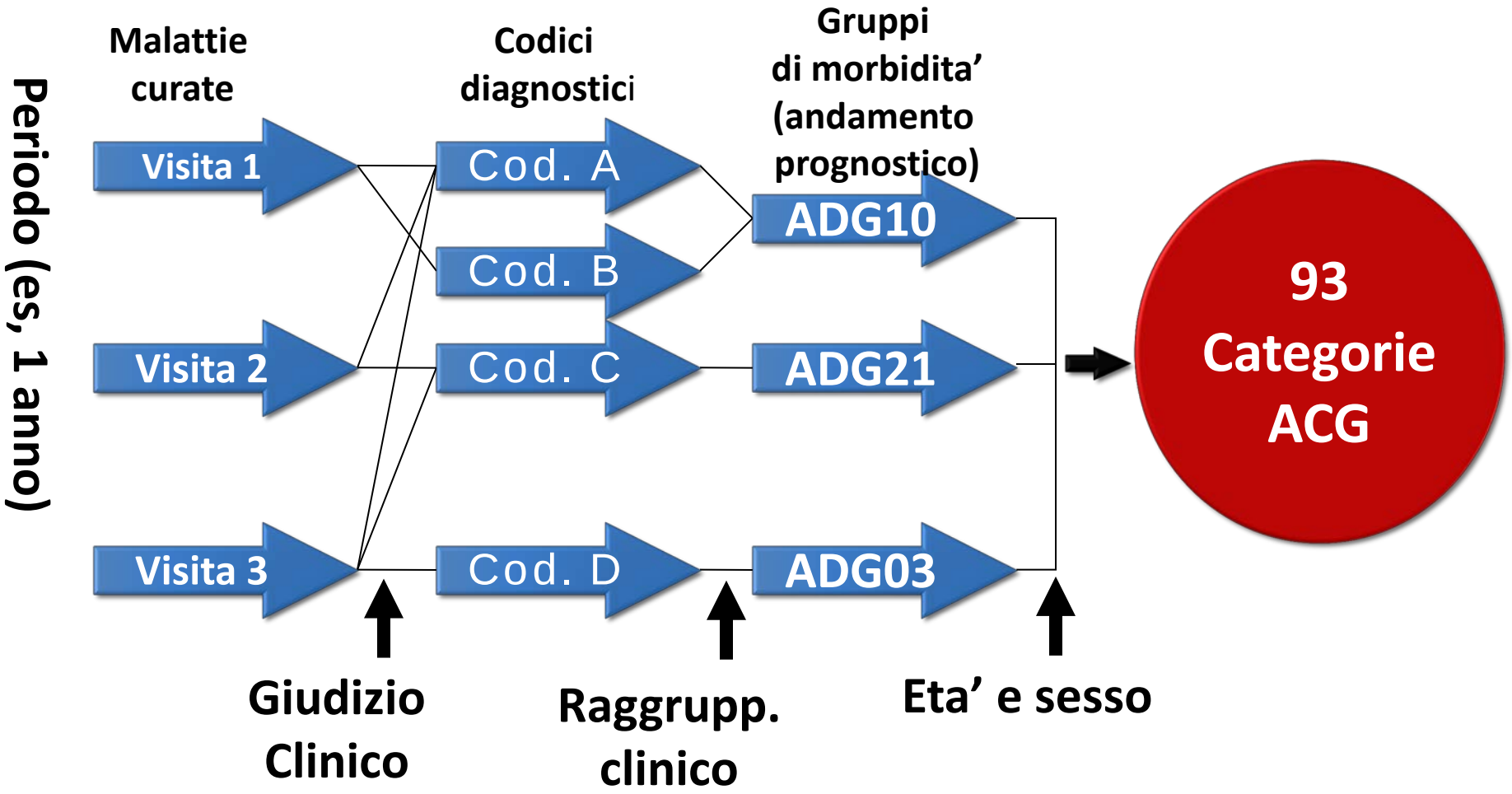
Database registro malattie rare (ICD 9)

Farmaceutica (ATC)

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

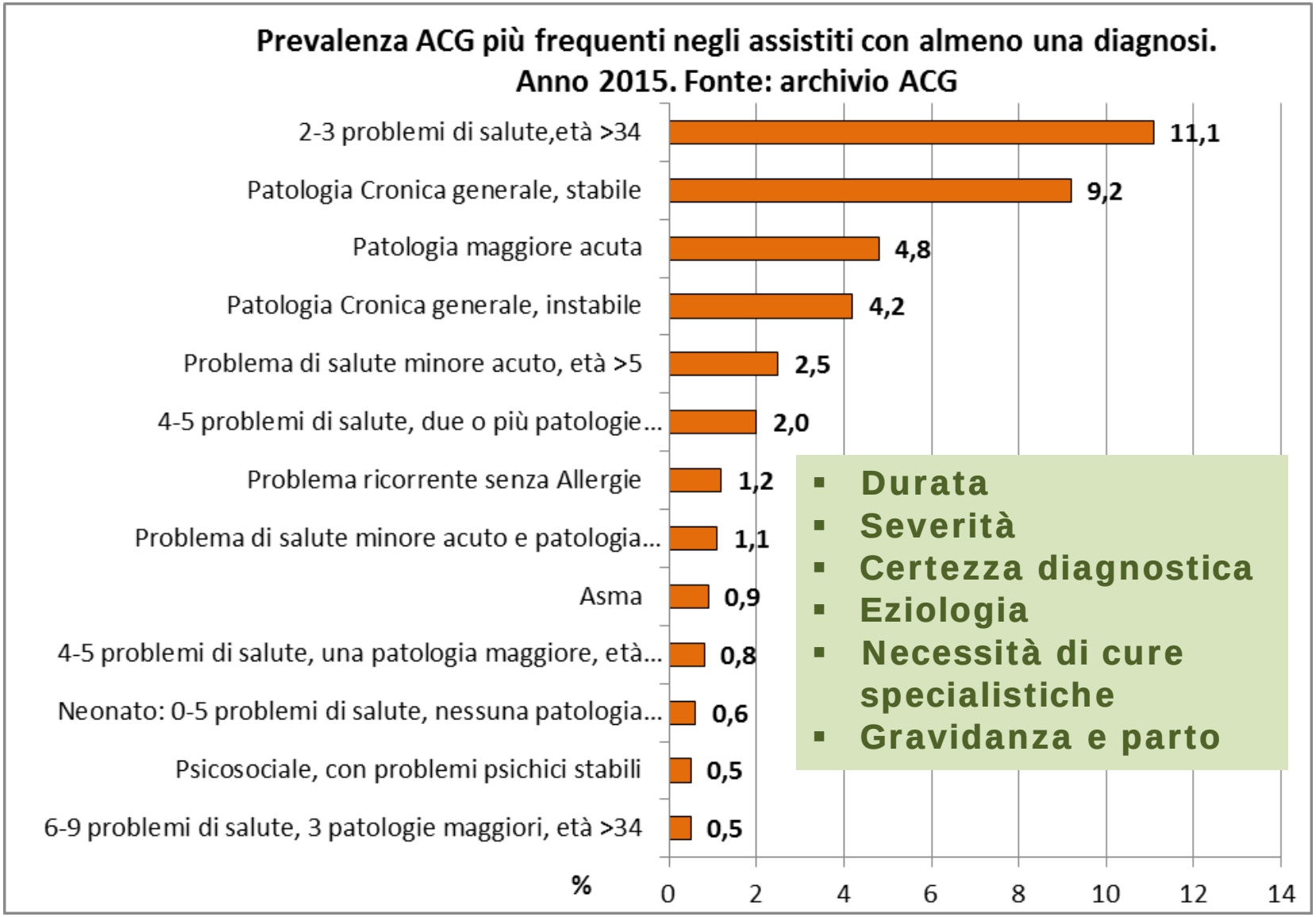
Costi (e stime di costi)
(da drg, tariffe e costo farmaci)

L'algoritmo di generazione delle categorie ACG



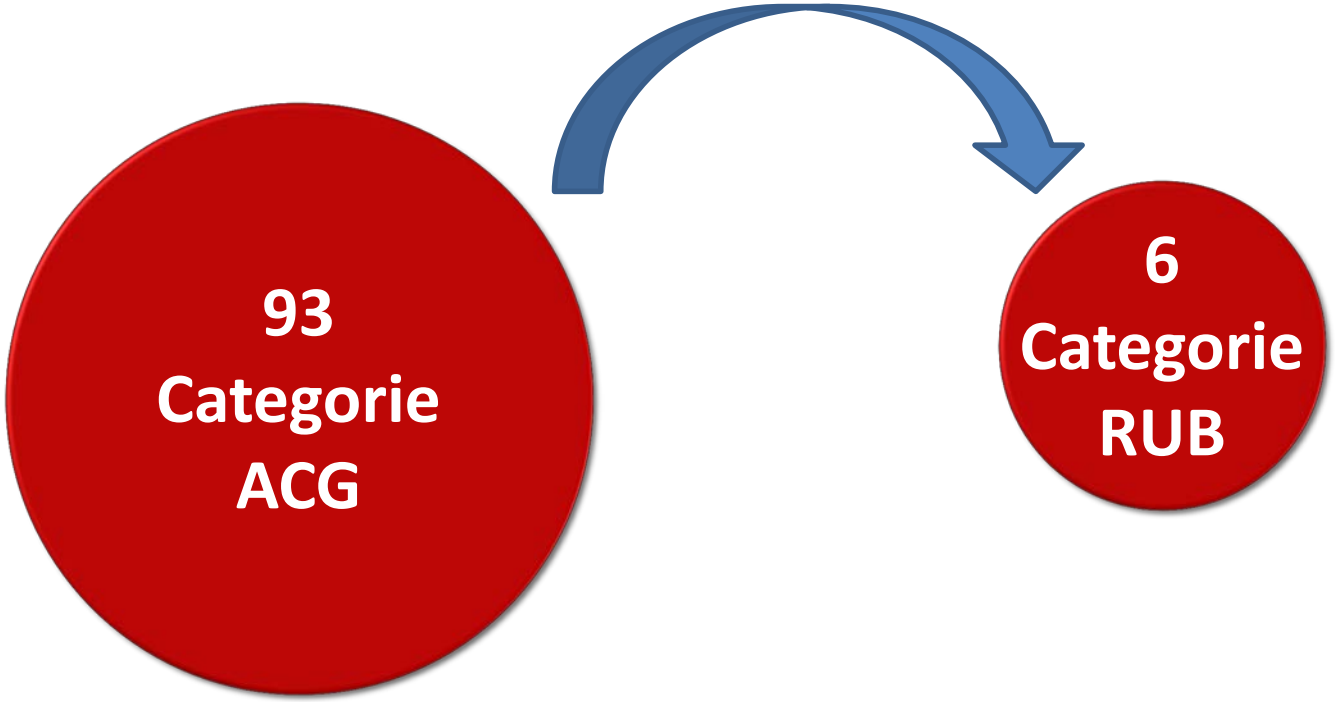
ACG 5110 Costi senza diagnosi

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



I gruppi ACG considerano la dimensione prognostica della malattia

Per stratificare la popolazione in grandi categorie di rischio, i 93 ACG possono essere raggruppati in 6 categorie denominate RUBs (Resource Utilization Bands)



Stratificazione del rischio: Population health management

PALLIAZIONE, 49.385	5= Terminalita' = 1%	COSTO 13.020
CARE MANAGEMENT 162.520	4 = Multimorbidita' e complessita' = 3,3 %	COSTO 6.211
DISEASE/CARE MANAGEMENT 943.000	3 = Patologia singola complessa, Patologie multiple = 19%	COSTO 2.357
PDTA 988.000	2 = Una singola patologia o condizione non complessa = 19%	COSTO 723
UT. SANI 1.839.493	1 = Sviluppo dei sintomi = 37% Costi senza diagnosi	COSTO 212
NON UTILIZZ. 974.682	0= In salute = 19% Ne' costi ne' diagnosi	COSTO= 0

DALLA POPOLAZIONE **ALL'USO DI RISORSE**

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 6,1
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 = 19%	Carico 0,8
DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE	1 = Sviluppo dei sintomi = 37% Costi senza diagnosi	Carico 0,3
PROMOZIONE SALUTE SCREENING	0= In salute = 19% Ne' costi ne' diagnosi	Carico o peso = 0

ACG : DALLE MALATTIE AL PESO ASSISTENZIALE

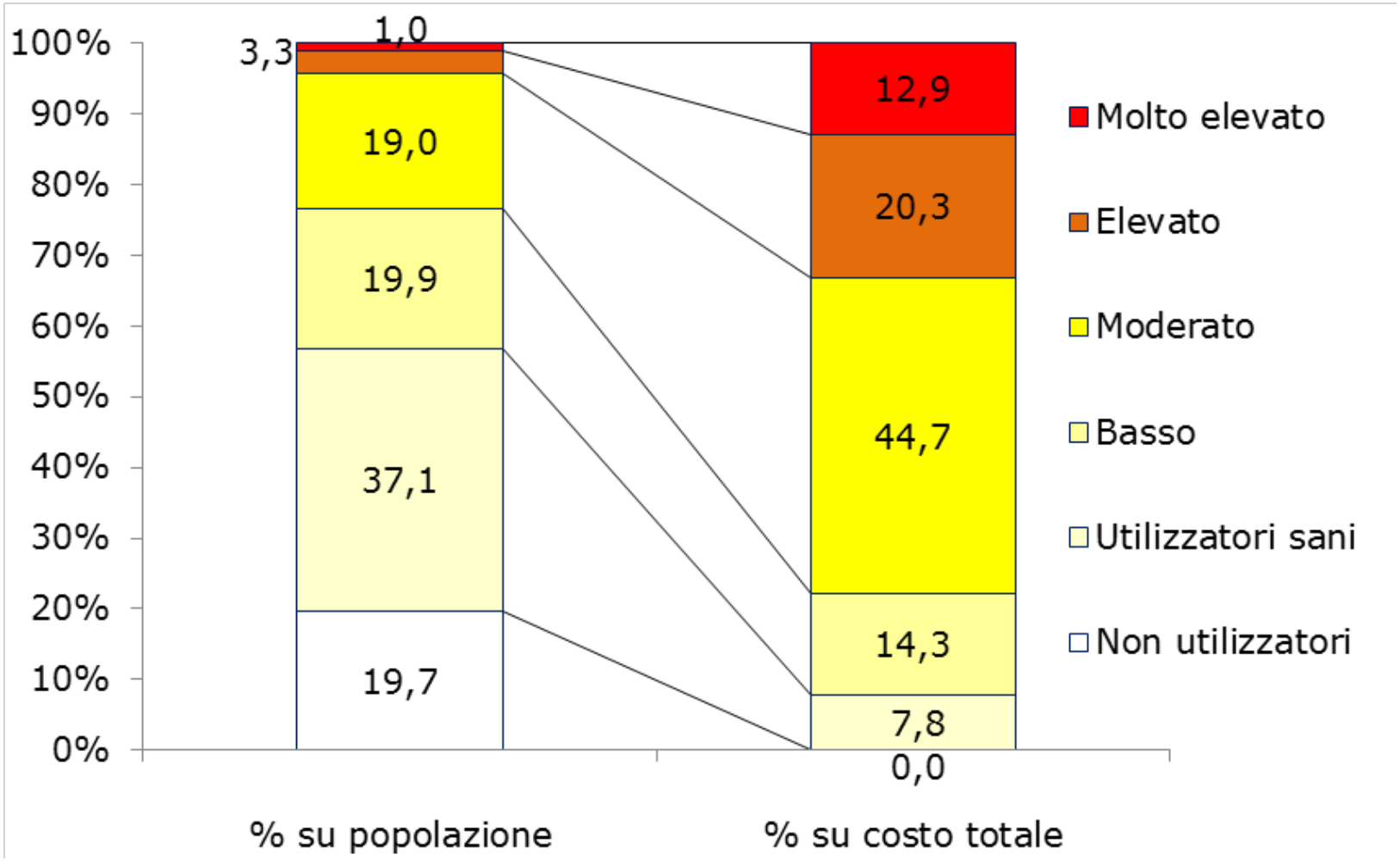
Stratificazione del rischio: Population health management

PALLIAZIONE, 49.385	5= Terminalita' = 1%	COSTO medio 13.020 € 650 milioni in totale
CARE MANAGEMENT 162.520	4 = Multimorbidita' e complessita' = 3,3 %	COSTO 6.211 € 1 miliardo
DISEASE/CARE MANAGEMENT 943.000	3 = Patologia singola complessa, Patologie multiple = 19%	COSTO 2.357 € 2,2 miliardi
PDTA 988.000	2 = Una singola patologia o condizione non complessa = 20%	COSTO 723 € 730 milioni
UT. SANI 1.839.493	1 = Sviluppo dei sintomi = 39% Costi senza diagnosi	COSTO 212 € 400 milioni
NON UTILIZZ. 974.682	0= In salute = 19% Ne' costi ne' diagnosi	COSTO= 0

Anno 2016

Prestazioni sanitarie per un totale di 5 miliardi di Euro

Popolazione e costi per carico di malattia. Veneto, anno 2015.
(Fonte: elaborazioni su dati archivio ACG Veneto)

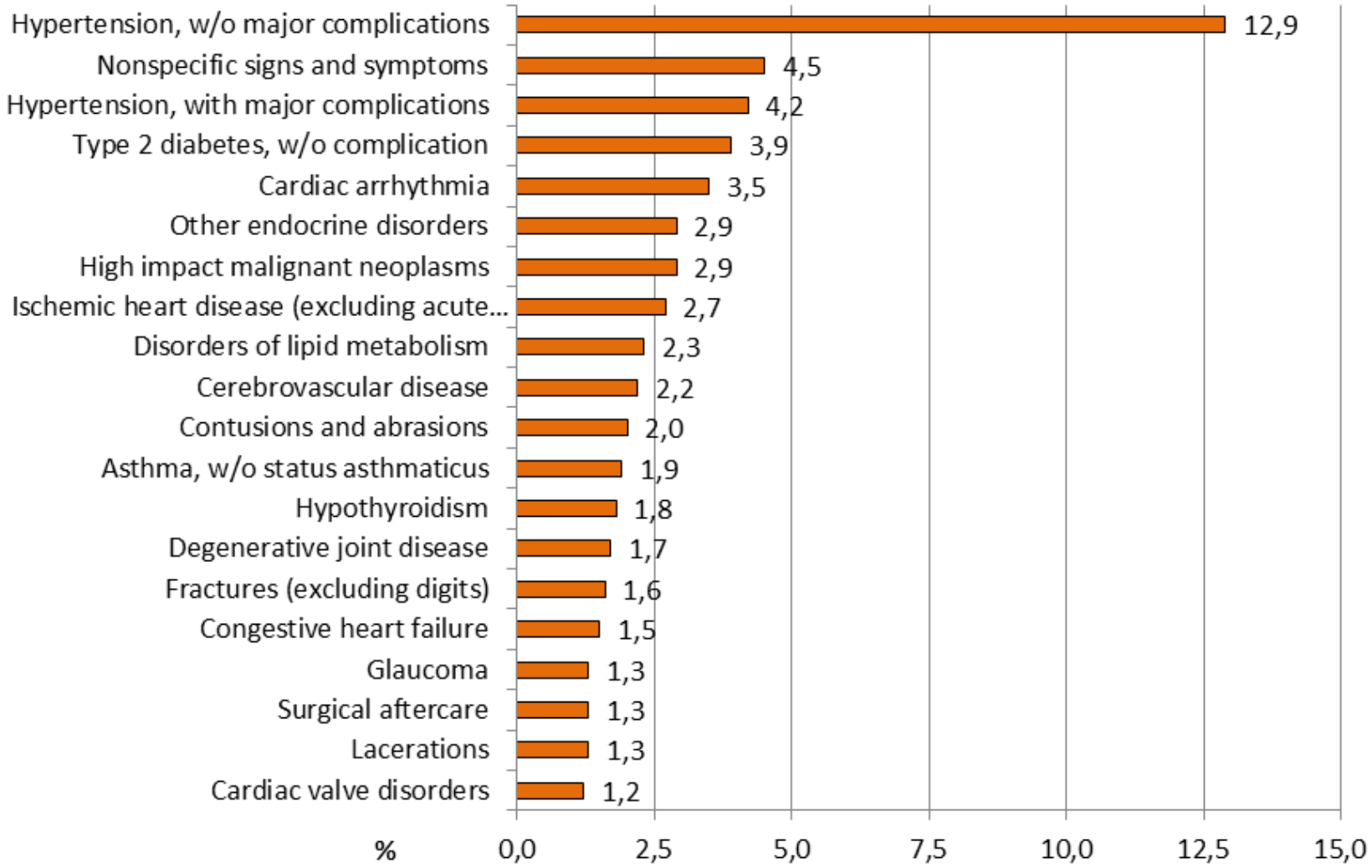


Resource Utilization Bands - RUBs

Aggregazioni di ACG in base al consumo atteso di risorse

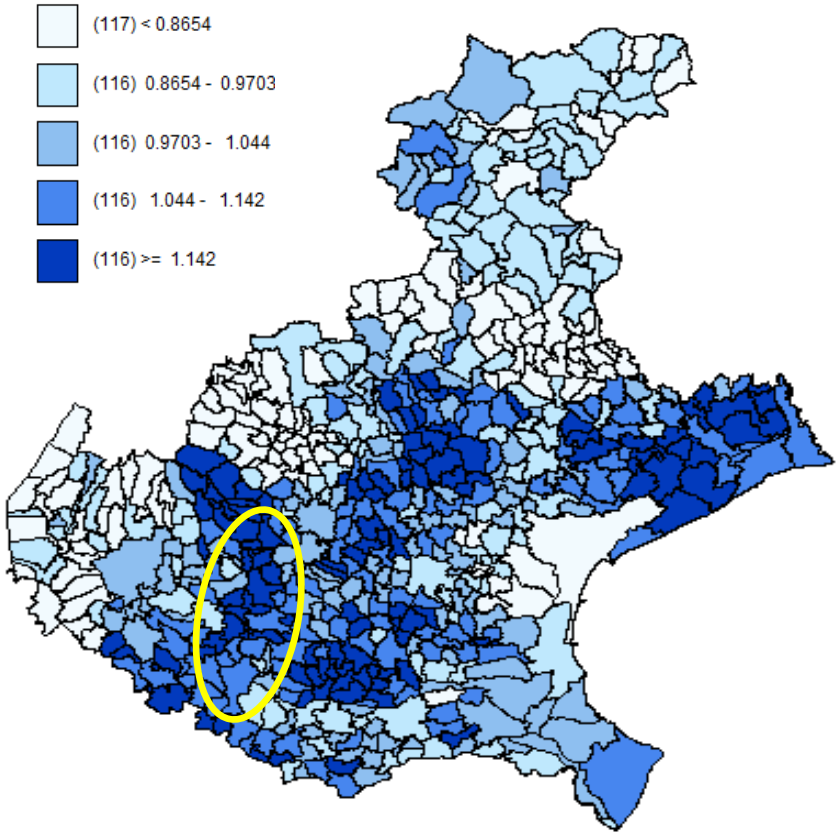
RUB	ACG
5-molto alto	5341-Bambini; 6+ pat., 1+ pat. maggiori, basso peso alla nascita 4930-6/9 pat., età>34, 3 pat. maggiori
4-alto	4430-4/5 patologie, età>34, 2+ patologie maggiori 1730-Gravidanza, 2/3 pat., 1+ pat. maggiori
3-moderato	4100-2/3 patologie, età>34 0800-Cronica, instabile
2-basso	0900-Cronica,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

Tutta la popolazione. Malattie più frequenti.
Anno 2015. Fonte: archivio ACG

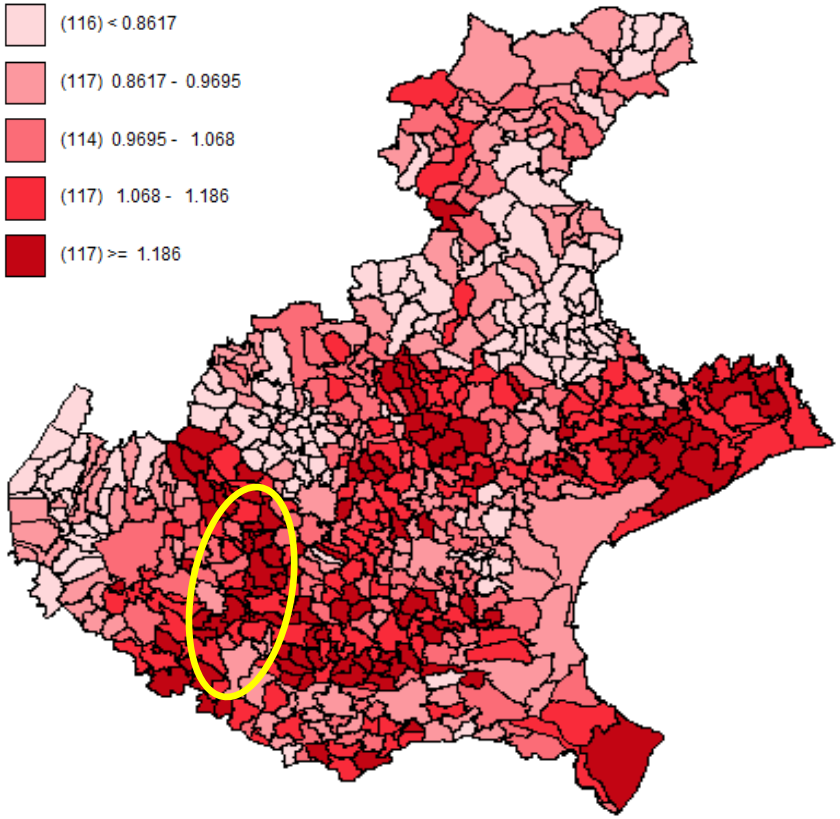


Rapporto standardizzato di prevalenza (SPR, stime bayesiane), Ipercolesterolemia (20-74anni)

(Veneto, 2016 - Fonte: elaborazioni SER su archivio ACG Veneto)



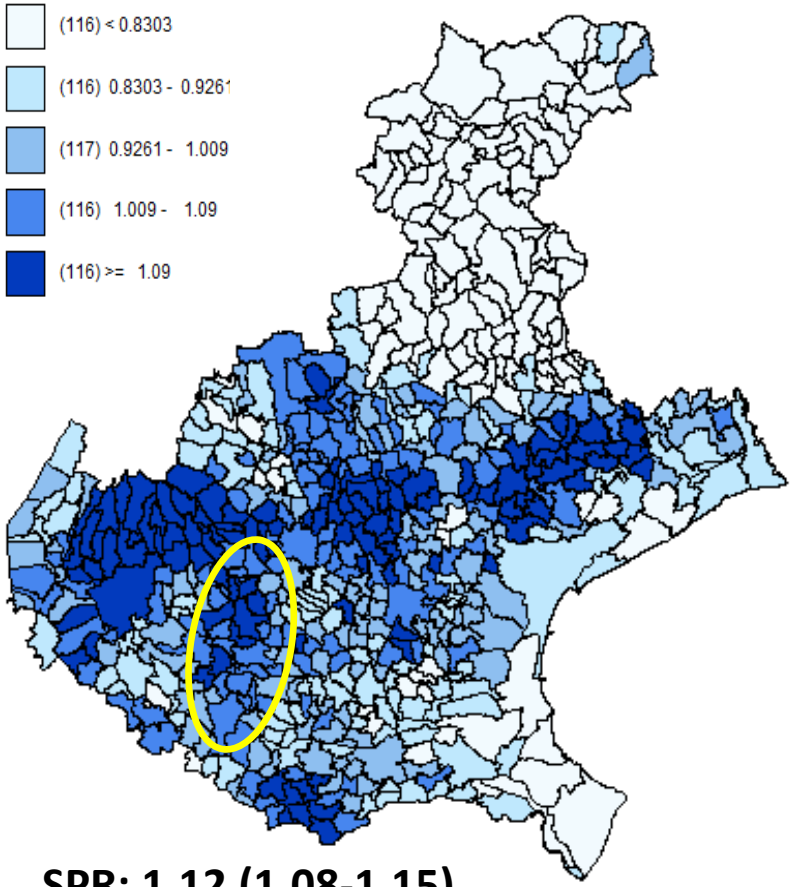
SPR: 1.11 (1.08-1.15)
21 Comuni della Zona rossa



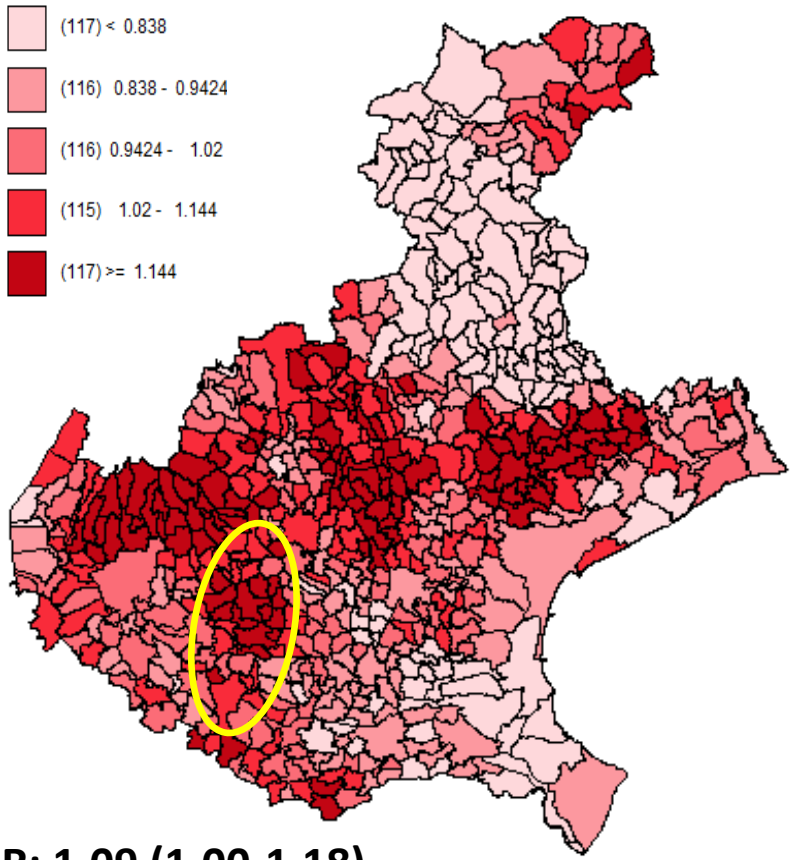
SPR: 1.14 (1.11-1.17)
21 Comuni della Zona rossa

Rapporto standardizzato di prevalenza (SPR , stime bayesiane), Ipotiroidismo (20-74anni)

(Veneto, 2016 - Fonte: elaborazioni SER su archivio ACG Veneto)

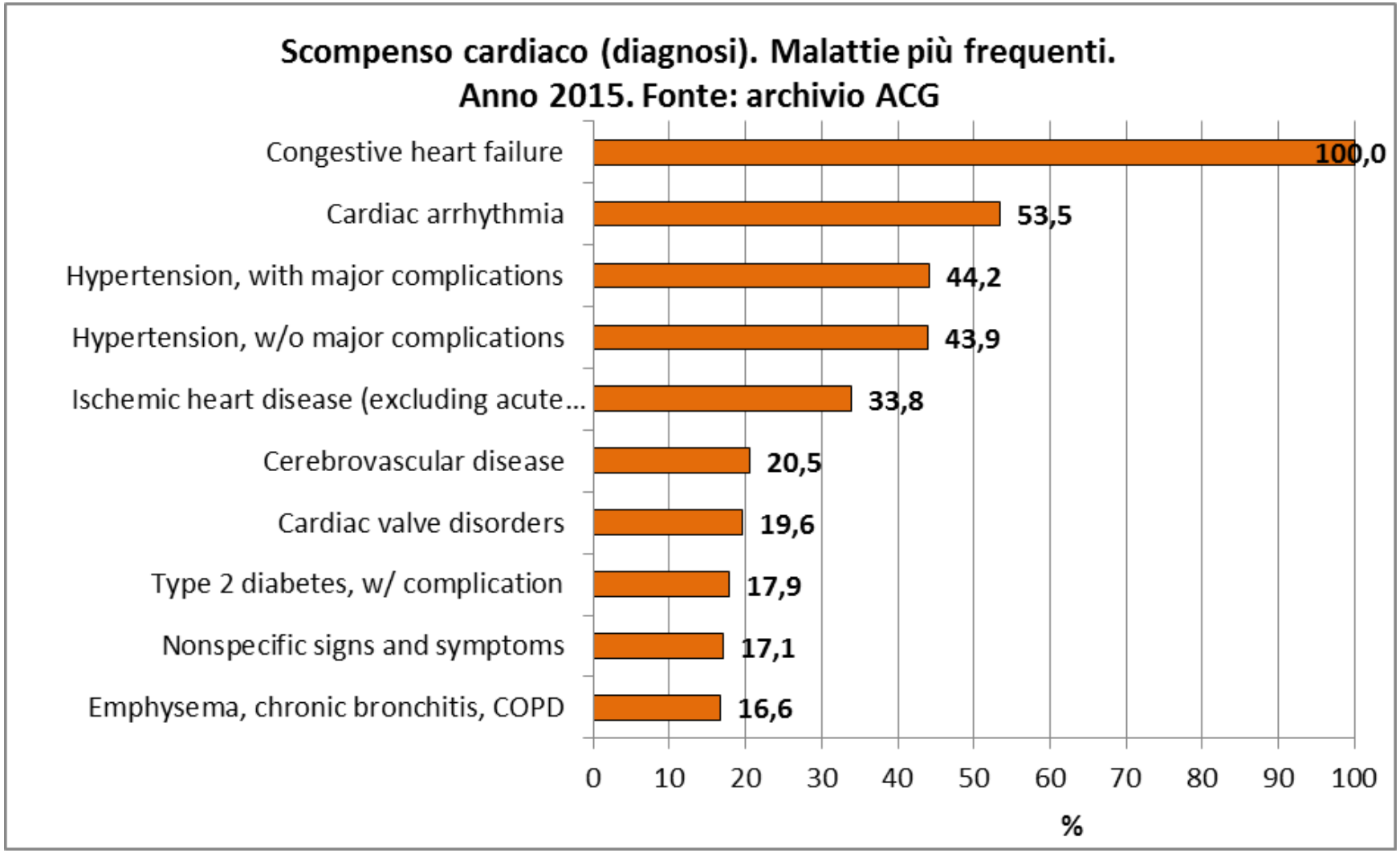


SPR: 1.12 (1.08-1.15)
21 Comuni della Zona rossa

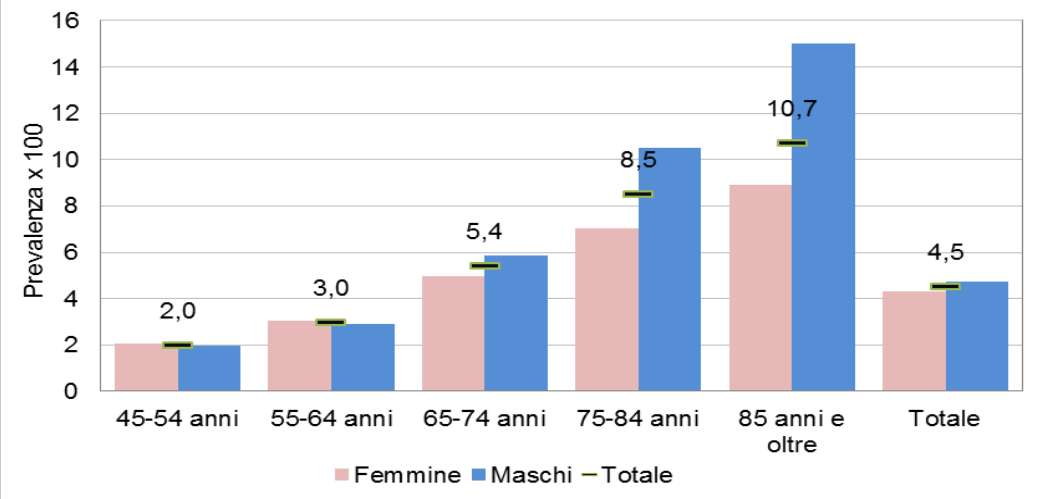


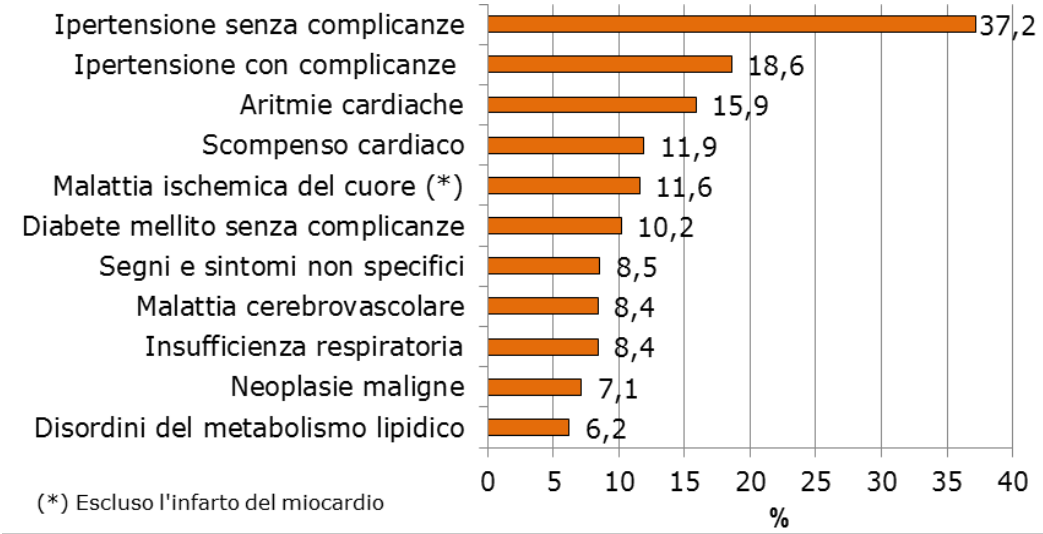
SPR: 1.09 (1.00-1.18)
21 Comuni della zona rossa

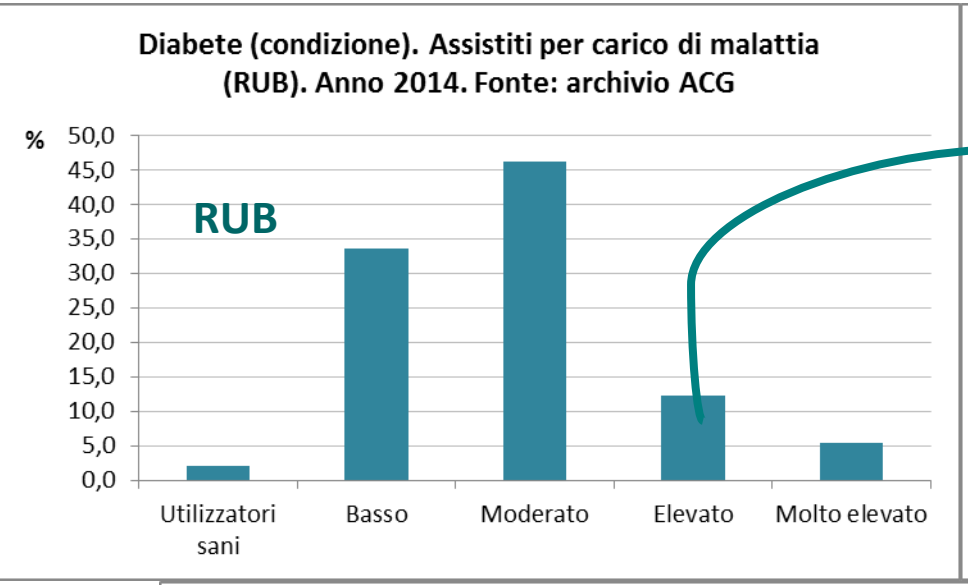
Scompenso cardiaco - Comorbilità

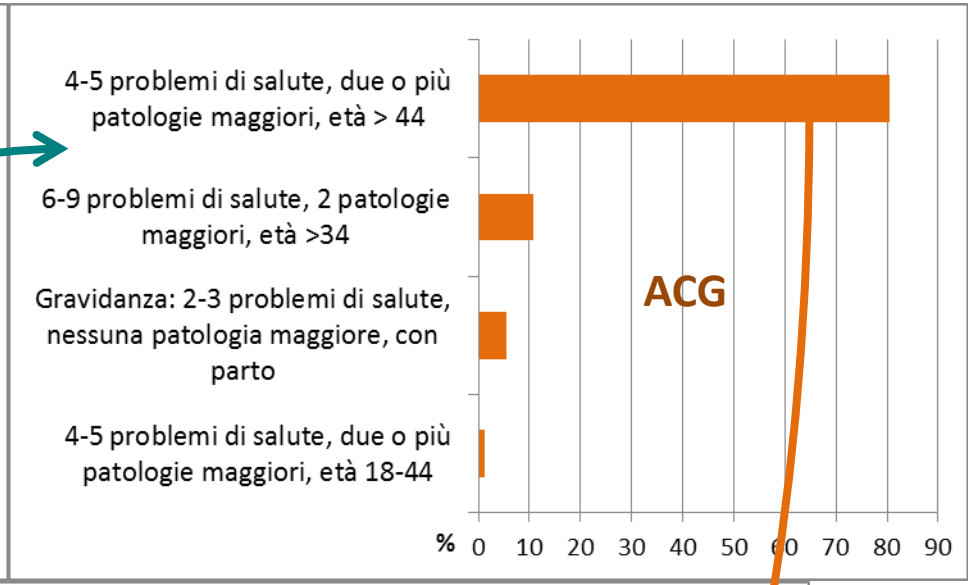


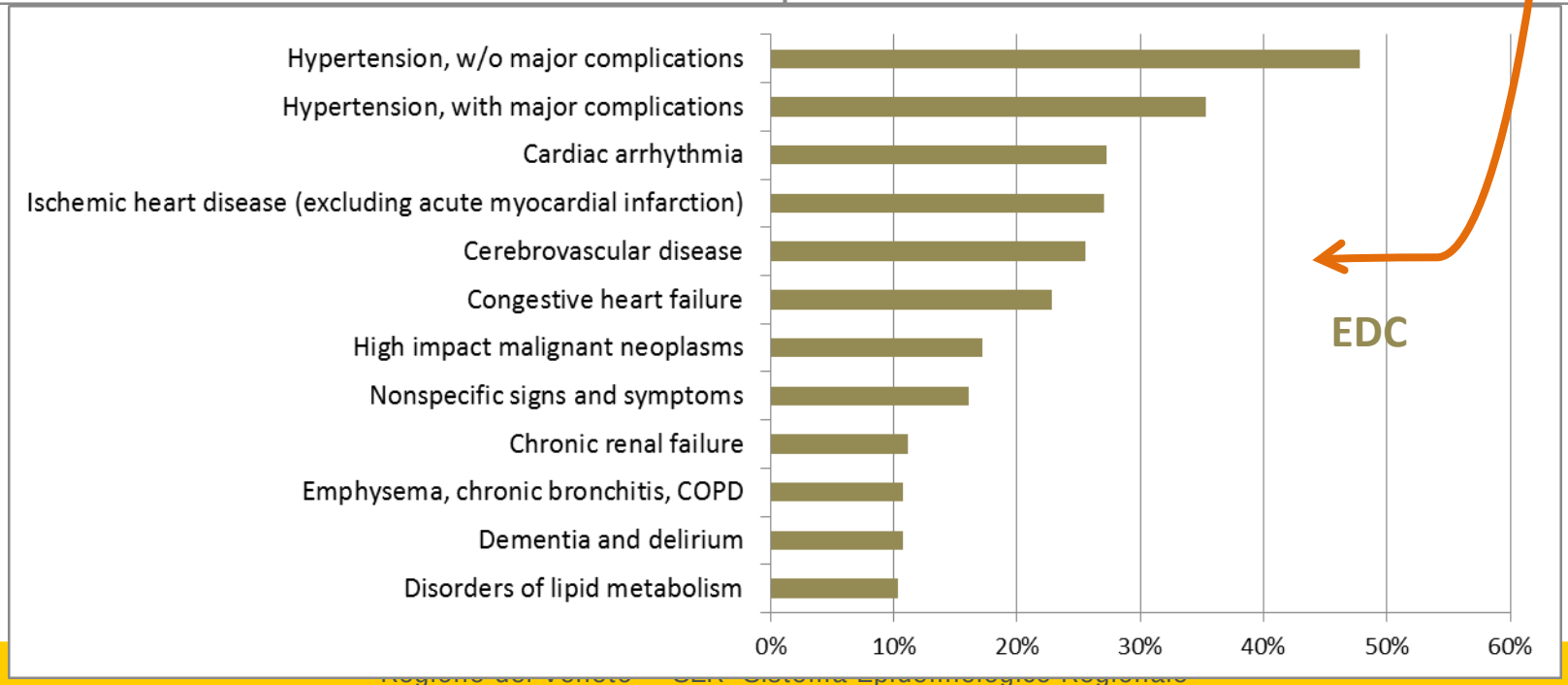
Assistiti con BPCO al 31.12.2015. Prevalenza per età e sesso e comorbilità più frequenti (Anno 2015. Fonte: archivio ACG Regione Veneto)






Diabete (condizione). Assistiti per carico di malattia (RUB). Anno 2014. Fonte: archivio ACG
%
50,0
45,0
40,0
35,0
30,0
25,0
20,0
15,0
10,0
5,0
0,0
RUB
Utilizzatori sani
Basso
Moderato
Elevato
Molto elevato


4-5 problemi di salute, due o più patologie maggiori, età > 44
6-9 problemi di salute, 2 patologie maggiori, età >34
Gravidanza: 2-3 problemi di salute, nessuna patologia maggiore, con parto
4-5 problemi di salute, due o più patologie maggiori, età 18-44
ACG
%
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90

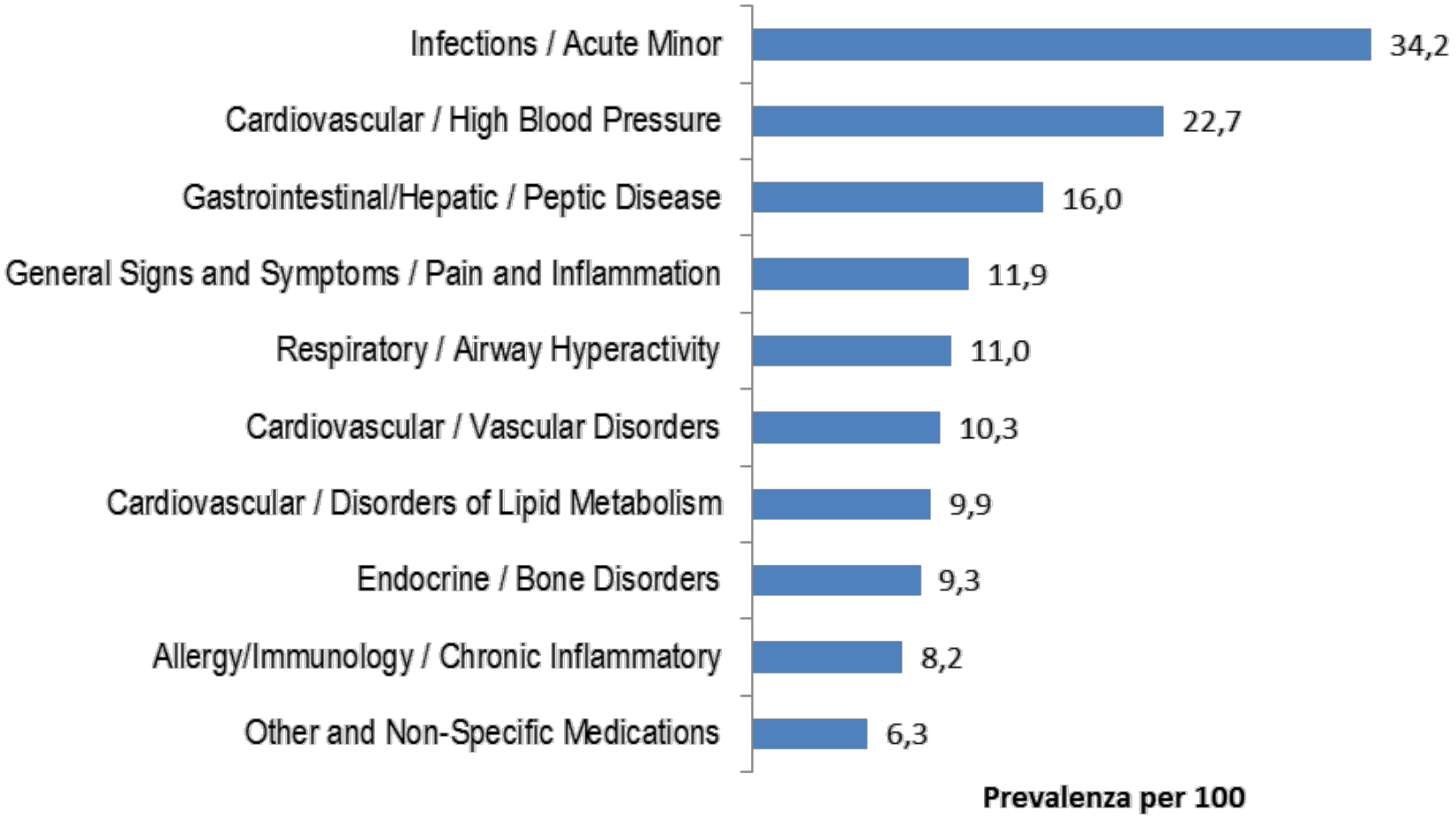

Hypertension, w/o major complications
Hypertension, with major complications
Cardiac arrhythmia
Ischemic heart disease (excluding acute myocardial infarction)
Cerebrovascular disease
Congestive heart failure
High impact malignant neoplasms
Nonspecific signs and symptoms
Chronic renal failure
Emphysema, chronic bronchitis, COPD
Dementia and delirium
Disorders of lipid metabolism
EDC
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%

Il ruolo dei farmaci

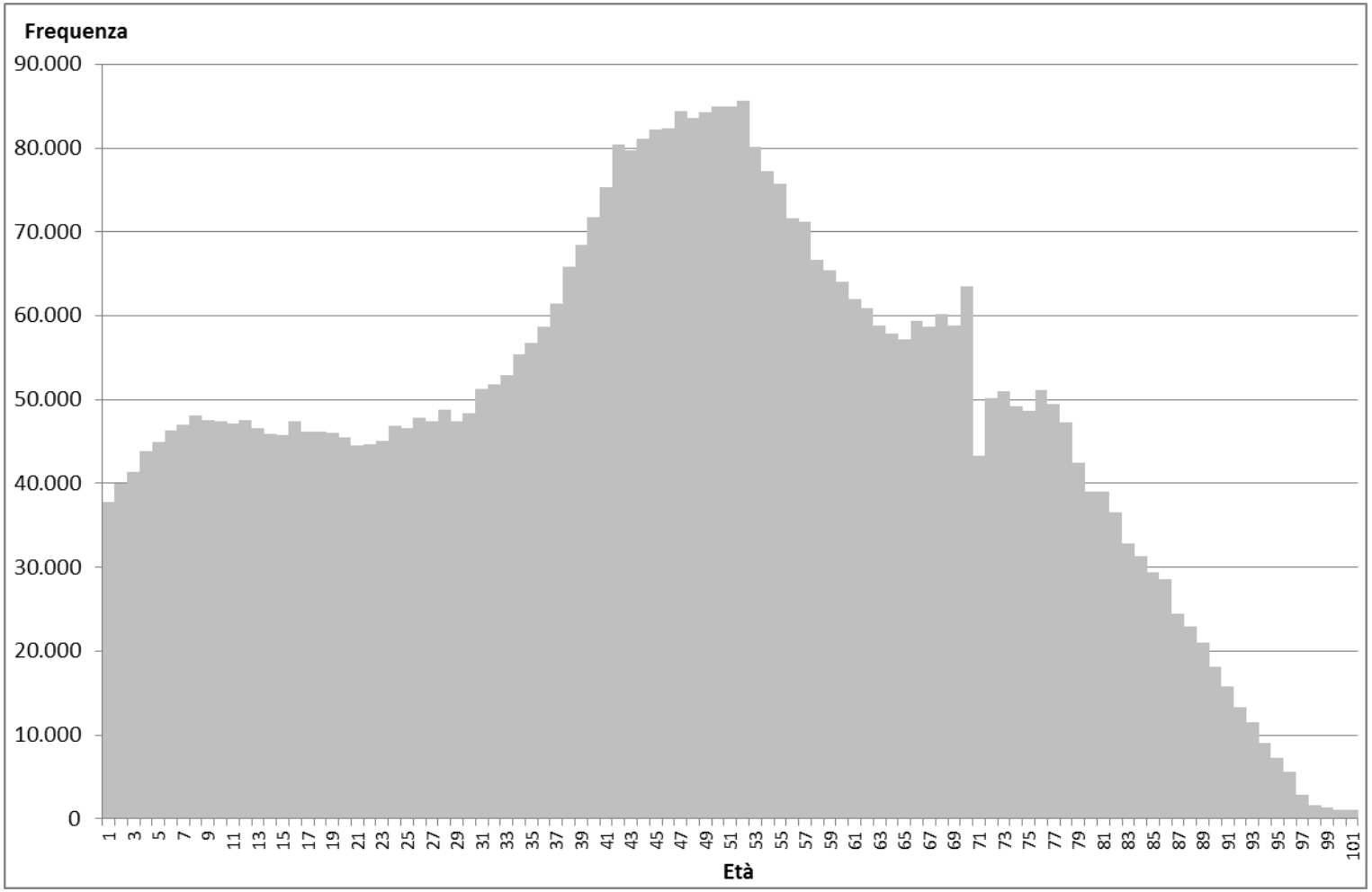
Il Sistema ACG utilizza i dati sulle prescrizioni farmaceutiche per derivare indirettamente informazioni sulle malattie

Codici ATC dei farmaci → **Pharmacy Morbidity Groups Rx-MGs (diagnosi farmaco correlate)**

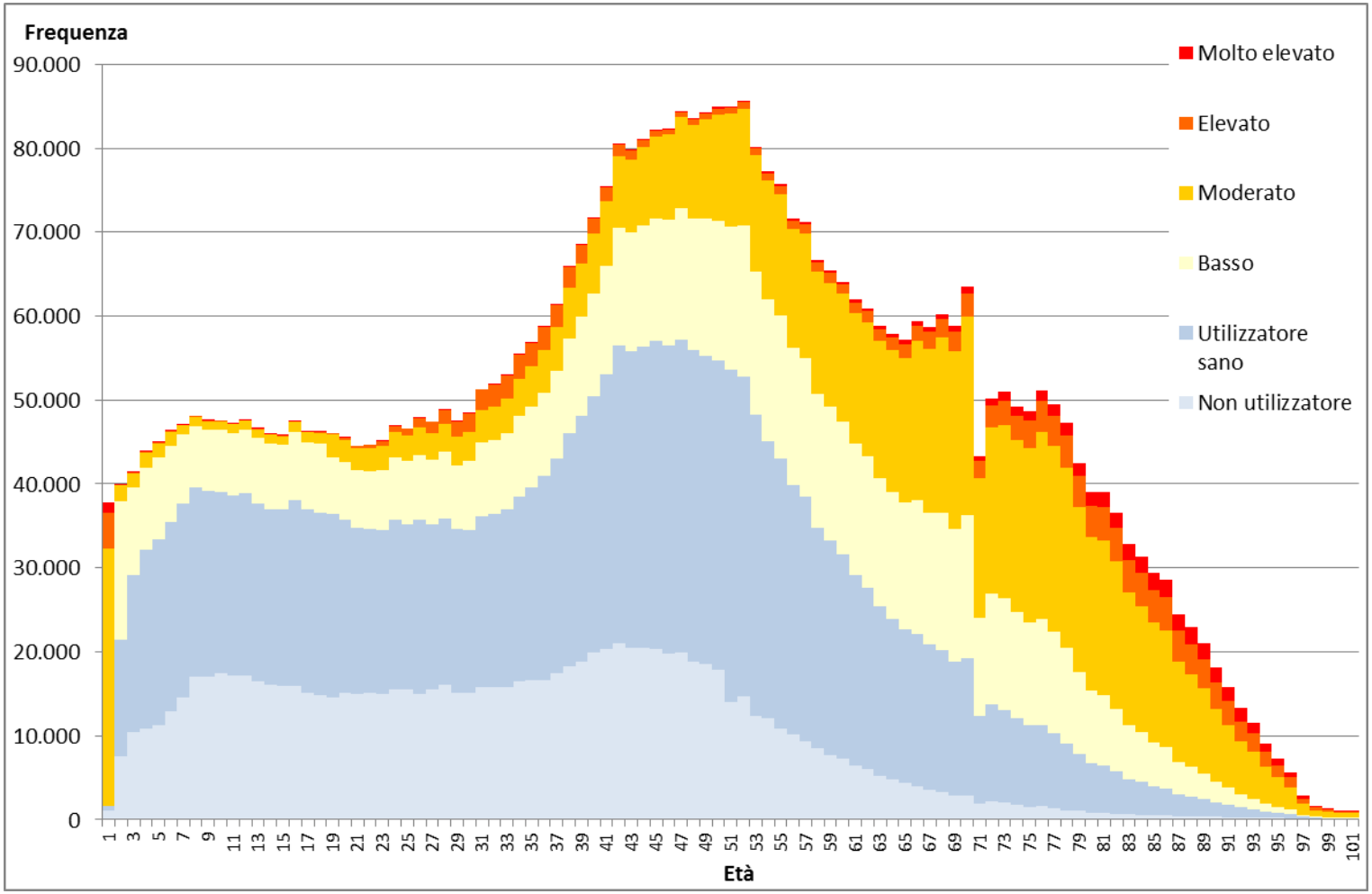
RxMG più frequenti. Anno 2014. (Fonte: archivio ACG Regione Veneto)



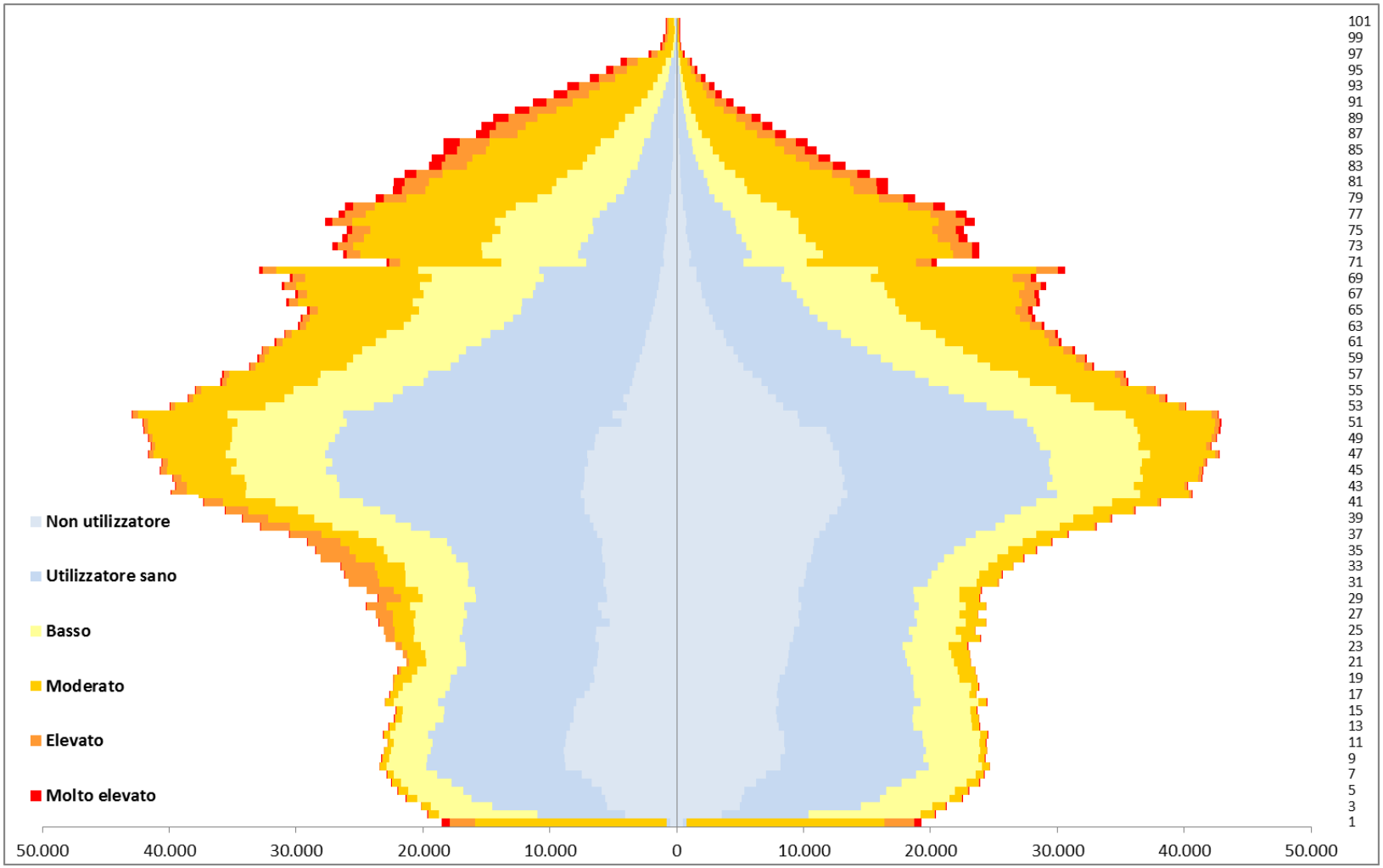
Distribuzione per età: nuova demografia Archivio ACG. Anno 2015. Regione Veneto



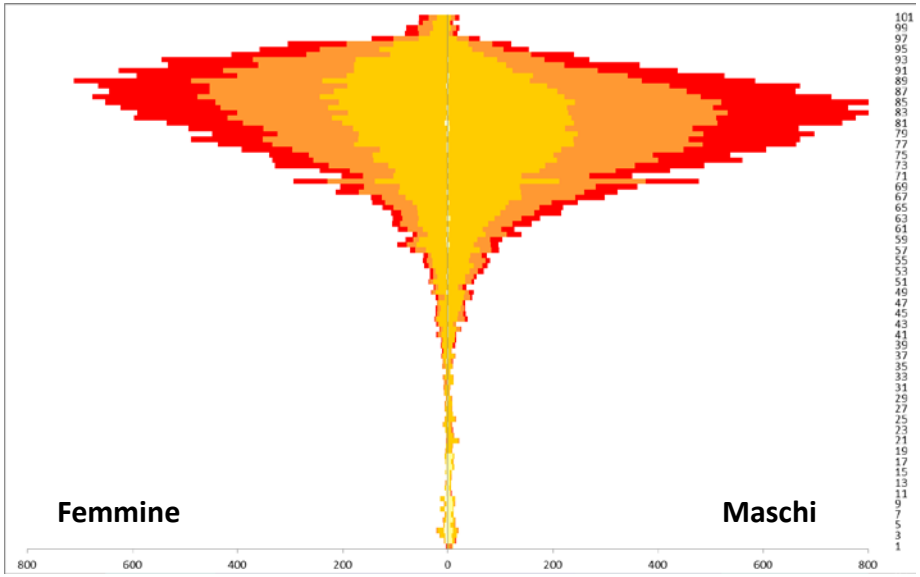
Distribuzione per età e carico di malattia (RUB) Archivio ACG. Anno 2015. Regione Veneto



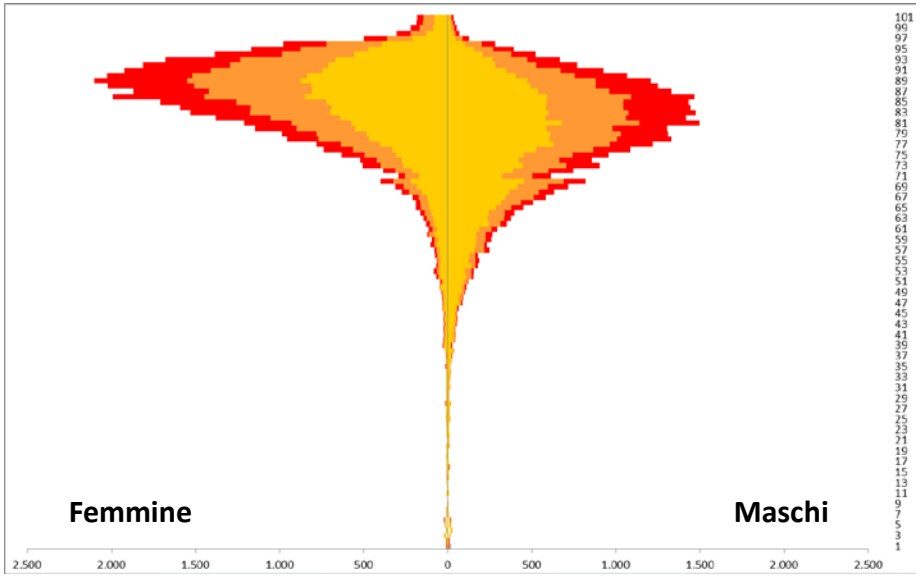
Struttura per età, sesso e carico di malattia (RUB). Archivio ACG. Anno 2015. Regione Veneto



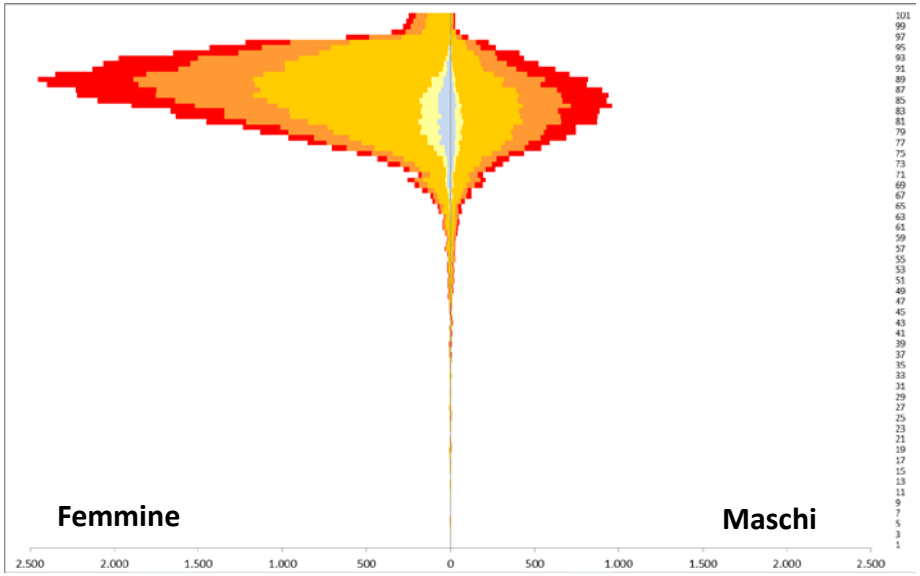
BPCO



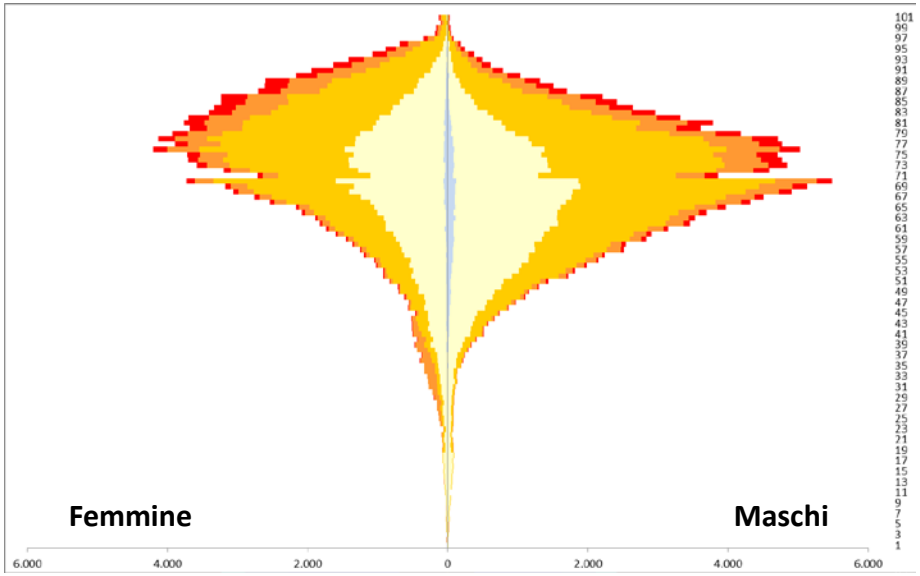
Scompenso cardiaco



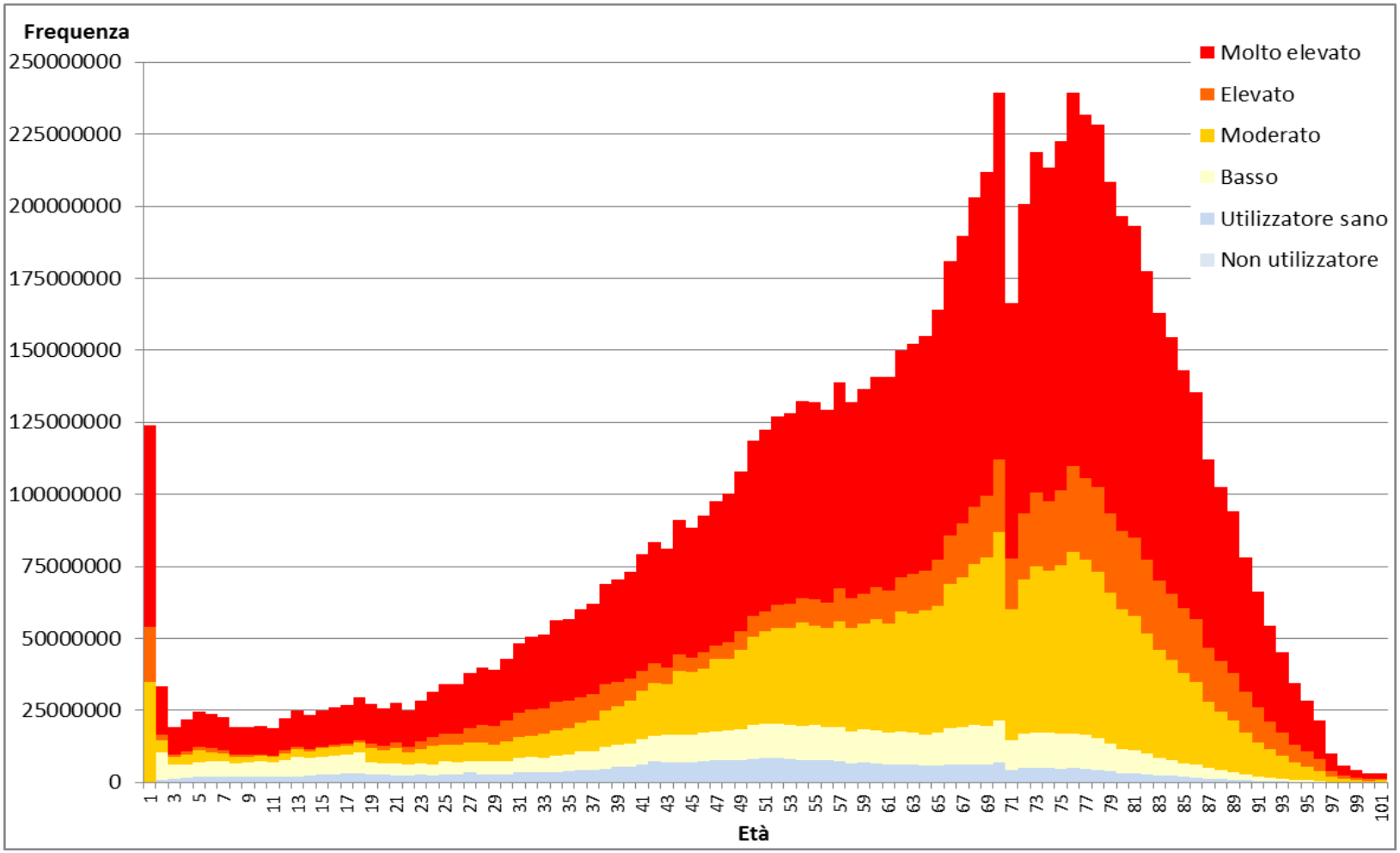
Demenza



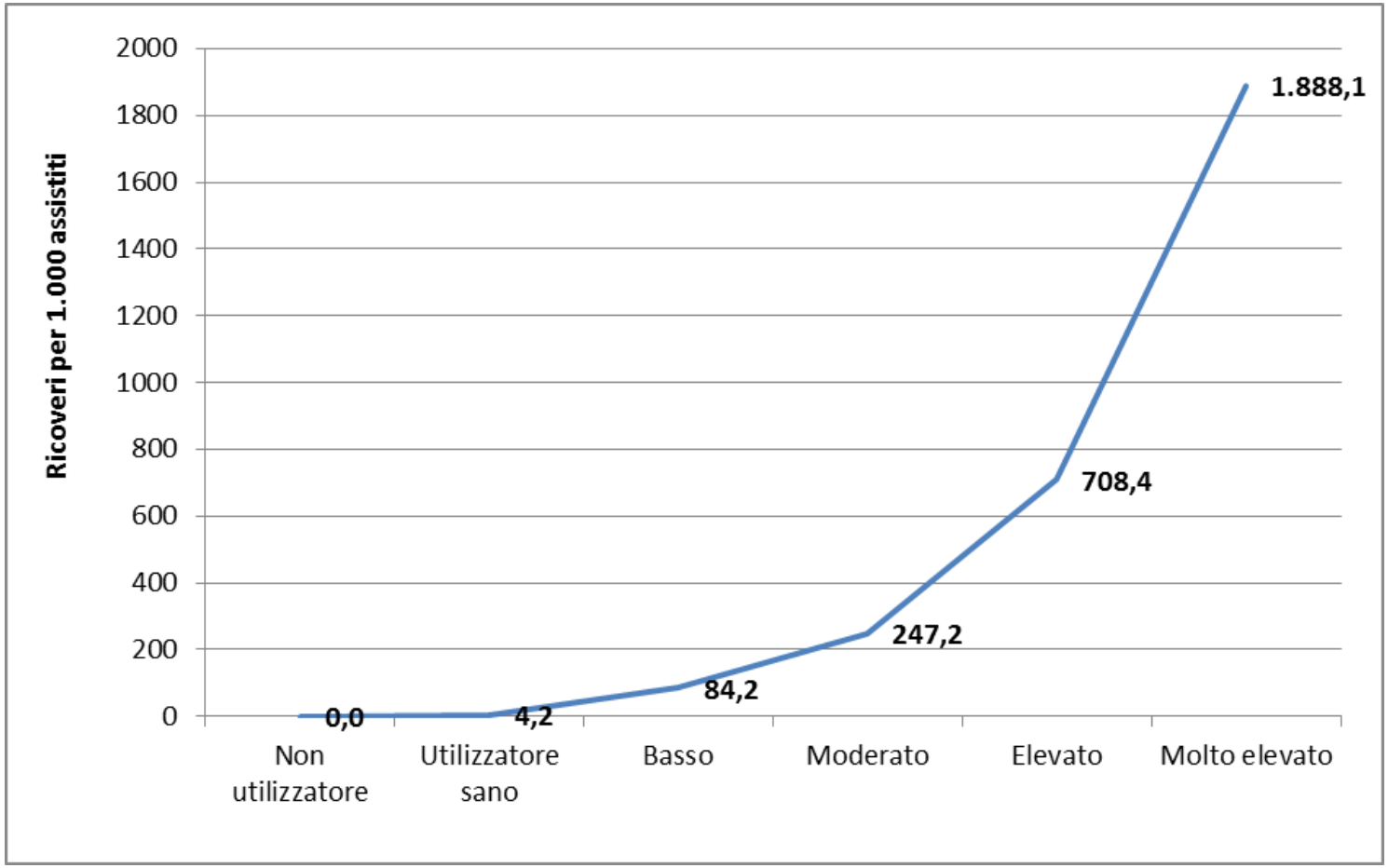
Diabete



Distribuzione del costo totale per età e carico di malattia (RUB). Archivio ACG. Anno 2015. Regione Veneto



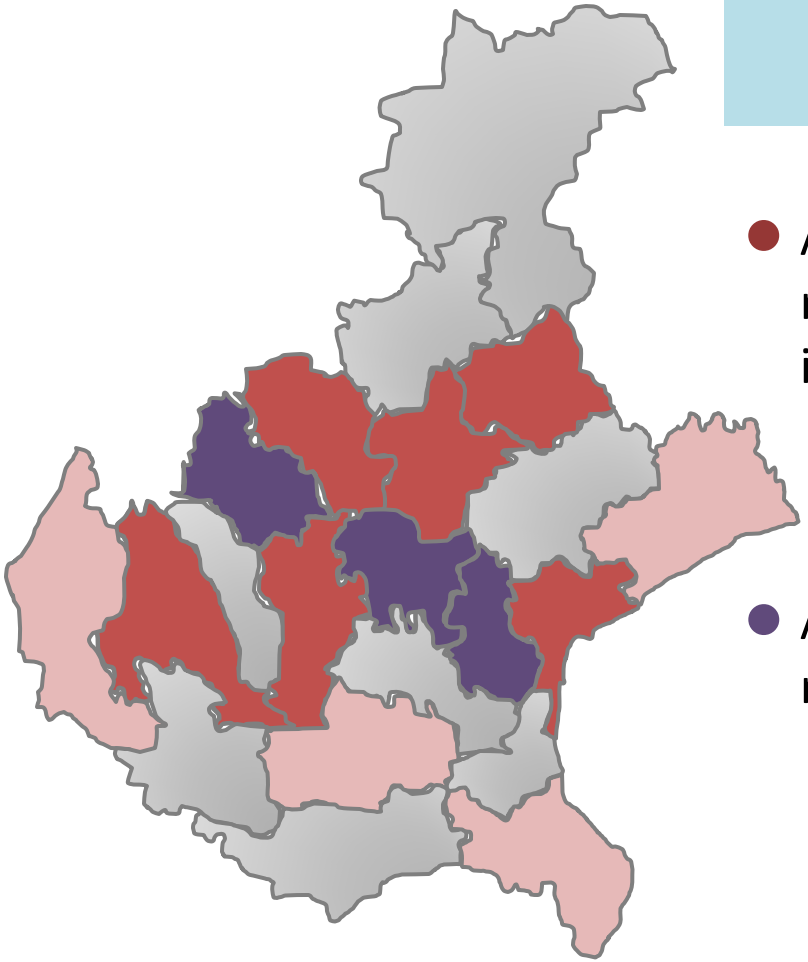
Tasso di ospedalizzazione (numero di ricoveri per 1.000 assistiti). DH incluso. Tutti gli assistiti. Archivio ACG. Anno 2015. Regione Veneto



Assistiti con carico di malattia elevato e molto elevato (RUB 4 e 5) di età >= 50 anni per Azienda ULSS e presenza in struttura residenziale. Archivio ACG. Anno 2015. Regione Veneto

Nuova Azienda ULSS	Non in struttura residenziale		In struttura residenziale	
	N	%	N	%
1-Dolomiti	6.192	4,6	1.689	7,1
2-Marca Trevigiana	22.696	16,8	4.662	19,7
3-Serenissima	18.765	13,9	2.962	12,5
4-Veneto Orientale	5.730	4,2	794	3,4
5-Polesana	9.134	6,8	1.359	5,7
6-Euganea	26.186	19,4	3.394	14,4
7-Pedemontana	7.746	5,7	2.010	8,5
8-Berica	11.211	8,3	2.990	12,7
9-Scaligera	27.187	20,2	3.775	16,0
Totale	134.847	100,0	23.635	100,0

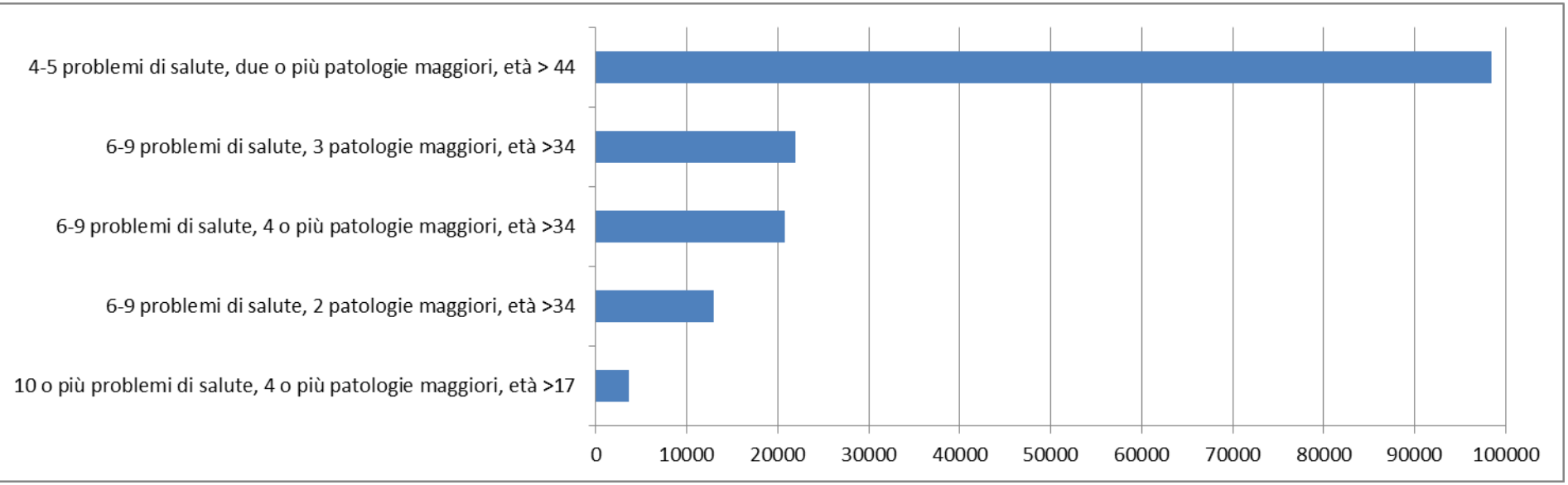
- Utilizzo di ACG in supporto al management della multimorbidità e complessità



- ACG estrae liste di pazienti a supporto di equipe multiprofessionali distrettuali (Medico geriatra, infermiere, FKT, altri professionisti)
  - con elevato consumo di risorse (RUB4 e 5)

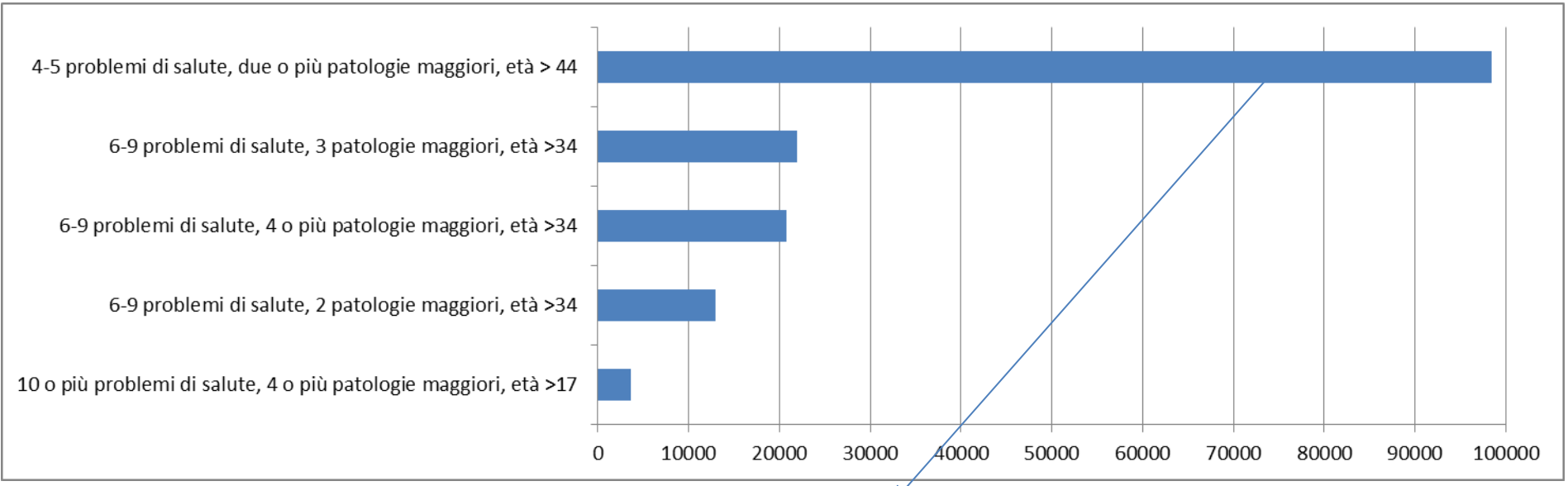
- ACG estrae liste di pazienti a supporto del team multiprofessionale della MGI
  - Scompenso
  - BPCO
  - Diabete
  - Demenza
  - Altre patologie croniche non complesse

99,5% dei soggetti con >=50 aa è classificabile in questi 5 ACG



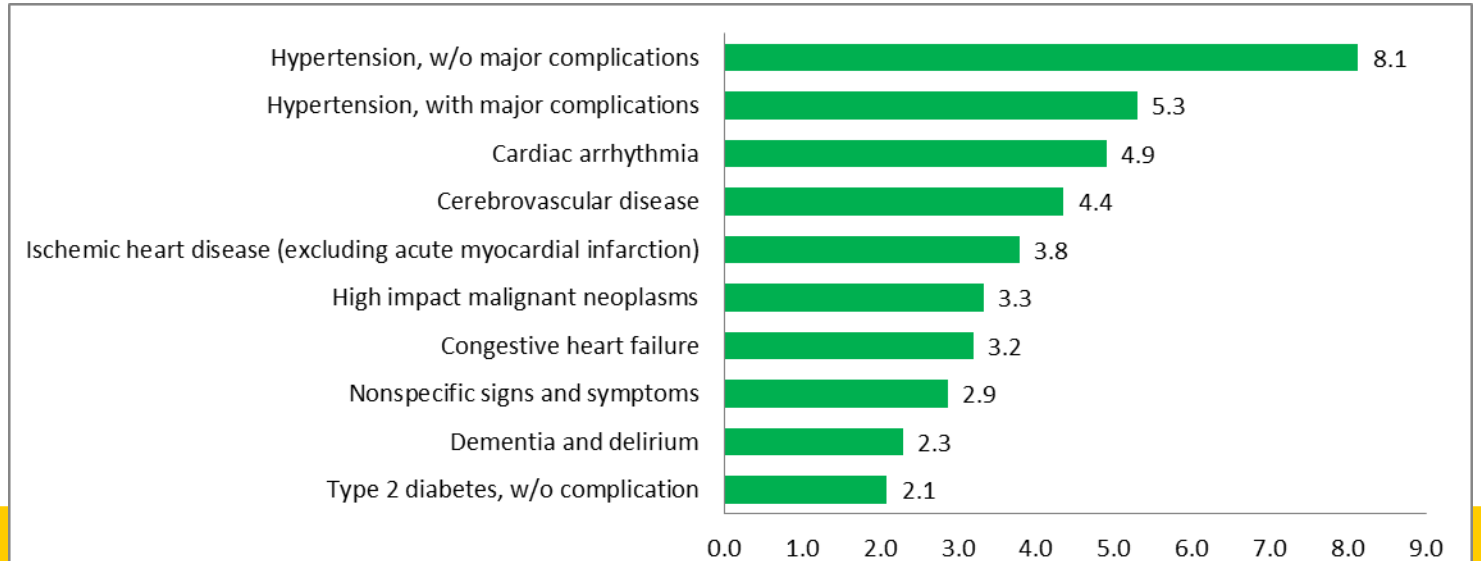
High cost , high needs

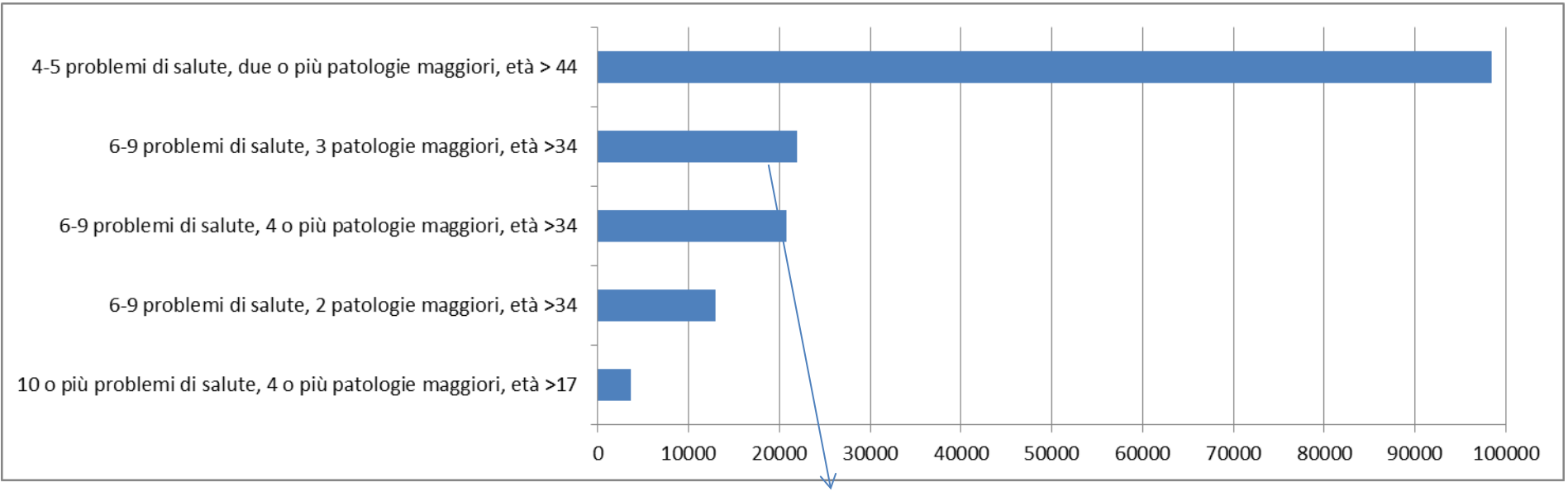
5% = 50 %



N=98401 (62% della pop >=50 anni con RUB 4,5)

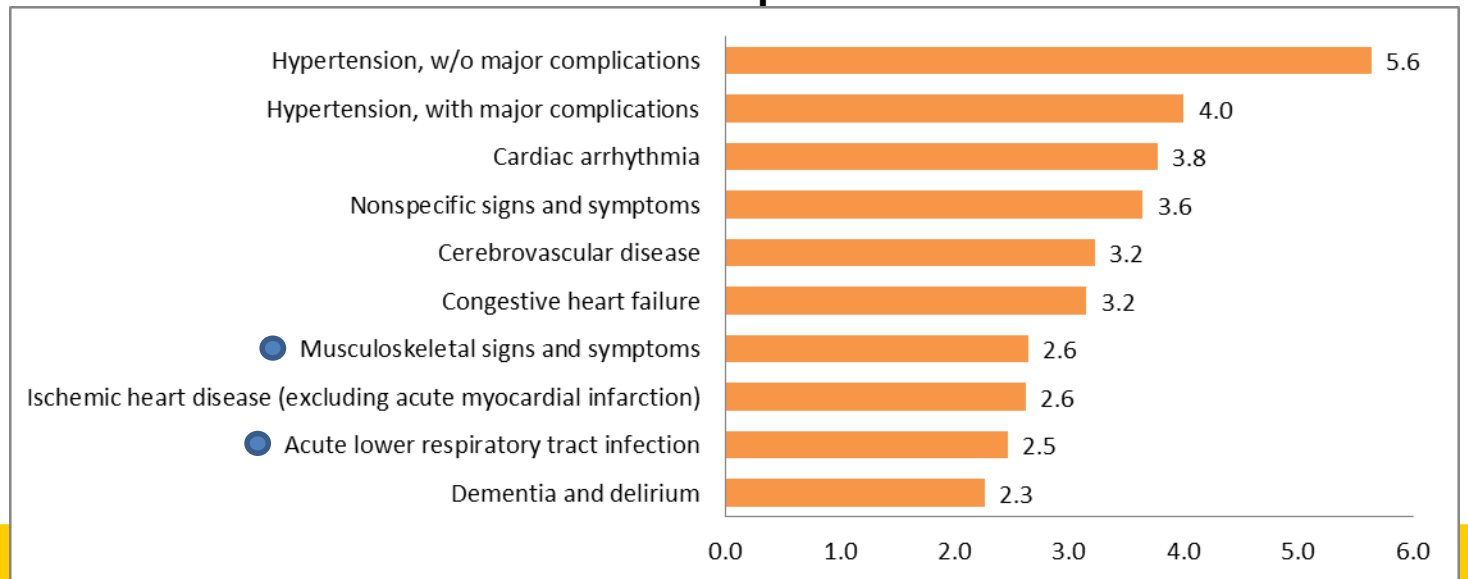
Distribuzione % prime 10 EDC

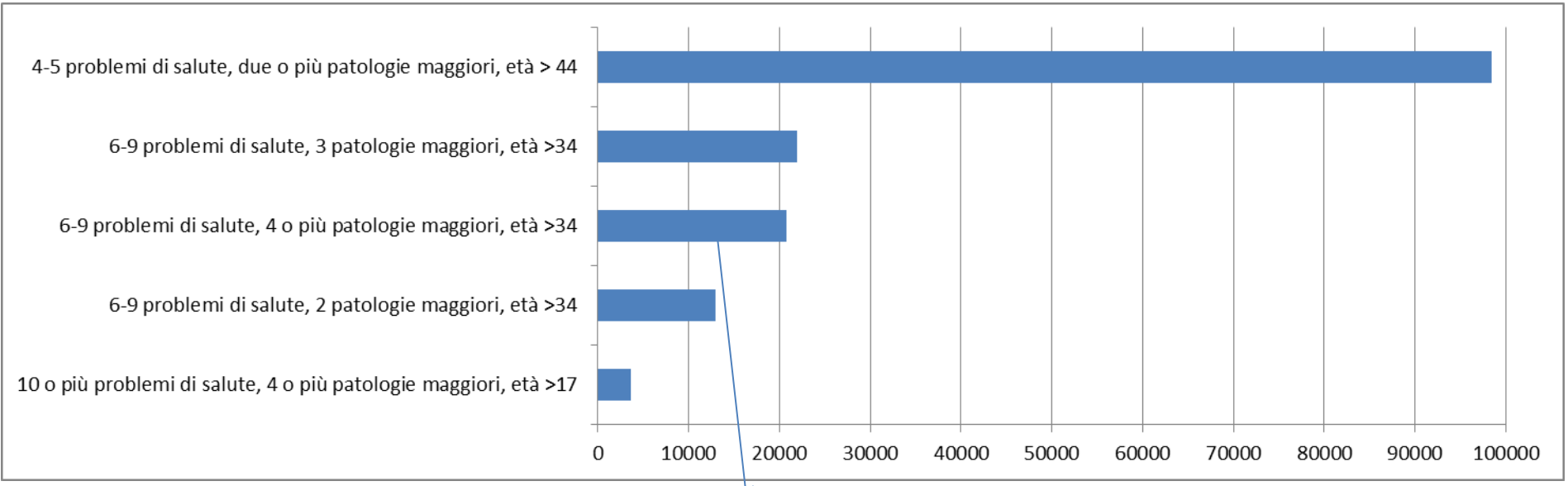




N=21964 (14% della pop >=50 anni con RUB 4,5)

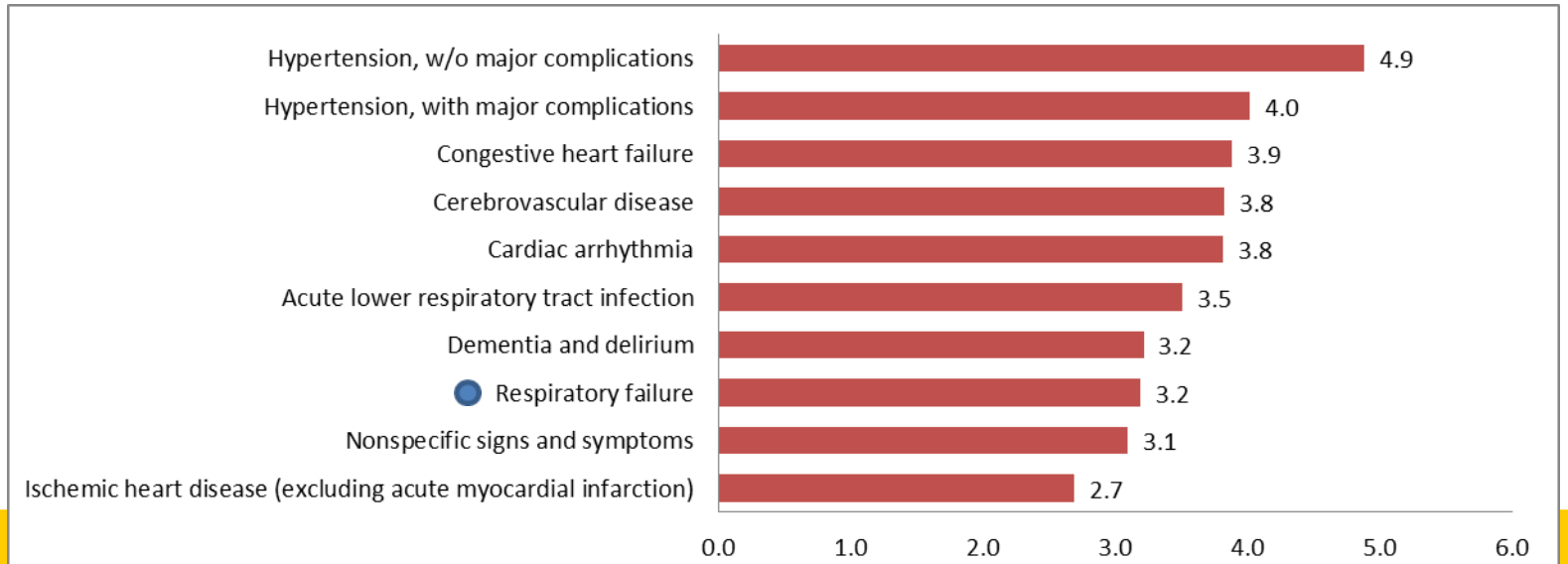
Distribuzione % prime 10 EDC

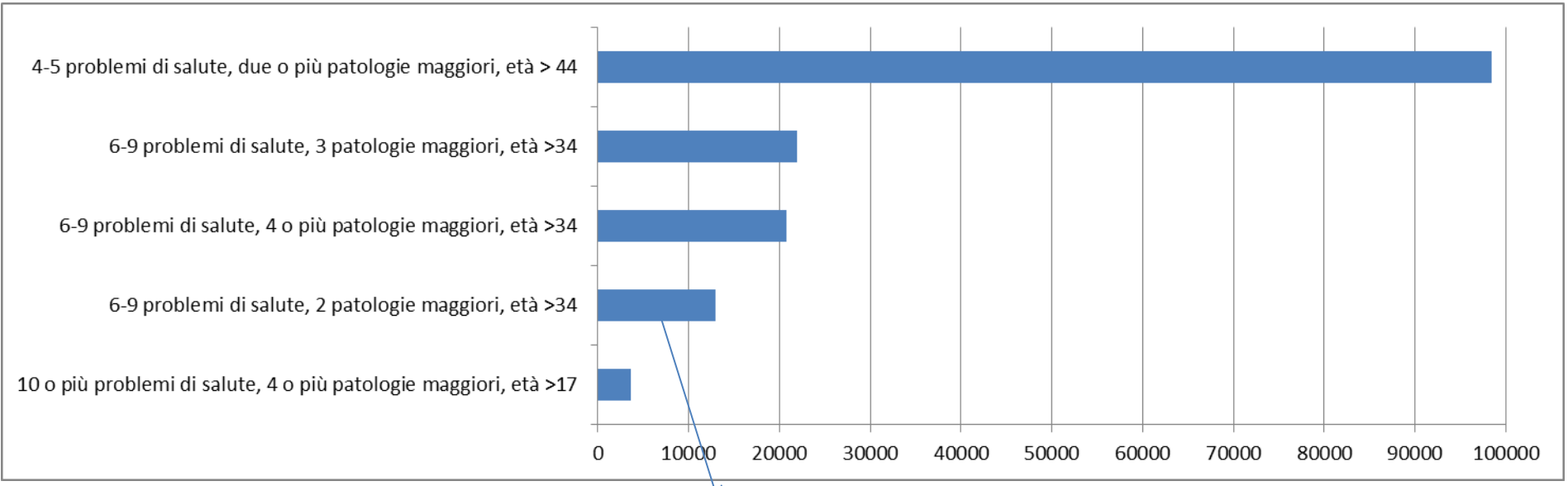




N=20748 (13% della pop >=50 anni con RUB 4,5)

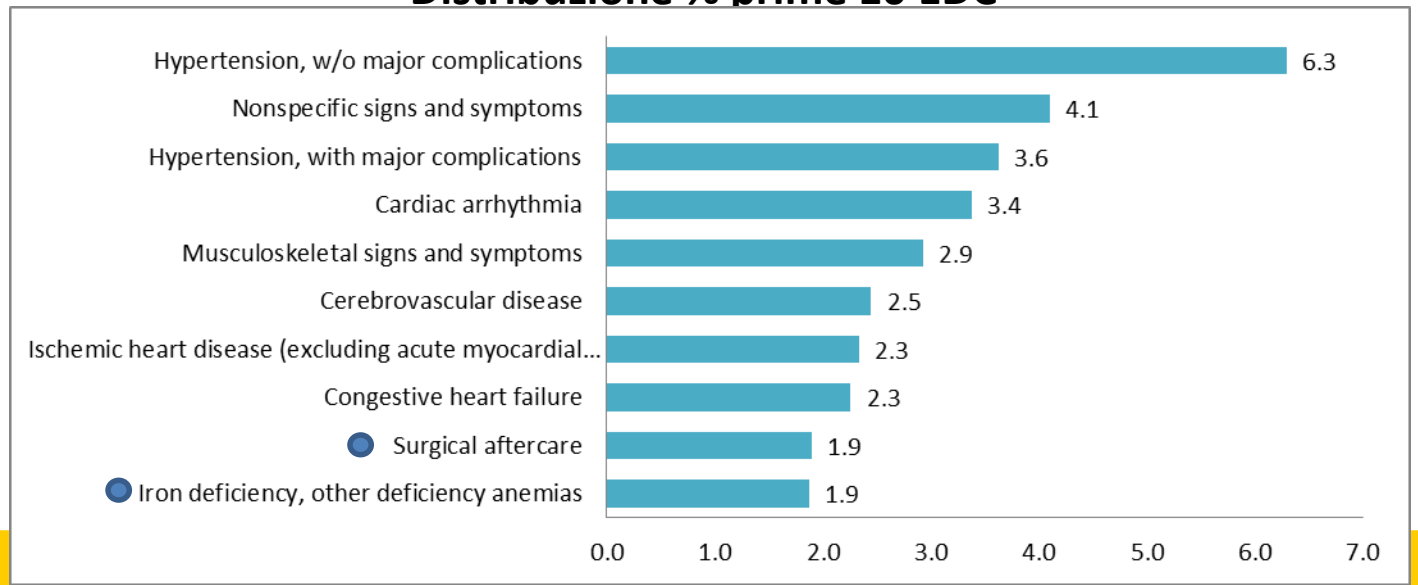
Distribuzione % prime 10 EDC

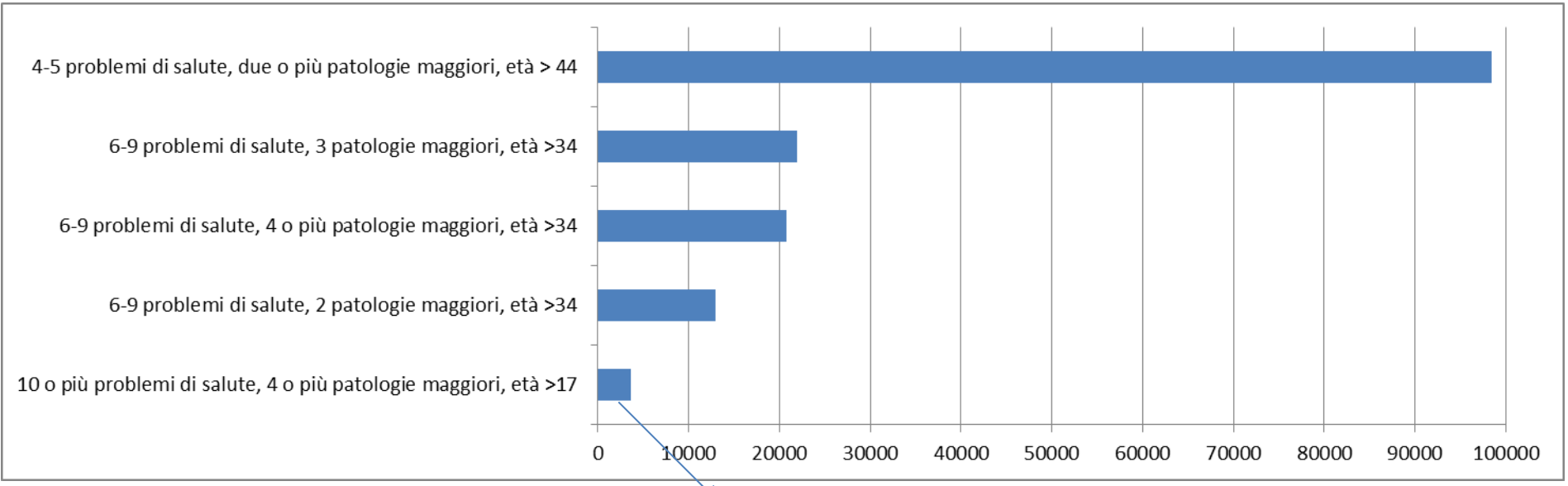




N=13000 (8% della pop >=50 anni con RUB 4,5)

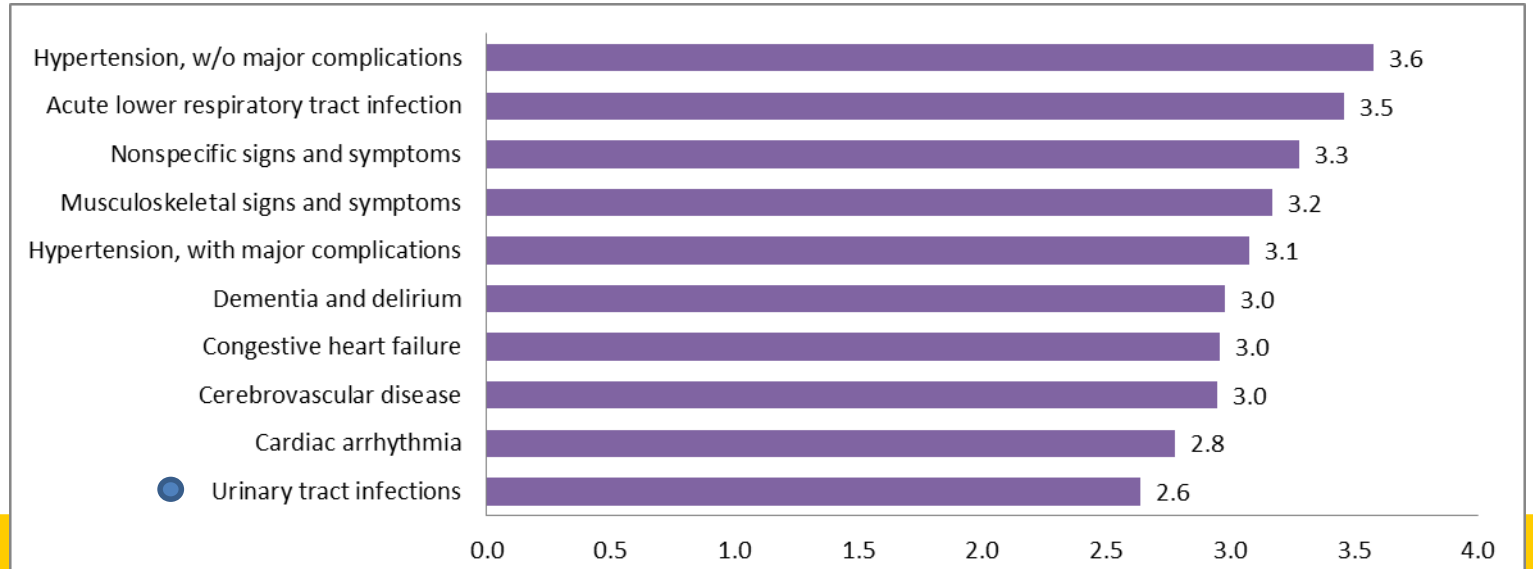
Distribuzione % prime 10 EDC





N=3656 (2% della pop >=50 anni con RUB 4,5)

Distribuzione % prime 10 EDC

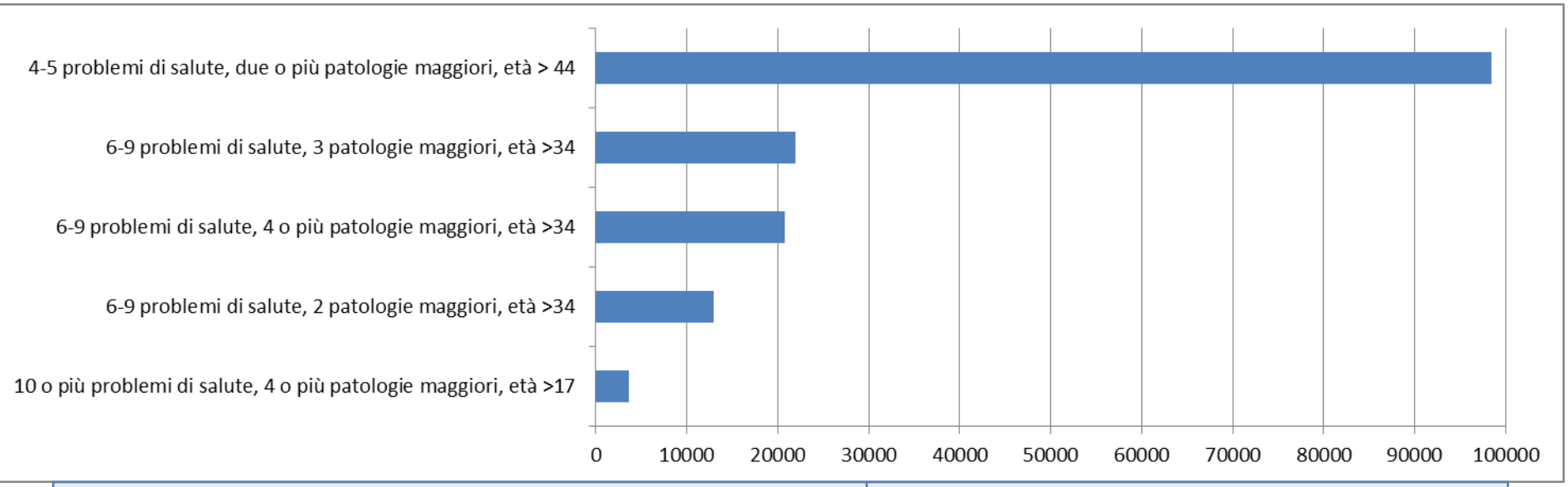


The greater the morbidity burden, the greater the persistence of any given diagnosis.

That is, with high comorbidity, even acute diseases are more likely to persist.

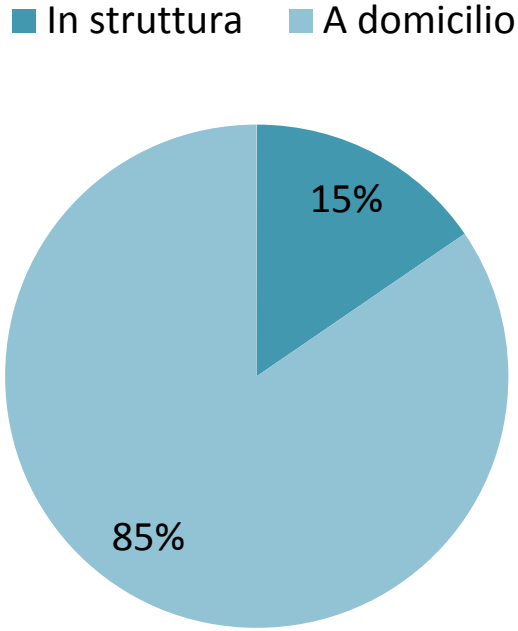
Starfield 08/06
CM 6598

99,5% dei RUB 4 e 5 (elevati e molto elevati) nei >=50 è giustificato da questi 5 ACG



ACG	Costo Medio in Euro nella popolazione >=50 anni
4-5 problemi di salute, due o più patologie maggiori, età > 44	**6.696**
6-9 problemi di salute, 2 patologie maggiori, età >34	**9.137**
6-9 problemi di salute, 3 patologie maggiori, età >34	**11.313**
6-9 problemi di salute, 4 o più patologie maggiori, età >34	**13.261**
10 o più problemi di salute, 4 o più patologie maggiori, età >17	**18.789**

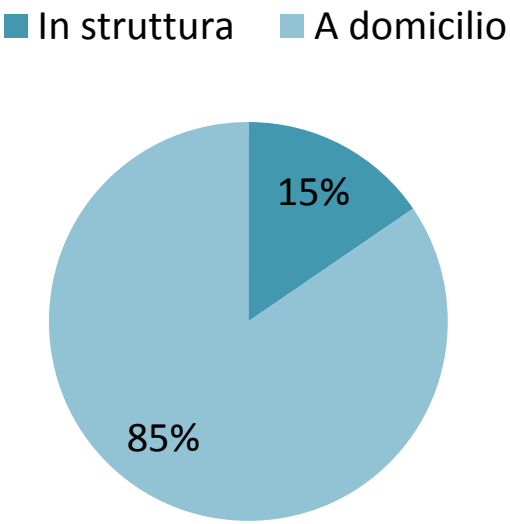
Costi sanitari per assistiti con carico di malattia elevato e molto elevato (RUB 4 e 5) ultra50 enni in struttura residenziale e a domicilio - Fonte Archivio regionale ACG - Anno 2016



	N	Costo (Totale)	Costo medio (H+T)	Costo Medio ospedaliero (H)	Costo Medio Territoriale (T)	Costo Medio residenzialità
In struttura	24.202	135.503.288	5.599	4.648	951	
In struttura (costo residenzialità)	24.202	245.093.654	Dal Fondo Non Autosufficienza			10.127
A domicilio	132.437	1.224.834.497	9.248	6.313	2.936	

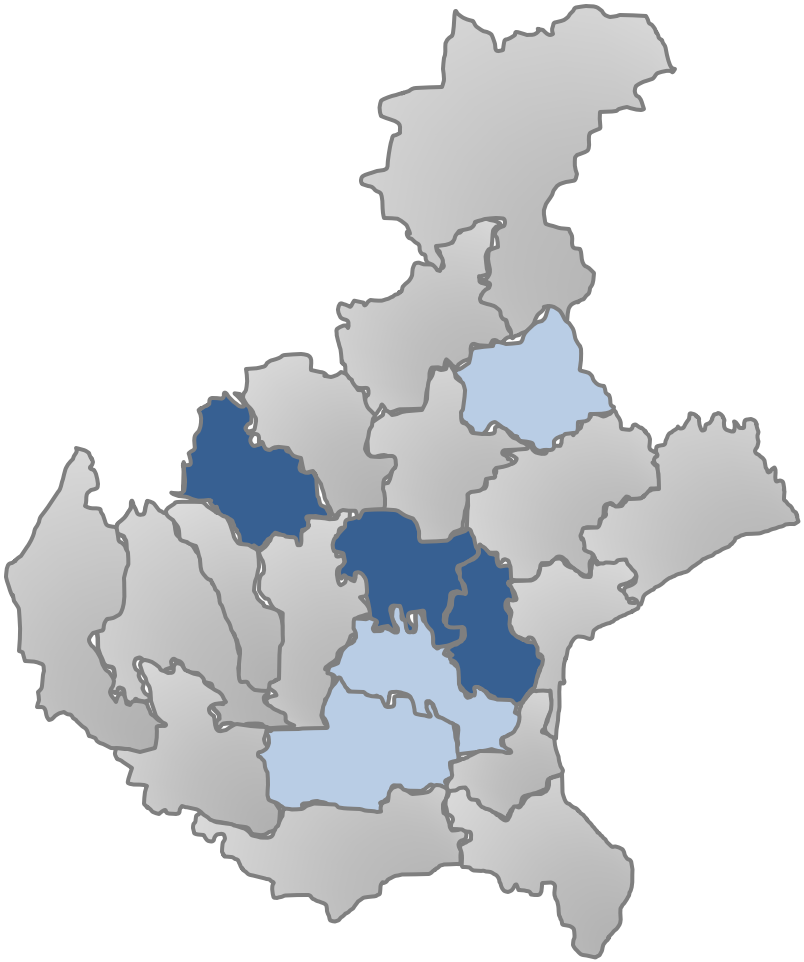
Costi sanitari per assistiti con carico di malattia elevato e molto elevato (RUB 4 e 5) ultra50 enni in struttura residenziale e a domicilio - Fonte Archivio Regionale ACG - Anno 2016

	N	Costo (Totale)	Costo medio (H+T)	Costo Medio ospedaliero (H)	Costo Medio Territoriale (T)	Costo Medio residenzialità
In struttura	24.202	135.503.288	5.599	4.648	951	
In struttura (costo residenzialità)	24.202	245.093.654	Dal Fondo Non Autosufficienza			10.127
A domicilio	132.437	1.224.834.497	9.248	6.313	2.936	



Costo Ospedaliero da fonte: SDO; Nonè stata consideratala mobilità
Costo Territoriale da fonte: PS,SPS, ADI, HOSPICE, RIAB (Ex art 26), FARMACEUTICA,
Costo in struttura da: FAR quota di rilievo sanitario giornaliera . Fondo non Autosufficienza

Nuovi sistemi di valutazione della performance e di finanziamento



- 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
- TERRITORIO:
  - Indicatori di performance nelle MGI
  - Indicatori su spesa farmaceutica e specialistica ambulatoriale
- OSPEDALE: Valutazione delle caratteristiche di particolari coorti e risk adjustment anche degli esiti basato sulla co-morbidità
- AZIENDA ZERO: finanziamento per quote capitarie. Come determinarle?

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

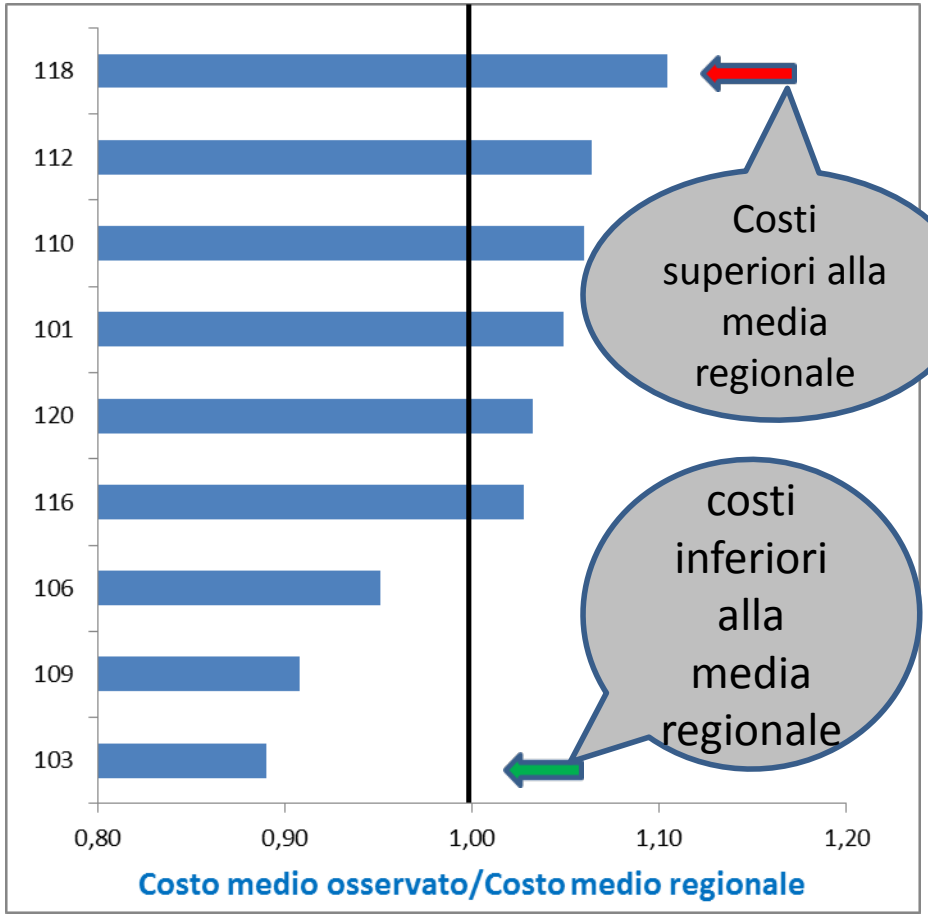
MMG	N° assistiti	Osservati / Attesi per età e sesso	Osservato / Atteso anche con ACG
1	1582	1,21	
2	1530	1,19	
3	1488	1,27	

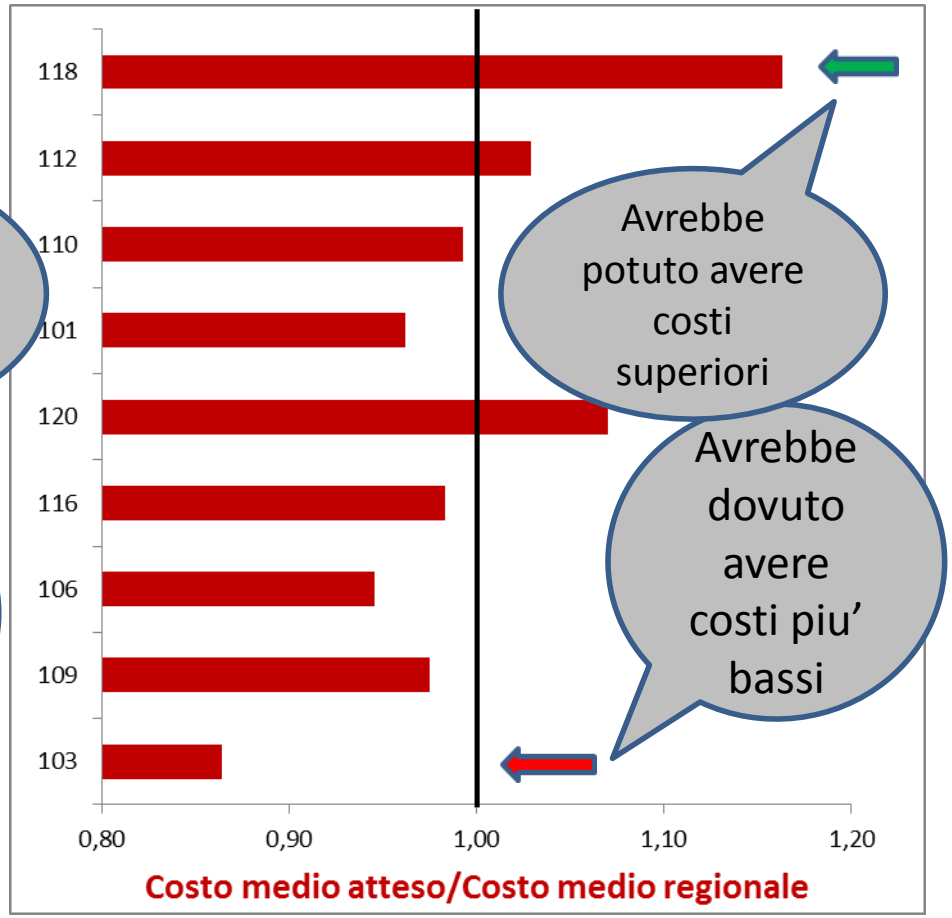
Report ACG : indicatori di utilizzo di risorse e di performance

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%

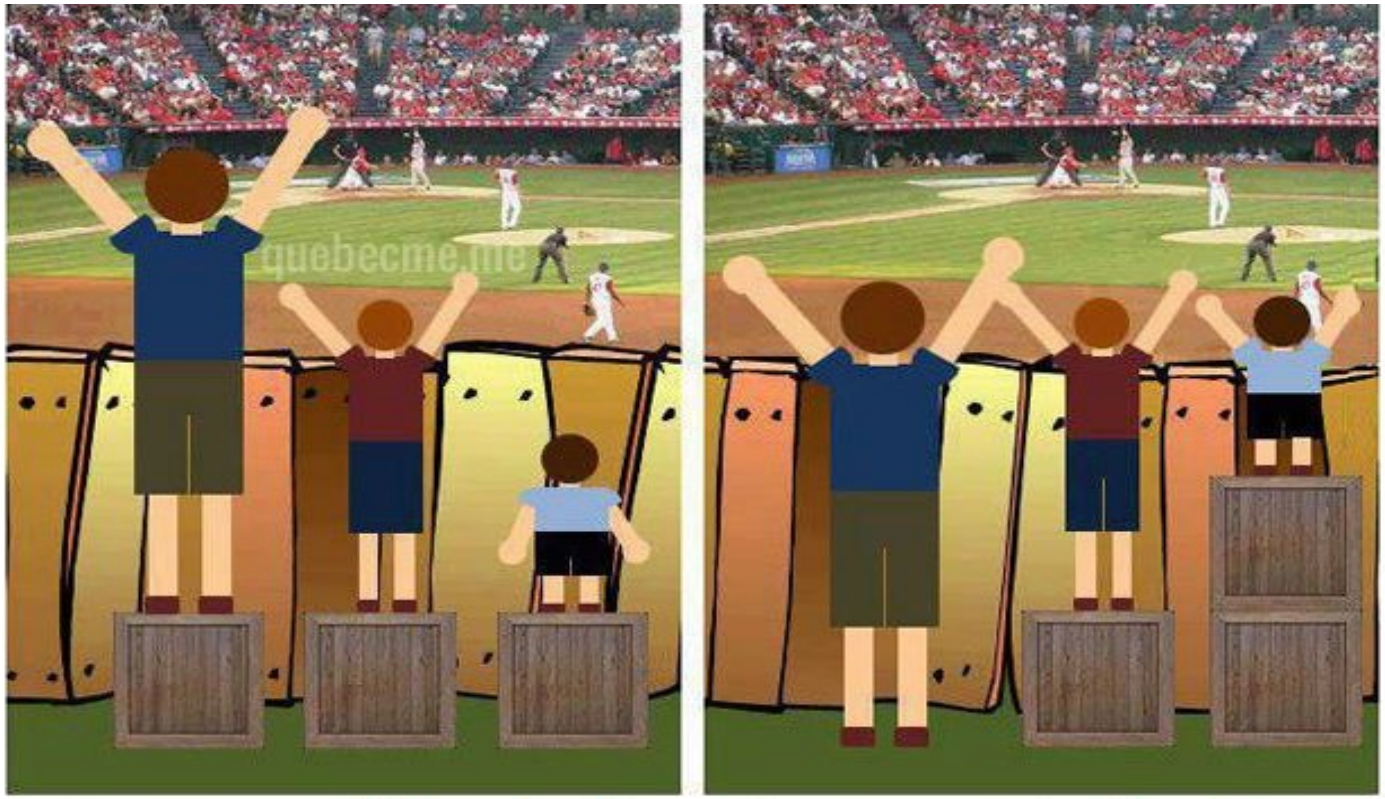
Misurare l'efficienza con ACG : Costi osservati e costi attesi nel 2015 nelle 9 Ulss.





Un budget di cura per gli erogatori?

Quote capitarie aggiustate per la multimorbidita'?



UGUAGLIANZA EQUITA'

mariachiara.corti@regione.veneto.it

Nuovi modelli di cura e rimodulazione delle competenze professionali per la multimorbidità

PSSR DEL VENETO 2018-2022

INTRODUZIONE: L'APPROCCIO METODOLOGICO AL DISEGNO DEL PSSR 2018-2022

PAROLE CHIAVE

IL QUADRO GENERALE DI RIFERIMENTO

PARTE I: BISOGNI, DOMANDA E OFFERTA

Novità

1. Lo scenario epidemiologico e sociale e l'impatto sulla domanda di servizi socio-sanitari
2. La promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio
3. La salute della donna e del bambino
4. Il percorso del paziente in emergenza urgenza e in elezione: il ruolo dell'ospedale
5. La presa in carico della cronicità e della multimorbidità per intensità di cura e di assistenza
6. La cronicità ad elevata complessità

Nuovo Piano Socio-Sanitario 2018-2022.
La gestione della cronicità avanzata e complessa

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

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

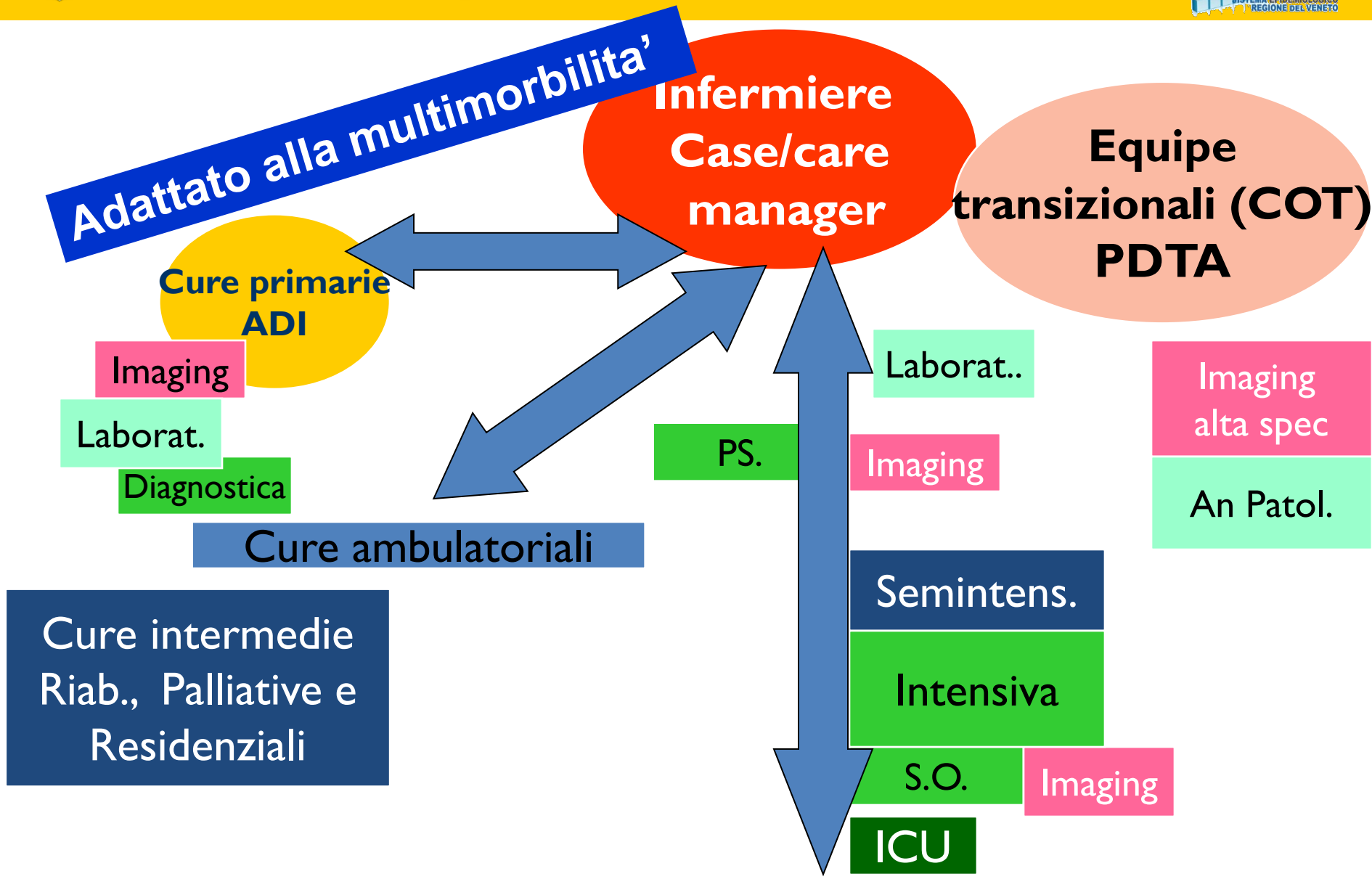
- Garantire un'assistenza sanitaria e sociosanitaria centrata sui bisogni e le caratteristiche personali e socio-ambientali del paziente
- Promuovere l'empowerment della persona con cronicità e migliorare la capacità di gestione della malattia nel proprio contesto familiare e sociale attraverso lo strumento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


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

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	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		

UTILIZZO DEL SISTEMA ACG IN VENETO

Care Management nelle cure primarie Per la cronicita' complessa e avanzata

Attivato un percorso pilota di **gestione dei casi complessi** in sinergia tra **30 MMG**, **distretto** e **40 infermieri domiciliari formati**

Approccio al care management basato sull' equipe .

- Presa in carico dei pazienti a più alto rischio di ospedalizzazione

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

Visita a domicilio di infermiere care manager

Visita in ambulatorio Planning dell'assistenza

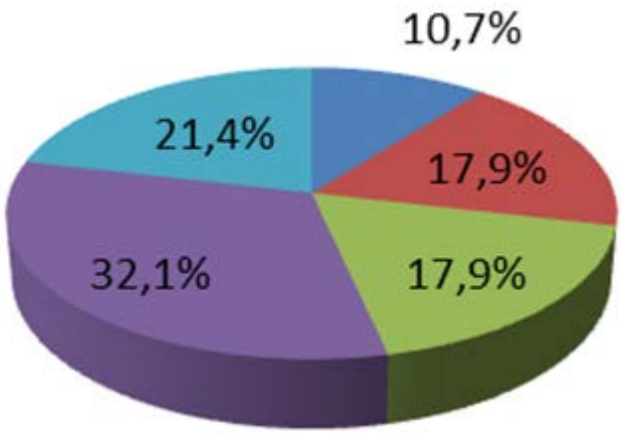
- Valutazione congiunta
- Piano di cura condiviso (MMG e Infermiere, ed ev. specialista)
- "Piano di Azione" per paziente e caregiver.
- Monitoraggio proattivo e follow-up
- Sorveglianza su ricoveri e accessi PS
- Piu' di 300 pazienti arruolati

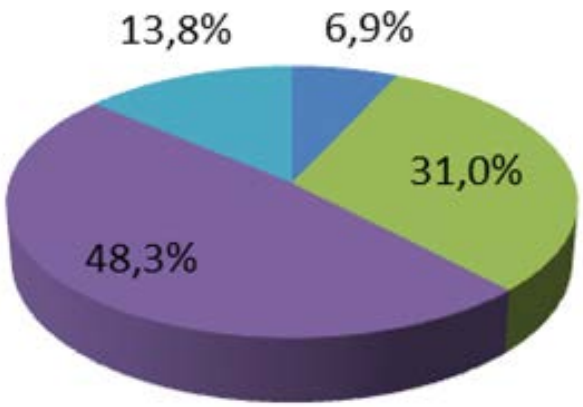
RISULTATI a 6 mesi di F-Up

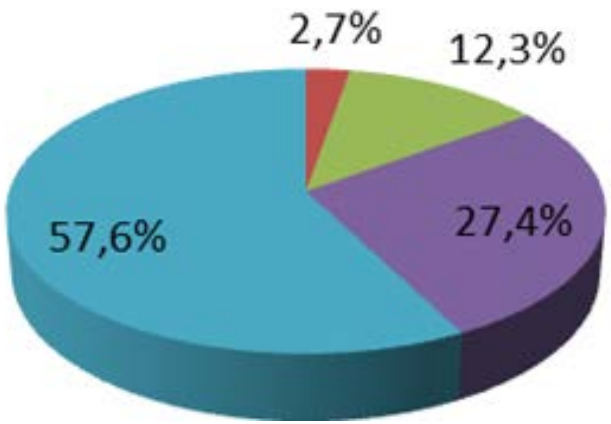
ESITI: ospedalizzazione e il ricorso al PS dei due gruppi di pazienti **tenendo conto del periodo di esposizione a partire dalla data di arruolamento nel programma di care management**.

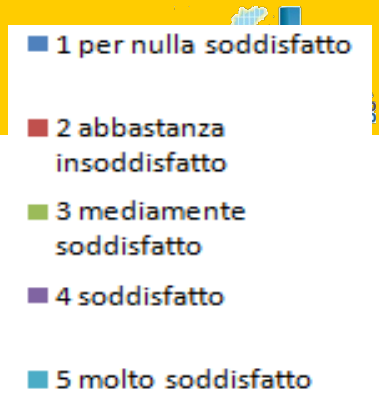
	RR ospedalizzazione	95% Confidence Limits	
Si PCM vs No PCM	0.91	0.6	1.5
	RR Pronto Soccorso	95% Confidence Limits	
Si PCM vs No PCM	1.0	0.7	1.4
	HR al primo ricovero	95% Confidence Limits	
Si PCM vs No PCM	0.81	0.6	1.2

Come valuta la sua soddisfazione complessiva del progetto?





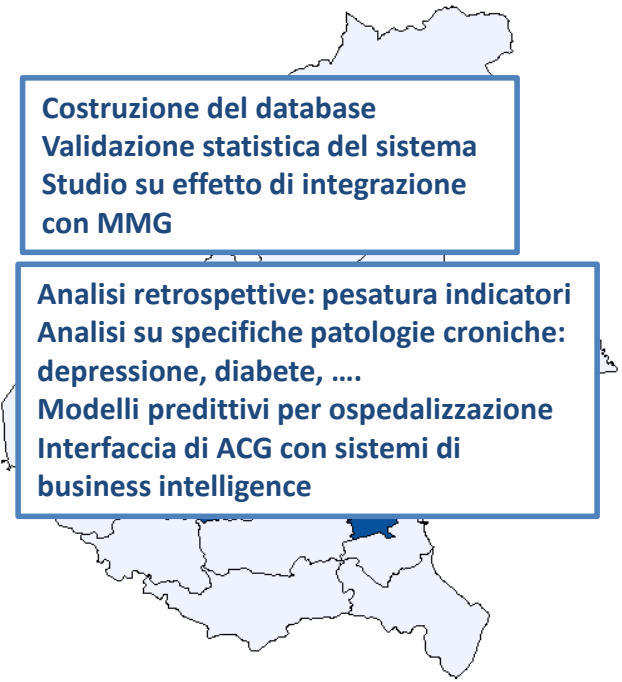




MMG (72 %) **INFERMIERE (93%)** **PAZIENTE (97%)**

Evoluzione della progettualità

2012-13

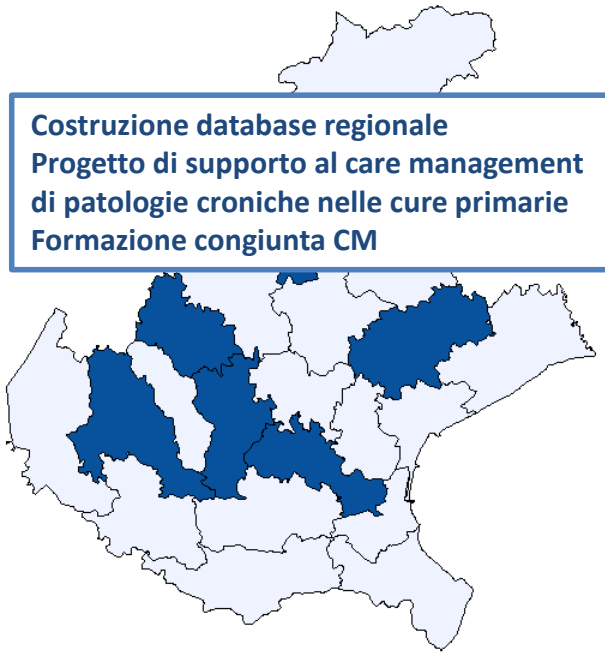


Costruzione del database
Validazione statistica del sistema
Studio su effetto di integrazione con MMG

Analisi retrospettive: pesatura indicatori
Analisi su specifiche patologie croniche: depressione, diabete, ….
Modelli predittivi per ospedalizzazione
Interfaccia di ACG con sistemi di business intelligence

1.000.000 abitanti
20% della popolazione del Veneto

2014-17



Costruzione database regionale
Progetto di supporto al care management di patologie croniche nelle cure primarie
Formazione congiunta CM

2.000.000 abitanti
40% della popolazione del Veneto

2018….

Riorganizzazione delle cure territoriali integrate del paziente cronico complesso avanzato

≈5.000.000 abitanti
100% della popolazione del Veneto

135.000 pazienti
5% alta complessità
50% dei costi

Programma di Care Management a gestione specialistica distrettuale con geriatra e infermiere domiciliare

Arruolamento dei pazienti in dimissione, Consenso Informato Accertamento completo

I dati dell'accertamento iniziale vengono confrontati con linee guida evidence based

Pianificazione condivisa: Creazione del Piano di Cura

Traduzione nel Piano di Azione per pazienti e caregiver

Follow up via telefono, a domicilio o in studio

REVISIONE

Cure Integrate del paziente cronico complesso avanzato

Gestione specialistica distrettuale: Geriatra - Infermiere Care Manager -MMG

Pazienti eligibili da: dimissione/segnalazioni della rete → COT
lista di pazienti cronici complessi avanzati da strumenti di case mix territoriale

RIORGANIZZAZIONE delle cure del paziente cronico complesso avanzato a **BARICENTRO DISTRETTUALE**

- Geriatra + Infermiere Care Manager dedicati
- specialisti per approfondimenti

CURE INTEGRATE: Geriatriche/Cure Palliative/ Cure Primarie/U.O. Non Autosufficienza

Stabilizzazione paziente nella cronicità:

- riduzione eventi acuti anche minori
- riduzione ospedalizzazioni inappropriate
- riduzioni accessi multipli in PS
- riduzione chiamate medici continuità ass.le

135.000 pazienti

9 Aulss - 26 distretti

1°ANNO

2000 PAZIENTI

2°ANNO

12.000 PAZIENTI

3°ANNO

125.000 PAZIENTI

ANNO

135000 PAZIENTI

135.000 pazienti

9 Aulss - 26 distretti

1°ANNO

2000 PAZIENTI

2°ANNO

12.000 PAZIENTI

3°ANNO

125.000 PAZIENTI

ANNO

135000 PAZIENTI

1 geriatra
2 inf.CM/ distretto

COT
h 24
con reperibilità

135.000 pazienti

9 Aulss - 26 distretti

1°ANNO

2000 PAZIENTI

2°ANNO

12.000 PAZIENTI

3°ANNO

125.000 PAZIENTI

ANNO

135000 PAZIENTI

1 geriatra
2 inf.CM/ distretto

3 geriatra
3 inf.CM/ distretto

COT
h 24
con reperibilità

135.000 pazienti

9 Aulss - 26 distretti

1°ANNO

2000 PAZIENTI

1 geriatra
2 inf.CM/ distretto

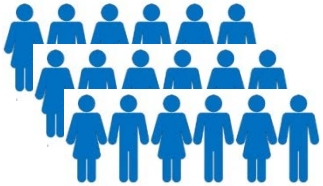
2°ANNO

12.000 PAZIENTI

3 geriatra
3 inf.CM/ distretto

3°ANNO

125.000 PAZIENTI



4 Geriatri per distretto
1 inf.CM/ 800pz

ANNO

135000 PAZIENTI

COT
h 24
con reperibilità

135.000 pazienti

9 Aulss - 26 distretti

1°ANNO

2000 PAZIENTI

2°ANNO

12.000 PAZIENTI

3°ANNO

125.000 PAZIENTI

ANNO

135000 PAZIENTI

1 geriatra
2 inf.CM/ distretto

3 geriatra
3 inf.CM/ distretto

1 geriatra
1inf.CM/ 800pz

h 24
con reperibilità

Formazione

Scuola di Specialità in Geriatria	Master in Case Management	Master/Corso Cure Integrate
borse aggiuntive/anno 3 uniPD-3 uniVR	**incentivazione alla partecipazione**	**multiprofessionali**
Formazione nel territorio negli ultimi due anni di specialità	***Infermieri con esperienza ospedale-territorio e competenze aggiuntive***	***Co-presenza di medici, professioni sanitarie, assistenti sociali***

mariachiara.corti@regione.veneto.it