



REGIONE DEL VENETO

Area Sanità e
Sociale

Relazione
sull'utilizzo
del Sistema ACG
nel 2016

Maggio 2017





REGIONE DEL VENETO

RELAZIONE
SULL'UTILIZZO DEL SISTEMA ACG
ADJUSTED CLINICAL GROUPS
NEL 2016

Maria Chiara Corti, Elisa Boscolo, Elena Schievano, Francesco Avossa, Matilde Dotto,
Natalia Alba, Pietro Gallina, Stefania Elvini, Carlo Rampazzo,
Silvia Tiozzo Netti, Cristina Basso,
Domenico Mantoan

Coordinamento progetto ACG
Sistema Epidemiologico Regionale
Tel. 041 2793543
Tel. 049 8778252
Mail: acg@regione.Veneto.it



Sommario

A. Introduzione

A.1 Introduzione	1
------------------------	---

B. Utilizzo di ACG a supporto della gestione delle patologie croniche nelle cure primarie

B.1 Premesse.....	4
B.2 Diabete Mellito	8
B.3 Demenza	18
B.4 Sclerosi multipla	29
B.5 Esperienze a livello Aziendale nell'uso del sistema ACG.....	38

C. Individuare pazienti con multimorbidità ad alto rischio e inserirli in programmi di prevenzione degli eventi avversi

C.1 Il Care - management nella gestione del paziente complesso.....	64
---	----

D. Appendice

Schema di report restituito alle Aziende ULSS , MMg e Aggregazioni di MMg Tabelle 2015	66
---	----

A. INTRODUZIONE

A.1 – Introduzione

Il rapporto che viene qui presentato si pone in continuità con i precedenti rapporti sulle attività svolte utilizzando il sistema ACG nella Regione del Veneto (vedi www.acg.regione.Veneto). I contenuti presentati non solo riguardano le attività svolte nel 2016 utilizzando i dati consolidati del 2015, ma vuole anche essere una prima rendicontazione delle attività svolte dalla Regione in risposta al mandato del Piano Nazionale Cronicità approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 106 del 15 settembre 2016.

Il Piano Nazionale Cronicità rivolge l'attenzione e raccomanda la trasformazione dei nostri servizi sanitari verso "Una assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale, riprendendo anche le indicazioni sulla caratterizzazione delle cure che sono alla base dei flussi dell'assistenza ospedaliera, territoriale e, ove utilizzabili, anche dell'assistenza socio-assistenziale".

Capitalizzando su questi flussi informativi, che intercettano le condizioni di malattia degli assistiti durante tutto il loro percorso di cure, il Sistema ACG (Adjusted Clinical Groups) riesce a caratterizzare la popolazione e a segmentarla in categorie mutuamente esclusive e gerarchicamente organizzate dai livelli più semplici ai più complessi di malattia e comorbidità contribuendo così a costruire quella piramide del rischio che sempre più spesso viene utilizzata per rappresentare le nostre popolazioni.

La caratterizzazione dello stato di salute della popolazione del Veneto è un punto di partenza irrinunciabile, se vogliamo mettere al primo posto i bisogni dei cittadini e la risposta appropriata alle loro necessità. In particolare, in questa fase di transizione dell'organizzazione regionale che vede cambiare i confini delle Aziende sanitarie (LR 19/2016) e ridisegnare i percorsi di cura all'interno di nuove mappe Aziendali, è di fondamentale importanza tenere i riflettori accesi sulla mappatura delle malattie ed in particolare le malattie croniche, la multimorbidità e la complessità.

In questo rapporto sono così rappresentate le distribuzioni delle diverse categorie diagnostiche (malattie EDC) e degli indicatori di carico di malattia (ADG, RUB, ACG) nei territori delle "vecchie" Aziende e delle "nuove" Aziende, quasi a costruire una ideale

consegna dello stato di salute dei nostri cittadini da una organizzazione Aziendale all'altra, in una logica di continuità e transizione che deve avere la persona al centro ed i servizi disegnati intorno a lei.

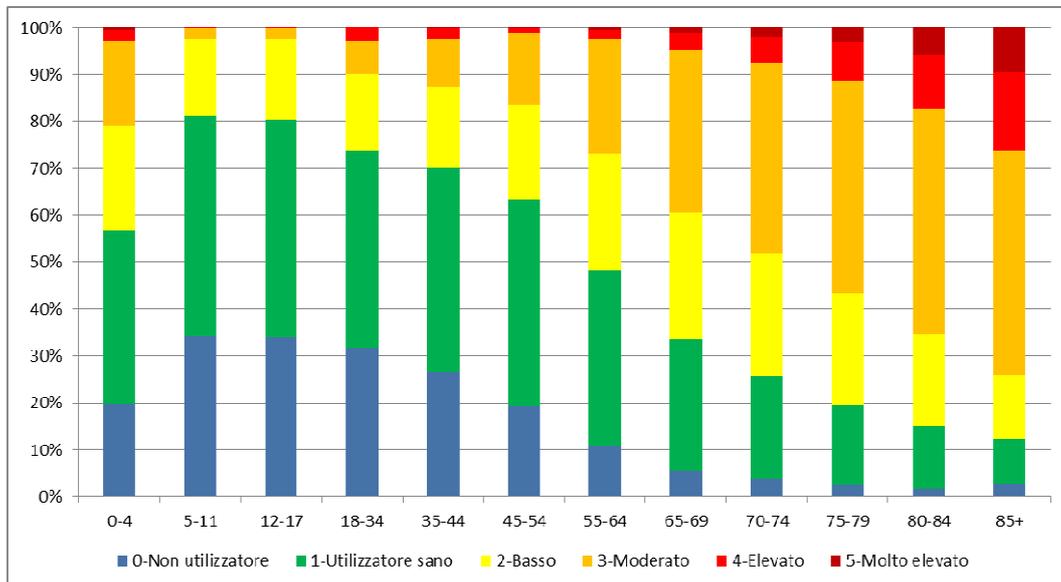
Le diverse Aziende hanno utilizzato il Sistema ACG in vari ambiti e le loro esperienze sono riportate in questo rapporto proprio per favorire lo scambio di buone pratiche da un'Azienda all'altra e per documentare come le risorse distrettuali possono capitalizzare su strumenti di misurazione del case-mix e di aggiustamento del rischio che favoriscono confronti più equi tra i professionisti e gli erogatori.

Modelli innovativi di care management del paziente complesso sono attualmente in uso nell'ambito dell'assistenza primaria e i dati preliminari del monitoraggio longitudinale di questa prima coorte di pazienti con scompenso cardiaco sono anch'essi riportati in questo rapporto.

Durante questi anni di utilizzo del Sistema ACG è stata restituita una ricca reportistica alle Aziende, ai distretti, alle forme organizzate della medicina generale ed ai MMG stessi, al fine di promuovere l'utilizzo di dati e di indicatori di case-mix a livello sia regionale che Aziendale per il governo clinico e per un miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari.

Riteniamo infatti che l'evidenza empirica sintetizzata in numeri e indicatori possa dare un importante contributo all'"agenda setting", cioè la definizione delle priorità per i nostri interventi. I numeri ci restituiscono quindi importanti informazioni sul carico di morbilità nella nostra popolazione, specchio della attuale situazione epidemiologica che vede le persone sempre più spesso sopravvivere e invecchiare con diverse malattie. La cronicizzazione delle patologie che si accumulano nel tempo associata ad una maggior sopravvivenza vanno quindi a costruire l'attuale scenario di popolazione in cui all'aumentare dell'età progressivamente accumuliamo carichi crescenti di malattia con cui dobbiamo convivere e negoziare una qualità di vita che sia la migliore possibile per tutti (Fig.1).

Figura 1: Distribuzione per carico di malattia (RUB) e classi di età. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



Il futuro ci chiederà sempre maggior attenzione alla misurazione non solo della malattia e della sua severità ma anche delle conseguenze funzionali che sempre di più costituiscono l'esito più importante per le persone, soprattutto per le più anziane e fragili. La compressione della morbidità (Fries) ovvero la rettilineizzazione della curva di perdita della funzionalità associata all'invecchiamento è uno dei degli obiettivi primari del Sistema Sanitario, cercando di garantire un prolungamento della vita attiva (senza disabilità) comprimendo il più possibile gli anni trascorsi in condizione di dipendenza e di disabilità pur in presenza di malattia.

B. UTILIZZO DI ACG A SUPPORTO DELLA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE NELLE CURE PRIMARIE

B.1 – Premesse

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale che riguarda sia i paesi occidentali che i paesi in via di sviluppo ¹. Con l'allungamento della vita media e grazie ai progressi della medicina, risulta in aumento la prevalenza di molte patologie croniche età-correlate tanto che nei paesi anglosassoni si parla di un vero e proprio "burden" (onere, peso) della multimorbidità². Nonostante la comorbidità oggi sia la regola nella pratica clinica, dati epidemiologici, linee guida e modelli organizzativi sono spesso ancora orientati alla singola patologia ³. La disponibilità di dati solidi sulle popolazioni target risulta il primo step fondamentale sia per definire le priorità nelle azioni di riorganizzazione, sia per poter monitorare nel tempo i risultati ottenuti con tali azioni.

Nella Regione del Veneto esistono alcune esperienze di studi epidemiologici che hanno misurato la multimorbidità nella popolazione generale o nella popolazione assistita dai Medici di medicina generale ⁴. Questi studi, pur avendo raccolto importanti informazioni, sono tuttavia studi ad hoc e non permettono il monitoraggio sistematico del case mix della popolazione assistita per supportare le cure primarie. Per questo motivo la Regione del Veneto, nel percorso di riforma dell'organizzazione dei servizi territoriali, sancito da Piano Socio Sanitario 2012-2016 (LR n.23 del 29 giugno 2012), ha evidenziato la necessità di

¹ Maggi S, Marzari C, Crepaldi G. Epidemiologia dell'invecchiamento. In: Guglielmi G, Schiavon F, Cammarota T (eds). "Radiologia geriatrica". Milano: Ed. Springer-Verlag Italia 2006; 13-20

² Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, et al. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998; 51 (5): 367-375; P. Gallina, S. Maggi, Valutazione del ruolo della comorbidità nella BPCO dell'anziano *Ageing Lung* 2007; 2 (2): 15-21; Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract.* 2011 Jan;61(582):e12-21

³ Garcia-Olmos L, Salvador CH, Alberquilla A et al. Comorbidity patterns in patients with chronic diseases in general practice. *Plos One* 2012, 7(2): e32141; Boyd CM, Darer J, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005; 294: 716-724; Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, Westert GP, Schneider EC. Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: a systematic analysis of evidence-based guidelines. *PLoS One.* 2011;6(10): e25987.

⁴ Corti MC, Guralnik JM, Sartori L et al. The effect of cardiovascular and osteoarticular diseases on disability in older Italian men and women: rationale, design, and sample characteristics of the Progetto Veneto Anziani (PRO.V.A.) study. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50(9):1535-40;

Osservare per Conoscere Study Group. La valutazione multidimensionale della popolazione anziana del Veneto nella pratica della medicina generale. *Ricerca&Pratica* 2006, 22(1): 8-25.

adottare strumenti di misurazione e di valutazione della salute della popolazione che, analogamente al sistema dei DRG ospedalieri, fossero in grado di stratificare gli assistiti in base al loro bisogno di assistenza, partendo quindi dalle malattie e non dal volume delle prestazioni erogate o dai costi. Questa ricerca di strumenti deriva dall'osservazione che le malattie sempre più sono co-presenti (clusters) nella stessa persona e che la severità, l'eziologia e il decorso della malattia ne determinano la prognosi e quindi il conseguente futuro consumo di risorse sanitarie. L'analisi degli strumenti metodologici disponibili in ambito di management sanitario ha portato alla individuazione del sistema ACG (Adjusted Clinical Group) sviluppato dalla John Hopkins University di Baltimore (USA). Lo strumento individuato è risultato innovativo, in grado di effettuare un'accurata misurazione e classificazione del case-mix territoriale, in analogia alla funzione svolta dal Grouper per la generazione dei DRG rispetto ai pazienti ricoverati, ed è stato adottato nell'ambito di una sperimentazione regionale. Sono state svolte analisi descrittive della popolazione, utilizzando il Sistema ACG versione 10.0.2, per stratificare la popolazione in base a comorbidità, età e peso assistenziale. Dove possibile si sono confrontati i risultati ottenuti, con i dati disponibili in letteratura.

Come prima analisi, il sistema ACG è stato utilizzato al fine di descrivere le caratteristiche degli assistiti affetti da specifiche malattie in termini di prevalenza sul totale della popolazione, di copresenza di altre malattie (multimobilità) e di carico assistenziale. A tal fine sono state utilizzate alcune delle metriche messe a disposizione dal Sistema, brevemente descritte di seguito. I codici di diagnosi vengono raggruppati dal Sistema ACG nelle categorie diagnostiche denominate EDCs (Expanded Diagnosis Clusters), una classificazione delle patologie in base all'organo o apparato coinvolto, che viene utilizzata per selezionare sottogruppi di popolazione con specifiche patologie o gruppi di patologie. Poiché ricavati dalle singole diagnosi ad una stessa persona possono essere associati più EDC. Oltre che dalle diagnosi cliniche, ulteriori informazioni sulle patologie presenti nella popolazione vengono derivate dai farmaci consumati. La classificazione delle diagnosi farmaco-correlate è denominata Rx-MGs (Pharmacy Morbidity Groups) e consiste in 64 categorie che raggruppano farmaci proxy di diagnosi cliniche. Come per gli EDC, ad una stessa persona possono essere associate più diagnosi farmaco-correlate.

Utilizzando, all'interno del sistema, gli EDC (diagnosi cliniche) e gli RX-MG (diagnosi derivate dal consumo di farmaci) si è stimata la prevalenza di alcune patologie croniche nella popolazione confrontandola con quanto atteso dalla letteratura.

Per quanto riguarda la misura della multimorbilità, sono state considerate le condizioni croniche copresenti e le categorie ACG (Adjusted Clinical Groups). Queste ultime sono definite in base alle diagnosi rilevate sulla popolazione, all'età e al sesso e contengono nella loro definizione il concetto di multimorbilità, in quanto identificano problemi di salute simili per impatto assistenziale; inoltre sono categorie mutuamente esclusive (ad una persona è associato un solo ACG) ed esaustive (ad ogni elemento della popolazione in analisi è attribuito un ACG).

Le categorie ACG possono essere raggruppate ulteriormente in cinque classi sintetiche di carico di malattia (da "Nessuno" a "Molto alto") in base alla complessità assistenziale (RUBs-Resource Utilization Bands). Attraverso i RUBs può essere quindi valutata la distribuzione della popolazione in base al consumo atteso di risorse determinato dalla combinazione di diagnosi e caratteristiche anagrafiche.

In presenza di equità di accesso ai servizi, e di percorsi di presa in carico omogenei, ci si attende che pazienti con la stessa patologia, all'interno della stessa categoria ACG, presentino un consumo di risorse abbastanza omogeneo. Qualora ciò non sia rilevato, si rende utile approfondire la questione, andando a rivedere anche il percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale di quei pazienti. In questo senso ACG può fornire un grande supporto alla riorganizzazione delle cure primarie e dell'assistenza al paziente cronico.

Sulla base dell'esperienza effettuata nell'utilizzo del sistema ACG, sono state definite le metriche più idonee per andare a studiare la prevalenza e le caratteristiche dei pazienti per una serie di patologie croniche (Tab. 1).

Tabella 1. Classificazioni del Sistema ACG utilizzate per studiare la prevalenza delle patologie croniche nella popolazione

Patologia Cronica	EDC	RXMG	Flag Chr.Cond.
Artrite Reumatoide			X
Asma	X	X	
BPCO	X	X	
Cardiopatia Ischemica (IHD)	X		
Demenza	X	X	
Diabete			X
Dislipidemie			X
Ipertensione arteriosa			X
Ipotiroidismo			X
Osteoporosi			X
Parkinson			X
Sclerosi Multipla	X		
Scompenso cardiaco (CHF)	X		

Di seguito viene presentato un focus su tre patologie che presentano caratteristiche peculiari:

- a) Diabete Mellito: si tratta di una patologia ad elevata prevalenza nella popolazione, facilmente identificabile e per la quale c'è ampia esperienza anche in Italia in tema di tracciabilità con i flussi amministrativi correnti.
- b) Demenza: si tratta di una patologia ad elevata prevalenza nella popolazione, ma per la quale ci sono scarse esperienze in tema di tracciabilità con i flussi amministrativi correnti in Italia. Spesso, pertanto, in mancanza di dati ad hoc (ad esempio flusso CACEDEM) risulta difficile identificare la popolazione target.
- c) Sclerosi Multipla: si tratta di una patologia a bassa prevalenza nella popolazione, ma ad elevato impatto sul SSN a causa dei costi assistenziali molto elevati, in particolare per farmaci.

B.2 – Diabete Mellito

Il diabete mellito (DM), con le sue complicanze, rappresenta uno dei maggiori problemi sanitari e, allo stesso tempo, una delle prime voci di spesa sanitaria nei paesi industrializzati ⁵. I dati a livello internazionale (World Health Organization – Organizzazione Mondiale della Sanità) evidenziano ubiquitariamente un aumento della prevalenza di tale patologia, al punto da indurre a parlare di “epidemia mondiale del diabete”. In particolare si può stimare vi siano circa 177 milioni di persone affette e che questo numero raddoppierà entro l’anno 2025 grazie all’incremento demografico, al progressivo invecchiamento della popolazione e all’aumento della prevalenza di obesità ⁶.

Anche a livello sociale, il DM rappresenta una delle patologie più rilevanti in quanto, a causa soprattutto delle sue complicanze croniche (nefropatia, retinopatia, neuropatia, macroangiopatia), produce un tasso di mortalità doppio rispetto a quello della popolazione non diabetica. Secondo l’OMS, nel 2000 il diabete sarebbe stato responsabile di 2,9 milioni di decessi nel mondo, ponendolo in quinta posizione tra le principali cause di morte dopo le malattie infettive, le malattie cardiovascolari, i tumori e gli incidenti ⁷.

I dati di prevalenza riportati a livello nazionale nell’annuario statistico ISTAT 2015 indicano che è diabetico il 5,4% degli italiani (5,4% degli uomini e 5,4 % delle donne), pari a oltre 3 milioni di persone. La prevalenza totale, negli ultimi anni, risulta aumentata dal 3,9% nel 2001 al 4,5% nel 2008 al 5,4% del 2015.

Numerose sono le esperienze che a livello nazionale hanno individuato la popolazione diabetica, partendo dai flussi amministrativi correnti. L’Osservatorio ARNO Diabete, nato dalla collaborazione tra CINECA e Società Italiana di Diabetologia, ha sviluppato ad esempio una serie di analisi sulla popolazione diabetica ottenute dall’integrazione dei seguenti flussi amministrativi: Farmaceutica territoriale (che comprende farmaceutica convenzionata, Distribuzione per Conto, Erogazione Diretta),

⁵ World Bank. World Development Report 1993. Oxford: Oxford University Press, 1993

⁶ WHO. The Diabetes Programme. Disponibile al seguente sito: www.who.int/diabetes/en - accesso verificato al 20 Ottobre 2005

⁷ Roglic G, Unwin N, Bennett PH et al. The burden of mortality attributable to diabetes. Realistic estimates for the year 2000. Diabetes Care 2005; 28: 2130-35

Schede di dimissione ospedaliera (SDO), Specialistica e diagnostica (SPA), Dispositivi per l'automonitoraggio della glicemia e per la terapia iniettiva. Queste fonti dei dati hanno permesso di identificare circa 550.000 persone con diabete, corrispondenti ad una prevalenza del 6,2%, un dato più che doppio rispetto a quello italiano di 30 anni fa, con un aumento dei casi noti di circa il 70% in 18 anni.

Le fonti dati che in tale esperienza hanno permesso l'intercettazione del maggior numero di casi sono le prescrizioni farmacologiche (84%) e le esenzioni per patologia (71%). Le SDO contribuiscono a completare l'intercettazione dei casi, anche se sottostimano notevolmente il numero di diabetici ricoverati in ospedale per acuti. La farmaceutica è l'unica fonte di identificazione nel 25% dei casi, mentre la SDO lo è solo nel 2%. Solo il 5% circa dei casi è rilevato da tutte e tre le fonti contemporaneamente. Il dato ottenuto dall'osservatorio ARNO Diabete sottostima sicuramente la reale dimensione del problema. La prevalenza del diabete noto è certamente superiore al 6,2%. E accanto ai casi noti ci sono i casi di diabete misconosciuto.

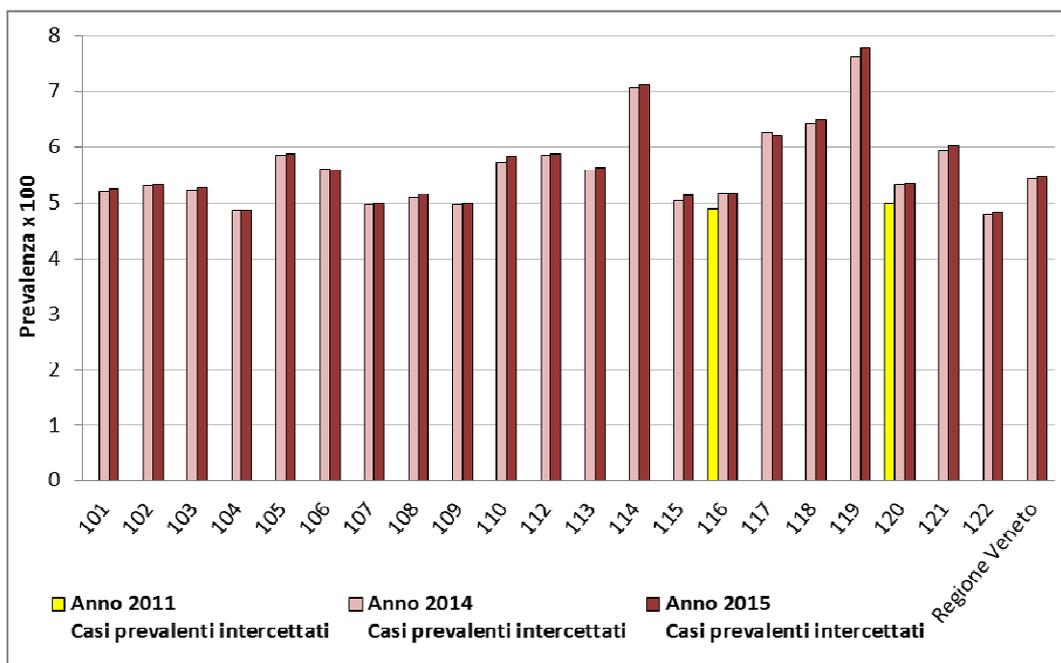
Che i dati amministrativi correnti, pur utilissimi per studiare le differenze tra aree geografiche, possano sottostimare il fenomeno diabete, è stato sottolineato anche dal Progetto VALORE, portato avanti nel 2012 dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) in collaborazione con Ministero della salute, ARS Toscana, 6 Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Sicilia), Società Italiana di Medicina Generale, Università Cattolica "Sacro Cuore", Università di Cassino e del Lazio Meridionale. La prevalenza grezza del diabete ottenuta dai database amministrativi del Sistema Sanitario (4,8% - 7,1%) è risultata più bassa sia rispetto a quella ottenuta dai database dei medici di medicina generale (6,2-8,5%) che a quella stimata sulla base di studi ad hoc (5,1-7,5%).

Le prime esperienze di utilizzo del Sistema ACG per intercettare casi di diabete sono state sviluppate già al primo anno di sperimentazione. La presenza di Diabete è stata individuata considerando la presenza di una serie di diagnosi (EDC: END06, END07, END08 e

END09) e/o l'assunzione di una serie di farmaci (Meglitinidi, Sulfaniluree, Tiazolidinedioni, insulina, ecc..).

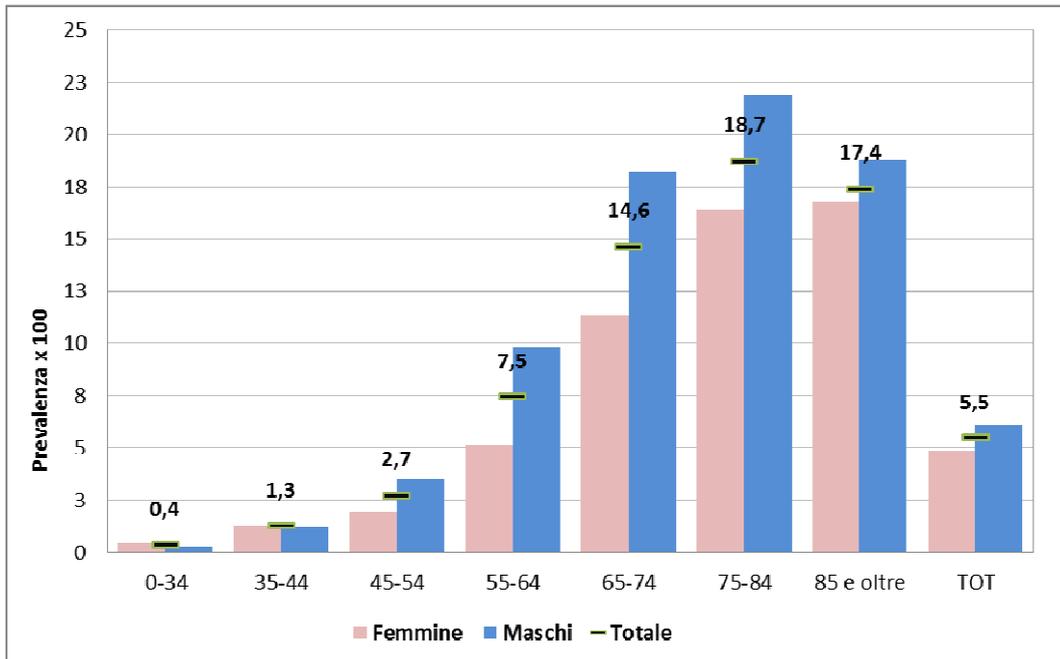
Durante la prima sperimentazione condotta nelle Aziende ULSS di Padova e Verona è stata individuata una prevalenza della patologia intorno al 5%. Confrontando le fonti informative che hanno portato all'individuazione dei pazienti diabetici, il 21% dei casi è stato individuato con le sole diagnosi, l' 11% solo dall'utilizzo di farmaci e il rimanente 68% da entrambe le fonti informative. Negli anni successivi (database ACG 2014 e 2015) si è ripetuta la misurazione della prevalenza in tutte le Aziende ULSS della Regione, ottenendo dati di prevalenza leggermente più alti, allineati a quelli del progetto VALORE, e con una prevalenza media regionale intorno a 5,5%.

Figura 2. Diabete (condizione). Casi prevalenti intercettati – Anni 2011, 2014 e 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



Le analisi svolte nel 2016 sul database regionale dell'anno 2015 hanno evidenziato una prevalenza grezza di diabete nella popolazione pari al 5,5% (con valori per Ex Aziende ULSS dal 4,8-7,8) (Fig.2), dato che si avvicina alle prevalenze ottenute in altre esperienze su dati amministrativi correnti. La prevalenza è maggiore nel sesso maschile e tende ad aumentare notevolmente in entrambi i sessi all'aumentare dell'età (Fig.3).

Figura 3. Diabete (condizione). Prevalenza per età e sesso. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



La prevalenza nelle diverse aree territoriali varia dal 5 al 6 %, con la sola eccezione della nuova Azienda ULSS 5 Polesana che presenta una prevalenza del 6,8% (Fig.4). La maggior prevalenza di diabete nell'area polesana è confermata anche considerando i valori standardizzati per età (Standardized Morbidity Ratio -SMR) per area geografica (Fig.5).

Figura 4. Diabete (condizione). Prevalenza per Azienda. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto

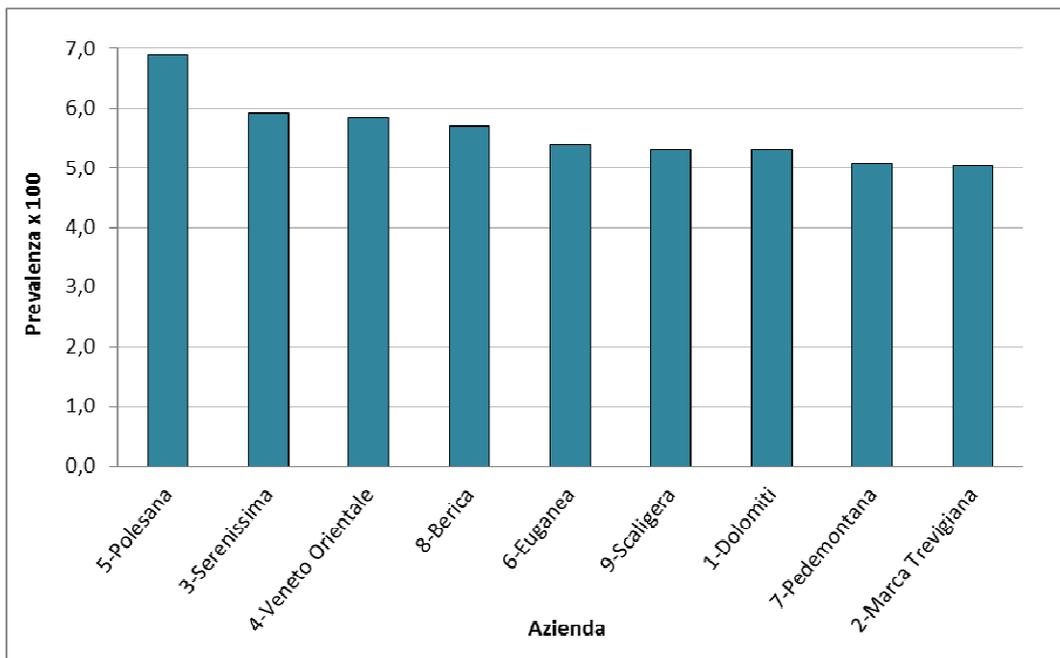
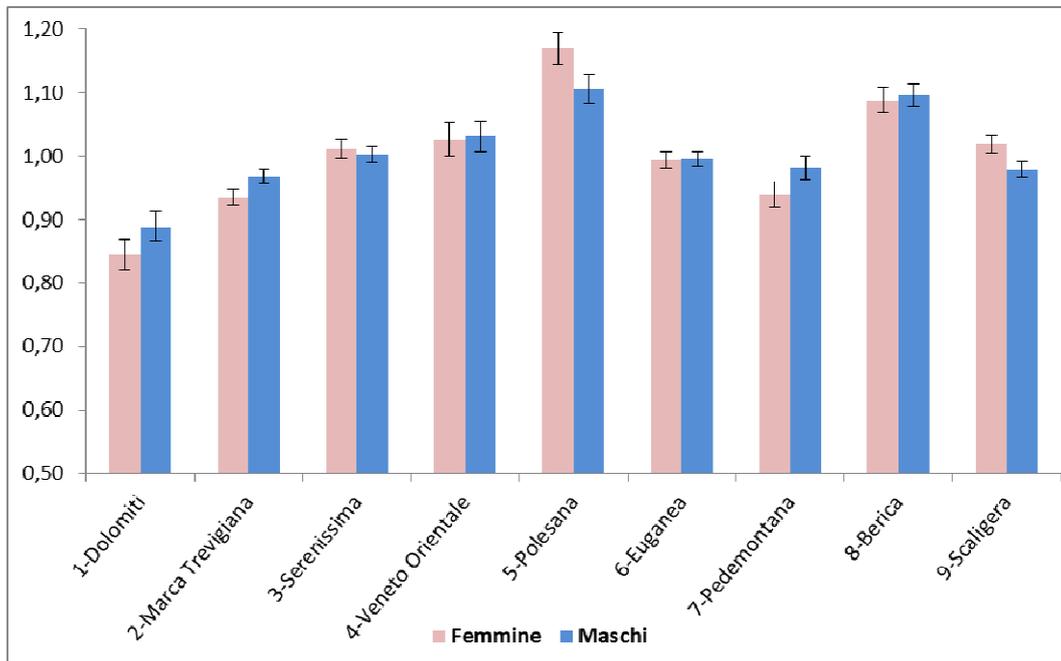


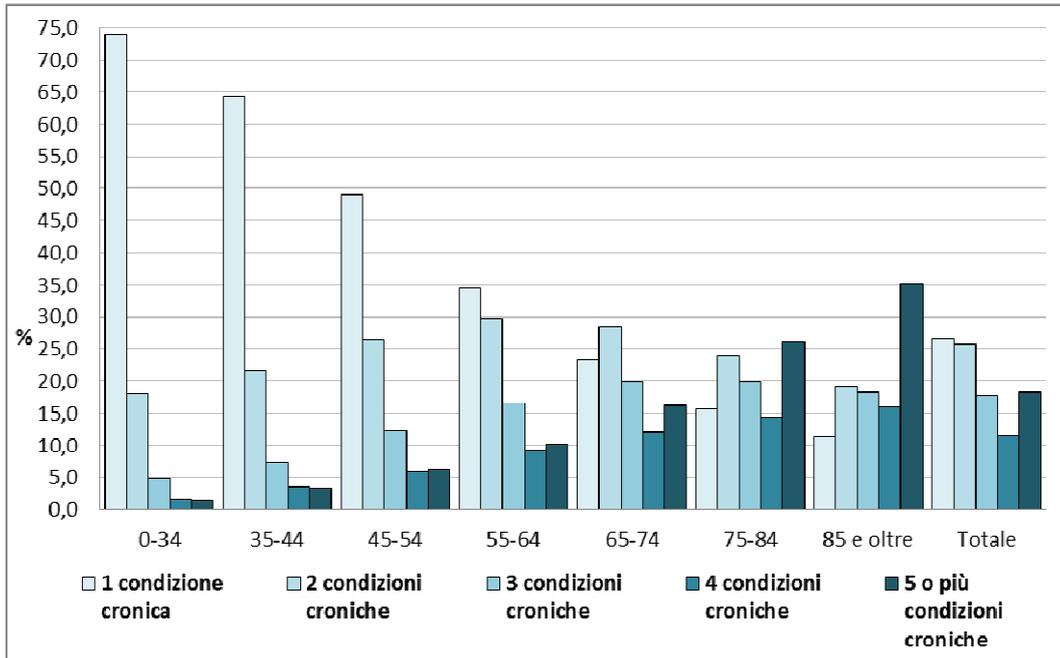
Figura 5. Diabete (condizione). Standardized Morbidity Ratio (SMR) per Azienda e sesso. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



Per quanto riguarda le caratteristiche dei pazienti individuati come affetti da diabete, emerge una popolazione che, all'aumentare dell'età, presenta una elevata comorbidità (Fig.6).

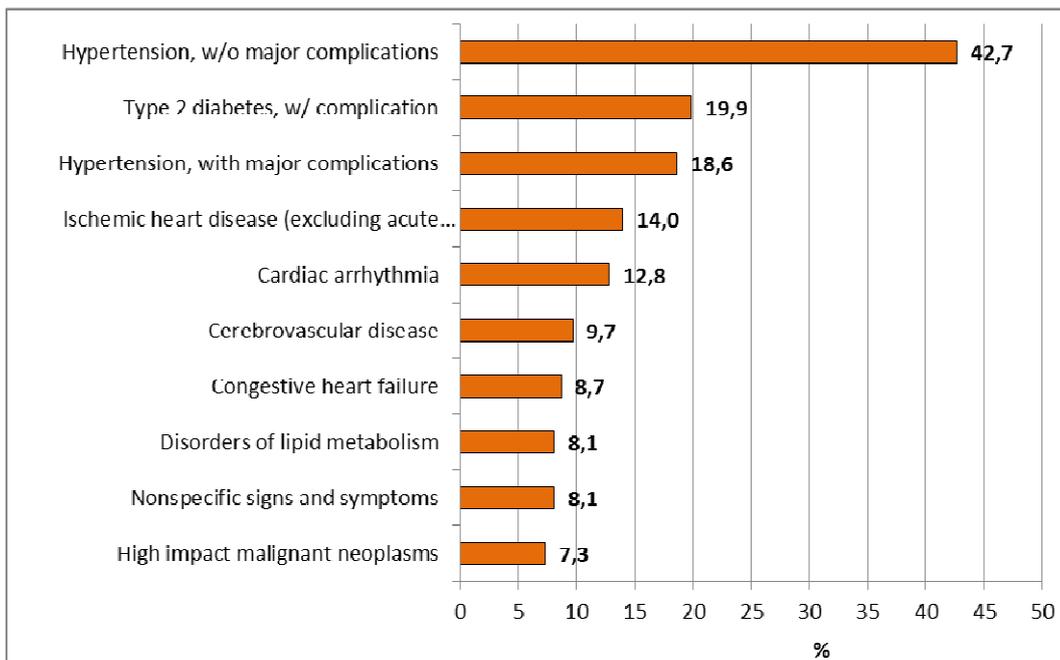
Il 47,1% dei pazienti affetti da diabete presenta almeno tre condizioni croniche: 8% nella fascia di età inferiore ai 35 anni, 14% nella fascia 35-44, 24 % nella fascia 45-54, 34,7 % nella fascia 55-64, 47,2 % nella fascia 65-74, 59,2% nella fascia 75-84 ed infine 69,4% sopra agli 85 anni.

Figura 6. Diabete (condizione). Numero di condizioni croniche per età. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



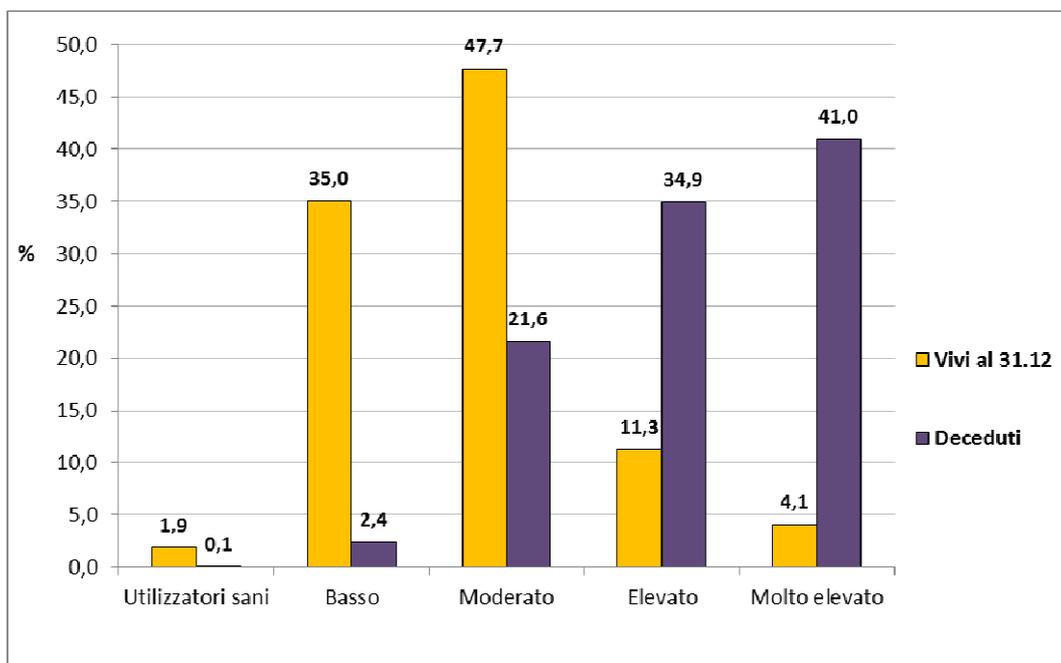
Andando a vedere la distribuzione delle condizioni croniche nella popolazione diabetica (Fig.7), è evidente come, al di là della patologia di base e delle sue complicanze, siano molto frequenti l'ipertensione arteriosa con o senza complicanze, la patologia cardio-cerebrovascolare e le alterazioni del metabolismo lipidico.

Figura 7. Diabete (condizione). Malattie più frequenti. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



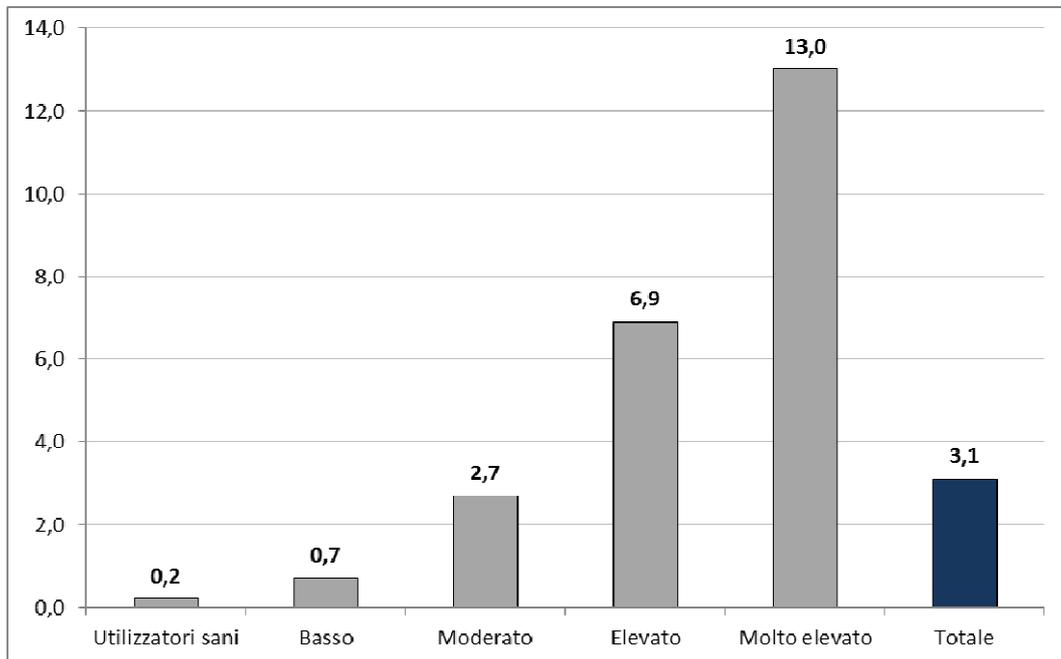
La maggior parte della popolazione affetta da diabete identificata con il sistema ACG tende a collocarsi nelle classi RUB con basso (35,0%) o moderato (47,7%) impatto assistenziale (Fig.8). Come atteso, considerando gli assistiti deceduti in corso d'anno la maggior parte dei soggetti (41,0%) si sposta nella classe RUB più elevata. La categoria “Utilizzatori sani”, in cui ricade circa il 2% dei casi, si riferisce a quella quota di popolazione identificata solo in base all’utilizzo di farmaci per il diabete e che tuttavia non presenta nei flussi informativi sanitari correnti nessuna diagnosi di malattia.

Figura 8. Diabete (condizione). Assistiti per carico di malattia (RUB) e stato in vita. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



Considerando il peso medio per carico di malattia (classe RUB)(Fig.9), si evidenzia un rapido incremento di tale valore al passaggio dalle classi più basse a quelle più elevate. Globalmente un paziente diabetico ha un peso tre volte più elevato rispetto alla media degli assistiti nell’intera popolazione.

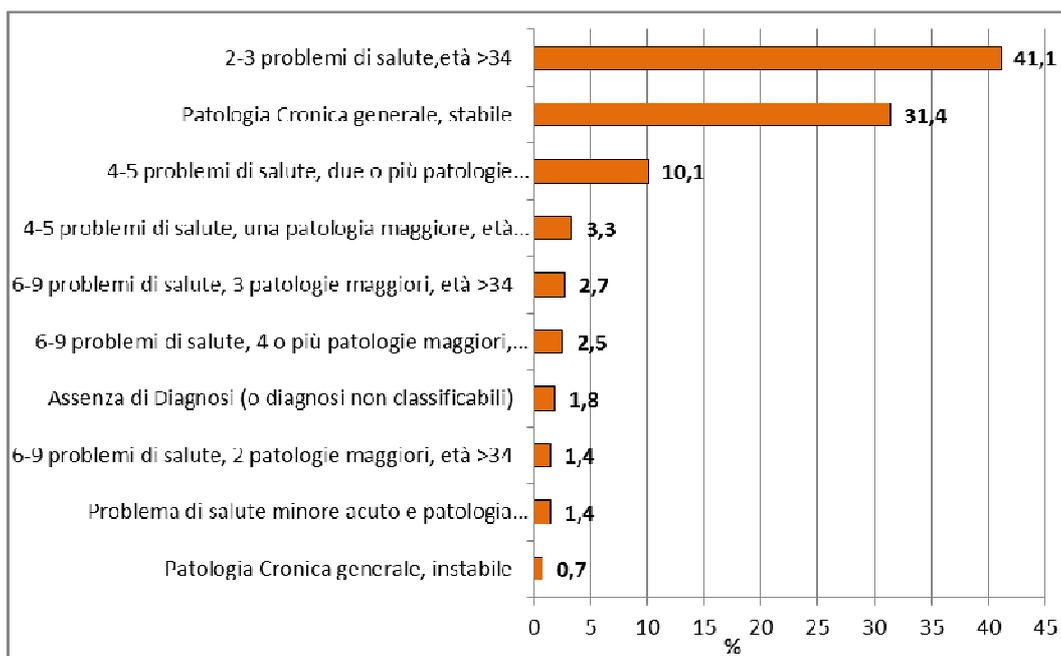
Figura 9 Diabete (condizione). Peso medio per carico di malattia (RUB). Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



Considerando le categorie finali ACG (Fig.10), la maggior parte dei pazienti ricade in tre categorie: adulti con 2-3 problemi di salute (41,1%), persone con patologia cronica generale stabile (31,4%) ed infine persone con 4-5 problemi di salute, con due o più patologie croniche (10,1%)

15

Figura 10. Diabete (condizione). ACG più frequenti. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



Il costo totale pro capite nei pazienti diabetici aumenta notevolmente sia con l'età che con il carico di malattia (Fig.11 e 12). Uno dei fattori che impatta maggiormente sui costi medi per carico di malattia risulta la presenza di invalidità. Tale fattore ha impatto sui costi nelle classi meno elevate di carico di malattia (RUB), mentre sembra non aver alcun effetto su quelle più elevate (Fig.13).

Figura 11. Diabete (condizione). Costo totale pro capite per età e sesso. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto

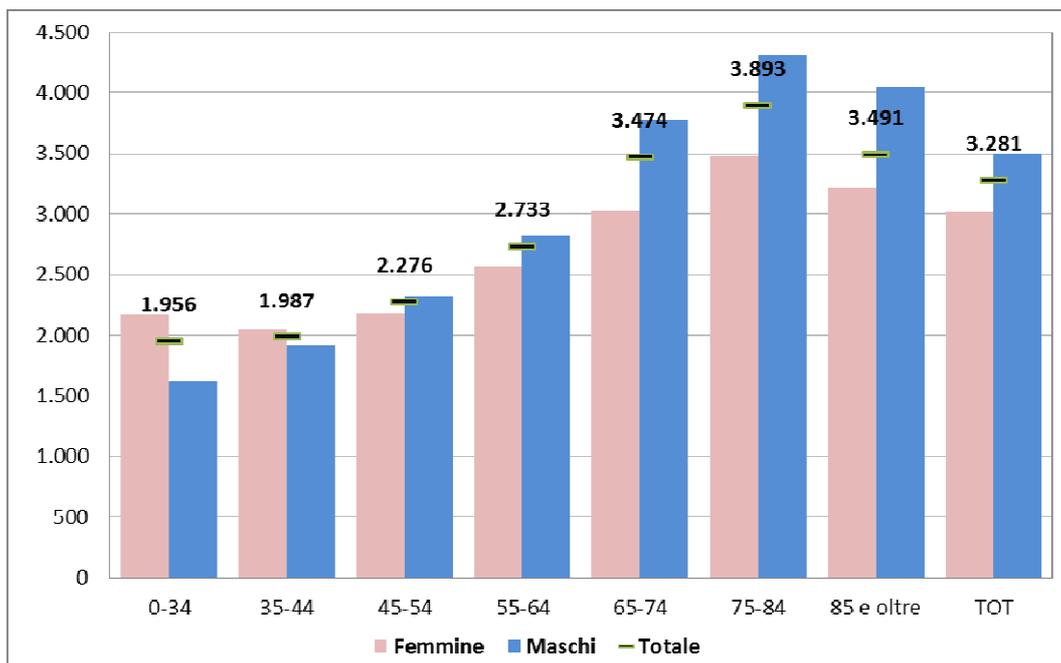


Figura 12. Diabete (condizione). Costo totale pro capite per carico di malattia (RUB). Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto

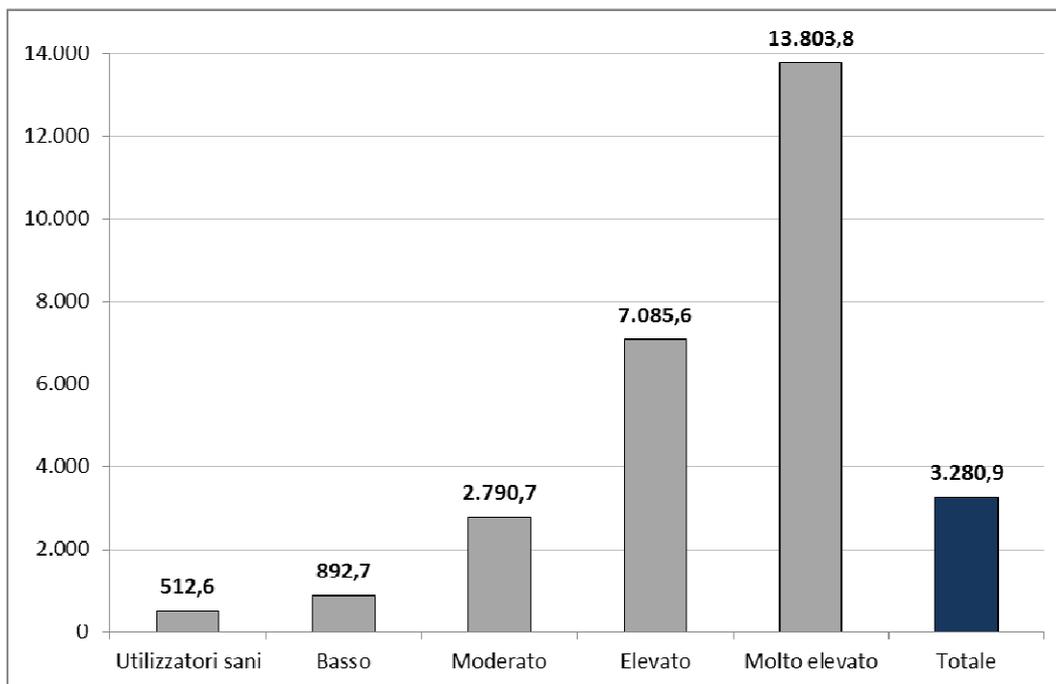
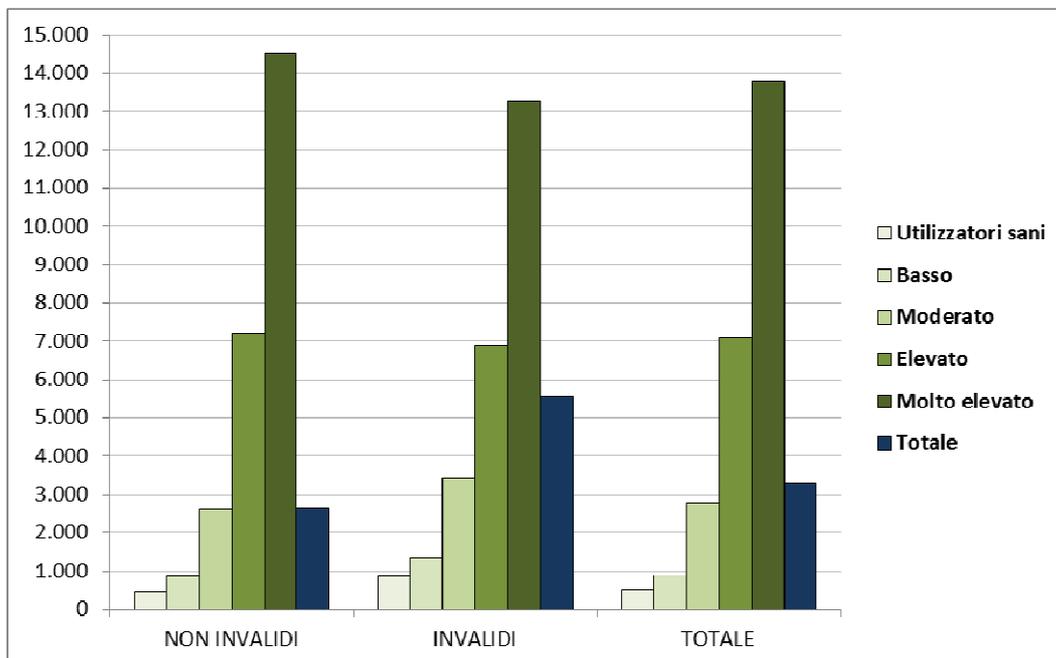


Figura 13. Diabete (condizione). Costo pro capite per carico di malattia (RUB) e invalidità. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



B.3 – Demenza

La prevalenza delle varie forme di demenza negli ultra-sessantacinquenni in Europa, come è stato evidenziato dall'analisi combinata di numerosi studi prospettici europei da parte del gruppo EURODEM, è di circa il 6% e tende ad aumentare con l'età, raddoppiando circa ogni 5 anni a partire dai 65 anni⁸.

In Italia, a partire dagli anni '90 sono stati realizzati numerosi piccoli studi di prevalenza: lo studio di Appignano, quello di Conselice, quello di Buttapietra e quello di Vescovato⁹. Nonostante le popolazioni analizzate fossero disomogenee sia per età che per scolarità, i dati sono risultati complessivamente omogenei, e in linea con quanto riportato a livello europeo.

Per avere i primi dati di incidenza in Italia dobbiamo aspettare la fine degli anni '90 con la pubblicazione dei risultati dello studio ILSA (Italian Longitudinal Study of Aging), studio osservazionale multicentrico che ha coinvolto anche un'Unità Operativa nella Regione del Veneto (Rubano - PD)¹⁰. Per quanto riguarda la prevalenza, in Italia, secondo quanto rilevato dallo studio ILSA, la demenza interessa il 5,3% degli uomini ultrasessantacinquenni, e il 7,2% delle donne della stessa età. Nella Regione del Veneto, sulla base dei dati dello studio ILSA, è stato stimato che i casi di demenza siano più di 70.000, di cui circa 30.000 imputabili alla malattia di Alzheimer¹¹.

In Italia, nonostante la presenza di numerosi flussi informativi, non esiste ancora un sistema informativo corrente integrato dedicato specificatamente alle demenze in grado di fornire alla programmazione socio-sanitaria dati sistematici su questa vera e propria emergenza. Allo stesso tempo le esperienze locali di utilizzo di dati amministrativi correnti al fine di monitorare la popolazione affetta da demenza e supportare le iniziative di sanità

⁸ Lobo, A., Launer, L.J., Fratiglioni, L. et al. 2000. *Neurology* 54, S4– S9.

⁹ Rocca WA, Bonaiuto S, Lippi A et al. *Neurology*. 1990 Apr;40(4):626-31; Ravaglia G, Forti P, Maioli F et al. *ementGeriatrCognDisord*. 2002;14(2):90-100.; Benedetti MD, Salviati A, Filipponi S et al. *Neuroepidemiology*. 2002 Mar-Apr;21(2):74-80.; Ferini-Strambi L, Marcone A, Garancini P, et al. *Eur J Epidemiol*. 1997 Feb;13(2):201-4.

¹⁰ Maggi S, Zucchetto M, Grigoletto F et al. *Aging (Milano)*. 1994 Dec;6(6):464-73. Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L, et al. *J Am Geriatr Soc*. 2002 Jan;50(1):41-8.

¹¹ Maggi S, Marzari C, Destro C, Bianchi D, Treccani B, Minicuci N, Crepaldi G. *Epidemiologia delle demenze nel Veneto*. In *La malattia di Alzheimer e le altre demenze* ed. Il Poligrafo. Padova 2002.

pubblica sono sporadiche e spesso sottostimano notevolmente l'impatto di questa patologia¹².

Nella Regione del Veneto le prime esperienze in cui si è tentato di intercettare i casi di demenza con il sistema ACG risalgono al 2013 nell'ambito della fase pilota del progetto. Tra gli assistiti dell'Azienda ULSS 16 (dati anno 2012) , utilizzando le sole diagnosi intercettate dall'EDC NUR 11 (Dementia and Delirium), si era ottenuta una prevalenza nella popolazione ultrasessanta-cinquenne pari al 3,4%. La fonte principale delle diagnosi risultavano codici ICD-9CM provenienti dai ricoveri ospedalieri (65%); un quarto circa delle diagnosi (27%) era proveniente dalle codifiche ICPC (P70) registrate nelle UVMD e solamente un 8% era identificato da diagnosi provenienti dal flusso delle esenzioni o da quello del Pronto Soccorso.

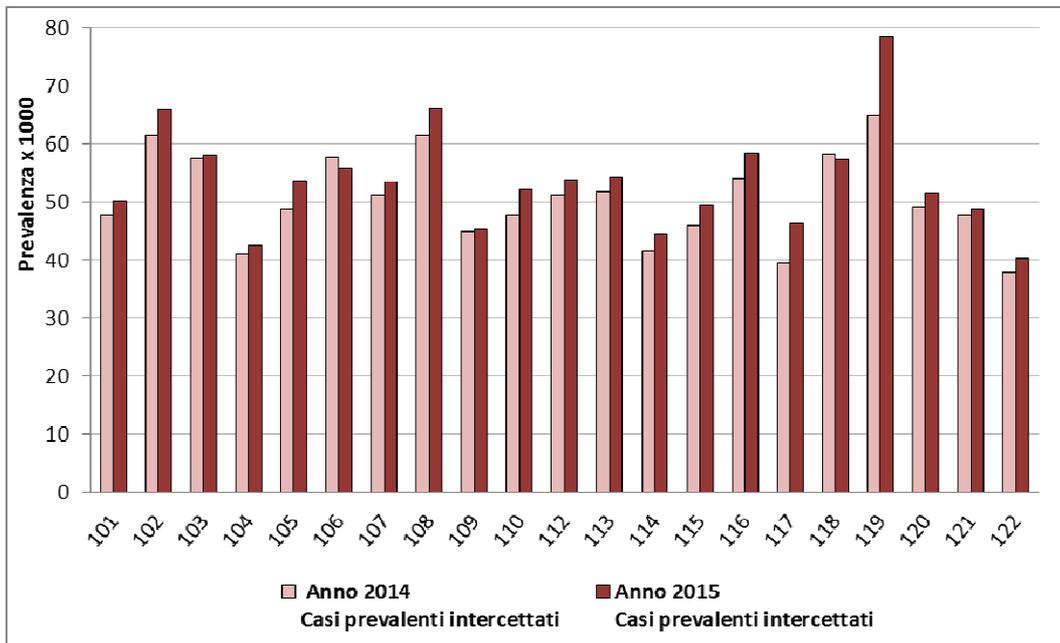
In seguito il gruppo di lavoro ha lavorato su due fronti:

1. Ampliamento delle fonti dati, integrando i database degli anni successivi, ad esempio, con i dati sulla Residenzialità extraospedaliera e sulle Cure domiciliari
2. Modifica della metodologia di intercettazione dei casi, considerando oltre alle diagnosi anche le cosiddette "diagnosi farmaco-correlate". A tal proposito negli anni 2014 e 2015 i casi di demenza sono stati intercettati sui dati dell'intera Regione combinando la presenza di diagnosi con l'utilizzo di farmaci per l'Alzheimer (categoria RxMG=NURx010) (Fig.14).

Questo percorso ha portato un incremento dei casi prevalenti intercettati tramite ACG mediamente in tutte le Aziende ULSS della Regione.

¹² Nicola Vanacore, Alessandra Di Pucchio, Fabrizio Marzolini Rapporti ISTISAN 14/23 Pt.2

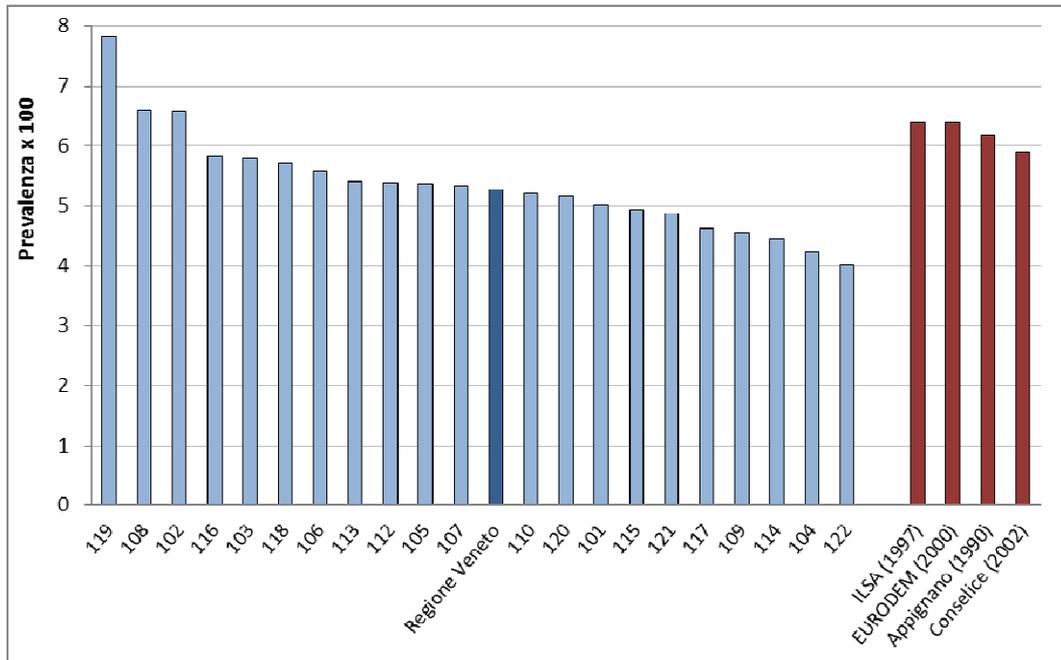
Figura 14. Demenza (diagnosi o farmaci). Popolazione ultrasessantacinquenne. Prevalenza per 1.000 per Ex ULSS. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



Le analisi svolte sul database regionale anno 2015 hanno evidenziato una prevalenza grezza di demenza nella popolazione ultrasessantacinquenne pari al 5,3% (con valori per Ex Aziende ULSS dal 4,0 al 7,8), dato che per la prima volta si avvicina alle prevalenze attese sulla base degli studi epidemiologici ad hoc (Fig.15).

Pur non avendo probabilmente ancora una valenza di tipo epidemiologico, questi dati evidenziano tuttavia la capacità del sistema ACG di intercettare circa 60.000 casi dei circa 70.000 attesi (quasi il 90%)

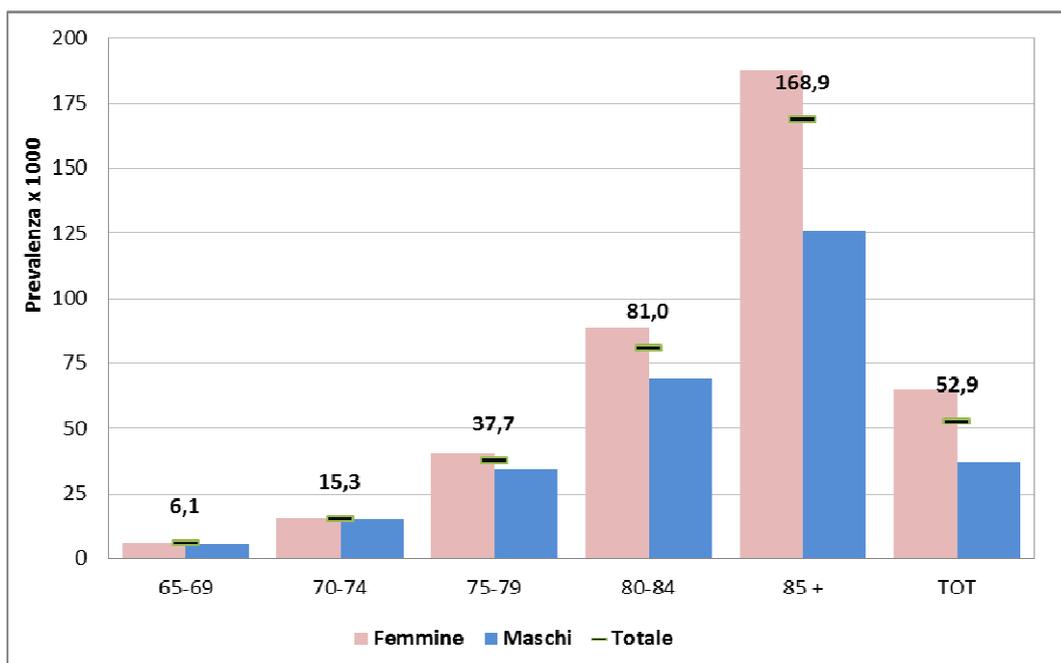
Figura 15. Demenza (diagnosi o farmaci). Popolazione ultrasessantacinquenne. Prevalenza per 100 per Ex ULSS e Regione del Veneto e confronto con i valori di prevalenza determinati in alcuni studi epidemiologici di riferimento. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



In linea con i dati di letteratura la prevalenza di demenza in entrambi i sessi tende ad aumentare con l'età, raddoppiando circa ogni 5 anni a partire dai 65 anni (Fig.16).

21

Figura 16. Demenza (diagnosi o farmaci). Popolazione ultrasessantacinquenne. Prevalenza per 1.000 per età e sesso. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



La prevalenza nelle diverse aree territoriali (Fig.17) varia dal 4,8 al 5.6 % sopra ai 65 anni, con la sola eccezione della nuova Azienda ULSS 5 Polesana che presenta una prevalenza del 6,3% legata essenzialmente all'elevato numero di casi intercettati dall'ex ULSS 19 di Adria. Questo dato è confermato anche considerando i valori standardizzati per età (Standardized Morbidity Ratio -SMR) per area geografica (Fig.18).

Figura 17. Demenza (diagnosi o farmaci). Popolazione ultrasessantacinquenne. Prevalenza per 100 per Azienda e Regione del Veneto e confronto con i valori di prevalenza determinati in alcuni studi epidemiologici di riferimento. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto

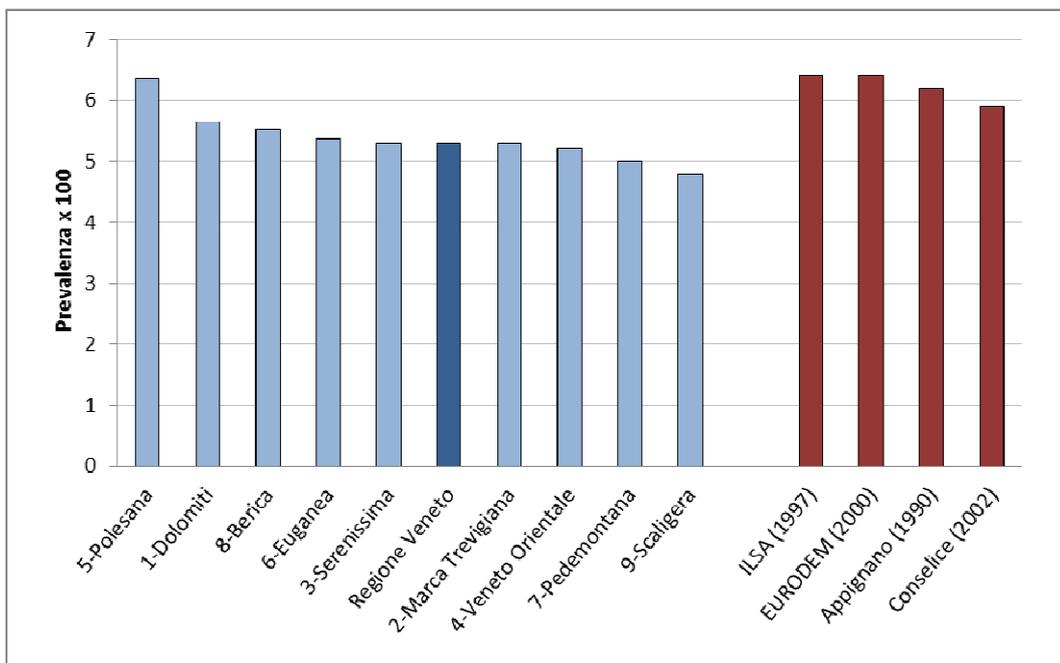
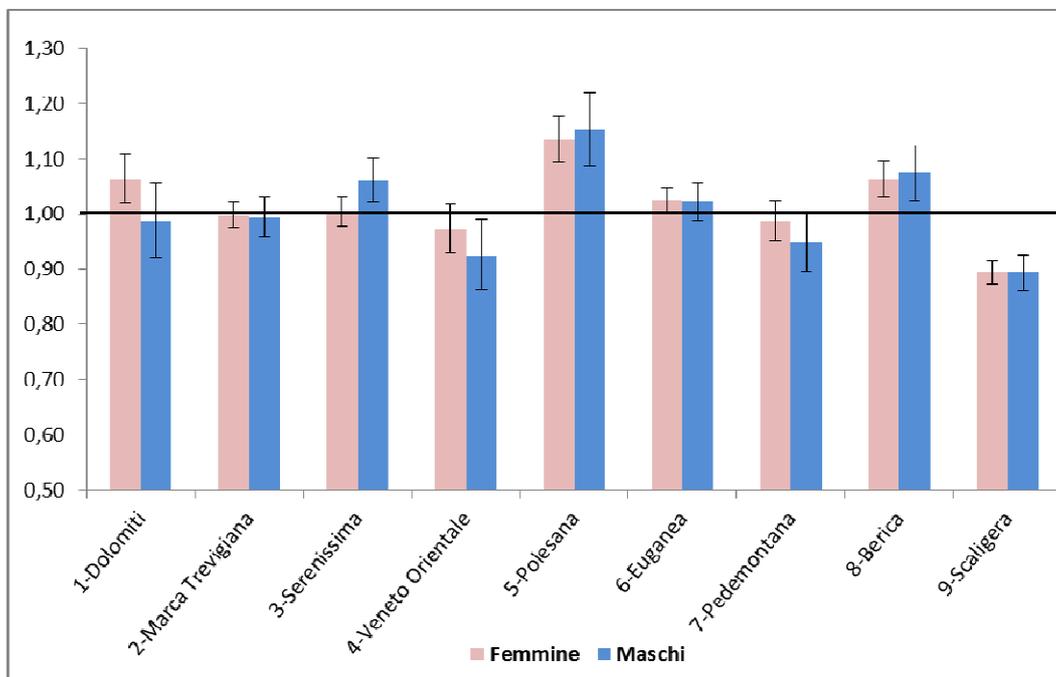


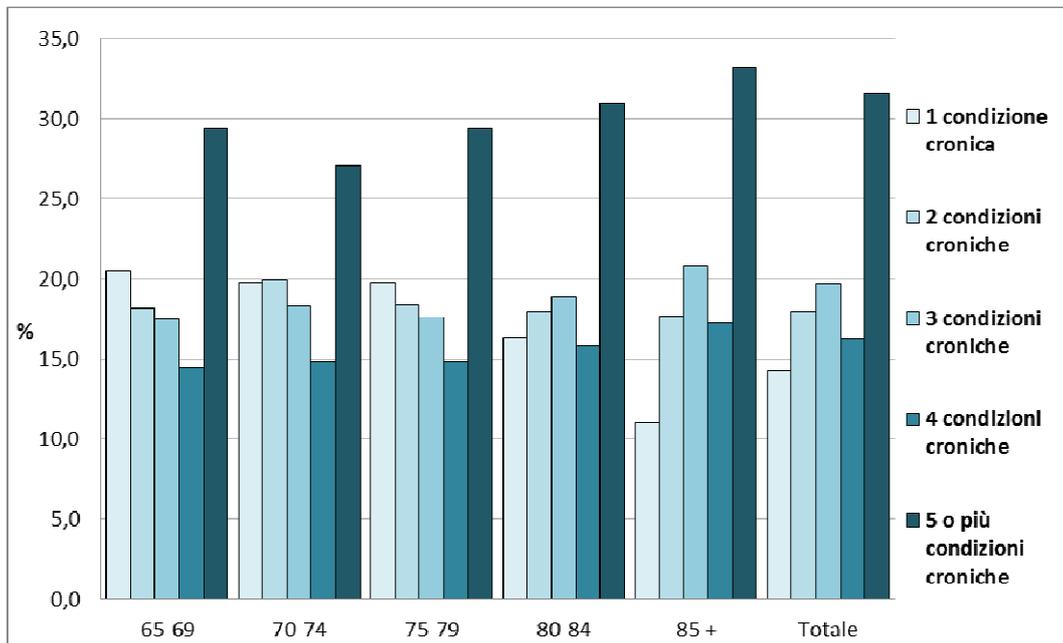
Figura 18. Demenza (diagnosi o farmaci). Popolazione ultrasessantacinquenne. Standardized Morbidity Ratio (SMR) per Azienda e sesso. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



Per quanto riguarda le caratteristiche dei pazienti con demenza, emerge una popolazione ad elevata comorbidità che tende ad aumentare all'aumentare dell'età.

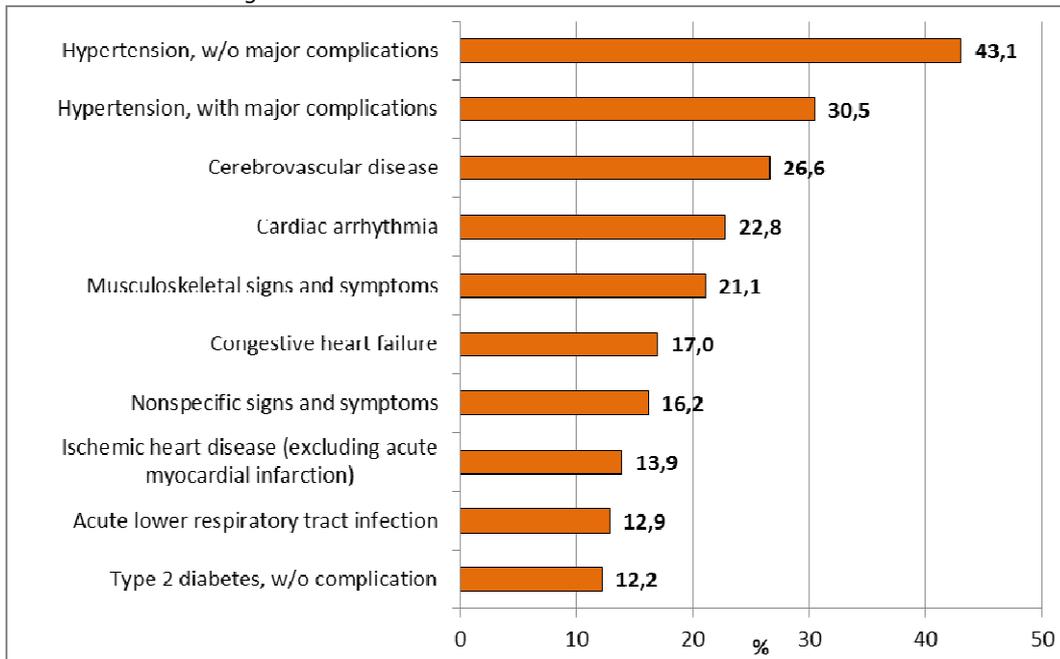
Il 66,2% dei pazienti affetti da demenza presenta almeno tre condizioni croniche: 55,2% nella fascia 55-64 anni, 59,6% nella fascia 65-74, 63,3% nella fascia 75-84 e 70,6% al di sopra degli 85 anni. Il 30,6% della popolazione presenta cinque o più condizioni croniche: 26,9% nella fascia 55-64 anni, 27,2% nella fascia 65-74, 29,8% nella fascia 75-84 e 32,5% al di sopra degli 85 anni (Fig.19).

Figura 19. Demenza (diagnosi o farmaci). Popolazione ultrasessantacinquenne. Numero di condizioni croniche per età. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



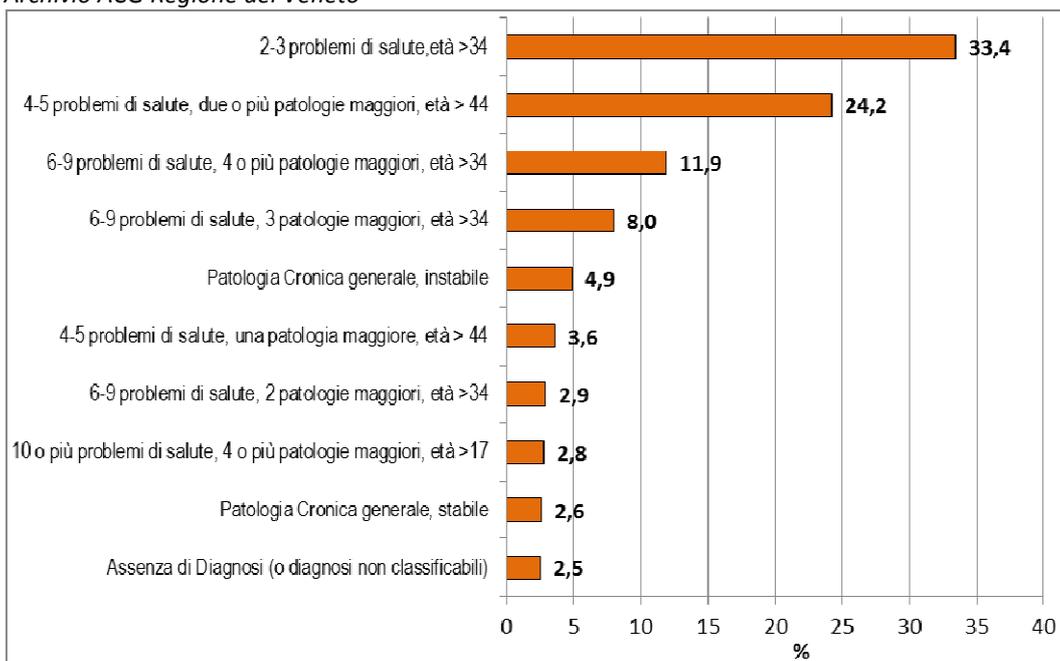
Le malattie co-presenti di più frequente riscontro nella casistica analizzata sono quelle individuate anche in letteratura in relazione all'insorgenza di demenza: nel 39% dei casi si riscontra l'ipertensione arteriosa senza complicanze, nel 29,5% l'ipertensione arteriosa complicata, nel 25,5% malattia cerebrovascolare e aritmie cardiache nel 22% dei casi. Seguono lo scompenso cardiaco cronico, la cardiopatia ischemica (Fig.20).

Figura 20. Demenza (diagnosi o farmaci). Popolazione ultrasessantacinquenne. Malattie più frequenti. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



Considerando le categorie finali ACG (Fig.21), la maggior parte dei pazienti ricade in tre categorie: adulti con 2-3 problemi di salute (33,4%), persone con 4-5 problemi di salute (24,2%) e persone con 6-9 problemi di salute (11,9%).

Figura 21. Demenza (diagnosi o farmaci). Popolazione ultrasessantacinquenne. ACG più frequenti. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



La maggior parte della popolazione affetta da demenza identificata con il sistema ACG tende a collocarsi nelle classi RUB più elevate, caratterizzate da un impatto assistenziale moderato (43,7%), elevato (27,1%) o molto elevato (22,9%)(Fig.22). Considerando gli assistiti deceduti in corso d'anno (demenza terminale) la maggior parte dei soggetti (46,4%) si sposta nella classe RUB più elevata (Fig.23).

La categoria “Utilizzatori sani” si riferisce quella quota di popolazione identificata solo in base all’utilizzo di farmaci per Alzheimer e che tuttavia non presenta nei flussi informativi sanitari correnti nessuna diagnosi di malattia.

Figura 22. Demenza (diagnosi o farmaci). Popolazione ultrasessantacinquenne. Assistiti per carico di malattia (RUB). Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto

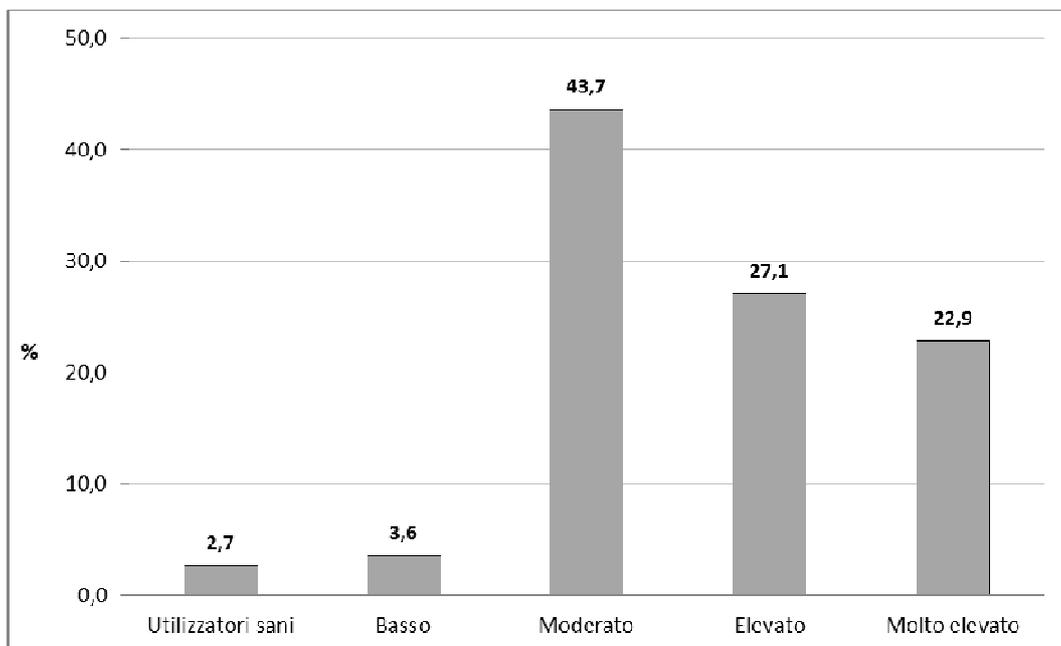
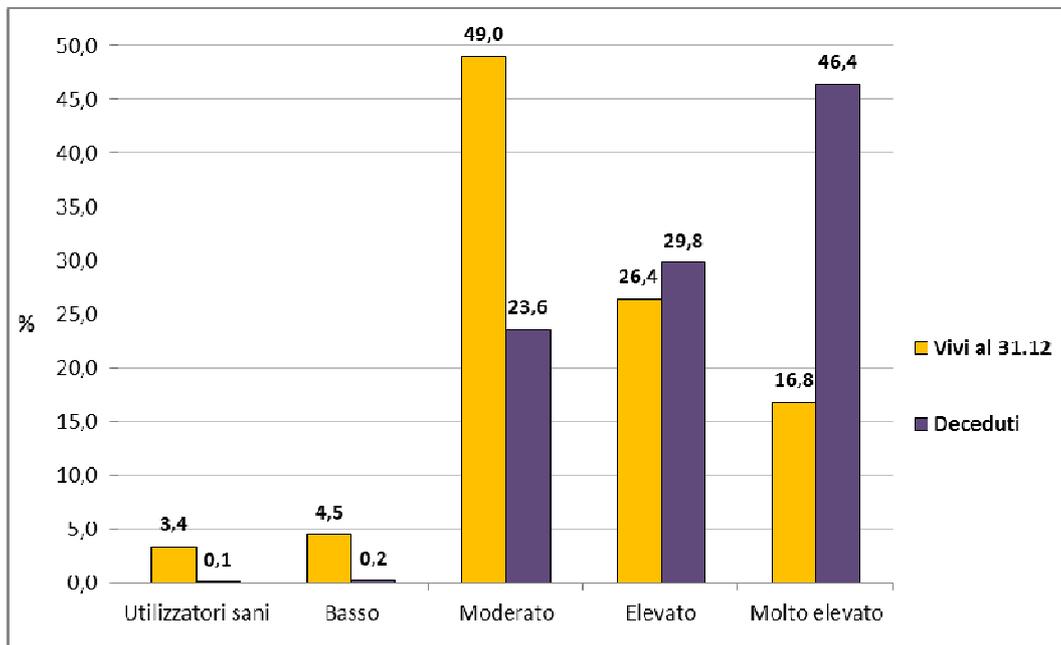


Figura 23. Demenza (diagnosi o farmaci). Popolazione ultrasessantacinquenne. Assistiti per carico di malattia (RUB) e stato in vita. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



Il costo totale pro capite nei pazienti ultrasessantacinquenne affetti da demenza, nelle classi RUB (carico di malattia) elevato e molto elevato, risulta molto più alto rispetto ai pazienti nelle classi RUB di gravità inferiore (Fig.24).

Figura 24. Demenza (diagnosi o farmaci). Popolazione ultrasessantacinquenne. Costo totale pro capite per carico di malattia (RUB). Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto

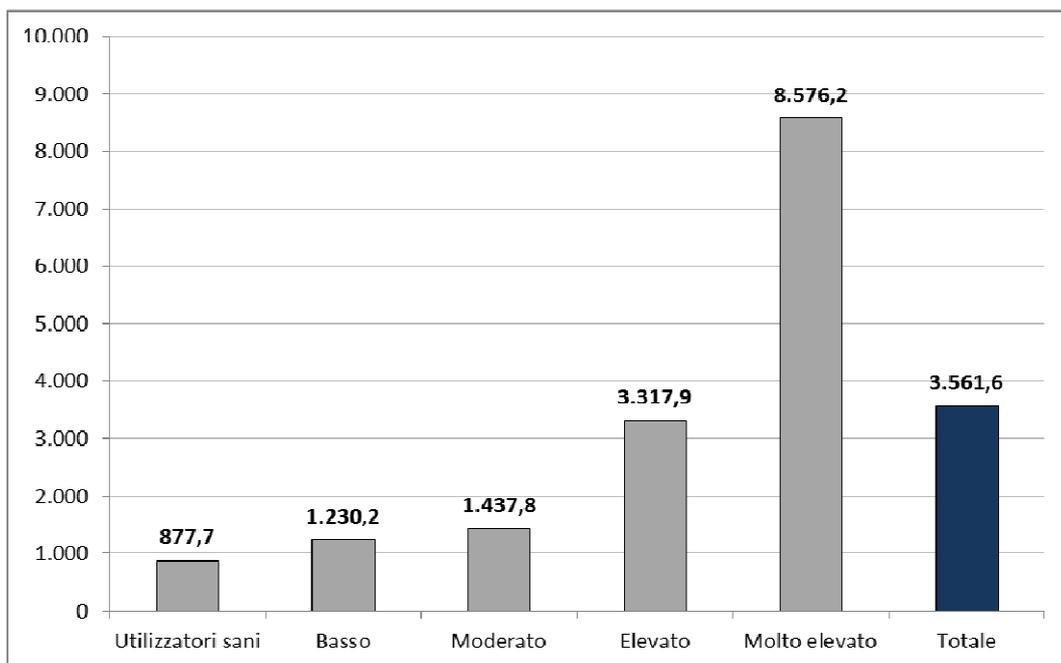
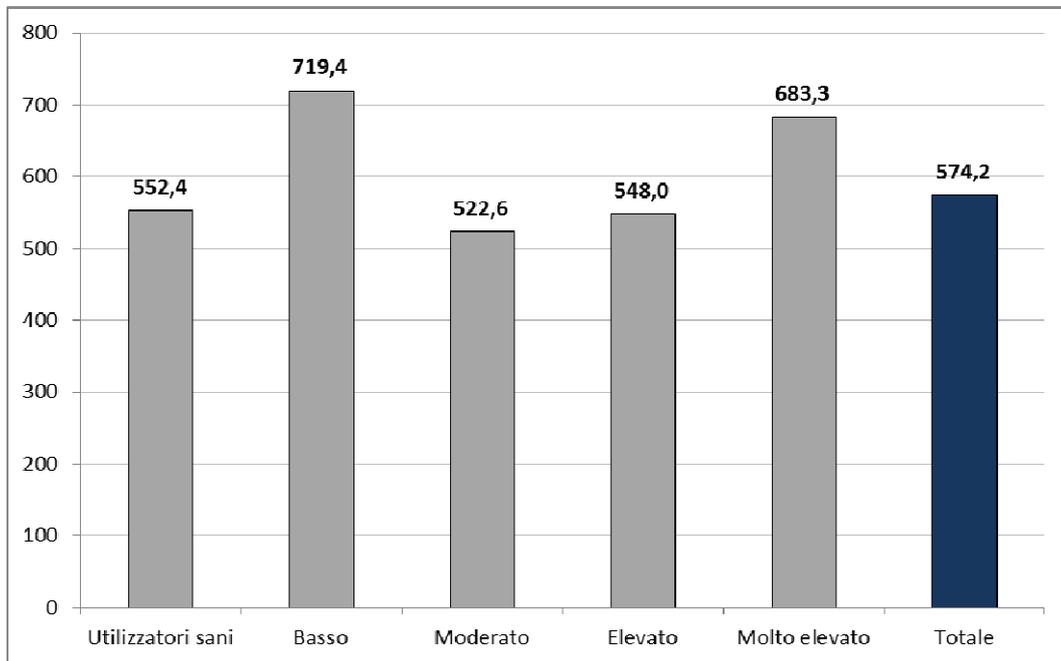
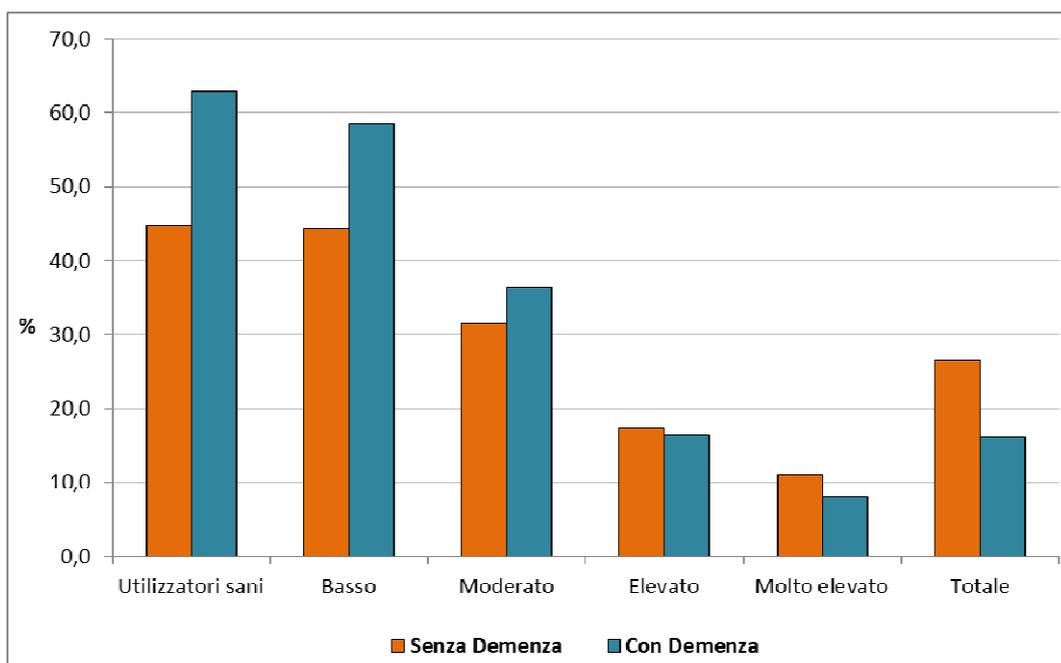


Figura 25. Demenza (diagnosi o farmaci). Popolazione ultrasessantacinquenne. Costo farmaci pro capite per carico di malattia (RUB). Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



28

Figura 26. Demenza (diagnosi o farmaci). Popolazione ultrasessantacinquenne. Costo farmaci su costo totale per carico di malattia (RUB) e presenza di demenza. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



B.4 – Sclerosi Multipla

La sclerosi multipla (SM) è la prima causa non traumatica di disabilità nei giovani adulti. Tale patologia richiede un elevato impegno assistenziale multiprofessionale da parte del Sistema sanitario regionale legato alla giovane età dei pazienti che ne sono colpiti, il picco di esordio è intorno ai 20-40 anni, al tipo di terapie utilizzate per rallentarne la progressione gravate da forti effetti collaterali e al decorso cronico della patologia che richiede specialmente nelle fasi terminali la presa in carico da parte del territorio. Dal punto di vista patogenetico si tratta di una malattia infiammatoria demielinizzante del sistema nervoso centrale caratterizzata da ricadute cliniche e remissioni e da una progressiva disabilità. Presenta una notevole variabilità per quanto riguarda il decorso, le localizzazioni e le caratteristiche fisiopatologiche delle lesioni. E' una malattia propria dell'età giovane-adulta che compare solitamente tra i 10 e i 60 anni, con un picco nella fascia 29-33 anni¹³. La malattia è più frequente nelle donne rispetto agli uomini (rapporto femmine/maschi: 1,1-3,4)¹⁴.

“Atlas: multiple sclerosis resources in the world, 2008 and 2013” è l'indagine più completa sulla sclerosi multipla. Il numero di casi nel mondo è aumentato da 2,1 milioni nel 2008 a 2,3 milioni nel 2013. Non è chiaro se questo aumento sia dovuto al miglioramento delle metodiche diagnostiche, all'aumento della sopravvivenza dei malati, alla migliore qualità e completezza dei dati statistici o ad un reale aumento dell'incidenza di malattia. Lo studio condotto su oltre 150 Paesi, che rappresentano circa l'88% della popolazione mondiale, ha permesso di evidenziare come l'incidenza della malattia aumenti man mano che ci si allontani dall'equatore, sia a nord che a sud, smentendo dunque la teoria secondo cui la sclerosi multipla colpisca solo le persone che vivono nei Paesi più sviluppati. Per quanto riguarda il continente americano, Stati Uniti e Canada sono i Paesi con i tassi di prevalenza maggiori, con rispettivamente 135 e 291 casi ogni 100 mila abitanti. La malattia risulta molto meno diffusa nei Paesi del Centro e Sud America.

¹³ “Sclerosi multipla”. www-epicentro.iss.it

¹⁴ Pugliatti M, Rosati G, Carton H, Riise T, Drulovic J, Vecsei L, Milanov I “The epidemiology of multiple sclerosis in Europe”. *European journal of Neurology* 2006, 13: 700-722.

In Europa i Paesi che presentano una maggior prevalenza di malattia sono Danimarca (227 casi ogni 100 mila abitanti), Svezia (189) Ungheria (176), Regno Unito (164); in Francia, Spagna e Portogallo sembra esservi una prevalenza inferiore. Nello scenario europeo l'Italia si colloca in una posizione intermedia con 113 casi/100.000 abitanti. Il numero stimato di soggetti con diagnosi di sclerosi multipla è di circa 68 mila, con un totale di 1800 nuovi casi all'anno. Merita una menzione a parte la Regione Sardegna che registra un tasso d'incidenza molto superiore alla media nazionale.

Il sistema ACG identifica i soggetti con Sclerosi Multipla incrociando le diagnosi ottenute da ricoveri, accessi al Pronto Soccorso, esenzioni, e tutte le altre fonti disponibili nei flussi correnti. I dati che permette di ottenere risultano lievemente più alti rispetto a quanto atteso dalla letteratura scientifica, in quanto riguardano la popolazione classificata dal Sistema ACG con la categoria diagnostica NUR08 (Multiple Sclerosis) e va tenuto in considerazione che tale categoria raggruppa, oltre ai codici specifici di Sclerosi multipla, anche diagnosi relative alla mielite ed altre cause di demielinizzazione.

Una analisi condotta nel 2011 sulla popolazione dell'Azienda ULSS 16 di Padova (Fase Pilota) aveva identificato 790 casi, corrispondenti a una prevalenza di 163 /100.000 assistiti. L'età media di tali soggetti era risultata essere di 47,5 anni. Il progetto ha confrontato le caratteristiche di questi soggetti con quelli della popolazione senza diagnosi di SM, riscontrando un costo totale medio 7,2 volte più elevato, un costo per farmaci medio 18 volte più elevato, un tasso di ospedalizzarne 2,7 volte più elevato, un tasso di accesso al Pronto Soccorso 1,5 più elevato ed un ricorso alla specialistica ambulatoriale 2,2 più elevato.

Era stato effettuato un incrocio dei dati ottenuti con i dati del Sistema informativo di Distretto (SID) al fine di individuare la modalità di assistenza di tali pazienti: Il 97,8% dei pazienti risulta residente al proprio domicilio; per il 5,3 % dei pazienti è attiva nell'ultimo anno una qualche forma di Assistenza Domiciliare, 12 pazienti (1,6%) sono risultati istituzionalizzati e 5 pazienti al momento dell'indagine risultavano ricoverati in ospedale per acuti.

Con riferimento al 2015 e utilizzando l'intero archivio regionale ACG, sono stati identificati 8245 casi dei quali 2690 cinque maschi e 5550 femmine. La prevalenza di sclerosi multipla è risultata complessivamente pari a 166,3 casi per centomila abitanti (Fig.26).

La variabilità tra le diverse Aziende ULSS va da circa 130 a circa 220 casi per centomila abitanti (Fig.27).

Figura 27. Sclerosi multipla (diagnosi). Prevalenza per età e sesso. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto

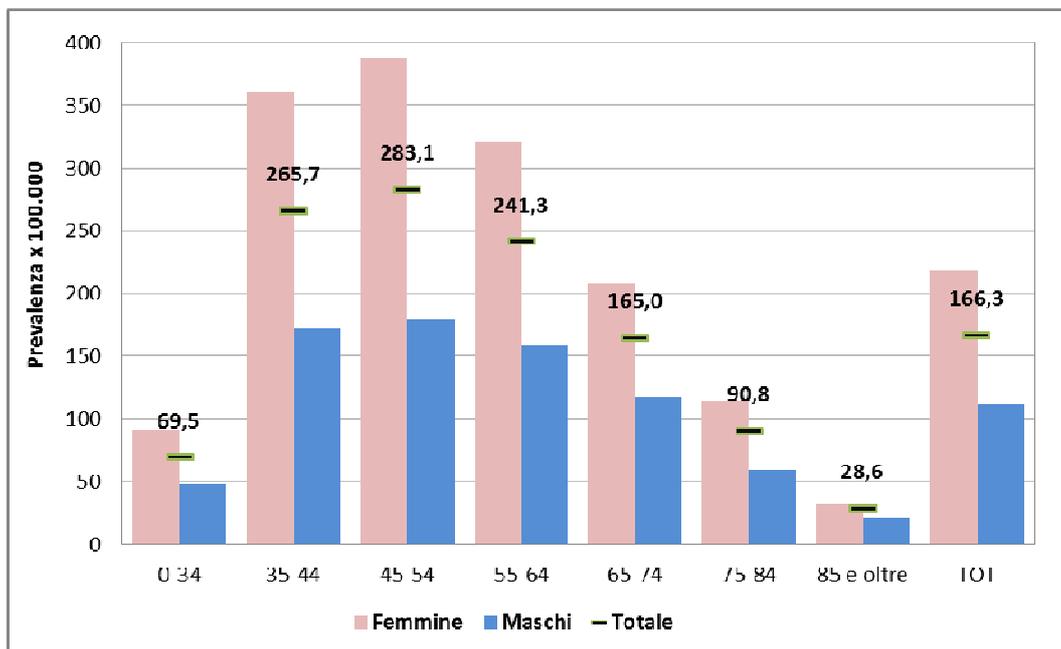
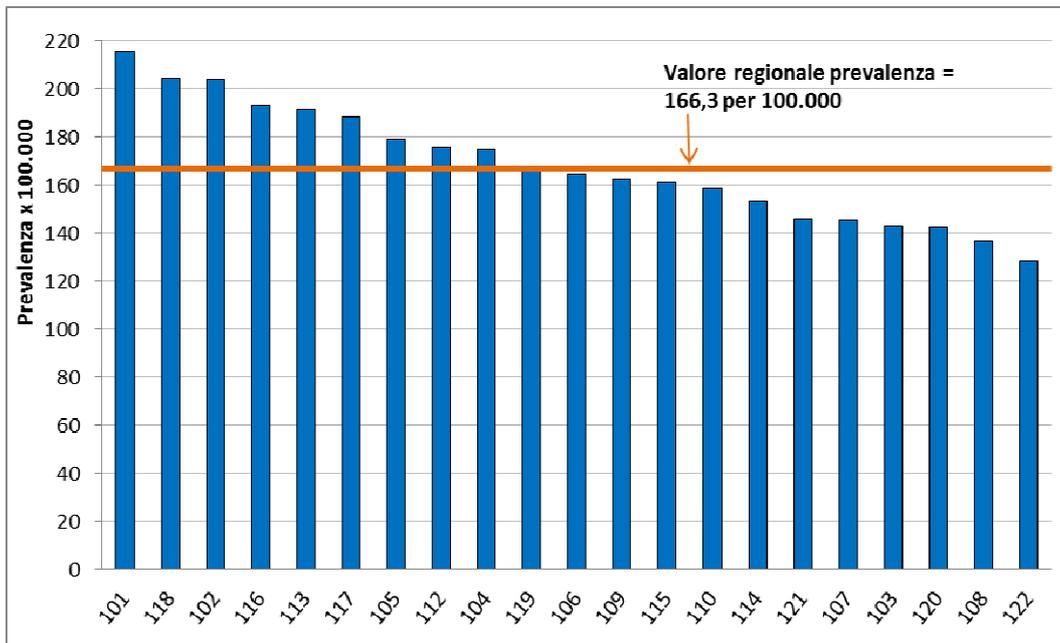
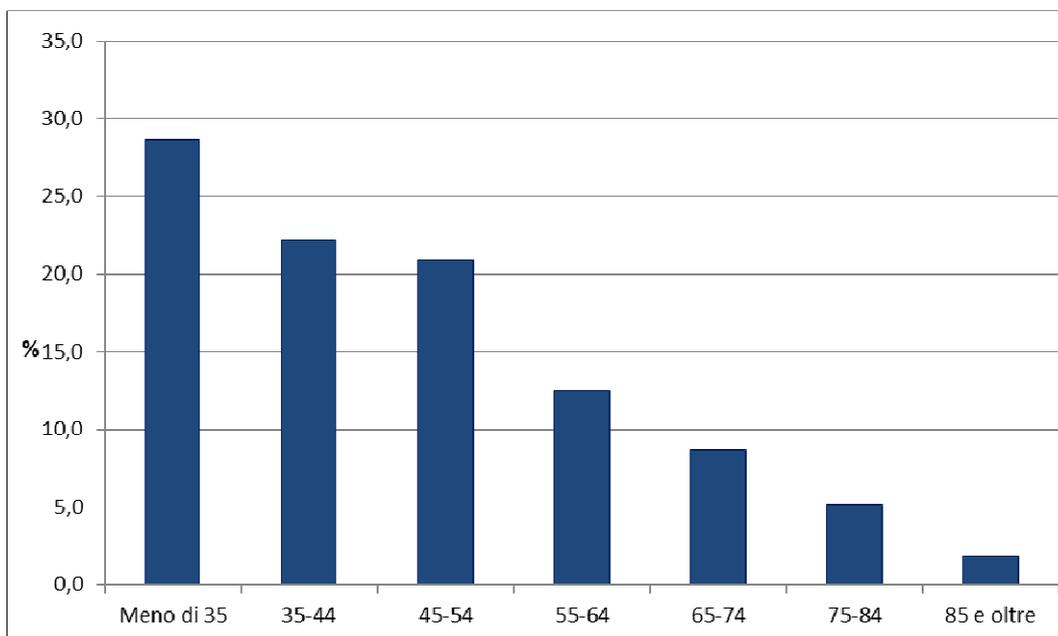


Figura 28. Sclerosi multipla (diagnosi). Prevalenza per ex ULSS. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



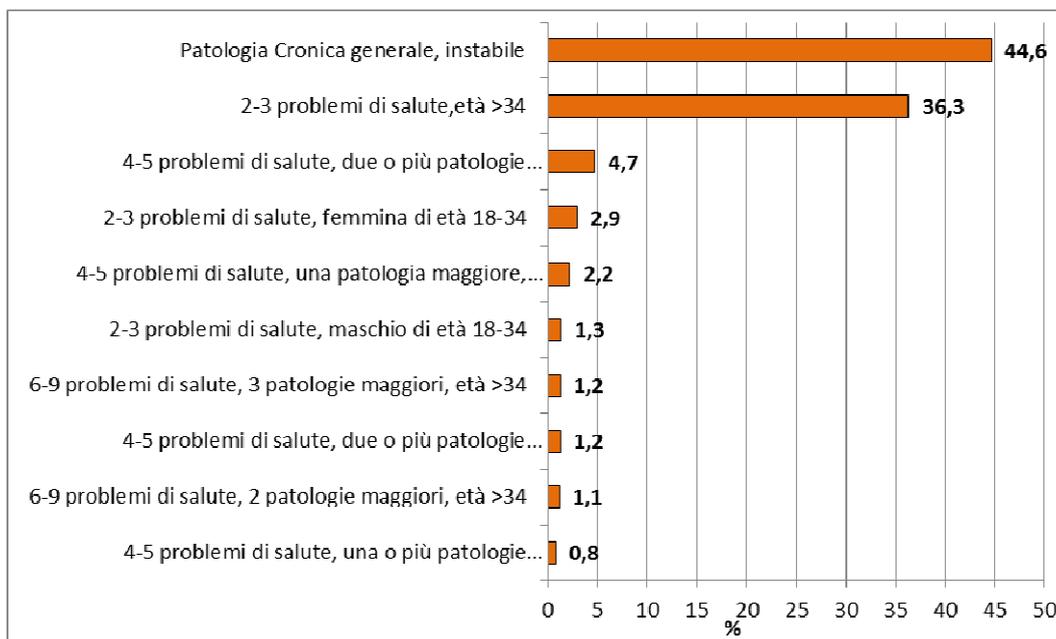
Si è anche tentata una stima dei nuovi casi, confrontando i dati del 2015 con l'archivio regionale 2014; si tratta tuttavia di una stima che non è confrontabile con i tassi di "incidenza" in stretto senso epidemiologico, in quanto identifica solamente i casi che sulla base dei dati presenti nei flussi informativi correnti sono identificabili solamente nell'ultimo anno di rilevazione disponibile (Fig.28).

Figura 29. Sclerosi multipla (diagnosi). Distribuzioni “nuovi” casi rispetto al 2014 per classi di età (N=679). Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



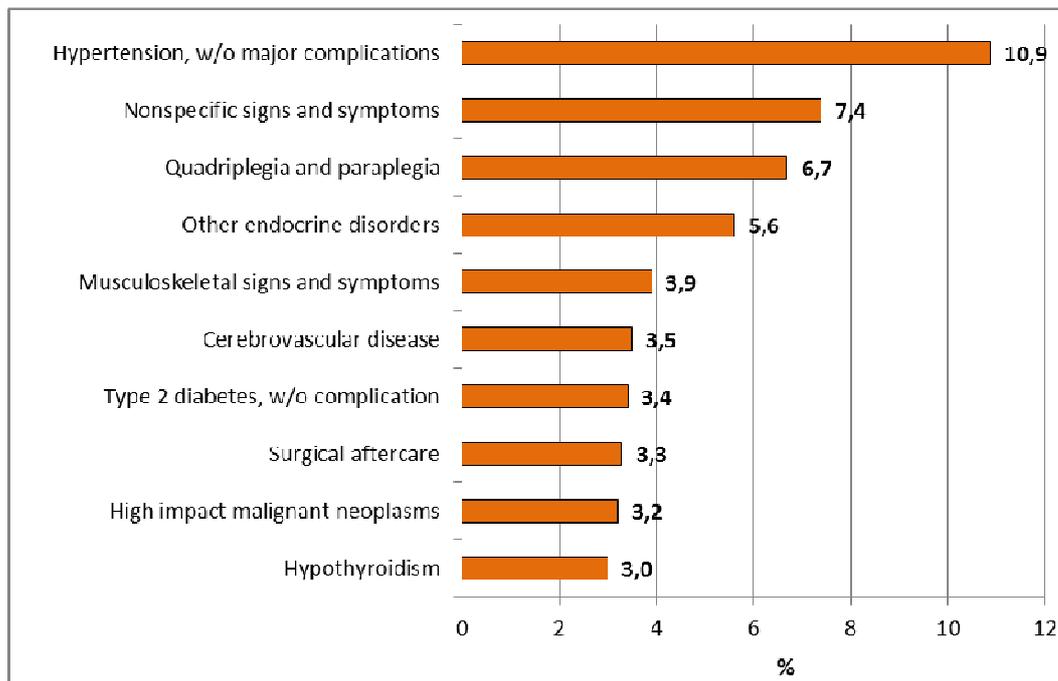
La distribuzione della popolazione con Sclerosi multipla rispetto alle categorie ACG mette in evidenza come circa la metà dei pazienti sia affetto dalla sola sclerosi multipla definita come patologia cronica generale, Instabile, mentre un terzo circa dei soggetti (36,3%) presenta due - tre problemi di salute e un'età superiore ai 34 anni (Fig.29).

Figura 30. Sclerosi multipla (diagnosi). ACG più frequenti. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



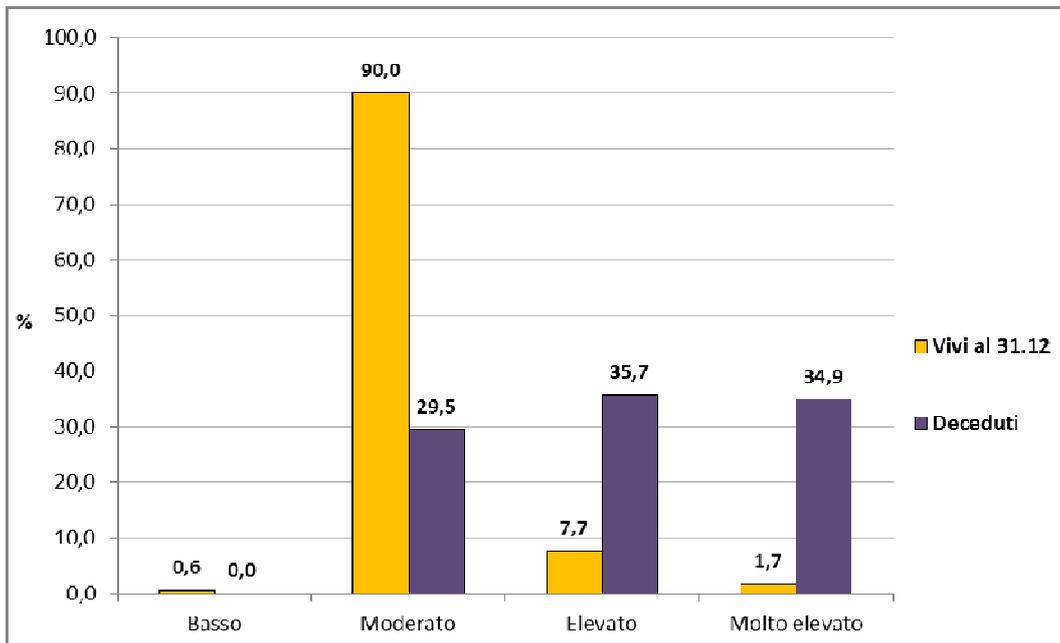
Per quanto riguarda la comorbidità, le patologie più frequenti risultano l'ipertensione arteriosa non complicata e altre patologie o complicanze di tipo neurologico o muscolo-scheletrico. In minor misura sono presenti la patologia cardio e cerebrovascolare e il diabete mellito di tipo 2 (Fig.30).

Figura 31. Sclerosi multipla (diagnosi). Malattie più frequenti. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



Nel corso dell'anno 2015 sono deceduti 129 soggetti, pari al 1,6% del totale. Il 90% dei soggetti in vita a fine anno, si colloca in una classe di carico di malattia (RUB) di tipo moderato, mentre, come atteso, i soggetti deceduti in corso d'anno presentano invece un carico di malattia elevato o molto elevato(Fig.31).

Figura 32. Sclerosi multipla (diagnosi). Assistiti per carico di malattia (RUB) e stato in vita. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto



Anche per quanto riguarda la distribuzione per classi di costo la presenza di sclerosi multipla ha un notevole impatto. Oltre il 10% dei pazienti identificati si colloca infatti in una categoria di spesa totale di oltre 14.500 € anno (Fig.32). L'analisi dei costi evidenzia per i pazienti con sclerosi multipla un costo totale pro capite circa triplo rispetto alla popolazione senza tale patologia, va sottolineato come tale costo sia da imputare soprattutto alla terapia farmacologica, infatti il costo farmaci pro capite è di oltre sei volte superiore nei pazienti con sclerosi multipla rispetto a quelli senza tale patologia (Tab.2).

Figura 33. Sclerosi multipla (diagnosi). Costo totale per presenza di sclerosi multipla. Solo RUB 3 – Complessità moderata. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto

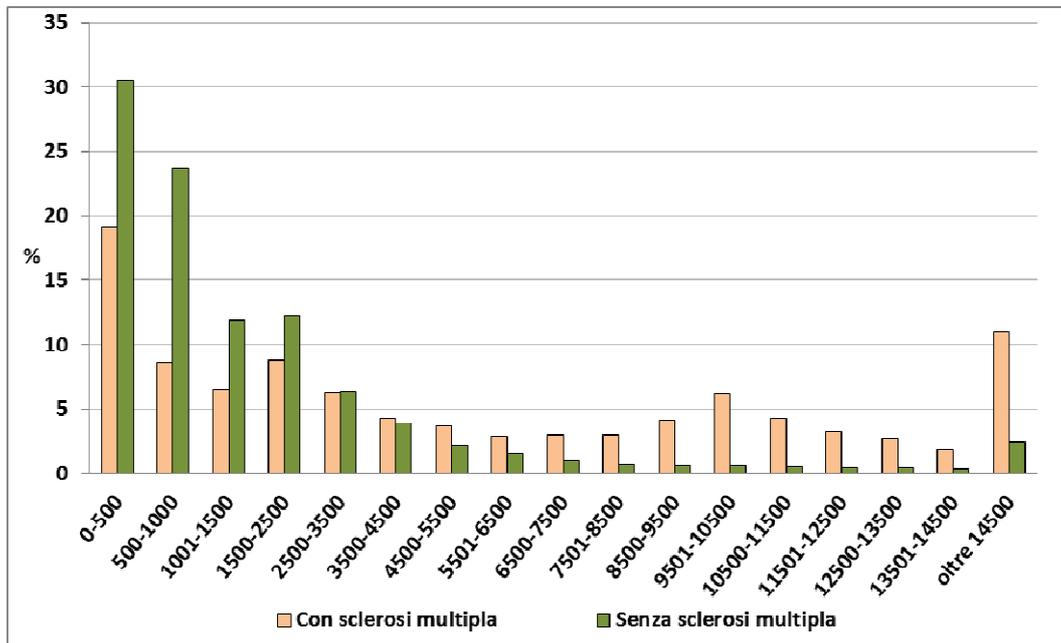


Tabella 2. Sclerosi multipla (diagnosi). Costo totale pro capite e costo per farmaci pro capite per presenza di sclerosi multipla. Solo RUB 3 – Complessità moderata. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto

	% costo farmaci su costo totale	Costo totale pro capite	Costo farmaci pro capite
Con sclerosi multipla	73,8	6.344,4	4.677,0
Senza sclerosi multipla	30,4	2.326,3	707,6

Tabella 3. Sclerosi multipla (diagnosi). Costo pro capite assistiti con esenzione per invalidità per presenza di sclerosi multipla. Solo RUB 3 – Complessità moderata. Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione del Veneto

	% con esenzione per invalidità	Costo pro capite assistiti con invalidità
Con sclerosi multipla	29,9	5.835,1
Senza sclerosi multipla	14,5	3.299,4

B.5 – Esperienze a livello Aziendale nell'uso del sistema ACG

Il sistema ACG è stato introdotto nella Regione del Veneto nel 2012, con l'avvio di una fase pilota che ha visto coinvolte due Aziende ULSS per un totale di 1 milione di abitanti circa. Obiettivo di questa prima fase è stata la costruzione dei primi database, la validazione statistica dello strumento nel SSN italiano e la valutazione delle potenzialità dell'integrazione all'interno del sistema dei dati provenienti dalle cartelle dei medici di medicina generale (MMG).

L'anno successivo, 2013-2014, l'esperienza pilota è stata allargata ad altre 4 Aziende ULSS, per un totale di due milioni di abitanti. In questa seconda fase pilota sono state condotte analisi di tipo retrospettivo e prospettico, lo sviluppo di modelli predittivi per l'ospedalizzazione e analisi su specifiche patologie croniche, al fine di evidenziare come il sistema ACG potesse supportare nel nostro contesto territoriale progetti di Integrated Care. L'anno successivo il progetto è stato esteso a tutte le Aziende sanitarie territoriali della Regione del Veneto, per un totale di circa 5 milioni di abitanti, con la finalità di costruire il primo database regionale, e di utilizzare lo strumento a supporto del case management di patologie croniche nelle cure primarie in tutta la regione. Al momento tutte le Aziende sanitarie del Veneto sono attive nel progetto, e tutte le Aziende stanno utilizzando il sistema ACG per supportare l'arruolamento di soggetti affetti da scompenso cardiaco in un percorso di care management.

Nonostante in ogni fase del progetto pilota gli obiettivi di utilizzo del sistema ACG fossero ben definiti e condivisi a livello regionale, fin dalle prime fasi di questa esperienza le singole Aziende hanno spontaneamente identificato aree di utilizzo di ACG a supporto del governo clinico. A grandi linee gli utilizzi del sistema ACG nelle Aziende sanitarie del Veneto rispecchiano le diverse aree di utilizzo di questo sistema in diversi paesi del mondo. La maggior parte delle esperienze locali riguardano l'utilizzo di ACG nell'ambito delle cure primarie, per supportare l'identificazione ed il management delle patologie croniche, in particolare nelle medicine di gruppo integrate (MGI). ACG è in grado di estrarre liste di pazienti a supporto dei PDTA previsti nei contratti di esercizio della MGI ed in particolare le

liste dei pazienti affetti da scompenso cardiaco, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), diabete, o altre patologie croniche con elevato consumo di risorse.

Altre Aziende, sempre nell'ambito dello sviluppo delle medicine di gruppo integrate, hanno invece utilizzato questo sistema per sviluppare indicatori di processo e di esito. Più in generale varie Aziende hanno utilizzato il sistema ACG a supporto dei controlli di gestione per lo sviluppo e la ricerca di indicatori utili nel governo clinico. Innanzitutto si sono sviluppati sistemi in grado di individuare la prevalenza delle principali patologie nella popolazione al fine di verificare disomogeneità territoriali da approfondire con altri indicatori. Per quanto riguarda le cure ospedaliere, ACG è stato utilizzato per valutare le caratteristiche di particolari coorti di pazienti, ad esempio con carcinoma della mammella (ULSS 7) o pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica (ULSS 16). Altri indicatori sono stati invece sviluppati nell'ambito delle cure territoriali in particolare indicatori di performance nell'ambito della medicina generale, delle medicine di gruppo integrate, su spesa farmaceutica o specialistica ambulatoriale. Molti di questi indicatori, infine, sono stati inseriti in cruscotti che hanno utilizzato sistemi di business intelligence, come ad esempio il sistema Qlik View.

Di seguito si presentano, in forma di breve abstract, i contributi ricevuti dalle diverse Aziende:

- Azienda ULSS n. 3 - Bassano del Grappa: Utilizzo di ACG per l'individuazione della lista degli assistiti con SCOMPENSO CARDIACO (SC) preliminare ad avvio PDTA Aziendale
- Azienda ULSS n. 4 - Alto Vicentino: La valutazione delle medicine di gruppo integrate
- Azienda ULSS n. 6 – Vicenza: Attività svolta nell'ambito del progetto ACG.
- Azienda ULSS n. 6 – Vicenza: Mappatura dei bisogni e modelli predittivi applicati al territorio –centralità dell'integrazione con i MMG
- Azienda ULSS n. 7 - Pieve di Soligo: Applicazione di ACG nell'estrazione di liste di pazienti da confrontare con i DB dei MMG
- Azienda ULSS n. 7 - Pieve di Soligo: Applicazione di ACG nell'identificare la coorte di pazienti con Neoplasia mammaria (coorte del PDTA Mammella)
- Azienda ULSS n. 7 - Pieve di Soligo: Applicazione di ACG nell'estrazione di liste di pazienti da confrontare con i DB dei MMG

- Azienda ULSS n. 8 - Asolo/Montebelluna: Applicazione di ACG nella identificazione di pazienti con patologia cronica, idonei ad essere inseriti in percorsi di medicina di iniziativa
- Azienda ULSS n. 10 - Veneto orientale: La gestione ambulatoriale integrata MMG/infermiere care manager della persona con scompenso cardiaco
- Azienda ULSS n. 12 - Veneziana: Utilizzazione sistema ACG per l'identificazione dei pazienti con patologia cronica idonei ad essere inseriti nei percorsi di medicina di iniziativa all'interno delle medicine di gruppo integrate.
- Azienda ULSS n. 13 - Dolo/Mirano: Applicazione di ACG nel monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata, della specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ospedalieri
- Azienda ULSS n. 15 - Cittadella: Uso di ACG per la comunicazione con le Medicine di Gruppo Integrate (MGI)
- Azienda ULSS n. 16 - Padova: Il care-management e l'autocura nei pazienti con scompenso cardiaco: studio osservazionale su pazienti aderenti al progetto ACG nel territorio padovano
- Azienda ULSS n. 16 - Padova: Utilizzo del sistema ACG a supporto dell'audit clinico nell'ambito del programma Nazionale Esiti
- Azienda ULSS n. 16 - Padova (con ULSS n. 15 e ULSS n. 17): Utilizzo del sistema ACG della descrizione del profilo di salute della popolazione delle ULSS della provincia di Padova e della nuova ULSS Euganea.
- Azienda ULSS n. 17 - Este: Attivazione di un percorso di gestione dei casi complessi in sinergia tra MMG, Distretto e Infermiere Domiciliare
- Azienda ULSS n. 19 - Adria : Applicazione sperimentale del metodo ACG su un campione di assistiti dei due Mmg che hanno dato disponibilità a partecipare al progetto
- Azienda ULSS n. 20 - Verona: Care Management dei pazienti con scompenso cardiaco
- Azienda ULSS n. 20 - Verona: Sviluppo e aggiornamento cruscotto Qlik per la visualizzazione dei principali output di ACG

ULSS	Azienda ULSS n. 3 - Bassano del Grappa
Titolo	Utilizzo di ACG per l'individuazione della lista degli assistiti con SCOMPENSO CARDIACO (SC) preliminare ad avvio PDTA Aziendale
Durata	Avvio: ottobre 2016; progetto in corso
Premesse	Facendo seguito a precedente attività (anni 2013-2015) dei MMG di identificazione e descrizione della popolazione con Diabete m. tipo 2 e BPCO, nel 2016 ACG viene utilizzato per consentire l'individuazione condivisa ULSS/MMG delle persone con Scompensio Cardiaco, possibili destinatarie di interventi di medicina di iniziativa e di PDTA Aziendale (da implementare)
Obiettivo	Individuazione condivisa ULSS/MMG delle liste di pazienti con SC potenziali destinatari di PDTA e medicina di iniziativa
Ambito di applicazione	Cure Primarie
Servizi Coinvolti	MMG
Azioni	<p>1-Definizione obiettivo Contratto 2016 della Medicina Generale e Contratto di esercizio delle Medicine di Gruppo Integrate "Gestione della cronicità- PDTA Scompensio Cardiaco" che prevede attività di codifica in cartella informatizzata ambulatoriale della patologia + validazione lista ACG e PCP report per assistiti con SC.</p> <p>2-Produzione liste ACG dei pz con SC con invio del file excel DATA_ENTRY di ACG al singolo MMG</p> <p>3-Codifica ICD9 della patologia in cartella informatizzata e validazione lista ACG da parte dei MMG con successivo invio al Distretto elenco casi validati</p> <p>4-Trasmissione al MMG dei PCP report relativi ai casi di SC precedentemente validati dal medico</p>
Risultati	I risultati dell'attività di validazione delle liste ACG saranno rilevabili indicativamente in febbraio 2017

ULSS	Azienda ULSS n. 4 - Alto Vicentino
Titolo	La valutazione delle medicine di gruppo integrate
Durata	Progetto appena partito che durerà fino a giugno 2017.
Premesse	La riorganizzazione del sistema delle cure primarie in MGI, è la sfida per gestire il tema della cronicità e della complessità del prossimo futuro. ACG è probabilmente lo strumento ad oggi scientificamente più evoluto per analizzare coorti di popolazioni gestite da differenti organizzazioni di medici.
Obiettivo	Obiettivo del progetto è contribuire a valutare le performance delle MGI
Ambito di applicazione	Cure Primarie – contratto di esercizio delle MGI
Servizi Coinvolti	MMG – controllo di gestione/servizio epidemiologico – cure primarie – Direzione amministrativa del territorio
Azioni	<p>Analisi dei dati di ACG per il triennio 2014 – 2016 (appena disponibili questi ultimi);</p> <p>Correlazione tra dati/indicatori di ACG con le forme associative dei medici;</p> <p>Costruzione di un sistema di valutazione dei contratti di esercizio che affianchi agli indicatori già presenti, valutazioni di sostenibilità fornite da ACG;</p> <p>Utilizzo di ACG come pesatura di case-mix per alcuni indicatori di utilizzo delle risorse (farmaci e specialistica).</p>
Risultati	Il progetto è in fase di avvio.

ULSS	Azienda ULSS n.6 – Vicenza
Titolo	Attività svolta nell'ambito del progetto ACG.
Durata	Il progetto è in fase di avvio.
Premesse	Nel corso del 2016 l'Azienda ULSS Vicenza ha partecipato al Progetto Regionale ACG per la implementazione e sperimentazione del modello di Care Manager per la gestione di pazienti con scompenso cardiaco
Obiettivo	L'Azienda inoltre sta sviluppando un progetto di utilizzo del sistema ACG da parte dei Medici delle Medicine di gruppo Integrate al fine di meglio identificare i pazienti con patologia cronica oggetto dei percorsi di medicina d'iniziativa previsti dai Contratti d'Esercizio.
Ambito di applicazione	Cure Primarie – contratto di esercizio delle MGI
Servizi Coinvolti	Medicine di Gruppo Integrate
Azioni	A questo proposito l'Azienda con il supporto della Regione ha organizzato per il 30 Novembre 2016 un incontro con i Medici che operano nelle Medicina di Gruppo Integrate per presentare il sistema ACG e le sue applicazioni e condividere il progetto operativo che troverà realizzazione nel 2017.
Risultati	Il progetto è in fase di avvio.

ULSS	Azienda ULSS n.6 – Vicenza
Titolo	Mappatura dei bisogni e modelli predittivi applicati al territorio – centralità dell'integrazione con i MMG
Durata	Tesi di diploma in Medicina Generale- IX corso, aa 2013-2016,
Premesse	Il sistema ACG attinge dai database del SSN (accessi in ospedale, ricoveri, flussi farmaceutici) ma non dalle informazioni presenti nei database dei MMG..
Obiettivo	Questo lavoro ha voluto approfondire se, nella sperimentazione in ULSS 6, le modalità di identificazione di ACG dei pazienti a rischio presentassero criticità
Ambito di applicazione	Cure Primarie
Servizi Coinvolti	Medici di Medicina Generale
Azioni	A tale scopo, sono stati confrontati i dati elaborati da ACG con quelli provenienti dalle cartelle dei MMG ed identificati i casi discrepanti. Un'analisi narrativa dei singoli pazienti ha permesso di suggerire alcune cause di discrepanza tra le due fonti di dati, sottolineando l'assenza di informazioni socio-economico-culturali (determinanti della Salute sec. OMS). Inoltre, per ogni paziente è stato calcolato l'indice di Charlson corretto per età ed ai MMG è stato somministrato un questionario, con score 1-5, sul carico di lavoro percepito per ogni paziente. Gli indicatori sono stati confrontati tra loro e con i dati RUB di ACG, allo scopo di valutare la corrispondenza fra carico di lavoro percepito dal MMG, indice clinico di gravità, peso di comorbidità e il consumo di risorse atteso da parte del SSN.
Risultati	Emerge dallo studio come il sistema ACG, pur con la sua completezza e pur essendo uno dei migliori sistemi a livello mondiale, non possa ancora prescindere, nella sua applicazione all'interno del nostro territorio, dall'integrazione con i dati provenienti dal database del MMG

ULSS	Azienda ULSS n. 7 - Pieve di Soligo
Titolo	Applicazione di ACG nell'estrazione di liste di pazienti da confrontare con i DB dei MMG
Durata	Anno 2015, su ACG 2014
Premesse	Nell'ambito della declinazione delle priorità per lo sviluppo dell'assistenza primaria, si è proposto ai MMG di perfezionare la tenuta/registrazione dei dati nelle cartelle cliniche. Tale attività è stata inserita tra quelle correlate all'obiettivo remunerato con la quota B del Patto 2015 (cfr AIR 2005, DGRV 751/2015) e condotta con la collaborazione dei coordinatori AFT.
Obiettivo	Supportare il MMG nel processo di analisi della tenuta della propria cartella, individuando 3 patologie "indice" (scompenso cardiaco, BPCO e diabete mellito)
Ambito di applicazione	Cure primarie
Servizi Coinvolti	Cure primarie, AFT
Azioni	Estrazione lista di pazienti con EDC CAR05, END06 e 07, RES04 per ogni MMG., invio liste ai MMG, raccolta del dato di prevalenza delle suddette patologie a cura del coordinatore AFT negli incontri di AUDIT tra MMG in AFT.
Risultati	Adesione di 107 MMG su 143. Evidenza di una importante difformità nella tenuta della cartella clinica, con un numero relativamente basso di medici autonomi nell'estrazione di liste pazienti dalla propria cartella. Conferma della diagnosi di diabete nel 100% dei casi, mentre per BPCO e scompenso cardiaco vi sono state segnalazioni di incongruenze.

ULSS	Azienda ULSS n. 7 - Pieve di Soligo
Titolo	Applicazione di ACG nell'identificare la coorte di pazienti con Neoplasia mammaria (coorte del PDTA Mammella)
Durata	Inizio: 15/11/2016 – tuttora in corso, su ACG 2915
Premesse	Il PDTA del paziente con tumore alla mammella, avviato in Azienda Ulss7 dal 2014, prevede l'identificazione della coorte di pazienti con diagnosi K mammella
Obiettivo	Verificare la affidabilità di ACG per individuare la coorte di donne con tumore al seno da seguire con il PDTA;
Ambito di applicazione	Sviluppo di indicatori
Servizi Coinvolti	Trasversale per il PDTA mammella (UCG, Chirurgia, Oncologia, Anatomia Patologica, Radiologia, Cure Primarie, Cure Palliative; serv. Qualità)
Azioni	Estrazione lista di pazienti con EDC MAL04, verifica della affidabilità della lista estratta rispetto alle altre liste che generano il denominatore nelle differenti fasi del PDTA
Risultati	In corso

ULSS	Azienda ULSS n. 7 - Pieve di Soligo
Titolo	Applicazione di ACG nell'identificare la coorte di pazienti con Diabete mellito (coorte PDTA Diabete)
Durata	Inizio: 15/11/2016 – tuttora in corso, su ACG 2015
Premesse	Il PDTA del paziente con diabete mellito, avviato in Azienda Ulss7 dal 2014, prevede l'identificazione della coorte di pazienti con diagnosi diabete mellito.
Obiettivo	Iniziare il processo di istituzione di un registro di patologia a livello Aziendale; stratificare i diabetici sulla base dei RUB al fine di analizzare l'allocazione delle risorse assistenziali per questi pazienti; creare il registro di patologia per il PDTA a livello di MDGI
Ambito di applicazione	Cure primarie
Servizi Coinvolti	Cure Primarie, Diabetologia, UCG, Serv. Qualità
Azioni	Estrazione lista di pazienti con EDC06 e 07 confronto della lista estratta a livello di MDGI, analisi dei casi rub 4 e 5 con i MMG ed (eventualmente) la diabetologia.
Risultati	In corso

ULSS	Azienda ULSS n. 8 - Asolo/Montebelluna
Titolo	Applicazione di ACG nella identificazione di pazienti con patologia cronica, idonei ad essere inseriti in percorsi di medicina di iniziativa
Durata	settembre 2016 – in corso
Premesse	Analisi di ACG anno 2015 attraverso un Quick View dedicato, in particolare su alcune patologie croniche
Obiettivo	Con la collaborazione dei referenti AFT individuare, in base alle prevalenze nelle varie zone del territorio, quali sono le cronicità prevalenti. Prioritariamente, visto il percorso regionale, proseguire con il progetto scempeso (edc=CAR05), focalizzandosi sui pazienti in RUB 4 non ospiti in CDS con frequenti accessi in PS, ricoveri ripetuti, difficilmente trasportabili. Su questo avviare una presa in carico dell'infermiere delle cure domiciliari
Ambito di applicazione	Cure primarie
Servizi Coinvolti	Cure primarie, referenti delle 9 AFT, cure domiciliari
Azioni	Analisi con QV dei pazienti CAR 05 e RUB 4, incontro il 30 settembre con referenti delle 9 AFT. A breve un nuovo incontro in cui verrà dato il report per AFT predisposto dal SER.
Risultati	In itinere

ULSS	Azienda ULSS n. 10 - Veneto orientale
Titolo	La gestione ambulatoriale integrata MMG/infermiere care manager della persona con scompenso cardiaco
Durata	Da gennaio 2016 (in corso)
Premesse	<p>Le cure primarie hanno la responsabilità di monitorare sistematicamente le persone affette da SC con sistemi di medicina proattiva per allontanare il rischio di complicanze e assicurare la permanenza al domicilio il più a lungo possibile attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il miglioramento dello stato funzionale e della qualità di vita; - l'educazione, l'adesione e la capacità di autogestione della terapia; - l'individuazione precoce dei casi a rischio di instabilizzazione. <p>Per il monitoraggio di tali parametri il medico di medicina generale e l'infermiere care manager si avvalgono della valutazione dei principali indicatori clinico assistenziali che comprovano la regolare assunzione dei farmaci e la corretta interpretazione dei sintomi.</p> <p>Limitatamente agli assistiti che conservano la capacità di deambulare o che hanno la possibilità di essere accompagnati dal familiare/caregiver, le attività di accertamento dei bisogni e di monitoraggio possono essere realizzate dall'infermiere direttamente presso l'ambulatorio del medico di medicina generale evitando/riducendo gli accessi al domicilio e consentendo al medico di intervenire con maggiore efficacia riguardo agli aspetti clinici.</p> <p>Per i casi selezionati l'infermiere attiva il congiunto e contestuale intervento del MMG favorendo il controllo precoce dei segnali di allarme.</p>
Obiettivo	Nell'ambito della medicina di iniziativa implementare la realizzazione degli interventi di monitoraggio dei parametri applicativi dei piani di cura e di azione, e di sostegno e rinforzo educativo nei confronti della persona affetta da SC.
Ambito di applicazione	<p>Cure primarie- medicina di base.</p> <p>Ottimizzazione dei tempi assistenziali (a parità di tempo medico e infermiere aumentano il numero dei pazienti monitorati),</p> <p>Ottimizzazione quali-quantitativa del rendimento del tempo assistenziale (approccio globale e personalizzato),</p>
Servizi Coinvolti	Soggetti coinvolti nel progetto: MMG, infermiere care manager.
Azioni	Briefing per effettuare la mappatura degli assistiti (selezionare i malati che possono recarsi in ambulatorio per la visita infermieristica),

	<p>Gestione agenda</p> <p>Briefing settimanale per discutere gli aspetti di maggiore rilevanza emersi durante le visite ambulatoriali</p>
Risultati	<p>Tutti i pazienti afferenti all'ambulatorio dimostrano un buon livello di adesione al calendario programmato (nessuna assenza o assenze giustificate) e una corretta compilazione dei piani di azione.</p> <p>✓ Organizzazione:</p> <p>riduzione degli accessi in ambulatorio non programmati da parte dell'utenza riduzione delle telefonate al MMG non programmate da parte dell'utenza</p> <p>✓ Da questionario di gradimento per il malato/famiglia:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Il consolidamento dell'alleanza con il medico e l'infermiere;2. La certezza di un riferimento fattivo, stabile e continuativo.3. La risposta immediata al problema.

ULSS	Azienda ULSS n. 12 - Veneziana
Titolo	Utilizzazione sistema ACG per l'identificazione dei pazienti con patologia cronica idonei ad essere inseriti nei percorsi di medicina di iniziativa all'interno delle medicine di gruppo integrate.
Durata	maggio 2016 ancora in corso
Premesse	L'elevato ricorso dei pazienti cronici ai servizi di pronto soccorso o ad accertamenti non coerenti con il PDTA hanno imposto l'individuazione dei pazienti più esposti per i quali avviare un percorso di intervento con un modello di presa in carico globale
Obiettivo	Interventi specifici proattivi sui pazienti al fine di evitare l'instabilizzazione, l'ospedalizzazione e gli accessi impropri al pronto soccorso.
Ambito di applicazione	Tre medicine di gruppo integrate
Servizi Coinvolti	Circa 25 MMG e infermieri delle medicine di gruppo in raccordo con la COT
Azioni	L'infermiere della medicina di gruppo integrata svolge attività di monitoraggio dei pazienti individuati, segnala al curante eventuali parametri prodromici di instabilizzazione. Il medico di medicina generale attua accertamenti necessari a raggiungere l'obiettivo. L'infermiere monitora anche in via indiretta lo stato di aderenza alle terapie e agli stili di vita dei pazienti individuati.
Risultati	I risultati finora raccolti riguardano la soddisfazione dei pazienti con apprezzamento significativo dell'attività svolta

ULSS	Azienda ULSS n. 13 - Dolo/Mirano
Titolo	Applicazione di ACG nel monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata, della specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ospedalieri
Durata	Da giugno 2014 ad oggi
Premesse	La rilevazione di comportamenti molto eterogenei in capo ai MMG nella prescrizione di farmaci, specialistica e ricoveri ospedalieri e la necessità di proporre strumenti di supporto agli stessi, ha indotto la Direzione Aziendale ad analizzare il carico di malattia delle popolazioni assistite dai MMG in relazione ai consumi ad esse associati.
Obiettivo	<p>Fornire strumenti di supporto alle forme associative di MMG, e, in particolare, alle Medicine di Gruppo Integrate, che, partendo da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dati ACG del <i>case-mix</i> territoriale delle popolazioni ad esse riferibili; • i protocolli dei PDTA regionali, • gli indicatori di spesa, di appropriatezza e di aderenza nell'uso dei farmaci <p>favoriscano il lavoro di gruppo nella definizione di percorsi virtuosi per il conseguimento degli obiettivi di salute e l'uso più appropriato delle risorse disponibili.</p>
Ambito di applicazione	Cure Primarie, forme associative di MMG
Servizi Coinvolti	Forme associative di MMG
Azioni	<p>Nel corso del 2014 sono state validate le basi dati e sono state effettuate le prime elaborazioni che incrociassero i dati di consumo di farmaci, specialistica e ricoveri ospedalieri con il profilo ACG di sub-popolazioni, riferibili tanto al singolo MMG quanto a singole Forme Associate di MMG.</p> <p>Nel corso del 2015, in almeno 3 occasioni, sono stati incontrati per piccoli gruppi (max 35 partecipanti appartenenti allo stesso ambito territoriale) in cui oltre ai dati di consumo e appropriatezza/aderenza, sono stati presentati anche i dati ACG delle popolazioni assistite. Gli stessi incontri sono proseguiti anche nel corso del 2016.</p> <p>In queste occasioni sono state predisposte delle presentazioni che privilegiassero la forma grafica a quella tabellare –anche utilizzando rappresentazioni cartografiche- ed indicassero i dati di consumo e di profilo ACG della popolazione di tutti i partecipanti alla riunione e non report singoli.</p>

	<p>Si è scelto di presentare tali dati indicando il nome di ogni MMG partecipante, cosicché ognuno potesse confrontare la propria situazione con quella dei colleghi nell'ambito di un confronto fra pari.</p> <p>Per i singoli medici, a supporto dei processi di auditing, sono anche stati predisposti report <i>sperimentali</i>, testati su un campione di MMG, che indicassero:</p> <ul style="list-style-type: none">• i livelli di spesa per farmaci, specialistica e ricoveri nei 5 R.U.B. proposti da ACG• l'indice di efficienza e i costi medi unitari per R.U.B. del singolo medico in relazione al costo standard previsto da ACG• la lista, estratta da ACG, dei 20 pazienti che presentavano il costo osservato più alti rispetto ai costi attesi; ma anche• la lista dei 20 pazienti che presentavano i costi osservati <i>più bassi</i> rispetto ai costi attesi, al fine di verificare eventuali rischi di undertreatment• la lista dei pazienti a maggiore rischio di ospedalizzazione
Risultati	Indicare sinteticamente i risultati ottenuti dal progetto

ULSS	Azienda ULSS n. 15 - Cittadella
Titolo	Uso di ACG per la comunicazione con le Medicine di Gruppo Integrate (MGI)
Durata	2016
Premesse	Nel 2016 sono state istituite 5 MGI, che includono il 30% di assistiti e 56 Medici di Medicina Generale (MMG). Il loro contratto di esercizio ha indicatori di processo e di esito in area prevenzione, presa in carico ed assistenza
Obiettivo	Fornire alcuni indicatori prodotti dal Sistema ACG a livello di aggregazione MMG e MGI; confronto delle performance tra le diverse MGI e rispetto al complesso della ULSS di appartenenza
Ambito di applicazione	Medicine di Gruppo Integrate
Servizi Coinvolti	Controllo di Gestione, Sistemi Informativi, Direzione Distrettuale, Cure Primarie
Azioni	Creazione delle aggregazioni MGI. Elaborazione dati su aggregazioni MGI. Incontro con rappresentanti MGI per presentazione, discussione e consegna dei report
Risultati	Condivisione del sistema ACG come nuova forma di monitoraggio e confronto. Produzione dei report ACG a livello di aggregazione MGI

ULSS	Azienda ULSS n. 16 - Padova
Titolo	Il care-management e l'autocura nei pazienti con scompenso cardiaco: studio osservazionale su pazienti aderenti al progetto ACG nel territorio padovano
Durata	2015
Premesse	Sono in aumento gli "anziani fragili", persone di età avanzata con polipatologie croniche ed elevato rischio di rapido deterioramento dello stato di salute, ampio consumo di farmaci, frequenti accessi alle strutture ospedaliere e bassa qualità di vita. Con il Progetto ACG i professionisti collaborano con paziente e caregiver nella gestione della patologia e utilizzano l'empowerment per migliorarne le capacità di autocura
Obiettivo	Si vogliono individuare e applicare strumenti utili agli infermieri per la valutazione dell'efficacia degli interventi infermieristici attraverso la misura delle capacità di Self-Care e dell'aderenza ai trattamenti farmacologici
Ambito di applicazione	Cure Primarie
Servizi Coinvolti	Servizio Infermieristico Assistenza Domiciliare, MMG
Azioni	Lo studio prevede la somministrazione di due questionari validati in lingua italiana: la Self-Care Heart Failure Index (SCHFI) Scale 6.2-ita che misura le capacità di autocura e la Morisky Medication Adherence Scale a quattro item (MMAS-4) che valuta l'aderenza alla terapia farmacologica. I questionari sono stati somministrati di persona presso il domicilio dei 13 pazienti padovani seguiti dai Care-Manager del progetto ACG in media da tre mesi e mezzo.
Risultati	Su una scala 0-100, la SCHFI ha dato i seguenti risultati per le tre dimensioni del Self-Care: Maintenance (mantenimento dello stato di salute) 61,8 12,7, Management (gestione dei sintomi) 26,4 15,5, Confidence (fiducia nelle proprie capacità) 57,7 28,2. L'analisi di sottoinsiemi di item evidenzia una migliore attitudine a seguire le indicazioni terapeutiche rispetto alla scelta autonoma di comportamenti virtuosi. Per la MMAS la media dei risultati è di 3,2 0,9 su una scala da 0 a 4, due pazienti sono risultati non complianti (punteggio minore o uguale a 2). Lo studio ha evidenziato che l'utilizzo di uno strumento di misura obiettivo e capace di distinguere le componenti che concorrono alle capacità di autocura dei pazienti può essere di supporto al lavoro degli infermieri, sia per individuare le criticità, sia come indicatore di esito dell'intervento infermieristico.

ULSS	Azienda ULSS n. 16 - Padova
Titolo	Utilizzo del sistema ACG a supporto dell'audit clinico nell'ambito del programma Nazionale Esiti
Durata	Marzo-Maggio 2016
Premesse	Il Programma Nazionale Esiti ha, tra le proprie funzioni, quella di supportare programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN. Nel corso di uno di tali audit è stato utilizzato il sistema ACG per stratificare la popolazione in analisi sulla base del rischio.
Obiettivo	Stratificare sulla base del rischio e della comorbidità i pazienti sottoposti a Colectomia Laparoscopica nel 2014 con durata della degenza superiore o uguale a tre giorni
Ambito di applicazione	Audit Clinico
Servizi Coinvolti	Direzione Sanitaria; Dipartimento di Chirurgia
Azioni	<p>Sul campione dei soggetti con un ricovero di durata superiore allo standard, sono state esaminate, nel corso dell'audit, le possibili cause di ritardo nella dimissione. ACG è risultato potenzialmente utile per valutare in particolare età e comorbidità.</p> <p>E' stato quindi costruito un mini-dataset ACG, a partire dal database ACG 2014 (anno del ricovero), per analizzare le caratteristiche del campione oggetto di audit. Sono state considerati in particolare EDG, RUB ed il Numero di Diagnosi e di Condizioni Croniche.</p>
Risultati	<p>L'analisi delle caratteristiche dei pazienti dimessi oltre la seconda giornata postoperatoria (anno 2014, Ospedale S. Antonio) ha evidenziato, oltre all'età avanzata (oltre il 50% di ultrasessantacinquenni), una elevata multi-morbidità. Il 21% dei pazienti presentava almeno 4 patologie croniche (Fig.A). La maggior parte di tali soggetti, inoltre, si collocavano, nel corso dello stesso anno, nelle categorie RUB a maggior impatto (Fig.B).</p> <p>Tale esperienza ha evidenziato come il sistema ACG possa essere efficace anche nel supportare l'attività di audit clinico, dando al gruppo di lavoro una serie di informazioni aggiuntive sulla popolazione in esame, al di là delle informazioni recuperabili dalle cartelle cliniche.</p>

Figura A.

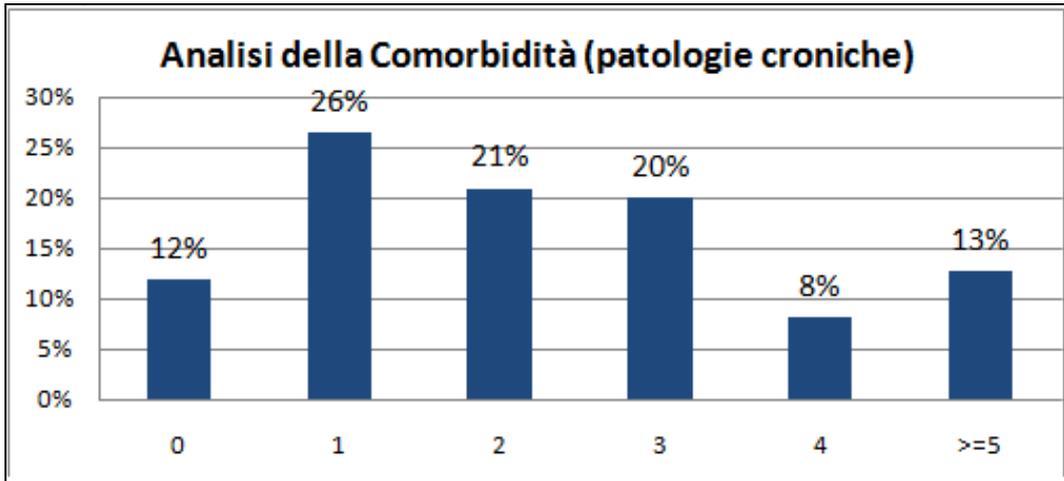
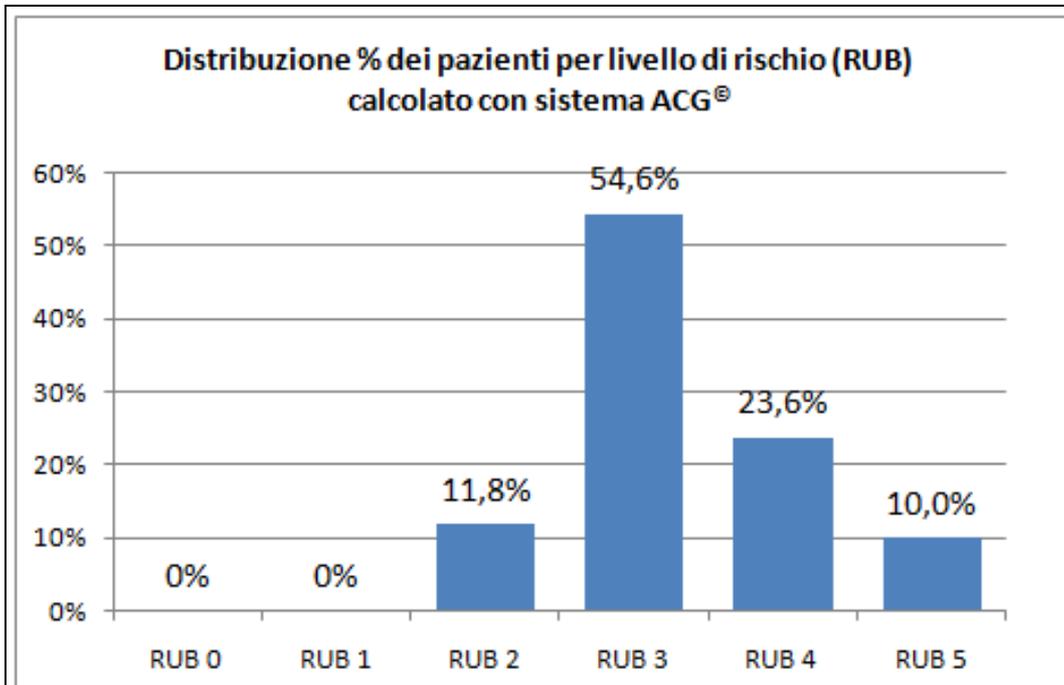


Figura B.



ULSS	ULSS 16 (con ULSS 15 e ULSS 17)
Titolo	Utilizzo del sistema ACG della descrizione del profilo di salute della popolazione delle ULSS della provincia di Padova e della nuova ULSS Euganea.
Durata	Agosto - Dicembre 2016
Premesse	Le Aziende della provincia di Padova, nella seconda metà del 2016, stanno raccogliendo dati sul profilo di salute della popolazione assistita. Il sistema ACG ha rappresentato uno dei sistemi utilizzati per analizzare la popolazione, integrandosi con altre fonti di dati ed altri sistemi di monitoraggio epidemiologico.
Obiettivo	Utilizzare ACG per descrivere la comorbidità della popolazione assistita dalle Aziende ULSS 15, 16 e 17, e per raccogliere informazioni sulle prevalenza di una serie di patologie croniche.
Ambito di applicazione	Epidemiologia e Sanità Pubblica
Servizi Coinvolti	Direzione Generale, Direzione Sanitaria; Direzione Funzione Territoriale; Dipartimento di Prevenzione, controllo di gestione
Azioni	E' stato analizzata la multimorbidità tra gli utenti delle tre Aziende ULSS e della provincia utilizzando sia il numero di diagnosi, che il Chronic Condition Count, presenti nel sistema ACG. Per quanto riguarda la prevalenza delle patologie croniche, sono stati utilizzati, a seconda della patologia, gli EDC, gli RxMG o le Chronic Condition.
Risultati	Sulla base degli EDC, le malattie più frequenti nella popolazione risultano essere l'ipertensione, il diabete, le patologie cardiache croniche e le neoplasie. Utilizzando la combinazione di EDC e RX si è stimata la prevalenza di una serie di patologie croniche oggetto di interesse nella Regione del Veneto. I dati preliminari, ad esempio, evidenziano una prevalenza di diabete mellito di 53,4 casi x 1000 abitanti nella provincia, di ipertensione arteriosa di 240,1 casi x 1000 abitanti, senza sostanziali differenze tra i diversi territori. le prevalenze risultano leggermente più elevate rispetto a quelle misurate nella sola ULSS 16 nel 2013, in linea con i trend epidemiologici (Fig.C). Come atteso la morbilità aumenta all'aumentare dell'età in modo sostanzialmente omogeneo nelle tre Aziende. Anche la distribuzione della popolazione nelle categorie RUB è risultata simile in tutte le Aziende (Fig.D). Per quanto riguarda la descrizione della comorbidità nella popolazione, il 7,8% dei residenti presentava tre o più condizioni croniche mentre il 2,1% della popolazione è risultato affetto da 5 o più patologie croniche, senza sostanziali disomogeneità territoriali.

Figura C.

Prevalenza (grezza) di alcune patologie croniche nelle ULSS 15, 16 e 17 e nella futura ULSS Euganea (Dati Preliminari)

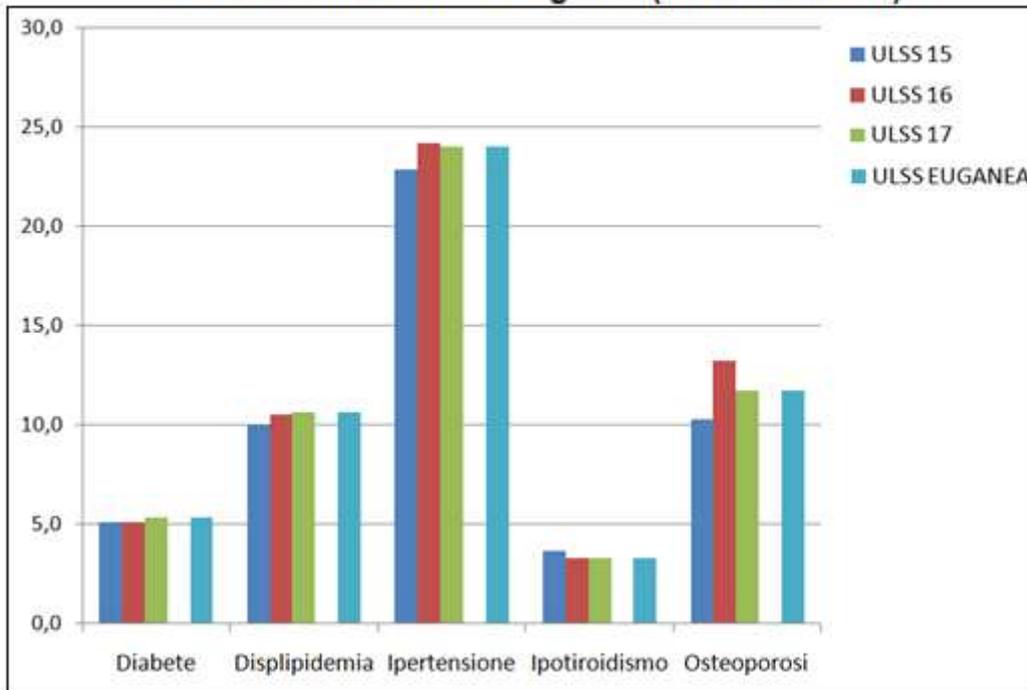
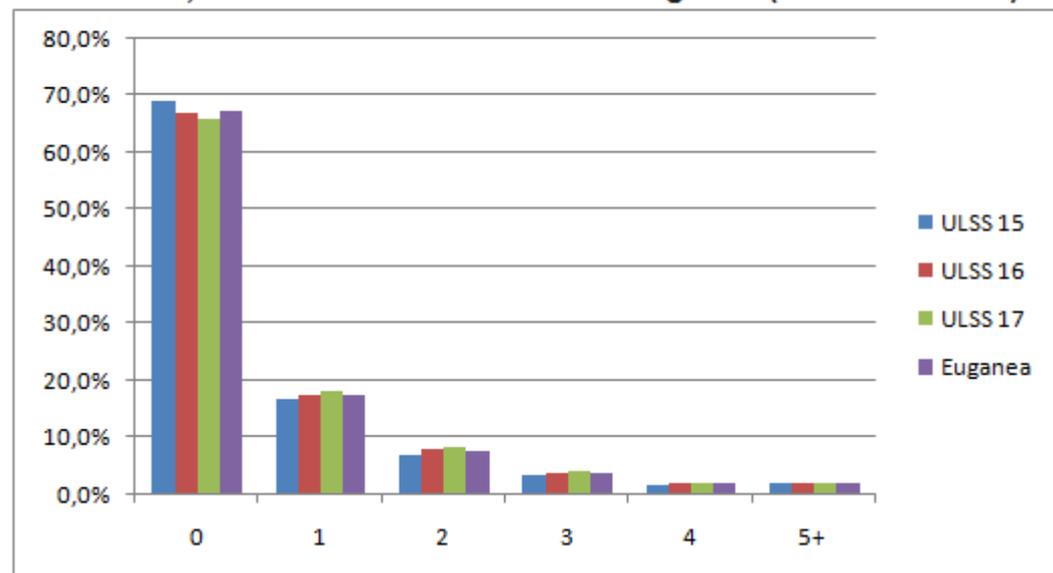


Figura D.

Distribuzione degli assistiti per Numero di Condizioni Croniche nelle ULSS 15, 16 e 17 e nella futura ULSS Euganea (Dati Preliminari)



ULSS	Azienda ULSS n. 17 - Este
Titolo	Attivazione di un percorso di gestione dei casi complessi in sinergia tra MMG, Distretto e Infermiere Domiciliare
Durata	6 mesi
Premesse	La potenzialità del sistema ACG è stato riconosciuto quale valido supporto per le Cure Primarie e la medicina di iniziativa, al fine di applicare il sistema all'identificazione di gruppi di pazienti affetti da patologie croniche che possano maggiormente beneficiare, in termini di outcome, di interventi proattivi.
Obiettivo	Perfezionare le modalità di presa in carico del paziente, fornire al paziente validi riferimenti, strumenti, informazioni per gestire la quotidianità e gli eventi critici.
Ambito di applicazione	Cure Primarie – Assistenza Domiciliare
Servizi Coinvolti	Sono stati identificati e formati 2 MMG e due infermieri dell'assistenza domiciliare. Tali professionisti hanno seguito il percorso istruito dal progetto regionale utilizzando metodi, strumenti e conoscenze appresi
Azioni	Grazie ai dati relativi alla popolazione 2013 elaborati con il sistema ACG, i MMG hanno preso in carico con gli infermieri complessivamente 4 pazienti, che sono stati assistiti con il metodo proposto da ACG.
Risultati	Il periodo di presa in carico è stato breve in quanto i pazienti in carico sono stati trasferiti in ambito protetto (RSA) o deceduti, pertanto non è stato possibile valutare l'efficacia della presa in carico. Successivamente i MMG coinvolti non hanno individuato fra le liste prodotto nessun altro paziente, pertanto attualmente il progetto non è operativo.

60

ULSS	Azienda ULSS n. 19 - Adria
Titolo	Applicazione sperimentale del metodo ACG su un campione di assistiti dei due Mmg che hanno dato disponibilità a partecipare al progetto
Durata	il progetto è iniziato con l'avvio del sistema ACG regionale ed è tuttora in corso secondo le
Premesse	del progetto regionale di avvio
Obiettivo	acquisire il metodo ed eventualmente poterlo estendere agli altri Mmg e ad altre patologie oltre a quella dello scompenso cardiaco finora valutata
Ambito di applicazione	Cure primarie
Servizi Coinvolti	due Mmg , due Infermiere del SAD , COT .
Azioni	Dopo la ricezione dell'elenco assistiti dal Data manager i Mmg hanno aggiornato l'elenco passando i nominativi al SAD infermieristico che ha effettuato l'arruolamento di 5 pazienti cui è stata effettuata visita domiciliare con predisposizione di Piano di cura e piano di azione seguiti da follw up telefonico mensile tuttora in atto per i quattro pazienti rimasti in carico dopo l'ingresso in struttura protetta di uno degli assistiti..
Risultati	il coinvolgimento dei Mmg risulta problematico anche perchè siamo in una fase di cambiamenti organizzativi legati alla fusione delle ULSS e alla creazione delle nuove Medicine di gruppo integrate , che assorbono molte risorse organizzative ; i Pazienti , residenti in zone rurali distanti dagli ambulatori , hanno gradito l'iniziativa collaborando ai colloqui . I mmg invece riportano una scarsa fiducia nell'utilità del metodo in quanto in una piccola realtà sociale conoscono le famiglie dei loro assistiti da piu' di una generazione e non ritengono di trarre un aiuto concreto dagli elenchi assistiti comunicati dal sistema ACG

ULSS	Azienda ULSS n. 20 - Verona
Titolo	Care Management dei pazienti con scompenso cardiaco
Durata	Il progetto è iniziato nel 2014 ed è tuttora in corso
Premesse	I pazienti particolarmente complessi necessitano di un coordinamento delle cure
Obiettivo	Sperimentare nuove modalità di presa in carico di pazienti particolarmente complessi favorendo l'integrazione del lavoro di MMG e infermieri
Ambito di applicazione	Cure primarie
Servizi Coinvolti	Controllo di gestione, 2 MMG, 2 infermieri
Azioni	Il controllo di gestione ha fornito ai 2 MMG che partecipano al progetto l'elenco degli assistiti con scompenso cardiaco integrato dalle informazioni fornite dal software ACG (Patient Clinical Profile Report). I MMG e gli infermieri utilizzano anche queste informazioni per la presa in carico dei pazienti.
Risultati	MMG e infermieri condividono le informazioni dei pazienti utilizzando un linguaggio comune

ULSS	Azienda ULSS n. 20 - Verona
Titolo	Sviluppo e aggiornamento cruscotto Qlik per la visualizzazione dei principali output di ACG
Durata	L'attività è iniziata nel 2013 ed è tuttora in corso
Premesse	L'utilizzo del software richiede competenze tecniche specifiche. E' emersa quindi la necessità di rendere l'accesso alle informazioni e agli output di ACG più fruibile alle strutture Aziendali, come la centrale operativa territoriale, le direzioni di distretto e la direzione Aziendale stessa, che possono trarne vantaggio nell'ambito della loro attività di supervisione dei processi, programmazione e controllo.
Obiettivo	Rendere maggiormente leggibili e utilizzabili le informazioni provenienti da ACG per strutture Aziendali, come la centrale operativa territoriale, le direzioni di distretto e la direzione Aziendale stessa, che possono trarne vantaggio nell'ambito della loro attività di supervisione dei processi, programmazione e controllo.
Ambito di applicazione	Sviluppo di indicatori
Servizi Coinvolti	Controllo di gestione, Direzione Aziendale, Direzioni di Distretto, Centrale Operativa Territoriale
Azioni	<p>Progettazione e sviluppo di cruscotti Qlik personalizzati in funzione dei bisogni informativi delle strutture Aziendali.</p> <p>Ad oggi il cruscotto è stato trasmesso anche ad altre ULSS, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> All'ULSS 8 - Asolo (2016) All'ULSS 12 - Venezia (2015) all'ULSS 9 - Treviso (2015) all'ULSS 3 - Bassano (2015) all'ULSS 1 - Belluno (2015) all'ULSS 5 - Ovest Vicentino (2015) all'ULSS 16 - Padova (2013) all'ULSS 4 - Alto Vicentino (2013)
Risultati	I cruscotti permettono una maggiore velocità nell'esecuzione delle elaborazioni richieste e nell'accesso ad informazioni strutturate, nonché una maggiore chiarezza nell'illustrazione dei risultati.

C. INDIVIDUARE PAZIENTI CON MULTIMORBIDITA' AD ALTO RISCHIO E INSERIRLI IN PROGRAMMI DI PREVENZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI

C.1 – Il Care- Management nella gestione del paziente complesso con scompenso

Nel 2015 è stato avviato nelle ULSS del Veneto un progetto di Care Management, modello assistenziale innovativo per la presa in carico di pazienti complessi. Nella prima fase l'attenzione è stata rivolta alle persone affette da scompenso cardiaco, malattia a forte rilevanza epidemiologica e con elevati tassi di re-ospedalizzazione. I pazienti arruolati nel progetto di Care Management sono stati identificati utilizzando il Sistema Adjusted Clinical Groups (ACG®), introdotto in Veneto sperimentalmente a partire dal 2012, che consente di stratificare la popolazione rispetto alla complessità assistenziale, al rischio di ospedalizzazione e al consumo di risorse atteso. Le liste prodotte dal Sistema ACG sono quindi state integrate dai MMG con ulteriori pazienti che risultavano eleggibili secondo i criteri previsti dal progetto.

I pazienti identificati con il MMG e presi in carico dall'Infermiere con funzione di Care Manager sono quelli che possono maggiormente beneficiare di interventi educativi, rivolti ai pazienti stessi e ai loro caregiver, finalizzati allo sviluppo dell'empowerment. Punto di forza del modello è la centralità del paziente cronico e della propria famiglia/caregiver che partecipano attivamente alla promozione della propria salute e ai processi di cura e assistenza, nel rispetto dei propri valori e delle proprie priorità di salute.

Il modello di Care Management prevede diverse fasi: dopo un primo contatto del MMG con il paziente finalizzato ad illustrare il programma, viene organizzato un incontro fra MMG, Infermiere, paziente e caregiver (se presente) che può avvenire nella sede della MGI, se il paziente deambula, o presso il suo domicilio se non è in grado di spostarsi. L'Infermiere procede alla stesura dell'Accertamento infermieristico di bisogni e preferenze del paziente attraverso una raccolta dei dati a domicilio del paziente e tramite la consultazione della cartella clinica del MMG. Successivamente, l'infermiere si confronta con il MMG per realizzare la stesura condivisa del piano di cura (PAI), documento di riferimento per la gestione del programma individualizzato di Care Management usato come strumento di comunicazione tra professionisti. Il PAI contiene gli obiettivi e le intenzioni di paziente,

caregiver, medico e infermiere, la terapia in atto e fornisce indicazioni per la gestione delle singole patologie (dieta, monitoraggio, attività fisica, ecc.).

L'infermiere con il paziente traduce il PAI nel piano di azione (Patto con il paziente), documento che funge da promemoria per un'assunzione corretta dei medicinali, per ricordare l'importanza di svolgere un'attività fisica regolare, osservare un'alimentazione corretta e monitorare parametri specifici (peso, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, diuresi ecc.). La realizzazione di successivi follow up garantisce il periodico monitoraggio del paziente e la rivalutazione, con il MMG, delle cure e degli interventi assistenziali.

Il modello prevede anche l'integrazione dell'infermiere con funzioni di Care Manager con i diversi professionisti dell'équipe per la valutazione e la facilitazione dell'accesso alle risorse socio-sanitarie del territorio dove vive la persona.

Nel rispetto della riorganizzazione del SSR e con la diffusione delle MGI, nel 2016 si è evidenziata la necessità di rivedere, implementare e diffondere il modello di Care Management in tutta la Regione attraverso la riprogettazione e l'avvio di un nuovo percorso formativo, che nel 2016, ha coinvolto altri 33 MMG e 37 infermieri prevalentemente inseriti nelle MGI.

Durante la realizzazione del recente percorso formativo sono stati rivisti gli strumenti utilizzati a supporto della presa in carico dei pazienti arrivando alla definizione, condivisa tra MMG ed infermieri, del Fascicolo elettronico per la presa in carico del paziente complesso, del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), del Patto con il paziente e della Scheda di monitoraggio per i follow-up.

D. APPENDICE

D.1 – Schema di Report restituito alle Aziende ULSS, MMg e Aggregazioni di MMg

D.2 – Tabelle 2015

Il Sistema ACG nella Regione del Veneto

Report ULSS:XXX

Archivio Regionale anno 2015

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, elaborato dal SER-Sistema Epidemiologico Regionale, vengono presentati alcuni indicatori calcolati sui dati dell'archivio ACG del 2015 costruito a partire dal datawarehouse regionale anonimizzato. 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 residente nell' ULSS: XXX e alla popolazione totale regionale. 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), Diabete (criterio di selezione in base a diagnosi o farmaci antidiabetici), Demenza negli ultra 65 anni (criteri di selezione in base a diagnosi o farmaci) 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. 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 2015

Indicatori	Livelli possibili:	ULSS:XXX	VENETO
Totale assistiti	⇒ Azienda Vs Regione	124001	4958539
Percentuale donne	⇒ Ex Aziende Ulss Vs Regione	51,9%	51,2%
Percentuale oltre 64 anni	⇒ MMG Vs Azienda (Ex Aziende Ulss)	26,7%	22,8%
Percentuale oltre 74 anni	⇒ Forme Associate MMG Vs Azienda (Ex Aziende Ulss)	13,7%	11,8%
Case-mix (peso medio)		1,08	1,00
Percentuale pazienti con almeno una condizione ad alta probabilità di ospedalizzazione		6,2%	5,4%
Percentuale pazienti con almeno 3 condizioni croniche		8,8%	8,4%
Percentuale pazienti con almeno 3 problemi di salute (ADGs) maggiori		2,1%	1,8%
Prevalenza diabete per 1000 assistiti (da diagnosi o farmaci antidiabetici)		52,6	54,8
Prevalenza DEMENZA per 1000 assistiti ultra 65 enni (da diagnosi o farmaci)		50,2	52,9
Prevalenza BPCO per 1000 assistiti (Moderata/grave, solo da diagnosi)		8,1	7,0
Prevalenza scompenso per 1000 assistiti (solo da diagnosi)		17,6	15,1
Percentuale pazienti in terapia per cancro		0,6%	0,5%
N° medio di diagnosi croniche e acute (EDC) (per assistito)		1,2	1,1
N° medio principi attivi farmaci rimborsati dal SSN (per assistito)		2,4	2,5

Tabella 2. Prevalenza patologie specifiche per 1.000 assistiti. Anno 2015

	N pazienti	Prevalenza*1000	Peso Medio	Numero medio condizioni croniche	Numero medio principi attivi
BPCO (moderata/grave solo da diagnosi)	1.007	8,1	6,9	4,7	9,7
DEMENTIA ultra 65 anni (da diagnosi o farmaci)	1.674	13,4	5,7	3,5	5,2
DIABETE (da diagnosi o farmaci antidiabetici)	6.572	52,6	3,2	2,9	7,4
SCOMPENSO (solo da diagnosi)	2.199	17,6	6,7	5,0	9,4

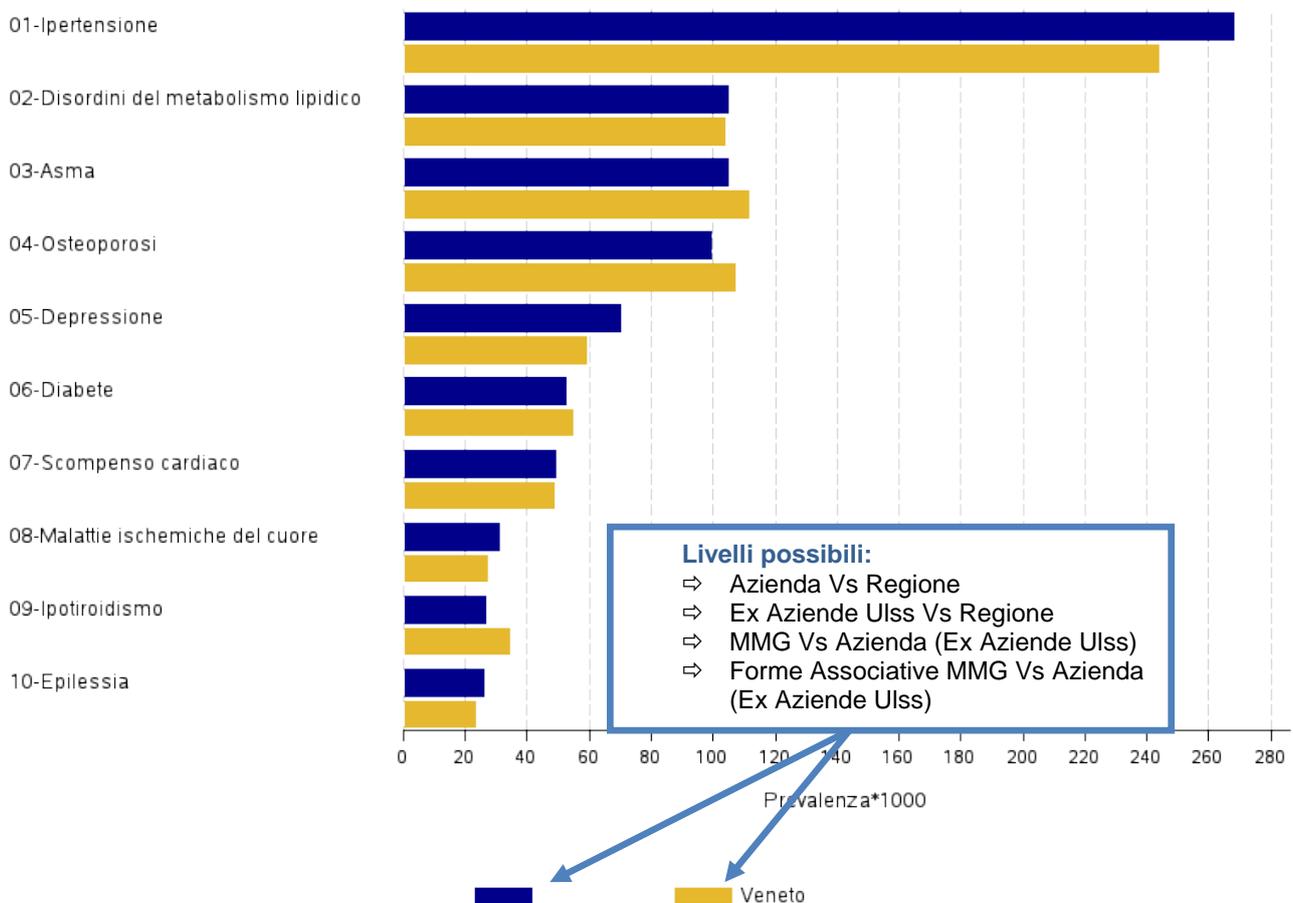
Tabella 3. Assistiti con patologie specifiche per RUB. Anno 2015

	N	Utilizzatore sano	Basso	Moderato	Elevato	Molto elevato
		%	%	%	%	%
BPCO (moderata/grave solo da diagnosi)	1.007	0	0,8	37,2	35,8	26,1
DEMENZA ultra 65 anni (da diagnosi o farmaci)	1.674	3,2	3,5	46,5	28,4	18,3
DIABETE (da diagnosi o farmaci antidiabetici)	6.572	1,1	31,0	49,4	12,7	5,8
SCOMPENSO (solo da diagnosi)	2.199	0	0,1	41,5	34,1	24,3

Condizioni Croniche ad alta prevalenza

Per ciascun assistito il sistema segnala la presenza o meno di alcune condizioni croniche ad alta prevalenza definite in base alle diagnosi (EDC) e ai farmaci (RxMG/ATC). Utili per identificare sub-popolazioni di interesse e per analizzare il carico assistenziale delle patologie croniche

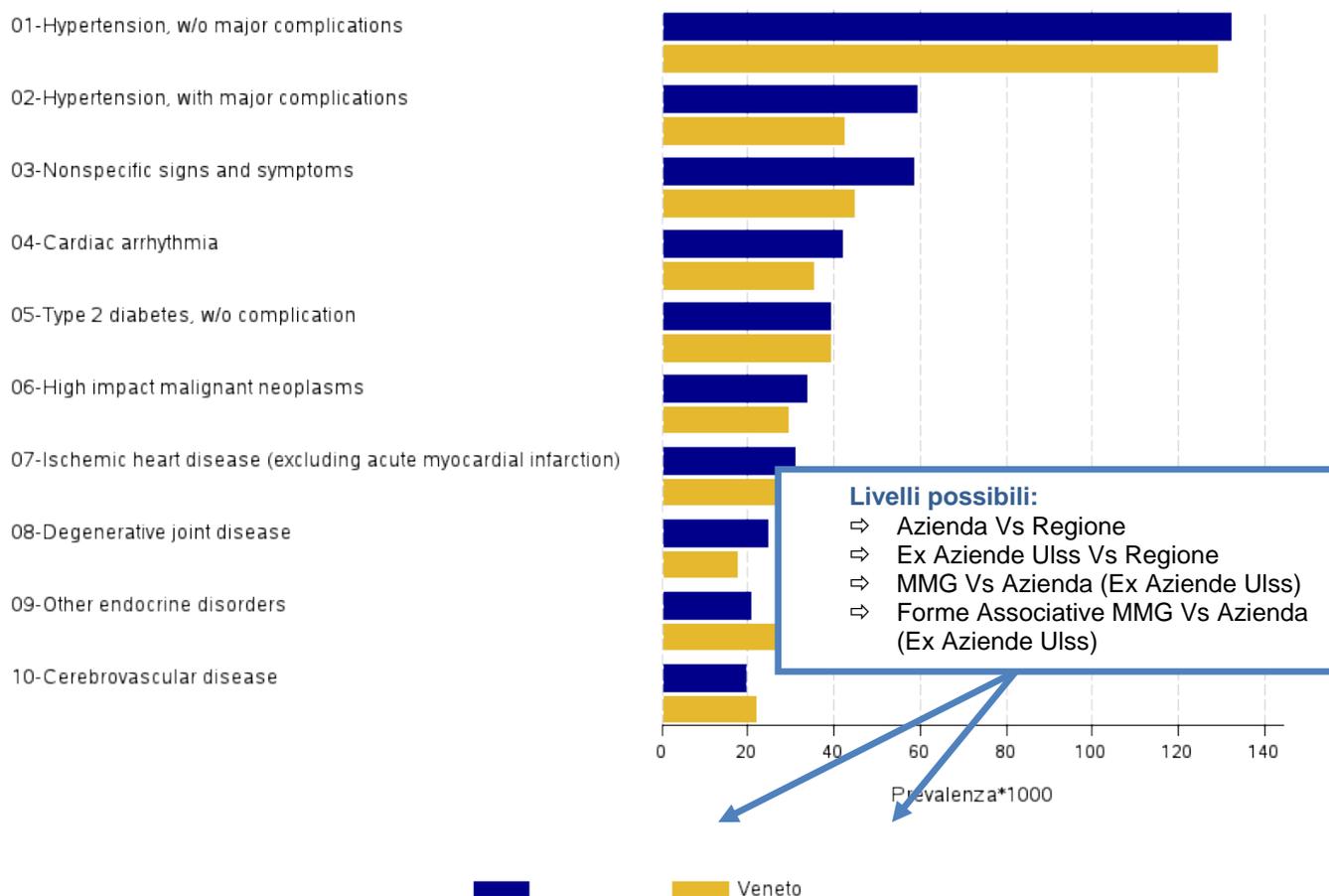
Figura 1. Condizioni Croniche in base a diagnosi/farmaci per 1.000 assistiti. Anno 2015



EDCs (Expanded Diagnosis Clusters)

Sono costituiti da 269 categorie di diagnosi che descrivono una patologia o patologie correlate in base all'organo/apparato. Sono definiti in base ai codici di diagnosi ICD9, ICD10, ICPC. Esempio: scompenso cardiaco, neoplasia, diabete. Vengono utilizzati per descrivere la popolazione da un punto di vista epidemiologico o per selezionare sub-popolazioni affette da specifiche patologie. Ad una stessa persona possono essere associati più EDC. Possono essere aggregati in 27 macro-categorie chiamate Major EDCs (MEDCs) (ad es. Malattie infettive, Neoplasie, Malattie Cardiovascolari).

Figura 2. EDC più frequenti: prevalenza per 1.000 assistiti. Anno 2015



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).

Figura 3. Distr. popolazione per RUB. Anno 2015

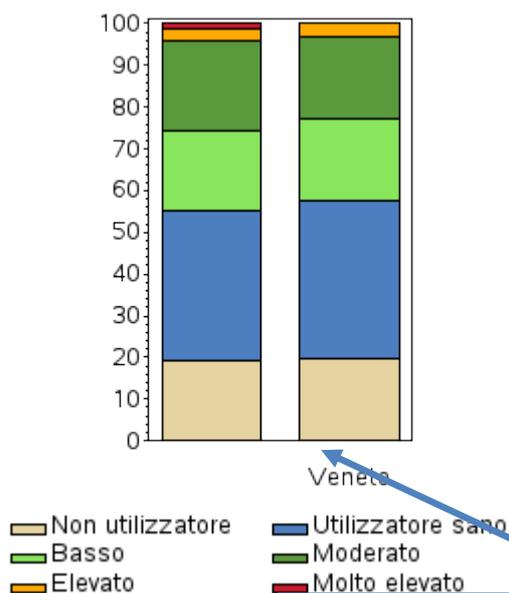
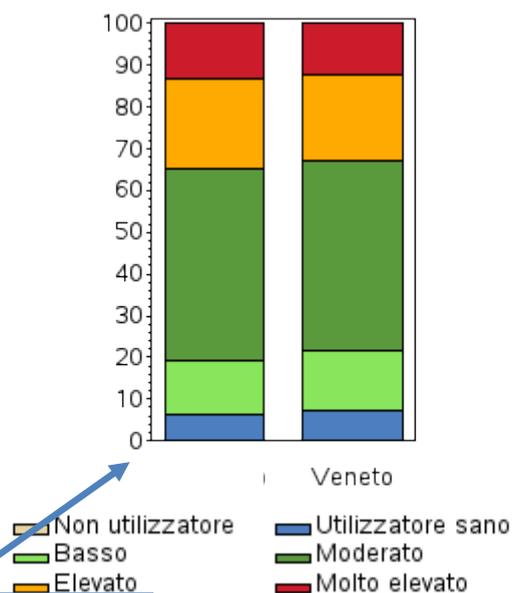


Figura 4. Distr. costi per RUB. Anno 2015



Livelli possibili:

- ⇒ Azienda Vs Regione
- ⇒ Ex Aziende Ulss Vs Regione
- ⇒ MMG Vs Azienda (Ex Aziende Ulss)
- ⇒ Forme Associative MMG Vs Azienda (Ex Aziende Ulss)

2. Descrizione utilizzo delle risorse

Alcune definizioni utilizzate nella tabella 4:

Costo totale osservato

Stima del costo di ogni soggetto calcolato in base ai seguenti dati: tariffe di assistenza ospedaliera, tariffe di assistenza ambulatoriale, costo degli accessi domiciliari dei medici in assistenza programmata e ADIMED, costo degli accessi domiciliari di infermieri e terapisti, tariffe delle cure termali, tariffe della riabilitazione ex art. 26, costo dei farmaci acquistati nelle farmacie, costo dei farmaci a distribuzione diretta e per conto.

Costo farmaci

Stima del costo di ogni soggetto relativo all'impiego di farmaci (escluso farmaci erogati durante il ricovero ospedaliero e nelle case di riposo) calcolato in base al costo dei farmaci acquistati nelle farmacie e al costo dei farmaci a distribuzione diretta e per conto.

Costo totale atteso

Viene calcolato attribuendo ad ogni assistito il costo medio della categoria ACG assegnata. In questo modo è possibile confrontare i costi di diversi gruppi di popolazione (ad es. distretti, ULSS, medici, ecc.) tenendo conto del diverso case-mix. La somma dei costi aggiustati ACG per la popolazione generale è per costruzione pari al costo totale osservato.

Stima dell'impatto sull'utilizzo futuro di risorse

Per ogni assistito vengono calcolati, sulla base di modelli statistici di regressione, indicatori di consumo atteso di risorse nel periodo successivo a quello di rilevazione: probabilità di alto costo di assistenza nell'anno successivo all'anno di rilevazione (probabilità che il costo stimato ricada nel quinto percentile superiore della distribuzione dei costi), probabilità di ospedalizzazione nei 12 mesi successivi al periodo di rilevazione.

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

Indicatori	ULSS:XXX	VENETO
Ricoveri per 100 assistiti (escluso Parti e Traumatismi)	11,6	10,7
Accessi in pronto soccorso per 100 assistiti	36,4	28,2
Costo farmaci medio	257,7	255,9
Costo totale medio osservato	1.055,20	1.004,81
Costo totale medio atteso	1.082,41	1.004,81
Rapporto costo totale osservato/atteso	0,97	1,00
Percentuale assistiti con elevata probabilità (>50%) di alto costo nell'anno successivo	1,2%	1,2%
Percentuale assistiti con elevata probabilità (>50%) di ospedalizzazione nell'anno successivo	0,4%	0,4%

Livelli possibili:

- ⇒ Azienda Vs Regione
- ⇒ Ex Aziende Ulss Vs Regione
- ⇒ MMG Vs Azienda/Ex Aziende Ulss
- ⇒ Forme Associative MMG Vs Azienda/ Ex Aziende Ulss



ACGs (Adjusted Clinical Groups)

Il Sistema ACG è uno strumento di risk adjustment che attraverso la stratificazione della popolazione in classi di rischio consente di effettuare confronti sulle risorse assistenziali erogate tenendo conto delle diverse condizioni di salute delle popolazioni. Le categorie ACG identificano problemi di salute simili per carico assistenziale. I gruppi sono costituiti da 93 categorie mutuamente esclusive basate sulla combinazione individuale di ADG, età e sesso. L'attribuzione dei soggetti alle categorie ACG viene effettuata indipendentemente dai costi osservati.

Tabella 5. Numero Assistiti per ACG e costo medio. Anno 2015

Codice ACG	ACG	N	Costo Medio ULSS:XXX	Costo Medio VENETO
4100	2-3 problemi di salute, età >34	15433	2.391,00	2.485,06
0900	Patologia Cronica generale, stabile	6	647,84	629,18
0800	Patologia Cronica generale, instabile	1	1.467,42	1.666,70
0400	Patologia maggiore acuta	6	688,78	672,08
4430	4-5 problemi di salute, due o più patologie	8	6.788,44	6.763,71
0300	Problema di salute minore acuto, età >34	7	335,74	358,65
0500	Problema ricorrente senza Allergie	1740	958,67	1.173,82
1800	Problema di salute minore acuto e patologia maggiore acuta	1118	1.136,93	1.004,72
4420	4-5 problemi di salute, una patologia maggiore, età > 44	1105	4.601,51	5.075,01
0700	Asma	935	436,78	383,64
1300	Psicosociale, con problemi psichici stabili	834	359,29	533,07
4930	6-9 problemi di salute, 3 patologie maggiori, età >34	696	11.950,35	11.549,60
2800	Problema di salute minore acuto e ricorrente	647	1.630,57	2.024,42
5312	Neonato: 0-5 problemi di salute, nessuna patologia maggiore, normopeso alla nascita	632	1.046,94	1.128,20
1400	Psicosociale, con problemi psichici instabili	601	807,65	816,42
4940	6-9 problemi di salute, 4 o più patologie maggiori, età >34	525	13.866,17	13.435,62
3800	2-3 problemi di salute, età <18	511	1.214,94	1.785,26
1200	Patologia Cronica "specialistica" instabile	507	774,07	776,67
2300	Problema di salute minore acuto e patologia generale cronica: stabile	435	1.085,60	1.060,37
4920	6-9 problemi di salute, 2 patologie maggiori, età >34	417	9.528,13	9.479,78
1712	Gravidanza: 0-1 problemi di salute, senza parto	378	591,11	640,63
1711	Gravidanza: 0-1 problemi di salute, con parto	362	2.532,26	2.695,04
3900	2-3 problemi di salute, maschio di età 18-34	343	2.044,41	2.064,70
0600	Problema ricorrente con Allergie	329	794,10	836,09
4000	2-3 problemi di salute, femmina di età 18-34	304	1.781,47	1.887,83
0200	Problema di salute minore acuto, età 2-5	290	186,50	153,70
1721	Gravidanza: 2-3 problemi di salute, nessuna patologia maggiore, con parto	277	2.996,45	3.006,11
1500	Psicosociale, con problemi psichici stabili e instabili	232	1.895,32	1.951,85
1000	Patologia Cronica "specialistica" stabile	213	1.126,81	1.238,11
2100	Problema di salute minore acuto e ricorrente, senza allergia, età >5	152	1.232,02	1.190,36
4410	4-5 problemi di salute, nessuna patologia maggiore, età >44	148	3.314,37	4.398,83
3200	Problema di salute minore acuto/ patologia maggiore acuta/ricorrente, senza allergia, età >11	146	2.344,63	2.454,95
1600	Problematiche di Prevenzione / Amministrative	131	613,07	508,05
4330	4-5 problemi di salute, due o più patologie maggiori, età 18-44	113	7.230,99	8.722,08
4910	6-9 problemi di salute, 0-1 patologie maggiori, età >34	105	7.197,59	7.081,90
1100	Problema oculistico o odontoiatrico	104	766,57	681,72
4320	4-5 problemi di salute, una o più patologie maggiori, età 18-44	104	6.164,66	4.792,11
5070	10 o più problemi di salute, 4 o più patologie maggiori, età >17	98	18.704,36	19.019,99
1722	Gravidanza: 2-3 problemi di salute, nessuna patologia maggiore, senza parto	93	1.312,06	1.444,68
0100	Problema di salute minore acuto, età =1	78	157,06	138,12
3600	Problema di salute minore acuto/ patologia maggiore acuta/ricorrente/oculistico o odontoiatrico	71	5.775,71	4.428,62
1731	Gravidanza: 2-3 problemi di salute, 1 o più patologie maggiori, con parto	69	3.350,75	3.416,75

Livelli possibili:

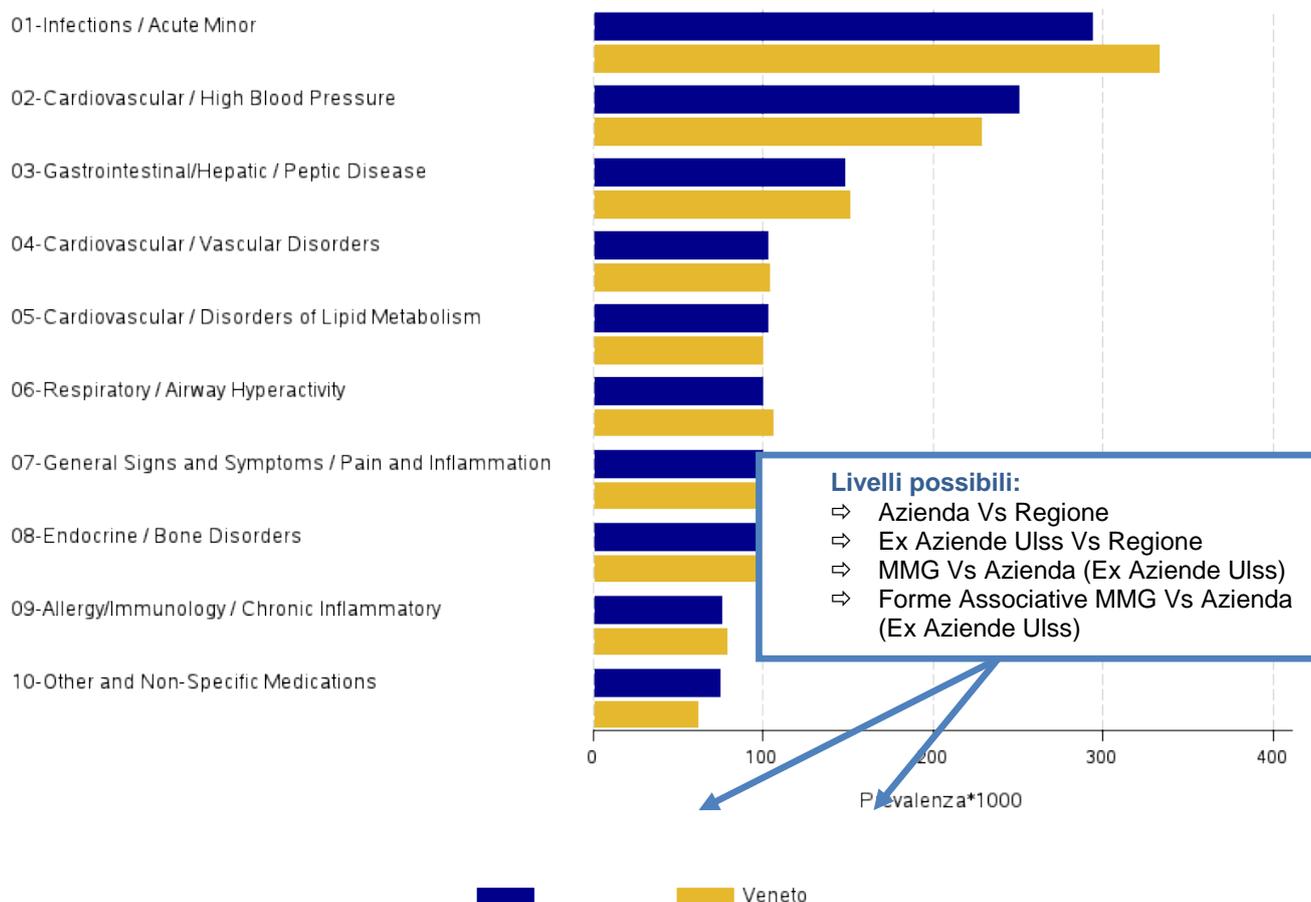
- ⇒ Azienda Vs Regione
- ⇒ Ex Aziende Ulss Vs Regione
- ⇒ MMG Vs Azienda/Ex Aziende Ulss
- ⇒ Forme Associative MMG Vs Azienda/ Ex Aziende Ulss

4220	4-5 problemi di salute, una o più patologie maggiori, età <18	66	16.008,50	7.228,02
5322	Neonato: 0-5 problemi di salute, una o più patologie maggiori, normopeso alla nascita	59	3.818,85	4.663,75
2000	Problema di salute minore acuto e ricorrente, età 2-5	56	564,80	503,68
2500	Problema di salute minore acuto e Psicosociale, con problemi psichici stabili	55	672,51	745,60
4210	4-5 problemi di salute, nessuna patologia maggiore, età <18	42	2.714,15	2.712,82
2200	Problema di salute minore acuto e ricorrente, con allergia, età >5	39	910,23	983,37
5311	Neonato: 0-5 problemi di salute, nessuna patologia maggiore, basso peso alla nascita	36	3.161,54	2.978,68
1732	Gravidanza: 2-3 problemi di salute, 1 o più patologie maggiori, senza parto	35	1.665,48	2.037,13
3000	Problema di salute minore acuto/ patologia maggiore acuta/ricorrente, età 2-5	34	1.037,83	1.214,23
4310	4-5 problemi di salute, nessuna patologia maggiore, età 18-44	29	2.887,81	2.909,83
3700	Problema di salute minore acuto/ patologia maggiore acuta/ricorrente/Psicosociale	25	2.229,01	3.295,99
1751	Gravidanza: 4-5 problemi di salute, 1 o più patologie maggiori, con parto	23	6.257,33	4.440,82
3100	Problema di salute minore acuto/ patologia maggiore acuta/ricorrente, età 6-11	22	2.198,27	1.510,92
3500	Problema di salute minore acuto/ricorrente/psicosociale	22	2.471,62	1.806,12
5321	Neonato: 0-5 problemi di salute, una o più patologie maggiori, basso peso alla nascita	22	10.437,03	12.595,72
2600	Problema di salute minore acuto e Psicosociale, con problemi psichici instabili	19	2.489,91	1.219,08
5060	10 o più problemi di salute, 3 patologie maggiori, età >17	18	17.487,67	15.257,07
1752	Gravidanza: 4-5 problemi di salute, 1 o più patologie maggiori, senza parto	17	3.457,53	3.537,30
1741	Gravidanza: 4-5 problemi di salute, nessuna patologia maggiore, con parto	15	3.100,28	3.692,53
1742	Gravidanza: 4-5 problemi di salute, nessuna patologia maggiore, senza parto	13	1.840,15	2.301,87
1900	Problema di salute minore acuto e ricorrente, età =1	12	1.135,55	539,32
4620	6-9 problemi di salute, una o più patologie maggiori, età 6-17	12	12.387,03	16.966,21
3300	Problema di salute minore acuto/ patologia maggiore acuta/ricorrente, con allergia, età >11	11	2.179,21	1.772,59
2700	Problema di salute minore acuto e Psicosociale, con problemi psichici stabili e instabili	10	1.564,65	2.582,85
2900	Problema di salute minore acuto/ patologia maggiore acuta/ricorrente, età =1	8	691,87	1.881,45
2400	Problema di salute minore acuto e oculistico o odontoiatrico	7	1.459,21	603,57
4830	6-9 problemi di salute, 2 o più patologie maggiori, femmina, età 18-34	6	18.702,88	15.049,55
1772	Gravidanza: 6 o più problemi di salute, 1 o più patologie maggiori, senza parto	5	4.938,93	8.389,82
4520	6-9 problemi di salute, una o più patologie maggiori, età <6	5	34.351,67	13.540,20
3400	Problema di salute minore acuto/ricorrente/oculistico o odontoiatrico	4	913,13	1.391,05
4730	6-9 problemi di salute, 2 o più patologie maggiori, maschio, età 18-34	4	16.484,72	19.240,27
5050	10 o più problemi di salute, 2 patologie maggiori, età >17	4	12.041,57	13.055,10
1771	Gravidanza: 6 o più problemi di salute, 1 o più patologie maggiori, con parto	3	6.449,46	8.013,26
4610	6-9 problemi di salute, nessuna patologia maggiore, età 6-17	3	3.592,65	4.599,12
4820	6-9 problemi di salute, una o più patologie maggiori, femmina, età 18-34	3	13.775,10	6.275,87
4720	6-9 problemi di salute, una o più patologie maggiori, maschio, età 18-34	2	6.038,98	5.333,59
4810	6-9 problemi di salute, nessuna patologia maggiore, femmina,età 18-34	2	6.453,05	3.210,57
1761	Gravidanza: 6 o più problemi di salute, nessuna patologia maggiore, con parto	1	3.453,60	4.469,47
5030	10 o più problemi di salute, 2 patologie maggiori, età 1-17	1	50.586,52	27.701,42
5040	10 o più problemi di salute, 0-1 patologie maggiori, età >17	1	16.476,82	6.783,10
5110	Assenza di Diagnosi (o diagnosi non classificabili)	41490	187,16	198,24
5200	Non Utilizzatori	23993	0,00	0,00
TOT		124961	1.055,20	1.004,81

RX-Defined Morbidity Groups (Rx-MGs)

Gruppi di diagnosi farmaco-correlate. Sono costituiti da 64 categorie che raggruppano farmaci proxy di diagnosi cliniche. Ad una stessa persona possono essere associati più gruppi di diagnosi farmaco-correlate. Le singole categorie possono essere ulteriormente raggruppate in 19 classi (Major RxMG).

Figura 5. Rx-MGs più frequenti: prevalenza per 1.000 assistiti primi 10 Rx-MGs. Anno 2015



APPENDICE

Tabelle anno 2015

Fonte: Archivio ACG Regione Veneto

Tabella A1	Popolazione analizzata per Azienda ed Ex ULSS
Tabella A2	Popolazione analizzata e costi per classi di età - Totale Regione Veneto
Tabella A3	Struttura della popolazione – Totale Regione Veneto
Tabella A4	Struttura della popolazione per Azienda e sesso
Tabella A5	Popolazione per tipologia di assistito per classi di età – Totale Regione Veneto
Tabella A6	Popolazione per tipologia di assistito per Azienda ed Ex ULSS
Tabella A7	Popolazione per impiego di farmaci per classi di età – Totale Regione Veneto
Tabella A8	Popolazione per impiego di farmaci per Azienda ed Ex ULSS
Tabella A9	Popolazione e costi per classi di età e classi di rischio (RUB) – Totale Regione Veneto
Tabella A10	Costi procapite per classi di età e classi di rischio (RUB) – Totale Regione Veneto
Tabella A11	Popolazione e costi per classi di rischio (RUB) e Azienda
Tabella A12	ACG più frequenti (primi 15 - solo soggetti con diagnosi codificate) – Totale Regione Veneto
Tabella A13	ACG con costo totale più elevato (primi 15 - solo soggetti con diagnosi codificate) – Totale Regione Veneto
Tabella A14	ACG con costo totale procapite più elevato (primi 15 - solo soggetti con diagnosi codificate) – Totale Regione Veneto
Tabella A15	ACG con costo farmaci procapite più elevato (primi 15 - solo soggetti con diagnosi codificate) – Totale Regione Veneto
Tabella A16	Prevalenza EDC Maggiori – Totale Regione Veneto
Tabella A17	Prevalenza dei 20 EDC più frequenti e percentuale per classi di rischio (RUB) – Totale Regione Veneto
Tabella A18	Popolazione e costi per numero di condizioni croniche – Totale Regione Veneto
Tabella A19	Popolazione per numero di condizioni croniche per Azienda
Tabella A20	Prevalenza Major RxMG (Diagnosi farmaco correlate maggiori) – Totale Regione Veneto
Tabella A21	Prevalenza dei 20 RxMG (Diagnosi farmaco correlate) più frequenti – Totale Regione Veneto

**Tabella A1: Popolazione analizzata per Azienda ed Ex ULSS
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto**

Azienda / Ex ULSS		N	%
1-Dolomiti	Belluno	124.961	2,5
	Feltre	83.648	1,7
	Totale Azienda	208.609	4,2
2-Marca Trevigiana	Pieve di Soligo	218.296	4,4
	Asolo	252.344	5,1
	Treviso	421.748	8,5
	Totale Azienda	892.388	18,0
3-Serenissima	Veneziana	304.980	6,2
	Mirano	276.551	5,6
	Chioggia	67.173	1,4
	Totale Azienda	648.704	13,1
4-Veneto Orientale	Veneto Orientale	217.262	4,4
	Totale Azienda	217.262	4,4
5-Polesana	Rovigo	174.072	3,5
	Adria	73.407	1,5
	Totale Azienda	247.479	5,0
6-Euganea	Alta Padovana	259.032	5,2
	Padova	497.388	10,0
	Este	183.934	3,7
	Totale Azienda	940.354	19,0
7-Pedemontana	Bassano del Grappa	182.605	3,7
	Alto Vicentino	188.819	3,8
	Totale Azienda	371.424	7,5
8-Berica	Ovest Vicentino	180.844	3,6
	Vicenza	320.083	6,5
	Totale Azienda	500.927	10,1
9-Scaligera	Verona	479.925	9,7
	Legnago	155.344	3,1
	Bussolengo	296.123	6,0
	Totale Azienda	931.392	18,8
Totale Regione		4.958.539	100,0

**Tabella A2: Popolazione analizzata e costi per classi di età – Totale Regione Veneto
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto**

Classi di età	N	%	Costo totale			Costo farmaci			Peso ACG Locale	Peso ACG riferimento
			Totale	%	Media	Totale	%	Media	Media	Media
0-13	631.408	12,7	216.820.725	4,4	343,39	25.267.243	2,0	40,02	0,45	0,19
14-34	1.012.838	20,4	382.334.974	7,7	377,49	75.700.148	6,0	74,74	0,43	0,20
35-64	2.183.943	44,0	1.731.557.785	34,8	792,86	485.984.262	38,3	222,53	0,73	0,28
65-74	543.073	11,0	1.093.573.774	21,9	2.013,68	305.325.591	24,1	562,22	1,65	0,56
75-84	398.739	8,0	1.078.389.758	21,6	2.704,50	275.425.379	21,7	690,74	2,57	0,90
85 e oltre	188.538	3,8	479.706.322	9,6	2.544,35	101.372.503	8,0	537,68	3,76	1,42
Totale	4.958.539	100,0	4.982.383.338	100,0	1.004,81	1.269.075.127	100,0	255,94	1,00	0,38

**Tabella A3: Struttura della popolazione – Totale Regione Veneto
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto**

Sesso	% Popolazione							
	0-13	14-17	18-34	35-44	45-64	65-74	75-84	85 e oltre
Maschi	13,4	3,9	17,3	15,1	30,1	10,7	7,1	2,4
Femmine	12,1	3,5	16,1	14,1	28,8	11,2	9,0	5,2
Totale	12,7	3,7	16,7	14,6	29,4	11,0	8,0	3,8

Tabella A4: Struttura della popolazione per Azienda e sesso
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto

		% Popolazione							
		0-13	14-17	18-34	35-44	45-64	65-74	75-84	85 e oltre
1-Dolomiti	Maschi	11,9	3,7	16,8	13,8	30,8	12,6	7,8	2,7
	Femmine	10,4	3,3	14,8	12,8	29,5	12,7	10,1	6,4
	Totale	11,1	3,5	15,7	13,3	30,1	12,7	9,0	4,6
2-Marca Trevigiana	Maschi	14,2	4,1	17,4	15,1	29,9	10,3	6,7	2,3
	Femmine	12,9	3,7	16,4	14,3	28,5	10,7	8,4	5,1
	Totale	13,5	3,9	16,9	14,7	29,2	10,5	7,6	3,7
3-Serenissima	Maschi	12,5	3,8	16,0	14,7	30,6	11,9	7,9	2,6
	Femmine	10,9	3,3	14,8	13,6	29,8	12,4	9,9	5,4
	Totale	11,7	3,5	15,4	14,2	30,2	12,1	8,9	4,0
4-Veneto Orientale	Maschi	12,8	3,8	16,3	15,1	30,5	11,1	7,5	2,9
	Femmine	11,3	3,4	15,5	14,0	29,9	11,2	9,2	5,4
	Totale	12,1	3,6	15,9	14,5	30,2	11,2	8,3	4,2
5-Polesana	Maschi	11,2	3,2	16,2	15,0	31,7	11,8	7,9	2,9
	Femmine	9,8	2,9	15,0	13,7	30,2	11,7	10,3	6,3
	Totale	10,5	3,1	15,6	14,4	30,9	11,8	9,2	4,6
6-Euganea	Maschi	13,4	3,9	17,3	15,3	30,3	10,5	7,0	2,3
	Femmine	12,0	3,5	16,2	14,4	29,2	11,0	8,9	5,0
	Totale	12,7	3,7	16,7	14,9	29,7	10,7	7,9	3,7
7-Pedemontana	Maschi	13,9	4,2	17,8	14,9	30,0	10,4	6,7	2,0
	Femmine	12,9	3,9	16,8	14,1	28,0	11,0	8,6	4,8
	Totale	13,4	4,1	17,3	14,5	29,0	10,7	7,7	3,4
8-Berica	Maschi	13,9	4,2	17,9	15,2	29,9	10,1	6,6	2,0
	Femmine	13,0	3,8	16,8	14,2	28,2	10,8	8,5	4,7
	Totale	13,4	4,0	17,4	14,7	29,1	10,5	7,5	3,4
9-Scaligera	Maschi	13,9	4,0	18,0	15,5	29,2	10,2	6,9	2,3
	Femmine	12,6	3,6	16,9	14,5	27,8	10,8	8,7	5,1
	Totale	13,2	3,8	17,4	15,0	28,5	10,5	7,9	3,7

**Tabella A5: Popolazione per tipologia di assistito per classi di età – Totale Regione Veneto
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto**

Classi di età	Tipo assistito						Totale	
	Nessun contatto con il SSR		Contatto con il SSR senza diagnosi codificate		Con diagnosi codificate			
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-13	186.834	29,6	230.142	36,4	214.432	34,0	631.408	100,0
14-34	325.023	32,1	386.654	38,2	301.161	29,7	1.012.838	100,0
35-64	422.366	19,3	855.464	39,2	906.113	41,5	2.183.943	100,0
65-74	25.983	4,8	131.446	24,2	385.644	71,0	543.073	100,0
75-84	9.157	2,3	58.292	14,6	331.290	83,1	398.739	100,0
85 e oltre	5.319	2,8	16.981	9,0	166.238	88,2	188.538	100,0
Totale	974.682	19,7	1.678.979	33,9	2.304.878	46,5	4.958.539	100,0

**Tabella A6: Popolazione per tipologia di assistito per Azienda ed Ex ULSS
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto**

Azienda / Ex ULSS		Tipo assistito							
		Nessun contatto con il SSR		Contatto con il SSR senza diagnosi codificate		Con diagnosi codificate		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1-Dolomiti	Belluno	23.993	19,2	41.490	33,2	59.478	47,6	124.961	100,0
	Feltre	13.611	16,3	29.470	35,2	40.567	48,5	83.648	100,0
	Totale Azienda	37.604	18,0	70.960	34,0	100.045	48,0	208.609	100,0
2-Marca Trevigiana	Pieve di Soligo	47.690	21,8	69.594	31,9	101.012	46,3	218.296	100,0
	Asolo	49.722	19,7	88.536	35,1	114.086	45,2	252.344	100,0
	Treviso	86.774	20,6	144.801	34,3	190.173	45,1	421.748	100,0
	Totale Azienda	184.186	20,6	302.931	33,9	405.271	45,4	892.388	100,0
3-Serenissima	Veneziana	62.204	20,4	99.442	32,6	143.334	47,0	304.980	100,0
	Mirano	51.454	18,6	94.887	34,3	130.210	47,1	276.551	100,0
	Chioggia	10.339	15,4	21.191	31,5	35.643	53,1	67.173	100,0
	Totale Azienda	123.997	19,1	215.520	33,2	309.187	47,7	648.704	100,0
4-Veneto Orientale	Veneto Orientale	47.222	21,7	70.443	32,4	99.597	45,8	217.262	100,0
	Totale Azienda	47.222	21,7	70.443	32,4	99.597	45,8	217.262	100,0
5-Polesana	Rovigo	28.498	16,4	60.847	35,0	84.727	48,7	174.072	100,0
	Adria	10.240	13,9	26.038	35,5	37.129	50,6	73.407	100,0
	Totale Azienda	38.738	15,7	86.885	35,1	121.856	49,2	247.479	100,0
6-Euganea	Alta Padovana	51.283	19,8	91.816	35,4	115.933	44,8	259.032	100,0
	Padova	99.262	20,0	172.183	34,6	225.943	45,4	497.388	100,0
	Este	29.957	16,3	64.725	35,2	89.252	48,5	183.934	100,0
	Totale Azienda	180.502	19,2	328.724	35,0	431.128	45,8	940.354	100,0
7-Pedemontana	Bassano del Grappa	38.042	20,8	61.687	33,8	82.876	45,4	182.605	100,0
	Alto Vicentino	38.017	20,1	62.631	33,2	88.171	46,7	188.819	100,0
	Totale Azienda	76.059	20,5	124.318	33,5	171.047	46,1	371.424	100,0
8-Berica	Ovest Vicentino	35.623	19,7	60.211	33,3	85.010	47,0	180.844	100,0
	Vicenza	66.062	20,6	114.888	35,9	139.133	43,5	320.083	100,0
	Totale Azienda	101.685	20,3	175.099	35,0	224.143	44,7	500.927	100,0
9-Scaligera	Verona	98.959	20,6	151.057	31,5	229.909	47,9	479.925	100,0
	Legnago	27.381	17,6	48.863	31,5	79.100	50,9	155.344	100,0
	Bussolengo	58.349	19,7	104.179	35,2	133.595	45,1	296.123	100,0
	Totale Azienda	184.689	19,8	304.099	32,6	442.604	47,5	931.392	100,0
Totale Regione		974.682	19,7	1.678.979	33,9	2.304.878	46,5	4.958.539	100,0

**Tabella A7: Popolazione per impiego di farmaci per classi di età – Totale Regione Veneto
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto**

Classi di età	Uso di farmaci				Totale	
	Nessun farmaco impiegato		Impiego di almeno un farmaco			
	N	%	N	%	N	%
0-13	349.739	55,4	281.669	44,6	631.408	100,0
14-34	570.762	56,4	442.076	43,6	1.012.838	100,0
35-64	812.484	37,2	1.371.459	62,8	2.183.943	100,0
65-74	59.677	11,0	483.396	89,0	543.073	100,0
75-84	24.779	6,2	373.960	93,8	398.739	100,0
85 e oltre	23.197	12,3	165.341	87,7	188.538	100,0
Totale	1.840.638	37,1	3.117.901	62,9	4.958.539	100,0

**Tabella A8: Popolazione per impiego di farmaci per Azienda ed Ex ULSS
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto**

Azienda / Ex ULSS		Uso di farmaci				Totale	
		Nessun farmaco impiegato		Impiego di almeno un farmaco			
		N	%	N	%	N	%
1-Dolomiti	Belluno	48.464	38,8	76.497	61,2	124.961	100,0
	Feltre	29.476	35,2	54.172	64,8	83.648	100,0
	Totale Azienda	77.940	37,4	130.669	62,6	208.609	100,0
2-Marca Trevigiana	Pieve di Soligo	84.717	38,8	133.579	61,2	218.296	100,0
	Asolo	96.953	38,4	155.391	61,6	252.344	100,0
	Treviso	166.543	39,5	255.205	60,5	421.748	100,0
	Totale Azienda	348.213	39,0	544.175	61,0	892.388	100,0
3-Serenissima	Veneziana	114.166	37,4	190.814	62,6	304.980	100,0
	Mirano	99.857	36,1	176.694	63,9	276.551	100,0
	Chioggia	21.302	31,7	45.871	68,3	67.173	100,0
	Totale Azienda	235.325	36,3	413.379	63,7	648.704	100,0
4-Veneto Orientale	Veneto Orientale	79.480	36,6	137.782	63,4	217.262	100,0
	Totale Azienda	79.480	36,6	137.782	63,4	217.262	100,0
5-Polesana	Rovigo	54.205	31,1	119.867	68,9	174.072	100,0
	Adria	22.864	31,1	50.543	68,9	73.407	100,0
	Totale Azienda	77.069	31,1	170.410	68,9	247.479	100,0
6-Euganea	Alta Padovana	98.407	38,0	160.625	62,0	259.032	100,0
	Padova	186.238	37,4	311.150	62,6	497.388	100,0
	Este	59.734	32,5	124.200	67,5	183.934	100,0
	Totale Azienda	344.379	36,6	595.975	63,4	940.354	100,0
7-Pedemontana	Bassano del Grappa	72.093	39,5	110.512	60,5	182.605	100,0
	Alto Vicentino	71.920	38,1	116.899	61,9	188.819	100,0
	Totale Azienda	144.013	38,8	227.411	61,2	371.424	100,0
8-Berica	Ovest Vicentino	67.167	37,1	113.677	62,9	180.844	100,0
	Vicenza	118.309	37,0	201.774	63,0	320.083	100,0
	Totale Azienda	185.476	37,0	315.451	63,0	500.927	100,0
9-Scaligera	Verona	184.262	38,4	295.663	61,6	479.925	100,0
	Legnago	52.051	33,5	103.293	66,5	155.344	100,0
	Bussolengo	112.430	38,0	183.693	62,0	296.123	100,0
	Totale Azienda	348.743	37,4	582.649	62,6	931.392	100,0
Totale Regione		1.840.638	37,1	3.117.901	62,9	4.958.539	100,0

**Tabella A9: Popolazione e costi per classi di età e classi di rischio (RUB) – Totale Regione Veneto
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto**

Classi di età		Classi di rischio (RUB-Resource Utilization Bands)						Totale
		Assistiti senza contatto con il SSR	Utilizzatori sani	Basso	Moderato	Elevato	Molto elevato	
Tutte le età	% popolazione	19,7	37,1	19,9	19,0	3,3	1,0	100,0
	% costi totali	0,0	7,8	14,3	44,7	20,3	12,9	100,0
0-13	% popolazione	29,6	43,4	18,4	7,6	0,8	0,2	100,0
	% costi totali	0,0	11,2	33,8	32,7	14,3	7,9	100,0
14-34	% popolazione	32,1	42,9	16,4	6,1	2,5	0,0	100,0
	% costi totali	0,0	16,4	27,0	31,9	24,4	0,2	100,0
35-64	% popolazione	19,3	41,9	20,5	16,3	1,7	0,2	100,0
	% costi totali	0,0	11,8	17,8	49,1	15,1	6,3	100,0
65-74	% popolazione	4,8	25,4	26,5	37,3	4,6	1,5	100,0
	% costi totali	0,0	5,2	11,5	50,6	20,0	12,8	100,0
75-84	% popolazione	2,3	15,4	22,1	46,3	9,6	4,2	100,0
	% costi totali	0,0	3,1	7,8	44,1	24,5	20,5	100,0
85 e oltre	% popolazione	2,8	9,5	13,7	47,8	16,7	9,4	100,0
	% costi totali	0,0	1,8	4,4	32,1	29,3	32,4	100,0

**Tabella A10: Costi procapite per classi di età e classi di rischio (RUB) – Totale Regione Veneto
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto**

Classi di età	Classi di rischio (RUB-Resource Utilization Bands)						Totale
	Assistiti senza contatto con il SSR	Utilizzatori sani	Basso	Moderato	Elevato	Molto elevato	
0-13	0,00	88,61	630,35	1.481,59	6.102,84	13.668,16	343,39
14-34	0,00	144,84	620,44	1.960,80	3.723,83	25.715,83	377,49
35-64	0,00	223,03	686,81	2.385,15	6.956,45	20.179,10	792,86
65-74	0,00	412,77	873,01	2.730,17	8.775,64	17.403,95	2.013,68
75-84	0,00	549,02	948,61	2.573,41	6.909,19	13.084,34	2.704,50
85 e oltre	0,00	481,74	819,67	1.706,94	4.451,12	8.751,78	2.544,35
Totale	0,00	212,19	722,90	2.357,52	6.211,44	13.021,23	1.004,81

Tabella A11: Popolazione e costi per classi di rischio (RUB) e Azienda
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto

Azienda		Classi di rischio (RUB-Resource Utilization Bands)							Totale
		Assistiti senza contatto con il SSR	Utilizzatori sani	Basso	Moderato	Elevato	Molto elevato		
1-Dolomiti	% popolazione	18,0	36,3	19,8	21,2	3,6	1,2	100,0	
	% costi totali	0,0	7,0	12,9	44,5	21,3	14,3	100,0	
2-Marca Trevigiana	% popolazione	20,6	37,2	19,9	18,1	3,2	0,9	100,0	
	% costi totali	0,0	8,0	15,2	43,7	20,7	12,4	100,0	
3-Serenissima	% popolazione	19,1	36,0	21,0	19,7	3,2	1,0	100,0	
	% costi totali	0,0	7,4	14,1	44,6	20,2	13,7	100,0	
4-Veneto Orientale	% popolazione	21,7	36,0	19,3	18,9	3,1	0,9	100,0	
	% costi totali	0,0	7,4	14,3	44,7	21,0	12,7	100,0	
5-Polesana	% popolazione	15,7	38,2	19,5	21,4	3,9	1,4	100,0	
	% costi totali	0,0	7,7	13,1	43,5	20,7	15,0	100,0	
6-Euganea	% popolazione	19,2	38,1	19,4	19,1	3,2	1,0	100,0	
	% costi totali	0,0	8,6	14,2	44,4	19,8	12,9	100,0	
7-Pedemontana	% popolazione	20,5	37,0	20,6	18,3	3,0	0,7	100,0	
	% costi totali	0,0	7,3	15,6	46,8	20,2	10,2	100,0	
8-Berica	% popolazione	20,3	38,5	19,3	18,0	3,1	0,8	100,0	
	% costi totali	0,0	8,8	15,2	45,7	19,5	10,8	100,0	
9-Scaligera	% popolazione	19,8	36,3	20,2	19,2	3,4	1,1	100,0	
	% costi totali	0,0	7,3	13,8	44,8	20,3	13,8	100,0	
Totale	% popolazione	19,7	37,1	19,9	19,0	3,3	1,0	100,0	
	% costi totali	0,0	7,8	14,3	44,7	20,3	12,9	100,0	

Tabella A12: ACG più frequenti (primi 15 - solo soggetti con diagnosi codificate) – Totale Regione Veneto
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto

ACG	N	Prevalenza per 1.000	Peso ACG locale	Costo totale procapite	Costo farmaci procapite
2-3 problemi di salute, età >34	552.495	111,4	2,47	2.485,06	807,61
Patologia Cronica generale, stabile	454.541	91,7	0,63	629,18	325,69
Patologia maggiore acuta	236.680	47,7	0,67	672,08	85,51
Patologia Cronica generale, instabile	207.855	41,9	1,66	1.666,70	790,72
Problema di salute minore acuto, età >5	125.314	25,3	0,36	358,65	52,35
4-5 problemi di salute, due o più patologie maggiori, età > 44	100.982	20,4	6,73	6.763,71	1.245,77
Problema ricorrente senza Allergie	57.235	11,5	1,17	1.173,82	109,05
Problema di salute minore acuto e patologia maggiore acuta	52.474	10,6	1,00	1.004,72	73,37
Asma	43.230	8,7	0,38	383,64	235,66
4-5 problemi di salute, una patologia maggiore, età > 44	38.739	7,8	5,05	5.075,01	991,09
Neonato: 0-5 problemi di salute, nessuna patologia maggiore, normopeso alla nascita	30.672	6,2	1,12	1.128,20	6,25
Psicosociale, con problemi psichici stabili	24.439	4,9	0,53	533,07	121,25
6-9 problemi di salute, 3 patologie maggiori, età >34	22.702	4,6	11,49	11.549,60	1.437,01
Problema di salute minore acuto e patologia generale cronica: stabile	21.957	4,4	1,06	1.060,37	376,59
Patologia Cronica "specialistica" instabile	21.663	4,4	0,77	776,67	265,62

Tabella A13: ACG con costo totale più elevato (primi 15 - solo soggetti con diagnosi codificate) – Totale Regione Veneto
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto

ACG	N	Costo totale	Prevalenza per 1.000	Peso ACG locale	Costo totale procapite	Costo farmaci procapite
2-3 problemi di salute, età >34	552.495	1.372.985.481	111,4	2,47	2.485,06	807,61
4-5 problemi di salute, due o più patologie maggiori, età > 44	100.982	683.012.628	20,4	6,73	6.763,71	1.245,77
Patologia Cronica generale, instabile	207.855	346.431.233	41,9	1,66	1.666,70	790,72
Patologia Cronica generale, stabile	454.541	285.986.431	91,7	0,63	629,18	325,69
6-9 problemi di salute, 4 o più patologie maggiori, età >34	21.109	283.612.571	4,3	13,37	13.435,62	1.366,10
6-9 problemi di salute, 3 patologie maggiori, età >34	22.702	262.199.075	4,6	11,49	11.549,60	1.437,01
4-5 problemi di salute, una patologia maggiore, età > 44	38.739	196.600.856	7,8	5,05	5.075,01	991,09
Patologia maggiore acuta	236.680	159.068.517	47,7	0,67	672,08	85,51
6-9 problemi di salute, 2 patologie maggiori, età >34	13.818	130.991.548	2,8	9,43	9.479,78	1.336,55
10 o più problemi di salute, 4 o più patologie maggiori, età >17	3.742	71.172.808	0,8	18,93	19.019,99	1.387,20
Problema ricorrente senza Allergie	57.235	67.183.805	11,5	1,17	1.173,82	109,05
Problema di salute minore acuto e patologia maggiore acuta	52.474	52.721.694	10,6	1,00	1.004,72	73,37
Gravidanza: 0-1 problemi di salute, con parto	18.761	50.561.626	3,8	2,68	2.695,04	29,32
Problema di salute minore acuto, età >5	125.314	44.944.361	25,3	0,36	358,65	52,35
Problema di salute minore acuto e ricorrente	21.343	43.207.124	4,3	2,01	2.024,42	126,40

Tabella A14: ACG con costo totale procapite più elevato (primi 15 - solo soggetti con diagnosi codificate) – Totale Regione Veneto
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto

ACG	N	Prevalenza per 1.000	Peso ACG locale	Costo totale procapite	Costo farmaci procapite
10 o più problemi di salute, 2 patologie maggiori, età 1-17	50	0,0	27,57	27.701,42	1.680,38
Neonato: 6 o più problemi di salute, una o più patologie maggiori, basso peso alla nascita	63	0,0	24,23	24.344,97	246,54
6-9 problemi di salute, 2 o più patologie maggiori, maschio, età 18-34	264	0,1	19,15	19.240,27	1.319,67
10 o più problemi di salute, 4 o più patologie maggiori, età >17	3.742	0,8	18,93	19.019,99	1.387,20
6-9 problemi di salute, una o più patologie maggiori, età 6-17	512	0,1	16,89	16.966,21	3.617,51
Neonato: 6 o più problemi di salute, una o più patologie maggiori, normopeso alla nascita	79	0,0	16,13	16.203,57	783,63
10 o più problemi di salute, 1 patologia maggiore, età 1-17	5	0,0	15,98	16.053,62	544,22
10 o più problemi di salute, 3 patologie maggiori, età >17	563	0,1	15,18	15.257,07	1.802,26
6-9 problemi di salute, 2 o più patologie maggiori, femmina, età 18-34	269	0,1	14,98	15.049,55	1.712,03
6-9 problemi di salute, una o più patologie maggiori, età <6	423	0,1	13,48	13.540,20	573,94
6-9 problemi di salute, 4 o più patologie maggiori, età >34	21.109	4,3	13,37	13.435,62	1.366,10
10 o più problemi di salute, 2 patologie maggiori, età >17	142	0,0	12,99	13.055,10	1.225,85
Neonato: 0-5 problemi di salute, una o più patologie maggiori, basso peso alla nascita	1.156	0,2	12,54	12.595,72	206,24
6-9 problemi di salute, 3 patologie maggiori, età >34	22.702	4,6	11,49	11.549,60	1.437,01
6-9 problemi di salute, 2 patologie maggiori, età >34	13.818	2,8	9,43	9.479,78	1.336,55

Tabella A15: ACG con costo farmaci procapite più elevato (primi 15 - solo soggetti con diagnosi codificate) – Totale Regione Veneto
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto

ACG	N	Prevalenza per 1.000	Peso ACG locale	Costo totale procapite	Costo farmaci procapite
6-9 problemi di salute, una o più patologie maggiori, età 6-17	512	0,1	16,89	16.966,21	3.617,51
10 o più problemi di salute, 3 patologie maggiori, età >17	563	0,1	15,18	15.257,07	1.802,26
6-9 problemi di salute, 2 o più patologie maggiori, femmina, età 18-34	269	0,1	14,98	15.049,55	1.712,03
4-5 problemi di salute, due o più patologie maggiori, età 18-44	4.527	0,9	8,68	8.722,08	1.694,18
10 o più problemi di salute, 2 patologie maggiori, età 1-17	50	0,0	27,57	27.701,42	1.680,38
Gravidanza: 6 o più problemi di salute, 1 o più patologie maggiori, con parto	151	0,0	7,97	8.013,26	1.579,99
6-9 problemi di salute, 3 patologie maggiori, età >34	22.702	4,6	11,49	11.549,60	1.437,01
10 o più problemi di salute, 4 o più patologie maggiori, età >17	3.742	0,8	18,93	19.019,99	1.387,20
6-9 problemi di salute, 4 o più patologie maggiori, età >34	21.109	4,3	13,37	13.435,62	1.366,10
4-5 problemi di salute, una o più patologie maggiori, età <18	3.002	0,6	7,19	7.228,02	1.364,94
6-9 problemi di salute, 2 patologie maggiori, età >34	13.818	2,8	9,43	9.479,78	1.336,55
6-9 problemi di salute, 2 o più patologie maggiori, maschio, età 18-34	264	0,1	19,15	19.240,27	1.319,67
4-5 problemi di salute, due o più patologie maggiori, età > 44	100.982	20,4	6,73	6.763,71	1.245,77
10 o più problemi di salute, 2 patologie maggiori, età >17	142	0,0	12,99	13.055,10	1.225,85
Gravidanza: 6 o più problemi di salute, 1 o più patologie maggiori, senza parto	165	0,0	8,35	8.389,82	1.144,36

**Tabella A16: Prevalenza EDC Maggiori – Totale Regione Veneto
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto**

EDC Maggiori (MEDC)	N	per 1.000
Cardiovascular	979.741	197,6
Endocrine	455.912	91,9
Musculoskeletal	393.495	79,4
General Signs and Symptoms	308.934	62,3
Neurologic	287.146	57,9
Malignancies	190.408	38,4
General Surgery	160.911	32,5
Gastrointestinal/Hepatic	153.750	31,0
Eye	139.808	28,2
Psychosocial	135.455	27,3
Administrative	134.217	27,1
Skin	130.444	26,3
Respiratory	119.394	24,1
Allergy	116.009	23,4
Female Reproductive	84.591	17,1
Genito-urinary	82.893	16,7
Reconstructive	80.110	16,2
Ear, Nose, Throat	74.870	15,1
Renal	67.114	13,5
Rheumatologic	61.435	12,4
Hematologic	56.773	11,4
Infections	40.499	8,2
Neonatal	38.786	7,8
Nutrition	28.767	5,8
Toxic Effects and Adverse Events	26.752	5,4
Dental	11.542	2,3
Genetic	5.849	1,2

**Tabella A17: Prevalenza dei 20 EDC più frequenti e percentuale per classi di rischio (RUB) – Totale Regione Veneto
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto**

EDC (Expanded Diagnosis Clusters)	RUB (Resource Utilization Bands)					
	Utilizzatori sani	Basso	Moderato	Elevato	Molto elevato	
	N	per 1.000	%	%	%	%
Hypertension, w/o major complications	640.065	129,1	42,3	44,6	9,2	4,0
Nonspecific signs and symptoms	220.663	44,5	43,1	34,9	14,1	7,8
Hypertension, with major complications	210.669	42,5	0,0	72,6	18,1	9,2
Type 2 diabetes, w/o complication	193.659	39,1	44,2	44,3	8,6	2,9
Cardiac arrhythmia	175.207	35,3	0,0	68,3	19,9	10,5
Other endocrine disorders	145.470	29,3	41,8	48,2	7,4	2,6
High impact malignant neoplasms	144.937	29,2	0,3	75,3	16,9	7,6
Ischemic heart disease (excluding acute myocardial infarction)	134.992	27,2	0,1	70,8	19,7	9,5
Disorders of lipid metabolism	115.910	23,4	32,8	52,8	10,7	3,7
Cerebrovascular disease	107.192	21,6	1,1	54,1	28,5	16,2
Contusions and abrasions	97.661	19,7	40,1	23,2	7,0	3,4
Asthma, w/o status asthmaticus	91.862	18,5	51,4	40,8	5,6	2,2
Hypothyroidism	89.517	18,1	44,4	44,3	8,3	3,0
Degenerative joint disease	86.208	17,4	32,3	51,9	11,0	4,8
Fractures (excluding digits)	78.954	15,9	8,0	30,1	15,8	9,8
Congestive heart failure	74.881	15,1	0,2	46,6	30,2	23,0
Glaucoma	66.900	13,5	0,0	20,5	62,7	11,7
Surgical aftercare	66.309	13,4	3,2	6,1	56,8	21,2
Lacerations	65.644	13,2	5,6	56,0	26,3	8,6
Cardiac valve disorders	57.233	11,5	1,2	71,5	18,1	9,3

**Tabella A18: Popolazione e costi per numero di condizioni croniche – Totale Regione Veneto
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto**

Condizioni croniche	Sesso						Totale		Costo totale procapite	Costo farmaci procapite
	Maschi		Femmine		Totale					
	N	%	N	%	N	%				
0	1.659.372	68,6	1.644.506	64,7	3.303.878	66,6	273,26	50,52		
1	390.683	16,2	464.472	18,3	855.155	17,2	1.115,08	388,47		
2	171.039	7,1	213.407	8,4	384.446	7,8	2.339,98	732,06		
3	88.636	3,7	104.970	4,1	193.606	3,9	3.713,27	1.001,52		
4	48.137	2,0	53.759	2,1	101.896	2,1	5.140,15	1.197,47		
5	26.749	1,1	28.056	1,1	54.805	1,1	6.634,37	1.332,92		
Più di 5	33.375	1,4	31.378	1,2	64.753	1,3	9.577,15	1.537,25		
Totale	2.417.991	100,0	2.540.548	100,0	4.958.539	100,0	1.004,81	255,94		

**Tabella A19: Popolazione per numero di condizioni croniche per Azienda
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto**

Condizioni croniche	Azienda																			
	1-Dolomiti		2-Marca Trevigiana		3-Serenissima		4-Veneto Orientale		5-Polesana		6-Euganea		7-Pedemontana		8-Berica		9-Scaligera		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	134.762	64,6	603.541	67,6	426.496	65,7	147.436	67,9	156.655	63,3	624.629	66,4	248.197	66,8	340.329	67,9	621.833	66,8	3.303.878	66,6
1	37.587	18,0	147.832	16,6	114.445	17,6	35.143	16,2	43.904	17,7	164.863	17,5	66.575	17,9	85.900	17,1	158.906	17,1	855.155	17,2
2	17.507	8,4	65.713	7,4	52.669	8,1	17.031	7,8	21.220	8,6	74.038	7,9	28.949	7,8	37.050	7,4	70.269	7,5	384.446	7,8
3	8.843	4,2	34.004	3,8	26.377	4,1	8.479	3,9	11.143	4,5	36.965	3,9	13.831	3,7	18.059	3,6	35.905	3,9	193.606	3,9
4	4.676	2,2	18.261	2,0	13.660	2,1	4.436	2,0	6.209	2,5	19.007	2,0	6.893	1,9	9.484	1,9	19.270	2,1	101.896	2,1
5	2.499	1,2	10.024	1,1	7.143	1,1	2.231	1,0	3.607	1,5	9.941	1,1	3.565	1,0	4.817	1,0	10.978	1,2	54.805	1,1
Più di 5	2.735	1,3	13.013	1,5	7.914	1,2	2.506	1,2	4.741	1,9	10.911	1,2	3.414	0,9	5.288	1,1	14.231	1,5	64.753	1,3
Totale	208.609	100,0	892.388	100,0	648.704	100,0	217.262	100,0	247.479	100,0	940.354	100,0	371.424	100,0	500.927	100,0	931.392	100,0	4.958.539	100,0

**Tabella A20: Prevalenza Major RxMG (Diagnosi farmaco correlate maggiori) – Totale Regione Veneto
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto**

Major RxMG (Diagnosi farmaco correlate maggiori)	N	per 1.000
Infections	1.672.299	337,3
Cardiovascular	1.388.222	280,0
Gastrointestinal/Hepatic	910.464	183,6
Endocrine	833.881	168,2
General Signs and Symptoms	651.158	131,3
Respiratory	554.334	111,8
Allergy/Immunology	530.164	106,9
Psychosocial	313.181	63,2
Other and Non-Specific Medications	306.915	61,9
Neurologic	180.227	36,3
Genito-Urinary	144.954	29,2
Musculoskeletal	96.369	19,4
Eye	89.446	18,0
Malignancies	70.739	14,3
Skin	60.918	12,3
Female Reproductive	57.044	11,5
Hematologic	31.974	6,4
Ears, Nose, Throat	2.256	0,5
Toxic Effects/Adverse Effects	474	0,1

**Tabella A21: Prevalenza dei 20 RxMG (Diagnosi farmaco correlate) più frequenti – Totale Regione Veneto
Anno 2015. Fonte: Archivio ACG Regione Veneto**

RxMG (Diagnosi farmaco correlate)	N	Prevalenza per 1.000
Infections / Acute Minor	1.649.218	332,6
Cardiovascular / High Blood Pressure	1.134.718	228,8
Gastrointestinal/Hepatic / Peptic Disease	749.989	151,3
General Signs and Symptoms / Pain and Inflammation	548.815	110,7
Respiratory / Airway Hyperactivity	526.726	106,2
Endocrine / Bone Disorders	525.256	105,9
Cardiovascular / Vascular Disorders	515.071	103,9
Cardiovascular / Disorders of Lipid Metabolism	496.199	100,1
Allergy/Immunology / Chronic Inflammatory	389.349	78,5
Other and Non-Specific Medications	306.915	61,9
Psychosocial / Depression	278.094	56,1
Cardiovascular / Congestive Heart Failure	220.527	44,5
Gastrointestinal/Hepatic / Acute Minor	216.668	43,7
Endocrine / Diabetes Without Insulin	188.141	37,9
Endocrine / Thyroid Disorders	178.447	36,0
Allergy/Immunology / Acute Minor	177.607	35,8
General Signs and Symptoms / Pain	149.615	30,2
Cardiovascular / Chronic Medical	135.972	27,4
Genito-Urinary / Acute Minor	135.654	27,4
Neurologic / Seizure Disorder	102.925	20,8