



ALLEGATOC alla Dgr n. 1112 del 01 luglio 2014

pag. 1/7

Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 13/CSR del 20/02/ 2014 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2013

1. Regione proponente: Regione del Veneto

2. Titolo del progetto: Utilizzo del Grouper di popolazione ACG (Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups) per la misurazione del case-mix nella popolazione e per la gestione di soggetti con patologie croniche e multimorbilità attraverso interventi di sanità di iniziativa (disease management e case management).

3. Linea progettuale: linea 2 Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche

4. Referente

Dr. Maria Chiara Corti - Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria, Dirigente del Settore Strutture di Ricovero Intermedie e Integrazione Socio-Sanitaria

Tel. 041 – 2793408 Fax 041 – 049 279 1338

mariachiara.corti@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 – 2793491

protocollo.generale@pec.regione.veneto.it

5. Durata del progetto: annuale

6. Aspetti finanziari:

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: €18.382.033,00

Contesto:

La transizione epidemiologica degli ultimi anni ha evidenziato nelle popolazioni occidentali non solo l'incremento nella prevalenza di malattie croniche degenerative, ma anche l'aumento della co-prevalenza di patologie croniche nella stessa persona, fenomeno noto come multi-morbilità. Tale cambiamento epidemiologico ha imposto un radicale cambiamento ai nostri tradizionali modelli di cura, basati sulla gestione del paziente acuto e con sintomi, alla gestione di un paziente paucisintomatico ma portatore di numerose patologie co-prevalenti che necessitano tutte di una tipologia di cura più proattiva e non semplicemente reattiva ad una richiesta del paziente.

La Regione del Veneto intende realizzare un nuovo modello di cura con una rete che integri tutte le professionalità presenti sul Territorio, con una prospettiva che consenta l'attuazione di un governo clinico per rendere sostenibile il sistema sanitario, adottando modelli di disease management e case management, per rispondere ai bisogni clinico-assistenziali e garantire la continuità assistenziale ai soggetti con multimorbilità.

Questo modello richiede di “analizzare e misurare i bisogni, stratificando la popolazione assistita sulla base delle criticità effettive (case-mix), classificando i reali bisogni di salute, definendone i livelli di complessità assistenziale, i modelli organizzativi più efficaci/efficienti e identificando i luoghi di cura più appropriati”.

L'analisi degli strumenti metodologici disponibili in ambito di *management* sanitario, ha portato, alla individuazione del sistema John Hopkins ACG (*Adjusted Clinical Group*) per raccogliere e organizzare le informazioni sui bisogni di salute della propria popolazione, per favorire una equa distribuzione delle risorse

disponibili, per promuovere l'efficacia delle cure, sempre con l'obiettivo primario di migliorare lo stato di salute della popolazione.

Il sistema può essere utilizzato anche per migliorare l'accuratezza e l'equità nel valutare la performance di diversi *providers* (es. gruppi di medici di MG), per anticipare l'utilizzo futuro di risorse sanitarie e per determinare rimborsi più equi. Il sistema si basa sull'assunzione che è essenziale partire dalla comorbidità (e non dai costi) per avere una prospettiva della popolazione, dato che è noto che le malattie possono essere co-presenti (*clusters*) nella stessa persona o nella popolazione e che esse sono il principale determinante delle necessità di risorse sanitarie.

Obiettivi:

I quattro obiettivi principali di questo progetto nel primo anno sono:

- 1) Utilizzare lo strumento del Grouper ACG per:
 - Sperimentare di uno strumento di misurazione, analisi e descrizione dei bisogni di salute della popolazione degli assistiti (e non solo dei pazienti) in tutte le ULSS del Veneto.
 - Mappare e confrontare la multimorbidità tra popolazioni, gruppi e aggregazioni diverse di assistiti con vari gradi di organizzazione.
 - Identificare soggetti ad alto rischio di eventi avversi e di futuro uso elevato di risorse sanitarie per interventi di medicina di iniziativa e di coordinamento delle cure ai soggetti ad alto rischio.

- 2) riorganizzare le cure primarie in team multiprofessionali per attuare un modello di presa in carico dei pazienti con patologie croniche che, integrando i servizi offerti da MMG, Specialisti e altri professionisti, assicuri:
 - la presa in carico diagnostico-terapeutica e la continuità dell'assistenza, in base a PDTA predefiniti sulle patologie croniche a maggior impatto epidemiologico
 - l'offerta di servizi di case management e supporto all'autocura tramite personale infermieristico adeguatamente formato
 - l'offerta di servizi integrati di riabilitazione e assistenza sociale
 - la garanzia di follow up e coordinamento delle cure tramite servizi di segreteria avanzata

- 3) attuare nelle forme associative più evolute (cosiddette Medicine di Gruppo o Medicine di Gruppo Integrate) interventi di:
 - prevenzione primaria e secondaria
 - educazione terapeutica
 - formazione/informazione
 - educazione all'autogestione (self management)
 - adattamento di PDTA e PIC sul territorio
 - appropriatezza della spesa volta alla garanzia della sostenibilità economica, realizzabile attraverso il governo clinico e della domanda.
 - costituzione di team multiprofessionali integrati;
 - definizione dei problemi a cui il team deve rispondere, affidando ruoli e funzioni alle diverse figure professionali;
 - presa in carico dei problemi della cronicità attraverso metodi di medicina attiva;
 - trasferimento di competenze a personale infermieristico negli aspetti assistenziali e prevalentemente in quelli relativi all'auto-cura e/o alla educazione del care-giver;
 - realizzazione della completa informatizzazione del fascicolo socio-sanitario unico.

- 4) la realizzazione nella rete dei servizi, di "percorsi assistenziali" finalizzati a rispondere ai bisogni clinico-assistenziali dei malati attraverso :

- Implementazione e diffusione dei PDTA condivisi e di riconosciuta efficacia con riferimento particolare al paziente diabetico, al paziente oncologico, al paziente con scompenso cardiaco e BPCO;
- Assunzione di responsabilità e l'educazione terapeutica del paziente cronico e della sua famiglia al fine di migliorare i processi di autocura e di gestione attiva della malattia;
- Individuazione precoce delle malattie croniche (in particolare BPCO e asma), anche attraverso l'utilizzo di registri di malattia, nonché lo sviluppo dell'autogestione della malattia cronica;
- Sviluppo dei *team* della medicina e pediatria di famiglia, sviluppando il ruolo dell'infermiere case manager e del personale di studio, e con gli specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri ed altri operatori del sistema.

Descrizione del Progetto:

Implementare il sistema ACG. Gli obiettivi delineati, sono essenziali alla sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale e devono essere perseguiti nell'ambito di un processo unitario che coinvolge Ospedale e Territorio, la cui integrazione funzionale è indispensabile alla gestione dei malati..
Dopo una sperimentazione già avvenuta in alcune ULSS del Veneto

In particolare il programma ACG (gruppi clinici aggiustati; strumento di aggiustamento per il case/mix applicato a popolazioni/pazienti) sta permettendo sperimentazioni finalizzate a riconoscere i malati in base ai loro bisogni clinico-assistenziali, in modo da collocarli negli ambiti assistenziali appropriati per aver risposte efficaci. ed attente all'uso delle risorse.

La Figura 1 seguente indica come ACG è in grado di classificare la popolazione e selezionare i soggetti che possono essere seguiti con il case o il disease management.

Nel grafico che rappresenta la piramide della cronicità, è possibile avere un esempio della distribuzione dei malati, in base alla complessità clinica-assistenziale e delle corrispondenti risposte organizzative.



Attuare i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) ottimali dal punto di vista clinico ed economico per le principali patologie croniche e favorirne un'implementazione omogenea e diffusa sul territorio. La diffusione di fattori di rischio legati a stili di vita scorretti e l'invecchiamento porteranno all'aumento della prevalenza di alcune patologie croniche tra cui tumori, diabete, malattie cardiovascolari e

neurodegenerative, che sono destinate a generare una vera e propria esplosione dei costi per la sanità e l'assistenza socio-sanitaria. Definire ed implementare PDTA basati sulle linee guida scientifiche e sulle logiche dell'HTA in modo omogeneo, è indispensabile non solo per garantire ai pazienti il percorso di cura più efficace con le migliori terapie disponibili, ma anche per gestire correttamente queste patologie fin dalle prime fasi della loro manifestazione e prevenire l'insorgenza di complicanze, evitando anche i rilevanti costi sanitari e sociali ad esse connessi.

Sviluppare un nuovo modello assistenziale definito “SANITÀ D’INIZIATIVA” che – a differenza di quello classico della “medicina d’attesa”, disegnato sulle malattie acute – *sia in grado di assumere il bisogno di salute prima dell’insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, e di gestire la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.*

Tale modello privilegia l’area della prevenzione, anche migliorando la gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio: tutto ciò è possibile mediante l’integrazione degli assetti organizzativi e professionali operanti negli Ospedali e sul Territorio.

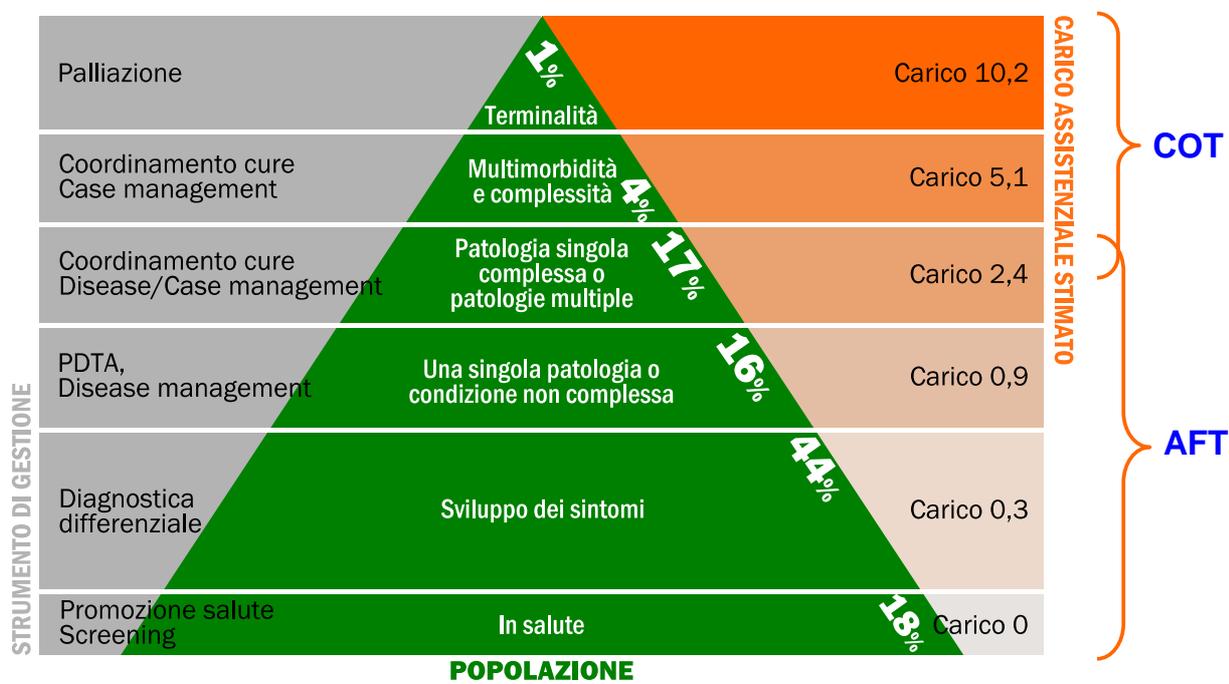
I gruppi di malati vicini alla base della piramide, possono essere gestiti nell’ambito dell’organizzazione della Medicina Generale, che prevede il consolidamento delle Medicine Integrate e lo sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

L’integrazione delle AFT con l’organizzazione del Distretto e dell’Ospedale, consente di gestire i malati appartenenti ai gruppi che si avvicinano al vertice della piramide, che presentano prevedibile crescente complessità.

La parte più complessa di questi malati, è quella con patologie croniche evolutive che portano verso la terminalità, come prevalentemente sono: tumori, scompenso cardiaco, malattie neurologiche, broncopneumopatie, e le polipatologie che interessano le persone anziane.

Si tratta di malattie con evoluzione e decorso di durata variabile, che presentano nel corso della storia clinica problematiche che richiedono risposte cliniche cui corrispondono diversi e variabili profili assistenziali: ricovero in Ospedale, gestione ambulatoriale, day service/hospital, strutture intermedie, domiciliari, residenziali.

Questi malati richiedono una organizzazione con un coordinamento da parte della Centrale Operativa Territoriale (COT) come rappresentato nel grafico sottostante.



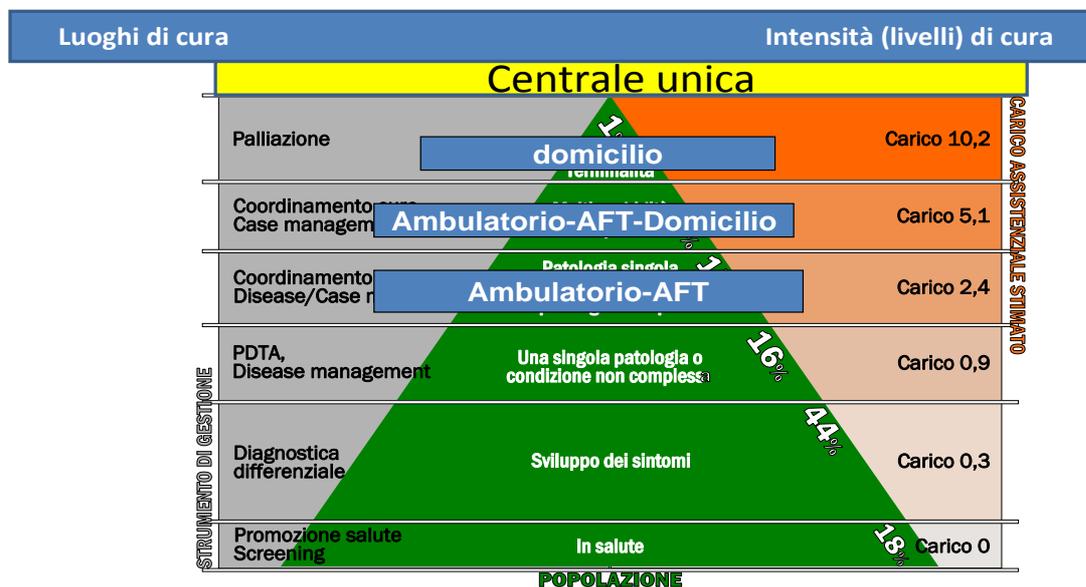
La maggior parte di questi malati, nel corso dell'evoluzione della malattia, richiede più profili assistenziali con una variabilità che deve essere adattata ai bisogni espressi.

La gestione che ne risulta è quindi complessa e richiede una organizzazione capace di a) riconoscere i malati che presentano la maggiore complessità, b) riconoscere i bisogni, e c) permettere di offrire il profilo assistenziale appropriato.

Il riconoscimento dei malati, è possibile associando alle patologie sopra ricordate un criterio prognostico, come una prognosi < ad un anno di vita.

Malati con tumori, scompenso cardiaco, malattie neurologiche, broncopneumopatie, ed anziani con polipatologie, che non hanno una prospettiva di cure efficaci per la loro malattia ed hanno una prospettiva di vita inferiore all'anno, devono essere considerati portatori della maggiore complessità e candidati alle cure palliative, nell'ambito di un'organizzazione idonea ad offrire a ciascun malato risposte clinico-assistenziali efficaci ed appropriate in relazione ai bisogni espressi.

Malati cronici-complexi



19/02/2014

Fasi e tempi delle azioni previste (cronogramma)

Azione 1

Implementazione del sistema ACG con preparazione dei data base in tutte le ULSS. Attivazione delle centrali operative territoriali.

Tempo previsto: 2 mesi . Fasi del progetto: da maggio a luglio

Azione 2 recepimento dei PDTA all'interno dei patti aziendali e loro utilizzo come buone pratiche nelle forme organizzate di assistenza primaria

Tempo previsto: 2 mesi . Fasi del progetto: da maggio a luglio

Azione 3

Identificazione dei soggetti portatori di patologie croniche ed eleggibili per le attività di medicina di iniziativa e follow-up

Tempo previsto: 2 mesi . Fasi del progetto: da luglio a settembre

Azione 4

Avvio del reclutamento dei primi soggetti nelle attività di disease -management (PDTA)

Tempo previsto: 6 mesi . Fasi del progetto: da settembre a marzo

Azione 5

Avvio del reclutamento dei primi soggetti nelle attività di case-management (coordinamento delle cure)

Tempo previsto: 6 mesi . Fasi del progetto: da settembre a marzo

Azione 6

Valutazione dei risultati con misurazione degli indicatori

Tempo previsto: 2 mesi . Fasi del progetto: da marzo ad aprile

Cronogramma

Cronoprogramma ACG		2013/2014											
		Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
FASI DEL PROGETTO													
1	Implementazione del sistema ACG con preparazione dei data base in tutte le ULSS												
2	Attivazione delle centrali operative territoriali.												
3	recepimento dei PDTA all'interno dei patti aziendali												
4	loro utilizzo come buone pratiche nelle forme organizzate di assistenza primaria												
5	Identificazione dei soggetti portatori di patologie croniche ed eleggibili												
6	Avvio del reclutamento dei primi soggetti nelle attivita' di disease -management (PDTA)												
7	Avvio del reclutamento dei primi soggetti nelle attivita' di case-management (
8	Valutazione raggiungimento obiettivi												

Risultati attesi

- Mappatura della morbilità della popolazione in categorie ad uso atteso simile id risorse (ACG e RUBS)
- Generazione di registri di malattie e di liste di pazienti complessi con multimorbilità per la centrale operativa territoriale.
- Riduzione dei codici bianchi in Pronto soccorso
- Riduzione del tasso di ricovero: tasso ospedalizzazione standardizzato 140‰.
- Riduzione della spesa farmaceutica: costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata determinato in base alla popolazione pesata non superiore a €140,00.
- Riduzione della spesa e del numero di prestazioni specialistiche: numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante (tasso standardizzato esclusa la diagnostica di laboratorio) non superiore a 4.
- Generazione di singoli report clinici dal data base di ACG che possono alimentare il fascicolo sanitario elettronico (LEA).

Indicatori di processo

1. Tassi di prevalenza delle principali malattie croniche nella popolazione
2. Tassi d prevalenza delle comorbidity' nella popolazione
3. Percentuale di soggetti con patologie target inseriti in programmi di medicina di iniziativa.

Indicatori di risultato

1. Tassi di ospedalizzazione della popolazione generale e target
2. Costi procapite della farmaceutica
3. Tassi di utilizzo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
4. Mortalità per neoplasia della popolazione generale che avviene in ospedale, a domicilio verso altro luogo.