

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 439 del 20 marzo 2012

Il sistema ACG_z (Adjusted Clinical Group) per la valutazione e gestione del case-mix territoriale nella Regione Veneto: progetto pilota per l'adozione di strumenti innovativi di misurazione del rischio, analisi, programmazione
[Sanità e igiene pubblica]

(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr) [

Note per la trasparenza:
Verifica della qualità nel sistema regionale delle cure primarie.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue

Il PSSR definisce e ribadisce il ruolo chiave che in futuro il territorio dovrà svolgere nel tutelare la salute dei cittadini veneti, spostando il fulcro dell'assistenza sanitaria dal classico luogo di cura dell'ospedale alla rete dei servizi territoriali lungo l'intero spettro della filiera assistenziale. Nel percorso di riforma dell'organizzazione dei servizi territoriali, emerge la necessità di adottare strumenti di misurazione, analisi e gestione della salute del cittadino che, analogamente al sistema dei DRG ospedalieri, consenta di misurarne oggettivamente l'attività e di confrontare popolazioni di pazienti, tenendo conto della multimorbilità, partendo dal paziente, dal suo carico di malattia e non dalla prestazione, dal suo costo o dall'erogatore.

L'analisi degli strumenti metodologici disponibili in ambito di management sanitario, ha portato alla individuazione del sistema ACG (*Adjusted Clinical Group*, *The Johns Hopkins ACG_z System* per le sue potenzialità di analisi della morbidità, di confronto tra popolazioni e per le sue capacità di individuare soggetti ad alto rischio (case-finding) con modelli predittivi. Gli strumenti di case-finding infatti sono il punto di partenza per la medicina di iniziativa che deve essere diretta prioritariamente ai soggetti a rischio che sono individuati da un processo di screening. Una volta individuati, i soggetti screenati possono essere sottoposti ad un intervento mirato a rimuovere o ridurre quei fattori di rischio che sono modificabili. Per il gruppo di soggetti a maggior rischio, la Johns Hopkins University, ha messo a punto anche il modello *Guided Care* per rispondere alle esigenze di *disease e care management* del paziente portatore di cronicità multiple. Questo modello, basato sulla partnership tra medico di MG, infermiere *care manager* e paziente/famiglia, sostiene il paziente (e la sua famiglia) con un sistema di cure organizzato, personalizzato e coordinato che usa l'ospedale come transitorio momento di cura, mentre sviluppa pienamente le sue competenze con la presa in carico multiprofessionale nella valorizzazione dell'autonomia funzionale e della vicinanza all'ambiente di cura domiciliare.

Il sistema ACG è uno strumento di aggiustamento per il case/mix (grouper) applicato a popolazioni/pazienti (e non ad episodi di cura come il DRG) sviluppato da medici e ricercatori della Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health a Baltimore, Maryland, U.S.A. Il sistema ACG, utilizzando dati provenienti dai flussi informativi aziendali, misura lo stato di salute di una popolazione raggruppando le diagnosi di malattia e l'uso di farmaci in gruppi clinicamente coerenti, assegnando ciascun individuo ad una singola categoria o gruppo ACG, che rappresenta una misura relativa del consumo atteso di risorse sanitarie. Metodologicamente, il sistema ACG utilizza le informazioni fornite dai codici di malattia e dai dati di farmaceutica per stratificare la morbidità dei pazienti in 93 gruppi distinti (ACG o Adjusted Clinical Groups) consentendo una rappresentazione più accurata dell'intera costellazione di malattie. Diversamente da altri sistemi che basano il raggruppamento su episodi di cura, il sistema ACG rappresenta il mix di patologie che la persona sperimenta nel suo percorso che si snoda tra visite, luoghi di cura e diversi *providers* (gruppi di MMG, privato accreditato, altri convenzionati, dipendenti del SSN).

L'uso dello strumento ACG è supportato da un team professionale che dal 2003 fornisce alle organizzazioni sanitarie assistenza e supporto per ottenere dal software le informazioni per misurare i 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 ACG è attualmente in uso in 12 nazioni del mondo tra cui la Svezia, la Germania, il Regno Unito, la Spagna, Israele e il Canada. Il sistema viene 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 comorbilità (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.

Il team di supporto del sistema ACG consiste di personale medico e tecnico della Johns Hopkins University di Baltimore con una vasta esperienza nei sistemi sanitari di tutto il mondo. La loro esperienza include attività di ricerca sui modelli di erogazione delle cure primarie e sul loro finanziamento, capacità di interpretare fenomeni di morbidità da una prospettiva sia clinica che di management sanitario, capacità di adattare modelli predittivi alle esigenze specifiche delle organizzazioni dei sistemi sanitari, conoscenza approfondita dei più avanzati sistemi di registrazione elettronica di dati sanitari (EMR), e infine competenze avanzate nella comprensione e utilizzo di tutti sistemi di codifica internazionale sia diagnostica che farmaceutica. La Johns Hopkins ha di recente siglato un accordo con WONCA (Organizzazione Mondiale dei Medici di Famiglia) per la messa a punto dell'ICPC 2 (International Classification of Primary Care) e per l'adozione dell'ACG system nell'ambito delle Cure Primarie.

Una volta messo a punto il sistema di identificazione/screening dei pazienti ad alto rischio attraverso il sistema ACG, verrà valutata anche la possibilità di utilizzare in Veneto il modello *Guided Care* della Johns Hopkins per un intervento integrato di coordinamento delle cure del paziente con bisogni complessi in sinergia tra infermiere care-manager e Medico di MG. Questo strumento è dotato di un pacchetto formativo per medici e infermieri e di strumenti di lavoro validati e multi professionali.

Il modello assicura alcune attività assistenziali sul paziente in carico tra cui:

- Valutazione del paziente e del principale caregiver al domicilio;
- Creazione di un piano di cura evidence-based condiviso tra medico e infermiere e un Piano di Azione comprensibile al paziente e al caregiver;
- Promozione dell'auto-gestione della malattia, ove possibile;
- Monitoraggio almeno mensile delle condizioni del paziente in modo proattivo;
- Coordinamento delle iniziative di tutti gli attori coinvolti nella cura, incluso l'ospedale, il pronto soccorso, gli ambulatori specialistici, i servizi domiciliari, i servizi per le cure palliative ed i servizi sociali;
- Favorisce le transizioni tra luoghi di cure focalizzandosi particolarmente sulle transizioni da e in ospedale;
- Educa e supporta i familiari e i caregivers;
- Facilitazione d'accesso alle risorse e al capitale sociale della comunità dove vive il paziente.

Prima di applicare il sistema ACG a tutta la popolazione del Veneto, è opportuno sperimentare in alcune ULSS pilota come questo sistema, centrato sul paziente e non sulla prestazione, riesca a valorizzare le informazioni ed i dati presenti nei nostri sistemi informativi aziendali. La loro elaborazione, infatti, potrebbe fornire analisi di aggiustamento per il case-mix, misure di performance delle forme organizzate di cure primarie, confronti tra diverse popolazioni assistite per l'assegnazione pesata di *budget*, risorse e quote capitarie, e infine identificazione di pazienti ad alto rischio per il relativo *care management con il modello Guided Care*.

Il presente documento riassume gli obiettivi, i tempi, i modi e le risorse necessarie per attivare nel primo anno (2012) un progetto pilota di applicazione dell'ACG system e, in successione, se fattibile, del *Guided Care Model* alle popolazioni di due ULSS della Regione Veneto. Dopo il primo anno, il progetto è disegnato per proseguire nel 2013, con pari risorse, in vista di una possibile futura applicazione di questi strumenti ad un'altra porzione della popolazione del Veneto. Vengono inoltre dichiarati i risultati attesi dalla implementazione di questi strumenti nell'organizzazione aziendale delle ULSS pilota.

Gli obiettivi principali di questo progetto nel primo anno sono:

- Sperimentazione di uno strumento di misurazione, analisi e descrizione dei bisogni di salute della popolazione degli assistiti (e non solo dei pazienti)
- Mappatura e confronto della multimorbidità tra popolazioni, gruppi e aggregazioni diverse di assistiti con vari gradi di organizzazione
- Validazione dello strumento diagnostico tramite il confronto dei dati prodotti dalla reportistica ACG con i dati del medico curante
- Identificazione di 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.
- Validazione dello strumento di case-finding dei soggetti ad alto rischio tramite il confronto dei dati prodotti dallo strumento ACG con i dati del medico curante.
- Pianificazione del supporto distrettuale alle forme organizzate di medicina di famiglia per l'assegnazione di risorse di personale (soprattutto infermieristico) basata sui bisogni di salute e sulla multi-morbidità degli assistiti.

Per la Regione in particolare:

- Proposte di riallocazione/riparto delle risorse tra le ULSS calcolate per bisogni misurati di salute e non solo per età, genere, luogo di residenza e spesa storica della popolazione.
- Valutazione di possibili misure di aggiustamento delle quote capitarie sulla base della presenza di multimorbidità e non solo sull'età, il genere o il luogo disagiato di residenza.

- Valutazione della possibile implementazione del modello *Guided Care* come modello di gestione del paziente con multimorbidità e bisogni sanitari e socio-sanitari complessi (*case management*)

Questo progetto include otto fasi con le relative attività e temporizzazione:

- 1) lancio e programmazione
- 2) sviluppo del data base: preparazione dei files di input e merging dei files dalle diverse fonti (anagrafe, esenzioni, ambulatoriale, farmaci, ricoveri, pronto soccorso, residenzialità)
- 3) sviluppo di analisi descrittive di morbidità della popolazione con validazione da parte del MMG delle diagnosi in campioni di assistiti.
- 4) creazione di liste di pazienti ad alto rischio per il *care* e il *disease management* con validazione del case-finding da parte di alcuni MMG.
- 5) analisi di efficienza, formulazione di budgets indicativi per le forme organizzate di *primary care* e simulazione di quote capitarie aggiustate.
- 6) valutazione di fattibilità dell'applicazione del modello Guided Care nel nostro modello di cura
- 7) valutazione del raggiungimento degli obiettivi con l'analisi dei risultati e degli output
- 8) debriefing, pianificazione strategica per l'anno successivo con coinvolgimento di altre ULSS

Cronogramma del progetto durante il primo anno.												
	Mesi di attività del progetto (1 e 2 anno)											
Fasi del progetto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1) lancio/programm.												
2) costruz. database												
3) validazione diagnosi												
4) validazione case-finding												
5) analisi di efficienza												
6) valut. <i>Guided Care</i>												
7) valutazione ragg. obiet.												
8) debriefing/programmaz.												

Il progetto avrà una durata di 12 + 12 mesi a partire dal 1° aprile 2012, o dalla data in cui è stato finalizzato l'accordo con la Johns Hopkins University per il progetto di collaborazione (*Evaluation Project Agreement*) e l'acquisizione della licenza (*Software Licensing Agreement*) per l'uso del Software denominato ACG System. L'attività del secondo anno sarà contingente al raggiungimento degli obiettivi di implementazione del sistema ACG nelle 2 ULSS pilota. Durante il secondo anno, le attività e la tempistica saranno simili a quelle del primo anno (tranne il seminario a Baltimore), ma estese ad altre ULSS del Veneto e mirate al consolidamento dell'utilizzo del sistema ACG e all'eventuale acquisizione anche della licenza del *Guided Care Model* con relativa implementazione.

Durante il primo mese di attività del progetto, avrà luogo a Venezia un workshop con lancio del progetto cui parteciperanno un medico rappresentante della Johns Hopkins ACG, dirigenti regionali, dirigenti e medici di medicina generale delle ULSS pilota coinvolte nel progetto.

Dal 5 all'8 Maggio 2012, 4 persone del gruppo di lavoro (inclusi i due analisti di ogni ULSS) parteciperanno al seminario internazionale che si terrà a Baltimora per tutti gli utenti internazionali di ACG. In tale sede verrà effettuata insieme all'equipe della Johns Hopkins una prima valutazione dell'avanzamento dei lavori di implementazione dell'ACG ai dati locali.

Verso la fine dell'attività progettuale verrà organizzato, sempre a Venezia, un secondo workshop, questa volta con finalità di restituzione dei risultati all'equipe progettuale e al personale delle 2 ULSS pilota, ma aperto anche ai rappresentanti di tutte le altre ULSS del Veneto potenzialmente interessate all'applicazione del sistema ACG nelle rispettive popolazioni.

Il progetto vede la collaborazione professionale tra i dirigenti della Regione Veneto incaricati del coordinamento del progetto, i medici e ricercatori della Johns Hopkins University ed il personale medico e tecnico delle 2 ULSS che parteciperanno alla fase

pilota della durata di 12 mesi.

Il progetto ha come Principal Investigator il dr. Domenico Mantoan, Segretario alla Sanità e Sociale che è il rappresentante legale per la Regione Veneto nei confronti della Johns Hopkins University di Baltimore. Per la Regione Veneto, il progetto sarà coordinato dalla dr. M. Chiara Corti, dirigente medico presso la Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria della Regione con il supporto del Servizio Epidemiologico Regionale della Regione Veneto.

Vengono designati dalla Segreteria Regionale due gruppi di lavoro:

- un gruppo di lavoro ristretto a livello regionale per la pianificazione, attuazione, feed-back e valutazione del progetto
- un gruppo di lavoro allargato al personale medico e tecnico delle 2 ULSS coinvolte nella sperimentazione che coordina e monitorizza le attività di implementazione del progetto.

Le due ULSS che parteciperanno alla fase pilota saranno selezionate in base alla volontà di partecipare ad attività sperimentali, alle dimensioni e alla possibilità di utilizzare i rispettivi flussi informativi per la costruzione del database e per la generazione delle analisi. Sarà dato particolare valore alla presenza di collegamenti in rete dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta ed alla presenza di forme organizzate di medicina convenzionata con forte integrazione orizzontale e verticale. I dati di origine per la generazione del database resteranno presso le ULSS di provenienza dove i due analisti designati per il progetto e i relativi controlli di gestione saranno incaricati di preparare i files di input e di utilizzare il software ACG system. I dati di output saranno invece condivisi sia con la Regione Veneto che con la Johns Hopkins University per l'interpretazione, la validazione e l'utilizzo per il *case e disease management*.

<u>Ripartizione costi e preventivo per anno</u>			
Voce di spesa	-		
	Coordinamento regionale	Johns Hopkins University	2 Aziende ULSS pilota
Licenza software ACG system per 12 mesi		4.000 \$	
Consulenza professionale per 12 mesi		17.000 \$	
Assistenza al progetto (1 Project Assistant PT, attraverso collaborazione con ARSS)	20.000,00		
Costi aggiuntivi di supporto professionale (valutazione fattibilità Guided Care Model)		10.000 \$	
Spese per 2 workshop a Venezia inizio e fine progetto (con traduzione simult., 1 ospite ACG)	5.000,00		
Staff: 2 analisti/statistici (uno per ogni azienda ULSS)			60.000,00
Collaborazione con dirigenti delle 2 ULSS (IT, controllo di gestione, direzioni)			10.000,00
Collaborazione con alcuni Medici di Medicina Generale referenti di progetto per le 2 ULSS			10.000,00
Collaborazione con Infermieri Dirigenti referenti di progetto (Guided Care Model)			5.000,00
Viaggio e spese per partecipazione a seminario internazionale per ACG users (Baltimore, 6-9 maggio 2012, 2 analisti + 2 project managers della Regione)	6.000,00		5.000,00
Altri costi (attivazione Formazione Guided Care con materiali didattici)	5.000,00		
Totale parziale	36.000,00	31.000 \$ (24.360,00 €)	90.000,00
Totale (in Euro) primo anno			150.360,00
Totale (in Euro) secondo anno			150.000,00
Gran Totale			300.360,00

I termini dell'accordo con la Johns Hopkins University per l'assistenza professionale, l'utilizzo del sistema ACG e l'eventuale implementazione del Guided Care Model sono riportati nell'**Allegato A**.

Il relatore conclude la propria relazione e propone l'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale.

- VISTA la D.G.R. n. 41 del 2011.
- VISTA la D.G.R. n.1666 del 2011.]

delibera

1. Di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente atto.
2. Di approvare il Progetto "Sistema ACG_i per la valutazione e gestione del case-mix territoriale nella Regione Veneto: progetto pilota per l'adozione di strumenti innovativi di misurazione, analisi, programmazione e *case-management* per il governo clinico del territorio", in premessa richiamato, di durata biennale, del costo di euro:

Totale (in Euro) primo anno	150.360,00
Totale (in Euro) secondo anno	150.000,00
Totale complessivo	300.360,00

cui si farà fronte nel seguente modo:

€ 150.360,00.= con lo stanziamento di bilancio, del capitolo 060009, dell'esercizio corrente;

€ 150.000,00.= con successivo atto della Giunta regionale nel secondo anno di sviluppo del Progetto stesso.

3. Di autorizzare il Segretario Regionale alla Sanità a sottoscrivere lo schema di convenzione, **Allegato A** al presente provvedimento per costituirne parte integrante ed essenziale, e i documenti necessari a perfezionare il rapporto contrattuale con la Johns Hopkins University per l'assistenza professionale, l'utilizzo del sistema ACG_i e l'eventuale implementazione del Guided Care Model, nonché ad individuare le due ULSS pilota ed i componenti dei gruppi di lavoro richiamati in premessa.
4. Di incaricare il Segretario Regionale alla Sanità di assumere, con proprio decreto, l'impegno di cui al punto 2. e di individuare i relativi beneficiari, ad avvenuta approvazione del Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2012.
5. Di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.
6. La Direzione regionale Attuazione Programmazione Sanitaria è incaricata dell'esecuzione del presente atto.
7. Di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.