



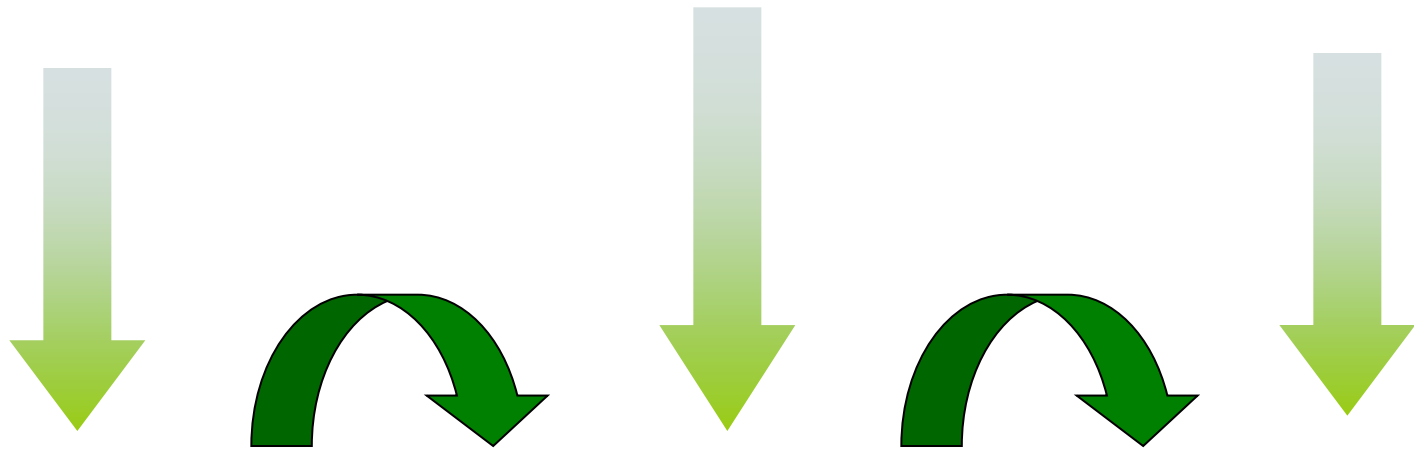
IL DISTRETTO LUOGO DELLE RELAZIONI E DELL'INTEGRAZIONE OPERATIVA

Dott. ssa Chiara Bovo

Direttore Sanitario

Azienda ULSS 20 Verona

Le “spinte” al cambiamento



FENOMA
COMPLESSO

DIFFERENZIARE
I PAZIENTI
per intensità

MEDICINA DI
SISTEMA

Assistere la cronicità

Il Modello Tradizionale di assistenza nel territorio non sempre riesce ad **evitare le ricadute, l'aggravamento e l'evoluzione verso la disabilità**

In Italia abbiamo un **sistema di cure che punta ancora troppo poco**, ed in modo non uniforme, alla cura delle malattie croniche ed al **rafforzamento dei servizi territoriali**

L'incremento delle malattie croniche è nel mondo (ed in Italia) un'emergenza (OMS, 2006) ed è **superiore al tasso di invecchiamento** per Diabete ed ipertensione (SIMG, 2010)



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Launching Accountable Care Organizations — The Proposed Rule for the Medicare Shared Savings Program

Donald M. Berwick, M.D., M.P.P.

N Engl J Med 2011; 364(16): e32.

“ Dal momento che in molti setting nessun gruppo di stakeholders – medici, ospedali, erogatori pubblici o privati, operatori – si assume la completa responsabilità di gestire la salute di un paziente o della comunità, l'assistenza è distribuita attraverso diversi livelli e l'integrazione tra di essi è frammentata. La frammentazione esita in spreco e duplicazione – ed in costi elevati inutili”

Box 3. The consequences of fragmented care and support

The impact of fragmentation can be just as much of a problem *between different NHS services* as it is *between NHS and social care services*. Such fragmentation has the potential to lead to:

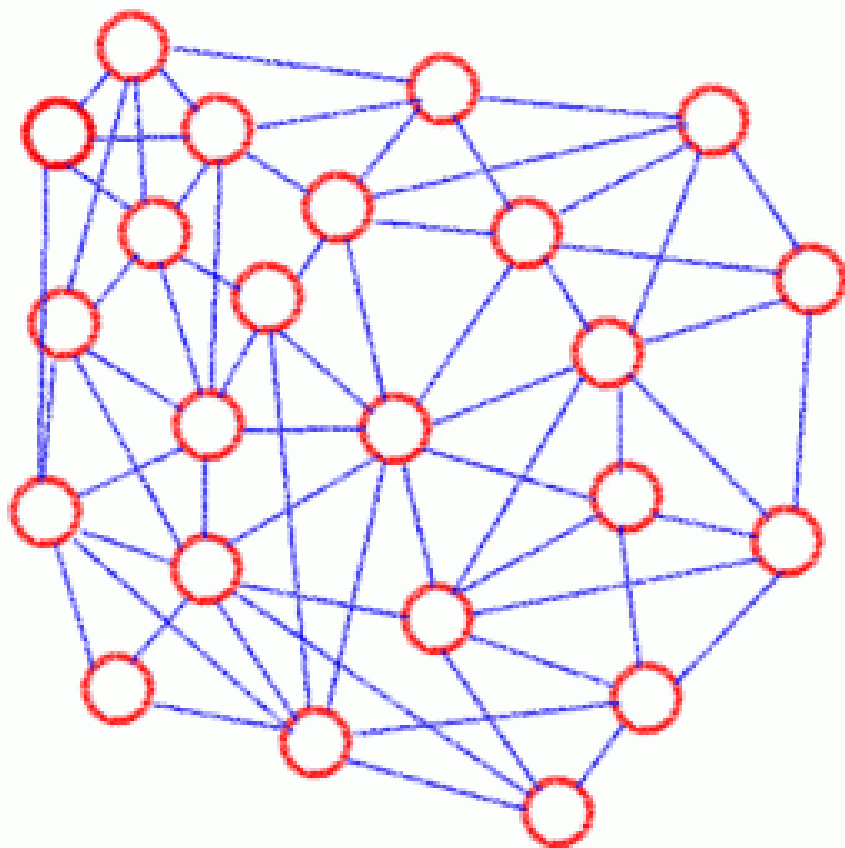
- Failure to take steps to prevent or delay onset of needs through prevention or early intervention **Fallimento della prevenzione**
- Multiple and uncoordinated assessments from health and social care, leading to delay of provision **Ritardi**
- Packages of health and social care provision that do not fit in with the person's lifestyle or are not age-appropriate **Inappropriatezza**
- Multiple, uncoordinated visits from health and social care professionals **Sprechi**
- Multiple trips to hospitals for tests, diagnostics and treatment
- Unsafe transfers from hospital to residential care
- Unreliable transitions through care pathways, including from childhood to adult care **Discontinuità**
- Emergency admission to hospital e.g. after avoidable worsening condition or avoidable fall **Inappropriatezza**
- Emergency readmission following unsafe discharge from hospital or lack of information for people managing their conditions
- Failure to meet a person's wish to die at home or receive end of life care in their own home **Carenze comunicative**

ricoveri ripetuti

- 13,2% nei 30 giorni
- 17,9% nei 3 mesi
- 41% nei 9-11 mesi

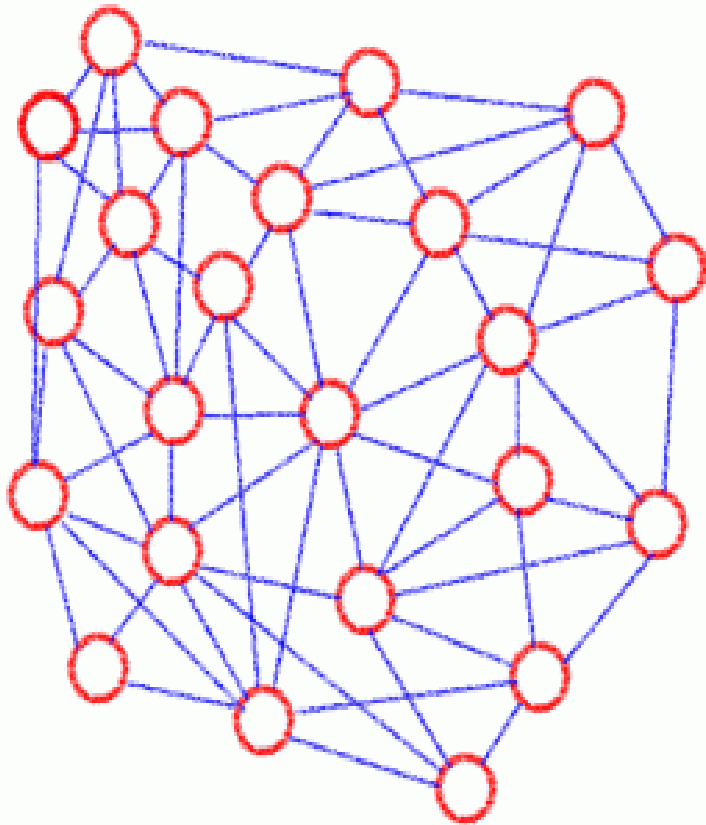
dimissioni difficili possono essere un altro indicatore di complessità. I pazienti complessi, ricoverati generalmente presso le Unità Operative di Medicina Interna o Geriatria o in reparti specialistici medico chirurgici, ricevono cure che, se non determinano la guarigione, possono richiedere lunghi periodi di ricovero per una stabilizzazione sufficiente a garantire un rientro a domicilio in sicurezza





L'organizzazione di un ente sanitario moderno deve essere simile ad una rete permettendo ad ogni nodo, equivalente agli altri di concentrarsi su obiettivi anziché su fasi.

L'azienda connessa: Un piano d'azione per le strategie di business del 21° secolo
Dave Gray, Thomas Vander Wal, 2013



-
- 1 identificazione delle necessità del paziente/cittadino
 - 2 definizione di criteri di accesso chiari ai diversi servizi
 - 3 sistemi di collegamento precisi tra i diversi servizi
 - 4 non è importante che il paziente conosca o sappia qual è il tipo di organizzazione quanto invece deve avere qualcuno che risponde sempre al suo bisogno e si faccia carico della risposta e del percorso successivo

INDIRIZZI GENERALI DEL PSSR 2012-2016

L'analisi di contesto ha evidenziato il mutare dei bisogni assistenziali e nuove sfide assistenziali indotte principalmente dalla crescita dell'aspettativa di vita con progressivo invecchiamento della popolazione e con l'aumento delle patologie cronico-degenerative.

In tale contesto rappresentano scelte strategiche della programmazione regionale:

- il potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo e le competenze del Distretto socio-sanitario, ridisegnando la rete territoriale sulla scorta di una “filiera dell'assistenza” in grado di garantire un sistema di cure gradualità;
- il completamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza viene definita sulla base della similarità dei bisogni (complessità clinica e intensità di cura richiesta);

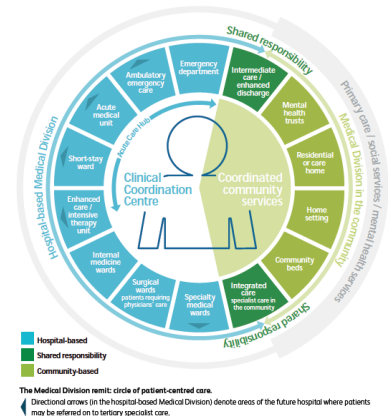
Piano Regionale Socio-Sanitario 2012-2016

Focus sul territorio e le cure primarie



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 2122 del 19.11.2013

Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla l.r. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organiche e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-16



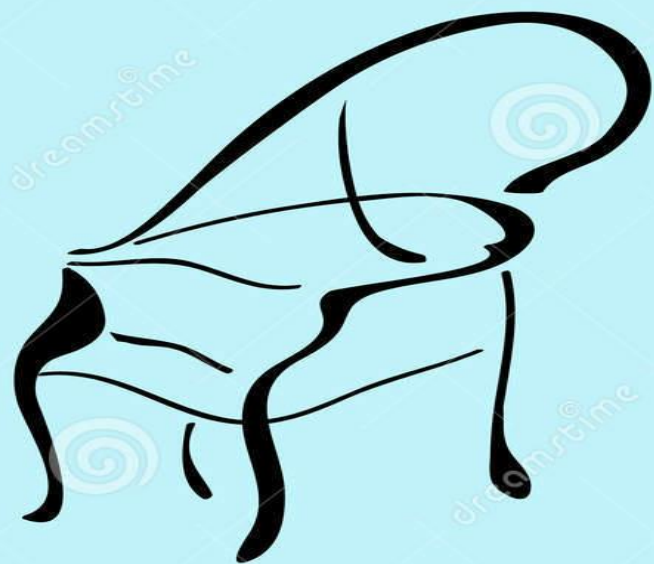
Il sistema delle schede di dotazione territoriale riguarda:

- la programmazione dei Distretti socio-sanitari e la riorganizzazione delle Cure Primarie attraverso i nuovi team multiprofessionali (Medicine di Gruppo Integrate) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali;
- la programmazione dei posti letto delle Strutture di ricovero intermedie;
- la rilevazione dell'offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani.

Il Distretto è la struttura operativa della Azienda Sanitaria Locale (ASL) deputata a contribuire alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza riferibili al sistema della PHC, che si traduce principalmente nella proposizione, attuazione e verifica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale e nella realizzazione della continuità

assistenziale per pazienti cronici e con bisogni assistenziali complessi





LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

- COORDINA LA DIMISSIONE DALL'OSPEDALE
- COORDINA LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI IN ADP E LE EVENTUALI TRANSIZIONI DA UN SETTING DI CURA ALL'ALTRO
- COORDINA LA TRANSIZIONE E SORVEGLIA SULLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI RICOVERATI PRESSO LE STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE

CARDINE DELL'ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE PERCHE' COORDINA LA PRESA IN CARICO DELL'UTENTE "PROTETTO" E FA DA RACCORDO TRA I SOGGETTI DELLA RETE ASSISTENZIALE. RACCOGLIE E CLASSIFICA I BISOGNI ESPRESSI, ATTIVA LE RISORSE APPROPRIATE TUTELANDO I MOMENTI DI TRANSIZIONE



Uso pilota di (ACG) Adjusted Clinical Groups® nella Regione Veneto

Nell'aprile 2012 la Regione Veneto ,
in collaborazione con Johns Hopkins
University di Baltimore, ha iniziato
l'uso pilota di ACG (Adjusted
Clinical Groups® nella ULSS 16 e 20

1 milione di assistiti,
20% della popolazione

VERONA

PADOVA



REGIONE DEL VENETO

Cosa fa il sistema ACG ?

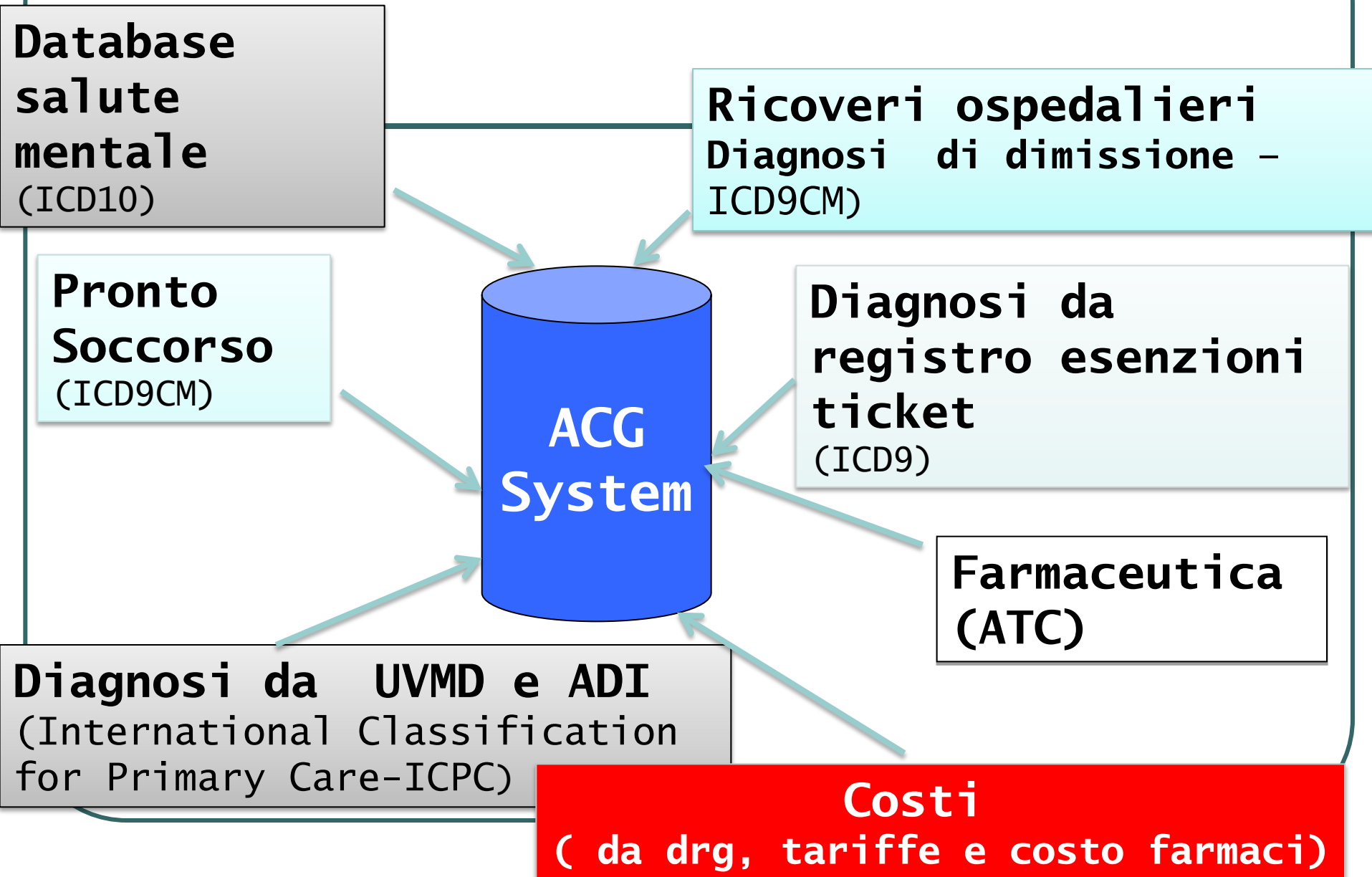
Raggruppa

Classifica la popolazione in gruppi omogenei per profilo di malattia e consumo atteso (prognosi) di risorse assistenziali (Grouper)

Principio

Le malattie, la loro prognosi e non le prestazioni sono i drivers principali nell'utilizzo di risorse sanitarie E DEI COSTI !!

Fonti dati usati da ACG



ACG categorizza considerando:

- ❑ La loro intera esperienza con il servizio sanitario
- ❑ L'intera morbidita', attingendo dati dai flussi aziendali, misurando lo stato di salute
- ❑ Il case-mix della popolazione utilizzando le malattie e la traiettoria prognostica attesa.
- ❑ Un uso sia retrospettivo che prospettico di governo clinico.

DRG categorizza nell'ambito di :

- ❑ Una prestazione erogata da un fornitore (classic. Ospedale)
- ❑ Un evento (ricovero) con malattie e relative procedure che porta a raggruppare in alcune categorie ad isorisorse
- ❑ Un uso solo retrospettivo, principalmente a scopo di rimborso .

ACG: strumento validato nella nostra popolazione

➤ Mappatura della morbidità

- monitoraggio stato di salute della popolazione
- strumento di integrazione di dati clinici per il Fascicolo sanitario elettronico.

➤ Care Management

- identificazione di pazienti ad alto rischio di consumo
 - Disease management
 - Case management

➤ Finanziamento, Pagamento, Pianificazione

- quote capitarie aggiustate per la comorbidità;
- allocazione di budgets

➤ Analisi della performance degli erogatori

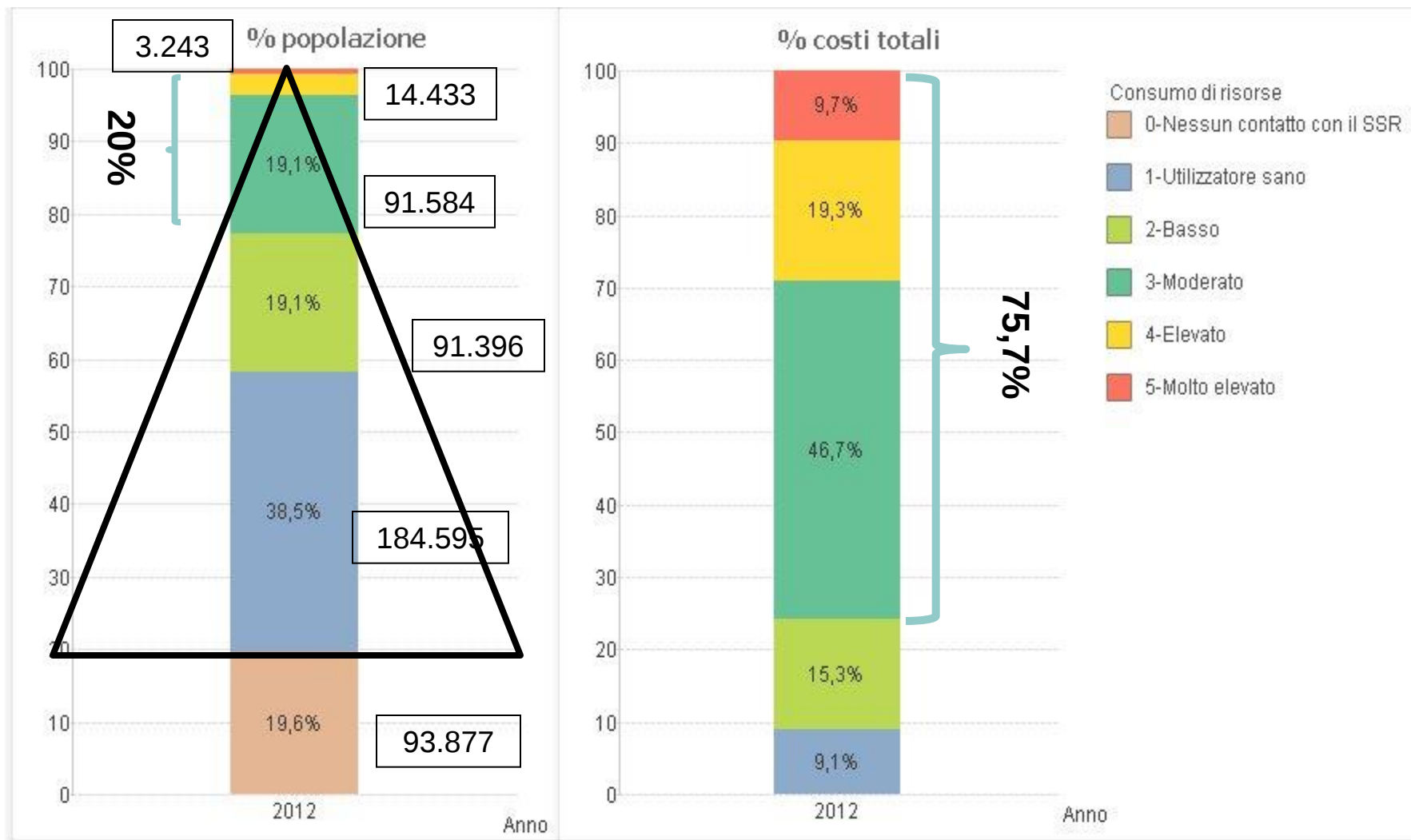
- Profiling degli erogatori
- Performance (efficienza)

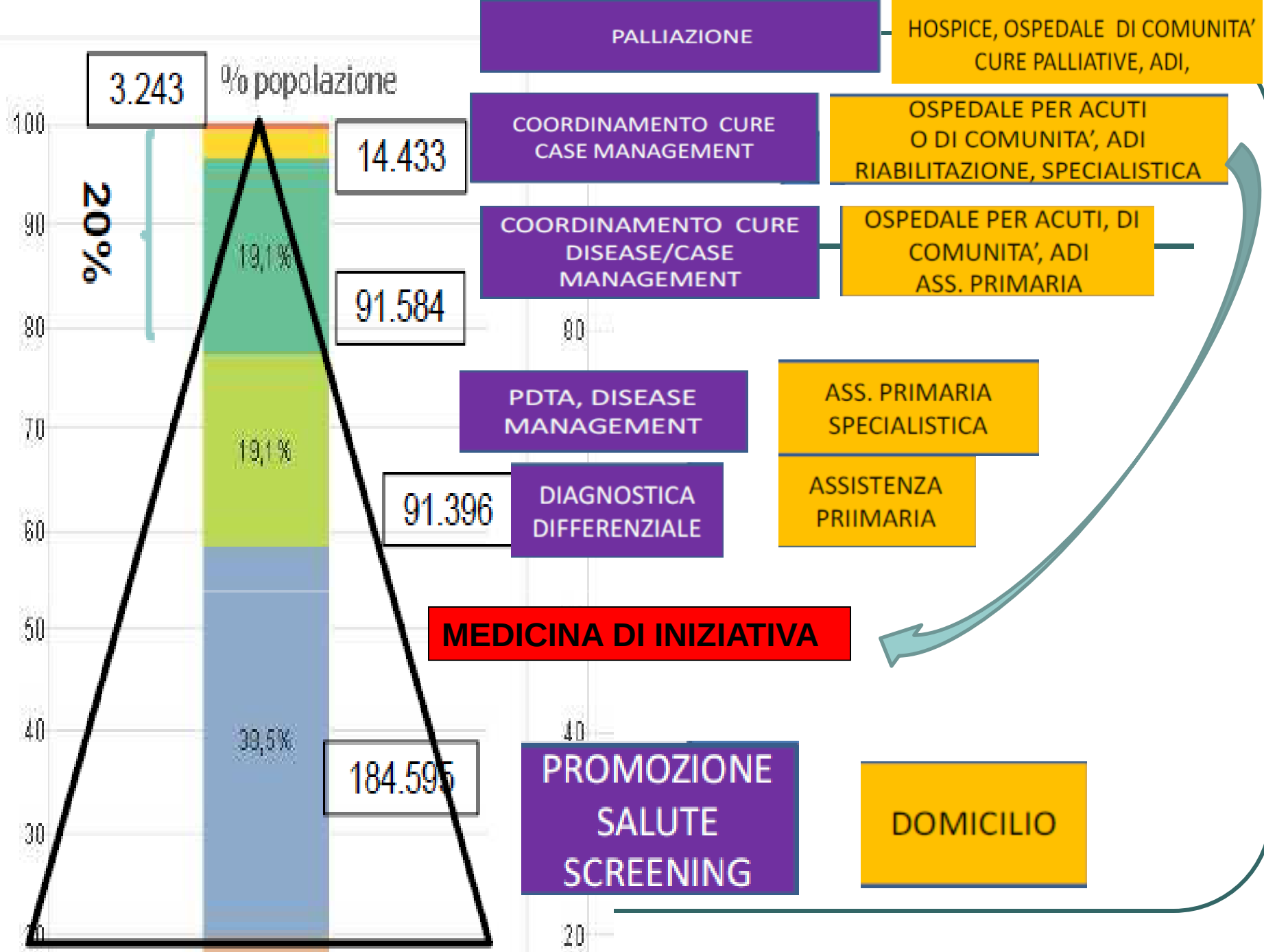


ACG fornisce una serie di **markers clinici** utili per:

- **Selezionare possibili candidati** per programmi di medicina di iniziativa e sperimentazioni di modelli di cura integrati
- **Quantificare reali ritorni** di investimenti, aggiustando per il case-mix

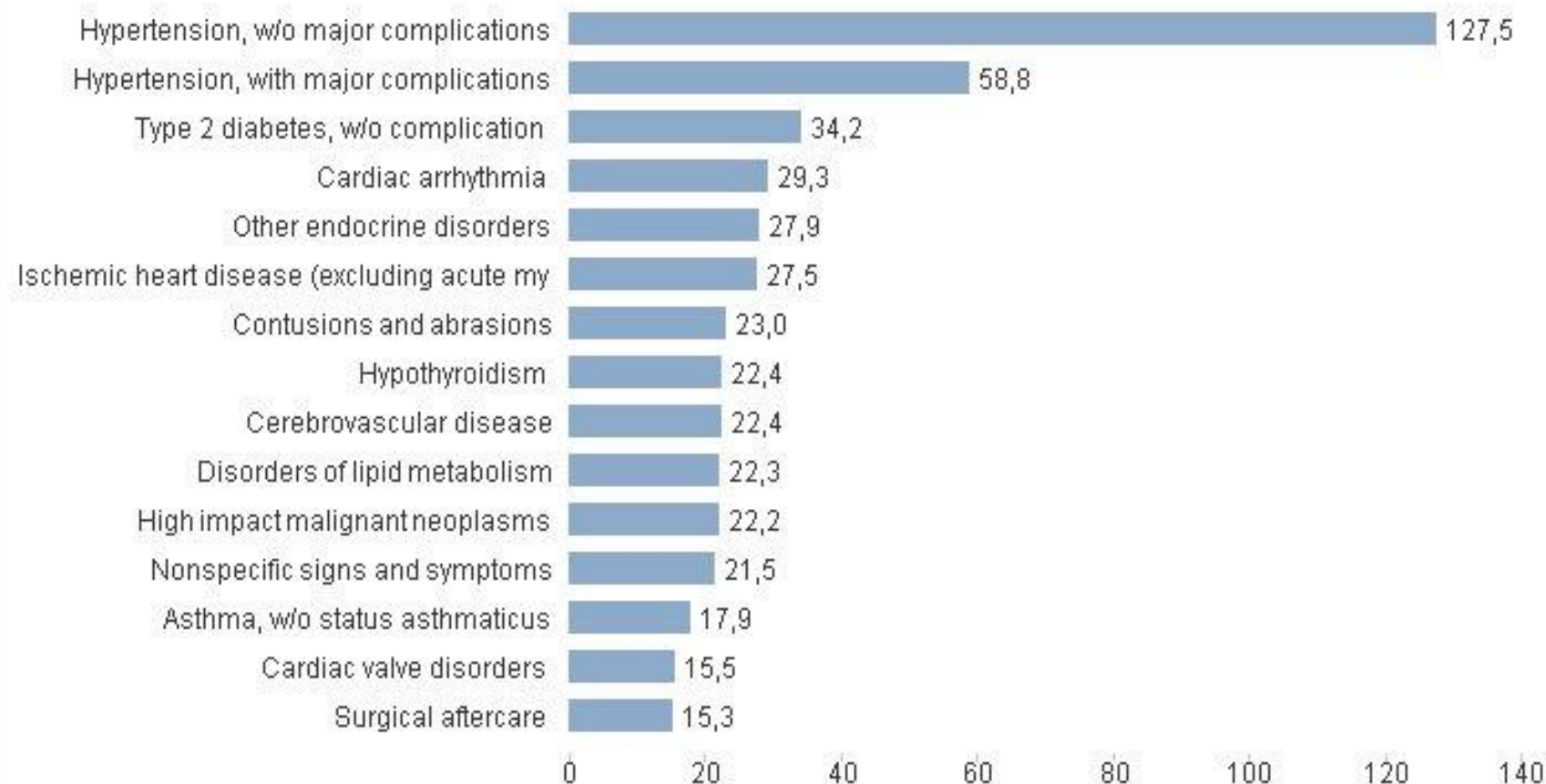
Popolazione e costi per RUB



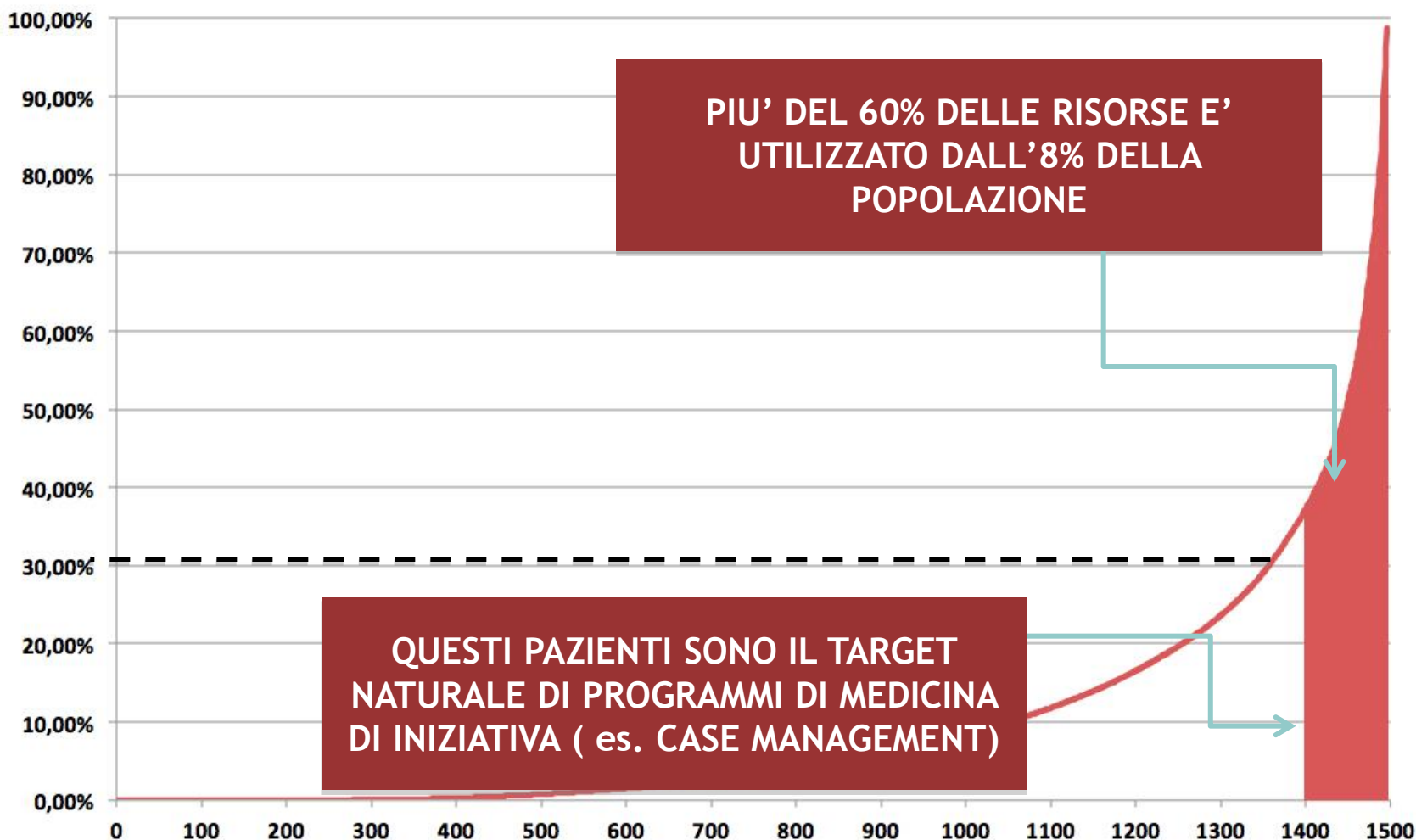


Prevalenza/1000 dei 15 EDC più frequenti

EDC più frequenti: prevalenza per 1000 sul totale degli assistiti



ACG correla la multimorbidita' con i costi e con modelli predittivi individua i pazienti a maggior rischio*



* distribuzione % cumulativa nella popolazione di 1 MMG

Il **Distretto socio-sanitario** è l'articolazione dell'Azienda ULSS finalizzata a realizzare l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni socio-sanitari della popolazione.



Necessità di strumenti di **Case e Disease Management**



ACG fornisce la **CARE
MANAGEMENT LIST**

Valutazione delle performance

Confronto tra spesa osservata e spesa attesa

Rapporto O/E

- Valori superiori a 1 indicano una spesa maggiore di quella attesa
- Valori inferiori a 1 indicano una spesa inferiore a quella attesa

Indicatori di performance per Distretto

Distretto	N	Media Peso ACG locale	Costo medio osservato	Costo medio totale	Costo medio aggiustato per ACG	Rapporto tra costo osservato e aggiustato per ACG
120_10a	131010	1,02	€ 1.031,66	€ 963,07	€ 983,74	1,05
120_10b	105198	0,98	€ 959,60	€ 963,07	€ 947,43	1,01
120_10c	115882	0,97	€ 963,59	€ 963,07	€ 934,74	1,03
120_10d	125094	1,02	€ 891,50	€ 963,07	€ 982,00	0,91
120_DIS_99	1944	0,92	€ 1.103,09	€ 963,07	€ 887,64	1,24
Totale	479128	1,00	€ 963,07	€ 963,07	€ 963,07	1,00

Riassumendo

- ACG CONSENTE UNA MAPPATURA DI AFFERENZA DISTRETTUALE E DI MMG (QUINDI DI COSTITUENDE AFT) DEI PAZIENTI CON LA STRATIFICAZIONE PER IL RISCHIO DI PATOLOGIA
- CIO' CONSENTE DI AVERE A DISPOSIZIONE UN POTENTE STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLA PROPRIA PERFORMANCE PER TUTTI GLI ATTORI CHE HANNO UNA QUALCHE TIPO DI RESPONSABILITA' NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE, IN PRIMIS IL DISTRETTO
- NON E' PIU' INVOCABILE LA CARENZA DI DATI
- SULLA BASE DELLE ANALISI RESE POSSIBILI DA ACG E SULLA BASE DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA PHC IN ATTO CI SONO TUTTI I PRESUPPOSTI PER COMPIERE IL SALTO

**Ok, what is your
plan?**

Grazie dell'attenzione e Buon Natale!