

# **MIGLIORARE L'EQUITÀ E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO: IL SISTEMA ACG**

**Maria Chiara Corti**

Direttore U.O. Strutture intermedie e socio-sanitarie territoriali, Regione del Veneto

Il Servizio sanitario nazionale (SSN), ispirato ai principi di universalità, uguaglianza e globalità, è ancora oggi considerato dall'Organizzazione mondiale della sanità il miglior modello per garantire: il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione, la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini e l'assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione. Il Servizio Sanitario regionale, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, è «un sistema sanitario d'eccellenza, che riesce a garantire a tutti i cittadini tutti i servizi essenziali con risorse sostenibili e costi inferiori a quelli medi italiani ed europei». La sanità del Veneto, secondo l'Oms, si sta attrezzando rapidamente a recepire nel proprio sistema le principali novità di una sanità più equa e sostenibile, così come sono state delineate nel Documento strategico dell'Oms "Salute 2020" [1]: il contrasto delle disuguaglianze di salute, la centralità del cittadino nell'assistenza, la promozione della salute anche al di fuori del stretto ambito sanitario, coinvolgendo tutte le politiche [2].

La Regione del Veneto, nel percorso di riforma dell'organizzazione dei servizi territoriali sancita dalla LR n.23 del 29 giugno 2012 che ha portato all'approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016 [3], ha individuato come obiettivo prioritario non solo lo sviluppo del territorio come luogo privilegiato di cura, ma anche lo sviluppo di strumenti innovativi per la misurazione ed il governo del territorio, evidenziando la necessità di adottare strumenti di misurazione, analisi e gestione della salute del cittadino che, analogamente al sistema DRG ospedaliero, consentisse di misurare oggettivamente l'attività e di confrontare popolazione di assistiti, partendo dal paziente, dal suo carico di malattia e multimorbilità e non dalla prestazione, dal suo costo o dall'erogatore.

L'analisi degli strumenti metodologici disponibili in ambito di management sanitario ha portato all'individuazione del sistema Adjusted Clinical Group (ACG) [4].

Il sistema ACG, sviluppato dalla Johns Hopkins University di Baltimora, è un grouper territoriale (così come il DRG lo è per i ricoveri ospedalieri) che stratifica il case-mix della popolazione in base alle malattie co-presenti in ogni persona, mappando così nel territorio la distribuzione e l'impatto sull'utilizzo delle risorse sanitarie. Utilizzando i dati provenienti dai flussi informativi aziendali, misura lo stato di salute della popolazione raggruppando le diagnosi di malattia e l'uso di farmaci in gruppo clinicamente coerenti, assegnando ciascun individuo a una singola categoria, o gruppo AG, che rappresenta una misura relativa del consumo atteso di risorse sanitarie. Metodologicamente il sistema ACG utilizza le informazioni contenute dai codici di malattia e dai dati di farmaceutica per stratificare la morbilità dei pazienti in 93 gruppi distinti, consentendo una rappresentazione più accurata dell'intera costellazione di malattie. Diversamente da altri strumenti 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, dipendenti del SSN, privato accreditato, altri convenzionati).

Tale sistema, nato alla fine degli anni '70 in ambito universitario, è oggi entrato nella pratica in oltre 300 organizzazioni sanitarie (in oltre 16 paesi di tutto il mondo) a più livelli: pianificazione della

distribuzione delle risorse sanitarie, pianificazione di interventi per il miglioramento della salute, programmazione dei servizi sanitari, ecc.. L'applicazione di tale sistema, infatti, non si limita ad un utilizzo retrospettivo (come avviene con i DRG), ma ne permette soprattutto uno prospettico, al fine di identificare i sottogruppi della popolazione a maggior rischio (risk adjustment), target potenziali di intervento.

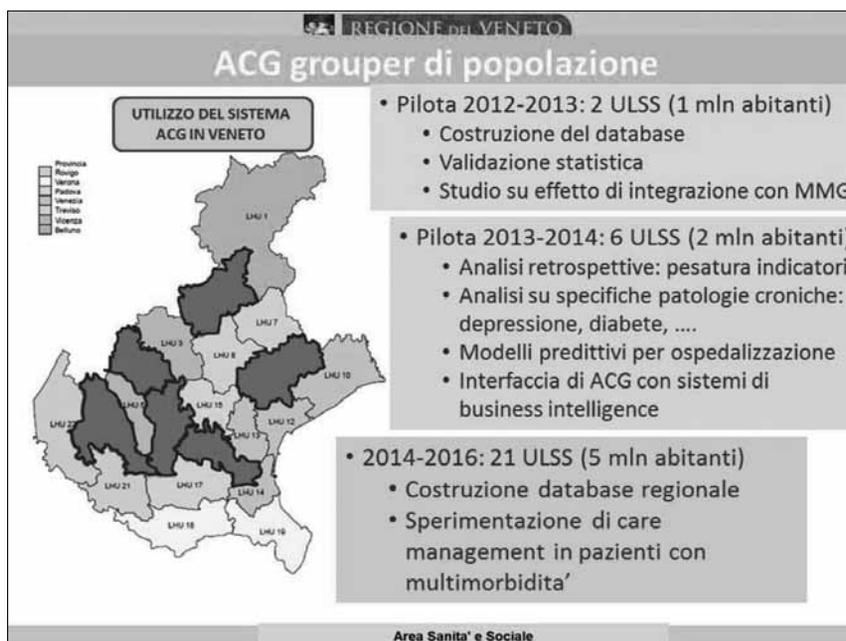
Il ruolo del “risk adjustment” è sempre più importante nel sostenere le iniziative di riforma sanitaria, con molte analogie tra paesi anche molto diversi tra loro (ad esempio USA e UK), per migliorare, ad esempio, l'accessibilità ai servizi sanitari, l'efficienza, efficacia e il controllo dei costi o per programmare interventi volti al miglioramento della qualità delle cure e degli outcomes, in particolare nella presa in carico del paziente cronico e/o con multimorbidità.

Il sistema ACG permette di mappare in maniera sistematica la multimorbidità, supportare la selezione dei pazienti complessi affetti da patologia cronica e/o multimorbidità e selezionare i soggetti ad alto rischio di eventi avversi (case finding) individuando quelli a maggior rischio di complicanze e reospedalizzazione che possono trarre maggiori benefici da iniziative di Care Management.

La sperimentazione del sistema ACG è stata avviata dalla Regione Veneto nell'aprile 2012, con il coinvolgimento di due aziende ULSS pilota (ULSS 16 Padova e ULSS 20 Verona), estendendo poi la sperimentazione nel 2013 ad altre quattro aziende (ULSS 2 Feltre, 4 Alto Vicentino, 6 Vicenza e 9 Treviso). L'applicazione del sistema ACG a circa 2 milioni di residenti nella regione Veneto ha permesso di dimostrare che in tale contesto il sistema può essere alimentato dai flussi amministrativi correnti raggiungendo una predittività simile a quella ottenuta in altri paesi europei (Svezia, Spagna).

Da settembre 2014 la Regione Veneto ha reso pertanto disponibile l'utilizzo del sistema ACG a tutte le aziende ULSS del Veneto, muovendosi in particolare in due direzioni:

- attività sul fronte del “**data management**” per ottenere, come avvenuto nell'anno precedente per le sei ULSS pilota, dati qualitativamente simili e confrontabili tra le diverse aziende.



- attività per esplorare la potenzialità del sistema ACG a supporto delle **Cure Primarie e della medicina di iniziativa**, così come avvenuto in altri contesti a livello internazionale prevedendo il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, dei Distretti e dei responsabili di Cure Primarie, al fine di applicare il sistema all'identificazione di gruppi di pazienti affetti da patologie croniche afferenti a un medico o una forma associativa, che possano maggiormente beneficiare, in termini di outcome, di interventi proattivi, supportando così tutte le iniziative al momento in corso nell'ambito della riorganizzazione delle cure primarie, quali ad esempio lo sviluppo di PDTA.

## L'Infermiere Care Manager

Il Patto per la salute 2014-2016 all'art. 5, punto 15, dell'accordo Stato Regioni del 10 luglio 2014 [5] sottolinea per un efficiente del settore delle cure primarie, l'importanza della ridefinizione dei ruoli, delle responsabilità, delle competenze, delle relazioni professionali, assegnando a ciascun professionista responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi.

Tale approccio richiede il superamento del frazionamento nell'organizzazione dell'intervento assistenziale, la revisione di ruoli, competenze e sfere di responsabilità dei professionisti e l'abbandono della logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile da promuovere anche attraverso la formazione.

La Regione Veneto nel PSSR 2012-2016, ha previsto la definizione di nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multiprofessionale e multidisciplinare, dall'implementazione e diffusione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) e dalla rimodulazione di profili professionali al fine di realizzare modelli di presa in carico differenziati per livello di rischio e un importante coinvolgimento del paziente con multimorbilità e della famiglia nei processi di autocura basati sull'educazione terapeutica. Il territorio è stato individuato quale il luogo primario di intervento per attuare modalità innovative di integrazione assistenziale finalizzate a rispondere ai bisogni dei pazienti complessi. Il domicilio, il distretto e le forme organizzative evolute della medicina convenzionata rappresentano, pertanto, gli ambiti privilegiati dove realizzare la presa in carico integrata del paziente complesso e della sua famiglia.

Tra i criteri cardine della nuova organizzazione distrettuale, il PSSR 2012-2016 include la valorizzazione del ruolo dell'infermiere nel prendersi cura autonomamente del processo di nursing nell'ambito del percorso assistenziale, svolgendo la funzione di Care Manager della persona in stato di cronicità, attivando le risorse assistenziali e comunque coordinandosi con il MMG anche per diffondere negli assistiti la cultura dell'empowerment.

L'infermiere, così come riportato nel DM 739/1994, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica nei diversi contesti assistenziali e, conformemente a quanto disposto dalla Legge 251/2000, può svolgere con autonomia professionale le attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva.

La Regione Veneto con l'introduzione del sistema Adjusted Clinical Group (ACG), che consente di descrivere il case mix della popolazione analizzando le malattie compresenti in ogni persona, mappandone la distribuzione nel territorio, l'impatto sulle risorse sanitarie ed individuando i soggetti ad alto rischio che possono trarre beneficio da iniziative di Care Management, nel biennio 2014-2015 vista la rilevanza epidemiologica dello scompenso cardiaco e gli elevati tassi di re-ospedalizzazione, ha scelto di iniziare con un'esperienza pilota ponendo il focus su pazienti affetti da tale patologia.

Il percorso formativo sperimentale attivato è denominato “La gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco nelle cure primarie”.

Tale percorso formativo ha visti coinvolti due medici di medicina generale (MMG) e a due infermieri per ciascuna Azienda ULSS del Veneto con un nuovo modello assistenziale finalizzato a favorire una presa in carico territoriale del paziente complesso da parte del MMG e dell’infermiere Care Manager.

Il Care Management è uno strumento di coordinamento delle cure che, per i soggetti con multimorbidità rappresenta la migliore modalità per garantire un accesso appropriato e tempestivo al livello e al luogo di cura più adatto.

L’infermiere Care Manager del paziente complesso nelle cure primarie, utilizza un approccio ispirato al modello Guide Care [6] che prevede la presa in carico del paziente cronico, attraverso l’applicazione delle seguenti otto fasi:

1. accertare i bisogni e le preferenze dei pazienti
2. creare il Piano di Cura e il Piano di Azione
3. monitorare, almeno mensilmente, le condizioni del paziente in maniera proattiva
4. supportare e promuovere l’autogestione del paziente
5. coordinare tutti i “provider” che ruotano attorno al paziente
6. favorire le transizioni tra i luoghi di cura
7. educare e sostenere i familiari e i caregiver fornendo loro informazioni e riferimenti
8. facilitare l’accesso alle risorse socio-sanitarie del territorio dove vive il paziente.

I pazienti del percorso di Care Management vengono selezionati da liste di Care Management fornite dal Sistema ACG, sono quelli affetti da 2 o più condizioni croniche concorrenti, che possono maggiormente beneficiare in termini di outcomes di interventi proattivi. Queste liste vengono trasmesse al MMG per la validazione dei dati e la produzione delle liste definitive. Le liste definitive si ottengono integrando le liste generate dal sistema ACG con altri pazienti scompensati sulla base del giudizio clinico del MMG derivante sia dai dati clinici che dalla cartella clinica. Per decidere chi selezionare dalle liste, si prendono in considerazione alcuni criteri di priorità:

- persone con comorbidità, ricoveri ricorrenti, che vedono più specialisti durante l’anno e che prendono molti farmaci;
- persone con situazioni sociali difficili;
- persone ad alto rischio, con bisogni assistenziali complessi (complessità organizzativa e gestionale);
- persone non complianti;
- persone che non sono in grado di autogestirsi, con caregiver non educato all’assistenza o senza caregiver.

Selezionati i pazienti, si attiva un percorso di gestione dei casi complessi per i pazienti con scompenso cardiaco cronico, in sinergia tra MMG, distretto e infermiere care manager per un massimo di 15-20 pazienti per infermiere/MMG.

All’interno del modello di presa in carico integrata, paziente, medico e infermiere sono sullo stesso piano nel processo di cura, rispettando i confini del proprio ruolo mentre la persona è al centro del processo assistenziale. Il modello vuole integrare l’attuale assistenza al paziente con l’introduzione dell’infermiere care manager, che è colui che gestisce il processo di cura/care; il suo ruolo di base è quello di soddisfare le esigenze bio – psico - sociali della persona tramite la gestione del suo intero percorso di cura e il coordinamento dei servizi socio-sanitari.

Lo scopo dell'infermiere care manager è quello di gestire gli aspetti assistenziali di 15-20 pazienti complessi con scompenso cardiaco e altre condizioni croniche ad alto rischio di ospedalizzazione, assicurando una presa in carico globale della persona. Egli opera elettivamente presso la sede di una medicina di gruppo.

Ha la responsabilità di:

- condurre l'accertamento dei bisogni e delle preferenze del paziente;
- creare Piani di Cura (PdC) in collaborazione con MMG, paziente e caregiver, basandosi su evidenze scientifiche (PDTA);
- tradurre PdC in Piani d'Azione (PdA);
- fare da coach e da supporto ai pazienti e caregiver per il self-management (autocura) delle patologie croniche e per il miglioramento dello stile di vita;
- promuovere l'indipendenza del paziente, favorire e sostenere la sua partecipazione attiva nella determinazione delle decisioni terapeutiche (empowerment);
- monitorare e rivalutare, almeno mensilmente, le condizioni del paziente in modo proattivo (visite a domicilio, in ambulatorio o via telefono), in accordo con il PdC;
- facilitare il paziente e il caregiver nell'accesso alle risorse della comunità;
- osservare e riportare al MMG sintomi, reazioni a trattamenti, farmaci, cambiamenti nelle condizioni fisiche ed emozionali del paziente;
- risolvere le necessità del paziente utilizzando strategie di team multidisciplinari;
- migliorare la comunicazione e le relazioni di collaborazione tra i membri del team di assistenza;
- garantire il management e il coordinamento nelle transizioni tra luoghi di cura:
- comunicare tempestivamente il PdC a tutti i provider in ogni luogo di cura (Pronto Soccorso, ospedale, struttura di riabilitazione, strutture intermedie, assistenza domiciliare, assistenza specialistica); enfatizzare la continuità delle cure riducendo o eliminando frammentazione, duplicazioni e lacune nei piani di trattamento; aggiornare il MMG;
- partecipare a incontri periodici con il MMG e gli altri membri del team per: confermare o modificare il PdC (facendo il punto su obiettivi clinici e di autocura), aggiornarsi sui progressi dei pazienti, concordare l'intensificazione degli interventi se il paziente non ha raggiunto i suoi obiettivi, coordinamento e follow-up.

## Bibliografia

- [1] Salute 2020 : Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere. Ministero della salute). Disponibile all'indirizzo: [http://www.dors.it/alleg/newcms/201409/Health%202020\\_ita\\_DEF\\_SET2014.pdf](http://www.dors.it/alleg/newcms/201409/Health%202020_ita_DEF_SET2014.pdf). [Consultato il 29 agosto 2017].
- [2] Conferenza "Posizionare il Veneto al centro delle politiche sanitarie globali ed europee", Venezia 3-4 dicembre 2015. Disponibile all'indirizzo: <http://www.panoramasanita.it/2015/12/04/lorganizzazione-mondiale-della-sanita-promuove-la-sanita-del-veneto-fra-le-migliori-deuropa/>. [Consultato il 29 agosto 2017].
- [3] Bollettino Ufficiale della Regione Veneto (BURV). (n. 53, 2012). Legge Regionale n.23 del 29 giugno 2012: Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016. Disponibile all'indirizzo: <http://bur.regione.veneto.it>. [Consultato il 29 agosto 2017].
- [4] Delibera della Giunta Regionale del veneto n. 439/2012. Disponibile all'indirizzo: <http://acg.regione.veneto.it/atti-regionali>. [Consultato il 29 agosto 2017].
- [5] Patto per la salute 2014-2016 all'art. 5, punto 15, dell'accordo Stato Regioni del 10 luglio 2014. Disponibile all'indirizzo: [http://www.governo.it/sites/governo.it/files/Conferenza\\_SR.pdf](http://www.governo.it/sites/governo.it/files/Conferenza_SR.pdf). [Consultato il 29 agosto 2017].
- [6] "Comprehensive Primary Care for Complex Patients". Guidedcare. Disponibile all'indirizzo: [www.guidedcare.org](http://www.guidedcare.org). [Consultato il 29 agosto 2017].