



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

***CABINA DI REGIA NAZIONALE DEL PNC  
QUESTIONARIO RICOGNIZIONE INIZIATIVE REGIONALI***

***MODULO 1 - STRATIFICAZIONE  
MODULO 2 - INTEGRAZIONE***

Roma, 17 luglio 2018

# RILEVAZIONE DELLE ESPERIENZE REGIONALI

attraverso un  
**questionario**  
relativamente  
ai seguenti  
aspetti:

- strumenti di stratificazione della popolazione
- modelli di integrazione tra servizi per la presa in carico della cronicità
- PDTA regionali



Il questionario è stato predisposto in collaborazione con la DG prevenzione, il Coordinamento delle Regioni, con ISS, AGENAS, ISTAT e con il contributo del dott. Nello Martini che dirige il Progetto PDTA Lab

La rilevazione è iniziata ad aprile 2018

Ad oggi hanno inviato il questionario 16 tra Regioni e PPAA

Non hanno ancora trasmesso informazioni: Liguria, Toscana, Campania, Calabria e Sicilia



# Risultati relativi a 16 Regioni/PPAA

Valle d'Aosta  
Piemonte  
Lombardia  
Veneto  
PA Trento  
PA Bolzano  
FVG  
Emilia-Romagna  
Marche  
Umbria  
Lazio  
Abruzzo  
Molise  
Puglia  
Basilicata  
Sardegna



**STRATIFICAZIONE DELLA  
CRONICITA'**  
informazioni richieste

attivazione o programmazione  
sistemi di stratificazione

caratteristiche dei sistemi e flussi  
informativi utilizzati

chi utilizza e a quali fini sono  
utilizzate le informazioni

valutazione del costo medio annuo  
(per consumo sanitario)  
eventualmente associata al sistema



# attivazione/programmazione

4 Regioni/PPAA hanno **attivato e consolidato** un sistema di stratificazione della popolazione per le malattie croniche:

**Lombardia, Veneto, Bolzano, RER**

**Umbria e Puglia** hanno sperimentato sistemi di stratificazione in ambiti territoriali significativi

Le altre Regioni (ad eccezione di FVG e Basilicata) hanno **in programma** sviluppo/adozione di sistemi di stratificazione ma solo 3 in collaborazione (Piemonte, Trento, Marche)

**Sistemi brevettati:** VdA, Veneto, Bolzano, Umbria, Molise

**Sistemi propri:** Lombardia, Bolzano, RER, Puglia

**Sistemi adottati** da altre Regioni: Piemonte, Lazio



# Elementi comuni dei sistemi attivati/sperimentati (1)

Si basano sia su diagnosi già formulate (SDO, archivi esenzioni, MMG, ecc.) sia su diagnosi attribuite da prestazioni sentinella. (Veneto solo diagnosi)

Solo alcune Regioni utilizzano i flussi territoriali (SIAD e FAR), alcune utilizzano salute mentale, OdC, Emur e PS, registro tumori

Non sono utilizzate indagini campionarie (tipo health search). La Puglia ha usato indagini c/o MMG per validare i dati

Vengono utilizzati tutti i flussi più solidi (anagrafe assistiti, esenzioni, farmaceutica territoriale, file F, specialistica ambulatoriale, SDO, ecc)

Le informazioni descrivono sia il livello di severità/bisogno assistenziale sia, eccetto Bolzano, il livello di rischio (ospedalizzazione o decesso)



## Elementi comuni dei sistemi attivati/sperimentati (2)

Tutti i sistemi, tranne Veneto e Puglia, considerano diversi livelli di gravità per le singole patologie

Tutti i sistemi aggregano la popolazione per comorbidità e per carico assistenziale

La maggior parte considera il fattore età e altre variabili (da approfondire)

Tutte hanno sottoposto il sistema al parere dei clinici e alcune alle SS (Lombardia, Veneto, Puglia).  
Tutte hanno sperimentato il sistema in aree definite

Le informazioni sono riferite al livello organizzativo minimo (MMG, AFT/UCCP, distretto)



# chi utilizza il sistema e per quali fini

Le Regioni dichiarano che le informazioni sono utilizzate a tutti i livelli: regione, Asl, distretto, AFT/UCCP, Casa della salute, MMG/PLS

Tutte le Regioni (tranne Veneto e RER), le utilizzano per “programmazione e attribuzione delle risorse”

Tutte le Regioni (tranne Veneto e RER) le utilizzano per “attivare e dimensionare i servizi”;  
tutte (tranne Veneto e Puglia) per l’organizzazione del lavoro

Tutte per fare “previsioni di spesa”

Tutte le Regioni le utilizzano per: attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI



# Valutazione dei costi

Tutte le Regioni hanno stimato i costi medi associati al consumo di prestazioni per classe di comorbilità/complessità/rischio

LOMBARDIA ha stimato i costi medi associati al consumo di prestazioni per tutte le 12 patologie del PNC (e diabete)

VENETO ha stimato i costi medi per le 7 patologie dell'adulto (no età evolutiva)

BOLZANO non ha stimato i costi medi per patologia

RER ha stimato i costi per 4 patologie adulto e 2 età evolutiva

UMBRIA ha stimato solo per il diabete

PUGLIA per 6 patologie dell'adulto



# classi di comorbidità/complessità/rischio (Lombardia DGR 6164 – 2017)

Prevede cinque livelli di stratificazione dei bisogni della persona:

- 1) fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, assistenziale a domicilio;
- 2) cronicità poli patologica con prevalenti bisogni extra- ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato;
- 3) cronicità in fase iniziale prevalentemente mono patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari /frequent users;
- 4) soggetti non cronici che usano i servizi in modo sporadico (prime visite);
- 5) soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici



# alcune caratteristiche del sistema lombardo

(Lombardia DGR 6164 – 2017)

- ✓ La creazione di **cluster omogenei** di domanda è stata realizzata utilizzando due assi dimensionali: a) patologia cronica prevalente (codice CReG); b) presenza o meno, ovvero quantità, di comorbidità, o fragilità di tipo socio-sanitario associate a patologie croniche
- ✓ Per ciascun cluster sono elaborate le componenti dei **consumi storici** per i diversi ambiti: ambulatoriale, ospedaliero e farmaceutico cui si aggiungeranno le principali prestazioni/servizi di tipo socio-sanitario (ad esempio ADI, Cure intermedie, CDI, CDD ecc.
- ✓ Per ciascuna categoria di soggetti definita (62 patologie principali con tre differenti livelli di complessità) sono analizzati i **costi sanitari lordi** e definita una tariffa
- ✓ La “**tariffa di presa in carico**” è calcolata sulla base dei consumi storici osservati e normalizzati dal punto di vista statistico, e comprende per i tre diversi livelli di stratificazione della domanda **tutti i costi** relativi ad una presa in carico complessiva del paziente affetto da una specifica patologia principale, inclusa una quota (8%) per la gestione del PAI.



# alcune caratteristiche del sistema emiliano-romagnolo (Risk-ER) sviluppato in collaborazione con Jefferson University

- ✓ Il sistema è prevalentemente rivolto a valutare il **rischio di ospedalizzazione** per problemi potenzialmente evitabili o **decesso** per qualsiasi causa nell'anno
- ✓ Le **principali variabili considerate** per ciascun soggetto sono:
  - anagrafiche (sesso, età, ambiente geografico): pianura, collina montagna
  - accesso ai servizi (n. ricoveri, n. accessi in PS)
  - diagnosi (MDC di ricovero, radio/chemio o dialisi amb, diagnosi per ADI)
  - utilizzo di farmaci nell'anno
  - appropriatezza nell'utilizzo di farmaci (politerapia, farmaci inappropriati, interazione di farmaci)
- ✓ La popolazione è suddivisa in **4 classi di rischio**: basso (<6%), moderato (6-14%), alto (15-24%) molto alto (>25%)

# alcune caratteristiche del sistema veneto (1)

Johns Hopkins Adjusted Clinical Group (ACG)

- ✓ Il sistema, utilizza i codici di diagnosi (SDO, esenzioni, SM, ADI, ecc.) e l'uso di farmaci per assegnare ciascun individuo ad una categoria o gruppo ACG, che rappresenta una misura relativa del **consumo atteso di risorse sanitarie**. Coinvolte da 2 (nel 2012) a 6 a 21 Ulss (nel 2016)
- ✓ Il sistema, passando per i Gruppi Diagnostici Aggregati (ADG andamento prognostico), stratifica la morbilità dei pazienti in **93 gruppi distinti** (ACG o Adjusted Clinical Groups) postulati ad isorisorse, che classificano i soggetti in maniera mutuamente esclusiva.
- ✓ Si arriva, quindi a **6 livelli** di complessità/multimorbilità/rischio cui sono associate 6 categorie RUB (livello di **utilizzo atteso delle risorse** del paziente).
- ✓ Consente di screenare i soggetti a **maggior rischio** di ospedalizzazione o di **elevato consumo** di risorse nell'anno successivo, e inserirli in programmi di prevenzione e di medicina di iniziativa, in sinergia tra MMG e distretto.
- ✓ Il sistema è **brevettato** dall'Università e ha un costo di 169.500 euro annui

# alcune caratteristiche del sistema veneto (2)

Johns Hopkins Adjusted Clinical Group (ACG)

La stratificazione adottata è su 6 livelli:

- |  |                        |
|--|------------------------|
| • 0 - in salute (né costi né diagnosi)                 | RUB: nessun contatto   |
| • 1 - sviluppo dei sintomi (costi senza diagnosi)      | RUB: utilizzatore sano |
| • 2 – singola patologia o condizione non complessa     | RUB: basso             |
| • 3 – patologia singola complessa o patologie multiple | RUB: moderato          |
| • 4 – multimorbidità e complessità                     | RUB: elevato           |
| • 5 – terminalità                                      | RUB: molto elevato     |

Ai livelli si associano **diversi approcci assistenziali** (in ordine crescente: promozione della salute e screening, diagnostica differenziale, PDTA e disease management, coordinamento cure e care management, coordinamento cure e case management, palliazione), e **diversi livelli di carico assistenziale** (rispettivamente quantificato con i rapporti 0, 0,3 , 0,9 , 2,4 , 5,1 , 10,2).

Il 23% della popolazione, considerabile a rischio moderato, elevato o molto elevato assorbe il 71% della spesa farmaceutica e il 75% di quella totale.

# alcune caratteristiche del sistema umbro

## CLINICAL RISK GROUP CLASSIFICATION SYSTEM (CRG) – 3M

Il CRG clinical logic si svolge in 5 fasi distinte:

1. per ogni assistito individua i **codici ICD-9 di patologia**, raggruppati in 533 Episode Diagnostic Categories (EDCs) e in 37 Major Diagnostic Categories (MDCs) ordinate gerarchicamente
2. seleziona la **Primary Chronic Disease** (PCD) di un paziente, vale a dire la condizione cronica più significativa sotto trattamento attivo, in base a una gerarchia definita
3. assegna un **livello di severità** ad ogni PCD indicativo di alto grado di difficoltà di trattamento e necessità di assistenza medica costante.
4. determina per ciascun individuo il CRG base (su 272), il livello di severità (su 6 livelli) e gli assegna uno **Stato di salute**: 9. Condizione molto complessa; 8. Tumori maligni dominanti e metastatici; 7. Malattia cronica dominante in tre o più organi; 6. Malattia cronica significativa in due organi; 5. Unica malattia cronica dominante o moderata; 4. Malattia cronica minore in più organi; 3. Unica malattia cronica minore; 2. Storia di malattia acuta significativa; 1. Soggetti senza diagnosi o senza diagnosi di malattia acuta significativa
5. per facilitare l'uso della classificazione, i 1080 CRG (272 CRG base x 6) sono aggregati in tre livelli: ACRG1, ACRG2 e ACRG3 (Aggregated CRGs livelli 1, 2 e 3)

## INTEGRAZIONE TRA SERVIZI

informazioni richieste

atti programmatici e regolatori volti a favorire la integrazione tra servizi e la collaborazione tra operatori

fasi del percorso di cura oggetto di specifiche indicazioni per favorire l'integrazione tra servizi e la collaborazione tra operatori

strumenti messi a disposizione per favorire l'integrazione tra servizi e la collaborazione tra gli operatori

## Atti programmatori e regolatori per l'integrazione

**Tutte** le Regioni/PPAA, tranne la Valle d'Aosta, hanno approvato atti **programmatori** per favorire l'integrazione tra servizi nella gestione delle malattie croniche.

In 11 Regioni gli atti sono riferiti a singole patologie e in 10 riferiti (anche) alla cronicità generale (Piemonte, Lombardia, Veneto, RER, Trento, Bolzano, Marche, Umbria, Puglia, Sardegna).

Le Regioni settentrionali, salvo Valle Aosta e Friuli, forniscono indicazioni **per tutte le fasi** del percorso di cura; Valle Aosta e Friuli nella dimissione protetta e accesso ai servizi territoriali.

Molte Regioni del Centro-sud non rispondono

Le Regioni hanno adottato **atti regolatori** nei seguenti ambiti:



Accreditamento	Contratti	Rem. MMG	Rem. ADI	Rem. Residenze
Lombardia	FVG	<b>TUTTE</b>	VdA	VdA
FVG	Trento	No Abruzzo	FVG	FVG
Marche	Bolzano	No Molise	Bolzano	Trento
Umbria	Marche	No Basilicata	Marche	Bolzano
	Umbria	No Sardegna	Umbria	Marche Umbria

# Strumenti adottati

**Tutte**, tranne Molise e Sardegna, si avvalgono dell'**interconnessione** dei sistemi informativi

**Tutte**, tranne VdA, Molise e Sardegna, utilizzano sistemi di **telemonitoraggio o teleconsulto**

Lombardia, Veneto, Trento, RER, Marche e Umbria utilizzano la **cartella clinica condivisa**.

Il **servizio sociale** del comune/Asl è sempre coinvolto in 10 Regioni; nelle altre, se nucleo assente

**Tutte**, tranne Lombardia e Lazio, si avvalgono di una **persona fisica**

**Tutte**, tranne Lombardia, si avvalgono di un **servizio/UO**

Lombardia e FVG hanno un **sistema di remunerazione** della presa in carico globale (in Veneto e Abruzzo è allo studio)



# strumenti o procedure in materia di PDTA e PAI

Misure per rilevare la effettiva definizione del PAI



Valle d'Aosta (modulistica)  
Lombardia (FSE)  
Trento (flussi informativi e accordi)  
Emilia R. (flussi inf. e cartella MMG)  
Umbria  
Lazio (flusso assistenza territoriale)

Misure per incentivare l'adesione ai PDTA



**Tutte le Regioni tranne**

VdA  
RER  
Basilicata.

In gran parte le misure attengono alla convenzione con i MMG; in Veneto anche agli obiettivi del DG



grazie per l'attenzione...



[s.arca@sanita.it](mailto:s.arca@sanita.it)

