



FOCUS SULLE PRINCIPALI PATOLOGIE CRONICHE

Dall'Innovazione Terapeutica
all'Innovazione Organizzativa

Tiozzo Silvia Netti

24 maggio 2018- Vicenza

**MEDICINA TERRITORIALE E GESTIONE
INTEGRATA DELLA CRONICITÀ**

2018 **MOTORE** 
SANITÀ
Sanità Universale

Componenti del Care Management

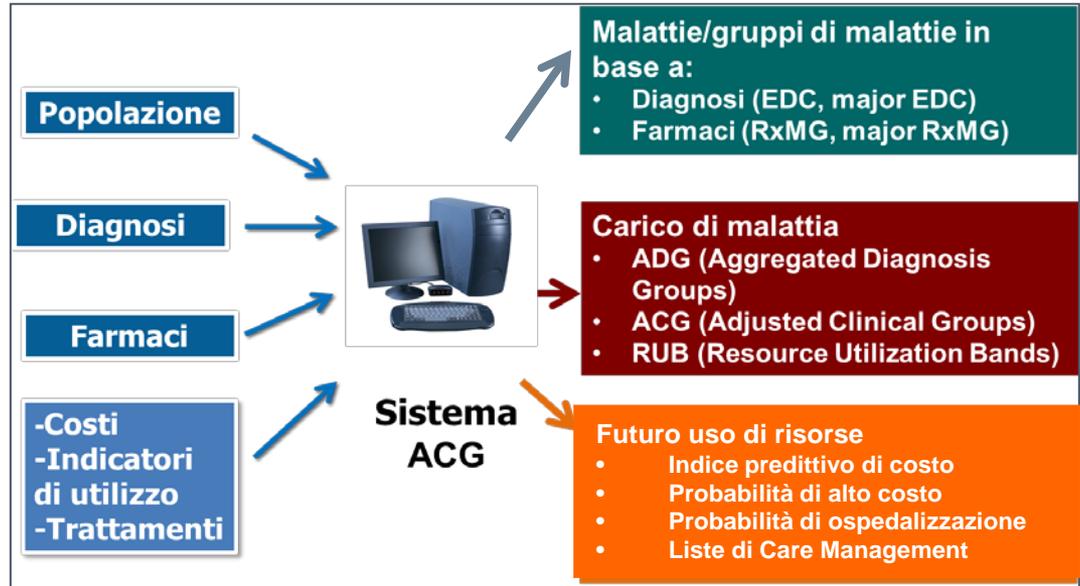
- ❑ **Identificazione precoce del paziente attraverso strumenti di Case Mix – stratificazione della popolazione**
- ❑ **Presa in carico integrata del paziente:**
 - Valutazione dei fattori di rischio del paziente (Accertamento)
 - Sviluppo di un **PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO**
 - Attuazione di interventi di educazione terapeutica ed empowerment
 - Monitoraggio proattivo
 - Revisione del processo
- ❑ **Continuità di cura**



Stratificazione del livello di rischio dei pazienti



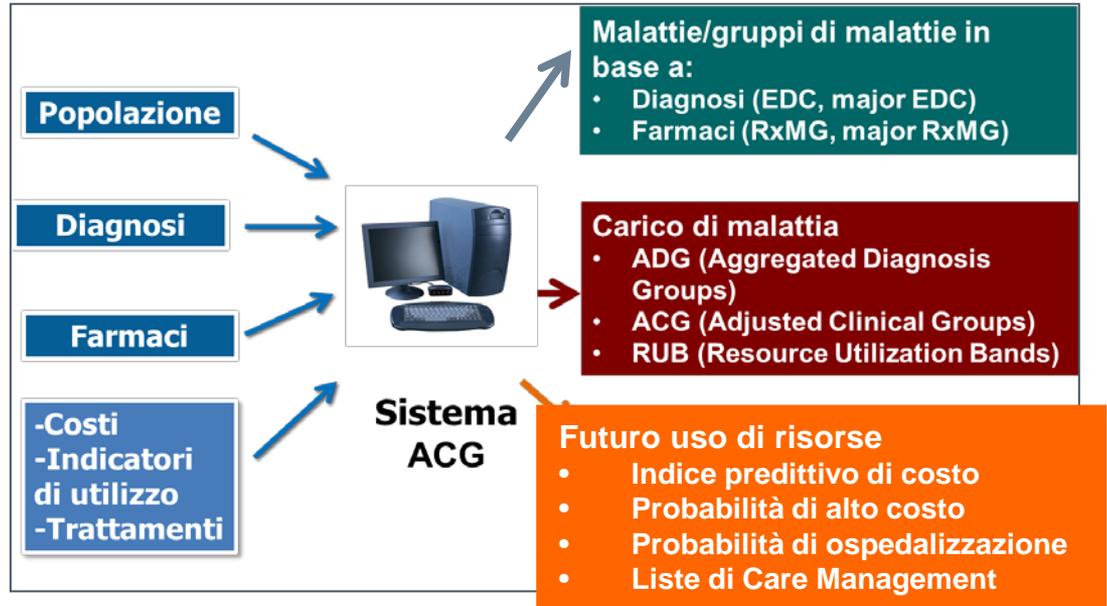
Per identificare i pazienti che possono trarre beneficio da programmi di Care Management è stato utilizzato il **Sistema ACG®** nella sua funzione di generazione di liste di **CM**



Stratificazione del livello di rischio dei pazienti



Per identificare i pazienti che possono trarre beneficio da programmi di Care Management è stato utilizzato il **Sistema ACG®** nella sua funzione di generazione di liste di CM

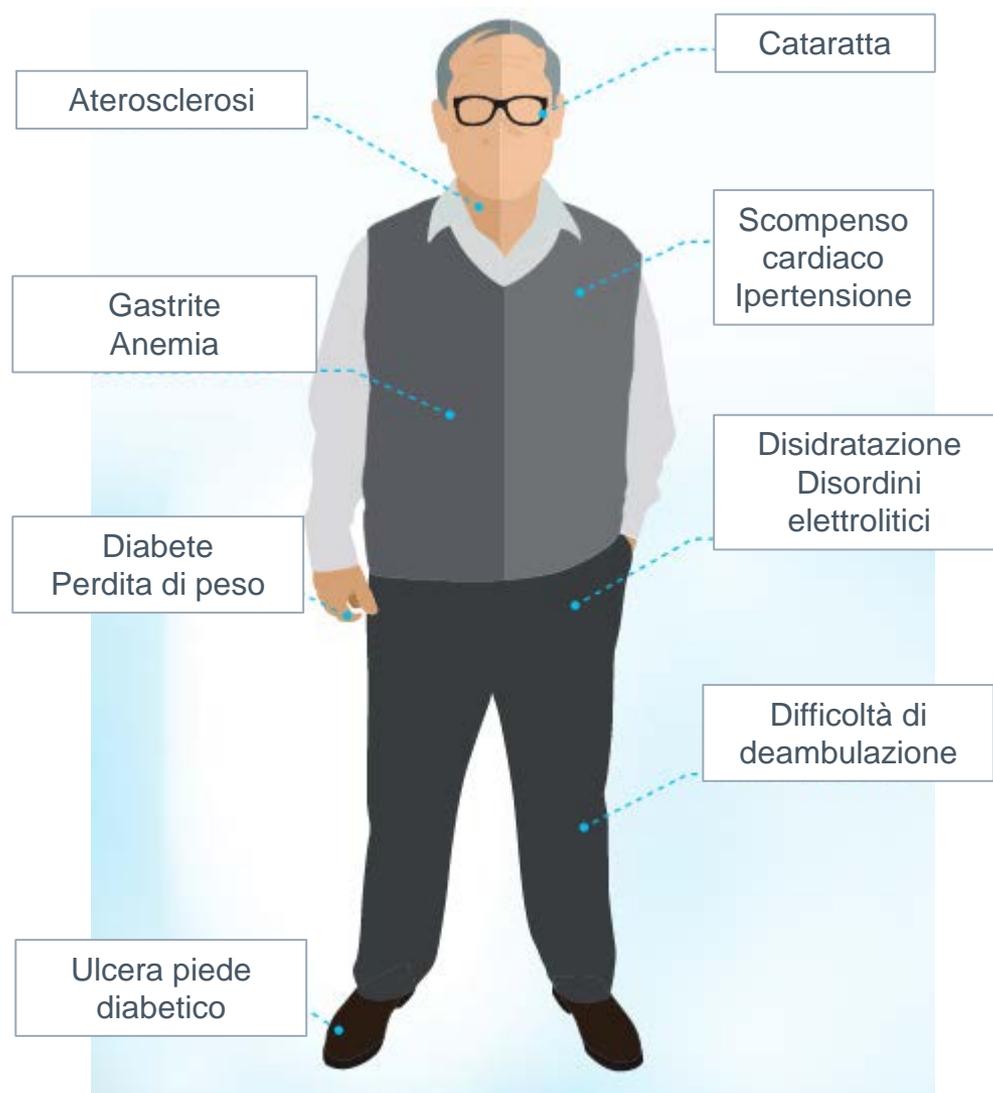


Lista di Care Management

Patient Id	Age	Sex	Total Cost	Rescaled Total Cost Resource Index	Probability High Total Cost	Probability IP Hospitalization
1002050	46	1	53.454,74	22,85	0,95	0,49
1014372	76	1	38.975,03	18,97	0,95	0,60
1003706	63	2	14.089,49	20,87	0,95	0,25
1015610	87	2	19.267,75	23,35	0,95	0,60
1005655	81	1	18.749,54	24,50	0,95	0,63
1016156	58	1	53.476,02	21,61	0,95	0,34
1043878	70	1	10.215,42	19,32	0,95	0,48
1016580	84	1	12.638,04	18,64	0,95	0,47
1047030	59	1	21.939,28	19,75	0,95	0,46

IL SIG. MARIO È AFFETTO DA MULTIMORBIDITÀ

Il Sig. Mario ha 76 anni nell'ultimo anno ha avuto 5 accessi in PS ed è stato ricoverato in ospedale 4 volte.



IL SIG. MARIO È AFFETTO DA MULTIMORBIDITÀ

Il Sig. Mario ha 76 anni nell'ultimo anno ha avuto 5 accessi in PS ed è stato ricoverato in ospedale 4 volte.

Professionisti coinvolti

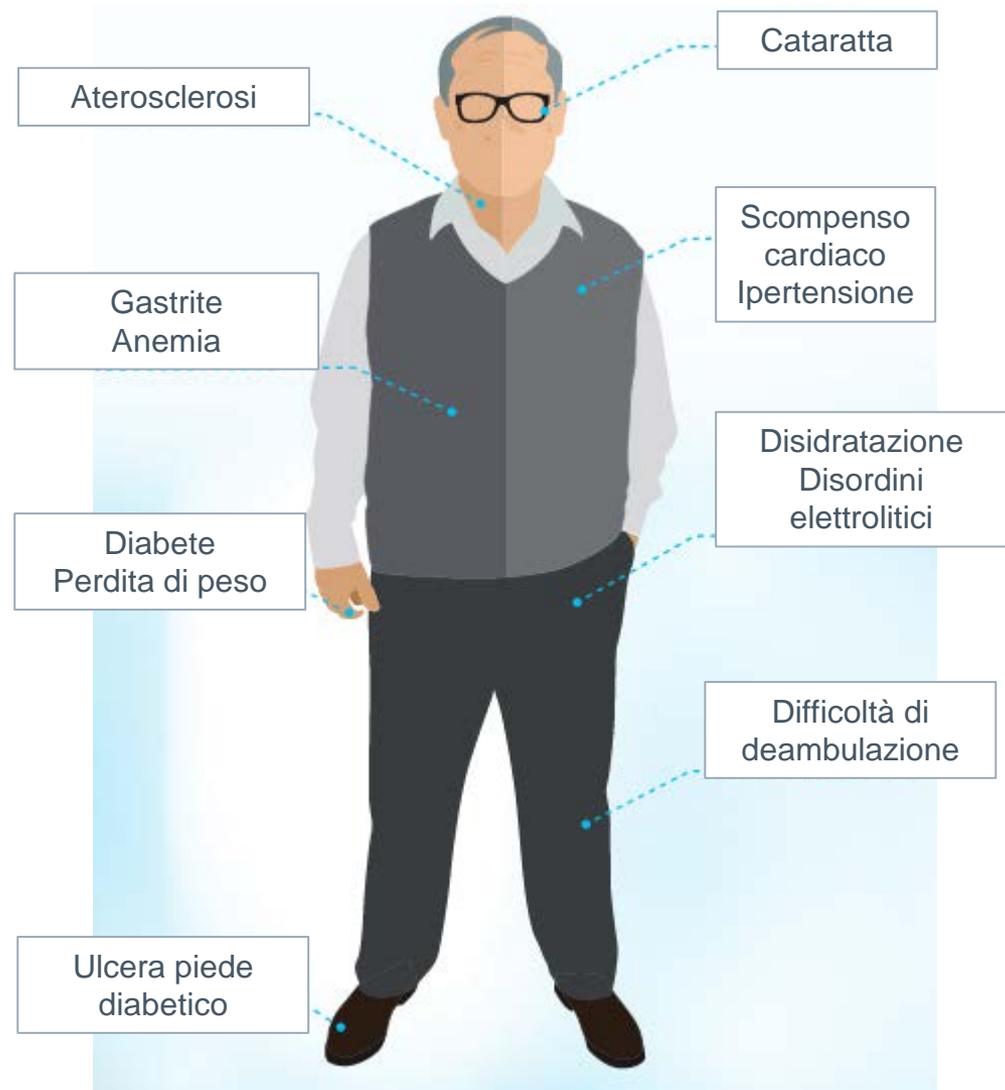
5 Fisioterapisti

37 Infermieri

12 Medici (1 MMG)

2 Assistenti Sociali

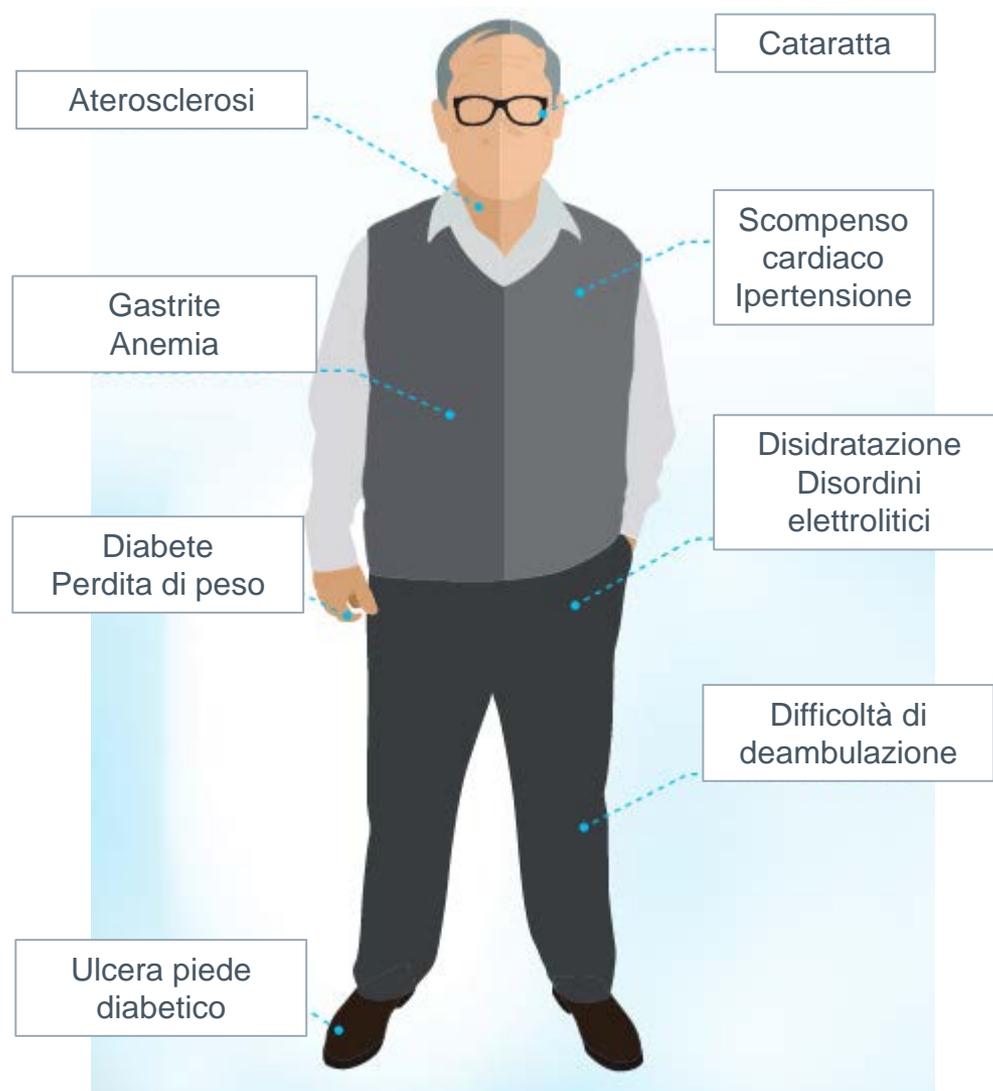
6 Operatori Socio Sanitari



IL SIG. MARIO È AFFETTO DA MULTIMORBIDITÀ

Il Sig. Mario ha 76 anni nell'ultimo anno ha avuto 5 accessi in PS ed è stato ricoverato in ospedale 4 volte.

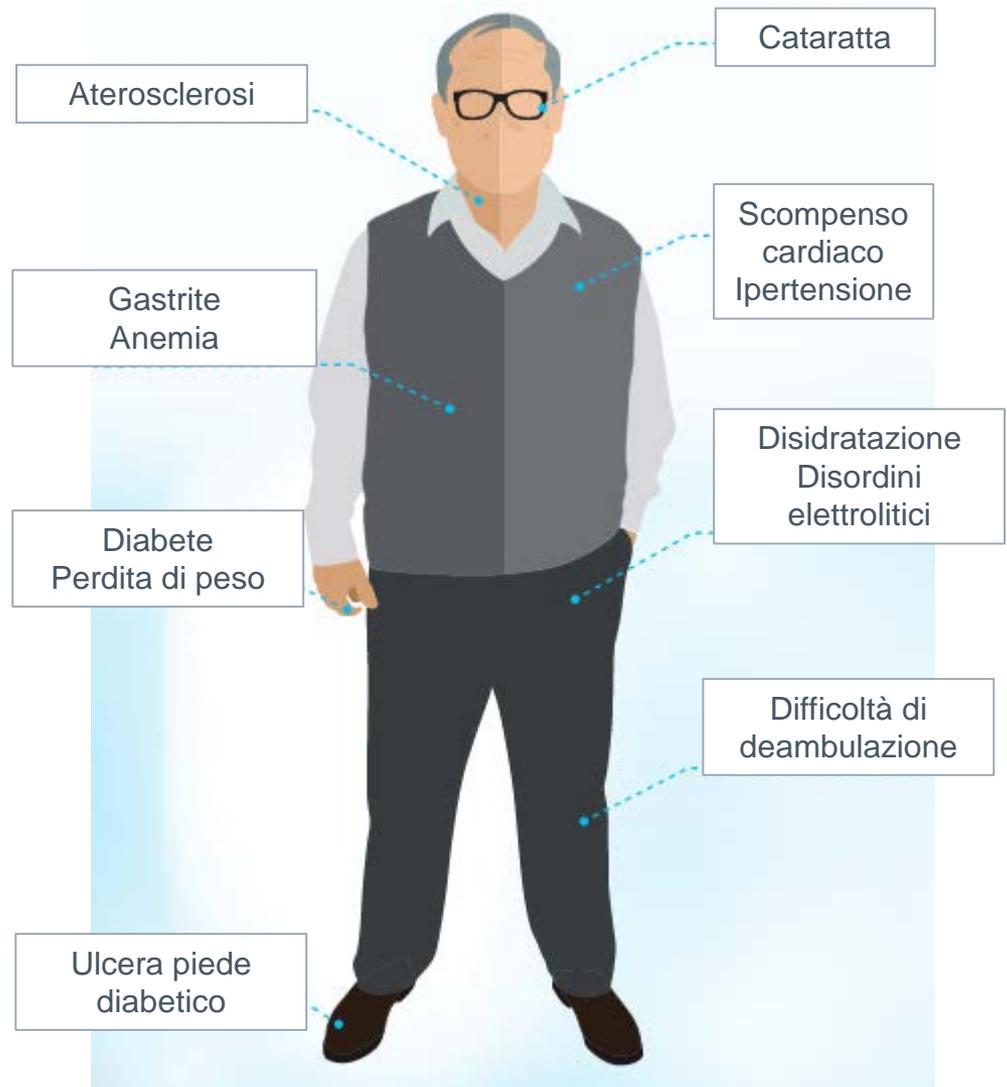
22 impegnative
19 visite ambulatoriali
30 gg in Semintensiva
6 sett. in Struttura Intermedia
5 mesi di ADI
10 farmaci



IL SIG. MARIO È AFFETTO DA MULTIMORBIDITÀ

Il Sig. Mario ha 75 anni nell'ultimo anno ha avuto 5 accessi in PS ed è stato ricoverato in ospedale 4 volte.

MARIO È AD ALTO RISCHIO DI RE-OSPEDALIZZAZIONE



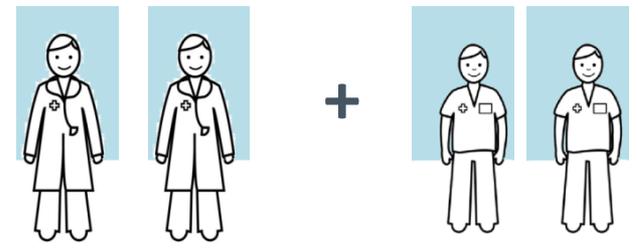
IL MODELLO DI CARE MANAGEMENT nella REGIONE VENETO



Per ogni ex AULSS veneta:

2 MMG

**2 Infermieri
 Care Manager**



PECULIARITÀ DEL MODELLO DI CARE MANAGEMENT della REGIONE VENETO

Strumento metodologico di case-mix	Sistema ACG (Adjusted Clinical Groups®)
Tipologia di pazienti	Con scompenso cardiaco e multimorbilità
Setting	Domicilio
Team di riferimento	MMG Infermiere Care Manager (ADI-Cure Primarie) Coordinatore infermieristico ADI Altri operatori distrettuali
Strumenti operativi	Piattaforma WEB Tablet

**Visita
congiunta a
domicilio**

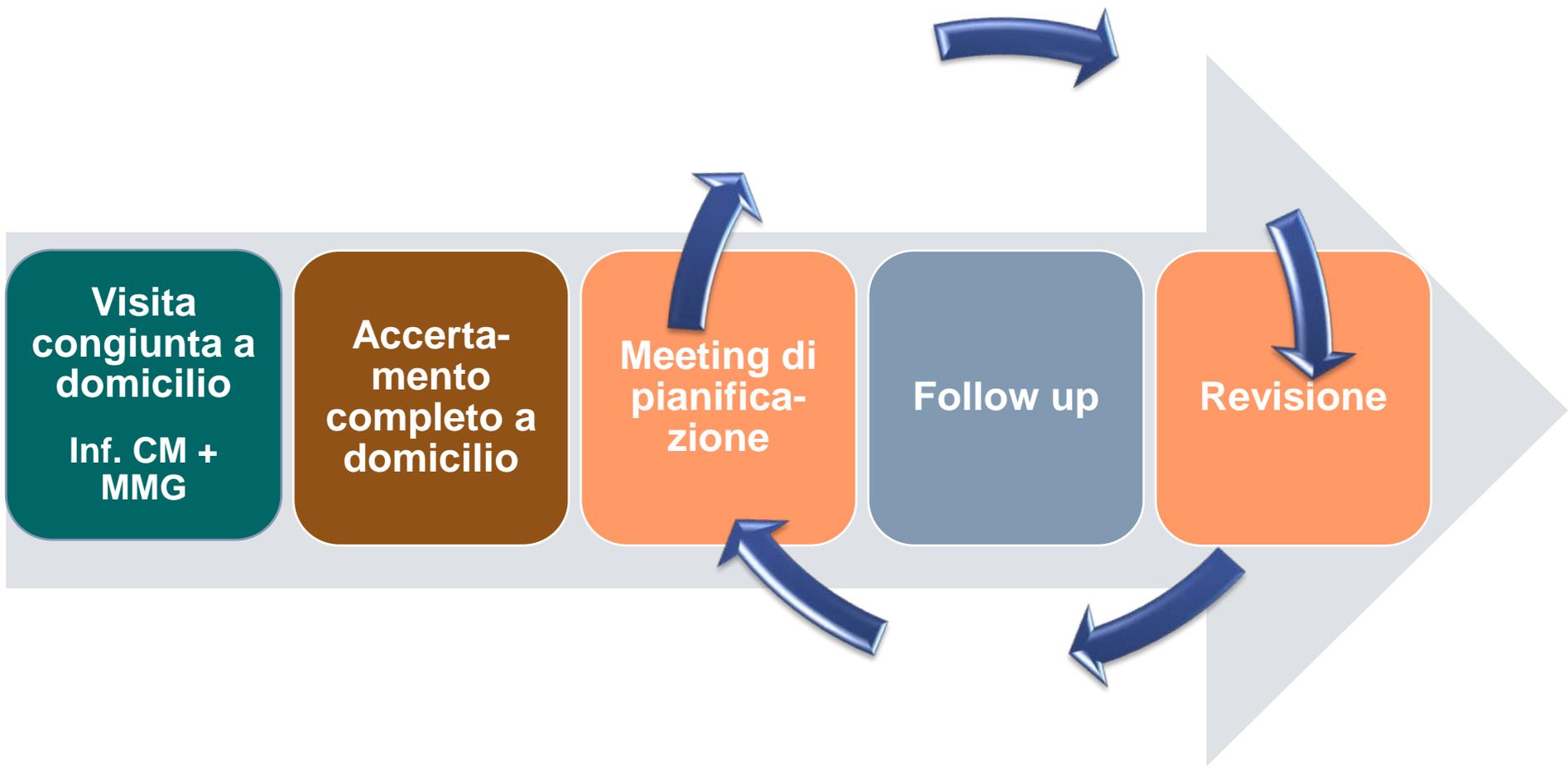
**Inf. CM +
MMG**

**Accerta-
mento
completo a
domicilio**

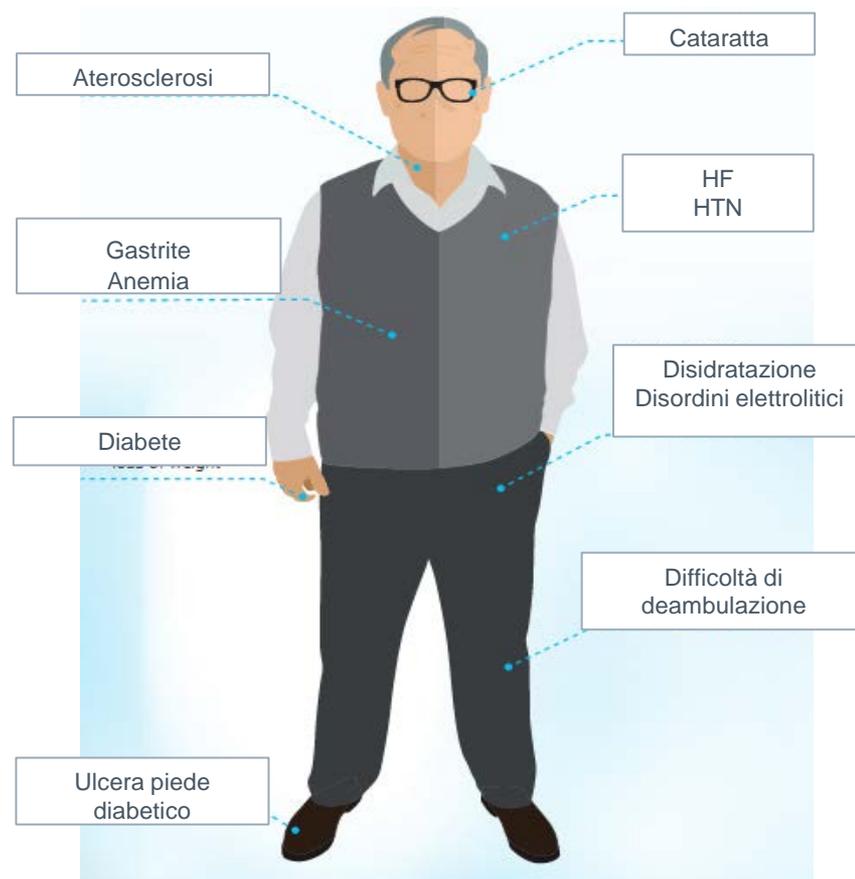
**Meeting di
pianifica-
zione**

Follow up

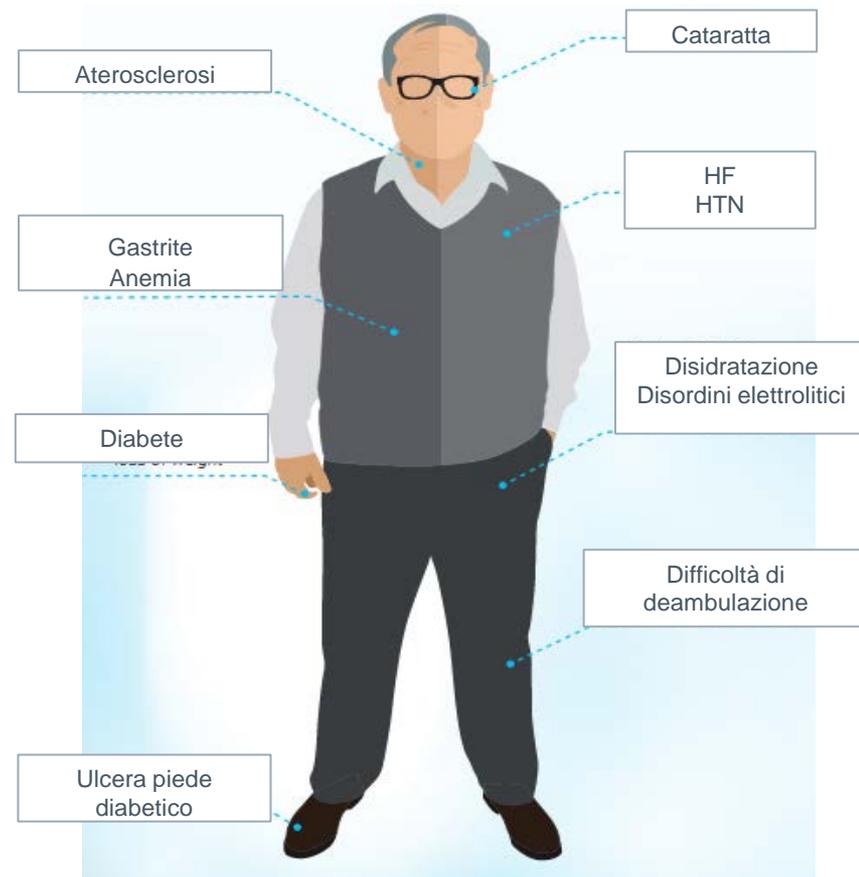
Revisione



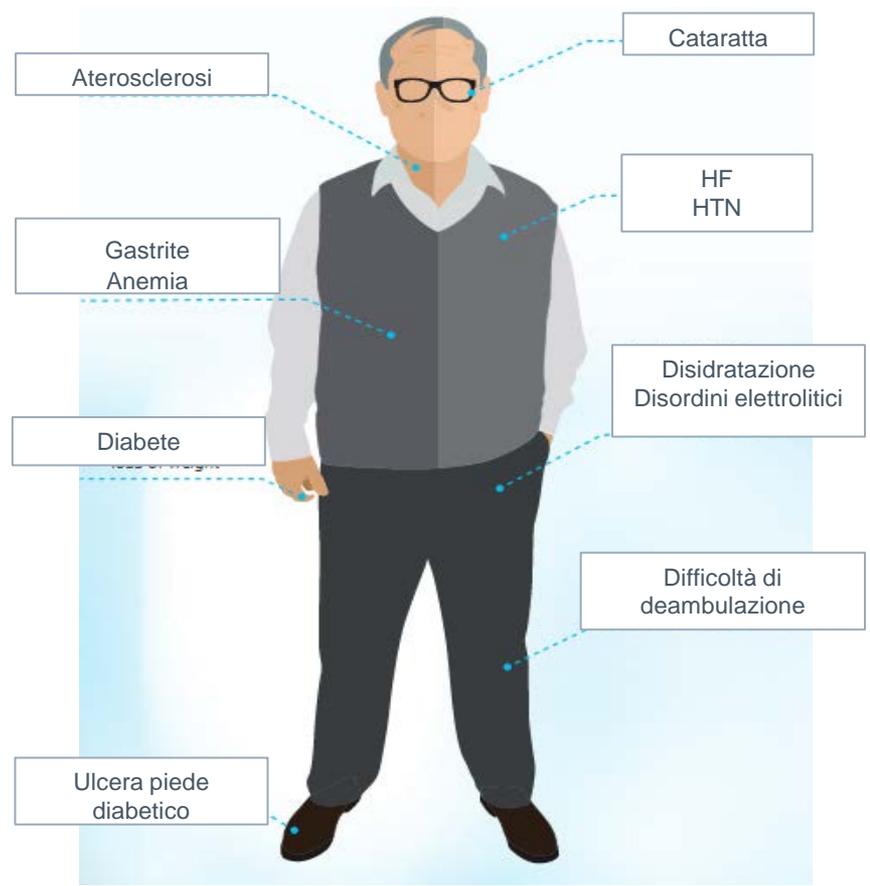
ACCERTAMENTO A DOMICILIO



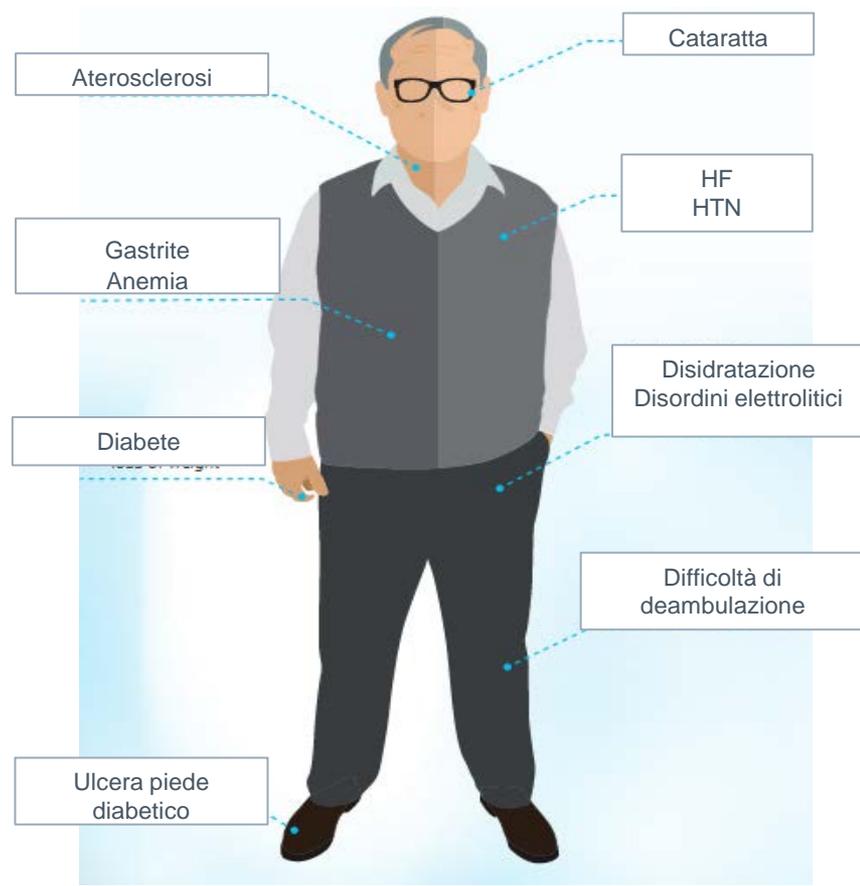
ACCERTAMENTO A DOMICILIO



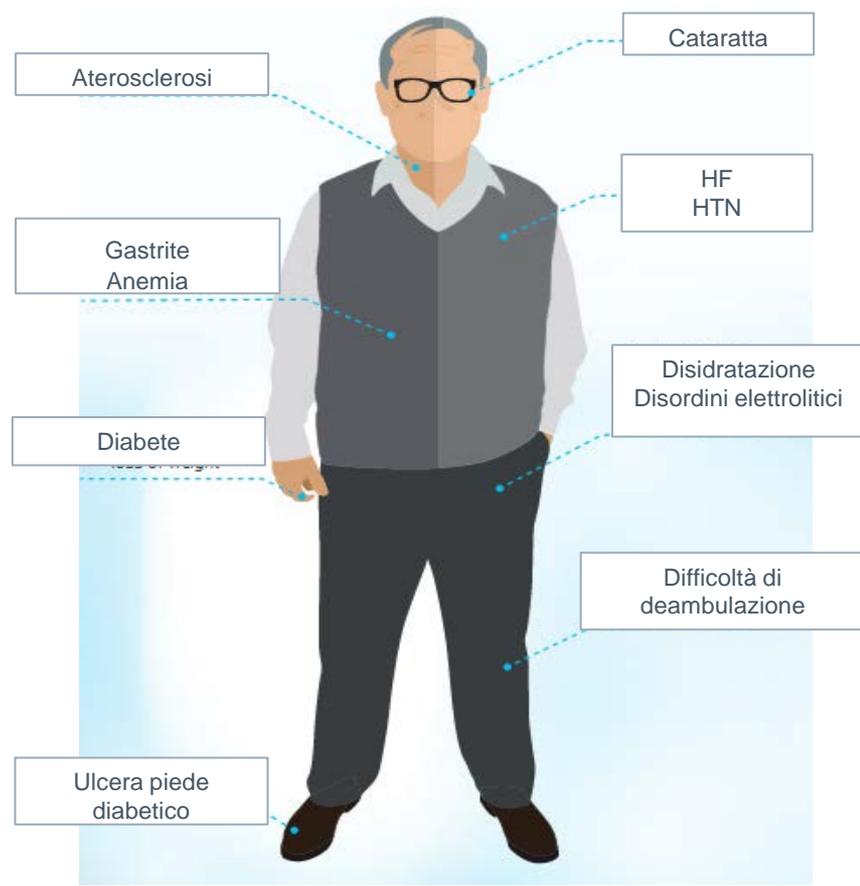
ACCERTAMENTO A DOMICILIO



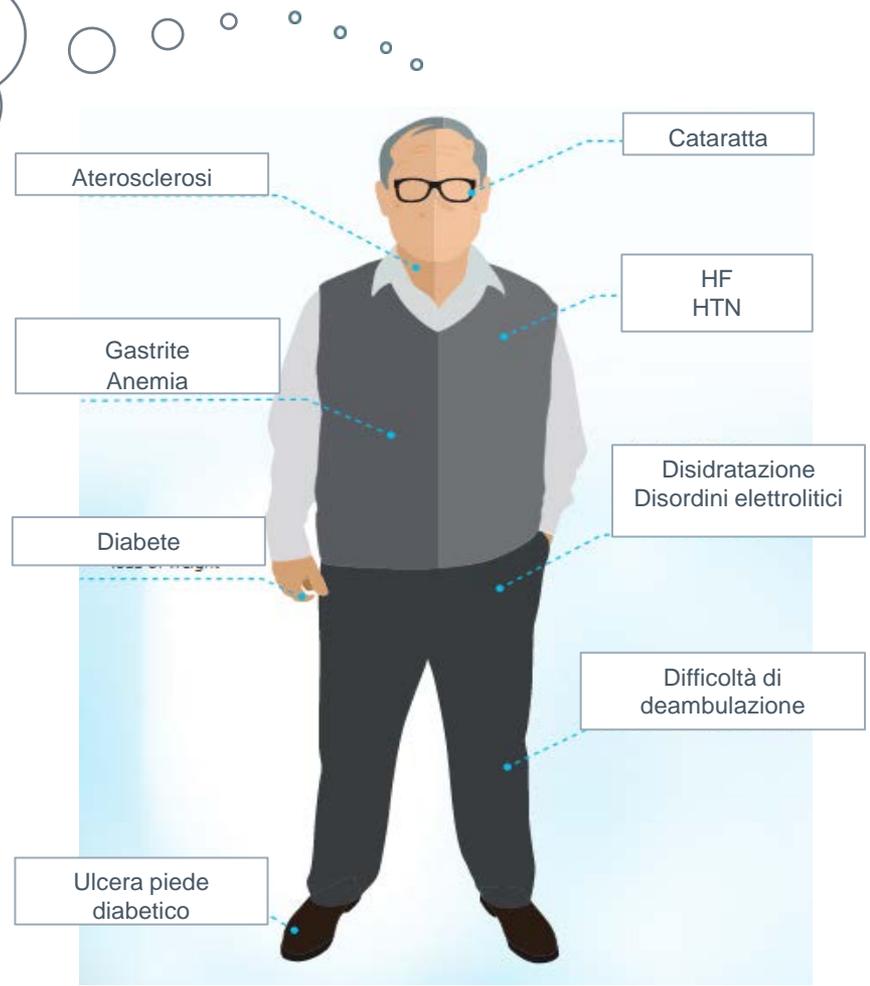
ACCERTAMENTO A DOMICILIO



ACCERTAMENTO A DOMICILIO



ACCERTAMENTO A DOMICILIO



PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

Costruito intorno ai bisogni e alle preferenze della persona considerata nella sua globalità

Obiettivo: cura e assistenza globale ed individualizzata

- Comprende **anche** l'elenco delle prestazioni periodiche che il paziente deve effettuare in relazione alla propria patologia cronica
- Descrive la **pianificazione e attuazione degli interventi secondo gli obiettivi da perseguire**

Infermiere CM: funzione di navigatore

Paziente: ruolo attivo

- PAI utilizzato anche come strumento di comunicazione**



MONITORAGGIO DELL' ANDAMENTO CLINICO E COACHING

- Rilevare eventuali cambiamenti nello stato di salute**
- Intercettare i problemi prima che si sviluppino**
- Verificare coerenza obiettivi
- Migliorare l'aderenza del paziente
- Promuovere e far mantenere uno stile di vita corretto per ridurre i rischi** (revisione dieta, attività fisica, automonitoraggio)
- Far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli**
- Riconciliazione farmacoterapia
- Assicurarsi che vengano effettuati gli esami e le visite di controllo raccomandati



DGR n. 535 del 26/04/2016

OGGETTO: Adesione al Progetto e approvazione dell'Accordo di Collaborazione Programma 2015 del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) "Malattie croniche: supporto e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico del paziente complesso finalizzati alla prevenzione dei ricoveri ripetuti".


Ministero della Salute
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio I (Ex DGPREV) - Affari Generali
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma
Pec: dgprev@postacert.smz.it

Alla REGIONE TOSCANA
DG Diritti di Cittadinanza e
Coesione Sociale
Pec regionetoscana@postacert.toscana.it

DGPREV/P/F.3.a.d/2015/796

PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2015

DATI GENERALI DEL PROGETTO

TITOLO: Malattie croniche: supporto e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico del paziente complesso finalizzati alla prevenzione dei ricoveri ripetuti

ENTE RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE: Regione Toscana

NUMERO ID DA PROGRAMMA: 4 – Patologie croniche prevalenti

REGIONI ED ENTI COINVOLTI:
numero: 4
elenco: Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Sardegna, Age.Na.S

DURATA PROGETTO: 24 mesi

Pazienti presi in carico in data 31/12/2017 = 330

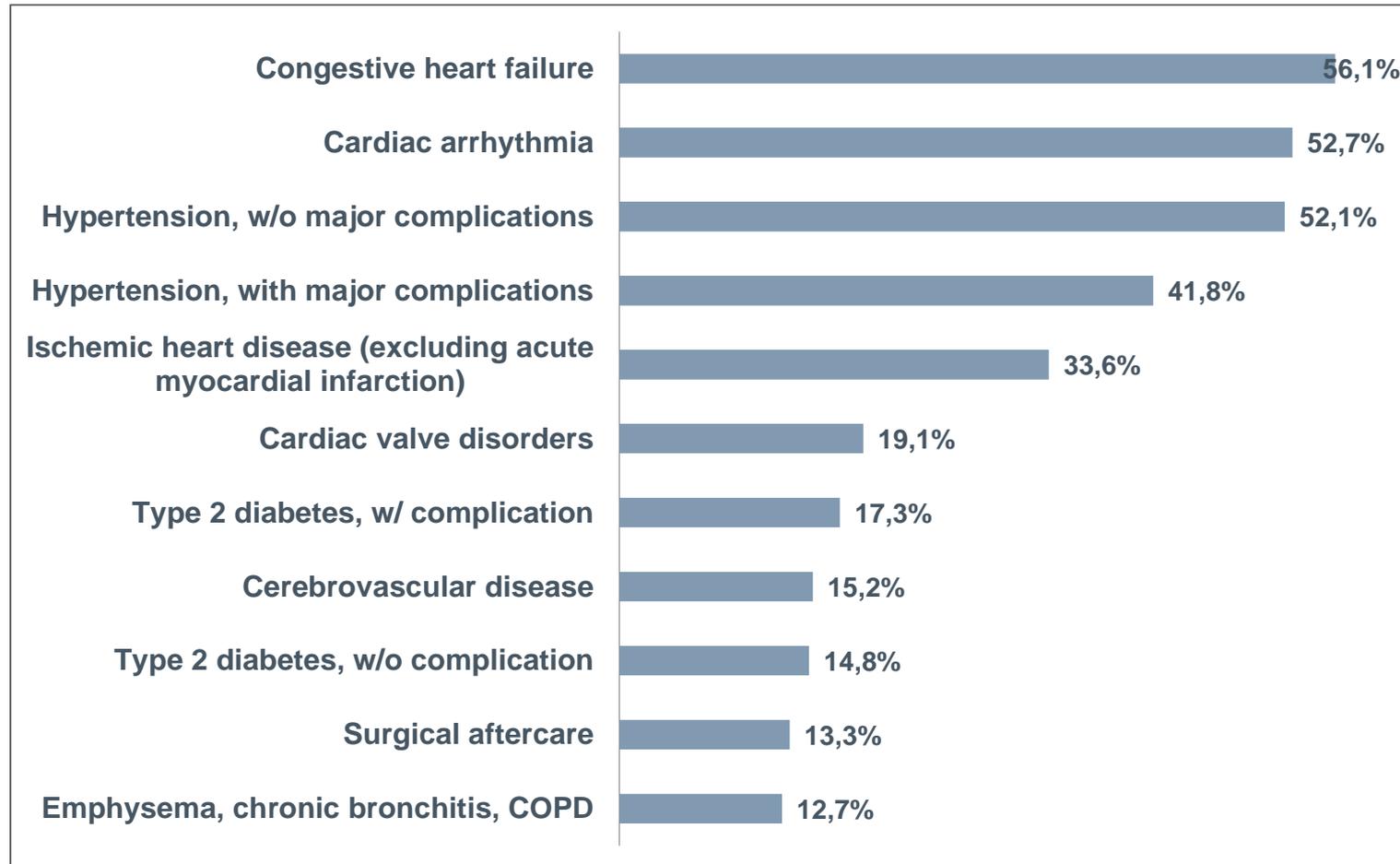
Caratteristiche cliniche

Numero di Condizioni Croniche	N. Pz	%
1 Patologie	30	9,1
2 Patologie	51	15,5
3 Patologie	56	17,0
4 Patologie	49	14,9
5 Patologie	49	14,9
6 Patologie	40	12,1
7 Patologie	27	8,2
8+ Patologie	28	8,5

→ 60%

Caratteristiche cliniche

Patologie più frequenti dei soggetti arruolati



Fase

Metodo

Risultato

Fase	Metodo	Risultato
1 (seguendo il protocollo del CCM)	CONFRONTO CASI - CONTROLLI <i>APPAIAMENTO CON</i> <i>PROPENSITY SCORE</i>	Nessuna differenza statisticamente significativa tra il gruppo dei casi e i controlli

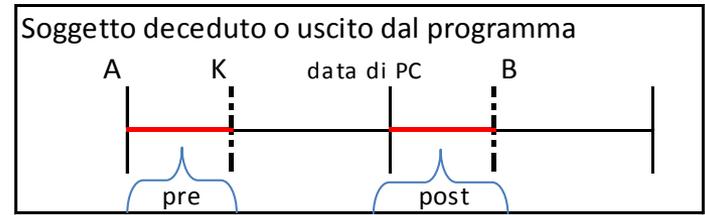
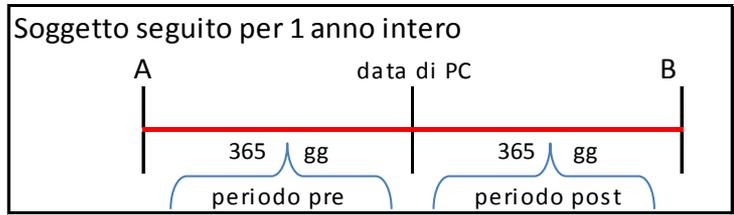
Fase

Metodo

Risultato

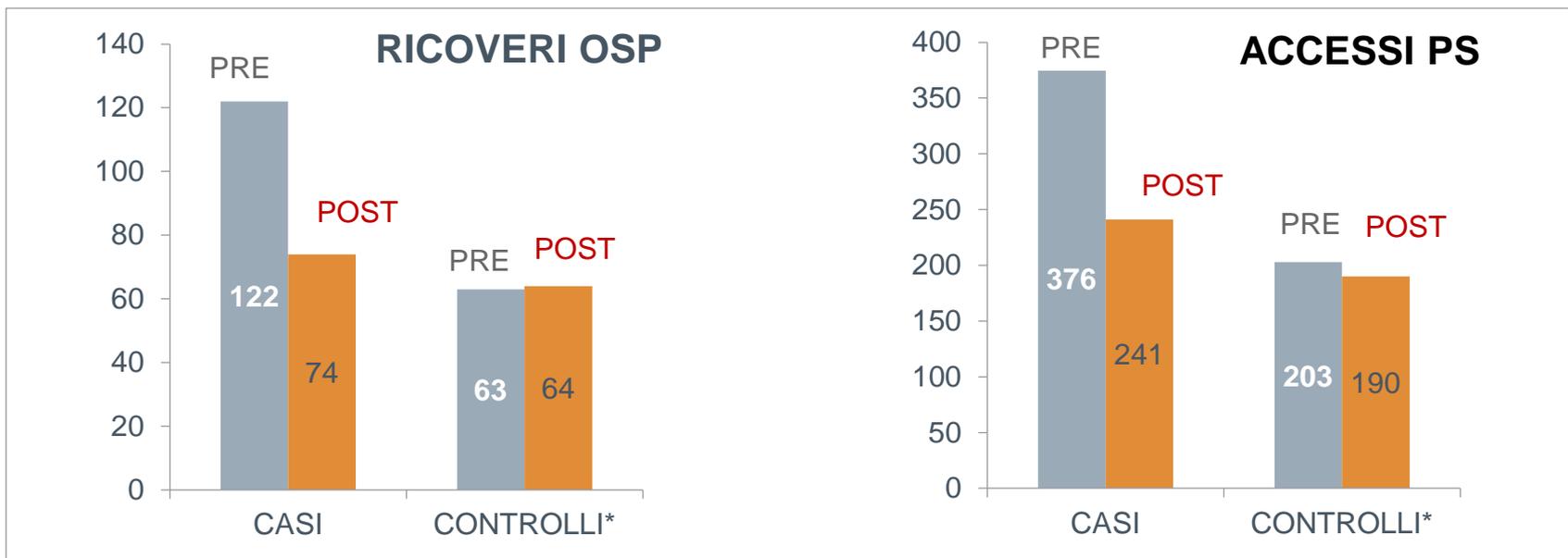
<p>1 (segundo il protocollo del CCM)</p>	<p>CONFRONTO CASI - CONTROLLO <i>APPAIAMENTO CON PROPENSITY SCORE</i></p>	<p>Nessuna differenza statisticamente significativa tra il gruppo dei casi e i controlli</p>
		
<p>2 Approfondimento Regione Veneto</p>	<p>CONFRONTO PRE – POST la data di presa in carico</p>	<p>?</p>

Confronto 1 anno prima e un anno dopo la presa in carico. Per i soggetti deceduti o usciti dal programma considero il corrispettivo periodo dell'anno per tenere conto della stagionalità dei ricoveri



ANALISI DATI GREZZI

Nei casi il numero di ricoveri/PS è superiore in valore assoluto nel periodo antecedente la PC rispetto ai controlli. Nei controlli non emerge alcuna differenza tra pre e post, mentre si conferma la riduzione per i casi.



*Controlli appaiati con *propensity score* per età, sesso, AULSS, ACG, n. condizioni croniche, considerando per la stagionalità dei ricoveri lo stesso periodo del caso appaiato, pre e post la data di PC del caso.

MODELLO STATISTICO

Il modello statistico implementato per le 244 coppie sopravvivenenti conferma quanto osservato dall'analisi descrittiva:

- Nei **CASI** (inseriti nel Care Management) c'è una riduzione statisticamente significativa ($p < 0.05$) dei ricoveri e degli accessi al PS pari rispettivamente al 39% (Rischio Relativo 0.61) e 36% (Rischio Relativo 0.64) nell'anno successivo alla presa in carico.
- Nei **CONTROLLI** non c'è una differenza statisticamente significativa tra il numero dei ricoveri/PS pre e post (Rischio Relativo ricoveri 1.02, PS 0.94, p non signif.)

MODELLO STATISTICO

Il modello statistico implementato per le 244 coppie sopravvivenenti conferma quanto osservato dall'analisi descrittiva:

- Nei **CASI** (inseriti nel Care Management) c'è una riduzione statisticamente significativa ($p < 0.05$) dei ricoveri e degli accessi al PS pari rispettivamente al 39% (Rischio Relativo 0.61) e 36% (Rischio Relativo 0.64) nell'anno successivo alla presa in carico.
- Nei **CONTROLLI** non c'è una differenza statisticamente significativa tra il numero dei ricoveri/PS pre e post (Rischio Relativo ricoveri 1.02, PS 0.94, p non signif.)

MODELLO STATISTICO

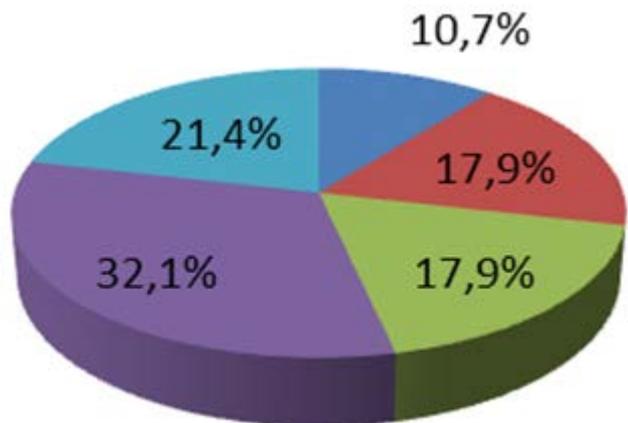
Il modello statistico implementato per le 244 coppie sopravvivenenti conferma quanto osservato dall'analisi descrittiva:

- Nei **CASI** (inseriti nel Care Management) c'è una riduzione statisticamente significativa ($p < 0.05$) dei ricoveri e degli accessi al PS pari rispettivamente al 39% (Rischio Relativo 0.61) e 36% (Rischio Relativo 0.64) nell'anno successivo alla presa in carico.
- Nei **CONTROLLI** non c'è una differenza statisticamente significativa tra il numero dei ricoveri/PS pre e post (Rischio Relativo ricoveri 1.02, PS 0.94, p non signif.)

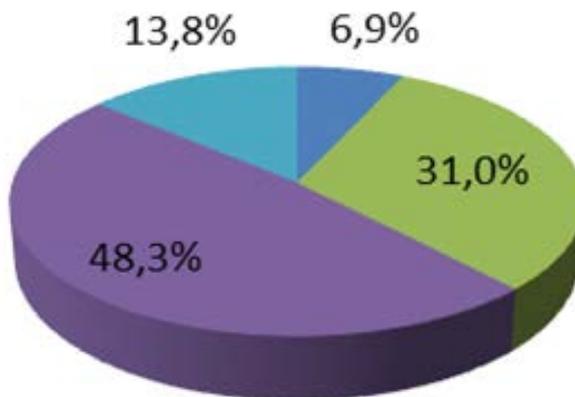
Questionario di soddisfazione

Come valuta la sua soddisfazione complessiva del progetto?

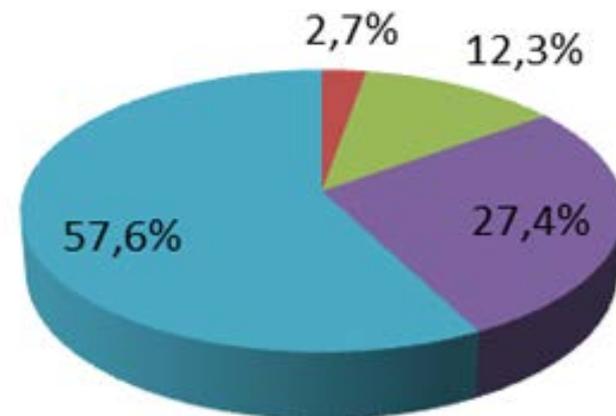
- 1 per nulla soddisfatto
- 2 abbastanza insoddisfatto
- 3 mediamente soddisfatto
- 4 soddisfatto
- 5 molto soddisfatto



MMG (72 %)



INFERMIERE (93%)



PAZIENTE (97%)

Programma di Care Management per la presa in carico di pazienti complessi

- Paziente al centro
Riflette le preferenze del paziente
- Coordinato, integrato
Riduce le duplicazioni e la frammentazione
- Supporto a caregiver
Riduce il carico
- Soddisfacente per medici, infermieri e pazienti
Migliora QoL
- Efficiente
In grado di ridurre accessi in PS e ricoveri

