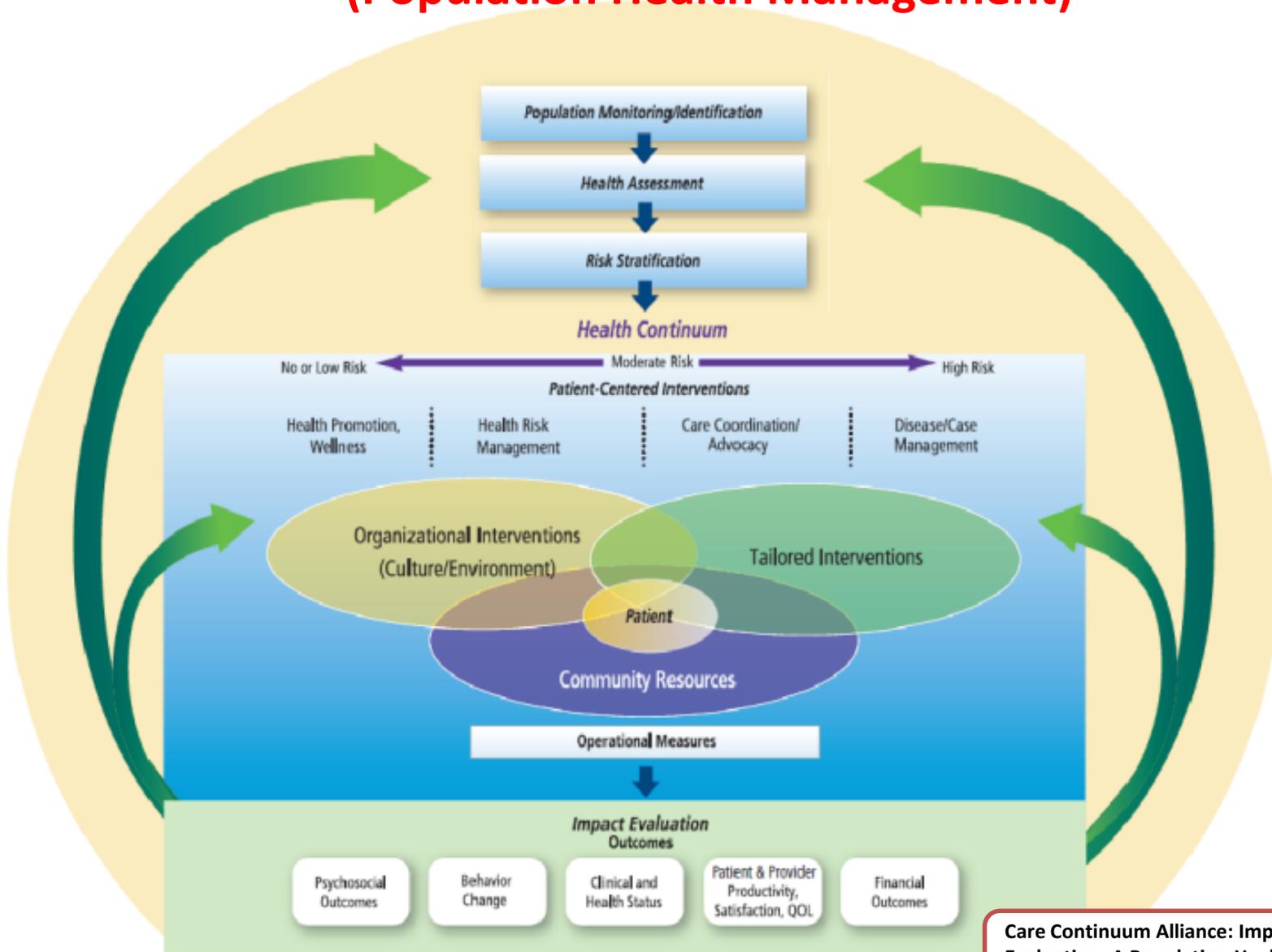


La Population Health Management e la presa in carico della cronicità/fragilità in Regione Emilia-Romagna: Focus sulla BPCO



Imma Cacciapuoti
Servizio Assistenza Territoriale
Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare
Assessorato Politiche per la Salute
Regione Emilia-Romagna

L'Approccio di Salute di Comunità in RER (Population Health Management)



Care Continuum Alliance: Implementation and Evaluation: A Population Health Guide for Primary Care Models. Washington, 2012

Nelle premesse del PHM si identificano i seguenti riferimenti concettuali e aree di intervento:

- 1) l'approccio di popolazione focalizzato su interventi di prevenzione della salute generale;
- 2) l'epidemiologia, per l'analisi della domanda e la stratificazione per condizioni di rischio;
- 3) il Chronic Care Model (CCM), come modello organizzativo di presa in carico integrato e continuativo che per primo ha richiamato la funzione di empowerment e self-management;
- 4) la value-based care, la valorizzazione economica per episodi;
- 5) l'utilizzo dell'ICT e dei sistemi informativi per la raccolta puntuale delle informazioni;
- 6) la medicina personalizzata;
- 7) il Case o Care management, per la presa in carico mirata dei soggetti con condizioni ad alta complessità.

Questa differenziazione risulta indispensabile per definire le strategie e gli interventi di medicina di iniziativa più appropriati.

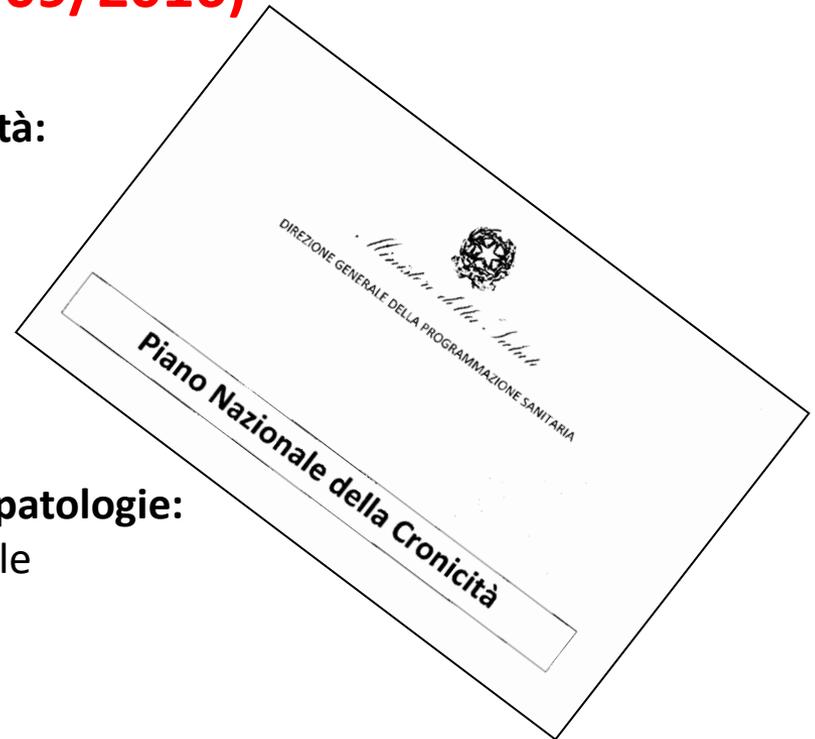
Il Piano Nazionale Cronicità (N°160\CSR 15/09/2016)

1. PRIMA PARTE - indirizzi generali per la cronicità:

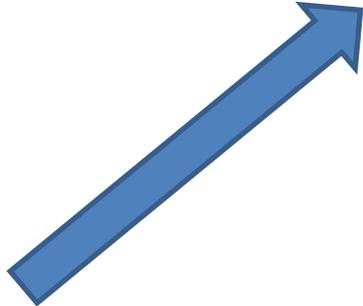
- ✓ Strategia del Piano
- ✓ Obiettivi
- ✓ Modelli organizzativi
- ✓ Linee d'intervento
- ✓ Monitoraggio e valutazione

2. SECONDA PARTE - approfondimenti su alcune patologie:

- ✓ Malattie renali croniche e insufficienza renale
- ✓ Malattia di Parkinson e Parkinsonismi
- ✓ Insufficienza cardiaca cronica
- ✓ Malattia di Crohn e Rettocolite ulcerosa
- ✓ **BPCO** e IRC; Insufficienza respiratoria cronica in età evolutiva
- ✓ Artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
- ✓ Asma in età evolutiva
- ✓ Malattie endocrine in età evolutiva
- ✓ Malattie renali croniche in età evolutiva



BPCO e IRC



Nella seconda parte
del PNC

MACRO ATTIVITA'

- Programmi nazionali di prevenzione e controllo dei fattori di rischio
- Favorire un percorso di cura adeguato ai bisogni del paziente nel rispetto delle linee guida



MINISTERO DELLA
SALUTE



AGENAS



REGIONE



AZIENDA SANITARIA

OGGETTI GENERALI

- Migliorare la consapevolezza sulla patologia e sui fattori di rischio collegati al livello politico e sociale.
- Prevenire le riacutizzazioni e la progressione dell'amalattia con una gestione attiva e intensiva del paziente nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate
- Migliorare l'aderenza all'profilassi, terapia farmacologica e riabilitativa.
- Creare livelli intermedi di assistenza fra ospedale e domicilio, tra cure primarie e ospedaliere.

OGGETTI SPECIFICI

- Cessazione del fumo.
- Controllo dell'inquinamento indoor e outdoor - educazione sanitaria.
- Educazione del paziente/ Caregiver all'autogestione della malattia.
- Prevenzione delle riacutizzazioni.
- Miglioramento della qualità di assistenza strutturale, tecnologica e operativa delle strutture di cura.
- Sensibilizzare e attivare la formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di IRC e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/ specialistiche per evitare condizioni complicanti.
- Prevenire infezioni ricorrenti.
- Favorire gli interventi di riabilitazione respiratoria.
- Garantire presa in carico unitaria della persona con IRC da MNM.
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

- Implementare una carta di rischio respiratorio
- Incrementare programmi e adottare strumenti che aumentino la consapevolezza sulla patologia
- Implementare l'Integrazione multidisciplinare e multi professionale adottando i PDTA
- Incrementare programmi che sviluppino l'empowerment del paziente e che rendano i professionisti sanitari e non sanitari consapevoli dell'importanza dell'aderenza sia farmacologica che tecnologica individuando strumenti che facilitino la compliance
- Strutturare in maniera appropriata l'assistenza domiciliare (ossigenoterapia e ventiloterapia) ponendo attenzione alle cure di fine vita
- Sperimentare modelli di strutture intermedie rispondenti a criteri strutturali, operativi, organizzativi, omogenei al livello nazionale
- Implementare la riabilitazione respiratoria
- Mettere a regime i modelli basati su sistemi di monitoraggio a distanza (telemedicina)
- Sensibilizzazione e formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di IRC e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/ specialistiche per evitare condizioni complicanti.
- Potenziare l'assistenza domiciliare e prevedere programmi di addestramento del caregiver
- Favorire l'avalutazione del funzionamento della persona (ICF) con approccio biopsicosociale.

RISULTATI ATTESI

- Aumento della popolazione curata a domicilio, anche attraverso forme di teleassistenza
- Riduzione delle ospedalizzazioni

INDICATORI

- % di popolazione con BPCO grave e IRC curata a domicilio rispetto alla popolazione affetta da BPCO grave e IRC.
- % di popolazione con BPCO grave e IRC inserita in programmi domiciliari che abbiano avuto necessità di una o più ospedalizzazioni.
- % di popolazione con BPCO grave e IRC ospedalizzata e di messa (SDO) rispetto al trend dell'anno precedente

I Nuovi LEA: DPCM del 12 gennaio 2017



Art. 4.

Assistenza sanitaria di base

c) l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, il counselling per la gestione della malattia o della disabilità e la prevenzione delle complicanze;

d) l'attivazione di percorsi assistenziali a favore del bambino, che prevedano la presa in carico entro il primo mese di vita, in collaborazione con le strutture consultoriali ed ospedaliere, e a favore dell'adulto, anche attraverso la valutazione multidimensionale e la tenuta della scheda sanitaria, il consulto con lo specialista e la continuità assistenziale nelle fasi dell'accesso al ricovero ospedaliero, della degenza e in quella successiva alla dimissione, con particolare riguardo alle patologie ad andamento cronico ed evolutivo;

Art. 21.

Percorsi assistenziali integrati

1. I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semi-residenziali e residenziali di cui al presente Capo preventivi all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sancito in sede di Conferenza di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 n. 281, sono definite linee di indirizzo volt

Art. 22.

Cure domiciliari

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 65 del 18 marzo 2017 - Serie generale

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Sabato, 18 marzo 2017

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00185 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 601 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-69091 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA C. VERDI, 1 - 00188 ROMA

N. 15

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017.

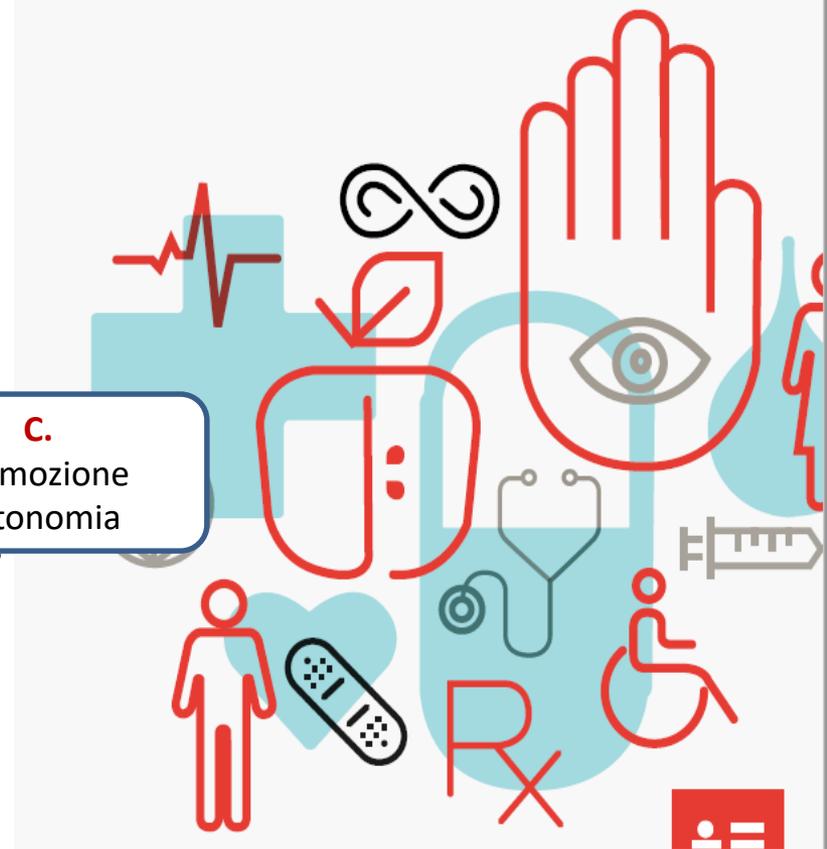
Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Obiettivo del nuovo PSSR 2017-2019

I principi del nuovo **PSSR 2017-2019**:
approvato dall'Assemblea Legislativa regionale
con delibera n. 120 del 12 luglio 2017

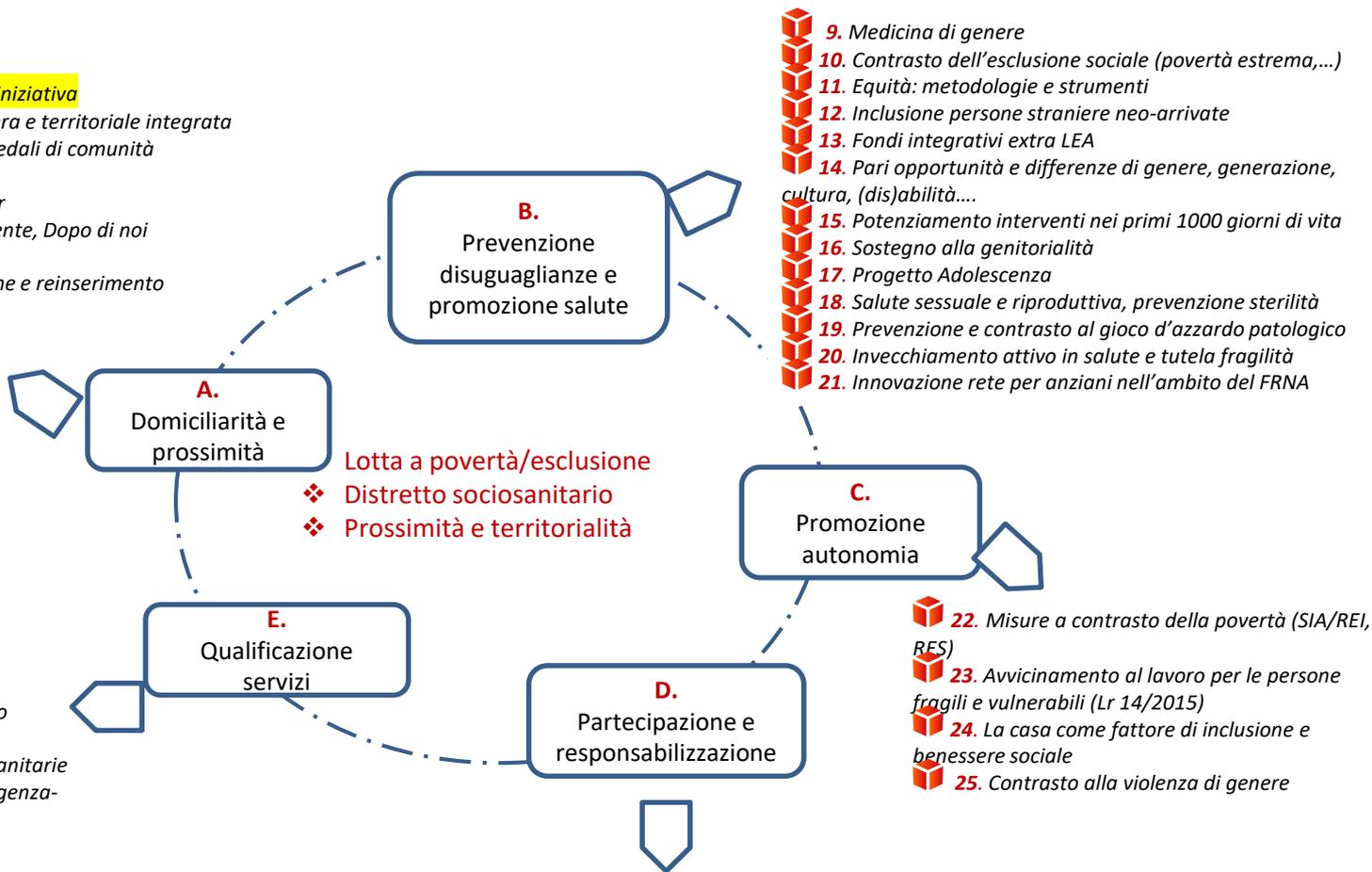


IL PIANO SOCIALE
E SANITARIO
DELLA REGIONE
EMILIA-ROMAGNA



Gli interventi sono descritti da **schede** che individuano le azioni da sviluppare

1. Case della salute e Medicina d'iniziativa
2. Riorganizzazione rete ospedaliera e territoriale integrata
3. Cure intermedie e sviluppo Ospedali di comunità
4. Budget di salute
5. Riconoscimento ruolo caregiver
6. Progetto di vita, Vita indipendente, Dopo di noi
7. Rete cure palliative
8. Salute in carcere, umanizzazione e reinserimento



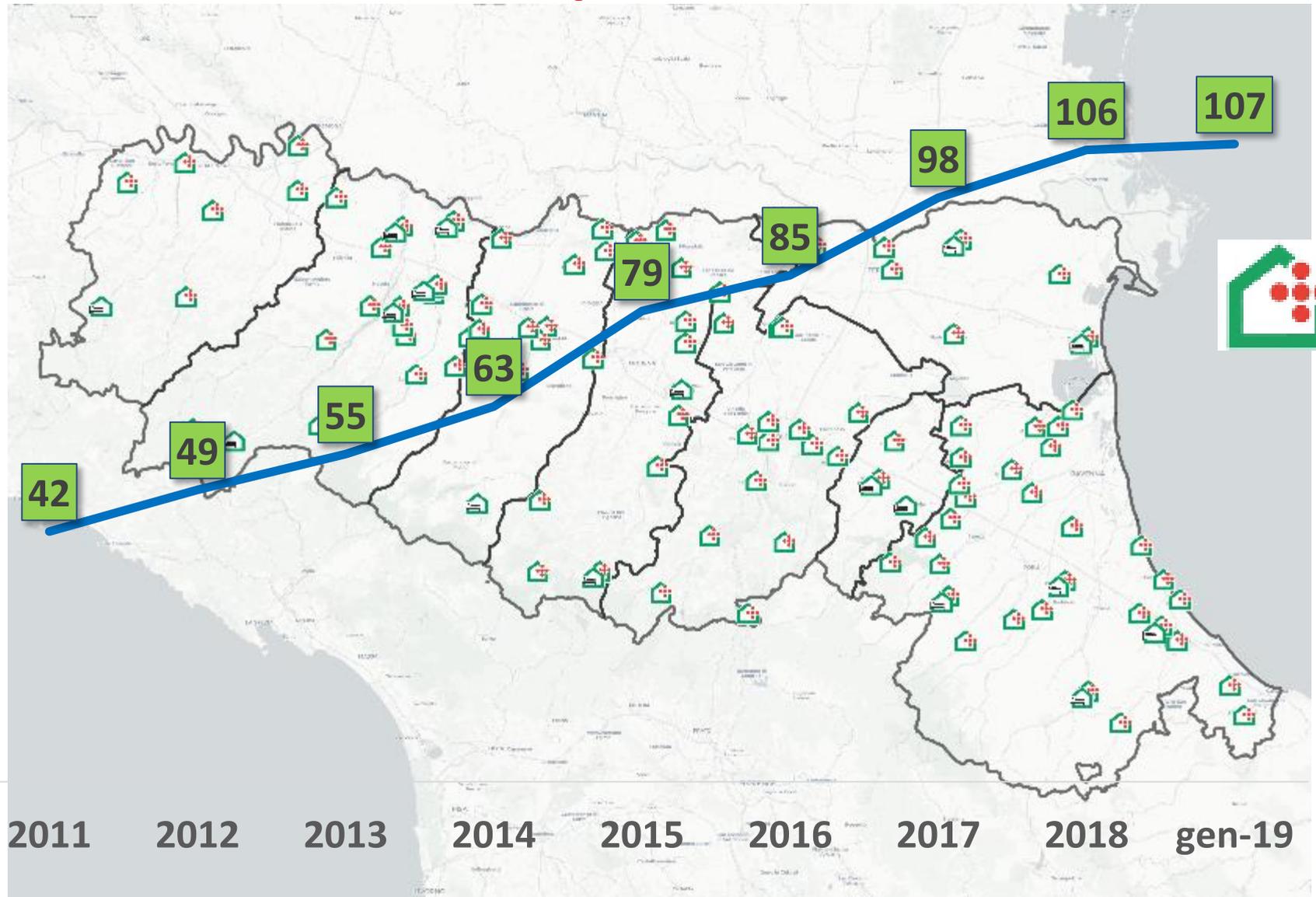
9. Medicina di genere
10. Contrasto dell'esclusione sociale (povertà estrema,...)
11. Equità: metodologie e strumenti
12. Inclusione persone straniere neo-arrivate
13. Fondi integrativi extra LEA
14. Pari opportunità e differenze di genere, generazione, cultura, (dis)abilità...
15. Potenziamento interventi nei primi 1000 giorni di vita
16. Sostegno alla genitorialità
17. Progetto Adolescenza
18. Salute sessuale e riproduttiva, prevenzione sterilità
19. Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
20. Invecchiamento attivo in salute e tutela fragilità
21. Innovazione rete per anziani nell'ambito del FRNA

22. Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
23. Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (Lr 14/2015)
24. La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
25. Contrasto alla violenza di genere

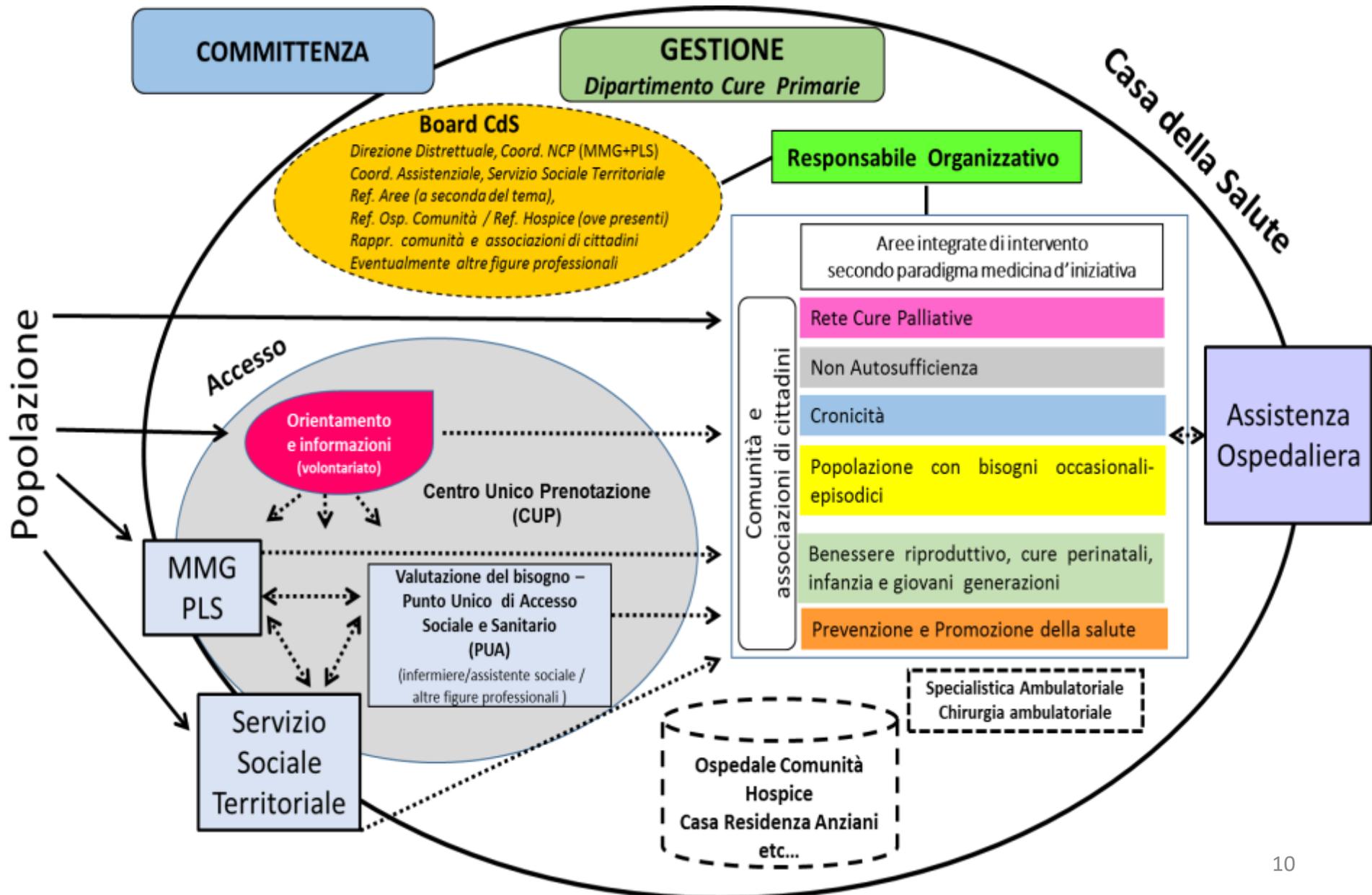
26. Empowerment e partecipazione di comunità (PRP)
27. Capirsi fa bene alla salute (Health literacy)
28. Valorizzazione conoscenze esperienziali e Aiuto tra pari
29. Partecipazione civica e collaborazione tra pubblico ed Enti del terzo settore

30. Aggiornamento di strumenti e procedure sociosanitarie
31. Riorganizzazione/miglioramento assistenza alla nascita
32. Equità d'accesso a prestazioni sanitarie
33. Miglioramento accesso in emergenza-urgenza
34. Metodologie per innovare organizzazioni e pratiche professionali
35. ICT strumento per nuovo modello e-welfare
36. Consolidamento e sviluppo Servizi sociali territoriali
37. Qualificazione accoglienza/tutela 0-18 anni e neomaggiorienni con bisogni sociosanitari complessi
38. Nuovo calendario vaccinale e miglioramento coperture
39. Livelli essenziali delle prestazioni sociali

107 Case della Salute che assistono + 2.000.000 persone e 19 OsCo



Il modello organizzativo della Casa della Salute



Si lavora per aree trasversali di intervento

Prevenzione e promozione della salute

- Gruppi di educazione alla salute
- Progetti di comunità su stili di vita salutari (alimentazione, attività fisica, alcol, fumo)
- Camminate della salute
- Incontri tra professionisti e popolazione
- Vaccinazioni in età pediatrica e adulta
- Prevenzione obesità infantile
- Screening oncologici
- Progetto antibioticoresistenza

Benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni

- Promozione allattamento al seno
- Percorso nascita, IVG, sterilità
- Percorso maltrattamento e abuso sui minori
- Progetto adolescenza (DGR 590/2013)
- Disagio psichico e consumo sostanze nei giovani
- Prevenzione violenza domestica e sessuale
- Cronicità in età pediatrica
- Programma DSA

Popolazione con bisogni occasionali-episodici

Popolazione generale che ricorre alle attività presenti nella Casa della Salute per un problema di salute circoscritto e un periodo di tempo delimitato

Tra le nuove attività: accoglienza, valutazione, *counselling* per problemi di natura psicosociale nella popolazione adulta

Prevenzione e presa in carico della cronicità

- Gruppi sui corretti stili di vita
- Lettura integrata del rischio cardiovascolare
- Programma Leggieri
- Programma Budget di Salute (DGR 1554/2015)
- Percorso DCA (DGR 1298/2009)
- Percorso alcol
- Identificazione e presa in carico popolazione fragile
- Palestre Etiche, AFA ed EFA
- PDTA condizioni croniche nell'adulto (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, Sclerosi multipla)
- Gestione infermieristica proattiva e integrata (MMG, Specialisti, assistente sociale, ...)

Non Autosufficienza

- Disturbi cognitivi e Programma demenze
- Programma SLA
- Prevenzione cadute in casa
- Percorsi socio-sanitari salute mentale (DGR 1423/2015)

Rete cure palliative

Percorso di cure palliative per garantire la continuità clinico-assistenziale nei nodi della rete (DGR 560/2015)

La multidisciplinarietà



- ✓ Assistente sociale in **oltre il 70%** delle Case della Salute con + di 100 **Assistenti Sociali** coinvolti
- ✓ La programmazione partecipata della **Comunità** nella programmazione e definizione del modello nei loro territori:
Sindaci, Cittadini, Aziende sanitarie.....



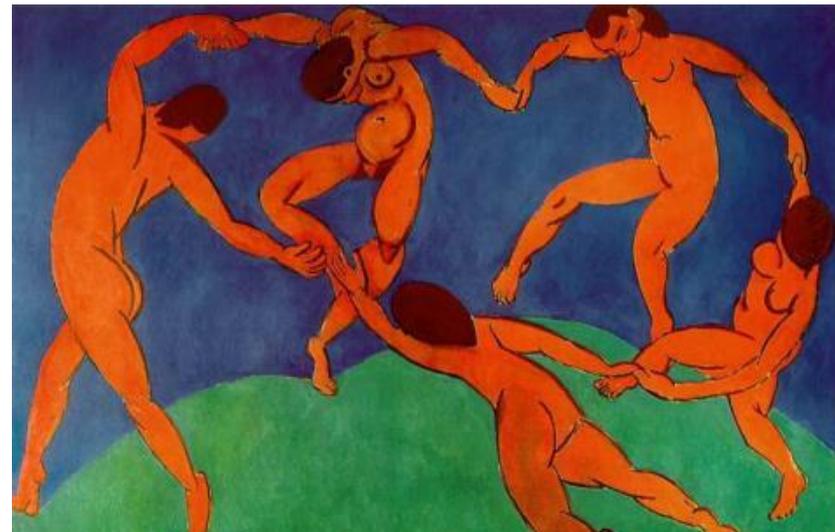
La Comunità Locale



Le attività del volontariato

✓ Nel 72% delle CdS sono presenti collaborazioni con associazioni di volontariato per:

- ✓ Sportelli informativi
- ✓ Iniziative di promozione della salute (es Camminate della salute)
- ✓ Gruppi auto-mutuo-aiuto
- ✓ Pazienti competenti
- ✓ Accompagnamento utenti
- ✓



Il ruolo del cittadino competente è obiettivo prioritario



Il Cittadino attivo e competente

Supporto della comunità nella autonomia della persona con patologia cronica e della sua famiglia

**FOCUS SULLA MALATTIA DIABETICA
CORSO DI FORMAZIONE 2018**



Responsabili progetto: Fe.D.ER e Regione ER
Responsabili scientifici: Anna V. Ciardullo e Simona Di Mario
5 moduli da marzo a ottobre 2018 sede RER via A. Moro 21

Il corso è rivolto: Associazioni affiliate FeDER,
infermieri delle Case della Salute e Strutture Diabetologiche,
Medici di Medicina Generale

Segreteria Organizzativa: Rita Lidia Stara; info@federdiabete.emr.it
Imma Cacciapuoti

Immacolata.Cacciapuoti@regione.emilia-romagna.it

Obiettivo del progetto:
Formare cittadini competenti della società civile per il supporto a persone affette da diabete e loro familiari, nell'adattamento al cambiamento di stili di vita e/o aderenza al percorso di cura, ecc.
Formare infermieri, MMG, pazienti e cittadini per diffondere la cultura dell'autocontrollo della malattia diabetica.
Garantire il supporto e l'informazione nelle scuole per l'accoglienza di minori con diabete dal nido fino alla scuola di secondo grado.

Sottobiattivi:
Produzione di informazione verso fasce di popolazione sulla malattia diabetica e la sua compatibilità con una vita piena e attiva.
Supporto educativo negli istituti scolastici di ogni ordine e grado sulla convivenza e le attenzioni da adottare in caso di diabete giovanile.
Partecipazione alle attività di educazione terapeutica, attivazione di punti informativi e gruppi di ascolto delle persone con diabete e delle loro famiglie nelle Case della Salute, integrate con i sanitari che si occupano della malattia o della cronicità/fragilità.
Programma educativo utilizzando mappe educative per lo sviluppo della capacità di self-management.

Ambulatori Infermieristici per la gestione della cronicità delle CdS:

nell'ambito dei percorsi condivisi con **MMG, Specialisti, Assistente Sociale, fisioterapisti ...**

Identificazione e reclutamento con MMG

Chiamata attiva dei pazienti

Accoglienza, presa in carico e follow up

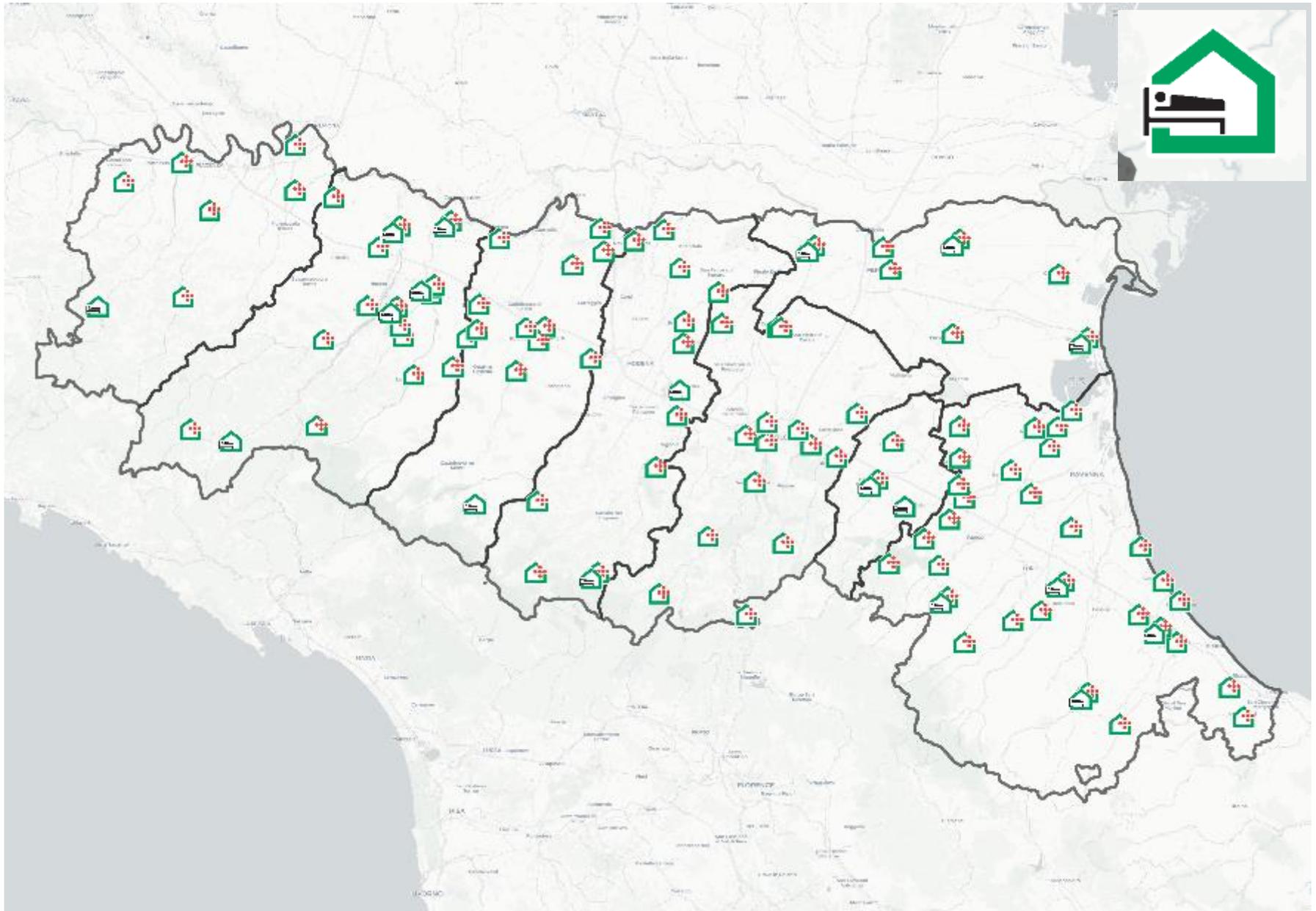
Educazione terapeutica

Addestramento a paziente e caregiver

Continuità assistenziale ospedale-territorio



19 Ospedali di Comunità nella rete delle 107 Case della Salute



19 Ospedali di Comunità in RER

Elementi chiave:

- **Empowerment** pazienti e care-giver
- **Le risorse della comunità** (volontariato , associazionismo..)

Modello organizzativo:

- ✓ Moduli di circa **15-20 posti-letto a gestione infermieristica**
- ✓ La responsabilità clinica è del MMG o Specialista Ausl
- ✓ La valutazione multidimensionale del paziente
- ✓ Il Piano Integrato e Individualizzato di cura (PAI), concordato attivamente tra operatori sanitari e sociali, pazienti e caregiver.
- ✓ Infermieri presenti continuativamente nelle 24 ore, coadiuvati da altro personale (OSS) e altri professionisti come i fisioterapisti quando necessario;

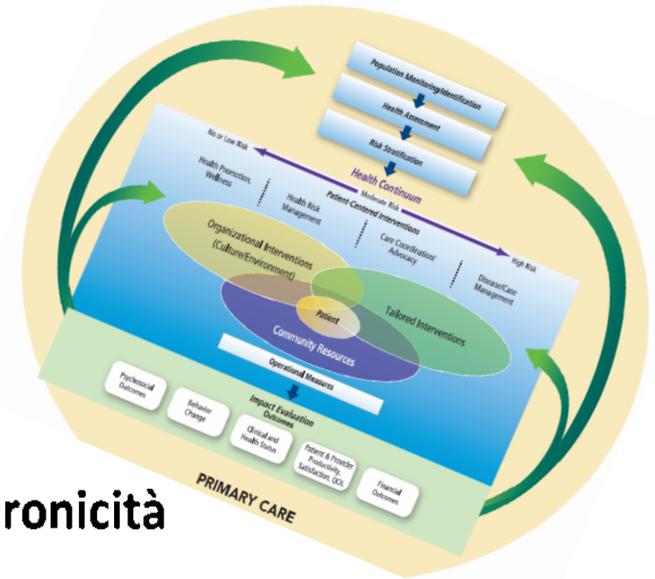
Pazienti eleggibili

- **pazienti, prevalentemente con multimorbidità** provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa
- **pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio** per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente , comunque non meritevoli di ricovero presso ospedale per acuti
- **Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica nelle ADL**, nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio, monitoraggi
- **Necessità formazione/educazione/addestramento** del paziente e del caregiver prima dell'accesso a domicilio.

Motivi di Ricovero

- Patologia cronica riacutizzata
- Monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica
- Educazione/addestramento del paziente e del caregiver
- Riattivazione funzionale
- Interventi riabilitativi/rieducativi monodistretto o completamento di interventi estensivi
- Acuzie minori

Obiettivo del Piano Nazionale Cronicità (DGR 429/2017 recepimento PNC)



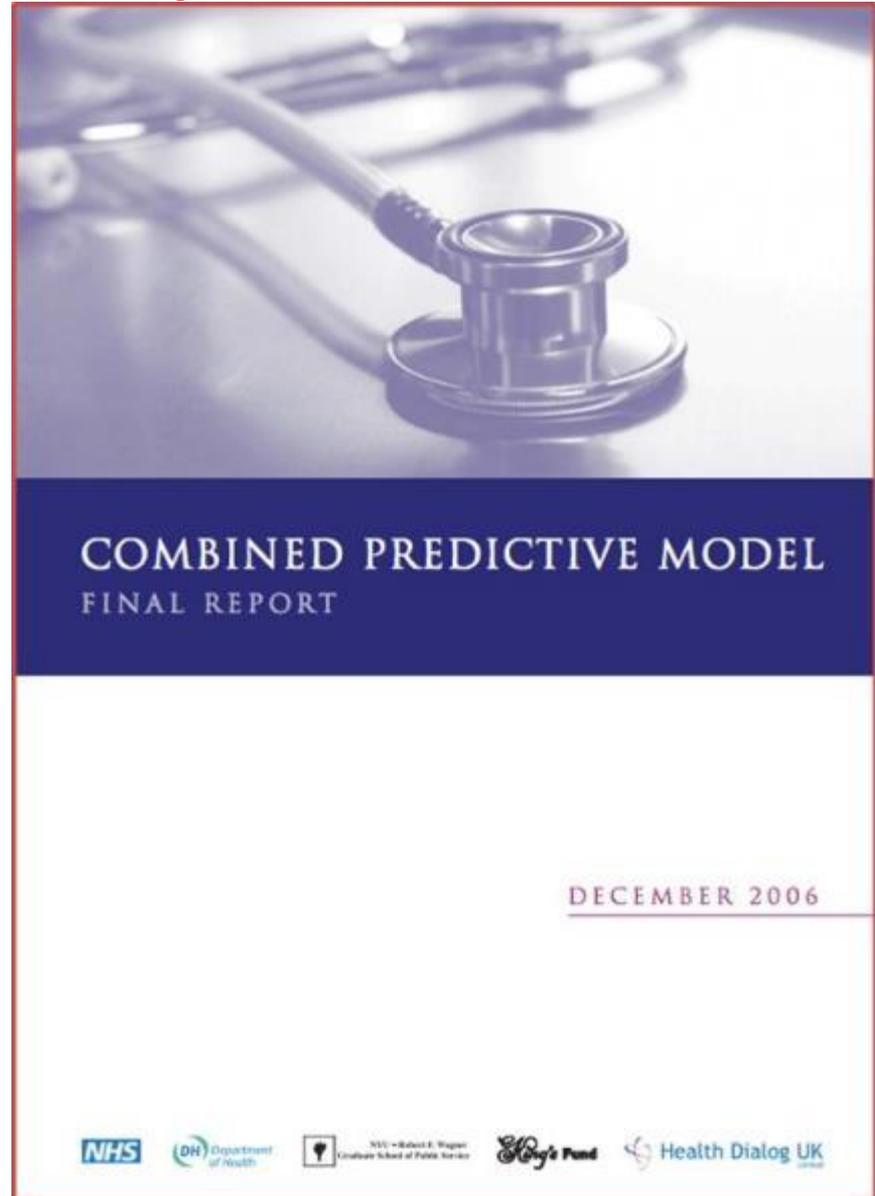
C) Il macroprocesso di gestione della persona con cronicità

1. FASE I: stratificazione e *targeting* della popolazione
2. FASE II: promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce
3. FASE III: presa in carico e gestione del paziente
4. FASE IV: erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente
5. FASE V: valutazione della qualità delle cure erogate

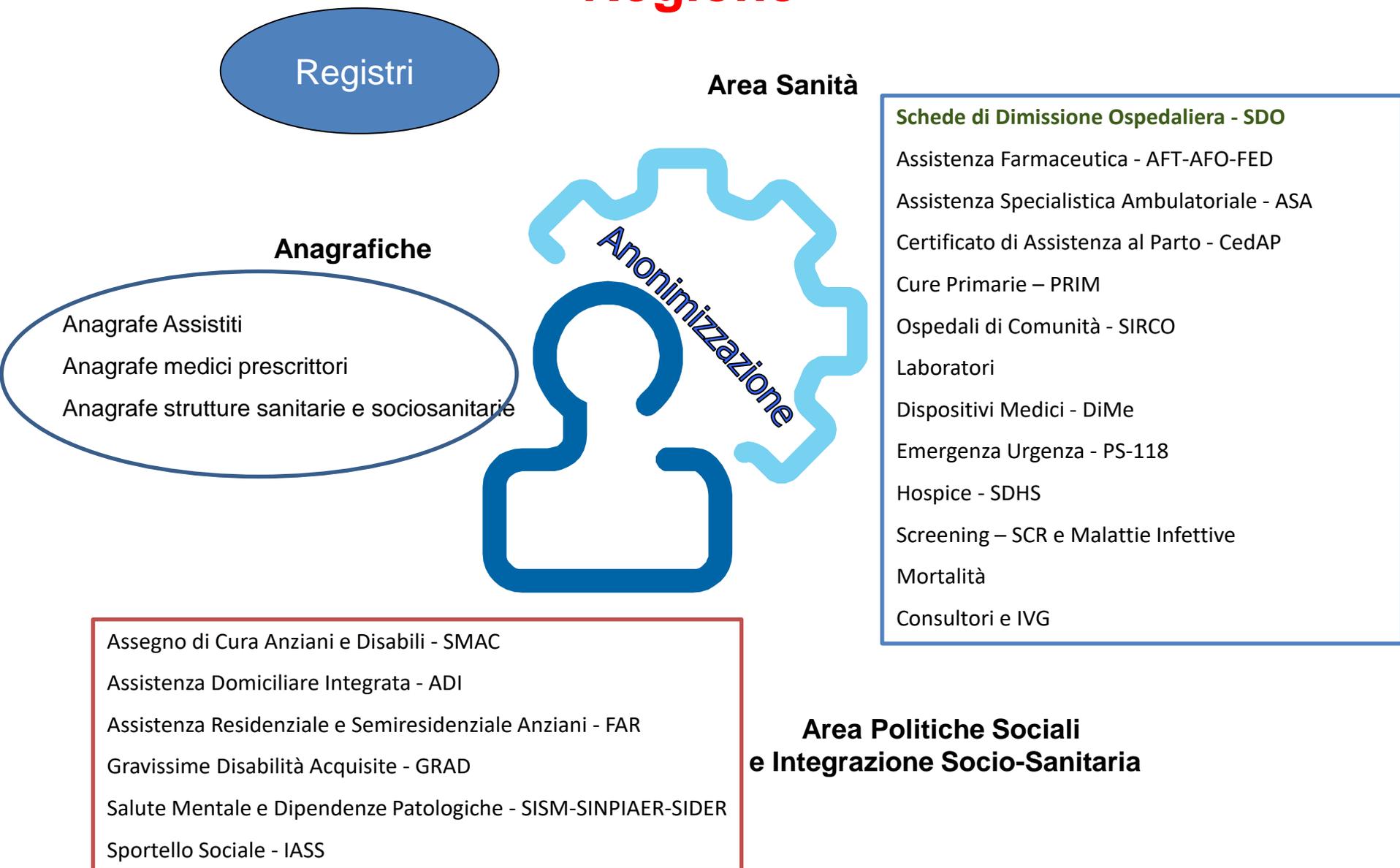
Da dove siamo partiti



Adjusted Clinical
Groups



Patrimonio informativo a disposizione della Regione



L'applicazione dell'approccio di Salute di Comunità in Emilia-Romagna: I Profili di Rischio (Risk-ER)

Utilizzo di variabili indipendenti:

➤ Caratteristiche demografiche:

- età
- sesso
- residenza geografica (città, pianura, collina, montagna)

➤ Indicatori di morbilità e di severità di malattia

- **Severità clinica** (circa 500 categorie diagnostiche definite in base alla localizzazione, alla eziologia e al grado di diffusione della patologia, utilizza i codici ICD9CM)
- Body system or Etiology Group

➤ Indicatori di qualità dei Profili di Cura dei NCP:

- **poliprescrizione farmaceutica**
- interazione potenziale farmaco-farmaco
- farmaci potenzialmente inappropriati
- **aderenza alle linee di indirizzo regionali (aderenza ai PDTA)**

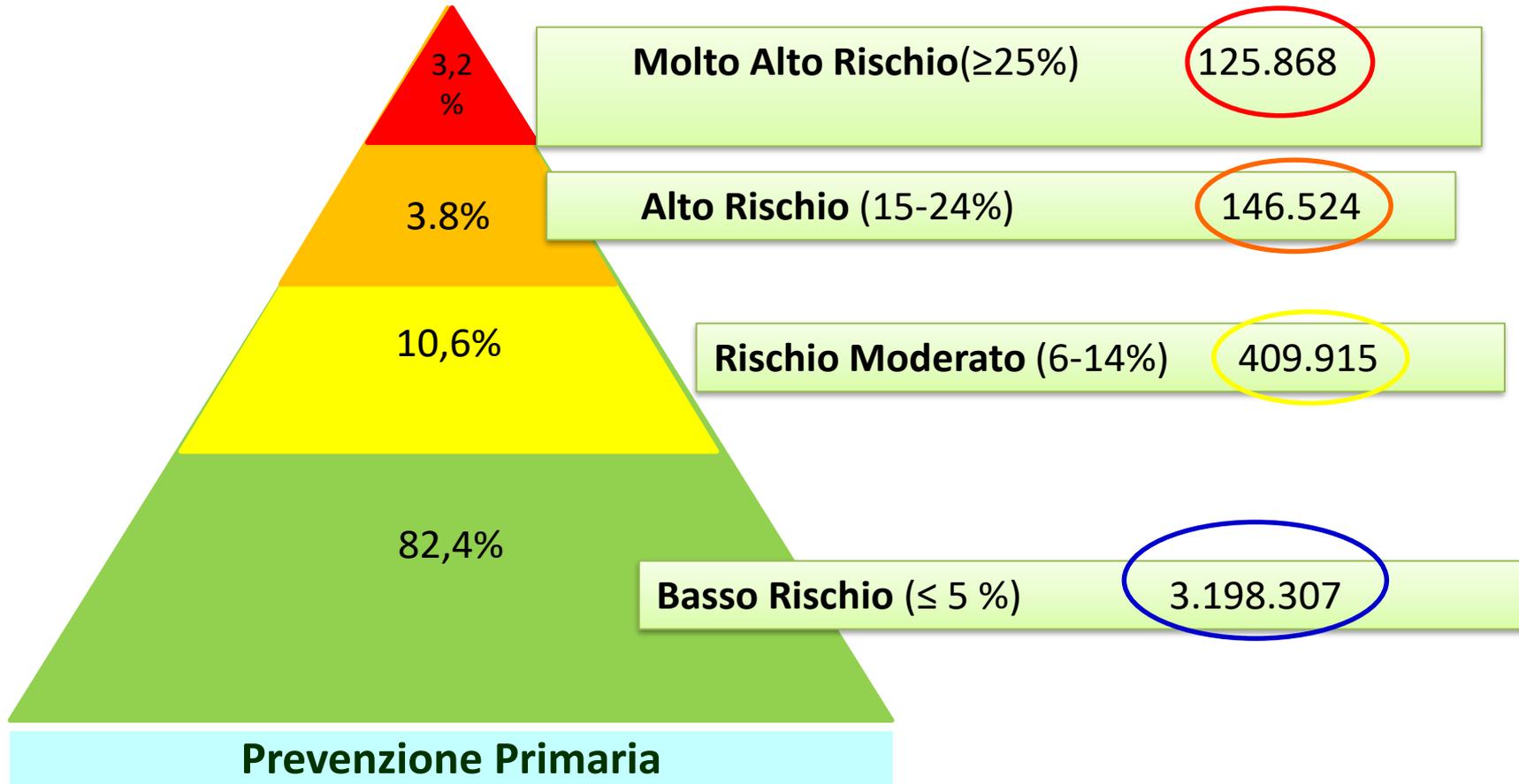
➤ Misure di **consumo dei servizi** come proxy della complessità: ricoveri, PS, specialistica, ecc...



Risk Score - 2018

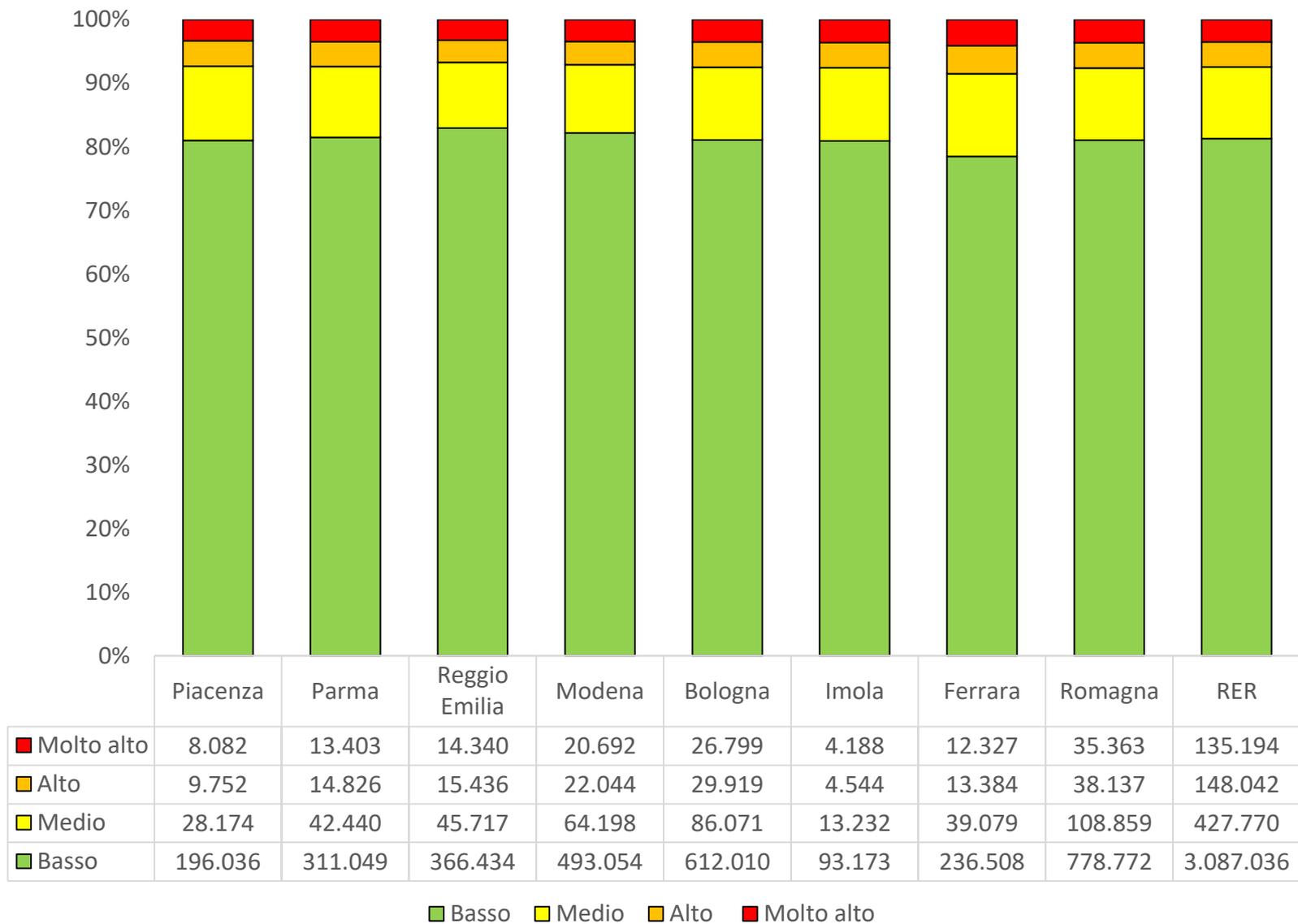
Case/Disease
Management

Self Management



Popolazione ≥ 14 - N= 3.880.614

RiskER: straficazione della popolazione - 2018



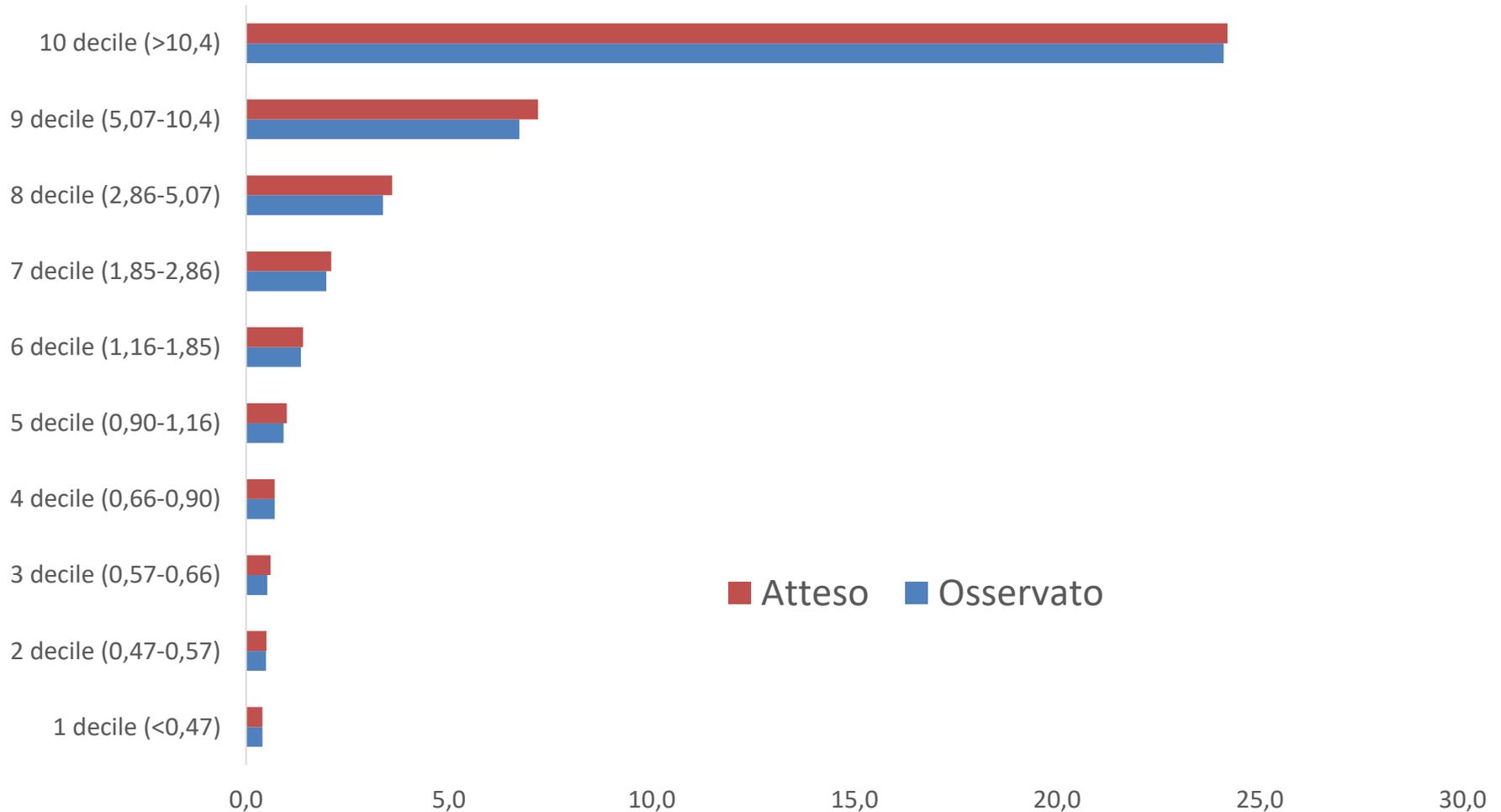
Il Modello

- È stato applicato all'intera popolazione adulta (≥ 18 anni) della regione per generare stime del rischio per ogni residente
- Ottimo livello di accuratezza (**statistica C= 0.85**)

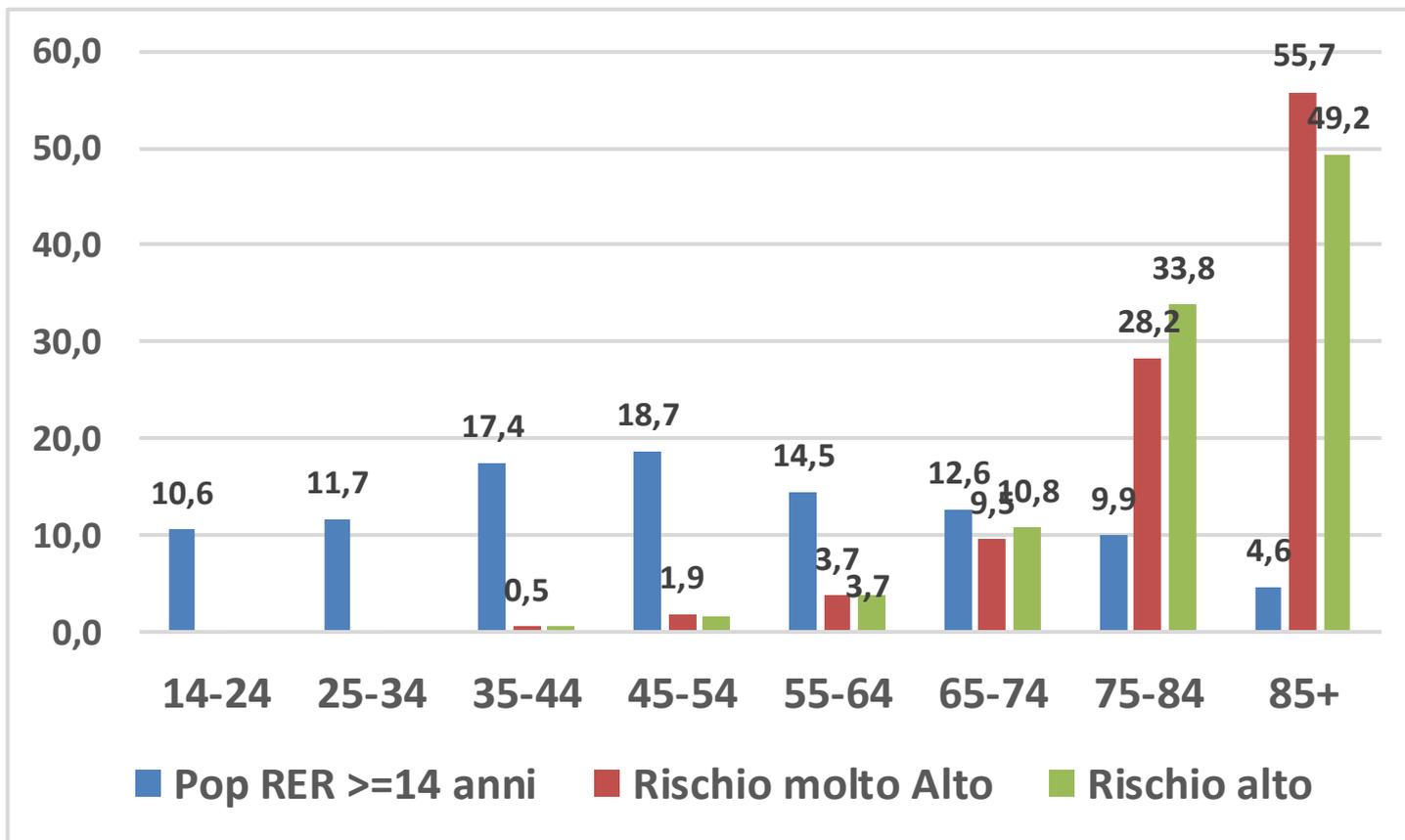
Categorie di rischio di ospedalizzazione o morte		
	<i>Rischio previsto</i>	
A rischio molto alto	$\geq 25\%$	Rappresenta circa 3,1% della popolazione adulta
Ad alto rischio	Fra il 15 e il 24%	Rappresenta circa 3,6% della popolazione adulta
A rischio moderato	Fra il 6 e il 14%	
A basso rischio	$\leq 5\%$	Rappresenta > 75% della popolazione. Il rischio è inferiore al livello medio della popolazione adulta

Validazione:

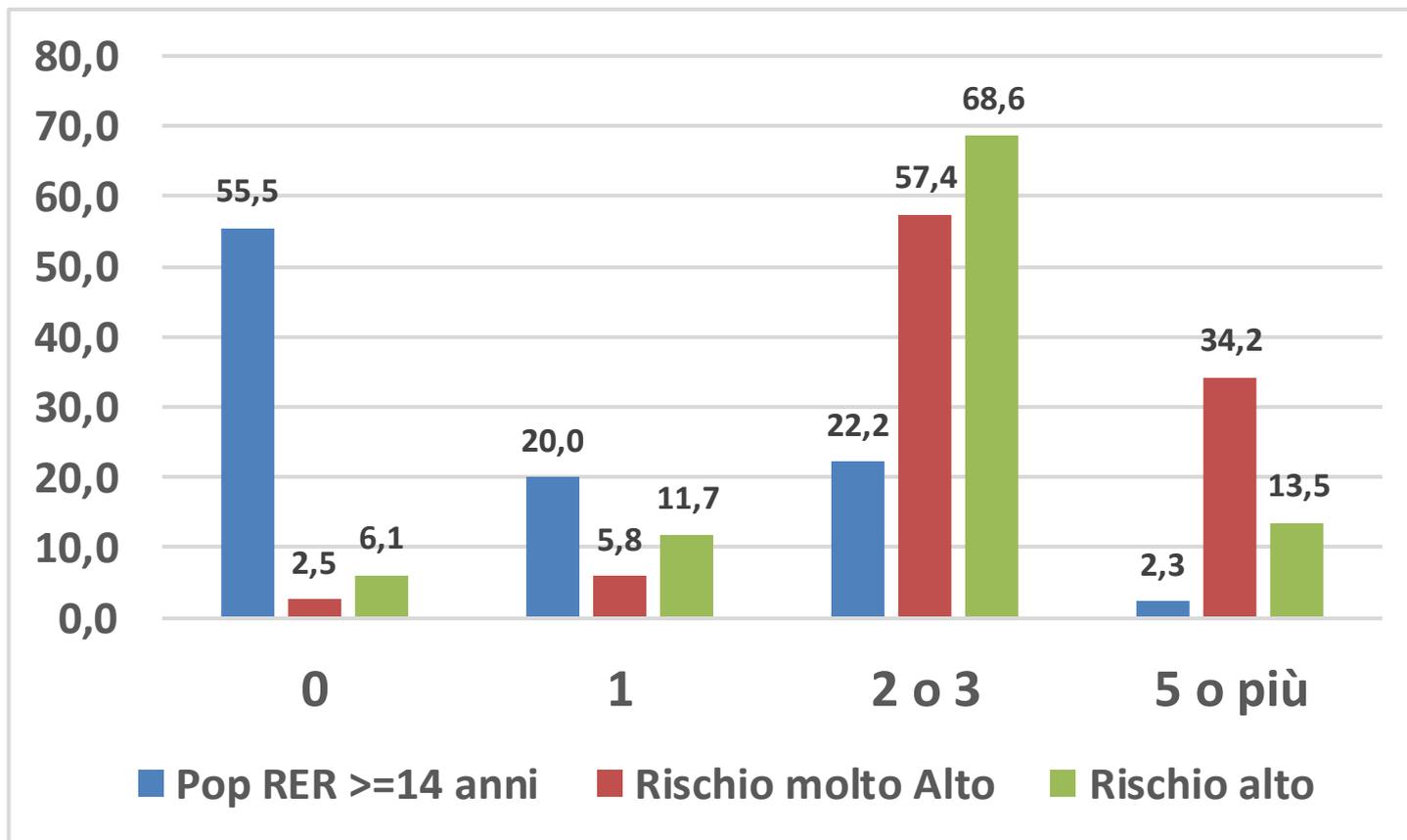
Rischio atteso e osservato relativo



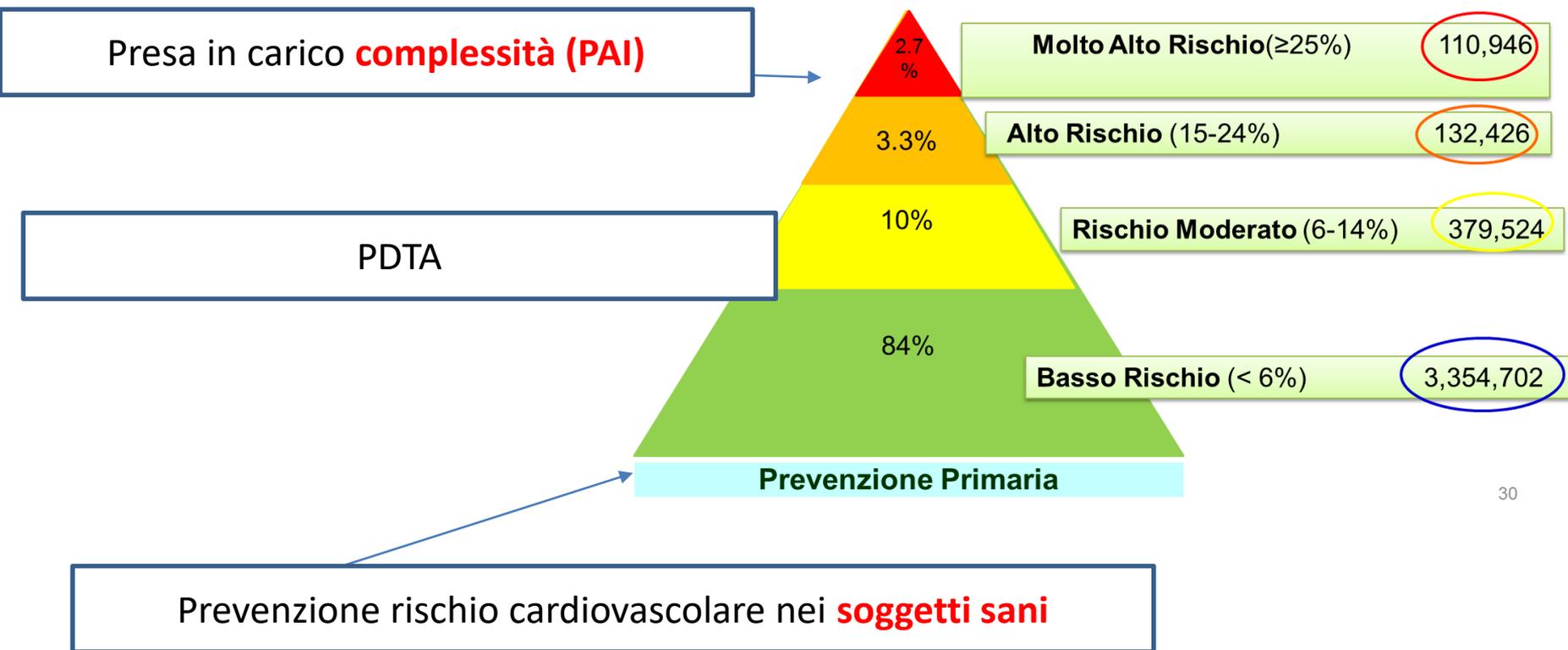
Stratificazione del rischio e classi di età degli assistiti



Stratificazione del rischio e numero di condizioni croniche degli assistiti



Interventi di medicina di iniziativa nei diversi livelli di rischio



Alla base della piramide la prevenzione primaria: La lettura integrata del rischio cardiovascolare presso le Case della Salute su popolazione sana

... il target

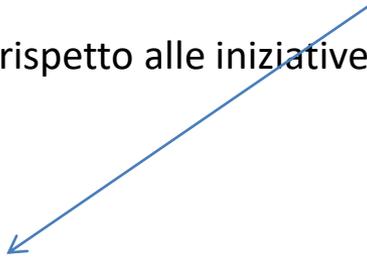
uomini e donne 45 e 55 anni sani

Piattaforma informatica a supporto degli MMG e Infermieri della Casa della Salute

The screenshot shows a web application interface for cardiovascular risk assessment. At the top left, there is a logo of a red heart with a white pulse line and the text 'La lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare'. At the top right, the logo of the 'SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA' is visible. On the left side, there is a sidebar with a 'Area Riservata' section containing a login form with fields for 'nome' and 'password', and a 'Login' button. The main content area features the title 'La lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare' and a paragraph of text: 'Il progetto di chiamato alla per la prevenzione del rischio cardiovascolare della Regione Emilia-Romagna promuove la lettura integrata della carta per la valutazione del rischio cardiovascolare, si rivolge a soggetti maschi e femmine che compiono nell'anno rispettivamente di 45 e 55 anni. Prima di questo età, infatti, gli eventi cardiovascolari sono rarissimi, e da più età, si fanno più soggetti ad alto rischio, ma l'obiettivo della prevenzione è quello di anticipare il più possibile tali interventi'. Below this, there is a section titled 'Gli interventi preventivi' with a bulleted list: '- Intervento con chiamata di soggetti che rientrano nei criteri di alto rischio', '- Accesso di informazioni, mediante questionario strutturato, su eventuali precedenti eventi cardiovascolari, su comportamenti e stile di vita e per determinare alcuni parametri', and '- Applicazione della carta del rischio cardiovascolare'. At the bottom of the main content area, there is a note: 'La carta è applicabile solo su soggetti che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari o cardiovascolari e che non presentano altri indicatori del fatto di rischio (pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mmHg e diastolica superiore a 120 mmHg e colesterolemia totale superiore a 300 mg/dl e infarto a 100 mg/dl)'. The interface has a clean, light blue and white color scheme.

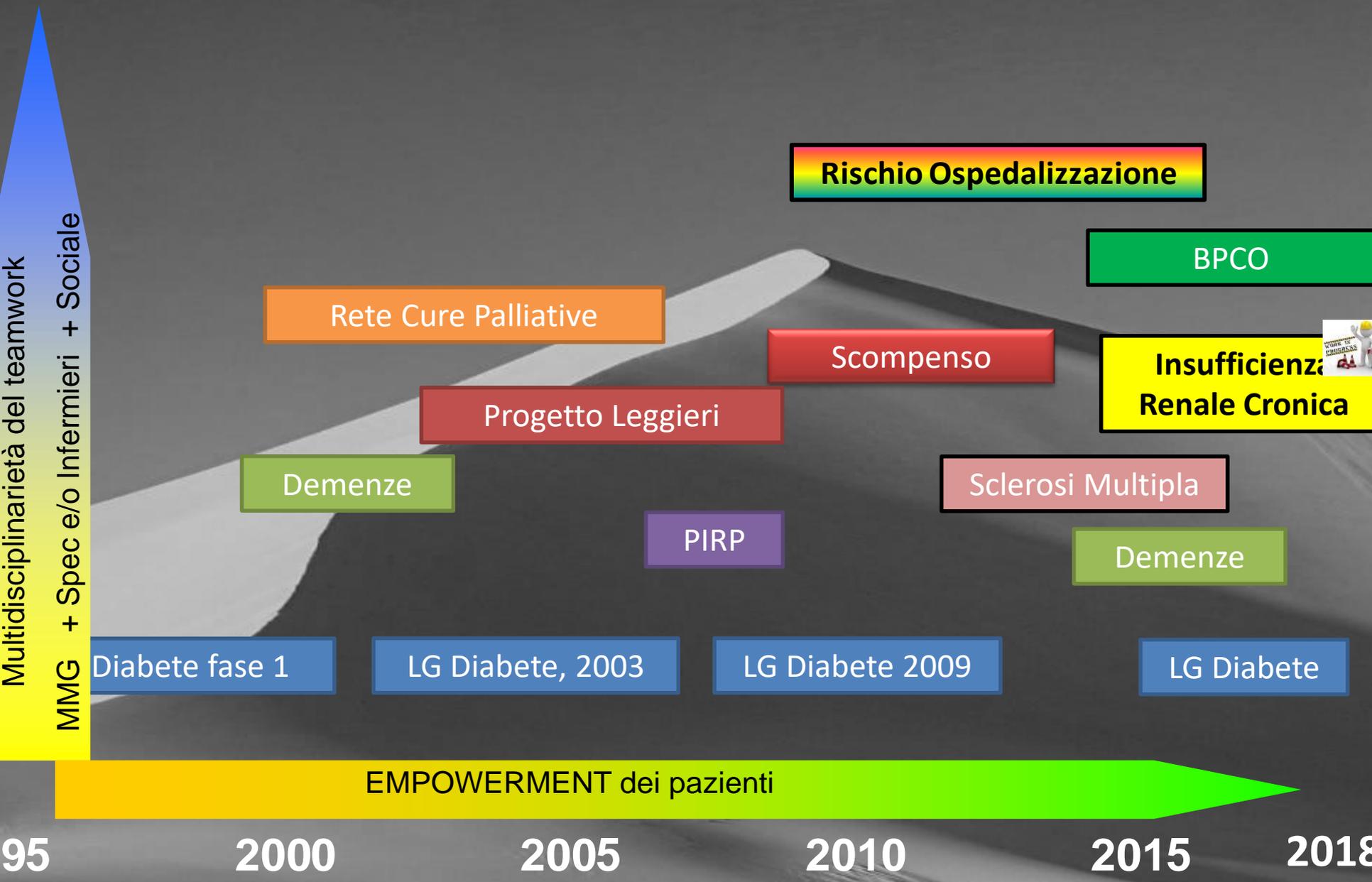
Prevenzione primaria: la lettura integrata del rischio cardiovascolare

- **Soggetti sani di età 45 anni per gli uomini e 55 anni per le donne**
- **intervista** per raccogliere informazioni su precedenti eventi cardiovascolari, comportamenti e **stili di vita**
- **profilo di salute** e grado di rischio applicando la carta del rischio cardiovascolare
- valutazione congiunta Medico-Infermiere
 - **In assenza** di rischi consigli su sani stili di vita
 - **In presenza** di rischi interventi per influenzare positivamente lo stato di salute (consulenza nutrizionale, disassuefazione dall'alcol e dal fumo, ecc.)
- Follow-up a a 3-6 mesi come rinforzo e valutazione della compliance rispetto alle iniziative proposte



Chiamata attiva di + di 10.000 cittadini coinvolti

I PDTA nel livello intermedio della Piramide



se la persona ha + PDTA??



Identificazione della popolazione a rischio (Risk-ER) alto e molto alto rischio

44 Case della Salute partecipanti

- Il 5,6% degli assistiti delle 44 Case della Salute è:
 - a rischio «molto alto»: 15.029 assistiti
 - a rischio «alto»: 19.034 assistiti

Sono coinvolti nelle 44 CdS:

- Circa 400 medici di medicina generale
- Gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri
- Gli infermieri dell'ambulatorio infermieristico per la cronicità, ADI e Osco
- Gli assistenti sociali
- Fisioterapisti
- Le associazioni di cittadini

Categorie di Rischio di Ospedalizzazione e morte	
Ad rischio molto alto	Rischio Previsto
Ad alto rischio	2,23%
A rischio moderato	tra il 15 e il 26%
A basso rischio	tra il 6% e il 14%
	25%
	Rappresenta circa il 4% della popolazione adulta
	Rappresenta circa il 6% della popolazione
	Rappresenta circa il 78% della popolazione - il rischio è inferiore al livello medio di ospedalizzazione

Reportistiche per CdS, singolo medico, singolo cittadino

Profilo per paziente

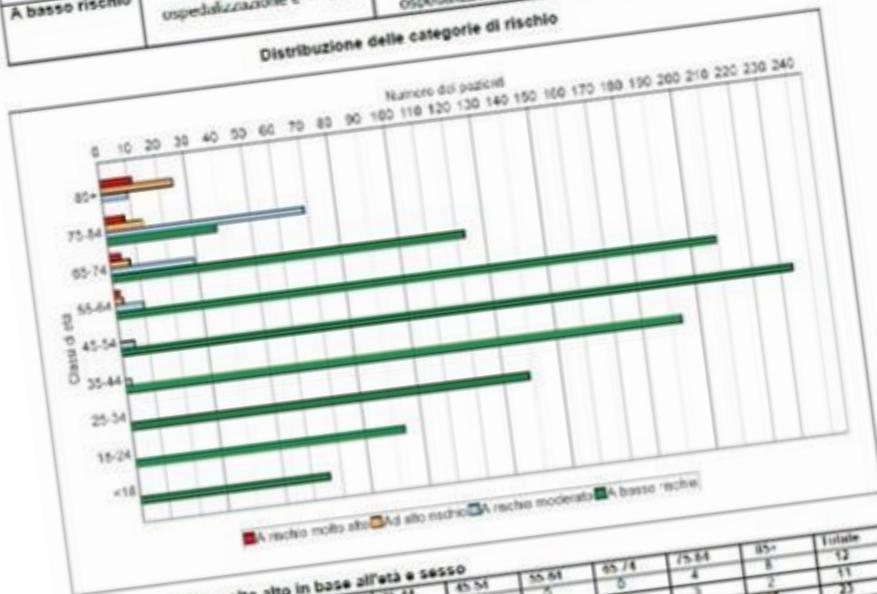
Medico: Gandi Umberto Distretto: Distr. Levante

Sommario - Pazienti adulti (n° 1293)

Questo report descrittivo, sinteticamente, i servizi sanitari utilizzati dai pazienti a rischio alto o molto alto di ospedalizzazione. Gli stessi dati sono stati utilizzati per stimare, nella popolazione adulta, il rischio di ospedalizzazione o morte per condizioni potenzialmente prevenibili con una miglior gestione sul territorio. Rappresenta circa il 3% della popolazione.

A rischio molto alto	Il rischio previsto di ospedalizzazione è >= 25%	Rappresenta circa il 4% della popolazione
Ad alto rischio	Il rischio previsto di ospedalizzazione è fra il 15 e il 24%	Rappresenta circa il 10% della popolazione - l'intervallo di rischio è stato scelto in base al livello medio di rischio di ospedalizzazione o morte della popolazione adulta
A rischio moderato	Il rischio previsto di ospedalizzazione è fra il 6 e il 14%	Rappresenta circa l'83% della popolazione
A basso rischio	Il rischio previsto di ospedalizzazione è <= 5%	Il rischio è inferiore al livello medio di rischio di ospedalizzazione o morte della popolazione adulta

Distribuzione delle categorie di rischio



Pazienti a rischio molto alto in base all'età e sesso

	< 18	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	Totale
F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M	0	0	0	0	0	2	4	3	2	11
Totale	0	0	0	0	0	2	4	3	2	23

Pazienti a rischio alto in base all'età e sesso

	< 18	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	Totale
F	0	0	0	0	0	1	5	14	14	22
M	0	0	0	0	0	2	6	7	10	25
Totale	0	0	0	0	0	3	7	21	24	47

Casa della salute: Podenzano (pc)

Distretto: Distr. Levante

Dr Gandi Umberto

Paziente: Gialli

Sesso: M Età: 58

Rischio di ospedalizzazione previsto per il 2018:

Molto Alto

Accessi al Pronto soccorso nel periodo dal 01/07/2016 al 31/06/2017 --N.:2

Ps -(dea 2)- Ospedale Piacenza

24/08/2016 - 25/08/2016

Dolore Toracico

Ps -(dea 2)- Ospedale Piacenza

07/09/2016 - 08/09/2016

Trauma

Visite specialistiche

- Cardiologia
- Dietetica/dietologia
- Lab.analisi Chimicocliniche
- Oculistica
- Pneumologia

Farmaci: N. totale di farmaci nel periodo dal 01/07/2016 al 31/06/2017: 10

A02 FARMACI PER DISTURBI ASSOCIATI ALLA PRODUZIONE DI ACIDO

Pantoprazolo 014112

A10 FARMACI USATI NEL DIABETE

Metformina 014112

C02 ANTIIPERTENSIVI

Doxiciclina 014112

C03 DIURETICI

Carvenato Di Potassio 014112

Furosemide 014112

C07 BETABLOCCANTI

Bisoprololo 014112

C09 SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA

Ramipril 014112

C10 AGENTI IPOLIPEMIZZANTI

Atorvastatina 014112

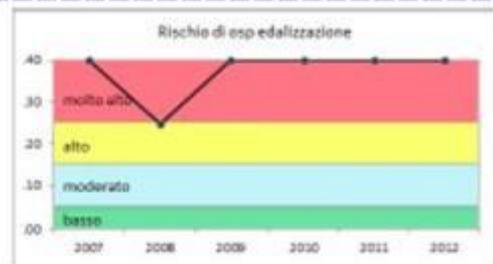
Paziente: 1094553 Patient

Sesso: F Età: 44

Rischio di ospedalizzazione previsto per il 2013:

Molto alto

Il grafico mostra il cambiamento nel tempo del rischio di ospedalizzazione previsto per il paziente



Questo documento è un sommario delle informazioni di natura amministrativa per un paziente previsto a probabile 'rischio molto alto' di ospedalizzazione nel 2013 in base ai consumi sanitari del 2012.

Patologie croniche (in base al sistema o crioologia)

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Cardiovascolari | <input type="checkbox"/> Genitourinarie | <input type="checkbox"/> Oftalmologiche |
| <input type="checkbox"/> Dermatologiche | <input type="checkbox"/> Ginecologiche | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatriche |
| <input type="checkbox"/> Ematologiche | <input type="checkbox"/> Immunologiche | <input checked="" type="checkbox"/> Psichiatriche |
| <input type="checkbox"/> Endocrine | <input type="checkbox"/> Infettive | <input type="checkbox"/> Respiratorie |
| <input checked="" type="checkbox"/> Epatiche | <input type="checkbox"/> Muscoloscheletriche | <input type="checkbox"/> Sistema Genitale Maschile |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gastrointestinali | <input checked="" type="checkbox"/> Neurologiche | <input type="checkbox"/> Tumoriali |

Ospedalizzazione 2012 – N. di ricoveri occorsi al paziente: 1

N. 1 Degenza ordinaria presso Ospedali Riuniti-Pr

02/01/12 - 02/02/12 gg_deg: 31 Dimissione: Ordinaria a domicilio
 Patologia principale del ricovero: 785.59 Altro Shock Senza Menzione Di Trauma
 Comorbidità: 789.5 Ascite
 571.2 Cirrosi Epatica Alcolica
 570 Necrosi Acuta E Subacuta Del Fegato
 307.1 Anoressia Nervosa
 070.54 Epatite C Cronica Senza Menzione Di Coma Epatico
 Procedura: 42.91 Legatura Di Varici Esofagee

Pronto Soccorso 2012 – N. : 3

Presso Ospedali Riuniti-Pr

13/02/12 - 13/02/12 Altri Sintomi O Disturbi

Visite specialistiche

- Dermatologia
- Gastroenterologia
- Malattie Infettive E Tropicali
- Odontoiatria E Stomatol.

Farmaci: N. totale di farmaci nel 2012: 11

A02 Farmaci Per Disturbi Correlati All'Acidita'

Lansoprazolo 1 2 3 4

A06 Lassativi

Lattitolo 1 2 3 4

Lattulosio 1

A07 Antidiarroici, Antinfiammatori Ed Antimicrobici Intestinali

Rifaximina 1 2 3 4

B02 Antiemorragici

Filomenadione 1 2 3 4

C03 Diuretici

Torasemide 1 2 3 4

Canrenoato Di Potassio 1 2 3 4

Furosemide 1

C07 Betabloccanti

Carvedilolo 1 2 3 4

J01 Antibatterici Per Uso Sistemico

Ciprofloxacina 4

N03 Antiepilettici

Fenobarbital 1 2 3 4

Il paziente è stato esposto a politerapia nel 2012, definita come l'uso simultaneo di 5 o più principi attivi per almeno 15 giorni consecutivi.

Aderenza alle LG

Linee-guida

Il paziente era eleggibile per i seguenti:

Compliance con linee-guida

Gestione del colesterolo dopo IMA, bypass coronarico, angioplastica, ischemia vascolare	Si
Gestione del diabete	
emoglobina glicata	Si
esame dell'occhio	Si
profilo lipidico	Si
microalbuminuria	Si
ECG	Si
filtrato glomerulare o creatinina	No
trattamento con statine	Si, 2 prescr > 180 giorni fra loro
trattamento con aspirina	Si, 2 prescr > 180 giorni fra loro

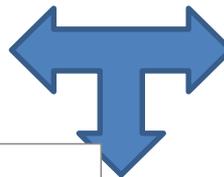
Visite specialistiche

Gli Interventi nella Casa della Salute Bomporto (MO)

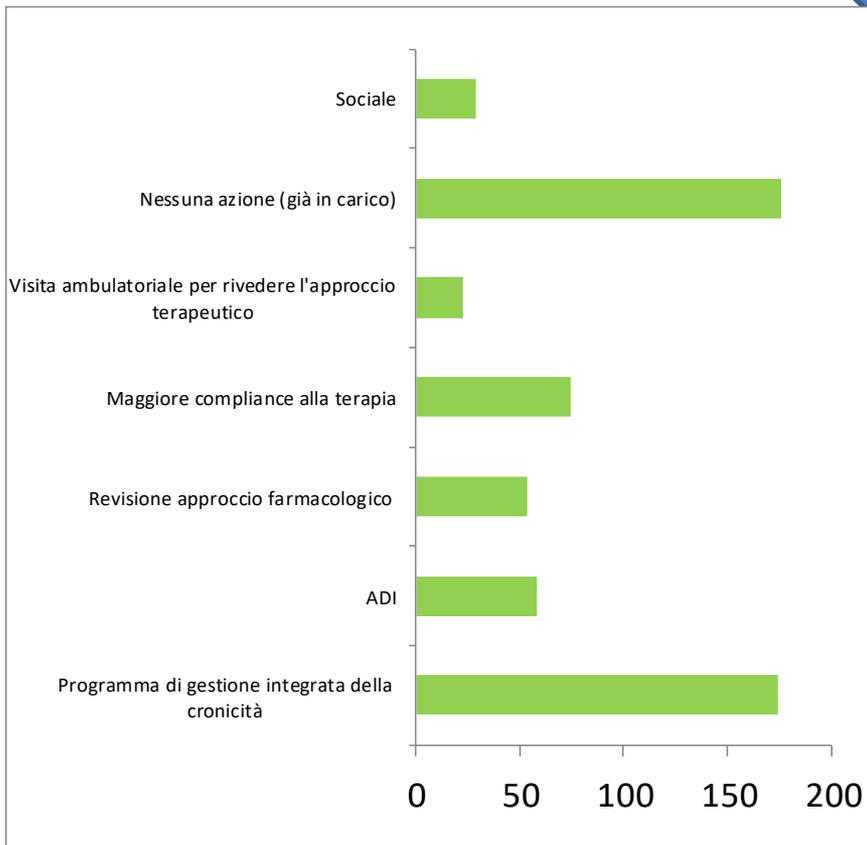
27.305 assistiti

23 MMG

598 pazienti a rischio alto



447 pazienti a rischio molto alto

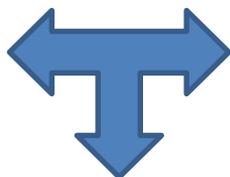


Un esempio di Interventi nella Casa della Salute Forlimpopoli (FC)

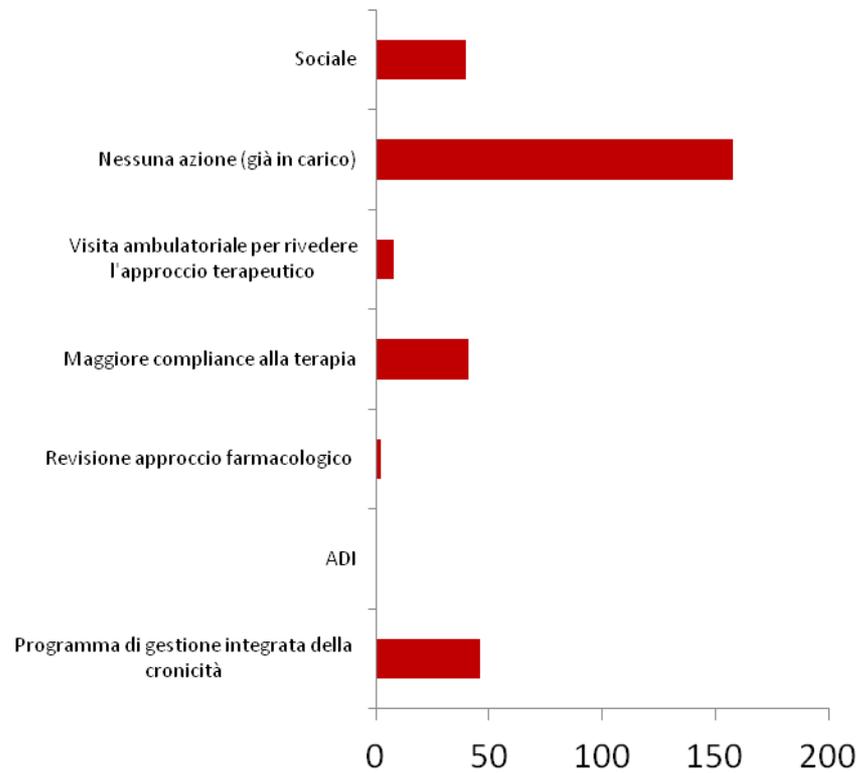
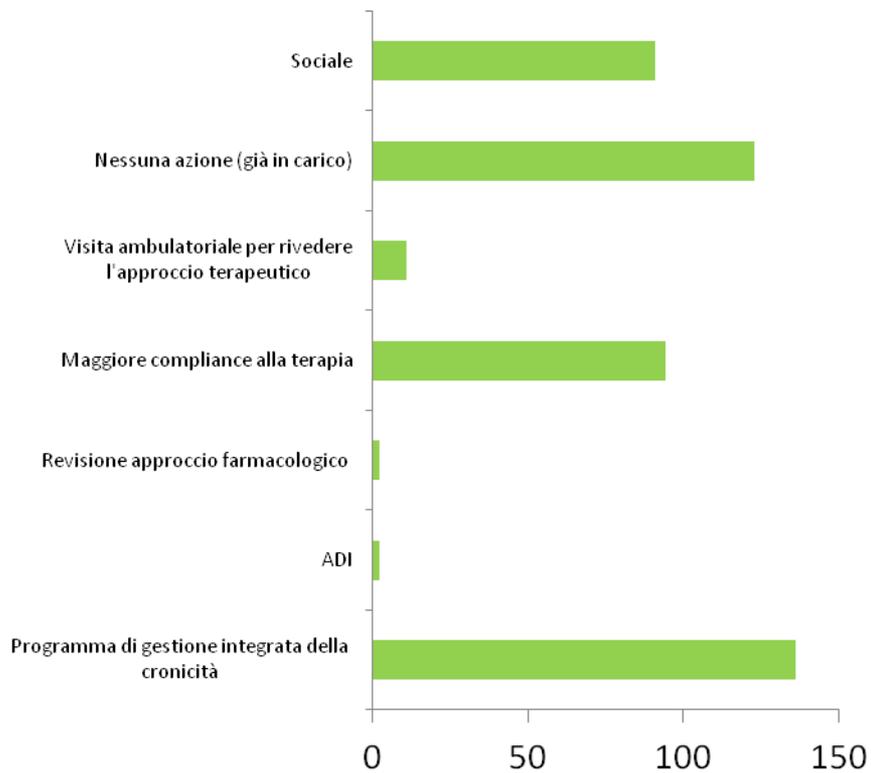
18.858 assistiti

15 MMG

459 pazienti a rischio alto



295 pazienti a rischio molto alto

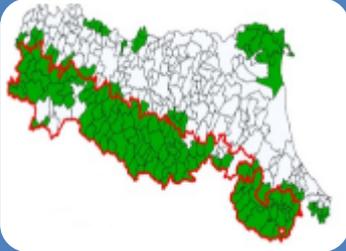


Impatto di RiskER

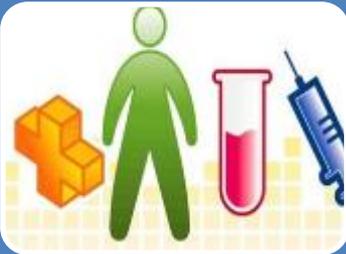


	Tassi d'incidenza %				Rapporto tra tassi d'incidenza (Esposti vs Non esposti)		
	Esposti (n=488) Utilizzo di Risk-ER		Non esposti (n=488) Usual care		Valore	IC95%	p-value
	Valore (%)	IC95%	Valore (%)	IC95%			
PS	236 (48,4)	(43,9-52,8)	299 (61,3)	(56,9-65,6)	0,79	(0,70-0,89)	0,001
Ricoveri Ordinari Urgenti	107 (21,9)	(18,3-25,6)	136 (27,9)	(23,9-31,8)	0,78	(0,63-0,98)	0,033
ACSC	22 (4,5)	(2,7-6,3)	36 (7,4)	(5,1-9,7)	0,61	(0,37-1,02)	0,061
Mortalità	20 (4,1)	(2,3-5,9)	27 (5,5)	(3,5-7,6)	0,75	(0,42-1,30)	0,289

Risk-ER per la selezione degli interventi di Telemedicina –



Zone montane e aree disagiate “ubicate ad una distanza superiore ai 60 minuti dalle più vicine strutture sanitarie di riferimento di primo livello”



Interventi erogati a favore dei pazienti residenti affetti da **malattie croniche con profilo di rischio alto e molto alto (Risk-ER)**

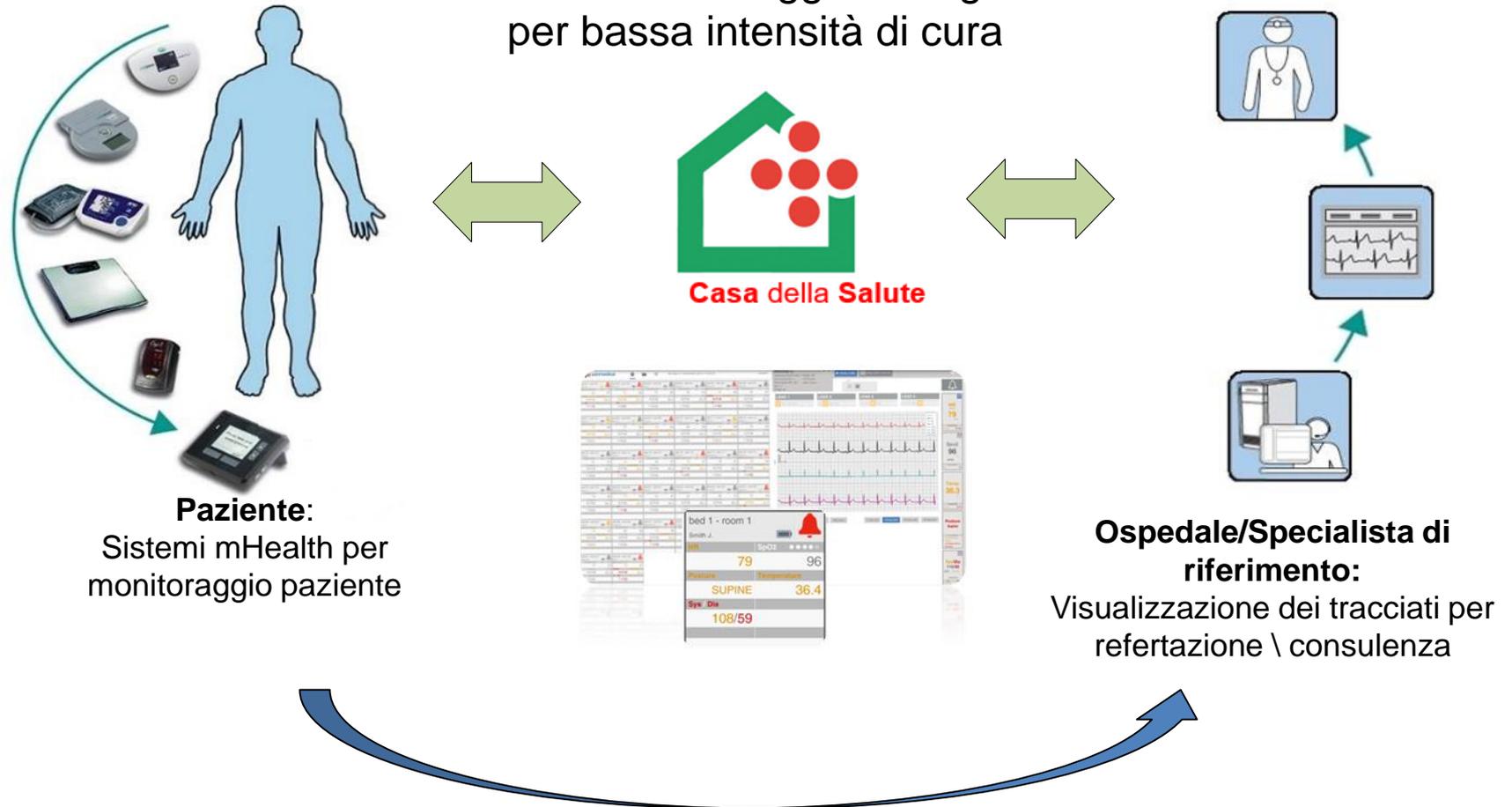


In via prioritaria per il tramite delle **Case della Salute**

Telemedicina – contesto operativo

Casa della Salute Centrale operativa - Ambulatorio Cronicità

Sistemi di monitoraggio configurabili
per bassa intensità di cura



Dotare le Case della Salute di strumenti per la Telerefertazione legata alla gestione delle patologie croniche

Obiettivo 2018 - **diffondere maggiormente** nell'ambulatorio infermieristico della gestione integrata della cronicità della Casa della Salute

Elettrocardiografo



Percorso gestione integrata dello **Scompenso**.

Gli Infermieri eseguono l'ECG e lo inviano al Cardiologo ospedaliero utilizzando strumenti di telemedicina che referta al MMG tramite la piattaforma informatica

Spirometro



Percorso gestione integrata della **BPCO**.

Gli infermieri eseguono su prescrizione del MMG la Spirometria e inviano utilizzando strumenti di telemedicina allo Pneumologo ospedaliero che referta e invia al MMG tramite piattaforma informatica

Retinografo



Percorso gestione integrata del **diabete**.

Gli infermieri eseguono la Fotografia all'occhio e inviano all'oculista ospedaliero utilizzando strumenti di telemedicina che referta e invia al MMG tramite piattaforma informatica

Telemedicina

Prossimi passi 3 I kit paziente

Obiettivo 2018 - **fornire al paziente i dispositivi concordati (sett 2018)**

Redazione o integrazione del PAI degli assistiti coinvolti, in cui tra gli interventi individuati ci sia l'indicazione al telemonitoraggio, teleassistenza e/o telerefertazione condiviso con i pazienti e familiari/caregiver;

KIT:

- Bilancia;
- Rilevatore di attività fisica (fitness tracker);
- Spirometro domiciliare
- Sfigmomanometro;
- Saturimetro;
- Glucometro;
- Elettrocardiografo monocanale;
- Smartphone/tablet con funzione di raccolta e trasmissione dati.

La Valutazione dal punto di vista dei pazienti e dei professionisti nelle Case della Salute sulla presa in carico della cronicità

Questionario Patient Assessment Chronic Illness Care- PACIC



dal punto di vista dei pazienti con la collaborazione delle associazioni dei pazienti nelle principali patologie croniche (scompenso, diabete, BPCO, insufficienza renale cronica)

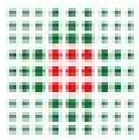
Questionario Assessment Chronic Illness Care- ACIC

dal punto di vista dell'equipe attraverso i focus-group:
MMG, Infermieri, Assistente Sociale, Specialisti, Direzione AUSL



La ricerca



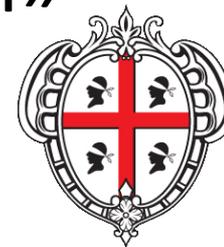


Progetto CCM 2015

«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»



REGIONE DEL VENETO

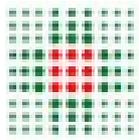


REGIONE AUTONOMA
DELLA SARDEGNA



Regione  Toscana

 Regione Emilia-Romagna



Progetto CCM 2017

«Stratificazione del rischio di fragilità della popolazione: valutazione di impatto e analisi dei modelli organizzativi»



Regione
Lombardia



Regione Emilia-Romagna

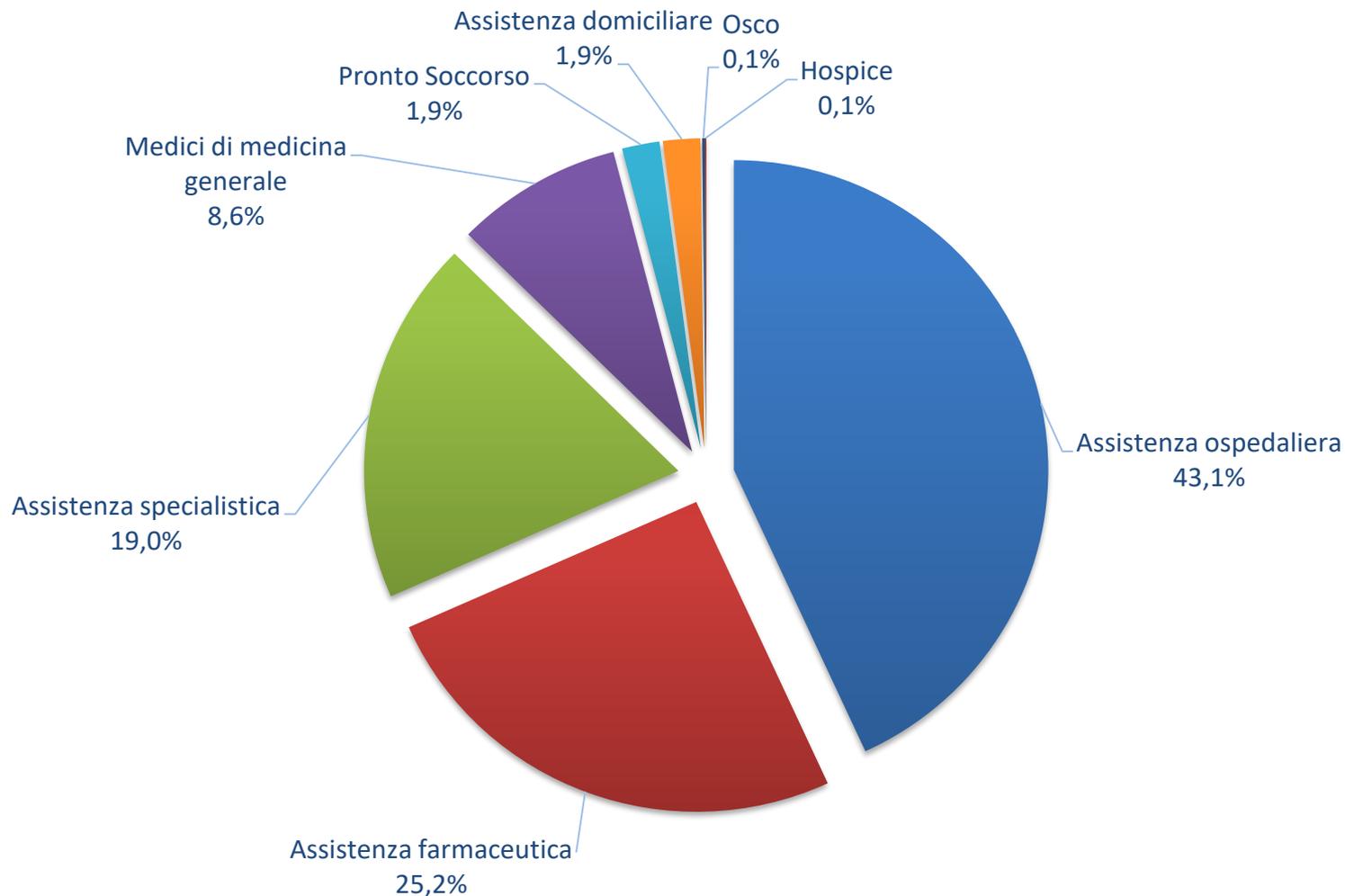


REGIONE
LAZIO



REGIONE CAMPANIA

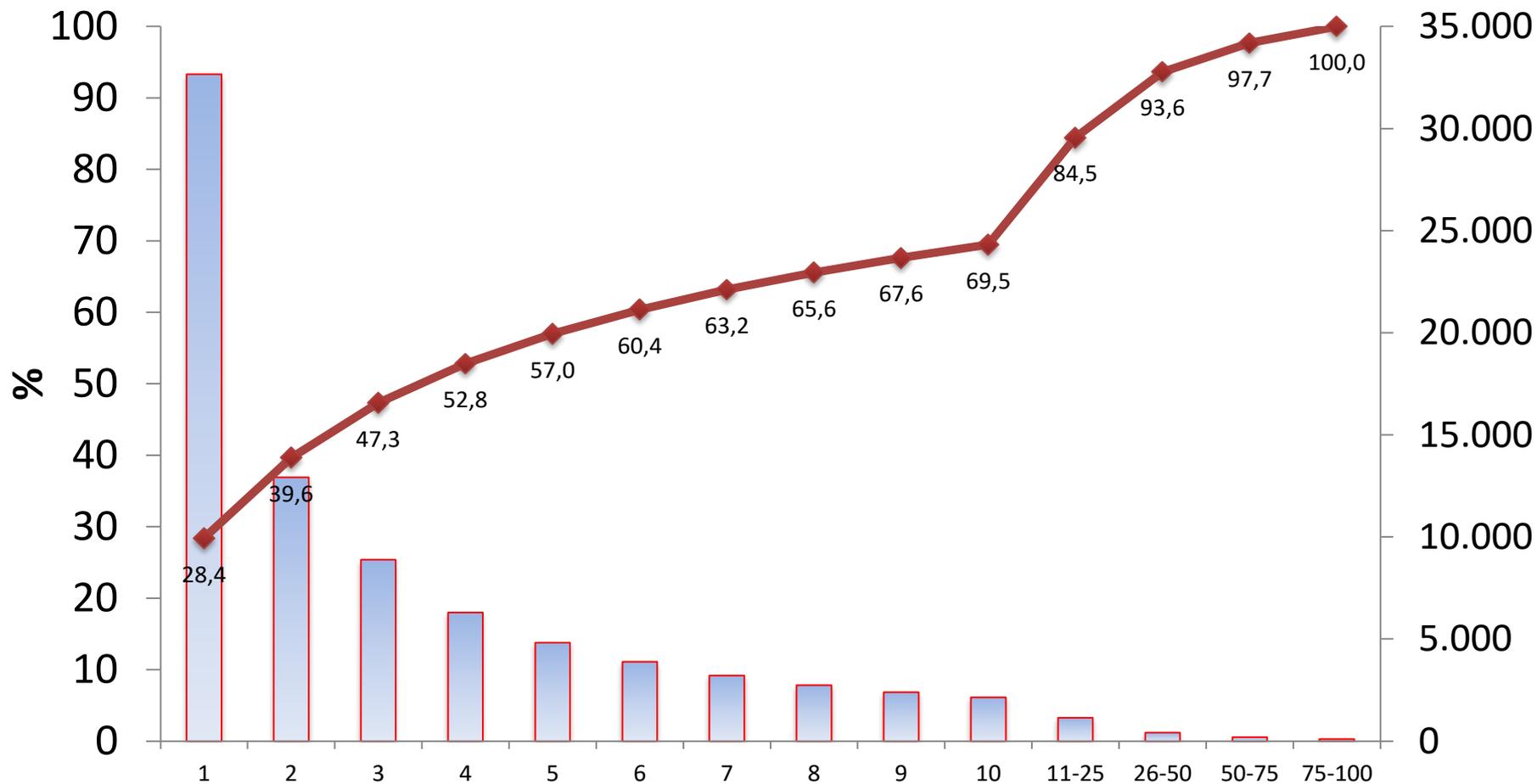
4,46 miliardi € - popolazione di riferimento 14+



Spesa per classe di rischio

Classi di rischio	Spesa totale	%	Numero assistiti		Spesa media
0-4	1.653.473.765	37,1	3.089.134	79,6	535
5-9	704.962.769	15,8	365.190	9,4	1.930
10-14	439.598.481	9,9	153.898	4,0	2.856
15-19	315.210.692	7,1	91.436	2,4	3.447
20-24	244.713.525	5,5	55.088	1,4	4.442
25-29	188.657.795	4,2	35.104	0,9	5.374
30-34	158.478.401	3,6	24.293	0,6	6.524
35-39	125.078.719	2,8	17.200	0,4	7.272
40+	630.901.737	14,1	49.271	1,3	12.805

L'1% degli assistiti (38.000)..il 28 % della spesa



L'integrazione conviene...

- Minor assorbimento di risorse grazie a:
 - riduzione del numero di accessi a PS/ricoveri
 - utilizzo di nuove tecnologie (cartelle informatizzate)
 - riduzione della politerapia farmacologica (monitoraggio dei farmaci, conciliazione farmacologica)