



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

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

La normativa di riferimento

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 prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti 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 volte

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.

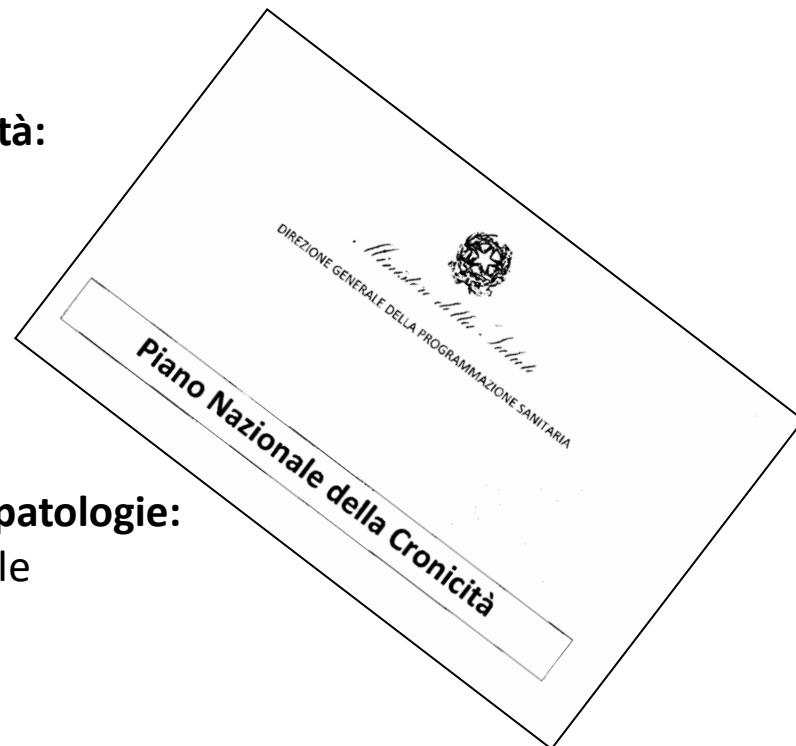
La normativa di riferimento: Il Piano Nazionale Cronicità

1. **PRIMA PARTE** - indirizzi generali per la cronicità:

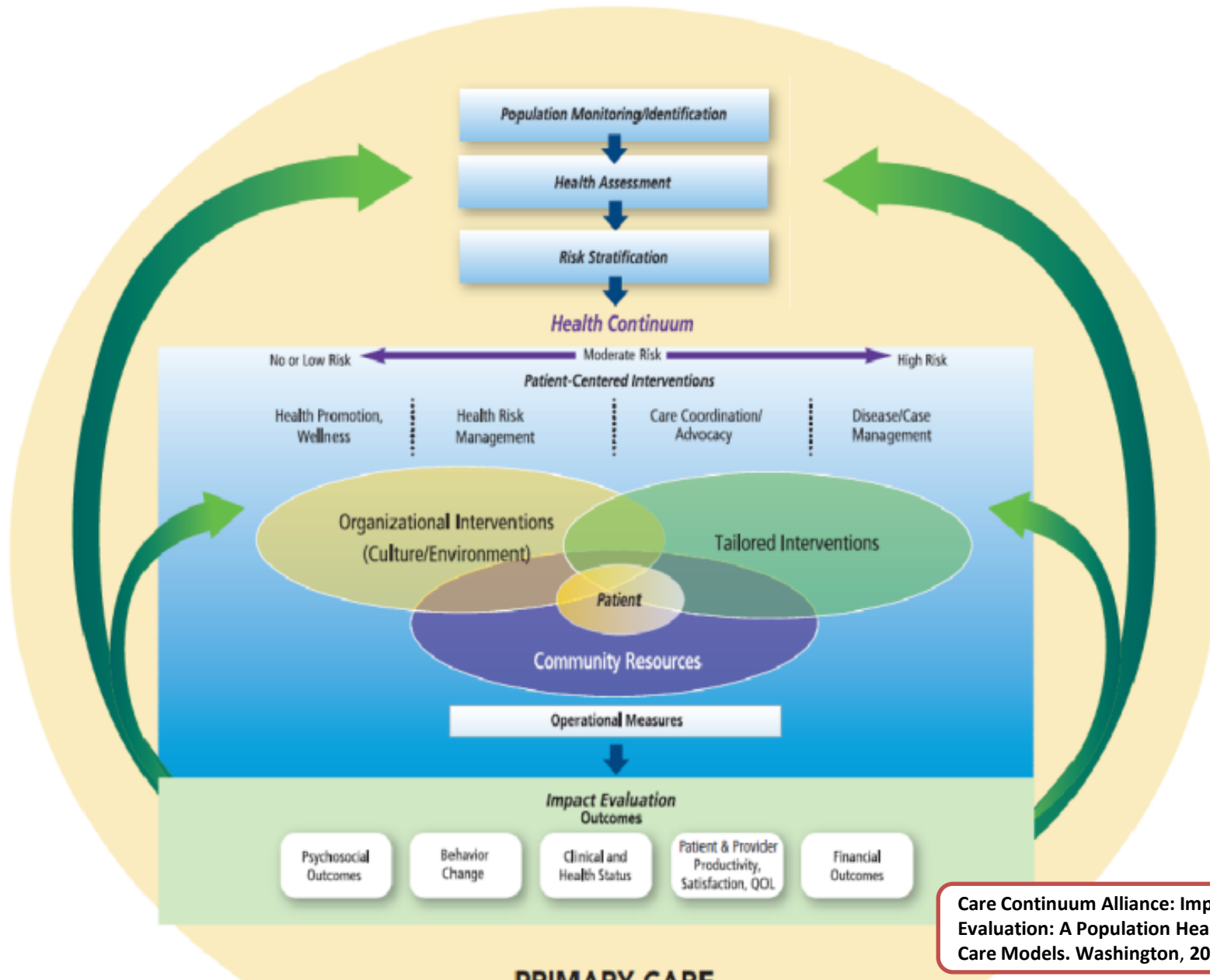
- ✓ Strategia del Piano
- ✓ Obiettivi
- ✓ Modelli organizzativi
- ✓ Linee d'intervento
- ✓ Monitoraggio e valutazione

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



L'Approccio alla Population Health Management



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.

Obiettivi 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



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

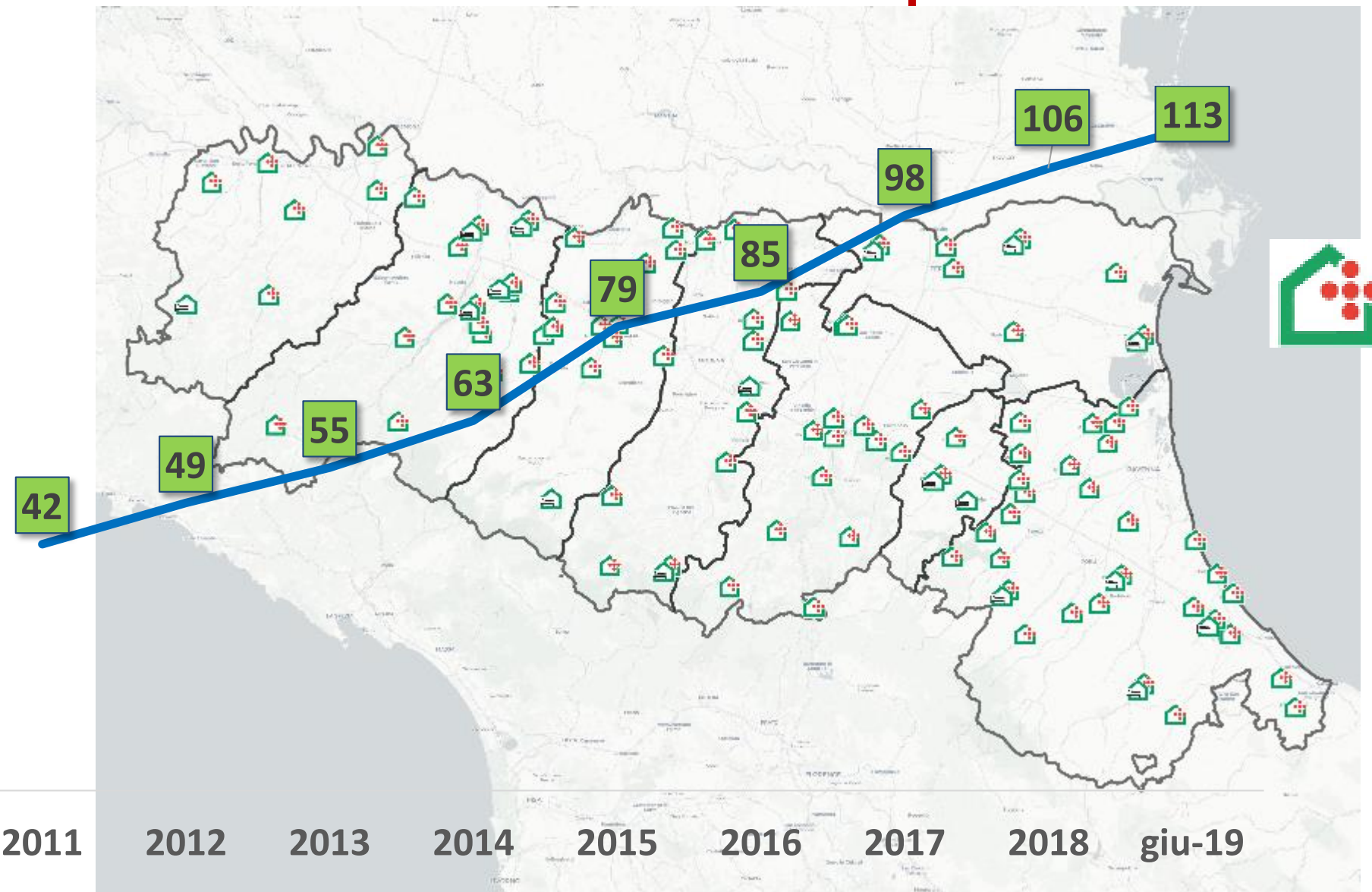


22. Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
23. Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (Lr 14/2015)
24. La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
25. Contrasto alla violenza di genere

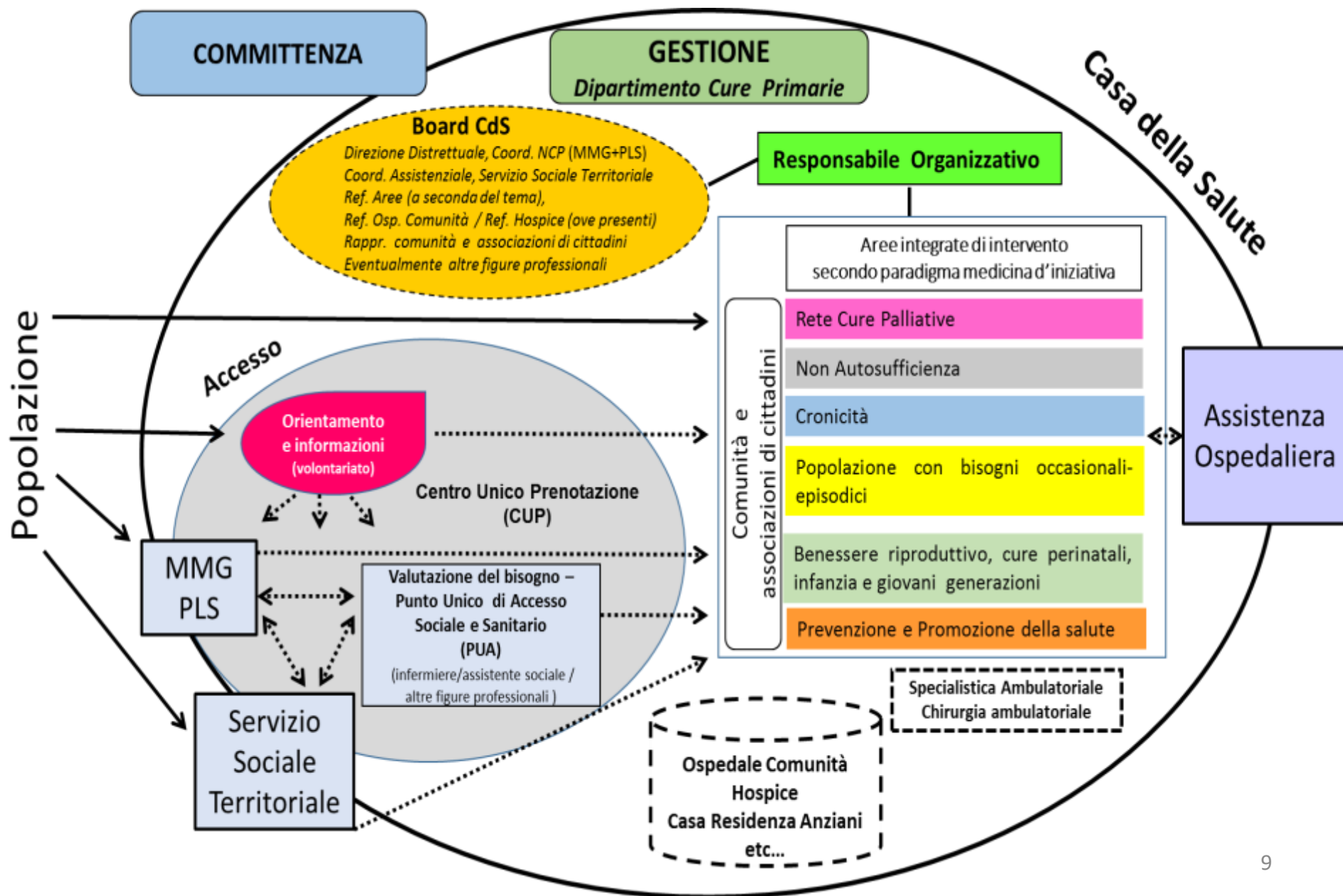
26. Empowerment e partecipazione di comunità (PRP)
27. Capirsi fa bene alla salute (Health literacy)
28. Valorizzazione conoscenze esperienziali e Aiuto tra pari
29. Partecipazione civica e collaborazione tra pubblico ed Enti del terzo settore

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 neomaggioranni con bisogni sociosanitari complessi
38. Nuovo calendario vaccinale e miglioramento coperture
39. Livelli essenziali delle prestazioni sociali

113 Case della Salute che assistono + di 2.000.000 persone



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)

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

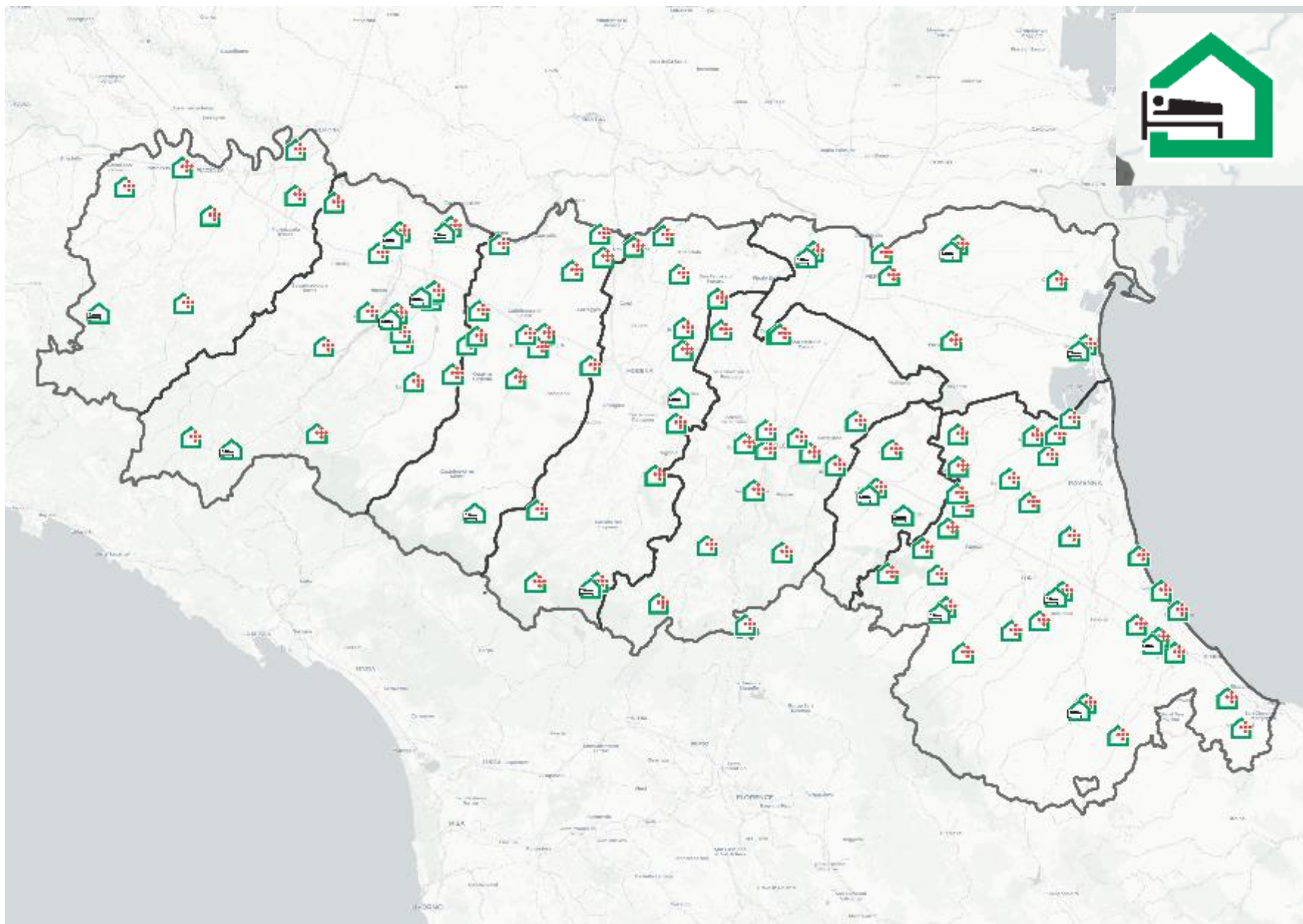
Addestramento a paziente e caregiver

Continuità assistenziale ospedale-territorio

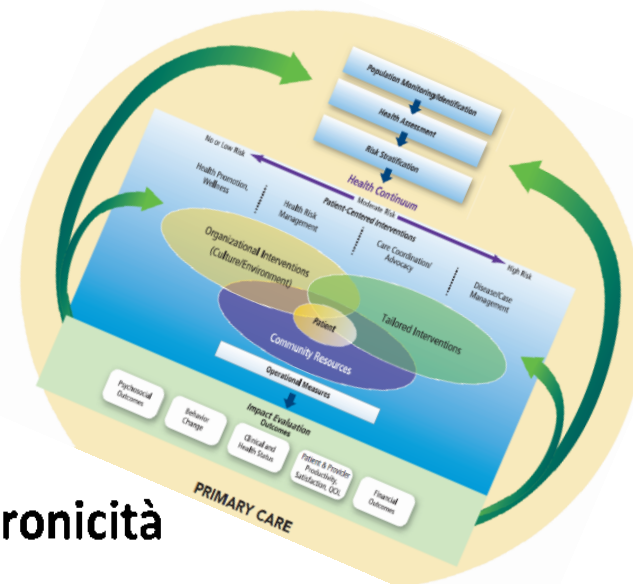




20 Ospedali di Comunità nella rete delle 107 Case della Salute



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



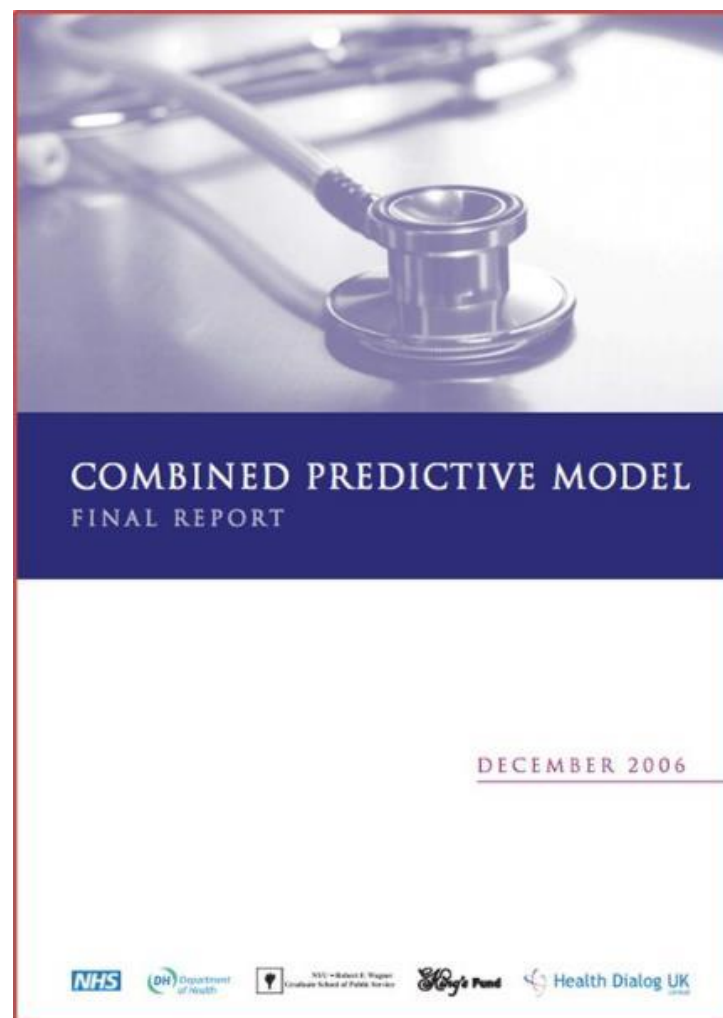
C) Il macroprocesso di gestione della persona con cronicità

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

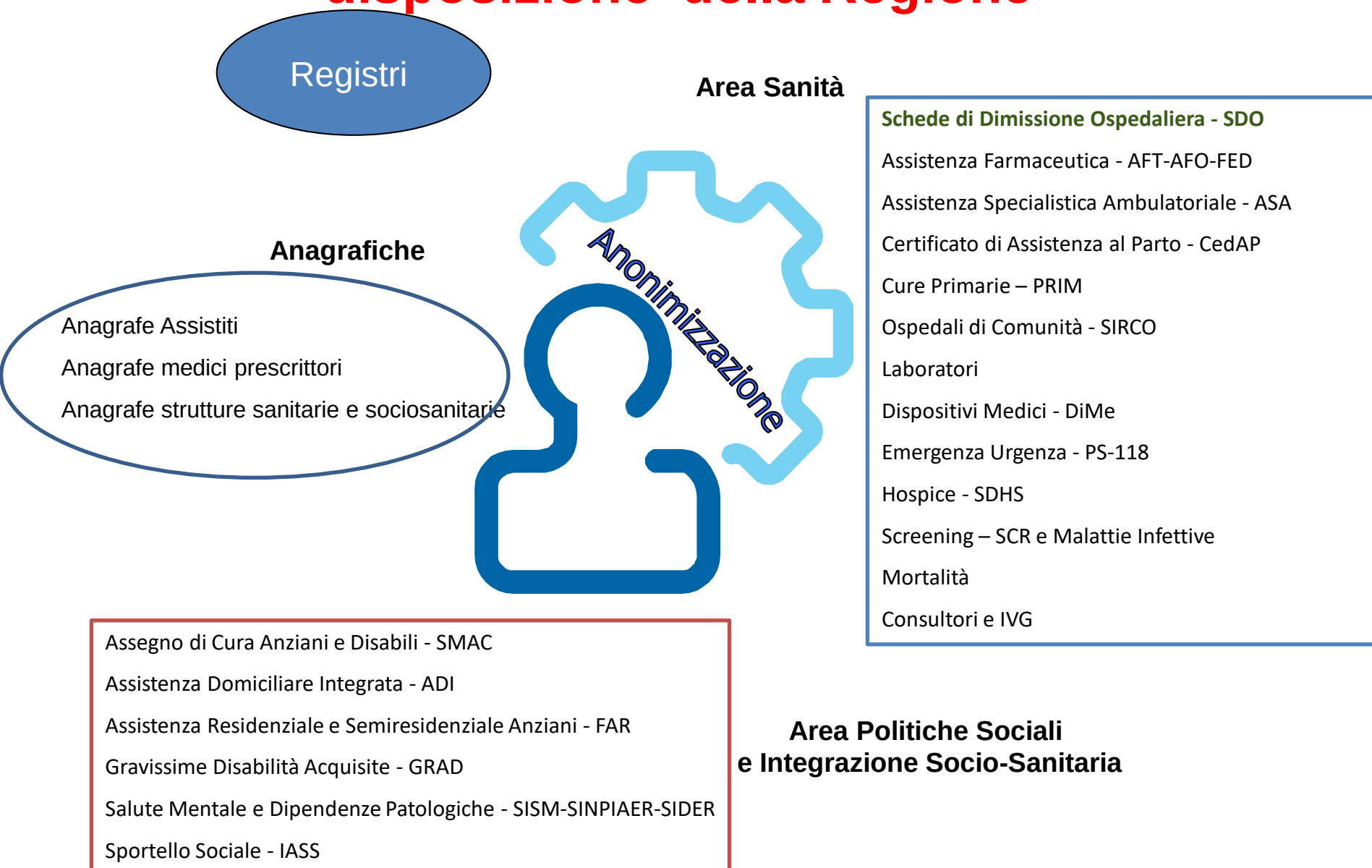
Sulla stratificazione siamo partiti a studiare alcuni modelli...



Adjusted Clinical
Groups



Il supporto del 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 morbidità 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

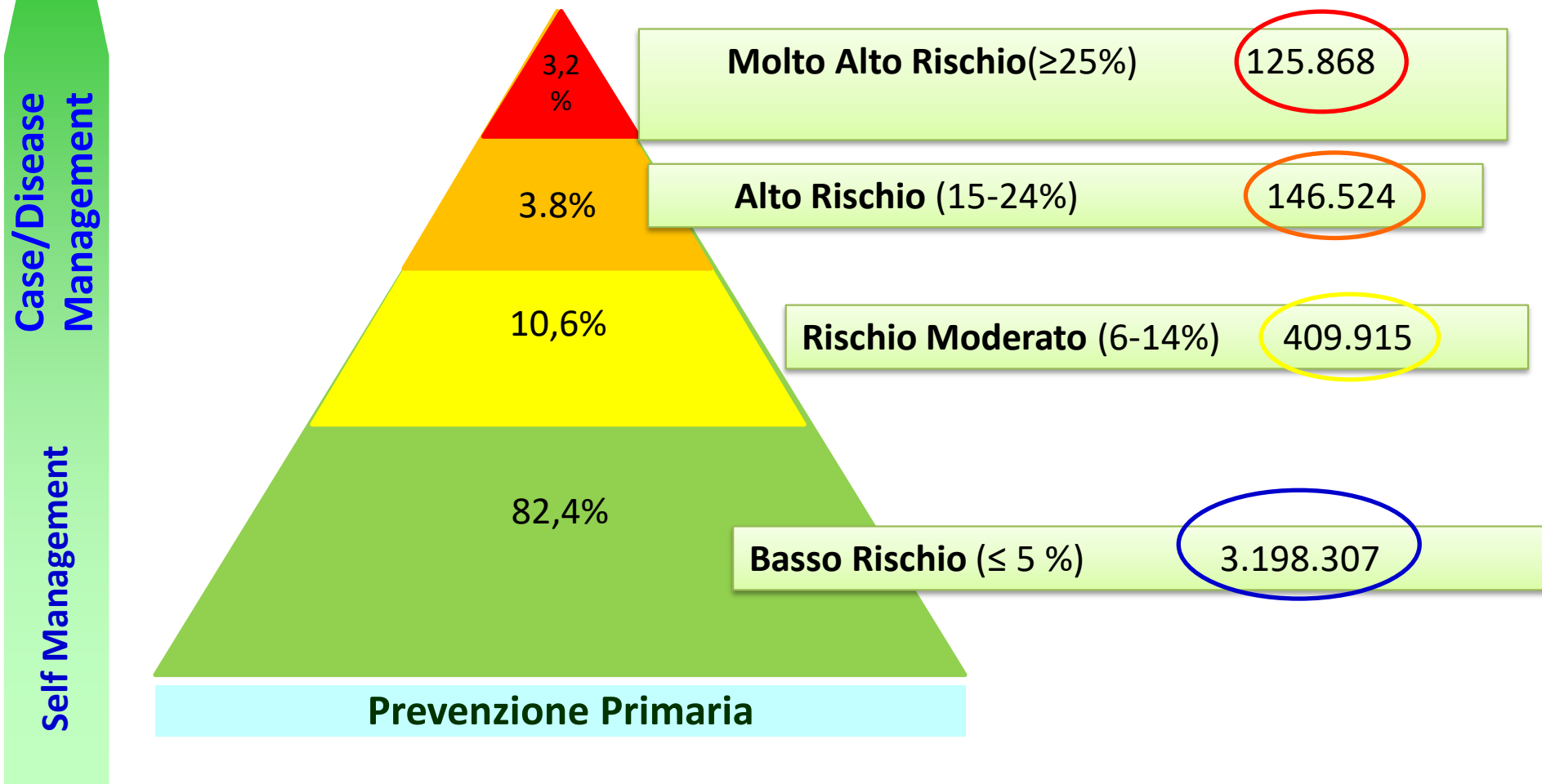
➤ Indicatori di qualità dei Profili di Cura dei NCP:

- **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



Popolazione ≥ 14 - N= 3.880.614

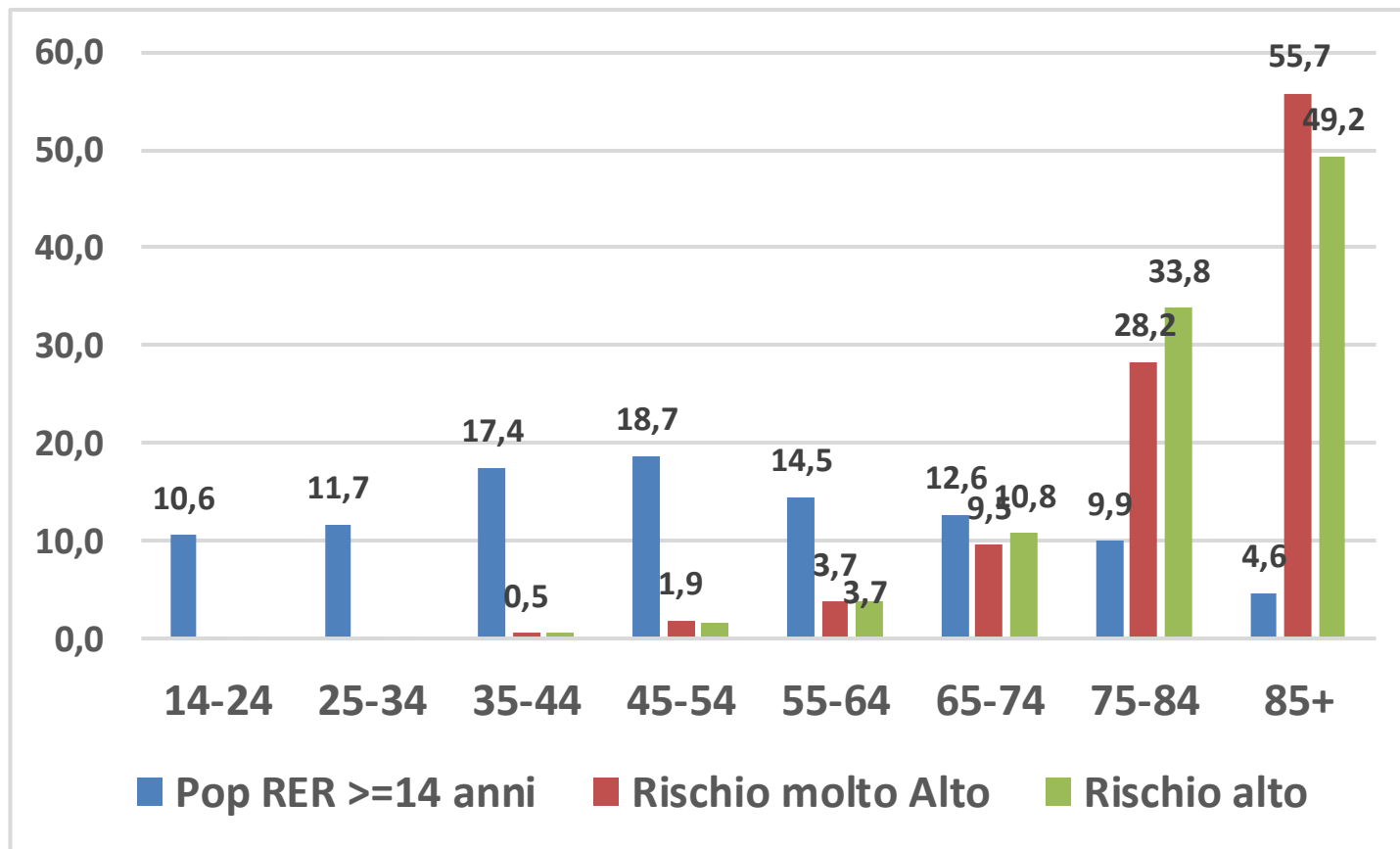
Il Modello

- 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

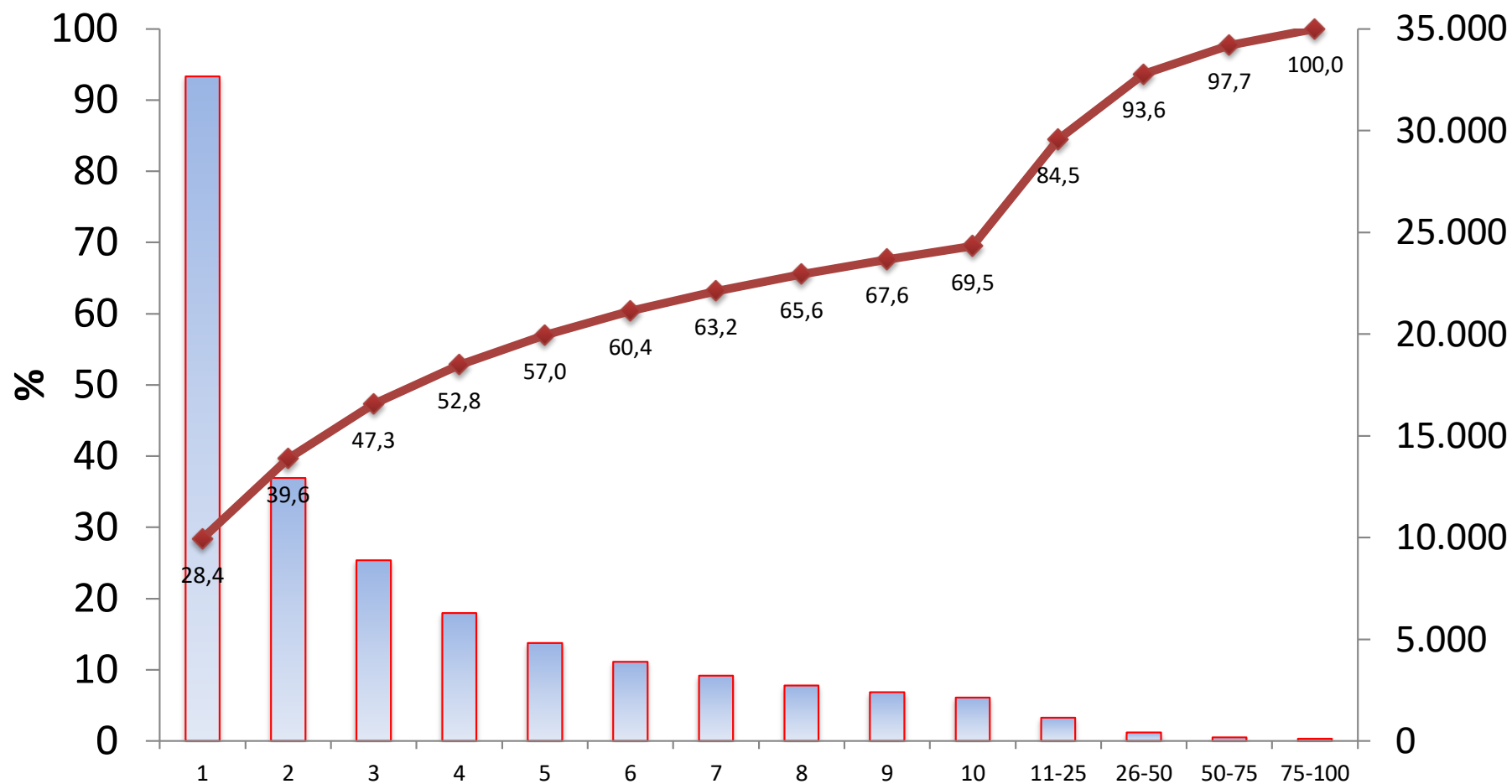
Stratificazione del rischio e classi di età degli assistiti



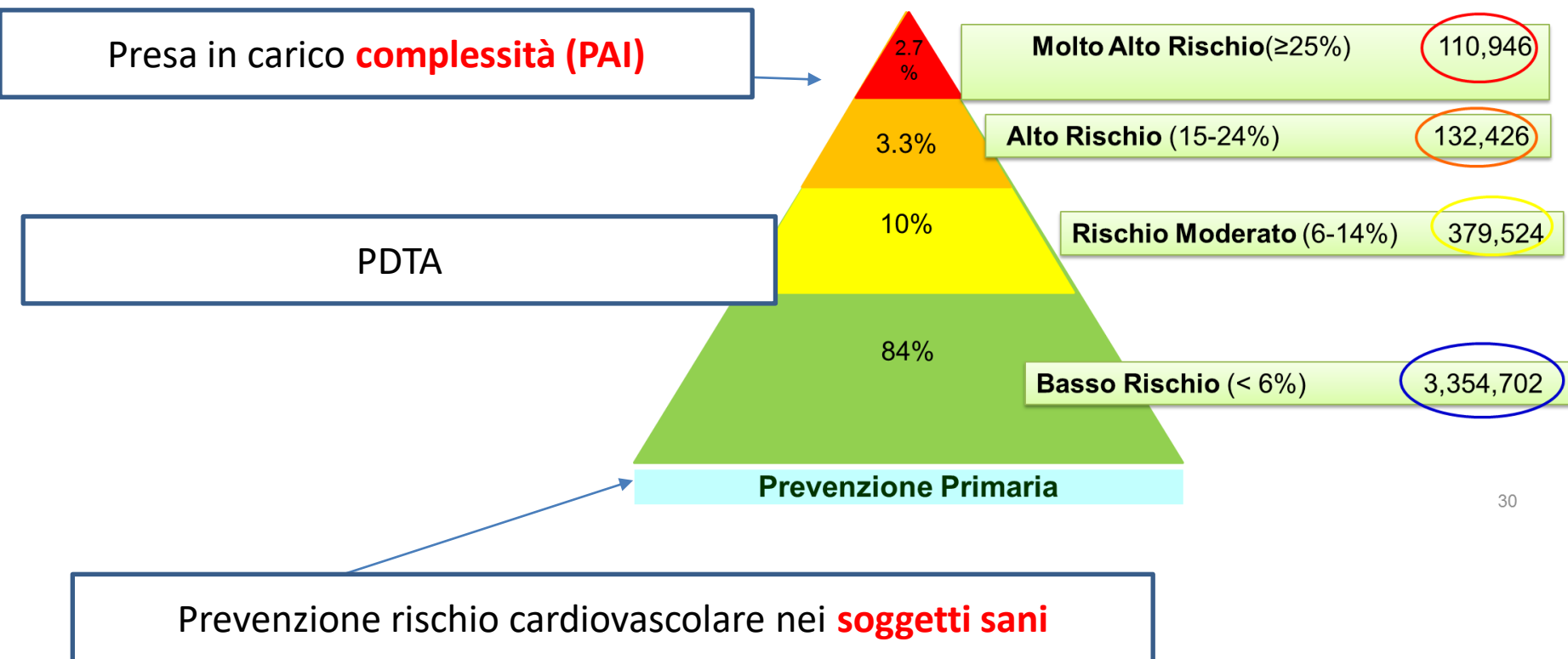
Spesa per classe di rischio

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



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, there is a header with a stethoscope icon and the text 'La lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare'. Below this, on the left, is a sidebar with a login section titled 'Accesso Area Riservata' containing fields for 'utente' and 'password', and a 'Login' button. The main content area has the title 'La lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare' and contains the following 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 45 e 55 anni. Prima di questo età, infatti, gli eventi cardiovascolari sono rarissimi, in età più alta, si fanno più soggetti ad alto rischio, ma l'obiettivo della prevenzione è quello di anticipare il più possibile tali interventi.

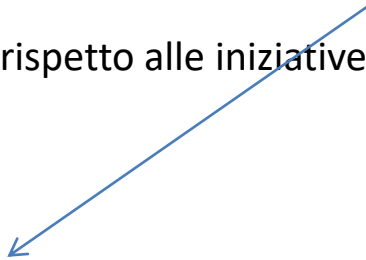
Gli interventi previsti:

- Intervento con chiamata di soggetti che rientrano nei criteri di alto rischio;
- la raccolta di informazioni, mediante questionario strutturato, su eventuali precedenti eventi cardiovascolari, su comportamenti e stile di vita e per determinare alcuni parametri;
- l'applicazione della carta del rischio cardiovascolare.

La carta è utilizzabile solo su soggetti che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari o cardiovascolari e che non presentano valori anormali dei fattori di rischio (pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mmHg e inferiore a 10 mmHg e colesterolemia totale superiore a 200 mg/dl e inferiore a 100 mg/dl).

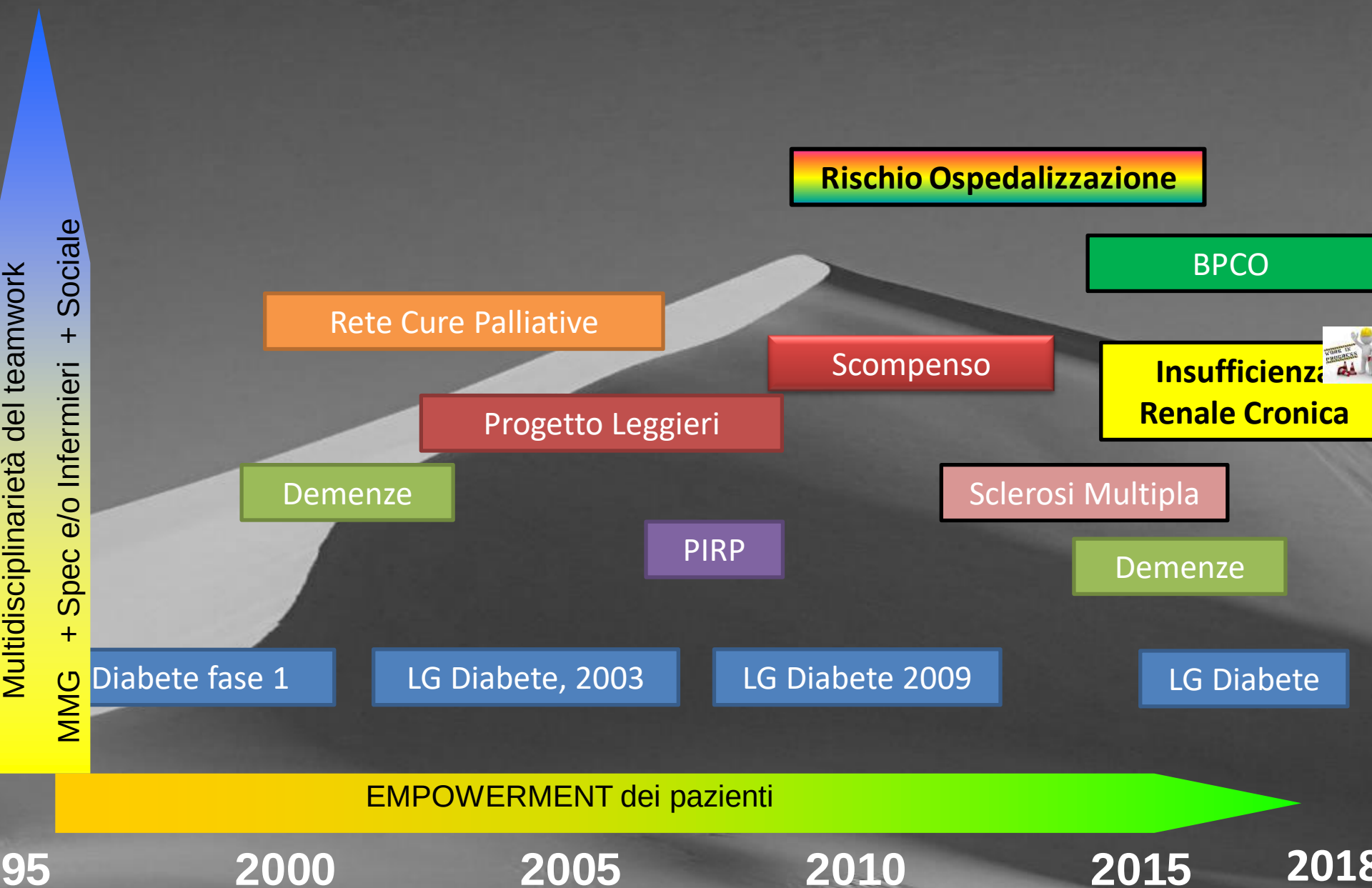
Prevenzione primaria: la lettura integrata del rischio cardiovascolare

- **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

52 Case della Salute partecipanti

- Il 5,6% degli assistiti delle 54 Case della Salute è:

- **a rischio «molto alto»:** 21.029 assistiti

- **a rischio «alto»:** 26.034 assistiti

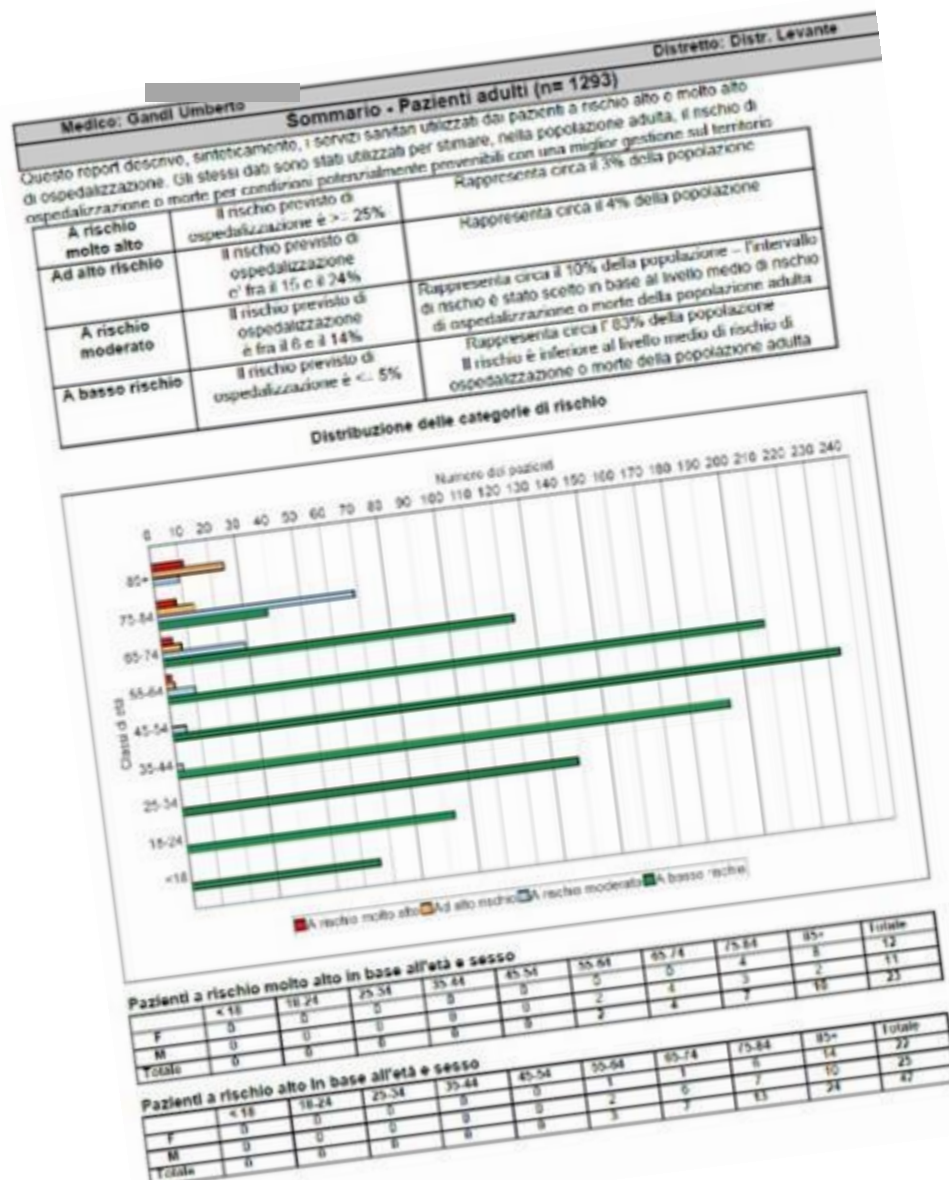
Sono coinvolti nelle 44 CdS:

- Circa 500 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%	Rappresenta circa il 4% della popolazione adulta
A rischio moderato	tra il 13 e il 24%	Rappresenta circa il 6% della popolazione
A basso rischio	tra il 6% e il 14%	Rappresenta circa il 78% della popolazione - il rischio è inferiore al livello medio di ospedalizzazione
	<5%	

Reportistiche per CdS, singolo medico, singolo cittadino

Profilo per paziente



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 3 4 1 2

A10 FARMACI USATI NEL DIABETE

Metformina 3 4 1 2

C02 ANTIIPERTENSIVI

Doxazosina 3 4 1 2

C03 DIURETICI

Carvenato di Potassio 3 4 1 2

Furosemide 3 4 1 2

C07 BETABLOCCANTI

Bisoprololo 3 4 1 2

C09 SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA

Ramipril 4 1 2

C10 AGENTI IPOLIPEMIZZANTI

Atorvastatina 3 4 1 2



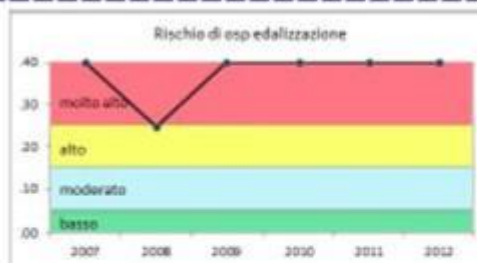
Paziente: 1094553 Patient

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 cziologia)

- | | | |
|---|--|--|
| ☒ Cardiovascolari | ☐ Genitourinarie | ☐ Oftalmologiche |
| ☐ Dermatologiche | ☐ Ginecologiche | ☐ Otorinolaringoiatriche |
| ☐ Ematologiche | ☐ Immunologiche | ☒ Psichiatriche |
| ☐ Endocrine | ☐ Infettive | ☐ Respiratorie |
| ☒ Epatiche | ☐ Muscoloscheletriche | ☐ Sistema Genitale Maschile |
| ☒ Gastrointestinali | ☒ Neurologiche | ☐ 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

Toraseclide

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

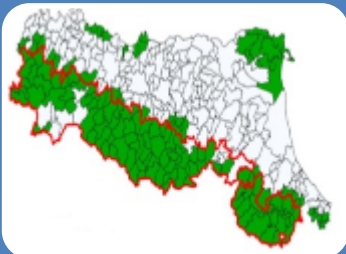
Lo studio di Impatto di RiskER



I risultati dello studio di impatto

	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%	Valore (%)	IC95%	Valore	IC95%	p-value
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**



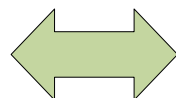
Telemedicina – contesto operativo

Casa della Salute Centrale operativa - Ambulatorio Cronicità

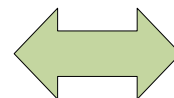
Sistemi di monitoraggio configurabili
per bassa intensità di cura



Paziente:
Sistemi mHealth per
monitoraggio paziente



Casa della Salute



**Ospedale/Specialista di
riferimento:**
Visualizzazione dei tracciati per
refertazione \ consulenza



Telemedicina

Prossimi passi 3 I kit paziente

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);
- 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

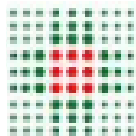


dal punto di vista dei pazienti con la collaborazione delle associazioni dei pazienti nelle principali patologie croniche (scompenso, diabete, BPCO, insufficienza renale cronica)

Questionario Assessment Chronic Illness Care- ACIC

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





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie

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

