



IL CARE MANAGEMENT DEL PAZIENTE COMPLESSO NELLE CURE PRIMARIE DELLA REGIONE VENETO



Tiozzo Silvia Netti

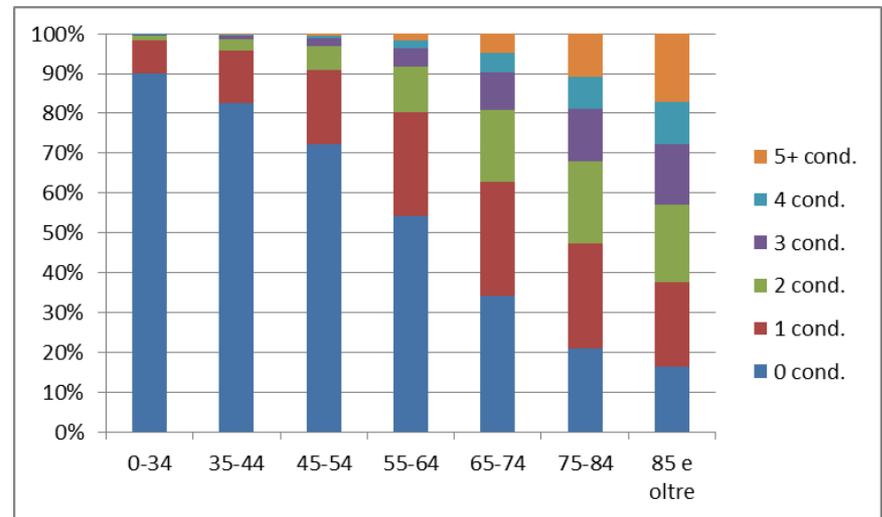
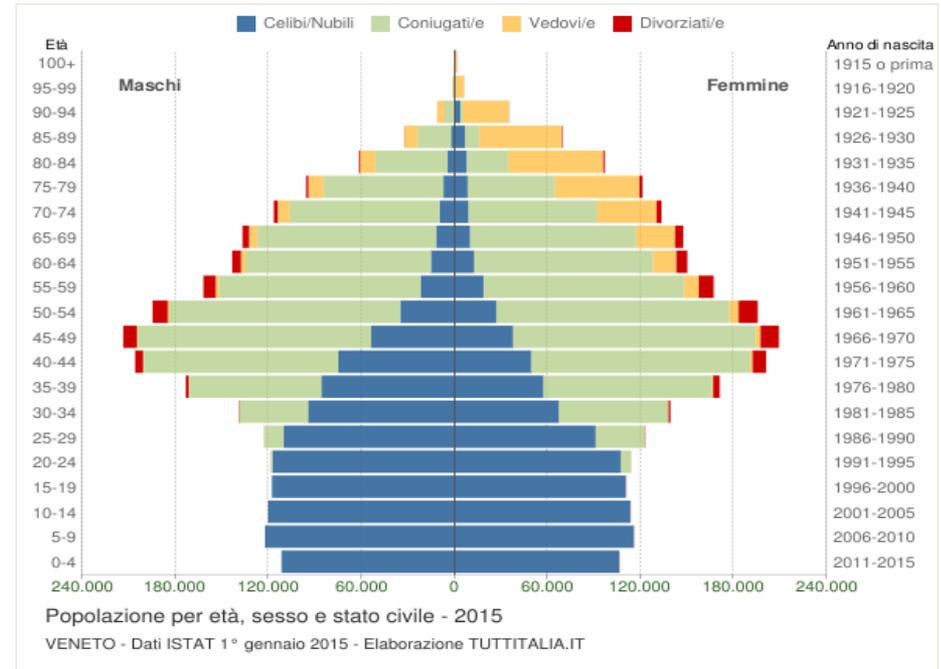
Infermiere PUAD DSS3 ULSS16 Padova
Referente Infermieristico Progetto ACG Regione Veneto

**Convegno CARD Triveneto
S. Bonifacio (Verona), 7 Ottobre 2016**



Veneto: multimorbilità e Population Health

- La popolazione sta invecchiando (22% > 65 aa)
- La multimorbilità è la norma
- I bisogni aumentano, la disponibilità di risorse sta diminuendo



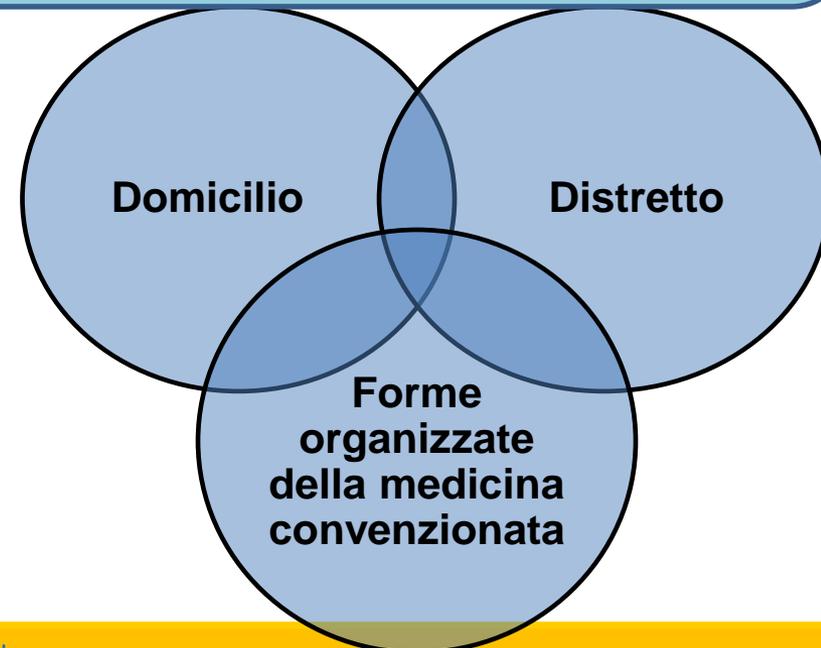


Ridefinizione dei modelli di presa in carico differenziati per livelli di rischio

OBIETTIVI

- Miglioramento QoL
- Rallentamento del declino funzionale
- Limitare accessi impropri in ospedale

Territorio luogo primario di intervento





MARIA HA CINQUE PATOLOGIE CRONICHE



In un anno

22 impegnativi farmaci

19 visite

2

edia

CONFUSED

Professionisti sanitari

5 Fisioterapisti

37 Infermieri

12 Medici (1 MMG)

2 Ass. Sociali

6 Operatori Socio Sanitari



COSA E' IL SISTEMA ACG?

ACG = Adjusted Clinical Groups

È un sistema usato per il **risk adjustment**: ovvero per identificare soggetti confrontabili dal punto di vista del "rischio" (ospedalizzazione, consumo di risorse....)

È un **grouper**: un sistema che identifica "raggruppamenti" di pazienti in una popolazione

**Sviluppato
dall'Università Johns
Hopkins di
Baltimora (USA)**



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

JOHNS HOPKINS
HEALTHCARE



La piramide del rischio: il case-mix della popolazione



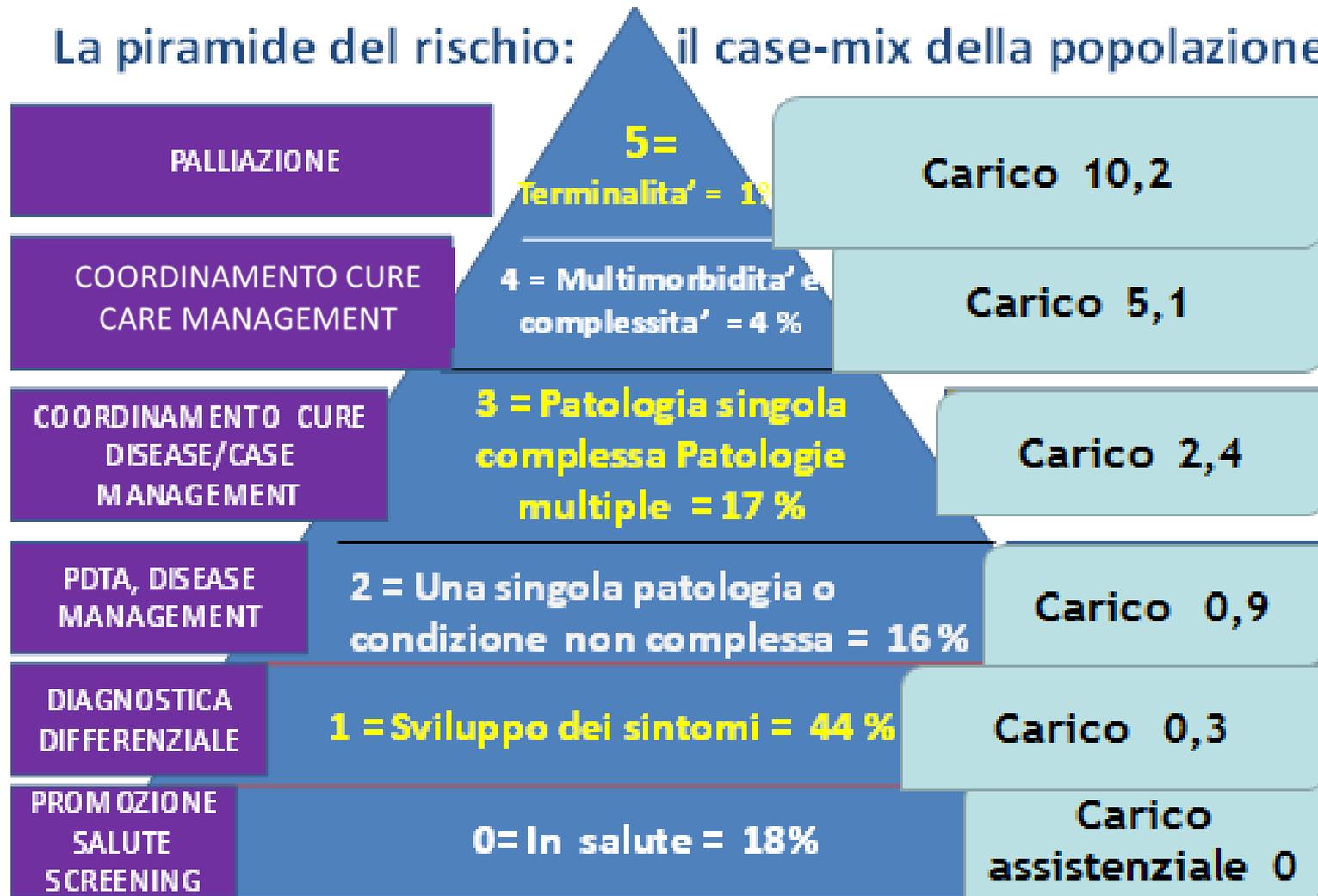
STRUMENTI DI GESTIONE

LUOGO E TIPO DI CURA



La piramide del rischio: ACG misura il carico assistenziale

La piramide del rischio: il case-mix della popolazione



STRUMENTI DI GESTIONE

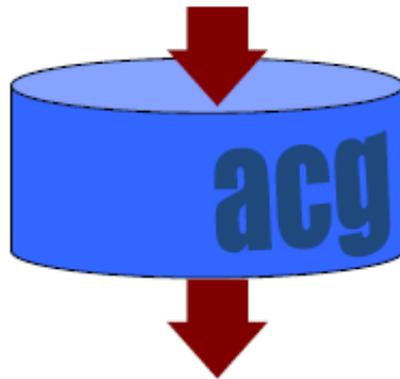
LUOGO E TIPO DI CURA



UTILIZZO DEL SISTEMA ACG NEL VENETO

Supporto al Care Management nelle cure primarie

Dati provenienti dai flussi informativi correnti



Identificazione di liste di pazienti affetti dalle patologie croniche di maggior interesse a livello regionale: Scompenso Cardiaco Cronico (popolazione 2013) con altre patologie.

Trasmissione delle liste ai MMG con aggiunta di informazioni anche **prognostiche**, come probabilit  di ospedalizzazione o di elevato utilizzo di risorse

Report su singoli casi

Current Risk: 3.4		Current Total Risk: 4.1		
Patient Medication Summary (13 Most Recent)				
Product Name	Assessment Counts	ESCs	Last DR Date	Exemption Reason
ZUCROEM TAB 18MG	36	4	Oct 19, 2011	PNOD, SEORGE
FURACLOXID 500 750S	36	1	Oct 11, 2011	SADCH, GHAND
GLURIDE ER TAB 18MG	36	3	Oct 5, 2011	SADCH, GHAND
DIABEPAM TAB 8MG	1	1	Oct 5, 2011	YAGHEWICZ, SARAH
HYDRODIAPY TAB 500MG	5	1	Oct 5, 2011	YAGHEWICZ, SARAH
FRIDONOR TAB 8MG	5	1	Oct 5, 2011	YAGHEWICZ, SARAH
ASTHROFACH TAB 250MG	5	1	Sep 5, 2011	BURKE, JELLY
HADOREX SPR 50MG OAC	36	1	Sep 5, 2011	BURKE, JELLY
METFORMIN TAB 500MG ER	36	4	Jul 21, 2011	SADCH, GHAND
SMAXISTIN TAB 40MG	36	1	Apr 11, 2011	SADCH, GHAND

Reference to Selected Medications		Patient Risk History*		
Medication, Condition	Exemption Ratio	Period	Rx Risk	Total Risk
Respiratory Medication	8.6%	Current	3.4	4.1
Cardiovascular Medication	32.45%	Last Month	3.0	3.0
Diabetes Medication	18.45%	Last 2 Months	3.0	3.0

Attivazione di un percorso di **gestione dei casi complessi** in sinergia tra MMG, infermiere del distretto, care-giver e paziente.



Liste di Care Management prodotte da ACG in base al rischio futuro di ospedalizzazione e alto costo

Johns Hopkins ACG System 10.0.1

File Edit View Analyze Tools Help

ACG2_120_V2.acgd Care Management List Care Management List

Care Management List for ACG2_120_V2.acgd Patient Count: 1.000

Cases Report Options

Patient Id	Age	Sex	Total Cost	Rescaled Total Cost	Resource Index	Probability High Total Cost	Probability IP Hospitalization	Unique Provider Count	Total Rx Gaps	Hospital Dominant Morbidity
120_1259568	75	1	39.403,48		29,60	0,95	0,75	0	2	
120_1168941	41	1	68.527,38		28,83	0,95	0,68	0	6	
120_919717	68	2	54.897,12		27,12	0,95	0,53	0	13	
120_817649	77	1	48.936,96		26,53	0,95	0,85	0	1	
120_791186	71	1	20.468,27				0,71	0	2	
120_984782	72	2	20.669,54				0,85	0	3	
							0,84	0	0	
							0,80	0	1	
							0,70	0	1	
							0,73	0	0	
							0,67	0		
120_1122156	57	2	36.708,43				0,51	0	11	
120_910100	74	1	21.374,26				0,68	0	1	
120_1258419	70	1	40.254,31				0,68	0	5	
120_1099562	68	1	28.244,88		24,61	0,95	0,74	0	19	
120_952725	73	2	8.259,35		24,28	0,95	0,50	0	2	
						0,95	0,81	0	12	
						0,95	0,83	0	0	
						0,95	0,71	0	10	
						0,95	0,85	0	22	
						0,95	0,55	0	0	
120_860996	84	1	17.306,56		23,56	0,95				
120_1128953	67	1	38.976,74		23,54	0,95				
120_823315	77	2	38.148,44		23,54	0,95				
120_934503	72	2	22.778,24		23,50	0,95				
120_1099587	73	1	26.400,30		23,45	0,95				
120_1255199	57	1	71.085,32		23,34	0,95	0,57	0	10	
120_1091337	71	1	27.449,80		23,28	0,95	0,59	0	2	
120_768842	84	1	28.868,88		23,27	0,95	0,72	0	5	
120_856195	67	1	88.121,39		23,24	0,95	0,70	0	4	
120_785986	74	1	20.895,65		23,22	0,95	0,37	0	0	
120_929953	52	1	45.236,22		23,19	0,95	0,71	0	0	
120_793596	80	2	21.315,08		22,93	0,95	0,50	0	2	
							0,75	0	4	

Costo totale osservato

Probabilità di appartenere al 5% di pazienti con più alto costo nell'anno successivo

Stima Costo totale nell'anno successivo (tot. popolazione=1)

Probabilità di ricovero nell'anno successivo



Patient Clinical Profile Report

Patient Clinical Profile Report

Patient Id 120_1078799
 PCP Id 004059
 Product

Descriptive

informazioni descrittive

Age 68 Total Cost € 10.170
 Gender 1 Rx Cost € 4.460
 Resource Utilization Band 4
 Local Weight 10,71

Models

DxRx-PM - total cost - lenient dx -> total cost
 DxRx-PM - rx cost - lenient dx -> rx cost

Special Markers

Chronic Condition Count 7
 Hospital Dominant Morbidity Types 0
 Frailty Flag N

Predictive Values

Probability High Total Cost 0,73
 Predicted Total Cost Range € 7.500-€ 10.000
 Probability High Rx Cost 0,97
 Predicted Rx Cost Range € 3.000-€ 5.000

Common Condition Profile

condizioni croniche

Age-Related Macular Degeneration	NP	Bipolar Disorder	NP
Congestive Heart Failure	Rx	Depression	NP
Diabetes	TRT	Glaucoma	NP
Human Immunodeficiency Virus	NP	Disorders of Lipid Metabolism	NP
Hypertension	TRT	Hypothyroidism	NP
Immunosuppression/Transplant	BTH	Ischemic Heart Disease	NP
Osteoporosis	Rx	Parkinsons Disease	BTH
Persistent Asthma	NP	Rheumatoid Arthritis	NP
Schizophrenia	NP	Seizure Disorders	NP
COPD	NP	Chronic Renal Failure	ICD
Low Back Pain	NP		

NP = Not Present, ICD = ICD Indication, Rx = Rx Indication, BTH = ICD and Rx Indication, TRT = Treated with Pharmacy

High Impact Conditions

condizioni ad alto impatto

EDCs	Rx-MGs
ADM03 Transplant status	ALLx050 Allergy/Immunology / Transplant
REN01 Chronic renal failure	ENDx030 Endocrine / Diabetes With Insulin

Moderate Impact Conditions

condizioni ad impatto moderato

EDCs	Rx-MGs
------	--------

Patient Clinical Profile Report

Patient Id 120_1078799
 PCP Id 004059
 Product

diagnosi da farmaci

EDCs

CAR Cardiac arrhythmia
 CAR15 Hypertension, with major complications
 END07 Type 2 diabetes, w/ complication
 NUR03 Peripheral neuropathy, neuritis
 NUR06 Parkinsons disease

Rx-MGs

ALLx030 Allergy/Immunology / Chronic Inflammatory
 CARx020 Cardiovascular / Congestive Heart Failure
 CARx050 Cardiovascular / Vascular Disorders
 ENDx040 Endocrine / Diabetes Without insulin
 GASx060 Gastrointestinal/Hepatic / Peptic Disease
 GGlx020 General Signs and Symptoms / Pain
 GURx010 Genito-Urinary / Acute Minor
 MUSx010 Musculoskeletal / Gout
 NURx040 Neurologic / Parkinsons Disease

diagnosi codificate

Low Impact Conditions

condizioni a basso impatto

EDCs

CAR14 Hypertension, w/o major complications
 GUR08 Urinary tract infections
 NUR01 Neurologic signs and symptoms
 NUR05 Cerebrovascular disease
 NUR11 Dementia and delirium

Rx-MGs

CARx030 Cardiovascular / High Blood Pressure
 ENDx010 Endocrine / Bone Disorders
 INFx020 Infections / Acute Minor
 ZZZx000 Other and Non-Specific Medications





Comprehensive Patient Clinical Profile Report

Comprehensive Patient Clinical Profile Report Patient Id: 120_1078799

Age	68	Gender	1
PCP Id	004059	Product	
Resource Utilization Band	4	Local Weight	10,10

Prior Costs		Case Complexity	
Total Cost	€ 10.170	Chronic Condition Count	7
Rx Cost	€ 4.460	Active Ingredient Count	20
		Fality Flag	N

Predictive Values		Coordination of Care	
Probability High Total Cost	0,69	Coordination Risk	UCI
Predicted Total Cost Range	€ 10.000-€ 12.500	# Unique Providers Seen	0
Probability High Rx Cost	0,97	# Specialty Types Seen	0
Predicted Rx Cost Range	€ 3.000-€ 5.000	Generalist Seen	N
High Risk Unexpected Pharmacy	N	Management Visit Count	0
		% visits Provided by Majority source of care	0

Utilization		Likelihood of Hospitalization	
Outpatient Visits	29	Hospital Dominant Morbidity Types	0
ER Visits	1	Probability Hospital Admission (6 mos)	0,25
Inpatient Admissions	1	Probability Hospital Admission (12 mos)	0,44
Major Procedure Performed	N	Probability ICU/CCU Admission	0,14
Dialysis Service	N	Probability Injury-related Admission	0,01
Nursing Service	N	Probability Long-term Admission (12+ days)	0,12
Cancer Treatment	N		

Condition Profile with Pharmacy Adherence Markers

Condition	Present?	CSA	MPR	# Refill Gaps	Untreated
Age-Related Macular Degeneration	NP				
Bipolar Disorder	NP				
Congestive Heart Failure	Rx				
Depression	NP				
Diabetes	TRT	0,84	0,83	1	0
Glaucoma	NP				
Human Immunodeficiency Virus	NP				
Disorders of Lipid Metabolism	NP				

Comprehensive Patient Clinical Profile Report Patient Id: 120_1078799

Condition	Present?	CSA	MPR	# Refill Gaps	Untreated
Hypertension	TRT	1,77	1,49	0	N
Hypothyroidism	NP				
Immunosuppression/Transplant	BTH				
Ischemic Heart Disease	NP				
Osteoporosis	Rx				
Parkinsons Disease	BTH				P
Persistent Asthma	NP				
Rheumatoid Arthritis	NP				
Schizophrenia	NP				
Seizure Disorders	NP				
COPD	NP				
Chronic Renal Failure	ICD				
Low Back Pain	NP				

NP = Not Present, ICD = ICD Indication, Rx = Rx Indication, BTH = ICD and Rx Indication, TRT = Treated with Pharmacy

Treated Condition Profile

Treated Condition	Drug Class	Days Supply	Gaps	Gap Days	Max Gap	Avg Gap
Diabetes	Meglitinides	180	1	18	18	18,00
Hypertension	ACEI/ARB	504	0	0	0	0,00
Hypertension	Anti-adrenergic agents	684	0	0	0	0,00
Hypertension	Calcium channel blockers	252	0	0	0	0,00

High Impact Conditions

EDCs		Rx-MGs	
ADM03	Transplant status	ALLx050	Allergy/Immunology / Transplant
REN01	Chronic renal failure	ENDx030	Endocrine / Diabetes With Insulin

Moderate Impact Conditions

EDCs		Rx-MGs	
CAR09	Cardiac arrhythmia	ALLx030	Allergy/Immunology / Chronic Inflammatory
CAR15	Hypertension, with major complications	CARx020	Cardiovascular / Congestive Heart Failure
END07	Type 2 diabetes, w/ complication	CARx050	Cardiovascular / Vasovascular Disorders
NUR03	Peripheral neuropathy, neuritis	ENDx040	Endocrine / Diabetes Without Insulin
NUR06	Parkinsons disease	GASx060	Gastrointestinal/Hepatic / Peptic Disease
		GSIx020	General Signs and Symptoms / Pain
		GURx010	Genito-Urinary / Acute Minor
		MUSx010	Musculoskeletal / Gout



UTILIZZO DEL SISTEMA ACG IN VENETO

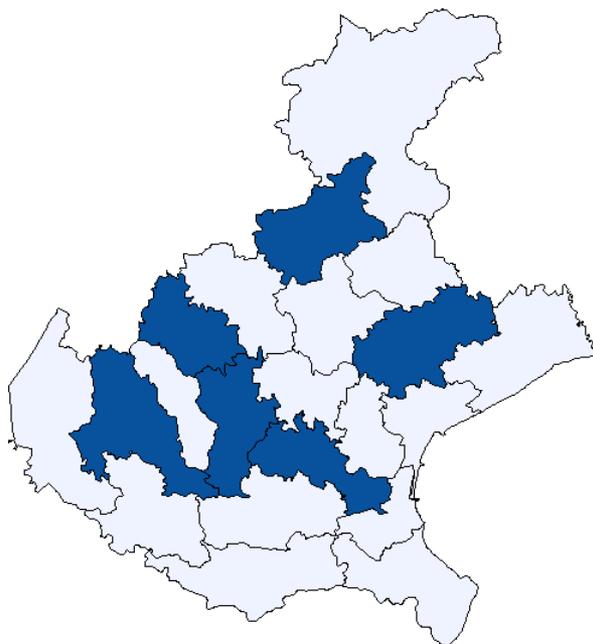
Integrazione dei dati : Strumenti innovativi di misurazione e gestione del territorio Grouper ACG (Adjusted Clinical Groups®)

2012-13



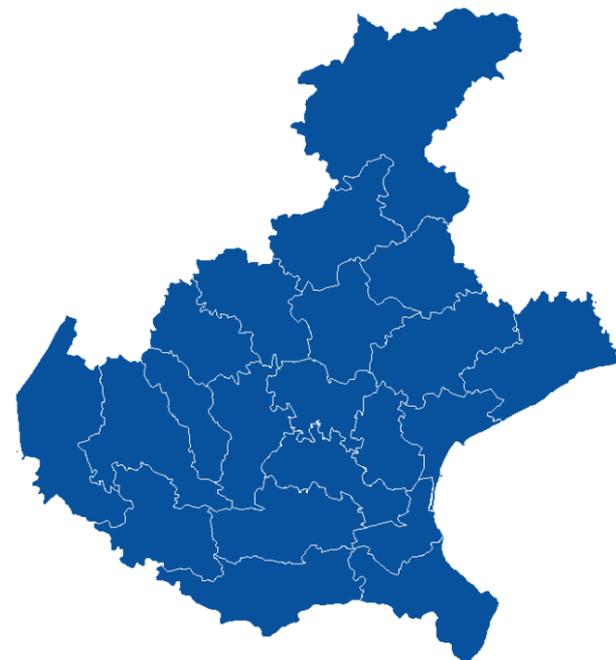
1.000.000 abitanti
20% della popolazione
della Regione Veneto

2013-14



2.000.000 abitanti
40% della popolazione
della Regione Veneto

2014-15



≈5.000.000 abitanti
100% della popolazione
della Regione Veneto



CHE TIPO DI INTERVENTO?

- Rivolto alla popolazione
- Centrato sulla persona
- Rivolto a chi è ad alto rischio e a rischio emergente
- Evidence based
- Adattato da modelli validati
- Integrato
- Personalizzato
- Che garantisca continuità
- Coordinato





Quali pazienti? Con che priorità?



- con multimorbidity, con ricoveri ricorrenti, che vedono più specialisti durante l'anno e che prendono molte medicine
- con situazioni sociali difficili
- ad alto rischio con bisogni assistenziali complessi (complessità organizzativa e gestionale più che complessità clinica)
- non complianti
- che non sanno autogestirsi
- con caregiver non educato
- che non hanno un caregiver
- che non sono nella lista



Supporto al Care Management nelle Cure Primarie

Attivato un percorso di gestione dei casi complessi in sinergia tra 2 MMG, distretto e 2 infermieri domiciliari per ogni ULSS

Approccio al care management basato sull'equipe.

- Presa in carico dei pazienti a più alto rischio di ospedalizzazione fino a un massimo di 15-20 pazienti per infermiere/MMG.

Invito a entrare nel programma (lettera o invito da MMG) Consenso.



Visita a domicilio di infermiere care manager



Visita in ambulatorio Planning dell'assistenza



- Piano di cura (MMG e Infermiere, ed eventualmente UVMD)
- "Piano di Azione" per paziente e caregiver.
- Monitoraggio proattivo ≥ 1 /mese
- Riunioni d'equipe nel corso del programma.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1097 / DGR del 18/08/2015

OGGETTO: Piano formativo per il Care Management: cure integrate del paziente complesso nelle cure primarie.

PROGETTO FORMATIVO PER IL CARE MANAGEMENT: CURE INTEGRATE DEL PAZIENTE COMPLESSO NELLE CURE PRIMARIE

Corso regionale per
Infermieri Care Manager e per
Medici di Medicina Generale



Percorso formativo per
Infermieri Care Manager

PROGRAMMA

14 Ottobre – 3 Dicembre 2015

Villa Nieve Bonin Longare
Viale Europa Unità, 22
Montebelluna (VI)

REGIONE DEL VENETO

Fondazione
SSP
Scuola di
Sanità
Pubblica

PROGETTO FORMATIVO PER IL CARE MANAGEMENT: CURE INTEGRATE DEL PAZIENTE COMPLESSO NELLE CURE PRIMARIE

Corso regionale per
Infermieri Care Manager e per
Medici di Medicina Generale



Percorso formativo per
Medici di Medicina Generale

PROGRAMMA

14 Ottobre – 3 Dicembre 2015

Villa Nieve Bonin Longare
Viale Europa Unità, 22
Montebelluna (VI)

REGIONE DEL VENETO

Fondazione
SSP
Scuola di
Sanità
Pubblica



LA PRESA IN CARICO INTEGRATA

Il MMG effettua arruolamento attivo dei pazienti selezionati

Chi accetta viene contattato da infermiere

Se il paziente **DEAMBULA** verrà fissato un appuntamento nell'ambulatorio del MMG invitando anche il caregiver (se presente)

Se **NON DEAMBULA** viene organizzato un accesso congiunto di MMG e infermiere al domicilio del paziente in presenza del caregiver (se presente)

All'appuntamento:

medico e infermiere integrano le informazioni sul progetto
illustrano le funzioni del CM
fanno firmare il **modulo di consenso**



FASCICOLO INFORMATIVO PER IL PAZIENTE



IL PERCORSO DI ASSISTENZA INTEGRATA AL PAZIENTE CON PATOLOGIE CRONICHE

settembre 2015



IN CASO DI BISOGNO COME POSSO CONTATTARVI?

Lei potrà contattare il suo **Medico di Medicina Generale** o un sostituto, come ha sempre fatto , negli orari di apertura della Medicina di Gruppo al numero:

dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00

e l'**infermiere** al numero:

dal lunedì al venerdì dalle 7.30 alle 14.30

In caso di bisogni non differibili al di fuori di questi orari potrà contattare la **Centrale Operativa Territoriale COT** al numero _____ : le risponderanno degli infermieri esperti che la aiuteranno a risolvere i suoi bisogni 24 ore su 24, 7 giorni su 7.



ALLEGATO 1

CONOSCERE LO SCOMPENSO CARDIACO

Come funziona un cuore sano?

Il **cuore** è una pompa: raccoglie il sangue venoso (carico di anidride carbonica) che ritorna al cuore da tutto il corpo attraverso le vene, lo spinge ai polmoni dove cede l'anidride carbonica, raccoglie l'ossigeno e lo pompa nelle arterie per distribuirlo a tutti gli organi. Il suo compito principale è quello di far arrivare l'ossigeno a tutte le cellule del nostro corpo.

Cos'è lo Scompensamento Cardiaco?

Lo Scompensamento Cardiaco è una malattia cronica in cui il cuore non riesce più a pompare la quantità di sangue adeguata alle necessità del corpo.

Una minore quantità di sangue che circola nell'organismo comporta una minore disponibilità di ossigeno per i vari organi che quindi svolgono male la loro funzione.

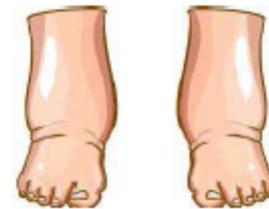
Quali sono le cause dello Scompensamento Cardiaco?

Rapido aumento del peso corporeo



Un aumento di peso in pochi giorni non può essere dovuto ad un aumento della massa corporea, ma è un aumento di liquidi trattenuti: è un segno importante di peggioramento e necessita dell'aumento dei diuretici. E' importantissimo tenere controllato il peso tutti i giorni ed annotarlo sul diario dei controlli giornalieri (da portare a tutte le visite di controllo).

Caviglie gonfie



L'edema è particolarmente evidente nelle parti basse del corpo, e si evidenzia alle caviglie. E' un segno che indica la necessità di ridurre l'introito di liquidi o di aumentare il diuretico.

CHIAMARE IL 118 PER UN AIUTO IMMEDIATO IN CASO DI:

- Dolore toracico persistente
- Grave e persistente mancanza di respiro
- Svenimento

INFORMARE IL MEDICO IL PIÙ PRESTO POSSIBILE SE SI VERIFICANO:

- Aumento della difficoltà a respirare o diminuzione della forza nell'eseguire attività
- Risvegli frequenti a causa di mancanza di respiro
- Necessità di un maggior numero di cuscini per dormire comodamente
- Rapido peggioramento della frequenza cardiaca o Palpitazioni

CONTATTARE IL MEDICO O L'INFERMIERE SE SI NOTA:

- Rapido aumento di peso (più di 2 Kg in tre giorni)
- Progressivo gonfiore o dolore addominale
- Aumento di gonfiore alle gambe e alle caviglie
- Presenza di capogiri anche da sdraiato o seduto
- Perdita di appetito / nausea
- Aumento della fatica
- Peggioramento della tosse

FASCICOLO PERSONALE

ASSISTENZA INTEGRATA - CURE PRIMARIE

DATA _____

Cognome Nome			Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Età		Nato/a il:			
Codice Fiscale		cis			
Indirizzo					
Tel					
e-mail		esenzioni			
Medico di famiglia			Tel. studio		
e-mail			Cellulare		
Infermiere care manager			Cellulare		
e-mail					

PRIMA PARTE:

- INFORMAZIONE E CONSENSO (Consegnare n.1 copia al Paziente)
- ACCERTAMENTO NELLO STUDIO DEL MMG
- ACCERTAMENTO A DOMICILIO
- APPROFONDIMENTO PER PATOLOGIA

SECONDA PARTE:

- PIANO DI CURA (Consegnare n.1 copia al Paziente)
- PIANO DI AZIONE (Consegnare n.1 copia al Paziente)
- SCHEDE DI FOLLOW UP
- SCHEDA SEGNALAZIONE COT
- QUESTIONARIO PAZIENTE: data somministrazione _____



Accertamento a casa del paziente



**ACCERTAMENTO
INFERMIERISTICO**



Raccolta dati dal database del MMG



ACCERTAMENTO

Dati raccolti dal database del MMG

- Dati anagrafici
- Patologie di base
- Referti
- Farmaci prescritti
- Allergie e reazioni avverse
- Anamnesi
- Medici specialisti
- Persone di riferimento





ACCERTAMENTO

Dati raccolti durante la visita a domicilio

- **Priorità di salute del paziente**
- Patologie di base
- Assunzione di farmaci, aderenza e discrepanze alla terapia
- Allergie e reazioni avverse
- Curanti
- Servizi usati
- Persone di riferimento





Per costruire il Piano di Cura Preliminare.....





MEETING DI PIANIFICAZIONE La creazione del Piano di Cura

Durante il meeting di pianificazione MMG e infermiere discutono e modificano il Piano di Cura Preliminare per allinearlo alle circostanze uniche del singolo paziente





Si valutano:

- **Interventi e attività di monitoraggio** più appropriati tra quelli indicati dalle evidenze scientifiche per le patologie croniche

- **ALIMENTAZIONE**



- **ATTIVITÀ FISICA**



- **FARMACI**

Si deve valutare la possibilità di interazione fra farmaci
Vanno risolte eventuali discrepanze (riconciliazione)
Va valutata l'aderenza alla terapia



- Frequenza delle visite e dei follow-up



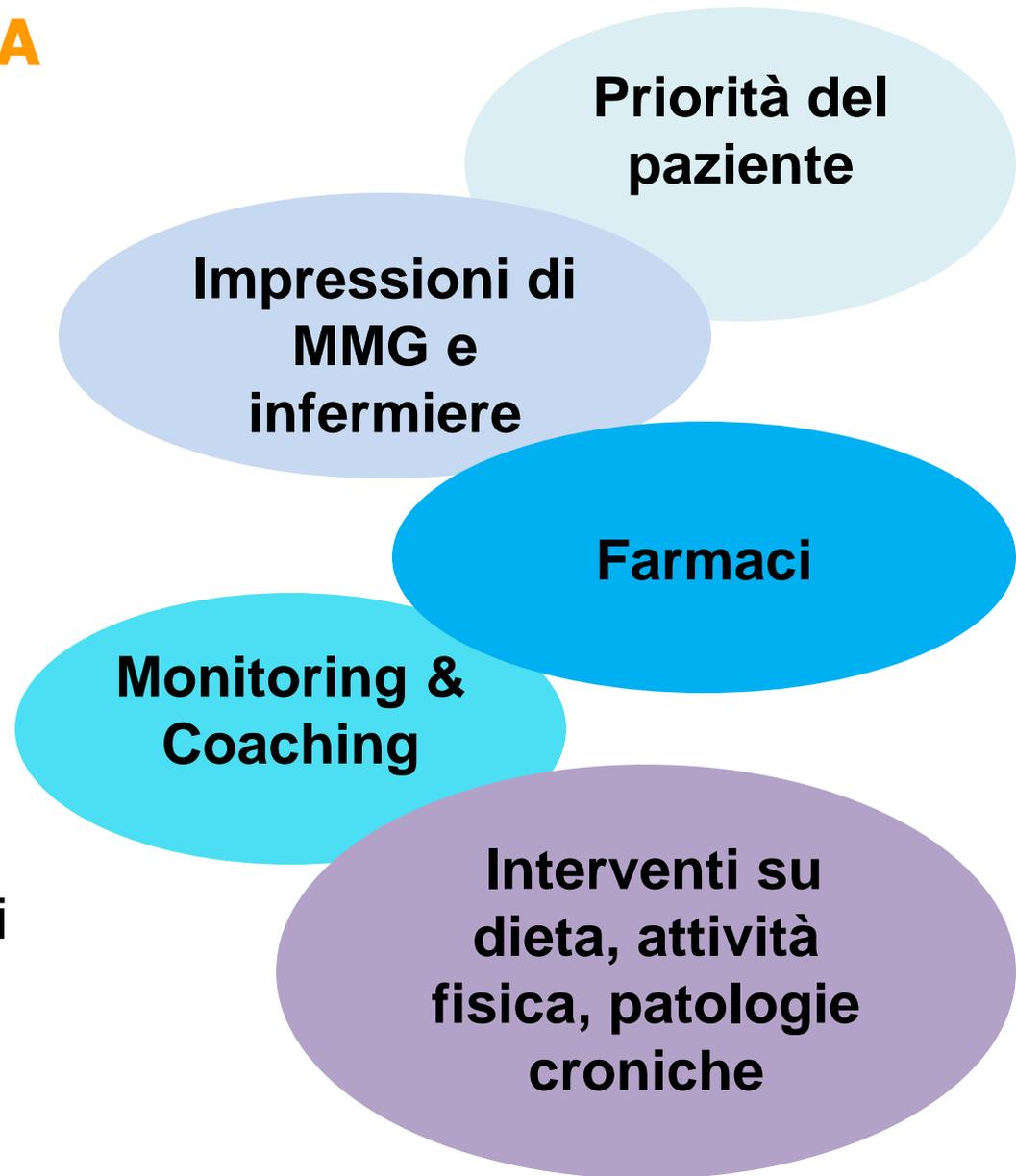
IL PIANO DI CURA

COS'È

- Un piano di assistenza che tiene conto delle evidenze scientifiche e riflette gli obiettivi e le intenzioni di paziente, caregiver, medico e infermiere
- Riassunto conciso e sempre aggiornato della situazione del paziente

QUANDO VIENE USATO?

- Nelle transizioni tra luoghi di cura
- Nelle sessioni di monitoraggio & coaching





CREARE IL PIANO DI AZIONE

- Versione "amichevole" del Piano di Cura
- Scritto in caratteri ampi e linguaggio semplice
- Posizionato in posto preminente in casa

Copia per il Fascicolo. *si ricorda di consegnare una copia al Paziente*

6. PIANO DI AZIONE

Medico _____ cell _____ Paziente, Sig./ra _____ cell _____

Infermiere _____ cell _____

I MIEI OBIETTIVI DI SALUTE

DIETA

PROMEMORIA : MEDICINE

- > Ordinare nuove confezioni prima che finiscano
- > Chiamare l'infermiere in caso di modifiche

ATTIVITA' FISICA

CONTROLLI GIORNALIERI

PESO					
PRESSIONE ARTERIOSA					
FREQUENZA CARDIACA					

OBIETTIVI

CHIAMO L'INFERMIERE SE

	MATTINA	MEZZOGIORNO	POMERIGGIO	SERA	NOTE
FARMACI DA PRENDERE ANCHE QUANDO STO BENE					
FARMACI DA PRENDERE SOLO SE NE HO BISOGNO					
FARMACI DA NON PRENDERE MAI					
PROSSIMI APPUNTAMENTI					

ALLERGIA

Data : ___/___/2015

PIANO DI AZIONE

INFERMIERE SILVIA CELL

MEDICO

TEL

Sig. U R

I MIEI OBIETTIVI DI SALUTE

Voglio calare di peso e riuscire a camminare di più

AVVISO L'INFERMIERA SE
VADO IN OSPEDALE

DIETA



1,200 L DI LIQUIDI AL GIORNO

USO POCO SALE

ATTIVITA' FISICA



-CAMMINO TUTTI I GIORNI DENTRO E FUORI CASA ALTERNANDO

ATTIVITÀ E RIPOSO

-PERCORRO IL TERRAZZO 2-3 VOLTE AL GIORNO

CONTROLLI GIORNALIERI



OBIETTIVI

CHIAMO



L'INFERMIERE SE

PESO	NON AUMENTO DI PESO	AUMENTO DI 1 Kg O CALO DI 2-3 Kg IN 2 GIORNI
PRESSIONE ARTERIOSA	CIRCA 140/70	>145/85 < 120/50 E HO SINTOMI
RESPIRO	NON FACCIO FATICA A RESPIRARE	FACCIO FATICA A RESPIRARE
ISPEZIONE GAMBE	NON HO GAMBE GONFIE	HO CAVIGLIE E GAMBE GONFIE



MATTINA	MEZZOGIORNO	POMERIGGIO	SERA	NOTE

FARMACI DA PRENDERE ANCHE QUANDO STO BENE

FUROSEMIDE 25 mg CP	1cp	1 cp	1cp		+ 1 cpa.b.
ATORVASTATINA 40mg	1 cp				
CARDIOASPIRIN 100mg		1 cp			
PANTOPRAZOLO 20mg	1cp				
RAMIPRIL 5 mg	1 cp				
FERRO 80 mg	1 cp			1 puff	
SPIRIVA 18 mcg	1 cp/puff				
BIWIND + PRONTINAL	aerosol		aerosol	aerosol	

FARMACI DA PRENDERE SOLO SE NE HO BISOGNO

BRONCOVALEAS	1 inalazione se broncospasmo
TACHIPIRINA 500mg 1 cp	se raffreddore

PROSSIMI APPUNTAMENTI			
ECOCARDIOCOLORDOPPLER + ECG	AMB. ALBIGNASEGO	26/08/2016	
VISITA CARDIOLOGICA	AMB. ALBIGNASEGO	06/09/2016	
VISITA PNEUMOLOGICA + spirometria	AZIENDA OSP	NOV. 2016	
VISITA UROLOGICA (da prenotare eco renale e citologia) D.H. OSA		22/4/2016	
PRELIEVO VENOSO		27/01/2016 - 11/03/2016	



MONITORAGGIO & COACHING

SCOPO

- Migliorare l'aderenza del paziente
- Intercettare i problemi prima che si sviluppino
- Informarsi su cambiamenti nello stato di salute



METODO

- Telefono, visita in ambulatorio, visita a domicilio

FREQUENZA

- Decisa in sede di meeting di pianificazione con il MMG

STRUMENTI

- Piano di Azione
- Scheda di Follow up



MONITORAGGIO & COACHING



....**COSA?**

- Chiedi come sta il paziente
- Revisiona le priorità e gli obiettivi di salute del paziente
- Revisiona i farmaci
- Revisiona il Piano per dieta, attività fisica e automonitoraggio
- Controlla insieme al paziente gli appuntamenti
- Valuta quanto il paziente è aderente al piano
- Identifica gli ostacoli e sviluppa strategie per consentire al paziente di superare gli ostacoli e adottare comportamenti salutari





MONITORAGGIO & COACHING

...COME?

- Usa domande aperte, ascolto attivo, e feedback per aiutare il paziente a superare le barriere che gli impediscono di raggiungere i suoi obiettivi
- Identifica lacune di conoscenza
- Focalizza su valori che sono importanti per il paziente
- Valorizza i piccoli successi
- Costruisci abilità di self-management
- Aggiorna il Piano di Azione
- Documenta e registra il contatto



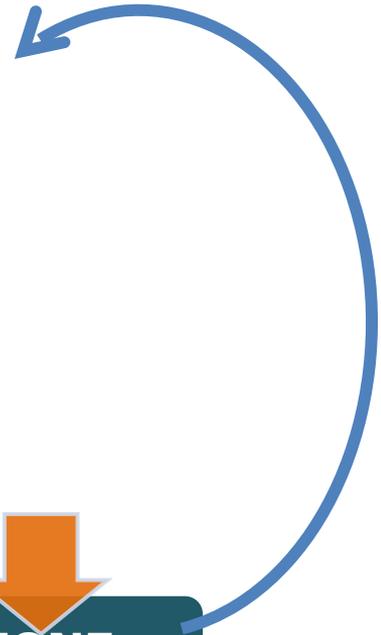


PAZIENTE E CAREGIVER SARANNO IN GRADO DI :

- Mantenere la malattia sotto controllo, trattare autonomamente la sintomatologia nelle sue manifestazioni più comuni e frequenti
- Modificare lo stile di vita per ridurre i rischi
- Far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli
- Assumere correttamente i farmaci
- Effettuare gli esami di controllo raccomandati
- Consultare l'Infermiere Care Manager, il MMG o rivolgersi al PS in base al bisogno



Programma di Care Management



REVISIONE



Responsabilità dell'Infermiere Care Manager

Monitorare e fare da coach ai pazienti per il self-management delle patologie croniche

Condurre interviste motivazionali

Cooperare nelle transizioni fra luoghi di cura

Gestire la comunicazione fra i membri del team di assistenza multidisciplinari

Supportare i caregiver e facilitare l'accesso ai servizi della comunità

Monitorare il raggiungimento degli obiettivi

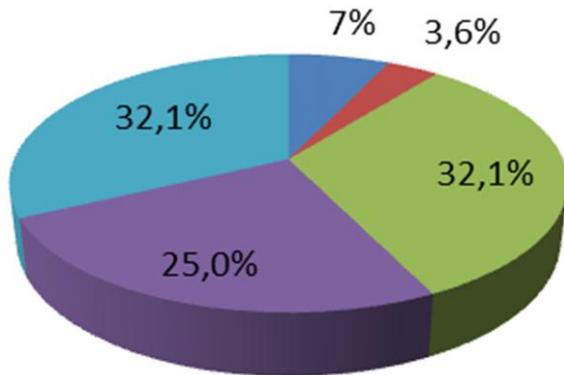
Fare il triage di problemi emergenti



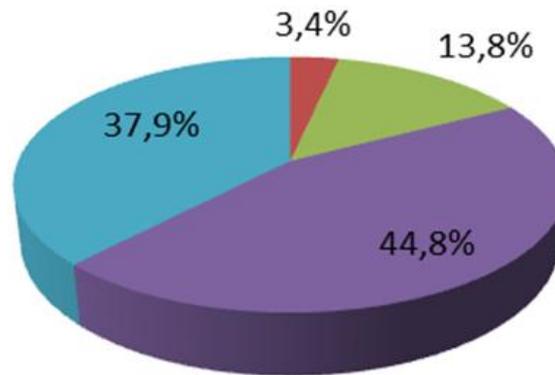
Questionario di Gradimento - Sett. 2015

9. Come valuta l'Utilità del progetto dal punto di vista assistenziale?
% che lo ritiene utile o molto utile

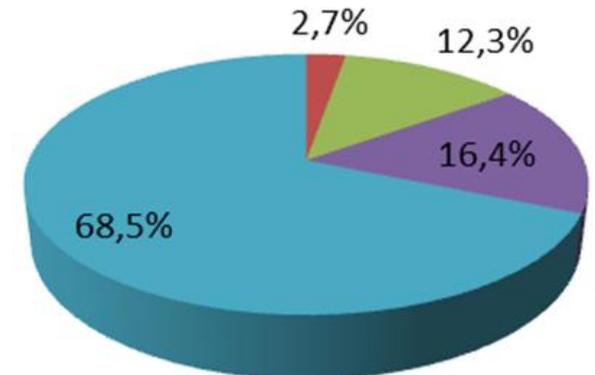
- 1 inutile
- 2 abbastanza inutile
- 3 mediamente utile
- 4 utile
- 5 molto utile



MMG (90%)



INFERMIERE (96%)



PAZIENTE (97%)



PROTOCOLLO OPERATIVO DI FOLLOW UP PER I PAZIENTI ARRUOLATI NEL PROGRAMMA DI CARE MANAGEMENT REGIONALE

- Iniziato ad aprile 2016

- **OBIETTIVO** Valutare eventuali differenze nel ricorso all'ospedalizzazione o al PS tra i pazienti inseriti nel programma di Care Management e altri pazienti con caratteristiche anagrafiche e cliniche simili.

- **METODOLOGIA** : Per ciascun paziente arruolato verrà **appaiato** uno o più pazienti con caratteristiche simili dal punto di vista anagrafico (ULSS, età e sesso) e clinico (RUB, ACG, probabilità di ospedalizzazione).

- **ESITI**: Verrà valutata l'ospedalizzazione e il ricorso al PS dei due gruppi di pazienti.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 535 / DGR 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".

Progetto CCM



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



STRUMENTI A SUPPORTO DELL' ASSISTENZA

da

REGIONE DEL VENETO Allegato 3
FASCICOLO PERSONALE
ASSISTENZA INTEGRATA - CURE PRIMARIE

DATA _____

Cognome Nome			
Cia			
Codice Fiscale			
Indirizzo			
Tel	Nato/a il:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
e-mail	dis		
Medico di famiglia	esenzioni		
Infermiere care manager	Tel. studio		
e-mail	Cellulare		
	Cellulare		

PRIMA PARTE:

- INFORMAZIONE E CONSENSO (Consegnare n.1 copia al Paziente)
- ACCERTAMENTO NELLO STUDIO DEL MMG
- ACCERTAMENTO A DOMICILIO
- APPROFONDIMENTO PER PATOLOGIA

SECONDA PARTE:

- PIANO DI CURA (Consegnare n.1 copia al Paziente)
- PIANO DI AZIONE (Consegnare n.1 copia al Paziente)
- SCHEDE DI FOLLOW UP
- SCHEDE SEGNALAZIONE COT
- QUESTIONARIO PAZIENTE: data somministrazione _____

Forma autorizzata e in uso presso il ministero e ministero di Salute, nella Regione del Veneto, in Italia. Edizione 2019. REV.00 del 14/02/2023

....a





acg
JOHNS HOPKINS
Johns Hopkins University 2016 ACG® System
International Conference

April 17-20, 2016
MANCHESTER GRAND HYATT, SAN DIEGO



Nurses' role in a team-based approach for primary care management of complex patients identified with ACG: preliminary results from a pilot program in Veneto Region-Italy

Silvia Netti Tiozzo
Azienda Ulss 16 - Padova
Veneto Region



16th International Conference on Integrated Care
23-25 May 2016, Barcelona

16th International Conference on Integrated Care
Barcelona, 23-25 May 2016

ASSESSMENT OF PATIENT'S AND HEALTH PROFESSIONAL'S EXPERIENCE OF INTEGRATED CARE: PRELIMINARY RESULTS FROM A PILOT SURVEY IN VENETO REGION-ITALY.

Silvia Tiozzo-Netti¹, Pietro Gallina¹, Francesco Avossa², Natalia Alba², Elena Schievano², Lorena Guerra², Anna Zamboni², Elisa Boscolo², Maria Chiara Corti⁴

¹Local Health Unit (LHU) N. 16, Padova, Italy; ²SER-Epidemiological Department, ³Local Health Unit (LHU) N. 20, Verona, ⁴Health Care and Resource Planning Unit, Venezia, Veneto Region, Italy

Introduction

Population ageing is associated with an increased co-prevalence of chronic diseases. For persons with multimorbidity, care fragmentation may lead to adverse outcomes and patient dissatisfaction while care management programs can improve quality of care.

In 2015, Veneto Region started an integrated care-program in the whole region, involving older persons with Congestive Heart Failure (CHF) and multimorbidity in a primary care setting, to reduce the risk of inappropriate hospitalization.

The purpose of the present pilot survey was to assess the experience of integrated care among patients, general practitioners (GPs) and nurses involved in the project.

Surveillance data on hospitalization and outcomes will be available 12 months after enrollment.

Care management program

Methods

Nurses and GPs (40 in each group) received specific training on Care Management using a collaborative team-based approach. To identify the patients with CHF, co-morbidities and complexity we used the case-finding tool of the Adjusted Clinical Groups (ACG) System that generates high risk case management lists.

The Care management program was applied to 164 patients of the 525 identified by the ACG System.

To assess the "experience" of integrated care we developed a 10-items questionnaire focused on difficulties, utility and comprehension of the tools, and on communication, timing and self-satisfaction. 29 nurses (72,5%) and 28 GPs (70,0%) answered to the questionnaire and the questionnaire was administered to 74 patients (35,1%) by the nurses 2 months after the first home assessment.

Results

Some results are shown in the figures and others are described as follows. Patients consider the Integrated Care program "very useful" (34%) or "useful" (28%). They report that the tools have an average utility (32,1%), being clear (32,1%) and having an appropriate length (34,2%); the majority of GPs and nurses report that the tools are too long and time-consuming. Most patients (95%) would like to continue participating because they report being supported, protected, very satisfied with the time the nurse dedicated to them (64%) and with the information received (76%). 24% of nurses is quite unsatisfied of the relationship with GPs. While the overall satisfaction of patients and nurses is "very high" and "high" and above 95%, it is negative for 5%. 82,1% of GPs would like to continue participating because they have improved their patients knowledge.

Isolated or highly satisfied participating in this program

They satisfied with the time the nurse dedicated to them

On average satisfied with the time the GPs dedicated to them

Should like to continue participating in the program

Would like to continue participating in the program

Conclusions

Patients' and nurses' experience of integrated care is very positive in areas such as communication, comprehension, utility and satisfaction. For GPs and nurses however, the assessment tool was considered not easy to use due to its length and complexity: a redesign of the assessment instruments used in the program is probably required.

Integrated care can improve communication and satisfaction of health professionals but it is necessary to reduce the reporting burden and to provide GPs and nurses with additional team-building assets: increasing multidisciplinary group meetings is a way to facilitate integrated care and overcome barriers; furthermore actively involving GPs in the change process, sharing goals and objectives, would enhance their engagement in the program. Data on the effects of Veneto Region's program in terms of hospitalization, ER access and mortality will be available 12 months after enrollment.

<http://acg regione veneto.it>



New directions.....

- **Population Health Management**
- **Enfasi sulla prevenzione e sulla promozione della salute**
- **Attivazione del paziente, coinvolgimento e responsabilizzazione**
- **Uso appropriato delle risorse**
- **Coordinamento tra erogatori**
- **Creare nuovi ambienti e spazi di cura reali o virtuali**
- **Cultura del lavoro in team multiprofessionali**
- **Adozione di modelli di lavoro integrato in rete**
- **Rimodulazione delle competenze professionali**
- **Valorizzazione del ruolo dell'infermiere**

CONTATTI E INFORMAZIONI



silvia.tiozzonetti@sanita.padova.it



<http://acg.regione.veneto.it>



<http://acg.jhsph.org>



www.guidedcare.org/



Gruppo di lavoro ACG

M.C. Corti, P. Gallina, C. Basso, F. Avossa, E. Schievano, N. Alba, S. Tiozzo Netti

Riferimenti normativi e bibliografici

D.G.R. n. 439 del 20/03/2012 – Il sistema ACG (Adjusted Clinical Group) per la valutazione e la gestione del case-mix territoriale nella Regione Veneto: progetto pilota per l'adozione di strumenti innovativi di misurazione del rischio, analisi, programmazione.

L.R. n. 23 del 29/06/2012- Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016.

D.G.R. n. 498 del 16/04/2013 - Il sistema ACG (Adjusted Clinical Group) per la valutazione e gestione del case-mix territoriale nella Regione del Veneto. Approvazione dei risultati del primo anno (DGR 439/2012) e avvio del secondo anno e terzo anno di attività.

D.G.R. n. 2271 del 10/12/2013 - Nuove disposizioni in tema di "Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Articolo 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.e i.. L.R. 29 giugno 2012, n. 23".

D.G.R. n. 1103 del 01/07/2014 - Il sistema ACG (Adjusted Clinical Group) per la valutazione e la gestione del case-mix territoriale nella Regione Veneto. Approvazione dei risultati del secondo anno (DGR n.498/2013) e avvio del terzo e quarto anno di attività.

Nota R.V. n. 90768 del 03/03/2015 – Istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare avente l'obiettivo di definire un percorso formativo ad hoc destinato a infermieri e MMG per l'acquisizione di competenze nell'ambito del Care Management del paziente complesso nella transizione tra luoghi di cura e i servizi di cura dell'intera filiera dei servizi con l'obiettivo di favorire la deospedalizzazione e la domiciliarità.

D.G.R. 751 del 14 /05/2015 - Attuazione della Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016" e s.m.i. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate. Deliberazione n. 127/CR del 3 ottobre 2013.

D.G.R. 1097 del 18/08/2015 - Progetto formativo per il Care Management: cure integrate del paziente complesso nelle cure primarie. LR 23/2012

Boult, C., Giddens, J., Frey, K., Reider, L., Novak, T. (2009). Guided care. A new nurse-physicians partnership in chronic care. New York: Springer Publishing Company.

Tragni, E., Sala, F., Casula, M., (2014). Il paziente anziano complesso: dati epidemiologici e di consumo dei farmaci. Giornale italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione. 6, (3), 5-16.

Zimmerman, M.A.(2000). Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. In Rappaport, J., Seidman, E., Handbook of Community Psychology. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.