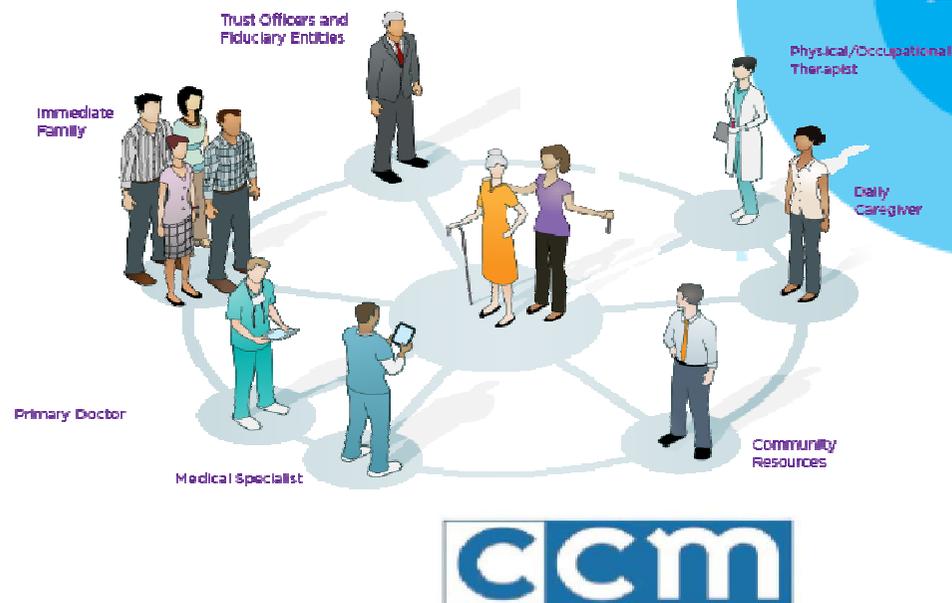


FIRENZE, 17 Marzo 2018  
Sala Blu, Cenacolo del Fuligno – Via Faenza, 40

# La gestione del paziente complesso nel territorio: un compendio di buone pratiche



Presentazione del progetto  
e raggiungimento  
degli obiettivi

[Irene.bellini@ars.toscana.it](mailto:Irene.bellini@ars.toscana.it)



Regione Toscana



ARS TOSCANA  
agenzia regionale di sanità

**“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 esecutivo programma CCM 2015**

# RAZIONALE ED OBIETTIVI



- Valutare in modo comparativo diversi modelli regionali di presa in carico dei pazienti complessi.
- Perfezionamento degli interventi in atto o in corso di progettazione.
- Miglioramento della qualità assistenziale.



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

# OBIETTIVO GENERALE

**Supporto all'attivazione e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico a livello territoriale del paziente complesso**

- **Modelli di identificazione;**
- **Predisposizione di PAI;**
- **Shared care;**
- **Analisi di impatto;**
- **Report finale con proposte per il miglioramento dei servizi.**

# 7 obiettivi specifici



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

Marzo  
2016

- **OBIETTIVO SPECIFICO 1. Le indicazioni dalla letteratura.**
- **OBIETTIVO SPECIFICO 2. Algoritmi di identificazione.**
- **OBIETTIVO SPECIFICO 3. Contenuto del PAI.**
- **OBIETTIVO SPECIFICO 4. Piattaforma informatica.**
- **OBIETTIVO SPECIFICO 5. Costituzione dei Team: arruolamento dei pazienti ed implementazione del PAI.**
- **OBIETTIVO SPECIFICO 6. Valutazione di impatto.**
- **OBIETTIVO SPECIFICO 7. Report contenenti proposte operative e disseminazione dei risultati.**

Marzo  
2018



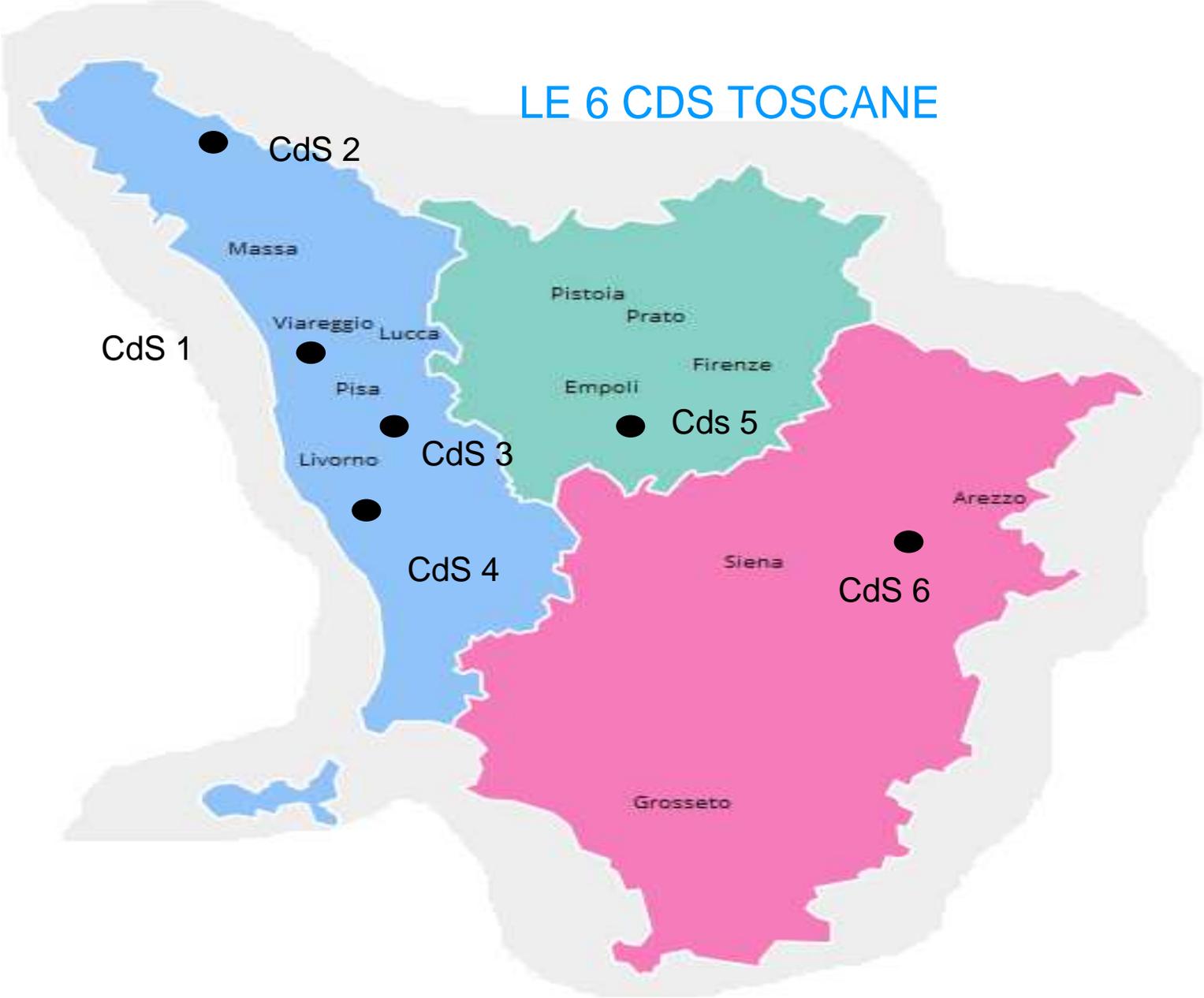
## LE REGIONI...

Le regioni coinvolte nel progetto sono state Toscana, Emilia Romagna, Veneto e Sardegna. L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana era la capofila ed Agenas ha fornito un supporto tecnico scientifico.

In Toscana sono state coinvolte 6 CdS: Querceta, Empoli, Massa, Guardistallo, La Rosa-Pisa, Castiglion Fiorentino.

Il progetto si componeva di 7 sotto-obiettivi specifici, corredati da indicatori per il monitoraggio

# LE 6 CDS TOSCANANE

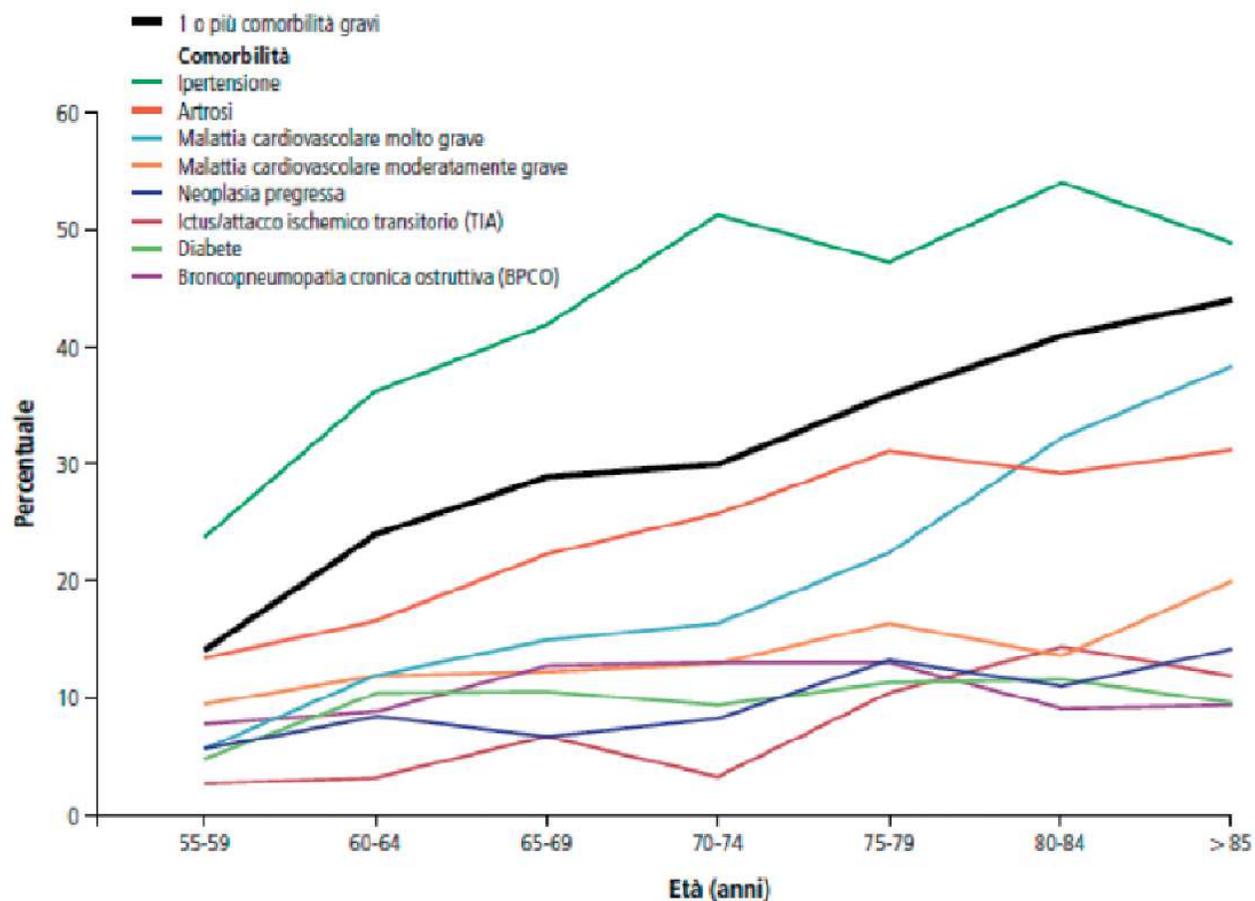




**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

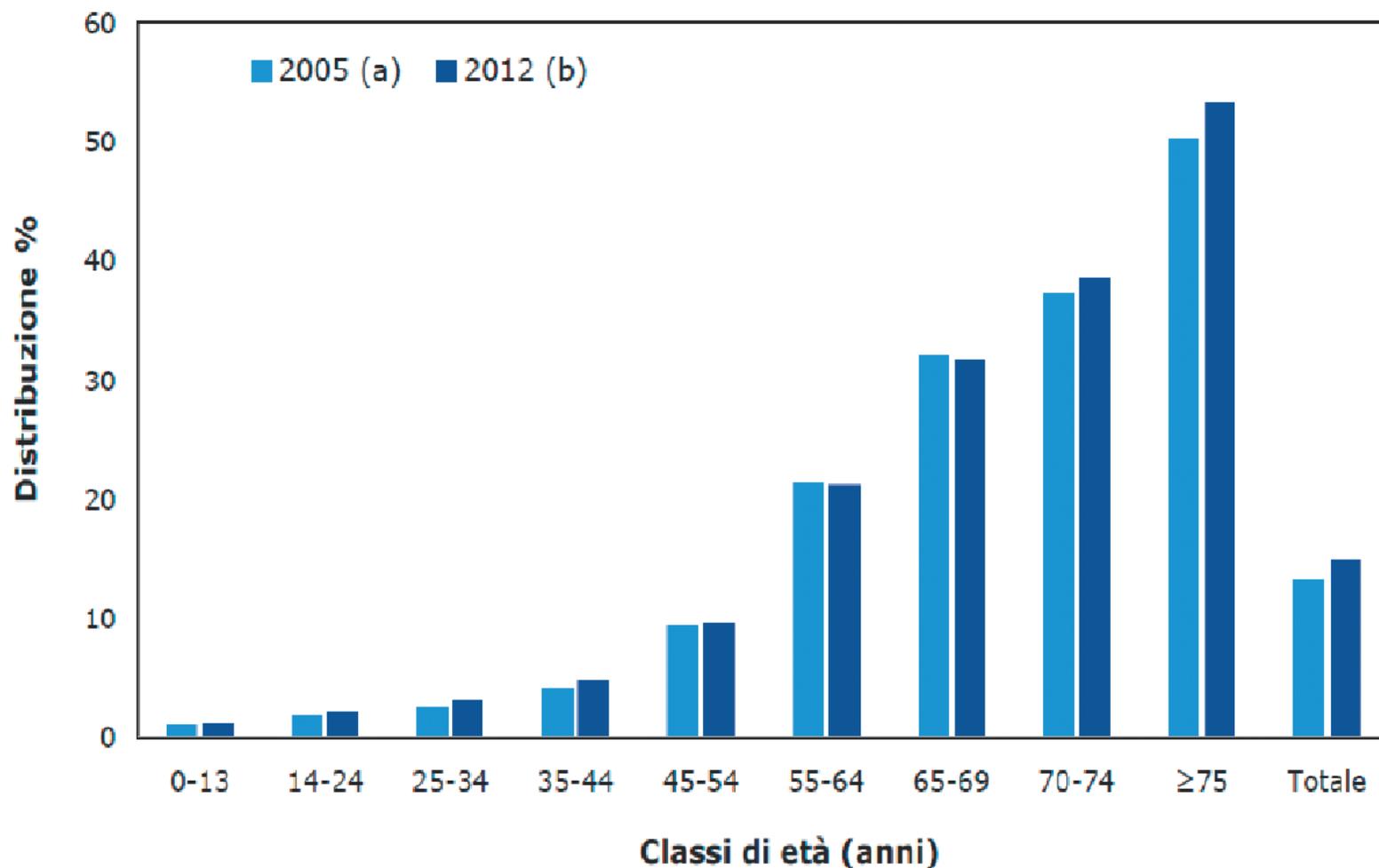
# IL CONTESTO...

# Andamento della percentuale di comorbidità in funzione dell'età.



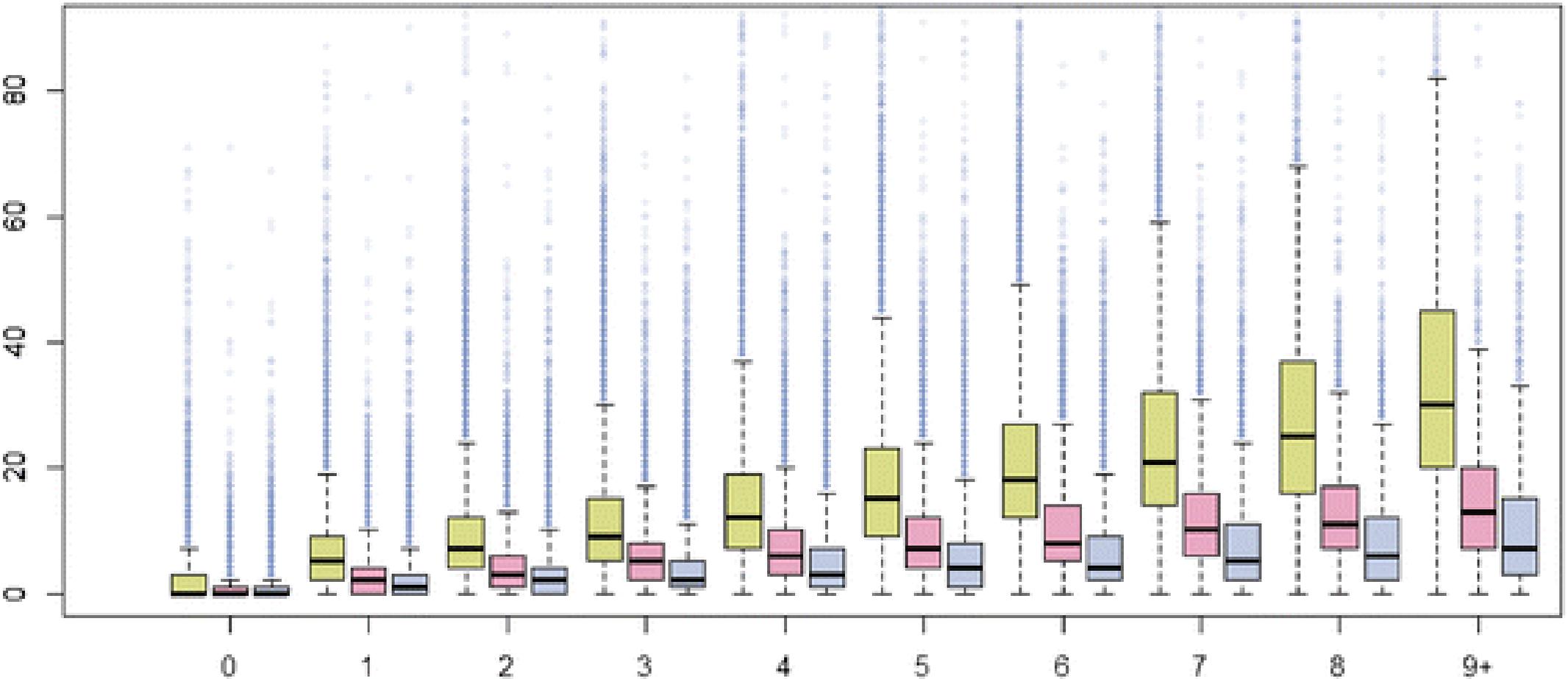
(Elena Tragni, Federica Sala, Manuela Casula. IL PAZIENTE ANZIANO COMPLESSO: DATI EPIDEMIOLOGICI E DI CONSUMO DEI FARMACI. Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2014; 6 (3): 5-16).

## Persone con almeno una malattia cronica grave (per 100 persone), stratificate per classe d'età –media settembre-dicembre 2005 e anno 2012.



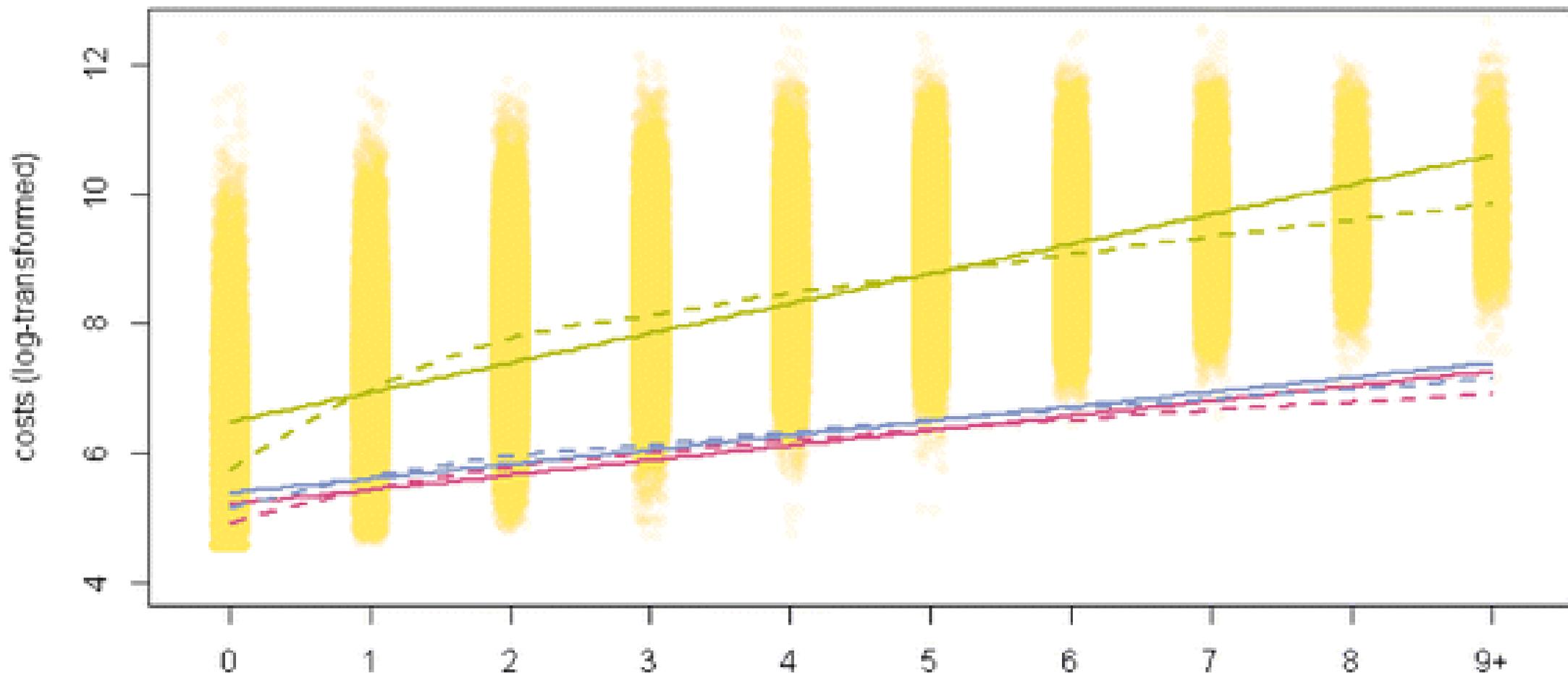
(Elena Tragni, Federica Sala, Manuela Casula. IL PAZIENTE ANZIANO COMPLESSO: DATI EPIDEMIOLOGICI E DI CONSUMO DEI FARMACI. Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2014; 6 (3): 5-16). (a) malattie croniche gravi: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia), parkinsonismo, Alzheimer, demenze.

# Relazione tra multi morbidità ed uso dei servizi sanitari

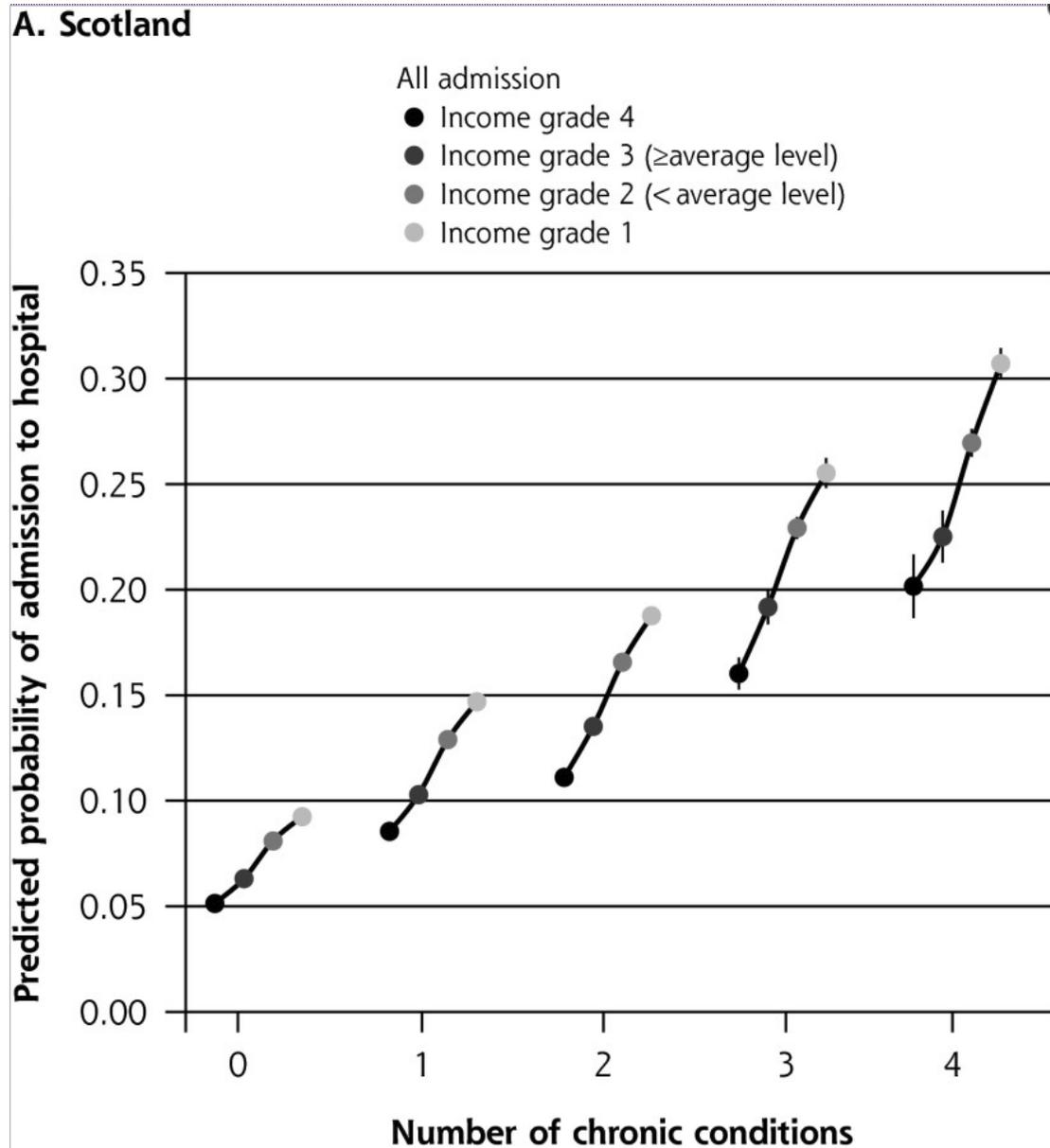


Caroline Bähler, Carola A Huber, Beat Brüngger and Oliver Reich. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. BMC Health Services Research 2015, **15**:23 (Green boxplots: Total number of consultations; red boxplots: Number of consultations by primary care physicians; blue boxplots: Number of consultations by specialists among elders >65 years in Switzerland during 2013.)

## Relazione tra multimorbidità e costi



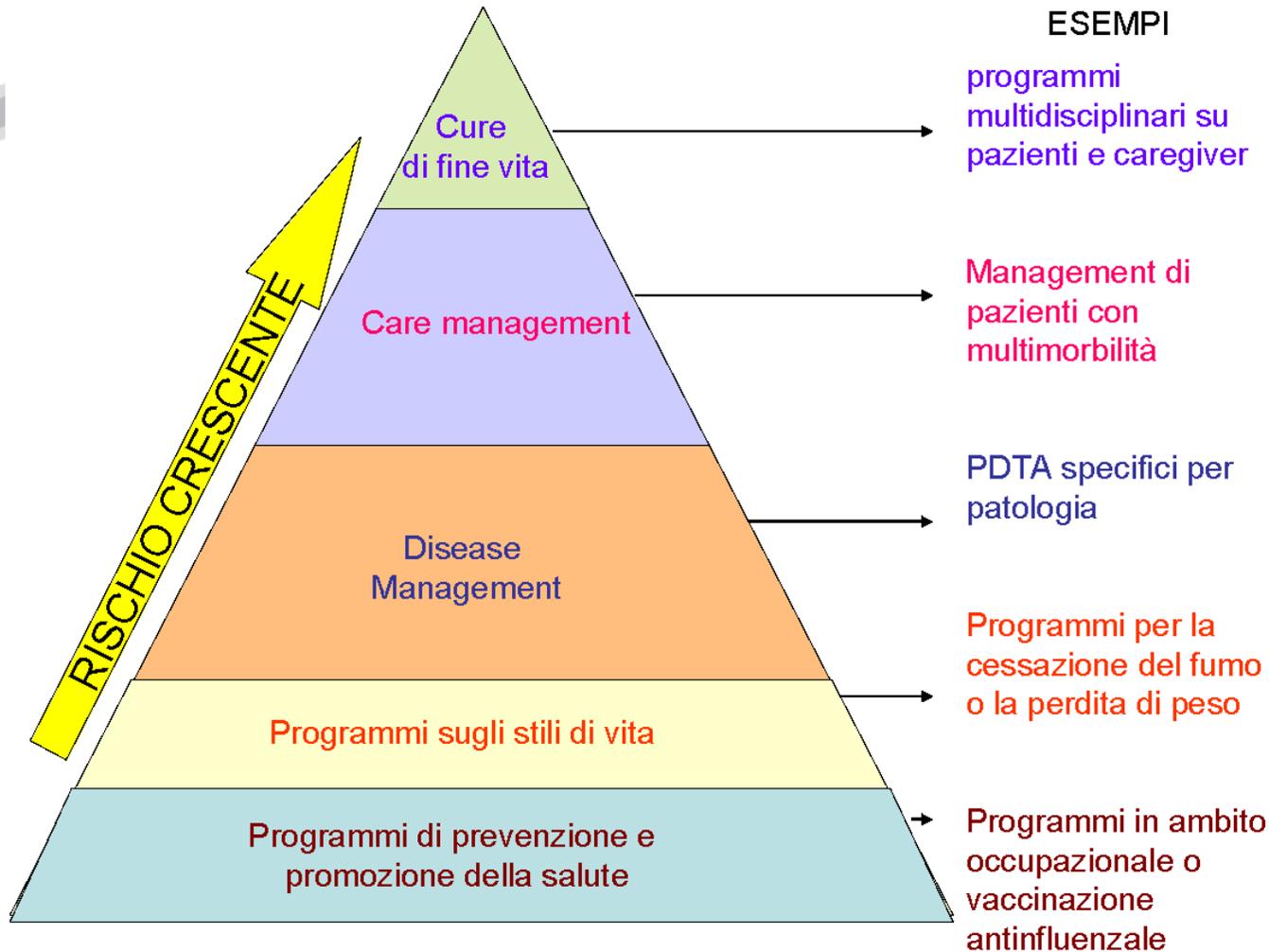
Caroline Bähler, Carola A Huber, Beat Brüngger and Oliver Reich. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. BMC Health Services Research 2015. 15:23 (. Green lines: Total health care costs; red lines: Health care costs by primary care physicians; blue lines: Health care costs by specialists. Straight lines = linear regression lines; Dashed lines = LOESS smoother.)



Relazione tra  
multimorbilità,  
deprivazione e  
tasso di  
ospedalizzazione  
per tutte le cause

Wang HHX, Wang JJ, Lawson KD, et al.  
Relationships of Multimorbidity and Income With  
Hospital Admissions in 3 Health Care Systems.  
*Annals of Family Medicine*. 2015;13(2):164-167.  
doi:10.1370/afm.1757.

# Stratificazione della complessità assistenziale



*Riadattato da Booz Allen Hamilton, 2012*

# OBIETTIVO SPECIFICO 1: LA REVISIONE DI LETTERATURA



Individuare, dalla letteratura scientifica, le indicazioni evidence based sui modelli predittivi di identificazione dei pazienti ad alto consumo di risorse sanitarie e sui percorsi di cura (programmi assistenziali) per pattern di complessità.

E' stata condotta un'estesa "umbrella review" producendo una sintesi delle revisioni sistematiche esistenti rispetto ad efficacia ed efficienza del case management rivolto al paziente complesso.

<b>QUALITÀ DELLE CURE</b>	<b>FORZA DELLE EVIDENZE</b>
Aderenza alle linee-guida	<b>FORTI</b> evidenze che il CM aumenti la probabilità del paziente di essere trattato in linea con le migliori evidenze scientifiche
Compliance dei pazienti	<b>CONTRASTANTI</b> evidenze che il CM migliori la compliance dei pazienti
<b>ESITI DI SALUTE</b>	<b>FORZA DELLE EVIDENZE</b>
Soddisfazione del paziente	<b>FORTI</b> evidenze che il CM aumenti la soddisfazione dei pazienti
Depressione	<b>MODERATE</b> evidenze che il CM riduca la depressione dei pazienti
Qualità di vita	<b>CONTRASTANTI</b> evidenze che il CM migliori la qualità di vita dei pazienti
Outcome intermedi	<b>CONTRASTANTI</b> evidenze che il CM migliori gli outcome intermedi dei pazienti
Stato funzionale	<b>CONTRASTANTI</b> evidenze che il CM migliori lo stato funzionale dei pazienti
Sopravvivenza	<b>FORTI</b> evidenze che il CM <b>NON</b> aumenti la sopravvivenza dei pazienti
<b>UTILIZZO DI RISORSE</b>	<b>FORZA DELLE EVIDENZE</b>
Cure primarie (istituzionalizzazione)	<b>CONTRASTANTI</b> evidenze che il CM modifichi o ritardi l'istituzionalizzazione dei pazienti
Accessi al PS	<b>CONTRASTANTI</b> evidenze che il CM riduca gli accessi al PS
Durata della degenza	<b>CONTRASTANTI</b> evidenze che il CM riduca i giorni di ospedalizzazione
Costi	<b>CONTRASTANTI</b> evidenze che il CM riduca i costi
Ospedalizzazione	<b>FORTI</b> evidenze che il CM <b>NON</b> riduca i ricoveri ospedalieri (maggiore efficacia se vengono selezionati pazienti ad alto rischio e se l'intervento è più intenso)

## Il paziente complesso: definizione

Paziente con (multi)morbosità cronica

Ad alta complessità gestionale per la necessità di assistenza multi-specialistica

Ad alto rischio di accessi al pronto soccorso / ricoveri urgenti in area medica

**Un assistito, non istituzionalizzato, ad alto rischio di accessi ripetuti al Pronto Soccorso (esclusi codici bianchi e traumi) e/o di ricoveri ripetuti in Ospedale (regime ordinario, area medica) per una o più condizioni croniche suscettibili di cure territoriali**

**Per condizione cronica suscettibile di cure territoriali, si intende una condizione la cui gestione può essere migliorata con la presa in carico da parte di un team multiprofessionale e multidisciplinare (medico di medicina generale, infermiere, specialisti) in ambito territoriale secondo un Piano Assistenziale Individuale.**



# L'algoritmo di identificazione in Toscana

**CRITERIO 1:** Caso conosciuto (Ma.Cro) di diabete, cardiopatia ischemica, BPCO, scompenso cardiaco, insufficienza renale, pregresso ictus, demenza, parkinson O Storia recente di ricoveri per cause suggestive di malattie croniche

**E**

**CRITERIO 2:** Numero uguale o superiore al 95° percentile nell'ultimo anno di almeno uno tra:

farmaci totali / diversi erogati (ATC5);

visite specialistiche totali / diverse erogate;

esami di diagnostica strumentale o per immagini totali / diversi erogati;

esami di laboratorio totali / diversi erogati;

**E**

**CRITERIO 3:** Almeno un ricovero ordinario urgente in area medica o un accesso in

## OBIETTIVO SPECIFICO 2: GLI ALGORITMI DI IDENTIFICAZIONE

Validare e confrontare alcuni algoritmi per l'identificazione dei pazienti complessi mediante i dati amministrativi, con la partecipazione di almeno 10 medici di medicina generale per Regione

### LA VALIDAZIONE (14 MMG)

Casi e % complessi su popolazione 16+	Sensibilità (VP/VP+FP)	Specificità (VN/VN+FP)	VPP (VP/FP+VP)
91.273 (3,05%)	87%	99%	70%

### LA PREDITTIVITA' NELL'ANNO SUCCESSIVO

Predittività Regione	Tasso di ospedalizzazione		IRR	HR di primo ricovero
	Complessi*	Non complessi		
Toscana	45,9%	7,7%	5,92	4,10
Predittività Regione	Tasso di sopravvivenza		HR di decesso	
	Complessi*	Non complessi		
Toscana	90,0%	97,5%	4,02	

## OBIETTIVO SPECIFICO 3: I CONTENUTI DEL PAI

Definire un set di contenuti minimi di un piano assistenziale personalizzato (PAP) per pazienti complessi specifici, per i più frequenti pattern di multimorbilità, i professionisti coinvolti nel percorso di cura e loro competenze.

Il set concordato di contenuti minimo contenuto nei PAI attivati in ciascuna regione è stato:

- Informazioni sul paziente
  - Programmazione dell'assistenza (piano di cura)
  - Profilo di morbilità e bisogni
  - Obiettivi
  - Automonitoraggio
  - Stili di vita
  - Terapia
  - Alert
- Appuntamenti sanitari (visite, esami etc)
  - Follow-up
  - composizione del team che vede coinvolti:
    1. Paziente / caregiver;
    2. MMG;
    3. Infermiere care manager;
    4. Specialisti di riferimento;
    5. Medico di comunità;
    6. Assistente Sociale.
  - data di condivisione e redazione del PAI
  - data e motivo di chiusura del PAI

## Patologie più frequenti nei soggetti arruolati per Toscana.

Gruppo di patologia al 1gen2016	N	%
Cardiologiche	238	52,2
renali	96	21,1
respiratorie	186	40,8
diabete	196	43
cerebrovascolari	58	12,7
neurologiche	139	30,5
oncologiche	0	0
gastrologiche	0	0

## Numero di comorbidità tra i pazienti complessi

Numero di Comorbidità	N	%
0	13	2,9
1 patologia	163	35,7
2 patologie	146	32
3 patologie	87	19,1
4 patologie	38	8,3
5 patologie	9	2

**Progetto "Paziente Complesso" - Piano Assistenziale Individuale**

Prima predisposizione  ..... Aggiornamento  ..... Data: .../.../201...  
 Data di rivalutazione.....

Team Multidisciplinare: ..... Medico di scelta: .....

**Infermiere care manager**

Cognome e Nome → .....

Tel..... Cell..... Mail.....

**A - Informazioni sul paziente**

Cognome e Nome → .....

CF → ..... Sesso M  F  ..... Nato/a il.....

Residenza/domicilio.....

Tel..... Cell..... Mail.....

Care giver Cognome e Nome.....

**Malattie presenti e loro livello di gravità**

Descrizione patologia	Codice ICD-IX-CM	Gravità		
		Patologia	Frequenti	End
<input type="checkbox"/>				

**Valutazione**

Autonomia

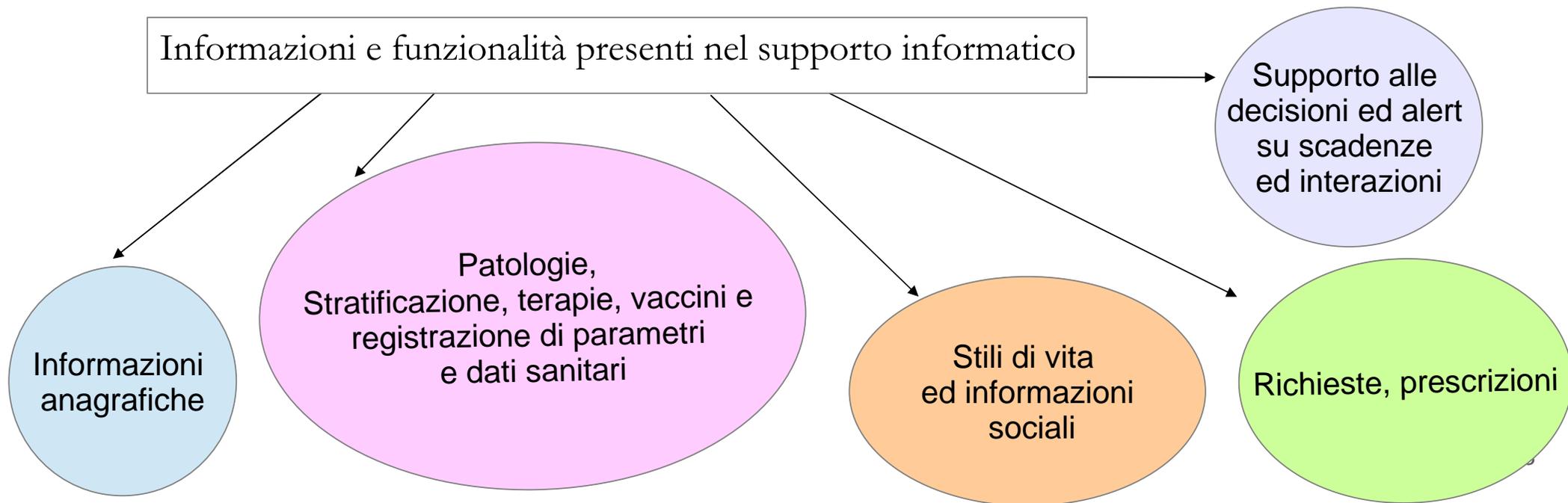
Grado mobilità

# II PAI

- Informazioni anagrafiche
- Informazioni sul paziente (malattie presenti, gravità, valutazione multidimensionale, bisogni rilevati)
- Obiettivi del PAI
- Programmazione assistenza sanitaria – il Percorso Diagnostico – Terapeutico
- Follow up (farmaci, visite, esami, simultaneous care, ausili)
- Assistenza riabilitativa e socio-assistenziale (segnalazione alla ribailitazione, PUA, invalidità)
- Educazione / supporto al paziente / care giver (familiari e badanti)
- Follow –up del paziente da parte dell’infermiere care manager

## OBIETTIVO SPECIFICO 4: IL SUPPORTO INFORMATICO

Sperimentazione di una piattaforma informatica per la gestione integrata del paziente complesso da parte dei medici di medicina generale, del care manager e degli specialisti di riferimento con la partecipazione di almeno una ASL. TOSCANA: utilizzati i gestionali ambulatoriali della medicina generale (infermieri, MMG e qualche specialista). Presentazione di Stefano Moscardini e Maria Grazia Buccarello

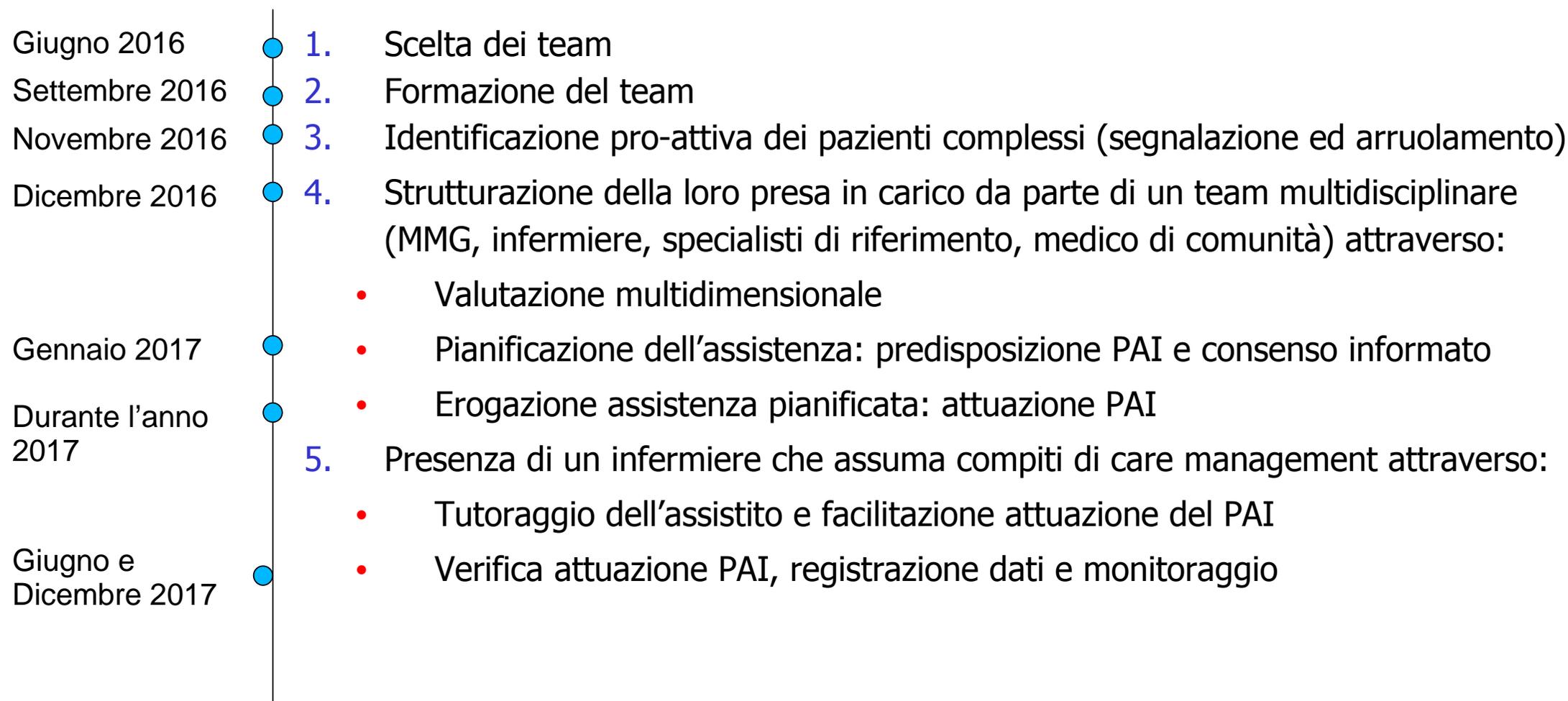




## OBIETTIVO SPECIFICO 5: L'IMPLEMENTAZIONE

Supportare la sperimentazione di interventi di identificazione pro-attiva dei pazienti complessi e di care management da parte di team multidisciplinari, composti almeno dal medico di scelta, dagli specialisti di riferimento e da un care manager, con la definizione e l'attuazione di almeno 400 PAP per Regione con la partecipazione di almeno una ASL coinvolgendo almeno 20 medici di medicina generale per Regione

## Elementi essenziali del nostro modello





**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

## I TEAM SELEZIONATI/CRITERI

- Già moduli della sanità d'iniziativa con infermiere assegnato
- Partecipazione “su base volontaria”
- Esistenza di una “rete clinica integrata” (territoriale, basata sul day-service, ...) tra MMG e specialisti di riferimento potenzialmente in grado di prendere in carico il paziente complesso in modo coordinato
- Coinvolti 51 MMG in 6 CdS



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

# FORMAZIONE

- Definiti gli elementi essenziali del care management.
- Definiti i contenuti di un programma di formazione/ informazione.
- È stata fatta la formazione per supportare gli operatori coinvolti nella predisposizione dei programmi assistenziali di care management.



Regione Toscana



## Giornate di formazione nell'ambito del progetto ministeriale "Paziente Complesso"

Viareggio, 1 ottobre - Castiglion Fiorentino, 15 ottobre - Empoli, 22 ottobre 2016

**VIAREGGIO:** Auditorium, Ospedale Versilia - **CASTIGLION FIORENTINO:** Sala riunioni, Casa della Salute - **EMPOLI:** Sala riunioni, Ospedale San Giuseppe

Nell'ambito del progetto, presentato nel 2015 dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana al CCM del Ministero della Salute, dal 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" è nata l'esigenza di organizzare un corso di formazione al fine di migliorare la presa in carico dei pazienti con multi morbosità cronica, ad alta complessità gestionale per la necessità di assistenza multi-specialistica e ad alto rischio di accessi al pronto soccorso e di ricoveri urgenti. Sarà presentato un modello di care management sviluppato nel setting territoriale che coinvolge un team multi professionale composto da medici di medicina generale, infermieri, specialisti e i pazienti stessi in un'ottica proattiva e avvalendosi di un sistema di stratificazione del rischio che faciliti l'individuazione dei pazienti complessi.

### 09:00/09:30 - Registrazione dei partecipanti

**09:30/10:00 - La nuova sanità di iniziativa ed il progetto ministeriale sul paziente complesso in Toscana**

PAOLO FRANCESCONI ARS Toscana

10:00/13:30

### ✓ La definizione di paziente complesso

✓ L'identificazione dei pazienti complessi attraverso i dati del sistema informativo sanitario

✓ Le liste dei pazienti complessi: trasmissione dalle ASL ai MMC, consolidamento delle liste da parte dei MMC, trasmissione dai MMC alle ASL

### ✓ Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

- Il PAI: definizione ambito, contenuti e scopo
- La predisposizione del PAI - MMC, infermiere, specialisti, caregiver, paziente
- Il consenso informato
- L'attuazione del PAI ed il follow-up del paziente
- La registrazione dei dati

### ✓ Il team multi-professionale e multi-disciplinare: i ruoli

- Il MMC insieme agli specialisti di riferimento - case manager
- L'infermiere - supporto all'auto-cura e care management

### ✓ La valutazione d'impatto: processi, costi, esiti

VALENTINA BARLETTA Collaboratore ARS Toscana

13:30/14:00 - Discussione

14:00/14:30 - Conclusioni

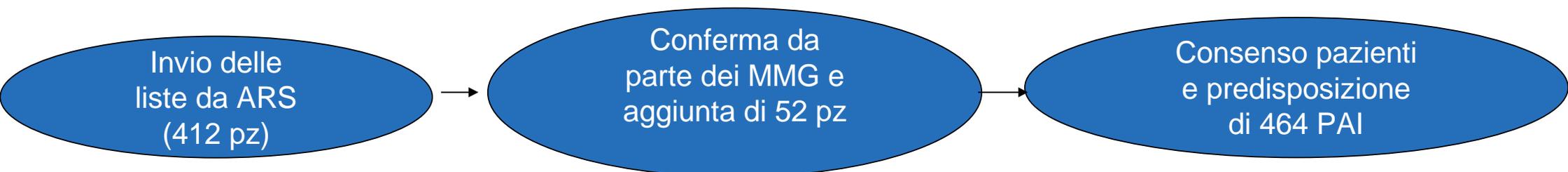
**CREDITI ECM** - All'evento sono stati attribuiti **n. 5 crediti formativi**

**ISCRIZIONE** - Iscrizione online (obbligatoria) nella pagina web del corso su [www.ars.toscana.it](http://www.ars.toscana.it)  
**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA** - [daniela.baehini@ars.toscana.it](mailto:daniela.baehini@ars.toscana.it) - cell. 335 7757482 - tel. 055 4624366



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

## IDENTIFICAZIONE ED ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI



I dati dei 464 assistiti, previo consenso informato, sono stati inseriti su un gestionale condiviso con ARS:

- Prevalle la fascia 75-85 anni
- Principalmente autonomi o parzialmente dipendenti
- Quasi tutti si spostano da soli
- Hanno assenti o lievi disturbi cognitivi

**ATTUAZIONE DEI PAI DURANTE IL 2017  
MONITORAGGIO A 6 E 12 MESI DALL'AVVIO**

	<b>Condivisione PAI</b>	<b>Agende dedicate</b>	<b>Specialisti extra team di riferimento</b>
<b>CdS 1</b>	MMG, Infermieri, cardiologo	Cardiologia e Pneumologia	Diabetologo, Nefrologo, Ematologo, Geriatra, Medico che lavora al centro antifumo
<b>CdS 2</b>	MMG, Infermieri, Cardiologo, pneumologo, Med di comunità, paziente	Day service	Specialisti ospedalieri o della CdS
<b>Cds 3</b>	MMG, Infermieri, Diabetologo, cardiologo	Diabetologo, Cardiologo, pneumologo, Oculista	Telefono o per prossimità
<b>CdS 4</b>	MMG, Infermieri, Cardiologo	Diabetologo, Cardiologo, Oculista, Ortopedico, Geriatra	Telefono
<b>CdS 5</b>	MMG Infermieri	Liste dedicate per diagnostica e specialistica (ospedale)	Telefono o per prossimità
<b>CdS 6</b>	MMG Infermieri	Cardiologo, diabetologo, pneumologo, nutrizionista	Telefono o per prossimità

# OBIETTIVO SPECIFICO 6: LA VALUTAZIONE DI IMPATTO



Valutare l'impatto della definizione e dell'attuazione dei PAP in termini di qualità dell'assistenza erogata, volumi di prestazioni erogate, accessi al pronto soccorso e ricoveri in ospedale nei 12 mesi successivi alla predisposizione del PAP, confrontando i pazienti "arruolati" con pazienti con le stesse caratteristiche di complessità ma assistiti secondo l'usual care

## I sistemi di cura condivisi possono essere definiti nei seguenti modi:

- **Cliniche pubbliche (comunitarie):** gli specialisti frequentano o dirigono una clinica in un setting di cure primarie con personale di cure primarie. La comunicazione è informale e dipende dagli specialisti e dai membri del team di cure primarie riuniti sul posto
- **Modello base:** un sistema di comunicazione regolare e specifico è organizzato tra gli specialisti e le cure primarie. Questo può essere arricchito da un amministratore che organizza gli appuntamenti e follow up e ricorda la cura agli inadempienti
- **Liason (collegamento):** una riunione di collegamento a cui partecipano specialisti e team di cure primarie in cui la gestione continua dei pazienti all'interno del servizio è discussa e pianificata
- **Cartella condivisa:** un accordo più formale per la condivisione di informazioni in cui viene inserita una serie di dati concordati su una scheda di registrazione (cartella) che viene solitamente portata dal paziente
- **Assistenza condivisa supportata a livello informatico e posta elettronica:** un set di dati è concordato e raccolto sia nel setting specialistico che in quello delle cure primarie e viene fatto circolare tra i due settori utilizzando sistemi computerizzati come un repository centrale o e-mail. Questo sistema può anche includere una registrazione computerizzata coordinata a livello centrale ed il richiamo dei pazienti.

## Integrazione con specialisti:

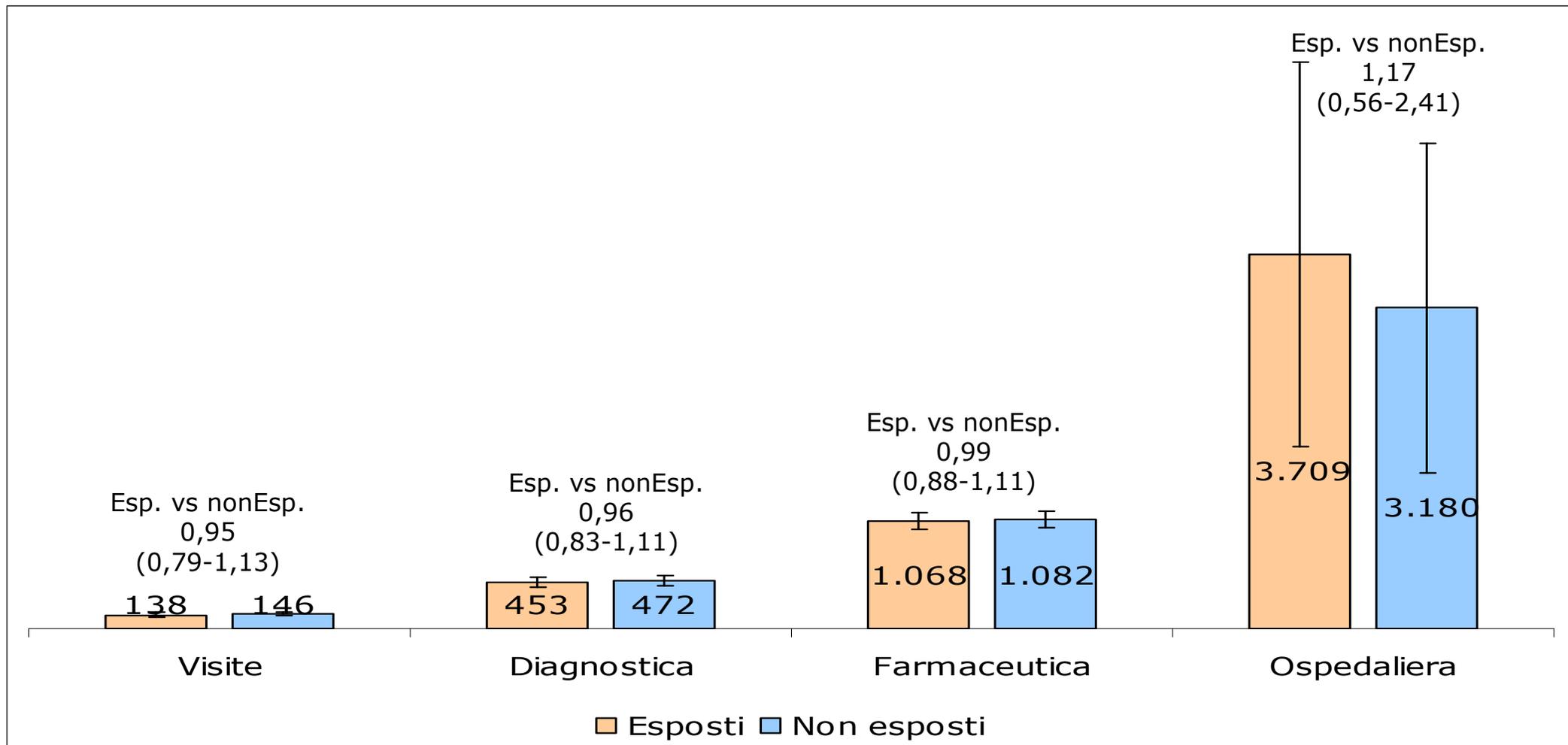
	Cliniche pubbliche	Modello base	Liason (collegamento)	Cartella condivisa	Assistenza condivisa supportata a livello informatico
Cds 1	X		X (un incontro al mese)		X
CdS 2			X (incontri mensili con specialisti; tra MMG ed infermieri sett)	X	
CdS 3		X			X
CdS 4		X		X	
CdS 5	X			X	
CdS 6	X			X	

**confronto**: assistiti complessi arruolati vs assistiti complessi di MMG non aderenti al progetto.

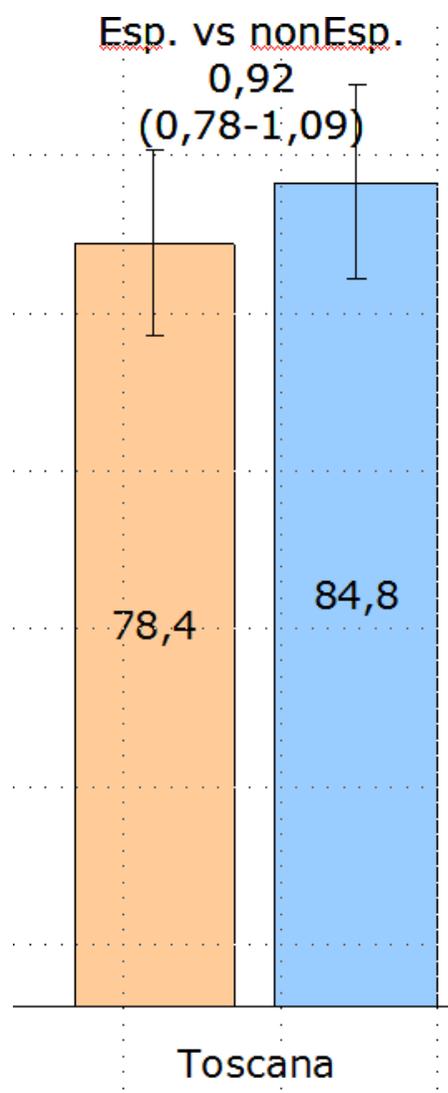
**periodo di osservazione**: mesi dell'anno 2017 in cui era stato attivato il PAI e disponibili nei flussi a gennaio 2018 (9 mesi).

**Analisi caso controllo**: matching caso controllo basato su: età, sesso, ASL, adesione alla Sanità di iniziativa (laddove presente) e numero malattie.

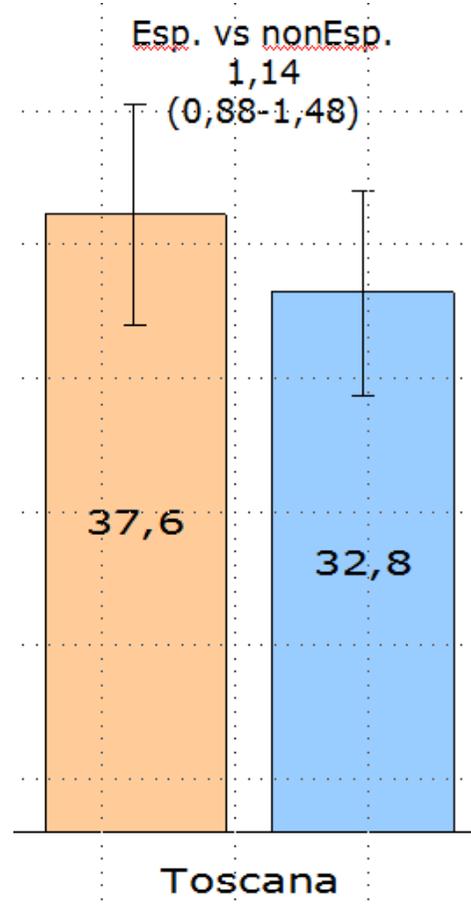
# Spesa media pro-capite



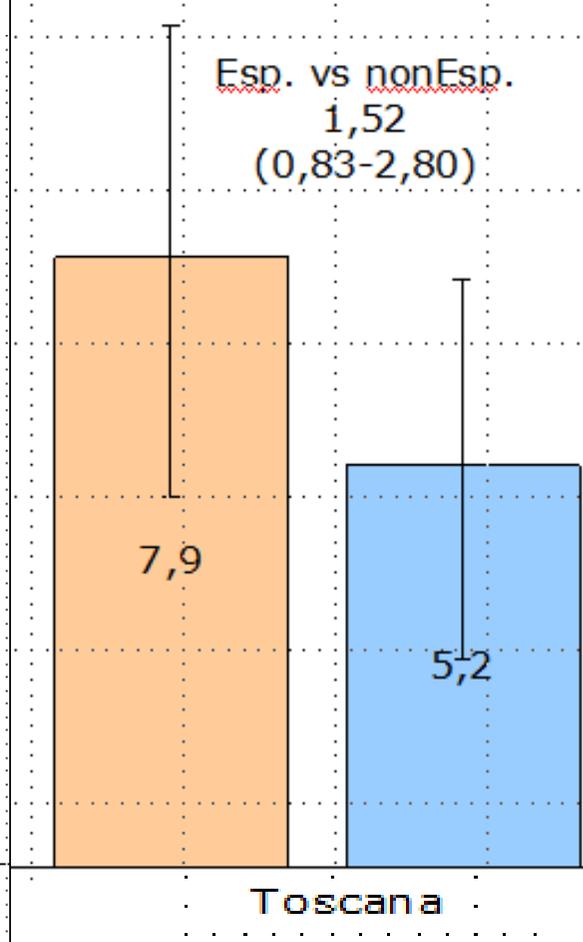
### Tasso % di accessi al PS



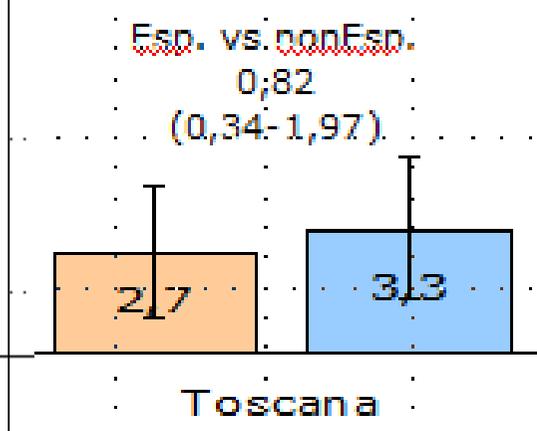
### Tasso % di ricovero (reg. ordinario, urgente, area Medica)



### Tasso % di ricovero evitabile



### Tasso % di mortalità



# Valutazione qualitativa: ACIC- Assessment of Chronic Illness Care

- Organizzazione del sistema assistenziale (6 item)
- Collaborazione con il terzo settore (3 item)
- Livello ambulatoriale
  - Supporto all'autogestione della malattia (4 item)
  - Supporto alla decisione clinica (4 item)
  - Organizzazione del percorso assistenziale (6 item)
  - Sistema clinico informativo (5 item)
- Integrazione delle componenti del CCM (6 item)





**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

# Interpretazione

<i>Punteggio</i>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
	<i>Supporto limitato per l'assistenza alla malattia cronica</i>			<i>Supporto base per l'assistenza alla malattia cronica</i>			<i>Supporto ragionevolmente buono per l'assistenza alla malattia cronica</i>			<i>Supporto ben sviluppato per l'assistenza alla malattia cronica</i>		

	CdS 1	CdS 2	CdS 3	CdS 4	CdS 5	CdS 6
Punteggio Organizzazione del Sistema Assistenziale	8,6	7,2	7,25	8,5	7,5	8
Punteggio Collaborazione con il Terzo Settore	7	6	4,6	5,3	1,6	5,3
Punteggio Supporto all'Autogestione della Malattia	10,5	9,25	8,25	8,5	10	9,75
Punteggio Supporto alla Decisione Clinica	9,25	8,5	6,5	7,5	8	9
Punteggio Organizzazione del Percorso Assistenziale	9,3	9,7	8,25	8,2	8,3	8,3
Punteggio Sistema Clinico Informativo	10	6,6	9,8	8,4	8,6	8,8
Punteggio Integrazione	7,6	7,6	5,2	7	6,6	4,6
Punteggio Complessivo	8,9	7,9	7,1	7,8	7,3	7,67
Punteggio Medio (punteggio complessivo/7)	8,9	7,8	7,2	7,6	7,5	7,75

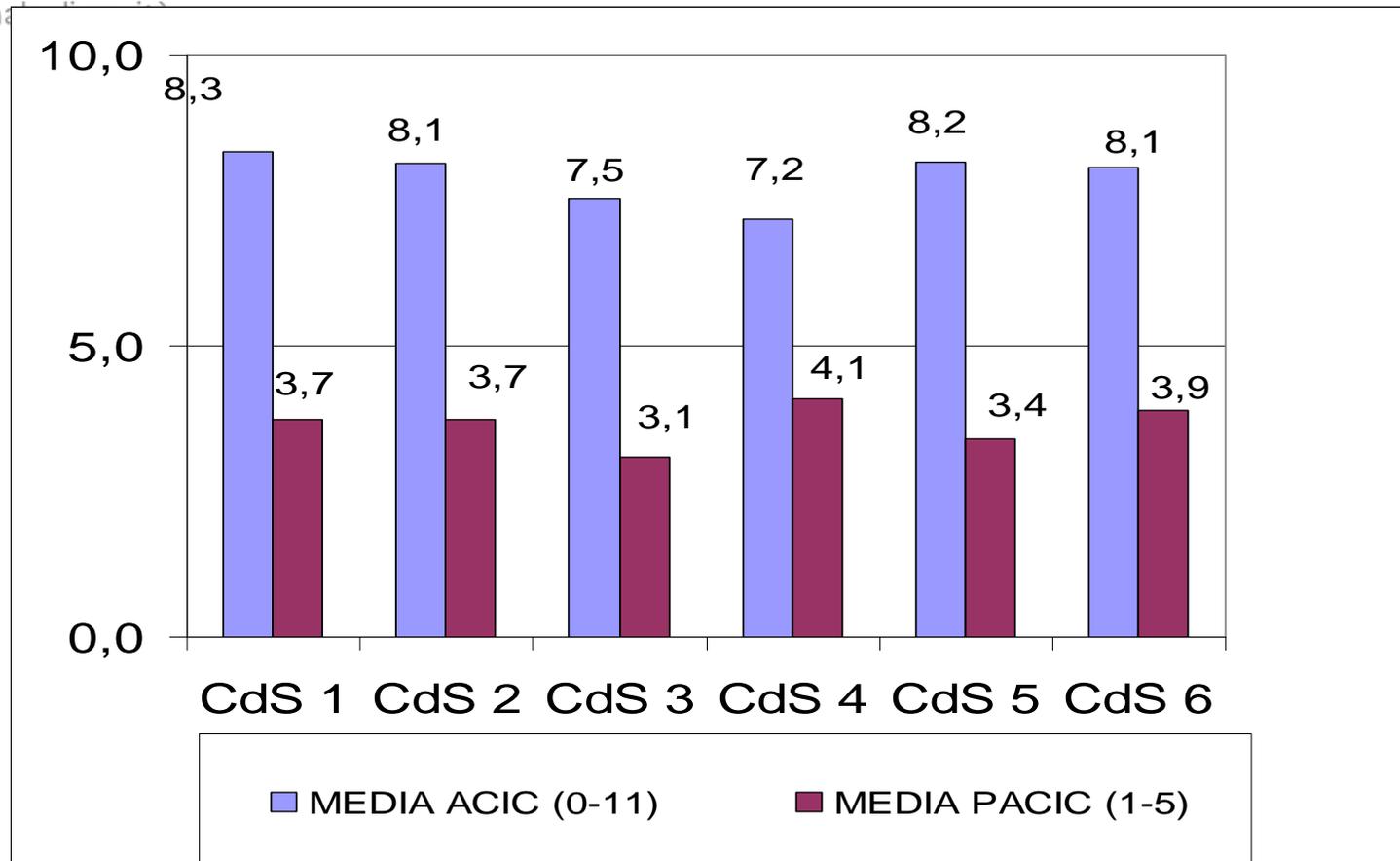
# I RISULTATI PACIC- Patient Assessment of Chronic Illness Care

	CdS 1	CdS 2	CdS 3	CdS 4	CdS 5	CdS 6
Attivazione del paziente (item 1-3)	4,3	3,7	3,0	4,0	3,1	3,9
Delivery System Design/Supporto alle decisioni (4-6)	4,3	3,9	3,9	4,5	3,2	4,1
Definizione degli obiettivi (7-11)	3,6	3,6	3,1	4,1	3,1	3,9
Problem-solving/ Counseling nel contesto (12-15)	3,8	4,0	3,0	4,1	3,6	4,0
Follow-up/ Coordinamento (16- 20)	3,8	4,0	2,5	3,8	3,5	3,8
Modello delle '5A' (ask, advise, agree, assist, and arrange) (20-26)	3,2	3,3	3,3	4,3	3,5	4,0

# Il punto di vista degli operatori e dei pazienti: punteggi ACIC E PACIC



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale



# OBIETTIVO SPECIFICO 7: LA DISSEMINAZIONE



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

Produzione di report contenenti proposte operative per il miglioramento dei servizi e diffusione delle informazioni a supporto delle politiche di programmazione sociosanitaria





ARS TOSCANA  
agenzia regionale di sanità

Regione Toscana



# LA GESTIONE DEL PAZIENTE COMPLESSO NEL TERRITORIO

Documenti  
ARS Toscana

febbraio 2018 **98**

GRAZIE PER LA  
VOSTRA  
PARTECIPAZIONE