

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

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



Un compendio di
buone pratiche
Cosa manca

paolo.francesconi@
ars.toscana.it



Regione Toscana

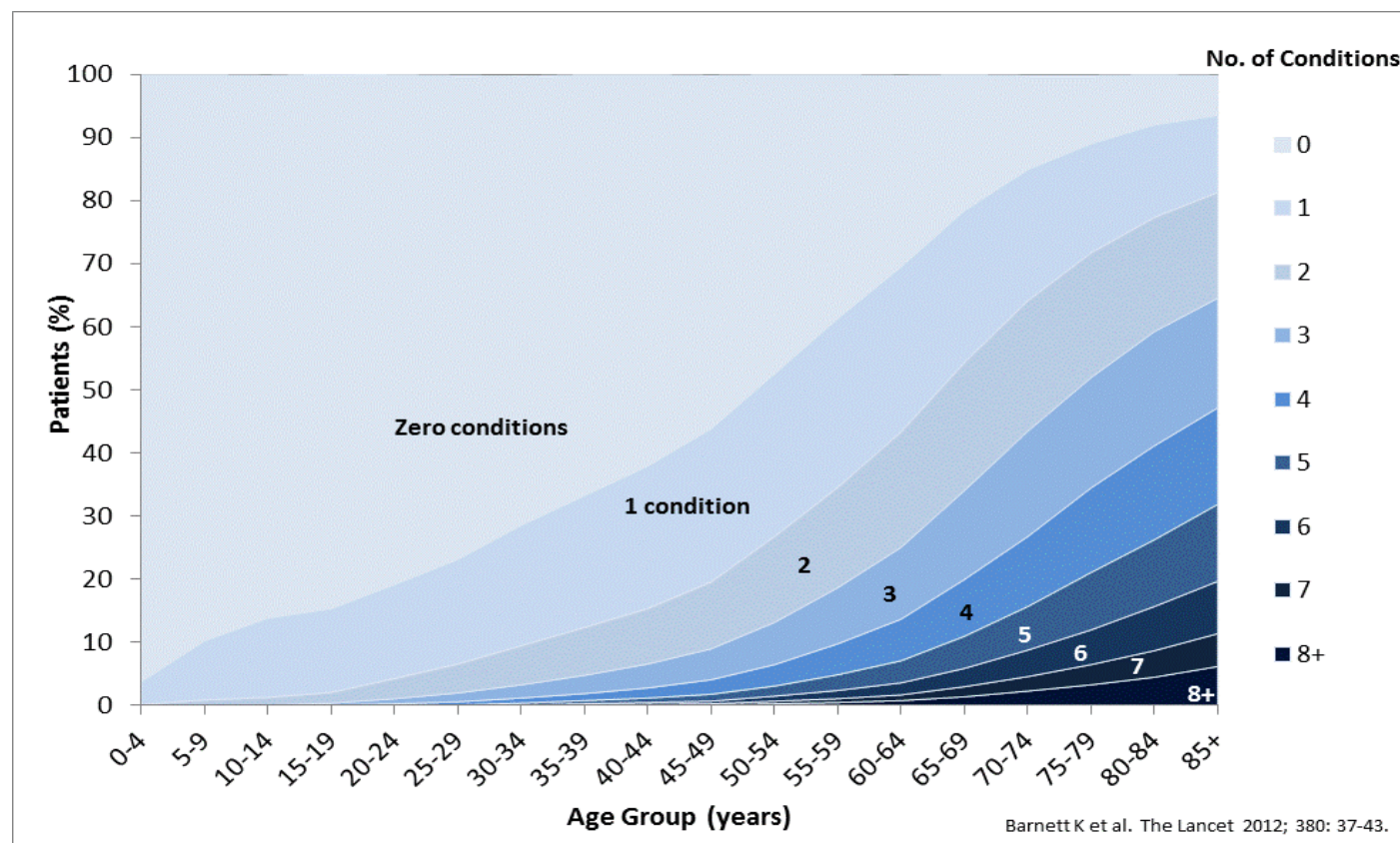


ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Di cosa voglio parlarvi

- **Qual è il problema**
- *Come può essere affrontato*
- *Come lo abbiamo affrontato*
- *Che risultati abbiamo ottenuto*
- *Cosa suggeriamo*
- *Alcune conclusioni*

La multimorbilità è la condizione cronica più frequente



- La maggioranza degli over-65s hanno 2 o più condizioni, e la maggioranza degli over-75s hanno 3 o più condizioni
- Sono di più gli assistiti che hanno 2 o più condizioni di coloro che ne hanno una soltanto

La multimorbilità è la condizione cronica più frequente



- La maggioranza degli over-65s hanno 2 o più condizioni, e la maggioranza degli over-75s hanno 3 o più condizioni
- Sono di più gli assistiti che hanno 2 o più condizioni di coloro che ne hanno una soltanto

Di cosa voglio parlarvi

- *Qual è il problema*
- **Come può essere affrontato**
- *Come lo abbiamo affrontato*
- *Che risultati abbiamo ottenuto*
- *Cosa suggeriamo*
- *Alcune conclusioni*

Piano Nazionale della Cronicità

Il macroprocesso di gestione della persona con malattia cronica

STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA
POPOLAZIONE

1

PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E
DIAGNOSI PRECOCE

2

PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE
ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

3

EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI
PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO
IL PIANO DI CURA

4

VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ
DELLE CURE EROGATE

5



Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS)



CrossMark

Type of component	Components
Delivery system design	<ul style="list-style-type: none"> - Regular comprehensive assessment - Multidisciplinary team - Individualized care plans - Appointment of a case manager
Decision support	<ul style="list-style-type: none"> - Implementation of evidence-based medicine - Team training - Developing a consultation system to consult professional experts outside of the core team^a
Self-management support	<ul style="list-style-type: none"> - Training of care providers to tailor self-management support for patients - Providing options for patients to improve their health literacy^b - Patient education^b - Involving family members and family education^b - Offering approaches to strengthen patients' self-management and self-efficacy - Involving patients in decision-making - Training patients to use medical devices, supportive aids and health monitoring tools correctly^b
Clinical information system	<ul style="list-style-type: none"> - Electronic patient records and computerized clinical charts - Exchange of patient information - Uniform coding of patients' health problems - Patient platforms allowing patients to exchange information with their care providers
Community resources	<ul style="list-style-type: none"> - Access to community resources - Involvement of social network - Psychosocial support^c

Di cosa voglio parlarvi

- *Qual è il problema*
- *Come può essere affrontato*
- **Come lo abbiamo affrontato**
- *Che risultati abbiamo ottenuto*
- *Cosa suggeriamo*
- *Alcune conclusioni*

Modello di Care Management

L'**identificazione dei pazienti complessi** avviene mediante modelli predittivi sulla base di dati sanitari correnti

La presa in carico proattiva avviene da parte di un **team multidisciplinare** attraverso la definizione di **Piani Assistenziali Individuali (PAI)** elaborati dal team

*Il medico di medicina generale è il responsabile clinico del paziente (**case manager**).
I medici **specialisti** forniscono un supporto alle decisioni del medico di medicina generale.*

*L'**infermiere** l'adesione al PAI attraverso un tutoraggio dell'assistito (**care manager**).*

Il medico di comunità facilita l'attuazione del PAI all'interno della zona-distretto



Componenti	CdS T 1	CdS T2.	CdS T3	CdS T4	CdS T5	CdS T6	CdS ER 1	CdS ER 2	CdS ER 3	CdS ER 4	CdS ER 5	Sard egn a	MM G Ven
Stratificazione del rischio	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green
Spazi fisici adeguati (Casa della Salute)	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green
Cartella clinica informatizzata condivisa da tutto il team	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Red	Green	Red	Red	Red	Red
Coordinamento medico-infermiere	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Shared-care con medici specialisti	Red	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow
Integrazione sociosanitaria	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow
Ruolo di care management assegnato ed agito	Green	Green	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Pianificazione delle cure	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green
Supporto all'autocura	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Medicina narrativa	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Red
Approccio "cure simultanee"	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red
Attività di audit	Red	Red	Green	Yellow	Green	Red	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Yellow

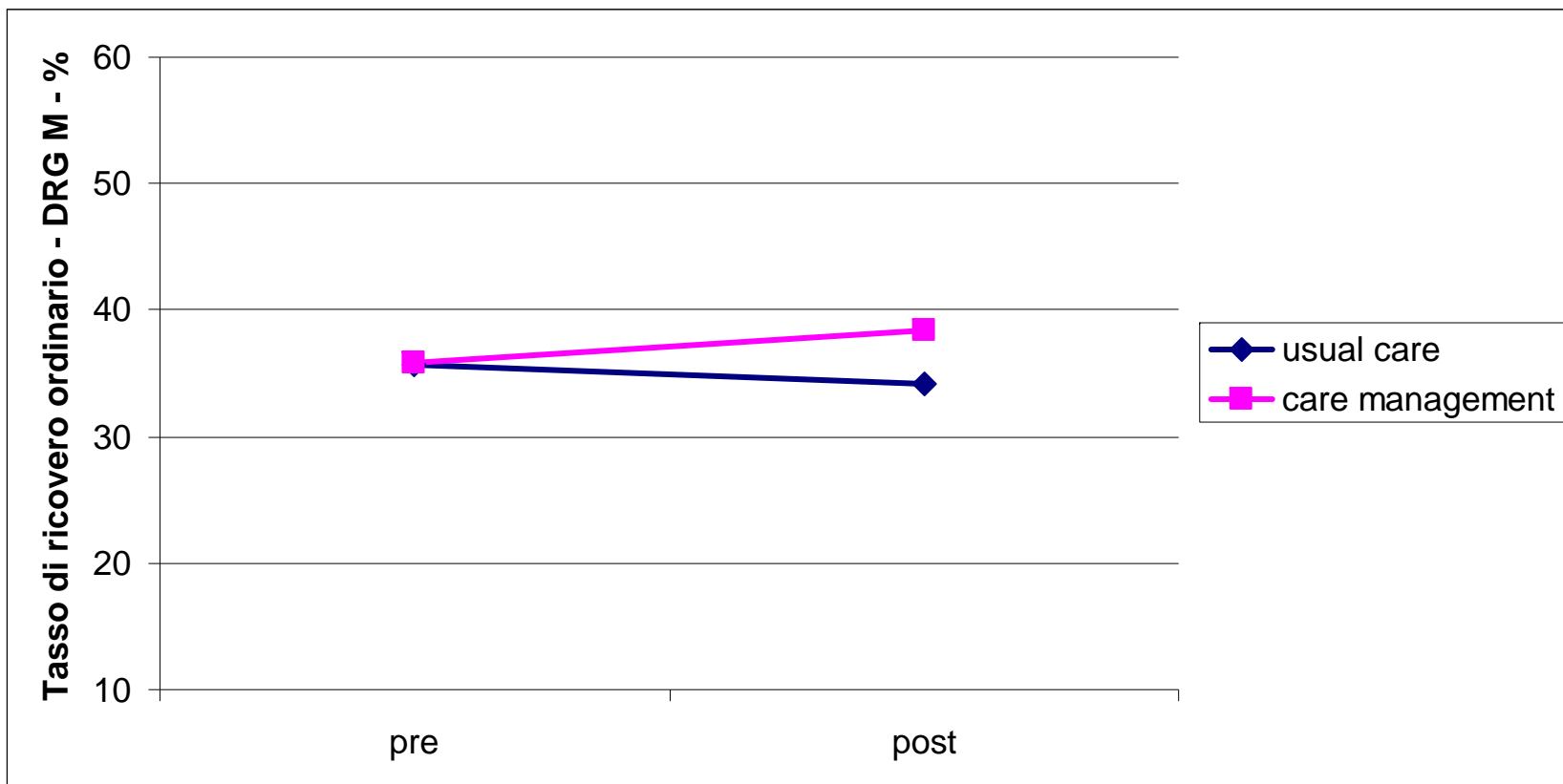
Di cosa voglio parlarvi

- *Qual è il problema*
- *Come può essere affrontato*
- *Come lo abbiamo affrontato*
- **Che risultati abbiamo ottenuto**
- *Cosa suggeriamo*
- *Alcune conclusioni*

Impatto su tasso ricoveri in reparti per acuti urgenti – regime ordinario – DRG M – 2016 vs 2017

DIFFERENZA DELLE DIFFERENZE

1.12 (0.79-1.59) p-value: 0.529



RESEARCH ARTICLE

Open Access



A systematic review of care management interventions targeting multimorbidity and high care utilization

Jennifer M. Baker, Richard W. Grant and Anjali Gopalan* 

Conclusions

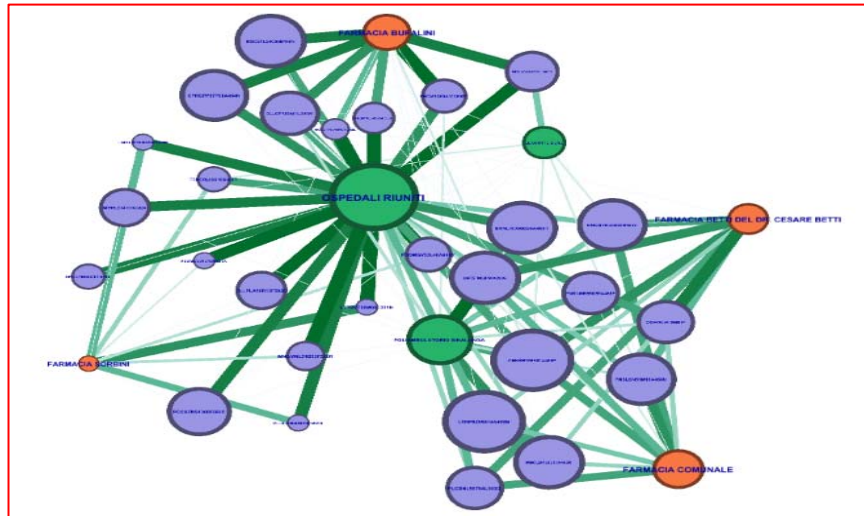
To date, rigorously conducted clinical trials have not yet demonstrated a clear and clinically meaningful benefit of care management for complex patients.

Di cosa voglio parlarvi

- *Qual è il problema*
- *Come può essere affrontato*
- *Come lo abbiamo affrontato*
- *Che risultati abbiamo ottenuto*
- **Cosa suggeriamo**
- *Alcune conclusioni*

L'organizzazione: reti e team

La rete clinica integrata



Il team multidisciplinare



La **Shared care** presenta l'opportunità di fornire ai pazienti i benefici degli interventi specialistici con la continuità di cura e gestione delle comorbilità attuata dalle cure primarie che mantengono la responsabilità di tutti gli aspetti dell'assistenza oltre le singole malattie specifiche

Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management
(Review)



L'infermiere di famiglia, care manager

L'Infermiere Care Manager



Coniuga le capacità professionali infermieristiche con quelle di informazione, educazione al self-management e coaching del paziente.



- All'infermiere care manager sono affidati compiti centrali e innovativi come coordinare l'assistenza (rinvii agli specialisti, esami previsti etc.) ed educare la persona all'autogestione della propria condizione, migliorandone le competenze

L'integrazione socio-sanitaria fino al livello del team

<http://ijhpm.com>
Int J Health Policy Manag 2014, 3(5), 251–257

doi 10.15171/ijhpm.2014.94



IJHPM
International Journal of Health Policy and Management

Original Article

Impact of socio-economic status on the hospital readmission of Congestive Heart Failure patients: a prospective cohort study



Atefeh Noori^{1,2}, Mostafa Shokoohi^{3,1}, Mohammad Reza Baneshi¹, Nasim Naderi⁴, Hooman Bakhshandeh⁵,
Ali Akbar Haghdoost^{3,1,*}



HHS Public Access

Author manuscript

Ann Intern Med. Author manuscript; available in PMC 2017 June 05.

Published in final edited form as:

Ann Intern Med. 2014 December 02; 161(11): 833–834. doi:10.7326/M14-2308.

Considering the Role of Socioeconomic Status in Hospital Outcomes Measures

Harlan M. Krumholz, MD, SM and Susannah M. Bernheim, MD, MHS

La diffusione delle tecnologie informatiche per:

La stratificazione degli assistiti

I sistemi di classificazione del case-mix territoriale



L'integrazione tra i professionisti (e l'assistito)

La cartella clinica elettronica condivisa

Accertamento estero

VISITA DI CONTROLLO CARDIOLOGICA

Risultato: non valutato

Richiesto il: 09.06.2017

Data esecuzione: 26.08.2017

precedente (di 14 tot.) Dic 2016

Normalità

U. di misura

B - Cardiologia A - Associabile - Esenzione red: -

Planificazione prossima scadenza

ReferitoNote

Attiva suggerimenti per nuovo problema

Stampa

Visita cardiologica di controllo in soggetto con pregresso STEMI inferiore (2009), trattato con PTCA primaria su CDx (alla coro CAD2: subocclusione Cdx e stenosi 70% ramo intermedio, quest'ultima non trattata per eco stress negativo). All'eco lieve compromissione della funzione contrattile ventricolare sinistra. Dislipidemia. Iperuricemia. Ex fumatore. Nel 2010 eseguiva test ergometrico per precordialgie, risultato positivo ma con successivo ecodipridamololo negativo.

Ultimo ecocardiogramma del 2015: EF 52%, acinesia inferiore prossimale. Ultima visita cardiologica di dicembre 2016 con riscontro di stabilità. Il paziente nega angor, dispnea e cardiopalmo.

Terapia: Torvast 40 mg 1 cp; Cardioaspirin; Quark 2,5 mg 1 cp; Cardicor 2,5 mg 1 cp; Zyloric.

Enami ematochimici (25/08/17): glu 126, Hbglu 5,7, col tot 209, TG 135, HDL 61, LDL 121, urato 4,6, creat 0,64, elettroliti nella norma, transaminasi nella norma, gamma-GT 73, BNP 63,2.

ECG: RS normofrequente (FC 64 bpm), PR ai limiti (0,19 sec), QTc nei limiti. Asse elettrico orizzontale. Onda Q a sede inferiore. Invariato.

PA: 135/70 mmHg braccio destro, braccio sinistro 105/60 mmHg

Esame obiettivo: azione cardiaca ritmica normofrequente. Soffio sistolico 1/6L alla base e al centrum. RRR. Stregamenti alla base di destra. Non edemi declivi.

Al controllo odierno quadro di buon compenso emodinamico, paziente asintomatico, ECG invariato. Valori pressori nella norma ma con notevole differenza tra le due braccia (braccio destro sx).

Si consiglia di proseguire con l'attuale terapia; da valutare eventuale incremento del

L'evidenza per la gestione del paziente con multimorbosità

BMJ

BMJ 2013;346:f2510 doi: 10.1136/bmj.f2510 (Published 2 May 2013)

Page 1 of 4

Better management of patients with multimorbidity

Martin Roland and Charlotte Paddison call for greater emphasis on continuity of care and clinical judgment to improve the experience of patients with multiple conditions

Role of guidelines

It has been argued that evidence based guidelines (mostly developed for people with single diseases) are inappropriate for people with multiple conditions, resulting in overtreatment and overcomplex regimes of assessment and surveillance.^{4 5} This is a particular problem for patients who are elderly, less well educated, or from less affluent communities.^{6 7}

Doctors must be encouraged to think about the patient as a whole when deciding whether to apply guidelines developed for single diseases and to consider whether comorbidities mean that a more aggressive or more conservative approach to management is indicated.]

PDTA



**Piano
Assistenziale
Individuale**

Multimorbidity: clinical assessment and management

Multimorbidity: assessment, prioritisation and management of care for people with commonly occurring multimorbidity

NICE guideline

Methods, evidence and recommendations

31 March – 12 May 2016

32 raccomandazioni

Interazioni farmaco/farmaco,
farmaco/malattia

Rapporto benefici/rischi delle singole
raccomandazioni sviluppate per
singole patologie

Priorità e obiettivi del paziente

La gravosità delle terapie, follow-up,
indagini diagnostiche

evidence

open access journal published by the GIMBE Foundation

Best Practice

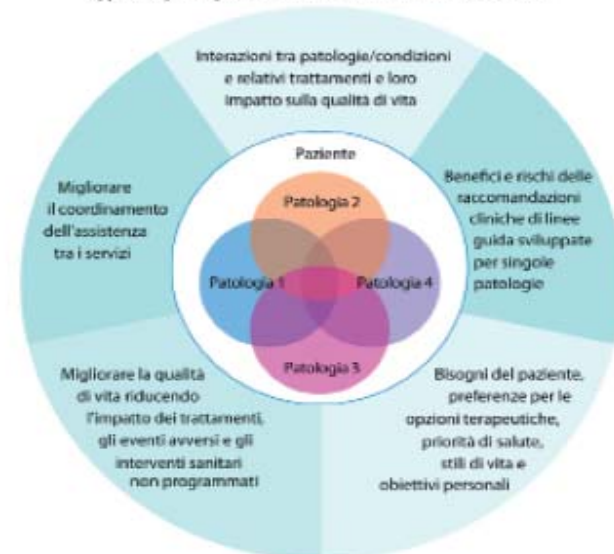
OPEN ACCESS

Linee guida per la valutazione clinica e il trattamento dei pazienti con multimorbidity



APPROCCIO ORIENTATO ALLA MULTIMORBIDITÀ

Approccio per un paziente con multimorbidity che tiene conto di



Piano Nazionale della Cronicità

PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE
ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

3

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Pazienti cronici con multimorbidità

La principale limitazione dei PDTA nelle malattie croniche è legata ad una intrinseca rigidità che confligge con il bisogno di personalizzazione delle cure. Tale limite si manifesta nella definizione di obiettivi di salute non contestualizzati nel soggetto, particolarmente nel paziente con multimorbidità, in cui la comorbidità interferisce con l'applicazione del percorso ideale e 'attrae' la traiettoria principale verso un percorso alternativo diverso da quello ideale, ma egualmente appropriato per il paziente specifico. La crescente complessità dei malati cronici rende spesso non applicabili i percorsi di cura al singolo paziente.

Su tale base acquisisce valore il concetto di *medical generalism*, in cui la conoscenza della persona nel suo intero e dei suoi bisogni, la visione continua degli eventi (non solo) sanitari del singolo soggetto - integrate con le conoscenze basate sulle evidenze - determinano scelte più appropriate e fattibili per il singolo paziente (*evidence based practice*).

Il risultato di tale processo fondamentale applicato ai pazienti con malattie croniche è quello di una programmazione di un percorso di cura individuale.

THE LANCET

International journal of medical science and practice

Precision medicine to precision care: managing multimorbidity

**Arlene S Bierman, Mary E Tinetti*

www.thelancet.com Vol 388 December 3, 2016

Multimorbidity is the most common condition managed in practice. Health-care delivery must be transformed to provide precision care to people with multimorbidity. Accomplishing this transition will require a change in practice, research, and policy from disease-specific to patient-centred models of care delivery.

Paziente competente: attore principale del team

Muth et al. *BMC Medicine* 2014, **12**:223
<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/223>



CORRESPONDENCE

Open Access

The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations

Christiane Muth^{1*†}, Marjan van den Akker^{1,2,3†}, Jeanet W Blom⁴, Christian D Mallen⁵, Justine Rochon⁶, François G Schellevis^{7,8}, Annette Becker⁹, Martin Beyer¹, Jochen Gensichen¹⁰, Hanna Kirchner¹, Rafael Perera¹¹, Alexandra Prados-Torres¹², Martin Scherer¹³, Ulrich Thiem^{14,15}, Hendrik van den Bussche¹³ and Paul P Glasziou¹⁶

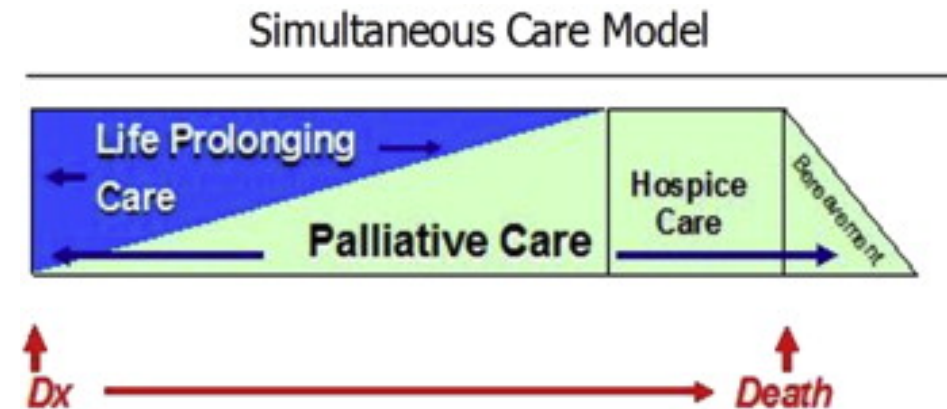
Patient Priority–Directed Decision Making and Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions



Rosie Ferris, MPH^{c,d}, Philip Posner, PhD^{e,f}, Caroline S. Blaum, MD^{c,d}

La ***Narrative Based Medicine*** (NBM) si integra con l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci e appropriate".

Le cure simultanee



The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance (PIG)



The National GSF Centre's guidance for clinicians to support earlier identification of patients nearing the end of life leading to improved proactive person-centred care

Why is it important to identify patients early?

Earlier identification of people who may be in their final stage of life leads to more proactive person-centred care.

Earlier recognition of decline leads to earlier anticipation of likely needs, better planning, fewer crisis hospital admissions and care tailored to peoples' wishes. This in turn results in better outcomes with more people living and dying in the place and manner of their choice. Once

Il monitoraggio dei percorsi per l'audit dei servizi

Non solo:

Linee guida - raccomandazioni - pdta - indicatori

Gli **indicatori di processo** trasformano i dati disponibili in informazioni utili a quantificare i livelli di adesione alle raccomandazioni delle linee guida recepite nei PDTA che, usate retrospettivamente, fungono da criteri di valutazione.

Baker R et al, *Development of review criteria: linking guidelines and assessment of quality*, BMJ 1995

Ma anche:

Scelte condivise - PAI - indicatori

- Integrare il sistema informativo sanitario con i sistemi informatizzati delle cure primarie per quantificare i **livelli di adesione ai PAI**
- Focalizzare sugli **indicatori di esito**
- Esplorare la prospettiva dei pazienti: **PROMs, PREMs**

ANALYSIS

Better management of patients with multimorbidity

Martin Roland and **Charlotte Paddison** call for greater emphasis on continuity of care and clinical judgment to improve the experience of patients with multiple conditions

Doctors must be encouraged to think about the patient as a whole when deciding whether to apply guidelines developed for single diseases and to consider whether comorbidities mean that a more aggressive or more conservative approach to management is indicated. Furthermore, skill at making these judgments needs to be built into medical training.

La formazione!!

Durante i corsi di laurea in medicina e di formazione specifica in medicina generale

Durante l'Educazione Continua in Medicina (ECM)

Di cosa voglio parlarvi

- *Qual è il problema*
- *Come può essere affrontato*
- *Come lo abbiamo affrontato*
- *Che risultati abbiamo ottenuto*
- *Cosa suggeriamo*
- **Alcune conclusioni**

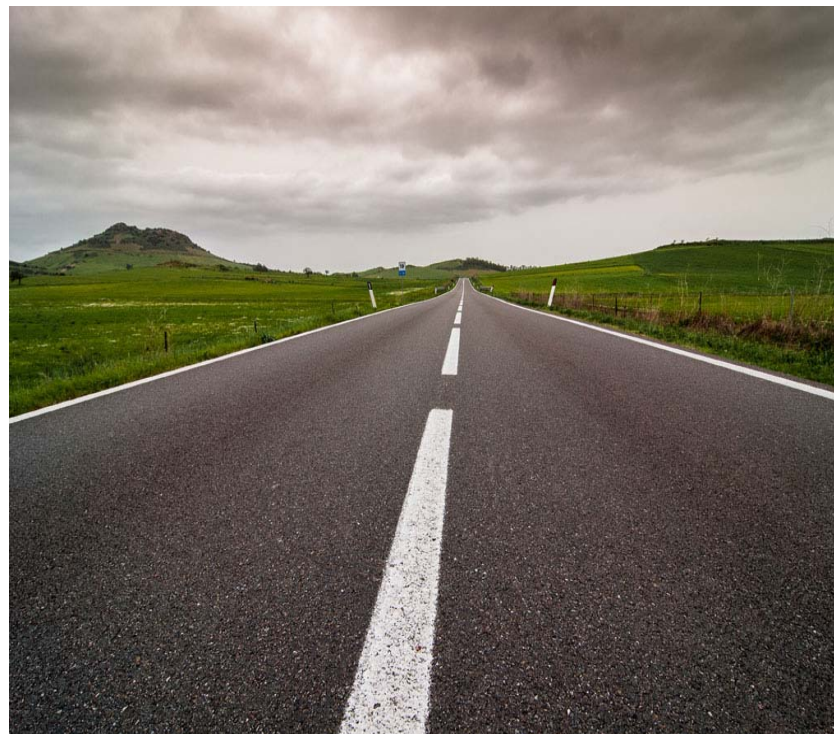
- Gli interventi di care management in studio non hanno ottenuto un impatto significativo sugli esiti osservati
- Non tutte le componenti di un intervento di care management sono state implementate ovunque o implementate in modo abbastanza intensivo
- C'è stata un'alta convergenza tra i partecipanti al progetto su quali debbano essere le buone pratiche di un intervento di care management
- Ulteriore ricerca è comunque necessaria per definire la reale efficacia di queste buone pratiche

Grazie al gruppo di lavoro regionale!!

Lorenzo Roti, Elisa Scopetani,
Valentina Barletta, Irene Bellini,
Francesco Profili, Nedo Mennuti, Fabio
Michelotti, Anna Canaccini, Franco
Berti, Antonella Tomei, Amedeo Baldi,
Anna Beltrano, Chiara Lorenzini, Piero
Salvadori

Ed ai Medici e gli Infermieri delle Case della Salute!!

- Empoli
- Aulla
- Querceta
- La Rosa
- Guardistallo
- Castiglion Fiorentino



paolo.francesconi@ars.toscana.it