

ROMA, 14 Marzo 2018

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

Un compendio di buone pratiche  
Cosa manca

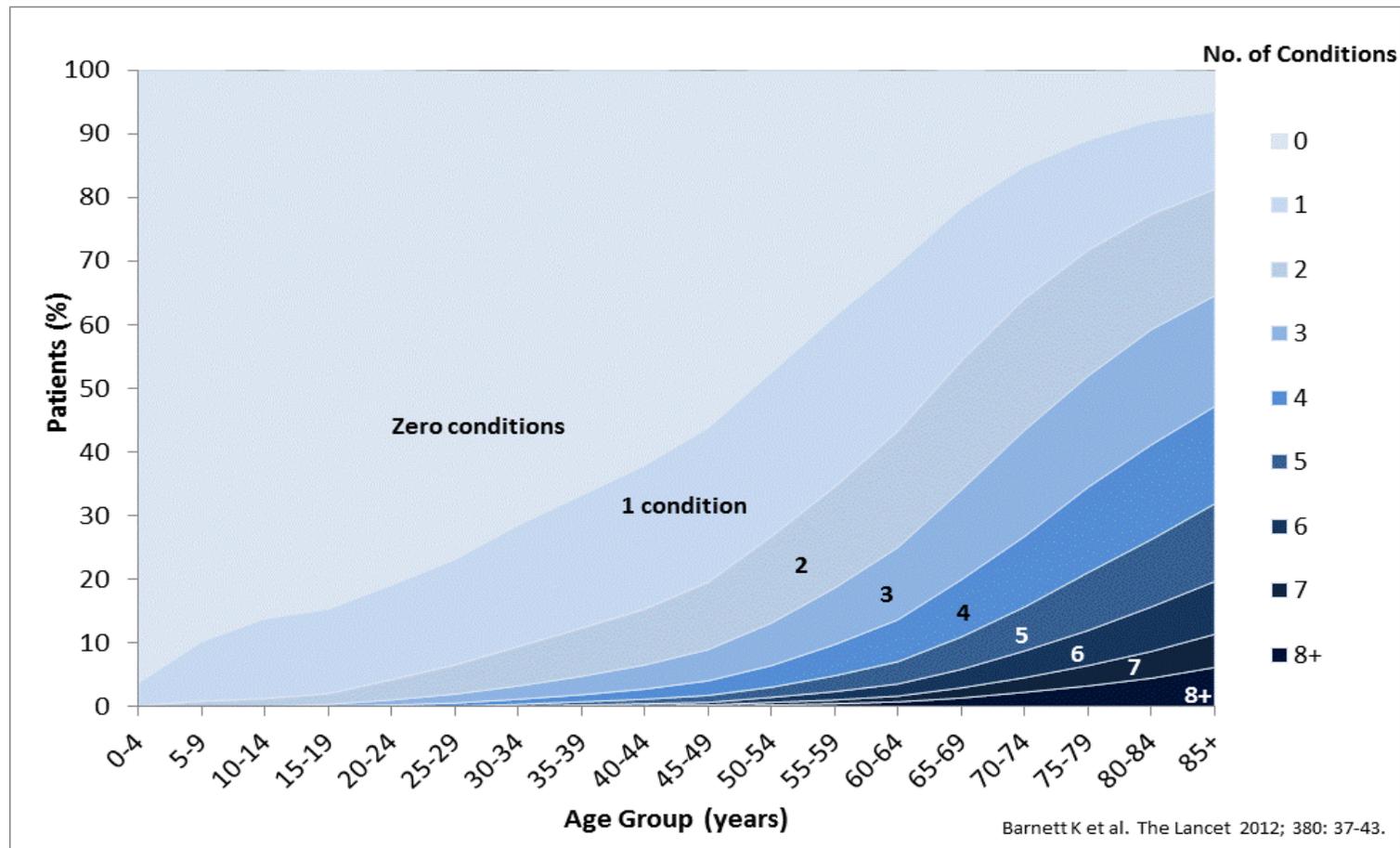
[paolo.francesconi@ars.toscana.it](mailto:paolo.francesconi@ars.toscana.it)



# 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

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Health Policy

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/healthpol](http://www.elsevier.com/locate/healthpol)

## 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)



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

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

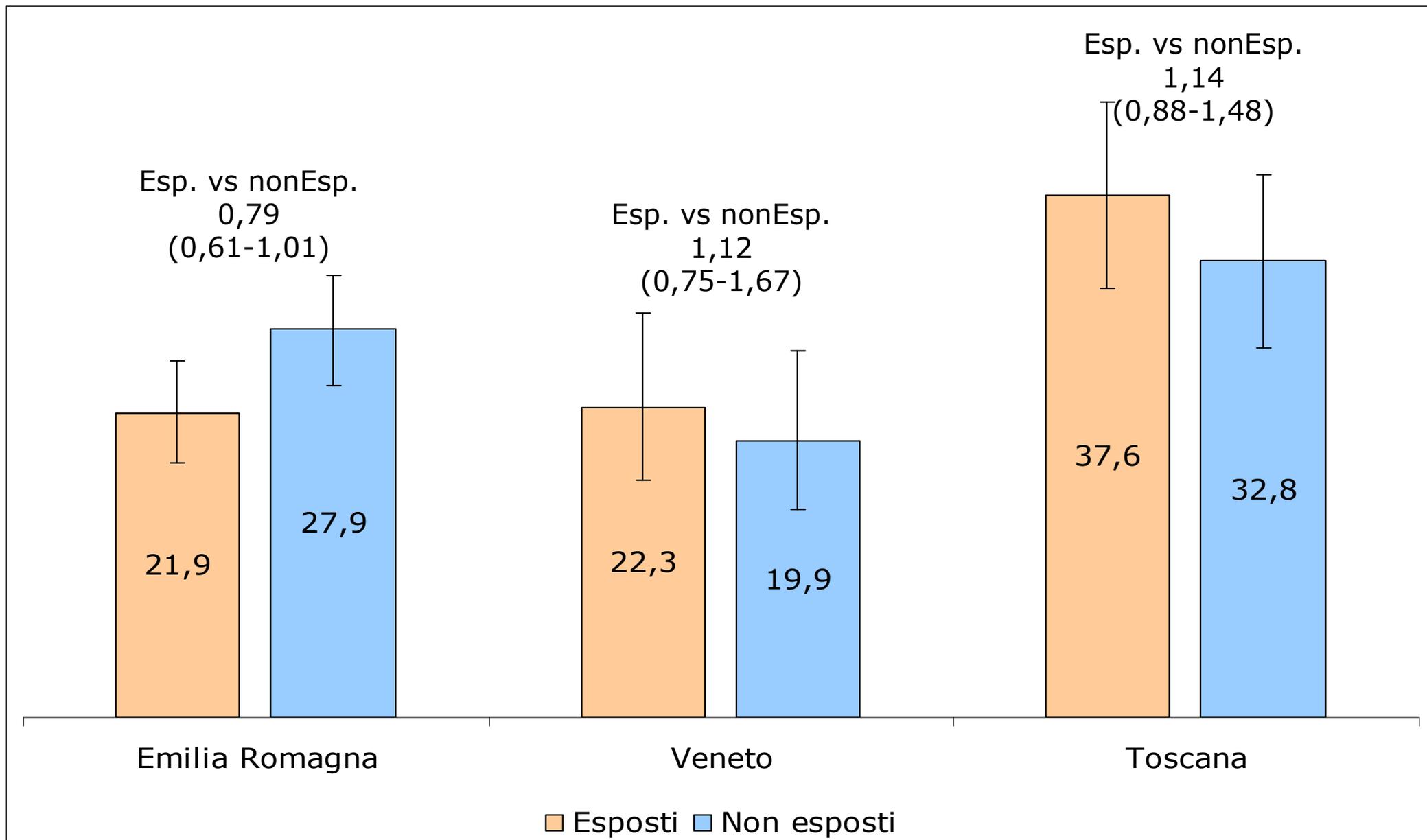
*Il medico di comunità facilita l'attuazione del PAI all'interno della zona-distretto*

<b>Componenti</b>	CdS T 1	Cd S T2.	Cd S T3	CdS T4	Cd S 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*

# Ricoveri in reparti per acuti urgenti – regime ordinario – gen–set 2017



RESEARCH ARTICLE

Open Access



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

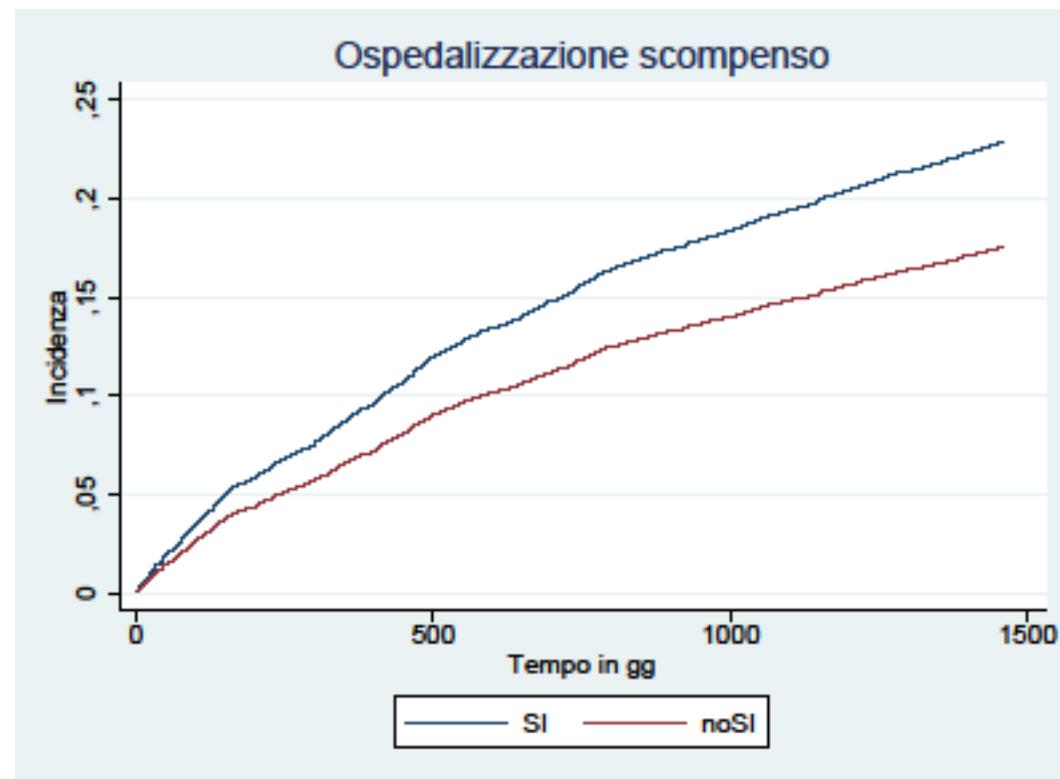
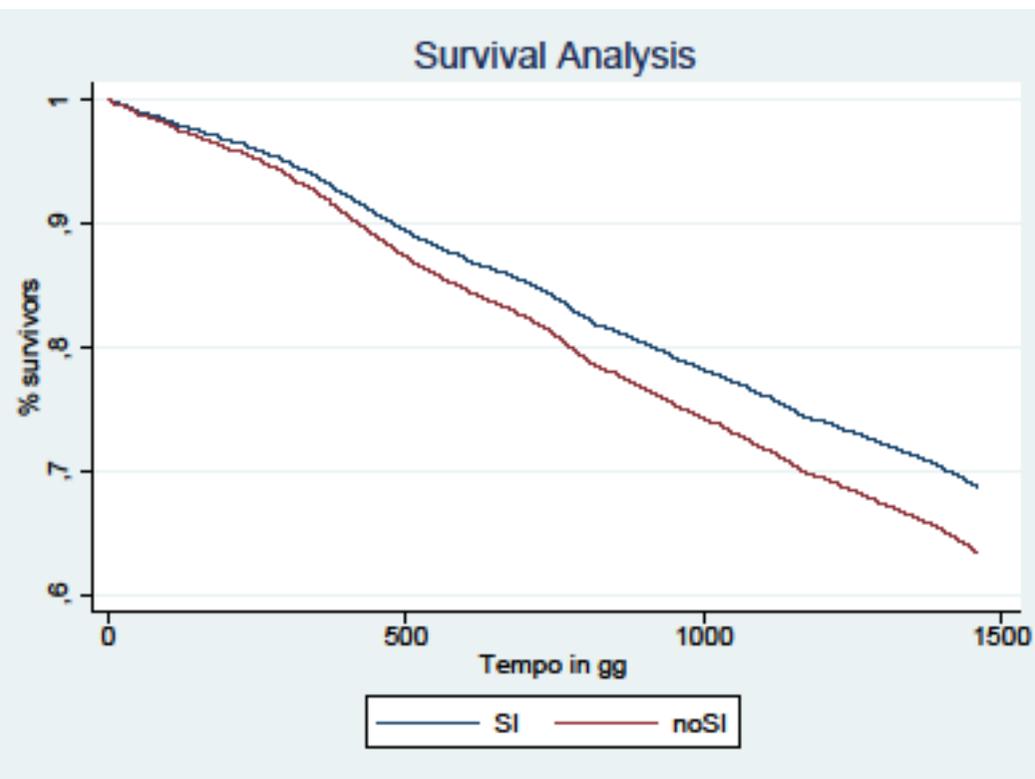
Jennifer M. Baker, Richard W. Grant and Anjali Gopalan\* 

## Conclusions

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

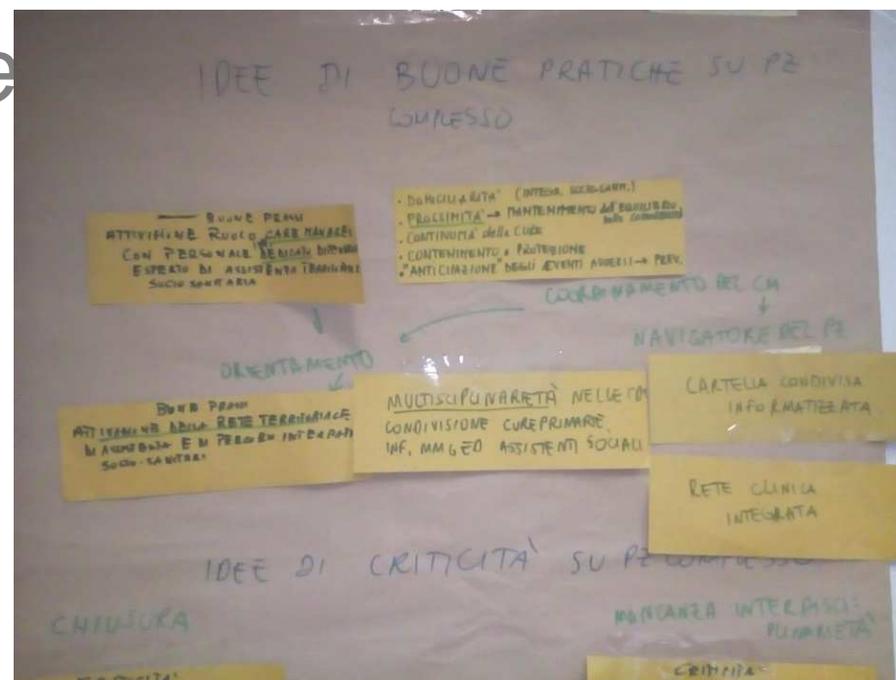
# Ricoveri ospedalieri: esito o processo ?

Il caso della Sanità d'Iniziativa e dello Scompenso Cardiaco in Toscana



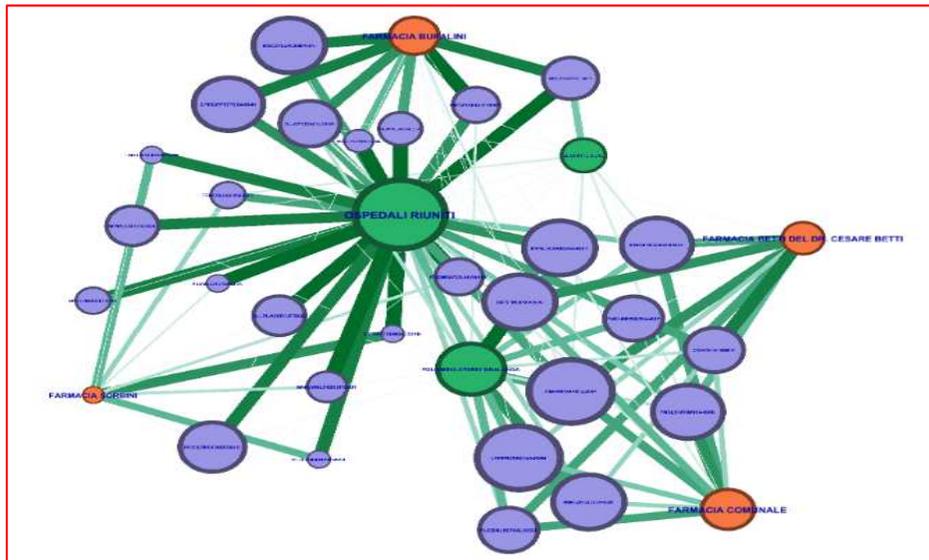
# Di cosa voglio parlarvi

- *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



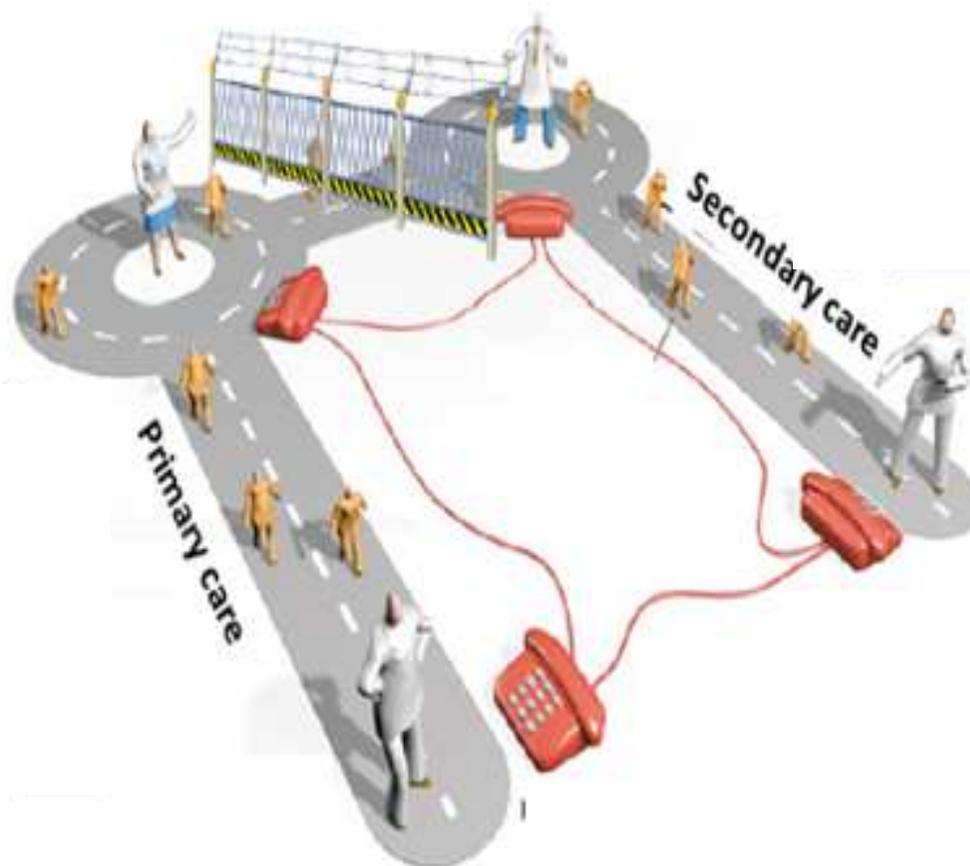
**Coniuga le capacità professionali infermieristiche con quelle di informazione, educazione al self-management e coaching del paziente.**



- 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

# La continuità territorio - ospedale - territorio

**Continuità  
informativa e  
di presa in  
carico !**



# 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<sup>1,2</sup>, Mostafa Shokoohi<sup>3,1</sup>, Mohammad Reza Baneshi<sup>1</sup>, Nasim Naderi<sup>4</sup>, Hooman Bakhshandeh<sup>5</sup>,  
Ali Akbar Haghdoost<sup>3,1,\*</sup>



### 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 esteso

VISITA DI CONTROLLO CARDIOLOGICA

Risultato: non valutato

Richiesto il 09.06.2017 Data esecuzione 28.08.2017

precedente (di 14 tot) Dic 2016

Normalità U. di misura

B :Cardiologia A Assocabile Esenzione redc

Planificazione prossime scadenze

Referto/Note

Attiva suggerimenti per nuovo problema

Visita cardiologica di controllo in soggetto con progresso 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 precordiale, risultato positivo ma con successivo ecodipiamolo 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.

Esami ematochimici (25/08/17): glu 126, Hbgl 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. Sfreghamenti alla base di destra. Non edemi declivi.

AI 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

# Un quadro normativo favorevole per l'utilizzo delle tecnologie



GARANTE  
PER LA PROTEZIONE  
DEI DATI PERSONALI

A TUTELA DI UN DIRITTO FONDAMENTALE

Al riguardo, si è appreso che in diverse realtà regionali, con specifico riferimento a alcune patologie croniche (es. diabete) o a determinate malattie oncologiche (tumore mammario), sono stati sviluppati, a livello regionale, strumenti informatici che, elaborando le informazioni derivanti dai documenti sanitari dell'assistito, mettono a disposizione dei MMG/PLS un profilo sanitario di rischio dell'assistito, indirizzando il medico a proporre allo stesso specifici accertamenti diagnostici in chiave di prevenzione.

Al riguardo, in primo luogo, si invita il Ministero della Salute, affinché un'attività così delicata, che presenta anche significativi risvolti etici (diritto di non sapere), venga opportunamente disciplinata, quanto prima, in tutti i suoi aspetti, in un atto normativo.

# 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.<sup>4 5</sup> This is a particular problem for patients who are elderly, less well educated, or from less affluent communities.<sup>6 7</sup>

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



# 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.

# 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.

# 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<sup>1\*†</sup>, Marjan van den Akker<sup>1,2,3†</sup>, Jeanet W Blom<sup>4</sup>, Christian D Mallen<sup>5</sup>, Justine Rochon<sup>6</sup>, François G Schellevis<sup>7,8</sup>, Annette Becker<sup>9</sup>, Martin Beyer<sup>1</sup>, Jochen Gensichen<sup>10</sup>, Hanna Kirchner<sup>1</sup>, Rafael Perera<sup>11</sup>, Alexandra Prados-Torres<sup>12</sup>, Martin Scherer<sup>13</sup>, Ulrich Thiem<sup>14,15</sup>, Hendrik van den Bussche<sup>13</sup> and Paul P Glasziou<sup>16</sup>

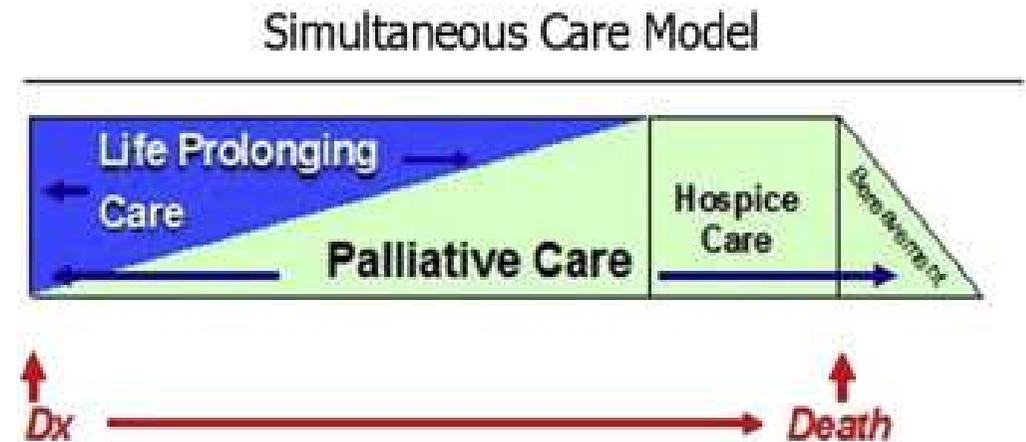
### Patient Priority–Directed Decision Making and Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions



Rosie Ferris, MPH<sup>c,d</sup>, Philip Posner, PhD<sup>e,f</sup>, Caroline S. Blaum, MD<sup>c,d</sup>

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 people's 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, PREM**s

## 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 e consistente 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 interregionale!!

- Lorenzo Roti
- Elisa Scopetani
- Valentina Barletta
- Irene Bellini
- Francesco Profili
- Imma Cacciapuoti
- Maria Chiara Corti
- Cristina Basso
- Silvia Tiozzo Netti
- Pino Frau
- Albertina Garau
- Mario Braga
- Mimma Cosentino
- Mariagrazia Marvulli



[paolo.francesconi@ars.toscana.it](mailto:paolo.francesconi@ars.toscana.it)