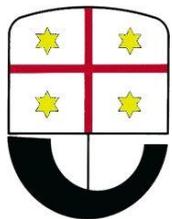
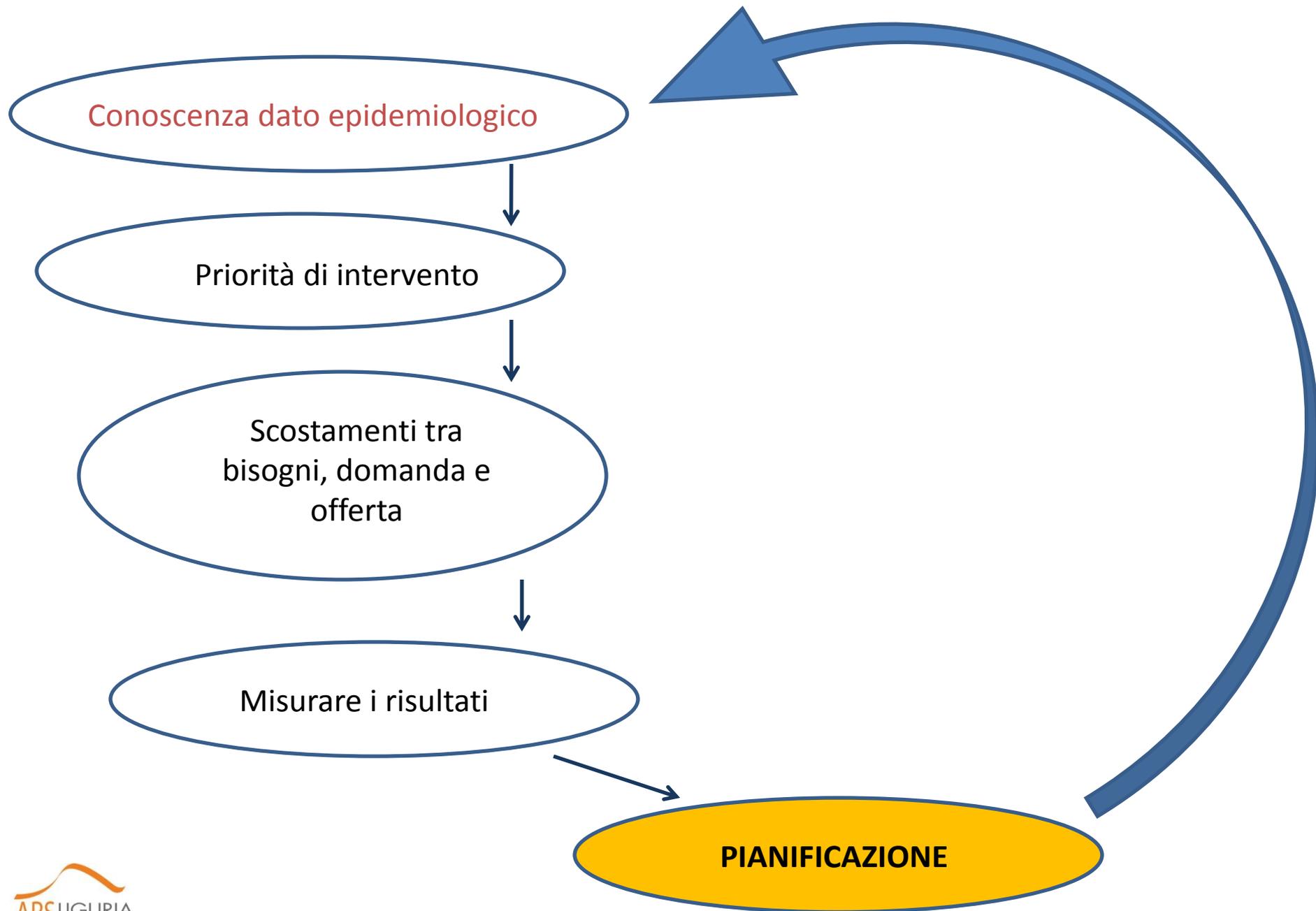


# Workshop su interventi integrati di prevenzione cardiovascolare

**Roberto Carloni**

*Referente Istituzionale per la Regione Liguria  
del Sistema di Sorveglianza PASSI*

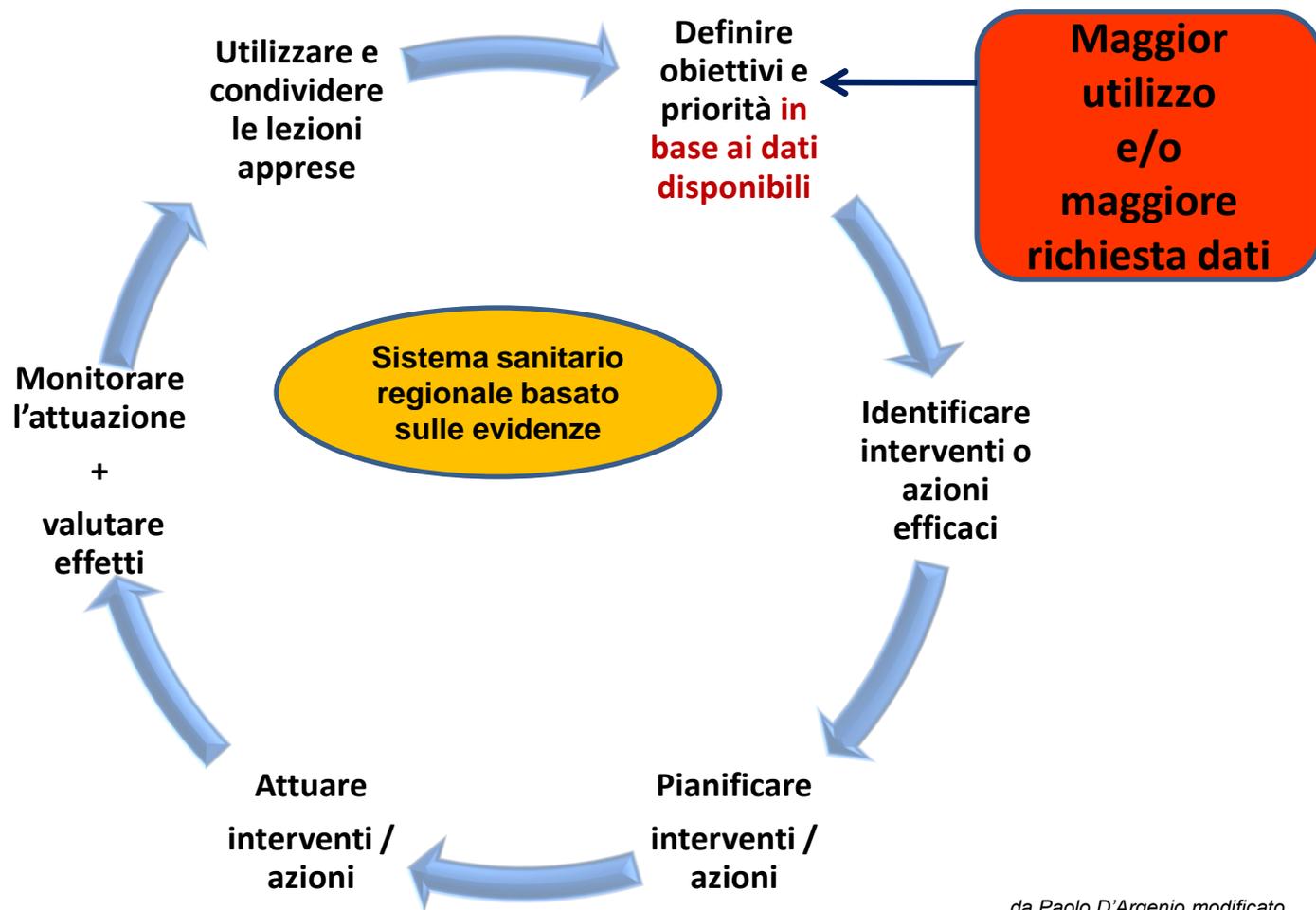


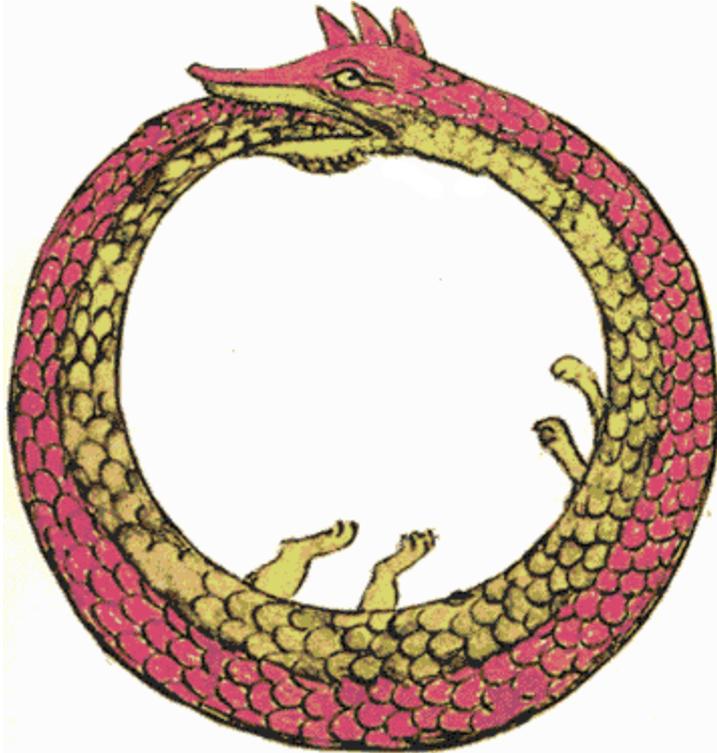


# Utilizzo dei dati e loro integrazione



Il vero sviluppo di strumenti quali PASSI, così come quello di altri sistemi di rilevazione regionali, è l'utilizzo dei dati per la definizione delle scelte e delle priorità





Occorre non cadere  
nella trappola  
dell'autoreferenzialità,  
pena l'isolamento ed il  
conseguente fallimento  
del progetto

- Porre al centro il *problema di salute* ed utilizzare tutte le informazioni disponibili, provenienti sia da sorveglianze o survey sia da registri, archivi, banche dati
- il buon livello di informatizzazione sanitaria raggiunto facilita l'integrazione e il dialogo tra le fonti. È così infatti che stime, indicatori e parametri possono completarsi, confrontarsi e validarsi a vicenda

- Esempio di integrazione di flussi di dati è il progetto **Nocchiero** che si avvale dei flussi regionali dell'assistenza ospedaliera (SDO), della specialistica ambulatoriale e della farmaceutica



- Altro esempio sono i **profili di salute**, che integrano tra loro dati demografici, socioeconomici, di mortalità, stili e abitudini di vita considerati a rischio, assistenza ospedaliera, consumo di farmaci



- Passi nasce per monitorare i cambiamenti indotti dalle azioni di promozione della salute relativamente agli stili ed abitudini di vita
- ma le potenzialità del PASSI sono tali che il sistema può essere esteso anche nel campo della valutazione delle performance delle Aziende ed in quello del governo clinico
- ed in qualsiasi altra occasione in cui vi sia la necessità di dati per alimentare il circuito virtuoso programmazione-azione-valutazione

L'integrazione dei dati come coenzima favorente la collaborazione tra professionalità diverse e con competenze diverse all'interno del SSR

- Esempi di possibili sviluppi nel futuro prossimo:
  - la gestione integrata dello scompenso cardiaco
    - Monitorate da PASSI:
      - Attività fisica
      - BMI, obesità, eccesso ponderale
      - Abitudini alimentari
  - la gestione integrata del diabete
    - Scheda aggiuntiva appositamente concepita per la valutazione dell'applicazione e degli sviluppi del progetto IGEA

# Gestione integrata delle patologie croniche

Disease management e Chronic care model

La *gestione integrata delle patologie croniche* è definibile come un processo assistenziale mirato al progressivo consolidarsi di una prassi di gestione condivisa tra l'MMG, che è il riferimento primario del singolo paziente, e la rete di professionisti territoriali ed ospedalieri (specialisti, infermieri, altre figure professionali) che entrano in gioco nell'erogazione dell'assistenza

*Obiettivo* della gestione integrata è quello "di ottenere un miglioramento dello stato di salute del paziente (...), di contenere/ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche (...) utilizzando *strategie per modificare i comportamenti di pazienti e medici*, da parte dei quali è spesso difficile ottenere rispettivamente un'adesione ai piani di cura e la condivisione e l'utilizzo di linee guida per la pratica clinicd"

(Progetto IGEA 2008)

## Disease management

è un approccio sistemico ed Evidence-based alle patologie croniche, che vede il coinvolgimento di tutti i "produttori di assistenza" nella presa in carico dei "fabbisogni complessi" di salute del paziente (non soltanto cioè dei bisogni di tipo clinico, diagnostico-terapeutico, ma anche di quelli relativi al più ampio concetto di "qualità di vita secondo il concetto di "salute globale" indicato dall'OMS)

Source: DMAA Website 5/02/01

da Pfizer "Progetto Michelangelo"

# Chronic Care Model

Il modello propone una serie di cambiamenti a livello del sistema sanitario, utili a favorire il miglioramento della condizione dei soggetti affetti da patologie croniche e suggerisce un approccio "proattivo" tra il personale sanitario ed i pazienti stessi che diventano parte integrante del processo assistenziale (patto di cura)

Il CCM è caratterizzato da 6 componenti fondamentali:

- le risorse della comunità
- l'organizzazione del SSR
- il sostegno all'autocura (care giver - sostegno familiare)
- l'organizzazione del team sanitario
- il sostegno alle decisioni
- i sistemi informativi (registro patologia, analisi flussi informativi, indicatori, analisi outcome)

# Il patto di cura

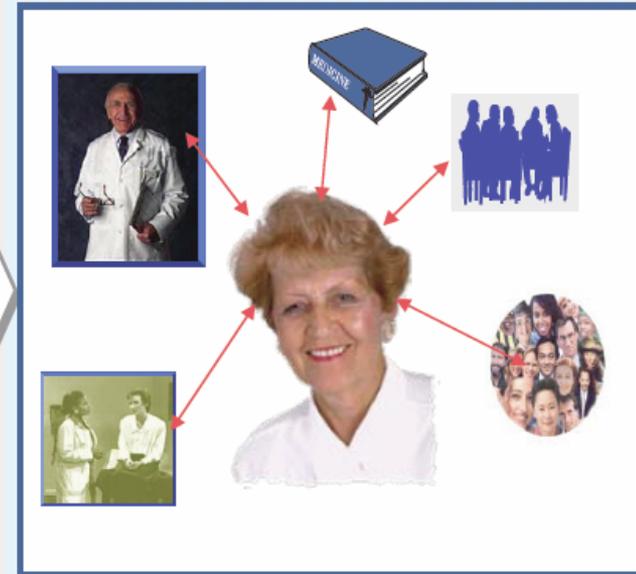
- **Follow-up pianificato annualmente**, condiviso tra:
  - MMG, specialista, altri professionisti, **paziente**
- Il Paziente **deve essere posto a conoscenza** del piano di cura per garantire:
  - l'adesione al piano personalizzato di cura
  - l' autorilevazione e la registrazione dei parametri fondamentali e dei segnali di allarme
- Il "sistema" deve garantire la sorveglianza attiva tramite **follow up infermieristico telefonico** o quanto meno uno sportello telefonico attivo con funzioni di "richiamo" del paziente
- La figura dell'**infermiere con funzioni di case manager** (che di fatto applica i Protocolli Diagnostici Terapeutici concordati tra MMG e Specialista con continuità ) in esperienze nazionali e internazionali si è rivelata di fondamentale importanza e di grande utilità nella gestione di patologie croniche quale diabete e scompenso cardiaco

# Cambiamenti necessari nel Sistema Sanitario

Ieri



Futuro



**Traditional Sickness Care Model**  
Physician-centric/Episodic/  
Acute-care focus/  
Reactive rather than proactive

**Chronic Care Model**  
Integrated, proactive, patient-centric  
care delivered by healthcare team

# Esperienze internazionali (1)

## Disease management companies

- Nascono negli U.S.A. come strumento operativo del modello denominato "disease management"; da un fatturato di \$ 85 milioni del 1997 sono arrivate a oltre \$ 600 milioni nel 2002
- Sono costituite essenzialmente dal personale infermieristico che opera all'interno di un call center; il loro cuore operativo è invece un datawarehouse che contiene e analizza i dati dei potenziali pazienti e i PDT redatti da MMG e Specialisti
- Tramite telefono vengono impartiti consigli su stili di vita e viene seguita ad esempio l'aderenza alla dieta, all'esercizio fisico, alla terapia, alla corretta esecuzione di esami diagnostici ecc ; ogni segnale di esacerbazione della malattia o di potenziale situazione di rischio o di fuori controllo viene segnalata al medico con tempestività
- Tale modello sta soppiantando il precedente Chronic Care Model, con evidenti vantaggi in termini di risultato sia clinico che economico
- Alcune companies statunitensi stanno entrando nel mercato europeo

## Esperienze internazionali (2)

### Unique Care (NHS -UK) il modello di Castlefields

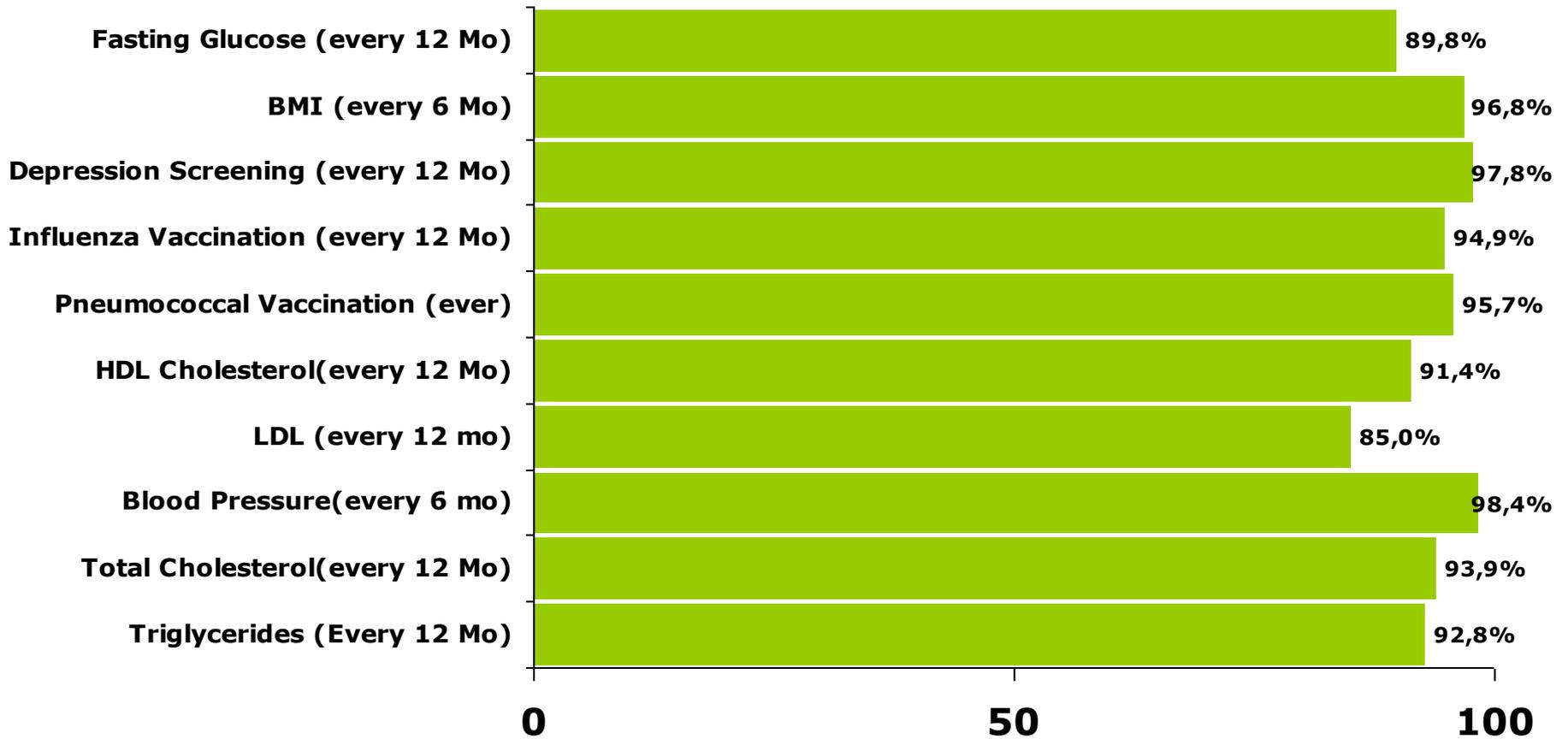
- Modello appositamente ideato dal Sistema Sanitario Inglese (NHS) per rispondere ai bisogni delle cronicità crescenti
- Le "Cure Uniche o Unitarie" non considerano l'unità erogante la prestazione, ma accentrano sul **Case Manager** il coordinamento, la decisione, il finanziamento e l'allocazione delle risorse
- Individuazione ed offerta di piani individualizzati (PDT) per le persone fragili, vulnerabili, con patologie croniche, con acuzie gravi
- Punti di accesso periferici per la gestione delle urgenze ed emergenze (Codici Bianchi nelle cure Primarie )

# Alcuni esempi di disease e care management in Italia

## Progetto Leonardo (Regione Puglia/Pfizer)

- Il Programma consiste nell'applicazione di metodologie e tecnologie innovative di **Disease and Care Management** per la gestione, il monitoraggio e la misurazione di efficacia ed efficienza dei processi assistenziali per le patologie ad alto impatto sociale ed economico (diabete, scompenso cardiaco, ipertensione, etc.)
- E' stato studiato per integrare l'attuale assistenza al paziente con l'introduzione della figura del **Care Manager**, un infermiere professionale, che in collaborazione con i medici di medicina generale e con gli specialisti, opera con i pazienti in prima persona in ambulatorio, a casa e via telefono
- Questo nuovo "**assistente alla salute**", guidato dall'equipe medica, aiuta il paziente a seguire il piano di cura stabilito dal medico, misura i miglioramenti ottenuti nello stato di salute, valuta i suoi fabbisogni assistenziali, fa osservare correttamente il PDT al paziente
- **Terminata la fase sperimentale**, dal 2011 è applicato su vasta scala su tutta la Regione Puglia

## Aderenza ai protocolli di cura (ALL N=1160)



■ Percentuale di rispetto dei controlli programmati in base ai Protocolli di assistenza

## Altri esempi di disease e care management in Italia (2)

- Progetto Michelangelo (Regione Lazio/Pfizer)
- Progetto Raffaello (dall' Agenzia Sanitaria Regionale delle Marche e dell' Abruzzo/Pfizer)
- Progetto Virgilio (Regione Lombardia/Pfizer)
- Chronic Related Group (CReG) - Regione Lombardia
- ..... Regione Liguria .....

## ..... in Regione Liguria .....

- Attualmente siamo alla fase di scelta degli indicatori che verranno utilizzati per monitorare l'attuazione e valutare gli outcome degli interventi sperimentali
- numerosi dati provenienti dal Sistema PASSI sono compresi tra questi, soprattutto quelli riferiti alle modifiche di stili ed abitudini di vita indotte dai consigli impartiti da operatori sanitari

Grazie per l'attenzione