



GRUPPO NINFEE

2° Distretto ASL RM B

**CARDIOLOGIA PRATICA:
Integrazione Ospedale-Territorio**

**ROMA, 28 MARZO 2009
Best Western Globus Hotel Roma**

**ANALISI DI MODELLI
DI GESTIONE INTEGRATA
OSPEDALE – TERRITORIO:
SCOMPENSO CARDIACO CRONICO (CHF)**

**B. Valente MMG
2° distretto ASL RM B**

EPIDEMIOLOGIA

Lo S.C. è attualmente il problema clinico più importante in Europa e negli U.S.A..

In Italia possiamo quantificare in 2 milioni i pazienti affetti da questa patologia: più di 1/3 necessita di ricovero ospedaliero ogni anno.

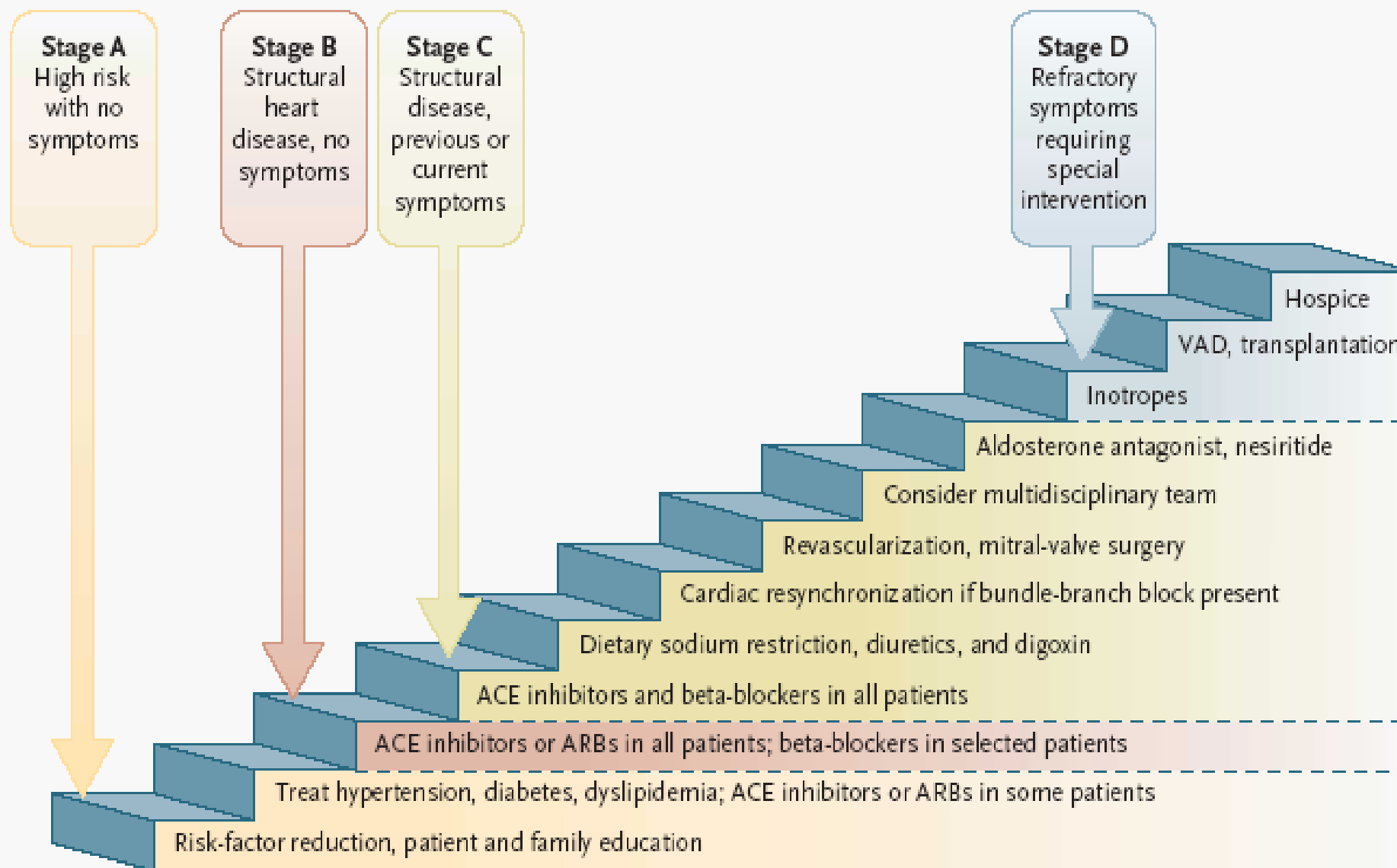
Durata della degenza 12 gg (contro i 9 gg dell'IMA).

I costi si aggirano tra 1-2% della spesa sanitaria nazionale.

Il 60-70% di questa spesa è dovuta all'ospedalizzazione

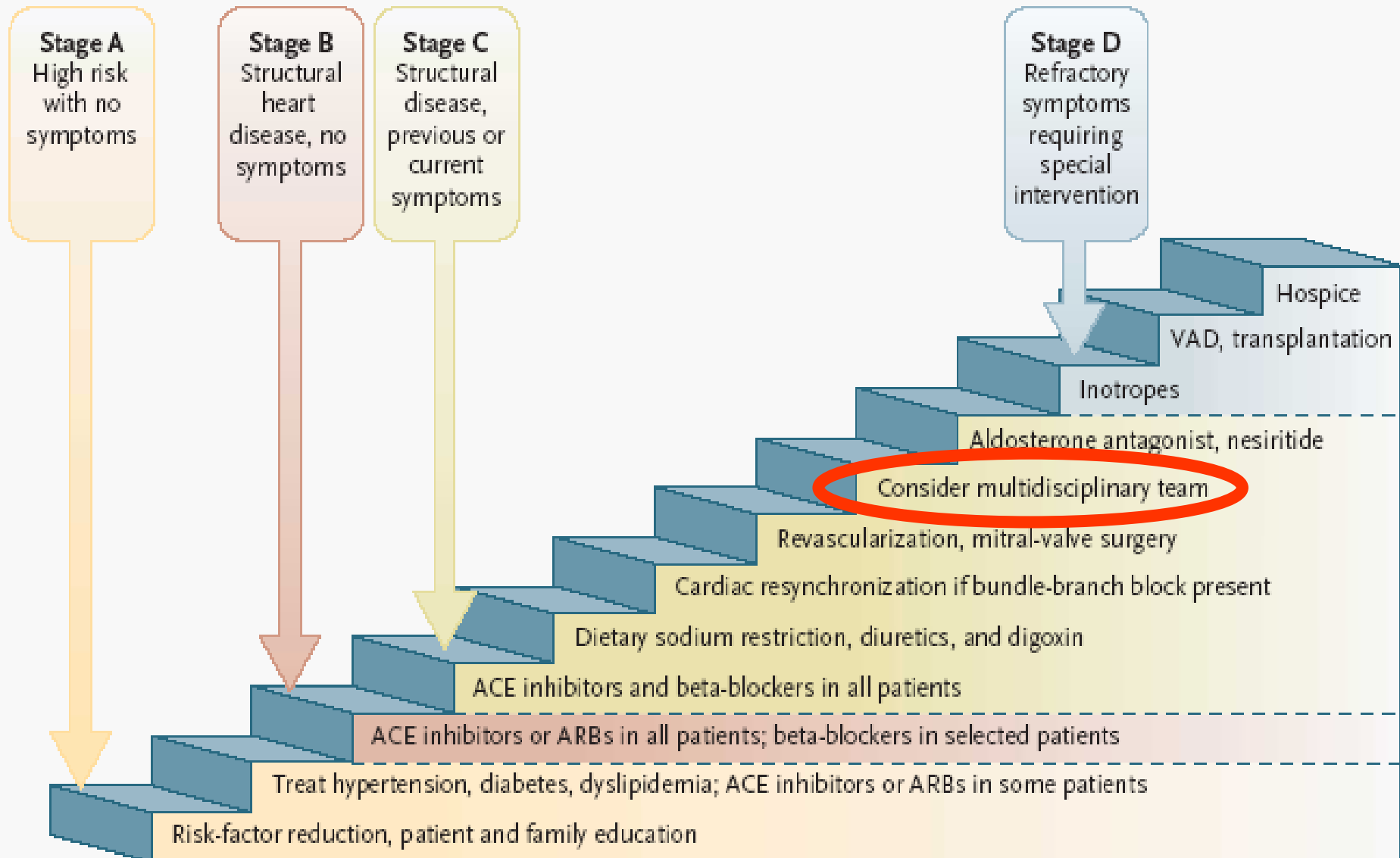


Heart Failure (2003)





Heart Failure (2003)



TEAM MULTIDISCIPLINARE

per il Disease Management Program (DMP)

◉ Quali figure professionali?

- Cardiologo Ospedaliero
- Internista Ospedaliero
- Cardiologo e/o Internista del Territorio
- Medico di Medicina Generale

TEAM MULTIDISCIPLINARE

per il Disease Management Program (DMP)

◉ Quali figure professionali?

- Cardiologo Ospedaliero
- Internista Ospedaliero
- Cardiologo e/o Internista del Territorio
- Medico di Medicina Generale
- **Infermiere professionale**

Studio osservazionale

Fattibilità ed efficacia di un programma di assistenza integrata tra ospedale e territorio basata su un ambulatorio infermieristico nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco. Risultati clinici a sei mesi e costi relativi

Alessandra Chinaglia, Gianni Gaschino, Riccardo Asteggiano, Giulio Titta, Ragnar Gullstrand*, Marco Bobbio**, Rita Trincherò

*Dipartimento di Cardiologia, ASL 3, *Soluzioni Metodologiche e Gestionali per la Sanità, **U.O. ADU Cardiologia, Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista, Torino*

Conclusioni. Un programma di gestione integrata dello scompenso cardiaco cronico che si avvale di un ambulatorio infermieristico riduce i ricoveri, migliora la classe funzionale NYHA, la qualità di vita e riduce i costi assistenziali.

TEAM MULTIDISCIPLINARE

per il Disease Management Program (DMP)

- Il complesso ruolo infermieristico, coinvolto ad operare attivamente e con maggiore autonomia nella gestione integrata del paziente con CHF, si concretizza in:
 - educazione del paziente e dei familiari rivolta alla conoscenza della malattia, a principi di self-care, al riconoscimento di segni e sintomi, all'aderenza alla terapia e alla consapevolezza dei possibili effetti collaterali, all'autogestione del diuretico per una precoce correzione delle instabilizzazioni;
 - verifica della compliance al trattamento farmacologico, alla dieta e al programma personalizzato impostato;
 - osservazione, interpretazione, comprensione e risoluzione di possibili dubbi e difficoltà del paziente;
 - organizzazione e collaborazione con i medici per la realizzazione del programma di cura;
 - raccolta e aggiornamento dei dati per il monitoraggio e la verifica dei risultati ottenuti

PERCORSO ORGANIZZATIVO

Progetto GIOTTO - Torino



TEAM MULTIDISCIPLINARE

per il Disease Management Program (DMP)

- ◎ Quali figure professionali?
 - Cardiologo Ospedaliero
 - Internista Ospedaliero
 - Cardiologo e/o Internista del Territorio
 - Medico di Medicina Generale
 - Infermiere professionale

 - Farmacista (?)
 - Assistente sociale (?)

Pharmacist Care of Patients With Heart Failure

A Systematic Review of Randomized Trials

Sheri L. Koshman, BScPharm, PharmD, ACPR; Theresa L. Charrois, BSc(Pharm), MSc;
Scot H. Simpson, BSP, PharmD, MSc; Finlay A. McAlister, MD, MSc, FRCPC;
Ross T. Tsuyuki, BSc(Pharm), PharmD, MSc, FCSHP

Conclusions: Pharmacist care in the treatment of patients with HF greatly reduces the risk of all-cause and HF hospitalizations. Since hospitalizations associated with HF are a major public health problem, the incorporation of pharmacists into HF care teams should be strongly considered.

Struttura dei DMP's

1. Individuazione delle risorse necessarie (umane):

- Medici cardiologi e internisti ospedalieri
- Medici cardiologi e internisti del territorio
- Medici di medicina generale
- Infermieri
 - Dell'ospedale
 - Del territorio

Struttura dei DMP's

1. Individuazione delle risorse necessarie (umane):

- Medici cardiologi e internisti ospedalieri
- Medici cardiologi e internisti del territorio
- Medici di medicina generale
- Infermieri
 - Dell'ospedale
 - Del territorio

2. Criteri di arruolamento dei pazienti con CHF:

- Recente ospedalizzazione
- Comorbidità (?)
- Età avanzata (?)

Struttura dei DMP's

3. Organizzazione del percorso di DM (condivisa dai vari operatori) con i ruoli specifici (formulazione dell'algoritmo del DMP's):

- A: Intraospedaliero
- B: Extraospedaliero

Necessità di definire le competenze

OSPEDALE



LUOGO DEDICATO ALLA CURA/
STABILIZZAZIONE DELLE FASE
ACUTA DI MALATTIA

TERRITORIO



LUOGO DEDICATO ALLA
GESTIONE DELLA FASE
CRONICA

Nella gestione integrata del paziente con CHF il focus si sposta dalle CURE OSPEDALIERE ➡ alle CURE sul TERRITORIO

**E' fondamentale una forte INTEGRAZIONE tra:
Istituzioni, Servizi, Professionisti**

Modello "tradizionale"



Day hospital-
Hospital



Telemonitoraggio



Ambulatorio
ospedaliero



Ambulatorio
cardiologico
distrettuale



MMG



Home care



Team
infermieristico

Modello di Trieste



Day hospital-
Hospital



Telemonitoraggio



Ambulatorio
ospedaliero



MMG

*Centro Cardiovascolare
Territoriale*



Home care



Team
infermieristico

Organizzazione del percorso di DM

- A: Percorso Intraospedaliero:
 - Dimissione precoce concordata (MMG, individuazione del case-manager (?))
 - Scheda di programma (terapie e schemi di follow-up)
 - Preparazione del paziente (obiettivi del programma, materiale educativo)
 - Preparazione della famiglia (strumenti del programma, materiale educativo)

Organizzazione del percorso di DM

- B: Percorso Extraospedaliero:
 - Educazione del paziente, anche in piccoli gruppi (scheda di self-control, dieta, peso corporeo, aderenza alle terapie, materiale educativo)
 - Educazione della famiglia, anche in piccoli gruppi (individuazione del care-giver, materiale educativo)
 - Sorveglianza telefonica (con frequenza stabilita in funzione della gravità e stabilità del quadro clinico) (infermiere, telemedicina)
 - Visite di controllo periodiche stabilite (domiciliari e non) (infermiere professionale, MMG, cardiologo)

The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports

Jonás Gonseth^a, Pilar Guallar-Castillón^b, José R. Banegas^b,
Fernando Rodríguez-Artalejo^{b,*}

Metanalisi di 54 studi di cui 27 randomizzati e controllati (CRT)

Conclusioni

“I programmi di Disease Management (DMP's) sono efficaci nel ridurre le riospedalizzazioni tra i pazienti anziani con HF. La loro efficacia è vicina a quella osservata nei trial clinici con i farmaci per l'HF, come gli ACE-i, i BB e la digossina. Comunque, poiché nessuno dei DMP's compara direttamente differenti interventi, non si conosce la relativa efficacia dei vari tipi di strategie organizzative all'interno dei vari DMP's”

Homecare for patients with heart failure in Italy

Alessandro Filippi, Emiliano Sessa*, Serena Pecchioli*, Gianluca Trifirò**, Fabio Samani, Giampiero Mazzaglia*

*Italian College of General Practitioners, *Health Search, Florence, **Department of Clinical and Experimental Medicine, Pharmacology Unit, University of Messina, Messina, Italy*

Studio con questionari su 320 MMG italiani (ricercatori Health Search – SIMG)

“In conclusione, in Italia migliaia di pazienti con CHF sono in genere assistiti per molto tempo domiciliariamente. Questo è un gruppo di pazienti molto in avanti con l'età, con pesanti comorbidità e grande bisogno di assistenza continuativa e prolungata, il peso della quale è a carico quasi esclusivo della famiglia. Molti di questi pazienti sono in classe NYHA III o IV e le ospedalizzazioni e le rivalutazioni cardiologiche sono molto frequenti. C'è URGENTE BISOGNO di ulteriori studi mirati a migliorare la qualità della gestione della salute dei pazienti anziani con CHF.”

Rivista SIMG

agosto 2005



SOCIETA' ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE

SCOMPENSO CARDIACO IN MEDICINA GENERALE

LA CORRETTA GESTIONE AMBULATORIALE DELLO SCOMPENSO
CARDIACO PUÒ LIMITARE LE RIOSPEDALIZZAZIONI?

LUCIO ZINNI

Medico di Medicina Generale, Paglieta (Chieti), SIMG Abruzzo

Ricerca



Conclusioni

“In base ai dati esaminati siamo portati a credere che la soluzione del problema della razionalizzazione delle ospedalizzazioni e riospedalizzazioni per SC

debba passare necessariamente

attraverso la condivisione del percorso assistenziale del paziente con SC da parte di

TUTTI GLI ATTORI INTERESSATI

(MMG, ospedalieri non solo cardiologi, medici di PS, medici ambulatoriali, medici della continuità assistenziale, infermieri, dirigenti amministrativi)

tramite l'adozione di comportamenti e linee guida che specifichino i contenuti diagnostici, terapeutici, assistenziali ed organizzativi dei diversi passaggi del percorso diagnostico-terapeutico dello SC,

**IN FUNZIONE DELLE RISORSE DISPONIBILI
A LIVELLO LOCALE”**

ORIGINAL INVESTIGATION

Effect of Moderate or Intensive Disease Management Program on Outcome in Patients With Heart Failure

Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH)

Tiny Jaarsma, PhD; Martje H. L. van der Wal, PhD; Ivonne Lesman-Leegte, MSc; Marie-Louise Luttik, PhD; Jochem Hogenhuis, PhD; Nic J. Veeger, MSc; Robbert Sanderma, PhD; Arno W. Hoes, MD; Wiek H. van Gilst, PhD; Dirk J. A. Lok, MD; Peter H. J. M. Dunselman, MD; Jan G. P. Tijssen, PhD; Hans L. Hillege, MD; Dirk J. van Veldhuisen, MD; for the Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH) Investigators

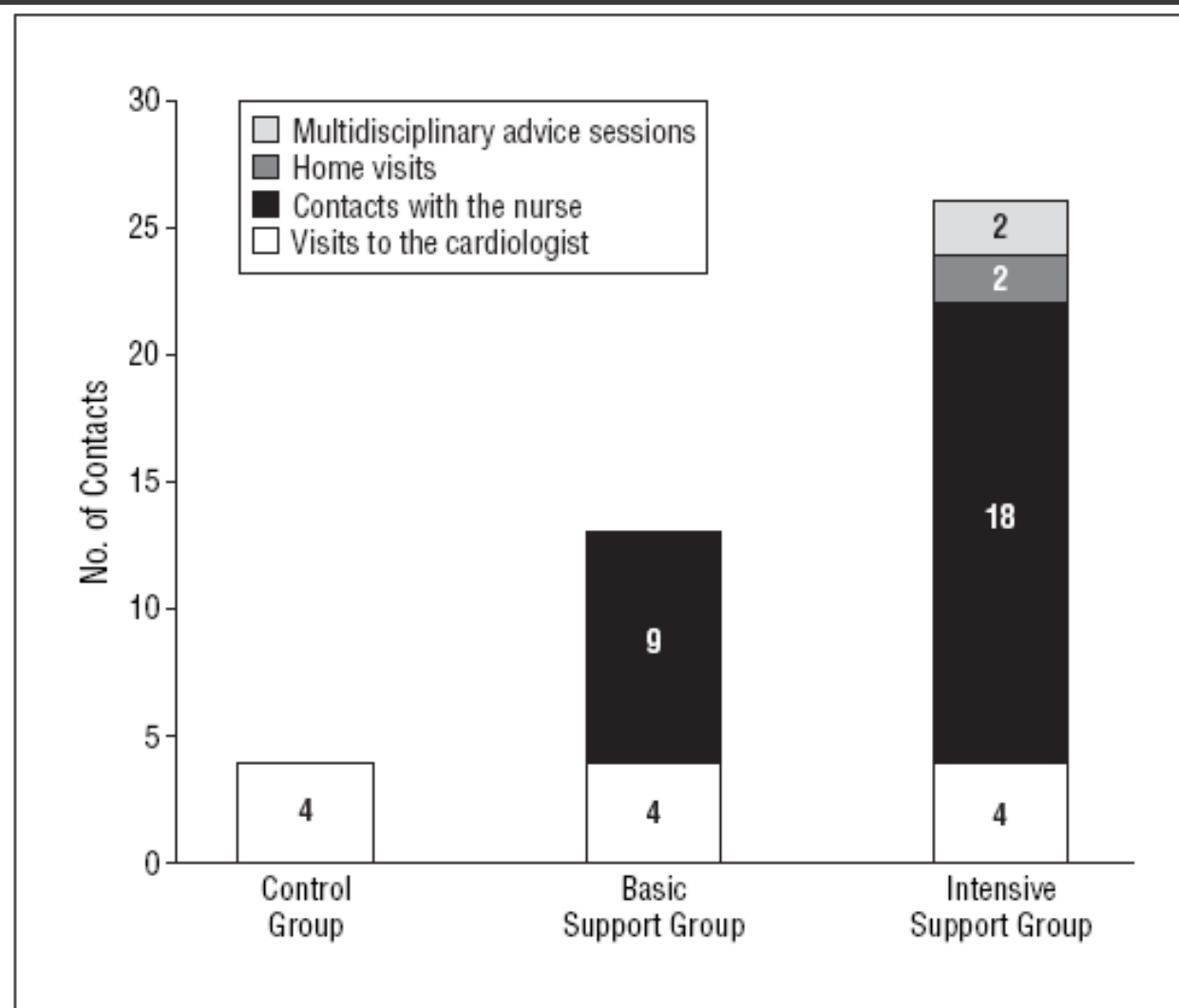


Figure 1. Protocol for contacts with health care providers (cardiologists and specially trained nurses) in the 3 groups.

Conclusioni

- Né l'intervento moderato, né l'intervento intensivo da parte di un Infermiere Professionale specializzato nel trattamento dei pazienti con CHF hanno ridotto gli end-points combinati di morte e riospedalizzazione a causa dell'HF se confrontati con la cura del solo cardiologo
- C'è stata una non significativa, ma potenzialmente rilevante, riduzione della mortalità per tutte le cause, accompagnata da un lieve incremento del numero delle ospedalizzazioni brevi in entrambi i gruppi di intervento (moderato e intensivo)

REVIEW ARTICLE

Statistical Models and Patient Predictors of Readmission for Heart Failure

A Systematic Review

Joseph S. Ross, MD, MHS; Gregory K. Mulvey, BA; Brett Stauffer, MD; Vishnu Patlolla, MD, MPH;
Susannah M. Bernheim, MD, MHS; Patricia S. Keenan, PhD; Harlan M. Krumholz, MD, SM

Conclusioni

- ⊙ La nostra revisione sistematica non ha permesso l'identificazione di alcun modello utile a paragonare i vari tassi di riospedalizzazione osservati.
- ⊙ I modelli disegnati per stabilire il profilo di rischio di riospedalizzazione dei pazienti non hanno dimostrato un livello di predittività consistente.
- ⊙ Clinicamente, la stratificazione del rischio di ospedalizzazione è problematica.
- ⊙ Da una prospettiva di politica sanitaria, non c'è alcuno studio in lingua inglese che abbia validato un modello di standardizzazione del rischio di riospedalizzazione dei pazienti con CHF.

THE LANCET

settembre 2008

The future of management programmes for heart failure

“Come dobbiamo
interpretare i risultati
contraddittori degli studi
più recenti?”

THE LANCET

settembre 2008

The future of management programmes for heart failure

- ⦿ Le differenze negli outcomes dei vari studi possono essere dovute alle differenze:
 - Della popolazione arruolata
 - Dei contenuti del programma
 - Delle figure professionali impiegate
 - Di come gli outcomes sono stati definiti e misurati

THE LANCET

settembre 2008

The future of management programmes for heart failure

- Lo scetticismo riguardo l'utilità dei DMP per lo Scompenso Cardiaco Cronico è utile perché impone ai ricercatori coinvolti di migliorare ulteriormente le variabili del programma, sia in fase di progettazione, che in fase di monitoraggio e valutazione

THE LANCET

settembre 2008

The future of management programmes for heart failure

“Non è opportuno impostare il dibattito futuro sulla questione se i DMP rivolti ai pazienti con CHF funzionino o no”

THE LANCET

settembre 2008

The future of management programmes for heart failure

RACCOMANDAZIONI

- ⊙ Includere popolazioni clinicamente rappresentative per l'età e le comorbidità
- ⊙ Progettare e descrivere in maniera analitica e sistematica il programma e le sue variabili (paziente, famiglia, ambiente, ecc.)
- ⊙ Analizzare e descrivere le caratteristiche della gestione del gruppo di controllo
- ⊙ Programmare un follow-up di almeno 2 anni
- ⊙ Promuovere un'analisi dei risultati esterna ed indipendente

LINEE GUIDA

Linee guida ESC per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco acuto e cronico 2008

Task Force per la Diagnosi e il Trattamento dello Scompenso Cardiaco Acuto e Cronico 2008 della Società Europea di Cardiologia. Linee guida elaborate in collaborazione con la Heart Failure Association dell'ESC (HFA) e approvate dalla European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)

Programmi di gestione dello scompenso cardiaco

- I programmi di gestione dello SC sono raccomandati nei pazienti recentemente ospedalizzati con SC e in quelli ad alto rischio.

Raccomandazione di classe I, livello di evidenza A

Table 1. Applying Classification of Recommendations and Level of Evidence

		SIZE OF TREATMENT EFFECT →			
		CLASS I <i>Benefit >>> Risk</i> Procedure/Treatment SHOULD be performed/administered	CLASS IIa <i>Benefit >> Risk</i> <i>Additional studies with focused objectives needed</i> IT IS REASONABLE to perform procedure/administer treatment	CLASS IIb <i>Benefit ≥ Risk</i> <i>Additional studies with broad objectives needed; additional registry data would be helpful</i> Procedure/Treatment MAY BE CONSIDERED	CLASS III <i>Risk ≥ Benefit</i> Procedure/Treatment should NOT be performed/administered SINCE IT IS NOT HELPFUL AND MAY BE HARMFUL
ESTIMATE OF CERTAINTY (PRECISION) OF TREATMENT EFFECT	LEVEL A Multiple populations evaluated* Data derived from multiple randomized clinical trials or meta-analyses	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is useful/effective ■ Sufficient evidence from multiple randomized trials or meta-analyses 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation in favor of treatment or procedure being useful/effective ■ Some conflicting evidence from multiple randomized trials or meta-analyses 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation's usefulness/efficacy less well established ■ Greater conflicting evidence from multiple randomized trials or meta-analyses 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is not useful/effective and may be harmful ■ Sufficient evidence from multiple randomized trials or meta-analyses
	LEVEL B Limited populations evaluated* Data derived from a single randomized trial or nonrandomized studies	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is useful/effective ■ Evidence from single randomized trial or nonrandomized studies 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation in favor of treatment or procedure being useful/effective ■ Some conflicting evidence from single randomized trial or nonrandomized studies 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation's usefulness/efficacy less well established ■ Greater conflicting evidence from single randomized trial or nonrandomized studies 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is not useful/effective and may be harmful ■ Evidence from single randomized trial or nonrandomized studies
	LEVEL C Very limited populations evaluated* Only consensus opinion of experts, case studies, or standard of care	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is useful/effective ■ Only expert opinion, case studies, or standard of care 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation in favor of treatment or procedure being useful/effective ■ Only diverging expert opinion, case studies, or standard of care 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation's usefulness/efficacy less well established ■ Only diverging expert opinion, case studies, or standard of care 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is not useful/effective and may be harmful ■ Only expert opinion, case studies, or standard of care

I programmi di gestione dello SC prevedono un approccio multidisciplinare che coordina la cura lungo il *continuum* della malattia attraverso la catena dell'assistenza prestata dai vari servizi del sistema sanitario. Un team multidisciplinare per lo SC è costituito da infermiere, cardiologo, medico generalista e fisioterapista, nonché da altre figure e servizi specialistici dell'assistenza sanitaria. I contenuti e la struttura dei programmi di gestione dello SC differiscono sensibilmente da un paese all'altro, a seconda del contesto sanitario, e sono elaborati specificamente per rispondere alle esigenze locali²³⁹.

Governo della Pratica Clinica (Clinical Governance)

- Aspetti importanti ed irrinunciabili:
 1. La Condivisione Multidisciplinare
 2. La Responsabilizzazione
 3. La Partecipazione

Governo della Pratica Clinica (Clinical Governance)

1: La Condivisione Multidisciplinare

Il risultato degli interventi e dei servizi sanitari è dato in larga misura non tanto dall'abilità e capacità tecnica dei singoli operatori, ma piuttosto dalla buona capacità operativa dei team di addetti all'erogazione dei servizi. Per ottenere i risultati desiderati, infatti, occorre che le capacità tecnico-cliniche dei team siano adeguatamente supportate da un ambiente organizzativo e amministrativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi clinici dei servizi.

Governo della Pratica Clinica (Clinical Governance)

2: La Responsabilizzazione

Porsi l'obiettivo di una buona qualità dell'assistenza nei confronti del sistema all'interno del quale si opera (il SSN e i suoi utenti), non come generico compito professionale del singolo operatore, ma come impegno dei team nel loro insieme, attraverso la scelta responsabile di sottoporsi a forme di controllo e monitoraggio delle proprie prestazioni secondo principi di valutazione professionalmente condivisi è il punto di partenza per il mantenimento e perseguimento di una buona qualità dell'assistenza.

Governo della Pratica Clinica (Clinical Governance)

3: La Partecipazione

Un processo di condivisione e partecipazione attiva degli utenti all'attività dei servizi corrisponde non solo a un generico diritto del paziente, ma soprattutto ad una delle condizioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi clinici desiderati.

Partecipazione dell'utenza significa, in concreto, avviare una politica di comunicazione e informazione con il pubblico, affinché migliori la consapevolezza rispetto a quanto può ragionevolmente attendersi dagli interventi sanitari disponibili e dalla tipologia di offerta dei servizi.

Significa anche migliore comunicazione con il paziente, per ottenere una sua maggiore collaborazione con gli operatori, affinché adotti egli stesso comportamenti pienamente funzionali al raggiungimento degli obiettivi clinici desiderati.



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

Analisi dei determinanti dell'ospedalizzazione evitabile nella regione Lazio

Viola G., Rosano A., Di Domenicantonio R., Guasticchi G.

**XXXII Congresso annuale AIE
Milano, 15-17 ottobre 2008**

L'OSPEDALIZZAZIONE EVITABILE (1)



Contesto

Il concetto di ospedalizzazione evitabile viene ideato negli Stati Uniti all'inizio degli anni '90.

Definizione

L'ospedalizzazione evitabile (OE) si riferisce ai ricoveri per condizioni che possono essere trattate mediante una preventiva e appropriata presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali (*ambulatory care sensitive conditions*, **ACSC**), a fini di prevenzione, gestione o controllo, evitando il ricorso all'assistenza ospedaliera.

L'OSPEDALIZZAZIONE EVITABILE (2)



L'OE costituisce un indicatore indiretto dell'accessibilità e della qualità dell'assistenza primaria e territoriale: permette di identificare potenziali aree critiche in termini di continuità assistenziale.

È facilmente rilevabile a partire dai dati amministrativi correntemente disponibili.

Si differenzia dall'ospedalizzazione inappropriata (dal punto di vista clinico e organizzativo), in quanto non pone in discussione né l'appropriatezza della prestazione né quella del *setting* assistenziale.

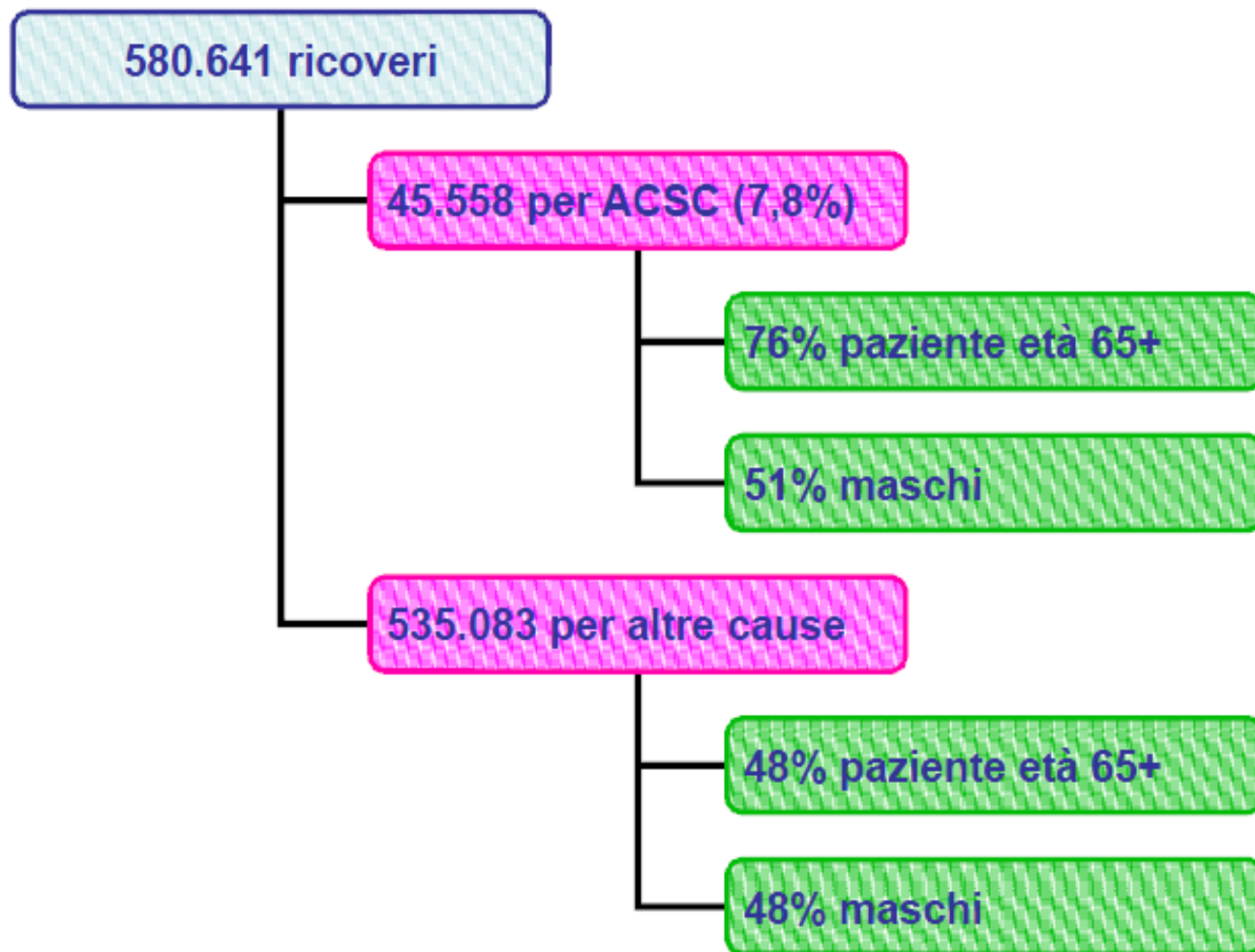
OBIETTIVO DELLO STUDIO



Valutare l'esistenza dell'associazione tra OE e i fattori livello di **istruzione e livello di **urbanizzazione** del comune di residenza nell'ambito dei ricoveri del Lazio del 2006.**

Il livello di urbanizzazione del comune di residenza viene considerato un indicatore dell'accessibilità ai servizi territoriali.

RISULTATI: ANALISI DESCRITTIVA (1)



(Ambulatory Care Sensitive Conditions, ACSC Weissman, 1992).

RISULTATI: ANALISI DESCRITTIVA (2)

58.541 ricoveri per ACSC

13.296 per condizioni acute (23%)

56% per polmonite batterica

21% per infezioni del tratto urinario

45.245 per condizioni croniche (77%)

37% per insufficienza cardiaca

29% per diabete e coma ipoglicemico

(Ambulatory Care Sensitive Conditions, ACSC Weissman, 1992).

CONSIDERAZIONI SUI RISULTATI



Più di un ricovero su 13 è potenzialmente evitabile.

Sebbene l'ospedalizzazione non possa essere evitata in tutti i casi di ricovero per ACSC, è verosimile che una gestione più accurata del paziente a livello territoriale, per la prevenzione, la gestione e il controllo della patologia possa ridurre l'entità del fenomeno.

Il fenomeno dell'OE riguarda pazienti di età maggiore di 64 anni per il 69%.

L'accessibilità dei servizi di assistenza primaria e ambulatoriale è di centrale importanza per la popolazione più anziana.

I risultati evidenziano una associazione tra un basso livello di istruzione e il rischio di ospedalizzazione per ACSC.

È auspicabile che l'offerta di assistenza territoriale sia accompagnata da azioni volte a migliorare l'accessibilità dei pazienti, in particolare quelli appartenenti alle fasce meno istruite della popolazione.

Le analisi suggeriscono un'associazione tra la residenza in un comune di dimensioni minori e il rischio di OE per condizioni croniche.

Si conferma l'importanza della diffusione capillare dei centri di assistenza territoriale e dell'integrazione tra ospedale e territorio per la gestione del paziente cronico.

CONSIDERAZIONI SUI RISULTATI



Più di un ricovero su 13 è potenzialmente evitabile.

Sebbene l'ospedalizzazione non possa essere evitata in tutti i casi di ricovero per ACSC, è verosimile che una gestione più accurata del paziente a livello territoriale, per la prevenzione, la gestione e il controllo della patologia possa ridurre l'entità del fenomeno.

Il fenomeno dell'OE riguarda pazienti di età maggiore di 64 anni per il 69%.

L'accessibilità dei servizi di assistenza primaria e ambulatoriale è di centrale importanza per la popolazione più anziana.

I risultati evidenziano una associazione tra un basso livello di istruzione e il rischio di ospedalizzazione per ACSC.

È auspicabile che l'offerta di assistenza territoriale sia accompagnata da azioni volte a migliorare l'accessibilità dei pazienti, in particolare quelli appartenenti alle fasce meno istruite della popolazione.

Le analisi suggeriscono un'associazione tra la residenza in un comune di dimensioni minori e il rischio di OE per condizioni croniche.

Si conferma l'importanza della diffusione capillare dei centri di assistenza territoriale e dell'integrazione tra ospedale e territorio per la gestione del paziente cronico.

CONSIDERAZIONI SUI RISULTATI



Più di un ricovero su 13 è potenzialmente evitabile.

Sebbene l'ospedalizzazione non possa essere evitata in tutti i casi di ricovero per ACSC, è verosimile che una gestione più accurata del paziente a livello territoriale, per la prevenzione, la gestione e il controllo della patologia possa ridurre l'entità del fenomeno.

Il fenomeno dell'OE riguarda pazienti di età maggiore di 64 anni per il 69%.

L'accessibilità dei servizi di assistenza primaria e ambulatoriale è di centrale importanza per la popolazione più anziana.

I risultati evidenziano una associazione tra un basso livello di istruzione e il rischio di ospedalizzazione per ACSC.

È auspicabile che l'offerta di assistenza territoriale sia accompagnata da azioni volte a migliorare l'accessibilità dei pazienti, in particolare quelli appartenenti alle fasce meno istruite della popolazione.

Le analisi suggeriscono un'associazione tra la residenza in un comune di dimensioni minori e il rischio di OE per condizioni croniche.

Si conferma l'importanza della diffusione capillare dei centri di assistenza territoriale e dell'integrazione tra ospedale e territorio per la gestione del paziente cronico.

CONSIDERAZIONI SUI RISULTATI



Più di un ricovero su 13 è potenzialmente evitabile.

Sebbene l'ospedalizzazione non possa essere evitata in tutti i casi di ricovero per ACSC, è verosimile che una gestione più accurata del paziente a livello territoriale, per la prevenzione, la gestione e il controllo della patologia possa ridurre l'entità del fenomeno.

Il fenomeno dell'OE riguarda pazienti di età maggiore di 64 anni per il 69%.

L'accessibilità dei servizi di assistenza primaria e ambulatoriale è di centrale importanza per la popolazione più anziana.

I risultati evidenziano una associazione tra un basso livello di istruzione e il rischio di ospedalizzazione per ACSC.

È auspicabile che l'offerta di assistenza territoriale sia accompagnata da azioni volte a migliorare l'accessibilità dei pazienti, in particolare quelli appartenenti alle fasce meno istruite della popolazione.

Le analisi suggeriscono un'associazione tra la residenza in un comune di dimensioni minori e il rischio di OE per condizioni croniche.

Si conferma l'importanza della diffusione capillare dei centri di assistenza territoriale e dell'integrazione tra ospedale e territorio per la gestione del paziente cronico.

Disease Management Program (DMP)

SCOMPENSO CARDIACO CRONICO (CHF)

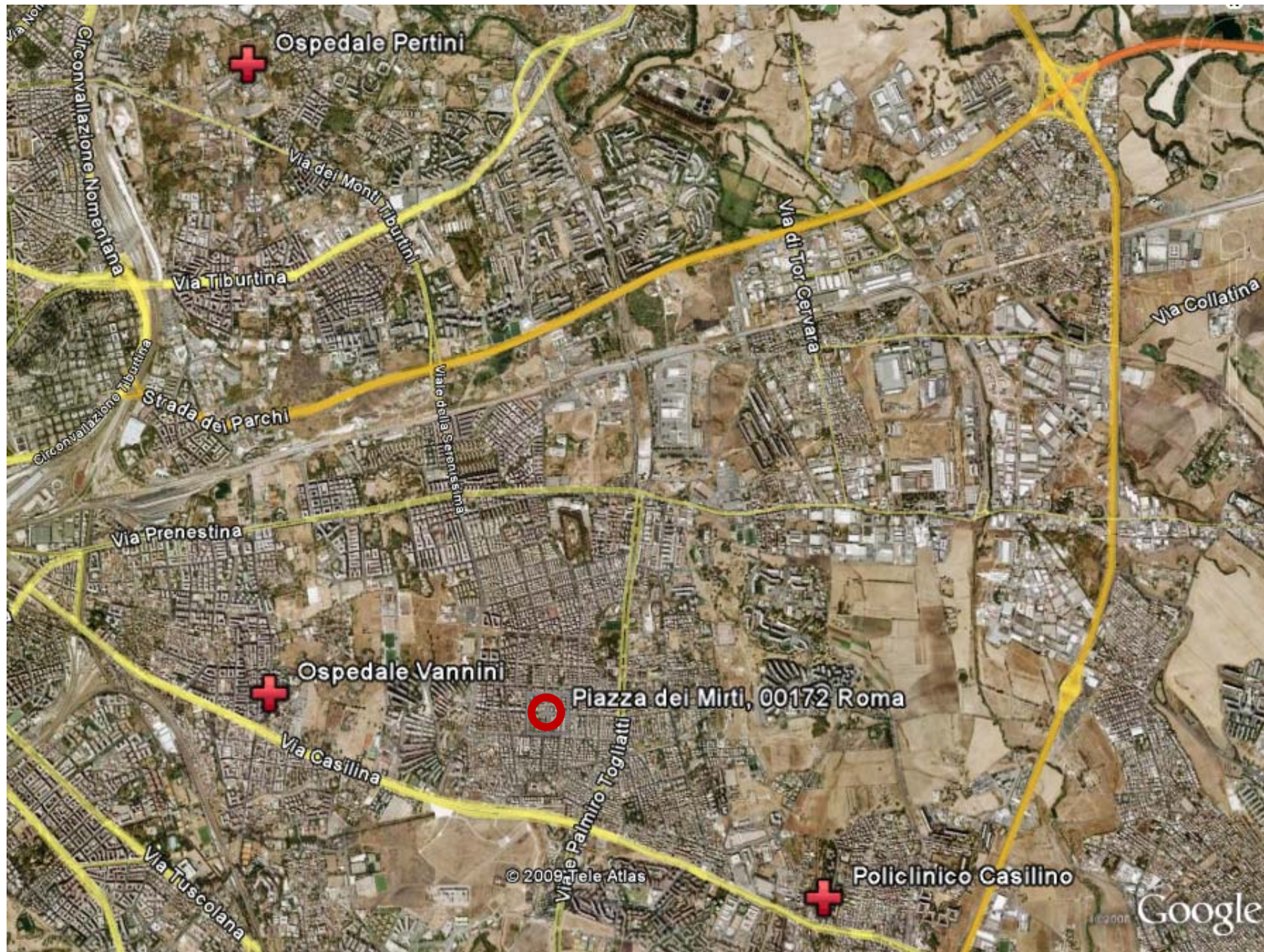
cominciamo a programmare

un

possibile modello di

INTERAZIONE ed INTEGRAZIONE

nel nostro territorio



Ospedale Pertini



Via dei Monti Tiburtini

Via Tiburtina

Strada dei Parchi

Via Prenestina

Ospedale Vannini



Piazza dei Mirti, 00172 Roma



Via Casilina

Viale Palmiro Togliatti

Policlinico Casilino



Via Tuscolana

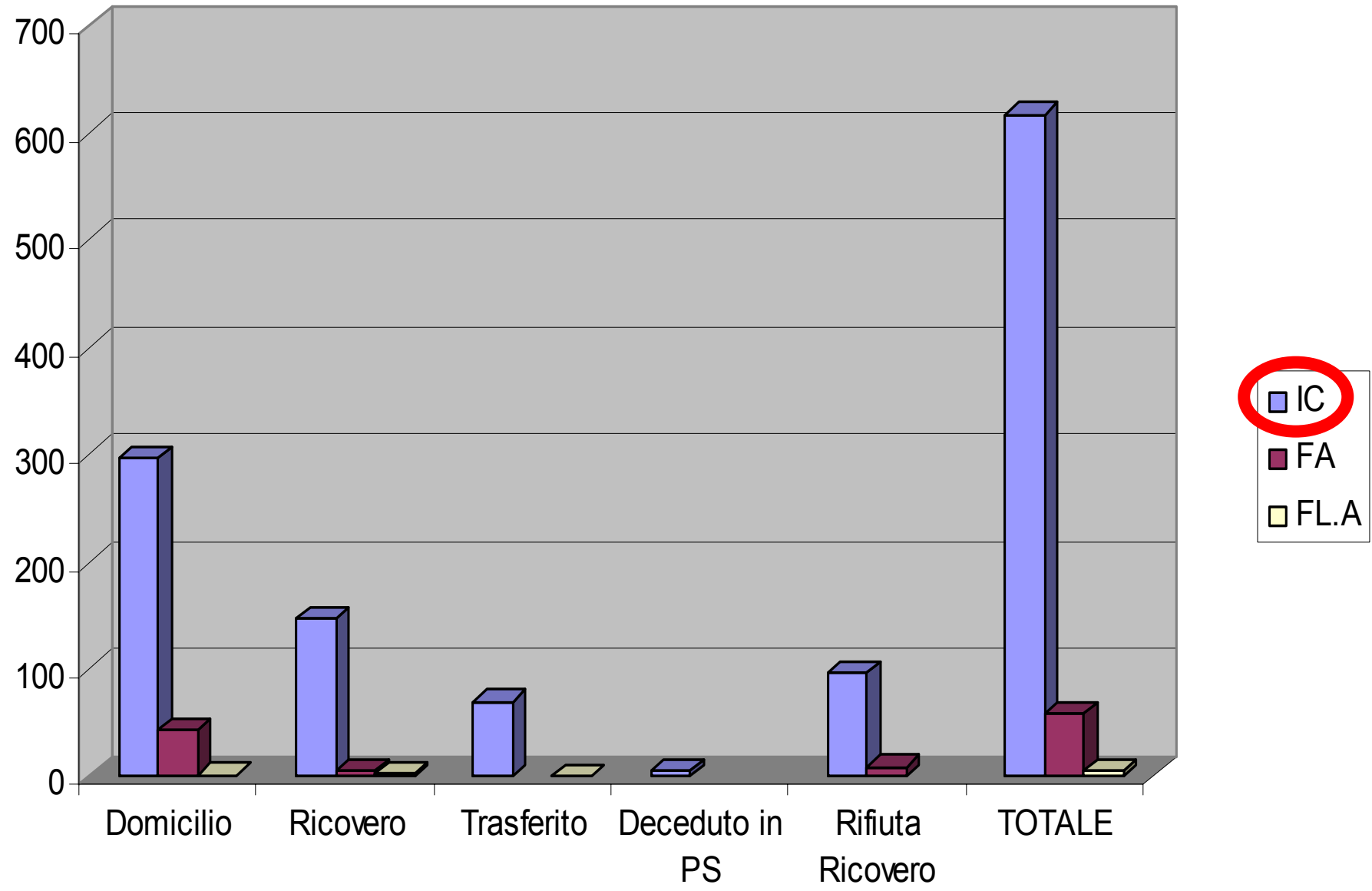
Via Collatina

© 2009 Tele Atlas

Google

ACCESSI in PS ASL RMB 1° Sem 2008

Gentilmente concessa
dalla Dr.ssa I. Protani





Gentilmente concessa
dalla Dr.ssa I. Protani

Ma quale è il percorso seguito dai Pazienti
che hanno rifiutato il ricovero o sono stati
dimessi dopo l'accesso al P.S.?

- MMG?
- Specialista?
- Nessuna assistenza diretta



Gentilmente concessa
dalla Dr.ssa I. Protani

E per i pazienti dimessi dopo ricovero?

Le LG per la stesura del Piano Attuativo Locale previsto per il triennio 2008-2010 (B.U. 34 del 13/9/08) prevedono una rete dei Servizi e per la continuità assistenziale.



Gruppo Ninfee

2° distretto ASL RM B

Nel 2005:

- 8 MMG
- 8.697 assistiti

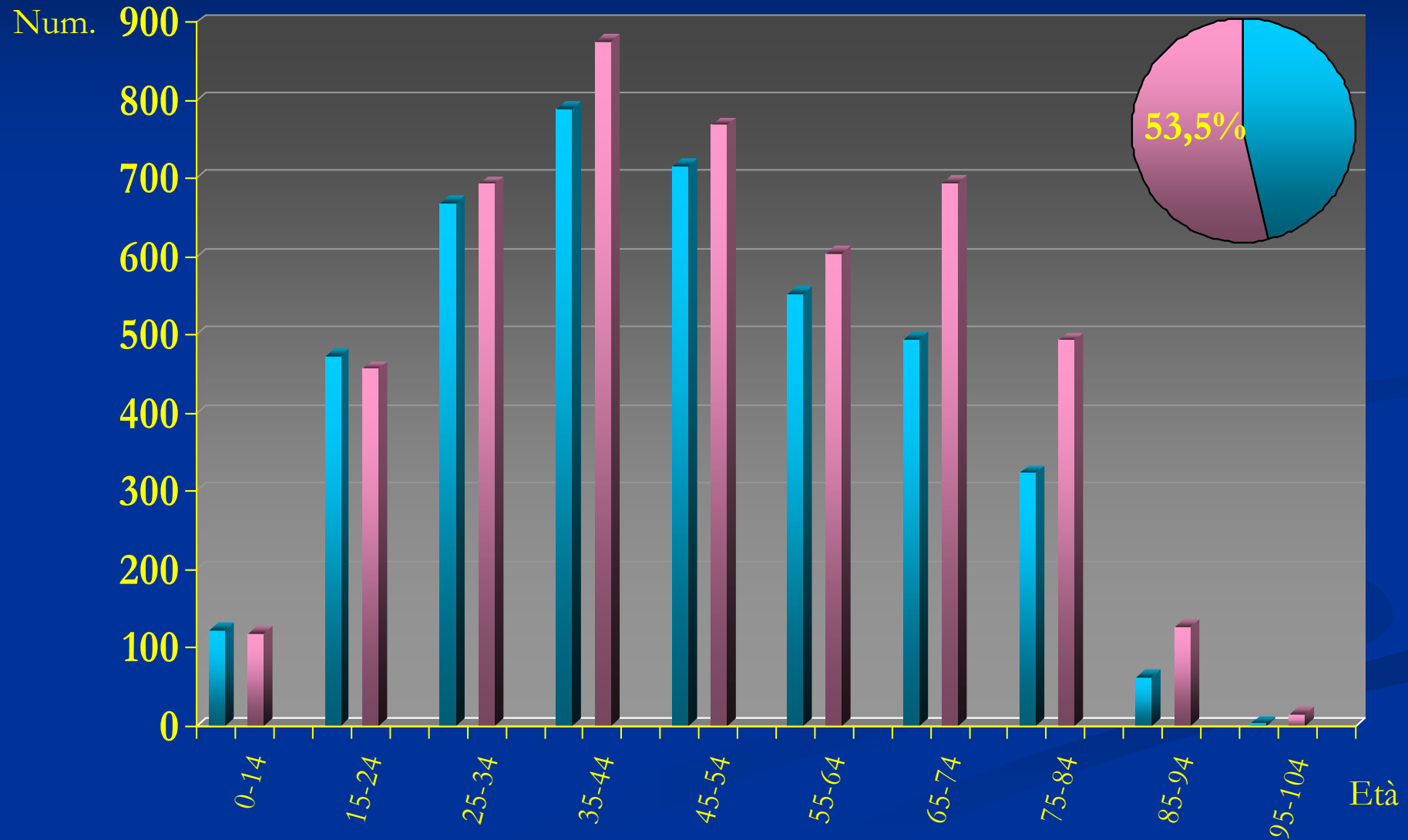
Nel 2007:

- 12 MMG
- 12.1477 assistiti




Popolazione 2006

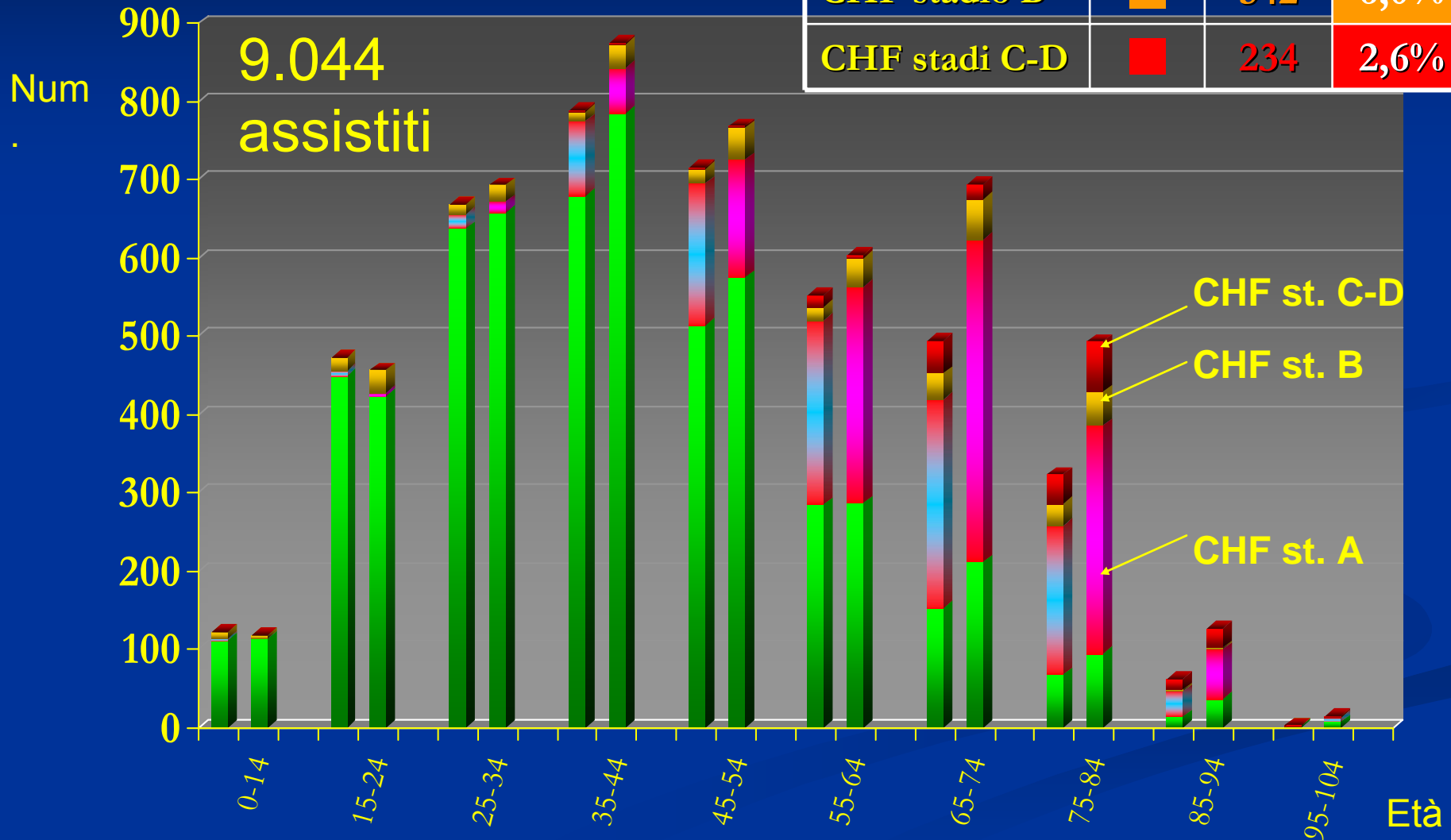
Gruppo Ninfee
8 MMG 9.044 assistiti

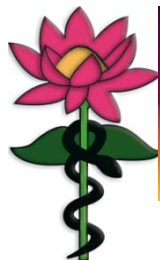




Scompenso Cardiaco (CHF) Stadi A , B e C-D (2006)

NO CHF		5.964	65,9%
CHF stadio A	 	2.304	25,5%
CHF stadio B		542	6,0%
CHF stadi C-D		234	2,6%





GRUPPO NINFÉE

2° Distretto ASL RM B

**Analisi dei dati del DataBase
GRUPPO NINFÉE
(16 + 2)**

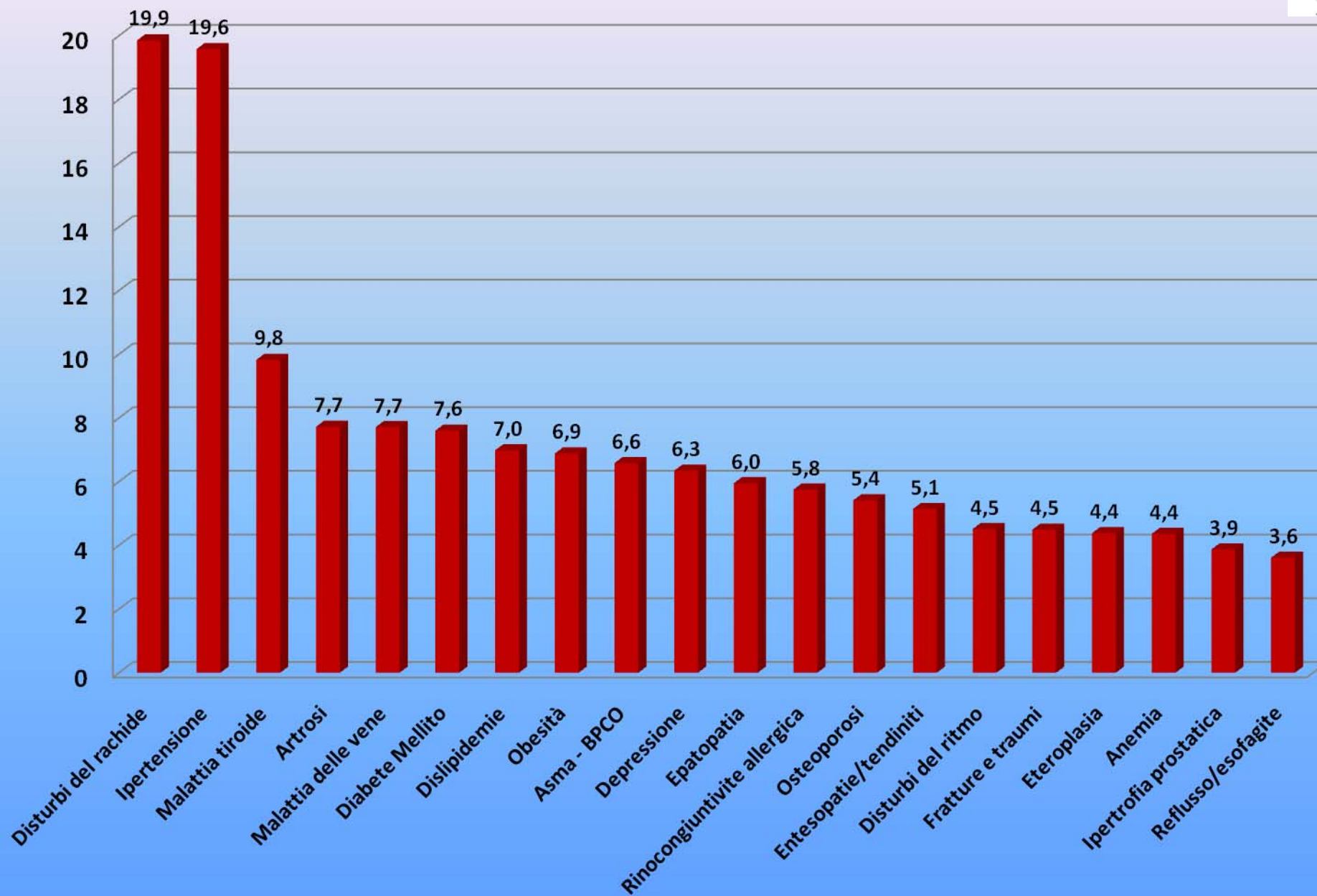
19.851 pazienti attivi

Prevalenza delle Patologie nel 2008

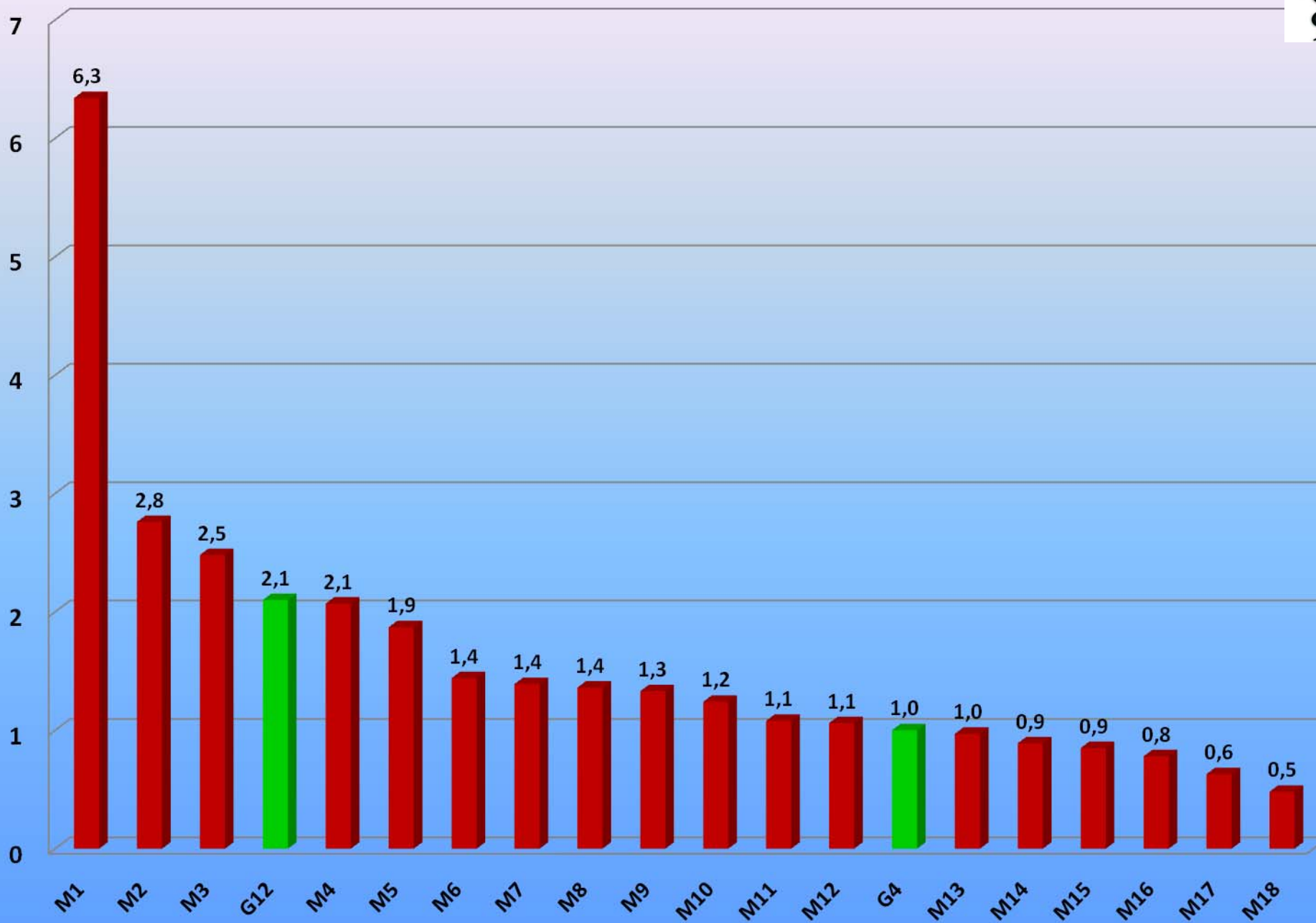
Biagio Valente
18 febbraio 2009

Gruppo Ninfee (12 MMG)

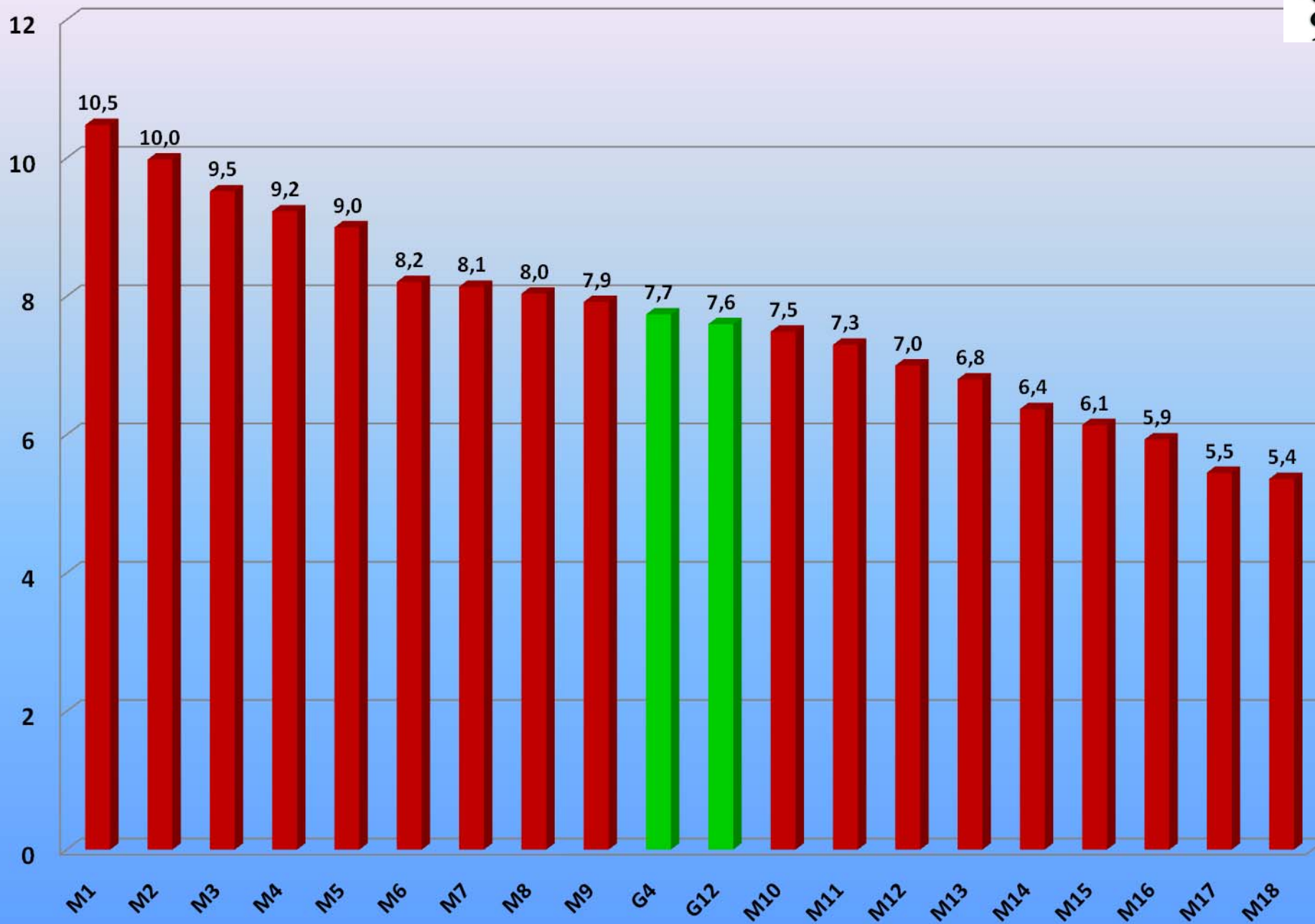
Prevalenza 2008: Prime venti Patologie



Gruppo Ninfee - Scompensso Cardiaco (prevalenza 2008)



Gruppo Ninfee - 6a Patologia 2008: Diabete Mellito (prevalenza)



DMP CHF 2008 (bozza iniziale)

Programma del Progetto:

1. Formare la “squadra” operativa
2. Stabilire gli obiettivi
3. Identificare le modalità di attuazione
4. Quantizzare e reperire le risorse necessarie
 - a. Umane
 - b. Logistiche
 - c. Economiche
5. Programmare i metodi di monitoraggio “in itinere”
6. Valutare i risultati (outcomes) ai tempi stabiliti (6 mesi – 1 anno, ecc.)

DMP CHF 2008 (bozza iniziale)

Programma del Progetto:

1. Formare la “squadra” operativa
2. Stabilire gli obiettivi
3. Identificare le modalità di attuazione
4. Quantizzare e reperire le risorse necessarie
 - a. Umane
 - b. Logistiche
 - c. Economiche
5. Programmare i metodi di monitoraggio “in itinere”
6. Valutare i risultati (outcomes) ai tempi stabiliti (6 mesi – 1 anno, ecc.)

1) Squadra operativa (brainstorming)

1. Cardiologo Ospedaliero
2. Internista Ospedaliero
3. Responsabile Pronto Soccorso
4. Cardiologo e/o Internista ambulatoriale
5. Medico di Medicina Generale
6. Infermiere Professionale
7. Fisioterapista
8. Assistente sociale
- 9....
- 10....

DMP CHF 2008 (bozza iniziale)

Programma del Progetto:

1. Formare la “squadra” operativa
2. **Stabilire gli obiettivi**
3. Identificare le modalità di attuazione
4. Quantizzare e reperire le risorse necessarie
 - a. Umane
 - b. Logistiche
 - c. Economiche
5. Programmare i metodi di monitoraggio “in itinere”
6. Valutare i risultati (outcomes) ai tempi stabiliti (6 mesi – 1 anno, ecc.)

2) OBIETTIVI (brainstorming)

1. Ridurre le Ospedalizzazioni (?)
2. Ridurre le Riospedalizzazioni
3. Migliorare la Qualità della vita del paziente (?)
4. Aumentare la Quantità di vita del paziente (???)
5. Migliorare la Qualità del lavoro degli operatori
 - a. Maggiore e migliore reciproca conoscenza
 - b. Maggiore soddisfazione professionale
6. Migliorare l'utilizzo delle risorse (?)
 - a. Umane
 - b. Economiche
 - c. Logistiche
7.
8.

DMP CHF 2008 (bozza iniziale)

Programma del Progetto:

1. Formare la “squadra” operativa
2. Stabilire gli obiettivi
3. **Identificare le modalità di attuazione**
4. Quantizzare e reperire le risorse necessarie
 - a. Umane
 - b. Logistiche
 - c. Economiche
5. Programmare i metodi di monitoraggio “in itinere”
6. Valutare i risultati (outcomes) ai tempi stabiliti (6 mesi – 1 anno, ecc.)

2) Modalità di Attuazione (brainstorming)

1. Come scegliere gli operatori:

- a. Disponibilità ed interesse al progetto
- b. Disponibilità al lavoro in TEAM
- c. Disponibilità ad una formazione per il progetto

2. Come scegliere i pazienti

1. Pazienti ospedalizzati per Scompenso Cardiaco
2. Pazienti “cardiopatici” anziani con particolare disagio sociale (?)
3. Pazienti “complianti” ed “educati” al Progetto

3. Quali Modelli di “Care”

- a. Identificare il “Case Manager”
- b. Interventi domiciliari, contatti telefonici, telemedicina (?)
- c. Chi fa “cosa” e “quando” e “dove”
- d. Organizzazione del sistema di comunicazione tra gli operatori

4.

5.

DMP CHF 2008 (bozza iniziale)

Programma del Progetto:

1. Formare la “squadra” operativa
2. Stabilire gli obiettivi
3. Identificare le modalità di attuazione
4. **Quantizzare e reperire le risorse necessarie**
 - a. Umane
 - b. Logistiche
 - c. Economiche
5. Programmare i metodi di monitoraggio “in itinere”
6. Valutare i risultati (outcomes) ai tempi stabiliti (6 mesi – 1 anno, ecc.)



REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO

Roma, 13 settembre 2008

PARTE PRIMA - PARTE SECONDA

Si pubblica normalmente il 7, 14, 21 e 28 di ogni mese
Registrazione: Tribunale di Roma n. 569/1986

PARTE I

ATTI DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA 5 settembre 2008, n. 18.

Approvazione della “Programmazione per l’integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio”
e delle “Linee guida per la stesura del Piano Attuativo Locale triennale 2008-2010” Pag. 3

IL PRESIDENTE
In qualità di Commissario ad Acta

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008;

DECRETA

- di approvare i sotto indicati documenti allegati al presente provvedimento e del quale costituiscono parte integrante:


- “Programmazione per l’integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio” (All. 1);
- “Linee guida per la stesura del Piano Attuativo Locale triennale 2008 – 2010” (All. 2), comprensive del cronoprogramma di attuazione.

Dalla data di notifica del presente atto decorre il termine di 60 gg. per la redazione dei Piani Attuativi Locali.

Il presente decreto verrà pubblicato sul BUR della Regione Lazio.

Il Presidente
MARRAZZO

effettivamente eroga la prestazione. Le fonti di finanziamento, sulla scorta degli elementi sotto individuati per il 2008 sono le seguenti :

- 1) le risorse professionali, strutturali e tecnologiche in parte rese disponibili dalla manovra di razionalizzazione prevista dal Piano di rientro;
- 2) specifiche risorse economiche (come da tabella A  parte integrante del presente documento) pari a € 98.879.544,00 di cui:
 - il 47,6% pari a 47.066.662,944 quale percentuale di spesa attualmente impiegata;
 - il restante 52,4% pari a € 51.812.881,056 così individuato:
 - a. parte dalle risorse impegnate con Deliberazione n. 1044/07 - Allegato 2 - relativamente agli obiettivi previsti nella linea progettuale 1 – Cure Primarie - 1B “Casa della Salute” pari a € 24.000.000;
 - b. parte dalle risorse impegnate con Deliberazione n. 1044/07 - Allegato 2 - voce 3.a “Pianificazione attività formative e percorsi di qualità per gli operatori della sanità” pari a € 700.000;
 - c. finanziamento proveniente dal fondo per la non autosufficienza di cui all’articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, pari ad € 8.394.171,09;
 - d. risorse pari a € 18.718.709,966 già assegnate per garantire il livello di assistenza territoriale di cui alla Deliberazione n. 1050/07 “Riparto tra le Aziende Sanitarie Locali del Lazio delle risorse disponibili a valere sul F.S.R. per l’anno 2008”.

DMP CHF 2008 (bozza iniziale)

Programma del Progetto:

1. Formare la “squadra” operativa
2. Stabilire gli obiettivi
3. Identificare le modalità di attuazione
4. Quantizzare e reperire le risorse necessarie
 - a. Umane
 - b. Logistiche
 - c. Economiche
5. Programmare i metodi di monitoraggio “in itinere”
6. Valutare i risultati (outcomes) ai tempi stabiliti (6 mesi – 1 anno, ecc.)

DMP CHF 2008 (bozza iniziale)

Programma del Progetto:

1. Formare la “squadra” operativa
2. Stabilire gli obiettivi
3. Identificare le modalità di attuazione
4. Quantizzare e reperire le risorse necessarie
 - a. Umane
 - b. Logistiche
 - c. Economiche
5. Programmare i metodi di monitoraggio “in itinere”
6. Valutare i risultati (outcomes) ai tempi stabiliti (6 mesi, 1 anno, 2 anni, ecc.)

MODELLO DI INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO



MODELLO DI INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO



MODELLO DI INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO

RISORSE UMANE

Ospedale

MMG

SI

Disease Management
Program

(Scopenso Cardiaco)

Medici
Ambulatoriali

Dipartimento
Infermieristico

RISORSE ECONOMICHE

Diminuzione delle Ospedalizzazioni
Diminuzione delle Ospedalizzazioni
Miglioramento della Qualità di Vita del paziente
Aumento della Quantità di Vita del paziente

???



GRUPPO NINFÉE

2° Distretto ASL RM B

GRAZIE !

Dr.ssa	P. Arena	Dr.	A. Carbonaro
Dr.	R. Ceccarini	Dr.	R. Cerbara
Dr.	A. Ciciarello	Dr.ssa	F. Coppeta
Dr.	R. D'Antonio	Dr.	M. Fabiani
Dr.ssa	M.G. Fontana	Dr.ssa	M.G. Ginnetti
Dr.	P. Micarelli	Dr.ssa	F. Pescosolido
Dr.ssa	M.G. Scaramazza	Dr.	L. Spalletta
Dr.	F. Testa	Dr.	G. Taeggi
Dr.	C. Tarquini		

Biagio Valente