

L'ESPERIENZA DELLA REGIONE VENETO

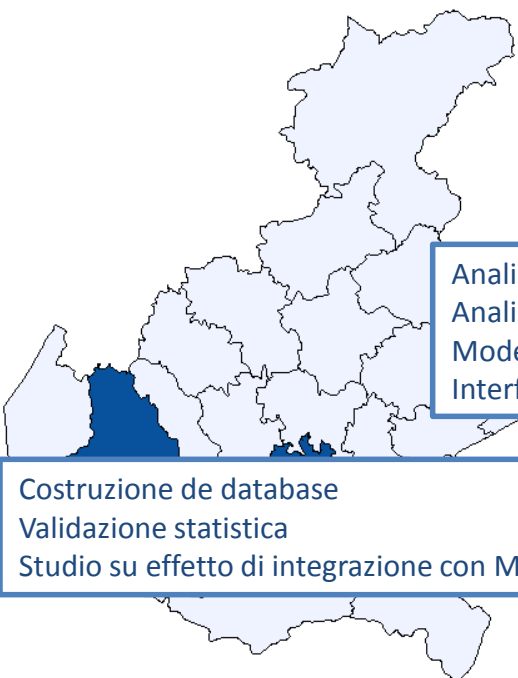
Cristina Basso
Silvia Tiozzo Netti
Maria Chiara Corti

Roma, 14 marzo 2018



DA DOVE SIAMO PARTITI...

2012

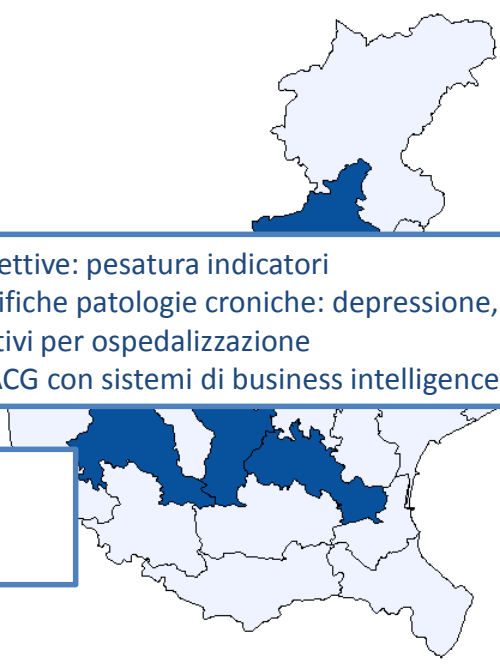


Analisi retrospettive: pesatura indicatori
Analisi su specifiche patologie croniche: depressione, diabete,
Modelli predittivi per ospedalizzazione
Interfaccia di ACG con sistemi di business intelligence

Costruzione de database
Validazione statistica
Studio su effetto di integrazione con MMG

1.000.000 abitanti
20% della popolazione del Veneto

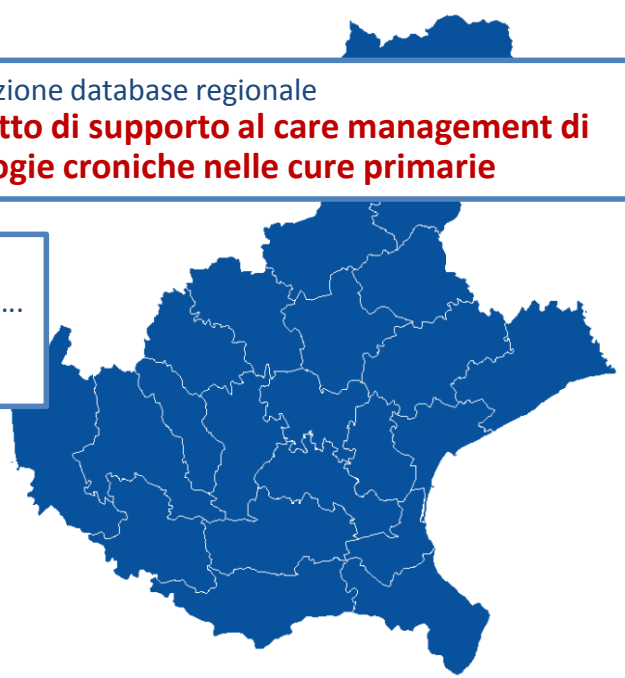
2013



Costruzione database regionale
Progetto di supporto al care management di patologie croniche nelle cure primarie

2.000.000 abitanti
40% della popolazione del Veneto

2014....



≈5.000.000 abitanti
100% della popolazione del Veneto



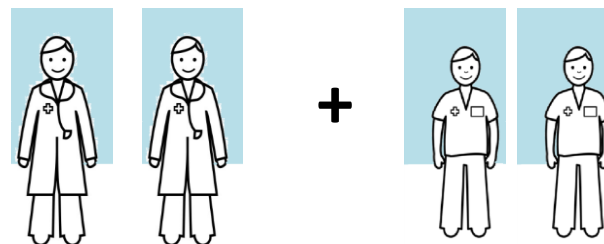
IL MODELLO DI CARE MANAGEMENT nella REGIONE VENETO



Per ogni ex AULSS veneta:

2 MMG

**2 Infermieri
Care Manager**



Tot 42 MMG + 42 Inf. CM



PECULIARITÀ DEL MODELLO DI CARE MANAGEMENT della REGIONE VENETO

Strumento metodologico di case-mix	Sistema ACG (Adjusted Clinical Groups®)
Tipologia di pazienti	Con scompenso cardiaco e multimorbilità
Setting	Domicilio
Team di riferimento	MMG Infermiere Care Manager (ADI-Cure Primarie)
Strumenti operativi	Piattaforma WEB Tablet

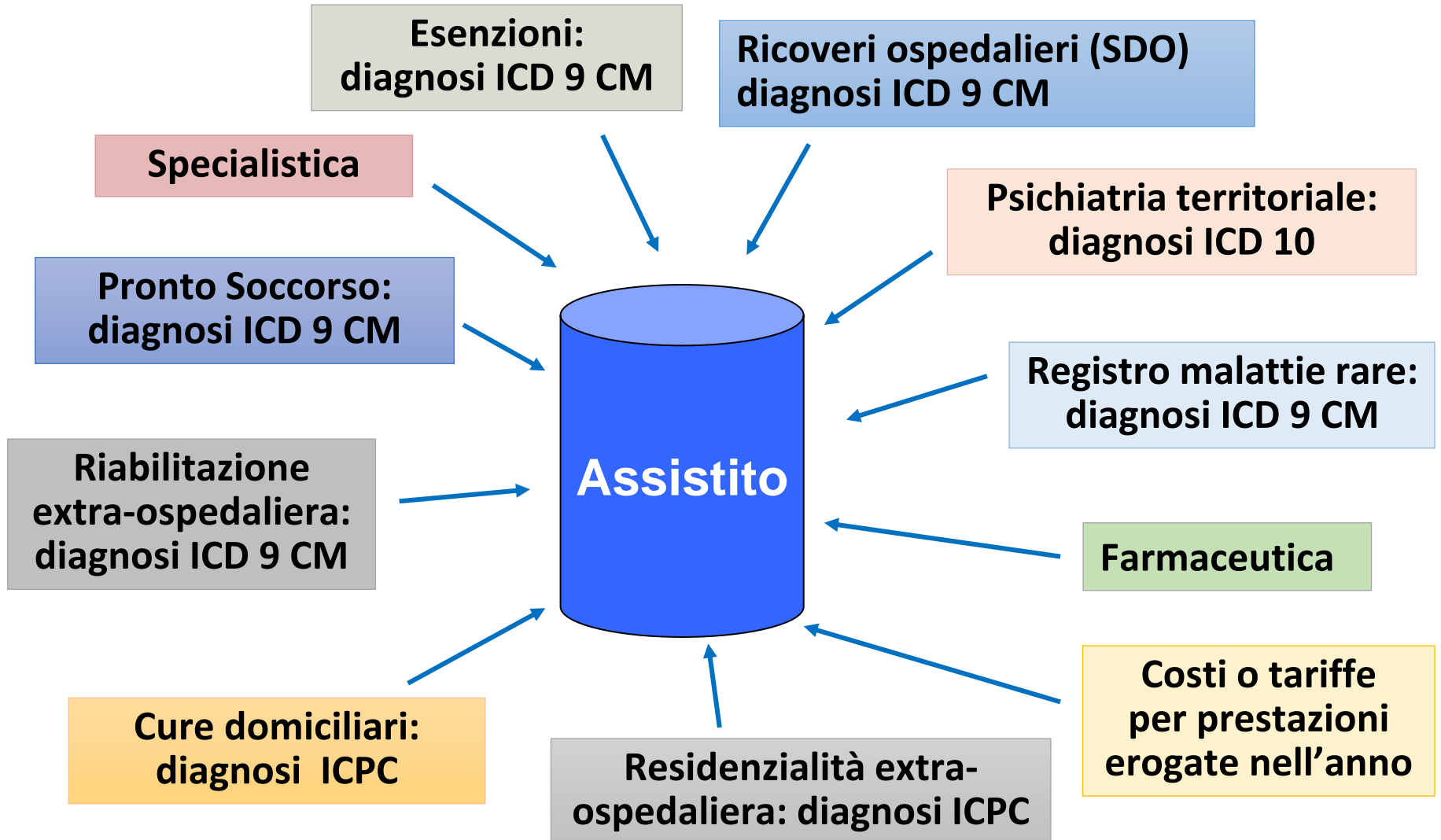


PECULIARITÀ DEL MODELLO DI CARE MANAGEMENT della REGIONE VENETO

Strumento metodologico di case-mix	Sistema ACG (Adjusted Clinical Groups®)
Tipologia di pazienti	Con scompenso cardiaco e multimorbilità
Setting	Domicilio dei pazienti
Team di riferimento	MMG Infermiere Care Manager (ADI-Cure Primarie)
Strumenti operativi	Piattaforma WEB Tablet



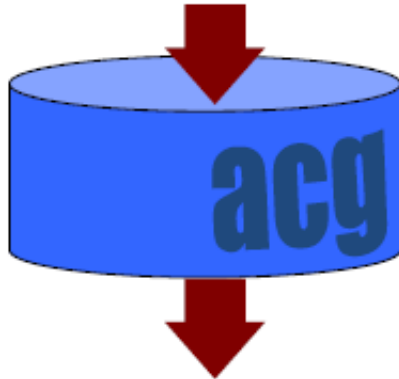
Nel Sistema ACG l'unità di osservazione è l'ASSISTITO



UTILIZZO DEL SISTEMA ACG NEL VENETO

Supporto al Care Management nelle Cure Primarie

Dati provenienti da flussi
informativi correnti



Report su singoli casi

Current Medications Summary (31 Most Recent)				
Product Name	Assessment Counts	DRUG	Last DRG Date	Diagnosis Name
ZOFLOM TAB 180G	30	4	Oct 01, 2011	WASH, DEPRIS
FURAZOLOM SOLUSIOM	30	1	Oct 01, 2011	SAZEH, OHANDI
GLUCOSE ER TAB 180G	30	3	Oct 01, 2011	SAZEH, OHANDI
ENAZEPAM TAB 30G	1	1	Oct 01, 2011	WAGHEWAL, SAVINI
HYDROCHLORID TAB 500MG	5	1	Oct 01, 2011	WAGHEWAL, SAVINI
FRIBENIDAZ TAB 50G	5	1	Oct 01, 2011	WAGHEWAL, SAVINI
ADAMANTIN TAB 250MG	5	1	Sep 01, 2011	BURKE, KELLY
HADOREX 3P8 500MG AC	30	1	Sep 01, 2011	BURKE, KELLY
METFORMIN TAB 500MG ER	30	4	Jul 31, 2011	SAZEH, OHANDI
SMUKTINER TAB 400G	30	1	Apr 01, 2011	SAZEH, OHANDI

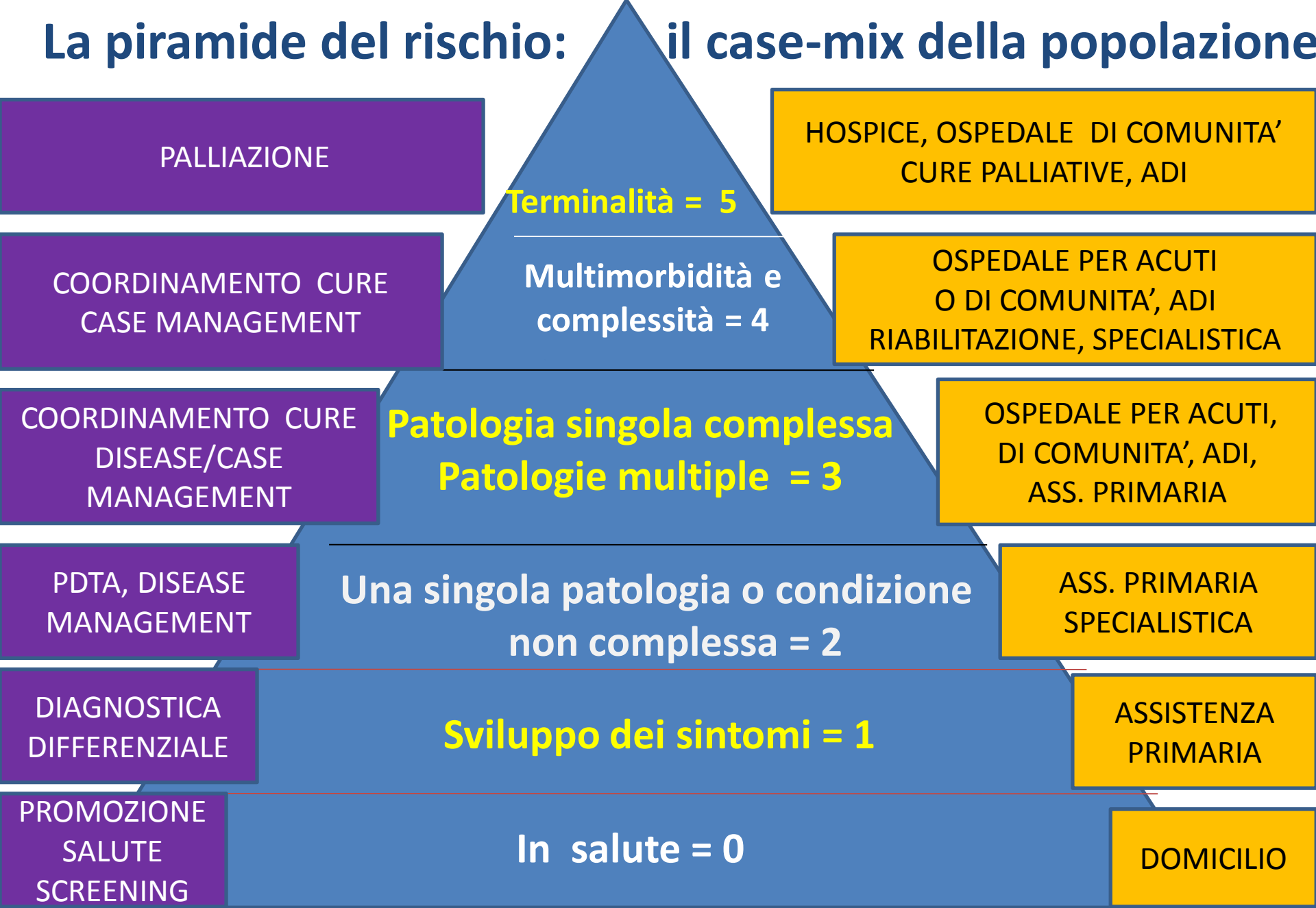
Reference to Selected Medications		Patient Medication Summary		
Medication	Count	Count	As Risk	Total Risk
Prophylactic Medications	5.8%	Current	14	4.1
Concomitant Medications	22.4%	Current	50	0.0
Concomitant Medications	22.4%	Current	50	0.0

Identificazione di **liste** di pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico e multimorbilità

Trasmissione delle liste ai MMG con aggiunta di informazioni anche **prognostiche**, come probabilità di ospedalizzazione o di elevato utilizzo di risorse

- Gestione di 330 pazienti
- Affetti da scompenso cardiaco, multimorbilità
- Sinergia → MMG, Inf. Care Manager, distretto, caregiver e paziente stesso

La piramide del rischio: il case-mix della popolazione

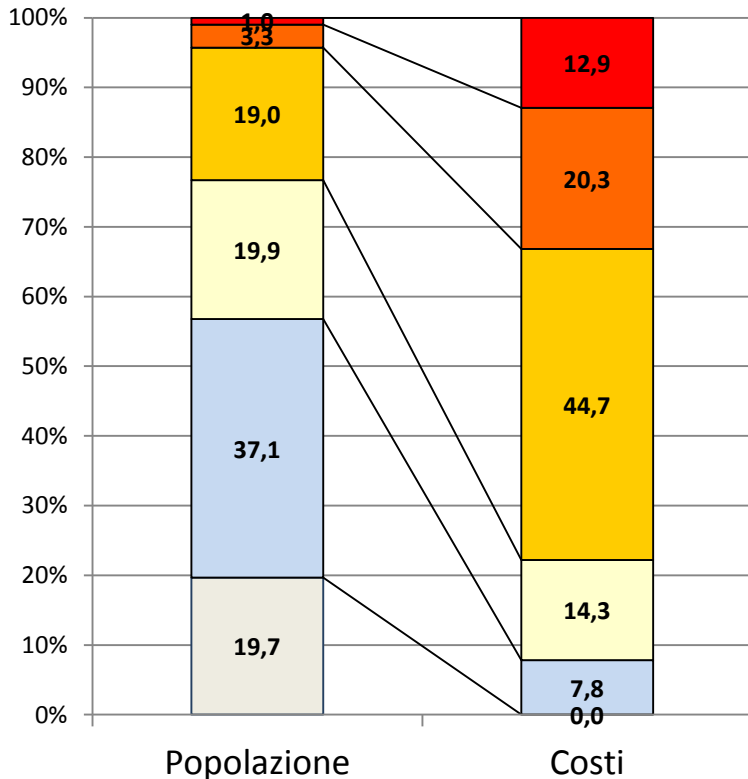


STRUMENTI DI GESTIONE

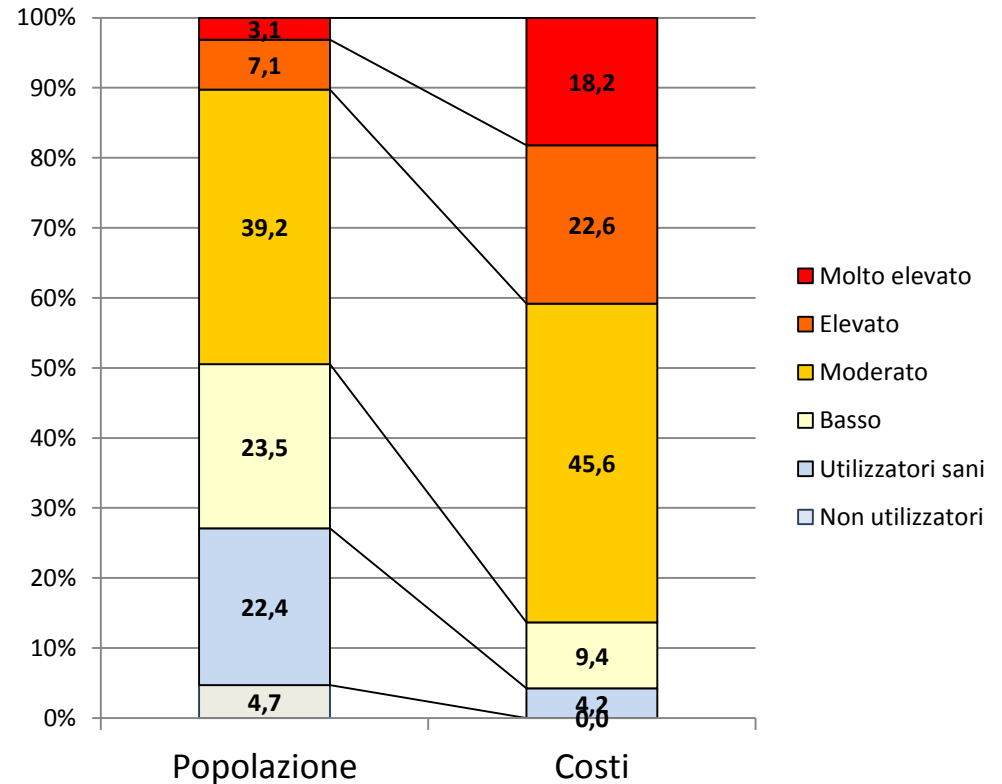
LUOGO E TIPO DI CURA



Costo totale per carico di malattia (RUB) nella popolazione generale e negli ultra 60enni *Fonte: Archivio 2015 ACG Regione del Veneto*



Popolazione generale



Anziani ultra 60enni



PECULIARITÀ DEL MODELLO DI CARE MANAGEMENT della REGIONE VENETO

Strumento metodologico di case-mix	Sistema ACG (Adjusted Clinical Groups®)
Tipologia di pazienti	Con scompenso cardiaco e multimorbilità
Setting	Domicilio
Team di riferimento	MMG Infermiere Care Manager (ADI-Cure Primarie)
Strumenti operativi	Piattaforma WEB Tablet



PECULIARITÀ DEL MODELLO DI CARE MANAGEMENT della REGIONE VENETO

Strumento metodologico
di case-mix

Sistema ACG (Adjusted Clinical Groups®)

Tipologia di pazienti

Con scompenso cardiaco e multimorbilità

Setting

Domicilio

Team di riferimento

MMG
Infermiere Care Manager (ADI-Cure Primarie)

Strumenti operativi

Piattaforma WEB
Tablet



PECULIARITÀ DEL MODELLO DI CARE MANAGEMENT della REGIONE VENETO

Strumento metodologico
di case-mix

Sistema ACG (Adjusted Clinical Groups®)

Tipologia di pazienti

Con scompenso cardiaco e multimorbilità

Setting

Domicilio

Team di riferimento

MMG
Infermiere Care Manager (ADI-Cure Primarie)

Strumenti operativi

Piattaforma WEB
Tablet



Percorso di Care Management



Visita congiunta
a domicilio

Inf. CM + MMG

Accertamento
completo
a domicilio

- Contesto di vita
- Preferenze e priorità di salute del paziente
- Condivisione
- Registrazione

Meeting di
pianificazione

PAI

Piano di Azione
per paziente e
caregiver

Follow up
(monitoraggio
proattivo)
via telefono o
a domicilio

Riunioni
d'equipe

Revisione





PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO - PAI

Costruito intorno ai bisogni e alle preferenze della persona considerata nella sua globalità

Obiettivo: cura e assistenza globale ed individualizzata

- Comprende **anche** l'elenco delle prestazioni periodiche che il paziente deve effettuare in relazione alla propria patologia cronica
- Descrive la **pianificazione e attuazione degli interventi secondo gli obiettivi da perseguire**

Infermiere CM: funzione di navigatore

Paziente: ruolo attivo

- **PAI utilizzato anche come strumento di comunicazione**



FOLLOW UP MONITORAGGIO DELL' ANDAMENTO CLINICO E COACHING

- **Rilevare eventuali cambiamenti nello stato di salute**
- **Intercettare i problemi prima che si sviluppino**
- Verificare coerenza obiettivi
- Migliorare l'aderenza del paziente
- Promuovere e far mantenere uno stile di vita corretto per ridurre i rischi (revisione dieta, attività fisica, automonitoraggio)
- **Far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli**
- Riconciliazione farmacoterapia
- **Assicurarsi che vengano effettuati gli esami e le visite di controllo raccomandati**
- Verificare che il paziente sia in grado di rivolgersi a Infermiere Care Manager, MMG o PS in base al bisogno

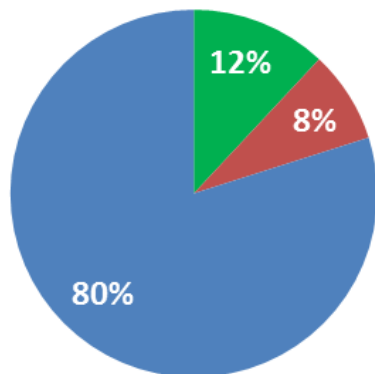


RISULTATI: MONITORAGGIO ADERENZA AL PAI A 6 E A 12 MESI

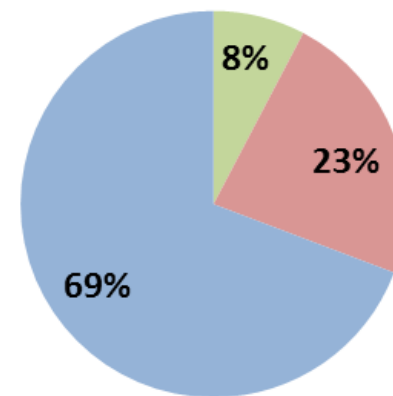
A 6 MESI

**ESEGUITO:
273 (83%)**

**Soggetti Aderenti
N= 234 (86%)**

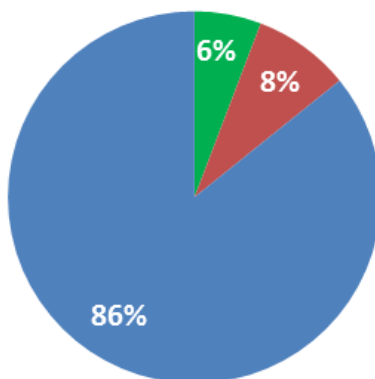


**Soggetti NON Aderenti
N= 39 (14%)**

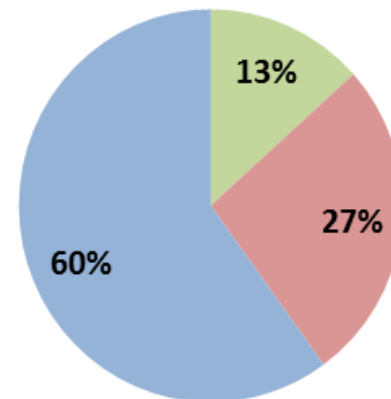


- ADERENTE-MIGLIORATO
- ADERENTE-PEGGIORATO
- ADERENTE-STABILE
- NON ADERENTE-MIGLIORATO
- NON ADERENTE-PEGGIORATO
- NON ADERENTE-STABILE

**Soggetti Aderenti
N= 190 (93%)**



**Soggetti NON Aderenti
N= 15 (7%)**



A 12 MESI

**ESEGUITO:
205 (68%)
sia a 6 che a 12 mesi**



PAI ESEGUITO sia a 6 che e a 12 mesi
in **205** soggetti

ADERENTI A 6 MESI
177 (86%)

NON ADERENTI A 6 MESI
28 (14%)

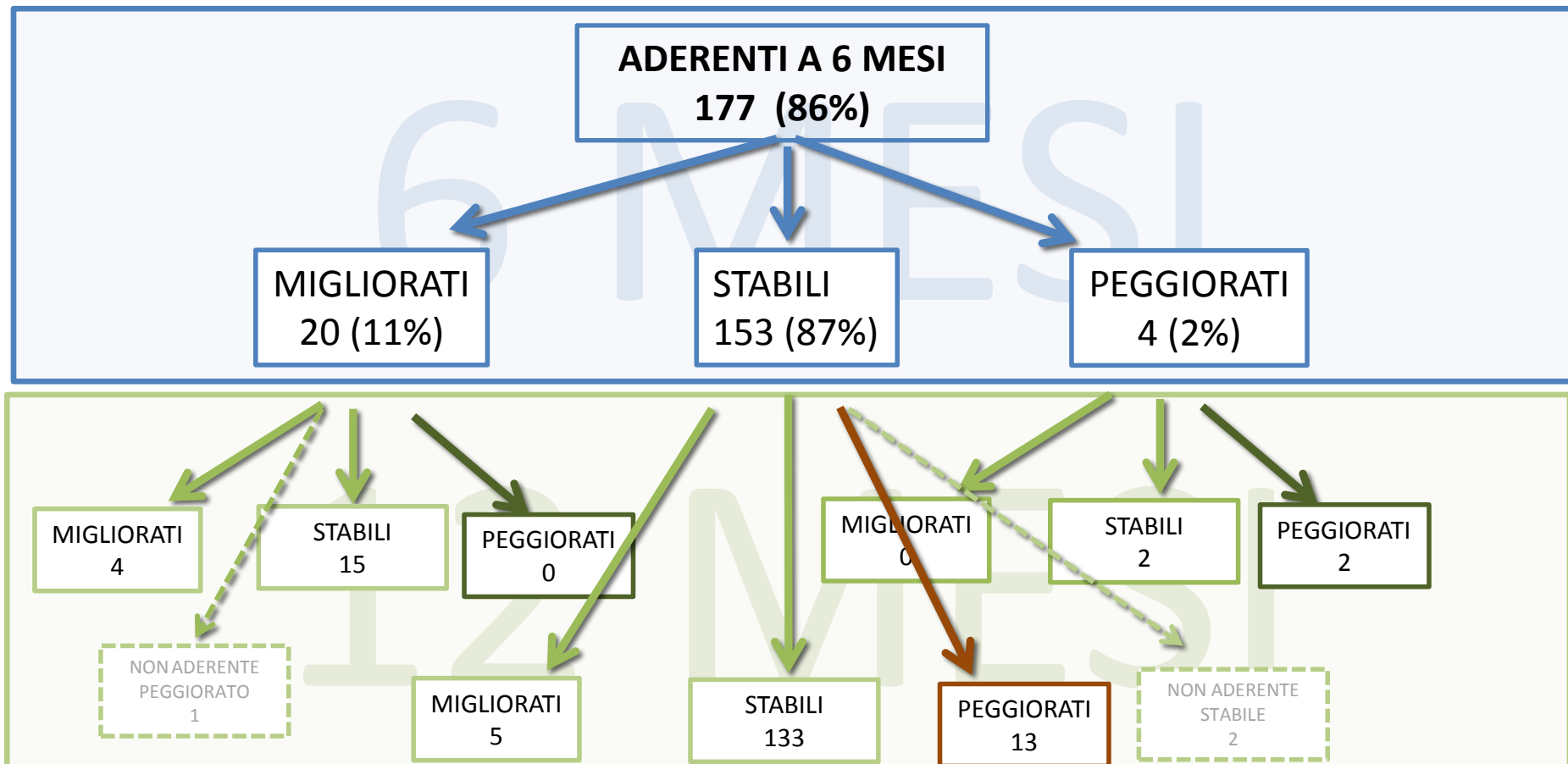
98% RIMANGONO ADERENTI

57% DIVENTANO ADERENTI

Chi aderisce a 6 mesi **continua ad aderire**, mentre il **57% non aderente a 6 mesi, risulta aderente a 12 mesi**



PAI ESEGUITO sia a 6 che e a 12 mesi
in **205** soggetti



* Il 62% dei soggetti che a 6 mesi risultavano aderenti stabili e che sono poi a 12 mesi risultati aderenti peggiorati, sono deceduti. Complessivamente i 13 soggetti risultano avere un elevato livello di comorbidità (circa 5 patologie in media associate)

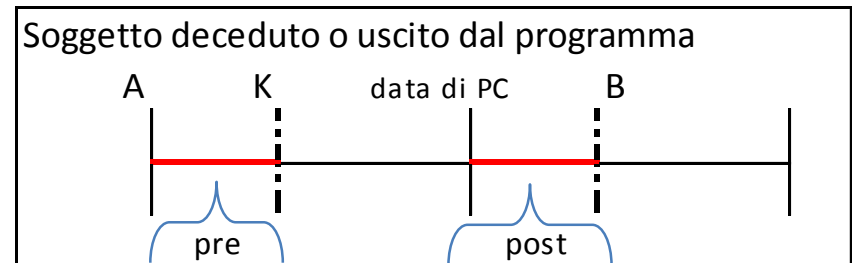
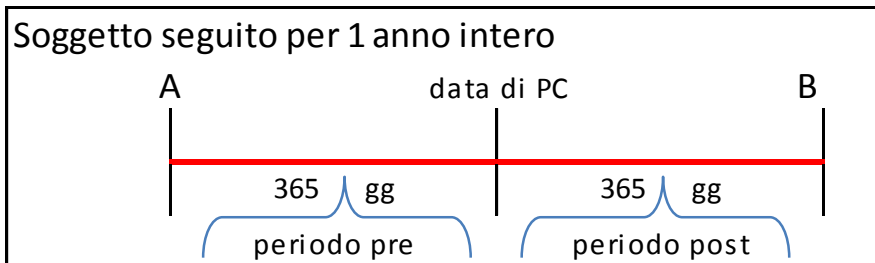


Considerazioni conclusive

1. Analisi: metodologia

OBIETTIVO: valutare l'effetto del programma di CM in termini di ricoveri e accessi al pronto soccorso

- Appaiamento con propensity score (per età, sesso, Az. Ulss, ACG, n. condizioni croniche) di casi e controlli (analisi del follow-up ad 1 anno) → nessuna differenza statisticamente significativa tra casi e controlli
- Solo per i casi: confronto pre - post la data di presa in carico (considerando il corrispettivo periodo dell'anno per tenere conto della stagionalità dei ricoveri)



- Validazione dei risultati al punto b) inserendo nel modello pre-post anche il campione dei controlli

2. Confronto pre - post PC (solo per i casi)

- Per un paziente seguito dal programma di CM:
 - la probabilità di ricovero diminuisce del 45% e il numero di ricoveri si riduce del 34%
 - la probabilità di accesso al pronto soccorso diminuisce del 49% e il numero di accessi al pronto soccorso si riduce del 36%

Solo per i casi (n=330): confronto pre - post la data di presa in carico, aggiustato per i soggetti che muoiono nell'anno (i pazienti deceduti entro 1 anno dalla presa in carico, hanno un numero di patologie croniche superiore rispetto agli altri pazienti e per loro il numero di ricoveri aumenta in modo evidente negli ultimi mesi di vita)

Outcome		RICOVERI OSP				ACCESSI PS			
		presenza di ricovero		numero di ricoveri		presenza di ricovero		numero di ricoveri	
		OR	p-value	RR	p-value	OR	p-value	RR	p-value
Intercetta		0.43	<.0001	0.45	<.0001	1.65	<.0001	1.46	<.0001
periodo	post PC	0.55	0.001	0.66	0.0026	0.51	<.0001	0.64	<.0001
	pre PC	1.00		1.00		1.00		1.00	
decesso	si	0.33	0.0141	0.32	0.0063	1.51	0.2214	1.13	0.459
	no	1.00		1.00		1.00		1.00	
periodo*decesso	post*si	22.64	<.0001	10.58	<.0001	4.74	0.0022	1.96	0.0036

La riduzione dei ricoveri è un effetto della presa in carico oppure è una tendenza generalizzata di tipo organizzativo?

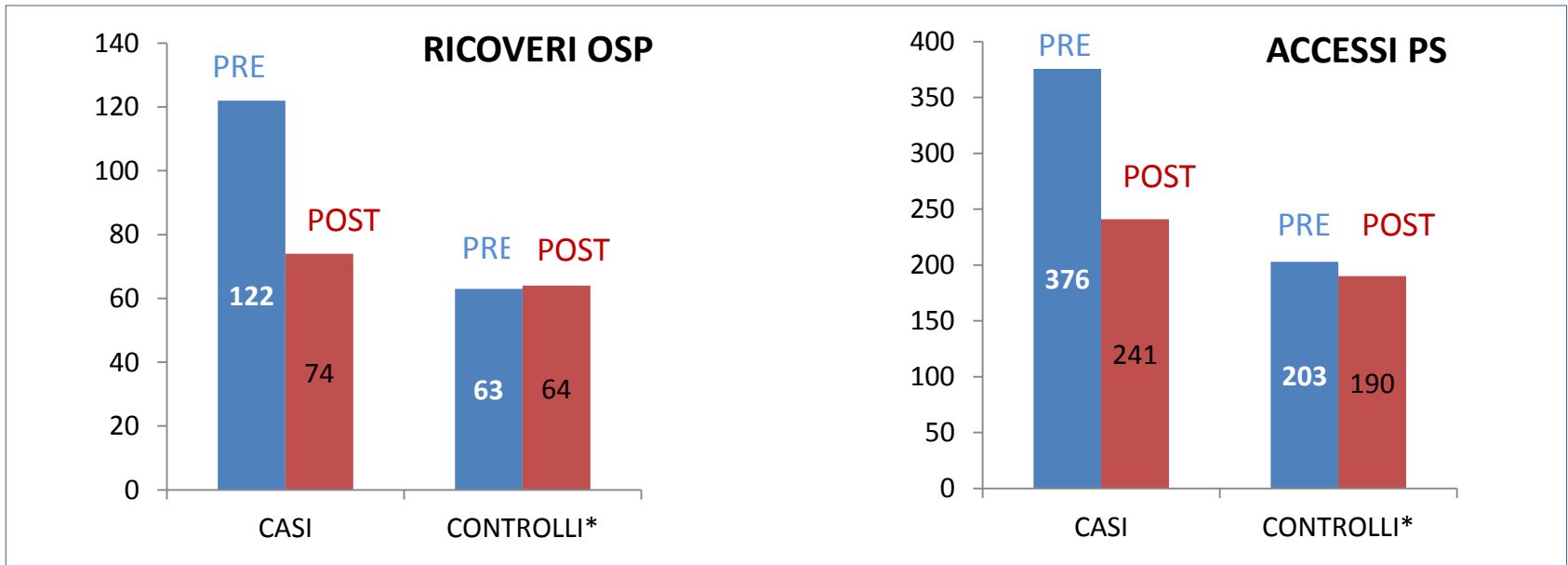


	RICOVERI OSP		ACCESSI AL PS	
	Pre PC	Post PC	Pre PC	Post PC
CASI	122	74	376	241
CONTROLLI*	63	64	203	190

*Controlli appaiati con *propensity score* per età, sesso, AULSS, ACG, n. condizioni croniche, considerando per la stagionalità dei ricoveri lo stesso periodo del caso appaiato, pre e post la data di PC del caso.

ANALISI DATI GREZZI

Nei casi il numero di ricoveri è superiore in valore assoluto nel periodo antecedente la PC rispetto ai controlli. Nei controlli non emerge alcuna differenza tra pre e post, mentre si conferma la riduzione per i casi.



*Controlli appaiati con *propensity score* per età, sesso, AULSS, ACG, n. condizioni croniche, considerando per la stagionalità dei ricoveri lo stesso periodo del caso appaiato, pre e post la data di PC del caso.

ANALISI AGGIUSTATA →

3. Validazione *244 coppie sopravvivenenti almeno 1 anno dalla PC*

RICOVERI OSP.

Parameter		RR	95% Confidence Limits		p-value
Intercetta		0.26	0.19	0.35	<.0001
trattamento	casi	1.94	1.39	2.70	0.0001
	controlli	1.00			
periodo	post PC	1.02	0.70	1.48	0.9347
	pre PC	1.00			
trattamento*periodo	casi*post	0.60	0.37	0.96	0.0328

$$\text{RR (casi, post vs pre)} = 0.60 * 1.02 = \mathbf{0.61}$$

ACCESSI PS

Parameter		RR	95% Confidence Limits		p-value
Intercetta		0.83	0.67	1.03	0.0896
trattamento	casi	1.85	1.42	2.42	<.0001
	controlli	1.00			
periodo	post	0.94	0.70	1.25	0.6514
	pre	1.00			
trattamento*periodo	casi*post	0.68	0.48	0.99	0.0413

$$\text{RR (casi, post vs pre)} = 0.68 * 0.94 = \mathbf{0.64}$$

- Nel periodo antecedente la presa in carico i casi hanno un numero di ricoveri/ps quasi doppio rispetto ai controlli ($p < 0,001$)
- Nei controlli non c'è una differenza stat. significativa tra il numero dei ricoveri/ps pre e post
- Nei casi c'è una riduzione dei ricoveri e degli accessi al PS pari rispettivamente al 39% e 36% ($p < 0,05$)



CONCLUSIONI

Il modello Veneto di presa in carico della cronicità si è dimostrato in grado di:

- ridurre in modo statisticamente significativo il numero di ricoveri e di accessi al PS dei pazienti reclutati (valutazione pre- e post-PC)
- fornire gli strumenti utili per responsabilizzare i pazienti nel percorso di cura (attraverso empowerment/engagement)
- fornire i presupposti per il superamento del concetto di ruolo a favore della sinergia delle competenze



Hanno collaborato:



Corti Maria Chiara
Basso Cristina
Tiozzo Silvia Netti
Schievano Elena
Capodaglio Giulia
Dotto Matilde

