

12° Congresso Nazionale AME
Associazione Medici Endocrinologi
6th Joint Meeting with AACE
American Association of Clinical Endocrinologists

7-10 novembre 2013 Bari, Sheraton Nicolaus Hotel

**Il Progetto Nardino: esperienza
della Regione Puglia**

Ambrogio Aquilino

Direttore Area Accreditamento, Qualità e Ricerca
Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia



Le motivazioni di un modello Care Puglia

- Un'emergenza sociale che è caratterizzata dagli **scorretti stili di vita**
- Un'emergenza sanitaria e finanziaria che è la **prevalenza e progressione delle malattie croniche**

Le motivazioni di un modello Care Puglia

In Puglia (Rapporto BE&S 2013):

- la speranza di vita alla nascita è di 79,7 anni per i maschi e 84,4 per le donne
- negli ultimi 7 anni il numero di over 85 è cresciuto del 50%, passando da circa 60.000 a circa 90.000 soggetti
- la speranza di vita in buona salute è di 58,1 anni per i maschi e 52,1 anni per le donne
- c'è il tasso più alto di obesi d' Italia (52,6 per 100 persone over 18), con un tasso alto anche per l'età under 18 (41% nella popolazione scolastica)

Le motivazioni di un modello Care Puglia

In Puglia:

- il tasso di persone che consumano almeno 4 porzioni/die di frutta/verdura è di 12 (over 3 anni) su 100 contro una media nazionale del 18,3%
- il tasso di sedentarietà è pari a 57,4 per 100 persone over 14 (secondo solo alla Campania), rispetto ad un tasso medio nazionale pari a 40,3%
- anche come conseguenza dei fattori di deprivazione, i tassi di morbilità per patologie croniche (diabete, MCV e BPCO, in particolare) sono tra i più elevati del Paese

Le motivazioni di un modello Care Puglia

Uno scenario di questo tipo, se non governato, porterà ad un aumento progressivo delle prestazioni sanitarie, anche di elevata complessità, da erogare, nonostante non sia prevedibile un aumento delle risorse da destinare al SSN.

In Italia da tre anni il PIL è in decrescita e la quota di fondo sanitario è bloccata alla spesa del 2010. Ciò significa che, nel periodo 2010-16, il FSN avrà disposto di 27 miliardi e 600 milioni in meno.

Indice di Comorbidità di Charlson

Punteggio	Patologia	Codice ICD-9
1	Infarto del miocardio	410,411
	Insufficienza cardiaca congestizia	398,402,428
	Vasculopatia periferica	440-447
	Vasculopatia cerebrale	430-433,435
	Demenza	290,291,294
	Malattia polmonare cronica	491-493
	Connettiviti	710,714,725
	Malattia ulcerosa	531-534
	Malattia epatica lieve	571,573
	2	Emiplegia
Malattia renale moderata o severa		403,404,580-586
Diabete		250
Tutti i tumori		140-195
Leucemia		204-208
Linfoma		200,202,203
3	Malattia epatica moderata o severa	070,570,572
6	Tumori solidi metastatici	196-199
	AIDS	042

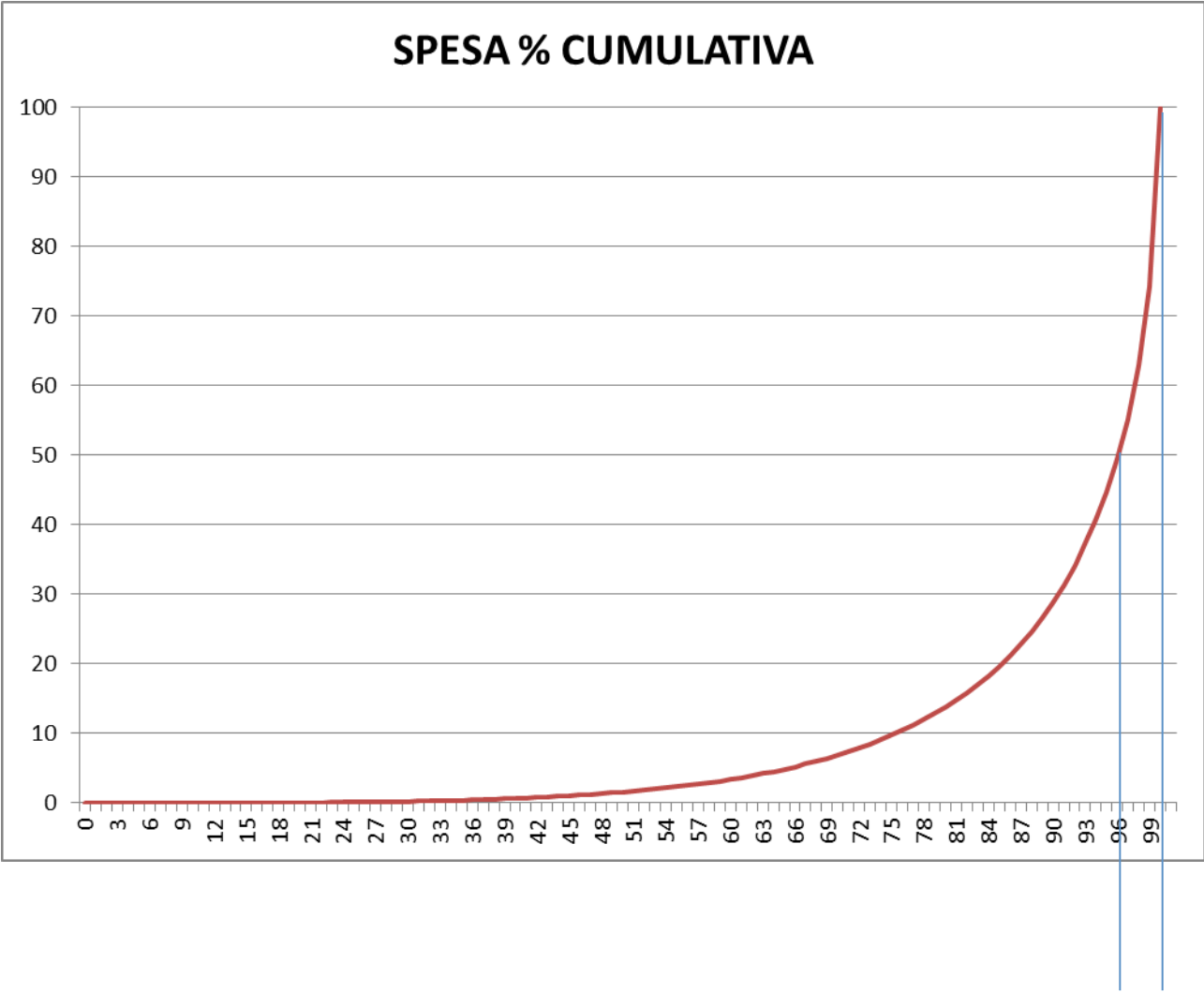
***Punteggio crescente
proporzionale
al rischio di
decesso nei
12 mesi
successivi***

Distribuzione della spesa farmaceutica ed ospedaliera (valori assoluti)
per classi di ICCh – Anno 2010

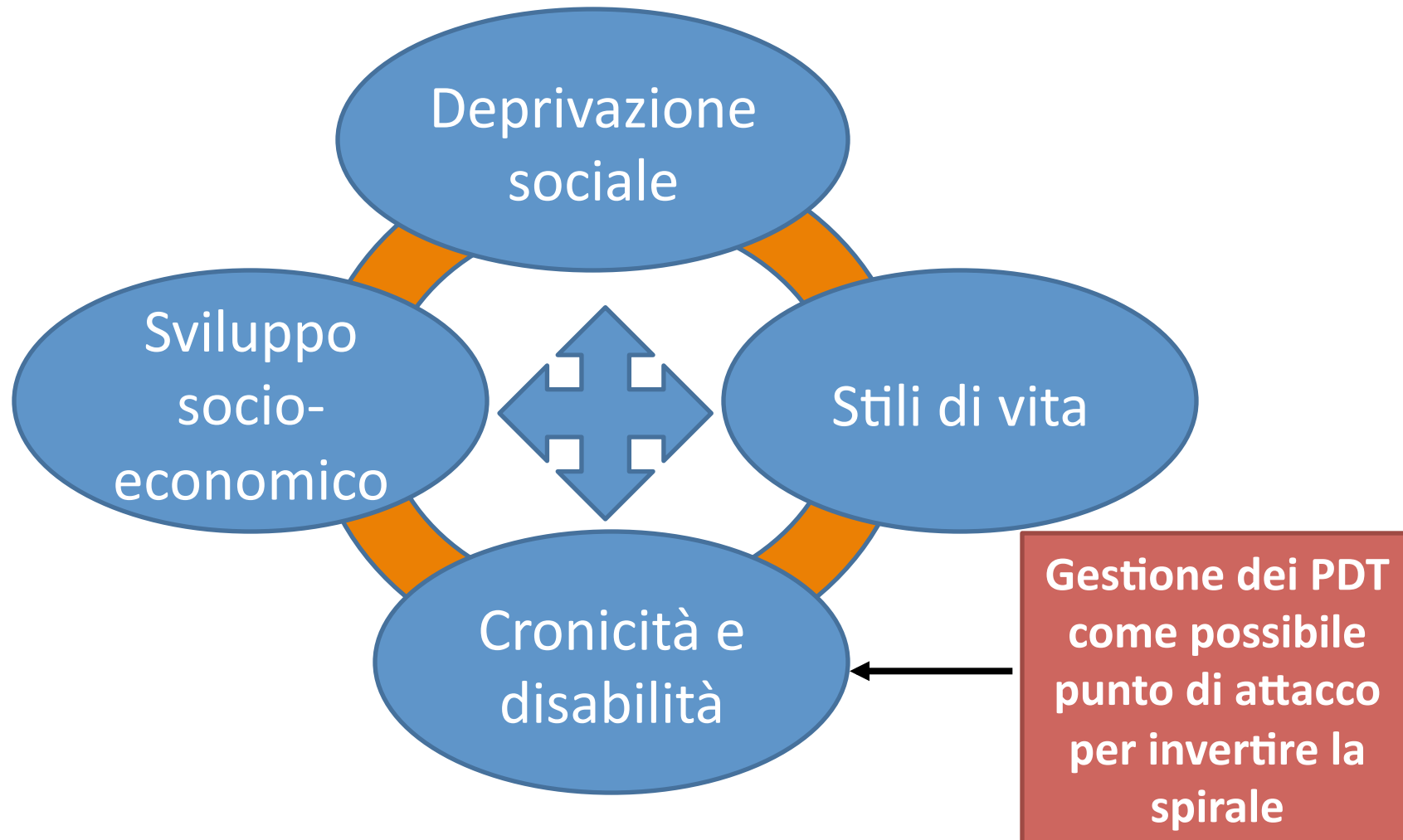
Classi ICCh 2010	N. Assistiti	Spesa ospedaliera in euro	Spesa farmaceutica in euro	Spesa totale in euro
ICCh_0	685.971 (87.1%)	194.026.289 (21.3%)	438.718.136 (76.2%)	632.744.425 (42.5%)
ICCh_1-2	51.556 (6.5%)	300.863.846 (33.0%)	58.651.670 (10.2%)	359.515.517 (24.2%)
ICCh_3-4	30.509 (3.9%)	220.097.945 (24.1%)	42.363.333 (7.4%)	262.461.279 (17.6%)
ICCh_>=5	19.251 (2.4%)	197.585.718 (21.6%)	35.959.059 (6.2%)	233.544.778 (15.7%)
TOTALE	787.287	912.573.799	575.692.200	1.488.266.000

Nell'attuale analisi trasversale, pur utilizzando il solo anno 2010 (il più recente attualmente disponibile) si evidenzia, ancora una volta, come al crescere dell'indice di Comorbidità di Charlson cresce proporzionalmente l'impegno delle risorse sanitarie

Figura 1. Spesa sanitaria percentuale cumulativa nel corso del 2011



Su cosa puntare per promuovere l'appropriatezza e affrontare la sfida della sostenibilità dell'incremento delle malattie non trasmissibili



Le motivazioni di un modello Care Puglia

Il contesto e gli obiettivi di breve, medio e lungo periodo

- Piano di rientro per il 2011-12
- Riduzione delle risorse per l'attuazione dei LEA
- Attuazione del riordino della rete ospedaliera prevista dal Piano Regionale della Salute
- Ridefinizione del ruolo dei Distretti (Regolamento n. 6 del 18 aprile 2011)
- Ricollocazione e riqualificazione del personale degli ospedali in dismissione/riconversione
- Sostenibilità di un sistema di cure universalistico ed equitativo, intervenendo in maniera precoce e proattiva sulle cronicità

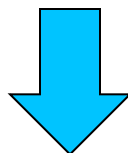
Le motivazioni di un modello Care Puglia

49 Distretti Socio-Sanitari in 6 Aziende Sanitarie Locali,

63 H pubblici

Di cui:

- 2 Aziende H
- 2 IRCCS



17 Ospedali

da disattivare

3 Ospedali

da riconvertire in funzioni
assistenziali a più basso consumo di risorse

Le motivazioni di un modello Care Puglia

L'analisi della domanda in base all'attività ospedaliera

- Reparti disattivati ed età media dei pazienti ricoverati
- DRG prevalenti (totale) per le casistiche trattate
- Setting appropriati rispetto ai ricoveri ordinari
- Indicatori d'attività per ospedale
- Mappatura dei Comuni (raggruppati per distretto) che hanno usufruito degli ospedali in dismissione o riclassificazione
- Farmaceutica (consumi)
- Tabella di sintesi dell'attività e indice di deprivazione
- Modello d'analisi dei bisogni dei pazienti gravi e della popolazione anziana (Ist. M. Negri sud)

Le motivazioni di un modello Care Puglia

L'analisi dell'offerta nei distretti di servizi alternativi

- Localizzazione ed attività della specialistica ambulatoriale pubblica
- Localizzazione ed attività della specialistica accreditata
- MMG e forme organizzative per ciascun Comune
- Offerta di prestazioni domiciliari (ADI)
- Offerta di attività residenziale

<http://www.sanita.puglia.it/portal/page/portal/SAUSSC/News/Modello%20Assistenziale%20per%20i%20soggetti%20con%20patologie%20croniche>

Le motivazioni di un modello Care Puglia

Quali pazienti restano "orfani" degli ospedali dismessi

- Scarso utilizzo da parte dei residenti nel Comune (=13%)
- Scarsa attrazione verso i residenti nei Comuni del DSS
- Prevalenza di ricoveri di soggetti anziani (circa il 75% avevano più di 65 anni nei reparti di Medicina generale, Lungodegenza, Geriatria, Pneumologia, Recupero e Riabilitazione)
- Frequenza di ricoveri ripetuti (circa il 7%)
- I 5 DRG più frequenti sono stati: Malattia polmonare cronica ostruttiva, Insufficienza cardiaca e shock, Edema polmonare e insufficienza respiratoria, Ipertensione e Diabete età > 35 anni
- Altissima % di LEA inappropriati (circa il 50%)
- Indici di performance di basso livello

Le motivazioni di un modello Care Puglia

Delibera n. 113 del 31.01.2011

“Proposta di utilizzo delle risorse nella disponibilità di bilancio anno 2010”: autorizzazione al cambio di destinazione dei fondi residui ARES.

Il mandato:

Costruire un modello assistenziale per le malattie croniche sulla base del “Progetto Leonardo”.

A **maggio 2011** approvato il programma esecutivo del Progetto Nardino a partire dalle realtà territoriali dove si stanno disattivando o riconvertendo Ospedali, facendo ricorso a **modalità organizzative differenziate** in relazione ai diversi contesti territoriali.

Da Leonardo al Care Puglia

Fondamenti:

- Centralità del Distretto
- *La riorganizzazione della Medicina Generale*
- Il rapporto fiduciario tra MMG e pazienti
- *Un accurato disegno dei percorsi clinici, definendo un piano delle cure individualizzato*
- Stretta collaborazione tra MMG - CM - specialisti e paziente
- *Supporto dei CM ai MMG ed ai pazienti durante il percorso assistenziale, utilizzando diverse modalità organizzative*
- Responsabilizzazione dei pazienti per il raggiungimento degli obiettivi e l'adesione al piano delle cure



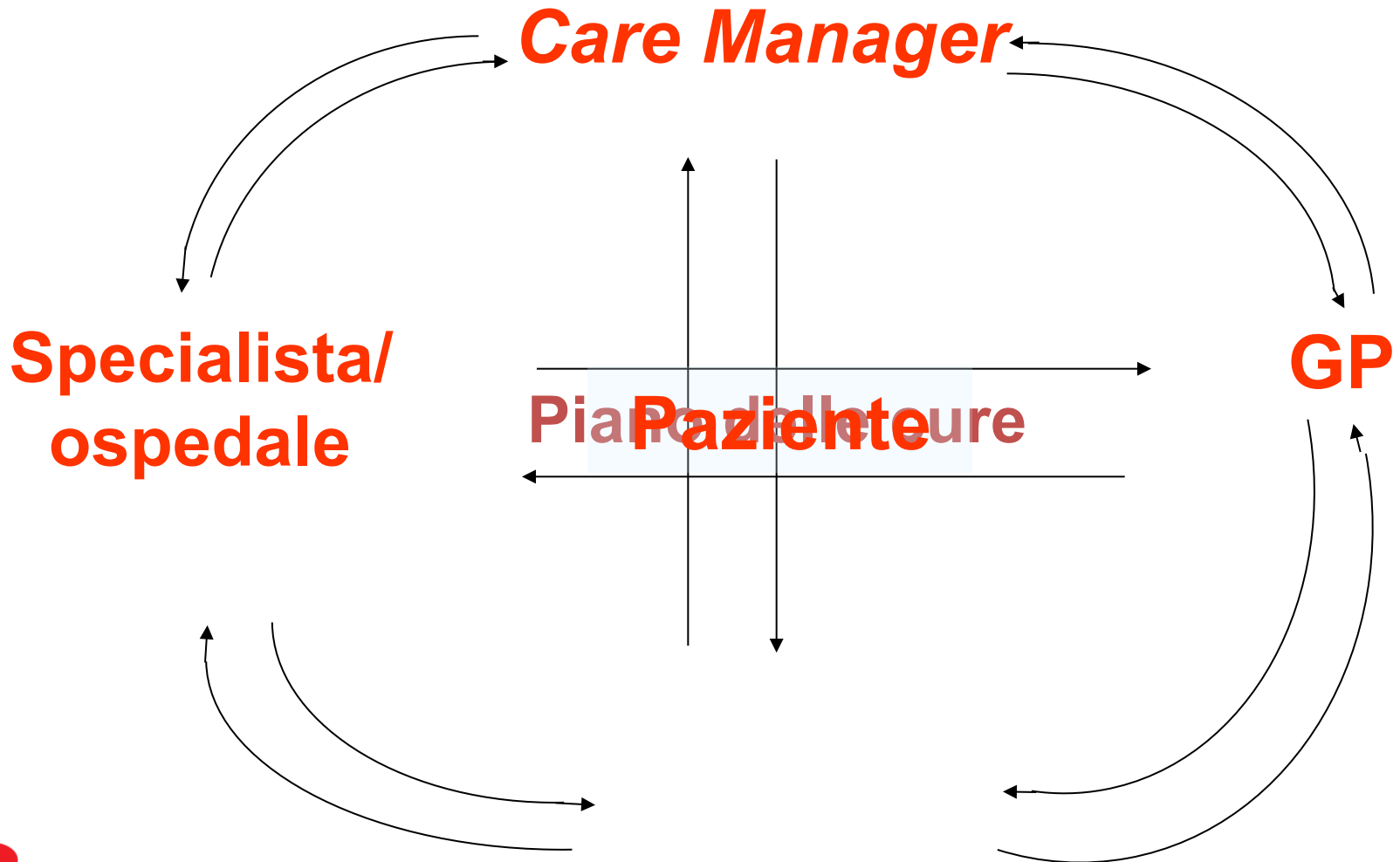
Da Leonardo al Care Puglia

Le conclusioni del Progetto Leonardo

- Modello efficace nel **migliorare gli esiti** comportamentali, psicosociali e clinici
- **Facilita il coordinamento** delle cure tra i professionisti sanitari, migliora le relazione tra pazienti e professionisti e la soddisfazione dei pazienti
- **Il CM beneficia e nel contempo rafforza la relazione tra MMG e paziente**
- **Ruolo specifico dell'infermiere** con competenze autonome per il management delle condizioni croniche nel setting della medicina di famiglia
- **Validità di servizi sanitari personalizzati, coordinati e accessibili**



Care Team



Programma di Care Management

Il processo di Presa in Carico



Il Modello Organizzativo

Sostegno alla prevenzione
Sostegno alla cronicità



Care Manager



MMG



Specialista



Servizi di supporto

Non solo un processo di dismissione di piccoli ospedali, ma l'avvio di un nuovo modello di sistema per l'assistenza alla cronicità.



I Care Managers

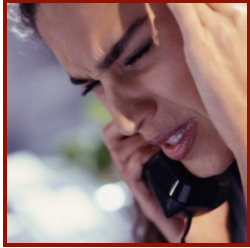
Sono infermieri formati opportunamente per fornire al paziente:

- Informazioni
- Motivazioni
- Sostegno
- Educazione al Self-management

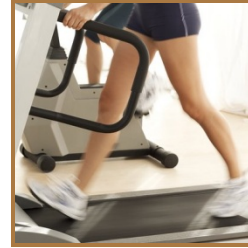
Hanno anche un ruolo di collegamento tra i diversi attori del percorso assistenziale, favorendo l'integrazione e la comunicazione



Le 8 priorità di un modello centrato sul paziente



1 Sapere come e quando consultare il medico



5 Sapere come mantenere la malattia sotto controllo



2 Conoscere la malattia e fissare gli obiettivi



6 Modificare gli stili di vita per ridurre i rischi



3 Assumere correttamente i farmaci



7 Far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli



4 Effettuare gli esami e le visite raccomandati



8 Effettuare le visite mediche specialistiche e follow-up

Comune

Presenza Forma Associativa Complessa
Gruppi - SuperGruppi - CPT

Si

No

Accetta Care Manager

Si

No

D.S.S.

Assegnazione
diretta del C.M.

D.S.S.

Assegnazione del C.M.
all' Ufficio Inf./Ost.

N.B. in funzione delle risorse disponibili, anche in caso di presenza e partecipazione di forma associativa complessa, non è esclusa l'assegnazione di C.M. al DSS per la **sperimentazione dell'Ambulatorio infermieristico**, nell'ambito del progetto di implementazione dell'Ufficio infermieristico distrettuale

Expanded Chronic Care Model

(Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hosp Q 2003;7:73-82)

The Community

(connessioni con la comunità)

Create Supportive Environments

(Creare condizioni di vita e di lavoro sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli)

Build Healthy Public Policy

(Sviluppo di politiche per migliorare la salute della popolazione)

Strengthen Community Action

(Lavorare con gruppi comunitari per individuare priorità e raggiungere obiettivi che migliorano la salute della comunità)

Health System

(Organizzazione del sistema di assistenza)

Delivery system design / Re-orient Health System

Disegno sistema di erogazione/ riorientare il Sistema Sanitario

Decision support

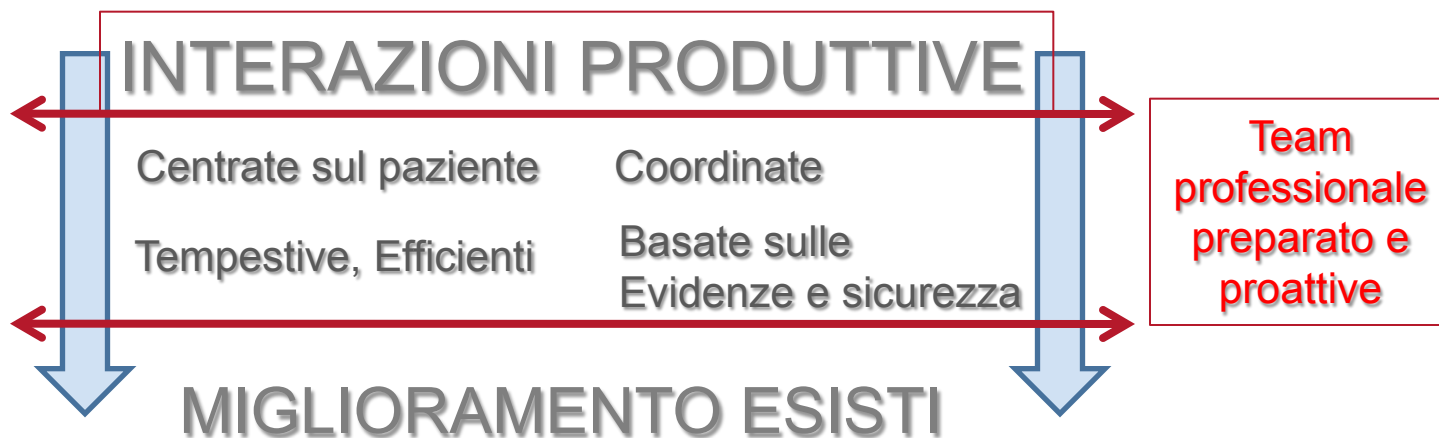
Processi decisionali

Information systems

Sistema informativo

Self-management support / Develop Personal Skills

Sostegno all'autogestione/ sviluppo di abilità nell'autocura



Lo stato dell'arte del Care Puglia

I dati di processo nel 2011

- 8 giugno 2011 - Conferenza Stampa di presentazione del Progetto Nardino
- 15 luglio 2011 - Incontro con il C.P.R. della MG
- 20 luglio/23 sett. 2011 - Incontri con i sindaci interessati e le comunità locali coinvolte
- 4 ott./22 nov. 2011 - Incontri di livello tecnico con le Direzioni strategiche, i Direttori dei distretti coinvolti ed i MMG interessati
- entro il 31.12.2011 - Costruzione del software

Lo stato dell'arte del care Puglia

I dati di processo nel 2012 2013

- Adozione delibere per il reclutamento di C.M. nelle ASL BT, LE, BA e BR
- Workshop ed eventi formativi in tutte le ASL (in alcune con riedizioni)
- Coinvolgimento dei pazienti nelle attività del PDT
- Coinvolgimento di altri stakeholders per la Community
- Credits4Health, Carewell e Assess

243 M.M.G. e 35 C.M. già accreditati per l'attività di presa in carico e per l'accesso al software

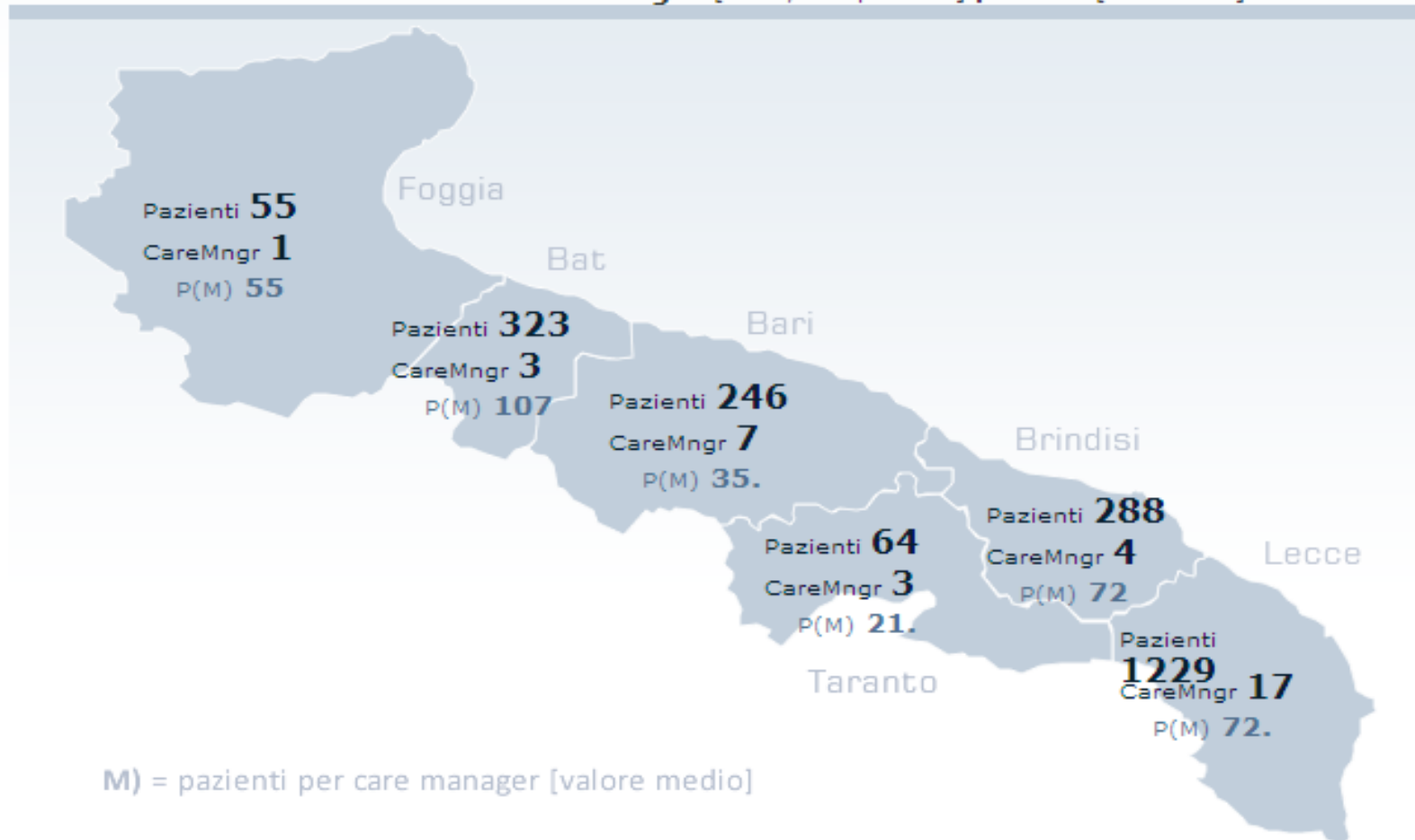
Lo stato dell'arte del care Puglia



Totale dei Pazienti presi in carico: **2208**



Distribuzione dei **Pazienti** e dei **Care Manager** [attivi, con pazienti] per ASL [v. assoluti]



M) = pazienti per care manager [valore medio]



eCARE
solutions

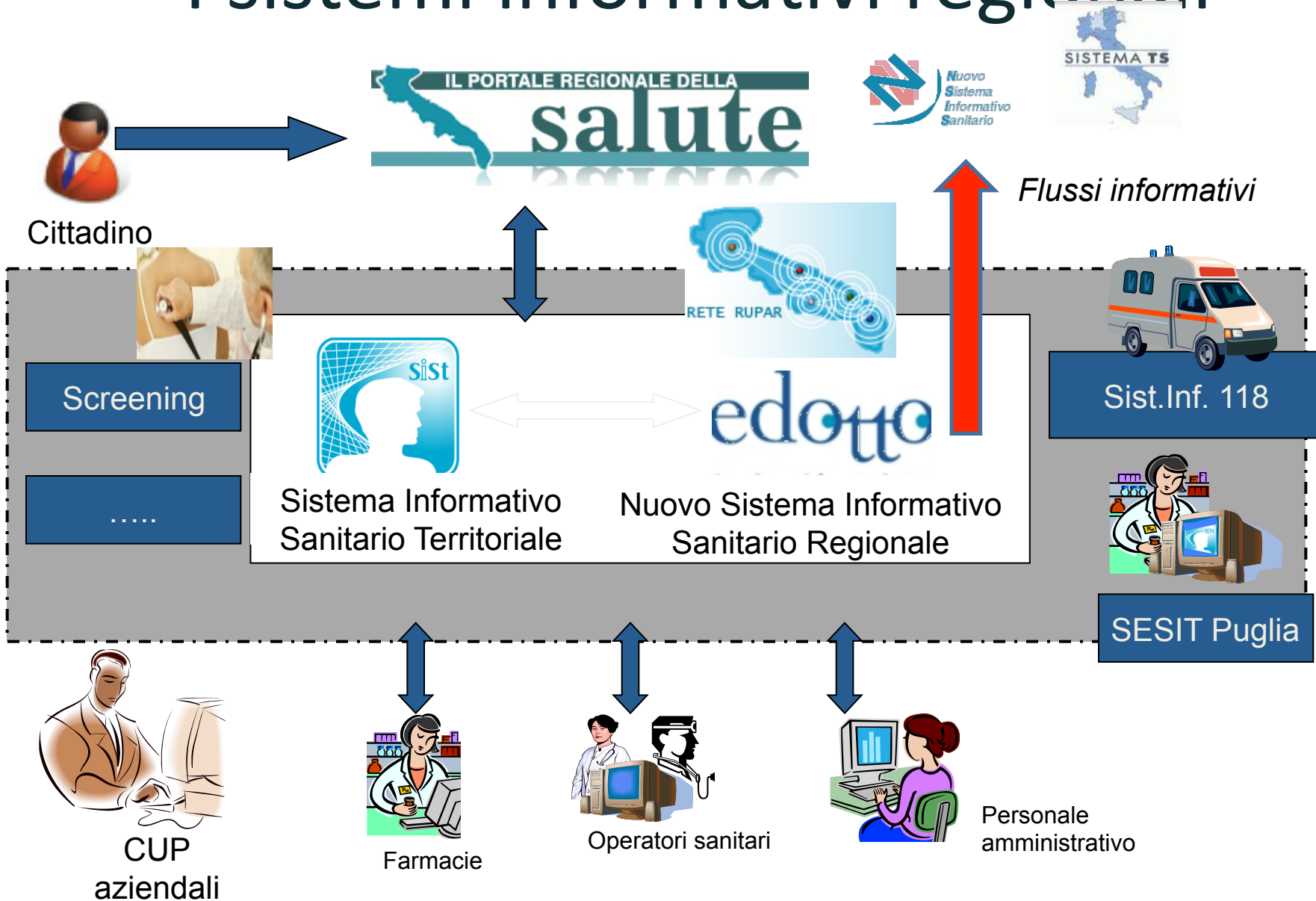


colmaff..

*Il Software di gestione nel
Care Puglia
eCOM_2.0*

*Che cosa è
Come funziona.....*

I sistemi informativi regionali



Il Software di gestione eCOM_2.0

Dati Clinici

Dati clinico anamnestici
Terapia
Visita infermieristica
Diario clinico
Processo di valutazione

Care Management

Score di intensità CM
Piano di cura del MMG
Priorità di autogestione
Dimissione

I NUMERI DEL CARE PUGLIA

Sistema Informativo Progetto NARDINO

ares@ambrogio.aquilino.420

oggi: 7-11-2013



// vedi anche

patologia ..

D&CM

La prima paziente presa in carico è una signora di **SPINAZZOLA** con fascicolo registrato il **7-3-2012**



Totale dei Pazienti presi in carico: **2208**



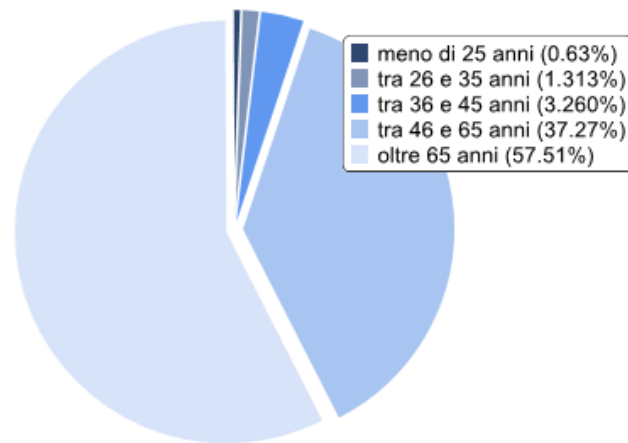
Femmine: **1176**



Maschi: **1032**



Suddivisione dei pazienti in **fasce di età**



/ agenda

Contatti

Attività



// fascicolo

Numeri ..

Esplora ..

Indicatori

Download ..



Termina sessione



// profilo

La mia password

I miei dati

Nardino social



CARE-Puglia

INDICE INDICATORI

Indicatori di processo per il care management

Indicatori di esito per il care management

Indicatori di qualità dell'assistenza

Indicatori generali di processo

Indicatori generali di esito

Il primo rapporto sul Nardino

**Implementazione del Chronic Care Model in
Puglia - CARE Puglia (*già denominato Progetto
Nardino*).**

**Evidenze epidemiologiche per nuovi modelli
organizzativi dell'assistenza**





Luigi Chiriatti

MORSO D'AMORE

viaggio nel tarantismo salentino



Il team Care Puglia

F. Bux - D.G. AReS

A. Aquilino, V. Piazzolla, F. Avolio, F. Bruno, S. Borraccino, G. De Gennaro, V. Petrarolo (Gruppo Operativo AReS)

A. Maggio, E. Mola, L. Vantaggiato, V. Lepore (consulenti)

R. Canosa, C. Chiriatti, F. Milli, S. Pino, M. Ruccia, D. Verducci, M. Virgilio (formatori e tutor)

Grazie per l' attenzione!

a.aquilino@arespuglia.it