REGIONE DEL VENETO

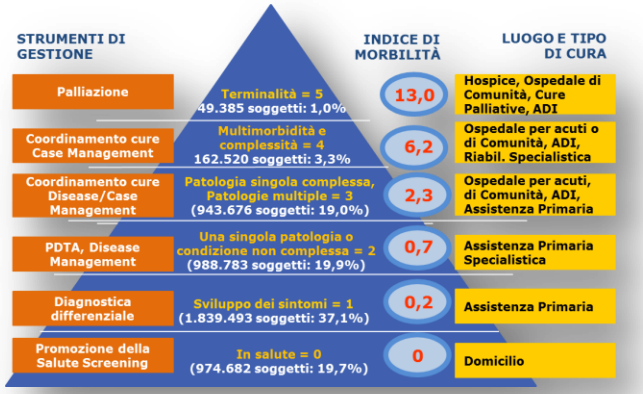
Buone pratiche per la promozione dell'Engagement in sanità
L'esperienza pilota nella Regione Veneto

Maria Cristina Ghiotto

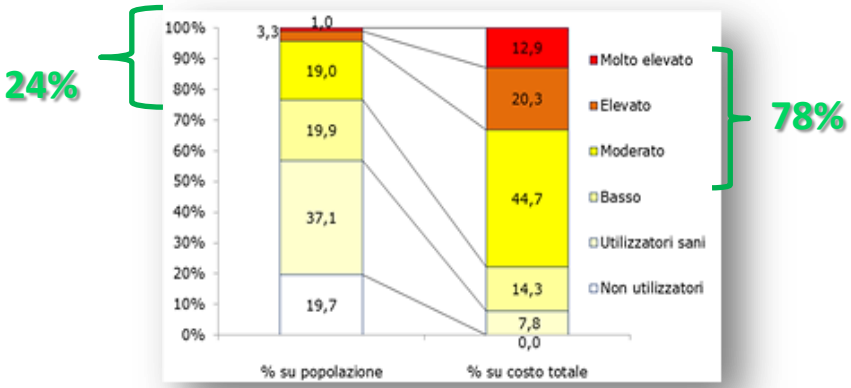
IL 25% DEGLI ASSISTITI IN VENETO

(E IL 65% DEGLI ULTRA 65ENNI)

HA ALMENO UNA ESENZIONE PER PATOLOGIA CRONICA



Piramide del rischio (case-mix della popolazione) nelle categorie RUB e Indice di Morbilità. (Fonte: Archivio 2015 ACG Regione del Veneto)



Popolazione e costi nelle categorie RUB.
(Fonte: Archivio 2015 ACG Regione del Veneto)

OBIETTIVI

- Il SSSR deve essere in grado di **aiutare le persone a raggiungere il massimo grado di funzionalità possibile <u>in relazione al proprio stato di salute</u>**
- Andare verso una **presa in carico efficace ma <u>sostenibile</u>** sia in termini *<u>economici</u>* ma anche in termini di *<u>valori individuali e sociali</u>*

DISTRETTO: FACILITATORE DI PROCESSI INTEGRATI

COMPETENZA SUL GOVERNO CLINICO

inteso come lo sviluppo e l'applicazione dei **percorsi assistenziali** per patologie a più **elevata prevalenza**

SVILUPPO DI ALTE PROFESSIONALITÀ

sotto l'aspetto clinico al fine di **erogare l'assistenza ai pazienti complessi**

COMPETENZA ORGANIZZATIVA

al fine di costruire le soluzioni e **garantire la sintesi compiuta tra la pianificazione, gestione e valutazione dei risultati**.

LA MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA

TEAM MULTIPROFESSIONALE DI ASSISTENZA PRIMARIA

- eroga **un'assistenza globale**, cioè dalla prevenzione alla palliazione, continua, equa e **centrata sulla persona**;
- assume **responsabilità verso la salute della Comunità**, affrontando i determinanti di malattia e collaborando con gli attori locali.

è un investimento per la Comunità

Integrare le risorse della Comunità **per valorizzarle (*COMMUNITY CARE*)**

Maggiore ACCESSIBILITÀ ai servizi

MEDICINA DI INIZIATIVA

PARTECIPAZIONE alla GOVERNANCE

STRUMENTO DI GOVERNANCE

CONTRATTO DI ESERCIZIO – TIPO

definito a livello regionale con DGR n.751/2015

Definisce:

è lo Strumento di "**programmazione" del lavoro del Team**,

- » in piena **integrazione con i servizi del Distretto**
- » in stretta **relazione con la Comunità locale**

I tre elementi costitutivi:

IL CONTRATTO DI ESERCIZIO - SEZIONE

IMPEGNO PROFESSIONALE

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

- Vaccinazioni
- Screening

ASSISTENZA AI MALATI CRONICI

- PDTA TAO
- PDTA BPCO
- PDTA Diabete
- PDTA Scompenso

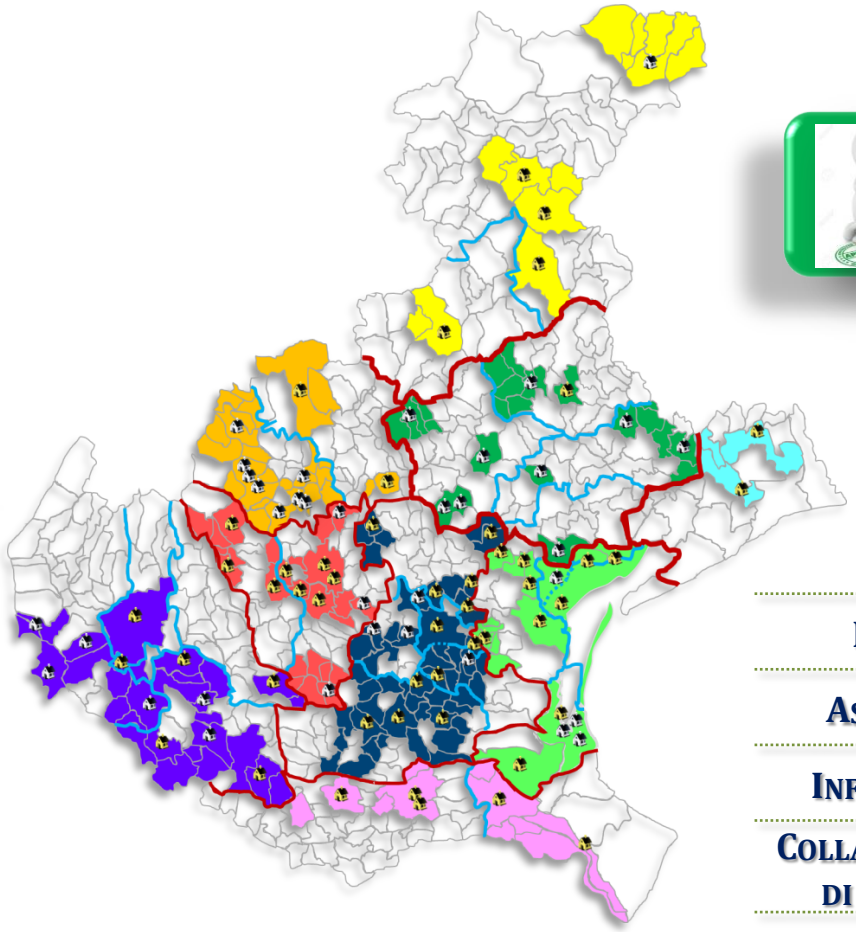
FORMAZIONE E AUDIT

- Formazione su argomenti concordati
- Audit sui PDTA
- Self-Audit organizzativi

INDICE DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA SCHEDA INFORMATIZZATA INDIVIDUALIZZATA

- Tenuta della scheda sanitaria individuale informatizzata

SVILUPPO DELLE MEDICINE DI GRUPPO INTEGRATE (TEAM DI ASSISTENZA PRIMARIA)



86 MGI autorizzate

72 MGI attivate

	TOT in MGI autorizzate	*% sul tot R.le*	*TOT in MGI attivate*	*% sul tot R.le*
MMG	753	24%	607	19%
ASSISTITI	1.048.918	25%	856.583	20%
INFERMIERI	291*		238*	
COLLABORATORI DI STUDIO	437*		357*	

Fonte dati: UO CP e LEA e AUR al 20/10/2017

ASSICURA UNA MAGGIORE ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI

VALORIZZA IL RAPPORTO DI FIDUCIA TRA MEDICO E PAZIENTE

RAPPRESENTANO IL PUNTO SALUTE DELLA COMUNITÀ

AMPLIA LA GAMMA DEI SERVIZI/ATTIVITÀ

SONO UN OTTIMO SETTING PER SPERIMENTARE L'INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE

CONCORRE AGLI STANDARD DI SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA

Le **Medicine di Gruppo Integrate** **DEVONO DIVENTARE «NODO» DEL SISTEMA** al cui interno gli scambi sono sempre più:

NUMEROSI – CODIFICATI - STRUTTURATI

QUESTO RICHIEDE UN PERCORSO DI CAMBIAMENTO E DI CRESCITA (DI TUTTO IL SISTEMA)

SVILUPPO DEL MODELLO DI CARE MANAGEMENT TEAM

L'infermiere, in collaborazione con il Medico di Medicina Generale, concorre alla presa in carico del paziente nel setting dell'assistenza primaria attraverso:

ACCERTAMENTO

Accertamento «globale» dei bisogni e delle preferenze del paziente
(*anche in sede di Follow UP*)

CONDIVISIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI)

Condivisione degli **obiettivi di salute del paziente**, e per ciascuno:

- sotto-obiettivi
- interventi da attuare
- tempistiche
- elementi di valutazione
- segnali di allarme

STESURA DEL PATTO CON IL PAZIENTE

Sintesi semplificata e condivisa con il paziente delle informazioni del PAI, utili per una sua partecipazione attiva e proattiva al piano terapeutico/assistenziale individuato

GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE DEL PAZIENTE

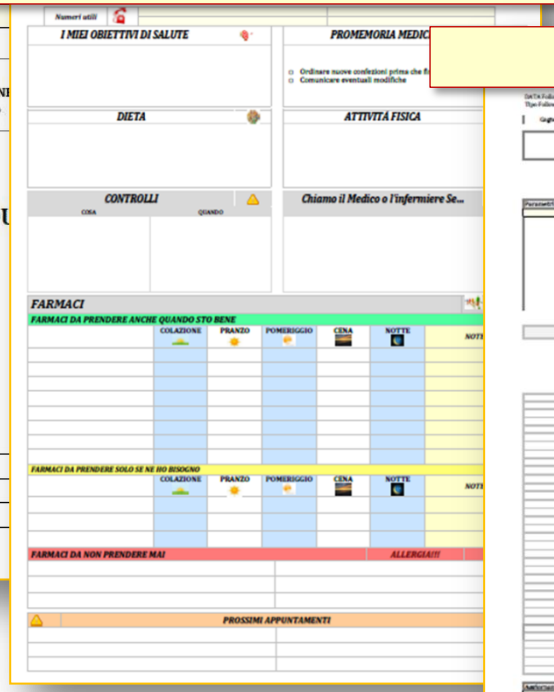
FASCICOLO DI ACCERTAMENTO

(CONTENENTE INFORMAZIONI ANCHE GIÀ PRESENTI NEL GESTIONALE DEL MMG)

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

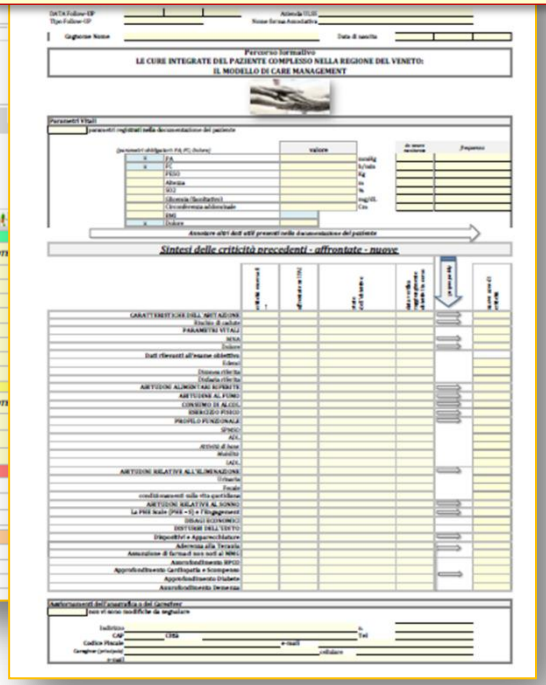
(IL TEAM INDIVIDUA GLI OBIETTIVI E GLI INTERVENTI)

PATTO CON IL PAZIENTE



(TRADUZIONE DEL PAI NEL LINGUAGGIO DEL PAZIENTE)

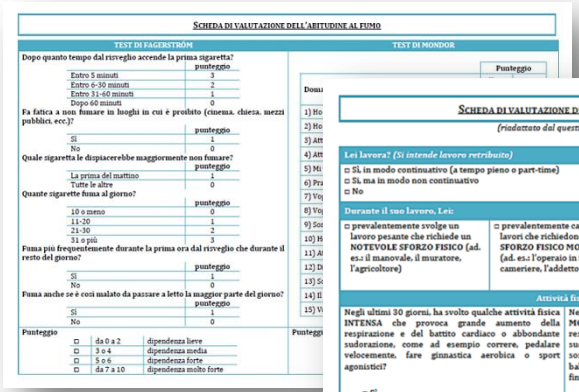
SCHEDA DI FOLLOW UP



(SINTESI INFORMATIVA SISTEMATIZZATA PER IL MONITORAGGIO E PROSEGUIMENTO DELLA PRESA IN CARICO DEL TEAM)

Necessità di CONDIVIDERE strumenti/scale di valutazione trasversali ai diversi profili di cronicità, che dovrebbero diventare **strumenti comuni** a tutti (nei diversi ambiti) ed **implementati nella scheda individuale informatizzata.**

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'ABITUDINE AL FUMO


SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'ABITUDINE AL FUMO

TEST DI FAGERSTRÖM — TEST DI MONDOR

Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta? (punteggio)
- Entro 5 minuti: 3
- Entro 6-30 minuti: 2
- Entro 31-60 minuti: 1
- Dopo 60 minuti: 0

Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito (cinema, chiesa, mezzi pubblici, ecc.)? (punteggio)
- Sì: 1
- No: 0

Quale sigaretta le dispiacerebbe maggiormente non fumare? (punteggio)
- La prima del mattino: 1
- Tutte le altre: 0

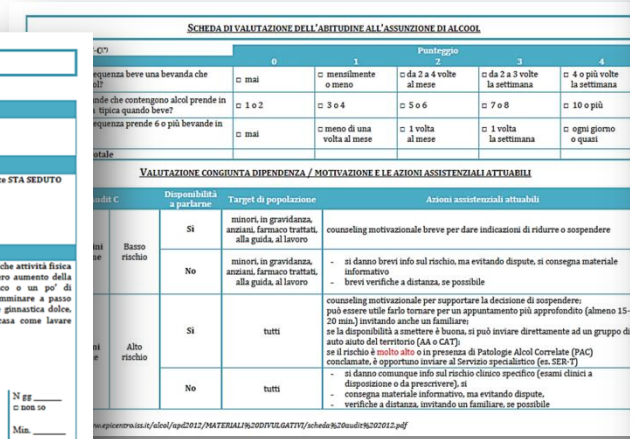
Quante sigarette fuma al giorno? (punteggio)
- 10 o meno: 0
- 11-20: 1
- 21-30: 2
- 31 o più: 3

Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno? (punteggio)
- Sì: 1
- No: 0

Fuma anche se è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno? (punteggio)
- Sì: 1
- No: 0

Punteggio
- da 0 a 2 — dipendenza lieve
- da 3 a 4 — dipendenza media
- da 5 a 6 — dipendenza forte
- da 7 a 10 — dipendenza molto forte

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'ABITUDINE ALL'ASSUNZIONE DI ALCOOL

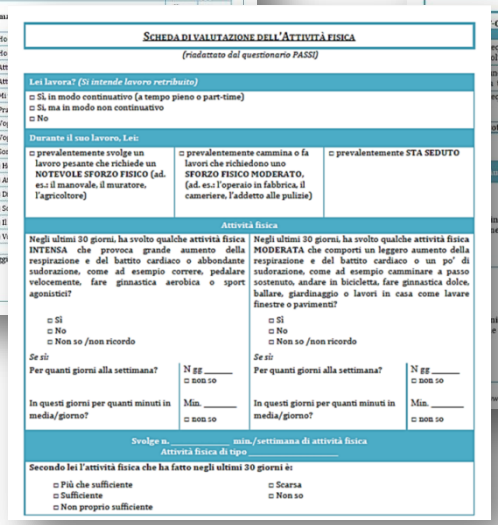

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'ABITUDINE ALL'ASSUNZIONE DI ALCOOL

	Punteggio 0	1	2	3	4
quanto spesso beve una bevanda che contiene alcol?	☐ mai	☐ mensilmente o meno	☐ da 2 a 4 volte al mese	☐ da 2 a 3 volte la settimana	☐ 4 o più volte la settimana
quanto spesso bevande che contengono alcol prende in una giornata tipica quando beve?	☐ mai	☐ 1 o 2	☐ 3 o 4	☐ 5 o 6	☐ 7 o 8	☐ 10 o più
quanto spesso in sequenza prende 6 o più bevande in un giorno?	☐ mai	☐ meno di una volta al mese	☐ 1 volta al mese	☐ 1 volta la settimana	☐ ogni giorno o quasi
Totale					

VALUTAZIONE CONGIUNTA DIPENDENZA / MOTIVAZIONE E LE AZIONI ASSISTENZIALI ATTUABILI

Audit C	Disponibilità a parlarne	Target di popolazione	Azioni assistenziali attuabili
Basso rischio	Sì	minori, in gravidanza, anziani, farmaco trattati, alla guida, al lavoro	counseling motivazionale breve per dare indicazioni di ridurre o sospendere
	No	minori, in gravidanza, anziani, farmaco trattati, alla guida, al lavoro	- si danno brevi info sul rischio, ma evitando dispute, si consegna materiale informativo - brevi verifiche a distanza, se possibile
Alto rischio	Sì	tutti	counseling motivazionale per supportare la decisione di sospendere; può essere utile farlo tornare per un appuntamento più approfondito (almeno 15-20 min.) invitando anche un familiare; se la disponibilità a smettere è buona, si può inviare direttamente ad un gruppo di auto aiuto del territorio (AA o CAT); se il rischio è molto alto o in presenza di Patologie Alcol Correlate (PAC) conclamate, è opportuno inviare al Servizio specialistico (es. SER-T)
	No	tutti	- si danno comunque info sul rischio clinico specifico (esami clinici a disposizione o da prescrivere), si - consegna materiale informativo, ma evitando dispute, - verifiche a distanza, invitando un familiare, se possibile

www.epicentro.iss.it/alcol/apd2012/MATERIALI%20DIVULGATIVI/schede%20audit%202012.pdf


SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA

(riadattato dal questionario PASSI)

Lei lavora? (Si intende lavoro retribuito)
- ☐ Sì, in modo continuativo (a tempo pieno o part-time)
- ☐ Sì, ma in modo non continuativo
- ☐ No

Durante il suo lavoro, Lei:
- ☐ prevalentemente svolge un lavoro pesante che richiede un NOTEVOLE SFORZO FISICO (ad. es.: il manovale, il muratore, l'agricoltore)
- ☐ prevalentemente cammina o fa lavori che richiedono uno SFORZO FISICO MODERATO, (ad. es.: l'operaio in fabbrica, il cameriere, l'addetto alle pulizie)
- ☐ prevalentemente STA SEDUTO

Attività fisica

Negli ultimi 30 giorni, ha svolto qualche attività fisica INTENSA che provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione, come ad esempio correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici?
- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non so /non ricordo

Se sì:
Per quanti giorni alla settimana? N gg _____ ☐ non so
In questi giorni per quanti minuti in media/giorno? Min. _____ ☐ non so

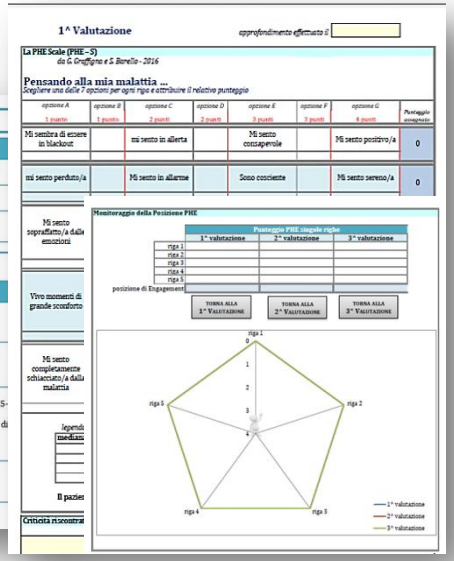
Negli ultimi 30 giorni, ha svolto qualche attività fisica MODERATA che comporti un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione, come ad esempio camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, giardinaggio o lavori in casa come lavare finestre o pavimenti?
- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non so /non ricordo

Se sì:
Per quanti giorni alla settimana? N gg _____ ☐ non so
In questi giorni per quanti minuti in media/giorno? Min. _____ ☐ non so

Svolge n. _____ min./settimana di attività fisica
Attività fisica di tipo _____

Secondo lei l'attività fisica che ha fatto negli ultimi 30 giorni è:
- ☐ Più che sufficiente
- ☐ Sufficiente
- ☐ Non proprio sufficiente
- ☐ Scarsa
- ☐ Non so

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA


1^ Valutazione — approfondimento effettuato il _____

La PHE Scale (PHE – S)
da G. Graffigna e S. Barello - 2016

Pensando alla mia malattia ...
Scegliere una delle 7 opzioni per ogni riga e attribuire il relativo punteggio

	opzione A (1 punto)	opzione B (1 punto)	opzione C (2 punti)	opzione D (2 punti)	opzione E (3 punti)	opzione F (3 punti)	opzione G (4 punti)	Punteggio assegnato
Mi sembra di essere in blackout		mi sento in allerta			Mi sento consapevole		Mi sento positivo/a	0
mi sento perduto/a		Mi sento in allarme			Sono cosciente		Mi sento sereno/a	0
Mi sento sopraffatto/a dalle emozioni								
Vivo momenti di grande sconforto								
Mi sento completamente schiacciato/a dalla malattia								

Monitoraggio della Posizione PHE

Punteggio PHE singole righe	1^ valutazione	2^ valutazione	3^ valutazione
riga 1			
riga 2			
riga 3			
riga 4			
riga 5			
posizione di Engagement	TORNA ALLA 1^ VALUTAZIONE	TORNA ALLA 2^ VALUTAZIONE	TORNA ALLA 3^ VALUTAZIONE

SCALA PATIENT HEALTH ENGAGEMENT (PHE)

RUOLO ATTIVO E CONSAPEVOLEZZA DELLA PERSONA

Nel modello di presa in carico integrata della cronicità il paziente «***persona***» riveste un **ruolo attivo e determinante** in quanto **portatore del sapere legato alla sua storia di «co-esistenza» con la cronicità**.

Pertanto è necessario:

- **ASCOLTARE** i **suoi Obiettivi di Salute;**
- **RESPONSABILIZZARLO sulle attività terapeutico assistenziali da attuare;**
- **SVILUPPARE** il suo livello di **Engagement.** *(ovvero il **coinvolgimento attivo** della persona nella **prevenzione** e nella **gestione** della **propria salute** e di quella della **propria comunità**).*

UNA PRESENZA RILEVANTE: IL CAREGIVER

Nella gestione della cronicità, soprattutto quando aumenta il livello di complessità assistenziale e diminuiscono le capacità cognitivo/funzionali, risulta strategico il ruolo del **caregiver**, quale **figura stabile di riferimento a supporto dell'attuazione del percorso assistenziale**.

È quindi necessario attuare strategie per lo sviluppo dell'**Engagement del Caregiver**:

- Favorendo la sua **partecipazione attiva** e **consapevole**
- **Tutelandolo** e **garantendogli un supporto** *(non «farlo sentire solo» e gravato di responsabilità insostenibili)*

IL LIVELLO DI ENGAGEMENT E LA PHE - SCALE

Pensando alla mia malattia ...
Scegliere una delle 7 opzioni per ogni riga e attribuire il relativo punteggio

	opzione A 1 punto	*opzione B* 1 punto	*opzione C* 2 punti	*opzione D* 2 punti	*opzione E* 3 punti	*opzione F* 3 punti	*opzione G* 4 punti	*Punteggio assegnato*
Riga 1	Mi sembra di essere in blackout		mi sento in allerta		Mi sento consapevole		Mi sento positivo/a	0
Riga 2	mi sento perduto/a		Mi sento in allarme		Sono cosciente		Mi sento sereno/a	0
Riga 3	Mi sento sopraffatto/a dalle emozioni		Sono in ansia ogni volta che sento un nuovo sintomo		Sento di essermi abituato/a alla mia malattia		Ho un senso di coerenza e continuità nella mia vita nonostante la malattia	0
Riga 4	Vivo momenti di grande sconforto		Mi sento spesso in ansia quando cerco di gestire la malattia		Sento di essermi adattato/a alla mia malattia		Sono tendenzialmente ottimista sul mio futuro e sul mio stato di salute	
Riga 5	Mi sento completamente schiacciato/a dalla malattia		Mi agito molto quando appare un nuovo sintomo		Complessivamente sento di aver accettato la mia malattia		Riesco a trovare un senso alla mia vita nonostante la malattia	

Opzione 1 | Opzione 2 | Opzione 3 | Opzione 4 | Opzione 5 | Opzione 6 | Opzione 7

Il livello di **Engagement** corrisponde alla **MEDIANA** dei punteggi assegnati nelle 5 righe

Legenda

	LIVELLO DI ENGAGEMENT	
1	BLACKOUT	*«Sono sconvolto»*
2	ALLERTA	*«Sono un corpo malato»*
3	CONSAPEVOLEZZA	*«Sono un paziente»*
4	PROGETTO EUDAMONICO	*«Sono una persona»*

(Elaborazione di Graffigna, Barello et al., 2017)

DAL PDTA AL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

ELEMENTI ESSENZIALI NELLA DEFINIZIONE DI UN PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

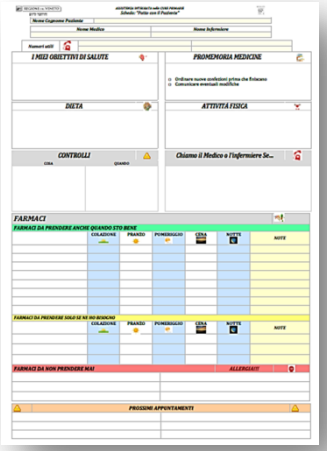
- ✓ Decisioni cliniche **Evidence Based**, **attuabili** e **sostenibili**;
- ✓ Strategie per la **risoluzione delle «criticità»** nell'ambito degli **stili di vita**;
- ✓ Monitoraggio e sviluppo dell'**Engagement del paziente**;
- ✓ Traduzione del PAI nel «**Patto con il Paziente**» e consegna al paziente.

Il **PATTO CON IL PAZIENTE** rappresenta uno strumento **semplice** ed **efficace scritto nel linguaggio del paziente**, che consente al team di cura di stringere un'**alleanza terapeutico-assistenziale con la persona** verso il ***self-care.***

ELEMENTI ESSENZIALI DEL PATTO CON IL PAZIENTE

- Numeri utili
- Pro-memoria medicine
- Indicazioni sulla dieta
- Indicazioni sull'attività fisica
- Pro-memoria controlli

- Segni e Sintomi di allerta in cui chiamare medico/infermiere
- Terapia farmacologia
- Farmaci da non prendere
- Pro-memoria appuntamenti



PERCORSO FORMATIVO SUL «CARE MANAGEMENT TEAM»

Caratterizzato da:

- **coinvolgimento trasversale di Medici di medicina generale e Infermieri (sia distrettuali che operanti nelle Medicine di Gruppo Integrate)**
- Organizzato per «**sessioni successive» (rivisitate a seconda degli esiti)** per favorire una **diffusione capillare** delle competenze e del modello sul territorio regionale e la **capitalizzazione degli esiti**

	1^ EDIZIONE 2016-2017
AZIENDE ULSS COINVOLTE	Provincia di Vicenza
N. PARTECIPANTI	**16** MMG **16** Infermieri delle MGI **4** Infermieri distrettuali
N. MGI	**16** team MGI

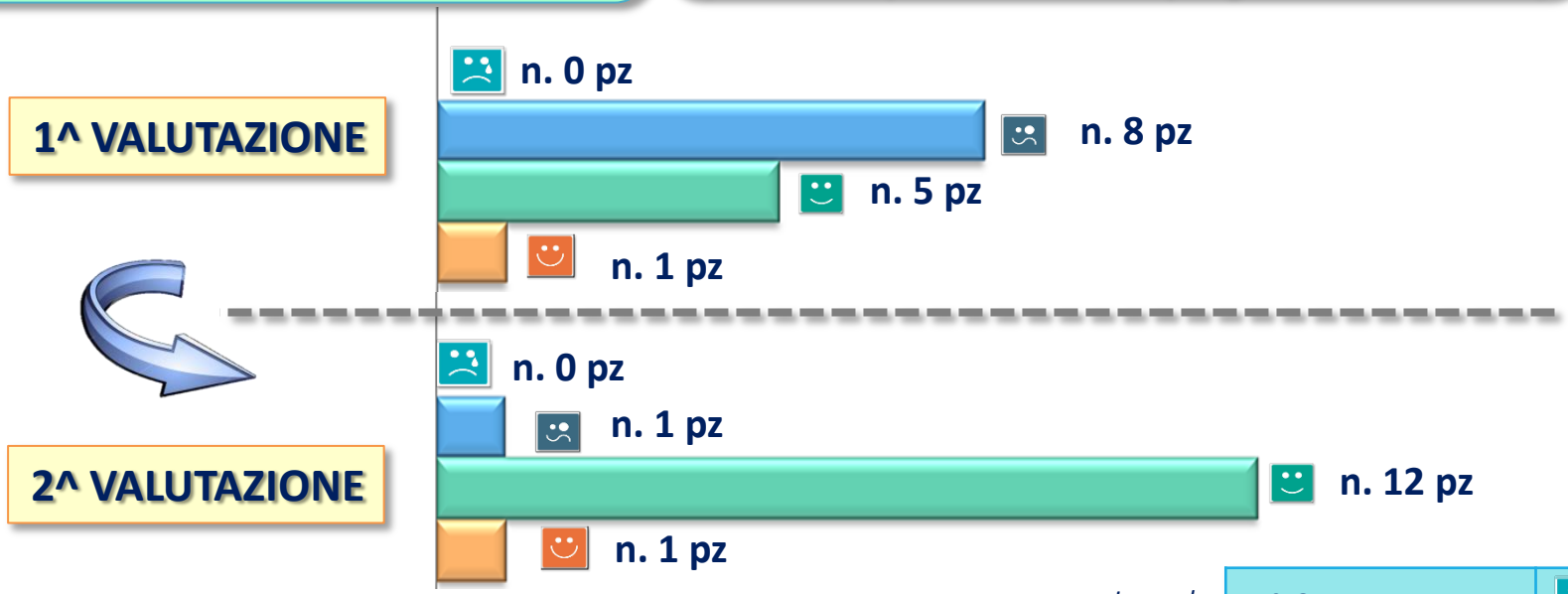
	2^ EDIZIONE 2016-2017
AZIENDE ULSS COINVOLTE	Provincia di Padova e Rovigo
N. PARTECIPANTI	**18** MMG **21** Infermieri delle MGI **4** Infermieri distrettuali
N. MGI	**17** team MGI

ALCUNI DATI PRELIMINARI SULL'ENGAGEMENT DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO NELL'AMBITO DEL PROJECT WORK*

8/14
MIGLIORANO la loro posizione
(da allerta a consapevolezza)

6/14
MANTENGONO la loro posizione
(n. 5 consapevolezza e n. 1 progetto eudamonico)

periodo medio di osservazione dalla 1^ valutazione ***n. 80 gg***



Legenda

BLACKOUT	
ALLERTA	
CONSAPEVOLEZZA	
PROGETTO EUDAMONICO	

** Analisi preliminare sui dati in corso di rilevazione: sono stati considerati solamente i pazienti per i quali sono state effettuate almeno due rilevazioni nel periodo di osservazione.*

UN CASO DI PAZIENTE PRESO IN CARICO

Problemi clinici

- *Scompenso*
- *Diabete*
- *BPCO*
- *Obesità*

Problemi assistenziali

- *Difficoltà di movimento*
- *Alterazione del sonno*

Problemi sociali

- *Difficoltà di integrazione*

Quadro iniziale

- Sconforto e sfiducia sulle possibilità di recupero di uno stato di salute accettabile
- Propensione all'accettazione delle limitazioni imposte dalla patologia
- Repulsione nell'intraprendere un percorso di attività fisica impostato per lui

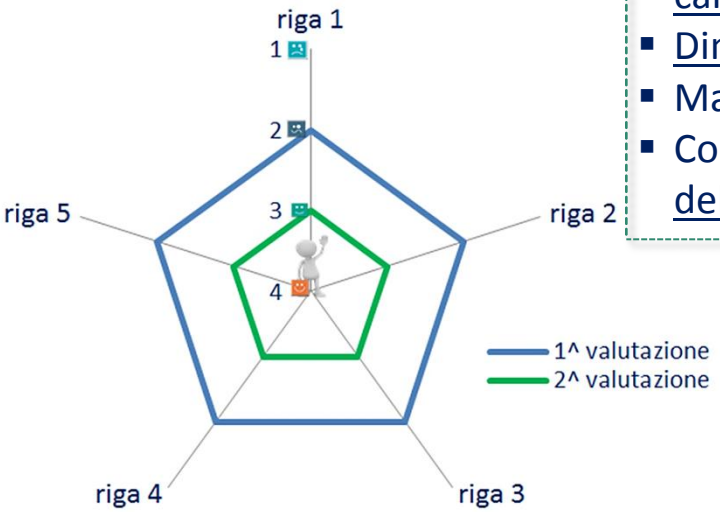
Interventi attuati

Educazione terapeutica
Counselling
Coinvolgimento rete familiare e amicale

Esiti attuali

- Aumento della compliance riguardo la corretta assunzione della terapia
- Miglioramento dello stato d'umore
- Maggiore propensione al cambiamento
- Diminuzione del peso corporeo
- Maggiore integrazione sociale
- Complessiva stabilizzazione dello stato di salute

ALLERTA



CONSAPEVOLEZZA

CHE COSA ABBIAMO APPRESO DALLA PRIMA ESPERIENZA PILOTA?

Fidelizzazione del paziente

Importanza di **valorizzare e favorire** il mantenimento e/o creazione di **legami amicali** del paziente

Percorso che punta a rendere «autonomo» il paziente

A fronte di un iniziale investimento si registrano **esiti positivi** di risparmio di tempo e risorse già nel breve periodo (accertamenti specialistici, *ricoveri evitati, ecc.*)

Importanza dell'**analisi e osservazione diretta del contesto di vita** del paziente anche da parte dell'infermiere (visita a domicilio MMG/infermiere)

Importanza di **porsi in ascolto degli obiettivi di salute del paziente**, al fine di definire o riadattare il profilo terapeutico o i presidi utilizzati, qualora possibile:

- *Paziente scompensato in trattamento con diuretici che lamenta di non riuscire a mantenere i suoi hobby: uscire con gli amici senza avere il frequente bisogno dei servizi igienici*
- *Paziente in trattamento con NCPAP, il paziente non sopportava la costrizione data dal presidio conducendolo ad una non aderenza alla terapia – pertanto il team di cura ha cercato, anche con il supporto dello specialista, una soluzione terapeutica ugualmente efficace ma tollerata.*

CHE COSA ABBIAMO APPRESO DALLA PRIMA ESPERIENZA PILOTA?

Gestione di pazienti che richiederebbero al MMG molto tempo e con scarsi risultati - Ottimizzazione del tempo assistenziale e **miglioramento degli esiti** grazie al lavoro in **team**

Importanza della **selezione del target** a cui rivolgere questo tipo di intervento

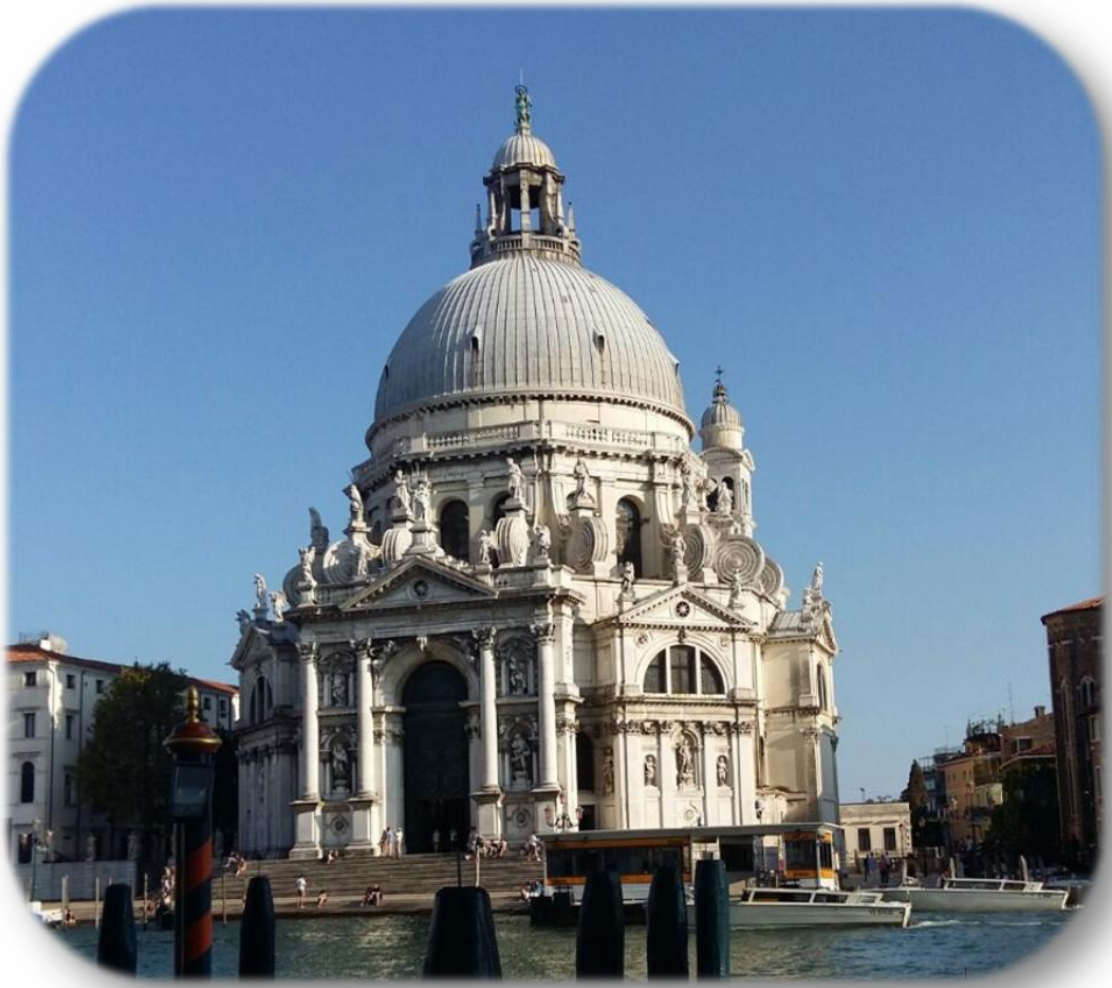
Al fine di ottimizzare le risorse e alla luce delle esperienze maturate nel corso della formazione sul campo, i pazienti candidabili a tale modello di presa in carico sono quelli:

- *con **cronicità** (**anche complessa** sia dal punto di vista clinico che assistenziale ma non allo stadio terminale)*
- ***senza disturbi della sfera cognitiva** (es. demenze, ecc)*

Induzione di alte aspettative da parte del paziente (**attenzione!**)

Supporto alla costruzione del ruolo dell'infermiere di riferimento

Utilità di **implementare la PHE-scale nel gestionale del MMG**



Grazie per l'attenzione

mariacristina.ghiotto@regione.veneto.it