



IX Congresso Nazionale AICM "Case Management: un equilibrio tra vincoli e risorse"

IL MANAGEMENT PROFESSIONALE E L'ISTITUZIONE DEL CASE MANAGEMENT, ESPRESSIONE GESTIONALE DELL'ADVOCACY DELLE PERSONE ASSISTITE

Monica Casati

Dirigente Responsabile Ricerca, Formazione e Sviluppo USC Direzione Professioni Sanitarie A.S.S.T. Papa Giovanni XXIII – Bergamo

Simonetta Cesa

Direttore USC Direzione Professioni Sanitarie A.S.S.T. Papa Giovanni XXIII – Bergamo Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

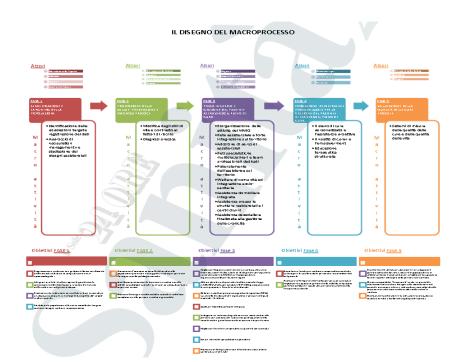
"Solo un deciso intervento volto a favorire lo spostamento sul territorio del trattamento socio-sanitario delle principali patologie croniche consentirà che il processo di miglioramento della qualità dell'assistenza si sviluppi in coerenza con l'esigenza di contenimento e di razionalizzazione della spesa sanitaria.

A questo fine, sarà predisposto, in collaborazione con le Regioni, il primo Piano nazionale per la cronicità, attualmente in fase di approvazione, che costituisce uno strumento di riferimento per poter seguire l'attuazione nelle Regioni degli interventi messi in atto per fornire indirizzi e indicazioni per una efficace presa in carico del paziente cronico"

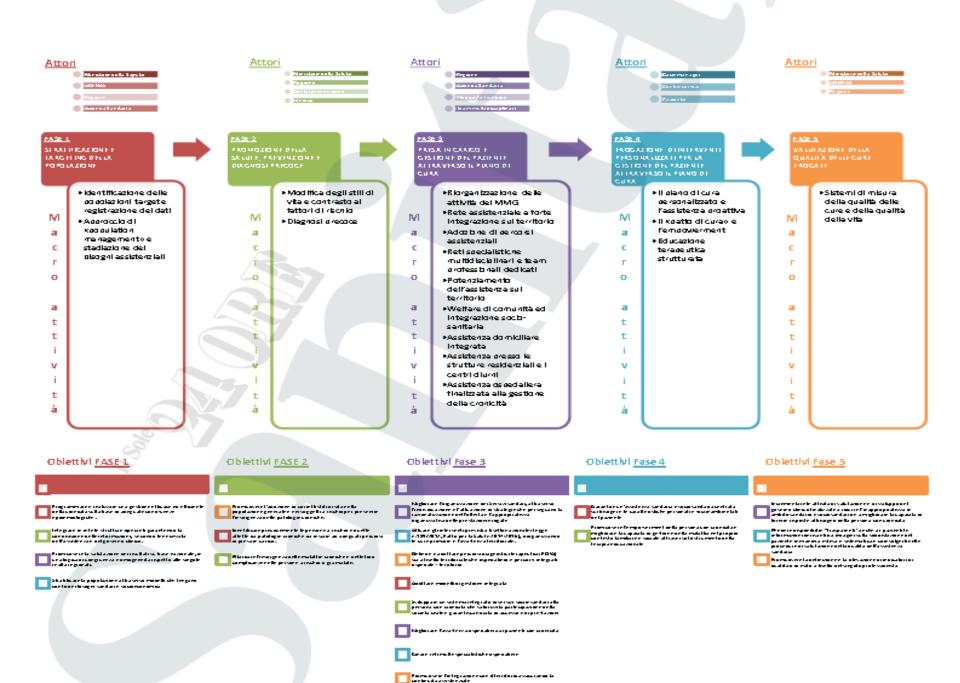
PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITA' 2016 In fase di approvazione

IL MACROPROCESSO DI GESTIONE DELLA PERSONA CON MALATTIA CRONICA

- individuare le figure di coordinamento che garantiscano la continuità territorioospedale, la appropriatezza degli interventi e la valutazione di efficacia dei percorsi di cura
- incentivare servizi di programmazione, organizzazione e monitoraggio dei percorsi individuali di cura (case management)



IL DISEGNO DEL MACROPROCESSO



MACRO ATTIVITA'

- Identificazione delle popolazioni target e registrazione dei dati
- Approccio di «population management» e stadiazione dei bisogni assistenziali









OBIETTIVI

- Programmare e realizzare una gestione efficace ed efficiente della cronicità sulla base di adeguate conoscenze epidemiologiche.
- Integrare in rete le strutture operanti garantendo la condivisione delle informazioni, secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico.
- Promuovere la valutazione dei risultati su base nazionale, in una logica di congruenza e omogeneità rispetto alle singole realtà regionali.
- Stratificare la popolazione attraverso modelli che tengano conto dei bisogni sanitari e socioeconomici

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

- 1. integrare e potenziare le banche dati ed i flussi informativi esistenti, con i dati dei sistemi di sorveglianza e le indagini campionarie, tenendo conto delle diverse modalità organizzative esistenti, a sostegno di un modello di gestione integrata della cronicità non solo basato sul consumo di prestazioni sanitarie, ma anche sui determinanti di salute socioe conomici e culturali e su stili ed abitudini di vita
- misurare l'incidenza e la prevalenza delle malattie croniche, delle loro complicanze e del loro andamento nel tempo, condividendo metodologie e principi per la conduzione di studi e pidemiologici
- 3. promuovere la costruzione di registri di patologia in accordo con la normativa nazionale
- 4. definire, attraverso l'istituzione di gruppi di lavoro (nazionali e regionali), una lista di indicatori condivisi per misurare la qualità degli interventi di prevenzione e assistenza sanitaria (in termini di valutazione continua delle strutture, dei processi di diagnosi e cura e degli esiti degli stessi), tenendo anche conto di quanto definito a livello internazionale e nazionale
- 5. identificare e sperimentare modelli prospettici di stratificazione della popolazione, basati sul bisogno di assistenza, che consentano di disegnare specifiche azioni per ciascun gruppo con particolare attenzione ai soggetti che soffrono di più patologie

RISULTATI ATTESI

Incremento del numero dei programmi di stratificazione della popolazione attivati in accordo con i rischi clinici e i bisogni di salute e sociosanitari

Kaiser Permanente's risk stratification model

Population management

More than care and case management

Deciding the right approach

It is important to have the information and knowledge to be able to carry out a risk-stratification on local populations to identify those who are most at-risk.

Level 3

As people develop more than one chronic condition (co-morbidities), their care becomes disproportionately more complex and difficult for them, or the health and social care system, to manage. This calls for case management – with a key worker (often a nurse) actively managing and joining up care for these people.

Level 2

Disease/care management, in which multidisciplinary teams provide high quality evidence based care to patients, is appropriate for the majority of people at this level. This means proactive management of care, following agreed protocols and pathways for managing specific diseases. It is underpinned by good information systems – patient registries, care planning, shared electronic health records.

Level 1

With the right support many people can learn to be active participants in their own care, living with and managing their conditions. This can help them to prevent complications, slow down deterioration, and avoid getting further conditions. The majority of people with chronic conditions fall into this category – so even small improvements can have a huge impact.

Level 3:

Highly complex patients

Case management

Level 2:

High risk patients

Care management

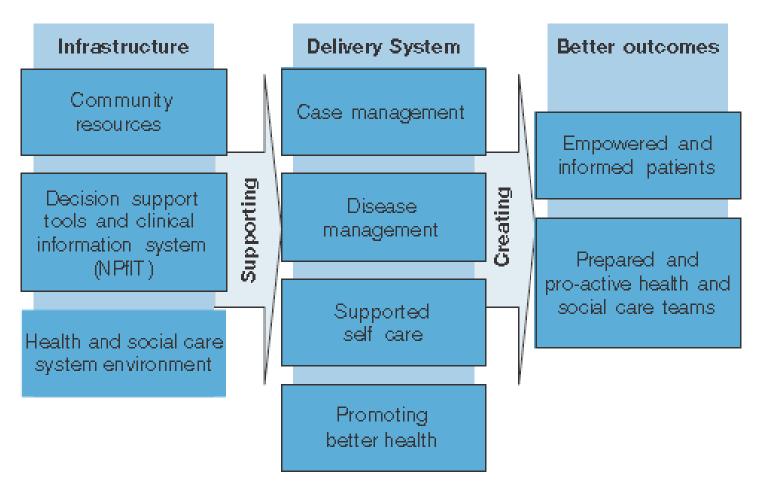
Level 1:

70-80% of a Chronic Care Management population

Health promotion



The NHS and Social Care Long Term Conditions Model



PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE

MACRO ATTIVITA'

- Modifica degli stili di vita e contrasto ai fattori di rischio
- Diagnosi predoce









OBJETTIVI

- Promuovere l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione generale e nei soggetti a rischio per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche.
- Identificare precocemente le persone a rischio e quelle affette da patologie croniche da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico.
- Ritardare l'insorgenza delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate.

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

- attuare gli interventi previsti a livello nazionale dai principali programmi di promozione della salute e di prevenzione delle patologie croniche (Piano Nazionale di Prevenzione, Guadagnare Salute)
- implementare i sistemi di sorveglianza sulla prevalenza di fattori di rischio per malattie croniche non trasmissibili (MCNT) nella popolazione generale previsti a livello nazionale al fine di seguire i fenomeni nel tempo, raffrontare le diverse realtà (a livello locale, regionale, nazionale e internazionale) e valutare l'efficacia degli interventi
- promuovere una corretta informazione rivolta alla popolazione generale e finalizzata a diffondere e migliorare le conoscenze sui corretti stili di vita e sulle malattie croniche
- 4. realizzare strategie di popolazione a carattere intersettoriale con i portatori di interessi per la prevenzione di tabagismo, abuso di alcol, scorretta nutrizione, sedentarietà, sovrappeso/obesità
- 5. realizzare iniziative rivolte a individui o gruppi di individui per la prevenzione di tabagismo, abuso di alcol, scorretta nutrizione, sedentarietà, sovrappeso/obesità
- 6. programmare interventi di popolazione mirati a identificare precocemente i soggetti in condizioni di rischio au mentato per MCNT o con patologia già in atto, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari
- 7. attuare iniziative di counselling motivazionale individuale o di gruppo, indirizzando i soggetti a rischio o già malati verso un'adeguata presa in carico, anche con offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare, ecc.) o terapeutico-assistenziale

RISULTATI ATTESI

- Incremento del numero di programmi volti a identificare i soggetti in condizioni di rischio o con patologia in atto
- Incremento del numero di programmi di comunità (es. gruppi di cammino)
- Incremento del numero di interventi volti ad aumentare nella popolazione la conoscenza delle malattie croniche e dei fattori di rischio
- Incremento di programmi di prevenzione e promozione della salute indirizzati a precisi target di popolazione che tengano conto dei risultati della stratificazione

PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

MACRO ATTIVITA!

- Riorganizzazione delleattività dei MMG
- Rete assistenziale aforte integrazione sul territorio
- Ad ozi on e di percorsi assistenziali.
- Reti special istiche multidisciplinari e team professional i de dicati
- Potenziamento dell'assistenza sul territorio
- Welfare di comunità ed integrazione soci o-sanitaria
- Assistenzadomi ciliare integrata.
- Assistenza presso le strutture resi denziali e i centri di urni
- Assistenza ospedaliera finalizzata al la gesti on e della cronicità







MEDICO E IN FERMIERE



TEAM MULTI-DISCIPLINARI

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

OBIETTIVI

- Migliorare l'organizzazione dei Servizi sanitari, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la riqualificazione della rete di offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate, secondo una declinazione adeguata alle re altà territori ali.
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (Legge n. 189/2012, Patto per la Salute 2014-2016), riorganizzando le cure primarie e l'assistenzaterritoriale.
- Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia alivello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale- territori o
- Adottare modelli di gestione integrata

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

- 1. re alizzare un censimento dell'offerta, dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, de i servizi)
- 2. razionalizzare la distribuzione delle risorse, promuoven do l'integrazione de ll'assistenza
- cre are un a rete tra le strutture che assicuri la continuità assiste nziale
- 4. val orizzare le diverse e specifiche competenze anche attraverso la creazione di retispe cialistiche multidisciplinari
- 5. inserire ogni singolo paziente, fin dal momento della diagnosi, in un processo di gestione integrata condivisa, che preveda l'adozione di PDTA ai quali partecipino tutte le figure assistenziali coinvolte con impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia (te ammulti professionali)
- 6. individuare figure di coordinamento che garantiscan o la continuità te rritorio-ospedale e l'appropriate zza degli interventi e la valutazione di efficacia dei percorsi di cura
- 7. definire PDTA nazionali nel rispetto delle raccomandazioni e linee guida, almeno per le più importanti malattie croniche, ai fini di un uso appropriato delle risorse
- 8. utilizzare indicatori che permettano la valutazione peri colica de lla performance e de lla qualità de ll'assistenza
- sperimentare modelli di remunerazione adeguati al malato cronico

RISULTATI ATTESI

- Sviluppo di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza
- Incremento di progetti di formazione del team multidisciplinare.
- Sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sociali e sanitari.
- Sperimentazione di modalità diverse di remunerazione delle prestazioni per la persona con malattia cronica sia a livello territoriale che in ospedale

EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

4

MACRO ATTIVITA'

- Il piano di cura personalizzato e l'assistenza proattiva
- II «patto di cura» e l'empowerment
- Educazion e terapeutica strutturata



OBIETTIVI

- Garantire un'assistenza sanitaria e sociosanitaria centrata sui bisogni e le caratteristiche personali e socio-ambientali del paziente
- Promuovere l'empowerment della persona con cronicità e migliorare la capacità di gestione della malattia nel proprio contesto familiare e sociale attraverso lo strumento della terapia educazionale

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

- 1. sviluppare programmi di assistenza centrati sul paziente che tengano conto non solo della condizione clinica ma anche dei bisogni psicosociali
- definire programmi di assistenza concepita e strutturata in una logica pro-attiva ('Managed Care'), attraverso la definizione di un Piano di cura personalizzato, condiviso tra i vari attori e consolidato attraverso il 'Patto di Cura
- 3. sperimentare modalità di intervento che favoriscono lo sviluppo dell'ability to cope e lo sviluppo delle abilità di auto-cura
- sostenere le attività di formazione e informazione dei pazienti e delle loro famiglie
- 5. promuovere l'adozione di modelli e di percorsi di educazione terapeutica strutturata che coinvolgano il paziente e i suoi caregiver
- 6. promuovere l'utilizzo di metodi per l'empowerment del paziente per formare e informare le persone con cronicità e tutti gli operatori sanitari e non sanitari coinvolti (es. modello Stanford)
- diffondere la capacità di praticare educazione terapeutica efficace
- 8. promuovere la creazione di un "knowledge network", tra le regioni, inteso come una rete di conoscenze sull'empowerment
- B. favorire iniziative di ricerca e intervento, fondate su strategie validate, sulla valutazione dell'empowerment e sullo sviluppo di competenze degli operatori sanitari e delle comunità
- individuare modelli di analisi e strumenti condivisi di rilevazione e monitoraggio dell'efficacia dell'empowerment del paziente

RISULTATI ATTESI

Miglioramento del livello di soddisfazione e della qualità della vita del paziente e del professionista e miglioramento dei risultati clinici.

IMPLEMENTAZIONE DEL CASE MANAGEMENT

STEP 1: IDENTIFICARE LE PERSONE ASSISTITE PIÙ VULNERABILI

STEP 2: SVILUPPARE IL RUOLO DELL'INFERMIERE DI COMUNITÀ

STEP 3: EFFETTUARE VALUTAZIONI INIZIALI APPROFONDITE E PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

STEP 4: GESTIRE IL COORDINAMENTO DELLE CURE E DEI SERVIZI



MACRO ATTIVITA'

 Sistemi di misura della qualità delle cure e della qualità della vita





- Incrementare le attività di valutazione e di sviluppo del governo clinico finalizzate a ridurre l'inappropriatezza in ambito sanitario e sociosanitario e a migliorare la capacità di fornire risposte al bisogno della persona con cronicità
- Rendere disponibili e "trasparenti" anche ai pazienti le informazioni derivanti da indagini sulla soddisfazione del paziente in maniera estesa e sistematica e coinvolgerli nelle procedure di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria
- Promu ove re la definizione e la rile vazione di indicatori di qualità o di esito a livello del singolo professionista

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

- 1. implementare iniziative finalizzate a valutare la qualità di vita e l'accesso alle cure e definire gli indicatori per il monitoraggio del processo e degli esiti di cura
- costruire banche dati, in cui confluiscano dati amministrativi e clinici (di ambito sanitario, socio-sanitario e socio-assistenzi ale) per la valutazione dei risultati clinici e organizzativi e della qualità dell'assistenza
- 3. sviluppare modelli e metodi consolidati, che abbiano come punto di partenza la scelta di dare importanza al punto di vista del paziente

RISULTATI ATTESI

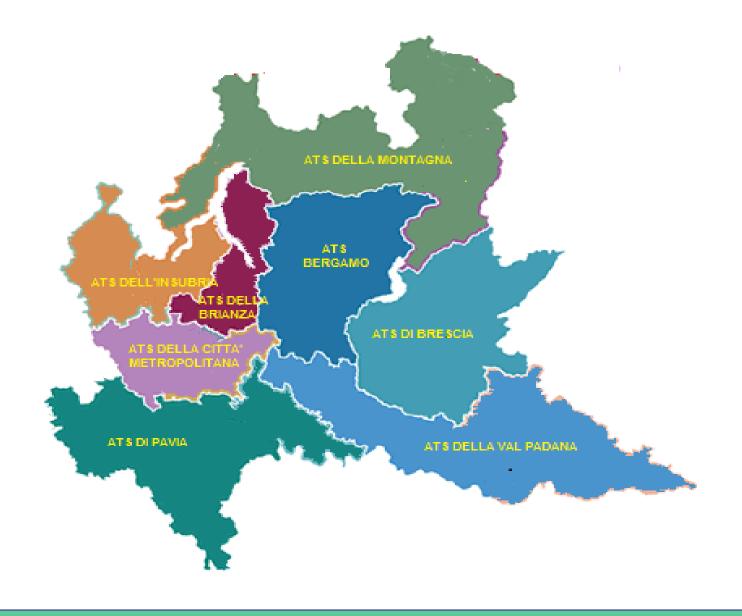
- Incremento delle iniziative finalizzate alla valutazione della qualità delle cure erogate, anche dal punto di vista del paziente con cronicità, con l'utilizzo di modelli e metodi validati
- Implementazione dei sistemi di controllo per valutare la performance qualitative delle strutture sanitarie e sociosanitarie



Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23

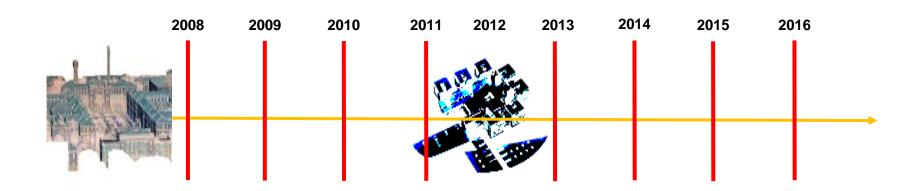
Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)

(BURL n. 33, suppl. del 14 Agosto 2015)



Legge R.L. 23/2015, Art. 10 Sistema delle cure primarie, Comma 10. Nell'ambito del settore delle cure primarie, governato dalle ATS territorialmente competenti, è istituito il servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie, (...)

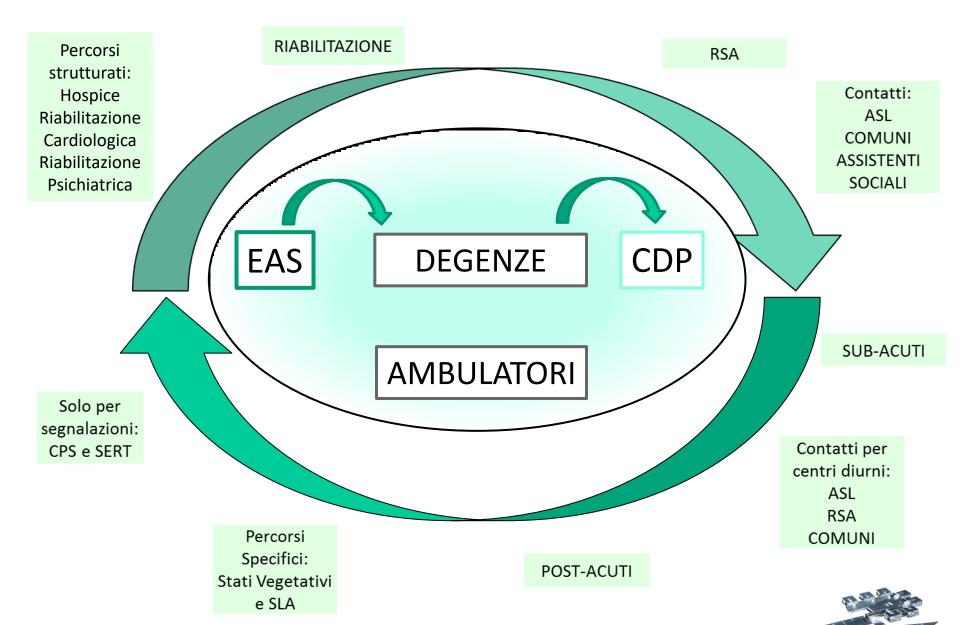
CONTESTO AZIENDALE











CENTRALE DIMISSIONI PROTETTE

2008: Istituzione della Centrale Dimissioni Protette, risultato di un percorso condiviso tra l'Azienda Ospedaliera, l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia ed il Comune di Bergamo

- **OBIETTIVO:** integrazione tra gli interventi assistenziali e coordinamento tra i settori coinvolti, favorendo un'adeguata analisi della complessità dei problemi presentati dall'utenza e gestendo la complessità





USC Direzione Professioni Sanitarie

PROGETTO CASE MANAGEMENT

Responsabile del progetto Dott.ssa Simonetta Cesa

Direttore USC Direzione Professioni Sanitarie

Responsabile Metodologico

Dott.ssa Monica Casati

Dirigente Responsabile area Ricerca, Formazione e Sviluppo-DPS

Gruppo di lavoro Dott.ssa Pasqualina Colleoni

Coordinatore infermieristico staff area Ricerca, Formazione e Sviluppo - DPS

Dott.ssa Pellegrini Ramona

Infermiere staff area Ricerca, Formazione e Sviluppo - DPS

JOB DESCRIPTION GENERALE del **CASE-MANAGER**





CRONOPROGRAMMA

Tempi di realizzazione delle azioni relative ad ognuna delle fasi	2011	2012	2013	2014 I sem	2014 II sem	2015 I sem	2015 II sem	2016 I sem	2016 II sem
Fase progettuale	X	X	X	X				X	
Fase realizzativa					X	X	X	X	X
Fase di valutazione						X	X	X	X
Fase di comunicazione						X	X	X	X
Fase di diffusione						X	X	X	X

FOCUS GROUP - 2014

OBIETTIVO

- Mappare lo stato attuale del processo collaborativo di case management

CAMPIONE

Infermieri delle USC Cardiologia 1, Gastroenterologia, Nefrologia e USSD Pediatria 2 – Epatologia e Gastroenterologia Pediatrica e dei Trapianti, Ambulatori di Neurologia, Ambulatorio di Cardiologia, Pronto intervento Diagnostico oncologico (PID), Ambulatori della Dietologia Clinica, Ambulatorio di Stomaterapia, Ambulatorio infermieristico per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee



FOCUS GROUP

FUNZIONE	PUNTI FOCALI					
ASSISTENZIALE	✓ Orientarsi verso il paziente, effettuare lo screening dei problemi e accertare gli eventuali rischi; ✓ individuare e prendere in carico il paziente; ✓ accertare ed identificare i problemi assistenziali; ✓ sviluppare e implementare il piano di assistenza; ✓ effettuare l'accertamento continuo, le rivalutazioni periodiche e il follow-up; ✓ educare il paziente e la famiglia riguardo i bisogni di assistenza sanitaria e i cambiamenti dello stile di vita; ✓ registrare, analizzare e gestire i dati dei pazienti; ✓ documentare le attività e gli esiti del programma ✓ scrivere report e fornire feedback al personale e ai soggetti coinvolti.					
ORGANIZZATIVA	✓ Coordinare, facilitare e gestire l'assistenza, ✓ pianificare le transizioni da una fase alle successive e coinvolgere gli altri professionisti sanitari o sociali e le strutture dei servizi; ✓ monitorare e valutare le attività assistenziali, le risposte dei pazienti ai trattamenti e gli esiti; ✓ supportare il paziente e la famiglia; ✓ assicurare la qualità e i miglioramenti del servizio; ✓ addestrare e supportare lo staff con attività di formazione.					
FORMATIVA	✓ Rileva i bisogni formativi dell'èquipe con cui lavora; ✓ svolge attività di insegnamento e tutoraggio soprattutto nei confronti dei professionisti meno esperti; ✓ segue momenti formativi personali; ✓ produce e conduce progetti di formazione continua					
RICERCA	✓Promuove, definisce e attua ricerche infermieristiche; ✓utilizza evidenze scientifiche sviluppando competenze nell'ambito della ricerca scientifica e dell'Evidence- Based Nursing (EBN); ✓identifica aree di ricerca in ambito assistenziale					
CONSULENZA	✓ Fornisce consulenza nei confronti di professionisti sanitari e sociali nella struttura; ✓ fornisce consulenze riguardanti i problemi clinici e amministrativi legati alla dimissione; ✓ svolge consulenza telefonica ai pazienti e /o alle famiglie al rientro presso il proprio domicilio.					





USC Direzione Professioni Sanitarie (DPS)

Programma evento formativo residenziale "Evoluzione del Case Management nell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII"

2 edizioni 2 e 14 dicembre 2016



PROFILI DI ASSISTENZA – ASST PAPA GIOVANNI XXIII

Risogno di Assistenza		DDICE GNOSI	DIAGNOSI INFERMIERISTICA - NANDA-I			
RESPIRARE 0		0031	Liberazione delle vie aeree inefficace			
NIC DI RIFERIMENTO		ATTIVITA'				
Ossigenoterapia (3320)		Somministrare O2 terapia prescritta				
Posizionamento (0840)		Mantenere la postura corretta				
, ,		Monitorare segni e sintomi della dispnea				
Vie aeree: gestione (3140)		Stimolare a mantenere la postura semiseduta a letto per alleviare la dispnea				
		Somministrare areosolterapia				
		Stimolare a praticare tosse efficace				
Stimolazione della tosse (3250)		Promuovere una idratazione sistemica mediante l'infusione di liquidi				
		Promuovere l'uso dello spirometro incentivante				
Gestione dell'energia (0180)		Stimolare la mobilizzazione e la deambulazione				
Vie aeree: aspirazione (3160)		Aspirare secrezioni al bisogno				
Sostegno emozionale (5270)		Incoraggiare la persona				
Insegnamento: procedure/trattamenti (5618)		Informare la persona e la famiglia				
Fisioterapia respiratoria (3230)		Eseguire ginnastica respiratoria				
Somministrazione di farmaci (2300)		Somministra	Somministrare terapia prescritta e verifica esito			





In merito ai **profili assistenziali** essi rispondono alla necessità di armonizzazione e quindi di dialogo, con i sistemi informativi elettronici dedicati alla presa in carico assistenziale infermieristica nei diversi contesti dell'azienda; l'interoperabilità dei flussi informativi viene intesa come prerequisito della continuità e della integrazione delle cure nei diversi contesti e fasi della presa in carico.





L'utilizzo di diagnosi NANDA-I e di interventi NIC sarà verosimilmente patrimonio informativo anche per la quantificazione dell'impegno assistenziale, secondo la nostra progettazione.



PROFILI DI ASSISTENZA – ASST PAPA GIOVANNI XXIII

- Insufficienza d'organo e Trapianti
- Sclerosi multipla
- Sclerosi laterale amiotrofica
- Patologie celebrovascolari
- Miastenia gravis
- Patologie oncologiche
- Demenze
- Morbo di Parkinson
- Epilessia
- Miopatie





Advocacy significa farsi promotore e attivamente patrocinare la causa di qualcun altro.

Nel campo della salute, l'advocacy consiste nell'uso strategico di informazioni e altre risorse (economiche, politiche, ecc.) per modificare decisioni politiche e comportamenti collettivi ed individuali allo scopo di migliorare la salute di singoli o comunità.

L' Advocacy consiste nello sforzo di modificare gli esiti di politiche pubbliche o di decisioni allocative che hanno un impatto diretto sulla vita delle persone

Angelo Stefanini – Regione Emilia-Romagna

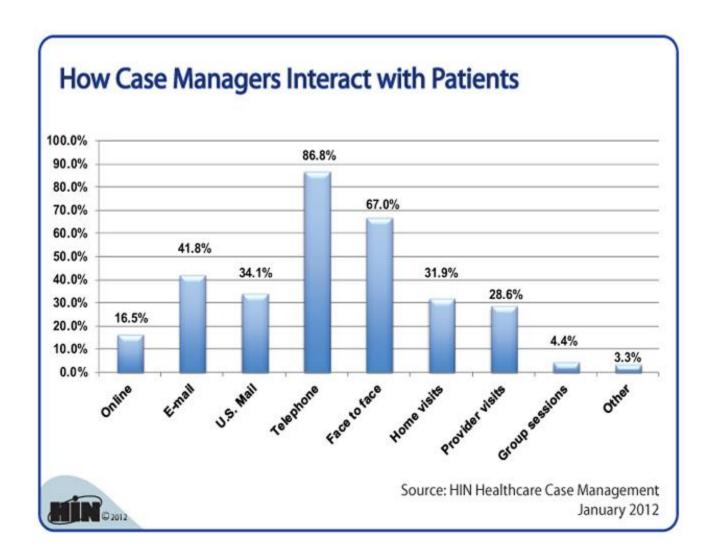


Al livello organizzativo direzionale viene chiesto di definire la progettualità relativamente al case management

In particolare:

- -individuare le aree prioritarie di bisogno manifesto e latente di una presa in carico con tale approccio clinico
- istituire il ruolo e la posizione di case manager
- garantire condizioni logistiche e di rendicontazione appropriate
- armonizzare tali fasi nel contesto organizzativo di riferimento





... garantire condizioni logistiche e di rendicontazione appropriate



Advocacy a livello del case manager

Si esprime con la promozione e il sostegno della presa in carico integrata e globale delle condizioni della singola persona assistita con facoltà gestionali di coordinamento e di integrazione delle informazioni e delle risorse disponibili con fine primario di tutela e protezione

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

- Contesto in continua evoluzione
- Flessibilità e appropriatezza organizzativa
- Appropriatezza dei servizi
- Impiego efficiente delle risorse a disposizione
- Costante valutazione e monitoraggio degli esiti
- Sostegno alla cultura e alla pratica dell'integrazione interprofessionale





