



IL PROGETTO PILOTA DI DISEASE AND CARE MANAGEMENT IN PUGLIA

PERCHE' UN PROGRAMMA DI D&CM IN AREA CARDIOVASCOLARE

Nel mondo le persone affette da patologie croniche sono in considerevole aumento e l'invecchiamento della popolazione ne è una delle cause principali. Il 10,7% degli uomini, infatti, e il 14,7% delle donne ha superato i 65 anni di età e nei prossimi decenni queste stime sono destinate ad aumentare. **Secondo le stime dell'OMS, nel 2050, 2 miliardi di persone avranno superato i 60 anni di età**, con il conseguente aumento di patologie cardiovascolari, diabete e insufficienza cardiaca e la crescita dei costi dell'assistenza sanitaria.

Tra le regioni italiane, la Puglia, con il 15,2% dei soggetti oltre i 65 anni, è una delle regioni più anziane del Mezzogiorno, area che registra una prevalenza delle malattie cardiovascolari e del diabete molto più elevata che nelle regioni settentrionali. In Puglia il tasso di mortalità per malattie cardiovascolari è del 42,4%, la mortalità per ictus è il 35%. I ricoveri per patologie cardiovascolari sono l'11,6%.

Il Progetto Leonardo prevede un programma di *Disease and Care Management* che si propone di affrontare l'onere crescente delle malattie cardiovascolari, del diabete e dell'insufficienza cardiaca in Puglia, grazie alla messa in atto di interventi di gestione dell'assistenza sanitaria e delle malattie, volti a migliorare i risultati per i pazienti e nel contempo rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse. Lo scopo del progetto, dunque, è dimostrare come un nuovo modello assistenziale, che responsabilizzi il paziente, migliorando la compliance alla terapia e seguendolo nel percorso di cura, produca migliori risultati clinici per i cittadini ed economici per il sistema.

IL CARE MANAGER

Il programma di *Disease and Care Management* è stato studiato per integrare l'attuale assistenza territoriale con l'introduzione della figura del *Care Manager*, un infermiere, che in collaborazione con i medici di medicina generale e con gli specialisti, opera con i pazienti in prima persona in ambulatorio, a casa e via telefono. Questo nuovo "assistente alla salute", guidato dal medico, aiuta il paziente a seguire il piano di cura stabilito dal medico, misura i miglioramenti ottenuti nello stato di salute e valuta i suoi fabbisogni assistenziali. Il *Care Manager* si pone a fianco dell'individuo in ogni momento del percorso, sostenendolo nel cambiamento delle abitudini di vita ed educandolo a prendersi cura di sé.

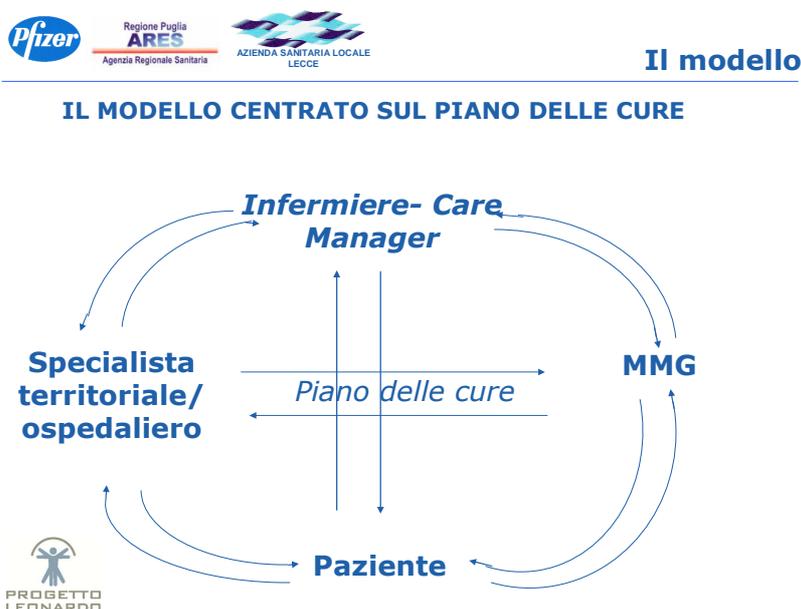


I TRE PROTAGONISTI DEL PROGETTO

Il **paziente**, per il quale viene preparato un piano di cura personalizzato e che viene responsabilizzato ed educato a comprendere quanto lui stesso possa fare per migliorare gli esiti e la qualità di vita;

Il **Care Manager**, un infermiere specializzato che educa, motiva e accompagna il paziente in tutte le fasi del percorso di cura;

Il **medico**, che supervisionando l'attività del *Care Manager*, gestisce l'intero percorso del paziente alla definizione del quale hanno partecipato, secondo un nuovo processo di integrazione, una rappresentanza di tutti gli operatori coinvolti: specialisti, medici di medicina generale, infermieri, direttori di distretto.



LE 8 PRIORITA'

In base allo stadio in cui l'individuo si trova, il *Care Manager* usa tecniche diverse per aiutarlo a sentirsi fiducioso nel prendere decisioni ed intraprendere comportamenti salutari.

Le raccomandazioni proposte al *Care Manager*, elaborate per la gestione del profilo di cure, sono state declinate in otto priorità di base e sono rivolte ad offrire ai pazienti tutti gli strumenti di conoscenza e competenza per un reale coinvolgimento nel processo assistenziale:

- 1) SAPERE COME E QUANDO CONSULTARE IL MEDICO;
- 2) CONOSCERE LA MALATTIA E FISSARE GLI OBIETTIVI;
- 3) ASSUMERE CORRETTAMENTE I FARMACI;
- 4) EFFETTUARE GLI ESAMI ED I CONTROLLI RACCOMANDATI;
- 5) SAPERE COME MANTENERE LA MALATTIA SOTTO CONTROLLO;
- 6) MODIFICARE GLI STILI DI VITA PER RIDURRE I RISCHI;



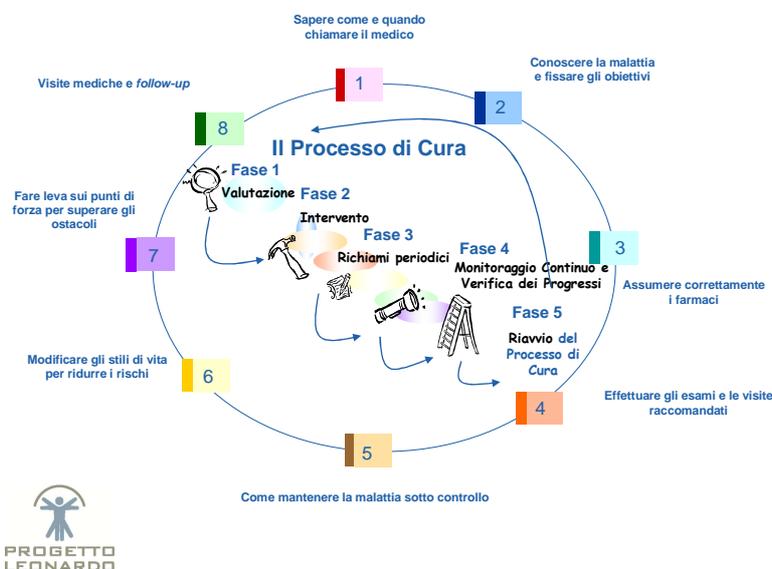
- 7) FAR LEVA SUI PUNTI DI FORZA PER SUPERARE GLI OSTACOLI;
- 8) EFFETTUARE LE VISITE SPECIALISTICHE E I FOLLOW-UP



Regione Puglia
ARES
Agenzia Regionale Sanitaria



Le "8" Priorità Base di autogestione
da parte del paziente ed il ciclo del
processo di cura



GLI STRUMENTI

Molti sono gli strumenti di supporto alla realizzazione del progetto, alcuni dei quali già in uso in altri paesi, che sono stati perfettamente adattati alla realtà locale grazie al lavoro di Pfizer Italia, del team locale e di Pfizer Health Solutions. Fondata nel 1995, Pfizer Health Solutions, consociata di Pfizer Inc., sviluppa programmi innovativi su larga scala mirati a supportare efficacemente i pazienti con malattie croniche.

Il software

I *Care Manager* si avvalgono di una piattaforma tecnologica gestionale per affiancare i pazienti che partecipano al programma. Si tratta di uno strumento di supporto decisionale, su web, ideato allo scopo di agevolare l'auto-assistenza da parte del paziente, di identificare le aree problematiche, fornendo il contesto per una valutazione ed un monitoraggio dello stato clinico del paziente e della sua risposta al trattamento. Il software è stato studiato, inoltre, per potenziare la comunicazione tra paziente, *Care Manager* e medico, per risalire allo stato del paziente ed ai risultati ottenuti. Infatti, i *Care Manager* possono accedere alla biblioteca on line, che comprende, tra l'altro, le raccomandazioni terapeutiche da seguire, guide specifiche per la gestione delle patologie in esame e per sostenere attivamente i pazienti nel percorso terapeutico. Per i pazienti sono stati realizzati specifici manuali per la cura delle malattie cardiovascolari, del diabete e dell'insufficienza cardiaca, per aiutarli a seguire il piano di cura e come strumento educativo.



Il Simulatore DEOS

Per il disegno dei nuovi processi e per la simulazione dell'impatto derivante dall'introduzione di nuovi processi assistenziali di *Disease and Care Management* sull'organizzazione attuale dei servizi della ASL e per evidenziare eventuali esigenze di nuove risorse o indicare una migliore allocazione di quelle già esistenti, è utilizzato lo strumento di simulazione *DEOS (Discrete Event Object-Oriented)*, frutto della collaborazione fra Pfizer e la facoltà di Ingegneria dell'Università di Lecce.

IL PROGETTO LEONARDO PREMIATO AL FORUM PA 2007 E AL PREMIO TIZIANO TERZANI 2008

A conferma dell'elevato potenziale insito nella collaborazione tra pubblico e privato, nel 2007 è stato attribuito al Progetto un importante riconoscimento al Forum PA di Roma: il primo premio assoluto per i progetti della categoria "Educare alla Salute".

Nel 2008, a testimoniare l'importanza di questo approccio assistenziale per umanizzare le cure, Leonardo è stato inserito tra i dieci progetti significativi nel Premio Nazionale "Tiziano Terzani per l'Umanizzazione della medicina".

I RISULTATI

Si è evidenziato un netto impatto positivo sull'applicazione delle raccomandazioni, basate su evidenze scientifiche, nella concreta realtà assistenziale.

Questa aderenza alle raccomandazioni si è tradotta sia in un impatto positivo sulle liste d'attesa, grazie alla possibilità di programmare e garantire l'appropriatezza degli accessi, ma anche in un netto aumento della percentuale di paziente che hanno raggiunto gli obiettivi clinici stabiliti dalle Linee Guida e dal Comitato Scientifico del Progetto:

- BMI (Indice di Massa Corporea) + 18% di pazienti che hanno raggiunto i target terapeutici
- Colesterolo LDL + 42,8% di pazienti che hanno raggiunto i target terapeutici
- Colesterolo totale + 38,7% di pazienti che hanno raggiunto i target terapeutici
- Pressione Arteriosa Sistolica + 61,3% di pazienti che hanno raggiunto i target terapeutici

A seguito dei risultati positivi conseguiti dal programma di *Disease & Care Management*, le Autorità sanitarie regionali hanno recentemente dato avvio ad un Piano per l'estensione su tutto il territorio regionale del modello sperimentato nel Progetto Leonardo.

Pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi del Programma

