



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

ISTITUTO SUPERIORE  
DI STUDI SANITARI  
*Gruppo Cassanese*



Associazione  
Dottori e Dirigenti Sanitari  
del Distretto del Lazio

# La formazione come leva del cambiamento

***Gianfranco Damiani***

Professore  
Università Cattolica del  
Sacro Cuore

## IL RILANCIO DEI DISTRETTI NELLA REGIONE LAZIO

Roma, 6 luglio 2018  
Polo Didattico  
Piazza Oderico da Pordenone 3



Dal 2000 al 2014 **l'età di insorgenza delle malattie croniche è diminuita mediamente di 3 anni** (da 56.5 a 53.5 anni)

Il numero di **anni non in buona salute è aumentato** per due cause: **aumento dell'aspettativa di vita e anticipo dell'insorgenza di malattie.**

Fonte: Meridiano Sanità, Le coordinate della Salute Rapporto 2016. The European House – Ambrosetti su dati Eurostat, 2016

The “Double Expansion of Morbidity” Hypothesis: Evidence from Italy. CEIS Tor Vergata. Research Paper Series Vol. 15, Issue 1, No. 396 pag 15-16– February 2017

## Definizione di Primary Care (European Commission Expert Panel)

**Erogazione di servizi sanitari e comunitari, universalmente accessibili, integrati, esaustivi ed orientati alla persona, forniti da un team** di professionisti responsabili nel dare risposte a gran parte dei bisogni di salute delle persone.

Questi servizi sono erogati attraverso una **partnership con pazienti e caregiver informali**, nel contesto familiare e comunitario, e giocano un ruolo centrale nel generale coordinamento e continuità dell'assistenza alle persone.

# Formazione come leva per l'innovazione

Education, training and continuous professional development are central to healthcare delivery

(Joint Statement of the Thematic network on medical training and professional development for patient safety EU Health Policy Platform, 2017)

La formazione è elemento strategico per il perseguimento della salute e della sicurezza del cittadino consente il costante allineamento con:

- ✓ le trasformazioni dei bisogni sanitari,
- ✓ i mutamenti della domanda sanitaria,
- ✓ la richiesta di maggiori e qualificate conoscenze tecnico-scientifiche
- ✓ la continua evoluzione dei modelli organizzativi e produttivi.



Hierarchy for Health Professional Education Evaluation  
(Adapted from Barr et al 2000; Belfield et al 2001)

Recommendation of the European Parliament and of the Council on key competences for lifelong learning 2006/962/EC



# MEDICINA DI POPOLAZIONE

- *Population medicine is the **design, delivery, coordination, and payment of high-quality health care services** to manage Triple aim of care **for a population using the best resources we have available** to us within the health care system.*

Populations, Population Health, and the Evolution of Population Management: Making Sense of the Terminology in US Health Care Today. (2014) *Niñon Lewis*



Table 1. Clinical Population Medicine (CPM): What it Is and What it Is Not

Clinical Population Medicine is the conscientious, explicit, and judicious application of population health approaches to care for individual patients and design health care systems.

Clinical Population Medicine is:

- a deliberate practice applied by practitioners and institutions
- engaged health care institutions that reduce health inequity through improved access, health promotion, and disease prevention
- using patient and population level data to deliver immediate and accessible indicators for clinical decisions and system design that are responsive to changing community health needs
- grounded in the science of epidemiology and medicine, and the practices of public health and clinical care

Clinical Population Medicine is not:

- a threat to patient-centered clinical care through rationing or undermining patient or clinician autonomy
- a substitute for comprehensive, multi-sector public health practice
- limited to partnerships between public health institutions and health care institutions
- a new medical specialty or discipline limited to specially trained practitioners
- the same as health services research or quality improvement

Clinical Population Medicine: Integrating Clinical Medicine and Population Health in Practice

By Michael E. Porter, Erika A. Fabe, and Thomas H. Lee

ANALYSIS & COMMENTARY

# Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Needs

DOI: 10.1007/s11686-012-9381-1  
HEALTH AFFAIRS 32,  
NO. 3 (2013): 596-620  
© 2013 Project HOPE—  
The People's Program for  
Peace and Health  
Foundation, Inc.

Michael E. Porter is the  
Walter W. Lawrance  
University Professor at the  
Harvard Business School, in  
Cambridge, Massachusetts.

Erika A. Fabe is a resident in  
internal medicine and primary  
care at Brigham and Women's  
Hospital, in Boston,  
Massachusetts.

Thomas H. Lee (thlee@partners.org) is network  
president of Partners  
HealthCare and a professor at  
the Harvard School of Public  
Health and Harvard Medical  
School, in Boston.

**ABSTRACT** Primary care in the United States currently struggles to attract new physicians and to garner investments in infrastructure required to meet patients' needs. We believe that the absence of a robust overall strategy for the entire spectrum of primary care is a fundamental cause of these struggles. To address the absence of an overall strategy and vision for primary care, we offer a framework based on value for patients to sustain and improve primary care practice. First, primary care should be organized around subgroups of patients with similar needs. Second, team-based services should be provided to each patient subgroup over its full care cycle. Third, each patient's outcomes and true costs should be measured by subgroup as a routine part of care. Fourth, payment should be modified to bundle reimbursement for each subgroup and reward value improvement. Finally, primary care patient subgroup teams should be integrated with relevant specialty providers. We believe that redesigning primary care using this framework can improve the ability of primary care to play its essential role in the health care system.

...We must deconstruct **primary care**, which is **not a single set of services but a group of services** delivered to meet **the different needs of multiple subgroups of patients**...primary care **teams** should be **organized around serving distinct subgroups** of patients with similar primary care needs...

Then care teams and care delivery processes can be designed for each patient subgroup, **outcomes can be measured**, and the **costs** of providing the subgroup's care **can be understood**.

# RISK STRATIFICATION

Risk stratification is an intentional, **planned, and proactive** process carried out at the practice level effectively **target services to patients**. It represents a move from a **reactive single physician to a more proactive team of providers** to address the total health needs of the total population of patient

Asaf Bitton. Harvard University



*process of evaluating each empanelled patient's condition using established criteria and assigning that patient to a risk stratum*

Topic specific implementation guide. CPC, 2014- Risk stratification

## Elementi Essenziali della Stratificazione del Rischio

- 1. Selezione di un algoritmo che permetta di stratificare la popolazione:** l'algoritmo dovrebbe prevedere il rischio di ciascun paziente e permettere allo staff di prioritarizzare le risorse per ridurre gli outcome avversi
- 2. Processo di risk stratification:** perchè sia efficiente, sono necessari due elementi: popolazione afferente e fonti informative con sufficienti dati
- 3. Rivedere i metodi di stratificazione del rischio e aggiornarli con informazioni in maniera periodica e sistematica:** rivalutare continuamente l'efficacia dello strumento adottato per effettuare la stratificazione del rischio



Method	Cell Approach vs. Regression Model	Risk Factors used	Development Objective	Developing Institution	Developed by (primary author)	Calculation	All-encounter Model	No. of Groups	Comorbidities included
<b>ACG/ADG/ ADG-PM</b>	Atlas: cells approach, ADG-Hosford: aggregate model (Regression)	Diagnoses, Age, Gender, Birthweight, Delivery	Evaluation of severity, Reimbursement/compensation of institutions	Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA	Starfield [83]; Weiner [44, 45]; Anderson	Concurrent	ACG: yes ADG: no	ACG: 93 ACG-PM: 236	ACGs are based on combination of diseases
HCC	Aggregate model (Regression)	Diagnoses, Age, Gender	Risk adjusted reimbursement/compensation systems, Risk assessment	Boston University, USA	Ash, Ellis et al.	Prospective	Yes	184	Hierarchical, additive weights for non-related diseases
Rx HCC	Aggregate model (Regression)	Inpatient + outpatient diagnoses, Drug prescriptions	Calculation of individual risk scores	Medicare Part D, USA		Prospective	Yes	197	Hierarchical, additive weights
CMS-HCC	Aggregate model (Regression)	Inpatient + outpatient diagnoses	Calculation of individual risk scores	Medicare Part C, USA	Pope et al. [74]	Prospective	Yes	70	Hierarchical, additive weights
DCG/DCG-HCC/PIP-DCG	DCG: complete hierarchy as cell approach, DCG-HCC: Aggregate model (Regression)	DCG/HCC: Inpatient or outpatient and inpatient diagnoses	Risk adjusted reimbursement/compensation systems for Medicare, Risk assessment, Efficiency audit of care providers, Calculation of premiums	Boston University, DuCG Inc., USA	Ash, Ellis, Pope et al. [65, 72-74]	Prospective	Original DCG: no DCH-HCC: yes PIP-DCG: no	DCG: 13 DCG-HCC: 132 PIP-DCG: 10	DCG: individual is assigned to most costly group HCC: hierarchical, additive cost weights
PCG-DCG	Full hierarchy as cell approach	Inpatient + outpatient diagnoses, Drug prescriptions, Age, Gender, Procedures, Region, Reason for insurance	Risk structure compensation system for statutory health insurance in the Netherlands	Erasmus University, Rotterdam, The Netherlands	Lamens & van Klief [77, 78]	Prospective	Yes	12	Original: only the most cost-intense PCG considered; Since 2008: Individual weights of diseases are additive
CD-RISC	Aggregate model (Regression)	Inpatient + outpatient diagnoses, Age, Gender, Medicaid-eligibility, degree of disability	Reimbursement/compensation, Development of risk-adjusted equalization payments,	Rand Cooperation, Santa Monica, CA, USA	Carter; Bell; Dubois [84, 85]; Goldberg; Keeler; McAleamy; Post; Rumpel	Prospective	Yes	215	Hierarchical, Individual can be assigned to several hierarchies

**METODI DI  
STRATIFICAZIONE  
DEL RISCHIO**

Juhnke et al.  
Int J Integr  
Care. 2016

# Chronic Disease Management: Population 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.

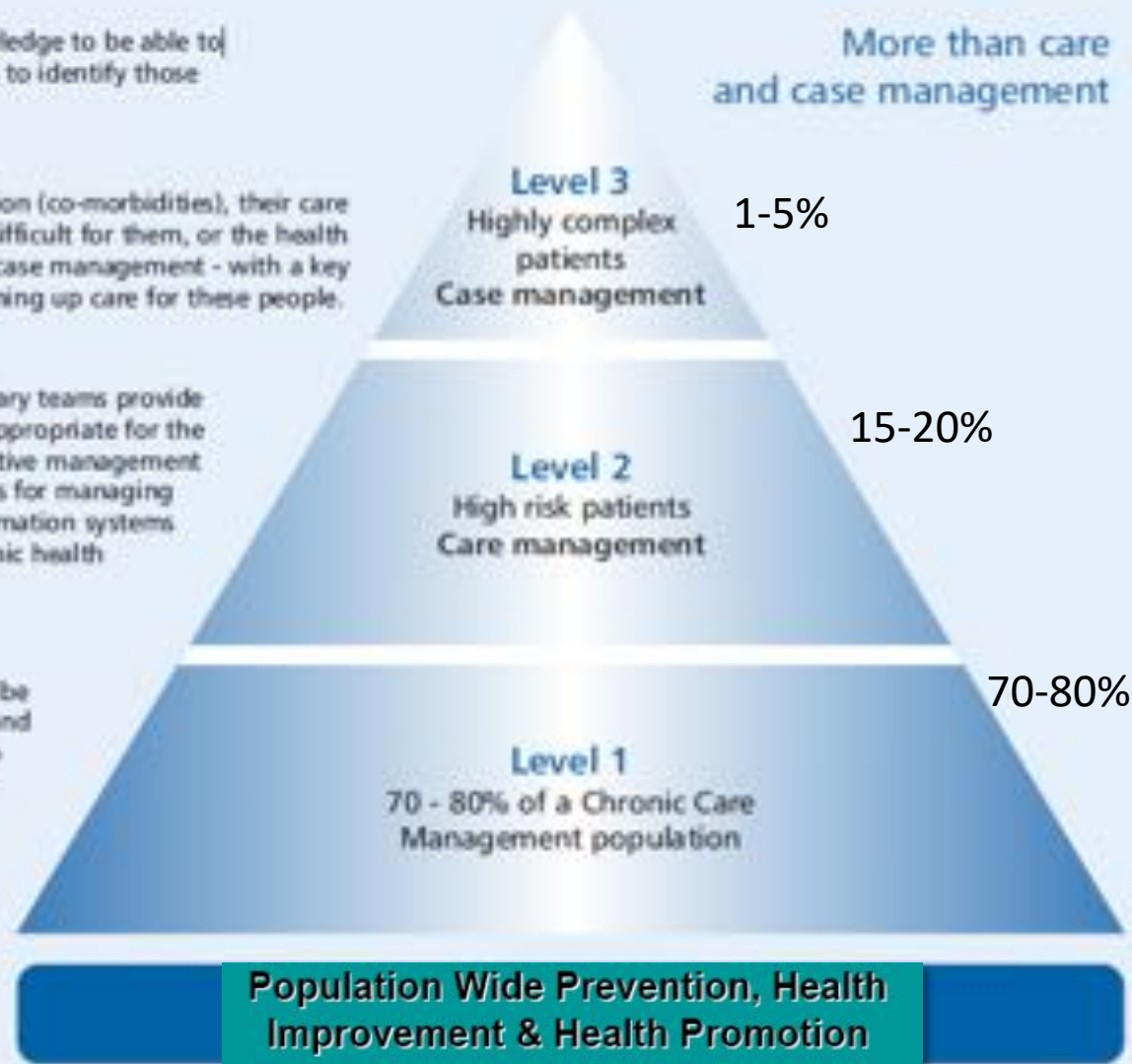
### Level 2

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.

More than care and case management



# La piramide del rischio:

# pesi e misure diverse

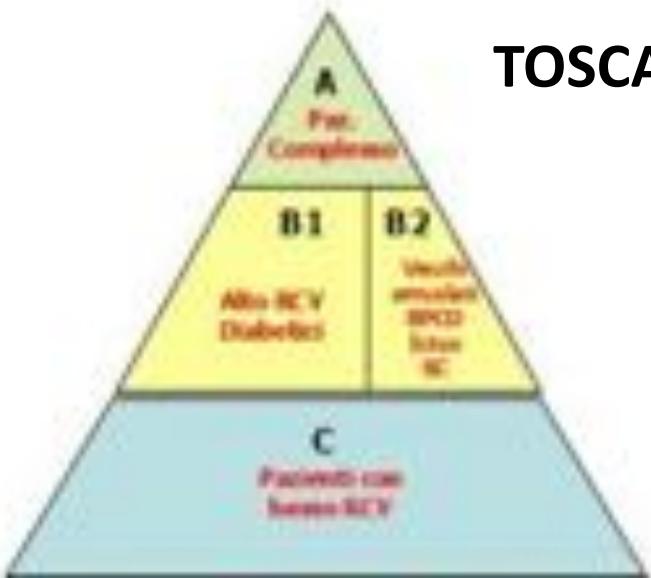
# VENETO



STRUMENTI DI MANAGEMENT

CARICO ASSISTENZIALE= COSTO

# TOSCANA



Cacciapuoti. 2015; Lorenzo Roti 2017, Maria Chiara Corti 2014; Quotidiano Sanità 30.01.2017

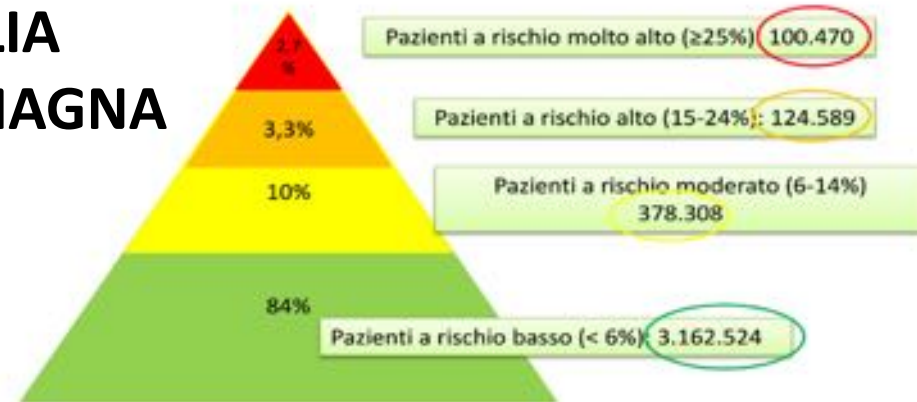
# LOMBARDIA

Regione Lombardia  
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 6164 Seduta del 30/01/2017

	N° Pazienti/Utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
Livello 1	150.000	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/riabilitazione/sociosanitario	Struttura di erogazione Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate
Livello 2	1.300.000	Cronicità poli-patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico-educativo) e gestione proattiva del follow-up (più visite ed esami all'anno)	Struttura di erogazione e MMG Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate MMG in associazione
Livello 3	1.900.000	Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari/frequent users	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio (MMG proattivo)
Livello 4	3.000.000	Soggetti 'non cronici' che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri)	Accessibilità a tutte le Agende ambulatoriali disponibili sul territorio	Territorio (MMG)
Livello 5	3.500.000	Soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici	Sono solo 'potenziali utenti'	Territorio (MMG)

# EMILIA ROMAGNA



POPOLAZIONE ≥18 ANNI - N = 3,765,891

# Valutazione processi ed esiti

FASE 5  
VALUTAZIONE DELLA QUALITA'  
DELLE CURE EROGATE

Indicatore	Fonte informativa
Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio agli screening del cancro coloretale, mammografico, cervice uterina	Sistema di rilevazione regionale screening
Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal Piano Nazionale della Prevenzione	Sistema di rilevazione annuale delle Coperture Vaccinali
Tasso di ospedalizzazioni evitabili per asma pediatrico di bambini 0-17 anni	SDO / ISTAT
Tasso di ospedalizzazioni per asma nell'età senile (>65anni)	SDO / ISTAT
Tasso di ospedalizzazione di pazienti complessi (> 60 anni)	SDO - SIAD - Farmaceutica territoriale - Esenzioni ticket - Anagrafe Sanitaria Regionale / SIAD - Farmaceutica territoriale - Esenzioni ticket - Anagrafe Sanitaria Regionale <i>Record linkage</i>
Tasso di sopravvivenza di pazienti complessi ( > 60 anni)	SIAD - Farmaceutica territoriale - Esenzioni ticket - Anagrafe Sanitaria Regionale / Farmaceutica territoriale - Esenzioni ticket - Anagrafe Sanitaria Regionale <i>Record linkage</i>
Tasso di ospedalizzazioni evitabili (cellulite, insufficienza cardiaca congestizia, BPCO, disidratazione, squilibrio elettrolitico, polmonite, infezione respiratoria, sepsi e infezione del tratto urinario) nei soggetti ≥ 65 anni arruolati in programmi di assistenza a lungo termine	SDO - SIAD – FAR / SIAD - FAR <i>Record linkage</i>
Numero di pazienti arruolati in piano di cure palliative a 3 giorni dal decesso / tutti i pazienti arruolati in piano di cure palliative	Hospice – ReNCam / Hospice <i>Record linkage</i>

# Reconciling evidence-based medicine and patient-centred care: defining evidence-based inputs to patient-centred decisions

Robert R. Weaver PhD

Professor and Associate Dean, Health Sciences, University of Ontario, Institute of Technology, Oshawa, Ontario, Canada

- EBM gives primacy to evidence and knowledge derived from clinical and science research.
- PCC operates within a humanistic framework that considers what emerges from clinical interactions –values, preferences, aspirations– as equally critical in the patient care process.

*complementarity between the two:*

*using **collective knowledge embodied in external tools to clearly define patients' unique complexity** before activating clinical experience, intuition, and judgment in meaningful dialogue with patients.*

FASE 3  
PRESA IN CARICO E  
GESTIONE DEL  
PAZIENTE  
ATTRAVERSO IL  
PIANO DI CURA

FASE 4  
EROGAZIONE DI  
INTERVENTI  
PERSONALIZZATI PER LA  
GESTIONE DEL PAZIENTE  
ATTRAVERSO IL PIANO  
DI CURA

Professor Robert R. Weaver  
Health Sciences  
University of Ontario, Institute of  
Technology  
Oshawa, Ontario  
Canada L1H7K4

## Automated Hovering in Health Care — Watching Over the 5000 Hours

David A. Asch, M.D., M.B.A., Ralph W. Muller, M.A., and Kevin G. Volpp, M.D., Ph.D.

The dominant form of health care financing in the United States supports a reactive, visit-based model in which patients are seen when they become ill, typically during hospitalizations and at

outpatient visits. That care model falls short not just because it is expensive and often fails to proactively improve health, but also because so much of health is explained by individual behaviors,<sup>1</sup> most of which occur outside health care encounters. Indeed, even patients with chronic illness might spend only a few hours a year with a doctor or nurse, but they spend 5000 waking hours each year engaged in everything else — including deciding whether to take prescribed medications or follow other medical advice, deciding what to eat and drink and whether to smoke, and making other choices about activities that can profoundly affect their health.

The increasing attention being paid to those 5000 hours takes various forms. Employers are focusing more on employees' wellness — how they eat, whether they smoke, and how much they exercise. Medication adherence has become a more important goal, thanks to growing recognition that many people with chronic conditions fail to take their medications regularly and therefore do not get the benefits that health care can provide. Home-based biometric assessments of indicators such as glucose level, blood pressure, and weight are emerging as part of longitudinal clinical care. Transitional care models are being touted as a way of coordinat-

ing care beyond hospitalization. And hospitals and health plans are developing “hot-spotter” approaches, deploying tailored and intensive attention to managing the care of their most challenging patients.<sup>2</sup> All these activities occur outside the conventional, billable, clinical encounter — and all reflect some sort of hovering over people in their daily lives.

Conventional approaches to improving patient engagement along these dimensions have been personnel-intensive — using visiting nurses or clinically staffed telemedicine services. Although results have been mixed, in general these programs have not fulfilled their promise. One problem is that using personnel in hovering is expensive and therefore difficult to scale up and to justify, except for the very sickest patients, some of whom might be too sick to benefit. Another problem is



**FASE 3**  
**PRESA IN CARICO E**  
**GESTIONE**  
**DELPAZIENTE**  
**ATTRAVERSO IL**  
**PIANO DI CURA**

**FASE 4**  
**EROGAZIONE DI**  
**INTERVENTI**  
**PERSONALIZZATI**  
**PER LA GESTIONE**  
**DEL PAZIENTE**  
**ATTRAVERSO IL**

# Hoovering: Impatto

Reducing weight in an internal medicine outpatient clinic using a lifestyle medicine approach: A proof of concept☆



Daniela Lucini <sup>a,b,\*</sup>, Giovanna Cesana <sup>c</sup>, Chiara Vigo <sup>a,b</sup>, Mara Malacarne <sup>a,b</sup>, Massimo Pagani <sup>b</sup>

<sup>a</sup> University of Milan, Department BIOMETRA, Milan, Italy

<sup>b</sup> Exercise Medicine Unit, Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano, Milan, Italy

<sup>c</sup> ASL Monza e Brianza, Italy

## Improving Hypertension Control and Patient Engagement Using Digital Tools

Richard V. Milani, MD, Carl J. Lavie, MD, Robert M. Bober, MD, Alexander R. Milani, Hector O. Ventura, MD

Department of Cardiovascular Diseases, John Ochsner Heart and Vascular Institute, Ochsner Clinical School – University of Queensland School of Medicine, New Orleans, La.

*JAMA*. 2013 Jul 3;310(1):46-56. doi: 10.1001/jama.2013.6549.

**Effect of home blood pressure telemonitoring and pharmacist management on blood pressure control: a cluster randomized clinical trial.**

Margolis KL<sup>1</sup>, Asche SE, Bergdall AR, Dehmer SP, Groen SE, Kadmas HM, Kerby TJ, Klotzle KJ, Maciosek MV, Michels RD, O'Connor PJ, Pritchard RA, Sekenski JL, Sperl-Hillen JM, Trower NK.

*J Manag Care Pharm*. 2007 Jan-Feb;13(1):28-36.

**Adherence to clinical practice guidelines for 7 chronic conditions in long-term-care patients who received pharmacist disease management services versus traditional drug regimen review.**

Horning KK<sup>1</sup>, Hoehns JD, Doucette WR.

## Self-Management of Patients with Long-Term Conditions: A Longitudinal Study

David Reeves<sup>1</sup>, Christian Blickem<sup>1</sup>, Ivaylo Vassilev<sup>2</sup>, Helen Brooks<sup>3</sup>, Anne Kennedy<sup>2</sup>, Gerry Richardson<sup>4</sup>, Anne Rogers<sup>2</sup>

<sup>1</sup> National Institute for Health Research Collaboration for Leadership in Applied Health Research (NIHR CLAHRC) Greater Manchester, Centre for Primary Care, Institute of Population Health, University of Manchester, Manchester, United Kingdom, <sup>2</sup> National Institute for Health Research Collaboration for Leadership in Applied Health Research (NIHR CLAHRC) Wessex, Faculty of Health Sciences, University of Southampton, Southampton, United Kingdom, <sup>3</sup> School of Nursing, Midwifery and Social Work, University of Manchester, Manchester, United Kingdom, <sup>4</sup> Centre for Health Economics and NIHR Research Design Service for Yorkshire and the Humber, University of York, York, United Kingdom

*Ann Intern Med*. 2012 March 20; 156(6): 416-424. doi:10.1059/0003-4819-156-6-201203200-00004.

## Peer Mentoring and Financial Incentives to Improve Glucose Control in African American Veterans: A Randomized, Controlled Trial

Judith A. Long, MD<sup>1</sup>, Erica C. Jahnle, BA<sup>2</sup>, Diane M. Richardson, PhD<sup>1</sup>, George Loewenstein, PhD<sup>3</sup>, and Kevin G. Volpp, MD, PhD<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Philadelphia VA Center for Health Equity Research and Promotion, Philadelphia, PA

<sup>2</sup>University of Pennsylvania Leonard David Institute of Health Economics, Center for Health Incentives, Philadelphia, PA

<sup>3</sup>Department of Social and Decision Sciences, Carnegie Mellon University, Pittsburgh, PA

# Patient engagement: una possibile risposta

Il **paziente** è una risorsa **poco valorizzata ma essenziale** per migliorare **l'efficacia e la sostenibilità dei processi di cura.**

Autori, anno	Definizioni di “ <i>Patient Engagement</i> ”
Hibbard e coll., 2009	<b>Motivazione, conoscenza, abilità e consapevolezza del paziente nel prendere decisioni efficaci nella gestione della malattia</b>
Graffigna e coll., 2013	Processo ed esperienza multidimensionale che risulta congiuntamente da attivazione cognitiva (pensiero), emozionale (sensazione) e conativo (azione) di individui nei confronti della gestione della propria salute. In questo processo i pazienti sperimentano quattro posizioni esperienziali (blackout, arousal, adesione e progetto eudaimonico). Il mancato ottenimento di sinergia tra le differenti dimensioni soggettive (pensiero, sensazione, azione) ad ogni stadio del processo può inibire la capacità del paziente di essere ingaggiato nella propria assistenza.
Légaré e coll., 2013	<b>Processo di responsabilizzazione di individui che assicura che chiare informazioni guidino le migliori decisioni per la persona che chiede assistenza e perciò permette di valorizzare il self-management</b>
Mittler e coll., 2013	Il coinvolgimento del consumatore si riferisce alla performance di specifici comportamenti (engaged behaviors) e/o alla capacità e motivazione dell'individuo a svolgere questi comportamenti (activation) finalizzati al miglioramento della salute.



# Evidence of success:

## Engaged patient

Evidence	Authors
Patients who are more active and engaged in their care more frequently reports better clinical outcomes	Hibbard & Greene, 2013
Higher satisfaction with their care relationships	Becker & Roblin, 2008 Alegría et al., 2009
Higher quality of life	Barello & Graffigna, 2014a
Healthier behaviours	Hibbard et al., 2007
More effective self-management skills	Skolasky et al., 2008
Treatment adherence	Green & Hibbard, 2012
Reduction of healthcare costs and to better economically sustainable organizational processes	Coulter & Ellins, 2007 Berwick et al., 2008 Hibbard et al., 2013

## Engaged caregiver

### SORT: KEY RECOMMENDATIONS FOR PRACTICE

Clinical recommendation	Evidence rating	References
Family caregivers should be offered a caregiver assessment to identify high levels of burden.	C	1, 2, 6
Encouraging caregivers to take a break, take care of their own health, maintain a healthy diet, exercise, seek preventive health care, join a support group, and seek respite care when needed are key ways to provide direct caregiver support.	C	2
Caregivers identified as having unmet educational and informational needs should be directed to appropriate resources.	C	1, 7
Psychoeducational, skills-training, and therapeutic counseling interventions have small to moderate success in decreasing burden and increasing quality of life for caregivers of patients with chronic conditions such as dementia, cancer, stroke, and heart failure.	B	25-28, 32-34, 37, 38, 51-53

A = consistent, good-quality patient-oriented evidence; B = inconsistent or limited-quality patient-oriented evidence; C = consensus, disease-oriented evidence, usual practice, expert opinion, or case series. For information about the SORT evidence rating system, go to <http://www.aafp.org/afpsort.xml>.

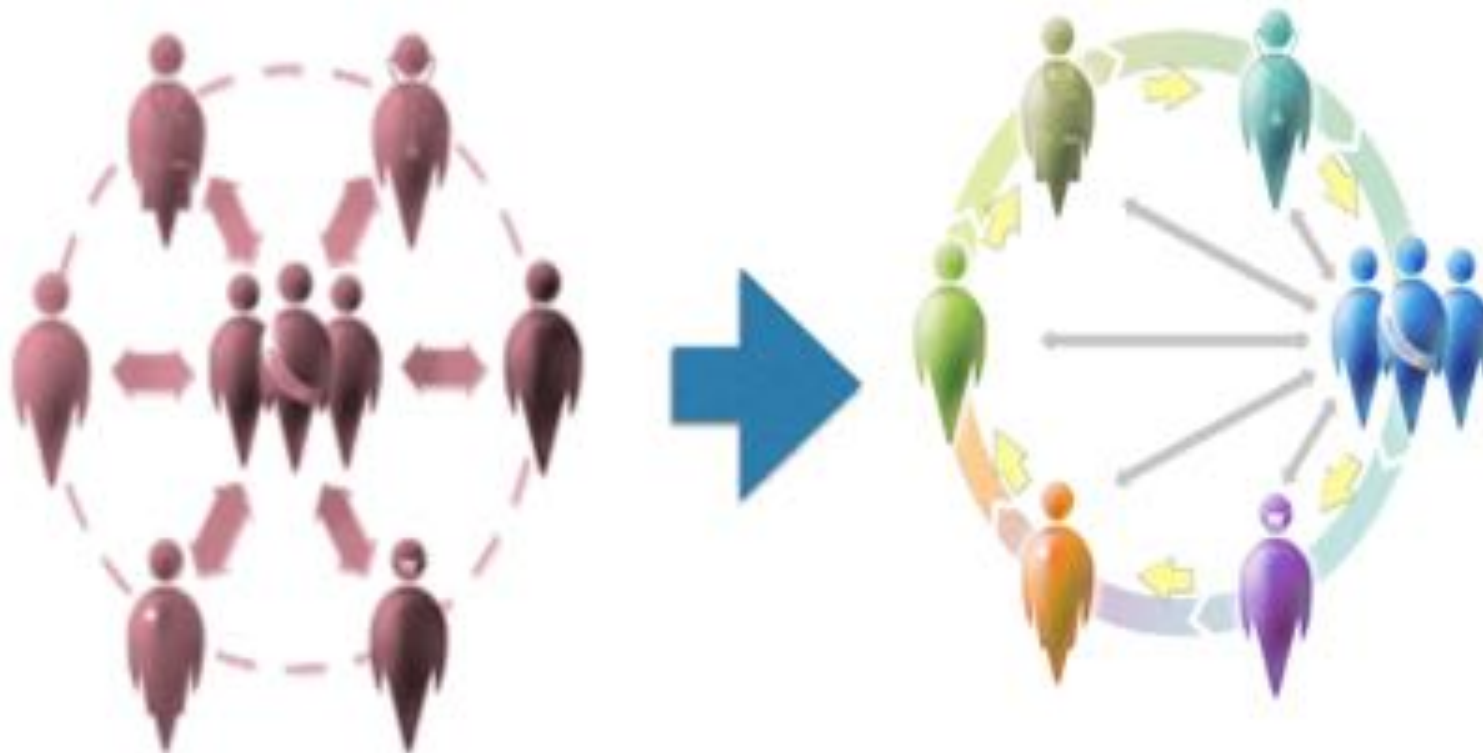
Collins, Lauren G., and Kristine Swartz. (2011)

# Le 8 priorità di base per il self-management



# WHAT IS THE ROLE OF PATIENTS AND THE PUBLIC?

Improving primary healthcare...



**For patients & public**

**With patients & public**

# Piano Nazionale della Cronicità

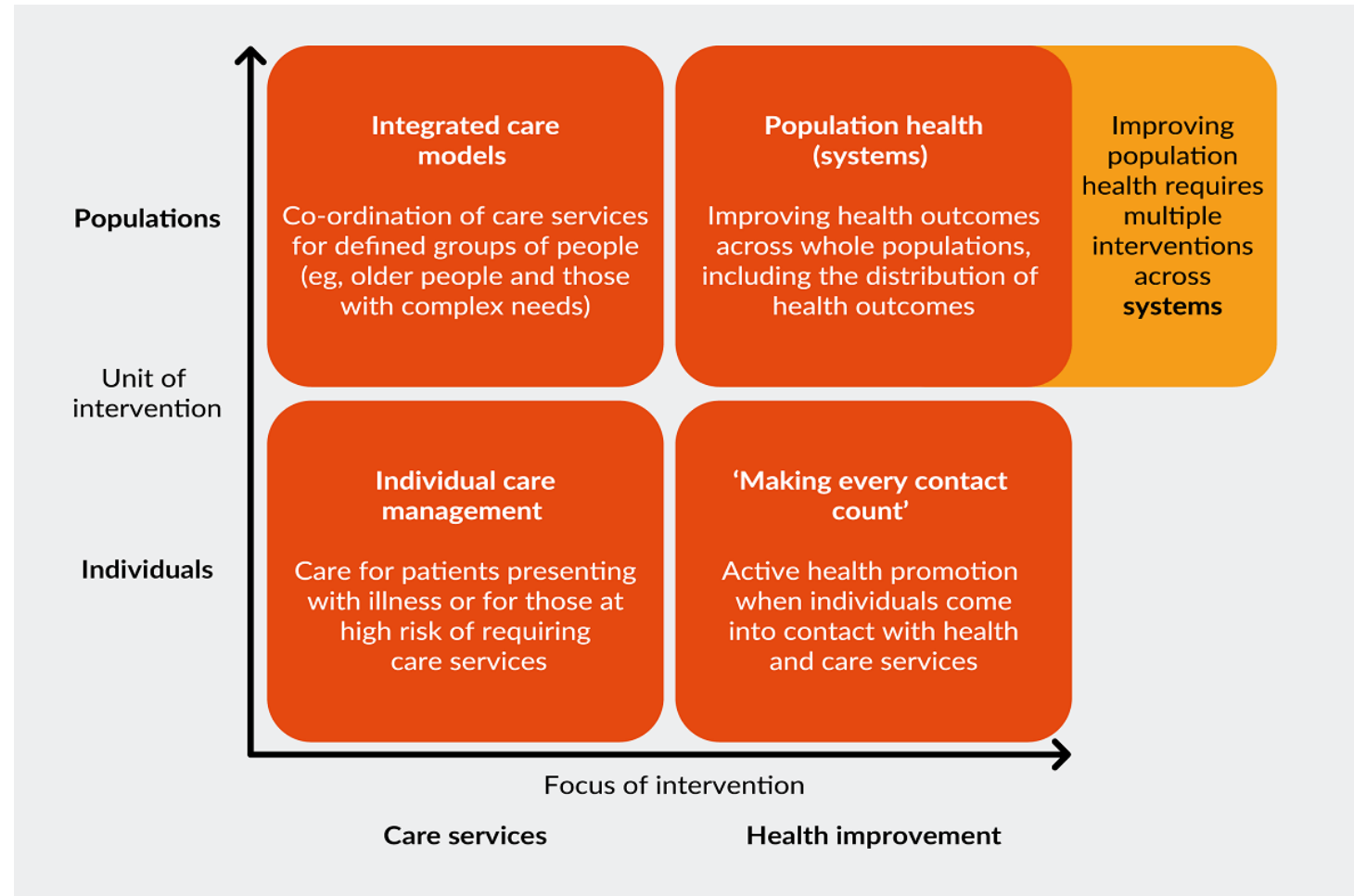
**FASE 1**  
STRATIFICAZIONE E  
TARGETING DELLA  
POPOLAZIONE

**FASE 2**  
PROMOZIONE DELLA  
SALUTE,  
PREVENZIONE E  
DIAGNOSI PRECOCE

**FASE 3**  
PRESA IN CARICO E  
GESTIONE  
DEL PAZIENTE  
ATTRAVERSO IL  
PIANO DI CURA

**FASE 4**  
EROGAZIONE DI  
INTERVENTI  
PERSONALIZZATI PER  
LA GESTIONE DEL  
PAZIENTE ATTRAVERSO  
IL PIANO DI CURA

**FASE 5**  
VALUTAZIONE DELLA  
QUALITA' DELLE CURE  
EROGATE



Chris Ham, *Making sense of integrated care systems, integrated care partnerships and accountable care organisations in the NHS in England, 2018.*



# Verso un nuovo modello organizzativo

## Il ruolo attivo del distretto...



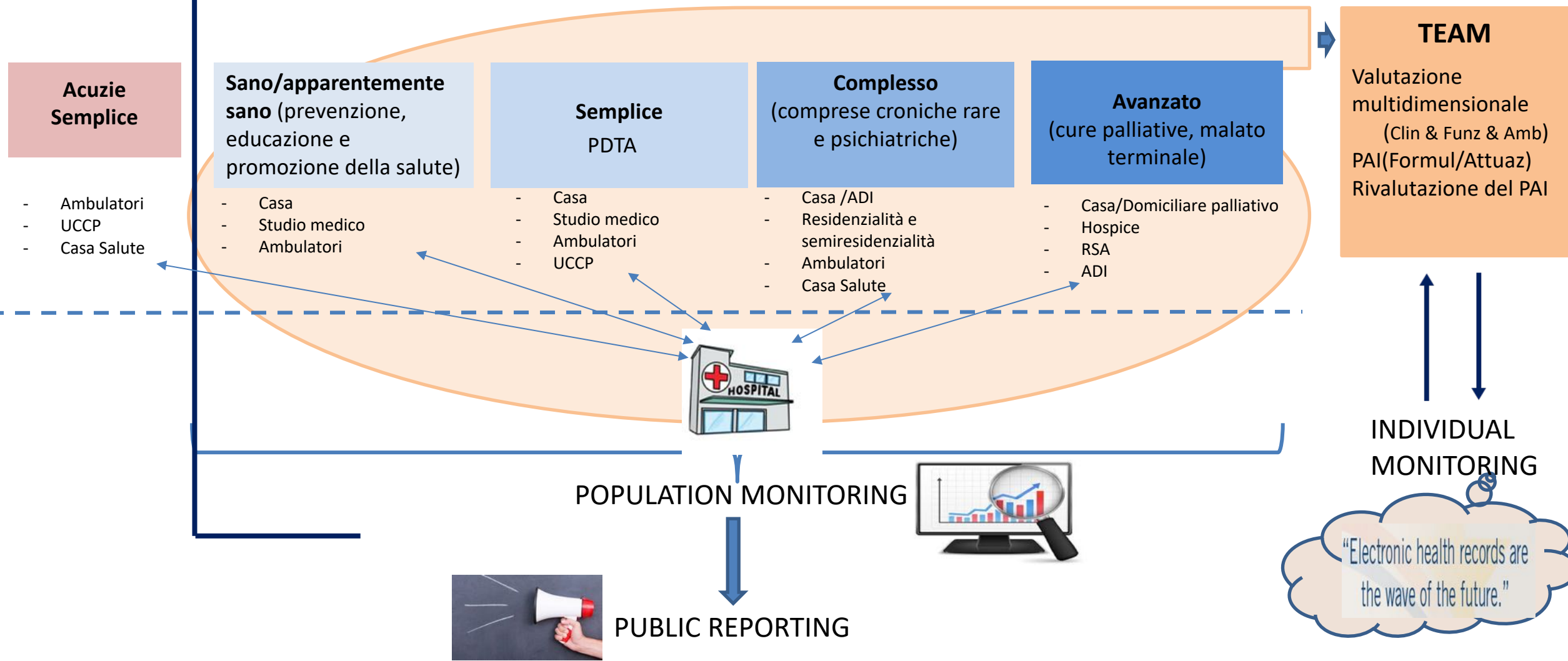
Piano Socio-Sanitario della Regione Veneto (2017)

- **Gestione tecnica** del processo organizzativo di **presa in carico istituzionale** dell'assistito con patologia cronica o bisogno di salute complesso;
- Facilitazione dell'**attuazione della continuità assistenziale** in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, sostenibilità, mediante la ricomposizione dei saperi specialistici e tecnici delle diverse autonomie professionali;
- **Rendicontazione** e comunicazione di azioni svolte nell'intero sistema di Phc;
- Azione di **advocacy verso i cittadini**, ossia sostegno e promozione di programmi di tutela della salute, favorendo la loro attiva partecipazione alla realizzazione di un sistema di Phc.
- L'analisi epidemiologica permette di **misurare e stratificare i bisogni** della popolazione sulla base del case mix trasformando domande in bisogni
- Percorsi assistenziali per le principali patologie croniche e per assistiti fragili con **piani integrati** di cura per i pazienti complessi
- Sviluppo di **alte professionalità** in relazione alla gestione della cronicità complessa e avanzata
- Facilitare l'**integrazione** tra i nodi della rete dei servizi per assicurare risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione

1. Assessment di popolazione sulla base di bisogni e carico assistenziali e stratificazione del rischio



2. Recruitment attivo degli individui preclassificati negli strati di popolazione

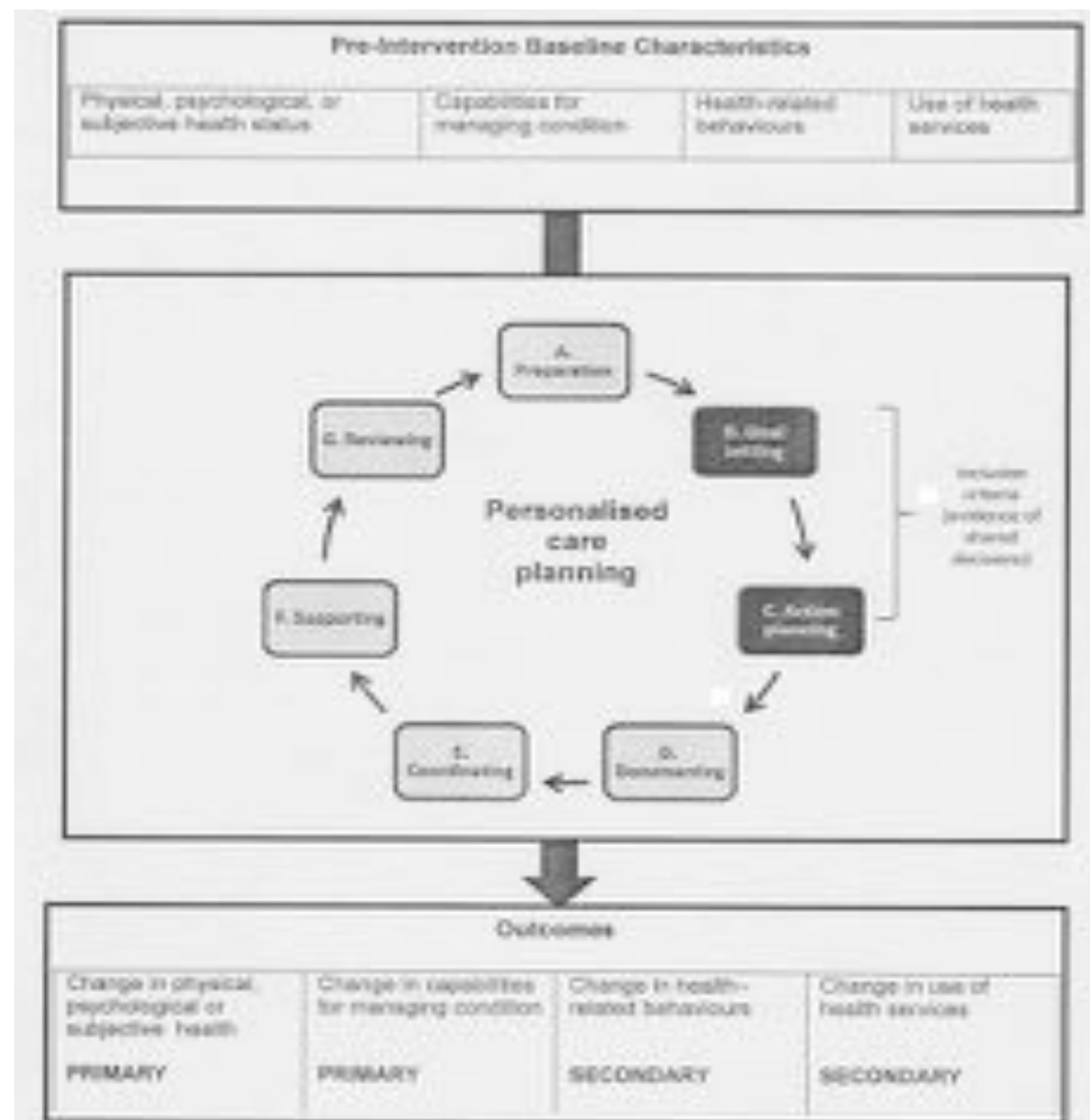


# PIANO ASSISTENZA INDIVIDUALE

*“The process involves a shift from reactive care to a proactive approach”*

Il Piano di Assistenza Individuale (PAI) è un **processo collaborativo** utilizzato nella gestione delle **condizioni croniche** in cui i **pazienti e gli operatori sanitari identificano e discutono** dei problemi causati o associate alla **condizione** del paziente e **sviluppano un piano per affrontarla**.

*Personalised care planning leads to improvements in certain indicators of physical and psychological health status, and people’s capability to self-manage their condition when compared to usual care.*



# LA FORMAZIONE DEGLI ADULTI

«*processo educativo grazie al quale gli adulti dalla società di riferimento sviluppano le proprie attitudini, arricchiscono conoscenze, migliorano capacità tecnico-professionali, con evoluzione di atteggiamenti e comportamenti nella duplice prospettiva di una crescita integrale dell'uomo e di una sua partecipazione a uno sviluppo socio-economico e culturale integrato*»

## LOGICHE

**Modello andragogico** basato su:

- **bisogno di conoscere**

esigenza di sapere;

- **concetto di sé**

l'adulto deve sentire rispettata la propria autonomia;

- **ruolo dell'esperienza**

possibilità d'utilizzo di risorse interne, ma maggiore rigidità negli abiti mentali, prevenzioni, presupposizioni e chiusura rispetto a idee e modalità di approccio nuove;

- **disponibilità ad apprendere**

quanto insegnato deve migliorare le competenze e essere applicabile alla vita quotidiana;

- **orientamento verso l'apprendimento**

centrato sulle materie ma sulla vita reale: gli adulti apprendono conoscenze, capacità, abilità più efficacemente quando sono presentati in questo contesto;

- **motivazione**

negli adulti le motivazioni interne sono in genere più forti delle pressioni esterne.

## STRUMENTI

**Inter Professional Education:** studenti/professionisti di diversa estrazione imparano studiando insieme e nella stessa occasione formativa e reciprocamente contribuiscono all'apprendimento allo scopo di sviluppare una efficace collaborazione e di migliorare i risultati di salute

(Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO. 2010)

**Blended learning** è una combinazione di forme di istruzione sia **vis-à-vis** che **mediate da tecnologia**

