



Regione Puglia  
**ARES**  
Agenzia Regionale Sanitaria

  
AZIENDA SANITARIA LOCALE  
LECCE



## CURE PRIMARIE TRA MITO E REALTA'

ASL Bergamo Sala Lombardia  
13 nov. 2009

Convegno SITI

Sez. Regione  
Lombardia

# Il Progetto Leonardo in Puglia



**Ambrogio Aquilino, Lina Chiriatti,  
Ernesto Mola, Andrea Musilli,  
Marina Panfilo, Anna Maggio,  
Lucia Vantaggiato, Rodolfo Rollo,  
Vincenzo Pomo, Francesco Bux**

Una partnership pubblico–privato tra Regione Lombardia e Azienda Ospedaliera ASST Fatebenefratelli, Azienda Regionale Sanitaria, ASL di Lecco

## Scopo

Nella gestione delle cronicità, migliorare:

- ✓ L'aderenza ai percorsi diagnostico-terapeutici
- ✓ I comportamenti salutari
- ✓ L'aderenza al trattamento
- ✓ La soddisfazione del paziente e dei professionisti
- ✓ I risultati clinici attraverso la **responsabilizzazione del paziente** nel management della sua condizione cronica **e una stretta collaborazione** tra il medico di famiglia, il Care Manager, gli specialisti coinvolti ed il paziente.



# La gestione delle patologie croniche



Il Chronic Care Model (CCM), sviluppato da autori Americani\* e Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC), edito dal WHO \*\* sottolineano l'importanza della *“..Partnership tra il paziente e gli operatori sanitari come elemento essenziale per un trattamento efficace, perché offre l'opportunità di responsabilizzare il paziente ad assumere un ruolo attivo nella gestione della propria salute”*

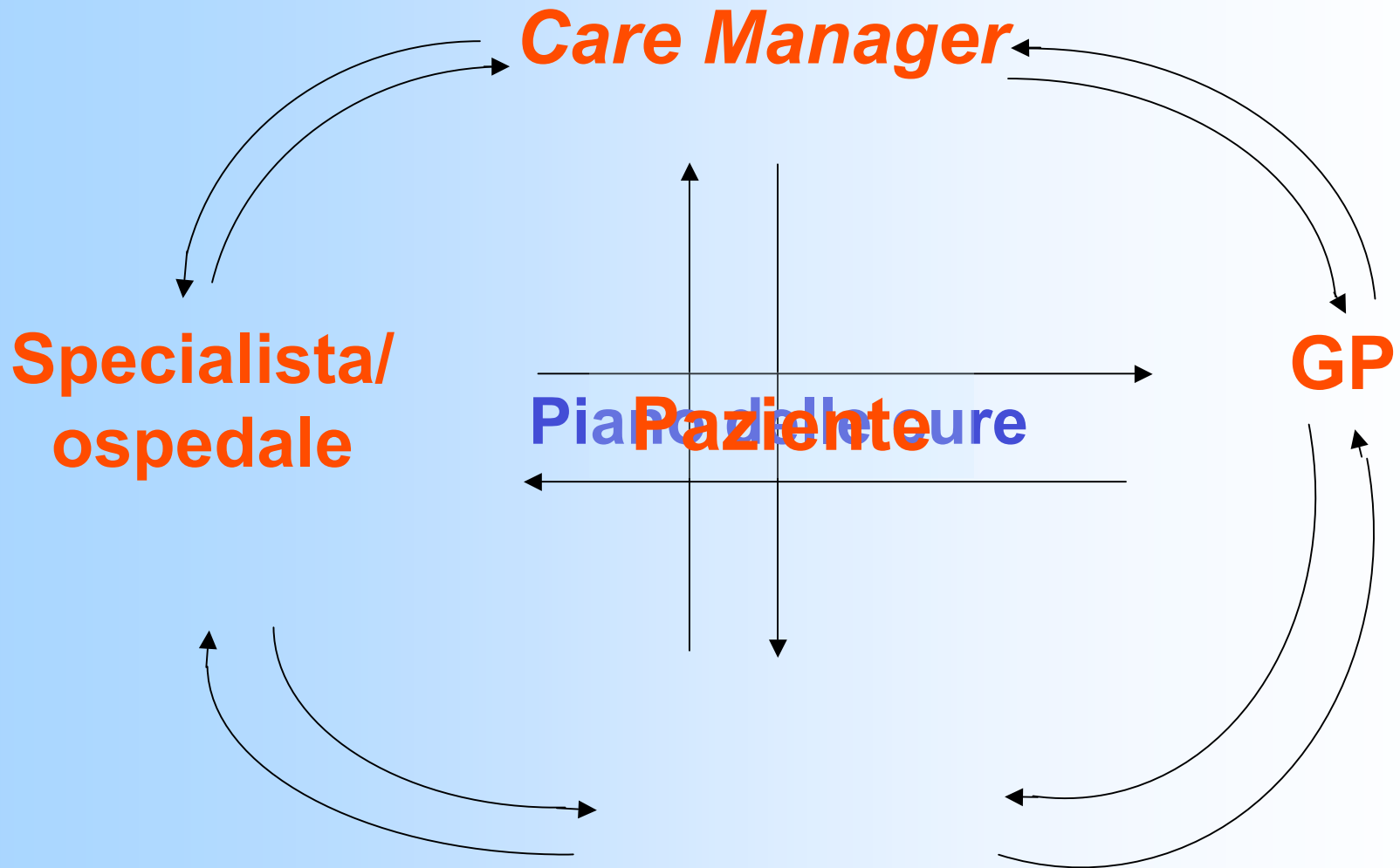
- \*Wagner EH, Davis C, Schaefer J et al. *A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?* Manag Care Q 1999; 7:56-66
- \*\* WHO *Innovative Care for chronic conditions: building blocks for action*. Geneva: WHO 2002

## Approccio ad una malattia cronica

- ✓ Come il paziente utilizzerà le raccomandazioni?
- ✓ Assumerà le terapie, valuterà il mutamento dei sintomi e sopporterà il peso emotivo della sua condizione?
- ✓ Cosa deve fare per assumere un ruolo da protagonista attivo nella gestione della sua malattia?

Empowerment





# Programma di Care Management



Sono infermieri formati opportunamente per fornire al paziente:

- ✓ **Informationi**
- ✓ **Motivazioni**
- ✓ **Sostegno**
- ✓ **Educazione al Self-management**



# Le 8 priorità del modello centrato sul paziente



**1** Sapere come e quando consultare il medico



**5** Sapere come mantenere la malattia sotto controllo



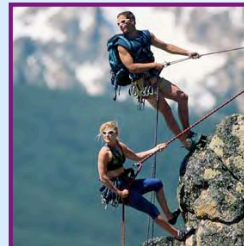
**2** Conoscere la malattia e fissare gli obiettivi



**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 il follow-up



# Le fasi della sperimentazione

- ✓ Reclutamento del paziente
- ✓ Piano di valutazione iniziale
- ✓ Piano delle cure
- ✓ Consulenze specialistiche
- ✓ Follow up



**Griglia di valutazione degli indicatori d'esito**

# Fenomeni valutati rispetto agli esiti

## ASPETTI STRUTTURALI

- ✓ C&D M nel setting della Medicina Generale
- ✓ Integrazione tra MG e Specialistica
- ✓ Collocazione ed integrazione del modello nell'ambito del Distretto
- ✓ Aspetti contrattuali

## ASPETTI FUNZIONALI/GESTIONALI

- ✓ Condivisione e definizione dei ruoli dei diversi attori coinvolti in questo modello di governance clinica
- ✓ Sostenibilità ed applicabilità delle L.G. e Profili di cura utilizzati (in termini di adesione da parte dei paz., di fattibilità rispetto all'impatto sui servizi .....
- ✓ Compliance sul processo assistenziale proposto al paziente
- ✓ Valutazione costi (ogni costo valutarlo in rapporto al n° pz)
- ✓ Coerenza delle competenze possedute dagli attori rispetto al modello

## ASPETTI RELATIVI AGLI OBIETTIVI SPECIFICI

- ✓ Educazione alla salute (cambiamento stili di vita)
- ✓ Autogestione del processo di cure

# Project Characteristics: enrolment

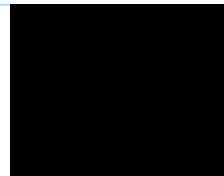
- **Patient Targets:** 950 total (500 CVD Risk, 250 DIA, 200 HF)
- **18 month** prospective feasibility study: Feb 2006 to Sept 2007
- **Pre-post design**, with data collected at baseline and at periodic intervals during initiative.
- **GP Incentives:** Monetary incentives for meeting clinical and process goals. Will have data on impact at end of program.

## Staff

- **30 Care Managers**
- **3 Project Coordinators**
- **85 GPs / 20 GP groups**
- **10 specialists**

## Patients enrolled in study

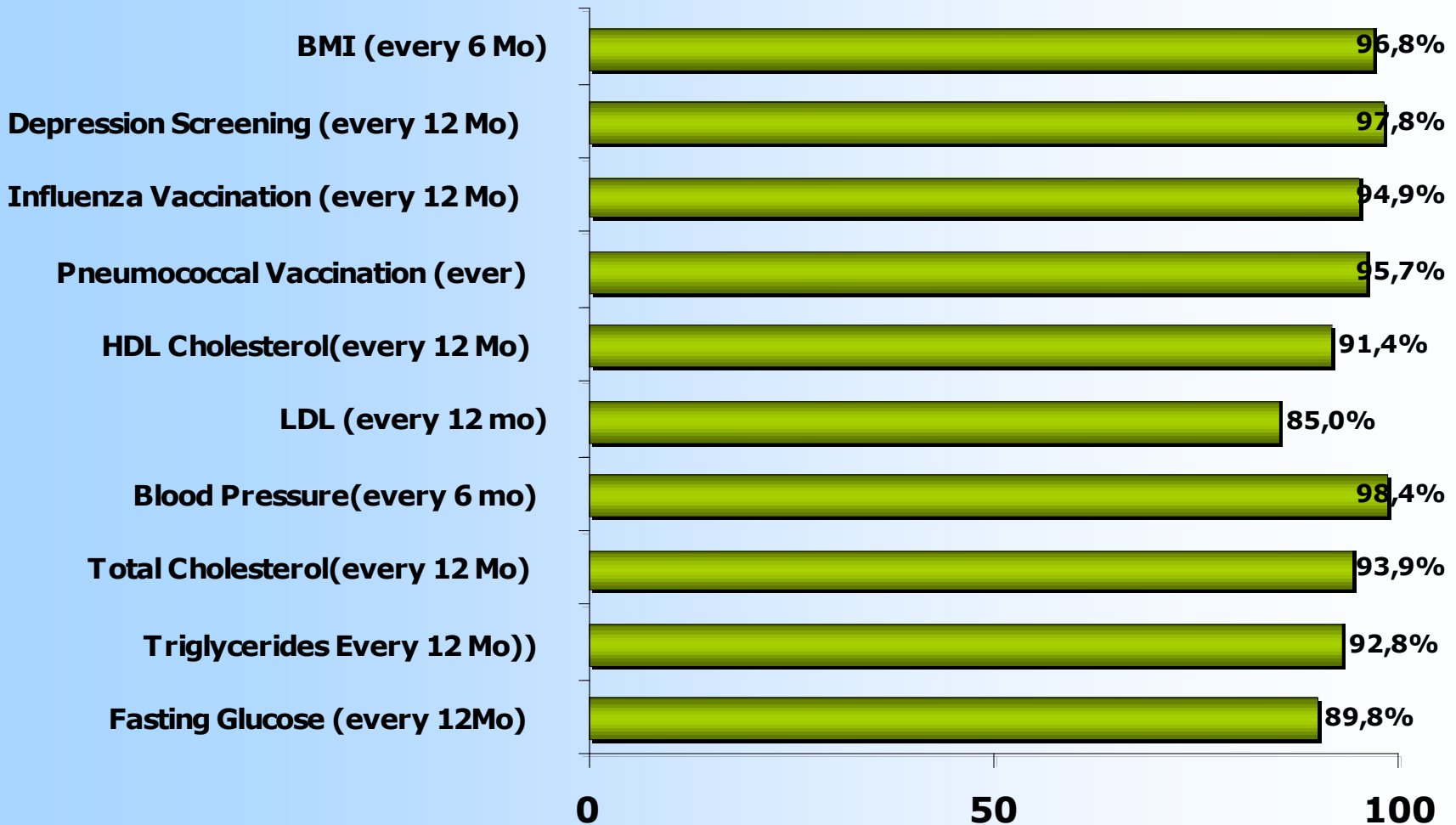
- **1160 Total (121% of target)**
- **511 (104%) CVD Risk**
- **457 (173%) Diabetes**
- **192 (97%) Heart Failure**



# Adesione ai Protocolli ed alle Procedure di autogestione

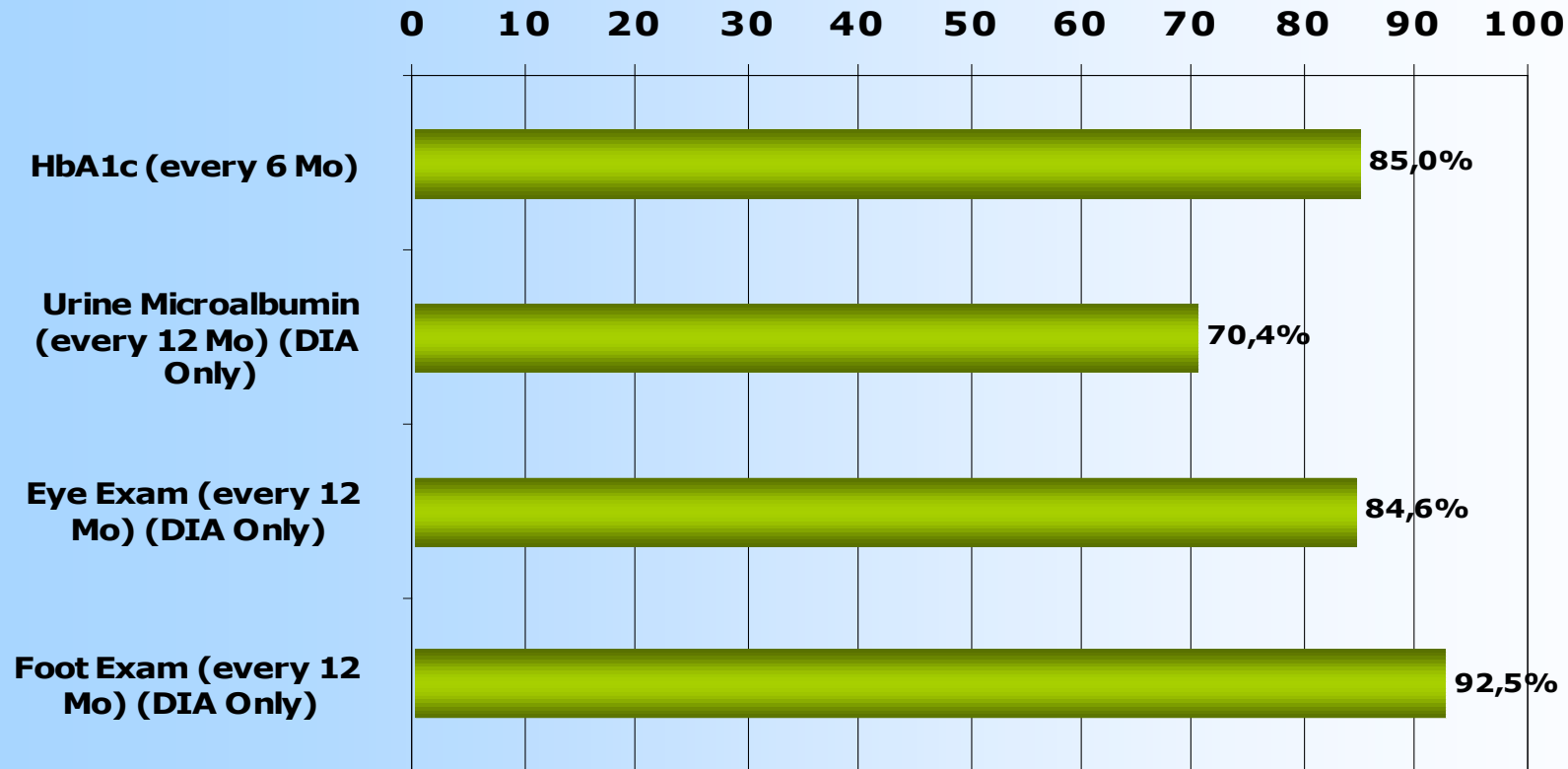
# Project LEONARDO Program Evaluation

## Assessment Frequency (ALL N=1160)



# Project LEONARDO Program Evaluation

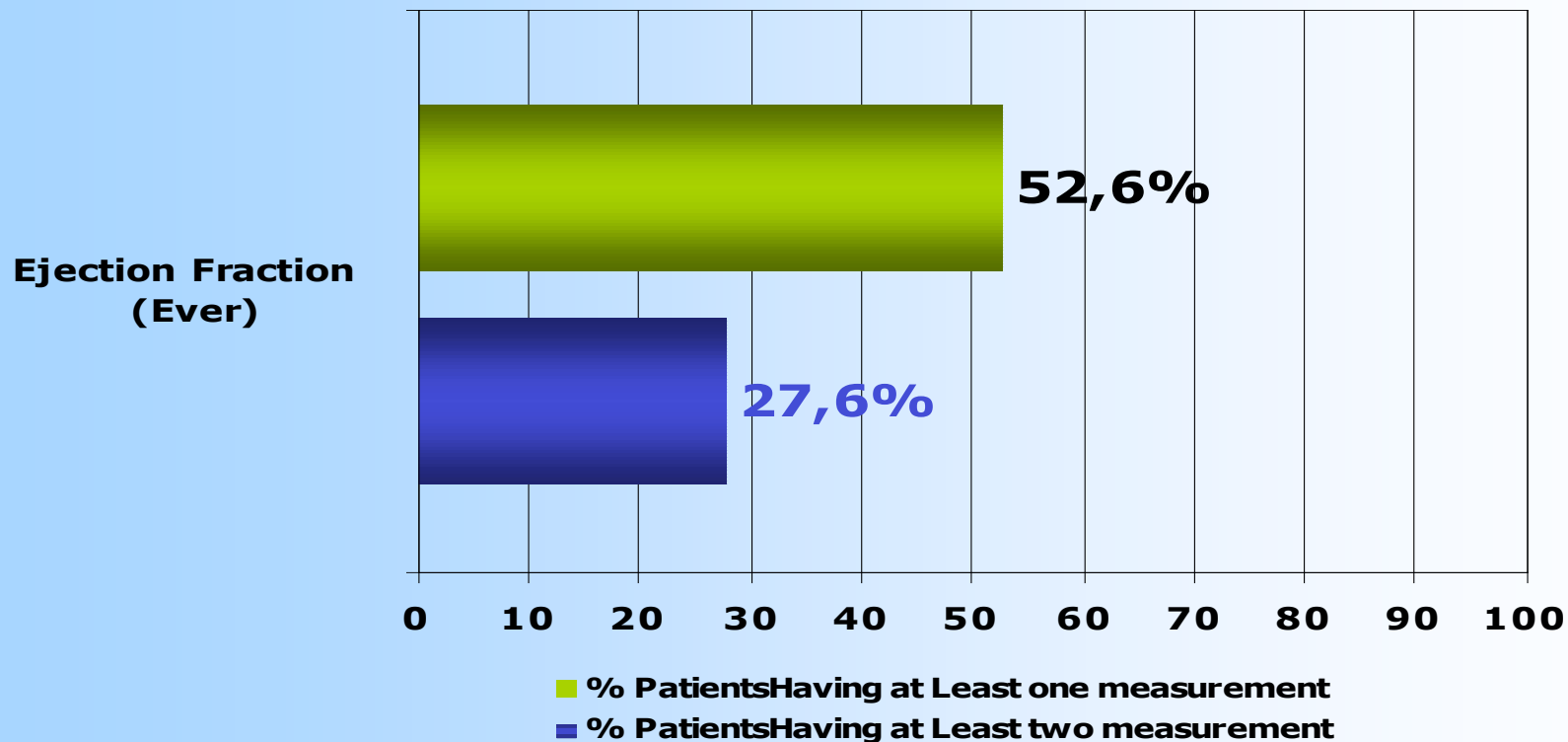
## Assessment Frequency (Diabetes N=533)



N=447

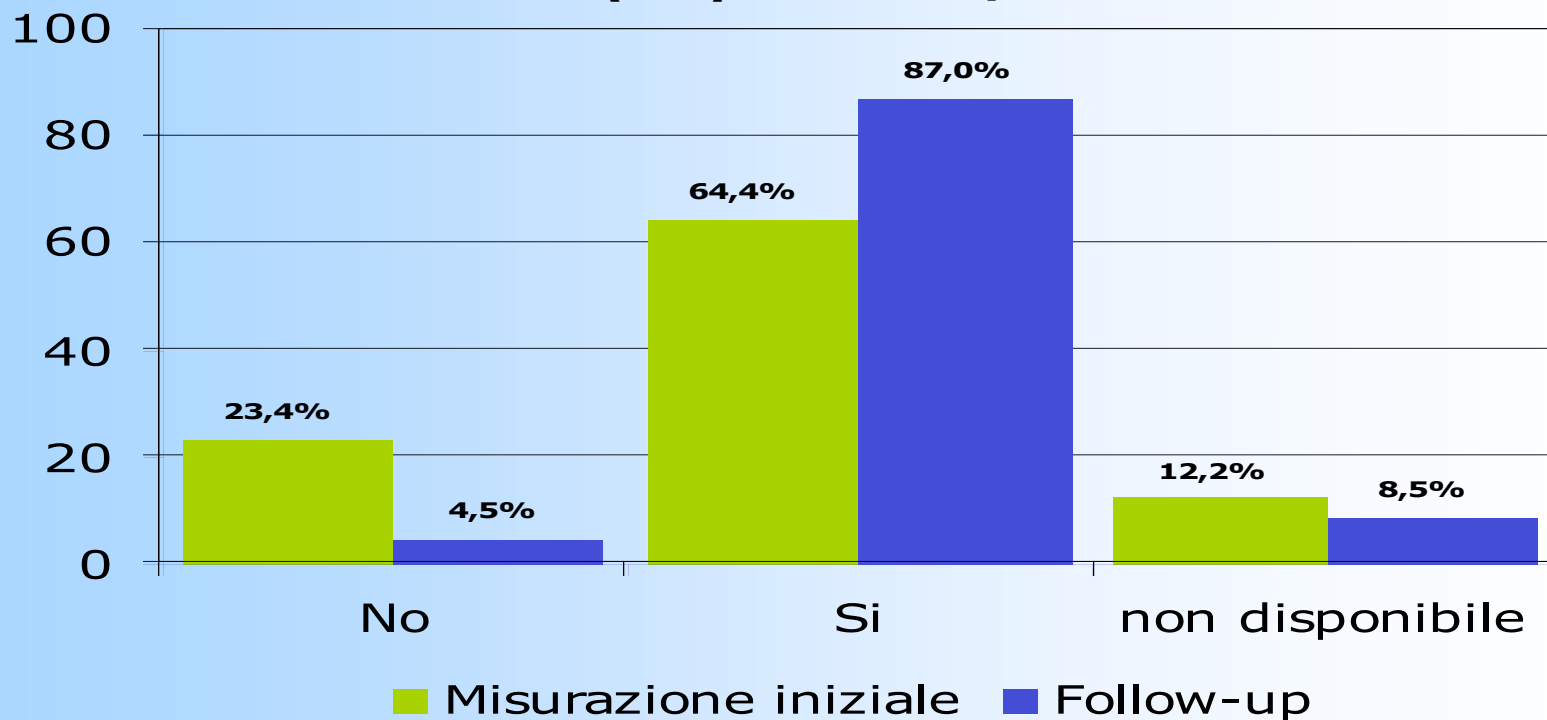
# Project LEONARDO Program Evaluation

## Ejection Fraction (Ever) (HF: N=192)



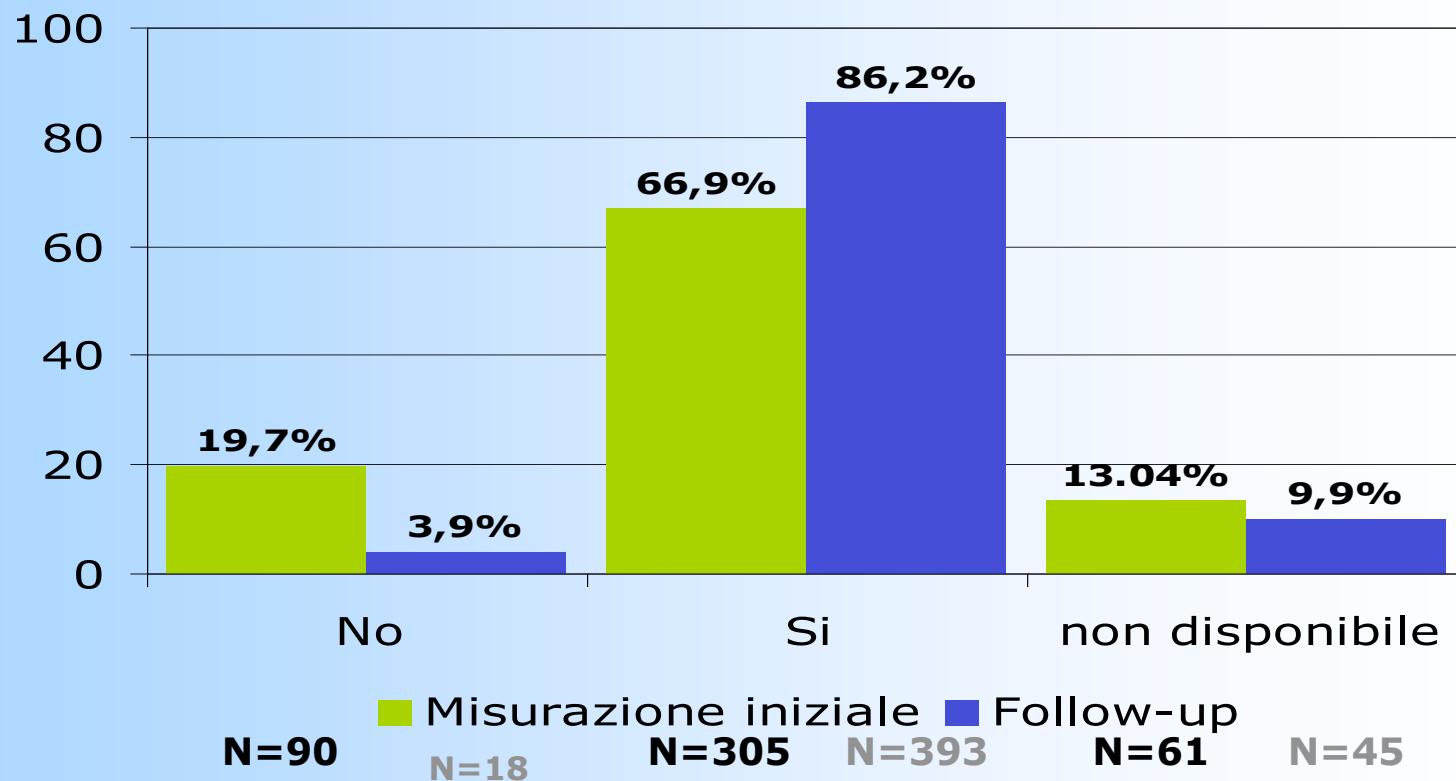
## Auto-monitoraggio della Pressione Arteriosa

(N° pz = 1.008)

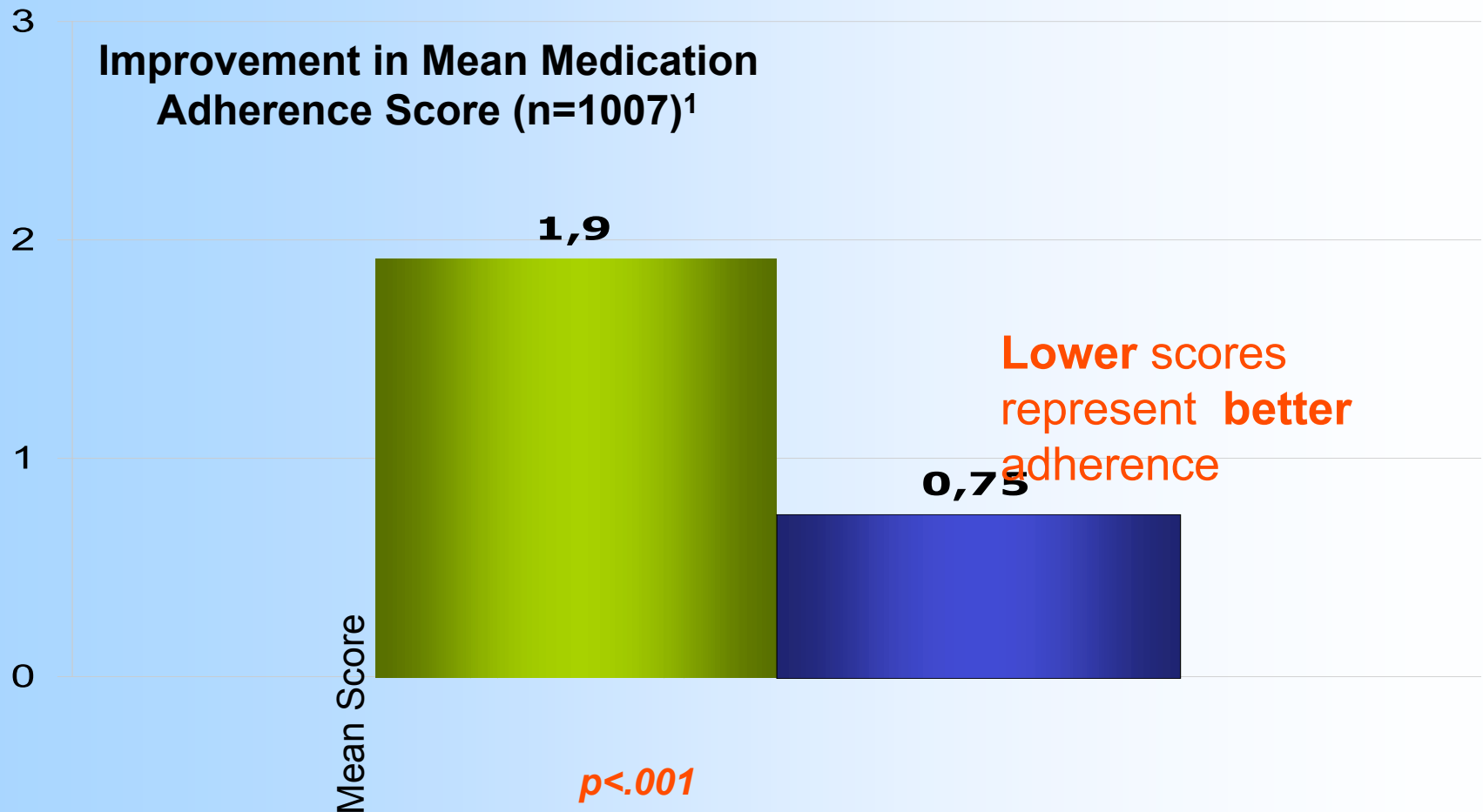




## Auto-monitoraggio del glucosio (solo diabetici) (N° pz = 456)



# Preliminary Findings: Medication adherence

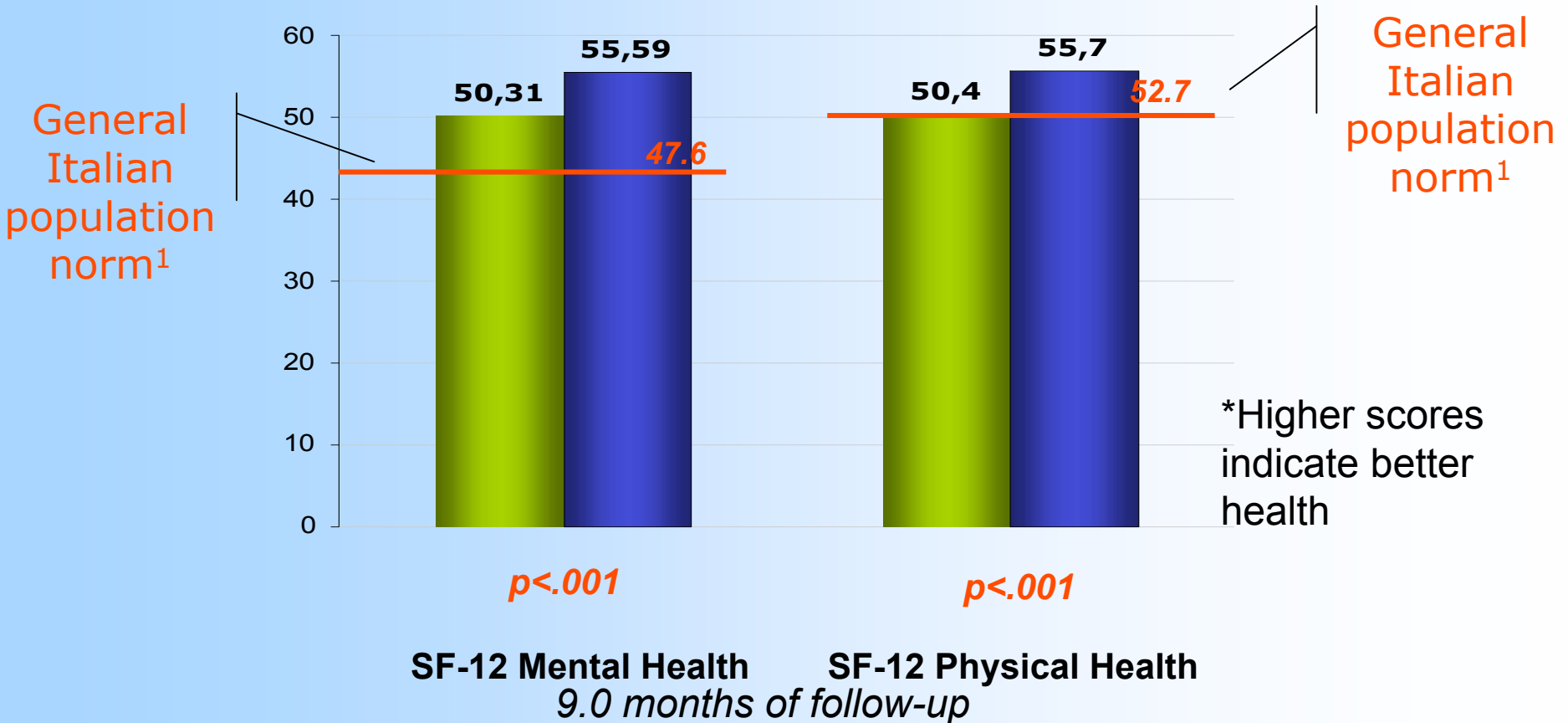


<sup>1</sup>Medication adherence is measured using the Morisky Compliance Scale. Scores may range from 0 to 12.

Cambiamento degli stili di vita  
e della percezione relativa al  
proprio stato di salute

# Preliminary Findings: Health Status

## Improvement in Mean SF-12 Scores (n=789)

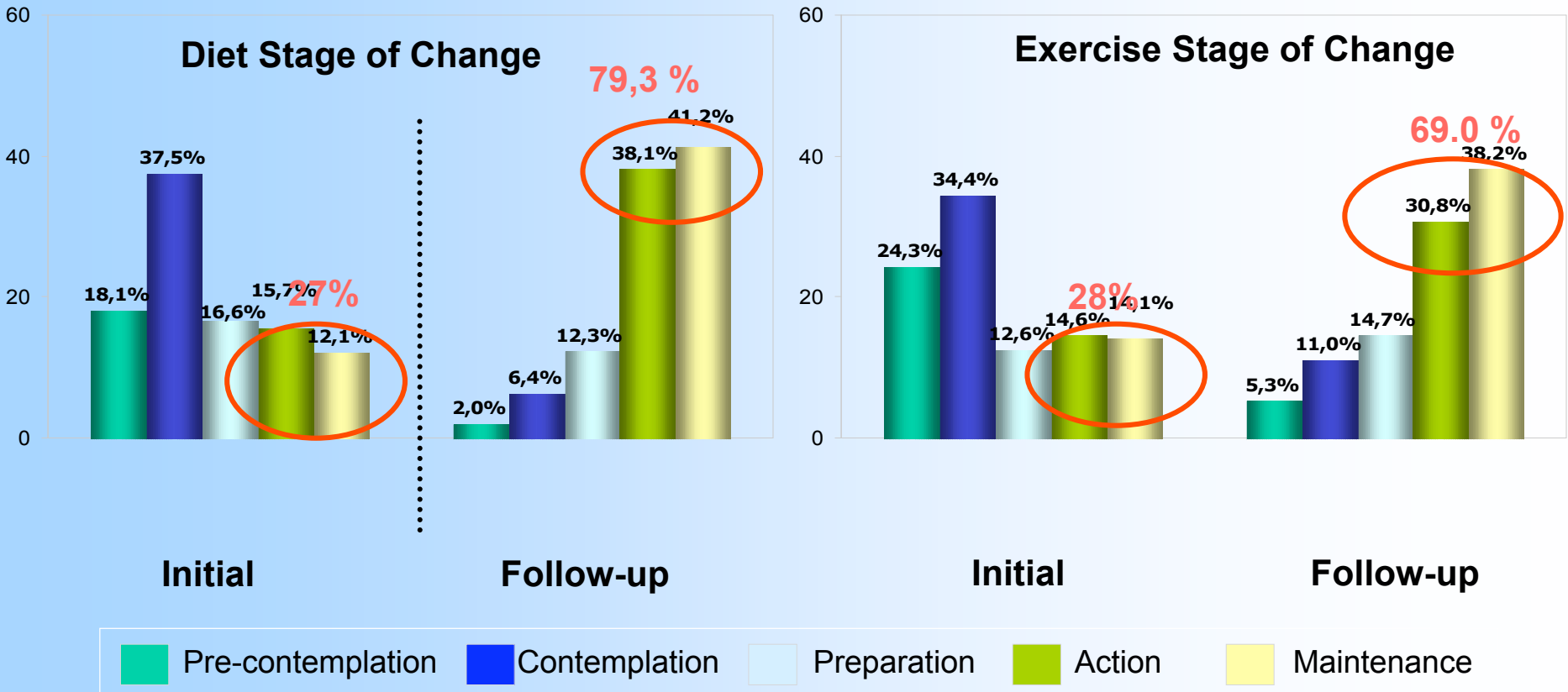


<sup>1</sup>Ware J et al. 1998;51(11):1167-1170.

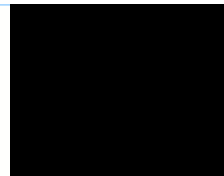
The Short Form-12 Health Survey measures generic health concepts relevant across age, disease, and treatment groups. It provides a comprehensive, psychometrically sound, and efficient way to measure health from the patient's point of view by scoring standardized responses to standard questions.

# Project LEONARDO Program Evaluation

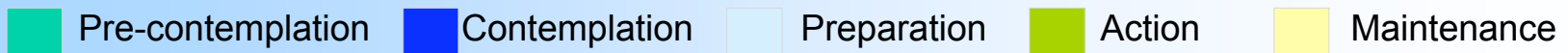
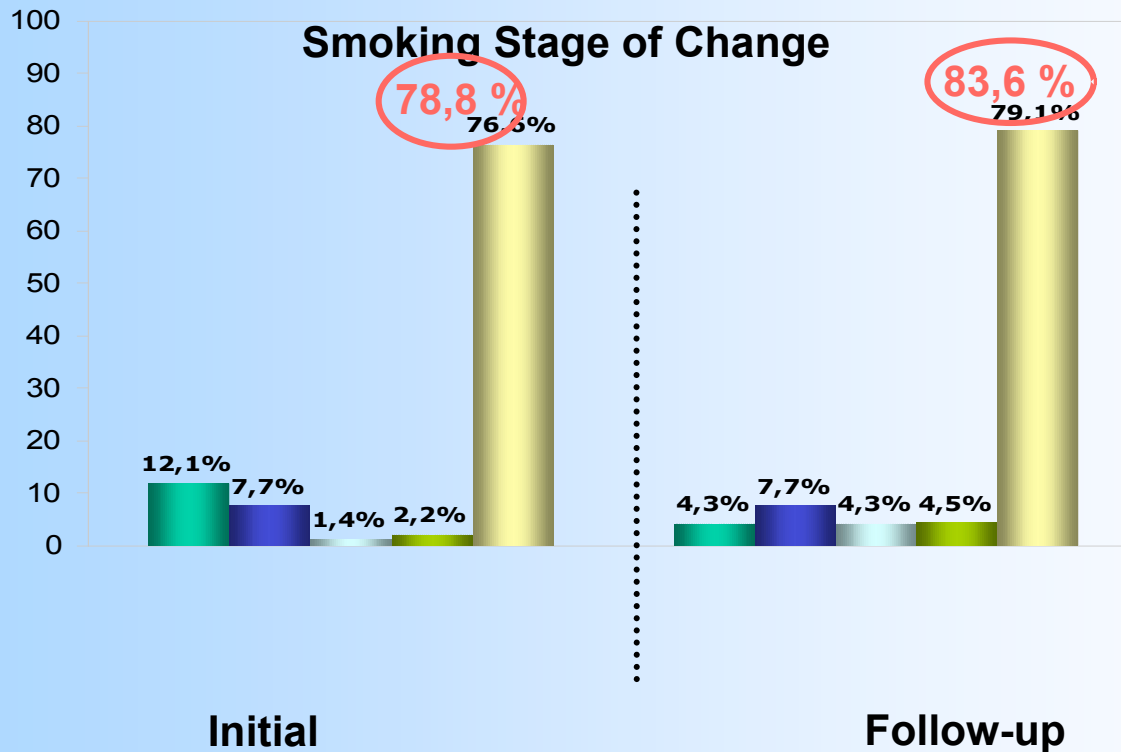
## Stage of Change



# Project LEONARDO Program Evaluation



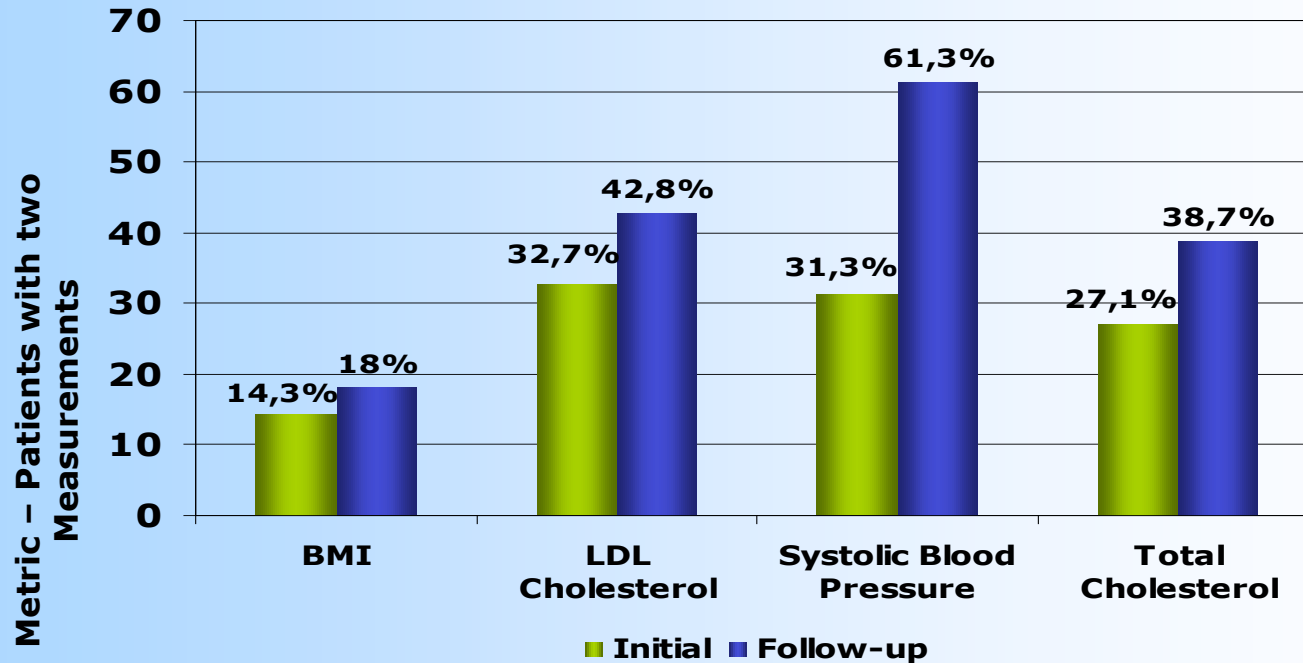
## Stage of Change



Miglioramento dei  
parametri clinici e  
consumo di farmaci

# Project LEONARDO Program Evaluation

## Patients Meeting Program Goals



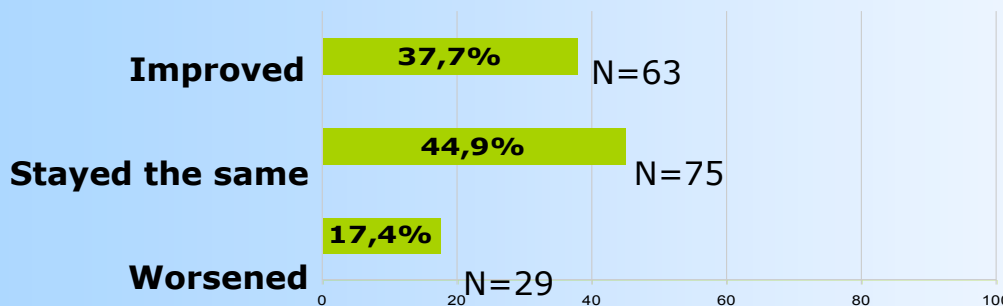
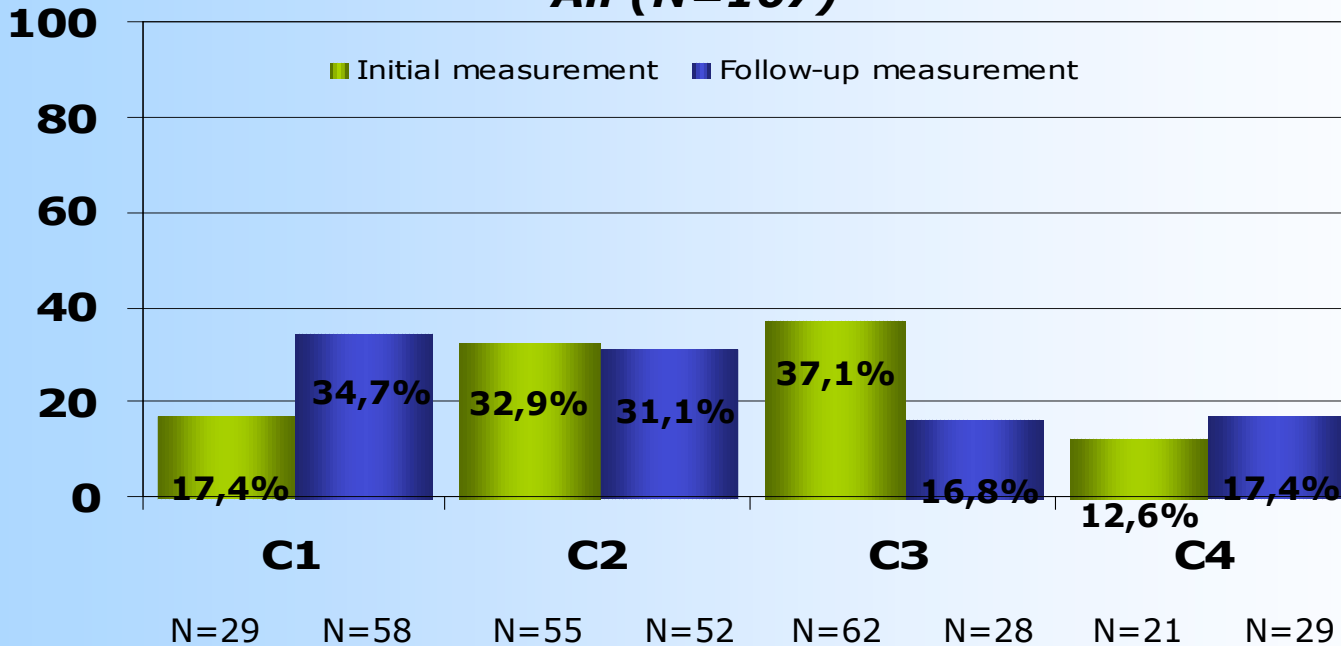
Metric	Pts with Two Measurements	Mean Months of Treatment
BMI	1104	11.8
LDL Cholesterol	902	10.2
Systolic Blood Pressure	1128	11.92
Total Cholesterol	1040	11.3



# Project LEONARDO Program Evaluation

## NYHA (Heart Failure Patients Only)

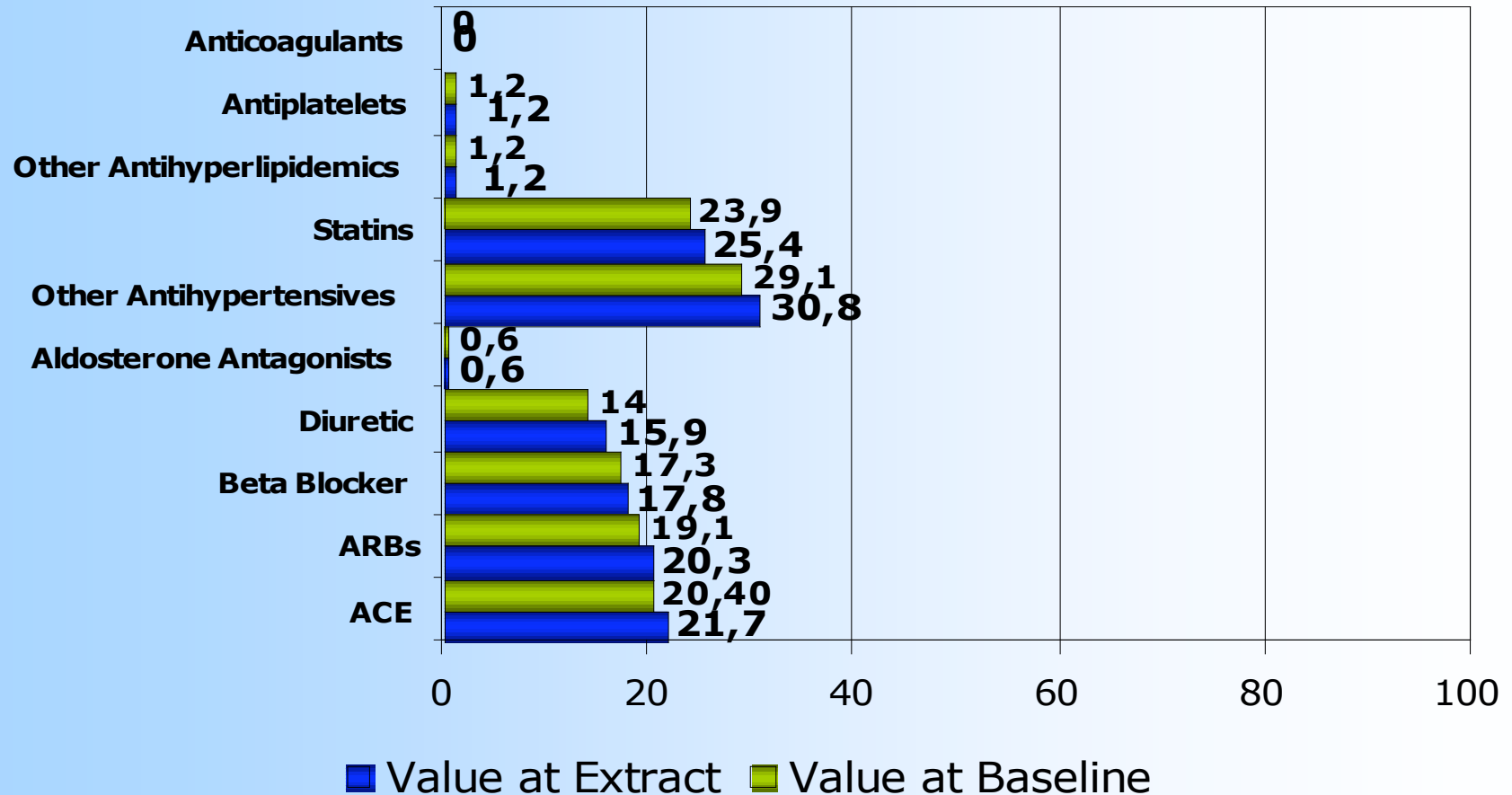
All (N=167)



## NYHA Class Over time

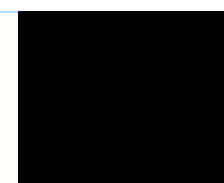
# Project Leonardo Program Evaluation

## CVD Medication Use



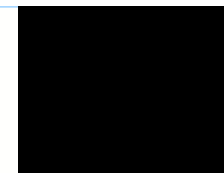
Impatto organizzativo sui  
servizi e sui tempi d'attesa

# Riepilogo delle prestazioni erogate 01 Maggio 2006 - 31 Ottobre 2007



Codice Mnemonico Prestazione	Descrizione Prestazione	Numero Prestazioni
AP1.1	Visita Diabetologica	172
AP2.1	Visita Controllo Diabetologica	219
LA739	Prelievo di sangue capillare	241
LA740	Prelievo di sangue venoso	4
CA1	Visita Cardiologica	410
CA16	Ecografia cardiaca - Ecocardiogramma	236
CA2	Visita Controllo Cardiologica	94
CA21	Ecocolordoppler TSA	116
CA27	ECG da sforzo con cicloergometro	5
CA30	ECG dinamico holter	4
CA31	ECG	500
CV21.4	Ecocolordoppler arti inferiori solo arteriosa	21
CV21.5	Ecocolordoppler arti inferiori solo venosa	15
NF1	Visita Nefrologica	7
NF2	Visita Controllo Nefrologica	12
NF2.5	Visita Controllo Nefrologica per Ipertens. Arteriosa	2
<b>TOTALE</b>		<b>2.058</b>

## AGENDE ESCLUSIVE PER I PAZIENTI DEL PROGETTO LEONARDO

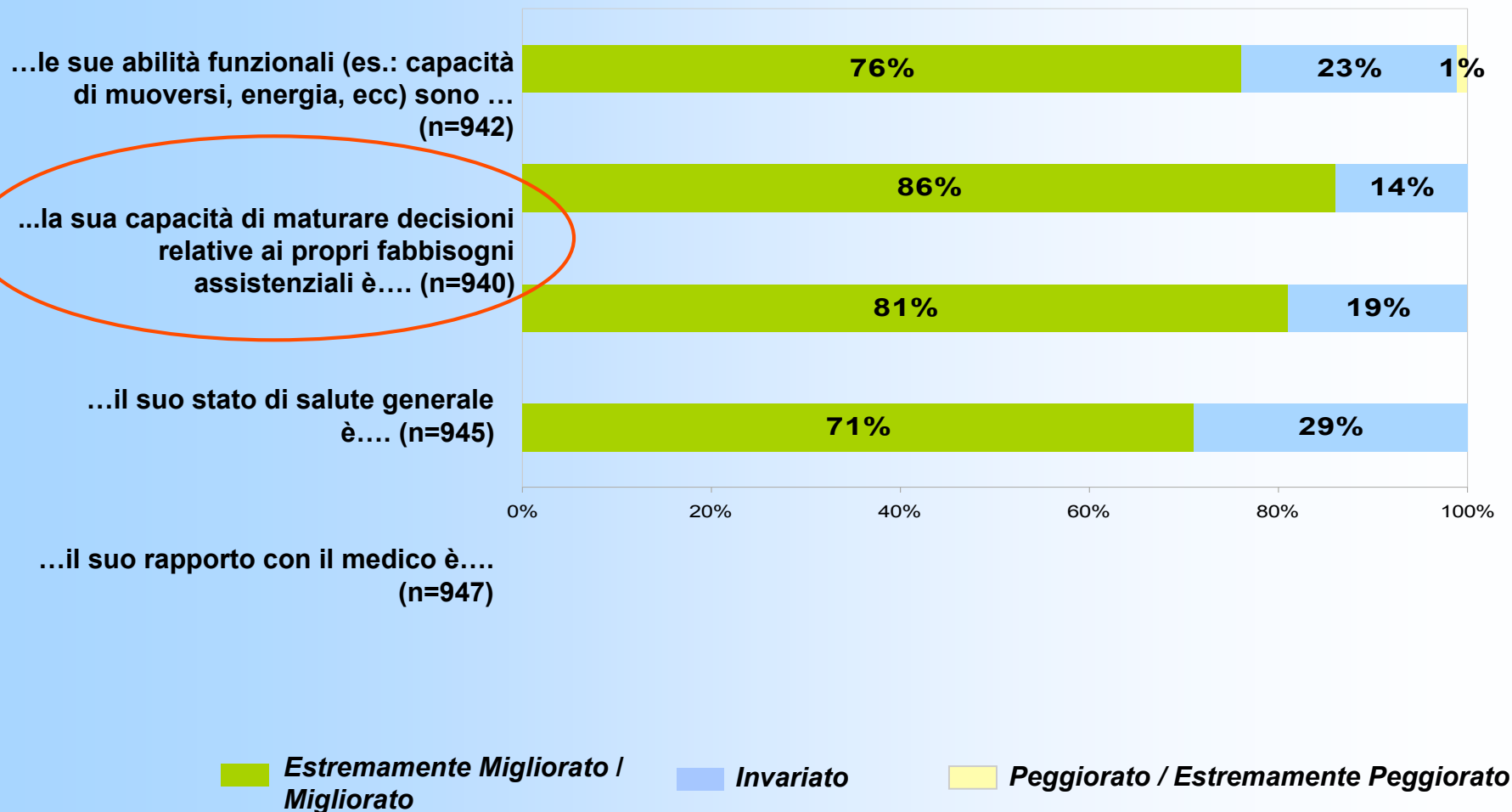


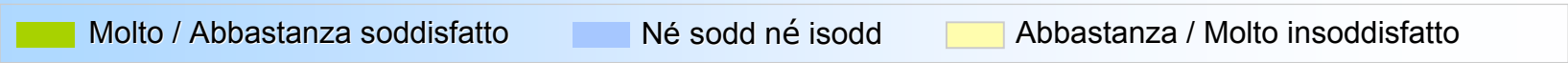
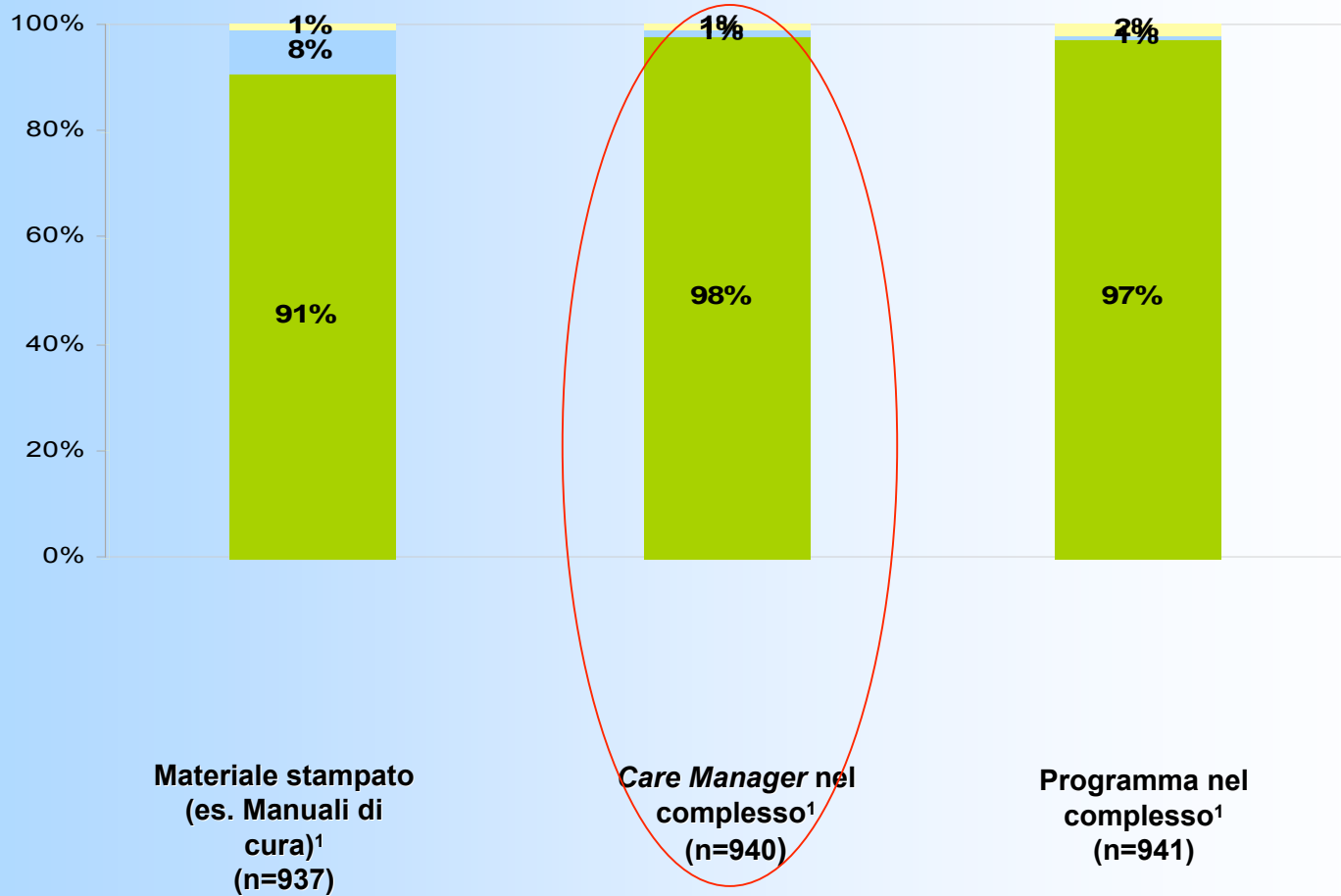
Struttura erogante	Disponibilità ordinaria*	Disponibilità straordinaria**
	% di ore occupate	% di ore occupate
<b>Poliambulatorio Lecce - Cardiologia</b>	<b>90,47</b>	<b>66,67</b>
<b>Poliambulatorio Lecce - Nefrologia</b>	<b>15,62</b>	<b>6,25</b>
<b>P.O. "Fazzi" - Cardiologia Emodinamica</b>	<b>95,92</b>	<b>65,30</b>
<b>P.O. "Fazzi" - Radiologia Doppler</b>	<b>65,49</b>	<b>25</b>
<b>P.O. Copertino - Cardiologia</b>	<b>65,46</b>	<b>35,20</b>
<b>P.O. Nardò - Diabetologia</b>	<b>27,23</b>	<b>0,47</b>
<b>Poliambulatorio Campi Sal.na - Cardiologia</b>	<b>42,97</b>	<b>8,59</b>
<b>Poliambulatorio Campi Sal.na - Diabetologia</b>	<b>62,44</b>	<b>21,05</b>
<b>Poliambulatorio Copertino - Cardiologia</b>	<b>17,02</b>	<b>8,51</b>
<b>Poliambulatorio Nardò - Cardiologia</b>	<b>14,89</b>	<b>4,25</b>

- **\* Per disponibilità ordinaria si intende l'erogazione della prestazione entro 30 giorni**
- **\*\* Per disponibilità straordinaria si intende l'erogazione della prestazione entro 10 giorni**

*Gradimento ed opinioni degli attori coinvolti nel processo*

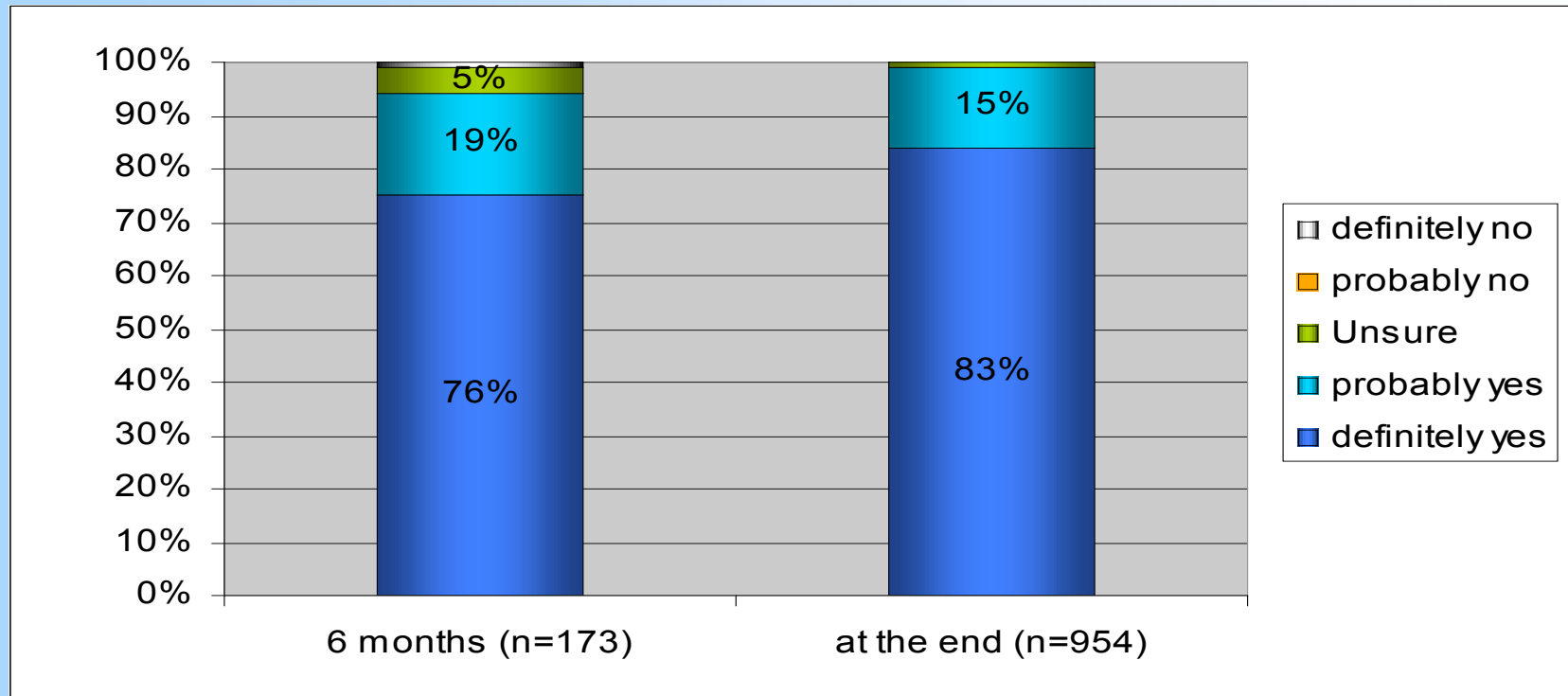
## Da quando partecipa al programma...



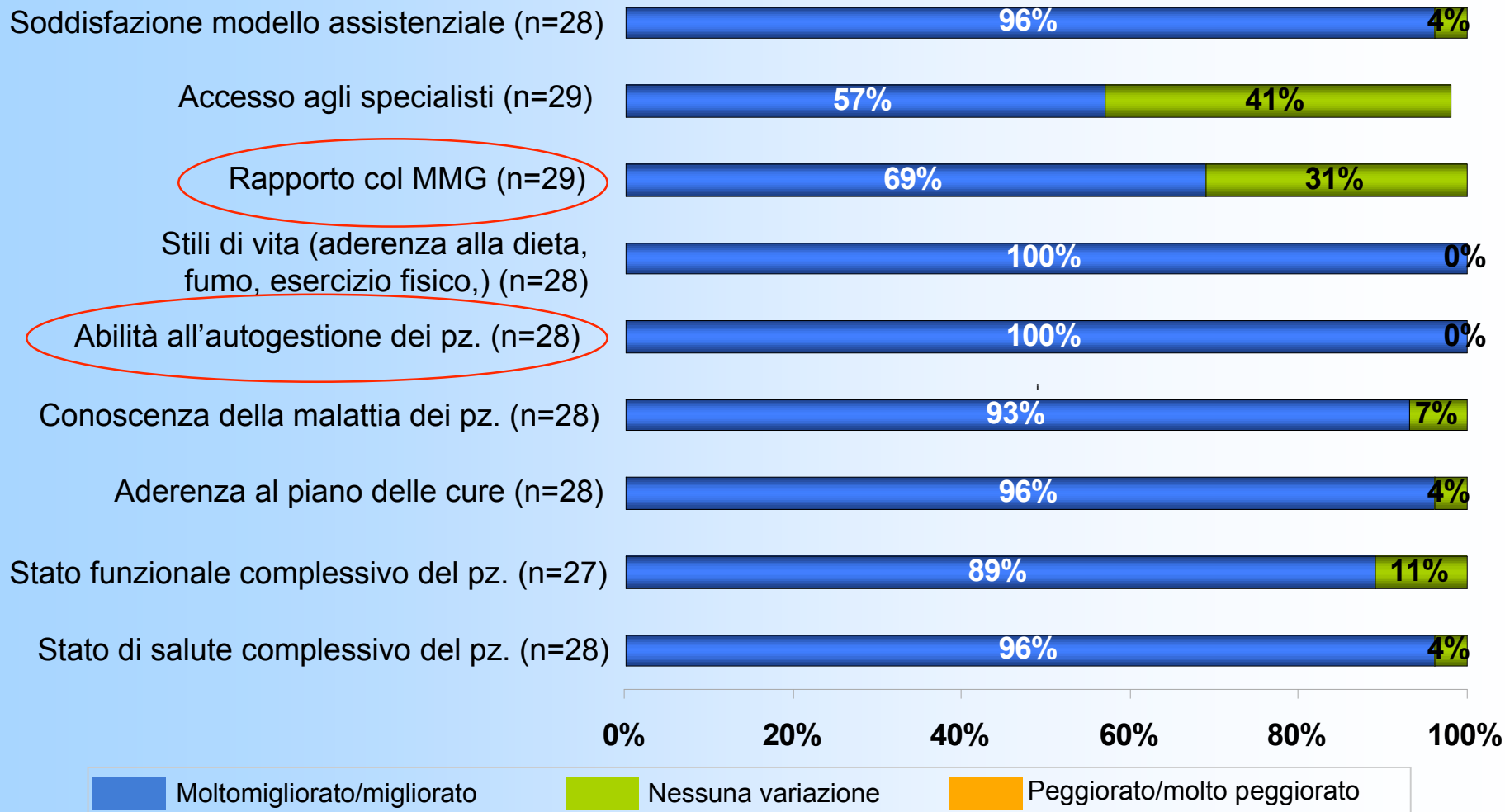




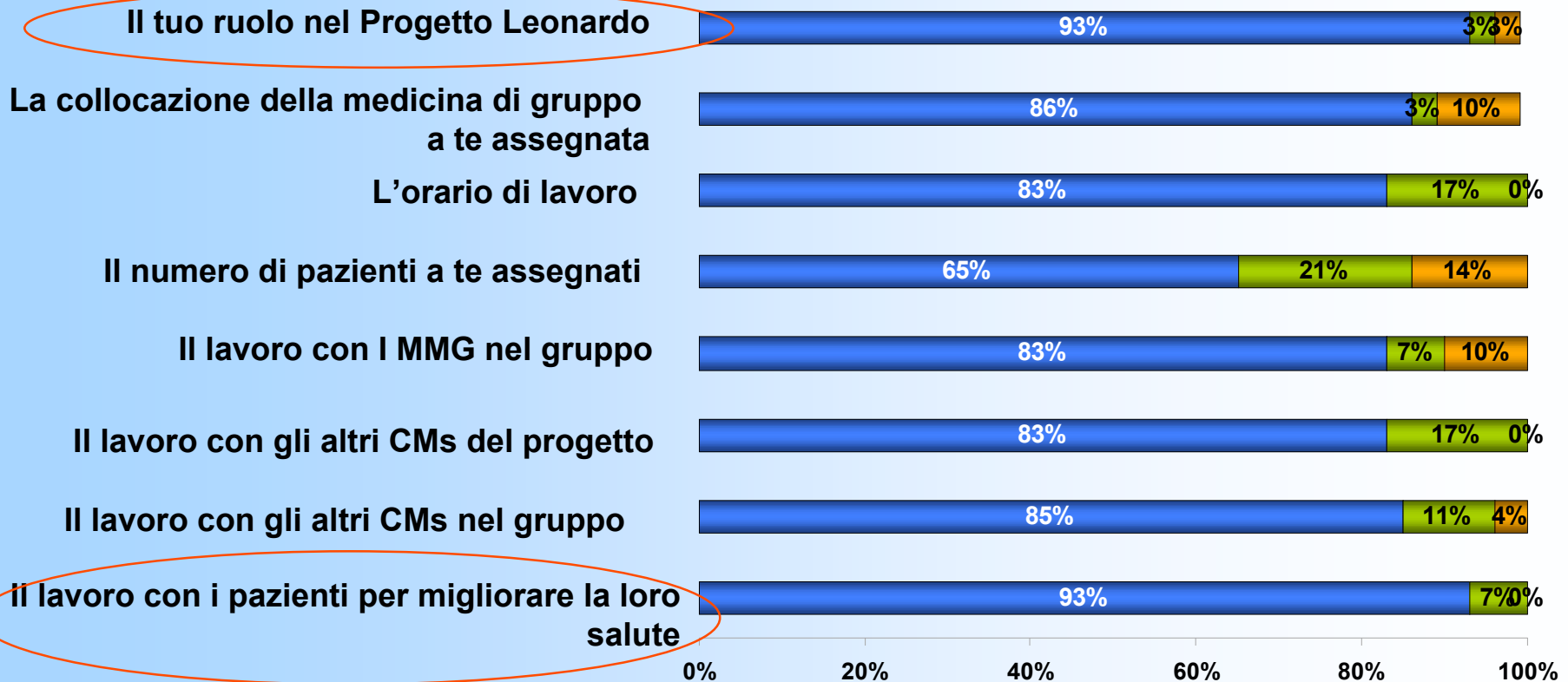
## Patients which recommend the program to family or friend



## In che misura il progetto Lonardo ha avuto un impatto sui pazienti in merito a...



## Valuta il tuo grado di soddisfazione in merito a ... (n=29)



■ Moltomigliorato/migliorato   ■ Nessuna variazione   ■ Peggiorato/molto peggiorato

## Dal momento in cui il programma è iniziato.....

Tutta l'assistenza sanitaria erogata dall'ambulatorio è.. (n=79)

91%

9%

La coesione tra il personale dell'ambulatorio è... (n=79)

83%

17%

L'aderenza dei pazienti che vi partecipano ai piani di trattamento da Lei proposti è...(n=79)

94%

6%

La qualità del tempo trascorso con i pazienti che vi partecipano è...(n=78)

79%

19%

La mia relazione con i pazienti è...(n=79)

85%

15%

0% 20% 40% 60% 80% 100%

Moltomigliorato/migliorato

Nessuna variazione

Peggiorato/molto peggiorato

# Conclusioni 1

- ✓ I risultati indicano che il programma è efficace nel migliorare gli esiti comportamentali, psicosociali e clinici
- ✓ Il modello facilita il coordinamento delle cure tra i professionisti sanitari, migliora le relazioni tra pazienti e professionisti e la soddisfazione dei pazienti
- ✓ La mediazione del CM favorisce il rispetto delle Linee guida e l'attuazione dei Protocolli di assistenza

## Conclusioni 2

- ✓ Riguardo alla relazione tra MMG e paziente, il CM ne trae beneficio e nel contempo la rafforza
- ✓ Il setting assistenziale sperimentato suggerisce un ruolo specifico ed autonomo dell'infermiere nel management delle condizioni croniche nell'ambito delle forme evolute della medicina generale
- ✓ Il progetto dimostra la validità di servizi sanitari personalizzati, coordinati e accessibili
- ✓ L'esperienza realizzata conferma la possibilità di una positiva partnership tra pubblico e privato

# Riconoscimenti e diffusione

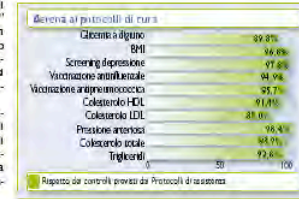
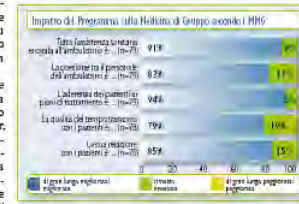
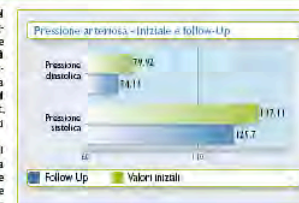
- ✓ Premio ForumPA 2007
- ✓ Progetto Segnalato al Premio per l'Umanizzazione delle cure T. Terzani
- ✓ Presentato in Convegni Internazionali e Nazionali
- ✓ Numerose pubblicazioni, ultime più significative in un testo curato dal Servizio sanitario tedesco (giugno 2009), nel volume curato da Guzzanti (sett.2009) ed un inserto del Sole24ore (ott.2009)

## Medici, pazienti e Care Manager: in Puglia il futuro dell'assistenza è già realtà

Verranno presentati a Lecce, agli operatori sanitari che hanno partecipato al Progetto, il prossimo 21 giugno, i risultati del programma di "Disease and Care Management" del Progetto Leonardo, una partnership tra Regione Puglia e Pfizer Italia. A due anni dall'introduzione di questo innovativo modello gestionale, adottato per la prima volta nella Asl di Lecce, si evidenziano dati significativi in termini di cambiamenti di stile di vita e miglioramento della salute generale dei pazienti affetti da patologie cardiovascolari e diabete.

Organizzare il processo di cura a vantaggio del paziente. L'obiettivo è ambizioso, ma raggiungibile attraverso la messa in opera di nuove strategie nell'organizzazione dell'assistenza e di metriche che consentono di misurare il processo. Lo dimostrano i risultati raggiunti in Puglia con il Progetto Leonardo, in partnership con il programma di Disease and Care Management, che punta all'assistenza continuativa di pazienti affetti da patologie cardiovascolari. L'aspetto innovativo del Progetto, frutto di una partnership tra Regione Puglia, Agenzia Regionale Sanitaria (ARS), la Asl di Lecce e l'azienda farmaceutica Pfizer Italia, consiste nella riformulazione del modello assistenziale territoriale, secondo una diversa modalità di erogazione dell'assistenza e un diverso coinvolgimento dei medici di medicina generale, degli specialisti, del personale infermieristico e dello stesso paziente.

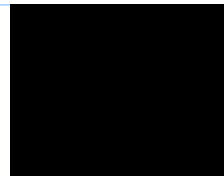
In termini pratici, il modello è stato studiato per integrare l'attuale assistenza al paziente con l'introduzione di una nuova figura assistenziale, il Care Manager, un infermiere adeguatamente formato, che in collaborazione con i medici di medicina generale e con gli specialisti, opera con i pazienti in prima persona, in ambulatorio, a casa e via telefono. Il programma, sperimentato per 18 mesi presso la Asl di Lecce, che comprende una popolazione di circa 800 mila abitanti, ha visto il coinvolgimento di ben 30 Care Manager, 3 coordinatori di progetto, 82 medici di medicina generale per 20 Medicine di gruppo (i pazienti arruolati sono stati 1.140, di cui 511 con elevato rischio cardiovascolare, 457 con diabete e 192 con scompenso cardiaco). Grazie all'introduzione del nuovo "assistente alla salute", il paziente è stato messo nella condizione di poter seguire al meglio il piano di cura stabilito dal medico. Il Care Manager, infatti, si pone a fianco del paziente in ogni momento del percorso, sostenendolo nel cambiamento delle abitudini di vita e educandolo a prendersi cura di sé, misurando i miglioramenti ottenuti nello stato di salute del paziente e valutando i suoi bisogni assistenziali. Il programma ha utilizzato il modello degli stadi del cambiamento per valutare la "prontezza" di ogni singolo individuo ad intraprendere un cambiamento comportamentale. 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 cura, 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 empowerment 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 il controllo 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 follow-up. La maggiore responsabilizzazione del paziente (empowerment), si traduce in cambiamenti positivi degli stili di vita e in una maggiore aderenza alla terapia indicata dal medico. Ciò è stato reso possibile anche da una maggiore aderenza al protocollo di cura e ad rispetto dei controlli programmati. Al follow-up, il 76 % dei pazienti dichiara di aver migliorato le sue abilità funzionali (capacità di muoversi, energia, ecc.). l'81 % afferma che il suo stato di salute generale è migliorato e per il 71 % il rapporto con il medico è migliore che in passato. Si osserva, inoltre, un andamento positivo degli stili di salute dei pazienti, con un incremento assai significativo del controllo della pressione arteriosa, della malattia diabetica e dell'ipercolesterolemia. L'analisi dei risultati consente di evidenziare i vantaggi che questo nuovo modello sanitario può garantire al sistema. Primo fra tutti al paziente che, attraverso il coaching continuo del Care Manager è per la prima volta protagonista del processo di cura e del raggiungimento degli obiettivi di salute. Con soddisfazione di tutti gli attori della sanità. Se in maniera plebiscitaria, il 98% dei pazienti ha dichiarato, in fase di indagine conclusiva di percezione e soddisfazione, di essere contento del programma; altrettanto si dimostra elevata la soddisfazione del Medico di Medicina Generale: il 95% raccomanderebbe l'adozione di un simile modello ad altri colleghi analogamente, riguardo all'impatto del Programma sulla Medicina di Gruppo. I Medici di Medicina Generale ritengono che l'aderenza dei pazienti ai piani di trattamento è migliorata inoltre il 90% dei casi. Tant'è che addirittura il 100% dei Care Manager coinvolti ha evidenziato una migliore capacità del paziente a gestire la malattia e un cambiamento negli stili di vita (alimentazione, fumo, attività fisica, aderenza ai protocolli di cura e alle prescrizioni). A conferma dell'elevato potenziale tecnico nella collaborazione tra pubblico e privato, lo scorso anno è stato attribuito al Progetto Leonardo un importante riconoscimento al ForumPA di Roma: il primo premio assoluto per i progetti della categoria "Educazione alla Salute". La strada è inconfutabile.

Regione Puglia  
Asl Lecce  
Pfizer Italia

## ..... un ultimo risultato.....



- ✓ La Regione Puglia intende estendere il modello assistenziale su tutto il territorio regionale.
- ✓ L' accordo regionale per la Medicina Generale favorisce lo sviluppo del nuovo programma (6 milioni)
- ✓ Un Obiettivo di Piano ex L. 662/96 finanzia l'implementazione in tutte le ASL (4,5 mln).

***“Con questa iniziativa stiamo cercando di cambiare la relazione tra professionisti sanitari e pazienti: dalla centralità della malattia alla centralità del paziente”***  
**Niky Vendola, Presidente della Regione Puglia - Gen 2006**



Grazie per l'attenzione e arrivederci in Puglia,  
terra di orizzonti aperti, solidarietà e passione

