

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Direzione Generale ATS Brescia

Percorso formativo 30/2017

Case Manager

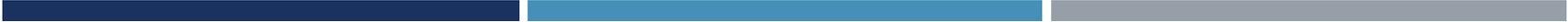
un ruolo attivo per coordinare la cura

mercoledì 22 e giovedì 23 novembre

Sala di Rappresentanza, Viale Duca degli Abruzzi 15, Brescia

CASO CLINICO I

Ermellina Zanetti, GRG, Brescia e APRIRE Network



CASO CLINICO



LIVELLO	N UTENTI*	DOMANDA	BISOGNI	SETTING
1	17.463	Soggetti ad elevata fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale-domicilio-riabilitazione-sociosanitario	Strutture sanitarie e socio-sanitarie
2	141.951	Cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extraospedalieri ad alta richiesta di accessi ambulatoriali, o in cui è presente una condizione di fragilità sociosanitaria di grado moderato	Coordinamento del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico-educativo). Gestione proattiva del follow up	MMG Strutture sanitarie e socio-sanitarie
3	225.700	Cronicità in fase iniziale (I patologia) a richiesta medio bassa di accessi ambulatoriali.	Percorsi ambulatoriali riservati. Controllo e promozione aderenza terapeutica	Territorio

Soggetti presi in carico nel 2016 (inclusi deceduti ed emigrati) per calcolo tassi: **1.200.767**. Fonte ATS Brescia

MARIO ANNI 67

Iperteso (ipertensione di secondo grado) in trattamento con Ramipril 10 mg + Amlodipina 10 mg in associazione fissa

Sovrappeso BMI 29,98

Coniugato, 2 figli

Scolarità: scuola professionale (11 anni)

Categoria	Sistolica		Diastolica
Ottimale	< 120	e	< 80
Normale	120-129	e/o	80-84
Normale alta	130-139	e/o	85-89
Ipertensione di I grado	140-159	e/o	90-99
Ipertensione di II grado	160-179	e/o	100-109
Ipertensione di III grado	≥ 180	e/o	≥ 110
Ipertensione sist. isolata	≥ 150	e	< 90



Tabella IMC Organizzazione Mondiale della Sanità:

BODY MASS INDEX

<16.00
16.00 - 16.99
17.00 - 18.49
18.50 - 24.99
25.00 - 29.99
30.00 - 34.99
35.00 - 40.00
>40.00

TABELLA IMC

Grave magrezza
Visibilmente sottopeso
Leggermente sottopeso
Peso ideale
Sovrappeso
Obesità di I classe
Obesità di II classe
Obesità di III classe

Fattori di rischio

Sesso maschile

Età (uomini ≥ 55 anni; donne ≥ 65 anni)

Fumo

Dislipidemia

Colesterolo totale >4.9 mmol/L (190 mg/dL), e/o

Colesterolo LDL >3.0 mmol/L (115 mg/dL), e/o

Colesterolo HDL: uomini <1.0 mmol/L (40 mg/dL), donne <1.2 mmol/L (46 mg/dL), e/o

Trigliceridi >1.7 mmol/L (150 mg/dL)

Glicemia a digiuno 5.6-6.9 mmol/L (102-125 mg/dL)

Test da carico al glucosio alterato

Obesità [BMI ≥ 30 kg/m² (altezza²)]

Obesità addominale (circonferenza addominale: uomini ≥ 102 cm; donne ≥ 88 cm) (in caucasici)

Anamnesi familiare di CVD prematura (uomini età <55 anni; donne età <65 anni)

Stratificazione del rischio cardiovascolare

Altri fattori di rischio, OD asintomatico o patologia concomitante	Pressione arteriosa (mmHg)			
	Normale-alta SBP 130-139 o DBP 85-89	HT di grado 1 SBP 140-149 o DBP 90-99	HT di grado 2 SBP 160-179 o DBP 100-109	HT di grado 3 SBP ≥ 180 o DBP ≥ 110
Nessun altro RF		Rischio basso	Rischio moderato	Rischio alto
1-2 RF	Rischio basso	Rischio moderato	Rischio moderato-alto	Rischio alto
≥ 3 RF	Rischio moderato-basso	Rischio moderato-alto	Rischio alto	Rischio alto
OD, CKD di stadio 3 o diabete	Rischio moderato-alto	Rischio alto	Rischio alto	Rischio alto-molto alto
CVD sintomatica, CKD di stadio ≥ 4 o diabete con OD/RF	Rischio molto alto	Rischio molto alto	Rischio molto alto	Rischio molto alto

BP, pressione arteriosa; CKD, nefropatia cronica; CV, cardiovascolare; CVD, malattia cardiovascolare; DBP, pressione arteriosa diastolica; HT, ipertensione; OD, danno d'organo; RF, fattore di rischio; SBP, pressione arteriosa sistolica.

LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ: IL PERCORSO OPERATIVO

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
3. Processo di valutazione del bisogno		
3.2. anamnesi clinica	<ul style="list-style-type: none">– patologia/e target: verifica dello “stato” del follow-up– altre patologie croniche ricomprese nella DGR 6551 e non segnalate dall’ATS (si invia segnalazione all’ATS se la presenza di altre patologie può comportare un cambio del livello)– altre patologie non ricomprese nella DGR 6551	Medico Responsabile Clinical Manager
3.3. anamnesi farmacologica	Viene effettuata una revisione delle terapie con eventuale proposta al MMG di riconciliazione terapeutica secondo le linee guida	Medico Responsabile Clinical Manager

Controllo e promozione dell'aderenza alle terapie e stili di vita

Case manager

Outline

- Individuare i pazienti a rischio di non aderenza
- Valutare/monitorare l'aderenza ai trattamenti
- Interventi (e loro efficacia) per migliorare l'aderenza ai trattamenti

Il problema: definizione

La non aderenza alle prescrizioni terapeutiche è definita in letteratura:

- non assunzione o assunzione inferiore alle dosi prescritte.
- assunzione di un dosaggio superiore a quanto prescritto.

La non aderenza si associa ad un aumentato rischio di problemi di salute, di eventi clinici avversi e di morte.

Il problema: prevalenza

Negli USA il 30-50% degli adulti non segue adeguatamente le prescrizioni di farmaci a lungo termine, con un costo evitabile stimato in circa 100 mld di dollari/anno.

Nonostante l'ampia prevalenza del fenomeno e i costi correlati, **la mancata aderenza alle prescrizioni farmacologiche non viene riconosciuta e adeguatamente trattata** in una significativa percentuale di pazienti adulti in vari setting assistenziali.

Secondo l'OMS "massimizzare l'efficacia degli interventi finalizzati ad aumentare l'aderenza può avere un impatto di gran lunga maggiore sulla salute delle popolazioni di qualunque altro progresso terapeutico".

Osterberg L, Blaschke T. **Adherence to medication**. N Engl J Med. 2005;353:487-497.

Cartabellotta A. **La non-compliance alla terapia farmacologica: strategie diagnostico-terapeutiche** Evidence 2013;5(7): e1000051

Il problema: prevalenza

La bassa aderenza ai trattamenti cronici negli anziani in terapia con antipertensivi, ipoglicemizzanti, antiosteoporotici e antidepressivi dimostrata negli studi internazionali si è dimostrata altrettanto frequente nella ricerca condotta dall'AIFA sui dati italiani e aumenta con l'aumentare dell'età, con la prevalenza più alta (dal 56,1% al 70,1%) nei soggetti di 85 anni o più.

La scarsa aderenza ai trattamenti è spesso legata a condizioni frequenti negli anziani, quali comorbidità, deficit cognitivo, funzionale e sensoriale, complessi regimi terapeutici.

AIFA. Uno studio nazionale dell'Agenzia Italiana del Farmaco sulla qualità della prescrizione farmacologica nella popolazione geriatrica.

http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/Sintesi%20studio%20working%20group%20geriatrico_23-07-2013_rev_pf.pdf

Individuare i pazienti a rischio di non compliance

Fattori predisponenti

Presenza di problemi psicologici, in particolare la depressione

Presenza di disturbi cognitivi

Trattamento di malattie asintomatiche

Patologie croniche

Mancanza di conoscenze sulla malattia da parte del paziente.

Fattori associati

Effetti collaterali del farmaco

Complessità e durata del trattamento

Numero di farmaci

Costi

Scarsa relazione fra medico e paziente

Mancanza di convinzione da parte del paziente sui benefici del trattamento

Numero delle sostituzioni di medicinali generici

I sei fenotipi di non-compliance alla terapia farmacologica

1. Il paziente **non è consapevole** dell'importanza di seguire le prescrizioni farmacologiche per la sua salute e il suo benessere a lungo termine.
2. Il paziente è convinto che i benefici legati all'assunzione dei farmaci non siano superiori **all'impegno richiesto per seguire la terapia**.
3. La gestione della terapia farmacologica è troppo **complessa** per il paziente.
4. Il paziente non è **sufficientemente attento**.
5. Il paziente **ha convinzioni personali sui farmaci errate, irrazionali o conflittuali**.
6. Il paziente **non è convinto dell'efficacia** del farmaco.

Individuare i pazienti a rischio di non compliance

- La **Medi-Cog** richiede 7 minuti ed è una combinazione della Mini-Cog ©, uno strumento noto e validato per valutare le abilità cognitive, e il Medication Transfer Screen (MTS), una prova di abilità nel conteggio dei farmaci.
- La **DRUG** richiede 35 minuti e misura la capacità di un individuo che vive al proprio domicilio di identificare e determinare il dosaggio e l'orario di somministrazione dei propri farmaci.
- La **SAM (Self-Administration of Medication)** è utilizzata nei soggetti ospedalizzati: contiene 24 item per determinare la capacità dell'individuo di gestire i propri farmaci

http://www.pharmacy.umaryland.edu/practice/medmanagement/assisted_living/Tools-to-Assess

MMAS-4 Morisky Medication Adherence Scale

1	Si è dimenticato di assumere i farmaci?	<input type="checkbox"/> SI = 0	<input type="checkbox"/> NO = 1
2	E' occasionalmente poco attento nell'assunzione dei farmaci?	<input type="checkbox"/> SI = 0	<input type="checkbox"/> NO = 1
3	Quando si sente meglio, a volte interrompe la terapia?	<input type="checkbox"/> SI = 0	<input type="checkbox"/> NO = 1
4	Quando si sente peggio, a volte interrompe la terapia?	<input type="checkbox"/> SI = 0	<input type="checkbox"/> NO = 1

0-2= non aderente

3-4= aderente

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986;24:67-74.

MMAS-8 Morisky Medication Adherence

Scale

Qualche volta dimentica di prendere la pillola per ... (patologia principale)	SI (0)	NO (1)
Nelle ultime 2 settimane, ci sono stati dei giorni in cui non ha preso le medicine per...?	SI (0)	NO (1)
Ha mai ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico, perché si sentiva male quando le prendeva?	SI(0)	NO(1)
Quando viaggia o esce di casa, a volte si dimentica di portare con sé i farmaci?	SI(0)	NO(1)
Ha preso ieri le sue medicine per...?	SI (1)	NO(0)
Quando sente che la sua malattia (es. pressione sanguigna) è sotto controllo, a volte smette di prendere le sue medicine	SI (0)	NO (1)
L'assunzione quotidiana dei farmaci è un vero e proprio disagio per alcune persone. Si sente mai infastidito o sente di avere delle difficoltà nell'attenersi al piano di trattamento della sua malattia (es. pressione sanguigna)?	SI (0)	NO (1)
<p>Le capita di avere difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i suoi farmaci per la sua malattia?</p> <ul style="list-style-type: none"> • mai/molto raramente (4) • raramente (3) • a volte (2) • spesso (1) • sempre (0) 		

Punteggio

<6 poco aderente

6-8 aderente

>8 molto aderente

Interventi (e loro efficacia) per migliorare l'aderenza ai trattamenti

- La revisione sistematica della Cochrane pubblicata nel 2014 conclude affermando che le caratteristiche e gli effetti degli interventi per migliorare l'aderenza ai trattamenti variano da studio a studio e non è chiaro come si possa migliorare l'aderenza al fine di ottenere reali benefici per la salute dei pazienti.
- Tuttavia, nella pratica clinica, alcune indicazioni possono essere utilizzate dai clinici al fine di ridurre la non aderenza e migliorare gli outcome

Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. **Interventions for enhancing medication adherence.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 11.

Interventi (e loro efficacia) per migliorare l'aderenza ai trattamenti

I metodi che possono essere usati per migliorare l'aderenza possono essere raggruppati in 4 categorie:

L'educazione terapeutica: gli interventi educativi/informativi rivolti al paziente e ai suoi caregiver possono avere un effetto favorevole sull'aderenza alla prescrizione.

Il miglioramento della comunicazione fra medico e paziente: l'aumento della comunicazione fra paziente e medico è la chiave di un'efficace strategia nel potenziare la capacità del paziente e della famiglia nel seguire il regime terapeutico

Il miglioramento dello schema di trattamento

L'aumento delle ore nelle quali il medico è a disposizione del paziente: ritardare l'appuntamento con un paziente può avere come conseguenza diretta quella di una sospensione o di un diradamento della somministrazione di un farmaco, in attesa della visita.

Interventi (e loro efficacia) per migliorare l'aderenza ai trattamenti

Gli **interventi educativi** con sostegno comportamentale attraverso un contatto continuo con il paziente per settimane o mesi migliorano l'aderenza in diverse patologie croniche tra cui ipertensione, iperlipidemia, insufficienza cardiaca e infarto del miocardio.

Interventi (e loro efficacia) per migliorare l'aderenza ai trattamenti

Gli autori della revisione della Cochrane concludono affermando che se c'è un filo conduttore che caratterizza gli interventi proposti negli RCT per migliorare l'aderenza **è la complessità che li caratterizza**.

Gli interventi sono parte integrante del piano di cura e includono:

- più **approcci integrati** (educazione terapeutica, consulenza, promemoria telefonico, semplificazione degli schemi di terapia);
- **l'azione coordinata** di più professionisti, in particolare infermieri e farmacisti;
- una **frequente interazione con i pazienti** con una particolare attenzione per l'adesione ai trattamenti;
- **continuità** per tutta la durata del trattamento.

Capire fa bene alla salute

La **Health Literacy (HL)** – o **competenza alfabetica funzionale** – nata negli Stati Uniti negli anni '80, secondo la definizione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) rappresenta il grado di capacità degli individui di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni con modalità utili a promuovere e a mantenere un buono stato di salute.

Capire fa bene alla salute

Possedere una buona “Health Literacy” significa avere le competenze per comprendere ciò che viene proposto e per riconoscere i propri bisogni di salute, assumere un maggiore controllo sui fattori che incidono sulla salute, contribuire attivamente alle scelte terapeutiche, orientarsi nel Sistema sanitario, adottare comportamenti salutari, come, ad esempio, fare attività fisica e mangiare cibi sani...

Capire fa bene alla salute

Per contro le persone con una bassa “Health Literacy” è probabile che accedano in misura minore ai servizi di prevenzione (come mammografie, pap test, vaccino antinfluenzale), abbiano poche conoscenze sulla propria salute.

Capire fa bene alla salute

Ricerche internazionali - in particolare lo studio canadese ALLS (Adult Literacy & Lifeskills Survey) del 2003 - dimostrano che in Italia il livello di alfabetizzazione medio si colloca al di sotto di quello necessario per usare utilmente i materiali comunemente stampati e legati ad attività quotidiane (in banca, in posta, al supermercato, in farmacia, in ospedale).

Lo studio ha assegnato dei punteggi valutando compiti come guardare un'offerta e calcolare lo sconto, determinare percorsi in base all'orario degli autobus, confrontare due prodotti in base alle etichette, calcolare il ticket per una visita medica.



Capire fa bene alla salute

I punteggi sono compresi tra 0 e 500, punteggi inferiori a 275 sono considerati non sufficienti per una piena partecipazione.

Ebbene, l'Italia - dove quasi la metà degli adulti ha solo il diploma di licenza media - ha ottenuto **228** punti per la Literacy rispetto ai 269 degli Stati Uniti, i 274 della Svizzera, i 281 del Canada, i 285 delle Bermuda e i 293 della Norvegia.

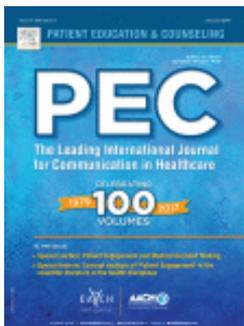


Strumenti

Il TOFLHA nella versione breve e il recente NVS sono strumenti validati in lingua italiana.



Capecchi L, Guazzini A, Lorini C, Santomauro F, Bonaccorsi G (2015) La prima validazione in italia dello strumento per valutare la health literacy più usato al mondo: il Newest Vital Sign. *Epidemiol Prev* 39(4) Suppl 1: 124-128



Connor M, Mantwill S, Schulz PJ (2013). Functional health literacy in Switzerland—Validation of a German, Italian, and French health literacy test. *Patient Education and Counseling* 90: 12–17



Strumenti

Il S-TOFLHA (Baker, 1999) è uno strumento che misura l'alfabetizzazione sanitaria, in particolare le abilità di lettura, comprensione e numerazione, riferite a contesti di cura sanitaria (per es. le procedure per accedere ad un esame radiodiagnostico).

È suddiviso in tre parti per un totale di 36 items linguistici (I e II parte: competenze alfabetiche) con inserimento del termine corretto tra quattro alternative e 4 items numerici (III parte: competenze logico-matematiche). Richiede poco più di 10 minuti per la somministrazione.

Può essere somministrato dai sanitari per misurare le abilità dei loro pazienti o dei caregivers.

È uno strumento validato a livello globale e numerosi studi lo hanno utilizzato.



Strumenti

// NVS (Ciccarelli Shah, 2010) –misura il livello di alfabetizzazione sanitaria (health literacy), in particolare le abilità di lettura (literacy) e le capacità di compiere semplici operazioni di calcolo numerico (numeracy).

Consiste nella lettura di una etichetta nutrizionale (etichetta di un gelato) a cui l'intervistatore associa sei quesiti atti a misurare, con un punteggio 0-6, le abilità di numeracy e di literacy dell'intervistato.

Richiede approssimativamente 5 minuti per la somministrazione.

I soggetti sono classificati secondo tre livelli:

1. alfabetizzazione sanitaria adeguata (punteggi 4-6);
2. possibilità di alfabetizzazione limitata (punteggi 2-3);
3. alta probabilità di alfabetizzazione limitata (punteggi 0-1).

Patient Engagement

La partecipazione attiva e il coinvolgimento dei pazienti (Patient Engagement) costituiscono un passo necessario per raggiungere una gestione ottimale dei servizi sanitari. Ma questo non è l'unico vantaggio: la letteratura scientifica dimostra come il Patient Engagement sia la **chiave per aumentare la soddisfazione e la qualità di vita dei pazienti, migliorare la loro condizione di salute e di diminuire i costi di gestione ed erogazione dei servizi.**

Patient Engagement

Negli ultimi 10 anni l'interesse verso il Patient Engagement è cresciuto vertiginosamente, arrivando ad essere riconosciuto come un must per i sistemi sanitari di tutto il mondo.

Tuttavia, nonostante l'urgenza di un coinvolgimento attivo delle persone nella gestione della loro cura, nelle pratiche cliniche quotidiane si osserva la mancanza di un monitoraggio sistematico del livello patient engagement e, di conseguenza, di un'adeguata pianificazione degli interventi atti a promuoverlo.

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
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		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
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	0
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	0

Riga 1
Riga 2
Riga 3
Riga 4
Riga 5

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, Barelo et al., 2017)