



PROGETTO
MICHELANGELO

Il progetto PREVASC, un percorso di Disease Management nell'ambito della Prevenzione Cardiovascolare

Sabato 8 novembre 2008



Antonio Pagano

Cardiologo Laziosanità -Agenzia di Sanità Pubblica -

In collaborazione con:



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Prevenzione Cardiovascolare



Negli ultimi 25 anni in Italia rilevanti sono i progressi compiuti nel trattamento della malattie CV

Sicuramente inferiori sono stati gli investimenti nel campo della prevenzione CV

Minore sensibilità dei Cardiologi per i temi della prevenzione rispetto a quelli della diagnostica e terapia CV

Dimensioni del problema

Nel 2001 da dati ISTAT la mortalità per MCV è stata pari al 42,6% a livello nazionale, di cui il 31% per cardiopatia ischemica

Nel Lazio i dati sono sostanzialmente sovrapponibili.
A tale diffusione contribuisce certamente il progressivo invecchiamento della popolazione



Relazione sullo stato sanitario del paese 2005-2006 del Ministero della Salute

- Il carico della MCV in Italia è da anni uno dei più importanti problemi di Sanità Pubblica; diversi indicatori evidenziano la gravità dei danni umani, sociali ed economici di quella che resta tra le principali cause di morbilità e mortalità

Perchè sviluppare una strategia di prevenzione

- Le MCV sono la principale causa di morte prematura in Europa
- La patologia aterosclerotica si sviluppa in maniera insidiosa
- La morte per MCV è spesso improvvisa
- L'epidemia delle MCV è fortemente correlata allo stile di vita
- La modificazione dei fattori di rischio riduce la mortalità e la morbosità CV soprattutto nei soggetti ad alto rischio



Progetto Cuore anno 2004
per l'implementazione della carta del
rischio e punteggio individuale

A livello di Salute Pubblica la
legge antifumo del 2005

L'intesa Stato-Regioni del 2005 ha
siglato il Piano di Prevenzione
Attiva

Valori medi e prevalenze dei principali fattori di rischio per il Lazio per uomini e donne di età 35-74 anni



(tratta da Italian Heart Journal May 2003 Vol 4 / suppl. 4 Pag.87S)

- un terzo della popolazione è ipertesa,
- il 21% degli uomini ed il 32% delle donne è ipercolesterolemico
- sono diabetici il 13% degli uomini ed il 9% delle donne
- circa metà degli uomini e i due terzi delle donne non praticano attività fisica nel tempo libero
- TALI DATI RISULTANO PIU' ELEVATI DELLA MEDIA NAZIONALE

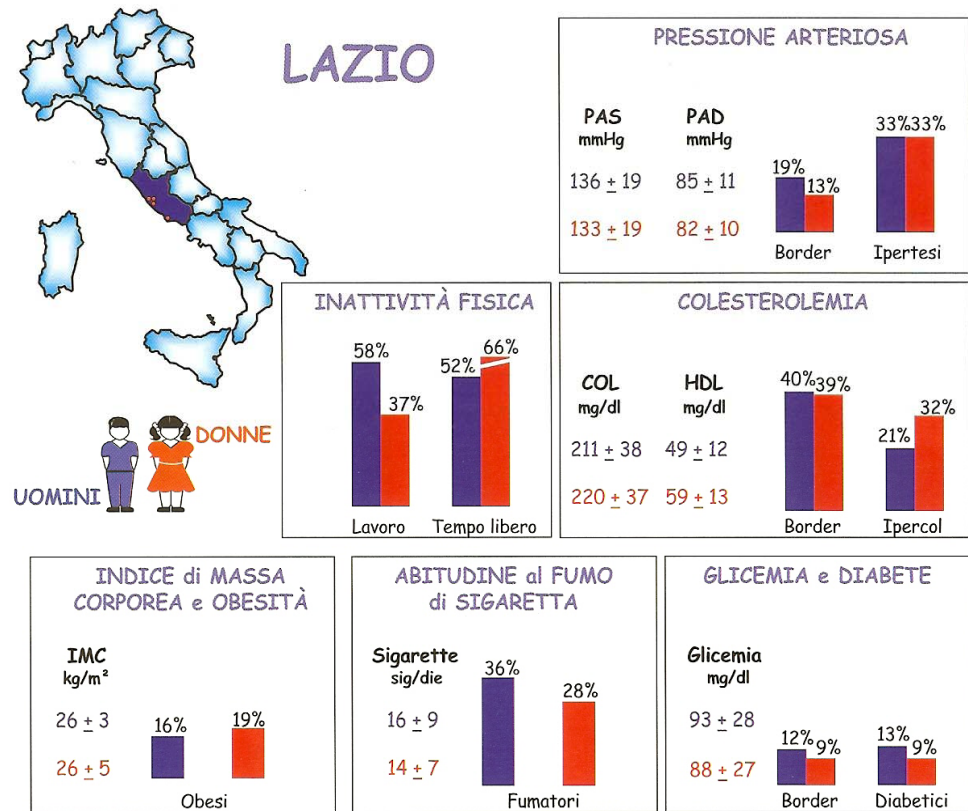


Figure 108. Mean levels and prevalence of the major risk factors in Latium. Men and women.

- Diversi studi hanno dimostrato che la **compliance** dei pazienti cronici alla terapia ed alle misure comportamentali è inferiore al 50%, con ripercussioni negative sugli esiti clinici
- Le recenti linee-guida europee per la prevenzione della MCV indicano l'approccio interdisciplinare e le metodologie di responsabilizzazione del paziente come elementi fondamentali di un modello assistenziale per le condizioni croniche cardio-vascolari e metaboliche, comunemente detto modello di *disease & care management*.

PERCENTUALE DI ADERENZA AL TRATTAMENTO CON IPOLIPEMIZZANTI IN PAZIENTI CON DIVERSI LIVELLI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE: CONFRONTO 2003-2007.

	Livelli di rischio cardiovascolare					
	Ipertensione [N=12791]		Ipertensione e diabete mellito [N=6800]		Eventi CV maggiori [N=16397]	
	% 07	Δ % ^s 07-03	% 07	Δ % ^s 07-03	% 07	Δ % ^s 07-03
Piemonte/Val d'Aosta	31,8	+5,5	42,0	+13,9	52,4	+7,4
Lombardia	38,1	+11,8	48,4	+12,0	59,4	+13,9
Liguria	22,4	+2,1	22,5	+1,0	47,0	+5,4
Bolzano/Trento/ Friuli V.G.	41,8	+15,9	51,7	+16,1	59,5	+15,9
Veneto	42,1	+12,0	48,8	+12,5	55,0	+4,5
Emilia Romagna	38,8	+8,6	48,2	+8,3	57,7	+7,3
NORD	37,7	+10,4	47,0	+11,4	56,9	+9,8
Toscana	35,2	+8,4	46,6	+7,8	53,9	+7,4
Marche/Umbria	29,7	+6,4	40,6	+8,0	51,2	+6,9
Lazio	25,9	+1,0	31,1	+3,8	39,5	-0,3
CENTRO	29,1	+4,3	37,3	+6,2	48,2	+4,4
Abruzzo/Molise	32,0	+9,5	34,5	+11,6	46,1	+3,9
Puglia	33,4	+9,7	43,3	+10,9	59,3	+7,9
Campania	34,2	+9,3	39,0	+11,1	48,1	+4,4
Basilicata/Calabria	30,2	+11,5	36,2	+7,8	46,2	+5,0
Sicilia/Sardegna	40,9	+10,4	47,5	+8,4	57,4	+3,5
SUD E ISOLE	35,5	+9,9	42,2	+9,7	52,4	+4,8
ITALIA	35,3	+9,1	41,5	+9,8	53,8	+7,1

profilo peggiore
 profilo migliore

Contesto regionale

- Piano di Rientro
(Articolo 1 comma 180 della Legge 311/2004)
- Sperimentazione organizzativo-gestionali a livello territoriale
(DGR n 420 del 12 giugno 2007: Presidi Territoriali di Prossimità)
- Piani di prevenzione attiva
(DGR 835 del 30 ottobre 2007)

Piano di Rientro
(Articolo 1 comma 180 della Legge
311/2004)

OBIETTIVO GENERALE

Riorganizzazione del livello dell'assistenza territoriale e sviluppo del sistema delle cure primarie

OBIETTIVO SPECIFICO

Potenziamento delle attività distrettuali per il governo della domanda orientato a garantire la continuità assistenziale e l'accesso alle cure appropriate.

Riorganizzazione delle attività territoriali per una diversa allocazione delle risorse.



Il Progetto Michelangelo



Nell'ambito della partnership pubblico-privato, il progetto prevede l'elaborazione e l'attuazione di un programma di prevenzione e promozione della salute in ambito cardiovascolare

(DGR n. 1019 del 22/11/2005, DGR n. 825 del 21/11/2006, DGR n. 561 del 25/07/2007, DGR n. 189 del 21/3/2008)



PROGETTO
MICHELANGELO

Ospedale



HOSPITAL

INCA2

Territorio



PREVASC

Modello assistenziale di disease management nell'ambito della medicina territoriale finalizzato alla prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari

Emergenza



INFARTO.NET

Obiettivo Generale

- Sperimentare la fattibilità di un modello di Disease Management nella gestione dei soggetti a rischio cardiovascolare o già affetti da Malattie Cardiovascolari che prevede l'introduzione della figura del **Care Manager**.

Obiettivi Specifici

- Attuare un modello di Disease Management in due Distretti dell'Azienda USL RM/E;
- Valutare la percezione ed il grado di soddisfazione nei confronti del modello assistenziale sperimentato, espressi dai Medici di Medicina Generale (MMG), dagli specialisti, dai Care Manager (CM) e dagli assistiti partecipanti al progetto;
- Valutare la performance clinica ed organizzativa del modello di Disease Management sperimentato.

COMITATO di PROGETTO e METODOLOGIA di LAVORO

- elaborare il protocollo generale del programma al fine di definirne le componenti chiave: obiettivi generali e specifici, setting e disegno dello studio, profilo assistenziale, modello organizzativo, criteri di inclusione e di esclusione degli assistiti, risultati attesi e relativi indicatori di performance, dati da rilevare
- allineare il protocollo generale con i programmi regionali relativi alle attività di prevenzione del rischio cardiovascolare previsti dal Piano regionale della Prevenzione;
- monitorare il rispetto dei metodi e dei tempi;
- monitorare e valutare le attività intraprese.

Gruppo di lavoro

- Comitato di Progetto e da un
- Comitato Tecnico-Scientifico dell'Azienda USL RM/E

450 e-mail
43 incontri

Sottogruppo
'Raccomandazioni
Profili di cura'

Sottogruppo
'Indicatori di performance
Set di dati'

Gruppo di
Coordinamento Interaziendale

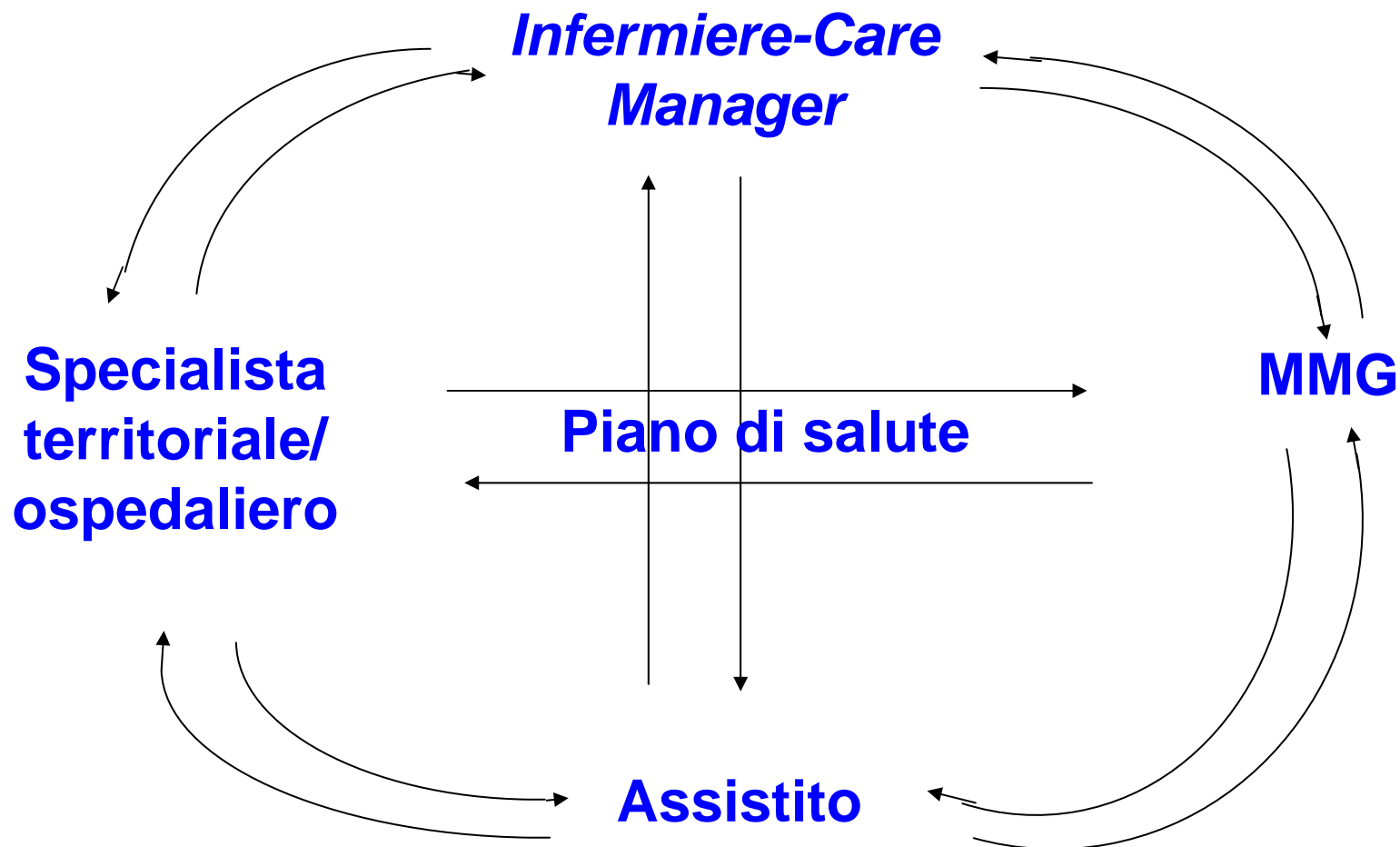
CONDIVISIONE

- Partecipazione dell'assistito al proprio piano di salute
- Sinergia di lavoro realizzata dall'equipe/ rete assistenziale per la prevenzione (MMG, CM, Specialisti)
- Integrazione ambulatori infermieristici distrettuali, ambulatori ospedalieri, medicine di gruppo
- Figura del CM che svolge attività di *coaching* nella motivazione, informazione, supporto e consegna di materiali al paziente

- Fattibilità del nuovo modello assistenziale
- La percezione ed il livello di soddisfazione per il programma da parte degli assistiti, dei medici specialisti, dei MMG e dei CM coinvolti
- La performance clinica ed organizzativa del modello (set di indicatori relativi all'implementazione delle LG).



EQUIPE SANITARIA



Programma di disease e care management

- 7 passaggi fondamentali: individuazione del pz, verifica criteri di inclusione ed esclusione, coinvolgimento del pz, valutazione iniziale del pz con stratificazione del livello di rischio, predisposizione del piano di salute personalizzato, attuazione degli interventi previsti e registrazione dei dati, monitoraggio della corretta attuazione del piano di salute con verifica dei risultati ottenuti.

“8 Priorità”

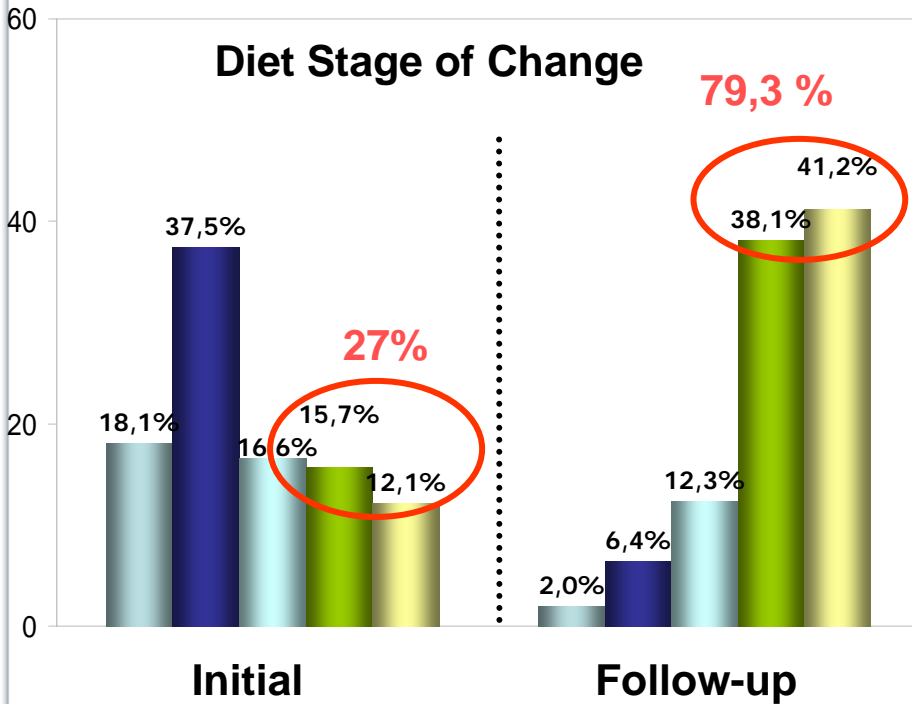
modello concettuale del self-care

- Come e quando chiamare il medico
- Conoscere la propria patologia e fissare gli obiettivi
- Modificare gli stili di vita
- Assumere i farmaci correttamente
- Effettuare gli esami e le visite raccomandate
- Come mantenere la malattia sotto controllo
- Far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli
- Visite mediche e follow-up

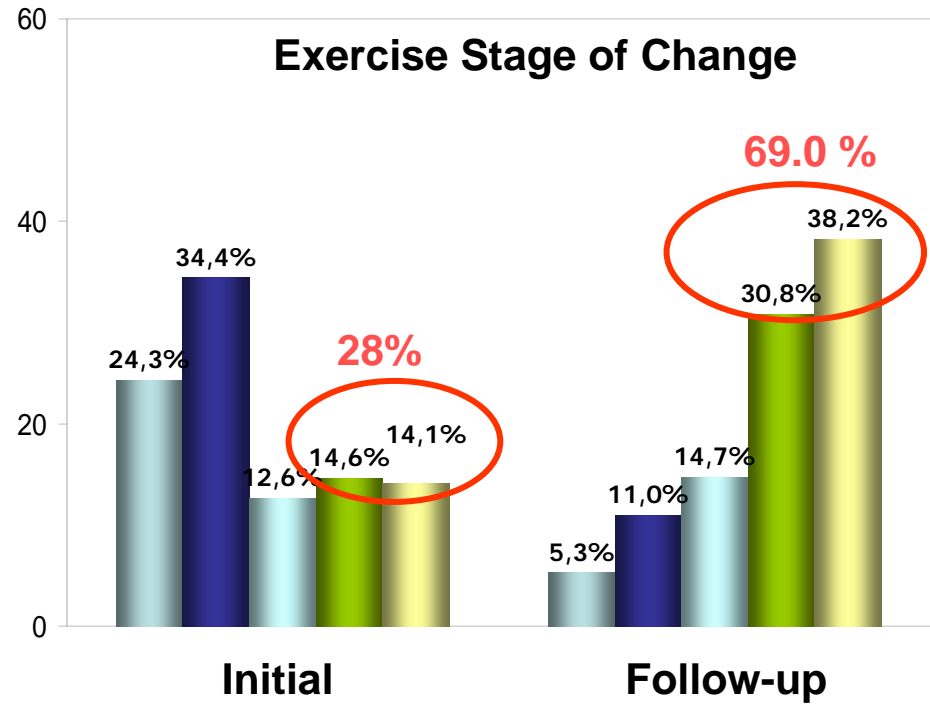
Le prime valutazioni in LEONARDO

Stage of Change

Diet Stage of Change



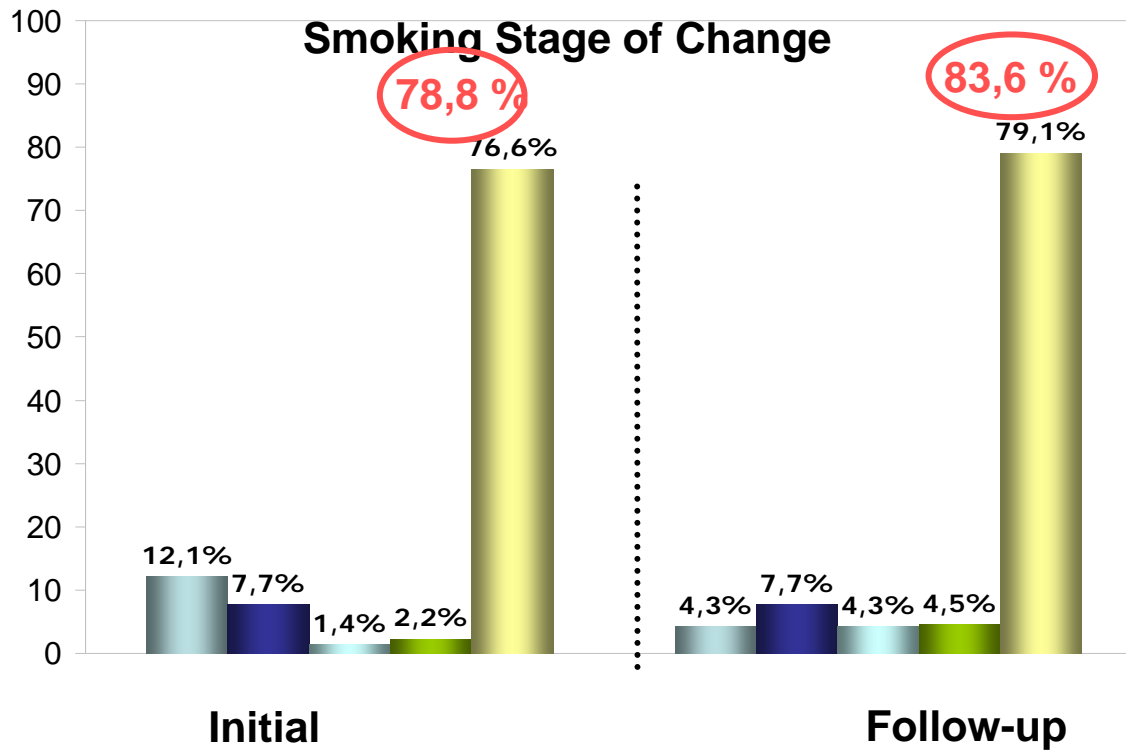
Exercise Stage of Change



Pre-contemplation
 Contemplation
 Preparation
 Action
 Maintenance

Le prime valutazioni in LEONARDO

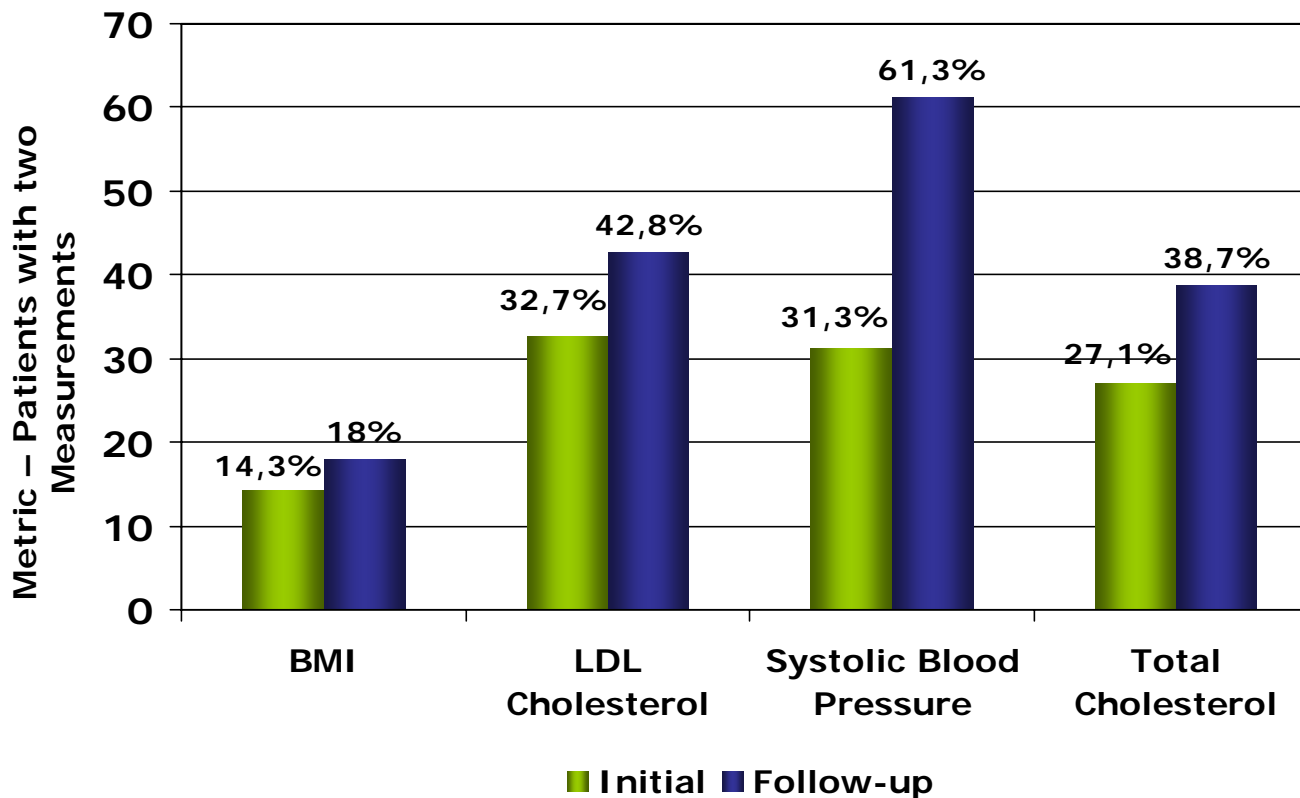
Stage of Change



Pre-contemplation
 Contemplation
 Preparation
 Action
 Maintenance

Le prime valutazioni in LEONARDO

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



I PRIMI risultati di PREVASC



- La creazione di un protocollo e di un documento tecnico attuativo realizzato da tutte le figure professionali coinvolte nel progetto
- Bozza Piano Sanitario Regionale attivazione CARE MANAGER

Ringraziamento

In rappresentanza del Comitato scientifico del progetto

Laziosanità-ASP:	Antonio Mastromattei, Maurizio Zega, Maurizio D'Amato, Gabriele Calizzani
Pfizer Italia: Azienda USL RME	Pietro Ranieri, Andrea Musilli Roberto Ricci, Giulio De Gregorio, Flavia Munari, Anna Zoppegno
FIMMG Lazio:	Giuseppe Grasso, Carla Bruschelli
ANMCO:	Massimo Uguccioni, Furio Colivicchi
GdL Linee Guida:	Anna Patrizia Jesi
SUMAI Lazio:	Luciano Arcari
SID:	Luigi Uccioli
IPASVI	Stefano Casciato
Cittadinanza Attiva	Giuseppe Scaramuzza
CARD	Rosario Mete