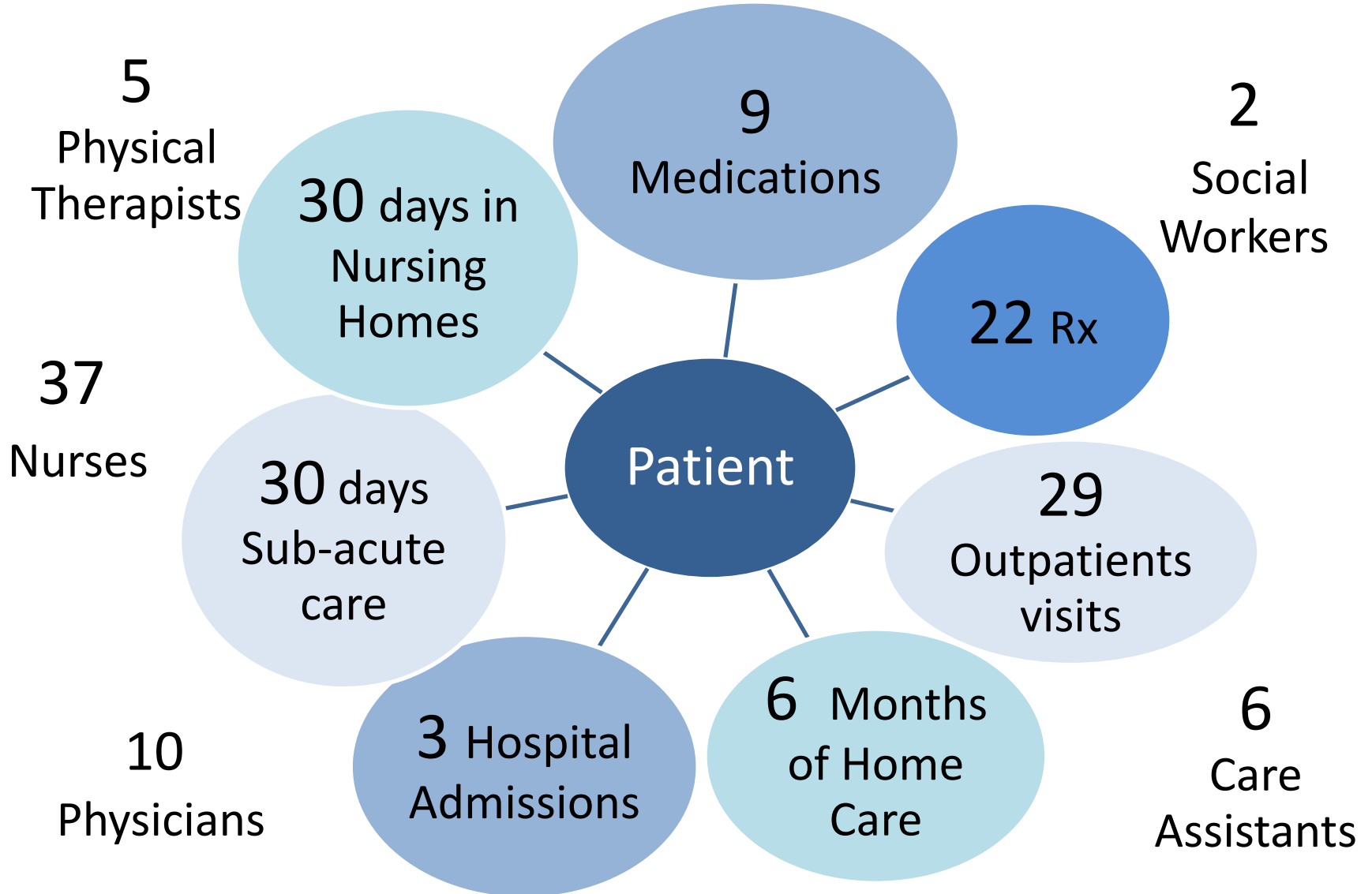




# ACG tool for multiprofessional coordination to manage patients with multimorbidity and complex needs: the Care Manager Nurse

**Silvia Tiozzo Netti**  
**Azienda ULSS 16, Padova**  
**Regione del Veneto**

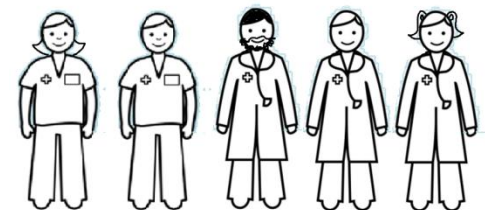
# A year in the life of a patient...



## Patient-centred



This new model wants to improve the current patient care with the introduction of the **Care Manager Nurse**



# Integrated Care Model



**Patient, GP and Nurse  
are at the same level in the Process of Care,  
respecting the boundaries of their role**



## CARE MANAGER

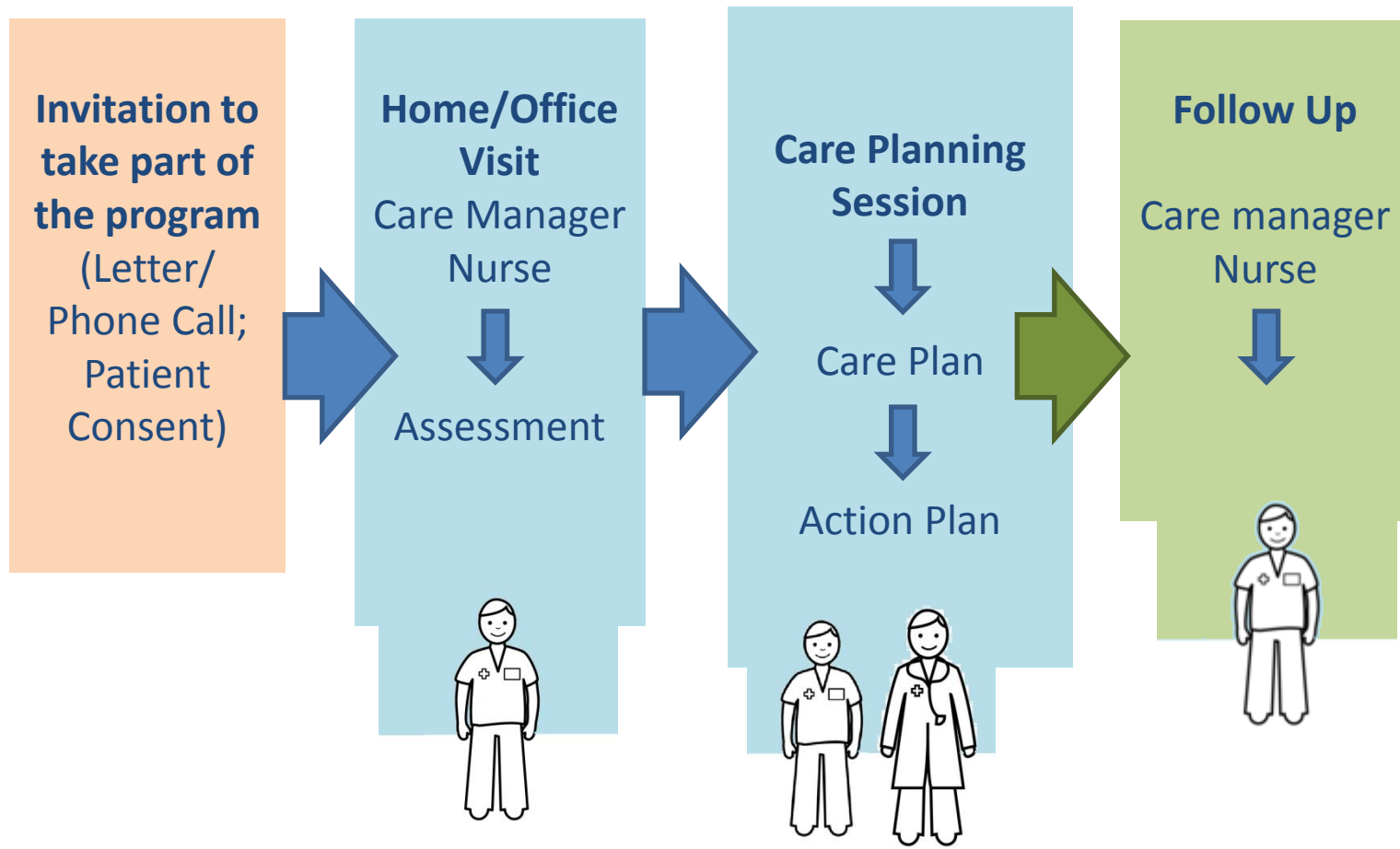
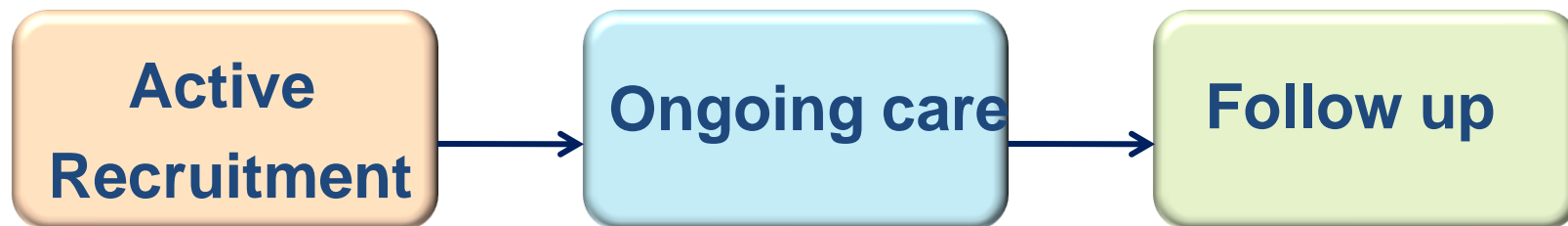
*The professional that manages the Process of Care*

**Patient = Subject**

Each person is conceived from a HOLISTIC point of view

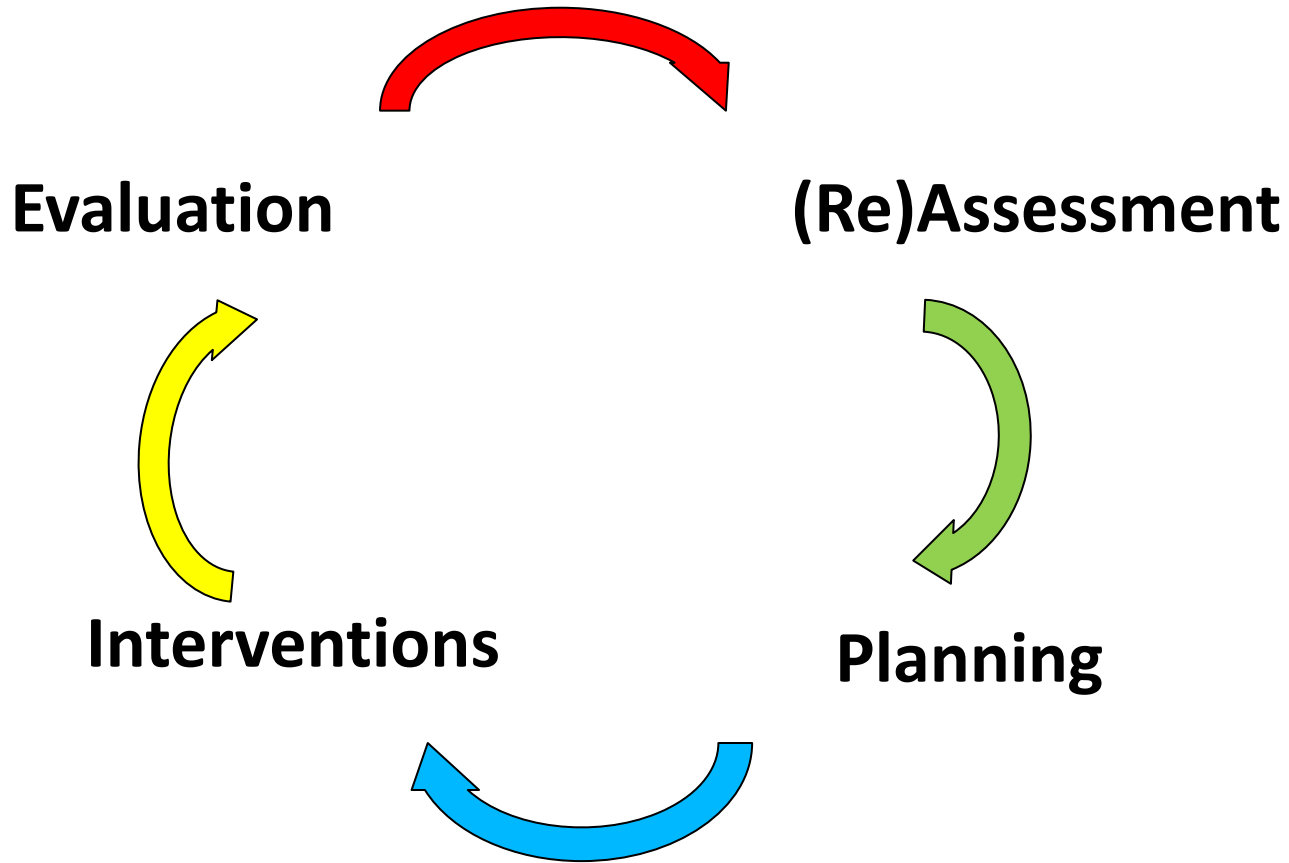
Role = to meet the bio- psycho-social needs of the person through the management of its entire course of treatment / care and the coordination of health and social services

## Care management pathway





# The nursing process



# Care Management Assessment

## HEALTH HISTORY

Gather data from the patient's office medical record:

- Administrative information
- Health conditions
- Test results
- Prescribed medications
- Allergies/adverse reactions
- Medical history
- Preventive care
- Health care providers
- Emergency contacts





# Care Management Assessment

## HEALTH HISTORY

Gather data during the in-home assessment:

- Health priorities
- Conditions
- Actual medication use, adherence, discrepancies
- Allergies/adverse reactions
- Health care providers
- Emergency contacts
- Services being used



# Care Management Assessment Questionnaires


- Daily life
- Activities of daily living
- Home safety
- Assistive devices
- Nutrition
- Cognition (MMSE)\*
- Pain\*
- Feelings (GDS)\*
- Hearing deficit
- Mobility (“get-up-and-go” test)

\*May not be completed by proxy



# Questionnaires

## MMSE (Mini Mental State Evaluation)

|                                                                              |                                                                                       | Scala | Punti                    |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| <b>Orientamento:</b>                                                         |                                                                                       |       |                          |
| In che anno, stagione, giorno della settimana, giorno, mese siamo?           |                                                                                       | 0-5   | <input type="checkbox"/> |
| Dove siamo (Città, Stato, Provincia, Comune, edificio)?                      |                                                                                       | 0-5   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Memorizzazione:</b>                                                       |                                                                                       |       |                          |
| Ripeta i nomi di tre oggetti: Mela, matita, sedia.                           |                                                                                       | 0-3   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Attenzione:</b>                                                           |                                                                                       |       |                          |
| Sottraggia da 20 tre poi ancora fino in fondo ( stop dopo 5 risposte).       |                                                                                       | 0-5   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Rievocare:</b>                                                            |                                                                                       |       |                          |
| Chiedere i nomi dei tre oggetti precedentemente memorizzati.                 |                                                                                       | 0-3   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Linguaggio:</b>                                                           |                                                                                       |       |                          |
| Mostrare una penna e un orologio e chiedere di dirne il nome.                |                                                                                       | 0-2   | <input type="checkbox"/> |
| Ripeta la frase: TIGRE CONTRO TIGRE                                          |                                                                                       | 0-1   | <input type="checkbox"/> |
| Per favore prenda questo foglio, lo pieghi a metà e lo appoggi sul pavimento |                                                                                       | 0-3   | <input type="checkbox"/> |
| Legga ed esegua l'ordine: (mostri questa frase, " CHIUDI GLI OCCHI")         |                                                                                       | 0-1   | <input type="checkbox"/> |
| Scriva una frase.                                                            |                                                                                       | 0-1   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Visuo-spaziale:</b>                                                       |                                                                                       |       |                          |
| Copi questo disegno più precisamente che può:                                |  | 0-1   | <input type="checkbox"/> |
| Total (0-30)                                                                 |                                                                                       |       | <input type="checkbox"/> |

# Questionnaires

## DOLORE

### Scala VNS (Scala Numerica Verbale)

(come da linee guida aziendali: trattamento del dolore nel paziente oncologico – dic.2001)

| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |  |                                      |
|------------------------|--|--------------------------------------|
| Nessun<br>Dolore       |  | Il peggior<br>dolore<br>immaginabile |

In una scala da 0 a 10 , dove 0 è assenza di dolore e 10 il dolore più forte possibile, che valore darebbe al dolore che ha avuto per la maggior parte dei giorni nell'ultimo mese?

Punteggio (0-10):

Un punteggio > 3 → scheda di approfondimento per **Dolore Persistente** (pag.40)

# Questionnaires

## STATO EMOTIVO (Geriatric Depression Scale, GDS)

|                                                                                        | SI / NO | Legenda | Punti |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|-------|
| In generale è soddisfatto della sua vita?                                              | ...     | Se NO=1 |       |
| Ha abbandonato molte delle sue attività o interessi?                                   | ...     | Se SI=1 |       |
| Pensa che la sua vita sia vuota?                                                       | ...     | Se SI=1 |       |
| Si annoia spesso?                                                                      | ...     | Se SI=1 |       |
| E' di buon umore il più delle volte?                                                   | ...     | Se NO=1 |       |
| Ha paura che qualcosa di brutto stia per accaderle?                                    | ...     | Se SI=1 |       |
| Si sente felice il più delle volte?                                                    | ...     | Se NO=1 |       |
| Si sente spesso impotente, inerme?                                                     | ...     | Se SI=1 |       |
| La sera preferisce stare <u>acasa</u> , piuttosto che uscire e fare qualcosa di nuovo? | ...     | Se SI=1 |       |
| Pensa di avere problemi di memoria?                                                    | ...     | Se SI=1 |       |
| Pensa sia meraviglioso essere vivi adesso?                                             | ...     | Se NO=1 |       |
| Si sente inutile?                                                                      | ...     | Se SI=1 |       |
| Si sente pieno di energie?                                                             | ...     | Se NO=1 |       |
| Pensa che la sua situazione sia senza speranza?                                        | ...     | Se SI=1 |       |
| Pensa che la maggior parte delle persone sia meglio di lei?                            | ...     | Se SI=1 |       |
| Totale (0-15)                                                                          |         |         |       |

Un punteggio > 5 → scheda di approfondimento per **Depressione** (pag.35)

# Care Management

## CARE PLANNING SESSION AND CREATION OF THE CARE PLAN

- Compare collected data with evidence-based recommendations and guidelines(PDTA..)
- Create a **Preliminary Care Plan** that lists medical and behavioral plans for managing and monitoring the patient's chronic conditions
- During the Care Planning Session the care manager Nurse and the GP discuss and modify the Plan to align it to the unique circumstances of the individual patient





# FRAMING ELEMENTS

**Patient  
priorities**

**Nurse's  
impressions**

**Chronic  
conditions**



# From Care Plan to Action Plan

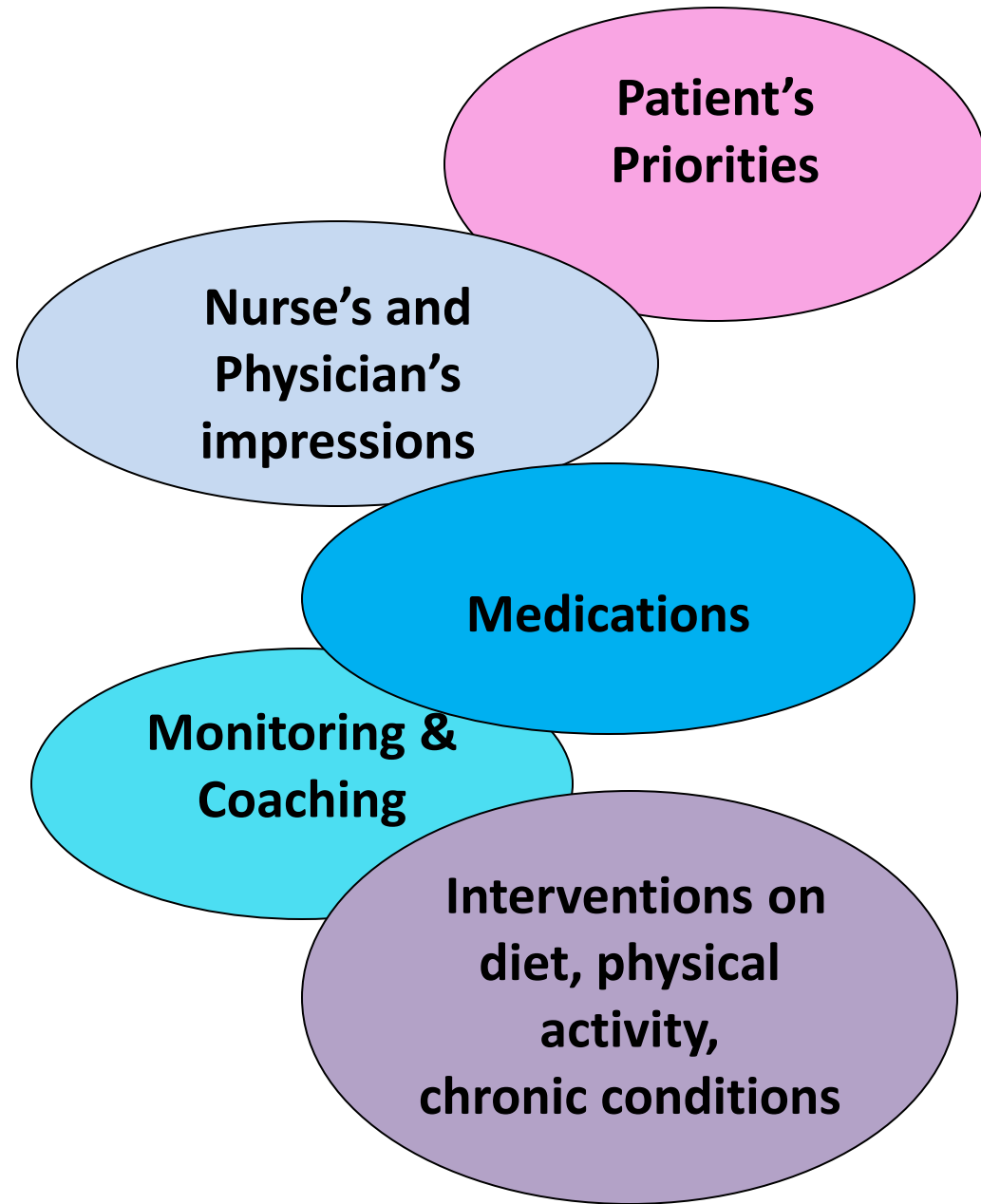
## Care Plan

### What is it?

➤ An evidence-based care plan that reflects the goals and intentions of the patient, caregiver, GP and nurse.

### When is it used?

- Transitional Care episodes
- Coaching and monitoring sessions



# From Care Plan to Action Plan



## TARGETS

- reflect the intentions of the GP
- reflect what may be realistic or safe for the patient

## RED FLAGS

- are indicators that require attention
- used to coach patients on when to call or report symptoms



## **CREATE THE ACTION PLAN**

- Patient-friendly version of the Care Plan
  - Large type
  - Lay language
- Displayed prominently in the home

# PIANO DI AZIONE

INFERMIERE S

CELL 36

MEDICO DR

TEL 04

**Sig. M A**

**I MIEI OBIETTIVI DI SALUTE**  
**NON VOGLIO PERDERE L'INDIPENDENZA**  
**VOGLIO CONTINUARE A STARE BENE**

**AVVISO L'INFERMIERA SE**  
**VADO IN OSPEDALE**

## DIETA



1 L DI LIQUIDI AL GIORNO

USARE POCO SALE

## ATTIVITA' FISICA



CAMMINO TUTTI I GIORNI DENTRO E FUORI CASA

ALTERNANDO ATTIVITÀ E RIPOSO

UTILIZZO PEDALIERA 3 VOLTE AL GIORNO PER 5 MIN

## CONTROLLI GIORNALIERI



## OBIETTIVI


## CHIAMO



## L'INFERMIERA SE

|                     |                               |                                                       |
|---------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|
| PESO                | NON AUMENTARE DI PESO         | AUMENTO DI 1 Kg O CALO DI 2-3 Kg<br>IN 2 GIORNI       |
| PRESSIONE ARTERIOSA | MANTENERLA ATTORNO A 140/80   | AUMENTA SOPRA I 150/90 O<br>DIMINUISCE SOTTO I 100/50 |
| RESPIRO             | NON FACCIO FATICA A RESPIRARE | FACCIO FATICA A RESPIRARE                             |
| ISPEZIONE GAMBE     | NON AVERE GAMBE GONFIE        | CAVIGLIE E GAMBE GONFIE                               |



| MATTINA                                                                           | MEZZOGIORNO                                                                       | POMERIGGIO                                                                         | SERA                                                                                | NOTE |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|
|  |  |  |  |      |

| FARMACI DA PRENDERE ANCHE QUANDO STO BENE |   |   |     |   |                                         |
|-------------------------------------------|---|---|-----|---|-----------------------------------------|
| TRIA TEC 2,5 mg CP                        | 1 |   |     |   |                                         |
| Furosemide 500 mg CP                      | ½ |   | ½   |   |                                         |
| Furosemide 25 mg CP                       |   | 5 |     |   | + 1 cp al bisogno ( max 6 cp al giorno) |
| Sequacor 25 mg CP                         | ½ |   |     |   |                                         |
| Lanoxin 0,0625 CP                         | 1 |   |     |   |                                         |
| Aldactone 25 mg CP                        |   |   | 1   |   |                                         |
| Allopurinolo 300 CP                       |   |   | 1/2 |   |                                         |
| Coumadin CP                               |   |   |     |   |                                         |
| Avodart 0,5 mg CP                         |   |   |     | 1 |                                         |
| Seretide PUFF                             | 2 |   |     | 2 |                                         |
| FARMACI DA NON PRENDERE MAI               |   |   |     |   |                                         |
| SULFAMIDICI                               |   |   |     |   | ALLERGIA                                |

PROSSIMI APPUNTAMENTI

VISITA CARDIOLOGICA AMB AZIENDA OSP Dr

20/10/2015

VISITA OCULISTICA D.H. AZIENDA OSP Dr

19/2/2016



## Important moment to :

- **educate the patient on how to use the Action Plan**
- **clear up any medication discrepancies**
- **coach for life style changes**
- **build TRUST**





**The nurse partners with the patient  
for the rest of their life.**

**It is not a «one episode» solution.**

# Follow up

- **Monitoring patients' chronic conditions and revaluation**
- **Coaching patients for self-management**
- **Managing transitions in care**
- **Coordinating services accross providers and sites of care :**  
**Centrale Operativa Territoriale COT 24/7**  
**(toll free number)**

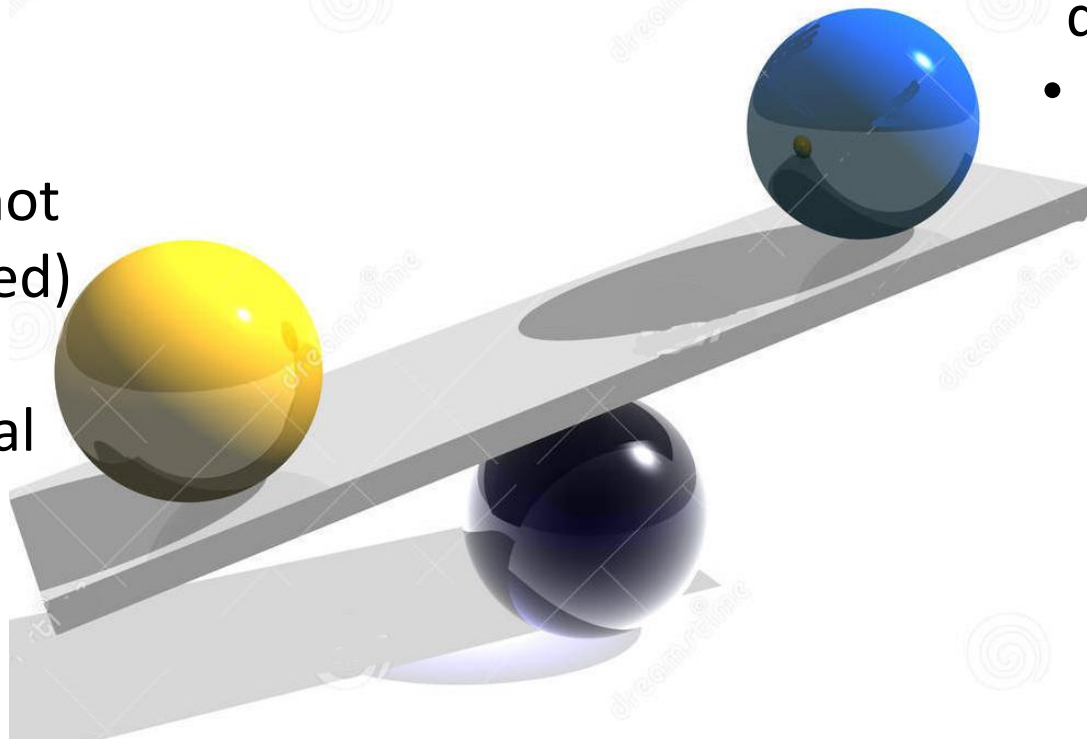
# Positive and Critical aspects

## Positive aspects

- Greater patients' consciousness
- Satisfying for patients and caregivers
  - Better information ( not taken for granted) to patients
- Unique referral

## Critical aspects

- Very complex assessment
- Difficulties with some questionnaires
- Relationship with GPs





[silvia.tiozzonetti@sanita.padova.it](mailto:silvia.tiozzonetti@sanita.padova.it)



<http://acg.regione.veneto.it>



**Observatory Venice Summer School 2015**  
**"Integrated care: moving beyond the rhetoric"**  
26 July- 01 August 2015, Isola di San Servolo, Italy

Giunta Regionale  
Area Sanità e Sociale