

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

La presa in carico: strumenti e metodi

Gianbattista Guerrini, Fondazione Brescia Solidale

Popolazione residente in Italia 1971 – 2050 (dati ISTAT)

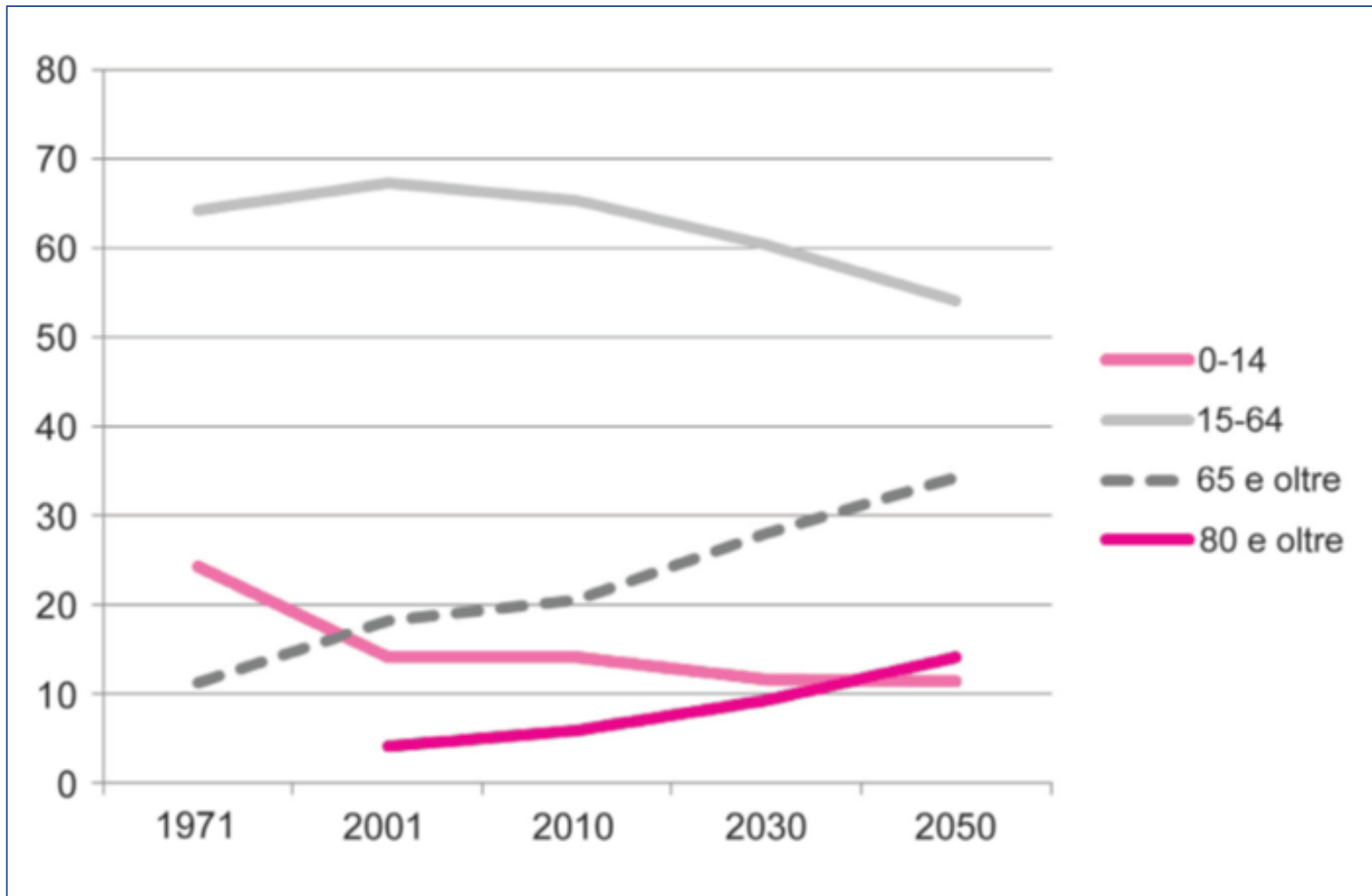
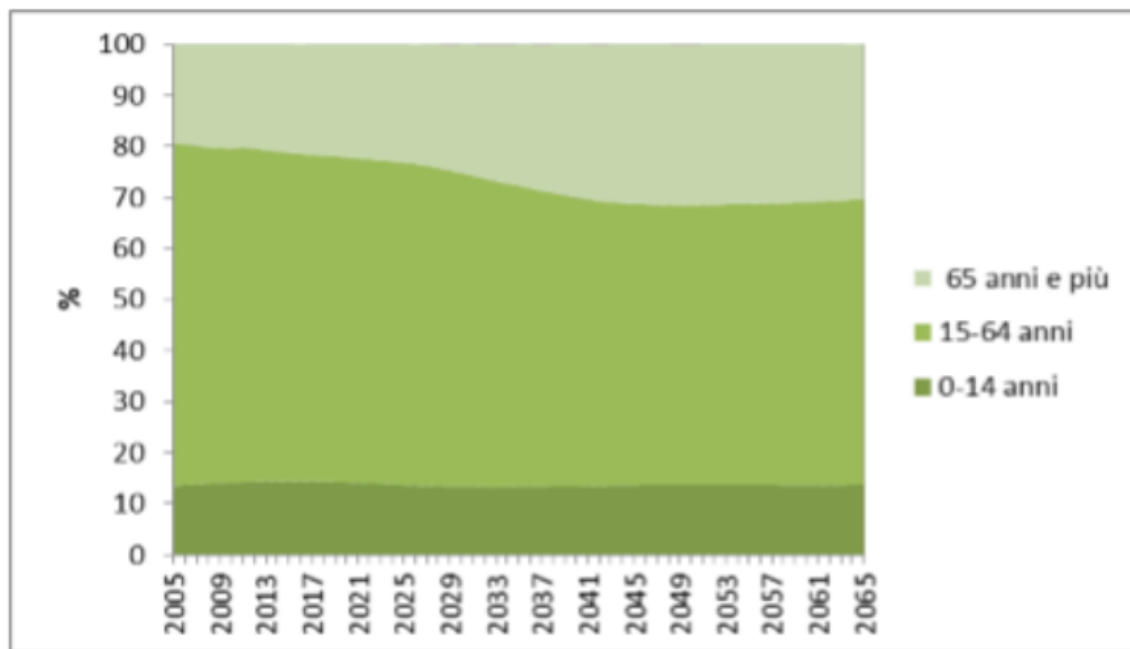


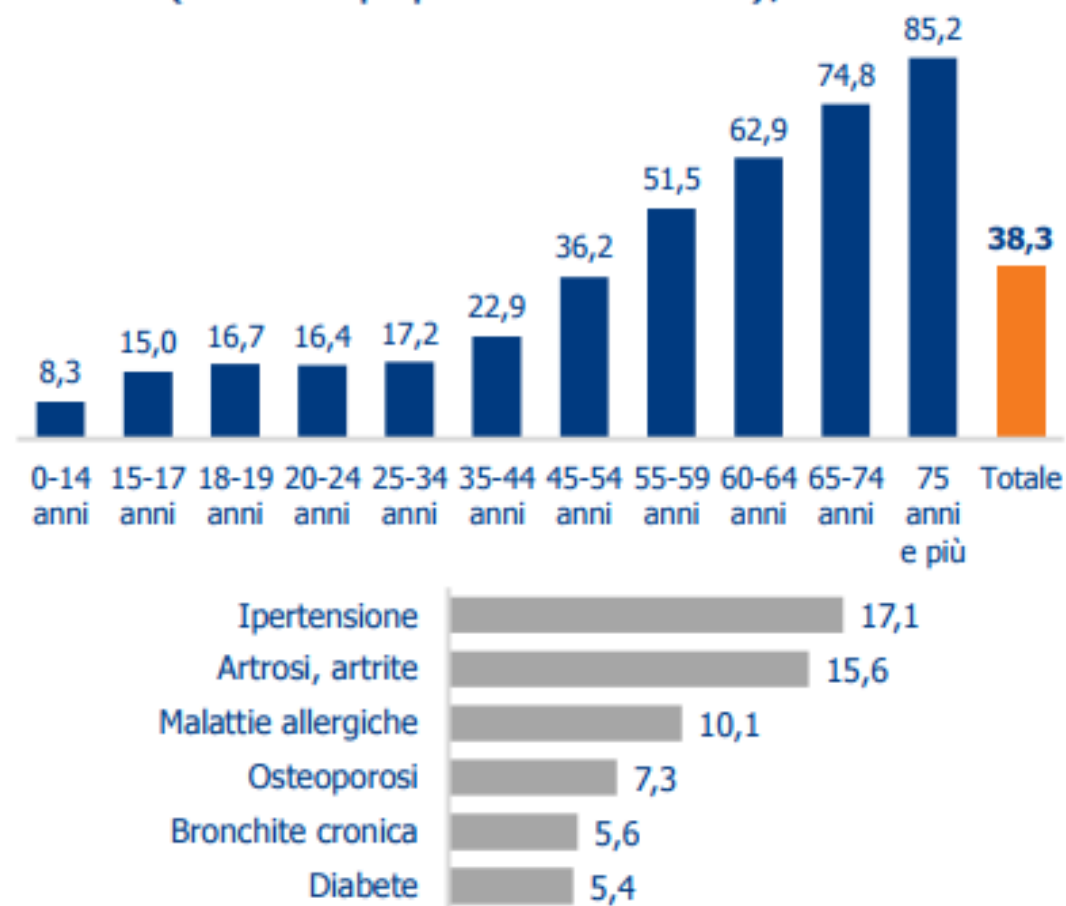
Figura 5. Proiezioni demografiche 2005-2065 della popolazione lombarda
(elaborazione di dati ISTAT)

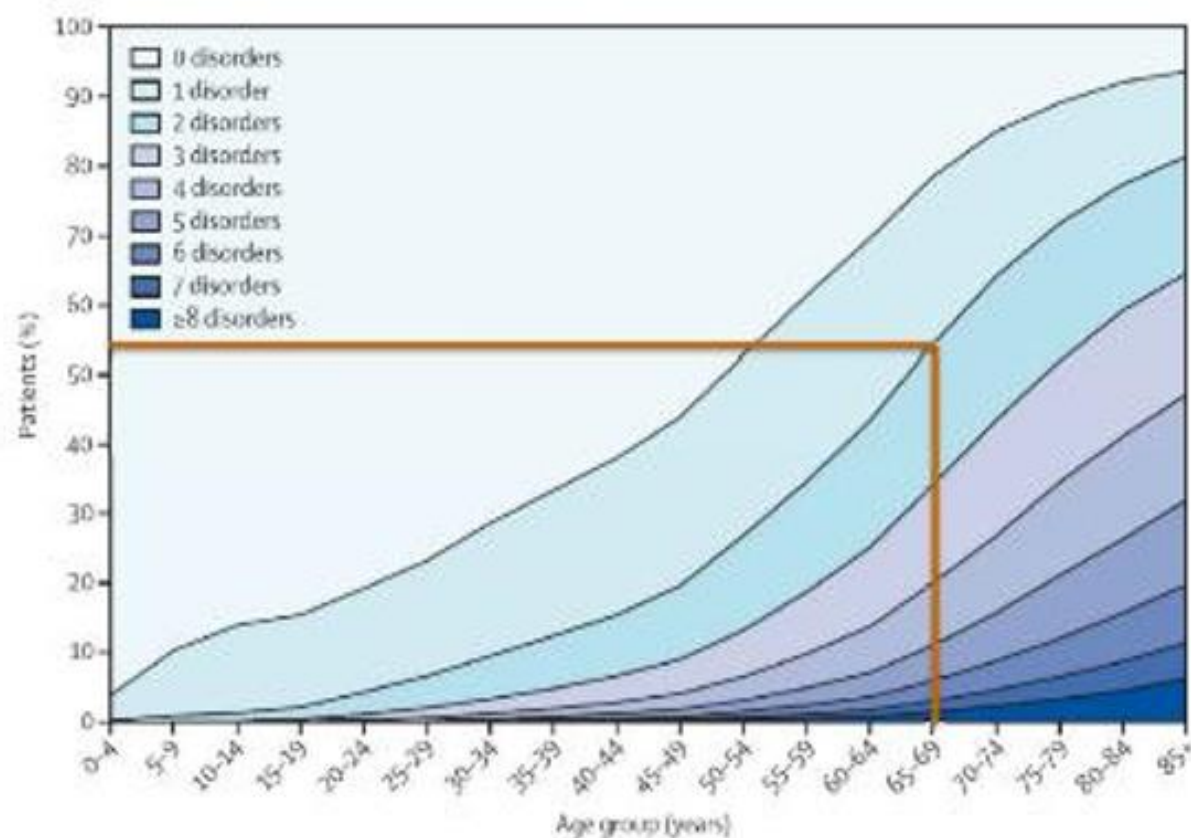


Nel 2030 in Lombardia:

- ✓ 3 milioni di ultra65enni
- ✓ 3 persone >65 anni per 2 < 20 anni
- ✓ 1 milione ultra80enni

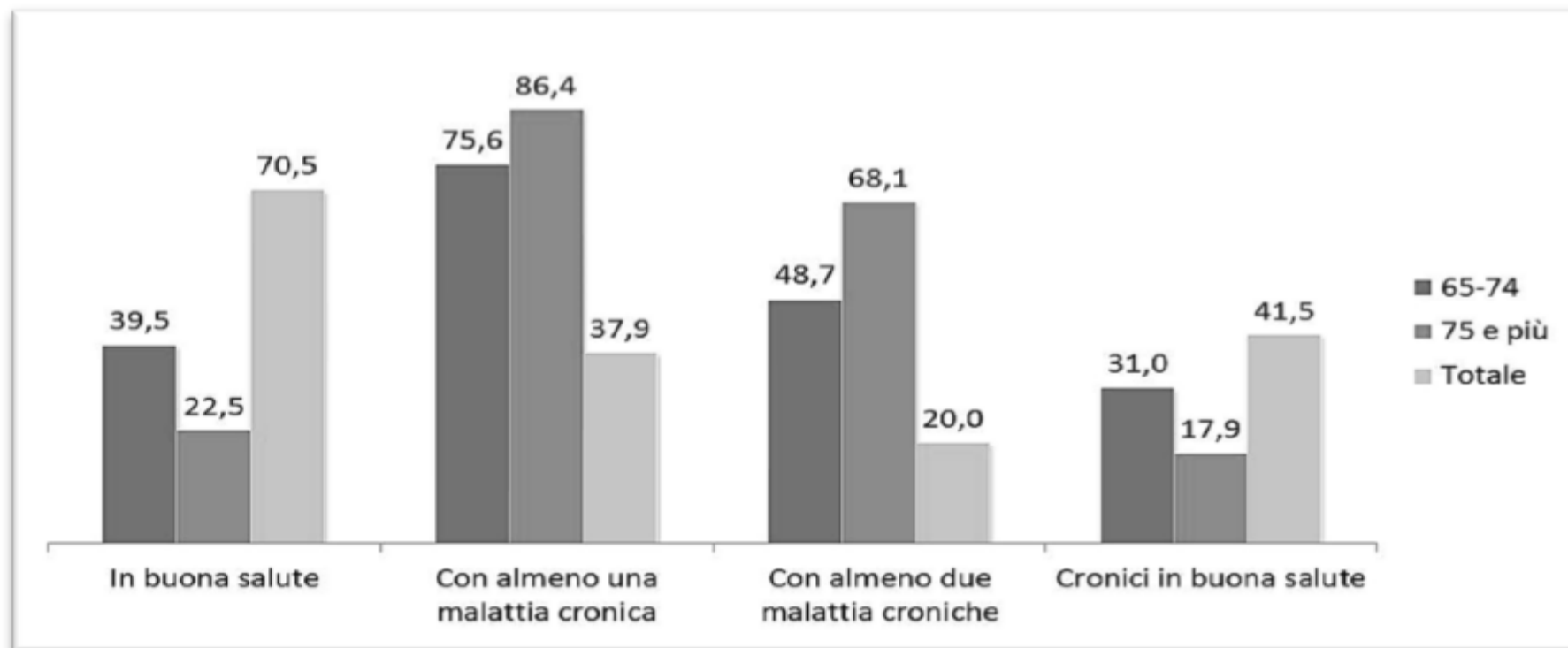
Presenza di almeno una malattia cronica per fasce d'età (%) e malattie croniche più diffuse (% sulla popolazione totale), 2015





La frazione di popolazione con multimorbidità aumenta sostanzialmente con l'età. Se consideriamo la popolazione con più di 60 anni l'incidenza di due o più malattie supera il 50%. (Modificata da Barnett et al Lancet 2012).

Popolazione residente per condizioni di salute e malattie croniche dichiarate anno 2013
(per 100 persone della stessa classe di età)



Fonte: elaborazione CENSIS su dati ISTAT 2013

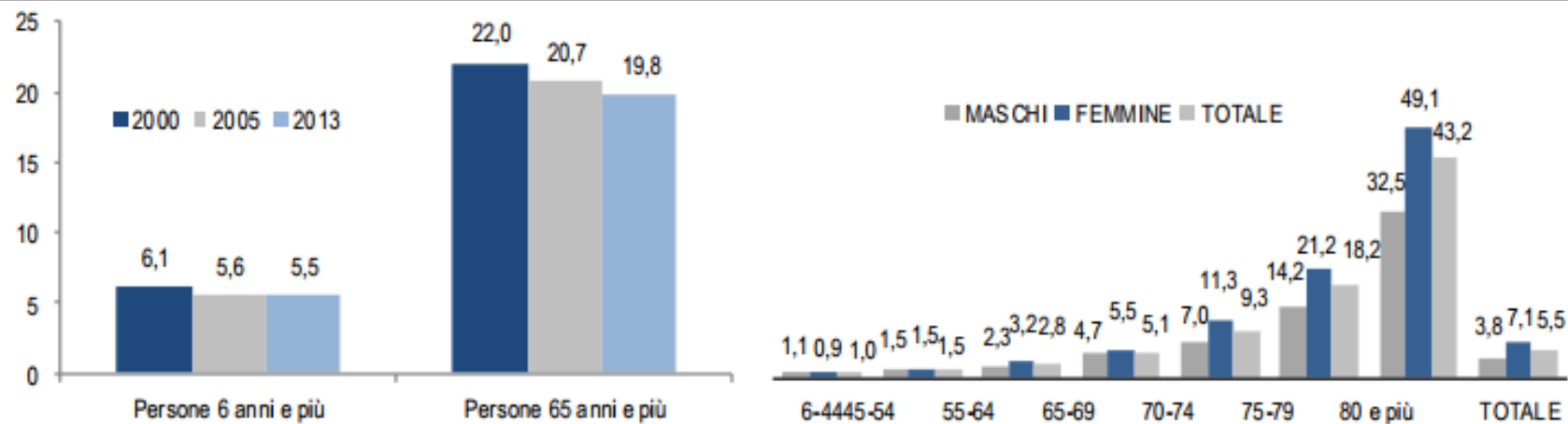
PROSPETTO 1. PRINCIPALI INDICATORI DI SALUTE DELLE PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER CLASSI DI ETÀ E SESSO. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

CLASSE DI ETÀ	Almeno una cronica grave			Multicronicità (tre malattie o più)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
65-69 anni	33,2	28,7	30,8	31,6	42,9	37,6	5,8	9,3	7,7	5,5	4,7	5,1
70-74 anni	43,7	36,4	39,9	37,3	48,6	43,2	9,1	14,8	12,1	8,2	9,7	9,0
75-79 anni	50,4	45,1	47,4	45,7	55,6	51,4	15,3	24,9	20,8	12,1	15,3	14,0
80 anni e più	60,8	57,9	59,0	56,7	68,5	64,0	33,4	54,3	46,5	25,3	32,0	29,5
Totale 65-74	37,9	32,1	34,8	34,1	45,4	40,1	7,2	11,7	9,6	6,7	6,9	6,8
Totale 75 e più	56,3	53,1	54,3	51,9	63,6	59,0	25,6	43,2	36,2	19,6	25,7	23,3
Totale	46,4	43,4	44,7	42,4	55,2	49,6	15,7	28,7	23,1	12,7	17,0	15,2

PROSPETTO 1. PRINCIPALI INDICATORI DI SALUTE DELLE PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER CLASSI DI ETÀ E SESSO. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

CLASSE DI ETÀ	Almeno una cronica grave			Multicronicità (tre malattie o più)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
65-69 anni	33,2	28,7	30,8	31,6	42,9	37,6	5,8	9,3	7,7	5,5	4,7	5,1
70-74 anni	43,7	36,4	39,9	37,3	48,6	43,2	9,1	14,8	12,1	8,2	9,7	9,0
75-79 anni	50,4	45,1	47,4	45,7	55,6	51,4	15,3	24,9	20,8	12,1	15,3	14,0
80 anni e più	60,8	57,9	59,0	56,7	68,5	64,0	33,4	54,3	46,5	25,3	32,0	29,5
Totale 65-74	37,9	32,1	34,8	34,1	45,4	40,1	7,2	11,7	9,6	6,7	6,9	6,8
Totale 75 e più	56,3	53,1	54,3	51,9	63,6	59,0	25,6	43,2	36,2	19,6	25,7	23,3
Totale	46,4	43,4	44,7	42,4	55,2	49,6	15,7	28,7	23,1	12,7	17,0	15,2

FIGURA 3. PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ CON LIMITAZIONI FUNZIONALI E PER CLASSE DI ETÀ E SESSO.
Anni 2000, 2005 e 2013, tassi standardizzati per 100 persone e Anno 2013, per 100 persone



ISTAT, 2014

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Le malattie croniche assorbono l'80% della spesa sanitaria

 panoramasanita.it/2015/10/06/le-malattie-croniche-assorbono-l80-della-spesa-sanitaria/

 *Presentato al ministero della Salute un progetto educativo a 360 gradi. Fondazione*

La malattia cronica in Lombardia

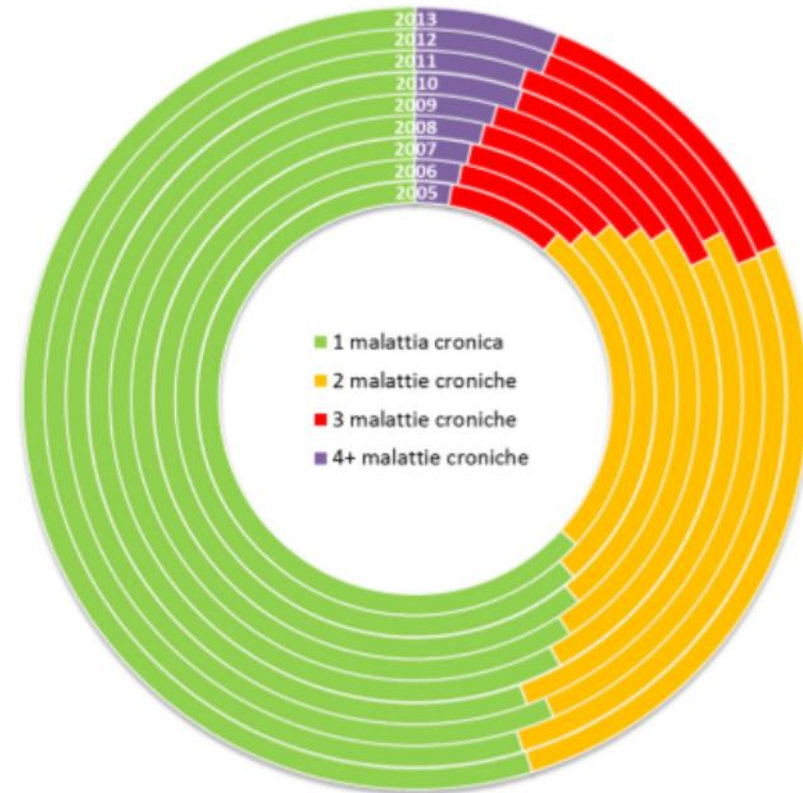
3,5 milioni di pazienti cronici (il 30% della popolazione lombarda)

75% della spesa sanitaria

prevalenza in aumento, in particolare dei pazienti con polipatologia

in aumento le persone in condizione di cronicità sociosanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, etc.), attualmente circa 600.000

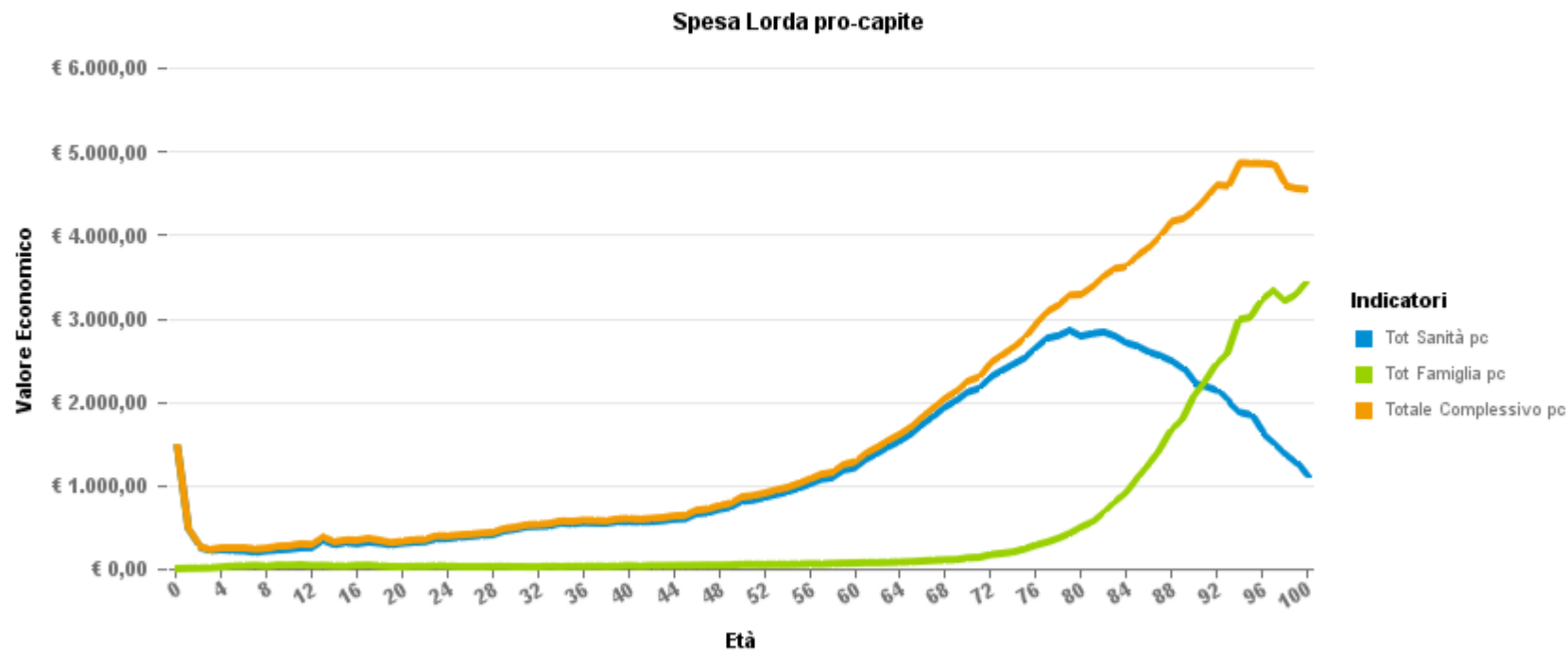
Figura 7. Rappresentazione schematica dell'incremento della quota percentuale di soggetti cronici polipatologici rispetto ai cronici mono-patologici dal 2005 al 2013



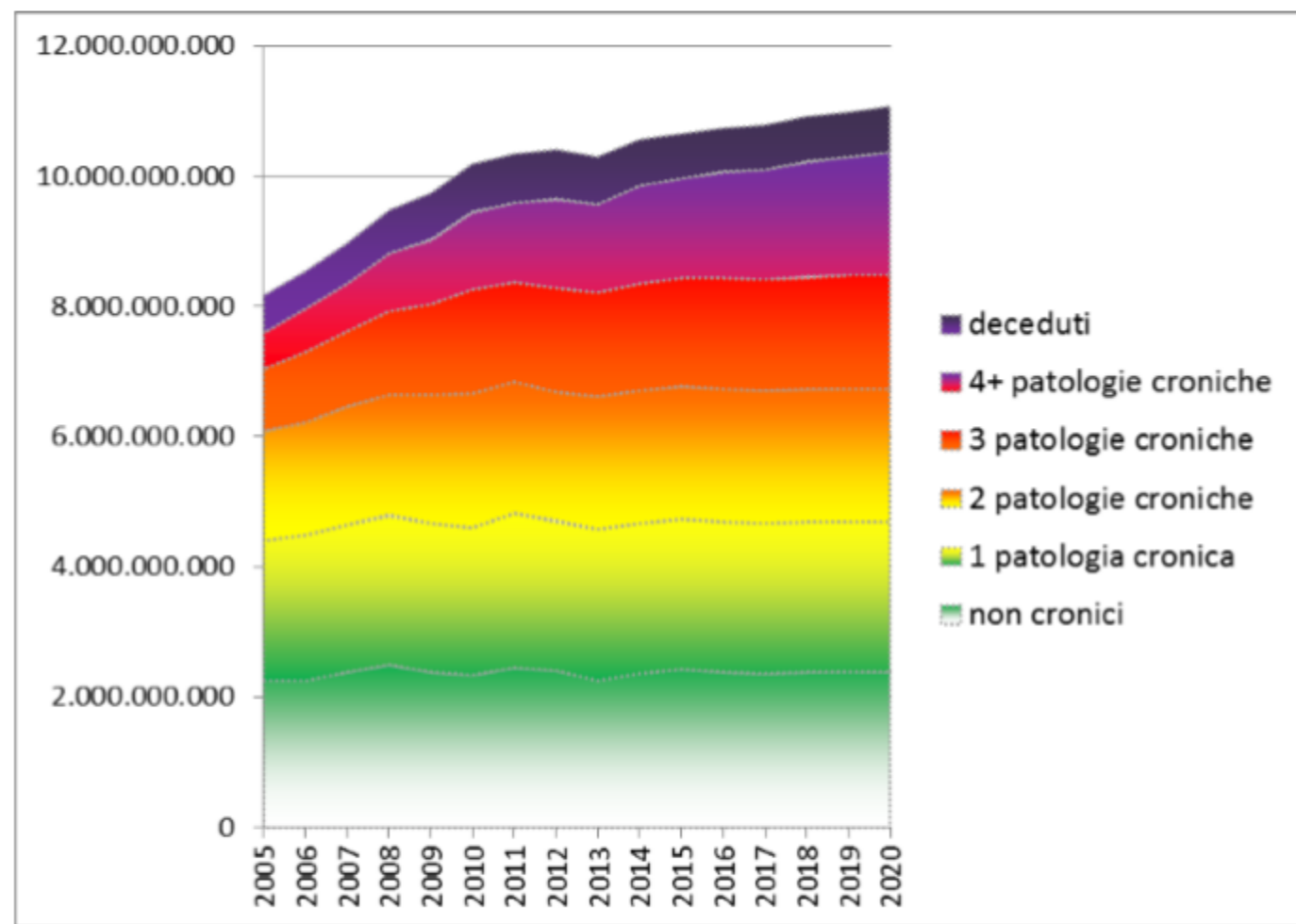
*Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità
in Regione Lombardia, 2015*

Spesa sociosanitaria globale

Componente sanitario e sociosanitario



Proiezioni al 2020: costi assoluti (ric – far – amb)





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di
Bolzano del 15 settembre 2016

Il **Piano nazionale della Cronicità** (PNC) nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività (*nel campo della cronicità*), proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere **interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona** ed orientato su una **migliore organizzazione dei servizi** e una piena **responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza**.

Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Dalla malattia acuta alla malattia cronica: un cambio di paradigma

Malattie acute	Malattie croniche
■ Insorgenza improvvisa	■ Insorgenza graduale nel tempo
■ Episodiche	■ Continue
■ Eziopatogenesi specifica e ben identificabile	■ Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
■ Cura specifica a intento risolutivo	■ Cura continua, raramente risolutiva
■ Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento	■ Terapia causale spesso non disponibile
■ La cura comporta il ripristino dello stato di salute	■ La <i>restitutio ad integrum</i> è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
■ Assistenza sanitaria di breve durata	■ Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato)

Dalla malattia acuta alla malattia cronica: **un cambio di paradigma**

- Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al *miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale*, alla *minimizzazione della sintomatologia*, alla *prevenzione della disabilità* e al *miglioramento della qualità di vita*. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.

Dalla malattia acuta alla malattia cronica: un cambio di paradigma

- Sistema sanitario
 - Operatori sanitari
 - Sistemi ed operatori socio-sanitari e sociali
-
- Pazienti e familiari
 - Collettività
 - Politiche sociali

CHRONIC CARE MODEL

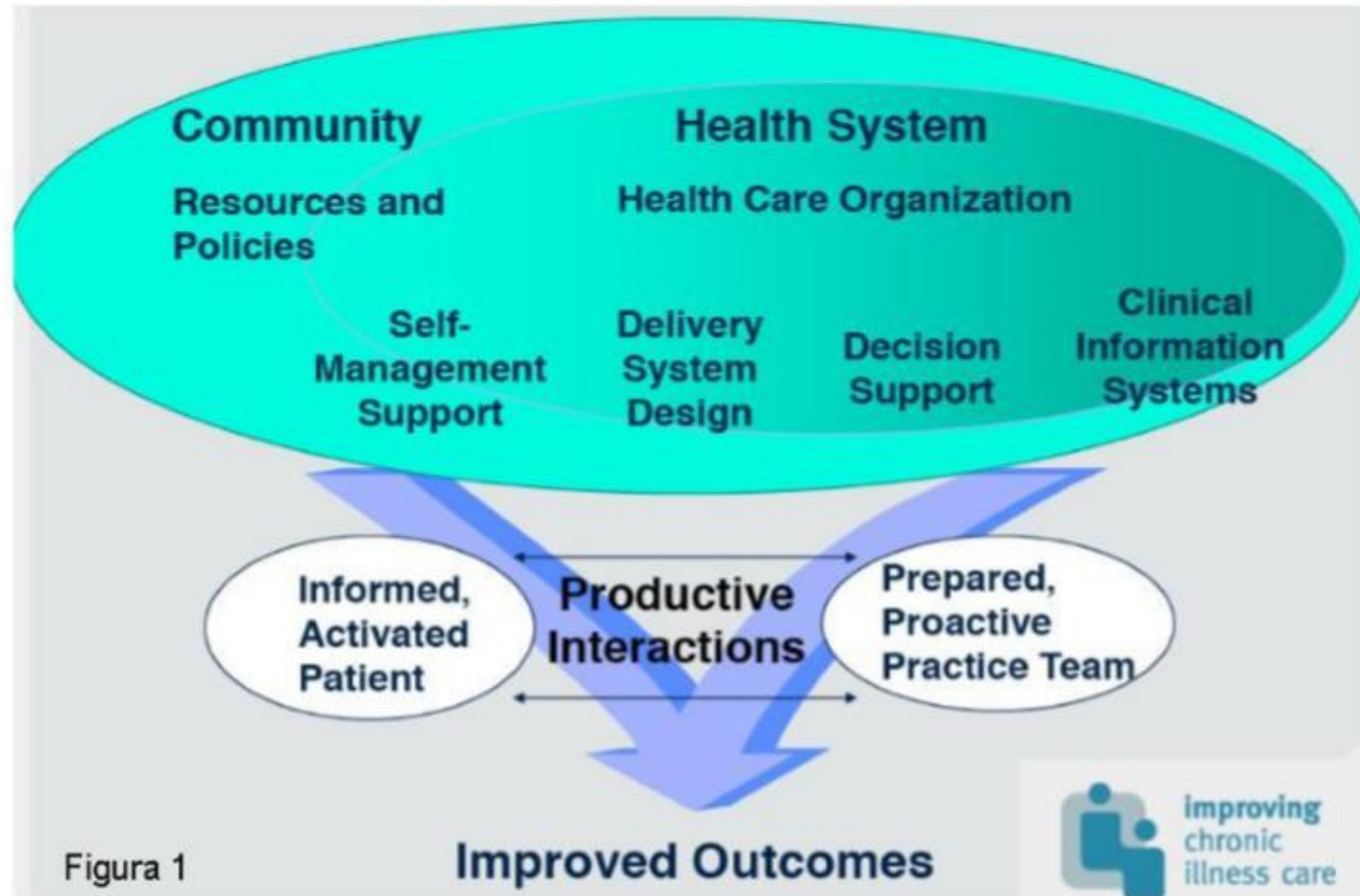
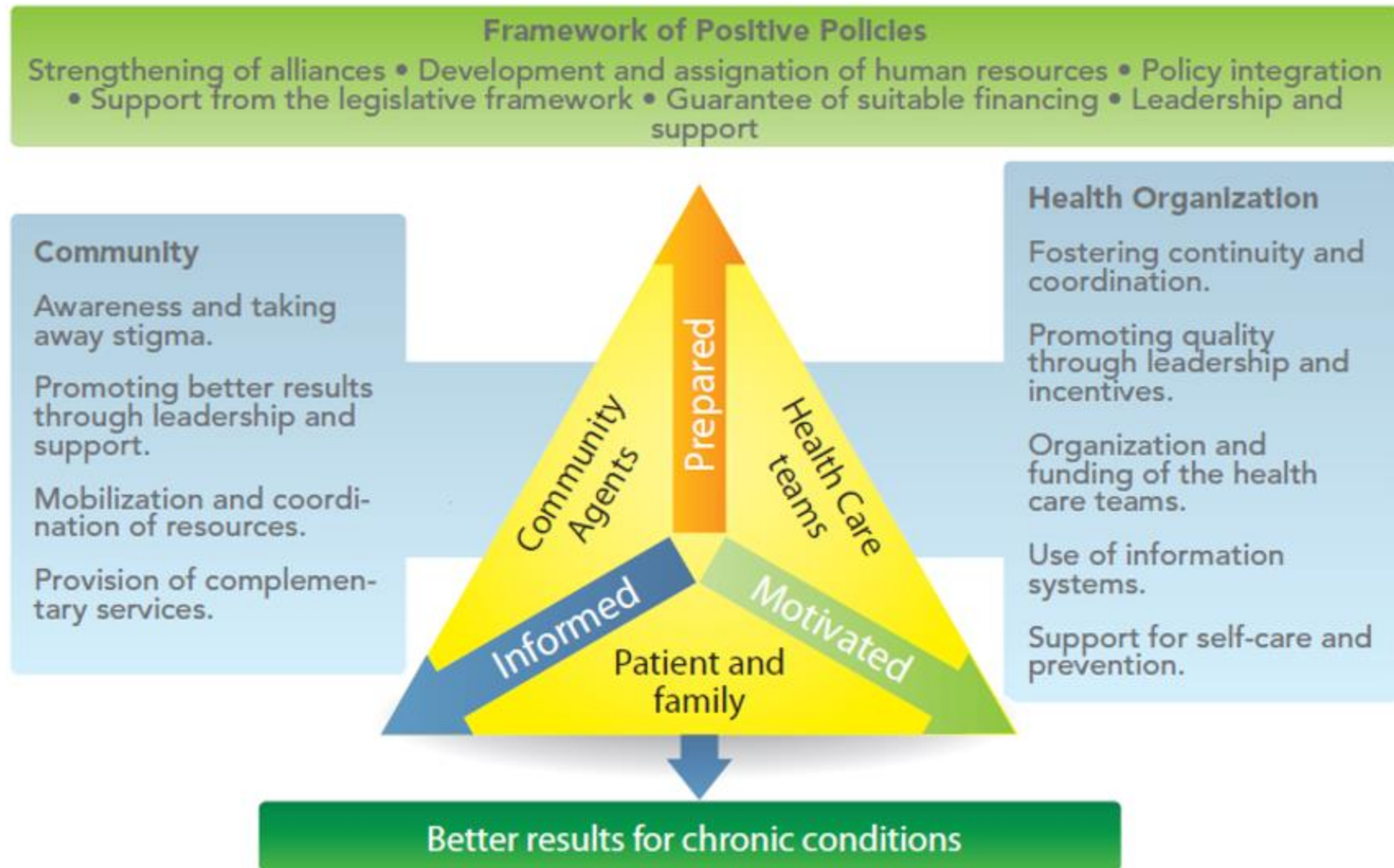
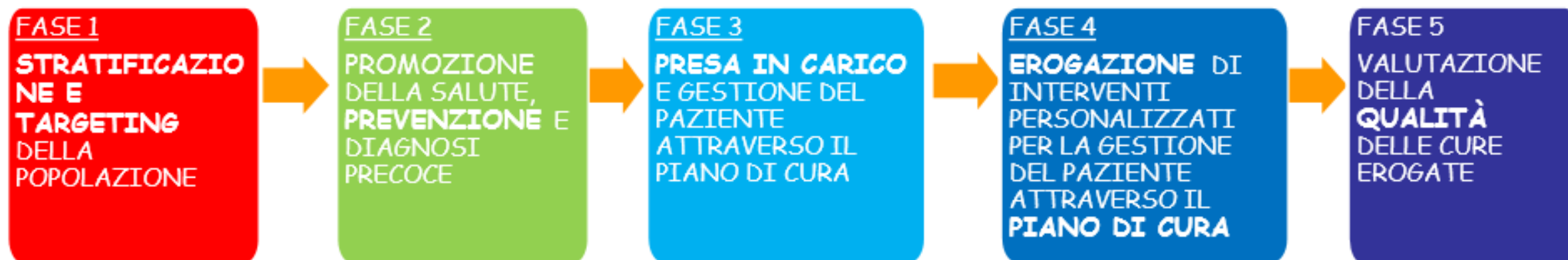


Figura 1

The Model of Innovative Care and Chronic Conditions (ICCC)





La «riforma» lombarda

Il percorso della «riforma»

- DCR 78 del 9/7/2013 *Programma Regionale di Sviluppo*
- 30/7/2014 *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia*
- LR 11/8/2015 n. 23 *Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo*
- DGR 4662 del 23.12.2015 *Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia*
- DGR 5113 del 29.4.2016 *Linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendali strategici (POAS) delle agenzie di tutela della salute e delle aziende socio sanitarie territoriali*
- DGR 6164 del 30.1.2017 *Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili*
- DGR 6551 del 4.5.2017 *Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili*



RegioneLombardia

Libro Bianco

**SULLO SVILUPPO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO
IN LOMBARDIA**

Un impegno comune per la Salute

MILANO, 30 GIUGNO 2014



RegioneLombardia

COMMISSIONE SVILUPPO SANITÀ

**PROPOSTE DI SVILUPPO
DEL SERVIZIO SANITARIO
E SOCIO SANITARIO LOMBARDO**

L'ASSISTENZA TERRITORIALE

MILANO, 30 GIUGNO 2014



RegioneLombardia

COMMISSIONE SVILUPPO SANITÀ

**PROPOSTE DI SVILUPPO
DEL SERVIZIO SANITARIO
E SOCIO SANITARIO LOMBARDO**

IL SISTEMA OSPEDALIERO

MILANO, 30 GIUGNO 2014

Il carico delle malattie croniche sta aumentando anche in Lombardia, in parte per l'incremento dell'età della popolazione, in parte per la crescente consapevolezza che ha portato a un aumento delle diagnosi di malattia in fase precoce, in parte per la diffusione di terapie innovative e di una migliore gestione delle complicanze.

E' progressivamente aumentata negli ultimi anni la proporzione di soggetti con patologie croniche e bisogni assistenziali complessi.

Lo scenario attuale della sanità vede quindi una rete di servizi e strutture ricca e qualificata, ma caratterizzata da frammentarietà di interventi e ridotto "dialogo" tra i suoi componenti.

La tipologia dei bisogni derivanti da situazioni di cronicità richiede pertanto un **cambio di paradigma**: se il nostro modello di assistenza prevalente, tipico degli ospedali e del loro sistema di finanziamento, prevede l'erogazione di prestazioni, affrontare il tema della cronicità richiede invece modelli centrati su **una nuova modalità di presa in cura integrata della persona, che garantisca una continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri e percorsi di cura o di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari.**

La riorganizzazione della rete di offerta sanitaria e sociosanitaria e dell'intera filiera dei servizi deve portare alla definizione di un assetto organizzativo in grado di **consolidare lo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio** e caratterizzato da **prossimità, presa in cura e continuità delle cure**, che garantisca in particolare:

- Orientamento ed accesso delle persone e delle famiglie ai servizi territoriali;
- Coordinamento dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari;
- Presenza di servizi (presidi territoriali, poliambulatori, cure intermedie, riabilitazione, consultori, etc) di riferimento per l'assistenza ai cronici;
- Raccordo e sistematizzazione della rete degli operatori accreditati in ambito sanitario (ospedali, ambulatori etc) e sociosanitario (RSA, RSD, ADI etc).

Il «nuovo lessico» della sanità di fronte alla malattia cronica

- Dalla cura alla **presa in carico** (“presa in cura integrata”)
- **Valutazione multidimensionale (VMD)** quale strumento indispensabile per “prendersi cura in modo integrato e globale dei bisogni della persona”
- Piano assistenziale individuale (**PAI**)
- **Continuità di assistenza** e integrazione funzionale:
 - tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri
 - tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali (Legge 23/2015: sistema sanitario, sociosanitario e sociale integrato - SSL)
 - percorsi di cura (o di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari)

Il «nuovo lessico» della sanità di fronte alla malattia cronica

- **Partecipazione** consapevole e responsabile **dei cittadini e delle comunità** nei percorsi di prevenzione, di cura e di assistenza (*il paziente cronico ha un percorso di malattia che coincide con quello della vita*):
 - corretti stili di vita
 - invecchiamento attivo
- **Accompagnamento** delle persone **nelle fasi di fragilità del ciclo di vita**, con particolare riferimento all'invecchiamento
- **Case manager** quale operatore “responsabile del caso e della verifica della realizzazione del PAI della persona presa in carico ... ruolo di raccordo e collegamento fra i nodi della rete”

Il «nuovo lessico» della sanità di fronte alla malattia cronica

Medicina proattiva:

- (attuare) programmi di promozione della salute e di prevenzione integrati con la presa in carico territoriale nel sistema delle Cure Primarie
- prevenire l'insorgenza di eventi acuti e anticipare la risposta assistenziale a possibili episodi critici
- organizzare, nella fase ospedaliera di riacutizzazione della malattia, il riconoscimento all'accesso del paziente con condizioni croniche e la gestione dello stesso in percorsi personalizzati e strutturati in funzione dei diversi livelli di gravità
- identificare e classificare i malati cronici sulla base del bisogno e del rischio, attraverso nuovi strumenti di classificazione e risk adjustment

Strumenti della presa in carico della cronicità e della fragilità

- Rete Integrata di Continuità Clinico-Assistenziale (RICCA)
- Stadiazione dei paziente cronici
- Definizione di percorsi personalizzati di presa in carico
- Budget di cura (nuovo sistema di remunerazione per la cronicità)
- Unificazione e semplificazione delle procedure necessarie per facilitare l'accesso ai servizi
- Piano assistenziale individuale come Patto di cura

La presa in carico della cronicità (DGR 6164 e 6551 /2017)

1. Stratificazione della domanda

- **malattie croniche in stadio iniziale, non complicate:** in questa categoria confluiscono malattie che richiedono *solo supporto all'auto-cura (self-management), monitoraggio frequente o interventi di promozione della salute o di prevenzione secondaria*. I bisogni di questi pazienti trovano prevalente risposta nell'ambito territoriale delle cure primarie, attraverso una presa in cura proattiva che consenta di rallentare l'evoluzione della malattia e prevenire l'insorgenza di complicanze;
- **malattie croniche complicate:** questa seconda fase di evoluzione riguarda malattie già complicate, o casi con più condizioni morbose concomitanti, che *richiedono l'intervento dello specialista, a volte anche in degenza ospedaliera per indagini diagnostiche o interventi terapeutici di maggiore complessità*, indispensabili per stabilizzare la malattia ed evitare l'insorgenza di eventi acuti. Si tratta di pazienti con bisogni complessi, che necessitano di presa in carico e continuità delle cure, cioè di una gestione sinergica e integrata della malattia attraverso il raccordo continuo tra più professionisti del livello specialistico e delle cure primarie (**PDTA**);

- **malattie croniche complesse:** rappresentano l'ultima fase evolutiva della malattia, nella quale confluiscono varie condizioni morbose che, pur provenendo da branche specialistiche diverse, sono assimilabili tra loro in termini di bisogni assistenziali e di cura, essendo caratterizzate dalla *necessità di forte **integrazione tra area sanitaria e sociosanitaria***. Si tratta di situazioni di complessità tale da richiedere spesso cure ospedaliere (in emergenza-urgenza o in reparti ad alta intensità di cura o di alta specializzazione) seguite da lunghe fasi riabilitative e dal follow-up territoriale nei casi in cui la malattia superi la fase acuta, con necessità di integrazione con interventi sociosanitari (ADI, ecc.) o socio-assistenziali (Servizio Assistenza Domiciliare comunale), oppure cure palliative domiciliari e ricovero in hospice per i casi terminali. Questa fase comprende spesso *pazienti fragili, non autosufficienti, che richiedono una **valutazione multidimensionale** del bisogno e interventi da parte di più professionisti in diversi ambiti assistenziali e di cura, oltre che la presenza di un familiare o di un altro care giver*

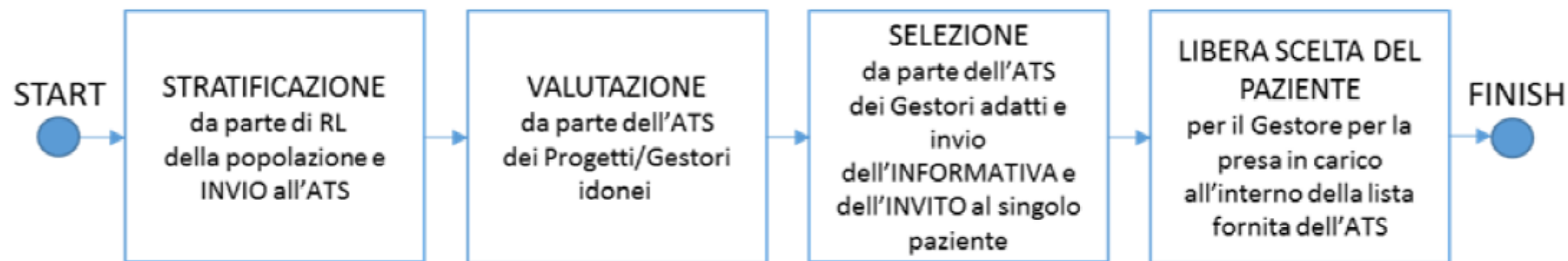
	N° Pazienti/ Utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
Livello 1	150.000	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/riabilitazione/sociosanitario	Struttura di erogazione Strutture 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/ <i>frequent users</i> e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico - educativo) e gestione proattiva del <i>follow-up</i> (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 / <i>frequent users</i>	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio (MMG proattivo)

Suddivisione dei pazienti per livelli (Dgr 6164)/2017

	N° Pazienti/ Utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
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)

La presa in carico della cronicità (DGR 6164 e 6551 /2017)

1. Stratificazione della domanda
2. I Gestori



La presa in carico della cronicità: i Gestori

- ASST
- Tutti gli erogatori sanitari (case di cura, strutture ambulatoriali extraospedaliere) già contrattualizzati
- Unità d'offerta sociosanitarie già contrattualizzate
- MMG organizzati in forme associative (società di servizio, cooperative)

Ragione Sociale
ASST della Franciacorta
ASST del Garda
ASST degli Spedali Civili di Brescia
Istituti Clinici Scientifici Maugeri S.P.A. SB
Omnia Due Polidiagnostico S.R.L. *
Istituti Ospedalieri Bresciani S.P.A.
Cooperativa Sociale Società Dolce Società Cooperativa *
Fondazione Don Carlo Gnocchi - Onlus
Villa Gemma - Casa di Cura S.P.A.
Istituto Figlie di San Camillo
Fondazione Ospedale e Casa di Riposo Nobile Paolo Richiedei
Fondazione Poliambulanza
Centro Servizi Salute (Associazione Temporanea di Scopo) con capofila Fondazione Brescia Solidale Onlus
Kos Care S.R.L.
Fondazione Teresa Camplani
Il Cammino S.R.L. *
Il Sorriso S.R.L. *
Solidarietà S.R.L. *
Ortorad S.R.L. *
Ospedale San Pellegrino S.R.L. *
Ospedale Civile Volta Mantovana S.R.L. *
Vivisol S.R.L. *

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

ELENCO SOGGETTI IDONEI PER IL RUOLO DI GESTORE PER LA PRESA IN CARICO DEI
PAZIENTI CRONICI E/O FRAGILI

(ai sensi delle DDGGRR N. 6164/2017, 6551/2017 e 7038/2017)

Ragione Sociale
Brescia Way Società Cooperativa
C.M.T. - Cooperativa Medicina Territoriale - Società Cooperativa
Iniziativa Medica Lombarda I.M.L.- Società Cooperativa per Azioni
In.Salute Società Cooperativa Sociale a Responsabilità Limitata
Pediatrioniti Società Cooperativa
Studiomedici MGM Società Cooperativa

La presa in carico della cronicità: il ruolo dei Gestori

- sottoscrizione del **patto di cura** con il paziente
- definizione del **piano di assistenza individuale** (PAI)
- presa in carico proattiva con il paziente, anche attraverso la **prenotazione delle prestazioni**, il coordinamento dei diversi partner di rete
- **coordinamento e attivazione dei nodi della rete** erogativa necessari per l'attuazione del PAI
- **erogazione delle prestazioni** previste dal PAI, direttamente o tramite partner di rete accreditati
- implementazione di **servizi innovativi**, quali ad esempio la telemedicina, nell'ambito delle regole regionali
- **monitoraggio dell'aderenza del paziente** al percorso programmato.

La presa in carico della cronicità: il ruolo dei Gestori

- ... deve assicurare, a regime, le varie opzioni diagnostiche, preventive, terapeutiche e riabilitative presenti in un territorio (anche di erogatori diversi), comprendendo anche indicazioni, ad esempio, sulle modalità per ottenere le forniture di ausili e i presidi o il riconoscimento di invalidità civile, oppure, qualora necessario, su come accedere ai servizi gestiti dai Comuni o altri Enti.
- Il gestore deve garantire tutte le funzioni definite per l'accompagnamento del percorso di presa in carico, che possono essere gestite direttamente o parzialmente esternalizzate, dedicate alla comunicazione con l'utenza e che, tramite sistema informativo, permette ai professionisti che compongono la rete assistenziale di condividere le informazioni cliniche. Il sistema informativo del gestore, deve essere interoperabile e accessibile dalle ATS sui contenuti utili ai fini del monitoraggio dei percorsi e della attività programmatori delle ATS

I Gestori della presa in carico: le funzioni operative

- Medico referente / Clinical manager
- Case manager
- Centro Servizi

La presa in carico della cronicità (DGR 6164 e 6551 /2017)

1. Stratificazione della domanda
2. I Gestori
3. Il Medico di Medicina Generale (MMG)

La presa in carico della cronicità : il MMG

■ MMG **Gestore**

- esclusivamente per i propri assistiti classificati ai sensi della DGR 6164/2017
- solo se organizzato in forme associative (società di servizio, cooperative)

■ MMG **Co-gestore**

- collabora con altri soggetti gestori (ad esclusione di altri MMG in forma aggregata)
- redige il PAI e sottoscrive insieme al Gestore il Patto di cura

■ MMG che **non partecipa alla presa in carico**

- riceve dal Gestore il PAI del suo paziente
- formula il proprio parere sul PAI entro 15 giorni

La presa in carico della cronicità (DGR 6164 e 6551 /2017)

1. Stratificazione della domanda
2. I Gestori
3. Il Medico di Medicina Generale (MMG)
4. Il paziente/utente

La presa in carico della cronicità : il paziente

- Sceglie il soggetto Gestore
- Può chiederne all'ATS la sostituzione
- Sottoscrive il Patto di Cura per l'adozione del PAI

La presa in carico della cronicità (DGR 6164 e 6551 /2017)

1. Stratificazione della domanda
2. I Gestori
3. Il Medico di Medicina Generale (MMG)
4. Il paziente/utente
5. Il percorso operativo
 - La valutazione del bisogno
 - La definizione del PAI
 - Il Case Management

La presa in carico della cronicità: **il percorso operativo**

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
1. Accoglienza dell'assistito	Le richieste vengono accolte: – tramite telefono negli orari ... e mediante segreteria telefonica nei restanti orari (l'assistito viene ricontattato telefonicamente al primo orario di apertura) – presso ... dalle 8.30 alle 12.30 e dalle 14.00 alle 16.00 (nei giorni feriali);	Operatore Centro Servizi Impiegato amministrativo
2. Avvio della presa in carico		
2.1. Programmazione dell'incontro del paziente con il Medico Responsabile Clinical Manager	Entro 5 giorni dal primo contatto viene programmata la visita del medico responsabile	Impiegato amministrativo
2.2. segnalazione al MMG della scelta operata dal suo assistito	Fin dal primo contatto con l'assistito viene inviata comunicazione al MMG	Impiegato amministrativo

La presa in carico della cronicità: il percorso operativo

- La valutazione del bisogno

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
3. Processo di Valutazione del bisogno	Viene effettuata una valutazione clinica dell'assistito, che comprende:	Medico Responsabile Clinical Manager
3.1. valutazione multidimensionale	a. somministrazione dello strumento di Triage b. se il punteggio Triage ≥ 2, VMD di 2° livello (tabella 1) c. se viene individuata una situazione problematica, si illustrano i servizi di supporto e si invia la persona (o una segnalazione) all'UCAM e/o ai servizi sociali del Comune	Clinical Manager/Case Manager
3.2. anamnesi clinica	– 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	Clinical Manager

1	morbilità	ASSENTE o LIEVE nessuna compromissione d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è eccellente	MODERATO la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario; la prognosi è buona	GRAVE la compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona	MOLTO GRAVE la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave	
		0	1	2	2	
2	alimentazione	AUTONOMO	CON AIUTO supervisione	DIPENDENZA SEVERA imboccamento	ENTERALE - PARENTERALE	
		0	0	1	2	
3	alvo e diuresi	CONTINENZA	CONTINENZA PER ALVO INCONTINENZA URINARIA	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (uso pannoloni)	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (CVP e /o evacuazione assistita)	
		0	0	1	1	
4	mobilità	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AUSILI (usa bastone, walker, ...)	CARROZZINA O ALLETTATO	
		0	0	1	2	
5	segni di iniziale perdita dell'autonomia	Ha avuto cadute recenti	Si è recentemente ridotta la mobilità	Non effettua gli esami prescritti	Non assume regolarmente i farmaci prescritti	
		1	1	1	1	
6	stato mentale e comportamento	collaborante, capace di intendere e volere	collaborante ma con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e gravemente incapace di intendere e volere / segni di disturbi comportamentale	
		0	0	1	1	
7	con chi vive	COPPIA, NUCLEO FAMILIARE, ASSISTENTE FAMILIARE	SOLO NON necessita di figure di riferimento	SOLO o COPPIA ma necessita di figure di riferimento (es. figli)	SOLO nessuna rete di riferimento	
		0	0	1	2	
8	assistenza diretta (caregiver)	ADEGUATA	PARZIALMENTE ADEGUATA	POCO ADEGUATA	INADEGUATA	
		partecipano, familiari, assistente familiare, servizi territoriali (SAD, pasti a domicilio,...), vicinato, associazioni, ...	affidata solo ai familiari, o solo all'assistente familiare, o solo ai servizi territoriali.	affidata a un soggetto che non assicura un'assistenza adeguata o sufficiente	non è offerta alcun tipo di assistenza	
		0	1	2	2	
TOTALE PUNTEGGIO (se uguale o superiore a 2, è necessaria valutazione approfondita per l'eventuale ammissione alle cure domiciliari)						°

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
3. Processo di Valutazione del bisogno		
3.3. anamnesi farmacologica	Viene effettuata una revisione delle terapie con eventuale proposta al MMG di riconciliazione terapeutica secondo le linee guida	Clinical Manager
3.4 anamnesi funzionale / stili di vita	Vengono rilevati le abitudini / stili di vita al fine di proporre / prescrivere stili di vita adeguati (anche con l'utilizzo di materiale illustrativo)	Clinical Manager / Case Manager

La presa in carico della cronicità: il percorso operativo

- La valutazione del bisogno
- La definizione del PAI

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
4. Definizione del PAI		
4.1. criteri di riferimento per la definizione del dei PAI	Per ognuna delle patologie ricomprese nella DGR 6551 e per le più frequenti associazioni di patologie croniche è predisposto – a partire dalle linee guida disponibili in letteratura e dai PDTA /documenti di consenso implementati a livello locale – il “PAI tipo”. Il PAI tipo è precaricato sull’applicativo informatico	Medici responsabili Tecnici informatici, in collaborazione con i medici responsabili

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
4. Definizione del PAI		
4.2. definizione del Piano di assistenza individuale	Viene definito il PAI del singolo paziente sulla base di: – valutazione del bisogno effettuata (vedi punto 3) – modalità di collaborazione con il MMG preventivamente concordata – livello nel quale è inserito il paziente – eventuale individuazione dei soggetti erogatori delle prestazioni diagnostiche sulla base della storia clinica e dell'unitarietà della presa in carico, nel rispetto delle scelte dell'assistito	Clinical Manager o MMG se co-gestore

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
4. Definizione del PAI		
4.2.1. MMG co-gestore	Il MMG co-gestore redige il PAI Il medico responsabile prende contatto con il MMG per la sottoscrizione congiunta del patto di cura	Clinical Manager
4.2.2. MMG non aderente	Nella fase di predisposizione del PAI viene contattato il MMG per condividere i contenuti della valutazione del bisogno e della prima ipotesi di PAI che gli viene successivamente trasmessa	Clinical Manager

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
4. Definizione del PAI		
4.3. programmazione degli interventi diagnostici	Viene effettuata la programmazione degli interventi diagnostici sulla base delle indicazioni – trasmesse dal medico responsabile grazie alla cartella informatizzata – relative a: – individuazione dei soggetti erogatori (vedi punto 4.2) – scadenza temporale – eventuali esigenze del paziente (giorno della settimana, orario giornaliero, ...)	Centro Servizi
4.4. rapporto con i medici specialisti	In caso di comorbidità del paziente preso in carico il medico responsabile verifica, d'intesa con il MMG, la compatibilità e la congruenza dei diversi apporti specialistici	Medico Responsabile Clinical Manager
4.5. definizione del programma di case-management	Vengono precisati nel PAI gli obiettivi ed i tempi del case management in rapporto – alle patologie croniche prese in carico – allo stato di fragilità del paziente – ai problemi individuati dalla VMD – al programma di follow-up definito	Clinical Manager, Case Manager

La definizione del PAI



Il PAI nella presa in carico della cronicità / fragilità

Problemi

- Livello di compenso e «stato» del follow-up della/e patologia/e croniche
- Grado di consapevolezza / partecipazione alla cura del paziente (segni e sintomi da monitorare, azione ed effetti collaterali dei farmaci, ...)
- Conformità della terapia alle linee guida
- Aderenza del paziente alla terapia (terapie autogestite, *out of pocket*, ...)
- Livelli di autonomia, funzioni cognitive, affettività, motivazione
- Condizioni ambientali e socio-economiche
- Presenza / disponibilità al bisogno di supporti familiari, assistenti domiciliari a pagamento, servizi socio-sanitari
- ...

Il PAI nella presa in carico della cronicità / fragilità

Indicatori / risultati

- Stabilità clinica (ridotto ricorso a MMG, MCA, PS, ...)
- Prevenzione complicanze
- Grado di aderenza al programma di interventi previsti dal PAI (Centro servizi)
- Livello di consapevolezza del paziente / caregiver
- Livello di partecipazione alla cura (es., periodicità della automisurazione della glicemia / PA o del controllo PC, ...) da parte del paziente / caregiver
- Grado di aderenza alla terapia
- Livello di soddisfazione per la presa in carico
- ...

(Un esempio)

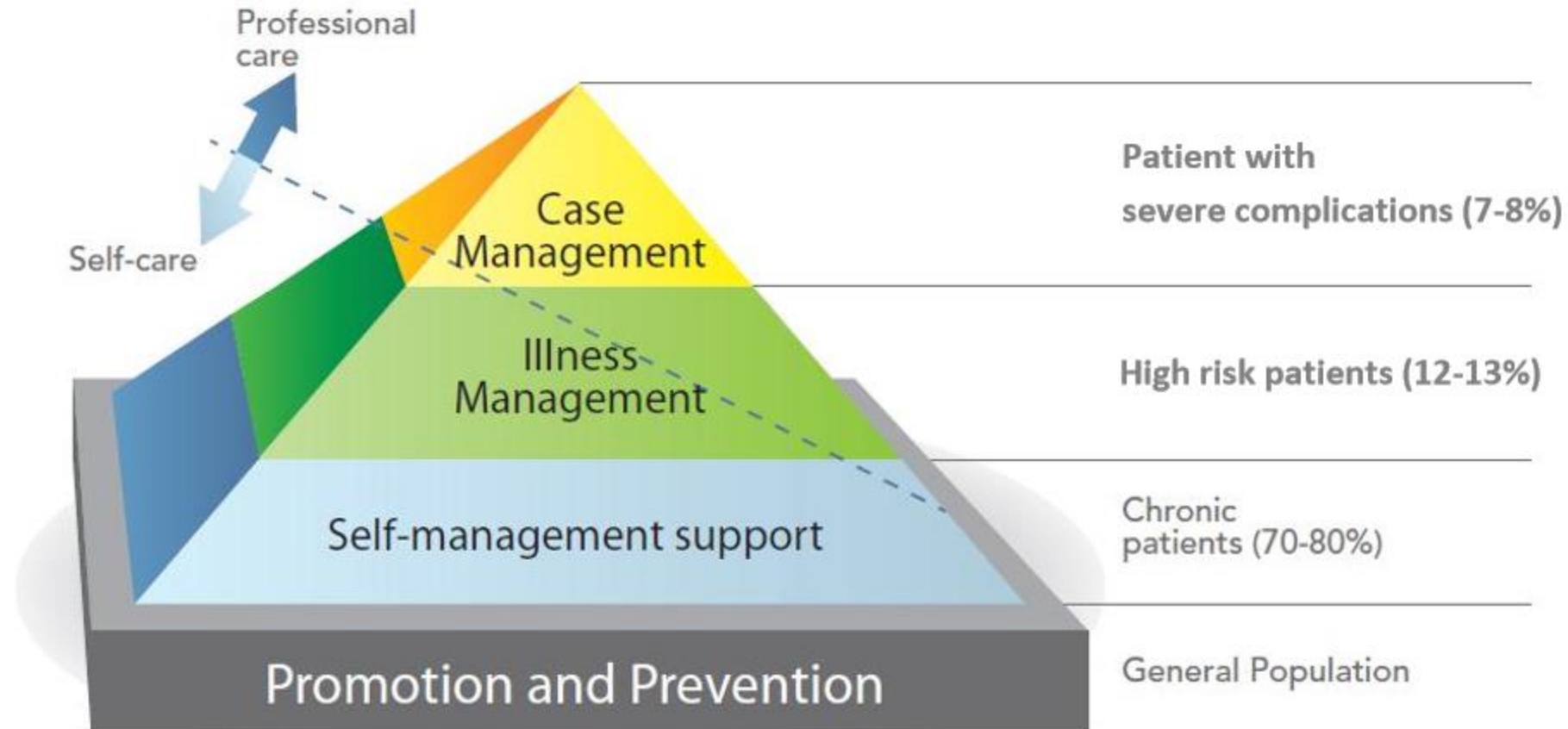
Problemi	Obiettivi	Indicatori	Interventi
Paziente anziano con iniziali limitazioni funzionali e diabete insulino-dipendente in scarso compenso glicemico	Garantire i controlli periodici come da PDTA	Effettuazione delle indagini diagnostiche programmate	Programmare i controlli come da PDTA (CI M, CS)
	Aumentare la frequenza dei controlli	Controllo almeno trimestrale dell'HbA1c	Programmare controlli trimestrali HbA1c (CI M., CS)
	Migliorare il compenso metabolico	HbA1c ≤ 7 No episodi di ipoglicemia	Verificare dieta (CM) Fornire indicazioni dietetiche (CM) Promuovere attività motoria (CM)
			Verificare la capacità (paziente/ caregiver) di controllo della glicemia e di autogestione della terapia (CM)
			Attuare intervento educativo (CI M, CM)
			Segnalare ai servizi sociali per supporto domiciliare (CM)

La presa in carico della cronicità: il percorso operativo

- La valutazione del bisogno
- La definizione del PAI
- Il case management

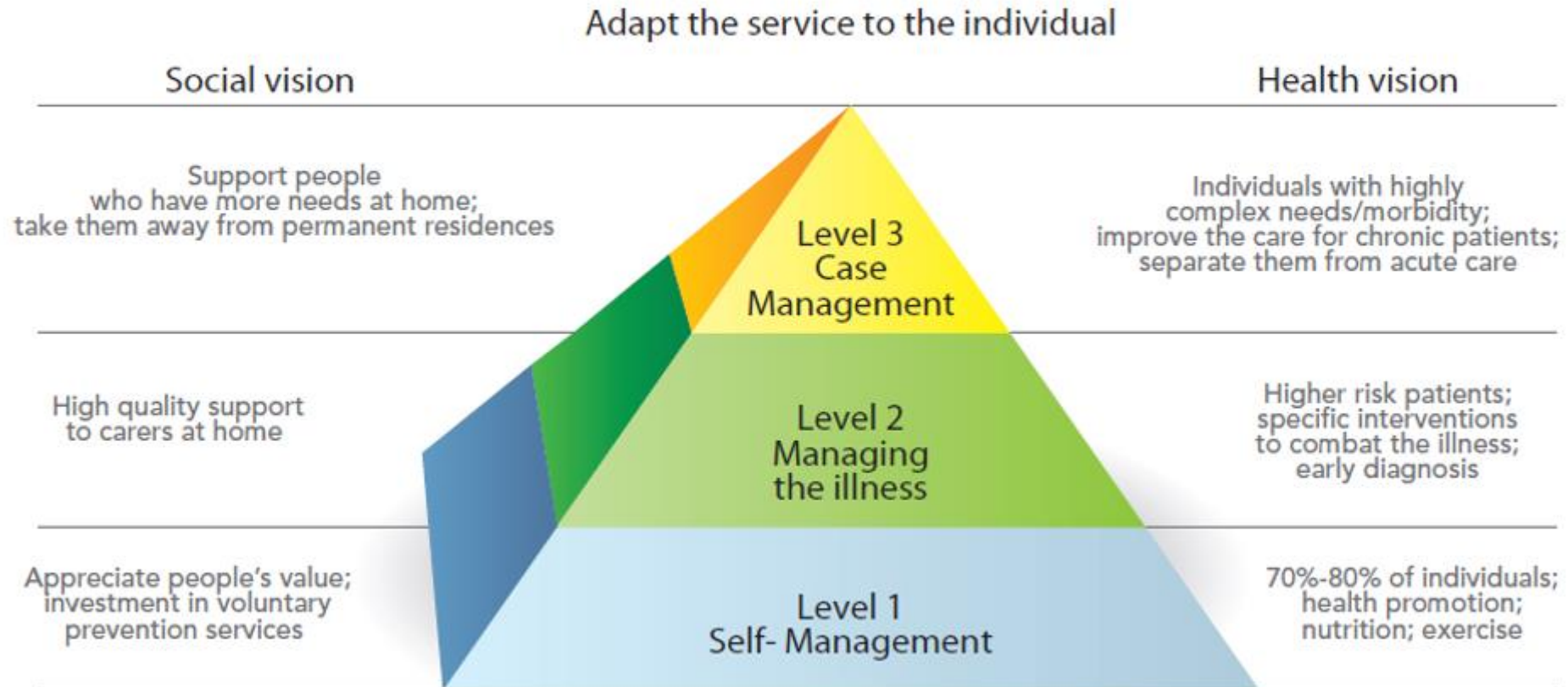
Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
5. Case management		
5. 1. Rapporto con il paziente	Il paziente viene contattato (orientativamente per telefono) con la cadenza temporale individuata dal PAI e comunque almeno semestrale per: – verificarne l'aderenza al programma di controlli definito dal PAI – verificarne e sollecitarne – la presa d'atto di eventuali indicazioni fornite dal medico specialista – l'aderenza al piano terapeutico prescritto – l'aderenza agli stili di vita concordati	Case Manager
5.2. Rapporto con il MMG	Vengono trasmessi al MMG – i risultati delle indagini diagnostiche e dell'adesione del paziente al patto di cura – eventuali problematiche che richiedano un suo intervento	Clinical Manager / Case Manager

Extended Kaiser Pyramid



Pyramid defined by King's Fund in the United Kingdom

Pyramid defined by King's Fund in the United Kingdom



Source: King's Fund (C.Ham)

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
6. Rilevazione della customer satisfaction	Il Gestore rileva (orientativamente per via telefonica) il grado di soddisfazione del paziente relativo a: – qualità e tempestività della presa in carico da parte del gestore – qualità e periodicità del case management – operatività del Centro Servizi (tempestività delle informazioni, rispetto delle esigenze segnalate dal paziente, ...) – qualità percepita degli interventi diagnostici	Impiegato amministrativo / Casa Manager

Fase operativa	Modalità / strumenti	Figura professionale
7. Disservizi e reclami		
7. 1. Rilevazione di eventuali reclami	Il Gestore assicura al paziente la possibilità di segnalare disservizi e reclami: – consegnandogli, fin dal primo contatto, l'apposito modulo – garantendogli la possibilità di scaricare in ogni momento il modulo dal proprio sito	Impiegato amministrativo
7.2. Presa in carico di eventuali reclami	Il Gestore si impegna a rispondere per iscritto ad eventuali segnalazioni o reclami entro 7 giorni dal loro ricevimento, dando al paziente la possibilità di un confronto di persona con il dirigente e/o con gli operatori coinvolti	