

Modelli assistenziali dei Territori a confronto

i diversi sistemi regionali per la cronicità visti da fuori



FORUM PA LOMBARDIA
Innovare per prendersi cura dei cittadini. Modelli regionali a confronto
Milano, Palazzo Lombardia 24 novembre 2017

Carlo Nicora



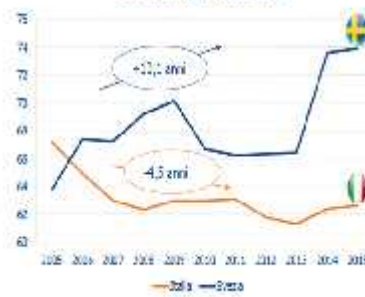
Cronicità: quali sfide ?

L'aspettativa di vita ci vede tra i Paesi più longevi al mondo, ma quella in buona salute nel tempo è peggiorata

Primi 20 Paesi al mondo per aspettativa di vita alla nascita (anni), 2015

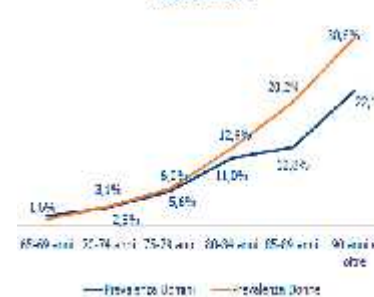


Anni vissuti in buona salute per Italia e Svezia (anni), 2005-2015

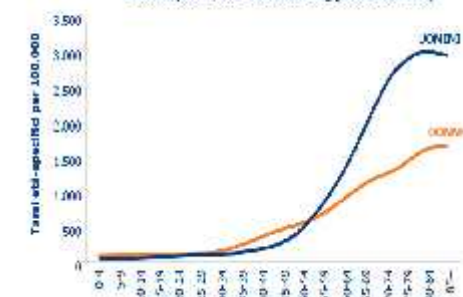


L'invecchiamento porta con sé l'aumento della prevalenza di alcune patologie...

Prevalenza delle demenze per fascia d'età

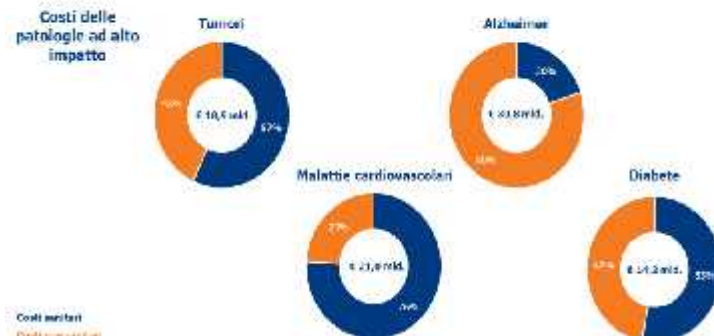


Tassi età specifici dei tumori per sesso in Italia (casi per 100.000 soggetti all'anno)



... e l'aumento dei costi sanitari e sociali

Costi delle patologie ad alto impatto



- riorganizzazione assistenza ospedaliera e **spostamento sul territorio del trattamento socio-sanitario** delle principali patologie croniche (sistema integrato PNC)
- attivazione di **percorsi di presa in carico (PIC)** delle persone fragili, con patologie croniche e non autosufficienti
- **collaborazione delle diverse professionalità** coinvolte nella gestione delle patologie croniche anche con nuove tecnologie dell'informazione e programmi di telemedicina

FORUM PA LOMBARDIA
Innovare per prendersi cura dei cittadini. Modelli regionali a confronto
Milano, Palazzo Lombardia 24 novembre 2017

Carlo Nicora





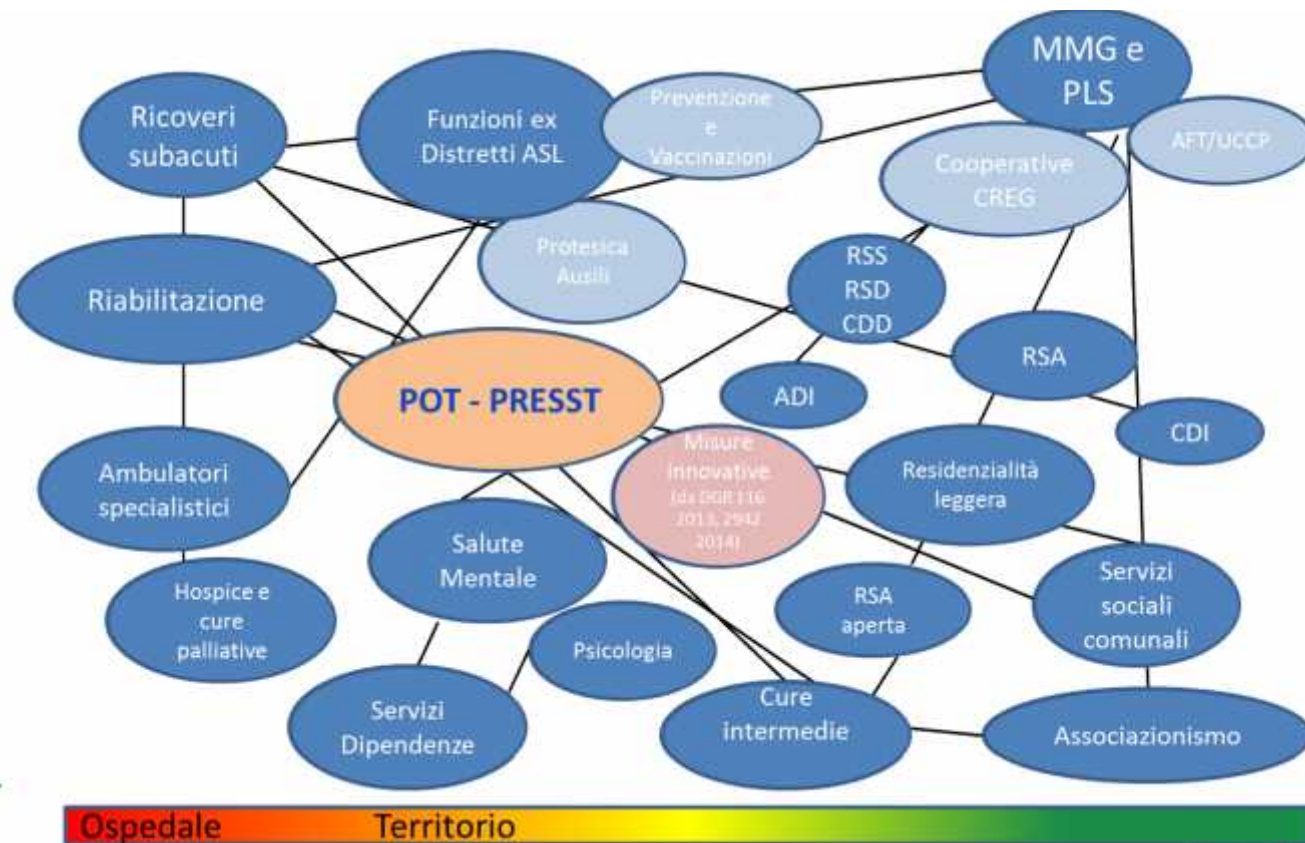
Legge Regionale n. 23 del 11 agosto 2015 Evoluzione del Sistema Socio-Sanitario Lombardo



i punti salienti della riforma

- ✓ **riequilibrio dell'asse di cura ospedale-territorio** in una logica di valorizzazione di entrambi i sistemi e di continuità assistenziale
- ✓ reale integrazione tra sanitario e socio sanitario nella **presa in carico** della persona nel suo complesso (bisogni sanitari, sociosanitari e sociali) e nel rispetto della libera scelta
- ✓ messa a sistema di soluzioni per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale delle cronicità e delle fragilità
- ✓ **superamento della frammentazione** dell'organizzazione territoriale
- ✓ **separazione delle funzioni** (programmazione, erogazione, controllo)

R.	• Rete
I.	• Integrata
C.	• Continuità
C.	• Clinico
A.	• Assistenziale



FORUM PA LOMBARDIA
 Innovare per prendersi cura dei cittadini. Modelli regionali a confronto
 Milano, Palazzo Lombardia 24 novembre 2017

Carlo Nicora



ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo: i dati (BDA Regione Lombardia)

PAZIENTI CRONICI che si sono rivolti al PG23				
	LIVELLO 1	LIVELLO 2	LIVELLO 3	TOTALI
PAZIENTI CRONICI	3.473	27.808	31.003	62.284
	5,6%	44,6%	49,8%	

PATOLOGIE - Frequent User	LIVELLO 1	LIVELLO 2	LIVELLO 3	TOTALE
IPERTENSIONE ARTERIOSA	5	1.727	5.353	7.085
DIABETE MELLITO TIPO 1-2 NON COMPLICATO	37	2.276	1.256	3.569
NEOPLASIA ATTIVA	457	2.340	233	3.030
CARDIOPATIA ISCHEMICA	115	1.216	767	2.098
SCOMPENSO CARDIACO	80	1.083	797	1.960
EPATITE CRONICA	34	639	1.034	1.707
HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO	64	685	950	1.699
MIOCARDIOPATIA ARITMICA	44	775	838	1.657
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	227	777	133	1.137
BPCO	90	707	279	1.076
VASCULOPATIA CEREBRALE	131	609	321	1.061
VASCULOPATIA ARTERIOSA	289	592	128	1.009
EPILESSIA	16	266	706	988
DIABETE MELLITO TIPO 1-2 COMPLICATO	158	715	99	972
TRAPIANTATI ATTIVI e NON	344	578	45	967
SCLEROSI MULTIPLA	16	219	349	584
ARTRITE REUMATOIDE	25	281	152	458
CIRROSI EPATICA	55	257	92	404
PARKINSON E PARKINSONISMI	25	177	111	313
IRC DIALISI	105	120	16	241
Altro	282	4.535	9.799	14.616
Totale	2.599	20.574	23.458	46.631

FORUM PA LOMBARDIA
 Innovare per prendersi cura dei cittadini. Mod
 Milano , Palazzo Lombardia 24 novembre 201

Regione
Lombardia

PRESA IN CARICO della cronicità: il GESTORE



Il gestore garantisce il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura ed i vari attori; **è il titolare della presa in carico** e deve:

- ✓ sottoscrivere il patto di cura con il paziente e definire il piano di assistenza individuale (PAI)
- ✓ coordinare e attivare i nodi della rete necessari per l'attuazione del PAI
- ✓ erogare delle prestazioni previste dal PAI, direttamente o tramite partner di rete accreditati
- ✓ monitorare l'aderenza del paziente al percorso programmato

Possono essere gestori:

- le **cooperative** di MMG e PLS
- le **strutture** accreditate e a contratto con il SSL
- gli **erogatori** (case di cura, unità d'offerta sociosanitaria, strutture ambulatoriali extraospedaliere) già contrattualizzati
- le **strutture** accreditate ma non a contratto (contratti di scopo)

Il gestore deve:

- ✓ **assicurare direttamente o a livello di rete** :
 - valutazione multidimensionale del bisogno (VDM)
 - definizione del PAI e gestione clinica
 - clinical manager e care manager
- ✓ **assicurare tutte le fasi della PIC e le prestazioni in proprio oppure mediante soggetti terzi** (erogatori)

PRESA IN CARICO della cronicità: il CENTRO SERVIZI

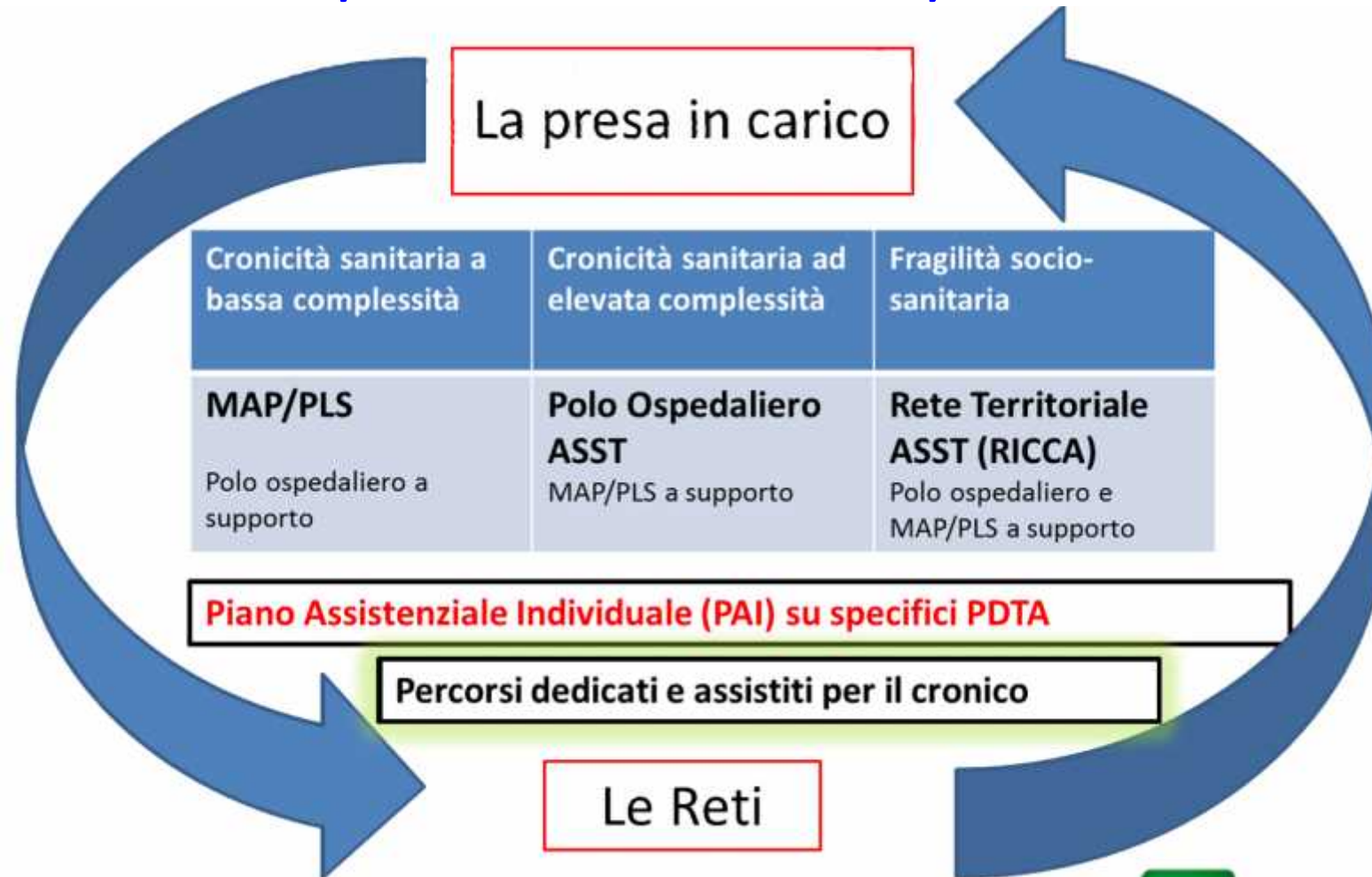


- Il Gestore deve garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni:
- **accesso rapido alle prestazioni** sanitarie e sociosanitarie previste dal PAI
 - **contatto telefonico** con il paziente (per ricordare appuntamenti e accertamenti, fornitura a domicilio di presidi sanitari e sociosanitari ecc.)
 - **servizi di Telemedicina**
 - **personalizzazione di interventi specifici** richiesti dal paziente
 - **favorire la comunicazione** tra gli attori coinvolti nella presa in carico (MMG/medici specialisti , RSA, ecc...)
 - tali funzioni possono essere gestite internamente o esternamente anche in modo parziale



L.R. 23/2015: le vere sfide organizzative


1) la PRESA IN CARICO - 2) le RETI




la **RETE** vista come un **insieme di accordi tra erogatori e enti** che condividono il **«chi fa cosa»** sul percorso di presa in carico



- analisi dei punti dove viene intercettata l'utenza con bisogni sanitari, socio-sanitari, sociali



- chi intercetta il bisogno sa cosa valutare e a chi affidare l'utente per la presa in carico



- chi prende in carico predispone e organizza il piano di offerta declinato nel PAI e favorito dai percorsi concordati tra erogatori



- monitoraggio proattivo ed ex post dell'aderenza al PAI e degli esiti (Centro Servizi)

se la rete funziona, se ogni nodo è interconnesso con gli altri,
non sarà affidata all'utente la ricerca delle soluzioni per il suo bisogno

PRESA IN CARICO della cronicità: caso clinico sanitario

Paziente con **cardiopatía ipertensiva** (in follow-up da 2 anni nell'ambulatorio cardiologico). **Diabete mellito** seguito dal MMG con controlli saltuari dal diabetologo e **BPCO** con controlli estemporanei specialistici. Nessuna fragilità sociosanitaria o sociale. (**paziente livello 1**).

Evoluzione della malattia in miocardiopatía dilatativa ed iniziali segni di scompenso cardiaco con progressivo peggioramento.

Il paziente ha ricevuto **l'indicazione a scegliersi un gestore**. Il giorno successivo ha un controllo nell'ambulatorio dello scompenso e chiede informazioni al cardiologo. Il cardiologo ravvede la possibilità che, per la complessità clinica del caso, la scelta dell'ASST come gestore possa rappresentare un valore aggiunto per il paziente.

Invita il **paziente a discuterne comunque con il MMG** prima di prendere la decisione definitiva. Il curante concorda e garantisce le attività integrative di supporto necessarie.

PRESA IN CARICO della cronicità: caso clinico sanitario

Al controllo successivo il **paziente firma il patto di cura**.

Il **cardiologo, con funzione di clinical manager**, formula il PAI integrando i PDTA per lo scompenso con i PDTA aziendali per diabete e BPCO e adattandoli alle esigenze del paziente (PAI).

Il **PAI** si rende automaticamente **disponibile per il centro servizi** che procede alla pianificazione delle prestazioni comunicando al paziente il programma delle prenotazioni, comprensive degli appuntamenti per valutazione del diabetologo e del pneumologo che hanno facoltà di individualizzare i controlli previsti per le patologie di competenza, modificando il PAI. Il MMG è informato del percorso clinico attivato

Il **centro servizi monitora l'aderenza alle prestazioni previste** e, se necessario, interviene proattivamente e supporta con informazioni di ritorno al clinical manager della cardiologia attraverso sistemi automatizzati di reportistica o di messaggistica

PRESA IN CARICO della cronicità: caso clinico socio-sanitario

Case Manager CDP (durante degenza ospedaliera) **acquisisce informazioni sanitarie** ove si evince che la paziente è:

- emiparetica, afasica, disfagica, a tratti confusa; si alimenta attraverso il SNG; necessita di ausili per l'assorbente
- totalmente dipendente dal punto di vista motorio: necessiterà di aiuto per lo spostamento letto-sedia a rotelle/poltrona; possibilità recupero motorio e cognitivo limitate

Vengono **contattate le figlie** per valutare la situazione di supporto familiare, abitativa e sociale:

- le figlie chiedono tempo per organizzare la sistemazione della madre presso una delle figlie
- la CDP attiva la procedura per **l'accesso temporaneo ad una struttura per subacuti o per cure intermedie**

Case manager territoriale del PreSST viene contattato dalla CDP per attivare lo specialista per la **prescrizione dei presidi** di cui la paziente avrà bisogno a domicilio, dopo la dimissione dalle cure intermedie:

- letto articolato con sponde e materasso antidecubito; sollevatore; tripode/sedia rotelle
- cuscino antidecubito; pannoloni o traverse; nutrizione per sondino

Pianifica, anche attraverso il supporto dei patronati e del MMG, le azioni per **l'ottenimento dell'invalidità e/o accompagnamento**

PRESA IN CARICO della cronicità: caso clinico socio-sanitario

Nel caso la paziente cronica scelga ASST come gestore il **Case manager territoriale del PreSST** **contatta la famiglia** e si qualifica come **riferimento per tutto il percorso territoriale**:

- **attiva il percorso per la predisposizione del PAI**
- **attiva eventualmente i servizi sociali** per predisporre attivazione del SAD comunale o di altri benefici (misura B2 o altre forme di supporto garantite dal comune)
- **prende accordi con il MMG** per l'eventuale apertura di ADI dopo la dimissione dalle cure intermedie
- **attiva la VMD (Valutazione Multidimensionale)** per l'accesso a benefici di legge (misure 2942, misura B1, ...)

Sul lungo termine

Il case manager **monitora e verifica l'attuazione del PAI** quando il paziente è a domicilio:

- eventualmente di concerto con i servizi sociali **supporta** eventualmente **la famiglia** per la ricerca di **badanti e/o ricoveri di sollievo**

Mantiene un contatto con la famiglia e con il MMG

PRESA IN CARICO della cronicità: caso clinico sociosanitario-sociale

Paziente di 65 anni, **iperteso da 20, con scarsa aderenza alla terapia** ma che mantiene i contatti con il MMG. Vive da solo e da qualche mese **è stato sfrattato da casa** e vive con la sorella con cui ha rapporti conflittuali.

Si **presenta in PS con crisi ipertensiva**, che viene adeguatamente trattata e vengono date indicazioni per la modifica della terapia domiciliare. Appare in scadute condizioni di nutrizione e igieniche. **La sorella gli ha comunicato che non lo vuole più a casa.**

Non è dimissibile dal PS e si procede al ricovero in medicina.

Viene attivata la Centrale Dimissioni Protette (CDP) che istruisce la pratica. **L'assistente sociale della CDP prende contatto con il PreSST e con le assistenti sociali del Comune di residenza.**

Il **PreSST contatta il MMG che si rende disponibile per la presa in carico della cronicità sanitaria** (ipertensione) e a formulare il PAI. Il **PreSST assicura il supporto per la fragilità sociale.**

PRESA IN CARICO della cronicità: caso clinico sociosanitario-sociale

L'assistente sociale del PreSST assume il ruolo di care manager dell'utente per quando sarà dimesso e concorda una riunione con CDP e Assistente sociale del comune.

Viene identificata dapprima **una soluzione abitativa temporanea** con un accordo con una associazione che ha progetti di housing sociale e si comunica al **reparto di medicina la data possibile di presa in carico domiciliare**.

Il care manager del PreSST concorda con l'assistente sociale del comune la modalità per monitorare nel tempo la situazione.

Gli **interventi sociali da implementare da parte dei comuni entrano, quale parte integrante del PAI, nella piattaforma gestionale** che, su regole condivise, autorizza agli aggiornamenti necessari condivisi tra MMG, PreSST e Comuni.

Piano Assistenziale Individuale (PAI): clinical manager, care manager

Garsia Menù principale. Gruppi attivi: Medici Operatore: medico100

ATTIVITÀ
PERCORSI
PROTOCOLLI
REPOSITORY

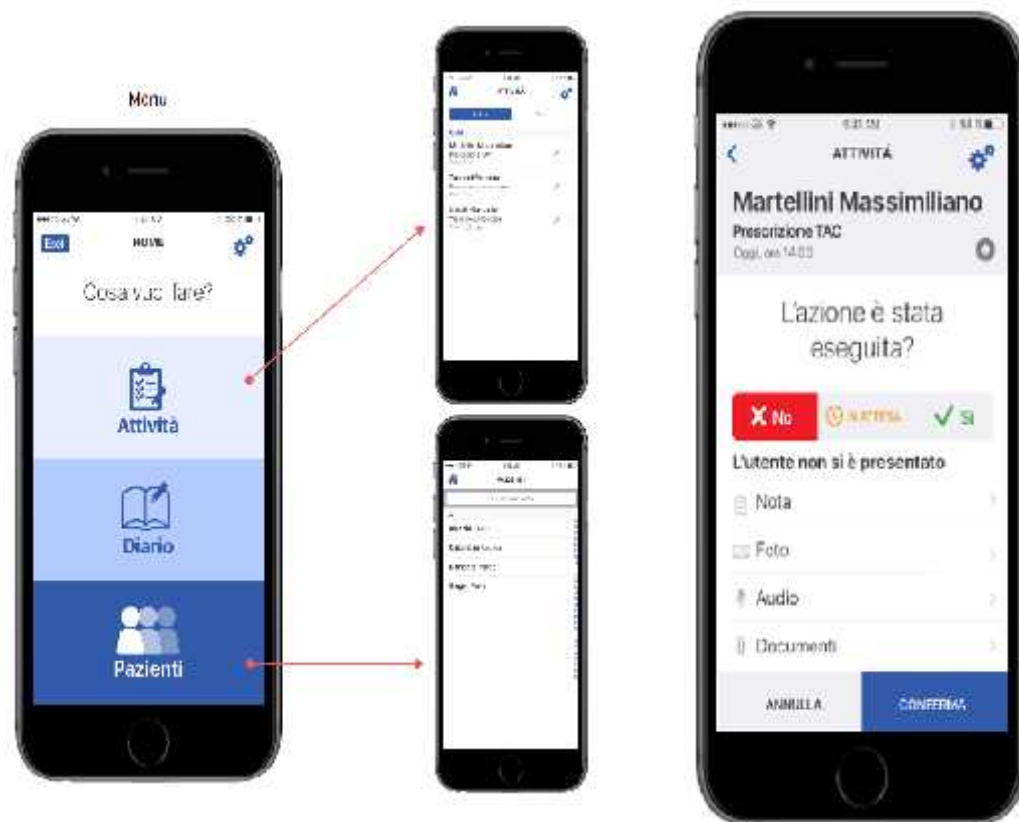
Legend:
 ✓ OK
 ✗ KO
 ⌚ In attesa
 📅 Non registrato

	10/2017	11/2017	12/2017	01/2018	02/2018	03/2018
Adi		12	31	31	31	28
Ecocolor Doppler grafia cardiaca						
Ecografia cardiaca			2			
Esami ematologici - 1	✗					
Esami ematologici - 2						
Radiografia del torace di routine, nat			✓			
Terapia educativa del diabetico...			2	2	3	
Visita cardiologica di controllo			✓	✗		
Visite di controllo			7			
Visita endocrinologica/diabetologica...		✓				
Visita endocrinologica/diabetologica...			2			
Visita oculistica di controllo		✓				

PERVINCA MARINA - 01/01/1930
 Percorso valido dal: 02/01/2017
 Case Manager: **Verdi Marino - Medico Diabetologo**
 Care Manager: **Rossi Mario - Infermiere**
 Protocollo
 Livello di Gravità: Livello 1
 Arruolamento: **MMG**
 Problematiche:
 • **Diabete mellito tipo 2 complicato**
 Team di lavoro:

piattaforma gestionale informatizzata

Sistemi in Mobilità

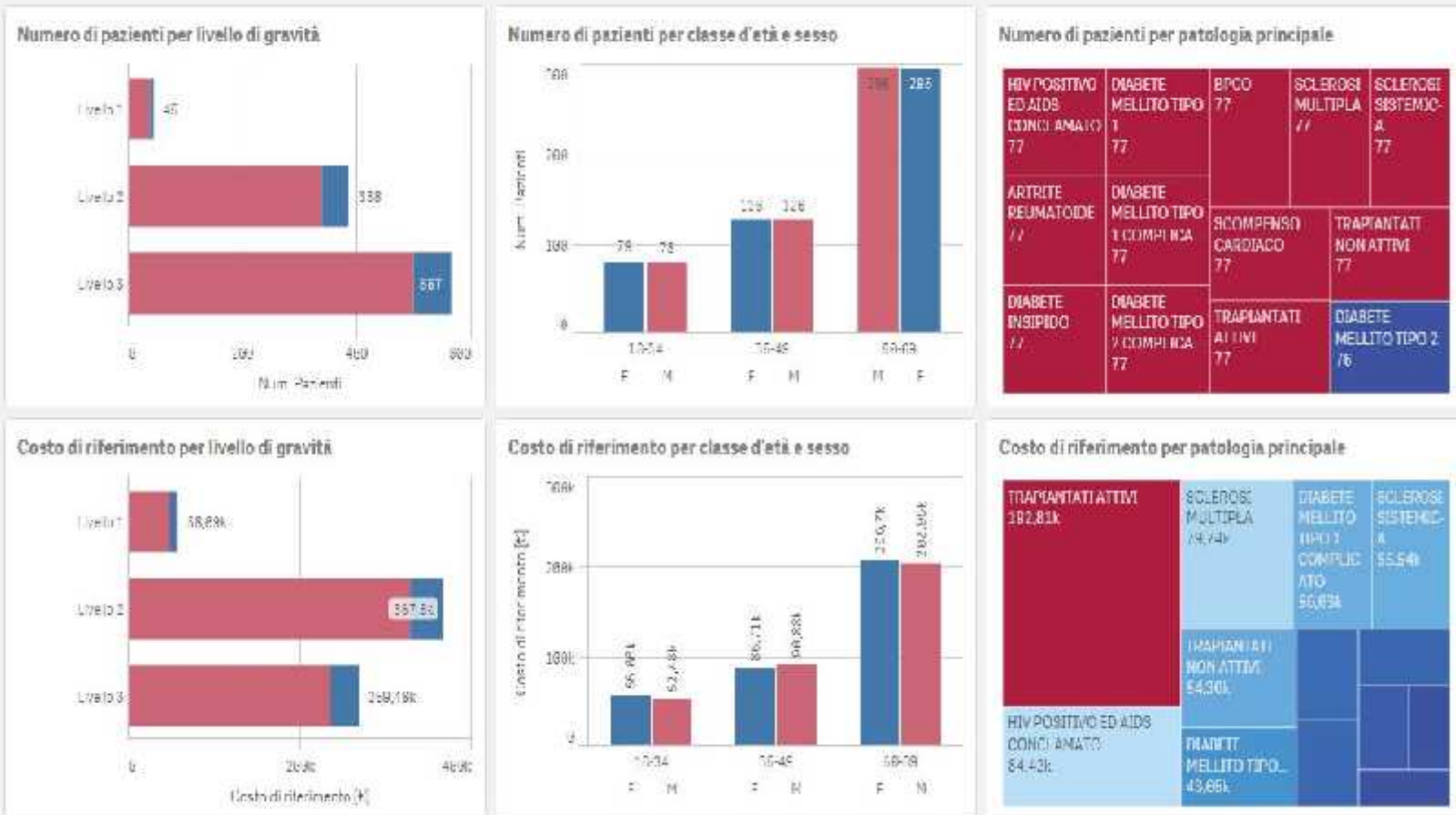


Applicazioni per:

- professionisti
- paziente
- care giver
- comunicazione paziente care-manager

Sistemi di analisi dei dati

Popolazione dei pazienti cronici



Sistemi di analisi dei dati

Analisi dei pazienti presi in carico

Costo effettivo rispetto alla tariffa di riferimento



Prestazioni eseguite
1.138

Prestazioni eseguite
36,71%

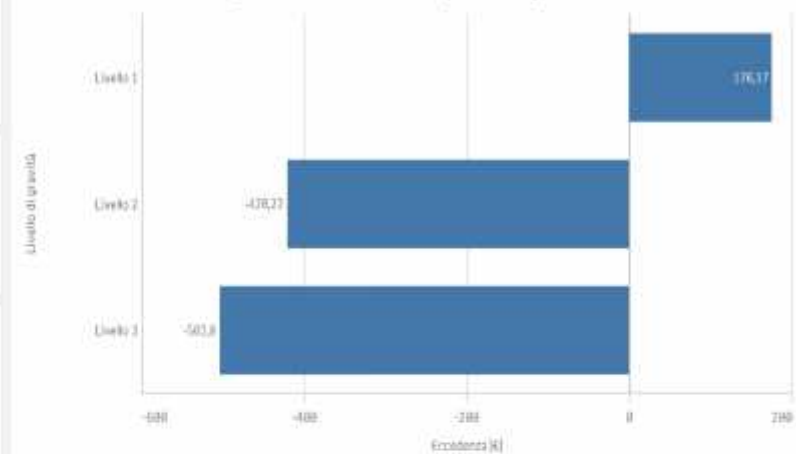
Prestazioni non eseguite
400

Prestazioni non eseguite
12,90%

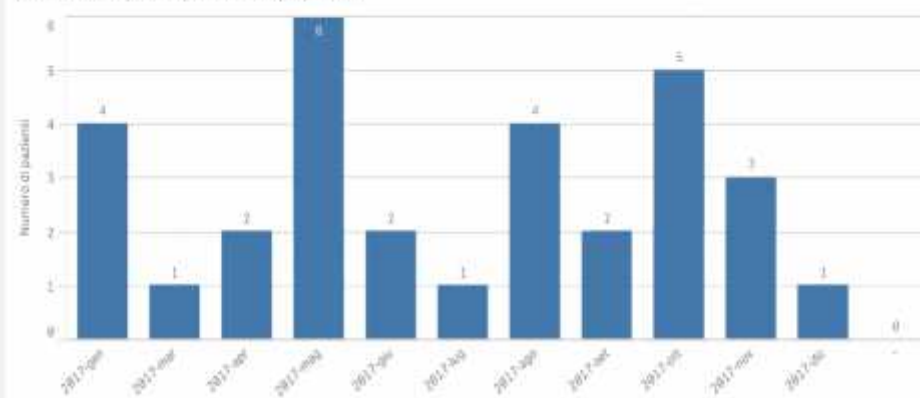
Prestazioni non registrate
1.562

Prestazioni non registrate
50,39%

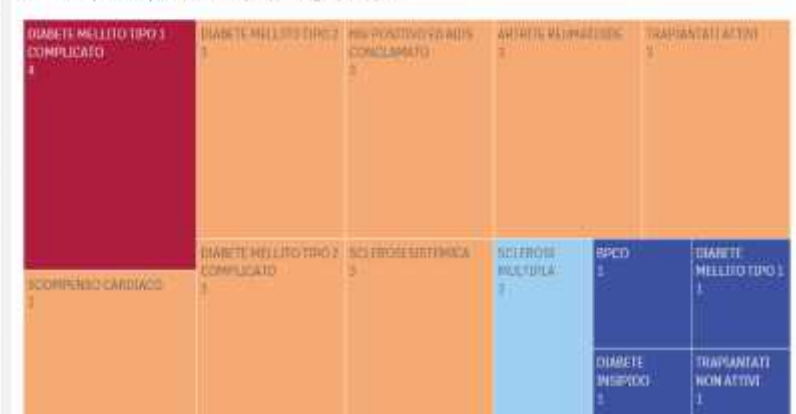
Eccedenza del costo effettivo rispetto alla tariffa di riferimento per livello di gravità



Numero di nuovi pazienti presi in carico per periodo



Numero di pazienti presi in carico per patologia principale



FORUM PA LOMBARDIA
Innovare per prendersi cura dei cittadini. Modelli regionali a confronto
Milano, Palazzo Lombardia 24 novembre 2017

Carlo Nicora

