

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



CONVEGNO

IL DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI
SANITARIE E SOCIALI NEL NUOVO
SCENARIO LOMBARDO:
DALLA PRESA IN CARICO ALLE
NUOVE RESPONSABILITA'



19 Gennaio 2018

AUDITORIUM G. TESTORI
PALAZZO LOMBARDIA
Piazza Città di
Lombardia, 1 • Milano

Il nuovo Welfare Lombardo

Laura Zoppini

Direttore DAPSS ASST Rhodense

Background

- ✓ La quota di individui di 65 anni e oltre ha raggiunto il 22%
Anche la struttura per età degli stranieri (5 milioni) mostra segnali di invecchiamento
- ✓ Gli anni di vita guadagnati sono scesi di 4,5 anni negli ultimi 10 anni (contro un aumento di 10 anni della Svezia), nonostante gli sforzi del SSN
- ✓ Si è registrato un nuovo minimo delle nascite (474.000). Il numero medio di figli/donna si attesta a 1,34 (1,95 per le donne straniere e 1,27 per quelle italiane)
- ✓ 3,6 milioni di famiglie sono senza redditi di lavoro. Si tratta del 13,9% del totale delle famiglie
- ✓ Numero più elevato dei NEET dell'UE : nel 2016 sono 2,2 milioni

Background

✓ *le trasformazioni che hanno accompagnato l'evoluzione dell'uomo...*

in regione Lombardia, sono state l'occasione per ripensare al modello delle cure, previsto nella Legge regionale 23/2015, che ha la finalità

**di assicurare un elevato livello di qualità
dell'assistenza,**

individuando modalità di erogazione e

di presa in carico

orientate all'efficienza ed all'appropriatezza

La sanità oggi: stato dell'arte e scenario di evoluzione

1. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche e i costi legati alle cure



Come gestire efficacemente l'intero *continuum of care* fatto di stile di vita, prevenzione, diagnosi, trattamento e assistenza domiciliare



© Can Stock Photo

PARTE UNO. PANORAMICA

LE MALATTIE CRONICHE SONO LA PRINCIPALE CAUSA DI MORTE IN QUASI TUTTI I PAESI

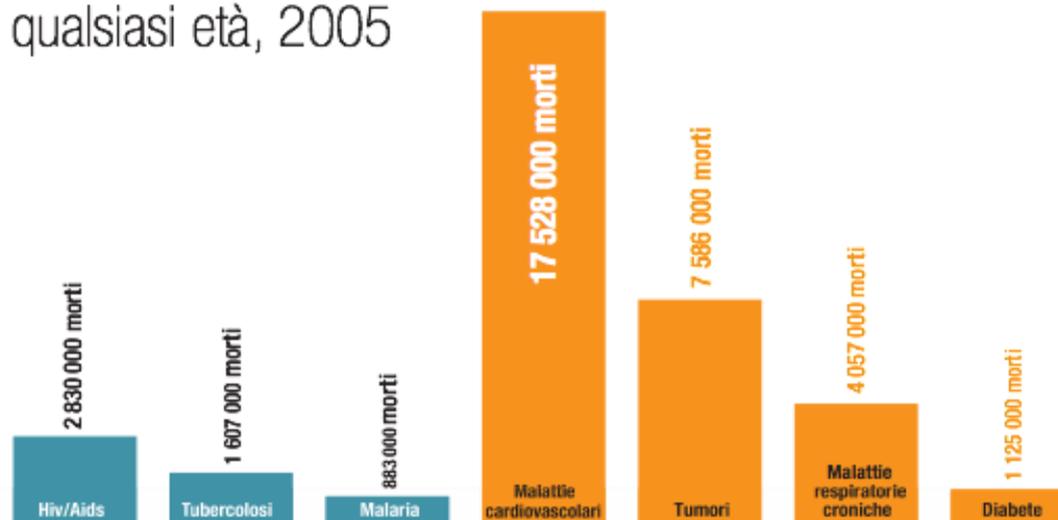
Tra le malattie croniche ci sono cardiopatie, ictus, cancro, disturbi respiratori cronici e diabete. Disturbi visivi e cecità, disturbi dell'apparato uditivo e sordità, problemi del cavo orale e difetti genetici sono altre condizioni croniche responsabili di una percentuale consistente del carico globale di malattia.

Dei 58 milioni totali di decessi previsti nel 2005¹, ben 3 milioni sono attribuibili a malattie croniche, praticamente il doppio di quelli imputabili a malattie infettive come Hiv/Aids, tubercolosi, malaria, malattie materno-infantili e carenze nutritive multiple.

¹ I dati presentati in questa panoramica sono il frutto di stime ricavate dall'Onu con metodi standard per ottenere la massima comparabilità tra Paesi diversi. Non si tratta necessariamente delle statistiche ufficiali dei singoli Stati membri.

35 000 000
le morti previste per
malattie croniche
nel 2005

Decessi globali previsti per le diverse cause, qualsiasi età, 2005



il 60% di tutti i decessi è dovuto alle malattie croniche

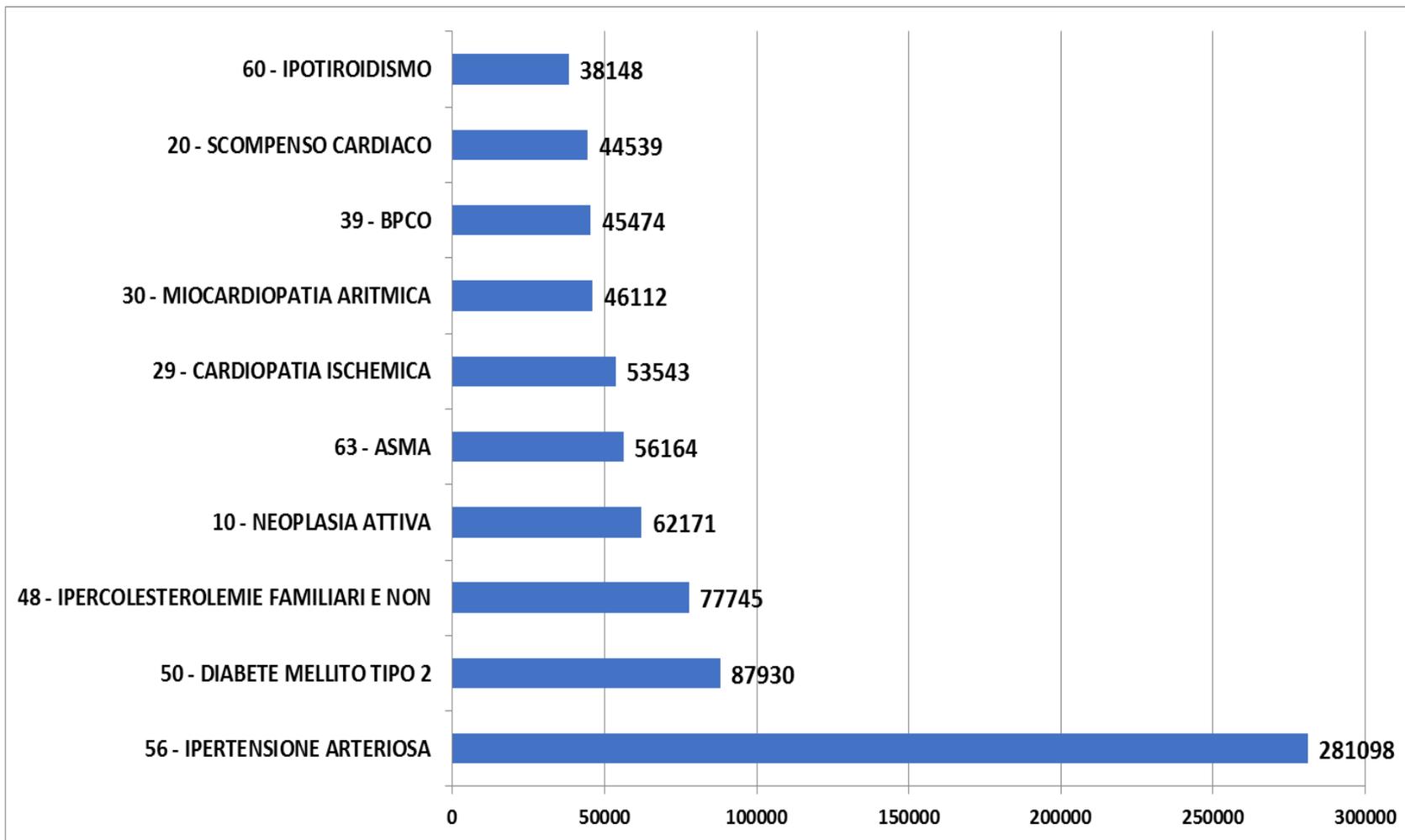
Le malattie croniche

Holman H. JAMA 2004; 292(9): 1057-59

- ✓ Hanno cambiato il ruolo del paziente che, da soggetto passivo diventa protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, assumendo comportamenti e stili di vita adeguati
- ✓ Hanno modificato il ruolo del medico, che da unico protagonista della cura, diventa membro di un team multiprofessionale in grado di elaborare il piano di cura che tenga conto della molteplicità dei bisogni, così come di garantire la continuità dell'assistenza

- ✓ Hanno sostituito quelle acute come problema dominante per la salute
- ✓ Sono diventate la principale causa di disabilità e di utilizzo dei servizi
- ✓ Assorbono il 78% dell'intera spesa sanitaria

Patologie piu' frequenti in regione Lombardia



La sanità oggi: stato dell'arte e scenario di evoluzione

2. Le risorse limitate (OMS: 85% dei costi in sanità è assorbito dalla cronicità) promuovono il cambiamento verso un'assistenza sanitaria basata sul valore che

- ✓ Riduca i costi
- ✓ Favorisca l'accesso
- ✓ Migliori le prestazioni



L'Italia nel contesto internazionale

- ✓ è tra i Paesi che spende meno
- ✓ tra i primi in ottima salute
- ✓ con la speranza di vita alla nascita tra le più alte, (media 82,3; in Lombardia è 82,8)
- ✓ con la speranza di vita in buona salute è in media di 58 anni, (in Lombardia è di 59,1) con differenze considerevole tra Regioni (da 50,2 in Calabria a 70,1 nella PA di Bolzano)

La sanità oggi: stato dell'arte e scenario di evoluzione

3. Il maggior coinvolgimento di consumatori ed una crescente attenzione al proprio stato di salute



opportunità

nella prevenzione,

che diventa sempre piu' centrale
all'interno del *patient journey*



I cambiamenti nelle
aspettative delle persone



- ✓ hanno attese di accesso rapido ed equo al sistema,
- ✓ richiedono un *second opinion* ad altro specialista/struttura
- ✓ si aspettano prestazioni che rispettino standard internazionali e di sicurezza

La sanità oggi: stato dell'arte e scenario di evoluzione

4.L'evoluzione tecnologica e la diffusione degli strumenti digitali



sfida della digitalizzazione
(medicina digitale, FES
gestione paziente/utente data based)

Triage telefonico, teleassistenza, la cui
efficacia comprovata da diversi studi
Che documentano un significativo
Miglioramento nell'aderenza alla terapia
E riduzione dei comportamenti sociali a rischio
(Sherrad et al. 2015; Battaglia et al.)



Ripensamento profondo del sistema socio sanitario regionale centrato

- ✓ sempre piu' sulla persona e sul paziente come soggetto attivo
- ✓ sul superamento del modello gerarchico ospedale- centrico
- ✓ sulla progressiva interconnessione di un sistema a rete guidato dalla conoscenza e focalizzato sul valore che genera



Ridisegnando il modello di presa in carico delle persone con cronicità e fragilità



sulla base della stratificazione della domanda

Presca in carico



Prendere incarico Significa

Seguire nel tempo i problemi dei pazienti,
garantire la continuità tra ospedale e territorio
(continuità di assistenza e di informazione),
farsi carico anche dei problemi emotivi, sociali
e non solo di quelli clinici,
fornire un riferimento continuo

(Haggerty 2003)



Legge n°23/2015

«Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e I Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)»



Art. 10 c.10 (Sistema delle cure primarie) omissis ... 10. *«Nell'ambito del settore delle cure primarie, governato dalle ATS territorialmente competenti, è istituito il servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie, inteso come il servizio infermieristico e delle professioni sanitarie singolo o associato a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali...omissis»*

L'infermieristica di famiglia/comunità

- ✓ Rappresenta una modalità di approccio di tipo olistico finalizzata all'assistenza della persona inserita nel suo ambiente di vita (Sasso 2005; Dickinson 2004; Goddard 1981)
- ✓ Ha come obiettivo la realizzazione di un servizio di assistenza volto a persone, famiglie e comunità durante tutto il continuum assistenziale (Burleton 2013, Elliott Kennedy & Raeside 2013; Gulzar, Faheem & Somani 2012; Henderson, Koehne, Verrall, Gebbie & Fuller 2013)
- ✓ può contribuire a sviluppare tutti gli interventi di primary care necessaria a «fare» prevenzione, garantire accesso alle cure, realizzare continuità delle cure, erogare assistenza infermieristica generale e specialistica, promuovere i livelli di benessere e diffondere pratiche di autocura (Pace 2013)
- ✓ Consiste in forma di assistenza e di supporto erogate nella comunità, trova attuazione nell'ambito della rete dei servizi sociosanitari e puo' essere declinata in tre principali ambiti, con modalità integrate e di continuità:
 - Il domicilio (assistenza domiciliare)
 - Gli ambulatori (assistenza ambulatoriale)
 - Le degenze (degenze di comunità/prossimità) → *regole 2018 degenza di comunità: avvio di ulteriori sperimentazioni a coordinamento infermieristico*

DGR n. X/4662/2015 c.d Piano cronicità

*“Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità
in Regione Lombardia”*



Affronta l'offerta socio sanitaria, ribadendo il modello della presa in carico che prevede

- ✓ **Valutazione multidimensionale (VMD)** che diventa strumento caratterizzante la presa in carico del paziente cronico
- ✓ **Piano individuale (PI)** che individua il percorso assistenziale più idoneo al soggetto bisognoso di assistenza
- ✓ **Piano assistenziale individualizzato (PAI)** che concretizza gli interventi del PI

Con le successive delibere vengono delineati i nuovi modelli di cura per la cronicità, basati su integrazione degli interventi e sostenibilità, (cooperative MMG, POT, PreSST, percorsi ospedalieri per i pazienti cronici e RSA aperta)

Dalla Legge 23/2015



- **DGR n. X/6164/2017** *“I bisogni della persona e la **domanda di salute**”*
- **DGR n. X/6551/2017** *“Riordino della rete di **offerta** e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili”*
- **DGR n. X/7038/2017** *“Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei*
- **DGR n. X/7600/2017** *«Determinazioni in ordine alla **gestione del servizio** socio sanitario per l'esercizio 2018) → **degenza di comunità: avvio di ulteriori sperimentazioni a coordinamento infermieristico***
- **DGR n. X/7655/2017** *«**Modalità di avvio del percorso di presa** in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR n X/6551/2017*

Con la DGR 6164/17 Dal governo dell'offerta al governo della domanda



- Da un sistema orientato all'offerta, A un sistema proattivo orientato ai bisogni delle persone
- DA una logica «verticale» delle cure, intesa come sommatoria di singoli atti diagnostici, terapeutici, ed assistenziali, ad una logica di unica responsabilità di presa in carico rispetto ad una molteplicità di attività e servizi
- DA un modello di remunerazione del costo della prestazione, A un modello di remunerazione per costo di patologia, a tariffa di presa in carico
- DA un modello di remunerazione della singola prestazione erogata, A un set predefinito di prestazioni e servizi associati con tariffa omnicomprensiva
- DA un modello di accreditamento istituzionale A un modello di accreditamento die percorsi di cura

Evoluzione dei sistemi di cura come conseguenza dell'evoluzione dei bisogni di cura: stratificazione del bisogno

Sanità di iniziativa



70-80% dei pazienti
Con il giusto supporto le
persone possono
imparare a essere attivi
protagonisti della loro
condizione

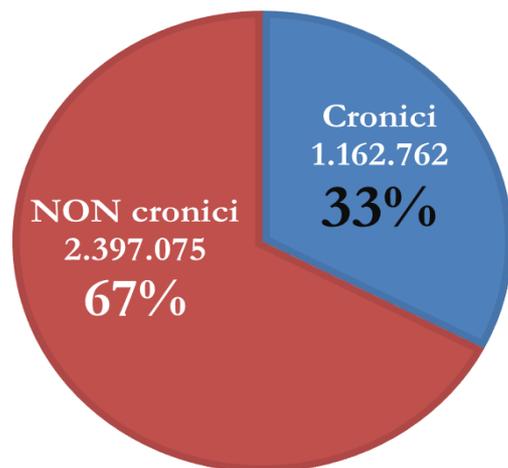
Stratificazione della domanda

- ✓ Consente di personalizzare l'assistenza alla complessità
- ✓ rende piu' equo e accessibile il sistema attraverso un accesso personalizzato (mediante il FES), secondo classi di priorità: le persone potranno avere in tempo reale un aggiornamento delle disponibilità di servizi e prestazioni sulla base della loro domanda/bisogno
- ✓ Insieme all'applicazione di algoritmi predittivi, consentirà di ripensare in senso proattivo il sistema regionale della prevenzione, al fine di anticipare la domanda di salute con idonee azioni personalizzate

Stratificazione della domanda

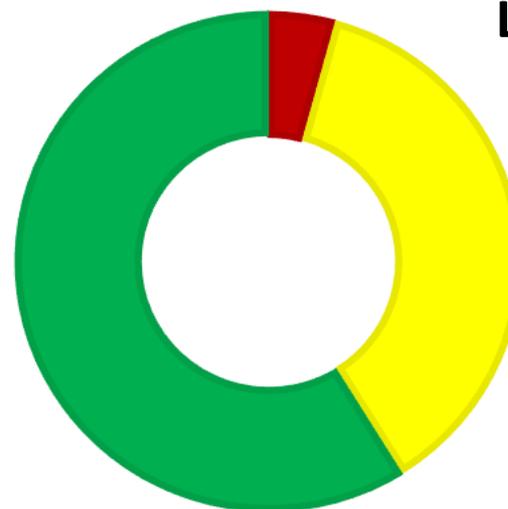
N°Soggetti potenziali	Tipologia Pazienti	Domanda	Bisogni	Pertinenza prevalente
150.000	Fragilità clinica (quattro o più patologie) es. demenza severa, gravi disabilità, gravi patologie psichiatriche	Prevalentemente di tipo Ospedaliero e/o Residenziale	Integrazione Ospedale, Socio San (RSA, ADI, RIA,..)	ASST e strutture private accreditate
1.300.000	Cronicità polipatologica (2-3 patologie) es. dipendenze, demenza e disabilità di grado moderato	Prevalentemente extra ospedaliera ad elevati accessi ambulatoriali (frequent users)	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prev. farmacologica), gestione proattiva del follow up (più visite ed esami all'anno)	MMG in associazione e Asst, strutture private accreditate
1.900.000	Cronicità in fase iniziale (1 patologia) / es. demenza in fase iniziale e disabilità lieve	Richiesta medio bassa di accessi ambulatoriali integrati	Percorsi ambulatoriali riservati/di favore controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio MMG
3.000.000	Soggetti non cronici	Prime visite/accessi ambulatoriali veri	Accesso a tutte le agende ambulatoriali disponibili sul territorio	Territorio MMG
3.500.000	Non utilizzatori	Potenziali utenti		Territorio MMG

Distribuzione dei pazienti cronici ATS Milano



8000 nuovi cronici
20,5% hanno
spostato la classe
nel 2017

Livello 3
684.233
59%



Livello 1
49.537
4%

Livello 2
428.992
37%

Numero di residenti al 01/01/2016: **3.437.922** (ultimo dato ISTAT disponibile)

Numero assistiti residenti al 01/01/2017 (fonte NAR): **3.559.837**

Nella delibera c.d. della domanda

- ✓ Oltre a concretizzarsi il framework operativo del processo di presa in carico,
- ✓ Sono stati definiti gli attori (*Gestori, Erogatori, Case manager, clinical manager*) il ruolo ed il funzionamento generale, regolando così la parte relativa domanda

La Dg stabilisce come le cooperative del MMG e PLS ed i soggetti sanitari e socio sanitari accreditati, possano svolgere l'attività di gestore per la presa in carico del paziente cronico

I gestori: funzione di accompagnamento

MMG in forma
aggregata

ENTI PUBBLICI
ASST, IRCSS, ASP

Privati accreditati
Case di cura, soggetti socio
sanitari, centri diagnostici



L'integrazione all'interno della rete erogativa richiede che il gestore assicuri direttamente o a livello di rete:

- VMD
- Case management
- Definizione del PAI e gestione clinica

Implementa i servizi innovativi (Telemedicina), monitora l'aderenza al percorso programmato

Gestore della presa in carico: prende in carico proattivamente il paziente

NUOVO MODELLO DI PRESA IN CARICO PATTO DI CURA E PAI

- Il paziente sottoscrive il **Patto di cura** con il Gestore (MMG o strutture sanitarie e sociosanitarie accreditate pubbliche e private);
- Il Gestore prende in carico il paziente in maniera globale e programma un percorso di cura personalizzato attraverso un Piano Assistenziale Individuale (**PAI**), avvalendosi anche di un Centro Servizi;
- Al gestore verrà corrisposta una **remunerazione** di presa in carico, modulabile sui bisogni clinico-assistenziali



il GESTORE nello svolgimento delle sue funzioni è supportato dal CENTRO SERVIZI



Il centro servizi supporta il gestore nella gestione:

- delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie previste dal PAI;
- delle prenotazioni per tutto il percorso;
- del contatto telefonico col paziente (per ricordare appuntamenti e accertamenti, fornitura a domicilio di presidi sanitari e sociosanitari ecc.);
- eventuali servizi di Telemedicina;
- personalizzata di interventi specifici richiesti dal paziente;
- dei flussi informativi

ORGANIZZAZIONE CENTRO SERVIZI



AMBITO ORGANIZZATIVO

Deve essere dotato di:

- Personale infermieristico,
- Personale amministrativo
- Personale socio-sanitario

AMBITO TECNOLOGICO

- Offrire supporto tecnologico consentendo la trasmissione dei dati clinici
- Permettere la condivisione di tutte le informazioni relative al percorso e favorire la comunicazione tra utenti
- Utilizzare un applicativo clinico - gestionale interfacciato con il sistema informativo che consenta il corretto tracciamento delle informazioni

QUANTI SONO I GESTORI

ATS	cooperative MMG/PLS	ASST	IRCSS PUBBLICI	ASP	IRCSS PRIVATI	Strutture sanitarie accreditate a contratto	strutture socio sanitarie accreditate e a contratto	Strutture sanitarie e socio sanitarie accreditate e a contratto	Associazioni/reti temporanee di scopo	Strutture non di competenza territoriali	TOTALE
ATS INSUBRIA	6	3	0	0	0	10	11	4	1	8	43
ATS MONTAGNA	3	2	0	0	0	2	2	0	1	0	10
ATS PAVIA	1	1	1	0	3	3	9	1	1	0	20
ATS VAL PADANA	4	3	0	0	1	10	8	2	3	13	44
ATS MILANO	9	9	3	2	9	18	19	6	6	3	84
ATS BRIANZA	6	3	1	1	1	5	9	1	0	0	27
ATS BRESCIA	6	3	0	0	1	5	5	7	1	12	40
ATE BERGAMO	6	3	0	0	0	7	5	3	2	0	26
TOTALE	41	27	5	3	15	60	68	24	15	36	294

DGR- n. X/6551 il co-gestore



MMG singolo co-gestore:

- ✓ assicura per i propri assistiti nel territorio di competenza la **stesura del PAI** per tutte le patologie dei livelli per cui si candida.
- ✓ **collabora con uno o più soggetti Gestori** individuati dal proprio assistito sulla base dell'elenco degli idonei redatto da ATS Milano Città Metropolitana
- ✓ **sottoscrive insieme al Gestore il Patto di Cura** con il paziente
- ✓ può concordare con i Gestori **ulteriori prestazioni** da lui direttamente erogabili, di cui la remunerazione sarà regolata successivamente secondo indicazioni regionali.

Gli erogatori



ENTI PUBBLICI
ASST, IRCSS, ASP

Privati accreditati
Case di cura, soggetti socio
sanitari, centri diagnostici

L'erogatore si impegna ad assicurare tutte le prestazioni richieste dal gestore con il quale definisce degli accordi finalizzati alla presa in carico dei pazienti cronici, rispettando tempi e modalità di erogazione definiti nei PAI dei singoli pazienti

QUANTI SONO GLI EROGATORI

ATS	ASST	IRCSS PUBBLICI	ASP	IRCSS PRIVATI	Strutture sanitarie accreditate a contratto	Strutture sanitarie solo accreditate	Strutture socio sanitarie accreditate e a contratto	Strutture socio sanitarie solo accreditate	Strutture sanitarie socio sanitarie accreditate e a contratto	Strutture non di competenza territoriali	TOTALE
ATS INSUBRIA	3	0	0	0	39	5	75	3	12	36	173
ATS MONTAGNA	2	0	0	0	7	1	41	1	1	0	53
ATS PAVIA	1	1	1	3	10	0	31	0	0	64	111
ATS VAL PADANA	3	0	0	0	17	0	48	1	6	69	144
ATS MILANO	9	3	3	9	58	0	131	0	8	40	261
ATS BRIANZA	3	1	1	1	26	1	53	0	1	ND	87
ATS BRESCIA	3	0	0	2	12	0	64	1	12	80	174
ATE BERGAMO	3	0	0	0	13	1	43	0	9	0	69
TOTALE	27	5	5	15	182	8	486	6	49	289	1072

LA PRESA IN CARICO: le figure professionali



- **Medico referente** (*clinical manager*): è il medico responsabile della presa in carico e della predisposizione ed aggiornamento del PAI
- **Case manager**: è il responsabile del coordinamento gestionale-organizzativo delle attività di presa in carico e **rappresenta la figura di riferimento per il paziente, la sua famiglia ed il caregiver**



ha il compito di assicurare che i programmi di cura specifici e personalizzati, siano concordati, implementati ed aggiornati in maniera flessibile al variare delle condizioni di salute, contribuendo a razionalizzare la numerosità e la varietà degli interventi che risultano generalmente erogati da soggetti diversi

(Coughlin et al. 2006)

2.6 ruolo dell'infermiere e delle professioni sanitarie nella presa in carico dei pazienti cronici

*«Con riferimento a quanto disposto nel Piano Nazionale della Cronicità, che prevede un approccio assistenziale basato sul case management, **la figura infermieristica** può fornire un' interfaccia con il paziente, nell'ambito del percorso assistenziale contribuendo direttamente a risolvere i suoi problemi di accesso alle cure. **L'infermiere fungendo da riferimento stabile del paziente e dei suoi caregiver** fin dal momento della presa in carico anche attraverso il follow up infermieristico, **può divenire in questa fase il punto di raccordo tra il percorso clinico e quello assistenziale al fine di migliorare la presa in carico e la qualità di vita del paziente.***

Le figure professionali sanitarie possono rivestire il ruolo di case manager nell'ambito del percorso assistenziale di presa in carico»

Dgr 6551/2017

Delibera c.d. dell'offerta (DG 6651/2017)

- ✓ Si è data attuazione alla gestione della presa in carico dal lato dell'offerta
- ✓ Ha ribadito i ruoli e responsabilità del processo
- ✓ Rimodulato le tariffe di presa in carico
- ✓ Individuata la nuova piattaforma regionale di integrazione (NPRI) quale strumento a supporto degli attori coinvolti nel processo di gestione della presa in carico che **consenta l'operatività degli utenti direttamente interessati sia interni che esterni al sistema di erogazione delle cure**

MODALITA' DI ACCESSO

1

STRATIFICAZIONE

Da parte di Regione Lombardia della popolazione e INVIO all'ATS

2

CANDIDATURE

da parte di MMG e strutture sanitarie e sociosanitarie

3

VALUTAZIONE

Da parte dell'ATS dei gestori idonei che si sono candidati

4

SELEZIONE

Invio di una comunicazione al paziente cronico da parte dell'ATS dei Gestori selezionati

5

LIBERA SCELTA

Il paziente sceglie il Gestore per la presa in carico all'interno della lista fornita dall'ATS



Regione
Lombardia

quotidianossanità.it

stampa | chiudi

Sabato 13 GENNAIO 2018

Gallera: “Per 3 milioni di malati cronici la riforma è realtà”

Da lunedì l'invio delle lettere con le quali verranno informati i pazienti cronici del nuovo modello di presa in carico. Per l'assessore al Welfare: "C'è voluto del tempo per studiarla e metterla in atto e siamo consapevoli che altrettanto tempo sarà necessario perché venga assimilata, metabolizzata e anche affinata e ulteriormente migliorata".

Saranno inviate da lunedì le lettere della Regione Lombardia che informano i pazienti cronici lombardi circa il nuovo modello di presa in carico a loro rivolto previsto nella riforma regionale della sanità, basato sulla figura di un tutor chiamato "gestore" (un medico o una struttura sanitaria). Lo comunica in una nota l'assessore al Welfare di Regione Lombardia **Giulio Gallera**.

"Come ogni riforma - spiega Gallera - c'è voluto del tempo per studiarla e metterla in atto e siamo consapevoli che altrettanto tempo sarà necessario perché venga assimilata, metabolizzata e anche affinata e ulteriormente migliorata. Da lunedì però sarà realtà per gli oltre 3 milioni di pazienti cronici lombardi".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dgr 7655 del 28/12/2017

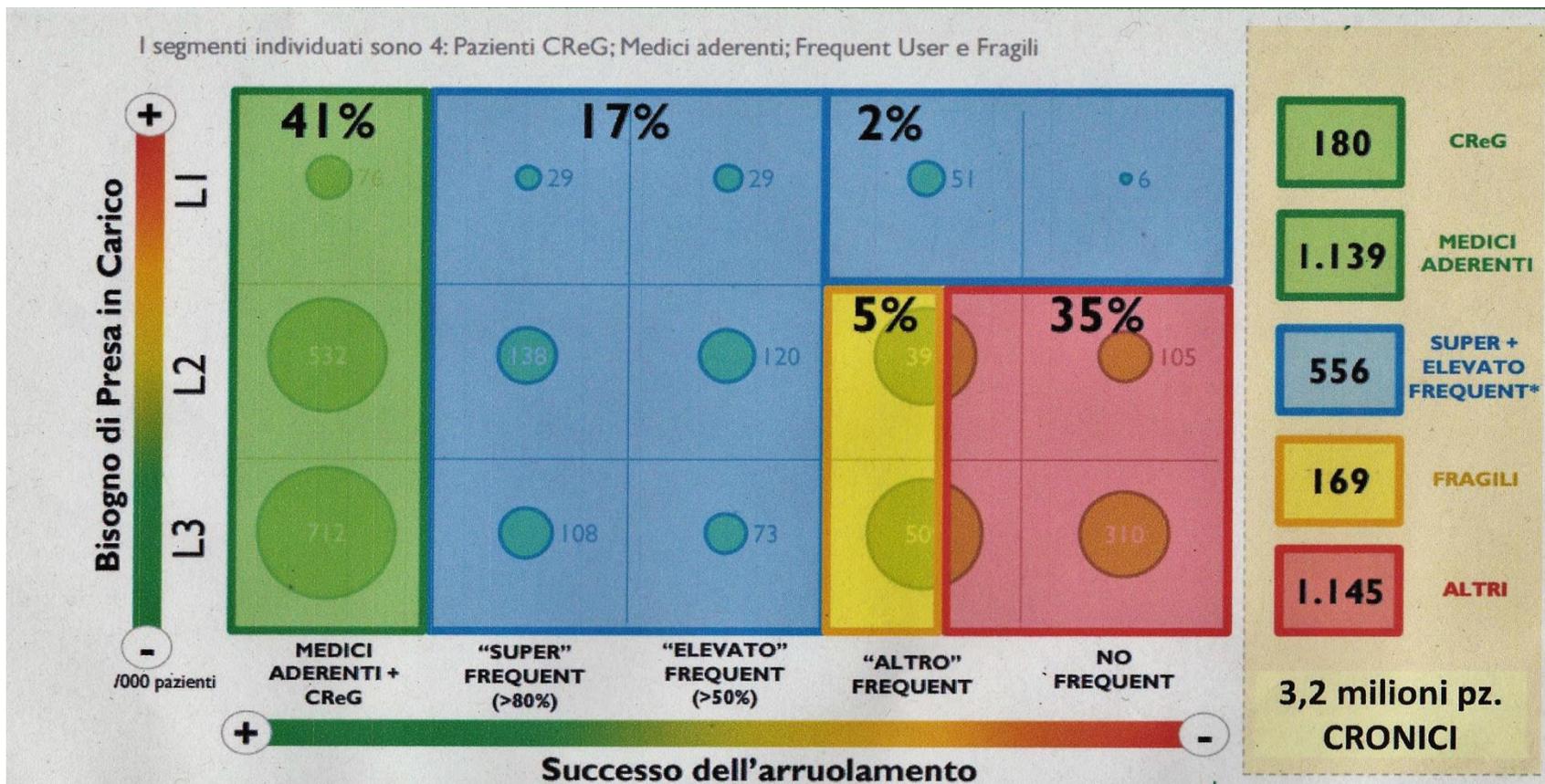
modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della dgr X/6551

- ✓ Arruolamento di soggetti cronici/fragili **dal 15/1/18**
- ✓ Tramite lettera sottoscritta dalle ATS territorialmente competenti ed indirizzata ai pazienti cronici, stratificati per bisogno



- Il contenuto è differente a seconda della tipologia di destinatario classificato in base alla stratificazione della domanda
- L'invio delle lettere è a scaglioni

Proposta avvio del programma: segmentazione dei pazienti



(*) Nota: Sono inclusi anche i pazienti NON Frequent User, ma che presentano livelli di cronicità elevati (L1)

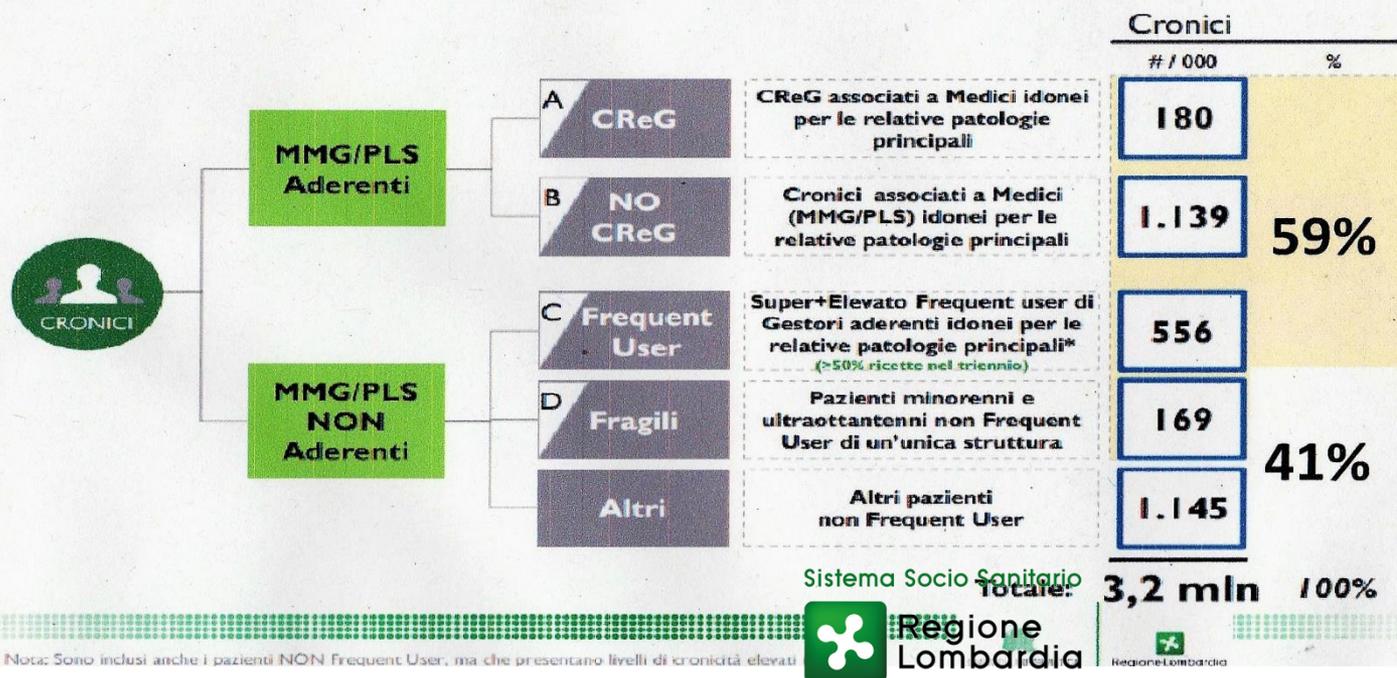
Sistema Socio Sanitario



Passaggio da un concetto di stratificazione per livelli di cronicità ad uno di SEGMENTAZIONE dei pazienti

L'universo dei pazienti cronici

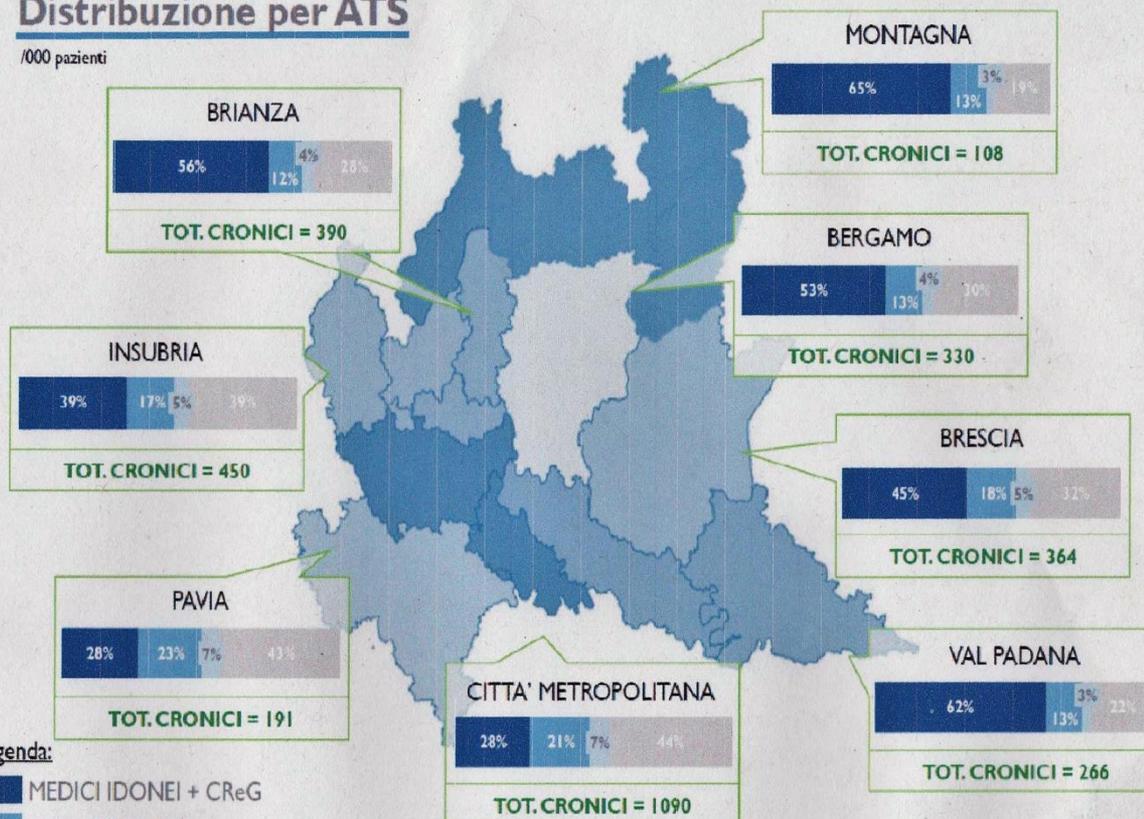
Passaggio da un concetto di "Stratificazione" per livelli di cronicità ad uno di "Segmentazione" dei Pazienti



Avvio del programma: distribuzione per ATS

Distribuzione per ATS

/000 pazienti



Legenda:

- MEDICI IDONEI + CReG
- FREQUENT USER
- FRAGILI
- ALTRI

AVVIO PRESA IN CARICO: l'invio a partire dal 15 gennaio di lettere informative, sottoscritte da ATS, scaglionate nel primo trimestre 2018, secondo le tipologie

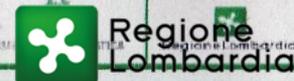
Paziente	livello	Gestore	PRIMI Contatti
Cronico CReG	tutti	MMG	Il MMG contatta il paziente
CRONICO	3	MMG (idonei e Cogestori)	Il paziente contatta il MMG
CRONICO	1,2	MMG -COGESTORI ALTRO GESTORE	Il paziente contatta a sua scelta : <ul style="list-style-type: none"> • MMG • contact-center
CRONICO	1,2,3 Super/Elevato frequent user	MMG o ALTRO "storico"	Il paziente contatta a sua scelta : <ul style="list-style-type: none"> • contact-center • gestori di frequentazione "storica"
CRONICO	Dei quali non è possibile individuare 1 o piu' strutture di riferimento	TUTTI (MMG non aderente)	Il paziente contatta il contact-center

Diversificazione delle comunicazioni: seg. A-B-C

Proposta

Segmenti		Orientamento dei Pazienti				Comunicazioni			
		Indicazione MMG/PLS 	Indicazioni Gestori 	Canale Web 	Centro di Assistenza 	Tipo Lettera	#/1000	SLOT	
A	CReG	L3 / L2 / L1	Medici Aderenti	-	SI	-	1	180	Entro 15/1
B	MEDICI ADERENTI	B1 L3	Medici Aderenti	-	SI	-	2	712	Entro 30/6
		B2 L2 / L1 FREQUENT	Medici Aderenti	Gestore elettivo (+ altri gestori decrescenti per frequenza)	SI	800638638	3	356	Entro 30/6
		B3 L2 / L1 NO FREQUENT	Medici Aderenti	Gestori di prossimità geografica (Georef.)	SI	800638638	4	71	Entro 30/6
C	SUPER + ELEVATO FREQUENT	C1 L3 / L2 / L1 FREQUENT	-	Gestore elettivo (+ altri gestori decrescenti per frequenza)	SI	800638638	5	499	Entro 30/6
		C2 L1 ALTRI	-	Gestori di prossimità geografica (Georef.)	SI	800638638	6	57	Entro 30/6

Sistema Socio Sanitario



➤ **Il MMG aderente al percorso di presa in carico** costituirà l'interlocutore prioritario di riferimento cui rivolgersi per richieste di informazioni relative alla sottoscrizione del Patto di Cura, la definizione del PAI e per l'arruolamento.

➤ **Il Contact-Center Regionale** (mediante canale telefonico, e-mail, servizio web) **dovrà :**

- dare informazioni sulla modalità di accesso al percorso;
- raccogliere la manifestazione di interesse del paziente alla presa in carico presso un determinato gestore;
- l'operatore trasferirà l'informazione al gestore prescelto dal paziente;
- prenotare anche il primo accesso per la definizione del PAI, solo per i gestori che ne hanno formulato richiesta

➤ **il GESTORE prescelto dal paziente dovrà, entro cinque giorni lavorativi,** contattare il paziente e fissare l'appuntamento per la stipula del patto di cura e la redazione del PAI che verrà effettuata non oltre i successivi quarantacinque giorni.

- ✓ Al primo accesso il paziente consegna al gestore la sua tessera sanitaria ed il codice indicato sulla lettera che consentirà al gestore di vedere la sua storia clinica
- ✓ Elemento di garanzia è la corresponsabilizzazione tra gestore e paziente
- ✓ Per la redazione del PAI, il gestore individua il *clinical manager*

In conclusione

Riprogettare o cambiare un'organizzazione sanitaria soprattutto in un'ottica di scarsità di risorse, significa ricercare e trovare un delicato equilibrio tra l'efficienza e l'efficacia del sistema e la sua equità (Baraldi et al. 2015)

- ✓ L'equilibrio si ottiene definendo nuove regole organizzative e delineando le attitudini professionali, le competenze trasversali degli attori che si muovono all'interno del sistema

In conclusione

- ✓ I nuovi ruoli infermieristici, hanno a che fare con la medicina di iniziativa, rappresentano **l'evoluzione di funzioni già svolte dagli infermieri per la salute della collettività**
- ✓ L'infermiere è il professionista che insieme e più di altri, può affiancare la persona dentro il sistema dei servizi per la continuità delle cure, per la sua diffusione, capillarità e capacità di innovarsi che lo rendono uno dei fulcri più importanti per la tenuta del sistema salute

Cure primarie. Negli Stati Uniti sempre più affidate agli infermieri. Costano il 30% in meno dei medici e lavorano altrettanto bene

Lo scenario dell'assistenza sanitaria nella primary care stelle-e-strisce del futuro è già scritto. I medici sono sempre meno, mentre le università sfornano sempre più infermieri con competenze da practitioner. Ed è lo stesso mercato sanitario a richiederli. Sono competenti, piacciono ai pazienti e costano il 30% circa in meno di un medico di famiglia.

Il futuro della *primary care* negli Stati Uniti sarà dominato dagli infermieri con competenze particolari che li avvicinano molto ad un medico di medicina generale, i cosiddetti *nurse practitioner* (NP). Ne sono certi **Thomas Bodenheimer** (Center for Excellence in Primary Care, University of California San Francisco) e **Laurie Bauer** (School of Nursing, UCSF), autori di un articolo della serie [Perspective](#) sul *New England Journal of Medicine*. A questi professionisti della salute se ne affiancheranno altri, i *registered nurse*, che assumeranno il ruolo di veri e propri *manager* della salute per quell'esercito di 150 milioni di cittadini statunitensi affetti da patologie croniche.

Le complessità assistenziali poste da una popolazione sempre più anziana e la gestione delle cronicità impongono un profondo ripensamento delle cure primarie. E non solo oltreoceano ovviamente. Negli Usa i numeri parlano chiaro: ci si sta avviando rapidamente verso una carenza di medici delle cure primarie. Il bilancio è pesantemente negativo perché a fronte di circa 7-500-8.000 *new entry* l'anno nelle schiere di medici dedicati alle cure primarie (inclusi osteopati e laureati stranieri), il numero di medici di famiglia che vanno in pensione ogni anno arriverà a 8.500 nel 2020. E questo in un contesto di demografia sanitaria sempre più critico dal punto di vista assistenziale: popolazione sempre più anziana e aumento del numero di soggetti coperti da assicurazioni sanitarie.

Per contro il numero di *nurse practitioner* (NP) che è andato ad infoltire la forza lavoro è passato dalle 6.600 unità nel 2003 alle 18.000 del 2014 e gli esperti prevedono che il numero dei NP per le cure primarie aumenterà dell'84% tra il 2010 e il 2025. Seguendo questa tendenza, il numero dei medici dedicati alle *primary care* si ridurrà dal 71% del 2010 al 60% del 2025 per poi proseguire con questo trend al ribasso. Per contro, nello stesso intervallo di tempo, il numero dei NP dedicato alle cure primarie passerà dal 19 al 29%, soprattutto nelle comunità rurali.

Insomma, un numero sempre maggiore di pazienti sarà assistito nel contesto delle cure primarie da un *nurse practitioner* piuttosto che da un medico di famiglia, ai quali verranno riservati solo i casi più complessi. E non è un salto nel buio perché sono sempre più numerosi gli studi che 'certificano' come le cure erogate dai *nurse practitioner* e la *patient-satisfaction* siano sovrapponibili a quelle dei medici. Ma con un vantaggio: quello dei costi più contenuti. Gli iscritti a Medicare assistiti da un NP costano il 29% in meno in cure primarie e generano costi per visite ambulatoriali e ricoveri inferiori del 11-18% rispetto a quelli assegnati ad un medico.

E per venire incontro alle inevitabili criticità di questa nuova professione, stanno nascendo in tutti gli USA dei tirocini intensivi per NP della durata di un anno per assistere i neolaureati nella transizione dai banchi di scuola alla pratica clinica.

Ma in ogni caso, affermano gli autori dell'articolo, il rapporto tra medici o NP per le cure primarie e popolazione è destinato a ridursi, visto che solo il 50% dei NP e il 32% dei medici scelgono di dedicarsi alle cure primarie. Di conseguenza bisognerà pensare ad introdurre ulteriori figure sanitarie per la gestione di condizioni croniche e sindromi geriatriche. Figure che negli USA potrebbero essere rappresentate dalle *registered nurse* (RN). Tre i ruoli che le RN saranno chiamati a rivestire nel nuovo panorama dell'assistenza sanitaria: aiutare i soggetti affetti da condizioni croniche a modificare lo stile di vita e definire adeguamenti posologici dei loro trattamenti (ad esempio per ipertensione o diabete), seguendo i protocolli definiti dai loro medici; guidare dei team per la gestione di cure complesse nell'ottica di migliorare le cure e ridurre i costi per i pazienti con varie condizioni comorbili; traghettare la gestione dell'assistenza tra ospedale e territorio.

E intanto già nel 2015 il 43% dei medici statunitensi già si avvaleva di queste infermiere *care manager* per la gestione dei pazienti con cronicità. Quella delle RN è dunque un'altra professione sanitaria in pieno boom, con numeri destinati ad aumentare del 33% tra il 2012 e il 2025. E le università hanno intercettato questa domanda passando da 69.000 RN laureate nel 2001 alle 200.000 del 2014. Gli unici ostacoli restano quello di come quantificare il pagamento di queste prestazioni e dell'introduzione di corsi di formazione *ad hoc* nel curriculum universitario per la gestione della cronicità in contesti non ospedalieri. Ma ci si sta attrezzando rapidamente perché la domanda è pressante.

Anche se il modello per l'assistenza al malato cronico è stato sviluppato negli Stati Uniti e messo in pratica principalmente dai medici, Bodenheimer, un medico, afferma che

*« la letteratura sanitaria e l'esperienza di molti sforzi per migliorare l'assistenza ai paziente cronici, indicano **che sono gli infermieri** e non i medici, le figure chiave per implementare il modello in team di assistenza incentrata sul paziente»*

(Bischoff et al. 2009)

Martedì 17 OTTOBRE 2017

Infermieri. Gallera (Lombardia): “Hanno un ruolo strategico nella presa in carico dei pazienti cronici”

L'assessore al Welfare, intervenuto a un convegno organizzato dal Collegio Ipasvi di Bergamo, ha evidenziato il contributo che gli infermieri possono apportare alla sanità regionale. “Abbiamo già inaugurato in alcune realtà reparti a gestione infermieristica con ottimi risultati. Fondamentale sarà il vostro lavoro all'interno dei Pot, così come in altri ruoli previsti dalla riforma come l'infermiere di famiglia, che dovrà seguire l'aderenza dei pazienti alle cure”.

“Il ruolo dell'infermiere è assolutamente strategico per attuare quel grande cambiamento nella presa in carico dei pazienti cronici lombardi che Regione ha introdotto con la riforma sanitaria. Per questo motivo ho chiesto a voi, che per primi avete accolto e sostenuto la nostra proposta, di entrare a far parte del Tavolo che a breve inizierà a riunirsi proprio per specificare nel dettaglio come si articolerà il vostro lavoro all'interno del nuovo sistema”. Lo ha detto l'assessore al Welfare di Regione Lombardia, **Giulio Gallera**, intervenendo ieri a un convegno organizzato dal Collegio Ipasvi della provincia di Bergamo.

“**Stiamo viaggiando su una strada che dobbiamo realizzare insieme** - ha affermato l'assessore - . Voi avete la competenza necessaria per fare in modo che il risultato sia eccellente e ci consenta di vincere la grande sfida che abbiamo ingaggiato solo e unicamente per rispondere ai bisogni dei nostri pazienti più fragili che oggi sono abbandonati a se stessi, una volta dimessi dagli ospedali”.

“**Abbiamo già inaugurato in alcune realtà reparti a gestione infermieristica** - ha proseguito- con ottimi risultati. Fondamentale sarà il vostro lavoro all'interno dei Pot, così come in altri ruoli previsti dalla riforma come l'infermiere di famiglia che dovrà seguire l'aderenza dei pazienti alle cure.

“**Ogni cambiamento - ha concluso il titolare regionale della Sanità - provoca diffidenza**, ma Regione Lombardia va avanti perché sicura che questa riforma sia l'unico modo per preservare il sistema di cure universalistico, di valorizzare professionalità come le vostre, di continuare a investire in innovazione, ma soprattutto migliorare la vita ai nostri malati. Che sono certo sia anche l'obiettivo per il quale voi avete scelto questo lavoro, che è una vera e propria missione”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'approccio multidisciplinare e multi professionale caratteristico della sanità di iniziativa punta al miglioramento dell'assistenza ai malati cronici attraverso collegamenti efficaci tra i diversi sistemi di cure



Nel modello Lombardo viene pianificata e garantita, per essere compiutamente esercitata,

la continuità assistenziale intesa come

l'attivazione di specifici percorsi di cura attraverso l'adozione di opportuni strumenti in grado di raccordare i diversi ambienti assistenziali:

ossia l'utilizzo della VMD e la conseguente adozione di PAI

con la finalità di restituire alla persona le migliori condizioni di qualità di vita ottenibili anche facendo ricorso all'infermieristica di comunità

*Non è perché le cose sono difficili
che non osiamo farle,
è perché
non osiamo farle che diventano difficili“*

Seneca