



Mirano (VE)
Teatro Belvedere - Via Belvedere, 6
venerdì 6 ottobre 2017

Convegno: «Long Term Care: strategie ed esperienze d'integrazione sociosanitaria. Tra domiciliarità e residenza, con uno sguardo al futuro»

Le cure per i non autosufficienti nella riforma sociosanitaria lombarda. Il case-management per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili

Fabrizio Giunco

REGIONE LOMBARDIA - CONTESTO



- 23.863 Km², 10.000.000 ab.
- 140.000 operatori sanitari
- 8.100 MMG e PLS
- 2.500 farmacie
- 220 presidi ospedalieri, 18 IRCCS
- 2.322 strutture sociosanitarie (682 RSA, 91 RSD)
- 6 Università
- 600 strutture ambul. Priv.
- 3,7 pl x 1.000 ab.
- 58.000 pl in RSA
- 5 aree sperimentazione CReG (200.000 pazienti arruolati)
- 18,5 Mln € budget 2017
- 1,6 Mln ricoveri
- 160 Mln prestazioni ambul.
- 60 Mln ricette farmac.



Regione
Lombardia

Regione Lombardia 2017 (euro/anno)

- Budget sanitario: 18,3 mld
- Fondo sociosanitario: 1,7 mld
- Fondo sociale: 54 mln
- Sostegno vulnerabilità, reddito di autonomia: 31,5 mln
- Bisogno abitativo: 25 mln
- Conciliazione famiglia-lavoro: 3,5 mln

L'OFFERTA SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Offerta sociosanitaria

Offerta sociale

	Anziani	Disabili	Minori	Persone con dipendenze	Malati terminali
Residenziale	648 RSA: 57.608 posti Post acuto: 38 progetti con 619 posti in sperimentazione 27 Alloggio protetto anziani: 470 posti	84 RSD: 3.805 posti 154 Alloggi per l'autonomia: 523 posti 201 Com. alloggio: 1.739 posti	452 Comunità educative e familiari: 3.593 posti	136 Comunità: 2.595 posti	32 Hospice: 347 posti
Semi residenziale	275 CDI: 6.178 posti 74 Centri diurni per anziani: 4.616 posti	156 CSS: 1.440 posti 250 CDD: 6.342 posti 178 CSE: 3.477 posti 92 SFA: 2.168 posti	2.510 Servizi per l'infanzia (nidi, micronidi, etc.): 63.454 posti 1.567 Servizi per i minori (CAG, etc): 151.426 posti		
Riabilitaz.	81 Strutture Riabilitazione sociosanitaria: 2.814 posti degenza piena, 139 posti DH, 1.236 posti diurno continuo, 1,3 milioni di trattamenti ambulatoriali, 230.000 trattamenti domiciliari				
Servizi Domiciliari Ambulatoriali	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) : 96.178 utenti SAD: 22.068 utenti			10 SMI 2.500 utenti e 62 SERT 27.719 utenti	
		SADH: 4.353 utenti	ADM: 5.809 utenti		



Regione Lombardia



IL NUOVO WELFARE LOMBARDO

I SOGGETTI DEL SSL

- **La Regione** - assessorato unico al Welfare
- **Le Agenzie di Tutela della Salute (ATS)**
- **Le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST)**
- **L'Agenzia di Controllo**
- **L'Agenzia per la Promozione del SSL**



Sanità, la nuova mappa

ATS INSUBRIA

- **Asst dei Sette Laghi**
(Varese, Arcisate, Luino e Sesto Calende)
- **Asst della Valle Olona**
(Busto Arsizio, Gallarate, Somma Lombardo, Tradate, Saronno)
- **Asst Como**
(Tranne l'Alto Lago)



I VERTICI

ASSESSORATO
UNICO
AL WELFARE

chi controlla

AGENZIA
DI CONTROLLO

chi programma

AGENZIA
TUTELA
SALUTE (ATS)



Le Ats prendono il posto delle Asl. Avranno funzioni di gestione, programmazione e controllo. Spetteranno a loro l'accreditamento delle strutture, la negoziazione e l'acquisto delle prestazioni sanitarie.

Le Asst prendono il posto delle aziende ospedaliere. Erogano le prestazioni sanitarie sia in ospedale che sul territorio. Saranno quindi suddivise in due strutture distinte ma con un direttore unico.

CHI CURA

AZIENDE
SOCIO-
SANITARIE
(ASST)

SETTORE
OSPEDALIERO

SETTORE
TERRITORIALE



I CONTENUTI DELLA RIFORMA

2. SPOSTAMENTO DELL'ASSE DI CURA DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

AO

Mantenute le AO con un numero di posti letto accreditati uguale o superiore a 1000



ASST

Concentrazione in un solo soggetto (ASST) delle funzioni di erogazione ospedaliera e territoriale che oggi sono divise fra AO e ASL

SETTORE TERRITORIALE

- **POT** (Presidi Ospedalieri Territoriali), per prestazioni sanitarie di ricovero ospedaliero a media e bassa intensità per acuti e cronici e prestazioni sociosanitarie e ambulatoriali

- **PreSST** (Presidi Socio Sanitari Territoriali), per prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari

SETTORE OSPEDALIERO

Almeno un Polo Ospedaliero, per le attività sanitarie ospedaliere e specialistiche

Alcune annotazioni

- Nella legge 23 e nei suoi atti seguenti, i servizi e le unità d'offerta socio-sanitari non sono citati
- Il sistema sociale esce sostanzialmente indebolito e appare subordinato a quello sanitario
- Il sistema è a forte trazione pubblica. ATS e ASST governano e regolano il sistema di erogazione
- Gli Enti privati e non profit sono assenti dai nuovi tavoli tecnici di progettazione e sviluppo delle riforme e misure
- Da attori del sistema a erogatori da coordinare e governare, chiamati a applicare quanto progettato da altri

DAL GOVERNO DELL'OFFERTA AL GOVERNO DELLA DOMANDA



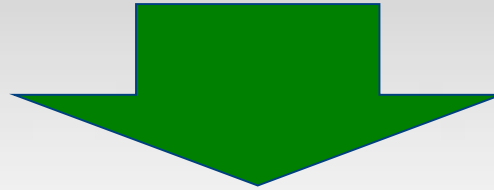
- Sviluppo di un nuovo modello di *governance* che intende superare l'attuale frammentazione dei servizi per realizzare un'effettiva integrazione del percorso del paziente
- L'obiettivo è creare una risposta assistenziale che non deve essere centrata solo sulla malattia ma programmata anche in funzione della domanda di salute, diversificata per tipologie specifiche di pazienti e personalizzata in base ai bisogni individuali e al contesto familiare e sociale
- Le procedure già acquisite di accreditamento istituzionale saranno integrate con modalità aggiuntive di regolamentazione finalizzate anche ad **accreditare i percorsi di cura**



Regione
Lombardia

Contenitore di contenitori

- *Risposte separate, centrate sull'offerta*
- *Governo orientato al controllo degli accessi, esercitato sui confini*
- *Budget autonomi e indipendenti*
- *Presenza in carico per apposizione o sovrapposizione*
- *Processo di cura come sommatoria di prese in carico*



Sistema integrato multiservizi

- *Risposte flessibili, collegate, proporzionate, sussidiarie*
- *Governo orientato verso la domanda, esercitato sul percorso*
- *Case management della variabilità delle persone, delle necessità, dei luoghi e dei percorsi*
- *Budget flessibili, comunicanti*
- *Presenza in carico unica del percorso di cura*

STRATIFICAZIONE DELLA DOMANDA

N.
Soggetti
potenziali

150.000

1.300.000

1.900.000

3.000.000

3.500.000

Tipologia Pazienti	Domanda	Bisogni
Fragilità clinica (quattro o più patologie)	Prevalentemente di tipo Ospedaliero e/o Residenziale	Integrazione Ospedale, Socio San (RSA, ADI, RIA,...)
Cronicità polipatologica (2-3 patologie)	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)
Cronicità in fase iniziale (1 patologia)	Richiesta medio bassa di accessi ambulatoriali integrati	Percorsi ambulatoriali riservati/di favore. Controllo e promozione dell'aderenza terapeutica
Soggetti non cronici	Prime visite/accessi ambulatoriali veri	Accesso a tutte le agende ambulatoriali disponibili sul territorio
Non utilizzatori	Potenziali utenti	

N.B. Non sono in questa prima fase inclusi nel modello di presa in carico le attività di tipo sociosanitario: residenziale persistente (es: RSA, RSD, comunità per tossicodipendenti, ...).



Regione
Lombardia

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

IL RUOLO DEL GESTORE



Il gestore dovrà assicurare direttamente o, a livello di rete le seguenti funzioni:

1. Valutazione multidimensionale del bisogno (VDM)
2. Case management
3. Definizione del PAI e gestione clinica/ medico referente

Il soggetto gestore deve assicurare tutte le fasi della presa in carico e le prestazioni in proprio oppure mediante **l'avvalimento** di soggetti terzi che possono essere:

- Erogatori (case di cura, unità d'offerta sociosanitaria) già contrattualizzati, il valorizzato delle prestazioni rese a favore delle persone prese in carico concorre al budget già negoziato
- Strutture accreditate ma non a contratto: in tal caso l'ATS le contrattualizza per l'erogazione delle sole prestazioni di cui il gestore si avvale; i pagamenti per le prestazioni sono effettuati sempre e solo dall'ATS
- Medici di medicina generale

Il modello organizzativo della DGR - n. X/6551: Il Gestore della presa in carico proattiva

*Garantisce il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura ed è **RESPONSABILE DEL PAI e DELLA PRESA IN CARICO**.*

E' un soggetto erogatore di prestazioni sanitarie o sociosanitarie accreditato e a contratto con il SSL oppure un soggetto del sistema delle cure primarie. L'idoneità è valutata dall'ATS sulla base di criteri esplicitati nella manifestazione di interesse.

Svolge le seguenti funzioni

- *Sottoscrizione del PATTO DI CURA con il paziente*
- *Valutazione Multidimensionale del bisogno*
- *Definizione del piano di assistenza individuale (PAI)*
- *Presa in carico proattiva (prenotazione delle prestazioni, monitoraggio dell'aderenza al PAI, monitoraggio clinico e rivalutazione)*
- *Erogazione delle prestazioni necessarie direttamente o tramite partner*
- *Coordinamento e attivazione dei nodi della rete erogativa*
- *Implementazione di servizi innovativi quali la TELEMEDICINA*

Dà indicazioni per l'accesso alle altre prestazioni necessarie (*ausili e presidi–invalidità civile–servizi sociali dei Comuni*)

Condivide le informazioni cliniche con i professionisti che compongono la rete assistenziale ed è dotato di un sistema informativo interoperabile e accessibile dalla ATS

INSIEME DI FUNZIONI DEL GESTORE: IL CENTRO SERVIZI

Il Gestore deve garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- l'accesso rapido alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie previste dal PAI
- Il contatto telefonico con il paziente (per ricordare appuntamenti e accertamenti, fornitura a domicilio di presidi sanitari e sociosanitari ecc.)
- eventuali servizi di Telemedicina
- la 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



TARIFFA E RISORSE DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA PRESA IN CARICO

- Il **PAI** ed il patto di cura sono atti sanitari e le risorse destinate alla presa in carico hanno natura socio-sanitaria
- Il «**set di riferimento**» è l'insieme delle attività che contribuiscono a individuare la **tariffa** e sono altamente correlate alla patologia cronica
- La quota fissa della **tariffa** è
 - > pari a 35 euro per i pazienti monopatologici (livello verde)
 - > pari a 40 euro per i pazienti pluripatologici con 2/3 patologie (livello giallo)
 - > pari a 45 euro per i pazienti con più di quattro patologie (livello rosso)



Regione
Lombardia

ESEMPI TARIFFE AL NETTO DEL 8%

PATOLOGIA	NOME	POTENZIALI UTENTI SU TUTTI I PRIMI 3 LIVELLI	AMB LIVELLO 3 VALORI ESPRESSI IN €	AMB LIVELLO 2 VALORI ESPRESSI IN €	AMB LIVELLO 1 VALORI ESPRESSI IN €	FARMA LIVELLO 3 VALORI ESPRESSI IN €	FARMA LIVELLO 2 VALORI ESPRESSI IN €	FARMA LIVELLO 1 VALORI ESPRESSI IN €	RICOVERO LIVELLO 1 VALORI ESPRESSI IN €	moltiplicatore procapite ricovero * VALORI ESPRESSI IN €
20	SCOMPENSO CARDIACO	153.331	450	587	740	593	992	1.420	9.132	0,53448
29	CARDIOPATIA ISCHEMICA	158.182	362	502	721	587	853	1.232	7.485	0,29655
30	MIOCARDIOPATIA ARITMICA	128.104	461	615	821	431	708	1.133	6.177	0,29077
39	BPCO	120.345	304	462	741	364	753	1.105	5.107	0,17006
48	IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	234.071	265	371	679	244	448	675	4.202	0,1087
50	DIABETE MELLITO TIPO 2	262.352	320	392	754	281	582	888	4.706	0,11676
56	IPERTENSIONE ARTERIOSA	834.748	277	471	740	228	349	703	2.931	0,12105

* IL MOLTIPLICATORE PROCAPITE DEL RICOVERO E' IL COEFFICIENTE DA APPLICARE ALLA TARIFFA DEL RICOVERO PER ATTRIBUIRLA AD OGNI SINGOLO SOGGETTO (RAPPRESENTA LA PROBABILITA' CHE LA TARIFFA COMPLETA HA DI ESSERE CONSUMATA DAL SINGOLO SOGGETTO)

Progetto, piano, protocollo

- Il **percorso reale** vs il **percorso atteso/ottimale**
- **Cosa seguire e perché?** La diagnosi, il problema, lo stato/condizione o la storia di vita/malattia/bisogno della persona
- **PDTAR**: protocollo diagnostico, terapeutico, assistenziale, riabilitativo
- **PAI/PEI/PRI**: Piano di assistenza/educazione/riabilitazione individuale
- **PI**: progetto individuale

Punti di incertezza

- Il PDTAR o i PDTAR?
- Il PAI o i PAI?
- PDTAR/PAI orizzontali vs PDTAR/PAI verticali e per diagnosi/bisogno/funzionalità
- Progettazione della presa in carico o pianificazione delle cure e degli interventi?
- Interazione e integrazione fra modelli di governo orizzontali e verticali
- Gestire la transizione fra prevalenza clinica e prevalenza della presa in carico delle autonomie e delle scelte esistenziali (*transitional care* o *intermediate care*)

SPECIAL ARTICLES

The End of the Disease Era

Mary E. Tinetti, MD, Terri Fried, MD

The American Journal of Medicine 2004; 116:179-185

MARY TINETTI: La fine dell' epoca della malattia, 2004

L'approccio tradizionale della medicina occidentale degli ultimi seicento anni, basato sulla diagnosi e sulla cura della singola malattia è oggi del tutto anacronistico se non addirittura dannoso.

Esso, infatti, non tiene conto della comorbidità, dell' influenza dei fattori psicologici, culturali ed ambientali dello stato di salute; così come del fatto che i pazienti, soprattutto se anziani, possono avere priorità differenti rispetto agli obiettivi storicamente perseguiti dal medico, privilegiando la qualità della vita alla sua durata.

EXPANDED CHRONIC CARE MODEL

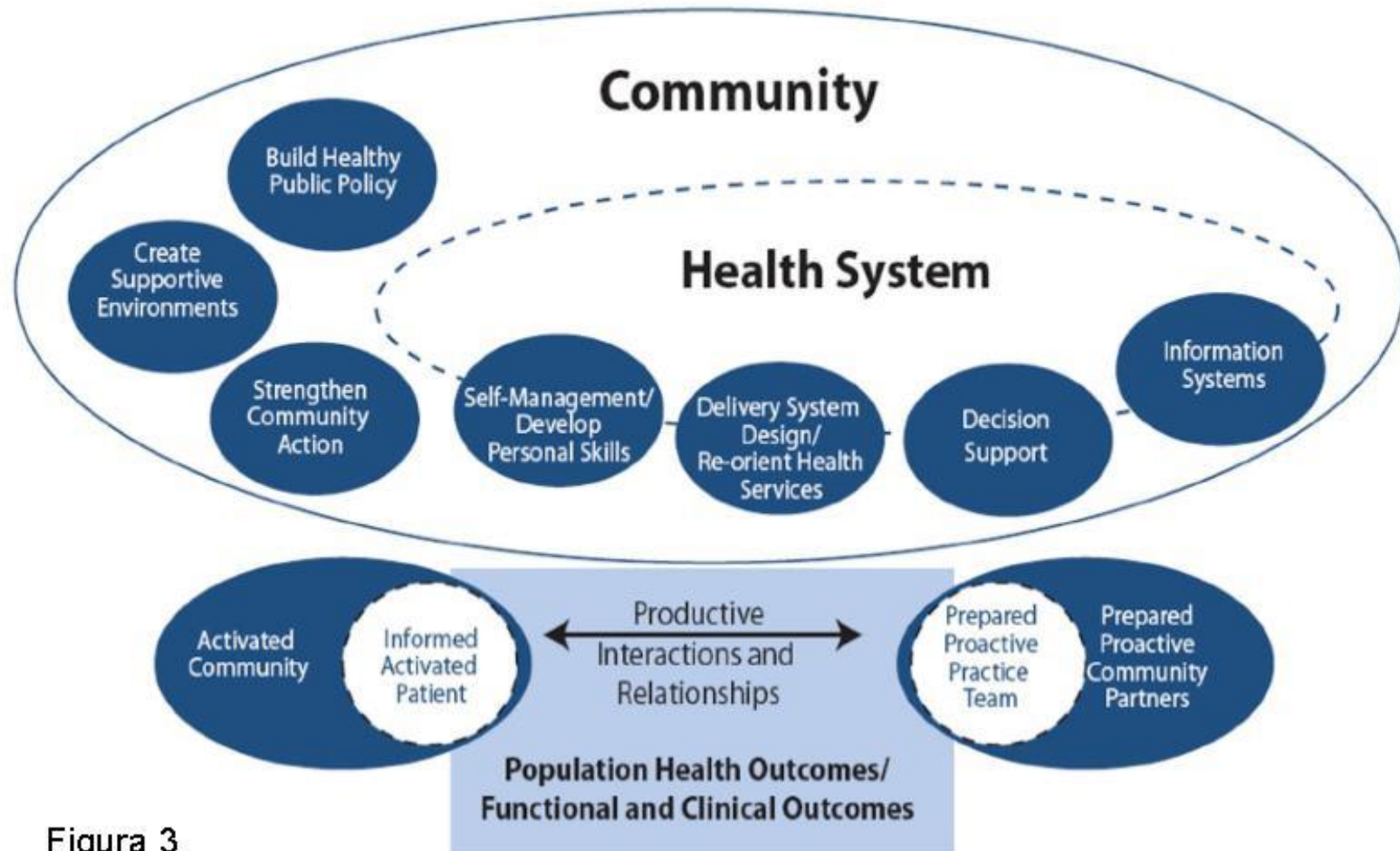
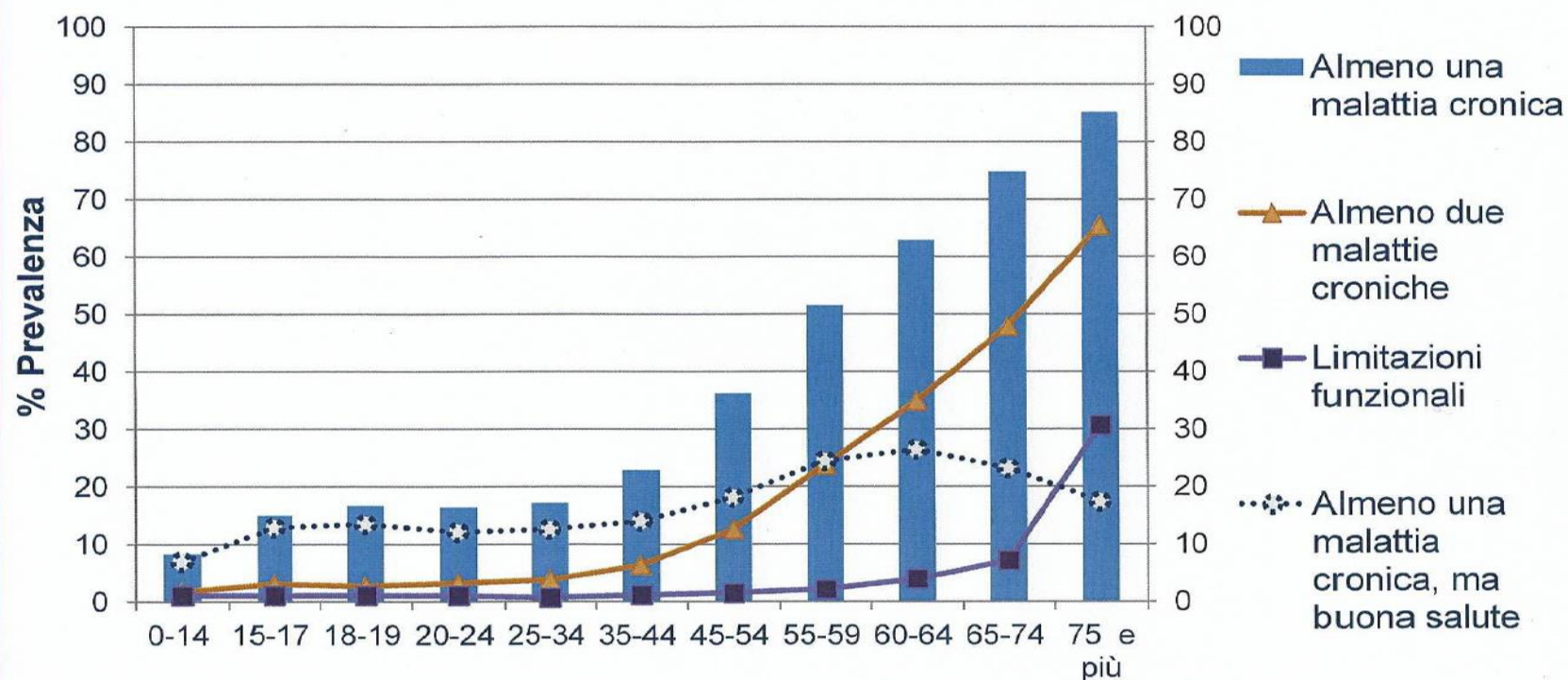


Figura 3

Trend demografici, epidemiologici, sociali

Prevalenza della cronicità e delle limitazioni funzionali per classi di età, % (2015)



38,3 % della popolazione che dichiara almeno una malattia cronica (incluse allergie e artriti)

5,5 % della popolazione sopra i 6 anni che dichiara una limitazione funzionale

Fonte: Elaborazioni OASI su dati ISTAT 2016. I dati sulle limitazioni funzionali sono da riferire all'anno 2013.
N.B. auto-dichiarazioni su 100 intervistati

Alcune parole chiave:

- **Malattia/malattie:** comorbidità e multimorbidità, stabilità/instabilità, relazioni con fragilità, vulnerabilità e funzionalità.
- **Funzionalità globale e cognitiva:** (autonomia/dipendenza, AADL, IADL, AIADL, BADL, FAST, CDR). La disabilità progressiva in età geriatrica
- **Fragilità:** rischi e attività orientate verso sottogruppi; con o senza disabilità
- **Vulnerabilità sociale**

Sottogruppi di popolazione meritevoli di attenzione (Lombardia, stime al 2021)

- 260.000 ultra70enni con disabilità dichiarata (Istat). 400.000 entro il 2051
- 350-530.000 ultra70enni con disabilità misurata (Gill TM, 2010)
- 700.000 ultra70enni con limitazioni nelle IADL (Micheli GA, 2004)
- 325.000 ultra65enni fragili (tre fattori di rischio) e 1.1 milioni pre-fragili (uno o due fattori di rischio) (Santos-Eggimann, SHARE, 2009)(470.000 e 1.6 mln al 2051)
- 232.000 ultra65enni fragili con disabilità (Santos-Eggimann, SHARE, 2009)
- 140.000 anziani con fragilità elevata e medio-elevata in assenza di reti di sostegno (Guaita, IReR, 2000)



SHORT REPORTS

The risk of adverse outcomes in hospitalized older patients in relation to a frailty index based on a comprehensive geriatric assessment

STEPHEN J. EVANS¹, MARGARET SAYERS¹, ARNOLD MITNITSKI^{2,3}, KENNETH ROCKWOOD³

¹Catholic Health System, Catholic Health System of Western New York, Buffalo, NY, USA

²Mathematics and Statistics, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada

³Medicine, Dalhousie University, Suite 1421-5955 Veterans' Memorial Lane, Halifax, Canada B3H 2E1

Address correspondence to: Kenneth Rockwood. Tel: 1-902-473-8687; Fax: 1-902-473-1050. Email: kenneth.rockwood@dal.ca

Abstract

Background: prognostication for frail older adults is complex, especially when they become seriously ill.

Objectives: to test the measurement properties, especially the predictive validity, of a frailty index based on a comprehensive geriatric assessment (FI-CGA) in an acute care setting in relation to the risk of death, length of stay and discharge destination.

Design and setting: prospective cohort study. Inpatient medical units in a teaching, acute care hospital.

Subjects: individuals on inpatient medical units in a hospital, $n = 752$, aged 75+ years, were evaluated on their first hospital day; to test reliability, a subsample ($n = 231$) was seen again on Day 3.

Measurements: all frailty data collected routinely as part of a CGA were used to create the FI-CGA. Mortality data were reviewed from hospital records, claims data, Social Security Death Index and interviews with Discharge Managers.

Results: thirty-day mortality was 93 (12.4%; 95% confidence interval (CI) = 10–15%) of whom 52 died in hospital. The risk of dying increased with each 0.01 increment in the FI-CGA: hazard ratio (HR) = 1.05, (95% CI = 1.04–1.07). People who were discharged home had the lowest admitting mean FI-CGA = 0.38 ($\pm$ standard deviation 0.11) compared with those who died, FI-CGA = 0.51 ($\pm$ 0.12) or were discharged to nursing home, FI-CGA = 0.49 ($\pm$ 0.11). Likewise, increasing FI-CGA values on admission were significantly associated with a longer length of hospital stay.

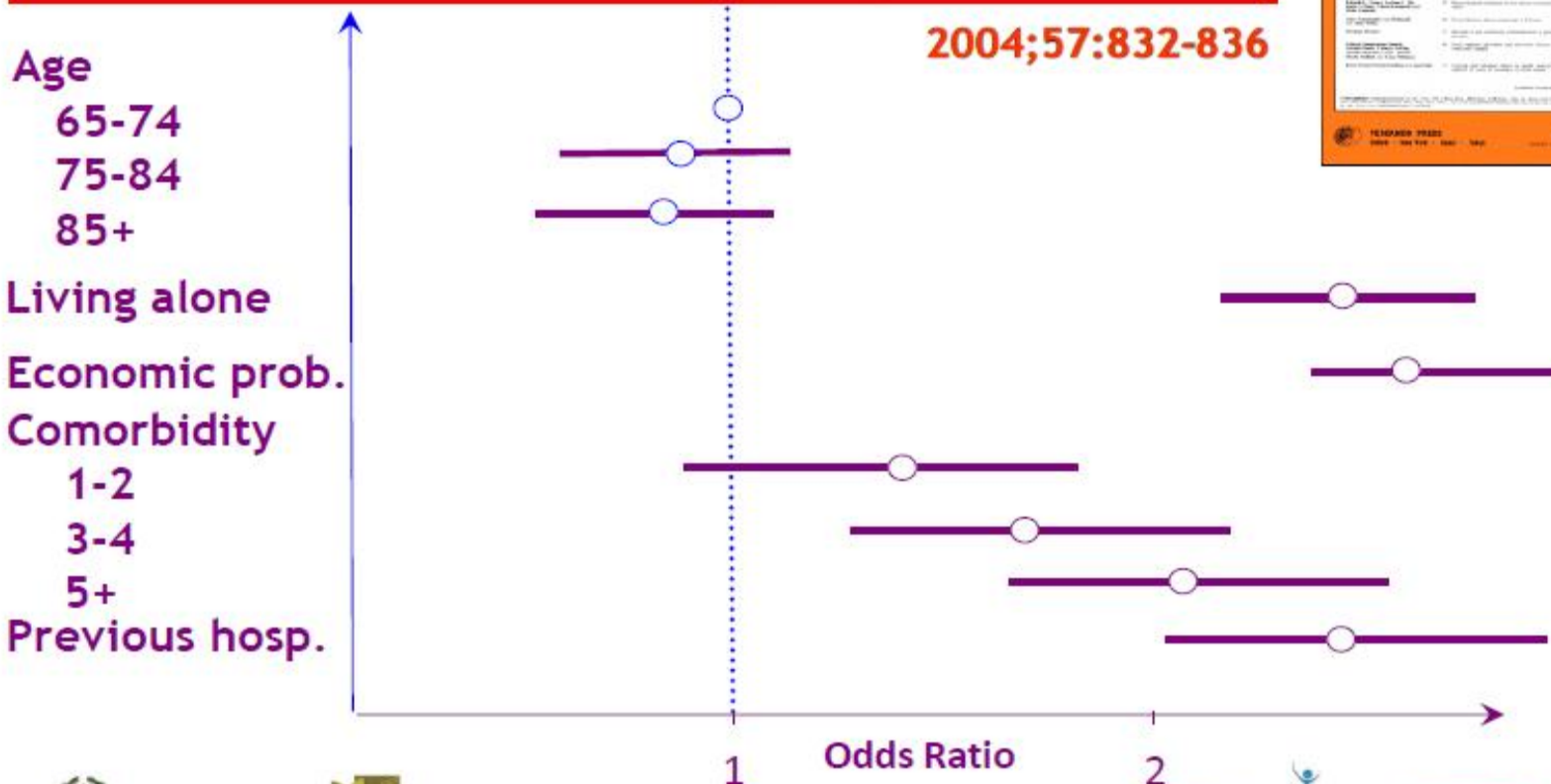
Conclusions: frailty, measured by the FI-CGA, was independently associated with a higher risk of death and other adverse outcomes in older people admitted to an acute care hospital.



LTC = Transizione Ospedale Territorio

Comorbidity and social factors predicted hospitalization
in frail elderly patients

Francesco Landi^{a,*}, Graziano Onder^{a,b}, Matteo Cesari^{a,b}, Christian Barillaro^a,
Fabrizia Lattanzio^c, Pier Ugo Carbonin^a, Roberto Bernabei^a, on behalf of the
SILVERNET-HC Study Group¹



REGIONE MARCHE

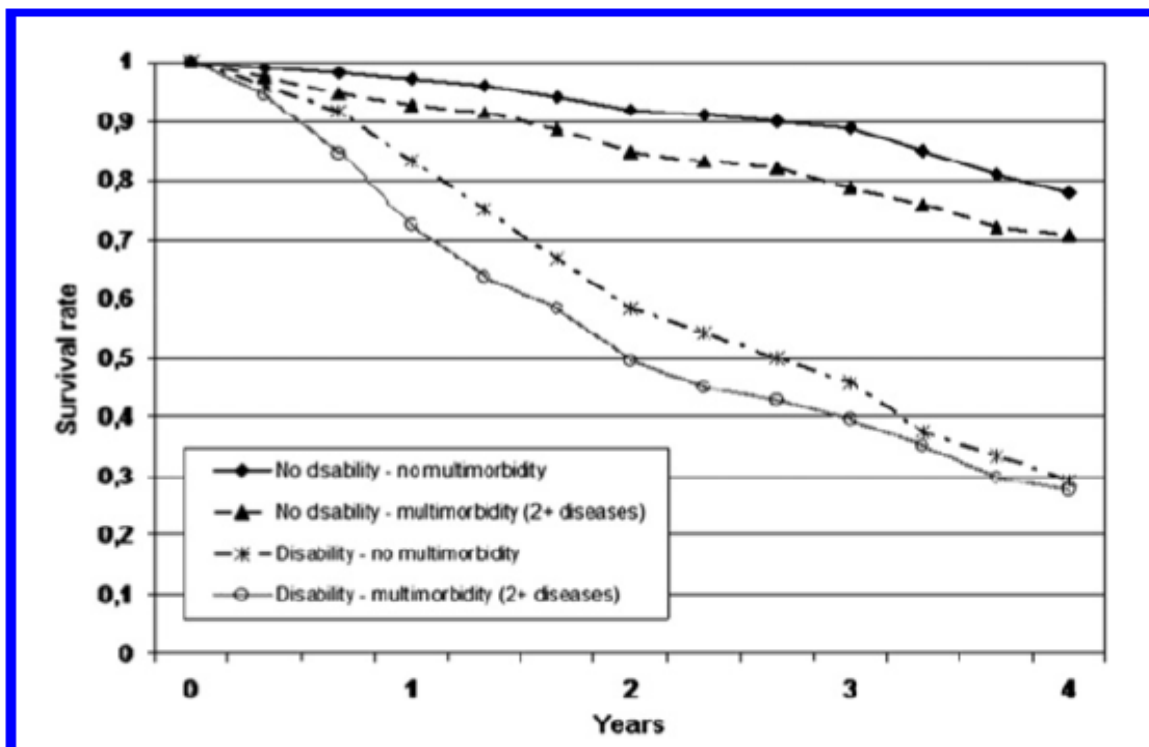




LTC = Transizione Ospedale Territorio

Disability, more than multimorbidity, was predictive of mortality among older persons aged 80 years and older

Francesco Landi^{a,*}, Rosa Liperoti^a, Andrea Russo^a, Ettore Capoluongo^b, Christian Barillaro^a, Marco Pahor^c, Roberto Bernabei^a, Graziano Onder^a



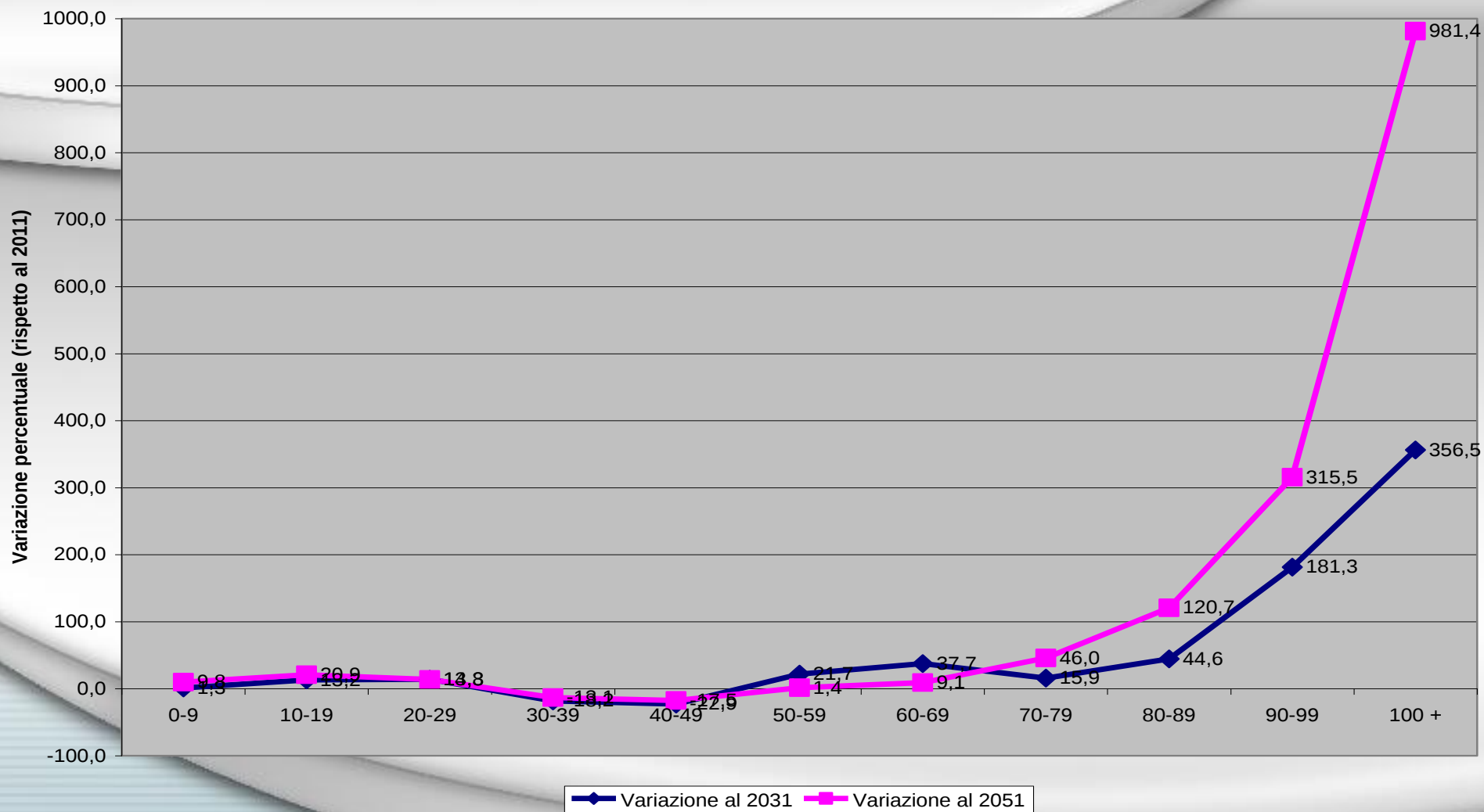
2010;63:752-759



REGIONE
MARCHE



Lombardia. Variazione percentuale classi di età 70+, intervallo 2011-2051





Ministero della Salute

REVISIONE OCSE SULLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA
15 gennaio 2015

SINTESI DATI

L'OCSE – Divisione Salute ha terminato la stesura della "Revisione sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia" condotta con la collaborazione di AGENAS e della DG della Programmazione Sanitaria di questo Ministero (DD 20/12/2012), nell'ambito del progetto CCM 2012, finanziato da questo Ministero.

La revisione è stata condotta attraverso una serie di interviste programmate a referenti del Sistema Sanitario Nazionale (Ministro della salute e Dirigenti/referenti del Ministero della salute, Agenzie, Regioni, Esperti accademici) e sulla base degli indicatori che l'OCSE raccoglie ed elabora periodicamente dai Paesi membri.

La bozza del testo è stata revisionata dal Panel Nazionale di Esperti individuato tra i Dirigenti delle Direzioni Generali della Programmazione Sanitaria, della Prevenzione, delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane, dei Rapporti Internazionali e in AGENAS.

I risultati sono stati presentati all'Italia il 15 gennaio 2015 dai ricercatori OCSE Stefano Scarpetta, Direttore del Directorate of Employment, Labour and Social Affairs (DELSA), che ha anche illustrato le iniziative OCSE a supporto dello sviluppo e dell'ottimizzazione delle risorse e da Francesca Colombo, Responsabile della Health Division del DELSA

Di seguito si riporta una sintesi dei principali aspetti positivi e delle criticità sottolineate nella revisione e le raccomandazioni per migliorare la qualità dell'assistenza nel nostro Paese.

La monografia in 4 capitoli esamina la qualità dell'assistenza sanitaria in Italia a partire da una panoramica delle politiche e delle pratiche per la qualità delle cure (capitolo 1), per poi concentrarsi, nei capitoli successivi, su tre aree particolarmente rilevanti per il sistema sanitario italiano: il ruolo delle cure primarie (capitolo 2), il miglioramento della formazione del personale sanitario (capitolo 3), il miglioramento dei sistemi di monitoraggio e della qualità dell'assistenza in un sistema regionalizzato (capitolo 4). La monografia fotografa la qualità dell'assistenza fornita, evidenziando le buone pratiche e proponendo una serie di valutazioni e raccomandazioni mirate a favorire un ulteriore miglioramento della qualità delle cure.

Secondo l'OCSE, l'Italia si trova ad affrontare due sfide principali:

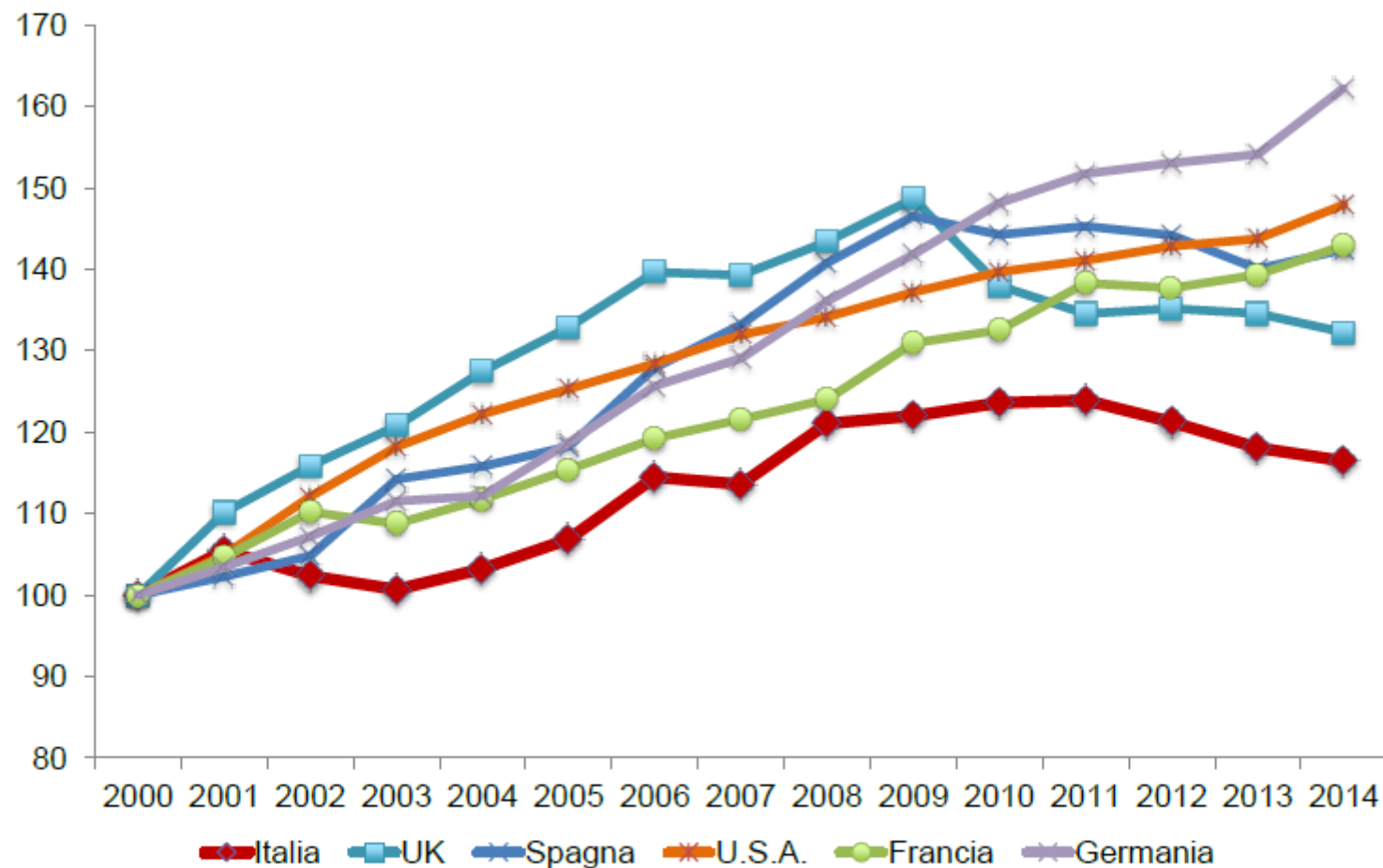
la prima è garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa in campo sanitario non vadano a intaccare la qualità quale principio fondamentale di governance.

la seconda è quella di sostenere le Regioni e Province Autonome (R&PA) che hanno una infrastruttura più debole, affinché possano erogare servizi di qualità pari alle regioni con le performance

*«Lo studio, presentato oggi a Roma alla presenza del Ministro **Beatrice Lorenzin**, mette subito in evidenza quelli che sono gli aspetti positivi del Ssn individuati nel documento. Emergono in primis gli indicatori di esito, qualità ed efficienza che risultano uniformemente notevoli. L'aspettativa di vita, 82.3 anni, è la quinta più alta tra i Paesi Ocse. I tassi di ricovero per asma, malattie polmonari croniche e diabete (indicatori di qualità delle cure primarie) sono tra i migliori e quelli di mortalità a seguito di ictus o infarto (indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera) sono ben al di sotto della media. **L'assistenza è buona ed è erogata ad un prezzo contenuto, pari a 3.027 dollari pro capite. L'Italia spende, infatti, molto meno dei Paesi limitrofi quali Austria (4.593), Francia (4.121) e Germania (4.650). Il sistema delle cure primarie ha tradizionalmente fornito un'assistenza primaria di alta qualità, i livelli di soddisfazione del paziente sono anch'essi alti. L'Italia ha compiuto, sottolinea lo studio, un passo importante verso il maggiore coordinamento e l'integrazione dell'assistenza con la Legge Balduzzi (n.189/2012), che incoraggia la creazione di reti di assistenza territoriale. E il personale sanitario offre, nel complesso, un'assistenza di alta qualità»***

*«L'Italia deve, infatti, confrontarsi con un crescente invecchiamento della popolazione ed un aumentato carico delle patologie croniche, che probabilmente si tradurranno in aumentati costi dell'assistenza ed ulteriore pressione sul settore delle cure primarie. **Tuttavia il progresso verso un modello di sistema sanitario in cui la prevenzione e la gestione di tali patologie siano in primo piano è piuttosto lento e i servizi per l'assistenza di comunità, a lungo termine e di prevenzione sono poco sviluppati rispetto agli altri Paesi Ocse. A testimonianza di ciò il fatto che l'Italia spende meno di un decimo di quanto spendono Olanda e Germania per la prevenzione e che presenta la più bassa percentuale di operatori per l'assistenza a lungo termine osservabile nei Paesi dell'Ocse, in rapporto alla popolazione con 65 anni di età e oltre»***

Spesa sanitaria totale pro capite (\$PPA)



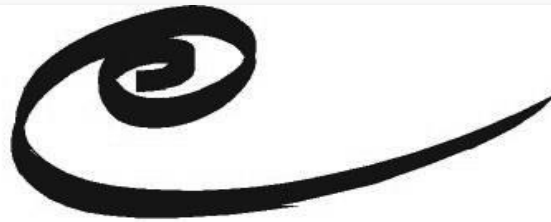
Fonte: elaborazioni OASI su dati WHO 2016

Who Cares?

Care coordination and cooperation
to enhance quality in elderly care
in the European Union

Conference on Healthy and Dignified Ageing
Swedish Presidency of the EU
15-16 September 2009

Prof. Dr. Bernd Marin

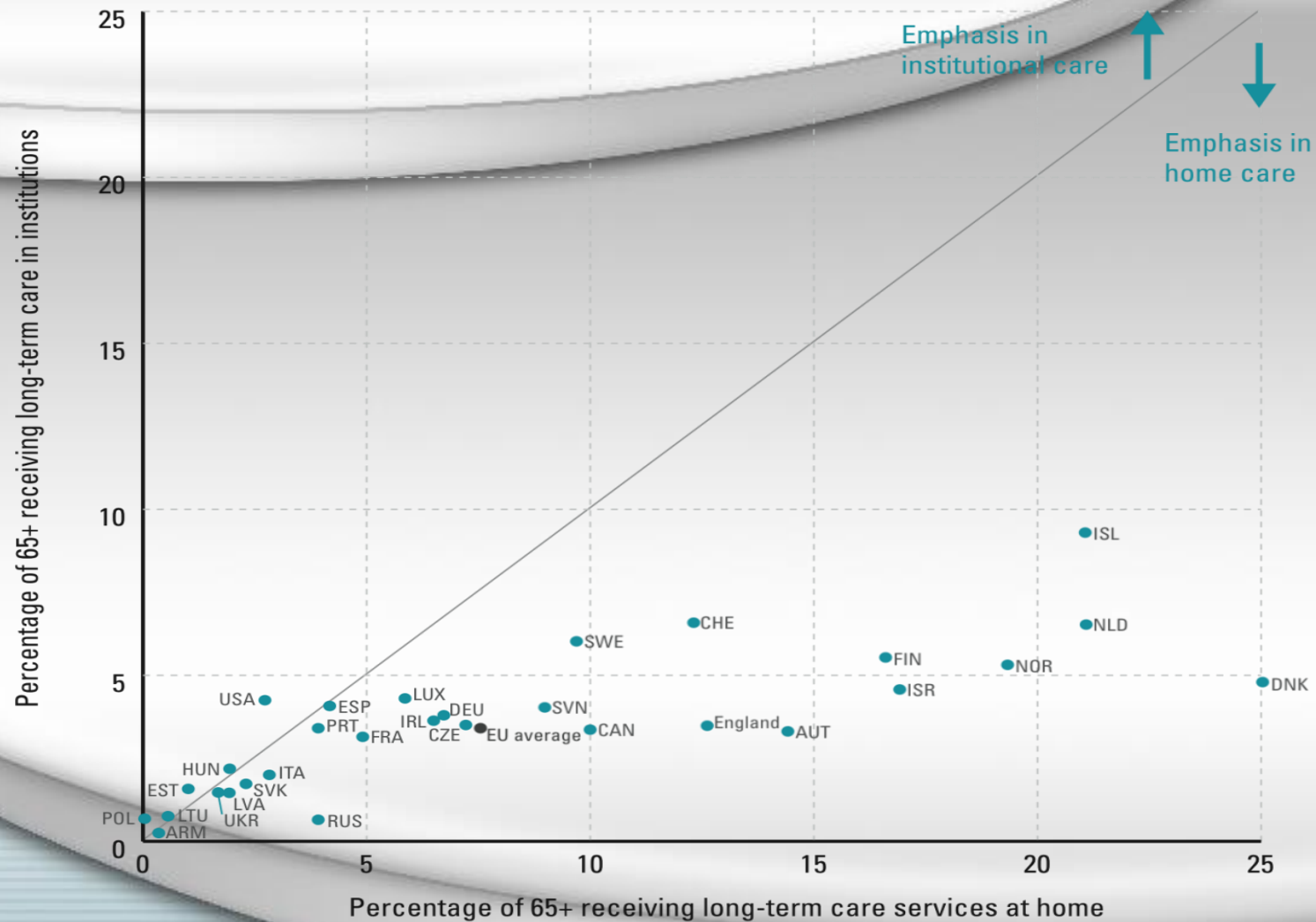


EUROPEAN CENTRE
FOR SOCIAL WELFARE POLICY AND RESEARCH
AFFILIATED TO THE UNITED NATIONS

• EUROPÄISCHES ZENTRUM
FÜR WOHLFAHRTSPOLITIK UND SOZIALFORSCHUNG
IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEN VEREINTEN NATIONEN

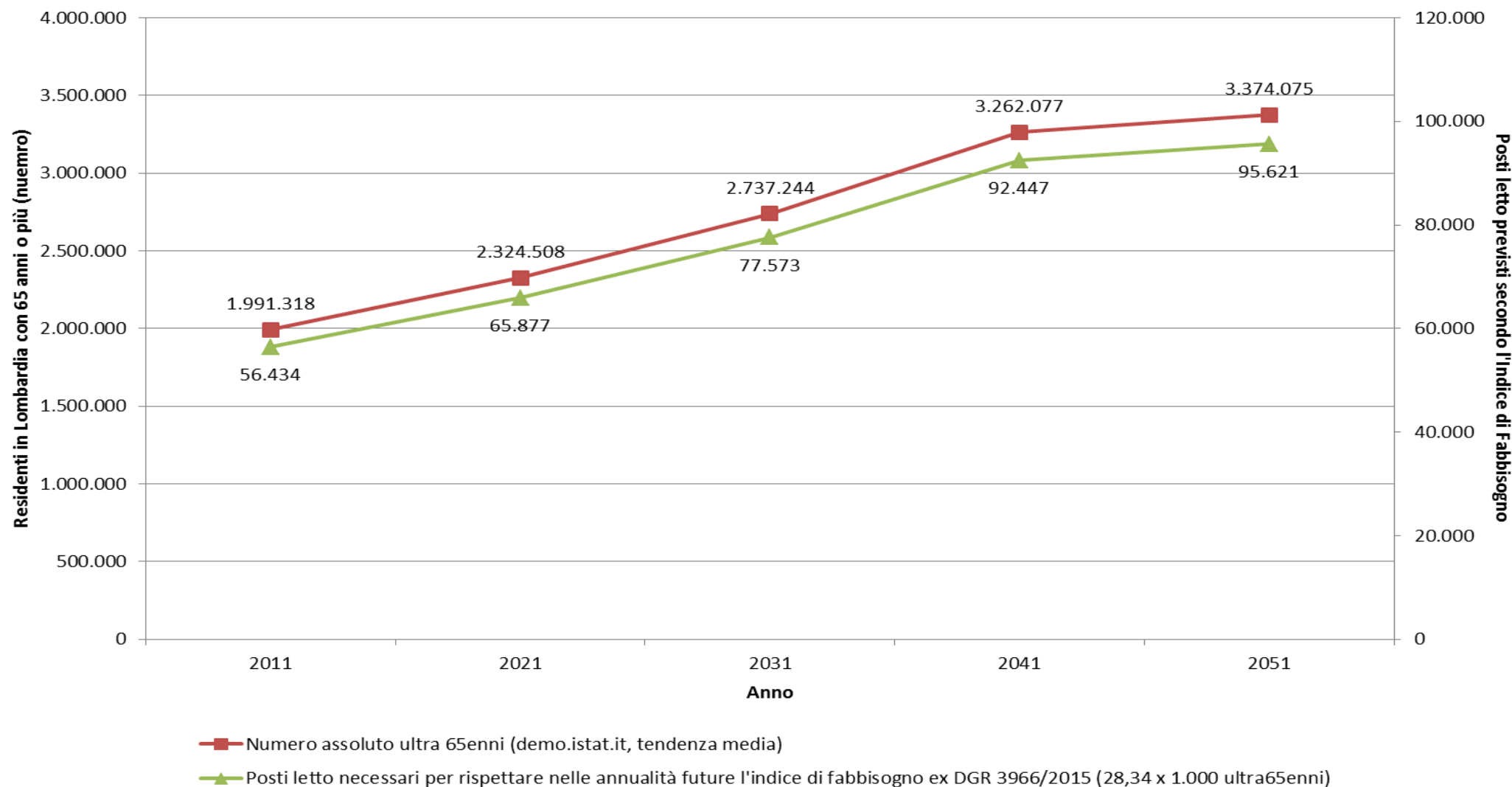
• CENTRE EUROPÉEN
DE RECHERCHE EN POLITIQUE SOCIALE
AFFILIÉ AUX NATIONS UNIES

OECD, 2009: relazione fra sistemi residenziali e domiciliari



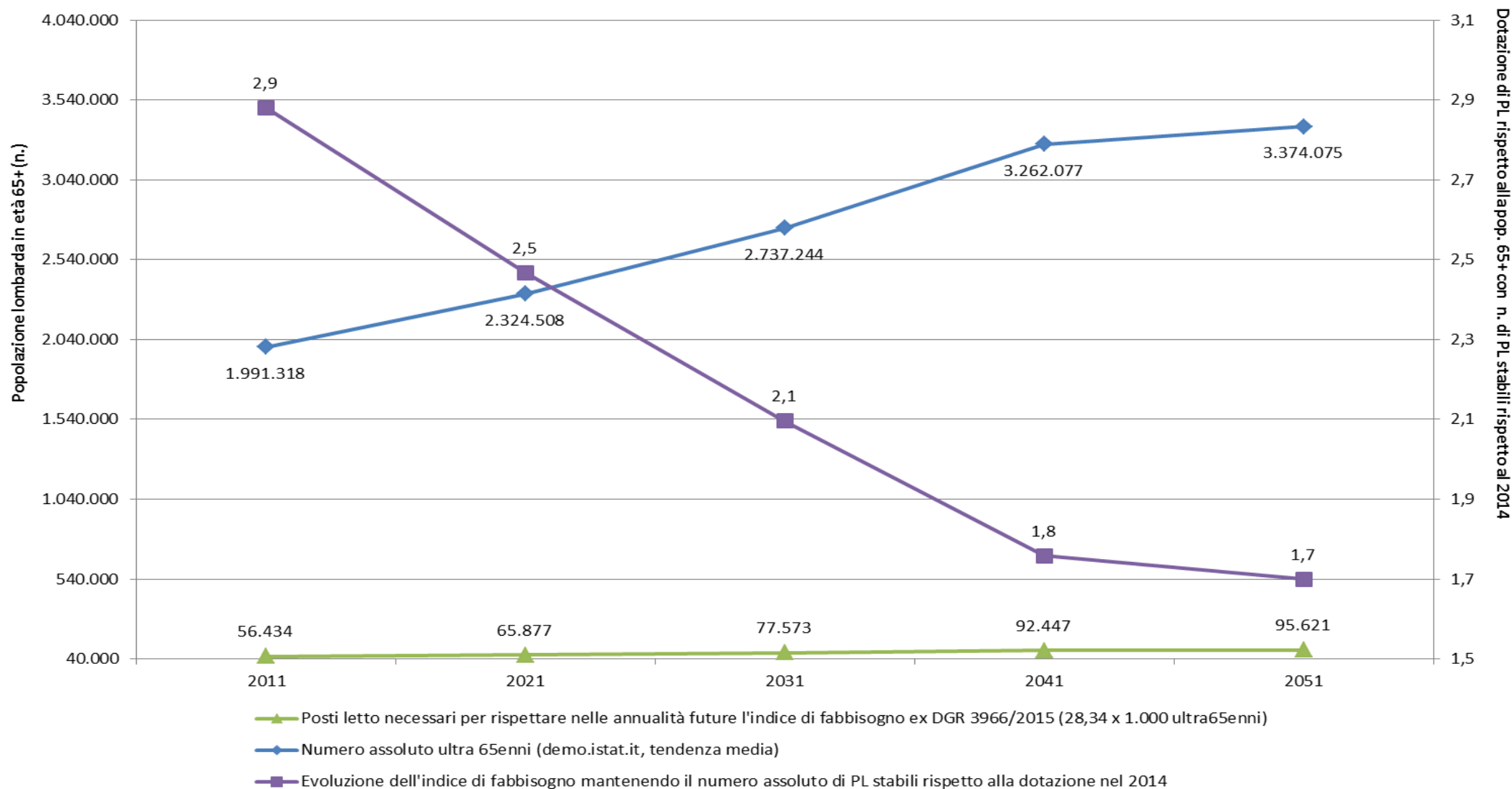
Huber et al. (2009 forthcoming). Own calculations based on OECD, NOSOSCO, WHO, Eurostat and national sources.

Tendenza della popolazione lombarda 65+ e del numero di posti letto necessari di RSA per soddisfare l'Indice di Fabbisogno (28,34 x 1000 65+)



Lombardia. Relazione fra popolazione 65+ e pl in RSA.

Tendenze 2011-2051 a dotazione costante e a dotazione proporzionale



La spesa per la non autosufficienza in quattro Paesi Europei.

Fonte: *Il Welfare e la Long Term Care in Europa*, Egea: Milano 2014, a cura di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola

Spesa per la non autosufficienza, euro pro capite				
Spesa degli enti locali	€ 150	€ 277	€ 56	€ 367
Spesa sanitaria	€ 368	€ 16	€ 191	€ 370
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per la Long Term Care, assegni per disabilità e invalidità)	€ 323	€ 619	€ 311	€ 226
Spesa pubblica complessiva	€ 841	€ 912	€ 558	€ 963

Spesa degli enti locali	17,8%	30,4%	10,0%	38,1%
Spesa sanitaria	43,8%	1,8%	34,2%	38,4%
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per la Long Term Care, assegni per disabilità e invalidità)	38,4%	67,9%	55,7%	23,5%

Il mix degli interventi per la LTC: servizi di cura o risorse finanziarie? (2)

Fonte: *Il Welfare e la Long Term Care in Europa, Egea: Milano 2014, a cura di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola*

				
SPESA PUBBLICA PER LONG TERM CARE (per anziani non autosufficienti e disabili)	€ 54.939.720.120	€ 74.636.000.000	€ 33.940.890.000	€ 60.388.000.000
NUMERO COMPLESSIVO DI PERSONE INCLUSE NEL SISTEMA = NUMERO DI UTENTI	2.156.600	2.460.000	2.791.924	2.122.000
% di copertura del bisogno	49,19%	61,12%	97,57%	70,40%
Spesa annua per assistito	€ 25.475	€ 30.340	€ 12.157	€ 28.458
Spesa mensile per assistito	€ 2.123	€ 2.528	€ 1.013	€ 2.372

FONTI: Elaborazione Cergas di: "ISTAT – 2004-2005" (Italia); "King's Fund Report on LTC 2011", "Dilnot Commission Report 2011" (Inghilterra); "Ministry of the Economy and Finance ,INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013", "Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2012 » (Francia); "Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth Prospects and constraints of self-contained living of people in need of help and care, 2008", " Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012" (Germania).

Il mix degli interventi per la LTC: servizi di cura o risorse finanziarie? (1)

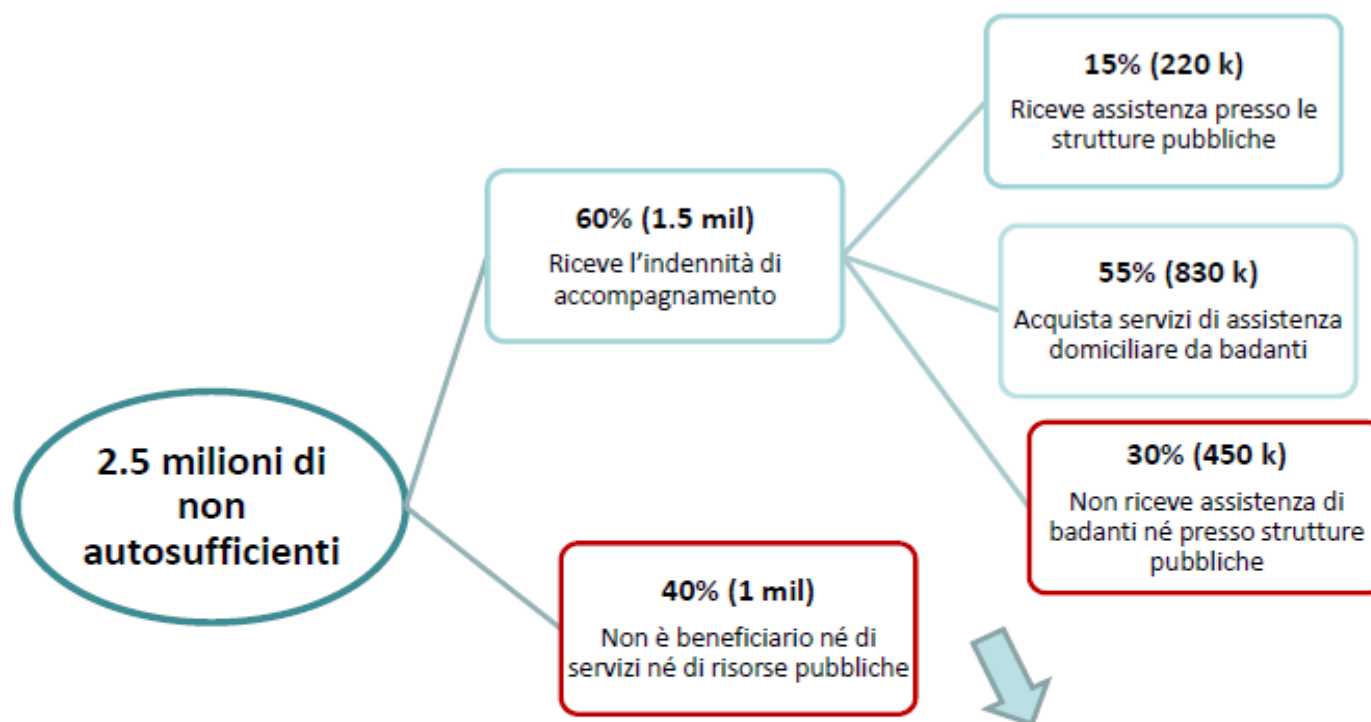
Ripartizione della spesa per LTC per benefici erogati in quattro paesi

Fonte: *Il Welfare e la Long Term Care in Europa*, Egea: Milano 2014, a cura di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola

	Spesa per interventi cash	Spesa per servizi inkind	
Francia	39%	61%	
Germania	31%	69%	
Regno Unito	46%	54%	
Italia	52%	48%	



La situazione corrente



Quasi il 60% degli anziani non autosufficienti non riceve alcun servizio reale di natura pubblica né li acquista sul mercato dell'assistenza privata → **Shopping around nel resto del sistema**

N.B. Nello schema presente non vengono considerati i servizi domiciliari pubblici perché la loro intensità assistenziale è talmente limitata da non permettere un'efficace presa in carico dell'anziano

Gap Bisogno-Servizi (2/2): includendo la domiciliarità

Bocconi

Servizio	Totale POSTI	Tasso di copertura bisogno
Servizi Residenziali:	70.993	19,3%
-Rsa	57.483	15,6%
-Rsa (posti privati)	3.023	0,8%
-Centri Diurni (CD)	10.487	2,9%
Servizi Domiciliari:	94.078	25,5%
-ADI	72.000	19,5%
-SAD	22.078	6,00%
Totale copertura bisogno servizi residenziali più domiciliari	165.071	44,8%
Badanti:	150.000	40,7%
Totale comprese badanti:	315.071	85,5%

Fonte: DRG 116, 14/05/2013 per i servizi residenziali e domiciliari; IRS, 2012 per le badanti

Le risorse del sistema lombardo

RISORSE TOTALI IMPIEGATE

	Spesa media giornaliera			N° Utenti	TOTALE SPESA ANNUA	% Risorse gestite da attori pubblici	% Risorse in mano alle famiglie
	Contributo pubblico	Contributo privato	Totale				
RSA	40€ ¹	62€	102€ ¹	57.483 ²	2.140.092.090 €	39%	61%
Posti privati RSA	0€ ¹	102€	102€ ¹	3.023 ²	112.546.290 €	0%	100%
CD	15€ ¹	26€	41€ ¹	10.487 ²	128.990.100 €	37%	63%
ADI	7€ ³	0€	7€ ³	72.000 ²	179.712.000€	100%	0%
SAD	4€ ³	0€	4€ ³	22.708 ²	35.424.480€	100%	0%
Badanti	0€	28€	28€ ⁴	150.000 ⁵	1.620.000.000€	0%	100%
Totale					4.216.764.960	26%	74%

Nota: Considerando che una parte significativa della spesa delle famiglie è finanziata tramite l'indennità di accompagnamento INPS, includendo le risorse trasferite dall'INPS alle famiglie il totale delle risorse pubbliche messe in gioco (servizi gestiti ed erogati da attori pubblici e risorse INPS trasferite alle famiglie) è pari al 56%, contro il 44% di compartecipazione delle famiglie



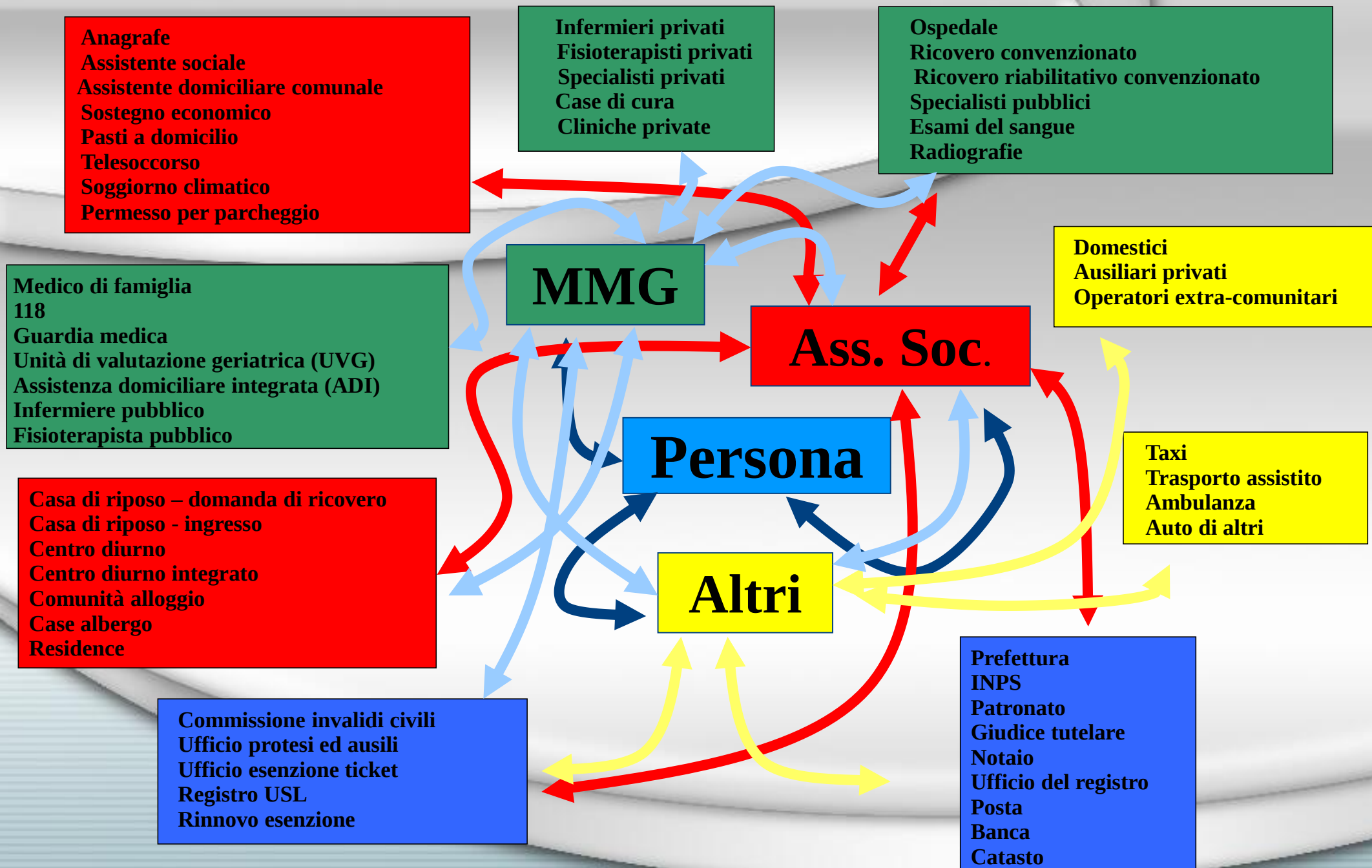
Un sistema fragile

L'attuale configurazione del sistema per la LTC presenta molteplici criticità:

1. **Mancanza di una solida vision** e di un coordinamento a monte → Eccessiva frammentazione: sistema di programmi indipendenti e non interdipendenti;
2. **Coesistenza di due sistemi paralleli e separati**: uno finanziato con risorse pubbliche e gestito da AUSL ed enti locali, il secondo, molto più ricco e frammentato, gestito direttamente dalle famiglie;
3. **Assenza di integrazione** tra le prestazioni esistenti e tra le risorse del sistema: prevale il consolidamento del sistema d'offerta corrente e si tralasciano i bisogni degli utenti;
4. **Prevalenza di produttori piccoli**, focalizzati su singoli setting assistenziali e che sono esclusi dal mercato privato di cura perchè non abbastanza competitivi rispetto al mercato informale
5. Enorme quantità di famiglie (1.5 milioni) che garantiscono in proprio tutta la cura senza alcun supporto esterno e quindi cercano di fare **shopping around** nel resto del welfare



- Sistema frammentato in cui **sono l'utente e la sua famiglia a doversi fare carico dell'opera di ricomposizione delle prestazioni** e delle procedure legate all'accesso ai servizi
- **Iniquità orizzontali e verticali** e livello di inclusione nel sistema che dipende dalla capacità di orientarsi e dalla casualità



Anagrafe
Assistente sociale
Assistente domiciliare comunale
Sostegno economico
Pasti a domicilio
Telesoccorso
Soggiorno climatico
Permesso per parcheggio

Infermieri privati
Fisioterapisti privati
Specialisti privati
Case di cura
Cliniche private

Ospedale
Ricovero convenzionato
Ricovero riabilitativo convenzionato
Specialisti pubblici
Esami del sangue
Radiografie

Medico di famiglia
118
Guardia medica
Unità di valutazione geriatrica (UVG)
Assistenza domiciliare integrata (ADI)
Infermiere pubblico
Fisioterapista pubblico

Casa di riposo – domanda di ricovero
Casa di riposo - ingresso
Centro diurno
Centro diurno integrato
Comunità alloggio
Case albergo
Residence

Commissione invalidi civili
Ufficio protesi ed ausili
Ufficio esenzione ticket
Registro USL
Rinnovo esenzione

MMG

PUA

Farmacie

Ass. Soc.

Domestici
Ausiliari privati
Operatori extra-comunitari

Persona

Telefonia

Taxi
Trasporto assistito
Ambulanza
Auto di altri

CeAD

Erogatori

Medicina di gruppo

Prefettura
INPS
Patronato
Giudice tutelare
Notaio
Ufficio del registro
Posta
Banca
Catasto

€?

Presa in carico o sommatoria di prese in carico multiple, non collegate e separate/divergenti

- **Medicina specialistica/ospedaliera/ADI: SSN/SSR:** Inclusione per diagnosi o necessità di prestazione sanitaria. Limite di budget per alcuni servizi
- **Cure primarie:** diritto soggettivo, titolarità personale
- **Contributi, misure, previdenze, FNA:** inclusione per condizione, stato, funzionalità, reddito. Possibile limite di budget
- **Servizi municipali:** inclusione per criteri economici

Presa in carico: di chi, perché e con chi?

- Presa in carico **amministrativa/istituzionale**
- Presa in carico **del problema o patologia**
- Presa in carico **della persona**
- Presa in carico **competitiva**, conflittuale, escludente o includente
- **Sommatoria** di prese in carico parallele (convergenti, divergenti, indifferenti, sinergiche, sussidiarie)
- Presa in carico **globale, integrata, governata e collegata** a sottoprocessi reciprocamente interattivi
- **Governo, regolazione, case-management e care-management della e nella presa in carico**

SERVIZI DI SUPPORTO

- Conoscenza del territorio
- Monitoraggio attivo, di iniziativa
- Ricerca attiva persone fragili e vulnerabili
- Interventi a domanda
- Diffusione buone informazioni
- Orientamento e mediazione di rete
- Incontro domanda-offerta
- Erogazione servizi diretti
- Promozione servizi innovativi
- Diffusione buone pratiche sociali

Persona e
famiglia

RICERCA

- informazioni
- risorse economiche
- servizi

SERVIZI SOCIO-SANITARI AD ACCESSO DIRETTO

RSA

CDI

Housing sociale
protetto

SERVIZI AMMINISTRATIVI

- tutele
- previdenze

Conoscenza
diretta

Conoscenze
familiari

Web, porta

Passaparola di
comunità

Servizi di incontro
domanda-offerta

LAVORO PRIVATO DI CURA

Assistenti
domestiche

COLF

Consegne a
domicilio

Specialisti privati

Infermieri e
fisioterapisti privati

Sostituzione
badanti

Accompagnamento
fuori dall'abitazione

Acquisti farmaci
e presidi

SERVIZI SANITARI E ASSISTENZIALI FORMALI

Comune

ISEE

SAD

Medico di
famiglia

Servizi specialistici
ospedalieri

ASL

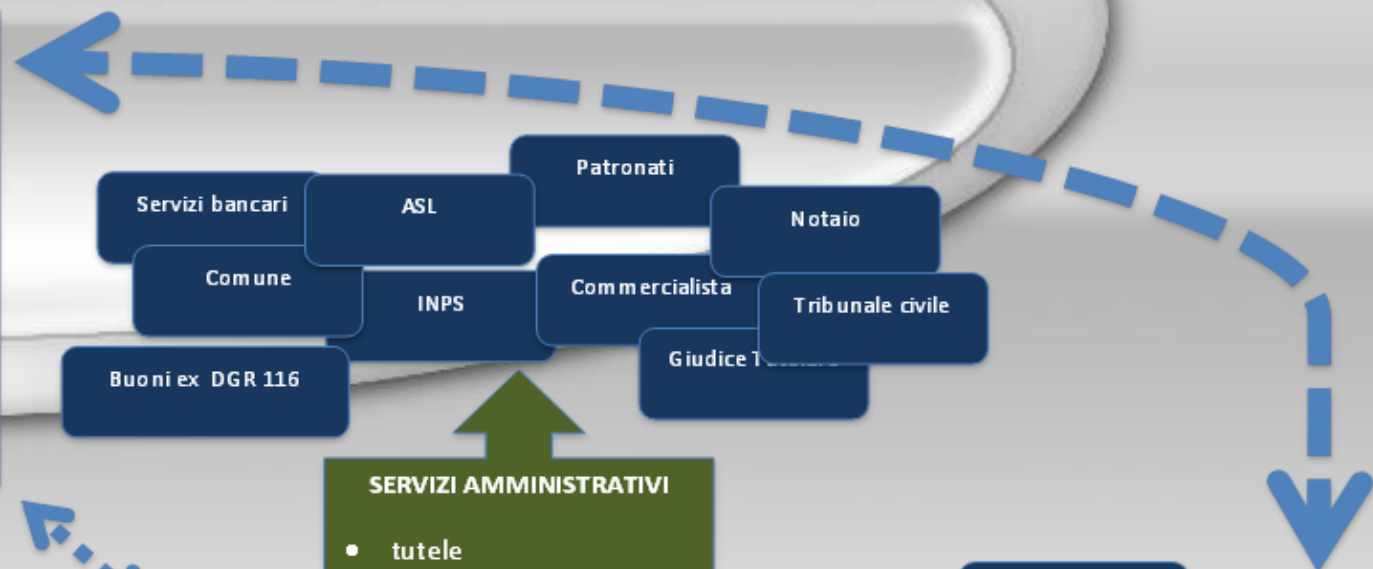
Riabilitazione

Residenzialità
leggera

ADI

RSA aperta

ADI Cure
Palliative



Vita indipendente

Housing sociale life-resistant

Certificazioni life-resistant

Alloggi singoli
pubblici-agevolati

Alloggi singoli
privati-adattati

Alloggi accorpati
mono-generazionali

Alloggi accorpati
Inter-generazionali

Vita indipendente condivisa

Co-housing

Appartamenti in condivisione

Cantous

Abbeyfield

Vita indipendente protetta

Alloggi protetti

Appartamenti in rete

Abitazioni diffuse

Vita assistita

Servizi di prossimità e servizi accessori alla vita indipendente e assistita

Spesa a domicilio

Farmaci a domicilio

Pasti a domicilio

Trasporti assistiti

Bagno assistito

Cura della persona

Governo della casa (COLF)

Assistente personale (Badante)

Assistente di comunità

Contratti Canguro

Assistenza diurna/notturna/integrativa

Addestramento care-giver

Sostituzione care-giver

Centro servizi di comunità e Web Services

Servizi di supporto amministrativo

Centri di ascolto

Volontariato di comunità

Animazione del tempo

Arricchimento delle relazioni

Vita di comunità

Portineria sociale

Operatori di prossimità

Telesoccorso

Primo Intervento

Servizi di vita assistita

Comunità alloggio

Case Albergo/Hotel

Residenze comunitarie

Residenze sociali (R3)

Alzheimer Café

Meeting Point

Memory Care Unit

Servizi integrati e polifunzionali

Centri di aggregazione

Centri polifunzionali

Centri Diurni integrati

Centri diurni Alzheimer

Sistemi abitativi integrati

Dipendenza e Fine Vita

Servizi residenziali istituzionali e specialistici

Residenze socio-sanitarie (R2)

Residenze socio-sanitarie
specializzate(R1)

Nuclei SLA (R1)

Nuclei SV (R1)

Hospice (R1)

Servizi di cure primarie e servizi domiciliari formalizzati

Medicina generale e Medicina in Rete

Continuità assistenziale

SEU/118

Assistenza domiciliare sociale (SAD)

Consultorio familiare geriatrico

ADI generale

ADI dedicata

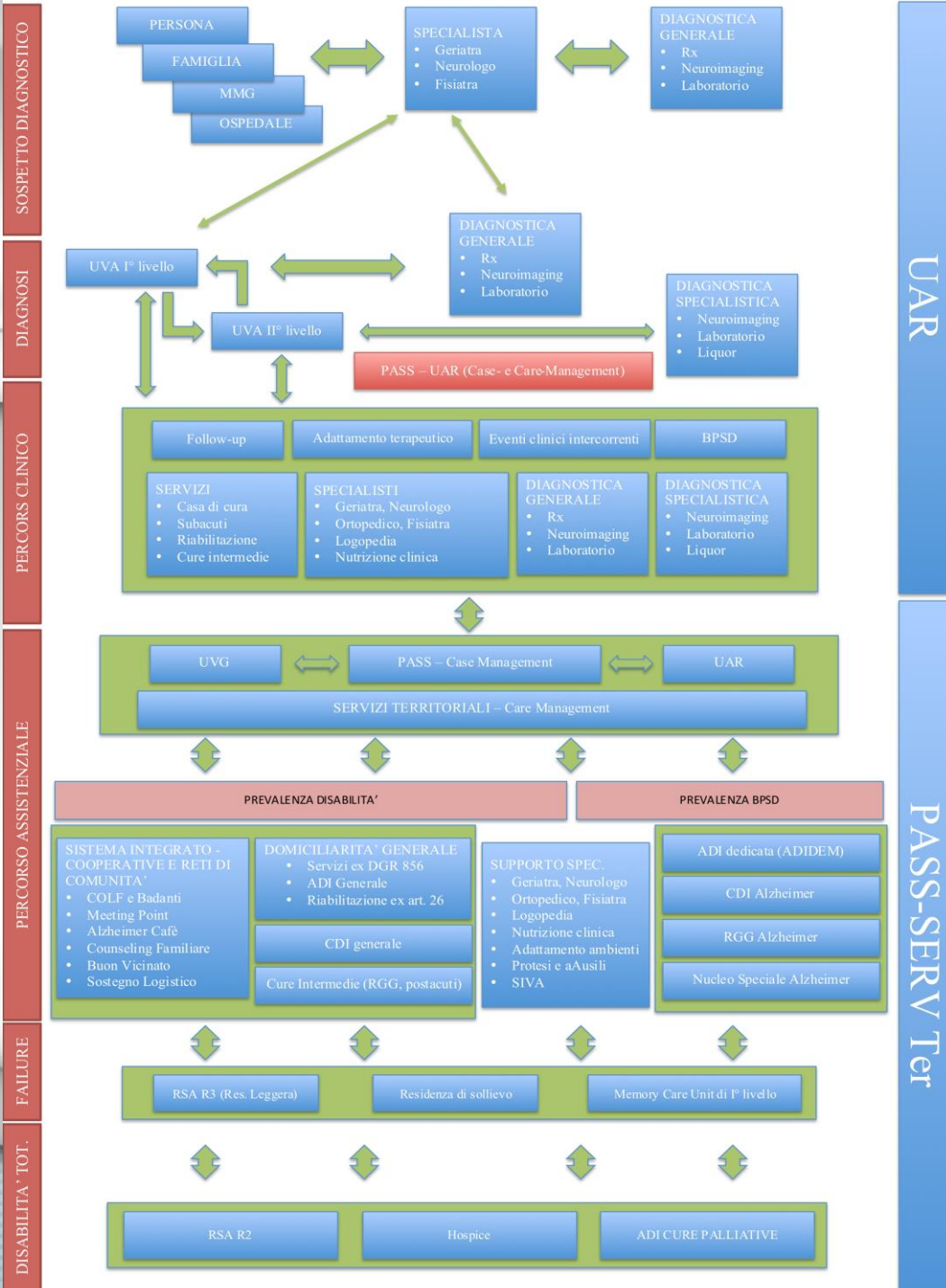
ADI Cure Palliative

Funzioni della centrale di case-management

- ascolto, prima informazione e monitoraggio
- valutazione integrata dei bisogni, identificazione dei livelli di rischio, analisi delle reti di sostegno
- decodifica e orientamento della domanda
- case-management individuale e di sistema
- integrazione con il care-management locale
- governo di rete e mediazione di rete
- attivazione e manutenzione delle relazioni con servizi e unità d'offerta esterne (sanitarie, socio-sanitarie, sociali)
- ammissioni e dimissioni a diverso grado di protezione
- segretariato sociale di primo e di secondo livello
- protezione delle situazioni ad elevato disagio sociale

Il case-manager o i case-manager?

- Medico o primario del reparto o servizio
- Medico di medicina generale
- Coordinatore infermieristico di reparto o servizio
- Infermiere di reparto o servizio o di comunità
- Assistente sociale centrale o di servizio territoriale
- Familiare, quale familiare?
- Caregiver non professionale
- Assistente domestica
- Case-manager di settore, sistema, ambito o case-manager della persona



Sospetto diagnostico

- Cure primarie, medicina specialistica. La domanda non è chiara. Ricerca dei motivi del problema/ricerca delle risposte

Definizione diagnostica e diagnosi

- La domanda si chiarisce. Identificazione del motivo (criteri diagnostici formalizzati o diagnosi inadeguata, imprecisa, non informativa)

Percorso a prevalenza clinica (PDTAR, PRI)

- Ricerca delle risposte terapeutiche e riabilitative. Gestione dei problemi clinici, delle complicazioni, degli incidenti e delle comorbidità

Prevalenza assistenziale/adattativa (PI/PAI/PEI). Utilizzo/uso dei servizi

- Ricerca della soluzioni. Gestione dei problemi di vita, adattamento alla realtà, riorganizzazione personale e familiare, costruzione del progetto assistenziale locale o affidato/delegato, reperimento delle risorse umane e economiche. Differente equilibrio con le risposte cliniche, possibile ridefinizione delle relazioni con il sistema sanitario. Utilizzo dei servizi, delega condizionata, shopping around

Fallimento secondario del progetto/sistema (Failure)

- Le soluzioni adottate non sono più adeguate o sono periodicamente rimesse in discussione dalla realtà. Crisi delle risorse personali, economiche o gestionali

Dipendenza dai servizi

- Prevalenza assistenziale delegata, reattiva o progettata

Decisioni di fine vita

- Reattive o Pianificazione anticipata della cure. Luogo, tempi, obiettivi. Decisioni terapeutiche critiche e Terapie di supporto vitale. Sospensione delle cure o ridefinizione dell'intensità/proporzionalità delle cure. Abbandono terapeutico o desistenza terapeutica. Cure utili, inutili e futili

Cure di fine vita, adeguate o a erogazione occasionale/casuale

Alcune domande

- La riforma lombarda migliorerà le cure ai non autosufficienti e le difficoltà delle famiglie?
- Garantirà efficienza al sistema di cure socio-sanitario?
- Migliorerà l'efficacia della presa in carico della persona non autosufficiente?
- Le persone comprenderanno il nuovo sistema e saranno facilitate nell'ottenere le prestazioni necessarie?

Team Work

