



Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto

Società Scientifica delle attività
Sociosanitarie Territoriali

Progetto CRONICITA'

La buona pratica organizzativa e gestionale nel distretto
FOCUS ON Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva

Programma Scientifico

I SESSIONE

Tavola rotonda:

*Cronicità: Bisogni organizzativi e gestionali delle Cure
Territoriali*

Conduttore: STEFANO CALCIOLARI

Progetto CRONICITA'

Tavola rotonda:

Cronicità: Bisogni organizzativi e gestionali delle Cure Territoriali

Conduttore:

Stefano Calciolari: *Professore Associato di Economia Aziendale
Università degli Studi di Milano Bicocca*

Partecipano alla Tavola Rotonda:

Giuseppe Bellelli: *Professore Ordinario di Geriatria
Università degli Studi di Milano Bicocca
Direttore UOC Geriatria ASST San Gerardo Monza*

Maria Enrica Bettinelli: *Direttore ad interim Distretto 2 ASST FBF Sacco*

Emanuele Ciotti: *Direttore Sanitario dell'Azienda USL di Ferrara*

Roberto Mora: *Direttore ABAD
Servizio Assistenza e Cura a Domicilio del Bellinzonese*

IPOSTESI/PREMESSE

- Copertura universale
- Sostenibilità (risorse vs. outcome)
- Complementarietà dei ruoli nei soggetti dell'offerta

Giuseppe Bellelli

DOMANDA

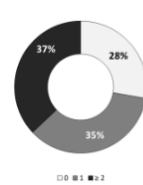
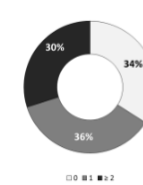
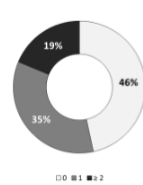
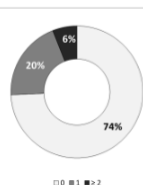
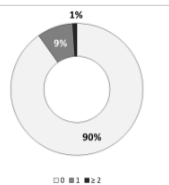
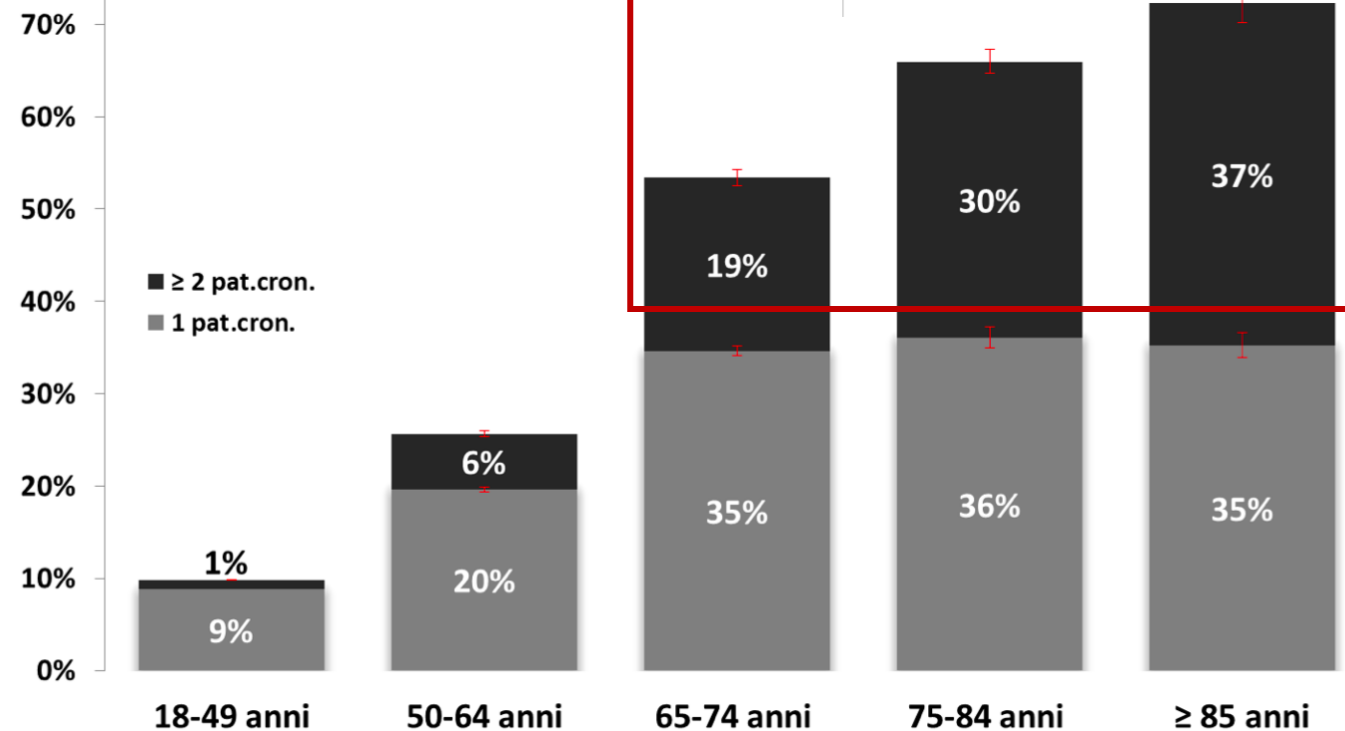
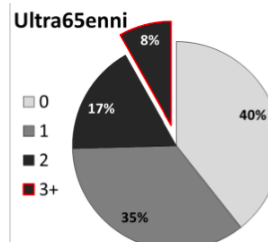
- Come dovrebbe essere ripensata l'organizzazione di un ospedale (servizi, reparti, consulenze, etc.) alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione?
- *Cosa può/deve fare l'ospedale di specifico per la cronicità e la fragilità rispetto al territorio?*

Patologie Croniche riferite nella popolazione residente in **ITALIA**

PASSI 2015-2018 (18-69enni) e PASSI d'Argento 2016-2018 (ultra65enni)

Prevalenze e relativi IC95%

Classe di Età	Pop. ISTAT 1.1.2019	Stima Pop. Cronici (non istituzionalizzata)
18-49	23,698,364	2.3 mln
50-64	13,198,468	3.4 mln
65-74	6,724,825	3.6 mln
75-84	4,905,263	3.2 mln
≥ 85	2,153,492	1.6 mln
Pop ≥ 18 anni	50,680,412	14.1 mln



Complexity and the need of a comprehensive geriatric assessment

- “Complex patients”: usually defined as patients with complex care needs, with a combination of multiple chronic conditions, mental health issues, medication-related problems, and social vulnerability.
- Complex care needs encompass characteristics related to the patient, the organization, the practitioner, and the patient-practitioner interaction.

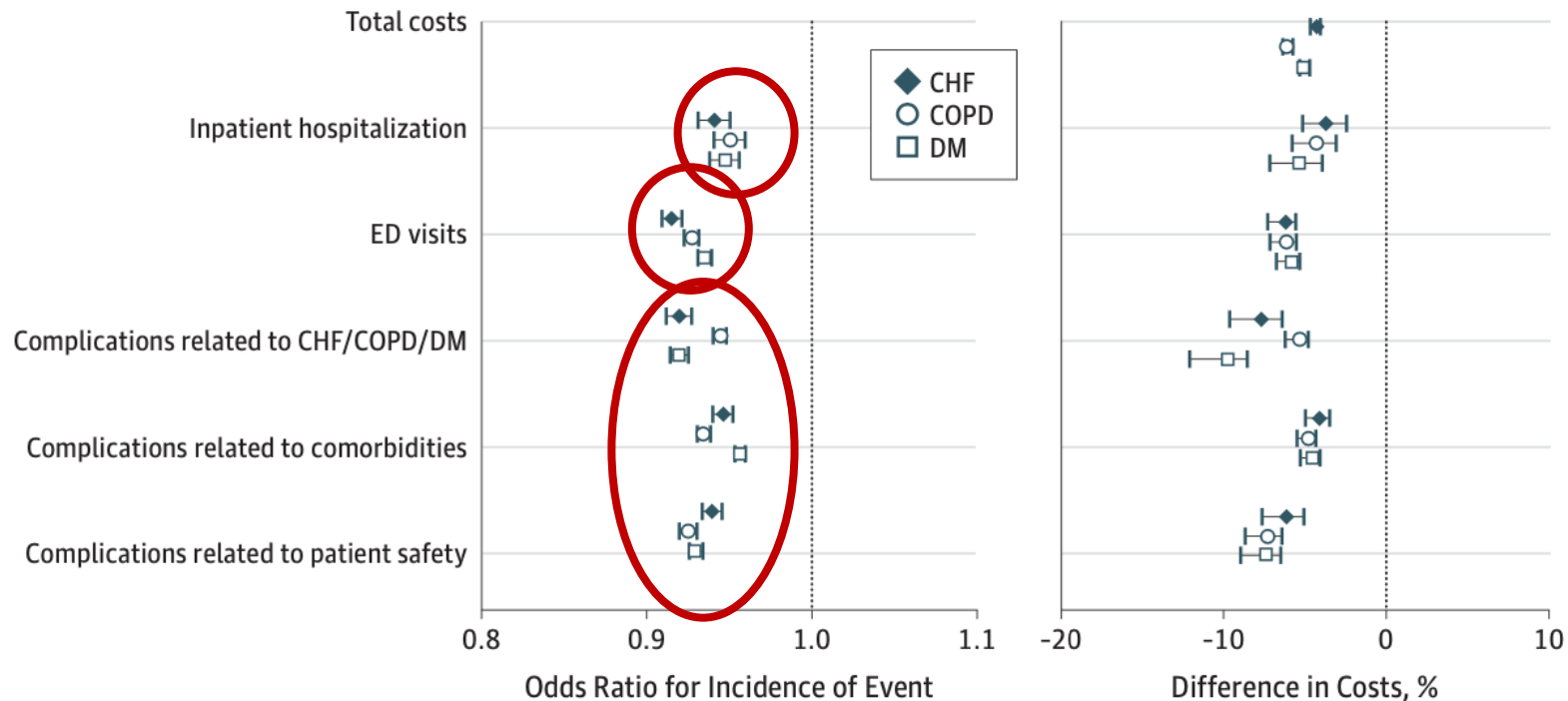


Continuity and the Costs of Care for Chronic Disease

Peter S. Hussey, PhD; Eric C. Schneider, MD; Robert S. Rudin, PhD; D. Steven Fox, MD;
Julie Lai, MPH; Craig Evan Pollack, MD

Retrospective cohort study of insurance claims data for Medicare beneficiaries experiencing a 12-month episode of care for CHF, n = 53 488, COPD, n = 76 520, or DM, n = 166 654 in 2008 and 2009

Figure. Odds of Incidence of Hospitalizations, ED Visits, and Complications (A) and Percentage Change in Costs (B) Associated With a 0.1-Unit Increase in the Bice-Boxerman COC Index

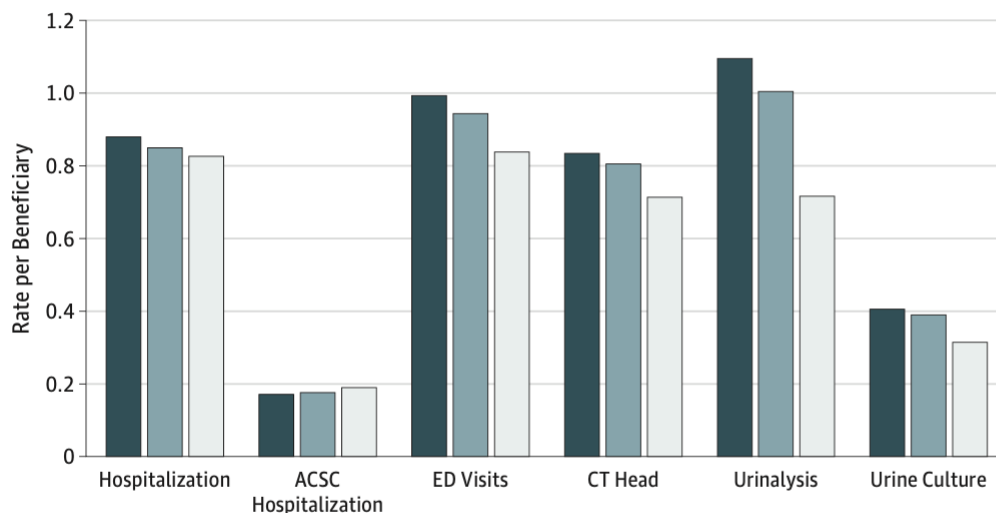


Continuity of Care and Health Care Utilization in Older Adults With Dementia in Fee-for-Service Medicare

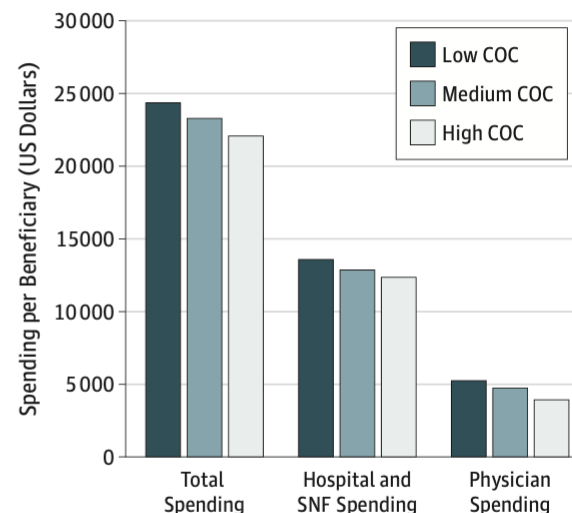
observational retrospective cohort from the 2012 national sample in fee-for-service Medicare, conducted from July to December 2015, using inverse probability weighted analysis. A total of 1,416,369 continuously enrolled, community-dwelling, fee-for-service Medicare beneficiaries > 65 years with a claims-based dementia diagnosis and at least 4 ambulatory visits in 2012 were included

Figure. Inverse Probability Weighted Rates of Health Services, Testing, and Health Care Spending per Beneficiary by Continuity of Care (COC) Level

A Weighted health services utilization and testing



B Weighted health care spending



A, Weighted Health services utilization and testing. B, Weighted health care spending. Chest radiography rates, not shown due to scale, were 2.13, 2.05, and 2.12 for low-, medium-, and high-continuity tertiles, respectively. Differences between the 3 COC groups for all outcomes were statistically significant

($P < .001$) using analysis of variance. ACSC indicates ambulatory care sensitive condition; CT, computed tomography; ED, emergency department; SNF, skilled nursing facility.

The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing



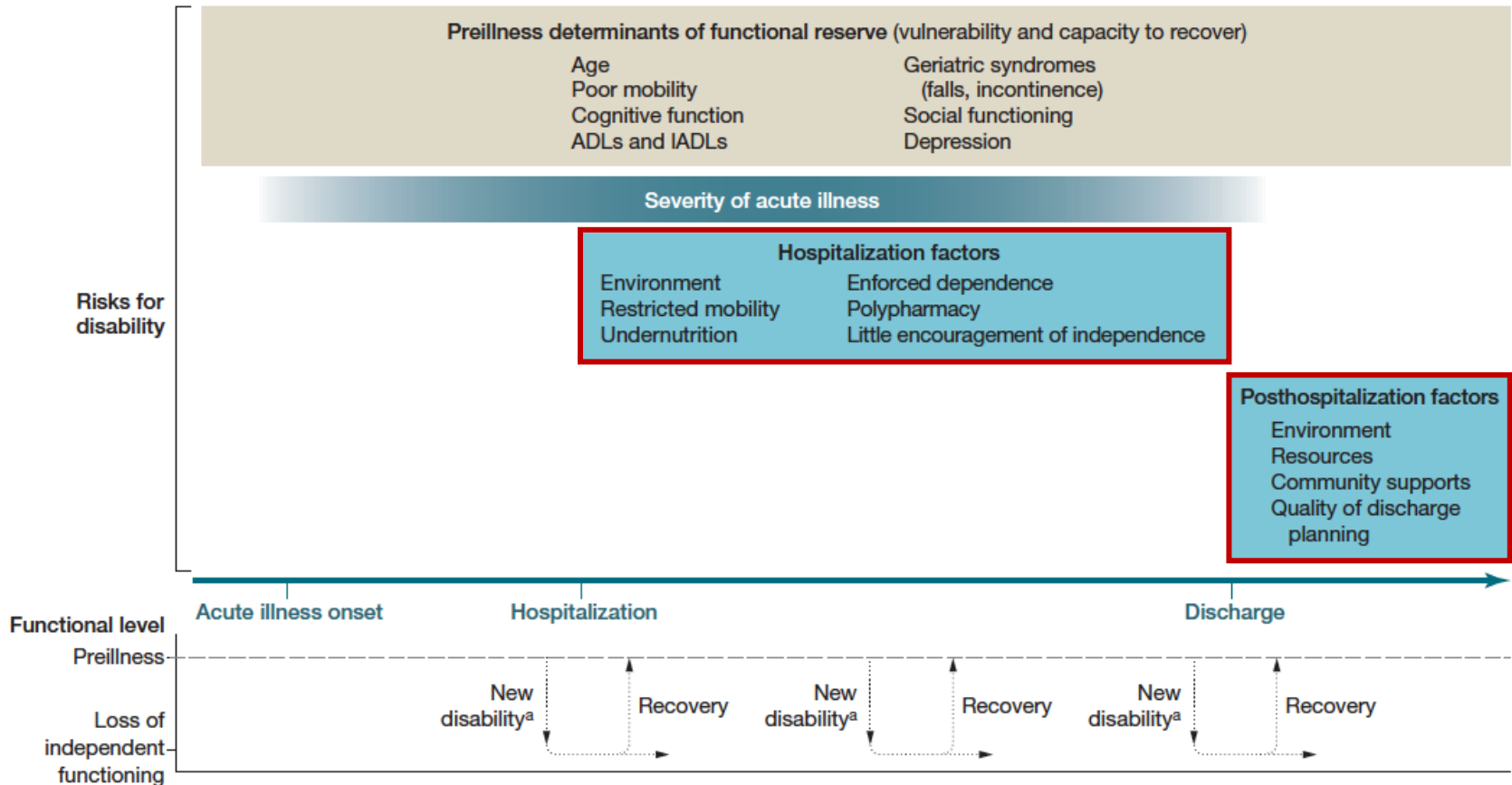
Lancet 2016; 387: 2145-54

This complexity of health states in older age means that disease-based conceptualisations are inadequate proxies for health in an older person. Rather than the presence or absence of disease, the most important consideration for an older person is likely to be their functioning. Comprehensive assessments of functioning in older age are also much better predictors of survival and other outcomes than the presence of diseases or even the extent of comorbidities.⁴¹

Hospitalization-Associated Disability

“She Was Probably Able to Ambulate, but I’m Not Sure”

Figure. Factors Contributing to the Development of Hospitalization-Associated Disability

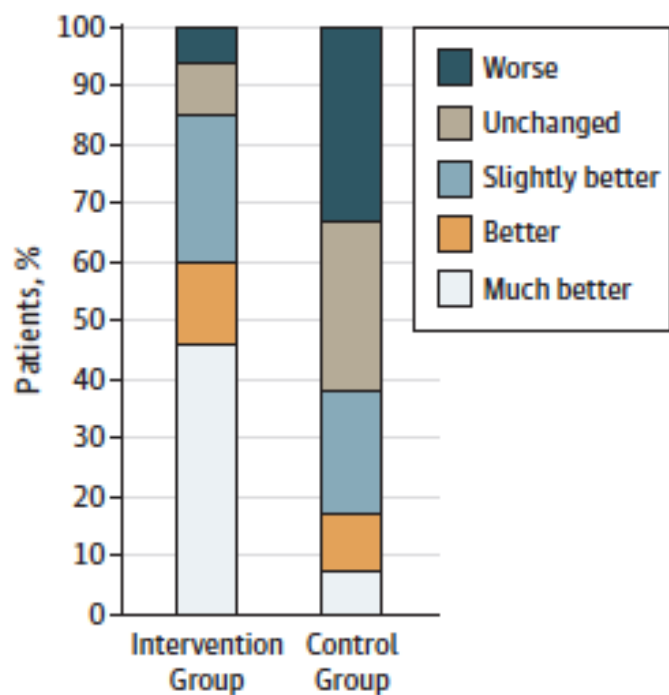


Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization

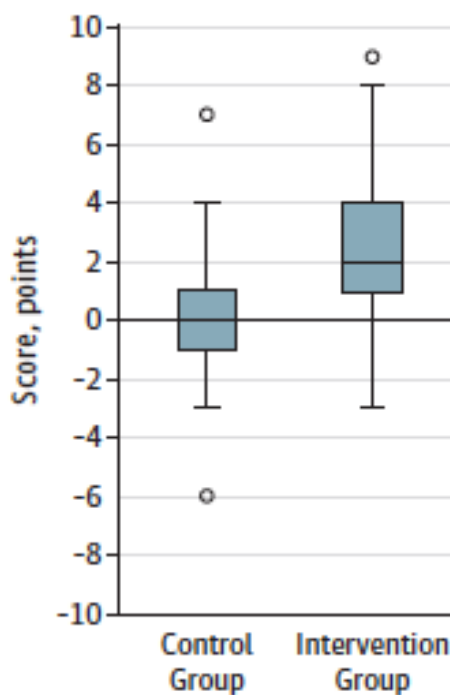
A Randomized Clinical Trial

Nicolás Martínez-Velilla, PhD, MD; Alvaro Casas-Herrero, PhD, MD; Fabricio Zambom-Ferraresi, PhD; Mikel L. Sáez de Asteasu, MSc; Alejandro Lucia, PhD, MD; Arkaitz Galbete, PhD; Agurne García-Baztán, MD; Javier Alonso-Renedo, MD; Belen González-Glaría, PhD, MD; María Gonzalo-Lázaro, MD; Itziar Apezteguía Iraizoz, PhD, MD; Marta Gutiérrez-Valencia, PharmD; Leocadio Rodríguez-Mañas, PhD, MD; Mikel Izquierdo, PhD

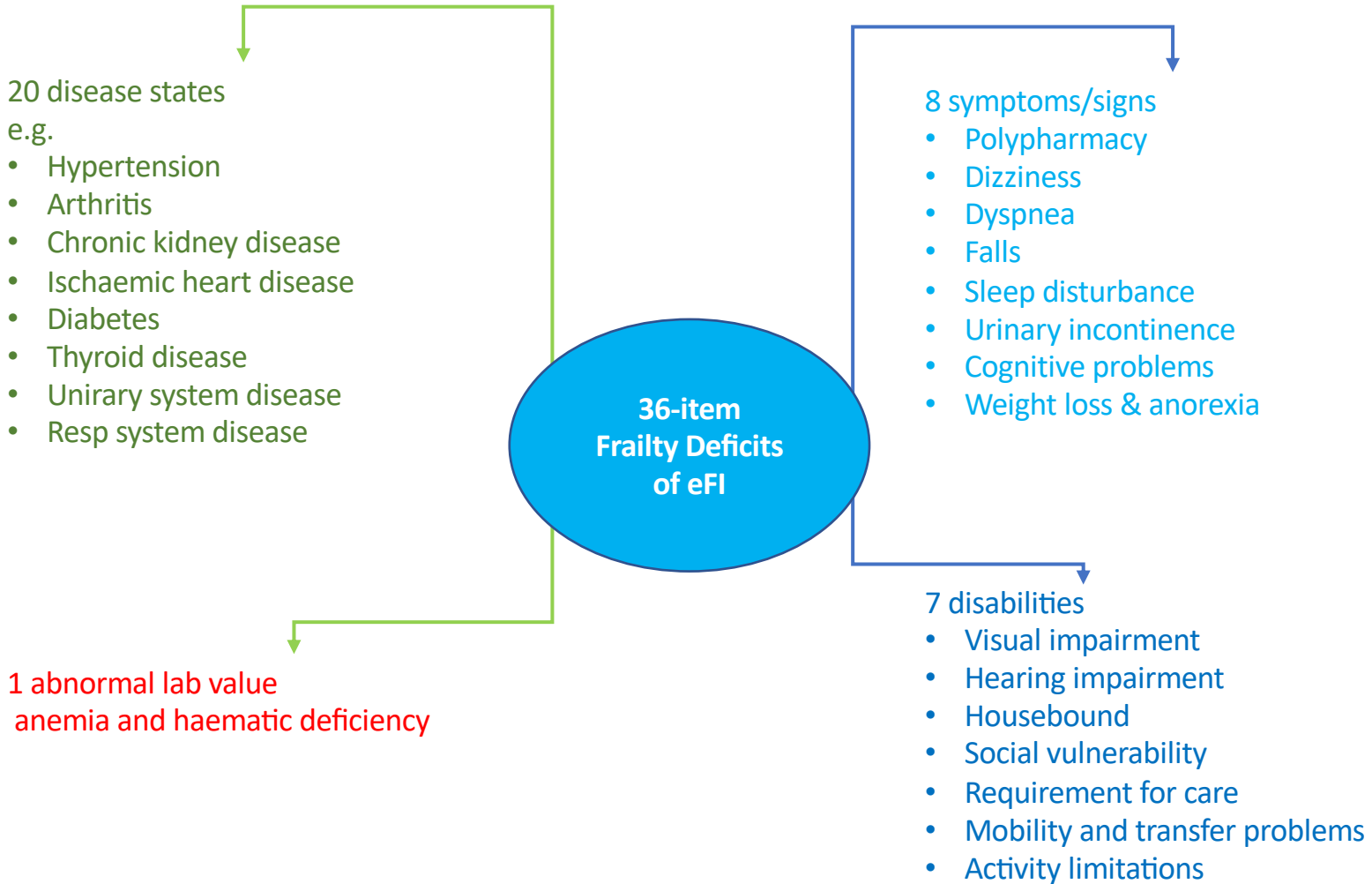
B Change in SPPB from admission to discharge



D Change in SPPB



Electronic Frailty Index



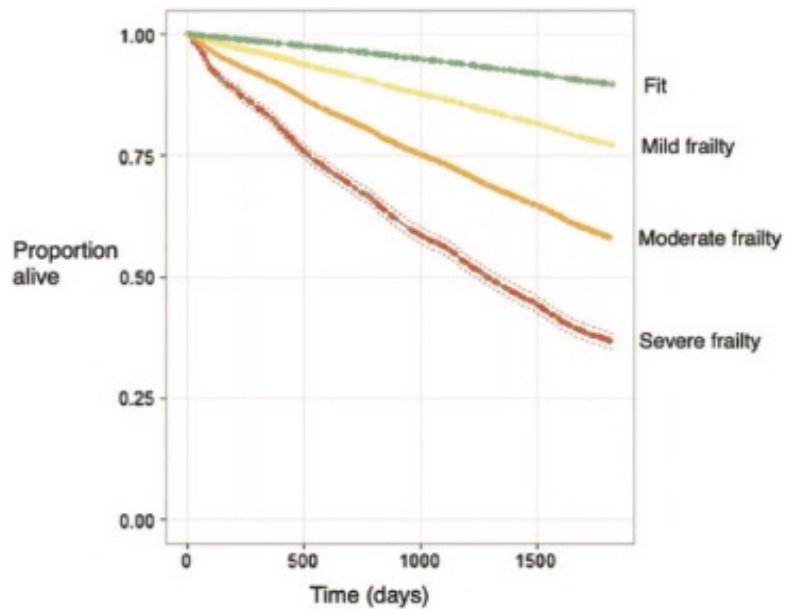


Figure 1. Five-year Kaplan–Meier survival curve for the outcome of mortality for categories of fit, mild frailty, moderate frailty and severe frailty (internal validation cohort).

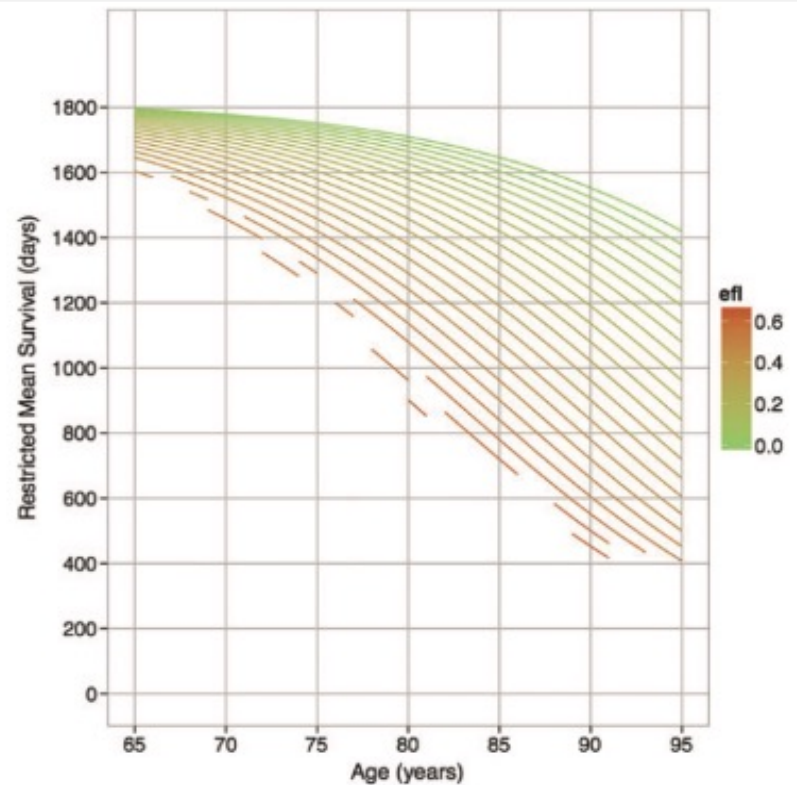


Figure 2. Relationship between age, electronic frailty index score and mortality (internal validation cohort).

Maria Enrica Bettinelli

DOMANDA

- Il nuovo modello di assistenza territoriale è centrato sull'assistenza di prossimità: con quali modalità, strumenti e tempi dovrebbe essere attuato in Lombardia e a Milano?
- *Cosa può/deve fare il territorio di specifico per la cronicità e la fragilità rispetto all'ospedale?*



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Assistenza integrata di prossimità

Dr Maria Enrica Bettinelli
Direttore ad interim Distretto 2

Missione 6C1 PNRR «Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale»



Punto di riferimento continuativo per la popolazione e permettono di garantire la presa in carico della comunità



Strutture di ricovero di cure intermedie, che si collocano tra il ricovero ospedaliero tipicamente destinato al paziente acuto e le cure territoriali. Gli Ospedali di Comunità sono finalizzati a ricoveri brevi destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, di livello intermedio tra la rete territoriale e l'ospedale

The logo for Centrali Operative Territoriali (COT) features a stylized white 'C' with a smaller 'C' inside it, set against a dark teal background with a white circular arc on the right side. The text 'Centrali Operative Territoriali (COT)' is positioned to the left of the icon.

Centrali Operative
Territoriali (COT)

Modello organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza;

REGIONE LOMBARDIA
ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1
RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

REALIZZAZIONE DI CDC, ODC E COT
LOCALIZZAZIONE DEI TERRENI E DEGLI IMMOBILI

ATS	CDC	ODC	COT
CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	71	23	36
BERGAMO	21	6	12
BRESCIA	25	7	12
BRIANZA	25	7	11
INSUBRIA	31	8	17
MONTAGNA	17	7	2
PAVIA	11	4	5
VAL PADANA	15	9	9
Totale	216	71	104

Legenda: Casa di Comunità = CDC; Ospedale di Comunità = ODC; Centrale Operativa Territoriale = COT

ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO (Area del Comune di Milano)
ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1
RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE
(CDC - ODC - COT)

ASST	COMUNE	INDIRIZZO	PROPRIETA'	CDC	ODC	COT
FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	Mercato di Gorla - V.le Monza ang. Via Monte S. Gabriele	Comune Milano	X		
FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	Via Ricordi, 1; via Doria, 52	SSR	X		X
FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	Via Salomone, ang. Bonfadini	Comune Milano	X		
FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	Viale Piceno, 60	Città Metropolitana di Milano	X	X	X
FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	Via dei Cinquecento, Via Polesine 3	Comune Milano	X		
FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	Via Betti	Comune Milano	X		
FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	Via Aldini, 72/74	Comune Milano	X		
FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	P.le Accursio, 7	SSR	X	X	X
GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	Milano	V.le Zara, 81	SSR	X		X
GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	Milano	Via Moncalieri 15	Comune Milano	X		
GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	Milano	Via Ippocrate, 45	SSR	X	X	X
GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA (ATS MILANO CITTA' METROPOLITANA)	Milano	V.le Jenner, 44	SSR	X	X	X
NORD MILANO	Milano	Via Rugabella, 4	SSR	X		X
NORD MILANO	Milano	Via Sassi, 4	SSR	X	X	X
NORD MILANO	Milano	Via Don Orione, 2	SSR	X		X
NORD MILANO	Milano	Via Gola, 22	SSR	X		X
NORD MILANO	Milano	Via Stromboli, 19	SSR	X		X
NORD MILANO	Milano	Via Farini, 9	In uso SSR	X		X
SANTI PAOLO E CARLO	Milano	Via Ghini	Comune Milano	X	X	
SANTI PAOLO E CARLO	Milano	Via De Andre'	Comune Milano	X		
SANTI PAOLO E CARLO	Milano	via della Ferrera 14	Comune Milano	X	X	
SANTI PAOLO E CARLO	Milano	Via Valsesia	Comune Milano	X	X	
SANTI PAOLO E CARLO	Milano	Via Monreale, 13	SSR	X		X
ASP GOLGI REDAELLI	Milano	Via Caterina da Forlì, 55	ASP Golgi Redaelli	X		X
TOTALE				24	8	14

Tempistica – Modalità – Stanziamenti

Tempistica

Compimento dell'offerta territoriale entro il triennio 2022 – 2024 e, nello specifico, dovranno essere realizzate:

- 86 case della comunità nel 2022, 65 nel 2023 e 65 nel 2024;
- 1 centrale operativa territoriale per ciascun distretto (circa 90) entro il 2022;
- 26 ospedali di comunità nel 2022, 19 nel 2023 e 19 nel 2024.

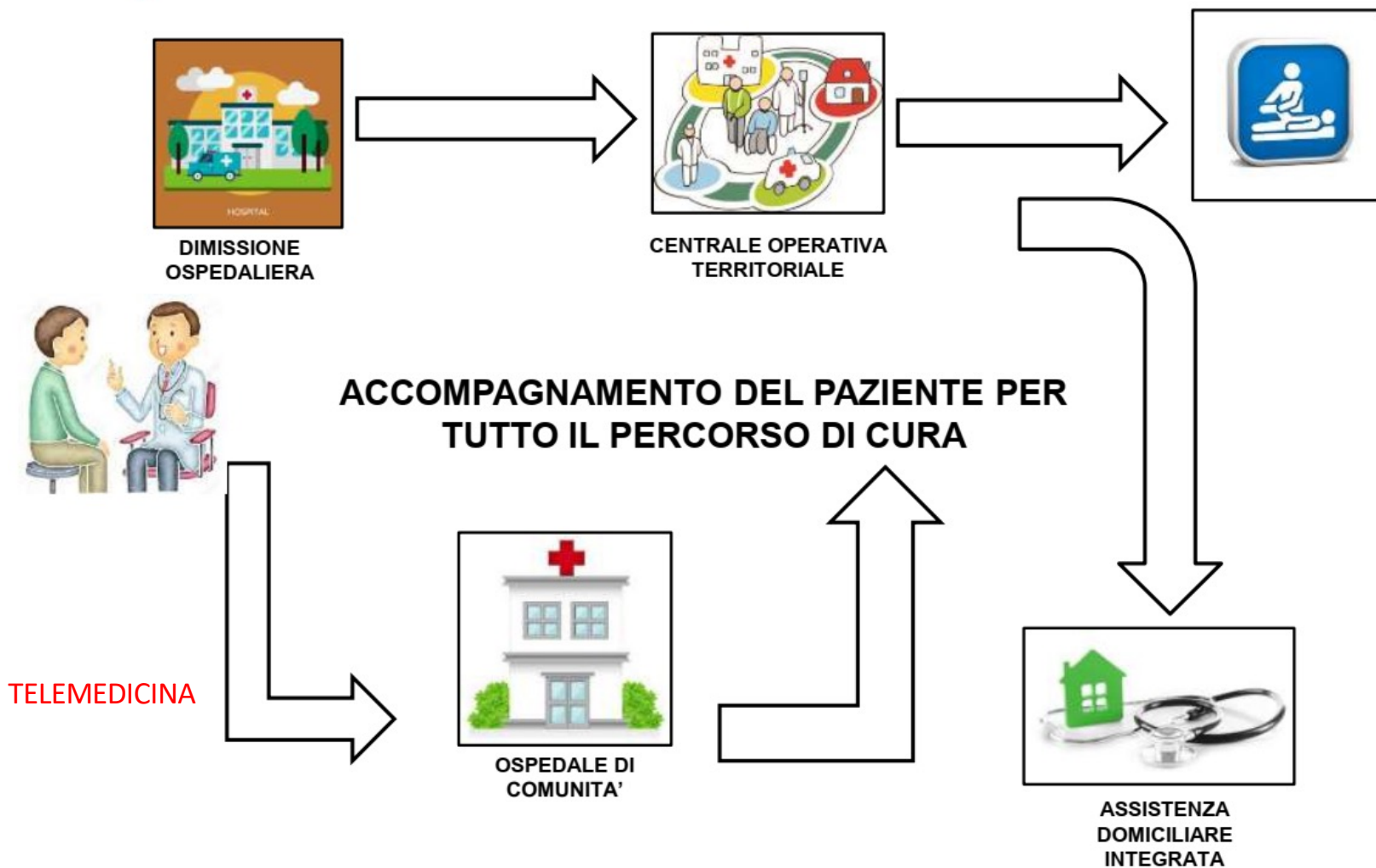
Modalità: costruzione ex novo, riqualificazione esistente, riorganizzazione funzioni

Stanziamenti

700 milioni di euro di risorse per potenziare le strutture territoriali.

Oltre 140 sono già stati stanziati con delibere di Giunta nei mesi di luglio e agosto: 100 milioni per Ats Milano; 11,4 milioni per la Val Camonica e 3 milioni per ciascuna ATS.

Il percorso di cura

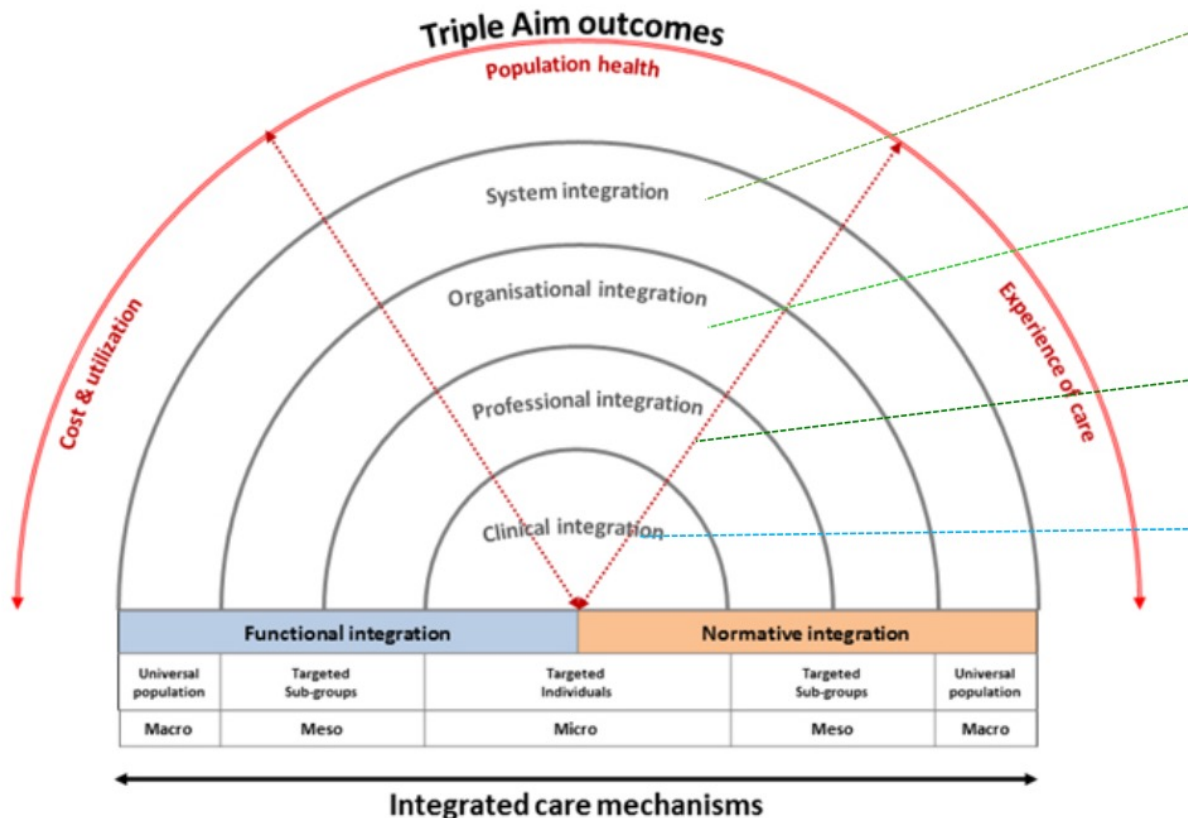


Assistenza integrata nel continuo assistenziale

The Rainbow Model of Integrated Care (RMIC)



INTEGRATED CARE EVALUATION
Connecting those who care.



System integration
Coherent set of (informal and formal) political arrangements to facilitate professionals and organisations to deliver a comprehensive continuum of care .

Organisational integration
Inter-organisational partnerships based on collaborative accountability and shared governance mechanisms, to deliver care to a defined population.

Professional integration
Inter-professional partnerships based on a shared accountability to deliver care to a defined population.

Clinical integration
Coordination of care for a complex need at stake in a single process across time, place and discipline.

Tavola rotonda:

Cronicità: Bisogni organizzativi e gestionali delle Cure Territoriali

Emanuele Ciotti

DOMANDA

- Nell'attuale scenario di invecchiamento della popolazione, quale divisione del lavoro tra ospedale e territorio è più promettente?
- *Serve una gerarchia per integrare ospedale e territorio? (vantaggi/svantaggi)*

Roberto Mora

DOMANDA

- Che ruolo hanno e quali esperienze qualificano i servizi domiciliari in un contesto demografico orientato all'invecchiamento?
- *Per i servizi domiciliari, quale orizzonte strategico è più coerente con le premesse/ipotesi?*

Associazione **B**ellinzone **per l'Assistenza e** cura a **D**omicilio – Salita Mariotti 2 - 6500 Bellinzona

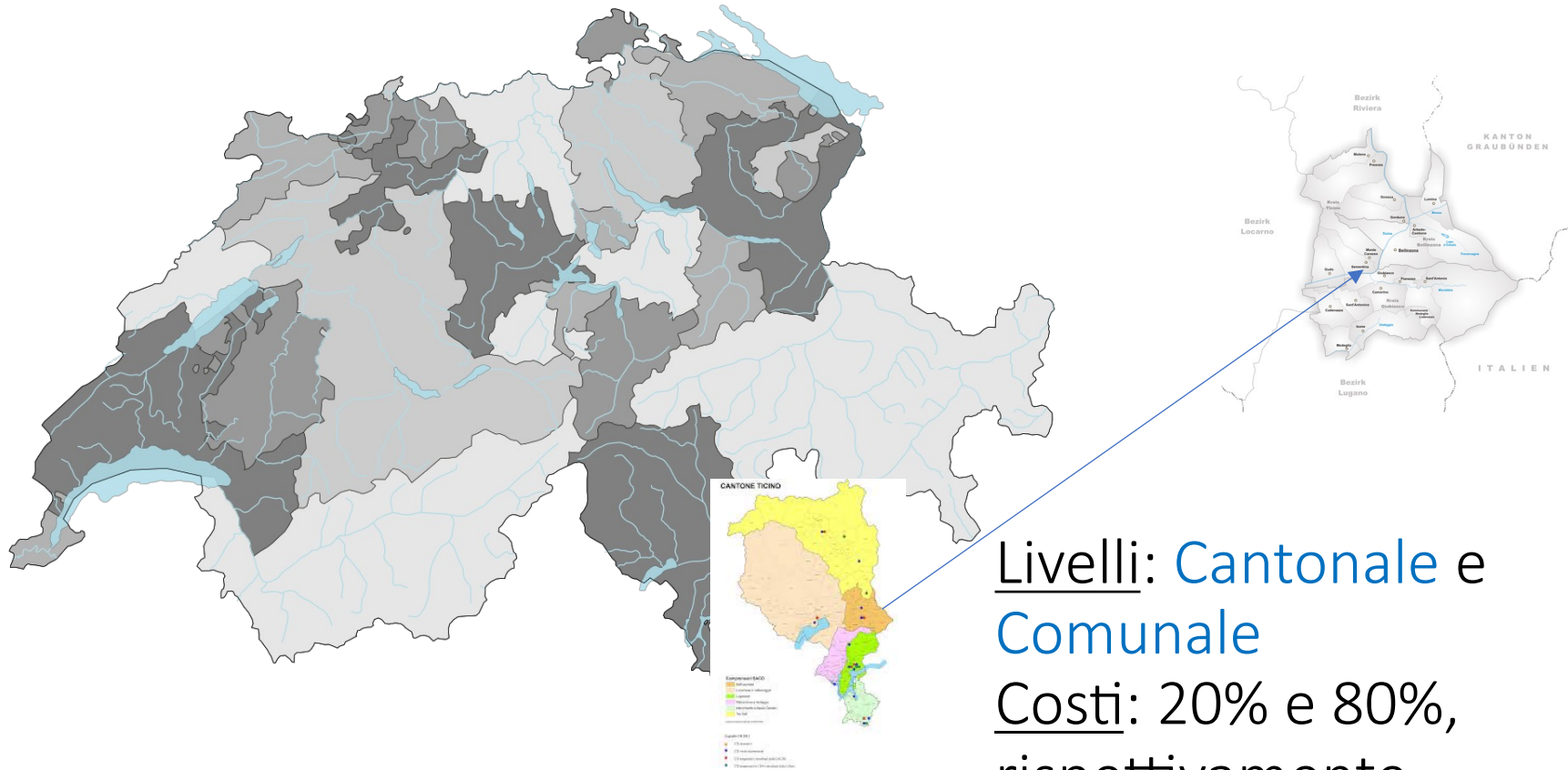
Grazie per l'invito.

Roberto Mora

Direttore



Assistenza e cura a domicilio: Ripartizione delle competenze in Svizzera



Livelli: Cantonale e
Comunale

Costi: 20% e 80%,
rispettivamente

ABAD: Modello di presa a carico **integrata** e **coordinata** a livello domiciliare e di comunità

- Prevede **l'integrazione** e il **coordinamento** di diverse prestazioni, in parte già **disponibili**, altre in **fase di sviluppo**, in base al principio del **sostegno orientato alle necessità**.
- Promosso da professionisti del settore, include prestazioni **formali e informali**, anche in un'ottica di **Caring communities** (comunità che curano) e di **Community Care** (assistenza a categorie sociali più vulnerabili).

Modello di presa a carico



Coordinamento con altri
Enti e Servizi

Ulteriori Enti e Servizi

a sostegno del mantenimento a domicilio

Volontariato (3° settore)

Cittadini risorsa

e altri gruppi o enti di volontariato

Prestazioni integrate

Custode sociale

di quartiere/paese

Collaboratrice familiare

condivisa

Assistenza e cura
a domicilio Spitex

Utenti e
familiari
curanti



Integrata e coordinata a livello domiciliare e di comunità

Pasti a domicilio

Mezzi ausiliari

Servizio sociale/sostegno amm.

Servizio trasporti

Soggiorno temporaneo RSA

Cure acute transitorie post acuto

Centri diurni terapeutici / CDSA

App. protetti collegati a RSA

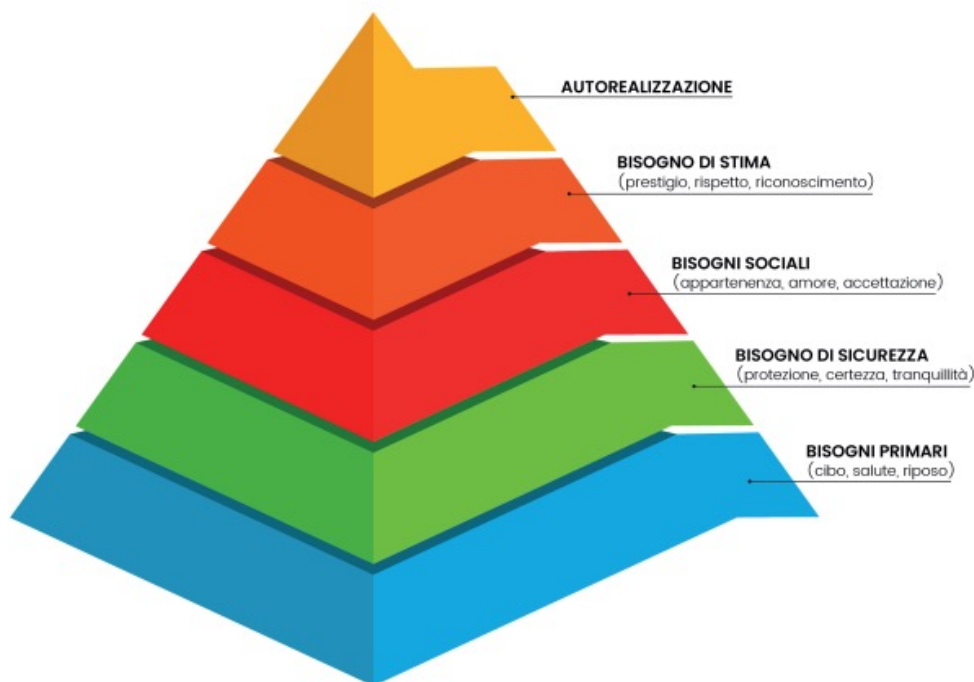
Telesoccorso/monitoraggio

Residenza con custode sociale

Badanti (collaboratrici familiari)

Le principali determinanti per poter rimanere il più a lungo possibile a casa propria

Lo psicologo statunitense Abraham Maslow ha ideato la gerarchia dei bisogni umani che, con la giusta declinazione, può essere ripresa nel concetto di presa a carico a domicilio, nel definire le diverse necessità/bisogni e le rispettive risposte.



Necessità/determinanti

Descrizione

Assistenza di base		Fornire aiuto e sostegno nelle attività di base.
Cure infermieristiche		Garantire prestazioni infermieristiche.
(Ri)attivazione psico-fisica		Recuperare, mantenere, migliorare la mobilità/autonomia.
Alimentazione		Permettere un'alimentazione adeguata e regolare.
Cura ambiente di vita (pulizia di base)		Assicurare un ambiente di vita pulito, ordinato e sempre dignitoso.
Sicurezza		Poter vivere a casa da soli, nella mobilitazione e per i propri congiunti.
Sostegno, assistenza e accompagnamento		Sopperire all'assenza o sostegno a familiari curanti .
Coordinamento e consulenza socio-sanitaria		Informare ed eventualmente attivare Enti e Servizi che favoriscono il mantenimento a domicilio.
Aspetti amministrativi e finanziari		Offrire consulenza e sostegno nel disbrigo di questioni burocratiche, amministrative o legate a prestazioni sociali.
Socializzazione		Prevenire l'isolamento sociale e la solitudine e favorire la socializzazione con altre persone.
Mobilità personale		Facilitare la libertà di movimento in sicurezza per permettere il mantenimento di contatti personali e sociali.
Prevenzione socio-sanitaria		Promozione della salute e prevenzione secondaria e terziaria.
Riconoscimento come individuo		Garantire il riconoscimento delle necessità individuali e la possibilità di accedere ai Servizi che favoriscono il mantenimento a domicilio.
Libertà di scelta e autodeterminazione		Mantenere la possibilità di scegliere liberamente e preservare la dignità umana anche in età avanzata o in presenza di limiti psico-fisici.

Necessità/determinanti

Descrizione

Assistenza di base



Fornire aiuto e sostegno nelle attività di base.

Cure infermieristiche



Garantire prestazioni infermieristiche.

(Ri)attivazione
psico-fisica



Recuperare, mantenere, migliorare la mobilità/autonomia.

Alimentazione



Permettere un'alimentazione adeguata e regolare.

Cura ambiente di vita
(pulizia di base)



Assicurare un ambiente di vita pulito, ordinato e sempre dignitoso.

Sicurezza

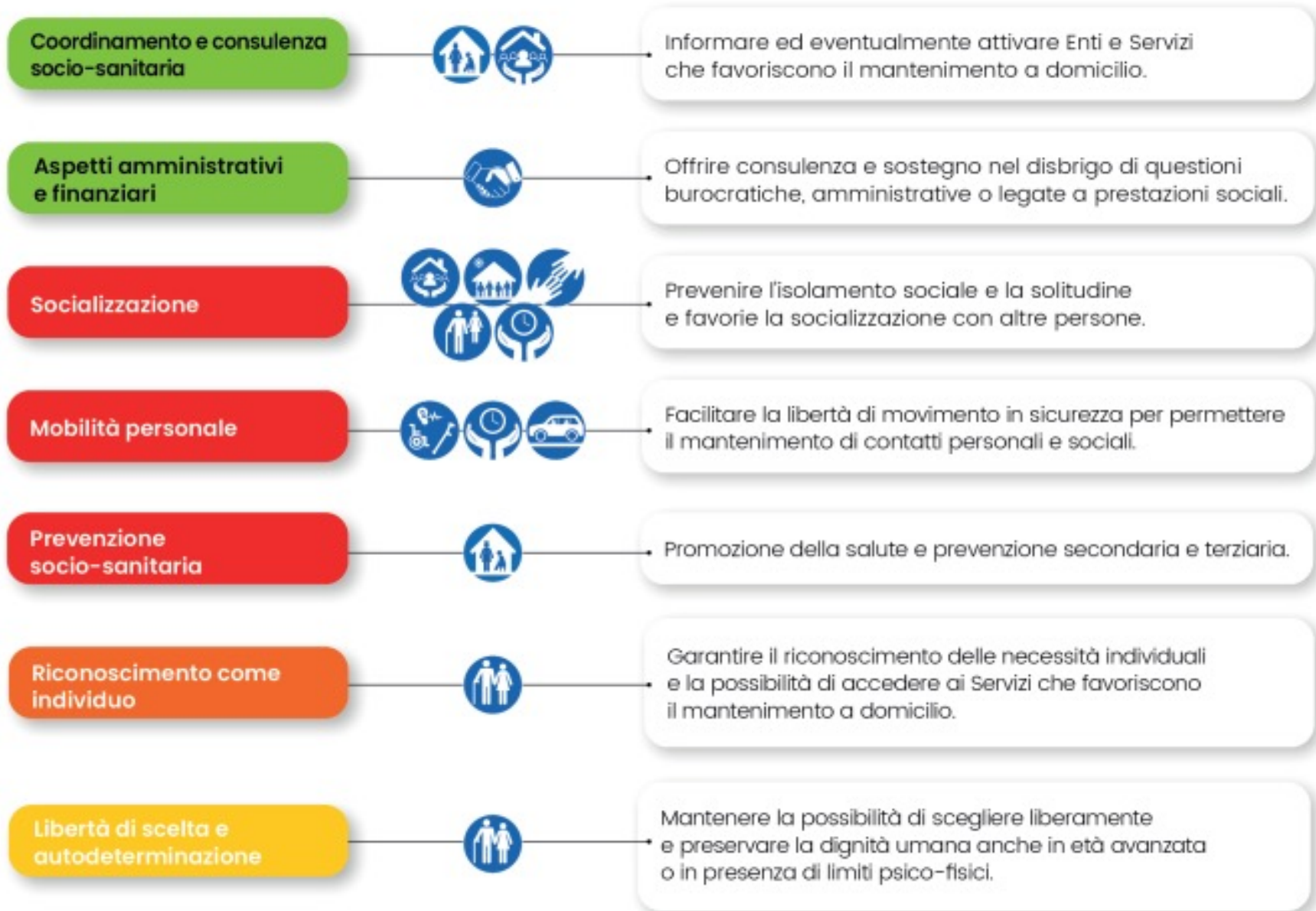


Poter vivere a casa da soli, nella mobilitazione e per i propri congiunti.

Sostegno, assistenza
e accompagnamento



Sopperire all'assenza o sostegno a **familiari curanti**.



Da un punto di vista operativo-funzionale

- Assicura prestazioni di **cura e di assistenza integrate** ed erogate, attivate o coordinate da un unico Ente senza scopo di lucro.
- **Limita la frammentazione** di risorse e servizi, **riducendo di conseguenza il numero di interlocutori** a beneficio di utenti e familiari.
- È **innovativo** nella misura in cui alcune prestazioni, finora erogate in pochi centri, vengono portate più **vicine agli utenti** (per es. la figura di Custode sociale, pasti a domicilio, cittadini risorsa, ...) permettendo di raggiungere i medesimi obiettivi e un maggior numero di persone.
- Soprattutto nelle zone più discoste molti utenti sono già seguiti dai SACDip. Attraverso la presa a carico individuale è possibile conoscere meglio le loro necessità, caratteristiche e risorse; approccio fondamentale per instaurare **un rapporto di fiducia che favorisce e facilita la partecipazione ai momenti di aggregazione e di socializzazione**.
- Grazie a sole due o tre mezze giornate di attività di **socializzazione di prossimità** è possibile lottare facilmente e in modo efficace ed efficiente contro la solitudine e l'isolamento sociale in **qualsunque luogo del Cantone**.
- Ha un **impatto ecologicamente positivo** in quanto evita inutili e lunghi spostamenti, da o per raggiungere gli utenti, rispettivamente i Centri o i Servizi collocati prevalentemente nelle zone urbane.
- È **equo e giusto** nella misura in cui rende più facilmente accessibili le prestazioni di socializzazione e di lotta all'isolamento sociale pagate da tutti i cittadini, anche agli utenti che vivono nelle regioni più discoste.
- È **flessibile** poiché si inserisce facilmente nelle diverse realtà comunali o di quartiere.
- È **modulabile** in base alle risorse e alle necessità degli utenti.
- È **complementare e sussidiario alle risorse formali e informali** già attive in un determinato territorio.
- Coniuga e cerca il **giusto equilibrio fra l'azione dei professionisti e quella dei volontari** (sempre più arduo da mantenere nel tempo a causa di uno scarso ricambio generazionale), unica via percorribile in tempi di risorse limitate e di bisogni in crescita.
- Ha un carattere **partecipativo e inclusivo** per gli utenti che possono essere di generazioni diverse.

Da un punto di vista **politico-sociale**

- Risponde appieno alla **linea, ai principi e alle priorità che Cantone e Comuni** vogliono seguire nel prossimo decennio per quanto riguarda il consistente aumento delle risorse per

la presa a carico di persone anziane, invalide o malate, secondo quanto scaturito dalla consultazione sulla **Pianificazione LANz-LACD 2021-2030**, segnatamente:

