



Università Commerciale
Luigi Bocconi

CERGAS
Centre for Research on Health
and Social Care Management

BocconiALUMNI
ASSOCIATION

SDA **Bocconi**
School of Management

CONVEGNO OASI 2016 Il Rapporto OASI 2016

Cure Intermedie e Disease Management

Valeria Tozzi
V. Morando
CERGAS e SDA Bocconi

In collaborazione con:



Science For A Better Life

Medtronic

Milano, 14.11.2016





Indice

1. Cosa sono?
2. Quali elementi distintivi dell'offerta delle Cure Intermedie?
3. Quali prospettive future?





Cure intermedie: il territorio conteso dello 0,7 ppII/1000 abitanti

- Il recente **Piano nazionale della cronicità (luglio 2016)** dedica spazio alle CI e le lega alla casistica complessa e polipatologica, indicando come elemento centrale la realizzazione di un PIC (piano individuale di cura).
- **D.M. 70 del 2.4.2015** intende per CI:
 - «i modelli di assistenza a garanzia della continuità delle cure tra ospedale e territorio, accanto a programmi quali le dimissioni protette/programmate o l'assistenza domiciliare», richiamando la necessaria rivisitazione degli interventi previsti sia a livello regionale sia aziendale;
 - «unità di degenza post acuta, territoriali a prevalenza sanitaria in grado di supportare sia la deospedalizzazione che la gestione di acutizzazioni a domicilio, con l'attivazione di attività multidisciplinare e il coinvolgimento della medicina generale e degli specialisti territoriali»;
 - non si fa riferimento al fine vita o a condizioni patologiche specifiche mentre è riconosciuto il ruolo dell'ospedale di comunità (dotazione di 15-20 pp.II. per ricoveri tra i 15 ei 20 gg; gestione infermieristica con responsabilità in capo al MMG, PLS o altri medici dipendenti o convenzionati).
- **Agenas nel 2011** propose come standard 0,4 pp.II./1000 ab. per le CI.

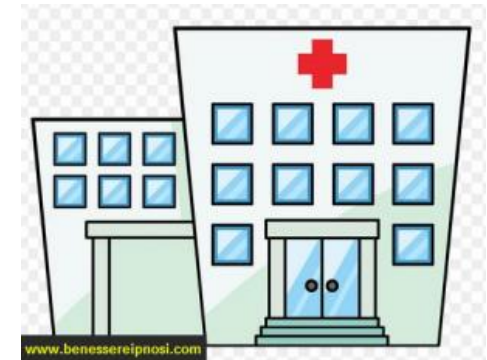


Intermediare cosa? Una fisiologica diversità regionale

*Step up
services*

Crisis response
Home based IC service
Bed based IC service
Re-ablement service

Ospedale



*Step down
services*



Cure
primarie





8 Regioni oggetto della ricerca OASI 2016

4 Regioni con politiche esplicite sulle CI: **Lombardia** (2012), **Marche** (2015), **Toscana** (2013), **Veneto** (2012).

2 Regioni con esperienze aziendali avanzate (**Emilia Romagna**) o in sviluppo (**Piemonte**) di modelli di offerta di CI.

2 Regioni (**Calabria e Umbria**) con interventi su alcuni target specifici che a tendere potranno rappresentare la base per future elaborazioni sulle CI

- I modelli della Lombardia, del Veneto e l'esperienza dei CAVS Piemontesi prevedono sia stabilizzazione clinica sia riabilitazione/abilitazione, derivando per lo più da una riconfigurazione di pp.ll. pre-esistenti;
- Toscana, Marche e Emilia Romagna puntano allo sviluppo degli OsCO, funzionalmente dipendenti dal territorio (dipartimenti del territorio, di cure primarie e distretto sociosanitario), hanno una vocazione più internistica, prevedendo la consulenza riabilitativa (fisiatrice e fisioterapica) al bisogno.





Alcuni elementi della formula di servizio

- **Intervento personalizzato** (PAI o PIC) e **temporaneità della cura**: dai 15 gg per la sub acuzie e negli OsCo ai 30-60 gg per gli interventi riabilitativi
- **Sistemi di finanziamento**: se il tetto dei 154 Euro die è il riferimento per le CI (sub-acute lombarde con rimborso massimo 190 Euro die), la compartecipazione non è definita in modo uniforme:
 - prevista per prolungamento della degenza oltre i tempi riconosciuti (30 gg Piemonte e 60 gg Marche, oltre i 30 gg in OsCo Veneto);
 - in Piemonte gli esami erogati dal presidio sono scalati dalla fatturazione complessiva e ricadono sul rimborso dell'erogatore;
 - In Veneto la diagnostica e le terapie sono assicurate al paziente degente attraverso ricetta rossa.
- **Dimensionamento** non in base al fabbisogno ma alla revisione della rete ospedaliera:
 - Toscana 3,2 pp.II./1000 ab
 - Veneto 3,6 pp.II./1000 ab
 - Piemonte: CAVS 0,3/1000 pp.II. CI
 - Agenas (2011): 0,4/1000 pp.II.CI





Filiera di servizi, target di pazienti e professionisti

- **Il paziente-tipo** delle CI è il soggetto con instabilità clinica o funzionale a seguito di un evento (trauma), di complicanze a seguito di ricovero o di un evento accaduto al domicilio, in particolare per i soggetti anziani fragili e polipatologici, le persone con disabilità acquisite o disabilità cronico-degenerative, fino al fine vita, laddove sia incluso. **Il paziente cronico non è un target per le CI.**
- **Identificazione del target** attraverso profili (ad es. Lombardia) sulla base di scale psico-metriche, geriatriche, funzionali e assistenziali in alcuni casi definiti dalla Regione; oppure esplicitando le esclusioni (ad es., demenza e fine vita in Veneto).
- **Il perimetro della filiera delle CI:**
 - l'hospice e il fine vita risultano nel perimetro delle CI in Veneto, Toscana, Marche e Calabria;
 - la salute mentale e le diagnosi psicotiche sono esclusi in tutti i modelli di CI censiti. Alcune peculiarità: Lombardia prevede il profilo demenze mente il Piemonte include i casi psichiatrici e neuropsichiatrici, i profili neuro degenerativi o dementigeni e le disabilità neuro psicomotorie fino alle dipendenze come target dei CAVS.





Ricompattare la filiera di offerta

- Nei modelli più evoluti vengono previsti «**gate**» di ingresso alle **CI e centrali operativi** per la gestione della logistica del malato:
 - in **Veneto** le Centrale Operativa Territoriali (COT) supportano il transito e il case management infermieristico dei pazienti più fragili. Attualmente, la sperimentazione delle COT prevede in media 2 centrali per bacino provinciale;
 - in **Piemonte** l'accesso al CAVS prevede l'intervento del Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC) in sinergia al Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC). Il NDCC è responsabile della valutazione multidimensionale, assegnazione del profilo e del percorso assistenziale;
 - in **Toscana** Agenzie per ciascuna azienda UsI (ACOT – agenzia continuità ospedale territorio) con l'obiettivo di integrare la filiera a cavallo tra i setting.
- L'integrazione viene spesso giocata associando anche il ruolo di case/care manager o di navigator/tutor del paziente.





Riflessioni conclusive

- Le CI sono sempre **di transizione** e antepongono alla diagnosi la **prognosi** del malato per il suo transito nella filiera dei servizi. Sistemi di valutazione della qualità ancora deboli.
- **Sconfinamento**: alcune proposte includono l'ADI «complessa», l'ospedalizzazione a domicilio e i setting di assistenza socio-sanitaria (centri diurni e RSA/RSD) rispettando i requisiti di temporaneità e, soprattutto, di responsabilità clinica sul paziente in capo al «territorio».
- **Innovazione iso-risorse**: l'attivazione proviene dai disinvestimenti della rete ospedaliera e dalla chiusura dei ppil per acuti. Gli investimenti derivano dai fondi dedicati alla riconversione e/o a nuove strutture territoriale. La mancanza di nuovi costi cessanti blocca l'attivazione di ppil di CI anche se previsti da fabbisogno stimato (Veneto e Emilia Romagna).
- **Centralità del territorio**: dipendenza gerarchica dalle macro-articolazioni territoriali; responsabilità clinica del MMG/PLS (in Toscana e Marche, responsabile del pz degente); centralità dei modelli evoluti delle cure primarie.
- **Guerre di territorio esordienti** tra comunità professionali dei setting specialistici per il governo strategico del malato.





6 Case della Salute a confronto

cap. 14. M. Del Vecchio, A. Prenestini, V. Rappini

	CdS di Copparo	CAP Santhià	CdS Magliano Sabina	CdS Ostia	PTA Spinazzola	PTA Trani
Origini struttura	Struttura ospedaliera dismessa	Presidio territoriale polifunzionale	Riconversione CeCAD (già ospedale riconvertito) su domanda ASL	Riconversione struttura disponibile (ex Ospedale) su impulso ASL	Ospedale riconvertito su programmazione regionale	Ospedale riconvertito su programmazione regionale
Localizzazi one	Comune di Copparo appartenente all'Unione "Terra e Fiumi" (35.650 abitanti)	Centro di riferimento per altri 13 comuni dell'hinterland (circa 30.000 abitanti)	Piccolo comune (3.000 abitanti) periferico rispetto al distretto di afferenza (circa 60.000 abitanti)	Città con 250.000 abitanti con il Poliambulatorio e l'Ospedale dell'ASL	Piccolo comune periferico rispetto al distretto di afferenza	Città di circa 56.000 abitanti.
Target e mission	Residenti dell'Unione dei Comuni (pazienti nei percorsi e occasionali)	Residenti a Santhià e nei comuni limitrofi, con attenzione alle condizioni di fragilità (integrazione socio-sanitaria)	Assistiti dei MMG del distretto (pazienti occasionali e cronici)	Solo pazienti cronici (inseriti nei PDTA)	Residenti del comune (pazienti cronici e occasionali) Ospiti REMS	Residenti nel distretto (pazienti cronici e occasionali)



I CReG lombardi: stato dell'arte e risultati preliminari

cap. 16 F. Petracca, A. Ricci

- **Numero medio di prestazioni frequentemente programmate (>70% dei casi) nei PAI dei pazienti con:** diabete, ipertensione, diabete e ipertensione (Tabella I); ipercolesterolemia, ipertensione, ipercolesterolemie e ipertensione (Tabella II)

Tabella I

Prestazione	Diabete M. T2	Ipertensione	Diabete M. T2, Ipertensione
Colesterolo Totale	1	1	1
Creatinina	1	1	1
Trigliceridi	1	1	1
Colesterolo HDL	1	1	1
Glucosio (Glicemia)	1	1	1
Elettrocardiogramma	1	1	1

- **Il PAI sembra uno strumento adeguato per la pianificazione coordinata del percorso e un'efficace sintesi clinica:** le prestazioni programmate in caso di pazienti bi-patologici non evidenziano duplicazioni negli esami

Tabella II

Prestazione	Ipercolesterolemie	Ipertensione	Ipercolesterolemie, Ipertensione
Colesterolo Totale	1	1	1
Colesterolo HDL	1	1	1
Trigliceridi	1	1	1
Creatinina	1	1	1
Glucosio (Glicemia)	1	1	1
Emocromo completo con formula	1	1	1





Università Commerciale
Luigi Bocconi

CERGAS
Centre for Research on Health
and Social Care Management

BocconiALUMNI
ASSOCIATION

SDA Bocconi
School of Management

GRAZIE
valeria.tozzi@unibocconi.it

