



116 117 COT CASE DI COMUNITA' OSPEDALE DI COMUNITA' ADI  
*ESPERIENZE DI BUONE PRATICHE DI IMPLEMENTAZIONE DEL DM 77*  
buone pratiche regionali

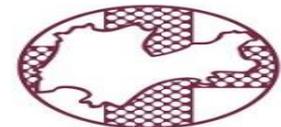
## **La presa in carico delle fragilità**

*Gino Gobber*

*Dipartimento di cure primarie*

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

Provincia Autonoma di Trento



*Azienda Provinciale  
per i Servizi Sanitari  
Provincia Autonoma di Trento*

I pazienti che mettono in crisi l'organizzazione distrettuale sono quelli che indentifichiamo ad alta complessità assistenziale, affetti da patologie neoplastiche in fase avanzata o terminale, affetti da patologie neurodegenerative in fase avanzata o terminale, le patologie genetiche altamente invalidanti, i minori con quadri clinici da neoplasie o da malattie genetiche e il complesso delle Malattie Rare, questo perché il Distretto presenta una serie di carenze date dalla sua stessa storia istitutiva.

Il Distretto nasce per essere il I livello di un percorso diagnostico, la porta d'accesso per percorsi assistenziali calibrati sulla cronicità, ma non certo per affrontare un'assistenza domiciliare per l'alta complessità di cure.  
*Cure territoriali e malattie rare verso un nuovo modello di presa in carico dei pazienti* Position paper **Alleanza Malattie Rare AMR**

WALTER RICCIARDI | VINCENZO ATELLA  
CLAUDIO CRICELLI | FEDERICO SERRA

**LA TEMPESTA PERFETTA**  
IL POSSIBILE NAUFRAGIO  
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE:  
COME EVITARLO?



VP VITA E PENSIERO | RICERCA (Cultura)

“...Sarebbe necessario ridisegnare profondamente la geografia dei servizi, ridefinendo le modalità di erogazione degli stessi, sistematizzando modelli assistenziali basati sulla logica della ‘presa in carico’ del paziente... implementando soluzioni per garantire l’integrazione ospedale-territorio, sia di tipo strutturale sia di tipo funzionale...”



## *La normativa post-CoViD*



- *Legge 106/2021 Sostegni bis: completamento delle Reti di cure palliative nel triennio 2023/25*
- *DM 77/2022 Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN*
- *Legge 197/2022 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025*
- *Accordi CSR 2020/2021 Accreditemento delle Reti di cure palliative adulto e pediatrica, della Rete di terapia del dolore e delle cure domiciliari*
- *Legge 33/2023 Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*
- *D. Legsl. 62/2024 Decreto attuativo della Legge Delega sulla disabilità*
- *Piano Nazionale della Cronicità Aggiornamento 2024*

**Modelli predittivi e stratificazione della popolazione**

La più recente normativa nazionale (D.L. 34/2020, c.d. Decreto Rilancio, convertito nella legge n. 77/2020, all'art. 7) pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare *modelli predittivi*, che consentano la *stratificazione della popolazione*, il *monitoraggio per fattori di rischio*, e la *gestione integrata di patologie croniche* e di *situazioni complesse*.

L'adozione di un *modello di stratificazione* comune su tutto il territorio nazionale è uno degli obiettivi strategici del PNRR che permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. Tale modello di stratificazione dovrà consentire di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel *Progetto di Salute* del singolo paziente.

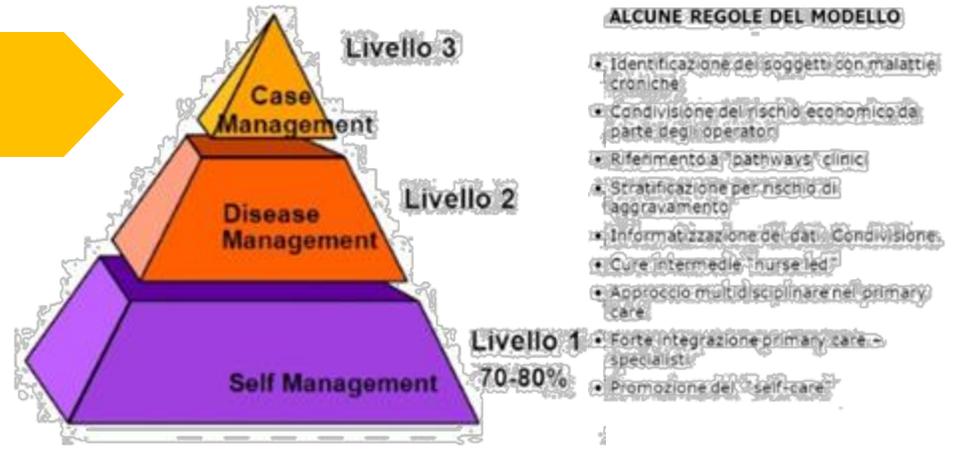
Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

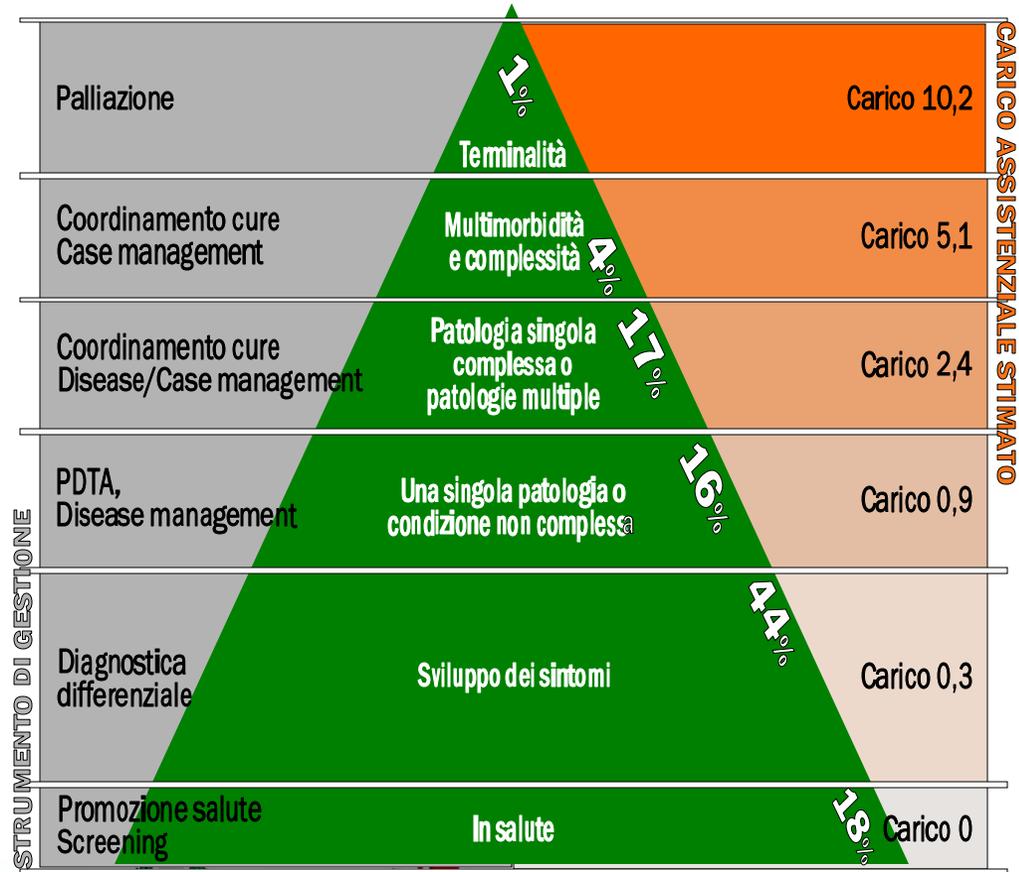
Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
<b>I livello</b> Persona in salute	Absenza di condizioni patologiche	Absenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
<b>II livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Absenza di condizioni fragili	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stile di vita
<b>III livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di condizioni e/o fragilità prevalentemente mono patologiche perduranti nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
<b>IV livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di condizioni fragili, disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali definiti	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e socioassistenziali con prevalenti bisogni extra-ospedieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socio assistenziali
<b>V livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbidità, limitazioni funzionali (parziali o totali non reversibili) con determinanti sociali definiti perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continui di tipo domiciliare, ospediere, semi-residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socio assistenziali
<b>VI livello</b> Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni assistenziali prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socio assistenziali

Stratificazione del rischio

**Patients severe complications**  
**7-8%**

LA PIRAMIDE "CCM" c/o "KAISER-PERMANENTE"





Il bisogno totale di cure palliative si calcola sulla **mortalità generale**. Il dato 2017 (ultimo disponibile) è di **5052 persone/anno**, dei quali **1172** sono deceduti nelle **RSA**. Per i 3880 deceduti *extra-RSA* il dato stimabile per il Trentino resta, secondo i dati della letteratura, in una forbice contenuta tra **2677 (69% dei deceduti)** e **3259 (84% dei deceduti)**  
 Il fabbisogno di **cure palliative specialistiche** sui 447161 abitanti adulti è di **1498 pazienti/anno (335 su 100000 abitanti adulti)**.

	2023	domicilio	hospice	ospedale	TOTALE
Pazienti presi in carico dalla Rete di cure palliative e deceduti per malattia neoplastica (ultimo dato ISTAT 1486 deceduti per neoplasia/anno)	Onco	584	312	138	1042
		58,7 %	30 %	13,2 %	70,1 %
Pazienti presi in carico dalla Rete di cure palliative e deceduti per malattia <b>NON</b> neoplastica	NON Onco	275	64	28	367
		74,9 %	17,4 %	7,7 %	

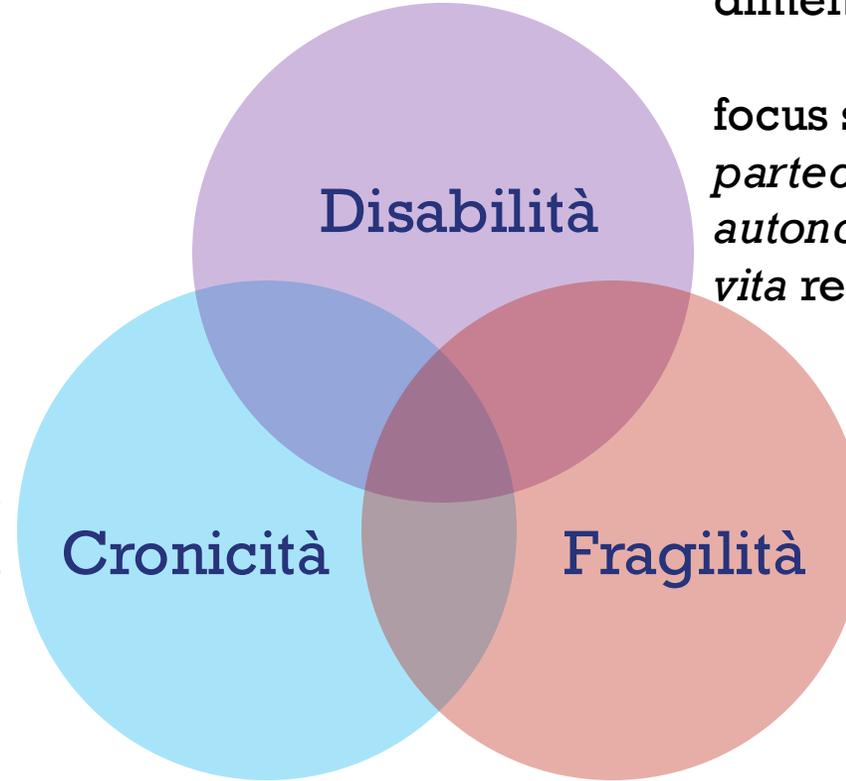


dimensione **attuale**

focus su come i *fattori contestuali* modulano la *partecipazione sociale* della Persona, la sua *autonomia* nelle scelte di vita, la sua *qualità di vita* relativa alla salute

dimensione **temporale**

focus sulla *persistenza o progressione* di condizioni di salute che porta anche a sovrapposizione di condizioni (multimorbilità)



dimensione **prospettica**

focus sul *rischio di improvviso di peggioramento* della condizione clinica e di eventi avversi (es. pronto soccorso, istituzionalizzazione, ...)

Un modello interpretativo per la presa in carico della cronicità

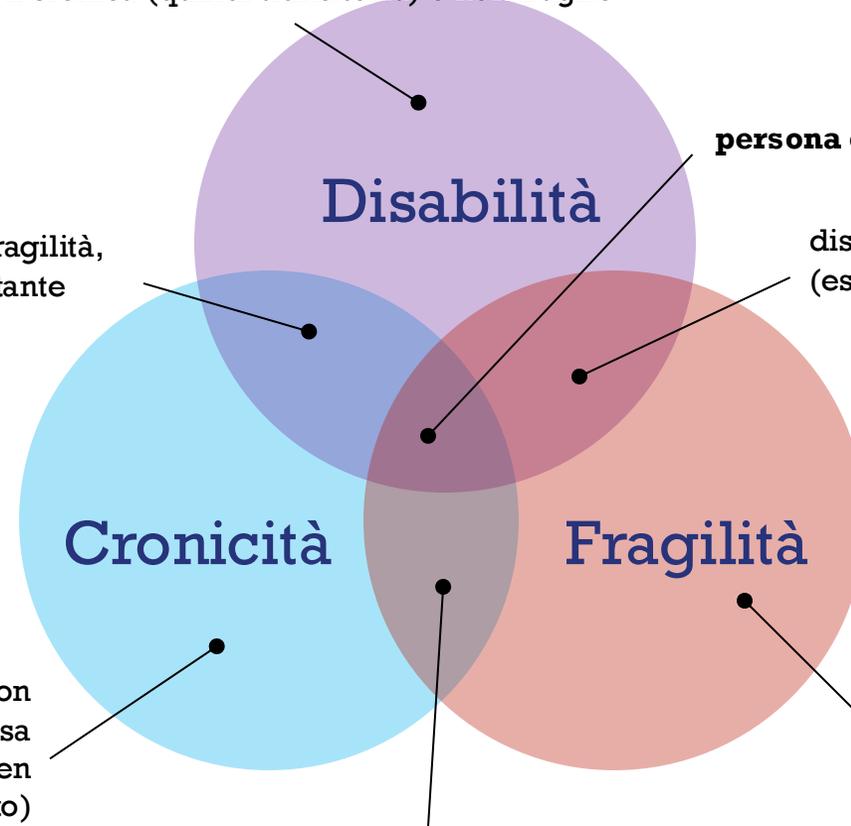


disabilità non cronica (quindi transitoria) e non fragile

disabilità croniche ma senza fragilità,  
stabili (es. persona che nonostante  
una paraplegia mantiene alta  
autonomia)

malattie croniche non  
invalidanti e con bassa  
fragilità (es. diabete ben  
compensato)

malattie croniche non disabilitanti  
(es. diabete ben compensate) ma  
in situazioni di fragilità (es.  
nell'anziano)



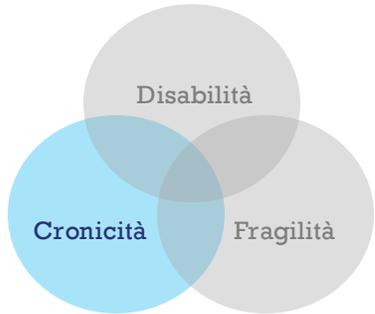
**persona con disabilità cronicità fragilità**

disabilità transitorie con fragilità  
(es. frattura di femore nell'anziano)

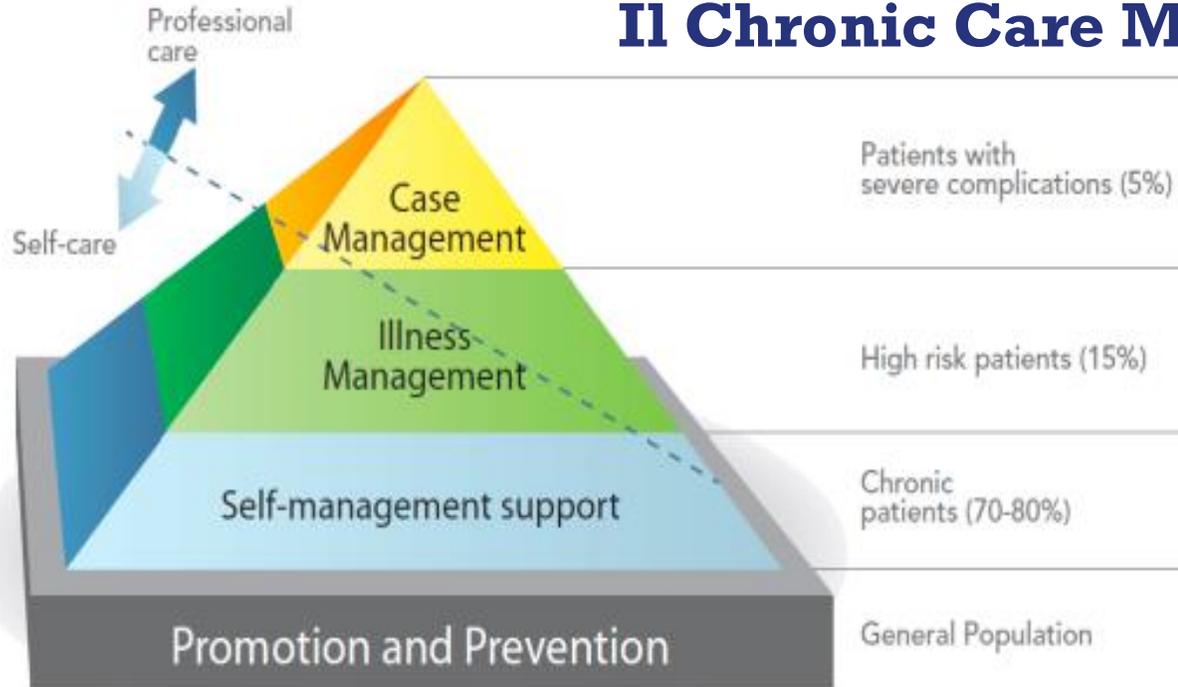
fragilità senza disabilità e  
senza patologie croniche (es.  
grande anziano in apparente  
buono stato di salute ma  
criticità sociali)



Extended Kaiser Pyramid



# Il Chronic Care Model



Casi complessi, con comorbidità gestiti da un case manager in rete con specialisti

gestione di specifici problemi in team multidisciplinare

promozione della salute (es. AFA) e delle capacità di autocura

prevenzione primaria su persone sane, medicina anticipatoria



Integrated care models: an overview

Working document

[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf)

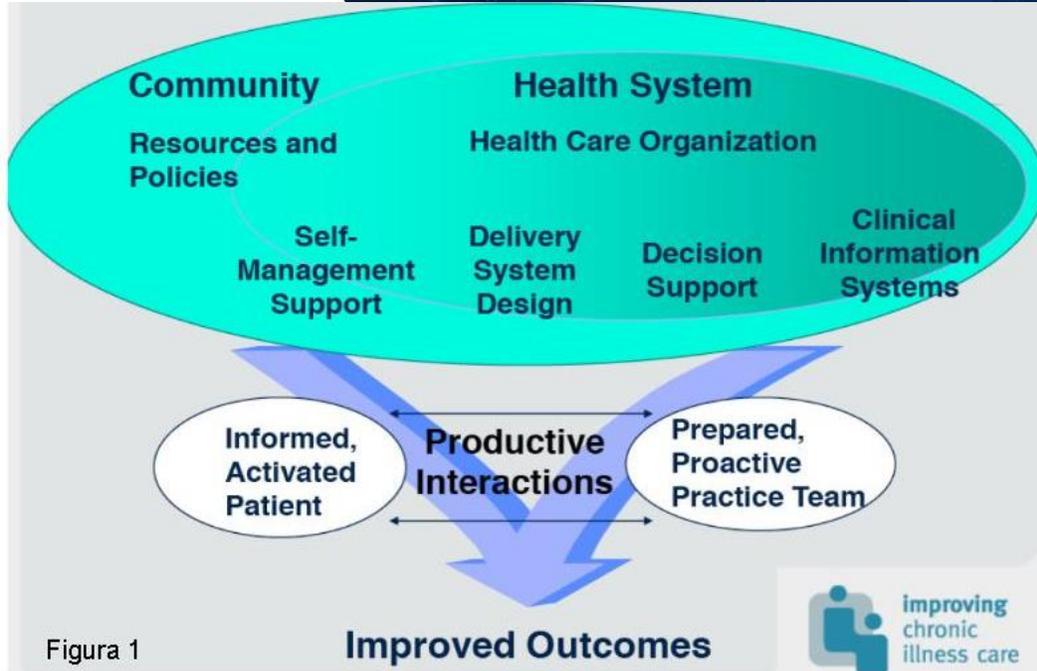


Figura 1

**paziente informato che interagisce con un team preparato e proattivo**

1. collegamento con le **risorse della comunità**
2. **priorità delle malattie croniche**
3. **supporto all'autocura**
4. **riorganizzazione dei team territoriali**, attribuzione di ruoli e responsabilità
5. linee guida e pdta ma anche aggiornamenti periodici di tutto il team favoriscono il **supporto alle decisioni**
6. i **sistemi informativi** devono dare alert (1) di allineamento alle linee guida / pdta, monitorare i cluster (2) per gli indicatori traccianti ritenuti più rilevanti e (3) pianificare le cure individualizzate per ciascun paziente di un registro di patologia ossia della lista di pazienti con una determinata condizione cronica nel territorio di riferimento assegnata a un team

**CHRONIC DISEASE MANAGEMENT**  
 SPECIAL EDITOR  
 Edward H. Wagner, MD, MPH  
 Director, MacCall Institute for Healthcare Innovation  
 Group Health Cooperative of Puget Sound  
 Seattle, Wash  
 Effective Clinical Practice, 1998:1:2-4.

**Chronic Disease Management:**  
*What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness?*

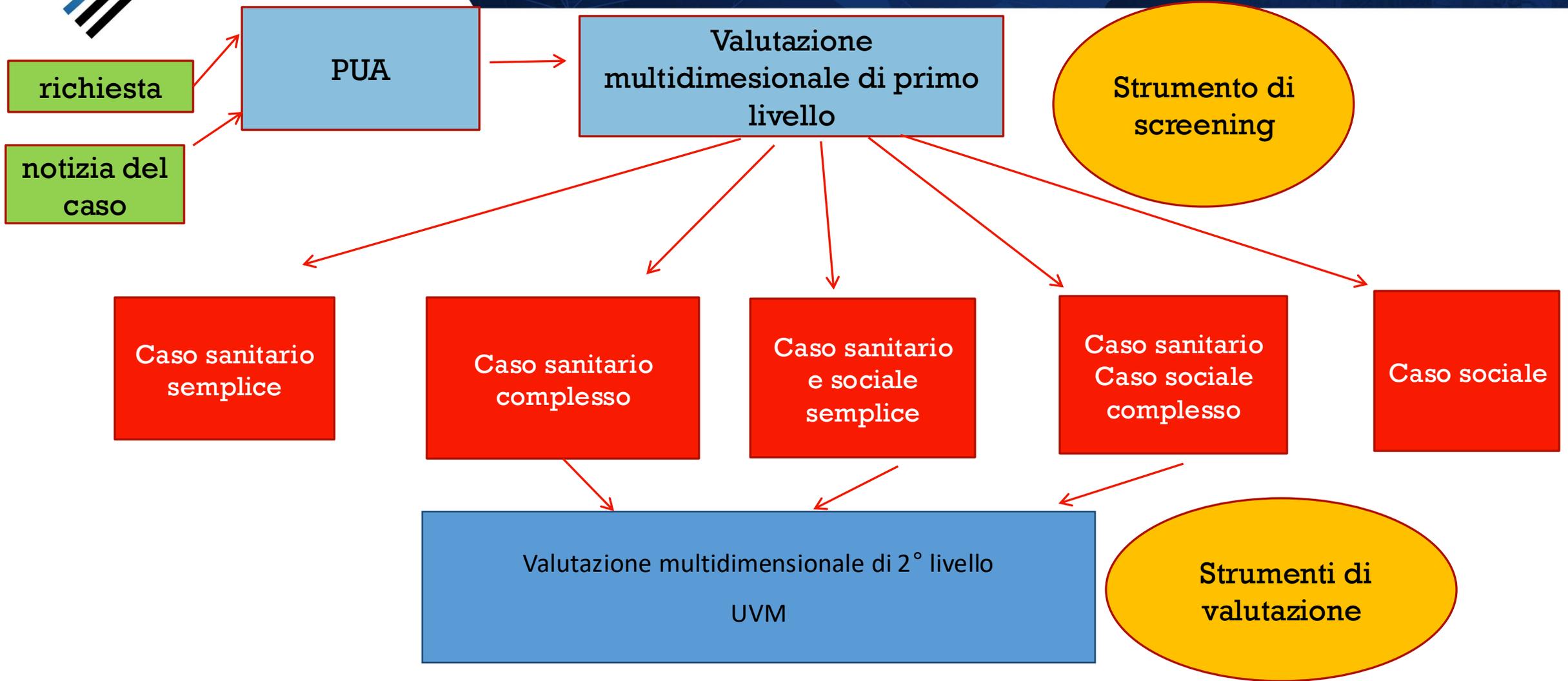
Meeting the complex needs of patients with chronic illness or imp... the single greatest challenge facing organized medical practice. Us

Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract 1998

## DISABILITA'



<p><b>benefici economici, lavorativi, forniture di presidi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>riconoscimento di invalidità civile, legge 104/92, cecità, sordità</i></li> <li>▪ <i>esenzione ticket</i></li> <li>▪ <i>erogazione di Assegno di Cura</i></li> <li>▪ <i>erogazione di prestazioni aggiuntive</i> (cod 11, 27...) e cure termali(dimatiche)</li> <li>▪ <i>erogazione di Ausili, Ortesi, Protesi e altri presidi per patologie specifiche</i></li> <li>▪ <i>rimborso degenza in strutture di riabilitazione extra provincia</i> (in base all'ex art 26 della 502/92)</li> <li>▪ <i>facilitazioni scolastiche</i></li> <li>▪ <i>programmi formazione lavoro e inserimenti lavorativi</i></li> </ul>
<p><b>servizi a domicilio</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>SAD sanitario</i></li> <li>▪ <i>attività Cure Domiciliari</i> (AIO, ADInf, ADP, ADI, UCPdom)</li> <li>▪ <i>pasti a domicilio, telesoccorso, telecontrollo, SAD sociale</i></li> </ul>
<p><b>attività ambulatoriali</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>attività Salute Mentale:</i> psichiatria, psicologia clinica, NPI, consultori familiari, alcologia, CDCA</li> <li>▪ <i>attività specialistiche erogate da centri riabilitativi accreditati sanitari</i> (ATSM, AGSAT, Paese di OZ, IRIFOR, Beato de Tschiderer)</li> <li>▪ <i>attività ambulatoriali di riabilitazione APSS:</i> servizi di Fisioterapia (Arkimede)</li> <li>▪ <i>attività SERD</i></li> </ul>
<p><b>frequenza di servizi semiresidenziali</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>centri diurni ad accesso gestito dai Servizi Sociali</i> (centri servizi per anziani, centri educativi per minori vari, centri per disabili, centri socio occupazionali...)</li> <li>▪ <i>frequenza di centri socio educativi</i> (ATSM, AGSAT, Paese di OZ)</li> </ul>
<p><b>inserimento temporaneo/ definitivo in struttura residenziale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>RSA</i> (Namir, base, sollievo, UNP) / <i>Centri residenziali disabili</i> (Villa Maria, Don Ziglio, Casa Serena):</li> <li>▪ <i>presenza in APPM:</i></li> <li>▪ <i>presenze in strutture di tipo A area psichiatrica:</i> (Melo, Rododendri di Pergine, Casa del Sole)</li> <li>▪ <i>presenze in strutture B e C area psichiatrica:</i> (Arcobaleno, Arc 98, Bucaniere, Girasole, Maso SanPietro, Oltre, Valle Aperta, Villa Argia, Villa San Pietro,)</li> <li>▪ <i>presenza in struttura residenziale del DCA</i> (Maso Zancanella)</li> <li>▪ <i>comunità terapeutiche tossicodipendenze</i></li> <li>▪ <i>strutture residenziali e comunità alloggio ad accesso gestito dai Servizi Sociali</i> (GSH, Grazie alla vita ....)</li> </ul>



## *Prendere in carico*

- Negli ultimi anni la locuzione *presa in carico* è entrata stabilmente nel linguaggio medico e nell'ambito dei servizi sociali, in cui l'espressione *presa in carico* (di un paziente o di un utente) designa (con riferimento a un paziente o a un utente) **l'iter di azioni e interventi specifici pensati attorno al soggetto (come cura e assistenza)**. (Accademia della Crusca)
- “Prendere in carico” un paziente significa **pianificare il suo percorso sanitario**, assumere su di sé **la responsabilità di programmare e gestire un intervento in modo intenzionale e strategico**, utilizzando strumenti e risorse per risolvere il problema e superare gli ostacoli che l'utente da solo non è in grado di gestire.
- Quindi il prendersi cura non è altro che **farsi carico del problema dell'altro**

## le regole d'ingaggio

- Contrastare la deriva prestazionale dell'assistenza domiciliare
- Le cure palliative come volano dell'attività delle cure primarie
- La presa in carico, il modello del lavoro d'équipe multiprofessionale e multidisciplinare
- Il consenso informato e la pianificazione condivisa delle cure
- Gli indicatori

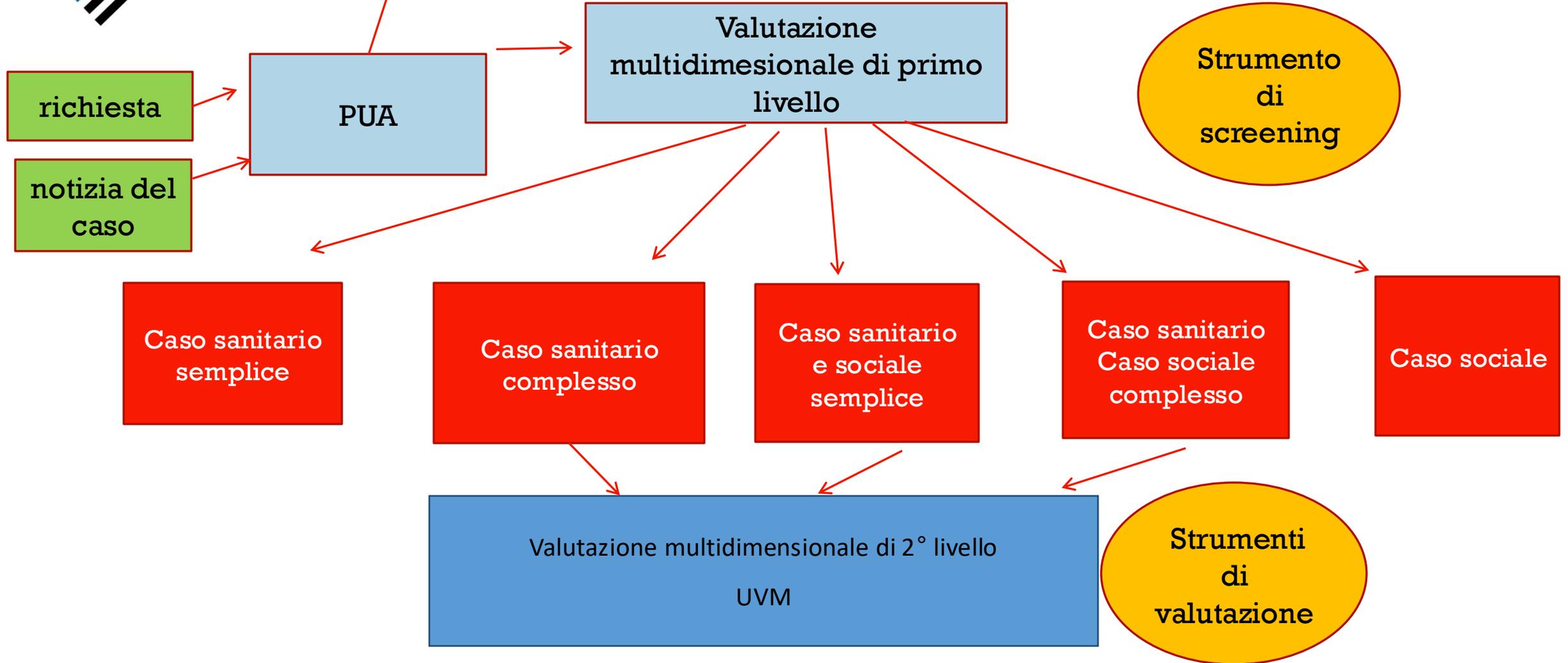
## le paroline magiche

**Equipe**  
**Rete**  
**Valutazione multidimensionale**  
**Multiprofessionalità**  
**Continuità delle cure**  
**Presa in carico**  
**Terzo settore**  
**Competenze**

*il mondo invisibile dei  
pazienti fragili?*

?

**26-29 NOVEMBRE 2024**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**





## **DM 77 23 MAGGIO 2022: IDENTIFICAZIONE E STRATIFICAZIONE DEL BISOGNO**

*Alla ricerca del mondo invisibile dei pazienti fragili*

- **ACG**
- **Strumenti della Medicina Generale**
- **Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa**
- **Richieste inoltrate all'UO di Medicina Legale**
- **Servizi Sociali dei Comuni e delle Comunità**
- **Pronto Soccorso del Servizio Ospedaliero Provinciale**
- **...**

La contabilità per certificare il raggiungimento dell'obiettivo (12617 persone ultra65enni nel 2025 per la PAT) è stata semplificata dal Ministero della Salute allentando i vincoli dell'intensità assistenziale. L'attività complessiva APSS **nel 2023** risulta come di seguito:

UCPdom Ped	UCPdom	ADI	ADIIInf	ADP	totale
78 (0,5%)	1929 (11,5%)	665 (3,9%)	12290 (72,9%)	1886 (11,2%)	16848

Conseguentemente il dato della presa in carico degli ultra65enni:

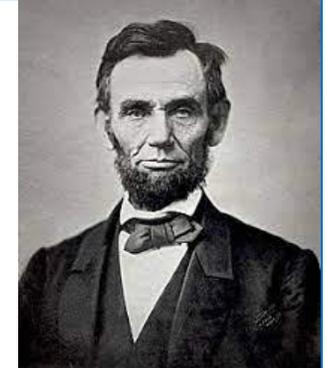
UCPdom	ADI	ADIIInf	ADP	totale
1641 (11%)	586 (3,9%)	10921 (73%)	1808 (12,1%)	14956

Con lo standard originale più stringente il dato provinciale del 2023 sarebbe stato inferiore:

UCPdom Ped	UCPdom	ADI	ADIIInf	ADP	totale
78 (0,7%)	1677 (14,3%)	632 (5,4%)	7606 (64,9%)	1730 (14,7%)	11723

Il modo migliore per prevedere il futuro è crearlo

Abraham Lincoln (1809-1865)



116 117 COT CASE DI COMUNITA' OSPEDALE DI COMUNITA' ADI  
*ESPERIENZE DI BUONE PRATICHE DI IMPLEMENTAZIONE DEL DM 77*

buone pratiche regionali

**La presa in carico delle fragilità**