

**Proposta di un modello per la programmazione e il monitoraggio
dell'attività di gestione della presa in carico della cronicità nelle
Case della Comunità.**

Implicazioni per le politiche sanitarie e la strategia aziendale

Responsabile didattico scientifico
Federico Lega

Candidati
Biancifiori Lorella
Di Carlo Daniela Angiola
Staffa Antonio Maria G.



Corso di Rivalidazione manageriale

Anno formativo: 2023

Corso di Rivalidazione manageriale

Lo sviluppo del manager in sanità: tra sfide e cambiamenti post-Covid

ECOLE – Enti Confindustriali Lombardi per l'Education

Codice corso: ECOLE – RIV 2301/AE

GLI AUTORI

Lorella Biancifiori Direttore Dipartimento Amministrativo di Controllo e degli Affari Generali e Legali, ATS della Val Padana, lorella.biancifiori@ats-valpadana.it

Daniela Angiola di Carlo Direttore SC Medicina del Lavoro, ASST-Rhodense, ddicarlo@asst-rhodense.it

Staffa Antonio Maria Giuseppe Responsabile f.f. SC DAPSS (Direzione Assistenziale Professioni Sanitarie e Sociali), ASST Sette Laghi, antoniomariagiuseppe.staffa@asst-settelaghi.it

Guida breve all'editing secondo stili pre-impostati

Per utilizzare questo modello di documento è sufficiente posizionarsi nelle diverse sezioni e sostituire il testo di esempio con il proprio.

I numeri di pagina sono pre-ordinati e verranno aggiornati automaticamente.

Nelle pagine che seguono è stato impostato un esempio di documento nelle sue distinte parti: titolo, autori, paragrafi di testo, tavole, figure, riferimenti bibliografici. I testi utilizzati hanno esclusivamente uno scopo dimostrativo e possono essere modificati a seconda delle esigenze.

Qualora si ritenga utile comporre un indice delle parti del documento, può essere utilizzata la struttura appositamente predisposta. Essa si aggiorna posizionandosi sull'indice e tramite il tasto destro del mouse, attivando la voce "Aggiorna campo": in tal modo si aggiorna la numerazione. Se si ritiene di intervenire sui titoli dei paragrafi, per aggiornare l'indice è sufficiente utilizzare l'opzione "Aggiorna intero sommario".

In caso di stampa su carta, occorre selezionare dal menu di Word a sinistra, la funzione Stampa e, in seguito, il menu "Proprietà stampante", la voce Layout e, infine, attivare la voce "Libretto" (stampa fronte/retro).

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

INDICE

Sommario

INDICE.....	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO.....	5
METODOLOGIA ADOTTATA.....	6
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	8
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE	9
COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	19
CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)	20
RISULTATI ATTESI	21
CONCLUSIONI	22
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	24
BIBLIOGRAFIA	25
SITOGRAFIA	26

INTRODUZIONE

Il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** è lo strumento che ha tracciato gli obiettivi, le riforme e gli investimenti che l'Italia intende realizzare grazie all'utilizzo dei fondi europei di **Next Generation EU**, per attenuare l'impatto economico e sociale della pandemia e rendere l'Italia un Paese più equo, verde e inclusivo, con un'economia più competitiva, dinamica e innovativa. Il Piano è articolato in **6 aree "tematiche" strutturali di intervento chiamate Missioni: la numero 6 tratta la Salute**. In particolare, nell'ambito della Missione 6 Component 1 *"Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"* il Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze ha emanato il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"* al fine di definire un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale, volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, per una sanità più vicina alle persone. Nello specifico è stata prevista l'istituzione delle Case di Comunità (CdC), quale luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, degli Ospedali di Comunità (OdC), quali strutture sanitarie di ricovero dell'Assistenza Territoriale con funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, delle Centrali Operative Territoriali (COT) con funzioni 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 di dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

Regione Lombardia, con DGR n. XI/6760 del 25/7/2022, avente ad oggetto l'approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77, ha inteso indirizzare le funzionalità, i modelli organizzativi e di servizio, i mix di professionalità necessari per lo sviluppo di Case di Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (OdC), Centrali Operative Territoriali (COT), Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e tutte le altre componenti rilevanti per lo sviluppo dei servizi territoriali, al fine di promuovere la prevenzione primaria, l'accesso semplice per i pazienti occasionali, la gestione di pazienti affetti da patologie croniche e dell'area della fragilità.

Relativamente ai pazienti cronici, Regione Lombardia ha espresso la volontà di dare nuovamente impulso al modello di presa in carico, introducendo, con azioni mirate, modelli organizzativi finalizzati a garantire un'adeguata assistenza sanitaria.

Tale finalità può essere conseguita attraverso l'estensione della capacità erogativa nelle Case di Comunità afferenti per territorio, implementando l'offerta ambulatoriale di prestazioni che hanno maggiore incidenza nei PAI dei pazienti cronici, con slot di prestazioni ambulatoriali.

La Casa di Comunità rappresenta, infatti, il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento con attenzione specifica all'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari con condizioni cliniche che non richiedono gestione esclusivamente ospedaliera, ma sono gestibili a livello territoriale; dove il MMG, titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita, è referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa di Comunità nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.

OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO

Il progetto intende proporre un modello a cui tendere per definire la tipologia e il peso della domanda, espressa dai cittadini affetti da patologie croniche, che risiedono presso i distretti sociosanitari lombardi, in modo da programmare gli interventi sociosanitari più appropriati presso i servizi offerti dalle Case di Comunità ed evitare accessi impropri ai servizi di emergenza urgenza (punti di primo intervento, AAT 118, pronto soccorso, ecc.).

Gli obiettivi specifici che si intendono raggiungere attraverso il presente progetto sono:

- la misurazione e la programmazione dell'offerta sanitaria attraverso i nuovi modelli organizzativi;
- l'adeguata gestione del bisogno sanitario contingente, ma non urgente, del cittadino affetto da patologia cronica presso i servizi ambulatoriali medici, infermieristici e sociali della Casa di Comunità nell'ambito territoriale del distretto sociosanitario di appartenenza;
- la riduzione degli accessi annuali di *frequent user* affetti da patologie croniche presso i servizi di emergenza urgenza con codice di triage di priorità bianco e verde.

METODOLOGIA ADOTTATA

Il modello teorico di definizione del bisogno atteso per la popolazione cronica, afferente alle Case di Comunità, dovrebbe, idealmente, orientarsi all'implementazione dell'offerta basata sui gold standard disponibili, rappresentati dai PDTA delle principali patologie croniche gestibili a livello territoriale. Il PDTA è uno strumento per uniformare l'approccio clinico nella gestione di un soggetto affetto da una specifica patologia e di riflesso, il modello per PDTA territoriali agevola l'adozione di comportamenti prescrittivi uniformi dei medici coinvolti nell'assistenza ai pazienti cronici arruolati o non cioè con o senza PAI.

Il PAI - Piano Assistenziale Individuale - rappresenta la declinazione più individualizzata dell'applicazione di un PDTA che ne descrive l'attuazione attraverso le prestazioni e le azioni terapeutiche in esso ricomprese, in un determinato lasso di tempo, e può essere assunto come espressione della domanda di erogazione effettiva ("reale") delle prestazioni per la popolazione cronica presa in carico.

Il modello proposto, rifacendosi a quello teorico, prevede, per la classificazione e l'identificazione dei malati cronici, l'utilizzo degli algoritmi della Banca Dati Assistito (BDA). La Direzione Generale Welfare, in coordinamento con le ATS, ha infatti definito le variabili da utilizzare per gli algoritmi di stratificazione utili ad individuare le situazioni a maggiore rischio di fragilità clinica e di vulnerabilità sociale.

Attraverso l'applicazione dell'algoritmo, è stato, quindi, calcolato il numero dei pazienti cronici, arruolati e non, del territorio dell'ATS della Val Padana.

Sono state individuate le patologie più frequenti attraverso l'elaborazione dei PAI attivi 2018/2019 (le patologie sono state suddivise nelle macroaree: Cardio, DM e Pneumo) e posto che i livelli di stratificazione dei bisogni della persona, in ordine decrescente di complessità sono:

- Livello 1: soggetti ad elevata fragilità clinica in cui sono presenti, oltre la patologia principale, almeno tre comorbidità (quattro o più patologie complessive);
- Livello 2: soggetti con cronicità polipatologica in cui è presente la patologia principale e una o due comorbidità (due o tre patologie complessive);
- Livello 3: soggetti con una cronicità in fase iniziale, presenza della sola patologia principale; tali pazienti trovano naturale e prevalente risposta nell'ambito territoriale delle cure primarie (MMG) è stato selezionato il solo livello di patologia uguale a 3 (soggetti con una cronicità in fase iniziale, presenza della sola patologia principale) e successivamente i pazienti di livello 3 con le patologie prese in considerazione sono stati suddivisi in base alle fasce di età.

Dal flusso ambulatoriale (28/SAN) dell'anno 2019 sono state estrapolate le prestazioni ambulatoriali che hanno maggiore incidenza nei PAI dei pazienti cronici in precedenza individuati.

È stato quindi calcolato il numero delle prestazioni ambulatoriali medie attese per paziente cronico:

- il numero delle prestazioni, per tipologia e per fascia d'età, costituisce il numeratore,
- il numero di pazienti cronici che hanno un PAI attivo, suddivisi per macroarea (DM, Cardio, Pneumo) e per fascia d'età costituisce il denominatore.

Ai fini dell'individuazione della domanda potenziale dei pazienti cronici arruolati e non, di ciascuna Casa di Comunità, è necessario moltiplicare il numero delle prestazioni ambulatoriali medie attese per il numero dei pazienti cronici, arruolati e non, di livello 3 (fonte BDA) e suddiviso per fascia d'età e per macroarea (Cardio, DM e Pneumo) dell'area territoriale di competenza.

Parallelamente sono stati analizzati gli accessi in Pronto Soccorso, con particolare riferimento alle prestazioni ambulatoriali che hanno maggiore incidenza nei PAI, dei pazienti cronici di livello 3 (soggetti con una cronicità in fase iniziale, presenza della sola patologia principale).

Tali pazienti dovrebbero essere i principali fruitori delle prestazioni ambulatoriali offerte dalle Case di Comunità con prevista riduzione dell'iper afflusso verso il Pronto Soccorso.

In tabella si descrivono le prestazioni erogabili dalle CdC con i rispettivi codici:

Codice prestazione	Descrizione della Prestazione
87441	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS; Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore]; (2 proiezioni)
88714	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO; Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
88722	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A)
88723	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA
88735	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI; A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
88761	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
89013	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso eventuale ECG 89.52
8952	ELETTROCARDIOGRAMMA
89611	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA
95021	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo
95091	ESAME DEL FUNDUS OCULI

Tali prestazioni sono state individuate tra quelle erogate dal Pronto Soccorso negli anni 2019 (pre-pandemia) e 2022 (anno intero più recente disponibile) e sono quelle che dovrebbero essere garantite nel piano assistenziale individualizzato dei pazienti cronici.

Inoltre, si sono analizzati gli accessi al Pronto Soccorso, sempre relativamente agli anni 2019 e 2022, suddivisi per codice di triage in modo da avere contezza della inappropriately di tali accessi.

Sono stati considerati i pazienti cronici aderenti al progetto PIC (Presa in Carico) e non per valutare se questo fornisce una maggior capacità di risposta ai bisogni dei pazienti aderenti.

Si presenteranno grafici e tabelle riportanti il numero assoluto di prestazioni e di accessi, nonché il loro numero per 1000 assistiti. I rapporti tra questi valori ci forniscono indicazioni utili per il confronto tra aderenti PIC e non e tra anni.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Destinatari del presente progetto sono le ATS, in quanto Agenzie con ruolo programmatico e di controllo dell'offerta sociosanitaria e dei servizi erogati e i Direttori Sociosanitari e di Distretto delle ASST. La DGR XI/7592 del 15/12/2022 stabilisce, infatti, che la responsabilità attuativa delle attività delle strutture territoriali (CdC/OdC/COT) è in capo al Direttore di Distretto, che agisce secondo l'indirizzo e il coordinamento del Direttore Sociosanitario. Il Direttore del Distretto, in attuazione delle indicazioni regionali e aziendali, svolge, tra le varie funzioni, quella dell'organizzazione delle attività, garantendo gli standard previsti.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE

La Casa di Comunità rappresenta il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, con attenzione specifica all'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari, con condizioni cliniche che non richiedono gestione esclusivamente ospedaliera, ma gestibili a livello territoriale. L'avvio delle Case di Comunità ha posto il sistema di fronte alla difficoltà di poter attuare una valutazione esaustiva e puntuale dell'attività erogata e da erogare, nel nuovo contesto organizzativo.

La presa in carico del soggetto con fragilità e/o con patologie croniche ha assunto infatti un ruolo prioritario nella programmazione degli interventi sanitari e socio sanitari, in virtù delle caratteristiche cliniche, psicologiche e sociali di tali soggetti. In quest'ottica, la risposta assistenziale non deve essere centrata solo sulla malattia, ma va programmata 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. Il progetto di presa in carico si inserisce, pertanto, in un contesto di estrema attualità e veloce aggiornamento, ed è volto a costituire l'offerta di servizi per la gestione e il governo della Presa in Carico dei pazienti cronici e/o fragili.

Il presente progetto intende proporre un modello a cui tendere per la programmazione e misurazione dell'attività di gestione del paziente cronico nelle Case di Comunità, anche al fine di valutare l'efficacia della presa in carico, in coerenza con gli obiettivi programmati.

Il modello, oggetto del presente documento, si focalizza sull'area dei servizi ambulatoriali e di diagnostica, tra i quali:

- visite cardiologiche,
- visite pneumologiche,
- visite diabetologiche,

Per la classificazione e l'identificazione dei malati cronici, secondo quanto disposto dalle delibere regionali, sono stati utilizzati gli algoritmi della Banca Dati Assistito (BDA); attraverso l'applicazione dell'algoritmo è stato, quindi, calcolato il numero dei pazienti cronici, arruolati e non del territorio dell'ATS della Val Padana.

Sono state, quindi, individuate le patologie più frequenti dei pazienti cronici attraverso l'elaborazione dei PAI attivi 2018/2019(ultimo periodo pre-pandemia).

Considerato che il PAI ha una validità annuale, sono stati considerati i pazienti con PAI attivo nel 2019, ma conPAI attivo anche nel 2018.

L'elaborazione ha portato ai risultati evidenziati nella tabella 1

Tabella1 Patologie con maggior frequenza nei PAI

AREA	CODICE PATOLOGIA	CLASSIFICAZIONE PATOLOGIA	DESCRIZIONE PATOLOGIA
DM	44	K06A1	DIABETE MELLITO TIPO 1
DM	8	K06A2	DIABETE MELLITO TIPO 1 COMPLICATO
DM	50	K06B1	DIABETE MELLITO TIPO 2
DM	16	K06B2	DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO
CARDIO	56	K07A	IPERTENSIONE ARTERIOSA
CARDIO	29	K07B1	CARDIOPATIA ISCHEMICA
CARDIO	25	K07B2	CARDIOPATIA VALVOLARE
CARDIO	30	K07B3	MIOCARDIOPATIA ARITMICA
CARDIO	32	K07B4	MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA
CARDIO	20	K07C	SCOMPENSO CARDIACO
CARDIO	14	K07D1	VASCULOPATIA ARTERIOSA
CARDIO	27	K07D2	VASCULOPATIA VENOSA
PNEUMO	63	K08A	ASMA
PNEUMO	39	K08B	BPCO
PNEUMO	9	K08C	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/OSSIGENOTERAPIA

Le patologie sono state suddivise nelle seguenti 3 macroaree:

- DM – patologie diabetiche
- Cardio – patologie cardiovascolari
- Pneumo – patologie pneumologiche

e correlate ai pazienti di livello 3, ossia soggetti con una cronicità in fase iniziale, presenza della sola patologia principale; tali pazienti trovano naturale e prevalente risposta nell'ambito territoriale delle cure primarie (MMG).

I pazienti sono stati, poi, suddivisi in base alle fasce di età.

Lo step successivo è stato quello di estrarre dal flusso ambulatoriale (28/SAN) dell'anno 2019 le prestazioni ambulatoriali che hanno maggiore incidenza nei PAI dei pazienti cronici, ovvero quelle riportate nella tabella 2:

Tabella 2- Prestazioni con maggiore incidenza nei PAI dei pazienti cronici

Descrizione prestazione
ELETTROCARDIOGRAMMA
VISITA CARDIOLOGICA
ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO
ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO
ESAME DEL FUNDUS OCULI
SPIROMETRIA GLOBALE
VISITA PNEUMOLOGICA
ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI
TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO
VISITA DIABETOLOGICA non più codificata nel DPCM 12 gennaio 2017
RX TORACE
MONITORAGGIO CONTINUO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA (HOLTER PRESSORIO)
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
VISITA NEUROLOGICA
VISITA OCULISTICA

È stato, quindi, calcolato il numero delle prestazioni ambulatoriali medie attese per paziente:

- il numeratore è costituito dal numero delle prestazioni con maggiore incidenza nei PAI, suddivise per tipologia e per fascia d'età,

Tabella3: Numero prestazioni con maggiore incidenza nei PAI dei pazienti cronici

AREA	Prestazione	00-17	18-64	65-74	75+	TOTALE
CARDIO	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO		221	239	252	712
	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO		126	197	160	483
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		86	87	86	259
	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI		27	35	30	92
	ELETTROCARDIOGRAMMA	1	410	452	438	1.301
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	1	43	68	79	191
	ESAME DEL FUNDUS OCULI		72	99	73	244
	MONITORAGGIO CONTINUO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA (HOLTER PRESSORIO)		30	35	27	92
	RX TORACE		92	86	113	291
	SPIROMETRIA GLOBALE	1	7	9	7	24
	TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	1	42	48	18	109
	VISITA CARDIOLOGICA	1	247	255	268	771
	VISITA DIABETOLOGICA non più codificata nel DPCM 12 gennaio 2017		17	30	21	68
	VISITA NEUROLOGICA		7	14	21	42
	VISITA OCULISTICA		53	134	178	365
	VISITA PNEUMOLOGICA	1	7	7	17	32
	CARDIO Totale		6	1.487	1.795	1.788
DM	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO		9	10	3	22
	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO		17	16	6	39
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		8	4	4	16
	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI		2	2	1	5
	ELETTROCARDIOGRAMMA		44	28	14	86
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)		2	2		4
	ESAME DEL FUNDUS OCULI		36	11	11	58
	MONITORAGGIO CONTINUO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA (HOLTER PRESSORIO)		2	3		5
	RX TORACE		9	4	2	15
	TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO		5	1		6
	VISITA CARDIOLOGICA		12	9	3	24
	VISITA DIABETOLOGICA non più codificata nel DPCM 12 gennaio 2017	4	91	35	19	149
	VISITA OCULISTICA		14	17	6	37
VISITA PNEUMOLOGICA			3		3	
DM Totale		4	251	145	69	469
PNEUMO	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO		11	8	1	20
	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO		2	3	3	8
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		11	4	1	16
	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI		6	1	1	8
	ELETTROCARDIOGRAMMA		42	15	5	62
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)		3	3	1	7
	ESAME DEL FUNDUS OCULI		1			1
	MONITORAGGIO CONTINUO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA (HOLTER PRESSORIO)		3	1		4
	RX TORACE		38	11	5	54
	SPIROMETRIA GLOBALE	1	47	11	3	62
	TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO		2	1		3
	VISITA CARDIOLOGICA		5	4		9
	VISITA NEUROLOGICA		5	1		6
	VISITA OCULISTICA		7	2	2	11
VISITA PNEUMOLOGICA	1	58	12	6	77	
PNEUMO Totale		2	241	77	28	348
Totale complessivo		12	1.979	2.017	1.885	5.893

- Il denominatore è costituito dal numero di pazienti cronici che hanno un PAI attivo, suddivisi per macroarea (DM, Cardio, Pneumo) e per fascia d'età:

Tabella 4: Pazienti cronici con PAI attivi nel 2019, per fascia d'età

		00-17	18-64	65-74	75+	TOTALE
PAI ATTIVI 2019	CARDIO	3	788	759	761	2.311
	DM	1	77	44	23	145
	PNEUMO	7	225	28	10	270
	TOTALE	11	1.090	831	794	2.726

Le prestazioni ambulatoriali medie attese per paziente sono le seguenti:

Tabella5: Prestazioni ambulatoriali medie attese per paziente

AREA	Prestazioni medie per PAZIENTE	00-17	18-64	65-74	75+	TOTALE
CARDIO	ECOCARDIOGRAFIA COLOR DOPPLER A RIPOSO	0,000	0,280	0,315	0,331	0,308
	ECOCOLOR DOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	0,000	0,160	0,260	0,210	0,209
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	0,000	0,109	0,115	0,113	0,112
	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	0,000	0,034	0,046	0,039	0,040
	ELETTROCARDIOGRAMMA	0,333	0,520	0,596	0,576	0,563
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	0,333	0,055	0,090	0,104	0,083
	ESAME DEL FUNDUS OCULI	0,000	0,091	0,130	0,096	0,106
	MONITORAGGIO CONTINUO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA (HOLTER PRESSORIO)	0,000	0,038	0,046	0,035	0,040
	RX TORACE	0,000	0,117	0,113	0,148	0,126
	SPIROMETRIA GLOBALE	0,333	0,009	0,012	0,009	0,010
	TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	0,333	0,053	0,063	0,024	0,047
	VISITA CARDIOLOGICA	0,333	0,313	0,336	0,352	0,334
	VISITA DIABETOLOGICA non più codificata nel DPCM 12 gennaio 2017	0,000	0,022	0,040	0,028	0,029
	VISITA NEUROLOGICA	0,000	0,009	0,018	0,028	0,018
	VISITA OCULISTICA	0,000	0,067	0,177	0,234	0,158
	VISITA PNEUMOLOGICA	0,333	0,009	0,009	0,022	0,014
CARDIO Totale		2,000	1,887	2,365	2,350	2,196
DM	ECOCARDIOGRAFIA COLOR DOPPLER A RIPOSO	0,000	0,117	0,227	0,130	0,152
	ECOCOLOR DOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	0,000	0,221	0,364	0,261	0,269
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	0,000	0,104	0,091	0,174	0,110
	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	0,000	0,026	0,045	0,043	0,034
	ELETTROCARDIOGRAMMA	0,000	0,571	0,636	0,609	0,593
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	0,000	0,026	0,045	0,000	0,028
	ESAME DEL FUNDUS OCULI	0,000	0,468	0,250	0,478	0,400
	MONITORAGGIO CONTINUO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA (HOLTER PRESSORIO)	0,000	0,026	0,068	0,000	0,034
	RX TORACE	0,000	0,117	0,091	0,087	0,103
	TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	0,000	0,065	0,023	0,000	0,041
	VISITA CARDIOLOGICA	0,000	0,156	0,205	0,130	0,166
	VISITA DIABETOLOGICA non più codificata nel DPCM 12 gennaio 2017	4,000	1,182	0,795	0,826	1,028
	VISITA OCULISTICA	0,000	0,182	0,386	0,261	0,255
	VISITA PNEUMOLOGICA	0,000	0,000	0,068	0,000	0,021
DM Totale		4,000	3,260	3,295	3,000	3,234
PNEUMO	ECOCARDIOGRAFIA COLOR DOPPLER A RIPOSO	0,000	0,049	0,286	0,100	0,074
	ECOCOLOR DOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	0,000	0,009	0,107	0,300	0,030
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	0,000	0,049	0,143	0,100	0,059
	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	0,000	0,027	0,036	0,100	0,030
	ELETTROCARDIOGRAMMA	0,000	0,187	0,536	0,500	0,230
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	0,000	0,013	0,107	0,100	0,026
	ESAME DEL FUNDUS OCULI	0,000	0,004	0,000	0,000	0,004
	MONITORAGGIO CONTINUO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA (HOLTER PRESSORIO)	0,000	0,013	0,036	0,000	0,015
	RX TORACE	0,000	0,169	0,393	0,500	0,200
	SPIROMETRIA GLOBALE	0,143	0,209	0,393	0,300	0,230
	TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	0,000	0,009	0,036	0,000	0,011
	VISITA CARDIOLOGICA	0,000	0,022	0,143	0,000	0,033
	VISITA NEUROLOGICA	0,000	0,022	0,036	0,000	0,022
	VISITA OCULISTICA	0,000	0,031	0,071	0,200	0,041
	VISITA PNEUMOLOGICA	0,143	0,258	0,429	0,600	0,285
PNEUMO Totale		0,286	1,071	2,750	2,800	1,289
Totale complessivo		1,091	1,816	2,427	2,374	2,162

Dalla tabella si evince che, nella macroarea DM, un paziente cronico dovrebbe effettuare una visita diabetologica almeno una volta all'anno (coefficiente 1,028).

La finalità del modello è quella di stimare e quindi programmare un'adeguata assistenza sanitaria attraverso i nuovi modelli organizzativi.

Tale modello rappresenta un utile strumento per la definizione delle agende di prenotazione per l'accesso alle prestazioni sanitarie rivolte ai pazienti affetti da patologie croniche. Nella pratica si concretizza in un calendario delle prenotazioni di prestazioni ambulatoriali dedicate ai pazienti cronici differenziate dalle agende dedicate agli accessi semplici e occasionali dei cittadini non portatori di patologie croniche che si rivolgono alla Casa della Comunità.

Per garantire in modo puntuale la presa in carico del paziente portatore di patologie croniche e per evitare che la prestazione vada in lista di attesa, si propone l'istituzione di agende dedicate ai pazienti redatte sulla base delle prestazioni attese quindi su domanda appropriata, prevedendo però una quota di capienza per casi incidenti, ossia per pazienti che diventano cronici in corso d'anno e quindi non valutati con la storicità dell'anno precedente, pari al 3%. Le agende rappresentano inoltre uno strumento attraverso il quale è possibile governare l'utilizzo dell'offerta resa, monitorando il percorso avviato con la prenotazione e concluso con l'erogazione oltre ai dati relativi alla disdetta delle prestazioni o alle mancate presentazioni dei cittadini.

Il modello è stato applicato in via teorica ai pazienti cronici del Distretto della ASST di Cremona. Moltiplicando il numero delle prestazioni ambulatoriali medie attese, calcolate attraverso il modello, per il numero dei pazienti cronici, arruolati e non, di livello 3 residenti nel Distretto ove ha sede la Casa di Comunità di Cremona ne deriva il numero di prestazioni attese.

Il totale dei pazienti cronici del distretto di Cremona, suddiviso per le tre aree considerate e per fascia d'età (è stata esclusa la fascia d'età 0-17, vista la poca numerosità di PAI) è il seguente:

Tabella 6: Pazienti cronici Distretto di Cremona

		18-64	65-74	75+	Totale (ALL)
CREMONA	CARDIO	7.649	4.581	5.685	17.915
	DM	2.181	453	357	2.991
	PNEUMO	2.791	202	167	3.160
	Totale (ALL)	12.621	5.236	6.209	24.066

Di seguito il risultato delle prestazioni attese annualmente per i pazienti cronici del Distretto di Cremona:

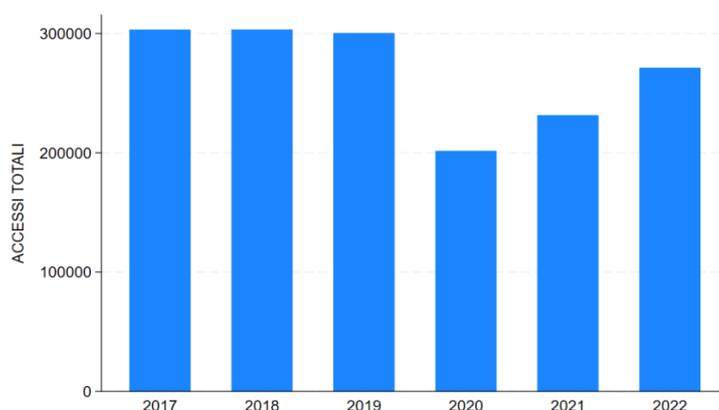
Tabella 7: Numero prestazioni attese per i pazienti cronici del Distretto di Cremona

AREA		Prestazioni ATTESE				
		18-64	65-74	75+	TOTALE	
CARDIO	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO	2.145,21	1.442,50	1.882,55	5.470,27	
	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	1.223,06	1.189,01	1.195,27	3.607,34	
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	834,79	525,09	642,46	2.002,34	
	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	262,09	211,25	224,11	697,44	
	ELETTROCARDIOGRAMMA	3.979,81	2.728,08	3.272,05	9.979,94	
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	417,39	410,42	590,16	1.417,98	
	ESAME DEL FUNDUS OCULI	698,89	597,52	545,34	1.841,76	
	MONITORAGGIO CONTINUO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA (HOLTER PRESSORIO)	291,21	211,25	201,70	704,15	
	RX TORACE	893,03	519,06	844,16	2.256,25	
	SPIROMETRIA GLOBALE	67,95	54,32	52,29	174,56	
	TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	407,69	289,71	134,47	831,86	
	VISITA CARDIOLOGICA	2.397,59	1.539,07	2.002,08	5.938,74	
	VISITA DIABETOLOGICA non più codificata nel DPCM 12 gennaio 2017	165,02	181,07	156,88	502,96	
	VISITA NEUROLOGICA	67,95	84,50	156,88	309,33	
	VISITA OCULISTICA	514,46	808,77	1.329,74	2.652,97	
	VISITA PNEUMOLOGICA	67,95	42,25	127,00	237,19	
	CARDIO Totale		14.434,09	10.833,85	13.357,14	38.625,08
	DM	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO	254,92	102,95	46,57	404,44
ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO		481,52	164,73	93,13	739,38	
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		226,60	41,18	62,09	329,87	
ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI		56,65	20,59	15,52	92,76	
ELETTROCARDIOGRAMMA		1.246,29	288,27	217,30	1.751,86	
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)		56,65	20,59	-	77,24	
ESAME DEL FUNDUS OCULI		1.019,69	113,25	170,74	1.303,68	
MONITORAGGIO CONTINUO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA (HOLTER PRESSORIO)		56,65	30,89	-	87,54	
RX TORACE		254,92	41,18	31,04	327,15	
TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO		141,62	10,30	-	151,92	
VISITA CARDIOLOGICA		339,90	92,66	46,57	479,12	
VISITA DIABETOLOGICA non più codificata nel DPCM 12 gennaio 2017		2.577,55	360,34	294,91	3.232,80	
VISITA OCULISTICA		396,55	175,02	93,13	664,70	
VISITA PNEUMOLOGICA		0,000	30,886	0,000	30,886	
DM Totale		7.109,49	1.492,84	1.071,00	9.673,33	
PNEUMO	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO	136,45	57,71	16,70	210,86	
	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	24,81	21,64	50,10	96,55	
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	136,45	28,86	16,70	182,01	
	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	74,43	7,21	16,70	98,34	
	ELETTROCARDIOGRAMMA	520,99	108,21	83,50	712,70	
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	37,21	21,64	16,70	75,56	
	ESAME DEL FUNDUS OCULI	12,40	-	-	12,40	
	MONITORAGGIO CONTINUO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA (HOLTER PRESSORIO)	37,21	7,21	-	44,43	
	RX TORACE	471,37	79,36	83,50	634,23	
	SPIROMETRIA GLOBALE	583,01	79,36	50,10	712,47	
	TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	24,81	7,21	-	32,02	
	VISITA CARDIOLOGICA	62,02	28,86	-	90,88	
	VISITA NEUROLOGICA	62,02	7,21	-	69,24	
	VISITA OCULISTICA	86,83	14,43	33,40	134,66	
VISITA PNEUMOLOGICA	719,458	86,571	100,200	906,229		
PNEUMO Totale		2.989,47	555,50	467,60	4.012,57	
Totale complessivo		24.533,05	12.882,19	14.895,74	52.310,98	

Parallelamente sono stati analizzati gli accessi in Pronto Soccorso, con particolare riferimento alle prestazioni ambulatoriali che hanno maggiore incidenza nei PAI, dei pazienti cronici di livello 3 (soggetti con una cronicità in fase iniziale, presenza della sola patologia principale) al fine di quantificare il numero di accessi impropri al PS e fornire al Direttore di Distretto un'informazione tesa a ridurre tali accessi individuando le prestazioni che dovrebbero essere, invece, erogate in prossimità.

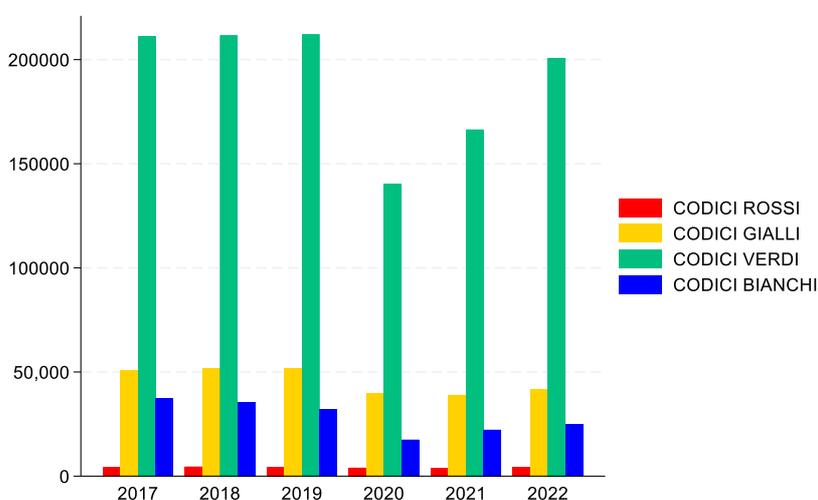
Gli accessi totali al Pronto Soccorso risultano costanti fino al 2019, mentre nel 2020 si osserva una drastica diminuzione degli accessi a causa della Pandemia da Covid-19. A partire dal 2021 si osserva un graduale ritorno alla normalità anche se, nel 2022, gli accessi totali rimangono inferiori a quelli registrati nel 2019.

Tabella 8: Numero accessi totali al Pronto Soccorso



Suddividendo per codice colore gli accessi, si osserva come solo i codici rossi rimangano pressoché costanti negli anni, non risentendo dei diversi comportamenti della popolazione e delle strategie gestionali adottate dal Sistema Sanitario.

Tabella 9: Numero accessi totali al Pronto Soccorso suddivisi per codice colore



Restringendo l'analisi ai soli assistiti cronici di livello 3 e ai soli anni 2019 e 2022, si nota invece come, a fronte di una lieve riduzione del numero di malati cronici, gli accessi al Pronto Soccorso e le prestazioni erogate siano aumentati, sia come numero assoluto che come numero per 1000 assistiti. Questo potrebbe trovare una possibile spiegazione nella mancanza o nella saturazione delle agende dedicate, nonché nel noto problema dei tempi d'attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

Le prestazioni maggiormente erogate dal Pronto Soccorso in entrambi gli anni analizzati sono state la radiografia del torace di routine, l'elettrocardiogramma e l'ecografia addome completo, prestazioni diagnostiche non invasive e di facile e rapida esecuzione anche in contesti ambulatoriali territoriali.

Tabella 10: Prestazioni erogate in Pronto Soccorso erogabili dalle Case di Comunità

Codice prestazione	Descrizione della Prestazione	2019		2022	
		N° di prestazioni	N. Prestazioni/N. cronici x 1000	N° di prestazioni	N. Prestazioni/N. cronici x 1000
	Soggetti livello 3	128.281		123.363	
87441	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS; Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore]; (2 proiezioni)	3230	25.18	4884	39.59
88714	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO; Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	9	0.07	11	0.09
88722	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A)	30	0.23	39	0.32
88723	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	79	0.62	1	0.01
88735	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI; A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	10	0.08	24	0.19
88761	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	876	6.83	530	4.30
89013	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso eventuale ECG 89.52	1	0.01	2	0.02
8952	ELETTROCARDIOGRAMMA	3589	27.98	3422	27.74
89611	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	0	0.00	120	0.97
95021	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo	0	0.00	1	0.01
95091	ESAME DEL FUNDUS OCULI	1	0.01	33	0.27
	Totale prestazioni erogabili dalle CdC	7825	61.00	9067	73.50

Nel confronto temporale tra il 2019 e il 2022, l'aumento negli accessi si rileva con la stessa intensità tra i soggetti arruolati e non.

Tabella 11: Accessi totali per 1000 assistiti arruolati e non

Accessi totali per 1000 assistiti	2019	2022	Rapporto
PIC	153.80	189.62	1.23
NO PIC	158.94	194.34	1.22
TOTALE	158.64	194.17	1.22

Tabella 12: Accessi totali per 1000 assistiti arruolati e non suddivisi per codice colore

Soggetti livello 3	2019			2022		
	PIC (7295 soggetti)	NO PIC (120986 soggetti)	Rapporto	PIC (4414 soggetti)	NO PIC (118949 soggetti)	Rapporto
Codici bianchi e verdi	110.21	115.26	0.96	142.73	147.30	0.97
Codici gialli e rossi	43.59	43.67	1.00	46.90	47.05	1.00
di cui Codici rossi	2.60	2.97	0.88	3.62	5.85	0.62

Gli accessi impropri (codici minori) dei pazienti arruolati risultano pressoché sovrapponibili rispetto ai pazienti non arruolati, ad evidenziare che il progetto di presa in carico sembrerebbe non avere un effetto sul ricorso improprio al Pronto Soccorso che in questi anni ha svolto anche un ruolo vicario rispetto ad alcuni vuoti organizzativi territoriali (es.: tempi d'attesa).

Al contrario, il dato sui codici rossi, mette in luce come i pazienti cronici presi in carico abbiano una minore frequenza di accessi per codice rosso, a significare che la presa in carico produce effetti positivi in termini di salute e di sistema (riduce gli eventi maggiori considerati i più onerosi con conseguente riduzione dei costi anche in termini di ricovero).

COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

I costi di implementazione e realizzazione seguono gli investimenti già previsti dal PNRR per le Case della Comunità sia per il livello strutturale che tecnologico.

I costi delle risorse umane utili rientrano in quelli già previsti dagli organici medici e infermieristici aziendali così come dai dettami previsti dal DM 72/2022 e dalla DGR 7592/2022.

I costi di analisi del dato, della programmazione e della gestione della Presa in Carico rientrano nell'attività istituzionale delle ASST e delle ATS.

Per la realizzazione del progetto è prioritaria l'analisi organizzativa a carico della ASST della distribuzione del personale sanitario e amministrativo da dedicare alle attività della Casa di Comunità, oltre alla strumentazione clinico-diagnostica a supporto delle prestazioni erogate, che dovrà tener conto di una implementazione delle prestazioni ambulatoriali rivolte ai paziente portatori di patologie croniche rispetto a coloro che accedono in modo semplice e occasionale alla Casa di Comunità.

Tali analisi organizzative terranno conto anche della disponibilità delle risorse in forza alla ASST, in termini sia prettamente numerici, in riferimento ai requisiti di accreditamento, sia, strategicamente, della ricollocazione del personale per esempio idoneo con prescrizioni o limitazioni alla mansione specifica delle aree ospedaliere.

CONTRIBUTO PERSONALE

Biancifiori Lorella in qualità di Direttore Dipartimento Amministrativo di Controllo e degli Affari Generali e Legali ATS Val Padana ha contribuito alla stesura, coordinando il gruppo di lavoro per il project work, offrendo consulenza amministrativa, analitica e organizzativa.

Di Carlo Daniela Angiola in qualità di Direttore SC Medicina del Lavoro ASST Rhodense ha contribuito alla stesura, offrendo consulenza sanitaria e organizzativa.

Staffa Antonio Maria Giuseppe in qualità di Responsabile f. f. SC DAPSS (Direzione Assistenziale Professioni Sanitarie e Sociali) ASST Sette Laghi ha contribuito alla stesura, offrendo consulenza sanitaria e organizzativa.

RISULTATI ATTESI

Grazie ad una attenta programmazione basata sull'analisi e l'elaborazione dei dati riguardanti i PAI e la riconduzione degli interventi sanitari dei pazienti cronici presso i servizi offerti dalle Case di Comunità sarà possibile:

- ridurre il tasso di accesso ai servizi sanitari di emergenza urgenza di *frequent user* affetti da patologie croniche (con codice di triage di priorità bianco e verde) rispetto all'anno precedente e promuovendo il reclutamento proattivo dei pazienti;
- accrescere l'efficienza dei servizi sanitari, riconducendo la risposta al bisogno contingente, ma non urgente, del cittadino affetto da patologia cronica, presso i servizi ambulatoriali medici, infermieristici e sociali della Casa di Comunità dell'ambito distrettuale sociosanitario di appartenenza;
- favorire la sostenibilità dei servizi sanitari, risparmiando in termini di costi attraverso interventi a misura del bisogno reale.

CONCLUSIONI

Il progetto descritto vuole proporre un modello che affronti la sfida della maggiore adeguatezza e appropriatezza nella gestione della cronicità partendo dall'analisi dei dati relativi ai pazienti portatori di patologie croniche, prospettando, in linea con le indicazioni regionali, una modalità di gestione della cronicità nell'ambito della Case di Comunità.

Il modello si basa sull'analisi dei dati riguardanti i pazienti affetti da patologie croniche, arruolati e non, e dei dati di accesso al Pronto Soccorso nel territorio di riferimento dell'ATS della Val Padana.

Si evidenzia la necessità di ricondurre la risposta al bisogno del cittadino affetto da patologia cronica, presso i servizi ambulatoriali medici, infermieristici e sociali della Casa di Comunità dell'ambito distrettuale sociosanitario di appartenenza.

Per garantire in modo puntuale la presa in carico del paziente portatore di patologie croniche e per evitare che la prestazione vada in lista di attesa, si propone l'istituzione di agende dedicate ai pazienti, redatte sulla base delle prestazioni attese e quindi su domanda appropriata, prevedendo però, una quota di capienza per casi incidenti, ossia per pazienti che diventano cronici in corso d'anno e quindi non valutati con la storicità dell'anno precedente, pari al 3%. Le agende rappresentano, inoltre, uno strumento attraverso il quale è possibile governare l'utilizzo dell'offerta resa, monitorando il percorso avviato con la prenotazione e concluso con l'erogazione, e il monitoraggio dei dati relativi alla disdetta delle prestazioni o alle mancate presentazioni dei cittadini. I dati relativi agli accessi in Pronto Soccorso, nel territorio di contesto, con particolare riferimento alle prestazioni ambulatoriali che hanno maggiore incidenza nei PAI, hanno permesso di quantificare il numero di accessi impropri al PS e le relative prestazioni erogate. Tale dato fornisce al Direttore di Distretto utili informazioni per individuare le prestazioni che dovrebbero essere, invece, erogate in prossimità, riducendone di conseguenza gli accessi.

Nel contempo, il fenomeno dell'aumento di accessi ai Pronto Soccorso evidenziato, sembrerebbe suggerire un effetto dettato dalla carenza o dalla saturazione delle agende dedicate, nonché del noto problema dei tempi d'attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

Tale dato è confermato anche dal fatto che, l'aumento degli accessi si rileva con la stessa intensità sia tra i soggetti arruolati, che tra i non arruolati e anche dal dato che gli accessi impropri (codici minori) dei pazienti presi in carico risultano, pressoché, sovrapponibili rispetto ai pazienti non presi in carico, evidenziando che il progetto di presa in carico sembrerebbe non avere un effetto sul ricorso improprio al Pronto Soccorso.

Al contrario, il dato sui codici rossi, mette in luce come i pazienti cronici presi in carico abbiano una minore frequenza di accessi per codice rosso, a significare che la presa in carico produce effetti positivi in termini di salute e di sistema (riduce gli eventi maggiori considerati i più onerosi con conseguente riduzione dei costi anche in termini di ricovero).

In conclusione il lavoro, in conformità agli obiettivi generali del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, presenta uno strumento di analisi dei dati che tende a migliorare l'efficienza del sistema sanitario in termini di appropriatezza erogativa, permettendo di trattare il reale bisogno della popolazione e evitando, in secondo luogo, l'alto ricorso ai Pronto Soccorso, soprattutto per le prestazioni a ridotta complessità, con beneficio anche dell'assistenza dei pazienti con patologie acute (oltre a influire sul noto problema del sovraffollamento dei Pronto Soccorso).

In tale prospettiva, l'ambito della Casa di Comunità, nella sua declinazione nazionale e regionale, rappresenta il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l'assistenza alla popolazione di riferimento, con attenzione specifica all'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari a pazienti con condizioni cliniche che non richiedono una gestione esclusivamente ospedaliera, sostenendo gli obiettivi di prossimità, proattività e domiciliarità.

Infine, il modello descritto si propone come utile riferimento a supporto della programmazione dell'offerta da parte del Sistema Sanitario Locale, ovvero dei Distretti territoriali, permettendo di

diversificare l'offerta in servizi erogabili nell'ambito delle attività svolte dalle Case di Comunità e/o delle attività domiciliari.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Regione Lombardia Legge Regionale 30 dicembre 2009 n. 33 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità.

Regione Lombardia DGR n. X/6164 del 30/1/2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili"

Regione Lombardia DGR n. X/6551 del 4/5/2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili"

Regione Lombardia DGR n. XI/5723/2021 Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali

Regione Lombardia Legge Regionale 14 dicembre 2021 n. 22 Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33.

Consiglio dei Ministri della Repubblica Italiana - DPCM 21/04/2022 - Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN

Ministero della Salute - Decreto 23 maggio 2022 n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale

Regione Lombardia DGR n. XI/6080/2022 Modifica delle tabelle di cui all'allegato alla DGR XI/5723 del 15/12/2021 "Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali

Regione Lombardia, Documento tavolo tecnico di attuazione Missione 6C1 PNRR con rif. nota prot. n. G1.2022.0017993 del 13.04.2022 (proposta di modello organizzativo di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali a cura di Bergamaschi W., Casazza S., Girolodi, S., Grignaffini G., Mazzoleni I., Garavaglia G., Segato F.)

Direzione Generale Welfare Regione Lombardia, nota prot. n. G1.2022.0021946 del 18/5/2022 "disponibilità agende Case di Comunità – presa in carico del paziente cronico"

Regione Lombardia DGR n. XI/6760 del 25/7/2022 "approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale""

Regione Lombardia DGR n. XI/7592 del 15/12/2022 "attuazione del DM 23 maggio 2022, n. 77 "regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale" - documento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale (primo provvedimento)"

BIBLIOGRAFIA

AGENAS (2022) Manuale Osservatorio Cronicità (PON GOV CRONICITA' – Logiche e Strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità - integr. 2022 – Coord. Tecnico scientifico age.na.s.

Brambilla A., Maciocco G.(2022), Dalle Case della Salute alle Case della Comunità Faber, Roma

Chiari P. (2010), L'infermiere Case Manager. Dalla Teoria alla prassi, McGraw-Hill, Milano

Enrichens F., Borghini A., Martini L., Furfaro S., Santurri M., Paris A., Mariotti F., Mileti L. (2022) La Centrale Operativa Territoriale (COT) In Le centrali operative, standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali. Quaderno di Monitor AGENAS Arti grafiche Cardamone, Roma

FNOPI (2020) Position statement L'infermiere di Famiglia e Comunità, Federazione Nazionale Ordine Professioni Infermieristiche, Roma

SITOGRAFIA

Alper E., O'Malley T. A., Greenwald J. (2018) Hospital discharge and readmission. [Online] Disponibile da: <https://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge-and-readmission#:~:text=In%20a%20United%20States%2C%20nationally,%2DAMA%20patients%20%5B94%5D>. Consultato il: 12/07/2023

AGENAS (2021) Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale [on line] Disponibile da: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.quotidianosanita.it%2Fallegati%2Fallegato6571804.pdf&clen=2690872&chunk=true> Consultato il: 12/07/2023

Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) (2020) *Position statement l'infermiere di famiglia e di comunità* [on line] disponibile da: <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/10/Position-Statement-FNOPI-L'Infermiere-di-famiglia-e-di-comunit%C3%A0.pdf> Scaricato il: 12/07/2023

