

*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:  
Sfide e Opportunità Post DM 77*

## **La prossimità e la continuità delle cure: le Case di Comunità come punti erogativi per i farmaci emato-oncologici**

Cristina Montesi, Direttore FF SC Cure Primarie  
ASST Nord Milano

Con il contributo non condizionato di:



## PROSSIMITÀ DELLE TERAPIE

- Il percorso è stato sviluppato come applicazione alle indicazioni di RL contenute nelle Regole 2024 - DGR XII/1827.
- Le terapie croniche destinate ad assistiti stabili e che non necessitano di continui controlli possono essere erogate, su richiesta del paziente ed in accordo con il clinico prescrittore, da una struttura sanitaria lombarda di prossimità.
- L'ASST competente territorialmente (residenza/domicilio sanitario) assume il ruolo di Centro Erogatore

## PROSSIMITÀ DELLE TERAPIE

- **La Casa della Comunità (CdC)** è il luogo fisico di riferimento per la comunità su cui insiste, è un luogo di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria al fine di trovare risposta ad un proprio bisogno di salute.
- Introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare.
- Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari.



La procedura messa in atto descrive le modalità di erogazione di terapie croniche per **via orale** e di terapie croniche **autosomministrabili per via parenterale**, dispensate in regime di File F, per pazienti clinicamente stabili.

- Può essere attivato dai medici specialisti di strutture intra-regionali o extra-regionali, sia pubbliche che private accreditate che hanno in cura pazienti residenti e/o domiciliati sanitarmente nel territorio di ASST Nord.
- L'attivazione dell'erogazione della terapia può avvenire solo se il clinico del Centro Prescrittore si accerta che:
  - **il paziente o suo caregiver dà il consenso al ritiro della terapia presso il centro di prossimità;**
  - **la terapia è stabilizzata e il paziente non necessita di continui controlli;**
  - **il paziente ha una buona compliance.**

# EROGAZIONE TERAPIE ONCO-EMATOLOGICHE DALLE CDC

MEDICO CENTRO PRESCRITTORE



RICHIESTA  
COMPLETA

FARMACIA DEL CENTRO PRESCRITTORE



FARMACIA DEL CENTRO EROGATORE – VERIFICA E NULLA OSTA – FILE F



FCP e DF ATS

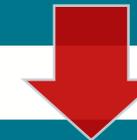
CONSEGNA BUSTE  
NOMINATIVE ALLE  
CDC

PUA



REGISTRO CONSEGNA  
FARMACO/CARTELLA CONDIVISA  
CON TRACCIAMENTO DEL  
PERCORSO

PAZIENTE/CARE GIVER



## **EROGAZIONE TERAPIE ONCO-EMATOLOGICHE DALLE CDC**

La Farmacia predispone le buste per singolo paziente. In ogni busta indirizzata sarà contenuta la prescrizione del Clinico prescrittore riportante i dati del paziente (compreso il contatto telefonico) e i dati del farmaco (farmaco, quantità e giorni di copertura della terapia).

### I centri di erogazione di prossimità attivi sono:

- **CDC Bresso LUNEDI'/SABATO 08.00-20.00**
- **CDC Cinisello LUNEDI'/DOMENICA 08.00-20.00**
- **CDC Cologno Monzese LUNEDI'/DOMENICA 08.00-20.00**
- **CDC Cusano LUNEDI'/SABATO 08.00-20.00**
- **FARMACIA BASSINI LUNEDI'/VENERDI' 08.30-16-30**

## EROGAZIONE TERAPIE ONCO-EMATOLOGICHE DALLE CDC

### II PUA:

- Contatta telefonicamente il paziente o suo caregiver per concordare la modalità e i tempi di ritiro
- Si rapporta con il paziente per eventuali necessità o rilevazione di criticità/bisogni
- Si rapporta con il MMG/Servizio Farmaceutico per eventuali segnalazioni anche di eventi avversi



### CONCLUDENDO CI PROPONIAMO DI:

- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità
- Potenziare la distribuzione diretta dei farmaci nelle CDC
- Incentivare la semplificazione dei percorsi
- Garantire una miglior aderenza e continuità delle cure al paziente cronico
- Incentivare la sinergia e l'integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali
- Promuovere percorsi integrati e multidisciplinari

# GRAZIE PER L'ATTENZIONE





*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:  
Sfide e Opportunità Post DM 77*

# Nuovi Modelli Organizzativi della Medicina Generale: l'esperienza del territorio di Brescia

Elena Belli, Direttore Dipartimento Cure Primarie  
ASST Spedali Civili di Brescia – Azienda Capofila

Con il contributo non condizionato di:



# Modelli organizzativi della Medicina Generale: l'evoluzione della specie



ORDINE  
MEDICI CHIRURGHI  
E ODONTOLATRI  
DELLA PROVINCIA  
DI BRESCIA

## BRESCIA MEDICA

Notiziario dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia n° 295  
Gennaio - febbraio - Marzo 2014  
Punta Italiana S.P.A. spedizione in abbonamento postale 70% - Filiale di Brescia  
Autorizzazione del Tribunale di Brescia n. 195

Scelte di vita

**Primo Piano**

Fra scienza e umanesimo: la formazione del medico nel nuovo millennio.

**Forum**

La crisi delle Scuole di Specializzazione in Medicina.

**Punti di vista**

- La cura dei fragili
- La seduzione della geriatrica

# Dati di contesto dei Fattori Produttivi e del tessuto organizzativo



ASST Spedali Civili	ASST Franciacorta	ASST Garda	AFT
<ul style="list-style-type: none"> <li>Distretto di Brescia</li> <li>Distretto di Mantova</li> <li>Distretto di Brescia Sud</li> <li>Distretto di Brescia Nord</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distretto di Mantova</li> <li>Distretto di Brescia Sud</li> <li>Distretto di Brescia Nord</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distretto di Mantova</li> <li>Distretto di Brescia Sud</li> <li>Distretto di Brescia Nord</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distretto di Mantova</li> <li>Distretto di Brescia Sud</li> <li>Distretto di Brescia Nord</li> </ul>



ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA								
N MEDICI TITOLARI	FA 1 O 2 SEDI	FA SENZA SEDE	RETI	GRUPPI	TOTALE ASSOCIATI	NON ACCORA ASSOCIATI	N MEDICI CON PERSONALE INFERMIERISTICO	N MEDICI CON PERSONALE AMMINISTRATIVO
313	84	99	44	16	243	70	102	177
ASST FRANCIACORTA								
N MEDICI TITOLARI	FA 1 O 2 SEDI	FA SENZA SEDE	RETI	GRUPPI	TOTALE ASSOCIATI	NON ACCORA ASSOCIATI	N MEDICI CON PERSONALE INFERMIERISTICO	N MEDICI CON PERSONALE AMMINISTRATIVO
140	52	22	15	1	89	51	36	61
ASST GARDA								
N MEDICI TITOLARI	FA 1 O 2 SEDI	FA SENZA SEDE	RETI	GRUPPI	TOTALE ASSOCIATI	NON ACCORA ASSOCIATI	N MEDICI CON PERSONALE INFERMIERISTICO	N MEDICI CON PERSONALE AMMINISTRATIVO
199	76	28	6	10	120	79	93	109

AFT			
SPEDALI CIVILI	FRANCIACORTA	GARDA	
17	9	12	38

# Lavorare insieme nel territorio di Brescia

Revisione del modello professionale: la Clinical Governance, la valutazione della qualità della performance, gli Outcome

*Anni 2000*

Centri di Riferimento Territoriale

*Periodo COVID*

Nascita delle AFT

*Anno 2022*

- Campagne vaccinali (in integrazione anche CA)

Passaggio delle Cure Primarie in ASST

*Anno 2023*

- Governo Clinico : progetto appropriatezza prescrittiva
- PAN FLU
- PIANO CALDO
- Campagne vaccinali
- Formazione

# Casa di Comunità : progetto Nave di Presa in Carico

Case di Comunità:  
il tuo punto di accesso  
ai servizi sanitari  
e socio-sanitari.



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**

*In collaborazione con:*

*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:  
Sfide e Opportunità Post DM 77*

# L'evoluzione della presa in carico della cronicità: il Medico di Medicina Generale tra DM77 e AFT

Alessandro Rubino, Coordinatore Didattico CFSMG Polis Lombardia  
Massimiliano Franco, Segretario Regionale SIMG Lombardia

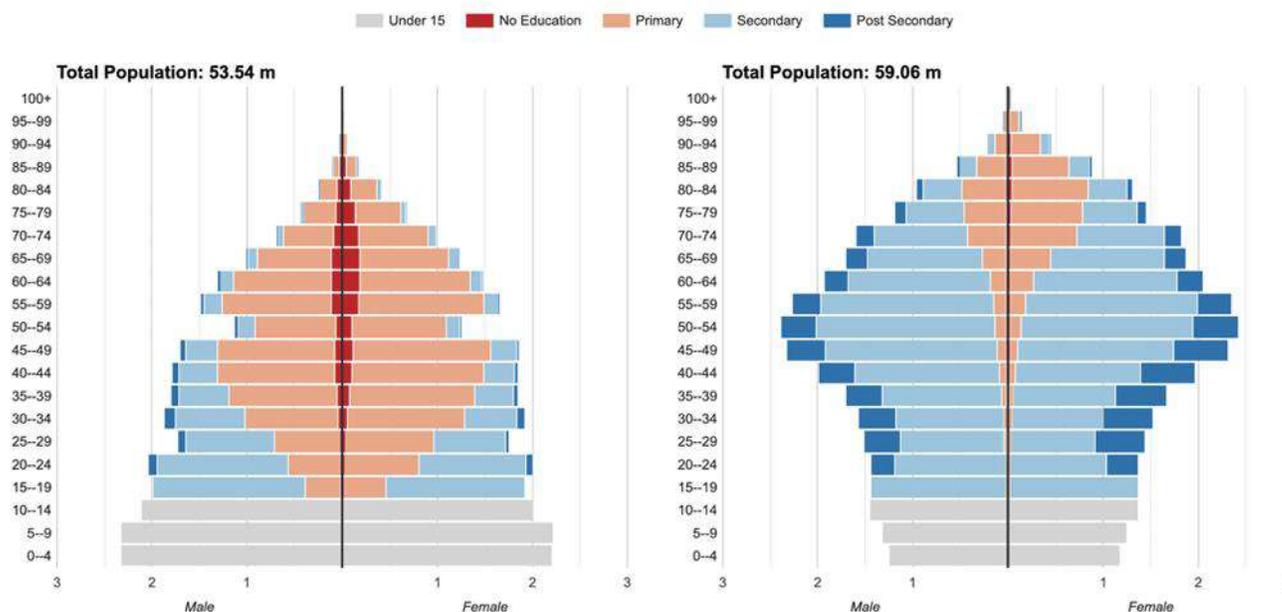
Con il contributo non condizionato di:





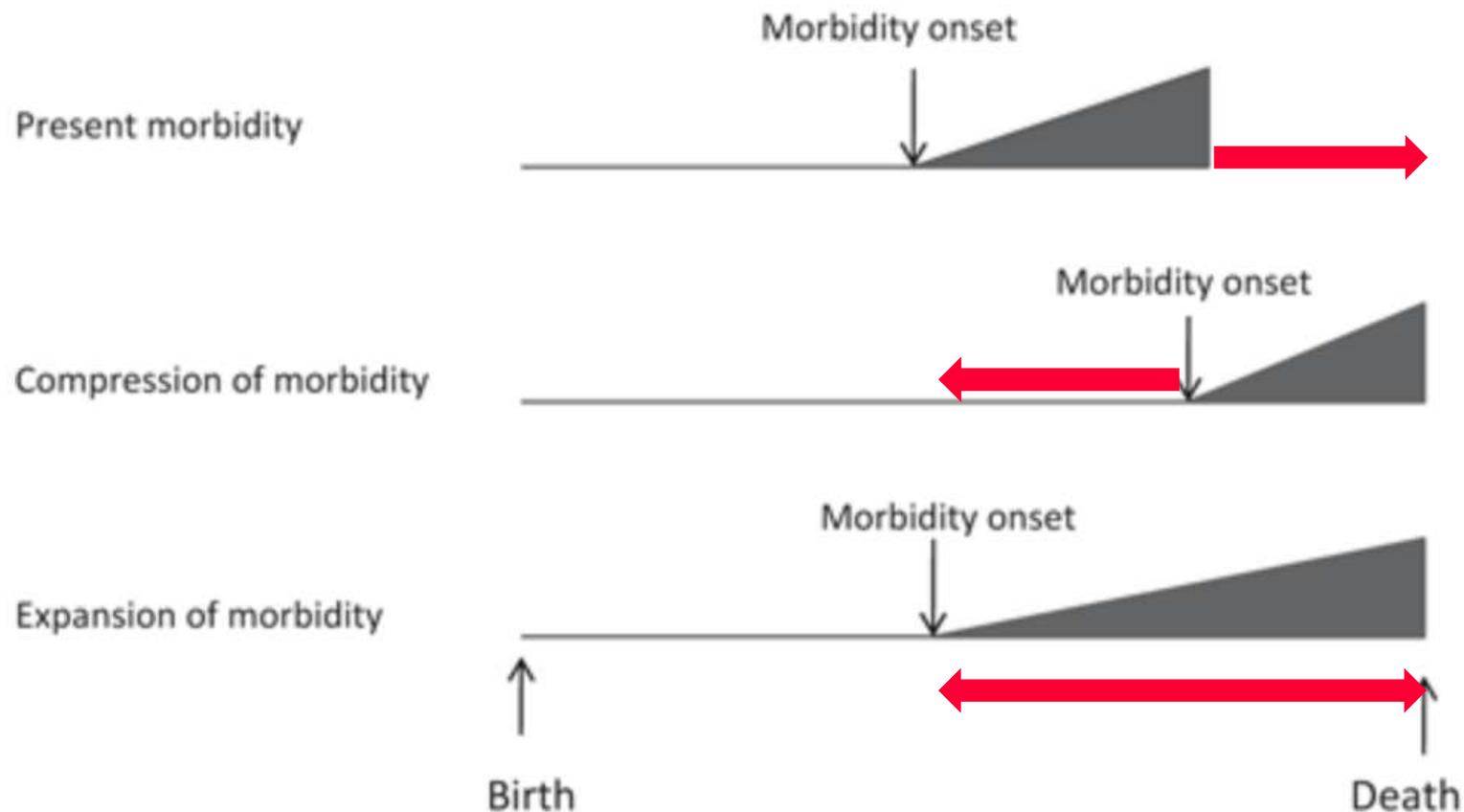
# Cronicità: la transizione demografica

## Italia: 1970-2020



Fonte:  
Wittgenstein  
Centre  
Human  
Capital  
Graphic  
Explorer

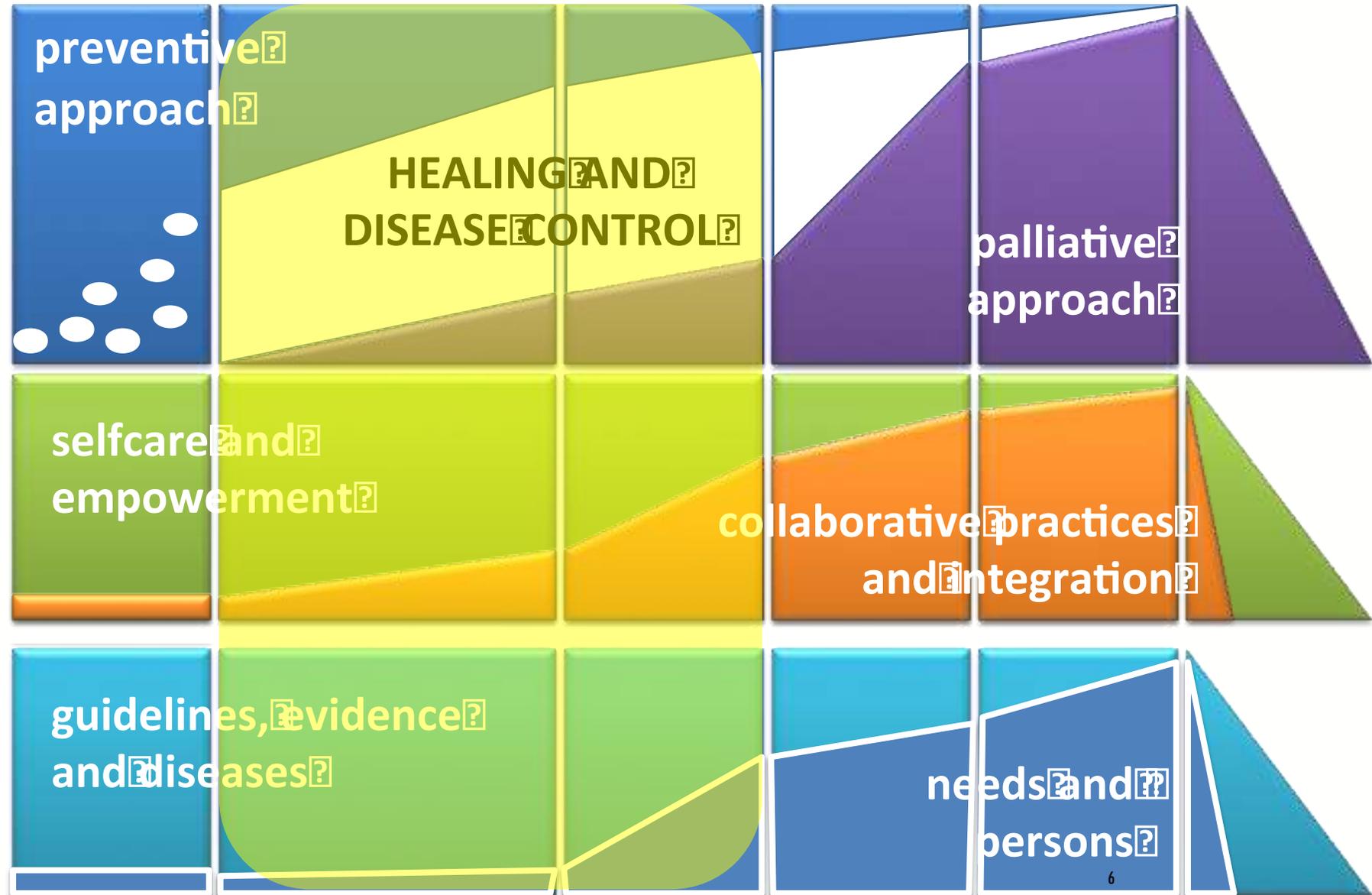
# Cronicità: la transizione epidemiologica

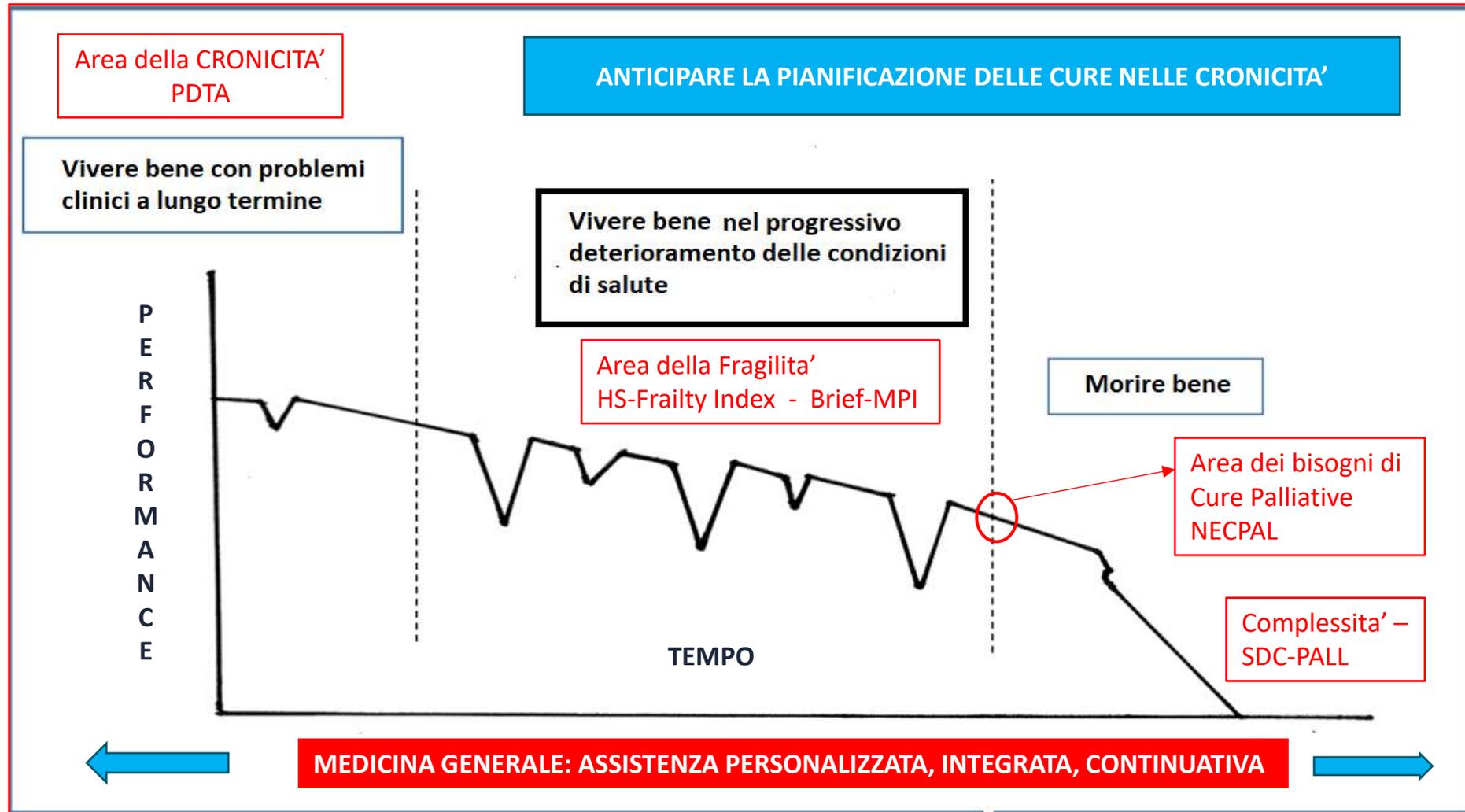


# Le Quattro Aree della Medicina Generale



**SALUTE** 33% → **CRONICITA' NON COMPLESSA** 61% → **BISOGNI COMPLESSI** 3,5% → **CONDIZIONI AVANZATE** 1,5% → **CONDIZIONI TERMINALI** 1% → **MORTE** lutto

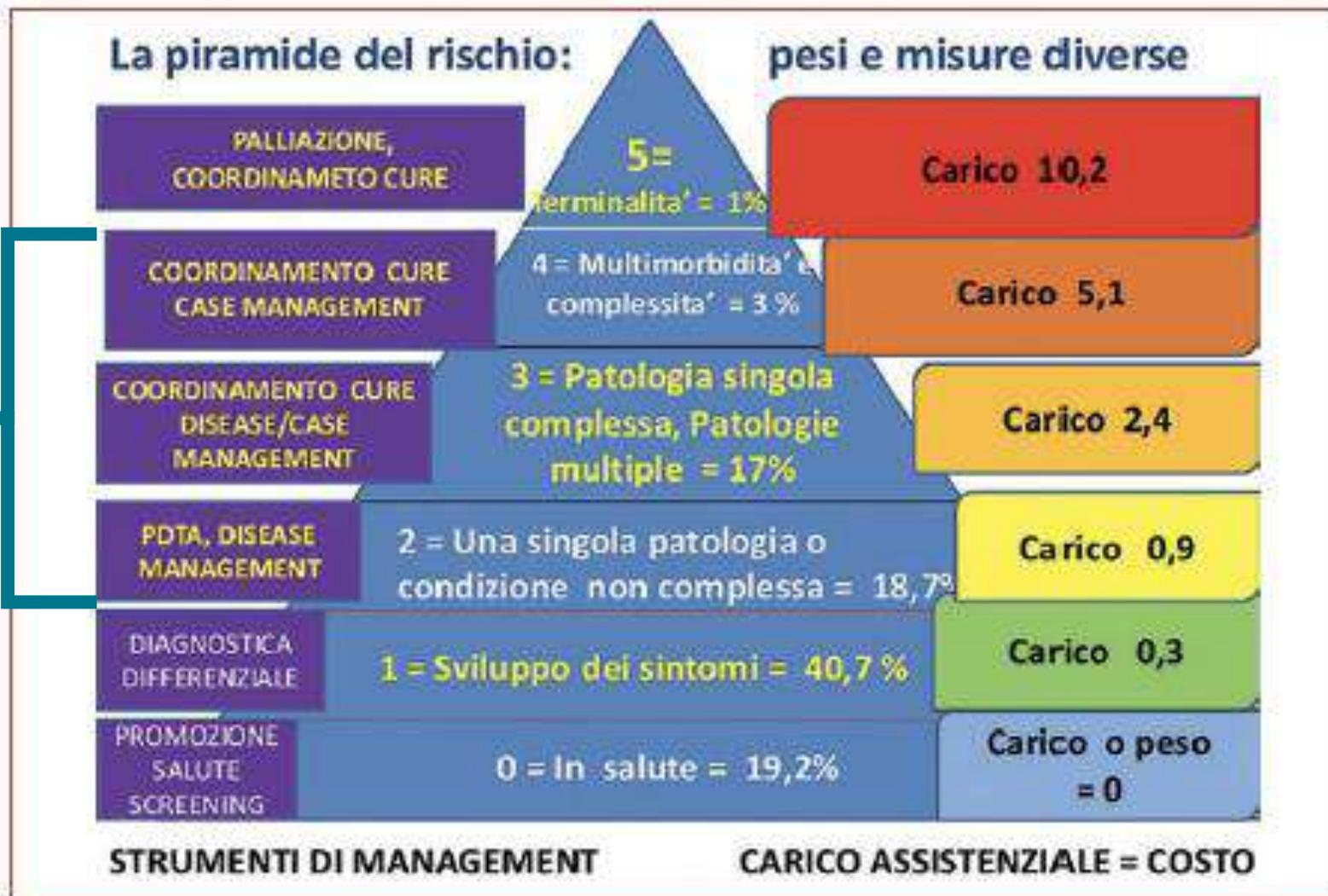




# Strategie di gestione della cronicità

- **Chronic Care Model:** miglioramento della gestione del Paziente cronico
- **Population Health Management:** gestione della salute di popolazione
- **Capisaldi:**
  - approccio proattivo
  - strategie di prevenzione
  - Linee Guida ed Evidence Based Medicine
  - coinvolgimento del Paziente

*Piramide del rischio: pesi in base a malattie (tratta dal Piano Nazionale della Cronicità).*



# Organizzazione e dati della medicina generale: stratificazione e algoritmi predittivi



Gli **indicatori** esprimono i livelli di performance raggiunti dal medico e definiscono la qualità delle cure nell'ambito di un determinato problema clinico o della attività clinica complessiva.

E possibile valutare anche la qualità della registrazione dei dati clinici in cartella.

Gli **indicatori principali** di analisi di sintesi mostrano i valori di tutti gli indicatori raggruppati per patologie e confrontati con gli standard.



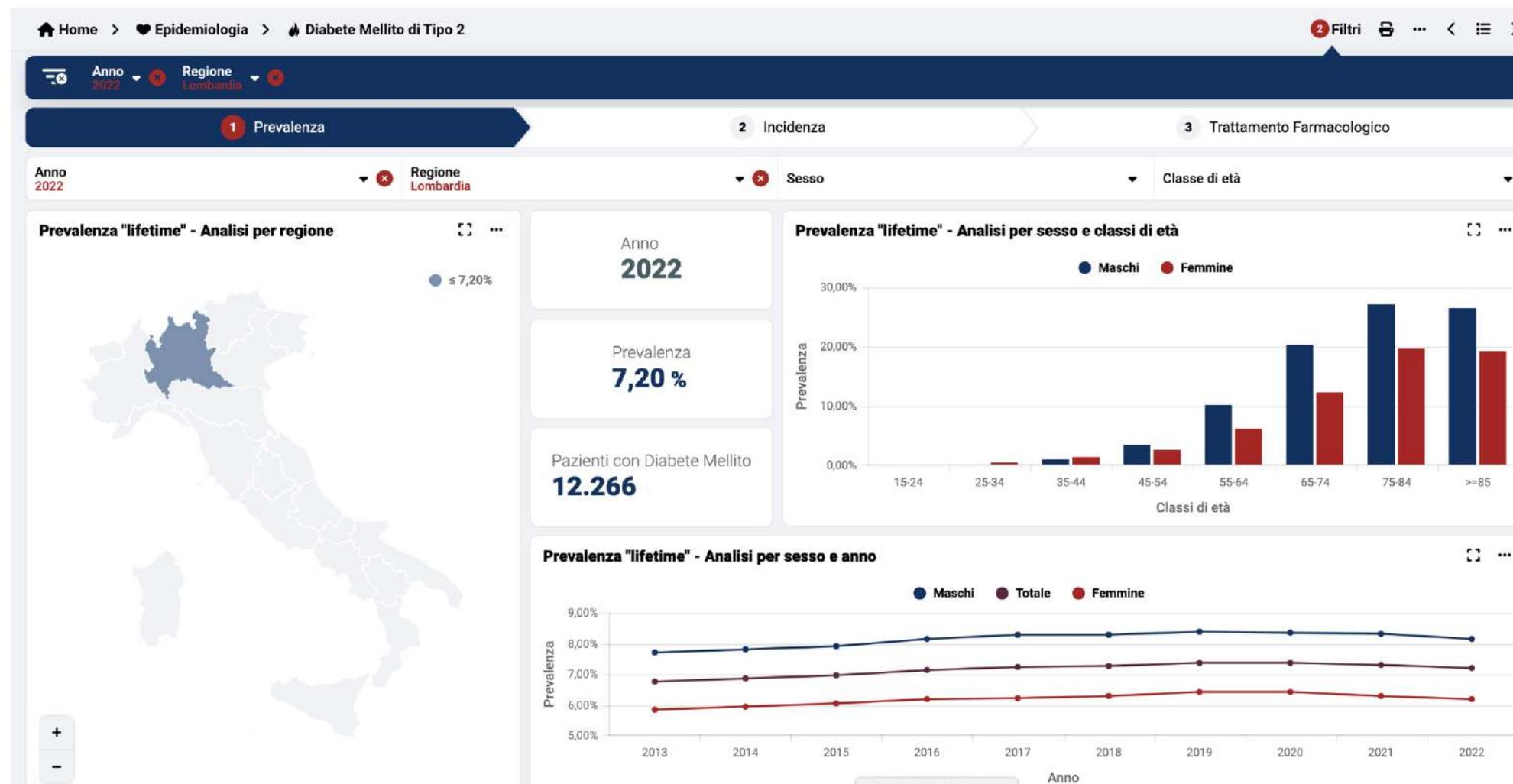
# Organizzazione e dati della medicina generale: stratificazione e algoritmi predittivi

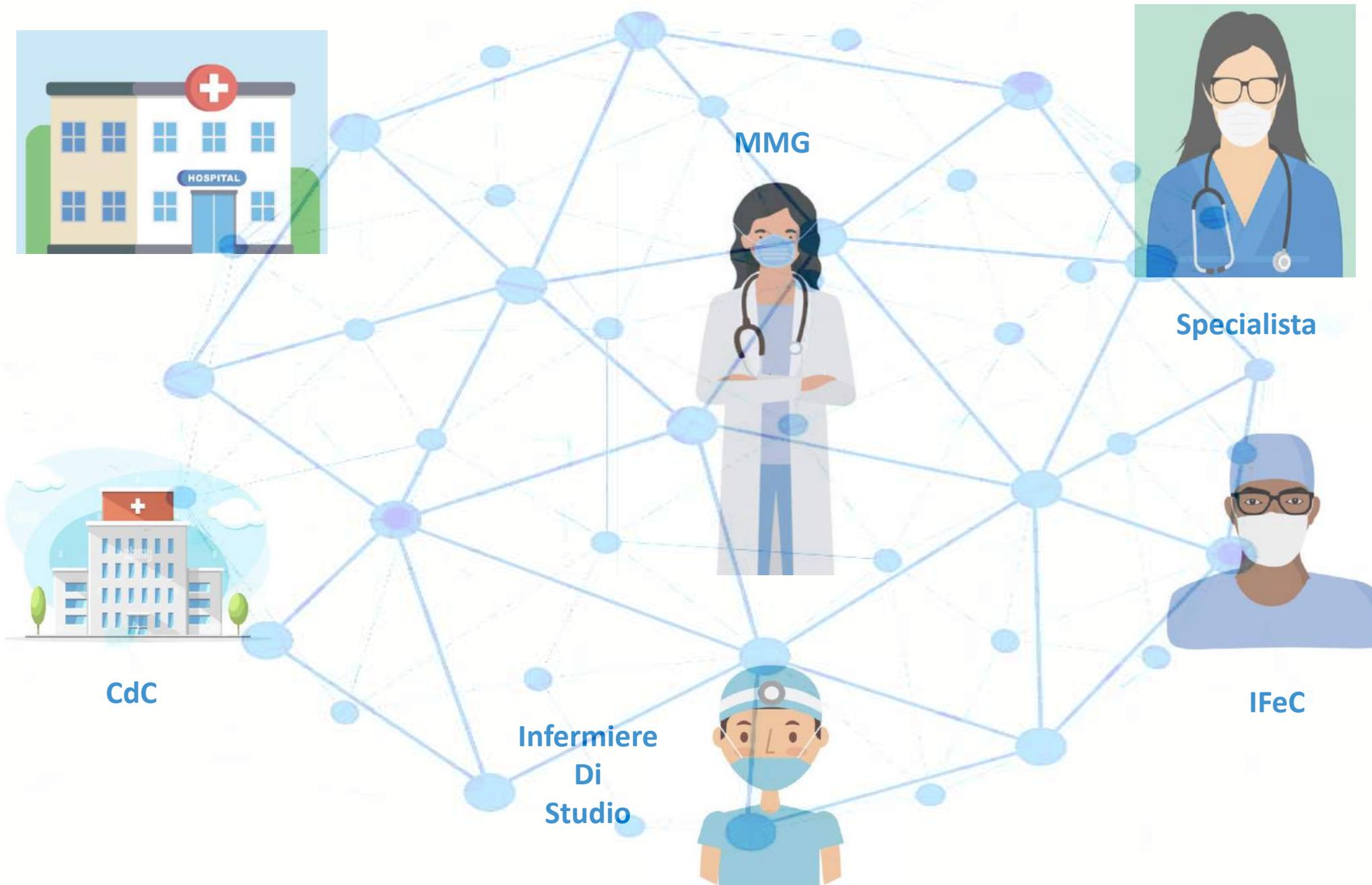
The screenshot displays a medical software interface with several panels:

- Diario** (Diary): A list of medical conditions and symptoms, including COVID-19, erectile dysfunction, hypertension, back pain, prostate hypertrophy, urinary issues, venous insufficiency, acute tracheitis, glucose intolerance, hypercholesterolemia, liver steatosis, obesity, and contact with high-risk individuals.
- Accertamenti** (Examinations): A table showing test results for two dates: 04.03.21 and 28.02.21.
 

Accertamenti (+)	Risultato	⊗	○	N	E	Tipo	S
04.03.21	✓ SATURAZIONE DI OSSIG	96				EO	N
	✓ TEMPERATURA CORPO	35,4				EO	N
	✓ TAMPONE NASOFARING	positivo	●			TST	N
28.02.21	♦ FREQUENZA DI RESPIR	16				EO	N
	♦ Scala MEWS (grado di i	1	III			EO	N
	♦ SATURAZIONE DI OSSIG	95				EO	N
	♦ TEMPERATURA CORPO	35,9				EO	N
- Follow-up**: A section for monitoring, listing GFR-CKD EPI (5 anni fa; 74,05), GFR-MDRD (5 anni fa; 87,72), and LDL (4 anni fa; 163 mg).
- Appropriatezza** (Appropriateness): A section for diagnosis, listing MONITORAGGIO Coronavirus COVID-19, Scheda TRIAGE Coronavirus (COVID-19), Alto rischio di OSA (Questionario STOP-Bang), and Scala NRS (intensità del).
- Prevenzione** (Prevention): A section for prognostic scores, listing CoVid-HS Score (Indice di vulnerabilità per COVID-19: ALTO), TEV-HS Score (Rischio TEV a 30 gg: ALTO), and FRA-HS Score (Prob. fratture: Osteoporotiche, Anca e).
- News**: A section for news and documents, listing Sinossi riassuntiva delle caratteristiche dei vaccini COVID-19 (02-03-2021), Come segnalare un evento avverso al vaccino COVID-19 (22-02-2021), and Vaccinazione COVID-19: le.

# Organizzazione e dati della medicina generale: stratificazione e algoritmi predittivi





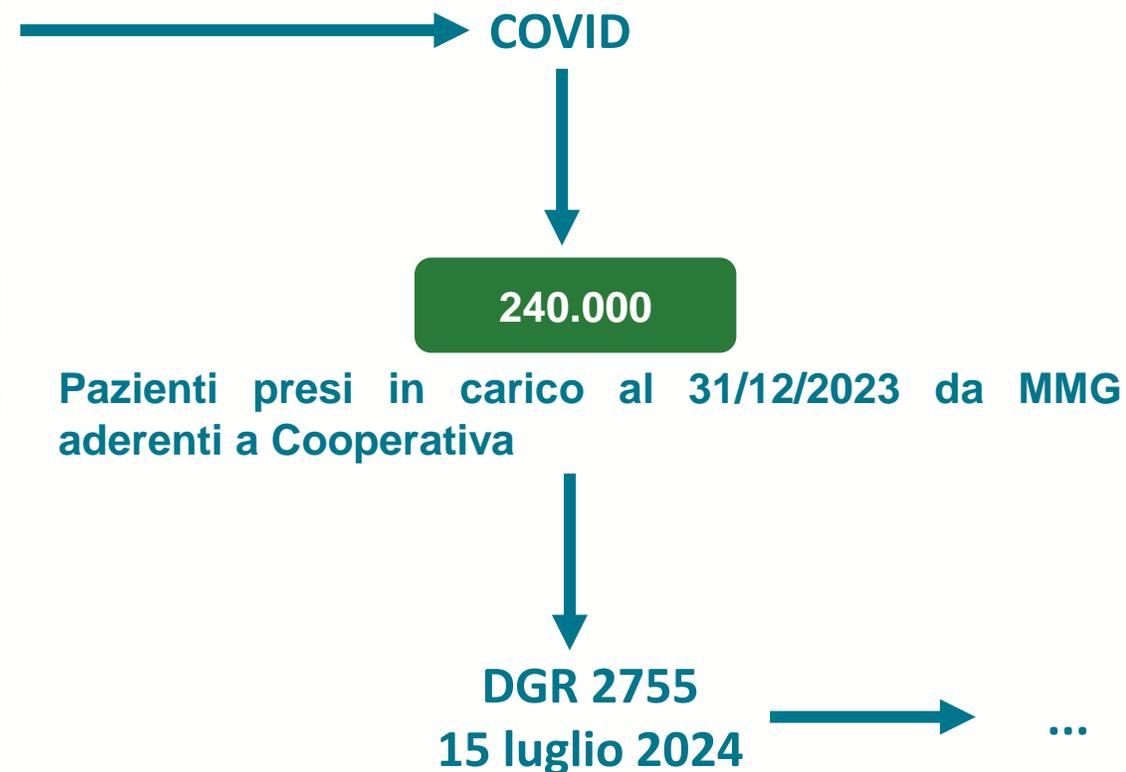
# Alcuni dati sulla cronicità

## DATI PRESA IN CARICO

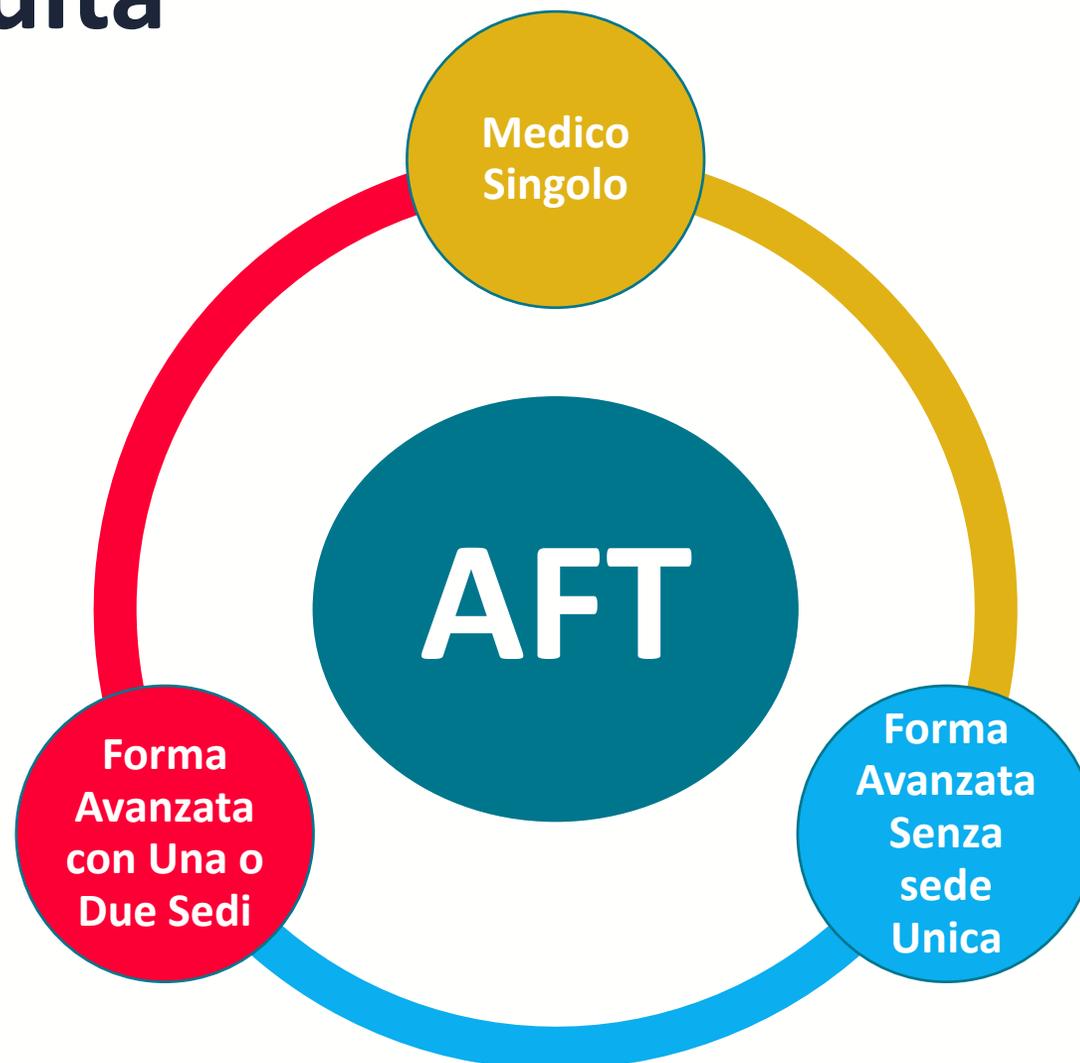
TIPOLOGIA ENTE	N. PAZIENTI CHE HANNO ATTIVATO LA PIC	N. PAI TOTALI
GESTORI MMG/PLS	274.546	241.928
STRUTTURE PUBBLICHE/PRIVATE	61.150	17.407
TOTALE	335.696	259.335

Dati aggiornati a ottobre 2019

Dal **01/01/2018** al **31/10/2019** sono state prenotate **287.332** prestazioni sanitarie



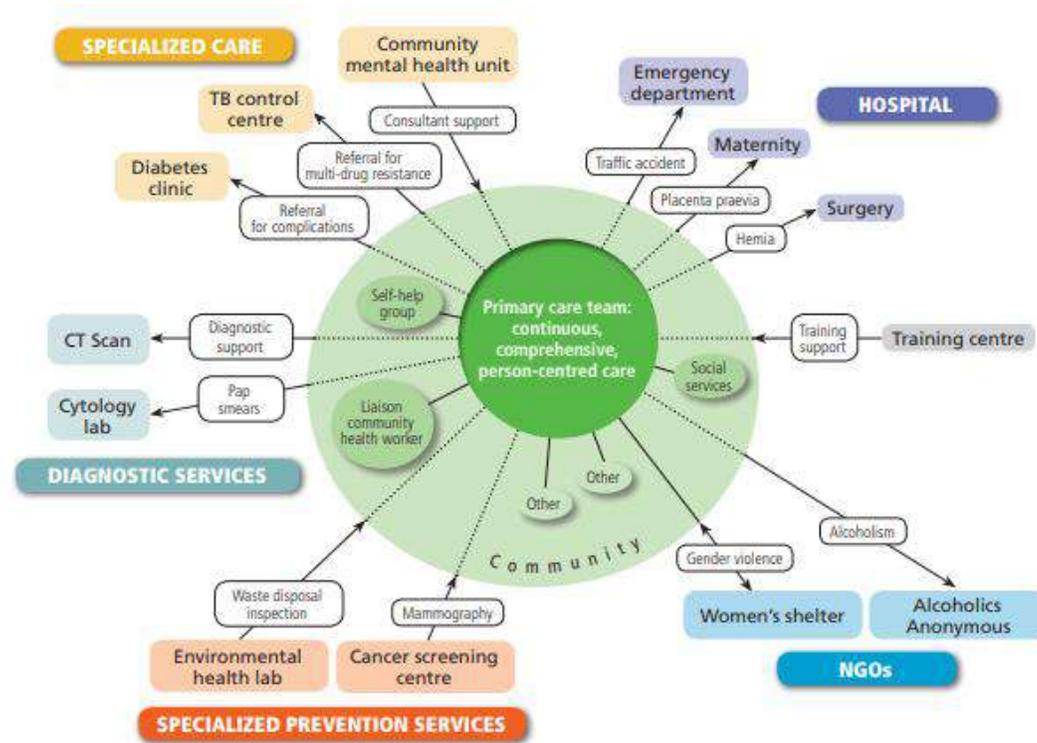
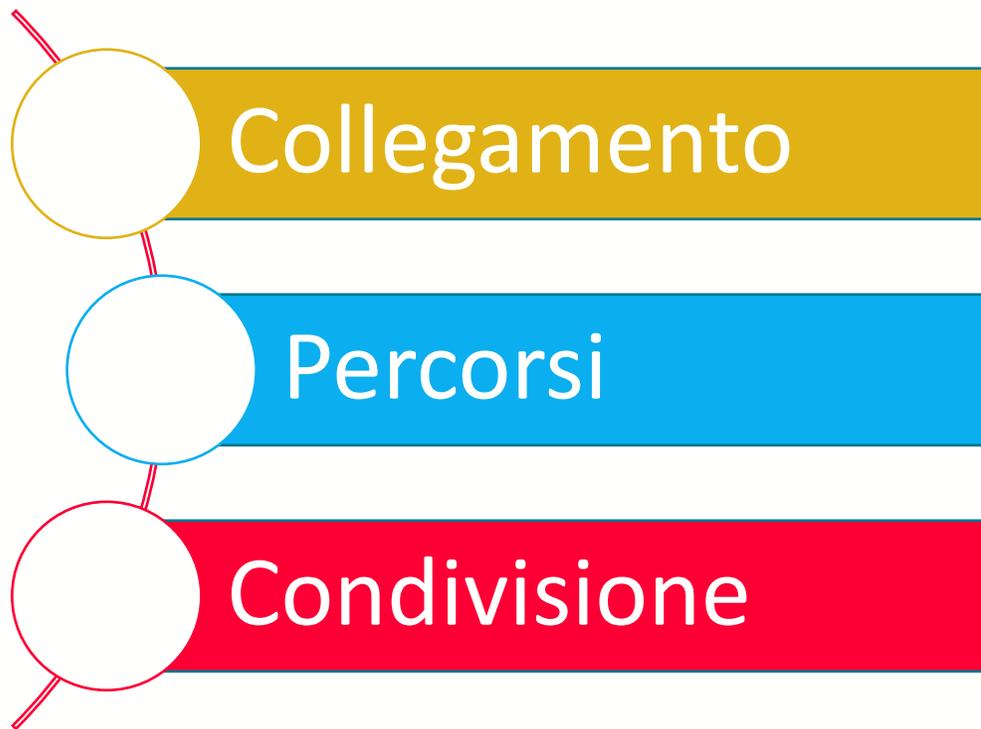
# Il ruolo dell'AFT nella sostenibilità organizzativa: tra fiduciarità e continuità



# Rete e Infrastruttura: elementi fondamentali

## Primary care as a hub of coordination

*Networking within the community served and with outside partners*



Source: World Health Organization, 2013

- Medicina generale + contesto = organizzazione

Indicatore	Urbano	Rurale
Tipologia pazienti	Disomogeneo	Omogeneo
Distribuzione pazienti	Agglomerata (quartiere)	Sparsa
Distanze	Variabili	Variabili
Studio medico	Unico	Più studi
Spese studio	Elevate	Accessibili
Accesso ospedale	Facile	Problematico
Accesso specialisti	Facile	Problematico
Urgenza	Demandabili	Ineludibili
N° Visite domiciliari	Minore	Maggiore
N° medio scelte	Inferiore	Maggiore

# Formare alla consapevolezza: sinergie tra i diversi attori



# Strumenti

Stratificazione e classificazione della popolazione

Strumenti di gestione delle patologie prevalenti e di auditing del percorso

Strumenti per la valutazione del rischio e gestione della prevenzione

Strumenti per valutare aderenza e appropriatezza delle terapie

Strumenti per la individuazione dei pazienti fragili e complessi

Strumenti di medicina predittiva

# Formare alla consapevolezza: sinergie tra i diversi attori

- ✓ Infermieri di Famiglia e Comunità
- ✓ Direttori di Distretto
- ✓ DSC e DIAS



## Occasione

### Tirocini professionalizzati

Riconosciuti come attività pratica (periodo di ambulatorio MMG/Medicina territoriale + per chi assume l'ambito carente, periodo di ostetricia e ginecologia e materno infantile)

**Tutorati** attraverso incontri settimanali con il referente/assistente MMG

Si presenta un'occasione unica per il sistema di:

- formare i «propri professionisti»
- accompagnare il cambiamento
- creare «l'ambito» delle cure primarie:
  - MMG
  - Direttori di Distretto
  - Ifec
  - ADI

## Coraggio

# Presenza in carico del paziente cronico

- Elemento organizzativo nella Medicina Generale, in grado di mettere in risalto le sue enormi potenzialità superando le eccessive frammentazioni e facendo emergere i vantaggi della collaborazione tra professionisti.
- Elemento facilitatore di relazione con i medici specialisti e con le strutture delle cure primarie
- Elemento di innovazione non solo gestionale ma anche tecnologica per tutto il sistema

**Riconoscimento e coinvolgimento delle strutture organizzative della Medicina Generale**



**Processo di integrazione e coinvolgimento all'interno del Sistema**

# Conclusioni

- Il MMG deve lavorare **in forme organizzate**, con la collaborazione di **personale infermieristico e amministrativo**.
- **Investimento in strutture informatiche**, presupposto fondamentale per l'interazione o l'ottimizzazione dei percorsi.
- Il **MMG deve avvalersi della collaborazione degli infermieri sul territorio**, di cui deve essere referente clinico.
- Il **MMG è la figura centrale per la gestione della cronicità e della telemedicina**, sia che queste mansioni vengano svolte in prima persona, sia che vengano affidate ad altri attori.
- È più opportuno **ragionare in termini di percorsi e non di prestazione**.
- Il metro di valutazione del MMG deve cambiare, e **gli obiettivi devono essere condivisi con i colleghi ospedalieri**.

# Grazie per l'attenzione





*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:  
Sfide e Opportunità Post DM 77*

# Dalle reti alla rete, Monte Isola laboratorio di prossimità

Dr.ssa Raffaella Chiappini, Direttore della Struttura Complessa  
Distretto Sebino Monte Orfano

Dr.ssa Maria Ajmone Marsan, Medico di Medicina Generale

Con il contributo non condizionato di:



# DOVE SIAMO, QUANTI SIAMO

## MONTE ISOLA

Lago d'Iseo  
Provincia di Brescia  
Regione Lombardia

1600 abitanti ca.  
13 kmq ca.

Isola lacustre stabilmente abitata più  
grande d'Europa

### 12 FRAZIONI:

Carzano, Cure, Masse, Menzino, Novale,  
Olzano, Peschiera Maraglio, **Siviano**, Sensole,  
Senzano, Sinchignano and Siviano.





# EPIDEMIOLOGIA

## POPOLAZIONE PRESA IN CARICO

	MONTE ISOLA	ATS BRESCIA
ASSISTITI PRESI IN CARICO NEL 2021	1.639	1.177.189
% MASCHI	49,1%	50,8%
Età media (DS)	49,5 (0,2)	45,6 (0,6)
distribuzione per classi di età		
0-14	152 (9%)	155757 (13%)
15-44	493 (30%)	391532 (33%)
45-64	515 (31%)	362820 (31%)
65-74	222 (14%)	128345 (11%)
75-84	170 (10%)	94781 (8%)
>=85	87 (5%)	43954 (4%)
% stranieri	1,9%	14,0%
Livello di istruzione		
elementare	270 (16,4%)	173867 (14,8%)
media inferiore	334 (20,4%)	189288 (16,0%)
media superiore	151 (9,2%)	148434 (12,6%)
Laurea	37 (2,3%)	56290 (4,8%)
Dato non disponibile	847 (51,7%)	609310 (51,8%)

1/1000 ca.

età media +3,9

over 65 +6%

I dati riportati si riferiscono alla popolazione assistita e domiciliata nel territorio di ATS Brescia che è stata attiva per almeno un mese nell'anno 2021. Il livello di istruzione è stato ricavato da fonti dati correnti nella disponibilità di ATS quali, a titolo di esempio, le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e i Certificati Di Assistenza al Parto (CEDAP). Per tale motivo il livello di istruzione è disponibile solo per circa la metà della popolazione assistita. La prevalenza delle principali patologie croniche è stata calcolata tramite la metodologia della Banca Dati Assistito (BDA). I criteri di costruzione della BDA sono disponibili nell'ultima pubblicazione di ATS pubblicata sul sito internet dell'Agenzia al seguente link:

<https://www.ats-brescia.it/principali-malattie-croniche-osservate-tramite-la-bda>.



## Popolazione

### Indice di Dipendenza Strutturale

$[(\text{pop.} < 15\text{aa} + \text{pop.} > 64\text{aa}) / \text{pop.} 15-64\text{aa}]$

Esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva.

L'invecchiamento e il calo delle nascite portano ad un aumento dell'indicatore

2003 -> 51.8\*

2023 -> 61.1\* vs 55.2\*\* ATS Brescia

### Indice di Vecchiaia

$[\text{pop.} > 64\text{anni} / \text{pop.} < 15\text{anni}] * 100$

2003 -> 111.1\*

2023 -> 307.3\* vs 176\*\* ATS Brescia

### Tasso Natalità

$[\text{n}^\circ \text{ nati vivi} / \text{pop. tot. nello stesso periodo}] * 1000$

2003 -> 6.2\*

2022 -> 5.5\* vs 6.81\*\* ATS Brescia

Fonte dati:

\* ISTAT

\*\* BDA ATS Brescia



# EPIDEMIOLOGIA

## PATOLOGIE CRONICHE

Presenza in carico grezza				
	ATS Brescia		M. ISOLA	
IPA	252.457	21,4%	483	29,5%
CCV	123.027	10%	257	16%
DIST_PSICH	106.751	9%	220	13%
IPERCOL	92.890	8%	220	13%
DIABETE_ALL	77.301	7%	140	9%
RESPIRATORIO	49.600	4%	88	5%
DEMENZA	16.367	1%	30	1,83%
IRC_tot	12.613	1%	29	2%
Almeno una patologia cronica	463.176	39%	750	46%
Popolazione presa in carico nel 2021	1.177.189		1.639	
Numero di patologie croniche				
	ATS		M. ISOLA	
0	750.247	64%	941	57%
1	199.892	17%	257	16%
2	103.751	9%	171	10%
3	65.385	6%	134	8%
+3	57.914	5%	136	8%

ipertensione e malattie cardiovascolari +14% ca.

DM2 9%

almeno una patologia cronica +7%

I dati riportati si riferiscono alla popolazione assistita e domiciliata nel territorio di ATS Brescia che è stata attiva per almeno un mese nell'anno 2021. Il livello di istruzione è stato ricavato da fonti dati correnti nella disponibilità di ATS quali, a titolo di esempio, le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e i Certificati Di Assistenza al Parto (CEDAP). Per tale motivo il livello di istruzione è disponibile solo per circa la metà della popolazione assistita. La prevalenza delle principali patologie croniche è stata calcolata tramite la metodologia della Banca Dati Assistito (BDA). I criteri di costruzione della BDA sono disponibili nell'ultima pubblicazione di ATS pubblicata sul sito internet dell'Agenzia al seguente link:

<https://www.ats-brescia.it/principali-malattie-croniche-osservate-tramite-la-bda>.

# EPIDEMIOLOGIA

## CONSUMI PRO CAPITE

ATS BRESCIA			
Tipologia	Complessivo	Cronici	Non cronici
RICOVERI	477,9	1027,6	121,2
FARMACEUTICA	325,7	787,9	25,9
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	310,9	563,7	146,8
SERVIZI SOCIOSANITARI	167,6	409,3	10,9
<b>TOTALE</b>	<b>1282,0</b>	<b>2788,5</b>	<b>304,8</b>
MONTE ISOLA			
Tipologia	Complessivo	Cronici	Non cronici
RICOVERI	702,8	1419,9	97,8
FARMACEUTICA	662,7	1420,7	23,2
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	316,5	536,1	131,2
SERVIZI SOCIOSANITARI	108,2	232,5	3,4
<b>TOTALE</b>	<b>1790,2</b>	<b>3609,2</b>	<b>255,7</b>
Variazione % dei consumi procapite medi degli assistiti di Monte Isola vs gli assistiti di ATS Brescia			
	Complessivo	Cronici	Non cronici
RICOVERI	47%	38%	-19%
FARMACEUTICA	103%	80%	-10%
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	2%	-5%	-11%
SERVIZI SOCIOSANITARI	-35%	-43%	-69%
<b>TOTALE</b>	<b>-10%</b>	<b>29%</b>	<b>-16%</b>

ricoveri +47%  
farmaceutica +103%  
specialistica amb. +2%  
servizi sociosanitari -35%



- 1992 Legge 833, art. 12 bis: *si prevede la possibilità di erogare servizi sanitari a distanza con modalità idonee a garantire la qualità delle prestazioni e la sicurezza del paziente.*
- 2008 Commissione Europea : Comunicazione della commissione sulla telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società
- 2005 Circolare 13/E del Ministero della Salute: prime linee guida sulla telemedicina in Italia
- 2010 Ministero della Salute: "Documento di indirizzo sull'applicazione della telemedicina in Italia"
- Ministero della Salute \_Linee di indirizzo nazionali\_ 20/02/2014: "Telemedicina - linee di indirizzo nazionali 2014"
- 2017 Circolare 8/2017 Ministero della Salute: *si forniscono le linee guida per l'applicazione della telemedicina in Italia*
- DGR N. XI/3258 05/08/2020: "Indicazioni per l'attivazione di servizi Sanitari erogabili a distanza (televisita)"
- DM 29/04/2022 "Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia"
- DM 23/05/22 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" e DGR attuative N. XI/5872 24/01/2022 \_ N. XI/6770 del 25/07/2022
- DM 21/09/2022 n. 21 "Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio"
- Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n.29, titolo I, capo V, art. 19 "Misure in materia di alfabetizzazione informatica e di facilitazione digitale"; art.20 "Percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento per ridurre il divario digitale"

# NORMATIVA

**DGR XI/2287 del 23/11/2021** PROGRAMMAZIONE EUROPEA 2021-2027. APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO “LA STRATEGIA REGIONALE “AGENDA DEL CONTROESODO”: INDIVIDUAZIONE DELLE AREE INTERNE PER IL CICLO DI PROGRAMMAZIONE EUROPEA 2021-2027”

- *costruire un sistema in cui tutti i territori abbiano uguali possibilità ed opportunità di sviluppo,*
- *garantire ai cittadini delle zone più deboli maggiori opportunità di valorizzare le proprie potenzialità, tramite il rafforzamento delle dotazioni materiali (infrastrutture pubbliche e private) ed immateriali (servizi e competenze)*
- *rafforzare i servizi essenziali di cittadinanza (in primis sociosanitari, scuola, trasporto pubblico e connettività digitale)*

**DGR N. XI/5872 24/01/2022:** “Determinazioni relative al nuovo sistema per la gestione digitale del territorio”

## **DGR XII/1475 del 04/12/2023**

L’infrastruttura Regionale di Telemedicina è costituita da un ambiente digitale di collaborazione clinica multi-specialistica che facilita la comunicazione tra i differenti attori coinvolti nei processi di cura, prevenzione e assistenza

- digitalizzazione di MMG/PLS
- coinvolgimento delle farmacie attraverso la COT
- applicazione della telemedicina nelle CdC/OdC/Hospice/C-Dom

**...e non del tutto concluso**

# CLASSIFICAZIONE

ASST Franciacorta

## CLASSIFICAZIONE

		AMBITO	PAZIENTI	RELAZIONE
<b>TELEMEDICINA</b>  <b>SPECIALISTICA</b>	<b>TELEVISITA</b>	sanitario  (può essere rivolto a patologie acute, croniche e post acuzie)	presenza attiva del paziente	medico-medico  medico-paziente con interposto operatore sanitario
	<b>TELECONSULTO</b>		assenza del paziente	medico-medico
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA		presenza del paziente in tempo reale	medico-paziente con interposto operatore sanitario
<b>TELESALUTE</b>  <b>(TELEMONITORAGGIO)</b>		sanitario  (prevalentemente rivolto a patologie croniche)	presenza attiva del paziente	medico-paziente  medico-paziente con interposto operatore sanitario
<b>TELEASSISTENZA</b>		socio-assistenziale (pti anziani, fragili e diversamente abili)		

# DESTINATARI E ATTORI

**Pazienti** cronici, diabetici - cardiopatici .....

**Medico di Medicina Generale**

**TEAM**



# OBIETTIVI strategici



- **Potenziare l'offerta di servizi sanitari e sociosanitari** per pazienti cronici/fragili in aree di svantaggio abitativo inteso come isolamento geografico (aree rurali o montane)



- **Sviluppare percorsi socioassistenziali basati sulla collaborazione professionale** efficaci dal punto di vista clinico-assistenziale e in termini di sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale

## OBIETTIVI specifici



- Favorire **engagement ed empowerment del paziente** per l'acquisizione delle competenze minime tecnologiche
- Migliorare l'**adesione alla cura** da parte del paziente con la presa in carico condivisa MMG, specialista ed Infermiere
- Favorire la **Medicina di iniziativa e di prossimità**, lo studio del MMG casa di Comunità Spoke , *Missione 6 Salute (M6C1-1.2.3)*, *“Casa come primo luogo di cura e telemedicina”*.
- **Ridurre gli spostamenti, contrastare lo spopolamenti**

# INTEGRAZIONE DEL MMG



Coinvolgere il MMG che, per contesto geografico non potendo operare in forma associata, può avvalersi del supporto di specialisti o altre figure professionali integrandosi nel contesto delle Casa di Comunità di riferimento territoriale

**Da così...**



**...a così!**

## AVVIO

START 

2023 ...

televisita/teleconsulto a pazienti diabetici  
...era presente un punto prelievo

## SVILUPPO A BREVE TERMINE

- Telecardiologia: refertazione ECG in tempo reale, televisita/teleconsulto cardiologico
- Ambulatorio infermieristico
- Educazione alla salute, interventi individuali o collettivi



# SVILUPPO A LUNGO TERMINE

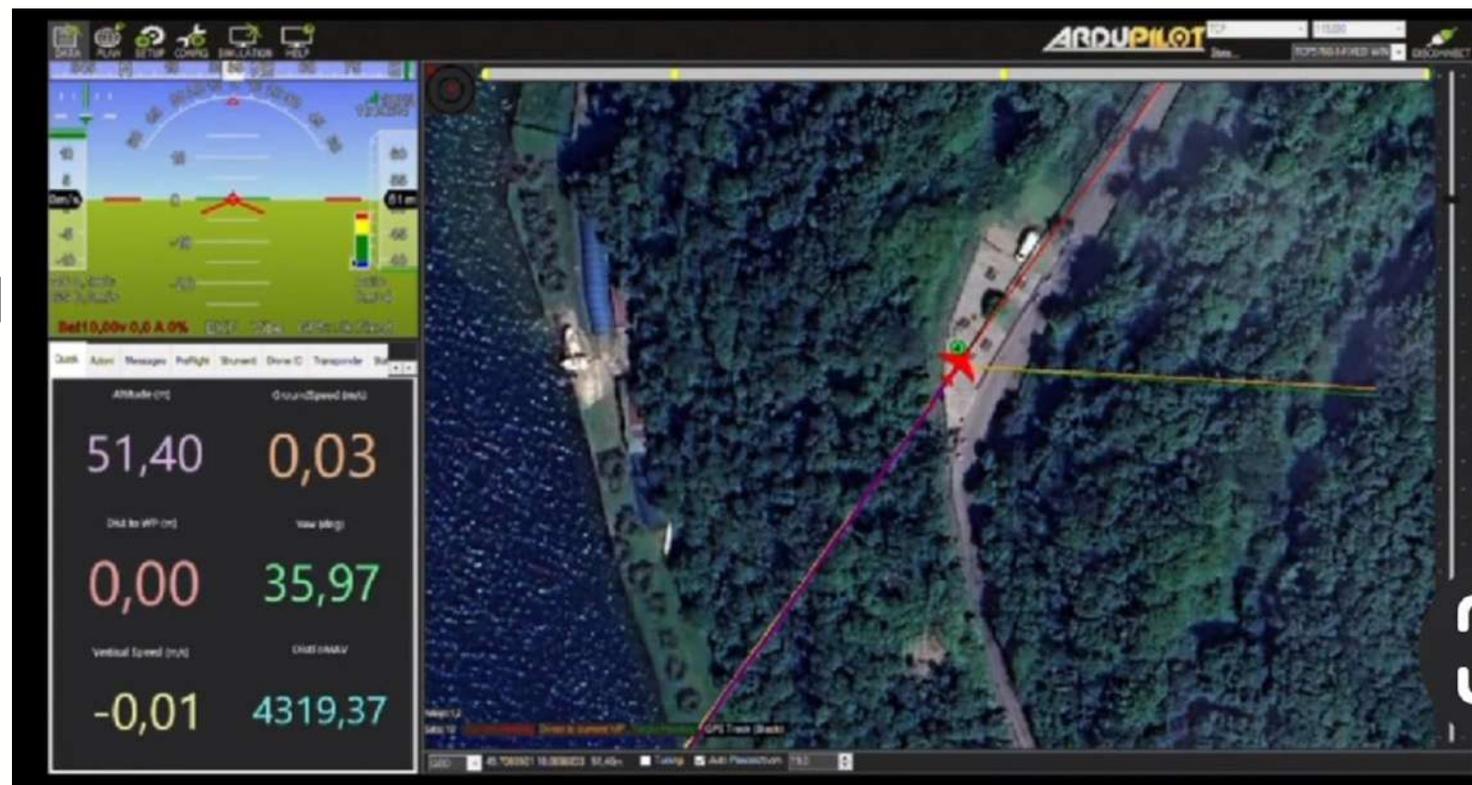


TELERIABILITAZIONE con supporto IFeC

Preso in carico BPCO..spirometrie

**Utilizzo standardizzato dei DRONI**  
..4'

Implementazione con attività ecografica...anche con sonographer





# RISULTATI ATTESI/INDICATORI

riduzione ricoveri per scompenso

riduzione accessi in PS

riduzione visite specialistiche  
inappropriate

(Impatto positivo sulle liste di attesa)

riduzione dei consumi CO2

riduzione dello spopolamento

Integrazione MMG/Sistema socio-  
sanitario

progressiva alfabetizzazione digitale

prossimità dell'assistenza

**aumento della compliance ->**  
**riduzione delle complicanze ->**  
**benessere del paziente**

**Strenghts PUNTI DI FORZA**

- Maggiore accessibilità al Servizio Sanitario**
- Integrazione delle competenze (MMG, specialista, IFeC)**
- Migliore appropriatezza prescrittiva**
- Riduzione degli spostamenti degli specialisti e dei pazienti**
- Confronto in presenza tra utente e operatore durante televisita**

**Weaknesses PUNTI DI DEBOLEZZA**

- Mancanza di programma telemedicina integrato SGDT**
- Necessario coinvolgimento MMG e specialista**
- Organizzazione del lavoro degli IFeC /CdC e sedi distaccate; strumentazione e auto condivisi)**
- Scarsa conoscenza del nuovo assetto territoriale da parte dell'utenza e del personale ospedaliero**

**Opportunities OPPORTUNITA'**

- Sviluppo rete di assistenza territoriali**
- Attivazione di politiche e interventi intergenerazionali per la cooperazione tra le diverse fasce d'età finalizzate all'empowerment dell'utente anziano nell'alfabetizzazione digitale**
- Riduzione delle liste d'attesa**
- Coinvolgimento MMG anche attraverso definizione degli obiettivi aziendali delle Cure Primarie,**

**Threats RISCHI**

- Carenze normative e mancanza di valorizzazione di alcune prestazioni di TLM (teleconsulenza)**
- Costi affitto locali distaccati**
- Nessun vantaggio economico per il MMG**

Da così



Dalle reti alla rete,  
Monte Isola  
laboratorio di prossimità

A così



Telemedicina, un'opportunità per garantire:  
Equità  
Accessibilità  
prossimità

Grazie per l'attenzione!



*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:  
Sfide e Opportunità Post DM 77*

## "La rete di cure palliative in Lombardia"

Gianpaolo Fortini  
Direttore S.C. Cure Palliative Integrate  
ASST Sette Laghi - Varese

Con il contributo non condizionato di:



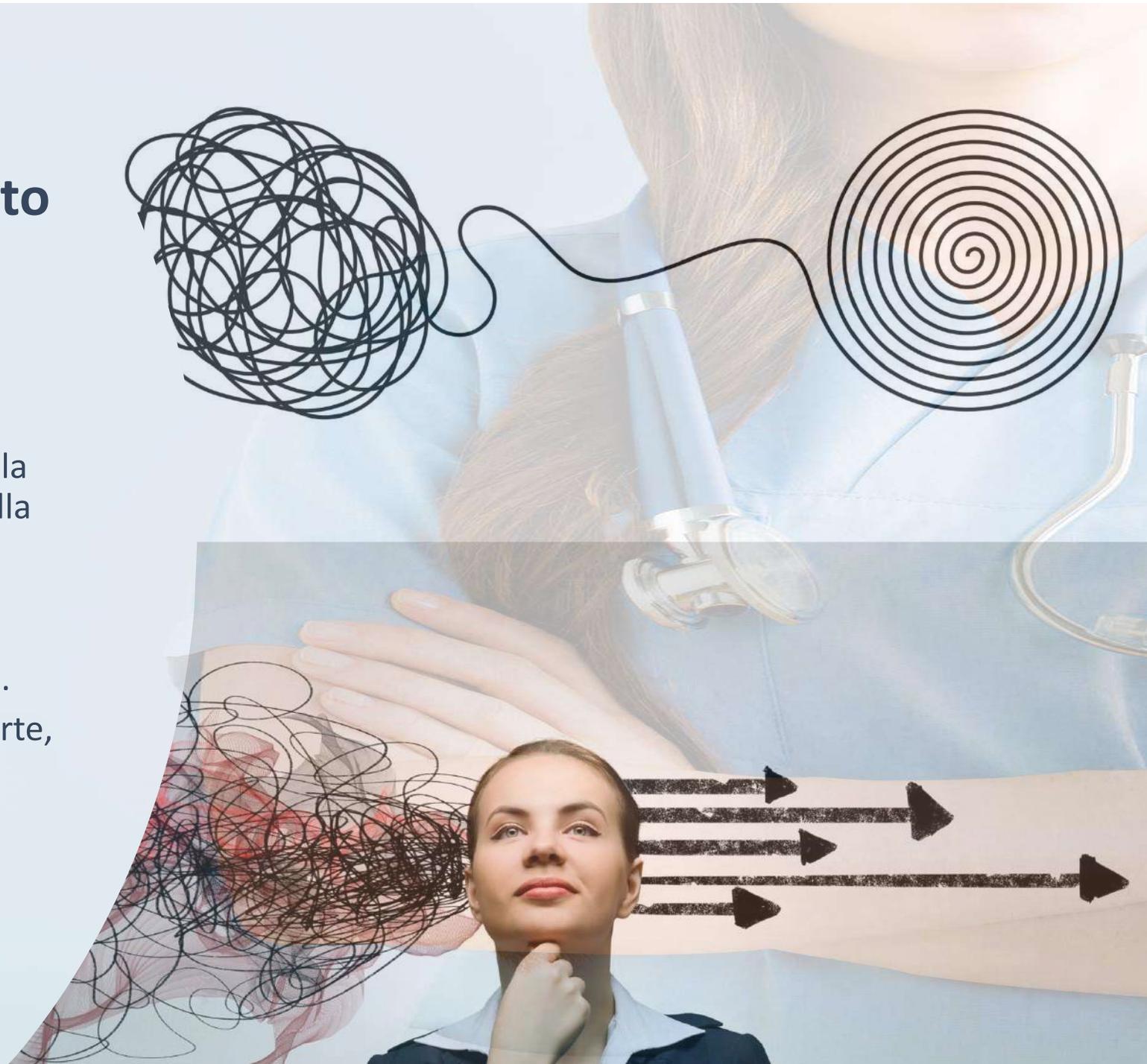
# Visione strategica a medio e lungo termine

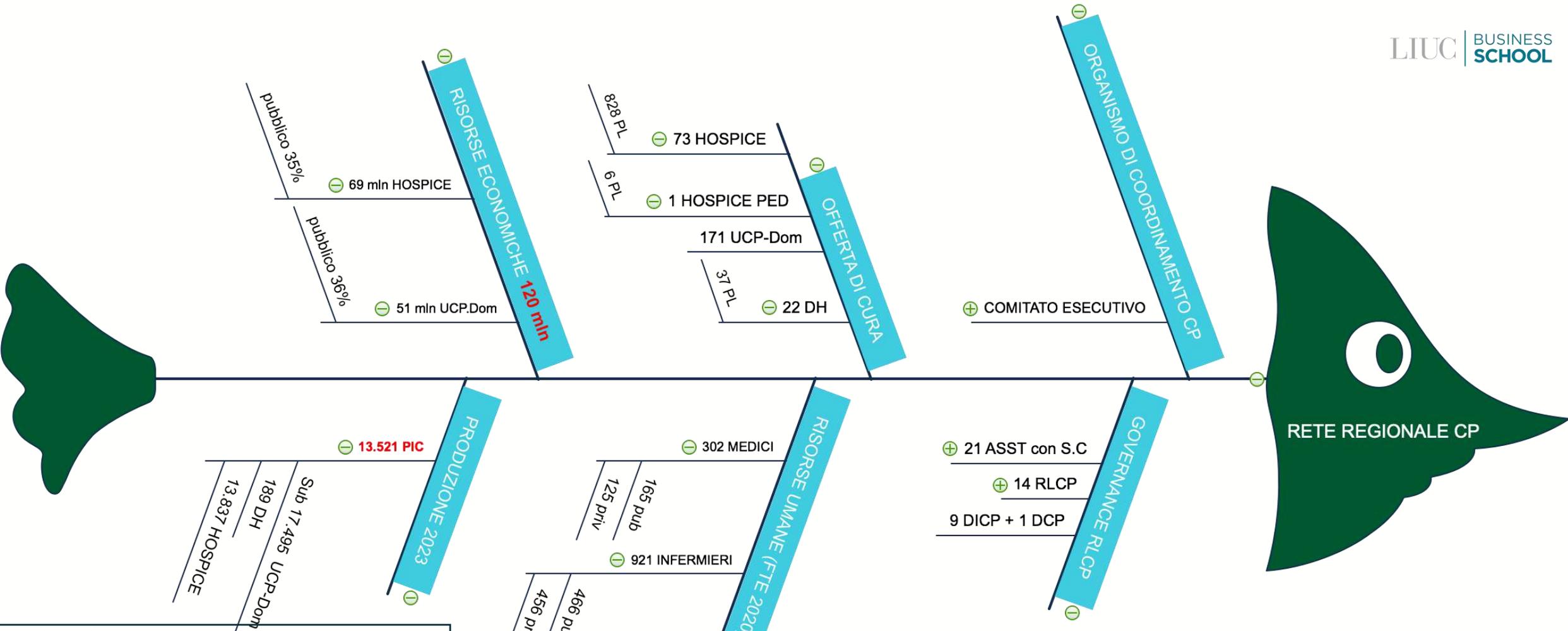
- Fase disadattiva del modello organizzativo delle reti territoriali nel loro complesso
- Un sistema rigido perde la capacità di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini in modo organico e contestuale
- L'offerta risulta così frammentata non solo tra ospedale e territorio ma tra struttura e struttura anche a livello territoriale
- I Distretti rischiano di essere in competizione anziché in sinergia
- È necessaria una visione complessiva capace di fare sintesi.
- Rischio di overlap dell'offerta e dei servizi
- Chi decide **dove disinvestire?**



# Processo culturale incompiuto

- Grande confusione:
  - semantica a tutti i livelli istituzionali: la definizione temporale è necessaria alla programmazione e all'organizzazione del sistema erogativo
  - Scientifica: cure palliative e fine vita, cure di supporto, cure anticipatorie....
  - Comunicativa e informativa: CP e morte, CP e morte volontaria medicalmente assistita, eutanasia...





Nazionali

- Legge 15 marzo 2010, n. 38
- Intesa n. 151/CSR del 25 luglio 2012
- Accordo n. 87/CSR del 10 luglio 2014
- DPCM del 12 gennaio 2017
- Accordo n. 118/CSR del 27 luglio 2020;
- Accordo n. 30/CSR del 31 marzo 2021: “
- DM 77 del 23 maggio 2022:
- L. 29 dicembre 2022, n. 197

Regionali

- DGR n. 4610/2012
- DGR n. 5455/2016
- DGR n. 5918/2016
- DGR n. 6691/2017
- DGR n. 10467/2017
- L.r. n. 22/2021;
- DGR n. 7592/2022
- DGR n. 7758/2022
- DGR n. 430/2023
- DGR 715/2023
- DGR n. 850/2023
- DGR n. 1512/2023
- DGR n. 1827/2024

# La Rete di cure palliative in Lombardia POAS 2024

ATS	ASST	LIVELLO ORGANIZZATIVO	DIPARTIMENTO	RLCP	ASST CAPOFILA	
321 - MILANO	RHODENSE	SC	DICP - TD	1	RHODENSE	
	OVEST MILANO	SC				
	FBF-SACCO	SC				
	321 - MILANO	GRANDE OSP METROPOL. NIGUARDA	SC	DICP	1	FBF
		SANTI PAOLO E CARLO	SS			
		NORD MILANO	SC			
		MELEGNANO E MARTESANA	SSD			
	322 - INSUBRIA	LODI	SC	RLCP	1	LODI
LARIANA		SC	DICP	3	LARIANA	
SETTE LAGHI		SC				
VALLE OLONA		SC				
327 - VALPADANA	MANTOVA	SC	DICP	3	MANTOVA	
	CREMA	SC				
	CREMONA	SC				
326 - BRESCIA	SPEDALI CIVILI BRESCIA	SC	DICP	1	BRESCIA	
	FRANCIACORTA	SC				
	GARDA	SC				
323 - MONTAGNA	VALTELLINA ALTO LARIO	SSD	RLCP	1	VALTELLINA ALTO LARIO	
	VALCAMONICA	SS	DIFRA-CP	1	VALCAMONICA	
325 - BERGAMO	PAPA GIOVANNI XXIII	SC	DICP	1	BERGAMO	
324 - BRIANZA	LECCO	SC	DIFRA	1	LECCO	
	MONZA	SC	DICP	1	BRIANZA	
	BRIANZA	SC				
328 - PAVIA	PAVIA - MEDE	SC	DICP	1	PAVIA	

# La Lombardia (2023)

- livello residenziale: **73 Hospice con 842 posti + 1 Hospice pediatrico con 6 posti** (l'attivazione nel 2019 nell'area della Città Metropolitana di Milano di un hospice pediatrico - Casa del Sollievo Bimbi);
- livello domiciliare: **119 UCP-DOM (Cure Palliative Domiciliari)** per l'erogazione di cure di base e specialistiche a casa della persona tramite l'assistenza da parte di equipe specialistiche accreditate per le Cure Palliative Domiciliari e Pronta disponibilità H24 - 7 giorni su 7;
- **37 posti day hospital** (day hospice), presso le 22 strutture accreditate per tale livello di assistenza;
- **specialistica ambulatoriale** presso le strutture accreditate per tale livello di assistenza;

## Offerta di cura garantita dagli erogatori di cure palliative specialistiche

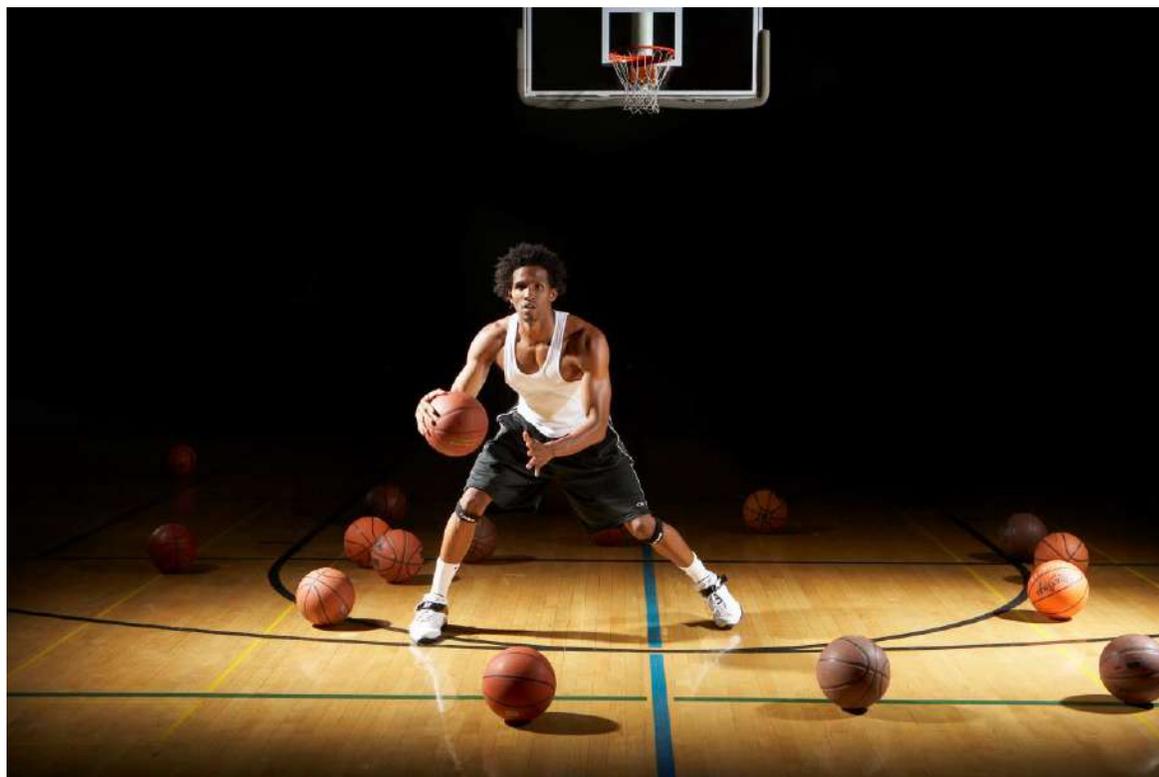
TIPO UNITA' DI OFFERTA (UDO)	SETTING	NUMERO UDO	POSTI	SPESA (€)
Hospice	Residenziale	73	842	55.760.000
Hospice Pediatrico	Residenziale	1	6	
Unità cure palliative domiciliari	Domiciliare	119		69.700.000
Day hospice	Day Hospital	22	37	
<b>TOTALE</b>			<b>885</b>	<b>125.460.000</b>

# Produzione RL 2023

Volumi di Cure Palliative erogate Anno 2023 e dati di efficacia e appropriatezza delle Presa in Carico

	Domiciliare		
	Ucp-dom	Hospice	Totale
N. percorsi erogati	20.606	15.591	36.197
N. Giornate di Cura - GdC	896.320	<p><b>Dotazioni organiche delle RLCP</b>            Il mondo delle CP è caratterizzato dalla multidisciplinarietà e dalla multiprofessionalità delle équipes specialistiche di CP. Si valuta che nelle Reti Locali di Cure Palliative, misurati in Full Time Equivalent, operino circa 300 medici, 920 infermieri, 40 psicologi e 480 OSS.</p>	
% pazienti con ricovero in Ospedale durante PIC UCP-Dom	4,1		
% pazienti deceduti in Ospedale durante PIC UCP-Dom	0,98		

# Analisi produzione UCP-Dom percorsi chiusi 2023

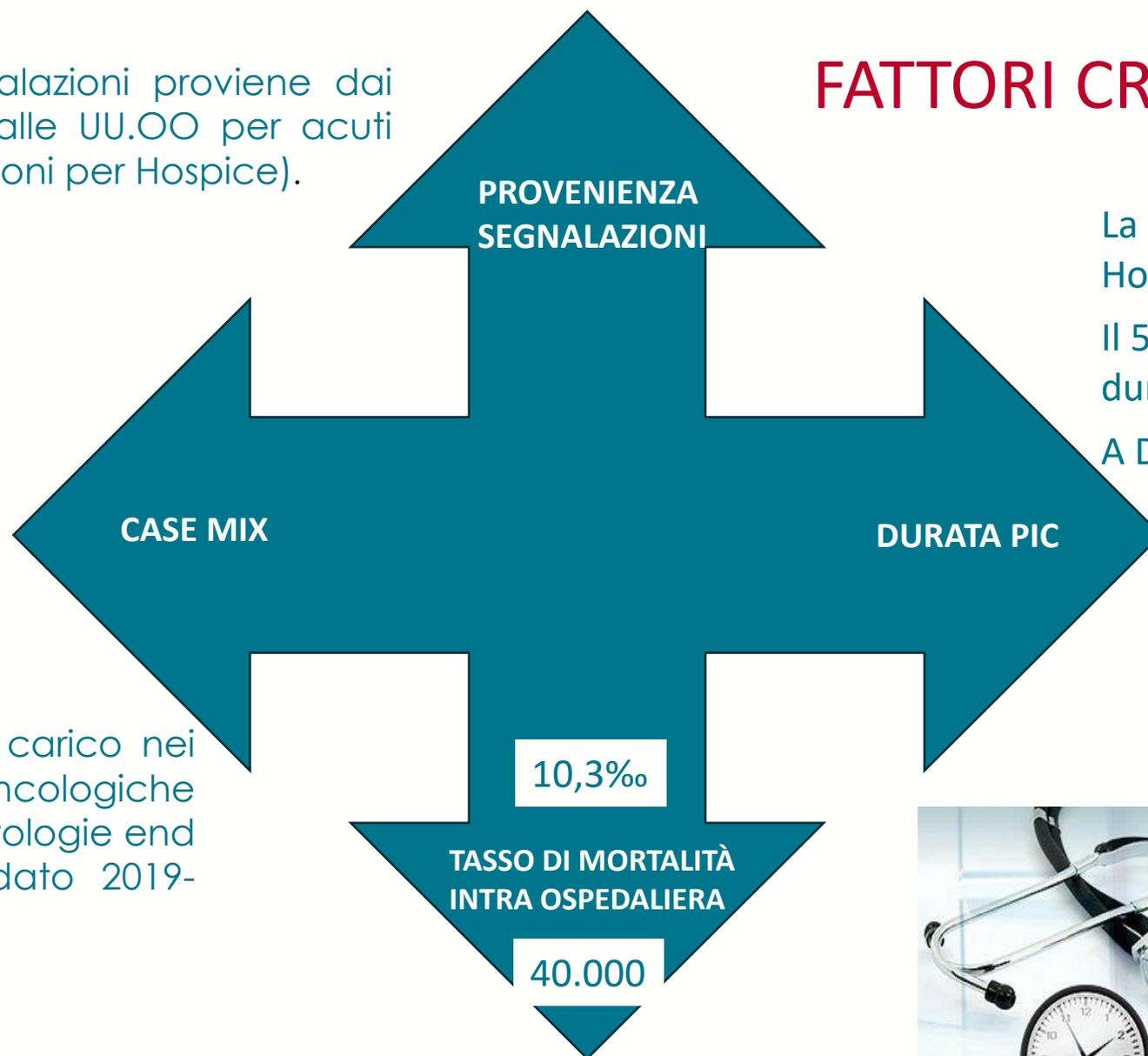


Campo	Dato
Numero assistiti (percorsi chiusi 20239)	18.183
Giornate di Cura (presa in carico)	858.896
GdC con almeno una accesso	411.603
Durata media in GdC	47
CIA medio	0,48
Percorsi < 7 gg	3.692
Percorsi > 30 gg	8.065 (44%) (CIA < 0,5 100 GG) (CIA > 0,5 80 GG)
CIA<0,5	7.225 (GDC media: 71)
CIA > 0,5	10.958 (GDC media: 32)

Il 50% di tutte le segnalazioni proviene dai Pronto Soccorso e/o dalle UU.OO per acuti (65% delle sole segnalazioni per Hospice).

## FATTORI CRITICI

La durata media dei percorsi in Hospice si attesta sui 18 giorni  
 Il 50% dei percorsi in Hospice ha durata inferiore ai 10 giorni;  
 A DOMICILIO 30-100 GG

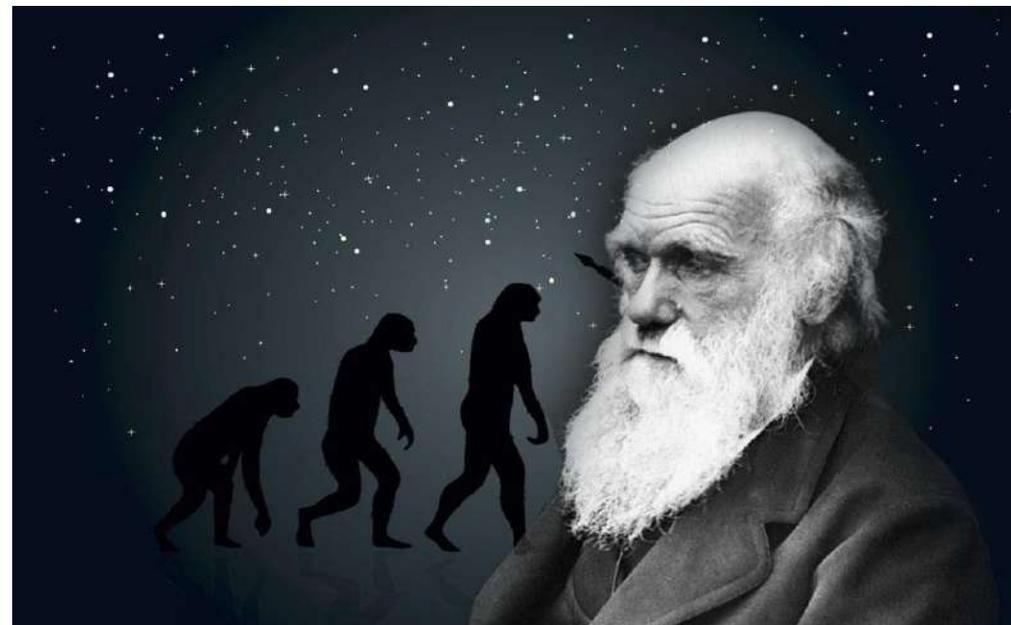
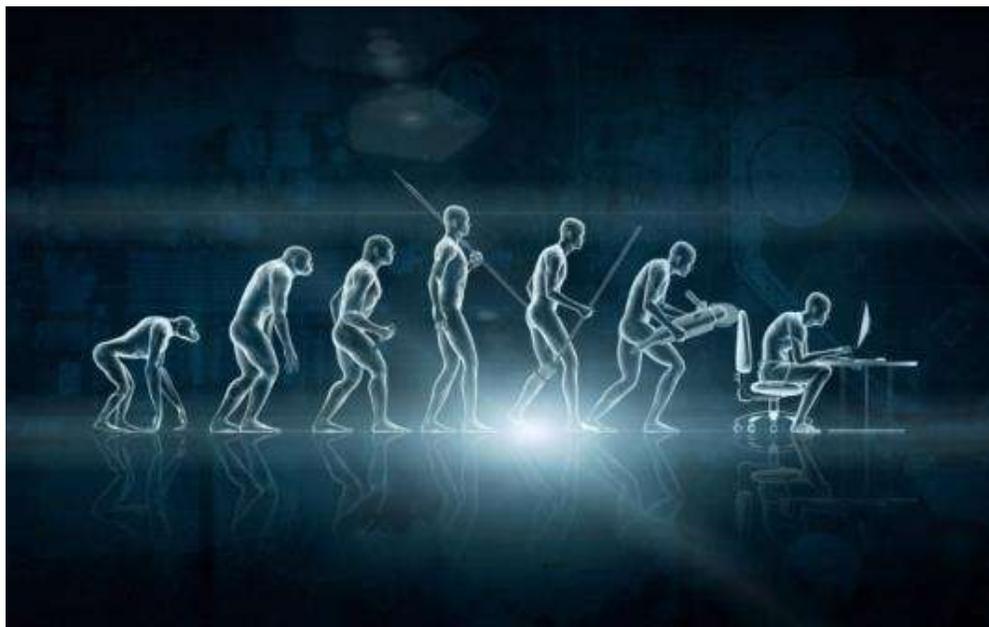


Il 72,8% dei malati presi in carico nei due setting ha patologie oncologiche solo il 27,2% è affetto da patologie end stage non oncologiche (dato 2019-2020).



# LA SPINTA EVOLUTIVA DELLA RLCP

- Modifica del contesto organizzativo dell'offerta territoriale di salute;
- Potenziamiento e sviluppo delle Cure Palliative;
- Necessità di un forte governo della filiera;
- Incremento del bisogno di cure di prossimità;



- Domanda in aumento;
- Le CP concorrono al raggiungimento dell'obiettivo missione 6 del PNRR >10% presi in carico a domicilio degli over 65
- La RLCP svolge tale funzione attraverso un'azione di tipo circolare TERRITORIO → OSPEDALE → TERRITORIO

# Equilibrio precario

## TEMI APERTI

- Completare il Processo culturale
- Finanziamento
- Dotazioni organiche e turn over – burnout
- Visione strategica medio e lungo termine
- Formazione e ricerca
- Innovazione e Digital Transformation



# Una grande opportunità





*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:  
Sfide e Opportunità Post DM 77*

# LA «RETE DI TERAPIA DEL DOLORE»

Cesare Bonezzi  
Unità di Terapia del dolore HUB  
Istituti Clinici Scientifici Maugeri Pavia

Con il contributo non condizionato di:



# LA NASCITA DEL PROGETTO «RETE DI TERAPIA DEL DOLORE». La legge 38 del 2010

## DEFINISCE LA DISCIPLINA

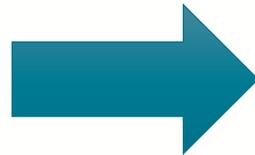
*b)* « terapia del dolore »: l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore;

**DISTINGUE LA «RETE DI TERAPIA DEL DOLORE» DALLA «RETE DI CURE PALLIATIVE»**

# LA «DISCIPLINA DI TERAPIA DEL DOLORE»

DM70 DEL 2015

Non più la semplice cura del dolore ma un percorso specialistico di diagnosi, terapia e gestione del è paziente con dolore



- 40 Psichiatria (f)
- 69 Radiologia
- 70 Radioterapia
- 74 Radioterapia oncologica
- 56 Recupero e riabilitazione funzionale (g)
- 71 Reumatologia
- 96 Terapia del dolore (n)
- 49 Terapia intensiva (i)
- 73 Terapia intensiva neonatale
- 42 Tossicologia
- 50 Unità coronarica (l)
- 28 Unità spinale
- 43 Urologia
- 78 Urologia pediatrica



Alla Direzione generale della programmazione sanitaria

OGGETTO: Decreto del Ministro della salute di modifica dell'elenco delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere

# LE DELIBERE DELLE REGIONE LOMBARDIA

## Dgr 4610 del 2012



Regione Lombardia  
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 4610 Seduta del 28/12/2012

Presidente **ROBERTO FORMIGONI**

Assessori regionali **ANDREA GIBELLI** *Vice Presidente*  
VALENTINA APREA  
GIOVANNI BOZZETTI  
ROMANO COLOZZI  
GIUSEPPE ANTONIO RENATO ELIAS  
ANDREA GILARDONI

NAZZARENO GIOVANNELLI  
FILIPPO GRASSIA  
MARIO MELAZZINI  
CAROLINA ELENA PELLEGRINI  
LEONARDO SALVEMINI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell'Assessore Mario Melazzini

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA RETE DI CURE PALLIATIVE E ALLA RETE DI TERAPIA DEL DOLORE IN REGIONE LOMBARDIA IN APPLICAZIONE DELLA LEGGE 38 DEL 15 MARZO 2010 "DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE"



Serie Ordinaria n. 45 - Venerdì 07 novembre 2014

D.g.r. 31 ottobre 2014 - n. X/2563  
Prime determinazioni in merito allo sviluppo della rete di terapia del dolore in Regione Lombardia in attuazione alla d.g.r. n. IX/4610/2012

## Dgr 2563 del 2014

## Dgr 4983 del 2016

MONITORAGGIO DELL'IMPATTO DELLA PRIMA FASE DI ATTUAZIONE DELLA RETE DI TERAPIA DEL DOLORE E SUA IMPLEMENTAZIONE, ATTRAVERSO L'INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI DI IDENTIFICAZIONE DEI CENTRI DI TERAPIA DEL DOLORE DI PRIMO LIVELLO (CTDPL) IN LOMBARDIA, IN ATTUAZIONE DELLA D.G.R. N. 2563/2014,

## Dgr 5455 del 2016



Regione Lombardia  
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 5455 Seduta del 25/07/2016

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali **FABRIZIO SALA** *Vice Presidente*  
VALENTINA APREA  
VIVIANA BECCALOSI  
SIMONA BORDONALI  
FRANCESCA BRIANZA  
CRISTINA CAPPELLINI  
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA  
GIULIO GALLERA  
MASSIMO GARAVAGLIA  
MAURO PAROLINI  
ANTONIO ROSSI  
ALESSANDRO SORTE  
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Giuseppina Nervo Sotgiu  
Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

REALIZZAZIONE DEI PERCORSI FORMATIVI PER I PROFESSIONISTI DELLE RETI DI CURE PALLIATIVE E DI TERAPIA DEL DOLORE IN ATTUAZIONE DELL'ACCORDO N. 87/CSR DEL 19 LUGLIO 2014: APPROVAZIONE DEL PROGETTO DI RIPOSI LOMBARDIA.

Nella Dgr 4610 del  
2012 nasce il  
primo progetto di  
rete

## Organizzazione della rete

La Rete della Terapia del dolore in Lombardia, come in precedenza definita nei suoi elementi costitutivi, si articola sui seguenti livelli assistenziali erogativi:

1. Ospedaliero: prestazioni erogate dai CTDSL e dei CTDPL, secondo le specifiche indicazioni riportate;
2. Territoriale: prestazioni erogate dai CTDPL ambulatoriali presso strutture specialistiche non ospedaliere e presso strutture socio-sanitarie;
3. Domiciliare: prestazioni erogate da parte del MMG o da equipe dei CTDSL e dei CTDPL

AGENZIE TUTELA SALUTE (ATS)  
IN REGIONE LOMBARDA

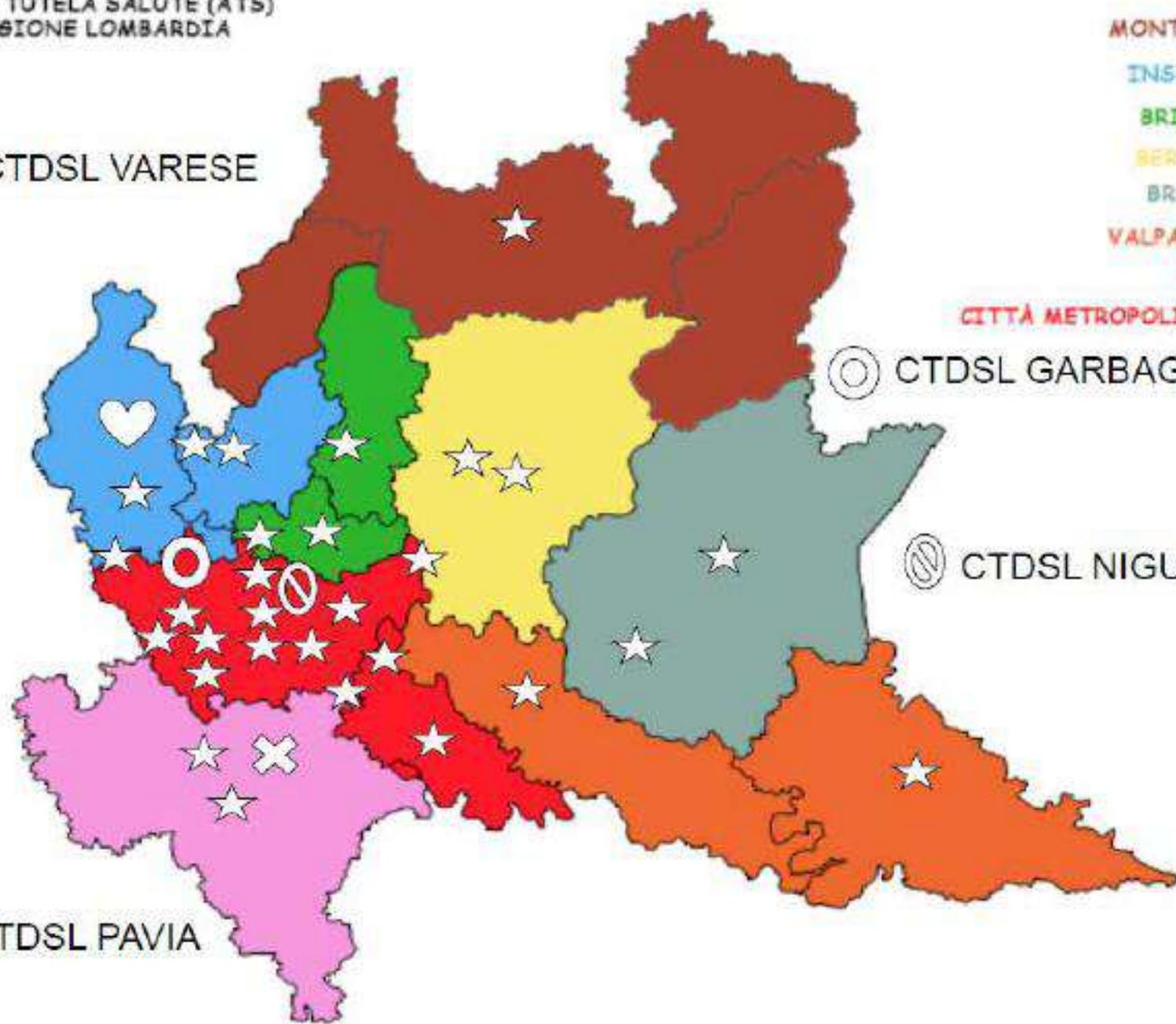
♡ CTDSL VARESE

- MONTAGNA
- INSUBRIA
- BRIANZA
- BERGAMO
- BRESCIA
- VALPADANA
- PAVIA
- CITTÀ METROPOLITANA

◎ CTDSL GARBAGNATE

⊘ CTDSL NIGUARDA

⊗ CTDSL PAVIA



# Le reti

La **Rete di Terapia del Dolore** si configura in base a quanto previsto dalla legge n. 38 del 15 marzo 2010 e all'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020, che definisce “l'accreditamento delle reti di terapia del dolore” nonché sulla base di un atto programmatico regionale formalizzato nel documento di riorganizzazione ospedaliera.

La **Rete clinico-assistenziale** per la Terapia del Dolore è un modello organizzativo che deve assicurare la presa in carico dei pazienti affetti da dolore acuto, persistente e cronico, mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e complessità diverse nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

# L'ACCREDITAMENTO DELLA RETE DI TERAPIA DEL DOLORE

Accordo Stato/Regioni  
27/luglio/2020

- Promozione del **processo di sviluppo della Terapia del Dolore** nelle strutture ospedaliere **e nel territorio** al fine di garantire approccio omogeneo ed equo
- Sviluppo del **sistema informativo**
- Sviluppo di un **sistema di monitoraggio** dello stato di attuazione delle reti e definizione degli indicatori quali-quantitativi di TD
- Definizione degli indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei **percorsi PIC in TD**
- Promozione di programmi obbligatori di **formazione continua in TD**



# Ultimo atto a sostegno del progetto Rete Il Piano Sociosanitario integrato lombardo 2024-2028



**Regione Lombardia**  
IL CONSIGLIO

XII LEGISLATURA

ATTI: 2023/XII.2.4.1.11

---

SEDUTA DEL 25 GIUGNO 2024

DELIBERAZIONE N. XII/395

---

OGGETTO: PIANO SOCIOSANITARIO INTEGRATO LOMBARDO 2024 - 2028.

---

INIZIATIVA: GIUNTA REGIONALE

COMMISSIONE REFERENTE: III

CODICE ATTO: PDA/10

- ❖ l'istituzione del coordinamento regionale della Rete di terapia del dolore secondo la normativa di accreditamento della rete;
- ❖ il monitoraggio delle performance della rete TD anche attraverso il tracciamento specifico del codice n. 96;
- ❖ l'attuazione di programmi di informazione e promozione della Rete di terapia del dolore;
- ❖ l'attivazione di percorsi di prevenzione del dolore cronico in tutte le forme intercettando precocemente lo sviluppo di forme di amplificazione del dolore al fine ridurre la cronicizzazione e la conseguente disabilità e favorire un recupero funzionale e produttivo dei cittadini;
- ❖ l'implementazione di percorsi e strumenti di interazione con le altre reti cliniche rispetto ai bisogni multidimensionali di pazienti con dolore cronico per favorire un percorso di continuità assistenziale territoriale stratificando la complessità assistenziale rispetto anche alla fragilità sociale;
- ❖ lo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per alcune criticità epidemiologiche emergenti nei trattamenti delle diverse sindromi dolorose come la presa in carico dei pazienti con dolore cronico che manifestano forme di dipendenza per uso improprio di farmaci derivati oppioidi.

# Il dolore cronico: aspetti epidemiologici

- Nel Dgr X/2563 del 2014 sono stati presentati i dati di uno studio epidemiologico compiuto nella nostra regione nel 2013 da cui emerge che 80.000 persone hanno richiesto una visita ed una prestazione di terapia del dolore nei centri. Di queste 7000 ha richiesto interventi mininvasivi complessi.
- Dal Rapporto Censis-Grunenthal del 2023 emerge che il 19,7% degli italiani maggiorenni è affetta da dolore cronico di intensità moderata o severa, secondo la definizione utilizzata come criterio di riferimento nella presente ricerca. Soffrono di dolore cronico il 18,9% degli italiani al Nord-Ovest, il 17,9% al Nord-Est, il 19,6% al Centro ed il 21,5% al Sud-Isole; il 18,1% degli uomini ed il 21,2% delle donne; il 14,7% dei giovani, il 21,1% degli adulti ed il 20,9% degli anziani

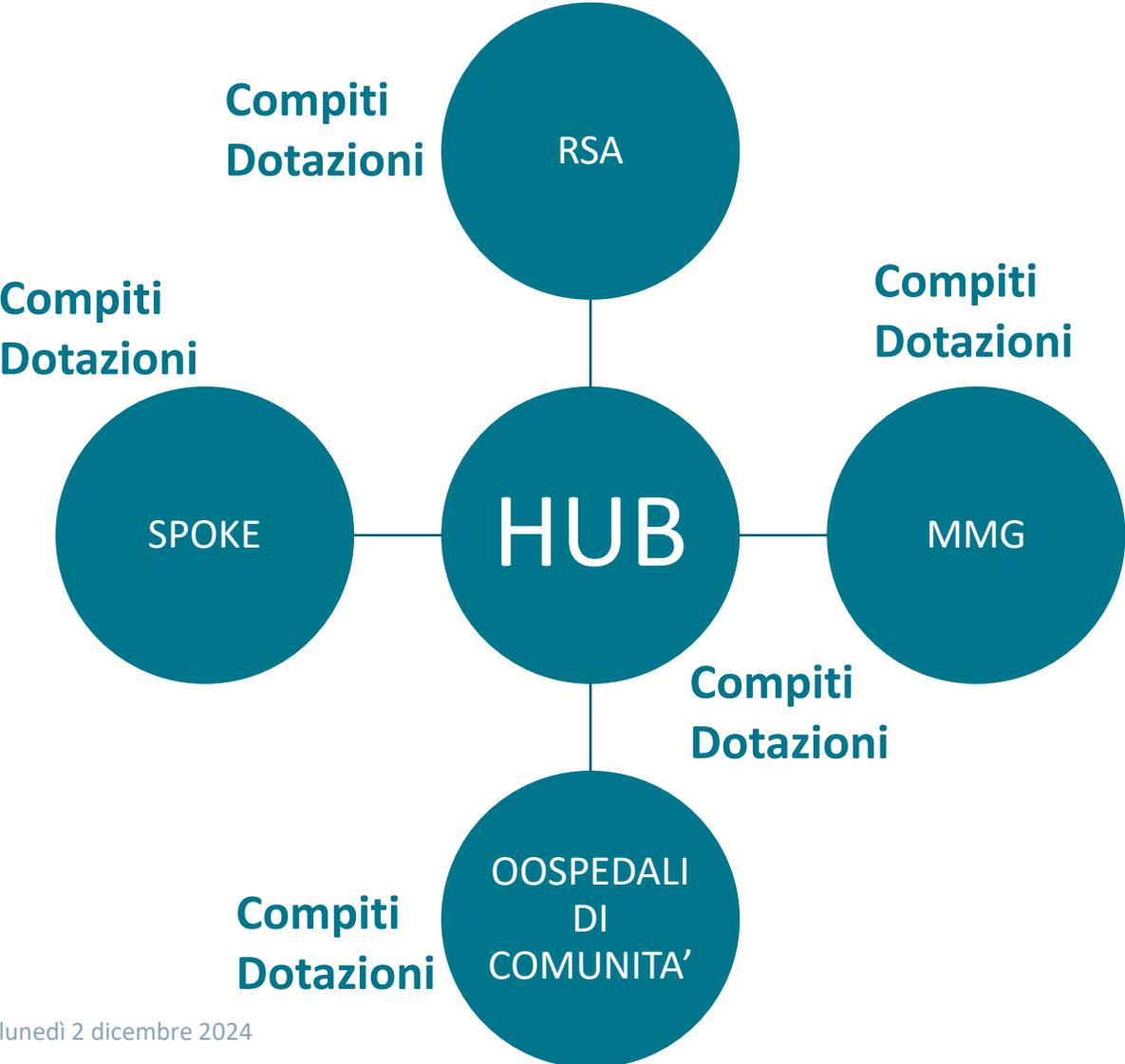
# Per quale motivo è opportuno sviluppare un sistema di rete territoriale, e contemporaneamente una campagna di informazione e di formazione?

Dai dati citati si può dedurre che in Lombardia:

- Circa 1.800.000 persone soffrono di dolore cronico
- Circa 200.000 persone sono potenziali utenti dei centri (partendo dai dati del 2013 tenendo conto dei cambiamenti verificatisi nelle patologie, nella conoscenza della terapia del dolore e nell'incremento dell'offerta di cura per la diffusione di centri).
- Un significativo numero di persone trovano differenti soluzioni terapeutiche presso altri specialisti, dal proprio MMG e dall'autoprescrizione con il rischio di una **inappropriatezza terapeutica**, una aumentata **richiesta di visite** in pronto soccorso, in un potenziale rischio di **addiction**, in aumenti di **costi sanitari**.

La cronicità delle forme trattate richiede una continua gestione nel tempo sia in termini di cure che di assistenza

# La rete clinico/assistenziale: il «progetto Pavia»



## COORDINAMENTO FUNZIONALE HUB

- Formazione – informazione
- Percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali definiti
- Definizione dei flussi tra i nodi della rete
- Modalità di comunicazione tra i nodi della rete
- Definizione dell’urgenza

## UNITA’ TERRITORIALE DI SUPPORTO

- Psicologo/Psicoterapeuta
- Fisiatra/Fisioterapista
- Assistenza domiciliare
- SERT
- Farmacie
- Cure Palliative



*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:  
Sfide e Opportunità Post DM 77*

# **Implementazione di uno strumento per l'identificazione precoce dei pazienti con bisogni di cure palliative in Area Medica**

***Lo SPICT-IT™ al GOM Niguarda***

***Giulio Petrocelli***, Incaricato di Funzione Organizzativa DAPSS per  
Area Medica ed Oncologica, ASST GOM Niguarda

Con il contributo non condizionato di:



# Contesto Aziendale

Alcuni numeri

***Posti Letto: 1.167***

***Assistiti nel 2023 (ricoveri): 32.249***

***Accessi in Pronto Soccorso: 93.013***

***GG assistenza ambulatoriale nel 2023: 2.943.375***

***Numero di dipendenti: 4.847***



## Contesto Normativo #1

Il DM 77 del 2022 ha definito i modelli e gli standard per l'assistenza territoriale, introducendo la Rete Locale di Cure Palliative (**RLCP**).

*«Il DM 77 definisce la RLCP come un'aggregazione funzionale integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) assistenziali in un territorio»*

(Ministero della Salute, 2022).

## Contesto Normativo #2

**Perché implementare *‘un’altra scheda* a Niguarda?**

**Per integrare gli obiettivi del DM 77 e promuovere una gestione integrata del paziente, facilitando la continuità delle cure tra ospedale e territorio.**

**«*Il DM 77 valorizza l’uso di strumenti per l’identificazione precoce dei bisogni di cure palliative, facilitando la continuità assistenziale tra ospedale e territorio*» (Ministero della Salute, 2022).**

## Contesto Normativo #3

L'OMS (2014) ha evidenziato che l'identificazione precoce dei bisogni di cure palliative (**BCP**) è cruciale per migliorare la qualità della vita nei pazienti con malattie croniche avanzate.

*«L'OMS stima che oltre 56,8 milioni di persone nel mondo necessitano di cure palliative prima della morte» (OMS, 2014).*

## Lo Strumento #1

### *Supportive and Palliative Care Indicators Tool - Versione Italiana (SPICT-IT™)*

- **Validato:** in italiano nel 2020
- **Scopo:** Identificare pazienti con bisogni di cure palliative, in particolare quelli con patologie croniche avanzate a rischio di deterioramento clinico e morte.
- **Utilizzatori:** Medici di assistenza primaria, specialisti ospedalieri e infermieri.
- **Funzionamento:** Valutazione basata su indicatori generali e specifici per diverse patologie (oncologiche, cardiache, respiratorie, neurologiche, ecc.).

## Lo Strumento #2

- **Vantaggi per i Pazienti:** Migliora il *QoL* attraverso un **riconoscimento tempestivo** dei bisogni di cure palliati. Consente interventi proattivi e una gestione ottimizzata dei sintomi e delle cure.
- **Vantaggi per i Professionisti Sanitari:** Semplicità d'uso, non richiede indagini cliniche specifiche o complesse. Favorisce la collaborazione tra medici e infermieri per definire obiettivi terapeutici. Strumento pratico e versatile, adatto sia in contesti ospedalieri che nelle cure primarie.
- **Approccio Multiprofessionale:** Promuove un'azione coordinata tra diversi professionisti per garantire un'assistenza integrata, completa e personalizzata.

# La Scheda

## SPICT-IT™

# Supportive & Palliative Care Indicators Tool



THE UNIVERSITY of EDINBURGH

## Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)

**Lo SPICT™ è utilizzato per aiutare a identificare pazienti le cui condizioni di salute sono in fase di peggioramento. Valutate i loro bisogni di cure palliative e di supporto. Pianificate il percorso di assistenza e cura.**

**Ricercate la presenza di indicatori generali di grave compromissione o di peggioramento delle condizioni di salute.**

- Ricovero (i) ospedaliero (i) non programmato (i)
- Performance Status basso oppure in peggioramento, con limitata reversibilità (es. la persona rimane a letto o in poltrona per più di metà giornata).
- Dipendenza dall'assistenza degli altri a causa di problemi fisici e/o cognitivi in progressivo peggioramento.
- La persona che assiste il paziente necessita di maggiore aiuto e supporto.
- Progressiva perdita di peso; persistente sottopeso; massa muscolare ridotta.
- Sintomi persistenti nonostante il trattamento ottimale della/e patologia/e di base.
- La persona (o la sua famiglia) chiede di ricevere cure palliative; sceglie di ridurre, sospendere o non iniziare nuovi trattamenti; oppure desidera concentrarsi sulla qualità di vita.

**Ricercate la presenza di indicatori clinici di una o più patologie a prognosi infausta.**

<p><b>Cancro</b></p> <p>Deterioramento delle capacità funzionali dovuto alla progressione del cancro.</p> <p>Le condizioni generali non consentono di iniziare o continuare trattamenti oncologici specifici oppure la terapia in atto è finalizzata unicamente al controllo dei sintomi.</p> <p><b>Demenza/Fragilità</b></p> <p>Incapacità di vestirsi, camminare o mangiare senza aiuto.</p> <p>La persona mangia e beve meno; ha difficoltà nella deglutizione.</p> <p>Incontinenza urinaria e fecale.</p> <p>Non in grado di comunicare verbalmente; interazione sociale scarsa.</p> <p>Cadute frequenti; frattura del femore.</p> <p>Episodi febbrili ricorrenti o infezioni; polmonite da aspirazione.</p> <p><b>Patologia neurologica</b></p> <p>Progressivo deterioramento delle funzioni fisiche e/o cognitive, nonostante la terapia ottimale.</p> <p>Disturbi della parola con deterioramento progressivo della comunicazione e/o della deglutizione.</p> <p>Polmonite da aspirazione ricorrente; affanno o insufficienza respiratoria.</p> <p>Paralisi persistente a seguito di accidente cerebrovascolare, con significativa perdita funzionale e disabilità permanente.</p>	<p><b>Patologia cardiaca/vascolare</b></p> <p>Scompenso cardiaco o malattia coronarica estesa, non trattabile, con affanno o dolore toracico a riposo o per sforzi lievi.</p> <p>Malattia vascolare periferica severa ed inoperabile.</p> <p><b>Patologia respiratoria</b></p> <p>Patologia polmonare cronica severa con affanno a riposo o per sforzi lievi tra gli episodi di riacutizzazione.</p> <p>Ipossia persistente, con necessità di ossigenoterapia a lungo termine.</p> <p>Pregressa ventilazione meccanica (invasiva o non) per insufficienza respiratoria, oppure ventilazione controindicata.</p> <p><b>Altre patologie</b></p> <p>Peggioramento e rischio di morte a causa di altre patologie o complicanze irreversibili; qualsiasi trattamento avrà scarso beneficio.</p>	<p><b>Patologia renale</b></p> <p>Insufficienza renale cronica stadio 4 o 5 (eGFR &lt;30ml/min) con deterioramento delle condizioni cliniche.</p> <p>Insufficienza renale che complica altre patologie a prognosi infausta oppure complica la somministrazione di altri trattamenti.</p> <p>La dialisi viene sospesa oppure non viene iniziata.</p> <p><b>Patologia epatica</b></p> <p>Cirrosi con una o più delle seguenti complicanze nell'ultimo anno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ascite resistente ai diuretici</li> <li>• encefalopatia epatica</li> <li>• sindrome epatorenale</li> <li>• peritonite batterica</li> <li>• sanguinamento ricorrente da varici.</li> </ul> <p>Il trapianto di fegato non è possibile.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Rivalutate l'assistenza e le cure in atto. Pianificate il percorso di assistenza e cura.**

- Rivalutate i trattamenti in atto (farmacologici e non) affinché il paziente riceva cure ottimali; minimizzate la polifarmacoterapia.
- Considerate la possibilità di richiedere una valutazione specialistica se i sintomi o gli altri problemi sono complessi e difficili da gestire.
- Condividetevi con il paziente e la sua famiglia il percorso di assistenza e cura, attuale e futuro. Supportate i familiari che assistono il paziente.
- Pianificate precocemente il percorso di assistenza e cura, se prevedete la perdita della capacità decisionale.
- Registrate in cartella clinica, comunicate e coordinate il percorso di assistenza e cura.

Please register on the SPICT website (www.spict.org.uk) for information and updates.  
 SPICT™, Maggio 2019

# La Scheda #1



## Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)

Lo SPICT™ è utilizzato per aiutare a identificare pazienti le cui condizioni di salute sono in fase di peggioramento. Valutate i loro bisogni di cure palliative e di supporto. Pianificate il percorso di assistenza e cura.

Ricercate la presenza di indicatori generali di grave compromissione o di peggioramento delle condizioni di salute.

- Ricovero (i) ospedaliero (i) non programmato (i)
- Performance Status basso oppure in peggioramento, con limitata reversibilità (es. la persona rimane a letto o in poltrona per più di metà giornata).
- Dipendenza dall'assistenza degli altri a causa di problemi fisici e/o cognitivi in progressivo peggioramento.
- La persona che assiste il paziente necessita di maggiore aiuto e supporto.
- Progressiva perdita di peso; persistente sottopeso; massa muscolare ridotta.
- Sintomi persistenti nonostante il trattamento ottimale della/e patologia/e di base.
- La persona (o la sua famiglia) chiede di ricevere cure palliative; sceglie di ridurre, sospendere o non iniziare nuovi trattamenti; oppure desidera concentrarsi sulla qualità di vita.

www.spict.org.uk for information and updates.



### Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)

Lo SPICT™ è utilizzato per aiutare a identificare pazienti le cui condizioni di salute sono in fase di peggioramento. Valutate i loro bisogni di cure palliative e di supporto. Pianificate il percorso di assistenza e cura.

Ricercate la presenza di indicatori generali di grave compromissione o di peggioramento delle condizioni di salute.

- Ricovero (i) ospedaliero (i) non programmato (i)
- Performance Status basso oppure in peggioramento, con limitata reversibilità (es. la persona rimane a letto o in poltrona per più di metà giornata).
- Dipendenza dall'assistenza degli altri a causa di problemi fisici e/o cognitivi in progressivo peggioramento.
- La persona che assiste il paziente necessita di maggiore aiuto e supporto.
- Progressiva perdita di peso; persistente sottopeso; massa muscolare ridotta.
- Sintomi persistenti nonostante il trattamento ottimale della/e patologia/e di base.
- La persona (o la sua famiglia) chiede di ricevere cure palliative; sceglie di ridurre, sospendere o non iniziare nuovi trattamenti; oppure desidera concentrarsi sulla qualità di vita.

Ricercate la presenza di indicatori clinici di una o più patologie a prognosi infausta.

<p><b>Cancro</b></p> <p>Deterioramento delle capacità funzionali dovuto alla progressione del cancro.</p> <p>Le condizioni generali non consentono di iniziare o continuare trattamenti oncologici specifici oppure la terapia in atto è finalizzata unicamente al controllo dei sintomi.</p>	<p><b>Patologia cardiaca/vascolare</b></p> <p>Scompenso cardiaco o malattia coronarica estesa, non trattabile, con affanno o dolore toracico a riposo o per sforzi lievi.</p> <p>Malattia vascolare periferica severa ed inoperabile.</p>	<p><b>Patologia renale</b></p> <p>Insufficienza renale cronica stadio 4 o 5 (eGFR &lt;30ml/min) con deterioramento delle condizioni cliniche.</p> <p>Insufficienza renale che complica altre patologie a prognosi infausta oppure complica la somministrazione di altri trattamenti.</p> <p>La dialisi viene sospesa oppure non viene iniziata.</p>
<p><b>Demenza/Fragilità</b></p> <p>Incapacità di vestirsi, camminare o mangiare senza aiuto.</p> <p>La persona mangia e beve meno; ha difficoltà nella deglutizione.</p> <p><b>Inccontinenza urinaria e fecale.</b></p> <p>Non in grado di comunicare verbalmente; interazione sociale scarsa.</p> <p>Cadute frequenti; frattura del femore.</p> <p>Episodi febbrili ricorrenti o infezioni; polmonite da aspirazione.</p>	<p><b>Patologia respiratoria</b></p> <p>Patologia polmonare cronica severa con affanno a riposo o per sforzi lievi tra gli episodi di riacutizzazione.</p> <p>Ipossia persistente, con necessità di ossigenoterapia a lungo termine.</p> <p>Progressiva ventilazione meccanica (invasiva o non) per insufficienza respiratoria, oppure ventilazione controindicata.</p>	<p><b>Patologia epatica</b></p> <p>Cirrosi con una o più delle seguenti complicanze nell'ultimo anno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ascite resistente ai diuretici</li> <li>• encefalopatia epatica</li> <li>• sindrome epatorenale</li> <li>• peritonite batterica</li> <li>• sanguinamento ricorrente da varici.</li> </ul> <p>Il trapianto di fegato non è possibile.</p>
<p><b>Patologia neurologica</b></p> <p>Progressivo deterioramento delle funzioni fisiche e/o cognitive, nonostante la terapia ottimale.</p> <p>Disturbi della parola con deterioramento progressivo della comunicazione e/o della deglutizione.</p> <p>Polmonite da aspirazione ricorrente; affanno o insufficienza respiratoria.</p> <p>Paralisi persistente a seguito di accidente cerebrovascolare, con significativa perdita funzionale e disabilità permanente.</p>	<p><b>Altre patologie</b></p> <p>Peggioramento e rischio di morte a causa di altre patologie o complicanze irreversibili; qualsiasi trattamento avrà scarso beneficio.</p>	
<p><b>Rivalutate l'assistenza e le cure in atto. Pianificate il percorso di assistenza e cura.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rivalutate i trattamenti in atto (farmacologici e non) affinché il paziente riceva cure ottimali; minimizzate la polifarmacoterapia.</li> <li>▪ Considerate la possibilità di richiedere una valutazione specialistica se i sintomi o gli altri problemi sono complessi e difficili da gestire.</li> <li>▪ Condividete con il paziente e la sua famiglia il percorso di assistenza e cura, attuale e futuro. Supportate i familiari che assistono il paziente.</li> <li>▪ Pianificate precocemente il percorso di assistenza e cura, se prevedete la perdita della capacità decisionale.</li> <li>▪ Registrate in cartella clinica, comunicate e coordinate il percorso di assistenza e cura.</li> </ul>		

Please register on the SPICT website (www.spict.org.uk) for information and updates.

SPICT™, Maggio 2019

# La Scheda #2

**Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)**

Lo SPICT™ è utilizzato per aiutare a identificare pazienti le cui condizioni di salute sono in fase di peggioramento. Valutate i loro bisogni di cure palliative e di supporto. Pianificate il percorso di assistenza e cura.

**Ricercate la presenza di indicatori generali di grave compromissione o di peggioramento delle condizioni di salute.**

- Ricovero (i) ospedaliero (i) non programmato (i)
- Performance Status basso oppure in peggioramento, con limitata reversibilità (es. la persona rimane a letto o in poltrona per più di metà giornata).
- Dipendenza dall'assistenza degli altri a causa di problemi fisici e/o cognitivi in progressivo peggioramento.
- La persona che assiste il paziente necessita di maggiore aiuto e supporto.
- Progressiva perdita di peso; persistente sottopeso; massa muscolare ridotta.
- Sintomi persistenti nonostante il trattamento ottimale della/e patologia/e di base.
- La persona (o la sua famiglia) chiede di ricevere cure palliative; sceglie di ridurre, sospendere o non iniziare nuovi trattamenti oppure desidera concentrarsi sulle qualità di vita.

**Ricercate la presenza di indicatori clinici di una o più patologie a prognosi infausta.**

<p><b>Cancro</b></p> <p>Deterioramento delle capacità funzionali dovuto alla progressione del cancro.</p> <p>Le condizioni generali non consentono di iniziare o continuare trattamenti oncologici specifici oppure la terapia in atto è finalizzata unicamente al controllo dei sintomi.</p>	<p><b>Patologia cardiaca/vascolare</b></p> <p>Scompenso cardiaco o malattia coronarica estesa, non trattabile, con affanno o dolore toracico a riposo o per sforzi lievi.</p> <p>Malattia vascolare periferica severa ed inoperabile.</p>	<p><b>Patologia renale</b></p> <p>Insufficienza renale cronica stadio 4 o 5 (eGFR &lt;30ml/min) con deterioramento delle condizioni cliniche.</p> <p>Insufficienza renale che complica altre patologie a prognosi infausta oppure complica la somministrazione di altri trattamenti.</p> <p>La dialisi viene sospesa oppure non viene iniziata.</p>
<p><b>Demenza/Fragilità</b></p> <p>Incapacità di vestirsi, camminare o mangiare senza aiuto.</p> <p>La persona mangia e beve meno; ha difficoltà nella deglutizione.</p> <p>Incontinenza urinaria e fecale.</p> <p>Non in grado di comunicare verbalmente; interazione sociale scarsa.</p> <p>Cadute frequenti; frattura del femore.</p> <p>Episodi febbrili ricorrenti o infezioni; polmonite da aspirazione.</p>	<p><b>Patologia respiratoria</b></p> <p>Patologia polmonare cronica severa con affanno a riposo o per sforzi lievi tra gli episodi di riacutizzazione.</p> <p>Ipossia persistente, con necessità di ossigenoterapia a lungo termine.</p> <p>Progressiva ventilazione meccanica (invasiva o non) per insufficienza respiratoria, oppure ventilazione controindicata.</p>	<p><b>Patologia epatica</b></p> <p>Cirrosi con una o più delle seguenti complicanze nell'ultimo anno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ascite resistente ai diuretici</li> <li>encefalopatia epatica</li> <li>sindrome epatorenale</li> <li>peritonite batterica</li> <li>sanguinamento ricorrente da varici.</li> </ul> <p>Il trapianto di fegato non è possibile.</p>

**Altre patologie**

Peggioramento e rischio di morte a causa di altre patologie o complicanze irreversibili; qualsiasi trattamento avrà scarso beneficio.

**Rivalutate l'assistenza e le cure in atto. Pianificate il percorso di assistenza e cura.**

- Rivalutate i trattamenti in atto (farmacologici e non) affinché il paziente riceva cure ottimali; minimizzate la polifarmacoterapia.
- Considerate la possibilità di richiedere una valutazione specialistica se i sintomi o gli altri problemi sono complessi e difficili da gestire.
- Condividete con il paziente e la sua famiglia il percorso di assistenza e cura, attuale e futuro. Supportate i familiari che assistono il paziente.
- Pianificate precocemente il percorso di assistenza e cura, se prevedete la perdita della capacità decisionale.
- Registrate in cartella clinica, comunicate e coordinate il percorso di assistenza e cura.

Please register on the SPICT website (www.spict.org.uk) for information and updates.

## Ricercate la presenza di indicatori clinici di una o più patologie a prognosi infausta.

### Cancro

Deterioramento delle capacità funzionali dovuto alla progressione del cancro.

Le condizioni generali non consentono di iniziare o continuare trattamenti oncologici specifici oppure la terapia in atto è finalizzata unicamente al controllo dei sintomi.

### Demenza/Fragilità

Incapacità di vestirsi, camminare o mangiare senza aiuto.

La persona mangia e beve meno; ha difficoltà nella deglutizione.

Incontinenza urinaria e fecale.

Non in grado di comunicare verbalmente; interazione sociale scarsa.

Cadute frequenti; frattura del femore.

Episodi febbrili ricorrenti o infezioni; polmonite da aspirazione.

### Patologia neurologica

Progressivo deterioramento delle funzioni fisiche e/o cognitive, nonostante la terapia ottimale.

Disturbi della parola con deterioramento progressivo della comunicazione e/o della deglutizione.

Polmonite da aspirazione ricorrente; affanno o insufficienza respiratoria.

Paralisi persistente a seguito di accidente cerebrovascolare, con significativa perdita funzionale e disabilità permanente.

### Patologia cardiaca/vascolare

Scompenso cardiaco o malattia coronarica estesa, non trattabile, con affanno o dolore toracico a riposo o per sforzi lievi.

Malattia vascolare periferica severa ed inoperabile.

### Patologia respiratoria

Patologia polmonare cronica severa con affanno a riposo o per sforzi lievi tra gli episodi di riacutizzazione.

Ipossia persistente, con necessità di ossigenoterapia a lungo termine.

Progressiva ventilazione meccanica (invasiva o non) per insufficienza respiratoria, oppure ventilazione controindicata.

### Altre patologie

Peggioramento e rischio di morte a causa di altre patologie o complicanze irreversibili; qualsiasi trattamento avrà scarso beneficio.

## Rivalutate l'assistenza e le cure in atto. Pianificate il percorso di assistenza e cura.

- Rivalutate i trattamenti in atto (farmacologici e non) affinché il paziente riceva cure ottimali; minimizzate la polifarmacoterapia.
- Considerate la possibilità di richiedere una valutazione specialistica se i sintomi o gli altri problemi sono complessi e difficili da gestire.
- Condividete con il paziente e la sua famiglia il percorso di assistenza e cura, attuale e futuro. Supportate i familiari che assistono il paziente.
- Pianificate precocemente il percorso di assistenza e cura, se prevedete la perdita della capacità decisionale.
- Registrate in cartella clinica, comunicate e coordinate il percorso di assistenza e cura.

Please register on the SPICT website (www.spict.org.uk)

SPICT™, Maggio 2019

# PPS

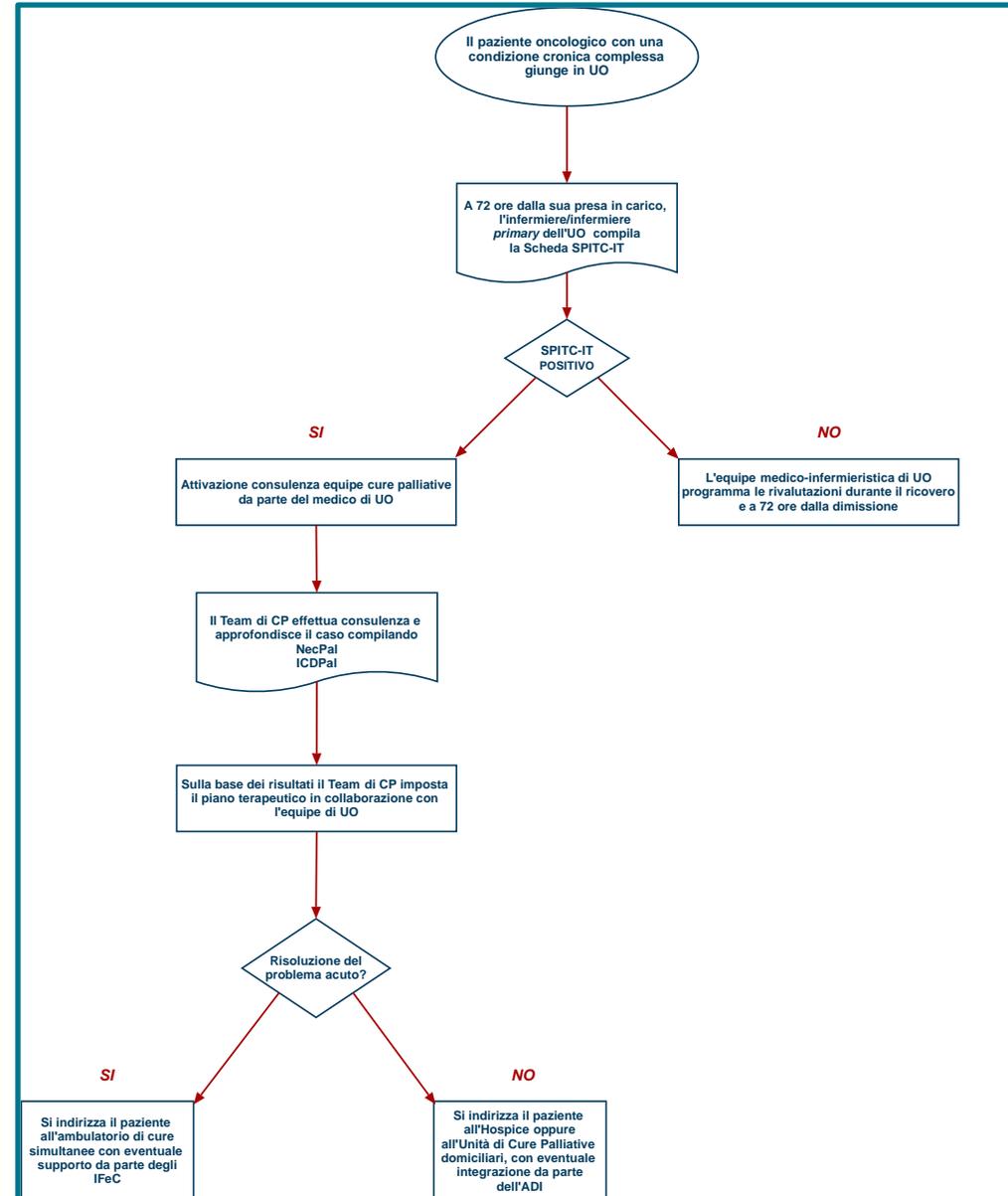
## Palliative Performance Scale

### Palliative Performance Scale (PPS)

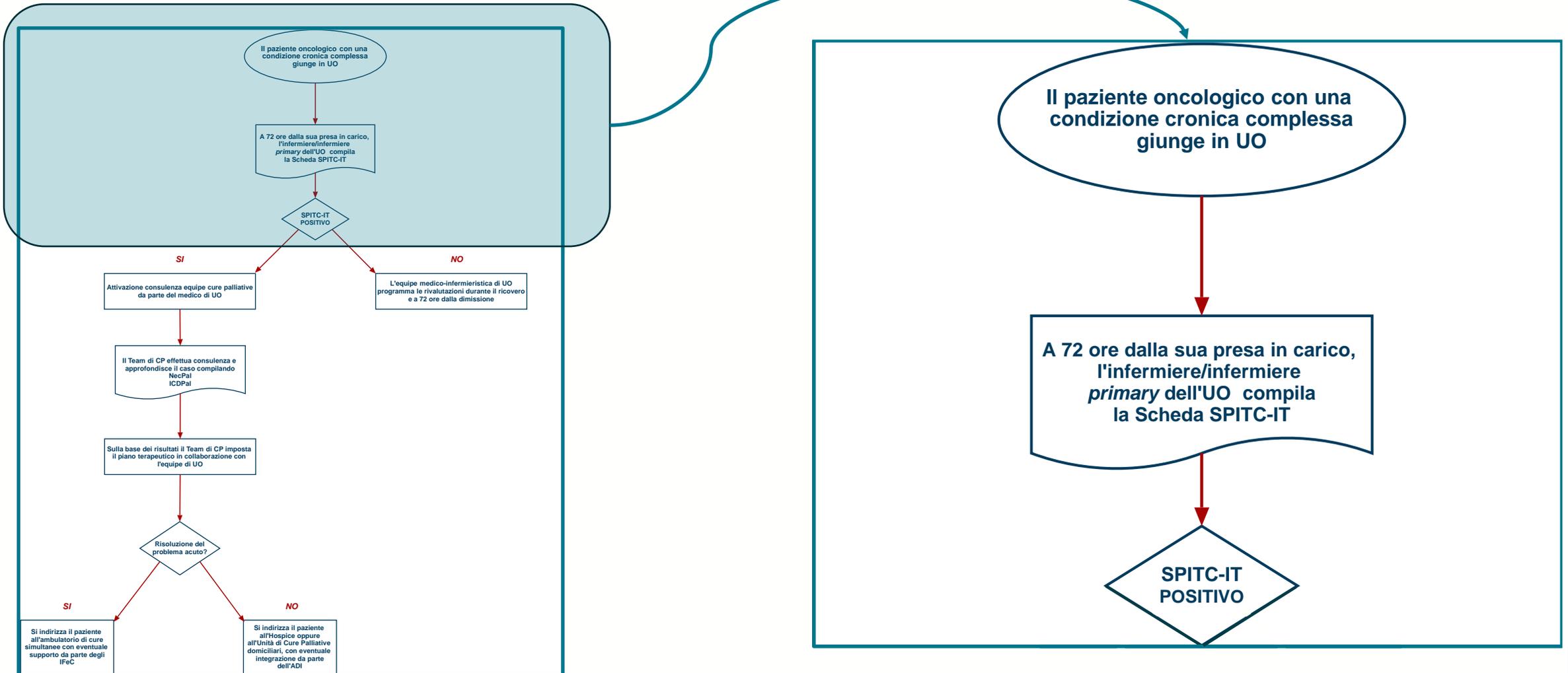
Livello PPS	Deambulazione	Attività & Evidenza di malattia	Auto cura	Alimentazione	Livello di Coscienza
100%	Piena	Normale attività e lavoro. Nessuna evidenza di malattia.	Piena	Normale	Pieno
90%	Piena	Normale attività e lavoro. Alcune evidenze di malattia.	Piena	Normale	Pieno
80%	Piena	Normale attività con fatica. Alcune evidenze di malattia	Piena	Normale o ridotta	Pieno
70%	Ridotta	Impossibile lavorare normalmente. Malattia significativa.	Occasionalmente necessita di aiuto	Normale o ridotta	Pieno
60%	Ridotta	Incapace a svolgere i lavori di casa. Malattia significativa.	Richiede considerevole assistenza	Normale o ridotta	Pieno o confuso
50%	Principalmente Seduto/sdraiato	Incapace di fare qualsiasi lavoro. Malattia molto estesa.	Principalmente assistenza	Normale o ridotta	Pieno o confuso
40%	Principalmente Seduto/sdraiato	Incapacità a condurre la maggior part delle attività. Malattia molto estesa.	Cura totale	Normale o ridotta	Pieno o sonnolenza. ± confuso
30%	Allettato	Incapacità a condurre qualsiasi attività. Malattia molto estesa	Cura totale	Normale o ridotta	Pieno o sonnolenza. ± confuso
20%	Allettato	Incapacità a condurre qualsiasi attività. Malattia molto estesa.	Cura totale	Minima a sorsi	Pieno o sonnolenza. ± confuso
10%	Allettato	Incapacità a condurre qualsiasi attività. Malattia molto estesa.	Cura totale	Solo la cura della bocca	Confuso o comatoso. ± confuso
0%	Deceduto	-	-	-	-

# La Procedura

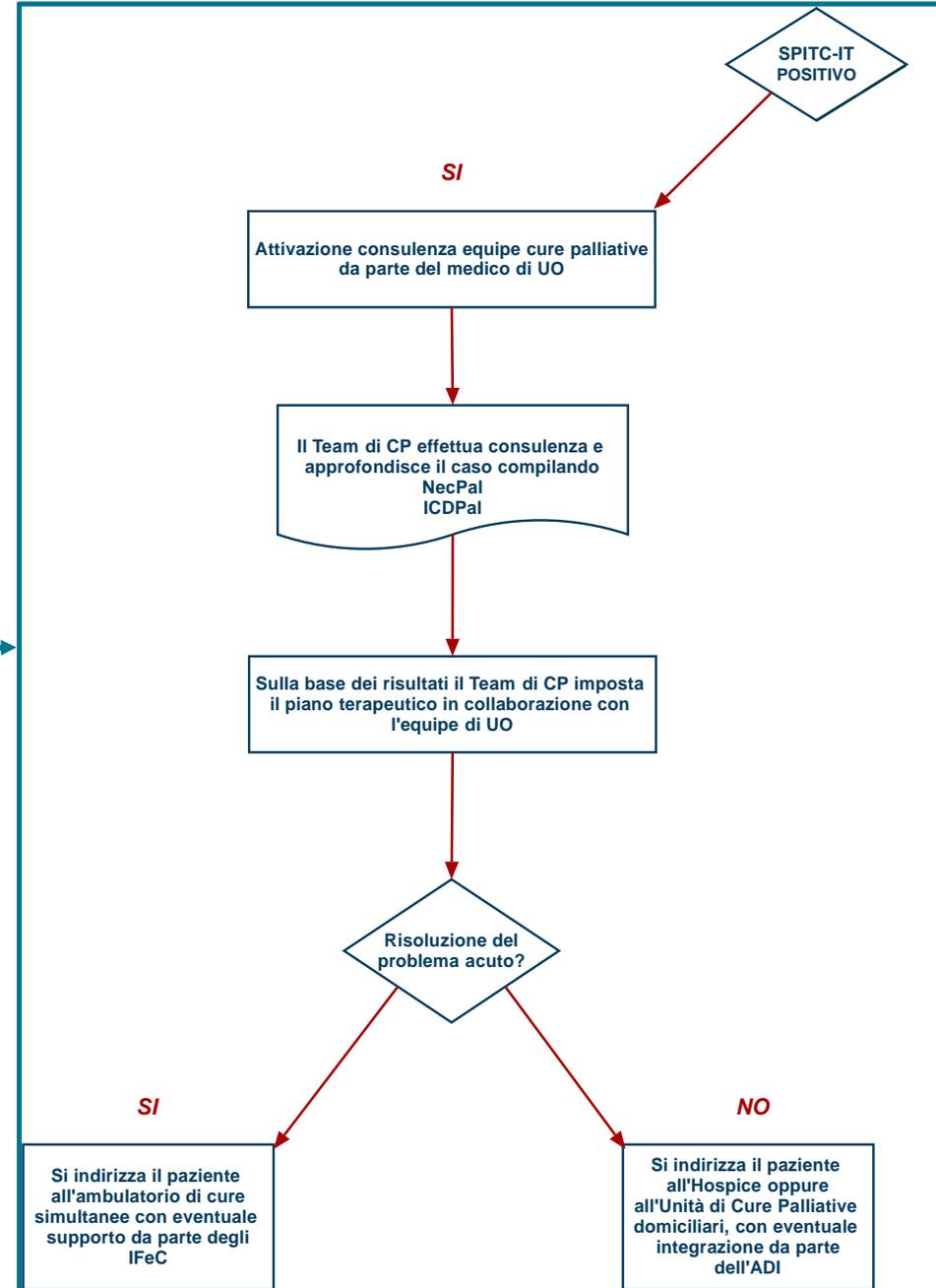
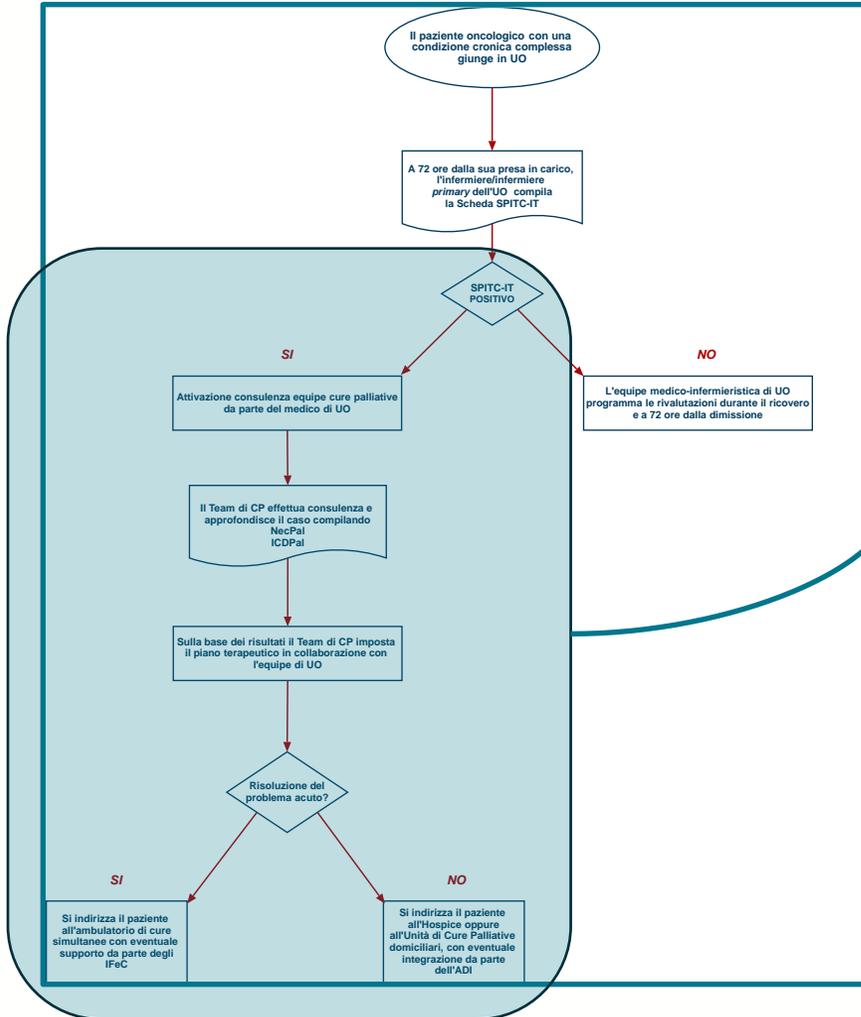
## Flowchart del percorso



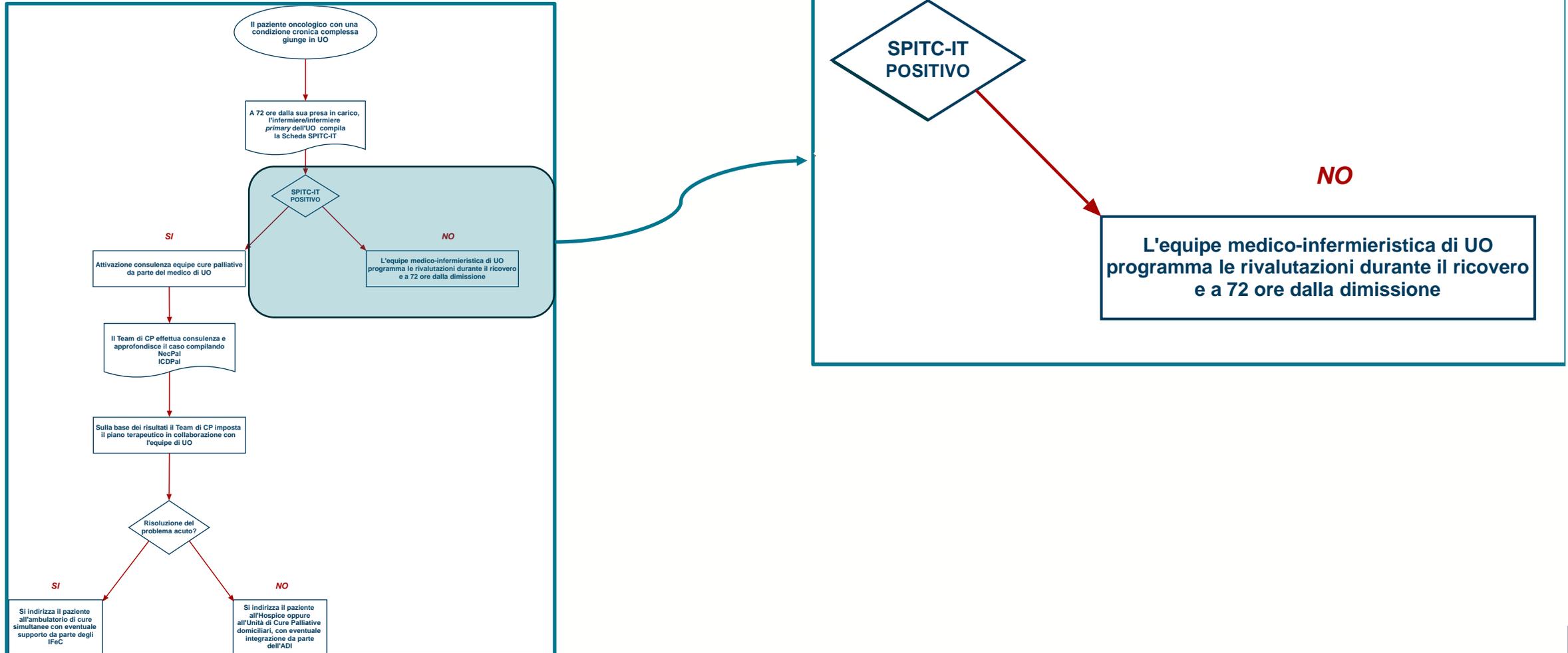
# La Procedura #1



# La Procedura #2

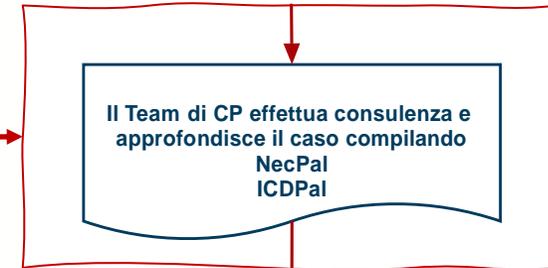
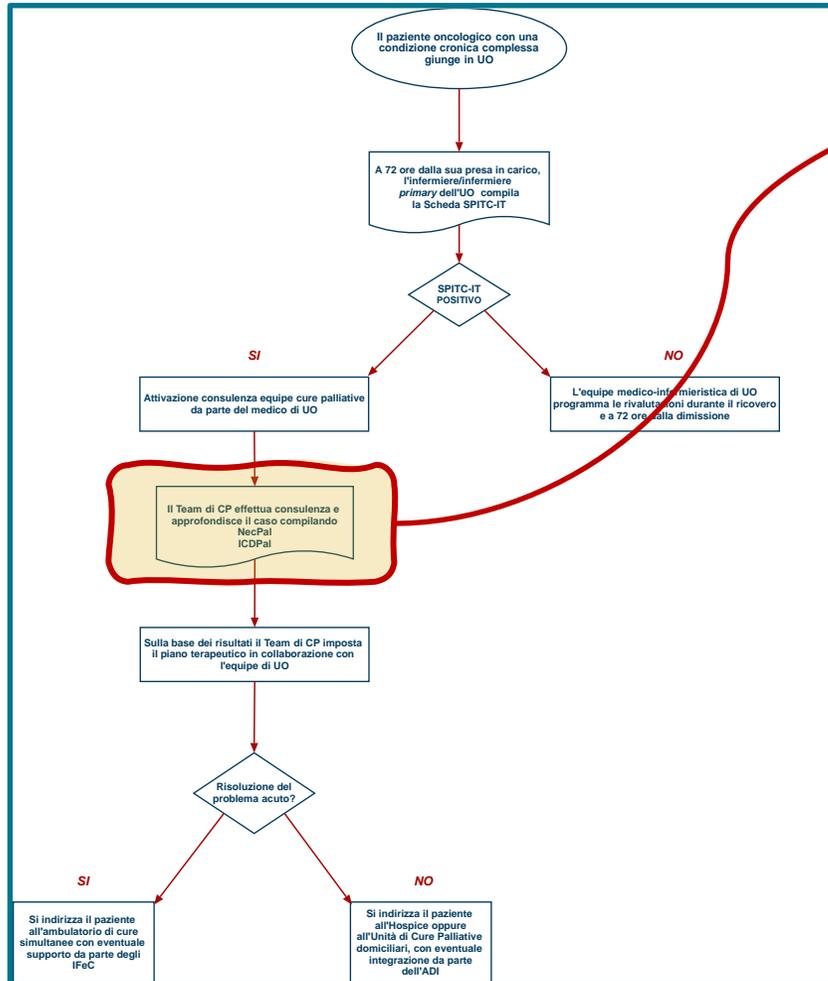


# La Procedura #3



# Un nodo fondamentale del processo

## Il Ruolo del 'Team di Cure Palliative' (TCP)



- ✓ **Accessibilità:** Il TCP è attivabile da tutte le UU.OO. e i servizi dell'Ospedale Niguarda, garantendo un supporto trasversale e specialistico.
- ✓ **Competenze e Servizi:** Offre consulenze specialistiche, programmi di formazione continua e supporto operativo per il personale, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza e ottimizzare i percorsi di cura.
- ✓ **Struttura:** Il *Team* è composto da **medico, infermiere e psicologo** con *expertise* avanzata in Cure Palliative.

Efficacia nella rilevazione precoce, miglioramento della qualità delle cure.



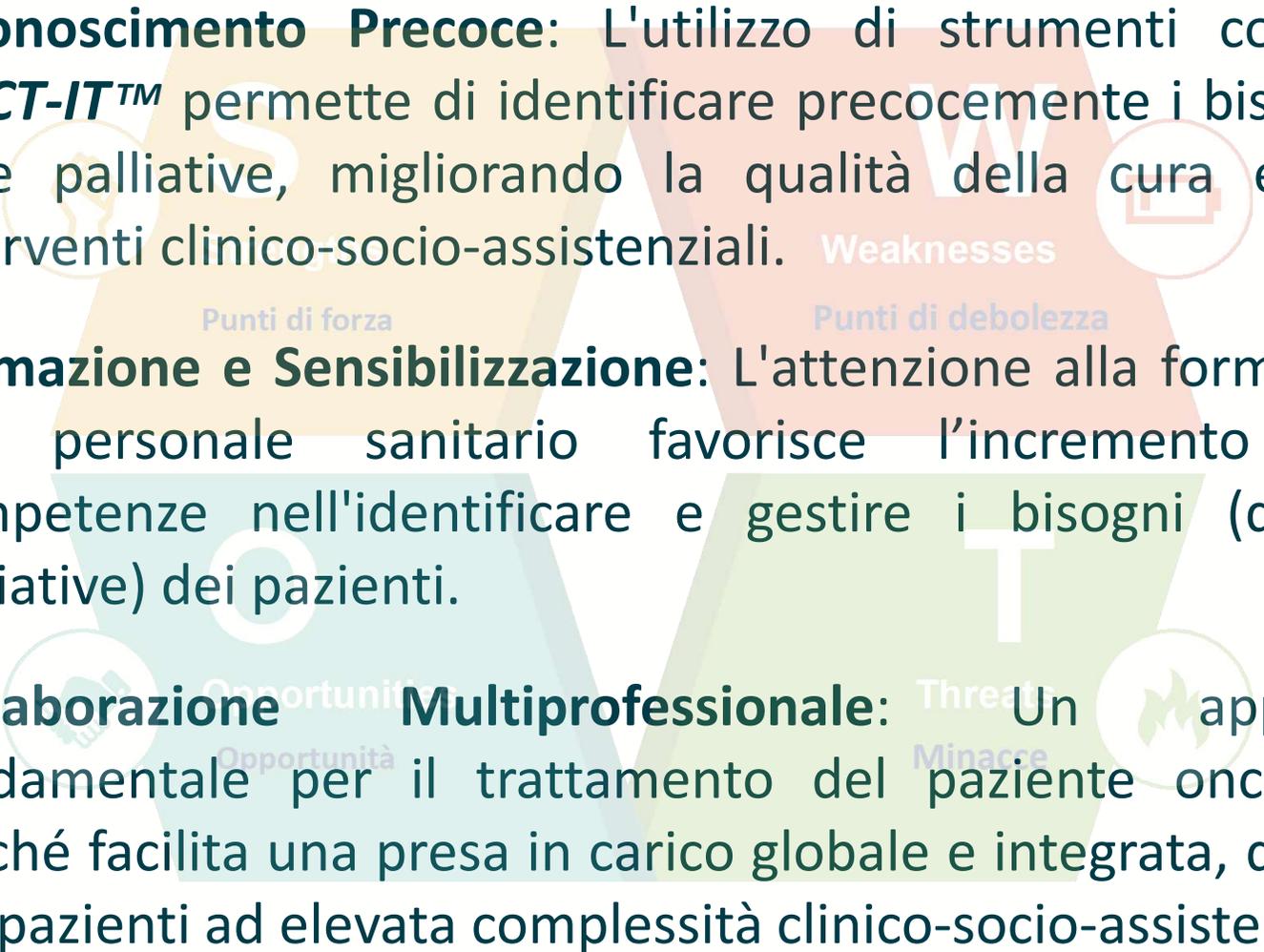
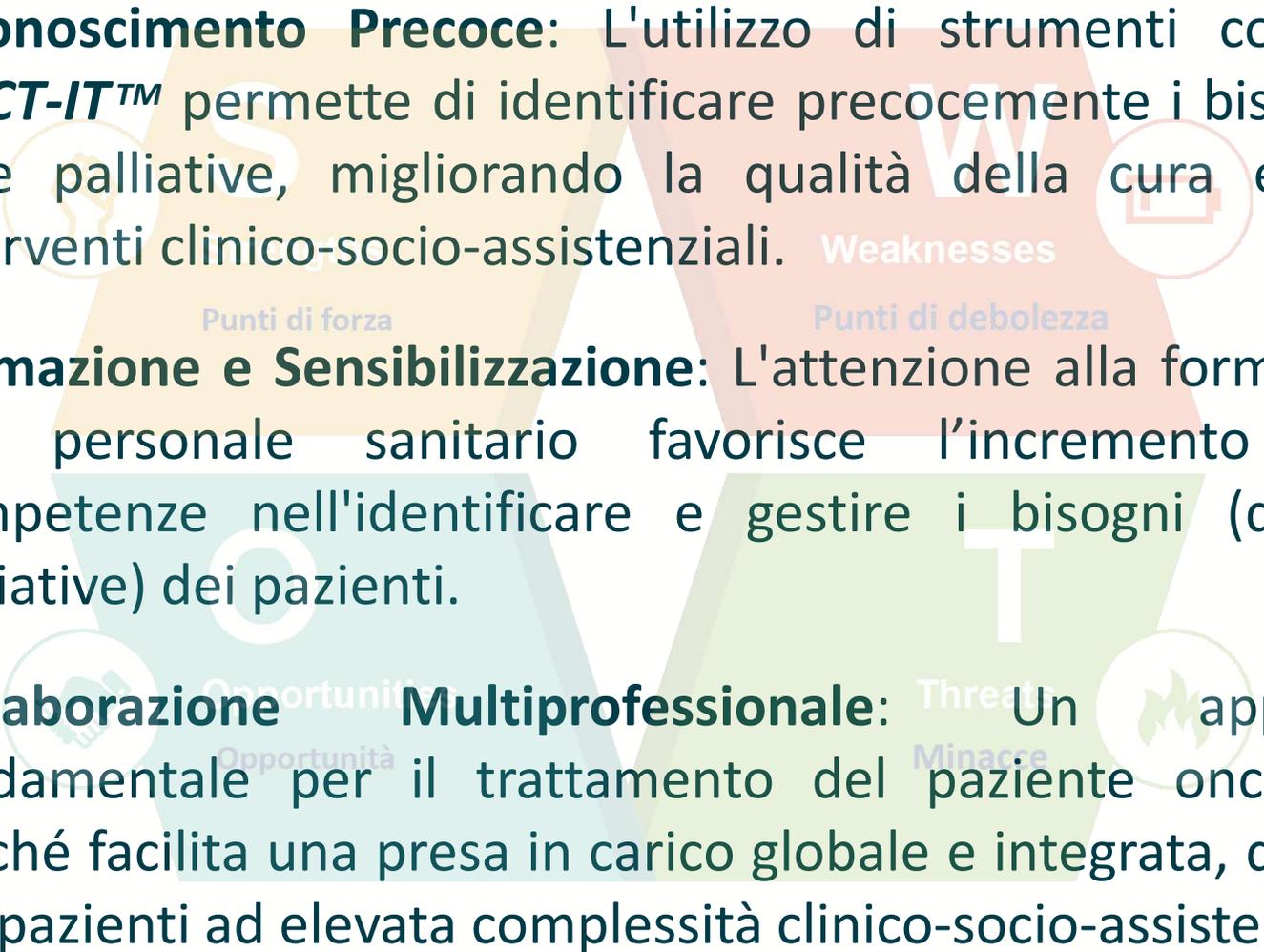
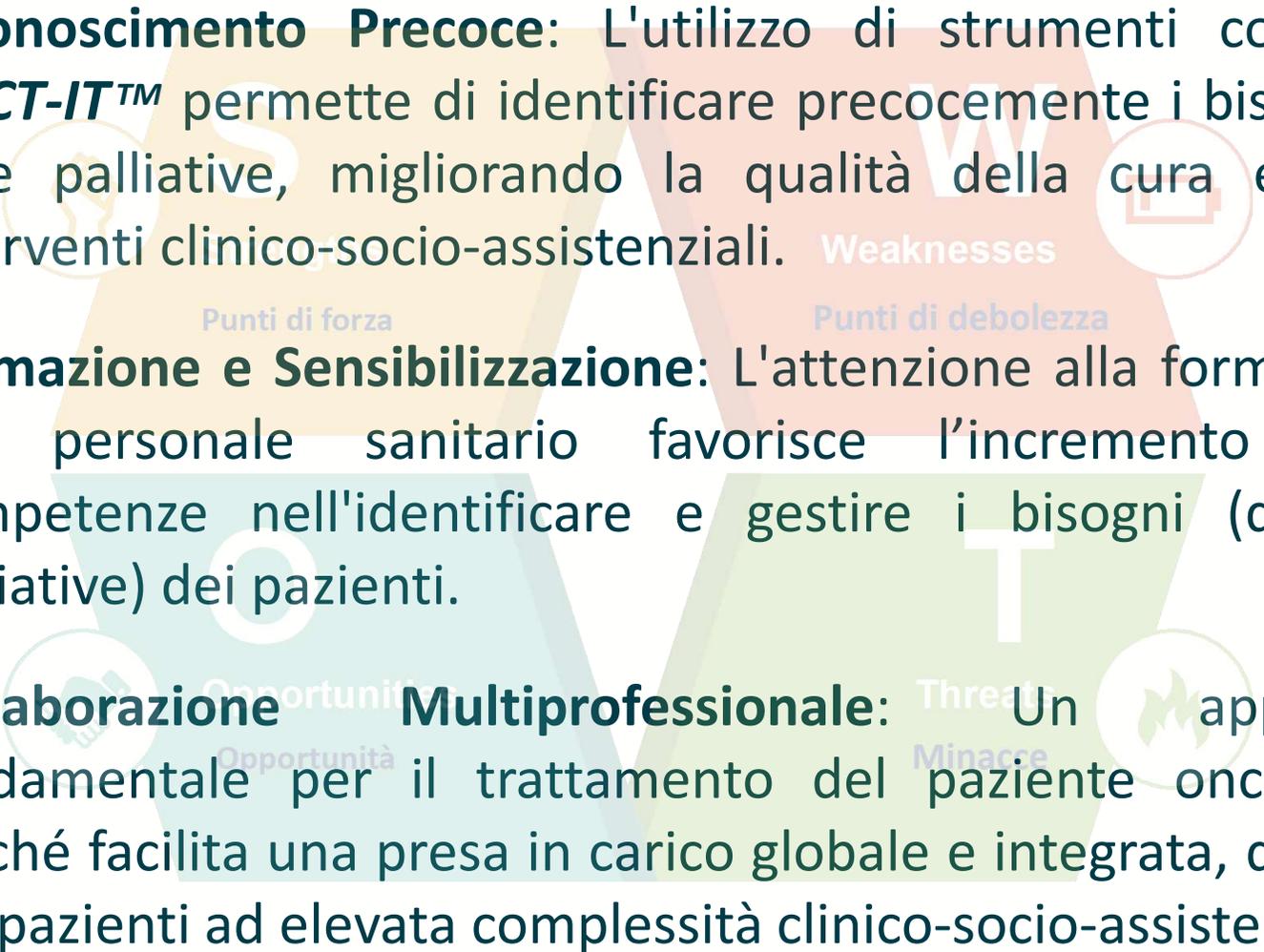
Sfide, esogene e endogene, nell'implementazione dello strumento.

Possibilità di implementazione dello *SPICT-IT™* in altri contesti aziendali.

Resistenza al cambiamento da parte degli operatori.



## Punti di Forza:

- 1. Riconoscimento Precoce:** L'utilizzo di strumenti come lo *SPICT-IT™* permette di identificare precocemente i bisogni di cure palliative, migliorando la qualità della cura e degli interventi clinico-socio-assistenziali. 
- 2. Formazione e Sensibilizzazione:** L'attenzione alla formazione del personale sanitario favorisce l'incremento delle competenze nell'identificare e gestire i bisogni (di cure palliative) dei pazienti. 
- 3. Collaborazione Multiprofessionale:** Un approccio fondamentale per il trattamento del paziente oncologico poiché facilita una presa in carico globale e integrata, decisiva nei pazienti ad elevata complessità clinico-socio-assistenziale. 



## Debolezze:

- 1. Utilizzo Limitato degli Strumenti di Valutazione:** Nonostante la validazione di strumenti come lo **SPICT-IT™**, la loro applicazione nella pratica clinica quotidiana è limitata.
- 2. Barriere Culturali e Organizzative:** La resistenza al cambiamento e la mancanza di una cultura diffusa sulle cure palliative (**CP**) possono ostacolare l'implementazione efficace della procedura.
- 3. Disallineamento Prognostico:** Divergenze nella lettura della prognosi e di conseguenze dei bisogni tra personale medico e infermieristico, crea dissonanza e può compromettere la qualità dell'assistenza.



## Opportunità:

- 1. Normative e Supporto Istituzionale:** L'emanazione di leggi e regolamenti che promuovono una valorizzazione dell'assistenza territoriale e riduzione delle degenze ospedaliere, del *patient engagement*, di un'assistenza basata sui *PREMs* e *PROMs*, oltre ad una crescente cultura legata alla *QoL* ed alle cure palliative offre una base solida per sviluppare e estendere questi servizi.
- 2. Tecnologia e Innovazione:** L'adozione di nuove tecnologie per la gestione e monitoraggio dei pazienti può migliorare l'efficienza e l'efficacia delle cure e la riduzione delle giornate di degenza.
- 3. Formazione Continua:** Investire nella formazione continua del personale migliora le competenze necessarie per la gestione dei pazienti ad elevata complessità.



## Minacce:

- 1. Cambiamenti nelle Politiche Sanitarie:** Variazioni nei finanziamenti, nelle Direzioni o nelle politiche sanitarie possono influenzare negativamente l'implementazione delle cure palliative.
- 2. Problemi di Sostenibilità e Disponibilità:** La sostenibilità a lungo termine dei programmi di cure palliative è a rischio senza un adeguato sostegno finanziario e istituzionale (quante aziende possono permettere tali investimenti onerosi nel breve termine?).
- 3. Carenza di Personale Qualificato:** La mancanza di specialisti formati specificamente può limitare la capacità di fornire un'assistenza adeguata.

## Risultati Preliminari

- ✓ **Contesto:** 5 UU.OO. (4 Area Medica, 1 AI Chirurgica)
- ✓ **Periodo di riferimento:** Febbraio - Giugno 2024

Sintesi			
<i>Assistiti nel Periodo</i>	<i>SPICT-IT™ Positivi</i>	<i>Consulenze Effettuate x SPICT-IT™ Positivi</i>	<i>Prese in carico nella Rete di Cure Palliative</i>
<b>1974</b>	<b>137</b>	<b>95</b>	<b>77</b>
	<i>SPICT-IT™ Positivi Vs Totale Assistiti</i>	<i>Consulenze Effettuate VS SPICT-IT™ Positivi</i>	<i>Prese in carico VS Consulenze Effettuate</i>
	<b>6.94%</b>	<b>69.34%</b>	<b>81.05%</b>



Tempo medio tra la richiesta della consulenza e l'erogazione della stessa: **1,3 giorni**

## Risultati Preliminari

### Contesto:

5 UU.OO.

(4 Area Medica, 1 AI Chirurgica)

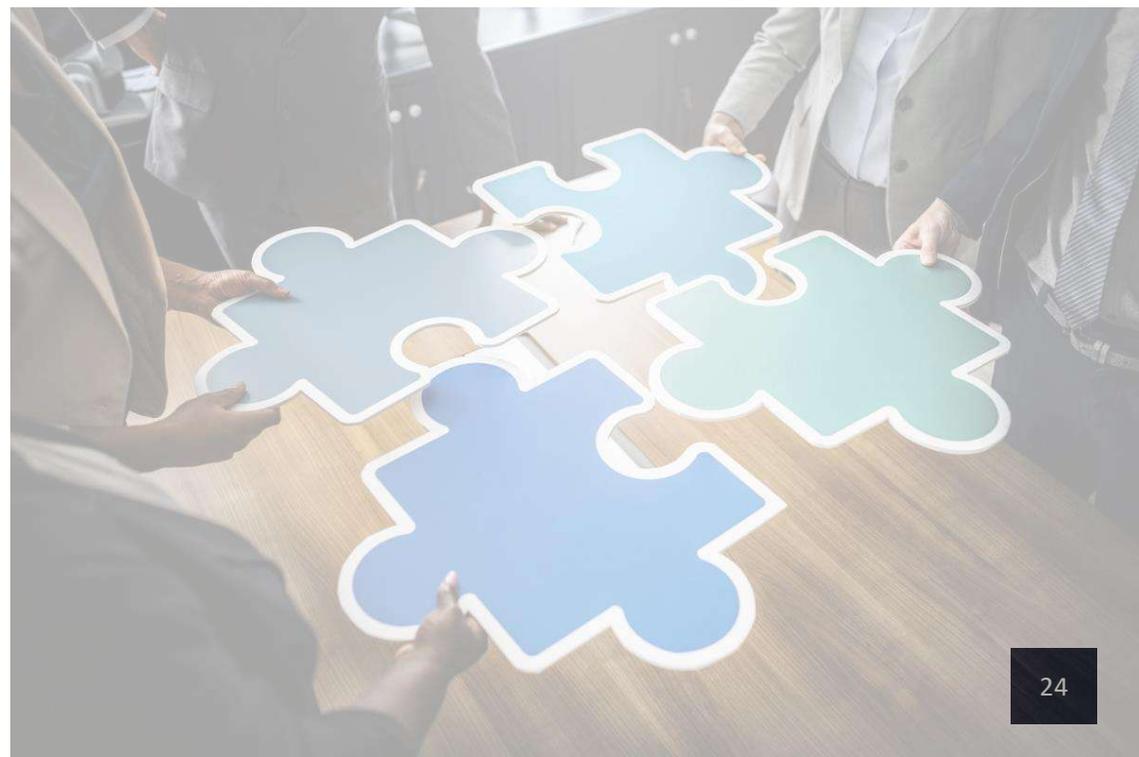
### Periodo di riferimento:

Febbraio - Giugno 2024

Tipologia di Percorso Attivato dopo Consulenza del <i>Team</i> di CP		
Servizio	Nr.	%
Hospice	34	44,2%
UCP-Dom	31	40,3%
C-Dom	3	3,9%
IFeC	2	2,6%
Intermedie	1	1,3%
Trasferimento ad Altra UO	3	3,9%
<i>Simultaneous Care</i>	3	3,9%
<b>TOTALE</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

## ***Percorsi Clinici Condivisi con Paziente/Familiari/Caregiver***

Attraverso l'individuazione precoce dei **BCP** e l'attivazione del **Team di CP**, l'*equipe* curante è in grado di gestire le **decisioni cliniche complesse** e supportare paziente e familiari/caregiver nelle scelte dei percorsi di cura da attuare, con relativa individuazione dei setting più idonei.



# *Il Valore della Collaborazione*

## *Multiprofessionale*



# ***Il Valore della Collaborazione Multiprofessionale ... e quello dei leader (e della Direzione)***



## Recap

### Impatti Chiave della Procedura: *Miglioramenti e Innovazioni*

- ✓ Migliorare la QoL delle Persone Assistite
  - ✓ Identificazione proattiva e precisa dei bisogni di salute
- ✓ Potenziare e Valorizzare le Competenze del Personale Infermieristico
  - ✓ Promuovere la sinergia in *team* multidisciplinari
- ✓ Accrescere il *Sensemaking* degli Operatori e ...

→ Riduzione del Burnout!



## Implicazioni Future

- ❖ Implementare la procedura in altri contesti e servizi Aziendali.
- ❖ Rafforzare il sistema di Assistenza Territoriale mediante l'integrazione strategica tra ospedale e comunità, al fine di ottimizzare la presa in carico del paziente e della famiglia, attraverso una valutazione mirata e personalizzata dei *(suoi/loro)* bisogni di salute.





Ospedale Niguarda

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

LIUC

BUSINESS  
SCHOOL

*Grazie per  
l'attenzione*





*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:  
Sfide e Opportunità Post DM 77*

# RSA e riforma della non autosufficienza: luci e ombre

**Antonio Sebastiano**

Direttore Osservatorio RSA

Direttore Osservatore Cure Palliative

Con il contributo non condizionato di:

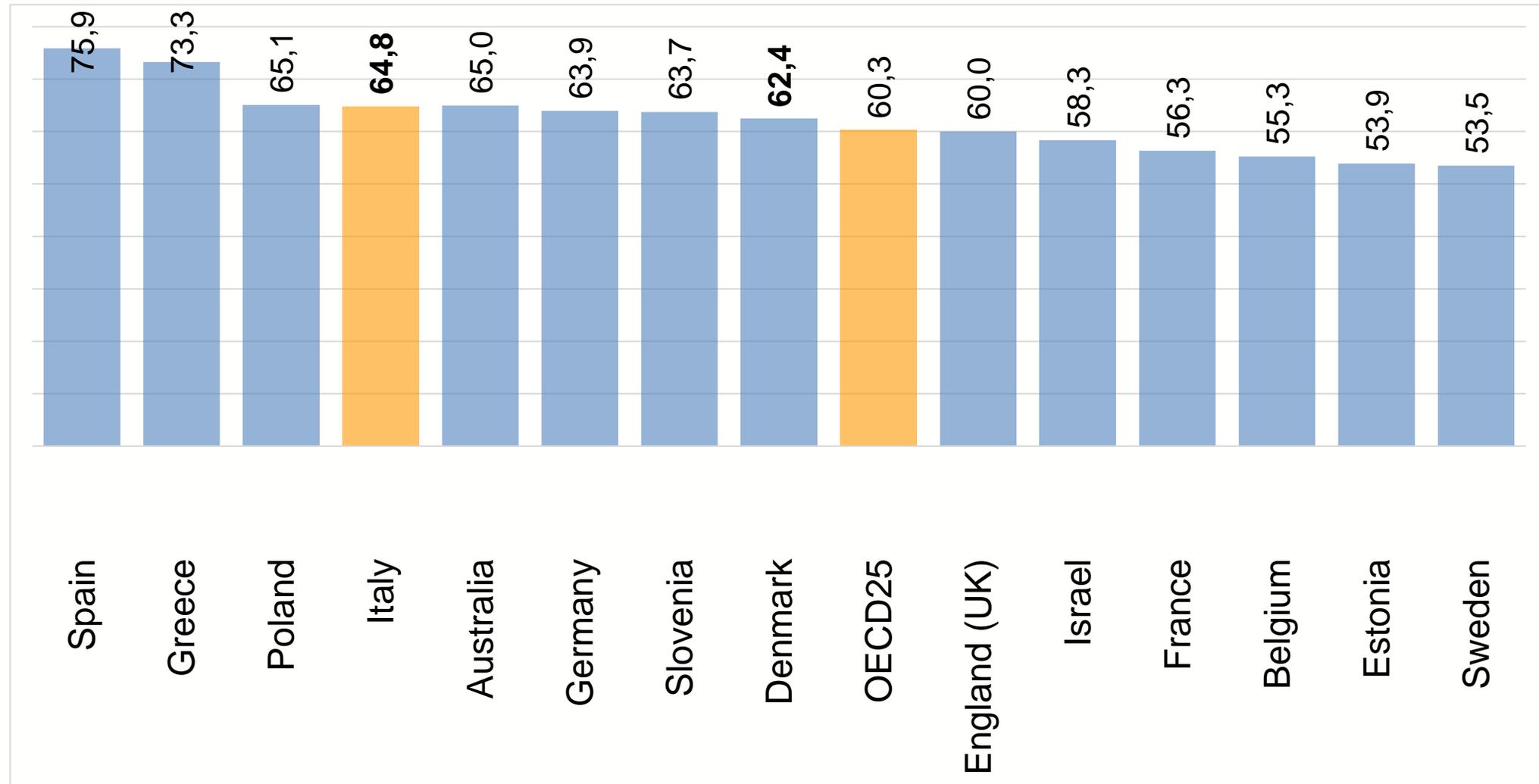


# LA RIFORMA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA IN BREVE

Obiettivi della Legge Delega (Legge 33/2023)		Esiti del Decreto attuativo (D. Lgs. 29/2024)
	<b>Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana non Autosufficiente (SNAA)</b>	Mantenuto nella forma, cancellato nella sostanza: la programmazione integrata riguarderà i soli servizi e interventi sociali (la frammentazione è sancita per legge).
	<b>Valutazioni della condizione di non autosufficienza dell'anziano</b>	Le valutazioni si riducono a due soltanto: una di responsabilità statale e una di competenza delle Regioni. Lavoro ben impostato, partenza attesa nel 2025.
	<b>Riforma servizi domiciliari</b>	Cancellata.
	<b>Riforma servizi residenziali</b>	Nessuna indicazione sostantiva, si rimanda ad un successivo ulteriore Decreto.
	<b>Riforma indennità di accompagnamento</b>	La revisione dell'indennità è scomparsa. Introdotta la sperimentazione di un assegno di assistenza non universalistico per il biennio 2025-2026 (30mila over 80 su 1 milione).

1. *Le RSA saranno sempre un nodo indispensabile nella filiera dei servizi rivolti alla persona anziana fragile? SI!*
2. *Il dimensionamento dell'offerta residenziale è adeguato rispetto ai bisogni attuali e prospettici della popolazione anziana? NO!*
3. *L'assistenza domiciliare rappresenterà realmente un'alternativa alle RSA? NO!*
4. *Le risorse economiche pubbliche investite nella rete di offerta residenziale sono adeguate? NO!*

# DOMANDA 1 - % Donne over 50 che esercita un ruolo da caregiver informale – Anno 2019



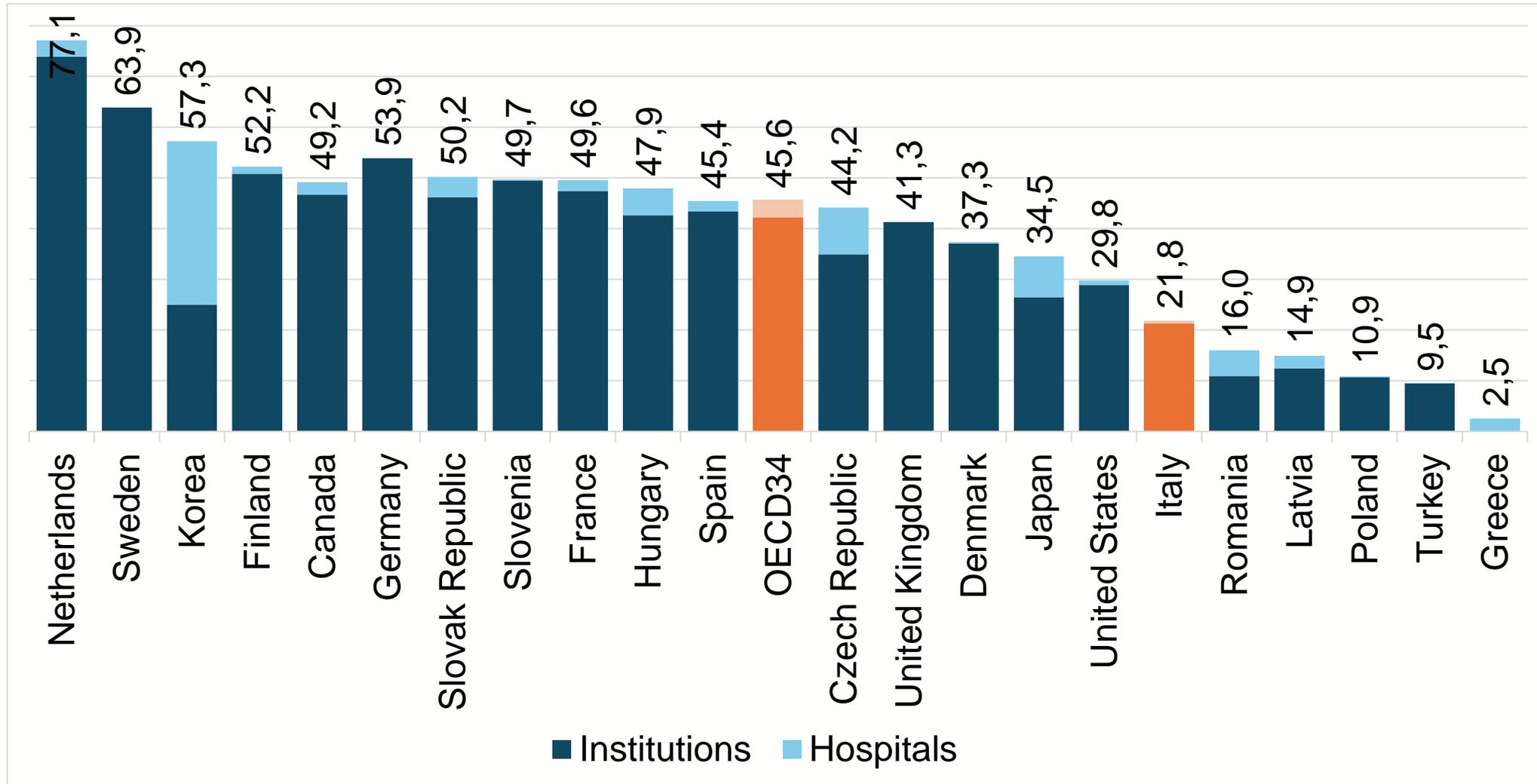
Fonte: OECD, Health at a Glance 2023

# DOMANDA 1 - Evoluzione della struttura delle famiglie italiane (V.A. espressi in migliaia)

Famiglie	1995	2022	Var. V.A.	Var. %
Nuclei familiari	16.247	16.623	376	2,3%
Coppie con figli	10.137	8.363	-1.774	-17,5%
<i>di cui % con un figlio</i>	<i>43,40%</i>	<i>46,48%</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>
Monogenitori	1.774	2.881	1.107	62,4%
<i>di cui % con un figlio</i>	<i>67,00%</i>	<i>68,14%</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>
Coppie senza figli	4.335	5.420	1.085	25,0%
Persone sole ultrasessantenni	2.742	4.123	1.381	50,4%

Fonte: ISTAT 2023, con adattamenti e elaborazioni

# DOMANDA 2 - # PL per LTC in ospedale e istituzioni per 1.000 over 65 - Anno 2021



# DOMANDA 2 - Indice di dotazione dei PL di RSA in Lombardia in rapporto agli over 75 – 2015 Vs. 2023

Dati Regione Lombardia	2015	2023	Δ VA	Δ %
Popolazione Totale	10.002.615	9.943.004	-59.611	-0,60%
Popolazione Over 75 Anni	1.082.803	1.192.636	109.833	10,14%
Over 75 (% su popolazione totale)	10,83%	11,99%	1,17%	10,80%
PL RSA totali	62.062	65.922	3.860	6,22%
Indice di dotazione PL RSA totali	5,73%	5,53%	-0,20%	-3,56%

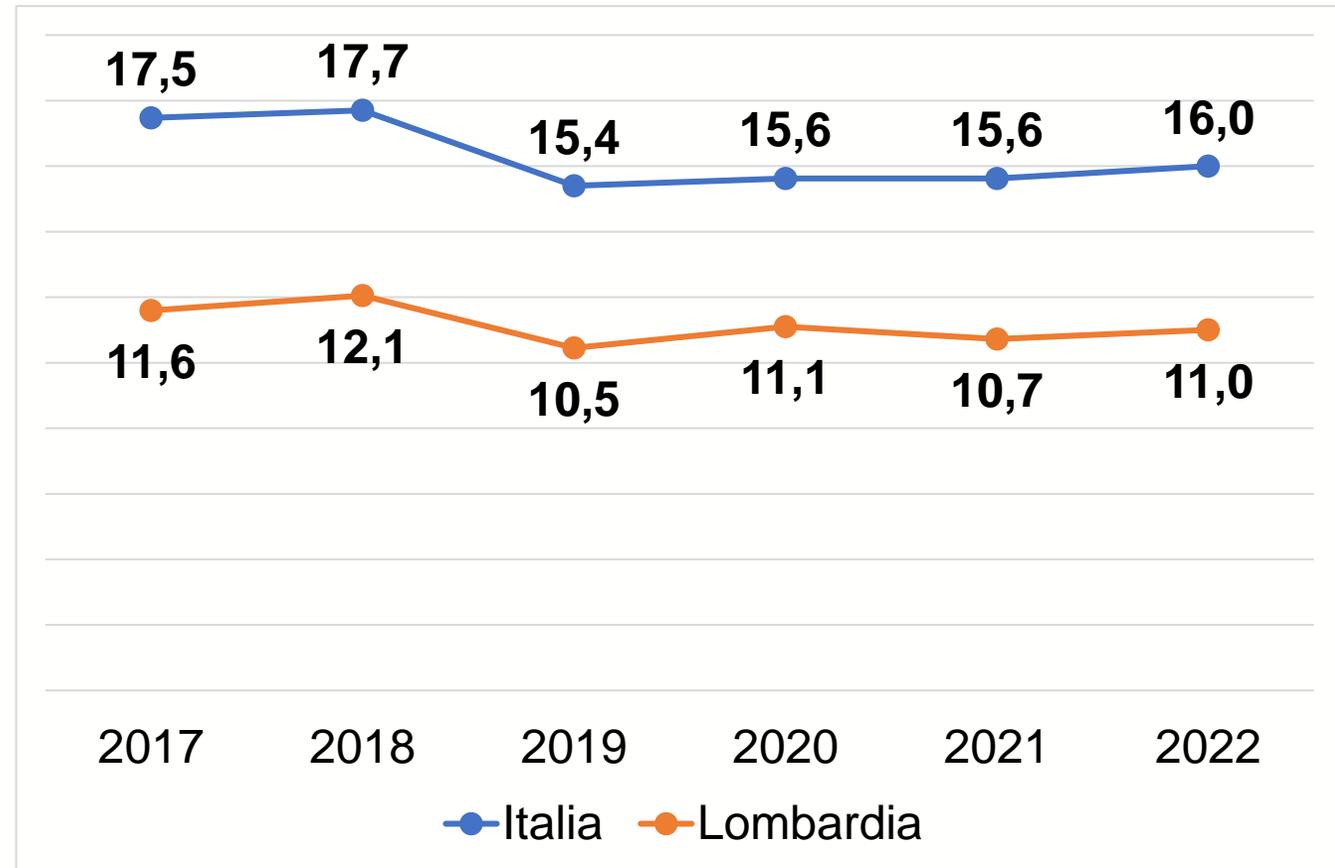
**Fonte:** Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School su dati ISTAT (popolazione) e Regione Lombardia (posti letto)

# DOMANDA 3 – Ore medie annue per caso trattato in ADI

## ORE MEDIE ANNUE PER ANZIANO TRATTATO ANNI 2017-2022

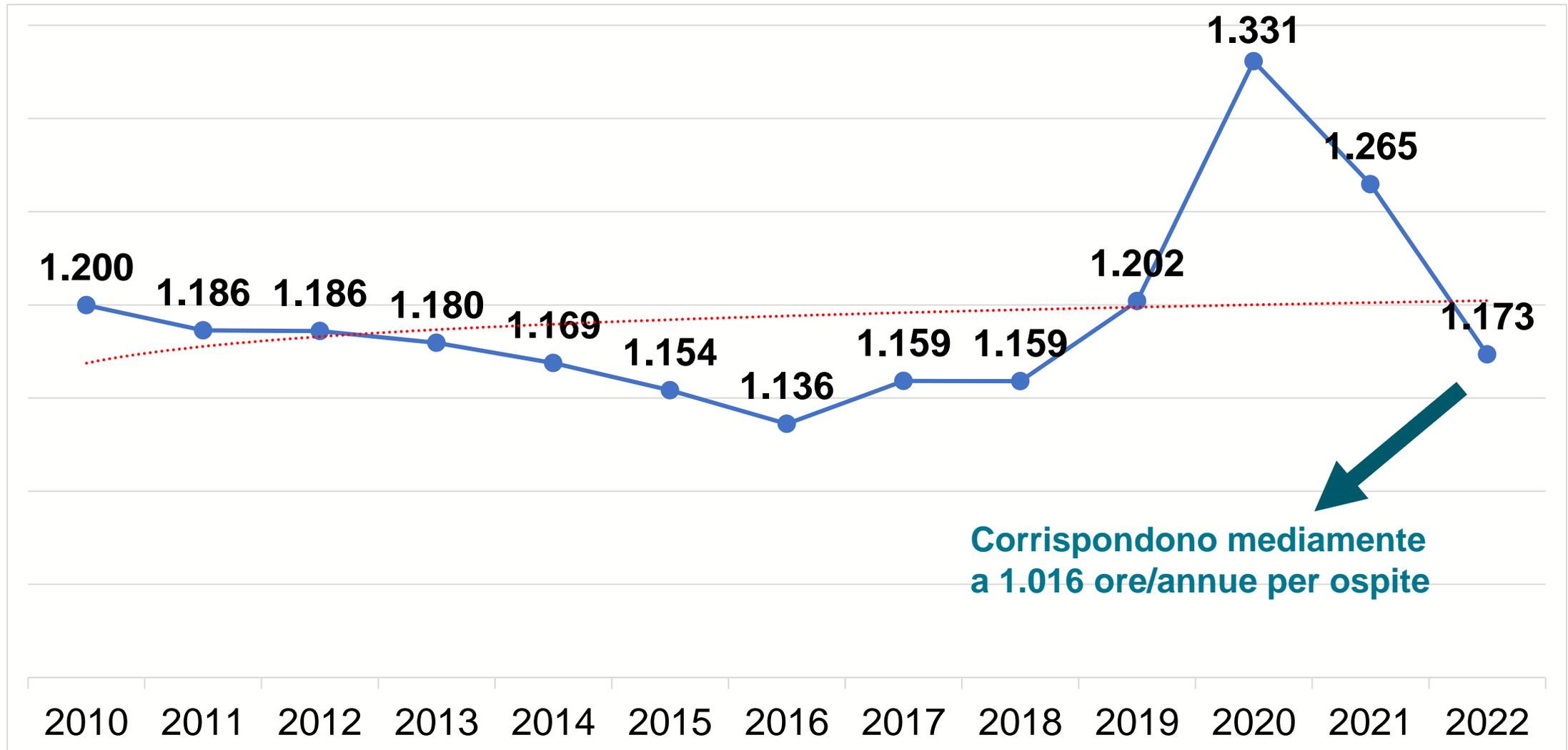
### ADI IN ORE – VALORI MEDI ITALIA 2012 Vs. 2022

	2012	2022	Δ V.A.	Δ %
Totale ore per caso	22,2	18,0	-4,2	-19,04%
Totale ore per caso anziano	21,2	16,0	-5,2	-24,69%



Fonte: Annuari Statistici del Servizio Sanitario Nazionale, con elaborazioni

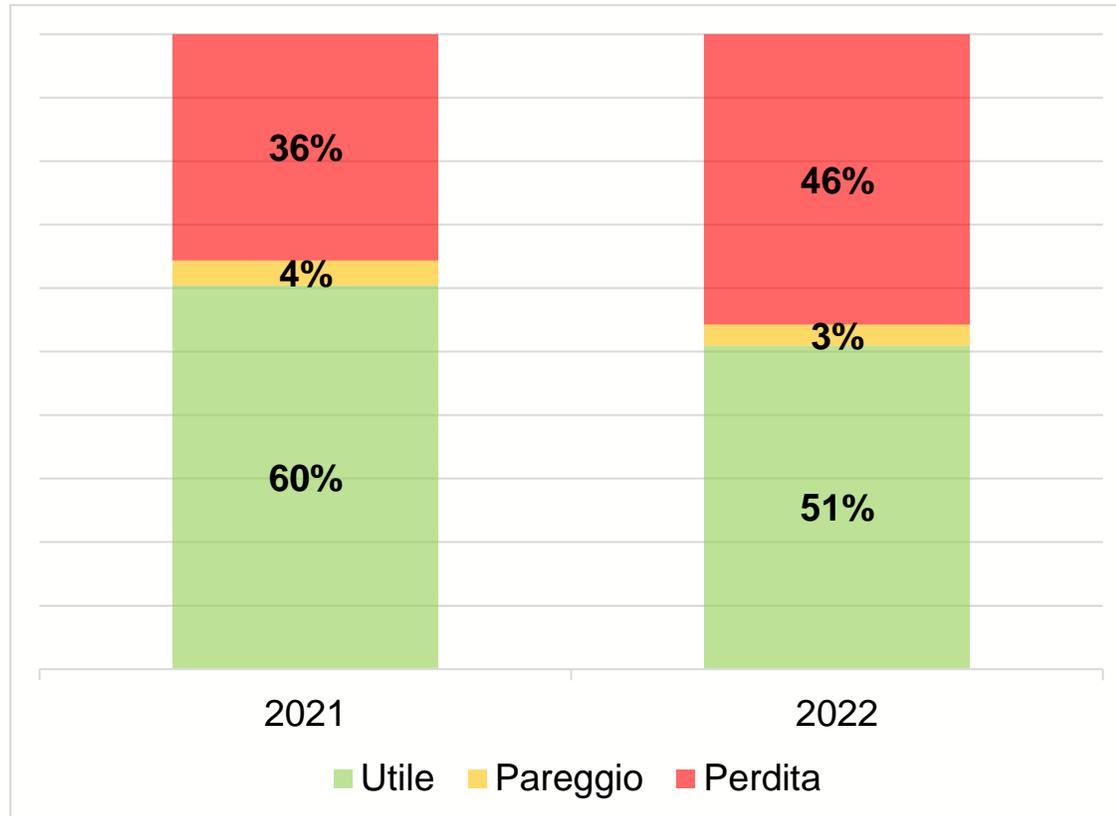
# MINUTI MEDI SETTIMANALI PER OSPITE (2010-2022)



Fonte: Osservatorio RSA, LIUC Business School, *Indagine sugli indicatori di performance organizzativo-assistenziali*

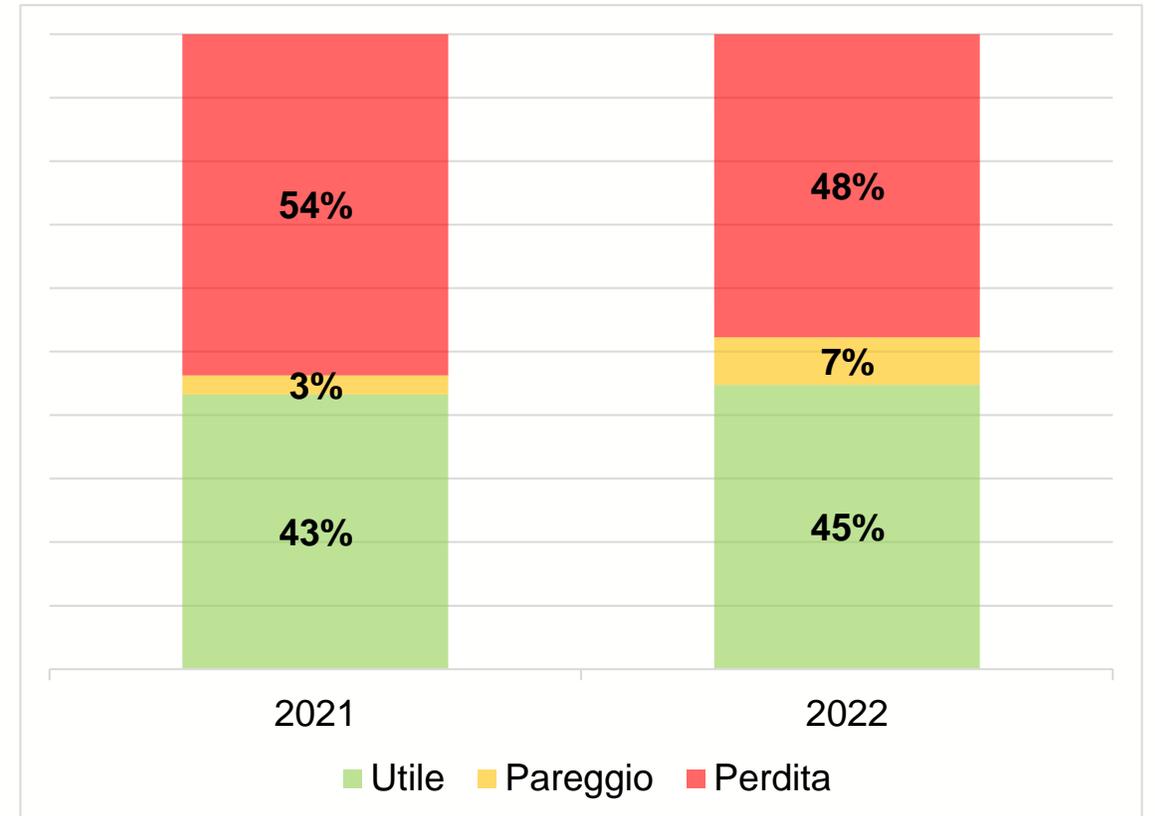
# DOMANDA 4 – RISULTATI ECONOMICI: 2021-2022

## Osservatorio RSA LOMBARDIA



**306 Enti per 400 RSA (40.293 PL)**

## SENIORnet VENETO

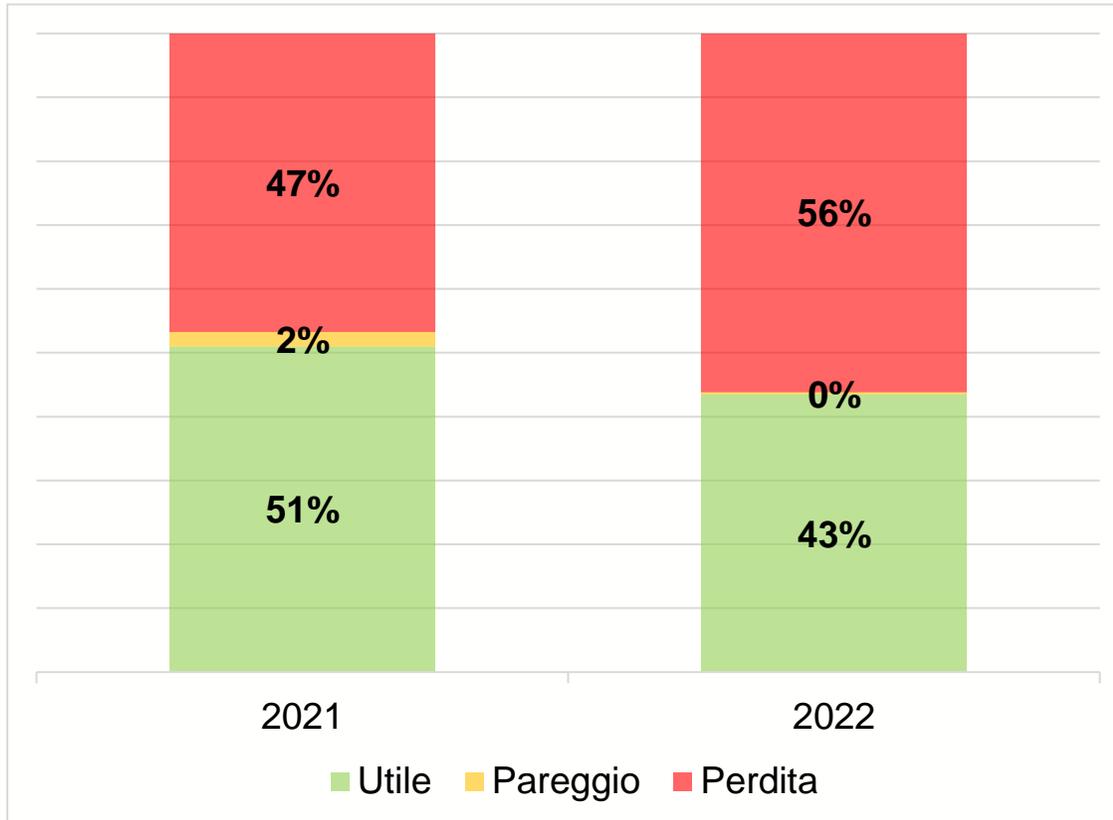


**67 Enti per 101 RSA (11.426 PL)**

# DOMANDA 4 - RISULTATI DELLA SOLA GESTIONE

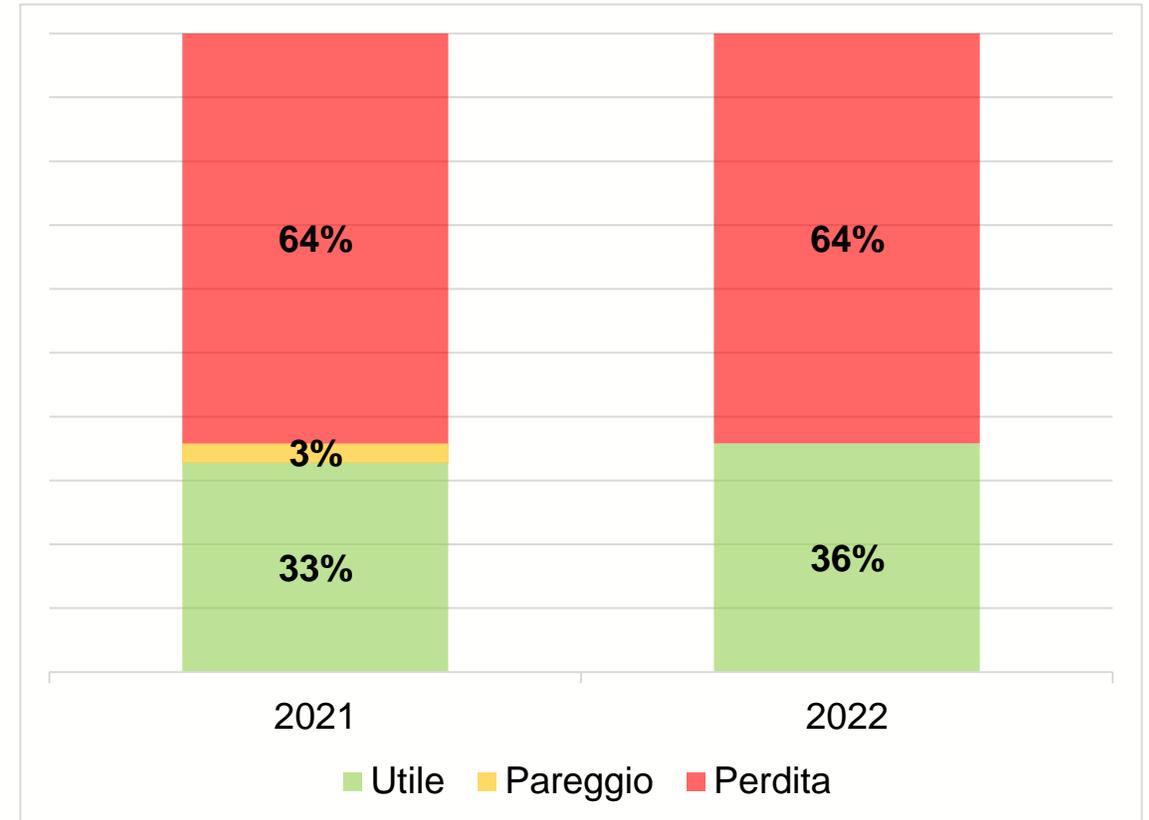
## CARATTERISTICA: ANNI 2021-2022

### Osservatorio RSA LOMBARDIA



**306 Enti per 400 RSA (40.293 PL)**

### SENIORnet VENETO



**67 Enti per 101 RSA (11.426 PL)**

