

CaRe NEWSLETTER #2

INDICE

AZIONE PILOTA IN
FRIULI VENEZIA GIULIA – MEDIO FRIULI

AZIONE PILOTA IN
VENETO - VICENZA

CONTACTS

Priv.-Doz. MMag. Dr. Eva Schulc - UMIT- Institut für Pflegewissenschaft
EWZ 1, 6060 Hall in Tirol, Email: care@umit.at

CaRe

Un approccio sostenibile al Case- & Care Management nella regione transfrontaliera

L'obiettivo del progetto Interreg CaRe è incrementare l'accesso, la qualità e la continuità delle cure e dell'assistenza a favore degli anziani che vivono in due regioni italiane (Mediofriuli/Friuli Venezia Giulia e Vicenza/Veneto) e una austriaca (Landeck/Tirolo). Nello specifico, il progetto si rivolge a persone con età uguale o superiore a 65 anni che vivono una condizione di comorbilità con notevoli restrizioni nelle loro attività quotidiane.

Funzionale al raggiungimento degli obiettivi del progetto Care è l'approccio definito „Case and Care Management“.

Nel 2018 è stata condotta un'analisi dei bisogni e dell'offerta di servizi e prestazioni sociali e

sanitarie nei territori coinvolti nel progetto. Questa analisi ha poi consentito ai team del progetto Care di sviluppare un modello di buone pratiche basato sulla revisione di un'ampia letteratura e sulla raccolta di interviste strutturate con gli stakeholder delle regioni partecipanti al progetto.

Il modello di best practice è stato sviluppato con l'intento di adattarsi alle esigenze individuali di ciascuna area pilota, per cui gli aspetti implementati del modello variano tra le regioni.

In questa newsletter vi presentiamo le azioni pilota implementate nelle regioni Friuli Venezia Giulia e Veneto.



AZIONE PILOTA IN FRIULI VENEZIA GIULIA - MEDIO FRIULI

Partner coinvolti

Unione Territoriale Intercomunale Mediofriuli – UTI MedioFriuli
Azienda per l'Assistenza Sanitaria AAS3 "Alto Friuli, Collinare, Medio Friuli"

Obiettivo dell'azione pilota

Definire, sviluppare e adottare un modello di case&care management nell'Area di riferimento rivolto alla popolazione bersaglio per un'ottimizzazione della presa in carico di pazienti non autosufficienti da parte dei Servizi Territoriali.

Durata

15 marzo 2019 - 14 marzo 2020

Area di svolgimento azione pilota

Distretto Sanitario n°4 "Codroipese" e Ambito Distrettuale 4.4.

Nello specifico, tale area comprende 11 comuni:

- Basiliano
- Bertiolo
- Camino al Tagliamento
- Castions di Strada
- Codroipo
- Lestizza
- Mereto di Tomba
- Mortegliano
- Sedegliano
- Talmassons
- Varmo



Dati demografici

Le tabelle che seguono sintetizzano alcuni dati socio-demografici dell'area in oggetto (fonte dati, Istat 2017).

Tabella 1 – dimensioni e numero abitanti

Dimensioni dell'area bersaglio	419,5691 Km2
Numero abitanti al 01/01/2017	51.430

Tabella 2 – Distribuzione del genere

Genere	N.	%
<i>maschio</i>	25.281	49,2
<i>femmina</i>	26.149	50,8
totale	51.430	100

Tabella 3 – distribuzione della popolazione per genere e fascia d'età

Fasce di età	Genere				Totale	
	<i>M.(n)</i>	<i>M.(%)</i>	<i>F.(n)</i>	<i>F(%)</i>	<i>M+F(n)</i>	<i>M+F(%)</i>
0-4	1.083	4,3	952	3,6	2.035	4,0
5-9	1.165	4,6	1.193	4,6	2.358	4,6
10-14	1.232	4,9	1.114	4,3	2.346	4,6
15-19	1.140	4,5	1.060	4,1	2.200	4,3
20-24	1.092	4,3	986	3,8	2.078	4,0
25-29	1.139	4,5	1.152	4,4	2.291	4,5
30-34	1.327	5,2	1.402	5,4	2.729	5,3
35-39	1.754	6,9	1.604	6,1	3.358	6,5
40-44	1.984	7,8	1.920	7,3	3.904	7,6
45-49	2.156	8,5	1.991	7,6	4.147	8,1
50-54	2.037	8,1	2.072	7,9	4.109	8,0
55-59	1.789	7,1	1.865	7,1	3.654	7,1
60-64	1.702	6,7	1.723	6,6	3.425	6,7
65-69	1.659	6,6	1.739	6,7	3.398	6,6
70-74	1.552	6,1	1.587	6,1	3.139	6,1
75-79	1.230	4,9	1.444	5,5	2.674	5,2
80-84	709	2,8	1.063	4,1	1.772	3,4
85-89	354	1,4	745	2,8	1.099	2,1
90-94	151	0,6	425	1,6	576	1,1
95-99	26	0,1	91	0,3	117	0,2
+100	0	0,0	21	0,1	21	0,0
Totale	25.281	100	26.149	100	51.430	100

Popolazione Target dell'azione pilota

Soggetti di ambo i sessi, di età uguale o superiore a 65 anni con riscontro obiettivo di un quadro di decadimento cognitivo (anche iniziale) e residenti nei Comuni dell'Area bersaglio. Un focus specifico verrà, inoltre, effettuato, sui **pazienti con diagnosi di demenza (di qualunque tipo) o malattia di Alzheimer** e non autosufficienti.

In relazione alla tipologia di popolazione target considerata, estremamente significativo appare l'andamento di alcuni indici che riguardano l'invecchiamento della popolazione nella Regione Friuli Venezia Giulia (tab. 4).

Tabella 4 – Indici di invecchiamento della popolazione

Indice	Valore
Indice di vecchiaia ¹	189,8 (189 anziani ogni 100 giovani)
Indice di dipendenza strutturale ²	61,2 (61,2 non attivi ogni 100 persone in età da lavoro)
Indice di dipendenza dagli anziani ³	40,1 (40,1 anziani ogni 100 individui in età da lavoro)

Altrettanto significative, infine, sono alcune proiezioni demografiche dal 2017 al 2065. Tali proiezioni riguardano la regione Friuli Venezia Giulia, non essendo disponibili dati a livello disaggregato per l'area bersaglio.

Tabella 5 – Indicatori previsioni demografiche

Indicatore	2017	2065	Variazione
n. di abitanti	1.217.872	1.066.174	- 151.698
età media della popolazione (anni)	47,1	50,5	+ 3,4
indice di vecchiaia (valori %)	209	286	+ 77
popolazione 0-14 anni d'età (valori %)	12,3	11,7	- 0,6
popolazione 15-64 anni (valori %)	61,9	54,8	- 7,1
popolazione con età pari o superiore a 65 anni (valori %)	25,7	33,5	+ 7,8
popolazione con età pari o superiore a 85 anni (valori %)	4,1	10,1	+ 6
speranza di vita alla nascita maschi (anni)	80,6	87,4	+ 6,8
speranza di vita alla nascita femmine (anni)	85,4	90,8	+ 5,4
speranza di vita a 65 anni maschi (anni)	18,9	23,6	+ 4,7
speranza di vita a 65 anni femmine (anni)	22,6	26,9	+ 4,3

¹Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. I valori per la provincia di Udine e l'Italia sono rispettivamente 217,6 e 168,9.

²Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). I valori per la provincia di Udine e l'Italia sono rispettivamente 56 e 61,2.

³Rappresenta il numero di anziani ogni 100 individui potenzialmente indipendenti (età 15-64). I valori per la provincia di Udine e l'Italia sono rispettivamente 41,9 e 35,2.

Quale profilo per i case&care manager?

Le figure di case e care manager non sono ancora formalmente riconosciute nei contesti sociale e sanitario della regione Friuli Venezia Giulia. Nonostante ciò, nell'ambito più strettamente operativo, le funzioni attribuibili a tali figure sono ampiamente presenti, sia a livello di attività dei singoli professionisti che a livello di legislazione.

Per questo motivo, la sperimentazione di un approccio basato sul case&care management per la presa in carico dei pazienti/utenti con bisogni complessi, prevede **l'impiego di più professionisti e Servizi che integrano le proprie attività e competenze per una risposta più efficace a tali bisogni.**

Una delle principali sfide del progetto Care è proprio quella di collegare, funzione primaria del case&care manager, percorsi, procedure, reti di relazioni e servizi che spesso appaiono non connessi tra loro nell'erogazione di prestazioni rivolte alla popolazione oggetto della sperimentazione.

Nell'ambito dell'azione pilota che si sta svolgendo nel territorio del MedioFriuli, la funzione in oggetto è **svolta da un'equipe di professionisti composta da due case manager e da un care manager**, rispettivamente le infermiere professionali Michela Bosa e Rosalba Russo (individuate dall'AAS3 Alto Friuli Collinare Medio Friuli) e la psicologa Gabriella de Luca (individuata dall'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona – ASP Moro di Codroipo che, grazie ad un accordo di collaborazione con l'Unione territoriale intercomunale del MedioFriuli, partecipa alla realizzazione dell'azione pilota).

La tabella seguente riporta le principali caratteristiche dell'approccio di case e care management.

Tabella 6 – Principali funzioni del case e del care manager

Care Management	Case Management
Approccio “di sistema”	Approccio basato “sul singolo” (paziente o patologia)
Definizione di percorsi e processi di cura integrando diverse Strutture e Servizi in linea con gli obiettivi dell'Organizzazione e “di sistema”	Definizione, pianificazione, implementazione e valutazione di un programma di cura personalizzato coordinando diverse professionalità/Servizi
Scopo: <ul style="list-style-type: none"> • ridurre la frammentazione nell'erogazione dei Servizi; • erogare Servizi di qualità (efficacia); • contenere i costi (efficienza). 	Scopo: <ul style="list-style-type: none"> • ridurre la frammentazione nell'erogazione dei Servizi (attraverso attività di coordinamento); • erogare cure di qualità; • garantire una presa in carico globale e continua nel tempo del “caso”
Dare risposte alla popolazione relativamente a problematiche specifiche di natura sanitaria e/o sociale.	Attività di counselling, supporto, promozione della salute, educazione, cura e assistenza alla persona in condizione di bisogno.

Qual è il ruolo dei Case manager e dei Care manager?

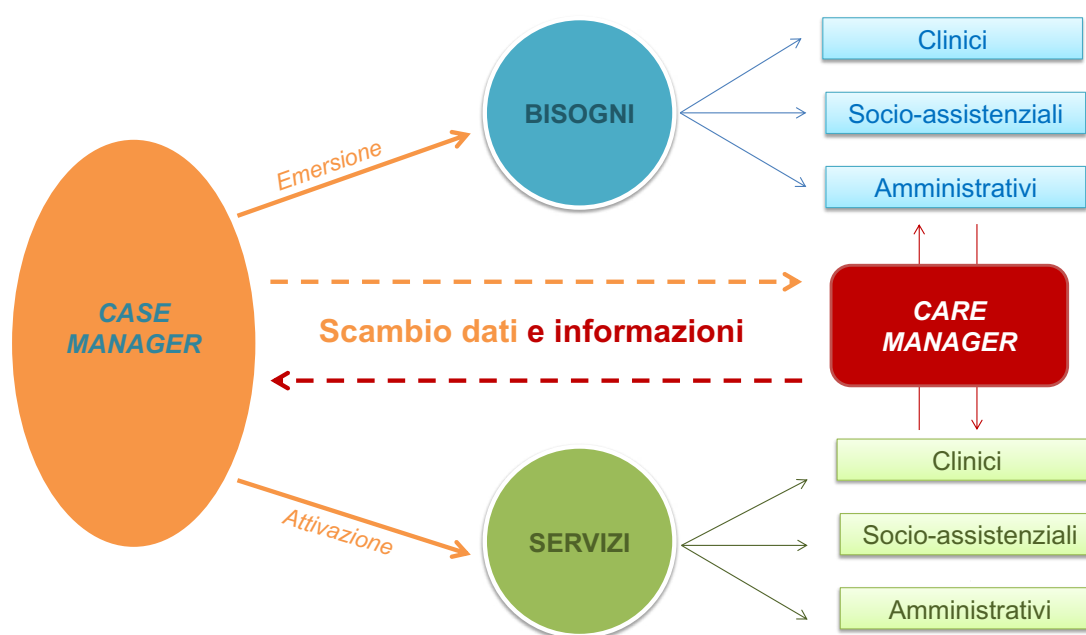
Il **Case manager** si occupa di:

- Fornire i propri contatti al paziente/caregiver all'atto della presa in carico
- Compilare la **check-list** per la valutazione delle necessità riguardanti l'attivazione di specifici Servizi
- Condividere i bisogni/necessità rilevati con i professionisti responsabili del "caso" (MMG ma anche personale Distretto Sanitario, Assistente Sociale...)
- **Supportare il paziente e il caregiver** nel percorso di prenotazione ed esecuzione degli accertamenti e/o degli adempimenti burocratico-amministrativi
- **Supervisionare che l'esecuzione di esami, visite, accertamenti**, pratiche burocratico-amministrative avvenga nel rispetto delle tempistiche stabilite e con le modalità previste
- Favorire l'attivazione dei Servizi necessari interfacciandosi direttamente, laddove necessario, con i vari providers e/o professionisti con responsabilità per l'attivazione di Servizi
- Compilare e **mantenere aggiornato il data-base** con le attività/tipologia di Servizi attivati per ogni singolo "caso"
- Compilare e mantenere aggiornato il "diario clinico" di ogni "caso" (decorso clinico, modifiche del profilo di bisogno...)
- Effettuare un **monitoraggio "clinico"** del caso mediante periodiche visite al domicilio del paziente
- Supervisionare la *compliance* al trattamento farmacologico/comportamentale
- Intervenire prontamente in occasione di criticità di carattere clinico e/o organizzativo relative allo specifico "caso"
- Fornire informazioni di base al paziente, familiari e caregivers relativamente alla patologia di base, ai percorsi assistenziali e alla tipologia dei Servizi disponibili con la relativa modalità di attivazione
- **Educare il paziente, i familiari e il caregiver** relativamente agli aspetti clinici, diagnostici e terapeutici correlati alla diagnosi e alle modalità di approccio ai Servizi
- Identificare prontamente e interpretare correttamente segnali di fragilità della rete assistenziale informale (famigliari/caregiver) prevenendo fenomeni di *burnout*
- **Segnalare**, in accordo con l'MMG, **i casi di maggior criticità** al Punto Unico di Accesso (PUA) distrettuale e organizzare l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e prendervi parte, monitorando poi l'effettiva applicazione del programma definito nel rispetto delle modalità e delle tempistiche stabilite
- **Verificare l'adeguatezza** del numero e della tipologia di Servizi attivati al profilo di bisogno in ogni fase del percorso di presa in carico
- Garantire uniformità nella modalità di presa in carico, accesso ai Servizi e attivazione degli stessi tra tutti i "casi"
- Rilevare, documentare e **condividere periodicamente** (2 meeting/mensili) con il Care Manager le criticità "di sistema" riscontrate nella presa in carico dei "casi" (es. attivazione di Servizi, criticità/fragilità di una o più fasi del percorso...)
- Segnalare e condividere con il responsabile dell'azione pilota le criticità emerse nel corso dello svolgimento dello studio e contribuire alla individuazione delle possibili azioni di miglioramento.

Il **Care manager** si occupa di:

- effettuare una prima mappatura e quindi **monitorare nel tempo il sistema di offerta** dei Servizi pubblici e privati nell'area bersaglio
- promuovere l'offerta dei Servizi pubblici e privati del territorio (es. organizzazione di eventi informativi/formativi, utilizzo di canali e strumenti di informazione istituzionali e/o più informali...)
- definire e **adottare strategie per la sensibilizzazione** della popolazione e delle Organizzazioni della società civile rispetto alla gestione della persona con demenza
- **promuovere il coinvolgimento attivo del Terzo Settore** tanto a livello di singolo "caso" quanto di "sistema"
- condividere periodicamente (2 meeting/mensili) con il Case Manager, il Coordinatore, ed eventualmente i Supervisor del pilota, le criticità "di sistema" riscontrate nella presa in carico dei "casi" (es. attivazione di Servizi, di una o più fasi del percorso...)
- **identificare** e condividere con il Case Manager, il Coordinatore, ed eventualmente i Supervisor del pilota, **possibili "strategie" per la risoluzione di tali criticità** e attivarsi per realizzarle
- analizzare periodicamente i dati contenuti nel data-base e le informazioni contenute nei diari clinici del Case Manager e realizzare report
- effettuare **valutazioni periodiche di impatto** del progetto monitorando specifici indicatori.

Figura 1 – Case&Care management: modello di sintesi



Chi segnala i casi?

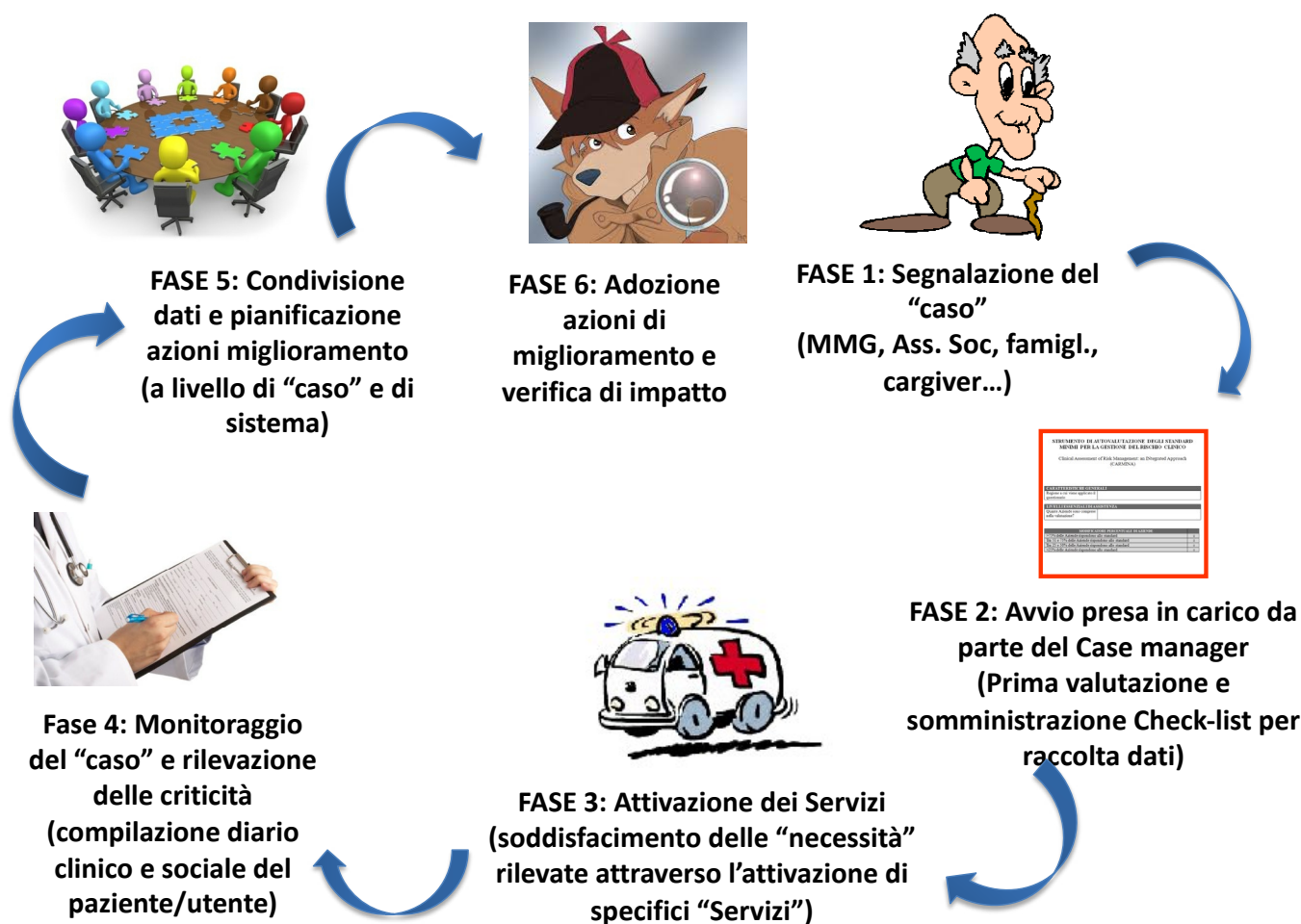
Le segnalazioni di possibili pazienti oggetto di reclutamento possono pervenire al case&care manager attraverso i seguenti canali:

- Personale sanitario
- Personale afferente all'ambito sociale
- Organizzazioni, pubbliche e private, operanti nell'ambito socio-sanitario
- Singolo paziente/utente
- Caregiver e/o famigliari.

Quali sono le fasi della presa in carico del paziente segnalato?

La figura 2 sintetizza le fasi che contraddistinguono il processo di presa in carico dei pazienti/utenti che rientrano nella sperimentazione del progetto Care.

Figura 2 – Processo di presa in carico dei pazienti/utenti del progetto Care



Le principali azioni svolte dall'equipe di Case&Care management

L'azione di supporto fornita dall'equipe territoriale di professionisti (Case e dal Care manager) nell'ambito dell'azione pilota e rivolta specificamente ai pazienti affetti da decadimento cognitivo e ai loro caregiver mira a:

- **individuare e contattare i Servizi** che possono fornire la risposta più adeguata ai bisogni della persona con demenza;
- **seguire i percorsi sanitari** (visite specialistiche, esami diagnostici, ecc.) **e sociali** (interventi domiciliari, Servizi Residenziali e Semi-residenziali) accompagnandoli e supportandoli nella scelta di quello più indicato;
- **svolgere gli adempimenti** per le necessarie pratiche di tipo burocratico amministrativo previste;
- **ricevere sostegno e supporto** educativo per un corretto approccio e una più efficace gestione delle problematiche della demenza nella quotidianità.

Come contattare i professionisti

DOVE: Distretto Sanitario Codroipo, ufficio 2° piano, stanza 216

CHI: Michela Bosa T. +39 331 6336271, Gabriella De Luca T. +39 366 4120295

QUANDO: da lunedì a venerdì dalle 9 alle 14

COME: E-mail: fvfg@case-care.eu



A che punto siamo?

Ad oggi, quindi trascorsi più di 6 mesi, sono stati reclutati 77 pazienti, consentendo all'equipe del Case&Care management di raggiungere e superare la quota di 50 prevista. Al di là degli attestati di stima pervenuti dai pazienti e dai famigliari che hanno ricevuto la visita a domicilio del Case e del Care manager, va segnalato come già 10 persone abbiano ottenuto un ingresso presso il Centro Diurno grazie al processo di presa in carico del progetto Care. Attualmente sono in corso di elaborazione i primi dati raccolti (check list e diario del paziente) che consentiranno di avere un quadro più preciso sull'andamento dell'azione pilota.

AZIONE PILOTA IN VENETO - VICENZA

Partner coinvolti

**IPAB di Vicenza, partner del progetto CaRe
e Direzione dei Servizi socio-sanitari dell'Azienda ULSS8 Berica***

(*i due Enti hanno firmato una convenzione in seno al progetto, al fine di collaborare in alcune fasi, in particolare in quelle relative alla sperimentazione del modello Case&Care).

Durata totale

1 aprile 2019 - 31 marzo 2020

Contesto

L'azione pilota del progetto CaRe ha come "area bersaglio" il Distretto Est.

Nello specifico, tale area comprende i seguenti Comuni:

- Agugliaro
- Albettono
- Altavilla Vicentina
- Arcugnano
- Asigliano
- Barbarano Mossano
- Bolzano Vicentino
- Bressanvido
- Caldogno
- Camisano Vicentino
- Campiglia dei Berici
- Castegnaro
- Costabissara
- Creazzo
- Dueville
- Gambugliano
- Grisignano di Zocco
- Grumolo delle Abbadesse
- Isola Vicentina
- Longare
- Montegalda
- Montegaldella
- Monteviale
- Monticello Conte Otto
- Nanto
- Noventa Vicentina
- Orgiano
- Pojana Maggiore
- Pozzoleone
- Quinto Vicentino
- Sandrigo
- Sossano
- Sovizzo
- Torri di Quartesolo
- Vicenza
- Villaga
- Zovencedo



Dati demografici

Le tabelle che seguono sintetizzano alcuni dati socio-demografici dell'area in oggetto (fonte dati, Istat 2017), con particolare riferimento al Comune di Vicenza, che risulta essere il contesto territoriale maggiormente coinvolto in questo progetto.

Tabella 1 – La struttura della popolazione e movimento demografico nel Comune di Vicenza (Anno 2017)

Popolazione totale	111.620		
Indice di vecchiaia	193,1	Iscritti	3.721
Indice di dipendenza	59,0	Cancellati	3.907
Indice di ricambio	129,9	<i>Saldo migratorio</i>	-186
Nati	807	Tasso immigrazione	33,3
Morti	1.199	Tasso emigrazione	35,0
<i>Saldo naturale</i>	-392	Speranza di vita M (dato al 2016)	81,3
		Speranza di vita F (dato al 2016)	86,1

Fonte: Anagrafe comunale Comune di Vicenza

Tabella 2 – Popolazione residente a Vicenza, distribuzione per genere e fascia d'età (31 dicembre 2017)

	FEMMINE	MASCHI	
Meno di 5	2.016	2.199	4.215
Da 5 a 9	2.274	2.494	4.768
Da 10 a 14	2.499	2.642	5.141
Da 15 a 19	2.531	2.699	5.230
Da 20 a 24	2.702	2.826	5.528
Da 25 a 29	2.907	2.875	5.782
Da 30 a 34	2.914	2.742	5.656
Da 35 a 39	3.173	3.041	6.214
Da 40 a 44	4.094	3.927	8.021
Da 45 a 49	4.607	4.635	9.242
Da 50 a 54	4.883	4.715	9.598
Da 55 a 59	4.298	3.858	8.156
Da 60 a 64	3.631	3.163	6.794
Da 65 a 69	3.386	2.858	6.244
Da 70 a 74	3.527	2.659	6.186
Da 75 a 79	3.446	2.470	5.916
Da 80 e più	5.932	2.997	8.929

Fonte: Anagrafe comunale Comune di Vicenza

Visti gli obiettivi del progetto CaRe, rivolto prevalentemente alla **presa in carico** da parte dei servizi territoriali (sociali e sanitari) di **persone over 65 non auto-sufficienti**, estremamente significativo appare l'andamento di alcuni indici che riguardano l'invecchiamento della popolazione (tab. 3).

Tabella 3 – Previsione della popolazione nel Comune di Vicenza

Altrettanto significative, infine, sono alcune proiezioni demografiche da qui al 2038.

	2017	2028 ⁽¹⁾	2038 ⁽²⁾
Popolazione totale	111.620	111.870	110.146
Popolazione 65+	27.275	30.552	33.165
Non autosufficienti	5.039	5.652	6.136

⁽¹⁾ Stime

Fonte: Istat e Regione Veneto

Tabella 4 – Caratteristiche delle famiglie nel Comune di Vicenza (Anno 2017)

Famiglie totali	51.904
N° medio componenti per famiglia	2,13

Famiglie con 1 componente	21.704
Famiglie con 2 componente	13.766
Famiglie con 3 componente	7.925
Famiglie con 4 componente	6.191
Famiglie con 5 componente	1.667
Famiglie con 6 o più componenti	651

Persone sole (famiglie unipersonali)	21.704
Coppie con figli	12.919
Coppie senza figli	9.521
Genitore solo con figli	5.214
Altro	2.546

Famiglie con 1 anziano	12.670
Famiglie con 2 anziani	6.695
Famiglie con 3 anziani	56
Famiglie con 4 anziani	3

Fonte: Anagrafe comunale, Comune di Vicenza

Tabella 5 – Residenti con patologie croniche a Vicenza (Anno 2016)

CLASSE ETÀ	1 condizione cronica	% su classe età	2 condizioni croniche	% su classe età	3 condizioni croniche	% su classe età	>3 condizioni croniche	% su classe età
< 65 anni	12.426	15%	3.473	4%	1.192	1%	752	1%
65-74 anni	3.707	29%	2.097	16%	1.101	9%	968	8%
75-84 anni	2.765	27%	2.093	20%	1.312	13%	1.687	16%
>= 85 anni	1.135	22%	1.078	21%	776	15%	1.339	26%
Totale	20.033	18%	8.741	8%	4.381	4%	4.746	4%

Fonte: Anagrafe regionale fornita dal SER per archivio ACG (Adjusted Clinical Group) 2016

Chi sono i destinatari dell'azione pilota?

La sperimentazione locale, in seno al progetto, coinvolge le **persone in dimissione dai reparti ospedalieri e destinate a due tipologie di Strutture Intermedie - SI** (URT – Unità Riabilitativa Territoriale e OdC – Ospedale di Comunità).

Le Strutture Intermedie (Ospedali di Comunità - ODC - Unità Riabilitative Territoriali - URT) sono strutture sanitarie che possono essere inserite all'interno di strutture pubbliche (ospedali od ex ospedali riconvertiti) o all'interno di strutture private accreditate (ospedaliere od extraospedaliere).

Sono strutture atte a garantire le "cure intermedie" cioè alle cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico e che trattano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo.

Vengono erogate prestazioni prevalentemente di tipo sanitario con partecipazione della spesa da parte dell'utente solo dopo una data soglia.

Rispetto all'ospedale, prevale l'attenzione e la ricerca della riduzione delle conseguenze funzionali (disabilità) della malattia rispetto alla dimensione diagnostica e/o procedurale terapeutica.

L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

La risposta ai bisogni corrisponde principalmente a due tipi di offerta: di recupero funzionale e di stabilizzazione/adattamento alla disabilità.

Possono essere ammessi in Ospedale di Comunità:

- pazienti affetti da patologie croniche o riacutizzate che periodicamente necessitano di controlli o terapie particolari che non possono essere efficacemente eseguibili a domicilio;
- pazienti affetti da malattie evolutive che non possono essere curati a domicilio;
- pazienti in dimissione da reparti ospedalieri per i quali è necessario stabilizzare le condizioni fisiche oppure continuare il processo di recupero in ambiente extra-ospedaliero;
- pazienti con patologie in fase di aggravamento che non possono essere seguiti a domicilio;
- pazienti con perdita recente di alcune funzioni basilari della vita quotidiana (ADL) che possono essere recuperate, oppure che necessitano di riadattarsi alla nuova situazione;
- pazienti con prognosi infausta a breve termine che hanno perso alcune funzioni basilari della vita quotidiana e con condizioni che non permettono la permanenza a domicilio né in hospice.

L'UNITÀ RIABILITATIVA TERRITORIALE

La risposta ai bisogni corrisponde principalmente all'offerta di riabilitazione neurologica e motoria per la riduzione della disabilità residua dopo eventi acuti o riacutizzazioni di patologie croniche.

Possono essere accolti in Unità Riabilitativa Territoriale:

- pazienti con funzionalità temporaneamente perse ma parzialmente o totalmente recuperabili ed è

necessario intervenire per ridurre la disabilità conseguente alla malattia con interventi di riabilitazione estensiva;

- pazienti a lento recupero funzionale che hanno già effettuato riabilitazione intensiva ma che necessitano di proseguire il trattamento;
- pazienti cronici con patologie evolutive e grave disabilità che necessitano di un periodo di riabilitazione e/o adattamento a nuovi ausili o ad un nuovo livello di disabilità.

Quale profilo per i case & care manager?

Il care management è un modello assistenziale/organizzativo previsto nel sistema socio-sanitario della Regione Veneto che permette di affrontare in maniera innovativa la crescente complessità delle cure territoriali e prendere in carico pazienti con complessità avanzata.

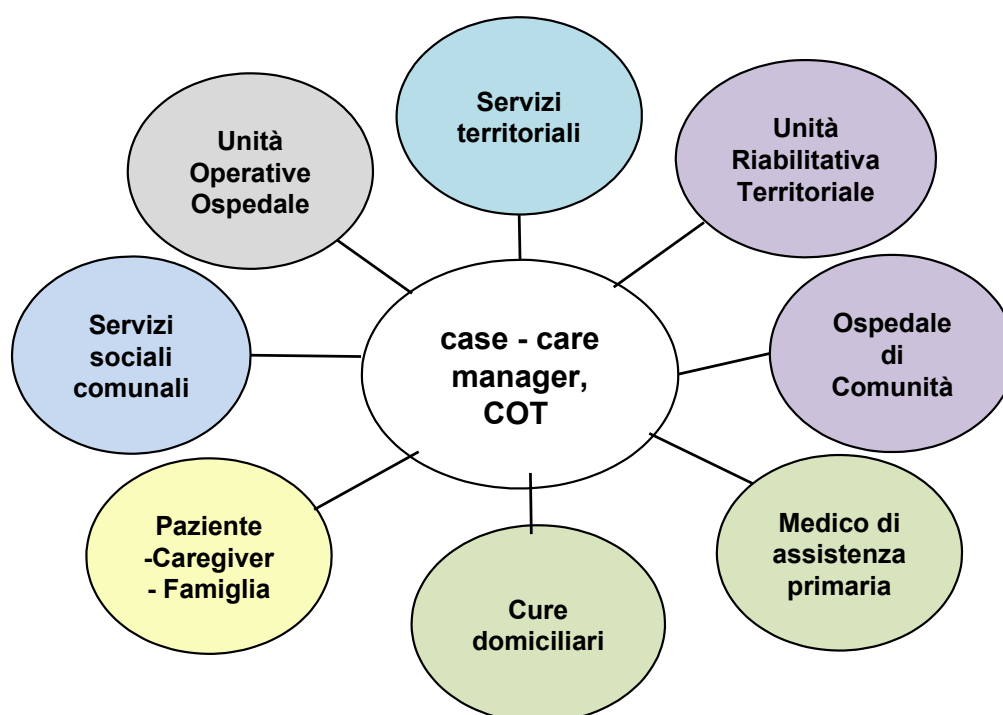
Il case management è un processo collaborativo di valutazione, pianificazione, facilitazione e difesa di opzioni e servizi per soddisfare i bisogni olistici di una persona attraverso la comunicazione e le risorse disponibili per promuovere risultati di qualità ed economicamente vantaggiosi (Marfleet, F. et al., 2013).

Nel Veneto sono stati strutturati percorsi formativi e di aggiornamento specifico.

La proposta progettuale considera il contesto normativo regionale e le esperienze di applicazione negli ambiti territoriali dove emerge l'importanza dell'approccio integrato multidisciplinare.

La sperimentazione di un modello di case & care management, per la presa in carico dei pazienti/utenti target, prevede l'impiego di più professionisti della cura e dell'assistenza.

Figura 1 - I contatti del Case-care manager con la rete dei servizi



Le **principali sfide** del progetto CaRe sono:

- accompagnare la persona nei passaggi tra i diversi setting assistenziali;
- migliorare il livello di soddisfazione dell'utente;
- superare la frammentazione delle offerte di cura;
- definire un piano di cura condiviso;
- coinvolgere attivamente il caregiver;
- garantire appropriatezza negli interventi di cura;
- incrementare il livello di efficienza dei processi eliminando gli sprechi.

La figura di care-case manager (Agnese Savegnago) è stata individuata da IPAB di Vicenza che, grazie ad un accordo di collaborazione con la Direzione Socio Sanitaria dell'AULSS8, coordina la realizzazione dell'azione pilota locale, nell'ambito delle attività della COT – Centrale Operativa Territoriale.

Qual è il ruolo dei Case manager e dei Care manager?

Case Manager

Il Case manager, da noi definito di percorso, collabora con il Medico Responsabile delle Strutture Intermedie in:

- valutazione dei bisogni assistenziali utili all'ammissione;
- gestione degli aspetti informativi con l'utente e con le strutture coinvolte;
- attivazione della presa in carico;
- monitoraggio dei percorsi;
- gestione delle criticità.

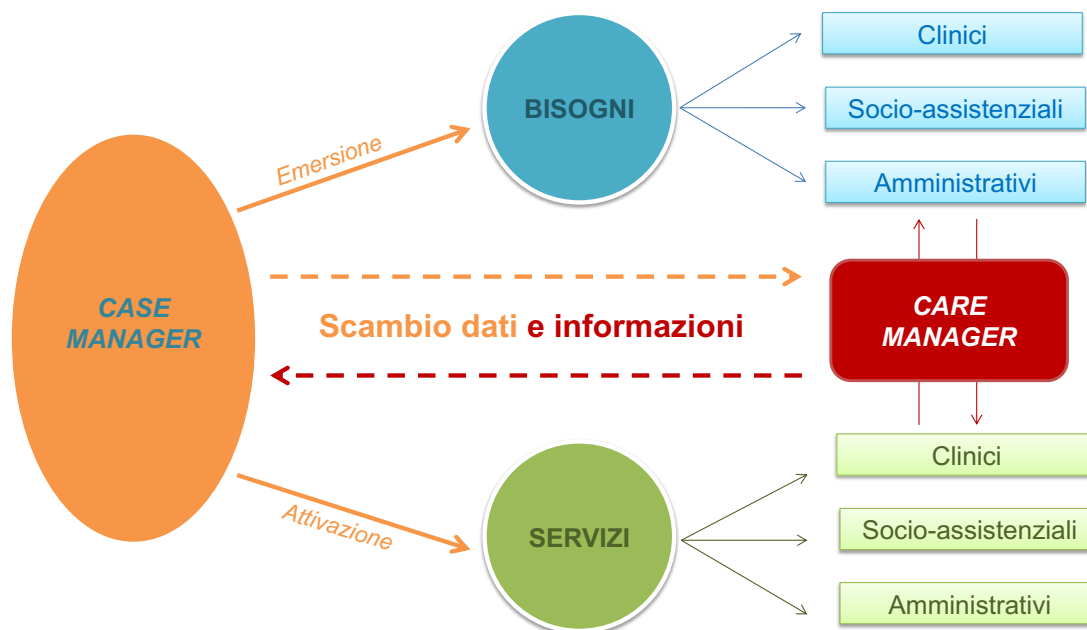
Care Manager

Il care manager mantenendo l'integrazione con gli altri servizi socio sanitari, con altri professionisti e tenendo in considerazione il rapporto costo qualità richiesto dal sistema propone ai pazienti/utenti un ventaglio di soluzioni utili al fine di ricercare quelle più favorevoli per le loro condizioni clinico assistenziali.

Nel progetto specifico la funzione del care manager è quella di **contribuire alla re-definizione del percorso delle Strutture Intermedie secondo criteri di efficacia, appropriatezza ed efficienza.**

Attraverso le attività di un gruppo di lavoro dedicato ed interventi di osservazione focalizzata su alcune fasi di sviluppo del processo, rileva le criticità, i rischi potenziali per l'utente e le possibili soluzioni migliorative secondo i principi del lean management.

Figura 2 – Case&Care management: modello di sintesi



Chi segnala i casi?

Le persone potenzialmente rientranti nella sperimentazione (da reparto a Struttura Intermedia) sono segnalate, principalmente, dai **reparti ospedalieri** (unità operative) di Geriatria, Ortopedia, Medicina e Neurologia.

I singoli reparti sono dotati di una figura di riferimento (Case manager) che attiva la segnalazione.

Quali sono le fasi dell'azione pilota?

Figura 3 - Scheda sintetica della fase pilota:

OBIETTIVI	ESITI	INDICATORI	MACROAZIONI	STRUMENTI	RESPONSABILI	RISORSE UMANE
<p>GENERALE:</p> <p>Migliorare la continuità assistenziale nei percorsi di presa in carico dei soggetti con progetti di inserimento in Strutture Intermedie (OdC e URT)</p>	<p>Inserimenti appropriati</p> <p>Miglioramento dello stato di salute individuali (scale di valutazione: Barthel, SVAMA, ADL, SDO)</p>	<p>N° ricoveri ripetuti dei pazienti transitati in COT (Centrale Operativa Territoriale) / N° segnalazioni transitate in COT ($\leq 15\%$)</p> <p>Media del livello di autonomia raggiunto al tempo X da parte dell'utente.</p> <p>N. reclami ricevuti / N° utenti inseriti in SI transitati in COT – altra strutture</p> <p>N° utenti inseriti in SI transitati in COT / N° segnalazioni transitate in COT di utenti autorizzati all'inserimento (dettagliando U.O. di provenienza)</p> <p>N° utenti con domanda di inserimento in SI transitati in COT / N° utenti inseriti in SI transitati in COT (dettagliando provenienza)</p>	<p>Definire il gruppo di lavoro dedicato e il Referente:</p> <p>-Inserimento in OdC – URT</p> <p>Strutturare un sistema di monitoraggio per tracciare le transizioni (database)</p> <p>Definire un cronoprogramma delle attività (Gantt)</p> <p>Definizione del piano delle attività del Care manager del progetto</p> <p>Concordare il target dei soggetti coinvolti nello studio pilota</p>	<p>STRUMENTI INFORMATIVI:</p> <p>Sistema informatico. Indirizzo mail.</p> <p>Numero telefonico dedicato.</p> <p>Pagina web dedicata.</p> <p>Documenti divulgativi.</p> <p>Diario di bordo.</p> <p>Audit.</p> <p>Incontri programmati.</p> <p>Data base delle transizioni.</p> <p>Mappatura delle unità di offerta.</p>	<p>Task force Interreg:</p> <p>- Responsabile del progetto;</p> <p>- Consulenti del progetto;</p> <p>- Care manager di progetto;</p> <p>- Direttore Servizi socio sanitari;</p> <p>- COT;</p> <p>- Funzione territoriale.</p>	
<p>SPECIFICO1</p> <p>Migliorare il coordinamento nei percorsi di transizione:</p> <p>- Ottimizzare i tempi (velocizzare) dei processi di transizione (segnalazione, valutazione, registrazione, presa in carico).</p>	<p>Gestione coordinata dei percorsi di inserimento in Strutture Intermedie (OdC e URT)</p>	<p>Tempestività delle segnalazioni da Ospedale:</p> <p>Tempo medio conseguito nell'anno x / tempo atteso (xx gg)</p> <p>Media dei giorni di attesa per valutazione ingresso in SI (tempo intercorso tra la registrazione della domanda e l'autorizzazione) calcolato su campioni significativi e differenziati per U.O.</p> <p>N° domande di inserimento in SI transitate in COT inserite in Sistema Informativo entro ... dalla ricezione / N° domande di inserimento in SI transitate in COT.</p> <p>Tempi di presa in carico da parte del Territorio:</p> <p>Media dell'intervallo di tempo che intercorre tra l'inserimento in lista di attesa e la data di ingresso in Struttura Intermedia.</p>	<p>Revisionare - definire i percorsi specifici.</p>	<p>Percorsi in uso.</p> <p>Incontri programmati per l'analisi degli strumenti.</p> <p>Studio di casi in corso.</p> <p>Studio retrospettivo dei casi transiti in un anno.</p> <p>Sistema informatico "Arianna".</p> <p>Sistema informatico aziendale Auluss 8 "Infoclin".</p> <p>Programma informatico SI.</p>	<p>Gruppo di lavoro Infermiere Case-care manager).</p>	<p>Gruppo di lavoro:</p> <p>Direzione medica – Case Manager Ospedaliere;</p> <p>Direzione Cure Primarie;</p> <p>Responsabili SI;</p> <p>Direzione IPAB Vicenza – Case manager SI; COT;</p> <p>Care manager;</p> <p>Consulenti di progetto.</p>

OBIETTIVI	ESITI	INDICATORI	MACROAZIONI	STRUMENTI	RESPONSABILI	RISORSE UMANE
SPECIFICO 2 Standardizzare i documenti a supporto della transizione	Adozione standardizzata dei documenti	N° di "format condivisi" di schede inserimento in SI transitate in COT / N° domande di inserimento in SI transitate in COT	Definizione/Revisione di uno strumento/scheda con criteri di reclutamento per: -inserimento di utenti in SI Definizione criteri / modalità gestione Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMMD) casi complessi.	Strumenti / schede in uso per la valutazione del paziente: scheda dimissione protetta, scheda inserimento OdC-URT, SVaMA, Unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMMD)	Gruppo di lavoro dedicato (Infermiere Case-care manager).	Gruppo di lavoro: Direzione medica – Case Manager Ospedaliere; Direzione Cure Primarie; Responsabili SI; Direzione IPAB Vicenza – Case manager SI; COT; Care manager; Consulenti di progetto.
SPECIFICO 3 Garantire il gradimento (la soddisfazione) dell'utente/famigliari/caregiver	Miglioramento del gradimento da parte dei pazienti/famigliari/caregiver (indagine gradimento es PREM)	N° utenti con grado di soddisfazione X / totale utenti intervistati...	Definizione/Individuazione di strumento validato per indagare la soddisfazione . Applicazione dello strumento. Monitoraggio/Verifica.	Audit e incontri. Dato raccolto da accesso nel setting in esame post presa in carico.	Infermiere care manager.	In collaborazione con COT.

Le principali azioni svolte da gruppo di lavoro dedicato al processo oggetto della sperimentazione

- Raccolta di dati descrittivi del processo in essere: utenti segnalati per inserimento presso le SI, utenti inseriti nelle SI, utenti dimessi dalle SI (idonei, non idonei, intervalli di tempo nei passaggi, suddivisione per reparti segnalanti, proroghe assegnate, tempi di degenza medi presso SI...)
- Condivisione ed analisi critica dei dati raccolti
- Avvio del percorso di efficientamento del processo secondo i principi del lean management:
 - Formazione del gruppo sui principi del lean management (incontri allargati a tutti gli attori potenzialmente coinvolti nel percorso);
 - Rappresentazione grafica del processo tramite il value stream mapping (VSM).
 - Definizione delle attività a valore per l'utente;
 - Identificazione delle criticità definendone le priorità;
 - Individuazione degli sprechi (muda);
 - Ridisegno del processo;
 - Applicazione sperimentale del percorso individuato.

Come contattare i professionisti

Centrale Operativa Territoriale
 CM Agnese Savegnago
 da lunedì a venerdì dalle 9 alle 14
 T. +39 0444 757271
 E-mail: veneto@case-care.eu



A che punto siamo?

Nei 12 mesi in cui si sviluppa l'azione pilota è prevista l'analisi dei casi storici e, in parallelo, la gestione e l'efficientamento dei percorsi che vanno dalla valutazione socio-sanitaria in reparto ospedaliero finalizzata all'inserimento in SI, alla dimissione dell'utente dalla struttura stessa.

In questa logica è stato istituito un **gruppo di lavoro dedicato**, composto da diversi soggetti (Care manager del progetto, direttore medico Cure Primarie Distretto Est, responsabile COT, responsabile medico Strutture Intermedie, referente medico della Direzione Medica, Case manager di strutture intermedie, Case manager ospedalieri, Case manager di percorso ed alcuni consulenti di progetto) che, con il supporto di una consulente aziendale - esperta di metodi *lean*, applicati anche al settore socio-sanitario, riprogetta le diverse fasi organizzative del percorso in oggetto.

In un'ottica futura di sostenibilità dei costi e di miglioramento continuo nella gestione dei processi di presa in carico socio-assistenziale, **si auspica il coinvolgimento anche dei Servizi Sociali delle amministrazioni locali.**

Dall'analisi storica dei dati recenti sono presi in carico circa 600 utenti su base annua. Il Case&Care manager per la fase di sperimentazione (D.ssa Agnese Savegnago), oltre ad interloquire con tutti gli attori coinvolti nel processo, sta anche svolgendo un'azione di "osservazione sul campo", presso i reparti ospedalieri e alcune Strutture Intermedie, dialogando con medici, responsabili e Case manager. E, dai primi esiti delle osservazioni in atto, sono già emerse alcune linee di miglioramento, utili proprio al gruppo di lavoro dedicato.

Interreg

Italia-Österreich

European Regional Development Fund



EUROPEAN UNION



Interreg V-A Italia Austria
2014-2020

www.case-care.eu



CONTACTS

Priv.-Doz. MMag. Dr. Eva Schulc - UMIT- Institut für Pflegewissenschaft
EWZ 1, 6060 Hall in Tirol, Email: care@umit.at

UMIT
the health & life sciences university



ipab
di vicenza



UTI MEDIOFRIULI

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
azienda per l'assistenza sanitaria
3 Alto Friuli, Collinare, Medio Friuli