

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Regione Emilia-Romagna



UNIMORE  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI  
MODENA E REGGIO EMILIA

# Tavola rotonda: la funzione distrettuale nell'assistenza integrata



Con il patrocinio della



REGIONE del VENETO

Fondazione  
SSP  
Scuola di  
Sanità  
Pubblica



Anaste  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE STRUTTURE TERZA ETÀ

**VENEZIA**  
23 FEBBRAIO  
2018  
Scuola Grande  
San Giovanni  
Evangelista  
Sestiere di San Polo, 2454

CONVEGNO NAZIONALE  
**LA GESTIONE INTEGRATA DELLA  
DISABILITÀ NEUROPSICHICA PRESENILE**  
LA SFIDA DELLA CRONICITÀ PRECOCE

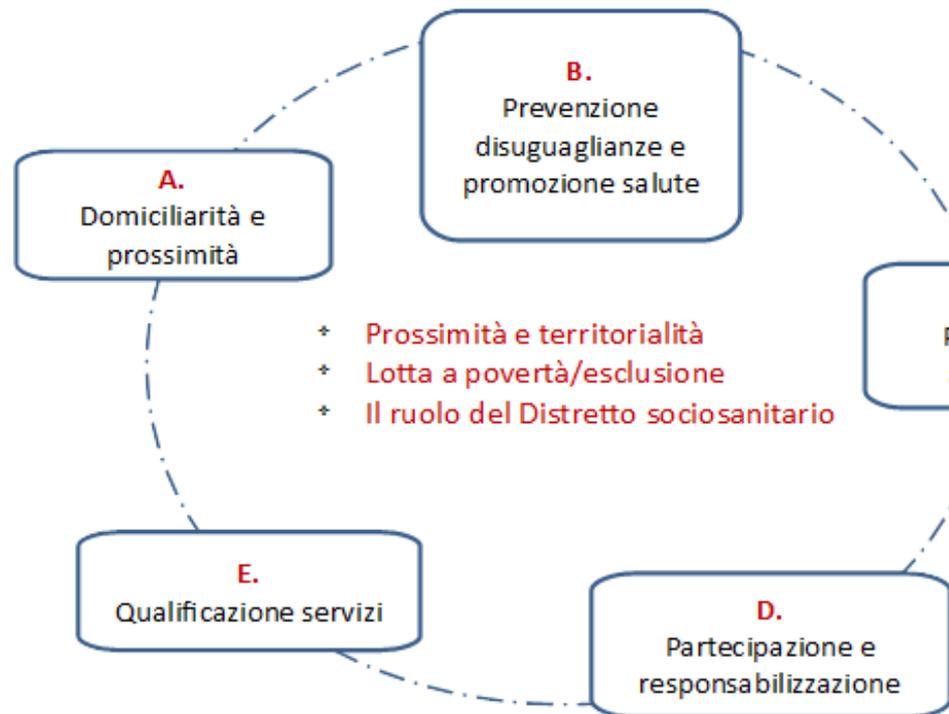
2018 **MOTORE**  
**SANITÀ**  
Sanità Universale

**Andrea Fabbo**

*Direttore UOC Disturbi Cognitivi e Demenze-  
Dipartimento Cure Primarie AUSL Modena  
Servizio Assistenza Territoriale RER*

# Il nuovo PSSR 2017-2019

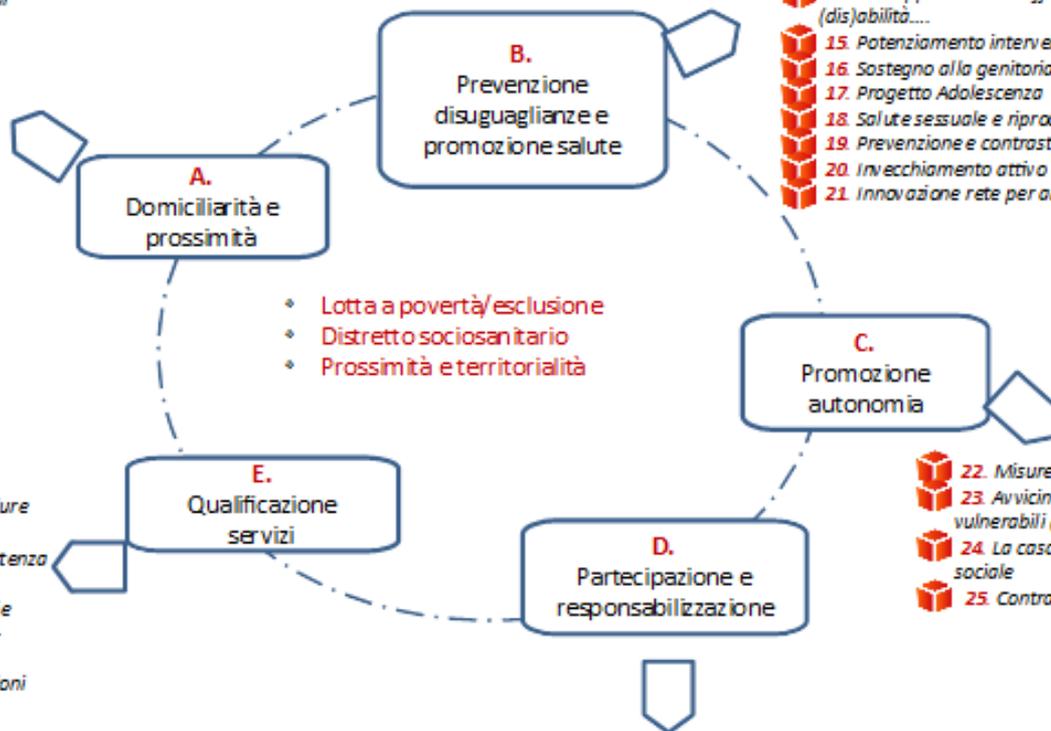
I principi del nuovo **PSSR 2017-2019**:  
approvato dall'Assemblea Legislativa  
regionale con DGR n. 120 del 12 luglio 2017



# Gli interventi sono descritti da schede che individuano le azioni da sviluppare

- 1. Case della salute e Medicina d'iniziativa
- 2. Riorganizzazione rete ospedaliera e territoriale integrata
- 3. Cure intermedie e sviluppo Ospedali di comunità
- 4. Budget di salute
- 5. Riconoscimento ruolo caregiver
- 6. Progetto di vita, Vita indipendente, Dopo di noi
- 7. Rete cure palliative
- 8. Salute in carcere, umanizzazione e reinserimento

- 9. Medicina di genere
- 10. Contrasto dell'esclusione sociale (povertà estrema,...)
- 11. Equità: metodologie e strumenti
- 12. Inclusione persone straniere neo-arrivate
- 13. Fondi integrativi extra LEA
- 14. Pari opportunità e differenze di genere, generazione, cultura, (dis)abilità....
- 15. Potenziamento interventi nei primi 1000 giorni di vita
- 16. Sostegno alla genitorialità
- 17. Progetto Adolescenza
- 18. Salute sessuale e riproduttiva, prevenzione sterilità
- 19. Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
- 20. Invecchiamento attivo in salute e tutela fragilità
- 21. Innovazione rete per anziani nell'ambito del FRNA



- 30. Aggiornamento di strumenti e procedure sociosanitarie
- 31. Riorganizzazione/miglioramento assistenza alla nascita
- 32. Equità d'accesso a prestazioni sanitarie
- 33. Miglioramento accesso in emergenza-urgenza
- 34. Metodologie per innovare organizzazioni e pratiche professionali
- 35. ICT strumento per nuovo modello e-welfare
- 36. Consolidamento e sviluppo Servizi sociali territoriali
- 37. Qualificazione accoglienza/tutela 0-18 anni e neomaggiorenni con bisogni sociosanitari complessi
- 38. Nuovo calendario vaccinale e miglioramento coperture
- 39. Livelli essenziali delle prestazioni sociali

- 22. Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
- 23. Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (Lr 14/2015)
- 24. La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
- 25. Contrasto alla violenza di genere

- 26. Empowerment e partecipazione di comunità (PRP)
- 27. Capirsi fa bene alla salute (Health literacy)
- 28. Valorizzazione conoscenze esperienziali e Aiuto tra pari
- 29. Partecipazione civica e collaborazione tra pubblico ed Enti del terzo settore

## L'idea



La scelta di realizzare le **Casa della Salute** nasce dall'idea  
che

**i cittadini possano avere una struttura territoriale di  
riferimento**

che rappresenti una certezza concreta di risposta ai  
diversi bisogni

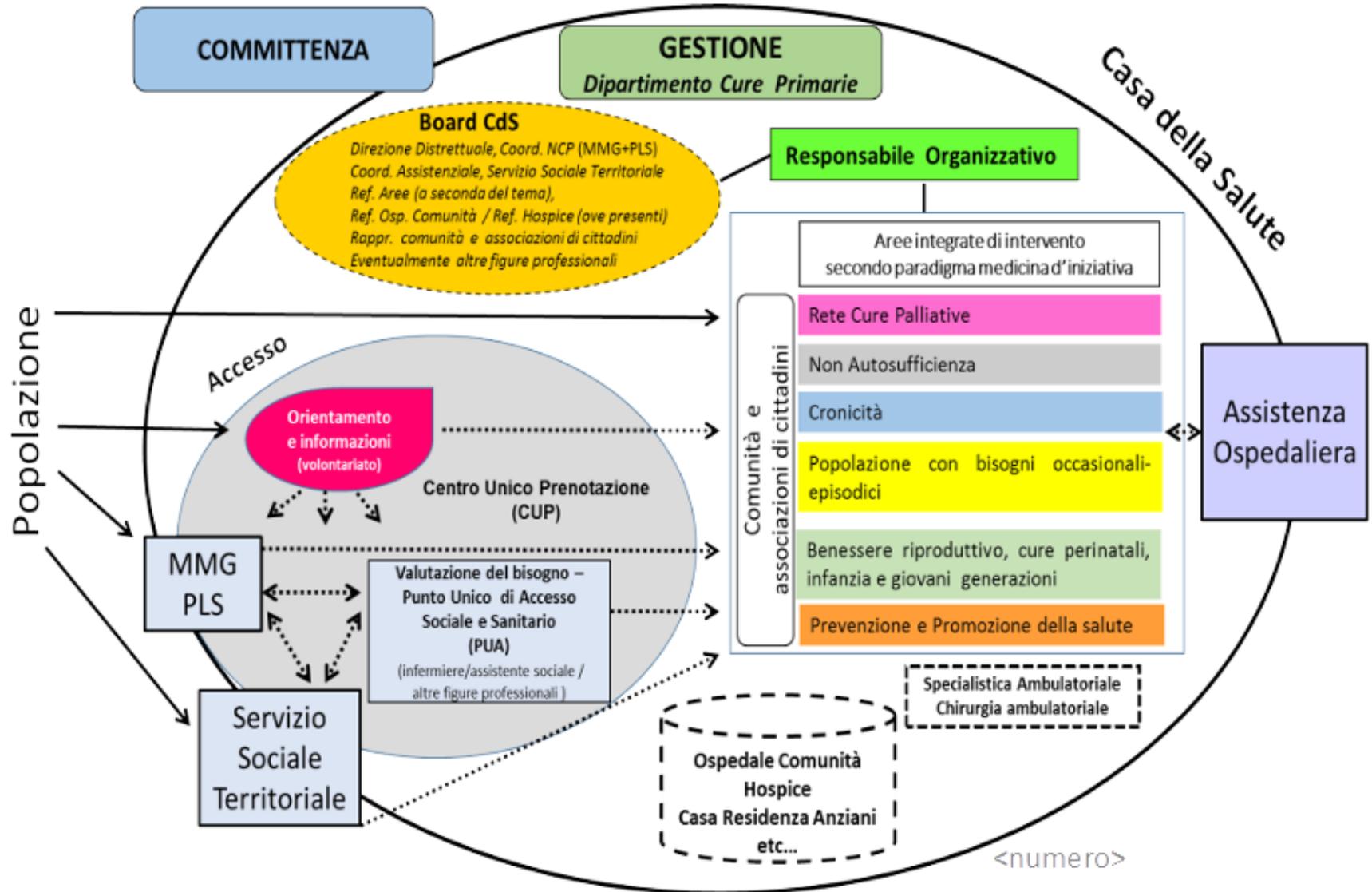
Al 31.12.2017 realizzate n° **91** CDS che assistono circa 2.000.000 cittadini; a  
regime saranno **122**

## Obiettivi della CdS



- ✓ **Facilitazione dell'accesso**
- ✓ Valutazione del bisogno
- ✓ Prevenzione e promozione della salute
- ✓ Risposta alla domanda di salute della popolazione almeno nelle 12 ore giornaliere
- ✓ Presa in carico della **cronicità** e **fragilità** secondo il paradigma della **medicina d'iniziativa**
- ✓ Attivazione di percorsi di cura **multidisciplinari**
- ✓ Partecipazione della **comunità locale**
- ✓ **Integrazione ospedale-territorio**

# Il modello organizzativo della Casa della Salute



# Si lavora per aree trasversali di intervento

## Prevenzione e promozione della salute

- Gruppi di educazione alla salute
- Progetti di comunità su stili di vita salutari (alimentazione, attività fisica, alcol, fumo)
- Camminate della salute
- Incontri tra professionisti e popolazione
- Vaccinazioni in età pediatrica e adulta
- Prevenzione obesità infantile
- Screening oncologici
- Progetto antibioticoresistenza

## Benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni

- Promozione allattamento al seno
- Percorso nascita, IVG, sterilità
- Percorso maltrattamento e abuso sui minori
- Progetto adolescenza (DGR 590/2013)
- Disagio psichico e consumo sostanze nei giovani
- Prevenzione violenza domestica e sessuale
- Cronicità in età pediatrica
- Programma DSA

## Popolazione con bisogni occasionali-episodici

Popolazione generale che ricorre alle attività presenti nella Casa della Salute per un problema di salute circoscritto e un periodo di tempo delimitato

Tra le nuove attività: accoglienza, valutazione, *counselling* per problemi di natura psicosociale nella popolazione adulta

## Prevenzione e presa in carico della cronicità

- Gruppi sui corretti stili di vita
- Lettura integrata del rischio cardiovascolare
- Programma Leggieri
- Programma Budget di Salute (DGR 1554/2015)
- Percorso DCA (DGR 1298/2009)
- Percorso alcol
- Identificazione e presa in carico popolazione fragile
- Palestre Etiche, AFA ed EFA
- PDTA condizioni croniche nell'adulto (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, Sclerosi multipla)
- Gestione infermieristica proattiva e integrata (MMG, Specialisti, assistente sociale, ...)

## Non Autosufficienza

- Disturbi cognitivi e Programma demenze
- Programma SLA
- Prevenzione cadute in casa
- Percorsi socio-sanitari salute mentale (DGR 1423/2015)

## Rete cure palliative

Percorso di cure palliative per garantire la continuità clinico-assistenziale nei nodi della rete (DGR 560/2015)

## Gli attori della Casa della Salute

- Dipartimenti territoriali (sanità pubblica, cure primarie, salute mentale e dipendenze patologiche)
- Medicina convenzionata (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali tra cui i **neurologi, psichiatri, geriatri e fisiatri**)
- Dipartimenti ospedalieri
- Servizio sociale territoriale
- Comunità e associazioni di cittadini.

Il minimo comun denominatore delle Case della Salute sono le **équipe multiprofessionali e interdisciplinari** composte da: medico di medicina generale, infermiere, assistente sociale, assistenza ostetrica e medico specialista di riferimento in alcuni casi integrati da: psicologo, fisioterapista e altre figure riabilitative.

**SANITÀ****DILLO AL CARLINO**

E tu cosa ne pensi?  
Mandaci una mail a:  
cronaca.modena@ilcarlino.net

# «Case della salute essenziali per il welfare»

*Decollano le 11 nuove strutture. Il dg Annicchiarico: «Semplificano la vita ai cittadini»*

UN PUNTO di riferimento certo, riconoscibile e vicino ai cittadini, integrazione fra assistenza primaria, continuità assistenziale, prevenzione, bisogni socio-sanitari. È l'identikit delle "case della salute" che nel modenese sono 11 (Bomporto, Castelfranco, Novi, Rovereto, Finale Emilia, Cavezzo, Pievepelago, Fanano, Montefiorino, Spilamberto e Guiglia) che garantiscono equipe multiprofessionali. Da quella di Castelfranco, unica in Regione a svolgere una intensa attività chirurgica, a Cavezzo dove è stata avviata la chiamata attiva per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, come il caso infarto, a Guiglia, realizzata sperimentando un percorso partecipativo, un vero laboratorio aperto ai contributi del volontariato, delle istituzioni e dei singoli cittadini per realizzare in pieno il concetto di welfare di comunità. «Le case della salute iniziano a mostrare nei fatti quale patrimonio di salute sia possibile preservare con l'assistenza primaria, mantenendo le peculiarità della medicina generale ed al contempo semplificando la vita dei cittadini, con progetti comuni fra professionisti, comunità e istituzioni» — dice il direttore generale dell'Ausl di Modena Massimo Annicchiarico — «La strada da fare è ancora molto lunga, ma è indiscutibile che sia il territorio il luogo nel quale affondano le radici del nostro welfare».

**LA CASA DELLA SALUTE di Castelfranco.** «Regina Margherita» (in piazza Deleda) ospita i medici di medicina generale del gruppo "Ripa 61", riferimento per oltre 7mila assistiti, ed è sede dell'ospedale di comunità, struttura di ricovero gestita da infermie-



ri e medici di famiglia, che assiste i pazienti con patologie croniche nel riacquistare la propria autonomia. Nel 2016 ha effettuato 251 ricoveri: l'85% dei pazienti è rientrata al proprio domicilio e oltre la metà dei pazienti sono significativamente migliorati nelle funzioni di vita quotidiana, prevenendo ulteriori ricoveri. «Questa struttura rappresenta un formidabile motore per l'integrazione tra infermieri, fisioterapisti, medici di famiglia e altri professionisti. Una sinergia che si trasforma in vantaggi indiscussi per gli utenti» — spiega il medico Massimo Fancinelli — «È il punto di partenza per una riqualificazione globale dell'assistenza socio-sanitaria sul

## CARATTERISTICHE

### Assistenza integrata, prevenzione e risposta ai bisogni socio-sanitari

territorio che coinvolge direttamente la funzione storica del medico di famiglia e dei servizi ad esso afferenti, affinché non corrano il rischio dell'anacronismo o, peggio ancora, dell'inefficienza. In questa casa della salute si svolgono molteplici attività chirurgiche, interventi per i quali fino a qualche anno fa era necessario il ricovero, e che oggi è possibile svolgere in regime ambulatoriale. Un punto unico di accoglienza

## LA MAPPA

Le case della salute attualmente attive nella nostra provincia sono 11 e si trovano a Bomporto, Castelfranco, Novi, Rovereto, Finale Emilia, Cavezzo, Pievepelago, Fanano, Montefiorino, Spilamberto e Guiglia

## LE PECULIARITÀ

A Castelfranco si svolge un'intensa attività chirurgica, a Cavezzo si punta sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari (ictus e infarto) e a Guiglia avviato un percorso partecipativo con il volontariato

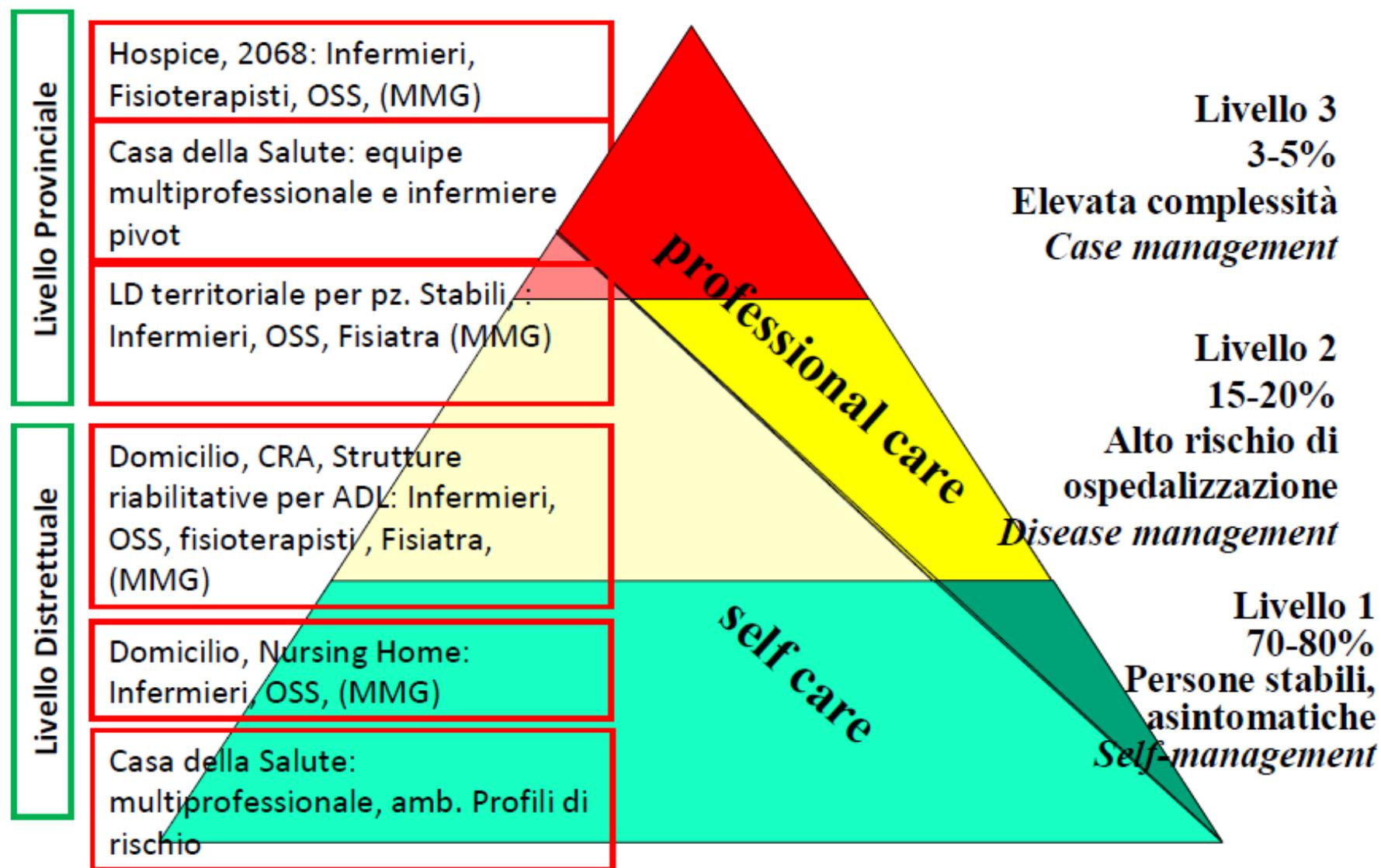
dei percorsi chirurgici facilita i percorsi dei pazienti, dalla indicazione all'intervento fino alla visita di controllo conclusiva.

**DELLA CASA della salute di Guiglia** l'Avis è parte integrante, infatti la sede dell'associazione si trova all'interno della struttura. «Sin dalla fase di realizzazione abbiamo condiviso con l'amministrazione comunale e con l'Ausl le scelte di condivisione degli spazi e degli strumenti» — racconta il volontario Marco Levini — «Un riconoscimento importante del ruolo del volontariato come componente portante delle strutture sanitarie». Anche in questo caso medici di medicina generale, pedia-

tria di libera scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri, ostetriche ed assistenti sociali, lavorano al fianco del personale dedicato alla semplificazione amministrativa e all'accesso alle prestazioni, con l'obiettivo di garantire l'accoglienza, l'accesso ai servizi, presa in carico, l'assistenza per le patologie croniche, promozione della salute. «È stato un cambiamento molto significativo» — afferma Elena Bergamini, pediatra — «La casa della salute è un ambiente nel quale confrontarsi con gli altri professionisti, ed è il luogo ideale per organizzare iniziative dedicate ai bambini».

**A CAVEZZO** la casa della salute ha un bacino di utenza di oltre 19mila abitanti. Qui è stato avviato il progetto di medicina sul rischio cardiovascolare per prevenire malattie come l'infarto e l'ictus. L'obiettivo è raggiungere persone in salute, per supportarle e divenire soggetti attivi informati e preparati, in grado di assumere corretti stili di vita. Si promuove insomma la salute, per prevenire la malattia. I medici di medicina generale del gruppo Sant'Egidio che operano nella casa della salute esprimono soddisfazione e condivisione dell'approccio di "iniziative". «Abbiamo riscontrato positivi anche della popolazione che trova, in un punto unico, molte risposte ai vari problemi di salute» — spiega Giovanni Razzaboni — «Su 259 assistiti invitati a partecipare al progetto, 217 persone hanno accettato di sottoporsi a una visita e a un colloquio». «La Casa della Salute rappresenta il contesto più favorevole per un progetto che ha richiesto la collaborazione integrata di più professionisti», racconta Mary Guerzoni, coordinatore infermieristico del distretto sanitario di Mirandola.

# Management delle M.Croniche



# Cosa dice la letteratura scientifica:

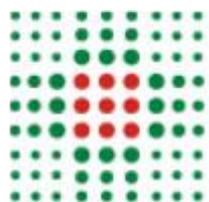
**Fattori comuni** che determinano l'efficacia dei modelli:

- punto unico di accesso
- valutazione «olistica» e multidimensionale
- piano individualizzato
- coordinamento delle cure
- collegamento ad una rete di servizi

**Case-managers** e **care-coordinators** che supportano un modello di cura centrato sulla persona sono la «chiave» per un efficace integrazione

Volume 15, 23 September 2015

*International Journal of Integrated Care* – Volume 15, 23 September – URN:NBN:NL:UI:10-1-114826 – <http://www.ijic.org/>



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena



# GRUPPO DI LAVORO, INTEGRAZIONE PROFESSIONALE E LAVORO DI RETE IN AMBITO SANITARIO

A cura di **Maria Elena Campus**  
con il contributo di  
*Giacomo Prati, Matteo Zocca, Andrea Fabbo, Claudia Selis*



ebookecm.it



  
PROMETA O.

Rappresenta il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie, coinvolge e **valorizza tutte le competenze e le risorse offerte dal territorio**: i servizi delle ASL, le singole persone, le famiglie, il volontariato, ed è basata sulla **collaborazione con i Comuni**, titolari dei servizi sociali per le comunità di riferimento.

Le ASL, assieme ai Comuni, coordinano gli interventi, mettendo in rete le risorse e le diverse competenze.

# L'accesso alle cure territoriali: il PUASS

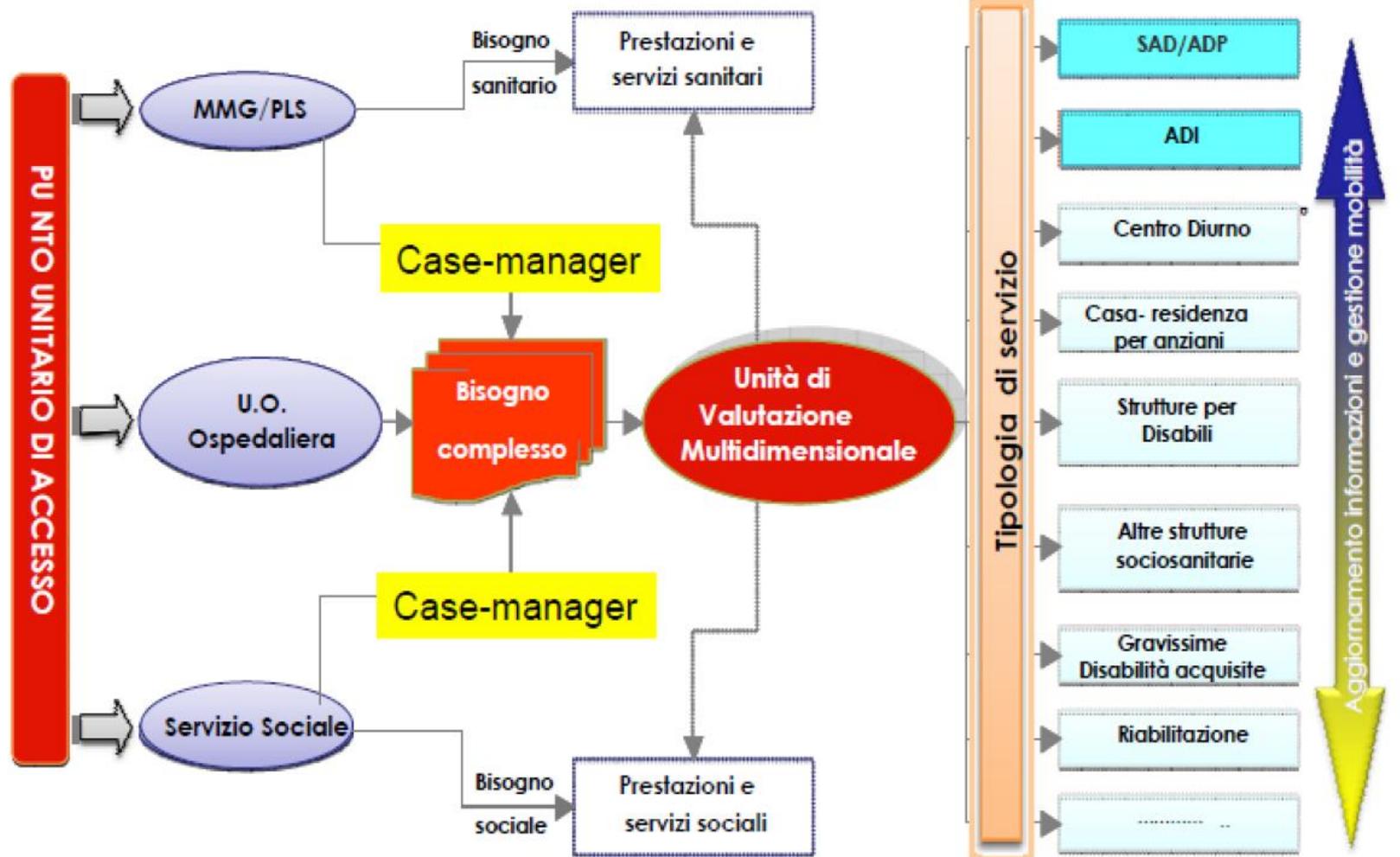
Porta di accesso privilegiata alle cure territoriali

Luogo di governo complessivo della rete dei servizi

Punto di incontro e mediazione tra domanda ed offerta dei servizi socio-sanitari

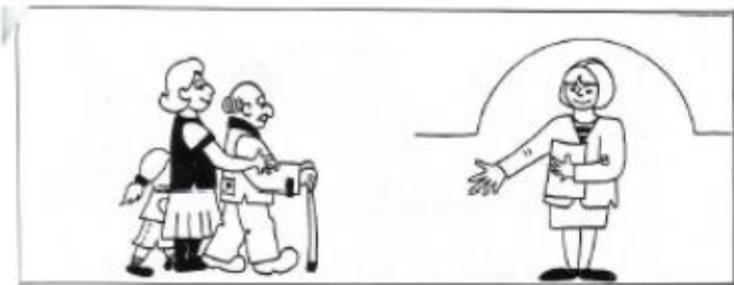
Cure domiciliari, accesso alle strutture intermedie (ospedale di comunità, residenze, semiresidenze)

# IL MODELLO DEL PUASS INTEGRATO



# La rete dei servizi ospedale-territorio





1 L'anziano e la sua famiglia presentano il loro bisogno, presso il comune di residenza, all'incaricato del Servizio Assistenza Anziani- di norma un Assistente Sociale-.



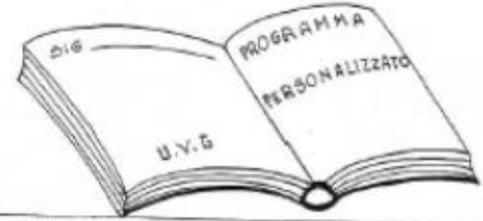
2 L'Assistente Sociale ,dopo aver sentito l'anziano ed i familiari, valuta la natura del bisogno espresso: di tipo socio-assistenziale oppure di tipo socio-sanitario.



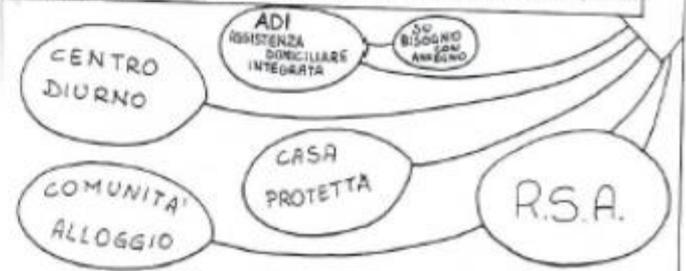
3 Se il bisogno richiede risposte socio-assistenziali, l'assistente sociale predispone un progetto inerente i servizi offerti dal Comune.



4 Se il bisogno richiede risposte socio-sanitarie l'assistente Sociale diventa il Responsabile del caso, raccoglie ogni dato utile ed invia ,accompagnandolo, l'anziano e la sua famiglia ,all'Unità di Valutazione Geriatrica.



5 L'Unità di Valutazione Geriatrica- composta da 1 geriatra 1 Infermiere Professionale ed 1 Assistente Sociale- visita l'anziano ,ne stabilisce la non autosufficienza e tenuto conto delle sue esigenze, definisce un programma assistenziale personalizzato.



6 Il programma personalizzato autorizza l'accesso alla rete socio-sanitaria dei servizi pubblici e privati convenzionati con l'ASL: A.B.I.; Centro Diurno; Comunità Alloggio ; Casa Protetta; R.S.A. Il Resp. del Caso accompagna l'anziano nel percorso stabilizzato.

# L' UVM distrettuale

ISSN 1591-223X  
**DOSSIER**  
**236-2013**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

# Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale

Gestione sul territorio  
secondo il *chronic care model*

La VMD fornisce  
**dati coerenti ed  
informativi** sullo  
stato clinico  
-funzionale della  
persona  
permettendo di  
organizzare **percorsi  
di continuità  
assistenziale**

SALUTE E TERRITORIO/4

Faciliterà l'ingresso delle persone nella rete assistenziale

# Una centrale operativa per il bisogno

## Nasce il Punto Unico di Accesso Sociale e Sanitario per le famiglie

Il Punto Unico di Accesso Sociale e Sanitario è la nuova "centrale operativa" che coordina le attività rivolte alle persone non autosufficienti, unendo i servizi forniti dai Comuni e quelli dell'Azienda Usl. Nasce così un aiuto concreto per le famiglie che potranno rivolgersi a un solo sportello e costruire un percorso di cura e assistenza studiato sulle esigenze del singolo paziente.

Il nuovo Punto unico di accesso sociale e sanitario (Puass) è una sorta di "centrale operativa" che facilita l'ingresso delle persone nella rete assistenziale del territorio, una vera e propria regia che accoglie le richieste dei cittadini e li indirizza, in modo semplice e chiaro, per trovare risposte immediate ai bisogni socio-sanitari più complessi, spesso legati alla non autosufficienza e alla disabilità. Un percorso, quello del Puass, iniziato già prima del terremoto ma che, solo dopo un anno e mezzo di attività all'interno dei container, riesce oggi trovare la sua nuova sede all'interno del Centro Servizi di Mirandola (in via Smerieri). Il dottor **Andrea Fabbo** (foto a destra), che è il Responsabile dell'Unità Operativa Fasce Deboli del Distretto di Mirandola, ha seguito passo per passo la "costruzione" del Puass. Gli abbiamo rivolto alcune domande.

**Quali sono le principali novità che questo servizio offre ai cittadini?**

«Per spiegare con una similitudine cos'è il Puass potremmo azzardare che il nuovo punto unico è una specie di "pronto soccorso" dei servizi socio-sanitari del territorio. In un solo luogo, infatti, vengono uniti per la prima volta tutti i servizi rivolti alle persone più "fragili" come anziani, disabili, e persone non autosufficienti. La principale novità del Puass è proprio questa perché, finora, i servizi sociali e quelli sanitari, pur lavorando di comune accordo, hanno mantenuto una loro "indipendenza". Da oggi, invece, il Puass diventa l'unico sportello a cui rivolgersi per l'insieme di tutti questi servizi così da poter trovare una risposta ancora più immediata ai bisogni complessi legati alla salute e alla sfera sociale. Di fatto il Puass rappresenta un nuovo modello di assistenza basato sulla "presa in carico" integrata del paziente con attenzione particolare alla sua famiglia e al contesto sociale di riferimento e assicura una valutazione complessiva dei bisogni



Alcuni componenti del Puass

### LA SCHEDA

## Come contattare il Puass di Mirandola

Per mettersi in contatto con il Puass di Mirandola, che ha sede in via Smerieri presso il Centro Servizi, è possibile telefonare al numero 0535/602841 o inviare un fax al

numero 059/3963716.

Tutte le informazioni possono essere richieste dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20 e il sabato dalle 8 alle 13.

del singolo paziente andando a rafforzare la sinergia tra servizi dei Comuni e servizi dell'Azienda Usl».

**A proposito, come si accede ai vari servizi riuniti da oggi all'interno del Puass?**

«Cominciamo col dire che i servizi forniti dal Puass sono rivolti principalmente ad anziani, disabili e a persone con malattie croniche o non autosufficienti. Chiarito questo, chi avesse bisogno di accedere al Puass, ha tre diverse possibilità: può recarsi allo sportello di persona, può essere mandato dal proprio medico di medicina generale o da un assistente sociale del Comune in cui risiede o può essere segnalato dall'ospedale, nel caso di un ricovero, per far seguire alle dimissioni un percorso di



assistenza (le cosiddette dimissioni protette). Sarà quindi compito del servizio, una volta avvenuto il primo contatto con l'utente, "decodificare" le sue richieste e identificare le risposte e le soluzioni più adatte».

**Chi lavorerà all'interno di questa "centrale operativa" dei servizi socio-sanitari?**

«All'interno del Puass lavorano fianco a fianco personale sanitario e personale dell'Unione dei Comuni per la parte relativa ai servizi sociali. In particolare, a Mirandola, saranno presenti due assistenti sociali, un tecnico che lavora per aiutare le famiglie nella scelta delle badanti, quindici infermieri per l'assistenza domiciliare, un medico responsabile per le cure domiciliari, un'educatrice e un neurologo per i percorsi dedicati ai disabili, quattro

geriatri e cinque psicologi, oltre a un infermiere specializzato nelle dimissioni protette dalle strutture ospedaliere e una coordinatrice infermieristica. Come è evidente, il Puass diventa lo "snodo" principale che collega la domanda del cittadino alla risposta giusta».

**Qualche numero sull'attività dei servizi socio-sanitari di Mirandola...**

«I servizi che sono stati unificati all'interno del Puass gestiscono sul territorio di Mirandola diverse attività, tra le quali l'assistenza domiciliare che porta direttamente a casa del paziente, spesso non autosufficiente, tutte le cure di cui ha bisogno. Solo nel corso del 2013, sul territorio del Distretto, sono stati attivati 1.089 progetti di assistenza domiciliare integrata (Adi) e circa 450 di assistenza domiciliare programmata. Il Distretto di Mirandola gestisce annualmente circa 220 trasfusioni di sangue a domicilio, in collaborazione con l'associazione Amo dell'Area Nord e nell'ultimo anno di attività, 221 dimissioni protette dall'ospedale. Tra i servizi offerti dal Puass sono presenti anche le consulenze geriatriche rivolte ad anziani con problemi di demenza (nel corso degli ultimi dodici mesi sono state 960), l'assistenza psicologica rivolta ai disabili (110 interventi) e gli interventi di sostegno agli assistenti familiari (le cosiddette badanti) da parte di un operatore socio-assistenziale (155 interventi solo a Mirandola)».

RESEARCH ARTICLE

# The Cost-Effectiveness of Two Forms of Case Management Compared to a Control Group for Persons with Dementia and Their Informal Caregivers from a Societal Perspective

Janet MacNeil Vroomen<sup>1,2☯\*</sup>, Judith E. Bosmans<sup>3☯</sup>, Iris Eekhout<sup>4</sup>, Karlijn J. Joling<sup>5</sup>, Lisa D. van Mierlo<sup>5</sup>, Franka J. M. Meiland<sup>5</sup>, Hein P. J. van Hout<sup>5‡</sup>, Sophia E. de Rooij<sup>6,1‡</sup>

**1** Department of Internal Medicine, Section of Geriatric Medicine, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, the Netherlands, **2** Department of Biostatistics, Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut, United States of America, **3** Department of Health Sciences and the EMGO Institute for Health and Care Research, Faculty of Earth and Life Sciences, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, the Netherlands, **4** Department of Epidemiology and Biostatistics, VU University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands, **5** Department of General Practice and Elderly Care Medicine, and the EMGO Institute for Health and Care Research, VU University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands, **6** Department of Internal Medicine, University Center of Geriatric Medicine, University Medical Center Groningen, Groningen, the Netherlands

☯ Current address: Department of Biostatistics, Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut, United States of America

☯ These authors contributed equally to this work.

‡ These authors also contributed equally to this work.

\* [janet.macneilvroomen@yale.edu](mailto:janet.macneilvroomen@yale.edu)



CrossMark  
click for updates

## OPEN ACCESS

**Citation:** MacNeil Vroomen J, Bosmans JE, Eekhout I, Joling KJ, van Mierlo LD, Meiland FJM, et al. (2016) The Cost-Effectiveness of Two Forms of Case Management Compared to a Control Group for Persons with Dementia and Their Informal Caregivers from a Societal Perspective. PLoS ONE 11(9): e0160908. doi:10.1371/journal.pone.0160908

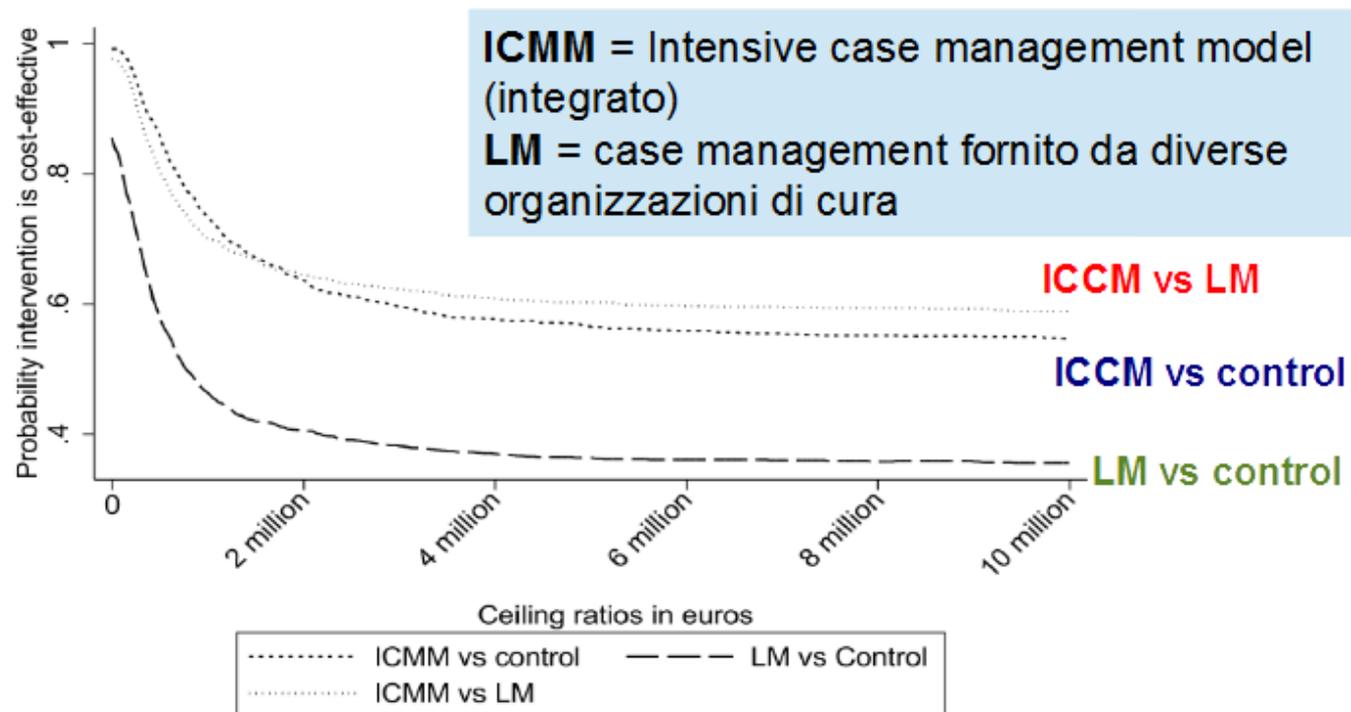


Fig 4. Cost acceptability curves for combined informal caregiver-person with dementia QALY for Intensive case management, the linkage and control model. Cost-effectiveness curves for all pairwise comparisons for the combined QALY of the person with dementia and informal caregiver. The long dash represented the comparisons between LM versus control group. The short dash compared the cost-effectiveness of the ICMM versus Control group. Dots were used to represent the comparison of the ICMM compared to LM. The threshold value used was 30,000 euros per QALY.

This study provides preliminary evidence that the ICMM is cost-effective compared to the control group and the LM. However, the findings should be interpreted with caution since this study was not a randomized controlled trial.

By Dustin D. French, Michael A. LaMantia, Lee R. Livin, Dorian Herceg, Catherine A. Alder, and Malaz A. Boustani

# Healthy Aging Brain Center Improved Care Coordination And Produced Net Savings

DOI: 10.1377/hlthaff.2013.1221  
HEALTH AFFAIRS 33,  
NO. 4 (2014): 613-618  
©2014 Project HOPE—  
The People-to-People Health  
Foundation, Inc.

Il sistema del centro HABC basato sul modello collaborativo permette di ottenere una riduzione dei costi che è quantificabile in un range che va da **980 a 2.586 dollari** per paziente per anno.

## II CCA: CARE COORDINATOR ASSISTANT

Figura di collegamento con il paziente ed il caregiver, responsabile del monitoraggio della “cura” e dei rapporti con l'equipe specialistica di riferimento ed il MMG



**DGR 858 del  
16/06/2017**

Definizione del caregiver familiare

Riconoscimento e valorizzazione del caregiver  
nella rete di assistenza

Gli interventi a favore del caregiver familiare

Le azioni di sostegno al benessere del caregiver

Il riconoscimento delle competenze

## Linee attuative

### Legge Regionale n.2 del 28 marzo 2014

*“Norme per il riconoscimento e il sostegno del  
caregiver familiare (persona che presta  
volontariamente cura ed assistenza)”*



**Caregiver familiare** è il familiare, il convivente, la persona amica che volontariamente, in **modo gratuito** e **responsabile**, viene in aiuto, in via principale, ad una persona cara consenziente, in condizioni di **non autosufficienza** - non in grado cioè di prendersi cura pienamente di sé per motivi cognitivi o per specifiche limitazioni fisiche o psichiche





## Le Linee Attuative

CONTESTO

RICONOSCIMENTO E VALORIZZAZIONE

GLI INTERVENTI

REGIONE

AUSL E COMUNI

ASSOCIAZIONI

RICONOSCIMENTO DELLE COMPETENZE

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

*+ Allegato alle Linee: Il Caregiver familiare nella rete dei servizi*

# L'importanza degli adattamenti ambientali

## Accessibilità

- Barriere verticali
- Percorsi



## Sicurezza

- Localizzazione (wandering)
- Emergenze domestiche (gas, fumo, blackout)



## Prevenzione

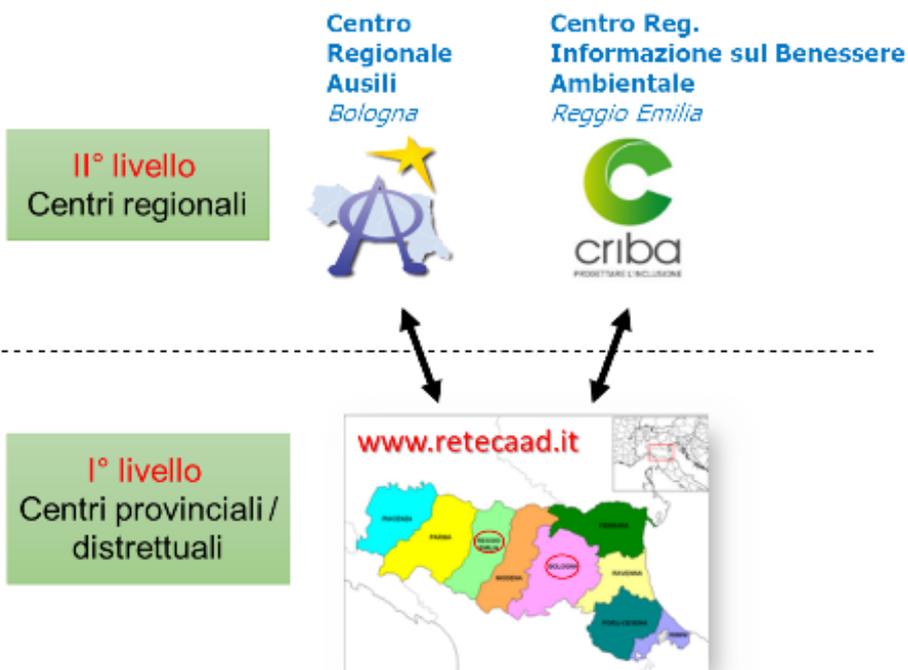
- Fruibilità bagno
- Controllo accessi cucina



## Assistenza

- Cura della persona
- Telecare
- Telesoccorso

# I Centri Adattamento Ambiente Domestico per disabili e anziani: la rete regionale dei CAAD



2 Centri di 2° livello:

- Formazione
- Supporto
- Consulenze su casi complessi
- Coordinamento della rete

## RETE:

- **Almeno 1 CAAD in ogni provincia** equipe multidisciplinare
- CAAD nel sistema dei servizi
- **Consulenza a cittadini e operatori prof.li** accesso diretto

## Attività 2016

**Tot. 6399 interventi**  
di cui 555 rivolti a soli operatori

Contatti in sede: 1000  
Consulenze in sede: 452  
Sopralluoghi: 810  
Prestazioni a distanza: 4026

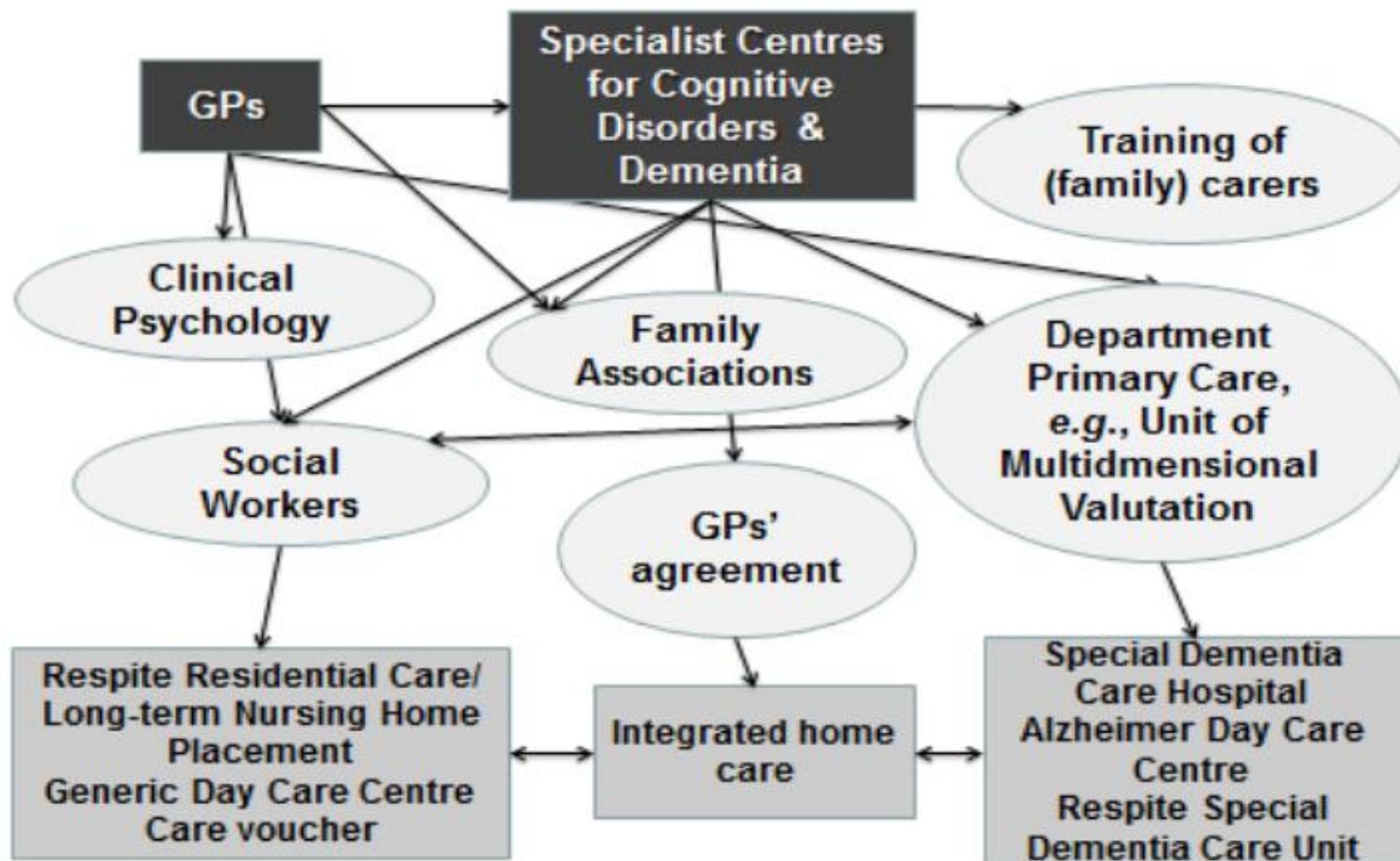


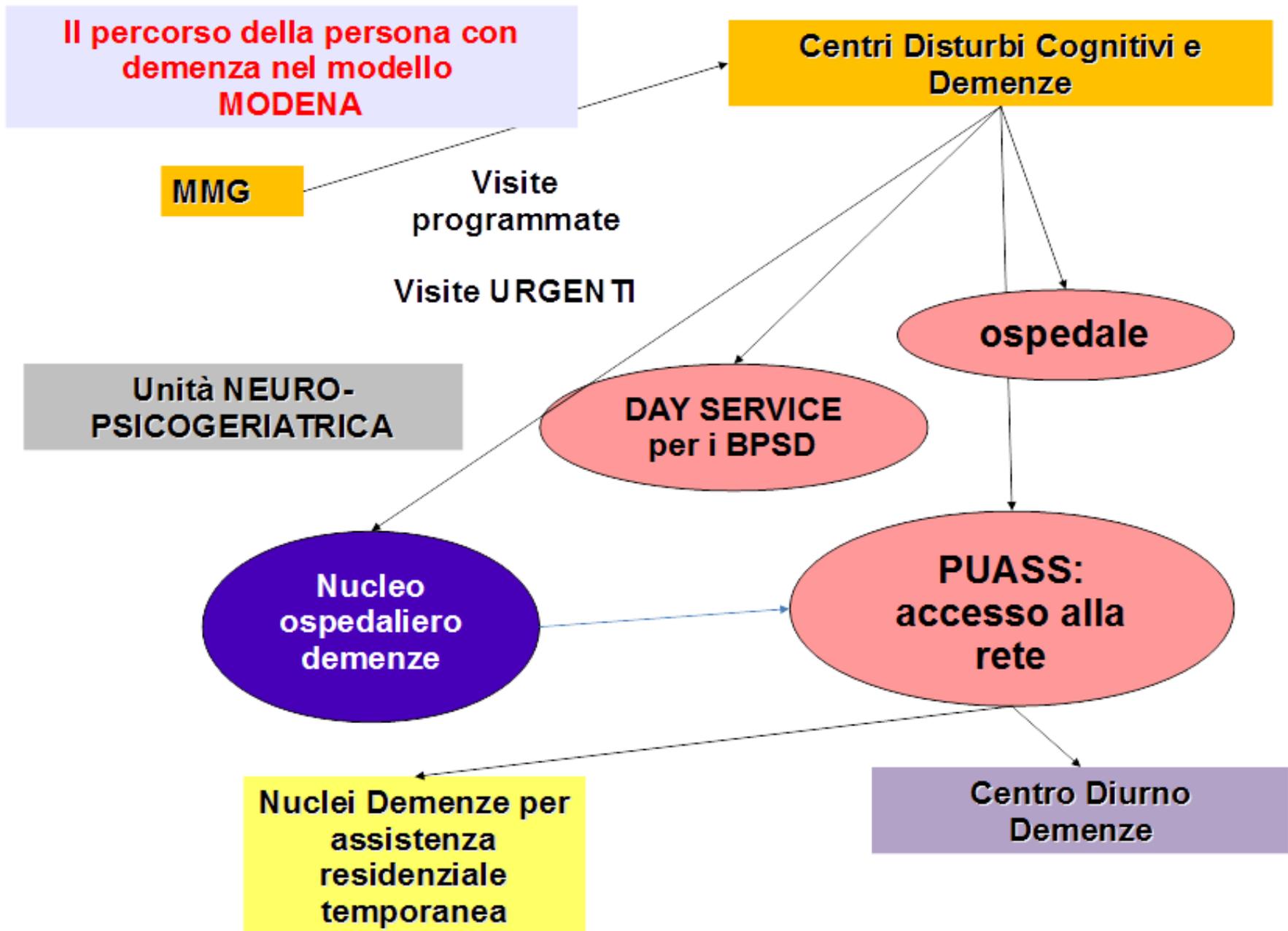
## **2233 DISABILI E ANZIANI**

Anziani: 54%  
Disab. Adulti: 26%  
Disab. Minori: 6%  
N.C.: 14%

**1699 OPERATORI E FAMILIARI**

# The "Modena Primary Care Dementia Project"





# Epidemiologia della demenza in provincia di Modena

**Tab. 1 Stima prevalenza ed incidenza demenza in provincia di MODENA ( su pop. residente al 31.12.2016) secondo indicazioni Progetto Europeo Alcove (2013)**

Distretti Sanitari	0  --  64	65  -- w	Totale	Prevalenza sec. Alcove (7,23 pop.>65 aa)	Incidenza (1,80 pop.>65 aa.)
CARPI	81821	23720	105541	1714	426
MIRANDOLA	65274	19490	84764	1409	351
MODENA	141621	44058	185679	3185	793
SASSUOLO	94468	25467	119935	1841	458
PAVULLO	30698	10126	40824	732	182
VIGNOLA	70371	20208	90579	1461	363
CASTELFRANCO E.	60822	14805	75627	1070	266
<b>Totale</b>	<b>545075</b>	<b>157874</b>	<b>702949</b>	<b>11412</b>	<b>2839</b>

- a. Residenza in provincia di Modena al 31.12.2016
- b. Esenzione '029'= **MALATTIA DI ALZHEIMER** oppure '011'= **DEMENTIA NON ALTRIMENTI SPECIFICATA**
- c. Ricovero ospedaliero (SDO) con diagnosi di dimissione principale o secondaria con codice 290\*,291\*,292\*,294\*,331\*
- d. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con patologia principale o concomitante con codice '290','291','292','294','331'
- e. Presenza di almeno due prescrizioni in date distinte in un anno di farmaci (AFT o FED) con codici ATC:N06DA\*, N06DX01
- f. Assistenza Residenziale o semiresidenziale anziani (FAR) con indicazione di almeno uno dei disturbi cognitivi classificati secondo il BINA-FAR

età	vivi	Deceduti		Totale
		Anno 2016	Anno 2017	
età<=65 anni	792	46	13	851
età>65 anni	<b>8742</b>	<b>2671</b>	<b>941</b>	<b>12354</b>
<b>Totale</b>	<b>9534</b>	<b>2717</b>	<b>954</b>	<b>13205</b>

Sala Giacomo Ulivi  
Via Ciro Menotti 137, Modena  
31 ottobre 2017, h. 14:30-16:30

# Presentazione Progetto CRAPSOS

## Fragilità e Percorsi: continuità di cure nel processo decisionale condiviso

Le Persone che vivono in Casa Residenza Anziani (CRA)\* e nei Centri Socio Riabilitativi Residenziali per disabili (CSRR) presentano, spesso, condizioni di comorbidità e cronicità che li rendono fragili e vulnerabili. L'invio in Pronto Soccorso (PS)\* per queste Persone può rivelarsi critico. Si rende necessaria una efficace gestione dell'invio in PS riducendo disagi e protratta permanenza, diminuendo, al contempo, i problemi organizzativi legati alla gestione delle Persone con fragilità. In caso di eventuale ricovero ospedaliero (OS)\* è necessario che la Persona con fragilità riceva una rapida lettura dei bisogni con una precoce pianificazione della dimissione. Obiettivo del Progetto è l'implementazione di "percorsi protetti", anche attraverso l'utilizzo di "pacchetti diagnostici", condivisi e concordati tra Medici del Territorio e Ospedalieri. Nel confronto, nella comunicazione di qualità e nelle buone relazioni tra i diversi Operatori sanitari, avviene il processo decisionale condiviso a garanzia di un'efficace continuità di cura. \*CRAPSOS

### PROGRAMMA

h. 14.30 - *Introduzione ai lavori*

**Massimo Annicchiarico**, Direttore Generale AUSL Modena

h. 15.00 - *Il progetto CRAPSOS: obiettivi, metodi e tempi*

**Luca Gelati**, Direzione Operativa AUSL Modena

h. 15.15 - *Paziente fragile e difficoltà cliniche: i pacchetti diagnostici condivisi*

**Stefano Toscani**, Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza AUSL Modena

h. 15.30 - *Quanto ci conosciamo? Contenuti, dati e strumenti in CRA, PS e Medicina*

**Enzo Dall'Olio**, Coordinatore Area Fragili Pavullo

ore 15.45 - *Didattica e formazione nel Progetto CRAPSOS.*

**Marina Turci**, Medico Geriatra AUSL Modena

ore 16.00 - *Il ruolo dell' UO di Medicina: integrazione, percorsi e dimissione protetta*

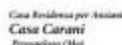
**Fabio Gilioli**, Direttore UOC Medicina Ospedale di Mirandola, AUSL Modena

ore 16.15 - *Nelle situazioni di end stage?*

**Consiglia Presicce**, Medico CRA

ore 16.30 - *Futuro: area "centro", Casa della salute e trasporti*

In collaborazione con:



**A cura di Luca Gelati, Direzione Operativa AUSL Modena**

## OBIETTIVO DEL PROGETTO

Implementazione di “**percorsi protetti**”  
condivisi e concordati  
tra Medici del Territorio e Ospedalieri  
con utilizzo di “pacchetti diagnostici”  
attivabili in situazioni cliniche ricorrenti  
senza ricorso ai servizi d'emergenza

---

# Il Reablement: modello innovativo per rendere autonome le persone

## REABLEMENT

Dall'esperienza internazionale l'innovativo intervento socio-sanitario territoriale per la gestione della cronicità

Il **Reablement** è un **intervento socio-sanitario inter-disciplinare** precoce e con un tempo definito, che vuole essere economicamente e socialmente sostenibile, in grado di **prevenire la dipendenza assistenziale** e di raggiungere **obiettivi di autonomia** scelti con la persona, finalizzati al miglioramento della sua qualità della vita nella propria casa.



# Il Reablement: modello innovativo per rendere autonome le persone

## Obiettivi generali di Reablement

- ▶ Prevenire la dipendenza assistenziale
- ▶ Recuperare o migliorare l'autonomia e la partecipazione
- ▶ Migliorare la percezione di qualità di vita per la persona e i caregiver
- ▶ Ridurre i tempi di ospedalizzazione
- ▶ Ridurre i ricoveri impropri, ma anche propri (prevenzione)

# Tipi di Reablement

## Target model

Accedono al servizio utenti con caratteristiche definite (post intervento, dimessi dalla medicina, pazienti con demenza...)

Vengono quindi inviati da professionisti che determinano se sono adeguati per il Reablement

## Intake model

Accedono al servizio tutti gli utenti che fanno una qualsiasi richiesta al servizio sociale, senza bisogno di invio da parte di un professionista. Il team del Reablement farà la valutazione per determinare se il servizio è adeguato per ogni utente.

# Impegni in agenda

Valutazione di impatto delle Case della Salute

Strumenti innovativi per la presa in carico (Risk-ER)

ICT a supporto dell'integrazione professionale

Sviluppo di servizi e strumenti di Telemedicina

Studio di percorsi e modelli assistenziali innovativi per la gestione della cronicità e delle problematiche del pz fragile (anziani e disabili)