

<b>Questionario</b> <b>Assessment of Chronic Illness Care</b> Versione 3.5	
Le informazioni richieste sulla vostra struttura sono confidenziali e sono a disposizione solo del team dei ricercatori. Indicate un numero di telefono e un indirizzo di posta elettronica nel caso in cui fosse necessario contattarvi ulteriormente. Indicate, inoltre, chi ha partecipato al completamento del questionario. Al termine del questionario, vi sarà chiesto di descrivere in breve il processo che ha portato al completamento del questionario stesso.	
<b>Nome</b>	<b>Data</b>
<b>Struttura e indirizzo</b>	<b>Partecipanti al completamento del questionario</b>
<b>Telefono</b>	<b>Email</b>
Istruzioni per il completamento del questionario	
Il questionario è disegnato per aiutare il sistema sanitario, la struttura e i professionisti a migliorare la presa in carico dei pazienti cronici. I risultati del questionario possono essere utili ad identificare aree di miglioramento. Nel compilare il questionario, si prega di seguire le seguenti istruzioni: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Rispondete a tutte le domande</b> <u>dalla prospettiva della struttura</u> (per esempio, Casa della Salute, Nucleo di Cure Primarie) che fornisce i servizi di cura per i pazienti cronici.</li> <li>2. <b>Rispondete a tutte le domande</b> secondo il modo con cui la vostra struttura interviene rispetto alla seguente condizione cronica: _____</li> <li>3. Per ogni domanda, <b>indicate il valore</b> che meglio rappresenta il livello di cura che correntemente esiste nella vostra struttura per la condizione cronica prescelta. Ogni domanda definisce componenti chiave delle cure riguardanti la condizione cronica prescelta. Ogni componente è divisa in stadi progressivi che indicano un miglior funzionamento delle cure. Questi stadi sono associati a un punteggio che va da un minimo di 0 a un massimo di 11 punti. A punteggi più alti corrispondono livelli di maggior implementazione della componente in considerazione.</li> <li>4. <b>Sommate i punti in ogni sezione</b>, calcolate la media (punteggio totale/numero delle domande) e introducete il valore ottenuto nello spazio presente al termine di ogni sezione. Successivamente, sommate tutti i punteggi ottenuti: dividendo questo numero per 7, otterrete il punteggio medio complessivo per la vostra struttura.</li> </ol>	
Per informazioni sul completamento del questionario, contattare:	
Vittorio Maio, PharmD, MS, MSPH Associate Professor School of Population Health Thomas Jefferson University Philadelphia, PA, USA Email vittorio.maio@jefferson.edu	Oreste Capelli, MD Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Assessorato Politiche per la Salute Bologna, Emilia-Romagna, Italy Email: OCapelli@Regione.Emilia-Romagna.it

**Parte 1. Organizzazione del Sistema Assistenziale.** I programmi di gestione delle malattie croniche possono essere più efficaci se l'organizzazione dell'intero sistema ha come finalità e priorità il trattamento delle malattie croniche. (6 domande)

Componente	Livello D			Livello C			Livello B			Livello A		
<b>1.1 La strategia organizzativa sull'assistenza alla malattia cronica</b>	non esiste o c'è poco interesse			si riflette in intenti e piani di lavoro enunciati, ma concretamente non ci sono risorse destinate alla loro realizzazione			si riflette attraverso specifiche risorse dedicate allo scopo			è parte integrante dei piani strategici del sistema assistenziale, riceve risorse necessarie, e ci sono specifiche figure professionali che ne sono responsabili		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>1.2 Gli obiettivi organizzativi sull'assistenza alla malattia cronica</b>	non esistono o sono limitati a una condizione cronica			esistono, ma non sono attivamente valutati			sono "misurabili" e valutati			sono "misurabili", valutati periodicamente, ed inclusi nei piani strategici di miglioramento		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>1.3 Una strategia di miglioramento sull'assistenza alla malattia cronica</b>	non è organizzata/strutturata, ne sostenuta concretamente			utilizza approcci estemporanei per problemi specifici qualora questi emergono			utilizza una strategia definita di miglioramento per problemi specifici			include una strategia definita di miglioramento per problemi specifici, ed è sostenuta attivamente per il raggiungimento degli obiettivi generali		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>1.4 Incentivi e/o protocolli concernenti la gestione/assistenza alla malattia cronica</b>	non sono usati per influenzare gli obiettivi di performance clinica			sono usati per controllare l'uso e i costi dell'assistenza alla malattia cronica			sono usati per sostenere gli obiettivi di assistenza di salute per il paziente			sono usati per motivare ed incoraggiare i professionisti a sostenere gli obiettivi di assistenza di salute per il paziente		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>1.5 I "leader" (o figure di riferimento)</b>	scoraggiano programmi di assistenza della malattia cronica			non considerano come una priorità la necessità di sostenere il miglioramento dell'assistenza alla malattia cronica			incoraggiano progetti di miglioramento dell'assistenza alla malattia cronica			partecipano attivamente a progetti di miglioramento dell'assistenza alla malattia cronica		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>1.6 I servizi assistenziali</b>	scoraggiano l'autogestione della malattia da parte del paziente o mutamenti reali nel sistema			né incoraggiano né scoraggiano l'autogestione della malattia da parte del paziente o mutamenti reali nel sistema			incoraggiano l'autogestione della malattia da parte del paziente o mutamenti reali nel sistema			sono specificatamente disegnati per promuovere una migliore assistenza alla malattia cronica		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

**Punteggio Totale Organizzazione del Sistema Assistenziale** \_\_\_\_\_

**Punteggio Medio (Punteggio Totale/6)** \_\_\_\_\_

**Parte 2. Collaborazione con il Terzo Settore.** I legami tra il sistema assistenziale e il terzo settore (es: forze di volontariato, gruppi di auto-mutuo aiuto, associazioni, cooperative sociali, e tutte le varie realtà organizzative del terzo settore) giocano un ruolo importante nella gestione della malattia cronica del paziente. (3 domande)

Componente	Livello D			Livello C			Livello B			Livello A		
<b>2.1 Mettere in contatto i pazienti cronici e le risorse del terzo settore nel territorio</b>	non viene realizzato in modo sistematico			si limita alla presenza di una lista di specifiche risorse disponibili sul territorio			viene realizzato attraverso personale dello staff specificamente dedicato allo scopo, il quale assicura che paziente e erogatore di servizi possano massimizzare l'uso delle risorse disponibili			si realizza attraverso il coordinamento pro-attivo tra il sistema sanitario-assistenziale, la realtà territoriale del terzo settore, ed i pazienti		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>2.2 Collaborazioni con organizzazioni del terzo settore nel territorio</b>	non esistono			sono previste ma non ancora attuate concretamente			se ne sono create alcune per sviluppare programmi e politiche a sostegno dell'assistenza alla malattia cronica			vengono attivamente ricercate per sviluppare formalmente programmi e politiche a sostegno dell'assistenza alla malattia cronica		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>2.3 La programmazione socio-sanitaria (piani di attività della regione, AUSL, distretto, etc.)</b>	non prevede percorsi assistenziali per il coordinamento funzionale della gestione della malattia cronica			prevede alcuni percorsi assistenziali coordinati, ma non sono stati ancora implementati			annovera percorsi assistenziali coordinati per il trattamento di una o due malattie croniche			annovera percorsi assistenziali coordinati per il trattamento della maggior parte delle malattie croniche		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

**Punteggio Totale Collaborazione con il Terzo Settore** \_\_\_\_\_

**Punteggio Medio (Punteggio Totale/3)** \_\_\_\_\_

**Parte 3. Livello Ambulatoriale.** Numerose componenti a livello ambulatoriale si sono dimostrate importanti per il miglioramento dell'assistenza per i pazienti affetti da malattie croniche. Tali componenti ricoprono diverse aree quali il supporto all'autogestione della malattia, il disegno del sistema assistenziale che incide direttamente sulle cure ambulatoriali, il supporto alla decisione clinica, e il sistema clinico informativo.

**Parte 3a. Supporto all'Autogestione della Malattia.** Nel percorso assistenziale della malattia cronica, un efficace supporto all'autogestione della malattia, o autocura, significa aiutare pazienti e famiglie ad acquisire abilità e fiducia per affrontare difficoltà e problemi della malattia nella vita quotidiana, e ridurre la sintomatologia e complicanze. (4 domande)

Componente	Livello D			Livello C			Livello B			Livello A		
<b>3a.1</b> <b>La valutazione e documentazione dei bisogni e delle attività di supporto all'autogestione alla malattia cronica</b>	non sono realizzate			sono previste			sono realizzate in modo standardizzato			sono regolarmente realizzate in modo standardizzato, in congiunzione ad un piano di cura dettagliato disponibile sia ai professionisti che ai pazienti		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>3a.2</b> <b>Il supporto all'autogestione della malattia cronica</b>	si limita alla distribuzione di materiale informativo (es: opuscoli, libretti...)			si realizza informando il paziente della presenza e possibilità di partecipare a corsi per l'autogestione gestiti al di fuori della struttura			è fornito da educatori clinici appositamente formati che sono parte integrante della struttura, designati al supporto all'autogestione della malattia; tali professionisti incontrano il paziente su richiesta			è fornito da educatori clinici che sono parte integrante della struttura, i quali conoscono metodiche per attivare il paziente e strategie di "patient empowerment" e "problem-solving"; tali educatori si prendono cura e vedono regolarmente gran parte dei pazienti cronici		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>3a.3</b> <b>Farsi carico delle preoccupazioni dei pazienti e delle loro famiglie</b>	non è realizzato in maniera sistematica			viene realizzato per casi specifici, appoggiandosi o meno a professionisti esterni alla struttura			è attuato, e a tale scopo sono utilizzate tecniche per il singolo paziente e/o tecniche di gruppo			è parte integrante dei percorsi assistenziali, e include la valutazione sistematica della situazione e il coinvolgimento periodico del paziente/famiglia in gruppi di sostegno, gruppi di mutuo-aiuto, ecc...		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Assessment of Chronic Illness Care - ACIC

<b>3a.4 Interventi per un efficace cambiamento dei comportamenti del paziente cronico</b>	non sono previsti			si limitano alla distribuzione di opuscoli, libretti e altro materiale informativo			sono realizzati solo attraverso l'invio del paziente in centri specializzati			sono disponibili in loco e sono parte integrante della routine assistenziale		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

**Punteggio Totale Supporto all'Autogestione della Malattia** \_\_\_\_\_

**Punteggio Medio (Punteggio Totale/4)** \_\_\_\_\_

**Parte 3b. Supporto alla Decisione Clinica.** In un efficace percorso assistenziale per le cure della malattia cronica, il professionista deve avere sempre a disposizione tutte le informazioni necessarie su cui basare le proprie decisioni cliniche/terapeutiche per il paziente. Tali informazioni includono linee-guida *evidence-based*, nonché programmi continui di aggiornamento. Inoltre, il professionista deve avere facile accesso a specialisti ed avvalersi di programmi per la “attivazione” del paziente, cioè programmi che informino e rendano il paziente partecipe ai vari processi assistenziali, da quelli decisionali a quelli operativi della cura. (4 domande)

Componente	Livello D			Livello C			Livello B			Livello A		
<b>3b.1</b> Le linee guida <i>evidence-based</i>	non sono disponibili			sono disponibili, ma non sono integrate nell'erogazione delle cure			sono disponibili e supportate da programmi di formazione continua per i professionisti			sono disponibili, supportate da programmi di formazione continua per i professionisti, ed integrate nella pratica clinica attraverso metodi di comprovata efficacia per il cambiamento del comportamento clinico (es. sistema informatizzato di supporto alla decisione clinica)		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>3b.2</b> Il coinvolgimento degli specialisti nel miglioramento delle cure primarie	avviene attraverso il percorso formale dell'assistenza, cioè con il semplice invio del paziente allo specialista			viene raggiunto coinvolgendo lo specialista nell'implementazione sistematica delle linee guida			è realizzato, e alcuni medici specialisti forniscono al team delle cure primarie training per l'assistenza alla malattia cronica			è realizzato, e i vari medici specialisti sono direttamente coinvolti, in sinergia con i professionisti della struttura, nell'assistenza alla malattia cronica		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>3b.3</b> La formazione continua degli operatori riguardo all'assistenza della malattia cronica	è sporadica			è prevista attraverso metodi tradizionali, quali ECM			è prevista attraverso metodi innovativi, quali casi di studio e audit			è realizzata, e tutto il team è opportunamente formato sui metodi di assistenza della malattia cronica, quali gestione integrata o supporto al paziente per l'autogestione della malattia		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>3b.4</b> L'educazione dei pazienti riguardo alle modalità assistenziali utilizzate per il trattamento della malattia	non avviene			avviene attraverso materiale informativo (es: opuscoli e libretti informativi)			avviene attraverso specifico materiale informativo dato al paziente, che definisce il percorso assistenziale in cui è coinvolto			è realizzato con specifico materiale informativo che descrive il ruolo del paziente nel raggiungimento degli obiettivi del percorso assistenziale		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

**Punteggio Totale Supporto alla Decisione Clinica** \_\_\_\_\_

**Punteggio Medio (Punteggio Totale/4)** \_\_\_\_\_

**Parte 3c. L'Organizzazione del Percorso Assistenziale.** La letteratura suggerisce che l'efficace gestione delle malattie croniche richiede molto più della semplice aggiunta di nuovi programmi di assistenza in un sistema che rimane comunque focalizzato sulla cura dei casi acuti. Una gestione efficace, infatti, richiede specifici cambiamenti nell'organizzazione della pratica ambulatoriale che modifichino le modalità dell'assistenza. (6 domande)

Componente	Livello D			Livello C			Livello B			Livello A		
<b>3c.1 Il team di professionisti per la gestione del percorso assistenziale</b>	non esiste			è attivo funzionalmente; è infatti assicurata la disponibilità di singoli operatori adeguatamente qualificati presso i nodi chiave del percorso di assistenza alla malattia cronica			è presente; il buon funzionamento è garantito da incontri regolari di team, finalizzati alla analisi e/o valutazione di linee-guida, dei ruoli e responsabilità, e dei vari problemi presenti nella gestione della assistenza alla malattia cronica			è presente; è garantita da gruppi di professionisti che si incontrano regolarmente, con ruoli definiti, che includono l'educazione del paziente all'autogestione della malattia, attività regolari di follow-up, e coordinamento delle risorse e altre strategie per l'assistenza alle malattie croniche		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>3c.2 La leadership nel team di professionisti coinvolti nel percorso assistenziale</b>	non è ipotizzata né a livello della struttura né a livello dell'organizzazione aziendale			è presente, ma non formalmente riconosciuta			è formalmente presente tramite l'incarico di un leader nel team, ma il ruolo di questo leader non è ben definito nell'assistenza alla malattia cronica			è formalmente presente tramite l'incarico di un leader nel team, il quale assicura chiari ruoli e responsabilità nei processi di assistenza alla malattia cronica		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>3c.3 Il sistema degli appuntamenti/visite</b>	può essere usato per programmare visite, inclusi follow-up e visite preventive			garantisce follow up regolare e programmato per il paziente			è flessibile, adattabile e può permettere innovazioni come visite con più professionisti			prevede un'organizzazione dell'assistenza che può permettere al paziente di essere visitato simultaneamente da più professionisti		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>3c.4 Il follow-up del paziente</b>	è richiesto dal paziente o dai professionisti quando necessario			è organizzato in accordo con le linee-guida			è stabilito sulla base del monitoraggio dell'utilizzazione dei servizi assistenziali da parte del paziente			è personalizzato in base ai bisogni del paziente, e quindi varia in intensità e metodologie (es: telefono, email, controlli di persona) in accordo con le linee-guida		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Assessment of Chronic Illness Care - ACIC

<b>3c.5 Le visite programmate nella gestione della malattia cronica</b>	non sono utilizzate			sono utilizzate occasionalmente per i pazienti più complessi			sono un'opzione possibile per i pazienti che lo richiedono			sono utilizzate per tutti i pazienti, e prevedono visite regolari, interventi preventivi, e supporto all'autogestione della malattia		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>3c.6 La continuità assistenziale</b>	non è una priorità			si realizza attraverso comunicazioni formali tra il Medico di Famiglia, gli specialisti, o altre figure professionali			è una priorità fra i professionisti, ma non è realizzata sistematicamente			è assoluta priorità, e ogni intervento di assistenza prevede attiva coordinazione tra cure primarie, specialisti e altre figure cardine		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

**Punteggio Totale Organizzazione del Percorso Assistenziale** \_\_\_\_\_

**Punteggio Medio (Punteggio Totale/6)** \_\_\_\_\_

**Parte 3d. Sistema Clinico Informativo.** L'informazione puntuale e aggiornata sia su singoli pazienti che su gruppi di pazienti con malattie croniche è una componente fondamentale di programmi assistenziali efficaci, in special modo in quelli che adottano un approccio di popolazione. (5 domande)

Componente	Livello D			Livello C			Livello B			Livello A		
<b>3d.1 I registri di patologia</b>	non sono disponibili			sono disponibili in forma cartacea o elettronica, e raccolgono informazioni anagrafiche del paziente, diagnosi, e data dell'ultima visita			sono presenti, e permettono di giungere a una classificazione dei pazienti in sottopopolazioni in base alle priorità cliniche			sono presenti e agganciati a linee-guida, che forniscono al professionista, durante la visita del paziente, supporto clinico, suggerimenti e promemoria riguardo ai servizi assistenziali necessari		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>3d.2 Il supporto informativo per i professionisti</b>	non è disponibile			include informazioni generali sulla presenza di malattie croniche, ma non riporta, durante la visita del paziente, indicazioni relative ai servizi necessari per il paziente			include indicazioni relative ai servizi necessari per il paziente/per la popolazione di pazienti attraverso una reportistica periodica			include specifiche informazioni cliniche per tutto il team riguardo all'adesione alle linee-guida al momento della visita del paziente		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>3d.3 Il feedback ai professionisti</b>	non è disponibile, o non specifico per il team			è fornito sporadicamente e in modo impersonale			è fornito abbastanza frequentemente per monitorare la performance, ed è specifico per la popolazione dei pazienti del team			è tempestivo e specifico per il team; è periodico, fornito in modo personale da un riconosciuto <i>opinion leader</i> per migliorare la performance del team		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>3d.4 Informazioni riguardo ai sottogruppi di pazienti bisognosi di specifici servizi di assistenza</b>	non sono disponibili			possono essere ottenute solo attraverso una significativa e dispendiosa manipolazione dei dati			possono essere ottenute su specifica richiesta, ma non sono disponibili di routine			sono fornite di routine ai professionisti per aiutarli nella gestione dei piani di cura e assistenza al paziente		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>3d.5 Piani di cura/assistenza al paziente</b>	non sono disponibili			sono realizzati attraverso un approccio standard			sono concertati fra i professionisti, e includono sia obiettivi clinici che l'autogestione del paziente della malattia cronica			sono concertati fra i professionisti, e includono sia obiettivi clinici che l'autogestione del paziente della malattia cronica; inoltre includono il controllo costante del processo assistenziale		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

**Punteggio Totale Sistema Clinico Informativo** \_\_\_\_\_

**Punteggio Medio (Punteggio Totale/5)** \_\_\_\_\_

**Integrazione delle Componenti del Chronic Care Model.** Un sistema assistenziale efficace integra e combina tutte le componenti del Chronic Care Model: per esempio, deve essere possibile combinare i dati del paziente relativi all'autogestione della malattia con i dati dei registri e dati clinici informativi.

Componente	Livello D			Livello C			Livello B			Livello A		
<b>4.1</b> <b>L'educazione dei pazienti riguardo alle modalità assistenziali utilizzate per il trattamento della malattia</b>	non avviene			avviene attraverso materiale informativo (es: opuscoli e libretti informativi)			avviene attraverso specifico materiale informativo dato al paziente, che definisce il percorso assistenziale in cui è coinvolto			è realizzato con specifico materiale informativo che descrive il ruolo del paziente nel raggiungimento degli obiettivi del percorso assistenziale		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>4.2</b> <b>I sistemi informativi/registri</b>	non includono obiettivi del paziente in merito all'autogestione della malattia			includono dati sulla valutazione del paziente (per esempio, stato funzionale, adesione/disponibilità all'autogestione della malattia)			includono dati sulla valutazione del paziente, e obiettivi del paziente relativi all'autogestione della malattia che sono sviluppati sulla base delle osservazioni/ suggerimenti del team di cura/Medico di Famiglia e del paziente			includono dati sulla valutazione del paziente, obiettivi del paziente relativi all'autogestione della malattia che sono sviluppati sulla base delle osservazioni/ suggerimenti del team di cura e del paziente, e promemoria per il paziente e/o professionista sul follow-up e periodiche rivalutazioni degli obiettivi		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>4.3</b> <b>I programmi del terzo settore</b>	non forniscono feedback alla struttura/sistema sanitario sui progressi fatti dai pazienti inseriti nei programmi			forniscono sporadici feedback, in incontri organizzati fra il terzo settore e la struttura/sistema sanitario, sui progressi fatti dai pazienti inseriti nei programmi			forniscono regolarmente feedback alla struttura/sistema sanitario in maniera strutturata (tipo reportistica cartacea o elettronica) sui progressi fatti dai pazienti			forniscono regolarmente feedback alla struttura/sistema sanitario sui progressi fatti dai pazienti, che includono le osservazioni/ suggerimenti dei pazienti, le quali sono poi usate per modificare i programmi, al fine di accomodare al meglio i bisogni dei pazienti		
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

<b>4.4 La pianificazione della gestione della malattia cronica</b>	non coinvolge un approccio di popolazione	utilizza dati informatizzati per programmare i percorsi assistenziali a livello di popolazione	utilizza dati informatizzati per programmare i percorsi assistenziali con un approccio di popolazione, che include lo sviluppo di programmi di autogestione della malattia, e l'alleanza con il terzo settore	utilizza dati informatizzati e suggerimenti dal team di professionisti per programmare i percorsi assistenziali con un approccio di popolazione, che include lo sviluppo di programmi di autogestione della malattia, e l'alleanza con il terzo settore; inoltre, è delineato un piano per la valutazione longitudinale dei risultati raggiunti								
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>4.5 Follow-up di routine sugli appuntamenti, valutazioni del paziente e obiettivi della pianificazione della malattia cronica</b>	non avvengono	sono sporadici, in genere solo per gli appuntamenti	sono attuati da individui del team a cui è stata assegnata tale responsabilità (es, case manager)	sono attuati da individui del team a cui è stata assegnata tale responsabilità (es, case manager), i quali usano informazioni dai registri e altre fonti per coordinarsi con i pazienti e l'intero team di professionisti								
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>4.6 Le modalità assistenziali per la gestione della malattia cronica</b>	non sono condivise con i pazienti	sono date ai pazienti che esprimono uno specifico interesse nell'autogestione della loro malattia	sono date a tutti i pazienti per incoraggiarli a modificare i loro comportamenti di salute o ad intraprendere un percorso efficace di autogestione della malattia, e anche per rammentargli quando devono sottoporsi a visite di controllo	sono condivise e discusse dal team di professionisti con i pazienti per strutturare un percorso di autogestione della malattia o di modificazione del comportamento di salute che sia in linea con le guide-linea, un percorso che incorpori gli obiettivi del paziente e la sua disponibilità al cambiamento								
Punteggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

**Punteggio Totale di Integrazione delle Componenti del Chronic Care Model \_\_\_\_\_**

**Punteggio Medio (Punteggio Totale/6) \_\_\_\_\_**

**Descriva brevemente il processo per il completamento del questionario (es, consenso raggiunto dai partecipanti nel corso di una riunione; consenso raggiunto da parte del team leader tramite consultazione individuale con alcuni membri selezionati; ogni membro del team ha riempito separatamente il questionario e le risposte al questionario ne rappresentano la media)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Somma del punteggio  
(riportare i punteggi medi per ogni sezione)**

Punteggio Organizzazione del Sistema Assistenziale	_____
Punteggio Collaborazione con il Terzo Settore	_____
Punteggio Supporto all'Autogestione della Malattia	_____
Punteggio Supporto alla Decisione Clinica	_____
Punteggio Organizzazione del Percorso Assistenziale	_____
Punteggio Sistema Clinico Informativo	_____
Punteggio Integrazione	_____
Punteggio Complessivo	_____
Punteggio Medio (punteggio complessivo/7)	_____

## Che significa tutto ciò?

Il questionario ACIC è organizzato in maniera che il punteggio più alto (11) in una singola domanda o sezione, oppure il punteggio totale (la media delle sette sezioni), indicano il supporto ottimale per l'assistenza alla malattia cronica. Il punteggio più basso per ogni domanda o sezione è 0, il che indica un supporto limitato per l'assistenza alla malattia cronica. Il punteggio deve essere così interpretato:

<i>Punteggio</i>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
	<i>Supporto limitato per l'assistenza alla malattia cronica</i>			<i>Supporto base per l'assistenza alla malattia cronica</i>			<i>Supporto ragionevolmente buono per l'assistenza alla malattia cronica</i>			<i>Supporto ben sviluppato per l'assistenza alla malattia cronica</i>		

Per un team di professionisti all'inizio della collaborazione, non è infrequente ottenere un punteggio inferiore a 5 in alcune (se non in tutte) le aree del questionario ACIC. Certo è che, se ogni professionista fosse in grado di fornire l'*optimum* nell'assistenza alla malattia cronica, non ci sarebbe l'esigenza di giungere a forme collaborative di gestione del paziente cronico, o di disegnare ed implementare attività di miglioramento dei programmi esistenti. D'altro canto, è anche comune che un team di professionisti inizialmente si attribuisca una capacità di fornire assistenza alla cronicità in misura maggiore di quanto, in effetti, sia in grado di realizzare. Al progredire della collaborazione, il vostro team tenderà ad acquisire una maggiore consapevolezza di ciò che caratterizza un buon sistema di gestione della malattia cronica. Può così succedere che, nonostante gli sforzi fatti per migliorare, potreste osservare *una riduzione* del vostro punteggio: questo potrebbe essere nient'altro che il frutto della maggiore comprensione che avete via via acquisito su ciò che comporta un buon sistema per il trattamento della cronicità. Tuttavia, con la messa a punto di strategie e l'implementazione di attività di miglioramento, dovrete osservare, nel tempo, un generale miglioramento del vostro punteggio ottenuto tramite il questionario dell'ACIC.