

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Le Case della Salute in regione Emilia-Romagna

Antonio Brambilla

**Assessorato Politiche per la Salute
Regione Emilia-Romagna**



Roma, 23 aprile 2013

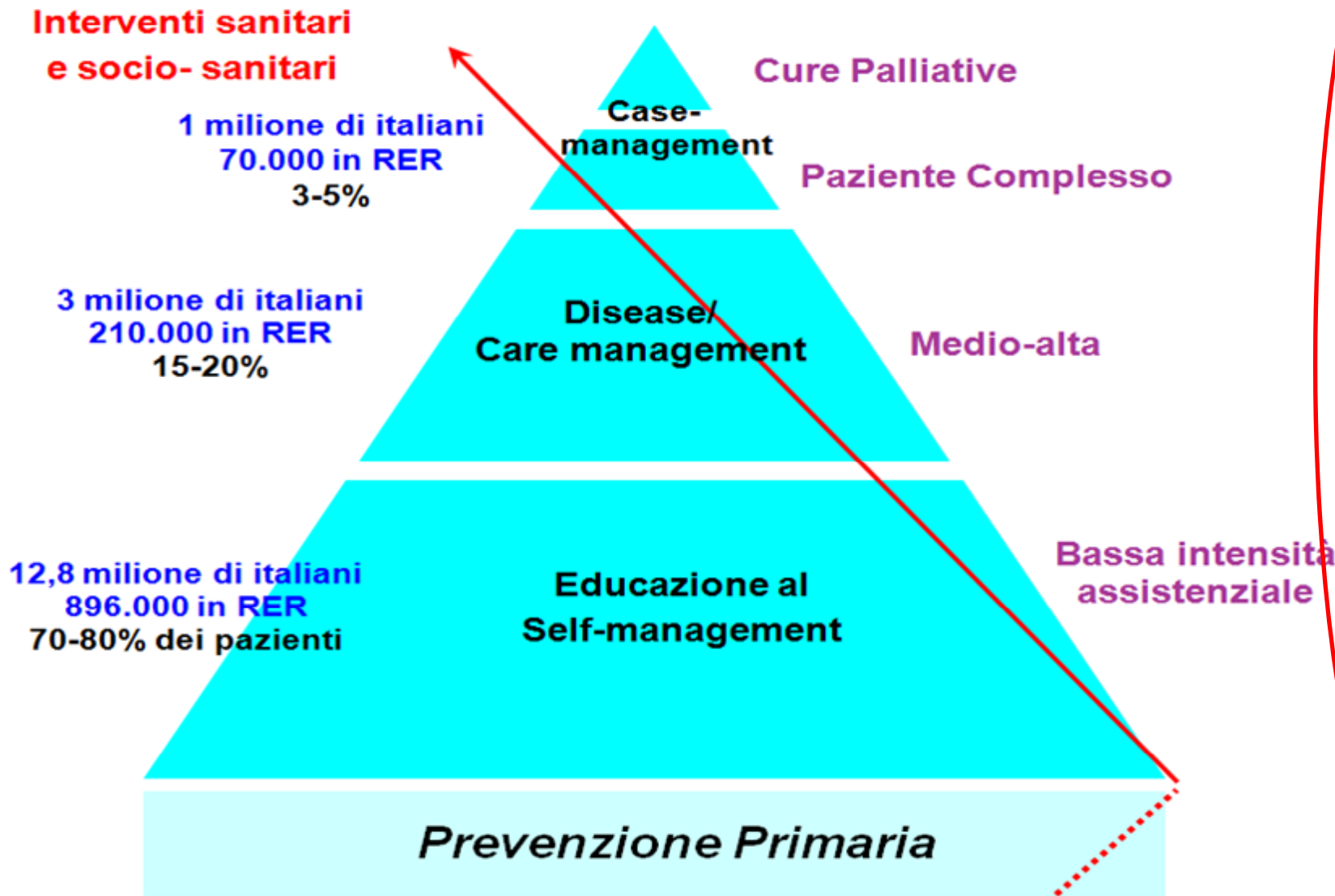
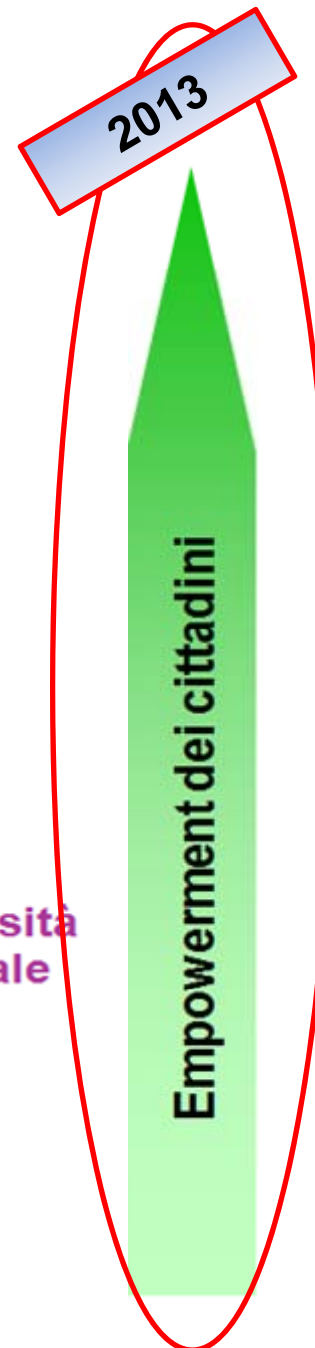
La riorganizzazione dell'assistenza primaria

- ✓ Il razionale
- ✓ La struttura organizzativa
- ✓ I modelli assistenziali
- ✓ La formazione integrata
- ✓ I percorsi valutativi
- ✓ Il coinvolgimento della comunità

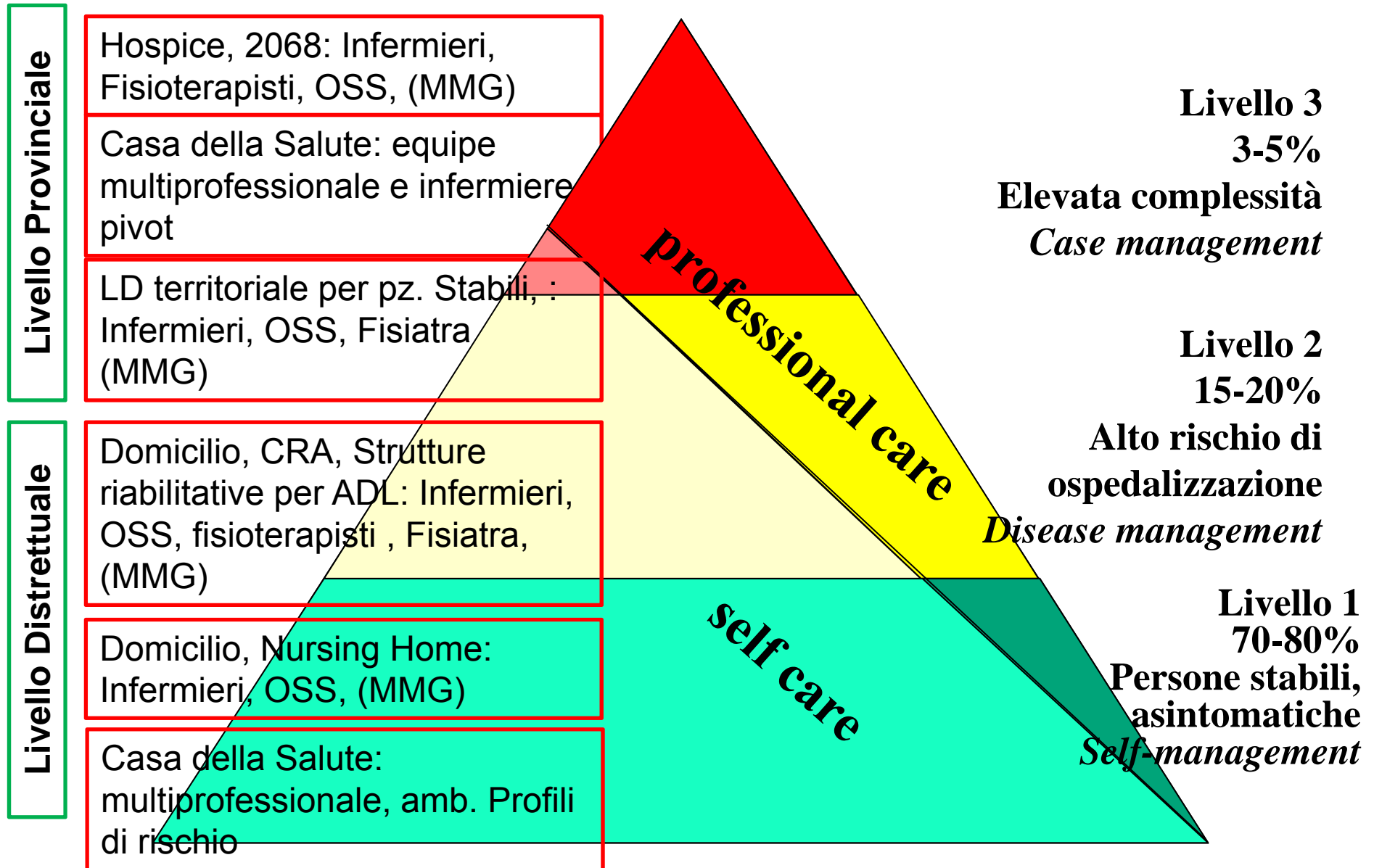


L'INNOVAZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA CRONICITA'

dal modello strategico (ECCM)
al framework operativo (tipo Kaiser Permanente)



Management delle M.Croniche



Dimensioni diverse

- Piccola
- Media
- Grande



Tre diverse tipologie: piccola, media grande

Oltre l'attività di assistenza primaria erogata dal nucleo delle cure primarie: MMG, PLS, infermiere, ostetrica e assistente sociale **(casa della salute piccola)**,
...possono essere presenti i servizi consultoriali, il poliambulatorio **(casa della salute media)**,
...il centro di salute mentale, i servizi di igiene pubblica, e i centri diurni e residenziali per i diversi target di popolazione **(casa della salute grande)**.

Ma un solo logo....



Dimensione “piccola”

Punto di Accoglienza

Attivazione facoltativa

Assistenza Primaria NCP	Servizi Sanitari	Servizi Socio Sanitari	Prevenzione	Servizi Sociali	Servizi amministrativi
AMBULATORI <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infermieristico ▪ Continuità Assistenziale H12 ▪ Osservazione-Terapie ▪ Ostetrico ▪ Specialistico ▪ Coordinamento ADI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Punto Prelievi 			Ass.te Sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CUP ▪ Sala Riunioni
					<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sportello Unico ▪ Sala Polivalente

Dimensione “media”

Punto di Accoglienza

Attivazione facoltativa

Assistenza Primaria NCP	Servizi Sanitari	Servizi Socio Sanitari	Prevenzione	Servizi Sociali	Servizi amministrativi
AMBULATORI <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infermieristico ▪ Continuità Assistenziale H12 ▪ Osservazione-Terapie ▪ Ostetrico ▪ Specialistico ▪ Coord ADI ▪ Medicina di gruppo ▪ Ambulatorio PLS ▪ Guardia Medica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poliambul. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordin. Ass.za Domiciliare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaccinazioni ▪ Ambulatori Igiene Pubblica 	Ass.te Sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CUP ▪ Sportello Unico
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palestra polivalente ▪ Consultorio familiare ▪ Pediatria di Comunità 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UVM anziani e disabili 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Screening 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uffici ▪ Distribuzione ▪ Ausili Protесici ▪ Sala Polivalente

Dimensione “grande”

Punto di Accoglienza

Attivazione facoltativa

Assistenza Primaria NCP	Servizi Sanitari	Servizi Socio Sanitari	Prevenzione	Servizi Sociali	Servizi amministrativi
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emergenze ▪ Infermieristico ▪ Cont. Assistenziale H12 ▪ Osservazione Terapie ▪ Ostetrico ▪ Coord ADI ▪ Specialistico ▪ Med. Gruppo ▪ Amb Pediatrico PLS ▪ Guardia Medica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emergenze ▪ Punto prelievi ▪ Poliambulatorio ▪ Diagnostica immagini ▪ Riabilitazione ▪ Palestra Pol.nte ▪ CSM ▪ NPI ▪ Ser.t ▪ Cons. Familiare ▪ Pediatria di Comunità 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UVM anziani e disabili 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaccinazioni ▪ Ambulatori Igiene Pubblica ▪ Screening 	<p>Ass.te Sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distribuzione Ausili Protesici ▪ Cup ▪ Sportello Unico ▪ Sala Riunioni ▪ Sala Polivalente
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro Diurno Psichiatrico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RSA ▪ Struttura protetta ▪ CD anziani 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina legale 	<p>Servizio Sociale</p>	

....in tutte devono
essere presenti
alcune
caratteristiche
fondamentali



adattata dal modello di Patient-Centered Medical Home (PCMH) dell'American Academy of Family Practice

51 Case attive... 50% piccole.

Azienda USL	CdS dichiarate attive				CdS programmate			
	<i>Piccola</i>	<i>Media</i>	<i>Grande</i>	<i>Totale</i>	<i>Piccola</i>	<i>Media</i>	<i>Grande</i>	<i>Totale</i>
Piacenza	0	0	0	0	6	3	0	9
Parma	4	5	3	12	7	2	5	14
Reggio E.	9	0	0	9	7	5	1	13
Modena	2	0	0	2	2	1	0	3
Bologna	0	4	3	7	6	6	3	15
Imola	1	1	0	2	0	0	0	0
Ferrara	1	0	2	3	0	1	1	2
Ravenna	2	1	2	5	0	0	0	0
Forlì	0	1	1	2	1	1	1	3
Cesena	1	0	3	4	0	0	0	0
Rimini	5	0	0	5	1	0	0	1
Totale	25	12	14	51	30	19	11	60



La popolazione di
riferimento
Nel 2012: 770.000



Casa della Salute San Secondo Parmense

- Accoglienza diffusa
- Clima organizzativo
- Il percorso formativo integrato
- Dirigente responsabile della CdS in staff al Direttore di Distretto, affiancato da un board per la programmazione e gestione delle attività
- Presenza di P.O. responsabile dei percorsi
- Strumenti di comunicazione innovativi: il supporto informatico wiki per il board e il blog dei MMG
- Programmi di medicina d'iniziativa diabete
- I tè del giovedì
- La prevenzione delle cadute negli anziani





Casa della Salute della Costa

- **Partecipazione di tutti i MMG all'h12**
- **Alta motivazione MMG e Infermieri**
- **Medici di famiglia presenti dal novembre 2011**
- **Sperimentazione patient summary da parte di tutti i MMG**
- **Registro sulla fragilità sociale fatto dai MMG**





Casa della Salute Barberini

- **Clima organizzativo**
- **H10 per tutta la popolazione del NCP**
- **Colloqui con Infermieri ambulatoriali a supporto attività MMG e Specialisti**
- **Triage infermieristico per urgenze**
- **Gravidanza fisiologica seguita dall'Ostetrica**
- **Progetto Patologie neurologiche complesse (Audit con le figure professionali coinvolte)**
- **Reportistica integrata sugli antidepressivi NCP-CSM**
- **Passare dalla collaborazione all'integrazione che è riconosciuta come valore**
- **Ridurre il più possibile, anche per il futuro, le barriere architettoniche**





Casa della Salute di Fabbrico

- **Mission: governo della cronicità e prevenzione**
- **Integrazione: prassi consolidata**
- **Organizzazione per processi orientati al paziente**
- **Da quando è attiva la CdS più sanità pubblica: es. vaccinazione antitetanica donne > 60**
- **Personale dedicato non in via esclusiva**
- **Amb. infermieristico strettamente collegato con ADI (ASDOM)**
- **Monitoraggio patologie croniche: diabete, scompenso cardiaco, TAO) con chiamata attiva e Infermiere responsabile dei percorsi di cura; gravidanza fisiologica**
- **Promozione dell'autocura dei pazienti (gruppi guidati di educazione terapeutica e gruppi di autoaiuto)**
- **Interventi di prevenzione anziani, persone fragili e bambini immigrati**





Casa della Salute di Modigliana

- **Mission:** la riconoscibilità da parte dei cittadini, l'accoglienza, la presa in carico della cronicità secondo il Chronic Care Model
- **Ospedale di comunità dal 1996 gestito dai 5 MMG del NCP Tramazzo e Infermieri:** realtà consolidata e apprezzata
- **H12 per tutta la popolazione del NCP**
- **Infermiere responsabile organizzativo della CdS**
- **Nella sede è presente l'assistente sociale dei comuni.**
- **LOG 80 sistema informativo aziendale accessibile ai Medici di ca**
- **Nella CdS è presente lo psicologo**
- **Tensione all'innovazione e una forte aspettativa sulla implementazione di nuovi modelli assistenziali pat. croniche**
- **Organizzazione della salute mentale per NCP: l'equipe curante è legata alla scelta del MMG che ha un'unica equipe di riferimento**



Le reti integrate di servizi nelle CdS

- la Casa della Salute è il nodo di una rete integrata di servizi, con **relazioni cliniche e organizzative** strutturate con gli **altri nodi della rete** (assistenza domiciliare, ospedaliera, salute mentale, salute pubblica).
- Le relazioni organizzative tra i diversi setting assistenziali sono presidiate dall'infermiere (**care manager**) che svolge questo ruolo per gruppi di assistiti omogenei selezionati per patologia o per target di popolazione.
- I **profili di cura** definiti dai professionisti (le reti cliniche) sono agiti all'interno della rete organizzativa (disease management e case management).

Innovazione nei modelli assistenziali

***PDTA non solo interdisciplinari
ma anche con partecipazione di
pazienti e socio-sanitario***



***Letti
Territoriali***

***Assistenza
Domiciliare Integrata***

***Ambulatori
Infermieristici
per la
cronicità***

Gestione integrata delle patologie croniche

- Programmi attivi nelle CdS:
 - diabete
 - pazienti ad alto rischio di ospedalizzazione
 - scompenso cardiaco
 - BPCO
 - insufficienza renale cronica
 - patologie psichiatriche minori
 - TAO
- Nel 43% sono presenti sistemi di monitoraggio attivo dei pazienti (sistemi di recall, follow up telefonico, counselling infermieristico ambulatoriale e domiciliare, case management per pazienti complessi)

Letti territoriali

Strutture Intermedie Territoriali:

- Moduli di 20 letti
- Gestione infermieristica, coinvolti MMG/CA
- Presa in carico temporanea (max 30 gg)
- Paz. Cronici in fase di riacutizzazione o dimissioni precoci

Formazione per la **presa in carico integrata** dei pazienti con **patologie croniche**

Professionisti impegnati in
una **casa della salute**
attiva o in fase di
attivazione

- **competenti** e motivati
- **responsabilità**
all'interno
dell'organizzazione
- promotori del
cambiamento

- *infermieri,*
- *medici di medicina*
generale,
- *specialisti cardiologi,*
- *medici del*
dipartimento di cure
primarie

Percorsi Valutativi

Profili di salute

Osservatorio Cure Primarie



Profili dei NCP

Costruzione di **profili di salute** e di utilizzo di risorse della popolazione in carico ai NCP

Progetti di miglioramento

Elaborazione **centralizzata** della reportistica – distribuzione alle Aziende

Comitato scientifico regionale

Profili di salute e qualità

Appropriatezza
prescrittiva
farmaceutica

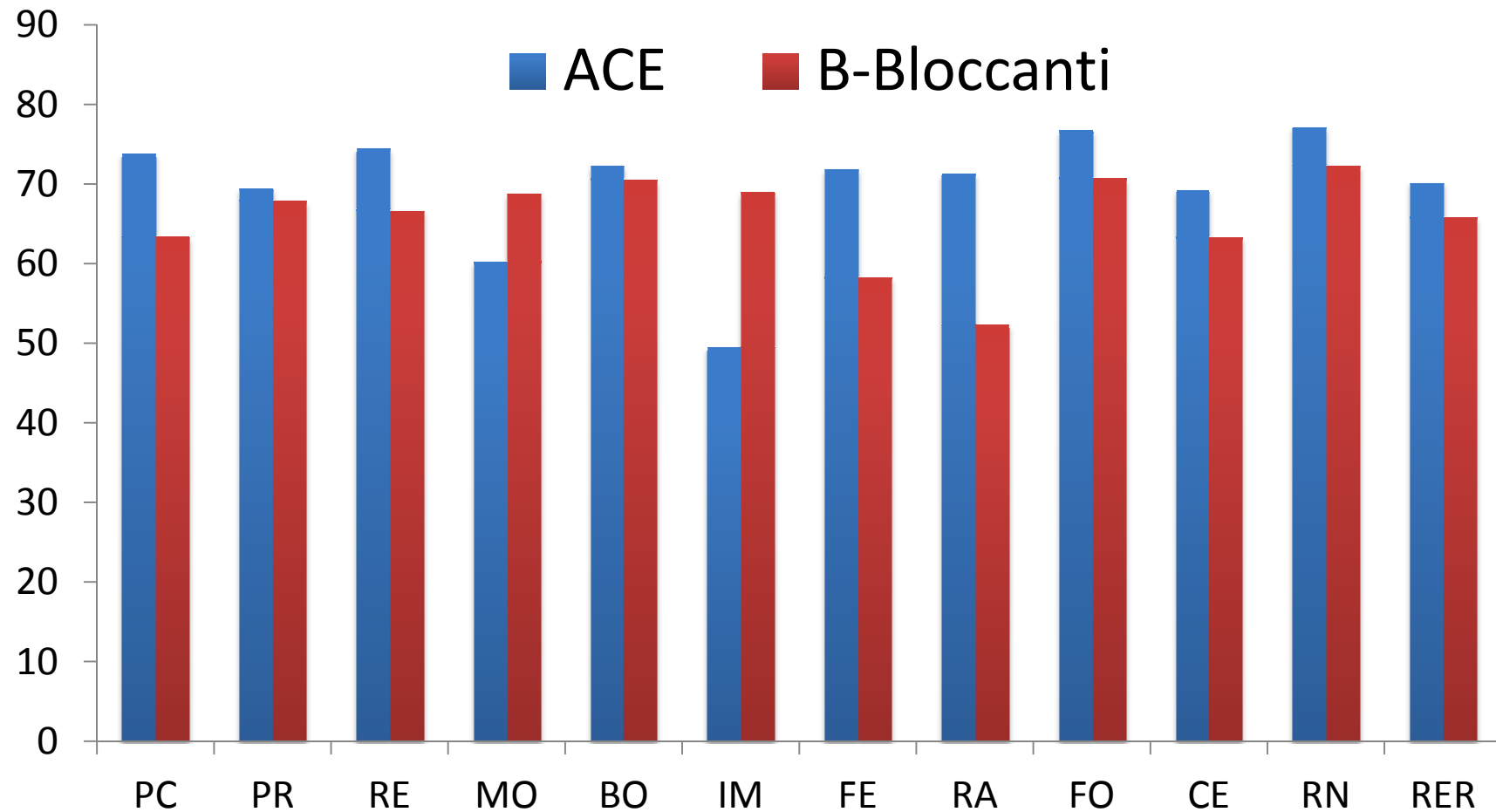
Condizioni sensibili al
trattamento
ambulatoriale

Aderenza alla terapia

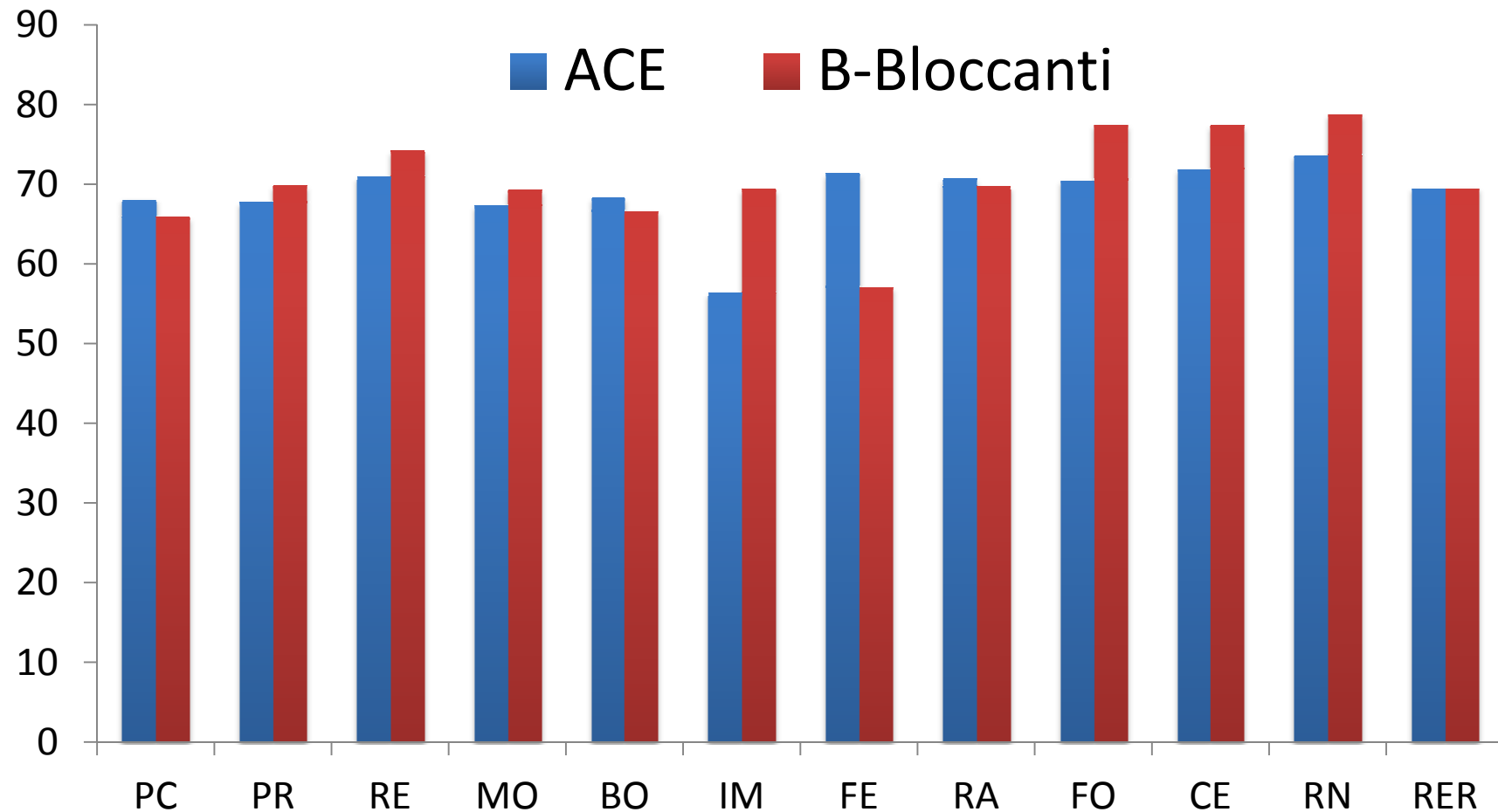
Presenza in carico dei
pazienti con
patologia
cardiovascolare

Presenza in carico dei
pazienti con
patologia diabetica

Trattamento dopo scompenso cardiaco: **variabilità nell'uso dei farmaci**



Trattamento dopo scompenso cardiaco: **aderenza nell'uso dei farmaci ad un anno dalla dimissione**



Osservatorio Cure Primarie

Caratteristiche
organizzative, strutturali e di
attività dei NCP

Questionario on-line

Relazione tra caratteristiche
dei NCP e indicatori di
output/consumo/processo



Obiettivo

Sviluppo, nelle singole Aziende, degli **assetti organizzativi** dell'assistenza territoriale con particolare riferimento alle Cure Primarie

Valutazione dell'impatto: qualità, appropriatezza dei servizi, accesso ai servizi

Confronto e di discussione tra le AUSL rispetto alle possibili strategie aziendali

Il 50% delle sedi è condivisa con una medicina di gruppo

Azienda	Sede principale condivisa con il gruppo	Dove si trova la sede del NCP					
		Nel distretto sanitario	Nel presidio ospedaliero	Nella casa della salute	Nella medicina di gruppo	Nella medicina di rete	Altro
Azienda USL di Piacenza	57%	29%	7%	0%	43%	0%	21%
Azienda USL di Parma	38%	48%	0%	33%	5%	0%	14%
Azienda USL di Reggio Emilia	30%	35%	0%	13%	22%	9%	22%
Azienda USL di Modena	38%	67%	0%	0%	13%	0%	21%
Azienda USL di Bologna	44%	0%	0%	20%	0%	0%	80%
Azienda USL di Imola	57%	29%	14%	0%	14%	0%	43%
Azienda USL di Ferrara	67%	0%	6%	0%	67%	0%	28%
Azienda USL di Ravenna	41%	71%	0%	24%	6%	0%	0%
Azienda USL di Forlì	82%	0%	0%	0%	91%	0%	9%
Azienda USL di Cesena	86%	0%	0%	43%	86%	0%	0%
Azienda USL di Rimini	53%	11%	5%	11%	53%	11%	16%
Totale RER	48%	29%	2%	12%	26%	2%	29%

Il 32% dei MMG svolge attività per tutti gli assistiti nella sede di NCP....

	MMG	(variazione 2011)	Infermieri	(variazione 2011)	Specialisti	(variazione 2011)	Ostetriche	(variazione 2011)	Assistenti sociali	(variazione 2011)	Fisioterapisti	(variazione 2011)
Azienda USL di Piacenza	0%		0%		0%		0%		0%		0%	
Azienda USL di Parma	38%	-14%	86%	5%	76%	29%	52%	14%	48%	43%	52%	9%
Azienda USL di Reggio Emilia	30%	21%	65%	30%	30%	4%	22%	18%	0%		4%	4%
Azienda USL di Modena	31%	-2%	44%	7%	51%	2%	8%	3%	0%		5%	
Azienda USL di Bologna	17%	7%	93%	3%	76%	17%	80%	7%	22%	4%	34%	10%
Azienda USL di Imola	71%		86%	15%	0%		0%		0%		0%	
Azienda USL di Ferrara	78%	56%	72%	66%	0%		0%		0%		0%	
Azienda USL di Ravenna	0%		0%	-53%	0%	-47%	0%	-47%	0%	-6%	0%	
Azienda USL di Forlì	91%		36%	9%	27%	9%	27%	9%	27%	18%	27%	9%
Azienda USL di Cesena	86%		0%		0%		0%		0%		0%	
Azienda USL di Rimini	5%		79%	5%	21%	16%	32%	22%	53%	38%	5%	5%
Totale RER	32%	5%	58%	6%	37%	5%	28%	4%	15%	9%	15%	4%

Il 60% dei NCP ha una equipe infermieristica

	Attività assistenziale per tutti gli assistiti del NCP	Esistono infermieri di NCP	Esiste un coordinatore infermieristico di NCP	Cure Domiciliari	Interventi per problemi assistenziali	Gestione accesso
Azienda USL di Piacenza	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Azienda USL di Parma	86%	100%	95%	81%	67%	76%
Azienda USL di Reggio Emilia	65%	87%	35%	61%	65%	57%
Azienda USL di Modena	44%	15%	0%	69%	21%	21%
Azienda USL di Bologna	93%	98%	37%	93%	85%	68%
Azienda USL di Imola	86%	86%	100%	86%	100%	29%
Azienda USL di Ferrara	72%	6%	11%	94%	11%	6%
Azienda USL di Ravenna	0%	59%	53%	0%	59%	47%
Azienda USL di Forlì	36%	36%	27%	91%	18%	0%
Azienda USL di Cesena	0%	100%	100%	86%	0%	0%
Azienda USL di Rimini	79%	79%	100%	84%	68%	5%
Media RER	58%	60%	41%	70%	49%	35%

CAUTION

**EMPOWERMENT
ZONE
AHEAD!**



I “te del giovedì

Empowering sociale e sanitaria

in una comunità rurale in provincia di Parma

Un’esperienza di “azione pratica di
empowerment” territoriale

I 'Té del Giovedì' sono **incontri periodici** proposti mensilmente per 'promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini' alla gestione della propria salute



I “te del giovedì”

*Empowering sociale e sanitaria
in una comunità rurale in provincia di Parma*

Incontri durante i quali vengono affrontati **i temi** su:

- comportamenti corretti per la propria salute e per la propria malattia,
- di percorsi diagnostico terapeutici e loro modalità di erogazione e fruizione,
- di utilizzo appropriato degli ausili e dei presidi di comune uso nelle abitazioni di una comunità rurale, con una età media piuttosto avanzata e, quindi, con una elevata prevalenza di malattie croniche e di pluripatologie.

Profilo dei pazienti a rischio di ospedalizzazione

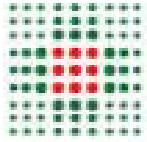
Azienda USL di Parma

Collaborazione fra la Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna e la Thomas Jefferson University per costruire dei **modelli predittivi, attraverso l'uso della banca dati amministrativa sanitaria regionale, **per l'identificazione dei pazienti a rischio di ospedalizzazione****

AUSL di Parma ha scelto di investire nella sperimentazione applicativa dei risultati di tali modelli

Categorie di rischio di ospedalizzazione

Ad alto rischio	Il rischio previsto di ospedalizzazione e' di $\geq 25\%$	Gli individui in questo gruppo rappresentano circa il 5% della popolazione, e potrebbero essere considerati per programmi di gestione delle malattie croniche
A rischio moderato	Il rischio previsto di ospedalizzazione e' di 10-24%	Gli individui in questo gruppo rappresentano circa il 12% della popolazione, e potrebbero beneficiare di programmi di gestione delle malattie croniche
A basso rischio	Il rischio previsto di ospedalizzazione e' di $< 10\%$	La maggior parte degli individui in questo gruppo non necessita di programmi di gestione delle malattie croniche, sebbene alcuni soggetti possano beneficiarne



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Le Case della Salute in regione Emilia-Romagna

Antonio Brambilla

**Assessorato Politiche per la Salute
Regione Emilia-Romagna**



Roma, 23 aprile 2013