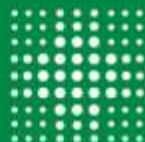




# **Il modello gestionale della casa della salute dell'Emilia Romagna. L'esperienza di Castelfranco Emilia - AUSL Modena.**

**Antonella Dallari, Maria Luisa De Luca, Emanuela Malagoli, Massimo Fancinelli,  
Ilaria Ghelfi, Giuliana Bulgarelli**

**Napoli, maggio 2016**



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



# La casa della salute: obiettivi

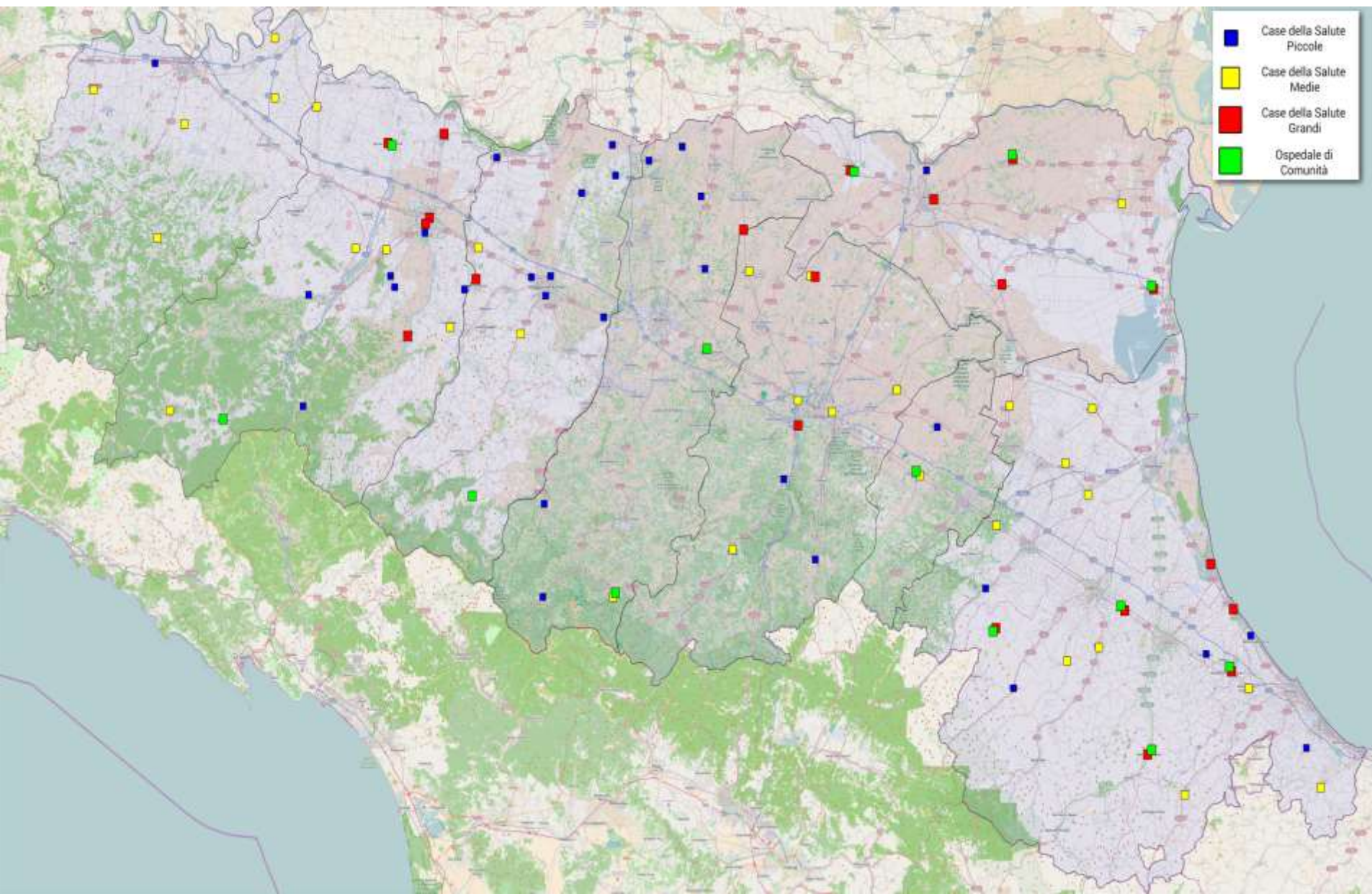
La Casa della Salute garantisce la risposta ai bisogni del cittadino, attraverso un processo di presa in carico unitario e garante della continuità assistenziale mediante il pieno utilizzo delle risorse specialistiche e di diagnostica presenti. Gli elementi che la caratterizzano sono:

- **accesso** all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- **valutazione** del bisogno della persona e accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile;
- **risposta** alla domanda di salute della popolazione almeno nelle 12 ore giornaliere;
- **presa in carico** della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
- l'attivazione di **percorsi di cura multidisciplinari**, che prevedono la integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la **partecipazione** della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti e *caregiver*.

# Sono un nodo della rete dei servizi e delle strutture dell'assistenza territoriale



# 81 Case della Salute, 228 posti letto di Ospedale di Comunità





# Le tappe



- Analisi epidemiologica
- Analisi della rete dell'offerta



- Sviluppo del progetto “Piano Direttore” (17.6.2014)
  - Ospedale di Comunità con 20 pl
  - Casa della Salute di tipologia grande
  - Sviluppo servizi ambulatoriali
  - Hospice territoriale per Area Centro con 14 pl

Azienda USL di Modena



PROGETTO  
CASA DELLA SALUTE  
di  
CASTELFRANCO EMILIA

PROGETTO  
CASA DELLA SALUTE  
Castelfranco Emilia

Sommario

Premessa

Le Case della Salute in Emilia Romagna

Il contesto socio demografico distrettuale

I servizi socio-sanitari esistenti

L'utilizzo dei servizi sanitari

Le risorse umane e tecnologiche

La struttura

Il disegno organizzativo

Lo sviluppo delle aree trasversali

Prevenzione e promozione della salute

Popolazione con bisogni occasionali-episodici

Benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani

Prevenzione e presa in carico della cronicità

Non autosufficienza

Cure palliative

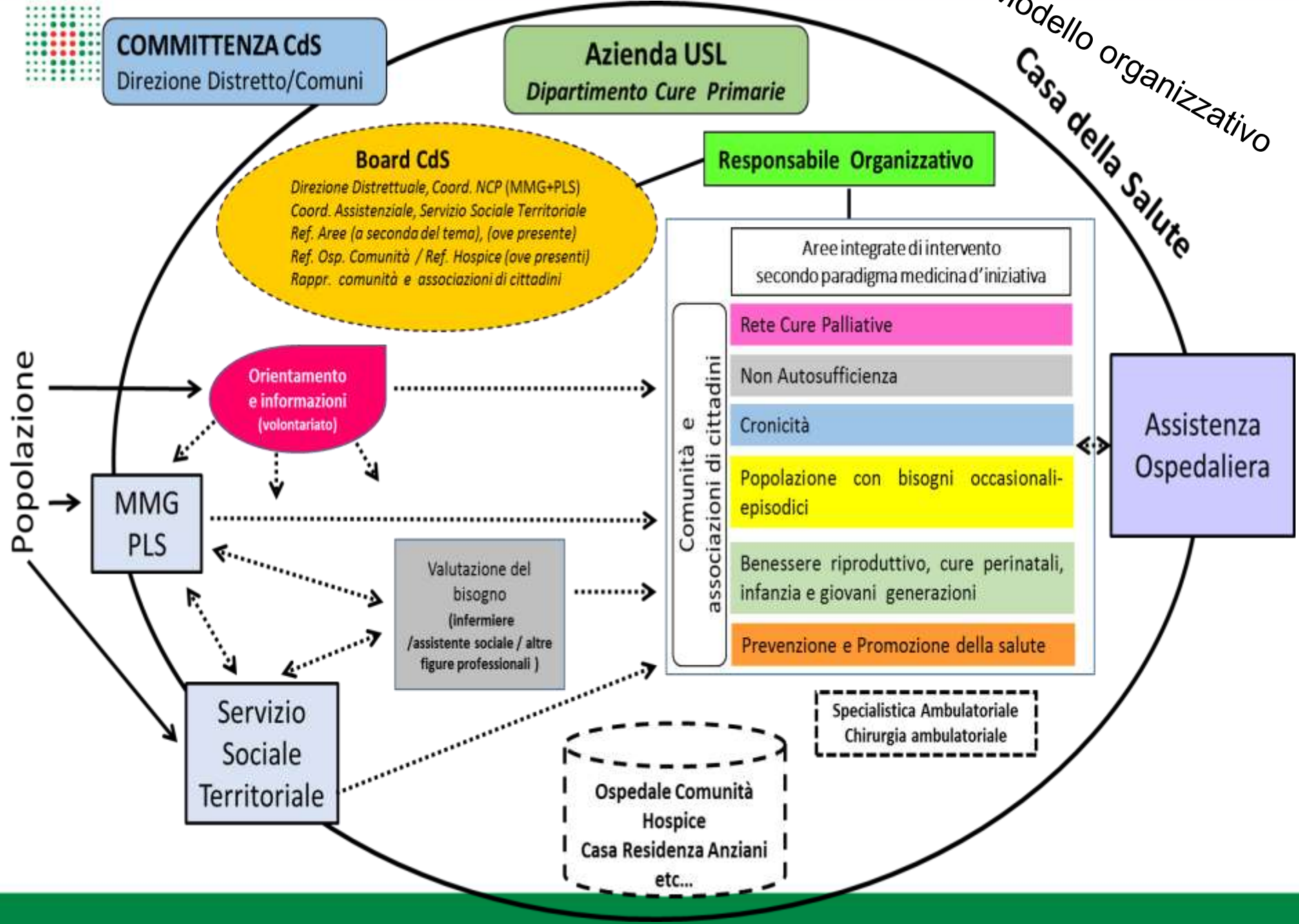
Valutazione

La formazione come supporto al cambiamento



## IL PROGETTO

Modello organizzativo  
Casa della Salute





# Medicina d'iniziativa per prevenire

E' un modello diverso di cura ed assistenza per gestire le malattie croniche che punta sulla **prevenzione e sull'educazione-informazione** della popolazione: in questo modo le patologie croniche vengono gestite meglio perché sono affrontate prima che si manifestino o si aggravino

## Presca in carico per i casi più complessi

La presa in carico dei pazienti ad alto rischio di ospedalizzazione, individuati dal MMG, avverrà per mezzo di team multiprofessionali e multidisciplinari attraverso la definizione di Piani Assistenziali Individuali.







## I percorsi all'interno della CdS

- Percorso nascita
- Maltrattamento minori e abuso
- Percorso gravidanza in adolescenza
- Percorso interruzione volontaria della gravidanza
- Adolescente e malattie sessualmente trasmissibili
- Disagio psichico
- Prevenzione vaccinale HPV
- Gestione pazienti con disturbi psichici "minori"
- Gestione paziente diabetico
- Gestione donne vittime di violenza
- Gestione del paziente con demenza
- Percorso del paziente anziano con frattura di femore
- Percorso del paziente con scompenso cardiaco cronico

### Arete integrate di intervento

Prevenzione e promozione della salute

Benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e adolescenza

Popolazione con bisogni occasionali-episodici

Prevenzione e presa in carico della cronicità

Non autosufficienza

Rete cure palliative

## Global Chronic Care Model

Rivolto ai pazienti affetti da Diabete Mellito, Scompenso Cardiaco e BPCO

Obiettivo: sviluppare una visione globale delle problematiche del paziente attraverso una presa in carico centrata sulla complessità, creare un follow up personalizzato al fine di garantire una maggiore continuità assistenziale per ridurre le ospedalizzazioni, gli accessi al PS e migliorare la soddisfazione del paziente per il sistema di cure

Caratteristiche ambulatorio: chiamata attiva dei pazienti in accordo con MMG, presenza di una infermiera di riferimento, follow up periodici ogni tre quattro mesi, con colloquio, rilevazione fattori di rischio, interventi educazionali (autogestione malattia, stili di vita...) e controllo parametri in base alla patologia (glicemia, pressione, peso...), verifica aderenza terapeutica, screening piede diabetico

Esami strumentali (FOO ECG Spirometria) e visite specialistiche richiesti dal MMG seguendo le indicazioni di PDTA aziendali sono prenotate direttamente dall'ambulatorio con percorsi agevolati.



# **RHO-Profilo dei pazienti a rischio di ospedalizzazione**

**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**

# Profilo di rischio di Fragilità

## Utilizzo di variabili indipendenti:

### ➤ **Caratteristiche demografiche:**

- età
- sesso
- residenza geografica (città, pianura, collina, montagna)

### ➤ **Indicatori di morbilità e severità:**

- Disease Staging
- Body system or Etiology Group
- Chronic condition drugs group

### ➤ **Indicatori di qualità dei Profili di Cura:**

- poliprescrizione farmaceutica
- interazione potenziale farmaco-farmaco
- farmaci potenzialmente inappropriati
- aderenza alle linee guida regionali per i PDTA del diabete, BPCO, Scompenso

➤ **Misure di consumo dei servizi** come proxy della complessità: ricoveri, PS, specialistica, ADI, ecc...

# RHO-II percorso seguito

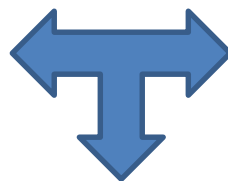


# Un'esperienza nello stesso Distretto: Interventi nella Casa della Salute Bomporto (MO)

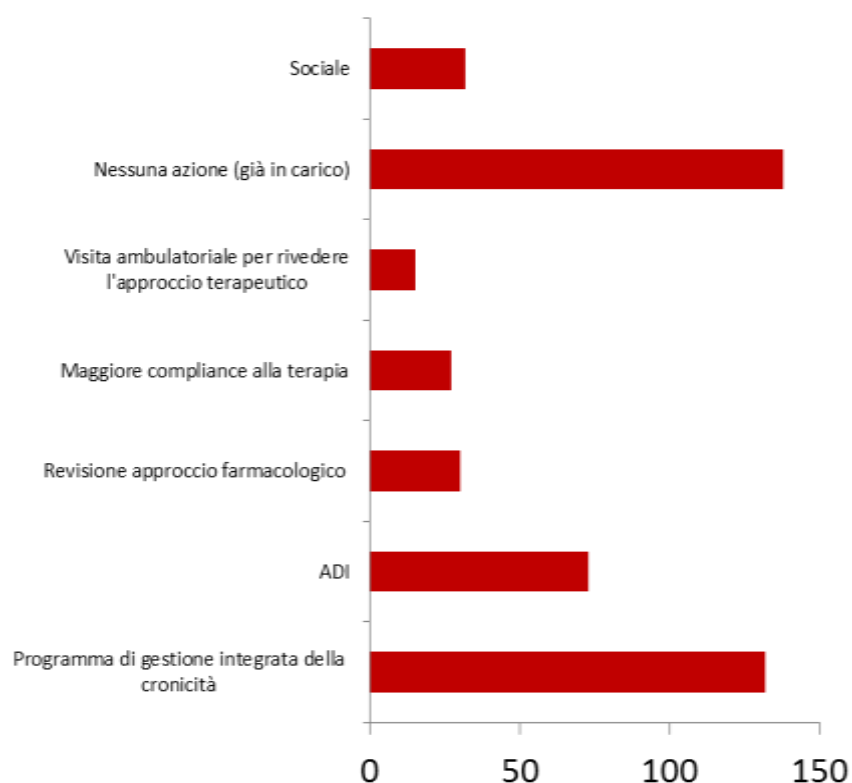
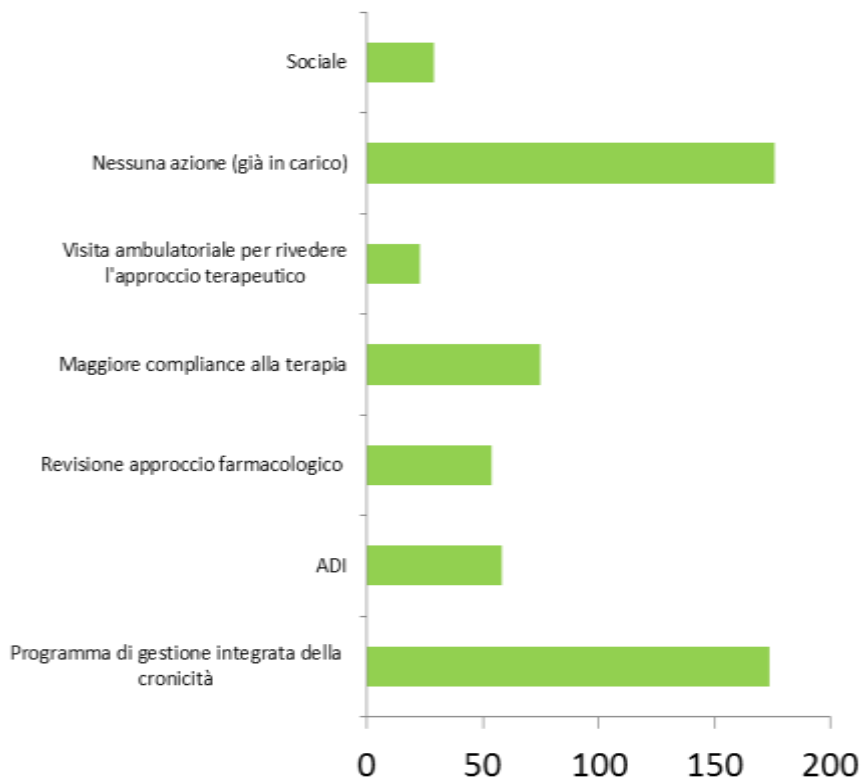
27.305 assistiti

23 MMG

598 pazienti a rischio alto



447 pazienti a rischio molto alto



# Lo sviluppo della medicina d'iniziativa: l'ambulatorio infermieristico per la cronicità

Nell'ambito dei percorsi condivisi con Medico di Medicina Generale, Specialisti, Assistente Sociale, Fisioterapisti, ...

Identificazione e reclutamento con Medico di Medicina Generale\*  
(modello predittivo rischio di osp./decesso, registri, lettura integrata del rischio cardiovascolare, etc)

Chiamata attiva dei pazienti

Accoglienza, presa in carico e follow up

Educazione terapeutica finalizzata  
all'Empowerment del paziente

Addestramento a paziente e caregiver

Continuità assistenziale ospedale-territorio

\* Lo specialista (in rapporto di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale o di dipendenza) partecipa alla stadiazione e definizione del percorso assistenziale dei pazienti



# Ampliamento e riqualificazione dell'offerta di prestazioni

- prestazioni di specialistica ambulatoriale:
  - *Cardiologia, ortopedia, odontoiatria, urologia, fisiatria, neurologia, ORL, pneumologia, geriatria e dermatologia*
  - *In attuazione della DGR 1056/2015 sui tempi di attesa, è aumentata l'offerta di prestazioni di visite specialistiche e di diagnostica strumentale sia interne che nel privato accreditato*
- prestazioni di chirurgia ambulatoriale:
  - *Ortopedia, oculistica, chirurgia vascolare, ginecologia, dermatologia*

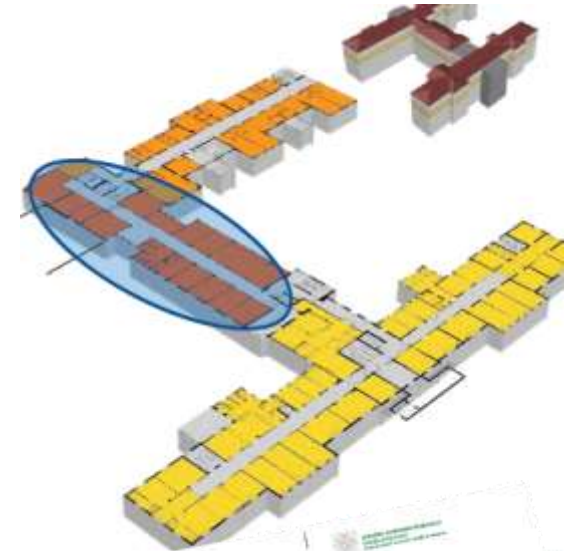




SISTEMA DELLE  
CURE  
INTERMEDIE

# L'Ospedale di Comunità di Castelfranco

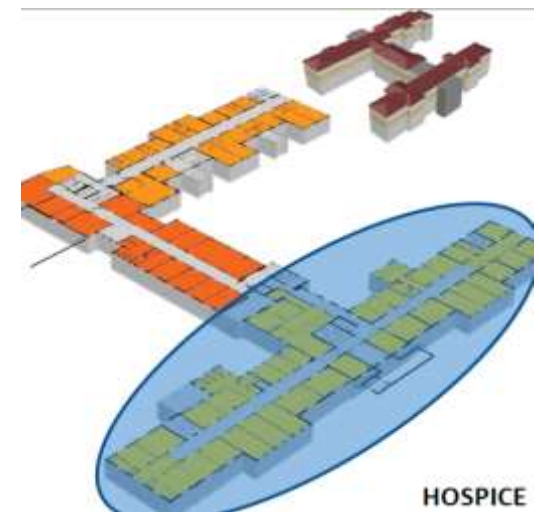
- Definizione del modello organizzativo:
  - Assistenza medica (MMG presente 3h al giorno, di notte e nei fine settimana MCA presenti in struttura)
  - Criteri e modalità di accesso e dimissione
  - Documentazione
- Informazioni
  - Ai pazienti e alle famiglie
  - Ai rappresentanti dell'associazionismo e volontariato
  - Ai cittadini





# Hospice di Castelfranco

- ▶ La rete delle cure palliative è composta da 4 nodi: Ospedale, Ambulatorio, Domicilio, Hospice
- ▶ Definita la rete nel territorio provinciale e le relazioni con ospedali e cure palliative ambulatoriali e domiciliari esistenti
- ▶ Sviluppo della formazione del personale della rete socio sanitaria, e domiciliare e dei consulenti (infermieri e MMG con specifica formazione)





# Percorso formativo 2016

Prevenzione e promozione della salute

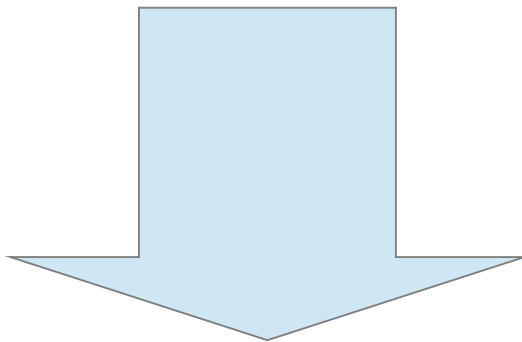
Popolazione con bisogni occasionali-episodici

Benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni

Prevenzione e presa in carico della cronicità

Non Autosufficienza

Cure Palliative



Laboratori  
esperienziali

*Dalla mappatura al governo proattivo del rischio di ospedalizzazione*

*L'evoluzione strategica del PUASS nella CdS*

*Il governo proattivo del disagio adolescenziale*



# Conclusioni: la casa della salute

- ❑ Strutturazione di servizi distrettuali in rete
  - Con gli ospedali per acuti
  - Con i servizi socio-sanitari e sociali
- ❑ Attraverso «una casa della salute» che sappia:
  - leggere i bisogni
  - fornire continuità e qualità dell'assistenza
  - Individuare e offrire appropriatezza dei regimi assistenziali
  - favorire il decentramento della risposta, che favorisca il permanere della persona nel proprio contesto sociale;
  - facilitare l'integrazione socio-sanitaria.
- ❑ In un processo di valutazione e miglioramento continuo



La Casa della Salute diventa parte integrante dell'identità della comunità, un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse della comunità, in cui si possa sviluppare l'empowerment di comunità.