



Sfide e traiettorie di cambiamento dell'Assistenza Primaria

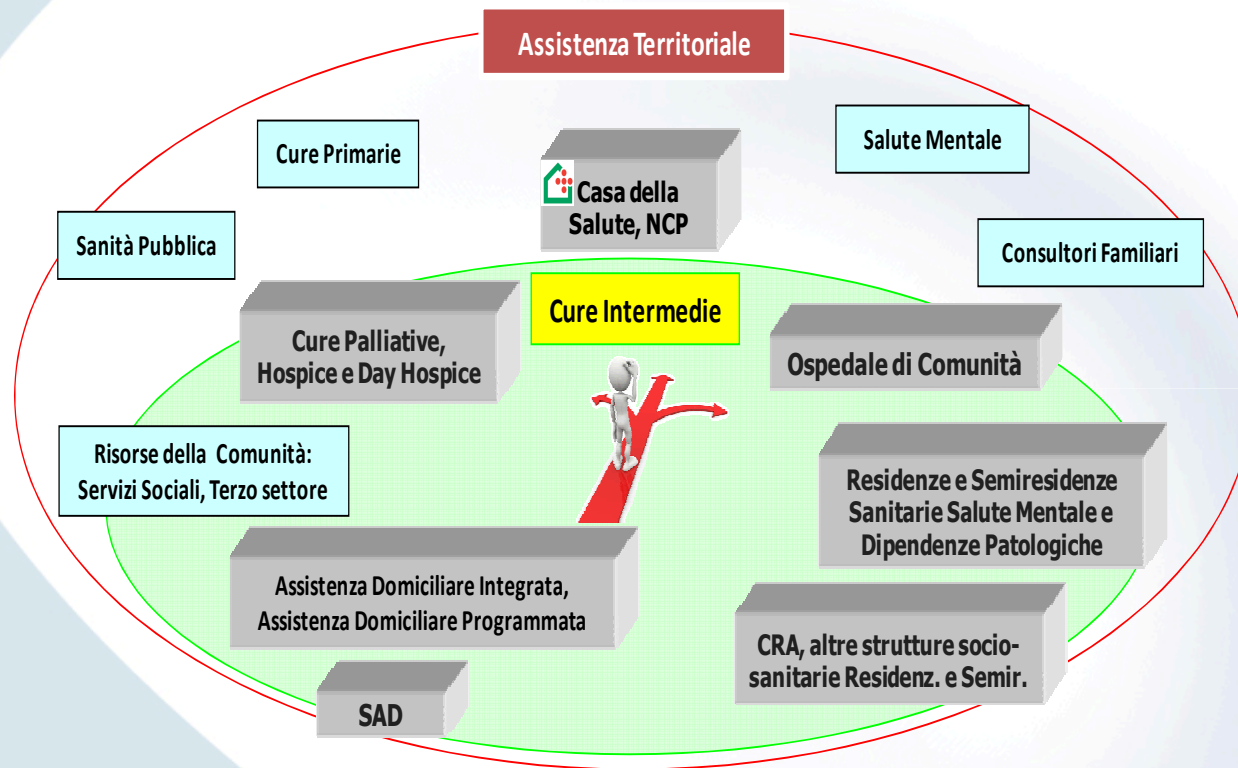
Case della Salute e
Ospedali di Comunità

Dott.ssa Chiara Benvenuti

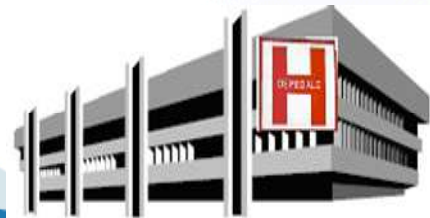


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

La Rete Assistenziale Distrettuale tra Territorio e Ospedale



Sviluppare l'assistenza territoriale significa dotare le cure primarie di strutture di assistenza **(all'interno delle quali operano equipe integrate di assistenza primaria)** che le consentano di gestire appropriatamente quei problemi di salute che altrimenti esiterebbero in ricoveri non appropriati



Il processo assistenziale delle cure primarie

Primo contatto:

...sportello informazioni, rassicurazioni, consigli/consulenza, ev trattamento patologie minori

solo per alcuni...

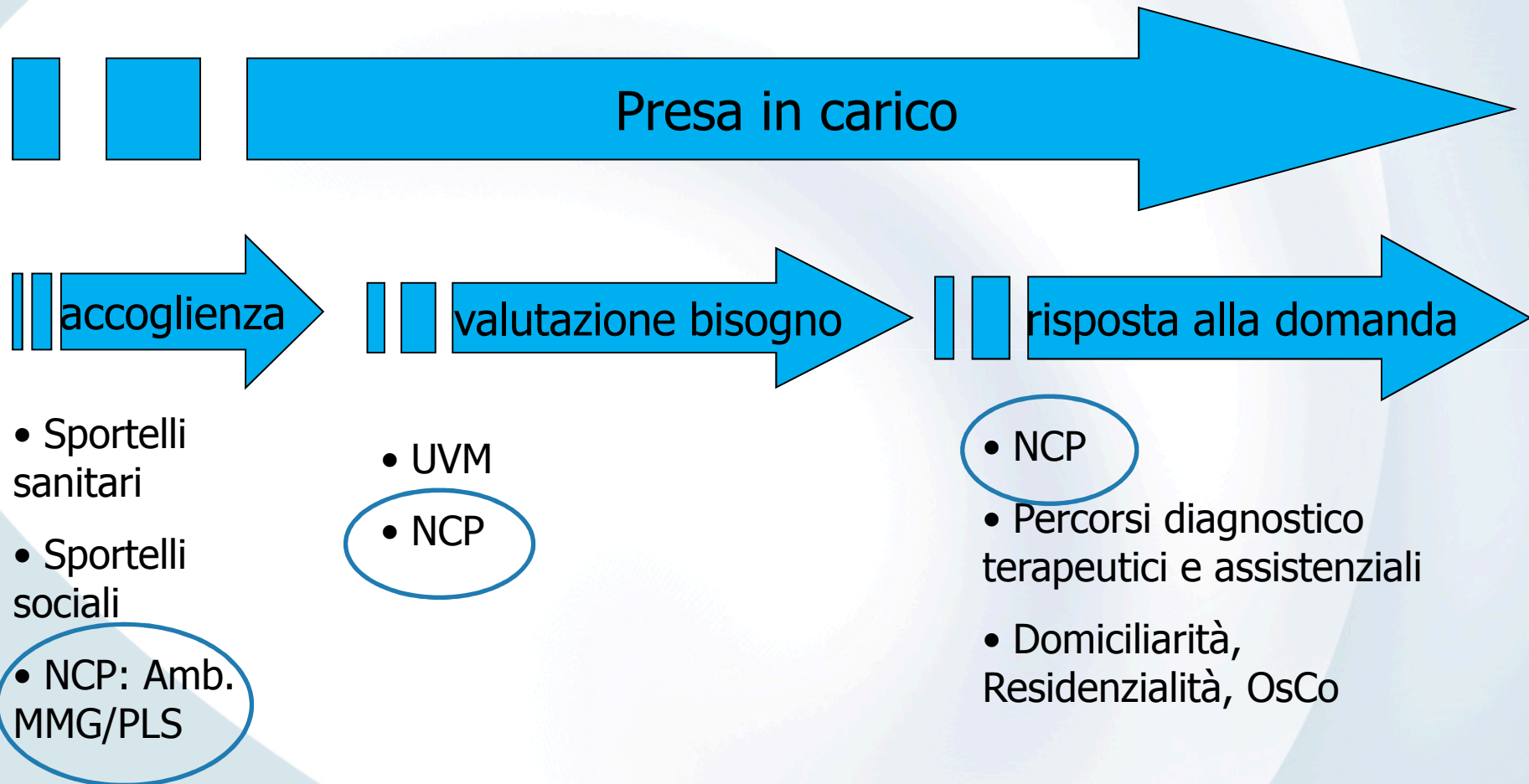
....procedure diagnostiche principalmente di esclusione di patologie importanti

Per una ulteriore minoranza.....tra

ttamento con eventuale coinvolgimento di altri professionisti

Intensità assistenziale/sviluppo percorsi

Presa in carico nella Casa della Salute



I SERVIZI SANITARI TERRITORIALI



Paradigma del nuovo modello di cura

Anticipare gli interventi rispetto al possibile manifestarsi degli eventi clinici di riacutizzazione (dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa)

Prevenire/ritardare il deterioramento clinico dei pazienti (gestione dei pazienti cronici)

Evitare accesso improprio al Pronto Soccorso e le riammissioni in Ospedale

Promuovere la salute per agire sui determinanti che contribuiscono alla comparsa delle patologie croniche a piu' larga diffusione

Implementare lo sviluppo delle professioni sanitarie

“Ricomporre” l'Area Sanitaria, Socio Sanitaria e Socio Assistenziale (gestione integrata dei casi, PAI, UVG, UVM...)

**Cosa e
come
cambiare**

La ridefinizione dei servizi delle Case della Salute Aree, Programmi trasversali



2015 Dove ANDIAMO

Il completamento della rete delle Case della Salute (CdS Comacchio e Bondeno)

Ridefinizione clinico-organizzativa dei servizi all'interno delle Case della Salute (responsabilità su processi e percorsi)

Progetto di collaborazione con l'Università di Bologna sulla valutazione della qualità assistenziale nelle CdS

Lo sviluppo dell' area delle cure intermedie - Ospedali di Comunità

Dai PDTA ai modelli predittivi del rischio di ospedalizzazione e della fragilità

Svilluppare la Continuità dell'assistenza per l'intensità di cura nella logica di rete



Dipartimento di Sanità Pubblica: Servizi al cittadino presenti nelle Case della Salute

Dott. Giuseppe Cosenza

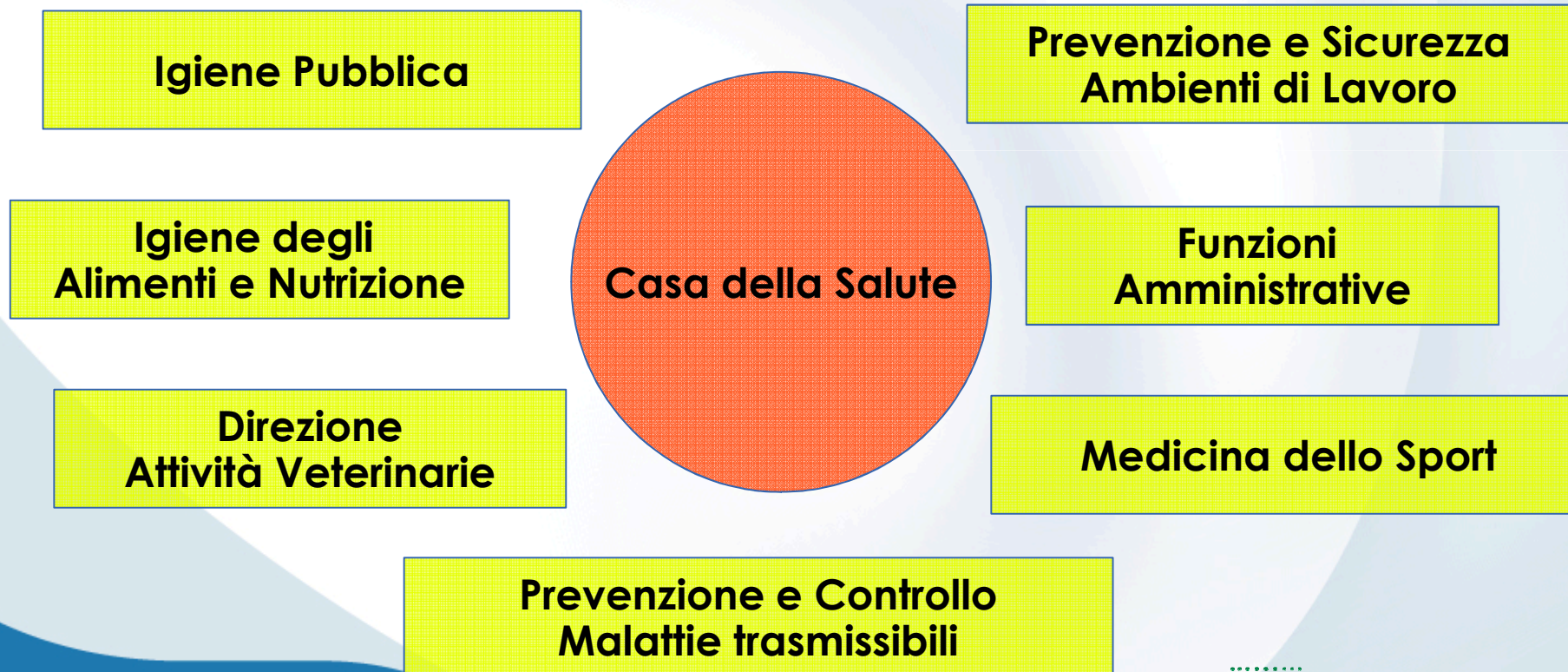


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

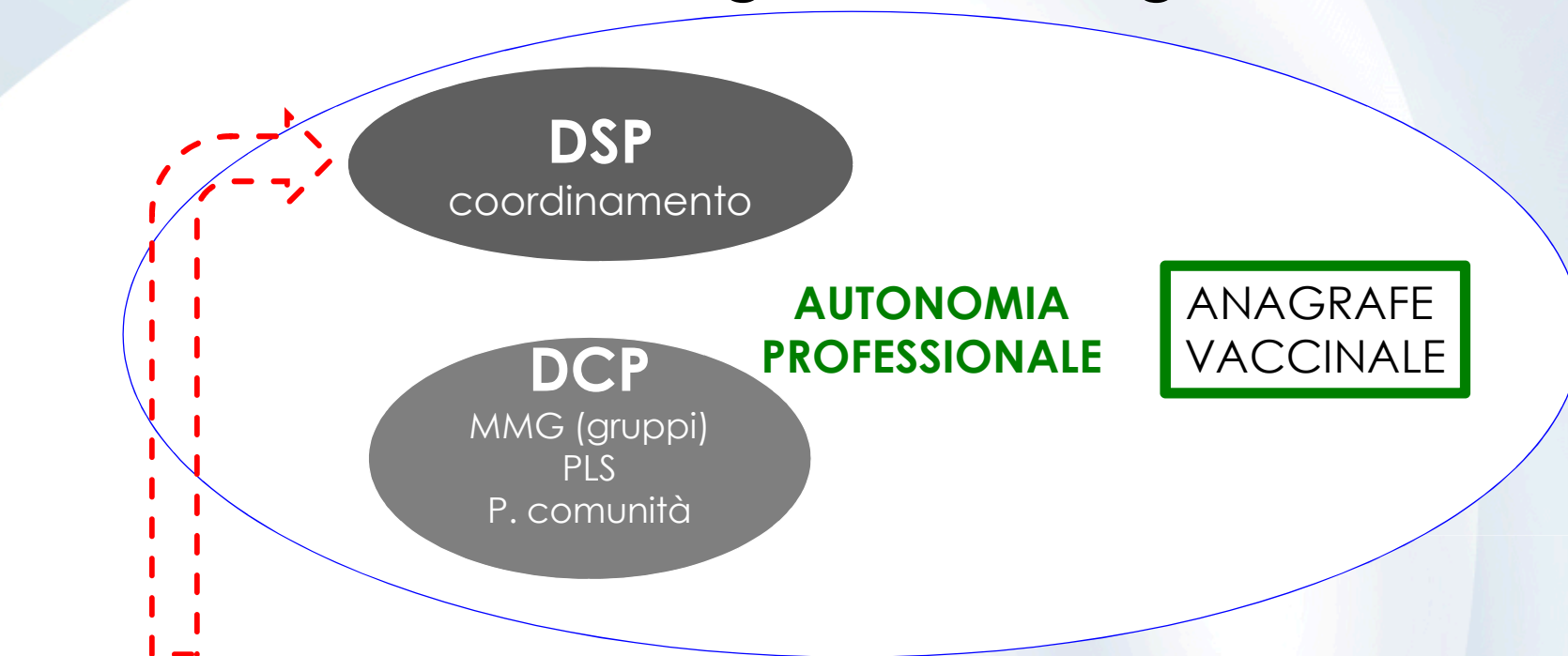
Dipartimento di Sanità Pubblica

Servizi al cittadino presenti nelle Case della Salute

“L'insufficiente coerenza e coordinamento nell'erogazione delle cure è sicuramente la principale causa della inadeguata risposta ai bisogni della popolazione” (indagine OCSE 2007)



Vaccinazioni - Progetto di integrazione



MMG
Med. Competenti
Ospedale (PS)
Altro

L'integrazione non è rigidamente predeterminata

ma deve adattarsi a ciascuna realtà territoriale e deve tener conto

- della composizione demografico-sociale
- delle dotazioni organiche
- delle strutture esistenti, dei modelli organizzativi preesistenti e di quelli possibili
- dell'approccio individuale all'attività e alle novità

❖ Ambulatorio Integrato 

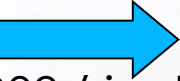
funzionalmente: le vaccinazioni pediatriche e per adulti sono eseguite da professionisti nella Casa della Salute (Nucleo di Cure Primarie: MMG, PLS e infermiere) IN 2 AMBULATORI DIVERSI



❖ Ambulatorio Integrato 

funzionalmente e professionalmente: le vaccinazioni pediatriche e per adulti sono eseguite da professionisti "misti" (medici e infermiere/AS) → appartenenti al DSP e DCP **IN UNA SEDUTA CONGIUNTA**



Entrambi in Autonomia  secondo quanto indicato, ribadito dalla DGR 256/2009 (rivalutazione delle professioni sanitarie...)

Vantaggi attesi (medio.....periodo)

- Incremento delle possibilità di accesso agli ambulatori: più ambulatori in contemporanea
- Possibilità di impiegare personale medico in altre attività
- Incremento di vaccinazioni in soggetti a rischio
- Miglioramento del controllo delle malattie trasmissibili
- Valorizzazione delle professionalità sanitarie

Cosa potremo o potremmo diventare...

- *Protagonisti del processo di integrazione*
- *Promotori del cambiamento*
- *Facilitatori nel processo di adesione alle vaccinazioni* → migliore compliance
- *“Attori in un momento di crisi”* → migliore performance nell'utilizzo delle risorse

Integrazione tra Servizi Case della Salute – Ambulatori Nutrizionali

“Percorso integrato multiprofessionale nell'educazione al consumo consapevole (di bevande alcoliche e fumo) in persone affette da patologie croniche nella Casa della Salute”

Progetto svolto nelle Case della Salute di **Portomaggiore** e **Copparo**.

Obiettivo: creare un percorso di accesso facilitato per la presa in carico specifica per il paziente affetto da diabete, scompenso cardiaco o inserito nello screening del rischio cardiovascolare.

Percorso iniziato in fase sperimentale nella Casa della Salute di Portomaggiore nell'**agosto 2013**, poi esteso con l'inizio del 2014 anche alla Casa della Salute di Copparo.

Reclutamento Pazienti:

Avviene ad opera del PDA secondo criteri di inclusione definiti assieme ai diversi specialisti

Accordo interdipartimentale tra Dip. Sanità Pubblica e Dip. di Medicina

M.O.D. Medicina dello Sport Territoriale
U.O. Cardiologia Ospedale del Delta

Prescrizione attività motoria in pregressa cardiopatia o dismetabolismi

Pazienti **cardioperati** residenti nella provincia, dalla 7° giornata, in assenza di complicanze post-intervento che consiglino una permanenza più prolungata in ambito Cardiochirurgico
FASE OSPEDALIERA (U.O. Cardiologia Ospedale del Delta) Assistenza clinica, mobilizzazione precoce, stratificazione prognostica, informazione sanitaria mediante infermiera counselor
FASE TERRITORIALE (Programma di Attività Motoria per Soggetti con Cardiopatia Pregressa)
Preso in carico con cartella cartacea ed elettronica, prescrizione di esercizio fisico da parte del Medico dello Sport, esecuzione fasi guidate, follow up clinico e strumentale

Implementazione del progetto: allargamento a tutti i cardiopatici che possono beneficiarsi di EFA

FASE OSPEDALIERA: inizio fase guidata già durante la degenza

FASE TERRITORIALE: anche in prevenzione primaria (Programma di Attività Motoria per Soggetti con Dismetabolismi) e integrazione con Case della Salute (centri antifumo territoriali, ambulatorio di consulenza psicologica, ambulatorio dietologico, centro antidiabetico)

Area Vasta Emilia Centro

Costruzione di un registro di mortalità di Area Vasta

- realizzazione di un Piano di lavoro annuale comune
- collaborazione nella codifica e nell'inserimento delle schede con le cause di morte per arrivare ad un report epidemiologico sulle cause di morte di Area Vasta
- collaborazione sul sistema di sorveglianza PASSI
- sinergia nell'elaborazione di schede tematiche di Area Vasta
- realizzazione di piano di comunicazione condiviso

Attività di epidemiologia

- prosegue l'attività di collaborazione nel contesto del progetto per la integrazione delle attività di epidemiologia dei Dipartimenti di Sanità pubblica dell'Area Vasta Emilia Centro.

Registro tumori

- il Registro Tumori è una struttura impegnata nella raccolta di informazioni sui malati di cancro residenti in un determinato territorio. Le informazioni registrate sono vitali per la ricerca sul cancro. Permettono di studiare le cause di alcuni tumori, di valutare l'eventuale impatto di fattori sociali o ambientali e di valutare l'efficacia dei programmi di prevenzione e di screening.
- sono in corso di perfezionamento le procedure per completare gli accessi ai sistemi informativi sanitari regionali e aziendali necessari allo sviluppo dell'attività e in prospettiva della convenzione con l'IRST-IRCSS di Meldola (Registro tumori della Romagna)
- durante il corrente anno è stata completata la georeferenziazione di tutta la popolazione residente in provincia di Ferrara.



Integrazione socio-sanitaria: un esercizio complesso

Dott. Felice Maran



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

La “rete” e le forme dell’integrazione socio-sanitaria

- **ISTITUZIONALE/COMUNITARIA** (CTSS, AUSL, Comuni, Distretto, OO.SS, Terzo Settore);
- **GESTIONALE** (DCP, DAISM-DP, ASP, ASSP, Comuni);
- **PROFESSIONALE/OPERATIVA** (Ass. Sociali, Educatori, O.S.S., Infermieri, Terapisti, Medici, Amministrativi).

All’interno di questo intreccio di rapporti esistono **risorse e potenzialità non illimitate**, considerarli significa acquisire efficaci ottiche di analisi e non dare per scontata o enfatizzare una solidarietà tra enti, servizi ed operatori che, spesso parziale, può derivare solo da **una “CONQUISTA”**.

Governance e programmazione distrettuale

I Programmi per la non autosufficienza, da inserire nei Piani attuativi distrettuali per la salute ed il benessere sociale (Piani di zona), come indicato dalla Regione, dovranno **“garantire una spesa che anche per gli anni futuri non comporti una necessità superiore al livello delle risorse FRNA assegnate per l’anno 2014”**.

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

- **Regione, Az. UU.SS.LL. ed Enti Locali** si sono impegnati a **consolidare**, nell'ambito delle rispettive manovre finanziarie per il 2007, **le risorse** finanziarie dedicate alla rete dei servizi nel **2006**, al netto delle maggiori risorse del **FRNA (100 Mil. €** derivanti dall'incremento dell'addizionale IRPEF);
- **Le risorse aggiuntive** devono essere prioritariamente utilizzate a sostegno dello sviluppo, articolazione e qualificazione delle rete dei servizi e **non devono in alcun modo essere destinate a ridurre l'impegno del Fondo Sanitario Regionale e dei bilanci degli Enti locali**;
- **Le spese** prettamente **sanitarie** rimangono di competenza delle aziende USL, anche per quanto attiene allo **sviluppo** dei servizi e degli interventi per la non autosufficienza.

Risorse per la non autosufficienza - Anno 2014

DISTRETTO	FRNA 2014	Residui FRNA 2013	FNA 2014	Totale risorse FRNA + FNA 2014
OVEST	6.905.245	1.162.139,34	467.460	8.534.844,34
CENTRO-NORD	19.808.389	2.426.879,45	1.208.546	23.443.814,45
SUD-EST	10.745.291	1.948.870,41	671.418	13.365.579,41
TOTALE AUSL FE	37.458.925	5.537.889,20	2.347.424	45.344.238,20

IL 2015:

- VENIR MENO DEI RESIDUI (Pre-consuntivo 2014);
- MESSA A REGIME SERVIZI DI RECENTE ATTIVAZIONE

L'accreditamento socio-sanitario

Il sistema ferrarese è stato in grado di avanzare senza scossoni sulla strada dell'**accreditamento**:

- I **servizi ferraresi** presentavano livelli organizzativi e costi sufficientemente allineati ai riferimenti della Regione che hanno facilitato il passaggio all'**accreditamento transitorio**;

Servizi accreditati Azienda USL Ferrara 2014	Casa Residenza Anziani		Centro Diurno Anziani		Centro Socio- Riabilitativ o Resid.le		Centro Socio- Riabilitativ o Diurno		Servizio Assist. Domic.re
	N. Struttur e	N. Posti	N. Struttur e	N. Posti	N. Struttur e	N. Posti	N. Struttur e	N. Posti	N. Servizi
	30	1.43 8	10	151	7	109	9	189	9

- Dal 1° gennaio 2015 parte l'**accreditamento definitivo**.

Alcune esperienze del 2014

- **PROGETTORIVALUTAZIONE DI N. 53 UTENTI PSICHIATRICI ANZIANI INSERITI IN STRUTTURE SOCIO-SANITARIE**

TAB. 2

DISTRETTO	CRA	CSR-Res.	In altre strutture (casa riposo, casa famiglia, CSRR non acc.)
OVEST	2	0	0
CENTRO-NORD	16	0	7
SUD-EST	16	2	10
TOTALE AUSL	34	2	17

- **DASS – DCP U.O. anziani e disabili - DAISM-DP – SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI della provincia di Ferrara**
30 Settembre e 7-14-21-28 Ottobre 2014-
FERRARA - Auditorium Biblioteca “G. Bassani”
Corso di formazione di 5 incontri
“La rete dei Servizi per la non autosufficienza nella Provincia di Ferrara: Normativa e organizzazione”

- 1) **Il DAI SM DP nasce proprio dalla necessità di integrazione tra Dipartimento Salute Mentale e Clinica Psichiatrica universitaria;** la psichiatria ospedaliera, infatti, (SPDC di CONA e SPOI del DELTA) è a Direzione universitaria ed è anche una UO del Dipartimento.

- 2) **Programma Psicologia clinica e di Comunità (PPCC) in Staff alla Direzione DAI SM DP .** Questo Programma ha compiti funzionali di indirizzo e coordinamento, di valutazione generale della formazione e risorse di tutti gli psicologi dipartimentali, sia della Psichiatria adulti, sia del SerT, sia di UONPIA; ha inoltre compiti gestionali sui Disturbi specifici dell'Apprendimento(es. Dislessie) e su Adozioni ed Abusi sessuali.

- 3) Programma **Disturbi Comportamento Alimentare (DCA) è un programma interaziendale** tra DAI SM DP- che cura gli aspetti psicologici e psicopatologici- e l'Azienda ospedaliera universitaria (UO Complessa di Medicina) che cura gli aspetti somatici.

Case della Salute di Copparo e Portomaggiore:

- collaborazione tra il **SerT-DP e specialisti cardiologi**, per diminuire la dipendenza da fumo e prevenire il rischio di malattie cardiovascolari;
- la **Psichiatria adulti** ha aperto un nuovo ambulatorio per diagnosi e trattamenti dei disturbi ansiosi, evitando al cittadino il tradizionale percorso psichiatrico troppo stigmatizzante; inoltre si sta riprogettando il percorso DAI SM DP-MMG del DCP a favore di pazienti con disturbi psichiatrici persistenti per migliorarne la salute fisica (patologie dismetaboliche e diminuzione del rischio cardiologico) ; anche i casi complessi di anziani sono oggetto di percorsi integrati
- **UONPIA**: si rafforza l'integrazione tra professionisti UONPIA e quanti operano nell'ambito delle Case della Salute, es PLS –MMG -altri specialisti, individuando momenti di discussione dei casi clinici di bambini e adolescenti con problematiche particolarmente complesse.

Progetti trasversali per il prossimo FUTURO del DAI SM DP:

- trattamento specifico esordi psicotici (intradipartimentale)
- trattamento specifico dei Disturbi gravi di personalità (intradipartimentale)
- prevenzione - trattamento del disagio e disturbi della adolescenza (interdipartimentale tra DAI SM DP - DCP- enti locali)
- integrazione sociosanitaria del DAI SM DP con DCP ed ASP: in particolare disabilità adulte (Autismo, Disabilità da disturbi psichiatrici) e pazienti over 65