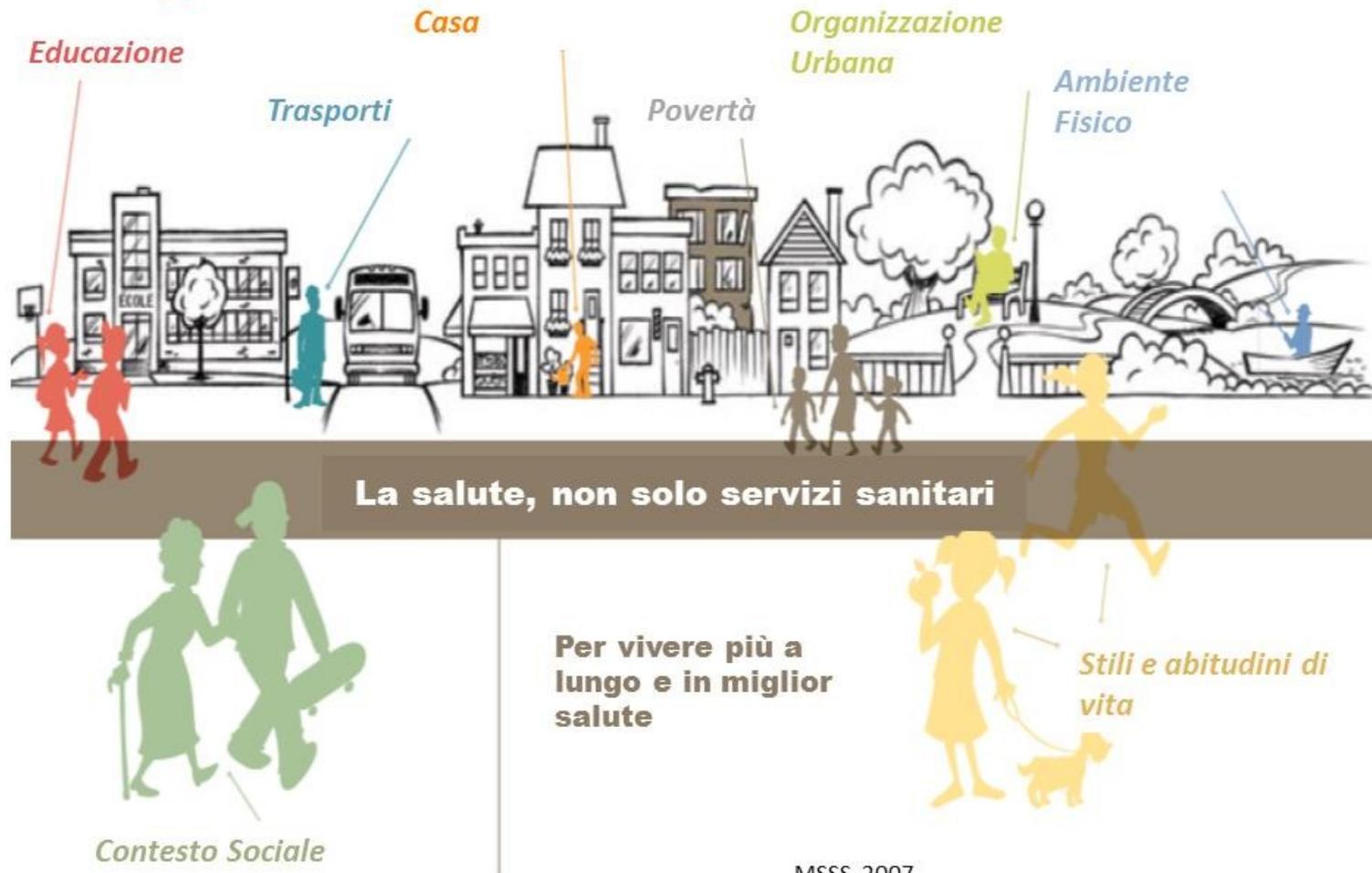




# Le Cure Primarie un'organizzazione orientata agli obiettivi di salute



# Adottare un approccio bio - psico - sociale agire sui Determinanti Sociali della Salute

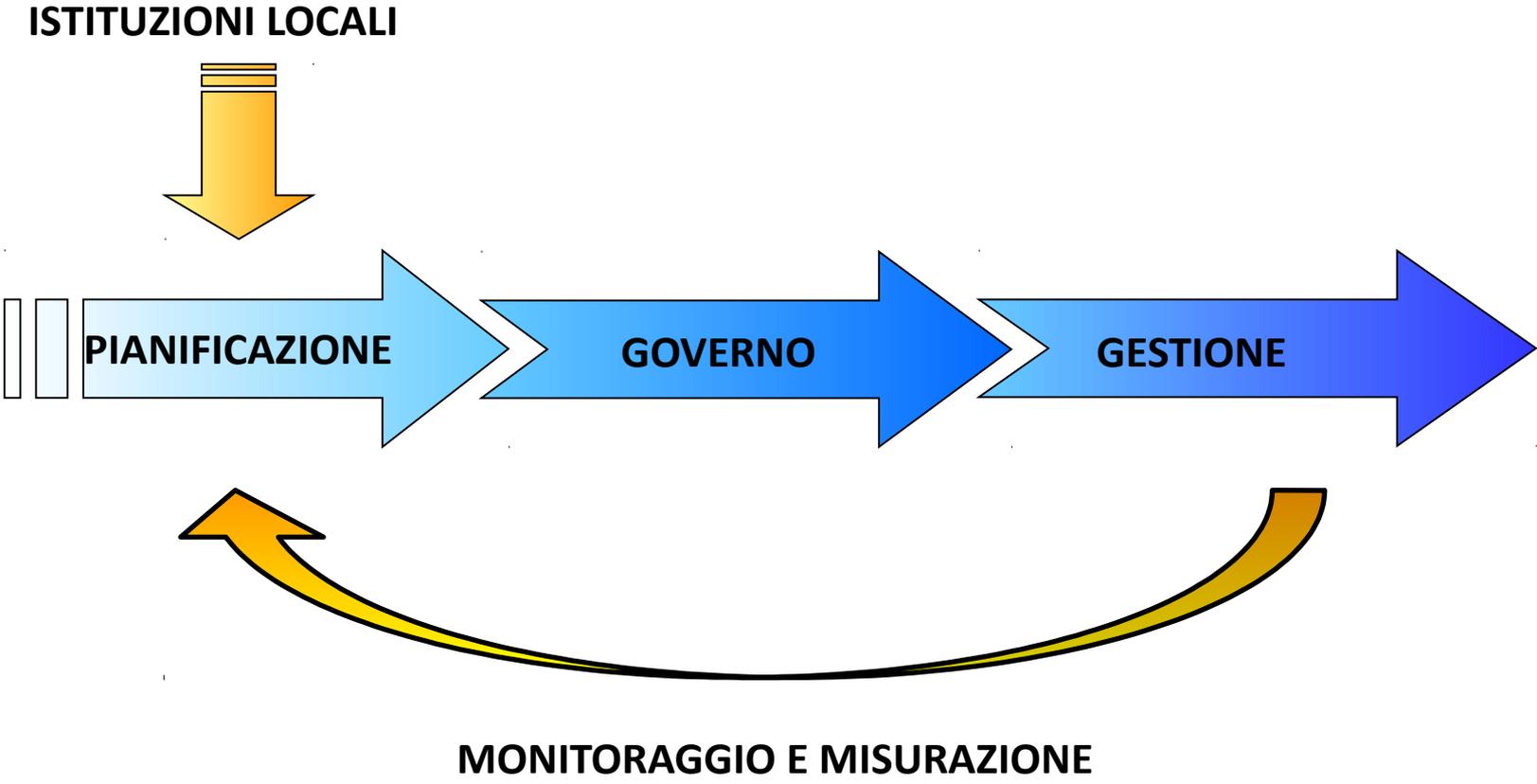


MSSS, 2007

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-245-02.pdf>



# Il modello di governance: il percorso





# Linee di Produzione Cure Primarie

- Assistenza Primaria, Pediatria Libera Scelta, Continuità Assistenziale
- Assistenza domiciliare: ADI, ADP, SID, Cure Palliative Domiciliari
- Assistenza residenziale
- Specialistica ambulatoriale (Diagnosi e terapia)
- Gestione Cronicità: diabete, scompenso, rischio cardiovascolare....
- Interventi per target di popolazione: malati oncologici, disabili gravi e gravissimi oppure infanzia e salute donna

# Il processo assistenziale delle cure primarie

Primo contatto:  
...spt informazioni,  
rassicurazioni,  
consigli/consulenza,  
ev trattamento  
patologie minori

solo per alcuni...  
...procedure  
diagnostiche  
principalmente di  
esclusione di  
patologie importanti

Per una ulteriore  
minoranza..  
...trattamento con  
ev coinvolgimento  
di altri professionisti

*Intensità assistenziale/sviluppo percorsi*



# Presa in carico



- | Sportelli sanitari
- | Sportelli sociali
- | NCP: Amb. MMG/PLS



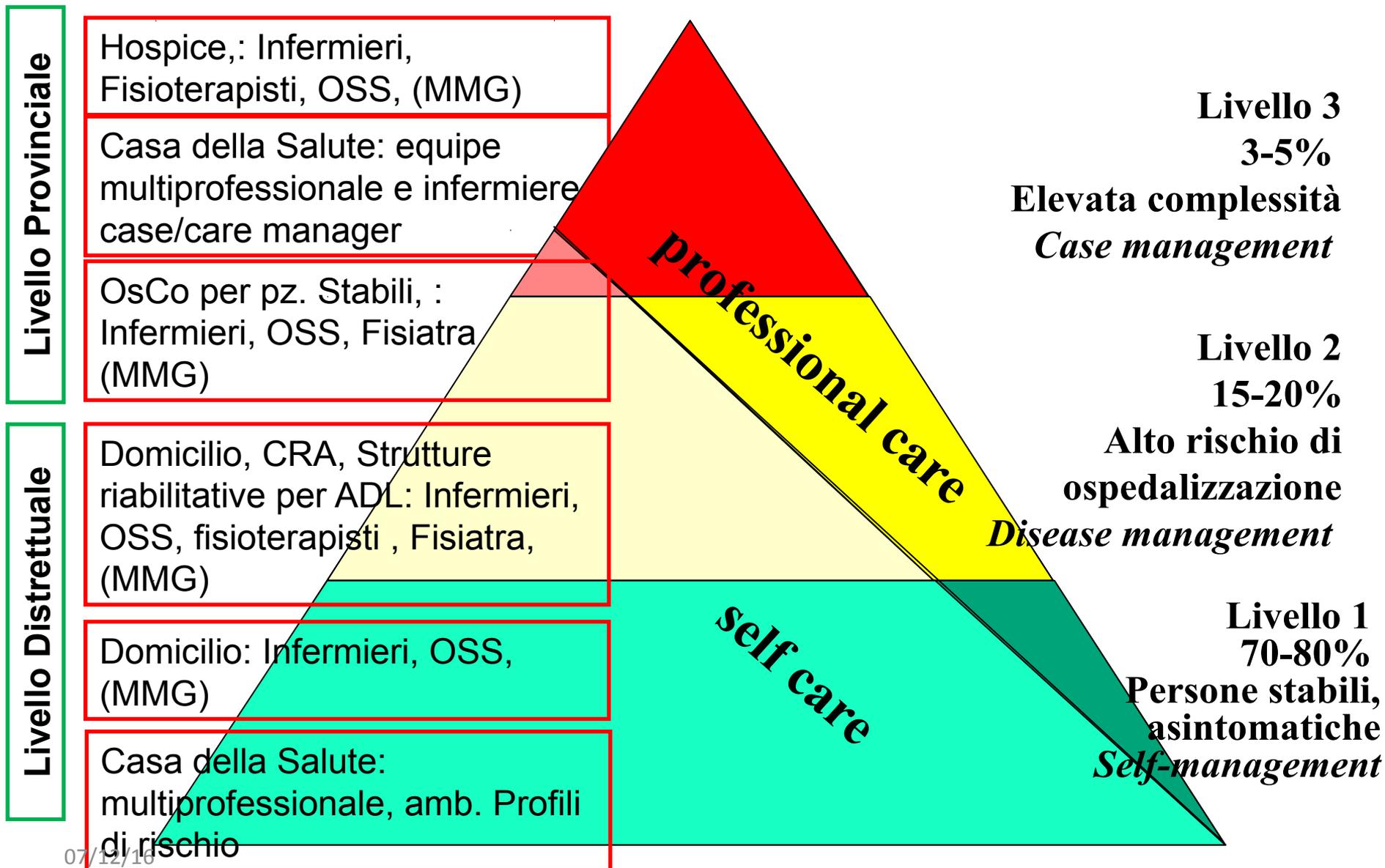
- | UVM
- | NCP



- | NCP
- | Percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali
- | Domiciliarità, Residenzialità



# Management delle Malattie Croniche





# Le fasi del processo

2010

Progr.Num. 291/2010

## GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno Lunedì 08 del mese di Febbraio

dell' anno 2010 si è riunita nella residenza di via Aldo Moro, 52 BOLOGNA

la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Errani Vasco	Presidente
2) Muzzarelli Maria Giuseppina	Vicepresidente
3) Bissoni Giovanni	Assessore
4) Bruschini Marioluigi	Assessore
5) Campagnoli Armando	Assessore
6) Dapporto Anna Maria	Assessore
7) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
8) Pasi Guido	Assessore
9) Rabboni Tiberio	Assessore
10) Ronchi Alberto	Assessore
11) Zanichelli Lino	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Zanichelli Lino

Oggetto: CASA DELLA SALUTE: INDICAZIONI REGIONALI PER LA REALIZZAZIONE E L'ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE.

Cod.documento GPG/2010/228



**D.G.R. n. 291/2010: Indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale delle Case della Salute**

**Completamento del sistema delle cure primarie, definendo gli aspetti principali che caratterizzano la Casa della Salute, sede unitaria di erogazione dei servizi territoriali**



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





# Il razionale

- lo sviluppo delle CdS si sta realizzando in modo diversificato nelle diverse realtà territoriali, secondo modalità che tengono conto del **contesto specifico locale**, pur mantenendo una base comune
- queste realtà possono trovare una ricomposizione in un **“setting organizzativo di riferimento”** che può caratterizzare le modalità di guida e di orientamento nell'organizzazione delle Case della Salute





- gli utenti della Casa della Salute sono ***persone con bisogni difficilmente riconducibili ad una sola disciplina***; la interdisciplinarietà tipica di questa tipologia di servizi richiama la necessità di ***coordinare professionisti*** appartenenti a diverse strutture e caratterizzati da elevati livelli di autonomia professionale
- in questi contesti può essere particolarmente utile, tra le diverse modalità di coordinamento, promuovere la definizione di regole e procedure, di obiettivi e risultati, di competenze (le **standardizzazioni** appunto) per coordinare efficacemente i professionisti delle CdS





Le organizzazioni come le CdS, al cui interno collaborano professionisti appartenenti a diverse strutture (Dipartimenti territoriali, Ospedali, ecc.), devono prevedere modalità di coordinamento capaci di valorizzare il contributo dei diversi professionisti attraverso setting organizzativi che privilegino strumenti di coordinamento quali:

- la presenza di un diffuso e costantemente aggiornato **sistema di obiettivi e risultati comuni**, che guida ed orienta le attività dei professionisti
- la definizione di **regole e procedure condivise** tra i diversi attori come guida alle azioni professionali
- un sistema di **valutazione e monitoraggio** costante, condiviso e “riconosciuto” dai diversi attori
- programmi di **formazione continua** capaci di mantenere elevato il livello di competenze specialistiche-professionali, organizzativo-gestionali e comunicativo-relazionali





- la complessità e l'eterogeneità della domanda di salute devono **orientare l'organizzazione della Casa della salute verso gli utilizzatori dei servizi** (i cittadini), al fine di rispondere in modo adeguato alle loro necessità, ai loro bisogni di salute, assicurando in via prioritaria le dimensioni della qualità che fanno riferimento all'accessibilità, all'equità e alla continuità





- ciò suggerisce la necessità di mettere in campo una *semplificazione organizzativa* nelle CdS fin dal momento dell'accesso, facilmente leggibile/individuabile da parte dei cittadini e che ne facilita l'orientamento e l'utilizzo; un ***setting organizzativo impostato in aree tematiche per target di età*** può favorire l'integrazione su quattro livelli:

- ✓ livello programmatico
- ✓ livello gestionale
- ✓ livello professionale
- ✓ livello degli utilizzatori dei servizi (cittadini e comunità)





# Setting organizzativo per target di età

- condividere meglio gli obiettivi e gli strumenti con le comunità locali seguendo la **logica dei Piani di zona per la salute ed il benessere sociale**
- **gestire i problemi di salute** attraverso specifici percorsi di prevenzione e cura
- **intercettare problematiche** comuni finalizzate ad orientare il cittadino che meglio si identifica nel servizio studiato sui suoi bisogni (customerizzazione del servizio in base all'età)
- **presidiare la soddisfazione degli utenti** che possono trovare una migliore risposta ai propri bisogni - non solo di natura clinico assistenziale





# Il nuovo setting organizzativo

- aree per target di età come “punto presidio” dei percorsi di prevenzione e cura e dei bisogni delle persone
- presidio dell’accesso del cittadino attraverso una Punto informativo e di accoglienza
- funzione professionale di valutazione che “filtra” e fornisce supporto ai cittadini rispetto alla possibilità di risposta che la CdS può fornire

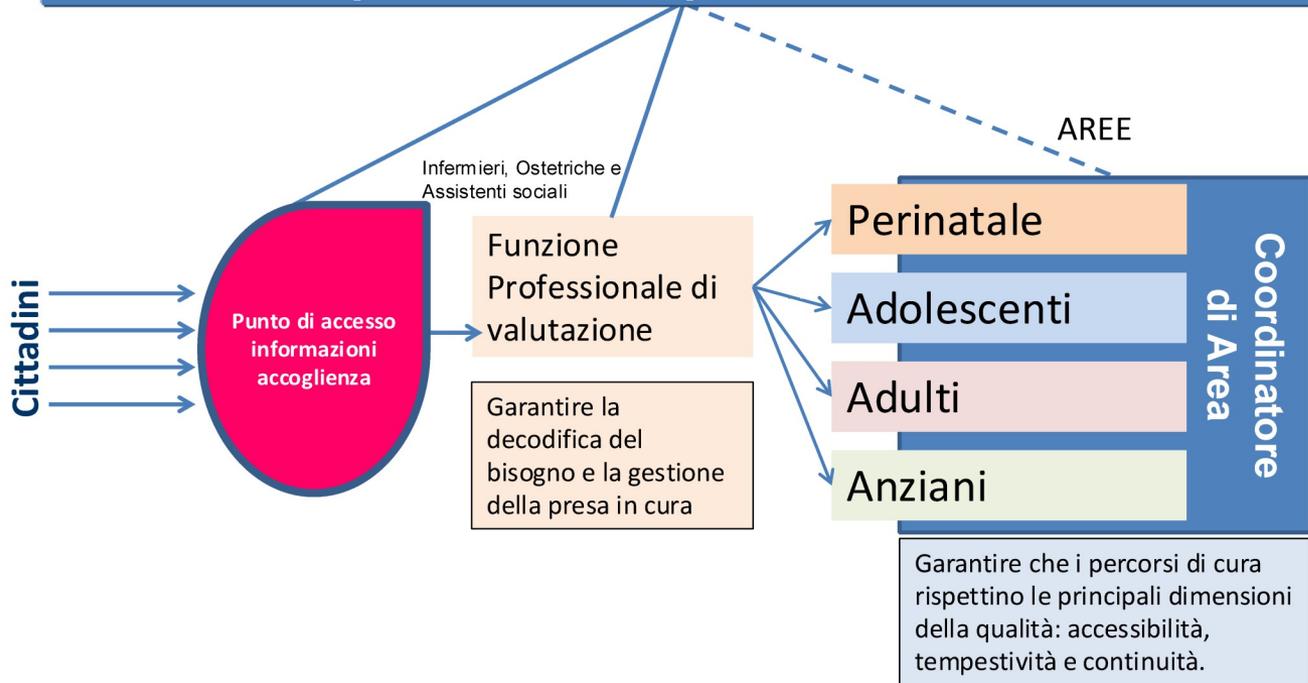
In ogni area target il lavoro viene diviso in percorsi specifici di cura (condivisi con i professionisti e sottoposti a costante assessment) che rappresentano il driver per la divisione del lavoro e definiscono quindi:

- le diverse responsabilità dei professionisti
- le modalità di intervento
- la tempistica





## Responsabile complessivo della CdS



*per assicurare un buon funzionamento occorre individuare un coordinamento per il presidio delle singole aree target ed una responsabilità complessiva della CdS per l'azione di sintesi delle attività*



## Il raggruppamento per fasce di età

All'interno di ogni area vengono sviluppati *PERCORSI SPECIFICI* per target di età che diventano lo strumento principale di coordinamento delle attività



Percorso nascita

Area perinatale,  
bambini,  
preadolescenti e  
famiglie

.....

Maltrattamento  
minori e abuso



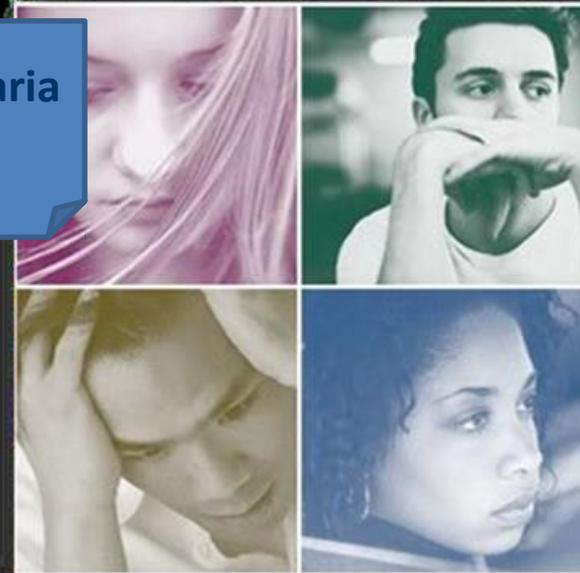


**Percorso Gravidanza  
in adolescenza**

**Interruzione volontaria  
della gravidanza**

**Area adolescenti  
e giovani**

**Disagio psichico**



**Adolescente e  
malattie  
sessualmente  
trasmissibili**



**Prevenzione vaccinale  
HPV**



Gestione del paziente  
diabetico

Gestione dei pazienti con disturbi  
psichiatrici minori "Programma  
Leggieri"

Area  
adulti

Gestione Donne  
vittime di violenza





**Percorso del paziente con  
demenza**

**Percorso del paziente  
anziano con frattura di  
femore**

**Area  
anziani**

**Gestione del paziente con  
scompenso cardiaco  
cronico**

NON SONO VECCHIO.  
SONO DIVERSAMENTE  
GIOVANE.





# Il Distretto ambito di programmazione e garanzia dell'accesso

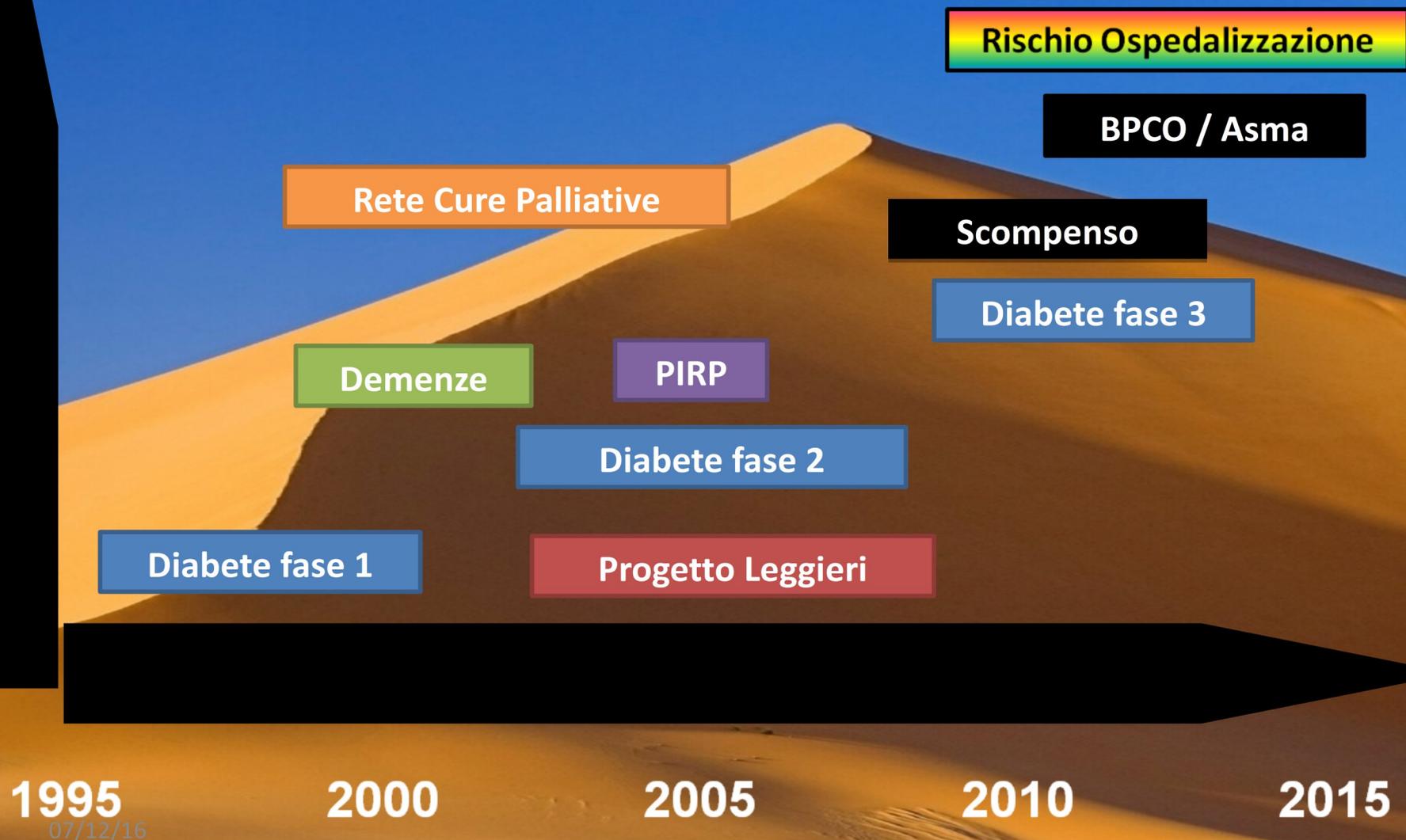




## Assistenza convenzionale vs Assistenza centrata sul paziente

Cure ambulatoriali convenzionali in ospedale o nelle strutture extraospedaliere	Programmi di controllo delle malattie	Cure primarie centrate sulla popolazione
Focus sulla malattia e sulle cure	Focus sulle malattie prioritarie	Focus sui bisogni di salute
Relazioni limitate al momento della visita/consulto	Relazioni limitate alla realizzazione del programma	Relazioni personali durature
Assistenza curativa episodica	Interventi definiti dal programma di controllo delle malattie	Assistenza continua, "comprensiva" e centrata sulla persona
Responsabilità limitata alla effettiva e sicura informazione al paziente al momento della visita	Responsabilità per malattie definite in gruppi definiti di popolazione	Responsabilità per la salute di tutti in una comunità durante il ciclo della vita; responsabilità per affrontare i determinanti di malattia-salute
Gli utilizzatori sono consumatori della assistenza che acquistano	Gruppi di popolazione sono fruitori degli interventi di controllo delle malattie	Le persone sono partner nella gestione della propria salute e di quella della loro comunità

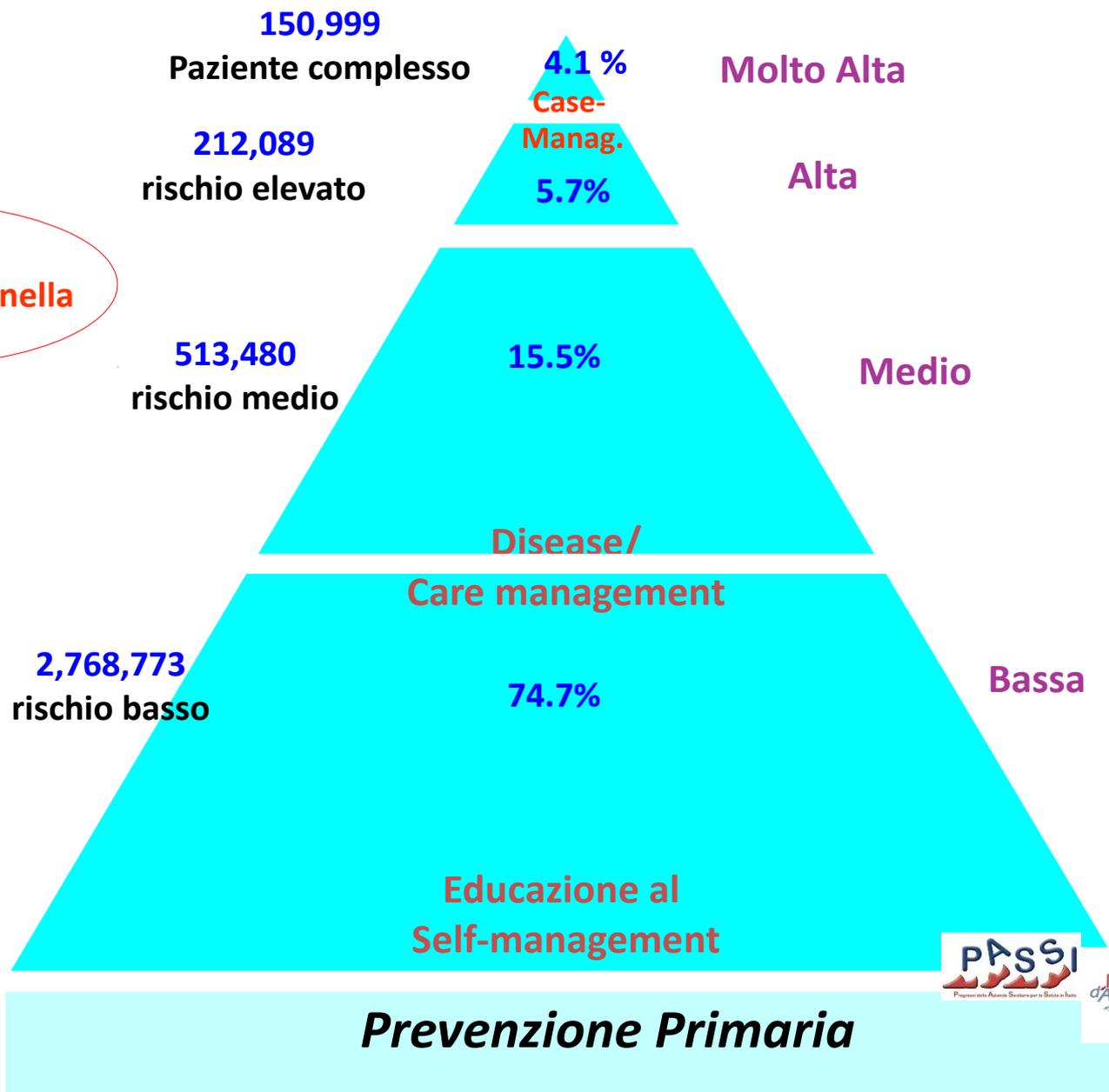
# I percorsi clinico-organizzativi integrati nella RER





# La Piramide della fragilità sanitaria in RER

**3.705.341**  
residenti adulti nella  
RER





## PARTE UNO. PANORAMICA

# LE MALATTIE CRONICHE SONO LA PRINCIPALE CAUSA DI MORTE IN QUASI TUTTI I PAESI

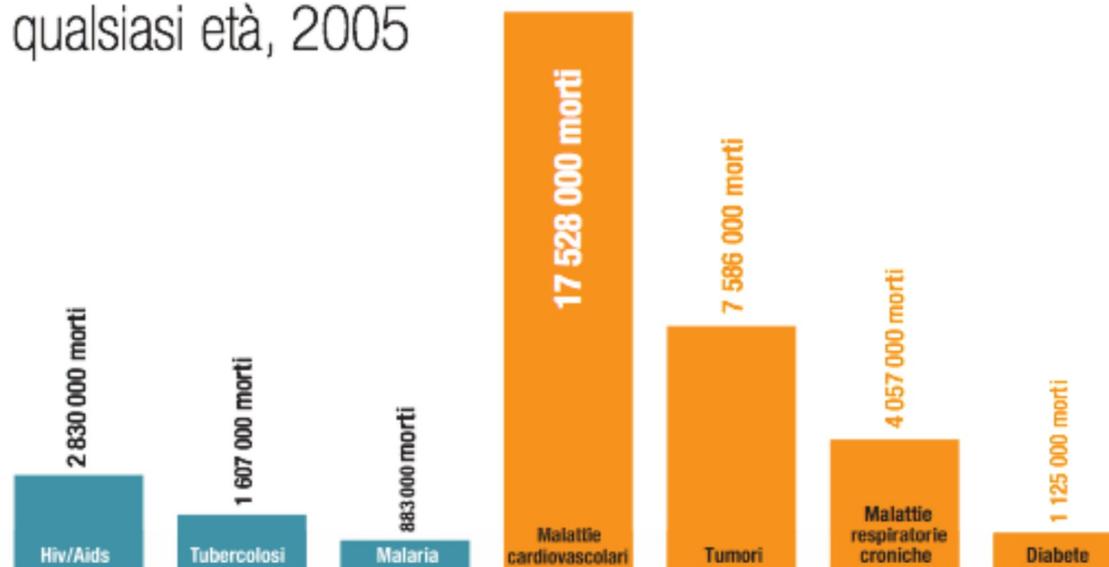
Tra le malattie croniche ci sono cardiopatie, ictus, cancro, disturbi respiratori cronici e diabete. Disturbi visivi e cecità, disturbi dell'apparato uditivo e sordità, problemi del cavo orale e difetti genetici sono altre condizioni croniche responsabili di una percentuale consistente del carico globale di malattia.

Dei 58 milioni totali di decessi previsti nel 2005<sup>1</sup>, ben 3 milioni sono attribuibili a malattie croniche, praticamente il doppio di quelli imputabili a malattie infettive come Hiv/Aids, tubercolosi, malaria, malattie materno-infantili e carenze nutritive multiple.

<sup>1</sup> I dati presentati in questa panoramica sono il frutto di stime ricavate dall'Onu con metodi standard per ottenere la massima comparabilità tra Paesi diversi. Non si tratta necessariamente delle statistiche ufficiali dei singoli Stati membri.

# 35 000 000 le morti previste per malattie croniche nel 2005

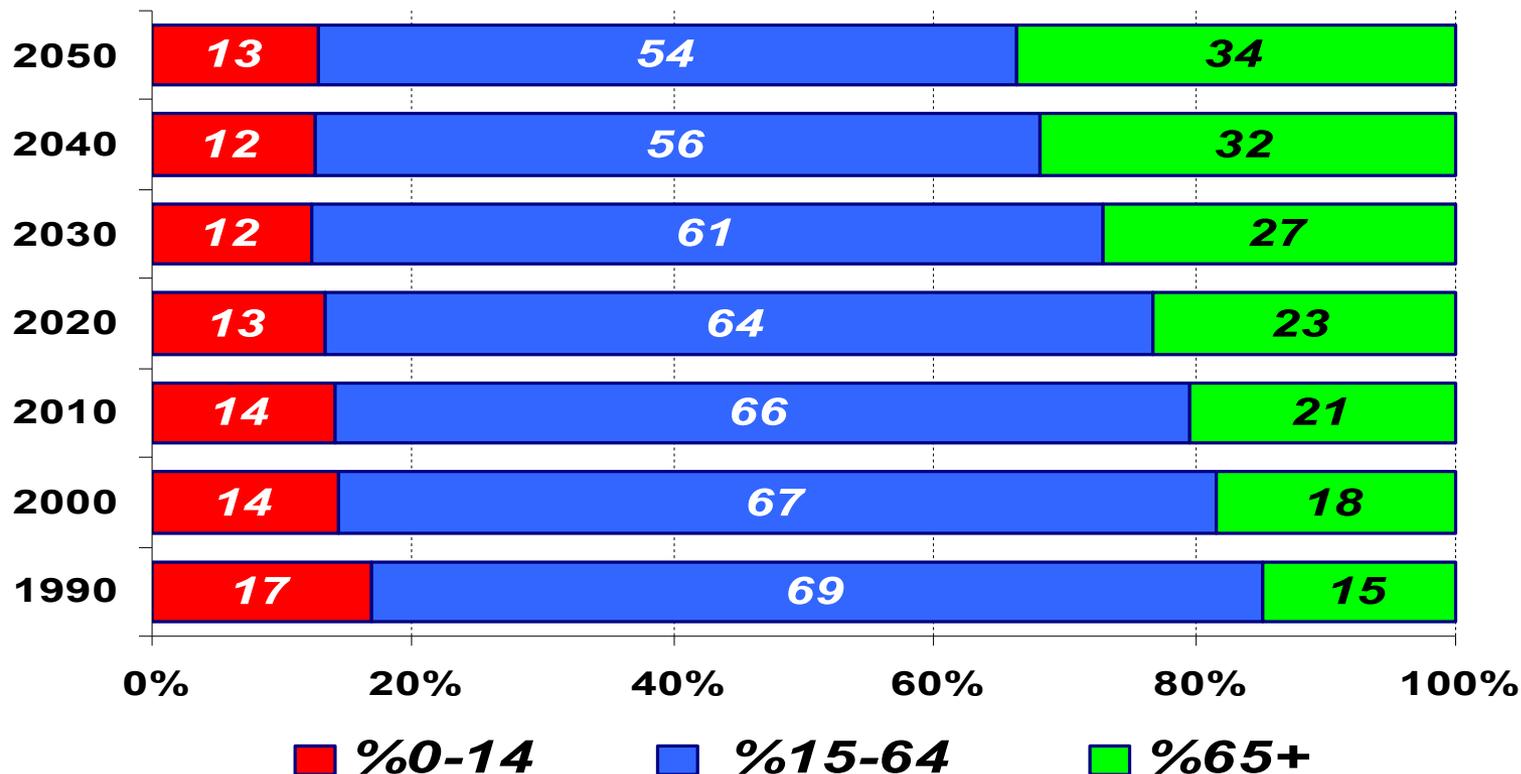
## Decessi globali previsti per le diverse cause, qualsiasi età, 2005



# il 60% di tutti i decessi è dovuto alle malattie croniche



# Il futuro



Fonte dati ISTAT: previsioni demografiche  
2005 - 2050



# Ancora qualche dato...

Esiti dell'Usual Care delle patologie croniche

- Il 50–90% di non-compliance tra i pazienti soggetti a regimi terapeutici prolungati a causa di patologie croniche
- Il 16–50% dei pazienti con ipertensione interrompe il trattamento entro il primo anno di cura
- Il 64% delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco sono dovute a non compliance alla terapia

Bourke et al. *Annals of Behavioral Medicine* 1997  
19(3): 239-263. Da Pfizer Italy 2008. Tutti i diritti  
riservati



# Le cronicità: il motore del cambiamento

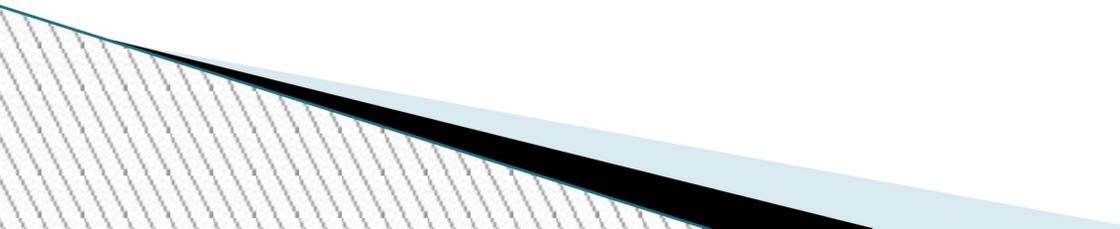
## Le malattie croniche

- Hanno sostituito quelle acute come problema dominante per la salute
- Sono diventate la principale causa di disabilità e di utilizzo dei servizi
- Assorbono il 78% dell'intera spesa sanitaria
- Hanno modificato il ruolo del medico, che da unico protagonista della cura, diventa membro di un team multiprofessionale in grado di elaborare il piano di cura che tenga conto della molteplicità dei bisogni, così come di garantire la continuità dell'assistenza
- Hanno cambiato il ruolo del paziente che, da soggetto passivo diventa protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, assumendo comportamenti e stili di vita adeguati.

# Chronic Care Model

Il Chronic Care Model (CCM) è un modello assistenziale per i malati affetti da malattie croniche Ed Wagner - McColl Institute for Healthcare Innovation – 1998 - California.

Il modello presenta un approccio “proattivo” nell’ambito dei processi sanitari caratterizzato dal fatto che i pazienti stessi diventano parte integrante dello stesso processo assistenziale.



# Chronic Care Model

Si passa cioè da un modello di “Medicina d’attesa”, dove il bisogno si trasforma in domanda, ad una “Sanità d’iniziativa”.

Da qui la creazione di percorsi ad hoc per patologie croniche quali: scompenso, diabete, ipertensione, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva che normalmente assorbono un’elevata quantità di risorse.

# Chronic Care Model

Una sanità di iniziativa non aspetta sulla soglia dei servizi il cittadino, **ma orienta l'attività verso chi “meno sa e meno può”** e che **per questo si trova a rischio continuo di caduta assistenziale e persino di non espressione del bisogno.**

L'iniziativa degli operatori sanitari nei servizi territoriali **è rivolta prima di tutto ai più deboli** riguarda sia la prevenzione primaria e secondaria, sia gli interventi sul territorio, sia quelli in ambito ospedaliero.

# Chronic Care Model

**Nel Chronic Care Model  
l'intervento di iniziativa  
si gioca a tutti i livelli.**

**Il modello è centrato sulla interazione/relazione con  
il paziente  
e il sistema organizza i suoi interventi coinvolgendo  
la comunità.**



# Cambiare per contrastare l'epidemia delle cronicità

## DA MEDICINA

- Prestazionale
- Prescrittiva
- Centrata sul caso clinico
- Individuale
- Di attesa
- Occasionale
- Consumistica
- Dispersa
- Esperienziale
- Etica individuale specialistica

## A CURE PRIMARIE - Sanità di iniziativa

- Di accompagnamento
- Contrattuale
- Centrata sulla persona e il suo contesto umano e ambientale
- Di gruppo, integrata multiprofessionale
- Proattiva
- Programmata
- Responsabilizzante
- Localizzata e connessa al globale
- Basata sulle evidenze
- Etica della Cura

Dal bisogno della medicina d'attesa alla domanda di Sanità di iniziativa.  
Creazione di percorsi specifici per le patologie croniche ad elevato impatto  
Modello assistenziale integrato con le altre strutture sanitarie del territorio e  
l'ospedale (meglio se per intensità di cure)

# Chronic Care Model

I SEI ELEMENTI FONDAMENTALI  
nella PRATICA del CHRONIC CARE

**Le risorse della  
comunità**

**Le organizzazioni  
sanitarie**

**Il supporto all'auto-  
cura**

# Chronic Care Model

## 1. Le risorse della comunità

Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.

# Chronic Care Model

## 2. Le organizzazioni sanitarie

Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. Se ciò non avviene difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistenza.

# Chronic Care Model

## 3. Il supporto all'auto-cura

**Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali.**

**Attraverso la cura di sé, la maggior parte dei pazienti potrà così gestire una parte considerevole della malattia:**

**la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.), l'uso dei farmaci.**

**Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.**

# Chronic Care Model

## 4. L'organizzazione del team

**Il team assistenziale è costituito da medici di famiglia, infermieri ed educatori. All'interno del team deve essere introdotta una chiara divisione del lavoro e separato l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici.**

**I medici trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e complicati.**

**Gli infermieri supportano l'auto-cura dei pazienti, svolgono alcune specifiche funzioni (test di laboratorio per i pazienti diabetici, esame del piede, etc.) e assicurano la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti.**

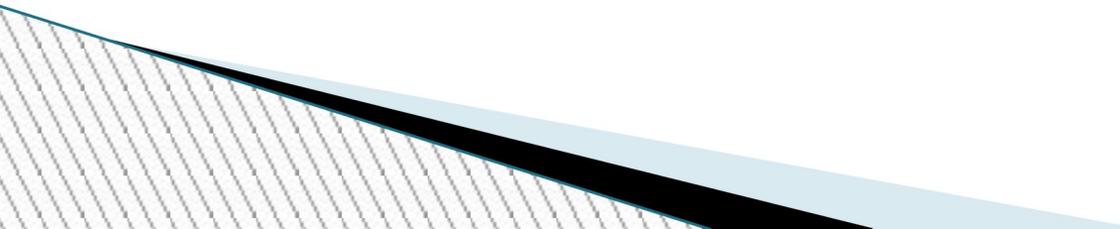
**Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi della prassi operativa del team.**

# Chronic Care Model

## 5. Il supporto alle decisioni

L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza forniscono al team gli standard per offrire un'assistenza ottimale.

Le linee-guida sono rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team.



# Chronic Care Model

## 6. I sistemi informativi

I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni:

- 1) sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida;
- 2) feedback per i medici , mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A<sub>1c</sub> e di lipidi;
- 3) registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "*population-based*". I registri di patologia – una delle caratteristiche centrali del *chronic care model* – sono liste di tutti i pazienti con una determinata condizione cronica in carico a un team di cure primarie.

# Chronic Care Model

In questo articolato scenario, ci troveremo di fronte ad una popolazione di anziani che:

- ha una più lunga aspettativa di vita e quindi vive più a lungo con la sua malattia cronica e le sue frequenti comorbidità, con rischio di forte frammentazione dei processi di cura;
- dati i progressi tecnologici e terapeutici, fruisce di una più ampia gamma di interventi, comprese procedure diagnostiche e terapeutiche sempre più invasive ed efficaci. Si pensi ad esempio alla chirurgia, dalla quale un tempo la popolazione più anziana era quasi esclusa, anche in questo caso con maggiore rischio di frammentazione dei processi di cura;
- è verosimilmente più evoluta nella domanda di salute e di miglioramento della qualità della vita;
- presenta crescenti problemi socio-assistenziali, legati alle modificazioni sociali ed economiche in atto

# Chronic Care Model

Cambio di paradigma dell'assistenza sanitaria:  
alcuni traccianti

Indipendentemente da una crescita effettiva del numero di pazienti con patologie croniche, il baricentro epidemiologico si modifica sposandosi dall'acuzie alla cronicità, alla quale si associa una "acuzie tardiva" ed il tema delle "riacutizzazioni"

Il profilo epidemiologico cambia drasticamente in tutte le classi di età: ne è riprova il fatto che oggi ci troviamo a predisporre percorsi assistenziali per il "bambino cronico".

# Disease and Care Management

S  
C  
O  
P  
O

Migliorare:

- ▶ L'aderenza ai percorsi di cura
  - ▶ Gli stili di vita
  - ▶ L'aderenza al trattamento terapeutico
  - ▶ La soddisfazione dei pazienti e dei professionisti
  - ▶ Gli outcome clinici
- responsabilizzando i pazienti nella gestione delle loro condizioni croniche attraverso una stretta collaborazione tra MMG, Care Manager e Specialisti.*

Empowerment

# **NUOVI BISOGNI DELLE FAMIGLIE**

**Le famiglie chiedono di essere  
accompagnate/coadiuvate nelle  
funzioni familiari senza che ciò  
ne espropri le competenze**

**QUESTO RICHIEDE**

**una prospettiva costruttiva  
invece che istruttiva,**

**Nuove politiche e  
nuove competenze professionali**



# Sfide

Sviluppare una diversa visione dell'utente riconoscendogli il diritto alla partecipazione, e soprattutto alla "competenza".

Evolvere nella ridefinizione dei nostri ruoli: competenze e professionalità.

Modificare il nostro stile di relazione e agire quotidiano in modo congruente alla filosofia e ai valori.

Confrontarci alla pari, con tutte le altre professionalità.

Pensare e progettare nuove figure come la "infermiere di comunità".