

La programmazione delle
“Case della Salute”
nella Regione Emilia-Romagna



Report 2011

La programmazione delle "Case della Salute" nella Regione Emilia-Romagna

Report 2011

A cura di:

Clara Curcetti, Mara Morini, Luisa Parisini, Andrea Rossi, Maria Chiara Tassinari

Antonio Brambilla

Responsabile Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

Regione Emilia-Romagna
Assessorato Politiche per la Salute
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
Area Governo e monitoraggio attività distrettuale
Viale Aldo Moro, 21
40137 Bologna



*La scelta di realizzare la Casa della Salute
nasce dall'idea forte
che i cittadini possano avere
una sede territoriale di riferimento
alla quale rivolgersi in ogni momento della giornata,
che rappresenti una certezza di risposta concreta, competente
e adeguata ai diversi bisogni di salute e di assistenza*

Progetto grafico e impaginazione: Luisa Parisini

Pubblicazione Regione Emilia-Romagna, Ottobre 2011

Può essere richiesta copia a: Luisa Parisini - Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari - Regione Emilia Romagna, Viale Aldo Moro n. 21 - 40127 Bologna - e-mail: lparisini@regione.emilia-romagna.it

Può essere scaricata dal sito internet della Regione Emilia-Romagna, dedicato al Servizio Sanitario Regionale: <http://www.saluter.it>

Indice

Le Case della Salute quali luoghi per garantire equità, continuità e qualità delle cure	5
L'indagine sullo stato di attuazione delle Case della Salute nel 2011	11
1.1 Finalità e metodologia	11
1.2 La programmazione in atto nelle Aziende USL	12
1.3 Lo stato di attuazione: le innovazioni nelle sedi funzionanti	18

Le Case della Salute quali luoghi per garantire equità, continuità e qualità delle cure

Per meglio comprendere il percorso che ha portato la Regione Emilia-Romagna a darsi come obiettivo la realizzazione di "Case della Salute", come da DGR 291/2010, occorre partire da alcune considerazioni preliminari.

I prossimi anni vedranno scenari sempre più caratterizzati da un divario tra risorse disponibili e domanda di salute, che i Sistemi Sanitari dei paesi maggiormente sviluppati dovranno fronteggiare attraverso un crescente investimento nell'assistenza a favore di soggetti affetti da patologie croniche, orientato al rafforzamento delle cure primarie ed alla promozione dell'integrazione e del coordinamento tra Medici di Medicina Generale, altri Professionisti sanitari e Specialisti ospedalieri.

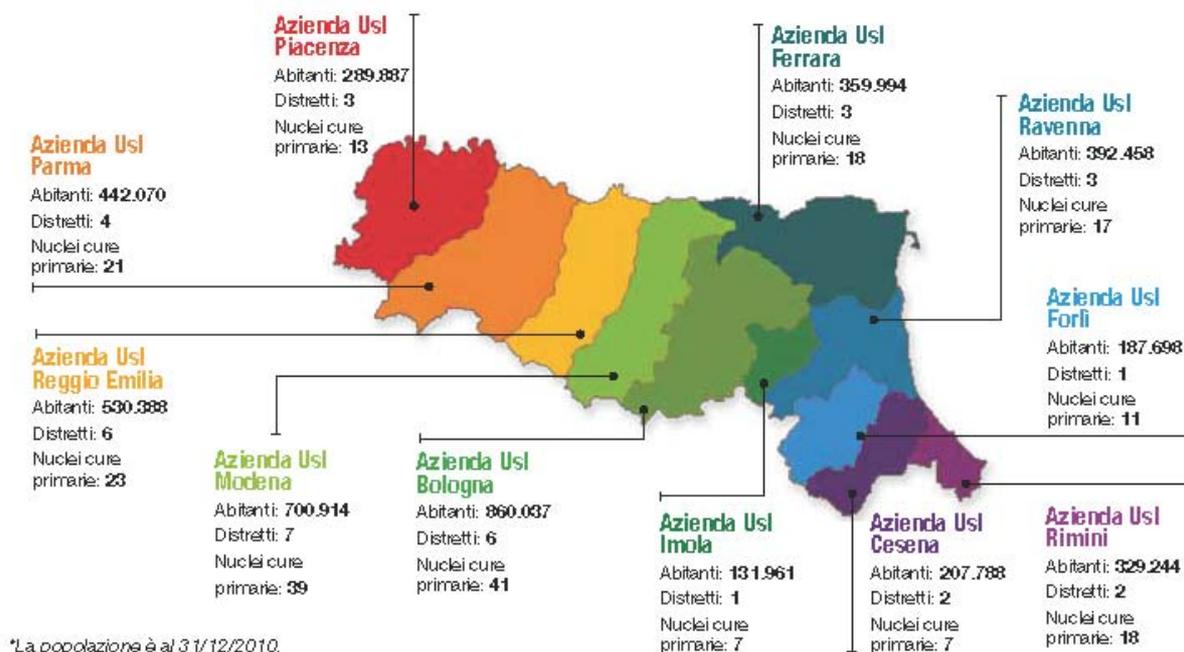
Il coordinamento degli operatori rappresenta, infatti, una componente fondamentale della qualità dell'assistenza, come si rileva anche da un'indagine condotta dall'OCSE (Hofmarcher, Oxley, Rusticelli, 2007) che evidenzia come "l'insufficiente coerenza e coordinamento nell'erogazione delle cure è sicuramente la principale causa della inadeguata risposta ai bisogni delle popolazioni".

Per migliorare e rafforzare il coordinamento è necessario quindi rivedere gli assetti organizzativi delle cure primarie.

La Regione Emilia-Romagna ha quindi intrapreso un percorso che ha portato alla costituzione in tutte le Aziende USL, dei Dipartimenti delle Cure Primarie e della loro articolazione territoriale: i Nuclei di Cure Primarie (NCP), le cui sedi costituiscono uno degli elementi fondamentali per favorire la miglior presa in carico dei pazienti; è infatti in queste strutture che è possibile erogare un servizio efficace di continuità diurna dell'assistenza e meglio si realizza l'integrazione dei professionisti prioritariamente i Medici di Medicina Generale, i Medici di Continuità Assistenziale, i Pediatri di Libera Scelta, gli Specialisti Ambulatoriali, gli Infermieri, le Ostetriche, gli Assistenti Sociali.

Al 31.12.2010 i Distretti sono 38 e i Nuclei di cure primarie 215.

Fig.1 – Distretti, Nuclei di cure primarie, popolazione di riferimento* - Anno 2010



La successiva evoluzione dei NCP è nella realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie, come punto di riferimento certo per i cittadini, alle quali ci si può rivolgere in ogni momento per trovare una risposta ai propri problemi di salute e che possono avere diversa complessità in relazione alle caratteristiche orogeografiche del territorio e alla densità della popolazione; tali strutture, che devono pertanto diventare un punto di accoglienza e orientamento ai servizi per tutti i cittadini, prendono il nome di "Casa della Salute" e hanno il compito di:

- Ø Assicurare un punto unico di accesso ai Cittadini
- Ø Garantire la continuità assistenziale h24, 7 giorni su 7
- Ø Organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino
- Ø Rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette
- Ø Migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di patologie croniche
- Ø Sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione
- Ø Promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini
- Ø Offrire formazione permanente agli operatori

La realizzazione della Casa per la salute comporta l'erogazione in uno stesso spazio fisico dell'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie e deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie.

In tale ottica, il Progetto regionale persegue obiettivi strategici quali:

- definire una sede riconoscibile per l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali rivolti alla popolazione residente nell'ambito territoriale del NCP o di più NCP;
- realizzare una risposta ai bisogni di assistenza primaria delle persone attraverso una continuità assistenziale;
- strutturare un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso: l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze, con un approccio globale ai bisogni della persona;
- definire percorsi di presa in carico secondo standard clinico-assistenziali;
- affidare al case-manager la garanzia dell'efficacia- efficienza dei percorsi;
- configurare un assetto organizzativo, all'interno di una rete integrata di servizi, con relazioni cliniche e organizzative strutturate che mettono in relazione i Nuclei di Cure Primarie (assistenza primaria) con gli altri nodi della rete (assistenza specialistica, salute mentale, sanità pubblica);
- sviluppare una gestione proattiva della cronicità, anche attraverso la realizzazione di ambulatori infermieristici per la gestione delle patologie croniche.

Le indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale della Casa della Salute (DGR n. 291/2010) hanno definito la Casa della Salute un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie che coordina le attività erogate e cura le interfacce con gli altri dipartimenti.

Per quanto riguarda gli aspetti strutturali, la Casa della Salute include differenti tipi di spazio, suddivisi per grandi aree omogenee con caratteristiche ed esigenze diverse:

- Area Pubblica, relativa all'ingresso e agli spazi di primo contatto con il pubblico;
- Area Clinica, cuore del presidio;
- Area dello Staff, con funzione prevalentemente di servizio per il personale.

Nell'Area Clinica si raggruppano tutti i servizi clinici che l'utente potrà trovare all'interno della struttura, organizzati in raggruppamenti basati sulle attività comuni.

Le Case della salute possono avere diversi gradi di complessità in relazione alle caratteristiche del territorio e alla densità della popolazione; tre sono, infatti, le diverse tipologie di dimensionamento, a seconda dei servizi presenti, così come evidenziato nello schema:

- grande, che prevede la presenza nel presidio di tutte le funzioni relative al Nucleo di Cure Primarie e di tutti i servizi sanitari più importanti
- media, dove sono presenti tutte le funzioni di Nucleo di Cure Primarie ed alcuni servizi sanitari
- piccola, dove sono presenti le funzioni del Nucleo di Cure Primarie e per i servizi sanitari può essere presente un Punto Prelievi.

Tab. 1: DGR 291/2010 - Case della Salute piccola - media – grande- servizi a confronto

REQUISITI OBBLIGATORI/FACOLTATIVI		PICCOLA	MEDIA	GRANDE	
AREA PUBBLICA	Accoglienza-accettazione	SI	SI	SI	
	Attese	SI	SI	SI	
	CUP*	SI	SI	SI	
	PUA*	NO	NO	SI	
	Sportello Unico*	NO	SI	SI	
AREA CLINICA	ASSISTENZA PRIMARIA NCP	Medicina Gruppo (minimo 3 Ambulatori)	SI/NO	SI	SI
		Ambulatorio Pediatrico PLS	SI/NO	SI	SI
		Ambulatorio Infermieristico	SI	SI	SI
		Continuità Assistenziale H12	SI	SI	SI
		Ambulatorio Osservazione-Terapie	SI	SI	SI
		Ambulatorio Ostetrico (+Pap test)	SI/NO	SI	SI
		Ambulatorio Specialistico	SI	SI	SI
		Studio Assistente Sociale	SI	SI	SI
		Guardia Medica	SI/NO	SI	SI
	SERVIZI SANITARI	Automezzi Servizi Sanitari	NO	NO	SI
		Punto Prelievi (+Screening Colon)	SI/NO	SI	SI
		Poliambulatorio	NO	SI	SI
		Diagnostica Tradizionale	NO	SI/NO	SI
		(+Screening Mammografico)	NO	SI/NO	SI
		Ambulatorio ECO	NO	SI	SI
		Recupero e Riabilitazione Funzionale	NO	NO	SI
		Palestra Polivalente	NO	SI/NO	SI
		CSM	NO	SI/NO	SI
		Neuropsichiatria Infantile	NO	SI/NO	SI
		Centro Residenziale Psichiatrico	NO	NO	SI/NO

REQUISITI OBBLIGATORI/FACOLTATIVI		PICCOLA	MEDIA	GRANDE	
		Centro Diurno Psichiatrico	NO	NO	SI/NO
		Sert	NO	NO	SI
		Consultorio Familiare	NO	SI/NO	SI
		Pediatria di Comunità	NO	SI/NO	SI
	SERVIZI SOCIO SANITARI	RSA - Struttura protetta	NO	SI/NO	SI/NO
		Centro Diurno Anziani	NO	SI/NO	SI/NO
		Centro Residenziale Disabili CSR	NO	NO	SI/NO
		Centro Diurno Disabili	NO	SI/NO	SI/NO
		Coordinamento Assistenza Domiciliare	NO	SI	SI
		UVM Anziani e Disabili	NO	SI/NO	SI
	PREVENZIONE	Vaccinazioni	NO	SI	SI
		Screening Pap-test	NO	SI/NO	SI
		Screening Mammografico	NO	SI/NO	SI
		Screening Colon retto	NO	SI/NO	SI
		Certificazioni Monocratiche	NO	SI	SI
		Commissione Invalidità Civile	NO	NO	SI/NO
	SERVIZI SOCIALI	Uffici	SI/NO	SI	SI
	AREA DI STAFF	Uffici	SI/NO	SI	SI
		Distribuzione Ausili Protesici	NO	SI	SI
CUP*		SI	SI	SI	
Sportello Unico*		NO	SI	SI	
Sala Riunioni		SI	SI	SI	
Sala Polivalente		SI/NO	SI	SI	
Uffici di Staff		NO	SI/NO	SI	

I servizi segnati con * (CUP, PUA e Sportello Unico) fanno parte di più macroaree

Legenda: SI = requisito obbligatorio SI/NO = requisito facoltativo NO = requisito non obbligatorio

In una logica di integrazione istituzionale e organizzativa, la Casa della Salute svolge la funzione ideale di aggregazione dei professionisti che operano sul territorio di riferimento: nella struttura, prestano la loro attività medici di famiglia riuniti in Medicina di gruppo, i medici di continuità assistenziale notturna e festiva e gli specialisti per le prestazioni ambulatoriali, nonché infermieri per l'assistenza ambulatoriale e domiciliare, Pediatri di Libera Scelta e di Comunità per la cura del singolo e la prevenzione della collettività.

Il miglioramento che ci si aspetta da tale rinnovamento organizzativo e professionale ricade, a nostro avviso, vantaggiosamente sui tre attori cardine del sistema: i cittadini, i professionisti, e l'organizzazione.

I vantaggi relativi ai cittadini riguardano:

- garantire qualità e tutela di presa in carico nei Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali
- allargare il rapporto di fiducia già esistente col proprio MMG ai colleghi e ai MCA in quanto figure di riferimento stabili, che operano in collaborazione condividendo protocolli, linee guida e percorsi
- ridurre il disagio dell'utente con problemi urgenti che potrà trovare risposta da un professionista anche se non è il proprio medico di famiglia
- evitare l'accesso improprio al Pronto Soccorso

- ottenere grazie alla collaborazione del personale infermieristico e degli specialisti risposta in un unico accesso ad una ampia gamma di prestazioni, pur restando nell'area della assistenza primaria
- essere presi in cura da un'equipe di professionisti sanitari e sociali in modo integrato
- avere un punto di riferimento riconoscibile

per i professionisti

- miglioramento dell'attività clinica dei MMG attraverso la riduzione dell'iperafflusso nei giorni post-festivi e gli scompensi prodotti da improvvise urgenze durante l'attività ambulatoriale
- riappropriarsi di quei pazienti che non trovando disponibilità dal proprio MMG si indirizzano verso servizi inappropriati per i loro problemi
- lavorare utilizzando gli strumenti della clinical governance
- vantaggi derivanti dalla forte integrazione tra le diverse figure professionali coinvolte

per l'organizzazione

- corretto utilizzo delle risorse favorendo la diffusione nella cittadinanza dei criteri di appropriato utilizzo dei servizi sanitari
- impatto positivo sull'opinione pubblica (enti locali, associazioni, mass-media...)
- riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso
- riduzione dei ricoveri impropri
- governo clinico versus relazioni burocratiche.

Il monitoraggio e la verifica del progetto comportano la predisposizione di strumenti di rilevazione per le prestazioni e il rispetto delle procedure concordate e condivise.

La soddisfazione degli utenti andrà periodicamente valutata con strumenti da individuare congiuntamente, con la collaborazione di forme associative dei cittadini e/o dei Comitati Consultivi Misti e strumenti di customer satisfaction.

Di seguito si ipotizzano alcuni indicatori numerici di efficacia/efficienza in termini di struttura, processo e risultato, quali l'integrazione dei professionisti presenti con l'avvio di esperienze di telemedicina e telesoccorso nonché la predisposizione di protocolli fra i professionisti per individuare delle modalità operative di lavoro che porteranno maggiore efficacia all'assistenza alle persone e alle loro famiglie che accedono alla Casa della Salute.

Indicatori di processo

- individuazione e attivazione dei principali percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali es: oncologico, cure palliative, diabetico, BPCO, paziente in TAO, percorso di presa in carico integrata dei pazienti con disturbi psichiatrici comuni, scompenso cardiaco, ecc.
- n. di pazienti arruolati per ogni percorso attivato

Obiettivi e indicatori di risultato

- riduzione degli accessi al pronto soccorso, in particolare per i codici bianchi e verdi
- riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario relativo ai DRG considerati inappropriati dal punto di vista clinico
- riduzione dei tassi di ospedalizzazione specifici es: BPCO, diabete, scompenso cardiaco e altre condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (ACSC).

I progetti vedono un forte coinvolgimento degli Enti Locali in un'ottica di programmazione partecipata, oltre alla convinzione del Servizio Sanitario Regionale di offrire servizi territoriali sempre più caratterizzati da miglioramenti della qualità e tempestività delle prestazioni, affiancati ad aspetti di confort, semplificazione e facilitazione dell'accesso particolarmente in quei territori che per caratteristiche sociali, economiche ed orogeografiche appaiono svantaggiati.

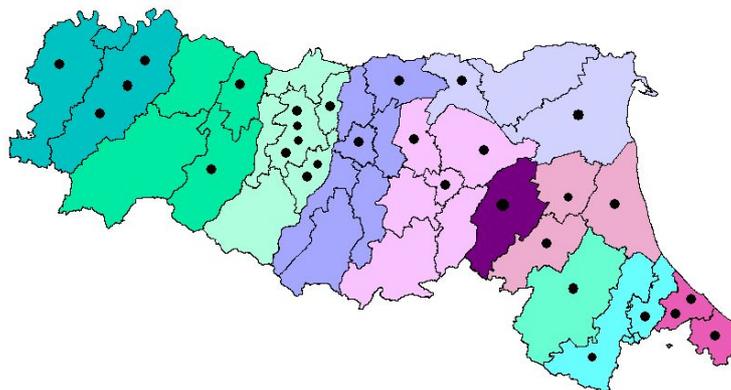
La realizzazione di NCP sempre più strutturati verso Case della Salute, rappresenta un vero cambiamento nell'organizzazione dell'assistenza primaria, poiché modifica una realtà nella quale il Medico di Medicina Generale (MMG) è lasciato solo nel suo studio pur dovendo fungere quasi esclusivamente da gate-keeper delle prestazioni e coordinatore dei percorsi assistenziali. Ciò comporta un alto carico burocratico e l'impropria attribuzione al MMG di compiti assistenziali che rischiano di impedire lo svolgimento efficacemente del suo ruolo di clinico. Con questa nuova organizzazione si vuole quindi restituire ai MMG/PLS il ruolo clinico e quindi la titolarità della funzione di governo clinico, valorizzando, al contempo, gli infermieri per quel che attiene le attività di presa in carico, counselling, assistenza, accompagnamento nei percorsi, adesione alla terapia.

L'obiettivo strategico generale consiste nella trasformazione dei NCP da unità organizzative funzionali, per lo più costituite esclusivamente dai MMG, in vere e proprie strutture organizzative, facilmente identificabili dagli utenti e comprendenti tutti i professionisti dell'assistenza primaria che concorrono a fornire assistenza alla popolazione di riferimento. In questa direzione, con le Case della Salute, ponendo al centro il cittadino, si rende possibile cogliere il bisogno in modo globale, costruendo risposte appropriate e basate sul principio della continuità e della presa in carico.

Ciò richiede la chiara individuazione delle sedi, la definizione delle modalità di relazione tra i professionisti coinvolti, ma più di tutto la diffusione di una "cultura professionale" che riconosca il valore dell'integrazione nella presa in carico dei pazienti e delle loro famiglie.

Al 31 dicembre 2010 tutte le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna hanno progettato la realizzazione di almeno una Casa della Salute nel proprio territorio, per un totale di 30 Case della Salute.

Il progetto Casa della Salute



Al 31 dicembre 2010, sono complessivamente 30 le Case della Salute progettate sull'intero territorio regionale

1.1 Finalità e metodologia

Nell'ambito della programmazione regionale sulla facilitazione dell'accesso ai servizi distrettuali, è proseguito, nell'anno 2011, il percorso di realizzazione della Casa della Salute in tutte le Aziende USL per disegnare un nuovo modello di governance che definisca le relazioni tra i professionisti coinvolti, nonché ruoli e compiti correlati.

Al fine, pertanto, di continuare l'azione di monitoraggio per l'anno 2011 è stato predisposto un nuovo questionario somministrato a tutte le Aziende USL (nota PG/2011/104989). Lo strumento ha la finalità di misurare il grado di evoluzione raggiunto, attraverso la rappresentazione, sia per le Case della Salute già progettate nel 2010, sia per le Case della Salute individuate nelle nuove programmazioni aziendali, delle diverse tipologie di Casa della Salute (piccola, media, grande) programmate secondo quanto indicate nella DGR 291/2010.

E' stato possibile, sulla base delle informazioni raccolte, delineare diversi modelli organizzativi di riferimento, ovvero sedi territoriali di assistenza primaria che dovranno progettualmente evolvere verso tale modello; limitate sono risultate invece le informazioni riguardanti lo stato di effettivo funzionamento di queste strutture, peraltro scarsamente desumibili dai sistemi informativi correnti.

Ci si è proposti pertanto di realizzare uno studio ad hoc per raccogliere, con una scheda di approfondimento (nota PG/2011/183461), sottoposta ai Direttori di Dipartimento di Cure Primarie, il grado di funzionalità delle Case della Salute, in modo da integrare le informazioni di carattere più strutturale già ricavate a livello regionale con l'indagine condotta. In particolare l'analisi, oltre ad aspetti di carattere generale, ha approfondito il livello di attività per funzioni riconducibili a tre ambiti:

- 1 - accoglienza, valutazione del bisogno, orientamento ai servizi;
- 2 - continuità assistenziale per piccole urgenze ambulatoriali;
- 3 - gestione integrata delle patologie croniche a più elevata prevalenza.

1.2 La programmazione in atto nelle Aziende USL: i modelli di riferimento

Dai questionari raccolti dal Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina generale, Pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari della Regione Emilia-Romagna, rappresentativi della totalità delle Aziende USL, sono stati desunti alcuni tratti di fondo concernenti i contenuti strutturali delle progettualità di Casa della Salute programmate nei diversi contesti aziendali.

Allo stato attuale risultano pianificati nelle Aziende USL di tutta la Regione 102 progetti di Case della Salute, 76 di questi (pari al 75%) prevedono modesti interventi di adeguamento di pre-esistenti sedi erogative di assistenza primaria.

L'analisi dei dati evidenzia che la programmazione di Case della Salute è presente in tutte le Aziende USL e interessa pressoché la totalità dei Distretti, 35 su 38, pari al 92% in termini relativi. Su scala regionale risultano previsti servizi riconducibili alla tipologia di "Casa della Salute" piccola n. 42 progettualità, tipologia media n. 37 e grande n. 23. Di seguito si riporta lo stato della programmazione per Distretto e Area Vasta al 30.09.2011.

Tab. 2 - "Casa della Salute" nella regione Emilia-Romagna

Azienda USL	Distretto	Tipologia DGR 291/2010			Totale
		Piccola	Media	Grande	
Piacenza	Ponente		1		
	Levante	1	2		
TOTALE AUSL PIACENZA		1	3	0	4
Parma	Parma	4	1	3	
	Fidenza	2	2	2	
	Sud-Est	3	2	1	
	Valli Taro-Ceno	1	3	2	
TOTALE AUSL PARMA		10	8	8	26
Reggio Emilia	Reggio Emilia	5	3		
	Correggio	1			
	Scandiano	1	2		
	Guastalla	4			
	Castelnuovo né Monti	4			
	Montecchio Emilia		1	1	
TOTALE AUSL REGGIO EMILIA		15	6	1	22
Modena	Mirandola		1		
	Sassuolo		1		
	Castelfranco Emilia	1	1		
	Carpi	2			
	Pavullo nel Frignano		2		
TOTALE AUSL MODENA		3	5	0	8
TOTALE AREA VASTA EMILIA NORD (AVEN)		29	22	9	60

Azienda USL	Distretto	Tipologia DGR 291/2010			Totale
		Piccola	Media	Grande	
Bologna	Città di Bologna		3	1	
	Pianura Est		2	1	
	Pianura Ovest	1		1	
	San Lazzaro di Savena	3	1		
	Casalecchio di Reno	1		1	
	Porretta Terme	1	2		
TOTALE AUSL BOLOGNA		6	8	4	18
Imola	Imola	1	1		
TOTALE AUSL IMOLA		1	1	0	2
Ferrara	Sud-Est			1	
	Ovest			1	
	Centro-Nord		1	1	
TOTALE AUSL FERRARA		0	1	3	4
TOTALE AREA VASTA EMILIA CENTRO (AVEC)		7	10	7	24
Ravenna	Faenza	1	1		
	Lugo			1	
	Ravenna		1	1	
TOTALE AUSL RAVENNA		1	2	2	5
Forlì	Forlì	1	2	2	
TOTALE AUSL FORLÌ'		1	2	2	5
Cesena	Cesena - Valle del Savio			1	
	Rubicone	1		2	
TOTALE AUSL CESENA		1	0	3	4
Rimini	Rimini	1	1		
	Riccione	2			
TOTALE AUSL RIMINI		3	1	0	4
TOTALE AREA VASTA ROMAGNA (AVR)		6	5	7	18
TOTALE REGIONE EMILIA-ROMAGNA		42	37	23	102

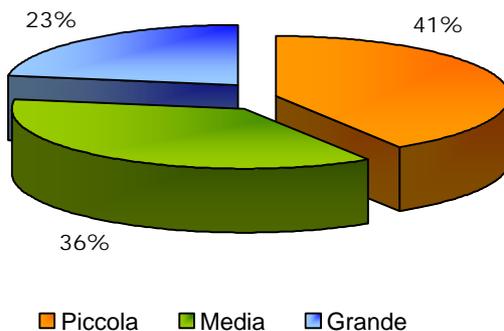
In proposito, si ritiene utile rilevare che mentre alcune Aziende hanno già completato la programmazione delle Case della Salute, nella maggior parte delle restanti, il processo programmatorio è ancora in corso. Va comunque sottolineato che, a 18 mesi dalla emanazione della Linee di indirizzo regionali (DGR 291/2010), si rileva una forte ricchezza di prgettualità sul territorio, coerente con la crescente complessità dei bisogni di salute e di assistenza delle comunità.

Rapportando i progetti alla popolazione residente in Emilia Romagna al 1° gennaio 2011, si ottiene un indice di riferimento programmatorio territoriale pari a 1 Casa della Salute / 43.000 abitanti, anche se in realtà il bacino d'utenza delle Case della Salute risulta essere molto più contenuto, coincidendo in oltre il 90% dei casi con il bacino d'utenza del Nucleo di

Cure Primarie di competenza territoriale, e solo in pochi casi è costituito dall'ambito di riferimento di più di un Nucleo di Cure Primarie.

Riguardo alle tipologie dimensionali previste dagli atti di indirizzo regionali, complessivamente prevalgono le Case della Salute piccole (42 progetti, pari al 41%) su quelle medie (37 progetti, pari al 36%) e grandi (23 progetti, pari al 23%).

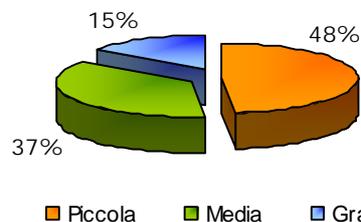
Graf. 1 – Case della Salute in Emilia-Romagna



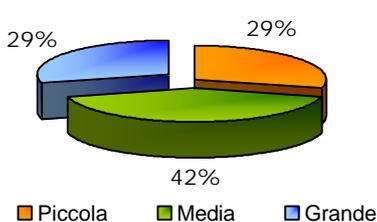
Se analizziamo le Aree Vaste della Regione Emilia-Romagna, si osserva una maggiore densità di progetti in Area Vasta Emilia Nord - AVEN, comprendente le Aziende USL di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena (60 progetti in tutto, pari a una densità di 1 Casa della Salute / 33.000 abitanti), rispetto all'Area Vasta Emilia Centro - AVEC, comprendente le Aziende USL di Bologna, Ferrara e Imola (24 progettualità in tutto, pari a una densità di 1 Casa della Salute / 56.000 abitanti) ed all'Area Vasta Romagna - AVR, comprendente le Aziende USL di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini (18 progetti in tutto, pari a una densità di 1 Casa della Salute / 62.000 abitanti).

In Area Vasta Emilia Nord prevale la tipologia dimensionale piccola (29 progetti, pari al 48%) su quella media (22 progetti, pari al 37%) e grande (9 progetti, pari al 15%), in Area Vasta Emilia Centro prevale la tipologia dimensionale media (10 progetti, pari al 42%) su quella piccola e grande (entrambe rappresentate da 7 progetti, pari al 29%), mentre in Area Vasta Romagna prevale la tipologia dimensionale grande (7 progetti, pari al 39%) su quella piccola e media, rispettivamente con 6 e 5 progetti (pari al 33% e 28% in termini relativi).

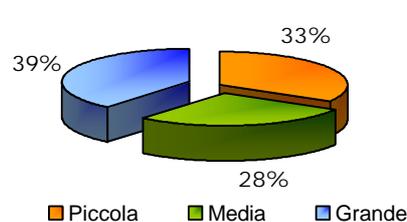
Graf. 2 – Area Vasta Emilia Nord



Area Vasta Emilia Centro



Area Vasta Romagna



Passando infine all'analisi dei singoli requisiti strutturali, obbligatori e facoltativi, per le Case della Salute della Regione Emilia Romagna si evidenzia quanto segue.

Nell'ambito dei requisiti dell'area pubblica, gli spazi di Accoglienza / Accettazione e gli spazi di Attesa sono previsti nel 100% delle progettualità.

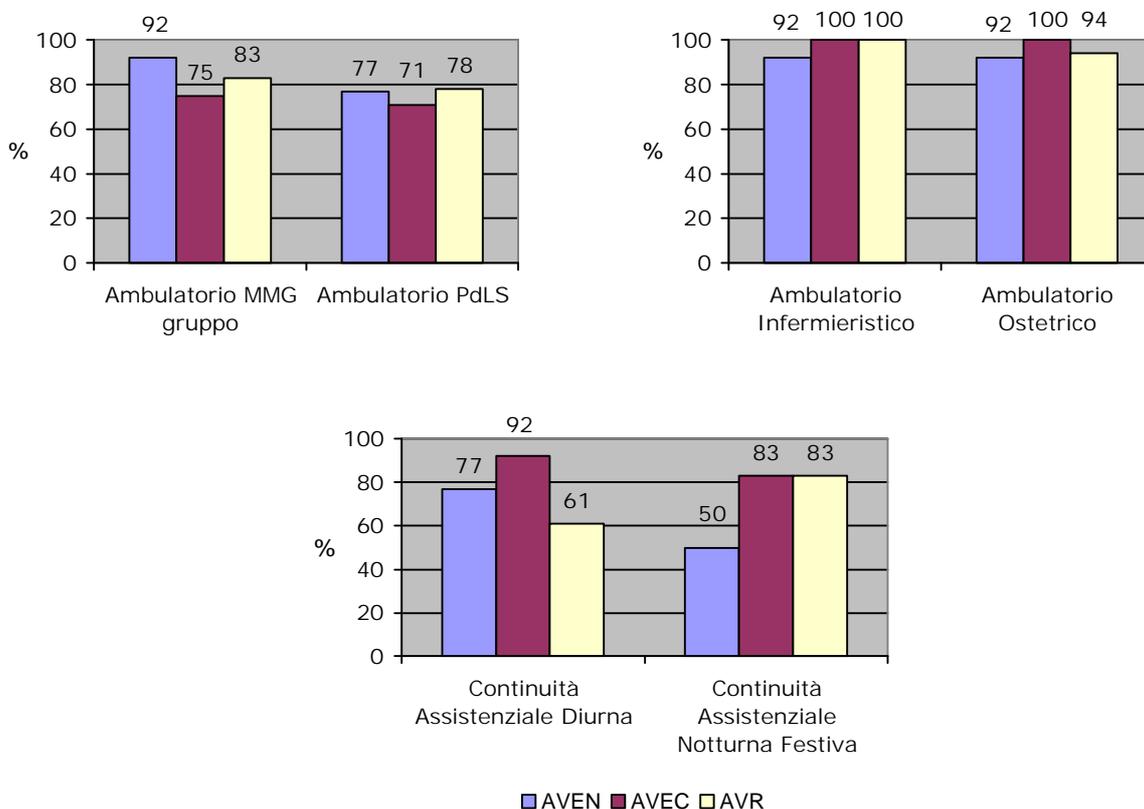
I punti CUP per la prenotazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale sono previsti nel 96% dei progetti (100% in AVR e in AVEC, 93% in AVEN) mentre il PUA (Punto Unico di Accesso ai servizi), requisito obbligatorio solo per le Case della Salute di tipologia grande, oltre che in queste, è previsto anche in circa la metà delle Case della Salute di tipologia media.

Lo Sportello Unico distrettuale, requisito obbligatorio per le Case della Salute di tipologia grande e media, oltre che in queste è previsto in alcuni casi anche nelle Case della Salute di tipologia piccola.

Nell'ambito dei requisiti dell'area clinica / assistenza primaria, Ambulatori di Medicina Generale (di gruppo) sono previsti nell'86% dei casi (92% in AVEN, 75% in AVEC e 83% in AVR), Ambulatori di Pediatri di Libera Scelta nel 75% dei casi (77% in AVEN, 71% in AVEC e 78% in AVR). Nell'ambito delle attività infermieristiche sono previsti Ambulatori Infermieristici nel 95% dei casi (100% in AVEC e AVR, 92% in AVEN) e un Ambulatorio Ostetrico nel 94% dei casi (92% in AVEN, 100% in AVEC, 94% in AVR).

La Continuità Assistenziale Diurna H12 è prevista nel 77% dei progetti (77% in AVEN, 92% in AVEC, 61% in AVR), e la Continuità Assistenziale Notturna e Festiva nel 64% (50% in AVEN, 83% in AVEC, 83% in AVR).

Graf. 3 – Area clinica / assistenza primaria

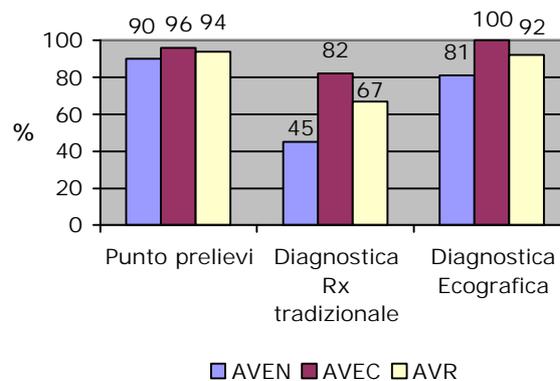


Nell'ambito dei requisiti dell'area clinica / servizi sanitari un Punto Prelievi è previsto nel 92% dei progetti (90% in AVEN, 96% in AVEC, 94% in AVR), mentre un Poliambulatorio Specialistico, requisito obbligatorio per le Case della Salute di tipologia grande e media, oltre che in queste è previsto in alcuni casi anche nelle Case della Salute di tipologia piccola.

Una Diagnostica Rx tradizionale è presente nel 60% dei progetti di Casa della Salute grande e media (45% in AVEN, 82% in AVEC, 67% in AVR), mentre si prevede con maggiore

frequenza (92% dei casi) di dotare queste strutture grandi e medie di diagnostica ecografica (81% in AVEN, oltre il 100% in AVEC, 92% in AVR).

Graf. 4 – Area clinica / servizi sanitari



Ambulatori di Recupero e Riabilitazione Funzionale sono previste in tutte le Case della Salute di tipologia grande, ed in parte anche in quelle di tipologia media (ancorché requisito facoltativo) mentre una Palestra Polifunzionale è prevista nel 77% dei progetti di Casa della Salute grande e media (74% in AVEN, 82% in AVEC, 75% in AVR); la distribuzione degli ausili protesici è prevista nel 50% di questi progetti (42% in AVEN, 47% in AVEC, 75% in AVR).

Gli ambulatori ovvero gli specialisti psichiatri del Centro di Salute Mentale sono previsti nel 100% dei casi di progetto di tipologia grande e media, gli ambulatori di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Età Evolutiva sono invece previsti nel 98% di questi casi.

Una Residenza Psichiatrica è prevista nel 39% dei progetti di Casa della Salute grande (33% in AVEN, 29% in AVEC, 57% in AVR) e con le stesse percentuali sono previsti Centri Diurni Psichiatrici, che coesistono nella stessa sede.

I servizi del SERT sono previsti nel 91% dei progetti di Casa della Salute grande (oltre il 100% in AVEN, 57% in AVEC, 86% in AVR), quelli del Consultorio Familiare e della Pediatria di Comunità in tutti i progetti di tipologia grande e media, ed anche in alcuni di tipologia piccola.

Nell'ambito dei requisiti dell'area clinica / servizi socio-sanitari, gli Uffici dei Servizi Sociali sono previsti nel 64% dei casi (63% in AVEN, 54% in AVEC, 78% in AVR), mentre l'Assistenza Sociale è prevista con presenza di personale nel 79% dei progetti (75% in AVEN, 79% in AVEC, 94% in AVR).

Strutture Residenziali per Anziani non autosufficienti sono previste nel 40% dei progetti di tipologia grande e media (35% in AVEN, 47% in AVEC, 42% in AVR), Centri Diurni per anziani nel 27% (32% in AVEN, 18% in AVEC, 25% in AVR), Centri Residenziali per Disabili nel 39% (44% in AVEN, 14% in AVEC, 57% in AVR) e Centri Diurni per Disabili nel 35% (33% in AVEN, 57% in AVEC, 14% in AVR).

Il coordinamento dell'Assistenza Domiciliare è previsto nella stragrande maggioranza delle Case della Salute grandi e medie (oltre il 100% in AVEN, 88% in AVEC, 67% in AVR), e anche l'Unità di Valutazione Multidimensionale per Anziani e Disabili è prevista in oltre il 90% di questi progetti (oltre il 100% in AVEN, 76% in AVEC, 50% in AVR).

Nell'ambito dei requisiti dell'area clinica / prevenzione, Ambulatori Vaccinali, Pap-test e Screening del Colon Retto (ricerca sangue occulto) sono presenti in tutti i progetti di tipologia grande e media, ed anche in alcuni di tipologia piccola; lo screening mammografico è invece presente nel 36% dei casi, necessitando di strumentazioni a diffusione non ubiquitaria.

Attività certificatoria monocratica è prevista in pressoché la totalità dei progetti di Casa della Salute grande e media, mentre lo svolgimento di attività collegiali (ex L.R. n. 4/2010) è stata prevista nel 65% dei progetti di tipologia grande (67% in AVEN, 57% in AVEC, 71% in AVR).

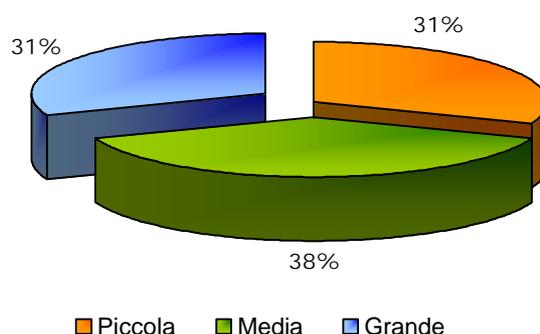
La lettura della programmazione sviluppata in ambito aziendale denota che il processo che ha preso avvio con l'emanazione delle Linee regionali di indirizzo si sta progressivamente sviluppando in tutti gli ambiti distrettuali. Vi è inoltre un'ampia coerenza con gli atti normativi regionali e pertanto nel suo complesso si può affermare che si intravede uno sviluppo omogeneo su tutto il territorio regionale.

1.3 Lo stato di attuazione: le innovazioni nelle sedi funzionanti

Dopo aver passato in rassegna le tipologie di Casa della Salute previste nelle programmazioni aziendali, pari ad un numero complessivo di 102 sedi, che caratterizzano e qualificano ulteriormente la rete dei servizi territoriali di questa Regione, vengono prese in esame le 42 sedi attive e funzionanti, destinate nella programmazione aziendale ad accogliere progressivamente le funzioni proprie della Casa della Salute.

Il 31% di queste corrisponde alla tipologia di Casa della Salute piccola, il 38% alla tipologia media e il 31% alla tipologia grande.

Graf. 5 – Case della Salute piccola, media, grande, attive



In queste strutture abbiamo esplorato tre aspetti della Casa della Salute, per cogliere lo stato dell'arte, gli assi prioritari di intervento messi in atto e le leve per il cambiamento sulle quali le Aziende si stanno impegnando.

Rimanendo sugli aspetti di carattere generale, si nota che l'ambito territoriale di riferimento è sempre il Nucleo di Cure Primarie e la direzione/ responsabilità della struttura, nel 90% dei casi, è affidata a un medico di organizzazione del Dipartimento di Cure Primarie.

Le reti orizzontali (Progetto Sole) che consentono ai medici di famiglia di accedere alle cartelle degli assistiti del Nucleo di Cure Primarie, sono ovunque presenti; in alcuni casi sono accessibili agli infermieri e in un caso agli specialisti. Teleradiologia e teleconsulto sono presenti in 7 sedi¹, pari al 17% e risultano relative rispettivamente alla radiologia e alla cardiologia.

I protocolli aziendali per dimissioni protette e per assistenza domiciliare integrata sono presenti in modo diffuso.

Nella quasi totalità dei casi è presente nella sede una medicina di gruppo, che rappresenta il punto per aggregare gli altri medici di famiglia del Nucleo di Cure Primarie, in modo da dare le stesse opportunità a tutti gli assistiti (38 sedi su 42 pari al 91% dei casi).

Nel processo di evoluzione verso la Casa della Salute occorre ora superare la dimensione del gruppo per condividere risorse, know how, relazioni formali e informali con tutti gli altri professionisti che operano nella struttura. Occorrerà un grande lavoro di facilitazione ai diversi livelli di responsabilità aziendale.

In diverse sedi, comunque, già tutti i medici del Nucleo di Cure Primarie assicurano la presenza nella struttura per garantire la continuità assistenziale diurna.

¹ AUSL Modena: Pievepelago, Fanano, Montefiorino
AUSL Imola: Castel San Pietro Terme
AUSL Ferrara: Copparo
AUSL Ravenna: Russi
AUSL Cesena: Savignano sul Rubicone

Le funzioni indagate

A) ACCOGLIENZA, VALUTAZIONE DEL BISOGNO, ORIENTAMENTO AI SERVIZI

In 38 Case della Salute, pari al 91%, sono presenti le funzioni classiche di accesso alle prestazioni sanitarie, di informazione / orientamento ai servizi e URP, con ampi orari di apertura e di risorse specifiche dedicate. Sono comunque già presenti, anche se in misura limitata, esperienze di accoglienza e valutazione del bisogno.

B) CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PER PICCOLE URGENZE AMBULATORIALI PER TUTTA LA POPOLAZIONE DEL NUCLEO DI CURE PRIMARIE

E' assicurata in 38 sedi pari al 91%, e in 21 di queste, pari al 55%, è presente una copertura di almeno 10 ore al giorno.

L'attività è normalmente svolta dai medici di famiglia. In tre² sedi la continuità assistenziale H24 è assicurata da un Punto di Primo Intervento collegato alla rete dell'emergenza.

Nel 40% delle strutture attive è collocata anche la sede dei medici di continuità assistenziale notturna, prefestiva e festiva (17 sedi) che garantisce anche fasce orarie di attività ambulatoriale.

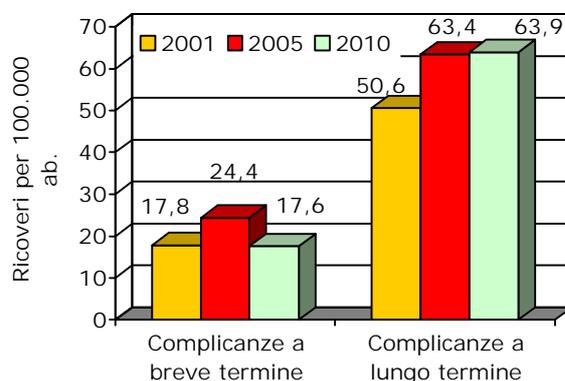
La registrazione delle attività mediche è prevalentemente manuale.

Sono già presenti significative esperienze in cui nell'Ambulatorio del Nucleo di Cure Primarie è presente un infermiere che accoglie i pazienti, svolge una funzione di ascolto, dà consigli, esegue terapie prescritte dal medico, effettua medicazioni, svolge attività di educazione sanitaria, si raccorda con l'assistente sociale in caso di necessità e tiene i collegamenti con gli altri servizi sanitari.

C) GESTIONE INTEGRATA DELLE PATOLOGIE CRONICHE

La presa in carico dei pazienti con patologie croniche all'interno delle cure primarie rappresenta ormai un patrimonio del sistema sanitario regionale; in tale ambito si colloca l'esperienza decennale sul diabete che dimostra risultati positivi sul contenimento dei ricoveri per complicanze a breve e a lungo termine della malattia. Si riportano di seguito nel grafico i tassi di ospedalizzazione dal 2001 al 2010.

Graf. 6 - Tassi di ospedalizzazione 2001-2010



² AUSL Modena: Pievepelago, Fanano
AUSL Ferrara: Bondeno

In 33 sedi pari al 79% sono attivi programmi di gestione di patologie croniche quali diabete, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, patologie psichiatriche minori, rivolti a tutta la popolazione del Nucleo di Cure Primarie, in integrazione con gli specialisti e, anche se meno di frequente con gli infermieri. In 18 casi sono presenti sistemi di monitoraggio attivo dei pazienti, dai sistemi di recall, al follow up telefonico, al counselling infermieristico ambulatoriale e domiciliare attivato per i pazienti più complessi o con fragilità sociale; questi ultimi fanno riferimento alla medicina d’iniziativa e al Chronic Care Model.

Esistono, inoltre, esperienze significative, e altre si stanno avviando, di integrazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica per interventi di educazione sanitaria, rivolti a target specifici di popolazione a rischio, per la promozione di stili di vita sani. Nel complesso esistono forme diverse di integrazione con la sanità pubblica in 24 delle strutture esaminate pari al 57% del totale.

Quasi ovunque è presente un ambulatorio infermieristico per attività programmate; gestione pazienti stomizzati, medicazione, terapie iniettive (nell’81% delle 42 sedi attive), con fasce orarie di presenza molto ampie. Nel 57% dei casi viene erogata anche attività ad accesso diretto.

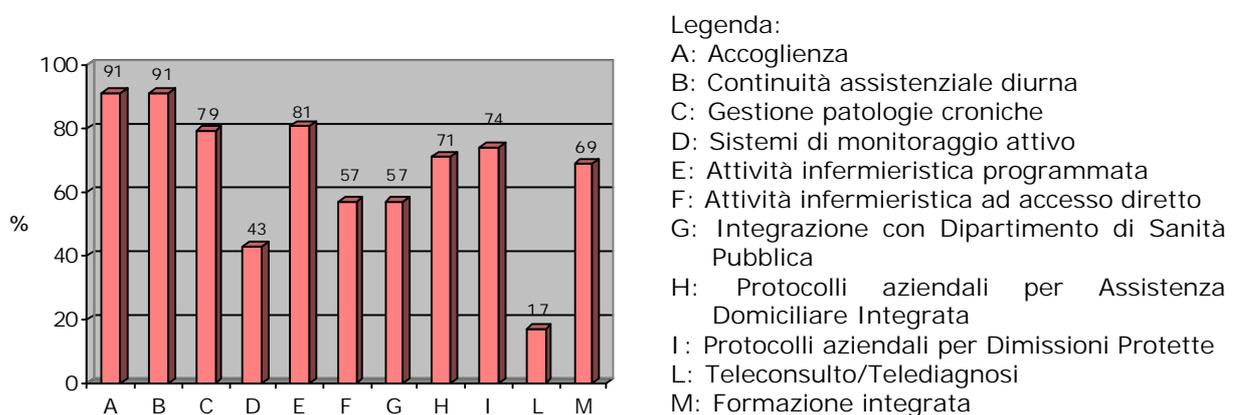
Sono, altresì, presenti esperienze innovative di gestione infermieristica proattiva della cronicità, quali ad esempio scompenso cardiaco, diabete e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), svolte in integrazione con i medici del Nucleo di Cure Primarie e gli specialisti.

Nel complesso occorre sostanzialmente maggiormente le competenze dell’infermiere di Nucleo di Cure Primarie prevalentemente orientate alle funzioni di: accoglienza, valutazione, orientamento ai servizi; monitoraggio attivo dei pazienti con patologia cronica e dei pazienti “fragili”; raccordo con assistenza domiciliare integrata (ADI), con i poliambulatori, con l’ospedale, con i servizi sociali.

Infine, per quanto riguarda gli interventi di formazione integrata, si rileva che in 29 sedi pari al 69% di quelle attive, si svolgono programmi di formazione integrata su specifiche patologie che coinvolgono oltre ai medici di medicina generale, gli specialisti e, in molti casi, anche gli infermieri.

Nelle Aziende USL di Parma, Ferrara e Ravenna, esistono esempi di buone pratiche di formazione trasversale sulla gestione integrata del paziente cronico, sull’approccio alla salute proprio della Casa della Salute e sugli aspetti organizzativi e operativi che la caratterizzano.

Graf. 5 – Le funzioni presenti nelle Casa della Salute attive



Alcune considerazioni

Complessivamente è possibile affermare che le strategie di politica sanitaria per le cure primarie indicate nel Piano Sociale Sanitario Regionale 2008-2010, le Linee di indirizzo contenute nella DGR 291/2010, per quanto riguarda gli aspetti strutturali, l'organizzazione funzionale dei servizi e nella DGR 427/2009 relativa allo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali nelle cure primarie, si stanno concretizzando con la realizzazione delle "Case della Salute". Struttura, organizzazione e cultura sono gli assi fondamentali di intervento sui quali continuare a lavorare nei prossimi anni per offrire servizi di elevata qualità adeguati ai bisogni espressi dai cittadini.

Tutte le Aziende Sanitarie, anche se con diversi gradi di variabilità, sono impegnate in questo processo di grande cambiamento e innovazione attraverso il quale passa la sostenibilità del nostro sistema di welfare regionale. In tale ottica occorre sviluppare la gestione della cronicità, attraverso il monitoraggio attivo dei pazienti e la medicina d'iniziativa, valorizzando il ruolo dell'infermiere e di tutte le professioni sanitarie coinvolte in tali processi, ivi compresi i professionisti della prevenzione e della salute mentale. Ulteriore asse di intervento è rappresentato dallo sviluppo di sinergie con gli operatori dei servizi sociali dei Comuni e di tutte le risorse della comunità.

Si ritiene comunque che il cambiamento culturale sia estremamente importante per motivare i professionisti, le direzioni aziendali e per condividere le decisioni con i nostri stake holders e che occorre investire su questo asse di intervento attraverso la formazione continua, in quanto strumento per lo sviluppo dei saperi orientati alla multiprofessionalità.

In questa ottica si colloca il progetto della "Casa della Salute" che contribuisce alla realizzazione del più generale processo di integrazione delineato dal quadro legislativo e programmatico regionale.