



Case della Salute:
indicazioni regionali per il coordinamento e
lo sviluppo delle comunità di professionisti e
della medicina d'iniziativa

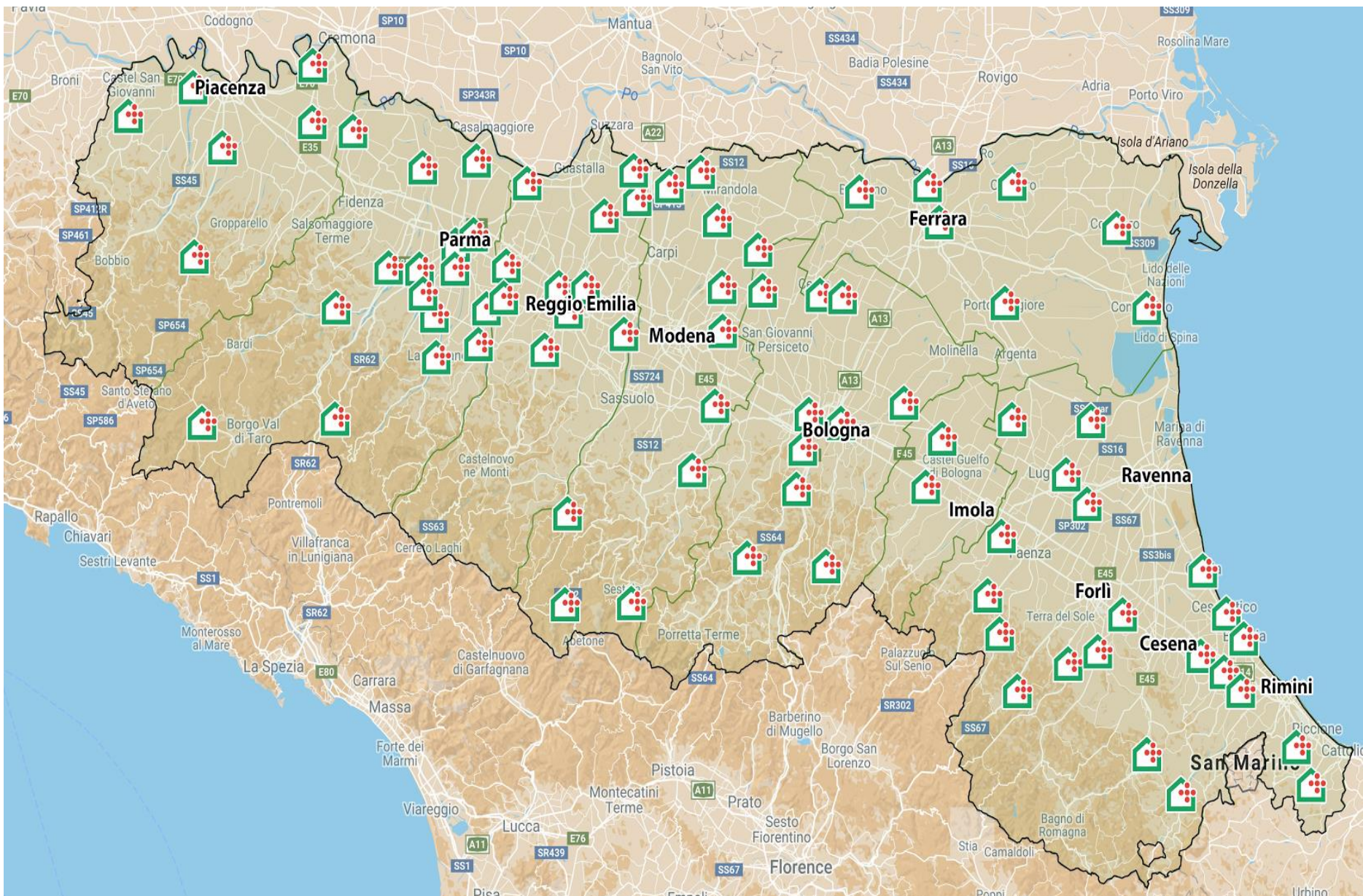
Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare
Regione Emilia-Romagna

Bologna, 29 novembre 2016

Stato dell'arte ad ottobre 2016

- 84 Case della Salute funzionanti, di cui il 60% medio-grandi
- 38 Case della Salute ancora da realizzare
- 1 milione e 900 mila abitanti con una Casa della Salute di riferimento (43% pop. totale in Emilia-Romagna)
- più di 200 comuni coinvolti (60% tot. Comuni)
- 1.300 MMG coinvolti, più di 500 dentro le Case della Salute
- 270 PLS coinvolti, più di 60 dentro le Case della Salute
- più di 400 infermieri nelle Case della Salute
- più di 100 assistenti sociali nelle Case della Salute
- collaborazioni con associazioni di volontariato (nel 70% delle Case della Salute)

La distribuzione delle 84 Case della Salute funzionanti



Le finalità delle nuove indicazioni regionali

Definire gli **elementi organizzativi-assistenziali** a supporto di:

- **coordinamento** delle attività nella Casa della Salute
- presa in carico secondo la **medicina d'iniziativa**
- attivazione di **percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari**

I contenuti delle indicazioni regionali **sistematizzano le “buone prassi”** dei singoli territori

Gli obiettivi della Case della Salute

- **Accesso** all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale, in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione
- **Valutazione** del bisogno e accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata
- **Prevenzione e promozione della salute**
- Risposta alla domanda di salute e **continuità dell'assistenza** anche attraverso il coordinamento di tutti i servizi sanitari territoriali (H 12 e H 24 di norma a livello distrettuale)
- **Presa in carico** della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa
- Attivazione di **percorsi di cura multidisciplinari**, in integrazione tra servizi sanitari (ospedale-territorio), e servizi sanitari e sociali
- Partecipazione di **comunità locale, associazioni di cittadini, di pazienti e caregiver, e dei Comitati Consultivi Misti**
- Promozione **dell'integrazione con la Rete Ospedaliera e gli Ospedali di Comunità**

Classificazione, rete, popolazione

Differenziare le Case della Salute in **bassa e media/alta complessità assistenziale** secondo il livello di coordinamento e di integrazione tra servizi e professionisti, e tutti gli attori (incluso la comunità) *(+ programmi e percorsi integrati = + complessità assistenziale)*

In ogni Distretto le Case della Salute possono configurarsi come una rete, simile al **modello Hub&Spoke**. In particolare:

Case della Salute a **media\alta complessità = Hub di**

- ✓ Case della Salute a bassa complessità (*Spoke*),
- ✓ Nuclei di Cure Primarie non ancora inseriti nelle Case della Salute, affinché ogni cittadino possa essere preso in carico all'interno dei percorsi di cura integrati propri della Casa della Salute.

La popolazione di riferimento per le Case della Salute a media/alta complessità \geq 30 mila abitanti

Gli attori della Casa della Salute

- Dipartimenti territoriali (sanità pubblica, cure primarie, salute mentale e dipendenze patologiche)
- Medicina convenzionata (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali)
- Dipartimenti ospedalieri
- Servizio sociale territoriale
- Comunità e associazioni di cittadini.

Il minimo comun denominatore delle Case della Salute sono le **équipe multiprofessionali e interdisciplinari** composte da: medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, infermiere, assistente sociale, assistenza ostetrica e medico specialista di riferimento.

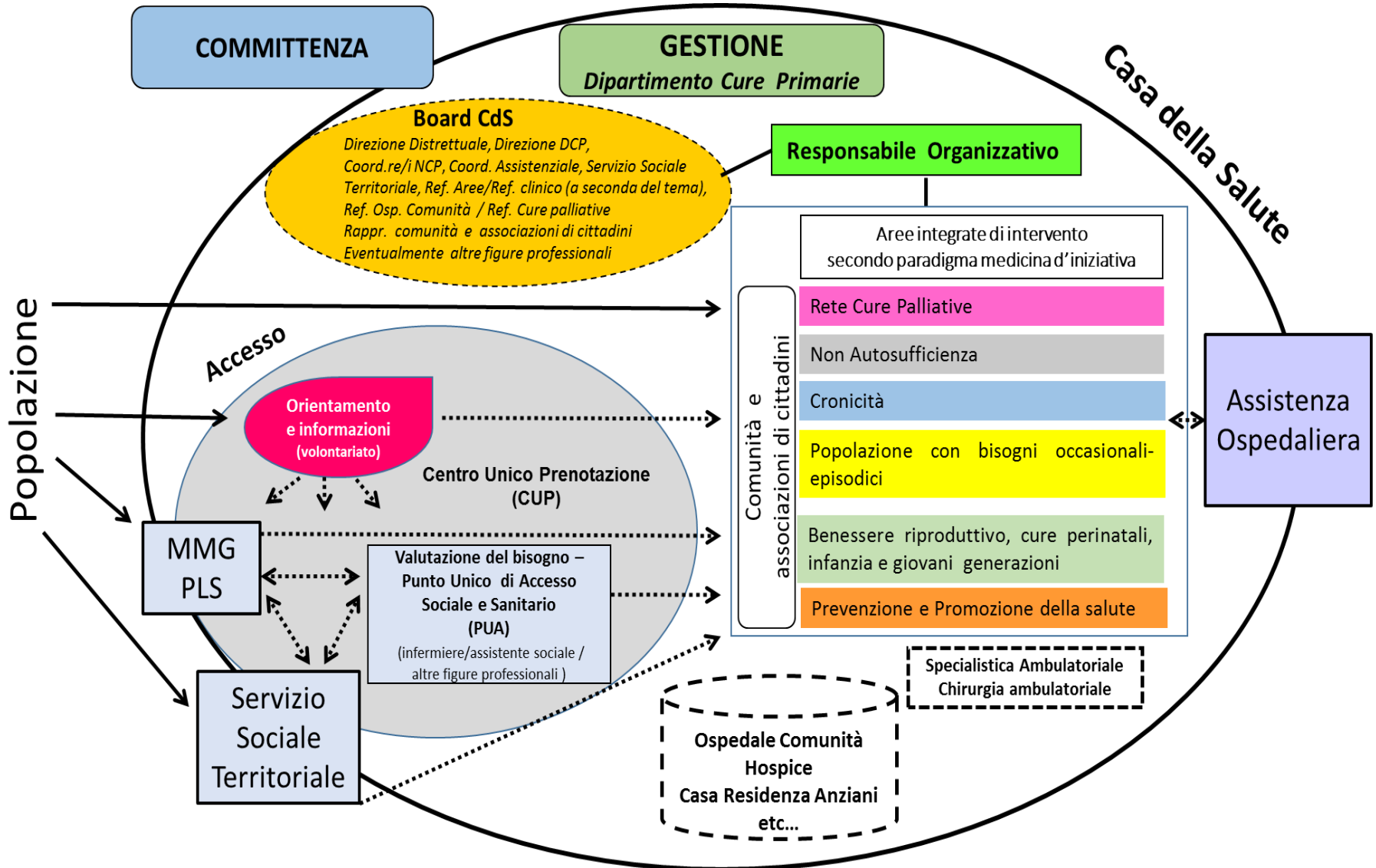
La partecipazione della comunità locale

Le Case della Salute rappresentano una opportunità per attivare processi di **empowerment individuale e di comunità**, nelle sue diverse forme (pazienti, *caregiver*, associazioni di volontariato, fino ai singoli cittadini)

La Regione intende sostenere esperienze di Case della Salute basate su **progetti di salute comunitari**, orientati alla partecipazione, condivisione e responsabilizzazione di tutti gli attori della comunità:

✓ sperimentazione di strumenti condivisi (es. “Patti di Comunità” nelle Case della Salute di Puianello e di Casalecchio di Reno), che scaturiscono da condivisi profili di salute, dove siano esplicitati bisogni, attese, progetti e risorse.

L'assetto organizzativo



Committenza, gestione, coordinamento

Committenza

Azienda USL e Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria /
Distretto e Comitato di Distretto

Gestione

Dipartimento di Cure Primarie (Budget Operativo)

Coordinamento:

- organizzativo

- Responsabile organizzativo
- Board gestionale-organizzativo

- clinico-assistenziale

- Referente di area o Referente clinico
- Coordinatore assistenziale

Le funzioni chiave della Casa della Salute

ACCESSO

- accoglienza e orientamento rispetto alle attività e alle loro modalità di funzionamento per i cittadini, i pazienti e i *caregiver* (con le organizzazioni di volontariato); *può essere opportuno avvalersi di mediatori culturali*
- Centro Unico Prenotazione (CUP)

VALUTAZIONE DEL BISOGNO

- Punto Unico di Accesso Sociale e Sanitario (PUA)
(infermiere/assistente sociale/altre figure professionali)

AREE INTEGRATE DI INTERVENTO

come «garanzia» per la popolazione della qualità (appropriatezza, equità, continuità) dei percorsi di prevenzione e cura

Le aree integrate di intervento

Le attività della Casa della Salute sono articolate in aree integrate di intervento per **intensità assistenziale** e secondo il paradigma della **medicina d'iniziativa**

Prevenzione e promozione della salute	Benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni	Popolazione con bisogni occasionali-episodici	Prevenzione e presa in carico della cronicità	Non Autosufficienza	Rete cure palliative
<ul style="list-style-type: none"> • Gruppi di educazione alla salute • Progetti di comunità su stili di vita salutari (alimentazione, attività fisica, alcol, fumo) • Camminate della salute • Incontri tra professionisti e popolazione • Vaccinazioni in età pediatrica e adulta • Prevenzione obesità infantile • Screening oncologici • Progetto antibioticoresistenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Promozione allattamento al seno • Percorso nascita, IVG, sterilità • Percorso maltrattamento e abuso sui minori • Progetto adolescenza (DGR 590/2013) • Disagio psichico e consumo sostanze nei giovani • Prevenzione violenza domestica e sessuale • Cronicità in età pediatrica • Programma DSA 	<p>Popolazione generale che ricorre alle attività presenti nella Casa della Salute per un problema di salute circoscritto e un periodo di tempo delimitato</p> <p>Tra le nuove attività: accoglienza, valutazione, <i>counselling</i> per problemi di natura psicosociale nella popolazione adulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppi sui corretti stili di vita • Lettura integrata del rischio cardiovascolare • Programma Leggieri • Programma Budget di Salute (DGR 1554/2015) • Percorso DCA (DGR 1298/2009) • Percorso alcol • Identificazione e presa in carico popolazione fragile • Palestre Etiche, AFA ed EFA • PDTA condizioni croniche nell'adulto (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, Sclerosi multipla) • Gestione infermieristica proattiva e integrata (MMG, Specialisti, assistente sociale, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Disturbi cognitivi e Programma demenze • Programma SLA • Prevenzione cadute in casa • Percorsi socio-sanitari salute mentale (DGR 1423/2015) 	<p>Percorso di cure palliative per garantire la continuità clinico-assistenziale nei nodi della rete (DGR 560/2015)</p>

I contenuti illustrati nelle aree rappresentano spunti esemplificativi

Coordinamento organizzativo

Responsabile organizzativo, preferibilmente un coordinatore infermieristico e tecnico con competenze gestionali-organizzative, coordina il *board* gestionale-organizzativo.

Il *board* gestionale-organizzativo rappresenta l'organismo formale e sostanziale di partecipazione alle decisioni da parte dei principali attori della Casa della Salute:

- direzione distrettuale;
- direzione Dipartimento Cure Primarie;
- coordinatore/i del/i NCP;
- coordinatore assistenziale;
- servizio sociale territoriale;
- referente di area o referente clinico;
- referente Ospedale di Comunità (se presente);
- referente Cure palliative;
- rappresentanti della comunità e associazioni di cittadini;
- eventualmente altre figure professionali (es. medici specialisti).

Coordinamento clinico-assistenziale

Referente di area

- Ruolo di *leadership* non gerarchica, di garanzia della qualità dell'assistenza
- Con competenze cliniche / assistenziali
- Può essere titolare di un rapporto di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale o di dipendenza pubblica (ad. es area cronicità - medico di medicina generale; area non autosufficienza - assistente sociale del Comune)

OPPURE

Referente clinico

- Nelle Case della Salute in cui non prevalga la articolazione delle attività secondo le aree integrate di intervento
 - Può essere un medico convenzionato o dipendente del Servizio Sanitario Regionale
 - Già sperimentato in alcune Aziende USL (Parma e Reggio Emilia)
-

Coordinatore assistenziale (coordinatore infermieristico)

Gestione dell'integrazione organizzativo-funzionale delle professioni sanitarie che intervengono nel processo assistenziale

I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta

La Casa della Salute rappresenta per medicina convenzionata un'opportunità di sviluppo professionale, offrendo la possibilità di lavorare in maniera integrata (con gli infermieri, gli assistenti sociali, i medici specialisti) a garanzia di una risposta ai bisogni della popolazione, anche episodici e occasionali, e della presa in carico delle persone affette da patologie croniche, e più in generale, fragili, nell'ambito di specifici programmi e percorsi assistenziali.

I pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale possono svolgere la propria attività ambulatoriale all'interno delle Case della Salute in appositi spazi dedicati, mantenendo comunque la capillarità territoriale dei loro ambulatori, a garanzia della prossimità delle cure.

Le Case della Salute rappresentano il luogo ideale per la medicina di iniziativa, sia nell'ambito della prevenzione primaria (es. lettura integrata rischio cardiovascolare su popolazione sana) che della gestione dei percorsi assistenziali.

L'assistenza specialistica

Nelle Case della Salute viene garantita l'assistenza specialistica ambulatoriale, sia come risposta ad un bisogno episodico, occasionale (es. inquadramento diagnostico, indicazione di trattamento), sia nell'ambito di percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica, dotando, ove necessario e possibile, tali ambulatori di strumenti di telemedicina ed ecografia di base.

Nelle Case della Salute che rappresentano una riqualificazione di strutture ospedaliere può essere prevista la presenza di ambulatori chirurgici (es. ambulatorio chirurgico vascolare, dermatologico, ortopedico, ginecologico, oculistico).

La continuità territorio-ospedale

Le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità intendono qualificarsi come le principali strutture innovative per garantire la continuità dell'assistenza

Una delle principali modalità organizzative attraverso cui la Casa della Salute può garantire la presa in carico e la continuità dell'assistenza è rappresentata dai programmi e percorsi assistenziali integrati (ospedale e territorio):

- **percorso nascita;**
- **percorso diagnostico assistenziale per il bambino con diabete mellito1;**
- **percorsi diagnostici terapeutici assistenziali per le condizioni croniche**
- **percorso per i disturbi cognitivi e le demenze**
- **percorso per i pazienti in terapia anticoagulante orale;**
- **percorsi per le gravissime disabilità acquisite**
- **percorsi diagnostici terapeutici assistenziali per le neoplasie**
- **rete delle cure palliative;**
- **percorso per la gestione dei pazienti con frattura di femore;**
- **dimissioni protette**

L'integrazione con il Servizio Sociale Territoriale

Nelle linee guida regionali di riorganizzazione del Servizio Sociale Territoriale (SST) si ritiene utile privilegiare la scelta di integrazione anche logistica di tutto o di alcune sue parti con altri nodi della rete territoriale (ad esempio con le Case della Salute)” (DGR 2012/2014, p.17).

A potenziamento della integrazione tra servizi sanitari e sociali è opportuna la presenza nella Casa della Salute dello Sportello sociale, oppure del Punto unico di accesso sociale e sanitario per la valutazione integrata del bisogno, e dell'assistente sociale per le attività di presa in carico delle persone fragili.

La presa in carico della cronicità secondo la medicina d'iniziativa: l'ambulatorio infermieristico

Le attività dell'ambulatorio infermieristico riguardano:

- in collaborazione con i medici di medicina generale, l'identificazione e il reclutamento delle persone ritenute a rischio;
- la chiamata attiva dei pazienti;
- la presa in carico multiprofessionale e interdisciplinare (es. medici di medicina generale, specialisti, assistenti sociali, associazioni di pazienti e di volontariato ecc.) e il follow up;
- l'educazione terapeutica strutturata finalizzata all'empowerment;
- l'addestramento a utente e caregiver ai fini anche dell'identificazione precoce di segni e sintomi di complicanze;
- la continuità assistenziale, in caso di ricovero ospedaliero o in struttura intermedia come l'Ospedale di Comunità (case management).

Il monitoraggio e la valutazione regionale

Nei prossimi anni la regione proseguirà l'attività di monitoraggio dello sviluppo delle Case della Salute, in continuità con l'attività avviata nel 2011, e supporterà l'implementazione delle indicazioni regionali nei territori (es. percorsi assistenziali, formazione, information communication technology).

I risultati emergenti dalla attività di monitoraggio regionale saranno costantemente oggetto di discussione e confronto con diversi ambiti istituzionali e le parti sociali.

Nell'ottica della trasparenza della pubblica amministrazione, in continuità con gli anni precedenti, i risultati dell'attività di monitoraggio saranno pubblicamente accessibili nella pagina dedicata del sito della regione: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/case-della-salute>