

Le idee di tutti fanno la comunità della Bassa Romagna del futuro

.....
VENERDÌ 10 GENNAIO 2014, ore 14.30

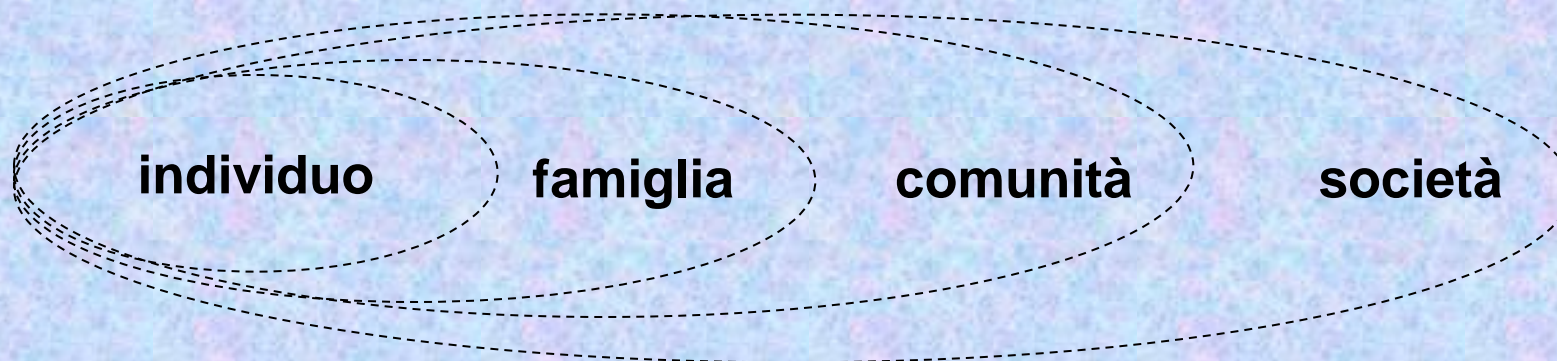
CAPACI DI FUTURO: NUOVI SCENARI PER IL WELFARE

Auditorium di Fusignano - Corso Emaldi, 109 Fusignano (RA)

Marisa Bianchin, Direttore Distretto sociosanitario di Lugo
Salute e Futuro

Welfare di Comunità e Modello ecologico

Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010
e Indirizzi Attuativi 2013-2014 -DGR 284/2013
(Regione Emilia Romagna)



Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008 – 2010 :

“serve un nuovo progetto che porti a sintesi, quello che la società moderna tende a dividere; che realizzi la coesione sociale che non si rigenera più secondo percorsi informali o spontanei; che affermi nuove sicurezze di fronte all’evidente spiazzamento economico e culturale” (introduzione al PSSR).

Piano Sociale e Sanitario Regionale Indirizzi Attuativi 2013-2014 -DGR 284/2013 (Regione Emilia Romagna)

IMPOVERIMENTO

- effetti sulla salute
- diseguaglianze
- stili di consumo
- promozione degli stili di vita salutari

FRAGILITA' E VULNERABILITA'

- età
- condizioni fisiche
- patologie psichiatriche
- difficoltà economiche
- isolamento sociale e fragilità rapporti familiari/amicali

COMUNITA' COESA COME RISORSA

La capacità di una comunità di farsi solidale nei momenti di difficoltà è una risorsa potente, la presenza di legami di fiducia e di reti più o meno formali di aiuto è determinante per la possibilità di far fronte alla crisi.

RICONOSCERE E VALORIZZARE IL CRESCENTE CONTESTO PLURICULTURALE

- lingua, cultura, religione, condizioni socioeconomiche

IMMAGINARE E SOSTENERE IL 'FUTURO'

- Politiche educative (bambini/e ragazzi/e)
- funzioni genitoriali
- rompere la catena di riproduzione delle disuguaglianze sociali e favorire processi di inclusione

Un nuovo percorso per la programmazione integrata

Un intervento efficace sulla promozione della salute deve intervenire su tutte le determinanti di salute modificabili e non limitarsi all'organizzazione dei servizi

Determinanti di salute

Salute = processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla
(Organizzazione Mondiale della Sanità)

Determinanti della salute (OMS)

Non Modificabili	Socio economici	Ambientali	Stili di vita	Accesso ai Servizi
Genetica	Povertà	Aria	Alimentazione	Istruzione
Sesso	Occupazione	Acqua e alimenti	Attività fisica	Tipo di sistema sanitario
Età	Esclusione sociale	Abitazione	Fumo	Servizi Sociali
		Ambiente sociale e culturale	Alcol	Trasporti
			Attività sessuale	Attività ricreative
			Farmaci	

Contributo (in %) dei determinanti della salute alla longevità (75 anni)

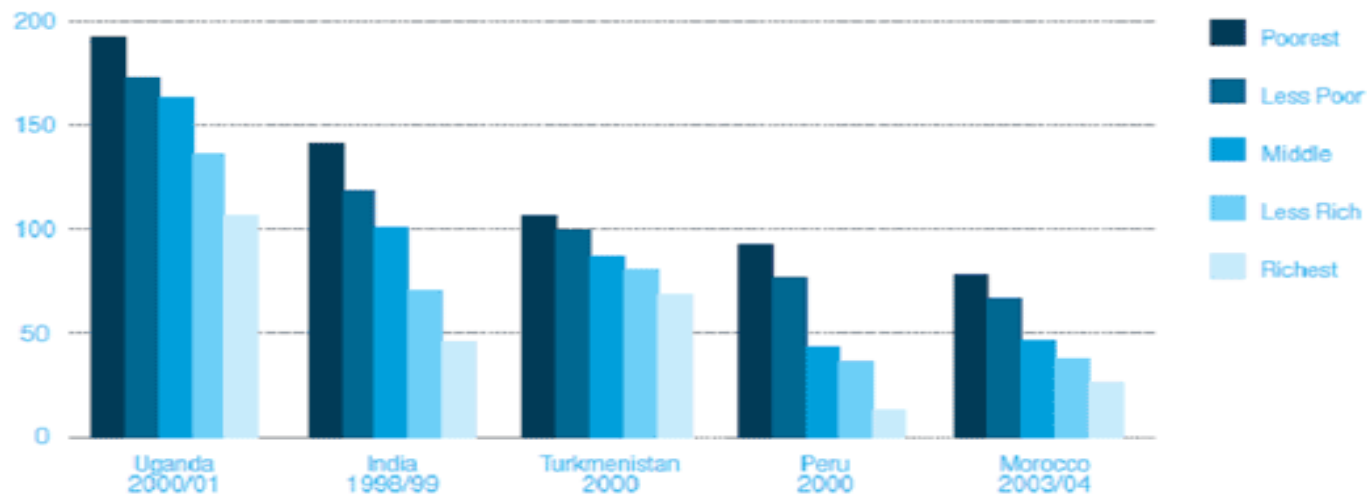
Confronto tra i risultati della ricerca e l'opinione della popolazione

	Ricerca	Opinione della popolazione
S.Sanitari (accesso ai servizi)	10 - 15%	60 - 65%
Ambiente (ecosistema)	20 - 25%	20%
Condizione socio-economica (e stili di vita)	45 - 50%	10%
Biologia-Genetica	20%	5 -10%

Gradiente sociale di salute: alcuni esempi...

Gradiente sociale di salute: c'è un legame diretto fra reddito e salute, si nota come la relazione tra ricchezza e salute sia proporzionale

Slide 1. Mortalità al di sotto dei 5 anni per livello di ricchezza della famiglia (ogni 100 nati vivi)



Fonte: **Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.** (OMS - 2008)

Determinanti Socio-economici della salute

Stato soggettivo di salute 68,4% vs 88,8%	Il 68.4% dei soggetti della classe sociale inferiore giudica "buono" o "molto buono" il proprio stato di salute, la classe superiore raggiunge l'88.8%.
Problemi psichici e fisici da + di 1 anno 27,3 % vs 10,1 %	La percentuale raddoppia dalla classe sociale superiore (10.1%) alla classe sociale inferiore (27.2%).
Insonnia 16,5 % vs 7,3 %	Il 16.5% dei soggetti della classe sociale inferiore segnala di soffrire molto spesso di questi disturbi contro la metà nella classe superiore (7.3%).
Obesità 10,6 % vs 6,2 %	Nella classe sociale inferiore la percentuale di obesi risulta più alta (10.6%) che in quella più elevata (6.2%).
Consultazioni mediche 85,6 % vs 76,3 %	L'85,6% degli appartenenti alla classe sociale inferiore, durante i 12 mesi precedenti l'inchiesta, ha effettuato almeno una visita medica contro il 76,3% per coloro che appartengono a quella superiore.
Ospedalizzazione 16,2 % vs 6,1 %	Il 16.2% delle persone appartenenti alla classe sociale inferiore riferiscono di essere state ospedalizzate nel corso dell'anno precedente, mentre la classe sociale superiore denuncia una percentuale del 6.1%. La durata della degenza ospedaliera è inoltre più breve per le persone appartenenti alla classe sociale superiore.
Consumo di farmaci 48,9 % vs 30,7 %	Nella classe sociale superiore meno di 1 persona su 3 (30.7%) ha consumato medicine nella settimana precedente l'inchiesta. La percentuale aumenta per la classe media (42.3%) per raggiungere quasi 1 persona su 2 per la classe sociale più disagiata (48.9%). Un'analisi più specifica mostra che questa tendenza è soprattutto presente nelle donne.
Consumo di sonniferi e tranquillanti 16,9 % vs 3,9 %	Se si considera l'assunzione di almeno un sonnifero o un tranquillante nella settimana precedente l'indagine, la differenza fra i ceti sociali risulta estremamente marcata. Nella classe sociale più bassa, il consumo di queste sostanze è 4 volte superiore (16.9%) al consumo della classe più agiata (3.9%).

Salute e Futuro: dove siamo orientati

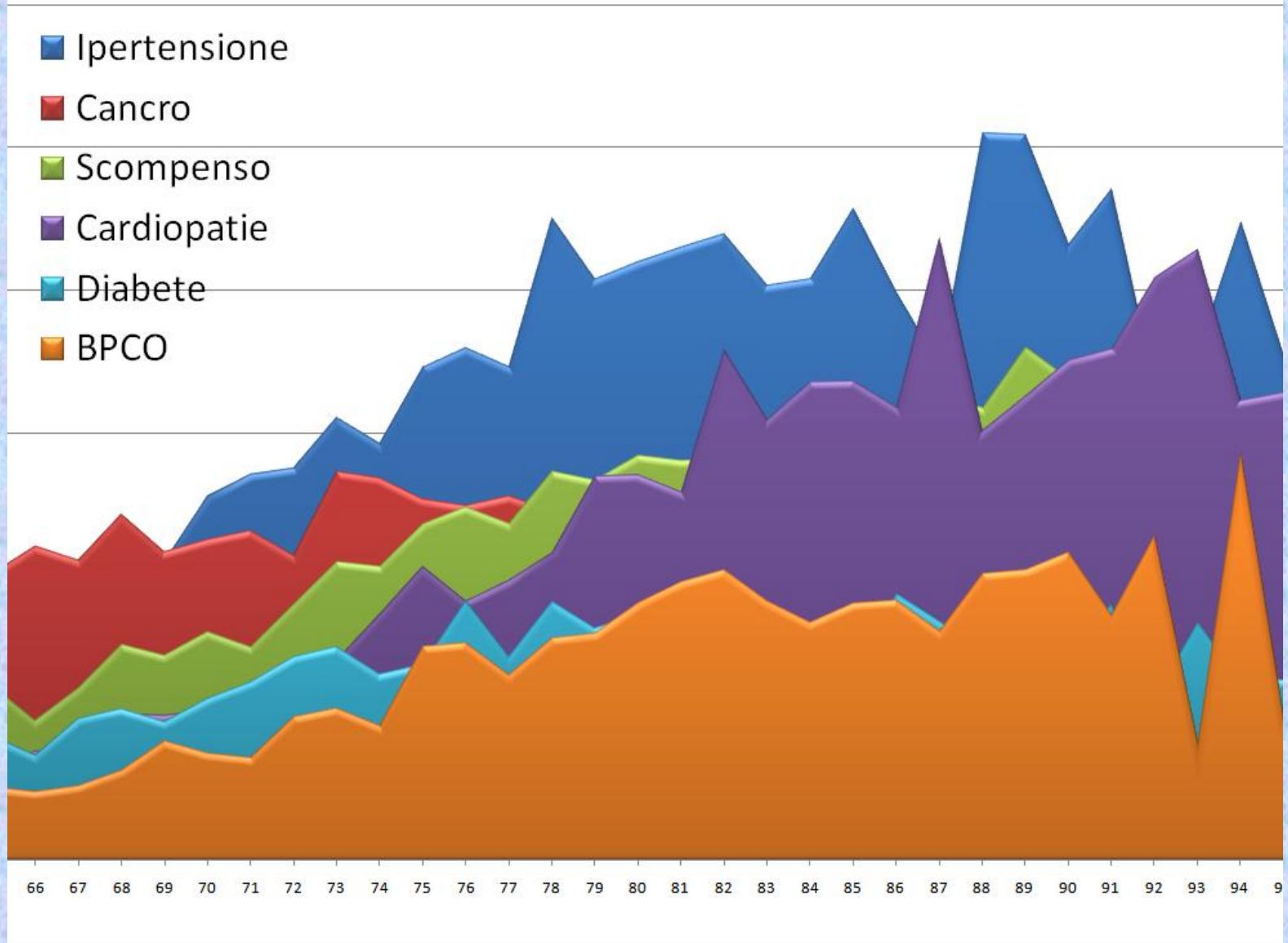
**SALUTE E FUTURO
DOVE SIAMO ORIENTATI**

	OGGI	PROSSIMO FUTURO
CITT ADINI E COM UNIT A'	Orientamento alla domanda e offerta di servizi e interventi singoli	Orientamento ai bisogni dell'utente e ai processi assistenziali
	Approccio individuale alla cura	Approccio di comunità (proattivo, multidisciplinare)
	Soddisfare interessi singoli e soddisfare le pratiche mediche	Tutela dei percorsi di cura (advocacy)
	Centratura sui prodotti offerti	Centratura sui risultati in termini di esiti di salute
OFFE RTA DI SERV IZI	Offerta stabile e standardizzata	Flessibilità e adattamento all'evoluzione dei bisogni (sistema reattivo e responsivo)
	Promozione delle Cure Primarie e delle sue forme organizzative	Sviluppo dell'Assistenza Primaria per la gestione della patologia cronica (Casa della Salute) centrata sui bisogni
	Ricerca di collaborazione nei processi integrati nell'assistenza al domicilio (dimissioni protette, ADI ad alta intensità assistenziale)	Ricerca della massima complementarietà e interdipendenza fra livello ospedaliero e territoriale (accesso e dimissione) fra livello sanitario e livello sociale
	Ospedale come sede di trattamento per gli stati di acuzie	Ospedale orientato al trattamento di episodi di cura dell'acuzie stratificando la risposta a diversi livelli assistenziali
RUO LO AUSL	Sperimentazione di nuovi ruoli e responsabilità per le nuove professioni	Valorizzazione di nuovi ruoli e professionalità dei soggetti titolari della presa in carico clinico e assistenziale
	Gestione efficiente delle risorse economiche	Appropriatezza e rapporti costi efficacia, rendicontazione sociale

La piramide della salute



Ripensare l'organizzazione:
perché è necessario cambiare....



Percentuale di alcune patologie croniche per età

Il cambiamento si rende necessario in considerazione del **fatto** che...

- **La medicina oggi si avvale di nuove tecnologie, innovazioni, farmaci, impensabili anche solo 5 anni fa:**
Evidenze scientifiche e valutazioni di efficacia,
Iperspecializzazione della medicina
Day surgeri (interventi in day hospital)
Tecnologie informatiche trasmissione dati/referti per il cittadino: progetto 'Sole on line'; Fascicolo Sanitario Elettronico e possibilità di ricevere i referti 'Sole' on-line; prenotazione on line visite, pagamento ticket.
- **Ma.....l'organizzazione sanitaria ospedaliera e territoriale è rimasta uguale a se stessa dal 1978, nonostante i cambiamenti che derivano dalle innovazioni sopra richiamate e una diversa organizzazione sollecitata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità**
- **Inoltre....nuovi e diversi compiti e responsabilità affidate alle professioni: area infermieristica (infermieri, ostetriche....). Ciò modifica l'organizzazione nei percorsi di cura**

E poi....

- **cambiamento nella definizione di salute e malattia**
- **cambiamento del paradigma: da paradigma biomedico al paradigma bio-psico-sociale (determinanti sociali della salute: educ., trasporti, casa, povertà, organizz.urbana, ambiente fisico)**
- **cambiamenti demografici, epidemiologici e sociali nella popolazione**

Interventi di riorganizzazione dei Servizi Sanitari: Ospedale e Territorio

Documenti condivisi dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (giugno e novembre 2013) e sottoscritti dalle Organizzazioni Sindacali (dicembre 2013)

- Per i servizi ospedalieri e per i servizi territoriali sono stati individuati interventi di appropriatezza e riorganizzazione che consentono il migliore utilizzo delle risorse in coerenza con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
- L'insieme di queste nuove possibilità è alla base d'interventi di reimpostazione dei servizi distribuiti sul territorio
- Ciò consente di adeguare il sistema al mutamento strutturale dei bisogni che l'analisi demografica ed epidemiologica impone

Sul versante ospedaliero

- **L'organizzazione interna degli ospedali** dovrà superare l'uso esclusivo delle risorse assistenziali e tecnologiche, oggi in capo alle singole discipline e orientarsi ad **un approccio per intensità di cure**, che orienti il paziente verso l'unità assistenziale che meglio risponde ai suoi bisogni e non esclusivamente in funzione della disciplina che rappresenta l'organo interessato.
- **Vanno poi sviluppate** tutte quelle iniziative che migliorano la continuità relazionale e **l'integrazione con la medicina territoriale** (medico e infermiere di riferimento), l'assistenza sanitaria residenziale (per la salute mentale adulti), le iniziative che supportano la scelta informata della persona confrontata con patologie ad elevato grado di incertezza diagnostica, terapeutica e prognostica (secondo parere).
- Andranno poi **consolidate e sviluppate le reti di eccellenza** che contraddistinguono il Servizio Sanitario Regionale a livello nazionale quali ad esempio la rete trapianti, il sistema trasfusionale, la rete dell'emergenza urgenza, la rete cardiologica, ecc

Verso l'assistenza territoriale in sanità

Nell'assistenza primaria occorre promuovere attivamente, con il coinvolgimento di tutti i professionisti del sanitario e del sociale, la transizione da un modello organizzativo caratterizzato da professionisti abituati a lavorare in maniera sostanzialmente autonoma ad un modello di medicina del territorio caratterizzato da modalità assistenziali integrate improntate ad alcuni principi:

- Approccio interdisciplinare ai problemi di salute sia acuti che cronici
- Sviluppo di strumenti per il monitoraggio delle persone fragili la loro presa in carico
- Gestione pro-attiva delle patologie croniche e della fragilità sanitaria
- Focalizzazione sulle cure domiciliari con particolare riguardo all'assistenza ai malati terminali (Rete delle Cure Palliative)
- Forte attenzione all'uso appropriato delle risorse
- Coinvolgimento delle comunità nell'individuazione dei bisogni e delle priorità, attivando momenti di confronto finalizzati allo sviluppo di empowerment individuale e di comunità valorizzando e sostenendo il ruolo dei caregivers

A CHE PUNTO SIAMO: STATO DI ATTUAZIONE DELLE CASE DELLA SALUTE a gennaio 2014...lavori in corso

Nucleo delle Cure Primarie e Case della Salute	Sede principale	Sedi secondarie	Stato di attuazione: STRUTTURA/FUNZIONAMENTO
Bagnacavallo Cotignola Bagnara	Bagnacavallo	Cotignola, Villanova di B. e Bagnara (non attivata)	Dislocata c/o il Presidio sociosanitario Afferenti tutti i MMG, inseriti infermieri di nucleo Avviata l'implementazione del Chronic Care Model (gestione delle patologie croniche) – estate 2013.
Alfonsine, Fusignano	Alfonsine	Fusignano (non ancora avviata)	Dislocata c/o il Presidio sociosanitario Afferenti tutti i MMG, inseriti infermieri di nucleo Avviata l'implementazione del Chronic Care Model (gestione delle patologie croniche)- ottobre 2013
Conselice, Massa Lombarda, S.Agata sul Santerno	Conselice	Massa Lombarda in corso di attivazione Conselice non ancora avviata	In corso di attivazione a Massa Lombarda. Dislocata c/o il Presidio sociosanitario Afferenti tutti i MMG, inseriti infermieri di nucleo In corso di avvio l'implementazione del Chronic Care Model (gestione delle patologie croniche)
Lugo	Lugo	/	Struttura in corso di costruzione (Progetto 'Palabanca', anno 2017) Da definire con i Medici di Medicina Generale l'avvio della gestione della patologia cronica.

Gestione della patologia cronica ad alta prevalenza: progressiva presa in carico dei pazienti con patologia cronica (diabete, broco pneumopatia, ipertensione e pazienti in terapia anticoagulante orale) secondo i principi e i criteri della medicina di iniziativa (Modello: Chronic Care Model)

Focus sulle principali attività di assistenza primaria nelle case della salute (in corso di co-costruzione)

Struttura	Area Cure Primarie	Area Cure Specialistiche	Area Consultorio donna infanzia	Area Salute Mentale	Area Prevenzione e Promozione della salute	Area Sociale e Sociosanitaria	Area Amministrativa di accoglienza e accesso
Casa della salute sede principale	MMG, PLS, Infermiere/ ambulatori gestione patologia cronica E sinergia con base operativa Assistenza Domiciliare Integrata	Percorsi facilitati di accesso per visite specialistiche/prestazioni di 1 livello per assistiti con patologia cronica (eventuale accesso programmato per: visite e ambulatori per patologie nelle sedi Ausl) Punto prelievi	Attività di tutela della salute: uomo, donna e famiglia (Ginecologo, Ostetrica, Psicologo)	Da definire progetto percorsi di accesso facilitato per ambulatorio psichiatrico adulti	Progetti di prevenzione /promozione e salute di Comunità . Ambulatorio di Igiene Pubblica	Attività Assistente Sociale in sinergia con le attività sanitarie	CUP/ sportello atti amministrativi/ punto informativo Accesso ai percorsi facilitati per prenotazione gestione patologia cronica Collaborazione con con altri soggetti locali compreso Volontariato.
Sede territoriale	Come sopra	Percorsi facilitati per visite specialistiche/prestazioni di 1 livello per assistiti con patologia cronica	Tutela salute donna (Ostetrica)		Coinvolgimento su progetti di prevenzione su stili di vita salutari rivolti alla comunità	Come sopra	CUP/ atti amministrativi in sinergia con altri soggetti locali (farmacup, delegazioni comunali) collaborazione con Volontariato

L'assistenza proattiva alla cronicità, all'interno delle case della salute, si avvale di ambulatori a gestione infermieristica nei quali realizzare:

- programmi di medicina di iniziativa secondo il modello del Chronic Care Model (presa in carico proattiva dei pazienti anche attraverso recall e follow-up telefonico di pazienti inseriti in appositi registri di patologia, counselling infermieristico ambulatoriale, case management domiciliare per patologie complesse e teleconsulto....).

- con l'attivazione di percorsi definiti e individuati di integrazione con l'ambito ospedaliero, anche mediante lo sviluppo delle tecnologie informatiche e telemedicina.

Cos' è l'appropriatezza d'uso delle prestazioni: alcune riflessioni ...

In Sanità il termine appropriatezza è la misura di quanto una scelta o un intervento diagnostico o terapeutico sia adeguato rispetto alle esigenze del paziente e al contesto sanitario

SPECIALISTICA AMBULATORIALE ANNI 2011 E 2012: INDICE DI CONSUMO STANDARDIZZATO PER ETA' (n. prestazioni per 1.000 abitanti)

(esclusi pronto soccorso ed Osservazione Breve Intensiva)

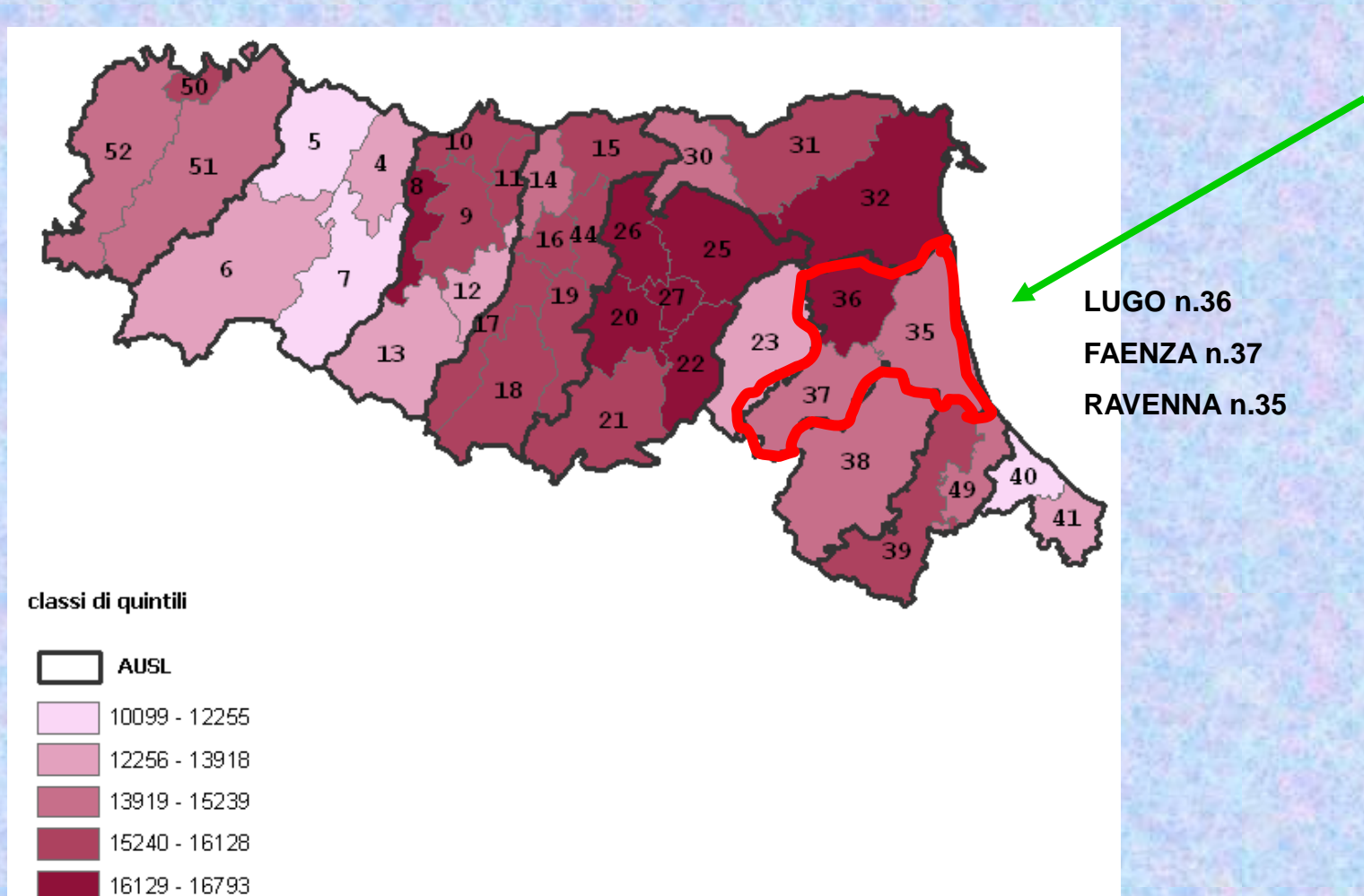
Anno 2012

Azienda e distretto di residenza		Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Prestazioni Terapeutiche	Visite	TOTALE	TOTALE SENZA LABORATORIO
RAVENNA	RAVENNA	1.540	10.428	456	348	1.309	14.081	3.653
	LUGO	1.522	12.343	284	537	1.380	16.066	3.723
	FAENZA	1.597	10.638	356	500	1.461	14.552	3.913
	TOTALE	1.547	10.984	388	432	1.362	14.714	3.730
REGIONE	TOTALE	1.455	10.732	410	454	1.352	14.403	3.671

Anno 2011

Azienda e distretto di residenza		Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Prestazioni Terapeutiche	Visite	TOTALE	TOTALE SENZA LABORATORIO
RAVENNA	RAVENNA	1.599	10.692	474	519	1.409	14.693	4.001
	LUGO	1.570	12.433	310	595	1.402	16.310	3.877
	FAENZA	1.646	11.185	394	486	1.476	15.187	4.002
	TOTALE	1.601	11.259	413	531	1.422	15.226	3.967
REGIONE	TOTALE	1.518	11.036	436	473	1.491	14.954	3.918

Indice di consumo totale di prestazioni specialistiche ambulatoriali, standardizzato per età, *1.000 residenti, per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2011.



VALORIZZAZIONE ECONOMICA PRESTAZIONI PER AZIENDA EROGANTE E AUSL DI RESIDENZA ANNO 2012

PUBBLICO E PRIVATO	TOTALE €
Azienda erogante	
PIACENZA	49.447.192
PARMA	45.491.710
REGGIO EMILIA	54.293.763
MODENA	88.739.851
BOLOGNA	135.263.899
IMOLA	20.528.354
FERRARA	35.398.131
RAVENNA	79.589.739
FORLÌ	53.372.425
CESENA	38.111.635
RIMINI	43.339.663
AOSPU PARMA	42.631.464
AOSP REGGIO EMILIA	48.166.265
AOSPU MODENA	38.163.480
AOSPU BOLOGNA	69.212.998
AOSPU FERRARA	43.982.819
IOR	4.391.618
TOTALE	890.125.007

L'intendimento è quello di generare le condizioni in base alle quali l'assistenza primaria non rappresenti solo un'offerta di servizi di primo contatto, ma un vero e proprio sistema organizzativo che è alla base del sistema sanitario, in quanto garante della presa in carico e della continuità assistenziale per le persone con patologie croniche o condizioni di non autosufficienza.



Appropriatezza organizzativa e clinica

Casa della Salute

Il modello “**casa della salute**” **rappresenta un** luogo di pratica interdisciplinare e interprofessionale dove i cittadini possono trovare risposta alla loro domanda di salute, attraverso l’accesso a servizi sanitari di primo livello, medico ed infermieristico, la disponibilità di prestazioni specialistiche ambulatoriali a bassa sofisticazione tecnologica e l’accesso a prestazioni specialistiche di secondo livello

E’ un modello che va adeguatamente implementato, ripensando la programmazione territoriale alla luce della riorganizzazione della rete ospedaliera, in modo integrato con la rete dei servizi sociosanitari

Casa della Salute: compiti

La Casa della Salute si caratterizza per i seguenti compiti:

- Assicurare un punto unico di accesso ai cittadini organizzando e coordinando le risposte da dare agli stessi.
- Garantire continuità dell'assistenza.
- Rafforzare l'integrazione con l'Ospedale per quanto riguarda la dimissione protetta al domicilio, la presa in carico integrata di alcune patologie croniche e la condivisione di linee guida e protocolli assistenziali per patologie che richiedono accertamenti di elevata complessità.
- Sviluppare programmi di prevenzione rivolti ai singoli, alla comunità, a target specifici.
- Promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini.

Un esempio: la gestione del Diabete in assistenza primaria

- Gli interventi dove ci sono più **professionisti integrati** fra loro e dove una struttura organizzativa facilita la **regolare revisione** dei pazienti migliora i processi assistenziali.
- L'aggiunta dell' **educazione al paziente** con il coinvolgimento degli infermieri dedicati porta ad un miglioramento degli esiti oltre che dei processi.

Popolazione over 64

Tassi a basso rischio

Ricoveri urgenti = 5 %
Ass. Domiciliare = 3%
Servizi Sociali = 4%

Uso risorse

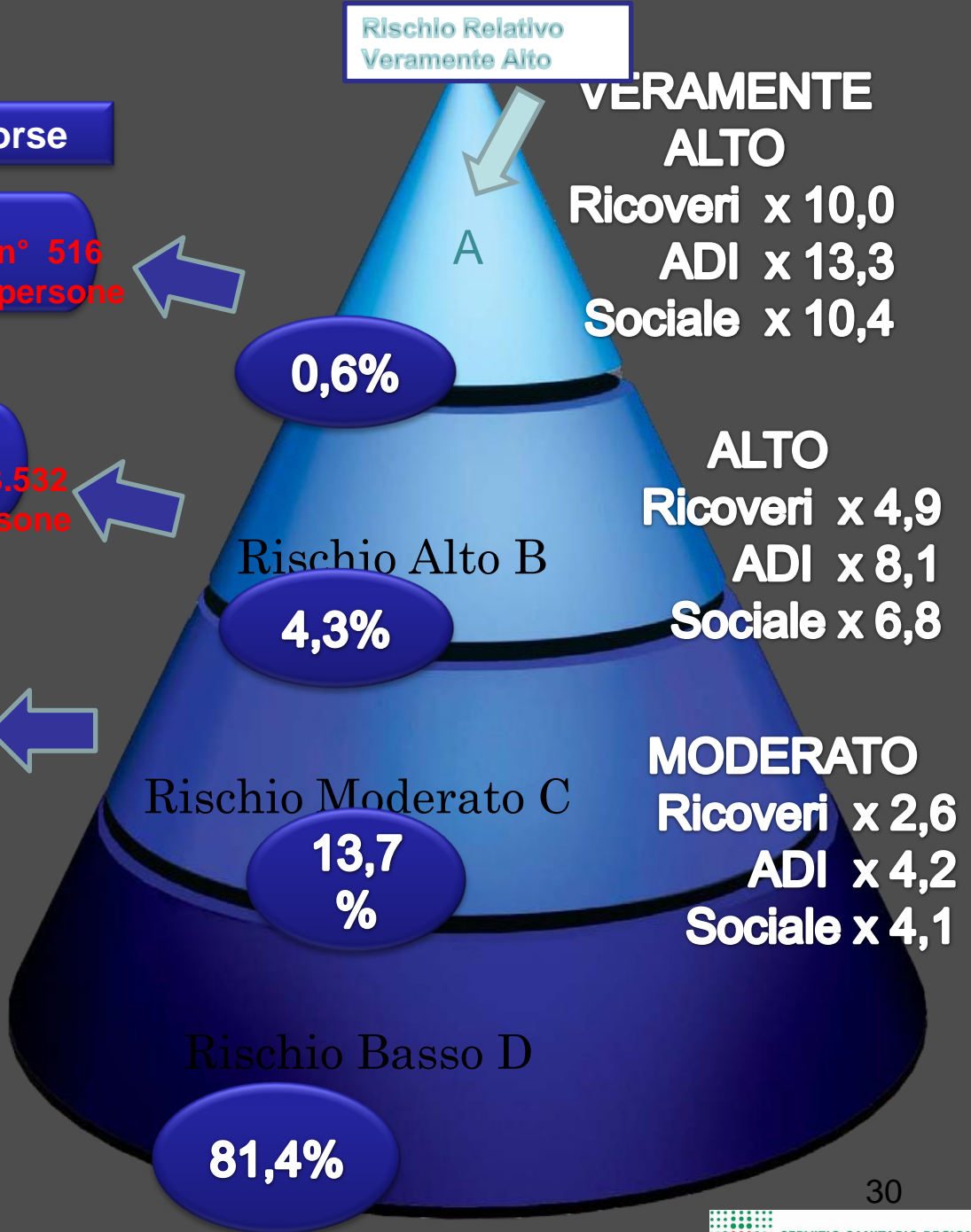
2% n° 516
% persone

9% n° 3.532
% persone

20% n° 11.332
% persone

69% n° 67496
% persone

Rischio Relativo
Veramente Alto



La piramide della salute



La Salute della popolazione dipende dalla capacità di sviluppare l'intersectorialità e promuovere una visione globale

Vi è l'esigenza di affrontare i principali temi prescindendo da una suddivisione in target di utenza attraverso un approccio più orientato a cogliere la complessità dei problemi e a riacquistare una visione d'insieme, evitando così di ridurre il tutto ad aspetti relativi alla sola offerta dei servizi o delle singole specializzazioni.

Le persone e le famiglie, nelle loro diverse composizioni sono il soggetto principale delle politiche che andranno impostate, in particolare si tratta di trovare forme nuove ed integrate di sostegno alle esigenze materiali, ma anche alle capacità delle persone tenendo conto delle specifiche situazioni, dei bisogni, delle risorse e del loro contesto di vita.