



# LA CASA DELLA SALUTE

## FORLIMPOPOLI

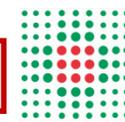
*Lucio Boattini*  
*Direttore del Distretto di Forlì*



✓ **Un inquadramento generale**

✓ **L'esperienza di Forlimpopoli**

✓ **Il futuro**



### ✓ la **definizione** di casa della salute (DGR 291/2010)

❖ Una struttura territoriale di riferimento alla quale i cittadini possano rivolgersi in ogni momento della giornata, che rappresenti una certezza concreta di risposta competente e adeguata ai diversi bisogni di salute e di assistenza.

❖ La ragion d'essere della casa della salute è prendersi cura delle persone nei loro luoghi di vita, offrendo risposte articolate a bisogni complessi, attraverso l'organizzazione di servizi e attività.

❖ Coniugando i principi di :

- ✓ Prossimità delle cure
- ✓ Equità distributiva
- ✓ Efficienza dei servizi



## La casa della salute

La **Casa della Salute** racchiude tutti gli elementi utili per:

- intercettare il bisogno e la domanda
- facilitare l'accesso ai servizi di assistenza territoriale, sanitaria e sociosanitaria e sociale
- erogare nell'ambito appropriato attività di assistenza primaria
- **gestire i percorsi di cura delle persone con patologie croniche**

- Promuovere la salute e prevenire le malattie dei singoli e delle comunità
- Favorire l'empowerment della persona, sana o malata, come singola, nucleo familiare, gruppo di pazienti, comunità

✓ Valorizzare le potenzialità e le sinergie delle comunità locali

# La ricerca di modelli clinici e organizzativi capaci di coniugare personalizzazione e ingegnerizzazione delle cure

di M. P. FANTINI, E. BORGONOVÌ, G. MACIOCCO, G. PIERI, F. LONGO

*Da sempre, la linea editoriale di Mecosan sottolinea che la sostenibilità dei sistemi, in particolare del Servizio sanitario nazionale, dipende dalla capacità delle Unità sanitarie locali delle aziende che lo compongono, nello specifico delle aziende sanitarie territoriali, ospedaliere, ospedaliere universitarie, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, altre entità autonome. Coerentemente con le teorie aziendali e di management, confermate dalla realtà e da tutti gli studi empirici, è evidente che l'equilibrio delle aziende si ottiene prima di tutto partendo dalla individuazione dei bisogni reali e dalla capacità di anticipare la loro evoluzione. Di conseguenza, nessuna politica che abbia l'obiettivo di garantire la sostenibilità può prescindere da una riflessione approfondita sull'evoluzione dei bisogni.*

*In questa prospettiva va sottolineato che la nuova e maggiore sfida per i Sistemi sanitari è oggi rappresentata dall'aumento della prevalenza delle malattie croniche, che sono ormai diventate la principale causa di mortalità e morbilità in Europa e costituiscono un problema emergente anche nei Paesi a basso e medio reddito, grazie ai progressi nella riduzione e controllo della diffusione delle malattie infettive. L'ampia prevalenza della cronicità è strettamente correlata alla rilevanza delle risorse sanitarie che essa consuma. La Regione Lombardia ha calcolato che il 30% dei propri residenti sono affetti da una patologia cronica e che questi consumano il 70% delle risorse del Sistema sanitario regionale (Agnello et al., 2011).*

*Pertanto, i Sistemi sanitari stanno cercando di riorientare i servizi, destinandoli non soltanto alle persone in condizioni acute o di emergenza ma anche alle persone con patologie croniche, organizzando percorsi orientati alla prevenzione, diagnosi precoce e supporto per questa tipologia di pazienti.*

*Diversi autori hanno sottolineato la necessità di un cambiamento dell'organizzazione dell'assistenza secondo la logica del passaggio dalla medicina di «attesa», centrata sulla malattia in fase di acuzie, alla «medicina di iniziativa», centrata sul trattamento delle persone con malattie croniche (Ham, 2010).*

*La sfida è rappresentata dalla capacità di ricercare attivamente le fragilità, di presidiare la continuità delle cure e di attuare sinergie con tutte le risorse della comunità. In questa logica, le modalità assistenziali devono tendere a uno sviluppo integrato delle professionalità, attraverso la costruzione di un sistema di relazioni cliniche, assistenziali e organizzative che, partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, devono saper valorizzare il contributo dei diversi professionisti coinvolti.*

*Per realizzare questa riorganizzazione delle cure e dell'assistenza, garantendo, oltre all'appropriatezza clinica e organizzativa, umanità, globalità, continuità, proattività e tempestività della risposta ai bisogni dei pazienti, il modello di riferimento indicato dalla*

E  
D  
I  
T  
O  
R  
I  
A  
L  
E

La riflessione dovrebbe concentrarsi su come fare evolvere i modelli di assistenza in relazione a epidemiologia e demografia della popolazione

Prime evidenze di recupero di efficienza e produttività e di migliore gestione del paziente fragile e/o complesso



## La casa della salute

# Chronic Care Model

Gestione della popolazione a rischio

to be able to carry out a risk-stratification on local populations to identify those who are most at risk

**Livello 3.: gestione individuale dei casi complessi e multiproblematici (infermiere case manager)**

Level 2

**Livello 2: presa in cura della persona malata da parte del team multidisciplinare**

records.

Level 1

**Livello 1: con il corretto supporto le persone possono partecipare attivamente alla propria cura**

improvements can have a huge impact.

Conoscenza della popolazione locale a rischio



orbidities), their them, or the he ement – with a key e for these people.

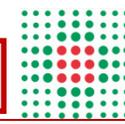
**Livello 3 : pazienti molto complessi**

Case management

**Livello 2 : pazienti affetti da patologia cronica, ad alto rischio**

**Livello 1 : riguarda il 70/80 % della popolazione affetta da patologia cronica**

**Promozione della salute della comunità e dei singoli**



***Quali funzioni , servizi e attività vogliamo assicurare a quella comunità?***  
**Ovvero.... cosa definisce realmente **funzionante una casa della salute?****

- un Nucleo di Cure primarie strutturato: apertura degli ambulatori mattino e pomeriggio (max 12 ore) nei giorni feriali e 7 giorni su 7 (grazie al servizio di guardia medica)
- infermieri di cure primarie che assicurino:
  - l'ambulatorio di osservazione e terapie (att. programmate e per piccole urgenze)
  - presa in carico dei pazienti con patologie croniche (chronic care model)
  - ADI
- distribuzione diretta dei farmaci
- prenotazioni CUP e altre funzioni amministrative
- ❖ progressivamente altre funzioni e attività:
  - specialistica di supporto alla cronicità
  - per la salute mentale
  - per la popolazione pediatrica
  - di prevenzione e promozione della salute individuale e di comunità
  - di integrazione con i servizi sociali .....



### ✓ *Le tipologie delle case della salute:*

#### ❖ **Quattro tipologie:**

- **le case della salute da trasformazione ed evoluzione, e in coesistenza con piccoli ospedali**
- le case della salute di pianura comprese quelle costiere (con le loro peculiarità estive)
- le case della salute di vallata
- le case della salute urbane



## La casa della salute



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

DISTRETTO	Casa della salute	Tipologia	Stato di realizzazione (reg.)
<b>RAVENNA</b>	Cervia	pianura/costa	funzionante
	Russi	pianura	funzionante
	Ravenna Nord (Sant'Alberto Mezzano)		da progettare
	Ravenna Sud (San Pietro in Vincoli)		da progettare
<b>LUGO</b>	Alfonsine	pianura	funzionante
	Bagnacav/Cotign/Bagnara	pianura	funzionante
	Massa/S.Agata	pianura	funzionante
	Lugo		In corso di valutazione /da progettare
<b>FAENZA</b>	Brisighella	vallata	funzionante
	Castelbolognese/Valle Senio	vallata	funzionante
	FAENZA (La Filanda)	urbana	rendere operativa settembre 2016

25 Gennaio 2016



## La casa della salute



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

DISTRETTO	Casa della salute	Tipologia	Stato di realizzazione (reg.)
FORLI'	Forlimpopoli	da trasformazione, evoluzione, e in coesistenza con piccoli ospedali	funzionante
	Meldola	pianura	funzionante
	Modigliana	vallata	funzionante
	Predappio	vallata	funzionante
	Rocca S.C./Alto Montone	vallata	funzionante entro il 2015
	FORLI'	urbana	da progettare
	CESENA	Valsavio -Mercato S.	vallata/trasformazione, evoluzione, e in coesistenza con piccoli ospedali
RUBICONE		Cesenatico	trasformazione, evoluzione, e in coesistenza con piccoli ospedali
RUBICONE	Gambettola - Rigossa	pianura	funzionante
	Savignano - Rubicone	trasformazione, evoluzione, e in coesistenza con piccoli ospedali	funzionante



## La casa della salute

✓ **Complessivamente la popolazione di riferimento delle case della salute funzionanti è pari al 36,5% dell'intera popolazione**

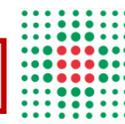
DISTRETTO	Casa della salute	Tipologia	Stato di realizzazione (reg.)
RIMINI	Bellaria	pianura	funzionante
	S.Arcangelo	trasformazione, evoluzione, e in coesistenza con piccoli ospedali	funzionante
	Novafeltria	trasformazione, evoluzione, e in coesistenza con piccoli ospedali	funzionante
RICCIONE	Morciano	vallata	funzionante
	Coriano	vallata	funzionante



✓ Un inquadramento generale

✓ **L'esperienza di Forlimpopoli**

✓ Il futuro

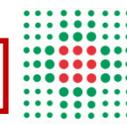


## L'esperienza di Forlimpopoli

- Prima dell'avvio del percorso lo stabilimento di Forlimpopoli conteneva:
  - ❖ Un reparto di Medicina Interna con 15 pp.II.
  - ❖ Un reparto di Post acuzie con 15 pp.II.
  - ❖ Un reparto di Riabilitazione Intensiva (cod 56) con 12 pp.II. e di Riabilitazione Estensiva (cod. 60) con 8 pp.II.
  - ❖ Un Hospice con 11 pp.II.
  - ❖ Un Punto di Primo Intervento
  - ❖ Un Poliambulatorio ospedaliero e territoriale

- Ora nella struttura sono presenti:
  - ✓ Una casa della Salute “grande” con i servizi e le attività sanitarie, sociali e amministrative previsti, fra cui:
    - L'ambulatorio per la cronicità
    - L' ambulatorio di osservazione e terapie
  - ✓ Un Ospedale di Comunità con 28 pp.II
  - ✓ Un Hospice con 11 pp.II.





## Funzioni e servizi assicurati nella Casa della Salute di Forlimpopoli

<b>AREA AMMINISTRATIVA</b>	Accoglienza-accettazione	◆
	Spazi per l'attesa	◆
	CUP	◆
	Sportello Unico	◆
	Uffici	◆
	Distribuzione Ausili Protesici	**
	Sala Riunioni	◆
	Sala Polivalente	◆
	Uffici di Staff	◆

\*\* Attività accentrate in parte in un'unica sede distrettuale



# Funzioni e servizi assicurati nella Casa della Salute di Forlimpopoli

REGIONALE

della Romagna

	<b>Medici di Medicina Generale 11 MEDICI</b>	◆
	<b>Ambulatorio Pediatrico – 2 PLS (su 3)</b>	◆
	<b>Ambulatorio Infermieristico - ADI</b>	◆
	<b>Continuità Assistenziale H12</b>	◆
	<b>Ambulatorio Osservazione Terapie</b>	◆
	<b>Postazione 118 - Automezzi Servizi Sanitari</b>	◆
	<b>Continuità assistenziale /Guardia Medica</b>	◆
<b>AREA SANITARIA</b>	<b>Ambulatorio Ostetrico</b>	◆
	<b>Poliambulatorio: CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, ORL, FISIATRIA, OCULISTICA, ORTOPIEDIA, CHIRURGIA, ODONTO.</b>	◆
	<b>Punto Prelievi (a libero accesso)</b>	◆
	<b>Diagnostica radiologica tradizionale</b>	◆
	<b>Ambulatorio ECO</b>	◆
	<b>Recupero e Riabilitazione Funzionale</b>	◆
	<b>Palestra Polivalente</b>	◆
	<b>Centro Salute Mentale</b>	◆
	<b>Ambulatorio Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza</b>	◆
	<b>Consultorio Familiare</b>	◆
	<b>Pediatria di Comunità</b>	◆
	<b>Vaccinazioni degli adulti</b>	◆
	<b>Screening Pap-test / Screening Colon retto</b>	◆
<b>Certificazioni Monocratiche</b>	◆	



**Funzioni e servizi assicurati nella Casa della Salute di Forlimpopoli**

<b>AREA SOCIO SANITARIA</b>	<b>UVM Anziani e Disabili</b>	◆
	<b>Struttura residenziale Anziani (CRA - ASP)</b>	◆
<b>AREA SOCIALE</b>	<b>Presenza Servizi Sociali</b>	◆
	<b>Presenza fissa assistenza sociale</b>	◆



## L'esperienza di Forlimpopoli

### I PRESUPPOSTI IN AMBITO AZIENDALE

- La decisione di riorganizzare l'intera attività per la **post acuzie** e la **cronicità**
- Lo sviluppo e l'avvio del coordinamento aziendale **delle Unità di valutazione multidimensionale (UVM)**
- L'avanzato **sviluppo e i nuovi ruoli delle professioni sanitarie**

### I PRESUPPOSTI IN AMBITO LOCALE

- Una **popolazione di riferimento sufficientemente numerosa** per una casa della salute "grande" (24.444 residenti nei 2 comuni di riferimento)
- Una **struttura logisticamente idonea** ad essere trasformata
- **La posizione nel territorio aziendale**, a 10 Km dall'Ospedale (e dal P.S.) ;
- Un **NCP** nel quale si erano già concretizzata parzialmente l'aggregazione di MMG, sia a Forlimpopoli (11 MMG), sia nella sede collegata di Bertinoro (6 MMG)
- La presenza di **numerosi servizi ambulatoriali e di supporto** (es 118 e trasporti sanitari) previsti nelle case della salute



## L'esperienza di Forlimpopoli

“ L'implementazione della struttura è stata prevista in diverse **FASI** e ha coinvolto anche la struttura ospedaliera di Forlì.

- Ogni fase deve essere consolidata prima di avviare la successiva
- ✓ Il percorso di trasformazione:
  - è stato **avviato nel 2012 e si è concluso entro il 2014**
  - è stato **gestito da una task force** coordinata dal Direttore del Distretto di cui hanno fatto parte i dirigenti, i professionisti e gli operatori coinvolti ai vari livelli nel processo di trasformazione

*“ I servizi si rinnovano con la partecipazione diretta delle comunità che ne fruiscono..”*

*(Roberto Grilli, Direttore dell' Agenzia sociale e sanitaria regionale, RER)*

- Confronto continuo con le Amministrazioni Locali
- Assemblee con la cittadinanza

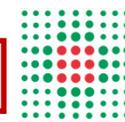
*“Dire ciò che si farà e fare ciò che si è detto .... un passo alla volta”*



### L'esperienza di Forlimpopoli

***“I servizi si rinnovano con la partecipazione diretta delle comunità che ne fruiscono”..... e con il coinvolgimento delle persone che ci lavorano.***

- **L'informazione e la formazione:** generale e specifica, teorica e sul campo
- La diffusione della **cultura del “lavorare insieme”** fra professionalità diverse, dipendenti da istituzioni diverse, con contratti diversi etc..
- La individuazione e la valorizzazione di **nuove figure:**
  - **il responsabile organizzativo della struttura**
  - **il responsabile infermieristico dell'ospedale di comunità,**
  - **il case manager**



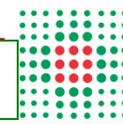
✓ Un inquadramento generale

✓ L'esperienza di Forlimpopoli

✓ **Il futuro**



*.....un luogo*



## ❖ **OGGI:**

- ✓ **La struttura è adeguata**
- ✓ **Tutti i servizi previsti in una casa della salute “grande” sono presenti (compresi i servizi sociali)**
- ✓ **Le responsabilità sono state (quasi tutte) assegnate**
- ✓ **E' assicurata la continuità assistenziale h 12**
- ✓ **E' presente un ambulatorio infermieristico di Nucleo (osservazione e terapie ) per urgenze e attività programmate**
- ✓ **E' stata avviata la presa in carico dei pazienti con patologia cronica (Chronic care model), in particolare il diabete**
- ✓ **E' attuato il Progetto Leggieri (integrazione fra Cure primarie e Servizi per la salute mentale)**
- ✓ **E' stata applicata la carta del rischio cardiovascolare (promozione della salute)**
- ✓ **La biblioteca è utilizzata per incontri che hanno come tema la salute**



### ❖ **NEL PROSSIMO FUTURO:**

- ✓ **Completare gli interventi strutturali**
- ✓ **Individuare il responsabile organizzativo della casa della salute**
- ✓ **Consolidare le attività degli ambulatori integrati (infermieri eMMG), in particolare di “osservazione e terapie” per urgenze e attività programmate**
- ✓ **Sviluppare e consolidare la presa in carico integrata dei pazienti cronici su altre patologie (scompenso cardiaco e BPCO) in attuazione dei PDTA(Chronic care model)**

- ✓ **Rinforzare i legami di collaborazione “dentro “ la casa della salute**
- ✓ **Sviluppare le iniziative di prevenzione e promozione della salute nella comunità**



*.....un luogo*



*.....un modo*



***Il futuro***

**Da una somma di servizi ad una comunità di professionisti**

**ovvero**

***..come trasformare un “condominio” della salute in una casa della salute***

**Da una struttura sanitaria collocata in un territorio ad un punto di riferimento per una comunità di cittadini**

**ovvero**

***...come favorire l'interazione della comunità di professionisti con la comunità di cittadini....***

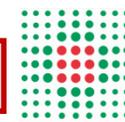


**Qualche risposta**

***..... lavorare insieme sui casi***

***..... la formazione comune***

***.....i percorsi di cura e di salute***



Qualche risposta

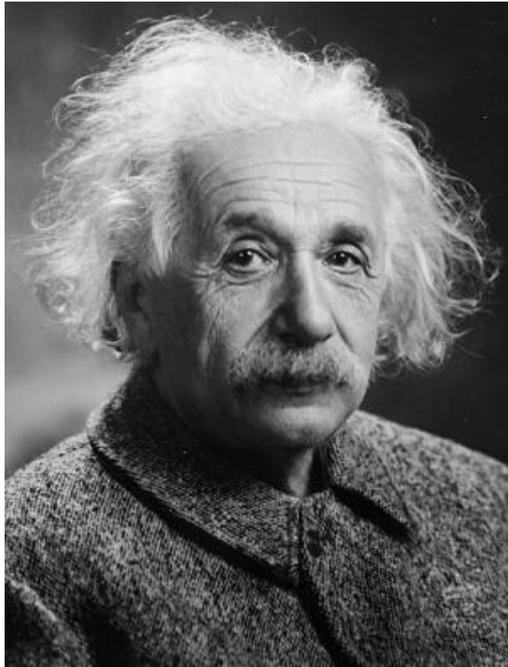
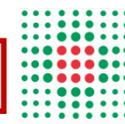
***i percorsi di cura e di salute***

***..... che si completano dentro la casa della salute***

***.....che hanno la regia nella casa della salute***

***.....che attraversano e coinvolgono la casa della salute***

***..... che vedono la casa della salute come un nodo di una rete***



***“Il mondo che abbiamo creato è un prodotto del nostro pensiero. Non può essere cambiato senza cambiare il nostro pensiero.”***

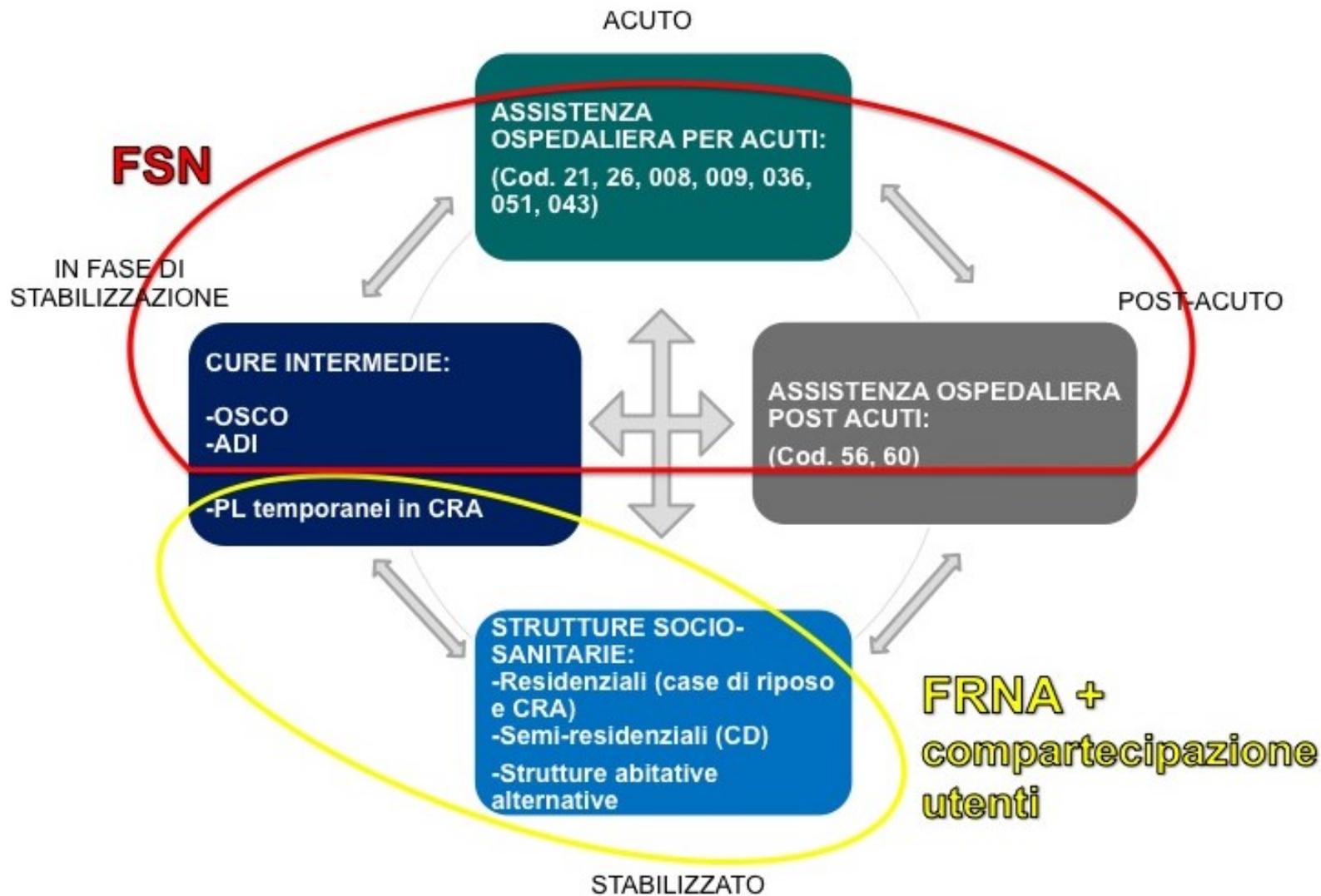
**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**



## L'Ospedale di Comunità

### Risultati della *realist review* (Pearson, 2013): le caratteristiche delle Cure Intermedie nel contesto inglese

- Le CI si caratterizzano per avere come obiettivo sia evitare le ammissioni in ospedale sia supportare al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero, garantendo assistenza a pazienti anziani e con condizioni complesse, superando la specificità per singola patologia/condizione.
- Le cure intermedie possono offrire un supporto ai pazienti sia in strutture residenziali (*community hospital, nursing home, etc.*) sia al domicilio, rimanendo tuttavia un servizio limitato nel tempo (non più di sei settimane), favorendo eventualmente la transizione verso ulteriori forme di residenzialità a lungo termine, quando non evitabili.
- Il focus di questi servizi è primariamente la riabilitazione, ma con un'attenzione particolare anche alla educazione terapeutica e all'autocura, assicurando continuità e coordinamento tra i diversi servizi (sanitari, sociali, etc.)
- **Obiettivo fondamentale:** contrastare il declino funzionale e cognitivo dei pazienti, garantire la qualità della vita e ridurre l'istituzionalizzazione a lungo termine, fino a quando non si rende effettivamente necessaria.





- ✓ E' una struttura di **degenza territoriale a gestione infermieristica**;
- ✓ Viene assegnato un **codice regionale di struttura** : – **Struttura sanitaria territoriale – Ospedale di Comunità**” indispensabile per l'avvio e il prosieguo dell'attività
  
- **Può essere collocato:**
  - Presso una **casa della salute** : es. FORLIMPOPOLI, SAVIGNANO MODIGLIANA .....
  - All'interno di uno **stabilimento ospedaliero**;
  
- **E' rivolto a:**
  - pazienti **in fase post-acuta**, sufficientemente stabilizzati, anche con bisogni riabilitativi, che necessitino comunque di ricovero
  - pazienti **inseriti direttamente dai MMG**



### L'assistenza medica

- ✓ E' assicurata con **presenza programmata\*** da:
  - Un **Referente clinico**, Medico del Dipartimento a Gestione Integrata del Paziente Anziano e Complesso (ora DCP), *al mattino dal lunedì al sabato*
  - dai **MMG** e dai **Medici di Continuità assistenziale** *il pomeriggio dei giorni feriali, la notte e nei prefestivi e festivi*

**\*L'ospedale di comunità non richiede la presenza medica in struttura h. 24**



### Le responsabilità

- **Responsabile Infermieristico Ospedale di Comunità,**  
per l'organizzazione dell'assistenza attraverso la gestione ed il governo delle risorse umane e dei fattori produttivi in relazione al budget assegnato
- **Responsabile Infermieristico Dipartimento Cure Primarie,**  
per il controllo e la verifica degli standard qualitativi dell'assistenza e dei fattori economici dell'Unità Organizzativa
- **Direttore del Distretto,** per l'applicazione e il mantenimento dei requisiti di autorizzazione sanitaria e della corretta destinazione d'uso degli spazi e locali della struttura
- **Direttore del DCP e dell'U.O. di Attività Sanitaria di Cure Primarie** per la gestione dell'attività dei Medici di Medicina Generale e di Continuità assistenziale nella struttura
- **Direttore del DCP,** per assicurare la presenza e l'attività del Referente clinico ospedaliero.

