

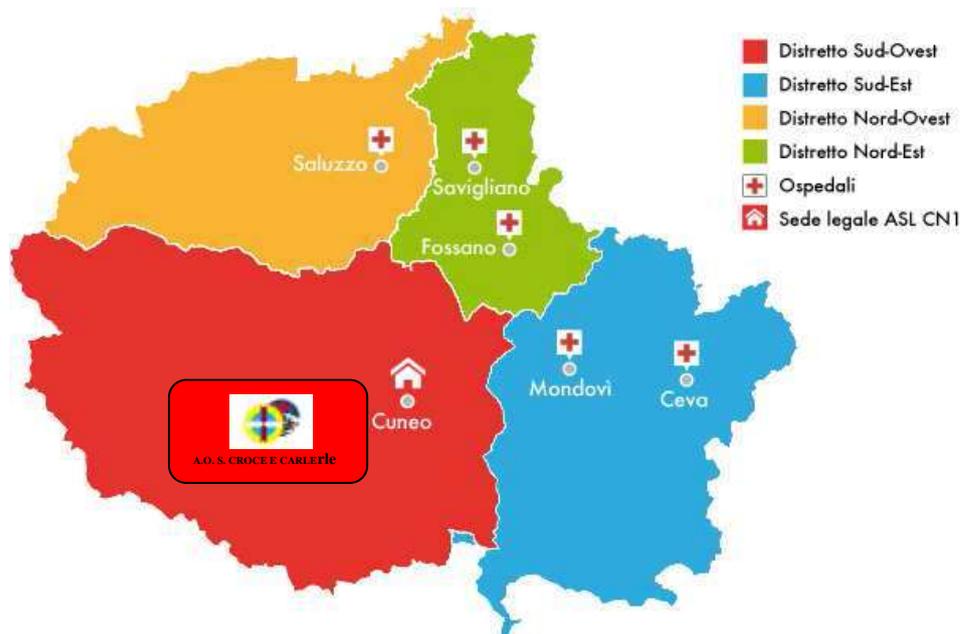
ASL CN1/A.O. S. Croce e Carle

**Piano Aziendale Cronicità
Proposta**

Referente: Dr. Enrico FERRERI

Premessa

Affrontare e dare risposte appropriate all'aumento delle malattie croniche, un fenomeno che si sta verificando a livello nazionale ed europeo ed è strettamente correlato all'invecchiamento della popolazione è un obiettivo prioritario della ASL CN1. Si stima, ad esempio, che almeno il 40% dei piemontesi con più di 65 anni soffra di una malattia cronica grave e che a livello mondiale circa il 70-80% delle risorse sanitarie sia impiegato per la gestione delle malattie croniche. In questa direzione verrà applicato un modo diverso di strutturare la presa in carico dei malati cronici privilegiando il territorio e la domiciliarità e affidando invece agli ospedali la competenza sulle urgenze e sull'alta specializzazione. Si punta in questo senso sull'interazione fra le diverse professionalità, sul ruolo centrale dei medici di famiglia, sui piani di cura personalizzati per i pazienti, su progetti già sperimentati come l'infermiere di comunità e la telemedicina.



Indice

CAP 1 ANALISI DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO	2
CAP 2 ORGANIZZAZIONE LOCALE DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO.....	4
CAP 3 MODELLO GENERALE DI GOVERNANCE ED INTERVENTO.....	6
CAP 4 STRATEGIE, PRIORITÀ E OBIETTIVI GENERALI.....	7
CAP 5 AZIONI E PERCORSI PER IL CITTADINO CON PATOLOGIE CRONICHE.....	7
CAP 6 PROGETTUALITÀ SPECIFICHE CORRELABILI ALLE AZIONI PER LA CRONICITÀ.....	14
CAP 7 LE LEVE PER SOSTENERE LA REALIZZAZIONE DEL PIANO AZIENDALE.....	15
CAP 8 SISTEMA INFORMATIVO-INFORMATICO.....	16
CAP 9 SISTEMA FORMATIVO	17
CAP 10 SISTEMA DI VALUTAZIONE	18
CAP 11 PIANO DI COMUNICAZIONE	18
BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA	19
ELENCO ALLEGATI	20

Cap 1 Analisi del contesto di riferimento

QUADRO DI SINTESI

Il *Profilo* delineato prende in esame contesti, ambiti organizzativi, gestionali e di sperimentazione, già individuati dalla Comunità di Pratica ASL CN1 nell'ambito dei modelli attivati per il Progetto "Ambulatori della Salute-Distretto Nord Ovest" (Barge/Frassino/Paesana/Saluzzo/Moretta) e implementati nei Distretti Nord-Est (Fossano), Sud-Ovest (Demonte/Dronero/Busca/Boves) e Sud-Est (Garessio/Ormea).

Territorio e Demografia

Il territorio di riferimento dell'ASL CN1 corrisponde ad un quinto di quello regionale e nel 2018 presenta una densità abitativa di 72 abitanti/km², fra le più basse del Piemonte (densità regionale: 172 abitanti/km²). Il Distretto Sanitario Sud-Ovest è il più popoloso con 162.687 abitanti, seguito dal Nord-Est con 89.487 abitanti, da quello di Sud-Est con 85.397 e per finire dal Distretto Nord-Ovest con 79.984 abitanti. Il Distretto Nord-Est è quello che comprende l'area pianeggiante più vasta e presenta la densità abitativa più elevata (137 abitanti/km²). Il numero medio di componenti per famiglia nel 2017 è pari a 2,2, analogamente all'indice nei quattro distretti sanitari; nel 2013 era pari a 2,3. Quello del Piemonte nel 2017 è pari a 2,2. La quota di famiglie unipersonali nel 2011 (ultimo dato censuario disponibile) è pari al 33,9%; la percentuale più bassa (29,6%) si ha nel Distretto Nord-Est.

La Popolazione Target

Nel territorio dell'ASL CN1 nel 2018 risultano 417.555 residenti (210.892 femmine e 206.726 maschi), pari al 9,5% della popolazione residente in Piemonte (4.375.865 abitanti). Negli ultimi cinque anni vi è stato un decremento di popolazione, lento ma continuo: rispetto al 2016 i residenti sono diminuiti dello 0,3% e rispetto al 2014 dello 0,7%. L'ammontare complessivo della popolazione residente è il risultato di una dinamica che comprende il movimento naturale e quello migratorio. Confermando una tendenza ormai stabile nel tempo, nel 2017 il saldo naturale è negativo (-1.618), con i decessi che superano le nascite, mentre quello migratorio è positivo (+1.037) con gli iscritti, da altri comuni e/o dall'estero, che superano i cancellati. La somma di queste due componenti porta a un saldo complessivo di popolazione negativo (-581).

Gli **ultra65enni** rappresentano una fascia particolarmente fragile per quanto riguarda le malattie croniche e pertanto meritano un'attenzione particolare. Infatti i bisogni di salute e di conseguenza della presa in carico si differenziano al crescere dell'età. In questa fascia di popolazione, sulla base della classificazione che distingue tre sottocategorie di età ("giovani vecchi":65-74enni/"veri vecchi":75-84enni/"grandi vecchi": soggetti di 85 anni e oltre), emerge che i giovani vecchi costituiscono l'11,5% della popolazione totale, i veri anziani l'8,7% e i soggetti di 85 anni il 3,9%. Tali percentuali sono simili a quelle del 2013 (rispettivamente 11,2%, 8,4% e 3,8%).

In ASL CN1 l' **Indice di invecchiamento** ("indicatore strutturale" utile ad evidenziare il *peso relativo della popolazione anziana*) è pari al 23,6%, mentre nei singoli Distretti sanitari è del 24,2% nel Distretto Nord-Ovest, del 22,7% nel Distretto Nord-Est, del 23,3% nel Sud-Ovest e del 26,6% nel Sud-Est.

La Salute misurata

Le Cronicità individuate, SCOMPENSO/BPCO/DIABETE, sono confermate in letteratura, come importanti ai fini della presa in carico per rilevanza epidemiologica, gravità, invalidità, peso assistenziale ed economico, difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure. I ricoveri esprimono

l'impatto esercitato dalle patologie sulla popolazione e sui servizi sanitari. La più comune misura dell'impatto esercitato da una patologia oggetto di ricovero sulla popolazione è rappresentata dal *Tasso di ospedalizzazione* (numero annuale di ricoveri per causa che si verifica ogni 100.000 residenti). Nel 2017 nell'ASL CN1 sono stati osservati 2.022 ricoveri per insufficienza cardiaca (1.052 uomini e 970 donne), con un tasso di ospedalizzazione pari a 508,24 tra gli uomini e 458,54 tra le donne. Nello stesso periodo stati osservati 2.034 ricoveri per diabete mellito (1173 uomini e 861 donne), con un tasso di ospedalizzazione pari a 566,70 per gli uomini e 1917,42 per le donne. Per quanto riguarda la BPCO sono stati osservati 1.001 ricoveri (658 uomini e 343 donne), con un tasso di ospedalizzazione pari a 317,89 per gli uomini e 162,14 per le donne. Il *Tasso grezzo di mortalità* (TG) della popolazione ASL CN1 (numero morti/popolazione totale ogni 1.000 abitanti residenti) nel 2017 (ultimo anno reso disponibile dall' ISTAT) è 12,03. Nel 2015 le tre principali cause di morte sono state le stesse per uomini e donne: 1) malattie dell'apparato cardiocircolatorio; 2) tumori maligni; 3) malattie dell'apparato respiratorio. L'analisi dei rapporti standardizzati di mortalità (SMR) indica che i tre "Big Killer" pur presentando valori superiori a quelli regionali (malattie dell'apparato circolatorio per entrambi i sessi e malattie respiratorie per i maschi) oppure inferiori (tumori maligni sia per gli uomini che per le donne) non sono significativi. Statisticamente significativo il 21,54% di rischio in più registrato dalle donne relativamente alle malattie dell'apparato respiratorio.

La Salute riferita

In ASL CN1 tra gli intervistati con il metodo del sistema di Sorveglianza di popolazione PASSI il 75% giudica positivamente il proprio stato di salute, l'1% riferisce sintomi di depressione; il 27% è sedentario, il 33% è in eccesso ponderale; il 24% fuma e il 17% beve in modo pericoloso per la salute. Il 16% degli intervistati, ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni, ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione, a livello di Pool nazionale il dato è del 20% e in Piemonte si assesta sul 19%. Per quanto riguarda l' ipercolesterolemia, la prevalenza riferita in PASSI è in linea con quella regionale e nazionale: 22% tra gli intervistati in ASL CN1 e nel pool regionale, 23% nel pool nazionale. Tra le persone affette da patologie croniche (almeno una delle seguenti: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie e asma bronchiale, tumori, malattie croniche del fegato) riferisce di essersi vaccinato nelle ultime campagne antiinfluenzali il 16% rispetto al 21% del livello Regionale. Nel campione di popolazione *sopra i 65 anni*, intervistata in PASSI d'Argento, la quota dei sedentari cresce all'aumentare dell'età (64% dopo gli 85 anni) ed è maggiore tra le persone socialmente svantaggiate; 2 su 10 riferiscono un consumo di alcol "a rischio" per la loro salute; solo 1 persona su 10 arriva a consumare almeno 5 porzioni al giorno come raccomandato. La gran parte degli *ultra 64enni* è in eccesso ponderale (ovvero in sovrappeso o obesa); infine 1 persona su 10 è ancora fumatore.

La Stratificazione e targeting della popolazione

Per descrivere la frequenza dei soggetti con una determinata cronicità o con condizioni morbose suggestive di una progressione verso la patologia e di conseguenza suddividerli in modo piramidale in base ai diversi livelli di complessità assistenziale, è stata applicata la metodologia degli studi di prevalenza. I soggetti selezionati con almeno un dato presente tra diagnosi primaria o secondaria desunta dalle SDO, esenzione per patologia, prestazione in DEA per patologia, costituiscono i casi prevalenti: per lo scompenso 6.575 (pari all' 1,5% della popolazione generale), per la BPCO 3.334 (pari allo 0,8%), per il diabete 21.707 (pari al 5,2%). I soggetti con ricoveri multipli (almeno 2 nel triennio considerato) e con ricoveri ripetuti (almeno 1 entro un anno dal precedente) sono stati distribuiti in strati di crescente complessità assistenziale. Lo studio dei farmaci, basato sul numero di confezioni di ciascun farmaco ritirato dagli utenti, ha permesso di allocare i soggetti in un ulteriore strato di complessità assistenziale meno elevata.

Per la co-morbilità risultano 31.616 soggetti pluripatologici: 28.275 (pari al 6,8%) presentano una sola cronicità tra scompenso cardiaco, BPCO e diabete; 2.987 soggetti (pari allo 0,7%) sono caratterizzati da due patologie; 354 (pari allo 0,1%) presentano tutte e tre le patologie.

Questo approccio ha il limite di essere basato sulla prevalenza osservata e quindi di non poter quantificare i soggetti cronici che si manifesteranno nel periodo successivo. Per fare ciò è necessario costruire un modello predittivo che con specifici algoritmi sia in grado di predire e validare il rischio di cronicità e, quindi, di identificare il carico assistenziale futuro. Tuttavia l'approccio qui presentato costituisce una solida base per fare valutazioni iniziali, sia sui casi prevalenti sia sul carico assistenziale. Inoltre il metodo qui applicato è facilmente esportabile: infatti è riproducibile attraverso i dati sanitari correnti, presenta una notevole agilità computazionale ed è di facile applicazione ai diversi contesti sanitari.

I contenuti del QUADRO DI SINTESI vengono dettagliati nei 2 allegati tecnici

- *1a Territorio e demografia/Profilo di salute della popolazione target*
- *1b Analisi dei dati per la stratificazione e targeting della popolazione*

Cap 2 Organizzazione locale del sistema socio sanitario

Offerta Sanitaria

Attualmente nella ASL CN1 la presa in carico delle maggiori patologie croniche (diabete, scompenso cardio circolatorio e BPCO) è attuata attraverso lo strumento degli ambulatori della salute gestiti da infermieri case manager. Sono attivi nel distretto Nord Ovest ambulatori Paesana Barge Frassino Saluzzo e Moretta, distretto Sud Ovest (Dronero, Demonte, Boves) distretto Sud Est (Ormea Garessio) Distretto Nord Est (Fossano, Racconigi).

La rete è in via di implementazione e si prevede di arrivare entro il 2020 alla copertura totale del territorio della ASL CN1.

Il riferimento specialistico per le tre patologie prese in considerazione sono i presidi ospedalieri di Savigliano/Saluzzo, Mondovì/Ceva e ASO Santa Croce.

Offerta Socio Sanitaria

Nell'ambito del territorio dell'ASL CN1 le attività relative all'integrazione socio-sanitaria sono svolte in collaborazione tra Distretti e servizi territoriali dell'ASL ed EEGG competenti per ambito distrettuale, all'interno di Convenzioni specifiche che regolamentano la presa in carico nelle diverse aree tematiche (anziani, minori, soggetti affetti da disabilità, soggetti affetti da patologie psichiatriche, soggetti con problematiche di dipendenza...).

Tale collaborazione, consolidata da anni e formalizzata nelle suddette convenzioni, oltre alla erogazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali previste dai LEA secondo le vigenti disposizioni regionali, prevede la presa in carico congiunta per le seguenti attività:

- cure domiciliari
- inserimenti residenziali per tossicodipendenti ed etilisti in condizioni di cronicità e minori assimilabili a soggetti disabili
- interventi educativi e socio-riabilitativi domiciliari per adulti disabili
- interventi educativi e socio-riabilitativi domiciliari e/o individualizzati per minori con problematiche di interesse neuropsichiatrico ed interventi di gruppo in casi di medio-bassa complessità

- protezione del minore in stato di abbandono attraverso strumenti diversificati alternativi all'inserimento in struttura ed interventi di recupero della relazione genitoriale a valenza riabilitativa
- protezione dell'adulto disabile in stato di abbandono mediante strumenti diversificati alternativi all'inserimento in struttura
- interventi di sollievo alle famiglie di persone con disabilità
- progetti terapeutici e socio-riabilitativi individualizzati
- assistenza in situazioni di emergenza in caso di ricovero di minori con problematiche di interesse neuropsichiatrico in assenza di sostegno familiare
- inserimenti in comunità mamma-bambino in casi particolari
- servizio di assistenza sociale nelle strutture ospedaliere/Pass, delle Unità di Valutazione e del Nucleo Distrettuale di continuità Assistenziale

In alcuni ambiti sono presenti infatti Punti di accesso socio-sanitario integrati unici, ed in tutti i Distretti è garantita dagli EE.GG., nelle forme più consone al contesto territoriale a popolazione spesso sparsa ed a bassa densità abitativa, l'accoglienza e l'accompagnamento ai servizi socio-sanitari.

Sono inoltre presenti in ogni Distretto le Unità di valutazione per anziani, disabili e minori (UVG, UMVD adulti ed UMVD minori, integrata dalla NPI), per la presa in carico delle condizioni di fragilità, che possono essere coinvolte nello sviluppo del progetto cronicità sia dal punto di vista metodologico di valutazione che della definizione di percorsi assistenziali.

Un ruolo fondamentale può essere svolto dal Nucleo Distrettuale di continuità di Cure – NDCC, operante in ciascun Distretto a garanzia dei percorsi di continuità, assistenziale, che riveste interessanti potenzialità sia per quanto riguarda la presa in carico dei soggetti con patologie croniche oggetto di PDTA a livello locale in dimissione dall'ospedale che nella individuazione degli assistiti già in carico ai servizi domiciliari potenzialmente eleggibili ai percorsi.

Sistema attuale di continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio:

Alla luce delle indicazioni contenute nel P.S.S. anni 2012-15 e le indicazioni della DGR 27 – 3628 del 28/03/2012 ” ***La rete territoriale: criteri e modalità per miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale***” l'Asl CN1 e l'ASO Santa Croce Carle, di concerto, hanno sviluppato una modalità organizzativa che permette il superamento della frammentazione ultraspecialistica attraverso un intervento integrato ed intersettoriale tra le componenti professionali intra ed extraospedaliere.

Si concretizza tale modalità attraverso il “Progetto Quadro per il Percorso integrato di Continuità di Cura Ospedale – Territorio” (allegato 2) che prevede la realizzazione di una presa in carico del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di cura. L'obiettivo è di fornire, senza soluzione di continuità, le cure e l'assistenza dei vari soggetti erogatori con l'integrazione e l'ottimizzazione dei Servizi Sanitari e Socio-assistenziali per dare ai cittadini “fragili” risposte adeguate ed appropriate ai bisogni espressi.

La modalità organizzativa prevede l'istituzione di due Nuclei:

- **NOCC (fase ospedaliera) Nucleo Ospedaliero Continuità Cure**
- **NDCC (fase territoriale) Nucleo Distrettuale Continuità Cure**

l'obiettivo del NOCC in collaborazione con il NDCC è assicurare all'utente la più idonea continuità clinica ed assistenziale ed una presa in carico territoriale. Per questo motivo viene elaborato un piano di intervento che coinvolge, oltre l'interessato, i suoi famigliari, l'Assistente Sociale Ospedaliera, il NDCC (il quale a sua volta attiverà il MMG, il Servizio Sociale di residenza o l'UVG) attraverso la valutazione clinico-assistenziale del p.te con individuazione del setting adeguato ed in concerto con il NDCC la condivisione del percorso identificato

Il NOCC è composto da figure Infermieristiche e Assistente Sociale avvalendosi del Dirigente Medico referente della Direzione Sanitaria di Presidio e dello sportello sociale ospedaliero

Il NDCC prevede la figura del Medico di Distretto, figure infermieristiche e Assistente Sociale, integrato di volta in volta dal MMG, PLS, eventuali Servizi Territoriali e/o Specialistici.

Il Percorso di Cura Post-dimissione si realizza attraverso la rete delle risposte di tipo sanitario e socio-sanitario erogabili a livello:

- **Post acuzie:** Lungodegenza e/o RRF I, II, III livello
- **Domiciliare:** Cure domiciliari: ADP, SID, ADI...LA....
- **CAaVS:** Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (Strutture territoriali) con sede: Saluzzo, Mondovì, Ceva, Caraglio, Monteserrat, Robilante
- **Residenziale:** strutture RSA, NAT, RA.

Il Percorso si pone l'obiettivo di:

- Ridurre le dimissioni non programmate e non organizzate;
- Ridurre il numero dei ricoveri e riammissioni in ospedale impropri;
- Ridurre gli accessi in P.S.;
- Prevenire il prolungamento dei ricoveri oltre i tempi appropriati di trattamento;
- Prevenire l'inappropriato utilizzo di posti letto nelle strutture di degenza per post-acuti e RRF;
- Utilizzo appropriato dei setting territoriali;
- Ridurre il tempo di degenza media dei ricoveri ospedalieri, ottimizzando l'utilizzo delle risorse umane ed economiche.

Il progetto ha subito dalla costituzione (anno 2012) ad oggi diverse fasi di miglioramento sia nello stilare Procedure per migliorarne la contestualizzazione, sia nella rivisitazione dei tempi e modalità di segnalazione.

A tendere la segnalazione del paziente "fragile" dovrebbe avvenire direttamente dal DEA al NOCC con conseguente presa in carico territoriale tramite segnalazione al NDCC.

Inoltre con l'attivazione del PNC che prevede l'istituzione degli Ambulatori della Salute, con il reclutamento dei pazienti cronici in capo del MMG, il rimando al MMG, verrà effettuato, per ora, a mezzo lettera di dimissione e/o verbale di dimissione DEA, ma potranno essere creati moduli di segnalazione che ne permetteranno la tracciabilità.

Cap 3 Modello generale di Governance ed intervento

L'ASLCN1 ha costituito con delibera del Direttore Generale n. 2018/455 del 20 dicembre 2018 la cabina di regia interaziendale ASL CN1 AO S. Croce e Carle e il Nucleo per la cronicità ASL CN1 recepita con analoga delibera dall'AO S. Croce e Carle (allegato3a e 3b)

Cabina di regia aziendale è composta da personale motivato e con competenze nell'ambito di gestione della Cronicità di supporto per la programmazione e realizzazione del piano locale cronicità (strutture aziendali).

Svolge funzioni programmatiche, di pianificazione e valutazione; di supporto al sistema regionale per la revisione/aggiornamento delle regole.

Ne fanno parte in modo congiunto operatori della ASL CN1 e della A.O. S. Croce e Carle: Direzione sanitaria di presidio, direzione distrettuale anche in qualità di referente per la medicina generale e pediatria di libera scelta, controllo di gestione, DIPSA, responsabile Specialistica ambulatoriale, referenti continuità assistenziale (NOCC/NDCC), referente epidemiologia, referente prevenzione, referente per la formazione, referente comunicazione, referente informatica.

ASL CN1 e AO S. Croce e Carle hanno individuato un primo Nucleo, che fa parte della più ampia cabina di regia.

Attori delle comunità da coinvolgere:

Svolgono funzioni di consultazione, supporto alla disseminazione, segnalazione di disfunzioni, etc. Componenti: referenti per la Medicina Generale e pediatria di libera scelta, referenti per le reti specialistiche, referenti per l'attività ambulatoriale ospedaliera e territoriale, Delegato da Enti gestori, delegato enti locali, farmacie convenzionate, privato accreditato, OO.SS., associazioni di

volontariato, Ass.ni di pazienti, Ass.ne Cittadini, organizzazioni di categoria, delegato dal mondo della scuola, etc.).

Ad esempio le farmacie possono verificare con metodi internazionalmente validati l'aderenza alla terapia dei pazienti (scala Morisky), migliorare la compliance rafforzando le istruzioni date dal medico al paziente. Le farmacie hanno e possono mettere a disposizione una piattaforma on line per raccogliere e gestire i dati di tale attività, già utilizzata e validata dalla struttura di epidemiologia del Prof. Costa (riferimento normativo allegato 3c e 3d).

Altri attori che si prevede di coinvolgere nella presa in carico ed eventuale gestione della persona assistita sono rappresentati da: Associazioni di volontariato, Associazioni di pazienti, Referenti scolastici, OO.SS. ecc..., ognuno sulla base di singole specificità che verranno definite.

Cap 4 Strategie, priorità e obiettivi generali

Nella ASL CN1 la predisposizione del Piano Locale Cronicità è stato sviluppato sulla base dell'esperienza, ormai possiamo dire consolidata, dell'attivazione degli ambulatori della salute nell'ambito del distretto Nord Ovest (Saluzzo) dove operano già in modo attivo 5 ambulatori gestiti da infermieri in collaborazione con la medicina generale (circa 600 pazienti presi in carico).

Lo sviluppo della rete di questi ambulatori (20/25) su tutto il territorio della CN1 è l'obiettivo che la nostra azienda si propone nei prossimi due anni per la presa in carico inizialmente dei pazienti affetti da scompenso cardiocircolatorio, diabete mellito e bronco pneumopatia cronica ostruttiva per poi arrivare anche alle altre patologie croniche indicate dal Piano Regionale.

Fondamentale è stata la collaborazione in Cabina di Regia con i Presidi ospedalieri e soprattutto con l' Azienda Ospedaliera S. Croce con cui abbiamo condiviso percorsi e protocolli per la presa in carico dei pazienti e l'adesione convinta da parte dei Direttori delle Strutture Cliniche interessate (Cardiologia, Pneumologia e Endocrinologia) evidenziando come la collaborazione con il territorio possa portare ad una migliore gestione di questi pazienti migliorando contemporaneamente l'appropriatezza dell'accesso alle prestazioni ospedaliere.

Nella comunità di pratica sono stati coinvolti attori esterni alle aziende (Farmacie convenzionate, Cittadinanza attiva, Associazioni di malati e di volontariato etc.) con cui si intende implementare collaborazioni già in atto su tutta una serie di progetti anche per far conoscere e condividere ai cittadini il nuovo modello organizzativo territoriale e i vantaggi per la loro salute.

Cap 5 Azioni e percorsi per il cittadino con patologie croniche

Le azioni previste dal Piano Locale per la Cronicità afferiscono sostanzialmente a due macro aree:

- La revisione dell'organizzazione dei modelli di cura ed assistenza dei pazienti con patologie croniche
- La prevenzione primaria

La revisione dell'organizzazione dei modelli di cura ed assistenza dei pazienti con patologie croniche

Come già citato precedentemente, la proposta organizzativa per la sperimentazione di nuovi modelli di gestione della cronicità e di presa in carico del paziente cronico o fragile consiste negli Ambulatori della Salute.

Gli Ambulatori della Salute rappresentano un modello organizzativo di assistenza integrata, complementare all'attività del MMG per la presa in carico e la gestione dell'assistito affetto da patologie croniche, nell'ambito di una riorganizzazione della rete assistenziale volta a migliorare l'efficacia e l'appropriatezza delle risposte fornite.

A tal fine sono stati elaborati dei PDTA contestualizzati e in questo momento sono attivi i percorsi per Diabete tipo 2, Scompenso cardiaco classe NYHA I e II, Rischio scompenso cardiaco e BPCO (allegato 5a 5b,5c).

Le azioni riconducibili direttamente agli Ambulatori della Salute riguardano:

Diagnosi, inserimento e presa in carico nei percorsi assistenziali

Gli attuali percorsi, che sono stati elaborati e predisposti da specifico gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare, vengono periodicamente sottoposti a revisione ed aggiornamento.

Gran parte degli utenti presentano caratteristiche di comorbidità per le tre patologie sopra citate.

Si sottolinea anche il ruolo dell'Epidemiologia nel contribuire a definire criteri di inserimento dei pazienti nei singoli percorsi sulla base di altri parametri, es: utilizzo di farmaci – n° di ricoveri – situazione socio sanitaria critica.

Altro percorso che si ipotizza di sviluppare è la segnalazione, tramite NOCC/NDCC, per la presa in carico tempestiva in dimissione da reparto di acuzie. Si pensa di giungere alla predisposizione di specifici opuscoli da consegnare agli utenti in fase di dimissione per informare della presenza degli ambulatori della salute sul territorio e modalità di inserimento tramite il ruolo attivo delle Aziende Ospedaliere nell'individuazione delle persone da arruolare.

Attualmente l'arruolamento dell'assistito è in capo al MMG che acquisito il consenso su modulistica dedicata (allegato 5d), trasmette all'infermiere case manager la segnalazione. Ricevuta la segnalazione del MMG, l'Infermiere Case Manager contatta telefonicamente l'utente per fissare il primo appuntamento, mediante agende dedicate gestite direttamente dall'IFeC, e realizza la presa in carico.

La gestione delle agende dedicate dell'Ambulatorio della Salute, sia per la presa in carico che per il follow up, attualmente in capo al personale infermieristico, nello sviluppo del progetto potrà essere assegnata, anche parzialmente, a personale amministrativo formato, a livello locale o distrettuale, per migliorare l'efficienza e l'accessibilità.

La presa in carico prevede:

- accoglienza e presentazione del servizio
- proposta di apertura del FSE
- accertamento infermieristico secondo il modello di Gordon
- situazione vaccinale in particolare: antinfluenzale, antitetanica
- rilevazione e registrazione su cartella informatizzata dei dati dell'assistito e dei parametri (peso, BMI, circonferenza vita, indice vita/fianchi, SatO2, pressione arteriosa, frequenza cardiaca,)
- avvio al counselling educativo agli stili di vita.

Espletato quanto sopra, considerati i bisogni della persona e sulla base della richiesta di inserimento nel/i percorso/i di follow up indicato/i dal MMG l'infermiere case manager predispone, in accordo con l'utente, il Piano Assistenziale e di Monitoraggio individuale con l'indicazione delle attività, dei tempi e della sequenza degli interventi che effettua direttamente o in collaborazione con gli specialisti di riferimento qualora fossero necessari accertamenti diagnostici integrativi.

L'infermiera case manager gestisce in autonomia il percorso di follow up e, in caso di scostamento dai parametri, informa il MMG. Verifica altresì che l'utente effettui tutti gli accertamenti diagnostici del follow up previsti dal percorso di cura, prenotando, se necessario per la singola situazione, gli stessi.

Fondamentale, per la gestione ottimale e strategica del percorso:

- competenza e motivazione del personale infermieristico adeguatamente formato – master di primo livello,
- collaborazione con altri soggetti del territorio ed ospedalieri,
- il ruolo di guida dell'infermiere nel processo di empowerment in ambito educativo, preventivo e curativo;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse e strumenti del singolo e della famiglia,

- valutazione degli elementi di rischio e intercettazione precoce dei bisogni latenti,
- l'eventuale ricorso, laddove necessario, al follow up domiciliare e o telefonico, telemedicina.

L'infermiere Case Manager cura il monitoraggio dello stato di salute degli assistiti in modo autonomo e proattivo, l'educazione dei caregiver e svolge programmi di supporto all'autocura consentendo l'accesso appropriato ai vari servizi sul territorio.

Assistenza specialistica, Laboratoristica e refertazione

Lo specialista di riferimento per patologia nella fase iniziale del percorso svolge la duplice funzione di conferma diagnostica e, per i pazienti in dimissione eleggibili al percorso, di promozione del percorso stesso mediante segnalazione all'Ambulatorio e condivisione della proposta con il MMG.

Nelle fasi successive di follow up garantisce la funzione di consulente di primo livello, a valenza principalmente di refertazione o supporto al team di presa in carico, e secondo livello, di rivalutazione complessiva in base alle previsioni del PDTA di riferimento.

Gli esami ematici previsti nei vari PDTA vengono richiesti con ricetta DEM dal MMG e portati dall'utente all'accesso presso l'ambulatorio infermieristico, mentre per gli accertamenti strumentali non è prevista richiesta medica.

La refertazione degli esami strumentali effettuati (ECG, BIVA, Spirometria...) non è immediata ma avviene con trasmissione cartacea allo specialista individuato e ritorno all'ambulatorio nel più breve tempo possibile.

E' in corso di implementazione la rete per la gestione informatizzata di tali attività.

Al momento si è attuato un processo a "rete multiprofessionale" con il ruolo attivo dell'infermiere Case Manager che si interfaccia con MMG – Specialista dedicato – Direzione di Distretto. Sono state attivate in via sperimentale, con previsione di estensione a tutta l'ASL, modalità di invio secondo "corsie preferenziali" (gestite direttamente dall'operatore infermieristico e NON a CUP) per l'effettuazione di consulenze di controllo necessarie rispetto ai percorsi di presa in carico.

A tendere, previa sperimentazione nell'ambito di progettualità in corso di definizione all'interno dei programmi ALCOTRA, si ipotizza, per gli utenti temporaneamente impossibilitati all'accesso in ambulatorio, l'organizzazione di visite domiciliari da parte dei professionisti sanitari.

Educazione terapeutica Follow up attivo e Aderenza terapeutica

Al primo accesso dell'utente presso l'ambulatorio infermieristico dedicato, viene effettuato il counselling con "valutazione" dei comportamenti in merito a "stile di vita" aderenza terapeutica, corretto utilizzo ed assunzione dei medicinali, illustrazione dei comportamenti da adottare in base alla/e patologia/e. Il modello utilizzato è quello dell'intervento personalizzato tramite l'empowerment, la successiva valutazione dell'aderenza al PAI, addestramento e supporto all'autocura. Solitamente si cerca di coinvolgere nel percorso anche il familiare/caregiver di riferimento al fine di facilitare il percorso di autogestione e migliorare la consapevolezza di cura.

Sono stati predisposti specifici opuscoli informativi che vengono illustrati e consegnati all'utente per una più approfondita consultazione domiciliare.

Nel momento del congedo, all'utente viene fissato un successivo appuntamento secondo la logica del managed care.

Sono stati avviati anche corsi di autocura sulla cronicità a gruppi di cittadini secondo il programma sviluppato dall'Università di Stanford ed interventi di prevenzione sui determinanti di salute.

Nell'ambito dell'attività di carattere educativo svolto negli Ambulatori della Salute sono previste pertanto due modalità di intervento:

Empowerment individuale durante la presa in carico:

- Identificazione dei bisogni di salute dell'individuo e della sua famiglia e gestione delle priorità assistenziali in pazienti con diversi livelli di complessità con utilizzo del modello assistenziale del case management (individuale) o care management (a piccoli gruppi)

- Counselling educazionale su: aderenza terapeutica, alimentazione sana, attività fisica, consigli educativi relativi ai percorsi condivisi (PDTA), rischio cadute, conoscenza delle offerte dei servizi territoriali e delle modalità di accesso (ad esempio nell' ambito delle dipendenze: fumo, alcol) finalizzato ad un'autogestione della salute, all'accesso più consapevole ai servizi e alle informazioni, a migliorare il rapporto tra il sistema sanitario e cittadini, responsabilizzare la persona, ottimizzare i risultati in termini di salute, migliorare la qualità di vita, agire su molti determinanti di salute e sostenere la fragilità.

Empowerment di gruppo:

- Chronic Disease Self Management Program o programma di autogestione delle malattie croniche: seminari di 6 incontri gestiti da operatori sanitari formati secondo il programma di Stanford
- Diabetes Self Management Program specifico su diabete secondo programma Stanford.

Altre azioni relative alla revisione dell'organizzazione dei modelli di cura ed assistenza dei pazienti con patologie croniche correlabili con gli Ambulatori della Salute consistono in:

Riconciliazione farmaceutica

A livello aziendale è presente una specifica Procedura che illustra le modalità operative. E' attività che viene svolta in collaborazione con il MMG → l'infermiere case manager si fa parte attiva nel coinvolgimento del MMG a seguito della visita dell'utente presso l'ambulatorio. Per la valutazione delle eventuali interazioni tra farmaci, in caso di politerapie, l'infermiere può avvalersi della collaborazione della farmacia territoriale dell'ASLCN1.

Modello di continuità Territorio Ospedale Territorio ed integrazione tra ASL e A.O. (l'ospedale, le strutture intermedie e il domicilio)

Esiste un progetto di Continuità Assistenziale Ospedale Territorio già avviato e ampiamente sperimentato tra l'ASL CN1 e l' Azienda Ospedaliera oltre che tra le strutture di degenza interaziendali ed esterne. Sono attivi i Nuclei Ospedalieri Continuità Cure che si interfacciano con i Nuclei Distrettuali Continuità di Cura per la presa in carico tempestiva delle situazioni cliniche che necessitano di un proseguimento cure al rientro al domicilio. (ved.re dettaglio al punto 2).

A tendere si ipotizzano altre tipologie di inserimento nel percorso che però in questo momento devono necessariamente passare attraverso la segnalazione del MMG:

- post degenza: indicazione sulla lettera di dimissione,
- setting ambulatoriale: individuazione dei criteri per l'inserimento ed indicazioni sul referto,
- accesso in DEA.

Continuità assistenziale nei week end

Come già illustrato nel punto precedente si è lavorato sulla presa in carico delle dimissioni difficili e dei pazienti fragili che necessitano di assistenza durante i week end. Tramite la presa in carico tempestiva, laddove necessario, viene attivato il servizio di Continuità Assistenziale per la gestione congiunta di alcune terapie o interventi specifici. L'infermiere delle cure domiciliari è presente in tutti i giorni festivi e prefestivi, per 12 ore al giorno (fascia diurna) tramite turno attivo e fascia in reperibilità. L'assistenza medica è garantita dal medico di Continuità Assistenziale.

La prevenzione primaria

Gli interventi previsti riguardano principalmente:

1. Case finding
2. Prevenzione e fattori di rischio, promozione della Salute

Comprimere la morbilità per ridurre il carico di malattia correlato alle patologie croniche è una delle sfide più importanti della sanità pubblica. Intervenire sui principali determinanti modificabili correlati alle malattie croniche, con azioni integrate e trasversali, sia nel sano che nel malato, è sicuramente una strategia da perseguire non solo per ragioni di salute ma anche per ragioni di sostenibilità economica dell'attuale sistema sanitario

E' necessario porsi l'obiettivo di rendere le persone e i pazienti più capaci di gestire la propria salute o malattia con azioni di supporto alla modifica dei principali determinanti comportamentali (alimentazione, attività fisica, fumo, alcool) ed alla creazione di ambienti capacitanti e politiche per la salute.

La scelta di investire in obiettivi di Empowerment individuale e di comunità è quindi fondamentale e strategica e sarà declinata con azioni specifiche e coordinate sia all'interno del Piano locale della cronicità che del Piano locale della prevenzione.

Nell'ambito della prevenzione delle malattie croniche il Piano Locale della Cronicità deve trovare forme di integrazione continuative e sistematiche con il Piano Locale della prevenzione che annualmente sviluppa diverse azioni su questi obiettivi e che sono contenute e descritte principalmente nei primi 4 programmi "Guadagnare salute Piemonte" e nel programma Screening.

I programmi Guadagnare salute hanno azioni articolate su 4 diversi setting:

Programma 1

Guadagnare Salute Piemonte - Scuole che promuovono salute

Le attività di prevenzione delle malattie croniche e promozione della salute nel setting scuola annualmente previste hanno come obiettivi:

1. Consolidare e migliorare l'alleanza tra Scuola e ASL per le azioni di prevenzione e promozione della salute principalmente sui temi di sana alimentazione, attività fisica, fumo, alcool e skills individuali e di gruppo per la salute
2. Produrre annualmente una offerta formativa e di progetti all'interno del Catalogo "Scuola e Salute" in linea con le raccomandazioni, evidenze di efficacia e buone pratiche
3. Attivare sinergie con gli altri attori del territorio oltre alla scuola (Amministrazioni, Consorzi, privato sociale) finalizzata alla creazione di reti in un'ottica di progettazione partecipata
4. Migliorare la qualità dei progetti anche mediante la formazione di operatori sanitari sociali e scolastici

Programma 2

Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di vita

Molto del lavoro connesso alla realizzazione delle azioni previste dal programma 2 Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di vita consiste nella tessitura di reti, nell'implementazione di strategie condivise e nella definizione di azioni in collaborazione fra più servizi e con attori esterni all'azienda sanitaria. Spesso tali azioni di sviluppo di Comunità richiedono tempi medio lunghi.

Una parte importante delle azioni previste nel programma sono azioni di empowerment individuale e delle comunità e passano soprattutto attraverso interventi di formazione, accordi e collaborazioni con le amministrazioni, con le associazioni locali o di categoria, sviluppo di ambienti capacitanti e di mappe di opportunità territoriali per favorire e sostenere comportamenti e stili di vita salutari (laboratori sana alimentazione, gruppi di cammino, azioni di contrasto al fumo, ecc)

Programma 3

Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di lavoro

Questo programma si prefigge di utilizzare lo specifico setting “ luoghi di lavoro per tutelare e migliorare la sicurezza, la salute e il benessere di tutti i lavoratori – Workplace Health Promotion (WHP) –

L’ambiente di lavoro è un setting strategico per promuovere la salute in età adulta, può influenzare i comportamenti delle persone con azioni/caratteristiche favorevoli o ostacolanti le scelte salutari. Gli interventi nei contesti di lavoro ampliano l’azione preventiva all’ambito familiare ed alla comunità .

Nel piano della prevenzione vengono declinate azioni che mirano a diffondere informazioni e conoscenze sull’importanza di uno stile di vita salutare sui diversi determinanti di salute modificabili (alimentazione, attività fisica, alcol, fumo).

Gli strumenti si utilizzano comprendono la produzione e diffusione di materiale informativo, la diffusione di attività di informazione /counseling individuale o di gruppo, l’ offerta di scelte alimentari salutari nelle mense aziendali, nei distributori automatici, nei punti di ristoro esterni all’azienda; il rafforzamento delle opportunità di praticare attività fisica attraverso spostamenti casa - lavoro attivi, uso delle scale, realizzazione di esercizi di mobilità nelle pause, gruppi di cammino, ecc.

Programma 4

Guadagnare Salute Piemonte

Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario

Questo programma del Piano della prevenzione è probabilmente quello che meglio deve coordinarsi con le azioni di prevenzione contenute nel Piano cronicità.

Per prima cosa è necessario migliorare l’attenzione “culturale” degli operatori sanitari alla valutazione dei determinanti comportamentali di rischio per la malattia cronica sviluppando competenze per interventi brevi di counselling, da utilizzare nei contesti sia preventivi che clinici per favorire l’adozione di comportamenti salutari. Altrettanto importante è sostenere e favorire l’accesso a percorsi di empowerment individuale /di gruppo presenti o e da potenziare nel territorio (gruppi di auto-aiuto, gruppi di cammino, centri di disassuefazione al fumo, ecc.)

Un incremento consistente della diffusione dei consigli che la popolazione riceve dagli operatori sanitari per modificare i comportamenti a rischio fa parte delle azioni chieste per raggiungere questo obiettivo. Tra l’altro l’incremento di attenzione da parte degli operatori sanitari alla valutazione e promozione di comportamenti salutari può essere monitorata da specifici indicatori presenti nelle sorveglianze nazionali di popolazione (PASSI in primo luogo)

Programma 5

Screening di popolazione

Per quanto riguarda la prevenzione delle malattie croniche il programma interviene nell’area della prevenzione secondaria con il programma screening oncologici .

Gli obiettivi di prevenzione delle malattie croniche perseguiti dai programmi del Piano Locale della Prevenzione devono trovare espliciti rimandi e collegamenti nel Piano Locale della cronicità che in ogni caso definisce specifiche azioni per la valutazione dei determinanti di rischio e la promozione di comportamenti salutari mediante logiche di empowerment da attuare nei contesti di cura ospedalieri e territoriali

L’utilizzo di strumenti per la valutazione del rischio (Carta del rischio cardiovascolare, FINDRISC, ecc.) e il consiglio o l’indirizzo verso percorsi di salute da parte di operatori sanitari è attualmente insufficiente anche in pazienti con condizioni di rischio note (obesità, fumo, alcool, ipertensione)

Aree/direttrici di impegno

- Empowerment individuale e comunità, (health literacy, competenze e skill, contesti/ambienti facilitanti, nuovi modelli organizzativi per l'integrazione tra servizi, accordi di programma/progetto per la collaborazione interistituzionale, costruzione di ambienti/percorsi capacitanti, mappe con opportunità a sostegno di comportamenti salutari)
- Programmi formativi indirizzati a operatori sanitari, del sociale , insegnanti, operatori alimentari, ecc
- Soluzioni organizzative innovative per lo sviluppo di azioni di empowerment e di presa in carico (ambulatori per la salute,)

Obiettivo specifico 1

Programmare e sviluppare azioni coordinate per:

- la valutazione “nel malato e nel sano” dei determinanti di rischio comportamentali
- la promozione ed il sostegno ai comportamenti salutari con interventi individuali/ di gruppo e “ambientali”

Azioni

- istituzione di gruppi di lavoro (Distretti, MMG, Direzione sanitaria, ecc.) per la definizione di azioni specifiche
- inserimento di obiettivi e azioni integrate all'interno dei principali strumenti di programmazione ordinaria (Piano della prevenzione, Piano della cronicità, obiettivi di risultato, obiettivi di dipartimento/struttura, ecc)
- selezione di strumenti e setting (MMG ,strutture ospedaliere, ambulatori salute, ecc.) per la valutazione del rischio e la promozione di comportamenti salutari nei pazienti (ricetta verde, counseling breve, prescrizioni in lettera dimissione, counseling opportunistico, counseling organizzato)
- definizione/offerta di percorsi/opportunità territoriali a sostegno dell'assunzione dei comportamenti di salute (gruppi di cammino, centri antifumo, laboratori di alimentazione salutare, ecc.)

Obiettivo specifico 2

Formazione operatori sanitari

Azioni

Definizione e attuazione di percorsi formativi per:

- Formatori (Master Trainers) secondo programma Stanford (o equivalente) per formare conduttori, facilitatori anche tra i cittadini portatori di interesse.
- Formazione degli operatori sanitari per l'informazione/motivazione/prescrizione di comportamenti salutari (abilità di counseling motivazionale, poster, opuscoli, ecc)
- Medicina narrativa
- Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico
- Adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'équipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione
- Valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari
- Presenza, formalizzazione e messa in atto di una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura
- Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti
- Periodica rivalutazione da parte della Direzione della struttura della Carta dei servizi, con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato

Obiettivo specifico 3

Empowerment di comunità attraverso:

Strategia aziendale relativa a coinvolgimento di tutti gli operatori attraverso piano di comunicazione, formazione, dimissioni ospedaliere, formazione congiunta con mmg, tavoli di confronto, incontri nelle equipe territoriali.

Promozione di Welfare di comunità : azioni di comunità con Sindaci, individuazione di cittadini portatori di interesse, esperti, associazioni no profit sul territorio. Mappatura del territorio rispetto alle problematiche di salute e sociali e fattori di rischio, elaborazione e realizzazione di progetti educativi rivolti a gruppi e orientamento verso programmi di autocura.

Gestione di interventi di educazione alla salute che si fondano sullo sviluppo di abilità di vita (life skills)

Azioni

- Accordi di programma con Comuni, Enti , Istituzioni ed Associazioni per la promozione della salute ed il benessere della popolazione.
- Sviluppo di capitale sociale mediante azioni di rete e processi partecipativi con il volontariato sociale, cittadini portatori di interesse, associazioni.
- Mappatura del territorio rispetto alle problematiche di salute e sociali ed elaborazione e realizzazione di progetti educativi rivolti a gruppi e orientamento verso programmi di autocura.
- Creazione di contesti capacitanti a sostegno di comportamenti salutari (gruppi di cammino, percorsi di salute , programmi informativi e di comunicazione

Obiettivo specifico 4

Empowerment negli ambulatori della salute secondo le modalità già indicate per le seguenti

Azioni

EMPOWERMENT INDIVIDUALE DURANTE LA PRESA IN CARICO

- Identificazione dei bisogni di salute dell'individuo e della sua famiglia e gestione delle priorità assistenziali in pazienti con diversi livelli di complessità con utilizzo del modello assistenziale del case management (individuale) o care management (a piccoli gruppi)
- Counselling educativo su: aderenza terapeutica, alimentazione sana, attività fisica, consigli educativi relativi ai percorsi condivisi (PDTA), rischio cadute, conoscenza delle offerte dei servizi territoriali e delle modalità di accesso (ad esempio nell' ambito delle dipendenze: fumo, alcol) finalizzato ad un'autogestione della salute, all'accesso più consapevole ai servizi e alle informazioni, a migliorare il rapporto tra il sistema sanitario e cittadini, responsabilizzare la persona, ottimizzare i risultati in termini di salute, migliorare la qualità di vita, agire su molti determinanti di salute e sostenere la fragilità.

EMPOWERMENT DI GRUPPO :

- Chronic Disease Self Management Program o programma di autogestione delle malattie croniche: seminari di 6 incontri gestiti da operatori sanitari formati secondo il programma di Stanford
- Diabetes Self Management Program specifico su diabete secondo programma Stanford

Cap 6 Progettualità specifiche correlabili alle azioni per la cronicità.

- ASL CN1 allegato 6a Progetti Transfrontalieri – ALCOTRA
- AO CN allegato 6b Progetto Attivazione sportello sociale
- AO CN allegato 6c Progetto terapia occupazionale
- AO CN allegato 6d Progetto Rete oncologica
- AO CN allegato 6e Progetto percorso senologico nutrizionale
- ASL CN1 allegato 6f Progetto Telemedicina (Diabete e Scopenso)
- ASL CN1 allegato 6g Progetto CONSENSO

Cap 7 Le leve per sostenere la realizzazione del piano aziendale

Fra i vari attori coinvolti nel piano locale della cronicità ASL CN1 un ruolo di primo piano viene assunto dai MMG e PLS. Non essendoci un rapporto di lavoro definito da un contratto di dipendenza, attraverso il quale si potrebbero definire delle priorità di intervento e di coinvolgimento dei singoli operatori, necessariamente la partecipazione dei MMG e dei PLS deve avvenire nel rispetto dei vincoli normativi previsti dagli ACN e dagli accordi integrativi regionali e aziendali.

Non è da sottovalutare che, proprio per ottenere i maggiori risultati possibili, non si può prescindere da una condivisione della problematica con gli attori coinvolti al fine di responsabilizzarli ed agire sull'empowerment dei singoli.

La prima "leva" che deve essere utilizzata è quella della formazione dei MMG/PLS al fine di renderli consapevoli del progetto, degli obiettivi, delle modalità di presa in carico degli assistiti nel rispetto dei PIC/PDTA aziendali. Per ottenere un buon risultato è necessario che la formazione venga fatta unitamente agli specialisti di riferimento in modo tale da permettere un confronto ed una conoscenza diretta fra medico di assistenza primaria e medico specialista anche con lo scopo di consolidare la collaborazione fra le aree territoriale e specialistica

Per secondo possono essere utilizzate le leve economiche previste dai contratti integrativi regionali attraverso i quali vengono assegnati, ai MMG e PLS, specifici obiettivi collegati ad una quota incentivante.

In particolare per la Medicina generale si fa riferimento agli artt. 9 e 17 dell'accordo integrativo regionale per la medicina generale del 2006 approvato con Deliberazione della Giunta Regionale del 24 aprile 2006, n. 28-2690.

In particolare l'art. 9 prevede l'erogazione di € 3,50 ad assistito per:

- la realizzazione di progetti di razionalizzazione, aderendo a proposte di Progetti-Obiettivo individuati dall'U.C.A.D;
- verificare gli effetti degli stessi;
- facilitare, attraverso la figura del rappresentante di equipe la comunicazione fra singoli medici e Ufficio di Coordinamento distrettuale per: il coinvolgimento dei medici nelle varie fasi del budget e la loro responsabilizzazione nel raggiungimento degli obiettivi e la rilevazione di problemi emergenti nell'erogazione delle prestazioni di secondo livello.

L'art. 17 vincola € 3,08 pro capite alle politiche di governo clinico che rappresenta un obiettivo strategico finalizzato a creare maggiore coerenza e trasparenza, a migliorare la qualità dei servizi, a garantire a Regione e ASL la presenza di un supporto per la definizione delle priorità al fine della migliore allocazione delle risorse. La pratica del governo clinico si caratterizza per la condivisione multidisciplinare e per la responsabilizzazione rispetto al raggiungimento degli obiettivi e agli esiti. I medici di medicina generale partecipano e contribuiscono alla pratica del governo clinico mediante l'adesione alle Equipe territoriali e il perseguimento degli obiettivi aziendali condivisi.

Analoghi strumenti possono essere utilizzati per la pediatria di libera scelta in base agli artt. 18 e 19 del vigente accordo integrativo regionale.

Esiste poi ancora lo strumento del fondo di attività distrettuale per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta con il quale possono essere messe in atto azioni di coinvolgimento dei MMG e PLS per azioni mirate alla gestione della cronicità.

Utilizzando questi strumenti l'azienda può ottenere il coinvolgimento dei medici di assistenza primaria richiedendo loro varie azioni che, a titolo di esempio, possono riguardare la formazione obbligatoria, la presa in carico degli assistiti secondo PDTA aziendali, la segnalazione dei soggetti affetti da patologie croniche, le modalità di collaborazione con i servizi aziendali, ecc.

Per quanto riguarda il personale dipendente, sia esso del comparto o della dirigenza, oltre allo strumento motivazionale per il coinvolgimento nelle strategie aziendali verrà posta particolare attenzione, nell'ambito dei percorsi formativi dedicati, allo sviluppo delle competenze sia in ambito tecnico professionale che relazionale/gestionale; verrà inoltre valorizzata la collaborazione alla

realizzazione del Piano mediante l'assegnazione ai servizi di obiettivi coerenti con la strategia aziendale.

Uno specifico ambito di implementazione delle strategie per la realizzazione del Piano Locale Cronicità è rappresentato dalla medicina specialistica, ospedaliera e territoriale. Per quanto riguarda la specialistica ospedaliera, e più in generale il rapporto collaborativo per la realizzazione di percorsi di presa in carico con l'ospedale, lo strumento principale individuato è il coinvolgimento dei Dipartimenti/S.C. di riferimento nella progettazione dei percorsi stessi e nel sostegno alla rete aziendale, tramite azioni formative e condivisione di obiettivi specifici.

Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale esterna la collaborazione può svilupparsi all'interno di specifici obiettivi condivisi con definizione dei livelli di complessità di competenza.

Cap 8 Sistema informativo-informatico

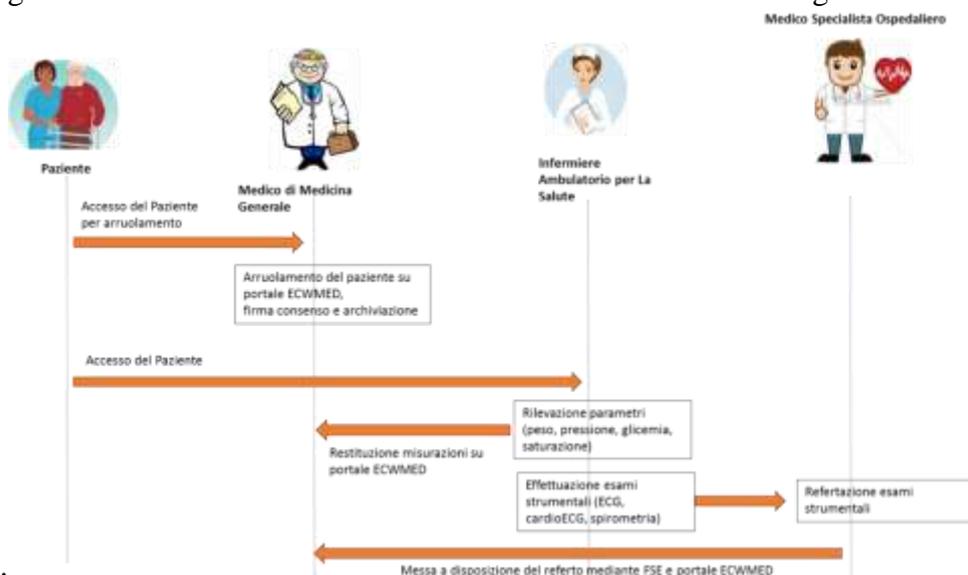
L'utilizzo attuale del programma informatico presso le sedi degli Ambulatori della Salute attivati nel distretto Nord-Ovest non prevede collegamenti tra i diversi servizi e attori coinvolti e lo scambio delle informazioni avviene tramite scambio di documenti cartacei mediati dal paziente stesso.

All'interno del progetto di evoluzione degli Ambulatori della Salute, è stato previsto che il suddetto sistema venga integrato con i sistemi informativi/informatici utilizzati dagli altri attori coinvolti, ovvero i medici di medicina generale e gli specialisti ospedalieri. I primi intervengono nella fase iniziale di presa in carico e "arruolamento" del paziente, registrando la volontà e il consenso del paziente a partecipare al progetto e ovviamente nella fase di cura. I secondi intervengono per la refertazione degli esami specialistici effettuati dall'infermiere dell'ambulatorio (ECG, cardio EFG, spirometria).

In questo contesto, le funzioni e scopo dei sistemi informatici coinvolti sono:

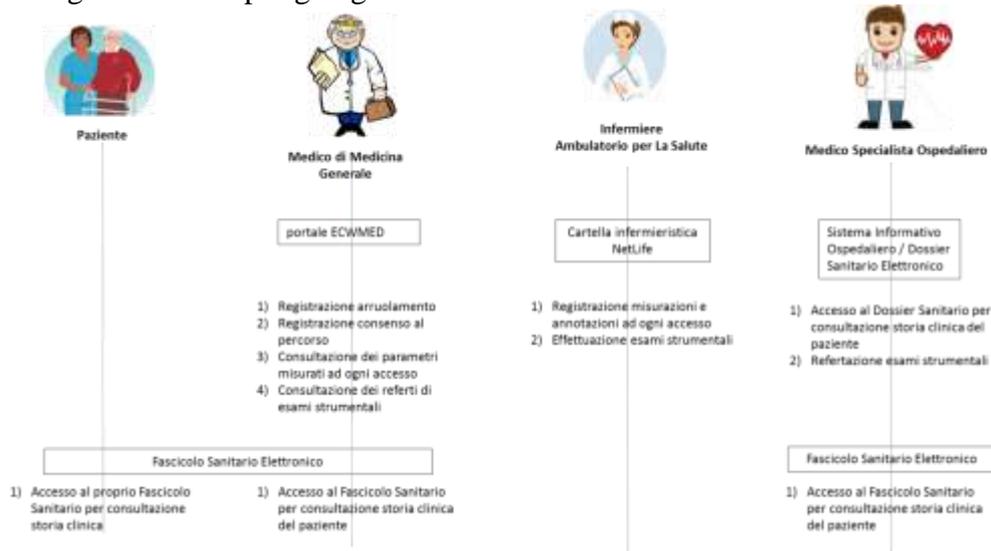
- portale di gestione dei percorsi PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) utilizzato dai Medici di Medicina Generale;
- cartella infermieristica, usata dagli infermieri degli ambulatori per la salute e, per la fase transitoria, dagli specialisti (cardiologi e pneumologi) per refertare i tracciati ECG, Cardio EFG e Spirometria;
- sistema informativo ospedaliero (SIO) che dispone della funzione di Dossier Sanitario Elettronico e che costituisce il punto di raccolta della documentazione clinica dei pazienti;
- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): strumento di raccolta delle informazioni sanitarie di un paziente, comune a tutte le strutture (ASL) della Regione Piemonte, e accessibile dal cittadino stesso, dal Medico di Medicina Generale e dai medici specialisti ospedalieri;

Di seguito lo schema del flusso in cui sono evidenziati gli attori e gli eventi/azioni



svolte:

Di seguito sono riepilogati gli attori e i sistemi che ciascuno utilizza:



Un aspetto fondamentale, che rappresenta ancora una criticità, è costituito dalla rendicontazione e valorizzazione dell'attività svolta. Al di là della necessità di programmi informatici a supporto della reportistica, che oggi per quanto riguarda le sedi già operative del Distretto Nord Ovest è comunque prodotta a livello distrettuale utilizzando strumenti predisposti a livello locale, è necessario definire un sistema di riconoscimento formale e di valorizzazione anche economica dell'attività svolta.

Da questo punto di vista sono in corso valutazioni sulla proposta di un sistema di registrazione e valorizzazione delle attività che, superando la logica esclusivamente prestazionale, poco corrispondente alla tipologia di lavoro svolto negli ambulatori, si orienti verso "prodotti/pacchetti" modulati in base all'impegno ed alla complessità assistenziale. Questa ipotesi da un lato sembrerebbe più coerente con il modello di presa in carico, peraltro condiviso anche da altre attività ambulatoriali (es vulnologia, stoma terapia), dall'altro renderebbe maggiormente ragione di un contesto di offerta professionale più ampia rispetto alla tradizionale area specialistica, soprattutto nell'ambito di attività a forte componente infermieristica. Un tale sistema infine consentirebbe di completare la disponibilità di flussi validati, già presenti nell'area non medica per le prestazioni domiciliari..

Cap 9 Sistema formativo

A livello aziendale sono programmati diverse tipologie di interventi:

- eventi formativi con il coinvolgimento attivo ed integrato delle diverse professionalità coinvolte nella presa in carico della persona affetta da patologie croniche (corso per MMG, infermieri, medici di distretto, IfeC, fisioterapisti, assistenti sociali...);
- formazione specifica per infermieri case manager/dedicati all'ambulatorio della salute (affiancamento presso ambulatori di pneumologia e corso interattivo al percorso BPCO all'interno della ASL CN1). In programmazione formazione specifica in ambito cardiologico per il percorso scompenso cardiaco;
- adesione al programma Stanford University per programma autogestione malattie croniche e pacchetto gestione diabete mellito di tipo 2: formazione di 12 infermieri con ruolo di conduttori/facilitatori del programma. Avvio degli incontri con la popolazione a partire dal 2018;
- partecipazione al master IFeC – UNITO nell'AA 2019-2020 di n.3 infermieri dei servizi distrettuali;
- attività di sensibilizzazione delle comunità locali tramite "PLP e politiche per la salute: anno 2019";

- Affiancamento agli infermieri case manager che hanno curato e stanno avviando l'apertura degli ambulatori della salute

Stralcio deliberazione del direttore generale ASL CN1 n. 057 del 15.02.2019 ad oggetto: Programmazione delle attività formative ... anno 2019 (allegato 9)

Cap 10 Sistema di valutazione

Indicatori ritenuti utili:

- n. MMG che hanno inviato assistiti/n. totale di MMG
- n. soggetti inviati dai MMG (globale e per singolo percorso)
- n. soggetti presi in carico (globale e per singolo percorso)/ soggetti inviati
- n. abbandoni dal percorso (globale e per singolo percorso)/n. soggetti presi in carico
- n. utenti presi in carico rispetto all'atteso
- n. ambulatori della salute attivati/ambulatori della salute previsti

Verranno inoltre implementati indicatori di risultato relativi a:

- aderenza al percorso
- modifica degli stili di vita (adesione eventi)
- ricoveri ripetuti
- accessi in PS

Cap 11 Piano di Comunicazione

A seguito dell'approvazione da parte della Regione del Piano Locale della Cronicità, predisposto congiuntamente da Asl CN1 e Azienda ospedaliera S. Croce e Carle, si darà attuazione al Piano di Comunicazione, secondo un percorso ragionato costruito con l'obiettivo di raggiungere con un'informazione corretta e completa, tutti i cittadini.

Gli strumenti proposti sono i seguenti:

- Conferenza stampa (da programmare immediatamente a seguito dell'approvazione del Piano);
- uno o più video-tutorial – da girare sul territorio – per illustrare il funzionamento degli ambulatori per la salute: tale prodotto sarà postato sui social network (Youtube e Facebook) delle due aziende e divulgato attraverso le tv locali, i quotidiani online e i monitor collocati nei DEA/P.S. dell'ASL;
- Definizione di un *claim* e un'immagine per una campagna da declinare sia in modalità cartacea (roll-up, brochure informativa) sia digitale (sui social e con campagne su tv locali e quotidiani online);
- Incontri con la popolazione a livello distrettuale, inizialmente dalle realtà in cui sono già aperti ambulatori per la salute, con la graduale estensione nelle aree in cui saranno attivati i nuovi ambulatori: in questa fase sarà fondamentale il coinvolgimento dei medici di medicina generale e delle Amministrazioni Locali.

SITO: sui Portali delle due aziende in una pagina dedicata, raggiungibile con facilità dall'Home page, dovrà confluire tutto il materiale prodotto. Si ipotizza anche, sulla base delle questioni raccolte nel corso degli incontri con la popolazione, di pubblicare una serie di F.A.Q. per rispondere in modo diretto alle più ricorrenti domande.

Bibliografia/Sitografia

- Anagrafe Sanitaria ASL CN1 (www.aslcn1.it)
- Datawarehouse aziendale a cura di SS Programmazione Sanitaria e controllo di gestione ASL CN1
- Sistema Piemonte Statistica PISta (www.sistemapiemonte.it)
- Profili di salute www.profilisalute.it
- Banca Mondiale (<https://data.worldbank.org/income-level>)
- Dati ISTAT resi disponibili dalla Camera di Commercio di Cuneo (<http://www.cn.camcom.gov.it>)
- Portale Epidemiologia www.epicentro.iss.it
- Sorveglianza PASSI www.epicentro.iss.it/passi/
- Sorveglianza PASSI d'Argento www.epicentro.iss.it/passi-argento/
- SSEPI ASL TO3 (www.epi.piemonte.it)
- per il modello demografico della vivacità demografica MoDem – www.dors.it
a cura del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute
- La salute in Piemonte nelle opinioni dei suoi abitanti-SSEPI ASL TO3 A. Migliardi, M. Marino, R. Gnavi-ottobre 2014)
- Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013 (www.rssp.salute.gov.it)
- B. Ziaeeian, G. C. Fonarow. Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nat Rev Cardiol.* 2016 June; 13(6): 368–378
- C. Raheerison, P-O Girodet. Epidemiology of COPD. *European Respiratory Review* 2009; 18: 213-221
- Laurendi G, Mele S, Centanni S, et al. Global alliance against chronic respiratory diseases in Italy (Gard-Italy): strategies and activities. *Respire Med* 2012; 106: 1-8
- Il diabete in Italia - anni 2000-2016 (www.istat.it)
- Incontro multidisciplinare di cardiologia e medicina interna dedicato allo scompenso cardiaco, Palermo marzo 2017 (www.insanitas.it)
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease - 2018 Report (<https://goldcopd.org/>)
- I ricoveri ospedalieri in Piemonte nel 2012. A cura del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL TO3 (www.epi.piemonte.it)
- Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition, CDC, Atlanta, USA, 2017
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Dipartimento della qualità - Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche - Istituto Poligrafico dello Stato, Roma, 2008
- Health promotion Glossary, WHO, 1998
- L'evoluzione della mortalità “amenable” nelle ASL del Piemonte dal 1980 al 2011/ Teresa Dalla Zuanna (Università degli Studi di Padova - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva), Marco Dalmaso (Servizio Sovrazonale di Epidemiologia – ASL TO3 - Regione Piemonte), Alberto Amidei (Università degli Studi di Torino - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva), Roberto Gnavi (Servizio Sovrazonale di Epidemiologia – ASL TO3 - Regione Piemonte)
- Comuni-Italiani.it
- Progetto IGEA Gestione Integrata e percorsi assistenziali/Noto/Raschetti/Maggini- Pensiero scientifico Editore
- Rapporto febbraio 2018 Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
- Stratificazione della popolazione in relazione al rischio di ospedalizzazione per cause prevenibili e decesso: l'algoritmo RiskER - Filomena Morsillo/ Lucia Nobilio/ Maria Luisa Moro
- C. M. O'Connor. High Heart Failure Readmission Rates. *JACC: Heart Failure*, Volume 5, Issue 5, May 2017
- J. S. Borer, M. Böhm, I. Ford, M. Komajda, L. Tavazzi, J. Lopez Sendon, M. Alings, E. Lopez-de-Sa, and K. Swedberg, on behalf of the SHIFT Investigators. Effect of ivabradine on recurrent hospitalization for worsening heart failure in patients with chronic systolic heart failure: the SHIFT Study. *European Heart Journal* (2012) 33, 2813–2820

Elenco allegati

- **1a** Territorio e demografia/Profilo di salute della popolazione target
- **1b** Analisi dei dati per la stratificazione e targeting della popolazione
- **2** Progetto quadro percorso continuità di cura
- **3a** Delibera Cabina di Regia ASL CN1
- **3b** Delibera Cabina di Regia AO Santa Croce e Carle
- **3c** Fondo sanitario 2018: riparto finanziamento per la sperimentazione della Farmacia dei servizi
- **3d** Comunicazione Ministeriale
- **5a** PDTA Diabete mellito tipo 2
- **5b** DOCDIST018 Attività infermiere case manager PIC scompenso cardiaco
- **5c** DOCDIST017 Attività infermiere case manager PIC BPCO
- **5d** Scheda di Invio Ambulatorio/Casa della Salute
- **6a** Progetto #Com.Viso
- **6b** Progetto AO Attivazione sportello sociale
- **6c** Progetto AO Terapia occupazionale
- **6d** Progetto rete oncologica
- **6e** Progetto percorso senologico nutrizionale
- **6f** Progetto telemedicina
- **6g** CONSENSO
- **9** Stralcio deliberazione del direttore generale ASL CN1 n. 057 del 15.02.2019 ad oggetto: “Programmazione delle attività formative ... anno 2019”