

## **La Casa della Salute nella A.S.L. di Oristano**

*Un modello organizzativo che rinnova  
la gestione dei servizi territoriali  
rendendoli più "vicini" alle persone.*

*Il documento presentato è il frutto di un lavoro condiviso tra la Direzione dei tre Distretti aziendali, il Servizio delle Professioni Sanitarie e l'U.O. Formazione continua.  
Nel percorso che lo ha generato si è arricchito del contributo di tutti gli Operatori aziendali, territoriali e ospedalieri che hanno partecipato ai diversi momenti di incontro e di stesura del lavoro.*

### **1. Il contesto socio-sanitario**

I servizi sanitari devono affrontare e gestire la crescente necessità di **dare risposte appropriate alle persone affette da patologie croniche**, che rappresentano attualmente le malattie più frequenti e che assorbono gran parte delle risorse. E' sempre più consolidato il consenso che "tutto il sistema" debba riorganizzarsi per far fronte a questa necessità creando una nuova cultura di tutela della salute che oltre al coinvolgimento di tutte le professionalità, sanitarie e sociali, preveda il contributo dei cittadini in un processo di co-responsabilizzazione.

Un nuovo modello assistenziale deve essere delineato rispetto a quello offerto per le malattie acute, capace di assicurare la presa in carico dei pazienti sul territorio e l'assistenza lungo tutto il decorso della malattia. La mancata gestione della cronicità determina l'aumento del numero di accessi impropri al Pronto soccorso, il rischio di ricoveri ripetuti, la scarsa qualità di vita della persona.

L'approccio alla cronicità richiede un diverso ruolo delle cure primarie - basato sulla "sanità di iniziativa", con attenzione ai determinanti sociali di salute che rappresentano fattori prognostici importanti nella evoluzione della malattia, un approccio di tipo multidisciplinare e multiprofessionale, connessioni efficaci tra i diversi sistemi di cura e modalità di intervento centrate sulle persone. Un adeguato sistema di cure primarie è il mezzo ideale per il miglioramento globale della salute (Sen, AK & Rigamonti, 2005). L'evidenza dell'efficacia di un approccio di questo tipo è documentato dall'esperienza ormai storica del "Chronic Care Model" (Coleman et al., 2009) e della sua versione evoluta Expanded Chronic Care Model (ECCM).

Secondo tale modello tutti i cittadini che soffrono di patologie croniche dovrebbero avere un piano di assistenza e di cura personalizzato e finalizzato al mantenimento della propria condizione clinico-assistenziale e alla prevenzione delle sue complicanze.

L'organizzazione di tale modello richiede necessariamente l'attivazione di team che includano vari professionisti, ognuno con il proprio ruolo all'interno di un percorso integrato, in grado di prendere in carico il paziente. Il modello garantisce:

- iniziative di prevenzione e promozione della salute e dei corretti stili di vita per incidere precocemente sui determinanti di salute e ridurre sia l'incidenza delle malattie croniche, sia la progressione della malattia già esistente;
- costruzione di PDTA per prendere in carico i bisogni globali del paziente, con percorsi differenziati in relazione al grado di sviluppo della patologia e al contesto sociale in cui vive;
- "dimissioni assistite" nel territorio finalizzate a ridurre il drop-out della rete assistenziale e le riospedalizzazioni

In tale modello l'insieme delle "cure intermedie" si pone come uno dei nodi chiave della rete dei servizi destinati a soggetti con problematiche assistenziali complesse e articolate, quali possono essere le persone in situazione di non autosufficienza più o meno grave. I diversi "ambienti assistenziali" devono essere in grado di dialogare ed essere funzionali ai bisogni del cittadino.

Secondo il Chronic care Model il periodo di ospedalizzazione deve essere breve e solo per il tempo necessario alla risoluzione dell'evento acuto affinché il paziente cronico, risolta l'urgenza, possa essere assistito a livello territoriale.

L'erogazione dell'assistenza nel territorio è focalizzata sui bisogni individuali della persona inserita nel suo contesto sociale; le cure primarie sono il punto centrale dei processi assistenziali.

In tale organizzazione è realmente pianificata la "continuità assistenziale" intesa come l'attivazione di specifici percorsi di cura attraverso l'adozione di opportuni strumenti in grado di raccordare i diversi ambienti assistenziali ossia: l'utilizzo della valutazione multidimensionale (VMD) e la conseguente adozione di Piani assistenziali individualizzati (PAI) con la finalità di restituire alla persona le migliori condizioni di qualità di vita ottenibili anche facendo ricorso all'infermieristica di comunità. **La gestione della cronicità si attua attraverso un approccio metodologico orientato alla valutazione della qualità delle cure erogate. Gli indicatori saranno opportunamente scelti per ogni contesto specifico, estratti da database disponibili a livello centrale e potranno essere ampliati in relazione alla definizione degli obiettivi scelti.**

In conclusione il chronic care model introduce un approccio proattivo nei confronti delle persone, che diventano parte integrante del processo assistenziale. In tal senso, le fasi su cui si fonda il chronic care model sono: **risorse della comunità, organizzazioni sanitarie, sostegno all'autocura, organizzazione del team, sostegno alle decisioni** e possono essere un modello per lo sviluppo di programmi di promozione e prevenzione da attuare nel contesto delle case della salute.

## 2. Il contesto regionale

---

**ASL 5 Oristano**

ASL 5 Oristano  
Via Carducci, 35  
09170 Oristano  
[www.asloristano.it](http://www.asloristano.it)

PDEL\_2016\_0001004\_Allegato\_delibera\_Casa\_  
della\_Salute.doc

La Legge regionale 17 novembre 2014 n. 23, art. 7, individua nella Casa della Salute la struttura che raccoglie in un unico spazio l'offerta extraospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale, in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi.

**La Casa della Salute** opera per conseguire i seguenti **obiettivi**:

- a) **appropriatezza** delle prestazioni attraverso *percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, presa in carico globale e orientamento di pazienti e famiglie*;
- b) **riconoscibilità e accessibilità** dei servizi;
- c) **unitarietà e integrazione** dei servizi sanitari e sociali;
- d) **semplificazione** nell'accesso ai servizi integrati.

La Casa della Salute opera **secondo i seguenti criteri e assicurando le seguenti funzioni**:

- a) garantisce adeguata continuità assistenziale, secondo le esigenze della rete territoriale di riferimento, di norma per sette giorni alla settimana e sulle ventiquattro ore;
- b) assicura l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) distrettuali e di quelli riferiti all'area dell'integrazione socio-sanitaria, con riguardo alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- c) promuove il lavoro di equipe tra le varie figure professionali: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale, specialisti ambulatoriali, personale sanitario, socio-sanitario e tecnico-amministrativo, operatori sociali;
- d) sviluppa percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali comuni e condivisi con tutti i professionisti dell'equipe territoriale che partecipano al processo di cura ed assistenza, utilizzando linee guida e protocolli adeguati;
- e) sviluppa l'informatizzazione del sistema per consentire l'interrelazione fra i professionisti, e tra questi e i nodi della rete integrata dei servizi socio-sanitari del distretto e dei servizi sanitari ospedalieri, così da favorire il massimo livello di integrazione e condivisione delle informazioni;
- f) garantisce la funzione di sportello unico di accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria (PUA), con possibilità di accedere alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero (CUP);
- g) prevedono, in rapporto all'ambito territoriale di riferimento, la presenza di adeguati servizi diagnostici e clinici;
- h) prevede la presenza di ambulatorio infermieristico e ambulatorio per piccole urgenze che non richiedano l'accesso al pronto soccorso ospedaliero;

i) assicura, secondo le specifiche previsioni della rete regionale dell'emergenza-urgenza, la presenza di un servizio di ambulanze per il pronto intervento sul territorio (punto di soccorso mobile 118), nonché di spazi adeguati per le attività delle associazioni di volontariato, di rappresentanza dei malati, di promozione sociale;

l) promuove rapporti di collaborazione con il distretto socio-sanitario e con il Comune dove si è costituita la CdS.

### 3. Un modello organizzativo nuovo

L'attivazione delle Case della Salute rappresenta un vero cambiamento nell'organizzazione dell'assistenza primaria che rafforza il ruolo clinico e la titolarità della funzione di governo clinico dei medici di medicina generale, valorizzando gli infermieri per quel che attiene le attività di presa in carico, counselling, assistenza, accompagnamento nei percorsi, adesione alla terapia.

La Casa della Salute concentra infatti, in uno stesso spazio fisico, l'erogazione di diverse prestazioni socio-sanitarie, favorendo attraverso la contiguità dei servizi e degli operatori l'integrazione dei vari livelli assistenziali.

Con la Casa della Salute si rafforza anche l'integrazione con l'ospedale, soprattutto in relazione alle *dimissioni protette* del paziente e migliora la *presa in carico integrata* dei pazienti affetti da patologie croniche, si sviluppano programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità ma anche a target specifici della popolazione.

In una logica di integrazione organizzativa la Casa della Salute svolge la funzione di aggregazione e punto di riferimento territoriale.

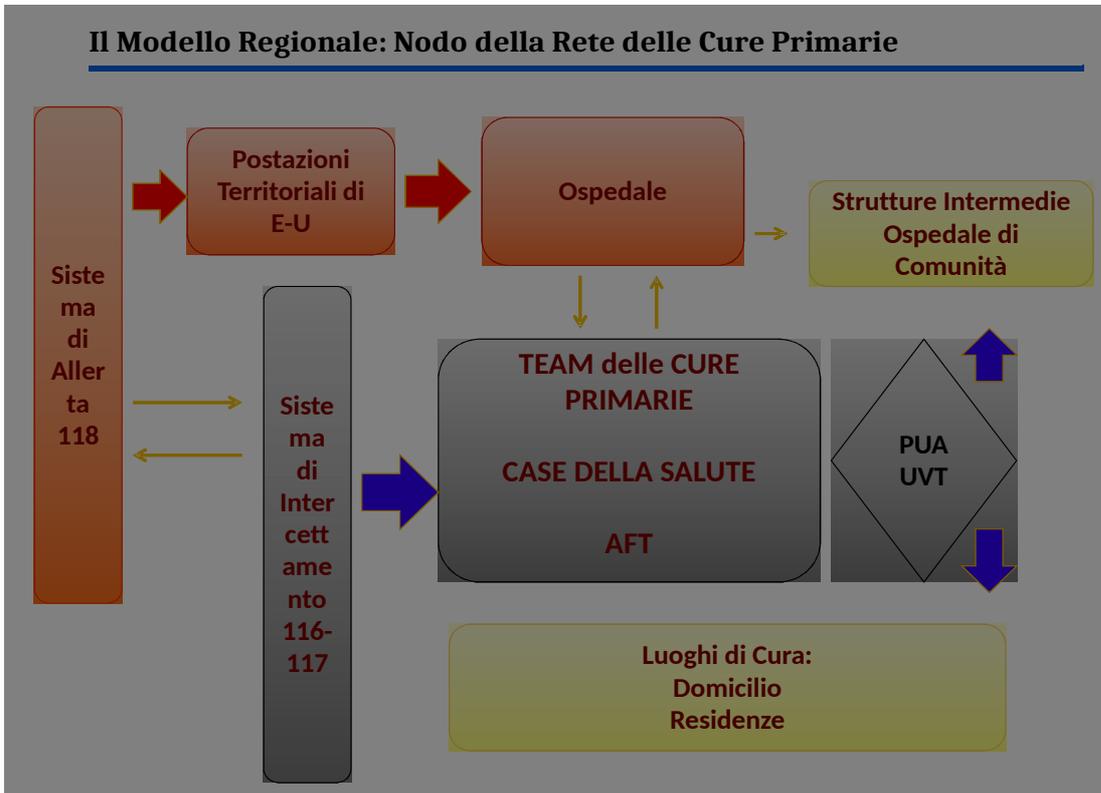
#### I vantaggi per il cittadino

I benefici sono molteplici: si va dalla facilità di accesso- orari più ampi e presenza contestuale di professionisti con esperienze che si integrano- alla vicinanza anche fisica ai luoghi di residenza.

Altrettanto importante è la garanzia di un'alta qualità delle risposte e di una maggior tutela e continuità nei percorsi terapeutici e in quelli assistenziali, grazie anche alla cosiddetta medicina di iniziativa, che vede la ASL **attivarsi** per assistere e seguire i pazienti affetti da malattie che richiedono una continuità assistenziale.

Come struttura territoriale di riferimento la Casa della Salute permette di migliorare ulteriormente il rapporto di fiducia col proprio medico di medicina generale, così come con le altre figure professionali della sanità presenti nella struttura.

Di seguito viene rappresentato il modello regionale delle Cure primarie che bene delinea il ruolo della CdS nella rete delle Cure primarie.



**Figura 1: Il modello Regionale : nodo della rete delle cure primarie**

#### 4. Il contesto ASL 5

Popolazione al 1 gennaio 2016 (Fonte Istat) ASL di Oristano

Maschi	femmine	totale
79 547	82 053	161 600

INDICATORE

2012 2013 2014 2015 2016

popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	11.4	11.2	11	10.8	10.6
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	65.8	65.5	65.3	64.9	64.6
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	22.8	23.3	23.7	24.3	24.8
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	52	52.6	53.1	54	54.9
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	34.7	35.5	36.3	37.4	38.5
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	200.7	208.1	215.9	224.7	234.1
età media della popolazione - al 1° gennaio	45.6	46	46.4	46.8	47.2

Per rispondere in modo efficace ai bisogni socio-sanitari della popolazione della nostra provincia, si è proceduto a rafforzare le "cure primarie" con **l'avvio delle prime Case della Salute (Laconi e Samugheo, oltre ad una prima esperienza "H16" avviata presso il presidio Mastino di Bosa)** e ad incentivare la collaborazione e il coordinamento tra medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali, professionisti sanitari e del sociale, per generare risposte di salute integrate.

A tal proposito nel 2015, in seguito all'avvio della prima sperimentazione di Bosa, si è realizzato un percorso formativo rivolto a tutte le professioni sanitarie e sociali del territorio con l'obiettivo di valorizzare gli elementi fondamentali che generano la Casa della salute: la centralità del paziente e la proattività nella dinamica degli interventi. Tale percorso ha avuto luogo in sei edizioni itineranti nei tre distretti aziendali, per raggiungere e lavorare con i professionisti dentro i territori.



Durante il percorso sono emerse le peculiarità socio-sanitarie della popolazione di riferimento, l'organizzazione e i servizi sanitari offerti; sono state evidenziate le criticità da affrontare per migliorare la qualità dell'assistenza; in ogni occasione gran parte degli operatori ha riconosciuto nel nuovo modello della Casa della Salute e in particolare nei percorsi assistenziali e nell'integrazione socio-sanitaria che in essa si generano, le modalità più appropriate per garantire risposte efficaci ai bisogni di salute dei cittadini.

Il territorio della nostra provincia ha la caratteristica di essere esteso e ospitare tanti piccoli centri abitati: 88 comuni, la maggior parte di poche centinaia di abitanti. La recente proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera, nell'ambito della nostra provincia, tiene conto della distanza di tali centri dai presidi soprattutto pensando alla gestione delle patologie acute tempo-dipendenti. La rete dei servizi territoriali storicamente è stata pensata con l'obiettivo della capillarizzazione, considerando che l'aspetto più importante fosse quello di avvicinare i servizi ai cittadini. L'indirizzo alla riorganizzazione del territorio invece non solo si preoccupa della vicinanza ma anche della facilità di accesso, della estensività e soprattutto della qualità del servizio offerto, superando la settorialità e la individualità con la quale fino ad oggi hanno lavorato tutti gli operatori delle cure primarie, compresi i MMG. Tale aspetto è

emerso fortemente durante il corso di formazione sopracitato, quando alcuni MMG hanno manifestato il timore di perdere il ruolo di riferimento per i cittadini dovendo, dentro la Casa della Salute, lavorare integrati in un team di professionisti. Peraltro, la possibilità di incrementare la comunicazione con gli altri professionisti e di ottenere strumenti organizzativi che garantiscano la continuità assistenziale sono stati considerati punti di forza del modello.

I nuovi modelli organizzativi e le Case della Salute avviate nella nostra azienda ed interessate da un processo di progressivo miglioramento e completamento, in attesa delle linee regionali sulle cure primarie, sono così caratterizzate:

### **Bosa: ambulatorio H16**

✓ Ospitato al piano terra del Presidio Ospedaliero Mastino, offre il servizio della Medicina generale (attualmente solo dalle ore 16.00 alle ore 20.00), la continuità assistenziale, l'ambulatorio infermieristico, la specialistica ambulatoriale, presso lo stesso piano è anche presente il servizio di Emergenza Urgenza, il punto prelievi e il centro TAO. Per la localizzazione dentro l'ospedale, che consente al cittadino di trovare continuità di accesso anche verso la radiologia, si sviluppano dinamiche utili a decongestionare il PS, cui i cittadini di Bosa tendenzialmente ricorrono in modo spesso inappropriato. La criticità rilevata sta nella difficoltà di estendere alle 24 h il servizio, che richiederebbe la decisione da parte dei MMG di svolgere turnando la propria attività 1 giorno alla settimana presso il Mastino; altri limiti sono legati alla impossibilità di condividere in rete i dati clinici dei pazienti, non appartenendo i MMG aderenti alla stessa Medicina di Gruppo.

### **Samugheo "Casa della salute Emanuele Sanna"**

✓ Sorta nello stabile dove era ospitato il vecchio Poliambulatorio recentemente ristrutturato, offre i seguenti Servizi: specialistica ambulatoriale, riabilitazione, continuità assistenziale, punto prelievi, ambulatorio infermieristico, ambulatorio consultoriale, ambulatorio di sanità pubblica e l'assistente sociale del PUA e del PLUS; per la medicina generale si sta ultimando la preparazione degli ambienti che ospiteranno i Medici già riuniti in Medicina di gruppo nel territorio dello stesso comune. Si possono instaurare sinergie operative con le residenze socio-sanitarie che insistono in quel territorio quale una casa di riposo per anziani e una casa protetta per persone con patologie psichiatriche.

### **Laconi "Casa della Salute Teresa Sarti Strada"**

✓ A circa 25 Km da Ales, dove è presente un grosso presidio distrettuale, Laconi ha un bacino di utenza inferiore a 4000 persone. I Servizi offerti: MMG, continuità assistenziale, medicina specialistica (diabetologia e geriatria), psicologia, punto prelievi, ambulatorio infermieristico, assistenza sociale.

Nel Territorio provinciale sono presenti altri presidi distrettuali che oltre ad Ales, comprendono Terralba, Mogoro, Villa Sant'Antonio, Oristano, Cabras, Ghilarza, Busachi, Santulussurgiu, Montresta. Ad Ales, Terralba, Mogoro, Oristano e Ghilarza si potrebbero configurare altre Case della Salute.

Di recente sono stati avviati alcuni ambulatori infermieristici nel territorio del distretto di Ghilarza-Bosa ( Sorradile, Sennariolo, Montresta) che possono lavorare in rete con le case della salute.

### **L'ambulatorio infermieristico**

L'ambulatorio infermieristico (A.I.) è quella struttura o luogo fisico, collocata nel territorio e/o in ambito ospedaliero, preposta all'erogazione di cure infermieristiche organizzate e gestite direttamente da personale infermieristico, che ne è responsabile ai sensi del DM 739/94 e delle leggi 42/1999 e 251/2000.

L'ambulatorio infermieristico territoriale (AIT) si configura come quel contesto in cui può trovare risposta una parte dei problemi di salute della popolazione nel territorio.

Nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali territoriali si annoverano le prestazioni infermieristiche che possono essere erogate in autonomia o dietro prescrizione medica, in appositi ambulatori gestiti da personale infermieristico.

### **Nella organizzazione della Casa della Salute assumono quindi un ruolo rilevante:**

#### **a) L'INFERMIERE**

L'INFERMIERE all'interno della Casa della Salute è l'operatore di riferimento del cittadino della propria zona di competenza, che assicura l'assistenza generale infermieristica, riconosce ed attiva le risorse del cittadino, del sistema famiglia" e la rete dei servizi territoriali al fine di fornire le risposte appropriate al problema salute in collaborazione con i MMG, nell'ambito delle competenze distintive di ciascuna professionalità.

Il ruolo dell'Infermiere nell'ambulatorio infermieristico territoriale:

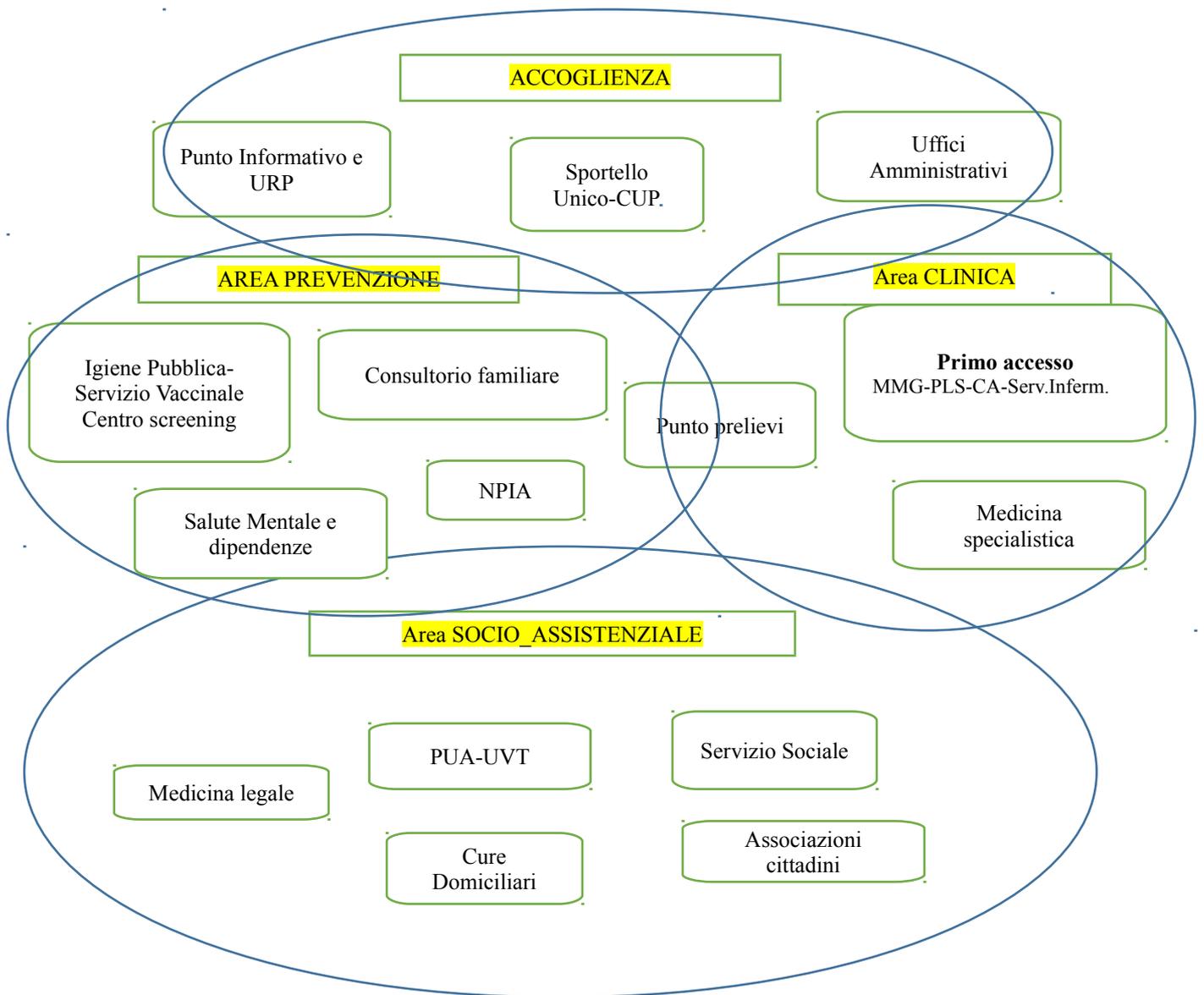
- ✓ Monitoraggio e gestione patologia croniche: diabete, scompenso cardiaco, TAO, BPCO
- ✓ Educazione sanitaria/terapeutica per singoli o gruppi di assistiti
- ✓ Percorsi di autocura (diabete, ipertensione, stomie intestinali o urinarie)
- ✓ Gestione e monitoraggio lesioni cutanee

#### **b) L'ASSISTENTE SOCIALE:**

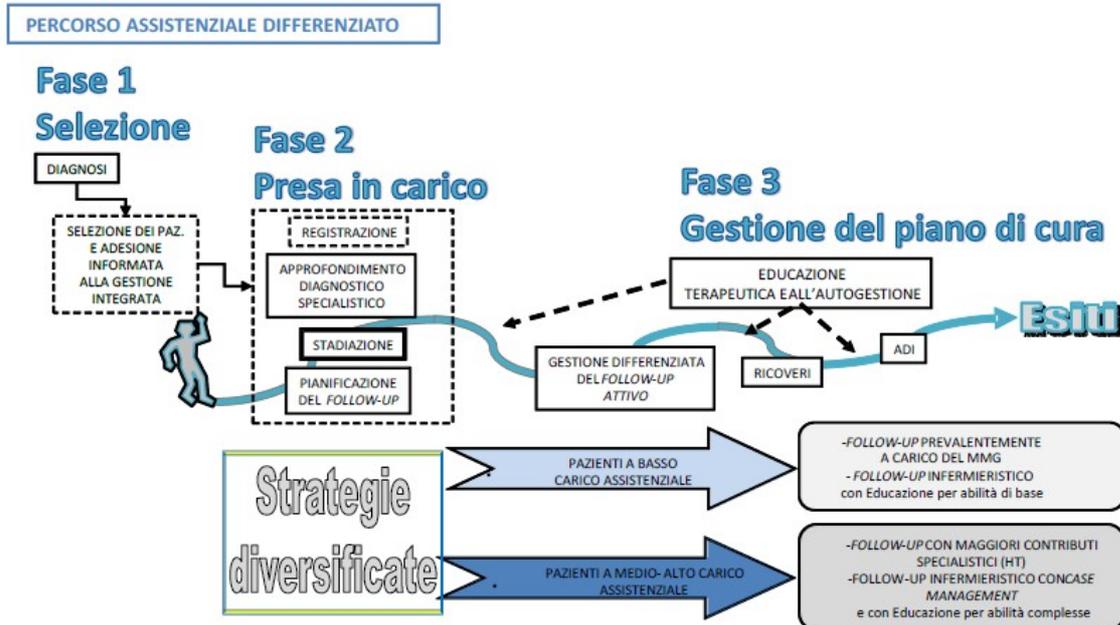
L'assistente sociale opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio sociale e può svolgere attività didattico-formative.

Nell'ambito della Casa della salute concorre alla rilevazione del bisogno sociale, all'individuazione dei pazienti fragili che più degli altri hanno un elevato rischio di sviluppare complicanze e contribuisce alle chiamate attive; individua le risorse necessarie per la soddisfazione degli stessi bisogni anche attraverso l'integrazione con il Comune.

Se dovessimo **rappresentare l'insieme dei servizi all'interno della casa della salute** potremmo rappresentarli nel modo seguente:



Considerando che la comparsa di una malattia cronica si rende palese spesso dopo anni di decorso silente tanto che spesso la diagnosi viene fatta alla comparsa di una complicanza che richiede un intervento intensivo da parte del sistema sanitario, la modalità di approccio più appropriata è quella di anticipare i tempi della diagnosi e di intervenire sulla popolazione a rischio; inoltre manifestandosi con diversi livelli di gravità è possibile prevedere percorsi differenziati per carico assistenziale ed organizzare i servizi sanitari per livelli di complessità.

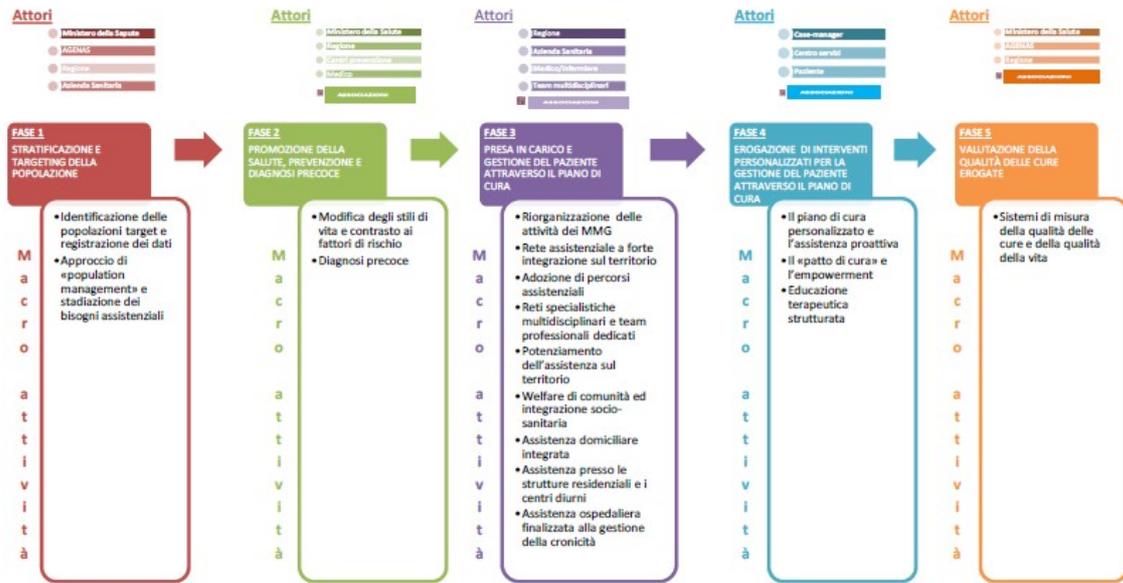


Piano nazionale della cronicità 2016

Seguendo quanto proposto dal piano nazionale cronicità è possibile distinguere 5 macrofasi che rappresentano le linee di sviluppo del modello organizzativo delle CdS :

- 1) Stratificazione e targeting della popolazione;
- 2) Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;
- 3) Presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura;
- 4) Erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente attraverso il piano di cura;
- 5) Valutazione della qualità delle cure erogate.

## IL DISEGNO DEL MACROPROCESSO



Piano nazionale della cronicità 2016

## 5. I Progetti da attuare nelle CdS:

### a) prevenzione e promozione della salute

La Casa della salute è il contesto nel quale realizzare interventi di prevenzione.

Si pone, infatti, come sede di sviluppo di programmi partecipati di intervento, anche di promozione della salute in quanto in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme più appropriate, **valorizzando la comunità locale**, l'integrazione delle politiche per la salute, il **coinvolgimento attivo degli operatori e delle organizzazioni dei cittadini**.

In tale ottica si evidenzia la necessità di sviluppare ulteriormente l'integrazione tra i servizi (sanitari, sociosanitari e sociali), soprattutto negli interventi verso il malato cronico e le fasce attività di prevenzione nelle cure primarie, utilizzando il modello organizzativo delle case per la salute come occasione per realizzare interventi proattivi di prevenzione su gruppi di popolazione omogenei per fattori di rischio legati all'età, a stili di vita o a condizioni patologiche.

Un obiettivo ulteriore consiste nell'organizzare, in un contesto assai favorevole, programmi di prevenzione e di promozione della salute che riguardano gruppi specifici di popolazione a rischio, le persone affette da determinate patologie o con patologie croniche, ma anche l'intera popolazione, puntando a favorire e sostenere stili di vita salutari e il ricorso a interventi di prevenzione.

Il contesto unitario fornito dalla Casa della salute permette un uso integrato di competenze e di risorse professionali in grado di veicolare informazioni e messaggi semplici, finalizzati a sviluppare conoscenze e a favorire una riflessione sui cambiamenti possibili per vivere meglio e in salute (counselling), in grado di attivare processi di consapevolezza per scelte salutari responsabili.

### Tipologie di interventi di prevenzione

Interventi specifici in gruppi selezionati per età e genere per rafforzare l'adesione ai programmi di sanità pubblica, con una maggiore integrazione degli interventi proposti dai servizi di prevenzione nelle attività consolidate dei servizi delle cure primarie. In questa direzione vanno gli inviti rivolti a persone che non hanno risposto ai programmi di screening oncologici, la chiamata attiva di gruppi definiti di popolazione a determinate vaccinazioni, gli interventi per la lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare e successivo sostegno a stili di vita salutari, orientando le persone verso le opportunità offerte dal territorio e sostenendo la motivazione a mantenere i risultati raggiunti nel tempo.

Per realizzare e accompagnare il cambiamento occorre strutturare interventi di counseling motivazionale personalizzati, gestiti dalle équipes dei professionisti coinvolti nella casa della salute rivolti a gruppi di popolazione omogenei per fattori di rischio e/o patologia, cui dedicare interventi di prevenzione sia vaccinali, sia per favorire stili di vita salutari, promuovendo l'abitudine all'attività motoria, l'eliminazione del fumo, la riduzione dell'uso dell'alcol ed una alimentazione adeguata alle necessità dei pazienti ed anche sviluppando programmi di prescrizione dell'attività fisica. È previsto per il 2016 un processo di formazione per gli operatori sul counseling breve.

Programmi già attivi per ridurre le complicanze del diabete, dello scompenso cardiaco cronico, dell'insufficienza respiratoria, delle patologie osteoarticolari, ma anche quelli per la presa in carico del bambino sovrappeso o obeso, possono giovare di una condivisione dei saperi tra

professionisti di aree diverse (sanità pubblica, cure primarie e specialistiche) al fine di assicurare gli interventi di prevenzione e migliorarne l'efficacia.

La casa della salute è il contesto ideale in cui realizzare interventi integrati rivolti a persone fragili quali gli anziani, i bambini. L'individuazione delle persone da includere nei programmi di prevenzione delle cadute e per mitigare gli effetti delle ondate di calore, l'organizzazione e la realizzazione degli interventi conseguenti, hanno una maggior probabilità di successo nell'assetto organizzativo delle case della salute.

Analogamente possono avere azioni mirate su specifici gruppi, per favorire l'adesione ad interventi di profilassi e cura delle malattie infettive e ai programmi di screening e per facilitare l'adesione ad interventi, rivolti a target specifici, per ridurre gli incidenti domestici, la prevenzione delle carie e il trasporto sicuro in strada.

### **Promozione della salute**

La casa della salute può rappresentare un contesto adeguato a catalizzare le energie della comunità verso il cambiamento e per l'attuazione di alcune iniziative previste nei progetti di comunità, nonché per la valutazione dei risultati dei progetti attivati.

I programmi di promozione della salute devono prevedere il coinvolgimento attivo delle comunità e delle istituzioni che le rappresentano, nello sviluppo di "Progetti di comunità" per promuovere stili di vita salutari, attraverso il contributo fattivo dei professionisti della sanità pubblica, della salute mentale e dipendenze patologiche, in diversi contesti territoriali.

**Progetti attivi:** collaborazione con la LILT, gruppi di cammino.

### **b) Progetti finalizzati al miglioramento dell'assistenza, da attivare ed sperimentare nel corso dei prossimi 12 mesi:**

- ✓ Sviluppare i PDTA relativi a diabete, ipertensione arteriosa e prevenzione delle tromboembolie, BPCO, Insufficienza Renale Cronica;
- ✓ Favorire il coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle cure;
- ✓ Accrescere le competenze dei professionisti dei team di cura;
- ✓ Sviluppare dinamiche di proattività degli interventi;
- ✓ Favorire la continuità delle cure nel territorio e tra il territorio e l'ospedale;
- ✓ Sviluppare progetti di ricerca infermieristica in ambito di assistenza.

### **AZIONI:**

1. Attraverso i data base dei MMG e del Distretto (ET, Piani Terapeutici) individuare l'entità dei bisogni di salute, relativi alle patologie sopraindicate, per la comunità di riferimento;

2. Stratificare la popolazione con tali patologie croniche secondo la gravità del bisogno e individuare quanti possono trovare risposta dentro la casa della salute.
3. Individuare i pazienti più fragili e pianificare gli interventi di chiamata attiva e di monitoraggio per evitare che sviluppino complicanze;
4. Sviluppare e diffondere i PDTA;
5. Individuare e coinvolgere tutte le "risorse di Comunità" per contribuire a mantenere lo stato di salute della popolazione;
6. Intraprendere attività di educazione terapeutica con i Pazienti, i familiari e i caregiver per favorire un coinvolgimento attivo e migliorare l'aderenza ai piani di cura;
7. Generare momenti di formazione e di aggiornamento del team;
8. Individuare un set di indicatori di processo e di esito per valutare quanto messo in atto;
9. Proporre periodicamente strumenti di valutazione di qualità percepita dagli utenti.

**Come PDTA paradigmatico sul quale pensare un modello organizzativo si considera quello relativo al Diabete:**

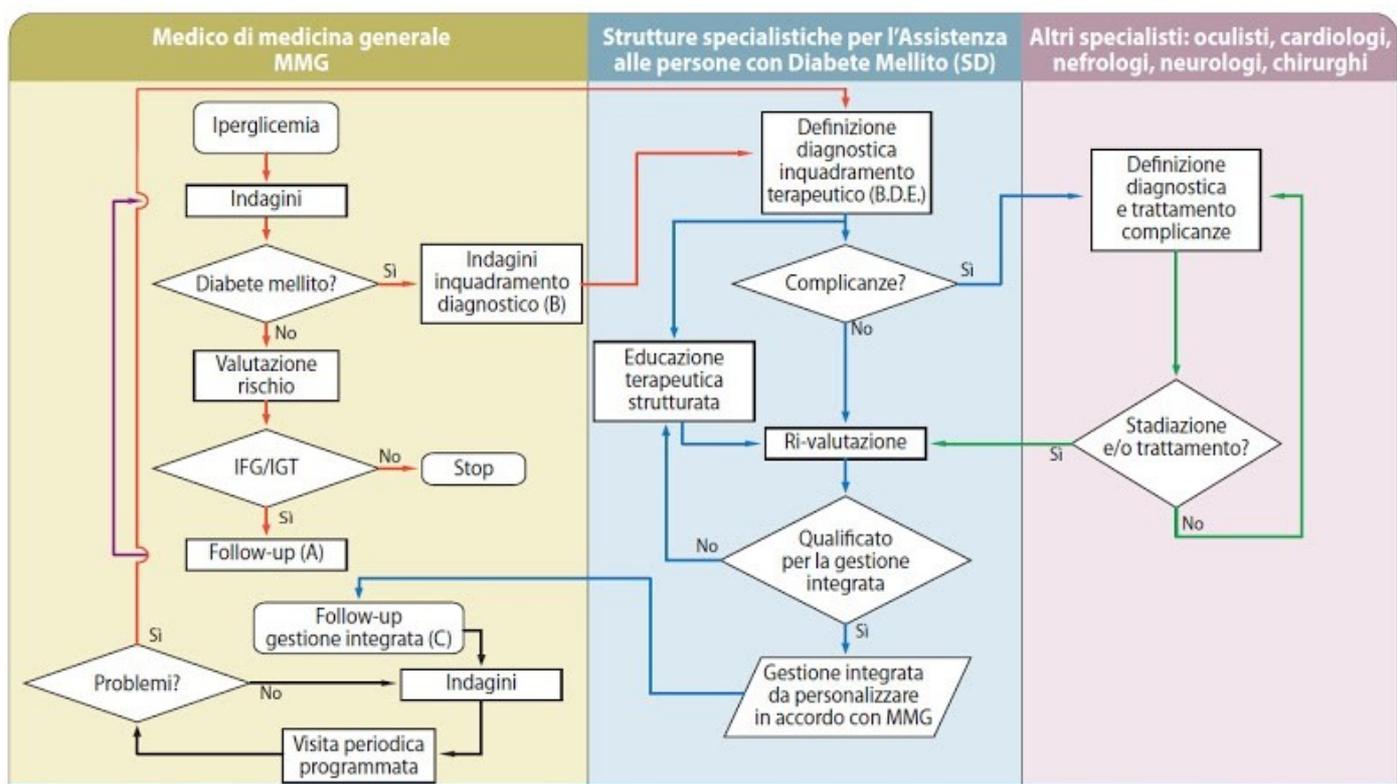


Figura 11. SCHEMA DI PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE (TRATTA DA: AMD 2008).

**Il percorso del paziente con diabete può essere messo in atto per ogni singola CdS già avviata nella nostra ASL, ciascuna con le proprie risorse strutturali e umane.** In tale percorso, particolare significato assume il ruolo dell'infermiere che diventa Operatore di riferimento per il paziente, attribuisce giudizio di priorità alla domanda del paziente per eventuale visita medica, è in grado di favorire il percorso di adesione alla terapia, di auto-

controllo e gestione della terapia insulinica, controllo delle crisi ipoglicemiche. Può essere case manager nel follow-up e nella dimissione ospedaliera in caso di acuzie intercorrenti che richiedono il ricorso all'ospedale. In più la recente attivazione di ambulatori infermieristici nel territorio anche al di fuori delle CdS (ad. Montresta, Sennariolo, Sorradile) può contribuire ad ottimizzare il percorso di cura non solo per la malattia diabetica ma anche per le altre malattie croniche.

Il modello organizzativo che potrebbe svilupparsi a **Laconi** in relazione al percorso sopraesposto prevede, con la sola presenza del diabetologo per 5 ore settimanali e dell'infermiere (ambulatorio infermieristico attivato per 18 h secondo recente delibera del CS) per 6 ore dedicate all'ambulatorio infermieristico diabetologico, le attività integrate con la Medicina Generale che garantiscono la presa in carico di un numero di pazienti intorno ai 200 (5% della popolazione di riferimento); le visite specialistiche per la stadiazione e la cura di eventuali complicanze possono essere assicurate con gli accessi ad Ales (circa 200 visite cardiologiche all'anno; 100 visite oculistiche all'anno; gli esami ematochimici previsti 1-2 vv/anno per ciascun paziente possono essere assicurati nel punto prelievi di Laconi).

A **Samugheo** (bacino di utenza pari 7000 persone, numero di diabetici stimati: 350 persone, 1/3 delle quali seguite presso l'ambulatorio di Busachi) presenta tutte le risorse per assicurare buona parte del percorso assistenziale sopraindicato (è necessario ripristinare la specialistica cardiologica); la presenza di un ambulatorio infermieristico attivato per 8 ore alla settimana, consente di pianificare attività educative e di counselling per i pazienti con diabete e con patologie croniche in genere.

A **Bosa**, il percorso attivato in maniera completa dovrà ridurre gli accessi impropri in **PS**. I comuni di Montresta e di Sennariolo, con un ambulatorio infermieristico attivato per 6 ore alla settimana, per un bacino di utenza di appena 550 abitanti sarà di estrema importanza per evitare i viaggi verso Bosa per l'attività educativa e di counselling e di assistenza che i pazienti affetti da patologia cronica, residenti in tale comune, possono presentare.

**Considerando l'impegno da riservare all'Educazione terapeutica del paziente con diabete:** " Il paziente diabetico dovrebbe essere educato a: • avere le abilità necessarie per effettuare la rilevazione della propria glicemia; • saper interpretare i risultati come base per intraprendere una azione; • percepire i collegamenti tra specifici comportamenti (alimentazione, esercizio fisico) e i risultati della misurazione glicemica, prendendo da questi la motivazione al cambiamento dei comportamenti; • mettere in atto autonomamente comportamenti correttivi, farmacologici e non, in risposta ai risultati delle misurazioni glicemiche, soprattutto per la prevenzione del rischio ipoglicemico".(Standard di cura italiani per la gestione del diabete 2014), è necessario prevedere un percorso di formazione aziendale per gli Operatori del territorio che si dedicheranno a questo tipo di attività secondo le linee europee del Diabetes Education Study Group: Basic Curriculum for Health Professionals on Diabetes Therapeutic Education..

## 6. Indicatori

OBIETTIVO: "Utilizzo scheda di dimissione infermieristica"

INDICATORE: n° di pazienti provvisti di scheda di dimissione infermieristica/n° totale paz.  
Provenienti dal P.O. (valore atteso 90%)

**OBIETTIVO: Pianificazione dell'assistenza per obiettivi**

INDICATORE: n° di cartelle infermieristiche compilate adeguatamente/ N° totale di  
cartelle( valore atteso 90%)

**OBIETTIVO: Accoglienza**

INDICATORE: Numero di progetti personalizzati definiti entro i termini di tempo stabiliti dalle  
linee guida regionali/totale dei bisogni presentati (valore atteso 70%) .

**OBIETTIVO: Valutazione del bisogno e orientamento ai servizi**

INDICATORE: Numero di valutazioni monodimensionali presenti/numero di valutazioni  
monodimensionali richieste (valore atteso 90%)

**OBIETTIVO: Favorire il coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle  
cure;**

INDICATORE: N° di pazienti seguiti presso ambulatorio infermieristico/tot dei pazienti

**OBIETTIVO: Sviluppare i PDTA relativi a diabete, ipertensione arteriosa e prevenzione  
delle tromboembolie, BPCO, Insufficienza Renale Cronica;**

INDICATORE: N° di percorsi attivati/N° percorsi individuati

INDICATORE: N° di pazienti seguiti nei percorsi/N° di pazienti del territorio di riferimento

**OBIETTIVO: "PROMUOVERE L'AUTOCURA"**

INDICATORE: N° di sessioni dedicate all'educazione terapeutica/anno

INDICATORE: n° di pazienti in grado di autogestirsi /n° di pazienti sottoposti a percorso di autocura (valore atteso 80%)

**OBIETTIVO: Accrescere le competenze dei professionisti dei team di cura;**

INDICATORE: N° di partecipanti ai corsi dedicati/ N° operatori delle CdS che si occupano di educazione

**OBIETTIVO: Sviluppare dinamiche di proattività degli interventi;**

INDICATORE: % di codici bianchi nella popolazione di riferimento della CdS/% codici bianchi aziendali (valore atteso: riduzione %rispetto anno precedente)

INDICATORE:N° di ricoveri inappropriati/ricoveri tot dei pazienti con diabete

INDICATORE:N° di pazienti con buon compenso metabolico/N° tot dei pazienti seguiti presso l'ambulatorio

## **7. Integrazione tra servizi ed interfacciamento con le U.O. ospedaliere**

Il modello prevede l'integrazione tra i vari servizi territoriali e contestualmente l'integrazione degli stessi con i servizi ospedalieri.

Si dà rilievo alla logistica (per potersi parlare bisogna essere vicini) ospitando nelle case della salute articolazioni variamente dimensionate del dipartimento di prevenzione, del dipartimento di salute mentale e del dipartimento materno-infantile.

Essenziale sviluppare modalità assistenziali e organizzative integrate tra il sistema delle cure primarie e il sistema della salute mentale e dipendenze patologiche mediante lo sviluppo di una funzione territoriale di salute mentale presso le case della salute.

Essenziale sviluppare modalità assistenziali e organizzative integrate tra il sistema delle cure primarie e il sistema della prevenzione (Dipartimento di prevenzione) mediante lo sviluppo di una funzione territoriale di prevenzione presso le case della salute per la promozione di stili di vita sani e consapevoli(alcool, fumo, alimentazione, attività fisica) per la popolazione apparentemente sana e per portatori di particolari patologie.

Essenziale sviluppare modalità assistenziali e organizzative integrate tra il sistema delle cure primarie e la salute materno-infantile nella casa della salute (Interventi a favore della donna, dell'infanzia e dell'adolescenza, delle famiglie).

Le Case della Salute sono una opportunità unica di integrazione sia nella lettura del bisogno che nell'organizzazione della rete assistenziale specifica, sia negli interventi di promozione della salute e di individuazione delle persone a rischio che possono trarre i maggiori vantaggi da interventi preventivi specifici.

Da ciò l'importanza della presenza delle tre aree individuate (Psichiatria e dipendenze, dipartimento di prevenzione e materno infantile) e dei professionisti di riferimento nelle equipe delle Case della Salute, in particolare:

infermiere, fisioterapisti, ostetriche, psicologi, pediatri di libera scelta, pediatri di comunità, ginecologi e neuropsichiatri infantili, assistenti sociali.

Tenuto conto che le Case della Salute sono di diverse dimensioni, sulla base della programmazione territoriale, i percorsi vanno definiti per area di intervento e devono/possono essere diversi per prestazioni e servizi offerti.

E' pertanto importante la presenza diffusa di una capacità di accoglienza, lettura del bisogno ed invio ai servizi della rete assistenziale sanitaria e sociale, sia preventivi che diagnostico-terapeutici, anche se non collocati nell'ambito della Casa della Salute stessa.

È quindi questa funzione di punto d'accesso ai servizi, a tutta la rete dei servizi necessari, individuati sulla base dell'analisi del bisogno effettuata nel momento dell'accoglienza, che caratterizza la Casa della Salute.

La *formazione* dell'equipe della Casa della Salute deve essere particolarmente orientata a promuovere questa funzione d'accoglienza diffusa utilizzando, per queste aree, le competenze dell'infermiere e dell'assistente sociale in grado di mettere a disposizione il patrimonio di conoscenze e competenze relative all'accoglienza e all'ascolto e alle modalità d'invio ai servizi specifici della rete.

## **Strumenti adottati**

Scheda di dimissione infermieristica (allegato 1)

Scheda di segnalazione di pazienti con bisogno di presa in carico territoriale (da P.O.)

Percorsi:

- ✓ PUA UVT
- ✓ Percorso di gestione paziente TAO (in elaborazione)
- ✓ Percorso di gestione paziente con scompenso cardiaco (in elaborazione)
- ✓ Percorso di gestione paziente diabetico (autocura) (in elaborazione)
- ✓ Percorso Cure domiciliari integrate
- ✓ Valutazione multidimensionale e multiprofessionale
- ✓ PAI
- ✓ Processo di formazione continua : Counseling breve, CCM,
- ✓ Cartella assistenziale territoriale e pianificazione dell'assistenza per obiettivi (Allegato)
- ✓ sviluppare l'assistenza domiciliare per acuti (ADTA AIR 2010)

- ✓ Favorire la continuità delle cure nel territorio e tra il territorio e l'ospedale

### **Strumenti da implementare e sperimentare:**

Telemedicina

PAC

Kit esami laboratorio

*Riprogettare o cambiare un'organizzazione sanitaria, soprattutto in un'ottica di scarsità di risorse, significa ricercare e trovare un delicato equilibrio tra l'efficienza e l'efficacia del sistema e la sua equità (Baraldi et al., 2015). L'equilibrio si ottiene definendo nuove regole organizzative e delineando le attitudini professionali, le competenze trasversali degli attori che si muovono all'interno del sistema.*

Oristano 28 dicembre 2016