

1° Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie

Bologna 25 -26 febbraio 2008

“La casa della salute: il lavoro in team
per una nuova qualità dell’assistenza”

di

Roberto Polillo e Antonino Trimarchi

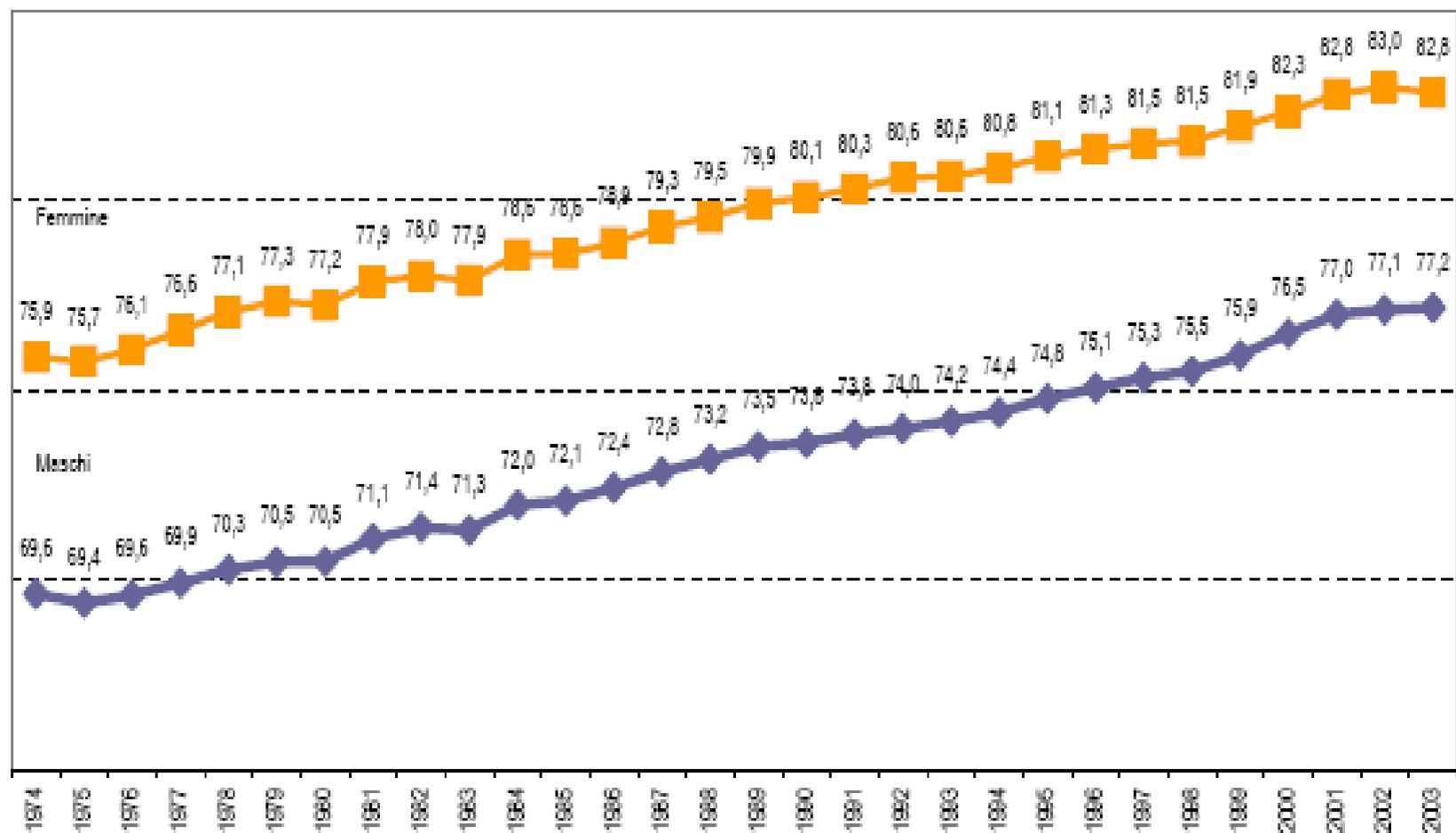


Ministero della Salute

Il nuovo contesto epidemiologico

- L'inversione della piramide demografica
- L'invecchiamento della popolazione
- La transizione epidemiologica e le malattie della "terza fase"
- La "cronicità" e non autosufficienza nuova dimensione dell'assistenza
- La de-tradizionalizzazione della società (famiglia, identità, reti sociali)

Figura 2 - Speranza di vita alla nascita per sesso in Italia - Anni 1974-2003



Una sfida per il Servizio Sanitario
Nazionale

**Adeguarsi al nuovo
contesto**

Il Sistema sanitario come contesto sociologico nei suoi livelli analitici significativi

1. Livello **Macro** della dimensione strutturale e degli attori sociali
2. Livello **Meso** della dimensione organizzativa e di erogazione dei servizi
3. Il Livello **Micro** della dimensione clinico/assistenziale e della *prossemica* relazionale

Il Livello Meso

Una duplice veste

- Dal lato **sociologico** come “**contesto ecologico**” e **ambito di divisione del lavoro sanitario** in cui interagiscono specificatamente le diverse professioni e in cui si ipostatizzano i rapporti di gerarchia e dominanza interprofessionale
- Dal **organizzativo-gestionale** come “**idealtipo di modello assistenziale**” in funzione del peso attribuito a prevenzione, cura e riabilitazione e del loro reciproco interfacciarsi in assetti preferenziali (**centralità delle cure 1° o 2°**) in modelli di cura, procedure e percorsi assistenziali.

Sistema Ospedaliero e Sistema delle Cure Primarie: caratteristiche differenziali

Sistema Ospedaliero

Paradigma dell'attesa

- Intensività tecno-assistenziale
- Orientato alla produzione di prestazioni e alla soluzione dei problemi
- Presidia l'efficienza
- Tende all'accentramento per realizzare economie di scala
- Punta all'eccellenza

Primary Care

Paradigma dell'iniziativa

- Estensività socio-assistenziale
- Orientato alla gestione di processi assistenziali e alla presa in carico
- Presidia l'efficacia e i risultati
- Tende al decentramento per valorizzare il capitale sociale
- Punta all'equità

**L'integrazione tra i due sistemi avviene attraverso
la costituzione di una unica "rete assistenziale integrata"
e la realizzazione di "strutture intermedie"**

1) Il concetto di “rete clinica integrata” in sanità

- L’assistenza sanitaria complessiva viene prodotta e distribuita da una rete di interconnessione tra *nodi* organizzativi innovativi ed équipes multi-professionali
- Elemento programmatico di rilievo è la gestione delle relazioni e l’interconnessione funzionale tra strutture ospedaliere e territoriali, tra attività sanitarie e attività assistenziali per garantire continuità e presa in carico
- L’integrazione tra i diversi erogatori pone l’accento sulla necessità di un “governo” del sistema contro i rischi di diluizione, duplicazione e dispersione delle attività

2) Il concetto di "rete" gerarchicamente integrata

- Per i servizi **afferenti alla medesima linea** di produzione l'integrazione a rete può essere realizzata attraverso un modello **"hub & spoke"**
- Esso prevede la concentrazione della produzione della assistenza di maggiore **complessità in centri di eccellenza (hub)** e l'organizzazione del sistema di invio da **centri periferici funzionalmente sotto-ordinati (spoke)** cui compete principalmente la selezione e l'invio dei pazienti al centro di riferimento

Cooperazione/competizione

- L'adozione del concetto di rete integrata per la programmazione della rete dei servizi del SSR rende **incompatibile l'uso di un regime di competizione fra le singole unità produttive**
- Ad esse infatti viene richiesta reciproca cooperazione all'interno della rete di cui fanno parte, secondo i diversi livelli di complessità assistenziale di loro specifica competenza
- L'adozione di un modello basato sulla cooperazione funzionale tra i diversi erogatori consente una utilizzazione della risorsa umana e professionale **fortemente indirizzata alla integrazione e al lavoro in team** , irrealizzabile in un sistema competitivo

La collaborazione tra Regione ed Ente Locale

- Recepimento da parte delle regioni dei principi de D.Lgs 229/99 e L. 328/2000, per **assegnare un ruolo e una responsabilità ai Comuni nel PAL e nel PAT**, intesi come strumenti di programmazione e di pianificazione degli interventi.
- Realizzazione **del Piano Sanitario Regionale in modo coordinato rispetto al Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali** con la piena condivisione delle strategie atte a realizzare l'integrazione tra attività sanitarie e sociali e la corrispondenza degli ambiti territoriali.

Le competenze e i poteri da attribuire all' Ente Locale

1. Approvazione del PAL, del bilancio pluriennale, di esercizio e consuntivo di ASL
2. Elaborazione di linee guida per applicazione del programma e elaborazione di progetti speciali per la salute
3. Approvazione della relazione annuale sullo stato di salute
4. Coinvolgimento nella nomina e valutazione del DG in relazione agli obiettivi effettivamente conseguiti

Le Cure Primarie e la Medicina del Territorio

- Il **distretto** come il punto di incontro tra domanda di salute dei cittadini ed offerta di cure, benessere e nuova socialità;
- Il **distretto** come *Area* – *sistema* ricomprensente quella serie di presidi e servizi, ora dispersi, che sono finalizzati a dare risposte territoriali ai problemi di salute e di cura dei cittadini
- Il **distretto** come spazio per l'integrazione tra le attività sanitarie e quelle di tipo sociale.

Distretto e aree sub distrettuali

DALL'OSSERVAZIONE EPIDEMIOLOGICA → ALL'ECONOMICISMO DELLA SALUTE



Distretto/Zona sociale

- Le leggi vigenti **delineano una Zona sociale coincidente con il Distretto sanitario in modo da potere disporre di importanti risorse finanziarie, professionali e tecnologiche** e in cui le varie forme di partecipazione e le diverse soggettività sociali possano concorrere alla determinazione delle scelte di politica sanitaria, sociale e sociosanitaria territoriale e alla realizzazione degli obiettivi.

REGIONE	N° ASL Dati 2008	N° DISTRETTI Dati 2008	Corrispondenza Tra AMBITI SOCIALI TERRITORIALI ** E DISTRETTI
Piemonte	13	62	62 x 62
Valle d' Aosta	1	04	4 x 4
Lombardia	15	86	86 x 86
Pr. A. Bolzano	1	20	8 x 20
Pr. A. Trento	1	13	11 X 13
Veneto	21	53	53 X 53
Friuli Ven. Giulia	6	20	20 x 20
Liguria	5	19	19 x 19
Emilia Romagna	11	38	38 x 38
Toscana	12	34	34 X 34
Umbria	4	12	12 X 12
Marche	1	24	24 x 24
Lazio	12	55	55 x 55
Abruzzo	6	24*	35 x 24
Molise	1	07*	7 x 7
Campania	13	94*	51 x 94
Puglia	6	47	47 X 47
Basilicata	5	11	13 x 11
Calabria	5	35	33 x 35
Sicilia	9	55	55 x 55
Sardegna	8	23	23 X 23
Italia	156	736	685** X 736

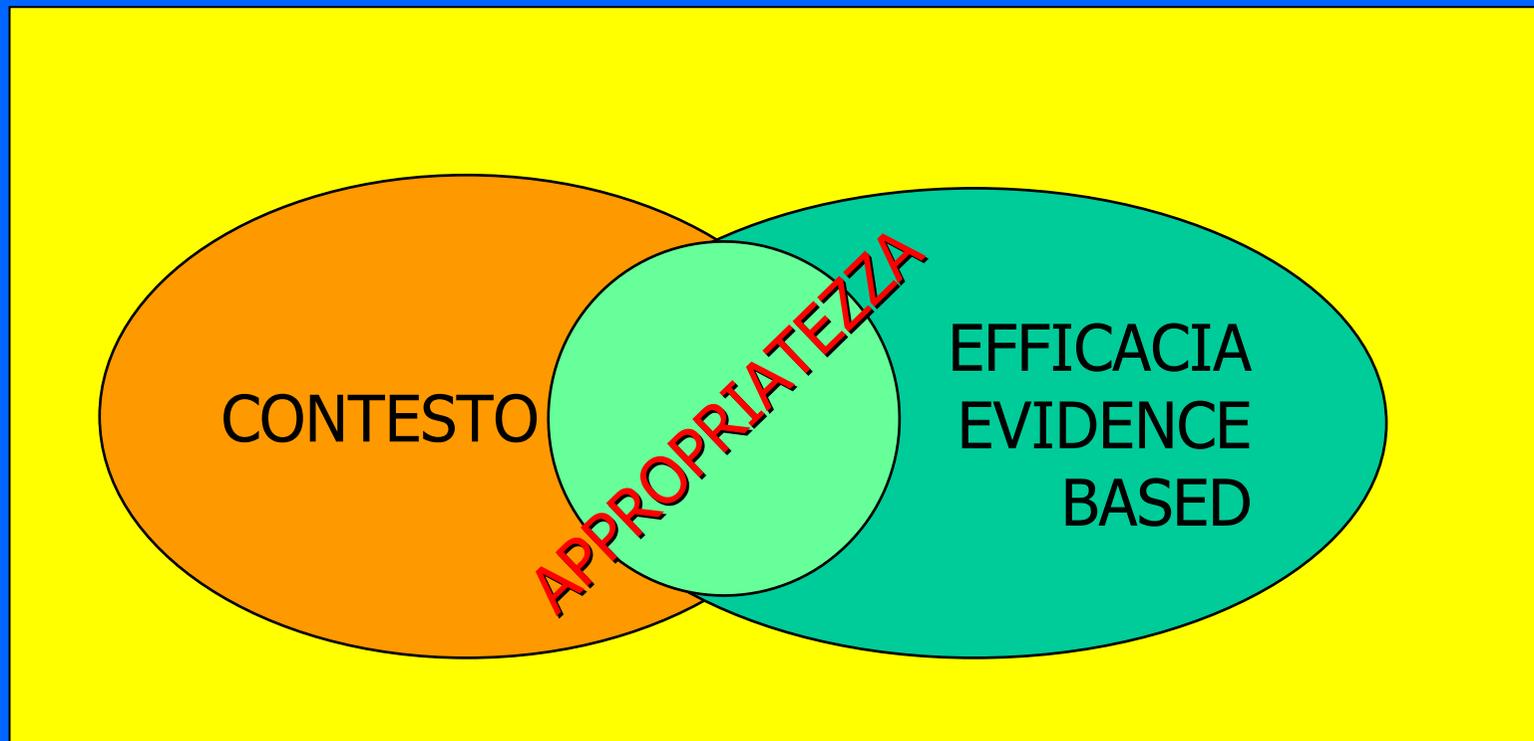
NOTE: * il numero dei distretti qui riportato, comprende accorpamenti previsti dai Piani Regionali e in via di attuazione

** gli ambiti sociali sono in trasformazione in tutte le regioni e l'orientamento va verso la coincidenza degli ambiti sociali e i distretti

CONTRIBUTO dei PAT e PdZ ...



... ALLA QUALITÀ !



L'appropriatezza VIENE vista come l'efficacia *pertinente* al contesto.
L'integrazione tra "punti di vista" e
l'isomorfismo tra livelli diversi, indica come evitare che il "meglio" non persegua il Bene

Polillo-Trimarchi 2008

Le funzioni del distretto

1. ASSISTENZA MEDICA DI BASE (MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, GUARDIA MEDICA)
2. Continuità assistenziale e integrazione ospedale/ territorio attraverso la definizione di percorsi terapeutici individualizzati;
3. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE EXTRAOSPEDALIERA;
4. Diagnostica strumentale e di laboratorio;
5. ASSISTENZA DOMICILIARE (ADI, ADP, ASSISTENZA SOCIALE, ASSISTENZA A MALATI ONCOLOGICI E A PERSONE CON INFEZIONE DA HIV);
6. Assistenza extra-ospedaliera, residenziale e semiresidenziale;
7. ASSISTENZA CONSULTORIALE, FAMILIARE E PEDIATRICA;
8. Programmazione degli accessi all'ospedale di comunità.
9. PREVENZIONE NELL'AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO;
10. Tutela della Salute mentale e assistenza psichiatrica;
11. EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA.

UN GRANDE OBIETTIVO: la Casa della Salute

La *Casa della salute* è un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate fra loro in cui si realizza **la presa in carico del cittadino** per tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano

LE AREE ELEMENTARI e la "Casa della Salute"

In ogni area elementare in cui viene articolato il distretto (bacino di 5-25.000 abitanti) viene realizzata una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione.

La "casa della salute" è tale luogo di ricomposizione; in essa cooperano attraverso il lavoro di gruppo il personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), i medici di base (che vi eleggeranno il proprio studio associato) e gli specialisti ambulatoriali.

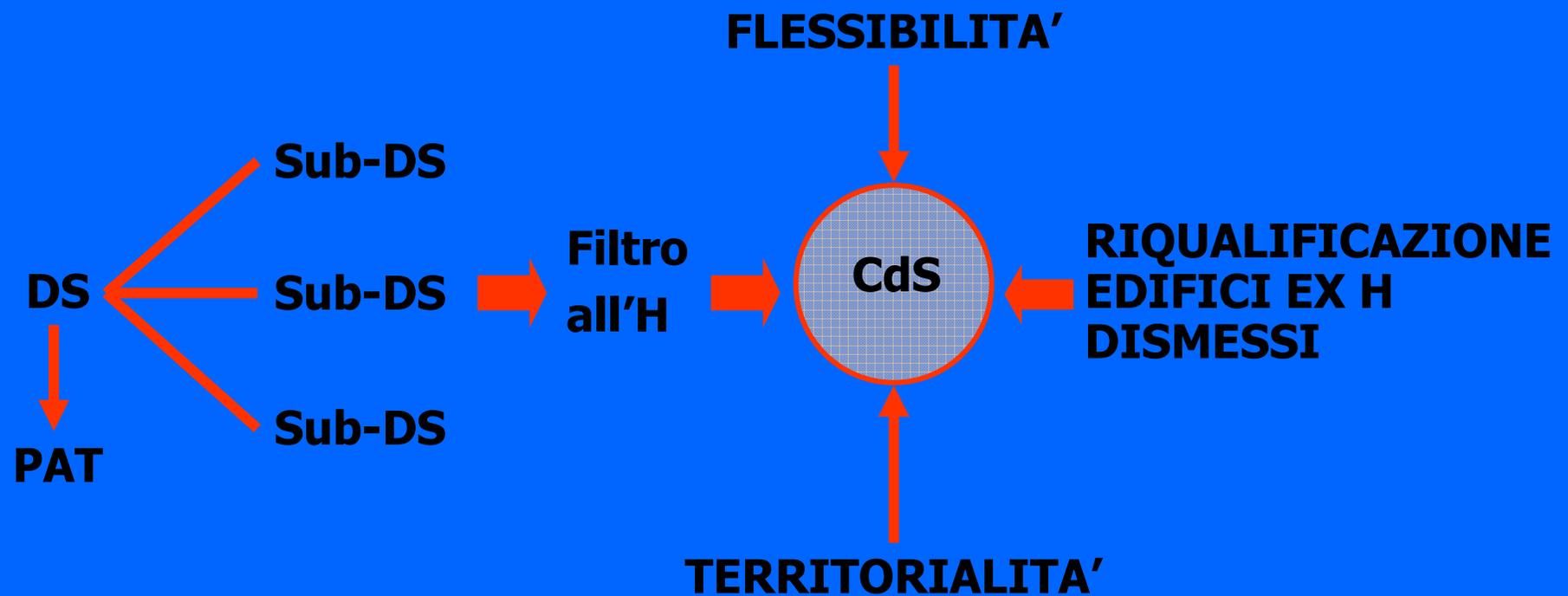
LE FUNZIONI

- Nella "casa della salute" vengono effettuati gli accertamenti diagnostico-strumentali di base 7 giorni su 7 e per almeno 12 ore al giorno
- Nella casa della salute viene realizzata la gestione informatizzata di tutti i dati sanitari e vengono attivate le procedure di teleconsulto e telemedicina;
- Nella "casa della salute" vengono implementate le linee guide condivise attraverso l'elaborazione da parte degli operatori presenti di percorsi terapeutici sulle principali patologie;
- Nella casa della salute è attivato lo sportello unico per tutte le attività sociali ed assistenziali ed è realizzata **la presa in carico** del paziente con la delineazione del percorso di cura individualizzato superando la precedente frammentarietà negli interventi.

La casa della salute: *partecipazione, educazione sanitaria e family learning :*

- I cittadini vengono coinvolti direttamente o attraverso loro rappresentanti nella definizione dei **bisogni di salute** e nella elaborazione del PAT/PLS
- I cittadini vengono consultati per definire **“cosa”** e **“come”** produrre in termini di servizi e prestazioni necessarie alla comunità
- I cittadini vengono chiamati a **verificare** l'efficacia degli interventi e gli outcomes realizzati da cui derivano atti conseguenti
- I cittadini e le loro famiglie vengono addestrate alla auto gestione delle malattie croniche

La casa della salute



La casa della salute

Funzioni fondanti o invarianti CdS



La casa della salute

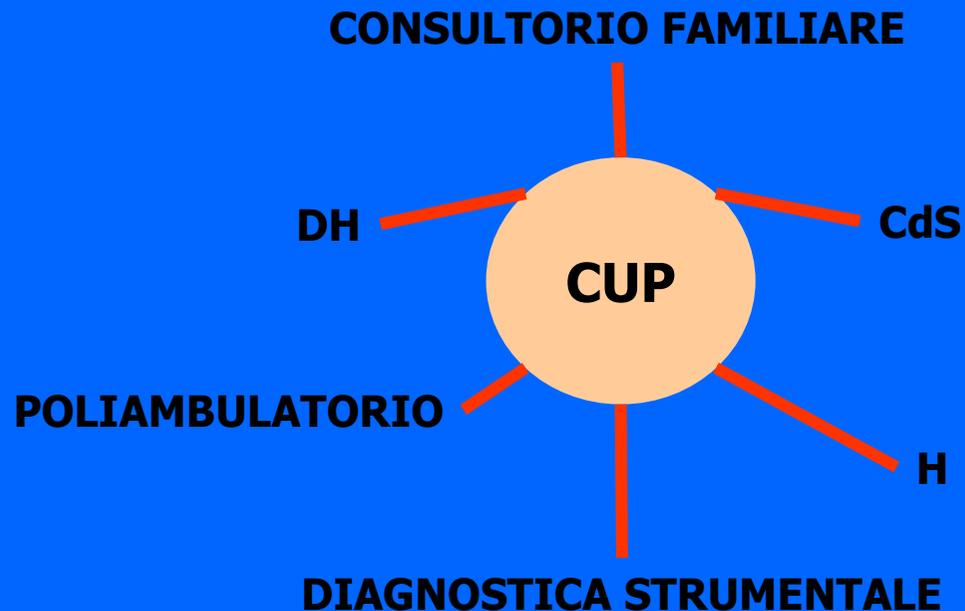


PRESA IN CARICO

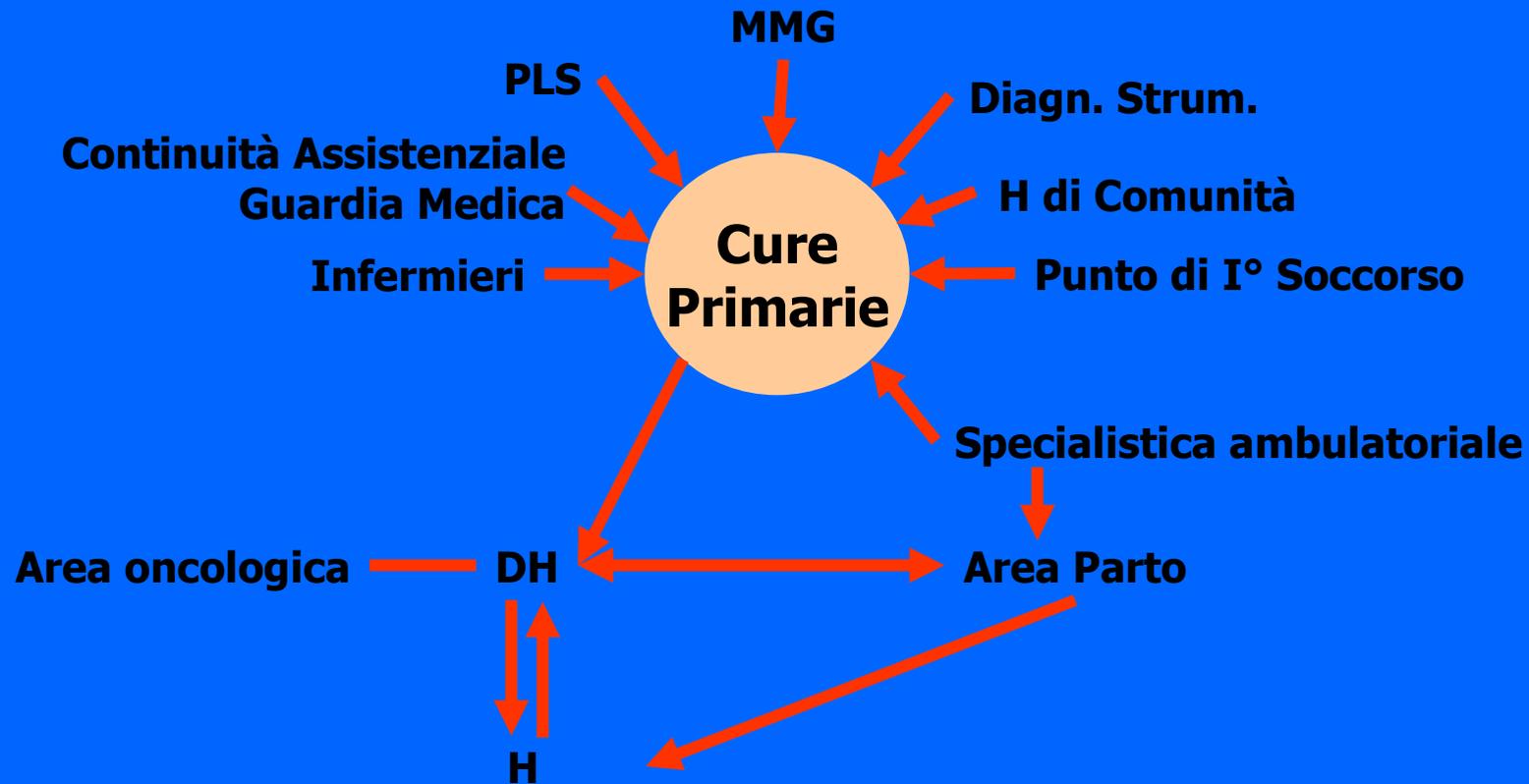
DOMANDA DEL CITTADINO



ACCOMPAGNAMENTO PERCORSO ASSISTENZIALE



La casa della salute



La casa della salute



La casa della salute



1° Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie

Bologna 25 -26 febbraio 2008

“La casa della salute: il lavoro in team
per una nuova qualità dell’assistenza”

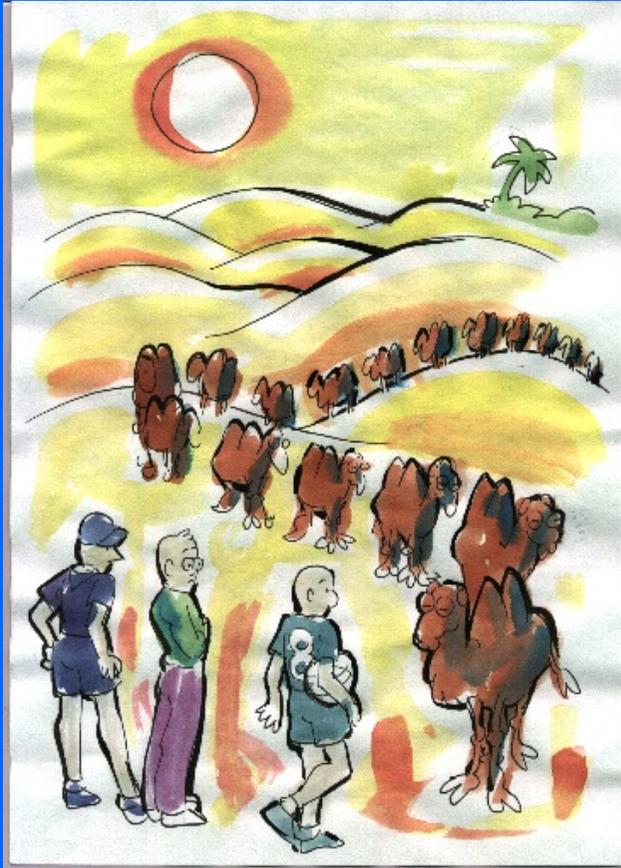
Seconda Parte

Roberto Polillo e Antonino Trimarchi



Ministero della Salute

La CASA DELLA SALUTE



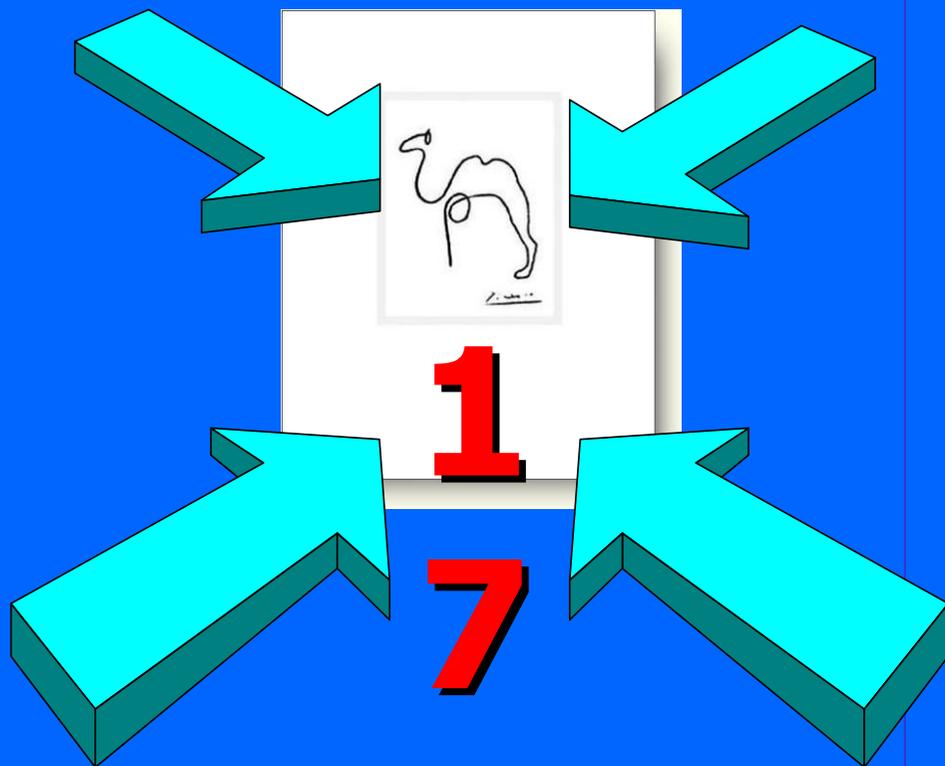
17

CAMMELLI **DI EREDITÀ**

*Come utilizzare al meglio il
"PRESTITO DELLA SALUTE"
ricevuto dai nostri Pronipoti*

LA CASA DELLA SALUTE

ovvero la questione del
DENOMINATORE COMUNE



EREDITÀ

Al Fratello
MEDICO

$$1/2 \text{ di } 17 = 8,5$$

Al Fratello

OPERATORE SANITARIO

$$1/3 \text{ di } 17 = 5,6$$

Al Fratello

OPERATORE SOCIALE

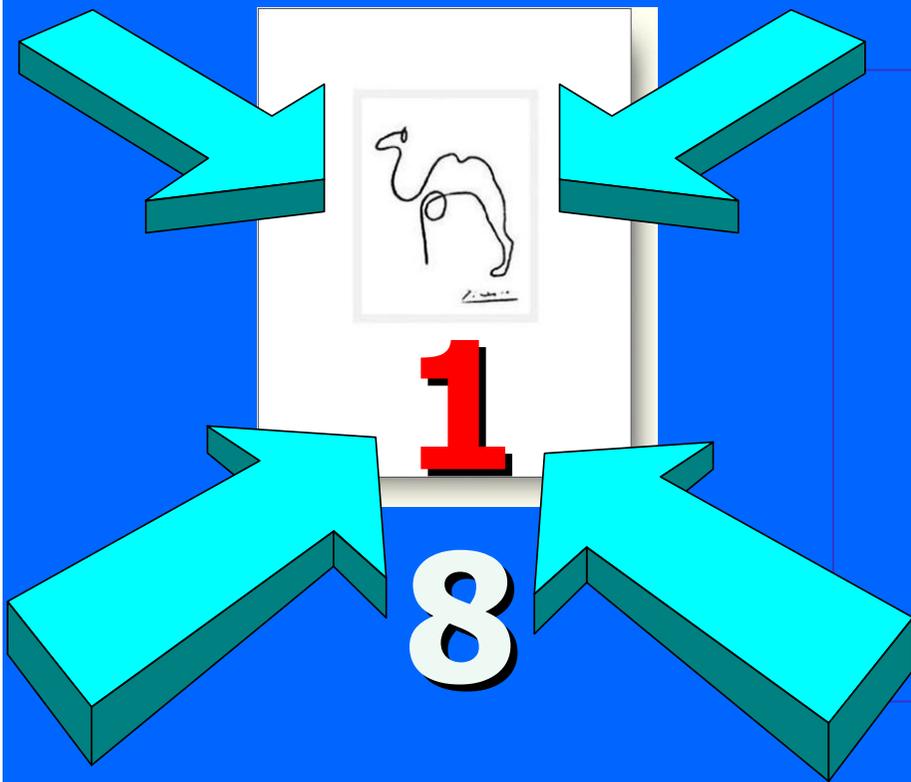
$$1/9 \text{ di } 17 = 1,9$$

Ma ... come si possono uccidere dei Cammelli?

IL 18° CAMMELLO **come** La CASA della SALUTE

- Il "VUOTO del PIENO": la questione del Denominatore Comune -

Il Padre del Deserto mette a disposizione il suo cammello
17 → 18 e invita i fratelli a eseguire il testamento



$$18: 1/2 = 9 +$$

$$18: 1/3 = 6 +$$

$$18: 1/9 = \underline{2} +$$

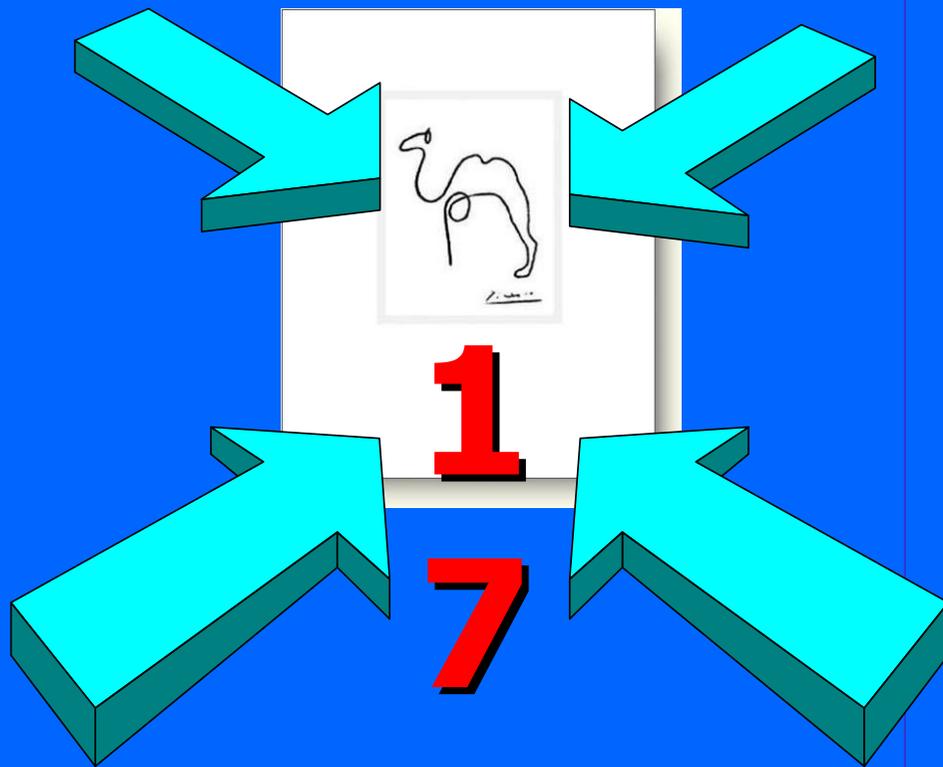
17

$$18 - 17 = 1$$

Il Padre del deserto felice, si riprende il suo cammello e se ne va !

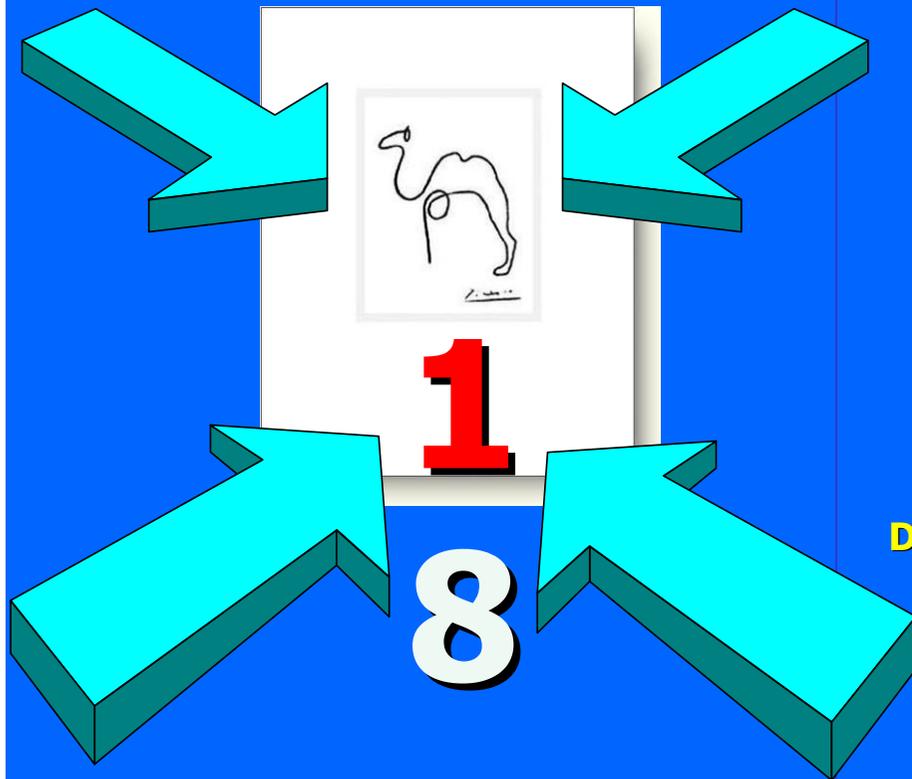
LA CASA DELLA SALUTE

ovvero la questione del
DENOMINATORE COMUNE



L'ERRORE
dei tre fratelli
sta nel prendere il
17
COME COMUNE
DENOMINATORE
senza considerare
il VUOTO ...

IL "VUOTO" CASA DELLA SALUTE
come VALORE fondante
il COMUNE DENOMINATORE



Com-prendere l'Eredità
del Padre del DESERTO
comporta il passaggio
dal **CONFLITTO d'INTERESSI**
IO/VOI

alla triade
IO/NOI/CONTESTO

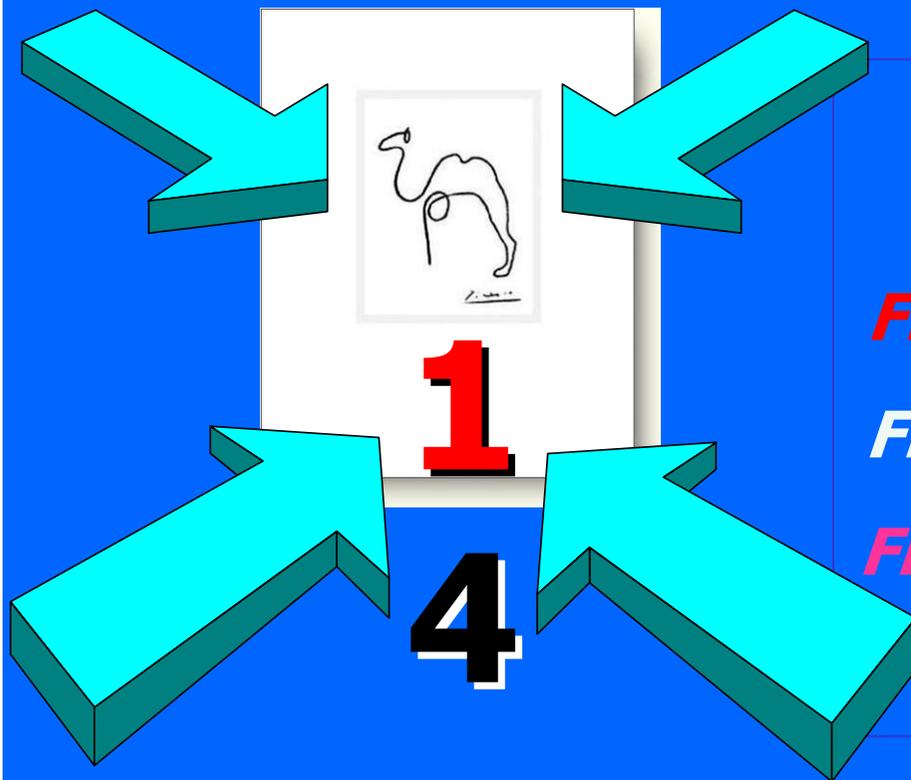
lo **SPAZIO-TEMPO**

DOVE EDUCARSI ALLA CREATIVITÀ COOPERATIVA

Significa poter **RICONOSCERE**
nella **RELAZIONE**
di **APPARTENENZA**
"INTERESSI - INTERESSANTI"

LO SPOSTAMENTO CREATO DAL VUOTO DELLA CASA DELLA SALUTE E LA RIS-COPERTA DEL LAVORO IN TEAM

i 3 "Fratelli" si chiedono:
"se aggiungere non serviva, ci deve essere una altra Via"



*Provano allora a lasciare
i "diritti garantiti":*

<i>Fr. Medico</i>	$8,5 - 0,5 = 8 +$
<i>Fr. Op. San.</i>	$5,6 - 0,6 = 5 +$
<i>Fr. Op. Soc.</i>	$1,9 - 0,9 = \underline{1} +$
	14

17-14= 3

INCREDIBILE:

A CIASCUNO

UN CAMMELLO!

PER LA PARTE

LASCIATA,

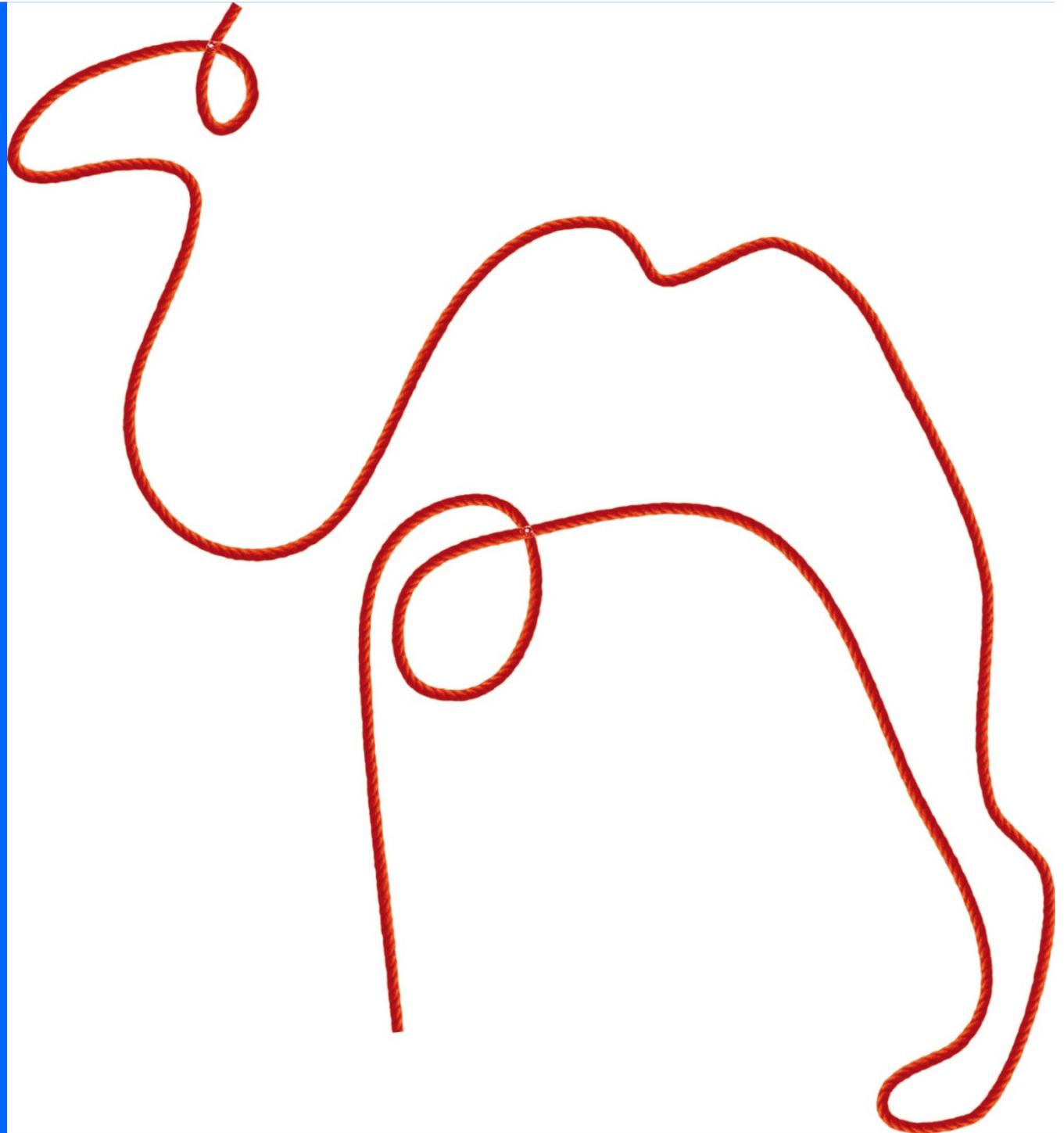
CIASCUN

"STAKEHOLDER"

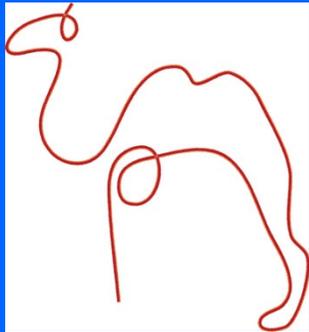
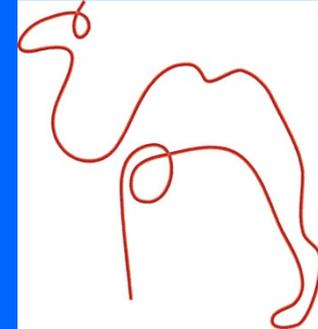
SI RITROVA

UN

INTERO!

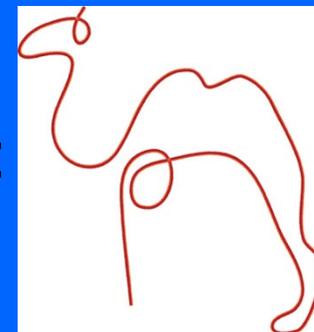


1 COME LA CASA DELLA SALUTE CHE INSEGNA A
RICONOSCERE E TUTELARE IL DENOMINATORE COMUNE



1 COME IL TEAM CHE INSEGNA A LASCIARE LA
PROPRIA PARTE E A CONDIVIDERE L'INTERO

1 COME IL PAZIENTE CHE RICONDUCE ALLA PARTE
SENZA LA QUALE NON SI PUÒ PERSEGUIRE IL TUTTO



IL
Cammello
si sfila...



**Le Cure
Primarie**
il filo rosso
di garanzia,
*della salute
di tutti
per tutti
nel SSN:*
Perché la salute
sia in tutte le
politiche!

La Casa della Salute si profila ...

**Il Team
delle Cure Primarie**

**SI COMPONE
nella
Casa della Salute**

*a sostegno
del Welfare
Nazionale*



Per un NEW DEAL DELLA SALUTE:

- NUOVO CORSO*
- NUOVO PROGETTO*
- NUOVO ACCORDO*
- NUOVO RELAZIONE*

*NEL
PRENDERSI
CURA*

Lavoro in TEAM è ...

CON-FORMAZIONE

DE-FORMAZIONE

TRANS - FORMAZIONE

PER-FORMAZIONE

IN-FORMAZIONE

RICERCA-AZIONE CHE CONNETTE = "NOI SIAMO RELAZIONE"

**PROGETTO CASA della SALUTE:
LA FORZA DELLA RICERCA**

IL SI

**CHE CONTIENE I NO DEI MOLTEPLICI PUNTI
DI VISTA E LI TRASFORMA IN ACCESSO A
DOMANDE E INFORMAZIONI NUOVE E ANTICHE**

NO → ON

PER CONNETTERLE

E COSTRUIRE "PONTI" SULLA COMPLESSITÀ

VERSO UN'ETICA DELLA SALUTE SOSTENIBILE

*IL Sistema
delle Cure
Primarie
si incammina ...*

*verso una nuova
qualità dell'Assistenza!*

**Siamo pronti
ad USCIRE
dall'anonimato
e
dall'autoreferenzialità?**

*È più facile
per un cammello
passare per la cruna
di un ago ...*

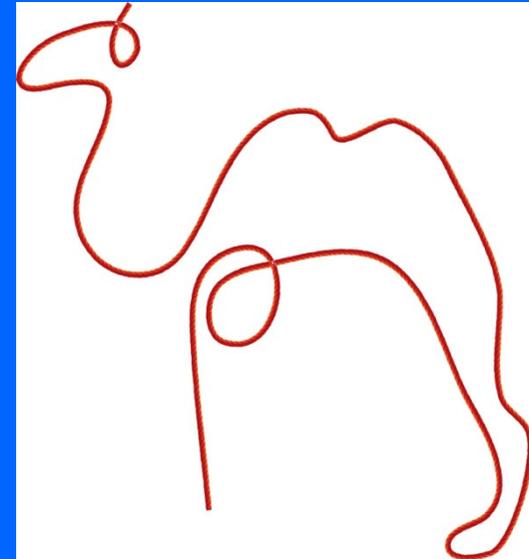
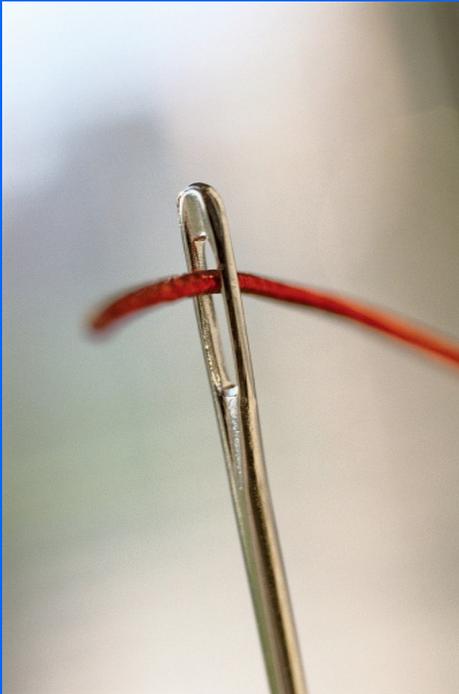
Ma ora...

Yes, we can!



Ringraziamenti

1. *Livia Turco*
 2. *Marina Costa*
 3. *Stefano Inglese*
 4. *Bruno Benigni*
 5. *Ivan Cavicchi*
 6. *Maura Cossutta*
 7. *Marco D'Alema*
 8. *Vaifra Palanca*
 9. *Giuseppe Vaccari*
 10. *Alessandra Bellini*
 11. *Alessandra Bernocco*
 12. *Monica Cecconi*
 13. *Loredana Di Liginio*
 14. *Anna Guarnaccia*
 15. *Francesco La Torre*
 16. *Paola Pellegrino*
 17. *Paolo Kirschner (grafica)*
- e ...
- 18° ... Giulio A. Maccacaro**



Grazie per l'attenzione

Riferimenti

a.trimarchi@sanita.it

b.polillo@sanita.it



Ministero della Salute