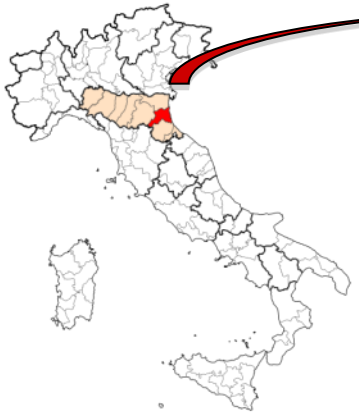
Servizio Sanitario Regionale
Emilia – Romagna
Azienda Unità Sanitaria di Ravenna

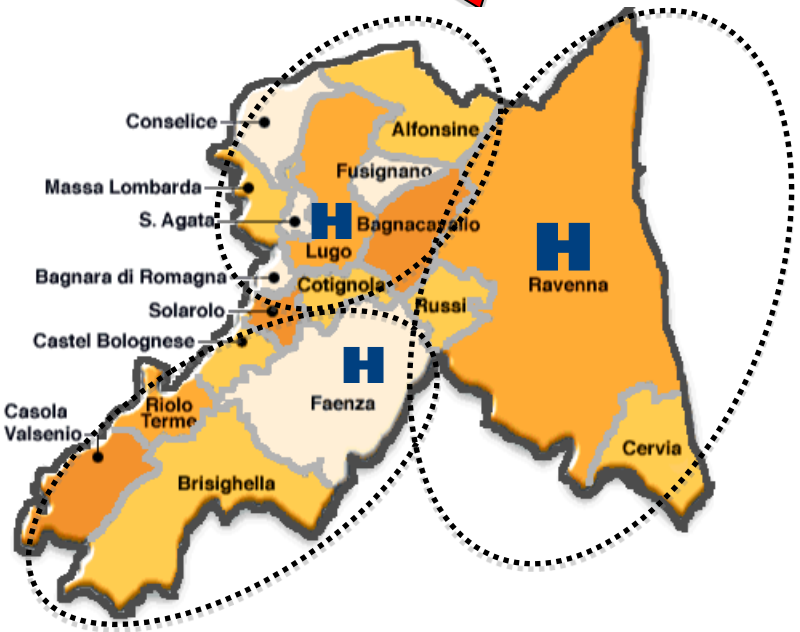
La continuità delle cure e il coordinamento tra territorio e ospedale

Tiziano Carradori
Francesca Bravi

Direzione Generale AUSL RA

percorsi di innovazione nelle cure primarie.
Parma 2011





Superficie: Kmq 1.858,49. 18 Comuni

Organizzazione territoriale articolata in 3 Distretti:
- Ravenna (3 Comuni, in pianura)
- Lugo (9 Comuni, in pianura)
- Faenza (4 Comuni, in pianura; 2, in collina)

Densità: 210 ab/Kmq

Popolazione Totale al 01/01- 31/12 /2010	389.508 – 392.458
Popolazione immigrata	9,5%
Popolazione > 65 aa al 01/01/2010	23,75%
3 Stabilimenti ospedalieri pubblici PL/1000	4,19 (3,35)
PL residenziali % over 74	3,06
MMG	287

Contesto complesso e sottoposto a tensioni contrastanti

Innovazione e sviluppo tecnologico

Sviluppo strategie diagnostico - terapeutiche

Prevalenza malattie cronico-degenerative

Aspettative della popolazione e medicalizzazione della società

Miglior stato di salute, aumento delle diseguaglianze

Sicurezza del sistema di produzione e del prodotto

Invecchiamento della popolazione

Aumento e sofisticazione della domanda
Aumento del consumo di prestazioni
Modernizzazione del sistema tecnico

Vincoli di spesa e sostenibilità economica

Responsività

Accessibilità

Efficienza

Qualità

Efficacia

Malattia/e Cronica/che

Non Autosufficienza

Invecchiamento della popolazione:

Il 23,7% di over 65
Il 12,5% di over 75
Il 3,7% di over 85

37% degli over 75 vive in condizioni di solitudine anagrafica

condizioni di disabilità

5% di over 6
19% over 65
48% over 80

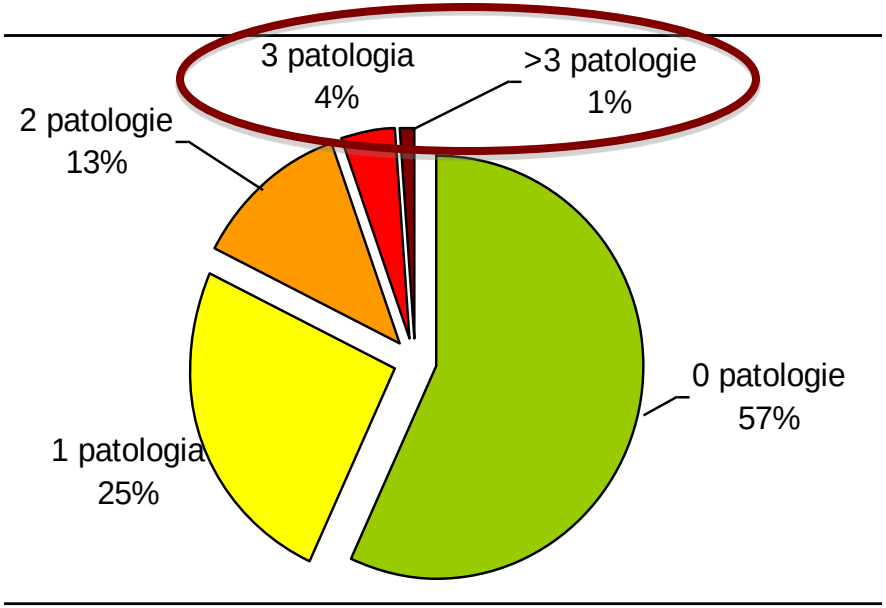
Confinamento individuale 2% over 6, 25% over 80
Disabilità funzionale 3% over 6, 33% over 80
Disabilità di movimento 2,2% over 6, 22,5 over 80
Sensoriali 1% over 6,

2010 **Nella popolazione** **con età > 18 anni il 41% presenta almeno una malattia cronica**
con età > 64 anni Il 79% "
tra quelli con malattia, il il 40% ne presenta due o più

Patologie croniche

2009 Nella popolazione con età >18 anni

Numero Patologie Croniche	Soggetti	%
0 patologie	174.475	57%
1 patologia	78.376	25%
2 patologie	39.060	13%
3 patologie	12.893	4%
>3 patologie	3.003	1%
Totale	307.807	100%



Il maggiore utilizzo di servizi sanitari e sociali si concentra in una porzione ristretta della popolazione.

Le persone che richiedono la gran parte dei servizi hanno problemi sanitari di tipo cronico, che nell'anziano sono spesso plurimi e concomitanti, segnati da episodi acuti che quando si manifestano in un contesto di isolamento sociale e di difficoltà economiche, amplificano le loro conseguenze e aumentano il ricorso ai servizi

Sul totale dei dimessi da reparti per acuti il 49% circa ha una età>64 anni (27.171) e consuma il 62% circa delle giornate di degenza per acuti

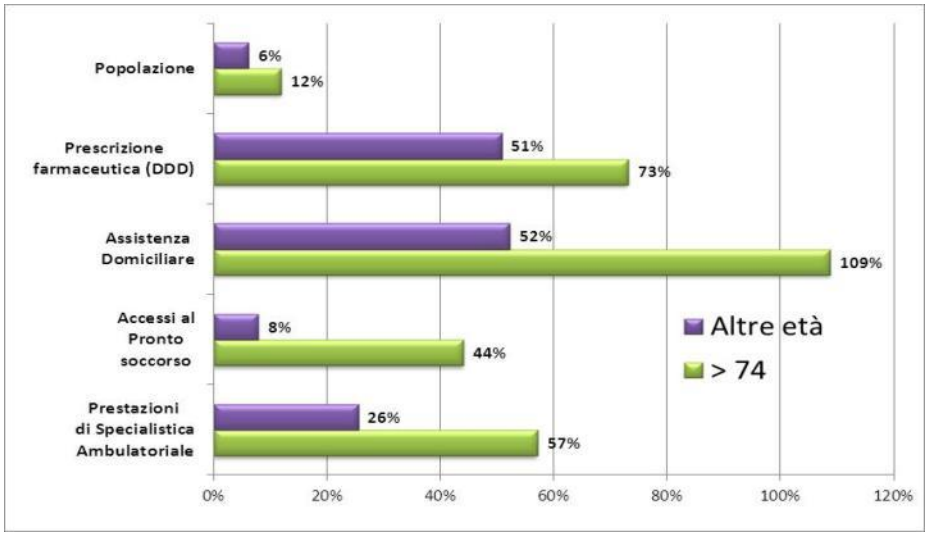
Ospedalizzazione

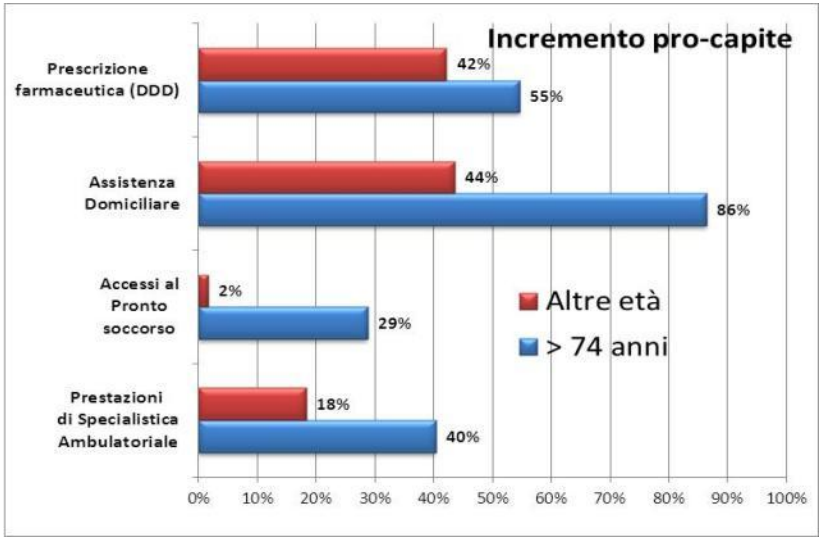
Tassi per 1.000 residenti di 3 o più ricoveri e accessi ripetuti

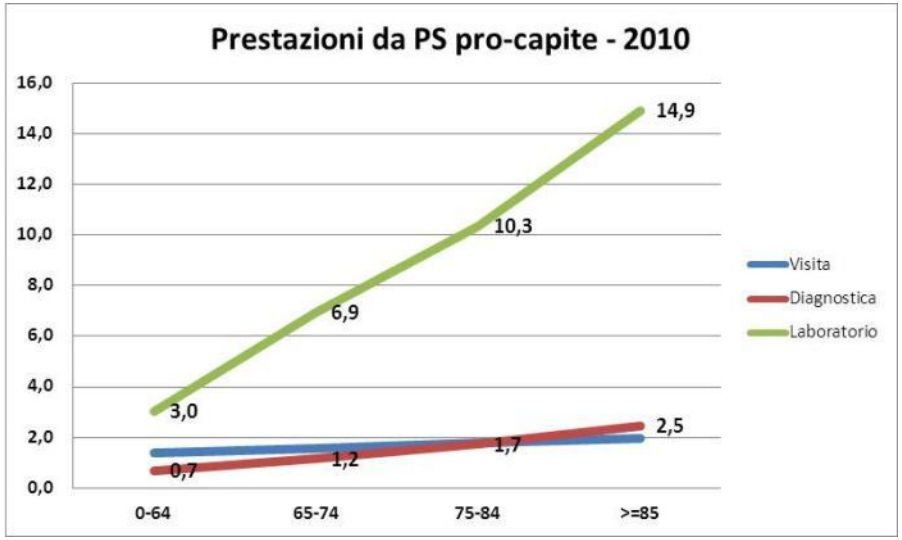
	Accessi PS	Ricoveri ordinari	Ricoveri urgenti
65-74	32,2	12,9	4,2
75-84	54,8	23,9	12,5
85 e più	70,3	34,0	23,9
Fragili > 65	114,3	67,2	42,7

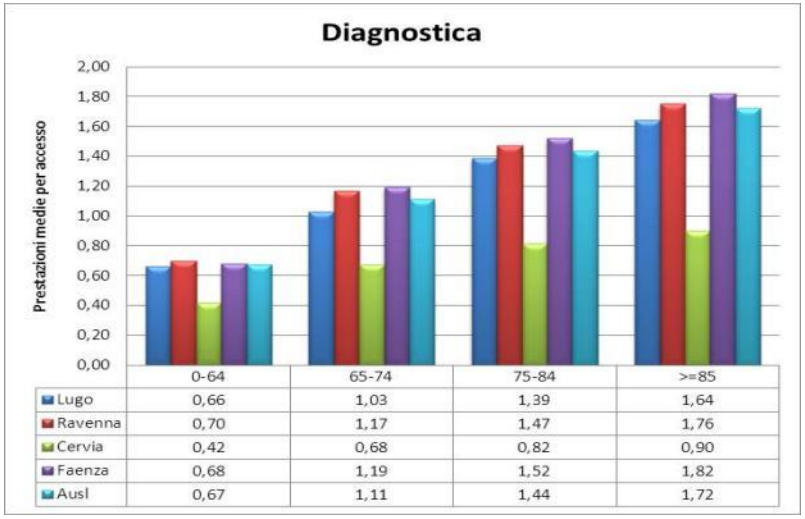
Comparazione della popolazione generale classificata per età con quella identificata in base a condizioni di fragilità in base ad un modello statistico predittivo

Variazione nei servizi assistenziali erogati in Emilia-Romagna nel 2009 rispetto al 2002 per >74 anni vs le altre età

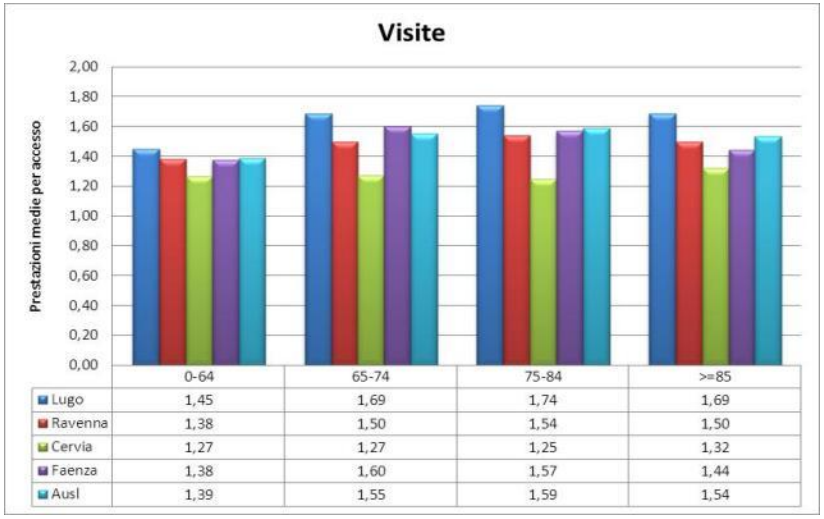




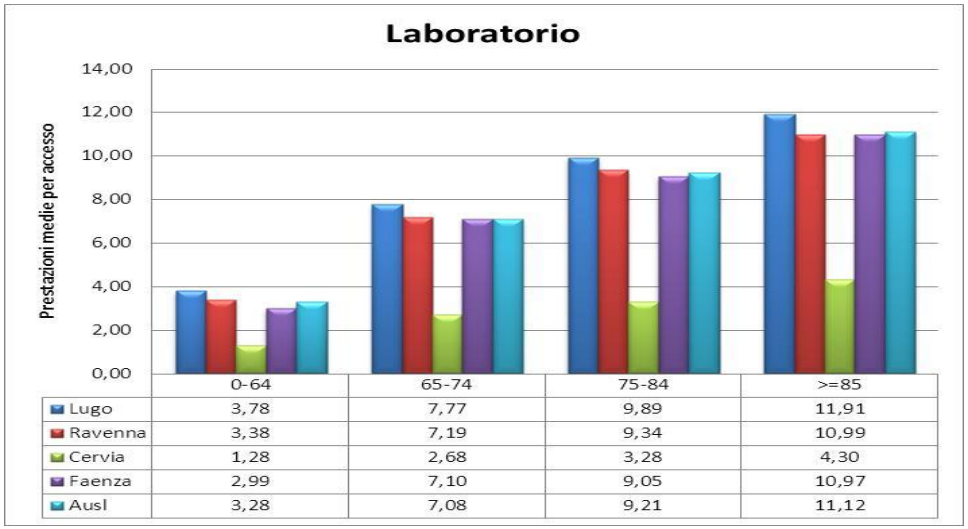




	0-64	65-74	75-84	>=85
Lugo	0,66	1,03	1,39	1,64
Ravenna	0,70	1,17	1,47	1,76
Cervia	0,42	0,68	0,82	0,90
Faenza	0,68	1,19	1,52	1,82
Ausl	0,67	1,11	1,44	1,72



	0-64	65-74	75-84	>=85
Lugo	1,45	1,69	1,74	1,69
Ravenna	1,38	1,50	1,54	1,50
Cervia	1,27	1,27	1,25	1,32
Faenza	1,38	1,60	1,57	1,44
Ausl	1,39	1,55	1,59	1,54

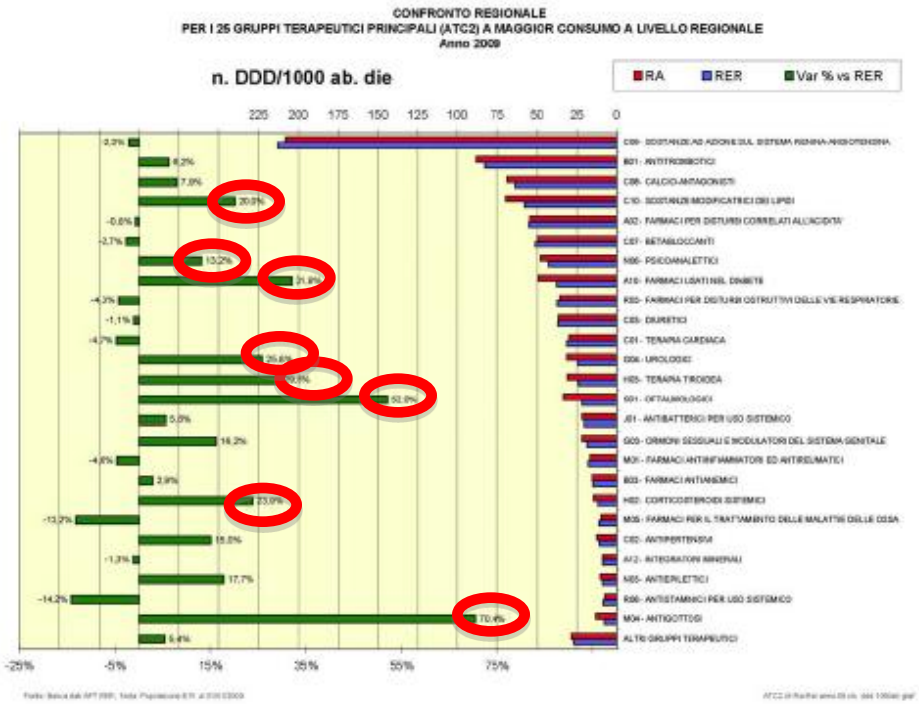


	0-64	65-74	75-84	>=85
Lugo	3,78	7,77	9,89	11,91
Ravenna	3,38	7,19	9,34	10,99
Cervia	1,28	2,68	3,28	4,30
Faenza	2,99	7,10	9,05	10,97
Ausl	3,28	7,08	9,21	11,12

Tasso di ospedalizzazione evitabile

Patologia	Anno	Casi	Ausl Ra*	Rer*	Diff. %
Asma	2008	72	0,22	0,27	-19%
	2009	73	0,22	0,20	13%
Malattie congenite del cuore	2008	1497	4,55	3,13	45%
	2009	1451	4,41	2,76	60%
Malattie polmonari cronico ostruttive	2008	745	2,27	1,95	16%
	2009	718	2,18	1,74	26%
Diabete	2008	54	0,16	0,25	-35%
	2009	52	0,16	0,23	-32%
Ipertensione	2008	21	0,06	0,08	-24%
	2009	53	0,16	0,09	83%
Totale	2008	2389	7,26	5,67	28%
	2009	2347	7,13	5,01	42%

*per 1000 residenti



Oggettivi, e in alcuni casi, significativi margini di miglioramento nella qualità della presa in carico della persona con malattia cronica. Sia in occasione dell'episodio di cura acuto in ambiente ospedaliero, sia nella presa in carico della persona e della sua malattia a livello di assistenza primaria.

La continuità dell'assistenza
un attributo che risponde contemporaneamente all'insieme delle sfide poste ad un sistema di servizi che si ponga l'obiettivo di qualità e di concorrenzialità rispetto a forme ad esso alternative

Continuità? Di cosa parliamo?

a process involving the orderly, uninterrupted movement of patients among the diverse elements of the service delivery system (Barachrach 1981)

Inesistenza, inaccessibilità o non adeguamento dei servizi (gaps)
Mancanza di coordinamento e di integrazione tra i servizi (craks)
Abbandono/perdita di persone in cura da parte dei servizi (drop – out)

Longitudine: continuità nel tempo

Personalizzazione: adattamento alla realtà particolare della persona

Globalità: risposta all'insieme dei bisogni con una molteplicità di servizi

Flessibilità: aggiustamento all'evoluzione del contesto

Umanizzazione: personalizzazione che favorisca la fiducia reciproca

Accessibilità: assenza di barriere

Comunicazione: tra chi assiste le persone e i loro prossimi

Empowerment: sviluppo delle capacità e degli strumenti della persona e dei suoi prossimi

Il nostro maggiore difetto non sta nella conoscenza ma nel modo in cui applicano ciò che già conosciamo

Riorientamento strategico

Dall'hardware al software

Centralità della persona

Responsività

Presa in carico proattiva

Integrazione

Assistenza Ospedaliera

Second opinion

Assistenza psicologica

Medico di riferimento

Assistenza Primaria

Equipes integrate per la gestione proattiva delle principali malattie croniche

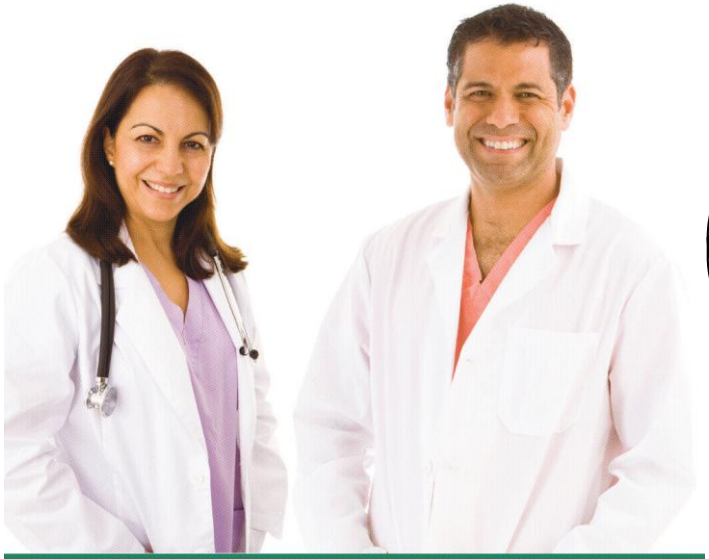
Riorganizzazione salute mentale

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna

Medico e infermiere di riferimento

Umanizzazione, Coordinamento, Continuità, Globalità

Il tuo medico di riferimento
Puoi fidarti



Durante il ricovero ospedaliero hai dei precisi diritti. Un medico e un infermiere di riferimento vengono individuati appositamente per aiutarti a fare in modo che ti siano riconosciuti. **Scopri come.**

Bisogno acuto in persona con polipatologia cronica e/o con limitazione dell'autosufficienza, di complessità/intensità variabili

Episodi di cura ospedalieri ripetuti/ricorrenti
Attivazione di competenze molteplici
Importanza dell'assistenza a monte e a valle dell'episodio di cura ospedaliero

Alto rischio di frammentazione dell'assistenza e di riduzione dei diritti della persona malata

Obiettivi:

❖ Superare la frammentarietà delle cure all'interno della struttura

❖ Coordinare tutti gli attori in campo e mantenere una visione d'insieme del percorso di cura della persona

❖ Garantire alla persona malata e ai suoi famigliari un'informazione completa e costante attraverso un interlocutore prevalente

❖ Riportare ad unitarietà informativa e organizzativa il percorso assistenziale

❖ Fornire, al mmg e all'assistenza territoriale, interlocutori unici per l'episodio di cura ospedaliero

Destinatari

Progetto, attivato nel settembre 2009, rivolto alle persone ricoverate nelle unità operative di:

Medicina Interna

Neurologia

Geriatria

Lungodegenza

Post-acuti

Riabilitazione

Aree di responsabilità

- informazione completa e continua alla persona ricoverata e ai prossimi
- predisposizione e aggiornamento del piano assistenziale
- coordinamento episodio di cura
- interazione con professionisti di settori assistenziali diversi
- tenuta della documentazione clinica
- pianificazione della dimissione/del trasferimento
- programmazione controlli successivi alla dimissione
- interazione con mmg e assistenza infermieristica primaria

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna

Prime valutazion

Andamento percentuale delle Dimissioni protette sul totale delle dimissioni ospedaliere

Distretti	ANNO 2005 % sul totale dimissioni	ANNO 2006 % sul totale dimissioni	ANNO 2007 % sul totale dimissioni	ANNO 2008 % sul totale dimissioni	ANNO 2009 % sul totale dimissioni
Ravenna	0,6	0,9	1,3	1,8	3,5
Faenza	1,3	1,8	2,4	3,3	4,2
Lugo	1,7	2,0	1,9	3,2	3,4
Totale AUSL	1,1	1,4	1,71	2,52	3,6
RER	0,7	0,8	0,83	1	1,38

Fonte: dati SDO

Nel 2010 il 78% dei ricoverati nei reparti oggetto della sperimentazione ha avuto un medico di riferimento che è stato comunicato al mmg tramite mail di avvenuto ricovero del proprio assistito.

I ricoverati intervistati si sentono ascoltati adeguatamente e le spiegazioni date loro sono chiare nel 90,48%; si rivolgono a questa figura durante il ricovero nel 79,37% dei casi

I familiari riportano di non avere trovato difficoltà a parlare col medico di riferimento nel 80,56% dei casi

I pazienti in particolare esprimono giudizi migliori sul servizio ospedaliero rispetto ai caregivers (molto poco/poco, cosi così, molto/moltissimo 4,49%, 12,24%, 83,27% vs 7,97%, 19,52%, 75,51%; p=0,015) e si rafforza la percezione positiva per coloro che riconoscono il MDR

Gli intervistati meno soddisfatti del servizio ospedaliero sono quelli con peggiore percezione del proprio stato di salute e i più anziani

Il sottogruppo di pazienti che non ha riconosciuto il MDR ha un'età avanzata (79,4±11.1) e bassa scolarità (65% nessun titolo di studio e bassa scolarità)

Medico e infermiere di riferimento prime considerazioni

Sono stati condotti 2 Focus Group a Febbraio 2011, uno per Ravenna e uno per Lugo - Faenza) ad un gruppo di 8 - 12 persone, della durata di un'ora e mezza – due ore, ove i partecipanti, guidati da un moderatore, sono stati chiamati ad esprimere i loro vissuti ed i loro atteggiamenti su diversi aspetti.

- Si conferma la validità delle azioni intraprese secondo i principi della continuità assistenziale e del paziente al centro dei processi di cura
- L'aspetto critico trasversale: la relazione con il MMG

Azioni: colmare l'attuale "asimmetria progettuale" attraverso il confronto tra le diverse professionalità, per esplicitare i nodi problematici e proporre soluzioni possibili, approfittando della riorganizzazione dei NCP nell'ottica della gestione proattiva delle patologie croniche.

Approccio integrato di prevenzione e gestione della persona con malattia croniche

Agire su

- **Organizzazione dei servizi**
- **Supporto all'autogestione**
- **Supporto alla decisione clinica**
- **Sviluppo del sistema informativo**
- **Uso delle risorse della comunità**

Organizzare una coerenza duratura nel tempo tra

Sistema di valori
Sistema clinico
Governo

per generare equipes di cure primarie proattive e organizzate in modo da interagire con pazienti informati e attivi

Sperimentazione dell'approccio person oriented care/CCM in 3 NCP (58.512 assistiti)

Attivazione Ambulatorio di Patologia Cronica

Cosa è stato fatto?

- Formazione integrata MMG, infermieri e operatori sociale
- Individuazione e stadiazione dei casi (creazione del Registro dei pazienti affetti da polipatologia)
- Acquisizione strumenti (spirometri, elettrocardiografi…) e risorse umane (infermieri, farmacisti, amministrativi) per la gestione proattiva
- Creazione percorsi facilitati (fast track) per esami urgenti, procedure di follow-up, visite specialistiche per la gestione della patologia cronica attraverso l'individuazione anche di figure ospedaliere di riferimento

Strumenti informativi e informatici

Cosa è stato fatto?

- Progettazione cartella condivisa MMG - infermiere per la gestione dell'ambulatorio di patologia cronica
- Sistema di gestione basato EBM per l'implementazione della medicina d'iniziativa sulla cartella clinica del MMG:
  - Corretta individuazione dei pazienti polipatologici (linkage dati MMG e fonti amministrative correnti)
  - Distribuzione diretta dei farmaci per poliprescritti (pacchetto individualizzato dei farmaci)
  - Sistemi di controllo sulle prescrizione di esami di laboratorio e farmaci (uso prontuario terapeutico provinciale/farmaci equivalenti)

A volte si ha l'impressione di una fatica degna di Sisifo

Debolezza del commitment di sistema

Cultura e pratica professionale

Cultura organizzativa e gestionale

Disallineamento degli strumenti incentivanti

Il cambiamento
quando è necessario prende tempo,
quando diventa inevitabile è tardi.