

# Modelli assistenziali dei territori a confronto: la voce dell'Emilia-Romagna

*Antonio Brambilla*

Responsabile Servizio Assistenza Territoriale

Direzione Generale, Cura della Persona, Regione Emilia Romagna

## Il nuovo PSSR 2017-2019



I principi del nuovo **PSSR 2017-2019**:  
approvato dall'Assemblea Legislativa regionale  
con delibera n. 120 del 12 luglio 2017



## Principi, strumenti e modelli organizzativi

Equità & Facilitazione  
all'accesso  
Presa in carico  
Empowerment  
Partecipazione delle comunità  
(72% delle CdS)  
Integrazione  
multiprofessionale

Obiettivi misurabili alle  
AUSL  
Registri di patologia e  
profili di rischio



Dai PDTA ai **Piani di Cura  
personalizzati**

**204 Nuclei di Cure Primarie**  
**96 Case della Salute** con ambulatorio  
**infermieristico** per la gestione integrata  
della cronicità (media 3 infermieri per  
amb)  
**17 Ospedali di comunità**

**Piano Sociale-Sanitario 2017 – 2019**

## Reti di Accompagnamento e meccanismi di coordinamento operativo

- PUAS/PCAP: dimissioni protette, rapporto con residenze e domiciliarità
- Board organizzativo/gestionale delle Casa della Salute e le aree trasversali di intervento
- RiskER
- Telemedicina in aree disagiate (sperimentazione nelle aree montate e pedemontane dell'Emilia-Romagna)

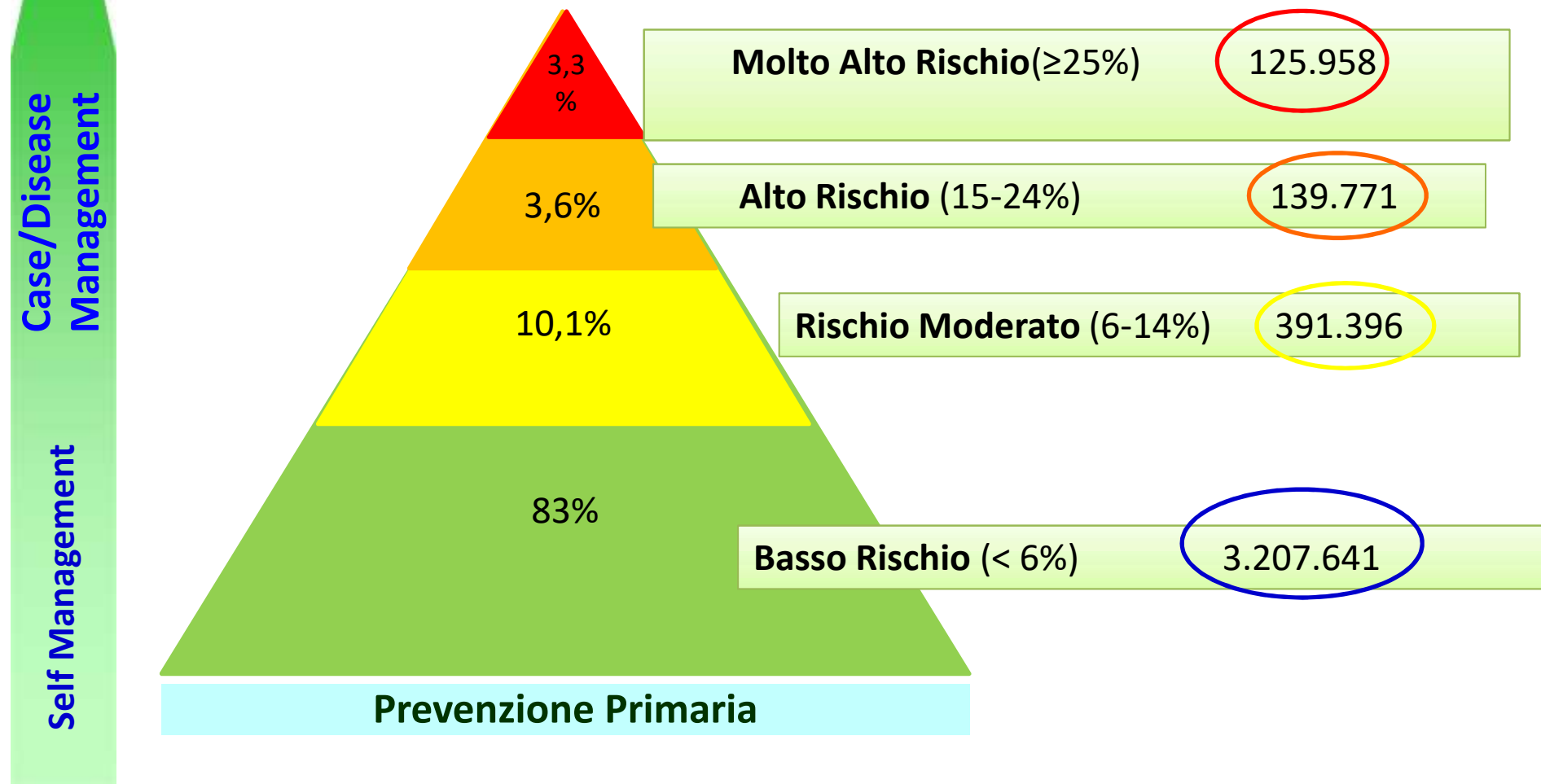
## Si lavora per aree trasversali di intervento

Prevenzione e promozione della salute	Benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni	Popolazione con bisogni occasionali-episodici	Prevenzione e presa in carico della cronicità	Non Autosufficienza	Rete cure palliative
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppi di educazione alla salute</li> <li>• Progetti di comunità su stili di vita salutari (alimentazione, attività fisica, alcol, fumo)</li> <li>• Camminate della salute</li> <li>• Incontri tra professionisti e popolazione</li> <li>• Vaccinazioni in età pediatrica e adulta</li> <li>• Prevenzione obesità infantile</li> <li>• Screening oncologici</li> <li>• Progetto antibioticoresistenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promozione allattamento al seno</li> <li>• Percorso nascita, IVG, sterilità</li> <li>• Percorso maltrattamento e abuso sui minori</li> <li>• Progetto adolescenza (DGR 590/2013)</li> <li>• Disagio psichico e consumo sostanze nei giovani</li> <li>• Prevenzione violenza domestica e sessuale</li> <li>• Cronicità in età pediatrica</li> <li>• Programma DSA</li> </ul>	<p>Popolazione generale che ricorre alle attività presenti nella Casa della Salute per un problema di salute circoscritto e un periodo di tempo delimitato</p> <p>Tra le nuove attività: accoglienza, valutazione, <i>counselling</i> per problemi di natura psicosociale nella popolazione adulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppi sui corretti stili di vita</li> <li>• Lettura integrata del rischio cardiovascolare</li> <li>• Programma Leggeri</li> <li>• Programma Budget di Salute (DGR 1554/2015)</li> <li>• Percorso DCA (DGR 1298/2009)</li> <li>• Percorso alcol</li> <li>• Identificazione e presa in carico popolazione fragile</li> <li>• Palestre Etiche, AFA ed EFA</li> <li>• PDTA condizioni croniche nell'adulto (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, Sclerosi multipla)</li> <li>• Gestione infermieristica proattiva e integrata (MMG, Specialisti, assistente sociale, ...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disturbi cognitivi e Programma demenze</li> <li>• Programma SLA</li> <li>• Prevenzione cadute in casa</li> <li>• Percorsi socio-sanitari salute mentale (DGR 1423/2015)</li> </ul>	<p>Percorso di cure palliative per garantire la continuità clinico-assistenziale nei nodi della rete (DGR 560/2015)</p>

	Casa della Salute	2011	2014	Impatto della Casa della Salute
<b>Ricoveri per patologie croniche: BPCO, scompenso cardiaco e diabete</b>	Forlimpopoli	3,0	2,2	<b>-0,76</b> ricoveri ogni 1.000 assistiti
	NCP no CdS	4,0	3,9	
<b>Trattamento farmacologico dei pazienti affetti da scompenso cardiaco</b>	Forlimpopoli	73,6	71,5	<b>-2,2</b> pazienti trattati ogni 100 assistiti
	NCP no CdS	68,9	69,0	
<b>Gestione dei pazienti affetti da diabete</b>	Forlimpopoli	78,7	78,7	<b>-7,9</b> pazienti trattati ogni 100 assistiti
	NCP no CdS	67,8	75,6	
<b>Accessi al Pronto Soccorso (I) – non urgenti</b>	Forlimpopoli	16,8	3,8	<b>-20,9</b> accessi ogni 1.000 assistiti
	NCP no CdS	21,2	29,0	
<b>Accessi al Pronto Soccorso (I) – urgenti differibili</b>	Forlimpopoli	114,8	40,5	<b>-61,8</b> accessi ogni 1.000 assistiti
	NCP no CdS	87,4	74,9	

Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 1.000 assistiti – confronto 2011-2014 tra assistiti della Casa della Salute e assistiti di NCP privi di Casa della Salute

## Risk Score - 2016



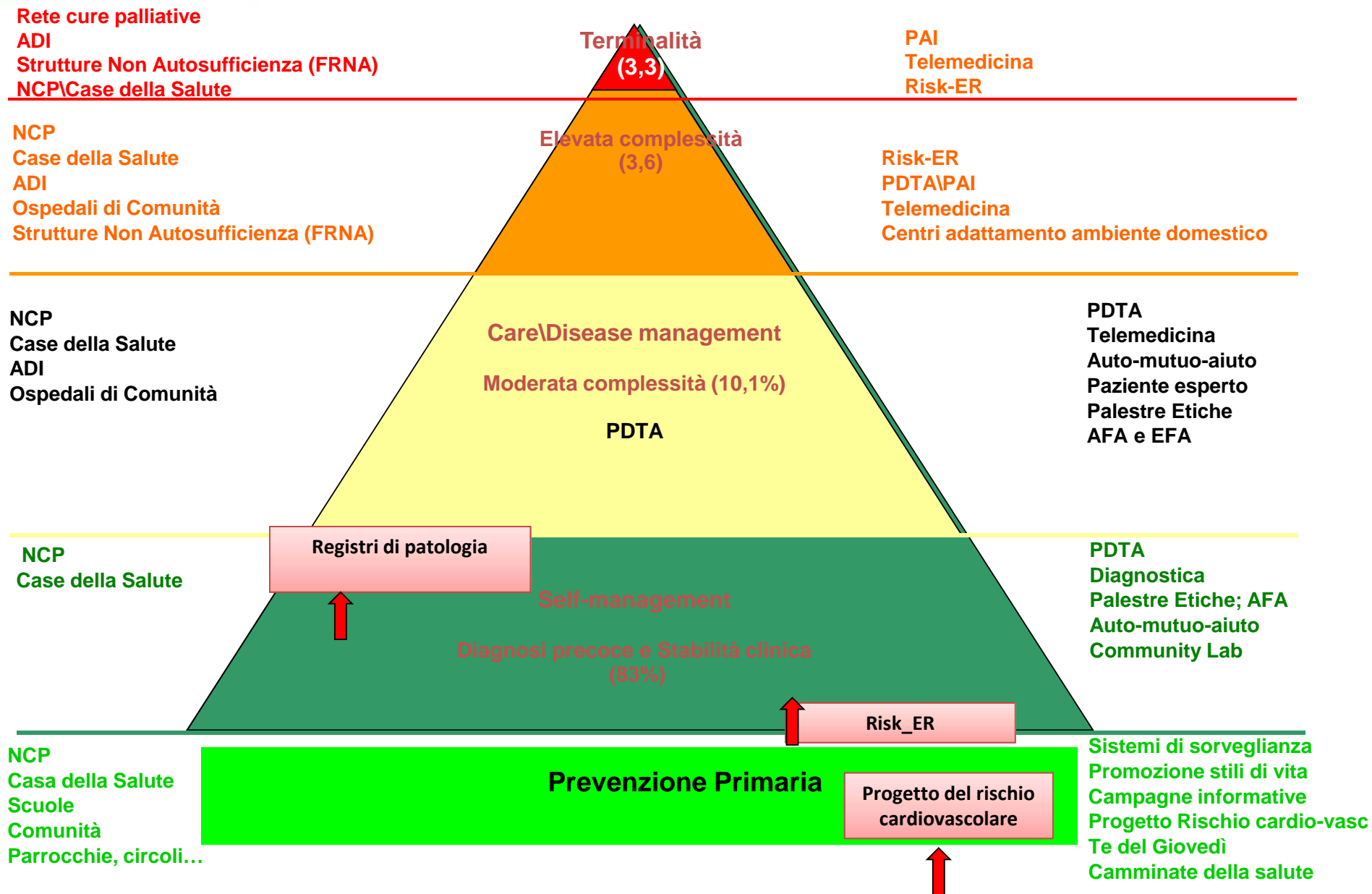
Popolazione  $\geq 18$  - N= 3.864.766



# Spesa per classe di rischio anno 2016

Classi di rischio	Spesa totale	%	Spesa media	25° percentile	75° percentile
15-19%	245.388.000	22,6	2.909,85	434	2.660
20-24%	177.606.000	16,3	3.432,06	494	3.653
25-29%	129.388.000	11,9	3.864,51	550	4.362
30-34%	103.078.000	9,5	4.361,63	599	4.986
35-39%	79.762.000	7,3	4.754,56	664	5.531
40% +	348.740.000	32,2	6.987,23	956	8.594
	<b>1.083.962.000</b>		<b>4.171,01</b>		





## Identificazione della popolazione a rischio (Risk-ER) alto e molto alto rischio

### 25 Case della Salute partecipanti

- Popolazione di riferimento 25 CdS: **280.921 assistiti**
- Il **5,6%** degli assistiti delle 25 Case della Salute è:
  - **a rischio «molto alto»:** 6.759 assistiti
  - **a rischio «alto»:** 9.904 assistiti

### Sono coinvolti nelle 25 CdS:

- 221 medici di medicina generale
- Gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri
- Gli infermieri dell'ambulatorio infermieristico per la cronicità, ADI e Osco
- Gli assistenti sociali
- Fisioterapisti
- Le associazioni di cittadini

Catalogo di Rischio di Ospedalizzazione e morte		
Rischio	Rischio Percentuale	Rappresenta circa il % della popolazione adulta
Ad rischio molto alto	2,29%	Rappresenta circa il 8% della popolazione adulta
Ad alto rischio	tra il 15 e il 20%	Rappresenta circa il 6% della popolazione
A rischio moderato	tra il 6% e il 14%	Rappresenta circa il 70% della popolazione - il rischio è inferiore al livello medio di ospedalizzazione
A basso rischio	0%	

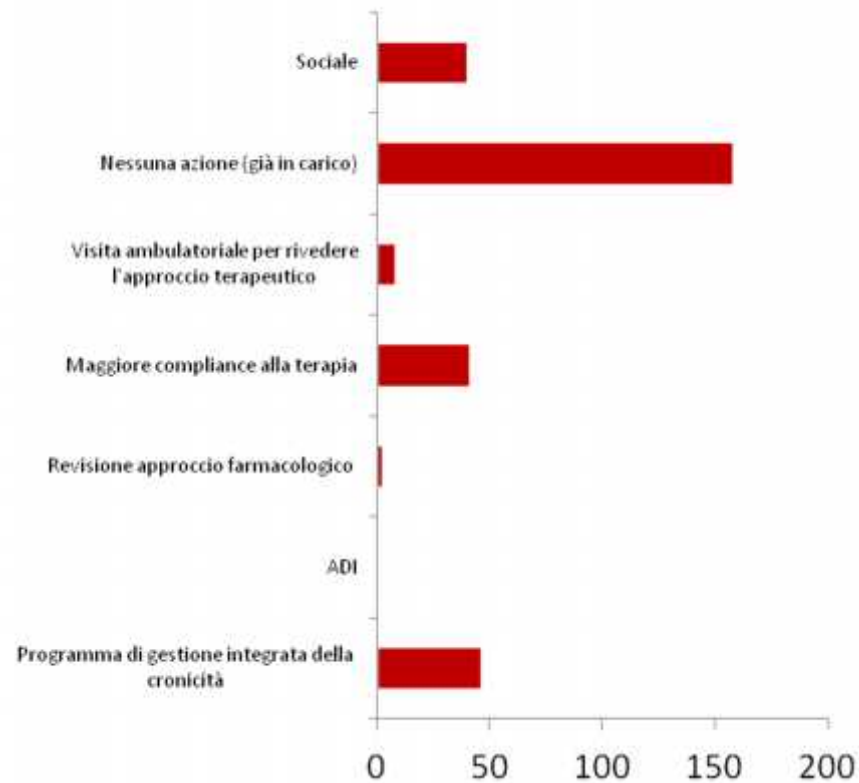
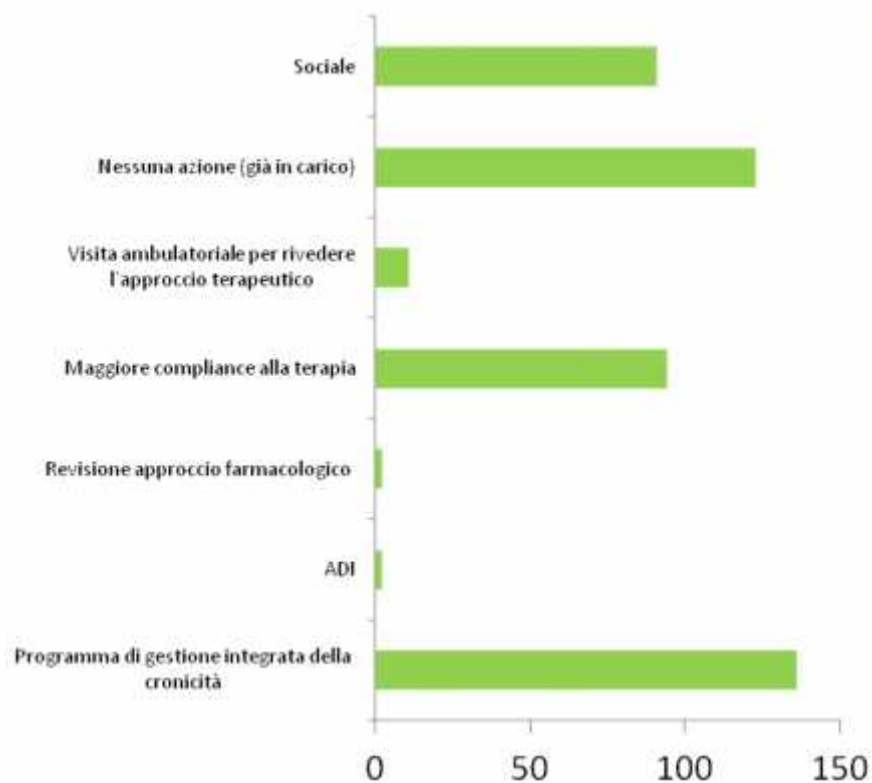
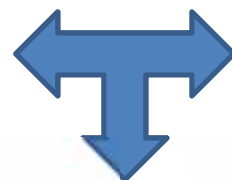
# Interventi nella Casa della Salute Forlimpopoli (FC)

18.550 assistiti

15 MMG, 3 infermieri 1 ass sociale,  
specialisti di percorso

459 pazienti a rischio alto

295 pazienti a rischio molto alto



## Difficoltà incontrate e opportunità da cogliere

Criticità	Opportunità
Rapporto con i MMG	Rapporto coi i MMG
Rapporto con gli specialisti	Rapporto con gli specialisti
Risorse infermieristiche	Integrazione multiprofessionale
Collaborazione con il sociale	Collaborazione con il sociale
	Rapporto con le comunità
Integrazione ospedale-territorio	Integrazione con ospedale di comunità
Diffusione della cultura della medicina di iniziativa	
	Soddisfazione del paziente
	Soddisfazione dei professionisti