

**PROGETTI ATTUATIVI DEL PSN 2006-2008
PER L'ACCESSO AL FONDO DI COFINANZIAMENTO 2009**

(LINEA PROGETTUALE 1)

LINEA PROGETTUALE 1 – SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE CASA DELLA SALUTE

La tendenza all'invecchiamento della popolazione, con il conseguente aumento della rilevanza delle patologie croniche e l'evoluzione dell'ospedale sempre più tecnologico e orientato all'assistenza dell'acuzie, impongono un investimento sul territorio in termini di risorse e di modelli organizzativi innovativi, finalizzati a garantire la presa in carico del cittadino, la continuità assistenziale ospedale – territorio e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale.

La Casa della Salute si colloca in questo contesto come soluzione organizzativa e strutturale che favorisce l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, rappresentando per il cittadino un punto di riferimento in grado di intercettare il bisogno di salute e di fornire un'appropriata risposta.

La Regione Toscana, che ha già avviato negli anni passati la sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute, intende proseguire il percorso avviato presentando una serie di progetti di implementazione del citato modello sul territorio regionale ai fini dell'accesso al Fondo di cofinanziamento dei progetti attuativi del PSN 2006-2008 previsto per l'anno 2009.

In particolare, in linea di continuità con i progetti presentati ai fini dell'accesso al Fondo di cofinanziamento 2008 ed in coerenza con le indicazioni progettuali di cui agli allegati B e C del DM 14 ottobre 2009, vengono proposti i seguenti progetti:

1. Casa della Salute di Marlia – II fase (azienda USL 2 di Lucca)
2. Casa della Salute Bagni di Lucca (azienda USL 2 di Lucca)
3. Casa della Salute di Monsummano Terme (azienda USL 3 di Pistoia)
4. Casa della Salute di Montale (azienda USL 3 di Pistoia)
5. Casa della Salute “La Rosa” – II fase (azienda USL 5 Pisa)
6. Casa della Salute Venturina (azienda USL 6 di Livorno)
7. Casa della Salute Largo Appiani, Piombino (azienda USL 6 Livorno)
8. Implementazione del modello assistenziale “Casa della Salute” nell'ambito territoriale dell'azienda USL 8 di Arezzo
9. Realizzazione di una *cittadella della salute* nell'area ospedaliera della Madonnella ad Orbetello (azienda USL 9 di Grosseto)
10. Sviluppo degli strumenti della telemedicina nelle Case della Salute della zona Fiorentina Sud Est dell'azienda USL 10 di Firenze
11. Progetto Casa della Salute Rifredi - Dalmazia di Firenze
12. Progetto Casa della Salute Oltrarno di Firenze
13. Sviluppo del progetto “Casa della Salute di Campi Bisenzio” (azienda USL 10 di Firenze, zona Fiorentina Nord Ovest)
14. Sviluppo del progetto “Casa della Salute di Scandicci” (azienda USL 10 di Firenze, zona Fiorentina Nord Ovest)
15. L'azienda USL 11 di Empoli verso la *cittadella della salute*
16. Progetto Casa della Salute di Pietrasanta (azienda USL 12 di Viareggio).

L'implementazione del modello Casa della Salute costituisce, peraltro, uno strumento per lo sviluppo sul territorio toscano della “sanità d'iniziativa”, quale nuovo approccio organizzativo per

la gestione della cronicità, previsto dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010 come obiettivo strategico del triennio, volto ad assumere il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, ed a gestire la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio (punto 4.3.1).

In tal senso, i progetti di seguito presentati per l'accesso al Fondo di cofinanziamento 2009 risultano pienamente integrati nella strategia regionale di sviluppo organizzativo dell'assistenza territoriale delineata dal PSR 2008-2010 ed attuata tramite la deliberazione della Giunta regionale n. 716 del 3 agosto 2009 (Progetto per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale).

*** **

PROGETTO 1

1. GENERALITA'

Regione proponente: Toscana

Estremi della delibera:

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: Casa della Salute di Marlia – II fase (azienda USL 2 Lucca)

Durata: 24 mesi

Referente: Dr. Andrea Leto
Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà
Settore Medicina Predittiva Preventiva
Via T. Alderotti 26/n, Firenze
Tel. 055 4385259; fax 055 4382167
email andrea.let@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: Dott. Marco Farné, Responsabile Unità Funzionale Attività Sanitarie di Comunità, Zona Distretto Piana di Lucca, ASL 2 Lucca, v.le Giusti, 537 (LU); tel. 0583 449883; fax 0583 449885; email m.farne@usl2.toscana.it

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo: €3.700.000,00

Costo annuale: 1° anno €1.500.000,00; 2° anno €2.200.000,00

Quota finanziata dall'azienda USL 2: €1.700.000,00

Cofinanziamento atteso: €2.000.000,00

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Premessa

Il progetto di realizzazione di una Casa della Salute nella Zona Distretto Piana nell'ASL 2 di Lucca è stato approvato nella sua prima fase nel 2009 e si basava sulle seguenti considerazioni, peraltro tuttora valide:

- da diversi anni l'evidenza demografica del progressivo invecchiamento della popolazione e quella epidemiologica dell'aumento della prevalenza delle malattie cronic-degenerative hanno spostato verso i servizi territoriali il baricentro dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria nel suo complesso.
- gli indicatori demografici ed epidemiologici hanno acquisito un'ulteriore 'peso' anche in funzione delle più recenti indicazioni, sia a livello nazionale che regionale, che hanno orientato l'assistenza ospedaliera sempre di più verso la gestione (diagnosi e cura) della fase acuta della patologia, secondo la logica dell'organizzazione per intensità di cure. Tale evidenza per l'ASL 2 di Lucca e, in particolare per la Zona Distretto Piana di Lucca, sarà ancor più accentuata dalla prossima realizzazione del nuovo ospedale che impone da subito un'attenta revisione della logistica dei servizi territoriali e, senz'altro, un potenziamento delle strutture territoriali deputate alle cure di primo livello e alle cure intermedie.
- la ASL 2 di Lucca sta sviluppando il progetto Casa della Salute di Marlia, prendendo spunto e ispirazione dai modelli organizzativi descritti in letteratura e realizzati nei paesi anglosassoni (NHS in Gran Bretagna e Kaiser Permanente in California, USA), in un centro socio sanitario 'storico' del Comune di Capannori (LU), struttura con caratteristiche ottimali per il raggiungimento degli obiettivi di integrazione dei servizi e delle attività che dovranno essere gestiti dalla costituenda Società della Salute.

L'azienda USL 2, con il presente progetto, intende sviluppare il progetto presentato nel 2009 di cui si riportano sinteticamente di seguito alcuni elementi descrittivi.

Contesto in cui il progetto si colloca

Il complesso sanitario di Marlia, grazie anche al completamento dei recenti lavori di ampliamento e ristrutturazione, si presta alla realizzazione di un polo multifunzionale secondo la definizione di 'Casa della salute' per l'erogazione di servizi sanitari, socio sanitari integrati e amministrativi collegati che offrano risposte assistenziali per la cittadinanza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. Situato nel Comune di Capannori (popolazione residente circa 45.000 abitanti su un'estensione di 156 Km²), quello di Marlia è uno dei presidi territoriali principali nell'ambito della Zona Distretto Piana di Lucca e presenta alcune caratteristiche strutturali e logistiche di particolare importanza, interessanti ai fini del presente progetto. E' infatti attualmente sede:

- di servizio di un medico dell'Unità Funzionale Attività Sanitarie di Comunità a tempo pieno;
- di presidio per l'assistenza domiciliare erogata sulle 12 ore 6 giorni su 7 con possibilità di accessi programmati anche nei giorni festivi;
- di un Ospedale di Comunità con 9 posti letto, in corso di ampliamento con ulteriori 5 posti letto, che offre anche prestazioni per percorsi riabilitativi, in particolare per pazienti anziani in dimissione dall'ospedale con esiti di ictus;
- di una struttura residenziale sanitaria assistita (RSA) con 80 posti letto gestita dal Comune di Capannori;
- di un centro prelievi territoriale;

- di un poliambulatorio specialistico nelle seguenti branche: cardiologia, chirurgia, dermatologia, ginecologia, neurologia, oculistica, odontoiatria, otorinolaringoiatria, radiologia convenzionale digitalizzata RIS-PACS con refertazione 'a distanza', urologia;
- di centro amministrativo con front office polifunzionale (CUP, scelta e revoca, pagamento ticket, rilascio esenzioni, ecc.);
- di un ufficio del servizio di assistenza sociale aziendale;
- di alcuni uffici del servizio sociale per gli anziani del Comune di Capannori aperti al pubblico;
- di un punto informativo distrettuale per l'accoglienza, l'informazione, l'indirizzo degli utenti;
- di un Punto Insieme per la gestione dei percorsi assistenziali nell'ambito della non autosufficienza.
- centro aziendale per la nutrizione artificiale domiciliare.

La struttura, dal punto di vista informatico è collegata alla rete INTRANET aziendale che offre, tra l'altro, la possibilità di gestire le cartelle informatizzate dei pazienti in ADI presi in carico dal Punto Unico d'Accesso (PUA) che ha sede presso la Centrale Operativa per l'Assistenza Distrettuale (COAD) della Zona Distretto di v.le Giusti a Lucca. Il software in dotazione sarà prossimamente implementato per la gestione dei dati relativi alla Valutazione Multidimensionale (UVM) e ai ricoveri presso le strutture di cure intermedie (Ospedale di Comunità) e le strutture residenziali e semiresidenziali (RSA e Centri Diurni) e la produzione degli specifici **flussi informativi ministeriali** di prossima istituzione.

L'accesso a tutti questi servizi è facilitato dal fatto che la struttura è dotata di un ampio parcheggio.

La tabella sottostante riporta lo stato dell'arte rispetto agli obiettivi della I fase del progetto.

n.	Obiettivo	Stato dell'arte
A	Assistenza primaria – medicina generale, con la possibilità di attivare una medicina di gruppo 'avanzata' tipo Unità di Cure Primarie (UCP) orientata alla Medicina d'Iniziativa con 10 medici di medicina generale con una popolazione assistita di circa 15.000 assistiti	I lavori per la creazione del poliambulatorio per i medici di medicina generale organizzati in MODULO di medicina d'iniziativa sono in fase di completamento e si prevede l'inizio delle attività assistenziali nel secondo semestre 2010
B	Assistenza primaria – continuità assistenziale, con la possibilità di trasferire un punto di continuità assistenziale, in modo da garantire alla struttura la presenza di personale medico 24 ore su 24 e 7 giorni su 7	I lavori per la creazione dell'ambulatorio e il punto di riposo per i medici della Continuità Assistenziale sono in fase di completamento e si prevede l'inizio delle attività assistenziali nel secondo semestre 2010
C	Assistenza primaria, adottando il chronic care model , secondo protocolli concordati con le Unità Operative ospedaliere, per l'assistenza ai pazienti affetti da <ul style="list-style-type: none"> • diabete mellito, • ipertensione, • scompenso cardiaco, • BPCO, • ictus, • patologia oncologica 	Sono già attivi i protocolli per il diabete mellito, per lo scompenso cardiaco, l'ictus e la patologia oncologica. Sono stati definiti i percorsi assistenziali per l'ipertensione arteriosa grave e la BPCO.
D	Medicina specialistica territoriale, con l'attuazione del progetto di riorganizzazione e informatizzazione degli ambulatori	Sono in fase di installazione i personal computer presso gli ambulatori specialistici. I medici specialisti ambulatoriali hanno già partecipato ad un primo corso di aggiornamento sulle procedure informatizzate degli ambulatori specialistici.

E	Assistenza domiciliare, con l'introduzione della figura dell' infermiere di famiglia già avviato sperimentalmente con due medicine di gruppo della Zona Distretto Piana di Lucca	L'infermiere di famiglia è stato già assegnato al modulo di medicina d'iniziativa che prossimamente si trasferirà presso i locali di cui al punto (A).
F	Assistenza riabilitativa, con il potenziamento delle attività territoriali di riabilitazione	L'assistenza riabilitativa è garantita secondo precisi piani di recupero sia presso l'Ospedale di Comunità che a domicilio tramite l'attivazione di pacchetti assistenziali di ADI previsti per pazienti Non Autosufficienti ex DGRT n. 66/2008
G	Cure intermedie, con il potenziamento del numero di posti letto dell' Ospedale di Comunità	Sono già state predisposte 2 stanze con 5 posti letto complessivi da attivare per il potenziamento della risposta di cure intermedie presso l'Ospedale di Comunità di Marlia.
H	Assistenza semiresidenziale, con l'attivazione del Centro Diurno	E' stato attivato il Centro Diurno presso la struttura di Marlia da parte del Comune di Capannori.
I	Non autosufficienza: disponibilità di tutte le fasi che caratterizzano il percorso assistenziale di persone non autosufficienti (la CdS di Marlia è sede di Punto Insieme – contatto diretto con il PUA – sede di servizio di ADI – sede di Ospedale di Comunità – sede di RSA – sede di Centro Diurno)	Obiettivo raggiunto.
L	Telemedicina, con lo sviluppo di protocolli condivisi tra medici di medicina generale e medici specialisti	In fase di progettazione. La realizzazione è subordinata a: <ol style="list-style-type: none"> 1. trasferimento presso la Casa della Salute della medicina di gruppo – modulo di medicina d'iniziativa 2. realizzazione della II fase del progetto Casa della Salute ex DM 14 ottobre 2009, ovvero ristrutturazione del poliambulatorio specialistico, con miglioramento delle vie d'accesso e dei servizi alla cittadinanza (prelievi, servizi amministrativi, consegna referti, punto informativo, ecc.)

Obiettivi del progetto (II fase)

L'obiettivo della II fase del progetto 'Casa della Salute di Marlia' è quello di completare l'adeguamento funzionale e normativo dell'intero edificio. Si tratta pertanto di intervenire sull'ala occidentale dove hanno sede i servizi distrettuali della Medicina di Comunità, adiacente al complesso già descritto (che ospita l'Ospedale di Comunità, gli ambulatori della medicina generale d'iniziativa e della Continuità Assistenziale, l'RSA e il centro diurno) di cui è stata ultimata di recente la completa ristrutturazione.

Anche questa porzione di edificio (l'ala occidentale), adesso in condizioni manutentive mediocri e con diverse carenze funzionali e normative, deve quindi essere ristrutturata per raggiungere lo stesso livello di funzionalità dell'intero complesso ed assicurare una fruizione ottimale per l'utenza ed i migliori standard operativi per il personale.

Il criterio d'intervento è rivolto al conseguimento dei necessari requisiti di accreditamento previsti dalla vigente normativa regionale e prevede in sintesi quanto segue:

1. adeguamento antisismico delle strutture e della prevenzione incendi
2. adeguamento normativo degli impianti
3. generale intervento di sostituzione di componenti edilizi di finitura
4. riorganizzazione distributiva degli spazi con particolare riferimento a:
 - a) miglioramento dell'accoglienza e dei percorsi interni di accesso
 - b) utilizzo più funzionale degli spazi comuni e di attesa per il pubblico
 - c) migliore disposizione degli ambulatori specialistici

- d) migliore disposizione degli spazi dedicati alla radiologia
- e) migliore disposizione degli spazi dedicati al servizio prelievi
- f) creazione di un'area dedicata allo svolgimento di interventi di piccola chirurgia ambulatoriale.

Elemento determinante dell'intervento sarà la necessaria condivisione, tra i progettisti e la direzione del presidio, dell'obiettivo di rendere compatibile l'esecuzione dei lavori con la permanenza dell'attività sanitaria seppure in forma ridotta. I lavori dovranno essere eseguiti in più fasi successive al fine di mantenere un livello accettabile di erogazione dei servizi al pubblico, garantendo comunque delle zone di cantiere sufficientemente ampie.

Cronoprogramma II fase

Redazione progetto sanitario: 3 mesi

Svolgimento gara per incarico di progettazione: 6 mesi

Sviluppo progetto esecutivo cantierabile: 6 mesi

Appalto dei lavori di ristrutturazione: 6 mesi

Lavori ristrutturazione poliambulatorio della Casa della Salute: 24 mesi

Risultati attesi (comuni tra la I e la II fase)

Grazie ad un adeguato supporto tecnologico e un modello organizzativo innovativo un primo obiettivo è quello di creare dei percorsi assistenziali caratterizzati da un forte legame tra medicina generale e medicina specialistica, facilitato anche dal fatto di essere presenti nella stessa struttura medici di famiglia e medici specialisti.

In questo modo, almeno per gli ambulatori specialistici più rappresentati (per es. cardiologia, oculistica, ORL, dermatologia, radiologia RIS-PACS), si potrebbe creare un canale preferenziale e diretto tra medico di mg curante e medico specialista, con un invio diretto del paziente in modo da avere una risposta specialistica praticamente contestuale. Tale modello organizzativo non può prescindere, anche dalle analisi pubblicate in letteratura, da una stretta collaborazione tra medici generalisti (general practitioners) e medici specialisti, soprattutto nella definizione di linee guida con criteri clinici di valutazione e di appropriatezza concordati e condivisi.

Un secondo risultato atteso è quello di offrire una migliore gestione dei percorsi assistenziali nell'ambito della non autosufficienza, assicurando una più diretta realizzazione dei progetti assistenziali personalizzati (PAP) che tenga conto anche dell'evoluzione delle condizioni cliniche e sociali degli assistiti.

La Casa della Salute si propone inoltre come sede per iniziative da realizzare in collaborazione con le Associazioni di Volontariato sia in termini di assistenza erogata che in termini di promozione della salute e di educazione alla salute e ai corretti stili di vita.

Indicatori II fase

Indicatori di processo:

- a. Predisposizione progetto sanitario
- b. Predisposizione progetto di cantierabilità
- c. Predisposizione progetto tecnico
- d. Inizio, avanzamento e fine lavori (apertura e chiusura cantiere)

Indicatori di risultato:

- a. Riduzione degli accessi tramite l'eliminazione degli accessi evitabili, grazie all'adozione di percorsi assistenziali facilitati e diretti, concordati tra medici di medicina generale e medici specialisti ambulatoriali (compresa la radiologia)
- b. Aumento dell'indice di gradimento tramite valutazione del livello di qualità percepita dalla cittadinanza
- c. Rispetto del budget assegnato ai medici convenzionati per il controllo della spesa farmaceutica.

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Il progetto è finalizzato alla realizzazione di una struttura polifunzionale che offra alla cittadinanza, in una stessa sede territoriale, distinta dal presidio ospedaliero, ma con esso funzionalmente collegata, tutti i servizi della medicina di comunità (medicina generale, continuità assistenziale, medicina specialistica ambulatoriale, diagnostica di base, assistenza riabilitativa, assistenza domiciliare, cure intermedie, assistenza semi-residenziale, assistenza residenziale, assistenza sociale, servizi amministrativi).

Nell'ottica di una prossima evoluzione dell'organizzazione del territorio in funzione all'istituzione della società della salute e dell'impatto determinato dal nuovo ospedale impostato sull'intensità di cure, la casa della salute si propone come modello innovativo per la realtà socio-sanitaria lucchese, in grado di garantire la continuità di percorsi assistenziali che devono essere fin d'ora integrati tra i servizi ospedalieri, servizi sanitari territoriali e servizi sociali.

*** **

PROGETTO 2

1. GENERALITA'

Regione proponente: Toscana

Estremi della delibera:

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: Casa della Salute di Bagni di Lucca (azienda USL 2 Lucca)

Durata: 30 mesi

Referente: Dr. Andrea Leto

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Settore Medicina Predittiva Preventiva

Via T. Alderotti 26/n, Firenze

Tel. 055 4385259; fax 055 4382167

email andrea.letto@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: Dr.ssa Romana Lombardi, Responsabile Zona Distretto Valle del Serchio, azienda USL 2 di Lucca, tel. 348 8958503, e-mail r.lombardi@usl2.toscana.it

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo: €1.850.000,00

Costo annuale: 1° anno €400.000,00; 2° anno €850.000,00; 3° anno (1° semestre) €600.000,00

Quota finanziata dall'azienda USL 2: €555.000,00

Cofinanziamento atteso: €1.295.000,00

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Premessa

Negli ultimi anni la medicina territoriale ha finalmente trovato la giusta collocazione all'interno del sistema sanitario, orientato in precedenza prevalentemente verso l'ospedale. L'aumento dell'aspettativa di vita delle persone, da correlarsi al miglioramento delle condizioni di vita, delle terapie, ha coinciso, infatti, con un incremento delle patologie croniche che costituiscono una nuova, reale emergenza. Di questa tipologia di pazienti che non trovano risposta ai propri bisogni nell'ospedale, sempre più rivolto all'acuzie, organizzato per intensità di cura, deve pertanto farsi carico l'assistenza socio-sanitaria di base.

Essa rappresenta, infatti, il primo livello, spesso l'unico, attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema socio sanitario ed è pertanto indispensabile che sia quanto più possibile vicina ai luoghi dove le persone vivono e lavorano. Questo determina la necessità di investire in strutture idonee, orientate alle cure primarie attraverso l'erogazione di servizi sanitari e sociali, con presenza all'interno dei vari professionisti che operano sul territorio (medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, personale infermieristico, assistenti sociali, specialisti ambulatoriali, medici di comunità) supportati, all'interno di locali idonei, per il lavoro di equipe. In una condizione di questo tipo, il cittadino, quale protagonista attivo, è messo in grado di orientarsi nell'accesso al sistema di offerta territoriale. Ciò è particolarmente significativo in un contesto territoriale che rappresenta le caratteristiche proprie della bassa Valle del Serchio, ovvero: bassa densità demografica, distanza dai principali poli ospedalieri, difficoltà logistiche legate alla rete stradale e ferroviaria, carenze infrastrutturali informative, alta percentuale di utenti fragili per condizione anagrafica e sanitaria e, soprattutto, alta frammentazione del sistema di offerta socio-sanitaria e burocratico - amministrativo territoriale.

Appare evidente come in un contesto socio-territoriale e amministrativo così caratterizzato sia importante orientare le azioni di trasformazione del sistema di offerta territoriale verso un miglioramento qualitativo ed una razionalizzazione dei canali di accesso e di gestione delle cure primarie e proprio in questa direzione è rivolto il progetto "Casa della Salute" che andiamo ad illustrare.

Contesto in cui il progetto si colloca

Contesto territoriale

La Casa della Salute s'insedierà nel Comune di Bagni di Lucca e farà riferimento all'area territoriale meridionale della Zona Distretto Valle del Serchio comprendente i comuni di Bagni di Lucca e Borgo a Mozzano ma potrà essere un punto di riferimento importante anche per comuni limitrofi come Coreglia Antelminelli, Fabbriche di Vallico, Pescaglia con una popolazione complessiva di c.a 14.000 abitanti distribuiti su c.a 240 kmq. con un'elevata presenza di popolazione anziana (oltre il 25% di ultra sessantacinquenni) e alta incidenza di disabilità ed handicap.

Sistema di offerta territoriale presente

A Bagni di Lucca, in località Fornoli, è disponibile uno stabile non di proprietà aziendale dove è allocato attualmente il Centro Socio Sanitario. All'interno dello stesso sono presenti:

- Punto prenotazione prestazioni (punto CUP) integrato ad altre attività amministrative diverse (pagamento ticket, scelta-revoca M.M.G/P.L.S., esenzione ticket, front-office.)
- Punto prelievi.
- Servizio di assistenza sociale (delega comunale all'ASL2 Lucca)
- Punto insieme per la non autosufficienza
- Ambulatorio di medicina di comunità (vaccinazioni, visite medico-legali per rilascio patenti rilascio porto armi, permesso di sosta ecc...)
- Consultorio ostetrico-ginecologico
- Ambulatori specialistici (cardiologico, neurologico, dermatologico, odontoiatrico).

A Borgo a Mozzano, distante circa 3 Km da Bagni di Lucca, è presente un piccolo C.S.S. collocato all'interno del Palazzo Comunale dove sono presenti:

- Ambulatorio di medicina di comunità
- Ambulatorio di psichiatria
- Assistente sociale del comune
- Punto insieme per la non autosufficienza.

Sono inoltre presenti, sempre a Borgo a Mozzano, gestite da Associazioni di Volontariato (Misericordia), un punto di emergenza-urgenza (118) con PPS, un punto prelievi ematici (Poliambulatorio S. Rocco), due RSA convenzionate con l'ASL 2 (Centro Accoglienza Anziani a Borgo a Mozzano e Casa Famiglia a Corsagna.)

A Bagni di Lucca, presso la sede della Croce Rossa Italiana, è collocata la continuità assistenziale (Guardia Medica).

Sul territorio sopra descritto operano 12 medici di medicina generale, di questi 9 associati in 2 medicine di gruppo, con sedi a Bagni di Lucca (3 medici in sede privata) e Borgo a Mozzano (6 medici con ambulatori presso la nuova sede della Misericordia) oltre a due pediatri di libera scelta.

Obiettivi del progetto

Obiettivo generale: costruzione di un nuovo edificio di c.a 800 mq su terreno di proprietà aziendale, nel territorio comunale di Bagni di Lucca, in località Fornoli a circa 3 km. di distanza da Borgo a Mozzano, in cui la popolazione possa trovare risposte appropriate di tipo sanitario, riabilitativo, sociale, amministrativo. Tali risposte devono scaturire sia dal miglioramento dell'offerta assistenziale in termini quali quantitativi (con evidente contrazione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza, un'assistenza sanitaria garantita h. 24), sia dalla localizzazione dell'immobile in un punto baricentrico rispetto al territorio servito, vicino alla stazione ferroviaria, edificato in modo da garantire un accesso "facile" (privo di barriere architettoniche, adeguato per accoglienza e percorsi interni, con utilizzo funzionale degli spazi comuni e di attesa per il pubblico).

Obiettivi specifici

- Ridefinizione della rete assistenziale con promozione delle forme associative dei MMG (medicina di gruppo) per favorire una migliore continuità dell'assistenza tra l'ospedale per acuti e il territorio, avvalendosi di un adeguato supporto informatico collegato alla rete aziendale.

- Promozione e diffusione del modello “medicina d’iniziativa“, rivelatosi insostituibile per seguire le persone affette da patologie cronicizzanti da sviluppare in parallelo con il modello di prevenzione (screening oncologici, etc.) già posto in essere dall’Azienda.
- Maggiore offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali.
- Riorganizzazione del servizio prelievi con aumento dell’offerta.
- Assicurazione della continuità assistenziale 24 h /24 h, 7 gg. su 7 gg., avvalendosi dei medici di medicina generale organizzati nelle medicine di gruppo assieme a quelli della continuità assistenziale, che lavoreranno in sinergia con il servizio di 118 presente presso la Misericordia di Borgo a Mozzano, dove è attivo anche il Punto di Primo Soccorso.
- Applicazione e verifica tramite l’Attività sanitaria di Comunità di modelli assistenziali orientati alla comunità (linee guida percorsi assistenziali misurabili nei risultati prodotti attraverso sistemi informativi dedicati).
- Collegamento con l’Ospedale di Comunità, le RSA e l’Hospice a formare un tutt’uno di sanità diffusa sul territorio con un percorso chiaro per loro e per il cittadino.
- Potenziamento da parte del Servizio Sociale dell’accoglienza e del segretariato sociale.
- Collocazione del Punto Insieme previsto come punto di accoglienza dalla Normativa della Regione Toscana, collegato tramite software condiviso con il PUA zonale che coordina l’assistenza territoriale.
- Promozione d’incontri tra i MMG, la popolazione, il volontariato per favorire la partecipazione diretta dei cittadini e delle loro associazioni ai percorsi di prevenzione, educazione alla salute (A.F.A., prevenzione oncologica, corretti stili di vita.)
- Telemedicina, con lo sviluppo di protocolli condivisi tra medici di medicina generale e specialisti

Cronoprogramma

La prima fase prevede la realizzazione progettuale (svolgimento gara per incarico di progettazione, sviluppo progetto esecutivo cantierabile, appalto lavori, inizio avanzamento fine lavori).

Tempo stimato : 24 mesi

La fase successiva prevede:

- la sistemazione dei MMG associati in medicina di gruppo presenti sul territorio del Comune di Bagni di Lucca all’interno della Casa con fornitura ai medesimi dell’adeguato supporto informatico collegato alla rete aziendale e di ulteriori supporti tecnici ai medici stessi (coagulometri, pulsossimetri..) che garantiranno una più qualificata e pronta risposta alle esigenze dell’utenza;
- collocazione, sempre entro la struttura in locali dedicati, del medico di continuità assistenziale attualmente dislocato presso i locali C.R.I. di Bagni di Lucca.

Tempo stimato: 6 mesi

Risultati attesi

- Miglioramento continuità dell’assistenza tra ospedale per acuti e territorio mediante la ridefinizione della rete assistenziale con promozione delle forme associative dei MMG (medicina di gruppo)
- Estensione dell’offerta specialistica e consultoriale: si tratta di riorganizzare le attività specialistiche e consultoriali, presenti attualmente a Bagni di Lucca e Borgo a Mozzano,

all'interno della nuova struttura migliorandone l'offerta quali-quantitativa, creando percorsi assistenziali caratterizzati da una sinergia tra medici di famiglia e medici specialisti.

- Punto prelievi: la centralità della struttura dovrà garantire una migliore offerta del servizio prelievi estendendo da tre a cinque giorni settimanali l'attività di prelievi ematici con la possibilità, visto il collegamento in rete con il laboratorio analisi di Lucca, della stampa diretta dei referti da consegnare all'utenza.
- Assistenza sociale: anche in considerazione della ridefinizione dell'organizzazione (da concordare con i Comuni.) del Servizio Sociale che avverrà con l'istituzione della Società della Salute, s'intende garantire la presenza giornaliera dell'assistente sociale (del Comune di Bagni di Lucca o di Borgo a Mozzano) all'interno della nuova struttura. Questo significa peraltro una più pronta ed efficiente risposta alle esigenze di un'utenza che, come si è detto nella parte introduttiva, è caratterizzata da un'elevata presenza di popolazione anziana con alta incidenza di disabilità ed handicap.
- Collocazione del Punto Insieme: la sede adeguata favorirà l'accesso a questo sportello di prima accoglienza e ascolto per il bisogno assistenziale delle persone anziane e delle loro famiglie.
- Attività amministrative: all'interno della nuova struttura sarà attivo un servizio amministrativo per prenotazioni di prestazioni (punto CUP), pagamento ticket, scelta e revoca MMG/PLS, esenzione ticket, front-office.

Indicatori

- Numero di ricoveri ospedalieri ai PO dell'azienda (DRG medici) di assistiti dei MMG presenti nella Casa della Salute
- Numero accessi impropri al P.S. dei P.O. aziendali.
- Numero dei casi ricoverati negli Ospedali di Comunità.
- Numero accessi agli ambulatori specialistici presenti nella Casa della Salute.
- Somministrazione annuale ai cittadini di un questionario di gradimento.
- Predisposizione annuale di un piano condiviso che rilevi i bisogni le risorse disponibili e proponga gli obiettivi annuali.
- Numero dei casi presi in carico come "Punto Insieme".

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Dall'analisi dei bisogni socio assistenziali della comunità, è scaturito un progetto di riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali all'interno di una nuova struttura dove sia possibile l'integrazione tra gli attori delle cure primarie (MMG, Specialisti Ambulatoriali, Medici di continuità assistenziale, Medici di attività sanitaria di comunità), il Servizio Sociale, nell'ottica di un modello preparato alla gestione della cronicità, alla risposta integrata alla non autosufficienza, alla promozione di corretti stili di vita, alla presa in carico assistenziale del cittadino h. 24, 7 giorni su 7.

*** **

1. GENERALITA'

Regione proponente: Toscana

Estremi della delibera:

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: Casa della Salute di Monsummano Terme (azienda USL 3 di Pistoia)

Durata: 30 mesi

Referente: Dr. Andrea Leto

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Settore Medicina Predittiva Preventiva

Via T. Alderotti 26/n, Firenze

Tel. 055 4385259; fax 055 4382167

email andrea.let@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: Dr. Marco Bonini, Direttore UFC Assistenza Sanitaria di Comunità, Società della Salute - Zona Valdinievole (PT), e-mail m.bonini@usl3.toscana.it

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo: €3.000.000,00

Costo annuale: €1.200.000 (per la durata prevista di 30 mesi, cioè 2,5 anni)

Quota finanziata dall'azienda USL 3: €900.000,00

Cofinanziamento atteso: €2.100.000,00

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Premessa

I servizi territoriali, al contrario di quelli ospedalieri, hanno sempre sofferto di problemi di identificazione, con difficoltà in primo luogo nell'individuazione di strutture idonee che rappresentino, per la cittadinanza, dei veri e propri punti di riferimento. Per questo motivo e per favorire l'integrazione fra i servizi territoriali tra loro e con i servizi ospedalieri si rende indispensabile investire in strutture e soprattutto in personale sempre più preparato alla gestione integrata dei nuovi bisogni della popolazione.

Ecco perché diventa essenziale progettare ed attivare strutture in rete ed in grado di rispondere a queste esigenze: le Case della Salute.

Contesto in cui il progetto si colloca

Il Comune di Monsummano Terme ha una popolazione di ben oltre 20.000 abitanti (circa 34.000 sull'intera Area Distrettuale Omogenea), distribuiti su 32,67 Km² (79,86 per l'ADO) per una densità abitativa complessiva di circa 624 abitanti per km² (contro i circa 425 dell'intera ADO); la struttura prevalente del territorio comprende aree ad elevata urbanizzazione.

Sul territorio del Comune di Monsummano operano attualmente 16 medici di medicina generale (organizzati in varie forme associative) e 3 pediatri di libera scelta.

Descrizione del progetto

Nel Comune di Monsummano sussistono numerosi servizi ed attività, ma sono i cittadini che, in caso di bisogno, sono costretti a lunghe peregrinazioni per comporre una risposta integrata alle loro necessità complesse. Per questo si rende opportuno cercare di riunire in un'unica sede, ben riconoscibile ed accessibile, i principali riferimenti.

L'occasione per questo progetto nasce e si sviluppa perché la locale Associazione di Pubblica Assistenza sta ultimando la costruzione e l'attivazione di una nuova sede in grado di ospitare la maggior parte dei servizi socio-sanitari di base del Comune. Si tratta di un nuovo edificio, molto capiente, articolato su quattro piani fuori terra. Per questo motivo sono stati contattati i MMG ed è stata acquisita una dichiarazione di disponibilità a trasferirsi nella nuova sede da parte di almeno 10 di loro.

Si deve anche ricordare che nella frazione di Cintolese è operativa una ulteriore struttura che ospita 6 MMG in un Modulo per l'Expanded Chronic Care Model e che rappresenta una piccola Casa della Salute dotata dei servizi di base (MMG, PLS, Assistenza Infermieristica, Assistente Sociale, punto CUP, segreteria amministrativa, punto prelievi).

Inoltre l'accordo con la locale Associazione di Misericordia consente di sperimentare sul territorio comunale una struttura complessa ed articolata che costituisca una rete di servizi integrati tra loro. In particolare i servizi più connessi alle attività dei MMG troveranno collocazione nella nuova sede; viceversa nella attuale sede dell'Area Distrettuale Omogenea si collocherà un presidio di "secondo livello", a maggiore valenza specialistica. Avremo così nel raggio di pochi chilometri la Casa della Salute, i servizi ed il supporto delle due principali Associazioni di Volontariato (Pubblica Assistenza e Misericordia), un Presidio multi specialistico e diagnostico di secondo livello (comprendente in particolare un Punto Prelievi, un Poliambulatorio, il Consultorio Materno Infantile e le proiezioni delle Unità Funzionali territoriali), una Casa della Salute "satellite".

Tutte queste attività dovranno funzionare in maniera coordinata ed integrata tra loro utilizzando anche il supporto logistico (ad esempio per i trasporti dei cittadini da un presidio all'altro) delle Associazioni di Volontariato.

Inoltre sul territorio, a breve distanza dalla Casa della Salute sussistono una RSA con un Modulo Cognitivo Comportamentale, due Centri Diurni per anziani (di cui uno dedicato a patologie comportamentali); nella RSA saranno presto attivati anche 4 posti letto di Cure Intermedie.

Sul territorio dell'Area Distrettuale Omogenea si trovano ancora: una ulteriore RSA, l'Hospice per malati terminali, un Casa della Salute attiva a Lamporecchio ed una ulteriore struttura analoga in progettazione a Larciano.

L'area in cui sarà attivata la Casa della Salute è inoltre prossima al centro cittadino, ma in una nuova zona sottoposta ad un intenso sviluppo commerciale e terziario, quindi anche con la previsione di un notevole incremento delle possibilità di trasporti e parcheggi.

Nella Casa della Salute troveranno collocazione:

- ambulatori principali per i medici di medicina generale (almeno 10);
- ambulatori principali per i pediatri di libera scelta;
- ambulatori per la medicina d'iniziativa e per l'Expanded Chronic Care Model (ECCM);
- ambulatorio gestito a rotazione dai MMG per la copertura continuativa diurna "h12";
- ambulatorio per la Continuità Assistenziale per il completamento "h24" della copertura assistenziale;
- sede della Continuità Assistenziale;

- alcuni ambulatori specialistici (organizzati in maniera flessibile in relazione ai bisogni evidenziati dai MMG, funzionalmente collegati anche con il Poliambulatorio del “Presidio di secondo livello”);
- ambulatorio infermieristico;
- sede del servizio di “Emergenza 118” con l’automedica e la possibilità di attivare un punto di “Primo Soccorso”;
- punto unico prenotazioni (CUP) integrato da altre attività amministrative (scelta e revoca del medico, esenzioni ticket, ecc.);
- segreteria amministrativa per le attività ambulatoriali anche connesse all’ECCM;
- ambulatorio di medicina pubblica (certificazioni medico legali alla persona: visite finalizzate al rilascio di patenti, porto d’armi, certificati di idoneità fisica all’impiego; vaccinazioni, ecc.);
- Punto Insieme dove operatori orientano, indirizzano, forniscono informazione, accolgono le segnalazioni ed attivano i percorsi più opportuni sulla base dei bisogni espressi dai cittadini;
- Punto prelievi;
- Servizio di Assistenza Infermieristica Territoriale dell’ADO;
- Servizio di Assistenza Sociale dell’ADO;
- Sede direttiva dell’ Area Distrettuale Omogenea;
- Medico di Comunità - UFC Assistenza Sanitaria di Comunità;
- Unità di Valutazione Multidimensionale;
- ambulatorio di “piccola diagnostica” (esami ematochimici di base, ecografo, doppler arteriosi e venosi, spirometro, Holter pressorio, elettrocardiografo, ecc.);
- spazi di incontro e socializzazione dove sarà effettuato anche il “counseling”.

La contiguità con una RSA ed un Centro Diurno Anziani potrà consentire la sperimentazione di modalità assistenziali integrate (es. posti letto di Cure Intermedie) a cui sarà facilmente garantita un’assistenza continuativa e di qualità; in particolare il Centro Diurno permetterà anche iniziative di aggregazione e di socializzazione potenzialmente aperte all’intera cittadinanza.

Il progetto prevede che, oltre alla sede della Casa della Salute, operino in maniera funzionalmente collegate ed integrata le altre strutture, in modo da costituire una vera e propria rete attorno ai bisogni dei cittadini.

Gli obiettivi del progetto

A) Obiettivi di carattere assistenziale

- Ambulatorio MMG aperto almeno 10 ore al giorno;
- Ambulatorio Infermieristico secondo le necessità documentate e verificate;
- Reperibilità telefonica dei MMG presso la Casa della Salute dal lunedì al venerdì per 10 ore al giorno.
- Coordinamento e programmazione di tutte le attività della Casa della Salute e gestione del personale funzionalmente assegnato.
- Gestione delle urgenze ambulatoriali possibili presso la sede del Modulo;

- Esecuzione nella sede di esami diagnostici e sistema coordinato per esami urgenti con la messa a disposizione delle necessarie tecnologie da parte dell'Azienda e con l'individuazione di specifici percorsi concordati con le strutture aziendali di competenza.
- Attività di prenotazione CUP presso la sede tramite la segreteria con la possibilità per il MMG di effettuare direttamente la prenotazione nei casi ritenuti opportuni.
- Programmazione di Ambulatori per la gestione di patologie croniche ad elevata prevalenza in particolare nell'ambito della Medicina d'Iniziativa, compresa l'attività di "counseling":
 - Ambulatorio per la gestione del Diabete Mellito tipo 2;
 - Ambulatorio per la gestione dello Scompenso Cardiaco;
 - Ambulatorio per la gestione dell'Ipertensione Arteriosa;
 - Ambulatorio per la gestione della BPCO;
 - Ambulatorio per la gestione dell'Ictus.
- Assistenza medica programmata nelle RSA e nelle strutture residenziali e semiresidenziali del territorio di interesse del Modulo, nonché presso i posti letto di Cure Intermedie eventualmente attivati;
- Assistenza domiciliare adeguata in particolare rivolta agli assistiti residenti nelle aree disagiate, anche sperimentando forme innovative di organizzazione ed articolazione di questa attività tra i Medici partecipanti al Modulo;
- Coordinamento e programmazione di attività specialistiche presso la CdS;
- Coordinamento condiviso dell'assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare;
- Definizione di percorsi diagnostici e terapeutici comuni e condivisi, sia nell'ambito dell'ECCM, che per il graduale raggiungimento di una omogeneità prescrittiva e appropriatezza nell'uso delle risorse;
- Spesa complessiva dei MMG del Modulo per l'assistenza farmaceutica e per la diagnostica al di sotto della media regionale: a tal fine l'Azienda metterà a disposizione reports di gruppo (i reports dei singoli MMG saranno forniti con la sola finalità di discussione interna);
- Predisposizione di un Progetto per la sperimentazione di un Ambulatorio di MG aperto per due ore al sabato mattina, anche in maniera coordinata con il servizio di Continuità Assistenziale;
- Partecipazione alle attività della Unità di Valutazione Multidimensionale ed alla predisposizione dei Piani Assistenziali Personalizzati;
- Partecipazione attiva dei MMG alla presa in carico dei "pazienti in dimissione difficile" dal P.O. di Pescia nell'ambito del programma di Dimissioni Ospedaliere Programmate (Servizio Territoriale per le Dimissioni Ospedaliere Programmate);
- Adozione di un Prontuario Terapeutico comune e condiviso che si basi sul PT Aziendale implementato; vigilanza del corretto utilizzo del PTA da parte del personale dipendente;
- Adesione al progetto di consegna diretta di farmaci nell'ambito dei progetti di Assistenza Domiciliare;
- Predisposizione ed attivazione di un progetto specifico per il monitoraggio dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale.

B) Obiettivi di carattere organizzativo – funzionale

- Adozione dei requisiti assistenziali previsti per la Medicina di Gruppo adattati allo specifico contesto organizzativo;
- Condivisione in rete delle informazioni;
- Comunicazione per via elettronica;
- Trasmissione all'Azienda per via telematica dei vari reports;
- Messa a disposizione dell'azienda e verifica congiunta dei dati di attività per gli indicatori concordati, in particolare per quanto riguarda gli indicatori previsti per l'ECCM; messa a disposizione dell'Azienda e verifica congiunta dei dati di attività anche per gli altri indicatori concordati;
- Incontri periodici con l'UFC ASC per governo, verifica e valutazione;
- Sviluppo ed attivazione di un programma di formazione autogestita ed integrativa rispetto a quella istituzionale;
- Organizzazione e partecipazione a incontri di informazione con strutture aziendali;
- Riunioni trimestrali del MMG Responsabile con tutti gli Operatori, sia aziendali che convenzionati, che partecipano al Modulo, compresi il Responsabile Aziendale ed il Referente Aziendale per il progetto;
- Collaborazione alla individuazione dei bisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione di riferimento, partecipazione alla programmazione aziendale e collaborazione attiva alla costruzione del Piano Integrato di Salute delle Valdinievole;
- Attività di "Ufficio Sanitario" ove richiesto e secondo gli orari concordati con la UFC ASC.

Ove necessario, richiesto e concordato, le iniziative per il perseguimento di questi obiettivi dovranno essere precedute dalla definizione e dalla condivisione con l'Azienda degli specifici percorsi..

Cronoprogramma

Si prevede di poter espletare le pratiche relative alla locazione entro 60 giorni dalla approvazione del progetto; saranno quindi acquisiti entro 60 - 90 giorni gli arredi e le tecnologie necessarie e contemporaneamente saranno discussi e definiti gli accordi specifici con i professionisti che parteciperanno alla sperimentazione.

I MMG coinvolti potranno trasferire gradualmente i loro ambulatori, con la possibilità di organizzarsi in una sola Medicina di Gruppo (la maggior parte dei MMG che hanno aderito al progetto fanno già parte di una Medicina di Gruppo); questo nel giro di almeno 90 giorni.

Sarà immediatamente attivato un ambulatorio, gestito a rotazione da tutti i MMG, che garantirà presso la CdS una apertura "h10" o "h12" a seconda delle necessità evidenziate (anche presso la struttura satellite di Cintolese è attiva una copertura analoga).

Entro 60 giorni sarà accolta nella CdS anche la Continuità Assistenziale.

Una volta stabilizzate le attività dei MMG e dei PLS, si procederà a trasferire (entro ulteriori 90 giorni) i servizi aziendali più complessi: Assistenza Infermieristica Territoriale e Servizio di Assistenza Sociale.

I trasferimenti avverranno in maniera graduale in modo da ridurre i disagi per la popolazione ed avere il tempo necessario per informare la cittadinanza; per questo sarà preziosa la collaborazione delle Associazioni di Volontariato.

Complessivamente si prevede che, entro 180 giorni dalla disponibilità della struttura, la CdS sia funzionante per le sue attività principali e sostanziali (in particolare con MMG, MCA, PLS); nei successivi 180 giorni, gradualmente, potranno essere attivate tutte le iniziative assistenziali previste. Si valuta in **30 mesi** complessivi il tempo per la messa a regime completa della struttura ed il suo inserimento definitivo nella rete territoriale integrata.

Occorre sottolineare a questo proposito le difficoltà collegate alla necessità di far funzionare in rete i vari Presidi. Tuttavia sarà interessante testare questo modello organizzativo in una realtà particolarmente favorevole ed adatta a recepire le innovazioni.

Risultati attesi

L'attivazione del Modulo potrà permettere di valutare gli specifici bisogni di salute della popolazione assistita e garantire una copertura assistenziale qualitativamente e quantitativamente adeguata con presa in carico integrale della persona.

Sarà possibile la realizzazione di progetti di razionalizzazione assistenziale e la verifica dei loro effetti anche grazie ad una più facile ed incisiva comunicazione fra MMG ed Azienda USL ed una più appropriata utilizzazione dei servizi da parte del cittadino.

Indicatori

- Apertura di un Ambulatorio MMG “h 10”.
- Riunioni periodiche degli operatori sanitari componenti l'Associazione.
- Collaborazione dei MMG dell'Associazione alla predisposizione del Profilo di Salute della Valdinievole ed alla definizione del Piano Integrato di Salute.
- Individuazione di un MMG Responsabile – Coordinatore del Modulo fra i MMG.
- Numero di accessi impropri (codici bianchi ed azzurri) al P.S. del P.O. di Pescia per gli assistiti dei MMG del Modulo.
- Numero accessi agli ambulatori specialistici dell'Azienda USL.
- Numero dei ricoveri ospedalieri ai P.O. dell'Azienda USL (con particolare riferimento alle patologie croniche) di assistiti dei MMG del Modulo.
- Numero dei ricoveri ripetuti entro sette giorni dalla dimissione per gli assistiti dei MMG del Modulo (con allegata valutazione congiunta dei MMG e dei Colleghi Ospedalieri).
- Numero richieste improprie e non concordate con il MMG di prestazioni al Servizio di Emergenza 118 per gli assistiti dei MMG del Modulo.
- Omogeneizzazione dei comportamenti prescrittivi dei MMG del Modulo.
- Casi attivati di ADI, ADP ed AIT per assistiti dei MMG del Modulo.
- Casi discussi in UVM con la partecipazione (se invitati) dei MMG del Modulo in rapporto a tutti i casi discussi in UVM.
- Linee guida e percorsi diagnostici e terapeutici adottati.
- Somministrazione periodica di un questionario di gradimento e valutazione del servizio ad un campione di assistiti dell'Associazione.
- Rilevazione delle visite dei Medici di Continuità Assistenziale relative agli assistiti dei MMG del Modulo.

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Il progetto prevede la costituzione di una Casa della Salute presso la nuova sede della Pubblica Assistenza Monsummanese; qui saranno collocati gli ambulatori principali di almeno 10 MMG ed 1 PLS, l'Assistenza Infermieristica, l'Assistenza Sociale, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare, un punto CUP, una segreteria amministrativa, un punto prelievi, il servizio della Emergenza 118, la Continuità Assistenziale, un ambulatorio di Primo Soccorso, le principali branche specialistiche (geriatria, cardiologia, ecc.), il Medico di Comunità che coordina l'Area Distrettuale Omogenea.

Con il supporto logistico delle Associazioni di Volontariato, la struttura opererà in rete con una Casa della Salute "satellite" posta nella frazione di Cintolese e con l'attuale Presidio di Via Calatafimi che diventerà il punto di riferimento specialistico di "secondo livello".

*** **

PROGETTO 4

1. GENERALITA'

Regione proponente: Toscana

Estremi della delibera:

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: Casa della Salute di Montale (azienda USL 3 di Pistoia)

Durata: 30 mesi

Referente: Dr. Andrea Leto

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Settore Medicina Predittiva Preventiva

Via T. Alderotti 26/n, Firenze

Tel. 055 4385259; fax 055 4382167

email andrea.letto@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: Dr. Domenico Cerullo, Direttore UFC Assistenza Sanitaria di Comunità, Zona Distretto Pistoiese Azienda USL 3 di Pistoia

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo: €2.470.000,00

Costo annuale: €1.080.000,00 (per la durata prevista di 30 mesi, cioè 2,5 anni)

Quota finanziata dall'azienda USL 3: €1.470.000,00

Cofinanziamento atteso: €1.000.000,00

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Premessa

I servizi territoriali, al contrario di quelli ospedalieri, hanno sempre sofferto di problemi di identificazione, con difficoltà in primo luogo nell'individuazione di strutture idonee che

rappresentino, per la cittadinanza, dei veri e propri punti di riferimento. Per questo motivo e per favorire l'integrazione fra i servizi territoriali tra loro e con i servizi ospedalieri si rende indispensabile investire in strutture e soprattutto in personale sempre più preparato alla gestione integrata dei nuovi bisogni della popolazione.

Contesto in cui il progetto si colloca

Il Comune di Montale ha una popolazione di 10.143 abitanti(M: 4958 F:5185) per una densità abitativa complessiva di circa 316,8 abitanti per kmq. La struttura del territorio comprende aree ad elevata urbanizzazione ed aree collinari.

Sul territorio del Comune di Montale operano attualmente 8 medici di medicina generale (organizzati in varie forme associative) di seguito riportati e 1 pediatra di libera scelta. Tuttavia a seguito di un recente pensionamento, ricorrendo le condizioni previste dall'ACN per un nuovo inserimento, è stata pubblicata una zona carente per 1 MMG. Tali medici costituiscono anche l'equipe territoriale di Montale il cui referente è la dr.ssa Paola Maria Mandelli.

La loro attività è concentrata in sei studi medici ubicati nel comune capoluogo e tre studi dislocati nelle frazioni (Tobbiana, Stazione, Fognano).

L'unico pediatra di libera scelta svolge la propria attività presso l'ambulatorio dell'Ass. di Vol. Croce verde di Montale via E. Nesti 2.

Sul territorio è presente un presidio territoriale aziendale, articolato su due piani collegati con un ascensore, nel quale sono collocati:

- punto prelievi
- CUP
- Servizio di assistenza sociale
- Ambulatorio infermieristico
- Servizio consultoriale
- Servizio di psicologia
- Ambulatorio di medicina pubblica (vaccinazioni e certificazioni)
- Ambulatorio specialistico di geriatria
- Centro di riabilitazione ambulatoriale

Il servizio di continuità assistenziale è ubicato presso il presidio distrettuale di Agliana e copre il territorio dei due comuni. Analogamente nello stesso presidio è collocato il 118 il cui ambito di attività riguarda i 3 comuni della Pianura P.se (Montale insieme ad Agliana e Quarrata).

Inoltre le altre strutture sanitarie presenti sul territorio comunale sono:

- Associazioni di volontariato:
 - Misericordia (attività di trasporto con ambulanza e centro di socializzazione e ambulatori medici)
 - Croce d'Oro nei cui locali sono presenti anche studi medici
 - AIDO
 - AVIS (che organizza periodicamente le sedute di raccolta del sangue presso il presidi distrettuale)
- Farmacie:
 - Farmacia di Montale capoluogo

- Farmacia di Fognano.

In questo contesto ed in sinergia con l'amministrazione comunale è emersa la necessità di trovare nel territorio comunale una sede, ben riconoscibile ed accessibile, capace di ricomprendere i principali servizi distrettuali evitando in questo modo ai cittadini lunghe peregrinazioni per comporre una risposta integrata alle loro necessità complesse: la Casa della Salute del Comune di Montale

Nella Casa della Salute troveranno collocazione:

- ambulatori principali per i medici di medicina generale
- ambulatorio del pediatria di libera scelta;
- ambulatori per la medicina d'iniziativa e per l'Expanded Chronic Care Model (ECCM);
- ambulatorio gestito a rotazione dai MMG per la copertura continuativa diurna "h12";
- alcuni ambulatori specialistici (organizzati in maniera flessibile in relazione ai bisogni evidenziati dai MMG, funzionalmente collegati anche con il Poliambulatorio del "Presidio di secondo livello");
- ambulatorio infermieristico;
- punto unico prenotazioni (CUP) integrato da altre attività amministrative (scelta e revoca del medico, esenzioni ticket, ecc.);
- segreteria amministrativa per le attività ambulatoriali anche connesse all'ECCM;
- ambulatorio di medicina pubblica (certificazioni medico legali alla persona: visite finalizzate al rilascio di patenti, porto d'armi, certificati di idoneità fisica all'impiego; vaccinazioni, ecc.);
- Punto Insieme dove operatori orientano, indirizzano, forniscono informazione, accolgono le segnalazioni ed attivano i percorsi più opportuni sulla base dei bisogni espressi dai cittadini;
- Punto prelievi;
- Servizio di Assistenza Infermieristica Territoriale dell'ADO;
- Servizio di Assistenza Sociale dell'ADO;
- Medico di Comunità - UFC Assistenza Sanitaria di Comunità;
- Unità di Valutazione Multidimensionale;
- ambulatorio di "piccola diagnostica" (esami ematochimici di base, ecografo, doppler arteriosi e venosi, spirometro, Holter pressorio, elettrocardiografo, ecc.);
- spazi di incontro e socializzazione dove sarà effettuato anche il "counseling".

Obiettivi del progetto

B) Obiettivi di carattere assistenziale

- Ambulatorio MMG aperto almeno 10 ore al giorno;
- Ambulatorio Infermieristico secondo le necessità documentate e verificate;
- Reperibilità telefonica dei MMG presso la Casa della Salute dal lunedì al venerdì per 10 ore al giorno.
- Coordinamento e programmazione di tutte le attività della Casa della Salute e gestione del personale funzionalmente assegnato.

- Gestione delle urgenze ambulatoriali possibili presso la sede del Modulo;
- Esecuzione nella sede di esami diagnostici e sistema coordinato per esami urgenti con la messa a disposizione delle necessarie tecnologie da parte dell'Azienda e con l'individuazione di specifici percorsi concordati con le strutture aziendali di competenza.
- Attività di prenotazione CUP presso la sede tramite la segreteria con la possibilità per il MMG di effettuare direttamente la prenotazione nei casi ritenuti opportuni.
- Programmazione di Ambulatori per la gestione di patologie croniche ad elevata prevalenza in particolare nell'ambito della Medicina d'Iniziativa, compresa l'attività di "counseling":
 - Ambulatorio per la gestione del Diabete Mellito tipo 2;
 - Ambulatorio per la gestione dello Scompenso Cardiaco;
 - Ambulatorio per la gestione dell'Ipertensione Arteriosa;
 - Ambulatorio per la gestione della BPCO;
 - Ambulatorio per la gestione dell'Ictus.
- Assistenza domiciliare adeguata in particolare rivolta agli assistiti residenti nelle aree disagiate, anche sperimentando forme innovative di organizzazione ed articolazione di questa attività tra i Medici partecipanti al Modulo;
- Coordinamento e programmazione di attività specialistiche presso la CdS;
- Coordinamento condiviso dell'assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare;
- Definizione di percorsi diagnostici e terapeutici comuni e condivisi, sia nell'ambito dell'ECCM, che per il graduale raggiungimento di una omogeneità prescrittiva e appropriatezza nell'uso delle risorse;
- Spesa complessiva dei MMG del Modulo per l'assistenza farmaceutica e per la diagnostica al di sotto della media regionale: a tal fine l'Azienda metterà a disposizione reports di gruppo (i reports dei singoli MMG saranno forniti con la sola finalità di discussione interna);
- Predisposizione di un Progetto per la sperimentazione di un Ambulatorio di MG aperto per due ore al sabato mattina, anche in maniera coordinata con il servizio di Continuità Assistenziale;
- Partecipazione alle attività della Unità di Valutazione Multidimensionale ed alla predisposizione dei Piani Assistenziali Personalizzati;
- Partecipazione attiva dei MMG alla presa in carico dei "pazienti in dimissione difficile" dal P.O. di Pistoia nell'ambito del programma di Dimissioni Ospedaliere Programmate (Servizio Territoriale per le Dimissioni Ospedaliere Programmate);
- Adozione di un Prontuario Terapeutico comune e condiviso che si basi sul PT Aziendale implementato; vigilanza del corretto utilizzo del PTA da parte del personale dipendente;
- Adesione al progetto di consegna diretta di farmaci nell'ambito dei progetti di Assistenza Domiciliare;
- Predisposizione ed attivazione di un progetto specifico per il monitoraggio dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale.

B) Obiettivi di carattere organizzativo – funzionale

- Adozione dei requisiti assistenziali previsti per la Medicina di Gruppo adattati allo specifico contesto organizzativo;
- Condivisione in rete delle informazioni;

- Comunicazione per via elettronica;
- Trasmissione all'Azienda per via telematica dei vari reports;
- Messa a disposizione dell'azienda e verifica congiunta dei dati di attività per gli indicatori concordati, in particolare per quanto riguarda gli indicatori previsti per l'ECCM; messa a disposizione dell'Azienda e verifica congiunta dei dati di attività anche per gli altri indicatori concordati;
- Incontri periodici con l'UFC ASC per governo, verifica e valutazione;
- Sviluppo ed attivazione di un programma di formazione autogestita ed integrativa rispetto a quella istituzionale;
- Organizzazione e partecipazione a incontri di informazione con strutture aziendali;
- Riunioni trimestrali del MMG Responsabile con tutti gli Operatori, sia aziendali che convenzionati, che partecipano al Modulo, compresi il Responsabile Aziendale ed il Referente Aziendale per il progetto;
- Collaborazione alla individuazione dei bisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione di riferimento, partecipazione alla programmazione aziendale e collaborazione attiva alla costruzione del Piano Integrato di Salute;
- Attività di "Ufficio Sanitario" ove richiesto e secondo gli orari concordati con la UFC ASC.

Ove necessario, richiesto e concordato, le iniziative per il perseguimento di questi obiettivi dovranno essere precedute dalla definizione e dalla condivisione con l'Azienda degli specifici percorsi..

Cronoprogramma

Si prevede di poter espletare le pratiche relative alla acquisizione di una nuova sede, entro ca 5 mesi dalla approvazione del progetto; saranno quindi necessari 18-24 mesi per lavori di adeguamento della struttura acquisita .Contemporaneamente saranno discussi e definiti gli accordi specifici con i professionisti che parteciperanno al progetto.

I MMG coinvolti potranno trasferire gradualmente i loro ambulatori, con la possibilità di organizzarsi in una sola Medicina di Gruppo (la maggior parte dei MMG che hanno aderito al progetto fanno già parte di una Medicina di Gruppo)

Sarà immediatamente attivato un ambulatorio, gestito a rotazione da tutti i MMG, che garantirà presso la CdS una apertura "h10" o "h12" a seconda delle necessità evidenziate.

Una volta stabilizzate le attività dei MMG e dei PLS, si procederà a trasferire i servizi aziendali più complessi: Assistenza Infermieristica Territoriale e Servizio di Assistenza Sociale.

I trasferimenti avverranno in maniera graduale in modo da ridurre i disagi per la popolazione ed avere il tempo necessario per informare la cittadinanza; per questo sarà preziosa la collaborazione delle Associazioni di Volontariato.

Complessivamente si prevede che, entro 3 mesi dalla disponibilità della struttura, la CdS sia funzionante per le sue attività principali e sostanziali (in particolare con MMG, PLS); nei successivi 2 mesi, gradualmente, potranno essere attivate tutte le iniziative assistenziali previste.

Si valuta in circa 28- 34 mesi complessivi il tempo per la messa a regime completa della struttura ed il suo inserimento definitivo nella rete territoriale integrata.

Risultati attesi

L'attivazione del Modulo potrà permettere di valutare gli specifici bisogni di salute della popolazione assistita e garantire una copertura assistenziale qualitativamente e quantitativamente adeguata con presa in carico integrale della persona.

Sarà possibile la realizzazione di progetti di razionalizzazione assistenziale e la verifica dei loro effetti anche grazie ad una più facile ed incisiva comunicazione fra MMG ed Azienda USL ed una più appropriata utilizzazione dei servizi da parte del cittadino.

Indicatori

- Apertura di un Ambulatorio MMG “h 10”.
- Riunioni periodiche degli operatori sanitari componenti l'Associazione.
- Collaborazione dei MMG dell'Associazione alla predisposizione del Profilo di Salute della Zona Distretto di Pistoia ed alla definizione del Piano Integrato di Salute.
- Individuazione di un MMG Responsabile – Coordinatore del Modulo fra i MMG.
- Numero di accessi impropri (codici bianchi ed azzurri) al P.S. del P.O. di Pistoia per gli assistiti dei MMG del Modulo.
- Numero accessi agli ambulatori specialistici dell'Azienda USL.
- Numero dei ricoveri ospedalieri ai P.O. dell'Azienda USL (con particolare riferimento alle patologie croniche) di assistiti dei MMG del Modulo.
- Numero dei ricoveri ripetuti entro sette giorni dalla dimissione per gli assistiti dei MMG del Modulo (con allegata valutazione congiunta dei MMG e dei Colleghi Ospedalieri).
- Numero richieste improprie e non concordate con il MMG di prestazioni al Servizio di Emergenza 118 per gli assistiti dei MMG del Modulo.
- Omogeneizzazione dei comportamenti prescrittivi dei MMG del Modulo.
- Casi attivati di ADI, ADP ed AIT per assistiti dei MMG del Modulo.
- Casi discussi in UVM con la partecipazione (se invitati) dei MMG del Modulo in rapporto a tutti i casi discussi in UVM.
- Linee guida e percorsi diagnostici e terapeutici adottati.
- Somministrazione periodica di un questionario di gradimento e valutazione del servizio ad un campione di assistiti dell'Associazione.
- Rilevazione delle visite dei Medici di Continuità Assistenziale relative agli assistiti dei MMG del Modulo.

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Il progetto prevede la costituzione di una Casa della Salute nel Comune di Montale in uno stabile che l'Azienda in sinergia con l'Amministrazione comunale sta reperendo nel territorio comunale dove saranno collocati gli ambulatori principali di tutti i MMG del Comune ed 1 PLS, l'Assistenza Infermieristica, l'Assistenza Sociale, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare, un punto CUP, una segreteria amministrativa, un punto prelievi, un ambulatorio di Primo Soccorso, le principali branche specialistiche (geriatria, cardiologia, ecc.) e la presenza settimanale del Medico di Comunità che coordina l'Area Distrettuale Omogenea della Pianura Pistoiese.

1. GENERALITA'

Regione: Toscana

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: Casa della Salute "La Rosa" – II fase (Azienda USL 5 Pisa)

Durata: 24 mesi

Referente: Dr. Andrea Leto
Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà
Settore Medicina Predittiva Preventiva
Via T. Alderotti 26/n, Firenze
Tel. 055 4385259; fax 055 4382167
email andrea.letto@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: Patrizia Salvatori, Direttore Società della Salute Caldera, Via Fantozzi Pontedera, tel. 0587-273535, email p.salvadori@usl5.toscana.it

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo: €2.200.000

Costo annuale: 1° anno €1.200.000; 2° anno €1.000.000

Quota finanziata dall'azienda USL 5: €800.000

Cofinanziamento atteso: €1.400.000

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Premessa

Il progetto di realizzazione di una Casa della Salute nella Zona Distretto Valdera presso il presidio distrettuale "LA Rosa" nell'ASL 5 di Pisa è stato approvato nella sua prima fase nel 2009.

Vengono indicati di seguito e in modo sintetico i principali elementi di fatto, riportati già da alcuni anni nei principali documenti di analisi e programmazione redatti ai diversi livelli di governo, che sono alla base della scelta del nuovo modello organizzativo dei servizi sanitari territoriali, ora indicato come Casa della Salute.

- Nella società contemporanea si registra un progressivo aumento dei pazienti affetti da malattie croniche, frutto anche delle maggiori possibilità di intervento su patologie che prima erano difficilmente fronteggiabili
- I bisogni sono sempre più sovente di carattere complesso, sia per effetto di più patologie che agiscono contemporaneamente sulle persone, sia perché le esigenze di carattere sanitario sono spesso interconnesse a problematiche di ordine sociale. Occorre quindi integrare fortemente le risposte sociali e sanitarie, pubbliche e private, per renderle realmente efficaci
- E' sempre più chiaro il beneficio rilevante in termini di salute ottenibile da un potenziamento delle attività di prevenzione e promozione della salute, prima cioè che le patologie si manifestino.

- I profondi cambiamenti nei bisogni di salute dei cittadini avvenuti negli ultimi anni sempre di più hanno spostato il baricentro delle risposte dall'ospedale al territorio: l'ospedale sempre più tende a trattare l'acuzie, riduce la durata del ricovero e si è organizzato per intensità di cure; il territorio deve sapersi organizzare anche per quelle situazioni, sempre più complesse, che in precedenza potevano avere una risposta ospedaliera.

L'azienda USL 5 di Pisa, con il presente progetto, intende sviluppare il progetto presentato nel 2009 di cui si riportano sinteticamente di seguito alcuni elementi descrittivi.

Contesto in cui il progetto si colloca

Il progetto Casa della Salute "La Rosa" costituisce l'evoluzione della Unità di Cure Primarie (UCP) "La Rosa", avviato in forma sperimentale nel 2006, che ha raggiunto risultati significativi nell'ambito di servizi qualificabili come primo soccorso in attuazione degli indirizzi contenuti nel Piano Sanitario Nazionale e nel nuovo Piano Sanitario Regionale.

Sono confermati gli aspetti organizzativi che hanno caratterizzato il progetto UCP, quali la collocazione del servizio all'interno del presidio distrettuale, la partecipazione di tutti i medici di medicina generale operanti nell'Alta Valdera, in corrispondenza con il territorio dell'ex distretto, l'individuazione di un MMG responsabile e coordinatore del progetto, l'effettuazione di almeno un turno settimanale aggiuntivo (rispetto alle prestazioni ambulatoriali già svolte) da parte di ciascun medico, le riunioni periodiche insieme ai medici della continuità assistenziale con la presenza anche di una figura responsabile per l'Azienda.

La Casa della Salute "La Rosa" si colloca all'interno del presidio distrettuale La Rosa di Terricciola che ha come riferimento il territorio esteso di 5 comuni collinari della Valdera (Peccioli, Palaia, Laiatico, Capannoli, Terricciola), con una popolazione di oltre 20.000 abitanti, con numerose piccole frazioni, con una bassa densità di popolazione e distante dal presidio ospedaliero di riferimento. La collocazione del servizio all'interno del presidio distrettuale, l'apertura per 24 ore al giorno per sette giorni settimanali, la partecipazione di tutti i medici di medicina generale, con orario aggiuntivo rispetto alle prestazioni ambulatoriali che sono state mantenute nei numerosi studi periferici, la presenza dei Medici di Continuità Assistenziale, già in rete telematica con i Medici di Medicina Generale, la presenza di vari Medici Specialisti, tra i quali Radiologi che effettuano ecografie, dei Pediatri di Libera Scelta, dei Medici della medicina di comunità, delle Assistenti Sociali, degli Infermieri territoriali, del personale amministrativo, con la sede del CUP, consentono di fornire servizi sanitari, socio-sanitari integrati e amministrativi in maniera integrata per la cittadinanza per 24 ore su 24 e 7 giorni alla settimana.

L'accesso a tutti questi servizi è facilitato anche dal fatto che la struttura è dotata di un ampio parcheggio.

La tabella sottostante riporta lo stato dell'arte rispetto agli obiettivi della I fase del progetto.

n.	Obiettivo	Stato dell'arte
A	<p>Primo Soccorso: la gestione bisogni di salute percepiti come urgenti dai cittadini rappresenta uno degli obiettivi fondamentali per un modello organizzativo dell'assistenza territoriale. Allo scopo di rafforzare e consolidare lo svolgimento di questa importante funzione sono stati previsti oltre ad un punto di primo soccorso gestito dai MMG e MCA anche alcuni rafforzamenti organizzativi quali l'implementazione dei servizi diagnostici/specialistici, soprattutto attraverso l'avvio di un servizio di telemedicina e</p>	<p>Attivato servizio di Primo Soccorso 24 h al giorno per 7 giorni alla settimana gestito dai MMG e dai MCA</p> <p><u>Attività:</u> 10.543 accessi, di cui 596 per patologie urgenti, e 1.968 per medicazioni- primo soccorso e circa 800 per utenti esterni al territorio di competenza</p> <p><u>Risultati:</u> Riduzione accessi impropri al Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Pontedera (3,57% è stata la percentuale di accessi inappropriati al pronto soccorso da parte della popolazione residente nel territorio di riferimento)</p>

	l'integrazione con il servizio dell'Emergenza-Urgenza/118	
B	<p>Attuazione Medicina di Iniziativa e del Chronic Care Model</p> <p>Dal nuovo Piano Sanitario Regionale e dal recente Accordo Regionale in materia di Medicina Territoriale emerge con forza la necessità di sviluppare una “sanità di iniziativa”.</p> <p>Le aree della cronicità su cui sarà realizzato il nuovo modello assistenziale saranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabete mellito ➤ Scompenso cardiaco ➤ Ipertensione medio-grave ➤ Insufficienza respiratoria in BPCO ➤ Ictus <p>da svilupparsi con gradualità. Le azioni specifiche previste per ciascun area di cronicità sono le seguenti:</p> <p>- <u>Prevenzione primaria</u>: l'adozione di corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica, le corrette abitudini alimentari e la cessazione del fumo, sono ormai riconosciuti come elemento cardine per la prevenzione delle malattie afferenti alle aree sopra richiamate. Sono pertanto previsti incontri con la popolazione ed attività di informazione - promozione per lo sviluppo, anche nelle piccole frazioni, dell'attività fisica, e la diffusione sul territorio di punti di riferimento informativi</p> <p>- <u>Prevenzione secondaria</u>:</p> <p>-><u>Ambulatori per pazienti cronici</u>: sulla base dei registri informatizzati dei 15 MMG che partecipano al progetto saranno estratti i pazienti per ciascuna patologia cronica. Il personale medico e infermieristico, appositamente formato, seguirà tali pazienti attraverso un sistema di visite programmate e controlli, secondo quanto previsto dal modello CCM.</p> <p>-><u>Sostegno all'auto-aiuto dei pazienti cronici</u>: sono previsti incontri per gruppi di pazienti, familiari o assistenti domiciliari, sulla corretta autogestione della malattia, con il contributo dei MMG, degli Infermieri specificamente formati e degli specialisti eventualmente necessari. Gli incontri informativi e formativi saranno incentrati sulla dieta appropriata, le modalità per un corretto esercizio fisico, l'auto-misurazione dei parametri di controllo della malattia e (all'occorrenza) l'applicazione di medicazioni a cura dei care-giver familiari.</p> <p>Gli incontri potranno talvolta essere anche autogestiti dai pazienti (<u>gruppi di auto-aiuto</u>) per un confronto sulle rispettive situazioni e problematiche, allo scopo di eliminare condizioni di ansietà attraverso la condivisione degli stati soggettivi e oggettivi della malattia.</p> <p>Molto importante sarà anche il ruolo devoluto alle <u>associazioni dei malati</u>, che hanno già dimostrato la capacità di reclutare le persone potenzialmente interessate e che possono svolgere opera di sensibilizzazione e divulgazione in accordo con i responsabili dell'azienda sanitaria.</p>	<p>Sono stati definiti i percorsi assistenziali e già attivi i protocolli per il diabete mellito e per lo scompenso cardiaco.</p> <p>Sono stati individuati gli elenchi dei pazienti per le patologie croniche del diabete e dello scompenso cardiaco.</p> <p>E' stato assegnato personale infermieristico (infermiere e OSS) al modulo di medicina d'iniziativa che ha avviato, in collaborazione con i MMG, il lavoro previsto dal CCM.</p>

C	<p>Assistenza Infermieristica domiciliare Nel caso di pazienti con patologie croniche che non siano in grado di autogestirsi o che non abbiano a disposizione un care giver familiare, sono previste azioni di monitoraggio dei parametri specifici e pratiche assistenziali presso il domicilio del malato, svolte da personale specificamente formato ed assegnato in proiezione funzionale ai MMG. Questa attività potrà essere avviata per pazienti con scompenso cardiaco in classe III e IV NYHA, con insufficienza respiratoria in BPCO, con ictus, nelle fasi post-acuta e cronica, laddove vi siano esiti altamente invalidanti.</p>	E' stato assegnato personale infermieristico all'interno del CCM.
D	<p>Corsi per smettere di fumare Saranno organizzati in collaborazione con il centro anti-fumo operante nel presidio distrettuale di Pontedera e vedranno la collaborazione attiva dei MMG, a partire dall'individuazione e motivazione dei potenziali utenti.</p>	E' previsto l'avvio nel corso del 2010
E	<p>Telefono dedicato A rinforzo del sistema di supporto per il paziente cronico, verrà opportunamente segnalato ai pazienti la possibilità di riferirsi al numero telefonico per <u>confrontarsi su situazioni e problematiche legate alle diverse fasi della patologia nella pratica quotidiana.</u> Lo stesso telefono potrà essere utilizzato proattivamente nel <u>recupero</u> di pazienti che per diversi motivi siano usciti dal percorso loro dedicato, con particolare riguardo alle fasce deboli di popolazione, sulle quali potrà operarsi anche in stretto contatto con gli assistenti sociali</p>	E' attivato il servizio che dovrà essere ulteriormente implementato.
F	<p>Attività Fisica Adattata (AFA) e Attività Fisica Adattata Speciale (AFAS) Verrà ulteriormente e significativamente implementata nel territorio di competenza della Casa della Salute La Rosa l'Attività Fisica Adattata, ordinaria e speciale. Allorché il MMG individuerà l'opportunità di tale attività per un proprio paziente, questi potrà prendere contatto con il numero verde già istituito dalla Società della Salute per individuare il corso più adatto alle proprie esigenze (non in termini di contenuti, ma di logistica).</p>	Sono stati già programmati nuovi corsi AFA nel territorio di riferimento.
G	<p>Sviluppo dell'integrazione tra i diversi professionisti del territorio e con l'ospedale La presenza in un unico presidio di tutti gli operatori del sistema socio-sanitario consente di sviluppare significativamente tutte quelle aree di integrazione che oggi risultano in sofferenza a livello di sistema, a partire proprio da livelli adeguati di comunicazione tra le diverse figure coinvolte nella cura delle persone. Anche la prenotazione delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici potrà essere</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si è avviato e ormai consolidato un lavoro di equipe che ha permesso l'integrazione tra i diversi professionisti del presidio distrettuale "LA Rosa" - E' avviata l'integrazione/collegamento con i reparti del Presidio Ospedaliero "Lotti" di Pontedera ed in particolare sono attivi percorsi diagnostici diretti con i servizi diagnostici ospedalieri di Radiologia e di Laboratorio analisi e per urgenze con il Pronto Soccorso e con la Cardiologia dell'Ospedale di riferimento (Osp. Lotti di Pontedera)

	<p>opportunamente 'guidato' dal MMG operante nel distretto, sia operante in ambulatorio che con gruppi di pazienti, in attuazione della recente delibera regionale; dovranno essere individuate, in tal senso, opportune integrazioni con il personale amministrativo e infermieristico dell'azienda.</p> <p>L'avvio di un raccordo con gli specialisti del Presidio Ospedaliero di Pontedera consente inoltre sia una migliore definizione e gestione dei casi clinici ma soprattutto la definizione di percorsi assistenziali necessari per accertamenti e approfondimenti specialistici diagnostici.</p> <p>Inoltre sarà necessario in futuro prevedere <u>l'ampliamento dello stabile</u> sede del presidio in modo da realizzare spazi idonei per l'auto-organizzazione della cittadinanza attiva e delle sue espressioni rappresentative</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione accessi inappropriati al Pronto Soccorso - Riduzione spesa farmaceutica, ed incremento utilizzo farmaci generici e genericabili - Riduzione degli accertamenti diagnostici allo scopo di ridurre le liste di attesa e l'esposizione dei pazienti a radiazioni ionizzati <p>Riduzione Ospedalizzazione (tasso di ospedalizzazione residenti nei 5 comuni interessati è pari al 130 per mille)</p>
H	<p>Trasporto sociale</p> <p>Per rendere effettivamente operativa la Casa della Salute, tenuto conto delle caratteristiche territoriali, è previsto un apposito servizio di trasporto sociale, in funzione degli incontri di gruppo, dell'AFAS e di altre necessità non strettamente individuali.</p>	<p>E' stata fatta una prima analisi delle necessità di trasporti dai comuni e relative frazioni ed il presidio distrettuale de La Rosa</p>
I	<p>Raccolta e gestione informatizzata dei dati</p> <p>Per permettere il corretto sviluppo e funzionamento del Chronic Care Model sarà completata la messa in rete di tutti i MMG e di tutti i loro studi periferici. Disponendo di una banca dati completa (anche attraverso la realizzazione della cartella sanitaria informatizzata) sarà possibile estrarre i registri di patologia, partendo da quelle indicate dal PSR, dai quali selezionare, secondo criteri concordati, i pazienti da contattare per i vari interventi assistenziali previsti dal progetto.</p> <p>L'attivazione dell'accesso ai dati provenienti dal laboratorio analisi e da eventuali ricoveri ospedalieri mediante l'accesso al repository aziendale (già funzionante) permetterà di disporre di dati costantemente aggiornati sulle condizioni dei pazienti</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informatizzazione attività MMG e messa in rete con il Servizio di Continuità Assistenziale delle cartelle elettroniche dei Medici di Medicina Generale

Obiettivi del progetto (II fase)

L'obiettivo della II fase del progetto Casa della Salute "La Rosa" è quello di consolidare quanto previsto dalla fase I del progetto attraverso l'implementazione di ulteriori servizi presso il presidio distrettuale La Rosa di Terricciola, lo sviluppo della telemedicina, il miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria per la presa in carico dei casi complessi, l'ampliamento degli spazi e la formazione degli operatori.

Per migliorare l'integrazione tra i MMG con il servizio emergenza-urgenza/118 è previsto la presenza diurna nel presidio distrettuale del medico 118 con adeguato supporto infermieristico. Inoltre il completamento dei percorsi diretti tra la Casa della Salute e Servizi e reparti ospedalieri, l'implementazioni di ulteriori servizi specialistici ed diagnostici presso la Casa della Salute consentirà di migliorare ulteriormente le prestazioni erogate e l'integrazione tra ospedale e territorio.

Lo sviluppo poi della telemedicina potrà consentire a tutti i medici di MMG che partecipano al progetto l'accesso alle informazioni relative ai propri assistiti ed il collegamento con i sistemi di prenotazione dell'Azienda. Sarà infatti previsto la realizzazione del portale del MMG/PLS come strumento agile di condivisione dei dati sanitari, nel rispetto dei criteri di sicurezza e di privacy. Il portale riporterà oltre ai dati presenti nel repository sanitario, anche l'aggiornamento in tempo reale delle scelte e revoche effettuate dagli assistiti nei suoi riguardi. Tale strumento consentirà anche di poter comunicare in tempo reale con gli specialisti ospedalieri, avanzare quesiti diagnostici e segnalare eventuali situazioni critiche.

Un altro aspetto sicuramente da sviluppare presso la Casa della Salute "La Rosa", nell'ambito della non autosufficienza, è il potenziamento del Punto Insieme, che assicura l'accoglienza e l'informazione al cittadino e attraverso il quale si governa l'accesso e si avvia il percorso per la valutazione del bisogno di competenza dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) e l'erogazione delle prestazioni, che possono essere sia di natura sociale che sanitaria, con certezza dei tempi, come stabilito alla LR 66/2008.

E' inoltre necessario prevede un ulteriore ampliamento dell'edificio.

L'ampliamento della sede permetterà una riorganizzazione funzionale degli spazi dell'intero presidio così da assicurare una fruizione ottimale per l'utenza ed i migliori standard operativi per il personale. In particolare la riorganizzazione distributiva degli spazi dovrà consentire:

- g) miglioramento dell'accoglienza e dei percorsi interni di accesso
- h) utilizzo più funzionale degli spazi comuni e di attesa per il pubblico
- i) una migliore disposizione degli ambulatori specialistici
- j) una migliore disposizione degli spazi dedicati alla attività pediatriche
- k) una migliore disposizione degli spazi dedicati al servizio prelievi
- l) una migliore disposizione degli spazi dedicati allo svolgimento di interventi di primo soccorso.

In questo contesto diventa sempre più importante che il personale sia preparato alla gestione integrata dei nuovi bisogni della popolazione e quindi è fondamentale investire nella formazione del personale sanitario e sociale sui nuovi modelli organizzativi.

Risultati attesi (comuni tra la I e la II fase)

Grazie ad un adeguato supporto tecnologico e un modello organizzativo innovativo un primo obiettivo è quello di creare nel territorio dei 5 comuni dell'Alta Valdera un punto di riferimento unico per i servizi socio-sanitari territoriali, in grado di rispondere con efficacia ai bisogni dei cittadini, sia per il primo soccorso che per la cura di patologie croniche, offrendo un servizio integrato tra MMG, MCA, PLS, Medici dell'emergenza-urgenza, Medici Specialisti, Medici Distrettuali, Infermieri, Assistenti sociali, centralizzato nello stesso presidio distrettuale. La Casa della Salute dovrà divenire gradualmente un punto di riferimento per la rete dei servizi territoriali conosciuto dalla totalità dei cittadini (così come avviene per il presidio ospedaliero).

La Casa della Salute si propone inoltre, dopo l'ampliamento della struttura, come sede per iniziative da realizzare in collaborazione con le Associazioni di Volontariato sia in termini di assistenza erogata che in termini di promozione della salute e di educazione alla salute e ai corretti stili di vita. Con il consolidamento della Casa della Salute La Rosa e l'attivazione delle azioni sopra indicate ci si attende:

- riduzione ulteriore degli accessi al Pronto Soccorso Ospedaliero, per i codici bianchi-celesti-verdi dei cittadini residenti nell'Alta Valdera
- riduzione del l'ospedalizzazione, specialmente dei pazienti in ADI, ADP e di quelli affetti da patologie croniche
- riduzione del numero di richieste improprie di prestazioni al 118 da parte di cittadini residenti nella zona

- riduzione della spesa farmaceutica, incrementando l'utilizzo dei farmaci genericabili
- riduzione degli accertamenti diagnostici, allo scopo di ridurre le liste di attesa e l'esposizione dei pazienti a radiazioni ionizzanti
- aumento del gradimento dei pazienti per i servizi messi a loro disposizione
- aumento del numero di pazienti cronici (diabetici, ictus ecc..) che si sottopongono ad un corretto follow up, rispetto all'anno precedente
- aumento del numero di cittadini fumatori residenti nella zona che smettono di fumare.

Indicatori

- N. di accessi per codici bianchi-celesti-verdi al Pronto Soccorso Ospedaliero, rispetto all'anno precedente e alle altre zone della Valdera
- N. richieste improprie di intervento al 118
- N. di ricoveri ospedalieri, per patologie mediche, di pazienti della zona, rispetto all'anno precedente e relativo tasso di occupazione
- controllo della appropriatezza farmaceutica anche attraverso l'implementazione di prescrizione di farmaci off patent.
- Prestazioni specialistiche e diagnostiche
- N. di pazienti negli ambulatori per cronici/popolazione target
- N. incontri di educazione sanitaria con la popolazione di riferimento
- N. gruppi di auto-aiuto attivati
- N. partecipanti ai corsi per smettere di fumare
- N. di corsi AFA attivati nelle frazioni del territorio, rispetto all'anno precedente
- N. partecipanti ai corsi di AFA e AFAS
- N. di associazioni coinvolte
- Linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici attivati
- Percentuale di gradimento dei cittadini, mediante questionari
- N. pazienti responders per la medicina di iniziativa/ popolazione target.

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Il progetto è finalizzato alla consolidamento di una struttura polifunzionale che offra alla cittadinanza, in una stessa sede territoriale, distinta dal presidio ospedaliero, ma con esso funzionalmente collegata, tutti i servizi della medicina del territorio (medicina generale, continuità assistenziale, servizio emergenza-urgenza /118, medicina specialistica ambulatoriale, consultorio, assistenza di base, assistenza infermieristica, assistenza domiciliare, assistenza sociale, servizi amministrativi) e dove si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio sanitarie che lo riguardano, si persegue la prevenzione e la promozione della salute, si attiva un'assistenza domiciliare delle cure e si garantisce la continuità di percorsi assistenziali che devono essere integrati tra i servizi ospedalieri, servizi sanitari territoriali e servizi sociali

Con l'istituzione stabile della società della salute e l'impatto determinato dall'ospedale impostato sull'intensità di cure, la casa della salute si propone come modello innovativo per la realtà socio-sanitaria dell'Alta Valdera, dove si configura nella stessa sede fisica un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati.

*** **

1. GENERALITA'

Regione proponente: Toscana

Estremi della delibera:

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: Casa della Salute Venturina (Azienda USL 6 di Livorno)

Durata: settembre 2010 – maggio 2011

Referente: Dr. Andrea Leto

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà
Settore Medicina Predittiva Preventiva
Via T. Alderotti 26/n, Firenze
Tel. 055 4385259; fax 055 4382167
email andrea.leto@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: Dr.ssa Donatella Pagliacci, Responsabile Unità Funzionale Distrettuale, Zona Val di Cornia, Azienda USL 6 Livorno, e-mail d.pagliacci@sud.usl6.toscana.it

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo: €173.470,00

Quota finanziata dall'azienda USL 6: €52.070,00

Cofinanziamento atteso: €121.400,00

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Premessa

Nei principali documenti di analisi e programmazione redatti ai vari livelli del sistema sanitario (Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, Piano Sanitario Regione Toscana-PSR-2008-2010) vengono indicati gli elementi del quadro epidemiologico, demografico, socio-economico e culturale che sono alla base della scelta di un nuovo modello organizzativo dei servizi sanitari territoriali, sintetizzato sotto la denominazione di Casa della Salute:

- si assiste ad un progressivo innalzamento dell'aspettativa di vita ; in Regione Toscana i dati riportati nel PSR 2008-2010 indicano che in 10 anni sono stati guadagnati 3 anni di vita media in più. Questo, insieme alla contrazione della natalità, che dura ormai da anni, porta ad un progressivo invecchiamento della popolazione;
- si espande la popolazione affetta da patologie croniche, sia per l'effetto dell'invecchiamento della popolazione, che per la modifica degli stili di vita e anche per la maggiore efficacia degli interventi sanitari; ciò richiede un riorientamento del sistema sanitario dalla medicina d'attesa alla medicina d'iniziativa;
- i bisogni sono sempre più spesso di carattere complesso, sia perché nelle stesse persone spesso coesistono più patologie, che per la interconnessione tra problemi di tipo sanitario e

problemi di natura sociale. Ciò indica la necessità di una forte integrazione tra le risposte sociali e quelle sanitarie;

- vi è la necessità di intervenire in modo più efficace e sistematico sul versante delle attività di prevenzione e promozione della salute;
- in ultimo, è necessario al fine di potenziare l'efficacia e migliorare la sostenibilità complessiva del sistema sanitario, individuare sinergie forti con la comunità, intesa sia sotto forma di istituzioni rappresentative che di associazionismo e terzo settore.

Contesto in cui il progetto si colloca

Contesto territoriale e istituzionale

La Zona Val di Cornia è una delle 4 Zone socio-sanitarie in cui si articola la Azienda 6 di Livorno. Tutta la Zona fa riferimento, per l'attività ospedaliera al Presidio Ospedaliero di Piombino.

La Zona Val di Cornia si è sempre caratterizzata per una forte integrazione socio-sanitaria; le funzioni sociali dei Comuni sono state delegate per la gestione unitaria alla Unità Sanitaria Locale 25 prima, ed all'Azienda Sanitaria Locale 6 successivamente al riordino delle UUSLL stabilito dai DL 502/1992 e 517/1993. Nella Zona è stata attivata nel 2005 la sperimentazione della Società della Salute e, al termine della sperimentazione, come indicato nella LR 60/08, nel 2010 è stato costituito il Consorzio tra Comuni ed Azienda USL 6 per dare continuità all'esperienza della Società della Salute.

La Zona è composta da 6 Comuni che, dal punto di vista del profilo geografico, urbanistico e demografico, vengono aggregati in due sottoinsiemi, con bacino di utenza paragonabile sotto il profilo della consistenza numerica: la Città di Piombino, collocata nel promontorio omonimo, e la parte collinare che si estende dall'area costiera fino alle colline dell'interno, area ampia dal punto di vista geografico (arrivando inserirsi nella Provincia di Pisa) e caratterizzata dalla presenza di 5 Comuni e di insediamenti di medio-piccole e piccolissime dimensioni (v. tabella per i dati specifici). In ogni Comune ed in alcune frazioni sono presenti presidi socio-sanitari di dimensioni e complessità variabile.

Area	KMQ	Comuni presenti	N. Frazioni comunali	Popolazione aggregata	Di cui % > 65 anni	Densità abitativa	N. Presidi socio-sanitari distrettuali
Piombino	130	Piombino	2	34874	27,6%	286,06	3
Nord Val di Cornia	334, 25	San Vincenzo, Campiglia Marittima, Suvereto, Sassetta, Monteverdi	7	24678	26%	73,83	6

Si va dal piccolo presidio distrettuale presenti nei Comuni di Sassetta, Monteverdi e Suvereto, a Centri Socio-sanitari di dimensioni più rilevanti e di complessità funzionale maggiore come quelli presenti nella Città di Piombino, o nel Comune di San Vincenzo o a Venturina, frazione principale del Comune di Campiglia Marittima.

L'articolazione e funzionalità dei servizi territoriali è frutto di un'evoluzione storica, che ha portato ad una stratificazione di funzioni, a volte in modo non organico e ottimale dal punto di vista dell'efficienza/efficacia dei servizi.

Performance della Zona Distretto

L'Azienda USL 6 come tutte le aziende sanitarie della Regione Toscana sono sottoposte a valutazione di performance da parte del laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Dal 2008 questa valutazione è stata estesa alle Zone Distretto.

Le aree di valutazione e gli indicatori di rilevanza critica per la Zona Val di Cornia si indicano di seguito:

A. VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE E DELLE CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE

A3. Tasso di mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio

VALORE REGIONALE MEDIO (TS/100.000 ab): 433, 23; Zona Distretto Val di Cornia (TS/100.000 ab): 477,02

A8. Indice di vecchiaia

VALORE REGIONALE MEDIO 205,947; Zona Distretto Val di Cornia: 246,33

A9. Indice di dipendenza globale

VALORE REGIONALE MEDIO: 56,57; Zona Distretto Val di Cornia: 60,74

B. CAPACITA' DI PERSEGUIMENTO DELLE STRATEGIE REGIONALI

In questa sezione gli indicatori utilizzati (estensione ed adesione programmi di screening oncologici, tasso di copertura vaccinazione MPR, tasso di copertura vaccinazione antinfluenzale nell'anziano) vedono la Zona Distretto posizionarsi sopra la media regionale. Per l'indicatore "Comunicazione e partecipazione del cittadino" pur avendo la Zona il risultato migliore a livello regionale, questo risultato si colloca però al di sotto del livello considerato accettabile. Per l'indicatore Attività Fisica la situazione dell'indicatore (% di sedentari) è la seguente:

B17. % sedentari

VALORE REGIONALE MEDIO (%): 25,98; Zona Distretto Val di Cornia (%): 37,80

Sulla situazione nutrizionale i dati sono i seguenti:

B18.1 Percentuale obesi

VALORE MEDIO REGIONALE (%): 9,84; Zona Distretto Val di Cornia (%): 9,09

B18.2 Percentuale di obesi/sovrappeso consigliate dal medico di perdere peso

VALORE MEDIO REGIONALE (%): 55,0; Zona Distretto Val di Cornia (%): 46,6

B.18.3 Percentuale di sovrappeso consigliate dal medico di fare attività fisica

VALORE MEDIO REGIONALE (%): 32,84; Zona Distretto Val di Cornia (%): 11,10

B19. Percentuale di consumatori di alcol problematici ("binge" e fuori pasto)

VALORE MEDIO REGIONALE (%): 11,74; Zona Distretto Val di Cornia (%): 13,99

Per l'indicatore B20.1 (% fumatori) la Zona è in media regionale (30%) mentre è sotto la media per l'indicatore

B20.1 Percentuale di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere

VALORE MEDIO REGIONALE (%): 54,6; Zona Distretto Val di Cornia (%): 46

C) VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA

In questo settore gli indicatori critici sono:

C16T. Percentuale di ricoveri maggiori di 30 giorni

VALORE MEDIO REGIONALE (%): 1,6; Zona Distretto Val di Cornia (%): 1,8

C18T.1 Percentuale di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche

VALORE MEDIO REGIONALE (%): 12,6; Zona Distretto Val di Cornia (%): 17,12

C18T.3 Tasso di ricovero per patologie psichiatriche maggiorenni (T/100.000)

VALORE MEDIO REGIONALE: 261,73; Zona Distretto Val di Cornia: 310,33

Inoltre sulla domanda di diagnostica per immagini si hanno criticità sugli indicatori:

C20T.2.1 Tasso di prestazione TAC (T/1000)

INDICE MEDIO REGIONALE: 80,407; Zona Distretto Val di Cornia: 125,49

C20T.2.1 Tasso di prestazione Ecocolordoppler (T/1000)

INDICE MEDIO REGIONALE: 77,6; Zona Distretto Val di Cornia: 86,7

D) VALUTAZIONE ESTERNA

L'indicatore relativo alla valutazione da parte dei cittadini dei servizi distrettuali (D15A) per la Zona Val di Cornia si colloca in media regionale analogamente a quello sulla valutazione dell'organizzazione distrettuale da parte dei cittadini (D15B) e a quello sulla valutazione della qualità del personale dei distretti (D15C).

E) VALUTAZIONE DELLA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Gli indicatori di appropriatezza prescrittiva critici sono:

C9T.1 Consumo di inibitori di pompa protonica:

VALORE REGIONALE (u.procapite):17,65; Zona Distretto Val di Cornia: 21,67

C9T3. Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina (%):

VALORE REGIONALE: 28,58; Zona Distretto Val di Cornia: 29,45

C9T.4 Consumo di antidepressivi SSRI (DDD/1000 ab/die)

VALORE REGIONALE: 39,51; Zona Distretto Val di Cornia: 51,00

Gli indicatori di *efficienza prescrittiva* critici sono:

F12a.T.1 % Inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto (%):

VALORE REGIONALE 80%; Zona Distretto Val di Cornia: 76,1%

F12a.T.3 % ACE inibitori non associati a brevetto scaduto (%)

VALORE REGIONALE; 80,1%; Zona Distretto Val di Cornia: 76%

F12aT.7 % di ACE inibitori associati a brevetto scaduto (%):

VALORE REGIONALE: 54,8%; Zona Distretto Val di Cornia: 48,1%.

Contesto organizzativo: situazione e sviluppi

L'Azienda USL 6 ha avviato nel 2009, con det. DG 883/20.10.2009 un'analisi delle modalità di funzionamento dei presidi distrettuali dell'Azienda, al fine di giungere ad un progetto di "Rifunionalizzazione delle attività territoriali". Il progetto ha come obiettivo quello di definire indirizzi generali univoci in ambito aziendale per la riprogettazione dell'offerta dei servizi territoriali, partendo dalla definizione di standard di servizio per bacini di popolazione. Lo standard di riferimento è un presidio definito come "*centro socio sanitario maggiore*" o "*presidio territoriale di cure primarie*" per cui sono stati indicati criteri di base di funzionamento:

- apertura 12 ore al giorno (24 se presente continuità assistenziale) e garanzia di presa in carico del cittadino;
- terminale di una rete informatica unica aziendale interoperante con le altre pubbliche amministrazioni
- centro polifunzionale allargato
- centro di erogazione di prestazioni specialistiche
- garante della diretta presa in carico, e della informativa sui percorsi
- deve farsi diretto carico di ogni bisogno di base (comprensivo della presa in carico della famiglia)
- ospita le sedi centrali dei moduli di mmg
- fornisce la risposta amministrativa aperta sulle 12 ore (cup , pagamento immediato del ticket, carta sanitaria elettronica, referti analisi, anagrafe).

Principi di riferimento e valori di fondo per le strutture così ridefinite:

- Strutturazione secondo modelli standard di servizio (Presenza di Punto unico di accoglienza ed orientamento)
- Privilegiare gli aspetti della accoglienza

- Poter accogliere i MMG che sono disponibile ad essere integrati nelle sedi dei centri
- Disporre di segnaletica unica per tutte le strutture aziendali (riconoscibilità)
- Ambienti assegnati per funzioni e non per persone
- Il personale amministrativo assegnato alla MG dovrà essere integrato nella funzionalità di Presidio
- Integrazione degli sportelli con le Amministrazioni Comunali
- Individuazione di una funzione di integrazione dei professionisti
- Nella rete dei servizi individuazione di Centri principali e sedi secondarie.
- I Centri principali avranno struttura di servizio identica garantendo tutti i servizi; le sedi secondarie saranno strutturate in maniera più flessibile.
- Il core della attività territoriale si concentrerà sui Centri principali (1 per un bacino di 30.000 abitanti).

L'analisi dell'assetto organizzativo attuale descrive una situazione di notevole frammentazione nell'erogazione di queste funzioni, sia nella città di Piombino, che nella parte collinare della Zona. Questa frammentazione è ulteriormente aggravata dal fatto che ad eccezione di alcune situazioni (Sassetta e Monteverdi, San Vincenzo) i Medici di medicina generale, operano in proprie strutture. Di seguito uno schema con la situazione dei MMG nella Zona:

Area *	No. MMG	Di cui Gruppi	Di cui Associazioni	Di cui operanti nei presidi distrettuali	Di cui non appartenenti a forma associative
Piombino	28	5	0	0	3
Nord Val di Cornia	22	4	1	5	4

*NB: Le aree indicate corrispondono all'ambito territoriale di scelta del medico di medicina generale a norma dell'ACN.

Il Progetto regionale Sanità d'iniziativa (DGR 716/2009), nella *fase pilota* vede coinvolti, per la Zona Val di Cornia, 9 MMG per un totale di 10.700 cittadini coinvolti (18 % della popolazione della Zona); i MMG che fanno parte del modulo operano nell'area collinare della Val di Cornia, nei Comuni di Campiglia Marittima e Suvereto e sono aggregati in un gruppo (5 MMG) e un'associazione (4 MMG). Il Centro Socio-sanitario di riferimento per queste aggregazioni è quello di Venturina, essendo quello che ha il bacino d'utenza maggiore e la maggior complessità e articolazione funzionale.

I Medici hanno già avviato la fase di arruolamento nei percorsi di patologia dei pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco (prevalenza attesa circa 590 pazienti per il diabete e 160 per lo scompenso cardiaco). Dal 1° Aprile questi pazienti saranno quindi seguiti secondo il percorso di patologia.

Successivamente in *fase di estensione*, che si prevede partirà dal Settembre 2010 saranno: a) arruolati e inseriti nei percorsi di patologia i pazienti affetti da Ictus e TIA, Ipertensione e BPCO (prevalenza attesa rispettivamente 215, 2100, 270); b) attivati altri moduli o inseriti altri MMG nei moduli già esistenti.

Per la Zona Val di Cornia hanno espresso la volontà di aderire a questa fase di estensione: 1 MMG che si inserirebbe nel modulo già esistente, facendo sempre riferimento al Centro Socio-sanitario di Venturina; 7 MMG di San Vincenzo che fanno riferimento al Centro Socio-sanitario di San Vincenzo; 17 MMG di Piombino appartenenti a quattro forme associative di gruppo. Questa estensione porterebbe la popolazione coinvolta nel progetto Sanità d'Iniziativa nella Zona a 19530 entro il 2010 e circa 40.000 entro il 2011 (se riconfermato dal nuovo PSR 2011-2013 il modello organizzativo indicato).

Nessuno dei MMG attualmente attivi nel progetto Sanità d'Iniziativa è inserito nei presidi socio-sanitari distrettuali: delle due forme associative il gruppo ha sede unica, mentre l'associazione vede i MMG operare in tre sedi diverse.

Rispetto alla possibile estensione del progetto solo 3 dei MMG che hanno espresso formalmente la disponibilità ad aderire al progetto sono inseriti nei CSS distrettuali.

La riorganizzazione dei presidi distrettuali deve quindi affrontare la criticità legata alla frammentazione territoriale nell'erogazione delle attività, a cui la dispersione delle sedi di lavoro dei MMG non fa che aggiungersi; inoltre, nello specifico, la costruzione dei team di Sanità d'iniziativa richiede una modalità di lavoro multi professionale dei team, che è facilitata al massimo dalla condivisione dei spazi e delle risorse esistenti nei Centri socio-sanitari, prima fra tutte il collegamento in rete informatica.

Per questo motivo la Società della salute Val di Cornia ha dato mandato all'Azienda di individuare una progettualità, nei due ambiti territoriali in cui la Zona si articola, per realizzare le condizioni:

- a) implementazione del modello Centro Socio-sanitario maggiore sopra descritto;
- b) integrare la funzione dei Medici di Medicina Generale all'interno dei presidi del Centro Socio-sanitario distrettuale.

La realtà di Venturina

Venturina è la frazione principale del Comune di Campiglia Marittima; il Comune ha 13.000 abitanti circa di cui ormai una minima parte abitano nel borgo antico, mentre la stragrande maggioranza (circa 10.000 abitanti) vivono in questo insediamento nato lungo la via Aurelia, nella pianura, negli anni '60. Venturina ha avuto uno sviluppo tumultuoso in un periodo relativamente breve ed è diventato il centro abitato più importante nell'area Nord della Val di Cornia. Vi operano 12 Medici di medicina generale di cui 9 già aggregati in una forma associativa di gruppo ed una in associazione. Questi ultimi aderiscono al Progetto Medicina d'Iniziativa; due altri MMG hanno dichiarato disponibilità ad aderire nella prossima fase di estensione (1 di loro fa parte di un gruppo di MMG operanti nel Comune di San Vincenzo, confinante).

Il Centro di erogazione delle prestazioni territoriali in questa realtà è il Centro Socio-sanitario di Venturina, costruito negli anni '90 e ospitante le funzioni indicate nelle seguenti tabella.

Funzione	Venturina	
	Giorni apertura	H apertura
AMMINISTRATIVA		
CUP	6	24
Riscossione ticket	6	24
Consegna Referti	6	6
Anagrafe	6	24
ACCOGLIENZA		
Punto Insieme	6	24
Punto accoglienza dedicato	0	0
Medicina Legale distrettuale	2	2,5
Segretariato Sociale	3	6
SOCIALE		
Area Minori e famiglia	3	6
Area Adulti e Marginalità	3	6
Area Anziani	3	6
Area Disabili	3	6

CONSULTORIALE		
<i>Familiare</i>	4	14,5
PUNTO PRELIEVI	6	6
AMBULATORIO I.P.		
<i>Prestazioni Terapeutiche</i>	6	18
<i>Presa in carico domiciliare per prelievi</i>	6	18
<i>Presa in carico domiciliare ass.inf. dom.</i>	6	18
SCREENING		
<i>Colon retto</i>	2	1,8
<i>Pap Test</i>	1	1,5
VACCINAZIONI		
<i>Adulti</i>	3	0,5
<i>Minori</i>	3	3,5
MODULO MEDICINA INIZIATIVA		no
<i>Se NO, Presenza nel bacino di utenza</i>		si
CONTINUITA' ASSISTENZIALE	7	106
ATTIVITA' MMG (ambulatori)	0	0
LEGENDA: verde scuro >= 4 gg/sett e su 12 ore; verde chiaro <4 gg/sett.e/o su sei ore; rosso non presente		

Nel Centro Socio-sanitario non sono erogate attività specialistiche, che sono presenti nel Centro Polifunzionale (Riabilitazione, Poliambulatorio, RSA) di Campiglia Marittima, a soli 4 km di distanza.

Obiettivi del progetto

Obiettivo strategico: Creare un punto di riferimento unico per i servizi socio-sanitari territoriali, in grado di rispondere efficacemente alle problematiche di scenario sopra individuate, offrendo un servizio integrato tra le componenti di medicina primaria (Medici di medicina generale, Medici di continuità assistenziale), Medici specialisti, Medici di Comunità distrettuali, Infermieri, Assistenti Sociali, centralizzato nello stesso presidio distrettuale. La Casa della Salute fungerà oltre che da contenitore, anche da catalizzatore di un riorientamento degli interventi territoriali, verso la presa in carico integrata e multi professionale delle problematiche di salute della comunità, a cominciare dalle patologie croniche, dalla fragilità e non autosufficienza nell'anziano.

Obiettivi specifici

a. Attuazione della Medicina d'Iniziativa, secondo lo specifico progetto regionale

Il Progetto regionale sanità d'Iniziativa, inserito come piano strategico nel PSR 2008-2010, prevede l'applicazione dell'Expanded Chronic Care Model nella gestione delle patologie croniche, con priorità per diabete, scompenso cardiaco, ictus, ipertensione, BPCO. Il Progetto individua come nucleo organizzativo di riferimento un team multiprofessionale definito "modulo", in cui operano più medici di medicina generale, infermiere e operatore socio-sanitario, supportato da altre figure

professionali a seconda delle necessità del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente e coordinato da un Medico di medicina generale, per una popolazione di riferimento di circa 10.000 abitanti. Il team assistenziale è affiancato dalla figura del medico di comunità, il quale agisce in una dimensione complementare a quella clinica, presidiando quegli aspetti di sanità pubblica che caratterizzano l'Expanded Chronic Care Model. Cardini di questo nuovo modello organizzativo sotto il profilo operativo sono:

- la prevenzione e la promozione della salute; la Casa della Salute dovrà porsi come centro propulsore di iniziative di comunicazione e promozione dei stili di vita per la salute, in particolare: promozione dell'attività fisica (sia nella forma di Attività Fisica Adattata, che di esercizio fisico per gruppi di popolazione a maggior rischio, come i soggetti con IFG/IGT o in sovrappeso/obesi o con ipertensione arteriosa, che di attività fisica per le nuove generazioni), promozione di alimentazione sana (anche in questo caso: per pazienti cronici, o per gruppi a rischio o per la popolazione generale), disassuefazione al fumo;
- la prevenzione secondaria; la Casa della Salute potrà vedere l'effetto di potenziamento degli screening di popolazione già attivi, grazie alla presenza dei MMG. Inoltre potranno essere implementate strategie di case finding e risk assessment per il diabete e sindrome metabolica e per l'ipertensione, con le relative risposte in termini di strategie educative e di counseling e follow-up;
- gestione di patologia (disease management); i pazienti affetti dalle patologie individuate dalla strategia di Sanità d'Iniziativa verranno arruolati per programmi di follow-up specifici, gestiti dai professionisti del team multi professionale, secondo i percorsi di presa in carico condivisi con gli specialisti. Alle attività di follow-up clinico-diagnostico verranno affiancate attività specifiche di counseling e di supporto all'auto-cura e auto-gestione della patologia.

b. Integrare l'intervento di cure primarie realizzato dai Medici di medicina generale del territorio con l'insieme degli interventi socio-sanitari svolti dal Centro Socio Sanitario Distrettuale

La contiguità spaziale di tutti gli operatori del sistema socio-sanitario consentirà di sviluppare l'integrazione nelle attività già presenti sul territorio e che oggi soffrono della frammentazione delle sedi di intervento: assistenza domiciliare integrata e programmata, progetti per anziani "fragili", cure palliative. Anche la prenotazione delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici potrà trovare uno snellimento ed un percorso facilitato.

c. Contribuire alla riduzione dei ricoveri impropri e degli accessi impropri in Pronto Soccorso

attraverso l'implementazione da parte del sistema di cure primarie di percorsi di cura condivisi con le strutture specialistiche ambulatoriali e di ricovero e di interventi di primo soccorso svolti nella sede della Casa della Salute.

Risultati attesi

Attraverso il progetto ci si attende:

- una riduzione degli accessi impropri (codici bianchi, celesti, verdi) dei cittadini residenti nell'ambito di attivazione della Casa della Salute
- riduzione dell'ospedalizzazione, specialmente per le patologie croniche oggetto della Sanità d'Iniziativa
- raggiungimento degli obiettivi del Progetto Sanità d'iniziativa (v. Indicatori definiti nella DGR 355/2010)

- aumento delle iniziative di informazione, educazione alla salute individuale e di gruppo, educazione dei pazienti
- avvio di attività di disassuefazione al fumo
- aumento cittadini coinvolti in Attività Fisica Adattata a bassa e ad alta disabilità.

Indicatori

Indicatori di struttura

- Ore settimanali apertura attività segreteria/amministrative; Standard: 50
- Ore Giornaliere presenza medici di assistenza primaria (MMG/MCA); Standard: 24 h su 7gg
- N. Giorni settimanali di svolgimento attività domiciliari; Standard: 7/7
- N. Ore giornaliere di svolgimento attività domiciliari; Standard 12/12
- Disponibilità per l'utenza di una Guida ai servizi aggiornata almeno annualmente; Standard: presente
- Presenza settimanale di un Punto di accoglienza dedicato per l'utenza; Standard: 5/7

Indicatori di processo

- accessi impropri al Pronto soccorso nell'utenza dei MMG presenti nel Centro; Standard: riduzione almeno 15%
- Indicatori del progetto medicina d'iniziativa (Vedi DGR 355/2010); Standard: raggiunti secondo standard indicati nella DGR 335/2010
- N. pazienti con patologie croniche coinvolti in attività di counseling e educazione all'autocura; Standard: almeno il 70% dei cittadini arruolati nel percorso Medicina d'iniziativa per le patologie diabete mellito, ictus e Tia, Scompenso cardiaco, BPCO, ipertensione
- (Indicatore B18.3 di Performance) Percentuale di sovrappeso consigliate dal medico di fare attività fisica; Standard: +15% nella Zona
- N. Corsi di attività fisica adattata attivi nel territorio; Standard: almeno 10
- (Indicatore B20.1 di Performance) Percentuale di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere; Standard: +10% aumento nella Zona
- Indicatori di appropriatezza ed efficienza prescrittiva farmaceutica; Standard: Miglioramento del posizionamento complessivo dei MMG coinvolti nel progetto Casa della Salute rispetto a tutti gli indicatori previsti.

Indicatori di esito

- Valutazione da parte dei cittadini dei servizi distrettuali (D15A); Standard: almeno + 5% per la Zona Val di Cornia
- Valutazione dell'organizzazione distrettuale da parte dei cittadini (D15b); Standard: almeno + 5% per la Zona Val di Cornia
- Valutazione della qualità del personale dei distretti (D15c); Standard: almeno + 5% per la Zona Val di Cornia.

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Si prevede di:

- spostare alcune funzioni attualmente svolte nel Centro Socio-sanitario di Venturina e non rilevanti per la Casa della Salute (alcune attività del Dipartimento Prevenzione, v. veterinaria; attività dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza come la logopedia e l'educatrice professionale) in altro Presidio (Centro Polifunzionale di Campiglia Marittima);
- effettuare interventi di ristrutturazione edilizia al fine di:
 - o realizzare due stanze aggiuntive di dimensioni idonee per ambulatori;
 - o realizzare un bancone di accoglienza e segreteria;
 - o riorganizzare gli spazi di attesa;
 - o creare un magazzino per lo stoccaggio di materiale di supporto all'attività;
 - o rifare la pavimentazione dell'edificio per garantire una sicurezza e migliorare l'estetica dell'edificio;
 - o tinteggiare le pareti;
 - o riorganizzare gli spazi in modo da aggregare le funzioni più razionalmente all'interno dell'edificio;
 - o rifare la segnaletica di orientamento del cittadino;
- arredare gli ambulatori medici (5) che si vengono a creare;
- dotare tutti gli ambulatori di computer collegato in rete con la rete Intranet aziendale; dotare tutti i MMG di software unico per la gestione dell'archivio pazienti
- definire Accordo con i MMG per il loro inserimento nella struttura; definire Regolamento di funzionamento della struttura;
- realizzare la Guida ai servizi ed il protocollo di Accoglienza ed orientamento all'utenza per il personale apposito;
- ridefinire il Progetto Medicina d'Iniziativa e le attività a supporto dell'anziano fragile e della non autosufficienza, potenziando i momenti di integrazione multi professionale sia nella presa in carico del cittadino, che nella definizione e revisione delle Linee Guida e protocolli di presa in carico, che nella verifica di qualità (audit).

La struttura potrebbe in questo modo ospitare l'attività dei 10 MMG che hanno già aderito al Progetto Medicina d'Iniziativa o dichiarato di voler aderire nella fase di estensione; per 5 di questi MMG sarebbe sede unica, mentre per gli altri 5 sarebbe sede principale, mantenendo essi le altre sedi decentrate in cui già operano (borgo Campiglia Marittima, Comune Suvereto). La Casa della Salute così strutturata diventerebbe punto di riferimento unico o principale per i servizi socio-sanitari territoriali, offrendo un servizio integrato tra le componenti di medicina primaria (Medici di medicina generale, Medici di continuità assistenziale), Medici di Comunità distrettuali, Infermieri, Assistenti Sociali.

*** **

1. GENERALITA'

Regione proponente: Toscana

Estremi della delibera:

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: Casa della Salute Largo Appiani, Piombino (Azienda USL 6 Livorno)

Durata: settembre 2010 – dicembre 2011

Referente: Dr. Andrea Leto

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà
Settore Medicina Predittiva Preventiva
Via T. Alderotti 26/n, Firenze
Tel. 055 4385259; fax 055 4382167
email andrea.letto@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: Dr. Alessandro Susini, Unità Funzionale Distrettuale Zona Val di Cornia, Azienda USL 6

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo: €949.200,00

Quota finanziata dall'azienda USL 6: €284.760,00

Cofinanziamento atteso: €664.440,00

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Premessa

Nei principali documenti di analisi e programmazione redatti ai vari livelli del sistema sanitario (Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, Piano Sanitario Regione Toscana 2008-2010) vengono indicati gli elementi del quadro epidemiologico, demografico, socio-economico e culturale che sono alla base della scelta di un nuovo modello organizzativo dei servizi sanitari territoriali, sintetizzato sotto la denominazione di Casa della Salute:

- si assiste ad un progressivo innalzamento dell'aspettativa di vita ; in Regione Toscana i dati riportati nel PSR 2008-2010 indicano che in 10 anni sono stati guadagnati 3 anni di vita media in più. Questo, insieme alla contrazione della natalità, che dura ormai da anni, porta ad un progressivo invecchiamento della popolazione;
- si espande la popolazione affetta da patologie croniche, sia per l'effetto dell'invecchiamento della popolazione, che per la modifica degli stili di vita e anche per la maggiore efficacia degli interventi sanitari; ciò richiede un riorientamento del sistema sanitario dalla medicina d'attesa alla medicina d'iniziativa;
- i bisogni sono sempre più spesso di carattere complesso, sia perché nelle stesse persone spesso coesistono più patologie, che per la interconnessione tra problemi di tipo sanitario e problemi di natura sociale. Ciò indica la necessità di una forte integrazione tra le risposte sociali e quelle sanitarie;

- vi è la necessità di intervenire in modo più efficace e sistematico sul versante delle attività di prevenzione e promozione della salute;
- in ultimo, è necessario al fine di potenziare l'efficacia e migliorare la sostenibilità complessiva del sistema sanitario, individuare sinergie forti con la comunità, intesa sia sotto forma di istituzioni rappresentative che di associazionismo e terzo settore.

Contesto in cui il progetto si colloca

Per la descrizione del contesto territoriale, istituzionale ed organizzativo, nonché per i riferimenti circa la performance della Zona Distretto Val di Cornia, si rinvia al progetto Casa della Venturina (PROGETTO 6).

La realtà di Piombino

Il Comune di Piombino è la città maggiore della Zona Val di Cornia con 38.000 abitanti circa, di cui circa 3000 presenti nella frazione di Riotorto e 35.000 nell'area cittadina.

I Centri Socio-sanitari di Piombino sono stati creati per servire le due Circoscrizioni in cui è divisa l'area cittadina: Città Vecchia (Centro Socio-sanitario omonimo) e Salivoli, (Centro Socio-sanitario Perticale). I due Centri avevano all'inizio (anni '80) un'organizzazione funzionale simile, che però nel tempo è venuta cambiando, con il cambiare dell'organizzazione, per cui, mentre il Centro Perticale ha mantenuto la connotazione prevalente di Centro Socio-sanitario, quella di Città Vecchia, è andata modificandosi, per l'inserimento di funzioni zonali (vedi SERT o Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia-Adolescenza). L'analisi delle funzioni proprie di un Centro Socio-sanitario svolte nelle due strutture è di seguito indicata.

AZIENDA USL 6 DI LIVORNO				
ZONA VAL DI CORNIA				
Funzione	<i>Piombino Perticale</i>		<i>Piombino Città Vecchia</i>	
	g.ap	h.ap.	g.ap	h.ap.
AMMINISTRATIVA				
CUP	6	24	6	24
Riscossione ticket	6	24	6	24
Consegna Referti	0	0	0	0
Anagrafe	6	24	6	24
ACCOGLIENZA				
Punto Insieme	6	24	0	0
Punto accoglienza dedicato	0	0	0	0
Medicina Legale distrettuale	1	2	0	0
Segretariato Sociale	4	12	0	0
SOCIALE				
Area Minori e famiglia	1	4	6	28
Area Adulti e Marginalità	3	6	0	0
Area Anziani	6	10	0	0
Area Disabili	3	6	0	0
CONSULTORIALE				
Principale				

<i>Familiare</i>	6	56	0	0
<i>Giovani</i>	1	4	0	0
<i>Migranti</i>	1	2	0	0
BRANCA SPECIALISTICA				
GERIATRIA			2	8
OCULISTICA	5	26		
ODONTOIATRIA	4	21		
PUNTO PRELIEVI	6	12	6	12
AMBULATORIO I.P.				
<i>Prestazioni Terapeutiche</i>	6	12	6	12
<i>Presa in carico domiciliare per prelievi</i>	6	12	6	12
<i>Presa in carico domiciliare ass.inf. dom.</i>	6	36	0	0
SCREENING				
<i>Colon retto</i>	2	5	0	0
<i>Pap Test</i>	4	7	0	0
VACCINAZIONI				
<i>Adulti</i>			0	0
<i>Minori</i>	2	6	0	0
MODULO MEDICINA INIZIATIVA		no		no
<i>Se NO, Presenza nel bacino di utenza</i>		no		no
<i>Se NO, Prevedibile nel bacino di utenza</i>		si		si
CONTINUITA' ASSISTENZIALE	0	0	0	0
Punti di Guardia Turistica				
ATTIVITA' MMG (ambulatori)	0	0	0	0
LEGENDA: verde scuro >= 4 gg/sett e su 12 ore; verde chiaro <4 gg/sett.e/o su sei ore; rosso non presente				

Il Progetto di rifunionalizzazione delle attività territoriali e quello di Medicina d'Iniziativa hanno imposto un ripensamento di questa organizzazione.

Nell'area cittadina sono al momento presenti altri edifici di proprietà ASL, di cui uno attualmente non occupato (in Largo Appiani) e che potrebbe essere utilizzato per riorganizzare in modo funzionale l'erogazione delle attività socio-sanitarie territoriali nell'ambito cittadino e per integrare l'attività dei MMG che intendono aderire al progetto Medicina d'Iniziativa.

Questo edificio, (circa 450 mq, su due livelli) potrebbe fungere da secondo polo delle attività socio-sanitarie, ospitando le residue attività amministrative, sociali e infermieristiche presenti in Città Vecchia, insieme ai MMG, ai MCA, alla Medicina di Comunità e ad alcune attività specialistiche di supporto alla Medicina d'iniziativa (cardiologia, oculistica, diabetologia).

Città Vecchia invece manterrebbe le funzioni Zonali già presenti; vi verrebbe inoltre trasferito il Consultorio Familiare, che libererebbe spazi nel Centro Socio-sanitario Perticale per ospitare, anche in questo edificio le attività dei MMG.

Obiettivi del progetto

Obiettivo strategico: Creare un punto di riferimento unico per i servizi socio-sanitari territoriali, in grado di rispondere efficacemente alle problematiche di scenario sopra individuate, offrendo un servizio integrato tra le componenti di medicina primaria (Medici di medicina generale-MMG-, Medici di continuità assistenziale- MCA-), Medici specialisti, Medici di Comunità distrettuali, Infermieri, Assistenti Sociali, centralizzato nello stesso presidio distrettuale. La Casa della Salute fungerà oltre che da contenitore, anche da catalizzatore di un riorientamento degli interventi territoriali, verso la presa in carico integrata e multi professionale delle problematiche di salute della comunità, a cominciare dalle patologie croniche, dalla fragilità e non autosufficienza nell'anziano.

Obiettivi specifici

a. Attuazione della Medicina d'Iniziativa, secondo lo specifico progetto regionale

Il Progetto regionale sanità d'Iniziativa, inserito come piano strategico nel PSR 2008-2010, prevede l'applicazione dell'Expanded Chronic Care Model nella gestione delle patologie croniche, con priorità per diabete, scompenso cardiaco, ictus, ipertensione, BPCO. Il Progetto individua come nucleo organizzativo di riferimento un team multiprofessionale definito "modulo", in cui operano più medici di medicina generale, infermiere e operatore socio-sanitario, supportato da altre figure professionali a seconda delle necessità del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente e coordinato da un Medico di medicina generale, per una popolazione di riferimento di circa 10.000 abitanti. Il team assistenziale è affiancato dalla figura del medico di comunità, il quale agisce in una dimensione complementare a quella clinica, presidiando quegli aspetti di sanità pubblica che caratterizzano l'Expanded Chronic Care Model. Cardini di questo nuovo modello organizzativo sotto il profilo operativo sono:

- la prevenzione e la promozione della salute; la Casa della Salute dovrà porsi come centro propulsore di iniziative di comunicazione e promozione dei stili di vita per la salute, in particolare: promozione dell'attività fisica (sia nella forma di Attività Fisica Adattata, che di esercizio fisico per gruppi di popolazione a maggior rischio, come i soggetti con IFG/IGT o in sovrappeso/obesi o con ipertensione arteriosa, che di attività fisica per le nuove generazioni), promozione di alimentazione sana (anche in questo caso: per pazienti cronici, o per gruppi a rischio o per la popolazione generale), disassuefazione al fumo;
- la prevenzione secondaria; la Casa della Salute potrà vedere l'effetto di potenziamento degli screening di popolazione già attivi, grazie alla presenza dei MMG. Inoltre potranno essere implementate strategie di case finding e risk assessment per il diabete e sindrome metabolica e per l'ipertensione, con le relative risposte in termini di strategie educative e di counseling e follow-up;
- gestione di patologia (disease management); i pazienti affetti dalle patologie individuate dalla strategia di Sanità d'Iniziativa verranno arruolati per programmi di follow-up specifici, gestiti dai professionisti del team multi professionale, secondo i percorsi di presa in carico condivisi con gli specialisti. Alle attività di follow-up clinico-diagnostico verranno affiancate attività specifiche di counseling e di supporto all'auto-cura e auto-gestione della patologia.

b. Integrare l'intervento di cure primarie realizzato dai Medici di medicina generale del territorio con l'insieme degli interventi socio-sanitari svolti dal Centro Socio Sanitario Distrettuale

La contiguità spaziale di tutti gli operatori del sistema socio-sanitario consentirà di sviluppare l'integrazione nelle attività già presenti sul territorio e che oggi soffrono della frammentazione delle sedi di intervento: assistenza domiciliare integrata e programmata, progetti per anziani "fragili", cure palliative. Anche la prenotazione delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici potrà trovare uno snellimento ed un percorso facilitato.

c. Contribuire alla riduzione dei ricoveri impropri e degli accessi impropri in Pronto Soccorso attraverso l'implementazione da parte del sistema di cure primarie di percorsi di cura condivisi con le strutture specialistiche ambulatoriali e di ricovero e di interventi di primo soccorso svolti nella sede della Casa della Salute.

Risultati attesi

Attraverso il progetto ci si attende:

- una riduzione degli accessi impropri (codici bianchi, celesti, verdi) dei cittadini residenti nell'ambito di attivazione della Casa della Salute
- riduzione dell'ospedalizzazione, specialmente per le patologie croniche oggetto della Sanità d'Iniziativa;
- estensione del Progetto Sanità d'Iniziativa inserendo 4 Gruppi di MMG della città di Piombino (con miglioramento del processo di presa in carico dei pazienti affetti da diabete, scompenso cardiaco, ictus e Tia, BPCO, ipertensione);
- aumento delle iniziative di informazione, educazione alla salute individuale e di gruppo, educazione dei pazienti;
- avvio di attività di disassuefazione al fumo;
- aumento cittadini coinvolti in Attività Fisica Adattata a bassa e ad alta disabilità.

Indicatori

Indicatori di struttura

- Ore settimanali apertura attività segreteria/amministrative; Standard: 50
- Ore Giornaliere presenza medici di assistenza primaria (MMG/MCA); Standard: 24 h su 7gg
- n. Giorni settimanali di svolgimento attività domiciliari; Standard: 7/7
- N. Ore giornaliere di svolgimento attività domiciliari; Standard 12/12
- Disponibilità per l'utenza di una Guida ai servizi aggiornata almeno annualmente; Standard: presente
- Presenza settimanale di un Punto di accoglienza dedicato per l'utenza; Standard: 5/7

Indicatori di processo

- accessi impropri al Pronto soccorso nell'utenza dei MMG presenti nel Centro; Standard: riduzione almeno 15%
- Indicatori del progetto medicina d'iniziativa (Vedi DGR 355/2010); Standard: raggiunti secondo standard indicati nella DGR 335/2010
- N. pazienti con patologie croniche coinvolti in attività di counseling e educazione all'autocura; Standard: almeno il 70% dei cittadini arruolati nel percorso Medicina d'iniziativa per le patologie diabete mellito, ictus e Tia, Scompenso cardiaco, BPCO, ipertensione
- (Indicatore B18.3 di Performance) Percentuale di sovrappeso consigliate dal medico di fare attività fisica; Standard: +15% nella Zona

- N. Corsi di attività fisica adattata attivi nel territorio; Standard: almeno 10
- (Indicatore B20.1 di Performance) Percentuale di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere; Standard: +10% aumento nella Zona.
- Indicatori di appropriatezza ed efficienza prescrittiva farmaceutica; Standard: Miglioramento del posizionamento complessivo dei MMG coinvolti nel progetto Casa della Salute rispetto a tutti gli indicatori previsti.

Indicatori di esito

- Valutazione da parte dei cittadini dei servizi distrettuali (D15A); Standard: almeno + 5% per la Zona Val di Cornia
- Valutazione dell'organizzazione distrettuale da parte dei cittadini (D15b); Standard: almeno + 5% per la Zona Val di Cornia
- Valutazione della qualità del personale dei distretti (D15c); Standard: almeno + 5% per la Zona Val di Cornia.

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Si prevede di:

- effettuare interventi di ristrutturazione edilizia dell'edificio di Largo Appiani al fine di realizzare una struttura in grado di ospitare almeno 13 ambulatori medici, specialistici e infermieristici, uffici amministrativi, uffici per attività sociali e idonei spazi di attesa;
- arredare la struttura che si viene a creare;
- dotare tutti gli ambulatori di computer collegato in rete con la rete Intranet aziendale; dotare tutti i MMG di software unico per la gestione dell'archivio pazienti;
- trasferire la sede della Continuità Assistenziale presso la struttura;
- realizzare Accordo con i MMG per la loro integrazione nelle due sedi (Casa della Salute Largo Appiani e Casa della salute Perticale); definire Regolamento di funzionamento delle strutture;
- apertura degli ambulatori dei MMG;
- realizzazione della Guida ai servizi e del protocollo di Accoglienza ed orientamento all'utenza per il personale apposito;
- attivazione del Progetto Medicina d'Iniziativa secondo le indicazioni regionali ed aziendali;
- ridefinizione delle attività a supporto dell'anziano fragile e della non autosufficienza, potenziando i momenti di integrazione multi professionale sia nella presa in carico del cittadino, che nella definizione e revisione delle Linee Guida e protocolli di presa in carico, che nella verifica di qualità (audit).
- la struttura potrebbe in questo modo ospitare l'attività di due dei 4 gruppi di MMG (10 MMG) che hanno già dichiarato formalmente di voler aderire al Progetto Medicina d'Iniziativa nella fase di estensione; inoltre possono essere collocate in questa sede le attività specialistiche a supporto della Medicina d'Iniziativa (cardiologia, diabetologia). Le due Case della Salute così strutturate diventerebbero punto di riferimento unico per i servizi socio-sanitari territoriali, offrendo un servizio integrato tra le componenti di medicina primaria (Medici di medicina generale, Medici di continuità assistenziale), Medici di Comunità distrettuali, Infermieri, Assistenti Sociali e specialisti.

1. GENERALITA'

Regione proponente: Toscana

Estremi della delibera:

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: Implementazione del modello assistenziale "Casa della Salute" nell'ambito territoriale dell'azienda USL 8 di Arezzo

Durata: 24 mesi con possibilità di proroga

Referente: Dr. Andrea Leto

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Settore Medicina Predittiva Preventiva

Via T. Alderotti 26/n, Firenze

Tel. 055 4385259; fax 055 4382167

email andrea.let@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: Dr.ssa Anna Canaccini, tel. 0575 254154, email a.canaccini@usl8.toscana.it,

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo del progetto: €8.000.000,00

Costo annuale: 1° anno €3.450.000,00; 2° anno €4.550.000,00

Quota finanziata dall'azienda USL 8 di Arezzo: €2.400.000,00

Cofinanziamento atteso: €5.600.000,00

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Contesto in cui il progetto si colloca

Negli ultimi anni i mutamenti e le nuove dinamiche dello scenario epidemiologico e sociale hanno contribuito alla creazione di aree socio-demografiche e socio-economiche, caratterizzate da una differenziazione della domanda di servizi e da disparità circa le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali. Le stesse relazioni tra individui, comunità e collettività e la crescente multidimensionalità dei problemi legati all'individuo e alla comunità richiedono un nuovo approccio ai problemi di salute. Sono mutati i bisogni assistenziali della popolazione e stanno emergendo nuove sfide legate ai flussi migratori, alla frammentazione delle reti familiari, alla discontinuità dei cicli di vita, alla precarietà del lavoro, con parallela crescita di forme di impiego flessibili. L'innalzamento della vita media ha determinato un aumento delle patologie cronicodegenerative collegate spesso alla disabilità, generando nelle famiglie un alto bisogno assistenziale, non sempre adeguatamente sostenuto da politiche di protezione. La cronicità della malattia, le difficoltà della risposta assistenziale territoriale a fronte di bisogni complessi e articolati in un contesto sociale sempre meno solidale e coeso, le disuguaglianze nell'accesso alle cure, evidenziano

uno “zoccolo duro” di iniquità sociale, marcato dalla relazione stretta, tra “status sociale e condizioni di salute”, tra fragilità individuale ed esclusione sociale.

Da qui la necessità di puntare ad una svolta delle politiche pubbliche basata sull'integrazione degli interventi, su forme di “coordinamento aperto”, capaci di governare le grandi trasformazioni in atto con modelli di sviluppo sostenibili e qualificati. Il modello a cui far riferimento è quello di un sistema socio-sanitario con un'accentuata propensione all'integrazione professionale e alla diffusione di una governance nella quale le comunità locali riacquistano un ruolo rilevante di capacità programmatica e di responsabilità nelle scelte operative. In questo modello assumono centralità lo sviluppo di funzioni sanitarie e sociali integrate in ambito territoriale.

Mentre l'ospedale ha da sempre nelle proprie caratteristiche la capacità di agire secondo modelli dipartimentali, equipe integrate e mediante la collaborazione in tempi rapidi dei vari specialisti presenti, le attività sociosanitarie territoriali vedono una frammentarietà di interventi, spesso scollegati tra di loro, a volte non in grado di generare risposte efficaci, altre volte sovrapposte in modo non efficiente.

D'altra parte la disomogeneità delle figure professionali operanti nel Territorio è cosa ben nota, sia sotto l'aspetto tecnico che della dipendenza gerarchica. Come esempio immediato basta prendere le problematiche delle relazioni tra le varie attività sanitarie e sociali e, per queste ultime, il problema dei rapporti tra le strutture a gestione ASL ed i servizi sociali dei Comuni. Si potrebbero portare molti altri esempi di difficile coordinamento tra le varie attività territoriali ma tutti riconducibili alla estrema dispersione dei punti di erogazione che, al contrario dell'Ospedale, si trovano in una moltitudine di sedi e di edifici spesso distanti chilometri tra di loro.

Da qui l'esigenza di collocare presso un'unica sede diverse attività e livelli organizzativi, ipotizzando una maggiore efficienza nell'uso del personale e delle risorse oltre che fornire più servizi a parità di spesa e di sforzi organizzativi .

A tale esigenza risponde il modello assistenziale della Casa della Salute di cui l'Azienda USL8 ha già avviato la sperimentazione con la CdS di Castiglion Fiorentino. Attraverso tale modello i cittadini possono disporre di un presidio impegnato e organizzato per la presa in carico della domanda di salute e di cura e quindi per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza socio sanitaria. Inoltre, il sistema sanitario potrà stabilire un rapporto di collaborazione e di interdipendenza tra prevenzione, cura e riabilitazione, tra una sanità territoriale autorevole e responsabilizzata e la rete ospedaliera. Quella della Casa della Salute è una esperienza nuova che valorizza la comunità locale, l'autogestione, l'integrazione delle politiche per la salute, il coinvolgimento attivo degli operatori sociosanitari. Un modo per integrare e facilitare i percorsi e i rapporti tra i servizi e i cittadini, per restituire alla popolazione una visione unitaria del problema salute, non solo come diritto di ogni cittadino ma anche come interesse della collettività.

Rispetto all'ambito della zona distretto la CdS rappresenta un nodo di una rete integrata e omogenea di presidi e di servizi, dove si stabiliscono interdipendenze, si sviluppano sinergie, si realizza la piena responsabilizzazione di tutti gli operatori. Dove i servizi sociali e sanitari si riorientano per passare da una cultura dell'attesa ad una cultura della promozione, della presa in carico, del rivelare la domanda inespressa. La Casa della Salute diverrà finalmente il luogo fisico, ben identificabile e riconoscibile per tutti, dove verrà erogata l'assistenza territoriale

Rispetto al concetto di "Distretto" la Casa della Salute si caratterizza da una parte per un minore accentramento territoriale (riguarda infatti solo una porzione del territorio distrettuale) dall'altra però consente, tramite la continuità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie di base previsti per quella determinata parte di territorio. Questo significa che un Distretto può prevedere più "Case della Salute", in base alla composizione geografica e sociale in cui il territorio si articola. Ovviamente è anche possibile, per elementari motivi di razionalità della spesa, che alcuni servizi a valenza zonale

possono trovare spazio in una struttura piuttosto che in un'altra ma a comune vi è la stessa dotazione essenziale di base, possibilmente in un unico edificio, per sfruttare i vantaggi della vicinanza fisica sia verso la Cittadinanza che verso un obiettivo di lavoro comune.

Ecco quindi che con questo progetto l'Azienda USL 8 di Arezzo intende creare questa rete, partendo dalla esperienza già maturata e positiva di Castiglion Fiorentino e coinvolgendo tutte e 5 le zone distretto di cui l'Azienda si compone.

Obiettivi del progetto

Realizzazione di strutture polivalenti nelle 5 Zone Distretto dell'Azienda USL 8 (Areteina, Casentino, Valtiberina, Valdichiana, Valdarno), in grado di erogare l'insieme delle prestazioni socio – sanitarie, favorendo, attraverso la continuità spaziale dei servizi e degli operatori l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali di assistenza. La creazione delle Case della Salute permetterà di:

1. Garantire una continuità della assistenza nelle 24 ore e nei 7 giorni della settimana
2. Garantire la presa in carico globale dei malati cronici secondo quanto definito dal CCM.
3. Garantire risposte integrate socio-sanitarie ai bisogni complessi dei soggetti non autosufficienti, attraverso progetti assistenziali personalizzati
4. Garantire una semplificazione per l'accesso ai servizi della salute, attraverso snellimento delle procedure, integrazione fra servizi e l' informatizzazione
5. Garantire risposte educative, non necessariamente sanitarie, fondamentali per incidere sugli stili di vita e quindi sulla causa principale delle patologie croniche
6. Garantire un maggior coinvolgimento dei cittadini, che diventano realmente protagonisti delle loro scelte, attraverso modalità innovative di comunicazione.
7. Garantire l'appropriatezza delle prestazioni specialistiche e diagnostiche attraverso l'adozione di linee guida condivise

Tempi di attuazione (cronoprogramma)

Il progetto si presenta come progetto complesso, articolato in progettualità specifiche che riguardano diverse sedi, distribuite nel territorio dell'azienda,; tali sedi evolveranno verso reti organizzate ed integrate nei prossimi anni, con interventi diversificati in base al diverso livello organizzativo presente ad oggi in ciascuna di esse. Verranno attivate in rete un totale di 8 Case della Salute, attraverso la graduale convergenza dei servizi per la salute e la confluenza di altre associazioni coinvolte.

In particolare, nel corso del primo anno si realizzeranno le Case della Salute di :

- Monte S. Savino
- Subbiano
- Foiano
- Pieve S. Stefano

Nel corso del secondo anno si realizzeranno le Case della Salute di :

- Anghiari
- Terranuova Bracciolini
- Stia
- Cortona

per le quali sono previsti interventi più articolati.

Risultati attesi

Dalla realizzazione del progetto sono attesi i seguenti risultati, la cui valutazione sarà effettuata negli specifici contesti territoriali sopra elencati:

- Riduzione del numero dei ricoveri durante i giorni festivi e prefestivi laddove c'è la presenza della CA.
- Riduzione del n. di esami di diagnostica pesante, rispetto alla media zonale e aziendale
- Riduzione del numero degli accessi ambulatoriali al secondo livello (visite specialistiche e prestazioni diagnostiche) individuati in base ai percorsi attivati secondo il Chronic Care Model
- Riduzione del numero dei ricoveri, con DRG relativo ai percorsi attivati secondo il Chronic Care Model, degli assistiti dei MMG e PLS della CdS
- Raggiungimento della % prevista dal MES per gli assistiti dei MMG della CdS inviati ai corsi di Attività Fisica Adattata.

Indicatori

La misurazione dei risultati raggiunti sarà effettuata negli specifici contesti territoriali nei quali verranno realizzate la Casa della Salute attraverso i seguenti indicatori:

- Condivisione degli archivi informatizzati da parte dei Medici di Medicina Generale e dei Medici di Continuità Assistenziale per ciascuna CdS nelle strutture nelle quali sarà presente la CA
- n. ricoveri ospedalieri degli assistiti della Casa della Salute nei giorni prefestivi e festivi in specifici periodi di riferimento, messi a confronto con la media zonale e quella aziendale
- elaborazione di n. report su prescrizioni riguardanti macchine pesanti e prescrizioni farmaceutiche del gruppo dei MMG della CdS, rapportato alla media zonale e a quella aziendale.
- n. protocolli operativi condivisi relativi a prelievi domiciliari, medicazioni e terapia infusione.
- n. pazienti ultra 65 inviati dai MMG del CdS ai percorsi di attività fisica adattata.
- Raggiungimento degli indicatori definiti a livello regionale per il Chronic Care Model
- % di gradimento dei cittadini misurata tramite la somministrazione di questionario ad hoc.

Di seguito sono riportate le specificità dei singoli progetti in cui si articola il programma di implementazione del modello assistenziale Casa della Salute nel territorio dell'azienda USL 8 di Arezzo, in relazione alle singole sedi di realizzazione.

Zona Distretto ARETINA

La Casa della Salute di Monte San Savino

Il Comune di Monte San Savino conta circa 8.800 abitanti.

Attualmente esiste un Centro Socio Sanitario posto in un edificio di proprietà dell'Azienda, sede fino ai primi anni 90 di un Ospedale. A Monte San Savino sono presenti 7 MMG e 1 PdF

La Casa della Salute di Monte San Savino comprenderà:

- gli ambulatori dei MMG e PdF, compreso il personale amministrativo e infermieristico a loro supporto;

- la sede distrettuale con gli ambulatori infermieristici, gli ambulatori specialistici, l'ambulatorio delle vaccinazioni e degli screening, i servizi sociali, lo sportello CUP, il punto insieme;
- la sede della Continuità assistenziale;
- la sede della emergenza territoriale, con il punto di primo soccorso.

Pare rilevante sottolineare che al secondo piano dell'edificio si trova una RSA con 19 pp.ll.

La Casa della Salute di Subbiano

Il Comune di Subbiano e quello di Capolona, l'uno contiguo all'altro occupano un'area prevalentemente collinare con una popolazione di circa 12.000 abitanti. Esiste attualmente un Centro Socio Sanitario al quale affluiscono circa 15.000 persone perché a servizio della popolazione dei Comuni di Subbiano, Capolona e delle le frazioni di Giovi, Chiassa e Ceciliano.

Nel territorio sono presenti 6 MMG, di cui 3 fanno parte di una medicina in associazione semplice e 2 Pediatri di Famiglia.

La Casa della Salute di Subbiano comprenderà:

- gli ambulatori dei MMG e dei PdF, compreso il personale amministrativo e infermieristico a loro supporto
- la sede distrettuale con gli ambulatori infermieristici, gli ambulatori specialistici, l'ambulatorio delle vaccinazioni e degli screening, i servizi sociali, lo sportello CUP, il punto insieme
- la sede della continuità assistenziale
- la sede del punto di emergenza territoriale, con il punto di primo soccorso
- l'ambulatorio di riabilitazione.

Pare rilevante sottolineare che al secondo piano dell'edificio si trova una RSA con 40 pp.ll.

Zona distretto CASENTINO

La Casa della Salute di Stia

Il Comune di Stia ha circa 3.000 abitanti. E' già sede di un Centro Socio sanitario posto in un edificio in parte di proprietà dell'Az.USL che è il punto di riferimento sanitario anche per il limitrofo comune di Pratovecchio che conta 3210 abitanti . Si tratta di una zona posta a ridosso dell' Appennino tosco romagnolo, caratterizzata da una importante prevalenza di persone anziane.

Su questo territorio svolgono la loro attività 5 MMG e 2 PdF.

La realizzazione della Casa della salute presso questo Centro Socio Sanitario avrebbe lo scopo di far trasferire gli ambulatori di MMG e dei PLS presso la sede distrettuale, continuando però a mantenere aperti gli ambulatori presso altre frazioni limitrofe per non disperdere il prezioso servizio svolto alla popolazione.

La Casa della Salute di Stia comprenderà:

- gli ambulatori dei MMG e PLS compreso il personale amministrativo e infermieristico a loro supporto
- la sede distrettuale con gli ambulatori infermieristici, gli ambulatori specialistici, l'ambulatorio del medico di distretto, i servizi sociali, lo sportello CUP,
- la sede della CA.

Nella RSA di proprietà della Misericordia ubicata in un'ala dello stesso edificio del Centro Socio Sanitario sono allocati 4 pp.ll di Cure Intermedie attivi dal 2005.

Zona Distretto VALTIBERINA

La Casa della Salute di Pieve S. Stefano

La Casa della Salute di Pieve comprende i Comuni di Pieve Santo Stefano e Caprese Michelangelo, con circa 4000 abitanti. Si tratta di una zona montana con una popolazione prevalentemente anziana. I MMG sono 4 e sono organizzati in una medicina di gruppo.

Esiste un Centro Socio Sanitario dove vengono svolte alcune attività di tipo distrettuale. Con la realizzazione della Casa della Salute saranno previsti spazi per la medicina generale e per servizi accessori sui percorsi della salute.

La Casa della Salute di Pieve Santo Stefano comprenderà quindi:

- gli ambulatori dei MMG e PLS, compreso il personale amministrativo a loro supporto
- la nuova sede distrettuale con gli ambulatori infermieristici, gli ambulatori specialistici, i servizi sociali, lo sportello CUP, il punto insieme
- la sede della continuità assistenziale
- l'ambulatorio di riabilitazione funzionale.

La Casa della Salute di Anghiari

Il comune di Anghiari ha circa 6.000 abitanti. I MMG sono 6 di cui 3 fanno parte di una associazione semplice e 2 PdF sempre in associazione.

Esiste un Centro Socio Sanitario dove vengono svolte alcune attività di tipo distrettuale. Con la realizzazione della Casa della Salute saranno previsti spazi per la medicina generale, per la Pediatria di Famiglia e per i servizi accessori sui percorsi della salute.

La Casa della Salute di Anghiari comprenderà:

- gli ambulatori dei MMG e PLS, compreso il personale amministrativo a loro supporto
- la nuova sede distrettuale con gli ambulatori infermieristici, gli ambulatori specialistici, i servizi sociali, lo sportello CUP, il punto insieme
- l'ambulatorio di riabilitazione funzionale.

Zona Distretto VALDICHIANA

La Casa della Salute di Foiano

Il Comune di Foiano ha circa 9.500 abitanti. E' sede di un centro socio sanitario posto in un edificio di proprietà dell'Az. USL 8 dove fino agli anni 70 era localizzato il vecchio Ospedale. Attualmente l'edificio è anche sede di un Ospedale di Comunità (uno dei primi ad essere realizzato in Toscana, con 14 ppl e dal marzo 2009 di un Hospice con 2 ppl). Nel Comune di Foiano operano 6 Medici di Medicina Generale che fanno parte di una forma associativa semplice e, insieme a tutti gli altri MMG della zona Distretto, della Cooperativa ETRURIA. Nel territorio operano 2 Pediatri di Famiglia.

Con la realizzazione della Casa della Salute saranno previsti spazi per la medicina generale e per la Pediatria di Famiglia e i servizi accessori sui percorsi della salute.

La Casa della Salute di Foiano comprenderà:

- gli ambulatori dei MMG e PLS, compreso il personale amministrativo a loro supporto
- la sede distrettuale con gli ambulatori infermieristici, gli ambulatori specialistici funzionali alla sperimentazione del CCM, i servizi sociali, lo sportello CUP, l'anagrafe assistiti, il punto insieme, l'ambulatorio di medicina di Comunità
- l'ambulatorio di riabilitazione funzionale
- la sede della Continuità assistenziale
- i servizi consultoriali con effettuazione screening cervice uterina e segreteria organizzativa per lo screening del colon retto
- l'ambulatorio di Salute Mentale per Adulti.

Casa della Salute di Cortona

Il Comune di Cortona ha 20.000 abitanti circa. Sono presenti nel territorio 2 pediatri di Famiglia e 19 medici, di cui 3 a Terontola e 6 a Camucia costituiscono un Modulo per la sperimentazione del CCM.

Non essendo al momento disponibili locali di proprietà ASL né del Comune, la Casa della Salute si realizzerà in locali di proprietà della Misericordia di Camucia, la cui sede è attigua a quella del Distretto.

La Casa della Salute di Cortona comprenderà:

- gli ambulatori dei MMG e PLS, compreso il personale amministrativo a loro supporto
- la sede distrettuale con gli ambulatori infermieristici, gli ambulatori specialistici funzionali alla sperimentazione del CCM, i servizi sociali, lo sportello CUP, l'anagrafe assistiti, il punto insieme, l'ambulatorio di medicina di Comunità
- l'ambulatorio di riabilitazione funzionale
- la sede della Continuità assistenziale
- Servizi consultoriali con effettuazione screening cervice uterina e segreteria organizzativa per lo screening del colon retto
- Ambulatori Salute Mentale Adulti
- RSA con 20 ppil e Centro Diurno Alzheimer.

Ovviamente la Casa della Salute, con sede a Camucia, sarà collegata in rete con gli ambulatori dei MMG a Cortona e a Terontola.

Zona Distretto VALDARNO

Casa della salute di Terranuova Bracciolini

Il Comune conta 12.206 abitanti. E' attualmente sede di un Centro Socio Sanitario al cui interno trovano sede:

- Attività ambulatoriale certificativa
- Ambulatori vaccinali
- Ambulatori infermieristici: prelievi, medicazioni e Assistenza infermieristica territoriale
- CUP
- Ambulatori specialistici:
- Sede CA.

Vi operano in totale 20 operatori che servono ben oltre i 13.000 residenti di Terranuova Bracciolini in quanto vi gravita la popolazione dei Comuni di Loro Ciuffenna e limitrofi della collina del Pratomagno. Attualmente nel Comune di Terranuova Bracciolini non esistono associazioni pediatriche. I 9 MMG di cui 5 in rete e 3 in associazione, operano sia in ambulatori privati che in ambulatori del distretto.

La realizzazione della Casa della Salute garantirà l'apertura dei servizi h. 24, 7 giorni su 7 e potrà diventare un punto di riferimento certo e immediato alla popolazione, distribuendo i servizi e le attività in modo tale da coprire l'orario dell'intera giornata. All'interno della Casa della Salute troveranno posto gli ambulatori dei MMG e dei PdF e potrà avviarsi anche qui il Chronic Care Model, considerati i dati statistico-epidemiologici della popolazione di Terranuova B.ni (soggetti con età >65 anni 20,5% della popolazione totale con Indice di vecchiaia pari 146,8).

Inoltre all'interno della Casa della Salute troveranno posto anche le attività sociali del Comune che attualmente sono poste in una palazzina adiacente. E' importante sottolineare inoltre che la Casa della Salute si realizzerà in un'area dove sorgeranno il nuovo centro di riabilitazione, una RSA e un Centro Diurno dove il cittadino in un unico spazio troverà attività amministrative, sanitarie, socio-sanitarie, sociali, riabilitative, residenziali e semiresidenziali.

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Il progetto consiste nella realizzazione di 8 Case della Salute nelle 5 Zone Distretto di cui si compone l'Az.USL8, che si aggiungono a quella già esistente presso Castiglion Fiorentino. La finalità è quella di creare una rete integrata e omogenea di presidi e di servizi, dove si stabiliscono interdipendenze, si sviluppano sinergie e dove si realizza la piena integrazione dei servizi sociali e sanitari al fine di prendersi carico dei bisogni espressi e dare una risposta concreta.

*** **

PROGETTO 9

1. GENERALITA'

Regione proponente: Toscana

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: Realizzazione di una *cittadella della salute* nell'area ospedaliera della Madonna ad Orbetello (Grosseto)

Durata: 36 mesi

Referente: Dr. Andrea Leto

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Settore Medicina Predittiva Preventiva

Via T. Alderotti 26/n, Firenze

Tel. 055 4385259; fax 055 4382167

email andrea.letto@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: Dr.ssa Paola Bonini – Responsabile Zona-Distretto Colline dell'Albegna, tel. 0564 869357, e-mail p.bonini@usl9.toscana.it

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo del progetto: €11.388.600,00

Costo per fasi progettuali: 1° fase € 4.113.000,00; 2° fase € 7.275.600,00

Previsione costo annuale: 1° anno € 4.113.000,00; 2° anno € 2.813.000,00; 3° anno € 4.462.600

Quota finanziata dall'azienda USL 9 di Grosseto: € 5.694.300,00

Cofinanziamento atteso: €5.694.300,00

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Premessa

Negli ultimi anni la medicina territoriale ha finalmente trovato la giusta collocazione all'interno del sistema sanitario, orientato in precedenza prevalentemente verso l'ospedale. L'aumento dell'aspettativa di vita delle persone, da correlarsi al miglioramento delle condizioni di vita, delle terapie, ha coinciso, infatti, con un incremento delle patologie croniche che costituiscono una nuova, reale emergenza. Di questa tipologia di pazienti che non trovano risposta ai propri bisogni nell'ospedale, sempre più rivolto all'acuzie, organizzato per intensità di cura, deve pertanto farsi carico l'assistenza socio-sanitaria di base.

Essa rappresenta, infatti, il primo livello, spesso l'unico, attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema socio sanitario ed è pertanto indispensabile che sia quanto più possibile vicina ai luoghi dove le persone vivono e lavorano. Questo determina la necessità di investire per realizzare strutture idonee, all'interno delle quali erogare servizi sanitari e sociali orientati alle cure primarie attraverso un team multidisciplinare al quale partecipano vari professionisti che operano sul territorio (medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, personale infermieristico, assistenti sociali, specialisti ambulatoriali, medici di comunità). In tale contesto organizzativo, il cittadino, quale protagonista attivo, viene accolto e messo in grado di orientarsi nell'accesso al sistema di offerta territoriale. Tale progetto è particolarmente rilevante in un contesto territoriale quale quello della zona-distretto Colline dell'Albegna, ovvero: bassa densità demografica, difficoltà logistiche legate alla rete stradale e ferroviaria, carenze infrastrutturali informative, alta percentuale di utenti fragili per condizione anagrafica e sanitaria e, soprattutto, frammentazione del sistema di offerta socio-sanitaria e burocratico - amministrativo territoriale.

Appare evidente come in un contesto socio-territoriale e amministrativo così caratterizzato sia importante orientare le azioni di trasformazione del sistema di offerta territoriale verso un miglioramento qualitativo ed una razionalizzazione dei canali di accesso e di gestione delle cure primarie e proprio in questa direzione è rivolto il progetto.

Contesto in cui il progetto si colloca

Contesto territoriale

Ad oggi si rileva la criticità nell'erogazione dei servizi territoriali sia sanitari che sociali determinata dalla attuale allocazione nel presidio territoriale esistente: un edificio monoblocco l' "ex INAM" di Orbetello, che risulta inadeguato sia sotto il profilo strutturale, impiantistico e soprattutto relativamente al mutamento delle funzioni ed attività proprie dei servizi territoriali, conseguenti ai bisogni emergenti, alla correlata domanda di accoglienza e di fruizione dei servizi stessi.

L'intervento che viene proposto, ben si correla con le linee programmatiche del PAL e con quanto sottoscritto nel Patto Territoriale della zona.

Il progetto prevede la dismissione della struttura ex INAM e la realizzazione di una palazzina interamente dedicata ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, nonché all'attività amministrativa della zona.

L'ipotesi è quella di costruire un fabbricato a due piani di circa 4000 mq utili complessivi collocato in modo da non costituire impatto visivo dalla strada ed essere in prossimità della struttura ospedaliera in modo da garantire sinergie e collegamenti facili agli utenti.

L'area di realizzazione del fabbricato è di proprietà INAIL così come tutta l'area e la struttura ospedaliera. Sono già stati avviati i necessari rapporti con la Direzione Nazionale dell'Inail per addivenire alla messa a disposizione del terreno necessario allo scopo.

La realizzazione del progetto, consentirà di attuare in toto le linee di sviluppo già programmate ed in parte attivate ma necessitanti di un consolidamento strutturale/organizzativo che garantiranno ai cittadini risposte appropriate ai bisogni.

Infine, il progetto consentirà l'erogazione in un unico complesso di tutti i servizi territoriali sia sanitari che sociali ed anche di quelli afferenti al Dipartimento di Prevenzione, pertanto i cittadini fruiranno di un'area in cui saranno garantite risposte appropriate ai bisogni sia ospedalieri che territoriali.

Sistema di offerta territoriale presente

Nella struttura ad oggi esistente ("ex INAM") ad Orbetello sono presenti:

- Servizio di assistenza sociale (la ASL gestisce i servizi socio-assistenziali su delega dei comuni)
- Punto insieme per la non autosufficienza

- Sede del PUA (Punto Unico di Accesso)
- Servizio infermieristico territoriale
- Servizio di odontoiatria
- Unità Funzionale di Salute Mentale Adulti
- Unità Funzionale Cure Primarie
- Unità Funzionale per le Tossicodipendenze
- Ufficio Assistenza Protesica
- Dipartimento della Prevenzione.

Obiettivi del progetto

Obiettivo generale: Costruire un fabbricato a due piani di circa 4000 mq utili complessivi collocato in modo da non costituire impatto visivo dalla strada ed essere in prossimità della struttura ospedaliera in modo da garantire sinergie e collegamenti facili agli utenti.

Obiettivi specifici

- Ridefinizione della rete assistenziale con promozione delle forme associative dei MMG (medicina di gruppo) per favorire una migliore continuità dell'assistenza tra l'ospedale per acuti e il territorio, avvalendosi di un'adeguata rete informatica collegata alla rete aziendale e regionale.
- Promozione e diffusione del modello "medicina d'iniziativa", rivelatosi insostituibile per seguire le persone affette da patologie cronicizzanti da sviluppare in parallelo con il modello di prevenzione (screening oncologici, etc.) già posto in essere dall'Azienda.
- Collegamento con il Presidio Ospedaliero di zona in maniera da facilitare i percorsi per i cittadini.
- Promozione e consolidamento dei rapporti tra i MMG, la popolazione, il volontariato per favorire la partecipazione diretta dei cittadini e delle loro associazioni ai percorsi di prevenzione, educazione alla salute (Attività Fisica Adattata, prevenzione oncologica, corretti stili di vita.).

Cronoprogramma

La prima fase prevede la realizzazione progettuale (svolgimento gara per incarico di progettazione, sviluppo progetto esecutivo cantierabile).

Tempo stimato : 12 mesi

La fase successiva prevede:

appalto lavori, inizio, avanzamento e fine lavori

Tempo stimato: 24 mesi

Risultati attesi

- Miglioramento continuità dell'assistenza tra ospedale per acuti e territorio mediante la ridefinizione della rete dell'offerta territoriale.

- Miglioramento del processo organizzativo che garantisca un'efficace continuità dell'assistenza, la riduzione dei ricoveri inappropriati, l'attivazione di percorsi assistenziali appropriati con conseguente diminuzione del ricorso improprio al PS.
- Sviluppo dell'integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, con il supporto dei MMG.
- Estensione dell'offerta consultoriale: si tratta di riorganizzare le attività consultoriali, presenti attualmente in locali c/o la RSA Costa d'Argento di Orbetello.
- Erogazione dei servizi sociali e sanitari territoriali in ambiente adeguato sotto il profilo strutturale e rispondente ai bisogni dei cittadini.

Indicatori

Indicatori di struttura:

- Realizzazione della struttura come da progetto.

Indicatori di processo:

- Costituzione ed avvio del modello della Sanità d'Iniziativa (definizione di protocolli condivisi fra MMG, specialisti, associazioni di volontariato): protocolli operativi all'avvio della struttura.

Indicatori di risultato:

- Riduzione degli accessi impropri al P.S. del Presidio Ospedaliero di zona: numero accessi totali per codici bianchi e azzurri / accessi totali x annualità .
- Riduzione del numero di prestazioni di diagnostica strumentale per assistito: numero di accessi per diagnostica complessa (Tac RM) X 1000/ pol. Di riferimento.
- Riduzione del numero di ricoveri per patologie croniche (BPCO, scompenso, diabete, ictus): numero di ricoveri per le patologie indicate (popol. tra 50 e 74 anni)/ popol. tra 50 e 74 anni residente in zona X 100.000.

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Dall'analisi dei bisogni socio assistenziali della comunità, è nato il progetto di costruire una *"cittadella della Salute"*.

Alla realizzazione del progetto, che consentirà l'erogazione di tutti i servizi territoriali sia sanitari che sociali ed anche di quelli afferenti al Dipartimento di Prevenzione, in una unica area, adiacente all'attuale Ospedale (per il quale esistono già collegamenti con sistemi di trasporto pubblici) i cittadini potranno ricevere risposte appropriate rispetto ai nuovi bisogni sia ospedalieri che territoriali emergenti.

*** **

1. GENERALITA'

Regione proponente: Toscana

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: Sviluppo degli strumenti della Telemedicina nelle Case della Salute della zona Fiorentina Sud Est dell'azienda USL 10 di Firenze

Durata: annuale

Referente: Dr. Andrea Leto

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Settore Medicina Predittiva Preventiva

Via T. Alderotti 26/n, Firenze

Tel. 055 4385259; fax 055 4382167

email andrea.letto@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: Dott. Antonio Tocchini, email antonio.tocchini@asf.toscana.it

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo del progetto: €83.000,00

Quota finanziata dall'azienda USL 10 di Firenze: € 43.000,00

Cofinanziamento atteso: €40.000,00

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO**Premessa**

La zona Fiorentina Sud Est dell'azienda USL 10 di Firenze, nell'ambito del lavoro di potenziamento e di riqualificazione di tutti i presidi sanitari del territorio, è orientata ad investire in strutture sempre più adeguate in grado di rispondere alle esigenze dei cittadini, creando dei veri e propri punti di riferimento per la salute.

Nell'ambito della realizzazione delle Case della Salute, ad implementazione delle attività già previste e nell'ottica di un potenziamento dell'integrazione tra la figura del medico di medicina generale e delle strutture sanitarie territoriali ed ospedaliere, viene proposta la sperimentazione dell'utilizzo degli strumenti in rete e della telemedicina; in particolare il progetto riguarderà la gestione domiciliare dei pazienti con scompenso cardiaco e la possibilità per 3 forme associative della medicina generale di una trasmissione telematica dell'ECG, eseguito a domicilio od in ambulatorio, presso un UTIC Aziendale con successiva rapida refertazione a supporto diagnostico per il mmg.

Contesto in cui il progetto si colloca

L'elevata incidenza (stimata dell'11/1000 per gli uomini e del 5/1000 per le donne) e prevalenza dello Scompenso cardiaco, legata sia all'aumento dell'età media della popolazione che alla riduzione della mortalità in fase acuta per patologie come la cardiopatia ischemica, impatta in maniera significativa sulle strutture sanitarie tanto che, attualmente, il DRG scompenso cardiaco

rappresenta la seconda causa di dimissione, anche in considerazione delle ripetute fasi di instabilizzazione proprie della malattia e causa frequente di riospedalizzazione.

Si tratta spesso di pazienti anziani o con problematiche sociali che presentano una scarsa aderenza agli stili di vita ed al trattamento terapeutico, per i quali una ottimizzazione gestionale organizzativa avrebbe importanti ripercussioni sulla qualità della vita del paziente nonché sulla riduzione del numero dei ricoveri.

I percorsi assistenziali dedicati a questo tipo di pazienti sono finalizzati alla trasmissione al paziente di informazioni sulla sua malattia utili a promuovere il self management della patologia e ad identificare in fase precoce quei segni e sintomi di instabilizzazione della malattia.

La rete assistenziale prevede l'integrazione di diverse figure professionali (specialisti ospedalieri, cardiologi del territorio, infermieri professionali, assistenti sociali etc.) che collaborano con il MMG.

Alcune tipologie di pazienti presentano una gestione più complessa data l'età avanzata la riduzione della mobilità, lo stadio avanzato della patologia, l'assenza di care-giver ed il disagio sociale; in particolare per rispondere alle necessità di questi pazienti nascono i programmi di tele-assistenza.

Il progetto prevede l'individuazione di un campione di circa 25 - 30 pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco (III e IV classe NYHA) che presentano in particolare problematiche sociali, una scarsa aderenza agli stili di vita ed alla prescrizione farmacologica, che risiedono in località montane e/o disagiate. In quest'ottica si colloca la rilevazione dei parametri utili al monitoraggio della stabilità della malattia (peso, frequenza cardiaca, ECG, PA, SO₂) che sarà giornaliera nel caso di pazienti dotati di care-giver e cognitivamente non compromessi, bisettimanale se la presenza del care-giver è occasionale e vi sia compromissione cognitiva. Tale monitoraggio permetterà in caso di variazione allarmante di uno dei parametri rilevati un contatto tra centro cardiologico ospedaliero e medico curante finalizzato ad una eventuale variazione del trattamento farmacologico, una consulenza specialistica ospedaliera oppure un ricovero.

Nel contesto di questo progetto si colloca anche la possibilità per tre forme associative di Medicina Generale di eseguire ambulatorialmente o al domicilio un ECG con invio del tracciato presso una cardiologia ospedaliera ai fini della successiva e rapida refertazione. Tale sperimentazione è volta a perseguire un miglioramento nell'appropriatezza e nella tempestività dell'invio dei pazienti presso la struttura ospedaliera.

Obiettivi del progetto

- Integrare nel percorso assistenziale per i pazienti con scompenso cardiaco il progetto di monitoraggio in telemedicina dei pazienti anziani impossibilitati a compiere un follow-up ambulatoriale
- Evitare sprechi di risorse e ridondanza negli interventi assistenziali
- Miglioramento dell'aderenza del paziente agli stili di vita ed al trattamento farmacologico
- Miglioramento della qualità della vita dei pazienti con scompenso cardiaco attraverso il raggiungimento di una stabilità clinica con conseguente riduzione dei ricoveri ospedalieri
- Maggiore appropriatezza nell'invio presso la struttura sanitaria dei pazienti con problematiche cardiologiche
- Favorire l'integrazione mmg/cardiologia ospedaliera
- Ottimizzare il concorso dei numerosi attori coinvolti nel percorso.

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Nell'ambito della realizzazione delle Case della Salute, ad implementazione delle attività già previste e nell'ottica di un potenziamento dell'integrazione tra la figura del medico di medicina generale e delle strutture sanitarie territoriali ed ospedaliere, il progetto propone la sperimentazione dell'utilizzo degli strumenti in rete e della telemedicina; in particolare il progetto riguarderà la gestione domiciliare dei pazienti con scompenso cardiaco e la possibilità per 3 forme associative della medicina generale di una trasmissione telematica dell'ECG, eseguito a domicilio od in ambulatorio, presso un UTIC Aziendale con successiva rapida refertazione a supporto diagnostico per il MMG.

*** **

PROGETTO 11

1. GENERALITA'

Regione proponente: Toscana

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: Progetto Casa della Salute Rifredi - Dalmazia di Firenze

Durata: 24 mesi

Referente: Dr. Andrea Leto

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Settore Medicina Predittiva Preventiva

Via T. Alderotti 26/n, Firenze

Tel. 055 4385259; fax 055 4382167

email andrea.letto@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: Daniele Massa, Responsabile Ufficio di Piano Società della Salute Firenze, tel. 055 2769778, e-mail daniele.massa@sds.firenze.it

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo del progetto: €2.600.000,00

Costo annuale: 1° anno €1.600.000,00; 2° anno €1.000.000,00

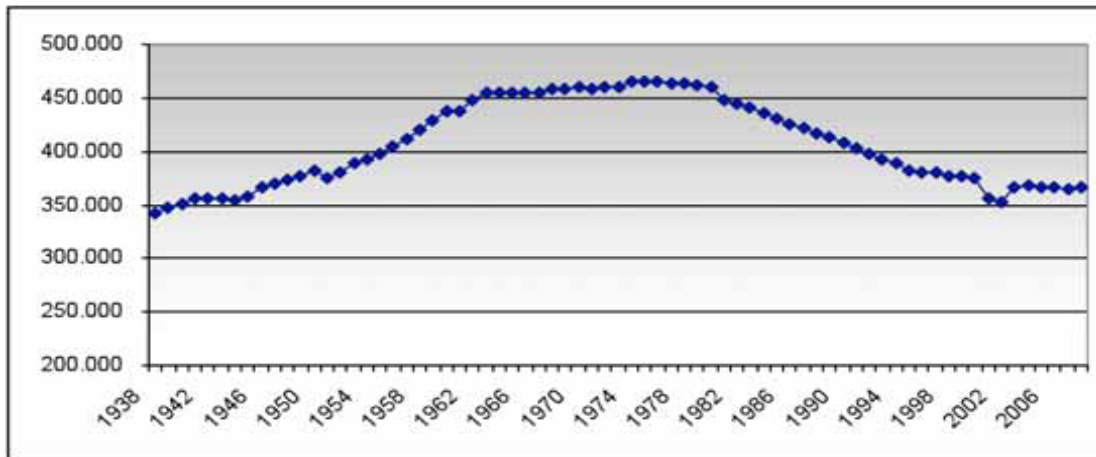
Quota finanziata dall'azienda USL 10 di Firenze: € 1.300.000,00

Cofinanziamento atteso: €1.300.000,00

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Contesto in cui il progetto si colloca

I residenti fiorentini (dati ISTAT 2008) sono circa 370.000, di cui circa il 12% stranieri.



Popolazione legale nel Comune di Firenze dal 1938 al 2008

Firenze è una città strutturalmente vecchia con un'elevata presenza di anziani soli; il processo di invecchiamento demografico sta incrementando nella popolazione il contingente di anziani, soprattutto donne, in termini assoluti e relativi.

Tutto ciò ha ripercussioni in termini economici, sociali e sanitari.

La percentuale di anziani sul totale dei residenti, è passata dal 24,4% nel 1999 al 26,0% nel 2008.

Alcuni indicatori quali l'indice di vecchiaia e l'indice di struttura sintetizzano la struttura demografica della città.

Ogni 100 residenti con età inferiore o uguale a 14 anni, ci sono 226 residenti con 65 anni e più; ogni 100 individui con età compresa fra i 15 e 39 anni, ci sono 130 individui di età compresa tra i 40 e 64 anni, mostrando un invecchiamento nella popolazione attiva da un punto di vista lavorativo.

Al 31.12.2008 gli anziani, con età maggiore di 64 anni, residenti a Firenze sono 94.850:

- gli anziani di 75 anni e più sono 50.648 (il 53,4% del totale anziani) di cui 32.463 donne (64,1%) e 18.185 maschi (35,9%); più di un anziano su due ha dunque oltre 74 anni;
- gli anziani di 85 anni e più sono 15.494 (il 16,3% del totale degli anziani) di cui 10.957 donne (70,7%) e 4.537 maschi (29,3%).

Gli anziani soli a Firenze sono 30.612, il che significa che più di un anziano su tre a Firenze vive da solo.

Si rilevano differenze significative di genere soprattutto fra le donne ultrasettantacinquenni dove più della metà sono sole.

La speranza di vita a 65 anni è sempre crescente ed è di 18,5 anni nei maschi e di 22,4 anni nelle femmine, con un differenziale di quasi 4 anni tra i due sessi.

Rispetto alla tendenza regionale, la percentuale di popolazione anziana a livello comunale si attesta al 26% contro il 23,3% della Toscana ed il 20% a livello nazionale.

Da questi dati segue che gli indicatori demografici legati alla popolazione anziana fiorentina presentano valori superiori a quelli regionali e nazionali:

- indice di vecchiaia fiorentino 225,5. Toscano 201,1 e nazionale 153,2;
- indice di dipendenza fiorentino degli anziani (numero di residenti con età superiore a 65 anni ogni 100 individui potenzialmente indipendenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni) 41,5. Toscano 36,2 e nazionale 30,2;
- indice di dipendenza strutturale fiorentino (numero di individui anziani e bambini non autonomi per ragioni demografiche ogni 100 individui potenzialmente indipendenti con età compresa tra i 15 ed i 64 anni) assume valore superiore sia di quello toscano che di quello italiano.

L'invecchiamento della popolazione comporta un aumento della rilevanza delle patologie croniche. Tra queste, rivestono particolare importanza malattie quali l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), lo scompenso cardiaco. La necessità di fare fronte ad un crescente impegno assistenziale per i pazienti affetti patologie croniche richiede una risposta a bisogni complessi basata su una forte integrazione socio-sanitaria.

Sul territorio del Comune di Firenze operano 310 MMG (dato al 2008) convenzionati con l'Azienda Sanitaria di Firenze, pari a 0,95 ogni 1.000 abitanti di età ≥ 14 anni.

Questi operano sia in forme associative di assistenza primaria previste dall'art. 54 del nuovo Contratto Nazionale che in cooperative. Non sono viceversa presenti medicine in rete. Sono inoltre operativi 44 Pediatri di libera scelta – PLS - (dato al 2008) convenzionati con l'Azienda Sanitaria di Firenze, 1,12 ogni 1.000 abitanti di età < 14 anni.

Nel Comune di Firenze sono presenti diversi presidi sanitari, sociali e sociosanitari, con i quali la futura CdS si coordina, per fornire le seguenti prestazioni:

- Punto prenotazioni prestazioni (cup) integrato da altre attività amministrative (scelta e revoca del medico, esenzioni ticket, ecc.);
- Punti di continuità. La continuità assistenziale è rappresentata prevalentemente da prestazioni domiciliari o territoriali aventi carattere di urgenza nelle ore notturne, o nei giorni festivi e prefestivi, e dall'assistenza stagionale ai turisti. Nel 2008, ai 10 punti di continuità, situati nel Comune di Firenze, sono pervenute 62.020 richieste di intervento pari a 169,7 richieste per 1.000 abitanti suddivise in: 30.644 visite ambulatoriali, 10.812 visite domiciliari e 17.564 consigli telefonici. Nel 2007 ai 9 punti di continuità assistenziale ci sono state 62.469 richieste pari a 170,7 richieste per 1.000 abitanti, suddivise in: 32.279 visite ambulatoriali, 11.511 visite domiciliari e 18.679 consigli telefonici.
- Punto prelievi
- Punto Insieme. Nel comune di Firenze sono operativi 12 sportelli territoriali decentrati (Punti Insieme) a cui le persone possono accedere direttamente per la presentazione delle domande di intervento, da inoltrare al presidio centralizzato. I 12 Punti Insieme sono costituiti dai 12 centri sociali, insieme ai 5 presidi di assistenza infermieristica.
- Servizio Sociale Professionale. Sono 12 i centri sociali presenti sul territorio fiorentino, raggruppati in 5 Servizi Integrati d'Assistenza Sociale Territoriale (SIASST), tanti quanti i quartieri in cui è suddivisa la città hanno svolto le seguenti attività. In particolare nei Quartieri 4 e Cinque sono complessivamente presenti 5 Centri sociali
- Ambulatori medicina pubblica (visite finalizzate al rilascio di patenti, porto d'armi, certificati di idoneità fisica all'impiego, vaccinazioni, ecc).
- Servizio Infermieristico Domiciliare. Nel 2008 gli utenti presi in carico dall'Assistenza Infermieristica Domiciliare sono stati 4.101 per un totale di 160.534 prestazioni: il numero di utenti fa registrare un aumento notevole, pari circa al 70%, rispetto sia al 2006 che al 2007, aumento dovuto alla presa in carico da parte degli infermieri domiciliari, proprio a partire dal 2008, delle valutazioni della non autosufficienza con un numero di utenti pari a 1.854. Le tipologie di prestazioni di assistenza infermieristica domiciliare comprendono: medicazioni (circa 50%), prelievi domiciliari (circa il 10%), colloqui, educazione sanitaria ed istruzione ausili (circa l'8%), somministrazioni terapie (circa il 7%), igiene personale e mobilitazione (circa il 7%), test valori glicemici, gestione stomie, gestione cateteri, aiuto eliminazione clisma, gestione nutrizione enterale e parenterale, controllo pressione arteriosa.
- Consultorio Ostetrico-ginecologico. Sono 8 i consultori ostetrico-ginecologici operativi a Firenze, di cui 3 collocati nel quartiere 4 e 5. Nel corso del 2008 i consultori dell'intera Asl 10

hanno effettuato 136.978 prestazioni di cui il 28,5% nella sola zona di Firenze. Per quanto concerne l'attività dei consultori legata più propriamente all'accompagnamento alla nascita nei consultori della zona di Firenze sono stati organizzati 109 corsi a cui hanno partecipato 1.236 gestanti; il numero di gestanti seguite in totale dai consultori di Firenze risulta pari a 3.481 utenti mentre coloro che hanno ricevuto un sostegno post-parto sono state 159. Nell'area IVG, pre e/o post IVG le utenti seguite nei consultori dell'intera Asl 10 sono state 1.789 di cui la maggioranza assoluta seguita nei consultori di Firenze (58,7%).

- Poliambulatorio Specialistico (oculistica, geriatria, chirurgia, otorino, dermatologia, psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia, terapisti del linguaggio, neurologia, pneumologia)
- Sede di Commissione Invalidi Civili

Obiettivi del progetto

Obiettivo strategico è l'integrazione della Medicina Generale con le attività sociali e sanitarie territoriali, nella zona di Rifredi - Dalmazia, con l'utilizzazione di circa 1.000 mq nella Struttura dell'Azienda di viale Morgagni 33, nella quale sono già presenti il servizio sociali, attività di diagnostica e il servizio infermieristico.

Il progetto intende fornire spazi e ambulatori idonee a un gruppo di cure primarie (MMG e PLS e CA) con l'obiettivo di apertura H24 per le attività sanitarie del territorio di medicina d'attesa, della Continuità Assistenziale e di attuazione dell' Expanded Chronic Care Model, in stretta integrazione con le esistenti strutture distrettuali e con i presidi Ospedalieri.

Il modello del Chronic Care Model, secondo le indicazioni del PSR 2008/2010, si basa sulla interazione tra il paziente ed il team multiprofessionale composto da MMG, infermieri ed altri operatori socio sanitari. La presa in carico e la continuità assistenziale (disease management) si basano su:

- l'adozione di corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica, e le corrette abitudini alimentari,
- l'effettuazione di pratiche assistenziali presso il domicilio del malato o l'ambulatorio del MMG,
- un sistema informativo centrato sul paziente basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio da parte dei MMG..

Il progetto sarà sostenuto da un gruppo di 11/12 MMG, coadiuvati da personale infermieristico e personale di segreteria (2 per un totale di 9 ore al giorno dal lunedì al venerdì).

Oltre alla usuale strumentazione di base, saranno attivati anche elettrocardiografo, ecodoppler cardiaco, retinografo, spirometro, Doppler, dispositivi diagnostici in chimica secca. E' previsto un servizio di ecografia internistica svolto da MMG.

Tutti i membri del gruppo esercitano la funzione tutoriale nei confronti di studenti, neolaureati o tirocinanti della Scuola di formazione in MG.

Il gruppo, se fornito di sede comune idonea, è in grado di espandersi a altri 1-2 PLS (quindi per un bacino di utenza complessivo di circa 20.000 cittadini).

Si tratta quindi della sperimentazione dell'inserimento di una Casa della Salute nel contesto di Centri Distrettuali nei quali sono già presenti servizi sanitari e sociali che andranno progressivamente integrati con le attività della Casa della Salute, per costituire un unicum di servizi per i cittadini.

La reception della Casa della Salute sarà uno dei "Punti Insieme" previsti come punti accoglienza dalla LR 66/2008, Regione Toscana, collegato funzionalmente e con software condiviso con il Punto Unico e con il servizio sociale e infermieristico. Il segretariato Sociale è garantito dalla presenza del servizio sociale.

Oltre all'accesso al proprio MG e PLS sarà possibile, quando autorizzati, accedere anche ad alcune specialistiche ambulatoriali (cardiologia, ortopedia, oculistica, ginecologia sono le più richieste).

Si prevede anche il reclutamento dei soggetti sottoposti a screening oncologici (mammografia), la raccolta diretta dei campioni biologici (haemocult per il cancro coloretale, strisci per il PAP test) e il controllo dei richiami.

Idem per il controllo e l'esecuzione alcune vaccinazioni oltre a quella per l'influenza (rosolia, tetano, morbillo, HPV).

Operatività: funzioni e servizi presenti nella CdS

La sede della Casa della Salute Rifredi-Dalmazia è stata individuata nell'edificio di proprietà dell'Azienda USL in viale Morgagni 33.

L'ubicazione è particolarmente significativa, sia in termini di ampiezza e qualità dei locali, sia per l'accessibilità e il decoro.

Nella CdS troveranno sede:

- ambulatori per medici di medicina generale
- ambulatori per pediatri di libera scelta
- la continuità assistenziale.

Le funzioni attualmente svolte nella CdS saranno:

- Punto di Primo Soccorso;
- Punto unico prenotazioni (CUP);
- Punto prelievi;
- Servizio Infermieristico Domiciliare;
- Esecuzione H12 di INR e Monitoraggio TAO;
- Attivazione della Medicina di Iniziativa mediante l'attuazione del Chronic Care Model secondo i protocolli previsti dal Piano Sanitario Regionale per Diabete, BPCO, Scompenso cardiaco, Ictus, Ipertensione Arteriosa
- Attivazione di specialistiche ambulatoriali;
- Punto Insieme dove operatori della USL indirizzano, forniscono informazione, attivano percorsi sulla base dei bisogni espressi dai cittadini
- attivazione dei percorsi di assistenza domiciliare integrata.

Operatività: professionisti presenti nella CdS e loro integrazione.

La gran parte delle professionalità che operano nel campo socio-sanitario saranno presenti nella CdS. Nella CdS inizialmente si colloca un gruppo di 11/12 MMG.

I 1/2 PLS gradualmente trasferiranno i propri ambulatori nella CdS e formare una pediatria di gruppo, con integrazione professionale e strumentale.

Sarà comunque necessario sviluppare la collaborazione con le altre forme di medicina di gruppo presenti nell'ambito del Comune di Firenze.

I MMG presenti nella struttura saranno tra loro collegati in rete e potranno condividere gli archivi informatizzati dei propri assistiti. Stessa cosa avverrà per i pediatri di famiglia.

Tale condivisione potrà essere estesa ai medici di Continuità assistenziale.

Il sistema informativo, che gestirà tutte le informazioni, dovrà consentire eventualmente di condividere quelle informazioni e quei dati ritenuti necessari anche con i medici specialisti che saranno presenti nella sede e con cui saranno stati concordati i percorsi assistenziali.

Il servizio infermieristico domiciliare avrà anch'esso la possibilità di accedere alle informazioni necessarie per la propria attività per tutti gli assistiti per cui il proprio MMG avrà attivato una ADI o una ADP.

Si presume che la modalità di condivisione dei percorsi dovrebbe ridurre la richiesta impropria di prestazioni.

Nella sede sarà presente un punto di primo soccorso.

Schematicamente gli obiettivi possono così essere elencati:

- educazione e promozione della salute,
- efficace presa in carico complessiva degli assistiti,
- miglioramento della appropriatezza prescrittiva ed assistenziale,
- analisi dei bisogni del territorio e risposta diagnostica terapeutica celere
- vigilanza ed interventi in merito ai ricoveri impropri,
- migliore integrazione socio sanitaria,
- riduzione delle liste di attesa,
- aiuto per l'assistenza residenziale e semiresidenziale,
- riduzione degli accessi al Pronto Soccorso (codici bianchi),
- garanzia delle dimissioni domiciliari programmate,
- predisposizione/attivazione di linee guida e di percorsi diagnostici, terapeutici riabilitativi,
- agevolazione delle prenotazioni specialistiche,
- effettuazione diretta di semplici attività diagnostiche,
- partecipazione attiva ai programmi di screening promossi dall'Azienda,
- intercettazione del fabbisogno sanitario, spesso attribuito impropriamente al livello ospedaliero,
- migliore integrazione operativa delle varie risorse professionali,
- semplificazione e "sburocratizzazione" dei percorsi di accesso alle prestazioni,
- partecipazione alle iniziative aziendali.

Tempi di attuazione

Il progetto di realizzazione della CdS di Scandicci è previsto su 2 anni (24 mesi).

Nel primo anno sono previsti i lavori di ristrutturazione, adeguamento e allestimento (reti informatiche, attrezzature, arredamenti) dello stabile identificato.

Nel secondo è previsto lo start up del progetto, con:

- il trasferimento del gruppo consolidato di 11/12 MMG,
- la creazione di un gruppo di 1/2 PLS,
- la partenza dei Medici della Continuità Assistenziale,
- la partenza della specialistica ambulatoriale.
- lo sviluppo della Medicina d'Iniziativa.

Indicatori

- Numero accessi impropri (codici bianchi) al Pronto Soccorso dei PO Aziendali per assistiti da MMG e PLS presenti nella CdS.
- Numero accessi agli ambulatori specialistici presenti nella CdS.
- Numero di ricoveri ospedalieri ai PO dell'Azienda (DRG's medici) di assistiti dei MMG e PLS presenti nella CdS.

- Numero e importo economico da compensazioni per ricoveri esterni ai PO dell'Azienda (DRG's medici) di assistiti da MMG e PLS della CdS
- Numero richieste improprie di prestazioni del 118
- Casi attivati di ADI, ADP ed AIT per assistiti dei Medici.
- Casi discussi in UVM con la partecipazione dei MMG/ tutti i casi discussi in UVM
- Linee Guida e PDT adottati
- Somministrazione periodica ai cittadini di un questionario di gradimento e valutazione del servizio
- Riunioni periodiche degli operatori presenti nella CdS
- Rilevazione visite dei Medici di Continuità Assistenziale
- Predisposizione annuale di un piano condiviso che rilevi i bisogni, le risorse disponibili e proponga gli obiettivi annuali.

Risultati attesi

In sintesi l'attivazione della Casa della Salute Rifredi Dalmazia potrà permettere di:

- valutare specifici bisogni di assistenza della popolazione assistita,
- garantire a regime la copertura assistenziale h24 e 7 su 7,
- facilitare la comunicazione fra i Medici e i servizi territoriali e ospedalieri e soprattutto tra i cittadini e i servizi.

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Con l'aumento della speranza di vita della popolazione, la diffusione e la presenza delle malattie croniche sono in continuo aumento.

In questo quadro la Sanità di Iniziativa nell'ambito delle malattie croniche costituisce un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici.

Il Piano Sanitario Regionale Toscana (2008-2010) promuove l'aggregazione dei MMG per affrontare lo sviluppo e il potenziamento della medicina territoriale, come condizione necessaria ed inevitabile dato l'aumento della durata della vita e quindi l'incremento della prevalenza di cronicità.

E' pertanto da promuovere l'attività della Medicina Generale a livello territoriale, in particolar modo nella sua forma aggregata che consente al MMG di confrontarsi con gli altri operatori socio-sanitari, svolgendo in modo sinergico, coordinato ed integrato una serie di funzioni necessarie.

Diventa quindi necessario individuare strutture idonee che rappresentino da una parte per i cittadini dei veri e propri punti di riferimento e da un'altra, per gli operatori luoghi deputati a e promuovere queste forme di aggregazioni, di tipo multidisciplinare, per affrontare in maniera adeguata le necessità dei territori stessi.

La Società della Salute di Firenze, di intesa con l'Azienda USL e il Comune di Firenze, intendono realizzare la Casa della Salute nella zona di Rifredi, con l'idea di sperimentare luoghi orientati alle cure primarie con l'erogazione di servizi sanitari coordinati con le altre figure professionali del territorio e le attività distrettuali ed ospedaliere, attraverso anche l'incentivazione del lavoro di equipe.

*** **

1. GENERALITA'

Regione proponente: Toscana

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: Progetto Casa della Salute Oltrarno, Firenze

Durata: 24 mesi

Referente: Dr. Andrea Leto

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Settore Medicina Predittiva Preventiva

Via T. Alderotti 26/n, Firenze

Tel. 055 4385259; fax 055 4382167

email andrea.letto@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: Daniele Massa, Responsabile Ufficio di Piano società della Salute, tel. 055 2769778, e-mail daniele.massa@sds.firenze.it

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo del progetto: €2.400.000,00

Costo annuale: 1° anno €1.400.000,00; 2° anno €1.000.000,00

Quota finanziata dall'azienda USL 10 di Firenze: € 1.200.000,00

Cofinanziamento atteso: €1.200.000,00

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO**Contesto in cui il progetto si colloca**

Per la descrizione del contesto si rinvia al Progetto Casa della Salute di Rifredi – Dalmazia, Firenze (PROGETTO 11).

Obiettivi del progetto

Obiettivo strategico è l'integrazione della Medicina Generale con le attività sociali e sanitarie territoriali, nella zona dell'Oltrarno fiorentino, con l'utilizzazione di circa 1.000 mq nella Struttura dell'Azienda del Lungarno Santa Rosa, nella quale sono già presenti il servizio sociali, attività di diagnostica e il servizio infermieristico.

Il progetto intende fornire spazi e ambulatori idonee a un gruppo di cure primarie (MMG e PLS e CA) con l'obiettivo di apertura H24 per le attività sanitarie del territorio di medicina d'attesa, della Continuità Assistenziale e di attuazione dell' Expanded Chronic Care Model, in stretta integrazione con le esistenti strutture distrettuali e con i presidi Ospedalieri.

Il modello del Chronic Care Model, secondo le indicazioni del PSR 2008/2010, si basa sulla interazione tra il paziente ed il team multiprofessionale composto da MMG, infermieri ed altri operatori socio sanitari. La presa in carico e la continuità assistenziale (disease management) si basano su:

- l'adozione di corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica, e le corrette abitudini alimentari,

- l'effettuazione di pratiche assistenziali presso il domicilio del malato o l'ambulatorio del MMG,
- un sistema informativo centrato sul paziente basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio da parte dei MMG.

Il progetto sarà sostenuto da un gruppo di 11/12 MMG, coadiuvati da personale infermieristico e personale di segreteria (2 per un totale di 9 ore al giorno dal lunedì al venerdì).

Oltre alla usuale strumentazione di base, saranno attivati anche elettrocardiografo, ecodoppler cardiaco, retinografo, Doppler, dispositivi diagnostici in chimica secca. E' previsto un servizio di ecografia internistica svolto da MMG.

Tutti i membri del gruppo esercitano la funzione tutoriale nei confronti di studenti, neolaureati o tirocinanti della Scuola di formazione in MG.

Il gruppo, se fornito di sede comune idonea, è in grado di espandersi a altri 1-2 PLS (quindi per un bacino di utenza complessivo di circa 20.000 cittadini).

Si tratta quindi della sperimentazione dell'inserimento di una Casa della Salute nel contesto di Centri Distrettuali nei quali sono già presenti servizi sanitari e sociali che andranno progressivamente integrati con le attività della Casa della Salute, per costituire un unicum di servizi per i cittadini.

La reception della Casa della Salute sarà uno dei "Punti Insieme" previsti come punti accoglienza dalla LR 66/2008, Regione Toscana, collegato funzionalmente e con software condiviso con il Punto Unico e con il servizio sociale e infermieristico. Il segretariato Sociale è garantito dalla presenza del servizio sociale.

Oltre all'accesso al proprio MG e PLS sarà possibile, quando autorizzati, accedere anche ad alcune specialistiche ambulatoriali (cardiologia, ortopedia, oculistica, ginecologia sono le più richieste).

Si prevede anche il reclutamento dei soggetti sottoposti a screening oncologici (mammografia), la raccolta diretta dei campioni biologici (haemocult per il cancro coloretale, strisci per il PAP test) e il controllo dei richiami.

Idem per il controllo e l'esecuzione alcune vaccinazioni oltre a quella per l'influenza (rosolia, tetano, morbillo, HPV).

Operatività: funzioni e servizi presenti nella CdS

La sede della Casa della Salute Oltrarno è stata individuata nell'edificio di proprietà dell'Azienda USL in lungarno Santa Rosa

L'ubicazione è particolarmente significativa, sia in termini di ampiezza e qualità dei locali, sia per l'accessibilità e il decoro.

Nella CdS troveranno sede:

- ambulatori per medici di medicina generale
- ambulatori per pediatri di libera scelta
- la continuità assistenziale.

Le funzioni attualmente svolte nella CdS saranno:

- Punto di Primo Soccorso;
- Punto unico prenotazioni (CUP);
- Punto prelievi;
- Servizio Infermieristico Domiciliare;
- Esecuzione H12 di INR e Monitoraggio TAO;

- Attivazione della Medicina di Iniziativa mediante l'attuazione del Chronic Care Model secondo i protocolli previsti dal Piano Sanitario Regionale per Diabete, BPCO, Scompenso cardiaco, Ictus, Ipertensione Arteriosa
- Attivazione di specialistiche ambulatoriali;
- Punto Insieme dove operatori della USL indirizzano, forniscono informazione, attivano percorsi sulla base dei bisogni espressi dai cittadini
- attivazione dei percorsi di assistenza domiciliare integrata

Operatività: professionisti presenti nella CdS e loro integrazione.

La gran parte delle professionalità che operano nel campo socio-sanitario saranno presenti nella CdS. Nella CdS inizialmente si colloca un gruppo di 11/12 MMG.

I ½ PLS gradualmente trasferiranno i propri ambulatori nella CdS e formare una pediatria di gruppo, con integrazione professionale e strumentale.

Sarà comunque necessario sviluppare la collaborazione con le altre forme di medicina di gruppo presenti nell'ambito del Comune di Firenze.

I MMG presenti nella struttura saranno tra loro collegati in rete e potranno condividere gli archivi informatizzati dei propri assistiti. Stessa cosa avverrà per i pediatri di famiglia.

Tale condivisione potrà essere estesa ai medici di Continuità assistenziale.

Il sistema informativo, che gestirà tutte le informazioni, dovrà consentire eventualmente di condividere quelle informazioni e quei dati ritenuti necessari anche con i medici specialisti che saranno presenti nella sede e con cui saranno stati concordati i percorsi assistenziali.

Il servizio infermieristico domiciliare avrà anch'esso la possibilità di accedere alle informazioni necessarie per la propria attività per tutti gli assistiti per cui il proprio MMG avrà attivato una ADI o una ADP.

Si presume che la modalità di condivisione dei percorsi dovrebbe ridurre la richiesta impropria di prestazioni.

Nella sede sarà presente un punto di primo soccorso.

Tempi di attuazione

Il progetto di realizzazione della CdS è previsto su 2 anni (24 mesi).

Nel primo anno sono previsti i lavori di ristrutturazione, adeguamento e allestimento (reti informatiche, attrezzature, arredamenti) dello stabile identificato.

Nel secondo è previsto lo start up del progetto, con:

- il trasferimento del gruppo consolidato di 11/12 MMG,
- la creazione di un gruppo di ½ PLS,
- la partenza dei Medici della Continuità Assistenziale,
- la partenza della specialistica ambulatoriale.
- lo sviluppo della Medicina d'Iniziativa.

Schematicamente gli obiettivi possono così essere elencati:

- educazione e promozione della salute,
- efficace presa in carico complessiva degli assistiti,
- miglioramento della appropriatezza prescrittiva ed assistenziale,
- analisi dei bisogni del territorio e risposta diagnostica terapeutica celere,

- vigilanza ed interventi in merito ai ricoveri impropri,
- migliore integrazione socio sanitaria,
- riduzione delle liste di attesa,
- aiuto per l'assistenza residenziale e semiresidenziale,
- riduzione degli accessi al Pronto Soccorso (codici bianchi),
- garanzia delle dimissioni domiciliari programmate,
- predisposizione/attivazione di linee guida e di percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi,
- agevolazione delle prenotazioni specialistiche,
- effettuazione diretta di semplici attività diagnostiche,
- partecipazione attiva ai programmi di screening promossi dall'Azienda,
- intercettazione del fabbisogno sanitario, spesso attribuito impropriamente al livello ospedaliero,
- migliore integrazione operativa delle varie risorse professionali,
- semplificazione e “ urocratizzazione” dei percorsi di accesso alle prestazioni,
- partecipazione alle iniziative aziendali.

Indicatori

- Numero accessi impropri (codici bianchi) al Pronto Soccorso dei PO Aziendali per assistiti da MMG e PLS presenti nella CdS.
- Numero accessi agli ambulatori specialistici presenti nella CdS.
- Numero di ricoveri ospedalieri ai PO dell'Azienda (DRG's medici) di assistiti dei MMG e PLS presenti nella CdS.
- Numero e importo economico da compensazioni per ricoveri esterni ai PO dell'Azienda (DRG's medici) di assistiti da MMG e PLS della CdS
- Numero richieste improprie di prestazioni del 118
- Casi attivati di ADI, ADP ed AIT per assistiti dei Medici.
- Casi discussi in UVM con la partecipazione dei MMG/ tutti i casi discussi in UVM
- Linee Guida e PDT adottati
- Somministrazione periodica ai cittadini di un questionario di gradimento e valutazione del servizio
- Riunioni periodiche degli operatori presenti nella CdS
- Rilevazione visite dei Medici di Continuità Assistenziale
- Predisposizione annuale di un piano condiviso che rilevi i bisogni, le risorse disponibili e proponga gli obiettivi annuali.

Risultati attesi

In sintesi l'attivazione della Casa della Salute Oltrarno potrà permettere di:

- valutare specifici bisogni di assistenza della popolazione assistita,
- garantire a regime la copertura assistenziale h24 e 7 su 7,
- facilitare la comunicazione fra i Medici e i servizi territoriali e ospedalieri e soprattutto tra i cittadini e i servizi.
- Fruizione di servizi specialistici integrati in tempo reale

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Con l'aumento della speranza di vita della popolazione, la diffusione e la presenza delle malattie croniche sono in continuo aumento.

In questo quadro la Sanità di Iniziativa nell'ambito delle malattie croniche costituisce un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici.

Il Piano Sanitario Regionale Toscano (2008-2010) promuove l'aggregazione dei MMG per affrontare lo sviluppo e il potenziamento della medicina territoriale, come condizione necessaria ed inevitabile dato l'aumento della durata della vita e quindi l'incremento della prevalenza di cronicità.

E' pertanto da promuovere l'attività della Medicina Generale a livello territoriale, in particolar modo nella sua forma aggregata che consente al MMG di confrontarsi con gli altri operatori socio-sanitari, svolgendo in modo sinergico, coordinato ed integrato una serie di funzioni necessarie.

Diventa quindi necessario individuare strutture idonee che rappresentino da una parte per i cittadini dei veri e propri punti di riferimento e da un'altra, per gli operatori luoghi deputati a e promuovere queste forme di aggregazioni, di tipo multidisciplinare, per affrontare in maniera adeguata le necessità dei territori stessi.

La Società della Salute di Firenze, di intesa con l'Azienda USL e il Comune di Firenze, intende realizzare una Casa della Salute nell'Oltarno Fiorentino, con l'idea di sperimentare luoghi orientati alle cure primarie con l'erogazione di servizi sanitari coordinati con le altre figure professionali del territorio e le attività distrettuali ed ospedaliere, attraverso anche l'incentivazione del lavoro di equipe.

*** **

PROGETTO 13

1. GENERALITA'

Regione proponente: Toscana

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: Sviluppo del progetto "Casa della Salute di Campi Bisenzio" (azienda USL 10 di Firenze, zona Fiorentina Nord Ovest)

Durata: 36 mesi

Referente: Dr. Andrea Leto

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Settore Medicina Predittiva Preventiva

Via T. Alderotti 26/n, Firenze

Tel. 055 4385259; fax 055 4382167

email andrea.letto@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: dott. Massimo Tilli, Coordinatore Sanitario Zona Fiorentina Nordovest, Azienda USL 10 di Firenze, tel. 055 4498225; fax 055 4498223; e-mail

massimo.tilli@asf.toscana.it

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo del progetto: €833.000,00

Costo annuale: 1° anno €300.000,00; 2° anno €300.000,00; 3° anno €233.000,00

Quota finanziata dall'azienda USL 10 di Firenze: € 278.000,00

Cofinanziamento atteso: €555.000,00

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Contesto in cui il progetto si colloca

Il comune di Campi Bisenzio, inserito nell'Area Omogenea definita Area Fiorentina, è un comune densamente popolato e con caratteristiche prettamente urbane. Il territorio comunale si estende per una superficie di circa 28 kmq e confina con i comuni di Calenzano, Prato, Sesto Fiorentino e Scandicci. L'orografia è rappresentata da un andamento pianeggiante (altezza media circa 50m slm), la densità della popolazione risulta essere la più alta tra i comuni dell'Area Fiorentina dopo Firenze, con 1369 ab/kmq, per una popolazione complessiva di circa 44.000 abitanti. Dal punto di vista della distribuzione di classi di età il comune di Campi Bisenzio presenta l'indice di vecchiaia più basso tra i Comuni dell'area Fiorentina grazie alla crescita della popolazione giovanile legata ai flussi di giovani coppie che si trasferiscono da Firenze. Ed a una forte immigrazione, etnia cinese, ecc.

Distribuzione dei MMG e bacino di utenza

Sul territorio di Campi Bisenzio prestano la loro opera 34 medici di Medicina Generale (dati della ASL 10 aggiornati al 13 settembre 2006) per una popolazione di circa 42.000 abitanti (con una media di circa 1110-1120 pazienti per ciascun medico). La maggior parte dei professionisti hanno organizzato la loro attività in gruppi di lavoro in una logica di medicina di gruppo o di associazione; un numero minore opera ancora singolarmente con ambulatorio personale.

Tre medicine di gruppo raccolgono il maggior numero dei medici: la prima composta da 7 medici ha sede in via Botticelli 60, la seconda costituita da 7 medici ha sede in via Montalvo 8, la terza con 4 medici in organico in via Buozzi 40.

Un gruppo di 4 medici in associazione opera in via delle Molina 56, mentre i rimanenti professionisti frequentano ambulatori singolarmente svincolati da logiche di associazionismo.

Sul territorio di Campi Bisenzio sono presenti professionalmente anche 7 Pediatri di libera scelta raggruppati in due pediatrie di gruppo che operano in due strutture distinte.

Il progetto "Campi Salute" e le istituzioni

Il Consiglio Comunale di Campi Bisenzio ha approvato nel novembre 2008 l'ordine del giorno "Campi Salute. Sistema dei servizi sanitari sociosanitari e socio-assistenziali di Campi Bisenzio".

Fra le altre istanze, l'Odg impegna Il Sindaco e la Giunta alla realizzazione di un centro sociosanitario di livello alto, come fulcro principale dal quale partire per una riconsiderazione generale della presenza dei servizi nel territorio, un vero e proprio presidio generalista, "una Casa della Salute", che consenta ai cittadini di avere servizi importanti come:

- tutte le specialistiche mediche principali;
- un'accoglienza qualificata per le problematiche sociali, psicologiche, consultoriali e della prevenzione;
- un punto di accesso unitario al quale fare domande ed ottenere risposte immediate per tutte le pratiche che afferiscono alla salute realizzando di fatto la sede del Polo Campi-Signa della SdS;
- un centro per la riabilitazione fisica e di distribuzione degli ausili necessari;

- una presenza medica di continuità assistenziale sulle 24 ore, riconsiderando quindi anche il ruolo e la collocazione della guardia medica.

L'approvazione di questo ordine del giorno ha di fatto dato inizio alla complessa procedura attuativa che ha visto coinvolta la Società della Salute Nord-Ovest, l'Azienda Sanitaria Firenze, il Comune di Campi Bisenzio.

Nella struttura prevista dal Progetto Campi Salute gran parte dell'edificio è destinato ad accogliere la Casa della Salute, al suo interno è prevista:

- la realizzazione di locali decentrati da dedicare "Centro di Accoglienza per le Cure Palliative" con caratteristiche di Hospice o Centro residenziale/semiresidenziale di cure palliative;
- la realizzazione di Corsi di formazione per i "care givers" che collaboreranno alla gestione del malato terminale in sinergia con le associazioni di volontariato
- la creazione di "Nuclei di Terapia del Dolore" con l'apporto di professionisti, medici ed infermieri, con specifica preparazione professionale.
- Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nella cura e nell'assistenza al malato terminale per non interrompere il rapporto fiduciario che lega il paziente al proprio medico di famiglia

Obiettivi del progetto

In linea di continuità con il progetto presentato per l'accesso al Fondo di cofinanziamento 2008, il presente progetto di sviluppo si propone i seguenti obiettivi:

- riorganizzazione dei servizi primari del territorio,
- miglioramento della appropriatezza prescrittiva ed assistenziale nel percorso Hospice - cure palliative,
- educazione e promozione della salute, modifica degli stili di vita,
- vigilanza ed interventi in relazione ai ricoveri impropri,
- integrazione socio sanitaria,
- cooperazione per l'assistenza residenziale e semiresidenziale,
- agevolazione delle prenotazioni specialistiche,
- organizzazione dell'erogazione diretta di prestazioni specialistiche e diagnostiche,
- partecipazione attiva ai programmi di screening promossi dall'Azienda, partecipazione alle iniziative aziendali,
- integrazione operativa e/o funzionale delle varie risorse professionali
- stimolare la partecipazione democratica dei cittadini
- collaborare con le associazioni di tutela dei pazienti alla programmazione dei servizi e dell'attività
- attuazione della piattaforma tecnologica per la realizzazione della telemedicina con il collegamento in temporale con la struttura ospedaliera di riferimento
- mantenere uno stretto rapporto fra la programmazione sanitaria di competenza regionale e servizi socio assistenziali di competenza comunale attraverso l'attività del Consorzio Società della Salute
- costruire un produttivo legame tra le iniziative attuate dagli Enti preposti (Azienda

Sanitaria, Società della Salute, Comune) e le associazioni di volontariato attraverso Corsi di formazione specifici per “care givers” nel percorso cure palliative;

Indicatori

- Numero di ricoveri ospedalieri di assistiti dei MMG e PLS presenti nella Casa della Salute
- Numero accessi agli ambulatori specialistici presenti nella Casa della Salute
- Numero richieste improprie di prestazioni del 118
- Casi attivati di ADI, ADP ed AIT per assistiti cure palliative.
- Valutazione dell'applicazione delle Linee Guida e dei PDT adottati
- Rilevazione visite dei Medici di Continuità Assistenziale
- Audit periodici del personale medico/infermieristico e dei pazienti per l'individuazione dei problemi e l'acquisizione di proposte migliorative la qualità dei servizi erogati
- Validazione e riconoscimento ufficiale dei risultati dei Corsi di formazione attraverso la valutazione delle competenze acquisite con conseguente rilascio di Attestato di partecipazione

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

La creazione di un centro Hospice e nucleo cure palliative rappresenta un elemento fondamentale nel modello casa della salute.

*** **

PROGETTO 14

1. GENERALITA'

Regione proponente: Toscana

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: Sviluppo del progetto “Casa della Salute di Scandicci” (azienda USL 10 di Firenze, zona Fiorentina Nord Ovest)

Durata: 12 mesi

Referente: Dr. Andrea Leto

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà
Settore Medicina Predittiva Preventiva
Via T. Alderotti 26/n, Firenze
Tel. 055 4385259; fax 055 4382167
email andrea.letto@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: dott. Massimo Tilli, Coordinatore Sanitario Zona Fiorentina Nordovest, Azienda USL 10 di Firenze, tel. 055 4498225; fax 055 4498223; email massimo.tilli@asf.toscana.it

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo del progetto: €700.000,00

Quota finanziata dall'azienda USL 10 di Firenze: € 234.000,00

Cofinanziamento atteso: €466.000,00

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Premessa

Lo sviluppo e il potenziamento della medicina territoriale è indicata da molti anni come necessaria ed inevitabile dato l'aumento della durata della vita e quindi l'incremento della prevalenza di cronicità. Con l'aumento della speranza di vita della popolazione, la diffusione e la presenza delle malattie croniche sono in continuo aumento.

In questo quadro la Sanità di Iniziativa nell'ambito delle malattie croniche costituisce un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici.

Diventa centrale quindi l'attività della Medicina Generale a livello territoriale, in particolar modo nella sua forma aggregata che consente al MMG di confrontarsi con gli altri operatori socio-sanitari, svolgendo in modo sinergico, coordinato ed integrato una serie di funzioni necessarie.

Lo stesso Piano Sanitario Regionale Toscana (2008-2010) auspica l'aggregazione dei MMG per affrontare questo tipo di problematiche.

Fondamentale appare quindi lo sforzo da parte delle Istituzioni di agevolare e promuovere queste forme di aggregazioni, di tipo multidisciplinare, per affrontare in maniera adeguata le necessità dei territori stessi. Diventa quindi individuare strutture idonee (la Casa della Salute) che rappresentino per la cittadinanza dei veri e propri punti di riferimento.

Nel tempo queste circostanze hanno spesso impedito ai vari professionisti che operano sul territorio (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta) di lavorare in equipe, non essendo supportati dalla disponibilità di locali idonei a tale modalità organizzativa

Questo ultimo aspetto ha di fatto impedito alle Istituzioni socio-sanitarie di governare la forte spinta che è stata prodotta negli ultimi anni all'associazionismo, sia della medicina generale che della pediatria di famiglia.

Il progetto di Casa della Salute (CdS), di seguito presentato, intende integrare e completare il primo progetto di Casa della Salute presentato lo scorso anno. L'obiettivo è quello di perseguire questi obiettivi con l'idea di costituire un polo che sia sede di attività orientate alle cure primarie, con l'erogazione di servizi sanitari coordinati con le altre figure professionali del territorio e le attività distrettuali ed ospedaliere.

Contesto in cui il progetto si colloca

Il territorio di riferimento in cui verrà collocata la sede della Casa della Salute corrisponde all'area del Comune di Scandicci, che comprende una popolazione di circa 50.000 abitanti, di cui 24.000 maschi e 26.000 femmine, così distribuiti per età:

12,5% con età < 14 anni,

63,0% con età tra 15 e 64 anni

24,5% con età > di 65 anni),

La densità di popolazione è elevata, superiore a 841 abitanti per Km².

Sul territorio del Comune di Scandicci operano: n. 43 medici di medicina generale e n. 6 pediatri di libera scelta per un bacino di utenza di 50.000 abitanti organizzati sia in medicina in associazione che in medicina di gruppo .

Nel Comune di Scandicci è presente un presidio distrettuale (situato in via Rialdoli), con cui la futura CdS dovrà coordinarsi, che fornisce le seguenti prestazioni:

- Punto prenotazioni prestazioni (cup) integrato da altre attività amministrative (scelta e revoca del medico, esenzioni ticket, ecc.);
- Punto prelievi
- Servizio Assistenza Sociale
- ambulatori medicina pubblica (visite finalizzate al rilascio di patenti, porto d'armi, certificati di idoneità fisica all'impiego, vaccinazioni, ecc).
- Servizio Infermieristico Domiciliare
- Consultorio Ostetrico-ginecologico (anche corsi per preparazione al parto)
- Poliambulatorio Specialistico (oculistica, geriatria, chirurgia, otorino, dermatologia, psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia, terapisti del linguaggio, neurologia, pneumologia)
- Sede di Commissione Invalidi Civili
- front office.

Obiettivi del progetto

Obiettivo strategico è la implementazione della Casa della Salute che verrà realizzata in via di Rialdoli a Scandicci, nell'edificio di proprietà del comune di Firenze, con lo scopo di.

- garantire la continuità assistenziale e terapeutica per 24 ore e sette giorni su sette
- assicurare un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro Associazioni, assicurando forme di gestione sociale (programmazione dei servizi e valutazione dei risultati) nei vari presidi e servizi.
- ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti e di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali.
- sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini
- sviluppare, tramite il distretto, rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale che per la definizioni di protocolli per accessi e dimissioni programmate
- offrire occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di gruppo.

A tale scopo la CdS di via di Rialdoli sarà una struttura idonea a un gruppo di cure primarie (MMG e PLS e CA), in prospettiva con apertura H24 per le attività sanitarie del territorio di *medicina d'attesa*, della *Continuità Assistenziale* e di attuazione dell' *Expanded Chronic Care Model*, in stretta integrazione con le esistenti strutture distrettuali e col vicino Ospedale.

In aggiunta verranno potenziati i servizi di stampo sociale:

- Sportello di Orientamento Sociale

Il servizio di Orientamento Sociale ha l'obiettivo di accogliere i cittadini e orientarli nella giusta soluzione dei problemi accompagnandoli nella fruizione delle prestazioni offerte dalla rete dei servizi. Fornisce informazioni dei servizi resi dalle risorse pubbliche e private del territorio,

- Servizio sociale Professionale

Consente di accogliere la persona in difficoltà e di strutturare insieme ad operatori professionisti percorsi di sostegno per il superamento delle problematiche. Le risorse da utilizzarono ad esempio: assistenza sociale, assistenza socio educativa, affidamenti presso famiglie, interventi per minori, mediazione familiare, etc.

Operatività: funzioni e servizi presenti nella CdS

La sede della Casa della Salute, da realizzarsi nell'edificio di proprietà del Comune di Firenze con il primo progetto di Casa della Salute presentato lo scorso anno, è stata definita in via Rialdoli, in pieno centro di Scandicci. L'ubicazione è particolarmente significativa, sia in termini di ampiezza e qualità dei locali, sia per l'accessibilità e il decoro.

Nella CdS, come previsto nella riformulazione del primo progetto presentato, avranno sede gli ambulatori per medici di medicina generale.

Le funzioni svolte nella CdS, come da primo progetto riformulato, saranno il Punto di Primo Soccorso; il Punto unico prenotazioni (CUP); il Punto prelievi; il Servizio Infermieristico Domiciliare; la Esecuzione H12 di INR e Monitoraggio TAO.

Con il progetto di Casa della Salute che si presenta per il presidio di via di Rialdoli, si potranno sviluppare:

- ambulatori per pediatri di libera scelta
- la continuità assistenziale.

Le funzioni da implementate nella CdS, per queste funzioni, saranno lo Sviluppo della Medicina di Iniziativa secondo i protocolli previsti dal Piano Sanitario Regionale e Attivazione di specialistiche ambulatoriali. Per lo sviluppo dei servizi di stampo sociale saranno attivati:

- Sportello di Orientamento Sociale
- Il Servizio Sociale Professionale.

Operatività: professionisti presenti nella CdS e loro integrazione

La gran parte delle professionalità che operano nel campo socio-sanitario saranno presenti nella CdS. La presenza dei 10/12 MMG, integrata con 1/2 PLS a formare una pediatria di gruppo, con integrazione professionale e strumentale. L'obiettivo della CdS è di arrivare a coprire tra il 30 e il 40% degli assistiti del comune di Scandicci.

Il personale di stampo sanitario sarà integrato, per i servizi di stampo sociale, da personale con profilo sociale, di orientamento, di counselling e di natura socio-educativa per coprire i servizi dello sportello di Orientamento Sociale e il Servizio sociale Professionale.

Tempi di attuazione

La realizzazione del progetto è prevista su 1 anno (12 mesi), con lavori di ampliamento della struttura, lavori di allestimento (reti informatiche, attrezzature, arredamenti) nello stabile identificato, cioè l'edificio in via di Rialdoli in centro a Scandicci.

In particolare è previsto:

- il graduale allargamento a 12 unità di MMG ed il raddoppio del gruppo di PLS,
- la partenza dei servizi dello sportello di Orientamento Sociale,

- la partenza del Servizio Sociale Professionale,
- il consolidamento della specialistica ambulatoriale.

Indicatori

- Numero accessi impropri (codici bianchi) al Pronto Soccorso dei PO Aziendali per assistiti da MMG e PLS presenti nella CdS.
- Numero accessi agli ambulatori specialistici presenti nella CdS.
- Numero di ricoveri ospedalieri ai PO dell'Azienda (DRG's medici) di assistiti dei MMG e PLS presenti nella CdS.
- Numero e importo economico da compensazioni per ricoveri esterni ai PO dell'Azienda (DRG's medici) di assistiti da MMG e PLS della CdS
- Numero richieste improprie di prestazioni del 118
- Casi attivati di ADI, ADP ed AIT per assistiti dei Medici.
- Casi discussi in UVM con la partecipazione dei MMG/ tutti i casi discussi in UVM
- Linee Guida e PDT adottati
- Somministrazione periodica ai cittadini di un questionario di gradimento e valutazione del servizio
- Riunioni periodiche degli operatori presenti nella CdS
- Rilevazione visite dei Medici di Continuità Assistenziale
- Predisposizione annuale di un piano condiviso che rilevi i bisogni, le risorse disponibili e proponga gli obiettivi annuali.

Risultati attesi

In sintesi l'attivazione della Casa della Salute di Scandicci potrà permettere di:

- valutare specifici bisogni di assistenza della popolazione assistita,
- garantire a regime la copertura assistenziale h24 e 7 su 7, sia sociale che sanitario,
- facilitare la comunicazione fra i Medici, l'Azienda Sanitaria, gli Operatori sociali ed il Comune e soprattutto tra i cittadini e i servizi.

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Schematicamente gli obiettivi possono così essere elencati:

- educazione e promozione della salute,
- efficace presa in carico complessiva degli assistiti,
- miglioramento della appropriatezza prescrittiva ed assistenziale,
- analisi dei bisogni del territorio,
- migliore integrazione socio sanitaria,
- aiuto per l'assistenza residenziale e semiresidenziale,
- riduzione degli accessi al Pronto Soccorso (codici bianchi),
- predisposizione/attivazione di linee guida e di percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi e sociali,
- agevolazione delle prenotazioni specialistiche,
- effettuazione diretta di semplici attività diagnostiche,
- intercettazione del fabbisogno sociale e sanitario, spesso attribuito impropriamente al livello ospedaliero e/o ai Servizi sociali territoriali,
- migliore integrazione operativa delle varie risorse professionali.

1. GENERALITA'

Regione proponente: Toscana

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: L'azienda USL 11 di Empoli verso la *cittadella della salute*

Durata: 36 mesi

Referente: Dr. Andrea Leto

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Settore Medicina Predittiva Preventiva

Via T. Alderotti 26/n, Firenze

Tel. 055 4385259; fax 055 4382167

email andrea.letto@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: Dr.ssa Simona Dei, Direttore Dipartimento Territorio, Azienda USL 11 Empoli, Tel. 0571 702907, e-mail s.dei@usl11.toscana.it

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo del progetto: €2.955.000,00

Costo annuale: 1° anno €330.000,00; 2° anno €1.160.000,00; 3° anno €1.465.000,00

Quota finanziata dall'azienda USL 11 di Empoli: € 1.477.500,00

Cofinanziamento atteso: €1.477.500,00

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO**Contesto in cui il progetto si colloca**

I bisogni di salute dei cittadini toscani stanno aumentando, sia come numero che come complessità. Le cause sono connesse in primo luogo all'invecchiamento della popolazione (nella ASL 11 oltre il 20% dei cittadini ha superato i 65 anni), all'aumento delle patologie croniche, ma anche ad altri fattori non strettamente sanitari (disagio, fragilità, variazione del tessuto sociale,...) che incidono profondamente sulla domanda di servizi.

Tale insieme di fattori rende sempre più necessario, al fianco di servizi ospedalieri destinati a rispondere alle urgenze, l'attuazione di un sistema organizzativo territoriale in grado di prendersi carico di una domanda sempre più complessa ed in continua crescita, garantendo una stretta relazione con la rete specialistica ed ospedaliera.

Un territorio quindi che, attraverso i suoi servizi sanitari e sociali, garantisca risposte appropriate e graduate in rapporto al bisogno.

Un nuovo sistema territoriale organizzato, riconosciuto, e per questo capace di rispondere alla *concorrenza* del Pronto Soccorso, può realizzarsi nel contesto della ASL di Empoli dove:

- La Medicina Generale, strutturata già da 6 anni in 17 equipe territoriali (momento aggregativo dove si realizza un audit tra pari), organizzata in modo associato (20 medicine di gruppo, 4 medicine in associazione, 2 UCP in evoluzione verso moduli per la sanità di

iniziativa), si è mostrata molto sensibile alla spinta evolutiva del nuovo ACN verso forme associative sempre più integrate.

- Si sta implementando a livello territoriale il modello della sanità di iniziativa, proposta della Regione Toscana di presa in carico delle malattie croniche con modalità proattiva, fortemente coinvolgente sul malato e con un ruolo determinante della équipe multiprofessionale. Tre moduli stanno lavorando nella fase pilota e per asltri tre sono stati presentati in Regione i progetti per la fase di estensione.
- Le forme più evolute dell'associazionismo medico in alcune realtà si sono già integrate strutturalmente con il sistema infermieristico, amministrativo e sociale dell'azienda e dove sono già attive, dall'ottobre 2008 la *Casa della Salute di Empoli* e dal dicembre 2009 la *Casa della Salute di Montopoli*.
- I risultati sono in fase di valutazione continua, con indicatori strutturali, di processo e di esito, in modo da individuare le criticità su cui intervenire, i punti di forza da implementare e, soprattutto, le caratteristiche esportabili in altre realtà per estendere ad altri contesti questa organizzazione. Siamo in fase avanzata di accordi con la medicina generale per altre due nei prossimi anni.
- E' in corso la sperimentazione dell' Ospedale di Formazione della Continuità, all'interno del quale professionisti medici di varia provenienza (universitaria, internistica, medicina generale) e professionisti sanitari (infermieri, fisioterapisti, oss,...) propongono un approccio globale ai problemi di salute cronici e complessi, per i quali è fondamentale garantire una continuità di cure tra ospedale e territorio

Obiettivi del progetto

- individuazione di presidi territoriali nei quali sia possibile una reale presa in carico dei cittadini, continuativa nelle 24 ore e nei festivi, in stretta connessione con la rete dell'emergenza urgenza e la rete ospedaliera
- potenziamento dell'integrazione e dello sviluppo innovativo dei ruoli dei professionisti della sanità, all'interno della rete dei servizi sociali e sanitari
- implementazione e facilitazione dei meccanismi di comunicazione fra ospedale e territorio, per garantire la continuità assistenziale soprattutto per i malati cronici
- sviluppo di un sistema di presa in carico pro attiva e precoce dei malati cronici, finalizzata al rallentamento della evoluzione clinica e alla riduzione delle complicanze
- coinvolgimento diretto dei MMG e PLS nella organizzazione dei servizi sanitari territoriali, con un ruolo diretto nel governo clinico
- facilitazione dell'accesso dei cittadini ai servizi territoriali, come prima risposta e conseguente riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso
- implementazione della diagnostica non invasiva nei presidi territoriali, al fine di ridurre l'accesso ai servizi specialistici di secondo livello

Risultati attesi

Un intervento di riorganizzazione delle risposte territoriali, volto a favorire l'integrazione dei servizi in sedi nelle quali sia possibile offrire una risposta multiprofessionale continuativa, comporta sicuramente la crescita globale dell'offerta sanitaria sul territorio.

Per garantire risultati efficaci e compatibili con il contesto locale è determinante una analisi delle peculiarità di ogni sede e delle relative possibilità di sviluppo, in modo da costruire modelli gestibili dai professionisti, riconoscibili da parte degli assistiti e efficaci sul piano delle risposte e dei risultati attesi.

Questo determina, quindi, la necessità di seguire linee di sviluppo diverse in area urbana ed extraurbana capaci di fornire servizi adeguati al contesto socio-abitativo dei cittadini residenti.

Il territorio della ASL di Empoli, con i suoi 15 comuni di diverse dimensioni, rende perciò possibile la simultanea sperimentazione di organizzazioni diversificate quali:

- *AMBULATORI TERRITORIALI INTEGRATI*, attraverso la confluenza in una unica sede dei vari professionisti della salute (MMG, infermieri, altri professionisti sanitari, personale amministrativo, specialisti, assistenti sociali) in grado di rispondere ai bisogni di primo livello della popolazione, riducendo la necessità di rivolgersi al pronto soccorso
- Modelli di *ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA*, attraverso la creazione di una rete multiprofessionale, la condivisione di spazi e attrezzature, lo scambio di informazioni e dati, la definizione di percorsi assistenziali, in grado di ridurre l'accesso improprio al livello specialistico e diagnostico
- Sviluppo di servizi intermedi fra Ospedale e Territorio, quale *l'OSPEDALE DI FORMAZIONE DELLA CONTINUITA'*, all'interno del quale la presenza di servizi ospedalieri e territoriali, di primo e secondo livello e il conseguente potenziamento dell'offerta e della possibilità di accesso consente una risposta mirata ai problemi di salute complessi, cronici, di intensità non elevata, che possono così evitare ricoveri impropri ed accessi impropri all'ospedale ad alta intensità di cura

Indicatori

- STRUTTURA
 - Costituzione dei moduli della sanità di iniziativa di Cerreto, Galleno e Sant'Andrea e sviluppo della presa in carico dei malati cronici (2009)
 - apertura casa della salute di Montopoli (2009) e sviluppo dell'ambulatorio territoriale integrato
 - apertura casa della salute di Certaldo (2010) e sviluppo della assistenza territoriale integrata
 - apertura Cittadella della salute di Castelfiorentino (2011) e sviluppo dell'Ospedale di Formazione per la Continuità.
- PROCESSO
 - Raggiungimento obiettivi previsti nell'accordo regionale della sanità di iniziativa nei tempi concordati (vedi allegato)
 - n. percorsi attivati attraverso l'integrazione dei servizi presenti e fra la casa della salute e i servizi ospedalieri
 - n. di servizi sociali e sanitari convergenti nella casa della salute sui servizi presenti nell'ambito di competenza
 - n. di mmg/pls coinvolti sulla totalità dell'ambito

- ESITO

- Raggiungimento obiettivi previsti nell'accordo regionale della sanità di iniziativa nei tempi concordati (vedi allegato)
- % di gradimento dei cittadini misurata mediante questionari
- n. di ricoveri ospedalieri per assistiti dei mmg e pls della cds sull'anno precedente (monitoraggio soprattutto nei giorni festivi e prefestivi)
- n. di accessi impropri al p.s. per assistiti dei mmg/pls presenti sull'anno precedente
- n. richieste improprie al 118
- n. accessi al primo soccorso sull'anno precedente
- n. ricoveri extra ASL assistiti delle forme associative in oggetto/ N° ricoveri totali assistiti delle forme associative in oggetto,
- n. visite specialistiche extra ASL assistiti delle forme associative in oggetto / N° visite specialistiche totali assistiti delle forme associative in oggetto.

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

La ASL di Empoli, in linea con l'evoluzione del sistema socio-sanitario degli ultimi anni e rispondendo alle linee di indirizzo ministeriali, ha deciso di investire sulle strutture territoriali favorendo una trasformazione graduale delle stesse nella direzione di:

- integrazione multi professionale sia sanitaria che socio-sanitaria
- facilitazione dell'accesso da parte dei cittadini
- copertura diurna e continuativa dei servizi per almeno 12 ore
- collaborazione fra servizi feriali e servizi notturni/festivi, per garantire la continuità assistenziale
- approccio pro attivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici
- coinvolgimento dei mmg nella organizzazione dei servizi

Con tali finalità, attraverso una attenta analisi del territorio e un coinvolgimento forte dei professionisti (in primis mmg), la ASL di Empoli ha individuato vari contesti nei quali procedere con gradualità di tempi e modelli, realizzando evidenti cambiamenti così sintetizzabili:

- 1) avvio Casa della Salute di Empoli (ottobre 2008), di cui si allega breve relazione sui risultati ad oggi (allegato 1)
- 2) avvio Casa della Salute Montopoli (dicembre 2009), di cui si allega l'accordo condiviso fra ASL e mmg (allegato 2)
- 3) avvio moduli sanità di iniziativa Cerreto, Galleno, Casa della Salute Empoli (gennaio 2010), di cui si allega il progetto approvato con delibera regionale n. (allegato 3)

Tali strutture hanno consentito di riorganizzare il territorio potenziando i servizi offerti, valorizzando il primo livello di cure attraverso l'integrazione fra professionisti (mmg, infermieri, amministrativi, o.s.s., servizio sociale, fisioterapisti, ostetriche,...), l'implementazione diagnostica (ecografia, ecg, spirometria, retinografo,...), la presenza di specialisti nelle sedi territoriali (ginecologo, cardiologo,...)

Nei prossimi anni è previsto un consolidamento del modello e una sua diffusione ad altri contesti della ASL, cominciando da:

- 4) estensione dei moduli della sanità di iniziativa su Montopoli, Castelfiorentino, Certaldo (giugno/settembre 2010), di cui si allega progetto (allegato 4)
- 5) apertura della Casa della Salute di Certaldo (entro dicembre 2010)
- 6) apertura della cittadella della salute di Castelfiorentino (entro dicembre 2011)

Questi passaggi sono già stati condivisi con i professionisti coinvolti e verranno monitorati con gli indicatori sopra elencati, al fine di correggere in corso d'opera eventuali criticità rilevate.

Lo sviluppo dell'intero sistema porterà quindi alla definizione di un territorio con risposte assistenziali diverse e in rete, rispondenti con gradualità ai bisogni delle persone, capaci di mettersi in relazione fra di loro e con strutture ospedaliere (Ospedale della Continuità) per realizzare una vera presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini.

Tale consolidamento dell'organizzazione territoriale si affianca alla implementazione dell'ospedale per intensità di cure, realizzando un contesto nel quale il bisogno di salute prevalentemente acuto o riacutizzato si rivolge alle strutture ospedaliere, ma nei casi in cui a quel bisogno è sottesa una situazione complessa o una patologia cronica o una perdita di funzionalità e riduzione della qualità di salute, sono previsti percorsi, strutture, modalità assistenziali che intervengono per ridurre gli esiti e reinserire nel proprio contesto di vita la persona con la massima autonomia possibile.

E in un sistema regionale nel quale l'appropriatezza delle cure e la risposta misurata sul bisogno sono la chiave di sostenibilità e di equità, questi strumenti diventano garanzia di successo nei tempi medio lunghi.

Cronoprogramma

	2008	2009	gen-mag 2010	giu sett 2010	set dic 2010	gen-dic 2011
avvio casa della salute di empoli						
avvio casa della salute di montopoli						
avvio CdE, Cerreto, Galleno come moduli sanità di iniziativa						
avvio Castelfiorentino, Certaldo, Montopoli come moduli sanità di iniziativa						
avvio casa della salute di Certaldo						
avvio cittadella della salute di Castelfiorentino						

*** **

PROGETTO 16

1. GENERALITA'

Regione proponente: Toscana

Linea progettuale entro la quale il progetto si colloca: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Titolo del progetto: Progetto Casa della Salute di Pietrasanta (azienda USL 12 di Viareggio)

Durata: 12 mesi

Referente: Dr. Andrea Leto

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Settore Medicina Predittiva Preventiva

Via T. Alderotti 26/n, Firenze

Tel. 055 4385259; fax 055 4382167

email andrea.let@regione.toscana.it

Referente Aziendale del progetto: Dott. Ciabattoni Claudio, Unità funzionale Distretto, UO

Attività sanitarie di comunità, tel. 0584 6058820 Fax 0584 6058822, email

c.ciabattoni@usl12.toscana.it

2. ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo del progetto: €662.000,00

Quota finanziata dall'azienda USL 12 di Viareggio: € 237.000,00

Cofinanziamento atteso: €425.000,00

Il costo del progetto è riferito al completamento strutturale della sede esistente, all'implementazione di attrezzature e di personale infermieristico per trasformare l'attuale sede distrettuale in "Casa della Salute".

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Contesto in cui il progetto si colloca

La tendenza all'invecchiamento della popolazione con il conseguente aumento della rilevanza delle patologie croniche e l'evoluzione dell'ospedale sempre più tecnologico e orientato all'assistenza dell'acuzie, impongono un'investimento sul territorio in termini di risorse e di modelli organizzativi innovativi, finalizzati a garantire la presa in carico del cittadino, la continuità assistenziale ospedale – territorio e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale.

Nel corso degli anni il concetto di Distretto ha subito importanti processi evolutivi, organizzativi e culturali, divenendo per il cittadino la porta di accesso ai servizi sanitari, sociali e socio-sanitari, il luogo in cui viene data risposta ai bisogni di salute attraverso l'integrazione operativa delle varie attività sanitarie e sociali, dell'ASL e dei Comuni, mediante la modalità organizzativa costituita dal percorso assistenziale.

Contemporaneamente è in corso un profondo processo di evoluzione della medicina generale, i cui aspetti cardine sono rappresentati dall'informatizzazione e dall'associazionismo.

L'informatizzazione non è solo la mera sostituzione di procedure cartacee in elettroniche, ma rappresenta una opportunità per ripensare la medicina generale come "sistema di comunicazione integrato", dove il dato sanitario dell'assistito, pur nel rispetto della privacy, diventa un bene prezioso per la cura del paziente, consentendo uno scambio di informazioni sanitarie tra operatori territoriali ed ospedalieri e può essere utilizzato quale banca dati per utili indagini di tipo epidemiologico.

L'associazionismo consente al medico di medicina generale, pur mantenendo un rapporto di fiducia con l'assistito che lo ha scelto, di ampliare l'offerta dei servizi per una maggiore copertura assistenziale; si sono così sviluppate progressivamente varie modalità organizzative, medicina in associazione, medicina di gruppo, équipes territoriali fino a forme evolute a carattere sperimentale quali le "Unità di Cure Primarie" (UCP), una delle quali è presente nella sede distrettuale di Pietrasanta.

Il Progetto di Casa della Salute (CdS), che presentiamo, si colloca in questo contesto con la finalità di favorire l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, rappresentando per il cittadino una struttura di riferimento in grado di intercettare il bisogno di salute e di fornire un'appropriata risposta.

La Casa della Salute si caratterizza come struttura polivalente in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare ed in team degli operatori e in cui può operare l'insieme del personale del distretto, i medici di medicina generale ed i pediatri di famiglia, gli specialisti ambulatoriali, territoriali ed ospedalieri, operatori del Dipartimento di Prevenzione ed operatori dell'amministrazione comunale.

Il territorio dell'asl n.12 è attualmente organizzato in un'unica Zona-Distretto, costituita dall'insieme di tutti i presidi territoriali, in un'ottica di sistema di rete.

La realizzazione del nuovo ospedale della Versilia (anno 2002) ha rappresentato l'opportunità per ridisegnare l'articolazione e l'organizzazione dei servizi territoriali attraverso una riconversione dei quattro ex padiglioni ospedalieri in presidi distrettuali, che oggi sono diventati punti nodali della rete dei servizi sanitari e sociali, strettamente collegati ed integrati tra loro e con l'ospedale.

La riconversione, mediante un'appropriata opera di ristrutturazione edilizia e di riorganizzazione dell'insieme delle attività, ha permesso di sostituire alcune vecchie strutture, ormai inadeguate, con nuovi centri in cui sono state aggregate una molteplicità di attività, sanitarie e sociali.

Nell'ambito territoriale del Comune di Pietrasanta (abitanti 25.000) il processo di ristrutturazione e riorganizzazione, in fase di ultimazione, riguarda l'ex ospedale "Lucchesi".

L'edificio è stato oggetto di ristrutturazione finalizzata ad un utilizzo per attività territoriali.

Un corpo di fabbrica è adibito ad attività distrettuali, con una molteplicità di servizi, amministrativi, sociali e sanitari, di base e specialistici; nella sede distrettuale è stato individuato un nucleo riservato ad attività di medicina generale, con apertura della sede 7 giorni la settimana, 24 ore die, di cui 12 diurne per attività di medicina generale e primo soccorso e 12 notturne per attività di continuità assistenziale.

La sede è contigua ad un edificio dell'asl che ospita il Dipartimento di Prevenzione, con le unità operative di Medicina del lavoro, igiene pubblica, igiene degli alimenti e veterinaria.

Una parte dell'ex ospedale "Lucchesi" è stata utilizzata come sede dell'amministrazione comunale di Pietrasanta: in questi locali è stato attivato il "punto insieme", sportello gestito in collaborazione da asl e comune, con presenza di personale infermieristico e assistente sociale, rivolto ad accogliere la domanda dei bisogni degli anziani e collegato al PUA (punto unico di accesso).

Il centro prelievi è connesso in rete con il nuovo presidio ospedaliero ed ha avuto inizio il processo innovativo di collegamento informatizzato con i medici di medicina generale, alcuni dei quali (circa il 60% di tutti i medici convenzionati dell'asl e tutti i 12 medici presenti nella sede di Pietrasanta) ricevono nei loro ambulatori direttamente dal laboratorio i referti delle analisi effettuate dai loro assistiti in qualsiasi punto della rete dei centri prelievi territoriali (progetto MIR – Medicina in rete).

Obiettivi del progetto

L'obiettivo del progetto è di completare l'azione di ristrutturazione, comprensiva degli spazi esterni, e di riorganizzazione delle attività al fine di migliorare e implementare la rete dei servizi, per rispondere ai mutati e sempre più complessi bisogni di salute della popolazione, in un'ottica di integrazione tra sanitario e sociale, tra ospedale e territorio, tra ASL e comune.

Il completamento della ristrutturazione è rivolto prevalentemente agli spazi esterni al presidio distrettuale e a migliorare gli spazi interni del nucleo dei medici di medicina generale e delle attività distrettuali; è inoltre necessario sostituire i vecchi infissi.

Funzionalmente i medici di medicina generale, già presenti nella sede in numero di 12, costituiranno un "modulo" per l'attuazione della Sanità d'iniziativa.

La Casa della Salute garantirà l'attività nell'arco delle 24 ore, 7 giorni su 7, e disporrà pertanto di attività amministrative, attività sanitarie di base, specialistiche e diagnostiche, e di prevenzione.

L'informatizzazione della struttura rappresenta il valore aggiunto per favorire e migliorare l'integrazione tra gli operatori, in un'ottica di presa in carico dei bisogni del cittadino, di sviluppo dei percorsi assistenziali territorio – ospedale – territorio e di gestione integrata delle patologie croniche, secondo il modello innovativo del "chronic care model".

Operatività: funzioni e servizi presenti nella Casa della Salute

La Casa della Salute di Pietrasanta avrà una molteplicità di funzioni e servizi, di seguito elencati:

- ambulatori dei medici di medicina generale (mmg), con presenza di personale infermieristico e di segreteria, integrati con i medici di continuità assistenziale (MCA), in

- rete con gli altri ambulatori periferici dei medici di m.g. e collegata alla centrale operativa del 118 per la gestione dell'emergenza urgenza;
- un ambulatorio pediatrico nei giorni feriali ed uno festivo, aperto in orario antimeridiano, coperto a turno dai pediatri di famiglia convenzionati dell'asl, al fine di garantire la presenza del pediatra sul territorio 7 giorni su 7;
 - ambulatori specialistici, con specialisti ambulatoriali convenzionati e specialisti ospedalieri, che erogano prestazioni in regime istituzionale e in regime di libero professionale intramoenia, nelle seguenti branche: cardiologia, orl, dermatologia, neurologia, odontoiatria conservativa, oculistica, ortopedia.
 - centro prelievi;
 - ambulatorio di primo soccorso per "codici bianchi", gestito dai medici di medicina generale;
 - ambulatorio infermieristico e organizzazione ed erogazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI),
 - servizio di assistenza sociale;
 - Ambulatorio per certificazioni medico legali (patente di guida, porto d'armi, patente nautica, ecc);
 - Punto unico prenotazioni (CUP), integrato da altre attività amministrative (scelta e revoca del medico, esenzione ticket, ecc)
 - Ambulatorio per le vaccinazioni dell'età evolutiva, previste dal calendario vaccinale regionale, e per l'età adulta (antitetanica ed antinfluenzale);
 - Ambulatori del dipartimento di prevenzione: igiene pubblica, igiene degli alimenti, ambulatorio nutrizionale, medicina del viaggiatore, medicina del lavoro, veterinaria.

Operatività: professionisti presenti nella Casa della Salute e loro integrazione

I medici di medicina generale (in numero programmato di 12) operano in forma associata e sono informatizzati tra loro e collegati in rete con gli altri ambulatori periferici di medicina generale, con le sedi distrettuali e con l'ospedale. La condivisione della stessa sede favorisce l'integrazione tra medici di medicina generale e medici di C.A., specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, servizio infermieristico e servizio sociale.

Il "Punto insieme", con presenza di personale infermieristico e sociale, è un punto di riferimento per i cittadini e di collegamento con il PUA e con l'UVM (unità di valutazione multidimensionale).

Nella sede è presente un punto di primo intervento per codici bianchi, la sede della continuità assistenziale e l'ambulatorio festivo pediatrico.

L'attività di emergenza urgenza è coperta dal servizio del DEU, gestito dalla centrale operativa 118 nei tempi previsti dal DM 15/5/92: nell'ambito del comune, a poca distanza dalla sede, è presente un punto PET presso un'associazione del volontariato.

All'interno della Casa della Salute sono previsti momenti di partecipazione e confronto con i cittadini e con le associazioni di tutela dei pazienti finalizzati a migliorare il coinvolgimento della popolazione nella programmazione socio-sanitaria e nella valutazione dei risultati conseguiti.

Risultati attesi

In sintesi l'attivazione della Casa della Salute potrà permettere di:

- realizzare un centro di effettivo riferimento per la popolazione con copertura di 24 ore e di 7 giorni su 7;
- favorire la rilevazione dei bisogni di salute e la programmazione dei piani integrati di salute (P.I.S.);
- aggregare in un'unica sede polivalente interventi di promozione della salute, prevenzione, diagnosi e cura;
- promuovere l'integrazione tra medicina territoriale e medicina ospedaliera, tra sanitario e sociale, tra ASL e Comuni, in un'ottica di tutela globale della salute;

- favorire la presa in carico globale dell'anziano, dalla rilevazione del bisogno, alla valutazione multidimensionale e all'integrazione fra interventi ambulatoriali, domiciliari, diurni e residenziali;
- facilitare la comunicazione tra gli operatori e tra questi e i cittadini;
- attivare la Sanità d'iniziativa per la prevenzione e gestione delle patologie croniche.

Indicatori di efficacia-efficienza in termini di struttura, processo, risultato

- numero degli accessi al pronto soccorso degli assistiti dei medici di medicina generale operanti nella Casa della Salute confrontato con il tasso medio aziendale di accessi al pronto soccorso;
- tasso di ricovero ospedaliero degli assistiti dei medici di medicina generale della Casa della Salute per le seguenti patologie: scompenso cardiaco, BPCO, polmonite, diabete con complicanze a lungo periodo;
- monitoraggio dei ricoveri degli assistiti dalla Casa della Salute nei giorni prefestivi e festivi;
- numero di accessi agli ambulatori specialistici della Casa della Salute;
- numero di accessi al "punto insieme" a gestione integrata asl – comune;
- numero di casi attivati di ADI, ADP e Assistenza infermieristica territoriale nella popolazione di riferimento;
- numero di percorsi assistenziali adottati;
- numero di accessi all'ambulatorio pediatrico festivo;
- rilevazione della qualità percepita mediante somministrazione di questionario di gradimento e valutazione del servizio.

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Il progetto si pone l'obiettivo di riorganizzare e implementare le attività della sede distrettuale "Lucchesi" di Pietrasanta, nell'ottica delle finalità previste per la "Casa della Salute".

E' necessario provvedere a:

- completare la ristrutturazione provvedendo al rinnovo degli infissi e realizzando locali accessori e spazi esterni per una migliore accessibilità e fruibilità dei servizi;
- potenziare la dotazione strumentale;
- incrementare l'organico del personale infermieristico e di collaboratore di studio;
- riorganizzare le attività in funzione della continuità assistenziale e della copertura dei servizi 24 ore/die per 7 giorni la settimana;
- attivare, accanto alla tradizionale medicina d'attesa, la sanità d'iniziativa, rivolta alla prevenzione e gestione delle patologie croniche mediante l'applicazione dell'expanded chronic care model e dei percorsi assistenziali territorio – ospedale – territorio.

*** **