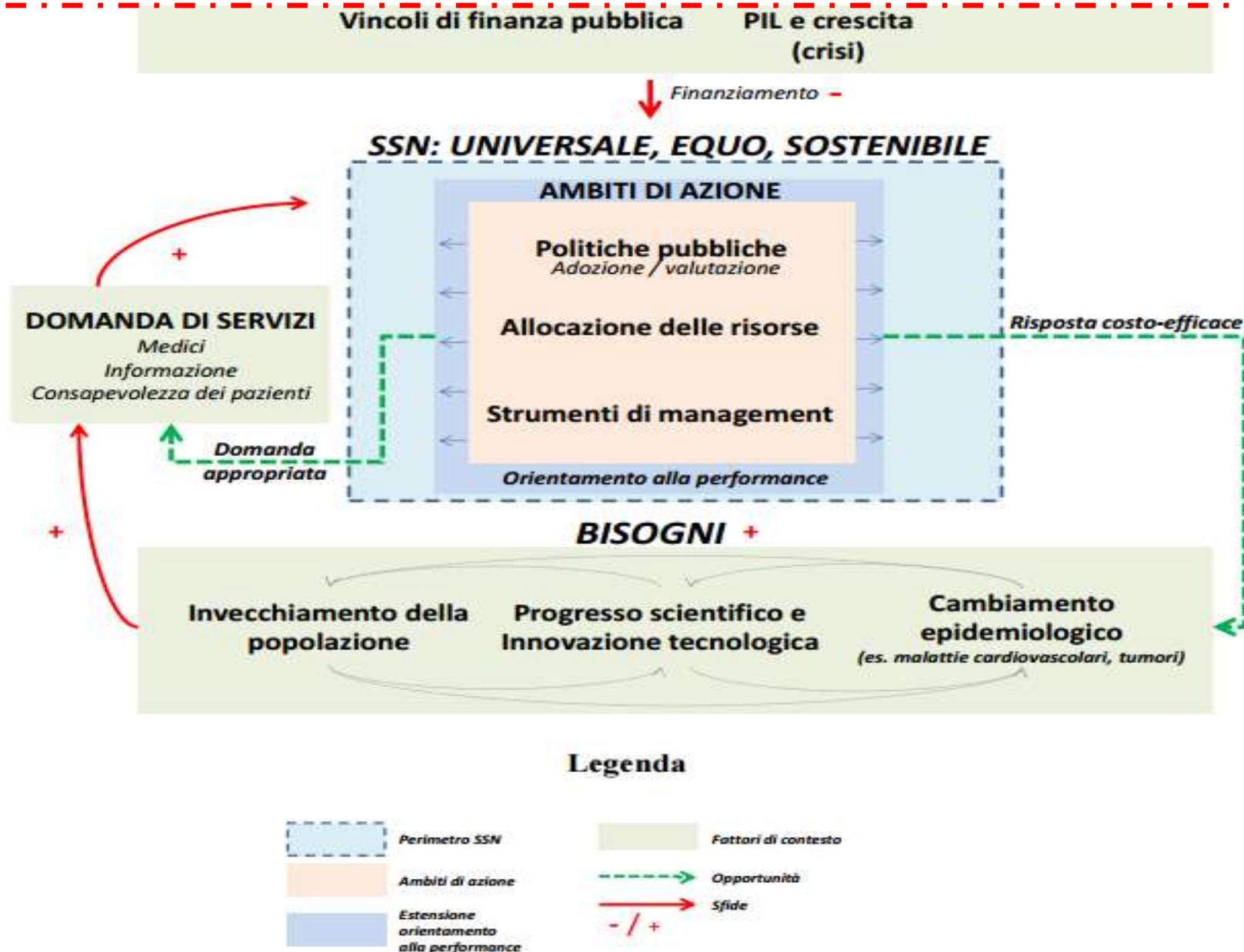


Ospedale e Territorio: nuovi Setting Assistenziali

Dott.ssa Paola Bardasi
28 maggio 2016

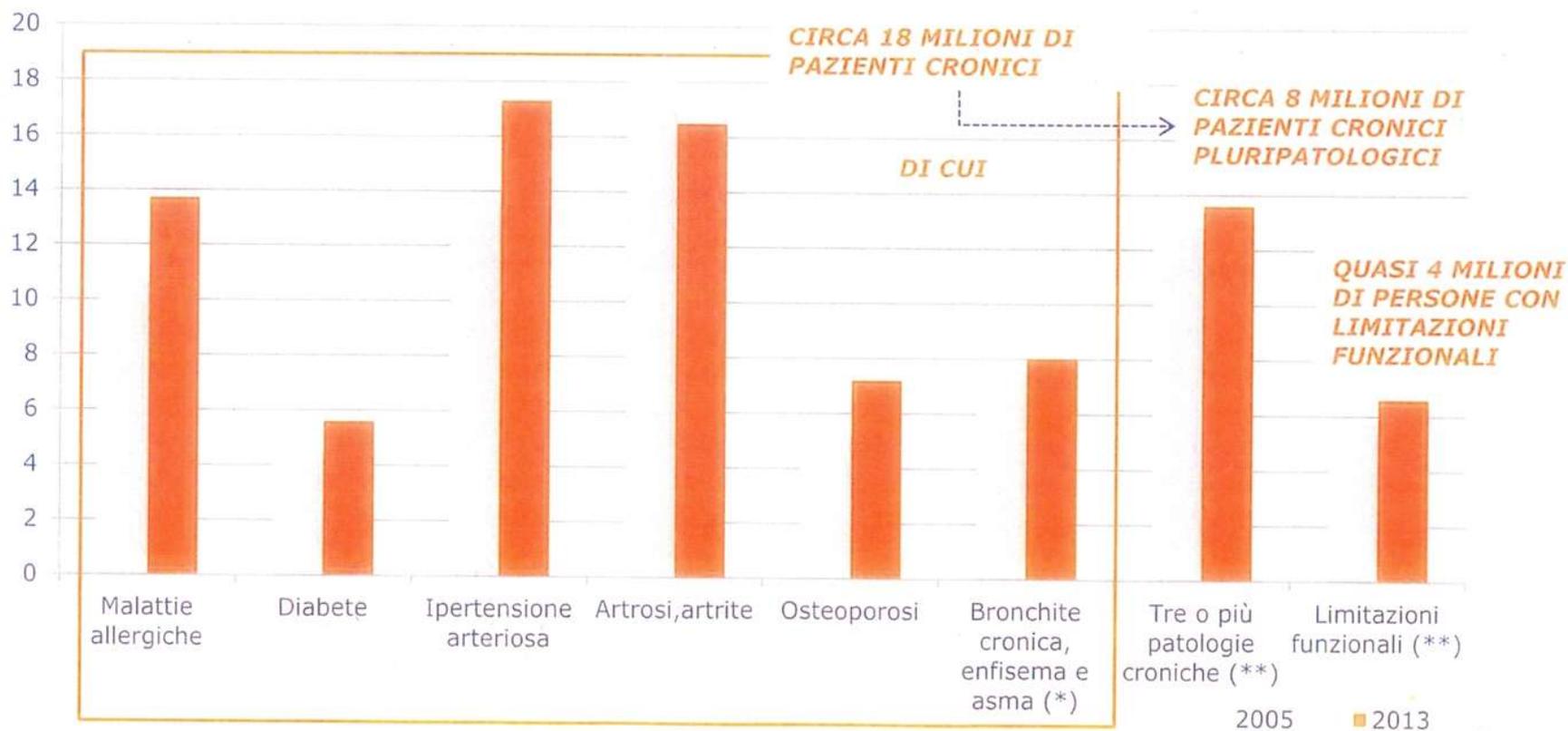
«Il diabete è una malattia sociale»; con le altre malattie croniche, sta lanciando una sfida all'intero sistema.



Trasformazione geografia dei servizi e accesso unitario

#1 SEGMENTAZIONE PAZIENTI

Persone che dichiarano cronicità o limitazioni funzionali, su 100 intervistati (2005;2013)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati ISTAT, "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013".

(*) L'asma è dichiarata da 3,5 intervistati su 100 nel 2005 e 4,2 nel 2013, mentre bronchite e enfisema passano da 4,5 a 3,8.

(**) Tassi standardizzati su 100 intervistati. Tra le limitazioni funzionali sono comprese quelle alla vista, all'udito, alla parola, alle funzioni quotidiane, al movimento; confinamento. Gli intervistati sulle limitazioni funzionali hanno almeno 25 anni

Il 3,5 % degli assistiti cronici produce circa i due terzi dei ricoveri in reparti per acuti di area medica ed un terzo degli accessi al pronto soccorso ed ha un rischio di ospedalizzazione pari ad oltre cinque volte il rischio della popolazione generale

Modificare la traiettoria di salute dei cittadini con malattia cronica ridisegnando i percorsi di cura e integrando le competenze

Dal Disease-Focused Care...
...al Person-Focused Care

Expanded Chronic Care Model

- *Mira sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio*
- *Riguarda tutti i livelli del sistema sanitario e si attua ad ulteriore integrazione dei paradigmi organizzativi*
- *Caratterizzato da una combinazione di elementi che consente l'interazione efficace tra un paziente reso esperto con un team assistenziale multiprofessionale*

Il singolo paziente viene calato nella più ampia dimensione della comunità, dove gli aspetti clinici considerati dal medico di famiglia sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti di salute

Fonte: delibera regione Toscana 894/2008

DATI OMS ENTRO IL 2030 RAPPRESENTERA' LA
QUARTA CAUSA DI MORTE

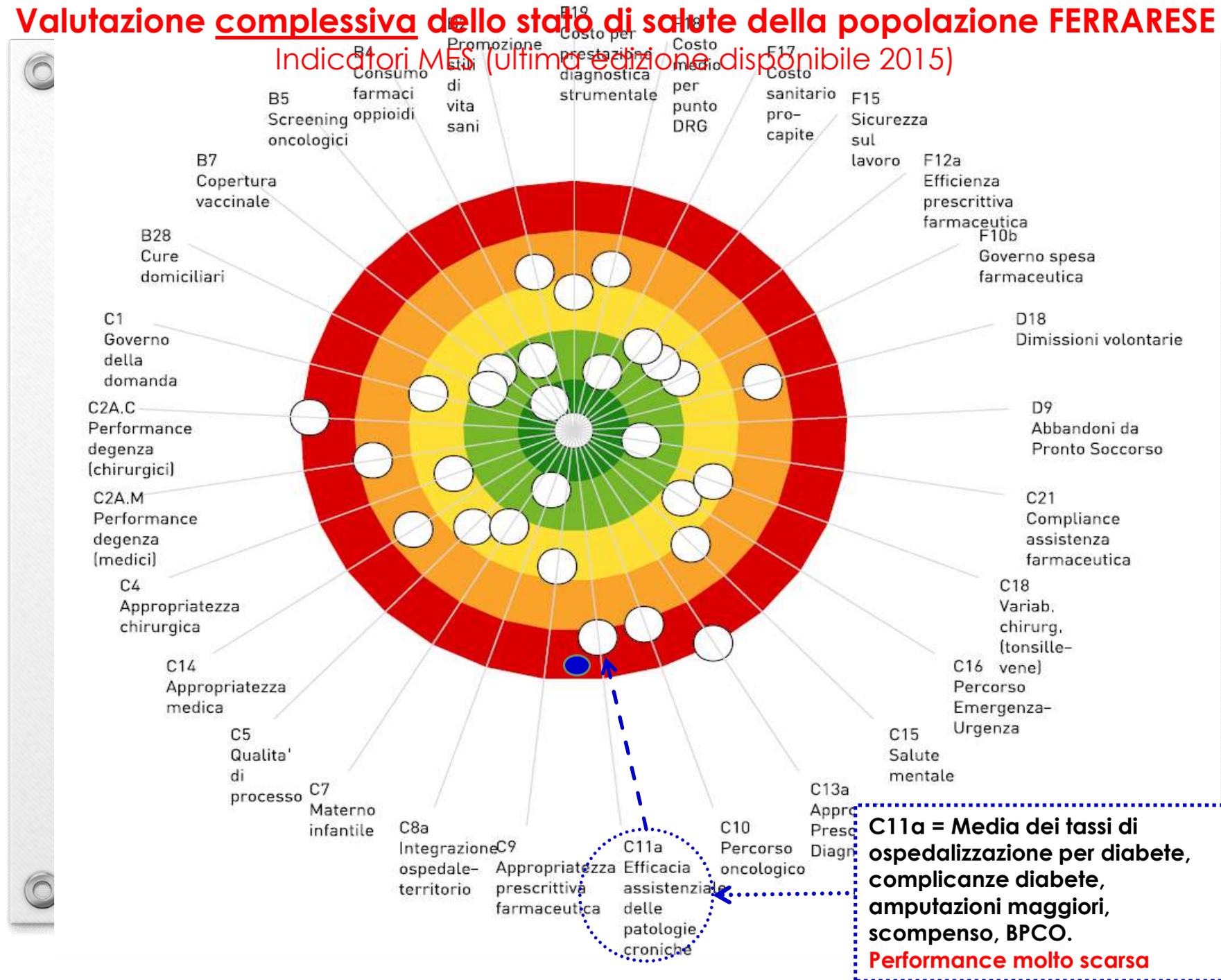
OGNI MALATO SPENDE 2.600 EURO ANNO IN
ITALIA , PIU' DEL DOPPIO RISPETTO AD UN
CITTADINO SENZA LA MALATTIA

LA COMPOSIZIONE DEI COSTI VEDE IL 7% DELLA SPESA
PER FARMACI

LA SPESA INCIDE PER IL 5,61 % SULLA SPESA SANITARIA E
PER LO 0,29 % SUL PIL

Valutazione complessiva dello stato di salute della popolazione FERRARESE

Indicatori MES (ultima edizione disponibile 2015)



C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche su tutte le regioni e aziende partecipanti

Indicatori MES (ultima edizione disponibile 2015)



C11a: Media dei tassi di ospedalizzazione per diabete, complicanze diabete, amputazioni maggiori, scompenso, BPCO
Performance molto scarsa

Emilia-Romagna

AUSL Piacenza

AUSL Parma

AUSL Reggio Emilia

AUSL Modena

AUSL Bologna

AUSL Imola

AUSL Ferrara - - - - ->

AUSL Romagna

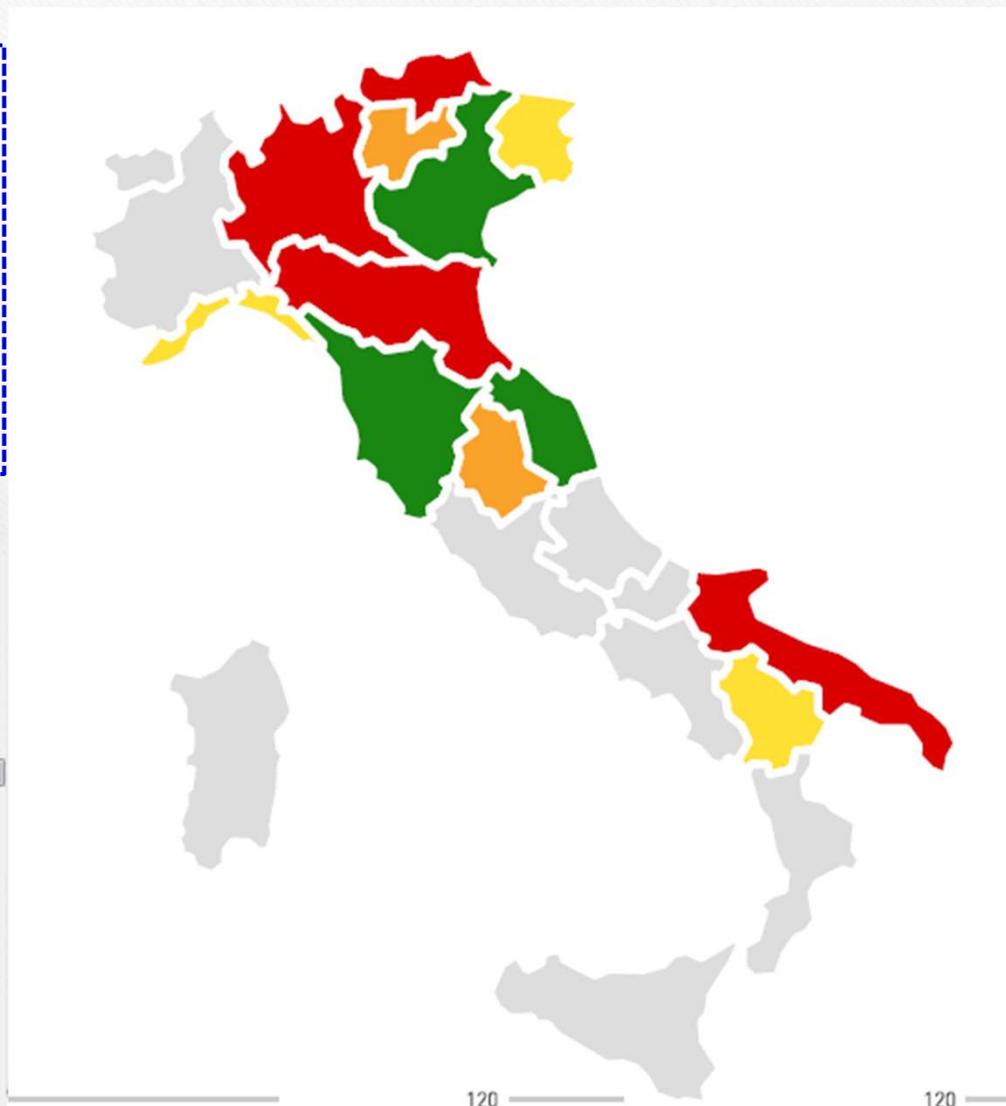
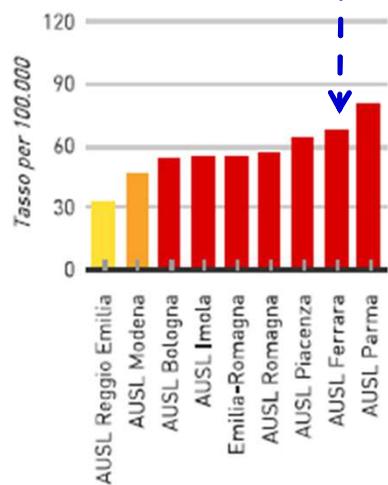


Tasso di ospedalizzazione per diabete 100.000 residenti (35 – 74 anni)

Indicatori MES (ultima edizione disponibile 2015)

Indicatore proxy dell'appropriatezza organizzativa dei servizi territoriali.

Performance molto scarsa (rosso): richiede una migliore gestione della patologia attraverso un'assistenza integrata, che evita il peggioramento del quadro clinico



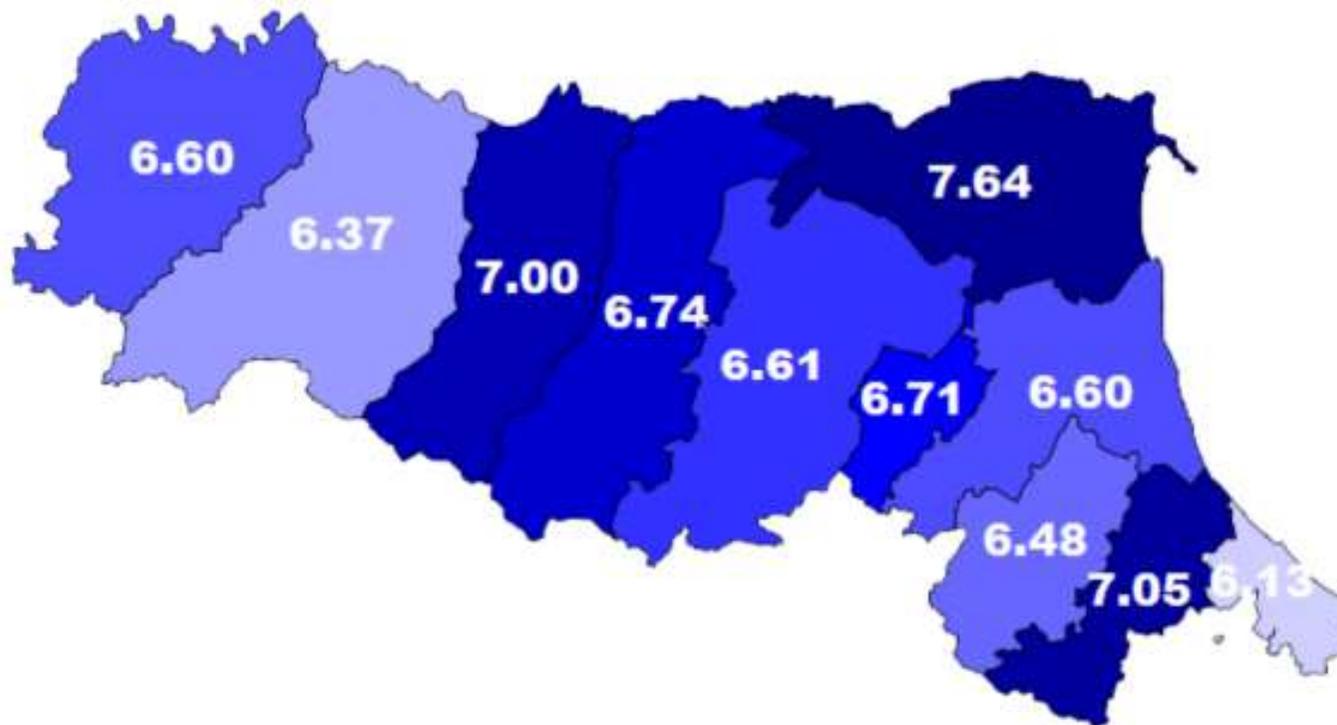
Il quadro ferrarese



Il quadro ferrarese

Prevalenza standardizzata della popolazione adulta con diabete, Emilia-Romagna, anno 2014

% su popolazione residente (≥ 18 anni)



E' NECESSARIO AGIRE

Accordo attuativo aziendale per la medicina generale 2014 – 2016 integrazioni 2016

Il 30% della popolazione assistita è rappresentata da cronici, che assorbono il 75% delle risorse

I pazienti diabetici in Gestione Integrata dell'AUSL di Ferrara sono **11.280** al 31.12.2015

Nell'Accordo: forte impulso alla presa in carico della cronicità tramite la promozione e lo sviluppo delle **Reti per lo sviluppo della Medicina di Iniziativa:**

«Per quanto attiene la gestione delle patologie croniche, si conferma di individuare, nei NCP, con relative Medicine di Gruppo e Medicine in Rete “avanzate”, e nelle CdS i luoghi di cura naturali per la loro presa in carico, in relazione al loro grado di complessità, secondo quanto concordato negli AIR e negli AAA.»

Per l'anno 2016 vengono individuati i PDTA per la gestione di

- **Diabete Mellito, Scompenso Cardiaco, BPCO**

Il Rafforzamento del ruolo dei Nuclei delle Cure Primarie (MMG e Case della Salute) è stato sviluppato in questi anni con l'obiettivo di supportare direttamente lo sviluppo delle cure primarie gestire la cronicità.

Elemento comune è quello di sviluppare e stimolare il **coordinamento** e l'**apprendimento** reciproco tra tutte le molteplici figure che prendono in carica il paziente cronico o fragile.

Le Aziende USL hanno inoltre **potuto utilizzare spazi e servizi in precedenza a disposizione delle strutture ospedaliere** dismesse; hanno spesso coinvolto attivamente le comunità locali e i comuni nella fase di progettazione, investimento, organizzazione dei servizi e comunicazione.

(A. Ricci, F. Longo, *Modelli innovativi a confronto: Lombardia e Emilia Romagna, Salute e Territorio n. 201*)

Case della salute

- **Prevenire e intercettare i bisogni, prendere in carico**

Ospedali in rete

- **Concentrare la complessità HUB e garantire la prossimità al domicilio SPOKE**

Ospedali di comunità

- **Cronicità e long term care**

Reti cliniche

- **Creare integrazione tra ospedale e territorio**

Domiciliarità

- **Per la riabilitazione e nella terminalità**

**Contribuendo
al
miglioramento**

**Una presa in
carico unica e
esaustiva**



**E partecipano al
proprio percorso
di cura**

**Per pazienti
complessi**

**Che
attraversano le
diverse stazioni**

Ridefinizione delle competenze tra i setting assistenziali

Case della Salute



Medici di Medicina Generale prendono in carico di pazienti più complessi e cronici; evoluzione delle professioni sanitarie con assunzione di responsabilità organizzative e di case management

Ospedali in Rete

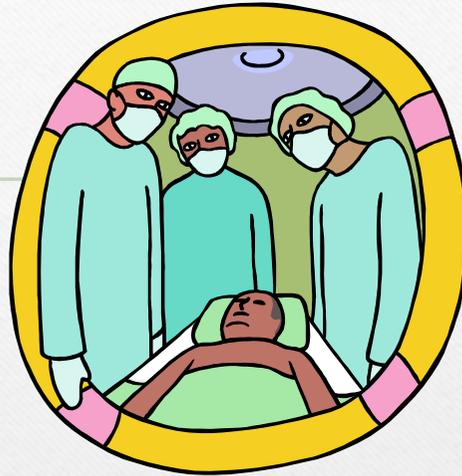


Focus su acuzie e complessità crescente

Ospedali di Comunità e Domiciliarità



Pazienti precedentemente ospedalizzati



**L'assistenza non è *one man band*:
il 75% delle attività sono *team based***

La Diabetologia nel SISTEMA DELLA ASSISTENZA PRIMARIA

In risposta ad un bisogno di presa in carico esaustiva e sistemica a garanzia di tutte le fasi del percorso di cura in funzione degli stadi di malattia :

- **Prevenzione primaria - promozione di corretti stili di vita**
- **Prevenzione secondaria - diagnosi anticipata**
- **Trattamento medico e chirurgico**
- **Follow Up e controllo della compliance**
- **Riabilitazione**
- **Prevenzione terziaria (delle complicanze)**

OPEN DATA La necessità di collaborare per

- Nuovi modi di rappresentare i dati
- Contestualizzazione delle politiche pubbliche
- Nuovi modi di fruire/scambiare i dati
- Servizi personalizzati e su misura/richiesta
- Più qualità (più occhi e più cervelli)
- Ampio ecosistema di dati (non solo con riferimento alla PA)
- Competenze esterne
- Innovazione aperta
- Valore sociale e valore economico ...

Restituire i dati dei pazienti ai pazienti

Affinché possano contribuire tutti al miglioramento del sistema salute



Trasparenza

Open Data NON è (tutta) la trasparenza

Più che «trasparenza» è meglio
dire «supporto alla trasparenza»



da M. Fustini Progetto Regionale OD_ Intervento al Primo Laboratorio per il riutilizzo dei dati aperti di sanità e sociale – Ferrara ottobre-dicembre 2015

EmilysQuotes.Com



“If you think you are too small to make a difference,
try sleeping with a mosquito.”

~ Dalai Lama