
“ALASSIO SALUTE”, UN ESEMPIO CONCRETO DI CASA DELLA SALUTE...

**Sperimentazione di un sistema di governance
pubblica & gestione autonoma**

Marzo 2007

INDICE

- ➔ • **Alcuni spunti di fondo**
 - **Proposta di sperimentazione organizzativa & valutazione gestionale**
 - **Un possibile caso-pilota: Alassio Salute**
-

IL MINISTRO LIVIA TURCO, CONVOCANDO LA NEO-COMMISSIONE SULLE CURE PRIMARIE, HA INDICATO DELLE PRIORITA'...

Occorre un **piano d'azione che dia un segnale di discontinuità rispetto al passato**, introducendo un nuovo paradigma di assistenza territoriale incentrato su obiettivi come:

- **Continuità assistenziale** (24h, 7 giorni su 7, per dare risposte ai cittadini e per intercettare il bisogno, che altrimenti si trasforma in “codici bianchi” del PS, con integrazione forme di assistenza domiciliare).
 - **Preso in carico delle patologie croniche** (attraverso servizi e percorsi assistenziali individuali, la tutela della non-autosufficienza, ma anche potenziando le forme associative per la medicina generale ed altre professioni, le relazioni con le farmacie intese come presidi del SSN).
 - **Integrazione organizzativa** (a livello di Distretto sanitario e tra Professionalità del territorio).
 - **Promozione delle Case della salute** (struttura polivalente indirizzata a bacini di 5-10.000 utenti per erogare cure primarie, domiciliari, continuità assistenziale, prevenzione orizzontale).
 - **Punti unici di accesso socio-sanitari** presso ogni presidio sanitario (per standardizzare le risposte e garantire la presa in carico dei pazienti difficili).
 - **Partecipazione del cittadino** (es. auto-gestione patologie, family learning, stili di vita).
 - **Ridefinizione ruolo Enti locali** (dalla programmazione socio-sanitaria congiunta alla valutazione dei risultati di salute nel territorio).
-

...E 10 CARATTERISTICHE DISTINTIVE DELLA CASA DELLA SALUTE **(Incontro nazionale del 22/03/07 a Roma)**

- 1. Centralità del cittadino** (quindi un'organizzazione assistenziale orientata ai bisogni locali)
 - 2. Riconoscibilità** (visibilità sul territorio per attività ambulatoriale, continuità assistenziale)
 - 3. Accessibilità** (in termini di ubicazione, orari, assenza di barriere architettoniche)
 - 4. Unitarietà** (ovvero attività in grado di garantire una presa in carico del problema di salute)
 - 5. Integrazione** (in particolare tra servizi sanitari e sociali)
 - 6. Semplificazione** (amministrativa e nella fruizione di prestazioni)
 - 7. Appropriatezza** (mediante percorsi diagnostico-terapeutici convenienti per gli assistiti)
 - 8. Efficacia** (in termini di capacità di rispondere dello stato di salute locale)
 - 9. Punto di riferimento della rete** (...aziendale intesa come l'insieme dei vari presidi sanitari)
 - 10. Autorevolezza e affidabilità** (ovvero legittimazione sociale)
-

COME DOVREBBE ARTICOLARSI UNA CASA DELLA SALUTE?

- 1. Area del CUP, del Segretariato sociale e del coordinamento con le farmacie** (es. punto unico di accesso);
 - 2. Area dei servizi sanitari**
 - Servizio delle prestazioni urgenti – punto mobile 118, dei prelievi – a domicilio entro 24/48 ore, delle donazioni – es, di sangue;
 - Ambulatorio dei MMG, di prime cure e piccole urgenze, continuità assistenziale (24 ore, 7 giorni su 7);
 - Ambulatorio infermieristico (es. UVM, Consultori, Assistenza domiciliare, Centro diurno);
 - Degenze territoriali (Ospedale di Comunità – es. posti letto con assistenza infermieristica);
 - Attività specialistica (con tecnologie diagnostiche semplici);
 - 3. Area dei servizi socio-sanitari** (es. Sert, Salute mentale, Prevenzione, Riabilitazione, Centri diurni per non-autosufficienti, RSA, Consultori);
 - 4. Area dei servizi sociali** (prestazioni ed attività amministrativa).
-

MA QUALE DOVREBBE ESSERE “IL VALORE AGGIUNTO” DELLA CASA DELLA SALUTE PER PAZIENTI & PROFESSIONISTI?

- **Punto unico di accesso a servizi socio-sanitari e sociali** (es. prelievi, referti, visite specialistiche, punto di primo soccorso, continuità assistenziale, accessi e processi assistenziali differenziati – per età, bisogno, patologia, fascia oraria, prestazioni, ecc.).
- **Cure primarie integrate** (non solo medici, ma anche infermieri, specialisti, terapisti, assistenti sociali, ecc.).
- **Continuità assistenziale** (24 ore, 7 giorni su 7; posti letto per osservazione e cure intermedie rispetto all’ospedale).
- **Presa in carico** (patologie croniche, pazienti non-autosufficienti, ecc.).

SIMILI OBIETTIVI NON SONO PERO’ SCONTATI... PRESUPPONGONO UNO SVILUPPO ORGANIZZATIVO DEL TERRITORIO, NUOVE FORME DI INTEGRAZIONE PROFESSIONALE, MODALITA’ DIVERSE DI RELAZIONE TRA AZIENDE SANITARIE E PROFESSIONISTI, UN’EVOLUZIONE NEL RAPPORTO TRA OPERATORI TERRITORIALI E PAZIENTI!

INDICE

- **Alcune spuntidi fondo**
 - ➔ • **Proposta di sperimentazione organizzativa & valutazione gestionale**
 - **Un possibile caso-pilota: Alassio Salute**
-

UNA SPERIMENTAZIONE ORGANIZZATIVA DEVE QUINDI FORNIRE INDICAZIONI PER LA FATTIBILITA' DELLA CASA DELLA SALUTE

Se la Casa della salute deve diventare **un punto di riferimento “sotto casa”, alternativo ma complementare al pronto soccorso e alla specialistica di secondo livello**, con l'obiettivo di aumentare la qualità del servizio, ridurre le liste di attesa e gli accessi impropri all'ospedale, occorre non fermarsi al “contenitore istituzionale” (la Casa della salute), tralasciando invece la ricerca sul campo di risposte a questioni come:

- **quali sono i reali contenuti assistenziali** del nuovo modello (es. la sommatoria di professionalità e prestazioni già presenti sul territorio oppure anche funzioni e personale trasferito dal altre unità organizzative delle ASL)?
 - **con quali logiche erogare servizi aggiuntivi** (es. sede unica sostitutiva di ambulatori esistenti oppure reti di cure primarie con sedi centrali e poli periferici)?
 - **quali standard strutturali, di attività e servizio devono essere garantiti?** Come conseguire una cultura del risultato (es. responsabilità di presidio, regolamenti organizzativi, ecc.)?
 - **quali problematiche giuridico-fiscali occorre dirimere** (es. personalità giuridica di struttura o meno, grado di autonomia professionale, modalità di raccordo con associazionismo medico, ecc.)?
 - **quali strumenti operativi attivare** (es. sistemi informativi e reporting, gestione del personale, general management di strutture e servizi, controllo di gestione, marketing sociale)?
-

IN PARTICOLARE OCCORRE METTERE A FUOCO LE FUNZIONI DI “GOVERNANCE” E “GESTIONE” DELLA CASA DELLA SALUTE

Visto che il parziale successo delle forme associative per la medicina generale è dipeso dall'imposizione di modelli rigidi dall'alto (es. medicina in associazione, in rete, in gruppo)...

Vista l'eterogeneità di modelli organizzativi delle cure primarie già presenti nelle Regioni italiane e la volontà del Ministro Turco di non fare della Casa della Salute un'ulteriore modello...

Vista la presenza di molteplici configurazioni giuridiche ed organizzative rispetto alle quali non è semplice selezionare una combinazione generalizzabile a livello nazionale...

Si propone una sperimentazione che distingua le funzioni di **governance** e **gestione** delle Casa della Salute, attribuendo la prima alle Aziende sanitarie locali (nel soggetto dei Distretti sanitari) e la seconda ad un soggetto rappresentativo delle professionalità territoriali (es. Società di servizi, Cooperative, ecc.), in grado di organizzare, gestire e rispondere dell'assistenza, secondo il principio di **autonomia & responsabilità**, senza conflitti di interesse nei confronti delle Aziende sanitarie (ad esempio, operando come centro di responsabilità funzionale di un Distretto o Dipartimento delle cure primarie, così come auspicato dallo stesso Ministro Turco).

Selezionando forme organizzative della medicina generale già esistenti si aggiungerebbe il vantaggio / vincolo del rapporto di fiducia con i pazienti, come ulteriore garanzia di *accountability* verso gli assistiti.

LA SPERIMENTAZIONE DEVE TESTARE FUNZIONI DIVERSE, COMPORTAMENTI PROFESSIONALI, STRUMENTI CLINICI E GESTIONALI

Fare governance significa quindi selezionare le priorità, programmare, controllare e valutare le attività ed i servizi della Casa della Salute.

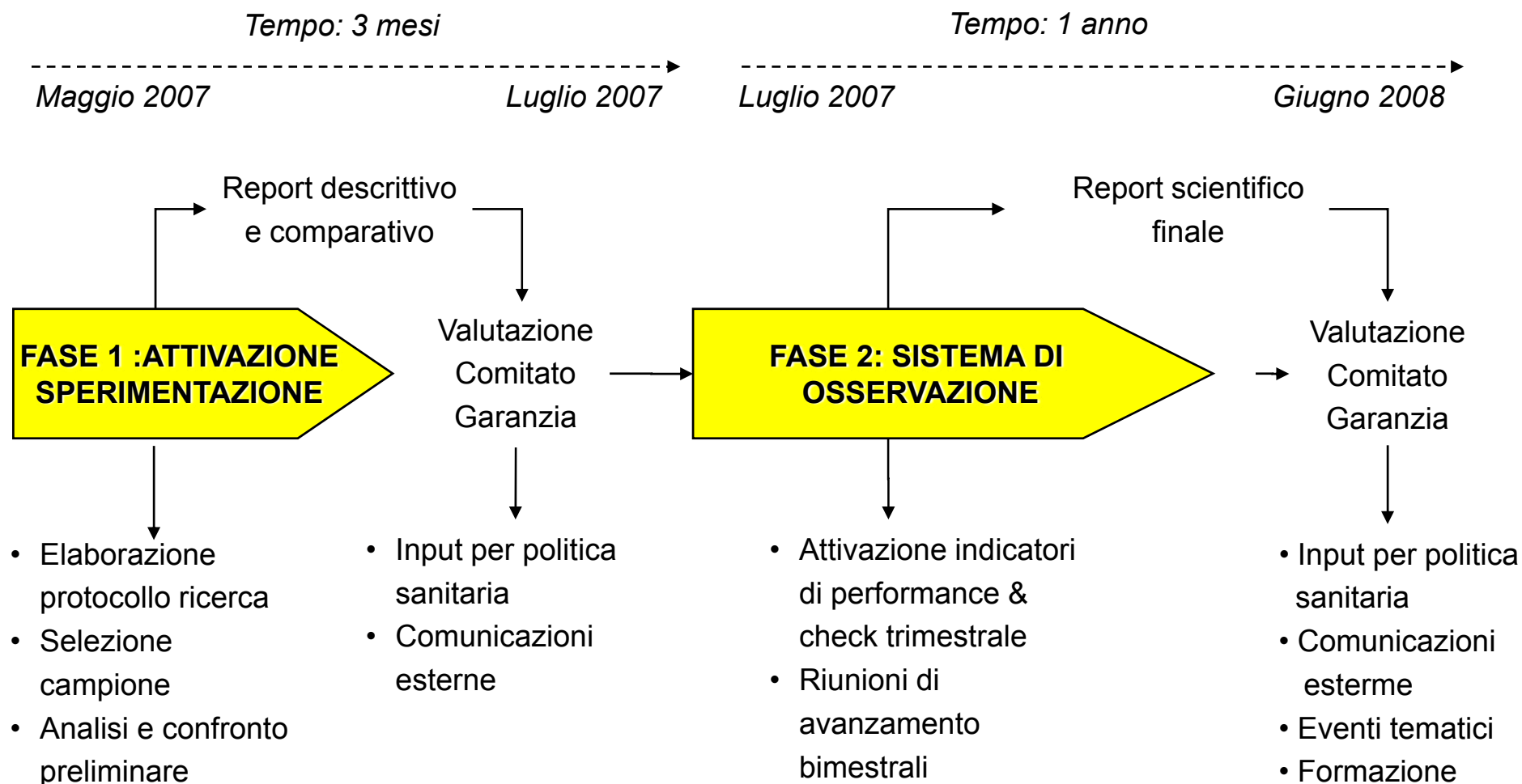
Gestire significa organizzare, condividere fattori produttivi con l'ASL ed i Comuni, erogare prestazioni, rendere conto dell'attività e dei risultati della Casa della Salute.

- 1.** Selezionare servizi e prestazioni conformi ai bisogni socio-sanitari locali in base al quale **definire responsabilità della Casa della Salute in termini di obiettivi e budget di risorse;**
 - 2.** Implementare un **sistema di indicatori multidimensionali** in grado di supportare sia la gestione autonoma che la governance delle Aziende sanitarie;
 - 3.** Supportare **lo sviluppo organizzativo** (es. micro-organizzazione interna, integrazione assistenziale orizzontale & verticale con l'Ospedale, sistema di programmazione e controllo condiviso, modalità di presa in carico di patologie croniche, gestione servizi a valore aggiunto);
 - 4.** Effettuare **una valutazione oggettiva dell'esperienza sperimentale** (es. gestione del cambiamento, valutazioni di efficienza, efficacia, equità, qualità assistenziale & impatto sulla salute locale, sostenibilità economica, soddisfazione pazienti, professionisti, interlocutori istituzionali).
-

ESEMPI DI OBIETTIVI SPERIMENTALI PER UNA CASA DELLA SALUTE & CRITERI DI MISURAZIONE

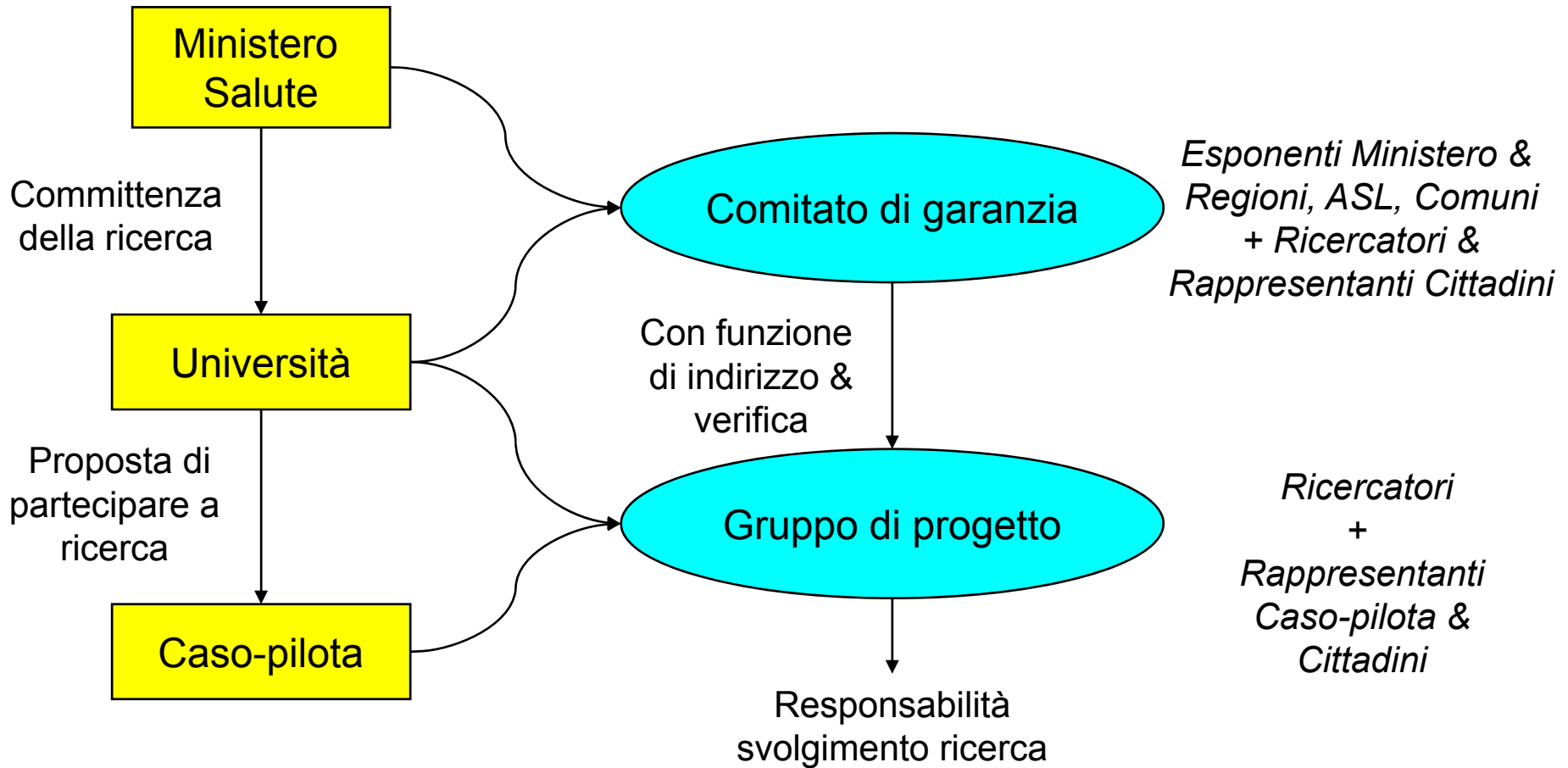
- **Campagne mirate di prevenzione sulla salute e stili di vita – es. salute donna, obesità, fumo, alcol** (indicatori: numero pazienti con profili di rischio, misurazione indici di massa corporea, pressione arteriosa, valori glicemia, screening diagnostici di base);
 - **Continuità assistenziale presso la Casa della salute** (indicatori: triage pazienti tra medici continuità assistenziale e di medicina generale, continuità assistenziale diurna & 24H, riduzione codici bianchi pronto soccorso, uso appropriato delle pubbliche assistenze);
 - **Appropriatezza dei consumi sanitari degli assistiti** (es. indicatori: applicazione di gold-standard per consumi farmaci, visite specialistiche, esami diagnostici, ricoveri; trend stato di salute, attivazione servizi socio-sanitari con ASL);
 - **Presa in carico di patologie croniche con assistenza medica, infermieristica e riabilitativa** (indicatori: servizi e modalità di accesso dedicati, prevenzione complicazioni secondarie, riduzione accessi in pronto soccorso, ricoveri impropri e ripetuti, tassi di arruolamento in percorsi assistenziali, tassi di pazienti compensati, gestione prelievi e refertazione in collegamento con ospedale, grado di soddisfazione utenti);
 - **Assistenza domiciliare integrata** (indicatori: tasso di risposta al bisogno locale, tasso di gestione delle dimissioni protette, standard di assistenza a domicilio, gestione multiprofessionale – es. medici di famiglia, infermieri, specialisti, assistenza sociale, terapisti, ecc.);
 - **Gestione di posti letto per cure intermedie** (indicatori: carta servizi, assistenza infermieristica 24H, accessi dei MMG / PLS, integrazione con emergenza / urgenza);
 - **Servizi socio-sanitari integrati** (indicatori: domiciliazione ricette in ripetizione cronica presso farmacie, sportello socio-sanitario, prenotazioni via CUP, gestioni pratiche amministrative, ecc.).
-

PIANO DI ATTIVITÀ PER IL 2007-2008 (n.b. esempio)



RUOLI E GOVERNANCE DEL PROGETTO SPERIMENTALE

Da discutersi: modalità di finanziamento sperimentazione



ALCUNI “BY-PRODUCTS” DELLA SPERIMENTAZIONE

- **Regolamento organizzativo ed applicativo dei nuovi modelli** (es. Casa della Salute)
 - **Patrimonio informativo e conoscitivo per supportare le scelte di politica sanitaria**
 - **Esempio:** dati di attività (input, process / struttura, output), consumi sanitari dei pazienti, qualità delle prestazioni erogate, livelli di spesa sanitaria, soddisfazione di professionisti, pazienti e ASL, grado di integrazione mono-professionale (es. tra MMG), multi-professionale (es. tra MMG e Infermieri, MMG e Specialisti) ed aziendale (es. tra Casa della Salute e Distretti), andamento costi di struttura e delle prestazioni dirette, tassi di risposta e capacità di presa in carico di bisogni socio-sanitari locali, valore interventi sostitutivi ad ospedale, variazione stato di salute locale (es. rispetto a popolazioni locali o target assistenziali da definirsi).
 - **Creazione di consenso sui futuri modelli organizzativi per la medicina generale e le cure primarie**, attraverso:
 - sensibilizzazione dei vari attori istituzionali (Ministero, Regioni, Comuni, Direzioni aziendali, Società scientifiche, Organizzazioni sindacali, ecc.);
 - interventi presso eventi di primo piano (es. Forum Cernobbio, Convegni nazionali, ecc.), organizzazione di convegni a tema (es. in Bocconi);
 - piano di pubblicazioni sia divulgativo (stampa) che scientifico.
-

INDICE

- **Alcune questioni di fondo**
 - **Proposta di sperimentazione organizzativa & valutazione gestionale**
 - ➔ • **Un possibile caso-pilota: Alassio Salute**
-

IL FUNZIONAMENTO DI ALASSIO SALUTE

Chi sono...

- 9 MMG
- 20 medici specialisti in libera professione e/o intramoenia
- 2 pediatri
- 2 fisioterapisti
- 1 psicologo
- 2 infermiere
- 1 operatrice Cup
- 2 operatrici per la gestione dell'attività di segreteria
- 1 segretaria amministrativa
- 1 ingegnere informatico
- 1 commercialista
- 1 consulente del lavoro

Come sono...

- 9 ambulatori in 450 mq nel centro di Alassio
 - call center dalle 9 alle 19
 - 3 postazioni reception / 2 postazioni Cup
 - rete informatica con 15 periferiche
 - sala prelievi e sala medicazioni
 - ambulatorio igiene pubblica
 - ampia sala di attesa
 - sala conferenze capienza 50 posti
 - ufficio amministrativo
 - locale per il personale di studio
 - facilità di accesso ed ampio parcheggio
 - Telecardiologia
 - Ecografia diagnostica multidisciplinare
-

SINTESI ATTIVITA' E COSTI DI GESTIONE

(250-300.000 € / anno vs. stime Utap 750-1.000.000 € / anno)

- Bacino di utenza : 10.000 - 80.000 persone
- 4400 visite convenzionate / mese (70 % su prenotazione)
- 300 visite domiciliari / mese
- 240 ADP / mese
- 120 visite ambulatoriali festive / mese
- 500 contatti ambulatoriali festivi / mese
- 1200 prelievi / mese
- 2400 prenotazioni / mese

Voci	Spesa
Personale	11053
Spese utenze	2674
Spese materiale	1586
Manutenzione	1072
Affitto	2450
Mutuo	2393
Totale	21.228 € / MESE

PAZIENTI IN CARICO SSN, PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE

Pazienti per fascia d'età

M	F	0-14	15-44	45-64	>65	TUTTI
45%	55%	467	4026	3169	3617	11.279
		4%	36%	28%	32%	100%

- MEDIA NAZIONALE 19 %
- MEDIA SAVONESE 26.4 %

Prescrizioni farmaci

N° PEZZI (ANNO 2006)	EURO	15-44	45-65	>65	TUTTE
157.509	2.685.693	30,56 €	106,18 €	199.43 €	111,15 €

- Il 32 % della spesa annua e' per malattie cardiovascolari
- 13 % malattie gastrointestinali e metabolismo
- 10 % malattie neoplastiche
- 10 % malattie sistema nervoso
- 8 % malattie sistema genito-urinario
- 7 % antibiotici
- 6 % malattie sistema respiratorio
- MEDIA NAZIONALE PESATA: 231,6 € (Osmed 2005)

VARIABILITA' ATTUALE E POTENZIALI MARGINI DI MIGLIORAMENTO

MMG (2006)	Pazienti Ipertesi	Prevalenza Ipertensione	Spesa media pz/anno	% Spesa farmaci
tutti	2209	19.95	636.61	50.18
1	251	18.99	575.57	43.7
2	229	26.29	497.26	57.54
3	307	20.45	552.78	50.98
4	340	21.17	713.02	54.22
5	195	13.09	604.60	33.87
6	333	25.27	766.93	56.83
7	238	22.78	716.02	52.5
8	292	26.67	620.70	65.32

Visti i differenziali di spesa (circa 30% tra valore minimo e massimo), anche ponderandoli rispetto alla prevalenza della patologia, appare comunque significativo il margine di riduzione della variabilità dei consumi, nella misura in cui vengano attivati opportuni strumenti di governo clinico.

NON SOLO ALASSIO SALUTE, MA POTENZIALMENTE DIVERSE CASE DELLA SALUTE SOLO NELLA PROVINCIA DI SAVONA (2006)

ALASSIO	1.02.2004	9 MMG	12000 PZ
FINALE	2.08.2004	7 MMG	8400 PZ
SAVONA	1.05.2005	12 MMG	13000 PZ
LOANO	1.01.2006	7 MMG	10000 PZ
ALBENGA	1.01.2006	8 MMG	8000 PZ
CAIRO	29.05.2006	10 MMG	14000 PZ
6 CENTRI	TOTALE	53 MMG	65400 PZ
