

Distretto di Saluzzo

L'AMBULATORIO PER LA SALUTE

Un modello innovativo a supporto del MMG per la gestione del paziente affetto da malattie croniche

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte quasi in tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche. Ci sono poi anche le malattie mentali, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, i difetti della vista e dell'udito, le malattie genetiche.

In generale, sono malattie che hanno origine in età giovanile, ma che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente. Dato il lungo decorso, richiedono un'assistenza a lungo termine, ma al contempo presentano diverse opportunità di prevenzione.

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità. Ci sono poi fattori di rischio che non si possono modificare, come l'età o la predisposizione genetica. Nel loro insieme questi fattori di rischio sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche in tutto il mondo e in entrambi i sessi.

Le malattie croniche, però, sono legate anche a determinanti impliciti, spesso definiti come "cause delle cause", un riflesso delle principali forze che trainano le modifiche sociali, economiche e culturali: la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà.

Cause delle malattie croniche



Fonte: Oms

Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono essere anche particolarmente invalidanti. Per esprimere quantitativamente l'impatto di una malattia sulla salute si utilizza una particolare unità di misura, gli anni di vita persi a causa della disabilità (DALY, Disability-Adjusted Life Year). DALY è pari alla somma degli anni di vita persi a causa di una morte prematura e di quelli vissuti in malattia piuttosto che in salute.

In questo scenario, la lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica, sia nei Paesi più ricchi che in quelli più poveri.

Da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale, dall'altra agendo in maniera interdisciplinare e integrata per rimuovere le cause delle cause

(fonte: www.epicentro.iss.it/temi/croniche/croniche.asp).

Secondo l'OMS in Europa le malattie croniche sono causa di mortalità nell'86% della popolazione e carico di malattia nel 77%.

Le malattie croniche, a differenza delle patologie acute, necessitano di attivare un diverso modello assistenziale che prevede la presa in carico dei pazienti sul territorio e l'assistenza lungo tutto il decorso della malattia.

In Italia l'incidenza sempre più alta delle patologie croniche ha portato le istituzioni a definire un Piano nazionale della prevenzione; a tal fine nel 2007 è stato approvato il programma "Guadagnare Salute" che, in linea con una strategia comune europea, intende promuovere una serie di progetti e iniziative di prevenzione e comunicazione sull'argomento (www.malattiecroniche.it).

Secondo le rilevazioni Istat 2011 il 38,6 % dei residenti, in Italia, soffre di almeno una patologia cronica; di questi, il 20,1 % della popolazione dichiara di avere almeno due patologie croniche. La cura dei pazienti cronici richiede non tanto un aumento di risorse, quanto piuttosto un'inversione di tendenza culturale. A fronte di una medicina oggi sempre più specializzata, i pazienti cronici necessitano di risposte integrate e multidisciplinari, trasversali ai diversi ambiti di assistenza.

E se le strutture ospedaliere restano la sede più adatta per la diagnosi e la cura degli episodi acuti della malattia, le altre prestazioni sanitarie, quali visite mediche, visite ed esami specialistici, consumo di farmaci, trovano il luogo più appropriato di erogazione sul territorio, che comprende anche il domicilio delle persone assistite.

Il Distretto, quale articolazione territoriale, organizzativa dell'A.S.L., svolge una funzione essenziale nella governance del sistema territoriale; quale garante della presa in carico e continuità nei percorsi di salute della popolazione, assicura l'espletamento delle funzioni e delle relative attività territoriali indicate dall'art. 3-quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., orientandole secondo gli obiettivi definiti nel P.S.S.R..

La suddetta normativa affida pertanto al Distretto, oltre ad una funzione di erogazione produttiva e di coordinamento della rete dei servizi, anche una funzione di garanzia e di "accompagnamento" nell'accesso ai servizi. Nell'ambito di tale funzione, il distretto ha il compito di valutare i bisogni di salute della popolazione di riferimento e di pianificarne le modalità di soddisfazione, anche attraverso un forte coinvolgimento degli Enti locali e del terzo settore.

La presa in carico dell'intero percorso di cura del paziente, in una logica di medicina di iniziativa, rappresenta un obiettivo imprescindibile per la nuova organizzazione delle cure primarie che prevede la centralità del distretto sanitario, al fine di favorire proattivamente la collaborazione e la comunicazione tra i diversi attori della filiera sanitaria. Quanto descritto può agevolmente applicarsi al percorso di cura delle patologie croniche che rappresentano una delle maggiori voci di spesa nell'area della sanità territoriale.

Per poter rispondere in modo efficace ed efficiente alla complessità ed alla continuità assistenziale che richiede un paziente affetto da patologia cronica si è individuato quale modello organizzativo il Case Management Infermieristico che è un processo cooperativo di lavoro centrato sui bisogni dell'assistito e orientato al miglioramento dell'efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria, basato su una logica di coordinamento delle risorse da utilizzare per la specificità dell'assistito, con il superamento delle tradizionali separazioni dei servizi (ospedale, distretto, medici di medicina generale, servizi sociali).

Il progetto che si intende realizzare è rivolto, attualmente, agli assistiti con:

- Diabete mellito tipo 2
- Scompenso cardiaco in classe NYHA I e II
- Rischio di scompenso cardiaco o rischio di patologie cardiovascolari
- BPCO
- Patologie che richiedono monitoraggio del trattamento anticoagulante orale

e consente di costruire un percorso individuale che tenga conto e integri in un unico piano le diverse necessità della persona in carico, creando un collegamento operativo tra le cure primarie e le altre reti aziendali, assicurando l'applicazione dei PDTA/PIC definiti a livello regionale, aziendale e distrettuale a favore dei pazienti affetti da patologie croniche, fornendo in tal modo un supporto all'attività dei Medici di Medicina Generale, e favorendo nel contempo l'evoluzione delle nuove forme organizzative dell'assistenza primaria che la D.G.R. 26-1653 del 29 giugno 2015 individua nelle AFT e UCCP.

IL DISTRETTO DI SALUZZO

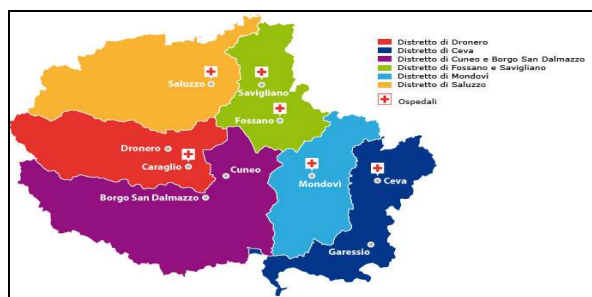
Il Distretto Sanitario di Saluzzo riunisce 39 Comuni e le Unioni Montane Valle Varaita e Comuni del Monviso.

Ha una superficie complessiva di 1.173,74 kmq di cui 815 in zona montana (il 69,4% della sua superficie).

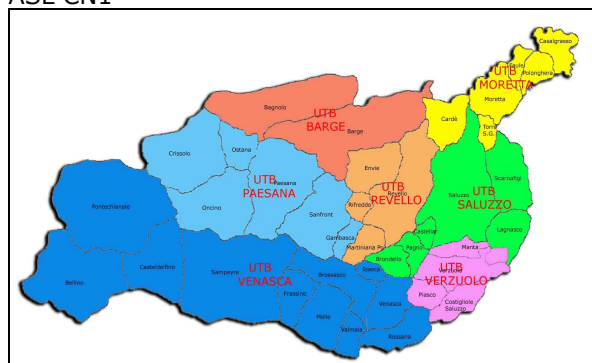
Il territorio del Distretto è ripartito in unità organizzative territoriali funzionali denominate Unità Territoriali di Base (UTB) ovvero aggregazioni sub-distrettuali di comuni contigui nelle quali si trova una sede che garantisce attività infermieristiche e sociali.

La popolazione residente al 31.12.2014 conta 80.998 abitanti dei quali 18.811 ultra65enni (23,22%).

Rispetto alle Unità territoriali di Base la popolazione è così ripartita:



ASL CN1



Distretto di Saluzzo

UTB	RESIDENTI al 31.12.2014	DI CUI ULTRA 65enni
BARGE	13.896	3.027
PAESANA	5.965	1.607
REVELLO	8.122	1.778
VENASCA	5.652	1.544
VERZUOLO	16.332	3.682
SALUZZO	21.855	5.092
MORETTA	9.176	2.081
TOTALE	80.998	18.811

Nel Distretto di Saluzzo sono convenzionati 55 medici di medicina generale dei quali 40 operano in forma associativa.

Sono presenti n. 5 associazioni, 2 medicina in rete, 3 medicina di gruppo.

I medici sono altresì raggruppati in 5 equipe territoriali che rispettano la disposizione geografica dei singoli studi:

- Equipe territoriale Valle Varaita comprendente 17 MMG con 20.559 assistibili
- Equipe territoriale Valle Po comprendente 8 MMG con 11.887 assistibili
- Equipe territoriale Barge – Bagnolo P.te comprendente 10 MMG con 12.093 assistibili
- Equipe territoriale Saluzzo città comprendente 10 MMG con 13.353 assistibili
- Equipe territoriale Saluzzo pianura comprendente 10 MMG con 13.699 assistibili

IL CASE MANAGEMENT INFERMIERISTICO

Il Case Management Infermieristico, ovvero un modello di lavoro centrato sui bisogni dell'assistito e orientato al miglioramento dell'efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria, è stato individuato come riferimento per la gestione dell'Ambulatorio della Salute al fine di poter rispondere alla complessità ed alla continuità assistenziale che richiede un assistito affetto da patologia cronica.

L'Infermiere Case Manager svolge il ruolo di referente del caso a partire dalla presa in carico del paziente, attraverso la definizione del piano assistenziale personalizzato, il monitoraggio continuo, l'educazione terapeutica e agli stili di vita.

Il Case Manager è, altresì, il punto di collegamento tra i diversi Servizi di cura presenti sul territorio, promuovendo la massima integrazione degli interventi necessari a garantire una migliore gestione clinica dell'assistito.

PREVALENZA DELLE PATOLOGIE CRONICHE

Relativamente alle patologie croniche per le quali è possibile l'accesso agli ambulatori della salute per gli assistibili in carico ai MMG del Distretto di Saluzzo al 15.08.2015 sono attive le seguenti esenzioni per patologia:

- N. 2327 esenzione codice ministeriale 002: affezioni del sistema circolatorio
- N. 2891 esenzione codice ministeriale 013: diabete mellito
- N. 325 esenzione codice ministeriale 023: insufficienza renale cronica
- N. 266 esenzione codice ministeriale 024 insufficienza respiratoria cronica
- N. 587 esenzione codice ministeriale 025: ipercolesterolemia familiare eterozigote tipo IIa e IIb - ipercolesterolemia primitiva poligenica - ipercolesterolemia familiare combinata - iperlipoproteinemia di tipo III
- N. 7901 esenzione codice ministeriale 031: ipertensione arteriosa

A fronte di un totale di 14297 esenzioni il n. di soggetti, con una o più esenzioni è di 10507.

OBIETTIVI

Ottimizzare i risultati in termini di salute, ridurre i ricoveri e mantenere quanto più possibile le persone nel loro ambiente di vita, garantendo la presa in carico e la continuità assistenziale agli assistiti affetti da patologie croniche mediante la realizzazione dei più idonei percorsi di cura.

Definire e realizzare un progetto individuale che tenga conto e integri in un unico piano le diverse necessità della persona in carico in considerazione dei diversi PDTA/PIC aziendali.

AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente progetto si applica a soggetti residenti o domiciliati nell'ambito territoriale del Distretto Sanitario di Saluzzo, inviati dai MMG, che presentano:

- Diabete mellito tipo 2
- Scompenso cardiaco in classe NYHA I e II
- Rischio di scompenso cardiaco o rischio di patologie cardiovascolari
- BPCO
- Patologie che richiedono monitoraggio del trattamento anticoagulante orale

LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE

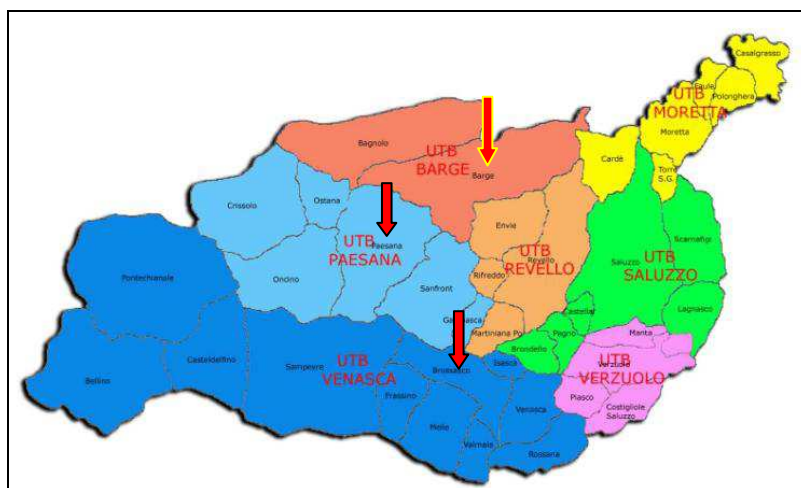
Nel progetto sono coinvolte le seguenti strutture:

- S.C. Distretto Sanitario di Saluzzo
- Di.P.Sa.
- Coordinamento dei Distretti Sanitari
- Equipe Medici di Medicina Generale del Distretto di Saluzzo
- S.C. Informatica e Telecomunicazioni
- S.C. Ufficio Qualità
- S.C. Servizio Prevenzione e Protezione
- S.S.D. Ingegneria clinica
- S.C. Servizio Legale
- Direzione Sanitaria presidi ospedalieri di Saluzzo e Savigliano
- S.C. Cardiologia Ospedale SS. Annunziata di Savigliano
- S.C. Diabetologia
- S.C. Medicina Interna Ospedale Civile di Saluzzo
- S.S. Laboratorio Analisi di Saluzzo
- S.C. Direzione Amministrativa dei Distretti
- Strutture aziendali specifiche per competenza

LE SEDI OPERATIVE

L'attività prevista dal progetto "AMBULATORI PER LA SALUTE", è erogata in 3 sedi ambulatoriali dislocate in comuni dell'Alta Valle Varaita, Valle Po e Barge, al fine di favorire l'accesso ai servizi alla popolazione residente nelle aree periferiche del Distretto di Saluzzo e precisamente:

- Comune di Frassinò presso la sede dell'Unione Montana Dei Comuni Della Valle Varaita
- Comune di Paesana presso la Casa di Riposo
- Comune di Barge presso la sede dell'Unità Territoriale di Base.



Gli ambulatori, gestiti da personale infermieristico dedicato del Distretto di Saluzzo sono dotati di attrezzatura donata dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Saluzzo e fornita dalla Ditta TESI Home Care S.r.l. con sede legale in Via Mascheroni n. 14 Milano.

La dotazione strumentale comprende:

- Elettrocardiografo con tecnologia blue tooth
- Bilancia pesa persone con tecnologia blue tooth
- Saturimetro con tecnologia blue tooth
- Sfigmomanometro con tecnologia blue tooth
- Glucometro con tecnologia blue tooth
- Spirometro con tecnologia blue tooth
- Bioimpedenziometro
- Doppler vascolare
- Postazione PC + Stampante
- Letto visita
- Arredi

Gli ambulatori sono dotati di SW che permette la refertazione in remoto di:

- ECG
- Spirometria
- BIVA (analisi vettoriale di bioimpedenza)

Sono altresì dotati di cartella infermieristica informatizzata consultabile dal MMG del singolo assistito tramite portale "Io Scelgo la Salute" e dagli specialisti in caso di refertazione di accertamenti strumentali.

La tecnologia informatica è fornita dalla Ditta TESI Home Care.

ARRUOLAMENTO

L'assistito affetto da una o più patologie croniche previste dal progetto (diabete mellito tipo 2, scompenso cardiaco in classe NYHA I e II, rischio di scompenso cardiaco o rischio di patologie cardiovascolari, BPCO, patologie che richiedono monitoraggio del trattamento anticoagulante orale) viene inviato, a cura del proprio MMG, all'ambulatorio per la salute utilizzando il modulo di cui all'allegato 1.

Oltre ai criteri sanitari il MMG valuta anche la componente sociale al fine di individuare la necessità di supporto in considerazione della situazione economica e della rete familiare.

PRESA IN CARICO

L'assistito, indirizzato dal MMG, contatta telefonicamente l'**Infermiere Case Manager** dell'ambulatorio di riferimento in base alla residenza.

L'infermiere case manager fissa il primo appuntamento e realizza la presa in carico.

La presa in carico prevede, per tutti gli utenti:

- Accoglienza e presentazione del servizio
- Proposta di apertura del FSE
- Accertamento infermieristico secondo il modello di Gordon
- Situazione vaccinale in particolare: antinfluenzale, antitetanica
- Rilevazione e registrazione su cartella informatizzata, accessibile al MMG dell'assistito, dei parametri: peso, BMI, circonferenza vita, indice vita/fianchi, SatO₂, pressione arteriosa, frequenza cardiaca
- Avvio al counselling educativo agli stili di vita

Espletato quanto sopra, considerati i bisogni della persona e sulla base della richiesta di inserimento nel/i percorso/i di follow up indicato/i dal MMG l'infermiere case manager predispone, in accordo con l'utente, il Piano Assistenziale e di Monitoraggio individuale sulla base dei percorsi di gestione standard, previsti dagli allegati n. 2, 3, 4, 5, con l'indicazione delle attività, dei tempi e della sequenza degli interventi che effettua direttamente o in collaborazione con gli specialisti di riferimento qualora fossero necessari accertamenti diagnostici integrativi.

L'infermiera case manager gestisce in autonomia il percorso di follow up indicato dal MMG e, in caso di scostamento dai parametri, informa il MMG. Verifica altresì che l'utente effettui tutti gli accertamenti diagnostici del follow up previsti dal percorso di cura, prenotando, se necessario per la singola situazione, gli accertamenti.

COINVOLGIMENTO DEL SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALE

In caso di problematiche di tipo sociale rilevate dal MMG, dall'infermiere case manager nel corso dell'accertamento infermieristico o durante il percorso, in accordo con l'utente viene contattato il Servizio Sociale (Consorzio Monviso Solidale) per la valutazione della presa in carico.

La valutazione del bisogno sociale considera quali parametri:

- situazione abitativa (casa isolata, presenza di barriere architettoniche)

- situazione familiare (presenza di care giver disponibile, difficoltà di gestione della cronicità, rapporti familiari, presenza di rete amicale)
- difficoltà, anche solo momentanee, a raggiungere i servizi (ambulatorio, ospedale, farmacia, MMG) e/o a provvedere a se stesso (pasti, igiene, abbigliamento ecc.)
- eventuale disagio economico evidenziato dall'assistito e/o da familiare

INDICATORI

Oltre agli indicatori previsti dai singoli PDTA/PIC aziendali relativi ai singoli percorsi l'ambulatorio della salute, al fine di monitorare l'attività, utilizzerà i seguenti dati di attività:

- n. MMG che hanno inviato assistiti/n. totale dei MMG;
- n. soggetti inviati dai MMG (globale e per singolo percorso);
- n. soggetti presi in carico (globale e per singolo percorso)/n. dei soggetti inviati;
- n. abbandoni dal percorso (globale e per singolo percorso)/n. soggetti presi in carico;
- n. soggetti inviati per singolo MMG al percorso rischio scompenso/n. soggetti con codice di esenzione per patologia 002, 013, 023, 025, 031.