



Progetto Operativo di Assistenza Tecnica del Ministero della Salute (POAT Salute)

*Rilevazione e descrizione della Buona Pratica selezionata su territorio nazionale
nell'ambito della tematica MMG-Territorio*



Progetto Operativo di Assistenza Tecnica – POAT Salute 2007-2013 - Linea 4 Trasversale

Scheda di rilevazione BP

| |
|--|
| Regione: Toscana |
| Comune: Empoli |
| Tematica: Rapporto MMG-Territorio |
| 1.Descrizione |
| <p>Nell'ambito della Regione Toscana, tra le numerose esperienze sviluppate, si distingue come una delle più innovative, quella della Casa della Salute di Empoli della quale si intendono di seguito descrivere gli aspetti fondamentali.</p> <p>La Casa della Salute di Empoli è stata costituita nel 2008 presso il centro direzionale della città su una superficie di 1200 mq. Al suo interno, ad oggi, si trovano una segreteria, cinque studi medici di medicina generale, tre ambulatori infermieristici, un segretariato sociale, un centro per la cura dei disturbi dell'alimentazione, un centro di educazione alla salute, dieci ambulatori specialistici e gli ambulatori di continuità assistenziale. Nella struttura è presente ogni giorno dalle 8 alle 20 almeno uno dei cinque medici di medicina generale e cinque segretarie. Gli ambulatori sono stati strutturati dalla ASL di Empoli e tra gli esponenti che si ritrovano nella struttura sono presenti in piccola parte il Comune di Empoli, con varie associazioni Onlus e la continuità assistenziale.</p> <p>Come previsto dalla normativa regionale, il ruolo fondamentale nel funzionamento della struttura e dell'assistenza ad essa imputata è affidato al personale infermieristico e al MMG, ritenuti fondamentali per l'erogazione delle cure primarie e per la presa in carico del paziente. Il personale infermieristico e i medici di medicina generale costituiscono l'equipe medica che analizza i bisogni e le problematiche assistenziali e ne predispongono i piani di intervento nell'ottica di un passaggio dall'erogazione della prestazione al progetto integrato di cura. In questo modello l'infermiere, diventato "infermiere di famiglia" si occupa della presa in carico globale del malato sia in ambulatorio che a domicilio, della condivisione e attuazione di percorsi assistenziali tramite il modello del <i>Chronic Care Model</i> e dell'effettuare attività di <i>counselling</i>.</p> <p>La Casa della Salute di Empoli è stata strutturata in funzione del passaggio da una medicina di attesa a una medicina di iniziativa ed in questo senso in essa vengono erogati servizi di educazione e prevenzione alla salute per i cittadini. A questo scopo è stato inserito in un data base informatico lo storico di tutte le vaccinazioni e degli screening di circa 7200 pazienti che hanno portato alla somministrazione di maggiori quantità di vaccini rispetto alla statistica relativa agli anni precedenti. Viene inoltre utilizzato un sistema di registrazione della diagnostica per immagini e un sistema di trasmissione telematica dei risultati di diagnostica ematochimica. Sono inoltre stati attivati quattro percorsi CCM: scompenso cardiaco, diabete mellito di tipo II, BPCO e ictus.</p> |
| 2.Approfondimenti |
| Intervista a Antonio Fanciullacci, Coordinatore Casa della Salute, Azienda USL 11 Empoli |
| <p>D) Dott. Fanciullacci, lei coordina una delle Case della Salute più all'avanguardia nel territorio regionale. Quando e con quali modalità è stata strutturata?</p> <p>R) La Casa della Salute di Empoli è nata nel 2008. E' uno spazio pubblico in cui i cittadini dovrebbero affluire anche indipendentemente dalla presenza dell'ambulatorio del medico di famiglia, ma ci sono voluti degli anni perché le persone iniziassero a riconoscerla come Casa della Salute e non solo come ambulatorio. All'esterno della struttura sono stati posizionati tutti i laboratori e all'interno sono dislocati i servizi (biblioteca, sala riunioni, bagni, ecc.). Attualmente, si compone di cinque medici di medicina generale. Inizialmente eravamo 15, di cui poi 10 si sono tirati indietro per vari motivi, tuttavia ora stanno rientrando e questa è una grossa soddisfazione</p> |

perché dimostra che il progetto funziona. In generale, come in questo caso, dovrebbero esserci dei medici che fanno da “trascinatori”, ovvero che assumono il rischio di cominciare un’attività diversa. La famosa medicina di iniziativa è partita con questo concetto e con questa struttura. Gli ambulatori sono strutturati dalla ASL, noi ci siamo occupati soltanto della segreteria. Per quanto riguarda invece gli enti, fanno parte della struttura anche il Comune di Empoli, le Associazioni Onlus e la Continuità Assistenziale.

D) Qual è il ruolo che le figure professionali hanno all’interno della Casa della Salute di Empoli?

R) Uno dei ruoli fondamentali all’interno della struttura e dell’organizzazione è quello dell’infermiere, diventato “infermiere di famiglia”. Inizialmente avevamo delle remore ed eravamo in disaccordo, ma con numerosi momenti di concertazione siamo riusciti a trovare un comune denominatore: il bene del cittadino. Questo ci ha permesso di andare avanti. L’infermiere svolge attività di *counselling* e gestione del *Chronic Care Model*. Siamo passati dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa inserendo nelle attività l’educazione alla salute e la prevenzione ed integrando le varie figure professionali.

D) Con quali modalità? E’ possibile fare una valutazione dei dati?

R) Siamo partiti da un inserimento manuale nei tabulati cartacei di tutte le vaccinazioni effettuate dai pazienti, somministrando vaccinazioni a quelli carenti. Abbiamo in questo modo raggiunto l’obiettivo dell’80% di copertura vaccinale – il 90% per il tetano. In seguito, sono stati attivati dei percorsi CCM: BPCO, diabete, scompenso e ictus. In base a questi, quando un paziente viene rilevato positivo per una di queste patologie viene inserito in un registro a cui accede l’infermiere che chiama il cittadino in base alla peculiarità e alla gravità della patologia. Dai dati del 2011 relativi al tasso di accesso al Pronto Soccorso è possibile constatare lo spostamento dei tassi di ricovero.

D) Quali sono in base alla sua esperienza le criticità? Quali i punti di forza?

R) Inizialmente è stato difficile trovare un accordo tra medici e, in secondo luogo, tra medici e infermieri. Poi però abbiamo portato avanti il progetto con dei costi iniziali anche personali, come quello relativo alla segreteria che ammontava all’incirca a 70 mila euro l’anno. L’importante è convincere, come ho detto, alcuni medici a fare da traino per quelli più titubanti. La sanità di iniziativa è il futuro e con essa si può fare moltissimo: il MMG, debitamente attrezzato e con una struttura adeguata, può influire anche su un risparmio di spesa. Tra i nostri obiettivi c’era, ad esempio, un’attenzione particolare alla donazione di sangue. Solo informando e invitando il cittadino a donare il sangue siamo passati dal 4 per mille, tra gli aderenti alla donazione al 20 per mille, con il risultato di un notevole risparmio dovuto al fatto che le analisi vengono realizzate dalla struttura trasfusionale non andando ad incidere sul nostro budget. La base di esami viene quindi utilizzata per la medicina di iniziativa, soprattutto riguardo a patologie come il rischio cardiovascolare (assetto lipidico, glicemie ecc.). Ancora, tramite la medicina di iniziativa il nostro gruppo ha raggiunto livelli di prevalenza del diabete del 9,5%. A queste persone, viene fatto il *counselling* a gruppi tramite l’infermiere. Per questa attività di educazione sanitaria, all’interno della Casa della Salute è presente una sala riunioni. Anche questo comporta riduzioni di costo perché evita il ricorso del paziente, debitamente educato ed informato, ad accertamenti impropri.

D) Quali, secondo lei, sono i requisiti principali che consentirebbero il trasferimento di questa esperienza in un contesto territoriale differente?

R) La prima cosa fondamentale è la disponibilità, all’interno della Casa della Salute, di un ambulatorio singolo per ogni medico, seguono l’informatizzazione e la disponibilità di una segreteria full time. Senza queste tre cose non sarebbe possibile fare nessuna sanità di iniziativa.

3. Ricognizione normativa

[D.Lgs. 229/1999](#)

[D.L. 328/2000](#)

[Piano Sanitario Regionale 2008-2010](#)

[DGRT n. 754 del 10 agosto 2012 “Azioni d’indirizzo alle Aziende e agli altri Enti del SSR attuative del D.L. 95/2012 ed azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale”](#)

[Documento regionale di programmazione economica e finanziaria approvato per l’anno 2013](#)

[DGRT n.1235 del 28 dicembre 2012 “Azioni di riordino dei servizi territoriali del Servizio Sanitario Regionale”](#) ; [Allegato A](#), [Allegato B](#)

[DGRT n.1231](#)

[DGRT n.1228](#)



Formez^{PA}