Professionisti, relazioni e integrazione nelle cure primarie: risultati a confronto del modello Case della Salute tramite la social network analysis

Sara Barsanti
Manila Bonciani
Laboratorio Management e Sanità
Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

management e sanità
Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute

Il modello organizzativo delle Casa della Salute: cosa sappiamo?

i. integrazione **professionale**, in primis tra MMG e infermieri, ma anche con altri specialisti.

ii. integrazione tra **ambiti di cura**: definita in base al collegamento tra livelli di cura diversi, tra cui l'integrazione tra ospedale e i servizi del territorio.

iii. integrazione tra differenti **ambiti istituzionali**, considerando la presenza anche di altri attori ed istituzioni non sanitarie, prevalentemente dell'area sociale.

Integrazione **logistica**, caratterizzata dalla presenza in una stessa sede di vari professionisti e servizi (*co-location*)

WHO (2008a), Integrated health services – what and why?, Technical Brief no. 1, World Health Organisation, Geneva

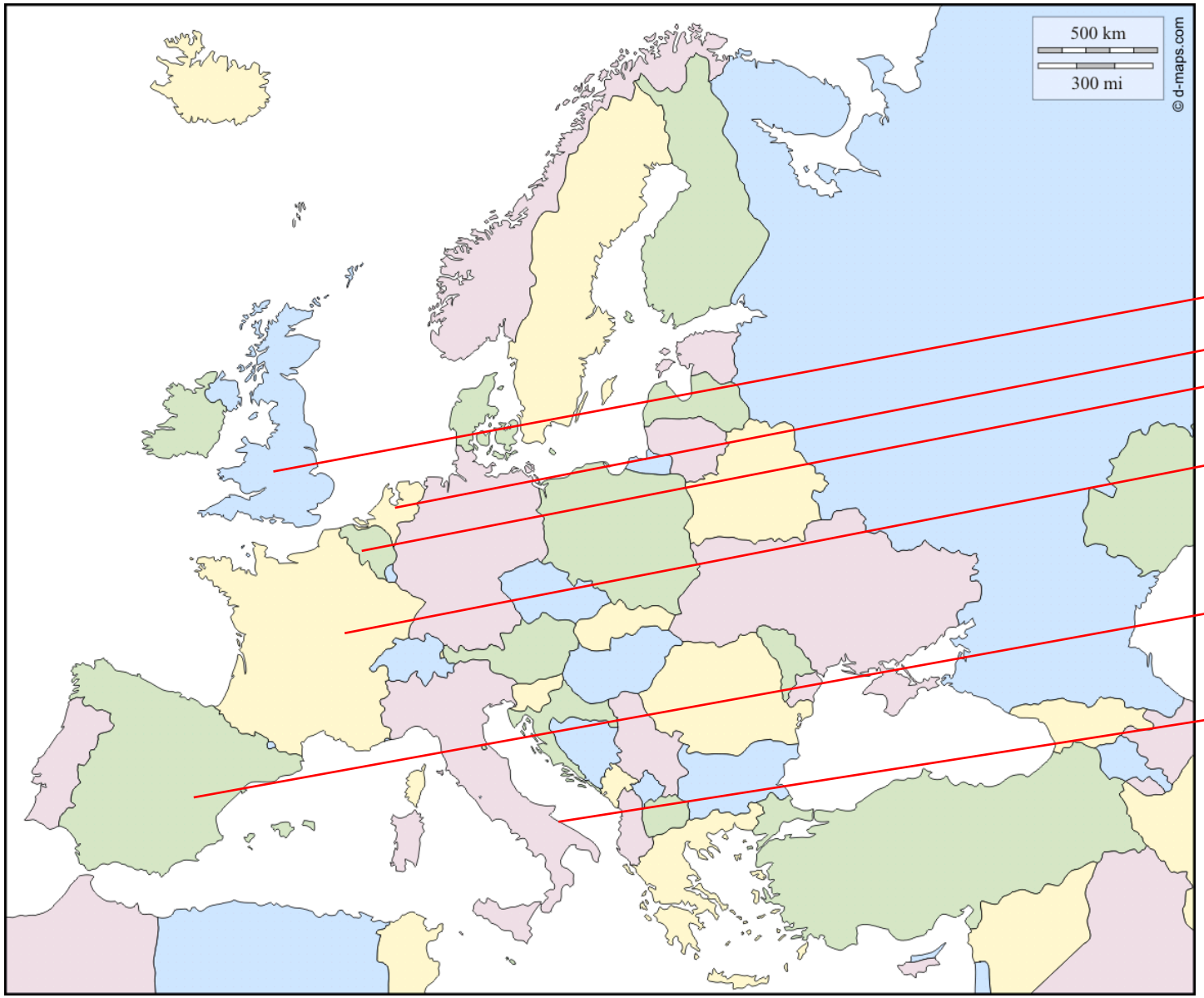
Imison C., Naylor C., Maybin J. (2008). Under One Roof: Will polyclinics deliver integrated care? London: The King's Fund.

Ginsburg S. (2008). Co-locating Health Services: a way to improve coordination of children's health care? Commonwealth Fund pub, 1153 (41): 1-12. PMID: 18642477

Lawn S., Lloyd A., King A., Sweet L., Gum L. (2014). Integration of primary health services: being put together does not mean they will work together. BMC Research Notes, 7: 66

Holtom M. The partnership imperative: joint working between social services and health. J Manag Med. 2001;15(6):430-45

Le Case della Salute: il modello a livello europeo

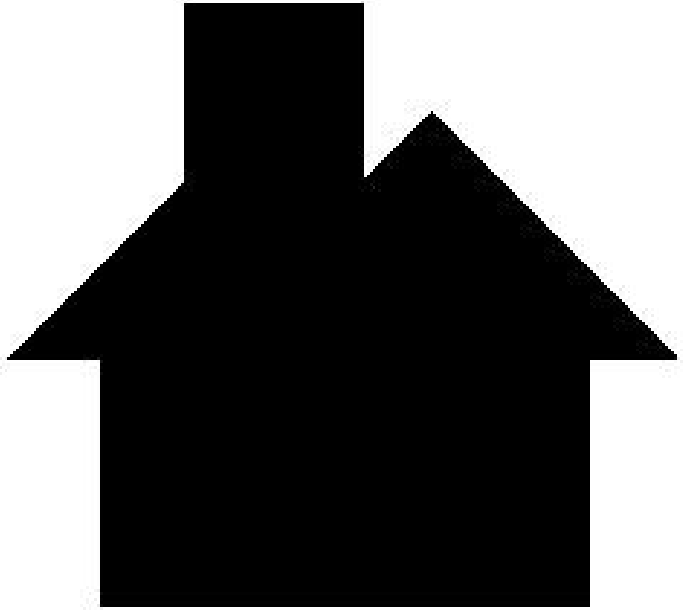


Primary health care center (medical home)

GP-led health centres
Health Centres
Community Health Centres
Maisons de santè
Centri di Assistenza Primaria (CAP)
Casa della Salute

Kaiser Permanente co-location: today works today

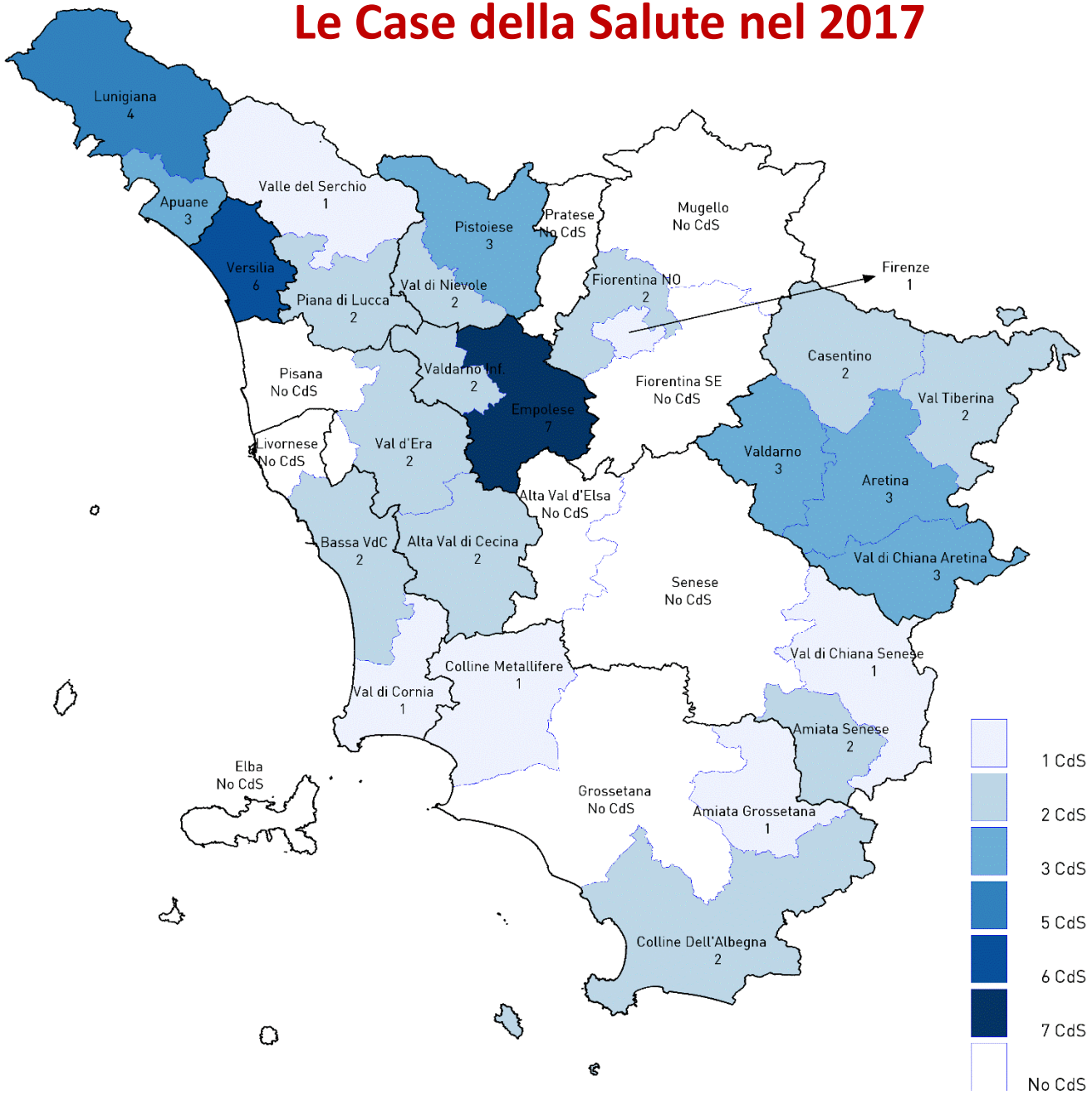
Che impatto hanno avuto le Case della Salute?



Co-locaton do not ensure integration of services and professionals and inter-professional collaboration, because «being put together does not mean that they will work together»

(Lawn et al., BMC Research Note, 2014, 7:66)

Le Case della Salute nel 2017



60 Case della Salute aperte nel 2017

Azienda Toscana Nord Ovest: 23
Azienda Toscana Centro: 17
Azienda Toscana Sud Est: 20

A fine 2015:
Azienda Toscana Nord Ovest: 21
Azienda Toscana Centro: 15
Azienda Toscana Sud Est: 16

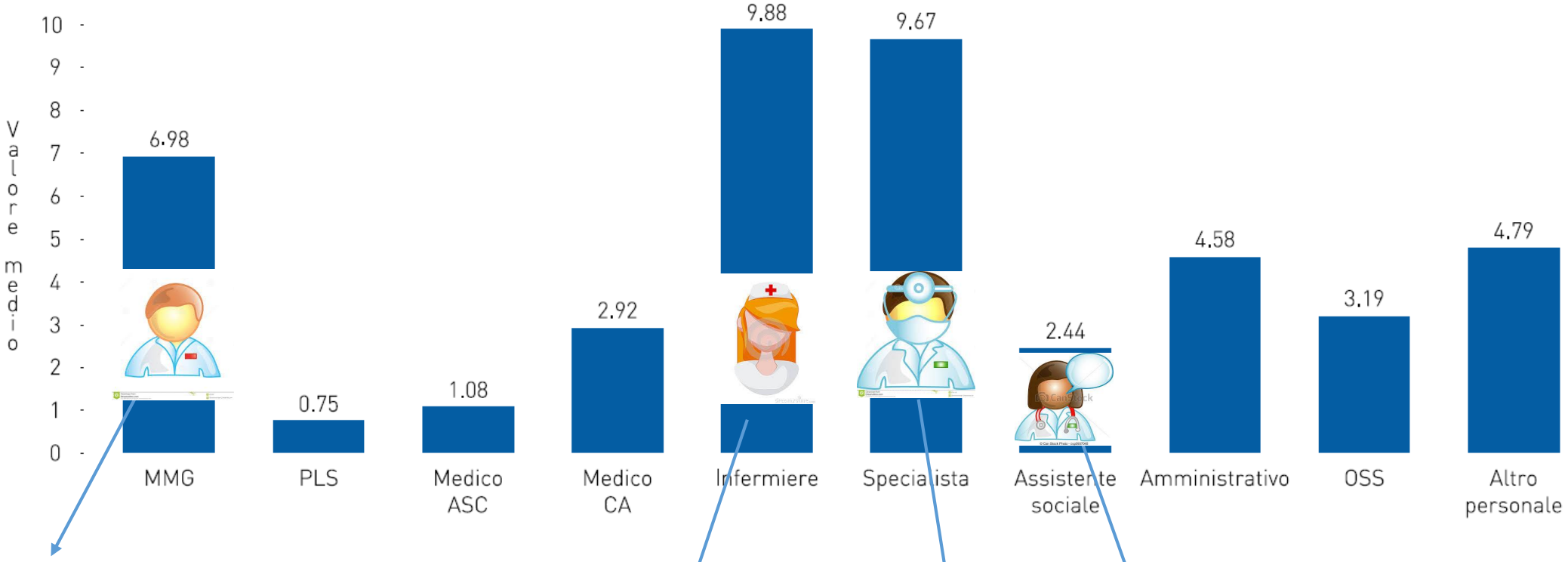
Disomogenea copertura territoriale

Quanti professionisti e servizi sono presenti nelle Case della Salute?

I professionisti coinvolti

Personale presente

Numero medio operatori



Max 23
Orario* 9 ore circa giornaliere

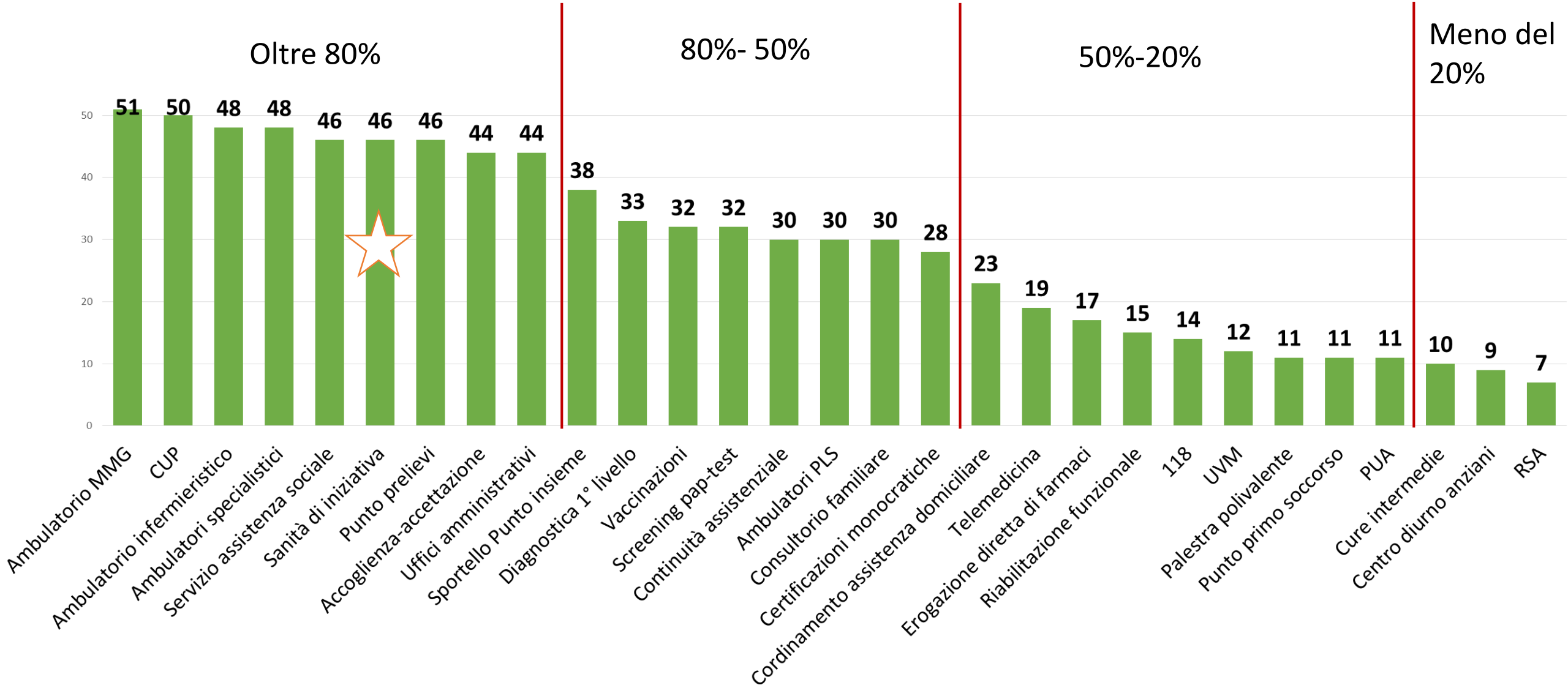
Max 51
Orario* 4 ore giornaliere

Max 50
Orario* 5.5 ore giornaliere

Max 15
Orario* 8 ore giornaliere

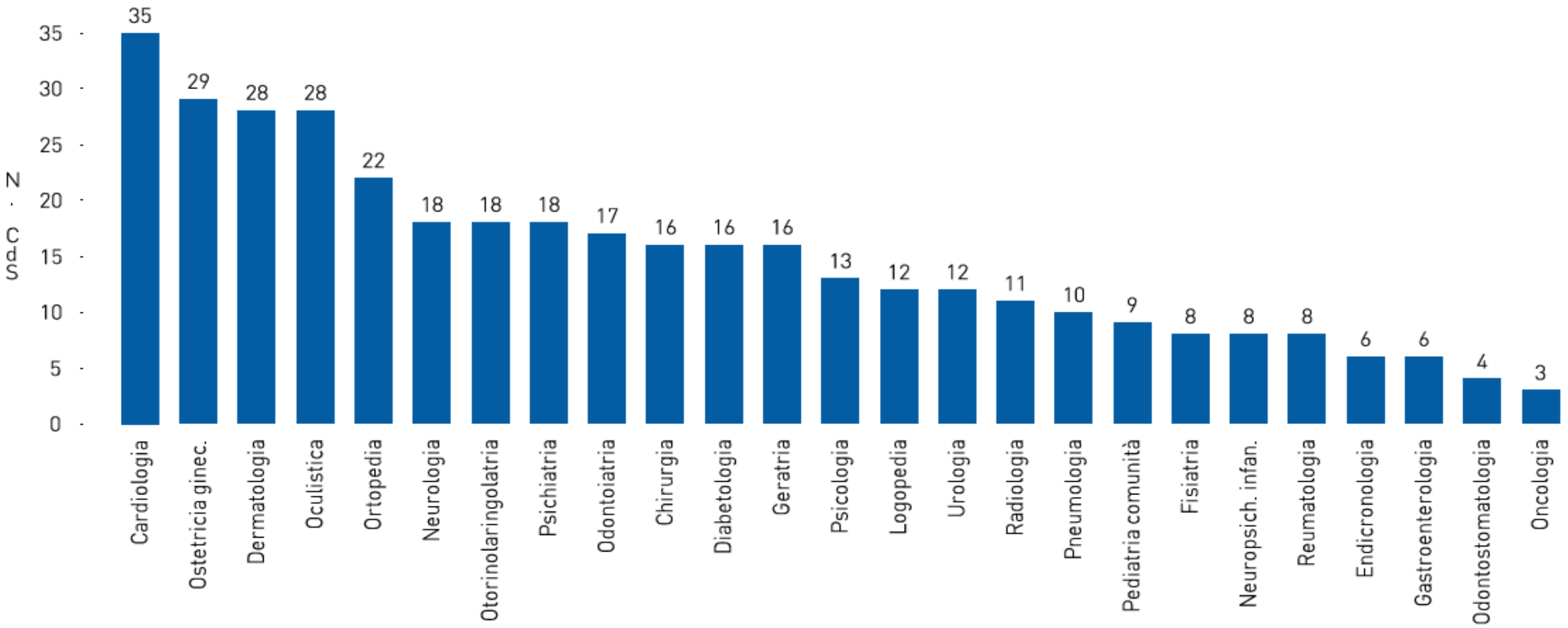
* N. Ore medie di presenza del servizio

I servizi presenti



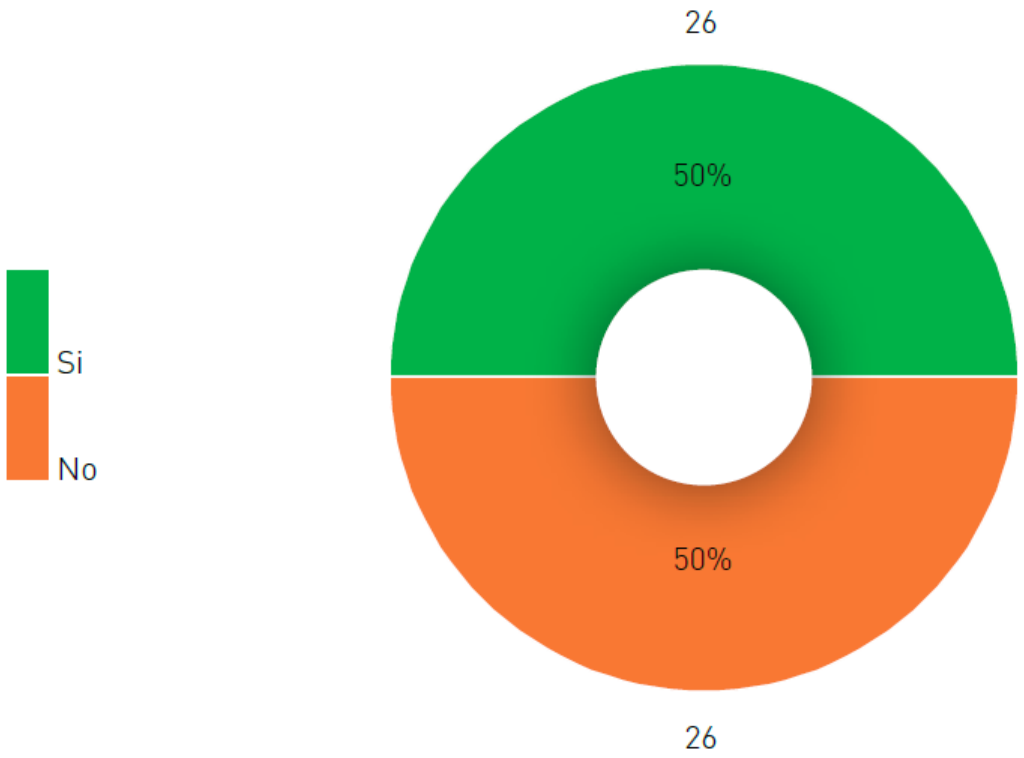
I servizi specialistici presenti

Presenza di servizi specialistici



I servizi rivolti alla comunità

Attività di promozione alla salute rivolte alla comunità

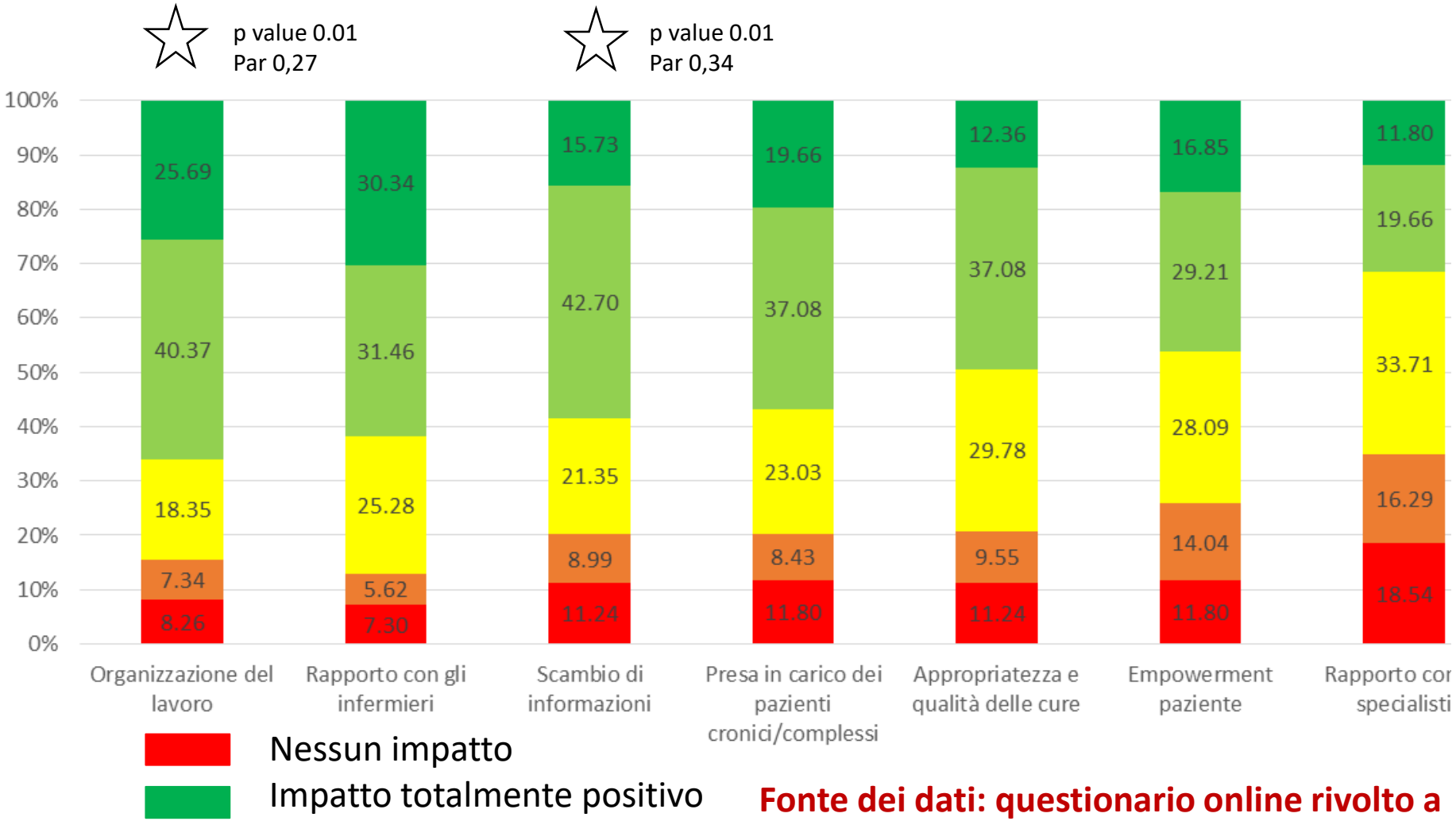


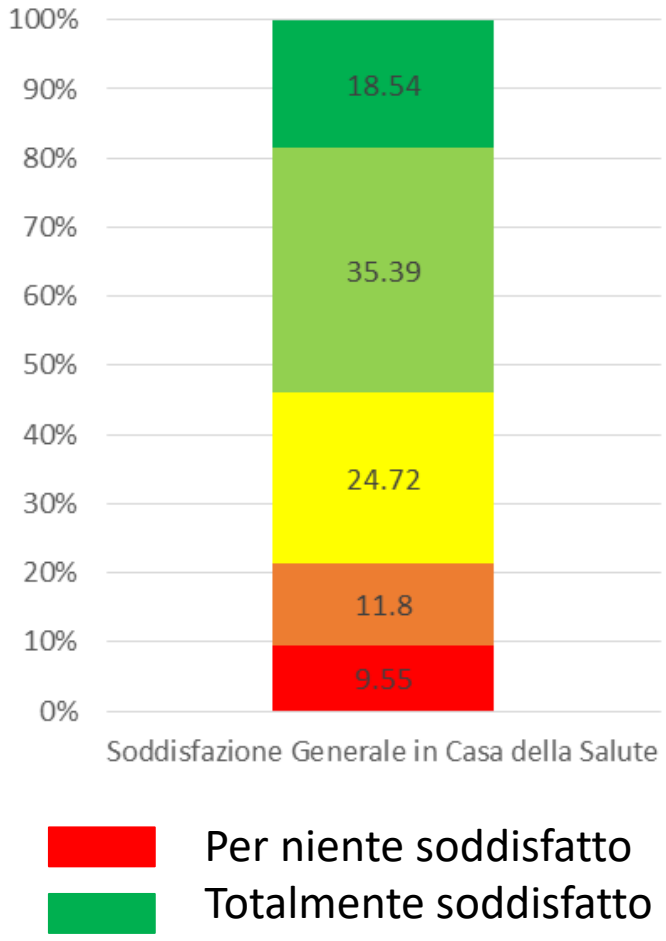
	N. CdS
Corsi AFA	5
Counselling, individuale e di gruppo, per sanità di iniziativa	11
Attività nella scuola	3
Attività di promozione di stili di vita sani per comunità	5
Altre attività - 11	11

Che impatto hanno avuto ad oggi le Case della Salute?

1. Qual è l’esperienza e la soddisfazione dei medici di medicina generale che lavorano in Casa della Salute?

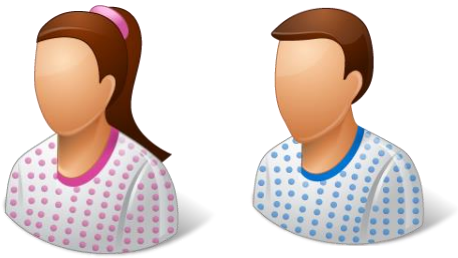
L'impatto della Casa della Salute secondo i Medici di Medicina Generale





Fonte dei dati: questionario online rivolto a tutti i medici di medicina generale marzo/aprile 2015.
178 MMG con 46 CdS

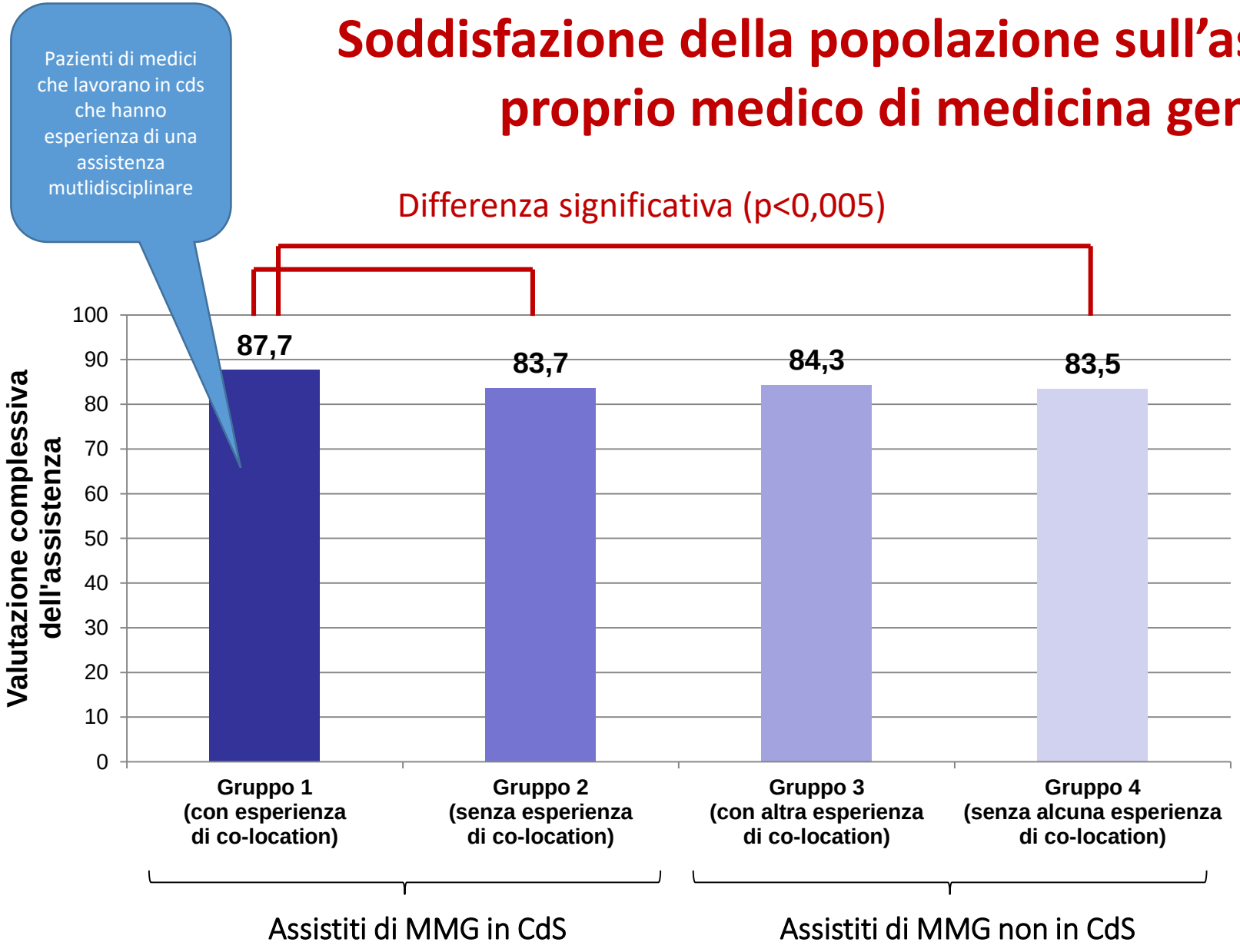
Che impatto hanno avuto ad oggi le Case della Salute?



2. Qual è l'esperienza e la soddisfazione degli assistiti dei medici di medicina generale che lavorano in Casa della Salute?

Questionario telefonico 2015 rivolta a tutti gli assistiti dei MMG

Soddisfazione della popolazione sull'assistenza del proprio medico di medicina generale



Analisi della varianza con test di Bonferroni

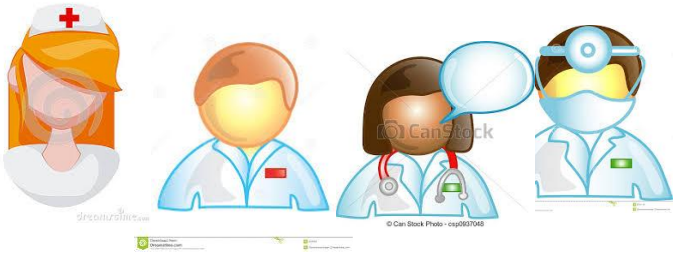
Il modello della Case della Salute, quando effettivamente si traduce nell'esperienza di un'assistenza da parte di un team multi-disciplinare, rappresenta un beneficio per gli utenti, **particolarmente significativo per gli assistiti con bisogni complessi che ricorrono spesso ai i servizi di assistenza primaria, ospedaliera, di emergenza e specialistica**.

Si può quindi ipotizzare che le Case della Salute possano fornire una risposta più appropriata, rispetto anche ad altre forme organizzative di co-location di servizi, soprattutto per la cronicità, anche per le possibili modalità di coordinamento tra i professionisti che operano all'interno della struttura e con gli altri servizi esterni.

La presenza in un unico punto di riferimento dei professionisti, infatti, può aiutare gli assistiti a percepire maggiore continuità e coerenza nel proprio percorso assistenziale.

Quali sono le relazioni tra i professionisti che lavorano in Casa della Salute?

Che impatto hanno avuto ad oggi le Case della Salute?



3. Che livello di integrazione hanno raggiunto i professionisti che lavorano all'interno delle CdS?

Questionario online 2015 rivolto a tutti i professionisti di 3 CdS

Utilizzo della Social Network Analysis

La prospettiva relazionale risulta sempre più utile per analizzare ed interpretare correttamente i fenomeni che interessano le organizzazioni e gli individui al loro interno, anche in ambito sanitario

Nelle CdS la transizione verso servizi integrati è abbastanza difficoltosa a causa della discrepanza nell'attitudine e nelle percezioni spesso conflittuali tra i professionisti

➔ Focus su attitudini e percezioni, non sulle **relazioni** stesse

Health Policy
Volume 92, Issues 2–3, October 2009, Pages 141–148
ELSEVIER

Social network analysis in primary care: The impact of interactions on prescribing behaviour

➔ SNA permette di **mappare e rendere visibili le relazioni tra diversi attori**, cioè i diversi canali «invisibili» attraverso cui passa la comunicazione, vengono veicolate le informazioni tra i professionisti e si instaurano interazioni che li uniscono e suddividono in gruppi in maniera informale e formale

•Selezionate tre CdS attive in Toscana da qualche anno, i cui professionisti (nodi) sono stati coinvolti in un'indagine per analizzare le diverse relazioni (legami) esistenti tra loro e tracciare così i network relativi all'integrazione all'interno delle CdS

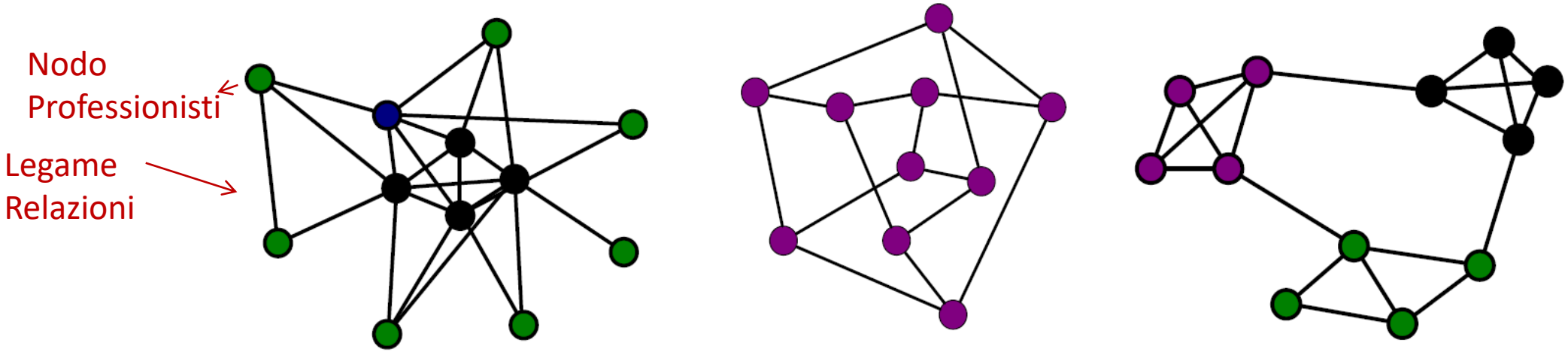
Social Network Analysis as an Analytic Tool for Interaction Patterns in Primary Care Practices

ANNALS OF FAMILY MEDICINE • WWW.ANNFAMMED.ORG • VOL. 3, NO. 5 • SEPTEMBER/OCTOBER 2005

Factors Affecting Influential Discussions Among Physicians: A Social Network Analysis of a Primary Care Practice

DOI: 10.1007/s11606-007-0190-8
© 2007 Society of General Internal Medicine 2007:22:794–798

Visualizzazione della struttura delle relazioni di un network



Strutture diverse dei network comportano conseguenze diverse per l'organizzazione e per i suoi nodi

Struttura centro-periferia
Unità di identità,
potere centralizzato,
coordinamento efficiente

Struttura diffusa
Due nodi connessi con un nodo
non sono mai connessi tra loro,
massimizzazione della diversità
di input

Struttura clique
Sottoinsieme di nodi
collegati tra loro,
funzionamento a silos

Studio SNA sulle Case della Salute: tre case studies

- Definizione dei **confini del network** in maniera condivisa con i referenti di cure primarie aziendali: tutti i professionisti che a titolo diverso operano all'interno delle tre CdS
  - Mix di professionisti presenti è simile nelle tre CdS, con la presenza comune di MMG, infermieri, assistenti sociali, specialisti, ostetriche, medici di comunità e personale amministrativo, e proprie specificità in ciascuna CdS
  - Dimensioni leggermente diverse: CdS1 con 35 professionisti, CdS2 con 62 e CdS3 con 58
- Dati raccolti attraverso un **questionario online** compilato individualmente dai professionisti tra giugno e dicembre 2015
  - Diverso tasso di risposta (da 60-65% nelle CdS1 e 2 a 81% nella CdS3), che può essere considerato come una proxy indiretta del diverso livello di coinvolgimento nelle attività della CdS
- Trasformazione dei dati in matrici importate nel software UCINET per calcolare le **misure relative alle proprietà strutturali dei network** (densità, coefficiente di clustering, frammentazione, centralizzazione)
- Attraverso UCINET NetDraw, costruzione delle **rappresentazioni grafiche dei network (sociogrammi)** relative alle diverse relazioni analizzate, che incorporano le caratteristiche chiave dei nodi (genere, profilo professionale, compilazione del questionario, forza della relazione)

Multidimensionalità dell'integrazione professionale

Integrazione professionale indagata attraverso:

- co-presenza
- rapporti informali (non di tipo lavorativo)
- coordinamento organizzativo (informale e formale)
- capitale sociale dell'organizzazione
- integrazione funzionale
- integrazione clinica
- integrazione normativa (visione comune)

Ulteriori aspetti indagati:

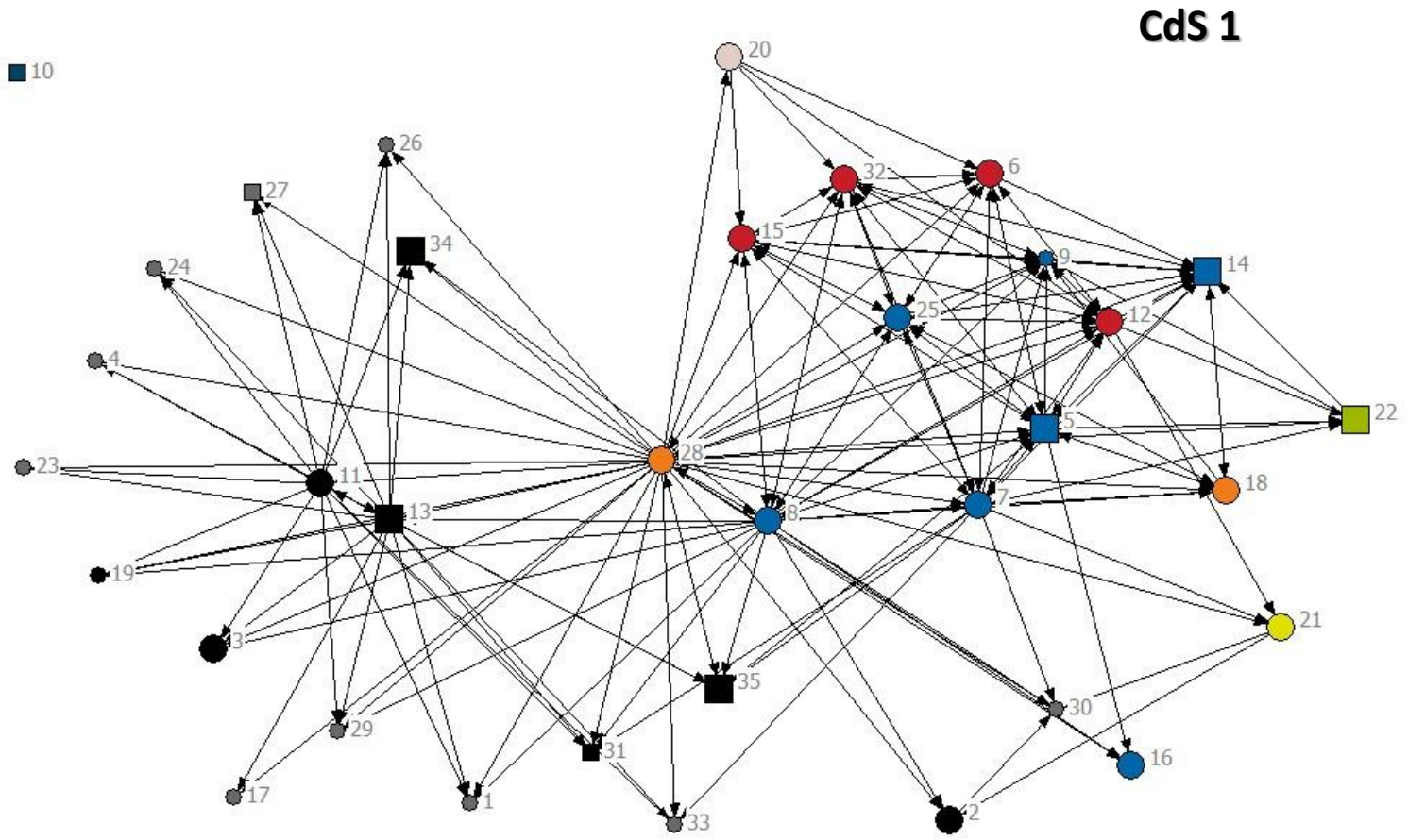
- valutazione dei risultati raggiunti dalle CdS
- soddisfazione dei vari professionisti

Alcuni aspetti emersi su altre dimensioni:

- Conoscenza, comunicazione e rapporti confidenziali sono abbastanza densi nelle tre CdS
- Relazioni informali di scambio su questioni organizzative sono più numerose di quelle formali e non ripropongono la stessa struttura
- Relazioni collaborative (disponibilità a supportare e richieste di aiuto sul lavoro) sono diffuse e poco frammentate

Integrazione funzionale 1/3

Condivisione dei dati informatizzati dei pazienti



Profilo professionale

- MMG
- Infermiere
- Specialista
- Assistente sociale
- Ostetrica
- Amministrativo
- Medico di comunità
- Pediatra Libera Scelta
- Infermiere ospedaliero
- OSS
- Medico Continuità Assistenziale
- Medico 118
- Infermiere 118
- Farmacista
- Volontario
- Autista
- Medico (di uno dei servizi presenti)
- Educatore
- Operatore tecnico / OTA
- Psicologo
- Tecnico della riabilitazione

Genere

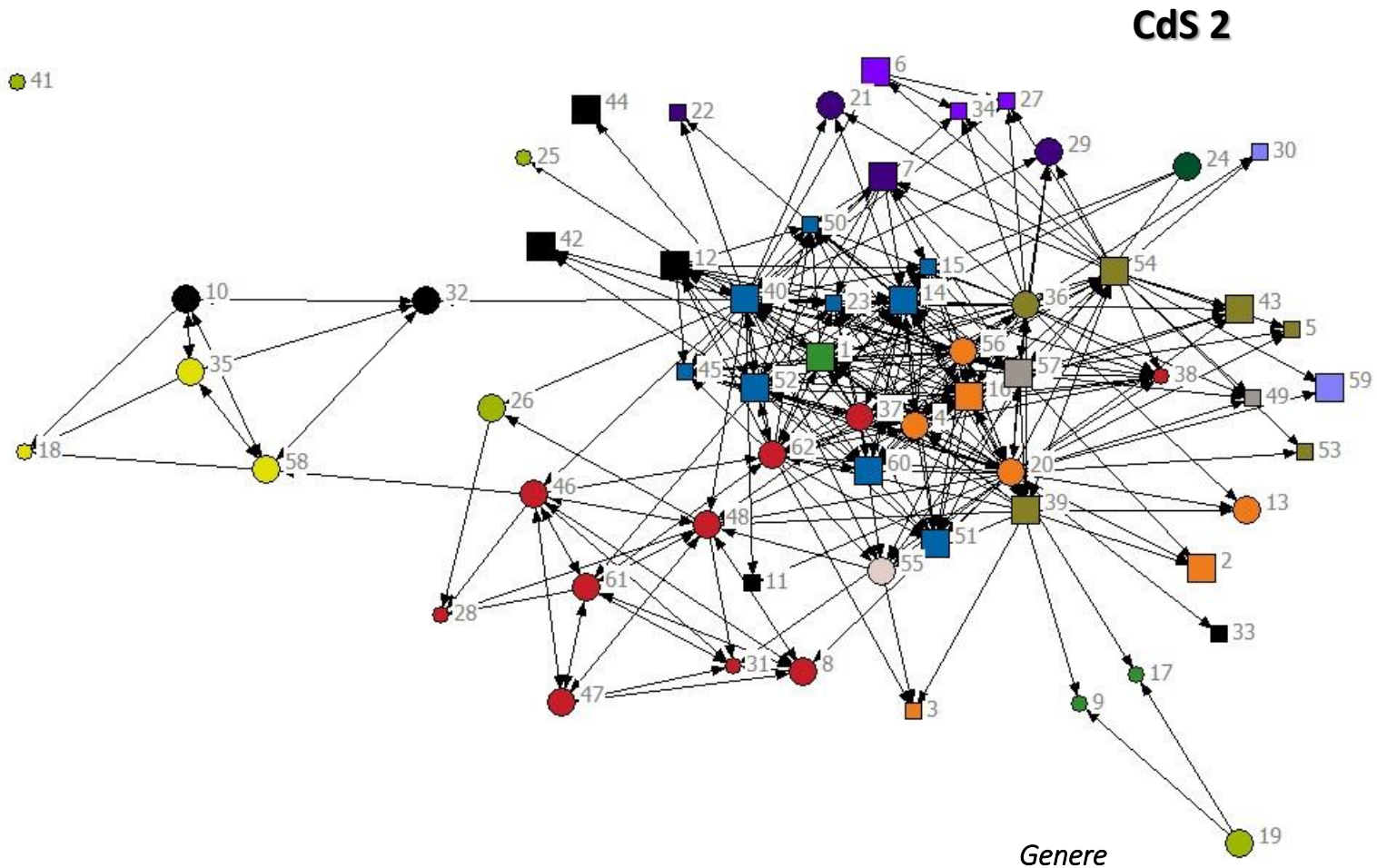
- Femmina
- Maschio

Compilazione del questionario

Forma piccola: No
Forma grande: Si

Integrazione funzionale 2/3

Condivisione dei dati informatizzati dei pazienti



Profilo professionale

- MMG
- Infermiere
- Specialista
- Assistente sociale
- Ostetrica
- Amministrativo
- Medico di comunità
- Pediatra Libera Scelta
- Infermiere ospedaliero
- OSS
- Medico Continuità Assistenziale
- Medico 118
- Infermiere 118
- Farmacista
- Volontario
- Autista
- Medico (di uno dei servizi presenti)
- Educatore
- Operatore tecnico / OTA
- Psicologo
- Tecnico della riabilitazione

Genere

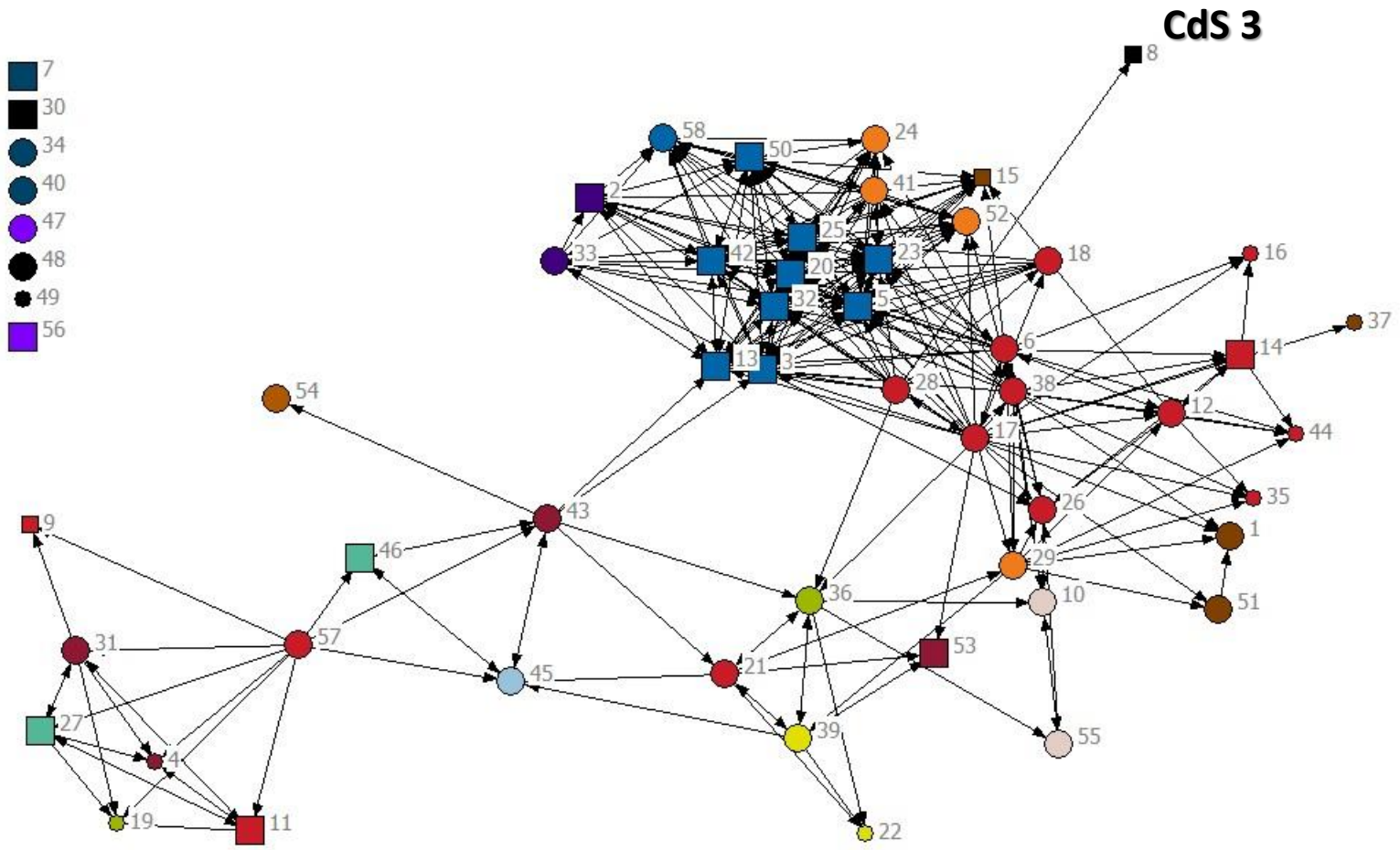
- Femmina
- Maschio

Compilazione del questionario

Forma piccola: No
Forma grande: Si

Integrazione funzionale 3/3

Condivisione dei dati informatizzati dei pazienti



Profilo professionale

- MMG
- Infermiere
- Specialista
- Assistente sociale
- Ostetrica
- Amministrativo
- Medico di comunità
- Pediatra Libera Scelta
- Infermiere ospedaliero
- OSS
- Medico Continuità Assistenziale
- Medico 118
- Infermiere 118
- Farmacista
- Volontario
- Autista
- Medico (di uno dei servizi presenti)
- Educatore
- Operatore tecnico / OTA
- Psicologo
- Tecnico della riabilitazione

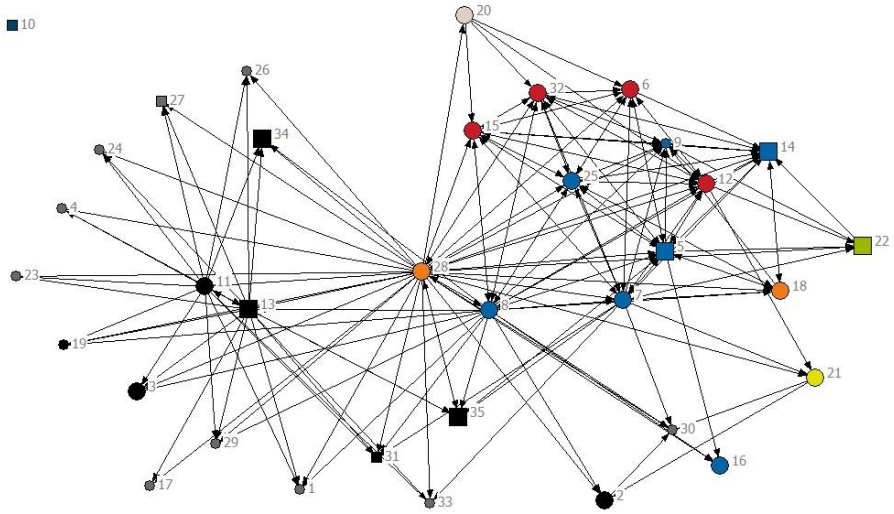
Genere

- Femmina
- Maschio

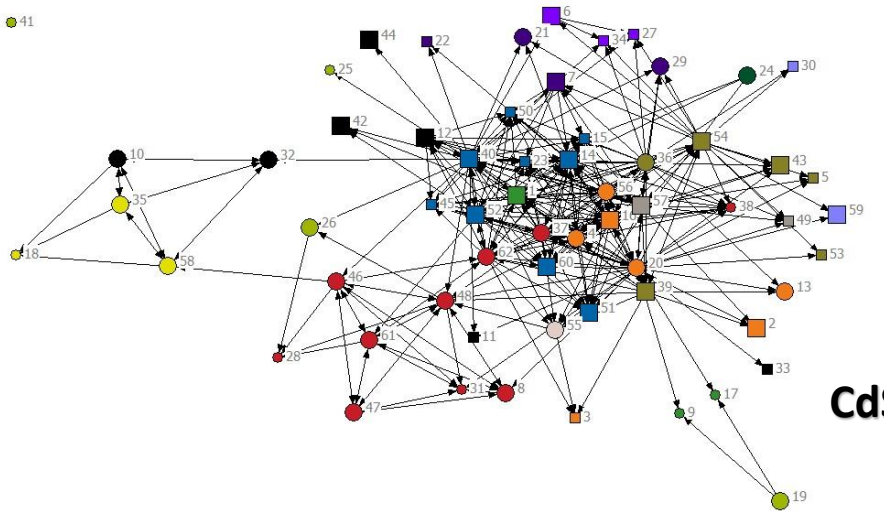
Compilazione del questionario

Forma piccola: No
Forma grande: Si

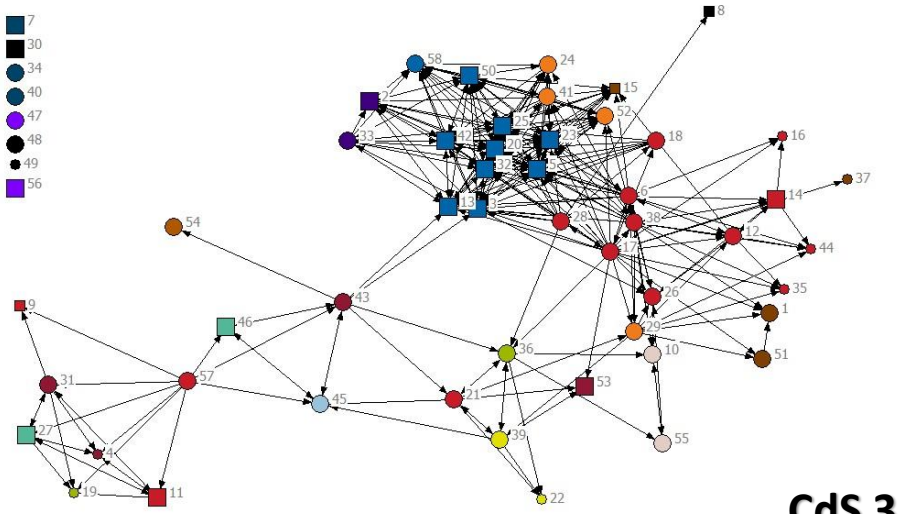
Integrazione funzionale: confronto tra i tre network



CdS 1



CdS 2

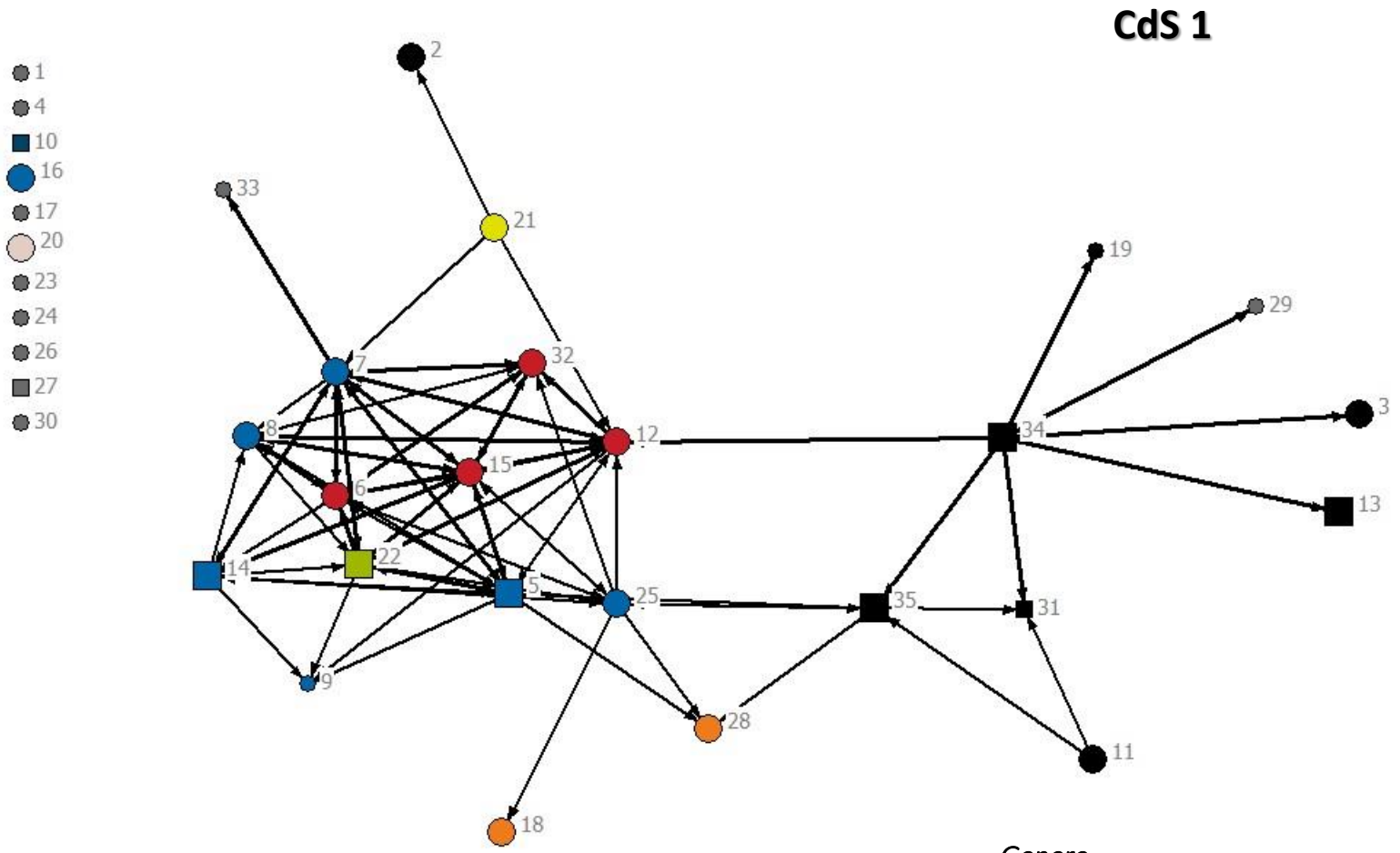


CdS 3

Integrazione clinica 1/3

Gestione condivisa dell'assistenza ai pazienti

Coinvolgere altri professionisti e/o essere coinvolto da altri professionisti per discutere del quadro clinico-assistenziale di casi/pazienti e/o condividere decisioni sul piano di cura/terapeutico-assistenziale di pazienti comuni nell'ultimo mese



Forza/intensità della relazione

- Basso livello
- Medio livello
- Alto livello

Profilo professionale

- MMG
- Infermiere
- Specialista
- Assistente sociale
- Ostetrica
- Amministrativo
- Medico di comunità
- Pediatra Libera Scelta
- Infermiere ospedaliero
- OSS
- Medico Continuità Assistenziale
- Medico 118
- Infermiere 118
- Farmacista
- Volontario
- Autista
- Medico (di uno dei servizi presenti)
- Educatore
- Operatore tecnico / OTA
- Psicologo
- Tecnico della riabilitazione

Genere

- Femmina
- Maschio

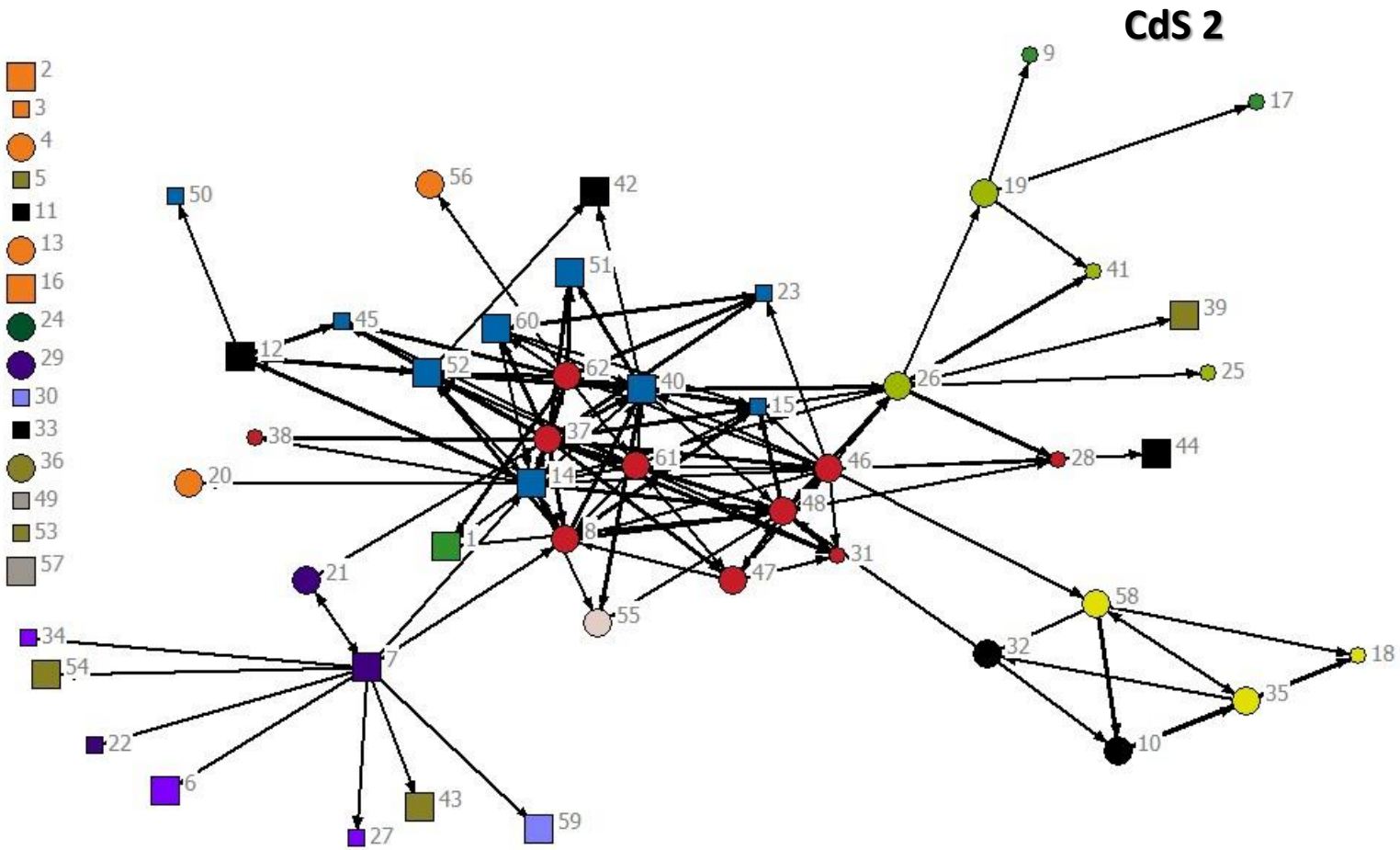
Compilazione del questionario

Forma piccola: No
Forma grande: Si

Integrazione clinica 2/3

Gestione condivisa dell'assistenza ai pazienti

Coinvolgere altri professionisti e/o essere coinvolto da altri professionisti per discutere del quadro clinico-assistenziale di casi/pazienti e/o condividere decisioni sul piano di cura/terapeutico-assistenziale di pazienti comuni nell'ultimo mese



Forza/intensità della relazione

- Basso livello
- Medio livello
- Alto livello

Profilo professionale

- MMG
- Infermiere
- Specialista
- Assistente sociale
- Ostetrica
- Amministrativo
- Medico di comunità
- Pediatra Libera Scelta
- Infermiere ospedaliero
- OSS
- Medico Continuità Assistenziale
- Medico 118
- Infermiere 118
- Farmacista
- Volontario
- Autista
- Medico (di uno dei servizi presenti)
- Educatore
- Operatore tecnico / OTA
- Psicologo
- Tecnico della riabilitazione

Genere

- Femmina
- Maschio

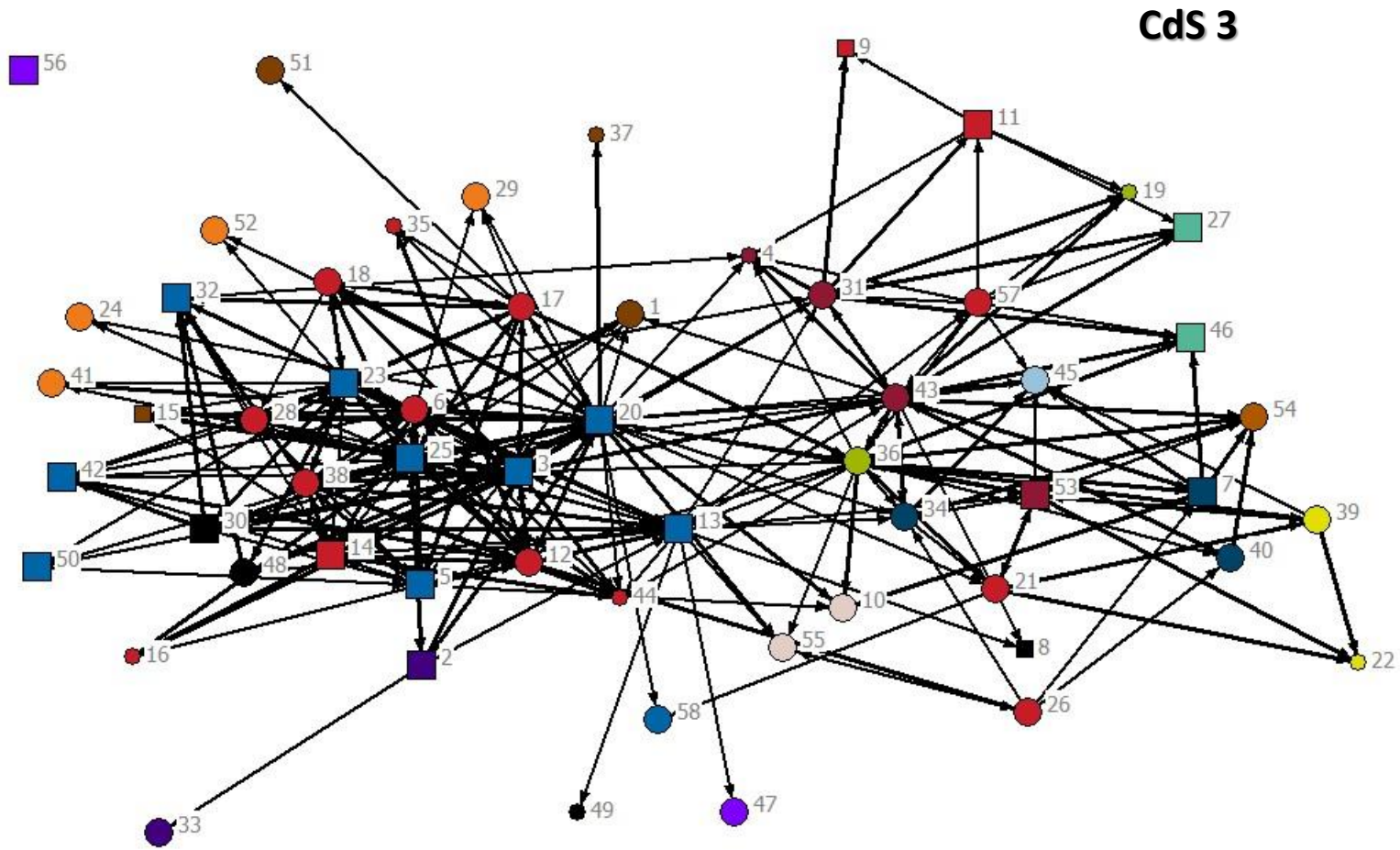
Compilazione del questionario

Forma piccola: No
Forma grande: Si

Integrazione clinica 3/3

Gestione condivisa dell'assistenza ai pazienti

Coinvolgere altri professionisti e/o essere coinvolto da altri professionisti per discutere del quadro clinico-assistenziale di casi/pazienti e/o condividere decisioni sul piano di cura/terapeutico-assistenziale di pazienti comuni nell'ultimo mese



Forza/intensità della relazione

- Basso livello
- Medio livello
- Alto livello

Profilo professionale

- MMG
- Infermiere
- Specialista
- Assistente sociale
- Ostetrica
- Amministrativo
- Medico di comunità
- Pediatra Libera Scelta
- Infermiere ospedaliero
- OSS
- Medico Continuità Assistenziale
- Medico 118
- Infermiere 118
- Farmacista
- Volontario
- Autista
- Medico (di uno dei servizi presenti)
- Educatore
- Operatore tecnico / OTA
- Psicologo
- Tecnico della riabilitazione

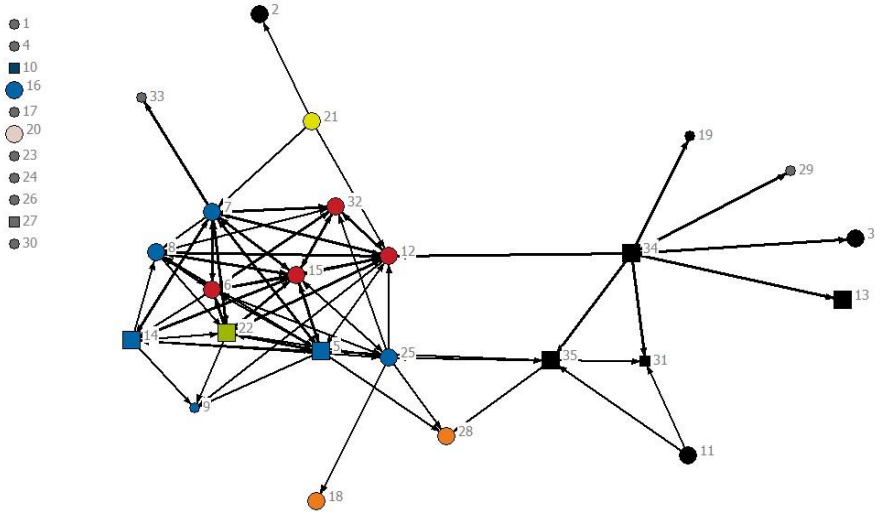
Genere

- Femmina
- Maschio

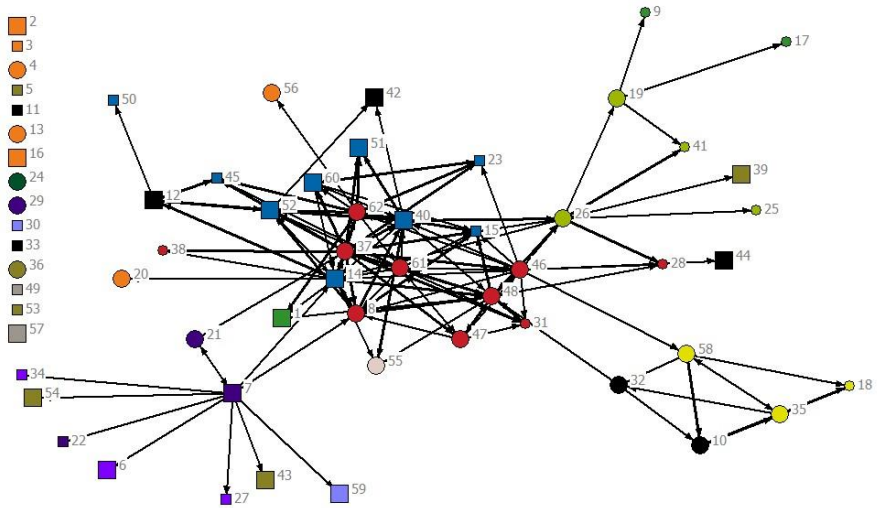
Compilazione del questionario

Forma piccola: No
Forma grande: Si

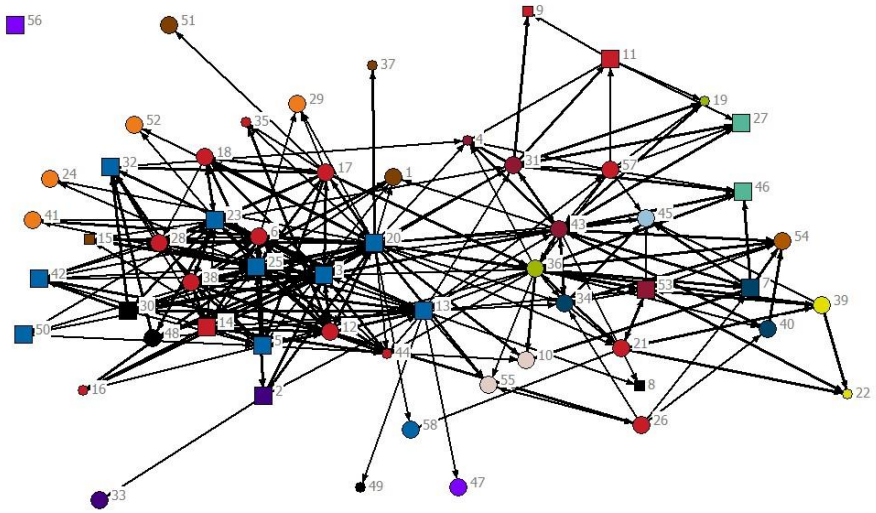
Integrazione clinica: confronto tra i tre network



CdS 1



CdS 2



CdS 3

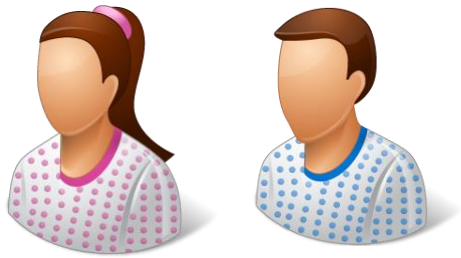
Cosa emerge in sintesi

- L’integrazione funzionale è abbastanza diffusa, sebbene sia caratterizzata da presenza di cluster tra le diverse discipline e servizi, legata però più a condizioni strutturali relative ai sistemi informativi

- L’integrazione clinica è più diversificata tra le tre CdS: CdS 3 risulta essere la più integrata perché, sebbene ci siano diverse componenti nel network, queste sono strettamente interconnesse

- Nelle tre CdS i nodi centrali sono i MMG e gli infermieri, mentre specialisti ed assistente sociale sono diversamente coinvolti nella gestione dell’assistenza del paziente

Che impatto hanno avuto ad oggi le Case della Salute?



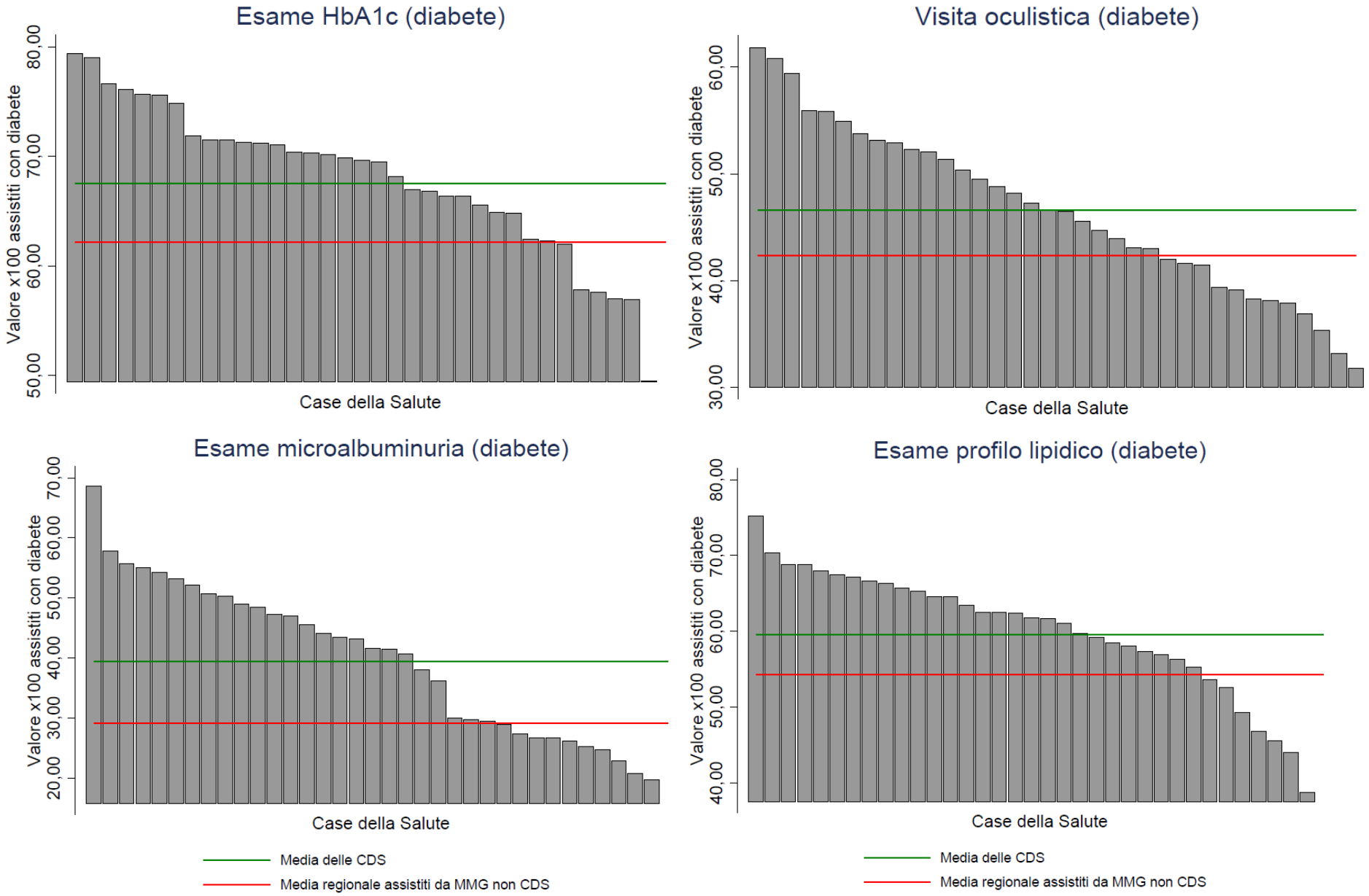
4. Che impatto ha avuto il modello sulla gestione delle cronicità? (in collaborazione con ARS)

Alcune prime evidenze anche dell'impatto sulla gestione della cronicità e PDTA

- Secondo una prima analisi, curata da ARS, gli assistiti con malattie croniche dei MMG che hanno ambulatorio in una Casa della Salute aderiscono maggiormente alle raccomandazioni cliniche di follow-up.
- In oltre il 75% delle Case della Salute si osservano performance migliori rispetto alle situazioni in cui i medici fanno ambulatorio in altri setting per quanto riguarda:
  - le percentuali di pazienti con diabete con controllo dei livelli di emoglobina glicata e del profilo lipidico negli ultimi 12 mesi;
  - le percentuali di pazienti con scompenso cardiaco in terapia con betabloccanti.
- La gestione dei pazienti affetti da due comuni condizioni croniche (diabete o scompenso) risulta quindi più aderente alle linee guida quando i MMG lavorano all'interno delle Case della Salute, al netto dell'effetto della sanità di iniziativa, senza un evidente aumento dei costi sostenuti in prestazioni specialistiche.

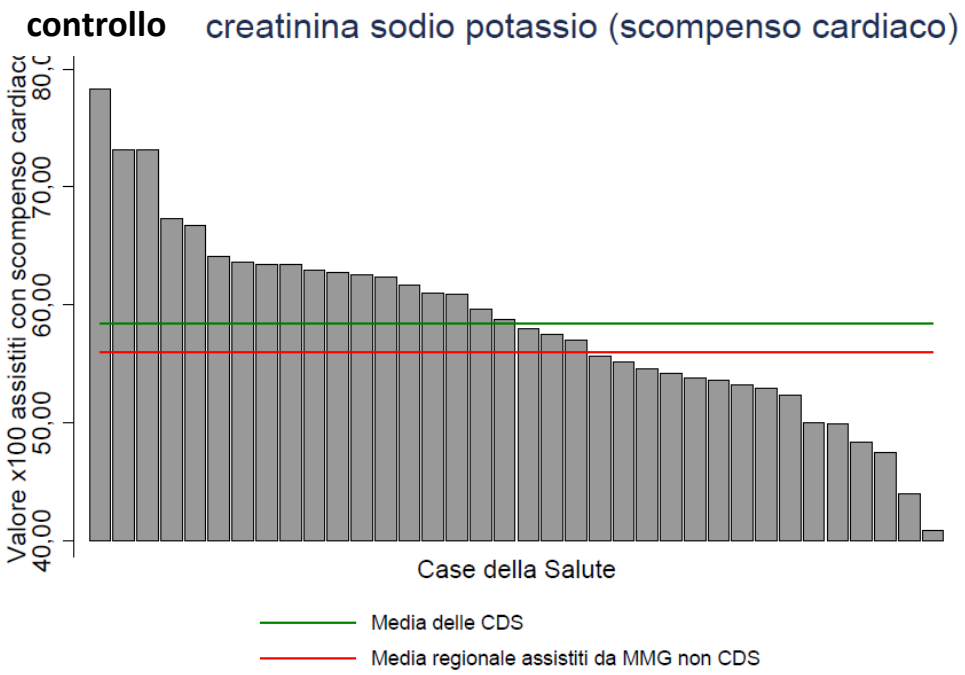
- Da considerare che si tratta di disegno di studio cross-sectional, con possibili fattori di confondimento residui e che c'è una notevole variabilità tra CdS
- Tuttavia sembra che CdS sia setting favorevole a:
  - l'integrazione professionale tra MMG e infermieri e quindi all'attuale modello di sanità di iniziativa
  - attività di condivisione linee guida e self-audit da parte dei MMG
- Probabilmente non ancora adeguata l'integrazione professionale tra MMG e specialisti

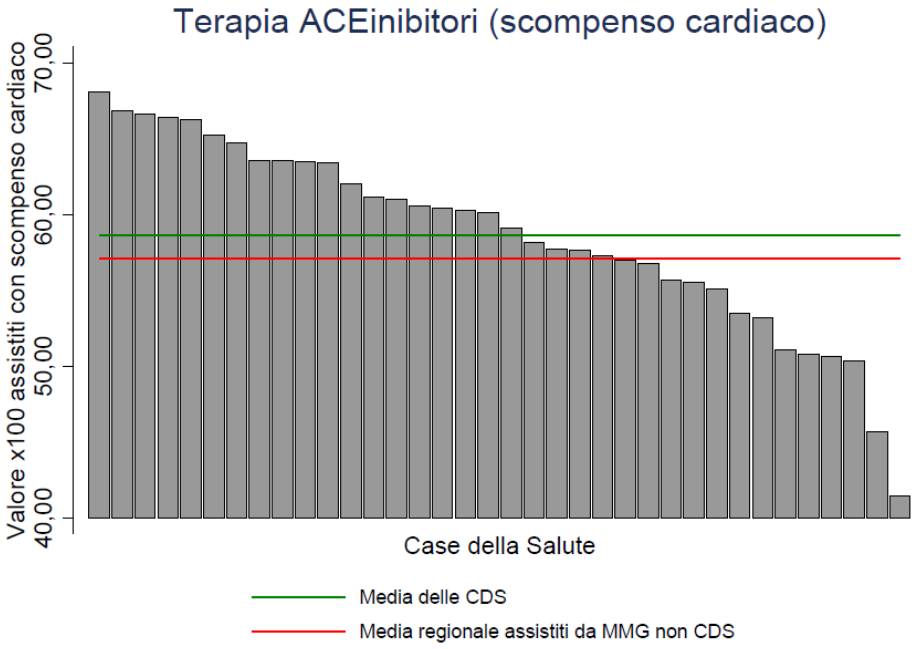
Indicatori di processo assistiti con diabete

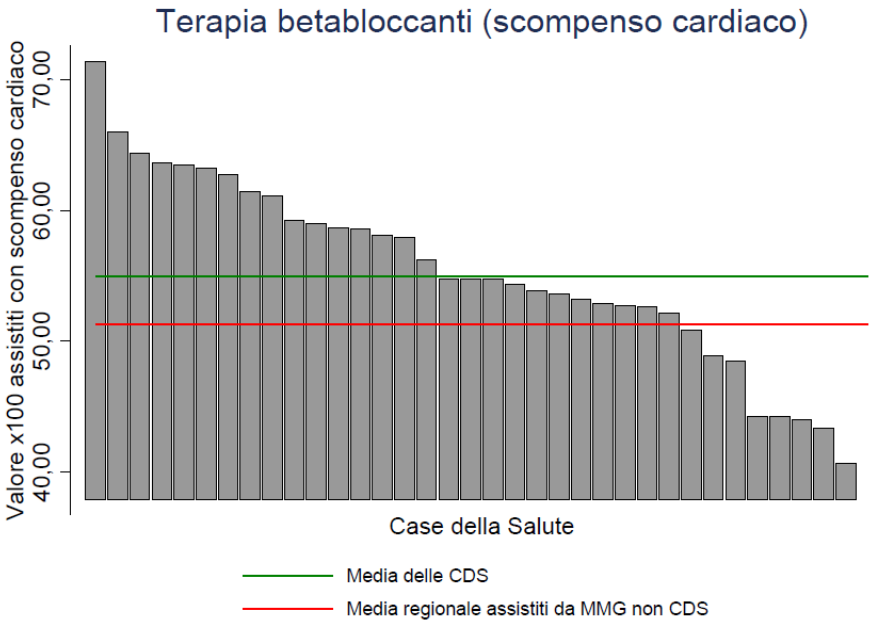


Indicatori di processo assistiti con scompenso cardiaco

Processi di cura per malati cronici migliori in gran parte delle CdS anche aggiustando per sanità di iniziativa







“Integration cost before it pays” (Leutz, 1999)

- La co-location è un fattore strutturale che, grazie alla prossimità fisica, contribuisce all’aumento dell’interazione, al superamento delle barrier professionali, alla promozione del lavoro congiunto e della cooperazione tra assistenza di primo e secondo livello.
- L’integrazione non può essere raggiunta dalla semplice co-location di professionisti e servizi di cure primarie senza un reale investimento nel promuovere la collaborazione inter-professionale.
- Il team, oltre alla sua collocazione, deve essere formalizzato, percepito dall’utente e dagli stessi professionisti, anche in termini di relazioni.
- Per avere una piena integrazione sono necessari alcuni meccanismi manageriali:
  - Definizione chiara della vision, mission ed obiettivi delle CdS, oltre che strumenti di programmazione e controllo.
  - Meccanismi di coinvolgimento dei professionisti coinvolti e della medicina generale.
  - Riconoscimento, anche formale, dei team multiprofessionali con definizione dei rispettivi ruoli e responsabilità.
  - Attività formative per promuovere la collaborazione inter-professionale.
  - Supporto dei sistemi informativi per la condivisione dei dati.