

Cure primarie: il contributo della Medicina Generale

L'evoluzione dell'assistenza territoriale
in Emilia-Romagna
Percorsi clinico-organizzativi
e strumenti contrattuali
nella gestione della cronicità:
modelli innovativi a confronto

Raccolta degli abstract

Bologna, 20 giugno 2008

Indice abstract per primo autore

Remo Martelli pag. 8
Le aspettative dei cittadini sulla qualità dei servizi sanitari territoriali - I Comitati Consultivi Misti e il CCRQ

AMBITO TERRITORIALE DI BOLOGNA pag. 10

Burzi Romano
La gestione informatizzata dei punti di continuità assistenziale come modello integrato fra MAP E MCA con applicativo EMMA-GM e utilizzo della rete SOLE

Burzi Romano
La gestione H24 delle prestazioni domiciliari e ambulatoriali non differibili

Camanzi Maurizio
Progetto per il monitoraggio della funzionalità respiratoria e la diagnosi precoce della bpco in una popolazione a rischio

Cavazza Gabriele
Un modello di assistenza integrata e continua ai pazienti in fase terminale

Giordani Rosanna
Assistenza domiciliare pediatrica: esperienza nel Distretto BO-S.Lazzaro

Giulioti Cristina
La continuità di cura del paziente oncologico tra Ospedale e Territorio: ruolo dell'oncologo territoriale nell'esperienza del Distretto Bo-S.Lazzaro

Marcaccio Maria Luisa
Percorso di assistenza integrata per il diabete mellito tipo 2

Marcaccio Maria Luisa
Proposta di un nuovo modello formativo in medicina generale: l'esperienza del CeRiForM nell'AUSL di Bologna

Morini Mara
Trattamento integrato dei disturbi mentali nella medicina generale. Il programma regionale G.Leggieri nell'AUSL di Bologna

Ruvinetti Marzio
La continuità assistenziale nelle dimissioni protette

Sandri Sandra
Assistenza domiciliare per i bambini con grave malattia cronica: esperienze e prospettive nel territorio bolognese

Serio Alberto

Progetto di integrazione professionale "PAD-5"

Silvestro Annalisa

Lo sviluppo delle Cure Primarie e l'Infermiere di Famiglia (IdF)

Spinnato Luigi

PIN (Progetto Informatico nel NCP) metodi organizzativi integrati in un nuovo modello di formazione

Stefanini Alberto

Individuazione delle dilatazioni dell'aorta addominale in una coorte di soggetti in età compresa fra i 65 e 74 anni: studio pilota di ecografia "generalista" nel gruppo di medicina generale "Nuova Medicina"

Toni Luisa

Informazione indipendente, farmacista facilitatore e appropriatezza prescrittiva: un'esperienza quinquennale con i Nuclei di Cure Primarie nell'Azienda USL di Bologna

Zanetidou Stamatula

"Una fiaba per i nonni e.... viceversa", un progetto terapeutico-riabilitativo per la depressione geriatrica

AMBITO TERRITORIALE DI CESENA

pag. 29

Salines Luigi

Informatizzazione orizzontale: strumento per la realizzazione del Nucleo di Cure Primarie strutturato e per la gestione della continuità assistenziale sulle 24 ore nella Ausl di Cesena

AMBITO TERRITORIALE DI FERRARA

pag. 31

Dolcetti Umberto

Progetto aziendale "Cardiologia territoriale: la telecardiologia" in provincia di Ferrara

Finessi Riccardo

Progetto Aziendale "Attività motoria e prevenzione cardiovascolare" in provincia di Ferrara

Fiorini Andrea

Profilo del coordinatore di NCP e del Referente di Distretto e di DCP

Gruppillo Paolo

Il governo clinico nella cardiologia territoriale: risultati di una sperimentazione che prevede la presenza dello specialista cardiologo presso le medicine di gruppo dell'AUSL di Ferrara

Levato Francesco

Organizzazione e percorsi di cura in una medicina di gruppo

Manfredini Mauro

Hospice territoriale: un modello gestionale di integrazione professionale

Marinelli Gaetano R.

Il Progetto assistenziale (PA) ipertensione negli accordi integrativi locali (AIL) della provincia di Ferrara

Zamboni Andrea

"Copparo-Rene"

AMBITO TERRITORIALE DI FORLÌ

pag. 40

Aulizio Giancarlo

L'ospedale di comunità di Modigliana: modello di integrazione socio-sanitaria nell'ambito della continuità del percorso assistenziale

Fini Corrado

Come i diversi modelli organizzativi dei Nuclei di Cure Primarie nell'AUSL di Forlì mirano a realizzare i principali contenuti dell'ACR e svilupparne le potenzialità di crescita del servizio territoriale

AMBITO TERRITORIALE DI IMOLA

pag. 44

Ehrlich Shirley

L'assistenza integrata al paziente affetto da Diabete tipo 2 nell'ASL di Imola: verifica del percorso 2002 - 2006

Pasotti Danilo

Il MMG e le MNC: un possibile utile strumento di lavoro nel NCP

Poggi Donatella

Medicina di gruppo: né bottega, né ipermercato

Senaldi Roberto

La porta medicalizzata di Castel San Pietro Terme

AMBITO TERRITORIALE DI MODENA

pag. 50

Borelli Nunzio

Ambulatori della continuità assistenziale dei festivi-prefestivi organizzati dalla cooperative dei MMG nella provincia di Modena

Capelli Oreste

Ricerca osservazionale nelle Cure Primarie: proporla, promuoverla e realizzarla. L'esperienza dell'Azienda Sanitaria Locale di Modena

De Luca Maria Luisa

Gruppi informativo-educativi multidisciplinari a supporto del paziente diabetico nel Dipartimento di Cure Primarie di Modena e Castelfranco

Feltri Gaetano

Protocollo di presa in carico delle persone con disturbi cognitivi / comportamentali

Rossi Lorella

Integrazione e continuità assistenziale infermieristica per i pazienti oncologici assistiti in ospedale e al domicilio

AMBITO TERRITORIALE DI PARMA

pag. 57

Affanni Paola

Implementazione del percorso di gestione integrata dei pazienti ricoverati presso il centro cure progressive di Langhirano

Agnetti Bruno

Programmi di Educazione Sanitaria rivolti agli assistiti ed ai frequentatori della sala d'aspetto delle Medicine di Gruppo

Bono Fabio

Il modello Colorno: esperienza di tre lustri di una medicina di gruppo evoluta da un modello gestionale semplice ad uno complesso

Bortoletto Mariella

Implementazione del percorso di gestione integrata del paziente affetto da diabete di tipo 2

Calci Enrica

Implementazione del percorso infermieristico di cura della ulcere/lesioni da compressione

Emanuele Rossella

I profili di NCP: un possibile strumento di analisi e valutazione dei profili di salute della popolazione in carico ai Nuclei delle Cure Primarie

Parodi Corrado

TAO: resoconto dell'esperienza professionale a Parma

Ronchini Paolo

Esperienza staff distrettuale Parma

Ronchini Paolo

Progetto di costruzione dei profili di salute nei NCP dell'ASL di Parma - Modelli organizzativi e strumentali di valutazione

Rossi Giuseppina

La gestione del paziente cronico: l'esperienza dell'Azienda USL di Parma nella presa in carico del paziente in terapia anticoagulante orale (TAO)

AMBITO TERRITORIALE DI PIACENZA**pag. 70****Andena Anna Maria**

Progetto diabete nella provincia di Piacenza, particolarità e prospettive

Andena Anna Maria

L'assistenza domiciliare integrata nell'AUSL di Piacenza: considerazioni su caratteristiche e criticità

Cella Luigi

Assistenza domiciliare agli ospiti in Residenze protette e collettività (art.53, comma1c) nell'AUSL di Piacenza:considerazioni su caratteristiche e criticità

Lavalle Tiziana

Sperimentazione del trattamento di dialisi peritoneale a domicilio

Lavalle Tiziana

Sperimentazione della penna scanner nell'assistenza domiciliare integrata

Lavalle Tiziana

Riorganizzazione percorso fornitura protesica e ausili

Sverzellati Enrico

Efficacia, appropriatezza, contenimento della spesa: obiettivo possibile? Le linee guida dipartimentali della terapia farmacologica dell'ipertensione arteriosa

AMBITO TERRITORIALE DI RAVENNA**pag. 78****Bellet Corrado**

Interdipendenza tra progettualità e contrattualità (NCP, Gestione Integrata paziente diabetico, organizzazione di un Hospice gestito da MMG)

AMBITO TERRITORIALE DI REGGIO EMILIA**pag. 80****Gambarelli Lino**

MMG in ruoli organizzativi aziendali NCP-DPC-STAFF: positività e criticità

Grassi Euro

Associazionismo di rete e di gruppo e cooperative di servizio negli Accordi Integrativi Locali (AIL) di Reggio Emilia: risultati - criticità - proposte

Marchesi Cristina

La valutazione multidimensionale dell'anziano per l'accesso alla rete dei servizi: da UVG a UVM

Pedroni Cristina

Valutazione e gestione del dolore cronico: professionisti a confronto

Pedroni Cristina

Interventi di educazione sanitaria rivolte agli operatori: procedure operative aziendali volte a favorire e sviluppare l'approccio psiconcologico nei Day Hospital Territoriali

Pedroni Cristina

Percorso di cura del paziente oncologico - dalle narrazioni di malattia al miglioramento della qualità della vita e delle cure

Penna Pietro Giuseppe

La rete delle cure palliative per i malati terminali in provincia di Reggio Emilia

Pini Dea

Dimissione protetta e presa in carico territoriale del bambino con patologia cronica nella provincia di Reggio Emilia

Pistocchi Simonetta

L'ambulatorio del bambino asmatico. Progetto asma nell'ambito delle cure primarie

Rossi Pier Luca

Attivazione di un team nutrizionale territoriale

AMBITO TERRITORIALE DI RIMINI

pag. 91

Dappozzo Antonella

Il disturbo psichiatrico "minore" e il MMG. Un'indagine epidemiologica nell'Azienda USL di Rimini

Dappozzo Antonella

Il coinvolgimento attivo del MMG nei programmi di screening oncologici regionali - L'esperienza dell'Azienda USL di Rimini

Dappozzo Antonella

L'architettura informatica di rete di NCP: l'esperienza dell'Azienda USL di Rimini

Righetti Enzo

Gestione integrata del diabete mellito nell'AUSL di Rimini: l'utilizzo dello strumento informatico per la valutazione della qualità dell'assistenza

Varliero Riccardo

Il MMG e la gestione integrata del diabete mellito di tipo II nell'Azienda USL di Rimini - l'attuazione del fascicolo diabetologico informatizzato

Le aspettative dei cittadini sulla qualità dei servizi sanitari territoriali

Intervento di Remo Martelli (presidente CCRQ)

I COMITATI CONSULTIVI MISTI e il CCRQ

Una breve premessa per coloro che ancora non sanno che cosa sono e che cosa fanno.

È frutto della volontà di governo e aggiungo del buon senso, recepire, nelle leggi dello Stato ed in particolare in quelle della Regione Emilia Romagna, nel riordino del Sistema Sanitario, che il cittadino possa partecipare alla costruzione del nuovo Sistema.

La Regione Emilia Romagna con l'emanazione di specifiche Leggi e Delibere, ha regolamentato e favorito, che rappresentanti delle Associazioni di Volontariato con attività attinente al sanitario e sociale, costituissero in ogni Azienda USL e OSP dei Comitati Consultivi Misti (CCM), misti in quanto è presente una componente Aziendale, e che si occupassero di proporre miglioramenti e soluzioni alle problematiche che il cittadino incontra nella fruizione dei servizi sanitari.

I componenti dei comitati appartenenti al volontariato nei primi incontri acquisiscono informazioni circa le vigenti disposizioni in materia sanitaria, si documentano sulle procedure e i percorsi che il cittadino affronta per fruire dei servizi sanitari e con esperti si affronta il tema della qualità dei servizi, tutto ciò permette di iniziare a costruire insieme, volontari e aziendali, degli indicatori che consentano di verificare lo stato della qualità dei servizi e stabilire degli standard che poi nel tempo si possono confrontare per constatarne il miglioramento.

Le tematiche di interesse del comitato sono connesse al rapporto dell'azienda con il cittadino e precisamente:

la personalizzazione, l'umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere e alle attività di prevenzione delle malattie.

E' stato un lavoro complesso e ha impegnato il comitato per molto tempo, ma è servito anche a conoscere meglio l'Azienda Sanitaria nei suoi molteplici aspetti.

Tale modalità e tipologia di "partecipazione", prevista con formale normativa regionale, è stata per molti anni unica su tutto il territorio nazionale.

Dal 1995 ad oggi molte cose sono cambiate e la partecipazione attiva nelle Aziende dei CCM sta iniziando a dare dei frutti.

Il cambiamento culturale necessario a tutti i livelli non può che approdare a un rapporto diverso con il cittadino/paziente, in quanto ogni struttura è chiamata a porre al centro dell'attenzione il cittadino.

Il CCM nell'integrazione fra i servizi Sanitari e Sociali può essere determinante.

All'interno del CCM, come già detto, ci sono Volontari che operano quotidianamente sui temi suddetti e ritengo possano dare un buon contributo, se ascoltati, sul come interpretare i bisogni dei cittadini e proporre adeguate soluzioni.

Nel corso del 1998 è stato attivato dall'Assessorato alla Sanità della Regione un gruppo di coordinamento per un confronto con i Presidenti/Coordinatori dei C.C.M. delle Aziende Sanitarie. Al fine di definire le modalità della partecipazione delle rappresentanze dei cittadini al livello regionale attraverso la definizione di una proposta di istituzione dell'organismo per la partecipazione al livello regionale, previsto dalla Direttiva G.R. n. 1011 del 7 marzo 1995, denominato "Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato dei Cittadini".

(CCRQ)

Con delibera n° 320 del 1 marzo 2000 la Regione Emilia – Romagna istituisce presso l'Assessorato alla Sanità il **Comitato Consultivo Regionale per la Qualità** dei servizi sanitari dal lato dei cittadini, quale “ organismo della partecipazione a livello regionale “, con la delibera 678 del 1 marzo 2000 lo costituisce, il Presidente è l'Assessore alla Sanità.

In seguito ad una proposta elaborata dal Comitato per una ridefinizione di ruolo, organizzazione e competenze, fra cui l'individuazione del Presidente tra gli stessi componenti e l'attribuzione di un ruolo anche “ propositivo “, la Regione con la delibera n° 508 del 18 aprile 2001 recepisce la proposta e aggiorna le precedenti, aggiungendo ai componenti di parte istituzionale un rappresentante dell'Assessorato alle Politiche Sociali.

Tale Comitato ha funzioni consultive e propositive sugli aspetti inerenti il miglioramento della qualità dal lato dell'utenza, per gli aspetti relativi all'informazione, umanizzazione, accoglienza, tutela, partecipazione dei cittadini ed ai percorsi di accesso ai servizi, sugli indicatori di qualità dal lato dell'utenza e di integrazione con le politiche sociali.

Quali aspettative per il cittadino sui servizi sanitari territoriali ?

Il cittadino deve conoscere il servizio NCP, Nucleo di Cure Primarie, per cui è necessario prevedere degli incontri informativi pubblici, dove poter illustrare le specificità del nuovo servizio e come potervi accedere.

In questa fase i CCM possono contribuire alla diffusione della nuova cultura, per cui rendere consapevole il cittadino del mutamento in atto affinché possa trarre il massimo vantaggio dalle prestazioni erogate dal NCP e quindi non più un utilizzo indiscriminato delle risorse, ma l'uso più appropriato dei servizi messi a loro disposizione.

Ambito Territoriale di
BOLOGNA

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome _____ BURZI Romano _____

Indirizzo _____ Via del Savena, 8 _____

Cap . ____ 40065 _____ Città _____ PIANORO _____ Provincia/AUSL _____ BO/105 _____

Recapito telefonico. _____ 368-3878031 _____ E-mail _____ r.burzi@libero.it _____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	LA GESTIONE INFORMATIZZATA DEI PUNTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE COME MODELLO INTEGRATO FRA MAP E MCA CON APPLICATIVO EMMA-GM E UTILIZZO DELLA RETE SOLE.
Autori	→	Benati Oretta (Med. MG e CA AUSL-BO), Bonora Nicoletta (Med. di Organizzazione AUSL-BO), <u>Burzi Romano (Med. MG AUSL-BO)</u> , Monari Lucia (Med. CA AUSL-BO), Savini Raffaele (Med. CA AUSL-BO).
Indirizzo	→	Via del Savena, 8 40065 PIANORO BO
Testo	→	Lo scopo del lavoro è quello di progettare e ingegnerizzare la gestione informatizzata del servizio di Continuità Assistenziale sia da un punto di vista organizzativo-gestionale che clinico. In considerazione delle enormi possibilità tecnologiche offerte dalla ICT, si è strutturato un sistema di assistenza integrata per dare risposte quanto più efficaci ai bisogni dei cittadini per la gestione sia ambulatoriale che non ambulatoriale da parte dei medici del servizio di Continuità Assistenziale. Il lavoro si sofferma soprattutto sulla gestione informatizzata delle chiamate puntualizzando i vantaggi derivanti da tale impostazione del lavoro per i punti di CA: si sottolinea soprattutto la reportistica su database ottenibile dai flussi in ingresso, indispensabile per elaborazioni statistiche e per la tracciabilità immediata delle prestazioni. La parte, invece che riveste il maggior interesse clinico riguarda la possibile integrazione fra il sistema gestionale EmMa GM ed i dati che possono essere veicolati e messi a disposizione in tempo reale dalla rete SOLE. In particolare si sottolinea la possibilità di ottenere informazioni cliniche in tempo reale sui singoli pazienti (problemi rilevanti, terapie croniche e in atto, intolleranze e/o allergie, controindicazioni e interazioni farmacologiche). Questo tipo di gestione è diventato un supporto non più eludibile per dare risposte al passo coi tempi e con quanto l'e-helth è già in grado di fornire affinché i singoli professionisti possano offrire un servizio di qualità.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome _____ BURZI Romano _____
Indirizzo _____ Via del Savena, 8 _____
Cap _____ 40065 _____ Città _____ PIANORO _____ Provincia/AUSL _____ BO/105 _____
Recapito telefonico. _____ 368-3878031 _____ E-mail _____ r.burzi@libero.it _____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	LA GESTIONE H24 DELLE PRESTAZIONI DOMICILIARI E AMBULATORIALI NON DIFFERIBILI.
Autori	→	Burzi Romano (Medico di Assistenza Primaria AUSL-BO e medico di Cont. Assist. AUSL-IMOLA), Balboni Giovanni, Biavati Francesco, Kropacek Nicolas, Lonardo Enrico, Simoncini Elisabetta, Zanna Marcello, (Medici di Assistenza Primaria AUSL-BO)
Indirizzo	→	Via del Savena, 8 40065 PIANORO BO
Testo	→	Scopo del lavoro è l'organizzazione di un servizio per la gestione delle urgenze indifferibili che non stravolga l'organizzazione del lavoro e la distribuzione capillare degli ambulatori dei MAP sul territorio. Considerando che la presa in carico h24 del paziente è un punto cruciale per permettere la giusta programmazione e allocazione delle risorse e, soprattutto, per la corretta risposta del territorio alle richieste dei cittadini, si individua nel sistema della Continuità Assistenziale (C.A.) organizzato sull'intero arco delle 24 ore per tutti i giorni della settimana, il cardine sul quale far ruotare il sistema delle h24, rivalutando professionalmente, economicamente e funzionalmente questo Servizio, prevedendo comunque l'integrazione con i Medici di Assistenza Primaria, per quanto di loro competenza su un piano di collaborazione fra pari, pur con ruoli distinti. Si propone che il Servizio sia organizzato con Presidi funzionanti 24 ore al giorno, sette giorni su sette.. Ai presidi compete la gestione diurna dell'ambulatorio strutturato in grado di garantire l'h12 (8-20) delle prestazioni non differibili: presidio territoriale diurno di CA (PTD); tale attività ambulatoriale potrà essere estesa, a seconda delle necessità contingenti locali, anche alla prima fascia oraria notturna (20-23). Gli operatori hanno un incarico di norma di 38 ore settimanali, compatibili con altre forme di incarico convenzionate, specificatamente con l'Assistenza Primaria, e con le attività territoriali programmate con conseguente rimodulazione delle ore di servizio I medici di C.A. partecipano a programmi di gestione degli Assistiti in A.D.P. (Assistenza Domiciliare Programmata) ed in A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) in accordo con i medici di Assistenza Primaria interessati e alle attività territoriali. E' opportuno che il PTD sia informatizzato e che il medico in servizio possa accedere, nella cartella clinica del paziente, alla scheda dei problemi ed a quella delle terapie in atto dei pazienti. L'attività ambulatoriale diurna data dai PTD uniformerà e raccoglierà in sé tutte le funzioni dei vari ambulatori disseminati sul territorio chiamati in modo diverso ed a diversa gestione: amb. dei codici bianchi (a gestione ospedaliera), ambulatori territoriali ad accesso diretto (medici di AP, cooperative), ambulatori strutturati di nucleo e porte medicalizzate (gestite dai NCP), ecc. E' opportuno che il PTD sia coadiuvato dal servizio infermieristico h12 e presidiato dal 118 (se non come base, come postazione di stand-by), in prospettiva si può pensare di dotare tale presidio di strumentazioni appropriate per accertamenti diagnostici, nonché degli ausili per dare risposte infermieristiche efficienti (medicazioni, terapie iniettive e infusionali, ecc.).

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome __Camanzi Maurizio _____

Indirizzo __Via Emilia 321 _____

Cap __40068_S.Lazzaro di Savena__Città __Bologna Provincia/AUSL_105_Recapito

telefonico._0516256258_____mail_maucaman@tin.it_____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	Progetto per il monitoraggio della funzionalità respiratoria e la diagnosi precoce della bpco in una popolazione a rischio.
Autori	→	Dott. Maurizio Camanzi
Indirizzo	→	San Lazzaro di Savena (Bo) Via Emilia 321
Testo	→	L bpco è una malattia quasi esclusivamente causata dal fumo(70-80%) che è in costante aumento sia per prevalenza che per mortalità in tutto il mondo.Problema sanitario e socioeconomico in quanto i pazienti affetti richiedono una assistenza prolungata sia ospedaliera che domiciliare.Pertanto la bpco e il fumo possono essere considerati campi di impegno paradigmatici per una medicina generale moderna che si fa carico del supporto psicologico e clinico continuo e prolungato nel tempo ai pazienti a rischio ,finalizzato alla cessazione del fumo, attraverso un processo di counselling clinico strumentale. I risultati attesi sono una sensibilizzazione dei soggetti a rischio,con presa di coscienza individuale dei danni fumo-correlati Criteri di arruolamento: Tutti i Pz fumatori di oltre 10 sigarette die e in particolare adolescenti e Pz fumatrici in stato di gravidanza. Criteri di esclusione :Pz che abbiano ricevuto una diagnosi di bpco,asma o altra malattia respiratoria ostruttiva . Per ogni Pz arruolato viene compilata una scheda di ingresso con 14 domande sullo stato di salute e il grado di esposizione al fumo +la visualizzazione del problema mediante le carte del rischio relativo e assoluto per maschi e femmine. Viene effettuata una spirometria da persona qualificata (nel nostro caso una collega MMg Pneumologa) . Se non si evidenzia compromissione della funzione respiratoria ,il Pz viene richiamato una volta all'anno per ripetere la procedura. Nel momento in cui si evidenzia un decadimento della funzione respiratoria , il Pz viene inviato presso un centro specialistico. Il Pz che non presenta decadimento funzionale ,dichiara la avvenuta cessazione dal fumo, viene richiamato a controllo per altri due anni. Indicatori. N.Pz arruolati e corrispondenti ai criteri; N.questionari correttamente eseguiti; N.Pz che rispondono ai richiami annuali; N.Pz che abbandonano il progetto, N.Pz che dichiarano riduzione o sospensione del fumo; N.diagnosi spirometriche di iniziale decadimento della funzione respiratoria; N.Pz inviati alle scuole anti fumo, N. Mmmg aderenti al progetto. Gli indicatori possono essere ricavati dall'utilizzo di un data base che contenga i principali campi previsti dal progetto. Incentivazione : Spirometria rimborsata come PPIP prevista dall'ACN in corso con costo determinato dagli AIR. Arruolamento con prima visita,somministrazione della scheda questionario e determinazione del rischio individuale assoluto e relativo + counselling Euro 100 Richiamo annuale con visita ,aggiornamento scheda + counselling Euro 50.

Regione Emilia Romagna
Prima Conferenza Regionale sulle Cure Primarie, 20 giugno 2008
Percorsi Clinico – Organizzativi e Strumenti Contrattuali per la gestione delle Cronicità

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Cavazza Gabriele

Indirizzo Via Castiglione n. 29

Cap .40124 Città Bologna Provincia/AUSL Azienda USL di Bologna

Recapito telefonico.051/6584816

E-mail gabriele.cavazza@ausl.bo.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	UN MODELLO DI ASSISTENZA INTEGRATA E CONTINUA AI PAZIENTI IN FASE TERMINALE
Autori	→	Gabriele Cavazza, Luigi Bertini, Rosanna Favato, Giovanni Frezza, Laura Lama, Andrea Martone, Maurizio Mineo, Isabella Seragnoli, Raffaella Stiassi, Danila Valenti, Fabio Maria Vespa, Gildino Farabegoli (+)
Indirizzo	→	Via Castiglione 29 – 40124 Bologna
Testo	→	Nel territorio dell’Azienda USL di Bologna svolgono attività assistenziale nei confronti dei malati in fase terminale numerosi soggetti: la Aziende USL territoriale e Ospedaliero Universitaria, i Medici di Medicina Generale, l’ANT e altre associazioni di volontariato, la Fondazione Isabella Seragnoli. La ricchezza dell’offerta delle cure palliative fa sì che già ora circa il 70% dei pazienti oncologici entrino nella rete assistenziale attraverso l’ADI o attraverso ANT o attraverso gli Hospice e le residenze protette. Il vantaggio qualitativo dell’entrata in rete può essere evidenziato dal fatto che la % di deceduti al proprio domicilio è più che doppia per i pazienti assistiti con programmi ADI e ANT rispetto a chi non ha avuto questo tipo di assistenza. A fronte di questi dati permane tuttavia la criticità di una scarsa integrazione tra i soggetti eroganti che costringe le famiglie a seguire in maniera esclusiva una tipologia assistenziale o l’altra con conseguente impossibilità di poter usufruire di tutti i vantaggi offerti da ciascuna. Inoltre è presente una insufficiente condivisione delle linee guida assistenziali e non vi è un progetto formativo organico. Un gruppo di lavoro, costituito dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, ha definito, in un documento sottoscritto dalle Aziende Sanitarie, da FIMMG, ANT, Ass. Nelson Frigatti, Fondazione Seragnoli, un progetto di miglioramento e integrazione che descrive un nuovo percorso assistenziale nel quale sono specificati i ruoli di tutti i soggetti partecipanti. Il percorso prevede le modalità di trasferimento dei pazienti dai reparti ospedalieri al Medico di famiglia e al Servizio Infermieristico per la definizione dei piani assistenziali personalizzati all’interno dei quali prevedere l’inserimento del volontariato e l’utilizzo per il sostegno della domiciliarità degli Hospice e della rete delle strutture delle cure intermedie. Inoltre è stato costituito un gruppo interistituzionale per il governo clinico: formazione, linee guida e informazione. Il gruppo ha il mandato di predisporre un programma formativo integrato per tutto il personale, pubblico e privato, che a vari livelli interviene nell’assistenza ai malati terminali, di monitorare l’applicazione di una linea guida condivisa sulla terapia del dolore e di predisporre strumenti informativi per le famiglie e la cittadinanza. In questo modo viene assicurata la collaborazione tra operatori SSN e il volontariato evitando ogni forma di competizione.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome _Giordani Rosanna_____

Indirizzo _via della Repubblica 11_____

Cap _40068_____ Città _San Lazzaro di Savena_ Provincia/AUSL_____ Bologna_____

Recapito telefonico._0516224252 3479603405_____ E-mail_____ r.giordani@ausl.bo.it_____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo

→

Assistenza Domiciliare Pediatrica: esperienza del Distretto Bo-S.Lazzaro.

Autori

→

R.Giordani*, C. Draghetti§, Alberta Grazia Piazzesi, F. Lodolini°, M.Colombo#.

Indirizzo

→

**U.O. Assistenza Domiciliare Area Dipartimentale Cure Primarie,§ Servizio Assistenza Tecnico Sanitaria e Riabilitativa° Area integrazione Socio-Sanitaria #Distretto di San Lazzaro di Savena*

Testo

→

La necessità di presa in carico delle disabilità, malattie rare e malattie croniche in età pediatrica è emersa sempre di più negli ultimi anni anche per il miglioramento delle possibilità terapeutiche e l'aumentata sopravvivenza di questi bambini. Una risposta nelle situazioni più gravi e complesse è stata trovata nell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) che ha affinità, ma anche differenze rispetto a quella dell'adulto; infatti il bambino ammalato è sempre o quasi, inserito in un contesto familiare di accudimento fisiologico che può però logorarsi in assistenze intensive che durano anni; spesso esiste la necessità di conoscere aspetti tecnici molto diversi da caso a caso (un numero relativamente piccolo di soggetti è affetto da un ampio ventaglio di patologie); il diverso approccio relazionale va modulato nei vari momenti dello sviluppo del bambino tenendo presente lo stress di una famiglia che deve affrontare una serie di cambiamenti di abitudini e di aspettative che spesso influiscono sui rapporti interni ed esterni al nucleo familiare stesso. L'U.O. di Assistenza Domiciliare del Distretto di San Lazzaro ha preso in carico dal 2003 ad oggi 16 casi in età evolutiva (0-18 anni) che hanno richiesto interventi sanitari e/o strumenti e tecniche complesse, con la finalità di renderne possibile la dimissione precoce e/o il mantenimento a domicilio, tenendo conto della qualità della vita delle famiglie coinvolte. Sono seguiti casi con necessità di supporto nutrizionale, assistenza respiratoria con apparecchiature di supporto e le cui condizioni richiedessero stretto monitoraggio del PLS/MMG, assistenza infermieristica e/o riabilitativa plurisettimanale, assistenza di base qualificata a supporto della famiglia, per periodi prolungati (da 3 mesi a molti anni). La segnalazione di questi casi viene fatta alla Centrale di Continuità Assistenziale (CCA) del Distretto principalmente dall'Ospedale o dai Centri di Cura Specialistici (dimissione protetta). La CCA individua i problemi principali, contatta il medico/pediatra di base e attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) supportata dal Responsabile Organizzativo di assistenza domiciliare e composta da PLS o MMG, Assistente Sociale dedicata, Infermiere domiciliare. Si elabora un piano assistenziale individuale (PAI) concordandolo con l'ospedale/ centro specialistico e individuando un case manager di riferimento; si programmano i tempi di verifica e una supervisione periodica del gruppo di lavoro con uno Psicologo/NPI; il PAI viene presentato alla famiglia, spesso insieme al referente ospedaliero del caso, per la condivisione. Un importante punto di forza è la collaborazione coi servizi di NPEE del territorio a cui afferiscono peraltro i terapisti della riabilitazione ed educatori che operano in età pediatrica. Dopo qualche anno di attività si sono evidenziati alcuni punti di forza.

- ✓ La costruzione di una rete trasversale a più servizi permette un "progetto" indipendentemente dalla collocazione funzionale dei servizi coinvolti e può fare reperire risorse a più vasto raggio.
- ✓ L'individuazione del case manager permette un raccordo tra gli operatori più efficace e facilita la collaborazione con i genitori.
- ✓ La supervisione periodica al gruppo di lavoro multidisciplinare permette una maggiore condivisione delle criticità da affrontare e un minore logorio degli operatori più a diretto contatto con il bambino e la sua famiglia (assistenti di base, educatori...)

Bibliografia:

Associazione Pediatria di Comunità "L'assistenza ai bambini e ragazzi con malattie croniche" Quaderni ACP vol. IX, n° 1; 56-58, 2002

R. Giordani et al.. "L'assistenza integrata al bambino malato cronico: il progetto della Regione Emilia Romagna" Medico e Bambino 4, 36-37, 1996

Law M, et al.. "Factors affecting family-centred service delivery for children with disabilities" Child Care Health Dev. 2003 Sep;29(5):357-66

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome ____ Marcaccio Maria Luisa _____

Indirizzo Via Montebello 6 Dipartimento Cure Primarie _____

Cap. 40121 _____ Città _____ Bologna _____ Provincia/AUSL BO – AUSL Bologna _____

Recapito telefonico. _____ 051/2869260 338 7299224 _____ E-mail ml.marcaccio@ausl.bo.it _____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	PERCORSO DI ASSISTENZA INTEGRATA PER IL DIABETE MELLITO TIPO 2
Autori	→	Commissione Diabetologica Azienda di Bologna: °Marcaccio M.L., °La Rovere L., °Zocchi D., °Tosetti C., °Pezzoli V. e altri °AUSL BOLOGNA °MMG
Indirizzo	→	Via Montebello 6 Bologna
Testo	→	Obiettivo generale del percorso è attuare un modello di gestione integrata di assistenza al paziente con diabete tipo 2 che coinvolga in maniera coordinata e motivata i Centri Specialistici Diabetologici del territorio e i Medici di Medicina Generale, declinando nello specifico attività, compiti e competenze dei professionisti secondo quanto riportato dalle "Linee Guida clinico-organizzative per il management del Diabete Mellito" della Regione Emilia-Romagna del marzo 2003 e nel contempo semplificando l'accesso sia a CSD che presso gli studi dei MMG. Tale percorso sostituisce i precedenti progetti di assistenza integrata delle 3 Aziende Sanitarie (Città di Bologna, Bologna Nord e Bologna Sud) dalla cui unione è nata l'Azienda ASL di Bologna, garantendo omogeneità di assistenza su tutto il territorio aziendale. Si parte dalla puntuale definizione dei criteri di eleggibilità ai fini del reclutamento: pazienti ambulatoriali affetti da DM non insulino-trattati, esenti da complicanze micro-macrovascolari o con complicanze lievi (che vengono puntualmente declinate). Sono ugualmente stabiliti precisi criteri di presa in carico temporanea da parte dei CSD e di passaggio in carico definitivo. I pazienti, reclutati direttamente dal MMG o segnalati dai CSD, vengono inseriti in un programma di monitoraggio trimestrale in ambulatori dedicati e con chiamata attiva da parte del proprio medico. Sono programmati a cadenza semestrale/annuale accertamenti laboratoristici e strumentali (ECG e FOO). In un NCP è stato sperimentato un percorso dedicato per l'effettuazione di ECG e FOO. L'integrazione con i CSD comprende varie tipologie di visita: programmata, non programmata non urgente, urgente differibile (a prenotazione CUP), urgenza 24 h (invio diretto). Per ciascuna tipologia di visita sono stati condivisi e definiti i criteri in base ai quali fare la relativa richiesta. Gli strumenti di comunicazione tra professionisti individuati e utilizzati sono il libretto personale e il referto specialistico. Il libretto personale deve essere compilato da tutti i professionisti coinvolti e contiene una parte informativa sul percorso rivolta al paziente cui, al momento del reclutamento, viene fatto sottoscrivere un modulo di "adesione informata" al percorso di monitoraggio proposto. Le figure professionali coinvolte sono di norma il medico di medicina generale e lo specialista diabetologo. In alcune realtà distrettuali (Centri di Medicina Generale) partecipano al percorso anche infermieri professionali e dietiste messe a disposizione dell'Azienda. E' stata sviluppata ed è in uso da qualche anno in tutti i distretti aziendali la rilevazione informatizzata dei medici aderenti al percorso, dei pazienti reclutati e degli accessi periodici presso gli ambulatori MMG. Tale sistema è interfacciabile con la banca dati dei farmaci, del laboratorio e della specialistica ambulatoriale, ai fini della verifica della completezza del percorso, nonché con la banca dati dei ricoveri. I Centri specialistici dispongono di diversi applicativi. E' allo studio l'ulteriore sviluppo del sistema informativo ai fini della corretta rilevazione degli indicatori di processo e di esito contenuti nelle citate Linee Guida regionali. Il sistema incentivante attuale prevede il pagamento dell'accesso trimestrale e di una quota legata al raggiungimento degli obiettivi individuali e di NCP legati alla completezza del percorso e ai valori di emoglobina glicata, per un massimo di € 33 ad accesso. Tale sistema è in corso di revisione nella trattativa finalizzata al rinnovo degli accordi Azienda-Sindacati. A sostegno del percorso, a cadenza biennale, sono organizzate iniziative di aggiornamento integrate a livello aziendale.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Marcaccio Maria Luisa

Indirizzo AUSL di Bologna - Dipartimento Cure Primarie, via Montebello n.6 –

Cap 40121 Città Bologna Provincia/AUSL Bologna

Recapito telefonico. 338 7299224_____E-mail ml.marcaccio@ausl.bologna.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	PROPOSTA DI UN NUOVO MODELLO FORMATIVO IN MEDICINA GENERALE: L'ESPERIENZA DEL CERIFORM NELL'AUSL DI BOLOGNA
Autori	→	°Tosetti C., °Nonino F., °Vignatelli L., °Capelli O., °Zocchi D., °Magrini N., °Marata A.M., * <u>Marcaccio M.L.</u> ; *Cavazza G., *Solfrini V.
Indirizzo	→	°MMG; °CeVEAS; *AUSL
Testo	→	Nel 2006 l'Azienda Sanitaria di Bologna ha sottoscritto un accordo con il Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria (CeVEAS) della AUSL di Modena e con i Medici di Medicina Generale (MMG) per promuovere programmi di miglioramento della efficacia e appropriatezza dei percorsi assistenziali nell'ambito delle cure primarie in un'ottica di integrazione ospedale/territorio. Tale accordo ha portato alla creazione di un Centro per la Ricerca e la Formazione in Medicina Generale (CERiForM) che prevede un supporto metodologico e di sintesi delle evidenze in eventi formativi definiti dalle Commissioni paritetiche aziendali. La metodologia proposta si basa su tre principi principali: 1) multidisciplinarietà e integrazione tra MMG e specialisti; 2) analisi della letteratura mediante revisioni sistematiche e valutazione critica in un formato accessibile ai MMG; 3) individuazione delle esigenze prioritarie per i MMG in ambito informativo e formativo. Obiettivo prioritario del CERiForM è la realizzazione di progetti formativi che vedano una partecipazione attiva dei MMG, sia nella individuazione degli argomenti oggetto di formazione, sia in quella di reperimento e organizzazione dei materiali didattici, favorendo un approccio integrato tra MMG, specialisti e metodologi. Nel periodo settembre-dicembre 2007 è stata realizzata la prima esperienza secondo questo modello sul tema "Diabete mellito tipo 2: ipoglicemizzanti orali e stili di vita", individuato come prioritario. Il materiale didattico prodotto con il supporto metodologico del CeVEAS è consistito in: 1) una revisione sistematica delle principali linee guida sul management del diabete; 2) una sintesi/confronto delle principali raccomandazioni delle linee guida reperite; 3) una serie di diapositive e stampati di sintesi delle evidenze disponibili; 4) la messa a punto di un caso clinico "guida" con lo scopo di consentire la contestualizzazione dei temi affrontati e la formulazione di domande specifiche da proporre agli specialisti, definendo i ruoli professionali nella gestione del paziente con diabete. Un MMG individuato come coordinatore aziendale del progetto formativo, oltre a partecipare attivamente alla produzione dei materiali didattici, ha garantito una loro condivisione da parte dei MMG referenti locali che hanno successivamente coordinato gli eventi formativi a livello distrettuale. Il programma formativo, il cui sistema incentivante era costituito dall'accreditamento ECM, si è sviluppato nel corso di 7 giornate, una per ciascun distretto dell'azienda USL di Bologna (due per il Distretto Città di Bologna), nel periodo compreso tra il 1 dicembre 2007 e il 16 febbraio 2008, coinvolgendo complessivamente tutti i medici di MMG. I dati di gradimento, raccolti attraverso le schede di accreditamento ECM, mostrano un complessivo apprezzamento del modello formativo proposto, soprattutto per quanto concerne il livello scientifico dei contenuti. L'esame delle criticità più frequentemente segnalate fa emergere la necessità di: 1) una completa disponibilità del materiale didattico anche per chi non ha partecipato agli eventi, 2) la produzione di un documento di sintesi finale e 3) un miglioramento della contestualizzazione locale nei rapporti tra MMG e specialisti. Questa prima esperienza, pur suscettibile di miglioramento, suggerisce la fattibilità, a livello provinciale, di un programma formativo mirato a: a) migliorare l'uso delle evidenze disponibili, in un formato accessibile ai MMG; b) individuare un metodo comune tra specialisti e MMG; c) individuare, in modo esplicito, i rapporti tra MMG/specialisti; d) valorizzare il ruolo della formazione e dell'audit come supporto a progetti aziendali di formazione e di miglioramento dell'assistenza.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Morini Mara

Indirizzo Via Mazzini 90

Cap .40046 Città Porretta Terme Provincia/AUSLAUSL Bologna

Recapito telefonico. 0534/20918 E-mail m.morini@ausl.bologna.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	TRATTAMENTO INTEGRATO DEI DISTURBI MENTALI NELLA MEDICINA GENERALE. IL PROGRAMMA REGIONALE G. LEGGIERI NELL'AUSL DI BOLOGNA
Autori	→	Mara Morini(Direttore Distretto Ausl Bo),Domenico Berardi (Psichiatra Università Bo), Alberto Serio (MMG Ausl Bo)
Indirizzo	→	AUSL Bologna Via Mazzini 90 Porretta Terme (BO)
Testo	→	Si riconosce (studi OMS) alla patologia mentale prevalenza molto alta, tanto che si stima la sola depressione, in termini di disabilità, poter passare dal quinto posto nel 1999 al secondo nel 2020. La maggior parte di questi pazienti si rivolge al proprio medico di medicina generale (mmg) e solo una quota minoritaria afferisce direttamente ai servizi psichiatrici (2%). Il 24% dei pazienti che giungono all'attenzione del mmg, presentano un disturbo psichiatrico qualificabile come depressione (prevalenza 10,4%) seguito da ansia (7,9%). L'ampiezza e la gravità del problema fin qui rappresentato hanno da tempo indotto il Sistema Sanitario Regionale a promuovere una più stretta collaborazione fra psichiatri e mmg: dal 2000 al 2002, servizi dedicati alla collaborazione; dal 2003 al 2006, con la nascita del Programma Regionale intitolato a Giuseppe Leggieri, integrazione organizzativa e capillarizzazione; dal 2007 al 2010, integrazione professionale: nuclei delle cure primarie e modello "Stepped care". L'Ausl di Bologna ha applicato queste indicazioni istituendo un gruppo di progetto composto da rappresentanti dei sistemi delle cure primarie e della salute mentale, con il supporto dell'Università che dal 2006 ad oggi coordina obiettivi ed attività per portare a sistema l'integrazione organizzativa e professionale a sostegno del Programma. Il percorso avviato tende al superamento delle iniziative intraprese da tempo in modo spontaneo e volontaristico, soprattutto da coloro che per attitudine, propensione e sensibilità hanno avvertito la gravità del problema. Gli strumenti individuati per la realizzazione della integrazione organizzativa sono stati: - la formalizzazione di una commissione multiprofessionale per ciascuno dei sei distretti (mmg, psichiatri, infermieri dei CSM e dei Dipartimenti Cure Primarie (DCP), medici del DCP) con l'impegno di rivedere protocolli e procedure in essere e realizzare percorsi di cura condivisi; - la definizione di uno psichiatra di riferimento per almeno 1NCP per ciascun distretto, Nel 2007 sono stati individuati i referenti in 20 dei 41NCP (50%) dell'azienda: 3/18 a Bologna, 4/4 a Casalecchio , 2/8 a Pianura Est, 5/5 a Pianura Ovest, 3/3 a Porretta T.e 3/3 a S.Lazzaro. Per quanto riguarda l'integrazione professionale si è proceduto alla realizzazione di: - momenti di formazione congiunta in piccoli gruppi: associazioni di mmg e/o nuclei delle cure primarie (NCP) per confrontarsi su casi clinici e far crescere la cultura della integrazione professionale e l'acquisizione di capacità di diagnosi precoce dei Disturbi Psichiatrici Comuni. Nel 2006 è stato realizzato almeno un corso in ciascun distretto per un totale di 10 giornate di formazione con queste caratteristiche; - incontri di audit tra mmg del NCP e psichiatra di riferimento per un totale di 34 riunioni nel 2007. Nei nuclei con psichiatra di riferimento viene applicato il percorso di cura per livelli di intensità assistenziale secondo il modello della "stepped care",in coerenza con le Linee Guida NICE, che vede per tipologia di percorso una presa in cura diretta del mmg(livelloA) o condivisa con lo psichiatra (livelloB) fino alla presa in cura solo da parte dello specialista. Nel corso del 2008 ci aspettiamo di rilevare il numero di interventi realizzati per ciascun livello di cura. <u>Conclusioni</u> : i problemi di salute pubblica , fra i quali vanno certamente a comprendersi i Temi, di riconosciuta rilevanza, affrontati dal programma Leggieri, possono più facilmente trovare adeguate risposte attraverso interventi di integrazione professionale, ove percorsi formativi congiunti rappresentano prezioso manifesto valore aggiunto .

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Ruvinetti Marzio

Indirizzo Via Montebello n. 6

Cap .40121 Città Bologna Provincia/AUSL (Bo) Azienda USL di Bologna

Recapito telefonico.051/2869290 E-mail marzio.ruvinetti@ausl.bo.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE NELLE DIMISSIONI PROTETTE
Autori	→	<u>Marzio Ruvinetti</u> , Gabriele Cavazza, Maria Luisa Marcaccio, Mauria Rambaldi
Indirizzo	→	Via Montebello 6 Bologna
Testo	→	La strategia dell'Ausl di Bologna adotta un approccio sistemico e di condivisione, che si basa sul potenziamento delle Cure Primarie e per orientare l'assistenza verso la cultura della presa in carico e della rete dei servizi, affinché non vi sia soluzione di continuità della cura nelle situazioni di bisogno. Il percorso "Dimissioni Protette" si pone come un momento di realizzazione della strategia sopra citata perché definisce un percorso condiviso e coerente di presa in carico multidisciplinare dei pazienti, in cui sono organizzate azioni e responsabilità. Il sistema di comunicazione con il quale sono trasmesse tutte le segnalazioni di dimissione protetta è riconosciuto come "strumento ufficiale" della comunicazione tra ospedale e territorio. Il reparto ospedaliero invia, via web, la segnalazione di dimissione mediante un modello informatizzato unico interaziendale condiviso, predisposto per essere compatibile con i sistemi informativi territoriali di assistenza domiciliare e sociale (Garsia Adi e Garsia accesso), il che consente al reparto, in tempo reale, di verificare tempi e modi della presa in carico del territorio e procedere ad una dimissione in sicurezza. Ogni Distretto ha organizzato un punto di riferimento, "Centrale di continuità Ospedale / Territorio", che prevede la disponibilità di : un referente infermieristico, per il governo del percorso assistenziale della segnalazione; un assistente sociale, per il percorso di sostegno e per i rapporti con gli sportelli sociali dei comuni; un medico di organizzazione per il riferimento ai percorsi della medicina generale La centrale ha le funzioni di : • informazione e consulenza alle unità assistenziali ospedaliere che dimettono, sulle offerte assistenziali e di sostegno del Distretto, supporto al superamento di eventuali criticità dei percorsi (mantenendo il telefono distrettuale di riferimento da tempo attivo) • prima analisi dei bisogni evidenziati nella scheda informatizzata ricevuta, facilitazione dei percorsi di accesso alla rete dei servizi territoriali • attivazione dei percorsi trasversali (coinvolgimento del MMG, rapporto con protesica e punto di valutazione fisioterapia, informazione al MMG, etc..) • verifica della adeguatezza e della tempistica degli interventi predisposti • trasmissione con rapidità e senza margine di errore della scheda informatizzata, di segnalazione dell'ospedale e degli interventi predisposti, ai servizi dello specifico territorio per l'accesso a domicilio, e dell'informazione di esito all'ospedale • eventuale inserimento della persona in percorsi sperimentali attivati a livello distrettuale o aziendale, anche in collaborazione con il privato e/o volontariato (es. E-Care) E' previsto che il Medico di organizzazione, l'Infermiere, l'Assistente Sociale, il Fisioterapista e/ l'Operatore referente per la protesica, che afferiscono a ciascuna Centrale di Continuità Ospedale-Territorio del Distretto, si incontrino, con cadenza preordinata (in base alla numerosità e complessità dei casi, di norma ogni settimana), per affrontare eventuali criticità nelle prese in carico e nei rapporti con le strutture ospedaliere ed individuare le possibili soluzioni.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome SANDRI SANDRA

Indirizzo Via del Seminario, 1- (Bologna)

Cap 40068 Città _____ San Lazzaro di Savena Provincia/AUSL _____ BOLOGNA _____

Recapito telefonico. 0516224407- 3483820684 _____ E-mail Sandra.Sandri@ausl.bologna.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	Assistenza Domiciliare per i bambini con grave malattia cronica: esperienze e prospettive nel territorio bolognese
Autori	<u>Sandra Sandri</u> , Rosanna Giordani, M.C.Garavini* M.L. Marcaccio, G.Cavazza°
Indirizzo	Dipartimento Cure Primarie AUSL di Bologna, *Programma Salute Donna, Infanzia e adolescenza °Direzione Sanitaria-AUSL di Bologna
Testo	Nell'infanzia le malattie croniche sono costituite da un ampio gruppo di patologie riguardanti un numero ridotto di bambini (estrema variabilità e bassa numerosità) Così come nell'adulto, anche in età pediatrica sono identificabili diversi livelli di complessità assistenziale: bassa, media ed alta che hanno, rispetto all'adulto, caratteristiche diverse sia per la malattia che per il ruolo della famiglia. Negli ultimi anni, nell'Azienda USL di Bolognai si è cercato di strutturare una risposta assistenziale soprattutto per i casi più complessi. Abbiamo definito ad Alta Complessità Assistenziale i bambini le cui condizioni cliniche, pur stabilizzate, richiedono supporti assistenziali respiratori e/o nutrizionali con strumentazioni invasive (es. intubazione tracheale, alimentazione parenterale, alimentazione enterale per via gastrostomica, inserimento catetere venoso centrale) e monitoraggio del PLS/MMG, assistenza infermieristica e/o riabilitativa plurisettimanale, e, soprattutto, assistenza di base continuativa per periodi prolungati a domicilio. Dal 1994 al 2006 sono stati seguiti, in due distretti della AUSL di Bologna, 26 di questi bambini, presi in carico in un'età compresa tra pochi mesi e 16 anni; la maggior parte dei quadri clinici è riconducibile a patologie correlate alla nascita (grave prematurità, encefalopatia ipossico-ischemica, malformazioni congenite, etc.) o a malattie neurodegenerative, metaboliche e genetiche con una sopravvivenza spesso di anni. La gestione di questi bambini, sostenuta completamente dalla famiglia, ha, però evidenziato la necessità di ricoveri di sollievo a supporto della famiglia stessa sia in fase di progressione e/o in fase terminale della malattia, sia in momenti in cui è necessario un alleggerimento temporaneo del carico assistenziale per problemi intercorrenti familiari. Tali ricoveri, richiederebbero l'esistenza di un Centro Residenziale di cure palliative per l'età pediatrica che garantisca un'adeguata assistenza sanitaria modulata sui bisogni specifici del minore nel rispetto della sua persona, cultura, educazione e legami parentali. Il centro dovrebbe costituire il nodo di ricovero della rete delle cure palliative per i minori ed operare in stretta integrazione con la rete delle cure domiciliari distrettuali offrendo setting assistenziali diversificati in rapporto ai bisogni del bambino. <u>Conclusioni</u> Obiettivo prioritario della cura di un bambino con malattia incurabile è poter garantire a lui e alla sua famiglia una soddisfacente qualità di vita e il domicilio rappresenta, nella maggior parte dei casi, il luogo ideale per l'assistenza e la cura. In alcune situazioni, per la complessità delle prestazioni sanitarie o per l'impossibilità/incapacità della famiglia a gestire a domicilio il proprio figlio, soprattutto nella fase di terminalità, è importante prevedere un'assistenza residenziale. <u>Bibliografia</u> - Cure palliative rivolte al neonato, bambino e adolescente.- Documento tecnico Commissione per le Cure Palliative Pediatriche- Ministero della Salute (dicembre 2006) - Accordo Conferenza Stato-Regioni (giugno 2007) sulle cure palliative pediatriche - Commissione nazionale per la definizione e aggiornamento dei LEA (maggio 2007) - Promozione e tutela della salute delle donne e dei bambini. Ministero della Salute - Documento tecnico Cure Palliative Pediatriche- Accordo Conferenza Stato-Regioni (20 marzo 2008)

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome SERIO ALBERTO _____

Indirizzo PASS. PALATUCCI 1 _____

Cap . 40139 _____ Città BOLOGNA _____ Provincia/AUSL BO/105 _____

Recapito telefonico. _____ 3334254146 _____ E-mail serioalb@libero.it _____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	PROGETTO DI INTEGRAZIONE PROFESSIONALE "PAD-5"
Autori	→	Dr. Serio Alberto ed al.
Indirizzo	→	<i>Pass. Palatucci 1 BOLOGNA</i>
Testo	→	MOTIVAZIONI : il PAD-5 (ECG + Fundus Oculi), costituisce un momento (annuale) di monitoraggio , nell’ambito del “PROGETTO DIABETE”, percorso di assistenza ai Pz. affetti da diabete mellito tipo due non complicato nella ASL di Bologna. L’idea progettuale nasce dall’osservazione che l’accesso al PAD-5 comporta disagi , lamentati dagli Utenti, di tipo logistico ed organizzativo, e talora problematiche di tempistica, per cui il Nucleo delle cure primarie (NCP) Savena-2 di Bologna si dispone a costruire un Percorso Clinico-Organizzativo facilitante. OBIETTIVI : il progetto ideato PAD-5 si propone attraverso l’interazione professionale tra MMG e Specialisti Territoriali di fornire una migliore assistenza e di perseguire equità di accesso alle cure più appropriate coniugando efficienza clinica e beneficio sociale, valorizzando al contempo professionalità territoriali. METODO : In Struttura ASL, con strumentazione ASL, senza apporto infermieristico, attraverso appuntamenti fissati telefonicamente da Segreteria dedicata, a cura MMG, non CUP, i Pazienti coinvolti (riferiti a bacino di Utenza NCP), fruiscono di esame ECG (da parte di MMG) e di esame F.O. (da parte di Oculista territoriale), contestualmente refertati. RISULTATI : nei 24 mesi di sperimentazione (con la partecipazione di 10 MMG del NCP Savena-2) sono stati effettuati 370 PAD-5 (ECG eseguiti e refertati dai MMG Dr. Serio A., Dr. Marinò V.+ F.O. Da Dr. De Sanctis P.) Il livello di gradimento, testato da apposito questionario, è risultato altissimo (100%), sia nei confronti degli Operatori, che per gli aspetti organizzativi. INCENTIVI : previsto un sistema di corresponsione delle prestazioni MMG (3 ECG/h) e di incentivazione degli “invii” con premio per obiettivo individuale raggiunto (70% diabetici arruolati); inoltre incentivazioni culturali formative. CONCLUSIONI : si evince come la valorizzazione delle Competenze di MMG con “interessi specifici” possa rappresentare risorsa vantaggiosamente fruibile nelle CURE PRIMARIE, dove per il Sistema Sanitario i processi di integrazione fra Professionisti risultano premianti.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome **Silvestro Annalisa**

Indirizzo **Via Castiglione, 29**

Cap **40124**

Città **Bologna**

AUSL di Bologna

Recapito telefonico. **051 – 6584893**

E-mail **a.silvestro@ausl.bologna.it**

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	Lo sviluppo delle Cure Primarie e l'Infermiere di Famiglia (IdF).
Autori	→	<u>Annalisa Silvestro</u> , G. Grassi Pirrone, G. Comellini, F. Franchi, M. Melloni, M.C. Pirazzini, M. Petroni, L. Rovinetti, M. Ruvinetti.
Indirizzo	→	Via Castiglione, 29 - 40124 Bologna
Testo	→	Il progetto si inserisce all'interno dell'obiettivo più generale di ampliamento e sviluppo delle cure e dell'assistenza territoriale finalizzato a migliorare la risposta sanitaria e socio-sanitaria ai bisogni delle fasce deboli e fragili della popolazione, tra cui gli anziani affetti da patologie cronico-degenerative, i portatori di handicap, le persone in terminalità di vita. In particolare l'Azienda USL di Bologna aderendo agli indirizzi regionali e nazionali sulle "Cure Primarie" ha deciso di strutturare e consolidare i Nuclei di Cure Primarie (NCP) riqualificandone obiettivi e modalità di funzionamento. Gli obiettivi principali riguardano la garanzia della presa in carico della persona e della sua famiglia e la continuità delle cure; la definizione della funzione e del ruolo dell'IdF all'interno dei NCP; l'avvio di un nuovo modello assistenziale ed organizzativo nell'ambito dei Distretti, attraverso il superamento di un sistema assistenziale prestazionale e frammentato. L'IdF in stretta collaborazione col MMG, aiuta il paziente e la sua famiglia ad adattarsi ad una condizione di malattia e disabilità cronica, garantisce la continuità assistenziale, la presa in carico, l'adesione al piano di cura e di assistenza, facilita il raccordo e l'integrazione dei professionisti coinvolti nel processo di cura. Le azioni dell'IdF sono rivolte sia in ambito domiciliare che ambulatoriale all'interno dei NCP, strutture al tempo stesso concrete e virtuali, dove accanto alla valutazione medica ed al trattamento clinico si affiancano la rilevazione del bisogno di assistenza la pianificazione e l'intervento infermieristico e degli altri operatori socio-sanitari secondo la metodologia dell'analisi multidisciplinare e dell'integrazione professionale. La funzione infermieristica, nell'ambito delle cure primarie, si inserisce in un modello articolato su due tipologie assistenziali: - l'assistenza generale - l'assistenza specifica L'IdF in quanto infermiere "generalista", fornisce la "prima risposta" al cittadino e alla sua famiglia, governa la rilevazione e valutazione dei bisogni di salute, la pianificazione e soddisfazione dei bisogni dell'assistito anche attraverso l'attivazione delle professionalità necessarie, garantendo la corretta applicazione delle procedure diagnostico-terapeutiche. Realizza inoltre interventi informativi e di counselling orientando all'appropriato utilizzo dell'offerta dei servizi. L'assistenza specifica viene invece garantita, in logica multidisciplinare dai diversi professionisti che operano nell'intero territorio. I professionisti che possono essere coinvolti nel progetto assistenziale sono: Assistenti Sanitari, Assistenti Sociali, Educatori Professionali, Fisioterapisti, Infermieri, Medici specialisti, Ostetriche. Il progetto ha già attivato una sua prima declinazione nell'ambito di un NCP nei 6 Distretti dell'AUSL di Bologna. Il gruppo di progetto coordinato a livello Aziendale ha proceduto a definire il percorso metodologico che caratterizza la sperimentazione ed in particolare: - la definizione delle popolazioni target che in accordo con i MMG ha preso a riferimento gli anziani fragili e le dimissioni protette - - l'articolazione del modello organizzativo con l'individuazione delle risorse da destinare alla sperimentazione e alla definizione degli strumenti assistenziali; - la definizione e mappatura delle competenze professionali prevalenti nonché degli interventi formativi da porre in essere; - la simulazione dei primi indicatori di processo ed esito che consentiranno il completamento delle sperimentazioni dei primi nuclei nonché la loro estensione. - l'inserimento del progetto nei percorsi di incentivazione nell'area "innovazione di sistema".

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Spinnato Luigi
Indirizzo Via Stracciari, 7
Cap .40141 Città Bologna Provincia/AUSL-Bologna
Recapito telefonico: 335 56 39 704 - 051 482692 E-mail: lspinnat@tin.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	PIN (Progetto Informatico nel NCP)
Autori	→	METODI ORGANIZZATIVI INTEGRATI IN UN NUOVO MODELLO DI FORMAZIONE Maria Grazia Bedetti*, Franco Bertocchi*, Viviana Bianchi*, Patrizia Masoni*, <u>Luigi Spinnato**</u> , Raffaella Stiassi*, Donato Zocchi** (*= DCP AUSL Bologna, **= MMG)
Indirizzo	→	Dipartimento Cure Primarie AUSL BOLOGNA
Testo	→	Nell'AUSL di Bologna (2006/07) si è sperimentato con successo il progetto di formazione "PIN" sull'Informatica Medica che coinvolse 486 MMG (74%), volto ad ottenere performance informatiche con standard adeguati alle loro esigenze assistenziali, di raccolta dei dati, di ricerca clinica e di comunicazione con altri operatori sanitari. A livello del NCP l'obiettivo era di promuovere la collaborazione operativa dei MMG per favorirne l'integrazione e di conseguenza il consolidamento del NCP. Si intendeva anche migliorare la corrispondenza delle attività didattiche ai bisogni formativi e a conferire ai medici Autonomia e Responsabilizzazione nella scelta e gestione delle stesse, fattori determinanti per la Motivazione all'Apprendimento ed al Cambiamento dell'Adulto. Per tali scopi si adottarono peculiari Metodi Organizzativi che strutturarono l'intero processo di formazione integrandolo e di fatto qualificandolo. I principali elementi strutturanti furono: ► Tavolo Tecnico Centrale per il coordinamento generale e l'elaborazione dei risultati ► Formazione di Gruppi di Apprendimento, corrispondenti ai MMG Aderenti del NCP ► Identificazione in ogni NCP della figura del MMG Referente-Informatico per coordinare la formazione del proprio NCP rispettando i reali bisogni formativi di ogni MMG ► Formazione di medici, provenienti dalla Continuità Assistenziale o dal Corso di Medicina Generale, con finalità di supporto (addestramento ed affiancamento): i Tutor-Informatici ► Valutazione finale solo sul risultato e non sul percorso ► Sistema Incentivante l'adesione, volontaria, e Premiante i risultati ► Presenza di Obiettivi e Premi di Gruppo ► Fondo Formativo, predisposto in ogni NCP per sostenerne le spese formative, ed il cui eventuale residuo sarebbe stato distribuito ai MMG solo in caso di successo del NCP. I risultati finali sono positivi nei numeri (74% di successo dei singoli MMG e 76% dei NCP) e nel gradimento (dal questionario finale, anonimo, si evidenzia il netto gradimento dei principi e metodi ispiratori del PIN). Il successo della funzione del Referente-Informatico viene confermata dall'assenza di differenza di risultato fra le varie tecniche didattiche scelte dai MMG, che depone per una loro oculata e personalizzata scelta. Si estrapola il Modello Organizzativo di questa esperienza, presentandolo in una forma generica, per mostrarne le potenzialità anche nella creazione di Percorsi Clinici ed Assistenziali che prevedano l'Integrazione Operativa di diverse tipologie di operatori : L'unità elementare del modello è un gruppo di MMG organizzati come Independent Project Team, valutato sul raggiungimento di obiettivi formativi, coordinato da un medico del Team esperto nella materia oggetto della formazione, il Referente di Progetto, che guida i colleghi, sulla base di svariate verifiche, con tecniche di coaching nella scelta delle attività formative necessarie. Un Gruppo di Coordinamento Centrale, composto da Medici d'Organizzazione ASL, MMG Animatori e Specialisti locali di riferimento, ha il compito di formulare la Job Description dell'Attività (anche per eventuali Percorsi Assistenziali Integrati), la scelta degli Obiettivi di Esito con i Criteri di Valutazione, la formazione dei Referenti con Tutor a loro supporto, l'organizzazione di Corsi di Aggiornamento e di supporti tecnici e formativi.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Stefanini Alberto _____

Indirizzo Via Emilia 237

Cap. 40068 S.Lazzaro di Savena_Bologna AUSL 105

Recapito telefonico 0516279611 E-mail alberto.stefanini@libero.it _____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	Individuazione delle dilatazioni dell'aorta addominale in una coorte di soggetti in età compresa fra i 65 e 74 anni: studio pilota di ecografia "generalista" nel gruppo di medicina generale "Nuova Medicina".
Autori	→	Dott. Alberto Stefanini, Dott.ssa Laura Baraldini,
Indirizzo	→	San Lazzaro di Savena Via Emilia 237
Testo	→	Azione di "medicina d'iniziativa" volta a coniugare le potenzialità diagnostiche in campo ecografico della medicina di famiglia con la patologia ateromastica dell'aorta addominale in una fascia di popolazione a più elevata incidenza d'evento per età. In Italia l'aneurisma dell'aorta è la 12° causa di morte con una incidenza del 2-4% (3,2% della popolazione tra i 60 e gli 85 anni studiati ecograficamente); dato in incremento in quanto età-correlato. L'applicazione della diagnostica ecografia dell'aorta addominale alla popolazione afferente ad uno studio di medicina di famiglia di gruppo consente di sottoporre all'indagine un numero elevato di soggetti in termini percentuali grazie al rapporto fiduciale esistente fra paziente e medico generalista. Le evidenze recenti (Chocrairie Library) dimostrano che la esecuzione nel corso della vita di una sola indagine ecografia dell'aorta addominale è predittiva dello sviluppo o meno di un aneurisma. L'età utile indicata per tale indagine è 65 anni. L'individuazione di alterazioni della parete arteriosa consente di inviare precocemente i soggetti interessati ad una valutazione chirurgica, con risparmio di eventi acuti e/o messa in atto di azioni atte a rallentare la progressione della lesione (abolizione del fumo, controllo pressorio, ecc.). Il progetto conferma la cultura della prevenzione e rafforza la percezione negli utenti dell'attenzione delle istituzioni alla tutela della salute, definendo strumenti innovativi di indagine calati nella realtà di una medicina di famiglia aggiornata culturalmente, tecnologicamente evoluta e quindi valorizzata. E' previsto l'arruolamento della popolazione target, individuata dai tabulati del distretto, mediante chiamata diretta da parte del proprio medico di famiglia. Il paziente verrà sottoposto ad ecografia in orari dedicati nella sede del gruppo. I dati tecnici della strumentazione utilizzata e la tecnica di esame, validata dalle linee guida, sono indicate in calce al progetto. Ad esame effettuato sarà rilasciata documentazione cartacea ed iconografica con i dati morfometrici utili. In caso di rilievo di anomalia vascolare è previsto l'invio presso strutture territoriali specialistiche. I risultati attesi sono: Riduzione della morbilità e mortalità per complicanze di aneurisma della aorta addominale e dei relativi costi sociali ed economici. Contenimento del ricorso alle strutture diagnostiche di secondo livello per l'effettuazione di tale esame. Incremento della visibilità scientifica e politico-organizzativa nei riguardi della popolazione di riferimento. Verifica della coerenza dei dati rilevati (incidenza di patologia) con quelli della letteratura e valutazione degli scostamenti statistici propri della popolazione dei nostri assistiti. Indicatori utili: N. di soggetti arruolati/ n. di soggetti arruolabili; N. di alterazioni vascolari individuate; Scostamento del N. di casi diagnosticati dai valori attesi della letteratura; Riduzione dell'incidenza di complicanze per patologia aneurismatica dell'aorta addominale. Il sistema incentivante può derivare dal fatto che l'ecografia generalista, collegata a progetti definiti, è stata inserita negli accordi regionali della RER per la medicina di base e conseguentemente tariffata.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Toni Luisa

Indirizzo Via Gramsci 12 AUSL Bologna - Dipartimento Farmaceutico

Cap 40121 Città Bologna

Recapito telefonico. 3485700207

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	INFORMAZIONE INDIPENDENTE, FARMACISTA FACILITATORE E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: UN'ESPERIENZA QUINQUENNALE CON I NUCLEI DI CURE PRIMARIE
Autori	→	NELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA °Toni L., °Magrini N., °Marata A.M., °Formoso G., °Capelli O., °Solfrini V., °Cavazza G., °Marcaccio M.L.
Indirizzo	→	°Az Usl di BO, °Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria (CeVEAS)
Testo	→	Il progetto "Informazione Indipendente – Farmacista Facilitatore (IIF)" è un intervento educativo complesso (<i>multifaceted intervention</i>) sviluppato a Modena dal 2001, contestualmente alla nascita dei NCP con l'obiettivo di fornire una serie di informazioni (sintesi critica di alcuni studi ritenuti rilevanti per la pratica clinica, confronto fra le raccomandazioni delle principali linee guida, decisioni di organi regolatori, ecc.) allo scopo di favorire un confronto fra pari su argomenti di interesse clinico. Dal 2004 il progetto è stato esteso alla provincia di Bologna (inizialmente alle tre Aziende territoriali e successivamente continuato nell'Azienda Usl di Bologna). L'intervento avviene attraverso incontri periodici (attualmente 2 cicli all'anno) nell'ambito dei NCP (<i>outreach visits</i>), condotti dal farmacista facilitatore in collaborazione col coordinatore del NCP in cui vengono presentati i report di prescrizione, i pacchetti informativi CeVEAS basandosi anche sulla presentazione e discussione di casi clinici. La preparazione di ogni ciclo di incontri si articola in 4 momenti: 1. la preparazione di materiale informativo ad hoc, su specifici argomenti clinici (ad oggi il CeVEAS ha elaborato 24 pacchetti informativi, liberamente disponibili sul sito www.ceveas.it); 2. la produzione di reportistiche di consumo farmaceutico, come audit ("<i>Audit & feedback</i>"); 3. la formazione di farmacisti facilitatori; 4. la formazione dei Coordinatori di NCP. Dal 2004 ad oggi sono stati eseguiti 10 moduli formativi per i farmacisti facilitatori e sono stati realizzati circa 300 incontri, accreditati ECM come eventi formativi. Sono stati inoltre realizzati 20 incontri formativi sui pacchetti informativi (con cadenza semestrale) per i Coordinatori dei NCP e gli Animatori di Formazione per un maggiore coinvolgimento dei MMG negli incontri a piccoli gruppi. I risultati sulla prescrizione osservati in questi anni, in modo non controllato, evidenziano variazioni assolute dal 4 al 10% rispetto ad altre realtà. Nel corso del 2007 il progetto IIF è stato integrato in uno studio randomizzato a cluster finanziato dall'AIFA (studio InFANT) a cui l'Azienda Usl di Bologna ha partecipato. L'obiettivo principale dello studio INFANT era quello di valutare attraverso uno studio randomizzato controllato l'impatto nella realtà italiana di questi interventi formativi complessi. Lo studio ha coinvolto 115 NCP della Regione Emilia Romagna per complessivi 1750 MMG. I nuclei dell'Az. Usl di Bologna sono stati 40 e hanno partecipato agli incontri 479 MMG. I risultati dello studio saranno disponibili nella seconda metà del 2008. Sia nella fase di preparazione dei pacchetti informativi, sia durante gli incontri nei NCP sarebbe auspicabile un maggior confronto con gli specialisti ospedalieri e/o ambulatoriali allo scopo di favorire una maggiore integrazione tra Ospedale e Territorio.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Zanetidou Stamatula

Indirizzo Servizio di Consulenza per i MMG(Psichiatria di Consulenza), vile Pepoli 5

Cap 40123 _____ Città Bologna _____ Provincia/AUSL _____ Bologna _____

Recapito telefonico.051 6584111(centralino)_3471320446 _____ E-mail.ten7015 @fastwebnet.it _____

Sottolineare il "Primo Autore"

"Una fiaba per i nonni e.... viceversa", un progetto terapeutico-riabilitativo per la depressione geriatrica

Zanetidou S., Marcaccio M.L., Argnani P.,Belvederi Murri M. ,Boschi M.,Casarini P,Nieddu A.,Ricci R., Ruffilli I.,Tam E.,Tozzi R.,Trevisani F.,Turchi S.,Parisini M..et altri

" Questa scienza , o re -disse Theuth a proposito dell'alfabeto-
rendera' gli egiziani piu' sapienti e arricchira' la loro memoria,
perche' questa scoperta è una medicina per la sapienza e la memoria"

Fedro

Platone

Introduzione: la popolazione anziana, fortemente rappresentata in Italia, presenta un'incidenza elevata di depressione. Ad essa si associano frequenti problematiche di isolamento sociale, comorbidità fisica e disabilità che ne favoriscono la cronicizzazione.

Obbiettivi: il progetto si fonda su un approccio alle persone mirato al recupero delle relazioni tra le generazioni riavvicinando il mondo degli anziani e dei giovani. La ricostruzione dei rapporti umani viene intesa come elemento centrale per contrastare aspetti di isolamento e povertà relazionali, in un'ottica di intervento psicosomatica.

Metodologia: Il progetto "Una fiaba per i nonni e... viceversa" è attivo da cinque anni e ha integrato l'attività di diverse istituzioni: Dipartimento di Cure Primarie, Pediatria di Comunità, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Sanità Pubblica, Scuole Medie e Servizi Sociali. Esso ha promosso attività destinate ai pazienti ed alle diverse figure professionali coinvolte. Il trattamento psicoterapico di " lettura specializzata" di gruppo ha permesso di affrontare in modo specifico diversi aspetti clinici rilevanti del disturbo depressivo, in un ambito di supervisione e monitoraggio clinico specialistico. Mediante la lettura di fiabe, scritte per i pazienti da parte di studenti delle scuole medie e la partecipazione ad attività ricreative con loro, si è tentato di ristabilire la comunicazione tra generazioni diverse, utilizzando strumenti a valenza preventiva, terapeutica e riabilitativa. Ad esso è stato successivamente integrato un programma di attività fisica, mirato alla riduzione delle disabilità croniche, personalizzando gli esercizi in base alle comorbidità e limitazioni funzionali dei pazienti. Per diversi pazienti è stato possibile valutare indici di esito: sono state somministrate scale di valutazione per la depressione geriatrica (GDS), per lo stato di salute (SF-36), ed indici di funzionalità cardiovascolare (6-minute walking test, Heart Rate Variability). Il progetto è stato realizzato attraverso alcuni incontri formativi con i MMG e geriatri ed un convegno internazionale incentrati su diversi aspetti della gestione interdisciplinare dell'anziano "fragile". Sono stati inoltre attivati numerosi canali formativi con le insegnanti ,le assistenti sociali e famigliari dei pazienti.(prevenzione primaria) Decisivo il contributo economico seppure modesto della Fondazione della Cassa di Risparmio di Bologna e delle Farmacie Comunali

Risultati: Il progetto ha visto la partecipazione di oltre mille ragazzi delle scuole Medie della città al premio "R. Spongano", istituito in ricordo di uno dei fondatori del progetto ed italianista di fama internazionale, che hanno prodotto fiabe, poesie, racconti, melologhi, filmati. Nel corso dei cinque anni del progetto si è assistito al miglioramento delle condizioni psicofisiche e ad una riduzione dei livelli di disabilità di circa 150 pazienti partecipanti, con conseguente riduzione dei dosaggi dei farmaci, del numero delle visite presso il MMG o specialistiche ed anche dei ricoveri in geriatria per diversi pazienti, nonostante l'incidenza di eventi di vita negativi. I livelli di soddisfazione per le attività sono stati alti e gli stessi anziani in un circuito virtuoso hanno prodotto essi stessi scritti di vario genere, rappresentazioni teatrali e musicali.

Conclusioni: Il progetto "Una fiaba per i nonni e... viceversa" ha portato ad un miglioramento della sintomatologia depressiva e della disabilità dei pazienti ed ha fatto riscontrare alti livelli di soddisfazione. Le attività svolte hanno consentito un'efficace misura terapeutico-riabilitativa nei confronti del disturbo depressivo soprattutto a livello delle capacità relazionali e comunicative, sull'anedonia (incapacità di provare piacere nello svolgere le attività preferite) e sul ritiro sociale ..

In allegato due presentazioni della prima e della seconda fase del progetto

Zanetidou S., Boschi M. Dip. Psichiatria, AUSL di Bologna, Belvederi Murri M. Specializzando Psichiatria, Università di Bologna.

Marcaccio M.L., Direttore Dip. Cure Primarie, AUSL di Bologna, Argenti P., Ricci R. (pediatra), Medici dell'organizzazione Dip. C.P., AUSL di Bologna, Casarini P., Tozzi R., Nieddu A., MMG, Dip. C.P., AUSL di Bologna

Ruffilli L., pediatra, Bologna.

Turchi., Dip. Sanità Pubblica, AUSL di Bologna

Trevisani F., Direttore Distretto Pianura Ovest, AUSL di Bologna

Tam E., Fisiologo, Dip. Fisiologia dell'Università di Bologna.

Parisini M., Responsabile Servizio Sociale, Q. S. Vitale, Comune di Bologna.

Ambito territoriale di CESENA

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Salines Luigi
Indirizzo Corso Cavour 180
Cap 47023 Città Cesena Provincia/AUSL FC Cesena
Recapito telefonico 0547/352432-33 E-mail lsalines@ausl-cesena.emr.it

Sottolineare il "Primo Autore"

- Titolo** → *Informatizzazione orizzontale: strumento per la realizzazione del Nucleo di Cure Primarie strutturato e per la gestione della continuità assistenziale sulle 24 ore nella Ausl di Cesena.*
- Autori** → Luigi Salines, Flavio Biondini, Antonella Brunelli, Pierluigi Bartoli
- Indirizzo** → Corso Cavour 180 47023 Cesena
- Testo** → La fase di passaggio dei Nuclei di Cure Primarie da forme di aggregazione funzionale a strutture organizzative (c.d. Nucleo Strutturato), in linea con le indicazioni contenute nell'Accordo Integrativo Regionale 2006, si realizza attraverso la individuazione nell'Accordo Aziendale 2007 di 3 obiettivi:
- 1 Rafforzamento dell'identità del NCP e individuazione di sedi di riferimento.** Preliminarmente si è ritenuto necessario operare il riassetto organizzativo dei precedenti NCP, sulla base di: numerosità e dislocazione degli studi medici, orografia e viabilità del territorio, omogeneità degli strumenti informatici. Sono stati così individuati 7 NCP, con popolazione tra 15.000 e 30.000 assistiti e con una o più sedi fisiche di riferimento. Allo stato attuale 4 dei 7 NCP hanno già una sede fisica di riferimento (1 NCP presso strutture Ausl e 3 NCP presso medicine di gruppo). Per le sedi di NCP non Ausl è previsto un rimborso spese. Altri 3 NCP individueranno la sede entro il 2008. Il Coordinatore di NCP, nominato formalmente con Delibera aziendale, è tenuto ad un impegno minimo settimanale di 3 ore e svolge le seguenti funzioni: rappresenta il NCP all'interno dei Tavoli Tecnici, convoca periodicamente il NCP per le riunioni di audit clinico, propone la formazione professionale.
- 2 Informatizzazione orizzontale.** Attraverso il Progetto SOLE è stato possibile finora realizzare il collegamento con le strutture aziendali di 125 MMG su 148 (85%), con la trasmissione di anagrafe assistiti, esenzioni, specialistica, laboratorio, e a breve di radiologia e ricoveri. Il buon livello di informatizzazione raggiunto tra i MMG, l'utilizzo di un cartella clinica omogenea per NCP e l'alto grado di adesione dei MMG, hanno permesso l'avvio ad aprile 2008 per il NCP Cesena 1, a giugno per il NCP Valle Savio" ed entro l'estate per altri 2 NCP, della c.d. "informatizzazione orizzontale: l'infrastruttura informatica del Progetto SOLE viene implementata con la installazione di un server remoto di NCP, che consente la condivisione della cartella clinica di tutti i MMG del NCP. Si è così realizzata una rete di NCP, con la possibilità di accedere alle cartelle cliniche di tutti gli assistiti del NCP, previa acquisizione del consenso ai sensi del DL 196/2003.
- 3 Continuità assistenziale H 12.** La informatizzazione orizzontale è requisito ritenuto necessario per l'avvio del progetto H 12: dalle 8 alle 20 di tutti i feriali presso la sede di NCP è in funzione un ambulatorio di medicina generale, dedicato a prestazioni ambulatoriali urgenti (ma non di emergenza), a cui l'assistito può rivolgersi negli orari di chiusura dello studio del proprio medico di famiglia. Grazie alla informatizzazione in questo ambulatorio, nel quale si alternano almeno i 2/3 dei MMG del NCP, il medico attraverso una postazione informatizzata ha accesso ai dati sanitari di tutti i pazienti afferenti al NCP. Si realizza in questo modo una continuità assistenziale sia in termini di copertura oraria, che di accessibilità alle informazioni cliniche del paziente, sempre consultabili dagli operatori, con indubbi vantaggi sulla qualità dell'assistenza. La disponibilità del servizio H 12 è resa nota mediante una cartellonistica collocata presso gli studi medici e tramite la distribuzione di brochure agli assistiti. Nel 2009 si prevede di collocare le sedi di Guardia Medica presso i NCP, affinché anche i medici di guardia possano consultare i dati clinici degli assistiti negli orari festivi, prefestivi e notturni. Si realizzerà in questo modo la copertura assistenziale sull'intero arco delle 24 ore, attraverso il raccordo tra MMG e Guardia Medica. La condivisione degli strumenti operativi tra professionisti sarà pertanto un elemento facilitante l'integrazione professionale tra medici all'interno del NCP. In prospettiva si prevede il coinvolgimento degli infermieri di NCP.

Ambito territoriale di
FERRARA

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome: Dolcetti Umberto

Indirizzo: via R. Cavallotti, 347

Cap 44021 Città: Codigoro Provincia/AUSL: Ferrara

Recapito telefonico: 339.5485649 e-mail: r.finessi@ausl.fe.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	PROGETTO AZIENDALE "CARDIOLOGIA TERRITORIALE: LA TELECARDIOLOGIA" IN PROVINCIA DI FERRARA.
Autori	→	U. Dolcetti, C. Casaroli, R. Finessi, A. Fiorini, F. Levato, G.R. Marinelli, N. Vita, P. Gruppillo.
Indirizzo	→	c/o FIMMG Ferrara, Piazza Repubblica, 10 – Ferrara
Testo	→	INTRODUZIONE. L'Azienda USL di Ferrara, in accordo con la FIMMG, ha realizzato nel 2005 un Progetto Aziendale (PA) di Cardiologia Territoriale che prevede lo svolgimento dell'attività di cardiologia specialistica presso le Medicine di Gruppo (MdG) della città e provincia, secondo le seguenti modalità: 1) telecardiologia ; 2) presenza programmata del cardiologo nella sede della MdG; 3) esecuzione dell'attività di cardiologia svolta da parte di un MMG appartenente alla MdG ed in possesso della specialità. Il PA di Cardiologia Territoriale, caratterizzato da un forte integrazione fra i medici della Medicina Generale e quelli della Cardiologia Territoriale, è stato ripreso all'interno dell'AIL 2008-2010 recentemente siglato. OBIETTIVI. La Telecardiologia nella MdG ha come obiettivi quelli di migliorare l'assistenza al paziente con elevato rischio cardiovascolare e di ridurre gli accessi impropri al PS nonché quelli programmati all'ambulatorio cardiologico con riduzione dei tempi di attesa relativi a questa branca. ATTIVITA'. Le MdG interessate sono state dotate di elettrocardiografo in grado di inviare via intranet il tracciato ad un server aziendale. A livello provinciale sono state individuate tre sedi per la lettura e la refertazione dei tele-ECG eseguiti presso gli ambulatori della MdG: a) Ospedale di Comacchio, b) Ospedale di Comunità di Copparo, c) Ospedale di Cento. La Cardiologia Territoriale ed i MMG hanno concordato i tempi per la refertazione degli ECG (immediata con reperibilità telefonica per gli ECG urgenti, differita di 1-5 giorni per gli ECG di follow up). All'interno della MdG il tele-ECG è eseguito dal MMG o dall'IP in orario dedicato (ambulatorio di telecardiologia) alla popolazione target, escluse le urgenze. La popolazione target è costituita da pazienti diabetici, ipertesi, cardiopatici stabilizzati, esenti ticket, che necessita di un ECG nel follow up. Il Cardiologo referta il tele-ECG sul server, apponendovi la sua firma digitale, il MMG o l'IP possono scaricare e stampare il tele-ECG refertato e consegnarlo al paziente. PROFESSIONALITA' COINVOLTE. Nel PA "Cardiologia Territoriale: la Telecardiologia" sono coinvolti le MdG della provincia di Ferrara, la cui adesione è facoltativa, i Cardiologi della Cardiologia Territoriale dell'Azienda USL di Ferrara. I medici della MdG effettueranno Audit periodici con lo specialista (di norma 1 o 2 al mese) per la verifica dell'andamento dell'attività e per l'approfondimento dei casi complessi. INDICATORI. % di ECG eseguiti e % di riduzione degli accessi al secondo livello (ambulatorio cardiologico).relativi alla popolazione target: totale, ipertesi e diabetici; SISTEMA INCENTIVANTE. Ad ogni medico della MdG viene riconosciuto € 75,00/audit, mentre per gli ECG eseguiti è riconosciuto un valore pari a € 9,00. Per ogni paziente prenotato che effettuerà l'indagine viene riconosciuto un compenso forfettario pari a € 4. CONCLUSIONI. Nei 3 anni di esperienza in telecardiologia la MdG di Codigoro ha ottenuto, nonostante alcuni problemi organizzativi, dei buoni risultati con una riduzione degli accessi al secondo livello della popolazione generale del 20% e addirittura del 31 % considerando solo il target ipertesi. Il 30% della popolazione target ha eseguito almeno un tele-ECG di follow up, tale valore è più elevato considerando il target ipertesi (36%) ed il target diabetici (44%). Numerosi sono inoltre i tele-ECG eseguiti in urgenza a supporto della gestione dei codici bianchi della MdG. Per ultimo elevato è il gradimento della popolazione assistita che si avvale di tale servizio presso la sede del proprio medico, evitando lunghi tempi di attesa e lunghe code presso gli ambulatori specialistici.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome: Finessi dr Riccardo

Indirizzo: via Liguria, 24

Cap 44021 Città: Codigoro Provincia/AUSL: Ferrara

Recapito telefonico: 339.5485649 E-mail: r.finessi@ausl.fe.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	PROGETTO AZIENDALE "ATTIVITÀ MOTORIA E PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE" IN PROVINCIA DI FERRARA.
Autori	→	R. Finessi, C. Casaroli, A. Fiorini, F. Levato, G.R. Marinelli, N. Vita
Indirizzo	→	FIMMG FERRARA, PIAZZA DELLA REPUBBLICA, 10 44100 FERRARA
Testo	→	INTRODUZIONE. L'Azienda USL di Ferrara ha avviato fin dal 1996 dei Progetti Aziendali (PA) caratterizzati dalla gestione integrata delle cronicità e, fra gli altri, alcuni hanno come obiettivo il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare. Si sono così sviluppati accordi sindacali con la Medicina Generale che hanno visto la realizzazione dei PA diabete, ipertensione e dislipidemie, progetti in cui l'appropriatezza è l'obiettivo fondamentale e nella loro formulazione, si viene a perseguire l'efficacia, l'efficienza, l'economicità e la verificabilità degli interventi. OBIETTIVI. Le evidenze dimostrano chiaramente che l'inattività fisica è parte rilevante nello sviluppo di Obesità, Diabete Mellito di tipo II, ipertrigliceridemia ed ipocolesterolemia HDL, ed ipertensione arteriosa; inoltre essa rappresenta di per sé uno dei principali fattori di rischio nello sviluppo di malattie metaboliche, cardiovascolari e tumorali. Si è rilevato inoltre che: l' 86,8% della popolazione di Ferrara e provincia si classifica come sedentaria in quanto non svolge attività fisica leggera per almeno 5 giorni/settimana; la sedentarietà assoluta riguarda il 10,3% di donne e il 20,2% di uomini. Per tale motivo il PA "Attività Motoria e Prevenzione Cardiovascolare", fortemente voluto dalla AUSL di Ferrara per dare attuazione al "Programma Interaziendale delle Attività Motorie nelle Patologie Sensibili all'Esercizio Fisico", è stato aggiunto ai PA dell'AIL 2008-2010 ed ha come obiettivo principale l'aumento della attività motoria dei cittadini ferraresi, in particolare quelli con elevato rischio cardiovascolare. ATTIVITA'. I MMG dovranno arruolare i pazienti con elevato rischio cardiovascolare ed in particolare: diabetici in discreto compenso, ipertesi in discreto compenso, dislipidemici, pazienti in sovrappeso od obesi di grado lieve, tutti senza condizioni che controindichino l'attività motoria. A tali pazienti verrà consigliata un incremento dell'attività fisica sotto forma di semplice camminata di buon passo. I MMG dovranno rilevare tale attività motoria attraverso un contapassi che viene consegnato al paziente arruolato e che dovrà tenere legato alla cintura quando svolge l'attività motoria consigliata. I parametri rilevati dal MMG ogni 6 mesi saranno: 1) il numero di passi e Km percorsi tra una visita e la successiva, 2) la circonferenza addominale. Tali parametri saranno inviati dal MMG annualmente al Comitato Tecnico per la Medicina Generale dell'AUSL di Ferrara per la loro valutazione. PROFESSIONALITA' COINVOLTE. Nel PA "Attività Motoria e Prevenzione Cardiovascolare" sono coinvolti i MMG della provincia di Ferrara, la cui adesione è facoltativa, il Comitato Tecnico per la Medicina Generale, il Centro di Studi Biomedici Applicati allo Sport dell' Università di Ferrara ed il Dipartimento di Sanità Pubblica dell' Azienda USL di Ferrara. INDICATORI. Indicatori di Struttura: numero di MMG coinvolti, numero di pazienti arruolati; Indicatori di Processo: numero di km percorsi ogni 6 mesi, valore medio della circonferenza addominale per sesso; Indicatori di Esito: % riduzione valore medio della circonferenza addominale per sesso. SISTEMA INCENTIVANTE. Per ogni caso arruolato il MMG percepirà € 15/anno CONCLUSIONI. Riteniamo che questo PA "Attività Motoria e Prevenzione Cardiovascolare" possa contribuire allo sviluppo della linea di politica sanitaria ferrarese volta al controllo dei Fattori di Rischio Cardiovascolare, prevista dall' Accordo Integrativo Locale 2008-2010.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome FIORINI ANDREA _____

Indirizzo VIA FORTEZZA 13 _____

Cap . 44015 _____ Città PORTOMAGGIORE _____ Provincia/AUSL FERRARA _____

Recapito telefonico.3387810178 _____ E-mail_fioreandi@gmail.com _____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	PROFILO DEL COORDINATORE DI NCP E DEL REFERENTE DI DISTRETTO E DI DCP
Autori	→	FIORINI A., CASAROLI C., FINESSI R., LEVATO F., MARINELLI GR., VITA N.
Indirizzo	→	FIMMG FERRARA, PIAZZA DELLA REPUBBLICA 10, 44100 FERRARA
Testo	→	Il NCP inteso come rete di servizi che costituisce una rete clinica fra professionisti che perseguono il miglioramento dell'appropriatezza delle cure erogate attraverso l'informatizzazione del progetto SOLE e l'estensione degli orari degli ambulatori, grazie allo sviluppo dell'associazionismo medico e alla sperimentazione della Sede Unica di Riferimento, viene riorganizzato e sviluppato nel nuovo AIL. Allo scopo di favorire l'integrazione multiprofessionale all'interno del NCP, sono istituite le figure del <u>Coordinatore di NCP</u> e di <u>Referente di Distretto e di DCP</u>. Il Coordinatore di NCP individuato e scelto fra i Medici appartenenti al NCP ha le seguenti funzioni: • Programma e monitora i progetti assistenziali, il grado di integrazione multiprofessionale, con particolare riguardo alla assistenza domiciliare integrata, valutando i bisogni formativi dei MMG • Supporta il DCP nella definizione degli obiettivi, promuove l'organizzazione dei progetti assistenziali, valuta l'efficacia e la coerenza con gli obiettivi del sistema, concorda gli obiettivi in rapporto alle risorse assegnate, orientando verso la maggiore appropriatezza delle cure erogate, organizzando anche gli audit previsti dall'AIL Nel Piano Aziendale è introdotto il Collegio dei Coordinatori, organismo di consultazione della Direzione Generale Aziendale. Il Referente per il Distretto e il DCP è nominato dal Direttore Generale per un periodo di tre anni . A livello distrettuale e dipartimentale esplica attività di consulenza tecnica a favore dei Direttori di Distretto e di DCP per quanto attiene alla Medicina generale, attraverso un o più delle seguenti attività: • Collabora alla rilevazione dei bisogni per la formulazione del piano della Committenza con consulenze tecniche definendo criteri di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle attività svolte, monitorando le attività territoriali riguardanti la Medicina Generale e attuando indicazioni normative ed organizzative in materia di Assistenza Primaria, Specialistica, Farmaceutica di competenza dei medici Convenzionati • Collabora alla estensione di ordini del giorno degli organismi di Direzione Distrettuale, ed alla comunicazione ai cittadini o alle istituzioni • Collabora alla definizione di documenti di programmazione, alla negoziazione del budget del DCP, alla predisposizione di un sistema informativo adeguato di reportistica, coadiuva al monitoraggio dell'applicazione dell'AIL, supporta il DCP nella attuazione dell'assistenza Il referente è membro del Collegio di Direzione Aziendale, del Comitato di Dipartimento e del Comitato Consultivo Misto. L'attività del Coordinatore e del Referente è remunerata con € 60 per ora di attività svolta; tre ore forfetarie settimanali per il Coordinatore, che possono arrivare cinque. Mentre per il Referente le ore forfetarie sono cinque, a cui potranno aggiungersi ulteriori ore sulla base delle esigenze e dell'effettivo carico di lavoro, fino ad un massimo di dieci ore settimanali. Coordinatore e Referente sono in carica dal 1 settembre 2007.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Paolo Gruppillo

Indirizzo **Dipartimento Cure Primarie Distretto Centro Nord V. Cassoli 30**

Cap **.44100** Città **FERRARA** Provincia/AUSL **FERRARA**

Recapito telefonico: 3357546188 E-mail :p.gruppillo@ausl.fe.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	IL GOVERNO CLINICO NELLA CARDIOLOGIA TERRITORIALE: RISULTATI DI UNA SPERIMENTAZIONE CHE PREVEDE LA PRESENZA DELLO SPECIALISTA CARDIOLOGO PRESSO LE MEDICINE DI GRUPPO DELL'AUSL DI FERRARA
Autori	→	<u>Paolo Gruppillo</u> ; Chiara Benvenuti; Claudio Casaroli
Indirizzo	→	Dipartimento Cure Primarie del Distretto Centro Nord ,v.Cassoli,30 Ferrara
Testo	→	Introduzione: In questi anni si è assistito ad un crescente incremento del numero di prestazioni cardiologiche. Tale aumento, secondario all'incremento dell'offerta, non risponde alle esigenze dei cittadini, dilata i tempi di attesa e fa nascere prestazioni inappropriate per la non congruenza tra offerta e bisogno. Scopo: Al fine di operare in termini di massima appropriatezza si è sviluppato un progetto per la presenza dello Specialista Cardiologo presso le Medicine di Gruppo esistenti nel Territorio. Lo Specialista, oltre ad eseguire le prestazioni, discute in due audit mensili con i MMG le indicazioni all'invio, le necessità di approfondimenti diagnostici e le indicazioni terapeutiche migliorando sulla base delle Linee Guida diagnostico-terapeutiche condivise a livello aziendale. Materiale e Metodi: 5 Medicine di Gruppo della Città di Ferrara e 5 della Provincia à hanno aderito al progetto; 8 chiedendo la presenza del Cardiologo presso i loro ambulatori e 2 il collegamento in telecardiologia per l'espletamento di prestazioni definite di bassa complessità. Il progetto, iniziato nel 2004, si è consolidato operando a pieno sia nel 2005, 2006, 2007, 2008. Gli specialisti impiegati sono stati calcolati sulle necessità storiche delle Medicine di Gruppo ed in media sono stati pari ad un impegno settimanale di 6 ore per Medicina di Gruppo, orario analogo per l'impegno infermieristico. Il bacino di pazienti che potenzialmente possono fruire del servizio, tra città e provincia, è di circa 60.000 persone. L'acquisto di attrezzature è stato di numero 10 elettrocardiografi e numero due centrali di archiviazione e lettura per la telecardiologia in dotazione al Servizio di Cardiologia Territoriale. Risultati ottenuti: Dopo 3 anni di piena attività possiamo dire che il numero di prestazioni totali , per quanto riguarda il I livello diagnostico, non è incrementato. Presso le Medicine di Gruppo vengono seguiti in media tra il 70% e l'80% di tutti i pazienti che necessitano di prestazioni cardiologiche. Massima è stata l'appropriatezza nel proseguimento dell'iter diagnostico con indagini di II livello (sono stati, in ogni ambulatorio, creati percorsi agevolati con appuntamenti diretti presso i Presidi Ospedalieri), la percentuale per tali richieste è stata del 5 % contro percentuali variabili, nei vari Presidi Ospedalieri tra 20 – 30 ed oltre 50%. I tempi di attesa sono sempre stati inferiori ad 1 settimana. L'operatività della telecardiologia, per problematiche di bassa complessità che preventivamente erano state identificate con i MMG (Richieste Medico Legali, Controlli in ipertesi e diabetici stabili, certificazioni in non cardiopatici etc.) ha permesso di ridurre del 20% il numero dei pazienti inviati al Centro Unitario di Prenotazione. Segnaliamo, inoltre, l'enorme facilitazione per i pazienti, spesso anziani, e per eventuali accompagnatori nel raggiungere gli ambulatori specialistici che coincidevano con quelli ben conosciuti dei loro Medici di Famiglia. Conclusioni: Crediamo che la stretta collaborazione fra specialista e MMG utilizzando come strumento per il governo clinico gli audit periodici e la condivisione di linee guida diagnostiche e terapeutiche, sia il metodo più idoneo per perseguire il governo della domanda e il miglioramento dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica (riduzione degli invii al 2° livello, riduzione della variabilità terapeutica) nonchè risoluzione di vari problemi tra cui quello annoso delle liste di attesa.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome LEVATO FRANCESCO

Indirizzo Via Chiorboli 412 Cap 44100 .Città Ferrara Provincia/AUSL: Ferrara

Recapito telefonico. 3336456900

E-mail : francescolevato@fimmg.org

Titolo	→	ORGANIZZAZIONE E PERCORSI DI CURA IN UNA MEDICINA DI GRUPPO
Autori	→	<u>F. Levato</u> , C. Casaroli, L. Catapano, R. Finessi, A. Fiorini, G.R. Marinelli, N. Vita,
Indirizzo	→	c/o FIMMG Ferrara, Piazza Repubblica, 10 – Ferrara
Testo	→	La Medicina di Gruppo (MdG) "Estense", nata nel 2006 e composta da 6 MMG, ha la sua sede principale a Ferrara. L'affitto dei locali, le utenze, lo smaltimento dei rifiuti, la gestione ordinaria e straordinaria sono a carico dell'AUSL di Ferrara. I Medici, a fronte di ciò, si impegnano a raggiungere i migliori risultati nei Progetti Aziendali previsti dall'AIL, a procedere a verifica periodica e a riconoscere all'Azienda la facoltà di recedere dal contratto d'uso dei locali alla scadenza, qualora non venissero raggiunti gli obiettivi previsti.. Nella sede della MdG, che ha le caratteristiche previste dall'ACN ed è collegata alla rete del Progetto SOLE, come da AIR, sono attivati ambulatori dedicati per patologie croniche (Diabete, Ipertensione, Malattie cardiache), per Prelievi Ematici e come Centro Unico di Prenotazione (CUP). I pazienti Diabetici accedono all'ambulatorio su appuntamento, vengono visitati dal proprio MMG e ricevono, al momento della visita, i farmaci loro prescritti; nella stessa giornata possono eseguire anche prelievi ematici e visite cardiologiche su prenotazione La preparazione e distribuzione dei farmaci è di competenza del Servizio Farmaceutico dell'Azienda; il personale di segreteria della MdG provvede a trasmettere le ricette dei farmaci prescritti e a comunicare le date in cui vengono visitati i pazienti diabetici. Gli incentivi previsti sono in parte comuni e uguali a quelli di tutti i MMG, come da AIL, e in parte specifici perché legati a prestazioni particolari (distribuzione dei farmaci, prelievi ematici, visite cardiologiche). Nell'ambulatorio cardiologico, il cui computer è in rete con il server della MdG ed ha un software sperimentale specifico per l'attività di cardiologia e compatibile con quello dei MMG opera uno specialista della Cardiologia Territoriale e vengono eseguite, su prenotazione, visite cardiologiche di primo livello, anche con urgenza differita. L'Agenda per le prenotazioni è gestita dal personale di segreteria della MdG, con rimborso ai MMG per l'attività svolta. Il Cardiologo provvede direttamente alla prescrizione e prenotazione degli esami di secondo livello. Sono previste 2 riunioni mensili per la discussione dei casi clinici (Audit retribuiti). L'ambulatorio per i prelievi ematici è gestito direttamente dai medici della MdG e, al sabato, da un collega della C.A.; alle prenotazioni provvede il personale di segreteria, mentre alla preparazione delle provette e al loro trasporto il personale dell'AUSL. E' previsto un incentivo a prelievo effettuato. Al fine di favorirne l'inserimento, il collega della C.A. sostituisce i Medici del Gruppo e cura l'organizzazione dell'attività di ricerca che la MdG ha condotto in collaborazione all'Istituto di Igiene dell'Università di Ferrara e al Dipartimento Farmaceutico dell'AUSL. La Segreteria della MdG, aperta dalla 8.00 alle 18.00, è gestita da personale assunto dai MMG a tempo indeterminato, coadiuvato da una Tirocinante che frequenta un Corso riconosciuto dal "Centro di Formazione" della Provincia di Ferrara. Le Segretarie svolgono anche attività di Centro Unico di Prenotazione (CUP); prenotando visite specialistiche, esami strumentali o di laboratorio; per questa attività, retribuita ai MMG dall'AUSL; il personale è coadiuvato dal Medico presente in quel momento nella MdG. Al fine di permettere alla MdG di diventare sede di NCP, i restanti medici del Nucleo di Cure Primarie si stanno associando in Medicina in Rete, prevedendo che della Rete orizzontale ne faccia parte anche la sede della MdG; resteranno da concordare le prestazioni da offrire ai pazienti di tutto il Nucleo presso la MdG sede di NCP.

Regione Emilia Romagna
Prima Conferenza Regionale sulle Cure Primarie, 20 giugno 2008
Percorsi Clinico – Organizzativi e Strumenti Contrattuali per la gestione delle Cronicità

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome : Manfredini Mauro

Indirizzo : Via Riviera Cavallotti 347

Cap : 44021 Città : Codigoro Provincia/AUSL : Ferrara / FE

Recapito telefonico : 335 7819575 E-mail : m.manfredini@ausl.fe.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	Hospice territoriale : un modello gestionale di integrazione professionale
Autori	→	<u>Mauro Manfredini</u> , Riccardo Finessi
Indirizzo	→	Presidio Socio Sanitario ,Codigoro (FE) via Riviera Cavallotti 347
Testo	→	Poichè il recente Accordo Integrativo Locale per la medicina generale dell’Az.USL Fe prevede la sperimentazione di progetti che realizzino modelli di integrazione professionale si è proceduto all’implementazione del Progetto Hospice per la medicina generale con la finalità di collegare, tramite il ruolo cardine del MMG , l’assistenza domiciliare a quella residenziale. L’Hospice si colloca organizzativamente all’interno del Dipartimento Cure Primarie del Distretto Sud Est nella Unità Operativa Complessa Nuclei delle Cure Primarie per realizzare la continuità assistenziale con il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata erogato nei Nuclei stessi. Il modello gestionale è stato concordato all’interno del Dipartimento Cure Primarie con i MMG Referenti di Distretto ed i Coordinatori dei NCP (cui è seguito specifico Accordo sindacale). Sono stati individuati i seguenti livelli di <u>responsabilità</u> (e rapporti di dipendenza): - organizzativa sanitaria e gestionale affidata al Direttore dell’U.O “ Nuclei delle Cure Primarie “ (dipendente Az.USL) - specialistica professionale clinico assistenziale affidata al Medico Palliativista con incarico L.P. a tempo pieno - coordinamento dei medici di medicina generale affidata ad un MMG appositamente incaricato (progetto) - coordinamento con l’ADI del Distretto Sud Est affidata al Responsabile Organizzativo dell’assistenza Domiciliare (ROAD dipendente Az.USL) - assistenziale infermieristica e tecnica sanitaria di base affidata all’IP Coordinatore (convenzione) <u>L’assistenza medica</u> è garantita da turni settimanali giornalieri (esclusi festivi) di 36 ore di 1 Medico Palliativista e dai turni dell’equipe di 3 Medici di Medicina generale prevalentemente nelle ore pomeridiane (esclusi prefestivi e festivi). I 3 MMG sono stati selezionati da specifica Commissione aziendale (composta anche dai Coordinatori di NCP del Dipartimento) tra quanti avevano dato personale disponibilità e presentato titoli ed esperienze attinenti le cure palliative. La Commissione ha stilato una specifica graduatoria, al primo in graduatoria è stato affidato l’incarico di Coordinatore con le funzioni, oltretutto di organizzazione turni , anche di raccordo tra i Colleghi e l’Equipe ai fini della qualità e della continuità assistenziale offerta agli Ospiti ; il Coordinatore partecipa ai briefing programmati e collabora con la Direzione ai fini della formazione del Personale operativo, dell’accreditamento e del processo di qualità continua.i turni dei MMG comprendono ore di reperibilità ed ore di servizio in Reparto. Nelle ore notturne e nei prefestivi e festivi è attivo il Servizio di Continuità assistenziale con una equipe di medici stabile (accordo sindacale). L’equipe dei Medici della Continuità Assistenziale, operanti nella stessa sede , sono coinvolti in momenti di formazione specifica. <u>L’assistenza infermieristica e tecnico-sanitaria di base</u> è realizzata mediante una convenzione con il Volontariato che fornisce una equipe di 8 I.P. e di 7 O.S.S. con turni settimanali che garantiscono la presenza quotidiana per 24 h. ed è coordinata da 1 figura di Responsabile infermieristico. <u>L’assistenza psicologica</u> è realizzata, da 1 Psicologo a contratto L.P.

Regione Emilia Romagna
Prima Conferenza Regionale sulle Cure Primarie, 20 giugno 2008
Percorsi Clinico – Organizzativi e Strumenti Contrattuali per la gestione delle Cronicità

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome **MARINELLI Gaetano R.** _____

Indirizzo **Via Pomposa, 23** _____

Cap **44023** _____ Città **Lagosanto** _____ Provincia/AUSL **Ferrara** _____

Recapito telefonico **0533/94260 - 335/5252041** _____ E-mail **grmarinelli_email.it** _____

Sottolineare il “Primo Autore”

Titolo	→	IL PROGETTO ASSISTENZIALE (PA) IPERTENSIONE NEGLI ACCORDI INTEGRATIVI LOCALI (AIL) DELLA PROVINCIA DI FERRARA
Autori	→	G.R.Marinelli, C.Casaroli, R.Finessi, A.Fiorini, F.Levato, N.Vita
Indirizzo	→	FIMMG FERRARA, PIAZZA DELLA REPUBBLICA 10, 44100 FERRARA
Testo	→	Introduzione Gli AIL, siglati tra FIMMG ed AUSL di Ferrara dal 2000 ad oggi, si sono posti, fra l'altro, l'obiettivo di sviluppare una politica sanitaria volta al controllo dei Fattori di Rischio CV, ponendosi anche l'obiettivo di migliorare l'Appropriatezza prescrittiva degli Antipertensivi, con un apposito Progetto. PA Ipertensione Per il PA Ipertensione si è tenuto conto: 1) dei Protocolli Clinico ed Operativo sviluppati da un Tavolo Tecnico Interaziendale, sulla base delle Linee Guida dell'OMS del 1999, ed avallati dal Comitato Aziendale; 2) delle considerazioni di Farmacoeconomia, che hanno ispirato il “Nuovo Prontuario Farmaceutico Nazionale 2003”. Per il miglioramento dell'Appropriatezza prescrittiva si è quindi proceduto: 1) all'elaborazione di un Programma di <u>Formazione Professionale</u> incentivato, attuato dal 2000 al 2003; 2) alla ricerca ed applicazione dal 2003 al 2007 di un <u>Indicatore di aderenza dei MMG al Protocollo Clinico ed alle considerazioni di Farmacoeconomia</u>, citati in precedenza. L'Indicatore individuato è il <u>Costo Medio DDD Antipertensivi (CM-DDD-A)</u> per MMG, calcolato come spesa totale degli Antipertensivi nel periodo considerato, diviso il n° DDD (Defined Daily Dose) totali di Antipertensivi usati nello stesso periodo. Ciò tenendo conto che: 1) i diuretici, i beta-bloccanti e gli ACE-inibitori, prevalentemente a basso costo DDD, sono da considerarsi molecole di primo impiego da utilizzarsi nelle forme non complicate e senza particolari patologie concomitanti; 2) nello stesso Prontuario il costo DDD rappresenta il parametro di raffronto economico fra farmaci appartenenti ad uno stesso gruppo omogeneo; 3) in ogni gruppo omogeneo il MMG può utilizzare quella molecola che ha un costo DDD minore. Per gli Antipertensivi, si è quindi proceduto, a cura dell'AUSL, al computo ed al monitoraggio: 1) della spesa annua dal 2000; 2) del CM-DDD e delle DDD/1000 abitanti/die per ognuno dei 303 MMG della Provincia di Ferrara e per tutta l'AUSL (318.454 assistiti in età non pediatrica), per il 1° trimestre 2003, quindi trimestralmente a partire dal 4° trimestre 2003. Il CM-DDD-A del 1° trimestre 2003 per l'AUSL era 0,54 €, valore di gran lunga superiore al costo DDD dell'Antipertensivo di prima scelta più costoso, per cui si è convenuto di <u>incentivare</u> i MMG con CM-DDD-A < 0,54 €, a scaglioni decrescenti, fino a 4 € d'incremento della Quota Capitaria. Risultati 1) Al 1° trimestre 2007, rispetto al 1° trimestre 2003, per gli Antipertensivi: a) le DDD/1000 abitanti/die di quelli di prima scelta sono aumentate b) il CM-DDD dell'AUSL è passato da 0,54 € a 0,41 €; c) le DDD/1000 abitanti/die sono passate da 323 a 368. 2) Dal 2003 la spesa per Antipertensivi ha teso a stabilizzarsi sui 22.000.000 € circa annui, mentre dal 2000 al 2002 tendeva a crescere di 2.000.000 € circa annui. Conclusioni Riteniamo pertanto, che il PA Ipertensione, nel rispetto dei principi etici e deontologici della professione, abbia condotto ad: 1) una maggiore appropriatezza nell'utilizzo degli Antipertensivi; 2) un più razionale impiego delle risorse disponibili, consentendo un maggior utilizzo di Antipertensivi, senza lievitazione della spesa. Risultati che hanno consentito: 1) di prorogare al 31 dicembre 2007 l'AIL in scadenza il 31 marzo 2007; 2) la firma dell'AIL 2008-2010, di cui il PA Ipertensione è parte integrante, anche se si incentivano i MMG con CM-DDD-A ≤ 0,46 €, a scaglioni decrescenti, fino a 4,5 €. Ciò nonostante il fatto che le Linee Guida 2007 ESH- ESC considerino Antipertensivi di prima scelta anche i calcio-antagonisti ed i sartani in quanto: 1) all'interno delle rispettive classi omogenee ci sono farmaci con costo DDD ben inferiore a 0,46; 2) le stesse Linee Guida prevedono comunque che in prima battuta si opti sempre per i farmaci meno costosi, compatibilmente con le condizioni cliniche del paziente.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome ____ Andrea Zamboni____ coordinatore provinciale SNAMID Ferrara____

Indirizzo via L.Benetti,3\A_____

Cap ____44030____ Città Ro Ferrarese____ Provincia/AUSL____FE 109FE____

Recapito telefonico.____0532869378____ E-mail____a.zamboni@ausl.fe.it____

Sottolineare il "Primo Autore"

"Copparo-Rene"

SNAMID (Ferrara);SIMG (Ferrara);Università di Ferrara (Scuola di Nefrologia)

Zamboni Andrea Via L.Benetti,3\A 44030 Ro (FE)

_valutare la incidenza e prevalenza della Malattia Renale Cronica (MRC) in una popolazione territoriale di circa 36.000 cittadini coincidenti con la attività di 32 MMG facenti parte di un unico NCP (Copparo del distretto Centro-Nord della ASL 109 FE) ed operanti tutti in Medicina in Rete con lo stesso Sistema Operativo di Gestione della Cartella Clinica (MirawMmg Bestsoft milano)

-I MMG raccoglieranno nell'arco temporale di 3-5 anni i dati (parametri clinico-antropomorfici-biochimici e strumentali) di tutta la popolazione assistita e verranno inviati al Server centrale della BestSoft milano da dove verranno estrapolati i dati necessari allo studio.

-I MMG sono invitati a definire la diagnosi e lo stadio della MRC (secondo le linee guida della K/DOQI) della loro popolazione adulta (> 18 aa) e principalmente nella popolazione ad alto rischio (ipertesi-diabetici e con cardiopatia ischemica) cioè ad High Priority

-Indicatori di processo quanti dati sono sincronizzati con il server centrale di milano e con quale frequenza,indicatori clinici lo stadio della MRC nella popolazione studiata,uso di farmaci inibenti il RAAS nella prescrizione dei MMG del NCP di Copparo

-Saranno svolte almeno due sedute annuali di "auditing clinico" tra i MMG e la Scuola di Nefrologia per valutazione dei dati

-Obbiettivo finale dello studio sensibilizzare i MMG sul tema della MRC,riconoscerla negli stadi precoci per attuare le misure terapeutiche di provata efficacia nel rallentarne la evoluzione verso la ERSD e soprattutto ridurre la morbi-mortalità per CVD infine evitare il più possibile il "late referral" allo specialista nefrologo

Ambito territoriale di FORLÌ

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome AULIZIO GIANCARLO

Indirizzo VIA AURELIO SAFFI, 36

Cap . 47015 Città MODIGLIANA Provincia FC AUSL FORLI' n°111

Recapito telefonico: 348.9030.462 E-mail: giauliz@libero.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	L'OSPEDALE DI COMUNITA' DI MODIGLIANA: MODELLO DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NELL'AMBITO DELLA CONTINUITA' DEL PERCORSO ASSISTENZIALE.
Autori	→	Giancarlo Aulizio (Coordinatore NCP), V. Giordano (Mmg) e A.M. Valtancoli (CA), C. Fini e M. L. Milandri (Dirigenti Ausl), G. Minghetti e G. Tentoni (Specialisti ambulatoriali), V. Naldi (Caposala).
Indirizzo	→	Ospedale di Comunità Piazza Oberdan, 6 47015 Modigliana (FC)
Testo	→	L'Ospedale di Comunità (OdC) di Modigliana (20 p/l) è una struttura sanitaria residenziale del territorio rivolta ai residenti nei comuni di Modigliana e Tredozio (in totale 6.300 abitanti) e prevede, da parte dei cinque Mmg, la gestione diretta di posti letto destinati ai loro assistiti, prevalentemente anziani, che non necessitano della complessità del secondo livello (ospedaliero) ma che non possono risolvere i loro problemi a domicilio. L'OdC di Modigliana concretizzò nel 1996, ed in precedenza Premilcuore nel 1995, la volontà istituzionale di rispondere alle proteste dei cittadini, allarmati per la chiusura del loro ospedale tradizionale. Esso rappresenta l'anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera ed il territorio, costituendo il modello organizzativo distrettuale a maggior intensità sanitaria ed uno dei primi esempi di associazionismo medico ed equipé multiprofessionale. Gli obbiettivi dell'OdC sono: ridurre i ricoveri impropri ospedalieri e i disagi delle dimissioni precoci; prevenire i processi di spersonalizzazione; contenere il pendolarismo dei familiari; ottimizzare le risorse; favorire l'assistenza e la collaborazione del volontariato, di familiari e amici dei ricoverati; valorizzare il ruolo infermieristico aumentandone la responsabilità; realizzare l'approccio multidisciplinare ai problemi del paziente, utilizzando tutte le risorse professionali presenti; garantire la maggior continuità assistenziale. La responsabilità gestionale è del dirigente medico delle Cure Primarie, quella del programma sociosanitario individuale è del Mmg: presente in struttura in orario fisso settimanale (max 6 ore) concordato con l'Ausl e reperibile fino all'entrata in servizio della CA. Un Mmg è presente tre ore tutte le mattine. Il paziente è ricoverato e seguito dal suo medico curante che predispone la cartella anamnestica informatizzata e la motivazione del ricovero, le indagini, le consulenze e le terapie da adottare, riducendo costi e tempi di attesa. Tutti i Mmg si ritrovano settimanalmente, insieme alla caposala, per discutere i casi clinici e concordare accessi e dimissioni. La caposala e gli infermieri sono personale Ausl e responsabili della operatività del piano organizzato, le assistenti sono in convenzione con cooperativa. Altre figure professionali coinvolte sono: specialisti ambulatoriali, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, assistente spirituale, volontariato sociale. Dal giugno 2007 i Mmg sono associati in medicina di gruppo (orario di apertura 8 ore/die) e costituiscono il NCP. AS. (Avanzato e Sperimentale) Valle "Tramazzo", i loro ambulatori sono al piano terra del Presidio socio-sanitario (Pss) che ospita anche la palestra per la FKT, la radiologia, l'ambulatorio per la C.A. Al 1° piano vi sono i servizi territoriali (Adi, consultorio familiare, salute infanzia-vaccinazioni, psichiatria, neuropsichiatria, psicologia e riabilitazione infantile, igiene pubblica, servizio veterinario, Cup), gli ambulatori degli specialisti tutti coinvolti nelle consulenze per i ricoverati nell'OdC (cardiologia, chirurgia, dermatologia, fisiatria, ginecologia, neurologia, ortopedia, Orl, endocrinologia), punto prelievi e radiologia, in convenzione esterna: ortopedia, ecografia e doppler. Al 2° piano vi sono locali per l'OdC, la camera del medico di C.A., il Day Hospital (2 p/l); al 3° le 10 camere a due letti. Dati significativi dell'attività dell'OdC, riferiti al 2007, sono: ricoverati 166, età media 80anni, deceduti 12, occupazione media 119% (ricorso a p/l Rsa), costo p/l die 143 euro. Patologie prevalenti: sistema circolatorio 20%, tumori 15%, polmonari 13%, traumatismi 11%. Consulenze specialistiche più richieste: dermatologia 119, fisiatria 101, cardiologia 99, continuità assistenziale 76, ortopedia 28, psichiatria 18. In Italia, imitando il modello romagnolo, sono oggi attivi 53 OdC in undici regioni, con 350 comuni coinvolti. Altre cinque regioni si accingono ad inaugurarli ed il Psn 2006-08 indica l'OdC fra i servizi territoriali, laddove possibile, da favorire.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome ____Fini Corrado

Indirizzo _____Dipartimento Cure Primarie via Oberdan 11

Cap . _____Città _____Forlì _____Provincia/AUSL____Forlì

Recapito telefonico. __0543 733603 347 2378742__E-mail_c.fini@ausl.fo.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	Come i diversi modelli organizzativi dei Nuclei di Cure Primarie nell'Ausl di Forlì mirano a realizzare i principali contenuti dell'ACR e svilupparne le potenzialità di crescita del servizio territoriale.
Autori	→	<u>Corrado Fini</u> Lucio Boattini Maria Luisa Milandri
Indirizzo	→	Dipartimento Cure Primarie Ausl Forlì
Testo	→	Lo sviluppo organizzativo dei NCP dell'Ausl di Forlì si pone l'obiettivo di tradurre, a livello aziendale, i contenuti dell'ACR 2006 perseguendo la realizzazione dei suoi principali punti di forza, che introducono elementi del tutto innovativi nell'ambito dell'assistenza primaria. Gli scenari disegnati dall'accordo modellano una organizzazione nuova, molto avanzata ed introducono numerosi vantaggi sia per gli operatori e per gli assistiti: - L'accessibilità: L'apertura di un punto di accesso per molte ore giornaliere offre la possibilità a tutti gli assistiti del NCP di avere un punto di riferimento noto, vicino alla propria abitazione, dove sanno di potere trovare una risposta di primo livello, la periferizzazione di alcune prestazioni (prelievi ematici, piccole medicazioni, alcune prestazioni specialistiche...) senza rinunciare al rapporto "storico" di fiducia col proprio MMG. L'accessibilità oraria e territoriale favorisce l'individuazione della sede di nucleo come punto di riferimento per molte urgenze soggettive, soprattutto nelle fasce orarie in cui il proprio MMG non è in ambulatorio - L'equità di accesso: l'organizzazione è per tutti gli assistiti del NCP e non solo di quelli dei gruppi,. Diminuisce l'asimmetria del servizio di Cure Primarie per i cittadini all'interno del Nucleo. - Un punto unico di erogazione di diversi servizi: gli assistiti possono trovare, in una unica sede che diventerà un punto di riferimento, la presenza di diversi servizi (medico, infermiere, specialista, segreteria...) - Integrazione multiprofessionale: Le figure professionali presenti nella sede avviano un percorso di integrazione multiprofessionale con vantaggi sia culturali che organizzativi (equipe infermieristica preferenzialmente "dedicata" ad un nucleo). Tale modalità di approccio ai problemi clinici ed organizzativi favorisce l'erogazione di risposte assistenziali sempre più omogenee e fa ipotizzare una diminuzione di difformità di trattamento nelle diverse sedi territoriali. - Continuità Assistenziale: nelle giornate prefestive e festive il servizio di C.A. garantisce l'apertura di un ambulatorio di Medicina Generale con possibilità di relazioni e consegne "in entrata" ed "in uscita" fra MMG e Medici di C.A. a realizzare una migliore continuità di assistenza.

Lo stato dell'arte nell'Ausl di Forlì:

Ad oggi degli 11 NCP dell'Ausl di Forlì ne sono stati attivati 9 che presentano modalità organizzative diverse, a seconda del contesto nel quale operano e che possono essere definite come: Case della salute, NCP avanzati, NCP funzionali.

La modalità "Casa della Salute" è realizzata nelle sedi di nucleo di Modigliana e Predappio: nella stessa sede sono presenti gli ambulatori dei MMG (con copertura oraria, rispettivamente, di 8 e 12 ore), degli Specialisti, del PLS, degli Infermieri. a Modigliana gli stessi MMG gestiscono l'Ospedale di Comunità.

A Forlì sono attivi nella forma "avanzata 4/5 NCP" due dei quali articolati su due sedi e due su una sede unica. Le sedi sono state autorizzate dall'Azienda che fornirà una sede propria ai nuclei organizzati su sede unica (anche al 5° che sarà attivato entro l'estate). Gli orari di apertura vanno dalle 10 alle 12 ore nella fascia oraria 8 – 20.

Nel territorio di Forlimpopoli il NCP è organizzato su tre sedi, 2 in città (1 all'interno del Presidio ospedaliero) ed 1 a Bertinoro: quest'ultima con le caratteristiche di Casa della salute.

In periferia: sede unica a Meldola e forma "funzionale" lungo la vallata del bidente che si estende per 30 Km con 4 comuni: i MMG articolano gli orari dei loro ambulatori in modo che, nel momento della chiusura dell'ambulatorio di un comune, sia attivo l'ambulatorio del comune adiacente.

Presso tutte le sedi "storiche" di Continuità Assistenziale sono stati attivati gli ambulatori di Medicina Generale prefestivi e festivi presso i quali i Medici di C.A. prestano il suddetto servizio ambulatoriale con orari di apertura proporzionali al bacino d'utenza (12 ore a Forlì, 6 ore in due fasce uguali al mattino e pomeriggio a Modigliana, Dovadola, Meldola e S. Sofia. 4 ore a Premilcuore). Sono state, inoltre, attivate due nuove sedi di C.A. per i soli turni prefestivi e festivi, con le stesse caratteristiche, a Predappio e Forlimpopoli.

E' stata realizzato, in tal modo, un servizio ambulatoriale di Medicina Generale accessibile 7 giorni su 7, per tutto l'arco dell'anno e capillarmente diffuso su tutto il territorio aziendale.

A Modigliana, Predappio e Forlimpopoli la sede ambulatoriale è collocata all'interno della sede di nucleo.

Progetto SOLE: ad oggi sono stati collegati 100 MMG. Tutti i MMG dello stesso nucleo usano lo stesso s.w. anche per rendere attuabile la connessione "orizzontale". Per raggiungere questo obiettivo molto MMG hanno dovuto cambiare le cartelle in dotazione: è in corso un programma di formazione per facilitare la fruibilità delle nuove cartelle.

Per il prossimo futuro: tutte le sedi saranno attive entro l'estate.

Entro l'anno sarà presente l'infermiere di nucleo (ad eccezione che nei funzionali) e sarà pianificato l'avvio i ambulatori infermieristici per patologia (ad iniziare dal diabete) secondo il principio del "Chronic Care Model".

Sarà rinforzato l'organico infermieristico del territorio (ADI) per fornire una maggiore copertura del servizio, integrandolo con quello dei nuclei.

Ambito territoriale di IMOLA

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Shirley Ehrlich

Indirizzo Via Taddeo della Volpe 20

Cap 40026 Città Imola Provincia/AUSL Bologna

Recapito telefonico 0542 34620 oppure cel. 348 2718 348 ; E-mail s.ehrlich@lamiaposta.com

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	L'assistenza integrata al paziente affetto da Diabete tipo 2 nell'ASL di Imola : verifica del percorso 2002 – 2006;
Autori	→	<u>S. Ehrlich</u> *, A. Vacirca**, F. Veronese****, P. Zaccherini***, M. Sartoni (*) *MMG dell'ASL Imol, ****già Dirigente Resp. Ass. Farmaceutica Territoriale ASL Imola ***Dirigente Medico Laboratorio Osp. Di Imola, ** Endocrinolga Osp. di Imola, * MMG Bo (*) Borsista "Professione Medica- Comprensorio Imolese"
Indirizzo	→	ASL di Imola
Testo	→	Il ruolo e i compiti del MMG nell'assistenza al paziente diabetico tipo 2 è di primaria importanza specie: • nell'individuare precocemente questi pazienti nelle famiglie ad alto rischio oltre che per stili di vita errati • nell'educazione alla salute e alla prevenzione primaria e secondaria • nel monitoraggio del soggetto a rischio e/o già diabetico nel contenere il più possibile l'avanzamento della malattia – monitorando l'apparato vascolare, oculare, renale ecc. • nell'attivare il Centro Antidiabetico per consulenze di problemi di II° e II° livello, oltre che per il controllo dei diabetici non compensati o con complicanze rapidamente evolutive. Nel progetto Aziendale di Assistenza Integrata dell'ASL Imola iniziato nel 2000 è stato costruito un protocollo condiviso che vede il Distretto perno della riprogrammazione delle visite mediche e dei prelievi a scadenze fisse salvo eccezioni. I diabetici imolesi sono passati dal 2538 pazienti totali nel 2002 a 3940 pazienti nel 2006 con un aumento del 36%. Il volume dell'attività del MMG è notevolmente aumentato con questi pazienti anche per un accordo preliminare con il Centro Antidiabetico di riferimento per la dismissione dei pazienti in buon equilibrio metabolico. 48 MMG dell'ASL di Imola hanno volontariamente aderito al la ricerca osservazionale dal 2002 al 2006 sull'andamento degli esami di laboratorio dei loro pazienti affetti da DM tipo 2 ; sono stati estrapolati i dati sui valori di: glucosio, emoglobina glicata, colesterolo, hdl colesterolo, trigliceridi, ldl colesterolo, microalbuminuria, creatininemia. I pazienti risultati idonei all'analisi sono risultati 1690 di cui 807 FEM e 883 Maschi. 18 MMG di questo gruppo hanno anche aderito a compilare un questionario autocostruito: che aveva 25 item con <u>risposte codificate</u> (chiave allegata a tutti i MMG - sulla base dei dati prodotti dalla SIMG "Indicatori di qualità e standard nell'assistenza al paziente diabetico mellito tipo 2 in MG") – dove si sono potuti elaborare valori interessanti sugli IMC (indici di massa corporea) sull'avanzamento dell'insufficienza renale cronica, sull'adesione alla terapia oltre che la verifica del monitoraggio puntuale del MMG sul FUNDUS OC, sul piede dei pazienti e sulla stretta osservazione della pressione arteriosa , indicatore importante della situazione cardiovascolare in atto. I molteplici dati ottenuti da questa sottoricerca permetterà – come nei percorsi di verifica di qualità – di migliorare l'assistenza ai pazienti diabetici imolesi.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome _____ Pasotti Danilo _____

Indirizzo ____ Via Cavour 100 _____

Cap . ____ 40026 _____ Città ____ Imola _____ Provincia/AUS BO ____ ausl 106 _____

Recapito telefonico. ____ 0542/31162 _____ E-mail ____ pa.danilo@virgilio.it _____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo Il MMG e le MNC: un possibile utile strumento di lavoro nel NCP

Autori D.Pasotti

Indirizzo Via Cavour 100- Imola-Bo

Testo: La domanda di salute come espressione di bisogni sempre più complessi e articolati si è ampliata notevolmente negli ultimi decenni e questo ha determinato una ricerca e proposte di servizi terapeutici, attività assistenziali ed educazionali per far fronte alle richieste e ai bisogni dei cittadini.

Tutto ciò avviene cercando i migliori livelli di appropriatezza e di efficacia con un occhio particolarmente attento alle risorse economiche ma sempre nell'ottica di una medicina centrata sulla persona.

Parallelamente assistiamo a un aumento dei disturbi cronici che sono anche quelli che meno rispondono ai metodi clinico-terapeutici della biomedicina, determinano un forte costo sanitario, rappresentano la parte più considerevole e meno gratificante del lavoro e del tempo impiegato dal MMG nella gestione dell'ambulatorio.

Inoltre sempre di più si vanno delineando tra i compiti previsti del MMG quelli di informazione e di promozione della salute con particolare attenzione dedicata all'adozione di comportamento e di stili di vita sani.

In questo contesto economico-socio-sanitario negli ultimi anni si sta assistendo nel mondo occidentale a un aumentato utilizzo delle cosiddette medicine non convenzionali (MNC) o complementari o alternative (CAM); in Italia sembra facciano ricorso a qualche tipo di tali metodi curativi dagli 8 ai 9 milioni di persone (circa il 15%). L'uso delle MNC rimane controverso, essendo molto forte il dibattito soprattutto per ciò che riguarda la sicurezza e l'efficacia: sono pochi i lavori metodologicamente corretti e spesso ci sono poche prove di evidenza scientifica.

Questi aspetti, assieme al problema dei costi e ai doveri della istituzione pubblica di tutela della salute ha anche sollevato problematiche etiche importanti. In altre sedi sono state fatte altre numerose considerazioni lasciando comunque fuori dai LEA le prestazioni di MNC per cui ogni Regione si comporta autonomamente riguardo la rimborsabilità quindi con politiche diversificate.

In un periodo in cui è necessario razionalizzare le risorse e il medico di medicina generale (MMG) è spesso chiamato a valutare e a indirizzare ai servizi il cittadino con un ruolo centrale nella spesa pubblica, davanti all'aumentato ricorso alle MNC e alle domande che i pazienti rivolgono ai medici su questo argomento riguardo indicazioni e effetti collaterali, l'area delle cure primarie comunque non può non essere coinvolta da questo fenomeno socio-sanitario.

Inoltre ci sono pazienti che nascondono o non riferiscono al proprio medico di fare ricorso ad. es. a erbe o prodotti "naturali" o di ricorrere a certe pratiche, favorendo interazioni pericolose tra medicinali, o diminuendo l'efficacia di terapie convenzionali concomitanti o determinando pericolosi ritardi diagnostico-terapeutici.

La proposta che qui viene fatta, innovativa rispetto alle esperienze di integrazione in ambito ospedaliero, o presso centri privati o in convenzione con professionisti accreditati è quella di integrare le MNC utilizzando la realtà italiana (non ancora completamente diffusa su tutto il territorio) dei Nuclei di Cure Primarie (NCP), quindi nel contesto più “socio-relazionale” del lavoro del medico di famiglia “psicosomatista sociale” e olistico per tradizione ippocratica . La contemporanea presenza di MMG e di esperti in MNC (prevalentemente medici ma anche altri operatori qualificati) crea le condizioni per un proficuo scambio reciproco e pluridirezionale di tipo culturale, metodologico ,terapeutico e per la creazione di percorsi condivisi attraverso corretta informazione scientifica e discussione di casi clinici dei pazienti degli stessi MMG. Presupposti sono la disponibilità reciproca degli operatori, la individuazione di tematiche formative a livello dei NCP, soprattutto la disponibilità dei professionisti ad affrontare questi temi.

Questo tipo di integrazione non appare privo di difficoltà applicativa ma può rappresentare una buona opportunità formativa educativa per apportare qualità al modo burocratico attuale di erogare servizi della medicina convenzionale(MC), per migliorare la relazione medico-paziente e per percorsi di cura condivisi , professionalmente gratificanti per tutti gli attori coinvolti nel campo di intervento delle cure primarie.

Una caratteristica comune delle diverse MNC è l’approccio al paziente che viene centrato sulla persona e non solo sul sintomo, e procede contestualmente tenendo conto delle risorse proprie di quel paziente, nel suo ambiente e lavorando su aspetti relazionali e psicoeducazionali. Proprio per questi aspetti alcune MNC sembrano potersi rivelare particolarmente utili per il lavoro del MMG (aspetti preventivi, stili di vita, dieta, attività ginnico-motoria, gestione della cronicità e dei più comuni disturbi quali quelli somatici-funzionali,osteoarticolari-muscolari e psicologici). Vengono ad es. qui riferiti alcuni risultati preliminari di un piccolo studio osservazionale condotto dal 2007 su un campione di 20 pazienti tra i 35 e i 75 anni con disturbi cronici dell'app.muscolo-scheletrico (discoartrosi, lombalgie ricorrenti, cervicalgie, fibromialgia),cefalea e disturbi d'ansia e da somatizzazione.

Queste persone , abituali frequentatori di ambulatori medici specialistici e forti consumatori di farmaci sono state indirizzate e arruolate in due corsi uno di Qi Gong (ginnastica di medicina tradizionale cinese) e l'altro di Yoga in base a caratteristiche individuali .

I corsi pur essendo tenuti in ambiente privato sono a costo molto basso ,due volte alla settimana , tenuti da operatori esperti, sono stati proposti con convinzione dal loro medico di base(chi scrive), e i partecipanti hanno aderito con curiosità.

Sono poi state tenute mensilmente serate di informazione sulla alimentazione, attività motoria, stress e strategie di coping, importanza del rispetto dell'ambiente e degli altri con focus sulla solidarietà.

Parole chiave :rallentare ciò che va troppo veloce e vuotare ciò che ormai è troppo pieno.

Il progetto continua tutt'ora poichè la continuità della pratica e la partecipazione agli incontri di gruppo è di vitale importanza per il mantenimento dei risultati (bastano anche solo 4-5 incontri psico-educazionali e informativi all'anno).

Ricadute positive sono state la drastica riduzione del numero dei soliti accessi in ambulatorio, la riduzione dei farmaci antidolorifici e antiinfiammatori di solito prescritti, in minor misura degli ansiolitici, e soprattutto durante gli accessi in ambulatorio era presente una maggiore consapevolezza e sembra anche una accettazione del proprio disturbo.

Abbiamo utilizzato queste metodiche in via curativa anche se l'epistemologia ne dà una indicazione più preventiva(da proporre !) ma proprio per le potenzialità di autocura e in qualche caso di guarigione e per l'incidenza su stili di vita disfunzionali sono necessarie ulteriori esperienze e studi numericamente significativi che favoriscano una comunicazione aperta e collaborativa tra chi pratica le MNC e il MMG , integrando così i diversi saperi per riprodurre quella medicina ippocratica che era sperimentale, preventiva e curativa insieme.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome _____ Poggi Donatella _____

Indirizzo _____ Via C. Sforza, 3 _____

Cap . _____ 40026 _____ Città _____ Imola _____ Provincia/AUSL _____ Bo _____

Recapito telefonico. _____ 3356853686 _____ E-mail _____ poggi.donatella@libero.it _____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo→Medicina di gruppo: né bottega, né ipermercato

Autori →Poggi D, Guera T, Suzzi F, Suzzi M, Visca MR

Indirizzo →Via C. Sforza, 3 40026 Imola BO

Testo →Descrizione di una pluridecennale esperienza di medicina di gruppo in continua evoluzione di organizzazione e contenuti assistenziali, con la finalità di salvaguardare il rapporto personale medico-paziente, e nello stesso tempo di far fronte a una sempre maggiore presa in carico delle cronicità, non trascurando di dare una rapida ed efficace ai problemi acuti.

Presentazione della crescente integrazione con le figure di medico collaboratore e di infermiere "di famiglia" (practice nurse).

Sviluppo di progetti volti a dare una risposta (non necessariamente medica) ai problemi acuti durante tutto l'arco della giornata, e a cogestire le patologie croniche più impegnative.

I protocolli in via di elaborazione, sia per l'infermiere di "primo filtro", che per l'assistenza congiunta dei cronici, prevedono indicatori di processo e di esito, oltre che di gradimento dei pazienti.

Un sistema incentivante, ancora da definire, (per ora è stata garantita la risorsa infermieristica per il lavoro di primo filtro telefonico), deve riconoscere l'impegno dei professionisti coinvolti nella stesura dei protocolli e nella sperimentazione della loro implementazione

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Senaldi Roberto

Indirizzo Via Avogadro 1/C

Cap .40024 Città Castel San Pietro Terme Provincia/AUSL (BO) / Imola

Recapito telefonico. 051.948100- 333.9574174 E-mail_ robero.senaldi@libero.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	LA PORTA MEDICALIZZATA DI CASTEL SAN PIETRO TERME
Autori	→	Dott. Senaldi Roberto, Parenti Mario
Indirizzo	→	Via Avogadro 1/C Castel San Pietro Terme
Testo	→	I più recenti indirizzi nazionali e regionali propongono l'attuazione di modelli di assistenza primaria caratterizzati da Continuità Assistenziale H24 per tutti i giorni della settimana, con l'obiettivo, tra l'altro, di contrastare il crescente ed inappropriato utilizzo del Pronto Soccorso per patologie di bassa gravità (codice bianche e verdi). Con questi obiettivi prendeva avvio già nel 1998 la “ Porta Medicalizzata di Castel San Pietro Terme”. Questo neologismo fu coniato con lo scopo di evitare l'uso di parole evocative del Pronto Soccorso Ospedaliero (urgenza, pronta disponibilità, ecc...) per non indurre in confusione il cittadino nell'identificazione del servizio; e contemporaneamente trasmettere un senso di facilità e di immediatezza di accesso alla struttura. L'esperienza poté contare sul rapporto collaborativo di tutti i Medici di Medicina Generale convenzionati di Castel San Pietro Terme (16 MMG). Fin da subito la AUSL mise a disposizione un gruppo di infermieri professionali dipendenti tale da garantire la copertura oraria delle 12 ore diurne (8.00-20.00) ed il sabato e prefestivi dalle ore 8.00 alle ore 12.00. Inoltre fu sviluppata la collaborazione con i Medici di Continuità Assistenziale (Guardia Medica) per la copertura delle restanti ore notturne e dei festivi e prefestivi. Questa esperienza dura ormai da un decennio; il gradimento della popolazione castellana è dimostrato dal trend degli accessi alla Porta Medicalizzata in costante ascesa (nel 2006 gli accessi di “Primo Intervento”sono stati 5044) e dalle prestazioni erogate dal Servizio Infermieristico che hanno raggiunto il numero di ben 16.000 prestazioni nello stesso anno 2006. Il raggiungimento dell'obiettivo primario:riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso può essere considerato in buona sostanza raggiunto, in quanto è stata registrata in questi anni un'importante riduzione di circa il 40% degli accessi in Pronto Soccorso da parte dei cittadini del Nucleo di Cure Primarie Castel San Pietro Terme- Dozza . Il dato di per sé eclatante trova conferma anche nell'esito dei citati 5044 casi pervenuti alla Porta Medicalizzata. Solo per 91 di essi è stato necessario il proseguimento delle cure in Pronto Soccorso o in Ospedale. I dati in nostro possesso riferiti al 2007 confermano questo trend.

Ambito territoriale di MODENA

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome ____Borelli Nunzio____

Indirizzo ____Via XXV APRILE 15____

Cap ____41036____ Città ____Medolla____ Provincia/AUSL PROV ____MO____ AUSL ____104____

Recapito telefonico.____3331538219____ E-mail ____nunziobo@libero.it____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	AMBULATORI DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE DEI FESTIVI-PREFESTIVI ORGANIZZATI DALLE COOPERATIVE DEI MMG NELLA PROVINCIA DI MODENA.
Autori	→	<u>Borelli Nunzio</u> , Borghi Rossella, Daya Ghassan, Ferrari GianCarlo, Loconte Giacinto. Morellini Alberto, Razzaboni Giovanni
Indirizzo	→	Via XXV APRILE 15 Medolla(MO)
Testo	→	<u>Viene presentato il progetto di continuità assistenziale: ambulatori dei codici bianchi.</u> ❖ Le Cooperativa Meditem , MDF, MDF 7, Medibase Area Nord, Memo3 formate da medici di famiglia e L'AZ USL Modena,, mettono a disposizione dei cittadini un servizio per rispondere a <u>bisogni e richieste attinenti all'area della medicina generale e non prorogabili</u>, nei giorni prefestivi e festivi, durante l'assenza del proprio medico di Medicina generale. E' garantita l'apertura di uno studio medico per patologie non gravi e per evitare di ricorrere al pronto soccorso quando non è necessario; si va dalle 6 ore del Distretto di Mirandola- è in progetto l'apertura di un secondo ambulatorio, alle 12 ore del Distretto di Castelfranco, che conta due ambulatori. Complessivamente gli utenti potenziali sono circa 400.000. Questa esperienza è in atto nei Distretti di Carpi, .Mirandola, Modena e Castelfranco Emilia .E' un modello preso a riferimento a livello nazionale Sono 250 i Medici di Famiglia soci delle Cooperative Mediche Modenesi che garantiscono questo servizio. Ad usufruire maggiormente dell'ambulatorio dei "codici bianchi" sono i cittadini con età compresa fra i 15 e 44 anni. Le patologie più riscontrate sono quelle otorinolaringoiatriche. Gli obiettivi di questi ambulatori sono a) Incentivare l'integrazione con la C.A e con la rete dei servizi territoriali ed ospedalieri di emergenza/urgenza, b) favorire un corretto accesso ai servizi dei cittadini in grado di deambulare affetti da patologie riferibili ai codici bianchi, limitando il ricorso inappropriato alle strutture di secondo livello come il P.S.c) supportare l'evoluzione culturale nella popolazione affinché riconosca, nella rete integrata della medicina generale territoriale, i nodi idonei per una adeguata risposta ai bisogni dei pazienti. Tutte le prestazioni fornite ai cittadini sono gratuite.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome **Capelli Oreste**

Indirizzo **CeVEAS (Centro di Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria) AUSL MO – Viale Muratori 201**

Cap **41100** Città **Modena** Provincia/AUSL **Modena**

Recapito telefonico. **059-435201** E-mail **o.capelli@ausl.mo.it**

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→ RICERCA OSSERVAZIONALE NELLE CURE PRIMARIE: PROPORLA, PROMUOVERLA E REALIZZARLA. L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MODENA.
Autori	→ Capelli Oreste , Federzoni Guido, Zanolì Cinzia, Peasso Riccardo, De Rosa Mauro, Andreoli Mimmo, Di Pietro Margherita, Boschini Cesare, Sala Francesco per il Network Ricercatori della Commissione per la Sperimentazione nelle Cure Primarie dell'AUSL di Modena.
Indirizzo	→ Azienda Unità Sanitaria Locale – Via S.Giovanni del Cantone 23 – 41100 Modena
Testo	→ Il DM 10.05.2001 ha di fatto riaperto la possibilità ai professionisti delle Cure Primarie di partecipare a ricerche sperimentali. In seguito al DGR n.596/05, dal 2006 L'AUSL di Modena ha avviato i lavori di una Commissione Aziendale per la Sperimentazione in Medicina Generale e in Pediatria di Libera Scelta che, uscendo dalle usuali logiche di sola valutazione e garanzia istituzionale, si è attivata per formare attivamente i professionisti sui temi della ricerca e promuovere attività di ricerca originale nelle Cure Primarie. Nel corso del 2006 oltre 70 MMG e PdLS hanno seguito corsi di formazione propedeutici all'iscrizione al Registro dei Ricercatori e dal 2007 è stato istituito un Network di Ricercatori delle Cure Primarie, che comprende sia i medici iscritti al registro sperimentatori che i professionisti partecipanti agli studi osservazionali, attività per la quale non è richiesta l'iscrizione al registro. Il Network si riunisce con cadenza bimestrale per discutere di protocolli di ricerca proposti da sponsor privati, elaborare proposte di ricerca originale, valutare i risultati degli studi in corso. Attualmente il Network ha proposto 4 studi osservazionali originali, tre dei quali al vaglio del Comitato Etico di Modena: lo studio ABC (Analisi dei Bisogni Conoscitivi) ha l'obiettivo di raccogliere dati sui bisogni informativi che emergono nel corso dell'attività professionale quotidiana dei medici e delle modalità con cui i professionisti strutturano quesiti e cercano risposte. Uno studio osservazionale indagherà la prevalenza della disfunzione renale in pazienti ad alto rischio (ipertesi e/o diabetici) e analizzerà i comportamenti dei medici correlati, sia sul piano clinico che terapeutico. Altri due studi si occuperanno del fenomeno dei cosiddetti accessi impropri al Pronto Soccorso (Codici Bianchi), l'uno valutando le motivazioni dei pazienti che accedono ai PS e le relazioni con l'assistenza sanitaria di base, l'altro osservando struttura organizzativa e carico di lavoro degli ambulatori dei MMG e percezione di urgenza e grado di soddisfazione dei pazienti che vi accedono. La Commissione ha ottenuto un finanziamento regionale a sostegno di questi studi, nell'ambito dei Progetti per la Modernizzazione. Un protocollo di studio sull'argomento "Codici Bianchi" è in via di definizione in Pediatria di LS. Un valore aggiunto delle attività citate è che sia gli studi elencati che le attività del Network sono inseriti in percorsi di accreditamento ECM come "formazione sul campo". Sono inoltre in preparazione corsi per la formazione all'AUDIT e alla Ricerca Osservazionale da proporre a platee allargate di professionisti delle Cure Primarie, con lo scopo di allargare le competenze e il coinvolgimento dei medici nei percorsi di ricerca pragmatica. La Commissione per la Sperimentazione dell'AUSL di Modena sta ora prendendo contatti con le altre AUSL dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN) per concordare e predisporre nuovi corsi condivisi di formazione per medici da inserire nel Registro Ricercatori e per avviare collaborazioni di ricerca, affinché il Network diventi una effettiva rete di ricerca e crescita professionale per le Cure Primarie regionali.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome _De Luca Maria Luisa_

Indirizzo _via del pozzo,71_

Cap _41100_ Città _Modena_ Provincia/AUSL _Modena_

Recapito telefonico. _059438059_ E-mail _m.deluca@ausl.mo.it_

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→ GRUPPI INFORMATIVO-EDUCATIVI MULTIDISCIPLINARI A SUPPORTO DEL PAZIENTE DIABETICO NEL DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE DI MODENA E CASTELFRANCO
Autori	→ De Luca Maria Luisa, Bonesi Maria Grazia, Ciardullo Anna, Codifava Angela, Piancone Cataldo, Salvo Erica
Indirizzo	→ Distretto di Modena c/o Poliambulatori, Via del Pozzo 71 41100 Modena
Testo	→ Obiettivo del progetto è l'istituzione di un percorso informativo-educativo svolto su piccoli gruppi di pazienti con patologia cronico-degenerativa (pazienti affetti da diabete tipo 2, intolleranza ai carboidrati, ipertensione, dislipidemie e sovrappeso) e valutarne l'efficacia in termini di acquisizione di informazioni e competenze che facilitino i cambiamenti di stili di vita necessari alla miglior gestione possibile della malattia in confronto all'approccio tradizionale ambulatoriale. I corsi sono condotti da Medici di Medicina Generale (un medico conduttore supportato da un medico osservatore) individuati nell'ambito dei Nuclei di Cure Primarie in base alle competenze professionali e alla motivazione che, precedentemente all'avvio del progetto, hanno partecipato ad un corso di formazione in cui hanno acquisito gli strumenti necessari per gestire le dinamiche relazionali del gruppo mediante role playing e il contributo di esperti in comunicazione e psicologia. Il programma educativo consiste in 6 incontri di gruppo di due ore, dedicati a 10-12 partecipanti ciascuno, reclutati dai Medici di Medicina Generale del Dipartimento di Cure Primarie di Modena e Castelfranco Emilia. I primi tre incontri sono a cadenza settimanale e i contenuti specifici fanno riferimento all'educazione alimentare e al movimento. La Dietista, mediante giochi alimentari validati, che prevedono la partecipazione attiva dei pazienti, facilita il passaggio di informazioni relative alla composizione degli alimenti, le associazioni alimentari corrette e il contenuto in calorie e carboidrati dei diversi alimenti. Nella sessione intermedia, la Fisioterapista coinvolge i pazienti in una lezione pratica sugli esercizi fisici corretti da eseguire con regolarità. Gli incontri successivi, invece, avvengono a cadenza mensile dai primi e permettono di verificare i cambiamenti nello stile di vita nel lungo periodo che i partecipanti hanno messo in pratica, superando eventuali resistenze e difficoltà con metodiche di problem solving e suggerimenti proposti dalla Psicologa. Agli incontri ogni partecipante riceve del materiale illustrativo che viene adeguatamente spiegato e che funge da rinforzo ai concetti trattati. Nel percorso istituito dei gruppi informativo-educativi nel corso del 2006 e dei primi mesi del 2007 i pazienti che hanno partecipato ai gruppi educativi sono 131, prevalentemente di sesso femminile con età media intorno ai 58 anni, il 16% ha partecipato insieme ad un familiare. In tutti i pazienti valutati si evidenzia un calo ponderale statisticamente significativo di circa 5 kg e la riduzione della circonferenza vita di circa 3 cm. Il 35% dei partecipanti ha avuto una riduzione del peso corporeo nel breve periodo (21 gg) e il 49% nel lungo periodo (90 gg). Inoltre all'ultimo incontro è stato somministrato ai partecipanti un questionario di gradimento i cui risultati si sono dimostrati molto soddisfacenti tanto che tutti hanno manifestato l'interesse a ripetere una simile esperienza. Sistema di incentivazione: pagamento come docenti.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome _Dott Feltri Gaetano_____

Indirizzo _via Ventimiglia 85_____

Cap .41100_____Città Modena_____Provincia/AUSL Modena_____

Recapito telefonico.____059 301390_____E-mail_g.feltri ausl.mo.it_____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	Protocollo di presa in carico delle persone con disturbi cognitivi/conportamentali
Autori	→	<u>Dott Gaetano Feltri</u> ,dott Marco Somieri ,Dott Fausto Grandi ,Prof Neri Mirco ,Dott Federzoni Guido
Indirizzo	→	
Testo	→	La responsabilità e la gestione complessiva del soggetto affetto da disturbi cognitivi o condizioni correlate e della sua famiglia trova nel MMG il naturale interlocutore trattandosi di patologia molto diffusa, ad alta cronicizzazione, con interazioni molto rilevanti con altre patologie tipiche dell'anziano e con i bisogni assistenziali complessi che ne derivano. La presa in carico di questi pazienti richiede per altro una interazione fra vari soggetti ed una rete di servizi ed opportunità che permetta di dare risposte adeguate alle varie fasi di malattia Il MMg è depositario della storia della persona e più di ogni altro può intercettare le variazioni cognitivo comportamentali assieme alla famiglia. Il MMG individua il problema con particolare riferimento alla diagnosi precoce, svolge una indagine per confermare il suo sospetto di malattia con strumenti condivisi, valuta alcuni aspetti di laboratorio e strumentali per l'invio al centro I centri di valutazione hanno una funzione specialistica di 2° livello che deve consolidarsi come tale e sempre più dovrebbero svolgere una attività consulenziale più che di presa in carico e gestione del paziente. Il protocollo concordato nella Provincia Modena è in funzione di aumentare l'appropriatezza in modo da avere una maggiore possibilità di : • contenere i tempi di valutazione con un maggiore dialogo con il MMG • Svolgere un effettivo ruolo di consulenti ai MMG con particolare riferimento alle situazioni di "emergenza" quali per esempio: stati di agitazione, insonnia deliri acuti ecc. • Valutare con maggiore attenzione gli aspetti complessivi del paziente rimandando al MMG sia un inquadramento diagnostico sia un suggerimento per un progetto terapeutico adeguato alla situazione non solo in senso farmacologico Il MMG riprende in carico la persona anche per tutti gli aspetti della comorbilità, per un follow up annuale. E' punto di riferimento per la famiglia per gli aspetti assistenziali e per gli indirizzi da prendere più opportuni a seconda delle fasi di malattia. Soprattutto per la gestione del Disturbo comportamentale il MMG si può avvalere della consulenza del Centro di 2 livello e della consulenza psichiatrica soprattutto per le situazioni di emergenza Il lavoro del MMG viene sintetizzato in due modelli il primo di presa in carico ed il secondo di follow up che valore amministrativo ma anche epidemiologico per la raccolta dati sulle patologie cognitive Il protocollo operativo è stato approvato dal Comitato Aziendale per la Medicina generale e firmato dal Direttore Generale dell'Ausl come percorso aziendale

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome: Rossi Lorella

Indirizzo: Via Molinari 2

Cap. 41012 Città: Carpi

Provincia/AUSL: AUSL MODENA

Recapito telefonico: 059/ 659905 E-mail: lo.rossi@ausl.mo.it

Sottolineare il “Primo Autore”

Titolo	→	INTEGRAZIONE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA PER I PAZIENTI ONCOLOGICI ASSISTITI IN OSPEDALE E AL DOMICILIO.
Autori	→	<u>Rossi Lorella</u> – Liotti Paola – Righi Angela - Binkowska Beata Katarzyna – Manuela Bini - Bolognesi Daniela - Coco Loredana Rita - Caterina Crivellaro - - Franchetto Rita - Gasparini Patrizia - Emilia Gianotti - Giusta Greco - Hajazin Abeer - Barbara Lugli - Simona Marani - Margini Meri - Mazzucco Paoluccia - Morsello Caterina - Orlandelli Chiara - Tirabassi Alessandra - Trombini Carmela.
Indirizzo	→	Distretto di Carpi – Azienda Usl Modena – Via Molinari 2 – 41012 Carpi (Mo)
Testo	→	OBIETTIVI Implementare modelli assistenziali infermieristici per condividere la lettura dei bisogni, consentire la continuità delle cure, integrare le equipe infermieristiche del Day Hospital Oncologico (DHO) e del Servizio Assistenza Infermieristica Domiciliare (SADI) per il malato oncologico terminale. Individuare, sperimentare, adottare una scheda assistenziale infermieristica informatizzata da condividere in ambiente comune. DESCRIZIONE DEL PROGETTO L'esperienza delle équipe infermieristiche del Day Hospital Oncologico e del Servizio di Assistenza Infermieristica Domiciliare nella cura dei pazienti oncologici terminali, ha evidenziato la necessità di un lavoro integrato per migliorare la qualità assistenziale. L'integrazione è possibile adottando percorsi assistenziali e modalità operative condivise coniugando aspetto clinico e organizzativo che consente di realizzare una rete di servizi preparata a rispondere ai bisogni assistenziali del paziente e della sua famiglia Da qui la necessità di conoscere e confrontare i modelli assistenziali presenti nel S.A.D.I. e nel D.H.O., di adottare modalità comuni di lettura e di rilevazione del bisogno di assistenza, di definire e utilizzare uno strumento informatizzato che consenta l'interazione e integrazione dei professionisti e garantisca la continuità assistenziale facilitando la trasmissione e la raccolta delle informazioni sanitarie e sociosanitarie dell'assistito. METODOLOGIA Il progetto, rivolto a 20 infermieri operanti presso il S.A.D.I. – Distretto di Carpi e D.H.O. – Ospedale di Carpi, prevede: • Percorso formativo 2005: momenti in aula e lavori di gruppo con analisi dei modelli infermieristici assistenziali nella presa in carico del paziente oncologico, formazione sul campo presso il S.A.D.I./D.H.O. e realizzazione dello strumento e addestramento al suo utilizzo (novembre 2005 – ottobre 2006). • Periodo di sperimentazione: gli infermieri del S.A.D.I. e del D.H.O. adottano lo strumento informatizzato. • Percorso formativo 2006: momenti in aula e lavori di gruppo con analisi della metodologia della ricerca in funzione della realizzazione del questionario per i pazienti. • Analisi del grado di soddisfazione degli infermieri nell'utilizzo dello strumento con la somministrazione di un questionario (novembre 2006). • Analisi del gradimento paziente per indagare gli aspetti organizzativi del nuovo percorso assistenziale (novembre/dicembre 2006) • Presentazione dei risultati del gradimento (febbraio 2007) • Adozione formale dello strumento informatizzato (anno 2007) • Realizzazione di Audit clinici su casi/pazienti seguiti dai due Servizi (marzo/dicembre 2007) • Realizzazione/stesura opuscolo informativo e inizio diffusione (anno 2008)

RISULTATI

Il percorso di formazione ha consentito alle due equipe infermieristiche di ingrarsi e condividere modelli assistenziali di presa in carico e continuità.

I risultati dell'indagine conoscitiva rivolta agli infermieri e ai pazienti oncologici seguiti, ha consentito di adottare lo strumento informatizzato contenente le informazioni clinico-assistenziali del paziente per la continuità delle cure.

La realizzazione dell'audit clinico ha consentito di approfondire temi e situazioni cliniche, assistenziali e organizzative del percorso di assistenza per pazienti oncologici in una logica di continuità assistenziale e di servizi

Ambito territoriale di PARMA

MODULO ABSTRACT

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE:

Cognome e Nome **AFFANNI PAOLA**

Indirizzo VIA S. ALLENDE 2 Cap . 43013 Città LANGHIRANO Provincia / **AUSL PARMA**

Recapito telefonico **0521864107 / 3293681604** E-mail paffanni@ausl.pr.it

Sottolineare il "Primo Autore"

TITOLO

IMPLEMENTAZIONE DEL PERCORSO DI GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI RICOVERATI PRESSO IL CENTRO CURE PROGRESSIVE DI LANGHIRANO

(AUSL PARMA DISTRETTO SUD-EST DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE)

Autori: **AFFANNI PAOLA** – FERRARI CRISTINA – MAZZALI VANNA – CAMMI EMILIO – DANIELA BERTOLACCINI – CAVAZZINI RITA - EMANUELE ROSSELLA

Team di progetto: équipe assistenziale e riabilitativa del Centro Cure Progressive

Indirizzo: Centro Cure Progressive, via S. Allende 2 - 43013 Langhirano (PR)

TESTO

INTRODUZIONE / DEFINIZIONE DEL PROBLEMA:

Il Centro Cure Progressive è una struttura attiva dal luglio 2005 ad alta valenza assistenziale territoriale con 24 posti letto, è situata a Langhirano capo comune del Distretto Sud-Est. Destinatari della struttura sono pazienti terminali candidati alla terapia palliativa (12 PL Hospice), e pazienti Gracer (8 PL).

La direzione è in capo a un Responsabile infermieristico dell'Azienda USL di Parma mentre la gestione alberghiera e assistenziale è affidata alla Casa Protetta Val Parma.

Dopo i primi mesi di attività la verifica dell'organizzazione interna ha evidenziato alcune criticità riferibili sia alla gestione del personale che alle modalità assistenziali implementate:

A) gestione del personale:

- la presenza di due interlocutori, nonostante linee di indirizzo condivise, non ha favorito un processo omogeneo di governo del personale;
- la tipologia di contratto libero professionale, che rappresenta la quasi totalità dei rapporti esistenti fra ente gestore e professional, non prevede gli strumenti classici di selezione, inserimento, valutazione gestione ed un sistema premiante
- difficoltà nell'individuare meccanismi di coordinamento e di leadership che favoriscano la gestione del conflitto, la valorizzazione dei ruoli professionali, il lavoro di équipe, l'appartenenza al gruppo e all'organizzazione

B) modello assistenziale:

- inizialmente per i pazienti di entrambe le tipologie (GRACER e Hospice) non era prevista una collocazione differenziata nei due nuclei di degenza e la continuità assistenziale era garantita da un turno di lavoro che non prevedeva distinzione di équipe dedicate all'una o all'altra specialità. La principale criticità rilevata era la difficoltà ad indirizzare il personale all'acquisizione di competenze distintive necessarie a garantire un'assistenza specialistica orientata alle cure palliative e/o alla presa in carico del paziente con grave patologia neurologica
- il modello assistenziale adottato era di tipo tecnico, trasversale e le figure professionali non erano organizzate con una pianificazione delle attività di tipo integrato. Il modello orizzontale che si era instaurato non favoriva la presa in carico globale del malato grave e della sua famiglia e l'integrazione delle figure professionali nel rispetto dei relativi ruoli e ambiti di responsabilità (Infermieri, Fisioterapisti, OSS).

OBIETTIVI DEL PROGETTO:

- Individuazione di meccanismi efficaci di coordinamento e di supporto al gruppo per favorire la motivazione e il senso di appartenenza all'organizzazione
- Implementazione di modelli assistenziali che garantiscano la centralità del paziente nel processo di cura, l'incremento dell'appropriatezza di intervento e dello standard qualitativo nelle fasi di presa in carico e pianificazione del processo di nursing con particolare orientamento alla definizione dell'outcome della casistica in ingresso

DEFINIZIONE DEL PROGETTO:

Il cambiamento organizzativo è stato realizzato partendo dal coinvolgimento di tutti gli operatori fin dalle prime fasi progettuali e si è basato sulle seguenti azioni:

1. Individuazione di due équipe di lavoro, una per il nucleo HOSPICE e una per il nucleo GRAVI/GRACER con piano formativo differenziato
2. Individuazione dei modelli assistenziali teorici di riferimento: modello assistenziale tipo primary nurse per il nucleo hospice (Hospice care) ed individuazione del case manager riabilitativo (fisioterapista) per il nucleo GRAVI/GRACER
3. sperimentazione di piani di lavoro integrati basati sulla sistematica redazione del PAI con relativa assunzione di responsabilità diretta da parte dei professionisti coinvolti
4. elaborazione e adozione di strumenti informativi che documentano il processo di nursing / riabilitazione attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione validati (definizione del grado di autonomia del paziente "Barthel", del livello di disabilità "DRS; LCF", del grado di rischio di insorgenza di LDD "Braden", del dolore percepito "VAS")

Tempogramma:

- **Fase I:** Presentazione del progetto alla Direzione del Distretto, all'Ente Gestore, all'équipe del Centro Cure Progressive, ai familiari dei pazienti GRACER in funzione della riorganizzazione dei posti letto
- **Fase II:** Programmazione incontri nelle rispettive équipe per l'analisi e il confronto dei Profili Professionali, la progettazione dei piani di lavoro integrati con momenti strutturati per l'elaborazione del PAI, la discussione di casi critici e gli incontri a cura delle psicologhe, l'individuazione e formalizzazione degli strumenti operativi quali cartella assistenziale integrata, differenziata per il nucleo Hospice e il nucleo Gracer
- **Fase III:** Sperimentazione dei piani di lavoro integrati con la supervisione di un tutor clinico - assistenziale individuato nelle rispettive équipe (nel periodo iniziale). Questa fase prevede anche la verifica intermedia nelle rispettive équipe e l'attuazione dei piani organizzativi nonché la valutazione in équipe allargata del nuovo modello organizzativo del CCP e la valutazione dei fabbisogni formativi con relativa stesura del piano formativo

PROFESSIONALITÀ COINVOLTE: infermieri, operatori socio sanitari, fisioterapisti, psicologi, medici della struttura

INDICATORI DI RISULTATO

- Miglioramento del clima organizzativo / gestione dei conflitti;
- Adesione al progetto formativo proposto;
- Elaborazione delle cartelle assistenziali integrate;
- Miglioramento dei percorsi di integrazione con la Rete delle Cure Palliative, la Rete GRACER, l'UVG distrettuale (PROTOCOLLI DI INTERVENTO)
- Integrazione con ADI/UVG per accessi/dimissioni grazie alla scheda di trasferimento da e per il CCP elaborata congiuntamente al personale dell'assistenza domiciliare.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Agnetti Bruno

Ambulatorio San Moderanno, via Trieste 108/A, 43100 Parma

Cap .43100 Parma

Recapito telefonico: 0521/ 775886 centralino; 338/2700586 mobile; E-mail agnettib@libero.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	Programmi (power point) di Educazione Sanitaria rivolti agli assistiti ed ai frequentatori della sala d'aspetto delle Medicine di Gruppo
Autori	→	<u>Agnetti B.</u> , Antonioni M C., Chiari A., Dazzi D., Marinucci L., Salvi M. (Centro Studi Programmazione Sanitaria-CSPS); Ferrari C., Melloni E., Tumino G., Vecchi N.; Quaretti R.;
Indirizzo	→	Camporesi L., Gurrado G. Medicina di Gruppo San Moderanno via Trieste 108/A 43100 Parma
Testo	→	L'Assistenza Primaria coinvolge il settore medico-sanitario, quello sociale e quello educativo. Oggi i bisogni sociali ed educazionali sembrano superiori a quelli sanitari. Il medico di base si trova , molto spesso, a dover rispondere ad una notevole mole di richieste e di esigenze che hanno caratteristiche prevalentemente sociali o psico-sociali. Per far fronte alla difficoltà di offrire risposte adeguate e coerenti a richieste in aumento esponenziale il mmg, e in particolare i componenti delle lMedicine di Gruppo, non solo hanno modificato le modalità lavorative (es.: H/12) ma hanno anche individuato strategie innovative considerate utili per governare l'incremento della domanda basate sulla organizzazione e la strutturazione operativa dell'educazione sanitaria realizzata con programmi computerizzati (power point) e rivolti agli assistiti e ai frequentatori della sala d'aspetto, adeguatamente attrezzate, delle Medicine di Gruppo. Le modalità tradizionali utilizzate per attuare una educazione sanitaria (manifesti, opuscoli, articoli, pieghevoli, conferenze...) hanno mostrato, secondo l'esperienza accumulata dagli autori (che appartengono alle varie professionalità mediche e non mediche del territorio, dei servizi e dell'ospedale), un coinvolgimento dell'attenzione minore. Le presentazioni sono apparse più efficaci grazie alla possibilità di essere ripetute a ciclo continuo e con intervalli adeguati al carico di informazioni contenute nel messaggio della diapositiva proiettata. I temi e gli argomenti di educazione sanitaria sono in pratica numerosissimi e subiscono costanti modificazioni e aggiornamenti: questi interventi sono facilitati dalla maneggevolezza del programma power point o similari. I locali delle sale d'aspetto nelle quali si svolgono queste forme di educazione sanitarie necessitano di proiettori e/o maxischermi collegabili, in modo pratico e funzionale, a computer. Sarà necessario che i messaggi siano progettati secondo le regole dettate dalle teorie della comunicazione efficace con messaggi sempre volti al positivo e senza creare, se possibile, nuovi bisogni. Se le informazioni sono ben costruite saranno in grado di incrementare la motivazione a modificare gli stili di vita, l'autonomia, la responsabilizzazione verso una assistenza territoriale sostenibile. Quando invece immagini, messaggi, parole, musica sono proposte al negativo o in modo direttivo o impositivo possono richiamare modalità comunicative di tipo "pubblicitario" con la possibilità di trasmettere elementi di aggressività occulta (es.: creazione di nuovi bisogni). La filosofia dell' Educazione Sanitaria proposta nelle sale d'aspetto delle MdG si fonda sul principio o sul criterio sintetizzato dall'acronimo EBM vs EBM: cioè dalla Medicina Basata sulle Evidenze alla Medicina Basata sulla Elementarità o semplicità (Elementary). I programmi attualmente in uso nella MdG San Moderanno: IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE RACCONTATO; CHE COS'E' UNA MEDICINA DI GRUPPO; LA DEPRESSIONE RESA SEMPLICE (THE DEPRESSION MAKE SIMPLE); COME UTILIZZARE I SERVIZI OFFERTI DA UNA MEDICINA DI GRUPPO; LA TUTELA DELLA NOSTRA SALUTE; COME RIDURRE LA PRESSIONE ARTERIOSA INTERVENENDO SU ALCUNI STILI DI VITA DISADATTIVI; COME INDIVIDUARE COMPORTAMENTI DI ABUSO DI SOSTANZE NEI FIGLI O NEI NIPOTI; LA PREVENZIONE DELLE CADUTE NEGLI ANZIANI (LE PERSONE ANZIANE POSSONO NON CADERE). Il sistema incentivante è ipotizzato ma non ancora strutturato da parte dell'azienda.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Bono Fabio

Indirizzo via Petrarca 11

Cap 43100 Città Parma Provincia/AUSL Parma

Recapito telefonico. 335 362731 E-mail twkeb@tin.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	IL MODELLO COLORNO: ESPERIENZA DI TRE LUSTRI DI UNA M. DI GRUPPO EVOLUTA DA UN MODELLO GESTIONALE SEMPLICE AD UNO COMPLESSO
Autori	→	F.Bono Colorno (PR)
Indirizzo	→	
Testo	→	L'articolo analizza i risultati ottenuti di un progetto sperimentale di integrazione per gestire le necessità sanitarie del comprensorio di Colorno (Pr) che conta una popolazione di circa 8500 persone. Alla base del progetto vi è una medicina di gruppo "storica" nata nel 1993 che negli anni si è evoluta passando da una organizzazione semplice (tre medici, una infermiera, un modesto livello di informatizzazione) al modello complesso del progetto in oggetto. Altri attori sono: il polo sanitario di Colorno con le sue articolazioni (Day service, poliambulatori specialistici, radiologia, C.U.P., centro prelievi, salute donna, C.I.M., S.E.R.T., Servizio Igiene, Fisioterapia, Dialisi), l'IPAB S. Mauro Abate, prossima A.S.P., con 84 posti letto e la Pubblica Assistenza sede della Continuità Assistenziale e del 118. La sede della Medicina di Gruppo è stata trasferita presso locali della AUSL collegati con il Polo Sanitario di Colorno e la Casa Protetta (IPAB), con sei ambulatori, uno per medico, un'unica sala d'attesa con reception collegata ad un locale amministrativo, un locale medicazione, una sala riunioni e locali tecnici. E' presente un percorso d'accesso per cittadini diversamente abili. Gli studi dei MMG sono connessi tramite una rete informatica ed i dati sanitari sono raccolti in un server sito nel locale amministrativo, questo consente ad ogni Medico di accedere agli archivi dei Colleghi ed al collaboratore di studio di stampare le ripetizioni di ricette, ma anche, di analizzare le scelte prescrittive del gruppo al fine di migliorarne l'appropriatezza. L'intranet dello studio è collegata al progetto SOLE che, superata la fase sperimentale, permetterà la trasmissione delle informazioni sanitarie ed amministrative tra i vari nodi del Sistema Sanitario. La medicina di gruppo, grazie anche al personale infermieristico ed amministrativo, fornisce 10 ore di apertura quotidiana degli studi consentendole di essere un punto di riferimento per la popolazione ma anche di attivare sottoprogetti come la distribuzione diretta di farmaci ad alto costo senza provocare disagi agli utenti. Le visite si svolgono su prenotazione ed ogni medico riserva un posto in ogni ora del proprio ambulatorio per un'eventuale visita urgente. La ripetizione delle ricette per patologie croniche può essere prenotata per via telefonica o fax ed il ritiro può avvenire per 7 ore al giorno. È allo studio un protocollo per la consegna delle ricette a domicilio per via postale in 24 ore con oneri a carico dell'assistito. L'organizzazione del lavoro e gli strumenti medicali presenti (Elettrocardiografo, ossimetro, ecocolordoppler, ecc.) consentono di aumentare il livello delle prestazioni offerte ma anche di dedicarsi alla formazione indirizzata ai MMG. La Casa Protetta, con 84 ospiti, a cui la medicina di gruppo fornisce l'assistenza medica, ha messo a disposizione due posti di sollievo (cure intermedie) per consentire sia le dimissioni protette, sia per evitare ricoveri indotti da riacutizzazioni di patologie croniche, ricoveri di pazienti terminali o per approfondimenti diagnostici che possono essere svolti in collaborazione con specialisti territoriali. Sempre presso la Casa protetta sono stati attivati 5 posti definiti ad alta valenza sanitaria per pazienti tetraplegici tracheostomizzati con respirazione spontanea o con respiratore artificiale (Pazienti GRACER: esiti di ipossia cerebrale e malattie degenerative neurologiche) che vengono seguiti dai MMG della medicina di gruppo. Ultimo tassello, attualmente attivo, di questo progetto è l'integrazione tra i nefrologi ed i MMG della medicina di gruppo che visitano due volte il mese i pazienti del C.A.L. (Centro dialisi ad Assistenza Limitata).

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome **Bortoletto Mariella**

Indirizzo Via Mindollo 1

Cap 43046 Città Ozzano Taro Collecchio Provincia **AUSL Parma**

Recapito telefonico.0525300412

Sottolineare il "Primo Autore"

TITOLO: IMPLEMENTAZIONE DEL PERCORSO DI GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE AFFETTO DA DIABETE DI TIPO 2

Autori: **Bortoletto Mariella** / Bertoncini Bruno / Noberini Paola / Spadari Emanuela / Piazza Nicoletta / Frattini Giuseppina / Anelli Stefania / Mariani Donatella / Bellei Marisa / Dellapina Annamaria / Prone Paola / Gianilli Raffaella / Filiberti Carla / Moruzzi Sabina / Pellegrini Daniela / Mongardini Fabrizia / Gardini Cinzia / Angella Massimo

Indirizzo: Distretto Valli Taro e Ceno Dipartimento Cure Primarie via Benefattori 12 Borgo Val di Taro (PR)

TESTO

INTRODUZIONE / DEFINIZIONE DEL PROBLEMA:

Il Diabete Mellito, con le sue complicanze è uno dei maggior problemi sanitari dei Paesi economicamente avanzati e al tempo stesso una voce importante della spesa sanitaria. Anche in Italia si assiste ad un progressivo aumento della patologia, rilevabile in particolare dal sensibile incremento del consumo di farmaci dedicati alla stessa. I progressi della cura della malattia diabetica sono stati molto importanti ed hanno portato ad un allungamento delle aspettative di vita dei diabetici. I problemi principali oggi per i diabetici non sono più quindi quelli legati alla sopravvivenza ma quelli legati alle complicanze croniche del diabete. La neuropatia diabetica e/o macroangiopatia degli arti inferiori possono compromettere la funzione o la struttura del piede rappresentando una delle complicanze invalidanti di tale patologia. Sulla base di queste premesse il Dipartimento Cure Primarie del Distretto Valli Taro e Ceno, ha attivato un progetto di miglioramento del percorso ambulatoriale esistente.

DEFINIZIONE DELLO SCOPO E OBIETTIVI:

Assicurare al paziente diabetico che accede all'ambulatorio diabetologico la totale presa in carico assistenziale, che si esplica attraverso:

- l'individuazione dei bisogni assistenziali del paziente in base al livello di autonomia con cui gestisce le proprie attività di vita;
- la precoce individuazione di complicanze legate alla patologia diabetica al fine di salvaguardare la funzionalità di organi ed apparati;
- l'attivazione di un percorso educativo mirato a fornire al paziente le conoscenze appropriate sulla malattia, sulla terapia e ad incentivare l'adozione di stili di vita che contribuiscano a mantenere l'equilibrio del proprio stato di salute;
- l'integrazione professionale all'interno dei Nuclei delle Cure Primarie fra Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti, Infermieri afferenti alla specialistica ambulatoriale e alle cure domiciliari e infermieri delle Medicine di Gruppo.

DEFINIZIONE DEL PROGETTO:

Il progetto è stato sviluppato attraverso varie fasi:

- **formazione del personale infermieristico coinvolto:**
- una rappresentanza del personale ha partecipato al Convegno Internazionale per Infermieri di Diabetologia tenutosi a Madrid il 6 dicembre 2007. Gli obiettivi formativi del convegno erano volti a fornire conoscenza appropriata sulla malattia e sulle terapie, promuovere l'attenzione del paziente alla cura, istruire il paziente su come mantenere lo stato di salute adottando stili di vita corretti.

- Un gruppo di infermieri ha partecipato al corso di formazione sulla terapia medica nutrizionale del paziente diabetico di tipo 2 tenutosi a Bologna il 12 e 13 ottobre 2007, organizzato dalla Associazione Operatori Sanitari Diabetologici Italiani. Il corso ha previsto una parte teorica finalizzata all'acquisizione di conoscenze scientifiche inerenti la patologia e la terapia diabetica, seguito da lavori di gruppo da parte dei partecipanti che hanno preso in considerazione l'analisi di casi clinici reali. I contenuti dei corsi di formazione sono stati condivisi con tutti i componenti del gruppo di lavoro e con il personale infermieristico dei Nuclei di cure Primarie;
- **elaborazione di una guida da parte del gruppo multidisciplinare** che fornisce indicazioni pratiche relative al trattamento della patologia e alla prevenzione delle possibili complicanze ad essa correlate;
- **attivazione di un ambulatorio infermieristico dedicato al trattamento del piede diabetico.** I pazienti afferenti al Centro Diabetologico sono stati sottoposti a screening per quanto riguarda la prevenzione del piede diabetico. I dati sono riportati nelle cartelle depositate presso il Centro Diabetologico e in appositi registri sono riportati gli episodi di cura.

PROFESSIONALITA' COINVOLTE:

Personale infermieristico afferente alla specialistica ambulatoriale e alle cure domiciliari del Dipartimento delle Cure Primarie del Distretto Valli Taro e Ceno e personale amministrativo con funzioni di coordinamento al fine di organizzare le visite e strutturare le guide pratiche che sono state consegnate ai pazienti.

SISTEMA PREMIANTE:

Il percorso di gestione integrata del paziente affetto da diabete di tipo 2 è stato inserito nei progetti incentivi dell'area comparto relativi all'anno 2007 e di conseguenza è stato sottoposto a verifica da parte del Nucleo di Valutazione Aziendale.

RISULTATO:

Complessivamente, presso il Centro Diabetologico di Fornovo di Taro sono in carico 1004 pazienti di cui 150 sono in gestione integrata.

Presso il Centro Diabetologico di Borgo Val di Taro sono in carico 990 pazienti di cui 166 sono in gestione integrata.

Nell'anno 2007 presso l'ambulatorio per il trattamento del piede diabetico sono stati visitati in screening 870 pazienti e di questi 19 pazienti sono stati presi in cura per il trattamento del piede diabetico.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome _____ Calci Enrica _____
Indirizzo _____ Viale Basetti , _____ n. 8 _____
Cap . _____ 43100 _____ Città _____ Parma _____ Provincia/AUSL _____ Parma _____
Recapito telefonico. _____ 0521/ 393855 _____ 3337326741 _____ E-mail _____ ecalci@ausl.pr.it _____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo: Implementazione del percorso infermieristico di cura delle ulcere/lesioni da compressione.

Autori ☐ **Calci Enrica** Responsabile S.I.T. - Distretto di Parma

Polledri Margherita : Vale Basetti, 8 Parma Coordinatore Infermieristico – Distretto di Parma

Nardella Angelo : Viale Basetti, 8 Parma Infermiere Domiciliare – Distretto di Parma

TESTO

INTRODUZIONE / DEFINIZIONE DEL PROBLEMA:

Nella ridefinizione di ruoli, funzioni, campi di azione e livelli di autonomia, è più che mai indispensabile strutturare percorsi metodologici che esprimano le potenzialità degli Infermieri, al fine di ottenere il totale riconoscimento delle specifiche competenze.

Fra gli ambiti della Clinica Infermieristica sono state individuate le competenze di CURA DELLE U.D.C., utilizzando evidenze scientifiche e definendo autonomie e responsabilità.

DEFINIZIONE DELLO SCOPO E OBIETTIVI:

- Favorire la presa in carico globale mediante l'attribuzione delle competenze distintive in merito alla GESTIONE delle U.D.C.
 - Attribuire le funzioni di CARE MANAGER agli Infermieri Domiciliari per una ottimale gestione dei casi.
- Indicatori: Strumento per la presa in carico e la gestione dei casi utilizzato per ogni paziente affetto da U.D.C.

DEFINIZIONE DEL PROGETTO (le fasi, i percorsi e le attività, devono essere esplicitati in modo specifico, analitico):

Le fasi del percorso sono scandite dalla Linea Comportamentale distrettuale che definisce i criteri di " lettura " delle lesioni nelle prese in carico, le specifiche azioni dei prodotti di cura, le autonomie prescrittive, l'appropriatezza nella gestione delle lesioni e nell'uso dei prodotti, i tempi e gli strumenti di valutazione.

La presa in carico, condivisa con il Medico di Medicina Generale, prevede l'attivazione del percorso di valutazione iniziale della lesione e la partecipazione dell'equipe assistenziale in merito alla strategia assistenziale che osserva criteri di intervento legati alla tipologia dell'ulcera, alle condizioni cliniche e allo stato nutrizionale, alla disponibilità di una rete familiare / parentale, al prodotto di medicazione individuato, ai tempi di medicazione, alle modalità di utilizzo di ogni prodotto.

La responsabilità clinica viene ricondotta all'equipe che segue il caso, valuta le evoluzioni, documenta le evidenze cliniche, ottimizza strumenti e risorse, agisce in modo condiviso per il raggiungimento degli obiettivi intermedi e finali.

PROFESSIONALITA' COINVOLTE:

Infermieri Domiciliari.

SISTEMA PREMIANTE:

Progetto obiettivo.

Valorizzazione delle figure professionali impiegate nella infermieristica clinica.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Emanuele Rossella

Indirizzo Dipartimento Cure Primarie – Distretto Sud-Est – Via Roma, 42/1

Cap .43013 Città Langhirano Provincia/AUSL Parma

Recapito telefonico. 0521865117 E-mail remanuele@ausl.pr.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	I PROFILI DI NCP: UN POSSIBILE STRUMENTO DI ANALISI E VALUTAZIONE DEI PROFILI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE IN CARICO AI NUCLEI DELLE CURE PRIMARIE
Autori	→	Emanuele Rossella, Del Canale Stefano, Maio Vittorio, Donatini Andrea, Rossi Giuseppina, Martino Giovanni, Molinari Bruno, Piroli Remo, Scali Mario, Fabi Massimo, Lazzarato Maria
Indirizzo	→	Dipartimento Cure Primarie Distretto Sud Est, via Roma 42/1, 43013 Langhirano
Testo	→	<u>Introduzione</u> Le trasformazioni che sono in atto in Italia dalla fine degli anni 80 hanno ricevuto un forte impulso dalla continua espansione della domanda di servizi sanitari, dovuta all'allungamento della speranza di vita, alla crescente prevalenza delle patologie cronico-degenerative, alla introduzione di tecnologie biomediche sempre più avanzate ed alla generalizzata richiesta di miglioramento dei livelli di salute. Tali trasformazioni rendono pertanto necessaria una presa in carico globale e sempre più anticipata alle prime fasi della malattia. Anche i documenti di programmazione regionale e l'ultimo Accordo Regionale per la Medicina Generale sottolineano e confermano l'obiettivo di dare risposta a queste tematiche attraverso una profonda riorganizzazione dell'assistenza territoriale, basata sullo sviluppo dei Nuclei delle Cure Primarie, come luogo di gestione dei processi assistenziali dei pazienti in carico, all'interno dei quali risulta centrale il ruolo del medico di medicina generale. <u>Obiettivo e percorso</u> In collaborazione con il Center for Research in Medical Education and Health Care della Thomas Jefferson University di Philadelphia (USA), l'Azienda USL di Parma ha avviato nel 2005 un progetto di ricerca finalizzato a costruire uno strumento in grado di valutare la capacità e l'efficacia dei Nuclei di Cure Primarie nel prendere in carico la popolazione di riferimento. Lo strumento, partendo dalla analisi descrittiva delle caratteristiche demografiche, cliniche e di utilizzo dei servizi da parte degli assistiti dei NCP dell'Azienda, mette a confronto i pattern di comportamento dei NCP rispetto alle scelte assistenziali ed agli esiti clinici per consentire ai professionisti di acquisire informazioni e di avviare un confronto tra pari mirato al miglioramento della pratica professionale. Il medesimo strumento fornisce anche dati riferiti ad indicatori di qualità del percorso assistenziale predefiniti e condivisi in letteratura; nella prima fase della sperimentazione gli indicatori hanno riguardato l'assistenza territoriale del paziente cardiovascolare. I dati elaborati sono stati presentati all'interno di ogni Nucleo di Cure Primarie nell'ambito di singoli incontri dedicati. La sintesi degli approfondimenti emersi durante gli incontri è stata oggetto di specifico incontro plenario rivolto ai MMG in staff ai Dipartimenti Cure Primarie, ai referenti di Nucleo ed ai rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria. <u>Professionalità coinvolte</u> Direzione Generale e Sanitaria, medici di organizzazione, medici di medicina generale, farmacisti aziendali <u>Dati</u> I dati di riferimento, relativi al 2005, sono costituiti dalla banca dati regionale dell'assistenza sanitaria che comprende i dati relativi alle caratteristiche demografiche, ai dati di consumo di prestazioni sanitarie relativi all'assistenza farmaceutica, all'assistenza specialistica ambulatoriale, all'assistenza ospedaliera ed ai dati riferiti ai medici di medicina generale.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Parodi Corrado

Indirizzo via Montepelato sud 9

Cap .43023 Città Monticelli T. Provincia/AUSL Parma

Recapito telefonico 0521 658438 E-mail corradoparodi@fimmg.org

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	TAO: RESOCONTO DELL'ESPERIENZA PROFESSIONALE A PARMA
Autori	→	Parodi C. Missorini C. Molinari B. Soncini G. Ronchini P. Bono F. Canali M. Ravanetti C.
Indirizzo	→	Campanini A. Scali M. Gallani R. Schianchi P. F.I.M.M.G. Parma
Testo	→	Il progetto aziendale gestione integrata TAO fra Asl e MMG prende avvio nel 2004, prevede un reclutamento protratto nel 2005, va a regime nel 2006. Questo progetto aziendale prevede 2 modalità: tipo 1: gestione completa, dal prelievo all'elaborazione dell'INR da parte del mmg , anche domiciliare; tipo 2: prelievo ematico da personale infermieristico e invio al mmg del dato di laboratorio, che il curante successivamente elabora e prescrive la terapia. Il lavoro illustra le difficoltà tecniche, culturali ed organizzative incontrate ed i vantaggi per i pazienti coagulati, oltre a quelli professionali del mmg ed aziendali . Oggi sono disponibili i dati di qualità del lavoro dei mmg, confrontati con l'attività dei centri emostasi di riferimento (INR in range), che dimostrano la non inferiorità dell'attività sperimentale dei mmg rispetto ai centri.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Ronchini Paolo

Indirizzo Via Leoncavallo 30

Cap .43011 Città Busseto Provincia/AUSL Parma

Recapito telefonico 339 4832453 E-mail kmbnr@tin.it

sottolineare il “Primo Autore”

Titolo	→	ESPERIENZA STAFF DISTRETTUALE A PARMA
Autori	→	Parodi C. Missorini C. Molinari B. Soncini G. Ronchini P. Bono F. Canali M. Ravanetti C. Campanini A. Scali M. Gallani R. Schianchi P.
Indirizzo	→	F.I.M.M.G. Parma
Testo	→	Dopo l’avvio nel 2006 di un’esperienza pilota in un Distretto aziendale, dal 2007 i quattro distretti della provincia hanno provveduto ad affiancare un mmg in staff al Direttore del Distretto e al Direttore del DPC. Nel lavoro sono declinate le funzioni di queste nuove figure consulenziali, secondo i criteri previsti dall’Accordo Regionale vigente e le criticità emerse da quest’esperienza. Sono altresì elencate le attività svolte, le modalità di coordinamento interdistrettuali poste in essere e gli obiettivi condivisi futuri.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Ronchini Paolo

Indirizzo via Leoncavallo 30

Cap .43011 Città Busseto Provincia/AUSL Parma

Recapito telefonico. 339 4832453 E-mail kmbnr@tin.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	PROGETTO DI COSTRUZIONE DEI PROFILI DI SALUTE NEI NCP DELL'ASL DI PARMAMODELLI ORGANIZZATIVI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE
Autori	→	Parodi C. Missorini C. Molinari B. Soncini G. Ronchini P. Bono F. Canali M. Ravanetti C. Campanini A. Scali M. Gallani R. Schianchi P.
Indirizzo	→	F.I.M.M.G. Parma
Testo	→	Negli ultimi anni il SSR della Regione ER ha subito profonde trasformazioni. Cause demografiche, epidemiologiche e tecnologiche hanno modificato "la domanda di servizi territoriali", portando sempre più frequentemente ad una esigenza di "presa in carico globale" del paziente. La risposta operativa regionale è stata la creazione di Reti Cliniche organizzate: i NCP. La conoscenza delle caratteristiche demografiche e cliniche della popolazione di riferimento e dei comportamenti professionali dei MMG, costituirà la base di partenza al fine di programmare e organizzare l'assistenza. I dati forniti dallo studio, avviato nella Provincia di Parma, in collaborazione con la Thomas Jefferson University di Philadelphia, permetteranno di raggiungere molte finalità: analisi del bisogno, ottimizzazione dell'organizzazione dei servizi territoriali, miglioramento dell'accesso e della qualità delle prestazioni erogate, strutturazione di forme assistenziali per patologie croniche e miglioramento dell'efficacia comunicativa fra Asl e MMG. Obiettivo del lavoro è descrivere l'analisi delle caratteristiche demografiche della provincia di Parma, di quelle cliniche, dei costi sostenuti per la cura dei pazienti dei 21 NCP e confrontare i comportamenti professionali, rispetto a diversi indicatori di qualità assistenziale. Obiettivo finale: fornire ai MMG informazioni utili a comprendere e migliorare le scelte assistenziali e gli esiti clinici. Percorso: i dati sono desunti dalla banca dati regionale, relativi ai cittadini residenti stabilmente nel territorio dal 2005, relativamente ad assistenza ospedaliera, farmaceutica e specialistica. Gli indicatori di qualità sono basati su evidenze scientifiche universalmente condivise in un'area, come quella cardio-vascolare, di grande rilievo assistenziale in Medicina Generale.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Rossi Giuseppina

Indirizzo Direzione Sanitaria Azienda Usl di Parma, strada del quartiere 2/a

Cap.43100 Città Parma Provincia/AUSL Parma

Recapito telefonico. 0521 393787 E-mail gyrossi@ausl.pr.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	LA GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA USL DI PARMA NELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE(TAO)
Autori	→	Rossi Giuseppina , Manotti Cesare, Emanuele Rossella, Missorini Carlo, Parodi Corrado, Donatini Andrea, Fabi Massimo, Lazzarato Maria
Indirizzo	→	Direzione Sanitaria AUSL Parma, Strada del Quartiere 2/A, 43100, Parma
Testo	→	<u>Introduzione</u> La Terapia con Anticoagulanti Orali (TAO) costituisce un trattamento di grande importanza ed in costante crescita per la cura e la prevenzione delle malattie tromboemboliche e in alcune patologie cardiologiche assai diffuse (fibrillazione atriale e valvulopatie cardiache) Il problema principale di questa terapia deriva dalla necessità di personalizzazione della dose giornaliera, condizionata da fattori genetici e variabile a seconda della dieta, dello stato di salute, dei farmaci associati. Una dose inefficace non protegge dalla trombosi, una eccessiva determina gravi emorragie. Nel nostro Paese si ritiene che i pazienti in TAO siano circa 650.000 l'anno, mentre ,sulla base dei dati demografici, si è potuto calcolare che la prevalenza dei pazienti in TAO nella Regione Emilia Romagna risulta essere pari all'1.5% nella popolazione generale, pari a circa 65.000 persone, ed al 2,44 % nella popolazione al di sopra dei 40 anni. Il numero elevato dei pazienti, con un aumento annuo stimato intorno al 10%, ha visto un progressivo sovraffollamento dei Centri Emostasi , tradizionalmente deputati alla sorveglianza e gestione di questi pazienti, rendendo necessaria l'individuazione di interventi anche di tipo organizzativo , volti al decentramento dell'attività. <u>Obiettivo e percorso</u> Nella realtà della Provincia di Parma è stato messo a punto ed attuato un modello che vede il coinvolgimento diretto e completo dei medici di medicina generale, che, attraverso un percorso formativo dedicato, la fornitura di strumento portatile ed il collegamento telematico con il data base comune ai 4 Centri Emostasi presenti a livello provinciale ,vengono messi in grado di comportarsi come un Centro di sorveglianza . Sulla base dell'analisi dei risultati ottenuti si evidenzia che i medici di medicina generale sono in grado di offrire ai propri pazienti una prestazione sovrapponibile a quella erogata da Centri specialistici, con una percentuale di pazienti con tempo trascorso in range (percentuale di tempo che ogni paziente trascorre entro il livello di anticoagulazione prefissato) pari al 68,4 % per i medici di medicina generale ed al 67,4% per i Centri Emostasi. Infine la possibilità per i pazienti di essere seguiti dal proprio medico comporta la riduzione delle trasferte , l'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alla prestazione ed il miglioramento della qualità della vita dei pazienti e dei familiari. <u>Professionalità coinvolte</u> Direzione Generale e Sanitaria, medici di organizzazione, medici di medicina generale , specialisti <u>Dati</u> I dati di riferimento sono tratti dalla Banca dati provinciale del Programma P.A.R.M.A. (Programma per l'Archiviazione Refertazione Monitoraggio Anticoagulanti) <u>Sistema incentivante</u> Per la gestione integrata completa è previsto un compenso pari a 220 €/assistito fino al 70% dei pazienti scoagulati in carico ed un compenso di 225 € al superamento di tale soglia Per la gestione mista (Punto prelievi/MMG) è previsto un compenso pari a 177 €/assistito fino al 70% dei pazienti scoagulati in carico ed un compenso di 182 € al superamento di tale soglia

Ambito territoriale di
PIACENZA

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Andena Anna Maria ____

Indirizzo via Marconi 6 ____

Cap .__29029____ Città Rivergaro_ ____ Provincia/AUSL Piacenza ____

Recapito telefonico.___0523-951070 335-8220645 Email_a.andena@hotmail.it_

Sottolineare il “Primo Autore”

Titolo	→	PROGETTO DIABETE NELLA PROVINCIA DI PIACENZA, PARTICOLARITA' E PROSPETTIVE
Autori	→	<u>D.ssa Anna Maria Andena</u> , Dr. Michele Argenti, D.ssa Enrica Politi, Dott. Antonio Brambilla
Indirizzo	→	Via Marconi 6, 29029 Rivergaro (PC)
Testo	→	Il Progetto Diabete nasce dalle indicazioni per l'implementazione presso le Aziende delle “Linee guida clinico-organizzative per il management del diabete mellito in Emilia-Romagna” contenute nella circolare regionale n. 14/2003. Nell' AUSL di Piacenza il Progetto Diabete si è evoluto attraverso 5 diverse fasi successive dal 2004 al 2007. La trasformazione del progetto avveniva prendendo atto delle criticità che di volta in volta si manifestavano a livello locale e dei consigli/soluzioni elaborati da un gruppo multidisciplinare di esperti a livello regionale. L'applicazione dell'ultimo protocollo vede la luce nel 2007 e prevede l'arruolamento di due distinti gruppi di pazienti: 1. Pazienti in gestione integrata (DM tipo 2,ambulabili,in compenso glicometabolico e senza complicanze) che effettuano 3 valutazioni/anno dal MMG e 1 visita/anno al Centro Diabetologico di riferimento 2. Pazienti in ADI,ADP,in Strutture Protette e pazienti storicamente seguiti solo dal MMG che effettuano 3 valutazioni/anno dal MMG Al posto di una cartella è stata adottata una scheda di raccolta dati compilabile in formato cartaceo oppure on-line sul sito aziendale con accesso protetto attraverso credenziali personalizzate per ogni singolo MMG. L'adesione al Progetto è stata discreta, con una netta prevalenza di pazienti del 2° gruppo rispetto a quelli condivisi (rapporto circa 3:1) e con oltre il 70% dei dati raccolti nella tipologia on-line. Dato interessante è che nei pazienti che hanno a tutt'oggi completato l'iter dei 3 controlli presso il MMG il valore medio di HBA1C è stato di circa 7,02, segno indiscutibile di un buon controllo della malattia. Il Progetto diabete è un percorso incentivato che prevede il pagamento di una quota di 132 euro per ogni scheda raccolta dati completata, ovvero percorso seguito dal paziente, completato. Il progetto è a tutt'oggi in una fase di evoluzione, aperto ad ulteriori miglioramenti, ma già adesso soddisfacente per fattibilità e risultati ottenuti.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Andena Anna Maria ____

Indirizzo via Marconi 6 _____

Cap .__29029____ Città Rivergaro____ Provincia/AUSL Piacenza _____

Recapito telefonico.___0523-951070 335-8220645 Email_a.andena@hotmail.it_

Sottolineare il “Primo Autore”

Titolo	→	L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA NELL'AUSL DI PIACENZA: CONSIDERAZIONI SU CARATTERISTICHE E CRITICITA'.
Autori	→	D.ssa Anna Maria Andena, Dr. Mauro Bonomini, Dr. Luigi Cella
Indirizzo	→	Via Marconi 6, 29029 Rivergaro (PC)
Testo	→	La filosofia che ha guidato l'elaborazione del Piano di Assistenza Domiciliare nell'AUSL di Piacenza è la consapevolezza che negli ultimi anni la popolazione è andata incontro ad un progressivo invecchiamento, alla cronicizzazione di molteplici patologie, allo sviluppo di una crescente condizione di “non autosufficienza”. Il bisogno di salute del cittadino aumenta e la sua mobilità cala. Ridisegnare l'assistenza del malato sul territorio significa ridurre la ospedalizzazione ma nel contempo ritardare/contenere/affrontare adeguatamente la sua invalidazione. Questo paziente ha bisogno di essere monitorato dal MMG e di una integrazione socio-sanitaria. Queste ultime devono intendersi come l'insieme delle attività atte a soddisfare bisogni di salute in cui, a prestazioni sanitarie, si associano azioni di protezione sociale. Nel progetto aziendale il processo di integrazione avviene fra MMG e numerose figure: infermiere territoriale e/o assistente sociale e/o assistente sanitaria territoriale e/o operatore socio sanitario e/o terapeuta della riabilitazione e/o specialisti medici. Le precondizioni generali per l'ADI sono la presenza del supporto di una rete familiare ed un ambiente domestico idoneo. Nell'ADI di 1° livello si ha una situazione di non autosufficienza in soggetto con patologia cronica che necessita di monitoraggio ed integrazione continuativa con figure anche solo del sociale. Gli accessi/mese previsti vanno da un minimo di 1 ad un massimo di 2. Nell'ADI di 2° livello si ha una situazione di non autosufficienza in patologia in labile compenso che necessita di stretto monitoraggio ed un indice di complessità assistenziale medio-alto. Gli accessi/mese previsti vanno da un minimo di 2 a un massimo di 6. Nell'ADI di 3° livello si ha una situazione di non autosufficienza in paziente che necessita di monitoraggio intenso, indice di complessità assistenziale alto, è prevista anche per paziente terminale con indice di Karnofsky inferiore o uguale a 50 anche senza integrazione con altre figure. Gli accessi/mese previsti vanno da 4 a 12. Il piano di incentivazione prevede un pagamento di una quota di attivazione di 150, 200 e 250 euro per le ADI rispettivamente di 1°, 2° e 3° livello e di una quota ad accesso effettuato di 25 euro per le ADI di 1° livello e di 30 euro per le ADI di 2° e 3°. Le criticità maggiori si sono sviluppate, in corso di attuazione del progetto, nell'interpretazione del significato di “integrazione continuativa”. Manca una linea guida Aziendale che renda uniforme il comportamento dei ROAD (figura con cui il MMG discute il caso) ed una omogenea comunicazione delle medesime ai singoli operatori interessati. Il comparto amministrativo, in buona sostanza, è compresso da una logica di riduzione della spesa e dimentica la “mission” iniziale di assistere il malato cronico e “fragile” presso il suo domicilio ma in condizioni di salute stabilizzate. Mi domando se a questo punto non sia più onesto ammettere che l'assistenza domiciliare al malato cronico ha un costo che non siamo più in grado di sostenere, o più saggio stornare capitoli di spesa da altre attività per affrontare quella che in tema di salute può considerarsi una sfida del terzo millennio

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome _____ Luigi Cella _____

Indirizzo _____ Via Marconi 38 _____

Cap .__29020 _____ Città _____ Gossolengo _____ Provincia/AUSL _____ PC _____

Recapito telefonico.___0523778132 _____ E-mail _____ luigicella@tin.it _____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	Assistenza domiciliare agli ospiti in Residenze protette e collettività (art.53, comma1c) nell'AUSL di Piacenza:considerazioni su caratteristiche e criticità.
Autori	→	Dr.Luigi Cella,D.ssa Anna Maria Andena, Dr. Mauro Bonomini, Dr.Michele Argenti
Indirizzo	→	Via Marconi 38 29020 Gossolengo (PC)
Testo	→	L'assistenza programmata nei confronti degli ospiti in residenze protette e collettività, deve essere considerata uno dei momenti qualificanti ed irrinunciabili della attività dei MMG specie al di fuori delle città in strutture medio-piccole.Questi pazienti solitamente non affetti da patologie invalidanti gravi hanno necessità di un intervento sanitario tendente a premiare maggiormente il momento preventivo rispetto a quello curativo . L'importanza di tale attività è ribadita nell'allegato 6 dell'AIR e non è stata sufficientemente valorizzata all'ultimo rinnovo del 2005 che ha comportato solo piccole varianti normative.Nell'area di Piacenza risultano mancare almeno un centinaio di posti in casa protetta o rsa, al 31-12-2007erano 135 le domande di ammissione in attesa di risposta.Questo comporta la presenza di un'alta percentuale di persone che necessitano di assistenza in strutture che non sono adeguate all'esigenza .I MMG sono tra gli operatori coinvolti nel maggior carico assistenziale trovandosi spesso a gestire situazioni cliniche gravi senza il supporto della struttura, portando ad un maggiore ricorso all'ospedalizzazione ed anche il rientro dell'ospite nelle case di riposo dopo un periodo in ospedale crea frequentemente problemi per la mancanza di posti in strutture con maggiore assistenza specie quando le condizioni cliniche non sono stabilizzate o si è verificato un peggioramento delle capacità di autonomia.L'AIR fissando l'obbligo della presenza oraria in base al numero di ospiti ha creato una figura professionale intermedia tra la libera professione e la dipendenza e ciò ha portato alla nascita di conflitti tra il MMG e le amministrazioni delle strutture in tema,ad esempio,di sostituzioni e malattia.Per ovviare a questo problema la medicina di gruppo si è attivata dando disponibilità a turnazioni e reperibilità e si è detta disponibile anche per consulenze nelle specialità possedute per gli ospiti delle strutture ove operano i medici aderenti.La mancata attuazione in sede locale di quanto previsto dall'AIR in tema di coordinamento dell'attività all'interno delle strutture rende difficile la presa in carico globale del paziente.Abbiamo presentato alcune proposte:a) la possibilità di incentivi per reperibilità o presenza dei MMG nelle strutture al di fuori dei quanto previsto dalle convenzioni (anche per integrare i miseri 26 euro/ora nelle case protette) b)PIIP senza necessità di autorizzazione c) Migliorare il rapporto col SAA e UVG coinvolgendo,anche con incentivi economici,i MMG nei percorsi che portano a ricovero nelle strutture convenzionate d) Migliorare rapporti col Simap e con il Centro per le Malattie Cognitive per i sempre più numerosi pazienti psicotici anziani con decadimento cognitivo e) Creare percorsi differenziati per ricoveri programmati o accesso ai day hospital o day service (anche tramite UVG) per gli ospiti di case di riposo,case protette,RSA.f)Creazione di percorsi agevolati per contatti tra medici (o tra infermieri) di struttura e ospedalieri (email,numeri telefonici dedicati)g) Maggiore coinvolgimento dei medici della continuità assistenziale (corsi di aggiornamento e stages nelle strutture) prevedendo ad es. incentivazioni per presenza diurna (prefestiva e festiva) nei periodi con ravvicinate festività

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Tiziana Lavalle

Indirizzo via Buca, 2 – 29028 Ponte dell'Olio (PC)

Ausl di Piacenza - Recapito telefonico.349-7618040; 0523-302370 E-mail t.lavalle@ausl.pc.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	Sperimentazione del trattamento di dialisi peritoneale a domicilio
Autori	→	<u>Tiziana Lavalle</u>, Giovanna Gardella, Loredana Scalambra, Enzo Pisati, Luciano Cristinelli
Indirizzo	→	Direzione Assistenziale, Ausl di Piacenza, presso PO di Piacenza, Via Taverna, 49 – 29100 Piacenza
Testo	→	La dialisi peritoneale continua domiciliare (CAPD) è un trattamento sostitutivo della funzione renale la cui gestione quotidiana è affidata al paziente stesso e/o ad un familiare. Gli aspetti più rilevanti della dialisi domiciliare sono la deospedalizzazione del trattamento, l'autogestione delle cure della malattia da parte del paziente con miglioramento della qualità della vita ed il minor costo globale per paziente rispetto alla dialisi ospedaliera.

L'obiettivo principale di questo progetto è domiciliare 5 pazienti cronici e stabili, ma non autosufficienti, nei primi 12 mesi, lasciando l'accesso nel centro ospedaliero ai pazienti meno stabili. I pazienti rappresentano un carico teorico, con un massimo di 2 scambi per 5 giorni la settimana, pari a 80 minuti per paziente, con un totale di 33 ore la settimana e 1733 ore anno. Durata della fase sperimentale: settembre 2006 – dicembre 2007.

Metodologia adottata: riunioni con operatori, formazione degli operatori coinvolti sulla tecnica di attacco-stacco, uso delle tecnologie e sulle patologie/semiologia specifica; visite domiciliari associate al personale della dialisi di Piacenza, distribuzione di manuali di addestramento; incontro con i MMG per informazione progetto.

Operatori coinvolti: Infermieri della Uo Nefrologia e dialisi, infermieri della UO Cure Primarie del Distretto urbano di Piacenza, i MMG dei pazienti target, medici nefrologi, il direttore della UO Cure Primarie, il Direttore Assistenziale Aziendale, UO formazione per le procedure di accreditamento ECM del corso.

Il cruscotto elaborato è stato il seguente:

OBIETTIVI SPECIFICI:	INDICATORI	EVIDENZE DI RISULTATO
Fornire a domicilio su richiesta del paziente o dei famigliari prestazioni di dialisi peritoneale per un massimo di 2 accessi al giorno.	N° prestazioni fornite/ n° prestazioni richieste = 1	100 %
Ogni caso preso in carico in ADI mantiene la presa in carico congiunta del Servizio Dialisi	N° pazienti in Dialisi Peritoneale domiciliare con presa in carico congiunta ADI-Servizio Dialisi/N° pazienti in dialisi peritoneale	100%
Efficacia della domiciliarità (*) infezioni del catetere, perdita di peso non programmata, malfunzionamento del circuito	N° pazienti in dialisi peritoneale che manifestano complicanze(*)/N° pazienti in dialisi peritoneale e domicilio	0%

Dopo la formazione, la presa in carico e il monitoraggio dei primi cinque casi si può affermare che la dialisi peritoneale domiciliare è un trattamento che può essere esteso ad altri casi.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Tiziana Lavalle

Indirizzo via Buca, 2 – 29028 Ponte dell'Olio (PC)

Ausl di Piacenza - Recapito telefonico.349-7618040; 0523-302370 E-mail t.lavalle@ausl.pc.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo → Sperimentazione della penna scanner nell'assistenza domiciliare integrata

Autori → Tiziana Lavalle, Giovanna Gardella, Fava Alicia, Enzo Pisati, Flavio Bisotti, Antonio Brambilla

Indirizzo → Direzione Assistenziale, Ausl di Piacenza, presso PO di Piacenza, Via Taverna, 49 – 29100 Piacenza

Testo → Il progetto proposto ha come obiettivo aumentare l'efficienza del processo ADI (ridurre le trascrizioni, aumentare la precisione e la completezza delle informazioni inserite nel DB regionale) senza tuttavia introdurre barriere tecnologiche, mantenendo l'attuale operatività del personale. Il percorso ha previsto di dotare gli utenti (infermieri/fisioterapisti/medici di medicina generale) della penna "digitale ®Wirtec" e della consueta modulistica cartacea (stampata tradizionalmente, ma con una speciale puntinatura della carta), trasferendo a fine giornata i dati rilevati dalla penna scanner al PC della sede o inviando i dati raccolti e prodotti in real-time utilizzando un cellulare come modem.

Tra i benefici immediati si sono identificati: verifica della reale presenza del personale coinvolto presso il domicilio del paziente ad una data ora/data; possibilità di effettuare verifiche parziali delle prestazioni eseguite in qualsiasi momento; inserimento automatico dei dati nei sistemi informatici dell'ospedale. L'archiviazione e l'indicizzazione automatica in formato digitale di tutti i moduli compilati (reperibili in qualsiasi momento tramite una semplice interfaccia Web), la disponibilità dei dati in tempo reale se utilizzato un telefono cellulare per la trasmissione dei dati, la permanenza dei dati nella cartella cartacea a domicilio e contemporaneamente visibili presso la sede ADI e, su richiesta, l'ambulatorio del MMG.

Il percorso effettuato è stato: costruzione del documento "cartella ADI", formazione del personale sull'uso della penna, coinvolgimento MMG in fase sperimentale, adozione della penna scanner per i pazienti assistiti nel distretto urbano, verifica interfacce informatiche.

Sono stati coinvolti: gli infermieri dell'ADI sia dipendenti AUSL che in outsourcing, i rappresentanti dei MMG, i tecnici informatici della UO Sistemi Informativi e telecomunicazioni, i Medici della UO Cure Primarie, il Direttore Dipartimento Cure Primarie, il Direttore Assistenziale, il Presidente dei Comitati Consultivi Misti.

Il progetto prevede l'integrazione con il programma Eurosoft in tre punti distinti:

1) Esportazione dei dati con alimentazione del flusso regionale trimestrale:

Modulo	Integrazione con Eurosoft	Front End
ADI infermieri	Si (mensile)	Web + Eurosoft
Diario (tutti)	No	Web (interfaccia personalizzata)
ADI Fisioterapisti	Si (Mensile)	Web + Eurosoft
Dolore	Da definirsi	Web (interfaccia personalizzata)

2) Verifica coerenza dei dati raccolti durante l'elaborazione dei moduli da effettuarsi run-time alla ricezione di un nuovo modulo come ausilio al riconoscimento e per la definizione dello status del modulo;

3) Verifica coerenza dei dati inseriti manualmente nell'interfaccia di front-end web.

Risultati raggiunti: la penna scanner è utilizzata da tutti gli infermieri del distretto urbano, è in seconda revisione la documentazione cartacea che può, informatizzata, diventare la base per le valutazioni multidimensionali e multidisciplinari a cui può essere sottoposto il paziente in ADI, alimenta i flussi informativi regionali, non ha modificato né il contenuto, né la modalità operativa delle UUOO. Obiettivo 2008: estendere a tutto il personale e a tutti i casi di ADI e riabilitazione domiciliare.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Tiziana Lavalle

Indirizzo via Buca, 2 – 29028 Ponte dell'Olio (PC)

Ausl di Piacenza - Recapito telefonico.349-7618040; 0523-302370 E-mail t.lavalle@ausl.pc.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→ Riorganizzazione percorso fornitura protesica e ausili
Autori	→ <u>Tiziana Lavalle</u>, Filippo Celaschi, Gaetana Marchi, Antonio Brambilla
Indirizzo	→ Direzione Assistenziale, Ausl di Piacenza, presso PO di Piacenza, Via Taverna, 49 – 29100 Piacenza
Testo	→ L'azienda Usl di Piacenza, nell'anno 2006, ha speso per fornitura di materiale protesico, ausili e integrativa 36,60 € per abitante, contro una media nazionale di 18,7€ (fonte FIASO) e una media regionale inferiore del 33%. Inoltre, sul versante dei prescrittori, tutti i MMG e i medici specialisti risultavano prescrittori. Nel 2006 – 2007 una verifica sull'utilizzo degli ausili maggiori forniti a domicilio ha dimostrato che il 30% degli stessi non era mai stato o non era più utilizzato dagli utenti. Il progetto "protesica e ausili" si propone di ridurre la spesa per la protesica e gli ausili, di facilitare il processo di acquisizione, di informare e formare i pazienti e i caregivers sull'uso degli ausili forniti e di fare un follow-up a 6 mesi per verificare l'utilizzo degli ausili stessi. Il progetto si sviluppa in tre fasi. 1° fase ottobre 2007 – marzo 2008: revisione del processo amministrativo di fornitura ausili, revisione del documento di segnalazione dell'utente, istituzione della posizione di case manager per la protesica a livello distrettuale, formazione dei case manager nella valutazione sull'uso/prescrizione degli ausili. In questa fase la parte più critica è stata la definizione delle attività affidate al Case Manager (fisioterapista) e sono state così concordate: valutazione abitativa del domicilio dell'utente, verifica delle conoscenze dell'utente/care givers sugli ausili eventualmente necessari o già prescritti, verifica della compliance del gruppo familiare sull'uso di questi ausili, in particolare quelli maggiori, addestramento dei familiari/utente all'uso e follow-up a 6 mesi, segnalazione alla ditta fornitrice degli ausili di quelli eventualmente non utilizzati presenti a domicilio per il ritiro, valutazione della possibilità di utilizzo di ausili da deposito/ausilioteca aziendale o nuovi. La formazione è stata condotta su tutti i fisioterapisti del circuito territoriale e, in particolare, ai Case Manager e ad una parte dei medici prescrittori/autorizzatori. 2° fase: selezione dei prescrittori autorizzati, revisione del documento di analisi clinica e progetto riabilitativo del paziente, individuazione dei percorsi per provenienza degli utenti. 3° fase: costruzione di un data base integrato che riassume la documentazione sanitaria relativa alla valutazione del caso, la scheda paziente amministrativa e la valutazione medico legale e verifica dei risultati finali. Sono stati coinvolti in questo progetto fisiatra, ortopedici, neurologi, geriatri – per il versante ospedaliero, fisiatra e fisioterapisti delle Cure Primarie, personale della Direzione Amministrativa Territoriale, assistenti sanitari e medici della UO Medicina Legale. A maggio 2008 il progetto ha completato la seconda fase. Risultati raggiunti nel periodo ottobre 2007 – maggio 2008 La fornitura degli ausili non ha subito ritardi nella processazione amministrativa, La spesa relativa a letti, materassi, sponde, carrozzine, deambulatori, seggioloni, comode, sollevatori, montascale si è ridotta del 16,63% nei primi 3 mesi del 2008 rispetto al trimestre equivalente dell'anno 2007. Se non fossero stati prodotti altri cambiamenti, solo l'inserimento del case manager e il controllo sulla disponibilità in magazzino/ausilioteca degli ausili avrebbe indotto un risparmio di circa 400.000€. Non si sono verificate condizioni critiche nei pazienti o reclami sulla fornitura o sulla modalità di presa in carico. Rimane da verificare l'effetto della riduzione dei prescrittori e del followup a sei mesi sulla disponibilità di ausili in ausilioteca e sui costi complessivi del servizio.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome ___ Dr. Enrico Sverzellati _____

Indirizzo Azienda USL di Piacenza – Dipartimento Cure Primarie – Via Taverna n. 49 _____

Cap .29100 _____ Città Piacenza _____ Provincia/AUSL __ (Piacenza) __

Recapito telefonico. 0523/302989 _ 338/8061311 _____ E-mail e.sverzellati@ausl.pc.it _____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	<u>EFFICACIA, APPROPRIATEZZA, CONTENIMENTO DELLA SPESA: OBIETTIVO POSSIBILE?</u> <u>LE LINEE GUIDA DIPARTIMENTALI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA</u>
Autori	→	<u>DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA</u> Enrico Sverzellati , Enzo Pisati , Enrica Politi, Giovanni Tamarri, Antonio Brambilla
Indirizzo	→	Dipartimento Cure Primarie, Azienda Sanitaria Locale di Piacenza
Testo	→	Le malattie cardiovascolari costituiscono la prima causa di mortalità, morbidità e invalidità nei paesi industrializzati, con previsione di progressivo aumento negli anni a venire. Questo comporta la necessità di incrementare gli interventi preventivi e terapeutici tendenti a ridurre l'incidenza di tali patologie; ciò ha causato un costante incremento della spesa farmaceutica per la prevenzione primaria e secondaria degli eventi cardiovascolari. L'ipertensione arteriosa è il fattore di rischio cardiovascolare numericamente più rilevante; la ricerca farmacologia e le aziende farmaceutiche sono impegnate nel produrre farmaci antipertensivi sempre più efficaci e meglio tollerati. Ciò ha allargato la possibilità di scelte terapeutiche operate dai medici, fra più classi di farmaci e, all'interno di queste, fra più molecole simili fra loro, ma con rilevanti differenze di costo. Spesso vengono utilizzate sostanze farmacologiche di sintesi recente dal costo elevato senza che vi siano fondate evidenze scientifiche di un maggiore effetto rispetto a farmaci dal prezzo sensibilmente inferiore. L'impiego di prodotti di uso ormai consolidato da anni come aceinibitori, calcioantagonisti e diuretici, per di più spesso disponibili come farmaci generici, potrebbe contribuire a ridurre la spesa farmaceutica senza dover rinunciare alla appropriatezza e all'efficacia terapeutica. Nel tentativo di raggiungere questo non facile traguardo, ispirandoci a questa strategia, basandoci sulle Linee Guida 2007 European Society of Hypertension/Cardiology (ESH/ESC) e sulle Linee Guida 2004 della British Hypertension Society (BHS), abbiamo redatto delle Linee Guida Dipartimentali per la terapia farmacologica dell'ipertensione arteriosa da proporre ai Medici di Medicina Generale dell'Azienda Sanitaria di Piacenza. Queste Linee Guida devono essere condivise dalle varie figure professionali coinvolte nel trattamento dell'ipertensione arteriosa, quali Medici di Medicina Generale, specialisti Ospedalieri ed Ambulatoriali (Medici Internisti, Cardiologi, Neurologi e Diabetologi). L'obiettivo è che queste Linee Guida diventino strumento di consulto quotidiano per i Medici di Medicina Generale che sono impegnati in prima linea nella terapia dell'ipertensione arteriosa, per ottimizzare il trattamento di questa frequente condizione clinica in termini di spesa senza essere costretti a rinunciare ad alcunché dal punto di vista dell'appropriatezza e del risultato terapeutico.

Ambito territoriale di

RAVENNA

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome **Bellet Corrado**

Indirizzo **C.so Baccarini 16**

Cap . **48018** Città **Faenza** Provincia/AUSL **Ravenna**

Recapito telefonico. **338-6275328** E-mail **bellet@dinamica.it**

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	• INTERDIPENDENZA TRA PROGETTUALITÀ E CONTRATTUALITÀ (NCP, Gestione Integrata paziente diabetico, organizzazione di un Hospice gestito da MMG)
Autori	→	
Indirizzo	→	<u>Corrado Bellet</u> – Gianni Cortesi – Pier Carlo Subini FIMMG – Via De Gasperi, 19 – Ravenna
Testo	→	L'intrapresa di importanti progetti peculiari della medicina del territorio, dalla costituzione dei NCP alla gestione integrata del paziente diabetico ed all'organizzazione di un hospice gestito dai medici di medicina generale, si intreccia con i tempi necessari alla realizzazione dell'Accordo Regionale Integrativo e alla successiva implementazione a livello locale. Ad una rapida elencazione dei progetti intrapresi per il rilancio della medicina del territorio segue una dettagliata analisi dell'andamento della trattativa decentrata per dare corso alle importanti novità organizzative previste dall'Accordo Regionale: questo non solo e non tanto per una inutile e non costruttiva polemica, ma soprattutto per dare forma e rilievo agli aspetti di una contrattazione problematica ed esporre una proposta metodologica e contenutistica tale da consentire la realizzazione in tempi adeguati di un accordo locale innovativo ma anche rispettoso dei dettami regionali e nazionali. Il tentativo è perciò quello di far emergere non solo le criticità legate alle attuali forme di contrattazione ma anche di entrare nel merito delle più attuali problematiche relative alla costituzione dei NCP, della loro organizzazione e radicamento nel territorio, con l'obiettivo di approfondire importanti tematiche quali la gestione condivisa delle patologie croniche e di concordare progetti ed obiettivi condivisi che consentano di attuare localmente tutte le diverse tipologie assistenziali presenti nella nostra Regione, permettere ai professionisti le prestazioni previste dagli accordi nazionale e regionale in modo da uniformarle a quelle già in atto nelle altre province della Regione Emilia-Romagna e di migliorare le cure primarie verso i cittadini. .

Ambito territoriale di

REGGIO EMILIA

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Gambarelli Lino

Indirizzo Via Corti 5

Cap .42019 Città Scandiano Provincia/AUSL Reggio Emilia

Recapito telefonico.368 419820 E-mail linoga@tin.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	MMG IN RUOLI ORGANIZZATIVI AZIENDALI NCP-DPC-STAFF: POSITIVITA' E CRITICITA'
Autori	→	<u>Gambarelli Lino</u>
Indirizzo	→	Via Corti 5 42019 Scandiano Reggio E
Testo	→	La centralità del Medico di Medicina Generale nell'ambito delle Cure Primarie è un elemento che accomuna tutti i Paesi dove questa modalità d'organizzazione è presente, determinandone il successo nel dare risposte efficaci ai bisogni di salute al loro primo manifestarsi. L'esperienza di Reggio Emilia vede da circa sei anni l'impegno di Medici di Medicina Generale in ruoli che vanno dalla partecipazione allo Staff all'interno del Programma Cure Primarie, alla copertura d'incarichi di Direttore e Vice Direttore del Dipartimento di Cure primarie, alla responsabilità e al coordinamento dei Nuclei di Cure Primarie. E' stato fatto un bilancio dei vantaggi e svantaggi derivati da quest'opportunità offerta a Medici di Medicina Generale e, la prevalenza dei primi ha fatto sì che, nel nuovo Accordo Locale che riprende l'AIR, l'incarico a Medici di Medicina Generale nei suddetti ruoli fosse riconfermato. La presenza di Medici di Medicina Generale come Direttori di Dipartimento differenzia la realtà di Reggio Emilia dalle altre Province ed è un elemento originale e decisivo al fine di dare applicazione reale alle soluzioni studiate a livello Aziendale per rispondere ai bisogni di salute delle popolazioni e dei singoli, in particolare per la realizzazione delle "reti orizzontali" necessarie a costruire "percorsi" rivolti a pazienti cronici. I lati negativi o le perplessità che nascono dopo questi anni di "rodaggio" sono diverse a seconda delle diverse modalità di coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale. L'esperienza dei Coordinatori di Nucleo è quella più riuscita salvo forse quella sorta di diffidenza che i colleghi riservano ad un "pari" a volte vissuto come "capo" più che come coordinatore. Un'attrazione fatale può colpire i Medici di Medicina Generale Direttori di Dipartimento o inseriti nello Staff: fare carriera in Azienda perdendo così di vista la funzione principale cui sono deputati che è essere l'interfaccia tra Istituzione e Medicina Generale, facilitare relazioni tra diversi professionisti e tra questi e la Direzione Aziendale. Un altro punto delicato riguarda la scelta delle persone da collocare in questi ruoli. I Direttori di Dipartimento e gli altri Medici di Medicina Generale inseriti i ruoli Aziendali devono essere scelti per le loro particolari competenze e non per l'appartenenza ad un organismo di categoria o per altri motivi, ricevendo pieno mandato sia dall'Azienda sia dai Colleghi. In virtù di questo mandato devono rendere conto sia al Direttore Generale sia alla categoria a cui appartengono degli obiettivi a loro affidati.

MODULO ABSTRACT

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome GRASSI EURO

Indirizzo Via Raffaello 4

Cap 42024 Città CASTELNOVO DI SOTTO Provincia/AUSL REGGIO EMILIA /AUSL 103

Recapito telefonico. 0522 682332 (FAX) Cell 335 8090476 E-mail euroreit@tin.it

Titolo	→	ASSOCIAZIONISMO DI RETE E DI GRUPPO E COOPERATIVE DI SERVIZIO NEGLI ACCORDI INTEGRATIVI LOCALI (AIL) DI REGGIO EMILIA : risultati - criticità - proposte
Autori	→	E. Grassi, J. L. Codeluppi
Indirizzo	→	FIMMG REGGIO EMILIA, Via Dalmazia 101, 42100 REGGIO EMILIA
Testo	→	Introduzione. Gli AIL tra FIMMG ed AUSL di Reggio Emilia, siglati sin dal 1997 e prorogati al 2010, hanno permesso, anche grazie all'esistenza di una grossa cooperativa dei MMG, di realizzare l'associazionismo in rete coop e di gruppo più diffuso in Italia. Nell'ultimo AIL si è prevista anche la forma di medicina di rete con struttura. In questo intervento sono analizzati la situazione, i risultati ottenuti grazie all'associazionismo, i punti di forza e le criticità delle medicina di rete e di gruppo anche cooperativa, il nuovo AIL e le richieste normative contrattuali per il futuro AIR. Esiti : a) Professionali. Dal 1997 al 2008 i medici in rete, soprattutto in GTF Coop, sono passati da 30 MMG a 233 e quelli di gruppo da 7 a 66. I medici perciò associati sono attualmente 299 su 340. La realizzazione delle medicina di rete in forma cooperativa e la promozione di piani informatici e formativi proposti dai MMG e condivisi dall'AUSL è stato di volano per promuovere le medicine di gruppo, per anni rarissime, omogeneizzare le pratiche professionali dei anche a livelli dell'adozione del metodo dell'ambulatorio programmato, di linee guida, prontuari, profili diagnostici e percorsi di cura in seguito integrati con gli specialisti in progetti aziendali. Gli AIL hanno previsto di volta in volta investimenti su gruppi di medici per i prontuari, corsi di EBM su tutti i MMG. Dal 2003 i GTF in rete della coop sono stati all'origine del successo dei 22 Nuclei di Cure Primarie di Reggio Emilia e della realizzazione del modello reggiano di Cure primarie prevedente l'inserimento dei MMG, PLS e MCA in ruoli organizzativi aziendali (Coordinatore di NCP-Direttore di DCP-Membri in Staff PCP ed ora Responsabili di Area); b) Aziendali. La presenza di un associazionismo in rete diffuso a livello aziendale, proprio a causa dell'adozione delle linee guida e di principi condivisi di medicina basata sulle evidenze hanno permesso, contrariamente alla davvero ottusa concezione bocconiana, di effettuare notevoli economie di bilancio che hanno consentito di rafforzare timidamente le risorse elargite al territorio e di porre le basi di una vera affidabilità della cooperativa e delle associazioni dei MMG rispetto ai livelli concordati budgetari dell'azienda; c) Sociali. La popolazione ha potuto godere di un grosso contenimento dei costi sociali per una notevole riduzione dell'ospedalizzazione con potenziamento dell'assistenza domiciliare, di una copertura territoriale assistenziale H 12 in urgenza ambulatoriale e domiciliare nei GTF assai maggiore, di una maggior omogeneità di trattamento EBM diagnostico e terapeutico e di minori spese anche per tickets e farmaci non rimborsabili. Conclusioni. I vantaggi ottenuti attraverso la presenza di un forte associazionismo e di una cooperativa su base provinciale sia dall'AUSL che dai cittadini e dai medici sono oggettivamente. La gestione diretta di due delle medicine di gruppo, una cittadina ed un'altra rurale, da parte della cooperativa ha ridotto i costi globali gestionali che rendono problematici la sopravvivenza di questa forma associativa. La sperimentazione di reti con struttura potrà consentire di realizzare servizi ulteriori laddove le forme di gruppo non siano possibili. L'evoluzione delle medicine di rete in medicine di rete con struttura e lo sviluppo delle medicine di gruppo non può prescindere in un ottica di cure primarie convenzionate e non dipendenti dalla fornitura a costi agevolati di strutture da parte dei comuni e delle AUSL alle società di servizio dei MMG e dalla realizzazione di società di servizio cooperative su base aziendale onde realizzare economie di scala tali da consentire alle forme associative di far fronte ai costi di gestione assai superiori agli incentivi ottenuti in termini di personale di studio, collaborazione informatica, indennità di struttura e di forma associativa. E' necessario prevedere nel nuovo AIL norme che tolgano le incompatibilità ostacolanti lo sviluppo delle cure primarie associate, consentano l'intramoenia decentrata nei polistudi dei MMG ed agevolino il lavoro delle società di servizio nel fornire beni, servizi e personale di supporto e nell'ottenimento di locali adeguati da parte aziendale e/o comunale, promuovendo innovazioni anche a livello legislativo in modo da consentire la fornitura di beni e servizi per fini sociosanitari con IVA ridotta al 4%. Uno studio più accurato dell'organizzazione delle cure primarie catalane con i loro centri di attenzione primaria a gestione regionale in ambito metropolitano, comunale e cooperativo a livello di città medie o comuni rurali e disagiati, potrebbe consentire l'ulteriore evoluzione dell'associazionismo e dei NCP dalla forma meramente organizzativa funzionale a quella strutturata.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Marchesi Cristina

Indirizzo Viale Monte San Michele 8

Cap 42100 Città Reggio Emilia Provincia/AUSL di Reggio Emilia

Recapito telefonico. 320.4352972 E-mail cristina.marchesi@ausl.re.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	LA VALUTAZIONE MULTIMENSIONALE DELL'ANZIANO PER L'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI: DA UVG A UVM
Autori	→	<u>Cristina Marchesi</u> , Giovanna Del Din, Monica Gabbi, Salvatore Marziano, Silvia Guidi.
Indirizzo	→	AUSL di Reggio Emilia. Dipartimento Cure Primarie del Distretto di Reggio Emilia. Via monte San Michele 8. 42100 Reggio Emilia. U.d. P. Zona Sociale di Reggio Emilia
Testo	→	<u>PREMESSA</u> Gli anziani di età >64aani nel Distretto di RE sono 41.734; di questi 21.080 hanno più di 74 anni e 5.750 ne hanno più di 84. Con lo sviluppo delle Cure Primarie ed il ruolo sempre più centrale del Medico di Medicina Generale nel processo di cura dei cittadini, la Unità di Valutazione Geriatrica, che fino a tutto il 2005 ha effettuato in via esclusiva le valutazioni per l'accesso alla rete dei servizi per anziani, è apparsa non essere più la risposta adeguata alle esigenze dei cittadini anziani. <u>OBIETTIVI</u> - Trasferimento delle competenze tecniche necessarie per effettuare la valutazione multidimensionale dai 5 specialisti (4 geriatri e 1 internista) che storicamente si occupavano di UVG ai 141 MMG del Distretto che avrebbero effettuato la valutazione (UVM) ai propri assistiti. - Progressivo abbandono della UVG territoriale a favore della UVM. - Riorientamento dell'attività specialistica con potenziamento di attività già in essere e sviluppo di nuove attività <u>TAPPE OPERATIVE</u> Nel 2004: stesura del progetto aziendale "UVM" sviluppatosi nell'ambito del Programma aziendale "Cure Primarie" 2005: presentazione e condivisione del progetto con gli operatori dei Servizi Sociali dei 7 Comuni del Distretto, con il responsabile SAA e con il responsabile dell'Ufficio di Piano. La nuova attività prevede infatti in capo all'Assistente Sociale Responsabile del Caso l'organizzazione dell'unità di valutazione prima in capo alla segreteria UVG presso SAA. 2006: formazione dei MMG e del personale infermieristico interessato sugli strumenti necessari alla valutazione; costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare (Direttore DCP, Responsabile SAA, Geriatra, Assistenti Sociali, infermieri) per la stesura di una procedura finalizzata ad uniformare le modalità di attivazione e esecuzione della Unità di Valutazione Multidimensionale col MMG. Nell'ultimo trimestre dell'anno avvio della nuova forma di valutazione per l'accesso a Casa Protetta e Centro Diurno, per l'attivazione AD e per il rinnovo assegni di cura. 2007: prosecuzione dell'attività iniziata a fine 2006 con riduzione delle sedute UVG territoriale da 7/settimana a 2/settimana; monitoraggio dell'attività UVM e discussione delle criticità emergenti all'interno del gruppo di lavoro; stesura definitiva della procedura. 2008: estensione dell'UVM anche all'attivazione dei nuovi assegni di cura. Abolizione della UVG. <u>PERSONALE COINVOLTO</u>: MMG, infermieri del territorio, assistenti sociali, geriatri, internista <u>MONITORAGGIO E VALUTAZIONE</u>: gli indicatori di budget hanno consentito il monitoraggio dell'attività: 2006: UVM=108; UVG=1425. 2007 UVM=821; UVG=465. E' stata potenziata l'attività del Centro Distrettuale Disturbi Cognitivi con riduzione dei Tempi di attesa al di sotto dei 30 giorni; è stato attivato un team nutrizionale distrettuale che ha preso in carico 129 pz. in Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD). Gli indicatori previsti in procedura hanno consentito il monitoraggio del processo e l'individuazione delle non conformità. <u>SISTEMA INCENTIVANTE</u>: (solo per MMG) 2006: xx euro/assistito (5% fondo incentivante locale) 2007: xx euro/valutazione effettuata (Uremunerazione a caso valutato)

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome PEDRONI CRISTINA_____

Indirizzo _VIA AMENDOLA 2_____

Cap .__42100_____Città __REGGIO EMILIA_____Provincia/AUSL____AUSL REGGIO EMILIA

Recapito telefonico.___0522335363_____E-mail___pedronir@ausl.re.it_____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	Valutazione e gestione del dolore cronico: professionisti a confronto
Autori	→	<u>Pedroni C.</u> , Pinotti M., Costi A., Govi D., Neviani E.
Indirizzo	→	AUSL REGGIO EMILIA, VIA AMENDOLA 2,42100 REGGIO EMILIA
Testo	→	Le professioni sanitarie sono chiamate quotidianamente a confrontarsi con la sofferenza. La consapevolezza che il dolore non sia qualcosa di ineliminabile e da subire con sopportazione, ma da evidenziare per dar modo a chi ne ha la competenza di contenerlo o superarlo, si sta diffondendo. Dall'altra parte, c'è una cultura ancora diffusa tra la gente e gli operatori dell'ineludibilità del dolore e della sua "dovuta" accettazione, insieme ad una marginalità curativa della persona che è in condizioni di cronicità o inguaribilità. Tanti professionisti sono testimoni di come questo avvenga quotidianamente ed esprimono il senso di frustrazione e di impotenza di fronte a richieste di aiuto per gestire dignitosamente il permanere del dolore. L'intero territorio provinciale sarà coinvolto. <u>Obiettivi</u> - Conoscere ed approfondire la pratica assistenziale e terapeutica relativa alla valutazione ed alla gestione del dolore cronico nel paziente oncologico anche in gestione palliativa - Riconoscere l'importanza della relazione d'aiuto nella gestione del dolore cronico e della dimensione etica - Condividere strumenti di valutazione del dolore e protocolli operativi di trattamento coerenti con le linee guida accreditate relative al trattamento del dolore cronico ed oncologico - Implementare momenti di audit clinico integrato finalizzati alla discussione delle problematiche cliniche ed organizzative <u>Metodologia</u> Moduli didattici interprofessionali e di approfondimento in un'ottica di formazione permanente e progettazione di momenti di audit clinico integrato finalizzato alla valutazione dell'implementazione degli strumenti condivisi. Le tematiche affrontate saranno: - Identificare il controllo del dolore come diritto fondamentale della persona - Riflettere sull'importanza di una relazione di aiuto efficace tra équipe, malato e familiari, al fine di supportare questi ultimi per tutta la durata del trattamento - Identificare le principali cause di stress e burn-out negli operatori dell'équipe curante e le strategie di prevenzione - Caratteristiche del dolore cronico "benigno" e del dolore da cancro - Definire principi e finalità delle Cure Palliative - Conoscere i fondamentali strumenti e le metodologie destinate a stabilire l'esatta intensità del dolore - Conoscere i principi dei trattamenti farmacologici e le nuove norme in tema di utilizzazione dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore - Conoscere le principali problematiche dei sistemi impiantabili utilizzati nella terapia antalgica Conoscere le terapie complementari o alternative utili nel trattamento del dolore.

Regione Emilia Romagna
Prima Conferenza Regionale sulle Cure Primarie, 20 giugno 2008
Percorsi Clinico – Organizzativi e Strumenti Contrattuali per la gestione delle Cronicità

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome PEDRONI CRISTINA _____
Indirizzo _VIA AMENDOLA 2_____

Cap .__42100_____Città __REGGIO EMILIA_____Provincia/AUSL____AUSL REGGIO EMILIA

Recapito telefonico.___0522335363_____E-mail___pedronir@ausl.re.it_____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	Interventi di educazione sanitaria rivolte agli operatori: procedure operative aziendali volte a favorire e sviluppare l'approccio psiconcologico nei Day Hospital Territoriali
Autori	→	<u>Pedroni C.</u> , Pinotti M., Costi A., Govi D., Neviani E.
Indirizzo	→	AUSL REGGIO EMILIA, VIA AMENDOLA 2, 42100 REGGIO EMILIA
Testo	→	Da qualche anno il Dipartimento Programma Cure primarie dell'Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia sta costruendo procedure operative e offrendo percorsi formativi diversificati affinché cambi l'approccio della Sanità da riparativo d'organo malato a conoscitivo ed equilibrante della persona ammalata. Si tratta di veri e propri interventi psicoeducazionali e sanitari rivolti a tutti i professionisti che lavorano in ambito oncologico e riguardano: • l'incremento dell'attività psiconcologica nei 5 Day Hospital Oncologici dell'Azienda, inserendo con contratti libero professionali psicologi formati • una formazione circa i criteri per una corretta attivazione dell'intervento psicologico • una formazione obbligatoria e permanente di I livello sulla conoscenza delle principali reazioni alla comunicazione di diagnosi di tumore in una famiglia • la formazione sulla comunicazione della cattiva notizia e sulle abilità relazionali • la formazione sul tema del Dolore Oncologico • la consulenza inter-pares, soprattutto nell'ottica del passaggio delle cure attive alle cure palliative • progetti di ricerca-intervento <u>Metodi</u> Sono previsti corsi con formatori esterni e tutor d'aula e si dà particolare enfasi alla multidisciplinarietà degli interventi. <u>Obiettivi</u> Garantire entro il 2008 una formazione di base a tutti gli operatori e il favorire di una metodologia di lavoro che preveda più audit clinici con il coinvolgimento di tutte le discipline coinvolte (Oncologi, Medici di medicina generale, infermieri, Assistenti sanitari, psicologi, ecc.)

Regione Emilia Romagna
Prima Conferenza Regionale sulle Cure Primarie, 20 giugno 2008
Percorsi Clinico – Organizzativi e Strumenti Contrattuali per la gestione delle Cronicità

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome PEDRONI CRISTINA _____
Indirizzo _VIA AMENDOLA 2_____
Cap .__42100____ Città __REGGIO EMILIA____ Provincia/AUSL____AUSL REGGIO EMILIA
Recapito telefonico.__0522335363____ E-mail __pedronir@ausl.re.it____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO Dalle narrazioni di malattia al miglioramento della qualità della vita e delle cure
Autori	→	<u>Pedroni C.</u> , Pinotti M., Costi A., Giarelli G., Govi D., Neviani E.
Indirizzo	→	AUSL REGGIO EMILIA, VIA AMENDOLA 2, 42100 REGGIO EMILIA
Testo	→	Premessa L'AUSL di Reggio Emilia ha attualmente in corso di realizzazione un progetto sperimentale sul "Percorso di cura centrato sulla persona con malattia oncologica", che ha lo scopo di contribuire al miglioramento dell'integrazione delle attività di cura e dei servizi nell'area socio-sanitaria. Scopi 1. utilizzare le narrazioni di malattia come strumento per la rilevazione della qualità percepita da parte dei pazienti oncologici 2. comparare tali narrazioni di malattia con quelle, da una parte, dei familiari, dei professionisti coinvolti nel medesimo caso, sia a livello ospedaliero che di équipe territoriale; 3. individuare, le dimensioni di significato più rilevanti per i soggetti coinvolti nella valutazione dei percorsi clinico-assistenziali seguiti, al fine di individuarne gli elementi di criticità da affrontare; 4. definire raccomandazioni per la messa a punto di una attività di audit clinico integrato relativa alla valutazione della qualità delle cure Metodi Sulla base di un approccio generale di ricerca-intervento di tipo partecipato: 1. Co-progettazione e realizzazione congiunta del percorso di ricerca intervento da parte di professionisti selezionati; 2. percorso di formazione-intervento dell'équipe di ricerca con i due gruppi di professionisti suddetti; 3. rilevazione delle narrazioni di malattia di un campione ragionato di pazienti, dei loro familiari e dei professionisti ospedalieri e territoriali socio-sanitari coinvolti nella cura mediante interviste semi-strutturate 4. analisi comparata delle narrazioni e individuazione delle dimensioni di significato più rilevanti per la valutazione della qualità delle cure dal punto di vista delle tre tipologie di soggetti coinvolti Risultati costruzione di una serie di raccomandazioni, orientate alle azioni da intraprendere per il miglioramento delle cure e del percorso di audit clinico integrato

Regione Emilia Romagna
Prima Conferenza Regionale sulle Cure Primarie, 20 giugno 2008
Percorsi Clinico – Organizzativi e Strumenti Contrattuali per la gestione delle Cronicità

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome _PENNA PIETRO GIUSEPPE

Indirizzo VIA DI VITTORIO, 10

Cap . 42018 **Città** SAN MARTINO IN RIO **Provincia/AUSL** REGGIO EMILIA /AUSL 103_

Recapito telefonico. 0522698916 0522695444 3336136710 **E-mail** mgpietro.penna@comune.re.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	TITOLO: <u>LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE PER I MALATI TERMINALI IN PROVINCIA DI REGGIO EMILIA.</u>
Autori	→	AUTORI: <u>Dr.Penna Pietro Giuseppe</u> , Dr Grassi Euro, Biagini Nicoletta, Orlandini Fiorenzo.
Indirizzo	→	Via Di Vittorio, 10 42018 S. Martino in Rio RE - mgpietro.penna@comune.re.it
Testo	→	In provincia di R.E., come più in generale in Emilia Romagna, le organizzazioni professionali dei MMG e le organizzazioni sanitarie pubbliche sono da sempre impegnate allo sviluppo dell'assistenza domiciliare programmata. Nell'AUSL di Reggio Emilia il sistema delle cure domiciliari sta sempre più assumendo il disegno di un sistema di rete flessibile, integrato, multiprofessionale, articolato nell'ambito dei NCP; grazie a questo sistema di rete oggi si rende possibile e praticabile lo sviluppo dei vari percorsi di cura: diabete, TAO, insufficienza respiratoria, scompenso cardiaco, insufficienza renale, cure palliative, ecc. In questo modello organizzativo delle cure domiciliari assume particolare importanza la “rete delle cure palliative per i malati terminali” - attualmente, per alcuni aspetti in via di definizione. Gli elementi essenziali e in parte originali di quest'ultima sono: 1) La presenza tra gli MMG e infermieri di una cultura palliativista che a partire dai primi anni 90 ha visto coinvolti la maggior parte dei MMG e infermieri, 2) La presenza dei servizi infermieristici domiciliari in tutti i distretti sanitari della provincia - anche se ancora in misura non sufficiente nel rapporto n. inf./popolazione 3) La presenza dei servizi sociali in tutti i comuni, 4) L'istituzione dell'“inter pares”: medico di medicina generale particolarmente formato nel campo delle cure palliative, che può essere attivato a domicilio dal medico curante per problemi clinico-terapeutici particolarmente complessi relativi al malato terminale, 4) La presenza di n. 2 / hospice territoriali in provincia di RE per un totale di circa 30 posti letto, con la responsabilità clinico-terapeutica posta in capo al MMG 5) La presenza di una sede di NCP. quale luogo attrezzato per le riunioni dell'equipe territoriale 6) L'uso della “scheda territoriale di assistenza integrata” quale strumento unico di tutto il comparto territoriale (ADP, ADI, CASA PROTETTA CENTRO DIURNO, SERV. INF. DOMICILIARE HOSPICE).

Regione Emilia Romagna

Prima Conferenza Regionale sulle Cure Primarie, 20 giugno 2008

Percorsi Clinico – Organizzativi e Strumenti Contrattuali per la gestione delle Cronicità

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Pini Dea

Indirizzo Via Bonafini, 2

Cap .42016 Città Guastalla (RE) Provincia/AUSL Reggio Emilia

Recapito telefonico 339 7742050 E-mail deapini@libero.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	DIMISSIONE PROTETTA E PRESA IN CARICO TERRITORIALE DEL BAMBINO CON PATOLOGIA CRONICA NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA
Autori	→	Dea Pini, Anna Maria Davoli, Cristina Marchesi, Mara Manghi.
Indirizzo	→	Azienda USL di RE – Programma Cure Primarie. Via Amendola 2. 42100 Reggio Emilia
Testo	→	L'aumento dei casi di cronicità, anche in pediatria, richiede una nuova organizzazione territoriale dei servizi per l'accoglienza adeguata dei minori a domicilio. All'interno del programma Cure Primarie dell'Az. USL di RE nel 2004 è iniziato il percorso per la creazione del progetto riguardante la dimissione protetta e alla gestione territoriale dei minori con patologia cronica. Aspetti peculiari di tale progetto sono l'attuazione della dimissione protetta del bimbo cronico dal reparto di degenza, l'integrazione tra le professionalità del territorio coinvolte nell'assistenza domiciliare, la progettazione di percorsi di cura e l'elaborazione di strumenti di comunicazione tra gli operatori della rete dei servizi territoriali, che permettano al PdF un'ottimale gestione clinico – terapeutica del singolo caso. OBIETTIVI • Creazione di un percorso omogeneo aziendale per la gestione globale del bimbo cronico. • Elaborazione condivisa tra ospedale e territorio del progetto di dimissione protetta. • Segnalazione di tutti i casi con patologia cronica in dimissione ad un unico punto di raccolta distrettuale (Centrale Unica delle Cure Domiciliari). • Incontro in Ospedale (pre-dimissione) tra famiglia, operatori ospedalieri e del territorio per accompagnare il nucleo familiare del minore nel passaggio dal reparto al proprio domicilio. • Creazione del <i>team</i> multiprofessionale personalizzato: integrazione tra operatori delle Cure Primarie (Pediatra di Famiglia, Pediatra di Comunità, Servizio Infermieristico Domiciliare) e di altri Dipartimenti/Unità Operative (NPI, Pneumologia, Dip. Farmaceutico, Servizi Sociali....) • Potenziamento di rete territoriale di professionisti con competenze pediatriche specifiche e incontri operativi periodici (UVP). • Presa in carico precoce da parte di NPI e Servizi sociali territoriali in attesa del completamento del percorso diagnostico. • Utilizzo della Scheda Domiciliare Integrata che garantisce la continuità, la condivisione e l'appropriatezza degli interventi socio-sanitari, con il coordinamento del PdF. • Implementazione della comunicazione tra il PdF, il medico di continuità assistenziale ed il medico di medicina generale al termine dell'età d'assistenza pediatrica. TAPPE OPERATIVE: • 2004: idea del progetto all'interno del Programma Cure Primarie Aziendale. • 2005 – 2006: elaborazione condivisa del percorso con tutti gli operatori coinvolti (territoriali e ospedalieri) e con le associazioni delle famiglie . • 2007: ufficializzazione della procedura aziendale. • 01 gennaio 2008: utilizzo del percorso su tutto il territorio aziendale. SISTEMA INCENTIVANTE E INDICATORI • Formazione dei PdF, incontri di condivisione aziendale/distrettuale con altre professionalità e utilizzo del percorso sono inseriti dal 2004 negli Acc. Aziendali per la PdF. • N° nuovi casi patologia cronica presi in carico secondo protocollo/N° totale nuovi casi.

Regione Emilia Romagna
Prima Conferenza Regionale sulle Cure Primarie, 20 giugno 2008
Percorsi Clinico – Organizzativi e Strumenti Contrattuali per la gestione delle Cronicità

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome SIMONETTA PISTOCCHI

Indirizzo VIA ADUA

Cap .42100

Città REGGIO EMILIA

Provincia RE AUSL 9

Recapito telefonico. 0522 920870 E-mail pistosimo@libero.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→ <u>L'AMBULATORIO DEL BAMBINO ASMATICO.PROGETTO ASMA NELL'AMBITO DELLE CURE PRIMARIE</u>
Autori	→ <u>S.Pistocchi, G.Boschi, C.Corradi, E.Gherardi, A.M.Davoli, D.Pini, C.Marchesi</u>
Indirizzo	→ <u>AUSL di Reggio Emilia- Dipartimento Cure Primarie Distretto di Reggio Emilia . Viale Monte San Michele 8. 42100 Reggio Emilia</u>
Testo	→ <u>PREMESSA</u> La patologia allergica grave in Emilia Romagna rappresenta il 15,7 % di tutte le patologie croniche.Nell'ambito della patologia allergica grave l'asma cronico ne rappresenta il 68,7%.Nella Provincia di Reggio Emilia i dati numerici sono sovrapponibili a quelli regionali, infatti i bambini affetti da asma cronico sono il 65,5%. <u>MISSION</u> Costruire percorsi di cura appropriati e razionali da estendere su tutto il territorio provinciale nei quali si integrino e collaborino professionisti operanti in ambiti diversi nell'Azienda Unità Sanitaria Locale (Pediatri di Famiglia, Medici delle Unità Operative di Pediatria): PROGETTO ASMA – CURE PRIMARIE. <u>OBIETTIVI</u> 1. Aggiornamento delle linee-guida diagnostico-terapeutiche in uso per l'asma bronchiale infantile e loro traduzione in moduli di educazione sanitaria da consegnare ai pazienti in aggiunta al colloquio 2. Gestione appropriata dei bisogni di cura espressi dal paziente e dal suo contesto familiare, riducendo il ricorso a Centri di riferimento di altre province e soprattutto, evitando l'accesso a prestazioni mediche non orientate in senso pediatrico e ad un utilizzo di farmaci non corretto. <u>TAPPE OPERATIVE</u> Nel 2006:previa copertura finanziaria del progetto,è stata individuata la sede dell'ambulatorio . L'attività è denominata "Ambulatorio del Bambino Asmatico"(ABA) e prevede il coinvolgimento di due unità di personale infermieristico per l'esecuzione di test allergometrici, spirometrie e lavoro di segreteria (registrazione, invio di referti, etc.) e di tre unità di personale medico(pediatri di famiglia con esperienza nel settore broncopneumoallergologico pediatrico) che si alternano nell'ambulatorio, oltre alla dotazione di apparecchi per la spirometria e materiali per test allergometrici. Nel 2007: da gennaio si è avviata l'attività articolata in 3-4 sedute mensili <u>MONITORAGGIO E VALUTAZIONE</u> La Medicina di base controlla l'attivazione di tali percorsi presso il Centro Unico Prenotazioni (C.U.P.) di ogni Distretto .Si tengono incontri programmati coi Pdf per valutare il percorso di cura Nel 2007, primo anno di attività,sono stati effettuate 222 prime visite e 31 visite successive,distribuite in 42 sedute ambulatoriali.Hanno inviato pazienti 38/57 pediatri del bacino d'utenza (8 invii sono stati fatti da MMGG) <u>CRITICITA'</u> Uniformare il modo di lavorare dei pediatri che lavorano nell'ABA. La formazione del personale infermieristico che al presente ha un'esperienza breve di lavoro. I tempi di attesa che per i singoli esami sono mediamente di 10 gg,per le visite successive di 1 mese e per le prime visite di 4 mesi.

Regione Emilia Romagna
Prima Conferenza Regionale sulle Cure Primarie, 20 giugno 2008
Percorsi Clinico – Organizzativi e Strumenti Contrattuali per la gestione delle Cronicità

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome Rossi Pier Luca

Indirizzo Dipartimento Cure Primarie. NCP 2 Via f.lli Cervi

Cap 42100 Città Reggio Emilia

Recapito telefonico. 3391655886 E-mail rossil@ausl.re.it

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	ATTIVAZIONE DI UN TEAM NUTRIZIONALE TERRITORIALE
Autori	→	<u>Pier Luca Rossi</u> , T.Ferretti, I.Cipriati, S. Consolini, M. Gangale, G. Guccini, C. Marchesi
Indirizzo	→	AUSL di Reggio Emilia. Dipartimento Cure Primarie del Distretto di Reggio Emilia. Viale Monte San Michele 8. 42100 Reggio Emilia
Testo	→	<u>PREMESSA</u> Nell'ambito dell'applicazione della circolare n.4 della Regione Emilia Romagna del 06/04/2004 "La Nutrizione Artificiale: linee di indirizzo regionale clinico-organizzative" viene istituito un Team Nutrizionale Distrettuale Territoriale nel Distretto sede di Azienda Ospedaliera per garantire l'assistenza domiciliare in integrazione con l'attività ospedaliera. <u>OBIETTIVI</u>: garantire una adeguata assistenza domiciliare, comprese le strutture residenziali, ai pazienti che necessitano di Nutrizione Artificiale (Entrale, Parenterale, Orale mediante Integratori) coerentemente a quanto stabilito dalla Circolare Regionale 4/04. Ridurre il ricorso alla vista socioassistenziale in ospedale. Valorizzare le competenze professionali specifiche presenti sul territorio. Riconvertire risorse dalla riduzione di altre attività. <u>TAPPE OPERATIVE</u>: <u>2006</u>: coinvolgimento dei professionisti, stesura del progetto e individuazione del percorso. <u>2007</u>: individuazione della sede; incontri di NCP per informare i MMG dell'attività del team e delle modalità di attivazione. Ad aprile 2007 inizio dell'attività. Viene affidata l'attività relativa alla gestione della Nutrizione Entrale e Parenterale ad medico internista che ha maturato esperienza specifica nell'ambito dell'attività svolta presso la RSA locale (ora RSR). L'attività relativa alla gestione della Nutrizione Orale mediante Integratori viene affidata ad un MMG specialista in scienze dell'alimentazione. Entrambi sono coadiuvati da una dietista e lavorano in stretta collaborazione con il Servizio Infermieristico Domiciliare, il Centro Unico Cure Domiciliari e l'Unità Farmaceutica Distrettuale per la fornitura degli alimenti. Il team si riunisce periodicamente per valutare l'attività, analizzare le criticità e trovare soluzioni. <u>PERSONALE COINVOLTO</u>: infermieri, nutrizionisti, dietista, farmacista, medico di organizzazione, MMG <u>MONITORAGGIO E VALUTAZIONE</u>: Viene effettuato uno stretto monitoraggio della nuova attività per valutarne l'andamento: aprile – dic. 2007: NAEnterale: 261 visite a favore di 71 assistiti; NAParenterale: 13 visite a favore di 7 assistiti; NA Orale mediante integratori: 103 visite a favore di 51 assistiti gennaio – aprile 2008: : NAEnterale: 85 visite; NAParenterale 8 visite NA Orale mediante Integratori 61 visite. <u>SISTEMA INCENTIVANTE</u>: Gli accordi locali per la Medicina Generale prevedono la possibilità di assegnare a MMG, su base volontaria, attività clinico/assistenziali specifiche con remunerazione oraria.

Ambito territoriale di
RIMINI

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome DAPPOZZO ANTONELLA _____

Indirizzo ____VIA BASTIONI SETT.LI 49_____

Cap . 47900_____Città _RIMINI_____ Provincia/AUSL_____RIMINI_____

Recapito telefonico. _____339 79913333_____ E-mail adappozzo@auslrn.net

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	Il disturbo psichiatrico "minore" e il MMG. Un'indagine epidemiologica nell'Azienda USL di Rimini
Autori	→	Antonella Dappozzo*, Pier Venanzio Bandieri°, Mariano Guiducci°, Giovanni Morolli°, Daniele Marcheggiani°, Mario Agostini°, Lazzaro Gaspari°, Daniela Ghigi°, Riccardo Varliero**, Lorena Angelini***, Laura Zanzani**, Fiorenzo Tesei,* Angelo Masi*, Marino Leardini*, Monica Berardi*, * DCP Rimini e Riccione, ** Dir. Distretto, ***Dir. DCP RN, ° DSM RN, °°MMG RN
Indirizzo	→	
Testo	→	Nel 2007 l'AUSL di Rimini ha promosso un'azione volta ad esplorare il complesso mondo dei rapporti tra il paziente affetto da disturbo psichiatrico minore e il medico di famiglia, nella convinzione che, per l'insostituibile ruolo che riveste, l'ambulatorio del medico di famiglia sia un osservatorio privilegiato per comprendere e conoscere da vicino la realtà del paziente malato nei suoi diversi risvolti, e che la conoscenza della realtà sia il primo imprescindibile passo per progettare e sviluppare servizi davvero in grado di rispondere ai bisogni della popolazione. E' stato pertanto formulato un questionario (per il quale ha lavorato un gruppo di studio composto da Psichiatri del DSM, Medici del DCP e MMG) rivolto a tutti i MMG dell'AUSL RN. Il questionario, a risposta multipla e rivolto in forma anonima è suddiviso in tre parti, dedicate rispettivamente all'identificazione dei disturbi, alla loro gestione, e, infine, alla formazione professionale. Dei 220 questionari consegnati, 157 MMG hanno compilato e riconsegnato il questionario (71%). Lo spaccato che ne risulta presenta aspetti molto interessanti: il 95% dei MMG afferma che il disturbo psichiatrico rappresenta una importante causa di accesso nel proprio ambulatorio. I disturbi più frequentemente riscontrati sono depressione, disturbi d'ansia, ipocondria. La somatizzazione del disagio psichico è un evento frequente per la quasi totalità dei MMG (97%). In questi casi, il 50% dei MMG afferma di giungere alla diagnosi della natura psicosomatica del disturbo solo dopo avere escluso le altre possibili cause (diagnosi di esclusione), mentre l'altra metà dei MMG si sente in grado di ipotizzare ab initio la natura non organica del disturbo. Una percentuale analoga (51%) dei MMG si sente in grado di riconoscere anche un disturbo sottosoglia. In merito al trattamento, l'82% dei MMG utilizza l'approccio psico-farmacologico come prima scelta, da solo o in associazione altre strategie; i colloqui, la sorveglianza, il coinvolgimento dei familiari, il coinvolgimento di specialisti sono raramente di prima scelta. Un aspetto interessante delle risposte riguarda la gestione del disturbo: tutti i MMG affermano che il MMG deve avere un ruolo importante nella gestione del disturbo psichiatrico; per alcuni (il 47%) il MMG dovrebbe essere l'unico protagonista, pur lamentando carenze formative e di disponibilità di tempo; per gli altri MMG la gestione dovrebbe essere condivisa con lo specialista. Pur nella sommarietà di questa prima analisi, l'indagine ha il pregio di porre l'accento su alcuni temi di fondo: la conferma della grande diffusione del disturbo psichiatrico minore e della sua frequenza come causa di accesso in ambulatorio, e, al suo interno, della presentazione di tipo somatico; l'interesse dei MMG per questa realtà, e il desiderio di assumere un ruolo più attivo di quanto ora non sia nella gestione di questi pazienti. Ovviamente le difficoltà legate a coniugare carichi di lavoro, esigenze professionali e di formazione e necessità del paziente vengono rappresentate; la sostanziale fiducia nella possibilità reale di guarigione qualora la patologia sia adeguatamente riconosciuta e trattata; l'importanza della formazione come elemento qualificante della propria professionalità; infine, la centralità della collaborazione MMG-psichiatra come risposta alla problematica del paziente. L'immagine della Medicina generale che emerge da tale ricerca mostra aspetti di vivacità e di attenzione verso queste problematiche in parte nuovi, senz'altro positivi e da valorizzare.

Regione Emilia Romagna
Prima Conferenza Regionale sulle Cure Primarie, 20 giugno 2008
Percorsi Clinico – Organizzativi e Strumenti Contrattuali per la gestione delle Cronicità

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome DAPPOZZO ANTONELLA _____
Indirizzo ____VIA BASTIONI SETT.LI 49_____
Cap . 47900_____Città _RIMINI_____Provincia/AUSL_____RIMINI_____
Recapito telefonico. _____339 79913333_____E-mail adappozzo@auslrn.net

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo → Il coinvolgimento attivo del MMG nei programmi di screening oncologici regionali – L'esperienza dell'Azienda USL di Rimini.
Autori → Antonella Dappozzo*, Debora Canuti°, Enzo Righetti^{°°}, Riccardo Varliero**, Lorena Angelini***, Fiorenzo Tesei,* Angelo Masi*, Monica Berardi*, Giorgio Guerra^{°°}, Franco Desiderio°,
Indirizzo → * DCP Rimini, ** Dir. Distretto RN, ***Dir. DCP RN, °Centro Screening RN, °°Resp. Progr. Integr. Osp.Terr AUSL RN, °°°MMG RN.

Testo → Il cancro della cervice uterina, della mammella e del colon retto sono tre dei principali tumori che colpiscono la popolazione italiana. La loro storia naturale, però, può essere modificata dagli screening, complesso investimento per la salute che può raggiungere il risultato di ridurre la mortalità solo attraverso un coinvolgimento attivo di diverse figure professionali. In particolare il MMG, accanto al tradizionale ruolo di informazione e di educazione/ promozione della salute, riveste un ruolo insostituibile nella ricerca e nel contatto attivo di quelle persone che non aderiscono agli programmi di screening, allo scopo di verificare e discutere le ragioni della non adesione e di correggerne, ove possibile, il comportamento.

Su questa premessa l'azienda USL di Rimini ha costruito un sistema di coinvolgimento attivo del MMG mediante il collegamento automatico tra il Centro Screening e la cartella clinica informatizzata dei MMG: attraverso questo collegamento - per ciascun tipo di screening e per ciascun round - al MMG vengono inviati i nominativi dei pazienti che non hanno risposto alla prima chiamata del centro screening e che pertanto sono stati raggiunti dal Centro Screening stesso con una lettera di sollecito. Nella cartella clinica del MMG del paziente compare un messaggio di alert con una scheda che informa il MMG sulla chiamata in essere (tipo di screening, data appuntamento mancato, data nuovo appuntamento) e che permette di stampare una serie di informazioni pratiche da consegnare al paziente per facilitare e rafforzare la partecipazione. Una funzione di registrazione (del colloquio con il paziente prima, del referto dell'esame poi) e una funzione di reportistica di fine periodo consente all'Azienda USL di valutare l'azione svolta dai singoli MMG e di definire il sistema premiante.

Uno specifico gruppo di lavoro interprofessionale monitorizza e sorveglia periodicamente l'andamento del sistema e ne governa le eventuali criticità. Il progetto è stato inserito all'interno dell'Accordo Capo VI 2006 – 2007 e prevede uno specifico sistema premiante.

L'impatto di questo meccanismo organizzativo sull'adesione agli screening è stato molto positivo, con un sensibile aumento del tasso di adesione della popolazione a tutti i programmi di screening rispetto al precedente periodo. Di seguito vengono riportati i tassi di adesione ai tre screening suddividendo il periodo di osservazione in due segmenti di 12 mesi ciascuno: il notevole aumento dell'adesione dal primo al secondo anno è stato superiore a quello realizzato in tutti i round precedenti e coincide con l'inizio del coinvolgimento attivo del MMG (rappresentato dalla barra nera verticale).

screening	Adesione primi 12 mesi dall'inizio round	Tasso RER primi 12 mesi	Adesione secondo anno del round
Sangue occulto 1° round	22,3% (31-03-2006)		46,7% (31-03-2007)
Mammografia 5° round	53% (31-12- 06)	69%	70,8% (31-12- 07)
Pap- test 4° round	31,8% (31-12- 06)	55%	60,8% (31-12- 07)

L'aumento del tasso di adesione – indubbiamente primo risultato da perseguire – non è però il solo frutto positivo di questo progetto, che a nostro parere ha il merito di puntare su uno degli aspetti specifici della figura del MMG e del suo lavoro: la particolare natura del rapporto medico-paziente, che per caratteristiche (durata, continuità, familiarità, professionalità), costituisce elemento di grande valore in un'ottica di centralità della persona e di sistema di cure primarie.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome DAPPOZZO ANTONELLA _____

Indirizzo __VIA BASTIONI SETT.LI 49_____

Cap .47900_____Città _RIMINI_____Provincia/AUSL_____RIMINI_____

Recapito telefonico._____339 79913333_____E-mail adappozzo@auslrn.net

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→	L'architettura informatica di rete di NCP: l'esperienza dell'Azienda USL di Rimini
Autori	→	<u>Antonella Dappozzo*</u> , Enzo Righetti°, Mariano Guiducci°, Riccardo Varliero**, Lorena Angelini***, Fiorenzo Tesei,* Monica Berardi*,
Indirizzo	→	* DCP Rimini e Riccione, ** Dir. Distretto, ***Dir. DCP RN, °MMG
Testo	→	Con la nascente esperienza dei NCP un aspetto che subito si è posto all'attenzione è stato quello del collegamento in rete i MMG del NCP, in modo tale che ogni MMG potesse avere accesso in tempo reale all'archivio dell'assistito di un collega di NCP qualora questo si fosse reso necessario, accedendo in questo modo al software di cartella clinica Doctor2001. Dal punto di vista dei collegamenti in rete già in essere la situazione era piuttosto composita e le situazioni erano diversificate: gli ambulatori più grandi erano composti da 4 a 6 personal computer collegati tra loro in rete locale e allacciati a loro volta alla rete Internet tramite una linea ADSL e un router forniti da CUP2000 all'interno del progetto SOLE; in altre situazioni, con un'architettura più semplice, i MMG singoli erano collegati ad Internet tramite la linea fornita dal progetto SOLE; infine vi erano realtà di studi medici non ancora collegati ad Internet, o collegati con un semplice modem per mancanza della disponibilità della linea Internet. Sulla base di questa situazione di partenza gli scenari ipotizzabili erano diversi, ognuno con vantaggi e svantaggi propri. L'opportunità della realizzazione di uno scenario rispetto all'altro dipendeva da molti fattori quali la composizione delle medicine di rete, la disponibilità dei collegamenti nelle zone in cui i medici operano, il desiderio di mantenere i dati fisicamente presso lo studio medico. a) VPN tra ambulatori con collegamento ai pc dei medici b) VPN tra gli ambulatori con collegamento ai server ambulatoriali c) VPN verso server centrale presso un ambulatorio della rete medici d) VPN verso server centrale presso ente esterno Senza entrare per brevità nello specifico di ciascuna soluzione, la scelta maturata progressivamente dal gruppo di lavoro multiprofessionale che ha seguito il progetto è stata l'ultima, quella di centralizzare fisicamente tutti gli archivi dei medici del NCP all'interno di un server centrale, di grandi dimensioni, situato all'interno del presidio ospedaliero di Rimini, trasformando le postazioni di lavoro dei MMG in semplici terminali remoti. Per salvaguardare la riservatezza dei dati trasmessi sulla rete Internet tra gli ambulatori e il server, il collegamento è stato realizzato in modalità protetta tramite crittografia. L'essenzialità dell'architettura con la conseguente semplificazione delle procedure di aggiornamento del software dei MMG è stato il grande vantaggio di questa soluzione rispetto alle altre: per la nostra azienda infatti si tratta di un fattore critico in quanto la gestione del software dei MMG è direttamente in capo all'azienda USL, che tramite la ditta fornitrice aggiorna costantemente sia i contenuti (percorsi prioritari, linee guida, protocolli di prescrizione dei farmaci, percorsi organizzativi interni) che l'architettura del programma (ad esempio implementando funzioni speciali che rispondono a determinate necessità, come la funzione automatica di alert sulla cartella clinica correlata all'invio dei solleciti dal Centro Screening). L'elemento di debolezza di questa soluzione, cioè la diretta dipendenza delle postazioni remote dal corretto funzionamento della linea e del server centrale, con potenziali interruzioni dell'attività del MMG, è stato risolto dotando ogni postazione periferica di un software con funzioni di emergenza, denominato "Doctor light", che come suggerisce il nome deriva funzionalmente dalla cartella Doctor 2001 principale (della quale segue in via automatica tutti gli aggiornamenti) e che permette, all'atto del ripristino del collegamento con il server, il riversamento automatico delle operazioni effettuate durante l'interruzione nella cartella principale, senza perdita di dati.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome _____ RIGHETTI _____ ENZO _____

Indirizzo _____ VIA D.CAMPANA 47- _____

Cap _____ 47900 _____ Città _____ RIMINI _____ Provincia/AUSL_RN _____

Recapito telefonico. _____ 335.5931140 _____ E mail RIGHETTI.ENZO@LIBERO.IT

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO NELL'AUSL DI RIMINI: L'UTILIZZO DELLO STRUMENTO INFORMATICO PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA

Autori → righetti enzo/ sacchetti bruno

Indirizzo → c/o fimmg rimini

Testo **DIABETE .La gestione integrata nella ns ausl e' una realta' per i pz diabetici di tipo II,** con protocolli diagnostici e di cura condivisi col C.D.
Sono stati inoltre concordati percorsi per la gestione delle urgenze o laddove si presentano complicanze o situazioni cliniche particolari.
Dal 2007 e' stata introdotta nel soft in uso ai mmg (il Doctor 2001) la scheda informatizzata, redatta secondo le specifiche Sole e seguendo le indicazioni del gruppo regionale.
Essa, oltre alla registrazione dei dati clinico-anamnestici e di follow-up del pz diabetico, serve anche come strumento di valutazione per la qualita' dell'assistenza e relative iincentivazioni.
.Essa infine e' integrata in rete col C.D. per la realizzazione del fascicolo diabetologico

SCREENING: e' certo essere essenziale per la riuscita del progetto una partecipazione attiva del mmg alla promozione degli screening nei confronti della popolazione esposta, attraverso la sensibilizzazione dei soggetti candidati tra i propri assistiti.

Dopo una fase di informazione ai mmg circa scopi, modalita' e tempi di effettuazione degli screening, e' stato messo a punto uno strumento informatico per il supporto del mmg.

In particolare grazie ad un accordo col centro screening e il Ced aziendale, vengono segnalati al Mmg i rispettivi pz che non hanno risposto alla prima chiamata.

All'interno della cartella clinica del mmg viene inserito un segnale di avviso automatico che si attiva quando il mmg entra nella cartella del pz che ha ricevuto il sollecito, permettendo cosi' al medico di procedere nella sensibilizzazione del pz.

Al termine della campagna di screening ogni mmg riceverà un report con la percentuale di adesione dei propri pazienti.

I primi dati sono molto lusinghieri.

MODULO ABSTRACT -

RECAPITI DEL PRIMO AUTORE

Cognome e Nome ___Varliero Riccardo_____

Indirizzo _____ via Roma 106 _____

Cap .___47900_____ Città ___rimini_____ Provincia/AUSL _____ rimini _____

Recapito telefonico. _____ 335 7050294 _____ E-mail ___rvarliero@auslrn.net _____

Sottolineare il "Primo Autore"

Titolo	→ Il MMG e la gestione integrata del diabete mellito di tipo II nell'Azienda USL di Rimini – l'attuazione del fascicolo diabetologico informatizzato
Autori	→ <u>Riccardo Varliero**</u> , Antonella Dappozzo*, Lorena Angelini***, Fiorenzo Tesei*, Laura Zanzani** Angelo Masi*, Monica Berardi*, Enzo Righetti****, Giorgio Ballardini°, Emilio Rastelli°,°
Indirizzo	→ * DCP Rimini, ** Dir. Distretto, ***Dir. DCP RN, **** MMG RN, °Direttore U.O. Med. Int. II Pres. Osp. Rn , °°Resp.. Centro Diabetologico Riccione,
Testo	→ Il diabete mellito rappresenta una delle priorità del piano sanitario nazionale. La scelta deriva dagli ingentissimi costi umani, sociali ed economici delle complicanze di questa malattia, complicanze in larga parte prevenibili attraverso una costante attenzione allo stile di vita e la periodica effettuazione di pochi mirati esami diagnostici. Per realizzare un sistema di assistenza efficace per la gestione nel tempo di un paziente cronico come il paziente diabetico la prima condizione da attivare è quella di una gestione integrata dei pazienti diabetici tra gli MMG e la rete dei Servizi specialistici di diabetologia presenti nel territorio, allo scopo di superare la frammentazione dell'assistenza basata su singole prestazioni da parte di operatori non integrati tra loro. Nell'Azienda di Rimini sono operativi dal 1998 accordi locali con i MMG per la gestione integrata del diabete mellito non insulino trattato. Il percorso diagnostico di gestione integrata, finalizzato all'inquadramento diagnostico e al follow-up del paziente con diabete tipo II, è frutto della condivisione con gli specialisti ospedalieri del CD, sulla base delle linee guida regionali per l'assistenza al DM successivamente integrate con le specifiche del progetto Diabete-SOLE. La completa informatizzazione della "cartella diabete" sul Doctor 2001 (cartella clinica del MMG) per la registrazione "ragionata" tutti i dati anamnestici, clinici, laboratoristici, strumentali e di terapia del paziente, consente la condivisione automatica della gestione del paziente con il centro diabetologico. Dal secondo trimestre del 2008 infatti ha preso avvio la connessione informatica tra Centri Diabetologici ospedalieri e MMG - mediante l'interfaccia SOLE - per la condivisione dei dati di follow-up dei pazienti in Gestione integrata. Il MMG invia periodicamente il pacchetto informativo "cartella Diabete" con il relativo profilo di valutazione (annuale, semestrale, trimestrale) all'interno del fascicolo diabetologico depositato in Azienda USL e lo specialista diabetologo, all'atto della visita, può accedere agli esami effettuati a domicilio, valutare l'appropriatezza dell'assistenza effettuata, suggerire modifiche di terapia o ulteriori approfondimenti. Il referto dello specialista viene automaticamente inviato al PC del MMG e inserito nella cartella del paziente. A fine periodo una funzione di reportistica automatica consente di redigere per ogni MMG l'elenco dei pazienti diabetici in gestione integrata con la serie di controlli effettuati, differenziati per tipologia e profilo (trimestrali, semestrali, annuali), al fine dell'applicazione del relativo sistema premiante. Per quanto riguarda il numero di pazienti seguiti dal MMG, i dati relativi mostrano un incremento costante nei vari anni di applicazione del progetto: da 1654 pazienti diabetici nel 2004 a 2880 pazienti seguiti nel 2005, a 3913 nel 2006, con 126 MMG coinvolti nel progetto di Gestione integrata su 220. Il dato si conferma anche nel 2007, dove l'attuazione della completa informatizzazione della cartella diabete ha richiesto un discreto impegno formativo da parte dei MMG. Il passo successivo sarà la valutazione della qualità e dell'efficacia dell'assistenza attraverso la valutazione degli outcomes clinici, misurata attraverso end points condivisi. L'integrazione delle rispettive professionalità (quella del MMG e dello specialista) rappresenta un decisivo avanzamento verso una reale integrazione della gestione; sicuramente molti passi avanti possono essere ancora fatti, soprattutto in ordine alla necessità di coinvolgere sempre più MMG nel modello integrato di assistenza, attualmente la risposta più efficace e sostenibile nel tempo al paziente cronico.