



Information Technology a sostegno dell'innovazione



Indice degli abstract

Bonora N, Gardellini A, Moretto D, Pettinato AR

Dalla carta al bit. Analisi del rischio nelle fasi della sperimentazione del patient summary

Cimicchi MC, Romanini T, Rossi G, Brianti E, Toniutti A, Coscelli C

Il registro di patologia diabetica in provincia di Parma: opportunità clinico-organizzative

Dappozzo A, Angelini L, Righetti E, Panzini I

La cartella informatica del MMG come luogo di promozione del governo clinico e dell'appropriatezza prescrittiva

Ferrari L, Toniutti A, Rossi G, Fabi M, Brianti E

Realizzazione di un sistema di valutazione multidimensionale informatizzato del livello di complessità sanitaria e sociale dei casi presi in carico a sostegno dello sviluppo delle Case della Salute

Fogolino S, Dradi M, Borghi C, Curcio Rubertini B, Bravi F, Re P

Il web 2.0 per le cure primarie

Rodelli PM, Piroli R, Lombardi M, Brianti E

Un Blog di Servizio a Parma a supporto del Governo Clinico

Salines L, Blondini F, Cavallucci B

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

Dalla carta al bit. Analisi del rischio nelle fasi della sperimentazione del patient summary

N Bonora*, A Gardellini*, D Moretto*, AR Pettinato*

* Azienda USL di Bologna

Indirizzo per informazioni: n.bonora@ausl.bologna.it

Introduzione del progetto

Il Patient Summary (PS) è un documento informatico che riassume la storia clinica del paziente e la sua situazione corrente. Permette di condividere sinteticamente dati di soggetti che devono essere trattati da diversi operatori sanitari.

La tecnica FMEA/FMECA, controlla la qualità dell'utilizzo degli strumenti informatici in uso, per individuare e correggere errori di gestione (attribuzione dati all'utente appropriato, errori nelle anagrafiche...), per prevenire conseguenti errori clinico terapeutici. È applicata con il coinvolgimento degli utilizzatori degli strumenti informatici.

Scopi e metodologia

Sperimentare il PS per strutturare una condivisione di dati clinici tra MMG, CA e Servizio Infermieristico e valutarne l'efficacia attraverso la tecnica analitica FMEA/FMECA.

È stato identificato il NCP della Val di Setta. Si è eseguita formazione ai medici MMG, di continuità assistenziale e agli infermieri.

Un gruppo di lavoro ha elaborato una griglia con le fasi oggetto di analisi e i valori significativi per indice di rischio selezionati per individuare le possibili azioni di miglioramento.

Risultati

Sette medici su 15 hanno aderito al progetto ed è stato così possibile generare 13.256 PS, previo consenso ai 24.000 assistiti. Di questi PS, il 26,8% è stato aggiornato in seguito al variare delle condizioni cliniche.

La consultazione dei PS è stata difficile per il turnover dei Medici di CA, che quindi non risultavano formati, e della lentezza della procedura informatica di accesso che spesso scoraggiava la ricerca da parte dell'operatore. Non sono stati rilevati errori informatici.

Conclusioni

Questa tecnica ha grandi ed interessanti potenzialità, soprattutto per la condivisione di dati per pazienti cronici o con patologie critiche che devono accedere in sicurezza a setting assistenziali differenti.

Sono necessari sostanziali miglioramenti dei supporti informatici e delle modalità di formazione, al fine di renderla più facilmente accessibile e quindi correntemente usata

Il registro di patologia diabetica in provincia di Parma: opportunità clinico-organizzative

MC Cimicchi*, T Romanini*, G Rossi*, E Brianti*, A Toniutti*, C Coscelli**

* Azienda USL di Parma, ** Commissione Diabetologica Provinciale

Indirizzo per informazioni: mcimicchi@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

La costruzione di un data base clinico provinciale per la patologia diabetica oltre a permettere di identificare il numero di pazienti assistiti e la prevalenza della malattia, rappresenta un investimento utile sul piano epidemiologico ed organizzativo. Attraverso il "registro" infatti possono essere non solo valutate le eventuali complicanze, monitorate le prestazioni effettuate e/o la terapia assunta dal singolo soggetto, ma anche ipotizzati dei programmi di prevenzione e di "medicina di iniziativa" favorendo un miglior accesso alle prestazioni nelle cure primarie

Scopi e metodologia

Il data base clinico della popolazione diabetica in provincia di Parma è stato creato utilizzando i seguenti flussi (compresa la mobilità passiva): esenzioni (codice 0.13); SDO (dimissione nell'anno di riferimento o nei due precedenti con diagnosi di diabete in qualsiasi posizione, ad eccezione dell'MDC 14); AFT e FED (insulina e/o ipoglicemizzanti orali, almeno una prescrizione/anno); ASA (almeno due test di emoglobina glicata/anno); elenchi da MMG/PLS; pazienti in carico ai Centri Diabetologici; elenchi dei diabetici in gestione integrata nei DCP; cartelle diabetologiche informatizzate. Semestralmente viene fatto l'aggiornamento incrociando le banche dati con l'anagrafe assistiti.

Risultati

Validati tutti i soggetti presenti anche una sola volta nelle differenti fonti ad eccezione del flusso ASA che, risultato "non specifico", richiede la presenza del soggetto in un'altra fonte per la validazione. I diabetici sono risultati 28.379 (su una popolazione di 437.308 abitanti); di questi i domiciliati sono 2.150; 14.870 uomini e 13.508 donne. 7.853 i diabetici con età compresa fra 65 e 74 anni, 10.374 di età > 75 anni. La prevalenza del diabete è del 6,49% (7% negli uomini), lievemente superiore alla media regionale, aumenta fino al 20,3% (24% nel sesso maschile) nella popolazione con età > 75 anni. 852 i nuovi casi rispetto al 2009 (incidenza del 3%); 342 i decessi registrati nel 2010.

Conclusioni

I vantaggi immediati del registro sono la conoscenza della prevalenza della patologia in ambito locale, dell'incidenza di nuovi casi e di complicanze e la possibilità di programmare interventi terapeutici sul singolo e sulla popolazione, adottando programmi di "self management" e "disease management", nell'ottica di perseguire i principi del "Chronic care model"

La cartella informatica del MMG come luogo di promozione del governo clinico e dell'appropriatezza prescrittiva

A Dappozzo*, L Angelini*, E Righetti**, I Panzini*

* Azienda USL di Rimini, ** MMG

Indirizzo per informazioni: adappozzo@auslrn.net

Introduzione del progetto

Il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di assistenza specialistica è uno dei punti nevralgici del governo del sistema sanitario, perché solo attraverso un appropriato sistema di accesso alle cure si garantisce che ad ogni cittadino venga eseguita la giusta prestazione al momento più corretto per la sua specifica condizioni clinica.

Le LLGG presenti in letteratura forniscono riferimenti chiari per il corretto uso della diagnostica e delle prestazioni di follow in molte condizioni cliniche, in particolare nella patologia cronica. Il MMG è uno degli professionisti maggiormente coinvolti in quanto primo referente della cura dei suoi assistiti. Un sistema di ricerca dell'appropriatezza di accesso alle cure pertanto non può non coinvolgere il MMG al momento della prescrizione delle prestazioni.

Scopi e metodologia

L'AUSL di Rimini ha inteso sviluppare un sistema di prescrizione guidata alle prestazioni sanitarie condiviso con i MMG e inserito all'interno della cartella informatica in dotazione al MMG (nella nostra azienda tutti i MMG utilizzano una sola cartella ambulatoriale, il cui governo - sia nei contenuti che nell'architettura - fa capo ad un gruppo tecnico coordinato dal dipartimento cure primarie). Tale sistema comporta un vincolo informatico alla prescrizione della prestazione da parte del MMG, il quale può giungere alla richiesta SSN solo in presenza di una delle indicazioni alla prestazione preventivamente condivise (attraverso un tavolo interprofessionale ad hoc), che il programma presenta automaticamente alla selezione della prestazione e che viene stampata sulla ricetta SSN, permettendo così un controllo a valle da parte dello specialista della appropriatezza della richiesta. In fig. 1 viene mostrato un esempio di indicazioni per la vista antalgica prioritaria così come appare su Doctor.

Risultati

Nella nostra azienda attualmente esso è attivo per quasi tutte le visite prioritarie, per le prestazioni strumentali caratterizzate da alto costo o da tempi di attesa elevati e in generale per tutti i percorsi di cura specialistici formalizzati nei quali il rispetto della tempistica di accesso rappresenta un elemento sostanziale di qualità del servizio (ad esempio ambulatorio nefrologico per l'insufficienza renale, ambulatorio pneumologico per la patologia neoplastica, ecc.). I MMG, direttamente coinvolti in tutte le fasi, esprimono un alto gradimento di tale sistema, che non solo è per loro ausilio e sostegno nella prescrizione ma consente anche di gestire più agevolmente eventuali contenziosi con i cittadini stessi. Anche i risultati ottenuti sul rispetto dei tempi d'attesa confermano la sostanziale validità di tale approccio nel favorire il governo dei tempi di attesa previsti per le visite prioritarie. La tab. 1 mostra l'indice di performance come rilevato a livello regionale nel mese di luglio sull'offerta CUP di prestazioni urgenti differibili della nostra azienda. Come si vede, l'IP risulta del 100% su tutte le prestazioni monitorate (visita dermatologica 97%); solo la visita neurologica prioritaria presenta un IP critico (20%). Tale visita rappresenta l'unica tra quelle evidenziate per la quale non sono state ancora integrate su Doctor LLGG per la corretta prescrizione.

Conclusioni:

I risultati evidenziati mostrano che l'utilizzo della cartella informatizzata del MMG come luogo di sintesi delle LLGG, dei percorsi di presa in carico aziendali e in generale dei sistemi di accesso alle cure (integrati all'interno del sistema prescrittivo del MMG) costituisca una prospettiva di particolare interesse all'interno del governo della sanità, con importanti risvolti in particolare sui temi del governo clinico, dell'appropriatezza prescrittiva, della sostenibilità economica. La possibilità da parte delle singole aziende sanitarie di intervenire sulla cartella informatica dei MMG o di governarne direttamente contenuti e/o architettura (come accadde nella nostra realtà) rappresenta a nostro parere valore aggiunto sia di ordine logistico/organizzativo che politico/strategico.

Fig.1. Esempio di indicazioni cliniche per la richiesta di visita antalgica prioritaria su Doctor.

Visite: Richiesta indagini specialistiche / diagnostica per immagini AAAAAA AAA di anni 61

Quesito diagnostico: TEST

Specifiche per la prenotazione:

Priorità: P

Priorità PRIORITARIA (entro 7gg / entro 48h per le cardiologiche)

Diagnosi: ANOMALIE CONGENITE PPIP Data visita: 21/07/2011

Es.	Prestazione	Indic. clinica	Responso	Cod.SOLE	Prezzo	Branche di appartenenza	Cod.Min.
	VISITA ANTALGICA	-Dolore da c...		4459.001	23,00	ANESTESIA	89.7

Impostare una delle seguenti opzioni:

- Dolore da cancro non controllato dai farmaci del III step OMS
- Dolore acuto da cancro: inquadramento della patologia dolorosa e attuazione di iter condiviso protetto
- Lombosciatalgia/cervicobrachialgia acuta senza deficit motori/sfinteriali
- Herpes Zoster in fase acuta
- Nevralgia acuta
- Neuropatia periferica in fase di scompenso doloroso
- Periartrite scapolo-omeroale non responsiva al trattamento farmacologico
- Disabilit... da dolore non controllato in paziente fragile

OK

Per paziente fragile si intende il paziente allettato, psichiatrico e ogni altro tipo particolare di vulnerabilit

Una prest. inserita Esenz.Patologie €. 23,00

Registra Stampa P.P.I.P. Indietro

Tab. 1. Rilevazione regionale tempi di attesa Luglio 2011. Indice di performance su prestazioni urgenti differibili (7 giorni per tutte le prestazioni ad eccezione della visita cardiologica: 48 ore). Dati relativi alle prestazioni con offerta CUP di agende urgenti differibili.

AUSL Rimini prestazioni urgenti prioritarie con offerta cup		Off. Sett. Urg. Diff.	Indicatori I. Perf. Prosp.	Presenza vincolo alla prescrizione su Doctor
01	Visita Oculistica	56	100%	si
04	Visita Endocrinologica	19	100%	si
05	Visita Neurologica	8	20%	no
08	Visita Cardiologica	60	100%	si
09	Colonscopia	13	100%	si
11	Ecocobrdoppler	21	100%	si
12	Ecografia Addome	37	100%	si
13	Gastroscoopia	11	100%	si
18	RMN della Colonna	6	100%	si
23	Visita Dermatologica	36	97%	si
24	Visita Otorinolaringoiatrica	27	100%	si
29	Ecografia Mammella	31	100%	si

Realizzazione di un sistema di valutazione multidimensionale informatizzato del livello di complessità sanitaria e sociale dei casi presi in carico a sostegno dello sviluppo delle Case della Salute

L Ferrari*, A Toniutti*, G Rossi*, M Fabi*, E Brianti*

* Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: lferrari@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

La gestione del percorso di presa in carico del paziente, che si propone di intercettarne e orientarne la domanda di prestazioni verso il contesto assistenziale più appropriato, necessità di un sistema di valutazione multidimensionale della complessità sanitaria e sociale dei casi trattati. In questo senso la significativa mole di informazioni di carattere sanitario e sociale di cui dispone l' Azienda per il tramite delle proprie banche dati e per il tramite della rete del progetto SoLE, rappresenta un importante fonte di informazione per costruire meccanismi di pesatura relativa alla complessità dei percorsi assistenziali di presa in carico del paziente in relazione alle specifiche condizioni sanitarie, sociali e ambientali del caso.

Scopi e metodologia

Il progetto si propone di costruire una base dati multidisciplinare che, raccogliendo e correlando in forma anonima i dati archiviati nelle banche dati aziendali dei ricoveri, dell' assistenza specialistica, dell'assistenza farmaceutica, degli accessi alle residenze etc. consenta di individuare, classificare e pesare dal punto di vista della complessità assistenziale la domanda di prestazioni con la finalità di costruire percorsi di presa in carico idonei verso cui orientare gli assistiti di un determinato ambito territoriale (Case della Salute)

Si tratta di un sistema realizzato secondo un architettura software distribuita che ne garantisce l'accessibilità via rete per il quale sarà inoltre garantita una logica di anonimizzazione del dato nel rispetto delle norme previste dalla legge 196/2003 sulla privacy e tutela dei dati personali

Risultati

Lo specifico ed opportuno sistema di parametrizzazione dei dati raccolti, già in fase di importazione degli stessi dalle diverse fonti precedentemente indicate, consente di impostare un primo livello di filtro e di correlazione delle informazioni. Il sistema prevede inoltre livelli di presentazione e consultazione finale dei dati secondo una logica differenziata e di profilatura degli utenti orientata all'utilizzo specifico da parte del singolo professionista che opera nel ruolo di medico di direzione sanitaria, direttore del dipartimento di cure primarie, coordinatore del nucleo di cure primarie, medico di continuità assistenziale, case manager di percorsi, etc.

Conclusioni

Le Case della Salute rappresentano l'evoluzione dei servizi sanitari territoriali, finalizzata a migliorare l'accessibilità ai servizi e la qualità dell'assistenza in forma integrata. Cruciale diventa la possibilità di lettura multidimensionale del contesto, a cui la Casa della Salute è riferita, per impostare idonei percorsi di cura e presa in carico, attraverso un sistema informativo in grado di integrare e cogliere in una logica di workflow le informazioni provenienti dalle diverse fonti informative di gestione delle attività.

Il web 2.0 per le cure primarie

S Foglino*, M Dradi*, C Borghi*, B Curcio Rubertini*, F Bravi*, P Re**

* Azienda USL di Ravenna, ** MMG

Indirizzo per informazioni: s.foglino@ausl.ra.it

Introduzione del progetto

L'integrazione tra servizi e professionisti, come garanzia della migliore presa in carico nella esperienza delle malattie croniche, trova nuove opportunità di sviluppo nel web sociale. Esso fornisce uno strumento di veglia strategica dei programmi clinici, consente di supportare forme più partecipate di programmazione, gestione e valutazione dell'assistenza. Nelle cure primarie, l'integrazione tra le professioni, i livelli di assistenza, le istituzioni sanitarie e sociali può essere efficacemente sostenuta adottando metodologie e strumenti di cooperazione in rete caratteristici del web 2.0.

Scopi e metodologia

Nel 2010, l'AUSL di Ravenna ha scelto di potenziare il proprio sistema di comunicazione, sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione, attraverso il web, facendolo evolvere verso il web sociale.

Nel giugno 2011 ha aperto uno spazio web interattivo (wiki) dedicato allo sviluppo di programmi integrati di assistenza, nei quali medici di famiglia, pediatri di libera scelta, infermieri dell'assistenza domiciliare, operatori dei consultori famigliari e pediatrici, assistenti sociali, educatori ed altri professionisti del territorio, medici e infermieri ospedalieri cooperano a vari livelli.

Risultati

Attualmente sono aperti tre spazi interattivi nei quali si stanno conducendo azioni di ricerca, di formazione e di analisi dei bisogni di salute della popolazione, per la riprogettazione organizzativa e la valutazione della qualità dell'assistenza, con riferimento a tre popolazioni target: persone con esperienza di tumore, giovani generazioni, persone con esperienza di malattia/disagio mentale.

A metà ottobre sarà inoltre aperto uno spazio wiki dedicato ai cittadini, per consentire la loro partecipazione sia alle fasi di progettazione che di valutazione dell'attività.

Conclusioni

La pratica della cooperazione in rete è fattibile, nelle organizzazioni pubbliche sociali e sanitarie, sia dentro che fuori le istituzioni. Questo consente di promuovere quello che l'OCSE definisce come "Innovazione aperta". Le applicazioni del web sociale nel campo delle Cure Primarie sono particolarmente strategiche per supportare l'integrazione delle molteplici figure professionali, le istituzioni sanitarie, sociali, educative che si trovano ad operare in favore dello stesso destinatario.

Consentono inoltre di supportare efficacemente percorsi di programmazione e rendicontazione partecipata per i cittadini/utenti.

Eventuali commenti

Proponiamo una sede permanente di confronto a livello regionale sullo sviluppo del web sociale nei sistemi di comunicazione delle aziende sanitarie, dedicati alle cure primarie (pensandoli, in primis, come innovazioni di sostegno allo sviluppo delle Case della Salute).

Un Blog di Servizio a Parma a supporto del Governo Clinico

PM Rodelli*, R Piroli*, M Lombardi**, E Brianti**

* MMG, ** Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: rodellipaolo@tin.it

Introduzione del progetto

Il web 2.0 si fonda su tre paradigmi espressione più definita dell'ICT: 1) La comunicazione e la condivisione : non solo search ma share; 2) La saggezza collettiva : incrocio e integrazione di più punti di vista. 3)La e-democracy che richiama una partecipazione attiva nel rispetto del peer to peer. La pubblicazione e la indicizzazione nei motori di ricerca garantisce che l'informazione sia da subito disponibile. 286 MMG trovano sul Blog www.dcpfidenza.wordpress.com (certificato HONCode) uno confronto su due i progetti inerenti l'appropriatezza in campo clinico e farmacologico.

Scopi e metodologia

Il Blog Wordpress (piattaforma di facile utilizzo) ospita una sessione dove i singoli NCP e i singoli medici, nel rispetto della normativa sulla privacy, possono avere una propria scansione relativamente ai marcatori di possibile inappropriately riferiti al progetto " Riduzione della variabilità prescrittiva ". Ospita inoltre una pagina nella quale i singoli referenti NCP pubblicano gli "Indicatori di qualità" estratti dai profili di Nucleo della Jefferson University, riguardanti la loro realtà. Su questi due progetti il Blog è risultato essere un potentissimo strumento di integrazione tra tutti i MMG della Provincia.

Risultati

Il Blog ha consentito una operatività e un confronto tra NCP distanti centinaia di km relativamente a progetti in essere. Si è creata una community che si è applicata su due lavori (riduzione della Variabilità Prescrittiva e Profili di Nucleo) e si confronta mettendo in chiaro i risultati in tempo reale. Un nuovo linguaggio trasversale ai dipartimenti di cure primarie in una rete di sanità dove c'è confronto, condivisione di metodo e ricerca di risultati all'interno di una mission condivisa tra MMG e dirigenza aziendale

Conclusioni

Le reti di sanità costituiscono un nuovo scenario dell'assistenza. Nei progetti il fattore tecnico-comunicativo diventa decisivo (alcuni NCP non avevano acquisito ancora nel 2010 l'impostazione prevista dal Progetto sui profili di Nucleo da parte dell'Azienda).È come se comparisse una nuova Asl , la struttura della managerialità dell'e-health, ma anche la nuova Azienda ai tempi di internet.

Commenti

Il Blog attualmente divenuto anche spazio archivistico documentale e di confronto può essere considerato strumento flessibile per diverse ulteriori iniziative relative al Governo Clinico sul territorio. L'informatica è pervasiva in ogni ambito delle funzioni professionali, e così pure in Sanità. La necessità di confronto continuo in medicina generale è requisito della buona pratica clinica. La potenzialità che il web 2.0 mette a disposizione può essere sfruttata in tal senso.

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

L Salines*, F Biondini*, B Cavallucci*

* Azienda USL di Cesena

Indirizzo per informazioni: Isalines@ausl-cesena.emr.it

Introduzione del progetto

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 con i MMG di sedi fisiche di riferimento dei NCP

Scopi e metodologia

Condividere le informazioni cliniche e facilitare l'integrazione professionale tra i professionisti delle Cure Primarie all'interno del Nucleo attraverso lo sviluppo degli strumenti informatici, realizzando la informatizzazione orizzontale

Risultati

Dalle 8 alle 20 di tutti i feriali presso la sede di 2 NCP e dalle 9 alle 19 per 4 NCP è in funzione un ambulatorio di medicina generale, dedicato a prestazioni ambulatoriali urgenti 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, attraverso una postazione informatizzata si ha accesso ai dati sanitari di tutti i pazienti afferenti al NCP.

Conclusioni

La condivisione degli strumenti operativi tra professionisti è un elemento facilitante l'integrazione professionale tra medici all'interno del 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/H 10 è resa nota mediante una cartellonistica collocata presso gli studi medici e tramite la distribuzione di brochure agli assistiti.

Commenti

Nel 2012 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. In prospettiva si prevede il coinvolgimento degli infermieri di NCP.