



I luoghi e i modelli per l'accesso alle Cure Primarie



Indice degli abstract

Bartoli P, Torelli AM, Casadei L, Biondini F, Brunelli A

Una architettura organizzativa su misura. Il Punto Unico di Accesso e il Sistema di Valutazione Multidimensionale: un modello unico per le diverse aree di intervento

Benvenuti C, Tinarelli A, Baccarini L, Miola F, Zamboni A

Ambulatorio H12 di Copparo: servizio integrato per la comunità

Bulgarelli G, Borsari M, Marano C, Ferrari V, Spezzani N, Borelli B, Roversi T, Persisti L

Miglioramento delle dimissioni dei pazienti dall'ospedale: valutazione dell'impatto clinico-assistenziale e organizzativo dell'inserimento del case manager delle dimissioni difficili

Bulgarelli G, Bardani A, Ferri S, Toniolo A, Ricchi L, Ferrari V, Marano C, Malagoli E, D'Arienzo G, Fabbo A, De Luca ML

Da punto unico di accoglienza alle cure domiciliari allarete dei punti unici di accesso socio-sanitario integrato

Carollo D, La Rovere L, Baldassarri N, Bortolotti C

Riorganizzazione del Punto di accesso alle cure domiciliari distrettuale in Punto Unico Aziendale di accesso all'Assistenza Territoriale

Ciani CR, Morini M, Negrini R, Mosna P

Nuovi modelli di presa in carico per l'assistenza specialistica ambulatoriale

Ciotti G, Rossi G, Fabi M, Brianti E, Ferrante S, Balestrino A

Progetto di integrazione tra l'Azienda USL di Parma e l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma per la intercettazione dei codici bianchi sul territorio e il miglioramento all'accesso dei servizi di pronto soccorso

Ciotti G, Rossi G, Brianti E, Ferrante S, Ardizzoni A, Balestrino A

Percorso di continuità assistenziale dei pazienti seguiti presso l'UOC di Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma che necessitano di terapia di supporto domiciliare

Ciusa F, Choroma F, Borrini BM, Boni C, Saliaris S, Barbato S, Massa C, Frati R

Screening malattie tubercolari negli Istituti Penitenziari di Parma ed Interazione con i Servizi aziendali del territorio

Damiani S, Orselli L, Prosperi M, Bucalo S

Percorso Diagnostico per patologie geriatriche e cardiologiche ad accesso facilitato per i MMG di tre NCP

De Luca ML, Pedrazzini C, Riccò D, Borsari M, Bulgarelli G, Feltri G, Pedroni C, Vacondio P

Modello di assistenza territoriale in cure palliative e di fine vita con sviluppo di competenze diffuse e supporto di esperti nelle Aziende di Modena e Reggio Emilia

Doronzo F, Lombardi M

Ambulatorio fisioterapico di Nucleo delle Cure Primarie/Casa della Salute per disfunzioni muscolo scheletriche semplici

Emanuele R, Missorini C, Chiapponi A, Louis L, Artoni C, Bertini A, Moroni M, Lucertini S

L'esperienza dell'assistenza medica in Hospice da parte della medicina di gruppo di Langhirano

Emanuele R, Marletta G, Gennari U, Lucertini S

Le urgenze differibili in ORL ed Oculistica: una sperimentazione di gestione delle liste di attesa in collaborazione con i medici di medicina generale

Fabrizio D, Tinarelli A, Manfredini M, Guerra S, Benvenuti C, Casaroli C, Giorgetti L

La riconversione dell'ospedale S. Anna di Ferrara in città della salute S.Rocco

Fini C, Ciani CR, Pirazzini MC

Accesso differenziato (diretto e su prenotazione) al Punto Prelievi di Porretta Terme

Ghizzoni G, Dellapina L, Ferrari M, Rossi L, Ravanetti L, Regini T

Assistenza Domiciliare Integrata Non Autosufficienti (Progetto ADINA)

Masi A, Angelini L

Riorganizzazione del servizio sanitario di base per turisti: l'esperienza della AUSL Rimini

Mazzini F, Farneti M, Pocecco M, Biasini A, Ponti R, Gualtieri L

C'è bisogno di nuovo: un modello organizzativo in area pediatrica. L'esperienza dell'Unità Pediatrica di Cure Primarie nell'ASL di Cesena

Moroni M, Fochi L, Melazzini M, Brianti E

Il medico palliativista domiciliare nell'equipe multidisciplinare interaziendale di Parma per la SLA: un progetto pilota ASL-AOSP-AISLA di Parma

Nuti G, Rossi P, Berlini AM, Bettini B, Gaggi M, Esposito G

L'Assistente Sociale: quale ruolo e quali responsabilità all'interno delle attività integrate delle cure territoriali

Pellegrini P, Ferrante S, Arcari S, Bertorelli D, Gallani R, Maccherozzi S, Mozzani M, Raffaini L, Soncini G

La salute mentale nel Nucleo delle Cure Primarie: esperienze in vista delle Case della Salute

Pittureri C, Amaducci E, Parma T, Biondini F

Una nuova cultura: la continuità assistenziale del malato in cure palliative dalla struttura ospedaliera al suo domicilio attraverso figure professionali dedicate

Rambaldi M, Ruvineti M, Franchini L, Carboni G

Centrale Metropolitana Post-Acuzie di Bologna – presente e prospettive

Romani S, Marchesi C, Coriani S, Martinelli M, Pedroni C, Bassi MB, Marzi A

Il Punto Unico di Accesso, una nuova modalità di accesso alle Cure Primarie

Rossi G, Ciotti G, Fabi M, Brianti E, Chiari G

Educazione terapeutica e supporto all'autocura nei bambini affetti da diabete di tipo I appartenenti a nuclei familiari a maggiore fragilità

Ruffini L, Brianti E, Emanuele R, Ferrante S, Curti M, Rossi G, Valentino M, Cerasti D, Belletti A

Integrazione Ospedale-Territorio: Progetto Sperimentale Medici di Medicina Generale/Dipartimento Radiologia e Diagnostica per Immagini sull'appropriato utilizzo di tecnologia diagnostica complessa

Salvadori P, Mennuti N, Fanciullacci L, Fanciullacci A, Scopetani E, Leto A

Le Case Della Salute In Toscana

Salvini P, Bussolati G, Lottici M, Ciotti G, Gazzola G, Voccia E

Dimissione appropriata della madre e del neonato

Tassinari MC, Curcetti C, Rossi A, Parisini L, Brambilla A

La programmazione delle case della salute nella Regione Emilia-Romagna

Una architettura organizzativa su misura. Il Punto Unico di Accesso e il Sistema di Valutazione Multidimensionale: un modello unico per le diverse aree di intervento

P Bartoli*, AM Torelli*, L Casadei*, F Biondini*, A Brunelli*

* Azienda USL di Cesena

Indirizzo per informazioni: pbartoli@ausl-cesena.emr.it;

Introduzione del progetto

Nella multiforme etiologia del quadro di non autosufficienza, spesso i pazienti necessitano di usufruire di prestazioni di diverse tipologie e quindi è indispensabile che i Sistemi Sanitari e Sociali si dotino di un sistema di accesso, valutazione e prescrizione il più possibile semplificato, efficiente e facilmente riconoscibile dall'Utenza. Altrettanto importante è la omogeneità del modello organizzativo per tutte le popolazioni considerate: da quella pediatrica a quella anziana, dalla disabilità fisica a quella psichica. Le porte di accesso sono costituite dallo Sportello Unico Distrettuale, dal Punto Unico di accesso (PUA) e dallo Sportello Sociale.

Scopi e metodologia

Il Punto Unico di Accesso è il luogo della facilitazione dell'accesso alle cure domiciliari e della continuità delle cure, punto di riferimento e per utenti, famiglie, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, operatori sanitari, servizi sociali e associazioni di volontariato. Chi vi opera deve essere in grado di orientare i bisogni sanitari e socio-assistenziali degli utenti attraverso la valutazione della domanda al fine di indirizzare al servizio della rete assistenziale più idoneo.

Il target del P.U.A. è rappresentato da utenti portatori di bisogni complessi: ricevuta la segnalazione, indirizza l'utente alla Unità di Valutazione più adeguata e da questa riceve riscontro della valutazione, dell'individuazione del Responsabile del Caso e del piano personalizzato di vita e di cura. Nel caso di "utenti atipici", il Responsabile del P.U.A. ha il compito di predisporre, la composizione della apposita Unità di Valutazione, potendo utilizzare un pannello di controllo sul quale identificare i professionisti utili alla valutazione specifica

Risultati

La progressiva maturazione del sistema ha permesso lo sviluppo di Unità di valutazione altamente professionali per specifici target di popolazione: Unità di Valutazione Geriatria (UVG) Unità di valutazione per i gravissimi disabili (Ex DGR 2068/04), Unità di valutazione Pediatrica per pazienti complessi, Unità di Valutazione ad indirizzo psichiatrico, Unità di valutazione riabilitativa, Unità di valutazione per disabili adulti.

La definizione dei progetti individuali si realizza dunque attraverso interventi congiunti per la miglior risposta possibile all'individuo, nell'ambito di una cornice programmatica ed economica condivisa dagli operatori sociali e sanitari.

Conclusioni

L'attività del PUA in stretta relazione coi servizi sociali e sanitari ha creato una spinta positiva per lo sviluppo di un sistema di valutazione, monitoraggio e presa in carico dedicato alle singole popolazioni target. Tale sistema, se da un lato garantisce il riconoscimento di risposte specifiche e altamente professionalizzate per i singoli gruppi, dall'altra stabilisce una omogeneità nelle modalità di percorso e di presa in carico sia all'interno dei servizi sanitari, sia tra le diverse istituzioni: Azienda ed Enti Locali.

Ambulatorio H12 di Copparo: servizio integrato per la comunità

C Benvenuti*, A Tinarelli*, L Baccharini*, F Miola**, A Zamboni**

* Azienda USL di Ferrara, **MMG

Indirizzo per informazioni: f.miola@ausl.fe.it

Introduzione del progetto

Presso l'Ospedale di Copparo (FE) è attivo l'ambulatorio di NCP gestito dai MMG dell'area copparese (36.000 abitanti) dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20 (esclusi prefestivi e festivi) per tutti i cittadini residenti. Pur mantenendo l'attività nei loro studi 29 MMG (progetto SOLE) garantiscono un punto unitario di accesso per i cittadini che necessitano di prestazioni ambulatoriali, certificati o prescrizioni urgenti e la gestione delle malattie croniche insieme agli Infermieri di NCP, secondo protocolli condivisi.

Scopi e metodologia

All'interno di una rete integrata di servizi, attivando eventualmente i percorsi assistenziali in raccordo con il poliambulatorio (NOA-PDA) e l'ospedale, il MMG in turno, coadiuvato dall'infermiere, valutati i problemi del cittadino e accedendo anche alla cartella clinica computerizzata(SOLE), è in grado di dare una risposta rapida ed appropriata, come avviene di norma in un ambulatorio di cure primarie, riducendo gli accessi al pronto soccorso e i ricoveri, in particolare per i pazienti affetti da patologie croniche o acute, a bassa complessità

Risultati

I MMG e Infermieri di NCP, hanno applicato i principi del NCP come l'accoglienza, la valutazione del bisogno, l'orientamento ai servizi sociosanitari, l'assicurazione della continuità assistenziale per problemi ambulatoriali urgenti, l'attivazione di percorsi assistenziali (PDA), la collaborazione con l'ospedale per ricoveri e dimissioni protette, la continuità nella gestione delle patologie croniche, il monitoraggio attivo dei pazienti con patologia cronica, l'educazione alla popolazione per la migliore gestione della propria patologia o per favorire stili di vita sani, portando a un incremento costante e gradito degli accessi al servizio.

Conclusioni

Attraverso una costante valutazione periodica delle attività svolte e un confronto continuo tra MMG e Infermieri di NCP che presiedono le relazioni fra i diversi setting assistenziali, si può essere soddisfatti del percorso intrapreso per dare una risposta appropriata al paziente, pur essendo necessario un incremento dei percorsi condivisi tra MMG-Specialisti e Ospedale, tenuto conto delle risorse limitate. A un anno circa dalla partenza siamo a poco meno di mille accessi-mese, con un trend positivo, dopo un iniziale momento critico, dovuto alla scarsa informazione della popolazione.

Commenti

É opportuno nel tempo una integrazione con i Medici di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) per un approccio globale h24, sette giorni su 7, per una vera continuità assistenziale.

Miglioramento delle dimissioni dei pazienti dall'ospedale: valutazione dell'impatto clinico-assistenziale e organizzativo dell'inserimento del case manager delle dimissioni difficili.

G Bulgarelli*, M Borsari*, C Marano*, V Ferrari*, N Spezzani*, B Borelli*, T Roversi*, L Persisti*

* Azienda USL di Modena

Indirizzo per informazioni: g.bulgarelli@ausl.mo.it

Introduzione del progetto

I problemi del paziente e dei famigliari che frequentemente emergono al momento della dimissione sono determinati da diverse cause dovute a fattori interni all'ospedale, a problemi di coordinamento tra i servizi, a capacità di gestire le risorse, al coinvolgimento del paziente e dei famigliari. La letteratura evidenzia che i problemi possono essere ridotti da una efficiente pianificazione della dimissione, dalla presa in carico dopo la dimissione, dal coinvolgimento del paziente e della famiglia e dall'utilizzo di una infermiera come "case manager".

Scopi e metodologia

L'intervento attuato nell'Ausl di Modena, Ospedale di Baggiovara e Distretto, aveva lo scopo di inserire un'infermiera del Dipartimento di Cure Primarie col ruolo di Case Manager delle dimissioni in ospedale.

Sono stati anche previsti una scheda per la valutazione del rischio di dimissione difficile, il sistema di comunicazione informatica, ridefiniti percorsi e responsabilità. L'impatto è stato valutato attraverso:

- § tasso di re-ricoveri entro 30 giorni dalla dimissione,
- § ottimizzazione della risposta sul territorio,
- § individuazione dei pazienti con dimissioni difficili,
- § la gestione dei posti letto ospedalieri
- § i costi.

Risultati

Il tasso di re-ricoveri entro 30 giorni dalla dimissione è risultato ridotto dell'1,5%; l'ottimizzazione della risposta sul territorio si è avuta attraverso una riduzione dell'accesso nelle residenze del 24%, un incremento dell'assistenza domiciliare del 13% ed una riduzione delle valutazioni dell'UVM del 30%. Il 52% dei pazienti valutati ha avuto bisogno di una dimissione protetta. Sulla durata della degenza non ci sono stati risultati positivi, mentre i tempi di attesa per l'accesso al PARE sono diminuiti del 32%. Sui costi si è osservato un bilancio positivo.

Conclusioni

Anche se è necessaria un'analisi con metodologia statistica più adeguata, valutando anche gli altri dati raccolti durante la sperimentazione e il follow up con i professionisti, si ritiene che questo intervento abbia avuto esiti positivi sui pazienti e sull'organizzazione.

Da punto unico di accoglienza alle cure domiciliari alla rete dei punti unici di accesso socio-sanitario integrato

G Bulgarelli*, A Bardani*, S Ferri*, A Toniolo*, L Ricchi*, V Ferrari*, C Marano*, E Malagoli*, G D'Arienzo*, A Fabbo*, ML De Luca*

* Azienda USL di Modena

Indirizzo per informazioni: g.bulgarelli@ausl.mo.it

Introduzione del progetto

Lo sviluppo dei servizi territoriali l'AUSL di Modena (688.286 ab.) ha permesso di garantire una buona offerta di assistenza domiciliare e di posti residenziali a diverso livello di intensità assistenziale oltre a varie forme di cure intermedie. Questo cambiamento ha portato alla necessità di migliorare il governo dell'accesso attraverso un "nodo" che abbia le competenze e le possibilità di valutare il bisogno e di individuare la miglior risposta possibile sia sanitaria che socio sanitaria ottimizzando l'utilizzo delle risorse.

Scopi e metodologia

Scopo del lavoro è stato quello di rivedere l'organizzazione dell'accesso trasformando i punti unici di accoglienza alle cure domiciliari (n°7 PUA) in punti unici di accesso socio-sanitario integrato (PUASS), garantendo uniformità e collegamento tra i diversi punti di accesso. È stata rivista la funzione del PUA, definite le linee di indirizzo organizzative e gli standard aziendali, rivisti i percorsi per renderli più efficaci ed uniformi in tutta l'Azienda attraverso una condivisione a tutti i diversi livelli dell'organizzazione sanitaria e sociale.

Risultati

L'integrazione si concretizza in: condivisione di un'unica sede, presenza dell'infermiere e dell'assistente sociale come figure fondamentali, unicità della responsabilità, gestione e monitoraggio dei percorsi di accesso, presa in carico e gestione dei casi multiproblematici, gestione degli interventi di supporto temporanei per favorire la domiciliarità. Il disegno prevede anche l'integrazione informatica dei diversi software per garantire l'adeguato e indispensabile supporto informativo.

I risultati riguardano la semplificazione dei percorsi, l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse del territorio, l'individuazione di riferimenti stabili, la raccolta in database consultabili sulle necessità assistenziali sociosanitarie, la riduzione dei tempi di valutazione e la miglior gestione dei casi complessi.

Conclusioni

Il nuovo Punto Unico (PUASS) rappresenta il braccio operativo del Dipartimento di Cure Primarie e degli Uffici di Piano per l'accesso socio sanitario (residenze, contributi ,ecc), sanitario (ADI), sociale (solo per gli accessi in dimissione dall'ospedale).

Un lungo lavoro di convergenza tra prassi di lavoro e strategie istituzionali ha permesso la realizzazione di una buona parte degli obiettivi in oltre il 70% dei PUA con la meta di arrivare all'estensione in tutto il dipartimento aziendale entro breve tempo.

Riorganizzazione del Punto di accesso alle cure domiciliari distrettuale in Punto Unico Aziendale di accesso all'Assistenza Territoriale

D Carollo*, L La Rovere*, N Baldassarri*, C Bortolotti*

* Azienda USL di Imola

Indirizzo per informazioni: d.carollo@ausl.imola.bo.it

Introduzione del progetto

La dimissione dall'ospedale e l'accesso alle cure territoriali rappresentano ambiti da cui si attivano programmi di presa in carico e di continuità ospedale-territorio.

La definizione di un percorso di continuità ospedale-territorio si realizza con l'intervento integrato del MMG e del PLS, dei Professionisti dell'ospedale, dei Servizi Sanitari e Sociali del Territorio. Il Punto Unico di Accesso alle cure territoriali (PUA), esplica la funzione di raccolta, invio, facilitazione, attivazione dei referenti dei servizi territoriali interessati per la realizzazione del programma integrato di presa in carico e l'attivazione tempestiva della rete di supporto all'utente e ai suoi famigliari.

Scopi e metodologia

Il PUA supporta l'avvio dei programmi di presa in carico e cura territoriali, garantendone la continuità assistenziale tra i diversi setting di cura (Ospedale -Territorio, Ospedale - Residenzialità, passaggio a forme diverse di assistenza sul Territorio), attraverso il raccordo funzionale, la valutazione preliminare dei casi, l'attivazione dei referenti dei servizi territoriali necessari.

Il PUA gestisce le segnalazioni dei MMG per la presa in carico sociale e sanitaria dei cittadini.

La rete dei servizi sanitari e sociali può accedere al PUA tramite telefono, fax, mail in fasce orarie stabilite nei giorni della settimana.

Risultati

Significativo aumento dei programmi di dimissione protetta in tempi appropriati

Aumento della percezione di continuità dell'assistenza da parte del cittadino e dei professionisti

Aumento dell'integrazione nei percorsi di presa in carico tra i professionisti dei diversi setting di cura

Conclusioni

Il PUA offre un punto di accesso ben visibile e facilmente raggiungibile dagli operatori e dal cittadino. È un supporto tecnico operativo per la presa in carico e la gestione dei percorsi di dimissione protetta di utenti ricoverati. Portato a sistema nella rete dei servizi di cure primarie (MMG, Case per la salute, residenzialità, altri servizi sanitari, servizi sociali..), può rappresentare uno strumento strategico per il care management dei percorsi dei pazienti in carico al sistema.

Nuovi modelli di presa in carico per l'assistenza specialistica ambulatoriale

CR Ciani*, M Morini*, R Negrini*, P Mosna*

* Azienda USL di Bologna

Indirizzo per informazioni: r.ciani@ausl.bologna.it

Introduzione del progetto

La presa in carico del paziente che accede alla specialista ambulatoriale prevede molto spesso ed in particolare per alcune branche un completamento diagnostico attraverso l'esecuzione di approfondimenti diagnostici la cui richiesta rinvia al proprio MMG e resta a carico dell'utente la prenotazione. Inoltre questo comporta difficoltà se i tempi di attesa superano quelli richiesti dalla situazione clinica. Pertanto per ovviare a tali criticità si è avviato un percorso che saltando inutili passaggi intermedi avvia e completa la presa in carico.

Scopi e metodologia

Riduzione dei tempi necessari per la diagnosi ed il tempo-utente impiegato nei passaggi tra i vari attori del percorso diagnostico.

Lo specialista valuta la necessità di accertamenti, e se necessari li prenota direttamente su agende dedicate mediante il programma di gestione ambulatoriale Gesi, compilando un'impegnativa virtuale.

Al paziente vengono consegnati i referti della prestazione specialistica effettuata e delle prestazioni eventualmente prenotate.

Risultati

Questa metodologia è stata implementata per la branca di endocrinologia. I vantaggi per l'utente sono relativi alla semplificazione e facilitazione dell'accesso, per i professionisti riguardano la garanzia dell'effettuazione del percorso diagnostico e dei controlli nei tempi appropriati. Per l'organizzazione il valore aggiunto è stato relativo all'efficienza del sistema che ha recuperato i posti delle agende riservate, non occupati, reinserendoli nel sistema della prenotazione esterna tramite GESI-CUP entro 7-10 giorni.

Conclusioni

Questa modalità organizzativa già in vigore per l'endocrinologia, verrà estesa a reumatologia, cardiologia, ORL e dermatologia.

A questo si aggiunge che il professionista che ha in carico il paziente è in grado di vedere anche il dossier del paziente relativamente a tutti gli esami prescritti nel percorso, anche se il paziente non li porta con sé

Progetto di integrazione tra l’Azienda USL di Parma e l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma per la intercettazione dei codici bianchi sul territorio e il miglioramento all’accesso dei servizi di pronto soccorso

G Ciotti*, G Rossi*, M Fabi*, E Brianti*, S Ferrante*, A Balestrino**

* Azienda USL di Parma, ** Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Indirizzo per informazioni: gciotti@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

Il progressivo incremento degli accessi ai Pronto Soccorso, spesso inappropriati, classificabili come “codici bianchi” erogabili dai servizi territoriali, vede la maggior criticità nel Distretto di Parma, in cui è presente l’Azienda Ospedaliero/Universitaria con un Pronto Soccorso altamente qualificato, nonostante l’attivazione dell’Ambulatorio di Prima Assistenza Medica, ubicato in locali esterni al PS, lo sviluppo dell’associazionismo medico con ampliamento della continuità ambulatoriale diurna, fino a 12 ore al giorno, il collegamento in rete dei medici dei Nuclei di Cure Primarie.

Scopi e metodologia

Riprogettazione degli interventi per migliorare la continuità assistenziale nelle cure primarie e ottimizzare l’organizzazione dell’attività del PS.

Realizzazione di un sistema integrato tra ospedale e distretto, che vede l’inserimento dell’Ambulatorio di Prima Assistenza Medica all’interno del PS, quale Ambulatorio per la gestione dei codici di minore gravità, gestito da medici del territorio, la realizzazione delle Case della Salute in ciascun NCP, e lo sviluppo delle reti informatiche orizzontali e verticali per l’interscambio delle informazioni cliniche degli assistiti (patient summary).

Risultati

Intercettare ed orientare la domanda di prestazioni verso il contesto assistenziale più appropriato. Qualificare l’attività erogata dal PS, identificando un ambulatorio codici minori, a cui fare afferire, dopo il triade, la casistica a minor complessità, lasciando agli ambulatori del pronto soccorso la casistica più complessa, ottimizzando in entrambi i casi la tempistica di risposta. Garanzia della continuità assistenziale diurna nelle Case della salute. Migliorare l’interscambio di informazioni cliniche tra il medici del territorio e i medici ospedalieri.

Conclusioni

La realizzazione dell’Ambulatorio per i codici minore gravità, lo sviluppo delle Case della Salute nei NCP cittadini, e la condivisione delle informazioni nel Patient Summary permetteranno di realizzare una effettiva continuità dell’assistenza, all’interno del setting assistenziale più appropriato.

Commenti

Il progetto sarà sostenuto da una efficace campagna informativa periodica, per dare adeguata informazione ai cittadini sulle possibili risposte assistenziali (urgenza, urgenza differibile, prestazione programmabile); sull’assistenza del medico di famiglia, sulla continuità assistenziale diurna, sui percorsi dell’emergenza e da incontri informativi/formativi con i MMG.

Ampia partecipazione delle Componenti Professionali per la condivisione delle finalità che ispirano il progetto di integrazione tra le due Aziende Sanitarie, rispetto al miglioramento della rete assistenziale territoriale e dell’utilizzo del Pronto Soccorso.

Percorso di continuità assistenziale dei pazienti seguiti presso l'UOC di Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma che necessitano di terapia di supporto domiciliare.

G Ciotti*, G Rossi*, E Brianti*, S Ferrante*, A Ardizzoni**, A Balestrino**

* Azienda USL di Parma, ** Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Indirizzo per informazioni: gciotti@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

Nei periodi di fine vita aumenta la domanda di assistenza sanitaria dei pazienti oncologici, per le compromesse condizioni cliniche, con aumento degli accessi al DH oncologico e al PS per terapie di supporto e controlli.

Nonostante la presa in carico da parte dell'A.D.I., molti pazienti mostrano il desiderio di mantenere un collegamento con il centro oncologico e percepiscono una interruzione di presa in carico ("senso di abbandono").

Scopi e metodologia

Migliorare la continuità assistenziale dei pazienti "off-therapy" o in trattamento ambulatoriale che sviluppano tossicità o complicanze, con riduzione accessi impropri al PS e all'Oncologia Medica. Segnalazione dell'oncologo all' infermiera case manager e al MMG. L'equipe oncologica segue il paziente prima in Ospedale e successivamente a domicilio, impostando la terapia di supporto e/o antalgica con il MMG. L'oncologo è disponibile a consulti (telefonici o al domicilio) su richiesta del MMG.

Risultati

Saranno seguiti circa 60 pazienti del Distretto di Parma e la figura specialistica garantirà la continuità tra l'ospedale da un lato e il territorio dall'altro, fornendo consulenza al MMG, e accompagnando il paziente nel passaggio tra diversi contesti assistenziali. I pazienti in trattamento oncologico attivo che presentano tossicità o complicanze verranno seguiti a domicilio sino alla risoluzione dell'evento acuto, dall' MMG in collaborazione con l'oncologo, evitando il ricovero.

Conclusioni

La collaborazione tra l'Oncologia e la medicina territoriale vuole migliorare il percorso dei pazienti oncologici che in quanto "off-therapy" o in presenza di tossicità o complicanze in corso di trattamento, possono essere seguiti dal territorio, non necessitando di interventi in ambito ospedaliero, mantenendo tuttavia un collegamento con gli specialisti e il Reparto.

Commenti

Il progetto prevede la collaborazione dell'Associazione Verso il Sereno che ha promosso una maggiore integrazione tra il reparto ospedaliero e la medicina territoriale anche per superare il "senso di abbandono" dei pazienti.

Screening malattie tubercolari negli Istituti Penitenziari di Parma ed Interazione con i Servizi aziendali del territorio

F Ciusa*, F Choroma*, BM Borrini*, C Boni*, S Saliaris*, S Barbato*, C Massa*, R Frati*

* Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: fciusa@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

Le malattie infettive ed in particolare la tubercolosi, costituiscono un problema nelle comunità penitenziarie, facendo del detenuto una potenziale sorgente di infezione anche per la popolazione non carceraria. Ciò è in parte dovuto alla composizione della popolazione detenuta, alla marginalità sociale in periodo di libertà, al sovraffollamento ed alla mancanza di offerte di test di screening. Si osservano conseguentemente pochi soggetti sottoposti a screening tubercolare e frequente discontinuità del percorso diagnostico-terapeutico intrapreso in regime di detenzione.

Scopi e metodologia

Per meglio garantire l'accesso allo screening tubercolare e limitare la discontinuità terapeutica, anche a seguito di un out-break si sono previste 3 azioni:

- § Formazione del personale sanitario al fine di favorire con l'educazione sanitaria l'adesione dei detenuti al test di screening
- § Predisposizione di un programma di screening per malattie tubercolari ai nuovi giunti
- § Attivazione di collaborazioni con servizi aziendali per limitare la discontinuità terapeutica

Lo scopo di questo lavoro è di verificare l'adesione al test di screening da parte dei detenuti ed al successivo percorso terapeutico, confrontando i risultati antecedenti e successivi la riorganizzazione (2008/2009-2010/2011)

Risultati

Nel 2008/2009, 278 su 1297 detenuti (21.4%) erano candidati al test di screening; 135 eseguivano il test ossia il 48.5% di candidati (il restante 143 è stato scarcerato o trasferito prima del test) di cui 42 positivi (il 93%) ed iniziavano chemioprophilassi antitubercolare. Solo il 30.9% ultimava il trattamento (il 69.1% non ultimava il trattamento per scarcerazione, trasferimento o misure alternative al carcere).

Nel 2010/2011, 418 su 877 detenuti erano candidati al test; 396 eseguivano il test (94.7% dei candidati) di cui 106 (26.7%) risultavano positivi. Il 55.6% dei positivi iniziava chemioprophilassi antitubercolare di cui l'81.3% l'ultimava. Tra quelli che interrompeva (il 18,7%), più della metà lo completava in libertà sul territorio (grazie al collegamento con i servizi territoriali).

Conclusioni

La cutipositività alla mantoux era risultata decisamente più elevata negli anni presi in considerazione, confermando le osservazioni di altri autori. Invece, la ridotta discontinuità terapeutica osservata negli anni 2010/2011 rispetto al 2008/2009, dimostra che, anche in carcere, una adeguata riorganizzazione e formazione favorisce l'adesione del detenuto ai percorsi di cura, limitando il drop-out anche dopo scarcerazione e potrebbe essere considerato la base di una prassi sanitaria capace di giocare un ruolo importante nell'incontro del detenuto con il SSN.

Percorso Diagnostico per patologie geriatriche e cardiologiche ad accesso facilitato per i MMG di tre NCP

S Damiani*, L Orselli*, M Prosperi*, S Bucalo*

* Azienda USL di Bologna

Indirizzo per informazioni: stefano.damiani@ausl.bologna.it

Introduzione del progetto

Da 7 anni è stato istituito in un territorio della città di Bologna, un percorso diagnostico per patologie geriatriche e cardiologiche, accessibile con richieste dei MMG principalmente di quella zona, che garantisca rapidi completamenti diagnostici supportati da metodiche strumentali e gestito da specialisti ambulatoriali afferenti Dipartimento Cure Primarie.

Scopi e metodologia

Collaborare con i MMG di una zona di Bologna per ottenere diagnosi tempestive per richieste appropriate.

Tre cardiologi (25 ore/sett) e un geriatra (8 ore /sett) collaborano con una équipe infermieristica ambulatori aperti 4 giorni/sett. Sono costruiti 7 percorsi cardiologici (dolore toracico, ipertensione, valvulopatie, aritmie, scompenso, sincope, dispnea) e 1 geriatrico (fragilità). L'équipe dispone di elettrocardiografo, ecocardiografocolordoppler, Holterecg, test da sforzo, test abilità visuo-spaziali e della memoria). Le prestazioni di 3° livello sono prenotate con canali preferenziali.

Risultati

Nel 2010, i pazienti che hanno concluso l'iter diagnostico sono stati 1336 Gli accessi alle sedute ambulatoriali sono stati in media di 7 pazienti/giorno. I tempi di attesa non sono superiori alle due settimane. La conclusione diagnostica viene posta in media entro 14 giorni.

Conclusioni

Questo modello di accesso gestito nel DCP porta un valore aggiunto rispetto al modello a gestione ospedaliera, sia perché favorisce la modalità di accesso su invio dai MMG, fornisce risposte in tempi brevi a quesiti diagnostici complessi, infine perché rappresenta uno spazio professionale in cui le attività di specialista e MMG si possono meglio integrare in collaborazione con un'équipe infermieristica che gestisce i percorsi, come peraltro auspicato anche dalla filosofia operativa dei NCP.

Commenti

Questa esperienza potrebbe, dopo attenta valutazione con audit clinico organizzativo, diventare un modello di riferimento per l'integrazione professionale all'interno delle Case della Salute

Modello di assistenza territoriale in cure palliative e di fine vita con sviluppo di competenze diffuse e supporto di esperti nelle Aziende di Modena e Reggio Emilia.

ML De Luca*, G Pedrazzini*, D Riccò**, M Borsari*, G Bulgarelli*, G Feltri*, C Pedroni**, P Vacondio*

* Azienda USL di Modena, ** Azienda USL di Reggio Emilia

Indirizzo per informazioni: m.deluca@ausl.mo.it

Introduzione del progetto

L'esperienza sul NODO e sull'assistenza domiciliare nelle Aziende di Modena e Reggio Emilia ha permesso di delineare lo sviluppo delle cure palliative e di fine vita all'interno delle Cure Primarie attraverso un modello che si basa sull'erogazione diffusa dell'assistenza con l'equipe delle cure primarie, il supporto di esperti, con modalità organizzative, strumenti, intensità e standard specifici. Il confronto interaziendale ha permesso di elaborare un progetto comune che può rendere più facile la valutazione sull'efficacia del modello.

Scopi e metodologia

L'obiettivo è quello di garantire, nell'ambito delle cure domiciliari, standard assistenziali di cure palliative e di fine vita negli ultimi 12 mesi ai malati oncologici e non, mediante un'organizzazione dell'assistenza basata su 3 livelli: 1°) MMG e infermieri responsabili dell'assistenza; 2°) MMG inter pares ed infermieri consulenti; 3°) Medici e infermieri con ruoli prevalentemente organizzativi.

Per le diverse fasi del processo di assistenza (segnalazione/accoglienza ecc) sono stati individuati gli attori, i criteri, le modalità, gli strumenti e le responsabilità.

Risultati

I risultati attesi sono relativi a:

- § Sviluppo di competenze diffuse ed esperte.
- § Attivazione congiunta MMG e infermiere ed eventualmente inter pares ed infermieri consulenti.
- § Utilizzo di strumenti di valutazione e di gestione dell'assistenza.
- § Monitoraggio dei risultati sui pazienti.
- § Aumento dei pazienti assistiti e dei deceduti a domicilio.
- § Riduzione dei ricoveri e dei decessi in ospedale.
- § Miglioramento della qualità "di vita e di morte".
- § Riduzione della spesa ospedaliera
- § Incremento delle risorse territoriali

Conclusioni

Il progetto garantisce un modello di riferimento coerente con lo sviluppo delle cure primarie, prevede un governo delle cure palliative e di fine vite a livello aziendale e un coordinamento territoriale, la definizione specifica dei ruoli dei diversi attori, le azioni per l'implementazione del modello e la valutazione dei risultati. La sperimentazione del modello nelle due aziende coinvolge complessivamente oltre un milione di abitanti; per questo potrebbe essere significativa nella realtà regionale.

Commenti

Il modello utilizza l'organizzazione e le risorse dell'assistenza domiciliare e per questo dovrebbe avere un impatto sui pazienti più ampio e un minor costo di gestione dei modelli dedicati con risultati però valutabili nel lungo termine anche per il tempo che la messa a regime richiede.

Ambulatorio fisioterapico di Nucleo delle Cure Primarie/Casa della Salute per disfunzioni muscolo scheletriche semplici

F Doronzo*, M Lombardi*

* Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: fdoronzo@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

Limitazioni funzionali derivanti da disfunzioni muscolo scheletriche di natura meccanica, di recente o nuova insorgenza, (es. rachialgia acuta, tendiniti ecc...) e quindi non già classificate nell'ambito di patologie o pluripatologie conclamate, richiedono, in rispetto dell'appropriatezza terapeutica, una valutazione funzionale eventualmente seguita da un approccio di cura e/o di educazione/prevenzione, spesso non compatibili con i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni abitualmente erogate dai servizi.

Scopi e metodologia

L'ambulatorio fisioterapico di Nucleo delle Cure Primarie /Casa della Salute come possibile trait d'union tra MMG e fisiatra e quale risposta mirata, tempestiva e complementare ad un bisogno di salute espresso e, infine, quale filtro per disfunzioni muscolo scheletriche di natura meccanica ha come scopo:

- § valutare la sintomatologia acuta muscolo scheletrica, discriminando il tipo di valenza semplice o complessa;
- § trattare tempestivamente la sintomatologia con consigli pratici di carattere comportamentale e di autogestione del sintomo dolore, in ambito domiciliare (es. programma di esercizi mirati; taping);
- § evitare una ricorsività a prestazioni sanitarie non più adeguate in caso di risoluzione del dolore acuto adeguatamente gestito;
- § ridurre le possibilità di recidive cronicizzate

Risultati

Presa in carico del paziente; gestione tempestiva ed appropriata del dolore di origine muscolo scheletrica; educazione alla gestione e prevenzione del dolore muscolo scheletrico semplice acuto; empowerment del paziente nella gestione di eventuali future recidive.

Valorizzazione delle competenze distintive delle professioni assistenziali per garantire ai cittadini una assistenza più appropriata continuativa ed integrata; maggiore integrazione interprofessionale; minore ricorsività a prestazioni non appropriate rispetto alla risoluzione del sintomo dolore di origine muscolo scheletrica semplice.

Conclusioni

Si ipotizza l'utilizzo dei principi della DGR 427/2009 attraverso la predisposizione di presenze di un fisioterapista titolare di un ambulatorio in cui i pazienti, con riconosciuto problema di natura muscolo scheletrica, in attesa di eventuale visita fisiatrica, siano inviati dal MMG in valutazione fisioterapica per attuare un programma di gestione tempestivo ed appropriato del dolore acuto di nuova insorgenza di presunta origine meccanica.

L'esperienza dell'assistenza medica in Hospice da parte della medicina di gruppo di Langhirano

R Emanuele*, C Missorini**, A Chiapponi**, L Louis**, C Artoni**, A Bertini**, M Moroni***, S Lucertini*

* Azienda USL di Parma, ** MMG, *** ASP Sociale Sud Est

Indirizzo per informazioni: remanuele@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

Nel Distretto Sud Est dell'Azienda UsI di Parma (Distretto in parte montano senza ospedale pubblico di riferimento) è presente dal 2005 il Centro Cure Progressive, struttura residenziale con 24 p.l. di cui 10 per malati terminali, adiacente al Polo di Langhirano, ove opera anche una medicina di gruppo di 5 medici di medicina generale. Dal 2008 i medici della medicina di gruppo sono costituiti in equipe e hanno assunto la responsabilità terapeutica diretta della assistenza dei pazienti ricoverati in Hospice.

Scopi e metodologia

Ogni medico di medicina generale segue direttamente il proprio paziente (o paziente di altro medico di medicina generale "affidato" temporaneamente ad un MMG dell'equipe) in struttura , partecipando alla stesura del Piano assistenziale, alle riunioni di equipe , alla definizione di linee guida per il funzionamento della struttura e lo sviluppo di percorsi assistenziali , in collaborazione con il Responsabile Sanitario .

I MMG garantiscono turni di disponibilità telefonica sulle 12 ore diurne 5/5giorni per bisogni assistenziali emergenti

Risultati

Il progetto sperimenta una forma qualificata ed integrata di collaborazione della medicina generale nell'assistenza ai pazienti terminali

Al 30 Giugno 2011 sono stati presi in carico ed assistiti n.239 pazienti

Conclusioni

Il progetto qualifica il ruolo del medico di medicina generale nell'assistenza al paziente "off Therapy" , consente che la persona malata rimanga a stretto contatto con il suo ambiente e con il proprio medico di famiglia, è una nuova possibilità di integrazione-confronto-aiuto per la medicina generale , contribuisce alla continuità di assistenza tra ospedale - strutture del territorio -domicilio, ottimizza le risorse professionali

Le urgenze differibili in ORL ed Oculistica: una sperimentazione di gestione delle liste di attesa in collaborazione con i medici di medicina generale

R Emanuele*, G Marletta*, U Gennari*, S Lucertini*

* Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: remanuele@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

Le liste di attesa rappresentano un elemento strutturale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che richiedono azioni articolate per conseguire obiettivi di appropriatezza e facilitazione dell'accesso nelle situazioni di media urgenza (da assolvere entro 7 giorni dalla richiesta) denominate " urgenze differibili"

Ciò comporta l'adozione di strumenti clinici ed organizzativi che , oltre alla conformità della richiesta relativamente alla presenza del quesito diagnostico ed alla motivazione clinica, pone l'attenzione sul corretto utilizzo della risorsa .

Scopi e metodologia

Sulla base delle evidenze della letteratura scientifica e della esperienza professionale degli specialisti coinvolti,è' stato definito e comunicato ai medici di medicina generale del Distretto Sud Est un setting di situazioni cliniche che si possono configurare come effettive ed appropriate situazioni di urgenza differibile. Per tali situazioni sono state individuate disponibilità dedicate in agenda che i medici attivano tramite una procedura codificata.

Risultati

Dalla data di avvio sono state inserite complessivamente nel percorso n. 200 richieste di urgenza differibile. Gli specialisti monitorano e registrano l'appropriatezza o meno delle richieste

Periodicamente viene effettuato un incontro con i medici di medicina generale per la valutazione congiunta delle richieste e della loro appropriatezza clinica ed organizzativa

Conclusioni

Il progetto contribuisce ad assicurare una gestione efficiente delle agende, migliora la collaborazione ed integrazione tra i professionisti , assicura la formulazione tempestiva della diagnosi e consente l'utilizzo appropriato delle risorse professionali disponibili

La riconversione dell'ospedale S. Anna di Ferrara in città della salute S. Rocco

D Fabbri*, A Tinarelli*, M Manfredini*, S Guerra*, C Benvenuti*, C Casaroli**, L Giorgetti*

* Azienda USL di Ferrara, **MMG

Indirizzo per informazioni: davide.fabbri@ausl.fe.it

Introduzione del progetto

La programmazione dei servizi sanitari della città di Ferrara, approvata dalla Conferenza Socio-sanitaria, si muove lungo due direttrici:

A) la costruzione del nuovo Ospedale S. Anna a Cona che accoglierà tutte le funzioni di ricovero ospedaliero, esse siano ordinarie o di day-hospital, l'emergenza e i percorsi ambulatoriali complessi che richiedano l'utilizzo di tecnologie avanzate,

B) la ristrutturazione della parte più antica del vecchio Ospedale S. Anna, il cosiddetto "anello", che dovrà accogliere tutte le funzioni sanitarie e socio-sanitarie primarie o di primo livello, comprese le attività ambulatoriali meno complesse.

Questa relazione si sofferma specificatamente sul secondo punto, cercando di evidenziare le motivazioni, l'obiettivo finale e i modelli di assistenza primaria innovativi correlati a questo progetto in capo ad entrambe le Aziende Sanitarie di Ferrara.

Scopi e metodologia

Il progetto nasce con l'intento di creare una Città della Salute che concentri in un unico grande spazio (40.000 mq) tutti i servizi socio-sanitari territoriali di una città di dimensioni medie, ma sempre dell'ordine di 130.000 abitanti circa.

Gli effetti che questi accorpamenti determineranno possono essere così riassunti:

- § Migliorare l'accesso ai servizi
- § Razionalizzare l'offerta sanitaria
- § Migliorare la rete dei servizi anche con tipologie innovative
- § Integrare spazialmente e funzionalmente i Servizi Sociali del Comune di Ferrara
- § Accogliere funzioni formative e didattiche espressione delle attività proprie delle due Aziende e dell'Università di Ferrara.

Risultati

Per quanto riguarda i servizi innovativi si ricorda come lo spostamento del PS a circa sette km dalla città abbia creato un grosso allarme presso le fasce di popolazione più fragili.

La proposta è quella di creare, all'interno della Città della Salute, un nuovo servizio denominato Servizio Ambulatoriale Integrato di Assistenza Primaria che eroghi forme assistenziali complementari di tipo medico, infermieristico e specialistico in continuità (percorsi predefiniti) o in contemporaneità (consultazioni, lavoro in team), rispetto a problematiche sanitarie tipicamente affrontabili in un ambulatorio di medicina generale.

L'articolazione del servizio ambulatoriale, aperto 12h per 5 gg. su 7 alla settimana (escluso prefestivi e festivi dove si manterrà il Servizio di Continuità Assistenziale), deve essere orientata secondo 2 tipologie: un modello predisposto per rispondere a quelle richieste sanitarie valutate non differibili dall'utenza nel momento in cui il MMG di fiducia non sia contattabile e un modello ispirato alla "clinical governance" della cronicità e della prevenzione secondaria secondo percorsi condivisi dai MMG e dagli Specialisti Ambulatoriali.

Conclusioni

Si ritiene che una tale tipologia di servizio ambulatoriale possa rispondere da una parte a situazioni e problematiche sanitarie che altrimenti si trasformerebbero in richieste "improprie" a livello specialistico o organizzativo più complesso, come ad esempio il

Pronto Soccorso, dall'altra possa consentire di implementare il lavoro in rete e la comunicazione/collaborazione tra i professionisti (in primis MMG e Specialisti ambulatoriali) finalizzata alla presa in carico continuativa dell'assistito affetto da patologie croniche, attraverso la programmazione del monitoraggio e dei percorsi assistenziali secondo le Linee Guida e la possibilità di rapide valutazioni delle eventuali riacutizzazioni.

Accesso differenziato (diretto e su prenotazione) al Punto Prelievi di Porretta Terme

C Fini*, CR Ciani*, MC Pirazzini*

* Azienda USL di Bologna

Indirizzo per informazioni: c.fini@ausl.bologna.it

Introduzione del progetto

Porretta è in una zona montana con difficoltà di comunicazione per carenza di collegamenti con mezzi pubblici, e con prevalenza di popolazione anziana; vi è un grosso punto prelievi presso il poliambulatorio (inserito nel complesso ospedaliero).

Scopi e metodologia

Lo scopo principale era quello di ridurre gli accessi necessari agli utenti per fruire del prelievo.

A tal fine si è resa necessaria una modifica del software di gestione, per fare sì che l'inserimento dei dati nel programma del laboratorio (con relativa stampa di etichette) e la gestione a CUP del pagamento potessero avvenire con una sola operazione.

Si è resa necessaria anche una riorganizzazione dell'attività del punto prelievi, e la comunicazione ad utenti e prescrittori degli esami eseguibili senza preparazione.

Risultati

Dal 1° giugno 2011 presso il punto prelievi di Porretta è possibile sia l'accesso diretto dell'utente al punto prelievi (che richiede circa 30 minuti di attesa), sia l'accesso tramite prenotazione CUP (che richiede all'utente 2 accessi, ma nel giorno del prelievo l'attesa è pressoché nulla).

Il tempo di attesa per gli esami su prenotazione è stabilmente di 2-3 giorni.

Conclusioni

Dopo 3 mesi di gestione "mista" si è potuto rilevare che circa il 30% degli utenti sceglie l'accesso diretto (in prevalenza anziani), mentre il restante 70% preferisce prenotare (in questa categoria rientrano molti lavoratori, che prenotando riescono ad effettuare il prelievo prima dell'ingresso al lavoro, evitando di chiedere permessi).

Commenti

Con la gestione mista dei prelievi si sono potuti accontentare sia gli utenti disagiati che risparmiano un accesso, sia quelli che preferiscono avere un orario preciso ed evitare attese.

Assistenza Domiciliare Integrata Non Autosufficienti (Progetto ADINA)

G Ghizzoni*, L Dellapina*, M Ferrari*, L Rossi**, L Ravanetti*, T Regini*

* Azienda USL di Parma, ** Comune di Langhirano

Indirizzo per informazioni: gghizzoni@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

Nel sistema salute integrare significa attivare processi attraverso i quali i sistemi sociali e sanitari acquistano unitarietà e funzionalità centrate sulla persona.

Il progetto ADINA è stato avviato nel Distretto Sud-Est su proposta della Regione, ha l'obiettivo di promuovere le modalità di integrazione multi-professionale, il lavoro di rete, il sostegno ai care-giver e l'attenzione al contesto familiare, relazionale e sociale, valorizzando lo strumento già in uso: il Progetto di Vita e di Cura (DGR 1206 / 2007).

Scopi e metodologia

Definire ed attuare percorsi integrati per la valutazione e la presa in carico:

- § Incontri di formazione e condivisione (DCP SAA)
- § Formazione personale infermieristico all'utilizzo di scale per la valutazione multidimensionale
- § Predisposizione e adozione di strumenti condivisi (servizi e famiglia) per la rilevazione dei bisogni e progettazione:
 - o PIVC;
 - o adozione del diario di chi assiste;
 - o cartella socio-sanitaria;
 - o diario integrato
- § Individuazione del Case manager
- § Schede di verifica e aggiornamento PAI

Risultati

Il PIVC diventa una metodologia di lavoro che dall'ottica prestazionale porta ad intervenire per obiettivi.

La famiglia si sente accolta e supportata da un servizio integrato e non riceve prestazioni frammentate.

Questa modalità operativa ha agevolato l'attivazione diretta di altri servizi della rete (es. assistenza protesica) migliorando i tempi di risposta .

Tale metodologia può diventare un percorso strutturato che va oltre la buona prassi dei singoli operatori.

Conclusioni

Una presa in carico con questo modello presuppone nella fase iniziale un maggior impegno da parte degli operatori coinvolti anche a fronte della difficoltà a coordinare i tempi di intervento al domicilio.

Una volta avvenuta la presa in carico però, si è rilevato:

- § migliore qualità assistenziale
- § presa in carico globale
- § ottimizzazione delle risorse

Ultimata la fase sperimentale del progetto, che vedeva coinvolti un numero limitato di soggetti, è ora necessario applicare tale metodologia a tutte le nuove prese in carico.

Riorganizzazione del servizio sanitario di base per turisti: l'esperienza della AUSL Rimini

A Masi*, L Angelini*

* Azienda USL di Rimini

Indirizzo per informazioni: amasi@auslrn.net

Introduzione del progetto

La convenzione per la medicina generale attualmente vigente prevede che l'assistenza sanitaria di base per turisti sia affidata primariamente ai Medici di assistenza primaria e solo in secondo luogo ai Medici arruolati da uno specifico bando per l'assegnazione di incarichi.

Fino alla stagione estiva 2009 il servizio era affidato a medici dedicati a questa assistenza sia per la parte ambulatoriale, sia per le visite domiciliari, incaricati con specifica bando, nonostante una piccola esperienza sperimentale (risultata assolutamente positiva) di gestione diretta da parte di alcuni MMG di una sede ambulatoriale.

Dal 2010 la maggior parte del servizio ambulatoriale (7 ambulatori su 12) e poi nel 2011 (9 ambulatori su 12) sono stati affidati ai MMG e medici titolari di Continuità Assistenziale

Scopi e metodologia

Scopo: migliorare la gestione dei turni di servizio affidandoli direttamente in autogestione ai singoli gruppi di medici che gestiscono il servizio nelle singole sedi ambulatoriali, con un minore impegno del personale amministrativo dell'AUSL per questa funzione, in quanto i turni vengono compilati dall'Azienda solo per le visite domiciliari e per soli tre ambulatori.

Metodologia

É stata inviata a tutti i MMG e Medici di CA una lettera per chiedere disponibilità al servizio e in seguito sono stati siglati alcuni contratti con altrettanti gruppetti di Medici per la gestione di alcuni ambulatori, con l'impegno da parte dell'AUSL di fornire la parte logistica e la pubblicità e da parte dei medici di tenere aperto l'ambulatorio negli orari concordati senza alcun compenso orario per la disponibilità e in piena autonomia nella gestione dei turni.

Risultati

Miglioramento dell'organizzazione sui turni compilati da parte degli uffici AUSL (minore numero di medici da gestire) solo per visite domiciliari e tre ambulatori.

Miglioramento dell'accesso ai servizi ospedalieri e specialistici in termini di appropriatezza per la maggiore conoscenza da parte dei medici della Provincia di Rimini dei percorsi diagnostici e terapeutici aziendali

Maggiore continuità terapeutica su pazienti da ricontrollare: i medici presenti negli ambulatori sono due o tre per ogni ambulatorio per tutta la stagione estiva (minore turn-over)

Risparmio economico: non è previsto il compenso orario di € 10 per la disponibilità ai MMG e ai Medici di continuità Assistenziale con questo tipo di rapporto per l'assistenza ai turisti.

Conclusioni

L'esperienza fatta mostra una tendenza positiva nella possibilità di continuare la riorganizzazione in questi termini, per cui sicuramente nei prossimi anni si tenterà (stante la stessa o maggiore disponibilità dei MMG e dei medici di CA) di organizzare tutto il servizio con la nuova modalità (anche per le visite domiciliari)

Eventuali commenti

La nuova organizzazione prevede che i medici di assistenza primaria siano impiegati nel servizio per i turisti negli ambulatori dell'Azienda USL Rimini, ma già dal 2011 due sedi ambulatoriali sono state allestite dentro i locali di una medicina di gruppo e di un singolo medico. Per ora l'esperienza sembra positiva e per la prossima stagione si ritiene di incentivare questa scelta che comporta sicuramente un ulteriore risparmio economico (ancora non valutato) sulle spese di gestione degli ambulatori.

C'è bisogno di nuovo: un modello organizzativo in area pediatrica. L'esperienza dell'Unità Pediatrica di Cure Primarie nell'ASL di Cesena

F Mazzini*, M Farneti*, M Pocecco*, A Biasini*, R Ponti**, L Gualtieri*

* Azienda USL di Cesena, ** PLS

Indirizzo per informazioni: fmazzini@ausl-cesena.emr.it;

Introduzione del progetto

La attività pediatrica territoriale è composta storicamente da due settori delle cure primarie, la pediatria di famiglia e la pediatria di comunità. Nella realtà cesenate questi due settori hanno sempre collaborato pur in assenza di un progetto comune e di obiettivi condivisi esplicitati. Inoltre la sempre più avanzata autonomia delle funzioni infermieristiche nell'area della pediatria necessitava di trovare un "luogo" in cui ufficializzare tale autonomia professionale e di condivisione dei suoi ambiti di intervento. È stato pertanto attivata l'esperienza delle Unità Pediatrica di Cure Primarie (UPCP), identificata come struttura funzionale del Dipartimento di Cure Primarie che raccoglie in un unico contenitore tecnico pediatri di libera scelta, pediatri di comunità e personale pediatrico del comparto infermieristico territoriale. Tale esperienza costituisce il primo passo verso una più moderna organizzazione dell'area pediatrica, sia nella sua fase territoriale che in quella ospedaliera, nel rispetto della globalità della salute del bambino e della sua famiglia.

Scopi e metodologia

L'UPCP ha lo scopo di identificare temi sanitari ed argomenti di alta priorità per il miglioramento della qualità assistenziale nel territorio e per ottimizzare l'integrazione con la struttura ospedaliera. Queste tematiche sono studiate ed analizzate in gruppi di lavoro che sono costituiti da pediatri ed infermieri; i gruppi si incontrano a cadenza bimensile e, al termine del loro lavoro (nell'arco di sei-dodici mesi) presentano proposte, riflessioni, azioni di miglioramento che vengono esaminate, discusse e licenziate durante l'Assemblea Generale.

Gli organi rappresentativi dell'UPCP son l'Ufficio di coordinamento (che si incontra a cadenza trimestrale) e l'Assemblea generale (convocata annualmente)Le attività svolte e le eventuali proposte operative sono sottoposte al Direttore delle Cure Primarie con una relazione scritta dal referente UPCP ed approvata dall'Ufficio di coordinamento.

Risultati

Le tematiche affrontate fino ad ora hanno riguardato tematiche di natura diversa: organizzativa (rete assistenziale informatica, nuovi modelli assistenziali integrati), percorsi assistenziali (depressione post-partum, percorso per disturbi pervasivi dello sviluppo, assistenza a bambini con cronicità e bisogni complessi), educazione sanitaria (materiale informativo da utilizzare in studi medici e sale d'aspetto del consultorio vaccinale), attività clinica (copertura vaccinale del morbillo, vaccinazione per l'HPV, divezzamento, deficit di vitamina D nell'adolescente).

L'affronto di queste problematiche ha portato allo sviluppo di materiale divulgativo, ha consentito di uniformare alcuni comportamenti ed atteggiamenti prescrittivi, di ottimizzare i percorsi assistenziali territoriali anche nei rapporti con l'ospedale, e di attivare una ricerca sul campo.

Conclusioni

L'attività dell'UPCP ha creato una positiva sinergia tra professionisti diversi con l'effetto di armonizzare il lavoro assistenziale nell'area pediatrica territoriale e di rendere ancora più fluidi i percorsi con l'ospedale. La possibilità di incontrarsi, conoscersi, confrontarsi e discutere su argomenti di interesse comune rappresenta una strategia efficace per

l'affronto di criticità e per migliorare la qualità assistenziale erogata nei confronti dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie.

Eventuali commenti

L'esperienza dell'UCPC potrà servire da volano nel ripensare l'intero modello organizzativo dell'assistenza pediatrica rispetto ai nuovi bisogni di salute, ai diversi livelli di complessità assistenziale, alla complementarietà delle professionalità sanitarie, al consolidamento di reti interistituzionali.

Nell'attuale, un'iniziativa qualitativa potrebbe essere quella di creare un coordinamento tra le UPCP delle diverse Aziende USL (nelle realtà dove è stata attivata), riunendo queste esperienze per area vasta. Ciò consentirebbe un confronto costruttivo sulle attività svolte e sulle scelte assistenziali ed organizzative attivate.

Il medico palliativista domiciliare nell'equipe multidisciplinare interaziendale di Parma per la SLA: un progetto pilota ASL-AOSP-AISLA di Parma.

M Moroni*, L Fochi*, M Melazzini*, E Brianti**

*AISLA, **Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: matteodoc1974@libero.it

Introduzione del progetto

Le Cure Palliative sono "ogni forma di assistenza attiva dei pazienti la cui malattia non risponde al trattamento curativo, al fine di migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari". Ciò appare cruciale nella SLA: per la sua evoluzione verso la progressiva invalidità, essa è una malattia ad altissimo impatto psicologico, sociale ed economico.

Il palliativista (con certificata e dimostrabile esperienza e formazione in Medicina Palliativa) affianca tutta l'equipe multi professionale ASL/AOSP di Parma in tutte le fasi di malattia.

Scopi e metodologia

Il medico palliativista partecipa ai meeting multiprofessionali per documentarsi sulla popolazione di pazienti in carico e condividere il progetto assistenziale elaborato dal team.

Se c'è la necessità di una consulenza, il medico accede al domicilio del paziente ed effettua la consulenza, stila un referto, dove viene individuata la criticità in atto e prescritta la terapia adatta, se necessaria, nel contesto del progetto condiviso.

L'esito delle visite viene poi condiviso con l'equipe così come le successive valutazioni.

Risultati

Individuazione di due nuovi strumenti, semplici ed efficaci da implementare: agenda del sollievo e terapia al bisogno al domicilio.

Creazione di un nuovo modello di presa in carico "intermedia" in Hospice per fasi anche molto precoci di malattia: i "ricoveri sollievo" (per controllo sintomi, sollievo alla famiglia, addestramento famigliari/badanti). Contenimento di situazioni che, prima della consulenza del palliativista, potevano essere "esplosive" per i care-givers e determinare accessi impropri al PS.

Conclusioni

L'approccio di "sintesi" della Medicina Palliativa nella figura del consulente palliativista rappresenta effettivamente un valore aggiunto in un approccio integrato tra professionisti (medici, psicologa, infermieri, OSS domiciliari, ecc): nello scambio di informazioni tra professionisti, è evidenza bella una "contaminazione" di tale approccio. Appare inoltre indispensabile una stretta integrazione con la Rete della Medicina Generale che segue questi pazienti a domicilio.

L'Assistente Sociale: quale ruolo e quali responsabilità all'interno delle attività integrate delle cure territoriali

G Nuti*, P Rossi*, AM Berlini*, B Bettini*, M Gaggi**, G Esposito***

* Azienda USL di Parma, ** Comune di Cesena, *** Unione dei Comuni del Rubicone

Indirizzo per informazioni: gnuti@auslcesena.emr.it

Introduzione del progetto

Le più recenti normative che riguardano l'accesso alle cure socio-sanitarie e la presa in carico dai sistemi territoriali rinforzano il ruolo, la responsabilità e il mandato professionale del Servizio Sociale in sanità nell'attivare e prendersi cura delle reti di sostegno per favorire sia i processi di integrazione interna all'azienda (ospedale-territorio) che esterna (Enti locali, privato convenzionato/accreditato, III e IV settore). In tale sistema l'assistente sociale nei servizi socio-sanitari ha il compito di mettere in rete le risorse presenti sul territorio con un modello d'intervento basato su un concetto multidimensionale ed integrato di salute, grazie alla specificità professionale ed alla capacità propria della professione di mettere in connessione tutti i settori del Welfare, in conformità agli obiettivi di integrazione Ospedale e territorio del recente piano socio-sanitario.

Scopi e metodologia

Alcuni laboratori composti da AASS della AUSL e degli Enti Locali stanno lavorando al fine di individuare percorsi e azioni condivise per promuovere e valorizzare il servizio sociale in sanità, finalizzato a:

- § proporre una concreta riorganizzazione dei servizi nella logica di una corretta integrazione socio-sanitaria nel territorio.
- § ricercare e favorire la comunicazione tra i soggetti che interagiscono nel sistema dei servizi e di rete territoriali al fine di garantire l'approccio integrato ai bisogni della persona per una gestione condivisa e finalizzata di risorse disponibili, condizione necessaria per passare a prassi operative.

Le condizioni necessarie per una efficace integrazione professionale sono:

- § la costituzione di Unità Valutative integrate
- § la gestione unitaria della documentazione
- § la valutazione dell'impatto economico
- § la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato
- § la continuità terapeutica ospedale-territorio
- § la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali
- § la predisposizione di progetti assistenziali individualizzati

Risultati

Una moderna revisione del mandato professionale e dei percorsi organizzativi di integrazione deve promuovere il ruolo dell'AS al centro del sistema dell'accesso e la presa in carico, della continuità assistenziale nel percorso di cura, del monitoraggio e della valutazione, con progetti di accompagnamento al domicilio o in residenza. Rappresenta inoltre la continuità nelle costanti collaborazioni coi colleghi dell'Ente Locale, MMG, operatori sanitari del distretto, poiché la presa in carico della persona/famiglia è complessiva nel territorio di riferimento.

Conclusioni

Un contesto di integrazione sociosanitaria è operativo già da tempo, soprattutto in una cornice di rapporti informali, di codici condivisi, buone prassi ,efficaci ma a livello professionale personale, non sempre regolamentato e/o applicato nelle diverse realtà territoriali.

Il servizio sociale professionale come previsto dal DLgs 229/99 e dalla L.328/00, che ha sempre rivestito un ruolo di garante degli aspetti sociali della persona con problemi sanitari, dovrebbe assumere sempre più una configurazione di snodo tra sistema sanitario e sistema sociale.

La salute mentale nel Nucleo delle Cure Primarie: esperienze in vista delle Case della Salute

P Pellegrini*, S Ferrante*, S Arcari*, D Bertorelli*, R Gallani**, S Maccherozzi*, M Mozzani*, L Raffaini*, G Soncini**

* Azienda USL di Parma, **MMG

Indirizzo per informazioni: ppellegrini@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

Da diversi anni nella regione Emilia Romagna è in atto il progetto "Leggieri" di collaborazione fra Dipartimenti di cure primarie e Dipartimenti di salute mentale che prevede, tra l'altro, l'attività dello psichiatra nel NCP ed una metodologia di lavoro basata sulla Stepped Care.

Scopi e metodologia

Alla luce dell'esperienza maturata nel corso degli ultimi 4 anni nei NCP del Distretto di Parma dell'Ausl di Parma dove si è avuta un'attività continuativa dello psichiatra si valuta come il modello della Stepped Care ha trovato applicazione e quali sono i punti di forza ed i punti critici. Per questo si è proceduto ad analizzare le esperienze di collaborazione mediante un gruppo di miglioramento che ha valutato i dati del 2010 nel quale sono state effettuate: 936 Consultazioni (B1), 555 Consulenze (B2a) e 547 Episodi di cura condiviso (B2b), nonché le attività di formazione congiunta.

Risultati

I risultati emersi evidenziano come l'accesso alle cure e la fase di consultazione e consulenza possano essere migliorati ai fini dell'accoglienza della domanda, della diagnosi precoce dei disturbi psichici (in particolare psicotici) e trattamento dei pazienti nel setting delle cure primarie. Si è evidenziato anche che disturbi considerati di lieve-media gravità (disturbi dell'umore, disturbi di ansia) richiedono trattamenti specialistici (farmacologici e psicoterapici) da erogare (anche in forma di psicoterapia di gruppo) presso il NCP e che esistono una serie di casi di "disagio sociale" che richiedono una stretta integrazione con i Servizi sociali

Conclusioni

L'esperienze del progetto "Leggieri" hanno avviato un processo di integrazione professionale e organizzativa per migliorare l'accesso, le consulenze e i programmi di presa in cura congiunta. Il setting delle Case della Salute può essere particolarmente appropriato anche per facilitare i processi di collaborazione con gli altri specialisti sia con i Servizi sociali e la rete socio-sanitaria. Specifici percorsi di cura, la psicoterapia di gruppo, la psicoeducazione e gruppi di auto mutuo aiuto possono essere risposte innovative e trovare sede nelle Case della Salute. Fondamentale risulta il processo di formazione congiunta e il miglioramento delle capacità relazionali e psicoterapiche.

Una nuova cultura: la continuità assistenziale del malato in cure palliative dalla struttura ospedaliera al suo domicilio attraverso figure professionali dedicate.

C Pittureri*, E Amaducci*, T Parma*, F Biondini*

* Azienda USL di Cesena

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

Introduzione del progetto

Poiché solo il 30% circa dei pazienti oncologici che necessitano di cure palliative possono beneficiare del ricovero in Hospice, il Dipartimento di Cure Primarie dell'AUSL di Cesena, attraverso l'implementazione dell'attività di Consulenza in Cure Palliative (CP) erogate dai medici del Servizio Cure Palliative e Hospice, promuove l'accesso e la diffusione della cultura delle CP, favorendo inoltre l'approccio multidisciplinare e multi-professionale al paziente in fase avanzata di malattia.

Scopi e metodologia

Descrivere i percorsi di cura volti a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio attraverso figure professionali dedicate alle CP. La consulenza in CP viene erogata: al domicilio di pazienti in ADI 3° livello o non in grado di raggiungere i luoghi di cura (ADI 1°-2° livello), nei Reparti Ospedalieri, nelle Strutture Private Convenzionate, nelle Strutture Residenziali, al domicilio di pazienti in ventilazione meccanica, in medicina legale per pazienti inseriti nella rete di CP per l'accertamento dell'invalidità, e in regime Ambulatoriale.

Risultati

I pazienti deceduti per patologia tumorale nel 2009 nell'AUSL di Cesena sono stati 631 (ICD X codice C, fonte Registro di Mortalità Aziendale). Nel 2009 i pazienti entrati nella rete di CP sono stati complessivamente 534 (85%), di cui 176 (28%) ricoverati in Hospice.

Nel biennio 2009-2010 sono state effettuate 279 consulenze nei reparti ospedalieri, 769 per i MMG, 115 nelle strutture private accreditate e residenziali, 264 per la Medicina Legale, 724 visite nell'Ambulatorio di Cure Palliative e Terapia del Dolore.

Conclusioni

La definizione di cure palliative adottata dalla Legge n. 38, 15-03-2010, sposta il target di popolazione che può beneficiare di CP dal malato oncologico alla popolazione più generale. La sfida sarà accogliere nella rete tutti i pazienti che necessitano di CP per garantire al cittadino/utente equità di accesso, efficacia, integrazione e continuità dell'assistenza specialistica in CP, anche attraverso l'implementazione delle attività esistenti, in particolare della attività dell'Ambulatorio di Cure Palliative e di figure esperte e dedicate referenti per i Nuclei di Cure Primarie.

Centrale Metropolitana Post-Acuzie di Bologna – presente e prospettive

M Rambaldi*, M Ruvineti*, L Franchini*, G Carboni**

* Azienda USL di Bologna, ** Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Indirizzo per informazioni: mauria.rambaldi@ausl.bologna.it

Introduzione del progetto

La Centrale è stata adottata come modello di governo unitario della risorsa post acuzie , per ottenere la razionalizzazione del sistema e superare le criticità presenti nella gestione precedente, che manteneva separata la risorsa / letto. È garanzia per i cittadini di equità e tempestività nel "passaggio di cura", dalla fase acuta della malattia al completamento del percorso clinico in struttura, intra o extraospedaliera, assicurando risposte omogenee a bisogni omogenei. Prima di CeMPA c'era una gestione separata delle risorse di ospedali privati accreditati in contratto di fornitura fra Aziende sanitarie e AIOP provincia di Bologna:

Scopi e metodologia

È un sistema centralizzato, per assicurare la massima integrazione degli interventi di continuità assistenziale e tendere alla maggior appropriatezza possibile del setting di cura / assistenza

Il 1 febbraio 2011 l'avvio del sistema informatizzato Garsia per la gestione dei trasferimenti, ha apportato come valore aggiunto:

- § tracciabilità e visibilità fra Servizio Sanitario pubblico e privato;
- § trasparenza nell' intero processo di trasferimento;
- § comunicazione in tempo reale fra ospedale e territorio CeMPA/Centrali Ospedale Territorio, a favore della continuità assistenziale;
- § gestione informatizzata delle richieste di proroga e comunicazione delle dimissioni in relazione alla disponibilità del posto letto.

Risultati

Dati significativi sui trasferimenti da CeMPA

	LD private			LD pubbliche		
	AUSL	AOU	IIOORR	AUSL	AOU	IIOORR
2009	1.666	1.063	8	-	-	-
2010	1.742	1.134	-	28	29	-
I semestre 2011	867	658	-	59	40	-
	Riab.private			Riab. Pubbliche		
2010	355	19	57	5	4	1
I semestre 2011	136	37	2	18	9	-
	RSA					
2009	111	93	-			
2010	188	235	13			
I semestre 2011	98	82				

Conclusioni

L'attività CeMPA ha consentito l'utilizzo razionale ed efficiente/efficace delle risorse posti letto, portando ad una reale integrazione della disponibilità fra pubblico e privato accreditato, sia per le lungodegenze che per le degenze riabilitative, favorendo non solo l'equità "numerica" ma anche l'appropriatezza e la condivisione dei criteri di accesso.

Inoltre ha permesso un coinvolgimento immediato dei servizi territoriali sui bisogni dei pazienti trasferiti per garantire l'attivazione dei percorsi più idonei sia di tipo sanitario (domiciliare e/o residenziale) che sociale

Commenti

Nel periodo si è registrato un' incremento delle competenze degli operatori CeMPA (Infermieri delle due Aziende) quali orientatori alla fruizione della rete, primi segnalatori di criticità del sistema, facilitatori di comunicazione fra invianti e riceventi e per prestazioni aggiuntive necessarie durante il ricovero e chieste dopo il trasferimento nella Rete post acuzie

Sviluppi previsti :

- § messa a sistema dell'intera offerta della Riabilitazione
- § ingresso a Cempa dello IIOOR;
- § elaborazione di un data base per le caratteristiche dei pazienti inviati, per migliorare l'appropriatezza nell'uso della risorsa
- § strutturare una funzione statistica fruibile da tutti gli ammessi al sistema a garanzia della massima trasparenza

Il Punto Unico di Accesso, una nuova modalità di accesso alle Cure Primarie

S Romani*, C Marchesi*, S Coriani*, M Martinelli*, C Pedroni*, MB Bassi*, A Marzi*

* Azienda USL di Reggio Emilia

Indirizzo per informazioni: romanis@ausl.re.it

Introduzione del progetto

Secondo le più recenti normative il PUA rappresenta uno dei presupposti fondamentali per lo sviluppo delle cure domiciliari, in quanto permette di uniformare l'accesso alle cure e una più efficace presa in carico dei pazienti dimessi dall'Ospedale. Gli ambiti prevalenti di intervento dovranno essere quelli di: accoglienza, valutazione della domanda e dei bisogni in un'ottica multidimensionale. Il progressivo evolversi dell'organizzazione dei Nuclei Cure Primarie ha evidenziato la necessità di centralizzare in particolare la presa in carico dei pazienti dimessi dall'ospedale.

Scopi e metodologia

Promuovere la presa in cura dell'utente attraverso la valutazione del bisogno, l'informazione e l'orientamento del cittadino e la conseguente organizzazione delle risposte assistenziali favorendo l'integrazione dei servizi dell'area sociale e dell'area sanitaria. Il progetto prevede un percorso formativo per il personale assegnato, incontri di presentazione con l'Azienda Ospedaliera di riferimento, i MMG ed i coordinatori dei Poli Sociali. I reparti ospedalieri segnaleranno al PUA i casi in dimissione per una prima valutazione dei bisogni e la successiva attivazione degli interventi.

Risultati

Il progetto inizialmente prevede l'utilizzo di 2 infermieri a tempo pieno ed di 1 unità OSS part-time. Gli indicatori individuati per il monitoraggio del processo sono: n. di accessi, la tipologia di richiesta, il monitoraggio degli eventi critici, il grado di soddisfazione degli utenti, dei MMG e degli operatori ospedalieri, la frequenza di ri-ospedalizzazione, n. di dimissioni non protette (valutando data e ora di segnalazione e data e ora di dimissione).

Le verifiche verranno effettuate a 3 - 6 e 12 mesi da parte del gruppo di progetto.

Conclusioni

Il PUA potrà diventare un "nodo" strategico cui fanno riferimento i pazienti, le loro famiglie, ma soprattutto gli operatori delle Unità Operative Ospedaliere, nonché i servizi della rete ed i diversi operatori coinvolti. Dovrebbe diventare il luogo del "triage" territoriale che individua le caratteristiche del bisogno ed organizza gli interventi con il team più adeguato, garantendo unicità di intervento, visibilità e semplificazione della comunicazione.

Educazione terapeutica e supporto all'autocura nei bambini affetti da diabete di tipo I appartenenti a nuclei familiari a maggiore fragilità

G Rossi*, G Ciotti*, M Fabi*, E Brianti*, G Chiari**

* Azienda USL di Parma, ** Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Indirizzo per informazioni: gyrossi@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

Il diabete giovanile è una delle patologie a maggior impatto sociale. Le complicanze dovute a un trattamento non adeguato, possono compromettere la funzione di organi vitali. Nel trattamento la famiglia svolge un ruolo determinante. I pazienti appartenenti a nuclei con alterate dinamiche familiari, status socioeconomico precario, basso reddito, presentano bassa compliance alla terapia insulinica, scarso controllo glicemico domiciliare e maggior rischio di ricoveri, potenzialmente evitabili con un'appropriata e tempestiva assistenza primaria, con prevenzione degli episodi acuti e gestione della malattia cronica.

Scopi e metodologia

Intervenire nei confronti dei pazienti a maggiore fragilità con interventi di educazione terapeutica e di sorveglianza attiva rivolti alla famiglia ed al giovane paziente. Il percorso, attivato dalla Clinica Pediatrica con segnalazione alla Pediatria di Comunità e al PLS, prevede interventi domiciliari con personale esperto di counselling per l'impostazione del programma educativo e di sorveglianza (adesione al programma terapeutico e comportamento dei genitori). In caso di bisogno vengono attivate la mediazione culturale, l'assistente sociale e lo psicologo (messo a disposizione dall'Associazione Giovani Diabetici).

Risultati

Sono stati individuati 16 casi che saranno inseriti nel percorso di presa in carico territoriale. Il personale esperto nel counselling, prenderà contatti con la famiglia ed effettuerà visite domiciliari per affrontare con il paziente e la sua famiglia i temi legati a cosa è il diabete, a come curarlo, l'assunzione corretta dei farmaci, l'autocontrollo, quali le complicanze acute e coniche della malattia, come prevenirle, le basi di una corretta alimentazione e una corretta attività fisica, i servizi a supporto della malattia

Conclusioni

Il percorso di presa in carico territoriale vuole dimostrare che un'appropriata e tempestiva assistenza primaria può ridurre il rischio di ospedalizzazione mediante il controllo della malattia, degli episodi acuti e una appropriata gestione della malattia cronica, oltre che a migliorare l'aspettativa di salute in età adulta e lo sviluppo della persona.

Commenti

Messa in campo di sinergie tra Azienda USL di Parma, Centro di Riferimento Regionale per la Diabetologia Pediatrica di Parma, i Pediatri e l'Associazione per l'Aiuto ai Giovani Diabetici. Valorizzazione del ruolo infermieristico nella medicina proattiva.

Rientra tra gli obiettivi previsti nel PRP per il diabete giovanile.

Integrazione Ospedale-Territorio: Progetto Sperimentale Medici di Medicina Generale/Dipartimento Radiologia e Diagnostica per Immagini sull'appropriato utilizzo di tecnologia diagnostica complessa

L Ruffini*, E Brianti**, R Emanuele**, S Ferrante**, M Curti***, G Rossi**, M Valentino*, D Cerasti*, A Belletti*

* Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, **Azienda USL di Parma, *** MMG

Indirizzo per informazioni: lruffini@ao.pr.it

Introduzione del progetto

Il tema delle liste di attesa evidenzia il legame tra appropriatezza clinica e appropriatezza organizzativa quale presupposto per garantire equità di accesso all'assistenza diagnostica specialistica, sostenibilità del sistema, prova di capacità organizzativo-gestionali nel rispondere ai reali bisogni assistenziali dei cittadini.

L'attivazione di una collaborazione ospedale-territorio non può inoltre prescindere dalla realizzazione di un solido rapporto di fiducia professionale tra gli attori coinvolti, che devono poter contribuire aggiungendo e sommando le proprie competenze, piuttosto che disperderle.

Scopi e metodologia

Dal 1 Luglio 2011 è attivo un percorso sperimentale il cui end-point primario è l'ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva nelle urgenze differibili TC, ecografia addome, RM encefalo.

Mediante l'utilizzo di 2 telefoni cellulari dedicati ed una procedura codificata, 30 MMG dell'AUSL di Parma contattano direttamente i professionisti del Dipartimento di Radiologia e Diagnostica per Immagini dell'AOU di Parma, qualora emerga un quesito sulla modalità tecnologica più appropriata in rapporto alla reale urgenza valutata dal MMG sulla base dei dati clinico-anamnestici del paziente.

Risultati

L'attivazione del percorso ha favorito la condivisione di protocolli tra ospedale e territorio, permettendo di affrontare alcune criticità nell'erogazione di prestazioni ad alta efficacia diagnostica ma ad alto rischio di inappropriatezza.

I MMG hanno incrementato la loro capacità valutativa e di formulazione critica delle richieste. Inoltre il progetto consente un accesso personalizzato al paziente in urgenza differibile, essendo erogata sempre la prestazione più appropriata per tempi e modalità.

Conclusioni

L'analisi dei dati raccolti al termine della sperimentazione, tra i quali il numero di urgenze differibili trasformate in prestazioni ad accesso programmato, consentirà di definire linee guida condivise tra ospedale e territorio, strutturando un percorso per le prestazioni in urgenza ed urgenza differibile ad accesso diretto/agevolato per i MMG, estendendo l'attuale limitata sperimentazione a tutti i MMG del territorio.

La valutazione della tipologia di prestazioni erogate in relazione a quesito diagnostico/richiesta effettuata consentirà di mirare interventi formativi su tecnologie complesse.

Commenti

Il progetto non è inteso come una via preferenziale per la prenotazione degli esami, né per richiedere consulenze radiologiche, bensì come punto di partenza per una migliore integrazione tra ospedale e territorio e tra i loro rispettivi professionisti allo scopo di agevolare il percorso diagnostico-terapeutico del paziente.

Le Case Della Salute In Toscana

P Salvadori*, N Mennuti*, L Fanciullacci*, A Fanciullacci*, E Scopetani**, A Leto**

* Azienda USL 11 – Empoli, ** Assessorato Diritto alla Salute, Regione Toscana

Indirizzo per informazioni: p.salvadori@usl11.toscana.it

Introduzione del progetto

La Casa della Salute (CDS) è definita dal Ministero della Salute (MS) (www.salute.gov.it) come lo spazio fisico pubblico dove i cittadini ricevono prestazioni sanitarie (di Medicina Generale e Specialistica Ambulatoriale) e sociali. Lì si realizza la prevenzione, la promozione della salute, il benessere sociale e la presa in carico globale ed integrata dei bisogni socio sanitari del cittadino. La Regione Toscana (RT) con la Delibera 625 del 28.06.10 ha voluto precisare il carattere di tali strutture.

Scopi e metodologia

Scopi: fare il punto delle CDS in RT attraverso gli indicatori di:

- § struttura: N° CDS attualmente in funzione e in progetto
- § processo: N° operatori, tipologia, orari di apertura, integrazione socio-sanitaria
- § esito: farmaceutica, specialistica, ospedalizzazione, presa in carico sociale e sanitaria.

Metodologia

Per i primi due items si è usato un questionario per ciascuna delle 12 AUSL toscane

Per il terzo item (esito) è stata effettuata una rilevazione a carattere campionario su una CDS.

Risultati:

Data della rilevazione: 11.04.11

Indicatori di struttura CDS

- § attive: 11, abitanti serviti 121.000
- § in progetto: 14

Indicatori di processo:

N° operatori impegnati: 91 MMG, 2 PDF, 59 Infermieri e 21 Assistenti Sociali.

CDS:

- § con Continuità assistenziale 9/11, aperte pertanto h24, 7/7
- § con presa in carico socio sanitaria 11/11

Indicatori di esito/anno:

iscrizioni assistiti +2%

tassi di ospedalizzazione -5%, codici bianchi e azzurri al PS -73%, spesa specialistica +3%, farmaceutica invariata, ma viraggio verso i generici. Presa in carico socio sanitaria +63%.

Conclusioni

Il modello CDS così come definito dal MS e dalla RT si è dimostrato ben funzionante, gradito dalla popolazione e dagli operatori e con una buona sostenibilità economica. È la risposta sul territorio in termini di "visibilità" e concretezza di servizi rispetto all'ospedale. È la sede ideale dove trattare le malattie croniche ed implementare il Chronic Care Model e la Sanità di iniziativa. Questi dati e considerazioni incoraggiano nella strada intrapresa.

Dimissione appropriata della madre e del neonato

P Salvini*, G Bussolati*, M Lottici*, G Ciotti*, G Gazzola**, E Voccia**

* Azienda USL di Parma, ** PLS

Indirizzo per informazioni: psalvini@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

Numerosi studi hanno dimostrato che la riduzione dei tempi di degenza per i neonati a termine non comporta un aumento significativo della ri-ospedalizzazione nel periodo postatale. È fondamentale il follow-up post-dimissione a breve termine, per evitare complicanze in neonati dimessi precocemente.

Bisogna salvaguardare lo stato di benessere psico-fisico di madre e neonato nell'ottica di una demedicalizzazione dell'evento nascita ed una umanizzazione delle cure e tenere in considerazione la necessità di ridurre la degenza contenendo la spesa sanitaria.

Scopi e metodologia

Garantire la continuità dell'assistenza alla puerpera e al neonato, programmando un percorso assistenziale attraverso un'integrazione tra Punti nascita e Territorio (PLS, Servizi Consultoriale, Servizi Sociali), incentivando l'allattamento al seno come obiettivo di salute.

Nel Distretto di Parma il progetto è esteso al neonato con patologia, con follow-up domiciliare entro 48 ore da parte dell'ostetrica del consultorio, entro 72 ore dal pediatra di libera scelta, scelta del Pediatra prima della nascita, invio dei nominativi delle puerpere al consultorio, corsi di formazione agli operatori.

Risultati

Nel 2010 sono state seguite 1460 puerpere con visita a domicilio (73,4 % dei nati) di cui 391 donne di recente immigrazione, con screening neonatale al 60% dei neonati; l'ambulatorio per l'allattamento ha registrato la frequenza di 422 mamme di cui 126 straniere.

I Neonati con patologia in dimissione precoce sono stati il 14 %.

Conclusioni

Il progetto "dimissione appropriata" è un modello organizzativo complesso, che necessita di costante verifica, sia nei percorsi di coordinamento che nella valutazione dei risultati. È modalità consolidata di assistenza alla puerpera e al bambino. Si sono strutturati percorsi organizzativi che prevedono tappe ben definite tra punti nascita e territorio. In esso si completa il continuum assistenziale Ospedale-Territorio che incorpora strutture e professionalità diverse, ospedaliere (ginecologi, neonatologi, ostetriche, infermiere) e territoriali (pediatri, ostetriche, assistenti sociali).

Commenti

Questo percorso assistenziale rappresenta sicuramente un passo importante nel rendere la diade madre-bambino sempre più protagonista ed elemento centrale del percorso nascita e sviluppa l'integrazione istituzionale e professionale fra Ospedale e Territorio, sia in ambito sanitario che sociale. È stato siglato uno specifico protocollo d'intesa tra gli attori interessati (AOU, AUSL, Comuni del Distretto).

La programmazione delle case della salute nella Regione Emilia-Romagna

MC Tassinari*, C Curcetti**, A Rossi***, L Parisini**, A Brambilla**

* Area Vasta Emilia-Centro, ** Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna, ***Azienda USL di Imola

Indirizzo per informazioni: mc.tassinari@ausl.fe.it

Introduzione del progetto

In una fase storica di crisi delle risorse la presenza di strutture di riferimento certe per i cittadini equamente diffuse nel territorio regionale, che garantiscano l'accoglienza, la presa in carico e la continuità dell'assistenza, rappresenta una forte innovazione in grado di assicurare risposte adeguate e di qualità alla cronicità e a tutte le forme di fragilità sociale e sanitaria, implementando nuovi modelli di organizzazione dei servizi e dell'assistenza. In questa prospettiva le aziende sanitarie della regione hanno definito nel corso del 2011 la programmazione delle case della salute, seguendo le linee di indirizzo per la realizzazione e l'organizzazione funzionale contenute nella DGR n. 291/2010.

Scopi e metodologia

Scopo del lavoro è delineare come si configura nel quadro regionale l'assetto strutturale delle case della salute e come si sta modificando l'organizzazione dei servizi.

È stato predisposto a questo fine un questionario per ogni Azienda USL, per verificare le progettualità presenti in ogni Distretto, la tipologia di case della salute programmate secondo quanto indicato nella DGR n. 291/2010 e lo stato di attuazione.

Un secondo questionario è centrato sui contenuti organizzativi e assistenziali innovativi propri della casa della salute introdotti ed esplora tre aree: accoglienza, valutazione del bisogno e orientamento ai servizi; continuità assistenziale per piccole urgenze ambulatoriali; monitoraggio delle patologie croniche ad alta prevalenza.

Risultati

Nella Regione Emilia-Romagna, al 31 luglio 2011, sono programmate 98 case della salute, la maggior parte delle quali realizzate dalla riconversione di strutture esistenti e funzionanti: solo 28 sono infatti le strutture di nuova realizzazione previste. In ogni distretto è presente almeno una casa della salute. Le tipologie previste, piccola e media sono rappresentate in ugual misura, mentre la tipologia grande rappresenta un quarto del totale.

I risultati sul questionario che analizza i cambiamenti organizzativi introdotti nelle strutture esistenti e funzionanti, anche se oggetto di interventi strutturali, sono in fase di elaborazione.

Dall'analisi preliminare emerge che i processi di innovazione partono quasi esclusivamente da esperienze di medicine di gruppo collocate nelle case della salute, con l'obiettivo di trasferirle progressivamente al Nucleo di cure primarie.

I dati evidenziano che la funzione di accoglienza è di norma presente, anche se orientata più alle tradizionali attività legate all'accesso (prenotazione CUP, accettazione, informazione, URP). Poche sono le realtà in cui è attivo uno sportello integrato sociosanitario.

La continuità assistenziale diurna è assicurata, nella maggior parte delle sedi attive, prevalentemente dai medici di famiglia e, in alcuni casi, dai medici di continuità assistenziale o da punti di primo intervento.

La gestione della cronicità è, invece, limitata a poche realtà e a specifici percorsi (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, disturbi psichiatrici comuni(Programma Leggieri).

Per quanto riguarda la funzione infermieristica, allo stato attuale risultano presenti in maniera diffusa, ambulatori infermieristici che svolgono attività programmata. Sono però presenti esperienze innovative di gestione infermieristica proattiva della cronicità.

L'osservazione dei dati mostra, inoltre, alcune significative esperienze di attività integrate che coinvolgono cure primarie e sanità pubblica; tuttavia sussistono spazi di ulteriore sviluppo, tenuto conto delle nuove logiche del Piano regionale della prevenzione 2010-2012.

Conclusioni

Le strategie di politica sanitaria per le cure primarie indicate nel PSSR 2008 -2010 e le Linee di indirizzo contenute nella DGR 291/2010 e nella DGR 427/2009 relative agli aspetti strutturali, all'organizzazione funzionale dei servizi e allo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali nelle cure primarie, si stanno concretizzando con la realizzazione delle case della salute. Struttura, organizzazione e cultura sono gli assi fondamentali di intervento sui quali continuare a lavorare nei prossimi anni per offrire servizi di elevata qualità adeguati ai bisogni espressi dai cittadini.

Tutte le Aziende sanitarie, anche se con diversi gradi di variabilità, sono impegnate in questo processo di grande cambiamento e innovazione attraverso il quale passa la sostenibilità del nostro sistema di welfare regionale. In tale ottica occorre sviluppare la gestione della cronicità, attraverso il monitoraggio attivo dei pazienti, valorizzando il ruolo dell'infermiere e di tutte le professioni sanitarie coinvolte in tali processi, ivi comprese le figure della prevenzione.