



L'innovazione nella gestione della cronicità



Indice degli abstract

Agnello M

Chronic Related Group in Regione Lombardia

Bolzani M, Favalesi C, Zambon A , Affanni P , Dardani M, Emanuele R

Protocollo di gestione integrata degli utenti con bisogno riabilitativo semplice eleggibili per consulenza a cura del fisioterapista

Bonati PA, Izzo SC, Palombi F, Ciotti G, Gambarà A, Ferrante S, Menozzi R, Marino A

L'osservatorio della fragilità: una nuova vision per il management e la governance della cronicità in casa residenza

Borsari M, Barani E, Malagoli E, Guidetti F, Contri P

Sviluppo degli ambulatori infermieristici territoriali nei Distretti di Modena e Castelfranco

Cammi E, Fabi M, Brianti E, Rossi G, Ferrari L, Gambarà A, Affanni P, Illica Magrini R, Noberini P

Il quaderno delle esperienze del Dipartimento di Cure Primarie

Carollo D, Suzzi F, Baldassarri N, Cornazzani S, La Rovere L, Fattini N, Turrini M , Ricci Bitti P

Sperimentazione di un percorso clinico assistenziale integrato Ospedale-Territorio a favore di pazienti con Scopenso Cardiaco nell'AUSL di Imola

Carradori T, Bravi F, Neri A, Varliero R, Taglioni M, Monti M

La continuità delle cure e il coordinamento tra territorio e ospedale

Cimicchi MC, Risolo T, Saccò P, Percudani C

Educazione terapeutica strutturata nel diabete tipo 2. L'esperienza dell'ambulatorio infermieristico del Team diabetologico del Polo Sanitario di Colorno

Cimicchi MC, Filippi D, Ferrari M, Bontempelli C

Integrazioni professionali per lo screening ambulatoriale della retinopatia diabetica con fundus camera digitale non midriatica

FabboA, Bulgarelli G, Casolari L, De GirolamoG, Federzoni G, Feltri G, Spanò A, De LucaML

Il percorso di gestione delle persone con demenza nelle cure primarie: il modello dell'Azienda USL di Modena

Francesconi P, Roti L, Barletta V, Gini R, Profili F

La Sanità d'Iniziativa in Toscana: il progetto e i primi risultati

Franchi F, Comellini G, Petroni M, Pirazzini MC, Rovinetti L, Ruvinetti M

Dall'Infermiere di famiglia al Case Manager nelle Cure Primarie

Gelmini G, Baratta S, Gandolfi G, Rotelli PG, Ludovico L, Montanari E

Chronic Care Model e Demenza: la formazione dei famigliari nella gestione del paziente demente con disturbi del comportamento al domicilio

Giaquinto E, Cicognani G, Biondini F, Valmori V, Salizzato L

Una architettura organizzativa su misura: Il Servizio di Dietetica e Nutrizione aziendale: una struttura del Dipartimento di Cure Primarie con funzione trasversale ospedale territorio, al servizio del cittadino

Giaquinto E, Galassi P, Morri M, Giordani S, Cicognani G, Pozzi M

Una occasione di valorizzazione della professione infermieristica: Percorso di identificazione e gestione del paziente disfacico in ADI

Greci M, Vastano L, Franceschetti P, Torelli F, Gambarati F, Bertoncin F, Bigi M, Catellani R, Cattani A, Manzini A, Russo L, Marchesi C

L'educazione terapeutica dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico in gestione integrata sul territorio

Lombardi M, Celendo MT

"When the going gets tough, the toughs get going!" ovvero la lezione di Bluto

Mainardi L, Amendola F, Nilluti M, Baldini S, Lombardi M

Progetto di miglioramento di un servizio di medicina riabilitativa per promuovere appropriatezza nella gestione degli utenti con patologia cronico-progressiva, attraverso la valutazione funzionale fisioterapia: orizzonti operativi sperimentali

Mazzini E

Nuova Organizzazione Ambulatoriale (NOA): un nuovo modello organizzativo di specialistica ambulatoriale, gli strumenti del disease management e del governo clinico: accogliere, assistere, organizzare e valutare

Noto G, La Placa FP, Sciarrotta P

La riappropriazione della gestione delle urgenze e delle malattie croniche da parte del territorio nella regione Sicilia

Pedroni C, Muzzini ML, Vezzosi W, Cavecchi S, Nasi A

Sviluppo del percorso del paziente oncologico e della rete locale di cure palliative secondo un modello di competenza diffuso

Percudani C, Bertolini A, Cimicchi MC, Azzi A, Bellingeri S, Busi S, Colla G

Progetto di gestione ambulatoriale delle ulcere venose (UV), finalizzato alla riduzione della sintomatologia algica

Squeri G, Lombardi M, Doronzo F

Medicina di iniziativa per il paziente cronico esperto

Tomesani A, Pandolfi P, Giansante C, Zucchini S, Franchi F, Ricci R

Monitoraggio del Diabete Mellito in età pediatrica

Varliero R, Carradori T, Franchino G, Pieri G, Bravi F, Fantini MP

L'assistenza integrata per i pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

Zanichelli A, Vignatelli L, Bergonzoni S

Percorsi integrati diagnostico - terapeutici rivolto a pazienti affetti da patologie neurologiche complesse

Chronic Related Group in Regione Lombardia

M Agnello*

*Ospedale Luigi Sacco, Milano

Indirizzo per informazioni: direzione.san@hsacco.it

Introduzione del progetto

Il CReG è una innovativa modalità di presa in carico del paziente che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (tariffa CReG) deve garantire senza soluzione di continuità e cali di cure, tutti i servizi extraospedalieri necessari per una buona gestione clinico-organizzativa delle patologie croniche. L'insieme di attività servizi e prestazioni previste nel pacchetto CReG è specifico per patologia ed è finalizzato ad assicurare i livelli essenziali di assistenza.

Metodologia

Dal punto di vista strutturale il CReG è composto da una piattaforma organizzativa che poggia su tre pilastri tecnologici. Il primo pilastro tecnologico è rappresentato dalla capacità di identificare e stadiare la malattia cronica; il secondo pilastro è costituito dai PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali) e dalle linee guida; il terzo fondamentale pilastro è un adeguato sistema di remunerazione. Su questi pilastri poggia la piattaforma organizzativa che prende in esame gli aspetti gestionali: l'individuazione dei pazienti, l'identificazione dei gestori e delle caratteristiche di accreditamento, l'assegnazione delle risorse, la contrattazione, la rendicontazione delle attività, il controllo, etc.

Risultati

Attualmente sono state definite alcune patologie di prioritario interesse (scompenso cardiaco, diabete, ipertensione e BPCO) ed alcuni ambiti territoriali (Bergamo, Como, Milano Città, Melegnano, Lecco) in cui sperimentare, monitorare e valutare l'applicazione dei CReG. Compito principale della sperimentazione sarà quello di mettere l'accento sugli aspetti ed i momenti più prettamente amministrativi, organizzativi e gestionali del percorso con l'obiettivo di individuare criticità, opportunità, soluzioni operative che non sono ancora passati al vaglio della riflessione.

Conclusioni

Il CReG non è pensato quale strumento alternativo alla attuale organizzazione delle cure primarie, rappresenta invece una modalità innovativa per affrontare sul territorio il tema della cronicità. In modo propositivo tra cure primarie e CReG dovrebbe instaurarsi una collaborazione significativa e proficua. Si tratta di una modalità ricca di contenuti e tecniche nuove che hanno bisogno di essere sperimentate nei confronti dei quali l'attuale stato di elaborazione della proposta può solo fare intuire le potenzialità e gli elementi di particolare rilievo.

Protocollo di gestione integrata degli utenti con bisogno riabilitativo semplice eleggibili per consulenza a cura del fisioterapista

M Bolzani*, C Favalesi*, A Zambon*, P Affanni*, M Dardani*, R Emanuele*

*Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: mbolzani@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

La normativa, DGR 427 del 2009, prevede, come area di intervento specifica per la riabilitazione nei DCP, quella del soggetto con disabilità. In quest'area si possono distinguere due livelli di bisogno riabilitativo: semplice e complesso, con diversi livelli di modificabilità.

É nell'area del bisogno riabilitativo semplice, dedicata alla gestione della cronicità, della continuità assistenziale e della disabilità lieve, che si delinea il percorso di consulenza del fisioterapista a favore dell'utente, della sua famiglia e dei professionisti coinvolti nel processo terapeutico.

Scopi e metodologia

Scopo del progetto è favorire un coinvolgimento attivo dei soggetti nel percorso di cura, mediante due tipi di intervento del fisioterapista :

- § un intervento di tipo educativo, svolto non solo nei confronti del paziente e della sua famiglia, ma anche dei professionisti dell'area sociale e dell'area sanitaria che garantiscono la continuità assistenziale.
- § un intervento di valutazione funzionale/ambientale per valorizzare le capacità del paziente nel proprio contesto abitativo, attraverso la gestione/sperimentazione di ausili, in collaborazione con il fisiatra .

Risultati

L'applicazione del protocollo di gestione integrata degli utenti con bisogno riabilitativo semplice, ha reso possibile rimodulare l'attività dell'équipe riabilitativa ai bisogni della cittadinanza: il 73,25% del tempo lavoro complessivo del fisioterapista viene ora dedicato ad interventi di valutazione funzionale/ambientale e di educazione sanitaria.

Questo ha permesso di rispondere in maniera tempestiva ai pazienti con bisogno riabilitativo semplice ma anche a quelli che presentano un bisogno riabilitativo complesso, ai quali può essere garantito, nel mese, l'accesso del fisiatra a domicilio.

Conclusioni

Grazie ad un intervento educativo riabilitativo tempestivo ed efficace, si è giunti ad un aumento della capacità di autocura della famiglia e della comunità. Attraverso la strutturazione del percorso di consulenza, oltre ad ampliare e rinforzare la rete di accesso alle cure per l'utenza del Distretto SE, si osserva un miglioramento dei rapporti con l'utenza e fra professionisti nei Nuclei Cure Primarie. Esaltare a tutto campo il profilo di ruolo del fisioterapista, ha aumentato in modo esponenziale la soddisfazione professionale degli operatori del servizio di riabilitazione territoriale.

L'osservatorio della fragilità: una nuova vision per il management e la governance della cronicità in casa residenza

PA Bonati*, SC Izzo*, F Palombi*, G Ciotti*, A Gambarà*, S Ferrante*, R Menozzi*, A Marino*

*Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: pibonati@ausl.pr.it

Introduzione

La prassi medica prevalente, fondata unicamente sulla diagnosi e cura delle patologie si dimostra poco efficace ed applicabile nel rispondere alla domanda di salute dei pazienti "cronici", perché influenzata dallo stato funzionale e da altri fattori di "contesto" quali ad es. il setting assistenziale (Bagarolo, 2011). È grazie al monitoraggio personalizzato e puntuale, con metodologie operative di assessment e management che è possibile governare al meglio la complessità nella gestione della cronicità.

Scopi e metodologia

Progettazione di un osservatorio, con cadenza semestrale, funzionale alla governance della fragilità nelle case-residenza. Valutati 321 soggetti, in 5 strutture. Il campione è stato valutato con la BINA, strumento multidimensionale e di sintesi, utilizzato in Emilia Romagna per definire e quantificare la non autosufficienza degli anziani istituzionalizzati. I dati sono stati analizzati con il programma SPSS versione 15.

Risultati

Il paziente tipo è una donna (74%) con un'età > 85 anni, scolarità elementare (63%), nubile o vedova (53%), che ha come care-giver di riferimento un figlio (44%); il tempo di degenza media è di 2,9 + 2,5 anni. Il disagio sociale prevalente è carico familiare oneroso (44.2%). La patologia sanitaria prevalente è rappresentata da ictus e demenza (75%). La valutazione ha permesso di definire uno specifico profilo degli aspetti sanitari, assistenziali e sociali nella popolazione con specifiche ricadute in termini operativi.

Conclusioni

Lo sforzo di inserire un processo di comprehensive-assessment e management in una realtà che frequentemente si assoggetta a "principi di mordi e fuggi" più che di sistema, può garantire la razionalizzazione delle risorse ed una sempre maggior efficacia nella gestione quotidiana di situazioni bio-psico-sociali dove la complessità influenza significativamente l'omeostasi così precaria degli anziani fragili.

Sviluppo degli ambulatori infermieristici territoriali nei Distretti di Modena e Castelfranco

M Borsari*, E Barani*, E Malagoli*, F Guidetti*, P Contri*

*Azienda USL di Modena

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

Introduzione del progetto

L'attività infermieristica extra ospedaliera negli anni passati si è concentrata soprattutto sull'assistenza domiciliare e in residenza; l'incremento delle patologie croniche rende necessario sviluppare ambulatori per garantire interventi di promozione della salute, di educazione terapeutica, di self management, di follow-up e di supporto nella gestione della malattia. Molti di questi interventi possono essere soddisfatti in autonomia dall'infermiere, all'interno di percorsi condivisi, rivedendo sia l'attività attualmente svolta negli ambulatori della specialistica che a domicilio.

Scopi e metodologia

L'ambulatorio infermieristico ha lo scopo di garantire sia singole prestazioni (medicazioni, ecc) che la gestione dei pazienti con patologie croniche nel setting più adeguato. Per raggiungere questo obiettivo è necessario:

- § individuare gli interventi effettuabili nell'ambulatorio;
- § definire i criteri di accesso attraverso percorsi concordati;
- § rivedere l'organizzazione sia dell'assistenza infermieristica ambulatoriale che domiciliare e la distribuzione delle risorse;
- § individuare le sedi degli ambulatori.
- § Prevedere e adeguare il sistema informativo

Risultati

Il progetto prevede le seguenti ricadute:

- § L'attivazione di ambulatori dislocati a livello di sedi distrettuali o di nucleo.
- § La riduzione delle richieste improprie di assistenza infermieristica domiciliare.
- § L'assistenza infermieristica a pazienti attualmente seguiti negli ambulatori specialistici da personale medico.
- § Il monitoraggio dei pazienti con patologie croniche rientranti in percorsi definiti e con richiami attivi.
- § L'integrazione tra attività ambulatoriale infermieristica e domiciliare utilizzando lo stesso personale in entrambi i setting.
- § Lo sviluppo di competenze infermieristiche nella gestione delle patologie croniche

Conclusioni

Questo modello garantisce una maggiore flessibilità di risposta assicurando un setting più adeguato in relazione alla fase della malattia, l'ottimizzazione delle risorse, il mantenimento delle competenze infermieristiche, la gestione nel tempo del paziente indipendentemente dal setting di assistenza, la minor frammentazione degli interventi e la riduzione dell'accesso dei pazienti in alcuni ambulatori specialistici con riduzione delle liste di attesa.

Certamente l'implementazione di questo modello risulta più complessa da gestire rispetto ad ambulatori con personale esclusivamente dedicato.

Il quaderno delle esperienze del Dipartimento di Cure Primarie

E Cammi*, M Fabi*, E Brianti*, G Rossi*, L Ferrari*, A Gambarà*, P Affanni*, R Illica Magrini*, P Noberini*

*Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: ecammi@ausl.pr.it

Introduzione del progetto:

Negli ultimi anni gli strumenti di politica sanitaria hanno enfatizzato la necessità di valorizzare la sanità sul territorio, rimodulando gli assetti organizzativi dei sistemi di cure primarie al fine di garantire ai cittadini un'assistenza sempre più appropriata, continuativa e integrata.

La diffusione di esperienze innovative a cura dei protagonisti dell'assistenza, concrete ed osservabili, consente una maggior autonomia operativa e responsabilizzazione di tutte le professionalità. Numerose ricerche hanno collegato l'empowerment degli operatori ad outcome organizzativi quali: l'autonomia, la responsabilizzazione, la fiducia nella dirigenza, la partecipazione al processo decisionale, bassi livelli di burn-out, la soddisfazione e lo stress lavorativo. Il "quaderno delle esperienze" è un opuscolo informativo redatto dai professionisti impegnati nei contesti operativi delle cure primarie, diffuso a livello aziendale, finalizzato a promuovere il confronto e la condivisione rispetto ad esperienze di buona pratica clinico assistenziale, organizzativo-gestionale.

Scopi e metodologia

Lo scopo dell'iniziativa è quello di coinvolgere i professionisti nei continui processi di miglioramento, rendendo immediatamente disponibili e consultabili modalità organizzative e strategie di intervento che nei vari contesti territoriali si sono rivelate efficaci nel garantire ai cittadini elevati livelli di presa in carico e personalizzazione delle cure. Gli abstract scritti dai professionisti sono inseriti nell'opuscolo a cadenza annuale; il documento è diffuso attraverso i network aziendali.

Risultati

Ad oggi l'opuscolo riporta 20 esperienze che nell'operatività sono state attivate nei DCP distrettuali dell'AUSL di Parma. Le esperienze/iniziative di carattere organizzativo sono orientate alla continuità assistenziale, alla presa in carico personalizzata, all'attivazione di percorsi qualitativamente rilevanti per la popolazione di riferimento, all'integrazione multi professionale, alla valorizzazione del ruolo dei singoli operatori. Le esperienze che evidenziano percorsi di buona pratica clinico assistenziale, focalizzano la clinical competence e l'ambito di autonomia organizzativo gestionale degli operatori coinvolti, quali consulenti o tecnici nei processi valutativi, i percorsi di integrazione degli stessi con le équipes multi professionali, gli strumenti di monitoraggio dell'attività assistenziale adottati, gli indicatori di qualità ed appropriatezza clinico-assistenziale.

Conclusioni

Il "Quaderno delle esperienze del DCP", grazie ad un background condiviso dalle professioni afferenti all'area assistenziale, rappresenta un vero e proprio strumento conoscitivo, modulare, flessibile, in continua evoluzione ed aggiornamento.

Sperimentazione di un percorso clinico assistenziale integrato Ospedale-Territorio a favore di pazienti con Scenpenso Cardiaco nell'AUSL di Imola

D Carollo*, F Suzzi**, N Baldassarri*, S Cornazzani*, L La Rovere*, N Fattini*, M Turrini*, P Ricci Bitti*

*Azienda USL di Imola, ** MMG

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

Introduzione del progetto

É attuale tra i MMG il dibattito sull'applicazione di modelli proattivi di assistenza al paziente cronico e sul trasferimento dell'assistenza di questi pazienti dall'ospedale ai team multi professionali di Cure Primarie. Sperimentazioni condotte all'estero sul modello "Chronic Care Model", hanno dimostrato come in pazienti con patologie croniche, diabete, scompenso cardiaco cronico, asma e depressione, sia possibile ridurre significativamente il rischio di malattia.

Sono presenti in letteratura revisioni sistematiche che in tema di disease management di condizioni croniche affermano che gli interventi multidisciplinari, considerati complessivamente, riducono in maniera significativa la mortalità per tutte le cause.

Scopi e metodologia

Il progetto vuole sperimentare un modello di presa in carico dei pazienti con patologie croniche in un contesto di Nucleo di Cure Primarie garantendo, mediante un'organizzazione di team multi professionale nel NCP, la presa in carico e la continuità dell'assistenza sui problemi di salute di pazienti cardiopatici scompensati, assistiti dai MMG del NCP sede di sperimentazione.

Il monitoraggio delle condizioni del paziente cardiopatico da parte di un infermiere competente nell'ambulatorio infermieristico del NCP, la presa in carico integrata del paziente da parte del MMG e del specialista Cardiologo, rappresentano gli elementi di innovazione.

Risultati

Un miglioramento degli esiti clinici dovuto ad una maggiore compliance degli assistiti ai programmi diagnostico terapeutici

Una riduzione dei re-ricoveri e degli accessi in Pronto Soccorso per gli assistiti seguiti con scompenso cardiaco

Un incremento della soddisfazione dei cittadini e dei professionisti nel nuovo sistema di presa in carico ambulatoriale all'interno del NCP

Conclusioni

I risultati emersi dalla sperimentazione di un modello integrato di presa in carico saranno utili per verificare l'estensione del modello agli altri NCP e valutare come l'attivazione di reti tra diversi professionisti nella gestione di patologie croniche migliori le capacità di presa in carico nell'ambito dell'assistenza primaria

La continuità delle cure e il coordinamento tra territorio e ospedale

T Carradori*, F Bravi*, A Neri*, R Varliero*, M Taglioni*, M Monti*

*Azienda USL di Ravenna

Indirizzo per informazioni: direzione.generale@ausl.ra.it

Introduzione del progetto:

Il quadro epidemiologico mostra progressivo invecchiamento della popolazione e aumento della cronicità. È necessaria una presa in carico globale del paziente che garantisca una unitarietà informativa e organizzativa del percorso assistenziale.

L'AUSL di Ravenna ha introdotto due nuove figure a fronte di una maggiore richiesta di continuità del percorso di cura: medico e infermiere di riferimento del caso. L'innovazione è stata avviata sperimentalmente dal gennaio 2010 nei reparti di Medicina Interna, Neurologia, Geriatria, lungodegenza e Post-Acuti (Ospedali Ravenna, Lugo, Faenza).

Scopi e metodologia

L'obiettivo è migliorare l'integrazione tra medico di medicina generale, assistenza domiciliare, servizi sociali, reparti ospedalieri. La comunicazione tra i referenti ospedalieri del paziente il MMG e l'ADI avviene entro 24-48 ore dall'ingresso. È inviata, previo consenso, la "notifica" di ricovero al MMG tramite SOLE, comunicando reparto di degenza, nominativo del MDR e i relativi recapiti, inoltre il MDR e l'Infermiere di Riferimento assicurano la disponibilità per contatto durante la degenza e nei 15 giorni successivi la dimissione.

Risultati

Nel 2010 il Medico e l'Infermiere di riferimento sono stati attribuiti a oltre 8750 pazienti (60% dei ricoveri) Per i reparti del P.O. di Ravenna coinvolti è risultato un incremento del 31% delle segnalazioni al Punto Unico di Accesso ai servizi socio-sanitari del territorio, con incremento del 29% delle dimissioni protette effettivamente realizzate, rispetto allo stesso periodo. Si è valutata la soddisfazione dei pazienti, tramite intervista (contattati 835, intervistati 61%) e dei Medici e Infermieri tramite focus group.

Conclusioni

Si conferma la validità delle azioni intraprese secondo i principi della continuità assistenziale e del paziente al centro dei processi di cura, l'aspetto critico trasversale è la relazione tra Medico ospedaliero e MMG. Occorre colmare l'attuale "asimmetria progettuale" attraverso il confronto tra le diverse professionalità, per esplicitare i nodi problematici e proporre soluzioni possibili, approfittando della riorganizzazione dei NCP nell'ottica della gestione proattiva delle patologie croniche.

Educazione terapeutica strutturata nel diabete tipo 2. L'esperienza dell'ambulatorio infermieristico del Team diabetologico del Polo Sanitario di Colorno

MC Cimicchi*, T Risolo*, P Saccò*, C Percudani*

*Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: mcimicchi@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

La presa in carico della cronicità del diabete richiede la creazione di percorsi di assistenza multidimensionali e multiprofessionali focalizzati sulla globalità dei bisogni. In questo contesto si inserisce l'educazione terapeutica per rendere il paziente protagonista della malattia e componente attivo del team di cura. Dal dicembre 2008 presso il Polo Sanitario di Colorno è associato all'ambulatorio Diabetologico un ambulatorio educativo ad esclusiva gestione infermieristica per il supporto terapeutico dei pazienti con maggiori criticità gestionali.

Scopi e metodologia

Il paziente selezionato dal diabetologo o dalla stessa infermiera durante la routine clinica è richiamato per un intervento sulla specifica difficoltà identificata; ogni incontro educativo è ripetuto fino a risoluzione del problema coinvolgendo, se necessario al raggiungimento degli obiettivi concordati, anche i familiari. Sono stati creati strumenti formativi cartacei, personalizzabili. È stato condiviso dal team diabetologico un percorso di formazione ad hoc ed individuata una risorsa CUP su nomenclatore regionale; le prestazioni sono registrate in ACCE, 3 ore/settimana il tempo dedicato.

Risultati

Effettuati al dicembre 2010 423 incontri per 211 pazienti; 121 uomini; età 68,4 + 11,8 anni. 46 pazienti assumevano ipoglicemizzanti orali, 54 insulina, 79 terapia combinata. Valutati peso e Hb glicosilata all'inizio e al termine dell'intervento educativo; 15 (7,1%) persi al follow-up. Molteplici problemi: nel 51 % errata terapia insulinica; nel 16.6% toilette/omissione dei dati dell'autocontrollo glicemico; nel 20.5% non gestione delle ipoglicemie anche sintomatiche. Il compenso metabolico è migliorato significativamente (HbA1c 8,8 % vs 7,9 % $p < 0,01$); il peso è ridotto (78,7 + 15,3 vs 77,1 + 14,4 kg; $p = 0,16$). Corretto lo stile di vita, favorita l'attività fisica.

Conclusioni

La realizzazione di un programma educativo a sola gestione infermieristica, interpretando appieno i principi del "Chronic care model", ha consentito di far emergere diverse problematiche e ha permesso di organizzare incontri mirati per rinforzi educazionali, adottando la logica del "self management". I risultati ottenuti sono incoraggianti non solo in termini di compenso metabolico e di migliore compliance terapeutica; la condivisione dell'approccio educativo fra Infermieri e Specialisti diabetologi ha permesso anche di rafforzare l'integrazione e la cooperazione del team. Creare un clima sereno per favorire il dialogo, motivare ed entrare con empatia nel contesto psicosociale del paziente sono i punti di forza raggiunti dall'IP che interpreta un ruolo più complesso rispetto all'esecuzione di sole procedure cliniche standardizzate.

Commenti

Il ruolo dell'IP è stato valorizzato; non mero esecutore ma protagonista nell'attuazione di interventi educativi; la pianificazione di percorsi personalizzati e la condivisione di obiettivi raggiungibili con il paziente ha migliorato anche le dinamiche comportamentali di tutto il team. La valutazione dei risultati, parte integrante della pianificazione degli interventi, è stata utile per fare emergere le criticità su cui orientare i rinforzi. Nessun progresso può essere ottenuto senza la partecipazione attiva di tutto il sistema clinico assistenziale e del paziente, attore principale e punto di forza del cambiamento.

Integrazioni professionali per lo screening ambulatoriale della retinopatia diabetica con fundus camera digitale non midriatica

MC Cimicchi*, D Filippi*, M Ferrari*, C Bontempelli*

*Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: mcimicchi@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

Un programma di screening efficace ed un precoce trattamento della retinopatia diabetica (RD) riducono l'insorgenza di cecità. La possibilità di effettuare il primo screening nei Servizi di Diabetologia può migliorare i percorsi di presa in carico con il rispetto delle linee guida (LG). Il progetto iniziato nel dicembre 2009 prevede l'effettuazione dello screening in diabetici di nuova diagnosi e/o di nuovo accesso ambulatoriale; l'esame è effettuato con una fundus camera digitale non midriatica Orion di Nidek dal personale infermieristico dell'ambulatorio diabetologico addestrato con training di 10 giorni

Scopi e metodologia

Precoce presa in carico del diabetico con retinopatia. I pazienti sono identificati dal diabetologo in base alle LG; criteri di esclusione cataratta, Parkinson o tremore intenzionale. Le immagini fotografate gestite dal sistema informatico "NAVIS" condivise, visualizzate ed archiviate in rete aziendale su apposita interfaccia web sono refertate sulla cartella diabetologica informatizzata (Eurotouch Meteda) e su cartaceo. Tempo medio di effettuazione del Fundus 2 - 3' per occhio, 6 - 10' il tempo di refertazione. I pazienti con segni di RD vengono richiamati dall'Oculista per visita, oftalmoscopia, fluorangiografia /OCT, a seconda dei casi, con percorso preferenziale e ridotti tempi di attesa

Risultati

Nei primi 10 mesi sono stati fotografati 316 pazienti, età media 62,3 anni. 8 con Diabete tipo 1. 490 dei 632 occhi esaminati erano senza lesioni. Riconcontro di RD nel 17.7 %, RDNP iniziale nel 3.6 %, RDNPM nel 4.6 % e RDNPS nello 0.6 % dei casi. In 6 pz RD monolaterale; in 8 papilla escavata glaucomatosa; retinopatia ipertensiva nel 7.2%; in 11 pazienti angiosclerosi dei vasi , in 1 caso un deposito colesterinico intra-vasale. Degenerazione maculare di tipo senile in 2.

Conclusioni

L'effettuazione infermieristica della retinografia digitale riduce i tempi di attesa riservando agli specialisti il solo tempo della refertazione, con maggiore efficienza dell'iter diagnostico/terapeutico. La curva di apprendimento è rapida; lo strumento semplice e non invasivo; le immagini fotografate di sufficiente qualità ai fini diagnostici. La documentazione archiviabile consente un follow-up costante e ripetitivo; il sistema informatico garantisce la raccolta dei dati anagrafici e diagnostici del singolo paziente, permette di interfacciare la fundus camera digitale con altre apparecchiature in uso e consente la gestione di informazioni generate da più strumenti

Commenti

Gli apparenti elevati costi di investimento iniziali sono ammortizzati dai bassi o nulli costi di esercizio, dalla numerosità dei pazienti valutati e dalla virtuale assenza di spese correnti per pellicole e/o sviluppo fotografico; non ci sono infatti materiali di consumo ad eccezione degli oculari monouso. (2.5 Euro ad esame)

Il percorso di gestione delle persone con demenza nelle cure primarie: il modello dell'Azienda USL di Modena

A Fabbo*, G Bulgarelli*, L Casolari*, G De Girolamo*, G Federzoni*, G Feltri**, A Spanò*, ML De Luca*

*Azienda USL di Modena, **MMG

Indirizzo per informazioni: a.fabbo@ausl.mo.it

Introduzione del progetto

In considerazione dei dati di letteratura che sottolineano sempre di più l'importanza ed il ruolo del medico di medicina generale non solo nel sospetto diagnostico di malattia ma anche nel garantire la continuità assistenziale alla persona con demenza e alla sua famiglia, nel territorio dell' AUSL di Modena è stato formalizzato, fin dal 2002 con revisione avvenuta nel 2007, un Accordo Aziendale tra AUSL di Modena e medici di medicina generale - protocollo per la presa in carico delle persone con alterazioni cognitive e delle loro famiglie da parte dei MMG e dei centri di valutazione dei disturbi cognitivi.

Il protocollo ha avuto gli obiettivi di: a) contenere i tempi di valutazione con un maggiore dialogo con il MMG e individuare precocemente i disturbi cognitivi e comportamentali legati alle sindromi demenziali per influire positivamente sulla evoluzione naturale della malattia sia agendo sulla componente biologica sia sulla gestione complessiva del paziente, con l'attuazione di interventi mirati farmacologici e/o di tipo psicosociale; b) far svolgere ai centri demenze (specialistici) , inseriti nel Dipartimento Cure Primarie, un effettivo ruolo di consulenti ai MMG con particolare riferimento alle situazioni di "emergenza" quali per esempio: stati di agitazione, insonnia deliri acuti ecc.; c) valutare con maggiore attenzione gli aspetti complessivi del paziente rimandando al MMG sia un inquadramento diagnostico sia un suggerimento per un progetto terapeutico adeguato alla situazione non solo in senso farmacologico; d) aumentare il ricorso all' ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) per i pazienti affetti da demenza nell'ottica del "sostegno" alla domiciliarità nella quale svolge un ruolo fondamentale di "case-management" la figura infermieristica. La diagnosi precoce delle stadi iniziali deficit cognitivo o delle forme di "MCI" con impatto sul comportamento e sul livello funzionale acquista particolare importanza in quanto rende possibile

Scopi e metodologia

Il protocollo operativo si articola in 2 fasi: 1) prima presa in carico da parte del MMG rivolta sia a pazienti con patologia all'esordio, mai studiata prima sia a pazienti in stadio avanzato con comorbidità elevata; 2) follow-up (dopo conferma diagnostica). Per quanto riguarda la "prima presa in carico" , nel caso in cui il paziente non sia mai stato studiato prima, nel sospetto di un disturbo cognitivo il MMG esegue una diagnostica differenziale di primo livello che comporta: intervista (anamnestica) con la persona e con il familiare mirata sulla sintomatologia caratterizzante la sospetta patologia in forma strutturata (Symptoms of Dementia Screener), valutazione della funzioni residue e della autosufficienza (IADL per chi è in fase iniziale, ADL per chi presenta una situazione più compromessa); se si conferma il sospetto iniziale, si approfondisce il percorso diagnostico con la valutazione di: routine ematica, vit. B12, folati, funzionalità tiroidea, controllo ECG, TAC cerebrale senza MDC; viene poi effettuato l'invio al Centro Demenze con tutta la documentazione prodotta; il Centro conferma o meno il sospetto diagnostico con le metodologie condivise e indica una linea di approccio terapeutico e di utilizzo della rete dei servizi, che potrà essere: farmacologica, psicosociale, supporto assistenziale, supporto alla famiglia (con la collaborazione dello psicologo), contatto con il mondo del volontariato, centri di ascolto. Il ritorno del paziente al MMG comporta che si avvii un dialogo tra il curante ed il centro ed in particolare si individuano queste modalità: se il paziente è in trattamento con farmaci che richiedono il piano terapeutico viene

strutturato un rapporto fra MMG e specialista per la conferma periodica della prescrizione attraverso una via che privilegi il mantenimento di una traccia scritta (mail, fax ecc.). Il MMG potrà attivare un contratto ADI per le persone non ambulant; il Centro Demenze metterà a disposizione la possibilità di consulenze anche domiciliari o presso le strutture residenziali richieste dal MMG in caso di comparsa di elementi nuovi (disturbi comportamentali, difficoltà di gestione sanitaria ..). La visita dello specialista a domicilio si configura come: un intervento puntuale ,su richiesta motivata della impossibilità di raggiungere il centro da parte della persona o dei famigliari, come funzione fortemente legata all'attività del centro , come un consulto e quindi con la presenza di norma del medico richiedente e dello specialista.

Se il paziente è già in uno stadio avanzato demenza, con storia datata da lungo tempo di patologia cognitiva, e presenta una comorbilità importante e prevalente rispetto al resto , oppure ha già fatto un percorso parallelo di diagnosi certa (es. pazienti in struttura residenziale, cambio del medico, trasferimento da altra sede) , Il MMG compila direttamente il modulo di prima presa in carico eseguendo la valutazione di comorbilità prevalente sulla patologia cognitiva , eventuale MMSE, ADL, esami ematici, condivisione con la famiglia o con la struttura di un piano assistenziale, eventuale attivazione di consulenza per quesiti specifici.

Per quanto riguarda la fase di follow-up dopo conferma diagnostica, di norma annuale, il MMG concorda con la famiglia ed il paziente una sorta di contratto di cura in cui vengono dichiarate le opportunità che il MMG può mettere in campo per seguire il paziente.

Il follow up per il MMG prevede una gestione clinico/assistenziale della persona ed il monitoraggio di eventuali piani Terapeutici. In caso di prescrizione da parte del centro di farmaci con piano terapeutico si ribadisce che è da privilegiare il rapporto tra specialista e MMG piuttosto che tra specialista e famiglia come già determinato nella fase di primo invio. Il MMG può avvalersi nel follow-up della consulenza del Centro Demenze per una valutazione del quadro clinico e del progetto assistenziale complessivo, per la gestione dei farmaci anticolinesterasici e neurolettici, per la rivalutazione del piano terapeutico, disturbi del comportamento, rivalutazione dell'appropriatezza del piano terapeutico, problematiche intercorrenti, invio della famiglia per supporto psicologico può essere fatto direttamente dal MMG che valuta la necessità di questo servizio sulla base di criteri condivisi. Inoltre nel follow up deve essere inserito: programma terapeutico/assistenziale che segua nel tempo l'evolvere della malattia e gestione delle patologie associate , segnalazione all'assistente sociale per l' attivazione di servizi domiciliari o strutture semiresidenziali o residenziali, rapporto con la famiglia, sue esigenze di conoscenza, informazione, indirizzo alla scelta dei servizi, di eventuale supporto psicologico con percorso presso lo psicologo, rapporto con i centri di ascolto.

Risultati

I dati del progetto hanno evidenziato che circa il 63% (385 MMG) di tutti i MMG dell' AUSL di Modena (n° 610) hanno aderito al programma nel periodo 2002-2010; vi sono n° 6.902 pazienti arruolati (F= 4744 68,73%; M=2158; 31,27 %) e n° 9.542 schede presentate (n° 2194 moduli A "screening e/o presa in carico ", 7348 moduli B "follow-up" rivalutazione annuale) con età media dei pazienti di 82 anni (DS + 8,4), molti dei quali con comorbilità elevata (40 % in classe 4 indicativa di comorbilità elevata).Attraverso tale progetto si sta sperimentando in alcuni Distretti una modalità di monitoraggio e rinnovo dei piani terapeutici (neurolettici atipici, a cadenza bimestrale ed inibitori delle colinesterasi a cadenza semestrale) senza effettuare una visita di controllo al Centro Demenze ma con l'intervento del medico di medicina generale. Pochi giorni prima della scadenza dei PT, il MMG, tramite sistema informatico, invia le notizie anamnestiche e quelle relative al quadro clinico del paziente (eventi avversi, intolleranza, eventi intercorrenti, scarso o buon controllo dei sintomi) al Centro Demenze ; i medici del Centro , dopo aver visionato la cartella clinica, rinnovano i piani terapeutici e, lo re-inviano, firmato e timbrato, al MMG; il familiare ritira il piano terapeutico rinnovato presso lo studio del MMG come per qualsiasi altra ricetta.

Per le situazioni di "urgenza" i MMG hanno a disposizione, un numero telefonico dedicato (telefono mobile in carico agli specialisti del centro); per prenotare un'urgenza è il MMG che direttamente contatta il medico del Centro Demenze con cui concorda tempi e modalità di intervento.

Conclusioni

La responsabilità e la gestione complessiva del soggetto affetto da demenza e della sua famiglia trova nel medico di medicina generale il "naturale interlocutore" trattandosi di patologia molto diffusa, ad alta cronicizzazione, con interazioni molto rilevanti con altre patologie tipiche dell'anziano e con i bisogni assistenziali complessi che ne derivano. La presa in carico di questi pazienti richiede per altro una interazione fra vari soggetti ed una rete di servizi ed opportunità che permetta di dare risposte adeguate alle varie fasi di malattia. Viene ribadito che i Centri Demenze hanno una funzione specialistica di 2° livello che deve consolidarsi come tale e sempre più devono svolgere una attività consulenziale più che di presa in carico e gestione diretta del paziente.

La Sanità d'Iniziativa in Toscana: il progetto e i primi risultati.

P Francesconi*, L Roti*, V Barletta*, R Gini*, F Profili*

* ARS Toscana

Indirizzo per informazioni: paolo.francesconi@ars.toscana.it;

lorenzo.roti@regione.toscana.it

Introduzione del progetto

Il PSR della Toscana indica come priorità il passaggio dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa per la cura delle malattie croniche sul territorio e presceglie il Chronic Care Model per realizzarlo. Sono stati attivati 88 team multi-professionali coinvolgendo circa 800 MMG, 180 infermieri e quasi un milione di assistiti, condivisi e attivati percorsi diagnostico-terapeutici proattivi per diabete e scompenso cardiaco (da giugno 2010) e per BPCO e pregresso ictus (da marzo 2011), promosso l'adeguato utilizzo dei sistemi informativi, garantito il supporto all'autocura.

Scopi e metodologia

Per valutare l'impatto del progetto sulla qualità e sui costi delle cure, utilizzando dati amministrativi, sono stati identificati due gruppi di pazienti con diabete di MMG aderenti al progetto (26.276 prevalenti a inizio 2009 e 27.149 a inizio 2010) e confrontati con 2 gruppi di controllo di pazienti di MMG non aderenti (112.988 nel 2009 e 121.110 nel 2010) in termini di indicatori di processo e utilizzo di specifiche prestazioni sanitarie calcolati per i periodi prima e dopo l'attivazione dei percorsi.

Risultati

Al baseline, non si registrano differenze tra i gruppi di intervento e quelli di controllo. Dopo l'intervento, si osserva un miglioramento degli indicatori di processo per i gruppi di intervento (esame HbA1c: • 7,2%; esame creatinina: • 5,4%; esame microalbuminuria: • 10,8%) maggiore rispetto ai controlli e una riduzione delle visite specialistiche diabetologiche (• -30,7%) per i soli gruppi di intervento. Le differenze pre-post nei gruppi di intervento e tra gruppi di intervento e di controllo sono statisticamente significative.

Conclusioni

Vi è un miglioramento degli indicatori di processo che riflette una maggiore adesione alle linee guida nazionali per la diagnosi e trattamento del diabete. Non migliora solo l'indicatore utilizzato per il sistema d'incentivazione regionale (esame HbA1c), ma anche gli altri. Vi è inoltre un minor ricorso alle visite specialistiche che indica una migliore gestione del paziente a livello territoriale che viene restituita al MMG. In questo senso, la Toscana si muove verso una sanità equa e incentrata sulla persona.

Dall'Infermiere di famiglia al Case Manager nelle Cure Primarie

F Franchi*, G Comellini*, M Petroni*, MC Pirazzini*, L Rovinetti*, M Ruvinetti*

* Azienda USL di Bologna

Indirizzo per informazioni: fabia.franchi@ausl.bologna.it

Introduzione del progetto

Negli ultimi anni è stato avviato nell'AUSL un processo di riorganizzazione delle Cure Primarie incentrato sullo sviluppo dell' NCP e sulla la presa in carico, la multidisciplinarietà e la continuità dell'assistenza come modello assistenziale con una rivisitazione del ruolo infermieristico nel territorio che, a partire dall'esperienza dell'Infermiere di famiglia, porta a superare il modello prescrittivo-prestazionale a favore di una risposta globale e della proattività dell'intervento di cura, valorizzando il ruolo in questo modo il ruolo di Case Manager infermieristico.

Scopi e metodologia

Contribuire al consolidamento dei NCP attraverso un modello integrato di risposta ai pazienti cronici e complessi che non sono facilmente inseribili in un PDTA e che rischiano elevati livelli di inappropriatazza.

I criteri di selezione dei pazienti saranno l'elemento dirimente per garantire sostenibilità ed equità di risposta:

- § Paz Cronici Complessi non autosufficienti, non in grado di accedere facilmente al sistema dei servizi
- § Paz multiproblematici con bisogni multidimensionali e necessità di continuità assistenziale in fase di dimissione
- § Paz terminali

Risultati

Attraverso una approfondita discussione e formazione aziendale si è giunti:

- § all'identificazione di un modello di case management unico nell'intera Azienda, diversificato nelle modalità di concretizzazione del ruolo e delle funzioni del Case Manager relativamente al setting assistenziale in cui opera e in particolare all'interno di ognuno dei 41 NCP;
- § alla definizione delle competenze cliniche, ma anche di quelle più trasversali, di natura relazionale e di gestione delle risorse a disposizione nella rete assistenziale in un'ottica sistemica.

Conclusioni

Le modalità assistenziali proposte tendono allo sviluppo integrato delle professionalità attraverso la costruzione di un sistema di relazioni cliniche e organizzative che, a partire dalla valutazione multidisciplinare della persona, sappia valorizzare il contributo dei diversi professionisti, integrando competenze, conoscenze e abilità specifiche e rendendo sempre più chiare le responsabilità sui risultati. Si è consapevoli della complessità dell'intera progettazione, ma si ritiene sia un'opportunità strategica per innovare l'assistenza primaria e per dare una risposta coerente alla domanda di salute attuale.

Chronic Care Model e Demenza: la formazione dei famigliari nella gestione del paziente demente con disturbi del comportamento al domicilio

G Gelmini*, S Baratta*, G Gandolfi**, PG Rotelli*, L Ludovico*, E Montanari*

* Azienda USL di Parma, ** Comune di Fornovo Taro (PR)

Indirizzo per informazioni: ggelmini@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

La demenza rappresenta una delle patologie croniche più rilevanti nell'ambito della popolazione anziana (oltre 8000 soggetti affetti in provincia di Parma). La maggior parte dei dementi (90%) è assistita tra le mura domestiche con notevole impatto sulla famiglia sia sul piano socio - economico che psicologico. Precedenti esperienze hanno evidenziato in maniera statisticamente significativa un effetto positivo del supporto formativo del care-giver (conoscenza delle dinamiche della malattia, modalità assistenziali, approcci relazionali, aspetti comportamentali) sulle sue condizioni psico-fisiche e sulla sua qualità di vita. Tra le problematiche assistenziali che riguardano la gestione del soggetto demente quelle che maggiormente determinano problemi sono i disturbi del comportamento (BPSD), causa principale di "sofferenza" famigliare e di istituzionalizzazione. Il BPSD, come più volte ribadito dalle varie linee guida sulla cura delle demenze (es. APA del 2008), dovrebbero essere in prima istanza "gestiti" attraverso approcci non farmacologici e solo successivamente, per tempi limitati, con terapia farmacologica. Tra le strategie di cura non farmacologiche risulta importante, soprattutto per chi è maggiormente a contatto col paziente durante l'arco del giorno, conoscere e sviluppare modalità relazionali e comportamentali finalizzate ad evitare e a gestire soprattutto i disturbi del comportamento.

Scopi e metodologia

Lo scopo di questo studio-progetto, che vede coinvolti tutti gli ambiti territoriali del distretto Valli del Taro e del Ceno (16 comuni, 46000 abitanti circa), è quello di informare e formare attraverso uno specifico corso, i care-giver (famigliari, assistenti famigliari, OSA) di soggetti affetti da demenza con disturbi del comportamento, evidenziando in particolare strategie relazionali e comportamentali finalizzate alla gestione dei disturbi comportamentali. Il progetto prevede i seguenti passaggi operativi:

- § individuazione dei care-giver a cui proporre la formazione mediante l'aiuto dei MMG e delle Assistenti Sociali nonché pubblicizzazione dell'evento tramite locandine e stampa locale;
- § sviluppo di un corso di 10 giornate, tenuto da diversi specialisti del settore (neurologi, geriatri, infermiere, psicologi, psicomotricisti, sociologi, esperti di natura amministrativa e legale);
- § dotazione del care-giver di un Manuale dedicato;
- § valutazione al termine del corso di questionario di gradimento;
- § valutazione all'inizio (T0) e a 6 mesi - 1 Anno (T1 - T2) di distanza di un questionario dedicato, del Care-giver Burden Inventory e della Neuropsychiatric Inventory - UCLA con la finalità di valutare non solo lo stress del care-giver ma anche l'eventuale riduzione dei disturbi del comportamento grazie ad un diverso o migliorato approccio assistenziale.

Il progetto si può collocare nell'ottica (mediata dal care-giver) del "self management" , aspetto strategico fondamentale nell'ambito del Chronic Care Model.

Risultati

Il progetto è partito nel Marzo scorso ed al momento è stato concluso il primo corso destinato ai residenti dei comuni di Fornovo Taro e Terenzo (PR). Al termine del corso è stato prodotto un Manuale Operativo da consegnarsi ai partecipanti in un ulteriore incontro, a distanza di 1 mese, finalizzato alla valutazione dei primi impatti assistenziali domiciliari successivi al corso nonché a un potenziamento comunicativo sulla base delle necessità dei "discenti".

Il corso, svolto presso il Centro Diurno di Fornovo Taro ha visto la partecipazione di 12 famigliari (9 donne, 3 uomini), 4 assistenti famigliari (tutte donne) e 9 OSA (tutte donne) addette al SAD dei comuni di Fornovo Taro e Terenzo.

Il questionario di gradimento ha evidenziato globalmente le seguenti percentuali: molto soddisfatto 76% - soddisfatto 24% - parzialmente soddisfatto 0% - non soddisfatto 0%.

Il CBI al TO ha mostrato una percentuale di stress medio moderato/grave ($= > 2$): famigliari 75%, assistenti famigliari 50%, OSA 44%.

L'UCLA ha mostrato un punteggio globale medio significativo (> 24) nel 75% e almeno un disturbo comportamentale con frequenza o gravità significativa ($= > 2$) nell' 93% dei casi.

Mettendo a confronto i dati dei CBI e i dati dell' UCLA si evidenzia una correlazione positiva significativa tra gli stessi.

Conclusioni

Ovviamente questi sono i dati ricavati al TO del primo corso di formazione da cui emerge innanzitutto quanto già noto in letteratura ovvero del grande impatto psico-fisico che una condizione di demenza determina sul care-giver. Di estremo interesse l'evidenza che anche negli OSA del SAD, sebbene solo impegnati con i soggetti dementi al domicilio (e con i loro care-giver) per poche ore al giorno, è comunque presente una discreta percentuale di stress. Dai dati emerge la presenza nei soggetti gestiti a domicilio di diversi disturbi del comportamento i quali rappresentano la causa principale di impatto psichico sul care-giver come mostra la correlazione evidenziata.

L'analisi del corso, attraverso la somministrazione ai "discenti" del questionario di soddisfazione, sembra evidenziare il grande interesse e forse la necessità di un corso di formazione approfondito ed articolato sulla demenza per coloro che tutti i giorni devono affrontare il problema dell'assistenza ad un paziente demente con disturbi del comportamento.

Il dato longitudinale ci fornirà notizie se le indicazioni operative, relazionali e comportamentali finalizzate ad una assistenza adeguata ricavate dal corso e dal Manuale apporteranno benefici non solo sul "burden" del care-giver ma anche sulla riduzione dei BPSD dei pazienti.

Una architettura organizzativa su misura: Il Servizio di Dietetica e Nutrizione aziendale: una struttura del Dipartimento di Cure Primarie con funzione trasversale ospedale territorio, al servizio del cittadino.

E Giaquinto*, G Cicognani*, F Biondini*, V Valmori*, L Salizzato

*Azienda USL di Cesena

Indirizzo per informazioni: ester.giaquinto@ausl-cesena.emr.it

Introduzione del progetto

Dal 2008 è stato costituito un gruppo di lavoro aziendale composto da Direzione sanitaria, Direzione infermieristica e tecnica, Direzione medica di presidio, U.O. Pediatria di comunità, Dipartimento di sanità pubblica, Dipartimento di cure primarie, finalizzato all'istituzione di un Servizio di Dietetica e Nutrizione Aziendale.

Scopi e metodologia

Definizione di un modello organizzativo di ambito delle Cure Primarie con costruzione di una struttura di coordinamento autonoma, con configurazione trasversale rispetto alle articolazioni organizzative dell'Azienda, articolata in due aree: l'una con funzioni prevalenti in ambito clinico a valenza trasversale, ospedale-territorio, l'altra con funzioni di tipo preventivo.

Risultati

Istituzione del Servizio di Dietetica Aziendale con atto formale Direzione Generale.

Implementazione di un metodo di lavoro per "obiettivi" atti a garantire il processo complessivo attraverso un coordinamento funzionale delle varie articolazioni aziendali sia in ambito clinico che preventivo, al fine di condividere e uniformare le linee organizzative e strategiche in tema di promozione della dietetica, favorire una gestione integrata ospedale-territorio in particolare nell'ambito della nutrizione artificiale, gestire il programma DCA (Disturbi del comportamento Alimentare) come da indicazioni regionali.

Conclusioni

Tale modello organizzativo sembra essere, in relazione alle esigenze della nostra Azienda Usl, quello che con la migliore sostenibilità economica, conferisce appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, garantendo continuità assistenziale e adeguata gestione delle cronicità.

Una occasione di valorizzazione della professione infermieristica: Percorso di identificazione e gestione del paziente disfagico in ADI.

E Giaquinto*, P Galassi*, M Morri*, S Giordani*, G Cicognani*, M Pozzi*

*Azienda USL di Cesena

Indirizzo per informazioni: ester.giaquinto@ausl-cesena.emr.it

Introduzione del progetto

La disfagia, ovvero la sensazione di difficoltà o di ostruzione al passaggio di cibo attraverso la bocca, la faringe o l'esofago è un disturbo che presenta un'elevata prevalenza soprattutto nella popolazione anziana, dati epidemiologici suggeriscono che circa il 45% dei soggetti di età >75 anni presenta sintomi correlati alla disfagia.

Scopi e metodologia

Corretta identificazione a domicilio del soggetto disfagico attraverso l'utilizzo di specifica procedura corredata da apposita scheda di rilevazione. L'identificazione della problematica e il successivo addestramento del care-giver al trattamento vengono svolti al momento dell'apertura della cartella infermieristica per la presa in carico al SID e/o durante il percorso assistenziale e/o su specifica richiesta del MMG da personale infermieristico adeguatamente formato.

Risultati

Lo screening domiciliare per la disfagia, con sensibilizzazione e successivo addestramento del care-giver, ha permesso un rapido riconoscimento della sintomatologia, con successivo reclutamento alla nutrizione artificiale solo dei casi selezionati. Tale approccio ha avuto un impatto soprattutto nella gestione domiciliare del paziente con patologia neurologica cronica (ad es. demenza): dati raccolti nel primo trimestre 2010 vs lo stesso periodo 2009 hanno mostrato una riduzione dei giorni di degenza per polmoniti ab ingestis (179 vs 705), estremamente promettente di una diminuzione dei costi assistenziali.

Conclusioni

Tale approccio oltre a qualificare ulteriormente la figura professionale infermieristica soprattutto in ambito domiciliare, ha determinato una maggior appropriatezza nella prescrizione e quindi nell'utilizzo dei presidi per disfagici da parte del paziente e/o care-giver e la possibile riduzione di complicanze rilevanti, come documentato ad esempio dalla riduzione delle giornate di ricovero per polmoniti ab ingestis.

L'educazione terapeutica dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico in gestione integrata sul territorio

M Greci*, L Vastano*, P Franceschetti*, F Torelli*, F Gambarati*, F Bertocin*, M Bigi*, R Catellani*, A Cattani*, A Manzini*, L Russo*, C Marchesi*

*Azienda USL di Reggio Emilia

Indirizzo per informazioni: grecim@ausl.re.it

Introduzione del progetto:

Partendo dal concetto che il paziente deve essere consapevole che la cura della sua malattia è per buona parte nelle sue stesse mani e che l'80% dei pazienti soffre di patologie croniche, ma meno del 50% segue correttamente le prescrizioni dei curanti (stime OMS), l'equipe territoriale cardiologica, coinvolgendo gli MMG, ha attuato un progetto di educazione terapeutica rivolto ai pazienti con scompenso cardiaco in gestione integrata, con l'obiettivo di favorire un ruolo attivo del paziente nella gestione della sua malattia.

Scopi e metodologia

Coinvolgere attivamente il paziente e i famigliari nella gestione della malattia al fine di modificare lo stile di vita , migliorare la compliance alla terapia , riconoscere sintomi clinici di peggioramento.

Il percorso educativo consiste in un counselling individuale con l'infermiera, due incontri di gruppo e il monitoraggio periodico telefonico.

Il team educativo collabora nella definizione della diagnosi educativa e dei bisogni individuali di ogni paziente.

Sintesi del rendiconto educativo e l'esito del follow-up telefonico vengono inviati all'MMG

Risultati

Sono stati definiti indicatori di processo (percentuale dei pazienti arruolati sugli attesi e dei pazienti che completano il percorso) e di risultato: miglioramento delle conoscenze malattia e qualità di vita percepita (valutazione questionari), riduzione reospedalizzazioni.

Dal dicembre 2010 sono stati fatti 3 corsi con 10 pazienti per ogni corso che, insieme ai famigliari, hanno partecipato a tutto il percorso educativo. Dal punto di vista clinico al follow-up telefonico non risultano né complicanze né ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco.

Conclusioni

Gli utenti hanno partecipato numerosi ed in modo attivo a tutti i corsi svolti. Dai questionari di gradimento risulta che il corso riscuote un interesse elevato. L'esperienza rappresenta una grande opportunità di crescita professionale e di valorizzazione della figura infermieristica oltre che di integrazione fra le diverse professionalità nella gestione di una patologia a grande prevalenza e con importanti risvolti sociali.

Il raggiungimento degli obiettivi individuati ci permetterà di estendere il progetto all'interno dei Nuclei Cure Primarie.

“When the going gets tough, the toughs get going!” ovvero la lezione di Bluto

M Lombardi*, MT Celendo*

*Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: mlombardi@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

Il modello centrato su evoluzione professionale, sistemi informativi ed integrazione territoriale è efficace nella gestione del cronico non autosufficiente domiciliato: la base della piramide degli utenti è self-managing, per la fascia mediana si propone il disease management ma la vera sfida al sistema è rappresentata dal case management cioè dal vertice della piramide, ossia da malati particolarmente complessi con un possibile mantenimento a domicilio condizionato non solo da una famiglia collaborante e disposta a farsi carico di prestazioni sanitarie non semplici.

Scopi e metodologia

Questi casi hanno bisogno necessariamente di professionisti sempre disponibili al confronto ed alla ideazione di percorsi singoli di natura sanitaria ed amministrativa, territoriale ed ospedaliera: infatti per terminali di patologia del motoneurone, cerebro e mielolesi, pazienti in stato vegetativo ed altri, i consueti percorsi sono spesso inadeguati per intemperività, rigidità organizzativa, difficili sincronie di più sistemi di cura e necessitano di competenze di difficile aggiornamento per esiguità del bisogno. Infine obbligano ad una vera continuità assistenziale per serie emergenze ripetute nel tempo.

Risultati

Ogni caso deve essere valutato singolarmente ed i relativi risultati valutati con parametri che difficilmente prevedono indicatori misurabili in modo classico. Il flusso dei servizi e delle prestazioni con la riduzione sistematica degli elementi di allarme e di intensificazione della gravità diventano i veri indicatori di sistema che le Case della Salute devono monitorare costantemente riferendoli al singolo caso/paziente seguito: ciò più utile per comprendere il carico di lavoro immediatamente futuro che non i risultati in termini di salute

Conclusioni

Per utenti di questo genere serve una presa in carico ed un PAI non predisposti pedissequamente su modelli predefiniti bensì redatti da una figura di Case Manager, generalmente a formazione medica, che governi gli interventi con modalità relazionali e gestionali che rendano realizzabile il piano stesso e ne permettano il monitoraggio: tale processo impone una strategia formativa ed organizzativa spesso sottese a rispettare il “When the going gets tough, the toughs get going!” ovvero “quando il gioco si fa duro i duri iniziano a giocare” (Bluto in “Animal House”)

Progetto di miglioramento di un servizio di medicina riabilitativa per promuovere appropriatezza nella gestione degli utenti con patologia cronicò-progressiva, attraverso la valutazione funzionale fisioterapica: orizzonti operativi sperimentali.

L Mainardi*, F Amendola*, M Nilluti*, S Baldini*, M Lombardi*

*Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: lmainardi@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

Il progetto nasce dalla volontà/necessità di qualificare ulteriormente le Cure Primarie ed i professionisti che vi lavorano nella gestione della patologia cronicò-progressiva, introducendo la valutazione funzionale come strumento per una appropriata presa in carico e gestione degli utenti affetti da patologie cronicò/progressive, per realizzare maggiore appropriatezza degli interventi riabilitativi, come previsto dal profilo professionale del fisioterapista, e di soddisfare i bisogni degli utenti di essere parte attiva del proprio progetto di cura.

Scopi e metodologia

Scopo qualificante è la gestione della cronicità che necessita di un approccio integrato mediante l'intervento di un team multidisciplinare in cui il "responsabile del caso" deve creare una rete comunicativa tra i vari professionisti per soddisfare il bisogno di salute dell'utente. Si propone una modalità operativa che implica la presa in carico con progetto di cura, l'utilizzo della valutazione funzionale come strumento valutativo e comunicativo che definisca anche monitoraggi programmati con erogazione delle prestazioni necessarie nel momento adeguato al bisogno reale.

Risultati

Presa in carico dell'utente e dei suoi bisogni in modo tempestivo, appropriato e globale; riduzione degli interventi inadeguati; riqualificazione della figura professionale del fisioterapista all'interno delle Cure Primarie; sostituzione del precedente percorso operativo caratterizzato dalla richiesta di erogazione di 10 sedute riabilitative indipendentemente dal reale bisogno dell'utente, con una nuova modalità operativa di gestione della cronicità nel tempo.

Conclusioni

Il progetto è in fase di sperimentazione e l'obiettivo a breve è quello di rilevare il grado di soddisfazione dell'utente rispetto alla procedura; il fisioterapista esprime le proprie competenze attraverso l'attivazione di interventi appropriati che ne evidenziano qualità e autonomia professionale; attraverso la documentazione della valutazione funzionale migliora la comunicazione tra medici, (specialisti o MMG) e servizi; l'utente diventa attore protagonista del proprio processo di cura.

Commenti

Abbiamo rilevato alcune criticità:

- § rilevazione dei dati: è necessario omogeneizzare la modalità di rilevazione standardizzandola in base alle diverse patologie;
- § difficoltà del fisioterapista di scelta autonoma nel numero di sedute da erogare in base agli obiettivi individuati con la valutazione funzionale con necessità di rivedere i codici di codifica delle prestazioni;
- § possibilità di attivare la valutazione funzionale da parte del MMG, quale responsabile principale del paziente con patologia cronica.

Nuova Organizzazione Ambulatoriale (NOA): un nuovo modello organizzativo di specialistica ambulatoriale, gli strumenti del disease management e del governo clinico: accogliere, assistere, organizzare e valutare.

E Mazzini*

*Azienda USL di Ferrara

Indirizzo per informazioni: e.mazzini@ausl.fe.it

Introduzione del progetto

Nel progetto NOA l'assistenza specialistica si configura come un assetto organizzativo autonomo all'interno di una rete integrata di servizi, con relazioni cliniche e organizzative strutturate con i nuclei di cure primarie (assistenza primaria) e i livelli specialistici superiori (assistenza ospedaliera).

Le relazioni organizzative tra i diversi setting sono presidiate dall'infermiere (care manager) sia nel Punto di Accoglienza del Poliambulatorio sia nei nuclei di cure primarie per gruppi di assistiti omogenei selezionati per patologia.

I profili di cura definiti dai professionisti (le reti cliniche) sono agiti all'interno della rete organizzativa (care management).

Scopi e metodologia

L'intervento in sintesi dello studio consiste:

- § nella progettazione e implementazione del nuovo modello organizzativo
- § nella introduzione della figura del care manager nel poliambulatorio e nel sistema di cure primarie per la gestione integrata di patologie croniche.

L'intervento infermieristico di care manager sarà finalizzato a far sì che l'assistito assuma un ruolo centrale nella gestione della propria patologia.

Le interfacce principali sono i MMG e lo specialista per le coorti di assistiti selezionati.

Risultati

Gli esiti che si intendono misurare sono:

- § maggiore fiducia da parte degli assistiti e dei medici di medicina generale nel setting dell'assistenza specialistica ambulatoriale;
- § un miglioramento degli esiti clinici dovuta ad una maggiore compliance degli assistiti ai programmi diagnostico terapeutici
- § programmazione degli accessi alla specialistica per coorti di assistiti con patologie croniche ed una riduzione dei tempi di attesa per tutti gli assistiti che accedono alle discipline coinvolte nei due percorsi sperimentali;
- § una riduzione degli accessi in Pronto Soccorso e dei re-ricoveri per gli assistiti seguiti con cardiopatia;
- § un miglioramento del compenso metabolico e prevenzione delle complicanze croniche per gli assistiti con diabete mellito 2;

Conclusioni

Il progetto di Innovazione Organizzativa vuole realizzare una struttura organizzativa ambulatoriale ricca di valenze diagnostiche e terapeutiche che preveda l'attivazione di una rete professionale e approcci globali ed integrati ai problemi della persona.

L'approccio che si vuole realizzare è "d'iniziativa" in cui l'infermiere assume il ruolo di care manager per gruppi di patologie da due punti della rete dei servizi: il punto di accoglienza del poliambulatorio e nei nuclei di cure primarie.

La riappropriazione della gestione delle urgenze e delle malattie croniche da parte del territorio nella regione Sicilia

G Noto*, FP La Placa*, P Sciarrotta*

*Assessorato Regionale alla Salute – Regione Sicilia

Indirizzo per informazioni: Giuseppe.noto@regione.sicilia.it

Introduzione del progetto

La Regione Sicilia sta riorganizzando le Cure Primarie. I capisaldi sono:

- § PTA – Presidi territoriali di Assistenza, con diverso grado di aggregazione dei servizi, con porta d'accesso unica, collegamento con l'ospedale e spazi di "gestione integrata" dei pazienti cronici, che prevedono:
- § Registro dei pazienti cronici
- § "Sportello distrettuale dei pazienti cronici" e "Dimissioni facilitate" dei pazienti cronici dai PS e dai reparti ospedalieri
- § 62 PPI-Punti di Primo Intervento (per pazienti adulti e pediatrici) con apertura diurna per le "piccole urgenze" territoriali;
- § 42 AGI-Ambulatori di Gestione Integrata nei distretti, nei quali il MMG, con un impegno orario (2h/sett.) retribuito accompagna i pazienti cronici "complessi" e concorda il piano di cura annuale con lo specialista e con l'infermiere.

Scopi e metodologia

Le finalità del progetto sono quelle di riorganizzare e riqualificare il territorio, sviluppando, come assi fondamentali, la gestione delle "piccole urgenze" e la "gestione integrata" dei pazienti cronici. Oltre alla realizzazione di nuovi servizi (PTA, PPI, AGI) la Regione ha emanato specifiche Linee Guida, ha collegato tutti gli AIR al progetto, ha collegato il progetto alla valutazione delle direzioni aziendali, ha articolato un piano di formazione specifico ed ha intrapreso un lavoro di rete che prevede:

- § un PANEL TECNICO-SCIENTIFICO REGIONALE finalizzato a condividere il progetto ed a condividere "raccomandazioni di buona pratica clinico-assistenziale" (su scompenso cardiaco e su diabete mellito T2). Il Panel, già operativo, include rappresentanti delle Società scientifiche, componenti dei Comitati Regionali di MG e di Specialistica e referenti delle aziende territoriali ed ospedaliere;
- § Organizzazione di "CONFERENZE DI CONSENSO" articolate su base multiprovinciale, mirate alla condivisione delle "Raccomandazioni" articolate dal Panel regionale.

Risultati

I PPI, già dai primi dati, testimoniano la potenzialità di ridurre la tendenza dei cittadini a rivolgersi all'ospedale per qualsiasi bisogno assistenziale.

Gli AGI attivati testimoniano, nel più ampio disegno di Gestione Integrata dei pazienti cronici (Registro, Sportello, Ambulatori dedicati, ...), l'importanza di un focus specifico sui pazienti cronici "complessi".

Il Registro-cronici (include già 200.000 pazienti) permette un primo livello di disease staging e l'attivazione di "percorsi assistenziali differenziati per complessità".

Il disegno prospettico di sviluppo del progetto è il seguente:

- § Dipartimento di Specialistica Ambulatoriale Unica provinciale, per raccordare la funzione specialistica, che includa la sperimentazione di "strutture intermedie" cogestite H/T
- § Raccordo PPI-AGI, che preveda l'utilizzo del personale medico dei PPI e del personale infermieristico territoriale per potenziare il disegno di follow up attivo e il case management dei pazienti cronici

Conclusioni

Il Territorio viene spesso concepito e percepito come "assistenza di seconda categoria", cosa che ha inciso sul suo sviluppo, ne ha mortificato le potenzialità ed ha generato la fuga dei cittadini verso l'ospedale anche per problemi gestibili efficacemente dai servizi territoriali. La mancata gestione integrata e proattiva dei pazienti cronici ed il drop-out sono la causa dei frequenti ricoveri.

Contrastare queste tendenze impone una strategia che si sviluppi lungo diverse linee innovative, non solo delle performance assistenziali dei singoli attori ma anche delle strutture organizzative, e che utilizzi molteplici strumenti operativi (PPI e AGI, Audit e lavoro di rete, Sistema informativo-informatico unico, Formazione congiunta collegata alla sviluppo dei "piani aziendali"). La Regione Sicilia ha già sviluppato le fondamenta del disegno strutturale ed operativo, come può evincersi dai dati di produzione dei nuovi servizi, ed è impegnata nello sviluppo delle nuove linee progettuali che in particolare prevedono un disegno unico provinciale (H/T) di specialistica ambulatoriale ed il raccordo tra l'area "urgenza" (PPI) e l'area "cronicità" (AGI).

Sviluppo del percorso del paziente oncologico e della rete locale di cure palliative secondo un modello di competenza diffuso

C Pedroni*, ML Muzzini*, W Vezzosi*, S Cavecchi*, A Nasi*

*Azienda USL di Reggio Emilia

Indirizzo per informazioni: pedroni.cristina@ausl.re.it

Introduzione del progetto

L'organizzazione della rete territoriale di cure palliative nella provincia di RE ed in particolare nel Distretto di Castelnovo ne' Monti si basa su un MODELLO DI EROGAZIONE E CULTURA DIFFUSA delle Cure Palliative che si realizza all'interno delle Cure Primarie con modalità organizzative, strumenti, intensità e standard di cura specifici.

L'accesso alle cure palliative prevede una valutazione multidimensionale e interdisciplinare finalizzata alla definizione di un progetto di presa in cura personalizzato

Scopi e metodologia

Messa in rete delle risorse per lo sviluppo della rete cure palliative locale con particolare attenzione:

- § al percorso di continuità della cura fra ospedale e territorio
- § alla diffusione di competenze di base in cure palliative, anche agli operatori socio sanitari
- § all'approfondimento delle competenze professionali da parte di MMG e infermieri che sono di riferimento ai colleghi

Risultati

Sviluppo competenze di MMG ed infermieri dell'assistenza domiciliare che svolgono funzioni di consulenti per i propri colleghi nei diversi contesti assistenziali

Inserimento dello psico-oncologo in ospedale e sul territorio

Attivazione congiunta MMG, Infermiere, Palliativista della prima visita di presa in cura e documentazione del P.A.I.

Implementazione della scheda clinico-assistenziale integrata con strumenti specifici di gestione delle cure palliative

Potenziamento del raccordo fra Dipartimenti Cure primarie e Dipartimenti Internistici finalizzato ad una precoce intercettazione dei casi che necessitano di essere inseriti in programmi di cure palliative ed alla discussione delle gestioni inappropriate con la metodologia dell'AUDIT.

Conclusioni

Le equipe curanti si costituiscono ad hoc sui singoli casi prevedendo la presenza del medico di medicina generale, dell'infermiere domiciliare, il medico inter pares e l'infermiere dedicato consulente; all'occorrenza fanno parte dell'equipe l'assistente sociale e la psicologa oltre ad altri specialisti attivati in base al bisogno

I singoli professionisti afferiscono ai servizi d'appartenenza.

É compito di queste equipe curanti effettuare la valutazione del bisogno, l'eleggibilità in cure palliative e la progettazione delle cure personalizzate

La formazione (di base, continua e sul campo) multidisciplinare degli operatori, è un elemento indispensabile per lo sviluppo del modello diffuso delle cure palliative, per l'erogazione ed il mantenimento di adeguati livelli qualitativi dell'assistenza.

I saperi e l'esperienza necessaria nel campo delle cure palliative ad oggi possono essere considerati come uno specifico ambito disciplinare

Progetto di gestione ambulatoriale delle ulcere venose (UV), finalizzato alla riduzione della sintomatologia algica.

C Percudani*, A Bertolini*, MC Cimicchi*, A Azzi*, S Bellingeri*, S Busi*, G Colla*,

*Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: cpercudani@gmail.com

Introduzione

Ulcere venose in fase attiva si trovano in circa lo 0,3% della popolazione occidentale adulta, la prevalenza di ulcere attive e guarite si attesta sull'1% ma supera il 3% negli ultra settantenni. Prognosi poco favorevole, tendono a guarire in tempi lunghi e recidivano frequentemente; la guarigione è inficiata nel ceto sociale medio-basso. Pazienti con UV possono lamentare intenso dolore, anche in assenza di infezione. Il dolore ha impatto negativo sulla vita quotidiana, compromettendone la qualità e procrastina la guarigione.

Metodi

Abbiamo formulato ed implementato un percorso integrato di cura, in ambito territoriale, comprensivo di sinergici livelli di intervento, domiciliare (Servizi domiciliari-ADI) ed ambulatoriale di prossimità (Ambulatorio vulnologico), finalizzato alla gestione delle UV con particolare riguardo alla sintomatologia algica.

É stato attivato un corso di formazione sul campo, finalizzato alla diffusione delle conoscenze di best practice in ambito vulnologico per creare una proficua sinergia d'azione, su basi culturali omogenee, fra l'Ambulatorio vulnologico di prossimità e il personale territoriale (formati 74 I.P.).

Obiettivi

Valutare l'impatto, sulla popolazione da noi assistita, dell'applicazione del protocollo in oggetto.

Risultati

Pazienti trattati 79 (età media 74,4); 31M, 48F; 18 recidive, totale 103 accessi complessivi. Abbiamo applicato la scala PUSH tool 3.0, score medio 10.3. L'86% giunto a risoluzione < 16 settimane; il 5,5% in 4-6 mesi; l'8% in 6-24 mesi; il 3,4% ulcere risolte in oltre 2 anni; il 2,6 % presenta ulcere ancora aperte dopo 5 anni.

Il 25% dei pazienti ha denunciato, all'ingresso, dolore persistente. La media VAS, all'ingresso era 5,4 ; alla 1° sett. 2,8. Il dolore era risolto entro 4 sett., salvo 1 caso risolto in 7.

Conclusioni

I dati dimostrano che, l'approccio olistico al paziente e la conduzione dei trattamenti secondo criteri di best practice, possono condurre a tempi di guarigione e successo nei trattamenti pari, se non migliori, a quelli medi riportati in letteratura. Un'attenzione orientata al WRP, da parte di tutti i "care-givers" coinvolti particolarmente nella gestione del paziente anziano, ha permesso di creare un ambiente di cura "accogliente", che ha affrontato, con buoni risultati in termini di entità e durata, la sintomatologia algica.

Medicina di iniziativa per il paziente cronico esperto

G Squeri*, M Lombardi*, F Doronzo*

* Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: gsqueri@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

I sistemi sanitari dovranno affrontare, nei prossimi anni, una situazione sempre più caratterizzata da un divario tra risorse disponibili e domanda di salute, destinato a crescere a causa dell'allungamento dell'aspettativa di vita e della maggior incidenza di patologie croniche. Linee guida, percorsi assistenziali e procedure sono strumenti di Governo Clinico necessari per verificare gli standard assistenziali e l'appropriatezza dell'assistenza erogata, salvaguardando per la loro implementazione, l'analisi del contesto locale. Il tutto nell'ottica della applicazione in ambito locale di modalità compatibili con il Chronic Care Model.

Scopi e metodologia

In un Servizio di Medicina Riabilitativa, all'interno di una Casa della Salute si sta definendo una procedura di gestione del paziente artrosico, al fine di soddisfare la domanda di salute espressa e finalizzata al miglioramento continuo dell'attività sanitaria. Attraverso una ricerca sistematica di Linee guida e semplici raccomandazioni sui principali motori di ricerca e siti istituzionali, la loro valutazione con strumento AGREE II e la relativa definizione procedurale che potrà essere attivata dal MMG con richiesta di "valutazione funzionale fisioterapica".

Risultati

- § Maggior appropriatezza nella presa in carico del paziente cronico con erogazione di interventi di provata efficacia clinica;
- § empowerment del paziente nella gestione della patologia cronica e nella prevenzione di progressione della patologia;
- § valorizzazione dell'autonomia e delle competenze del fisioterapista per garantire ai cittadini un'assistenza più appropriata, continuativa ed integrata;
- § maggiore integrazione professionale;
- § minore ricorso a prestazioni non appropriate rispetto alla gestione dei segni di malattia.

Conclusioni

La procedura è in fase di redazione del prototipo e si stanno perfezionando le ultime ricerche bibliografiche, la comunicazione agli stakeholders e le valutazioni economiche di fondo: si ritiene possibile l'inizio della applicazione pratica entro l'autunno

Monitoraggio del Diabete Mellito in età pediatrica

A Tomesani*, P Pandolfi*, C Giansante*, S Zucchini**, F Franchi*, R Ricci*

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

Indirizzo per informazioni: anna.tomesani@ausl.bo.it

Introduzione del progetto

Il diabete mellito in età pediatrica impegna molte risorse assistenziali. Per i bambini piccoli in particolare è molto importante intervenire per l'educazione del personale scolastico e, ove necessario, per integrare la famiglia nell'esecuzione dell'insulina a scuola.

Negli ultimi anni è stato segnalato un aumento dell'incidenza ed una diminuzione dell'età all'esordio. Per meglio descrivere questa tendenza e per pianificare con sistematicità gli interventi assistenziali ed educativi, insieme all'Area Vasta Emilia Centro si è iniziato un monitoraggio di tale patologia.

Scopi e metodologia

MONITORAGGIO: Fonte primaria: Centro Regionale per la Diabetologia Pediatrica. Fonti secondarie: esenzioni ticket, prescrizioni insulina, SDO. I nominativi non noti all'Ospedale sono stati verificati singolarmente per presenza ed attendibilità.

A SCUOLA

Formazione: si proporrà, collaborando con enti locali e Famiglie, un modulo innovativo, che integri le consuete informazioni sanitarie con interventi per una presa in carico complessiva

Assistenza: viene eseguita somministrazione di insulina per i piccoli ove le famiglie non riescano a fare fronte interamente a questo impegno

Risultati

MONITORAGGIO

Prevalenza del diabete mellito – dati al 31 dicembre 2010 – Azienda USL di Bologna

<i>Classi di età</i>	<i>Prevalenza per 100.000 residenti</i>
0-4	33,7
5-9	106,7
10-14	144,2
15-17	299,0

Incidenza complessiva in Area vasta: aumentata del 4% /anno

Dei 157 soggetti di Bologna: 38.9% esordio entro i 4 anni, solo il 23,6% dopo i 10.

Il 18,5% sono stranieri, 11 non hanno esenzione ticket, qualche famiglia e alcuni adolescenti nascondono ancora la loro condizione

ASSISTENZA

Nell'AS 2010/11 il Servizio infermieristico ha assistito 26 bambini per l'esecuzione di insulina a Scuola

Conclusioni

La qualità dell'assistenza nel territorio è in continua evoluzione, e risente positivamente delle nuove tecniche di somministrazione di insulina.

Permangono peraltro disparità nelle condizioni sociali, culturali ed economiche che limitano per questi minori qualità di vita e opportunità di accesso ad un trattamento ottimale.

L'attenzione ai loro bisogni deve quindi restare alta. È importante mantenere strumenti di osservazione di questi fenomeni e adattare in modo omogeneo e sostenibile nel territorio, l'assistenza integrata dei Servizi sanitari ed educativi.

L'assistenza integrata per i pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

R Varliero*, T Carradori*, G Franchino**, G Pieri**, F Bravi*, MP Fantini**

*Azienda USL di Ravenna, ** Università di Bologna

Indirizzo per informazioni: riccardo.varliero@ausl.ravenna.it

Introduzione del progetto

La BPCO rappresenta attualmente la quinta causa di mortalità e morbidità nei paesi sviluppati, costituendo un importante carico assistenziale sia ospedaliero che territoriale.

La letteratura internazionale ha evidenziato come l'implementazione di percorsi integrati fra professionisti e setting assistenziali può portare ad un miglioramento della gestione della BPCO.

Nell'AUSL di Ravenna è in fase di sperimentazione un modello comprensivo tipo Chronic Care Model (CCM) per i pazienti con BPCO.

Obiettivo del presente lavoro è identificare i pazienti con BPCO da inserire nei percorsi integrati.

Scopi e metodologia

Sono stati individuati nell'ambito dell'AUSL di Ravenna tre Nuclei di Cure Primarie (NCP), afferenti ai tre Distretti di Lugo, Faenza e Ravenna, oggetto della sperimentazione.

In una prima fase, i casi sono stati identificati utilizzando fonti informative correnti (banca dati SDO, Assistenza Farmaceutica Territoriale, Registro aziendale dei pazienti in ossigenoterapia) opportunamente linkate. Successivamente i casi individuati sono stati verificati attraverso le cartelle cliniche dei medici di medicina generale (MMG).

Risultati

Sono stati identificati 1890 possibili casi di BPCO. Sono state raccolte informazioni da 39 dei 49 MMG partecipanti al Progetto. Sono stati confermati 798 (54,7%) "casi di BPCO", mentre 271 (18,6%) sono risultati "da confermare", tramite visita medica, questionari predisposti ad hoc e spirometria presso gli ambulatori per patologia cronica attivati in ciascun NCP sede della sperimentazione. 389 casi (26,7%) non sono stati confermati dai MMG.

Conclusioni

Il punto di partenza per una gestione ottimale dei pazienti con BPCO è rappresentato dalla loro corretta identificazione e stadiazione clinica.

Obiettivo di questo lavoro è pertanto presentare un algoritmo validato per la corretta identificazione dei pazienti con BPCO, costruito utilizzando flussi informativi correnti.

Percorsi preventivi, diagnostici e terapeutici potranno quindi essere sviluppati ed implementati dopo aver identificato correttamente i pazienti e i loro bisogni assistenziali.

Percorsi integrati diagnostico – terapeutici rivolto a pazienti affetti da patologie neurologiche complesse

A Zanichelli*, L Vignatelli*, S Bergonzoni*

* Azienda USL di Bologna

Indirizzo per informazioni: alberto.zanichelli@ausl.bologna.it

Introduzione del progetto

Il progetto, che ha preso avvio nell'autunno 2010, riguarda la gestione integrata di pazienti affetti da patologia neurologica complessa.

La gestione dei percorsi organizzativi, di diagnosi e cura di tali pazienti, costituisce un intervento complesso i cui aspetti fondamentali sono rappresentati dall'approccio assistenziale multidisciplinare e rispondono alle parole chiave di rete integrata di servizi, accesso e appropriatezza dei percorsi di cura.

La progettualità si inserisce nella Casa della Salute di Crevalcore e coinvolge infermieri, neurologo territoriale ed MMG.

Scopi

Gestione di casi neurologici complessi all'interno nella rete integrata di servizi

Coordinatore del progetto è lo specialista neurologo territoriale

Metodologia

Prima fase

- § identificazione patologie neurologiche complesse
- § individuazione infermieri di riferimento e loro formazione
- § predisposizione delle procedure organizzative e di accesso alla visita neurologica
- § individuazione accessi appropriati alla visita neurologica e predisposizione agenda

Seconda fase

- § informatizzazione attività
- § coinvolgimento degli MMG del Nucleo
- § coinvolgimento professionisti della Clinica Neurologica per il secondo livello
- § Audit di Nucleo

Risultati

La prima fase progettuale si è conclusa a giugno 2011

Sono stati presi in carico dal neurologo 25 pazienti complessi

Gli infermieri hanno coordinato la programmazione delle visite, controlli e l'attività di completamento diagnostico e adottato le procedure per il contatto rapido (telefonico) tra i pazienti e lo specialista neurologo e altri setting assistenziali. A giugno 2011 si registrano 406 contatti telefonici.

Principale criticità: "comunicazione" infermieri-neurologo per inclusione e appropriatezza dei casi al progetto.

Conclusioni

La realizzazione dell'equipe infermieristica di supporto all'attività ambulatoriale di neurologia rappresenta un intervento complesso teso all'integrazione tra la Medicina Generale e Neurologia territoriale per la gestione dei percorsi di cura , al superamento delle criticità rilevate in termini di appropriatezza assistenziale ed equità di accesso.

Lo sviluppo del progetto si riassume, nella gestione dei casi neurologici complessi su segnalazione dei medici di Medicina Generale, l'esportazione del modello su altre realtà, il monitoraggio prospettico dell'attività neurologica ambulatoriale, l'individuazione di indicatori clinici.