

**Progetti attuativi Piano Sanitario Nazionale art. 2, comma 374, della Legge 244/2007
Anno 2009
Schede di Progetto**

PIANO SANITARIO NAZIONALE

Progetti attuativi Piano Sanitario Nazionale Legge 24 dicembre 2007 n. 244 art. 2 comma 374
SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE CASE DELLA SALUTE
Regione: Piemonte
Titolo del progetto: Prosecuzione della sperimentazione del modello assistenziale Case della Salute all'interno dell'evoluzione delle forme di integrazione dell'assistenza primaria nei distretti delle Asl piemontesi
ReferentI: Gabriella Viberti Tutela della salute e sanità, politiche sociali e politiche per la famiglia. Direzione: Sanità C.so R. Margherita 153 bis 10122 Torino
Durata del progetto: annuale Conclusione progetto: 31.12. 2011
Cofinanziamento atteso anno 2009 Legge 24 dicembre 2007 n. 244 art. 2 comma 374 € 3.780.000,00=
Spesa stimata anno 2009 € 3.780.000,00 richiesti + 2.224.000,00 cofinanziamento regionale come da D.G.R. 12075 del 07.09.2009 = 6.004.000,00 euro
Le caratteristiche della sperimentazione piemontese Gruppi di Cure Primarie/Case della Salute In Piemonte due Accordi siglati nel novembre 2008 e nell'agosto 2009 ¹ hanno definito i requisiti ed il modello organizzativo dei Gcp/Cds; i requisiti sono sintetizzati nel riquadro che segue. <i>Accordo Regionale della Medicina Generale per l'avvio di Gcp/Cds – I requisiti</i>
<i>Forma associativa:</i> medicina di gruppo, collegabile in rete con altri medici che non svolgono la loro attività ambulatoriale nella sede <i>Sede:</i> struttura comune aperta almeno 8 ore x 5 giorni/sett.(progressione rispetto al n. di medici presenti); può esser messa a disposizione da ASL, medicina di gruppo, enti locali, associazioni, società "no profit" <i>Mmg/Pls:</i> almeno 4 medici (4 mmg o 3 mmg ed un pls), per un bacino di utenza tra i 5.000 e i 15.000 abitanti <i>Figura amministrativa e infermieristica:</i> collaboratore di studio con funzioni amministr. e infermieristico con funzioni di assistenza <i>Funzioni sociali:</i> prevista presenza di funzioni sociali integrate <i>Medici specialisti:</i> devono essere in regime di convenzione con il SSN (specialisti ambulatoriali) o ospedalieri

¹ DGR n. 57 del 17.11.08 "Accordo Regionale ... per l'avvio dei Gcp/Cds..." e dgr n. 105 del 4.09.09 "... modello organizzativo di sperimentazione dei Gcp/Cds"

Percorsi assistenziali: almeno uno condiviso per una patologia cronica o degenerativa di maggior interesse (AMO)

Funzioni informatiche: presenti in collegamento con la rete Asl per l'effettuazione di funzioni di carattere amministrativo o sanitario

La sigla degli Accordi ha dato l'avvio ad una sperimentazione che, partita formalmente nella seconda metà del 2009 (primo ottobre, anche se alcuni gruppi erano già operativi sin dal 2008), con la disponibilità dei fondi ministeriali acquisiti ad hoc sul progetto ², oggi vede all'attivo 23 Gruppi di Cure Primarie, composti da 141 mmg e 19 pls, che assistono nel complesso 188.800 assistiti.

I GCP sono partiti in 12 delle 13 Asl del Piemonte: in tutti i GCP, che garantiscono un'assistenza continuativa di almeno 8 ore al giorno per cinque giorni la settimana, sono presenti, oltre a mmg e pls, infermieri e collaboratori amministrativi, specialisti per le funzioni individuate e funzioni sociali.

ASL	DISTRETTO	Sede del GCP/CS	N. mmg	N. pls	N. assistiti mmg	N. assistiti pls
TO1	San Salvario	San Salvario	6	no	5.409	
TO2	Parella	Parella	6	no	5.129	
TO3	Orbassano	Borgaretto	3	1	3.140	1.200
TO3	Pinerolo	Cumiana	5	1	7.261	1.029
TO3	Pinerolo	Vigone	7	1	9.165	996
TO3	Venaria	Pianezza	6	no	8.202	0
TO4	Chivasso	Brandizzo	5	1	6.380	600
TO5	Chieri	Pino Torinese	6	1	7.863	
TO5	Moncalieri	La Loggia	6	no	7.151	
TO5	Nichelino	Vinovo	3	1	4.721	500
TO5	Carmagnola	Carignano	5	no	6.500	
VC	Borgosesia	Coggiola	6	1	7.806	550
VC	Valsesia	Varallo	9	no	10.260	
NO	Borgomanero	Ghemme	4	1	5.101	777
VCO	Verbania	Cannobio	4	1	6.100	400
CN1	BS Dalmazzo	Demonte	5	3	7.300	
CN1	BS Dalmazzo	Boves	4	1	4.500	
CN1	Savigliano	Fossano	16	no	22.580	
CN2	Alba	Montà	3	3	4.291	2.568
AT	Asti Sud	Canelli	5	1	6.936	1.012
AT	Asti Sud	Nizza Monferrato	15	1	17.689	875
AL	Alessandria	Cast.Bormida	4	1	5.000	800
AL	Arquata Scrivia	Arquata Scrivia	8	no	9.009	

Le caratteristiche delle attività erogate nei Gruppi di Cure Primarie e nelle Case della Salute

Di seguito le attività "innovative" erogate nei Gcp/Cds della sperimentazione piemontese (DGR n. 105/2009 citata):

- assistenza coordinata e prolungata a tutta la popolazione iscritta ai medici in associazione per motivi di indifferibilità clinica o burocratica dell'assistenza, non inferiore alle 8 ore giornaliere
- incremento delle ore di contattabilità del singolo medico, anche attraverso il servizio di segreteria del GCP/CdS, per eventuale domiciliarità da risolversi in giornata, non inferiore a due ore giornaliere dal lunedì al venerdì (8,00-12,00)

2) *Attività ambulatoriale dedicata alla gestione di Amb. Medici Orientati (AMO):* partecipazione di ogni medico alle attività di gestione pluriprofessionale di almeno un AMO, in collaborazione con funzione infermieristica e attività Distretti.

3) *Attività di governo clinico (lavoro da eseguire in assenza del paziente)* epidemiologica/organizzativa, programmatica, di formazione e ricerca, in rete coi sistemi

² DGR n. 13 del 7 settembre 2009 "...Integrazione alla DGR n. 105 del 4 agosto 2009"

informativi aziendali

Le attività innovative dei GCP/CdS sono remunerate con Indici di Valorizzazione (valore unitario 37,8 euro), in base al conseguimento di indicatori di processo e risultato (in corso di rilevazione), individuati nella DGR n. 105/2009 .

<i>Dimensione</i>	<i>Indicatori individuati nella dgr 105 del 4 agosto 2009</i>	<i>Indici di Valorizz.</i>
Continuità dell'assistenza	Informazione alla popolazione	2,5 avvio, 2 al conseguimento degli indicatori
	Incremento dell'attività su appuntamento	
	Valutazione di un questionario di gradimento (in corso, Aress, con Citt. Attiva)	
Ambulatori Medici Orientati	Prevenzione e diagnosi precoce (popolazione presa in carico nell'AMO)	2 avvio, 4 al conseguimento degli indicatori
	Miglioramento della qualità della diagnosi (attraverso l'AMO)	
	Corretto follow up (Capacità di dare risposte appropriate)	
	Corretta gestione terapeutica	
Gov. clinico	Audit, formazione	1 avvio, 1 indicatori
Gestione/coord.		5 al coordinatore

Qualche dato sull'avvio dei Gruppi di Cure primarie in Piemonte

I dati evidenziano una partenza diffusa dell'operatività già dal 2008, anche se la partenza ufficiale è stata formalizzata il 1 ottobre 2010, in alcuni casi anche dal 2007 (Gcp di PinoTorinese e Castellazzo Bormida).

L'orario di apertura dei Gcp/Cds è sempre superiore alle 8 ore, in alcuni casi raggiunge le 12 (Fossano, Castellazzo Bormida, Arquata Scrivia). Generalmente più del 50 % dell'attività viene erogata su appuntamento.

Tutti i gruppi hanno optato per l'AMO rischio cardiovascolare (per il quale la Regione ha fornito, all'inizio del 2010, linee di indirizzo dettagliate per l'effettuazione); due gruppi hanno optato per l'AMO obesità (Vinovo e Varallo).

Il personale presente

Considerando il nucleo di base previsto all'interno dei Gruppi di Cure Primarie, tutti i 23 gruppi avviati sono dotati di unità di personale infermieristico e amministrativo. Secondo le disponibilità delle Asl di appartenenza, il personale è stato di volta in volta messo a disposizione dall'Asl o dalla stessa medicina di gruppo (autorizzata a livello regionale).

Più disomogenea invece la presenza di pls, personale sociale e di specialisti: nel primo caso si tratta o di non disponibilità della figura nell'ambito territoriale o di difficoltà ad organizzare modalità di lavoro integrato con questa figura (che difatti sta presentando, a livello regionale, un documento relativo ad un modello esclusivamente pediatrico di Gcp). Circa la mancata presenza di personale dei servizi sociali in una parte significativa dei Gcp/Cds, in particolare in Torino e Provincia, la difficoltà più diffusa riguarda la carenza di risorse: per questo motivo in alcuni gruppi si è ricorso, nella fase di avvio, all'espletamento di funzioni sociali da parte del personale infermieristico, opportunamente addestrato.

La sede

In 10 Gcp la proprietà della sede è dei medici di medicina generale (in questo caso l'Asl rimborsa il 70 % della spesa); in 13 è dell'Asl o dei Comuni (in questo caso i medici di famiglia rimborsano fino al 30 % della spesa). Meno diffusa del previsto la presenza di sedi periferiche (rilevata in 12

gruppi su 23).

Le risorse necessarie e quelle messe in campo dalla Regione Piemonte per lo sviluppo del Progetto GCP/CS

Lo sviluppo della sperimentazione piemontese GCP/CS richiede, una volta utilizzati i Fondi strutturali e le attrezzature destinati all'avvio delle attività, nonché gli incentivi destinati allo sviluppo di risorse strumentali e fondi per il collegamento informatico, incentivi di processo per l'effettuazione degli Ambulatori Medici Orientati, che verranno erogati commisurandoli al conseguimento degli indicatori definiti nella DGR n. 105 del 4 agosto 2009.

Costi presunti:

Costo totale presunto: 6.004.000 euro
Finanziamento richiesto: 3.780.000 euro
Cofinanziamento regionale: 2.224.000 euro

Obiettivi attesi del Progetto

Riorganizzazione delle cure primarie attraverso la costruzione di una rete di servizi territoriali in grado di dare risposte articolate ai diversi bisogni di salute, garantire la continuità dell'assistenza, nelle 24 ore e nell'intero arco di vita dei pazienti ma anche il collegamento con la rete ospedaliera, assorbendo anche la domanda di prestazioni urgenti di primo livello che oggi troppo spesso affolla i Pronto Soccorso ospedalieri.

Integrazione delle prestazioni erogate dai servizi territoriali delle Asl piemontesi, in modo che siano i servizi accollarsi l'onere del percorso, non riversando sui cittadini le incongruenze di modelli frammentati.

Valorizzazione della partecipazione dei cittadini .

Ricomposizione delle separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie e socio sanitarie.

Creare un terreno favorente lo sviluppo di programmi di prevenzione.

PIANO SANITARIO NAZIONALE

Progetti attuativi Piano Sanitario Nazionale Legge 24 dicembre 2007 n. 244 art. 2, comma 374
MALATTIE RARE
Regione: Piemonte
Titolo del progetto: Implementazione della rete interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta - Realizzazione di Centri Esperti per singole patologie o per gruppi omogenei di patologie rare
Referente: Maria Maspoli Tutela della salute e sanità, politiche sociali e politiche per la famiglia. Direzione: Sanità Corso Regina Margherita 153 bis 10122 Torino e-mail: maria.maspoli@regione.piemonte.it
Cofinanziamento atteso anno 2009 Legge 24 dicembre 2007 n. 244 art. 2, comma 374 € 800.000,00=
Partecipazione della Regione Piemonte al Finanziamento: € 200.000,00= I fondi sono stati impegnati con D.D. 24 novembre 2008, n.793 e con D.D. n. 716 del 18.11.2009 - Consolidamento della rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi, la terapia delle malattie rare. Cap. 157813.
Spesa stimata: € 1.000.000,00=
SINTESI del contenuto del PROGETTO Il progetto "Implementazione della rete interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta - Realizzazione di Centri Esperti per singole patologie o per gruppi omogenei di patologie rare" si propone di ottimizzare l'interazione fra presidi ospedalieri e territorio al fine di migliorare l'assistenza dei pazienti. Gli obiettivi del progetto saranno perseguiti mediante l'attivazione di "centri esperti" per le malattie rare già oggetto di interesse di specifici gruppi di lavoro impegnati nella realizzazione di modelli di percorso diagnostico-terapeutico. In particolare i "centri esperti" dovranno provvedere alla formazione e all'informazione degli operatori delle aziende sanitarie locali che hanno in carico i pazienti coinvolgendo anche i distretti, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.
CONTESTO Il progetto è funzionale allo sviluppo della Rete Interregionale per le Malattie Rare del Piemonte e della Valle d'Aosta e si pone come obiettivo di completare un iter di ottimizzazione e standardizzazione dei percorsi diagnostici e terapeutici per patologie (o gruppi omogenei di

patologie) rare ritenute critiche (per problematiche diagnostiche ed assistenziali o perché penalizzate da mobilità passiva verso Centri esteri) dal tavolo tecnico-specialistico che supporta il Centro di coordinamento della Rete interregionale.

La rete interregionale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta rappresenta un sistema del tutto peculiare nell'ambito della rete nazionale delle malattie rare in quanto coinvolge tutti i presidi sanitari pubblici delle due regioni in una logica di "rete assistenziale diffusa".

In questo contesto sono essenziali le "attività dei gruppi multidisciplinari consortili", che si occupano di singole patologie o di gruppi omogenei di patologie e che si sono sviluppati grazie ai finanziamenti resi disponibili dall'Art. 1 comma 806 della legge 296/2006 – bando 2007. Questi gruppi coinvolgono tutti gli operatori che si occupano delle malattie rare oggetto dei singoli consorzi in Piemonte e Valle d'Aosta. I criteri utilizzati per la scelta delle patologie sono la presenza di controversie nella diagnosi delle malattie rare (come nel caso della connettivite indifferenziata o in quello della pubertà precoce), la difficoltà nella identificazione del percorso assistenziale ottimale da adottare (come nel caso delle amiloidosi sistemiche, della sindrome da anticorpi antifosfolipidi, e della sindrome di Arnold-Chiari), i rilevanti costi assistenziali che necessitano di un attento monitoraggio delle prescrizioni e di un follow-up standardizzato inteso a validare l'indicazione terapeutica (come nel caso dell'ipertensione polmonare primitiva o delle malattie da accumulo lisosomiale).

L'importanza dei problemi affrontati è tale che la Regione ne ha finalizzato l'attività alla realizzazione di percorsi assistenziali o di definizioni condivisi a tutti i livelli.

I principali vantaggi di questo modello consistono nella condivisione delle scelte assistenziali, nella sistematica adozione delle procedure e in una parallela crescita professionale degli operatori coinvolti.

Le 15 attività consortili attualmente attive (neuropatie periferiche immunomediate, s. di Arnold Chiari, siringomielia e siringobulbia, malattie da espansione di triplette, sindrome da anticorpi antifosfolipidi, ipertensione polmonare primitiva, connettivite indifferenziata, sclerodermia, amiloidosi, pubertà precoce, porfirie, s. di Prader-Willi, osteodistrofie congenite, malattie lisosomiali, uveiti, linfedema primitivo), realizzate grazie ai finanziamenti resi disponibili dall'Art. 1 comma 806 della legge 296/2006 – bando 2007, hanno apportato definiti miglioramenti alla rete assistenziale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta:

- condivisione di criteri diagnostici univoci (connettivite indifferenziata, pubertà precoce, ipertensione polmonare primitiva e sclerosi sistemica progressiva);
- miglioramento delle metodiche diagnostiche utilizzate attraverso la realizzazione di verifiche esterne di qualità (amiloidosi sistemiche e sindrome da anticorpi antifosfolipidi);
- condivisione dei percorsi assistenziali (sindrome di Arnold-Chiari e siringomielia-siringobulbia, sindrome di Prader-Willi, linfedema primitivo, uveiti, osteodistrofie congenite);
- valutazioni farmacoeconomiche dei percorsi terapeutici (neuropatie periferiche immunomediate).

Le attività consortili rappresentano quindi un'esperienza di straordinaria rilevanza per l'ottimizzazione della Rete interregionale per le malattie Rare.

Con lo sviluppo del Registro interregionale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta, realizzato con i finanziamenti resi disponibili dall'Art. 1 comma 806 della legge 296/2006 – bando 2007, sono tuttavia emerse criticità relative allo scollamento tra aziende ospedaliere e territorio, carenze formative ed organizzative nelle aree periferiche, limiti di tempestività diagnostica e ritardi nell'applicazione degli algoritmi diagnostico-terapeutici.

L'insieme di queste osservazioni e l'esperienza di modelli assistenziali già esistenti che integrano

organicamente l'assistenza ospedaliera con quella territoriale (quali, ad esempio, la rete per l'assistenza respiratoria domiciliare integrata in età evolutiva, realizzata grazie ai finanziamenti resi disponibili dall'Art. 1 comma 806 della legge 296/2006 – bando 2007) hanno condotto all'elaborazione di modelli ulteriormente avanzati di integrazione tra strutture di eccellenza ed assistenza territoriale.

Questi modelli sono basati sul potenziamento di "centri esperti" che fungano da "catalizzatore" e si occupino prima che della presa in carico quotidiana dei pazienti, della realizzazione di percorsi dedicati e nella formazione degli operatori del territorio o di altri presidi ospedalieri regionali coinvolti nella gestione dei pazienti residenti nelle diverse aziende sanitarie regionali.

Lo sviluppo dei "centri esperti" costituisce la naturale evoluzione delle attività consortili già realizzate.

ATTUALE OFFERTA DI SERVIZI IN REGIONE PIEMONTE

La rete interregionale è stata istituita nel 2008 con due delibere delle rispettive reti regionali per le malattie rare la cui realizzazione risale al 2004 per la regione Piemonte e al 2006 per la regione Valle d'Aosta.

Attualmente le due regioni costituiscono un bacino unico di utenza che prevede che i pazienti fruiscano degli stessi diritti, ad includere la possibilità di accedere gratuitamente ai farmaci esteri, fuori indicazione, in fascia C o ai galenici salvavita previa stesura di un piano terapeutico da parte del medico specialista pubblico che ha in carico il malato.

Proprio nell'ambito dell'assistenza farmaceutica è stata recentemente iniziata una sperimentazione che prevede la collaborazione di tutte le farmacie ospedaliere del Piemonte e della Valle d'Aosta nella realizzazione, nella distribuzione e nel monitoraggio di farmaci galenici salvavita per le malattie rare.

L'attività assistenziale dedicata alle malattie rare vede inoltre la presenza di 15 attività consortili dedicate ad altrettante malattie rare o gruppi di malattie rare.

E' stata inoltre realizzata una prima sperimentazione di "centri esperti" dedicati alla Sclerosi Laterale Amiotrofica. In base ai dati del registro interregionale sono stati individuati due centri presso cui si aggregava la maggior parte della casistica regionale. I due centri sono stati quindi incaricati, con la D.G.R. 30 Dicembre 2009, n. 27-12969, di svolgere la formazione e l'addestramento degli operatori di riferimento dei singoli pazienti, di supportare la presa in carico delle persone affette da SLA in modo da ottimizzarne il percorso, di sviluppare e monitorare i percorsi regionali, di promuovere la ricerca e l'informazione sulla malattia.

OBIETTIVI e RISULTATI attesi

Obiettivi generali di questo progetto sono:

- attivazione di "centri esperti" per le malattie rare già oggetto di attività consortile e per le principali malattie rare, o gruppi omogenei di malattie rare, identificati mediante l'analisi dei dati del registro interregionale per le malattie rare;
- realizzazione di modelli di percorso diagnostico-terapeutico per le principali malattie rare, o per gruppi di malattie rare che presentino problematiche assistenziali omogenee, che prevedano un coinvolgimento attivo dell'ospedale e del territorio ad includere i medici di medicina generale e i

pediatri di libera scelta.

Alla fine del progetto i risultati attesi sono:

- determinazione dei principali criteri per l'identificazione e dei compiti da assegnare ai "centri esperti";
- evoluzione delle attività consortili esistenti, già attivate nella prima fase del lavoro (cfr. progetto attuativo del PSN di cui all'Art. 1 comma 806 della legge 296/2006 – bando 2007), verso la formazione di "centri esperti"; si ritiene che un risultato accettabile consista nell'attivazione di centri esperti per almeno 8 delle 15 patologie attualmente oggetto di attività consortile;
- identificazione, attraverso l'analisi dei dati di registro, di Centri Esperti per le principali patologie rare attualmente non oggetto di attività consortile; si ritiene che un risultato accettabile consista nell'attivazione di centri esperti per almeno 5 patologie o gruppi omogenei di patologie;
- realizzazione di modelli di percorso diagnostico-terapeutico per le principali malattie rare, o per gruppi di malattie rare che presentino problematiche assistenziali omogenee, che prevedano un coinvolgimento attivo dell'ospedale e del territorio ad includere i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Si ritiene che un risultato accettabile consista nell'attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici che coinvolgano almeno il 20% del territorio regionale.

Strategia della comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori

Le informazioni relative al progetto verranno comunicate ai cittadini ed agli operatori mediante:

- realizzazione di una sessione dedicata all'attività dei centri esperti nell'ambito di un convegno annuale dedicato alle malattie rare che si tiene nel mese di gennaio a Torino a cura del Centro di Coordinamento Interregionale per le Malattie Rare del Piemonte e della Valle d'Aosta;
- realizzazione di conferenze aperte alla cittadinanza e dedicate all'attività della rete interregionale per le malattie rare, con particolare attenzione ai percorsi diagnostico-terapeutici, da tenersi presso le sedi degli enti locali (biblioteche, scuole, ecc.)
- diffusione delle informazioni sui percorsi attivati e sui centri esperti tramite appositi corsi residenziali e mediante FAD dedicati agli operatori ospedalieri e del territorio, ad includere i medici di base e i pediatri di libera scelta;
- apertura di uno sportello informativo dedicato ai pazienti, ai familiari ed agli operatori presso il quale vengano fornite informazioni sui percorsi diagnostico-terapeutici attivati e sui centri esperti esistenti;
- pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte delle delibere relative all'istituzione di percorsi diagnostico-terapeutici e alla realizzazione dei centri esperti;
- pubblicazione di tutta la documentazione relativa ai centri esperti ed ai percorsi diagnostico-terapeutici sul sito web della rete interregionale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta;

Articolazione del progetto

Metodi

1) Identificazione dei centri esperti

I "centri esperti" verranno identificati mediante valutazione dei dati del registro interregionale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta, della produzione scientifica dei singoli centri e delle indicazioni provenienti dai singoli consorzi per le malattie rare.

Identificazione delle funzioni da attribuire ai "centri esperti"

2) Le funzioni da attribuire ai centri esperti saranno mutate dalla D.G.R. 30 Dicembre 2009, n. 27-12969 relativa all'istituzione dei centri esperti per la SLA. In particolare i centri esperti dovranno

avere le seguenti funzioni:

- svolgere la formazione e l'addestramento degli operatori di riferimento dei singoli pazienti;
- di supportare la presa in carico delle persone affette da SLA in modo da ottimizzarne il percorso;
- sviluppare e monitorare i percorsi regionali;
- promuovere la ricerca e l'informazione sulle malattie rare di competenza.

3) Realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici

La realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici verrà effettuata mediante il coinvolgimento degli operatori dei centri di riferimento, dei rappresentanti dei distretti e adottando come metodica di lavoro la metodica Delfi per la stesura dei percorsi.

4) Valutazione dell'attività dei centri esperti e dell'efficienza ed efficacia dei percorsi assistenziali

La valutazione dell'attività dei centri esperti e dell'efficienza dei percorsi diagnostico-terapeutici verrà effettuata mediante la valutazione delle documentazioni di flusso corrente (SDO, file C, file F, ecc.) e mediante un audit attivo della valutazione dei pazienti relativamente alle prestazioni assistenziali (ospedaliere e territoriali) erogate.

Cronogramma

- Sviluppo dei criteri per la definizione dei centri di riferimento: entro 1 mese dall'approvazione del progetto
- Identificazione dei centri esperti: entro 4 mesi dall'approvazione del progetto
- Deliberazione relativa alla realizzazione dei centri esperti: entro 10 mesi dall'approvazione dei centri esperti
- Comunicazione del progetto nei confronti dei cittadini: la descrizione dello stato di avanzamento del progetto verrà effettuata durante tutto l'arco di svolgimento del progetto utilizzando le metodiche illustrate nell'apposita sezione.

PIANO SANITARIO NAZIONALE

Progetti attuativi Piano Sanitario Nazionale Legge 24 dicembre 2007 n. 244 art. 2 comma 374
IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLE UNITA' SPINALI UNIPOLARI E DELLE STRUTTURE PER PAZIENTI GRAVI CEREBROLES
Regione: Piemonte
Titolo del progetto: La presa in carico globale della persona (in età adulta e pediatrica) con lesione midollare nella fase stabilizzata (dall'ospedale al territorio e dal territorio all'ospedale): processi organizzativi e tecnologie innovative.
Referente: Maurizio Salvini Assessorato a Tutela della salute e sanità, politiche sociali e politiche per la famiglia. Direzione: Sanità Corso Regina Margherita 153 bis 10122 Torino e-mail: maurizio.salvini@regione.piemonte.it maurizio.salvini@regione.piemonte.it
Cofinanziamento atteso anno 2009 Legge 24 dicembre 2007 n. 244 art. 2 comma 374 € 960.000,00=
Partecipazione della Regione Piemonte: € 200.000,00=
Spesa stimata € 1.160.000,00=
Contesto La cura e la riabilitazione della persona con lesione midollare, sia essa di origine traumatica o non, richiedono competenze multispecialistiche e multiprofessionali che sono garantite dalla costituzione delle Unità Spinali, le quali devono consentire la presa in carico della persona con mielolesione fin dal momento dell'evento lesivo ed assicurare che essa sia globale ed unitaria. Per raggiungere questo obiettivo, nelle attività svolte presso le Unità Spinali devono confluire tutte le strutture che consentano la interdisciplinarietà e la multiprofessionalità necessarie, sia nella fase d'emergenza e nella fase acuta sia nella fase di stabilizzazione sia nella fase stabilizzata. La mielolesione, nella evoluzione del quadro clinico e dei bisogni sanitari ed assistenziali che ne derivano, riconosce, infatti, fasi ben distinte sul piano prettamente sanitario: una fase iniziale (<i>fase dell'emergenza, prevalentemente nelle forme traumatiche, e fase acuta</i>), in cui prevalgono le esigenze della sopravvivenza, della riduzione del danno e della prevenzione delle complicanze precoci; una seconda fase (<i>fase di stabilizzazione</i>), in cui prevalgono gli obiettivi del recupero funzionale e dell'autonomia; una terza fase (<i>fase stabilizzata</i>) in cui prevale la prevenzione ed il trattamento delle complicanze tardive.

Il progetto è rivolto alla fase stabilizzata della mielolesione, che ha inizio al momento delle dimissioni della persona dall'Unità Spinale e che durerà tutta la vita della persona stessa.

Il corretto approccio alla cura delle persone con lesione midollare nella fase stabilizzata è finalizzato, sul piano prettamente sanitario, al controllo dell'evoluzione, spesso inevitabile, del quadro clinico ed alla prevenzione/trattamento delle complicanze che possono verificarsi, in tale fase, sia sul versante delle funzioni sensitivo-motorie (spasticità, dolore, osteoartropatie...) che su quello delle funzioni autonome (disfunzioni urinarie, intestinali, sessuali, respiratorie...); sul piano socio-assistenziale, in tale fase, l'attenzione deve essere rivolta all'inclusione sociale della persona, ivi comprese le attività finalizzate al miglior reinserimento anche scolastico e/o lavorativo.

La garanzia di una offerta assistenziale adeguata e appropriata, non solo dal punto di vista clinico e sociale, ma anche organizzativo, si basa sulla capacità di integrare e coordinare i diversi servizi (ospedalieri e territoriali) che compongono tale offerta, tenendo nel contempo conto, anche a fini organizzativi previsionali, delle dimensioni epidemiologiche e sociali del problema.

Riguardo i dati epidemiologici, questi presentano in letteratura ampia variabilità, essendo le stime rese difficili dalla diffusa mancanza di registri di patologia a copertura di popolazione. Nei paesi economicamente sviluppati, a fronte di un declino della mortalità da infortuni, si osservano trend temporali sostanzialmente stabili o con lievi variazioni nell'incidenza di mielolesioni. La riduzione della mortalità è correlata sia ad una riduzione di occorrenza di infortuni gravi, sia ad una maggiore efficacia delle terapie intensive in fase acuta e di stabilizzazione, efficacia che contribuisce, in associazione con il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria (prevenzione e trattamento delle complicanze tardive) dei casi stabilizzati, ad incrementare la prevalenza di pazienti con danni senso-motori ed autonomici permanenti. Nella regione Piemonte la conoscenza dell'incidenza e della prevalenza della lesione midollare, di origine traumatica e non traumatica, è attualmente oggetto di studio, nel contesto di progetti finanziati con i fondi regionali per la ricerca finalizzata (in attuazione di specifiche Deliberazioni di Giunta Regionale), progetti denominati "La lesione al midollo spinale: utilizzo e sviluppo di fonti informative"(progetto 2007) e "Il paziente con mielolesione: definizione dei bisogni socio-sanitari per la presa in carico integrata" (progetto 2008). Una relazione sul tema è stata, inoltre, redatta su specifica richiesta dell'Assessorato regionale Tutela della Salute e Sanità nel 2009, presentando dati ottenibili dalle fonti sanitarie correnti: in Piemonte negli ultimi anni si è registrata una tendenza alla riduzione dei tassi di ospedalizzazione per mielolesioni in reparti per acuti (anche se con un aumento nel biennio 2006-2007) ed un aumento dei tassi di ospedalizzazione per tetra-paraplegie in reparti per lungodegenti e per riabilitazione; in entrambi i casi si è osservato un incremento della durata media di degenza.

Attuale offerta di servizi per la cura e riabilitazione delle persone con lesioni midollari nella Regione Piemonte

E' condiviso il fatto che alla persona con lesione al midollo spinale, di qualsiasi origine, si debba garantire il trattamento immediato, completo e definitivo secondo il principio dell'unità di tempo, di luogo e di azione, da realizzarsi nelle Unità Spinali Unipolari (USU) e che tale modalità di assistenza e cura debba fare riferimento alle "Linee guida per le attività di riabilitazione", di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 7 maggio 1998 (repertorio atti n. 457) relativo allo sviluppo delle attività di riabilitazione ed all'Accordo sancito dalla medesima Conferenza in data 29 aprile 2004 relativamente alle "Linee Guida per le USU".

La DGR della Regione Piemonte 2 aprile 2007 n. 10-5605 "Riorganizzazione delle attività della regione Piemonte – Prime direttive alle Aziende Sanitarie regionali", per ciò che riguarda il sistema di servizi curativi e riabilitativi regionali dedicati alle persone con lesione midollare prevede quanto segue:

una funzione sovrazonale a valenza regionale

per la gestione interdisciplinare, non solo della fase dell'acuzia e della post-acuzia ma anche della **fase stabilizzata**; tale funzione viene assicurata dalla Unità Spinale Unipolare (USU) inserita in un Dipartimento Funzionale delle Mielolesioni (DML), attivo presso l'AO CTO- Maria Adelaide di Torino, e da due Unità Spinali (US), attive presso l'AOU-Universitaria di Novara e l'AO di Alessandria.

la DGR citata prevede che vengano realizzate forme di coordinamento funzionale - a carattere dipartimentale interaziendale - tra le citate Strutture;

una funzione zonale,

nella **fase stabilizzata**, assicurata da servizi ospedalieri e territoriali di RRF e delle specialità che debbono essere necessariamente coinvolte nella cura delle complicanze tardive della lesione midollare (urologia, pneumologia, medicina interna, chirurgia plastica, algologia...), operanti in modo integrato con l'Unità Spinale del CTO e le Unità Spinali di Novara e Alessandria; tali attività sono svolte per lo più da servizi attivi presso l'ASL di appartenenza del cittadino per le problematiche di minore complessità che non comportino un peculiare intervento da parte delle Strutture di terzo livello.

Criticità nell'offerta di servizi per la cura e riabilitazione delle persone con lesione midollare nella Regione Piemonte

- insufficiente risposta fornita dalle Unità Spinali alle problematiche sanitarie delle persone con mielolesione in fase stabilizzata, sia per una attività di follow-up sia per il trattamento delle complicanze;
- insufficiente risposta alle problematiche inerenti la mielolesione insorta in età pediatrica, ivi compresa anche la presa in carico di bambini divenuti adolescenti e quindi non più in carico all'ospedale pediatrico
- insufficiente integrazione operativa tra le tre strutture specialistiche dedicate alla cura della mielolesione (USU di Torino e U.S. di Novara ed Alessandria)
- insufficiente integrazione funzionale tra le suddette Unità Spinali e le altre strutture complesse ospedaliere che si occupano di riabilitazione o delle altre discipline coinvolte (anche a favore di persone con lesione midollare) nel territorio regionale
- insufficiente integrazione tra servizi specialistici e sociali ospedalieri ed i servizi sanitari e sociali distrettuali, finalizzata alla presa in carico territoriale della persona con lesione midollare dimessa dalle strutture ospedaliere specializzate.

Interventi da attivare

In attuazione della citata DGR, e delle indicazioni del PSSR 2007-2010 per ciò che concerne in particolare gli interventi previsti per la presa in carico e per la realizzazione dei Piani individuali per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (cfr. par. 4.5.3.2. del PSSR e le Deliberazioni della Giunta regionale n. 56-13332 del 15 febbraio 2010 e n. 26-13680 del 29 marzo 2010), è previsto che le criticità citate debbano essere affrontate attivando i seguenti interventi:

a) definizione/aggiornamento dei percorsi diagnostico-terapeutici attualmente realizzati nel contesto delle Unità Spinali operanti sul territorio regionale. In particolare, si dovranno potenziare gli interventi di **follow up** e di **trattamento delle complicanze** nei confronti delle persone con lesione midollare in fase stabilizzata,

b) nell'ambito di una attività di tipo dipartimentale interaziendale regionale definire le modalità operative di **collaborazione** e di **supporto reciproco tra le Unità Spinali**; tutto ciò adottando anche tecnologie innovative di comunicazione e rinforzando le peculiarità specialistiche,

c) implementazione dell'integrazione operativa e culturale/scientifica tra le Unità Spinali e gli ospedali pediatrici presenti sul territorio regionale (AO OIRM/S. Anna di Torino e AO Cesare Arrigo di Alessandria), nonché le altre Unità Spinali, presenti sul territorio nazionale ed internazionale, che già si fanno carico dei **bambini con lesione midollare**,

d) sviluppo del sistema integrato di cure in **Reti Zonali**, al fine anche di assicurare appropriati percorsi di **follow-up** sanitario e sociale per le persone con lesione midollare in fase stabilizzata, promuovendo il coordinamento tra Unità Spinali, Distretti [MMG/PLS, strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali], Enti Locali ed Enti gestori delle funzioni socioassistenziali, per la **continuità delle cure** e dell'assistenza della persona con mielolesione in fase stabilizzata, e per il potenziamento e l' omogeneizzazione dei progetti finalizzati **alla loro inclusione sociale**,

e) l'utilizzo della **telemedicina**, nelle attività di consulenza e supporto a distanza tra le Unità Spinali e i diversi setting di cura territoriali.

La definizione puntuale di obiettivi, funzioni, modalità operative, risorse per l'attivazione di quanto riportato nel punto "interventi da attivare" verrà affrontata dal "Gruppo regionale di lavoro per la prevenzione, cura, riabilitazione ed inclusione sociale delle persone con lesioni midollari", costituito per l'attuazione dei precedenti Progetti relativi agli anni 2007 e 2008, già presentati al Ministero della Salute.

Strategia della Comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori

Il Progetto prevede la promozione di iniziative informative, attraverso anche le Associazioni di persone con lesione midollare e le Società scientifiche, nei confronti degli operatori dei servizi sanitari, sociali ed educativi, nonché della popolazione, utilizzando ad esempio canali comunicativi quali siti web e web-radio.

Articolazione temporale del progetto

Durata del progetto: mesi 12

Modalità operativa

1) Composizione del "Gruppo regionale di lavoro per la prevenzione cura riabilitazione ed inclusione sociale delle persone con lesioni midollari in fase stabilizzata", eventualmente implementando il Gruppo già costituito per i Progetti 2007 e 2008 e prevedendo, comunque, la conferma della partecipazione allo stesso di Associazioni di persone con lesione midollare.

2) Suddivisione del Gruppo di lavoro regionale in sottogruppi per lo sviluppo dei punti previsti dal Progetto come di seguito richiamati:

perfezionare l'integrazione, nell'ambito di una **Rete Sovrazonale**, tra le strutture sanitarie deputate alla cura e la riabilitazione delle persone con mielolesione (**Unità Spinali**) presenti sul territorio regionale, sviluppando ed utilizzando protocolli/percorsi diagnostici e terapeutici interdisciplinari comuni, a favore dei pazienti nella cosiddetta "fase stabilizzata" della mielolesione;

definire accordi tra le Unità Spinali regionali su attività di consulenza e supporto reciproco, anche mediante lo sviluppo e l'utilizzo di nuove tecnologie (telemedicina, **tecnologie innovative**), a seconda delle peculiari specificità di esperienza e competenza delle singole Unità. Prevedere, altresì, il potenziamento tecnologico ed operativo di tali peculiarità ultraspecialistiche delle singole strutture, nell'ambito di settori specifici, quali quello neuro-urologico, respiratorio, del cammino robotizzato e della terapia occupazionale. Il supporto reciproco può prevedere anche il trasferimento del paziente da un'Unità all'altra, per la gestione di casi clinici che richiedano competenze specifiche;

migliorare la presa in carico del **bambino** affetto da lesione midollare di varia natura o da patologie neurologiche assimilabili alla lesione midollare (mielomeningocele, agenesia sacrale...), vista la complessità e la specificità che l'età pediatrica comporta;

implementare la progettazione/attivazione/sviluppo del sistema integrato di cure in **Reti Zonali**, al fine anche di assicurare appropriati percorsi di **follow-up** sanitario e sociale per le persone con lesione midollare in fase stabilizzata, promuovendo il coordinamento tra Unità Spinali, Distretti, MMG, strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali, Enti Locali ed Enti gestori delle funzioni socioassistenziali, per la **continuità delle cure** e dell'assistenza della persona con mielolesione in fase stabilizzata, ivi comprese le attività finalizzate al miglior reinserimento possibile sociale, scolastico e lavorativo;

promuovere l'utilizzo di nuove tecnologie, quali la **telemedicina**, nelle attività di consulenza e supporto a distanza nell'ambito dei diversi setting di cura.

3) Attivazione degli interventi sotto richiamati:

a) definizione/aggiornamento dei percorsi diagnostico-terapeutici attualmente realizzati nel contesto delle Unità Spinali operanti sul territorio regionale. In particolare, si dovranno potenziare gli interventi di **follow up** e di **trattamento delle complicanze** nei confronti delle persone con lesione midollare in fase stabilizzata,

b) nell'ambito di una attività di tipo dipartimentale interaziendale regionale definire le modalità operative di **collaborazione** e di **supporto reciproco tra le Unità Spinali**; tutto ciò adottando anche tecnologie innovative di comunicazione e rinforzando, sul piano tecnologico ed operativo, le peculiarità specialistiche,

c) implementazione dell'integrazione operativa e culturale/scientifica tra le Unità Spinali e gli ospedali pediatrici presenti sul territorio regionale (AO OIRM/S. Anna di Torino e AO Cesare Arrigo di Alessandria), nonché le altre Unità Spinali, presenti sul territorio nazionale ed internazionale, che già si fanno carico dei **bambini con lesione midollare**,

d) sviluppo del sistema integrato di cure in **Reti Zonali**, al fine anche di assicurare appropriati percorsi di **follow-up** sanitario e sociale per le persone con lesione midollare in fase stabilizzata, promuovendo il coordinamento tra Unità Spinali, Distretti [MMG/PLS, strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali], Enti Locali ed Enti gestori delle funzioni socioassistenziali, per

la **continuità delle cure** e dell'assistenza della persona con mielolesione in fase stabilizzata, e per il potenziamento e l' omogeneizzazione dei progetti finalizzati **alla loro inclusione sociale**,

e) l'utilizzo della **telemedicina**, nelle attività di consulenza e supporto a distanza tra le Unità Spinali e i diversi setting di cura territoriali.

4) Verifica e sintesi finale dei risultati conseguiti per quanto riguarda i punti a) b) e c) summenzionati.

5) Sperimentazione, in Aziende Sanitarie Locali individuate, per quanto riguarda i punti d) ed e) (follow-up, continuità delle cure, telemedicina).

STRUMENTI E MODALITA' DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

1. Verifica intermedia

Sono previsti:

- Incontri periodici (mensili) dei sottogruppi suindicati per il monitoraggio degli interventi,
- Incontri periodici (trimestrali) del gruppo regionale di lavoro per una autovalutazione e coordinamento delle attività svolte dai sottogruppi,
- Valutazioni (quadrimestrali) da parte di supervisor esterni,

2. Verifica finale

Sono previsti:

- Incontro finale del gruppo di lavoro per l'analisi dei dati relativi l'attuazione degli interventi operati dai singoli sottogruppi,
- Elaborazione di un documento finale,
- Presentazione dei risultati del progetto agli operatori sanitari coinvolti e alle Associazioni degli utenti.

COSTI

Elementi di spesa

1. Personale a contratto/consulenza/borsa di studio. Costi previsti: € 150.000,00=
2. Attività di coordinamento/documentazione/informazione a livello regionale. Costi previsti: € 20.000,00=
3. Iniziative per la formazione del personale delle Unità Spinali (ivi comprese le missioni). Costi previsti: € 80.000,00=
4. Iniziative per la formazione del personale della Rete dei servizi territoriali € 40.000,00=
5. Tecnologia innovativa per la comunicazione (telemedicina). Costi previsti: € 130.000,00=
6. Tecnologia innovativa per rinforzare le attività superspecialistiche peculiari delle singole strutture complesse coinvolte. Costi previsti: € 260.000,00=
7. Pubblicazioni/organizzazione convegni ecc. Costi previsti: € 30.000,00=

8. Iniziative finalizzate alla definizione e sperimentazione di percorsi innovativi di presa in carico socio-sanitaria per soggetti con lesione midollare in fase stabilizzata ad alto rischio. Costi previsti € 250.000,00=

Totale € richiesti quale cofinanziamento al progetto:

€ 960.000,00==

Risorse messe a disposizione dalla Regione Piemonte (ivi compreso il personale dipendente):

€ 200.000,00 =

Totale costo progetto:

€ 1.160.000,00=

PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-08
--

Progetti attuativi Piano Sanitario Nazionale Legge 24 dicembre 2007 n. 244 art. 2 comma 374
SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE CASA DELLA SALUTE “Modalità organizzative per garantire l’assistenza sanitaria h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale”
Regione: Piemonte
Titolo del progetto: Gestione integrata dei codici bianchi e verdi tra 118, Continuità Assistenziale e Ospedale: Riorganizzazione della rete Assistenziale territoriale
Referente: Francesco Perotto Assessorato alla Tutela della salute e sanità, politiche sociali e politiche per la famiglia Direzione: Sanità Settore: Assistenza Sanitaria Territoriale Corso Regina Margherita 153 bis 10122 Torino e-mail: Francesco.perotto@regione.piemonte.it
Cofinanziamento atteso anno 2009 Legge 24 dicembre 2007 n. 244 art. 2 comma 374: ➤ € 450.000,00= di cui : * Per acquisto piattaforma di integrazione e formazione utilizzatori del software: € 150.000,00= * Per finanziamento del progetto : € 300.000,00=
Partecipazione della Regione Piemonte al Finanziamento: ➤ € 73.520,00= La partecipazione di spesa per la realizzazione del progetto si basa sulla riutilizzazione di una parte degli attuali costi derivanti dagli accessi dei cosiddetti Codici Bianchi e Verdi non seguiti da ricovero. La base del Budget da poter usufruire è pari al 30 % del totale, in riferimento al 25 % della popolazione destinataria del progetto. Il dato eccedente il 30 %, nelle more del progetto, si configura sia come riduzione degli attuali costi derivanti dagli accessi impropri nelle strutture di emergenza che del miglioramento della rete assistenziale territoriale, obiettivo del progetto.

Spesa stimata:

La valutazione dei costi risulta possibile dall'analisi della percentuale di riallocazione dei costi derivanti dalle prestazioni indotte dai codici di minor gravità. Essa si riferisce volutamente al dato dell'anno 2008, già inferiore rispetto al 2009 che mostra un progressivo innalzamento delle percentuali, per tema di sottovalutazione della spesa stimata di seguito esplicitata.

Totale popolazione regionale ca	4.000.000
Pazienti interessati al progetto	1.000.000
Percentuale Popolazione	25%
Medici interessati	833,3333333
Incentivo MMG x paziente/anno da erogare a rendicontazione semestrale	€ 10,00
Totale Budget da riallocare degli attuali costi derivati dagli accessi : 30 % (3 accessi /10)	
E' inteso come obiettivo minimo da raggiungere dagli MMG interessati.	€ 9.626.479,77
Totale incentivazione medici	€ 10.000.000,00
<i>Piattaforma integrazione e formazione personale (cofinanziamento atteso)</i>	€ 150.000,00
<i>Totale spesa stimata al netto della riallocazione del 30 % degli attuali costi dei codici Bianchi e Verdi (cofinanziamento atteso)</i>	€ 300.000,00
<i>Partecipazione della Regione Piemonte al Finanziamento</i>	€ 73.520,00
<i>Totale spesa stimata</i>	€ 523.520,23

SINTESI del contenuto del progetto

Il progetto si propone la sperimentazione di nuovi modelli assistenziali in grado di riallocare quella parte di domanda sanitaria attualmente impropriamente diretta, per le sue funzioni altamente specialistiche, dall'ospedale al territorio.

Attraverso una riorganizzazione dell'attuale assistenza sanitaria territoriale **favorire** modelli organizzativi assistenziali diversificati, adattabili, per la loro elevata flessibilità, ai diversi contesti territoriali che sviluppino una maggiore efficacia ai bisogni di salute della popolazione.

Costruire una "RETE" fra tutti gli attori del sistema stesso affinché la circolazione delle informazioni e la comunicazione fra gli operatori rappresentino i requisiti principali di un percorso di unitarietà e di qualità di cura per il paziente.

Attraverso il potenziamento delle relazioni dirette e l'utilizzo di una forte Rete informatica fra gli

operatori delle cure primarie con quelli degli altri livelli assistenziali (Ospedale, Pronto soccorso, 118 Continuità Assistenziale), garantire una vera continuità delle cure.

Tale rete sarà per il sistema delle cure territoriali non solo uno strumento tecnologico di comunicazione, ma costruzione di una rete di relazioni funzionali e operative.

Essa coinvolgerà integrandoli con gli altri livelli operativi, sia Medici in rete semplice, sia i MMG in

Gruppo semplice integrato, MMG in gruppi integrati, Gcp.

CONTESTO

La sperimentazione sarà diretta a due tipologie di bacini d'utenza.

Metropolitano ed urbano

Extraurbano

Attuale offerta di servizi in Regione Piemonte

All'interno delle C.O. 118 il processo di valutazione sanitaria telefonica può determinare l'attribuzione di un codice Bianco o Verde. Mentre nel secondo caso l'invio del mezzo di soccorso rientra nella routine operativa dei Sistemi di emergenza, nel caso dei codici bianchi si è da tempo consolidata l'idea, supportata dalla definizione del codice bianco stesso, che potrebbe essere giustificato il NON INVIO del mezzo di soccorso.

Questa condizione porterebbe ad una netta riduzione dei servizi assegnati agli MSB (circa il 20% del totale su Torino), con ovvio "risparmio" dei mezzi stessi e delle risorse che verrebbero meglio utilizzati sugli altri codici.

L'introduzione del Dispatch è stata sicuramente migliorativa; l'identificazione dei codici bianchi così come concordato tra tutte le C.O. (tabella dei codici costruita unitariamente), ha avuto un certo incremento.

Il Dispatch però su questa materia ha un limite; creato per identificare le situazioni di emergenza, non risulta idoneo per approfondire una eventuale "valutazione secondaria" su quel codice che lui stesso ha identificato come bianco.

Dobbiamo quindi pensare ad un percorso che nascendo da una prima identificazione di Bianco dal dispatch, lo indirizzi, togliendolo (anche solo temporaneamente) dall'ambito emergenza-urgenza, in un percorso alternativo caratterizzato da una valutazione sanitaria più mirata e non vincolata agli stretti parametri temporali che l'emergenza impone.

Ulteriore necessità è quella delle risposte offerte e degli strumenti a disposizione della C.O. 118. per soddisfare i bisogni del paziente.

OBIETTIVI e RISULTATI attesi

➤ Obiettivi del progetto sono :

Riallocazione della domanda incongrua, per la struttura cui attualmente è diretta, alla giusta collocazione territoriale.

Fornire nel contempo adeguata risposta nelle varie articolazioni che compongono il comparto delle

di cure primarie.

Aumentare la consapevolezza da parte del cittadino di ottenere adeguata risposta ai bisogni percepiti come urgenti fuori da strutture altamente specialistiche.

Solidificare la convinzione nel cittadino di essere al centro di rete di servizi che colloquiano strettamente tra loro

➤ I risultati attesi

Riallocazione territoriale della domanda incongrua:

Consolidare la piattaforma di relazione tra i servizi di emergenza e le figure sanitarie operanti nel territorio.

Strategia della comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori

Sarà compito del MMG informare propri assistiti anche mediante l'affissione, nelle sale di attesa degli studi, di locandine concordate e predisposte dalla ASL territorialmente competente.

Nel ritenere opportuno che tutta la popolazione interessata alla fruizione debba essere informata, sia in merito all'esistenza dello stesso, che alle modalità di erogazione, si provvederà a pubblicizzarlo, il più capillarmente possibile.

Articolazione del progetto

Premessa:

L'attenzione espressa, su tutto il territorio nazionale, nelle passate programmazioni sanitarie particolarmente sbilanciate nell'erogazione delle risorse verso l'universo delle strutture ospedaliere, nella convinzione di far fronte alla gran parte delle patologie non meritevoli di strutture ad alto grado di specializzazione, ha sì da una parte ha prodotto un innegabile miglioramento della qualità del servizio ospedaliero in senso lato, ma dall'altra ha ingenerato un depauperamento delle risorse dedicate al territorio in tutti i suoi aspetti socio-sanitari.

Per non minarne la funzione ogni ospedale necessita di un'organizzazione di assistenza territoriale che realizzi una interconnessione e modalità di relazione con lo stesso finalizzate ad una vera continuità di cura, riducendo i tempi di permanenza incongrui in una struttura che deve essere finalizzata ad espletare funzioni altamente specialistiche.

Un esempio dell'evoluzione dei costumi sanitari dell'intera popolazione è documentato dal riscontro del progressivo aumento degli accessi al Pronto Soccorso ed i servizi di Emergenza-Urgenza che si è evidenziato negli ultimi anni, nell'errata convinzione da parte del cittadino di ottenere una risposta rapida e rassicurante a sue esigenze urgenti o ritenute come tali, comunque di godere di una superiore risposta diagnostica e terapeutica. Non ultimo, ma fattore estremamente importante, l'aumento della aspettativa di vita e della cronicità con l'emergere di situazioni di criticità che necessitano di un insieme di servizi maggiormente specialistici.

Sull'altro versante la medicina del territorio necessita di un adeguamento delle capacità di risposta alle mutate necessità del cittadino. Va intrapresa una politica di riorganizzazione dell'attuale assistenza sanitaria territoriale favorendo modelli organizzativi diversificati con elevata flessibilità adattabili ai diversi contesti territoriali, che sviluppino una maggiore efficacia ai bisogni di salute della popolazione

Le cure primarie devono configurarsi come una rete di servizi non più frammentati ma in grado di fornire ai cittadini una più completa presa in carico.

Criticità

La maggior criticità degli attuali modelli erogativi è rappresentato dalla scarsa condivisione delle impostazioni di lavoro, da relazioni funzionali ed operative non strutturate tra tutti i livelli del sistema territoriale con l'ospedale ed i servizi di emergenza/urgenza di riferimento, dalla scarsa condivisione e fruizione delle informazioni inerenti il cittadino nel suo percorso sanitario.

PERCORSO SPERIMENTALE FINALIZZATO ALLA RISOLUZIONE DEL PROBLEMA

- 118-

All'atto della ricezione di una chiamata, il valutatore esegue il protocollo Dispatch che esiterà in una codifica di "BIANCO".

A questo punto il paziente uscirà dal percorso urgente (fatta salva la possibilità che vi rientri) e, con lo stesso infermiere o con un valutatore dedicato, inizierà una valutazione clinica più approfondita, miratamente diretta ad indagare tutti i sintomi che il Dispatch non evidenzia proprio per la sua caratteristica di filtro per le urgenze.

Il paziente "BIANCO" viene quindi sottoposto, previa informativa del percorso che sta per intraprendere (rassicurandolo ad es: "Il suo caso non è urgente, quindi abbiamo un po' di tempo in più per capire quale possa essere la cosa migliore per lei", etc..) ad una valutazione clinicamente più mirata al sintomo riferito.

Tale seconda fase dovrebbe durare qualche minuto.

Durante questa "valutazione non urgente" ed a seconda della domanda posta e della risposta ottenuta, il paziente può rientrare nell'altro percorso che comporta un innalzamento del codice ed il successivo invio di un mezzo di soccorso.

In questa evenienza il caso si chiude con l'invio del mezzo e rientra nella routine dell'operatività propria del 118 .

Cosa fare se il paziente "BIANCO" ancorché valutato con più dettaglio permane BIANCO?

La valutazione "non urgente" opportunamente pesata a seconda delle informazioni raccolte può fornire tipologie di risposta diverse.

Una delle possibilità potrebbe essere quella di lasciare a domicilio i pazienti identificati con codice "BIANCO/VERDE" facendo intervenire, non in urgenza, équipes dedicate a questa funzione che possano eseguire le idonee valutazioni sanitarie ed indirizzare il paziente alla cura definitiva (passaggio al curante, prenotazione di esami e/o ulteriori accertamenti specialistici in via telematica con accesso al CUP Unificato).

Altre esperienze fuori d'Italia hanno evidenziato la possibilità che dalla C.O. possa essere inoltrato al curante del paziente un files contenente la valutazione effettuata e i provvedimenti adottati, in maniera che il medico di famiglia sia informato di quanto accaduto e possa così garantire una continuità di cura con quanto intrapreso.

Portiamo ad esempio la gestione di un dato sintomo tipo : "Dolore Addominale".

Eseguito il Dispatch e risultato BIANCO, si inizia la valutazione "non urgente".

Tale valutazione potrebbe, anche in momenti diversi, esitare in risposte tipo:

- Prendere un farmaco X e comunicare il ricontatto tra x minuti;
- Invito a contattare la guardia medica la sera;
- Invito a recarsi appena possibile dal proprio medico di famiglia;
- Invito a recarsi con i propri mezzi al pronto soccorso;

- Comunicare l'invio di **un medico per visitarlo**;
- Comunicare di aver provveduto a prenotargli una visita specialistica per il giorno successivo

E' chiaro che comunque la "valutazione non urgente" di questo sintomo prevede alcuni meccanismi di rientro (e quindi di sicurezza) nel percorso urgente, e di conseguenza comportare l'invio di un mezzo di soccorso in urgenza.

Tale percorso potrebbe garantire:

una ragionevole sicurezza di autorizzare un protocollo di "*NON INVIO*" del mezzo, laddove le valutazioni effettuate seguano scrupolosamente i percorsi stabiliti;

una ragionevole sicurezza al diniego dell'invio del mezzo da parte del valutatore non urgente se ottemperati i percorsi;

La possibilità di poter fornire una risposta "pesata" e basata sulle necessità del paziente stesso;

La possibilità di iniziare una stretta collaborazione con i medici di famiglia, privilegiando nella fase iniziale del progetto gli studi associati e le aggregazioni funzionalmente integrate.

In altre realtà infatti già si prevede che qualora il paziente rientri nel percorso non urgente, venga seguito dalla Centrale Operativa fino ad una risposta non urgente come quelle prima illustrate

A titolo di esempio, la Centrale Operativa stessa ha cura di informare il curante del paziente assistito (via email, fax, comunicazione diretta ecc) della valutazione eseguita e dell'indirizzo fornito.

LIVELLO OSPEDALIERO

➤ Implementazione ed Integrazione informatica degli Ambulatori per la gestione dei casi di minor gravità

Tali ambulatori sono già presenti nelle realtà piemontesi e situati in locali adiacenti ai Ps con maggior iperafflusso.

Caratterizzati dalla gestione da parte del distretto di competenza territoriale.

A tali strutture viene indirizzata l'utenza che non presenta caratteristiche cliniche di emergenza /urgenza dopo opportuno triage.

Qualora all'atto della visita dovesse emergere una situazione clinica di gravità maggiore da quanto classificato all'atto del triage, il paziente rientra nel canale ordinario del pronto soccorso .

Qualora confermata la classificazione attribuita il paziente viene indirizzato a completamento della continuità di cura iniziata verso attività ambulatoriale anche attraverso canali agevolati.

Emerge che a completamento del percorso di cura iniziato, il personale che opera in tale struttura deve avere accesso ad una piattaforma informatica di **integrazione** che ha lo scopo di raccordare tra di loro i vari domini e permettere di usufruire ed elaborare i dati da loro provenienti, inerenti la storia clinica del paziente. (ASL,118,ASO,REGIONE,MMG, MINISTERO).

L'accesso e l'utilizzo di tali informazioni costituisce un valore aggiunto per l'azione degli operatori di tali strutture arricchita dalla maggior consapevolezza della situazione clinica che si valuta in quel frangente.

La condivisione di tali dati con le altre figure sanitarie facilita il percorso successivo che comporta, nei casi ove possibile, il rinvio alle varie articolazioni operative territoriali cui appartiene il curante che ha la stessa possibilità di accesso e di scambio di informazioni utili ad una decisione condivisa, pur appartenendo ad un dominio diverso.

E' imprescindibile comunque che la relazione tra i vari attori sia, sì mediata e arricchita dall'utilizzo della base informatica, ma fortemente condivisa direttamente tramite relazione diretta o mediata con il curante.

➤ Punti di primo intervento-PPI

Sono denominati Punti di Primo Intervento quelle strutture che, distribuite omogeneamente sul territorio e con orario di attività articolato nell'arco delle 12 o 24 ore giornaliere secondo le esigenze locali, dispongono di competenze cliniche e strumentali adeguate a fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'Ospedale di riferimento ed in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità.

Si distinguono in:

Punti di Primo Intervento situati nell'ambito di Presidi delle Aziende Sanitarie Locali,

Punti di Primo Intervento temporanei, fissi o mobili, organizzati per esigenze stagionali in località turistiche ed in occasione di manifestazioni di massa, sportive, culturali e religiose.

Appartengono alla rete dell'Emergenza-Urgenza, presso cui operano i Medici dell'Emergenza Territoriale (MET).

Devono garantire una prima risposta sanitaria all'Emergenza-Urgenza sul territorio ed operare, in stretto collegamento funzionale con le altre Unità Operative del DEA, sulla base di un comune codice di comportamento assistenziale per realizzare la continuità terapeutica tra il territorio e l'ambiente ospedaliero.

LIVELLO TERRITORIALE

- ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA-

“L’assistenza territoriale deve perseguire i seguenti obiettivi:

realizzare forme di maggior fruibilità ed accessibilità dei servizi e delle attività territoriali;

gestire in maniera organizzata le patologie croniche (in ambulatorio e/o a domicilio);

garantire la continuità assistenziale

sviluppare un sistema informativo tecnologicamente avanzato ed efficiente, non solo finalizzato al trattamento gestionale dei dati, ma orientato anche a supportare complessità organizzative maggiori e facilitare la comunicazione fra tutti gli operatori del SSR e fra questi ed il cittadino.””

. AREA ORGANIZZATIVA.

L’organizzazione territoriale prevede delle modificazioni delle attuali forme associative in funzione di una reale continuità di cura:

I Medici di Medicina Generale organizzati in:

Una medicina di gruppo. (Ambulatorio territoriale integrato)

Più medicine di gruppo integrate in rete. (Medicine di Gruppo integrate)

Una medicina di gruppo + medici in rete. (Medicina di gruppo complessa)

Medici in rete (ad esempio ove si operi prevalentemente in zone geografiche particolarmente disagiate o con una densità abitativa molto dispersa).

Gruppi di Cure Primari

Medici che operano nelle Case della Salute

Personale afferente a tali organizzazioni :

Collaboratori di studio .

Personale infermieristico (che svolga le prestazioni ambulatoriali ordinarie, collabori a progetti

educazionali ed a progetti di medicina di iniziativa).

Medici Specialisti del territorio.

Assistenti sociali.

Operatori socio sanitari.

Espressioni del volontariato.

Assetto strutturale delle organizzazioni territoriali

Prevede :

Una sede centrale, identificata come principale che, a seconda delle condizioni logistiche e geografiche può essere unica, strutturalmente adeguata alle molteplici funzioni cui essa sarà adibita o coordinata con una o più sedi periferiche tramite rete informatica. Nell'impossibilità, per ragioni geografiche o altro, di una struttura adeguata, la principale verrà individuata in una a livello distrettuale o da altri Enti Istituzionali presenti nel territorio di riferimento .

Una o più sedi periferiche decentrate, funzionalmente collegate alla principale che assicurino e preservino la capillarità della propria opera sul territorio.

Presidio Ambulatoriale di riferimento distrettuale: punto di riferimento per il cittadino e luogo fisico ove trovare risposta alle esigenze assistenziali in h24 secondo le indicazioni della G.U. n°21 del 27.01.2009.

Tali articolazioni saranno integrate nel Dominio della rete ASL rendendo disponibili alle figure degli altri livelli le informazioni inerenti il percorso clinico del paziente in carico e ne attingeranno le eventuali variazioni dovute a percorsi clinici diversi dalla normale attività di presa in carico .

La sede principale:

E' una struttura fisica unica caratterizzata da flessibilità ed adattabilità a mutevoli modelli assistenziali ove svolgere l'attività clinica totale o parziale dei MMG componenti

E' il luogo fisico in cui saranno presenti gli strumenti operativi per il coordinamento e la gestione organizzativa ed amministrativa.

E' sede di coordinamento di attività integrate con altre figure professionali (Specialisti, Infermieri professionali, Collaboratori di studio, Operatori socio-sanitari, Volontariato)

Sede di attività diagnostiche o strumentali specifiche di I° livello.

Le sedi periferiche:

Identificate con gli attuali studi medici presenti sul territorio che vengono mantenute al fine di assicurare la capillarità e, quanto più possibile, l'omogeneità delle prestazioni.

Collegate tramite rete informatica con la sede principale saranno parte integrata della rete alla quale essa appartiene

Sono sede dell'attività clinica/operativa dei MMG: essi concordano le attività comuni compresa la loro presenza nella sede principale.

Potranno costituire punti di riferimento locale nell'ambito di progetti ed attività integrate.

Per prevedere una reale continuità dell'assistenza, la piena presa in carico del paziente e l'interfaccia con gli altri servizi i Medici di Medicina Generale operanti nelle varie strutturazioni su citate opereranno secondo vari livelli :

Ambulatoriale

Di rintracciabilità telefonica diretta e mediata attraverso la struttura.

Rete informatica integrata nel dominio di rete aziendale di riferimento ed attraverso di essa con quelle degli altri livelli.

- A livello ambulatoriale, **nella fase iniziale del progetto, assicureranno in maniera coordinata e strutturata, la presenza di un MMG per un numero minimo di 8 ore giornaliere dal lunedì al venerdì, fermo restando l'orario di ambulatorio individuale. Dopo opportuno momento di sperimentazione si opererà per assicurare la presenza per H12.**

- **Rintracciabilità telefonica diretta e mediata attraverso la struttura:**

s' intende la possibilità da parte dell'assistito di mettersi direttamente in contatto con il proprio medico curante o in modo strutturato con l'organizzazione di appartenenza che mette a disposizione adeguati strumenti di ricezione della chiamata per non meno di 10 ore iniziali fino al raggiungimento delle 12 ore. Nel quadro di relazioni strutturate ipotizzato, tale forma di comunicazione è estesa agli altri servizi (Dea , Centrale 118, Presidio ambulatoriale distrettuale, Ambulatorio per la gestione dei codici di minor gravità).

La rete informatica integrata permette di disporre della ricezione e consultazione dei dati clinici on line con le strutture presenti nel territorio in cui opera.

Rendere disponibili alle altre figure professionali il corredo di informazioni inerenti il proprio paziente che lo accompagnerà nel percorso di cura ospedale-territorio- ospedale.

Attuare un costante collegamento con il DEA e le strutture di emergenza/urgenza

Disporre di strumenti che consentano forme avanzate di Telemedicina/teleconsulto.

Considerazioni finali:

Risulta evidente che tale tipologia progettuale poggia sulla sicurezza e rapidità di inquadramento di una situazione clinica che afferisce ai servizi di emergenza/urgenza.

Oltre alla insita professionalità dei soggetti coinvolti deve disporre di una piattaforma di integrazione che razionalizza e abbassa i tempi di risoluzione di un codice di minor gravità prima di indirizzarlo alle varie tipologie di operatori preposte alla sua risoluzione.

Componente iniziale indispensabile per la realizzazione del progetto risulta l'acquisizione della piattaforma di integrazione e dall'aver una rete in grado di mettere in comunicazione le varie tipologie di operatori.

PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-08

Progetti attuativi Piano Sanitario Nazionale Legge 24 dicembre 2007 n. 244 art. 2 comma 374
ATTUAZIONE DEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO “ GUADAGNARE SALUTE RENDERE FACILI LE SCELTE SALUTARI”
Regione: Piemonte
Titolo del progetto: “Progetto Dimissione ospedaliera monitorata per prevenire re-ospedalizzazione impropria e prolungare la presa in carico del paziente anche a domicilio senza rischi”.
Referente: Francesco Perotto Assessorato alla Tutela della salute e sanità, politiche sociali e politiche per la famiglia Direzione: Sanità Settore: Assistenza Sanitaria Territoriale Corso Regina Margherita 153 bis 10122 Torino e-mail: Francesco.perotto@regione.piemonte.it S.C. Formazione ASL TO4 (dott.ssa Cinzia Tudini) con il coinvolgimento della Direzione Sanitaria Ospedale di Chivasso e Distretto di Chivasso
Durata del progetto: semestrale
Spesa stimata totale ➤ € 220.000,00= Cofinanziamento atteso anno 2009 Legge 24 dicembre 2007 n. 244 art. 2 comma 374: ➤ € 200.000,00= Finanziamento parziale da parte della Regione Piemonte: ➤ € 20.000,00=

Follow up post dimissioni ricovero:

Il progetto, dedicato a pazienti dimessi da ricovero ospedaliero, ha come obiettivo quello di minimizzarne i casi di “ri-ospedalizzazione”, accesso al Pronto Soccorso, alla Guardia Medica notturna e facilitare, con una sorta di guida all’appropriatezza, le prestazioni e le prescrizioni successive da parte dal medico di Medicina Generale.

Il prolungamento di questo tipo di assistenza verso pazienti dimessi dall’ospedale sottende due obiettivi:

Per il paziente:

- rassicurazione e facilitazione della ripresa della vita a domicilio a seguito di ricovero

Per il S.S.N.:

- decongestionamento degli accessi all’ospedale, soprattutto in casi di inappropriatezza
- controllo della qualità delle terapie e degli accertamenti diagnostici in modo da facilitare una serena ed appropriata presa in carico del paziente da parte del medico di Medicina Generale.

In particolare l’innovatività del progetto consiste in un approccio attivo e pro-attivo dell’ASL di competenza, focalizzato in particolare nell’ambito del Distretto di Chivasso, individuato come area pilota.

L’attività si espleta in un contatto telefonico cadenzato teso alla verifica dello stato di salute e all’indicazione di particolari interventi preventivi rispetto a situazioni di aggravamento, per evitare, ove possibile, nuovi inutili accessi in Ospedale, naturalmente il tutto in accordo e in ottemperanza ai protocolli e linee guida definiti ed approvati da apposito Gruppo di Lavoro multidisciplinare

L’attività verrà progettata in modo da garantire la piena misurabilità dei risultati sulla base dei quali costruire un modello di best practices per successive estensioni applicative sia da un punto di vista dei contenuti sia dei territori.

L’attività qui descritta in sintesi richiederà adeguata progettazione. Sin d’ora si intravedono i successivi steps propedeutici alla progettazione di dettaglio del servizio:

- Indagine presso i Primari al fine di identificare le patologie più a rischio di sviluppi negativi in fasi di post-dimissione.
- Identificazione, sulla base dei risultati dell’indagine di cui sopra, dei target test e della modularità di estensione del servizio anche alla luce della valutazione costi/ benefici.
- Condivisione delle linee guida e dei protocolli di contatto/comportamento con i Primari dei reparti coinvolti
- Condivisione delle linee progettuali con la funzione Risk Management aziendale e con il Responsabile della Privacy

In conclusione considerato che dall’Ospedale di Chivasso vengono dimessi circa 4.400 utenti/anno afferenti al Distretto di Chivasso, l’attività proposta può fornire elementi utili per avvalorare l’indagine e ritorni su un campione statisticamente significativo e rappresentativo.