

**\* *INTESA TRA AZIENDA USL DI BOLOGNA E LE  
RAPPRESENTANZE SINDACALI DEI MEDICI DI  
MEDICINA GENERALE  
per gli anni 2018-2019***

Documento presentato dalla  
CTSS metro di Bologna nella  
seduta del 10.5.2018

***(ADDENDUM)***

**Dr. Fabio Maria Vespa Segretario provinciale  
della FIMMG BO**

Il Piano Nazionale della Cronicità identifica le cure primarie quale ambito per valutare i bisogni della popolazione e presidiare i percorsi dei pazienti cronici, orienta verso un'offerta proattiva di servizi sanitari e sociali ... indica la gestione integrata quale strumento fondamentale di efficienza delle cure.

Materiali e metodi:

- Presa in carico cronicità
- Continuità della cura
- Sviluppo cure intermedie e dell' Assistenza domiciliare integrata
- Qualità multi professionale dell'assistenza

Condizioni necessarie ed indispensabili, scelte di politica sanitaria:

Organizzazione e gestione affidate **alle risorse umane, professionali e strutturali del SSR territoriale** interconnesse in rete e collegate funzionalmente a quelle Ospedaliere

Organizzazione e gestione **NON** affidate alle strutture Ospedaliere

Organizzazione e gestione **NON** delegate alla sanità privata e/o alle **Assicurazioni**

**DIRETTIVA ALLE AZIENDE SANITARIE PER L'ADOZIONE DELL'ATTO AZIENDALE,  
DI CUI ALL'ART. 3, COMMA 4, DELLA L.R. 29/2004: INDIRIZZI PER L'  
ORGANIZZAZIONE DEI DIPARTIMENTI DI CURE PRIMARIE, DI SALUTE MENTALE E  
DIPENDENZE PATOLOGICHE E DI SANITÀ PUBBLICA**

deliberata dalla RER nel 2010:

**"I Nuclei di cure primarie** sono le unità organizzative di base del sistema delle cure primarie e costituiscono il luogo privilegiato per perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale, integrazione delle attività territoriali, governo clinico in relazione agli obiettivi di salute, miglioramento della qualità assistenziale attraverso linee guida, audit clinico e formazione specifica. I Nuclei di cure primarie, attraverso l'azione congiunta dei medici di medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale), pediatri di libera scelta, infermieri, ostetriche, ed in stretta relazione con gli specialisti territoriali, gli operatori sociali e socio assistenziali, **rendono possibile lo sviluppo del modello di reti integrate, fondato su un sistema di autonomie e responsabilità, al fine di rispondere alle necessità assistenziali dei cittadini"**

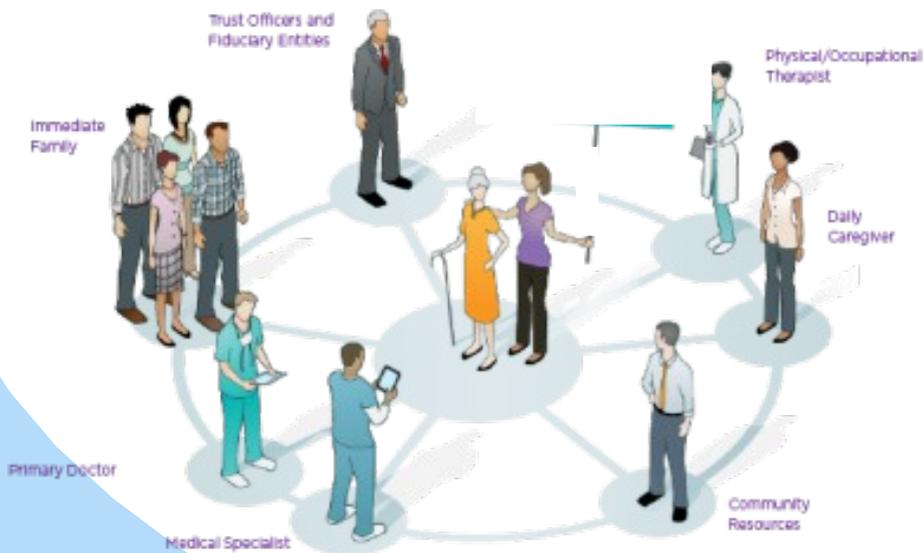
## DALLA CURA DELLA SINGOLA PATOLOGIA ALLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA NELLA SUA COMPLESSITÀ

*Il medico di medicina generale è il responsabile clinico del paziente (clinical manager).*

*I medici specialisti di riferimento forniscono un supporto alle decisioni del medico di medicina generale.*

*L'infermiere della sanità d'iniziativa facilita l'adesione al PAI attraverso un tutoraggio dell'assistito (care manager).*

*Il medico di organizzazione facilita l'attuazione del PAI all'interno del Distretto*



## CONTESTO

Invecchiamento della popolazione a Bologna, su una popolazione di 866.294 abitanti, l'indice di invecchiamento (23,8%),

la popolazione ultra sessantacinquenne è aumentata del 9,9% negli ultimi 10 anni e gli ultraottantenni che nell'ultimo decennio hanno avuto un incremento del 34%

Aumenterà la gravità e il numero di anni con disabilità e la probabilità di non autosufficienza  
Riduzione della rete familiare

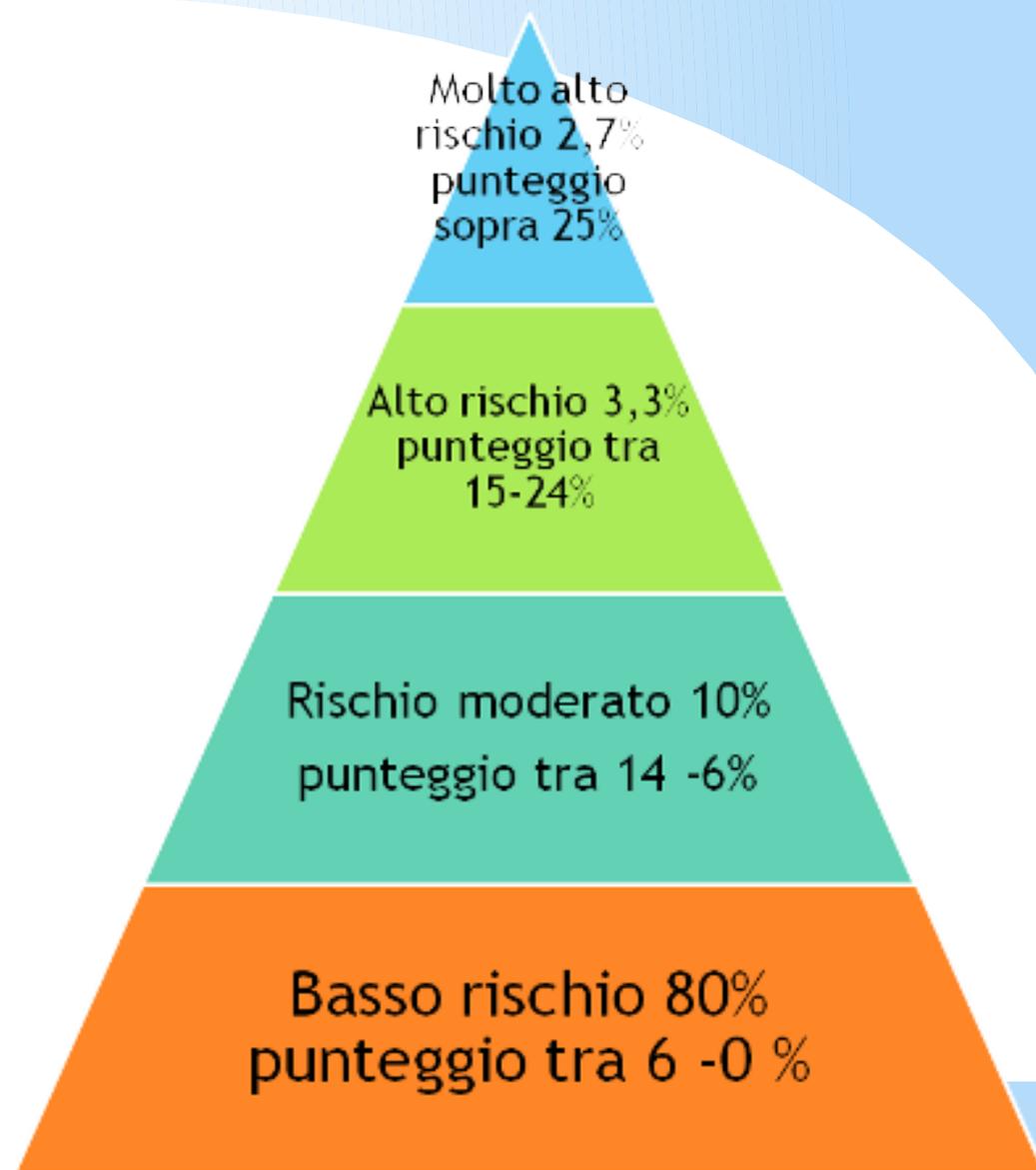
**\* Problemi di salute**  
**Problemi di disabilità**  
**Problemi di gestione**  
**Problemi di contesto**

**\* Fragilità**

# Banca Dati

## Modello statistico previsionale

- Anagrafe sanitaria
- Schede dimissione ospedale
- Esenzione tiket per patologie
- Assistenza farmaceutica territoriale
- Farmaceutica ad erogazione diretta
- Accessi al Pronto soccorso
- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Assistenza domiciliare
- Banca dati assegni di cura
- Soggetti in carico al dipartimento salute mentale
- Registro mortalità
- Anagrafe comunale prevalenza di patologie
- Indice di deprivazione socio – economica
- Indicatori di reddito familiare



- Assistenza ai pazienti fragili (AIL Progetto sperimentale fragilità). Il PAI
- Il Piano di assistenza comprende sulla base delle rispettive competenze:
  - la valutazione di aspetti clinico - sanitari riportata dai medici di medicina generale.
  - la valutazione pianificazione e proposta di assistenza infermieristica.
  - la valutazione di problematiche gestibili attraverso le consulenze specialistiche
  - la valutazione e pianificazione/proposta delle esigenze di riabilitazione e riattivazione motoria.
  - la valutazione di aspetti personali, di relazione e socializzazione curata in particolare dall' assistente sociale

# Progetto sperimentale Pazienti fragili

## **Obiettivo**

Analisi e ricomposizione degli elenchi di pazienti fragili (identificati dall'Azienda secondo protocollo condiviso RiskER, o paz. Indicati dal MMG) rispetto alle informazioni in possesso al MMG, Costruzione di un PAI condiviso, creare sinergia tra i vari attori della salute (sanitari e sociale)

## **Indicatori**

- numero valutazioni effettuate congiunte sul totale delle tipologie di Pz individuati. Ogni medico può individuare fino a massimo 7 casi nell'anno (14 nei 2 anni)

**Standard** :100% nei 2 anni della presente intesa

Per la messa a regime di questa modalità di presa in carico si ritiene opportuno un periodo di sperimentazione/monitoraggio di 2 anni

# Progetto di assistenza ai pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico frequent user

Definizione PAI correlato al PDTA aziendale per pazienti con scompenso cardiaco sintomatico con 3 o più ricoveri non programmati all'anno a prescindere dalla classe NHYA.

Condivisione del percorso con la parte specialistica ed infermieristica.

## Obiettivi:

Aumentare la presa in carico territoriale dei pazienti con scompenso cardiaco "frequent user".

## Strumento:

Formulazione di un PAI correlato al PDTA per "frequent user"

## **Indicatori per il monitoraggio della presa in carico/processo**

- Numero dei pazienti presi in carico territoriale per scompenso cardiaco “frequent user”
- % di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con almeno un monitoraggio annuo di laboratorio (assetto lipidico e metabolico, funzionalità renale elettroliti) modalità di monitoraggio non ancora definite.

## **Indicatori per il monitoraggio della presa in carico/outcome**

- Riduzione dei ricoveri nei frequent user (pazienti con 3 o più ricoveri programmati) presi in carico
- % pazienti residenti con diagnosi di scompenso con 3 o più re-ricoveri urgenti per tutte le diagnosi a 60 giorni < 23%

## **Ruolo dell'Infermiere (Scompenso frequent user):**

Esegue al domicilio del paziente la rilevazione dei parametri di follow up ... il monitoraggio dei comportamenti alimentari. Espleta la funzione proattiva di richiamo dei pazienti verificando l'effettuazione di accertamenti periodici ... Verifica l'adesione alla terapia. Si rapporta con il medico di famiglia nei tempi e nei modi previsti dal PAI.

(non previsto da AIL invio ad ambulatorio infermieristico cronicità scompenso).

## **Ruolo dell'Assistente sociale:**

Valutazione dell'assetto sociale e verificare la sussistenza di eventuale disagio. Stesura del progetto di sostegno sociale appropriato (diretto - indiretto) integrato nel PAI

# Gestione integrata dei pazienti diabetici

periodiche e programmate valutazioni nello studio dello stesso MMG (esperienza ormai consolidata di richiamo attivo e programmato del paziente).

periodiche valutazioni specialistiche programmate

opportunità offerte dal Progetto Case della salute: controlli glicemici pre e post prandiali, dietista, attività fisica adattata, corsi per smettere di fumare...

(non previsto da ALL invio ad ambulatorio infermieristico cronicità diabete)

# Gestione integrata dei pazienti diabetici

## MODALITA' DI PRESA IN CARICO:

Da una **concezione prestazionale** a una **concezione di presa in carico per caso trattato**

**Obiettivo:** migliorare la presa in carico territoriale condivisa dei pazienti con diabete mellito

**Incentivi \rendicontazione: superamento 3%, applicazione percorso, Hb glicata ...**

## Invii a:

- percorsi di educazione alimentare e/o consulenza dietologica
- corsi per smettere di fumare
- Gruppi cammino.  
(non previsto da ALL invio ad ambulatorio infermieristico cronicità diabete)

## 2. AREA DELL'APPROPRIATEZZA

- a) **Politica del farmaco: BS, Dislip. ...**
- b) **Assistenza specialistica ambulatoriale: ECD ...**
- c) **Diagnostica di laboratorio: Reflex, Marker ...**

## a) Prevenzione malattie infettive e diffuse (vaccinazioni)

### Obiettivi

Promozione dell'adesione consapevole ai programmi vaccinali nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio

### Indicatori

Vaccinazione antinfluenzale:

- 70% assistiti > 65 anni se precedentemente vaccinati > o = 50%
- 53% assistiti > 65 anni se precedentemente vaccinati <50%
- +10% per MMG rispetto a storico in pz con patologie a rischio

Vaccinazione antipneumococcica:

- >40% in corte 1952 e patologie a rischio

Vaccinazione antimeningococcica (men B):

- 4000 pazienti > 16 anni

## **b) Screening oncologici**

### **Obiettivi**

Implementazione adesione ai programmi di screening oncologici (SOF, mammo, HPV)

### **Indicatori**

Aumento adesione rispetto ad anno precedente

## c) Prevenzione delle patologie croniche e invalidanti

### Obiettivi

- Partecipazione agli obiettivi di prevenzione primaria e secondaria concordati ricompresi nei diversi setting del Piano Regionale per la Prevenzione e del rispettivo Piano Attuativo Locale:
- Invio da parte dei MMG dei cittadini ad attività strutturate di prevenzione primaria e secondaria organizzate dall'Azienda USL per modifica degli stili di vita (attività fisica, gruppi cammino, parchi in movimento, disassuefazione dal fumo, corsi collettivi di educazione alimentare tenuti da dietisti).
- Presa in carico condivisa con UO Nefrologia dei pazienti slow progressor previa identificazione da parte del MMG.
  - non previsto da AIL invio ad ambulatorio infermieristico cronicità

GRAZIE ATTENZIONE !