



LA SANITÀ DEL FUTURO

**PIANO ATTUATIVO LOCALE
2009-2011**

PER LA PROVINCIA DI PARMA

PRIORITÀ E OBIETTIVI

■ **15 APRILE 2009**

SOMMARIO

	Pg.
Presentazione	1
Programmi dell'accessibilità	3
Reti cliniche di area pediatrica	5
Emergenza-urgenza	9
Percorsi e sportelli	13
Rete specialistica	15
Programmi della continuità assistenziale	21
Diabete	23
Insufficienza respiratoria	27
Nutrizione artificiale domiciliare	29
Rete cardiologica	31
Terapia anticoagulante orale	35
Lungodegenza, riabilitazione, GRACER, GraDA	37
Palliazione oncologica	43
Demenze	45
Programmi dell'innovazione tecnologica	49
Medicina nucleare	51
Radiologia interventistica, neuroradiologia pediatrica	55
Radioterapia	57
Telecardiologia-teleradiologia	59
Sviluppo e valorizzazione del capitale intellettuale	63
Programmi tematici prioritari e della integrazione	69
Diagnosi precoce delle malattie tumorali	71
Dialisi	73
Integrazione socio-sanitaria	75
Integrazione socio-sanitaria nei piani di zona	79
Le reti cliniche territoriali delle cure primarie	83

Percorso nascita	87
Politica del farmaco	91
Presa in carico salute mentale, dipendenze patologiche e relative fragilità specifiche	95
Programma sangue	99
Promozione stili di vita sani e rischio infettivo	101
Sicurezza sul lavoro, sulle strade, domestica, alimentare e ambientale	105
Revisione rete ospedaliera: rete Hub & Spoke e rimodulazione della rete e nuovi modelli organizzativi	111
<i>Note e avvertenze</i>	115
<i>Elenco componenti gruppi di lavoro</i>	117

Presentazione

Il Sistema sanitario pubblico costituisce uno dei fattori più rilevanti per la costruzione della coesione sociale e la qualità della vita nel nostro territorio, tanto più in questo momento di crisi che mette a dura prova tutti noi, in particolare le classi sociali più deboli ed esposte.

Per far crescere questo Sistema e renderlo sempre più capace di rispondere in modo adeguato alle esigenze dei cittadini abbiamo realizzato un percorso che partendo dai bisogni perviene a proposte concrete, per consolidare e accrescere i nostri servizi sanitari e socio-sanitari.

I risultati di questo lavoro costituiscono questo documento, “La sanità del futuro – Il PAL 2009-2011 – Priorità e obiettivi”, che determina le direttrici lungo le quali il Sistema dovrà crescere nei prossimi anni.

Puntiamo a costruire la Sanità del futuro investendo come non mai nell’innovazione e nei processi di miglioramento.

Sono così state sviluppate ex novo quattro aree sulle quali avevamo avvertito segni di criticità: l’accessibilità ai servizi, la continuità assistenziale, lo sviluppo tecnologico, le risorse professionali. Sono poi stati ripresi dal Pal 2005-2007 e sviluppati ulteriormente dieci programmi tematici, mantenendo l’integrazione socio-sanitaria come direttrice fondamentale.

Non si tratta di impegni generici o di promesse facili: per il modo stesso con cui è nato questo documento, oggi sappiamo che potrà davvero essere realizzato.

Sappiamo, infatti, di poter contare, nella nostra provincia, su un patrimonio di risorse umane, tecniche e professionali di primo ordine. Siamo orgogliosi di questo patrimonio. Non è poca cosa poter contare su professionisti seri e preparati, pronti a mettersi in gioco non solo per realizzare le prestazioni attese, ma anche a concorrere ai processi di innovazione del sistema per il quale operano.

Sono tanti, infatti, coloro che in questi mesi hanno contribuito all’elaborazione del documento: i 186 professionisti dell’Ausl, i 95 professionisti dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria, i 51 rappresentanti delle istituzioni, delle organizzazioni e delle associazioni della comunità, il gruppo tecnico di coordinamento del Pal.

Non solo. Sappiamo di poter contare su un metodo capace di garantire l’efficacia delle nostre azioni, partendo dal territorio, costruendo sulle risorse disponibili, coinvolgendo la comunità nelle sue espressioni, producendo capacità di governo nella pluralità delle responsabilità e dei ruoli.

In questi anni abbiamo tutti acquistato una più avanzata consapevolezza del ruolo fondamentale degli Enti locali nella comunità, delle responsabilità programmatiche che dobbiamo assumerci, delle scelte a cui siamo chiamati.

È stato un processo faticoso e nuovo, se confrontato con la storica distanza tra la Sanità e gli Enti locali ovvero con la deleteria commistione maturata nei vecchi Comitati di gestione. E oggi, anche se molta strada è ancora da fare, questo aspetto arricchisce il patrimonio culturale della nostra comunità.

Mettendo a disposizione di tutti il documento finale ci attendiamo approfondimenti e considerazioni, primi commenti e prime osservazioni. Al termine di questo confronto approveremo il documento e diverrà l'atto di programmazione per il prossimo triennio.

L'impegno nostro e di tutti coloro che hanno impostato, coordinato ed elaborato questo documento da lì poi ripartirà, per trasformare insieme obiettivi e progetti individuati in risultati, per la qualità della vita e il benessere delle nostre comunità.

Presidente della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

Vincenzo Bernazzoli

PROGRAMMI DELL'ACCESSIBILITÀ

ACCESSO AI SERVIZI

Coordinatori

Maria Rosa Salati e Graziana Rossi

L'accessibilità ai Servizi Sanitari e socio sanitari, secondo criteri di appropriatezza della domanda, sia in condizioni di urgenza che di ordinarietà, e per tutte le fasce di età, è un tema che fa riferimento a principi basilari del nostro Sistema Sanitario Regionale, ovvero l'universalismo e l'equità.

La complessità del tema “accessibilità” è tale da prevedere necessariamente uno sguardo a più ampio raggio rispetto al solo aspetto sanitario, basti pensare a quanto incidono su questo tema le politiche sui trasporti, sulle comunicazioni, sull'accoglienza delle popolazioni migranti, sulla tutela delle fasce deboli etc.

Se è infatti plausibile ritenere che l'insieme dell'offerta di servizi nel nostro territorio sia sufficientemente rappresentata, la capacità di intercettare i bisogni non espressi per ragioni culturali o di fragilità sociale necessita di una attenzione particolare, al fine di ridurre il “gap” in termini di salute esistente tra i vari strati sociali della popolazione.

Da questa angolazione vengono letti i quattro temi esplorati riguardanti:

- Reti Cliniche Pediatriche;
- Sportello Unico Sanitario e Sociale;
- Reti Specialistiche;
- Emergenza – Urgenza.

GRUPPO 1: RETI CLINICHE di AREA PEDIATRICA

Coordinatori

Ettore Brianti e Luca Sircana

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Il Sistema delle Cure, pur avendo raggiunto un buon livello di rappresentazione sul territorio, presenta ancora alcune criticità che rappresentano gli ambiti di miglioramento da sviluppare :

- non ottimale inserimento dei PLS nei nuclei delle cure primarie e difficoltà di integrazione con gli Specialisti Pediatri Ospedalieri;
- crescente domanda di cure domiciliari per prese in carico a lungo termine;
- continuità assistenziale non pienamente agita nei percorsi di dimissione ospedale-territorio
- difficoltà nell'integrazione professionale tra pediatri di famiglia e specialisti ospedalieri;
- disomogeneità nella distribuzione territoriale di alcuni servizi a svantaggio dei territori più disagiati (pediatria, assistenza domiciliare);
- eccessivi consumi di prestazioni in tutti i servizi afferenti alle cure primarie non orientate ai principi di appropriatezza (corrispondenza tra priorità ed entità dei bisogni);
- mancanza di informatizzazione condivisa tra le due aziende con possibilità di refertazione (es. EEG) in rete con possibilità per i professionisti di avere reciproche informazioni;
- necessità di implementazione dell'iter relativo al maltrattamento/abuso del minore con individuazione di una referenza professionale interaziendale;
- valutare la congruità dei pl a disposizione in pediatria sia per le acuzie neuropsichiatriche soprattutto adolescenziali che per le degenze protratte di tipo neurologico.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Strutturazione della Pediatria di Comunità nei Dipartimenti delle Cure Primarie.

Intervento:

- completamento dell'afferenza della Pediatria di Comunità al Dipartimento Cure Primarie in tutti i 4 Distretti della Provincia.

Obiettivo 2: Realizzazione delle Unità Pediatrica di Distretto (UPD).

Interventi:

- attivazione in tutti i Distretti di Unità Pediatriche di Cure Primarie denominate Unità Pediatrica di Distretto (UPD);
- creare un sistema organico in rete con i servizi ospedalieri e specialistici, i Servizi Sociali e il DSM trovando forme organizzative per una migliore assistenza al bambino nella sua totalità soprattutto se con problemi di patologia cronica e/o a rischio psicosociale

Obiettivo 3: Sviluppo dell'utilizzo delle pratiche e degli strumenti del Governo Clinico volti a promuovere un utilizzo appropriato dei servizi.

Interventi:

- messa a punto di un Protocollo di Dimissione Appropriata per bambini con patologie croniche. Tale protocollo dovrà essere esteso a tutti i pazienti dimessi dalle Realtà Ospedaliere;
- sviluppo di Piani assistenziali post ricovero per patologia definite (es. mucoviscidosi, patologie gastroenterologiche ecc.);
- sviluppo di procedure condivise tra le Aziende Sanitarie e gli Enti Locali per le prese in carico terapeutiche, socio sanitarie e assistenziali di minori in situazioni di pregiudizio (disabili, maltrattamento, abuso, ecc.).

Obiettivo 4: Appropriato utilizzo delle Strutture Ospedaliere di Primo Soccorso.

Interventi:

- promozione ed incentivazione di forme associative di medicina di gruppo tra i Pediatri di Libera Scelta per garantire, oltre che l'adeguata copertura della fascia diurna, un primo intervento;
- realizzazione di campagne informative rivolte a professionisti e utenza sulla corretto utilizzo della Strutture Ospedaliere di Primo Soccorso;
- realizzazione presso il Presidio Ospedaliero di Vaio di una Funzione Pediatrica, aperta sulle 24h, che garantisca un percorso diagnostico terapeutico di accoglienza e primo intervento per il paziente pediatrico all'interno del Pronto Soccorso di Fidenza;
- monitoraggio delle caratteristiche degli accessi alle Strutture Ospedaliere.

Obiettivo 5: Sviluppo di un piano di formazione integrata

Interventi:

- i centri di riferimento pediatrici dell'Ospedale dei Bambini devono rappresentare una forte risorsa come fonte di formazione ed aggiornamento continuo della componente professionale medica e del comparto nelle discipline di competenza per rendere sempre più efficace l'attività diagnostica terapeutica.
- l'organizzazione di un'appropriata formazione sul campo definita in accordo con le strutture ospedaliere e i Dipartimenti di Cure Primarie Distrettuali, il DSM nell'ottica di un soddisfacimento delle esigenze delle realtà locali.
- le iniziative di formazione dovranno individuare idonee iniziative volte a creare le necessarie competenze professionali anche nell'ambito del Servizio Infermieristico e Tecnico.

Obiettivo 6: Miglioramento dell'integrazione tra strutture ospedaliere pediatriche e territorio.

Interventi:

- facilitazione e miglioramento delle modalità di integrazione tra Ospedale Pediatrico e professionisti del territorio con la messa a punto di percorsi e procedure condivise.
- Facilitazione dell'accesso dell'utenza pediatrica all'assistenza specialistica di 2° e 3° livello.
- Favorire l'accesso in Ospedale a Pediatri di Libera scelta per garantirne il coinvolgimento nel percorso assistenziale.

Obiettivo 7: Informatizzazione rete pediatrica.

Interventi:

- adeguamento dei sistemi informatici alle esigenze informative dei Pediatri di Libera Scelta sia per quanto concerne la documentazione clinica che la condivisione di percorsi di e-learning;
- sviluppare progetti di telemedicina a supporto dell'attività assistenziale pediatrica territoriale ed ospedaliera.

Obiettivo 8: Rete integrata dei professionisti.

Interventi:

qualificare la rete clinica integrata dei professionisti tramite :

- la focalizzazione dei ruoli dei diversi soggetti per realizzare un coerente percorso di continuità assistenziale senza omissione di flussi o ridondanza dell'offerta sanitaria,
- la definizione delle competenze necessarie e dei relativi percorsi di miglioramento,
- puntualizzazione dei criteri e delle modalità di relazione e di comunicazione tra i diversi "nodi"

Obiettivo 9: Qualificazione della Rete Clinica Integrata Provinciale.

Interventi:

- Riorientamento di tutte le competenze specialistiche ospedaliere, psico-socio-sanitarie territoriali al fine di poter permettere il pieno svolgimento delle funzioni di centro di riferimento clinico culturale e scientifico da parte dell'Ospedale del Bambino.

A tal fine dovrà essere costituito entro il 2009 di un gruppo di progetto finalizzato a produrre il documento di riferimento inerente al rapporto tra l'Ospedale del Bambino, il Polo Pediatrico di Parma e le Reti Pediatriche territoriali.

In particolare, il contesto della relazione muove dai seguenti presupposti:

- L'Ospedale del Bambino di Parma presidia il 2° e il 3° livello specificatamente per i casi ad alta intensità e complessità di cure, oltre che il 1° livello per il territorio di riferimento.
- Struttura Pediatrica dell'Ospedale di Vaio di Fidenza – San Secondo si fa carico delle attività di 1° e 2° livello per il territorio di riferimento in coerenza con l'AO, oltre che dell'attivazione di letti di osservazione breve intensiva per le 24 ore.
- Ospedale Santa Maria di Borgo Val di Taro si fa carico delle attività di 1° e 2° livello e del Punto Nascita per il territorio di riferimento.
- Polo Pediatrico di Parma gestisce attività di 1° e 2° livello di pediatria di comunità, pediatria di gruppo, riabilitazione pediatrica, neuropsichiatria infantile, e salute donna.
- Studi associati di Pediatri di Libera Scelta gestiscono l'attività di primo livello.

Le unità pediatriche dell'AUSL dovranno, nell'ottica dell'appropriatezza, operare per intercettare la domanda là ove si forma.

Obiettivo 10: Attività di Supporto al Bambino Cronico.

Interventi:

- adeguare la Rete Assistenziale a supporto della domiciliarizzazione del bambino cronico;
- promuovere un progetto di fattibilità di letti di "lungodegenza" pediatrica e neonatologica per i pazienti stabilizzati che hanno concluso l'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero.

Obiettivo 11: Maltrattamento/abuso del minore.**Interventi:**

- implementare e qualificare del percorso di assistenza al minore soggetto a maltrattamento ed abuso con focalizzazione e definizione dei ruoli dei diversi soggetti professionali ed istituzionali coinvolti.

Obiettivo 12: Sviluppo delle tecnologie.**Interventi:**

- definizione di percorsi appropriati per l'impiego di tecnologie complesse;
- allocazione delle tecnologie nei diversi nodi della rete in base alla loro vocazione in termini di complessità e di specializzazione e tenendo conto della numerosità dei casi e dell'effettivo utilizzo.

GRUPPO 2: EMERGENZA-URGENZA

Coordinatore

Silvia Paglioli

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

- Una delle priorità è quella di assicurare al territorio montano un adeguato sviluppo delle risorse di cui il Sistema 118 possa disporre, sia nel Distretto Valli Taro e Ceno che nel Distretto Sud-Est, attraverso il consolidamento di servizi integrati con il territorio, con particolare riferimento alla rete delle automediche, ed in particolare, alla istituzione di un servizio di rafforzamento della continuità assistenziale con un mezzo di soccorso avanzato presso il punto di primo intervento ospedaliero di Borgo Val di Taro, sia mediante lo sviluppo delle necessarie sinergie ed integrazioni tra le postazioni territoriali del soccorso di base.
- Anche nel Distretto di Fidenza è necessaria l'implementazione delle collaborazioni e sinergie tra sedi contigue finalizzata a garantire la copertura territoriale e la continuità dei servizi di emergenza / urgenza ed ordinari.

Nell'ambito del Distretto di Fidenza acquisisce rilevanza strategica la allocazione dell'automedica all'interno dell'Ospedale di Vaio.

- Altro elemento degno di approfondimento, soprattutto per le realtà di volontariato meno strutturate, è la ricerca di un equilibrio nello svolgimento della attività che consenta di garantire sia l'esecuzione dei trasporti ordinari alle categorie di aventi diritto sia l'attività di emergenza territoriale.
- Nel corso del 2009, inoltre, le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna sono state chiamate ad esprimere una valutazione in rapporto ad una versione preliminare dei requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Soccorso / Trasporto Infermi: si ritiene che nel triennio 2009-2011 l'accreditamento rappresenti una tematica di particolare impegno.
- Altro elemento di prospettiva è rappresentato dalla realizzazione del progetto per la costituzione del Centro Unico per le Emergenze e la definizione dei rapporti con gli interlocutori istituzionali presenti nel Centro Unico.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Consolidare l'integrazione tra gli ospedali della AUSL ed il sistema emergenza – urgenza.

Interventi:

- garantire il funzionamento della auto-medica a Fidenza 24h/die costituendo meccanismi di integrazione con il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Fidenza;
- garantire il funzionamento della auto-medica a Borgo Val di Taro 24 h/die costituendo meccanismi di integrazione con il Punto di Primo Intervento Ospedaliero dell'Ospedale di Borgo Val di Taro.

Obiettivo 2: Definizione di protocolli per la gestione dei trasporti secondari tra i centri Hub & Spoke.

Interventi:

- definizione di protocolli di esecuzione dei trasporti medicalizzati / professionalizzati dei pazienti tra:
 - Ospedale di Fidenza ed Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma;
 - Ospedale di Borgo Val di Taro e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
 - per quanto attiene i pazienti con IMA st-sopra, grandi traumi e ustioni, ictus ischemico ecc.
 - prevedere meccanismi di rientro dei pazienti dal centro Hub verso gli Spoke quando non di pertinenza.

Obiettivo 3: Sviluppare sinergie ed integrazioni nell'organizzazione dell'offerta.

Interventi:

- sviluppare l'integrazione all'interno delle reti cliniche territoriali di assistenza primaria;
- valorizzare il ruolo delle professioni sanitarie;
- definire la fattibilità di sinergie tra le varie sedi, sia di AP che CRI, in modo tale da garantire meccanismi di collaborazione che consentano lo svolgimento della attività ordinaria e di emergenza.

Obiettivo 4: Organizzazione di soccorso sanitario nel caso di maxiemergenze.

Interventi:

- predisposizione di protocolli operativi condivisi tra Aziende Sanitarie e Volontariato da attuarsi nelle prime fasi del soccorso tramite attivazione di un gruppo di lavoro specifico;
- analisi di fattibilità per l'attuazione della normativa Europea 91/396/EEC che ha istituito il numero unico del soccorso in Europa, 112.

Obiettivo 5: Consolidare i meccanismi di collaborazione tra il Sistema dell'Emergenza-Urgenza e le reti cliniche territoriali di assistenza primaria (Medici di Medicina Generale e Medici di Continuità Assistenziale).

Interventi:

- formazione dei Medici di Continuità Assistenziale in relazione alle tematiche dell'emergenza urgenza con particolare riferimento all'urgenza pediatrica;
- attivare momenti informativi/formativi rivolti ai Medici di Medicina Generale ed ai Medici di Continuità Assistenziale sui comportamenti corretti da attuarsi in occasione di quadri sintomatologici di urgenze a maggiore frequenza. Particolare attenzione andrà riservata a:
 - dolore toracico (percorso IMA)
 - sintomatologia neurologica (percorso ictus ischemico).

Obiettivo 6: Garantire adeguato percorso formativo al personale volontario che opera nelle associazioni di volontariato e partecipa allo svolgimento della attività di soccorso e trasporto in emergenza.

Interventi:

- dare piena attuazione agli accordi intercorsi tra AUSL e volontariato al fine di garantire la formazione di un numero adeguato di volontari ad opera delle stesse associazioni di Volontariato;
- somministrazione di questionari, da parte delle stesse Associazioni di Volontariato, ai volontari con la finalità di indagare le motivazioni che portano a prestare attività di volontariato nell'ambito dell'emergenza territoriale.

Obiettivo 7: Ricercare le condizioni di sostenibilità, nel medio e lungo periodo, del sistema di emergenza/urgenza territoriale della Provincia di Parma, che si fonda sulla forte integrazione tra Volontariato, Associazioni e le Aziende Sanitarie titolari della funzione.

Intervento:

- produrre una relazione che consenta il confronto con sistemi diversi in ambiti diversi.

GRUPPO 3: PERCORSI E SPORTELLI

Coordinatori

Luigi Sartori e Andrea Toniutti

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

La necessità di migliorare e semplificare le modalità di comunicazione e scambio dati tra il cittadino e gli operatori sanitari deve coniugarsi con le potenzialità fornite dalle nuove tecnologie Web. In questo senso l'evoluzione e il consolidamento che la rete del progetto SOLE ha avuto negli ultimi anni, rappresenta un' infrastruttura tecnologica, che offre grandi potenzialità per l'ampliamento e lo sviluppo dei percorsi di accesso ai servizi sanitari e sociali. Tale percorso va comunque accompagnato da un forte attenzione verso gli aspetti che riguardano le garanzie nei confronti del cittadino in termini di rispetto della sicurezza nella trasmissione delle informazioni e di tutela della privacy dei dati personali.

- In particolare si ritiene importante consolidare i percorsi dell'accesso già avviati e migliorare gli aspetti informativi per operatori ed utenti attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie ICT.
- Fra i temi importanti si collocano le informazioni relative alla garanzia dell'accesso alle prestazioni, lo sviluppo di servizi interattivi per migliorare il dialogo con il cittadino (es. portali informativi, disdetta telefonica, sistemi di pagamento, collegamento delle sedi di accesso, ecc.), con i Medici di Medicina Generale (Progetto SOLE).
- La valorizzazione di questi strumenti per l'accesso dovrà trovare una sua correlazione prima di tutto con il lavoro dei gruppi relativi alle cure primarie e alla specialistica ambulatoriale.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Realizzazione dell'integrazione tra rete degli sportelli unici sanitari e rete degli sportelli sociali secondo quanto previsto dalla DGR 432/2008 sul territorio provinciale.

Interventi:

- estensione delle convenzioni per l'allineamento dell'anagrafe sanitaria con le anagrafi comunali;
- progettazione di una modalità di condivisione e scambio dati fra i sistemi informativi dell'area sociale e sanitaria al fine di semplificare e migliorare l'accesso alle informazioni da parte del cittadino e degli operatori del settore.

Obiettivo 2: Consolidamento e ampliamento delle modalità di accesso ai servizi sanitari.

Interventi:

- completamento della rete degli sportelli di prenotazione Cup della provincia presso farmacie, Comuni, patronati, studi associati di MMG, ed Aziende demandate dai comuni alla gestione dell'assistenza sociale;
- miglioramento e potenziamento dei servizi di prenotazione, disdetta e informazione telefonica attraverso l'implementazione di funzioni di call center unico a livello provinciale (interaziendale Azienda Usl e Azienda Ospedaliera);
- studio di fattibilità per l'attivazione della prenotazione on line di alcune prestazioni programmabili tramite la rete del progetto SOLE.

Obiettivo 3: Consolidamento delle modalità di consultazione dei referti via Web tramite la rete di SOLE.

Intervento:

- ampliamento della trasmissione ai MMG dei referti di specialistica ambulatoriale tramite la rete del progetto SOLE.

Obiettivo 4: Semplificazione delle modalità di pagamento del ticket attraverso l'ampliamento dei canali di riscossione.

Interventi:

- attivazione del servizio di pagamento del ticket tramite MAV bancario precompilato presso tutti gli sportelli bancari;
- estensione ed evoluzione delle modalità di pagamento del ticket tramite i riscuotitori automatici nella versione on line mediante l'utilizzo della tessera sanitaria e tramite il servizio POS;
- sperimentazione di un servizio di pagamento on line del ticket tramite carta di credito.

Obiettivo 5: Gestione informatizzata della sicurezza e della privacy nei percorsi di accesso ai servizi sanitari.

Intervento:

- ampliamento delle modalità di raccolta informatizzata del consenso al trattamento ed alla trasmissione dei dati personali.

GRUPPO 4: SPECIALISTICA

Coordinatori

Ettore Brianti e Luca Sircana

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

1.1 Criticità organizzative

Le principali criticità organizzative riguardano:

1. la stabilità dell'offerta nel sistema di prenotazione: la non disponibilità a CUP o la diminuzione di offerta in situazioni complesse può generare effetti negativi su tutta l'offerta provinciale (es. diagnostica);
2. l'autoreferenzialità nella gestione dei controlli, che si esprime in una ripetitività ed un cadenzamento degli stessi spesso non supportato da adeguate evidenze scientifiche;
3. il governo delle urgenze, con un utilizzo improprio delle urgenze complessivamente intese (h24 e differibili).

1.2 Miglioramenti proposti per le criticità organizzative

1. Offerta: responsabilizzazione del sistema (committenti e produttori) sul monitoraggio dei tempi di attesa e sulla stabilità dell'offerta.
2. Controlli: monitoraggio e rimodulazione dell'offerta di prestazioni programmate (controlli) e definizione di protocolli condivisi, distinti per disciplina specialistica, sulla numerosità e sulla frequenza dei controlli necessari.
3. Urgenze: individuazione di percorsi ad accesso diretto su specifiche problematiche ed applicazione del protocollo definito del Piano Provinciale per il contenimento dei tempi di attesa. Definizione delle sedi eroganti per la presa in carico delle urgenze (h24 e differibili).

1.3 Sviluppo di percorsi ambulatoriali integrati

Il tema del governo della domanda nel corso degli ultimi anni ha trovato, fra le altre, una dimensione organizzativa attraverso lo sviluppo di percorsi ambulatoriali integrati, ed in particolare:

- la qualificazione del percorso ambulatoriale semplice,
- la strutturazione dei Day Service Ambulatoriali.

Questi rappresentano, dal punto di vista organizzativo, i due modelli di riferimento che possono essere strutturati nelle varie strutture sanitarie che erogano prestazioni ambulatoriali.

1.3.1 Qualificazione del percorso semplice

Il percorso semplice si caratterizza per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali a seguito di prenotazione CUP che può avere come iter:

- la semplice erogazione della prestazione e la refertazione per il prescrittore;
- l'erogazione di prestazioni aggiuntive da parte dello stesso professionista o ambulatorio e la refertazione per il prescrittore;

- una presa in carico semplice da parte dello specialista che richiede una o più prestazioni di approfondimento per completare l'iter diagnostico. Il percorso viene completato con il referto finale di sintesi dopo gli approfondimenti.

In questo ambito la programmazione in atto prevede nel corso del 2009 il consolidamento dell'informatizzazione delle attività ambulatoriali per la gestione della prescrizione, della refertazione elettronica (connessa al Progetto SOLE e quindi con ritorno informatizzato al medico di medicina generale) e della riprenotazione degli accessi successivi (ove necessari).

1.3.2 Sviluppo dei percorsi di Day Service Ambulatoriale

Sulla base delle indicazioni regionali, vengono individuate due tipologie di Day Service ambulatoriale:

- il DSA 1 rivolto a pazienti acuti o che presentano forme di riacutizzazione/scompenso della patologia, si svolge in un arco temporale massimo di 30 giorni (percorsi diagnostici) o di 90 giorni (percorsi terapeutici); coinvolge almeno 3 discipline (compresa quella erogante) e non può essere ripetuto nell'anno per la stessa patologia;
- il DSA 2 rivolto a pazienti che richiedono valutazioni periodiche programmate sulla base di un protocollo predefinito in situazioni di elevata complessità clinica; il numero di accessi è coerente con quelli stabiliti nel protocollo, e può essere ripetuto più volte nell'anno.

Il percorso Day Service viene attivato dallo specialista che, valutata la particolare complessità clinica, invia l'utente al Day Service Ambulatoriale per l'avvio del percorso diagnostico-terapeutico.

I percorsi Day Service possono essere attivati nell'ambito di strutture poliambulatoriali che sono in grado di erogare tutte o la gran parte delle prestazioni. Le strutture che rispondono a tali requisiti sono:

Distretto di Parma: Azienda Ospedaliera, Polo Sanitario Parma Ovest, Polo Sanitario di Colorno;

Distretto di Fidenza: Ospedale di Fidenza-S.Secondo (sedi di Fidenza e S.Secondo);

Distretto Valli Taro Ceno: Ospedale di Borgo Val di Taro, Polo Sanitario di Fornovo Taro;

Distretto Sud-Est: Polo Sanitario di Langhirano.

L'attivazione di percorsi di Day Service 1 e 2, in linea con le indicazioni regionali, deve prevedere:

1. identificazione del percorso con uno specifico problema di salute (identificato con una specifica codifica ICD-IX CM)
2. analisi della domanda potenziale (valutazione della casistica attesa in relazione al bacino)
3. Attivazione in strutture sanitarie ospedaliere o territoriali che presentino la quasi totalità delle prestazioni da erogare nel percorso.
4. la presenza di un coordinatore (Case Manager)
5. la presenza di funzioni di supporto per la gestione della fase amministrativa (prenotazione, pagamento ticket)
6. la validazione da parte della Direzione Sanitaria. Le indicazioni regionali prevedono che i percorsi attivati nell'ambito delle Aziende Ospedaliere siano concordati con l'Azienda Sanitaria committente ed inseriti nell'Accordo di fornitura.

1.4 Altri fabbisogni di integrazione professionale

E' necessario sviluppare una maggiore sinergia tra professionisti operanti sul territorio ed in ospedale con lo scopo di condividere percorsi e perseguire un cammino comune volto ad affrontare il tema della appropriatezza delle prestazioni per un'efficace governo della domanda.

Il sistema delle cure primarie, che ha come unità operative di base i nuclei delle cure primarie, offre la possibilità di concretizzare al meglio alcuni obiettivi strategici per l'area quali:

1. integrazione tra i professionisti
2. condivisione di protocolli clinici ed organizzativi
3. necessità di continuità assistenziale
4. formazione e aggiornamento sul campo

Infatti nei nuclei delle cure primarie, che sono le reti cliniche del sistema, i professionisti operano in maniera integrata assicurando la presa in carico dei pazienti in un'ottica di effettiva continuità assistenziale. E' in questo contesto che si è sperimentato un modello, già da tempo applicato presso alcune medicine di gruppo, che prevede l'accesso degli specialisti del territorio e, d'altra parte, anche i MMG hanno frequentato specifici reparti ospedalieri. L'elevato livello di integrazione raggiunto ha avuto riflessi molto positivi in tema di appropriatezza della richiesta di prestazione e di percorsi diagnostico-terapeutici successivi alla visita stessa. Questo processo non è però espandibile a tutte le medicine di gruppo e, d'altro canto, la limitazione solo a queste ultime potrebbe generare, alla lunga, problemi di equità d'accesso.

Per tale motivo il passo successivo da compiere è quello di espandere tale modello a livello di Sede di NCP garantendo l'accesso in tali sedi di specialisti delle branche a maggiore criticità e fabbisogno di integrazione.

Ciò non implica la moltiplicazione dei poliambulatori, ma sottintende la creazione di un rapporto fiduciario e di continuità clinica tra i MMG del Nucleo e gli Specialisti di riferimento del Nucleo stesso.

Per la realizzazione di questo modello verrà sviluppata la partecipazione ed il coinvolgimento, a pieno titolo, degli Specialisti della AOSP-Universitaria. In questo modo anche i MMG in rete e singoli potrebbero usufruire, con evidenti vantaggi dei propri pazienti, che sono poi il vero obiettivo dell'azione di miglioramento da realizzare, della possibilità di utilizzare percorsi innovativi ed alternativi rispetto alla forma tradizionale di medicina specialistica.

Più che un indiscriminato aumento delle prestazioni, con la consapevolezza che la pluralità delle sedi ed il miglioramento dell'accessibilità potrebbero generare il rischio di indurre più ampia richiesta, si dovrà puntare al mutamento del rapporto di collaborazione e ad una maggiore integrazione tra professionisti, facilitata appunto dalla disponibilità di sedi decentrate, inserite nel contesto territoriale ed usufruibili anche da parte dei MMG, quali luoghi di incontro e confronto con il rispettivo Specialista di riferimento. In un tale contesto sarà possibile condividere linee guida e protocolli perseguendo appieno gli obiettivi di governo clinico.

PROPOSTE

A) Nella gestione dell'offerta.

Obiettivo 1: Ampliamento dell'offerta.

Interventi:

- ampliamenti del numero e della tipologia delle prestazioni nei poliambulatori distrettuali;
- ampliamenti del numero e della tipologia delle prestazioni negli ospedali aziendali;
- monitoraggio costante degli accordi di fornitura.

Obiettivo 2: Evoluzione dei contratti di fornitura all'interno della DGR 293/05 in materia di accreditamento.

Interventi:

- continuità dei contratti di fornitura con le attuali strutture;
- analisi per nuovi accreditamenti e convenzioni sulla base delle criticità territoriali in relazione alle prestazioni da garantire.

Obiettivo 3: Valutazione coordinata domanda offerta.

Interventi:

- creazione di una funzione (o gruppo) per valutazioni e ipotesi di azioni per raccordare l'andamento dell'offerta ai dati dei tempi di attesa;
- sviluppo di azioni di comunicazione e condivisione delle criticità e delle ipotesi di miglioramento con i professionisti (anche in ambito distrettuale).

B) Nella razionalizzazione delle strutture erogatrici.

Obiettivo 1: Organizzazione dei percorsi DSA 1 e DSA 2 in linea con RER.

Interventi:

- analisi della domanda e verifica della rispondenza dei requisiti RER;
- organizzazione di percorsi per acuti DSA 1 (acuti) e DSA 2 (clinici – follow-up) con individuazione del Case Manager e delle funzioni di supporto (prenotazione);
- gestione dei percorsi e monitoraggio dell'attività (performance attesa).

Obiettivo 2: Riorganizzazione dell'attività dei poliambulatori.

Interventi:

- razionalizzazione dei percorsi;
- rimodulazione dell'offerta di prestazioni urgenti, programmabili e programmate (controlli) in funzione dell'andamento della domanda;
- definizione delle sedi in grado di garantire (anche per singole specialità) la presa in carico per le urgenze e le urgenze differibili (in relazione al protocollo).

Obiettivo 3: Integrazione degli specialisti (territoriali ed ospedalieri). nelle sedi dei nuclei di cure primarie e nelle medicine di gruppo.

Interventi:

- creazione di percorsi specifici condivisi sulla base delle necessità prevalenti sul territorio;
- sistematizzazione di momenti di verifica e confronto sull'appropriatezza delle prestazioni;
- pianificazione di momenti di discussione dei casi clinici più complessi e disponibilità degli specialisti, su specifica richiesta dei MMG, ad assicurare una "second opinion"

C) Nell'appropriatezza prescrittiva.

Obiettivo 1: Riorientamento della appropriatezza prescrittiva.

Interventi:

- adozione e diffusione Linee Guida provinciali con definizione delle più appropriate modalità operative all'interno dei contesti organizzativi locali;
- utilizzo dell'Audit come strumento di analisi e conseguente governo dell'offerta;
- attuazione di fasi di verifica periodica dei percorsi condivisi per favorire il miglioramento continuo.

Obiettivo 2: Governo delle urgenze.

Interventi:

- ridefinire secondo criteri clinici le prestazioni erogabili in urgenza differibile;
- raccordare governo dei tempi di attesa e andamento offerta su base distrettuale;
- applicazione del protocollo organizzativo definito nel piano di contenimento dei tempi di attesa.

D) Nella facilitazione degli accessi

Obiettivo 1: Informatizzazione integrata dei percorsi ambulatoriali

Interventi:

- informatizzazione del percorso semplice con adozione della scheda ambulatoriale;
- informatizzazione completa dei Day Service Ambulatoriali (completamento dei DSA2) con adozione della scheda ambulatoriale;
- gestione in rete dei referti informatizzati con condivisione sia per MMG che per accessi da parte di specialisti.

Obiettivo 2: Disponibilità delle prestazioni nel sistema CUP

Interventi:

- rendere visibili a CUP le prenotazioni per tutte le prestazioni programmabili, differibili e programmate (controlli) superando l'autogestione;
- adozione di reportistica interna per i professionisti e per le Direzioni di Ospedale e Distretto sull'incidenza della prenotazione rispetto alle prestazioni erogate.

PROGRAMMI DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Coordinatori

Rita Cavazzini e Dario Parravicini

L'evoluzione demografica della popolazione e il suo progressivo invecchiamento, i cambiamenti del quadro epidemiologico sempre più caratterizzato da patologie croniche, lo sviluppo di nuove tecnologie che a livello diagnostico, terapeutico e riabilitativo concorrono ad allungare le speranze di vita, i cambiamenti sociali, con particolare riferimento alle famiglie e alle sue crescenti difficoltà a garantire forme di sicurezza, assistenza e cura ai propri componenti, richiedono modifiche profonde al sistema sanitario.

Assicurare efficacia ad interventi sempre più integrati, orientare i servizi alla comunicazione e non all'autoreferenzialità, "prendersi cura in maniera globale" della persona evitando interruzioni o vuoti, significa rileggere l'organizzazione socio-sanitaria in termini di continuità assistenziale e produrre valore aggiunto ai processi di erogazione delle prestazioni.

Rientrano in maniera particolare in questo tema le aree della cronicità, della lungodegenza post acuzie in tutte le sue specificità e la palliazione oncologica.

GRUPPO 1: DIABETE**Coordinatore****Carlo Coscelli****CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO**

Nell'ambito di gestione della patologia diabetica la programmazione del prossimo triennio si svilupperà con progetti a breve-medio termine e con progetti a medio-lungo termine

I progetti a breve-medio periodo sono caratterizzati per criticità che, secondo criteri integrati per rilevanza, priorità e complessità, possono essere affrontati sulla base di presupposti già disponibili e si riferiscono: ai registri di patologie, il follow-up, alla cartella Eurotouch, alle reti interaziendali, ai protocolli di fornitura dei materiali, al nursing del paziente diabetico.

I progetti di medio-lungo periodo si caratterizzano invece per criticità che, secondo gli stessi criteri integrati, necessitano di basi di riferimenti più complessi, che attengono rapporti di rete provinciale tra settori di livello differenziato, i MMG e gli specialisti ambulatoriali.

PROPOSTE**Obiettivo 1: Implementazione del registro di patologia****Intervento:**

- esplorazione ed incrocio delle banche dati in possesso delle Aziende Sanitarie e del Sistema Informativo Sanitario regionale che contengono informazioni sulla popolazione diabetica con completamento del percorso avviato ed applicazione delle modalità di gestione del Registro individuate.

Obiettivo 2: Consolidamento del progetto di gestione integrata applicando le nuove modalità di follow-up concordate recentemente a livello regionale**Intervento:**

- piena applicazione delle nuove linee di indirizzo regionale recentemente emanate sia da parte dei MMG che da parte delle Strutture Diabetologiche

Obiettivo 3: Sperimentazione dell'applicazione del progetto SoLe alla cartella diabetologica Eurotouch**Intervento:**

- avvio della sperimentazione di integrazione del progetto SOLE con la cartella Eurotouch ed implementazione di un sistema di valutazione degli indicatori di processo e di risultato del progetto.

Obiettivo 4: Perfezionamento del collegamento delle reti informatiche tra le due aziende sanitarie

Intervento:

- sviluppo di una rete informatica di collegamento tra le strutture diabetologiche a cui possano collegarsi anche i MMG (limitatamente ai loro assistiti) e le strutture specialistiche anche per riversare nelle cartelle gli esiti degli interventi da loro eseguiti.

Obiettivo 5: Piena applicazione dei protocolli condivisi per la fornitura del materiale di autocontrollo della glicemia e gestione della terapia e progressiva Informatizzazione della procedura di distribuzione dei presidi

Intervento:

- applicazione dei protocolli nella totalità dei casi previsti da parte di tutti gli specialisti delle due Aziende Sanitarie e completamento del percorso di informatizzazione del processo di fornitura del materiale.

Obiettivo 6: Valorizzazione delle professioni sanitarie nel nursing del paziente diabetico

Intervento:

- definizione e sviluppo di una logica processuale per favorire le competenze distintive dei singoli professionisti e strutturazione di un sistema di responsabilità diffusa per una loro piena valorizzazione all'interno dei percorsi assistenziali definiti

Obiettivo 7: Costruzione della rete fra le strutture diabetologiche provinciali ambulatoriali e ospedaliere e i rapporti con i MMG

Tutte le strutture del SSN che svolgono attività diabetologica nella provincia di Parma, erogano prestazioni di 1° livello, in stretta collaborazione con i MMG, che dovrebbero essere maggiormente coinvolti nella gestione, in generale, del paziente diabetico e supportati, nel loro lavoro, ad esempio per quanto riguarda il counseling su dieta e stile di vita.

Le prestazioni di 1° livello vengono di seguito sintetizzate:

- il follow-up dei pazienti, il loro inserimento entro protocolli di sorveglianza, l'avvio periodico a controlli specialistici, la tenuta e l'aggiornamento sistematico dei supporti informatici, la stesura dei Piani terapeutici per i farmaci per il diabete o per la concessione dei presidi.
- la educazione terapeutica con la organizzazione di corsi di educazione sanitaria su stile di vita, utilizzo di strumenti di diagnostici, nuovi presidi terapeutici (siringhe, penne, microinfusori). Alcune di queste attività potranno essere svolte in modo multiprofessionale con la formazione ad hoc di personale infermieristico
- organizzazione del percorso di accoglienza per il diabetico di nuova diagnosi. Deve essere comune a tutte le strutture diabetologiche e deve garantire la presa in carico temporanea del paziente neodiagnosticato in tempi ragionevolmente brevi. Ciò ai fini della stratificazione diagnostica, dell'inizio della terapia, della iniziale educazione terapeutica
- la attività di formazione continua del personale medico ed infermieristico.
- il counseling dietetico. La carenza di personale specializzato a livello sia del territorio, che della Azienda ospedaliero-universitaria impone di riservare questa attività solo a casi particolari, cercando di ovviare con interventi più semplici (ad es. condivisione di software specifici) a livello di strutture diabetologiche territoriali e MMG).

Sono previsti i seguenti interventi:

- potenziamento delle attività ambulatoriali relativi al diabete in età pediatrica. Tali interventi sono collegati, con il supporto delle associazioni delle famiglie dei pazienti anche in funzione dell'inserimento di giovani pazienti in ambiente scolastico.
- ridefinizione degli ambulatori per patologie.

Nell'ambito delle rete, gli ambulatori diabetologici dovranno prevedere la organizzazione di ambulatori per patologia, (di fatto attività di secondo livello) con particolare riguardo allo screening delle complicanze (in particolare piede diabetico e retinopatia).

Per quanto riguarda l' ambulatorio per il piede diabetico, la attività deve concentrarsi su identificazione e sorveglianza dei pazienti a rischio, sul trattamento semplice della lesione e di sorveglianza delle recidive .

Per quanto riguarda la retinopatia diabetica, occorre prevedere che a livello di alcune delle strutture diabetologiche territoriali sia implementata una attività di screening e controllo periodico del fondo oculare sia utilizzando gli specialisti oftalmologi dei distretti sia prevedendo altri approcci che riducano i tempi di attesa e permettano di risolvere localmente il quesito diagnostico ad es. convogliando allo specialista foto del fundus eseguiti da personale tecnico, ecc.

- Produzione di una linea guida per l'integrazione tra i livelli ospedalieri provinciali, per quanto attiene la gestione dei pazienti con complicanze diabetiche.

GRUPPO 2: INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

Coordinatore
Gianfranco Consigli

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

E' stata rilevata la mancanza di efficace follow up dei pazienti, in particolare per quelli in ossigenoterapia e OSAS che è indispensabile per valutare la correttezza della prescrizione a distanza e la compliance al trattamento.

Inoltre il follow up ha una funzione di controllo sull'uso appropriato dei presidi in dotazione a domicilio, in particolare si raccomanda la prescrizione di ossigeno liquido solo nei casi di accertata appropriatezza alla prima prescrizione.

PROPOSTE**Obiettivo 1: Follow up monitoraggio e procedure condivise.****Interventi:**

- condivisione tra specialisti ospedalieri e territoriali, della applicazione scrupolosa delle linee guida all'atto della prescrizione, riservando in particolare prescrizione dell'O₂ liquido solo in caso di necessità di erogazione di flussi di O₂ > 3 L al minuto ed in caso di uso abituale dell'O₂ fuori dal domicilio;
- controllo domiciliare del reale utilizzo dei presidi erogati (consumo complessivo di L di O₂, ore di utilizzo dei ventilatori, reale utilizzo dello stroller dell'O₂ liquido);
- certificazione nel controllo dell'EGA (emogasanalisi) a trenta e sessanta giorni nei casi di accertamento domiciliare di una SpO₂ > 90%);
- generalizzazione della prescrizione dei ventilatori e della TOLT con scadenza annuale rinnovabile a fronte di una visita di controllo da parte del soggetto prescrittore e/o dal Medico Dell'Unità Operativa Territoriale di riferimento richiesto dal Medico di Medicina Generale;
- sperimentazione dell'uso della cartella informatizzata progetto Sole per consentire una più efficace e diretta comunicazione tra lo Specialista Pneumologo Ospedaliero, lo Specialista Pneumologo del Territorio ed il Medico di Medicina Generale che ha in carico il Paziente.

Obiettivo 2: Rete ambulatoriale provinciale.**Intervento:**

- attivazione di una rete di ambulatori per il monitoraggio dei pazienti in ossigenoterapia e ventiloterapia, con modalità di accesso ben definite in tutti i distretti dell'AUSL, previa definizione di un registro informatizzato per la ventiloterapia e l'ossigenoterapia

Obiettivo 3: Monitoraggio dell'applicazione delle linee guida.

Intervento:

- istituzione di una commissione permanente interaziendale integrata con i Medici di Medicina Generale per il monitoraggio dell'applicazione delle linee guida, delle problematiche connesse con la gestione integrata del paziente nonché le istruzioni operative.

Si propone che la stessa sia composta da rappresentanti della U.O. Clinica Pneumologica, U.O. Divisione Pneumologica, Servizio di Fisopatologia Respiratoria, U.O. di Pneumologia dell'Ospedale di Vaio, Serv. di Ossigeno Ventiloterapia domiciliare AUSL, Medici di Medicina Generale, Programma Territoriale delle Cure Primarie AUSL, Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Le conclusioni della commissione saranno presentate entro il 2010.

GRUPPO 3: NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

Coordinatore

Pierantonio Muzzetto

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Nel rispetto dei criteri di appropriatezza, sostenibilità delle risorse e del governo clinico, si sono analizzate le *positività e le criticità* del sistema, in base a cui prevedere interventi razionali e coerenti con le necessità e le risorse disponibili, allo stesso tempo integrati e coordinati, nel rispetto dei criteri di efficienza ed efficacia delle prestazioni.

Si identificano sei grandi settori su cui costruire i progetti, nell'ambito di una razionalizzazione degli interventi e di sviluppo:

- 1- Valutazione e prevenzione della malnutrizione dell'anziano a domicilio, in ricovero e degli ospiti delle residenze.
- 2- Promozione della formazione e dell'integrazione del personale addetto al controllo ed alla gestione della **NA** a livello ospedaliero e sul territorio.
- 3- Coordinamento integrato delle attività inerenti la NA nel rispetto dei programmi d'integrazione fra le aziende ed appropriatezza dell'indicazione attraverso la ridefinizione delle linee guida interaziendali, per omogeneizzare gli interventi, contenere le indicazioni che provengono dai diversi settori di cura, al fine anche di affinare la condivisione dei criteri di eleggibilità, appropriatezza clinica ed etica.
- 4- Sviluppo delle tematiche nutrizionali e degli interventi conseguenti in ambito pediatrico ospedaliero e territoriale sia organizzativi che gestionali.
- 5- Nuove esigenze terapeutiche nutrizionali nell'adulto e nel bambino affetti da malattie infiammatorie intestinali, da anoressia nervosa e da SLA.
- 6- Ottimizzazione del flusso informativo attraverso il sistema informatico (comunicazione telematica) fra i team provinciali nell'ambito dell'integrazione dei sistemi informativi finalizzati al monitoraggio ed alla valutazione dei processi di cura (efficienza -efficacia).

PROPOSTE

Obiettivo 1 : Valorizzazione delle professioni sanitarie nel percorso di cura del paziente in nutrizione artificiale domiciliare con valutazione di congruità dei bisogni emergenti.

Interventi:

- afferenze istituzionali ai TN di professionisti esperti da coinvolgere su aree e temi specifici;
- adeguamento di personale ed identificazione di nuove funzioni del personale di supporto in relazione alle crescenti richieste di NA, sia a livello ospedaliero che territoriale;
- formazione del personale adibito al controllo/trattamento domiciliare;
- sviluppo delle competenze delle equipe infermieristiche domiciliari nel nursing del paziente in nutrizione artificiale domiciliare.

Obiettivo 2: Ridefinizione delle Linee Guida interaziendali su indicazioni e monitoraggio dell'attività della NA con riferimento ai criteri di elegibilità, etica degli interventi ed appropriatezza clinica

Interventi:

- ufficializzazione ed esecutività del nuovo Protocollo d'Intesa Interaziendale per la NA;
- rielaborazione protocollo e percorso organizzativo multidisciplinare con individuazione dei percorsi e delle dinamiche di coordinamento tra le varie figure professionali (MMG, internista, nutrizionista, dietista, logopedista, psicologo, infermiere).

Obiettivo 3: Gestione Informatizzata dei pazienti trattati con NA.

Interventi:

- istituzione della cartella informatica per pazienti in NAD e condivisione interaziendale dei dati (informatizzazione aperta ai TN e condivisa);
- monitoraggio quadrimestrale dell'impiego delle risorse e previsione semestrale dell'andamento di spesa e di attinenza al budget assegnato;
- individuazione di una competenza specialistica pediatrica di riferimento, in base alle indicazioni del Ministero della Salute, che si coordini con le UO-NA e, a livello territoriale, col pediatra di libera scelta.

Obiettivo 4: Nuove indicazioni alla NA sia in ambito pediatrico che non.

Intervento:

- istituzione di un gruppo di lavoro provinciale sull'utilizzo della NA in ambito delle patologie croniche sia pediatriche sia dell'adulto (risultati e proposte entro il 2010).

GRUPPO 4: RETE CARDIOLOGICA**Coordinatore****Mario De Blasi****CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO**

È sicuramente un elemento di criticità sul nostro territorio il tema della gestione della patologia cardiaca cronica e del coordinamento delle attività di ricovero diurno ed ambulatoriali.

E dunque risulta quanto mai attuale la priorità individuata dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento, per lo sviluppo della presa in carico delle patologie croniche (cronic-care-mode, 4.2.4 a).

Il tema della gestione del paziente affetto da Scompenso Cardiaco è stato affrontato nel 2008 attraverso l'elaborazione di un PDT dedicato a questa patologia, che ha coinvolto gli specialisti di entrambe le Aziende sanitarie provinciali impegnati in questo campo ed alcuni medici di medicina generale.

La versione finale di questo documento è stata presentata alla Commissione Cardiologica provinciale che ha espresso consenso e condivisione.

La realtà della provincia di Parma non necessita però di un aumento quantitativo delle prestazioni cardiologiche di I e II livello, ma di una riqualificazione dell'offerta, introducendo criteri di appropriatezza, individuando le priorità e connettendo fortemente l'attività specialistica, nell'ambito delle cure primarie, con i medici di medicina generale.

Al fine di garantire omogeneità di offerta su tutto il territorio provinciale e di riconvertire le attività ambulatoriali specialistiche di I e II livello al modello del Day Service e della presa in carico del paziente, è necessario rendere operativa una Struttura di cardiologia territoriale su scala provinciale, che consenta di coordinare il processo di miglioramento ed innovazione anche in questo ambito operativo.

Lo sviluppo della rete cardiologica e l'esigenza di comunicazione tra gli i professionisti degli Ospedali e del territorio rende indispensabile effettuare miglioramenti nel campo dell'informatizzazione. Il sistema informativo deve permettere infatti la visualizzazione delle informazioni cliniche ed amministrative, indipendentemente da dove siano state prodotte ed archiviate. I medici di medicina generale chiedono la connessione completa tra Ospedali e Rete Sole, così come tale collegamento è necessario tra le due Aziende Sanitarie ed i professionisti del territorio. Tali obiettivi, previsti esplicitamente nel *Piano regolatore dell'informatica e della telefonia* del Nuovo Ospedale, sono considerati prioritari ed urgenti in campo cardiologico.

Si ritiene necessario un programma di prevenzione delle malattie cardiovascolari che ha lo scopo primario di ridurre, negli anni a venire, l'incidenza di morbidità e mortalità delle stesse sul nostro territorio. Tale programma prevede l'integrazione tra l'attività degli specialisti cardiologi e i Medici di Medicina Generale finalizzata alla riduzione del rischio cardiovascolare.

Tra gli obiettivi di questo programma vi è quello di conoscere i dati epidemiologici locali sulla morbidità, la mortalità cardio-vascolare e cerebrovascolare e la prevalenza dei principali fattori di rischio, al fine di avere un quadro "basale" che permetta di poter verificare, in futuro, l'efficacia degli interventi operati.

L'intervento si avvale della sinergia tra una strategia di comunità ed una strategia di modificazione individuale del rischio cardiovascolare.

La strategia di comunità è un intervento di prevenzione rivolto alla popolazione generale, senza riferimento ai livelli di rischio cardiovascolare individuali, che ha lo scopo di promuovere la salute e di prevenire l'insorgere dei fattori di rischio e di contrastarne lo sviluppo mediante l'informazione e l'educazione sanitaria.

- Educazione sul territorio (rivolta ai medici di medicina generale, alla popolazione, alle scuole, ecc.) con lo scopo di formare ed informare. Divulgazione linee guida di prevenzione primaria e secondaria, dei fattori di rischio e dei corretti stili di vita, dei principali quadri patologici e dei percorsi corretti per accedere al sistema di cure sanitarie intensive.
- Collaborare con i Programmi di Prevenzione Primaria (fumo, nutrizione e attività fisica).
- Potenziare Programmi di Riabilitazione: provvedere all'accesso alla riabilitazione e ai programmi di prevenzione per i sopravvissuti agli eventi coronarici e cerebrovascolari.

La strategia individuale è invece una valutazione, effettuata mediante l'uso della Carta del Rischio Cardiovascolare (Progetto Cuore del Ministero della Sanità, Progetto RER, www.cuore.iss.it) al fine di stabilire il rischio CV prospettico a 10 anni e di trattare intensivamente i soggetti con percentuali di rischio più elevate.

Le attuali linee guida internazionali stabiliscono una priorità clinica al trattamento nei seguenti casi:

- Soggetti asintomatici ad elevato rischio CV ad alta probabilità di sviluppare danno d'organo subclinico.
- Parenti di primo grado di cardio-cerebrovasculopatici giovanili (<55 anni) e di soggetti asintomatici a rischio particolarmente elevato.
- Pazienti con cardiopatia ischemica, vasculopatia cerebrale o periferica clinicamente manifesta.
- Screening di prevenzione della disfunzione ventricolare sx (Stage A e B della scompenso cardiaco).

PROPOSTE

Obiettivo 1: Ridefinizione della strategia terapeutica della rete IMA.

Intervento:

- diffondere e generalizzare l'angioplastica primaria come terapia di scelta su tutto il territorio provinciale.

Obiettivo 2: Costituzione di una rete per la gestione dello scompenso cardiaco cronico.

Intervento:

- individuazione sul territorio provinciale di ambulatori specifici, protocolli terapeutici e percorsi diagnostici.

Obiettivo 3: Miglioramento e di innovazione delle attività ambulatoriali.

Intervento:

- generalizzare i modelli organizzativi ispirati al chronic care model e ai percorsi di day service.

Obiettivo 4 : Consolidare la continuità assistenziale**Interventi:**

- potenziamento dei sistemi informativi interaziendali;
- prima realizzazione del progetto SoLe.

Obiettivo 5 : Rafforzare i progetti di prevenzione delle malattie cardiovascolari**Intervento:**

- attivare più avanzati modelli di integrazione tra le attività dei MMG e quelle degli specialisti cardiologi.

GRUPPO 5: TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE**Coordinatore****Rossella Emanuele****CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO**

In un'indagine condotta nel Maggio 2008 la percentuale di pazienti presi in carico, sulla totalità di pazienti in TAO da parte dei MMG partecipanti è risultata pari ad una media del 65%.

Le cause di questa non completa adesione sono riconducibili alle seguenti motivazioni : paziente che esprime la volontà di rimanere in carico ad un Centro di Sorveglianza ; Motivi logistici e comodità di accesso al Centro rispetto all'ambulatorio del proprio Medico di Medicina Generale; 3. pazienti domiciliari allettati o con difficoltà di deambulazione.

Risulta pertanto importante considerare tra le prospettive di sviluppo il miglioramento della qualità assistenziale nella gestione del paziente in TAO che necessita di controllo domiciliare, in quanto non in grado di accedere autonomamente all'ambulatorio del proprio Medico di Medicina Generale o al Centro di Sorveglianza più vicino.

Tale percorso di miglioramento è da costruire attraverso il coinvolgimento diretto del personale infermieristico addetto alla assistenza domiciliare , previa adeguata formazione teorica e sul campo.

Contestualmente si rende necessario il potenziamento e miglioramento della integrazione fra Centri di Sorveglianza e Medici di Medicina Generale in particolari situazioni critiche.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Migliorare la partecipazione dei medici di medicina generale convenzionati alla gestione del paziente in terapia anticoagulante orale, con particolare riferimento alle zone disagiate /disagiatissime della provincia e favorire la presa in carico di tutti i pazienti eleggibili, compresi quelli assistiti a domicilio, da parte dei medici aderenti.

Interventi:.

- promuovere un maggiore coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale operanti nelle zone disagiate/disagiatissime della Provincia, anche con il coinvolgimento diretto del personale infermieristico addetto alla Assistenza domiciliare;
- organizzare un percorso assistenziale integrato tra medici di medicina generale , infermieri dell'assistenza domiciliare , infermieri e personale operanti nei centri prelievo distrettuali al fine di incrementare e valorizzare le reciproche competenze e l'autonomia professionale;
- avviare in via sperimentale il percorso integrato di gestione mista del paziente in TAO con effettuazione del prelievo a domicilio o in un punto prelievi distrettuale, determinazione INR a cura del Laboratorio Analisi, invio telematico del risultato all'archivio del medico di medicina generale all'interno del programma P.A.R.M.A., attribuzione della terapia e consegna del referto-prescrizione a cura del medico di medicina generale;
- organizzare specifici corsi di formazione teorico –pratica per il personale infermieristico sulle problematiche correlate alla gestione del paziente in terapia anticoagulante orale (uso degli

strumenti portatili per determinazione INR al letto del paziente, raccolta corretta delle informazioni anamnestiche e cliniche del paziente, educazione sanitaria del paziente e dei suoi caregivers;

- promuovere una corretta informazione/formazione dei pazienti e loro familiari sulle problematiche della TAO ai fini di una corretta gestione della terapia, anche attraverso la realizzazione e distribuzione di materiale informativo specifico.

Obiettivo 2: Potenziare e migliorare l'integrazione fra Centri di Sorveglianza e Medici di Medicina Generale in particolari situazioni.

Interventi:

- promuovere la stesura e condivisione di protocolli di gestione delle procedure di preparazione ad interventi chirurgici o manovre invasive, in base al rischio emorragico della procedura ed al rischio tromboembolico del paziente e di protocolli di intervento/comportamento in caso di eccessiva decoagulazione (i.e. valore INR > 5/6), ma anche in caso di scarsa decoagulazione (i.e. valore INR < 1.5/1.4);
- definire il percorso del paziente in caso di situazioni particolari e/o critiche al fine di consentire integrazione tra Centro e strutture territoriali, e tempestività ed efficacia di intervento per il paziente;
- attivare in ambito distrettuale, laddove possibile, ambulatori dedicati che effettuino visite di controllo su pazienti critici o a rischio di complicanze

Obiettivo 3: Completare il sistema informativo nei principali punti prelievi territoriali ed il loro collegamento in rete via Internet con i Centri di Sorveglianza di riferimento.

Interventi:

- attuare la verifica e valutazione periodica trimestrale della qualità del trattamento erogata ai pazienti in TAO nell'ambito provinciale, anche suddivisa per singoli Centri di Sorveglianza al fine di raggiungere livelli assistenziali di buona qualità del trattamento in linea con quanto riportato dai dati della letteratura internazionale specifica;
- organizzare periodici controlli della qualità del trattamento attraverso analisi statistiche dedicate alla valutazione di una corretta gestione TAO (% INR rispetto al range terapeutico, tempo trascorso in range);
- organizzare Audit fra Responsabili dei Centri di Sorveglianza per il monitoraggio dell'andamento del progetto e della qualità dell'assistenza offerta ed individuazione di possibili percorsi di miglioramento;
- attivare processi di miglioramento delle integrazioni tra Centri di Sorveglianza e Servizi infermieristici finalizzati a rendere più sicura ed efficace la gestione della terapia ed i suoi aggiustamenti.

Obiettivo 4: Migliorare la tempestività della consegna del referto/prescrizione ai pazienti afferenti ai punti prelievo decentrati, con conseguente miglioramento della compliance del paziente stesso alla autogestione della terapia.

Intervento:

- dare piena attuazione delle procedure di stampa referto/prescrizione con firma elettronica certificata in remoto (presso punto prelievo decentrato, dove il paziente ha eseguito il prelievo)

GRUPPO 6: LUNGODEGENZA, RIABILITAZIONE, GRACER, GRADA

LUNGODEGENZA

Coordinatore

Loris Borghi

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

- Si ravvisa la possibile necessità di posti letto di lungodegenza territoriali e dell'Ospedale Maggiore di Parma dovute all'aumento delle polipatologie all'andamento demografico e alla difficoltà nelle dimissioni difficili. Questa tendenza va accentuandosi nel tempo in rapporto all'evoluzione epidemiologica delle polipatologie e, pertanto, in termini di sviluppo, occorre prevedere il consolidamento e la crescita di équipe medico-infermieristiche multiprofessionali ben organizzate, esperte e culturalmente qualificate con sperimentazione di nuovi modelli organizzativi clinico-assistenziali.
- Le strutture di lungodegenza dovrebbero essere classificate, in base alla tipologia dei pazienti, in strutture prevalentemente riabilitative e strutture prevalentemente internistiche. Questa distinzione va definita per il diverso peso assistenziale, il diverso costo e la diversa caratterizzazione professionale degli operatori.
- I posti letto di tipologia internistica sono gravati da un alto tasso di dimissioni difficili (circa il 30% dei ricoveri) e da una concentrazione di pazienti instabili, polipatologici e complessi ad alta necessità assistenziale, anche in rapporto con la necessità dei reparti per acuti, sia medici che chirurgici, di effettuare trasferimenti sempre più precoci in lungodegenza.
- Uno dei problemi scottanti per la funzionalità e l'efficienza delle unità di lungodegenza è la difficoltà nel reperire strutture idonee per i casi gravissimi di cerebrolesioni e disabilità acquisite e di pazienti che, anche se stabilizzati, sono portatori di Parenterale, Catetere Venoso Centrale, tracheotomie ed altri presidi salvavita non accettabili nella generalità delle strutture socio-sanitarie territoriali. Riconfermato il fatto che il gold standard della dimissione deve rimanere in qualsiasi caso il domicilio, occorre prendere atto che in molti casi questa strada non è praticabile e quindi c'è necessità di strutture territoriali vicarianti attrezzate allo scopo. A questo fine occorre anche un'interfaccia con le nuove Aziende di Servizio per le Persone (ASP).
- Appare ancora carente una regia complessiva ed unitaria per la effettiva messa in rete delle lungodegenze, che comunque sembrano ampiamente richieste ed utilizzate, sia nel pubblico che nel privato accreditato.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Completamento e razionalizzazione della dotazione provinciale di posti letto LD PARE (Lungodegenze post-acuzie e Riabilitazione Estensiva).

Interventi:

- definire un piano di fattibilità d'intesa con il gruppo "Hub & Spoke" e "Rimodulazione della rete e nuovi modelli organizzativi" per la rimodulazione di posti letto di lungodegenza nelle strutture pubbliche e private, in particolare presso l'Ospedale Maggiore di Parma;

- incrementare il numero posti di letti delle strutture private accreditate dedicati a pazienti in dimissione dai reparti ospedalieri;
- attivazione di un gruppo interistituzionale per l'elaborazione di un progetto provinciale finalizzato a definire la direzione dei processi collegati alla lungodegenza.

Obiettivo 2: Miglioramento dell'integrazione funzionale e della messa in rete delle diverse strutture di LD PARE.

Intervento:

- creare un osservatorio provinciale delle attività lungodegenziali ospedaliere coordinato dalla Direzione sanitaria dell'Azienda USL e composto da almeno un rappresentante di ogni struttura, sia pubblica che privata.

Obiettivo 3: Approfondimento della conoscenza delle diverse tipologie di pazienti che utilizzano i letti di LD PARE.

Interventi:

- messa a punto di un progetto provinciale di ricerca nell'ambito del governo clinico, propedeutico alla rimodulazione dei posti letto della lungodegenza da effettuarsi nell'ambito del gruppo Revisione rete ospedaliera;
- costruzione di un sistema informatizzato specifico di valutazione dei costi e della tipologia dei pazienti a livello provinciale.

RIABILITAZIONE

Coordinatore

Marsilio Saccavini

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

DEGENZA

- Sviluppo di collegamenti strutturati fra L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e le strutture a codice 56, 60 e 75 HS per il miglioramento della continuità clinica attraverso lo sviluppo di una piattaforma informatizzata per la messa in linea del flusso dei pazienti fra i nodi della rete riabilitativa, caratterizzata dall'istituzione ed implementazione di una postazione informatizzata idonea alla gestione del flusso dei pazienti.
- Risulta significativo monitorare l'andamento delle caratteristiche cliniche e del flusso dei pazienti, nell'ambito della complessiva valutazione dei bisogni con l'obiettivo di definire i fabbisogni reali dei codici 56 e 60.
- Per le gravi e gravissime disabilità acquisite, nel contesto della chiusura del circolo virtuoso della gestione, si pongono in evidenza due problematiche di sviluppo:
 1. identificazione di sedi di degenza protetta numericamente dimensionabili alla necessità epidemiologica della popolazione;
 2. potenziamento ed ottimizzazione della modalità di reinserimento domiciliare, nei limiti delle risorse regionali sulla non autosufficienza.

AMBULATORIALE e DOMICILIARE

- Come nella dimensione della degenza anche per il settore ambulatoriale si pone la priorità di analisi della distribuzione dell'offerta complessiva, dell'appropriatezza, della continuità del trattamento e della messa in rete del sistema attraverso la creazione di un centro informatizzato istituito presso l'Azienda Unità Sanitaria Locale.
- Particolare attenzione necessita lo sviluppo delle relazioni con il centro per l'adattamento domestico per un suo pieno utilizzo a livello territoriale.

AREA PEDIATRICA

- Risulta necessario uniformare l'expertise medica e tecnica in ambito provinciale, migliorando la definizione dei percorsi riabilitativi per la corretta presa in carico dei bisogni socio-sanitari del paziente con gravissima disabilità e della propria famiglia.

LIVELLO PREVENTIVO

- Il capitolo della "fragilità" dell'anziano affetto da disabilità motoria, relazionale e cognitiva rientra in un'area border-line sanitario-assistenziale, nella quale il mantenimento dello stimolo motorio e sensoriale, risultano dominanti per il corretto protrarsi dello stato di benessere. A livello Provinciale le esperienze basate sulla socializzazione di gruppi di anziani e diversamente abili, che svolgono attività ludico-motoria sotto il controllo di professionisti del settore sanitario o delle scienze motorie è esperienza svolta su base di volontariato o strutturata in alcune istituzioni Comunali. Attraverso la diffusione del concetto di moto e socializzazione, propri del settore dell'Attività Fisica Adattata, si ritiene di attivare in via capillare, il sostegno psicomotorio della popolazione anziana o complessivamente "fragile", tale da garantire non solo il mantenimento funzionale delle performances raggiunte, ma anche la possibilità di attivare un circuito virtuoso di controllo sanitario preventivo.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Sviluppo di collegamenti strutturati fra L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con l'Azienda Unità Sanitaria Locale e le strutture a codice 56, 60 e 75 HS per la definizione della continuità clinica.

Interventi:

- attivazione di un centro unico integrato fra le Aziende per la gestione del flusso provinciale dei pazienti degenti e ambulatoriali;
- attivazione di un tavolo permanente di lavoro fra tutte le strutture a codice 56, 60 e 75 HS riabilitativi, presenti nella provincia di Parma, in funzione di:
 - Monitoraggio stabile dei flussi e dei tempi di degenza e trattamento
 - Definizione della dotazione di codici 56 e 60 in funzione della dimensione dell'offerta e del viraggio qualitativo del paziente.

Obiettivo 2: Regolamentazione gestionale del paziente affetto da gravissima disabilità acquisita.

Interventi:

- identificazione di sedi di degenza protetta numericamente dimensionabili rispetto alla necessità epidemiologica;
- definizione dei percorsi e delle modalità di rientro a domicilio dei pazienti con gravi cerebro lesioni, con valutazioni multidimensionali e in raccordo con le risorse psico-sociali della famiglia;

- stabilizzazione di percorso di rientro del paziente, verso il Dipartimento Geriatrico-riabilitativo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, del paziente con necessità di rivalutazione clinico-assistenziale a carattere multispecialistico.

Obiettivo 3: Ridefinizione delle competenze tecniche in relazione alle esigenze di integrazione socio-sanitaria.

Interventi:

- approfondire ulteriormente il livello di competenza e specificità di natura diagnostica fra le Aziende Ospedaliero-Universitaria e Unità Sanitaria Locale tramite la dichiarazione degli ambiti di attività;
- costruire uno strumento operativo condiviso per l'identificazione di procedure e protocolli per l'invio, l'accoglienza e la gestione integrata degli utenti e delle proprie famiglie.

Obiettivo 4: Attuazione sistematizzata del concetto di performance ed autonomia della persona diversamente abile (secondo la classificazione ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health – O.M.S. 2001).

Interventi:

- potenziamento del settore di terapia occupazionale ed ergonomia, a carattere trasversale interaziendale, finalizzato al reinserimento sociale della persona con diversa abilità;
- sviluppo della fase preventiva e di mantenimento motorio nella popolazione “fragile”, secondo le modalità dell'Attività Fisica Adattata.

GRAVI CEREBROLESIONI (GRACER)

GRAVI DEFICIENZE ACQUISITE (GRADA)

Coordinatore

Leonardo Marchesi

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

L'obiettivo alla dimissione dai reparti ospedalieri per acuti e per post – acuti deve sempre essere prioritariamente il rientro a domicilio, con i supporti che sono previsti sia in termini di assistenza sanitaria, che di supporti protesici.

Le situazioni nelle quali il rientro a domicilio non è possibile devono essere rigorosamente selezionate, sulla base di criteri oggettivi.

I casi da destinare ai posti letto ad alta valenza assistenziale sono selezionati dalle commissioni multidisciplinari, costituite a livello di ogni distretto.

I posti letto ad alta valenza assistenziale sono presenti, al momento, solo presso le strutture di Colorno (7 posti letto) e di Langhirano (8 posti letto, aumentabili a 10).

La correlazione tra la distribuzione della popolazione nel territorio provinciale e la collocazione territoriale di dette strutture, ha reso necessaria, allo stato attuale, l'utilizzazione di funzioni surrogate, peraltro consentite dalla normativa regionale di riferimento, presso le unità ospedaliere di Lungodegenza post-acuzie.

PROPOSTE

Obiettivo 1: ulteriore potenziamento delle “attività sanitarie e sociali integrate” a livello domiciliare.

obiettivo 2: attivazione di posti letto di alta valenza sanitaria, secondo gli standard regionali, nei contesti distrettuali che ne sono carenti, con particolare riferimento al Distretto di Parma.

Obiettivo 3: Attivazione piena nel triennio delle direttive regionali (n° 2068 e n° 840) in materia di assistenza a persone affette da GRADA acquisite in età adulta secondo lo schema indicato dello sviluppo dei servizi sia domiciliari sia residenziali.

GRUPPO 7: PALLIAZIONE ONCOLOGICA

Coordinatori

Francesco Ghisoni e Andrea Ardizzoni

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

- a) Va rafforzato il concetto che le cure palliative in oncologia richiedono un approccio multidisciplinare e non si identificano unicamente con la terapia del dolore sebbene quest'ultima ne rappresenti uno degli aspetti più importanti.
- b) Per i pazienti terminali che necessitano di cure palliative non deve esistere un unico modello assistenziale ma deve essere disponibile un'offerta assistenziale diversificata in base alle diverse condizioni cliniche, familiari, abitative, sociali e alle preferenze dei pazienti e dei rispettivi medici di medicina generale (MMG) e specialisti curanti.
- c) E' assolutamente prioritario monitorare il fabbisogno di posti letto di Hospice attualmente critici soprattutto per Parma città. Per rispondere ai bisogni dei pazienti oncologici, favorire al massimo la continuità assistenziale.
- d) Vi è necessità di potenziare, ove presente, e di sviluppare, in generale, un'azione "palliativa" verso il domicilio con supporto e integrazione dell'attività dei MMG e degli infermieri dell' ADI. A tal fine, è necessaria una crescita numerica, culturale e professionale in cure palliative, con figure specialistiche di settore (Medico palliativista, antalgologo, fisioterapista, psicologo, nutrizionista, oncologo); in questo ambito è obiettivo prioritario giungere ad ottemperare ai LEA previsti dal DM 2007 sulle Cure Palliative.
- e) Sarebbe da valutare la realizzazione di un Centro Unico di Coordinamento Provinciale per le Cure Palliative, in Oncologia, eventualmente organizzato su base distrettuale, che possa dare risposte quotidianamente nelle 24.
- f) Vi è necessità di ambulatori di cure palliative e terapia antalgica che si affianchino al Centro di Terapia Antalgica dell' AOU di Parma attualmente oberato di richieste e con tempi di attesa, specie riguardo il dolore cronico, molto lunghi, e che andrebbe comunque potenziato.
- g) Occorre migliorare l'integrazione fra l'attività legata alle strutture ospedaliere, i centri di Lungo-degenza, gli Hospice e il domicilio per garantire un'effettiva continuità assistenziale che veda sempre coinvolti i MMG; ad esempio, è necessaria la presa in carico del paziente terminale in ADI già durante la fase di ospedalizzazione precedente con la definizione di un protocollo scritto di terapia palliativa e dei presidi necessari concordati tra lo specialista oncologo, palliativisti, infermieri e MMG
- h) Vi è necessità di promuovere la formazione continua in Cure Palliative per tutti gli operatori del settore e non solo.

Viene sottolineata in questo ambito l'importanza e il ruolo del volontariato (alcune associazioni sono già impegnate in questo ambito: AIL, AVOPRORIT, VERSO IL SERENO) che necessita però di formazione specifica, aggiornamento continuo, coordinamento e massima integrazione con gli altri operatori.

- i) Nell'ambito degli accordi di fornitura tra AUSL e AOU è necessario ristabilire la possibilità che gli specialisti dei presidi ospedalieri (oncologi, terapisti del dolore, fisioterapisti ecc) possano recarsi periodicamente al domicilio di pazienti in ADI o presso gli Hospice territoriali
- j) E' necessario rendere più omogenee la modulistica, le modalità di valutazione dei sintomi, i requisiti di accesso all'Hospice delle varie realtà della rete di cure palliative

- k) E' necessario favorire una più facile accessibilità a farmaci, presidi, esami di laboratori ed indagini strumentali per i pazienti in ADI

PROPOSTE

Obiettivo 1: Sviluppo della “palliazione domiciliare”.

Interventi:

- favorire l'accesso a farmaci, presidi ed esami;
- ristabilire le visite domiciliari degli specialisti;
- attivare supporti sistematici alle famiglie per la gestione del malato terminale (protocolli di terapie palliative, regolamentazione ADI in malati terminali, ecc.).

Obiettivo 2: Coordinamento provinciale cure palliative.

Interventi:

- sviluppo di un gruppo interaziendale con funzioni di omogeneizzazione delle linee guida;
- attivazione di un ambulatorio specifico per la terapia antalgica delle cure palliative e per il dolore;
- attivazione di percorsi di formazione continua verso gli operatori, i MMG ed il volontariato.

Obiettivo 3: Revisione dei fabbisogni territoriali dei posti letto in hospice.

Interventi:

- monitoraggio della rete attuale (43 posti letto) ed individuazione delle criticità;
- attivazione piani annuali di sviluppo dei posti letto per il 2010 ed il 2011;
- correlare lo sviluppo dei posti letto in hospice con l'appropriatezza di utilizzo di posti letto in lungodegenza.

GRUPPO 8: DEMENZE

Coordinatore
Rita Cavazzini

CRITICITA E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Obiettivo principale per la piena attuazione della rete consultoriale è rappresentato dalla continuità assistenziale nell'integrazione dei Servizi; i MMG e i Servizi Sociali in generale assumono pertanto un ruolo centrale per analizzare i bisogni, le domande e per attivare i nodi della rete.

Nell'ambito della gestione dei pazienti affetti da patologie croniche, il medico di famiglia, da unico protagonista del processo deve diventare componente di un team multiprofessionale che elabora il piano di cura tenendo conto della molteplicità dei bisogni e della necessità di garantire continuità assistenziale.

Il punto di riferimento per il cittadino, nei percorsi assistenziali per l'accesso ai servizi socio sanitari è costituito sempre di più dall'assistente sociale responsabile del caso che assicura l'analisi dei bisogni socio assistenziali, la prima valutazione, la partecipazione alla valutazione multidimensionale e all'elaborazione del progetto di vita e di cure.

L'integrazione tra i due professionisti, presente oggi nelle buone pratiche, deve essere valorizzata e potenziata strutturando modalità di collaborazione, anche attraverso protocolli formalizzati.

Si conferma la scelta di realizzare compiutamente la normativa regionale, sviluppando maggiormente, insieme all'attività clinico-diagnostica, la stretta interrelazione con le reti territoriali sia sociali che sanitarie. All'interno di questo impegno diventa, dunque, obiettivo triennale per i Dipartimenti delle Cure Primarie e per i Consultori interagire strettamente con i MMG organizzati nei Nuclei delle Cure Primarie, al fine di migliorare la sensibilità diagnostica e la tempestività degli invii, nonché rafforzarne il ruolo di principale punto di riferimento per i pazienti e le loro famiglie, agevolando i momenti di confronto tra tutti i Professionisti coinvolti, anche attraverso la sperimentazione di una modalità di collaborazione con una Medicina di gruppo.

È ribadita la necessità di garantire la funzione del coordinamento tecnico scientifico a livello provinciale il cui mandato si esplica attraverso l'individuazione della metodologia adeguata a migliorare il percorso diagnostico/terapeutico dei pazienti affetti da demenza, in accordo con le linee guida regionali e nazionali e qualsiasi altro tipo di intervento finalizzato alla gestione della complessa realtà di questi pazienti. Tale organo si rapporta al Responsabile del programma per il raggiungimento di finalità condivise, ivi comprese attività di promozione culturale e di ricerca clinica applicata.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Sviluppare i rapporti con le strutture ospedaliere presenti a livello provinciale.

Interventi:

- assicurare una congrua disponibilità di risorse diagnostico - strumentali per il completamento del percorso diagnostico (TAC, RMN, esami funzionali) accessibili secondo modalità e tempi omogenei nelle varie realtà territoriali ospedaliere;
- definire e qualificare il percorso ospedaliero del paziente affetto da demenza in analogia con quanto previsto dai PDT (Percorsi Diagnostici e Terapeutici) anche attraverso un piano di

consulenze strutturate ed eventuale individuazione di posti letti dedicati a pazienti dementi con scompenso comportamentale, anche al fine di evitare ricoveri impropri al Servizio di Diagnosi e Cura psichiatrico;

- perfezionare l'integrazione in parte già presente tra ospedale e territorio attraverso la definizione di linee guida e percorsi formali che regoli i rapporti con le Unità di Valutazione Geriatrica, superando le buone pratiche già in atto.

Obiettivo 2: Continuità e sviluppo dell'attività formativa rivolta ai MMG organizzati per Nuclei di Cure Primarie.

Interventi:

- incrementare ulteriormente la sensibilità diagnostica e quindi l'appropriatezza e la tempestività degli invii;
- aumentare la capacità di gestione e monitoraggio del paziente e della sua famiglia;
- rendere il MMG in grado di affrontare in maniera adeguata ansie e preoccupazioni dei pazienti e/o dei loro familiari;
- facilitare le possibilità di confronto diretto tra tutti i professionisti (medici e psicologi) implicati nella gestione dei pazienti.

Obiettivo 3: Miglioramento dei processi di comunicazione fra Consultori e MMG.

Interventi:

- orari dedicati per i contatti telefonici;
- strutturazione condivisa di una scheda di invio contenente alcune informazioni basilari;
- attivazione di protocolli sperimentali di gestione condivisa dei pazienti, con particolare riferimento rispetto alla gestione delle fasi di scompenso della malattia.

Obiettivo 4: Regolamentazione accessi del Consultorio.

Interventi:

- accessi regolamentati dei professionisti dei Consultori (geriatra, neurologo, psicologo, logopedista) al domicilio e/o all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- definizione di protocolli condivisi, tra i Servizi Assistenza Anziani ed i Consultori per l'accompagnamento del paziente nella presa in carico da parte dei servizi sociali e socio sanitari.

(Tali protocolli, omogenei negli obiettivi di continuità, equità e semplificazione dei percorsi per il cittadino, devono essere declinati a livello distrettuale e zonale sulla base delle specificità organizzative territoriali).

Obiettivo 5: Sviluppare il sostegno alle famiglie da parte delle competenze psicologiche e cliniche del Consultorio.

Interventi:

- percorsi formativi e supporto individuale ai caregiver;
- formazione ed aggiornamento alle équipes d'assistenza domiciliare (assistenti sociali, infermieri, OSS);
- sostegno e consulenza per l'organizzazione e la gestione di gruppi di mutuo aiuto;
- percorsi formativi per diffondere ulteriormente l'attività di riattivazione cognitiva presso i centri diurni, estendo il progetto anche ad anziani assistiti a domicilio;

- collaborazione sistematica con le Associazioni dei familiari sia nella fase di analisi dei bisogni, sia nella realizzazione di particolari iniziative.

Obiettivo 6: Qualificazione dell'accoglienza temporanea degli anziani affetti da demenza presso le strutture residenziali.

Interventi:

- progettualità individualizzata, mirata al rientro al domicilio, per fornire momenti di sollievo al caregiver, gravato da impegno assistenziale oneroso e prolungato nel tempo, evitando o posticipando l'istituzionalizzazione dell'anziano;
- coinvolgimento dei professionisti del Consultorio nella fase di valutazione ed elaborazione del progetto e nel suo monitoraggio;
- interazione tra i Consultori, i SAA e le Unità di Valutazione Geriatriche da formalizzare attraverso protocolli.

Obiettivo 7: Qualificazione delle strutture residenziali.

Interventi:

- sviluppo dei percorsi di qualificazione diffusa delle strutture attraverso formazione specifica;
- superamento dei nuclei Alzheimer presso le strutture protette;
- sviluppo di progetti individualizzati di accoglienza temporanea;
- miglioramento dei programmi di assistenza nelle strutture;
- attivare consulenze agli Enti gestori sugli aspetti organizzativi e strutturali in grado di assicurare un ambiente terapeutico.

PROGRAMMI DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA

Coordinatore

Ennio Amori

Le strutture sanitarie odierne stanno assumendo sempre più i connotati di veri centri di tecnologia avanzata applicata alla prevenzione, assistenza, diagnosi, terapia, riabilitazione delle malattie acute e croniche. La forte articolazione e complessità dei processi a supporto delle attività di cura richiedono un elevato impegno di risorse umane e tecnologiche ad altissima specializzazione.

Le nuove tecnologie innovative biomediche ed informatiche con lo svilupparsi di nuove ed avanzate applicazioni di domotica, interactive-communication ed on-line disease management, non rappresentano quindi solo un valore aggiunto alla erogazione dei servizi di cura ma un elemento essenziale ed indispensabile per soddisfare i bisogni clinici e per incrementare l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza degli interventi volti garantire i livelli assistenziali richiesti.

GRUPPO 1: MEDICINA NUCLEARE

Coordinatore

Livia Ruffini

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Breve-medio periodo (1 anno)

Diagnostica convenzionale

- Appare urgente innanzitutto rispondere al bisogno primario del cittadino di usufruire di prestazioni specialistiche indispensabili incrementando quantitativamente l'erogazione di alcune (es. in ambito cardiovascolare) e/o implementando nuove attività particolarmente innovative finora non disponibili (PET cardiaca per la valutazione della vitalità, scintigrafia dei recettori adrenergici cardiaci, ecc).
- Appare inoltre indispensabile riqualificare l'attività diagnostica in ambito pediatrico procedendo così di pari passo con lo sviluppo del Progetto dell'Ospedale del Bambino.

SETTORE TERAPEUTICO

- Implementazione di nuove procedure terapeutiche per pazienti affetti da linfoma finora non disponibili nel territorio provinciale con conseguente fuga regionale ed extra-regionale dei pazienti (indispensabile l'acquisizione di un sistema per il controllo di qualità dei radiofarmaci-TLC).
- Implementazione del trattamento radiometabolico palliativo del dolore da metastasi ossee.

DIAGNOSTICA PET

- ***Implementazione delle applicazioni PET in Radioterapia.*** In particolare si definisce "radioterapia a guida metabolica" quel processo terapeutico che, in fase di pianificazione, utilizza le immagini PET per l'identificazione del BTV (Biological Target Volume), e in fase post trattamento per la valutazione della risposta al trattamento stesso. La PET/TC adeguatamente equipaggiata può essere proficuamente utilizzata per eseguire anche la così detta Simulazione Virtuale con grandi vantaggi rispetto alla precisa definizione del volume bersaglio neoplastico e quindi risparmio dei tessuti sani circostanti ed eventuale verifica giornaliera del trattamento radiante. Tale sistema porterà il livello dei trattamenti radianti all'altezza degli standard nazionale ed internazionale offrendo ai pazienti della Provincia di Parma la possibilità di eseguire tutti i trattamenti ad elevata complessità.
- ***Implementazione delle applicazioni PET in ambito cardiovascolare:*** nel corso dell'anno 2009 sarà implementata nell'ambito di uno specifico progetto di ricerca la valutazione diagnostica dei pazienti con cardiopatia ischemica al fine di valutare la vitalità cardiaca prima degli interventi di rivascolarizzazione (angioplastica, by-pass). La disponibilità della PET consentirà inoltre di implementare e verificare l'efficacia di nuove strategie terapeutiche nello scompenso cardiaco quali ad es. l'utilizzo di cellule staminali. I risultati del progetto saranno utili per valutare la realizzazione dell'esame nella pratica clinica routinaria.
- ***Implementazione delle applicazioni PET in ambito neurologico:*** Attualmente la diagnostica PET presenta specifiche potenzialità per la diagnosi precoce della malattia di Alzheimer nei pazienti con difetto cognitivo moderato (MCI). Nel corso dell'anno 2009,

nell'ambito di uno specifico progetto di ricerca, verrà consentito l'accesso all'esame PET cerebrale e successiva specifica modalità di elaborazione immagini che permetterà di innovare grandemente il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti con sospetta M. Alzheimer. I risultati del progetto saranno utili per valutare la realizzazione dell'esame nella pratica clinica routinaria.

Medio-lungo periodo (tre anni)

- **Realizzazione di un centro PET-ciclotrone.** La PET è in grado di fornire informazioni di tipo metabolico-funzionale mediante la misura in vivo e in modo non invasivo di parametri di funzionalità d'organo in seguito alla somministrazione di un tracciante radioattivo.

Per le sue peculiari caratteristiche che consentono quindi la caratterizzazione metabolica di una lesione, la PET si è inizialmente diffusa soprattutto in ambito oncologico, per la diagnosi, lo staging e il follow-up di numerose neoplasie risultando determinante in molti casi per un corretto management dei pazienti.

Il deossiglucosio marcato con fluoro 18 (18F-FDG) è l'agente metabolico più diffusamente utilizzato per la caratterizzazione dell'attività metabolica tessutale. La Regione Emilia-Romagna è, insieme al Piemonte, una delle poche Regioni ad avere prodotto un rapporto di valutazione dell'utilizzo appropriato della tecnologia PET con 18F-FDG in ambito oncologico periodicamente rivisitate (www.regione.emilia-romagna.it/agenziaasancolldoss/index.htm).

La richiesta di prestazioni PET in ambito diverso da quello oncologico è comunque crescente a livello mondiale: le applicazioni di tale tecnologia, cliniche e di ricerca, nel campo della neurologia e più in generale delle neuroscienze, della psichiatria e della cardiologia sono apparse sempre meglio definite negli ultimi cinque anni.

Appare sempre più evidente come non siano rilevanti tanto i risultati in termini di performance, accuratezza, ecc., quanto le modificazioni indotte dall'utilizzo della tecnologia PET sull'insieme dell'iter diagnostico – terapeutico e le potenzialità di caratterizzare il rischio di insorgenza di specifiche patologie molto precocemente utilizzando l'imaging metabolico come biomarker in popolazioni "imponenti" per numero (ad esempio i diabetici) o per i costi dell'assistenza e l'impatto socio-sanitario (ad esempio i malati di Alzheimer).

Nel territorio regionale non sono attualmente disponibili prestazioni PET in ambiti diversi da quello oncologico, che saranno altresì sviluppati prima nell'ambito di progetti di ricerca per poi trasferirli nella pratica clinica.

La realizzazione di un sito PET-ciclotrone e annesso laboratorio di radiofarmacia realizzato secondo le Norme GMP (Good Manufacturing Practice) consentirà di produrre molecole radiomarcate specifiche per patologia, di disegnare modelli fisiopatologici che consentano di caratterizzare specifici targets patologici e di attrarre gli investimenti dell'industria farmaceutica. La creazione di un **Laboratorio di imaging molecolare** annesso al sito PET-ciclotrone (cioè di uno spazio dedicato alle applicazioni pre-cliniche su piccoli animali, come ad esempio topi e ratti) consentirà di partecipare a trial farmacologici di fase 1 e attirerà gli investimenti dell'industria farmaceutica attratta dalla contemporanea presenza del Laboratorio di Radiofarmacia in GMP, del ciclotrone che consente la produzione di traccianti per la marcatura di specifiche molecole e dell'annesso laboratorio di imaging molecolare che consente la valutazione pre-clinica di un nuovo farmaco.

PROPOSTE

Breve-medio periodo (1 anno)

Obiettivo 1: Sviluppo della diagnostica convenzionale.

Interventi:

- Incremento quantitativo dell'erogazione di alcune prestazioni particolarmente in ambito cardiovascolare (fabbisogno stimato 1500 scintigrafie miocardiche, per la valutazione della vitalità). Implementazione di nuove attività particolarmente innovative finora non disponibili quali la PET cardiaca per la valutazione della vitalità (fabbisogno stimato 60 PET cardiache), la scintigrafia dei recettori adrenergici cardiaci nei pazienti con cardiopatia dilatativa e/o scompenso, ecc).
- Riqualificazione dell'attività diagnostica in ambito pediatrico mediante l'introduzione di nuovi traccianti a specifico utilizzo pediatrico (es MAG3 per la funzionalità renale), l'implementazione della PET (con specifici protocolli pediatrici di acquisizione delle immagini) nel percorso diagnostico-terapeutico del paziente pediatrico oncologico, l'introduzione di tecniche diagnostiche innovative in cardiologia pediatrica (es. per la malattia di Kawasaki).

Obiettivo 2: Sviluppo della diagnostica nel settore terapeutico.

Interventi:

- Implementazione del trattamento dei linfomi con anticorpi monoclonali radiomarcanti (targeted therapy) ora non disponibile con conseguente fuga regionale ed extra-regionale dei pazienti (indispensabile l'acquisizione di un sistema per il controllo di qualità dei radiofarmaci-TLC).
- Implementazione del trattamento radiometabolico palliativo del dolore da metastasi ossee nei pazienti con ca prostatico o ca della mammella.
- Progettazione di un settore di terapia radio-metabolica in regime di ricovero.

Obiettivo 3: Sviluppo delle applicazioni PET.

Interventi:

- Implementazione delle applicazioni PET in Radioterapia: vari studi hanno dimostrato la superiorità della fusione della tomografia ad emissione di positroni con la TC (PET/TC) rispetto alla sola TC, alla sola PET e alla fusione di immagini PET e TC acquisite separatamente.
La recente letteratura conviene sul ruolo chiave della PET/TC in gran parte delle neoplasie soggette a trattamento radiante.
- Implementazione delle applicazioni PET in ambito cardiovascolare all'interno dello specifico progetto di ricerca.
- Implementazione delle applicazioni PET in ambito neurologico all'interno dello specifico progetto di ricerca.

Medio-lungo periodo (tre anni)

Obiettivo 4: Realizzazione di un centro PET-ciclotrone (vedi sopra)

L'obiettivo permetterà ricadute innovative e a lungo periodo sul territorio, quali:

- completamento dell'offerta;

- riqualificazione dell'area di interesse a livello regionale e nazionale con costruzione di nuovi percorsi diagnostico-terapeutici personalizzati: diventa sempre più importante infatti conoscere e utilizzare al meglio farmaci e tecniche diagnostiche che tengano conto della variabilità umana e che permettano di comprendere sempre meglio la differenziazione e i sottogruppi di ciascuna patologia. La **Medicina Personalizzata**, obiettivo anche della ricerca contemporanea, richiede quindi che il know how diagnostico sia associato costantemente alla ricerca farmacologia consentendo terapie clinicamente differenziate. Mediante l'utilizzo e l'implementazione di tali innovative tecnologie sarà quindi possibile differenziare sempre più tra gruppi di pazienti che risponderanno o meno ad una terapia. Questa stratificazione permetterà di concentrare l'uso di un farmaco su una ridotta subpopolazione di pazienti, e in definitiva di ottenere trattamenti migliori, ancora più efficaci e sicuri;
- attrazione pazienti da altre province della Regione ed extraregione. Coagulazione delle forze esistenti nel territorio per la partecipazione a progetti di ricerca regionali e ministeriali;
- riqualificazione dell'area di interesse e riposizionamento a livello nazionale ma anche internazionale;
- attrazione di partner industriali (settore farmaceutico) e gruppi di ricerca interessati a sfruttare know-how e tecnologia del sito o a costruire partenariati su specifici progetti;
- organizzazione di master e/o seminari permanenti di formazione specifica.

**GRUPPO 2: RADIOLOGIA
NEURORADIOLOGIA PEDIATRICA**

INTERVENTISTICA,

**Coordinatore
Girolamo Crisi**

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Il settore interventzionale, non presente nel precedente PAL, trova collocazione come disciplina emergente nelle linee ispiratrici del PAL 2009-2011 di qualificazione e valorizzazione delle risorse professionali e dei processi assistenziali nella rete del Servizio Sanitario Regionale. Nell'ambito delle strategie di sviluppo e di innovazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si ritiene di potenziare e di espandere l'attività di Radiologia Interventistica. La RI prevede interventi maggiori in regime di ricovero e diverse procedure minori, ma di altrettanto elevato contenuto terapeutico, possono essere eseguite in regime di Day Service o Ambulatoriale.

La valorizzazione del progetto di Radiologia Interventistica dovrà interessare due diversi livelli: quello di Area Vasta Emilia Nord per le funzioni assegnate come Centro di riferimento della rete SIAT (Sistema Integrato dell'Assistenza ai Traumi dell'Emilia Occidentale) e il livello provinciale che deve prevedere il coinvolgimento della rete ospedaliera dell'ASL di Parma, dei Dipartimenti di Cure Primarie e della funzione specialistica ospedaliera e territoriale. Il coinvolgimento delle varie componenti territoriali e ospedaliere interessate nel processo di cura dovrà avere la finalità di sviluppare percorsi integrati di accesso ai servizi sanitari che favoriscano l'appropriatezza, l'efficienza, l'efficacia e la qualità, anche percepita, degli interventi assistenziali.

PROPOSTE

Le proposte operative sono da inserirsi in un progetto complessivo che prevede:

1. un intervento strutturale e l'acquisizione dei nuove tecnologie per la realizzazione di un nuovo centro di RI all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, che divenga un punto di riferimento per l'effettuazione di tali procedure aperto allo sviluppo di competenze cliniche in grado di operare in autonomia all'interno di equipe multidisciplinari
2. l'organizzazione di percorsi informativi e di gruppi di lavoro interaziendali per favorire un maggior livello conoscitivo sulle potenzialità applicative ed esecutive della radiologia interventistica e la definizione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie in cui dalle evidenze scientifiche è indicato il trattamento con tali metodiche.

Obiettivo 1: Diffusione dell'informazione sulle metodiche e le potenzialità della Radiologia Interventistica

Interventi:

- divulgazione dei contenuti e delle procedure RI ai sanitari della rete ospedaliera ai Dipartimenti di Cure Primarie e Specialistica ed Associazioni dei pazienti;

- studio di fattibilità per la consultazione WEB di operatori RI su opzioni o scelte di trattamento

Obiettivo 2: Centro di Radiologia Interventistica

Intervento:

- realizzazione della nuova struttura RI del Dipartimento di Radiologia e di Diagnostica per Immagini dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Obiettivo 3: Condivisione delle Linee guida e costituzione di specifici Percorsi diagnostico-terapeutici

Intervento:

- individuazione di linee guida validate e di gruppi multidisciplinari e interaziendali per la condivisione e realizzazione di percorsi integrati.

Obiettivo 3: Consolidamento delle attività RI e qualificazione dell'offerta

Interventi:

- garantire la qualità e la continuità assistenziale;
- favorire l'attrazione e la fidelizzazione del cittadino/utente, a cui viene presentato un percorso pianificato che consente di velocizzare i trattamenti e di ridurre le fughe verso altre strutture;
- favorire il movimento delle informazioni rispetto a quello delle persone;
- ridurre “sprechi” dovuti a duplicazioni e a trattamenti inappropriati;
- favorire l'umanizzazione dei rapporti in modo che la struttura non si limiti a curare ma a “prendere in cura” il paziente.

GRUPPO 3: RADIOTERAPIA

Coordinatore

Marco Fumagalli

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

L'evoluzione della radioterapia Moderna segue tre strade, una di affinamento della radiologia diagnostica per la maggiore definizione della neoplasia (utilizzo di Risonanza magnetica, PET-TC e sistemi per matching di immagini), una seconda di verifica costante e giornaliera dell'area che viene irradiata (IGRT), una terza di affinamento delle tecniche di irradiazione (IMRT, STEREOTASSI, RapidArc). Alla fine di questo percorso si completerà l'offerta di radioterapia in termini di raggiungimento dell'autonomia provinciale.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Istallazione del nuovo acceleratore lineare organizzazione del percorso assistenziale.

Intervento:

- si tratta di un nuovo acceleratore lineare di ultima generazione dotato di tutti i più recenti aggiornamenti attualmente in commercio (collimatore multilamellare, sistema IGRT, sistema Rapid Arc, sistema per gating respiratorio e possibilità di eseguire trattamenti conformazionali, trattamenti IMRT (Radioterapia ad intensità modulata) e stereo tassi. Verrà inoltre sostituita la rete informatica di record-verify e verrà acquistato per la fisica sanitaria un nuovo sistema per piani di trattamento che potrà acquisire e confrontare immagini di TC, RMN e PET-TC.

Obiettivo 2: Partecipazione al Progetto Regionale per la valutazione dell'IGRT.

Intervento:

- L'acquisizione di un sistema per IGRT permetterà di eseguire simulazioni virtuali con PET-TC (adeguatamente equipaggiata con laser mobili, lettino rigido e software di elaborazione dei dati) con grandi vantaggi rispetto alla precisa definizione del volume bersaglio neoplastico e quindi risparmio dei tessuti sani circostanti ed eventuale verifica giornaliera del trattamento radiante, tutto questo porterà il livello dei trattamenti radianti alla standard nazionale ed internazionale permettendo ai pazienti parmigiani la possibilità di eseguire a Parma tutti i trattamenti ad elevata complessità. Tale attività sarà oggetto di studio e monitoraggio mediante la metodologia dell'HTA per la valutazione di nuove tecnologie nell'ambito dell'Osservatorio Regionale per l'Innovazione.

GRUPPO 4: TELECARDIOLOGIA-TELERADIOLOGIA

Coordinatore

Ferdinando Cusmano

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

La realizzazione del progetto di digitalizzazione dei servizi radiologici dell'AUSL di Parma è in fase di completamento con estensione del PACS aziendale a tutti i servizi radiologici in modo che qualunque medico radiologo dell'Azienda possa, da qualunque postazione, accedere agli esami radiologici effettuati, redigere il referto e firmarlo digitalmente; di conseguenza, qualunque Medico specialista ospedaliero dell'AUSL potrà consultare l'archivio radiologico ed accedere ai referti relativi ai pazienti di propria competenza, sia da reparto che dagli ambulatori di pertinenza.

Secondo tempi condivisi, tra le due Aziende Sanitarie provinciali verrà realizzato il collegamento tra i PACS dell'AUSL e dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma in modo da consentire ai medici specialisti ospedalieri delle due Aziende Sanitarie la consultazione delle immagini radiologiche dei pazienti di loro competenza.

Inoltre è stato pianificato, ed è in fase di realizzazione, il progetto di digitalizzazione di tutta l'attività radiologica senologica provinciale, sia di screening che di elezione, con centralizzazione del servizio presso l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma.

Si ritiene pertanto che, se non vi saranno ritardi o imprevisti, tutto il sistema di collegamento digitale intra-aziendale ed interaziendale dell'attività radiologica arriverà a regime ed essere completamente operativo in tempi relativamente brevi.

Contestualmente sarà completata ed estesa a tutti i MMG l'adesione al progetto SOLE, coinvolgendo anche quelli che operano nelle sedi più distanti e periferiche, uniformando così il sistema di prenotazione degli esami radiologici e di ricezione in tempo reale dei relativi referti in tutto il territorio provinciale.

Con lo sviluppo del piano telematico regionale 2007/09 e la disponibilità di infrastrutture di rete adeguate (LEPIDA), si potranno estendere a livello interaziendale ed interprovinciale i vantaggi raggiunti in sede aziendale; in questo modo sarà possibile progettare e realizzare nuove integrazioni tra reti di cura ospedaliere ed extraospedaliere adottando le nuove tecnologie di teledomotica e telecomunicazione mobile, al fine di offrire una maggior qualità, efficacia e sicurezza anche in ambito di cure domiciliari.

PROPOSTE

Una volta realizzati i collegamenti informatici intraziendali, interaziendali e con i MMG il sistema permetterà di sviluppare ulteriori collegamenti con altre Aziende Sanitarie e consentire una maggior diffusione del Teleconsulto fra specialisti delle diverse branche mediche e chirurgiche, per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

Obiettivo 1: Completamento della Rete di Teleradiologia

Intervento:

- realizzazione di una rete provinciale di Teleradiologia che consenta uno scambio di dati e immagini tra i professionisti operanti all'interno delle strutture ospedaliere e favorire la

refertazione, il teleconsulto e la teledidattica, in piena coerenza con i Progetti di Interesse Regionale contenuti nel Programma Annuale Operativo RER – 2009 riguardanti SIAT ed PACS Federato.

Obiettivo 2: Incentivazione del Teleconsulto Radiologico

Intervento:

- favorire la consultazione libera fra Medici specialisti, su casi di particolare complessità od in presenza di dubbi interpretativi, di esami radiologici effettuati in qualunque servizio di radiologia provinciale, ai fini pre-operatori o terapeutici e nei controlli inerenti patologie croniche e in ambito oncologico; il singolo professionista potrà quindi richiedere una valutazione ad un altro collega sia in situazioni di urgenza/emergenza che per ottenere una “second opinion” da parte di colleghi esperti in materia.

Obiettivo 3: Sviluppo della Telemammografia

Intervento:

- Realizzazione di una rete provinciale collegata con il Centro di Senologia Unificato di prossima attivazione, che si sviluppi con la condivisione di un applicativo gestionale specifico sia per lo screening che per la mammografia clinica e sfruttando l'integrazione dei PACS aziendali.

Obiettivo 4: Sviluppo della Telecardiologia

Intervento:

- realizzazione di un sistema centralizzato di acquisizione, gestione e archiviazione digitale degli elettrocardiogrammi che consenta la refertazione informatizzata ed in tempo reale dei tracciati, provenienti da Pronto Soccorso, dai Reparti di degenza e da ambulanze/automediche del 118, da parte degli specialisti delle UU.OO. di Cardiologia di entrambe le Aziende Sanitarie provinciali.

Obiettivo 5: Incentivazione del Teleconsulto Cardiologico

Intervento:

- favorire il teleconsulto tra specialisti attraverso la trasmissione di immagini diagnostiche di pertinenza cardiologica (referti cardiologici, coronarografie, ecocardiografie, ECG, ecc.) tra l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma ed i PP.OO. di Vaio e di Borgo Val di Taro, al fine di migliorare la continuità assistenziale e la gestione dei pazienti sia in emergenza che in elezione.

Obiettivo 6: Realizzazione della Cartella Clinica Informatizzata.

Intervento:

- lo sviluppo del sistema di informatizzazione provinciale potrà consentire l'integrazione di dati clinici, radiologici ed istopatologici realizzando una vera e propria cartella clinica per ogni utente, che potrà essere aggiornata ad ogni ricovero e ad ogni accesso sanitario intra- od extra-ospedaliero e consultata in ogni occasione in cui si renderà necessario.

Obiettivo 7: Attivazione di un supporto metodologico, formativo e informativo di telemedicina.

Intervento:

- in considerazione degli aspetti qualificanti contenuti nel mandato del Programma e tenuto conto che a livello Interaziendale (AOSP-AUSL) è già stata da tempo avviata una attività di coordinamento tra i due Dipartimenti Tecnico e delle Tecnologie, con particolare riferimento agli aspetti già evidenziati nelle proposte operative ed in particolare rispetto alle infrastrutture informatiche e delle problematiche connesse alla dotazione delle tecnologie sanitarie e di

integrazione degli applicativi, si ritiene necessario costituire attorno a questo nucleo un Gruppo di Coordinamento di Formazione e Training permanente. A questo gruppo dovrebbe essere affidato il compito di garantire un costante supporto metodologico formativo ed informativo sugli obiettivi indicati nel programma, attraverso e diffusione delle conoscenze, la sinergica integrazione e collaborazione di tutti i professionisti che parteciperanno alla realizzazione del presente Piano Attuativo Locale. Il gruppo dovrebbe presentare bozza del primo elaborato entro il 31 12 2009.

PROGRAMMA SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE INTELLETTUALE

Coordinatore

Roberto Delsignore

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Il Capitale intellettuale è un tema che rappresenta un'innovazione significativa nei percorsi di programmazione e si vuole rappresentare una prima lettura del significato e dei problemi che presenta un discorso organizzativo sul capitale intellettuale e più in generale sulla conoscenza nelle organizzazioni, sui suoi modi di produzione, di diffusione e di utilizzo. Il punto di partenza è una lettura della organizzazione dei servizi sanitari come sistema unitario in sé, inserito come parte della comunità sociale nel suo insieme. Le criticità evidenziate vengono proposte in modo tale da poter essere collegate al più ampio disegno di sviluppo del sistema sanitario con la speranza di poter offrire un punto di vista specifico e forse originale da cui far discendere programmi comunque integrati.

1. La conoscenza del proprio capitale intellettuale

Il tema del capitale intellettuale si affaccia ora alla riflessione delle Aziende: si pongono due problemi collegati tra loro, quello di condividere un linguaggio comune e quello di censire - documentandolo, misurandolo e aggiornandolo - l'insieme delle risorse disponibili in termini di conoscenza e di supporto al suo sviluppo.

La prima criticità:

- 1.1 Il percorso di definizione della prima mappa del "patrimonio" intellettuale deve essere accompagnato con azioni formative e comunicative adeguate e utilizzare strumenti di misurazione condivisi e adeguati alla complessità delle tematiche da analizzare. L'intero percorso per la mappatura è, nei fatti, capacità di alimentare il capitale intellettuale. Le metodologie da implementare sono quelle sperimentate dalla Regione Emilia-Romagna nel dossier 164 e l'utilizzo critico degli strumenti che in contesti sanitari e non sanitari sono già stati testati.

2. Capitale interno

Si individuano tre ordini di criticità:

- L'azione settoriale dell'organizzazione
 - Il senso del lavoro
 - Le tecnologie dell'informazione per lo sviluppo
- 2.1 Il lavoro nelle Aziende è spesso frammentato, mancano strumenti e percorsi consolidati per mettere in comune i saperi individuali e quelli organizzativi; ne deriva un rischio di solitudine delle persone ed una oggettiva difficoltà a integrare conoscenze, scelte organizzative e utilizzo delle informazioni per la qualità del servizio.
 - 2.2 Le nostre Aziende sono orientate al fare, al rispondere ai bisogni. Tuttavia senza uno spazio adeguato per riflettere sul senso del fare, si rischia di perdere di vista il senso del lavoro: cosa che ha conseguenze sia sui modi del lavoro sia sulla capacità di apprendere dall'esperienza per i singoli professionisti e per l'organizzazione. C'è una prevalenza forte

degli aspetti routinari e pragmatici (azioni, prestazioni) sul relazionale (tra professionisti, tra professionisti e cittadini, tra direzione e produzione) spesso per la scarsa capacità di costruire visioni, strategie e obiettivi condivisi a tutti i livelli del sistema organizzativo.

- 2.3 Gli strumenti tecnologici sono diffusi e utilizzati per il lavoro individuale oppure per la documentazione. Sono freddi rispetto alla possibilità di comunicare i saperi prodotti e quanto l'esperienza rende disponibile alla organizzazione.

3. Capitale individuale

Tre ordini di problemi:

- costruzione e sviluppo del capitale individuale;
- relazioni tra professionisti e rapporto con la organizzazione e come si pensa allo sviluppo;
- come si crea lo spazio perché ognuno possa dare il meglio di sé.

Le criticità attengono ognuno dei punti di attenzione e possono essere così sinteticamente enunciate:

- 3.1 C'è uno scarto tra la formazione di base e i reali fabbisogni di professionalità. Si evidenzia la necessità di far incontrare i saperi accademici con i saperi delle organizzazioni e del lavoro sia per i contenuti che per i percorsi di apprendimento. A monte serve ricostruire le mappe professionali cui collegare i processi formativi al fine di raggiungere una figura professionale da inserire nel contesto sanitario.

La formazione continua va reinterpretata per poter essere risorsa capace di offrire strumenti ai professionisti per muoversi dentro le organizzazioni, per utilizzare il pensiero divergente, per interpretare, contestualizzare e globalizzare le esperienze, per elaborare soluzioni nuove a problemi sempre diversi. Serve lavorare sulle competenze trasversali che sono complesse e dinamiche e non solo su quelle specialistiche.

- 3.2 È necessario che si costruiscano modalità di contaminazione tra saperi in funzione della complessità dei bisogni di salute e delle risposte di servizio in una prospettiva sempre più interdisciplinare e multiprofessionale. In questo senso serve documentare le competenze aziendali disponibili attraverso una relazione stretta con i professionisti.

Un aspetto fondamentale della relazione tra professionista e organizzazione è quello di condividere valori, scelte e strategie di lavoro. Il patto tra individuo e organizzazione alla base di ogni collaborazione richiede sia di essere esplicitato che di essere onorato in termini di valutazione e di possibile sviluppo, superando una visione del capitale individuale come forza-lavoro strumentale da usare a favore di una visione di partnership dove è centrale la persona con la sua storia, i suoi valori, le sue attese e le sue esigenze.

- 3.3 La gestione della responsabilità significa definire obiettivi e permettere ai professionisti di misurarsi non solo con il fare bene le cose ma il fare bene le cose giuste e innovare. Non sembra che le organizzazioni siano attrezzate per aprire spazi di sperimentazione intorno ai temi della responsabilità e del rendere conto, né che siano in grado di offrire prospettive di sviluppo alle persone. A questo tema è connesso il problema del turnover e la difficoltà a "farsi ingaggiare" da parte delle persone che, pertanto, non saranno produttori di conoscenza per la organizzazione.

4. Capitale relazionale esterno

Le Aziende sanitarie sono parte di una comunità che si organizza per costruire un progetto di salute complessivo in cui i servizi sanitari si integrano con quelli sociali, culturali, del tempo libero e con le più generali scelte del vivere sociale, economico, dell'urbanistica, della mobilità che

attengono un territorio. Le Aziende sanitarie e più in generale le organizzazioni del sistema curante¹ sono nello specifico una risposta ai temi della malattia e del bisogno socio-sanitario. Lo spazio per un modo di affrontare i problemi che superi la tendenza all'autoreferenzialità insita in tali sistemi organizzativi passa attraverso uno spostamento del focus dalla organizzazione ai bisogni di salute, considerando che i modi dell'offerta sono strumentali e i destinatari non sono consumatori, ma protagonisti dei servizi. Ciò che può sostenere tale processo di innovazione è l'idea di servizio come risultato di una relazione complessa tra cittadino, organizzazione e professionista dove ognuno è contestualmente portatore di risorse e di necessità, dove ognuno ha bisogno dell'altro per ottenere un risultato di qualità. La relazione consentirà di ridurre le asimmetrie informative e dovrà considerare la pariteticità tra gli attori.

Le principali criticità:

- l'autoreferenzialità dei contesti organizzativi di area sanitaria
- l'asimmetria informativa che caratterizza le relazioni tra cittadini/utenti e organizzazione e professionisti
- le discontinuità di relazione tra organizzazioni sanitarie e media.

- 4.1 Una visione parcellizzata dei bisogni del singolo e della comunità, alla cui soluzione debbono contribuire più risorse e competenze attraverso lavoro interdisciplinare di tipo processuale e integrato, dove i saperi specifici sono messi in comune e il contributo di uno contribuisce a determinare quello di tutti gli altri.

La necessità di rafforzare le alleanze con tutte le istituzioni e i servizi che nella comunità offrono contributi alla soluzione dei problemi, per garantire equità, omogeneità e continuità nel servizio.

- 4.2 Si evidenzia una necessità di maturazione della responsabilità sociale del lavoro organizzativo e professionale che significa anche trasparenza e confronto sui limiti e sulle priorità. Elemento rilevante in questo contesto è il coinvolgimento delle persone singole e organizzate nei percorsi di decisione e valutazione sia nelle scelte strategiche che nella definizione dei percorsi di cura, recuperando il tema dell'ascolto, del cogliere le ragioni dell'altro ma anche il valore di tali ragioni.

È necessario giungere a una valutazione diversa e più puntuale dell'impatto sociale delle scelte di programmazione (dall'impatto ambientale alla soddisfazione dei cittadini).

- 4.3 Il rapporto tra organizzazioni sanitarie e media non sempre trova canali di facile accessibilità e in grado di garantire un passaggio di informazione completo e corrispondente ai reali bisogni dei cittadini e delle organizzazioni. L'informazione è a volte frammentaria e non sempre risponde a logiche di confronto aperto e trasparente.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Sviluppare, nelle aziende sanitarie, la sensibilità di direzioni e dei professionisti attorno al capitale intellettuale e la consapevolezza del suo valore nella gestione delle aziende e nel sostegno alle scelte strategiche.

Interventi:

- condividere un linguaggio comune sul capitale intellettuale a livello di Direzione e di professionisti, attraverso eventi formativi/informativi (*entro i primi 6-8 mesi di attivazione del PAL*);

¹ Per sistema curante s'intende l'intero sistema di prevenzione, cura, riabilitazione, palliazione

- rappresentare il capitale intellettuale con metodologie validate (*entro il primo anno*);
- diffondere a livello provinciale i risultati emersi dalla rilevazione effettuata e attivare gruppi di miglioramento, nonché proporre interventi di documentazione (es. Bilancio di Missione), mantenimento e sviluppo del capitale (*secondo e terzo anno*).

Obiettivo 2: Promuovere, nelle Aziende sanitarie, lo sviluppo e l'utilizzo della ricerca, anche attraverso la socializzazione della produzione scientifica dei professionisti

Intervento:

- implementare l'utilizzo della biblioteca biomedica e sanitaria a livello provinciale, anche attivando modalità di agevolazione dell'accesso al patrimonio scientifico delle banche dati on line (*entro tre anni*).

Obiettivo 3: Favorire il processo del 'prendersi cura' del cittadino utente e della sua famiglia, attivando percorsi di cura che garantiscano attenzione ai bisogni e continuità assistenziale, anche sperimentando nuovi modelli organizzativi e di care.

Interventi:

- mappare i processi di lavoro, strutturare percorsi di cura che abbiano al centro il cittadino permetterebbe di far circolare le conoscenze, far incontrare i professionisti in una prospettiva sia infra che interaziendale: attivare percorsi clinico-assistenziali che coinvolgano le due Aziende e garantirne la diffusione- *entro 3 anni*;
- mettere in comune esperienze e elaborare nuove modalità di assistenza, integrare obiettivi, metodologie, strumenti e tecniche con l'evidente risultato di ridurre la variabilità: sperimentare almeno in una unità operativa delle Aziende il modello organizzativo del case management infermieristico e socializzare l'esperienza (*entro 2 anni*).

Obiettivo 4: Favorire la diffusione di una leadership capace di motivare le scelte, di comunicarle, di sostenerle e di coinvolgere professionisti e comunità in queste scelte.

Interventi:

- attivare i percorsi formativi (ECM e in collaborazione con l'Università) per sviluppare competenze avanzate di leadership (*entro 2 anni*);
- coinvolgere i professionisti nelle scelte strategiche e favorire la condivisione delle innovazioni, garantendo il flusso delle informazioni dal Collegio di Direzione ai professionisti dei Dipartimenti - attivare almeno *1 incontro annuale* tra Direzione Dipartimentale e tutti i professionisti afferenti;
- conoscere e utilizzare gli strumenti del governo clinico da parte dei professionisti (*entro 3 anni*).

Obiettivo 5: Sviluppare le potenzialità degli strumenti tecnologici utilizzandoli come strumenti di scambio tra i professionisti e di condivisione della conoscenza.

Interventi:

- creare e alimentare una banca dati dinamica, che raccolga quanto viene elaborato (pubblicazioni, partecipazioni a convegni, relazioni, risultati di ricerche e altro) dai professionisti e dall'organizzazione, alla quale ogni professionista possa accedere sia per mettere in comune la sua esperienza sia per utilizzare quella degli altri professionisti (*entro 2 anni*);
- elaborare modi nuovi per mettere in comune i risultati del lavoro quotidiano partendo dal confronto sui percorsi di soluzione dei problemi. In questa prospettiva, le tecnologie informatiche sono strumento non fine e quindi debbono essere guidate da coloro che le utilizzano per diventare veicoli di scambio, acquisire un'anima, entrare pienamente nei

processi di lavoro sostenendo anche il processo decisionale dei singoli professionisti - attivare audit, gruppi di miglioramento e attivare contestualmente percorsi formativi mirati - percorsi formativi entro il secondo anno; audit e gruppi di miglioramento (*entro il terzo anno*).

Obiettivo 6: Formulare proposte di integrazione/miglioramento dei percorsi di formazione di base, post base e continua, dopo aver confrontato le nuove e complesse competenze necessarie all'organizzazione del lavoro con le competenze finali sviluppate dai curricula educativi.

Interventi:

- sperimentare forme di integrazione tra Università e contesti di lavoro intorno alla definizione delle mappe di competenza delle varie professioni cui far seguire percorsi formativi coerenti tra aula e tirocinio, favorendo integrazione tra i tempi di apprendimento degli allievi e quelli delle comunità professionali che accolgono gli allievi: mappare le competenze oggi richieste per alcune professioni all'interno delle organizzazioni attraverso la costituzione di gruppi di professionisti - entro il primo anno di attivazione del PAL; mappare le competenze sviluppate al termine dei percorsi formativi dei relativi corsi di laurea attraverso la costituzione di gruppi di docenti, tutor didattici, tutor clinici e studenti - *entro il primo anno*;
- sviluppare forme nuove di formazione continua partendo dai problemi di salute e integrando competenze e figure professionali diverse tra tutte le strutture del sistema sanitario provinciale. Contenuti, metodologie e percorsi della formazione dovranno poter contare su coerenza tra strategie, priorità del sistema e azioni organizzative necessarie a rendere operativi i nuovi saperi acquisiti: confrontare competenze richieste dall'organizzazione e competenze maturate durante la formazione e individuare azioni di miglioramento perché lo scarto sia ridotto al minimo - gruppo di professionisti e docenti/formatori (*secondo e terzo anno del progetto*).

Obiettivo 7: Sviluppare professionalità e percorsi di carriera che siano sempre più rispondenti ai bisogni dell'organizzazione e dei cittadini.

Interventi:

- attivare percorsi formativi e riconoscere posizioni funzionali di professionisti che svolgono ad esempio funzione di tutor clinico, referente della formazione/accreditamento, referente del rischio clinico, case management e altro - entro 2 anni;
- analizzare i fabbisogni di formazione post base tenendo conto della programmazione dell'attività e dello sviluppo dell'organizzazione - entro 3 anni o da tenere in considerazione per il prossimo triennio PAL;
- condividere tra Aziende e Università percorsi di formazione post base (master, corsi di alta formazione), rispondenti ai bisogni della comunità e dell'organizzazione, da proporre agli organi competenti - dal secondo anno.

Obiettivo 8: Sviluppare il senso di responsabilità del professionista e lo sviluppo di competenze trasversali.

Interventi:

- sperimentare modalità nuove di responsabilizzazione del professionista verso l'utente anche su base interaziendale (come il case management) e sperimentare forme nuove di scambio tra aziende, scambio di professionisti ma anche di competenze disponibili (*entro 3 anni*);
- attivare percorsi formativi per lo sviluppo di competenze trasversali relazionali, al fine di migliorare la relazione con utente, famiglia e tra professionisti (*entro il triennio*);
- sensibilizzare le Aziende alla innovazione dei processi di valutazione e di sviluppo per i propri professionisti e individuare gli strumenti per la costruzione di mappe di competenza

omogenee (sia per le clinical competence che per le competenze trasversali), partendo dal presupposto che la valutazione possa diventare soprattutto la capacità di documentare le opportunità di una relazione tra professionista e organizzazione come condizione per la socializzazione dei saperi e lo sviluppo di capitale (*entro 3 anni e da proporre per un approfondimento nel PAL successivo*).

Obiettivo 9: Sviluppare una visione nuova di “sistema curante” del territorio provinciale.

Intervento:

- costruire una carta dei servizi unica per il sistema curante provinciale attraverso cui mettere a disposizione dei cittadini e della comunità gli strumenti per poter interagire con i servizi. E' condizione per condividere i modi d'uso dei servizi, dichiarare diritti e doveri reciproci e strutturare le modalità della tutela - *intervento da tenere in considerazione per la futura programmazione PAL*.

Obiettivo 10: Costruire un rapporto con il cittadino basato su una comunicazione efficace, partendo da come si raccolgono punti di vista e attese ancora prima di come si procede a mettere a disposizione informazioni.

Interventi:

- sensibilizzare a un sistema di comunicazione con il cittadino integrando sito Web, uffici stampa, uffici Urp delle organizzazioni sanitarie (*entro 2 anni*);
- sperimentare valutazioni di qualità con i CCM per valutare l'impatto ad esempio di un programma o di un servizio, attraverso l'utilizzo di audit civico o storie di malattia o altra metodologia appropriata (*entro 3 anni*).

Obiettivo 11: Creare i presupposti per un confronto onesto e aperto con quanti oggi contribuiscono a costruire l'opinione pubblica siano essi i media (anche attraverso le tecnologie della comunicazione - come internet) o i gruppi organizzati attorno a problemi specifici di salute.

Intervento:

- sviluppare programmi di informazione sulle reti televisive e gli altri media locali in modo da garantire informazioni omogenee, tempestive e accessibili (*entro 3 anni*).

PROGRAMMI TEMATICI PRIORITARI E DELLA INTEGRAZIONE

Questa sezione riprende in gran parte alcuni programmi già proposti nel PAL 2005-2007.

Con una duplice finalità.

Produrre, in primo luogo, il completamento, l'aggiornamento e/ o lo sviluppo di obiettivi in servizi ormai consolidati nel nostro sistema sanitario provinciale.

Aprire, in secondo luogo, nuove prospettive in ambito territoriale, in ambito ospedaliero ed in ambito socio sanitario per adeguare sempre più l'offerta pubblica alla continua diversificazione dei bisogni.

Rientrano in questa sezione:

Diagnosi precoce delle malattie tumorali; Dialisi; Integrazione socio-sanitaria; Le reti cliniche territoriali delle cure primarie; Percorso nascita; Politica del farmaco; Presa in carico salute mentale, dipendenze patologiche e relative fragilità specifiche; Programma sangue; Promozione stili di vita sani e rischio infettivo; Sicurezza sul lavoro, sulle strade, domestica, alimentare e ambientale; Revisione rete ospedaliera: rete Hub & Spoke e rimodulazione della rete e nuovi modelli organizzativi.

GRUPPO 1: DIAGNOSI PRECOCE DELLE MALATTIE TUMORALI

Coordinatore
Marella Zatelli

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Le linee ispiratrici del PAL 2009-2011 devono trovare continuità con le azioni già intraprese e coerenza con la normativa di riferimento. Gli obiettivi specifici da perseguire dovranno avere come riferimento i seguenti ambiti:

- integrazione organizzativa di “sistema” per aumentare l’efficacia e l’efficienza degli interventi, offrendo un unico progetto di prevenzione oncologica a livello provinciale, cercando di ottimizzare la dotazione di organico al costante aumento dell’attività dovuto sia alla progressione delle chiamate che alla richiesta di debiti informativi sempre più particolareggiati e frequenti;
- migliorare l’incisività nell’informazione/comunicazione, anche attraverso nuove strategie di coinvolgimento, rivolte in particolare a gruppi svantaggiati (stranieri, domiciliati);
- applicazione omogenea dei protocolli diagnostico-terapeutici, in collaborazione con l’Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e il privato accreditato;
- privilegiare lo sviluppo dell’innovazione tecnologica delle metodologie diagnostico – terapeutiche.

Inoltre, fermo restando l’impegno istituzionale mirato allo sviluppo dei programmi già in essere, non si dovranno tralasciare altre attività di prevenzione o diagnosi precoce rivolte ad altre patologie tumorali, sempre all’interno di iniziative di provata efficacia.

PROPOSTE

Si identificano due livelli di operatività:

1. uno “trasversale”, che interessa le aree di attività comuni e che tende a considerare il progetto unico di prevenzione oncologica;
2. aree di intervento specifiche per i tre screening.

Obiettivo 1: Miglioramento trasversale della prevenzione oncologica.

Interventi:

- integrazione organizzativa tra i programmi, mantenendo costante l’attività del coordinamento screening e promuovendo incontri tecnici tra il Servizio RIT e i responsabili del sistema informativo dei 3 screening;
- gestione integrata delle attività di formazione e comunicazione sia nei confronti della popolazione bersaglio sia con gli operatori;
- consolidamento del rapporto di collaborazione con il Registro Tumori;
- standardizzare le metodologie di refertazione dei tre programmi;
- attuare strategie di recupero delle persone non rispondenti, in collaborazione con i MMG e le associazioni di volontariato.

Obiettivo 2: Miglioramento dei processi assistenziali collegati allo screening del collo dell'utero.

Interventi:

- implementazione della procedura informatizzata di “richiamo” attivo delle donne in fascia di età mediante spedizione di lettere personalizzate per: richiamo dopo “esclusione temporanea” e richiamo per “ripetizione del test a breve/early recall” (1anno);
- ottimizzazione e condivisione del protocollo diagnostico-terapeutico regionale (giunto alla 3^a edizione) con il settore “privato” operante in Provincia (Laboratori di Citodiagnostica e Case di Cura);
- elaborazione ed analisi dei dati di attività – in collaborazione con il “Registro Tumori” di Parma – del primo decennio di screening (1998-2008) per la stima dei tassi temporali di incidenza della mortalità per cervicocarcinoma in confronto al decennio pre-screening;
- adeguamento logistico-gestionale del Centro Screening “Vasari” di Parma agli attuali livelli quantitativi di attività raggiunti;
- progressiva introduzione nei protocolli di screening di metodologie innovative di diagnosi quali: citologia su stato sottile e HPV DNA test.

Obiettivo 3: Miglioramento dei processi assistenziali collegati allo screening della mammella.

Interventi:

- realizzazione del Polo Senologico Unificato (mediante il trasferimento del Centro Screening nelle immediate adiacenze del Centro Senologico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, permettendo così una integrazione strutturale e funzionale delle attività di primo e secondo livello per la prevenzione, diagnosi e cura delle patologie mammarie ed iniziando uno studio di fattibilità per la realizzazione di una piattaforma informativa comune);
- adesione complessiva e mantenimento dei tempi di attesa tra i vari livelli dello screening agli standard regionali;
- formalizzazione dei livelli di responsabilità e dei protocolli operativi di 2° e 3° livello;
- omogeneizzazione dei percorsi terapeutici effettuati presso l'AUSL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma;
- studio di fattibilità per l'accesso facilitato dello screening nelle zone disagiate.

Obiettivo 4: Miglioramento dei processi assistenziali collegati allo screening del colon-retto.

Interventi:

- mantenimento della progressione delle chiamate, consolidando la collaborazione con il volontariato e i Comuni interessati, in particolare per le attività di 1° livello;
- formalizzazione dei livelli di responsabilità e dei protocolli operativi di 2° e 3° livello, comprendendo anche la manutenzione del sistema informativo e la produzione di debiti informativi;
- miglioramento qualitativo della scheda individuale e del controllo di Q, con specifico riferimento al recupero di adesione delle colonscopie FOBT+.

GRUPPO 2: DIALISI

Coordinatore

Silvia Paglioli

CIRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Le prospettive di sviluppo sono da riferirsi prevalentemente alla integrazione professionale tra professionisti ospedalieri e del territorio ed alla costituzione di servizi di supporto al paziente dializzato. Con particolare riferimento al supporto psicologico al paziente con insufficienza renale cronica e la costituzione di una 'rete sociale' che consenta di migliorare la qualità di vita del paziente.

Una delle maggiori criticità è rappresentata dal sistema dei trasporti che necessita di ulteriori approfondimenti per ottimizzare l'utilizzo dei mezzi.

Meritano un consolidamento sia l'attività di prevenzione che la esecuzione della dialisi peritoneale domiciliare.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Incentivare lo svolgimento della dialisi peritoneale domiciliare

Interventi:

- offrire in maniera capillare a tutti i pazienti che necessitano di iniziare un trattamento dialitico la possibilità di svolgere la dialisi peritoneale;
- affinare l'expertise del personale medico ed infermieristico nelle tecniche di esecuzione della dialisi peritoneale;
- eseguire i trattamenti dialitici direttamente nelle strutture residenziali che ospitano anziani (nei casi in cui è ritenuto appropriato clinicamente).

Obiettivo 2: Consolidare l'attività di prevenzione delle patologie renali croniche

Intervento:

- consolidare l'attività di prevenzione svolta presso l'ambulatorio di prevenzione della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Obiettivo 3: Iniziare a svolgere l'attività di assistenza psicologica al paziente dializzato presso il centro dialisi di via Pintor

Intervento:

- istituzionalizzazione di una funzione di psicologia clinica (attraverso borsa di studio).

Obiettivo 4: Favorire l'integrazione sociale e professionale del paziente dializzato

Interventi:

- promuovere in ciascun Distretto percorsi specifici e integrati presso i SAA rivolti ai pazienti anziani, non autosufficienti e affetti da insufficienza renale cronica (trasporti, segretariato sociale, interventi a sostegno della domiciliarità ecc.) e presso i responsabili dei servizi sociali per quanto riguarda i pazienti in età adulta (es. percorsi di facilitazione professionale e/o integrazione lavorativa);

- individuare in ciascun Distretto, come previsto da recenti indicazioni regionali e anche richiesto dalla Associazione Nazionale Emodializzati, una figura o un operatore responsabile, di riferimento per il paziente, che si faccia carico della facilitazione all'accesso ai sistemi di trasporto.

Obiettivo 5: Miglioramento del sistema dei trasporti.

Interventi:

- consolidare la modalità istituita a far tempo dal 2008 dei trasporti multipli;
- indagare la possibilità di svolgere trasporti non sanitari per pazienti che non hanno la possibilità di spostarsi verso e da i centri dialisi in maniera autonoma in collaborazione con il volontariato e gli enti locali.

Obiettivo 6: Creare sistemi di integrazione professionale tra personale infermieristico operante nei CAL della Azienda USL e personale infermieristico della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Intervento:

- costituzione di uno spazio dedicato (possibilmente in contesto gespadial) in cui il personale infermieristico si confronta sui protocolli e le linee guida operative.

GRUPPO 3: INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Coordinatore
Romano Superchi

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Occorre che nel prossimo triennio si consolidi il livello organizzativo dell'integrazione istituzionale e si sviluppi più compiutamente il piano operativo riferito sia agli aspetti gestionali che a quelli più specifici dell'integrazione professionale. In questo quadro è necessario far decollare l'integrazione professionale con particolare riguardo alla unificazione dei punti di accesso ai servizi a livello distrettuale (Sportelli sociosanitari integrati, Punti Unici di accesso) nonché la qualificazione dei processi di integrazione a livello della domiciliarità.

Gli obiettivi sono:

1. omogeneizzazione dei criteri di valutazione della disabilità e della non autosufficienza
2. qualificazione dei processi assistenziali integrati a partire dalle situazioni più gravi e multiproblematiche
3. armonizzazione delle funzioni *specialistiche* dei servizi con le funzioni di prossimità e accompagnamento
4. sviluppo di programmi di sostegno alle reti sociosanitarie informali e di prevenzione per soggetti fragili e fasce sociali deboli

PROPOSTE

Obiettivo 1: Omogeneizzazione dei criteri di valutazione integrata della disabilità e della non autosufficienza.

Interventi:

- costituzione presso la Direzione sanitaria di un nucleo di monitoraggio aziendale sulla implementazione dei processi di valutazione;
- definizione e avvio di un percorso formativo condiviso con l'Università per operatori sociali e sanitari sui temi della valutazione integrata che preveda nel triennio la formazione di operatori esperti sulla strumentazione ICF per l'adozione della stessa per tutte le fasce di età e per tutto il territorio provinciale (con particolare riferimento alla valutazione della disabilità così come proposta dagli orientamenti regionali);
- attivazione sperimentale di percorsi valutativi integrati, articolati per territori e livelli di complessità a partire dalle UVG, prevedendone la progressiva trasformazione in UVM, unità di valutazione multidimensionale, per tutte le fasce di età e di problematiche, con il coordinamento dei Dipartimenti aziendali di riferimento e del Coordinamento socio sanitario.

Obiettivo 2: Qualificazione dei processi assistenziali integrati a partire dalle situazioni più gravi e multiproblematiche

Interventi:

- predisposizione di un piano aziendale per le famiglie che, a partire da un percorso formativo multidisciplinare integrato per tutti gli operatori AUSL che si occupano di famiglie, riorganizzi, attraverso una commissione dedicata, i criteri di presa in carico integrata socio sanitaria a partire dalle tipologie sopradescritte;

- sviluppo, nel quadro della convenzione sottoscritta con il Dipartimento universitario di Neuroscienze, di un progetto di ricerca –azione specifico sui disturbi generalizzati dello sviluppo finalizzato alla definizione di nuovi percorsi abilitativi integrati socio sanitari per l'autismo;
- riorganizzazione complessiva della rete residenziale GRADA con progressiva ricollocazione dei posti a livello distrettuale per favorire accessibilità e prossimità alla rete familiare;
- progetti di sostegno alle famiglie che difendono la residenza al domicilio di persone con gravissime disabilità;
- sviluppo di un progetto sociosanitario integrato per l'area delle dipendenze patologiche finalizzato al reinserimento sociale precoce di pazienti con problematiche di comorbidità psichiatrica attraverso la formula dei progetti riabilitativi individualizzati;
- sviluppo di un progetto sociosanitario integrato per l'area della salute mentale finalizzato al superamento della condizione di cronicità nelle comunità e allo sviluppo di forme alternative di domiciliarità;
- sviluppo di un progetto socio sanitario integrato, in collaborazione con i consultori dei disturbi cognitivi e l'Università (Psicologia) finalizzato al sostegno del care giving per le persone affette da demenza;
- rivalutazione dei protocolli di dimissione appropriata con l'Azienda Ospedaliera ed apertura di un tavolo di monitoraggio della continuità assistenziale con i Presidi Ospedalieri di Fidenza e Borgotaro;
- predisposizione di un progetto di intercettazione e di intervento per il supporto ai richiedenti “asilo” e rifugiati;
- integrazione della medicina penitenziaria con il dipartimento delle cure primarie e potenziamento della rete sociosanitaria di supporto attraverso lo sviluppo della collaborazione con il volontariato.

Obiettivo 3: Armonizzazione delle funzioni specialistiche dei Servizi con le funzioni di prossimità e di accompagnamento.

Interventi:

- mantenimento costante di un elevato profilo istituzionale e professionale, attraverso la presenza ai tavoli di programmazione degli Uffici di Piano e ai tavoli dei PdZ a livello distrettuale, di rappresentanti AUSL, con mandati specifici ed un loro coordinamento a livello distrettuale, con l'obiettivo di definire azioni socio sanitarie integrate interistituzionali e interprofessionali;
- sviluppo e realizzazione di Piani specifici, a livello distrettuale, per l'unificazione degli accessi ai Servizi, nel triennio, per le aree minori, disabili, anziani, salute mentale, dipendenze patologiche e migranti;
- unificazione e semplificazione, a livello distrettuale, delle interfacce socio sanitarie per tutta l'area Psichiatria Adulti, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria infantile e Psicologia clinica e Migranti, attraverso l'individuazione di un unico interlocutore organizzativo dipartimentale di distretto per l'interlocuzione con l'area sociale e sociosanitaria di riferimento;
- sviluppo in collaborazione con l'Università (Psicologia) di un piano formativo per operatori delle aree anziani, disabili, minori, salute mentale e dipendenze patologiche, migranti, per l'acquisizione di specifiche competenze di case management;

- sviluppo di specifici interventi di prossimità, nel triennio, per le aree del disagio giovanile, familiare e scolastico, della migrazione e del sostegno alla domiciliarità per le gravi disabilità in tutte le fasce di età.

Obiettivo 4: Sviluppo di programmi di sostegno alle reti socio sanitarie informali e di prevenzione per soggetti fragili e fasce sociali deboli.

Interventi:

- assicurazione, a cura dell'Ausl nel triennio, di funzioni specifiche di consulenza, formazione, accessibilità per binari preferenziali ai servizi aziendali, supporto alle procedure di accreditamento, a favore delle aree del terzo settore caratterizzate da forti radicamenti territoriali (cooperative di lavoro, gruppi di auto mutuo aiuto, ecc.) che abbiano nella propria pratica il sostegno a soggetti, famiglie e gruppi sociali deboli;
- sviluppo, nel quadro del FRNA, in collaborazione con i Comuni, di strategie sociosanitarie integrate per l'individuazione precoce di condizioni di fragilità socio sanitaria nella popolazione anziana, estendendo –in primo luogo a tutto il territorio montano- le esperienze/prototipo già sperimentate e attivando interventi specifici di sostegno alle famiglie e alla domiciliarità;
- estensione, nel triennio, al territorio provinciale, delle esperienze/prototipo dedicate alla prevenzione dei disturbi di apprendimento e del disagio scolastico nei bambini bilingui nella fascia di età fra 8 e 48 mesi e negli adolescenti provenienti da famiglie migranti;
- monitoraggio su tutto il territorio provinciale, all'interno dei servizi socio sanitari esistenti, in collaborazione con i Comuni, degli accessi della popolazione migrante.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NEI PIANI DI ZONA 2009-2011

Gabriele Annoni e Debora Tanzi

Come definito dal Piano Sociale e Sanitario 2008/2010 *“Lo strumento attraverso il quale, nell’ambito territoriale di riferimento, la CTSS esercita il proprio compito di coordinamento della programmazione distrettuale, fornendo le indicazioni strategiche sull’area dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali, è l’Atto di indirizzo e coordinamento triennale”*.

Il Profilo di Comunità, parte integrante dell’Atto, indica le criticità per le scelte da perseguire per migliorare la salute ed il benessere e costituisce il quadro conoscitivo di riferimento per le scelte della pianificazione sociale e sanitaria territoriale.

L’Atto di Indirizzo e Coordinamento costituisce l’atto di fondazione dell’impegno triennale attraverso due strumenti di programmazione:

1. il nuovo P.A.L. 2009-2011 afferente all’insieme dei servizi sanitari e socio-sanitari presenti in ambito provinciale;
2. il Piano di Zona Distrettuale per la Salute ed il Benessere Sociale 2009-2011 che rappresenta la traduzione in ambito distrettuale dei servizi sociali e socio-sanitari.

L’Atto di Indirizzo e Coordinamento è un documento che mira a collegare i processi, individuando in particolare le criticità, gli indirizzi e le linee strategiche da attivare, nonché i risultati verso cui occorre orientare la programmazione.

Il Profilo di Comunità, oltre alla rappresentazione dei dati di realtà che caratterizzano il territorio, offre un quadro dei bisogni e dei problemi su cui intervenire maggiormente, fornisce gli strumenti per individuare quali significati attribuire agli indici e agli indicatori e quali sono le tendenze e le percezioni dei cambiamenti in atto.

Il percorso indicato dalla Regione è stato recepito a livello provinciale dal documento “Atto di Indirizzo e Coordinamento. La programmazione territoriale 2009-2011 per la salute ed il benessere della comunità” e, quale parte integrante del medesimo, dal “Profilo di Comunità” che sono stati licenziati dall’Ufficio di Presidenza della CTSS in data 24/11/2008.

La definizione di strumenti e modalità di programmazione integrata a livello distrettuale ha implicato ripensare gli strumenti in uso, e le significative esperienze già compiute dai territori, avendo come riferimento essenzialmente tre finalità:

- potenziare e sviluppare a tutto campo, in un quadro di continuità, l’approccio integrato tra sociale e sanitario e con tutte le politiche a forte impatto sulla salute e sul benessere sociale delle persone, delle famiglie, delle comunità;
- valorizzare le competenze e le reti di relazioni sviluppate e costituite nelle precedenti programmazioni;
- consolidare il sistema di governo e gestione degli interventi in ambito distrettuale, anche valorizzando il ruolo di coordinamento e raccordo tra gli ambiti distrettuali svolto dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Per giungere a questo risultato, da un punto di vista metodologico, il percorso di “costruzione” del Piano ha preso avvio nel 2008 attraverso l’elaborazione dell’Atto di Indirizzo e Coordinamento e, quale parte integrante del medesimo, dal Profilo di Comunità: questi documenti, letti in modo incrociato con il “Piano Regionale Sociale e Sanitario 2008-2010”, hanno fornito gli strumenti di base, in sede distrettuale, ai tavoli tematici per riuscire ad

individuare i bisogni per i quale sarebbe stato necessario elaborare progetti ed avviare interventi e servizi nell'arco del triennio 2009-2011.

L'Ufficio di Piano, ufficio "integrato" tra Comuni e Azienda, ha garantito una progettazione partecipata coinvolgendo attivamente un vasto numero di attori e valorizzando la diversità di apporti: la costruzione del processo di progettazione partecipata ha definito diversi livelli di coinvolgimento che vanno dall'informazione/promozione, consultazione, partecipazione alla definizione del problema, partecipazione alla definizione delle regole del percorso, alle decisioni ed alla realizzazione delle attività. In tal modo è stata favorita l'innovazione attraverso l'interazione delle diverse competenze che insieme dialogano ed integrano le specifiche conoscenze. L'integrazione interprofessionale ha consentito l'approccio multidimensionale a problemi complessi: il lavoro comune svolto a partire dalla fase iniziale del processo programmatico ha favorito il negoziato per la costruzione del consenso ed ha sviluppato il senso di appartenenza di tutti gli attori coinvolti.

I tavoli tematici di lavoro che, fin dall'avvio del processo programmatico, hanno visto la partecipazione delle componenti sociali e sanitarie e, in particolare, tra queste ultime, le figure referenti per gli aspetti connessi alla prevenzione, alla promozione di stili di vita sani ed i referenti per i diversi ambiti di intervento, hanno svolto la funzione di lettura ed analisi dei bisogni. Ai tavoli, dalla fase iniziale, hanno partecipato, inoltre, i soggetti sociali organizzati e singoli cittadini. Scopo di questo percorso è stato di semplificare, in due sensi:

- ridurre e omogeneizzare il numero di strumenti già utilizzati in area sociale e adeguandoli al tema dell'integrazione sociosanitaria;
- concentrare l'attenzione sulla selezione di obiettivi e interventi prioritari.

Il Programma Attuativo costituisce la declinazione annuale del Piano di zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale: esso ricomprende il Programma delle attività territoriali del Distretto, i programmi di azione dei Piani per la salute e sostituisce il Programma attuativo del piano sociale di zona. In particolare:

- specifica gli interventi di livello distrettuale in area sociale, socio-sanitaria, compreso il Piano annuale delle attività per la non autosufficienza - e sanitaria;
- individua le specifiche risorse che Comuni, AUSL/Distretto, Provincia impegnano per l'attuazione degli interventi;
- definisce, raccoglie ed approva progetti o programmi specifici d'integrazione con le politiche educative, della formazione e lavoro, della casa, dell'ambiente, della mobilità.

Il Piano di zona per il benessere e la salute rappresenta così non soltanto la realtà dei servizi ma indica linee condivise di un approccio unitario e di comunità.

Pertanto è stato necessario che la programmazione sociale e sanitaria si confrontasse fin dall'avvio del processo con le altre politiche che influenzano salute e benessere sociale (politiche abitative, del lavoro, scolastiche, mobilità, sicurezza, ambiente) nell'ambito del quadro programmatico richiamato nella premessa dell'Atto di indirizzo delle CTSS.

Per quanto riguarda la realtà dei servizi, la programmazione integrata mira a definire elementi di coerenza e continuità tra interventi sociali e interventi sanitari con l'obiettivo di garantire una risposta unitaria ed integrata ai bisogni delle persone: occorre, infatti, ricercare la maggiore efficacia e continuità possibile in termini di salute e di benessere sociale e relazionale (ad esempio rispetto alle dimissioni protette dall'ospedale o al rapporto tra nido d'infanzia e consultorio familiare).

Le scelte operative compiute all'interno del PAL orientano la programmazione triennale sanitaria distrettuale mentre il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale contiene, in coerenza con l'Atto triennale della CTSS ed il PAL, anche le priorità strategiche di intervento per le attività sanitarie, significativa novità rispetto al passato.

L'approccio a questa novità è stato graduale, riferibile anche alle esperienze già consolidate o da avviare ex-novo sui territori, in relazione al grado già esistente di integrazione delle programmazioni di Comuni e Azienda Usl. Per questo primo triennio è stato indispensabile fornire all'interno del documento triennale distrettuale almeno alcuni orientamenti generali sull'area sanitaria, riferita ai servizi territoriali. I documenti distrettuali presentano, dunque, differenti livelli di approfondimento rispetto a questo ambito.

Il rapporto tra PAL e PdZ per la salute e il benessere sociale è definito dalla coerenza e compatibilità, da un lato, di entrambi gli strumenti programmatori con l'Atto di indirizzo, e, dall'altro, tra i contenuti specifici dei due documenti.

Sia il documento triennale che quello annuale devono ricomprendere, non solo il complesso degli interventi e delle attività rivolte ai target, ma anche azioni tematiche trasversali, connesse a obiettivi e azioni di promozione del benessere e di stili di vita sani, e di prevenzione oppure a particolari aree problematiche/tematiche.

La coerenza tra le modalità di programmazione previste dall'Atto e le modalità adottate dai territori si rispecchia anche nei contenuti sviluppati dai documenti di ambito distrettuale.

Area per area, infatti, è possibile riscontrare una lettura dei bisogni che rispecchia quella espressa dai documenti della CTSS; ovviamente l'analisi distrettuale è stata approfondita evidenziando bisogni, fenomeni e criticità più specifici di ogni singolo territorio e meno rilevabili in un'ottica di ambito provinciale. Per l'area delle politiche sociali sono indicate le priorità strategiche utilizzando l'approccio già consolidato per target (o area d'intervento): famiglie, infanzia e adolescenza, giovani, anziani, persone con disabilità, immigrati stranieri, adulti in stato di povertà ed esclusione sociale, salute mentale e dipendenze patologiche. Tali target costituiscono il riferimento anche per la declinazione degli obiettivi strategici nell'area dell'integrazione sociosanitaria e, ove possibile, per l'area sanitaria, nonché la base per il Programma attuativo annuale.

L'aspetto della coerenza nella lettura dei bisogni e nell'indicazione delle priorità per la programmazione sociale e socio-sanitaria va di pari passo con le novità introdotte dai nuovi Piani di Zona 2009/2011: i tavoli di programmazione, infatti, andando, in parte, al di là delle indicazioni fornite dal documento provinciale, evidenziano in maniera rilevante nuove emergenze che necessitano di prevenzione e livelli massimi di integrazione. In particolare si possono evidenziare le problematiche legate al disagio giovanile e alla promozione dell'agio, le tematiche, relative alle dipendenze patologiche (alcol, sostanze stupefacenti, tabagismo ma anche disturbi alimentari e dipendenza dal gioco d'azzardo). Le tematiche, sempre più attuali, legate al fenomeno delle "nuove povertà" e al fenomeno migratorio evidenziano, in ogni ambito distrettuale, oltre all'evidente bisogno di favorire l'accesso ai servizi e di supportare percorsi di integrazione e autonomia, la necessità di migliorare i livelli di informazione e di implementare la formazione degli operatori. Tema centrale dei documenti di programmazione è, inoltre, quello legato alle politiche per la famiglia: attivare nuove forme di sostegno alla genitorialità, contrastare la solitudine, sostenere i nuclei mono-genitoriali, prevedere percorsi di prevenzione e recupero rispetto all'abbandono scolastico, estendere le occasioni di aggregazione rappresentano le modalità individuate dai territori per superare certe criticità.

Tutti questi temi necessitano di sempre maggiore integrazione tra le politiche settoriali e tra il sociale e sanitario, similamente ad un percorso di integrazione già avviato, grazie all'istituzione del Fondo per la Non Autosufficienza, nell'ambito delle politiche per gli anziani e per i disabili: in questi ambiti i contenuti maggiormente innovativi degli interventi previsti riguardano, in particolare, la prevenzione della fragilità e l'ulteriore implementazione di progetti personalizzati di vita e di cura, con l'estensione quantitativa e qualitativa dell'assistenza domiciliare e le misure a sostegno della famiglia e delle assistenti familiari.

GRUPPO 4: LE RETI CLINICHE TERRITORIALI DELLE CURE PRIMARIE

Coordinatore
Giuseppina Rossi

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Il Sistema delle Cure Primarie sta vivendo un momento di forte crescita e di elaborazione culturale.

Mentre l'Ospedale si caratterizza sempre di più come polo specialistico dove si prestano cure e assistenza per le patologie acute, con tempi di degenza limitati, il sistema delle cure primarie rappresenta la risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, inteso globalmente come “prendersi cura di”, assumendo sempre di più una connotazione anche di natura preventiva e riabilitativa.

La caratteristica del sistema è quella della gestione della cronicità basandosi sull'assunto che il cittadino deve poter utilizzare i servizi mediante percorsi assistenziali integrati che, a partire dal bisogno e dalla domanda, non si esauriscono con la semplice prestazione. Il processo assistenziale, che coinvolge diverse figure professionali tra loro coordinate in equipe, si fonda su differenti strategie di approccio globale ai problemi (disease management, case management, chronic care model).

Il sistema, pur avendo raggiunto un buon livello di rappresentazione sul territorio, evidenzia ancora alcune criticità che rappresentano gli ambiti di miglioramento da sviluppare nel PAL 2009-2011 :

- difficoltà da parte dei cittadini ad utilizzare le potenzialità dei nuclei delle cure primarie, con frammentazione dei percorsi di cura ed uso improprio di altri servizi, in mancanza di sedi di riferimento strutturate;
- crescente domanda di cure domiciliari per prese in carico a lungo termine;
- continuità assistenziale non pienamente agita nei percorsi di dimissione ospedale-territorio e nei rapporti tra medici di medicina generale e medici di continuità assistenziale;
- disomogeneità nella distribuzione territoriale di alcuni servizi a svantaggio dei territori più disagiati (pediatria, assistenza domiciliare, alcune funzioni di sportello unico);
- eccessivi consumi di prestazioni in tutti i servizi afferenti alle cure primarie non orientate ai principi di appropriatezza (corrispondenza tra priorità ed entità dei bisogni)

PROPOSTE

Le seguenti proposte operative sono relative agli aspetti generali che fanno da quadro e pongono le basi al sistema delle cure primarie. Tali aspetti si integrano con altri settori, sempre afferenti al sistema, ma sviluppati, per dar spazio ad una più ampia e dettagliata argomentazione, in altri capitoli del PAL (riabilitazione, cronicità, demenze, palliazione, specialistica, percorso nascita, politica del farmaco, reti cliniche pediatriche, emergenza territoriale, dialisi).

Obiettivo 1: Strutturazione dei nuclei delle cure primarie.

Interventi:

- identificazione delle sedi di riferimento e definizione delle funzioni svolte all'interno delle stesse sulla base degli indirizzi regionali ed aziendali;
- consolidamento ed ulteriore promozione di forme associative tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta con particolare riferimento alla medicina di gruppo;
- integrazione con i medici di continuità assistenziale e con gli specialisti ambulatoriali territoriali ed ospedalieri;
- miglioramento dei percorsi di integrazione ospedale-territorio per favorire ed ulteriormente sviluppare le dimissioni protette

Obiettivo 2: Sviluppo del chronic care model nella presa in cura di pazienti affetti da patologie croniche

Interventi:

- promozione della medicina di iniziativa tra il personale sanitario;
- informazione e formazione dei pazienti per favorire l'autogestione della patologia;
- organizzazione del percorso assistenziale garantendo un efficace integrazione tra tutto il personale sanitario valorizzando le competenze e l'autonomia professionale;
- sostegno alle decisioni dei professionisti promuovendo fonti di aggiornamento continue e la pratica del EBM/EBN (Evidence Based Medicine / Evidence Based Nursing);
- sviluppo di un sistema informativo adeguato alla corretta gestione dei pazienti cronici;
- implementazione dell'utilizzo di nuove tecnologie all'interno dei percorsi di cura

Obiettivo 3: Valorizzazione delle professioni sanitarie nel sistema delle cure primarie.

Interventi:

- promuovere lo sviluppo di modelli assistenziali e metodologie organizzative finalizzate alla valorizzazione delle specifiche competenze professionali, ridefinire ambiti di autonomia e responsabilità dei professionisti, nonché alla presa in carico globale e integrata dell'assistito;
- individuare metodi e strumenti per migliorare il sistema documentale al fine di dare evidenza al percorso di cura garantito al cittadino e all'appropriatezza degli interventi assistenziali forniti dalle varie professionalità. Utilizzazione dello strumento del profilo di nucleo per una qualificazione adeguata agli interventi.

Obiettivo 4: Realizzazione di un sistema di verifica e valutazione della qualità dell'assistenza erogata nelle cure primarie attraverso la definizione dei profili di salute.

Interventi:

- passaggio dalla fase sperimentale ad una fase strutturata di utilizzo dei Profili di Nucleo quale strumento di lavoro e di autovalutazione dei medici del singolo nucleo;
- utilizzo dei dati relativi ai consumi per una gestione appropriata dei bisogni

Obiettivo 5: Sviluppo dell'utilizzo delle pratiche e degli strumenti del governo clinico e clinico assistenziale al fine di promuovere un utilizzo appropriato dei servizi e di qualificare l'erogazione di prodotti effettivamente orientati ai bisogni

Interventi:

- promozione di un programma per il corretto utilizzo delle risorse attraverso la formazione dei professionisti e l'educazione sanitaria dei cittadini/utenti;
- diffusione della cultura della gestione del rischio fra gli operatori.

Obiettivo 6: Piena realizzazione del progetto SoLe

Interventi:

- messa a regime del progetto SoLe in tutte le realtà distrettuali con la attivazione sul 90% dei medici di medicina generale ed avvio per pediatri di libera scelta;
- piena implementazione delle potenzialità offerte dal progetto SoLe tramite il collegamento telematico tra i professionisti e tra questi e le aziende sanitarie della provincia (Azienda USL ed Azienda Ospedaliera-Universitaria) a garanzia della effettiva continuità assistenziale;
- orientamento dei servizi (offerti in modo integrato verso i percorsi clinico-assistenziali, favorendo la conoscenza dei processi assistenziali e delle risorse utili ad erogarli), realizzando una delle principali componenti del governo clinico quale il monitoraggio dei percorsi clinico assistenziali, la loro appropriatezza ed il relativo consumo di risorse.

GRUPPO 5: PERCORSO NASCITA

Coordinatori

Paola Salvini e Daniela Viviani

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Mentre l'ospedale si caratterizza sempre di più come polo specialistico dove si prestano cure e assistenza per le patologie acute, con tempi di degenza limitati, il sistema dei Consultori Familiari rappresenta la risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, inteso globalmente come “prendersi cura di”, assumendo sempre di più una connotazione di natura preventiva.

La caratteristica del sistema è quella della “presa in carico”, basandosi sull'assunto che il cittadino deve poter utilizzare i servizi mediante percorsi assistenziali integrati che, a partire dal bisogno e dalla domanda, non si esauriscono con la semplice prestazione. Il processo assistenziale deve coinvolgere diverse figure professionali tra loro coordinate attraverso una definizione dei percorsi e livelli di assistenza diversificati in ordine alla specificità e alla complessità del bisogno.

L'ospedale deve garantire gli interventi diagnostico-terapeutici di 2° livello anche in continuità con il territorio.

Dal 2008 si pone l'attenzione al miglioramento della qualità del Percorso Nascita con la creazione di alcuni gruppi di lavoro interaziendali per la predisposizione di un apposito progetto.

Di seguito si riportano le premesse fondamentali che le Aziende Sanitarie dovranno mettere in atto per qualificare ulteriormente gli interventi rivolti alla donna/coppia e al neonato nel Percorso Nascita.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Utilizzo di metodologie finalizzate alla ridefinizione del rischio e all'aumento dell'efficienza della diagnosi prenatale (razionalizzazione delle metodiche invasive utilizzate per la diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche);

Interventi:

- addestramento di due ecografisti (2°- 6° mese dall'inizio del progetto) e di altri due entro 1 anno;
- acquisto entro il 2009 degli ecografi necessari (1 nel Distretto di Parma, 1 nel Distretto di Borgo Taro, 1 nel Servizio di Diagnostica prenatale);
- formazione degli operatori coinvolti nel percorso;
- attivazione delle offerte alle gravide dei consultori di Parma, Fidenza e SAG (2°- 6° mese) Essendo un progetto pilota si identifica quale target le donne che seguono il percorso nascita entro la struttura pubblica (entro il 2009);
- monitoraggio e controllo dei risultati (4° - 6° mese);
- completamento dell'offerta a Parma, Fidenza e SAG (6°- 8° mese);
- estensione dell'offerta Distretto Borgo Val di Taro e Distretto Sud- Est a partire dal 2010

Obiettivo 2: Migliore definizione della prognosi e offerta di un adeguato e tempestivo counselling alla donna (predisposizione di un percorso razionale della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire gli opportuni approfondimenti diagnostici).

Interventi:

- differenziare ecografie urgenti da ecografie con urgenza differibile;
- adeguamento dell'offerta di ecografie in relazione ai nati previa ridefinizione e adeguamento delle risorse umane e tecnologiche;
- condivisione di protocollo diagnostico assistenziale con tutti i professionisti che si occupano del percorso nascita;
- miglioramento dell'appropriatezza degli invii attraverso una formazione continua e aggiornamento professionale degli ecografisti del I e II livello e delle ostetriche;
- refertazione on-line

Obiettivo 3: Applicazione delle linee di indirizzo regionale per la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita (gravidanza, parto, puerperio), con la costruzione di modelli assistenziali che vedono al centro la donna e la sua famiglia

Interventi:

- adeguamento/riorganizzazione delle risorse umane al fine di valorizzare la professionalità della figura ostetrica sperimentando i modelli per:
 - assistenza alla gravidanza fisiologica
 - ambulatorio gravidanza alla 37 e 40 settimana
 - triage e accettazione
 - assistenza sala parto travagli fisiologici
 - assistenza alla mamma e al bambino sano in puerperio con mini-équipe
 - collaborazione ginecologo/ostetrica nei casi di gravidanza patologica.
- ri-definizione del Protocollo per la dimissione del neonato per una applicazione omogenea su tutto il territorio provinciale

Obiettivo 4: Valutazione e modifica delle prassi assistenziali al travaglio di parto in termini di appropriatezza degli interventi e di definizione dei ruoli professionali, introducendo criteri di migliore pratica clinica basati su prove di efficacia (promozione e consolidamento dell'adozione delle linee guida sul “Controllo del benessere fetale in travaglio di parto”)

Intervento:

- implementazione e monitoraggio delle Linee guida “La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto”

Obiettivo 5: Miglioramento dell'assistenza ai disturbi emozionali della donne in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino anche sperimentando interventi di prevenzione e terapeutici che completino l'assistenza al percorso nascita.

Interventi:

- formazione del personale: alla rilevazione dei segni di benessere/malessere all'acquisizione di abilità alla comunicazione;

- proposta di sostegno alle donne e informazione dei servizi e delle iniziative disponibili, attraverso modelli omogenei di comunicazione (non sei sola, puoi rivolgerti a noi);
- definizione protocolli condivisi per l'invio e la presa in carico da parte del Dipartimento Salute Mentale.

Obiettivo 6: Attuazione di interventi di supporto alla relazione madre-bambino e promozione e sostegno all'allattamento al seno;

Intervento:

- ridefinizione delle buone prassi per il parto naturale e l'allattamento al seno, monitoraggio della loro applicazione nei punti nascita.

Obiettivo 7: Favorire il processo di ascolto dell'opinione delle donne e delle coppie che hanno accesso ai servizi per il percorso nascita, mediante l'adozione di strumenti e modalità di indagine specifici

Intervento:

- rilevazione del vissuto delle donne dei professionisti coinvolti nel "percorso Nascita" attraverso Focus group (almeno 1 rilevazione annuale).

Obiettivo 8: Garantire un miglioramento della prassi diagnostico assistenziale in caso di nato morto, evidenziando gli interventi atti a ridurre la natimortalità e favorire un miglioramento nella qualità dei dati raccolti, nella comunicazione e negli interventi di supporto rivolti alle famiglie

Intervento:

- adattamento locale degli strumenti proposti dal testo diffuso dal Ministero attraverso adozione di cartella clinica del nato morto e protocollo diagnostico condiviso con Anatomia Patologica.

Obiettivo 9: Garantire un'assistenza qualificata al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero

Interventi:

- formazione di nuove ostetriche partecipanti al progetto;
- migliorare l'attività di informazione alla cittadinanza sul percorso nascita attraverso momenti informativi a cadenza mensile.

Obiettivo 10: Garantire a tutte le gravide i corsi prenatali di base in quanto interventi educativi a tutela della maternità e sperimentare un'offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita in grado di raggiungere la popolazione svantaggiata

Intervento:

- applicazione di un modello condiviso tra le Aziende Sanitarie in particolare con un'offerta attiva alle fasce deboli e ad elevata criticità socio-familiare attraverso:
 1. un incontro informativo mensile sul percorso nascita, nel quale verranno programmati i corsi di accompagnamento alla nascita;
 2. una modalità di informazione diretta alle donne al momento della prenotazione al CUP e/o dell'esecuzione delle ecografie;
 3. incontri a tema per le gravide che non potranno partecipare all'intero corso, per migliorare le loro competenze di base;
 4. coinvolgimento MMG per contattare le gravide loro pazienti;

5. incremento dell'invio ai corsi per stranieri con insegnante di lingua (Consultorio Lubiana).

Obiettivo 11: Aumentare la conoscenza e l'attenzione dei professionisti e delle donne al tema “il dolore del parto”, anche attraverso sperimentazioni controllate di metodiche farmacologiche e non farmacologiche.

Interventi:

- promozione del sostegno alla gravida in travaglio favorendo l'assistenza one to one in modo da garantire movimento, posizione;
- implementazione del Parto Analgesia h24 gratuita nel triennio in Azienda Ospedaliero-Universitaria in coerenza le statistiche di Ospedali di grande complessità.

GRUPPO 6: POLITICA DEL FARMACO

Coordinatori

Carla Bertelli, Anna Maria Gazzola e Fabio Caliumi

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

- Mantenimento dei livelli qualitativi raggiunti ed ulteriore promozione delle attività di informazione e formazione attraverso incontri con i professionisti sia territoriali che ospedalieri su determinate categorie di farmaci.

Saranno promossi incontri negli ambulatori dei MMG associati in gruppo per discutere argomenti mirati su problematiche prescrittive, valutando le evidenze scientifiche più recenti, rischi, benefici e costi dei farmaci.

L'attività di informazione dovrà essere incrementata nei confronti dei cittadini.

Una migliore educazione sanitaria alla popolazione permette di governare la domanda.

- Promozione ad un maggiore utilizzo dei farmaci equivalenti in ospedale nei suggerimenti in dimissione o dopo visita specialistica ambulatoriale e sul territorio. Le azioni da mettere in campo da parte dei servizi farmaceutici saranno finalizzate a sensibilizzare i medici verso la prescrizione di molecole a brevetto scaduto, cercando di far superare atteggiamenti ancora diffidenti nei confronti dei farmaci equivalenti- generici.
- Valutazione della correttezza delle prescrizioni sia dei MMG che degli Specialisti. Saranno discusse direttamente con il medico prescrittore le eventuali anomalie riscontrate in fase di controllo.
- Prosecuzione delle azioni di governo clinico sul farmaco e di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva particolarmente mirata alle classi terapeutiche di maggior utilizzo e a maggior impatto economico.

Sviluppo dei sistemi di distribuzione diretta dei farmaci per consolidare un vantaggio per il paziente in fase di dimissione agevolando il passaggio ospedale-territorio e per un maggior recupero di risorse economiche.

PROPOSTE

Obiettivo1: Miglioramento dell'Integrazione tra Azienda Ospedaliero-Universitaria e AUSL finalizzata al perseguimento della continuità assistenziale HT

Interventi:

- azioni informative nei confronti degli Specialisti Ospedalieri affinché le lettere di dimissione vengano formulate con l'indicazione del principio attivo e/o della classe terapeutica e della erogabilità a carico SSN;
- azioni di coinvolgimento degli Specialisti dei Centri Autorizzati a livello regionale, al fine di vedere realizzata la coerenza tra i protocolli e le prescrizioni, in conformità alle migliori evidenze scientifiche ed alle linee di indirizzo della Commissione Regionale del Farmaco e della Commissione Provinciale;
- azioni di monitoraggio mirate a razionalizzare l'utilizzo dei farmaci innovativi e/o ad elevato costo.

Obiettivo2: Consolidamento e perfezionamento dei percorsi di erogazione diretta e/o distribuzione per conto (DPC).

L'erogazione diretta consente il controllo e monitoraggio dei farmaci innovativi e permette un misurabile risparmio di risorse economiche

Intervento:

- potenziamento e razionalizzazione del percorso di erogazione diretta e/o tramite le farmacie convenzionate (DPC) di farmaci della continuità assistenziale HT.

Obiettivo3: Prosecuzione dell'attività informativo- formativa nei confronti dei medici, farmacisti, operatori sanitari e cittadini.

L'importanza dell'informazione (indipendente dall' industria farmaceutica) a tutti gli attori interessati alla prescrizione di farmaci è attività fondamentale per garantire l'utilizzo corretto della risorsa farmaco, la sicurezza d'uso e l'eliminazione di eventuali abusi.

Interventi:

- condivisione di percorsi con i MMG, tali da diminuire ulteriormente la variabilità prescrittiva tra medici attraverso incontri tra i professionisti;
- prosecuzione dell'attività di informazione tramite il farmacista facilitatore che presenta ai medici pacchetti informativi su categorie di farmaci con problematiche prescrittive;
- promozione ad un maggiore utilizzo dei farmaci equivalenti;
- educazione sanitaria ai cittadini;
- informazione sulle interazioni tra farmaci con particolare attenzione alla popolazione anziana, quale maggiore utilizzatrice di politerapie

Obiettivo 4: Sviluppo di farmacovigilanza attiva.

Lo sviluppo di azioni di farmacovigilanza attiva permette di completare il profilo di sicurezza dei farmaci e generare l'informazione di ritorno ai prescrittori ed agli utilizzatori per scopi di prevenzione.

Interventi:

- formulazione e divulgazione di reports informativi sulle segnalazioni spontanee di ADR organizzate per farmaco sospettato, reazione avversa, ambito di cura, documentazione scientifica ed epidemiologica;
- approfondimento bibliografico sistematico per ogni ADR segnalata, orientato alla casistica esistente, alla plausibilità scientifica relativa agli eventuali nessi di causalità con i farmaci sospettati ed alle possibili misure preventive;
- comunicazioni periodiche circa la reportistica nazionale e regionale sulle ADR, sulle raccomandazioni di sicurezza pervenute dalle autorità regolatorie e sulle normative riguardanti le segnalazioni spontanee ed il loro obbligo, compresa la sensibilizzazione a tenere alto il livello di attenzione al problema dell'under-reporting;
- sensibilizzazione in ambito pediatrico sugli effetti collaterali dei farmaci nei bambini.

Obiettivo 5: Attuazione di azioni per il governo clinico dei farmaci nel complesso delle attività scientifiche di cura e delle attività gestionali riferite alla applicazione dei sistemi di sovrapposibilità clinica e di conduzione delle gare.

Intervento:

- in particolare l'attenzione dovrà essere diretta alla rigorosa applicazione del Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP) in accordo con il Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) ed

al monitoraggio delle singole richieste in deroga in sede di Commissione Terapeutica Provinciale.

- Monitoraggio di fenomeni della prescrizione off-label e della prescrizione dei farmaci per la cura della malattie rare.
- Redazione di reports periodici sui consumi e sull'appropriatezza con eventuale programmazione di misure correttive e di formazione/informazione.

Obiettivo 6: Sviluppo azioni per la sicurezza nella somministrazione farmaci

Intervento:

- applicazione della procedura Regionale per la gestione clinica dei farmaci, in ambito ospedaliero e strutture territoriali.
- Formazione e informazione ai medici e personale infermieristico.

GRUPPO 7: PRESA IN CARICO SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E RELATIVE FRAGILITÀ SPECIFICHE

Coordinatore
Franco Giubilini

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

L'organizzazione della rete di soggetti e di relazioni che concorrono alla realizzazione di politiche per la Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, orientate ad una concezione allargata di benessere e promozione della salute rimane un obiettivo strategico fondamentale nel prossimo triennio; in questa prospettiva l'integrazione tra Università e l'Azienda USL realizzerà l'auspicata continuità tra le funzioni assistenziali, la formazione dei nuovi professionisti, la didattica e la ricerca secondo i mutati bisogni di Salute Mentale che la popolazione esprime. Sono inoltre previste ulteriori realizzazioni per migliorare la logistica dei servizi in ogni area disciplinare, completando talora progettualità già avviate. Altri obiettivi rilevanti per il prossimo triennio sono rappresentati dalla ulteriore qualificazione dei percorsi di cura sia mediante l'aggiornamento di tecniche e metodologie organizzative che attraverso lo sviluppo di programmi di valenza aziendale con obiettivi definiti.

Gli ambiti nei quali si evidenziano **maggiori criticità**, sono:

- ricoveri minori
- adolescenza
- disabilità adulta
- casi multiproblematici
- divario fra la complessità della domanda, con aspettative sempre più "alte" e possibilità di risposta, determinata, fra l'altro, da fattori sociali e risorse

Gli **ambiti generali di miglioramento** riguardano :

- l'integrazione socio-sanitaria
- la ricerca di una maggiore omogeneità, a livello provinciale, nelle prestazioni erogate
- il sostegno alla domiciliarità
- l'attenzione alla comunicazione/informazione

Un aspetto trasversale a tutte le aree disciplinari è relativo al **fabbisogno di integrazione** ed allo sviluppo delle cosiddette interfacce:

Con il servizio sociale, in un'ottica di piena "cittadinanza" dei pazienti, occorre superare la separazione fra *Curing* (Trattamenti sanitari) e *Caring* (sostegno alle persone) e trovare forme di integrazione degli interventi in piena applicazione delle indicazioni contenute nella Legge 328/2000 e negli atti di indirizzo regionali e territoriali.

Nel rapporto con i servizi sociali andrà ulteriormente sviluppato il confronto su temi di particolare delicatezza (quali gli allontanamenti dal nucleo familiare, il pieno diritto di cittadinanza dei pazienti psichiatrici, il permanere in alcuni contesti del rischio di stigmatizzazione).

Con l'Università si tratta di portare a compimento il percorso intrapreso per la costituzione di un' Unità Operativa di psichiatria ospedaliera e territoriale realizzando quindi con la Clinica Psichiatrica una integrazione che può sviluppare e migliorare tre aree di intervento:

- il percorso assistenziale e di cura valorizzando l'importanza del patrimonio culturale e scientifico in particolare su alcuni ambiti quali, ad esempio, i DCA, i Disturbi dell'umore e d'ansia ecc..
- l'estensione delle competenze formative dei professionisti in particolare rispetto ai trattamenti di lungo termine dei disturbi psichici e alla appropriatezza terapeutico riabilitativa
- la ricerca, sia per la possibile integrazione dei dati della pratica clinica ospedaliera e territoriale, sia per la uniformità metodologica coniugando le acquisizioni della psichiatria scientifica con quelle del lavoro territoriale..

Con la Sanità privata va costruita una strategia di lungo respiro, realizzando con gli Ospedali Privati una programmazione condivisa e compiutamente coordinata .

Con il terzo settore va consolidato il positivo percorso di collaborazione e vanno colte tutte le opportunità tese a favorire processi di integrazione sociale, opportunità lavorative, di socializzazione e di migliore utilizzo del tempo libero, anche attraverso collaborazioni con soggetti imprenditoriali del privato sociale.

Con le famiglie, che rappresentano una risorsa nel percorso terapeutico per la condivisione dei progetti di cura. L'approccio alla famiglia è importante per tutte le aree disciplinari, ma è sostanziale nell'ambito minorile poiché il lavoro con il minore non può in alcun modo prescindere da quello con la famiglia.

Con l'associazionismo ed il volontariato al fine di proseguire nei percorsi intrapresi e sviluppare ulteriori collaborazioni.

Con la medicina generale si porteranno a compimento progetti specifici di integrazione

L'integrazione e le interfacce fra le diverse aree disciplinari del DSMDP e fra DSMDP e altri Dipartimenti aziendali sono il filo conduttore di tutta l'attività del DSMDP e caratterizzano alcuni percorsi formativi sul campo. Si prevede la istituzione di forme di coordinamento distrettuali interdisciplinari.

Per quanto attiene l'ambito della formazione vanno implementati percorsi integrati con i medici di medicina generale e vanno sviluppate esperienze di formazione integrata fra professionisti delle diverse aree disciplinari (audit clinici e focus group); per chi lavora con i giovani occorre insistere sullo sviluppo delle competenze relazionali e delle interrelazioni.

PROPOSTE

GENERALI

Obiettivo 1: Completamento e sviluppo di Programmi nell'ambito della implementazione dell'Area dipartimentale della Psicologia clinica.

Interventi:

- DCA: la AUSL di Parma è stata individuata dalla Regione per sperimentare un Team di lavoro sia sul trattamento che sull'assessment. Nell'ambito del Programma particolare attenzione è posta allo sviluppo di una rete interna e della rete esterna che vede il coinvolgimento attivo della sanità privata.
- DGS: raggiungimento degli standard assistenziali previsti tramite la completa implementazione delle attività del Programma aziendale autismo, in adesione al Programma Regionale Integrato Autismo.

- attivazione percorsi per la diagnosi precoce delle psicosi e della depressione e attività orientate alla prevenzione dei disturbi di personalità
- miglioramento delle procedure di intervento e collaborazione nelle situazioni di emergenza-urgenza territoriale ed ospedaliera prevedendo il coinvolgimento di tutti i soggetti sanitari (118, Servizi di continuità, Dipartimento Cure primarie, CSM, Pronto soccorso, SPDC, Clinica Psichiatrica, SPOI) e non sanitari (Polizie municipali, Sindaci ed Assessori delegati).

Obiettivo 2: Sviluppare Progetti integrati di promozione alla salute e agli stili di vita sani, concordati con le diverse Istituzioni che operano sul territorio per la prevenzione del disagio giovanile.

Obiettivo 3: Sviluppare il percorso del governo clinico e della appropriatezza prescrittiva a livello provinciale, attraverso la sensibilizzazione, l'informazione e la formazione di MMG e specialisti sul corretto utilizzo dei farmaci psicoattivi.

Obiettivo 4: Facilitare gli accessi e la conoscenza dei percorsi assistenziali all'interno dei servizi dipartimentali.

Obiettivo 5: Riqualificare l'offerta residenziale e diversificare la rete delle strutture residenziali, individuando opportunità adeguate al trattamento di comorbidità psichiatrica.

Obiettivo 6: Perseguire la individualizzazione dei bisogni e la personalizzazione dei percorsi di cura attraverso relazioni negoziali condivise e co-costruite, sviluppando il protagonismo degli utenti e dei familiari.

Obiettivo 7: Sviluppare programmi di indagine scientifica e di ricerca in particolare su esordi ed età giovanile.

Obiettivo 8: Sviluppare innovazione e "creatività sociale" cogliendo tutte le opportunità indotte dalle nuove tecnologie, creare nuove connessioni e innovando metodologie e strumenti operativi.

Obiettivo 9: Potenziare il sostegno alla domiciliarità, con adeguate sperimentazioni di forme innovative di supporto alla famiglia e di contrasto all'esclusione sociale.

Interventi:

- incrementare i progetti individualizzati;
- individuare diverse modalità di conduzione delle abitazioni dei soggetti in situazione di disagio (quali portierato, utilizzo volontariato, ecc.);

Obiettivo 10: Sviluppare ed estendere le attività di auto mutuo aiuto.

Obiettivo 11: Elaborare un percorso integrato fra Medici della Medicina Generale e il DSMDP.

Interventi:

- promuovere ed arricchire le competenze;
- favorire una collaborazione che conduca ad una gestione integrata dei disturbi d'ansia che possano rientrare nelle competenze della Medicina Generale;
- consentire al Medico di Medicina Generale di avere gli strumenti per procedere ad un primo screening del paziente affinché si giunga ad un'appropriata attivazione dei percorsi specialistici;
- sviluppare i progetti in atto (il progetto **"SoLe"** per quanto riguarda i flussi informativi, il progetto **"Leggieri"** al fine di facilitare l'accesso, il trattamento e le cure nell'ambito di setting della medicina generale meno stigmatizzanti, attivando sperimentazioni specifiche e attività di

consulenza presso le sedi di gruppo di medicina generale, il progetto "DCA").

SPECIFICI

Obiettivo 12: Definire percorsi di ricovero in caso di minori, con particolari problematiche neuropsichiatriche sia in situazioni di emergenza urgenza e sia, nei casi di ospedalizzazione di competenza pediatrica.

Obiettivo 13: Individuare continuità nel percorso di cura e interventi integrati nella disabilità adulta per tutti gli aspetti "a confine" fra competenze neurologiche, psichiatriche, e fragilità dovute alla disabilità.

Obiettivo 14: Promozione di comportamenti corretti sui luoghi di lavoro.

Interventi:

- Potenziamento dei raccordi interistituzionale in tema di alcool e lavoro, alcool e guida;
- Attivazione di una mappatura epidemiologica;
- Sviluppo di progetti specifici per la prevenzione del rischio nei luoghi di lavoro.

Obiettivo 15: Miglioramento delle relazioni sistematiche tra soggetti in Pronto Soccorso o in regime di ricovero e DSM, anche ai fini della presa in carico e/o della continuità assistenziale.

Obiettivo 16: Attivare percorsi assistenziali diversificati per tipologia di dipendenza (tipo di sostanze di abuso/ fasce di età/ nuove dipendenze da droghe legali) e per intensità assistenziale.

Obiettivo 17: Sviluppare percorsi per le "dimissioni difficili" valutando l'adeguatezza dell'offerta psico-geriatrica in ambito ospedaliero e residenziale, facilitando il coordinamento fra i diversi soggetti istituzionali.

Obiettivo 18: Sviluppare e attivare interventi di supporto e di sostegno psicologico nelle situazioni di emergenza-urgenza e di ADI.

GRUPPO 8: PROGRAMMA SANGUE

Coordinatori

Leonardo Marchesi e Massimo Franchini

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

La prospettiva è quella di mantenere e sviluppare ulteriormente il livello eccellente delle relazioni tra le strutture del Programma Speciale Sangue Provinciale.

In particolare è importante:

- introdurre ancor più elevati livelli di sicurezza trasfusionale, attraverso il controllo informatizzato della intera filiera delle attività;
- sviluppare gli ambiti di innovazione, quali la raccolta e l'utilizzo delle cellule staminali;
- attuare l'indicazione (data dal Piano Sangue e Plasma Regionale 2008-2010) a costituire un unico Comitato per il Buon Uso del Sangue su base provinciale e dare funzionalità all'organismo, per farne lo strumento di condivisione delle buone pratiche in campo trasfusionale;
- partecipare alle iniziative di coordinamento e di sviluppo promosse dall'Area Vasta "AVEN", anche in previsione di sinergie a valenza sovraprovinciale.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Valorizzazione del ruolo collegiale collegiali preposto al "governo di sistema".

Intervento:

- costruzione, visibilità e funzionalità di un comitato per il "buon uso del sangue" (degli emocomponenti, degli emoderivati e delle cellule staminali emopoietiche da sangue cordonale).

Obiettivo 2: Razionalizzazione della raccolta del sangue.

Intervento:

- affidare la raccolta di sangue intero (attualmente gestita direttamente dall'Unità Operativa Complessa di Immunoematologia e Trasfusionale), alle associazioni dei donatori, attraverso il decentramento presso una sede esterna.

Obiettivo 3: Miglioramento della qualità nella gestione del programma sangue.

Intervento:

- sviluppare le funzioni decentrate negli Ospedali della Rete Provinciale (Vaio e Borgo Val di Taro), con particolare riferimento alla gestione delle emoteche.

Obiettivo 4: Conservazione e utilizzazione delle cellule staminali.

Intervento:

- sviluppare, presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, il progetto per la realizzazione di una struttura per la conservazione e la utilizzazione delle cellule staminali per uso terapeutico, quale riferimento per tutto il territorio provinciale.

Obiettivo 5: Incentivazione delle donazioni.

Intervento:

- attivazione di un programma finalizzato alla cultura del dono, in sinergia con le Associazioni AVIS e ADAS-FIDAS, sia per rispondere agli aumenti del fabbisogno, che per promuovere sani stili di vita.

GRUPPO 9: PROMOZIONE STILI DI VITA SANI E RISCHIO INFETTIVO

Coordinatore
Marella Zatelli

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

STILI DI VITA

La programmazione deve essere fondata su conoscenze epidemiologiche: nel campo delle abitudini e degli stili di vita tale ricerca può risultare difficile, perché spesso le fonti sono nazionali e si basano su autodichiarazioni degli intervistati (indagini ISTAT, rilevazioni censuarie). Tuttavia, negli ultimi anni si è cercato di introdurre strumenti di conoscenza relativi ai determinanti di salute che hanno permesso di meglio conoscere le realtà locali, come la carta del rischio, lo studio PASSI e il progetto OKKIO alla salute. Così, ad esempio, dallo studio PASSI emerge che a Parma i fumatori sono il 39%, con una percentuale preoccupante di giovani tra i 18 e i 24 anni: oppure che il 38% risulta essere in soprappeso od obeso e che solo il 15% assume le 5 porzioni di frutta e verdura giornaliere raccomandate. La migliore conoscenza della realtà consente di mirare gli interventi in modo specifico verso gruppi di popolazione ritenuti più a rischio; l'attività di questi ultimi anni è stata ricca di iniziative, soprattutto rivolte ai giovani, e al mondo della scuola in particolare, svolte dalle Aziende Sanitarie con il contributo indispensabile delle istituzioni scolastiche e degli Enti Locali (Provincia, Comuni).

RISCHIO INFETTIVO

In Italia, da diversi anni, si è assistito ad una drastica riduzione delle malattie infettive a carattere epidemico, grazie alle efficaci strategie di prevenzione primaria e secondaria messe in atto. Tuttavia, negli ultimi tempi, si sono verificati focolai di patologie che si ritenevano in via di eliminazione, e, al contempo, sono emerse nuove malattie di origine virale legate ai cambiamenti climatici. E' dunque necessario mantenere elevati livelli di sorveglianza, sviluppando strategie e sistemi integrati di vigilanza in grado di individuare e segnalare tempestivamente eventuali patologie emergenti.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Monitorare e promuovere corretti stili di vita sull'alimentazione.

Le attività di informazione e formazione/intervento devono partire da una strategia comune e da un sistema di relazioni integrato, che ponga il benessere, inteso nella sua accezione più ampia, al centro dell'attività istituzionale, utilizzando il linguaggio più idoneo al contesto e modalità di approccio diversificate a seconda del target individuato. E' già in atto la diffusione, nelle scuole secondarie, del DVD, redatto dalla Regione Emilia – Romagna, "Paesaggi di Prevenzione", articolato in 5 aree tematiche (stili di vita, fumo, alimentazione, alcol, attività fisica).

Interventi:

- proseguire il progetto di sorveglianza nutrizionale nazionale e locale, allo scopo di tenere monitorato il fenomeno dell'obesità nella popolazione infantile, in particolare in ambito scolastico;
- migliorare la qualità dei servizi di ristorazione collettiva, aziendale e scolastica, favorendo anche il maggiore utilizzo di frutta e verdura, anche nei distributori automatici;

- continuare l'attività di educazione alimentare “ Crescere in armonia- Educare al benessere” in collaborazione con il Comune di Parma. per promuovere l'adozione di corretti stili di vita e il benessere psicofisico, rivolto ad educatori, insegnanti, genitori e bambini, dai nidi d'infanzia alle scuole secondarie di primo grado e di altri progetti (“Scegli con gusto per la salute. Cibo, corpo e media”);
- incentivare l'attività di formazione ed aggiornamento rivolta a specifiche categorie, assistenti familiari ed operatori delle case-famiglia per anziani, associazioni di categoria del settore alimentare, addetti alla ristorazione pubblica e collettiva, ecc.
- estendere la sorveglianza igienico nutrizionale del pasto erogato all'interno delle strutture protette, mediante l'utilizzo della “scheda qualità alimenti”;
- proseguire l'attività di educazione alla salute rivolta ad adulti ed anziani, finalizzata alla diffusione di corretti comportamenti alimentari;
- promuovere l'attività motoria nelle varie età della vita, in collaborazione con Enti Locali, società sportive, associazioni di volontariato)
- applicazione del progetto regionale di sport terapia, in accordo con MMG e PLS, come secondo livello per la prescrizione dell'esercizio fisico in soggetti affetti da patologie croniche;
- proseguire l'attività di educazione alla salute nelle scuole e sul territorio, relativa alla tutela della salute sessuale e prevenzione AIDS (attraverso tecniche di promozione dell'empowerment personale), alla prevenzione del tabagismo, dell'abuso di alcol e di sostanze stupefacenti;
- proseguire l'attività di educazione alla salute attraverso gli adulti di riferimento di specifici contesti (allenatori sportivi, educatori, animatori di gruppi giovanili).

Obiettivo 23: Promuovere formazione, informazione e monitoraggio sul rischio infettivo.

In continuità con il precedente PAL, si dovrà privilegiare l'operatività comune tra Aziende Sanitarie e/o Enti Locali, con particolare riferimento alla predisposizione di protocolli di intervento per malattie infettive rilevanti. Altro importante sviluppo è la formazione ed aggiornamento del personale su tematiche riferite a patologie emergenti, condivisione ed applicazione omogenea di linee guida e problematiche medico legali connesse all'atto vaccinale.

Interventi:

- mantenere la copertura delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate dell'infanzia, rispettando il calendario regionale in vigore, proseguire l'offerta del vaccino anti HPV alle nuove coorti interessate al programma e introdurre l'offerta della vaccinazione antivaricella agli adolescenti suscettibili;
- implementare la copertura vaccinazione antinfluenzale alle persone anziane (65 +) e alle categorie a maggior rischio di complicanze per patologia, consolidando le strategie di collaborazione con i MMG e PLS;
- partecipare alla costruzione del “Piano di prevenzione e risposta alla pandemia influenzale”;
- consolidare il sistema di sorveglianza interservizi (SISP/SVET), per il contenimento delle arbovirosi e della borreliosi di Lyme;
- prosecuzione dell'attività di monitoraggio della leishmaniosi canina e del monitoraggio sierologico ed entomologico, integrandola con l'attivazione del sistema di sorveglianza della leishmaniosi umana;
- in applicazione delle direttive nazionali e regionali, favorire il consolidamento della rete provinciale di sorveglianza e controllo, attraverso l'adozione o l'aggiornamento di protocolli

comuni, il coordinamento interistituzionale e il costante monitoraggio della corretta attuazione (TBC, legionella, MTA);

- monitorare le infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con particolare riguardo a quelle connesse a pratiche assistenziali condotte in modo inadeguato. Introdurre nuove ed aggiornate procedure per la prevenzione ed il controllo delle infezioni, verificarne la loro applicazione e la loro efficacia e valutarne le eventuali ricadute epidemiologiche;
- aderire alla campagna nazionale “Genitori più: 7 semplici azioni per prevenire i rischi per la salute dei bambini” per promuovere e tutelare la salute psicofisica dei bambini e per sostenere la genitorialità.

GRUPPO 10: SICUREZZA SUL LAVORO, SULLE STRADE, DOMESTICA, ALIMENTARE E AMBIENTALE

Coordinatore
Stefano Lucertini

Salute e Sicurezza sul lavoro

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Gli orientamenti del PAL 2009 -2011 devono declinare gli indirizzi della programmazione regionale contenuti nel Piano Sociale e Sanitario in coerenza con la normativa di riferimento, ma in continuità con la azioni intraprese. In questa prospettiva la cornice è quella dei Piani Per la Salute, nel senso che va consolidata la metodologia di lavoro sottesa a questa esperienza e va sfruttata ed estesa la rete relazioni costruita per conseguire concreti risultati di tutela della salute sul lavoro.

Ambiti di sviluppo sono:

- potenziamento dell'azione di contrasto del fenomeno infortunistico;
- avvio di iniziative nei confronti delle tecnopatie occupazionali, comprese le patologie psicosensoriali stress lavoro-correlato e tumori;
- facilitazione e sostegno al sistema produttivo ed in particolare alle piccole medie imprese per una coerente e consapevole applicazione dell'articolata e complessa nuova normativa di settore (D.Lgs 81/08);
- rispondere a nuovi bisogni provenienti dal mondo del lavoro in particolare quelli rappresentati dalla necessita di tutela del lavoratore svantaggiato;
- iniziative trasversali sulle "sicurezze" con effetto di potenziamento e nell'integrazione su obiettivi di prevenzione con importanti riflessi sulla tutela dei danni da lavoro come la promozione di stili di vita sani;
- definizione di percorsi atti a garantire equità di accesso a tutti i diritti dei lavoratori, promuovendo nei confronti dei loro rappresentanti (RSL-RSLST) la partecipazione e l'esercizio consapevole e riconosciuto del proprio ruolo

PROPOSTE

Obiettivo 1: Potenziare dell'attività di vigilanza a fini di prevenzione nel rispetto delle indicazioni Nazionali e Regionali.

Interventi:

- strutturare la collaborazione con le altre Amministrazioni Pubbliche competenti in materia;
- definire le linee per una maggiore integrazione dipartimentale;
- procedere a un riorientamento delle attività privilegiando quelle ricomprese nei LEA

In questo ambito, interventi specifici sono:

- azioni per il raggiungimento del tasso di controllo pari al 9% delle UL per il 2009 e al 10% nel 2010 ne comparti produttivi a maggior rischio;

- la piena attuazione dei contenuti quali-quantitativi del Piano Nazionale Edilizia;
- il controllo delle Grandi Opere insistenti sul territorio provinciale (dal raddoppio della linea Ferroviaria Pontremolese alla Metropolitana di Parma e bretella Ti-Bre), garantendo gli standard prestazionali previsti dalle indicazioni regionali

Obiettivo 2: Promuovere la prevenzione nelle piccole e medie imprese ed in settori produttivi critici, d'intesa con le parti sociali.

Interventi:

- iniziative di facilitazione per la piena applicazione della normativa prevenzionistica anche adottando innovative modalità d'intervento;
- azioni di assistenza, ma anche di vigilanza a garanzia di tutela dei lavoratori e indirettamente dei pazienti nelle strutture sanitarie.

Obiettivo 3: Sviluppare processi integrati con le parti sociali e le Istituzioni volte ad assicurare equità di accesso alle prestazioni e di tutela nei confronti di fasce deboli di popolazione lavorativa.

Interventi:

- iniziative per superare i limiti che ostacolano una adeguata formazione su regole e comportamenti utili alla prevenzione dei rischi da lavoro nel lavoratore straniero;
- iniziative per aumentare la consapevolezza che la tutela della propria salute e sicurezza concorre ad aumentare le condizioni di sicurezza nei contesti organizzati nei quali è chiamato a prestare attività il lavoratore autonomo;
- iniziative per favorire un inserimento lavorativo del disabile, appropriato e duraturo in un contesto in grado di accoglierlo garantendogli autonomia e tutela

Obiettivo 4: Promuovere le tematiche della salute e sicurezza sul lavoro nell'Istituzione Scolastica ed Universitaria in quanto ambiti strategici per lo sviluppo di una nuova e consapevole cultura della prevenzione.

Intervento:

- strutturare, concordare ed attivare una offerta formativa specifica.

Obiettivo 5: Concorrere alla promozione di stili di vita sani attraverso iniziative integrate sul binomio dipendenze e lavoro.

Interventi:

- completamento ed estensione di programmi avviati sul rapporto alcool-lavoro e fumo e lavoro;
- definizione di percorsi certi e condivisi, d'intesa tra le parti sociali, Servizi Asl coinvolti e medici competenti, per dare piena attuazione alla delicata normativa sull'accertamento dello stato di tossicodipendenza.

Obiettivo 6: Monitoraggio delle malattie professionali.

Intervento:

- promuovere iniziative volta alla maggiore conoscenza ed emersione delle malattie professionali sviluppando sinergie con INAIL, Università, Medici competenti e coinvolgendo i Medici di Medicina Generale.

Obiettivo 7: Sviluppo della sicurezza ambientale.

Intervento:

- promuovere lo sviluppo di organizzazioni aziendali della prevenzione che oltre ad attuare al proprio interno adeguate azioni di prevenzione, selezionino attentamente le aziende incaricate di svolgere attività all'interno dell'azienda o in sub appalto, verificandone i requisiti: capacità tecnico organizzativa, l'adeguatezza delle risorse e loro appropriatezza con il lavoro da svolgere.

Sicurezza alimentare

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Le linee ispiratrici del PAL 2009-2011 devono trovare continuità con le azioni intraprese e coerenza con la normativa di riferimento.

In tale prospettiva occorre:

- completare il percorso formativo di tutti gli operatori dei servizi SIAN SVET dare continuità alla collaborazione con i portatori di interesse per aumentare la consapevolezza del ruolo loro assegnato nel garantire la sicurezza alimentare e istituire momenti di consultazione per presentare le procedure messe in atto dal DSP;
- proseguire nel percorso di adeguamento al sistema di accreditamento regionale dei servizi SIAN e SVET.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Programmazione dell'attività di formazione per il mantenimento della qualifica degli operatori già in possesso del titolo di auditor e completamento per tutti gli operatori della formazione sui temi specifici della sicurezza alimentare.

Obiettivo 2: Applicazione, verifica e manutenzione delle procedure di controllo ufficiale validate dal servizio veterinario e igiene degli alimenti della Regione con la consultazione e collaborazione dei portatori d'interesse.

Obiettivo 3: Supportare la crescita culturale dei produttori, collaborando per momenti di formazione e confronto.

Obiettivo 4: Sviluppare il sistema delle supervisioni e degli audit interni, da parte della ADSPV e del SIAN come elemento di miglioramento delle attività di controllo ufficiale e azione concreta per l'uniformità delle valutazioni tra gli operatori del controllo ufficiale.

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Il tema della sicurezza stradale richiede, per la sua rilevanza in termini di perdita di vite umane, ma anche degli elevatissimi costi sociali, l'azione intensa e coordinata di tutti i soggetti che, a vario titolo, sono impegnati a contrastare gli incidenti stradali ed a promuovere azioni concrete finalizzate alla sicurezza: forze dell'ordine, autorità civili ed enti locali, scuola, organizzazioni sindacali e, per la propria specifica finalità di promozione e tutela della salute, anche Aziende USL ed Aziende Ospedaliere.

Attualmente sono in atto alcuni progetti specifici volti a questa finalità, che vengono portati avanti anche all'interno del Piano della Prevenzione, un progetto promosso dal Ministero della salute e proposto a tutte le Regioni italiane, affinché coordinino l'azione delle Aziende USL del territorio regionale. Parimenti, il tema della sicurezza stradale è indicato tra gli obiettivi prioritari dall'atto triennale di indirizzo della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della provincia di Parma.

La prospettiva è dunque quella di proseguire ed ampliare l'impegno fin qui profuso, sia attraverso azioni autonomamente svolte, sia attraverso la piena collaborazione con tutti gli altri enti che operano in questo ambito.

PROPOSTE

Obiettivo 1: Alcol e guida: Progetto di prevenzione secondaria della guida in stato di ebbrezza, rivolto alle persone in età 18-25, che hanno sostenuto un "fermo" per guida in stato di ebbrezza, da svolgere in collaborazione con vari partner, tra cui la Prefettura di Parma;

Obiettivo 2: Accrescere la cultura della prevenzione degli incidenti stradali tra i dipendenti delle aziende sanitarie nonché tra i vari partner di queste

Obiettivo 3: Studio di fattibilità di un percorso di miglioramento della rete integrata emergenza urgenza

Obiettivo 4: Realizzazione di un progetto specifico sulla percezione del rischio nelle scuole secondarie superiori.

Sicurezza ambienti di vita

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Nel prossimo triennio occorre dare piena attuazione ai contenuti del Piano Regionale della Prevenzione e in questa prospettiva è necessario portare a sistema le iniziative avviate e assicurare il coinvolgimento di soggetti istituzionali, parti sociali ed il volontariato per sviluppare una diffusa sensibilizzazione sulla tematica tale da promuovere: a) piena consapevolezza sulla rilevanza del fenomeno, b) la capacità di percezione dei pericoli e c) comportamenti utili alla salute

PROPOSTE

Obiettivo 1: Dare piena attuazione agli interventi previsti dal progetto di prevenzione delle cadute nei bambini di età 0 – 3 anni e valutare la possibilità di estendere il progetto ad altri ambiti territoriali.

Obiettivo 2: Promuovere il miglioramento dell'operatività dell'inserimento dei Pronto Soccorso dell'Azienda U.S.L. di Parma nel sistema di sorveglianza nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (SINIACA).

Obiettivo 3: Strutturare forme di coordinamento ed integrazione tra tutti i Soggetti a vario titolo coinvolti nella realizzazione degli obiettivi.

Obiettivo 4: Valutare la fattibilità di effettuare a livello locale gli interventi previsti nel progetto di prevenzione delle cadute degli anziani a domicilio, definendo anche gli ambiti territoriali.

GRUPPO 11: RETE HUB & SPOKE

RIMODULAZIONE DELLA RETE E NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI

Coordinatori

Gian Luca Giovanardi, Caterina Caminiti e Giovanna Campaniello

CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

L'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera di Parma hanno in gran parte completato gli obiettivi di riconversione dei servizi e di costruzione della rete secondo le previsioni del PAL 2005-2007.

Il sistema ospedaliero provinciale è oggi caratterizzato dall'azione integrata di 3 soggetti: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, l'Azienda USL con un Presidio Ospedaliero basato sugli Ospedali di Fidenza-S.Secondo e Borgotaro e 7 strutture ospedaliere del privato accreditato (Città di Parma, Piccole Figlie, Villa Maria Luigia, Val Parma, Villa Igea, Don Carlo Gnocchi, Centro Cardinal Ferrari).

La collocazione territoriale delle strutture ospedaliere, con le relative dotazioni di posti letto, garantisce funzioni ospedaliere di primo livello per gli ambiti territoriali ove esse insistono.

L'organizzazione dell'offerta a rete garantisce la continuità della presa in carico e l'opportuna intensità delle cure, indirizzando il paziente, a seconda dei bisogni, a nodi specialistici di secondo e terzo livello, principalmente presenti, ma non solo, nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. In particolare, presso di essa è presente la maggior parte delle strutture Hub previste dalla programmazione regionale.

L'incremento della complessità dei casi, la necessità di caratterizzare sempre più le strutture ospedaliere verso la diagnosi ed il trattamento dell'acuzie e l'accelerazione dei processi diagnostici connessi anche con il miglioramento tecnologico, consentono, oltre al pieno funzionamento di tutti i nodi assistenziali della rete territoriale, di differenziare ulteriormente l'offerta di servizi ospedaliere.

Al contempo risulta indispensabile proseguire nel rafforzamento dei percorsi intraospedalieri provinciali secondo il modello di intensità delle cure.

Occorre, infine, ricordare che a fronte di una significativa capacità attrattiva della rete ospedaliera provinciale - nel 2007, il 22% ed il 14,5% dei ricoveri, rispettivamente, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Azienda USL ha interessato pazienti provenienti da fuori provincia - permangono comunque fenomeni di mobilità passiva verso altre Aziende della Regione (6%) e, soprattutto, verso Regioni limitrofe (8%), pari complessivamente al 14% dei ricoveri dei residenti in provincia del 2007.

PROPOSTE

Obiettivo1: Migliorare criteri, indicatori e strumenti di monitoraggio della rete Hub and Spoke esistente, in sintonia con l'Agenzia Sanitaria Regionale, per presidiarne in futuro con maggior accuratezza i processi valutativi.

Intervento:

- predisposizione e indicatori strumenti di monitoraggio

Obiettivo 2: Evidenziare “nodi” della rete ospedaliera che, già da ora, assicurano prestazioni per un bacino d'utenza molto più ampio dell'ambito provinciale, tanto da avere una casistica prevalentemente proveniente da altre province, pur assicurando risposta ai bisogni della popolazione della provincia di Parma. Su tali “nodi di eccellenza” andranno individuate nuove azioni al fine di migliorare l'integrazione con i servizi provinciali e costituire significativi riferimenti regionali nello sviluppo di ulteriori modalità assistenziali a valenza regionale sul modello Hub and Spoke.

Intervento:

- contribuire al potenziamento della rete Hub and Spoke regionale attraverso: l'ossigenoterapia iperbarica dell'Ospedale di Vaio, l'oncoematologia pediatrica e le chirurgie plastica, maxillofaciale e pediatrica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Obiettivo 3: Arricchire la rete ospedaliera provinciale di ulteriori percorsi strutturati tra Ospedali, basati sulla differenziazione per intensità delle cure e per i relativi livelli di competenze richiesti.

Interventi:

- la definizione di reti cliniche integrate comporta l'individuazione di:
 - ruoli dei diversi “nodi” ospedalieri in relazione al problema in questione e le relative “gerarchie”, in una logica di complementarietà,
 - competenze necessarie per l'esercizio degli stessi ed i relativi percorsi di miglioramento,
 - criteri e modalità di relazione e di comunicazione,
 - sviluppo coerente delle tecnologie.
- valorizzazione delle risorse e delle competenze migliori, là dove sono presenti in qualsivoglia componente della rete provinciale;

Obiettivo 4: Rivalutare il fabbisogno di posti letto nella rete ospedaliera provinciale, superando la logica degli spazi fisici e delle gerarchie per singole discipline, per privilegiare un orientamento all'organizzazione in dipartimenti ed aree assistenziali comuni.

In pratica, la dotazione di posti letto verrà valutata per processi assistenziali, non legati alla singola disciplina o reparto, favorendo anche percorsi integrati, organizzati “orizzontalmente” e l'utilizzo comune di servizi.

Per individuare gli ambiti prioritari per la costruzione di reti cliniche integrate provinciali e per avviare una rimodulazione della rete, si rende necessaria un'analisi di:

- trends demografici.
- dati di mobilità passiva per selezionare, all'interno del complessa multifattorialità che sostiene la ricerca di assistenza ospedaliera fuori dall'ambito di residenza, le criticità del sistema provinciale.
- liste di attesa (tempi e persone in attesa) per le patologie più rilevanti nelle diverse strutture.

- risorse disponibili e potenzialità del sistema. A tale scopo sarà utile analizzare la disponibilità attuale di posti letto a livello provinciale per codice di disciplina e il loro utilizzo, raffrontato alla dotazione e ai parametri stabiliti a livello regionale, al fine di evidenziare sovra e sotto-dimensionamenti.
- proposte delineate dai gruppi PAL afferenti al Programma Continuità Assistenziale (Area: Lungodegenza, Riabilitazione, GRACER e GRADA) e ad Aree/Gruppi che prevedono una riorganizzazione provinciale in termini di reti cliniche integrate ospedaliere, territoriali e sociosanitarie.

Interventi:

- vengono comunque fin d'ora individuati come oggetto di approfondimento, sulla base delle conoscenze già disponibili, i seguenti ambiti:
- diagnosi e cura delle patologie tumorali;
- di pertinenza chirurgica (ortopedia, oculistica, ORL, chirurgia vascolare);
- patologie gravi a decorso cronico necessitanti alti e continui livelli assistenziali;
- assistenza ospedaliera pediatrica.

Obiettivo 2: Delineare nuovi modelli organizzativi esaminando le relative ricadute sui percorsi formativi dei professionisti.

Interventi:

- aviazione di processi di miglioramento e di sviluppo, in riferimento sia alle indicazioni emerse dai gruppi di lavoro PAL specifici per patologia o percorso di cura, sia all'analisi dei fattori di criticità evidenziati dal presente gruppo di lavoro;
- attivazione di una funzione di coordinamento permanente, garante del monitoraggio sulle modalità di applicazione dei nuovi modelli organizzativi nelle diverse realtà ospedaliere della rete;
- orientare la revisione delle reti al miglioramento dell'equità di accesso e all'uniformità dei percorsi di cura per tutti i residenti della provincia.

NOTE E AVVERTENZE

1. Questa pubblicazione, specifica per il convegno, raccoglie in termini organici gli elaborati prodotti dai 29 gruppi di lavoro incaricati della redazione del PAL 2009-2011 sulla base dell'Atto di Indirizzo approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria in 24 novembre 2008.

Ai 29 gruppi di lavoro hanno partecipato 332 persone: 86 professionisti dell'AUSL, 95 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, 51 rappresentazioni di Enti Locali, di Istituzioni, di Associazioni e di organizzazioni della comunità.

2. In particolare sono stati estratti da tutti gli elaborati le parti che attengono “ le criticità e le prospettive di sviluppo” e le proposte in termini di “obiettivi ed interventi”.
3. Gli elaborati, nella loro versione originale, contengono anche altri riferimenti: il mandato ricevuto dai gruppi, l'analisi degli stati di fatto, gli aspetti epidemiologici, le modalità assistenziali correnti, i rapporti con il PAL precedente, ecc.

Gli elaborati pubblicati, per renderne omogenea la rappresentazione, sono stati “rivisitati” dal gruppo tecnico di coordinamento PAL e, in alcuni casi, sintetizzati, resi compatibili in quelle situazioni in cui si sono determinati sviluppi duplici o sovrapposti.

4. La presentazione della pubblicazione in sede di convegno ha una duplice finalità:
 - presentare agli Enti Locali, a quanti hanno partecipazione alla elaborazione dell'Atto di Indirizzo, a quanti hanno partecipato al processo programmatico, l'unità complessiva delle proposte individuate;
 - verificare la rilevanza delle priorità emerse in termini di obiettivi e di interventi e la necessità di ulteriori integrazioni prima della validazione finale del PAL .
5. Alla validazione del PAL 2009-2011 si perverrà anche con il parere dei Comitati di Distretto, le osservazioni dei soggetti coinvolti nel processo programmatico ed il confronto con i Sindacati.

GRUPPO DI COORDINAMENTO PAL 2009-2011

Ufficio di Supporto alla CTSS	Nicola Florindo; Gabriele Annoni
Direzioni Sanitarie Aziende	Ettore Brianti; Luca Sircana;
Facoltà di Medicina	Loris Borghi
Distretti AUSL e Integrazione Socio-sanitaria	Rita Cavazzini; Romano Superchi Graziana Rossi, Dario Parravicini

Programma	Area	Gruppo	Componenti		
			AUSL	AOU	Istituzioni /Organizzazioni /Associazioni
ACCES SIBILITA' Coord. AUSL - Graziana Rossi Maria Rosa Salati	ACCESSO AI Serv.	RETI CLINICHE DI AREA PEDIATRICA Coord. AUSL - Ettore Brianti Coord. Aou - Luca Sircana	Battilocchi Paola	Bernasconi Sergio	
			Deriu Franca	Bevilacqua Giulio	
			Ferrante Sigismondo	Bonconti Maria Pia	
			Giovanardi GianLuca	Cossu Giuseppe	
			Moroni Mirco	De Angelis Gianluigi	
			Rosani Silvano	Gallese Vittorio	
			Salvini Paola	Izzi Giancarlo	
			Torelli Franco	Lombardini Rita	
			Villani Paolo	Pisani Francesco	
				Vitale Marco	
				Vitali Pietro	
		EMERGENZA URGENZA Coord. AUSL - Silvia Paglioli	Cantadori Luca	Cervellin Gianfranco	Gianni Rastelli
			Casetti Roberto	Furlan Adriano	Mordacci Filippo
			MCA	Pastori Antonio	Silvano Spagnoli
			Paglioli Silvia	Servadei Franco	
		PERCORSO AMMINISTRATIVO SPORTELLO UNICO, INFORMATICO ORGANIZZATIVO Coord. AUSL - Andrea Toniutti Coord. AOU - Luigi Sartori	Soncini Giuseppe		
			Brunetti Tiziana	Amori Ennio	Marco Antonoli
			Cherobin Sabina	Casaroli Rosanna	Armando Quintavalla
			Filippi Giuliana	Fattibene Claudio	
			Frattini Giuseppina		
			Graiani Roberta		
			Minardi Daniela		

PAL 2009-2011 - Gruppi di lavoro

Programma	Area	Gruppo	Componenti		
			AUSL	AOU	Istituzioni /Organizzazioni /Associazioni
ACCES SIBILITA' Coord. AUSL - Graziana Rossi Maria Rosa Salati	ACCESSO AI Serv.	RETI SPECIALISTICA, LISTE D'ATTESA, GOVERNO CLINICO Coord. AUSL - Ettore Brianti Coord. AOU - Luca Sircana	Ciotti Giuseppina	Bacciu Salvatore	Ennia Bertozzi
			Cusmano Ferdinando	Crisi Girolamo	Giuseppina Poletti
			Ferrante Sigismondo	Franzé Angelo	Leopoldo Sarli
			Ferrari Luciano	Gandolfi Stefano	Mioni Lucio
			Giovanardi GianLuca	Gherli Tiziano	Paolo Soliani
			Pinazzini Marielena	Roncoroni Luigi	Patrizia Sottotetti
			Ronchini Paolo	Rusca Michele	
			Rossi Giuseppina	Sesenna Enerico	
			Soncini Giuseppe		
			Angelo Campanini	Antonio Pezzarossa	Felice Gabba
CONTINUITA' ASSISTEN ZIALE Coord. AUSL - Rita Cavazzini Coord. Dario Parravicini	CRONICITA' Coord. AUSL - Giuseppina Rossi Maria Rosa Salati	COMMISSIONE DIABETE Coord. AUSL - Carlo Coscelli	Antonella Guberti	Giovanna Campaniello	Mario Scali
			Bruno Agnetti	Ivana Zavaroni	Nino Cocconcelli
			Dazzi Davide	Leone Arsenio	
			Giuseppina Rossi		
			Maria Cristina Aliani		
			Maria Cristina Cimicchi		
			Marisa Bellei		
			Mauro Canali		
			Paolo Ronchini		
			Pierantonio Muzzetto		
			Rossella Emanuele		
			SigismondoFerrante		
			Stefano Cagnolati		
			Gibiltras Grazio	Casalini Angelo Gianni	Berselli Roberto
			Maini Maurizio	Meli Roberto	Pozzati Ettore
			Marvisi Maurizio	Olivieri Dario	Valentini Don Luigi
			Sassi Alba		

PAL 2009-2011 - Gruppi di lavoro

Programma	Area	Gruppo	Componenti		
			AUSL	AOU	Istituzioni /Organizzazioni /Associazioni
CONTINUITA' ASSISTEN ZIALE Corrd. AUSL - Rita Cavazzini Coord. Dario Parravicini	CRONICITA' Coord. AUSL - Giuseppina Rossi Maria Rosa Salati	COMMISSIONE NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE (NAD) Coord. AUSL - Pierantonio Muzzetto	Anna Maria Gazzola	Antonio Pezzarossa	
			Bono Fabio	Daniela Concarì	
			Corrado Spaggiari	Franco Saccardi	
			Enrico Montanari	Maria Francesca Alessandri	
			Gianluca Boldrocchi	Pietro Vitali	
			Giovanni Pedretti	Maurizio Vanelli	
			Giuseppina Rossi		
			Oreste Sidoli		
			Pirolì Remo		
			Sigismondo Ferrante		
		COMMISSIONE RETE CARDIOLOGICA Coord. AUSL - Mario De Biasi	Alberto Caiazza	Adriano Furlan	Gian Paolo Ceda
			Brianti Ettore	Caterina Caminiti	Loris Borghi
			Ferrari Claudio	Diego Ardissino	Paolo Coruzzi
			Giovanni Delnevo	Ennio Amori	Pier Luigi Bonati
			Leonardo Marchesi	Gianfranco Cervellin	Tiberio D'Aloia
			Luca Cantadori	Giovanna Campaniello	
			Paolo Moruzzi	Luca Sircana	
			Pierantonio Muzzetto	Tiziano Gherli	
			Scali Mario		
			Sergio Callegari		
		COMMISSIONE TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (TAO) Coord. AUSL - Rossella Emanuele	SigismondoFerrante		
			Bruno Molinari	Roberto Quintavalla	Del Signore Roberto
			Carlo Missorini		Giovanni Tampone
			Carlo Percudani		
			Cesare Manotti		
			Corrado Zurlini		
			Marisa Toscani		
			Michele Meschi		
			Muzzetto Pierantonio		
			Paolo Ronchini		
			Paolo Schianchi		

PAL 2009-2011 - Gruppi di lavoro

Programma	Area	Gruppo	Componenti		
			AUSL	AOU	Istituzioni /Organizzazioni /Associazioni
CONTINUITA' ASSISTENZIALE Coord. AUSL - Rita Cavazzini Coord. Dario Parravicini	LUNGODEGENZA POST ACUZIE (LPDA); RIABILITAZIONE; GRAVI CEREBROLESIONI (GRACER) e GRAVI DEFICIENZE ACQUISITE (GRADA)	LUNGODEGENZA POST ACUZIE (LPDA) Coord. AOU - Loris Borghi	Bono Fabio	Dellapina Monalda	Gian Paolo Ceda
			Branchetti Maura	Ladisa Fedele	Mioni Lucio (TS)
			Dardani Mariangela	Lottici Roberta	Roberto Manfredi
			Delaidini Daniela	Nardelli Anna	
		RIABILITAZIONE Coord. AOU - Marsiglio Saccavini	Donati Massimo	Vitali Pietro	
			Gambara Angela		
			Pini Monica		
		GRACER e GRADA Coord. AUSL - Leonardo Marchesi	Pirolì Remo		
			Saccò Marcella		
			Zanichelli Angela		
		HOSPICE, ADI III E TERAPIA DEL DOLORE Coord. AUSL - Francesco Ghisoni Coord. AOU - Andrea Ardizzoni	Affanni Paola	Borghi Loris	Emilia Zaccomer
			Agnetti Bruno	Campaniello Giovanna	Francesco Leonardi
			Bacchini Lorenza	Delsignore Roberto	Luigi Roncoroni
			Calci Enrica	Franciosi Vittorio	Marisa Bacchini
			Cirelli Maria	Fumagalli Marco	Vittorio Rizzoli
			Conversi Efrem	Lecabue Maurizio	
			Curti Matteo	Vallara Tiziana	
			Delnevo Giuseppina		
			Marziani Luca		
			Pinazzini Marilena		
	PALLIAZIONE ONCOLOGIA				

PAL 2009-2011 - Gruppi di lavoro

Programma	Area	Gruppo	Componenti		
			AUSL	AOU	Istituzioni /Organizzazioni /Associazioni
CONTINUITA' ASSISTEN ZIALE Coord. AUSL - Rita Cavazzini Coord. Dario Parravicini		DEMENTE Coord. AUSL - Rita Cavazzini	Caravaggi Davide	Caffarra Paolo	Mario Passeri
			Egoritti Daniela	Pelliccioni Pio	
			Baratta Stefania		
			Ciotti Giuseppina		
			Copelli Sandra		
			Dieci Francesca		
			Emanuele Rossella		
			Falzo Chiara		
			Ferrante Sigismondo		
			Gallani Roberto		
			Ghizzoni Graziella		
			Izzo Silvana Carolina		
			Loss Maria Grazia		
			Borsi Rosa		
			Argenti Giordana		
			Ludovico Livia		
			Missorini Carlo		
SVILUPPO INNOVAZIONE RICERCA TECNICA E TECNOLOGICA Coord.AOU - Ennio Amori	DIAGNOSTICA	MEDICINA NUCLEARE Coord. AOU - Livia Ruffini	Montanari Enrico		
			Sterbizzi Ilaria		
			Zennaro Francesca		
			Boggiani Antonio	Ardissino Diego	Guido Rindi
			Cusmano Ferdinando	Ardizzoni Andrea	
			Ferrante Sigismondo	Caffarra Paolo	
			Fortunati Carlo	Caminiti Caterina	
				Fumagalli Marco	
				Ghetti Caterina	
				Magnani Roberto	
				Sangalli Patrizia	

PAL 2009-2011 - Gruppi di lavoro

Programma	Area	Gruppo	Componenti		
			AUSL	AOU	Istituzioni /Organizzazioni /Associazioni
SVILUPPO INNOVAZIONE RICERCA TECNICA E TECNOLOGICA Coord.AOU - Ennio Amori	DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA INTERVENTI STICA NEURORADIOLOGIA PEDIATRICA Coord. AOU - Girolamo Crisi	Fornari Marzia	Campaniello Giovanna	
			Maria Cristina Aliani	Ormitti Francesca	Maurizio Vanelli
			Pellegrini Antonio	Salcuni Pierfranco	Rindi Guido
			Toniutti Andrea	Sangalli Patrizia	
SVILUPPO INNOVAZIONE RICERCA TECNICA E TECNOLOGICA Coord.AOU - Ennio Amori	TELEMEDICINA	TELECARDIOLOGIA- TELERADIOLO GIA Coord. AUSL - Ferdinando Cusmano	Boggiani Antonio	Berghenti Matteo	Giancarlo Gazzola
			Ferrante Sigismondo	Crisi Girolamo	Giovanni Bersellini
			Ferri Ernesto	Diego Ardissino	Guido Orlandini
			Fornari Marzia	Lambertini Paride	Pietro Magnani
			Marchesi Leonardo	Tiziano Gherli	
			Maria Cristina Aliani		
			Paolo Moruzzi		
			Pellegrini Antonio		
			Ravanetti Carlo		
			Santi Roberto		
	TERAPEUTICA	RADIOTERAPIA Coord. AOU - Marco Fumagalli	Idanna Stefanini		
			Toniutti Andrea		
			Conversi Efram	Ardizzoni Andrea	Giancarlo Gazzola
				Borini Adriano	
				Perone Alfonso	
				Ruffini Livia	

Programma	Area	Gruppo	Componenti		
			AUSL	AOU	Istituzioni /Organizzazioni /Associazioni
SVILUPPO E VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE INTELLETTUALE Coord. AOU - Roberto Delsignore			Cammi Emilio	Artioli Giovanna	Amos Cast
			Cigala Ferdinando	Borghi Loris	Giacomo Rizzolatti
			Illica Magrini Raffaele	Caterina Caminiti	Giuseppe Nuzzi
			Pedretti Giovanni	Chezzi Carlo	Stefano Spaggiari
			Pinazzini Marilena	Gavioli Gabriella	
			Prandi	Margarone Santo	
			Saccenti Elena	Mongelli Franco	
				Morelli Cecilia	
				Roberto Quintavalla	
			Adorni Aristodemo	Enrico Maria Silini	Delindati Franco
DIAGNOSI PRECOCE DELLE MALATTIE TUMORALI Coord AUSL - Marella Zatelli			Antonio Slawitz	Di Blasio Beatrice	Emilia Zaccomer
			Canali Mauro	Franzé Angelo	Francesco Di Mario
			Conti Giovanni Maria		Giuseppe Robuschi
			Lombardozzi Luigi		Marcotti Giovanni
			Orsi Paolo		Paolo Del Rio
			Paglioli Silvia		
			Soncini Giuseppe		
			Violi Vincenzo		
			Zurlini Corrado		
			Egidio Rossi	Buzio Carlo	
DIALISI Coord. AUSL - Silvia Paglioli			Giovanni Piscina	David Salvatore	
			Maria Grazia Loss	Fanfonì Rita	
			Marilena Minari		

PAL 2009-2011 - Gruppi di lavoro

Programma	Area	Gruppo	Componenti		
			AUSL	AOU	Istituzioni /Organizzazioni /Associazioni
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA Coord. AUSL - Romano Superchi			Andrea Donatini		Odoni Mauro
			Angela Zanichelli	Vitali Pietro	Giovanni Bersani
			Bono Fabio		Monica Claudio
			Chiara Adorni		
			Faissal Choroma		
			Fulvia Cavalieri		
			Gherri Lisetta		
			Graziana Rossi		
			Ignazio Morreale		
			Maria Grazia Loss		
			Pirolì Remo		
			Rita Cavazzini		
			Calci Enrica		
			Cammi Emilio		
LE RETI CLINICHE TERRITORIALI DELLE CURE PRIMARIE Coord. AUSL - Giuseppina Rossi			Ciotti Giuseppina		
			Emanuele Rossella		
			Ferrante Sigismondo		
			Ferrari Luciano		
			Frattini Giuseppina		
			Lombardi Marco		
			Lottici Maria Cristina		
			Missorini Carlo		
			Noberini Paola		
			Ronchini Paolo		
			Salvini Paola		

PAL 2009-2011 - Gruppi di lavoro

Programma	Area	Gruppo	Componenti		
			AUSL	AOU	Istituzioni /Organizzazioni /Associazioni
PERCORSO NASCITA Coord. AUSL - Paola Salvini Coord. AOU - Daniela Viviani			Antonio Pistolesi	Battista Floriana	Alberto Bacchi Modena
			Brianti Ettore	Bologna Jutta	Giorgio Gazzola
			Damini Cristiana	Bussolati Giovanna	
			Giuseppe Crovini	Lombardini Rita	
			Lottici Maria Cristina	Piantelli Giovanni	
			Paolo Villani	Sospiri Carmen	
			Rosi Antonella	Verrotti Carla	
			Superchi Romano		
			Toscani Marilena		
POLITICA DEL FARMACO Coord. AUSL - Anna Maria Gazzola e Carla Bertelli Coord. AOU - Fabio Caliumi			Alberto Caiazza		
			Coscelli Carlo		
			Giovanna Negri		
			Giovanni Pedretti		
			Marco Lombardi		
			Missorini Carlo		
			Paolo Schianchi		
			Pederzani Giorgio		
			Rossella Emanuele		

PAL 2009-2011 - Gruppi di lavoro

Programma	Area	Gruppo	Componenti		
			AUSL	AOU	Istituzioni /Organizzazioni /Associazioni
PRESA IN CARICO SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E RELATIVE FRAGILITA' SPECIFICHE Coord. AUSL - Franco Giubilini			Alzapiedi Anhai	Amore Mario	Antonio Quarta
			Ampollini Paolo	Marchesi Carlo	Berselli Roberto
			Antonioni Maria		Bruno Fontanesi
			Bussolati Claudio		Chiara De Panfilis
			Campanini Paola		Giuseppina Poletti
			Ciusa Francesco		Pozzati Ettore
			Cocconi Rossella		Valentini Don Luigi
			Conserva Giacomo		
			De Donno Lorenzo		
			Fraati Fulvio		
			Gallani Roberto		
			Gibin Anna Maria		
			Giucastro Giuliano		
			Maccherozzi Silvio		
			Marchini Romano		
			Marzullo Franco		
			Miglioli Maristella		
			Mirco Moroni		
			Pellegrini Pietro		
			Petrolini Nicoletta		
			Pirisi Antonio		
			Poletti Annalisa		
			Rizzi Meri		
			Rosani Silvano		
			Rustichelli Paolo		
			Vanni Fabio		
			Volta Paolo		
			Zilioli Claudia		
			Zirilli Maria		
PROGRAMMA SANGUE Coord. AUSL - Leonardo Marchesi Coord. AOU - Massimo Franchini			Ghisoni Francesco	Formentini Alessandro	Barantani Mario
				Sparvieri Daniela	
				Vitali Pietro	

PAL 2009-2011 - Gruppi di lavoro

Programma	Area	Gruppo	Componenti		
			AUSL	AOU	Istituzioni /Organizzazioni /Associazioni
PROMOZIONE STILI DI VITA SANI E RISCHIO INFETTIVO Coord. AUSL - Marella Zatelli			Achilla Gorni	Arsenio Leone	
			Alberto Anedda	Marangio Emilio	
			Angela Zanichelli	Piero Vitali	
			Antonio Slawitz		
			Bianca Maria Borrini		
			Bruno Molinari		
			Gibin Anna Maria		
			Mattioli Marta		
			Paola Salvini		
			Romano Superchi		
			Sandra Vattini		
			Angela Zanichelli	Munacò Giuseppe	
SICUREZZA SUL LAVORO, SULLE STRADE, DOMESTICA, ALIMENTA RE E AMBIENTA LE Coord. AUSL - Stefano Lucertini			Antonio Brugnoli		
			Cigala Ferdinando		
			Francesco Zilioli		
			Gian Luca Pirondi		
			Giuseppe Fioriti		
			Mauriziolimpallomeni		
			Ornella Cappelli		
			Pierantoni Marco		
			Ferrante Sigismondo	Servadei Franco	
			Marchesi Leonardo	Sianesi Mario	
			Montanari Enrico	Tiziano Gherli	
			Potenzoni Domenico	Vitali Pietro	
REVISIONE RETE OSPEDALIERA Coord. AUSL - Ettore Brianti Coord. AOU - Luca Sircana		RETE HUB & SPOKE Coord. AUSL - Gian Luca Giovanardi	Vezzani Giuliano		
			Caiazza Alberto	Borghesi Loris	
			Cardinali Cristina	Dazzi Marina	
			Guardoli Aldo	Saccavini Marsilio	
			Maria Cristina Aliani	Gavioli Gabriella	
			Paglioli Silvia		
		RIMODULAZIONE DELLA RETE E NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI Coord. AOU Caterina Caminiti e Giovanna Campaniello			