

RENDICONTAZIONE PROGETTO DI MODERNIZZAZIONE “NOA” FINANZIAMENTO 2009

“Sperimentare all’interno di un nuovo modello organizzativo di specialistica ambulatoriale gli strumenti del disease management e del governo clinico: accogliere, assistere, organizzare e valutare”

Aziende Partecipanti: Azienda Usl Ferrara, Azienda Usl Imola, Azienda Usl Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ferrara, Azienda Ospedaliero-Universitaria Bologna

È opportuno richiamare in premessa alcuni elementi di contesto che caratterizzano il Servizio Sanitario Regionale , che stanno alla base del progetto e ne consentono la diffusione in altre realtà aziendali.

- l’organizzazione dell’assistenza primaria nei nuclei di cure primarie e la realizzazione di sedi di riferimento per i nuclei di cure primarie : la casa della salute (DGR 291/2010) . Il NCP/ casa della salute è il nodo di una rete integrata di servizi, con relazioni cliniche e organizzative strutturate con gli altri nodi della rete (assistenza domiciliare, ambulatoriale, ospedaliera).

- la crescita culturale e la valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie assistenziali nelle cure primarie : la DGR n°427/2009 delinea i modelli organizzativi che fanno riferimento alle reti integrate di servizi, alla medicina d’iniziativa , al disease e al case management, ritenuti più adeguati per erogare un’assistenza coerente con il bisogno di salute della popolazione.

1. Obiettivi del progetto

Il progetto di Modernizzazione dell’Area Vasta Emilia Centro (NOA.): (marzo 2010- dicembre 2011), del quale l’Azienda Sanitaria di Ferrara è capofila , è un progetto di innovazione organizzativa col quale si vuole realizzare una struttura organizzativa ambulatoriale autonoma, ricca di valenze diagnostico e terapeutiche, che garantisca la continuità con ospedale e assistenza primaria e che preveda l’attivazione di una rete professionale e approcci globali ed integrati ai problemi della persona.

Obiettivi primari

- Realizzare una nuova organizzazione dell’assistenza ambulatoriale che sia proattiva nei confronti dei pazienti e in grado di rispondere in modo adeguato e tempestivo ai diversi problemi clinici.
- Garantire per i pazienti con patologie croniche (scompenso cardiaco e diabete mellito tipo 2) la tempestività nell’accesso ai servizi specialistici, la presa in carico e la continuità

dell'assistenza, attraverso un processo di cambiamento organizzativo e culturale all'interno della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza primaria.

Obiettivi secondari

- Migliorare il livello di fiducia da parte di assistiti e professionisti nel setting assistenziale della specialistica ambulatoriale;
- Determinare un impatto positivo sulle liste di attesa con la nuova organizzazione
- Migliorare l'adesione da parte dei assistiti ai programmi diagnostici e terapeutici con l'applicazione di un percorso di cure e disease management;
- valutare la trasferibilità di un modello organizzativo innovativo di assistenza ambulatoriale a livello regionale.

In sintesi l'intervento dello studio è consistito:

- nella progettazione e implementazione del nuovo modello organizzativo con particolare attenzione al ruolo del poliambulatorio nella rete dei servizi.

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

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

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

- nella introduzione della figura del care manager nel poliambulatorio e nel sistema di cure primarie per la gestione integrata di patologie croniche;

L'infermiere care manager agisce:

- nel poliambulatorio con un ruolo prevalente di natura organizzativa e di indirizzo per tutti gli assistiti, in modo indistinto, che necessitano di una presa in carico per approfondimento diagnostico e/o per follow up e si interfaccia con gli altri nodi della rete (territoriali e ospedalieri);
- nel nucleo di cure primarie con un ruolo prevalente di natura clinico assistenziale con funzioni di monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente attraverso contatti telefonici, interventi ambulatoriali e domiciliari, eseguendo interventi di educazione sanitaria e terapeutica per migliorare la capacità di gestione della malattia da parte del paziente e dei care giver.

L'infermiere care manager opera in stretta integrazione con i MMG e lo specialista .

Mentre la prima fase del progetto, realizzata in tre poliambulatori dell'Azienda Usl di Ferrara, è stata centrata sulla organizzazione del poliambulatorio , per lavorare sulla cronicità abbiamo dovuto spostare il focus dell'intervento sulle relazioni cliniche e organizzative fra poliambulatorio e nucleo di cure primarie.

Nella seconda fase del progetto ,nella quale sono coinvolte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere-Universitarie dell'Area Vasta Emilia Centro, sono state selezionate per la sperimentazione dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali due patologie croniche : lo scompenso cardiaco e il diabete mellito tipo 2

L'implementazione del progetto è stata accompagnata da un percorso formativo rivolto a medici dirigenti del dipartimento di cure primarie, medici di famiglia, specialisti e infermieri che utilizza, come strumento didattico, il metodo PBL (Problem Based Learning) e una sezione formativa specifica per gli infermieri care manager che si è conclusa nel settembre 2011. La formazione, accompagnata dalla esperienza sul campo, si sta dimostrando anche in questa occasione elemento trainante per il cambiamento.

2. Il Comitato Tecnico Scientifico Di Area Vasta

Dopo l'avvio formale del progetto (1 marzo 2010), il 15 marzo si è insediato il Comitato Tecnico Scientifico , formato dai Responsabili delle diverse Unità di Ricerca .

Dopo l'illustrazione degli obiettivi generali e dei progetti delle singole unità di ricerca ,sono stati avviati gruppi di lavoro specifici per la stesura del progetto formativo e la condivisione dello strumento per la valutazione della qualità percepita .

Gli incontri del 21 aprile , 12 maggio, 29 giugno e 13 luglio 2010 sono stati dedicati alla illustrazione e condivisione dei seguenti temi:

- a) analisi organizzativa dell'attività ambulatoriale effettuata nei poliambulatori di Copparo, Cento e Portomaggiore della Azienda USL di Ferrara (Mazzini), definizione organizzazione, ruoli e funzione dei professionisti nel Nuovo assetto ambulatoriale e nella presa in carico di patologie croniche;
- b) predisposizione per le Aziende USL di Ferrara e Imola degli strumenti di valutazione del livello di fiducia da parte di utenti e professionisti nel sistema "Poliambulatorio" :questionario di valutazione della qualità percepita e focus group;
- c) elaborazione piano formativo integrato per infermiere care manager per AUSL Ferrara e Imola;
- d) presentazione dei PDTA per i pazienti con scompenso cardiaco cronico AUSL Imola, AUSL Ferrara, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna-AUSL Bologna;
- e) presentazione dei PDTA per i pazienti con diabete mellito tipo 2 in carico ai mmg, a rischio di uscire dalla gestione integrata per scompenso metabolico : AUSL Ferrara e Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

Il valore strategico del progetto è stato sottolineato dalle Direzioni Aziendali dell'Area Vasta Emilia Centro con un Seminario di lancio rivolto a tutte le professioni sanitarie realizzato il **giorno 8 ottobre a Ferrara** con il contributo di tutte le Unità di Ricerca.

Negli incontri di monitoraggio effettuati tra la fine del 2010 e il primo semestre del 2011 (febbraio e 24 maggio).sono stati evidenziate aree di criticità comuni a tutte le Unità di Ricerca dovute a problemi organizzativi e a difficoltà nella fase di avvio del reclutamento dei pazienti. Si riportano di seguito le date di avvio dei singoli progetti:

AUSL Imola - scompenso cardiaco:dicembre 2010;

AUSL Ferrara- nuova organizzazione ambulatoriale: aprile 2010; scompenso cardiaco : febbraio 2011; diabete aprile 2011;

AOSP Ferrara- diabete: luglio 2011

AOSP Bologna-AUSL Bologna- scompenso cardiaco novembre 2011

Riflessione comune è che progetti di innovazione organizzativa che coinvolgono una pluralità di professionisti e di articolazioni aziendali necessitano di tempi mediamente più lunghi e che comunque , risultati concreti si possono vedere dopo due- tre anni.

Tuttavia, a un anno dall'avvio operativo del progetto, si riscontrano dati di estremo interesse che si traducono nella valutazione della opportunità di portare avanti le esperienze avviate e di estenderle ad altri ambiti aziendali.

L'incontro di chiusura del 2 dicembre 2011 ha avuto, fra l'altro, l'obiettivo approfondire questi temi che saranno oggetto di un workshop che si propone di realizzare a fine marzo 2012 .

3. Risultati preliminari

La nuova organizzazione ambulatoriale nell'Azienda USL di Ferrara ”(progetto completato)

Le parti del progetto concluse riguardano l'obiettivo generale di realizzare una nuova organizzazione dell'assistenza ambulatoriale, proattiva nei confronti dei pazienti e in grado di rispondere in modo adeguato e tempestivo ai diversi problemi clinici.

Collegati a questo obiettivo sono il progetto “La nuova organizzazione ambulatoriale nell'Azienda USL di Ferrara ” e l'indagine di fiducia degli assistiti e dei professionisti sul setting assistenza ambulatoriale effettuata nelle AUSL di Ferrara e Imola.

I risultati del progetto dimostrano che nella nuova organizzazione ambulatoriale il punto di accoglienza infermieristico (PDA) realizza una reale presa in carico del paziente che deve eseguire approfondimenti e riduce i tempi della diagnosi. Questo avviene per un numero limitato di pazienti(gli accessi medi al PDA sono 20-30 al giorno) e non influisce sui tempi di attesa generali per l'accesso alla prima visita che, a un anno di distanza, non mostrano variazioni significative.

Anche l'indagine sulla qualità percepita nel setting assistenza ambulatoriale non evidenzia variazioni nel tempo, mentre qualche risultato incoraggiante si evince dai focus group effettuati con gli operatori.

La riorganizzazione effettuata nei poliambulatori di Cento e Copparo e nella Casa della Salute di Portomaggiore ha portato comunque a una maggior efficienza organizzativa dimostrata anche dalla mancata sostituzione complessiva di dieci unità infermieristiche che hanno cessato l'attività.

Il progetto scompenso cardiaco cronico : stato di avanzamento

Il progetto scompenso cardiaco cronico avviato nella Casa della Salute di Portomaggiore dell'AUSL di Ferrara e nel NCP 3 dell'AUSL di Imola, anche se sviluppato con modalità operative diverse, dovute a specificità locali, ha portato a risultati simili e confrontabili.

La presa in carico nel sistema delle cure primarie dei pazienti con scompenso cardiaco cronico è stata supportata da un intervento di formazione comune e da frequenti incontri di confronto fra le due esperienze per la condivisione delle problematiche emerse , individuare soluzioni correttive e mutuare gli aspetti positivi o più interessanti.

La fase iniziale del reclutamento è stata difficile e, per favorire l'adesione dei medici di famiglia alle nuove modalità assistenziali nelle quali l'infermiere care manager svolge un ruolo di monitoraggio attivo dei pazienti , si sono dovute modificare più volte le strategie.

Mentre nella casa della salute di Portomaggiore la prima valutazione viene fatta congiuntamente da specialista e infermiere, a Imola la valutazione di pazienti stadiati dal medico curante è fatta dall'infermiere in un ambulatorio dedicato e questo provoca qualche incertezza iniziale nel paziente. Si è convenuto sulla necessità che via sia un forte mandato del medico di famiglia o dello specialista per chiarire al paziente il ruolo dell'infermiere care manager nel percorso di cura ed è risultato indispensabile che nella prima valutazione del paziente siano presenti infermiere e mmg o specialista.

Gli strumenti operativi più utili adottati sono quelli relativi alla documentazione sanitaria.

Per documentare le condizioni cliniche, assistenziali e sociali dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico arruolati nel progetto, per evidenziare le modificazioni avvenute e poter condividere queste informazioni con il paziente e tutti i professionisti coinvolti è stata predisposta (Imola) una cartella infermieristica basata su elementi di valutazione ispirati al modello di nursing elaborato da M. Gordon¹. Ad integrazione del sistema cartaceo, è stata messa a punto (Ferrara) una specifica scheda informatizzata per la valutazione infermieristica. Ad ogni accertamento, ambulatoriale o telefonico, viene compilato in modalità elettronica sul sistema GESI della specialistica, una scheda infermieristica con le rilevazioni e le osservazioni svolte dal personale dedicato. La scheda infermieristica viene trasmessa in modalità informatica, attraverso il portale SOLE, al medico curante che può importarla nella cartella clinica del paziente. In questo modo è possibile comunicare le eventuali variazioni cliniche e problematiche socio-assistenziali del paziente in modo da informare tempestivamente il medico curante. Per situazioni che rivestono carattere di urgenza o che riguardano situazioni particolari, il curante viene inoltre contattato telefonicamente.

Gli accertamenti periodici richiesti dallo specialista o dal medico curante sono programmati dall'infermiere care manager su agende dedicate (nella casa della salute di Portomaggiore l'infermiere svolge anche le funzioni del PDA).

Nei primi nove mesi sono stati reclutati il 50% dei pazienti previsti (130 Ferrara e 90 Imola) e a tutt'oggi continua l'invio di nuovi pazienti all'ambulatorio per lo scompenso da parte dei medici di famiglia.

Simile è la popolazione reclutata nel percorso : pazienti di età avanzata con pluripatologie, stadio della malattia prevalentemente di tipo B e C . Altro aspetto comune è la disomogeneità di invio da parte dei medici del nucleo (si va da 1 a 20 pazienti).

I risultati preliminari , da prendere con assoluta cautela e che devono essere confermati nei prossimi due anni, indicano una riduzione dei ricoveri e degli accessi in Pronto Soccorso dopo il reclutamento dei pazienti e un miglioramento degli indicatori contenuti nel profilo di NCP sia per Imola che per Ferrara: questo dato suggerisce che l'introduzione di buone pratiche migliora le scelte assistenziali di tutti i medici del nucleo. I follow up periodici effettuati dall'infermiere evidenziano inoltre (Ferrara) una maggiore aderenza alle indicazioni clinico assistenziali, quali il controllo del peso, la misurazione della pressione, l'adesione alle terapie.

Nell'Azienda USL di Bologna si sono registrate più difficoltà nella fase di avvio del progetto .

La riorganizzazione del Dipartimento di Cure Primarie e la scelta aziendale di trasferire nel sistema delle cure primarie la gestione integrata dei pazienti con scompenso cardiaco cronico in modo

¹ Gordon M., "Manuale delle diagnosi infermieristiche", seconda edizione, Edises, Napoli, 2008.

diffuso, ha ritardato l'avvio del percorso con l'Azienda ospedaliero Universitaria S.Orsola Malpighi e solo in questo periodo si stanno selezionando i pazienti eligibili da trasferire alla sede poliambulatoriale del Polo Chersich. La complessità organizzativa nelle città richiede comunque soluzioni organizzative particolari. L'afferenza per esempio al S.Orsola, dei pazienti cronici con scompenso, è risultata indipendente dal luogo di residenza dei pazienti, diversamente da come si era ipotizzato. Il confronto con le altre realtà di area vasta è comunque risultato utile per esempio sulla predisposizione della documentazione sanitaria, sulle modalità di coinvolgimento dei medici di famiglia, sul ruolo dell'infermiere care manager.

Il progetto diabete :stato di avanzamento

Il progetto dell'Azienda USL di Ferrara

È stato realizzato nell'ambulatorio h12 del Nucleo di Cure Primarie di Copparo .

Il NCP di Copparo ha 34.274 assistiti che afferiscono a 34 mmg. Dei 1580 pazienti diabetici in gestione integrata seguiti dai medici di famiglia, il 35% ha valori di HbA1c >7,5.

Il progetto nasce con l'obiettivo di identificare precocemente gli assistiti con valori di HbA1c suggestivi di iniziale scompenso metabolico che richiede un intervento terapeutico-educazionale. Tale attività svolta con il coinvolgimento dell'infermiere care manager dell'ambulatorio H12 del Nucleo di Cure Primarie di Copparo, prevede l'attivazione di una valutazione dell'aderenza al protocollo di gestione integrata e dei bisogni educativi dell'assistito svolta mediante check-list e la conseguente attivazione di percorsi di presa in carico che conducono alla valutazione diabetologica per la definizione di interventi terapeutici e di obiettivi orientati al ripristino delle condizioni ottimali per il proseguimento dell'assistenza integrata diabetologica.

Il reclutamento dei pazienti è iniziato da fine aprile 2011 e, al fine di facilitare la individuazione degli assistiti da parte dei MMG, è stato predisposto un elenco nominale per M.M.G. degli assistiti con HbA1c superiore a 7.5%.

Nei 5 mesi successivi l'arruolamento dei pazienti è stato di modesta entità, con la individuazione di soli 34 assistiti da parte di 10 MMG su 34, di cui 10 assistiti inviati da un solo MMG.

Da questa esperienza emerge che una quota elevata di pazienti in gestione integrata presenta livelli di HbA1c non adeguati a questo profilo assistenziale, ma dovrebbe essere rivalutata precocemente in ambito specialistico.

Si rileva inoltre, dall'analisi della storia assistenziale riportata nella scheda di invio, che la cadenza temporale massima delle determinazioni di HbA1c è rispettata solo nel 30 % degli assistiti valutati.

Appare verosimile che queste situazioni cliniche non adeguatamente monitorate e lontane da livelli di compenso metabolico accettabile, siano il risultato anche di scarsa aderenza degli assistiti ai tempi di valutazione fissati dal M.M.G., oltre che di stili di vita inadeguati, spesso riconducibili alla mancanza di consapevolezza della malattia e quindi di importanti carenze educative.

L'esperienza seppure limitata nel tempo e nella casistica, ha confermato che il modello della Gestione Integrata può nascondere una quota di assistiti con diabete non adeguatamente monitorato, e con scadente controllo metabolico e quindi ad elevato rischio di complicanze. E' quindi necessario attivare sistemi di monitoraggio e verifica della applicazione dei protocolli, di incentivazione correlata agli indicatori di processo ed infine attivare misure di supporto al M.M.G. per identificare precocemente gli assistiti in G.I., con condizioni non adeguate di controllo metabolico, mediante l'ausilio di infermieri care manager, formati per la gestione della cronicità,

aggregati alle Medicine di Gruppo o ai N.C.P., con funzioni di attivazione della presa in carico, di richiamo di assistiti “drop-out”, di supporto educativo alla persona con diabete.

Queste problematiche sono state discusse in un audit effettuato il 19 dicembre 2011 nel quale sono state proposte le strategie correttive.

Il Progetto dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Il progetto dell’U.O. di Diabetologia dell’AOSP è indirizzato agli assistiti diabetici a rischio di uscire dalla gestione integrata per scompenso metabolico del NCP Barco che comprende 18.878 assistiti e 18 medici di medicina generale, di cui 5 associati in di gruppo, ed è stato realizzato in integrazione con l’Azienda USL di Ferrara nell’ambulatorio di nucleo adiacente alla sede della medicina di gruppo.

Il target sono i pazienti con diabete mellito tipo 2 in carico ai mmg con emoglobina glicata > 7,5 (almeno 2 nell’ultimo anno). L’elenco dei pazienti eligibili è stato estratto dalle liste dei pazienti in carico ai medici di famiglia (progetto diabete dell’AIL dell’AUSL di Ferrara).

Nella fase di avvio il progetto è stato limitato agli assistiti della medicina di gruppo di Pontelagoscuro (5 medici, 6693 assistiti) : 187 pazienti in gestione integrata per diabete di cui 74 pari al 39,5% eligibili .

Il reclutamento dei pazienti è iniziato il 24 luglio 2011 . Il ritardo nell’avvio del progetto, dovuto alla complessità organizzativa nella individuazione della medicina di gruppo e del Nucleo di Cure Primarie di riferimento idoneo, ha consentito di apportare alcuni correttivi al protocollo operativo.

Il progetto organizzativo è stato caratterizzato infatti dalla esecuzione di tutti gli accertamenti , compresa la consulenza del diabetologo e della dietista dell’Azienda Ospedaliero Universitaria nella sede del NCP.

I pazienti reclutati al 30 novembre sono 63 e prosegue il reclutamento dei pazienti degli altri medici del NCP. Il monitoraggio dei pazienti proseguirà per tutto il 2012.

Sono di seguito riportati gli elementi distintivi del progetto e alcune considerazioni preliminari:

- Scelta di effettuare l’intero percorso negli ambulatori di nucleo annessi alla medicina di gruppo (comprese le consulenze specialistiche).
- Decisione, condivisa coi medici , di procedere alla chiamata attiva da parte dell’infermiere/dietista dei pazienti che presentavano valori elevati di emoglobina glicata.
- Riorganizzazione dell’attività dell’equipe infermieristica di Nucleo . riservando al progetto una giornata la settimana.
- Predisposizione di una cartella clinica integrata .
- Informatizzazione dell’ambulatorio infermieristico e specialistico nel quale è stata attivata una postazione Gesi e CUP web per la programmazione degli accertamenti.
- messa in rete dell’ambulatorio infermieristico con gli ambulatori dei medici di famiglia e accesso alla cartella del medico di famiglia (millewin).
- Complessità nella fase di reclutamento: dei 187 pazienti in gestione integrata il 39,5% presentava valori di glicata > 7,5 ; una parte risultava già in carico al CAD. Una percentuale non irrilevante dei pazienti affetti da pluripatologie considerano la patologia diabetica “ il minore dei mali” e hanno mostrato resistenza a prendersi cura di sé e ad accedere al servizio.

- La presenza della dietista nella sede del nucleo ha consentito un avvio precoce del counselling nutrizionale con risultati positivi già dopo i primi mesi.
- L'infermiere care manger del NCP può svolgere un ruolo centrale nel monitoraggio attivo dei pazienti diabetici con ridotta compliance alle indicazioni terapeutiche .
- Il counselling nutrizionale rivolto al singolo o a piccoli gruppi di pazienti si dimostra di estrema utilità in questo percorso.

4. Considerazioni conclusive

I progetti riguardanti l'obiettivo generale *“garantire per i pazienti con patologie croniche (scompenso cardiaco e diabete mellito tipo 2) la tempestività nell'accesso ai servizi specialistici, la presa in carico e la continuità dell'assistenza, attraverso un processo di cambiamento organizzativo e culturale all'interno della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza primaria”* sono a diversi stadi di avanzamento e non terminano con la chiusura formale del progetto. Solo nel 2013 sarà possibile valutare se e in che misura l'introduzione di nuovi modelli di presa in carico dei pazienti con patologie croniche sia in grado migliorare la qualità dell'assistenza e gli esiti clinici.

Come indicatori si sono scelti di utilizzare quelli contenuti nel Profilo dei NCP oggetto dello studio e di monitorarli, dal 2010 al 2012, per tutta la durata del progetto.

I Profili dei Nuclei di Cure Primarie, forniti alle Aziende dall'Assessorato Politiche per la Salute della Regione, consentono inoltre alle Aziende Sanitarie che partecipano al progetto, di usare un unico strumento di valutazione.

Il progetto formativo per sviluppare le competenze dell'infermiere care manager nel punto di accoglienza del poliambulatorio e nel monitoraggio attivo dei pazienti con patologia cronica è stato completato.

Per rendere partecipi i diversi professionisti coinvolti e per condividere gli obiettivi del progetto si è optato per una formazione integrata utilizzando il metodo PBL (Problem Based Learning).

Il Problem-based learning (apprendimento basato su un problema) è un metodo di insegnamento centrato sul discente (o learner-centered) in cui un problema costituisce il punto di inizio del processo di apprendimento. Esso presenta numerose e significative differenze con la formazione tradizionale. Il metodo ha trovato vasta diffusione a partire dai primi anni '70 e numerose ricerche ne hanno confermato i vantaggi.

Successivamente è stata predisposta una formazione d'aula specifica per Infermieri Care Manager in cui sono state affrontate le principali tematiche di interesse inerenti il Progetto:

- Percorsi per il diabete in gestione integrata;
- Aspetti clinico assistenziali nello scompenso cardiaco cronico;
- Organizzazione sanitaria e modelli organizzativi;
- Educazione sanitaria ed educazione terapeutica;
- Comunicazione e counselling
- Documentazione sanitaria e indicatori di processo e di esito.

La formazione è stata senza dubbio una leva importante per il cambiamento.

Medici di famiglia e specialisti hanno compreso il ruolo che l'infermiere care manager può svolgere nel monitoraggio attivo del paziente con patologia cronica e hanno potuto verificarne gli effetti positivi sul proprio lavoro e i vantaggi per il paziente.

L'infermiere ha assunto e agito nuove responsabilità e competenze.

La predisposizione di una documentazione sanitaria a supporto delle attività svolte (cartella infermieristica ambulatoriale secondo lo schema concettuale di riferimento di Gordon, la scheda di accertamento infermieristico redatta su GESI e trasmessa in modalità SOLE al medico di famiglia, la possibilità di accedere ai dati del paziente contenuti nella cartella del medico curante) ha consentito una comunicazione più efficace con i mmg e ha rafforzato il ruolo dell'infermiere.

Il passaggio successivo della formazione dovrebbe essere riposizionare le responsabilità del medico di famiglia e dello specialista all'interno dell'equipe curante.

In questa fase di avanzamento dei diversi progetti si registra nei fatti ancora un difficoltà da parte dei medici di famiglia e degli specialisti a svolgere un ruolo attivo e propositivo e a modificare le modalità di relazionarsi con gli altri professionisti e di "passare dal punto di vista di chi eroga un servizio a quello di chi lo riceve".

In questo passaggio il medico del dipartimento di cure primarie potrebbe svolgere un ruolo di facilitazione e di supporto che a tutt'oggi è ancora inadeguato.

Oltre alla formazione col metodo PBL potrebbe essere utile introdurre strumenti di gestione del rischio clinico per diffondere la cultura della sicurezza del paziente, quali il Significant Event Audit (SEA) che ha dimostrato la maggior efficacia proprio nel sistema delle cure primarie. Migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza fornita al paziente è una priorità della Clinical Governance nell'ambito delle cure primarie e il SEA gioca un ruolo importante nell'ottica del raggiungimento di questo obiettivo.

Come già evidenziato in premessa i progetti che introducono cambiamenti radicali nell'organizzazione dei servizi e dell'assistenza necessitano di tempi lunghi.

Le cure primarie sono il setting appropriato per l'assistenza ai pazienti con patologie croniche, ma occorre accelerare i processi di cambiamento anche allargando il confronto con le istituzioni e le rappresentanze dei cittadini.

5. Consuntivo budget

Il Progetto è stato formalizzato con delibera del Direttore Generale dell'Azienda USL di Ferrara n. 71 del 18/3/2010 depositata agli atti del protocollo generale.

Utilizzo del cofinanziamento RER:

Il cofinanziamento regionale pari a 90.000,00 è stato interamente utilizzato come previsto dalla scheda Mod 4 Budget del progetto esecutivo:

€. 10.000,00 Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna come da delibera n. 337 del 7/10/2011 della stessa azienda (rendicontazione economica finale) per l'attivazione di un contratto di prestazione di lavoro autonomo per lo svolgimento dell'attività sanitaria inerente al progetto, di cui €. 5.000,00 già anticipati dall'Azienda USL di Ferrara quale capofila del progetto ed i restanti a conguaglio regionale avvenuto.

€. 10.000,00 Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara come da delibera n. 126 del 28/4/2010 concernente l'adesione dell'Azienda medesima al Progetto di Modernizzazione, di cui €. 5.000,00 già anticipati ed i restanti a congruaglio regionale avvenuti utilizzati per l'acquisizione di una borsa di studio di euro 10.000,00 presso l'U.O. di Diabetologia, Dietologia e nutrizione Clinica (determinazioni n. 567 del 13/07/2011 – n. 856 del 16/11/2011)

€. 5.000,00 Azienda USL di Imola: è stato concordato con la stessa l'utilizzo di detta somma per la realizzazione del Convegno “Il Progetto di Modernizzazione N.O.A. dell'Area Vasta Emilia Centro” tenutosi a Ferrara in data 8 ottobre 2010.

€ 65.000,00 Azienda USL di Ferrara così ripartiti:

Personale:

- €. 37.000,00 incarico a tempo determinato di un infermiere, per la durata di un anno, come da determinazione “Sviluppo e Gestione Amm.va Personale Dipendente e a Contratto” n. 872 del 14/6/2010
- Si è rinunciato all'acquisizione del dietista per il quale erano previsti €. 7.000,00 di cofinanziamento regionale utilizzati per la figura sopra citata.
- €. 8.000,00 borsa di studio ad uno psicologo della durata di un anno come da determina n. 524 del 31/3/2010 .

Attrezzature:

- €. 6.000,00 per l'acquisto di attrezzature come da documentazione agli atti.

Workshop:

- €. 5.000,00 per l'organizzazione del corso “Il care management nella gestione dello scompenso cardiaco cronico” nell'ambito del Progetto di Modernizzazione 2009: “Sperimentare all'interno di un nuovo modello organizzativo di specialistica ambulatoriale gli strumenti del disease management e del governo clinico: accogliere, assistere, organizzare e valutare” - svoltosi ad Argenta (Fe) dal 17/11/2010 al 3/12/2010 - Docente Stockbrugger Reinold .

Spese generali:

- €. 9.000,00

Ferrara gennaio 2012

**Il coordinatore scientifico
Maria Chiara Tassinari**