

PRP 2016 – 2018 – Piano Attuativo Locale

Progetto 6 – SETTING AMBITO SANITARIO

Il Population Health Management pone l'obiettivo di **mantenere la popolazione in condizioni di buona salute** rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di **prevenzione** sia di **cura delle condizioni croniche** attraverso l'identificazione della popolazione di riferimento in base al bisogno di salute, la stratificazione in base alla gravità e la valutazione dei modelli di presa in carico.

Il nuovo paradigma della **Medicina di Iniziativa** impone, inoltre, il consolidamento dei **programmi assistenziali trasversali che integrano le attività di tutti gli operatori coinvolti nei processi di prevenzione, cura ed assistenza** (territoriali, ospedalieri, dei servizi sociali, associazioni di volontariato e associazioni dei pazienti).

Ruolo strategico delle cure primarie nel portare avanti progetti con interventi esemplari che vedono lavorare in modo integrato medici, infermieri e operatori della sanità pubblica per proporre modalità di valutazione dei rischi nel loro complesso, intervenendo con una relazione empatica nei confronti dei cittadini e orientando scelte comportamentali più salutari.

CURE

PRIMARIE

Secondo il WHO, le cure primarie sono

- L'elemento fondamentale per raggiungere l'obiettivo di una cura adeguata per tutta la popolazione
- Il primo livello di contatto con i pazienti che permette di portare i servizi sanitari il più possibile vicino a dove essi vivono
- Il punto critico per il raggiungimento della continuità assistenziale

**M
E
D
I
C
I
N
A

I
N
I
Z
I
A
T
I
V
A**

PREVENZIONE / STILI di VITA

**INTERCETTAZIONE
'/SUPPORTO FRAGILITA'**

CRONICITA' (PDTA)

PRP 2016 – 2018 – Piano Attuativo Locale
Progetto 6 – SETTING AMBITO SANITARIO

- l'organizzazione di programmi proattivi che rendano accessibili a tutti interventi efficaci
- la promozione della salute orientando le persone verso comportamenti e pratiche di prevenzione
- l'assicurazione di livelli di qualità e sicurezza delle cure
 - **empowerment**
 - **operatori sanitari**

La lettura integrata del rischio cardiovascolare nelle Case della Salute

Mario DE BLASI – Gianfranco BERTE'

Percorso con chiamata attiva del target di popolazione assistita di riferimento (**m. di 45 anni e f. di 55 anni**) e relativa personalizzazione dell'intervento da mettere in campo finalizzato alla promozione di uno stile di vita salutare.

Nello specifico gli interventi di chiamata attiva prevedono:

- primo accesso ambulatoriale dell'assistito con la somministrazione **dell'intervista strutturata a tutti i soggetti arruolati e applicazione della carta del rischio cardiovascolare** limitatamente ai soggetti che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari ed eventi cerebrovascolari, maggiori o minori, e che non presentano valori estremi dei fattori di rischio pressione arteriosa sistolica maggiore di 200 mmHg o inferiore a 90 mmHg, colesterolemia totale superiore a 320 mg/dl o inferiore a 130 mg/dl.

La **valutazione** sarà **congiunta MMG/infermiere**.

L'insieme dei dati raccolti nel corso del primo accesso ambulatoriale ed organizzati in modo informatizzato consente l'identificazione del profilo di salute per tutti gli assistiti e **l'identificazione del grado di rischio tramite l'applicazione della carta del rischio**, per gli assistiti che ne hanno i requisiti.

- secondo accesso ambulatoriale dell'assistito con **rivalutazione a un anno** con l'utilizzo degli stessi strumenti per gli assistiti che hanno completato la prima fase del percorso.

La lettura integrata del rischio cardiovascolare nelle Case della
Salute

Casa Salute di BUSSETO

Casa Salute di BEDONIA

Casa Salute di COLORNO

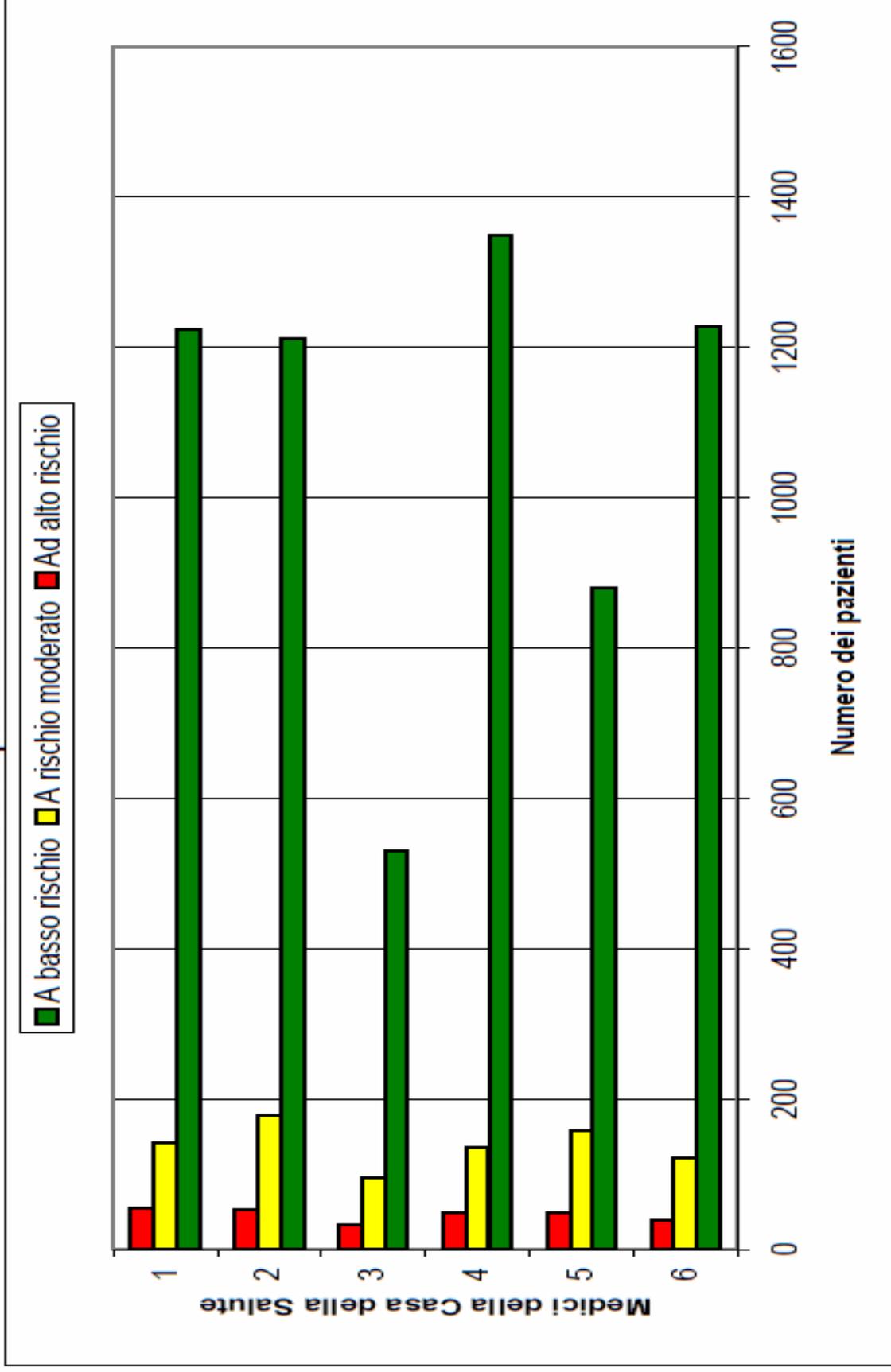
Casa della Salute COLLECCHIO

Organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per cittadini identificati come “fragili”

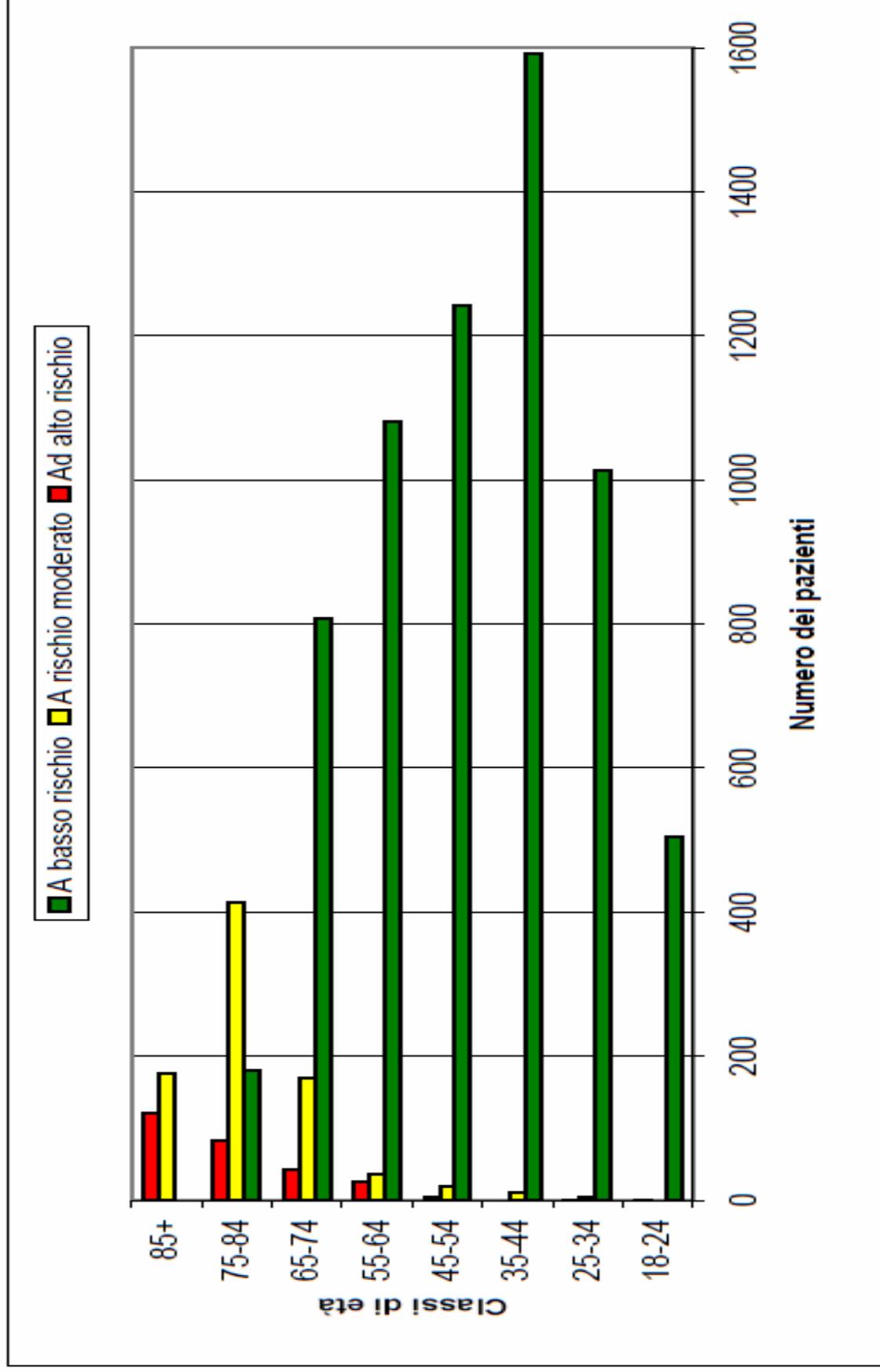
Giovanni GELMINI– Marcello MAGGIO

Ponendosi l’obiettivo dell’identificazione precoce di cittadini a rischio di cronicità\fragilità per poi compiere su di essi interventi mirati di medicina di iniziativa, la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato uno **strumento validato per stratificare la popolazione adulta regionale e generare stime del rischio di ospedalizzazione per problemi potenzialmente evitabili**, o la cui progressione potrebbe essere stata evitata o ritardata attraverso cure appropriate. **Il modello predittivo stratifica su quattro livelli di gravità, dal basso rischio (75% della popolazione) al più alto rischio (3.1%).**

Numero dei pazienti per ogni medico nella Casa della Salute in base alla categoria di rischio di ospedalizzazione



Distribuzione delle categorie di rischio per i pazienti adulti in base alle classi di età (n=7527)



Organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per cittadini identificati come “fragili”

Oggigiorno la **fragilità** va intesa in senso **bio-psico-sociale** e la sua **identificazione precoce deve essere considerata un fattore di prevenzione della non autosufficienza** e della mortalità oltre che morbilità.

Alla luce di questo dato abbiamo nella nostra azienda intrapreso altre iniziative riguardanti l'intercettazione della fragilità:

- Progetto valutazione socio-sanitaria congiunta A.S- MMG e follow up dei soggetti considerati a rischio;
- Progetto valutazione attiva fragilità fisica mediante VMD e test specifici (collaborazione CdS – Clinica Geriatrica);
- Ambulatorio Fragilità Clinica Geriatrica AOU Parma;
- Valutazione Questionario Telefonico con identificazione target fragilità e successivo iter di approfondimento clinico e sociale

La fragilità fisica è stata valutata mediante test oggettivi di performance fisica tra cui lo **Short Physical Performance Battery (SPPB)** ed il **Six Minute Walking Test (6MWT)**.

667 soggetti anziani non disabili di età ≥ 65 anni sono stati contattati e pre-screenati dal team della U.O. Clinica geriatrica della Scuola di Specialità in Geriatria e Medicina Riabilitativa dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma **dopo una iniziale valutazione da parte dei Medici di Medicina Generale afferenti alla Casa della Salute di Medesano.**

220 soggetti sono stati valutati direttamente **negli spazi della Casa della Salute.**

E' stata condotta una **valutazione multidimensionale geriatrica** includendo **misure oggettive della funzione fisica**, come l'analisi del cammino a 10 metri con accelerometro (10mGS), SPPB and 6MWT, in un **campione finale di 141** **soggetti anziani** che vivevano in comunità (**58 uomini** and **83 donne**).



News!



Intercettazione Fragilità mediante semplice **QUESTIONARIO TELEFONICO** : 12 domande (socio-relazionale, cognitivo, fisico)

→ Test positivo → MMG → approfondimento diagnostico

Organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per adulti con Diabete Mellito

Maria Cristina CIMICCHI

Per lo sviluppo dei modelli assistenziali proattivi diventa di fondamentale importanza **intercettare i bisogni di salute prima che si manifestino clinicamente**, effettuando una **presa incarico proattiva e intervenendo sui fattori di rischio modificabili**.

Il profilo di salute della popolazione emiliano-romagnola mostra che la **prevalenza del diabete è attorno al 4,4%** e che **nella popolazione >35 anni di età** negli ultimi anni si è assistito ad un **incremento del valore** che è più elevato negli uomini rispetto alle femmine (9,1% versus 7,3%) **a seguito dell'applicazione del Percorso DiagnosticoTerapeutico-Assistenziale (PDTA) con l'anticipazione diagnostica**.

Gli **interventi di prevenzione secondaria e terziaria** effettuati nei confronti delle persone diabetiche mostrano risultati soddisfacenti: **riduzione dei ricoveri e delle amputazioni ma anche degli infarti miocardici**.

Organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per adulti con Diabete Mellito

Pertanto è **necessario incidere sulle modifiche degli stili di vita**, inserendo interventi specifici, consigli e indicazioni sulle opportunità offerte dai territori all'interno del PDTA.

Si tratta di continuare nella **identificazione precoce e nella presa in carico proattiva del diabete**, secondo i principi normativi di equità, nell'ambito della medicina d'iniziativa, valorizzando il lavoro in equipe multidisciplinari (territoriali e ospedalieri, sanitari e sociali) e riconoscendo un **ruolo attivo del cittadino e della comunità locale** nella gestione della propria salute.

Le attività principali che riguardano la nostra provincia saranno:

- Attivazione cartella diabetologica informatizzata per la gestione del PDTA del Diabete di tipo 2 nell'ambulatorio integrato della cronicità CdS e nei centri diabetologici**
- Sviluppo PDTA regionale della Gestione Integrata DM tipo 2**
- Applicazione PDTA per la prevenzione e cura del piede diabetico**

Interventi opportunistici con strumenti efficaci per incrementare il consiglio dei sanitari su stili di vita salutari

Ambra PELICELLI

Il progetto si pone l'obiettivo di sfruttare alcune occasioni di contatto tra cittadini e operatori sanitari (momenti **“opportunistici”**) per intervenire con strumenti efficaci per aumentare il numero di cittadini che ricevono informazioni e consigli su comportamenti e corretti stili di vita da adottare.

Il progetto è rivolto alla popolazione generale sfruttando alcuni setting specifici in occasione di importanti eventi di contatto con le strutture sanitarie: es. dimissione da ricovero, visite in ambulatori specialistici e infermieristici, in consultori familiari e pediatrici, nei centri screening.

In queste occasioni di incontro **gli operatori sanitari possono approcciare il tema degli stili di vita con tecniche di approccio motivazionale** in applicazione del modello transteorico del cambiamento.

Sulla base del tempo disponibile e delle loro competenze, possono adottare due modalità di intervento:

-l'avviso breve (minimal o brief advice)

-l'intervento motivazionale breve (detto anche counselling motivazionale breve).

Un counselling più strutturato viene invece riservato a servizi specialistici di secondo livello.

Interventi opportunistici con strumenti efficaci per incrementare il consiglio dei sanitari su stili di vita salutari

Individuazione di almeno 3 ambiti su cui agire:

-Consultori famigliari

- Giornate di prevenzione organizzate dalle Associazioni e Società Scientifiche per prevenzione

- Case della Salute (MMG, PLS, ambulatori infermieristici e specialistici)

Prevenzione e presa in carico del bambino con condizioni croniche

DIABETE in ETA' PEDIATRICA - Giovanni CHIARI

1. Prevenzione della chetoacidosi diabetica grave all'esordio:
 - campagna informativa
 - raccomandazioni per il primo trattamento
 - monitoraggio dei casi di chetoacidosi grave
 2. Monitoraggio della qualità delle cure dei bambini/ragazzi con diabete con particolare attenzione:
 - a variabili sociali per la valutazione dell'equità di accesso
 - a variabili antropometriche per l'intercettazione precoce di problemi alimentari
- Necessaria implementazione registro bambini diabetici e monitoraggio

Prevenzione e presa in carico del bambino con condizioni croniche

SOVRAPPESO/OBESITA' in ETA' PEDIATRICA -

Sandra VATTINI

1. Formazione dei Pediatri di Libera Scelta incentrato sulle tematiche:
 - strategie regionali per la prevenzione e il trattamento dell'eccesso di peso nell'infanzia
 - principi di alimentazione ed attività fisica nell'infanzia e nell'adolescenza
 - l'intervento motivazionale breve
2. Costituzione di équipe multidisciplinari territoriali per la presa in carico del bambino sovrappeso – obeso e del relativo nucleo familiare al fine di favorire l'adozione di uno stile di vita salutare (nutrizione sana e attività motoria costante)

Identificare precocemente le donne a rischio eredo-familiare per tumore della mammella (e dell'ovaio) e monitorarne l'andamento

Nicoletta PIAZZA - Maria BELLA

Diventa sempre più stringente la necessità di mirare gli interventi di prevenzione e diagnosi precoce nelle donne, individuando gruppi di donne a particolare rischio. Questo è oggi possibile per il **rischio genetico per carcinoma mammario**, visto l'elevato rischio individuale nelle donne portatrici di mutazione BRCA1 e 2.

Questo progetto si propone pertanto l'**identificazione delle donne a rischio eredo-familiare partendo da una griglia di valutazione anamnestica dei familiari con carcinoma della mammella**.

1. Compilazione scheda anamnestica nelle aderenti allo screening
2. Identificazione donne a rischio 2 o più con invito al colloquio, magari con lettera separata per aumentarne l'adesione, presso il Centro Senologico Spoke.
3. Invio donne con rischio elevato al Centro di genetica di riferimento (Hub) dove, dopo accurato counselling oncogenetico ed eventuale esecuzione dei test genetici (BRCA1 e 2), vengono definiti 4 profili di rischio (base-medio-elevato con o senza mutazione accertata), a ciascuno dei quali corrisponde un protocollo di sorveglianza.
4. Integrazione informatica con AOU per corretta gestione dei dati (database aziendale)

**ANTICIPARE la DIAGNOSI e RIDURRE TRASMISSIONE da HCV – Bianca Maria
BORRINI**

1. Promuovere/realizzare iniziative comunicative, educative e formative rivolte a popolazione generale, gruppi a rischio, operatori sanitari per sensibilizzare e/o educare e/o formare e contrastare lo stigma;

a) potenziamento dell'informazione alla popolazione generale (campagne informative in occasione della giornata del 1 dicembre; altre iniziative,)

b) potenziamento dell'informazione agli adolescenti (attraverso i social network, nei luoghi di aggregazione, nelle scuole, presso gli spazi giovani, ecc.)

c) continuità all'azione del sito web regionale "helpaids" (ausl di modena) e del telefono verde regionale (AUSL di Bologna)

d) offerta di programmi educativi/formativi rivolti a preadolescenti, adolescenti, giovani adulti e ad altri gruppi di popolazione (vedasi a tal proposito anche la DGR n. 1698/2015)

e) realizzazione di iniziative formative rivolte agli operatori sanitari (vedasi a tal proposito anche la DGR n. 1698/2015) es Uo Malattie Infettive, Assistenza Domiciliare AIDS...

2. Aumentare l'offerta del test HIV:

Identificazione dei contesti assistenziali in cui la probabilità di avere persone a rischio è maggiore (ad es. carceri, SerT, Spazio salute immigrati, Unità di strada, ecc.)

- sensibilizzazione degli operatori sanitari dei Centri individuati
- formazione degli operatori sanitari riguardo alla conduzione del counselling (pre e post test)
- semplificazione dell'accesso al test attraverso il prelievo diretto presso il Centro, il ricorso ai test rapidi, ecc.

ANTICIPARE la DIAGNOSI e RIDURRE TRASMISSIONE di TB

Bianca Maria BORRINI

1 . Anticipare la diagnosi di TB attraverso iniziative formative per gli operatori sanitari, finalizzate al tempestivo riconoscimento di segni e sintomi di malattia e al ricorso all'esame dell'escreato in caso di sospetto diagnostico

- a) identificazione e quantificazione operatori target per la formazione: Servizi Emergenza-Urgenza, Spazio Salute Immigrati, Consultori Familiari, UO Salute IIPP, Ambulatori Pneumologici territoriali, CRI-Centro Prima Accoglienza Profughi, Associazioni Volontariato in convenzione con Prefettura
- b) predisposizione di un pacchetto formativo omogeneo (a livello regionale o di Area Vasta) comprendente il materiale ASSR Dossier 197/2010 "TB Flag Bag" http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/rischio-infettivo/sorveglianza/sorveglianza-infezioni-emergenti/tb-flag-bag/intro
- c) interventi formativi

2. Potenziare i programmi di screening della malattia tubercolare nelle categorie ad alto rischio (profughi, detenuti) secondo indicazioni regionali

- a) Nota PG 2014/291902 del 11/08/2014. Indicazioni operative alle Aziende sanitarie per l'organizzazione di modalità omogenee e adeguate di assistenza sanitaria alle persone straniere – programma nazionale “Mare Nostrum” (e successivi programmi nazionali)
- b) Nota PG 2011/114812 del 09/05/2011 Indicazioni per il controllo e la sorveglianza della tubercolosi negli Istituti penitenziari, ai sensi della Deliberazione di Giunta regionale n.2/2010 “Programma regionale per la salute negli istituti penitenziari: prime indicazioni alle Aziende Usi per la redazione dei programmi aziendali”

3.Promuovere l'offerta attiva dei test di screening dell'infezione tubercolare nelle persone a rischio per condizioni o patologie presso i centri clinici ospedalieri di riferimento

- identificazione centri clinici prioritari (UO Malattie Infettive, Reumatologia, Dermatologia, Trapianti, Oncologia, Ematologia, Neurologia) e quantificazione pazienti in carico
- sensibilizzazione operatori sanitari del centro clinico
- esecuzione test tubercolinico (ID secondo MANTOUX o IGRA in relazione allo stato immunitario) ai pazienti in carico

Sistemi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Marco LOMBARDI – Pietro VITALI

Definizione e promozione di un piano di formazione condiviso che coinvolga le strutture residenziali e semiresidenziali e includa l'uso di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani.

Somministrazione di evento formativo a livello distrettuale che coinvolga le strutture residenziali

Produzione di un report annuale su consumo di prodotti idroalcolici ospedalieri nelle diverse articolazioni aziendali e nelle strutture residenziali socio- sanitarie

Adesione alla Circolare “Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)” del 26/02/2013 e produzione reportistica relativa. Mantenimento attuali livelli di adesione alla circolare