

REGIONE EMILIA ROMAGNA
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

PROGRAMMA REGIONALE 2004-2006
“GIUSEPPE LEGGIERI”

PROGETTO DI FORMAZIONE REGIONALE

**IL CONTESTO REGIONALE: LA RETE
DELL'OFFERTA DEI SERVIZI**

Maria Bologna

Bologna, 5 maggio 2005

OBIETTIVO INTEGRAZIONE

- **Migliorare i modelli di invio (referral) al livello specialistico per fornire risposte di cura più efficaci**
- **Migliorare efficacia gestione dei disturbi emotivi nelle Cure Primarie attraverso l'implementazione della formazione dei MMG**

WHO, 2001

EVIDENZA

Non esiste un unico modello di collaborazione efficace riproducibile ed applicabile in diversi paesi, regioni e in aree –anche abbastanza omogenee e contigue- appartenenti allo stesso territorio regionale

VARIABILI

- 1. Differenze tra SSN e SSR**
- 2. Caratteristiche geografiche del territorio e risorse**
- 3. Consolidato del circuito sanitario esistente**

MODELLI DI COLLABORAZIONE

INEFFICACI

- conferenze, lezioni frontali, incontri con esperto
- linee guida EB
- programmi screening

Von Korff e Goldberg, 2001; Goldberg, 2003

MODELLI DI COLLABORAZIONE

POTENZIALMENTE EFFICACI

- **attenzione alla interfaccia organizzativa (accessibilità) fra psichiatria e medicina generale**
- **attenzione alla comunicazione tra psichiatra e MMG**

Jackson et Al., 1993; Warner et Al., 1993; Thomas e Corney, 1993

MODELLI DI COLLABORAZIONE

EFFICACI

- **approccio problem-oriented e miglioramento skills comunicative**
- **attività di consulenza e liaison**

Gask et Al., 1997; Simon et Al., 2000; Tansella, 2003

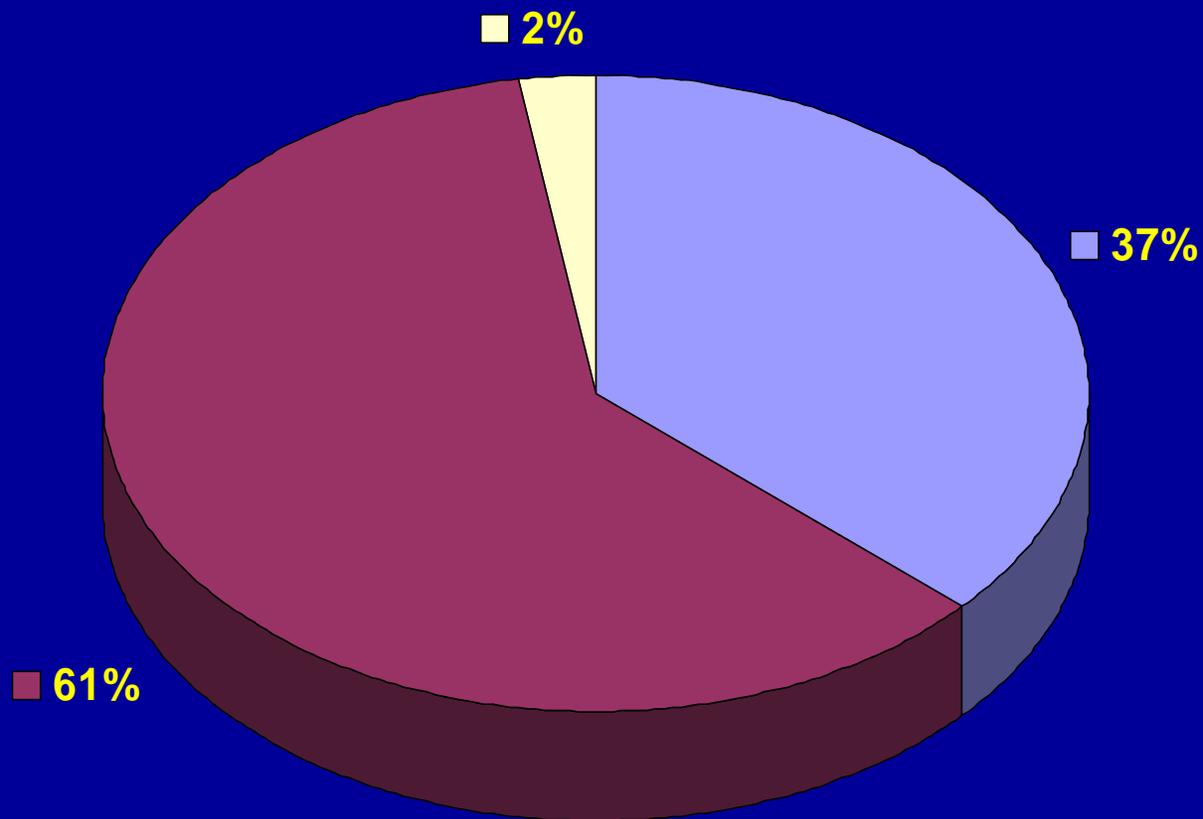
FATTORI COLLABORAZIONE EFFICACI

- 1. accessibilità**
- 2. modalità di supporto fluido ed elastico**
- 3. follow-up su qualità e quantità cure
prestate da MMG**

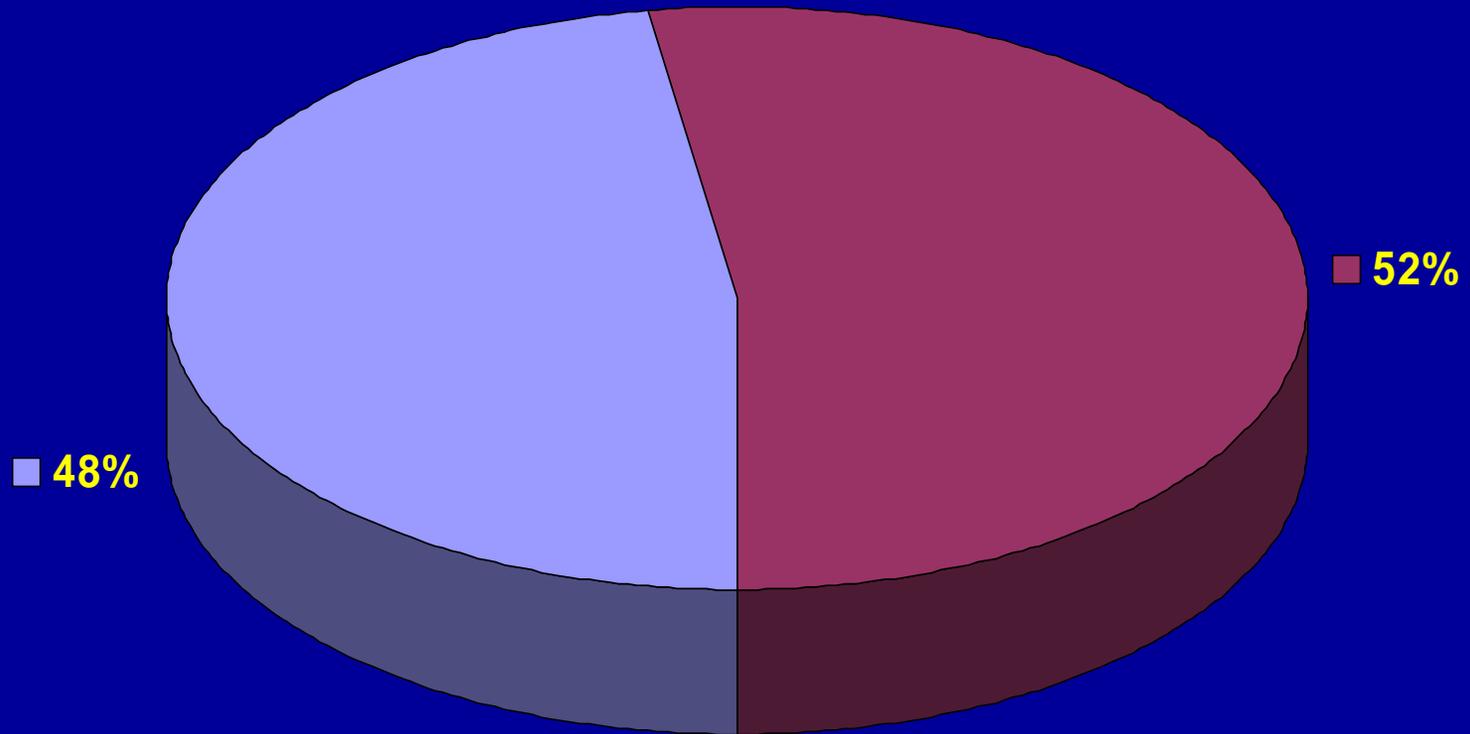
IL CONTESTO REGIONALE

- 1. Rapporto sulla Collaborazione (F. Berti Ceroni et Al., 2001)**
- 2. Rapporto sulla Collaborazione (F. Berti Ceroni et Al., 2002)**
- 3. Rapporto sull'integrazione DSM-DCP (Progetto "Leggieri", 2004)**

Attività Organizzata

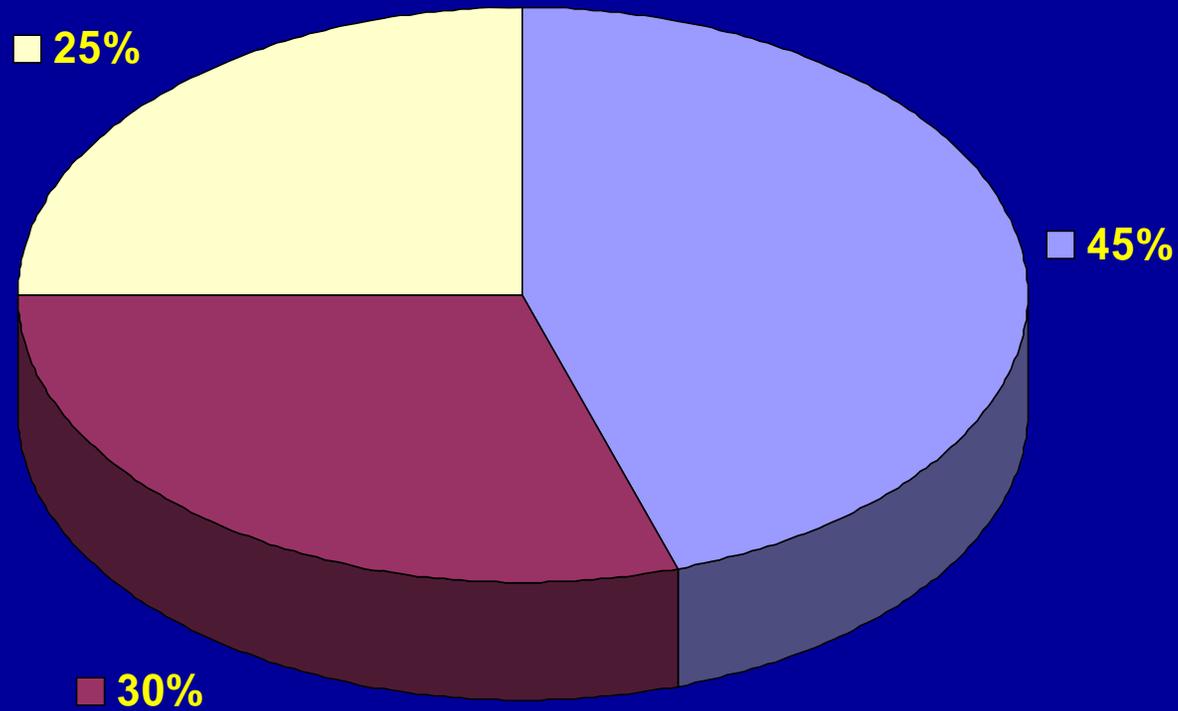


Accordi formalizzati



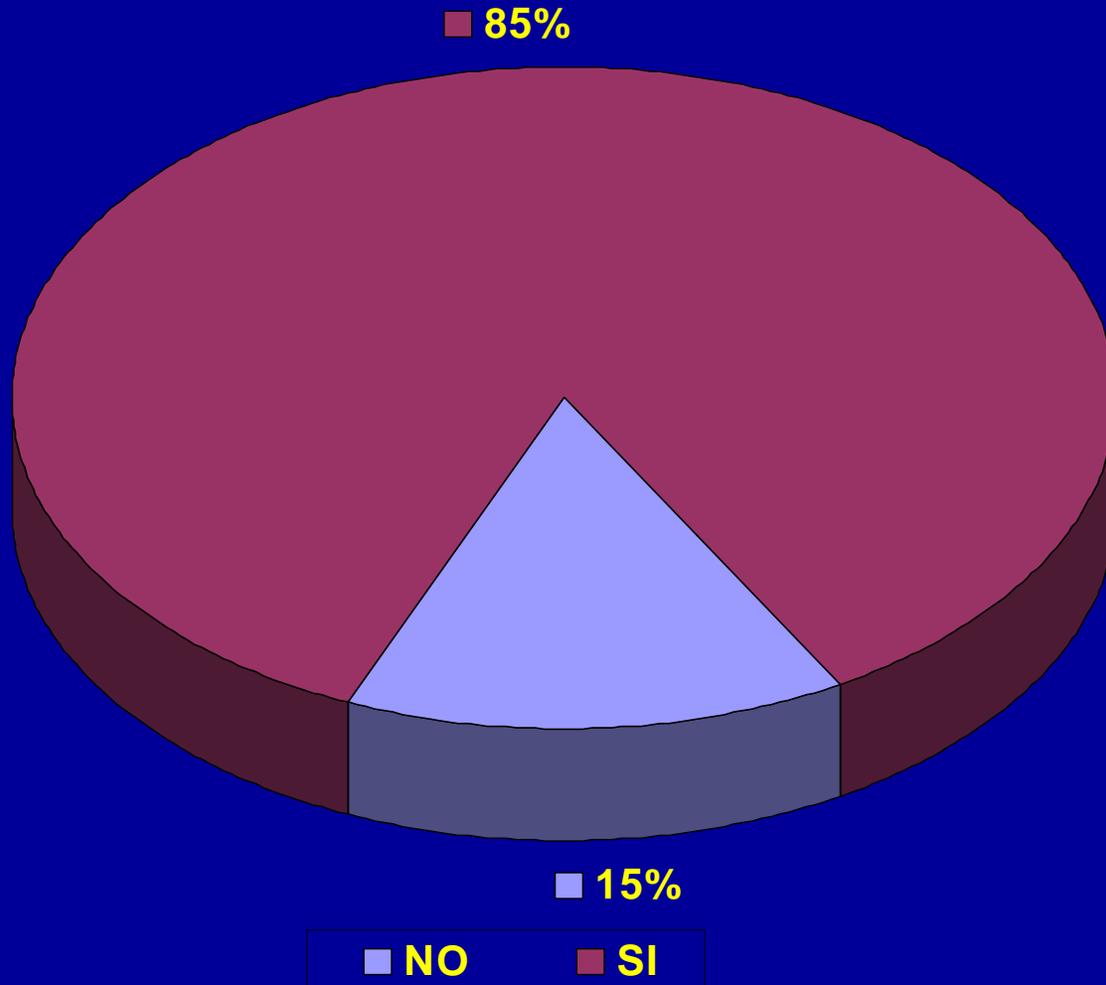
■ SI ■ NO

Approvazione Direzione Aziendale o Distrettuale

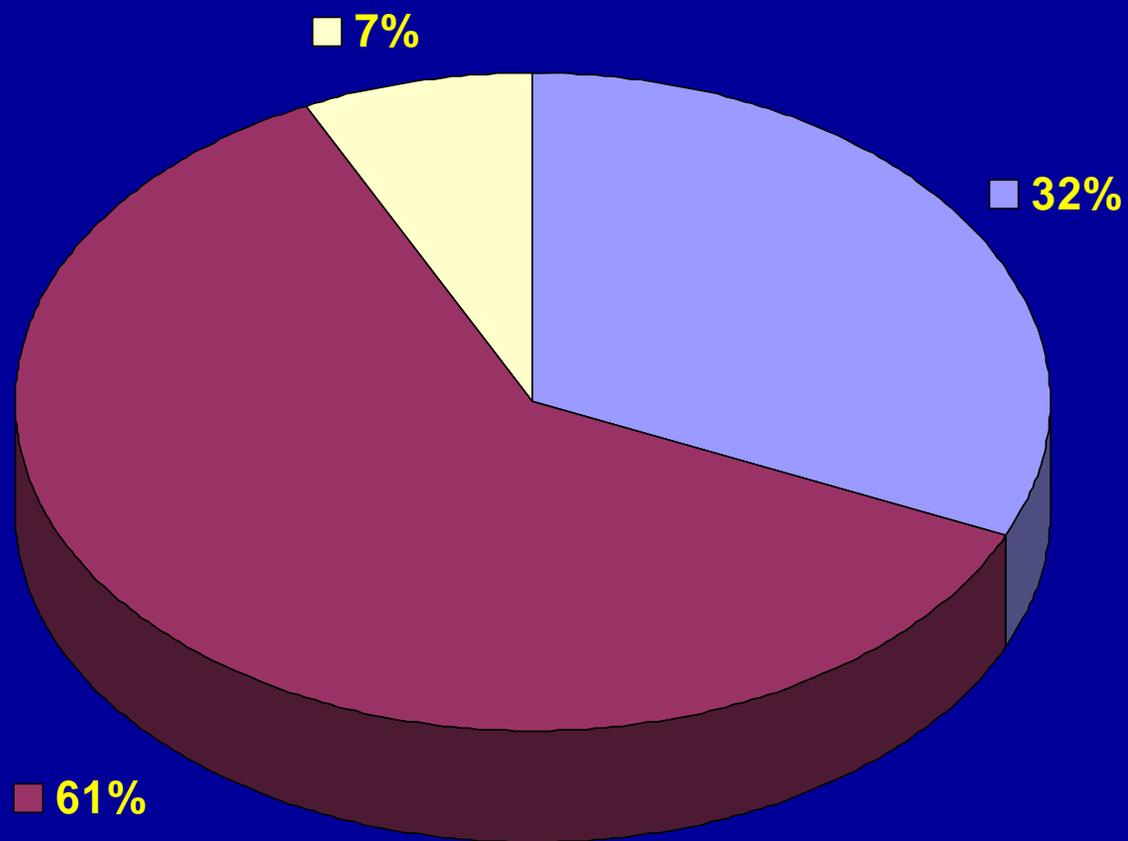


■ Approvati Direzione Aziendale ■ Approvati Direzione Distrettuale ■ Accordi non sottoscritti dalle dir. Az/distrett.

Dati di attività Pazienti inviati al CSM

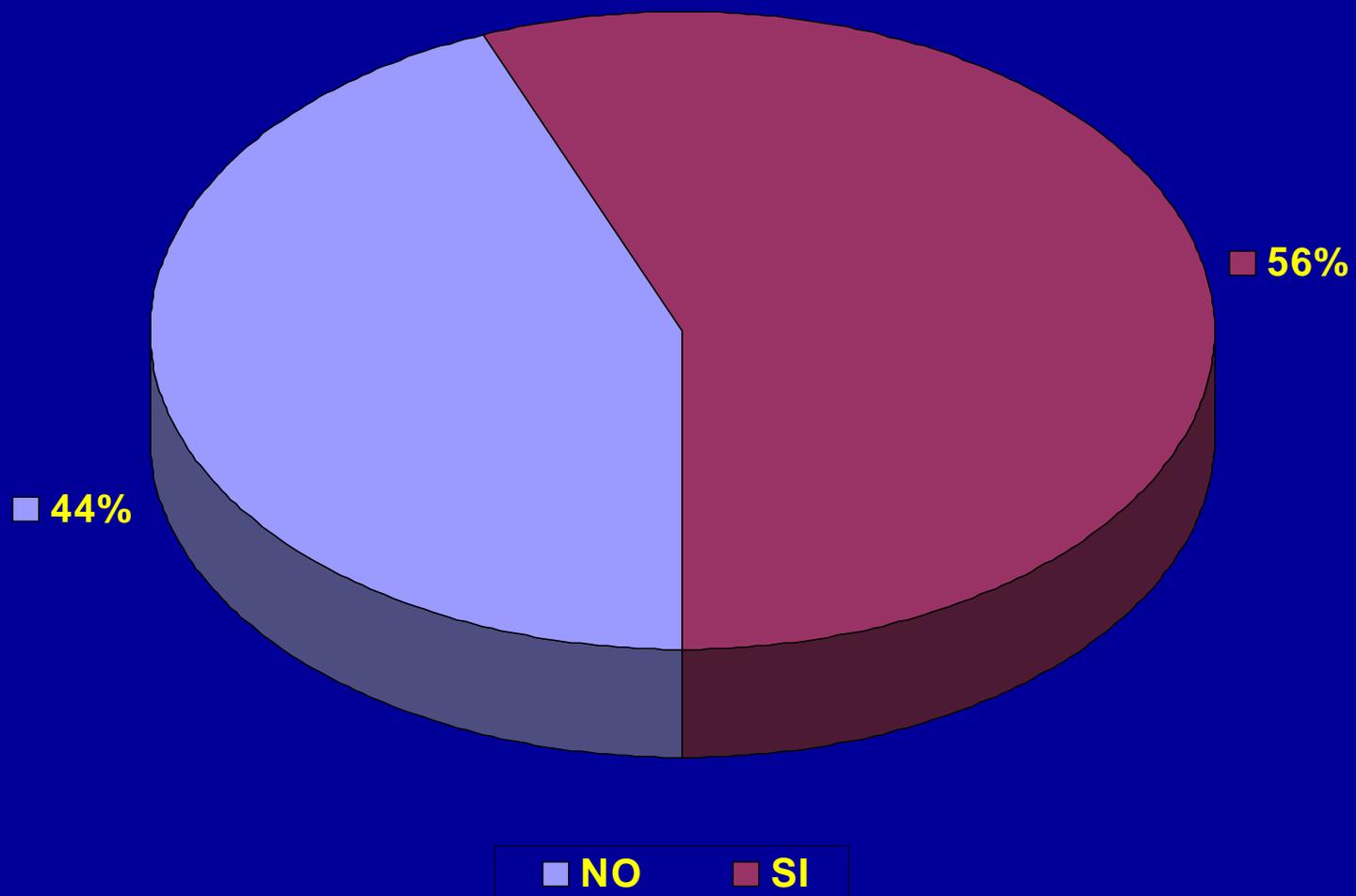


Dati di attività MMG invianti



■ NO ■ SI ■ N.R.

Compilazione sistematica del referto



“PROTOCOLLI”

- 1. Percorsi di cura**
- 2. Prodotti e prestazioni (procedure ed I.O.)**
- 3. Indicatori e standard**
- 4. Linee di orientamento clinico-terapeutiche**
- 5. Programmi di formazione**

I MODELLI DI COLLABORAZIONE SPONTANEI

CARATTERISTICHE

- Pionieristici e pre-storici
- Rapporti tra professionisti spontaneistici ma “buoni”
- Aree extra-urbane

VANTAGGI

- Motivazione ed interesse personali
- Stile di collaborazione informale, paritario
- Centratura operativa
- Libertà da vincoli di “sistema”

SVANTAGGI

- Personalizzazione, discontinuità
- Assenza di cornice organizzativa e programmazione
- Indifferenziazione
- Orientamento su casi-problema
- “Debolezza” formativa

I MODELLI DI COLLABORAZIONE ORGANIZZATI

CARATTERISTICHE

- Analisi bisogni realistica e condivisa
- Programmazione organizzativa condivisa
 - Elevata strutturazione
- Aderenza a standard di qualità

VANTAGGI

- Definizione di percorsi assistenziali specifici, coerenti, integrati
- Supporto alle competenze MMG
- Piani di cura condivisa per paziente grave

SVANTAGGI

- Ipertrofia cornice organizzativa
- Impersonalità

IL MODELLO CENTRATO SUL PAZIENTE

IL SERVIZIO DI CONSULENZA

Aree urbane, alta definizione
organizzativa e
specializzazione, indipendenza
logistica da CSM, team
consulenti dedicati

Obiettivi

- Migliorare e differenziare
percorso
- Migliorare appropriatezza cure
 - Migliorare restituzione
- Migliorare competenze MMG

LA FUNZIONE DI CONSULENZA

Aree extra-urbane, bassa
definizione, collocato nel CSM,
minori risorse

Obiettivi

- Migliorare appropriatezza cure
 - Migliorare restituzione
- Migliorare competenze MMG

IL SERVIZIO DI CONSULENZA

VANTAGGI

Interfaccia:

- **Accessibilità a circuito** regolato da CUP per DEC
- **Responsabilità cura** per MMG
- **Continuità cura** in ambiente MG

Intra-sistema:

- **Funzione filtro** verso CSM
- **Interventi mirati** a breve termine
- **Impiego razionale** delle risorse

SVANTAGGI

- **Frequente manutenzione** del circuito complesso
- **Burocratizzazione**

IL MODELLO CENTRATO SUL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

CARATTERISTICHE

- Analisi condivisa dei bisogni
- Programmazione condivisa
- Psichiatra “di riferimento”

VANTAGGI

- Assetto di piccolo gruppo
- Orientamento a casi gravi e lievi
- Consente, se necessario, un percorso di cura
 - Personalizzazione
- Alto gradimento da MMG
- Conoscenza setting MG

SVANTAGGI

- Minore formalizzazione del circuito cura MG-SSM
- Orientamento operativo su singolo caso
 - Tempo!

PROGETTO INTEGRAZIONE DSM-DCP

LINEE DI SVILUPPO

- 1. Definizione percorsi/piani di cura**
- 2. Definizione aree di competenza relativa**
- 3. Definizione indicatori coerenti**