



L'innovazione di cui abbiamo bisogno



Indice degli abstract

Brunelli A, Amadori O, Pittureri C, Biondini F, Torelli AM, Giordani S

C'è bisogno di nuovo: Soggiorno di sollievo in età pediatrica ed interventi a sostegno delle famiglie di ragazzi altamente disabili

Bulgarelli G, De Luca ML, Pedrazzini G

Assistenza domiciliare : quale futuro?

Daghio MM, Federzoni G, Pedrazzini G, Orlando S, Zucchi F, Scarpaci MR, Cigarini P, Federzoni M, Cantini G, Vaccari A, Cavazza F, Scarabelli R, Guaraldi F, Fattori G, DeLuca ML
"La mia salute è la tua salute" – Progetto di promozione della salute nella Casa Circondariale S. Anna di Modena

Degli Esposti S, Biagetti L, Petroni M, Fantechi S, Manai G, Isola F, Morini M

Open Space Technology: esperienza realizzata presso il Distretto di Casalecchio di Reno come spazio di riflessione sul "Dolore e la sofferenza nel percorso di malattia"

Ferri M, A Cilento A, Fontana MC, De Donatis V, Cappai M, Abruscio M

Assistenza primaria nei penitenziari: Il percorso assistenziale del paziente detenuto

Mazzini F, Senni D, Gori B, Lombardi M, Farneti M, Gualtieri L

Una occasione di valorizzazione della professione infermieristica: Il Self-help: un progetto di educazione alla salute a sostegno del benessere

Milanese G, Verdecchia G

La cooperazione sanitaria come partner per la gestione della rete dei servizi territoriali

Pittureri C, Amaducci E, Parma T, Venturini E, Meccia A, Biondini F

Reti di Cura: ruolo del medico esperto in cure palliative nel percorso Ospedale-Territorio del paziente con Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)

Rodelli PM, Bocchi B, Cavalli P

I Tè del Giovedì – Incontri di informazione sanitaria con la popolazione nella Casa della Salute di San Secondo P.Se

Rossi G, Ferrari L, Fabi M, Brianti E

Percorso di formazione integrata per la costruzione delle Case della Salute nell'Azienda USL di Parma

Scattareggia Marchese S, Scopetani E, Benvenuti F, Grigioni M

Tele-riabilitazione in Toscana: il progetto CLEAR e la piattaforma Habilis per la gestione delle cronicità

Suzzi F, Balducci A, Tabanelli P, Visca MR, La Rovere L, Carollo D, Ivana N, Baldassarri N, Cornazzani S

Sperimentazione di una funzione di ascolto e consulenza telefonica a gestione infermieristica nell'ambito di alcune Medicine di Gruppo dell'AUSL di Imola

Verrina C, A Moselli A, Righini R, Poluzzi B

La violenza a danno degli operatori: un nuovo approccio nel Dipartimento di Cure Primarie dell'AUSL di Bologna

Zanetidou S, Morini M, Argnani P, Bagnoli L, Zocchi D, Neri M, Amore M, Toni G, Tam E, Fioritti A, Menchetti M, Belvedere-Murri M, Senaldi R

SEEDS (Safety and efficacy of exercise for depression in seniors)

C'è bisogno di nuovo: Soggiorno di sollievo in età pediatrica ed interventi a sostegno delle famiglie di ragazzi altamente disabili

A Brunelli*, O Amadori*, C Pittureri*, F Biondini*, AM Torelli*, S Giordani*

* Azienda USL di Cesena

Indirizzo per informazioni: abrunelli@auslcesena.emr.it

Introduzione del progetto

All'interno del dibattito in sanità e delle linee di innovazione professionale ed organizzativa, la cultura palliativa rappresenta un'area di interesse anche in pediatria: per l'incidenza di condizioni di disabilità, per la prevalenza della cronicità sull'acuzie, che spingono la ricerca verso nuovi modelli assistenziali ed organizzativi.

Nell'AUSL di Cesena un progetto di soggiorno di sollievo è stato sperimentato con gli obiettivi di garantire adeguata assistenza ad una bambina di 7 anni con gravissima disabilità acquisita e affrontare con attenzione i bisogni dei familiari, costruendo un percorso assistenziale e sanitario capace di cogliere la specificità delle situazione.

Scopi e metodologia

Il progetto ha visto le seguenti tappe:

- § Proposta soggiorno di sollievo ai familiari da parte della Assistente Sociale;
- § Valutazione bisogni assistenziali della bambina e dei familiari da parte di un gruppo tecnico aziendale e di professionisti della Residenza individuata per il ricovero di sollievo;
- § Coordinamento del passaggio in cura fra Coordinatore e Responsabile di struttura, Assistente Sociale e Genitori;
- § Trasmissione informazioni ricevute dagli operatori domiciliari, infermieri, fisioterapista, educatrice e professionisti del Servizio sociale e sanitario all'equipe di lavoro da parte del Coordinatore della struttura;
- § Stesura Piano Assistenziale incentrato sui bisogni della minore da parte delle Equipes domiciliare e di Struttura)
- § Al termine del processo la bambina è stata accolta nella residenza.

Risultati

Al termine della esperienza è seguita una valutazione dell'intervento: sulla bambina, sulla famiglia, sulla sostenibilità dell'intervento, sulla riproducibilità. Si è riflettuto sulla identificazione di criteri guida per consolidare il modello organizzativo: quale condizione clinica (cronicità o fine vita), quale ambiente idoneo al soggiorno di sollievo (Hospice, Ospedale di comunità a gestione infermieristica con pediatra di famiglia), quali competenze professionali prevalenti richieste (palliativiste, pediatriche, infermieristiche, mediche), quale ambito territoriale di riferimento (aziendale, provinciale, area vasta).

Il gruppo di lavoro ha allargato la discussione a due aree complementari per la realizzazione del percorso: sistema di accesso, pertinenza della Unità di Valutazione Pediatrica, già attiva nel nostro territorio; possibili iniziative di supporto ai genitori per il recupero di relazioni intrafamiliari, e sul diritto di riappropriarsi di un tempo "personale"

dei familiari e della coppia ("Il cinema del sabato sera" "Il Circolo Culturale dei familiari", ed altro).

Conclusioni

Una esperienza sperimentale ha un valore reale quando apre nuove strade percorribili, e non rimane un evento isolato. Le recenti normative regionali in materia di non autosufficienza, ed il dibattito in ambito ministeriale sulle cure palliative in età pediatrica, ci sollecitano a perseguire nella ricerca per l' identificazione di modelli organizzativi e professionali nuovi quali il soggiorno di sollievo, ma anche interventi "alternativi" per riaprire i genitori ad una vita di coppia e sociale, con l'obiettivo di prevenire il burn-out del care-giver e, di conseguenza, della famiglia.

Assistenza domiciliare : quale futuro?

G Bulgarelli*, ML De Luca*, G Pedrazzini*

* Azienda USL di Modena

Indirizzo per informazioni: g.bulgarelli@ausl.mo.it

Introduzione del progetto

Per oltre un decennio le aziende sanitarie sono state impegnate a sviluppare strategie di assistenza domiciliare che riguardavano soprattutto l'organizzazione, l'intervento dei diversi professionisti e i modelli di integrazione sanitaria e socio-sanitaria. Nel giro di un decennio i bisogni si sono modificati notevolmente, sono stati implementati i Nuclei di Cure Primarie e le Case della Salute, si sono sviluppate tecnologie che potrebbero fornire un valido supporto per un'assistenza domiciliare fino ad ora centrata prevalentemente sull'intervento diretto a domicilio e su una organizzazione poco flessibile e coerente col nuovo contesto.

Scopi e metodologia

Una riorganizzazione dell'assistenza domiciliare dovrebbe rispondere ai nuovi bisogni rivedendo le strategie, fornendo risposte innovative partendo dall'esperienza fatta e dalle eccellenze e migliorando la performance attraverso una diversa organizzazione e l'adozione di nuove tecnologie.

Per attuare questo obiettivo occorre:

- § analizzare i bisogni dei pazienti, dei care-giver, delle assistenti famigliari;
- § sviluppare nuove competenze professionali (MMG, infermieri, assistenti sociali, OSS);
- § investire nelle tecnologie (ICT);
- § rivedere l'organizzazione dell'assistenza domiciliare, dell'ospedale (accesso, lungodegenze) e l'integrazione con le Case della Salute e i Nuclei di Cure Primarie.

Risultati

Ipotesi di organizzazione:

- § Assistenza domiciliare dedicata solo per le cure palliative/di fine vita e per pazienti complessi non autosufficienti.
- § Gestione dei pazienti cronici attualmente gestiti a domicilio, es. in ADI 1, all'interno delle case della salute sviluppando anche una maggiore integrazione sociale.
- § Attivazione di "porte" ospedaliere per i pazienti cronici per l'effettuazione di indagini, consulti ecc. con percorsi privilegiati e con sistemi di comunicazione avanzata
- § Organizzazione dell'accesso dal territorio per posti letto di lungodegenza/lungoassistenza.

Sviluppo di competenze professionali:

- § nella gestione a distanza dei pazienti e nel monitoraggio clinico;

- § in ruoli di case manager;
- § in specifiche competenze per la gestione dei pazienti cronici
- § in ruoli di consulenza "inter pares" tra i MMG e gli infermieri per la gestione dei casi complessi.

Nuove tecnologie:

- § sistemi/centrali telefoniche (es. con infermieri, OSS) per il supporto a familiari e assistenti familiari nella gestione delle situazioni assistenziali.
- § Device telematici a domicilio per aumentare la compliance: rilevazione continua o seriale di bioparametri e monitoraggio via web con gestione nella casa della salute.
- § Sistemi di ripresa digitali (fotocamere o telecamere) per la gestione in differita delle situazioni assistenziali.
- § Maggiore utilizzo della domotica per i pazienti in difficoltà e di sistemi di supporto alla vita indipendente.
- § Sistemi informatici avanzati di gestione delle comunicazioni cliniche ed assistenziali sia da parte dei professionisti che del paziente .
- § Sistemi GPS che facilitino l'efficienza nei percorsi

Conclusioni

Questa visione dell'assistenza domiciliare permette di rinforzare l'organizzazione attorno all'individuo, utilizzando in modo efficiente le risorse ed aumentando il valore del servizio per la persona. Implica che i familiari, laddove sono in grado, effettuino sempre più gli interventi domiciliari, ma con la garanzia di un supporto costante sia telefonico e che diretto tutte le volte che hanno bisogno. Il Department of Health degli UK stima che l'auto-assistenza permessa dall'ICT può potenzialmente ridurre le visite dei medici di base, le visite ambulatoriali e i ricoveri in ospedale.

Commenti

Questa riorganizzazione comporta un elevato impatto sociale, sull'organizzazione e anche ampie opportunità di mercato

“La mia salute è la tua salute” – Progetto di promozione della salute nella Casa Circondariale S. Anna di Modena

MM Daghio*, G Federzoni*, G Pedrazzini*, S Orlando*, F Zucchi*, MR Scarpaci**, P Cigarini***, M Federzoni***, G Cantini****, A Vaccari****, F Cavazza****, R Scarabelli****, F Guaraldi*****, G Fattori*, ML De Luca*

* Azienda USL di Modena, ** – Area Educativa Amm.ne Penitenziaria S. Anna, *** Associazione Carcere – Città, **** CEIS, ***** Centro Universitario per la Cooperazione e lo Sviluppo – CUSCOS

Indirizzo per informazioni: m.daghio@ausl.mo.it

Introduzione del progetto

Il “Programma regionale per la salute negli istituti penitenziari” (deliberato l’11/01/2010) dispone che le “Aziende Sanitarie dovranno curare interventi e programmi di informazione/educazione alla salute estendendo le iniziative già attive sul territorio e studiando, nello specifico, le esigenze degli Istituti Penitenziari.”

Il progetto “La mia salute è la tua salute” è un intervento di promozione della salute realizzato nella Casa Circondariale S. Anna Modena in collaborazione con tutti i soggetti che in esso vivono/interagiscono e con i servizi territoriali.

È stato agito dalla valutazione dei fattori di rischio presenti in carcere (sovraffollamento, scarsa attenzione alle norme basilari di prevenzione, ecc.).

Scopi e metodologia

Far comprendere ai detenuti che avere cura di se comporta anche il prendersi cura della comunità in cui si vive e, per questo, è necessario adottare i consigli basilari per la prevenzione; far conoscere le modalità di diffusione delle epatiti e delle MST per sfatare false credenze ed evitare la stigmatizzazione di chi ne è colpito.

Si è optato per un coinvolgimento attivo delle persone detenute per approfondire le tematiche, far emergere bisogni e produrre materiali affinché “chi viene dopo di me sappia”.

Risultati

Il progetto è stato scandito in due fasi:

1. sperimentale da ottobre a dicembre 2010: 2 incontri x settimana di formazione a detenuti provenienti da 1 sezione individuata a priori e realizzazione del “Calendario della salute ristretta 2011”
2. interventi programmati di formazione da marzo a giugno 2011 e realizzazione di una drammatizzazione sui temi di promozione della salute.

Sono stati coinvolti circa 60 detenuti maschi. Presenti ad ogni incontro erano, in media, 20; range di età: 19 - 47 anni.

Conclusioni

Per promuovere la salute in carcere è risultato fondamentale ascoltare i detenuti e lavorare con loro per trovare il modo con cui meglio diffondere conoscenze e rimuovere barriere.

La stretta collaborazione con il personale sanitario interno al carcere, con l'amministrazione carceraria, con le Associazioni di Volontariato ha reso possibile l'attuazione del progetto che da sperimentale sta diventando istituzionale.

Open Space Technology: esperienza realizzata presso il Distretto di Casalecchio di Reno come spazio di riflessione sul "Dolore e la sofferenza nel percorso di malattia"

S Degli Esposti*, L Biagetti*, M Petroni*, S Fantechi*, G Manai*, F Isola*, M Morini*

* Azienda USL di Bologna

Indirizzo per informazioni: s.degliesposti@ausl.bologna.it

Introduzione del progetto

Il dolore è un sintomo che compromette l'integrità fisica e psichica delle persone e angoscia i familiari, con notevole impatto sulla qualità di vita, la capacità lavorativa e le relazioni sociali. L'Azienda USL di Bologna è particolarmente impegnata alla lotta contro il dolore e numerose sono le iniziative messe in campo in tal senso, tuttavia molto si può ancora fare per migliorare la presa in carico dei bisogni dei pazienti affetti da dolore cronico e delle loro famiglie.

Scopi

Coinvolgere la comunità locale per definire in maniera condivisa modalità e strumenti organizzativi per migliorare presa in carico e gestione di malati con dolore legato ad una patologia cronica personale o dei familiari.

Metodologia

L'Open Space Technology (OST) è uno strumento innovativo, utilizzato entro un ampio progetto di "empowerment della comunità per la gestione integrata del dolore", che coinvolge Cittadini, AUSL, Enti locali e Associazioni di pazienti, per affrontare problemi complessi e conflittuali, trasformarli e trovare soluzioni in modo creativo.

Risultati

Un Gruppo di Lavoro, coordinato da un esperto, ha definito tema, attori da coinvolgere e organizzazione.

All'OST (aprile 2011) hanno partecipato 56 persone che hanno lavorato a uno o più gruppi su 13 quesiti posti sul tema del dolore.

Ogni gruppo ha prodotto un report, raccolto nell'instant-book consegnato ai presenti, da cui emergono bisogni, aspettative e possibili soluzioni.

Ora siamo nella fase di analisi del materiale prodotto cui seguirà la scelta degli interventi fattibili, la relativa progettazione, realizzazione e valutazione.

Conclusioni

Il punto di vista e la condivisione dei cittadini è una componente fondamentale per i processi di costruzione dell'azione sanitaria. Non è semplice identificarne bisogni, ottenere e raccogliere proposte. Questo strumento si è rivelato a questo proposito un'opportunità efficace di apprendimento e di crescita anche per l'organizzazione.

La valutazione molto positiva sull'evento espressa dai partecipanti è lo stimolo per proseguire il percorso successivo alla realizzazione dell'OST.

Assistenza primaria nei penitenziari: Il percorso assistenziale del paziente detenuto

M Ferri*, A Cilento*, MC Fontana**, V De Donatis***, M Cappai*, M Abruscia*

* Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna, ** Azienda USL di Piacenza, *** Azienda USL di Modena,

Indirizzo per informazioni: acilento@regione.emilia-romagna.it

Introduzione del progetto

Il DPCM 1 aprile 2008 da attuazione alla riforma della medicina penitenziaria con il passaggio al SSR. A 3 anni di distanza prosegue il cammino di presa in carico organizzativa ed operativa da parte delle AUSL, in particolare per quanto riguarda l'offerta di servizi di Assistenza Primaria all'interno degli Istituti Penitenziari. La complessità dei rapporti con l'Amministrazione Penitenziaria e le specifiche esigenze della popolazione detenuta, (rappresentata, nel 2010 nella Regione Emilia-Romagna, da una presenza media di 4700 detenuti, di cui il 70% non italiani provenienti da oltre 50 differenti Paesi) caratterizzano le modalità di erogazione dei servizi sanitari all'interno e all'esterno dei Penitenziari che, per diritto, deve essere pari a quella offerta ai cittadini liberi.

Scopi e metodologia

Per favorire il percorso riformatore la RER ha avviato la rimodulazione del percorso assistenziale a favore della popolazione detenuta, con il contributo degli operatori sanitari dei penitenziari della regione, per costruire un modello condiviso di standard assistenziali in osservanza agli specifici obiettivi nazionali e regionali. Il modello di erogazione dei servizi deve essere finalizzato a consentire lo sviluppo di forme di Medicina di Iniziativa favorendo un approccio basato sulla prevenzione delle malattie, la promozione della salute e la modifica dello stile di vita dei soggetti detenuti aggregabili in categorie nosologiche riferibili a tossicodipendenze, malattie infettive, pneumocardiovascolopatie, patologie psichiatriche, da affrontare in condizioni di drammatico sovraffollamento e con le limitate risorse economiche a disposizione

Risultati

I limiti strutturali dei penitenziari e le attuali difficoltà economiche richiedono un intervento che tenga conto dei fattori di rischio per la salute (v. fumo, disagio psichico, sedentarietà, malattie trasmissibili sessualmente, abuso di farmaci) e della patologie della popolazione detenuta. È auspicabile una presa in carico della persona detenuta nella sua globalità. e la relazione sanitario-assistito ne costituisce elemento terapeutico base, che può indurre, attraverso una assidua informazione, possibili specifiche riflessioni nel corso del periodo detentivo. Ciò consentirà anche un uso più appropriato degli strumenti diagnostici e della prescrizione farmacologica. Altro risultato atteso è quello di favorire, al ritorno in libertà, la continuità del percorso di cura nel territorio di appartenenza e/o la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione anche nel proprio ambiente familiare o amicale.

Conclusioni

La sanità penitenziaria si inserisce a pieno titolo nell'offerta sanitaria di competenza territoriale assicurando una capacità assistenziale adeguata alla cura residenziale di patologie acute e croniche che non necessitano di cure ospedaliere. L'assistenza primaria nei penitenziari è indirizzata al riconoscimento di patologie a varia evoluzione, alla cura di patologie croniche e, con particolare intensità, alla promozione della salute, con l'obiettivo di informare, facilitare il percorso verso una attiva rivisitazione e modifica degli stili di vita rispetto ai fattori di rischio di maggiore diffusione per categorie di soggetti che, per diverse ragioni, percorrono l'esperienza detentiva. Ne conseguiranno anche riscontri positivi in termini di inclusione sociale e di maggior efficienza ed efficacia dell'intervento sanitario.

Una occasione di valorizzazione della professione infermieristica: Il Self-help: un progetto di educazione alla salute a sostegno del benessere

F Mazzini*, D Senni*, B Gori*, M Lombardi*, M Farneti*, L Gualtieri*

* Azienda USL di Cesena

Indirizzo per informazioni: fmazzini@ausl-cesena.emr.it;

Introduzione del progetto

Il progetto SELF HELP è un programma educativo per le classi terze delle scuole medie inferiori che ha l'obiettivo di sostenere i ragazzi nella loro ricerca dello 'stare bene e di accogliere eventuali situazioni di disagio o domande di aiuto precedentemente non espresse. L'esperienza di Self-Help si svolge a Cesena dal 1986, si è sviluppata negli anni e, a tutt'oggi, coinvolge annualmente circa una sessantina di insegnanti ed oltre mille studenti.

Scopi e metodologia

Il programma educativo è gestito dalle Assistenti Sanitarie del Modulo di Pediatria di Comunità e dagli insegnanti referenti individuati dai Dirigenti Scolastici. Il progetto dà importanza al ruolo personale, attivo e propositivo dei ragazzi, valorizza la competenza dell'insegnante e si caratterizza per l'azione di coordinamento dell'operatore sanitario. Sono previsti tre momenti che si articolano in questo modo:

1. presentazione del progetto e compilazione anonima in classe di una scheda-questionario in presenza dell'insegnante e dell'operatore sanitario (durata: 1 ora circa).
2. colloquio individuale sostenuto dall'operatore sanitario della Pediatria di Comunità - (durata circa 30 minuti)
3. lavoro in classe prima in piccolo gruppo su schede-attivazione, e poi in plenaria, coordinato dall'insegnante e dall'operatore AUSL. (durata: ore 2).

Risultati

Il momento della consulenza-colloquio ha come scopo quello di offrire all'adolescente un incontro con personale preparato, ove poter essere accolto, ascoltato, informato a partire da interrogativi personali, avendo modo di riflettere sull'importanza dei fattori protettivi e dei fattori di rischio per il proprio stato di salute. Gli argomenti approfonditi nel corso dei colloqui individuali sono stati numerosi; tra questi in ordine di frequenza, l'alimentazione, lo sviluppo puberale, i tumori ed altre malattie, le tossicomanie, lo sport, il rapporto con i coetanei e i genitori. Diversi adolescenti utilizzano il Progetto Self-help per esprimere situazioni di disagio e di sofferenza. Queste domande di aiuto vengono approfondite nel corso di colloqui successivi, aprendo un dialogo con la famiglia per un eventuale invio all'ambulatorio di Medicina dell'adolescente o ad altri servizi del Consultorio Giovani.

Conclusioni

La letteratura in materia di promozione della salute mostra che l'espressione dei propri pensieri in contesti di ascolto e di dialogo e la possibilità di essere autentici e di conoscersi sono esperienze di supporto alla salute mentale. La positiva esperienza dello studente all'interno del progetto educativo del Self-help migliora la percezione complessiva dei servizi scolastici e sanitari del territorio e il senso di appartenenza alla comunità. In particolare questo intervento rivolto alla fascia adolescenziale si può interpretare anche come un investimento sull'immagine e sulla fruibilità futura dei servizi che l'adolescente può consultare in caso di necessità.

Commenti

Le Assistenti Sanitarie coinvolte nel Progetto vengono annualmente aggiornate e preparate con un corso di formazione che prevede incontri di tre ore a cadenza mensile, con gestione integrata del medico e dello psicologo referenti del progetto.

La cooperazione sanitaria come partner per la gestione della rete dei servizi territoriali

G Milanese*, G Verdecchia*

* FederazioneSanità-Confcooperative

Indirizzo per informazioni: milanese.g@confcooperative.it

Introduzione del progetto

FederazioneSanità-Confcooperative associa su scala nazionale 262 cooperative con oltre 55.000 soci tra i principali attori professionali dell'assistenza primaria (medici di medicina generale, farmacisti, specialisti, infermieri, riabilitatori ed operatori socio-sanitari) oltre che 20.000 soggetti iscritti a mutue sanitarie. In tale veste la Federazione esprime una imprenditoria associativa senza fini di lucro con forte vocazione tecnico-professionale a fini sociali specificatamente orientata all'area dell'assistenza primaria e si propone come partner naturale dell'istituzione pubblica per la gestione in concessione della rete dei servizi ambulatoriali, residenziali e domiciliari sul territorio. L'idea che vogliamo presentare in questo importante convegno sulle cure primarie è quella dell'utilizzo innovativo della leva cooperativa per realizzare l'auspicata integrazione dei servizi territoriali.

Scopi e metodologia

La cooperazione rappresentata da FederazioneSanità-Confcooperative, forte del know-how acquisito e delle esperienze maturate in varie zone del Paese, ha messo a punto modelli organizzativi per la gestione integrata della rete dei servizi dedicati alle aree più complesse e meno presidiate (servizi di continuità assistenziale, servizi di assistenza domiciliare e residenziale ai soggetti anziani, cronici, disabili e in dimissione protetta, servizi polispecialistici e di emergenza sanitaria territoriale, continuità ospedale-territorio).

Scopo del progetto è l'implementazione di tali modelli. con l'obiettivo di supportare i processi in atto volti al superamento della parcellizzazione e al collegamento ospedale-territorio.

Sul piano metodologico la proposta intende esplorare e sperimentare il percorso organizzativo e giuridico-amministrativo più appropriato per la sperimentazione dei modelli in logica di adattamento alle specifiche esigenze delle diverse realtà locali. In subordine il progetto intende verificare le modalità ed i limiti di utilizzazione dell'apporto finanziario integrativo della mutualità sanitaria.

Risultati

Il risultato atteso è l'attivazione di sperimentazioni in ambito locale del partenariato pubblico-privato sociale per l'adozione di uno o più dei modelli di gestione proposti secondo quanto previsto dall'art. 9-bis del DLgs 502/1992

Conclusioni

Tre sono gli elementi innovativi della proposta che intendiamo sottolineare per la loro attinenza al tema del convegno:

- § L'impresa cooperativa tra gli attori dell'assistenza primaria come strumento operativo che, grazie al legame associativo interno tra i soci, garantisce in termini giuridici oltre che operativi l'integrazione "forte" tra tutti gli elementi del sistema di gestione;
- § La concessione di servizio come strumento giuridico, compatibile con gli eventuali sottostanti rapporti convenzionali di tipo individuale, per realizzare la relazione di partenariato pubblico-privato sociale ai fini dell'affidamento in gestione del servizio;
- § La sperimentazione gestionale come percorso di implementazione, validazione e verifica del modello proposto.

Reti di Cura: ruolo del medico esperto in cure palliative nel percorso Ospedale–Territorio del paziente con Sclerosi Laterale Amiotrofica (Sla)

C Pittureri*, E Amaducci*, T Parma*, E Venturini*, A Meccia*, F Biondini*

* Azienda USL di Cesena

Indirizzo per informazioni: cpittureri@ausl-cesena.emr.it

Introduzione del progetto

La Legge 38 del 15-03-2010 afferma il principio per cui le cure palliative non sono patrimonio del solo paziente oncologico, ma di tutti coloro che, affetti da una patologia di tipo degenerativo, progressivo, non possono beneficiare di risultati terapeutici, come nel caso del paziente con patologia neurologica. Paradigmatico è il caso della Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), ove i progressi della Scienza possono prolungare le aspettative di vita, ma possono far fronte solo parzialmente alla grave disabilità.

Scopi e metodologia

Dati di Letteratura, Linee Guida, Norme o Documenti di Indirizzo suggeriscono la presenza nell'equipe multi-professionale e multidisciplinare del medico esperto in cure palliative, per contribuire ad offrire percorsi di assistenza diversificati e personalizzati dall'Ospedale al Territorio, sia quando il paziente desidera ogni trattamento che possa prolungare la vita, sia quando rinunci ad essi. L'esigenza è di comprendere nel Territorio in cui operiamo quando possa ritenersi utile l'intervento del medico e/o infermiere e/o Operatore Socio-Sanitario e/o Psicologo esperto in cure palliative.

Risultati

Tra i professionisti della rete di cura è in atto una riflessione per definire i nodi e le funzioni di ciascuno nel percorso del paziente con SLA, per garantire la continuità assistenziale, l'integrazione e il coordinamento tra Ospedale e Territorio, nonché un programma condiviso di formazione continua.

Tra i nodi è stato incluso l'Hospice, come luogo deputato al ricovero per sollievo temporaneo. Inoltre ai medici del Servizio Cure Palliative e Hospice viene riconosciuto un ruolo a garanzia della libertà di scelta nei trattamenti di fine vita.

Conclusioni

L'obiettivo della rete sarà offrire un programma di terapia individualizzato per il trattamento della patologia che offra un approccio olistico, multidisciplinare, multi-professionale ed un programma di sostegno al fine di mantenere al più elevato livello possibile la dignità della persona sofferente offrendo sostegno umano e psicologico per il malato e per la sua famiglia, garantendo la continuità clinico-socio-assistenziale dalla fase diagnostica alla fase terminale, attraverso figure professionali opportunamente formate ed integrate tra loro.

Commenti

Partecipano al progetto le seguenti figure professionale/strutture del Dipartimento di Cure Primarie: MMG, Servizio Infermieristico Domiciliare (SID), Specialisti territoriali: Neurologo, Fisiatra, ORL, Nutrizionista, PUA, Assistenti Sociali, Psicologo, Fisioterapisti – Ufficio Protesica e CAD, Strutture Residenziali, Servizio Cure Palliative e Hospice, AUSL Cesena.

I Tè del Giovedì – Incontri di informazione sanitaria con la popolazione nella Casa della Salute di San Secondo P.Se

PM Rodelli*, B Bocchi**, P Cavalli**

* MMG, **Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: rodellipaolo@tin.it

Introduzione del progetto

Nell'ottica di uno dei principi ispiratori della CdS e cioè "promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini" alla gestione della propria salute, è stata pensata ed avviata questa iniziativa del "Tè del Giovedì" come mezzo per la promozione dell'empowerment dei cittadini. Sono incontri con la popolazione a frequenza mensile dove vengono affrontati i temi delle risorse sanitarie a disposizione del cittadino.

Scopi e metodologia

Lo scopo primario è l'empowerment del cittadino, ma ha anche l'ambizioso obiettivo di coniugare quest'ultimo con l'empowerment dell'operatore sanitario, alla ricerca di un comune percorso di crescita culturale all'interno della comunità. Il Tè del Giovedì viene proposto l'ultimo giovedì di ogni mese e vengono presentati di volta in volta tutte le risorse e i servizi che la CdS può offrire al cittadino. Non ha finalità a carattere clinico, ma far conoscere al cittadino le opportunità di cui ha diritto.

Risultati

Da gennaio 2011 sono stati effettuati sette incontri, e l'iniziativa è stata premiata da una larga affluenza di pubblico, grazie all'impegno a carattere multidisciplinare degli operatori coinvolti, l'uso di un linguaggio chiaro e accessibile tale da favorire la formulazione di domande, chiarire dubbi e condividere esperienze. In uno specifico incontro è stato distribuito un questionario di gradimento che ha permesso di cogliere gli argomenti di maggior interesse per i cittadini permettendo di programmare con maggiore efficacia gli incontri futuri. Si ritiene che l'integrazione tra professionisti medici e professionisti dell'area sanitaria tecnica (infermieri, fisioterapisti, tecnici radiologi ecc.) possa costituire un valore aggiunto dell'iniziativa.

Conclusioni

L'empowerment del cittadino, ovvero lo sviluppo ed il potenziamento del ruolo di partecipazione, valutazione e decisione del cittadino e della comunità nella gestione della sanità, è riconosciuto come un requisito determinante per il raggiungimento degli obiettivi di salute che tutti i sistemi sanitari dei paesi occidentali si prefiggono nei prossimi decenni.

Commenti

In una piccola realtà quale il NCP di San Secondo all'interno del Complesso Sanitario, e prossima CdS, si è pensato pertanto di avviare questa modesta iniziativa pensando all'ambizioso e grande obiettivo qual è l'integrazione totale con il territorio.

Percorso di formazione integrata per la costruzione delle Case della Salute nell'Azienda USL di Parma

G Rossi*, L Ferrari*, M Fabi*, E Brianti*

* Azienda USL di Parma

Indirizzo per informazioni: gyrossi@ausl.pr.it

Introduzione del progetto

Le Case della Salute rappresentano l'evoluzione dei servizi sanitari territoriali, finalizzata a migliorare l'accessibilità ai servizi e la qualità dell'assistenza in forma integrata. Questo modello assistenziale, per la sua piena realizzazione, presuppone un cambiamento culturale nei professionisti che in esse si troveranno ad operare. Per favorire questo processo è stato avviato un percorso formativo rivolto ai professionisti della Case della Salute programmate, a partire da un gruppo di "facilitatori" (30) delle 5 Case della Salute (Colorno, Busseto, San Secondo P.se, Medesano, Langhirano) che si andranno ad attivare entro il corrente anno.

Scopi e metodologia

Il progetto di formazione integrata per la costruzione delle Case della Salute intende accompagnarne lo sviluppo strutturale ed organizzativo attraverso un percorso in grado di qualificare le competenze per la concreta realizzazione dei percorsi. Nello specifico si intende sviluppare le competenze manageriali e relazionali dei partecipanti adottando una metodologia didattica costruttivista fatta sia di momenti d'aula (lezioni frontali integrata con analisi dei casi) ma anche attraverso l'utilizzo di una piattaforma informatica. Il progetto FORAVEN-Portale e-learning rappresenta un valore aggiunto nell'innovazione dei processi formativi, consente un elevato rendimento organizzativo ottimizzando le risorse, offrendo tutte le possibilità rappresentate dalla documentazione multimediale, ed inoltre permette di registrare o trasmettere in diretta eventi formativi, oltre che a mettere a disposizione un forum per impostare discussioni e scambi informativi.

Risultati

Gli obiettivi raggiunti dal percorso formativo si possono così sintetizzare:

- § sviluppo di competenze specifiche per la gestione dei percorsi integrati
- § miglioramento qualitativo della programmazione integrata
- § miglioramento delle competenze relazionali nell'ambito dell'integrazione professionale
- § sviluppo di capacità di confronto professionale (gruppi di miglioramento, audit, ecc.)
- § sviluppo dell'accoglienza come presa in carico e relazione sistemica tra operatori, utenti e rete non professionale

Attraverso l'aula virtuale ed il forum si sono favoriti gli scambi culturali e la partecipazione alle attività didattiche ed il gradimento è stato molto elevato

Conclusioni

L'efficace sviluppo delle reti organizzative, elemento centrale nelle Case della Salute, può essere ottenuto esclusivamente attraverso:

- § l'integrazione sia professionale (lavoro di equipe, sviluppo dei percorsi, ecc.) che gestionale (lavoro per obiettivi)
- § la valorizzazione delle autonomie e delle competenze
- § gli strumenti del governo clinico

Il percorso di formazione integrata per la costruzione delle Case della Salute, si è rivelato uno strumento molto efficace in grado di contribuire al cambiamento culturale dei professionisti necessario allo scopo.

Tele-riabilitazione in Toscana: il progetto CLEAR e la piattaforma Habilis per la gestione delle cronicità

S Scattareggia Marchese*, E Scopetani**, F Benvenuti***, M Grigioni****

* Signomotus srl, ** Assessorato Diritto alla Salute, Regione Toscana, *** ASL 11, Empoli, **** ISS

Indirizzo per informazioni: sandroscattareggia@signomotus.it

Introduzione del progetto

Il progetto europeo CLEAR prevede implementazione e validazione di un servizio innovativo di tele-riabilitazione in quattro Stati Europei per affezioni di tipo neurologico, cognitivo, ortopedico e respiratorio. È utilizzata la piattaforma tecnologica Habilis che consente all'equipe riabilitativa di guidare e monitorare i pazienti a distanza.

Scopi e metodologia

In Italia, il programma riabilitativo (PR) della durata di 3 mesi è rivolto ai deficit motori all'arto superiore post ictus cerebrale. Il PR prevede: a) valutazione ed addestramento in ambiente sanitario (empowerment); b) addestramento a domicilio; c) addestramento e valutazione in ambienti non sanitari (chioschi riabilitativi) per mezzo della piattaforma HABILIS che permette ai terapisti di aggiornare il PR e valutarne l'efficacia. La fase di empowerment è svolta in due ospedali della AUSL11. I chioschi riabilitativi sono installati in otto sedi.

Risultati

Nel primo anno di attività sono stati trattati 215 pazienti. L'87% ha portato a termine il PR. I risultati preliminari evidenziano che il PR è efficace nel migliorare la funzione dell'arto superiore (Motricity Index, Nine Hole Peg Test, Wolf Motor Function Test) e ha un effetto misurabile sulla disabilità (Barthel Index). Non è stato osservato nessun evento avverso. Buoni i livelli di soddisfazione da parte di pazienti e personale clinico. In corso la valutazione di costo-efficacia del servizio rispetto al tradizionale.

Conclusioni

L'implementazione di servizi di tele-riabilitazione integrati nel modello di gestione della cronicità (in Toscana il Chronic care model), apre nuovi scenari di cura nel sistema socio-sanitario regionale, dove le risorse strutturali ed organizzative territoriali sono ottimizzate per migliorare la qualità di vita dei pazienti a costi sostenibili.

Questo modello di cura verrà approfondito con il progetto Europeo RICHARD (2010-2013), coordinato dalla Toscana, che intende appunto individuare, sviluppare ed introdurre nuovi modelli "territoriali" per la cura e l'assistenza ai malati cronici.

Eventuali commenti

Sito del progetto: <http://www.habiliseurope.eu/>; Video che sintetizza il concetto di chiosco riabilitativo:

http://www.youtube.com/watch?v=nzLd5sDjB0k&feature=player_embedded

Sperimentazione di una funzione di ascolto e consulenza telefonica a gestione infermieristica nell'ambito di alcune Medicine di Gruppo dell'AUSL di Imola

F Suzzi*, A Balducci*, P Tabanelli*, MR Visca*, L La Rovere**, D Carollo**, N Ivana**, N Baldassarri**, S Cornazzani**

* MMG, **Azienda USL di Imola

Indirizzo per informazioni: f.suzzi@ausl.imola.bo.it

Introduzione del progetto

La continuità assistenziale nella fascia giornaliera rappresenta un fattore importante al fine di garantire la risposta di assistenza primaria ai cittadini ed evitare che intraprendano altri percorsi meno appropriati; è anche un elemento di criticità all'interno degli ambulatori dei MMG, in ragione dei diversi orari di presenza del medico e delle diverse fasce di copertura.

Scopi e metodologia

Il progetto vuole sperimentare la fornitura di un servizio di semplici informazioni e consigli, utili per aiutare ad autogestire i problemi più comuni che i cittadini presentano, permettendo di aumentare e migliorare l'accessibilità al proprio MMG da parte degli assistiti.

Si tratta di un servizio di ascolto e "consulenza telefonica" qualificato e competente, attraverso un numero dedicato, a disposizione di tutti gli assistiti dei MMG partecipanti, fornito da un infermiere appositamente formato mediante un percorso condiviso con i MMG di allestimento di protocolli studiati per dare risposte corrette e appropriate riguardo a molti frequenti problemi di salute.

Risultati

Utilizzo crescente, appropriato e motivato di questo servizio non per finalità burocratico - amministrative, ma per reali esigenze / problemi clinici.

Soddisfazione dei pazienti e dei loro famigliari per questo nuovo servizio.

Sensazione di sicurezza e di continuità di assistenza, da parte dei pazienti che sanno di potere, se necessario, essere messi in contatto con il proprio MMG, oltre agli orari consueti di studio.

Aumento della percezione, da parte dei pazienti, di essere assistiti da un team professionale integrato, nella nuova organizzazione delle cure primarie.

Conclusioni

Questo servizio può essere implementato in qualsiasi tipo di organizzazione dei MMG, diventando a tutti gli effetti una modalità di erogazione di assistenza primaria territoriale. Sarà interessante verificare eventualmente differenze e similitudini tra il tipo di risposta data agli assistiti di MMG che lavorano in gruppo e MMG che lavorano in rete, piuttosto che in un'organizzazione più complessa come il Nucleo di Cure Primarie o la Casa della Salute.

La violenza a danno degli operatori: un nuovo approccio nel Dipartimento di Cure Primarie dell'AUSL di Bologna

C Verrina*, A Moselli*, R Righini*, B Poluzzi*

* Azienda USL di Bologna

Indirizzo per informazioni: carmen.verrina@ausl.bologna.it

Introduzione del progetto

Gli episodi di violenza nei confronti degli operatori vanno considerati eventi sentinella in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione.

Dal 2006 è attivo, nelle strutture territoriali dell'AUSL di Bologna, un sistema di incident reporting.

Nel 2009 su 1092 eventi segnalati, lo 0,27% era relativo ad atti di violenza contro operatori, nel 2010, su 1480, lo era lo 0,34% con evidente sottostima del fenomeno.

Scopi e metodologia

In collaborazione con l'Area Risk Management, si è ritenuto necessario promuovere una più attenta analisi degli episodi di violenza, al fine di evidenziare i rischi correlati e adottare iniziative volte a prevenirli e/o ad attenuarne le conseguenze.

Per studiare il fenomeno nell'ambito del DCP, sono state predisposte specifiche check-list e schede di segnalazione, per una valutazione retrospettiva delle cause e delle situazioni favorevoli del 2010 e per una raccolta degli eventi nell'anno in corso.

Risultati

La scheda rileva circostanze e condizioni di lavoro, modalità e carenze di protezione. Riporta le conseguenze dell'evento.

Il suo utilizzo consentirà di raccogliere in modo sistematico gli eventi, di catalogarli, di analizzare la tipologia degli eventi stessi.

L'individuazione degli eventi consentirà di prendere in carico l'operatore per eventuale supporto psicologico, fare emergere criticità sommerse e attivare percorsi di miglioramento individuando misure di prevenzione e controllo.

L'analisi del fenomeno ne consentirà la mappatura e consentirà specifici interventi formativi.

Conclusioni

L'organizzazione e la realizzazione del nuovo percorso di gestione degli episodi di violenza a danno degli operatori costituisce un modello innovativo destinato a favorire la conoscenza dell'entità del fenomeno, l'appropriatezza della risposta data agli operatori vittime di tali eventi e la progettazione di percorsi formativi rivolti alle professionalità coinvolte (management, professionisti e operatori di supporto).

Il progetto prevede il monitoraggio/analisi delle criticità favorevoli gli atti di violenza e i conseguenti interventi necessari per prevenire e controllare episodi futuri.

SEEDS (Safety and efficacy of exercise for depression in seniors)

S Zanetidou*, M Morini*, P Argnani*, L Bagnoli**, D Zocchi**, M Neri***, M Amore****, G Toni*****, E Tam*****, A Fioritti*, M Menchetti*****, M Belvedere-Murri*****, R Senaldi*

* Azienda USL di Bologna, ** MMG, *** Università di Modena, **** Università di Parma, ***** Azienda USL di Reggio Emilia, ***** Università di Bologna

Indirizzo per informazioni: ten7015@fastwebnet.it

Introduzione del progetto

La depressione maggiore (DM) nell'anziano è fonte di disabilità cronica di tipo psichico e somatico, frequente nel contesto della Medicina Generale dove comporta un forte aumento dei costi assistenziali. Inoltre la DM geriatrica è resistente a molti trattamenti di prima linea, come i farmaci antidepressivi di nuova generazione. Le poche evidenze disponibili suggeriscono una potenziale efficacia antidepressiva dell'attività fisica tra i soggetti anziani caratterizzati da fragilità clinica: questo intervento viene già raccomandato come intervento di prima linea per i più giovani. Al momento infatti non si dispone di evidenze sufficienti per stabilire indicazioni cliniche

Scopi e metodologia

Lo scopo dello studio SEEDS è di valutare la fattibilità, l'efficacia antidepressiva ed i meccanismi d'azione di due protocolli basati sull'integrazione tra antidepressivo SSRI ed attività fisica. È stata sviluppata una struttura organizzativa multidisciplinare nel contesto del dipartimento di Cure Primarie e della Psichiatria di Consultazione. Pazienti di età 65-85 affetti da depressione maggiore sono stati reclutati, randomizzati e sottoposti a valutazioni ripetute psichiatriche (HDRS, HADS, GDS, CGI), geriatriche (MMSE, MOCA, IADL) e cardiologiche (consumo massimo di ossigeno, HRV).

Risultati

I risultati preliminari ottenuti da 30 pazienti mostrano che il punteggio medio baseline HDRS indicava uno stato di depressione severa, nella maggioranza dei casi cronica recidivante e già trattata con ansiolitici e antidepressivi. Dopo 4 settimane di follow up il 62.5% dei pazienti nel braccio intensivo aveva mostrato una risposta precoce, contro il 33.3% nel braccio con solo antidepressivo ($\chi^2=2.984$; $p=0.23$). Gli interventi mostravano buona aderenza e tollerabilità ed erano associati ad aumenti del consumo massimo di ossigeno.

Conclusioni

Al momento non sono rilevabili differenze statisticamente significative tra i diversi interventi, ma ciò potrebbe essere dovuto ad una insufficiente numerosità campionaria o ad una maggiore latenza dell'effetto antidepressivo. I risultati indicano comunque che il trattamento integrato tra antidepressivo ed attività fisica è praticabile a livello organizzativo, ben tollerabile ed è in grado di migliorare la capacità aerobica in pazienti anziani affetti da depressione maggiore. I dati preliminari suggeriscono che l'attività fisica potenzi l'efficacia della terapia della depressione maggiore geriatrica.