

I PROGRAMMI INTEGRATI DI INTERVENTO NELLE CASE DELLA SALUTE



2014

I Programmi integrati di intervento nelle Case della Salute

A cura di:

Clara Curcetti, Luisa Parisini

Antonio Brambilla

Responsabile Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

Regione Emilia-Romagna
Assessorato Politiche per la Salute
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
Area Governo e monitoraggio attività distrettuale
Viale Aldo Moro, 21
40137 Bologna



*La scelta di realizzare la Casa della Salute
nasce dall'idea forte
che i cittadini possano avere
una sede territoriale di riferimento
alla quale rivolgersi in ogni momento della giornata,
che rappresenti una certezza di risposta concreta, competente
e adeguata ai diversi bisogni di salute e di assistenza
La Casa della Salute rappresenta, inoltre, un contesto nel quale attuare interventi
di prevenzione e di promozione della salute*

Si ringraziano i componenti dei Gruppi di lavoro per la preziosa collaborazione.

Progetto grafico e impaginazione: Luisa Parisini

Stampa: Centro Stampa Regione Emilia-Romagna, Agosto 2014

Copia del volume può essere richiesta a:

Luisa Parisini - Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna, Viale Aldo Moro n. 21 - 40127 Bologna e-mail: lparisini@regione.emilia-romagna.it

Indice

I programmi integrati di intervento nelle Case della Salute: I documenti dei Gruppi di lavoro	5
Ø Programmi di prevenzione e di promozione della salute da attuare nella Casa della Salute	7
Ø Modalità assistenziali e organizzative integrate tra il sistema delle cure primarie e il sistema della salute mentale-dipendenze patologiche: sviluppo di una funzione di salute mentale primaria presso le Case della Salute	11
Ø La salute materno-infantile nelle Case della Salute (interventi a favore della donna, dell'infanzia e adolescenza, delle famiglie)	17
La rete dei professionisti per il cambiamento	25

I Programmi integrati di intervento nelle Case della Salute



- I documenti dei Gruppi di lavoro

PROGRAMMI DI PREVENZIONE E DI PROMOZIONE DELLA SALUTE DA ATTUARE NELLA CASA DELLA SALUTE

La Casa della salute rappresenta la struttura in cui vengono erogate le cure primarie e viene garantita la continuità assistenziale, ed inoltre un contesto nel quale realizzare interventi di prevenzione con un lavoro multidisciplinare e in team non solo dei professionisti e degli operatori, ma di tutti i cittadini.

Si pone, infatti, come sede di sviluppo di programmi partecipati di intervento, anche di promozione della salute in quanto in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme più appropriate, valorizzando la comunità locale, l'integrazione delle politiche per la salute, il coinvolgimento attivo degli operatori e delle organizzazioni dei cittadini.

In tale ottica, il Piano regionale della prevenzione per il 2013 evidenzia la necessità di sviluppare ulteriormente l'integrazione tra i servizi (sanitari, sociosanitari e sociali), soprattutto negli interventi verso il malato cronico e le fasce deboli della popolazione; in questo ambito, particolare rilievo assume l'integrazione delle attività di prevenzione nelle cure primarie, utilizzando il modello organizzativo delle case per la salute come occasione per realizzare interventi proattivi di prevenzione su gruppi di popolazione omogenei per fattori di rischio legati all'età, a stili di vita o a condizioni patologiche.

Un obiettivo ulteriore consiste nell'organizzare, in un contesto assai favorevole, programmi di prevenzione e di promozione della salute che riguardano gruppi specifici di popolazione a rischio, le persone affette da determinate patologie o con patologie croniche, ma anche l'intera popolazione, puntando a favorire e sostenere stili di vita salutari e il ricorso a interventi di prevenzione.

Il contesto unitario fornito dalla Casa della salute permette un uso integrato di competenze e di risorse professionali in grado di veicolare informazioni e messaggi semplici, finalizzati a sviluppare conoscenze e a favorire una riflessione sui cambiamenti possibili per vivere meglio e in salute (counselling), in grado di attivare processi di consapevolezza per scelte salutari responsabili.

Tipologie di intervento

Sulla base di tali presupposti, le case della salute possono favorire interventi specifici in **gruppi selezionati per età e genere** per rafforzare l'adesione ai programmi di sanità pubblica attivi, con una maggiore integrazione degli interventi proposti dai servizi di prevenzione nelle attività consolidate dei servizi delle cure primarie. In questa direzione vanno gli inviti rivolti a persone che non hanno risposto ai programmi di screening oncologici, la chiamata attiva di gruppi definiti di popolazione a determinate vaccinazioni, gli interventi per la lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare e successivo sostegno a stili di vita salutari, orientando le persone verso le opportunità offerte dal territorio e sostenendo la motivazione a mantenere i risultati raggiunti nel tempo. A tal fine, occorre che siano disponibili "mappe delle opportunità", aggiornate, per offrire ai cittadini informazioni sulla rete dei servizi, delle occasioni e delle possibilità che favoriscono il benessere e la salute nel proprio territorio.

Per realizzare e accompagnare il cambiamento occorre strutturare interventi di counselling motivazionale personalizzati, gestiti dalle équipes dei professionisti coinvolti nella casa della salute rivolti a **gruppi di popolazione omogenei per fattori di rischio e/o patologia**, cui dedicare interventi di prevenzione sia vaccinali, sia per favorire stili di vita salutari, promuovendo l'abitudine all'attività motoria, l'eliminazione del fumo, la riduzione dell'uso dell'alcol ed una alimentazione adeguata alle necessità dei pazienti ed anche sviluppando programmi di prescrizione dell'attività fisica e la realizzazione di progetti riguardanti Esercizio Fisico Adattato (EFA) e, l'Attività Fisica Adattata (AFA).

Programmi già attivi per ridurre le complicanze del diabete, dello scompenso cardiaco cronico, dell'insufficienza respiratoria, delle patologie osteoarticolari, ma anche quelli per la presa in carico del bambino sovrappeso o obeso, possono giovare di una condivisione dei saperi tra professionisti di aree diverse (sanità pubblica, cure primarie e specialistiche) al fine di assicurare gli interventi di prevenzione e migliorarne l'efficacia.

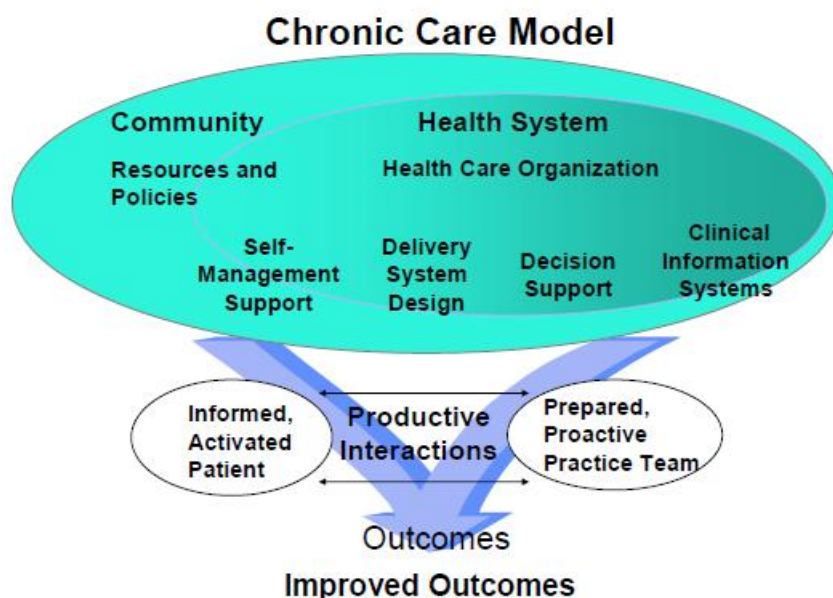
La casa della salute è il contesto ideale in cui realizzare interventi integrati rivolti a **persone fragili** quali gli anziani, i bambini e gli immigrati. L'individuazione delle persone da includere nei programmi di prevenzione delle cadute e per mitigare gli effetti delle ondate di calore, l'organizzazione e la realizzazione degli interventi conseguenti, hanno una maggior probabilità di successo nell'assetto organizzativo delle case della salute. Analoga efficacia possono avere azioni mirate su specifici gruppi, per favorire l'adesione ad interventi di profilassi e cura delle malattie infettive e ai programmi di screening e per facilitare l'adesione ad interventi, rivolti a target specifici, per ridurre gli incidenti domestici, la prevenzione delle carie e il trasporto sicuro in strada.

Promozione della salute

La casa della salute può rappresentare un contesto adeguato a catalizzare le energie della comunità verso il cambiamento e per l'attuazione di alcune iniziative previste nei progetti di comunità, nonché per la valutazione dei risultati dei progetti attivati.

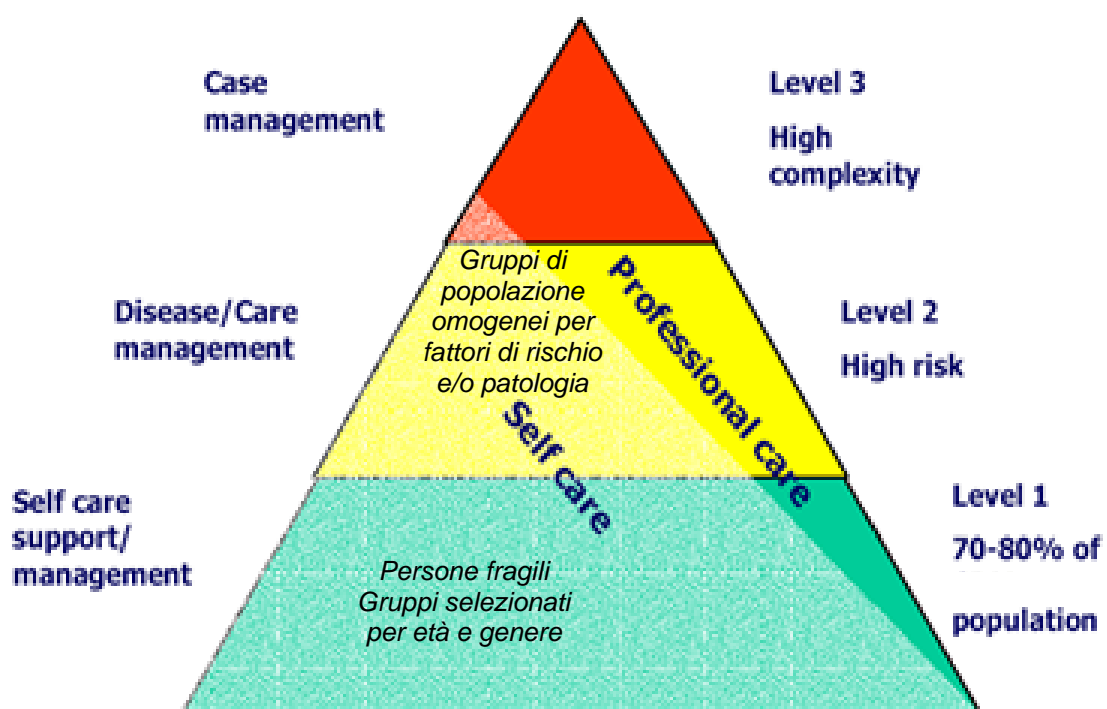
Nel merito dei programmi di promozione della salute che vedono il coinvolgimento attivo delle comunità e delle istituzioni che le rappresentano, l'Assessorato Politiche per la salute è impegnato, da alcuni anni, nello sviluppo di "Progetti di comunità" per promuovere stili di vita salutari, attraverso il contributo fattivo dei professionisti della sanità pubblica, della salute mentale e dipendenze patologiche, in diversi contesti territoriali.

In questa prospettiva può essere utile il riferimento al *chronic care model*, che introduce un approccio proattivo nei confronti delle persone, che diventano parte integrante del processo assistenziale. In tal senso, le fasi su cui si fonda il chronic care model: *risorse della comunità, organizzazioni sanitarie, sostegno all'autocura, organizzazione del team, sostegno alle decisioni*, possono essere un modello per lo sviluppo di programmi di promozione e prevenzione da attuare nel contesto delle case della salute.



Queste componenti entrano con diverso peso se si stratifica la popolazione e ci consentono di adattare, come sotto riportato, lo schema della piramide allo sviluppo dei programmi di promozione e di prevenzione della salute da attuare nelle Case della salute. Tale schema, infatti, vede alla base gli interventi sulla popolazione generale riferiti persone fragili e gruppi selezionati per età e genere, nella parte centrale gli interventi su gruppi di popolazione omogenei per fattori di rischio e/o patologia, mentre all'apice troviamo gli interventi personalizzati che non interessano direttamente il tema trattato.

Programmi di prevenzione e di promozione della salute nelle Case della Salute



Documento condiviso nell'ambito del Gruppo regionale "Modalità assistenziali e organizzative integrate tra il sistema delle cure primarie e il sistema della salute mentale-dipendenze patologiche nella Casa della Salute" costituito con Determina DG n. 4446/2014

MODALITÀ ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVE INTEGRATE TRA IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE E IL SISTEMA DELLA SALUTE MENTALE-DIPENDENZE PATOLOGICHE: SVILUPPO DI UNA FUNZIONE DI SALUTE MENTALE PRIMARIA PRESSO LE CASE DELLA SALUTE

Le Case della Salute rappresentano una opportunità per sviluppare una funzione di salute mentale primaria che attualmente viene garantita in modo generalmente frammentato tra servizi della salute mentale-dipendenze patologiche e delle cure primarie, MMG e PLS. Il sistema della salute mentale- dipendenze patologiche ha sviluppato attività sullo schema generale della psichiatria di comunità, condensando presso il Centro di Salute Mentale primo, secondo e talvolta terzo livello, stabilendo rapporti di collaborazione con i MMG ed i PLS sulla base di consultazioni secondo il modello di stepped care del Programma G. Leggieri. I servizi consultoriali a loro volta forniscono attività di valutazione e supporto a nuclei familiari o singoli cittadini, in modo spesso parallelo e non sufficientemente coordinato con i servizi della salute mentale-dipendenze patologiche. Ciò rappresenta un potenziale di inappropriatezza e di non risposte a bisogni psicosociali cui si può ovviare nella realizzazione delle Case della Salute.

La Casa della Salute, rappresentando il luogo in cui viene erogata l'assistenza primaria e viene garantita la continuità delle cure, è il punto di riferimento per tutti i cittadini, comprese le persone con problemi psicopatologici, secondo logiche di accoglienza, valutazione, orientamento e presa in carico dell'assistito. Partendo dalle esperienze ormai consolidate del Programma "G.Leggieri", è possibile ipotizzare uno sviluppo della funzione di salute mentale primaria attraverso:

- 1- attivazione di équipe di accoglienza e valutazione psicosociale
- 2- consolidamento del Programma "G.Leggieri" attraverso:
 - a. ulteriori sviluppi del modello di stepped care
 - b. presa in carico e gestione del paziente multiproblematico
- 3- promozione di stili di vita sani
- 4- attenzione alla popolazione adolescenziale.

La Casa della Salute è uno snodo fondamentale della rete di accesso per cittadini, aumentandone di fatto la prossimità ai servizi; questo nuovo assetto rende indispensabile sviluppare competenze specifiche rispetto all'analisi della domanda ed alla appropriatezza della risposta. E' a partire dall'ascolto e dalla decodifica della domanda che può svilupparsi una proposta/risposta realistica, orientata al problema e condivisa dall'utente. La fase dell'accesso rappresenta quindi un punto estremamente delicato per tutto il sistema, a garanzia della appropriatezza clinica ed organizzativa dei percorsi di salute proposti al cittadino, nonché del corretto utilizzo delle risorse.

La possibilità di accedere in modo diretto e facilitato a un primo ascolto competente risponde agli obiettivi della politica per l'accesso prevista dal Piano attuativo salute mentale (DGR 313/2009) e in particolare: "definire i punti della rete dei servizi sanitari e sociali ove il DSM-DP deve garantire al cittadino una accurata valutazione, presa in carico ed eventuale avvio al CSM", "prevedere forme di accesso ai servizi DSM-DP di tipo diretto, mediato, facilitato e urgente"; "essere attiva per le categorie che con maggiore difficoltà accedono spontaneamente al servizio".

Presso la Casa della Salute questa funzione potrà essere garantita da personale formato che, indipendentemente dalla tipologia professionale o dai servizi di appartenenza, deve possedere competenze adeguate per quanto riguarda l'ascolto, la gestione della relazione interpersonale e la riformulazione della domanda in termini di appropriatezza; deve inoltre garantire una coerenza complessiva nella risposta ai cittadini.

I professionisti della salute mentale e dipendenze patologiche, in stretta integrazione con i professionisti delle cure primarie, possono contribuire attivamente in questa prospettiva, fornendo il supporto formativo e le competenze sviluppate in questo particolare ambito, in relazione alle specifiche attività di filtro e rilettura della domanda che caratterizzano strutturalmente la fase dell'accesso ai servizi di salute mentale. In particolare va reso disponibile il know-how maturato in questo ambito dal personale infermieristico e dagli educatori del DSM-DP e la specifica competenza professionale, in termini di lettura e gestione della relazione interpersonale, degli psicologi.

Il Piano nazionale d'azione salute mentale raccomanda l'adozione di tutte le misure possibili per favorire l'integrazione dei percorsi di cura tra salute mentale e cure primarie, in quanto migliorano la qualità assistenziale, attraverso l'integrazione tra professionisti.

Questa integrazione potrà realizzarsi attraverso le seguenti linee di sviluppo:

1- ATTIVAZIONE DELLE ÈQUIPE DI ACCOGLIENZA E VALUTAZIONE PSICOSOCIALE

La Casa della Salute, con il suo portato di innovazione organizzativa e di integrazione orizzontale e verticale, può rappresentare un contesto favorevole alla soluzione di alcune criticità rilevate.

Ciò pare anche coerente con gli indirizzi della delibera regionale 291/2010 per la realizzazione delle “Case della salute”, concepite come “un assetto organizzativo, all’interno di una rete integrata di servizi, con relazioni cliniche e organizzative strutturate che mettono in relazione i Nuclei di Cure Primarie (assistenza primaria) con gli altri nodi della rete (assistenza specialistica, ospedaliera, sanità pubblica, salute mentale)” che sia in grado di offrire “accoglienza e orientamento ai servizi per tutti i cittadini, ma anche...erogare assistenza sanitaria per problemi ambulatoriali urgenti e garantire sia la gestione delle patologie croniche che il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all’ospedale”.

In ognuna delle Case della Salute opera un team multidisciplinare e multiprofessionale, secondo principi di integrazione che vanno a ridefinire le relazioni tra i vari attori (MMG, PLS, specialisti, infermieri, servizio sociale...). In questo contesto risulta pertanto facilitato l’avvio di una nuova funzione di accoglienza e valutazione psicosociale che viene a costituire un efficace completamento della gamma di risposte che il paziente trova all’interno della Case della Salute.

Varie ricerche hanno documentato come fino al 50% delle richieste rivolte ai MMG si fondino su un consistente – quando non prevalente – disagio psicologico che tuttavia nella maggior parte dei casi riceve risposte di tipo medico (ad es. prescrizioni farmacologiche o di esami clinici), là dove la risposta più appropriata sarebbe di tipo relazionale (counselling), ossia l’uso, professionale e regolato da principi, di una relazione in cui la persona è accompagnata in una migliore conoscenza, accettazione e possibile soluzione del proprio problema, nello sviluppo ottimale delle proprie risorse personali e nella crescita emozionale. Quindi nella situazione attuale è presente il doppio rischio di non ricevere nessuna risposta o riceverne una inappropriata.

L’istituzione di una èquipe che valorizzi in prima istanza la professionalità dello psicologo, ma che possa anche avvalersi di altre professioni sanitarie, potrebbe costituire un punto di accesso facilitato o mediato per tutta la comunità, per tutte quelle condizioni non chiaramente psichiatriche, che troverebbero in questo contesto un setting più appropriato.

L’èquipe potrebbe quindi garantire queste tipologie di intervento:

- accoglienza e consultazione primaria;
- counselling all’utente e ai familiari che presentano problemi psicologici e psicosociali;

- consulenza ai MMG, PLS e ad altri professionisti di ambito sanitario e sociale;
- interventi di rete, costituiti da consulenze ad operatori o partecipazione diretta all'équipe della Casa della Salute per la costruzione e il monitoraggio di specifici progetti socio-sanitari.

L'afferenza di UO dei professionisti dell'équipe dipenderà dal contesto organizzativo aziendale locale. Essa dovrà essere accompagnata da percorsi formativi che daranno la giusta enfasi al tema della interprofessionalità. E' prevedibile per altro che tale funzione più appropriata renda meno cospicuo il lavoro attualmente erogato presso i CSM ed i consultori. Essa potrà anche essere svolta o integrata non escludendo la possibilità di acquisizione di competenze dal privato accreditato, che sarà valutata in ambito territoriale.

2- CONSOLIDAMENTO DEL PROGRAMMA "G.LEGGIERI"

Il programma di collaborazione tra psichiatri e MMG, attivo sul territorio regionale da molti anni, in particolare sulla gestione dei disturbi psichiatrici comuni, realizzando percorsi di cura per livelli di gravità, secondo il modello "stepped care", trova nella Casa della Salute la sua sede elettiva, in quanto impegna il sistema di cura e quello di comunità su più fronti: continuità della relazione di cura, tempestività, specificità ed appropriatezza degli interventi, disponibilità a renderli in forma coordinata ed integrata. In tale contesto la Medicina Generale integrata con la Psichiatria rappresenta la modalità maggiormente qualificante per l'organizzazione per far fronte alla sempre più rilevante richiesta di cure, in grado di generare maggiore efficacia di cura e sostegno, favorire un uso più efficiente delle risorse, ridurre il disagio dei cittadini nel rapporto con i servizi. Il programma potrà essere consolidato e ulteriormente sviluppato tramite due azioni:

A - AVANZAMENTO DEL MODELLO DELLA STEPPED CARE

Negli anni il Programma si è andato modificando ed ampliando e si è tradotto a livello aziendale in audit, agende di psichiatri dedicate all'attività con i medici di medicina generale, diffusione di strumenti informativi e formazione congiunta sul campo, etc. Tenuto conto dell'esperienza condotta, si rende opportuno proseguire nella direzione intrapresa, rendendo maggiormente produttive le notevoli "potenzialità" insite nel necessario e più intenso raccordo professionale ed organizzativo fra MMG e Psichiatri. La presenza di programmi specifici di "collaborative care" tra Medici di Medicina Generale e Servizi di Salute Mentale, come il Programma "G.Leggieri", costituisce un fattore decisivo, infatti, per l'efficacia dei progetti di prevenzione del suicidio, come riportano le recenti Raccomandazioni, emanate dalla Regione nel 2013, per la prevenzione suicidaria nel territorio.

Esperienze locali che possono essere estese : attuazione nelle Case della Salute di una prima consultazione alla persona, su invio del MMG, sui disturbi psichiatrici minori da parte dello

psicologo (AUSL Modena); maggiore collaborazione tra professionisti NPIA (non necessariamente medici) e pediatri di libera scelta.

B - GESTIONE DEL PAZIENTE MULTIPROBLEMATICO E CRONICO

Gli studi epidemiologici che hanno investigato mortalità e salute fisica dei pazienti psichiatrici hanno evidenziato un tasso di mortalità da 2 a 3 volte maggiore rispetto alla popolazione generale e un tasso di prevalenza molto più elevato di malattie croniche (ad esempio, patologie cardiovascolari, diabete, obesità) e di fattori di rischio ad esse correlati (ipertensione, ipercolesterolemia, sovrappeso). Questi fattori spiegano circa il 60% delle morti premature non dovute a suicidio in tali pazienti. Tale quadro può essere messo in relazione a molte variabili: stili di vita scorretti, effetti metabolici della terapia psico-farmacologica, scarsa attenzione riguardo alla salute fisica da parte degli operatori dei Servizi Psichiatrici e dei pazienti stessi. Quadri analoghi, se non più preoccupanti, possono essere evidenziati nelle persone con dipendenza da sostanze (epatopatie, patologie HIV correlate ecc...).

E' indispensabile una integrazione effettiva e puntuale con i professionisti delle cure primarie nella gestione di questi pazienti nelle diverse fasi del percorso, sviluppando attività di valutazione multidisciplinare e di gestione congiunta dei piani personalizzati di trattamento ed assistenza.

E' inoltre opportuna l'attivazione di una modalità di gestione infermieristica proattiva (tra cui sistemi di recall, follow up telefonico, counselling infermieristico ambulatoriale e domiciliare, e altro) dei pazienti in carico effettuata in integrazione con i medici del NCP/CSM e altri specialisti.

I percorsi di educazione sanitaria / terapeutica, gestiti da infermieri, per singoli pazienti o target di pazienti afferenti alle cure primarie possono vedere il coinvolgimento anche di pazienti in carico ai servizi della salute mentale; ulteriormente, i professionisti delle cure primarie, con le competenze acquisite in ambito educativo, possono costituire importante riferimento per i colleghi della salute mentale rispetto all'attivazione di percorsi rivolti all'utenza specifica. Le competenze dei professionisti non medici (educatori, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica) dei servizi del DSM-DP possono essere messe in gioco in particolare nei percorsi di supporto motivazionale al cambiamento e nella promozione della salute.

La Casa della Salute inoltre rappresenta la sede dove meglio si può applicare un modello di case management (modello fortemente legato all'organizzazione della rete dei servizi) che incentra la competenza del professionista non tanto sul paziente quanto sul processo, in una logica di coordinamento orizzontale (dimissioni difficili, esordi psicotici, budget di salute e altro).

3- PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI E CONSAPEVOLI (ALCOL, FUMO, ALIMENTAZIONE, ATTIVITÀ FISICA) ANCHE PER LE PERSONE CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE

Le considerazioni riportate al punto precedente evidenziano con chiarezza come sia necessario implementare azioni sui fattori di rischio in questa popolazione. Alcune esperienze nei territori regionali evidenziano come le iniziative di promozione di stili di vita sani, già previste all'interno delle Case della salute, possano essere utilmente estese alle persone con patologie psichiatriche, anche attraverso la valorizzazione delle associazioni e dei gruppi di automutuoaiuto. Le barriere all'integrazione di queste persone nella vita sociale e collettiva impediscono a volte, infatti, di cogliere le opportunità di salute esistenti nel territorio offerte alla popolazione generale.

E' quindi necessario prevedere forme di supporto ad iniziative di automutuoaiuto e di autoorganizzazione delle persone con patologie psichiatriche, assieme alla messa a disposizione di percorsi di educazione sanitaria e alla facilitazione di accesso alle opportunità offerte alla popolazione generale come le iniziative ludico• ricreative e i gruppi di cammino.

4- DISAGIO E CONSUMO DI SOSTANZE IN ADOLESCENZA

L'adolescenza rappresenta una fase dello sviluppo con caratteristiche e bisogni specifici. Nel momento in cui l'adolescente manifesta disagio psicologico e/o comportamenti a rischio, deve incontrare un sistema in grado di decifrare il suo bisogno, interpretare la sua richiesta di aiuto e capace di proporre un progetto evolutivo, sulla base della comprensione del disagio e del rispetto dei tempi della persona.

Esistono diverse esperienze, sul territorio regionale, di creazione di spazi di ascolto/cura specifici per adolescenti e giovani adulti e per gli adulti di riferimento (Spazi giovani dei consultori familiari ed altro). In queste esperienze esiste già una integrazione tra professionisti provenienti da Sert e Consultori familiari, con una preponderanza di educatori e psicologi rispetto ai medici. Meno frequente è il coinvolgimento dei professionisti delle NPIA.

Il "Progetto adolescenza" approvato con DGR 590/2013 cui si rimanda per le specifiche, evidenzia la necessità di estendere e rendere omogenee tali esperienze sul territorio regionale, definendone i requisiti peculiari.

La Casa della Salute presenta alcuni requisiti che potrebbero rendere utile l'accoglienza di queste esperienze al suo interno: si tratta di un luogo facilmente accessibile, non connotato, ove l'integrazione tra competenze è facilitata.

LA SALUTE MATERNO-INFANTILE NELLE CASE DELLA SALUTE (INTERVENTI A FAVORE DELLA DONNA, DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA, DELLE FAMIGLIE)

La salute materno-infantile nell'ambito delle Case della Salute si ridefinisce in tre aree:

1. L' AREA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
2. L'AREA DELLA GENITORIALITÀ E DELLE FAMIGLIE
3. L'AREA DEL BENESSERE RELAZIONALE E SESSUALE E DELLA PROCREAZIONE

Le Case della Salute sono per queste aree d'intervento una opportunità unica di integrazione sia nella lettura del bisogno che nell'organizzazione della rete assistenziale specifica, sia negli interventi di promozione della salute e di individuazione delle persone a rischio che possono trarre i maggiori vantaggi da interventi preventivi specifici.

Da ciò l'importanza della presenza delle tre aree individuate e dei professionisti di riferimento nelle equipe delle Case della Salute, in particolare: assistenti sanitarie ed infermiere, educatori, fisioterapisti, ostetriche, psicologi, pediatri di libera scelta, pediatri di comunità, mediatori culturali, ginecologi/e ed urologi o andrologi e neuropsichiatri infantili; sarebbe auspicabile anche la presenza di assistenti sociali, educatori, sociologi.

Tenuto conto che le Case della Salute sono di diverse dimensioni, sulla base della programmazione territoriale, i percorsi definiti per le tre aree di riferimento (infanzia e adolescenza, genitorialità e famiglie, benessere relazionale e sessuale e della procreazione), possono essere diversi per prestazioni e servizi offerti. E' pertanto importante la presenza diffusa di una capacità di accoglienza, lettura del bisogno ed invio ai servizi della rete assistenziale sanitaria e sociale, sia preventivi che diagnostico-terapeutici, anche se non collocati nell'ambito della Casa della Salute stessa. È quindi questa funzione di punto d'accesso ai servizi, a tutta la rete dei servizi necessari, individuati sulla base dell'analisi del bisogno effettuata nel momento dell'accoglienza, che caratterizza la Casa della Salute. La formazione dell'equipe della Casa della Salute deve essere particolarmente orientata a promuovere questa funzione d'accoglienza diffusa utilizzando, per queste aree, le competenze delle assistenti sanitarie/infermiere della pediatria di comunità, le ostetriche, gli psicologi dei consultori famigliari e gli educatori della NPIA e altre figure professionali del servizio sociale ed educativo

in grado di mettere a disposizione il patrimonio di conoscenze e competenze relative all'accoglienza e all'ascolto e alle modalità d'invio ai servizi specifici della rete.

Di seguito si individuano i principali ambiti d'intervento nelle tre aree definite.

1. AREA INFANZIA E ADOLESCENZA

All'interno delle Case della Salute si vuole perseguire un'organizzazione che, a partire dalla rete dei percorsi pediatrici già esistenti e strutturati o in fase di implementazione, rafforzi sinergie e collaborazioni tra tutti gli attori e professionisti che rivestono un ruolo nella promozione della salute complessiva dei bambini.

A tal fine è opportuno, per evitare disomogeneità e disuguaglianze e garantire ai bambini/ragazzi un'assistenza qualificata, comportamenti omogenei a livello territoriale e nello stesso tempo flessibili e personalizzati, procedere seguendo tre linee di azione:

- offrire un'assistenza pediatrica accessibile a tutti
- rinforzare le reti di supporto che ruotano attorno al bambino/adolescente, come il pediatra di libera scelta che è il primo riferimento per i problemi di salute e per la possibile attivazione di consulenze e percorsi diagnostico-terapeutici
- riconoscere precocemente eventuali forme di disagio del bambino/adolescente e della sua famiglia
- programmare gli interventi di prevenzione primaria e secondaria.

La pediatria di libera scelta si integra con le altre figure professionali di area sanitaria presenti nelle Case della Salute, in particolare con le figure di area infermieristica (infermiere, ostetrica, assistente sanitaria) e con quelle sociali ove presenti, per la presa in carico del bambino. Nelle Case della Salute sede di pediatria di gruppo potranno essere sviluppare interventi di completamento diagnostico-terapeutici per necessità a media-bassa complessità e interventi di medicina d'iniziativa per la diagnosi precoce, follow-up e monitoraggio di patologie croniche.

Le attività progettuali per le quali l'integrazione e una più stretta collaborazione tra i diversi professionisti e nodi della rete della salute e benessere dell'infanzia e adolescenza aumentano la qualità delle azioni riguardano i temi:

- **l'educazione alimentare e prevenzione** del sovrappeso/obesità anche attraverso l'educazione alla implementazione dell'attività motoria e alla educazione alla vita all'aria aperta
- **la prevenzione primaria (vaccinazioni)**

- **la prevenzione degli incidenti** domestici e degli incidenti stradali nei bambini e negli adolescenti
- **il counseling sulla prevenzione delle malattie trasmissibili**
- **il counseling a gruppi di bambini e adolescenti con patologie croniche** (celiaci, diabetici,...)
- **il ruolo di coordinamento della patologia cronica** in ambito pediatrico, da affidare alla Pediatria di Comunità per la capacità di mettere in contatto i bambini e le loro famiglie con i servizi (sociale, scuola, NPIA, volontariato) e le risorse appropriate e per l'attitudine specifica maturata di lavoro in *team*
- **il progressivo sviluppo di sinergie con la pediatria di libera scelta** e nuovi processi di collaborazione per sviluppare ed implementare nella gestione delle vaccinazioni e dei PDTA delle patologie croniche
- **la tutela infanzia e adolescenza con particolare riferimento a maltrattamento e abuso**
- **la prevenzione e tutela del disagio adolescenziale.**

Il progetto adolescenza, così come definito dalla DGR 590/2013, può trovare una collocazione anche nell'ambito della Casa della Salute, se si mantengono le esigenze di accoglienza facilitata, non connotata, e con una forte integrazione professionale in grado di affrontare le tematiche complesse portate dagli adolescenti. Alcune Case della Salute possono anche essere sede di spazi giovani consultoriali o di centri adolescenza integrati dove approfondire la funzione dello Psicologo di base referente per la Medicina e Pediatria di famiglia come consulente per il riconoscimento e la presa in carico precoce delle forme di disagio dell'infanzia ed adolescenza.

a. Promozione alla salute e prevenzione primaria

Le attività legate alla prevenzione e promozione della salute ed in particolare la profilassi delle malattie infettive comprendono:

- le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate (prevenzione primaria)
- la profilassi e sorveglianza delle malattie infettive nella collettività
- l'educazione alla salute per specifici gruppi di popolazione (genitori, docenti, personale della scuola e di altre istituzioni)
- la sorveglianza degli ambienti e dell'alimentazione nelle collettività infantili.

Per mantenere l'efficacia delle coperture vaccinali attuali è necessario coniugare la prossimità dell'offerta vicino ai luoghi di vita delle persone con la qualità e la sicurezza complessiva della prestazione (formazione e aggiornamento continuo del personale, adeguate modalità di conservazione dei vaccini, accesso all'anagrafe vaccinale informatizzata, ambiente idoneo ad accogliere questo particolare target di popolazione).

La possibilità di mantenere alta la qualità dell'atto vaccinale si può realizzare con un adeguamento progressivo del sistema dell'offerta che riguardi alcune sedi e/o nuove tipologie di offerta. Questa maggiore efficienza può essere realizzata integrando i sistemi dell'offerta tra professionisti dell'area territoriale e ospedaliera, in quanto alcune attività possono essere eseguite vicendevolmente. La proposta si basa sulla costruzione di percorsi di accesso agevolati e più vicini alle necessità delle famiglie, sulla garanzia della presa in carico nel percorso vaccinale e sul miglioramento continuo della qualità nel rispetto degli equilibri tra prossimità e sostenibilità di cui si è parlato in premessa.

Il vantaggio di questa integrazione è la contaminazione di saperi tra professionisti, condividendo l'obiettivo comune delle coperture vaccinali sia in termini di diffusione della cultura di prevenzione primaria che di efficienza operativa. In tale ottica questo comporta un miglioramento della presa in carico dei bambini in situazione di vulnerabilità, tenendo conto delle capacità di ascolto, della accoglienza e orientamento per favorire la fruibilità dei servizi.

All'interno di tale cornice strategica si può prevedere anche di differenziare le sedi per target di età alle caratteristiche del territorio:

- mantenere la prossimità per le fasce di età con maggiori accessi vaccinali, con il vantaggio di avere la sede vaccinale vicino al luogo di residenza
- per le altre fasce di età, accentrare in alcune sedi con il vantaggio di aumentare l'offerta in termini di quantità di accessi settimanali, maggiore offerta pomeridiana, libertà di scelta rispetto ai luoghi di studio, lavoro dei genitori, attività ricreative e sportive
- accentramento delle vaccinazioni in alcune Case della Salute, che possono diventare il punto di riferimento per la prevenzione primaria.

Particolare attenzione va posta ad azioni di **educazione-informazione della comunità** di riferimento per ciascuna Case della Salute sulla necessità di proseguire nelle strategie di promozione delle vaccinazioni dell'infanzia per il bene della collettività.

2. AREA DELLA GENITORIALITÀ E DELLE FAMIGLIE

Quest'area necessita di una forte integrazione con gli interventi di promozione del benessere, dei centri per le famiglie, dei servizi educativi della prima infanzia, dei servizi tutela infanzia e adolescenza e degli sportelli sociali, con i servizi scolastici e la rete delle iniziative ed opportunità territoriali che insistono sul benessere della popolazione.

Alcuni specifici progetti con reti assistenziali già definite o in via di ridefinizione quali quelli relativi alle separazioni/alta conflittualità genitoriale, alla violenza domestica e violenza assistita, al maltrattamento e abuso dei minori devono essere conosciuti ed i professionisti dell'accoglienza delle Case della Salute devono essere in grado, considerata la delicatezza e complessità della tematica, di far invii corretti e appropriati.

Tenere in ampia considerazione la prospettiva dei genitori e dei bambini stessi nel costruire l'analisi e la risposta ai loro bisogni favorendo il realizzarsi di comportamenti proattivi, rappresenta un tema centrale, anche nella fase della presa in carico congiunta tra professionisti delle Case della Salute e i nodi della rete per il sostegno della genitorialità, al fine di migliorare l'appropriatezza.

Altra area di intervento riguarda famiglie che condividono problematiche specifiche con utilizzo di diverse tecniche individuali e di gruppo (counseling, gruppi psicoeducativi, gruppi di auto/mutuo aiuto,...).

Tutti i progetti dei servizi educativi 0-3 anni di trasversalità volti a promuovere un virtuoso raccordo che, nel porre al centro il benessere dei bambini e delle loro famiglie, hanno consentito di realizzare approcci multidisciplinari su problematiche determinate da bisogni ai quali offrire risposte coerenti ed integrate fanno rilevare la necessità, anche attraverso le Case della Salute, di:

- **potenziare le reciproche informazioni** tra le aree tangenziali (educativa, sociale e sanitario) promuovendo i tavoli della programmazione sociale e socio-sanitaria in stretto rapporto con l'area educativa, valorizzando così tutte le professionalità ivi operanti, In un'ottica di progettazione territoriale integrata;
- **rafforzare i reciproci saperi** prevedendo nella progettazione territoriale la trattazione di tematiche con un approccio multidisciplinare, non solo per quanto attiene le figure che formano il personale, ma anche prevedendo sempre di più platee miste di operatori delle tre aree succitate, coinvolte reciprocamente nella trattazione di temi di interesse comune;
- **prevedere programmazioni di interventi con presupposti comuni particolarmente sul tema della crescita e della genitorialità**, affinché i linguaggi e gli stili proposti ai

bambini e alle famiglie beneficino di paradigmi comuni nella modalità con cui vengono pensati e realizzati gli interventi loro rivolti;

- **fare della Casa della Salute una sede in cui esercitare l'allenamento ad alcune buone prassi** (per es. come si accoglie la coppia madre/bambino in contesti extrafamiliari e dinnanzi a particolari problematicità di cui è portatrice).

3. AREA DEL BENESSERE RELAZIONALE E SESSUALE E DELLA PROCREAZIONE

Il Consultorio Familiare è istituzionalmente chiamato a svolgere un servizio di assistenza alla famiglia, alla maternità e paternità responsabili, alla educazione alla salute sessuale e alla contraccezione, compresi i progetti rivolti ai giovani. Mantiene il suo ruolo di servizio rivolto alla salute riproduttiva, sessuale e relazionale della donna, dell'uomo, della coppia, al sostegno della genitorialità in un'ottica orientata alla salute e alla medicina di genere.

Sostiene i processi di empowerment della popolazione target e sviluppa azioni volte a contrastare il "gradiente sociale" individuando i determinanti di salute, con particolare riferimento alle fasce di popolazioni svantaggiate ed al contesto.

Il Consultorio familiare prevede attività di base o di primo livello da dislocare sul territorio nelle Case della Salute piccole/medie, e attività più complesse, di secondo livello, da erogare nelle Case della Salute grandi.

Nelle Case della Salute grandi può essere presente tutto il servizio consultoriale, compreso lo spazio giovani e lo spazio donne immigrate, con tutti i professionisti e le attività garantite; anche in questo contesto è utile lavorare su attività progettuali integrate in équipe, per individuare le specificità e le priorità locali.

La presenza di funzioni consultoriali nelle Case della Salute facilita l'accesso, in particolare a quelle quote di popolazione che, pur avendo bisogni che possono trovare risposta nel Consultorio, non vi accedono per non conoscenza del servizio o per pregiudizi sulle attività svolte.

Le attività progettuali per le quali l'integrazione e una più stretta collaborazione tra i diversi professionisti e nodi della rete, della salute e del benessere relazionale, sessuale e della procreazione, aumentano la qualità delle azioni riguardano i temi:

- promozione di scelte informate sulla contraccezione e sulla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse in particolare nelle giovani generazioni e nei gruppi di popolazione più in difficoltà, anche con interventi proattivi

- promozione del benessere relazionale e sessuale e presa in carico precoce delle disfunzioni spesso misconosciute e causa di dolore e grande disagio
- sostegno alle competenze genitoriali a partire dalla preconcezione al primo anno di vita del bambino, compresa la consulenza ed il sostegno alle coppie con problematiche di infertilità/sterilità
- prevenzione e rilevazione precoce della violenza domestica e sessuale con particolare attenzione al periodo della gravidanza e del post parto
- promozione di scelte informate sull'assistenza alla nascita, in particolare sulle modalità assistenziali in gravidanza, al momento del parto e nel puerperio, compresa le modalità di controllo del dolore nel parto e sugli stili di vita in gravidanza
- promozione dell'assistenza ostetrica alla gravidanza fisiologica nelle Case della Salute
- prevenzione e assistenza ai disturbi emozionali in gravidanza ed in puerperio, con l'individuazione precoce dei fattori di rischio
- promozione e sostegno dell'allattamento materno quale pratica di salute per la madre ed il bambino, condivisa tra tutti i professionisti della Casa della Salute
- prevenzione e diagnosi precoce dei tumori genitali femminili, in particolare promozione dell'adesione agli screening del collo dell'utero e della mammella
- percorsi integrati di promozione della salute sessuale e riproduttiva nelle donne e negli uomini con patologie psichiatriche e/o con svantaggio sociale importante
- promozione del benessere e prevenzione delle possibili patologie/fattori di rischio in climaterio e nella post menopausa, quale momento importante e significativo per scelte di salute informate correlate prevalentemente a modificazioni dello stile di vita
- percorsi per la gestione delle urgenze differite quali perdite ematiche irregolari, prolassi, dolori pelvici, sintomatologia climaterica accentuata, contraccezione, vaginiti.

La rete dei professionisti per il cambiamento



- I Gruppi di lavoro regionali

Il Gruppo regionale di promozione e prevenzione della salute nella Casa della Salute (Determina DG n. 14926/2013)

COMPONENTI :

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali:

Brambilla Antonio

Curcetti Clara

Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

Tassinari Maria Chiara

Bedeschi Emanuela

Servizio Sanità pubblica

Finarelli Alba Carola

Ferri Mila

Servizio Salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri

Aziende USL:

Bongiorni Ermanno

Azienda USL di Piacenza

Maria Rosa Salati

Azienda USL di Parma

Cammi Emilio

Riccò Daniela

Azienda USL di Reggio Emilia

Marchesi Cristina

Azienda USL di Modena

Francia Fausto

Azienda USL di Bologna

Morini Mara

Rossi Andrea

Azienda USL di Imola

Benvenuti Chiara

Azienda USL di Ferrara

Angelini Raffaella

Azienda USL di Ravenna

Salizzato Luigi

Azienda USL di Cesena

Angelini Lorena

Azienda USL di Rimini

COORDINATORI : Antonio Brambilla, Emanuela Bedeschi

GESTIONE ATTIVITÀ DEL GRUPPO: Clara Curcetti, Alba Carola Finarelli

SEGRETERIA TECNICO-ORGANIZZATIVA: Luisa Parisini

Il Gruppo regionale sulle modalità assistenziali e organizzative integrate tra il sistema delle cure primarie e il sistema della salute mentale-dipendenze patologiche nella Casa della Salute (Determina DG n. 4446/2014)

COMPONENTI :

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali:

Brambilla Antonio	
Curcetti Clara	Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
Tassinari Maria Chiara	
Bedeschi Emanuela	Servizio Sanità pubblica
Ferri Mila	
De Santis Ilaria	Servizio Salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri
Durante Marilena	

Aziende USL:

Marzullo Franco	Azienda USL di Parma
Cammi Emilio	
Riccò Daniela	Azienda USL di Reggio Emilia
Rebecchi Daniela	Azienda USL di Modena
Fioritti Angelo	
Trevisani Fausto	Azienda USL di Bologna
Morini Mara	
Benvenuti Chiara	Azienda USL di Ferrara
Stagni Maria Grazia	
Ravani Claudio	Sede di Forlì
Bianchin Marisa	Azienda USL della Romagna
Angelini Lorena	Sede di Ravenna
	Sede di Rimini

COORDINATORI : Antonio Brambilla, Mila Ferri

GESTIONE ATTIVITÀ DEL GRUPPO: Clara Curcetti

SEGRETERIA TECNICO-ORGANIZZATIVA: Luisa Parisini

Il Gruppo regionale la salute materno-infantile nelle Case della Salute (Determina DG n. 9921/2014)

COMPONENTI :

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali:

Brambilla Antonio	
Curcetti Clara	
Borsari Silvana	
Castelli Elena	Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
Bragliani Michela	
Borgini Bruna	
Dazzani Carla	
Francia Franca	
Sanza Michele	Servizio Salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri
Paladino Maria Teresa	Servizio Politiche familiari infanzia e adolescenza
Grazia Antonella	Servizio Coordinamento politiche sociali e socio educative. Programmazione e sviluppo del sistema dei servizi

Aziende USL:

Cammi Emilio		
Verrotti Carla	Azienda USL di Parma	
Riccò Daniela	Azienda USL di Reggio Emilia	
Marzi Nora	Azienda USL di Modena	
Morini Mara	Azienda USL di Bologna	
Boattini Lucio		Sede di Forlì
Farneti Massimo		Sede di Cesena
Ferretti Simonetta	Azienda USL della Romagna	Sede di Ravenna
Maffia Russo Maria		Sede di Rimini
Tassinari Maria Chiara	Esperta sul sistema di cure distrettuali	

COORDINATORE: Antonio Brambilla

GESTIONE ATTIVITÀ DEL GRUPPO: Clara Curcetti, Silvana Borsari

SEGRETERIA TECNICO-ORGANIZZATIVA: Luisa Parisini