

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Emilia-Romagna

BOLLETTINO UFFICIALE

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA REGIONE - VIALE ALDO MORO 52 - BOLOGNA

Parte seconda - N. 62

Euro 0,82

Anno 40

5 maggio 2009

N. 83

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 aprile 2009,
n. 427

**Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR
2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure
primarie attraverso lo sviluppo delle professioni
sanitarie assistenziali**

DELIBERAZIONI REGIONALI

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 aprile 2009, n. 427

Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Considerato che il Piano sanitario nazionale 2006-2008, approvato con DPR 7/4/2006, considera prioritario lo sviluppo delle cure primarie, che rappresentano la risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, secondo il modello di integrazione tra i diversi professionisti sanitari del territorio;

Richiamato il Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010, approvato con deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 175 del 22 maggio 2008, che:

- conferma e rafforza i processi di un sistema sempre più orientato alle diverse necessità assistenziali ed alle aspettative dei cittadini, al fine di garantire servizi caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, tempestività ed efficacia;
- individua nel Dipartimento di Cure primarie il luogo di organizzazione e gestione del processo di produzione ed erogazione dei servizi di assistenza primaria al fine di garantire al cittadino una risposta ai propri bisogni di salute secondo criteri di unitarietà del processo di cura assumendo così una connotazione anche di natura preventiva e riabilitativa;
- garantisce alle persone affette da patologie croniche, alle persone con disabilità gravi e alle persone alla fine della vita un percorso assistenziale integrato attraverso la presa in carico e mantenendo nel tempo la continuità assistenziale e di cura;
- prevede che lo sviluppo delle cure primarie avvenga anche attraverso un'ulteriore crescita di tutte le professionalità, con particolare riferimento alle professioni sanitarie assistenziali, al fine di consolidare una modalità organizzativa-funzionale basata sulla responsabilità professionale, correlata al bisogno assistenziale prevalente nelle diverse fasi del processo di cura;
- rinvia a specifici provvedimenti regionali l'organizzazione e le funzioni delle figure professionali sanitarie assistenziali che operano nei Dipartimenti di cure primarie;

richiamata la L.R. 29/04 e successive modificazioni, che definisce i principi ed i criteri generali di organizzazione e di funzionamento del Servizio Sanitario regionale delineando nuovi assetti organizzativi e nuove relazioni;

vista la propria deliberazione 2011/07, di approvazione della "Direttiva alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale, di cui all'art. 3, comma 4, della L.R. 29/04: indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di Cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche e di sanità pubblica";

atteso che tale direttiva prevede che le modalità assistenziali devono tendere ad uno sviluppo integrato delle professionalità attraverso la costruzione di un sistema di relazioni e di un quadro organizzativo che, partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, sappia valorizzare il contributo dei diversi professionisti, integrando competenze, conoscenze e abilità specifiche, giungendo a modelli organizzativi sempre più aderenti ai bisogni dei cittadini;

vista la propria deliberazione 602/08 di approvazione delle linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del SSR per l'anno 2008, che rimanda ad un successivo documento regionale l'emanazione di indicazioni per lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali nei Dipartimenti di Cure primarie;

considerato che in attuazione dei suddetti provvedimenti di programmazione regionale è stato predisposto il documento "Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali";

ritenuto pertanto di dover approvare, il documento "Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali", parte integrante della presente deliberazione;

rilevato inoltre necessario supportare le Aziende USL nell'implementazione dei modelli assistenziali ed organizzativi descritti, sarà costituito, con successivo atto formale del Dirigente competente per materia, un gruppo di lavoro regionale;

vista la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008, "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/08. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/07";

dato atto del parere allegato;

su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute, Giovanni Bissoni;

a voti unanimi e palesi, delibera:

1) di approvare le "Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali", in allegato quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

2) di pubblicare il presente atto, comprensivo dell'allegato, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna.

(segue allegato fotografato)

Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali

INDICE

1 NUOVI SCENARI DI SVILUPPO	4
2 LA PATOLOGIA CRONICA E I NUOVI MODELLI DI GESTIONE.....	5
3 I CONTESTI ASSISTENZIALI NELLE CURE PRIMARIE.....	7
4 LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA NELLE CURE PRIMARIE	7
4.1. assistenza infermieristica nei nuclei di cure primarie.....	9
4.1.1 Attività di assistenza diretta	10
4.2. assistenza riabilitativa nei nuclei di cure primarie	11
4.2.1 Attività di assistenza diretta	12
4.3. assistenza ostetrica nelle cure primarie	13
4.3.1 Attività di assistenza diretta.....	13
5 L'ASSISTENZA NELLE RESIDENZE	14
5.1 l'assistenza infermieristica.....	15
5.2 l'assistenza riabilitativa	17
6. LE ESPERIENZE.....	18
6.1 le esperienze di assistenza infermieristica.....	18
6.1.1 Le esperienze nelle Aziende USL.....	21
6.2 le esperienze di assistenza riabilitativa.....	25
6.2.1 Le esperienze nelle Aziende USL.....	27
6.3 le esperienze di assistenza ostetrica.....	29
6.3.1 Le esperienze nelle Aziende USL.....	30
BIBLIOGRAFIA	32
normativa regionale di riferimento.....	32

1 NUOVI SCENARI DI SVILUPPO

Il progresso culturale e scientifico della medicina e i continui apporti forniti dallo sviluppo tecnologico in campo sanitario, hanno ampliato l'ambito d'azione dei servizi sanitari e apportato notevoli benefici alla sopravvivenza e alla salute individuale e collettiva.

Parallelamente, a questo fenomeno si è accompagnato un costante mutamento della prevalenza e della tipologia delle malattie e, di conseguenza, un cambiamento sostanziale dei bisogni di salute espressi dalla popolazione. In questo contesto va aggiunto che i cittadini, fruitori dei servizi sanitari, rivendicano con sempre più forza il diritto di essere protagonisti attivi nei processi assistenziali e di poter esercitare la propria autonomia attraverso una scelta consapevole correlata alla qualità delle cure e alla tempestività delle risposte.

La profonda trasformazione degli ospedali divenuti sempre più specialistici, con un netto orientamento verso l'intensività tecnologica delle cure, la necessità di governo della spesa sanitaria pubblica, l'utilizzo a volte inadeguato delle risorse del sistema impongono una revisione e reinterpretazione delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria.

In tale situazione, i sistemi sanitari vengono costantemente sollecitati a ricercare modelli organizzativi e assistenziali appropriati, oltre che efficaci ed efficienti, allo scopo di migliorare la gestione della risposta ai bisogni sanitari e sociali della popolazione attraverso l'individuazione di un sistema di organizzazione dell'assistenza, di uso razionale delle risorse e di formazione e sviluppo delle professioni sanitarie centrato sulla popolazione e sui bisogni che esprime.

Si è così avviato un processo di cambiamento organizzativo e culturale, che considera in primo luogo la capacità dei servizi e dei professionisti di erogare risposte fra loro integrate e orientate a porre l'assistito e la sua famiglia al centro del progetto di cura e di assistenza.

In tale contesto si collocano le cure primarie, che rappresentano il primo livello di risposta alla domanda dei cittadini e delle comunità, e che si prefiggono l'obiettivo di avvicinare il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove la popolazione vive e lavora.

Ovunque in Europa sono in atto processi di rafforzamento dell'assistenza territoriale che richiedono cambiamenti del sistema sanitario per garantire ai professionisti (medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, ostetriche ecc) la situazione più idonea ad assumere la responsabilità della salute delle persone che assistono.

Le politiche sanitarie devono pertanto prepararsi ad affrontare nuove sfide per soddisfare una crescente domanda di assistenza di natura diversa da quella tradizionale e nuove modalità di erogazione delle cure basate sulla continuità, sulla multiprofessionalità e intersectorialità e sulla sistematicità dei rapporti con i cittadini e con le loro aspettative.

In questo contesto la sfida maggiore è rappresentata dalle malattie cronico-degenerative che determinano bisogni sempre più complessi e che richiedono interventi differenziati. Interventi in

cui le modalità assistenziali non possono che tendere ad uno sviluppo integrato delle professionalità attraverso la costruzione di un sistema di relazioni cliniche, assistenziali ed organizzative che partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, sappiano: valorizzare il contributo dei diversi professionisti, integrare competenze, conoscenze e abilità specifiche, pervenire a modelli organizzativi sempre più aderenti alle esigenze espresse e/o latenti.

E' ormai anacronistico e poco efficace un approccio assistenziale frammentato, basato sulla mera risposta prestazionale, scollegato dalla dimensione di vita e di relazione del soggetto assistito. E' certamente più coerente una strategia assistenziale ricca di valenze terapeutiche e che preveda l'attivazione di una rete professionale e approcci globali ed integrati ai problemi della persona.

Nell'ambito delle cure dedicate ai pazienti con patologie croniche, il bisogno che maggiormente viene rappresentato è infatti quello della presa in carico globale che sia anche capace di creare un ambiente terapeutico, di seguire nel tempo i problemi, di garantire la continuità tra ospedale e territorio.

E' ampiamente dimostrato che un ambiente in cui si effettua, oltre agli interventi tecnici, la presa in carico della persona e viene mantenuto il coinvolgimento dei familiari, utilizzando contestualmente il passaggio delle informazioni, migliora gli esiti della cura.

Appare pertanto opportuno sviluppare un modello organizzativo basato sulla correlazione tra responsabilità professionale e bisogno assistenziale prevalente nelle diverse fasi del processo di cura, facendo riferimento ai nuovi orientamenti di gestione della malattia cronica.

Questo nuovo orientamento gestionale rappresenta un'indubbia e importante opportunità per riconoscere, valutare e validare definitivamente nuovi ruoli e responsabilità professionali.

In particolare nell'area delle Cure Primarie valorizzare il contributo dei professionisti sanitari assistenziali, può significare il realizzarsi di un importante e sicuro investimento per il successo di politiche e strategie di assistenza capaci di rispondere ai bisogni emergenti e alle necessità della popolazione.

La letteratura evidenzia che molti passi in avanti sono già stati compiuti in tal senso e che si moltiplicano le strutture assistenziali, specie quelle di ambito territoriale, in cui il tradizionale ruolo affidato agli operatori sanitari, oltre ad essersi evoluto, ha sviluppato nuove modalità operative e gestionali basate su autonomia e maggiore responsabilizzazione nel processo di cura dell'assistito.

2 LA PATOLOGIA CRONICA E I NUOVI MODELLI DI GESTIONE

Le malattie croniche hanno un impatto significativo sulla qualità di vita delle persone e di conseguenza sulla pianificazione e gestione delle attività socio-sanitarie.

In Italia, secondo i più recenti dati ISTAT¹, la percentuale di cittadini affetti da patologie croniche è in crescita e arriva a toccare il 36,6% della popolazione; se si prende in considerazione solo la popolazione anziana, si rileva che la cronicità colpisce l'80,7% del totale pur non dimenticando i giovani sotto i 24 anni che rappresentano il 9,9% della popolazione considerata.

La malattia cronica rappresenta una condizione che non trova più nella clinica l'unica risposta; essa infatti è caratterizzata da problemi di natura diversa che interessano in eguale misura il portatore della patologia e chi lo circonda. Nella malattia cronica intervengono molteplici fattori che svolgono un ruolo significativo nelle sue diverse fasi ed il cui controllo non può che essere affidato al paziente reso capace di autodeterminarsi.

L'orientamento alla centralità e all'autodeterminazione dell'assistito presuppone un approccio assistenziale e un'organizzazione che consideri l'assistito e la famiglia, non solo quali protagonisti attivi dei processi assistenziali, ma anche come soggetti che devono essere sostenuti ed orientati nell'acquisizione delle competenze necessarie alla gestione e al controllo della malattia.

Da ciò deriva la necessità di sviluppare una struttura d'equipe integrata, a sua volta opportunamente sostenuta nei percorsi assistenziali da linee-guida "evidence based" e dall'utilizzo di sistemi informativi a supporto delle decisioni e per la pianificazione degli interventi. Per affrontare le nuove sfide, quali quella della cura dei pazienti cronici, è indispensabile pertanto individuare, nell'ambito delle cure primarie, nuovi paradigmi organizzativi, assistenziali e gestionali.

Se il paradigma della *medicina di attesa* caratterizza il trattamento delle malattie acute (attesa di un evento su cui si deve intervenire per la risoluzione di un problema), il paradigma della *medicina di iniziativa* meglio si adatta alla gestione delle malattie croniche, dove l'assistenza è in gran parte "estensiva", caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine ed in cui il valore aggiunto è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizi ed utenti e tra i professionisti e l'assistito. Naturalmente la medicina di iniziativa non riguarda solo le malattie croniche, ma include altri campi delle attività distrettuali, dalle vaccinazioni agli screening alle attività consultoriali di cui sono prova le esperienze e le proposte che si stanno sviluppando nei riguardi di forme nuove di gestione delle cure primarie. Queste si basano sui principi di centralità del paziente e di proattività anche con il coinvolgimento dei servizi di sanità pubblica.

L'essenza quindi dei modelli che si stanno diffondendo per la gestione delle malattie croniche, e che dovranno essere riferimento per i diversi professionisti, è l'interazione che dovrà essere sempre presente tra l'équipe curante e l'assistito (o la famiglia) che deve diventare **attivo, informato, preparato e proattivo**.

¹ VII Rapporto sulle Politiche della Cronicità - Coordinamento nazionale Associazioni Malati Cronici - Cittadinanzattiva - 2007 dati 2006

In questa logica le cure primarie sono la sede naturale per applicare modelli che permettano il miglioramento della qualità dell'assistenza. Ciò attraverso risposte appropriate alla complessità e alle criticità assistenziali dei cittadini affetti da malattie croniche e/o in generale in condizioni di fragilità. In tale prospettiva trovano spazio di sviluppo e di maggiori responsabilità le professioni sanitarie (in particolare infermieristica, ostetrica e riabilitativa in quanto maggiormente coinvolte nelle cure primarie) che, con incidenza diversa, attuano la loro funzione nei diversi setting assistenziali.

3 I CONTESTI ASSISTENZIALI NELLE CURE PRIMARIE

Infermieri, fisioterapisti/professionisti della riabilitazione ed ostetriche, nell'ambito delle cure primarie, attraverso apporti diversi derivanti dallo specifico professionale, svolgono il loro ruolo in contesti diversi quali:

- ✓ **i Nuclei di Cure Primarie**, nel cui ambito trovano radicamento e sviluppo i programmi di accesso e accoglienza alle Cure, i programmi di continuità ed integrazione ospedale e territorio, i programmi di Assistenza Domiciliare ivi compresi quelli inerenti la terminalità di vita e la palliazione. Inoltre dovranno essere sviluppati programmi di **assistenza alla Comunità e programmi di attività ambulatoriale**, che potranno comunque essere previsti sia nei nuclei che a **livello dipartimentale**,
- ✓ **i consultori**,
- ✓ **le strutture residenziali**.

In questi ambiti dovranno essere sviluppate le funzioni e le responsabilità dei diversi professionisti, nella logica descritta nel presente documento, attraverso ipotesi progettuali aderenti alle caratteristiche dei diversi contesti aziendali.

4 LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA NELLE CURE PRIMARIE

Nella realtà regionale i nuclei di cure primarie sono le unità organizzative di base del sistema delle cure primarie e costituiscono il luogo privilegiato per l'accesso, la continuità assistenziale, l'integrazione delle attività territoriali e di governo clinico in relazione agli obiettivi di salute. I Nuclei di cure primarie, pertanto, comprendono le attività di accesso e di accoglienza, l'educazione, il monitoraggio delle patologie croniche nei singoli o nei gruppi e l'assistenza domiciliare.

I contenuti scientifici delle diverse professioni sanitarie si riferiscono sia ai temi più specifici delle malattie sia ai problemi che esse determinano sulle persone; tali contenuti di conseguenza rendono i professionisti capaci di fornire un contributo specifico nei modelli di gestione della malattia cronica all'interno delle cure primarie.

In alcuni Paesi europei i cambiamenti organizzativi nelle cure primarie hanno riguardato principalmente lo sviluppo del ruolo e delle competenze dei diversi professionisti della riabilitazione, delle ostetriche, ma soprattutto degli infermieri. Questi ultimi sono i professionisti numericamente più consistenti e più vicini, per la loro natura professionale, ai più generali bisogni dei singoli e della popolazione come dimostrano, anche nella nostra realtà regionale, i dati sulle cure domiciliari e sull'assistenza residenziale.

In letteratura gli esempi di nuovi modelli organizzativi si riferiscono ad interventi del team delle cure primarie che agisce con modalità diverse secondo il livello di rischio, il bisogno e la complessità. I maggiori fruitori di questa modalità assistenziale sono pazienti con patologie croniche quali ad esempio: diabete, scompenso cardiaco, ipertensione, ecc.. .

Ad un livello di rischio basso corrispondono interventi di supporto all'autocura (self management) e in tal caso gli interventi possono essere svolti dai singoli professionisti o dall'equipe, secondo un programma definito nei nuclei di cure primarie, per pazienti singoli o in gruppo o attraverso l'organizzazione di gruppi di autoaiuto.

A livelli di maggiore rischio corrispondono interventi integrati dei diversi professionisti per la gestione della malattia (*disease management*) e/o l'individuazione di una figura che garantisca il raccordo tra i diversi professionisti e quindi una reale continuità assistenziale (*case management*).

Pertanto per i pazienti cronici, con scarso controllo della malattia, la modalità di intervento più efficace dei professionisti è il ***disease management***, dove medici, infermieri, fisioterapisti (supportati quando necessario da specialisti), intervengono integrandosi nella gestione della malattia.

Per i pazienti con elevata complessità assistenziale, con elevato rischio di perdita dell'autosufficienza e di ricoveri ripetuti e istituzionalizzazione, le evidenze dimostrano che ***il case management*** può promuovere una migliore qualità delle cure, con conseguente miglioramento della qualità della vita, attraverso il coordinamento degli interventi, l'integrazione dei diversi apporti professionali e la garanzia della continuità assistenziale in tutte le fasi del progetto di cura.

Gli interventi rivolti a gruppi di pazienti o alla comunità per il supporto e il buon controllo della malattia, possono essere, pertanto, agiti in modo trasversale nei diversi setting assistenziali sia attraverso interventi di tipo intra o inter professionale, sia agendo il ruolo di "case manager" per il singolo assistito.

L'infermiere, per le sue caratteristiche professionali sia generali che specifiche, appare il professionista sanitario più idoneo ad esercitare il ruolo di case manager per gli assistiti per i quali è fondamentale una visione assistenziale olistica e globale. Per gli assistiti che presentano bisogni che richiedono una risposta **specific**a potranno essere invece individuati, per la

funzione di case manager, professionisti con le competenze peculiari necessarie (ad esempio i fisioterapisti) per rispondere a quella determinata tipologia di bisogni.

Tali peculiarità dell'assistenza primaria inducono a ritenere che i diversi professionisti possano esprimere competenze come di seguito riportato.

Competenze dell'infermiere	Competenze dei professionisti della riabilitazione	Competenze dell'ostetrica
<ul style="list-style-type: none"> - prevenzione e promozione della salute, - valutazione, identificazione e decodifica dei bisogni degli assistiti anche per l'attivazione delle ulteriori professionalità necessarie, - assistenza diretta comprensiva della gestione dei disturbi cognitivi e del rischio derivante dalle condizioni di lunga assistenza, soprattutto di tipo complesso, - individuazione e valorizzazione delle risorse e delle capacità dell'assistito e dei care givers, - assistenza nella terminalità di vita (cure palliative), - educazione terapeutica orientata a supportare l'autoassistenza per il mantenimento dell'autosufficienza, rivolta al paziente e alla sua famiglia al fine di garantire il coinvolgimento attivo dei soggetti nel processo assistenziale e favorire il lavoro di cura della famiglia, - coordinamento e gestione dei casi, - comunicazione e utilizzo di modalità di lavoro integrate e di partnership, - utilizzo dei dati epidemiologici a supporto delle decisioni proprie e dell'equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> - prevenzione e promozione della salute, - valutazione funzionale per l'elaborazione del piano di trattamento, - individuazione e valorizzazione delle risorse e delle capacità dell'assistito e dei care givers, - educazione del paziente e della famiglia al fine di garantire il coinvolgimento attivo dei soggetti nel processo terapeutico e favorire il lavoro di cura della famiglia, - esercizio della funzione di consulenza verso i pazienti e i professionisti per la ridefinizione dei setting riabilitativi, delle valutazioni abitative e dell'utilizzo gestione e sperimentazione degli ausili, - utilizzo di modalità di lavoro integrate e flessibili. 	<ul style="list-style-type: none"> - prevenzione e promozione della salute, - valutazione della domanda, orientamento dei bisogni e presa in carico, - educazione alla salute, di prevenzione e/o promozione delle attività di screening e delle patologie croniche, - valutazione dei cambiamenti demografici e culturali della comunità al fine di saper accogliere, orientare e prendere in carico le donne straniere e i loro bambini, - counseling, - assistenza diretta per la gestione della gravidanza a basso rischio, - utilizzo delle modalità di lavoro integrate e flessibili.

4.1. ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEI NUCLEI DI CURE PRIMARIE

Nei nuclei di cure primarie (NCP) la funzione infermieristica dovrà prevedere le seguenti attività:

Attività generali di supporto al funzionamento del nucleo:

- partecipazione attiva alla definizione degli obiettivi del nucleo, alla programmazione, al monitoraggio e alla valutazione dei progetti assistenziali e dei livelli di integrazione interprofessionale anche ai fini della rivalutazione delle risorse assegnate;
- partecipazione attiva, sin dalla definizione, ai percorsi di cura integrati con l'ospedale e i servizi sociali, attraverso il lavoro d'insieme con le diverse professionalità che collaborano all'interno dei NCP su progetti specifici garantendo così la continuità assistenziale;
- utilizzo di un sistema informativo che permetta l'elaborazione e l'analisi dei dati relativi alla popolazione del nucleo per valutarne i bisogni e definire i relativi interventi sanitari.

Attività per garantire l'accesso e l'accoglienza alle cure

Tali attività si possono identificare come funzioni di filtro all'accesso alle cure che permettono di:

- valutare, decodificare il bisogno, individuare le risposte più adeguate;
- indirizzare, orientare la domanda, fornendo al cittadino le informazioni, la consulenza necessaria, ovvero il collegamento diretto al servizio richiesto;

- attivare i percorsi assistenziali;
- fornire supporto e consulenza agli assistiti e alle loro famiglie;
- costituire riferimento per gli operatori della rete dei servizi territoriali e dell'ospedale.

La funzione di accesso necessita di elevate capacità di relazione e mediazione al fine di conciliare i bisogni dei singoli con i bisogni di molti, di contemperare la richiesta di qualità con i criteri di efficacia e di efficienza, di trovare un punto di equilibrio tra la standardizzazione e l'individualizzazione, di articolare abilità e competenze specialistiche con abilità e competenze generaliste, di conciliare il bisogno di integrazione con i confini derivanti dal campo proprio di attività, di negoziare tra gli assistiti e le famiglie, di valutare e gestire le richieste conseguenti all'aumento continuo dei bisogni correlandoli con la limitatezza delle risorse.

E' richiesta inoltre la capacità di leggere rapidamente il contesto clinico o socio-assistenziale, di identificare gli aspetti anche non routinari e standardizzabili dell'assistenza, di porre in essere le abilità necessarie a sostenere una comunicazione a distanza mediata dalle tecnologie e di sviluppare una relazione adatta al contesto.

Le evidenze in letteratura confermano sia la necessità di mediazione tra la lettura dei bisogni e il conseguente corretto utilizzo dei servizi offerti, sia la scelta della professionalità dell'infermiere per svolgere questo ruolo.

La gestione dell'accesso già presente nei Distretti del territorio regionale (Punto Unico d'Accesso alle Cure Domiciliari), presupposto per lo sviluppo delle cure domiciliari, deve essere oggi ulteriormente sviluppata, con tutte le attività descritte, in quanto punto strategico delle cure primarie. La gestione dell'accesso deve, pertanto, diventare area di sperimentazione di modelli più evoluti, che non riguarderanno più solo l'assistenza domiciliare, ma anche l'accesso alle cure primarie generalmente intese, alle strutture residenziali e agli hospice.

4.1.1 Attività di assistenza diretta

L'esperienza maturata dagli infermieri della Regione Emilia-Romagna nei processi di assistenza domiciliare, ha permesso loro di acquisire una significativa visibilità e autorevolezza, sia sotto il profilo delle competenze gestionali, sia sotto il profilo delle competenze clinico assistenziali che, con l'evoluzione delle cure primarie, dovranno ridefinirsi sviluppando maggiormente gli interventi di self care, disease e case management.

Relativamente ai programmi rivolti alla comunità, l'intervento infermieristico per gli assistiti a basso rischio, consiste nella messa in atto di attività pianificate dall'equipe dei NCP e finalizzate a far sì che l'assistito assuma un ruolo centrale nella gestione della propria patologia - **self-management** - (autocura). L'infermiere quindi dovrà essere in grado sia di trasferire informazioni a sostegno del processo di autocura, sia di sostenere l'assistito nell'acquisizione

delle abilità necessarie per ridurre e/o migliorare i problemi quotidiani derivanti della cronicità, quali ad esempio: il controllo dell'alimentazione, la gestione delle condizioni di acuzie, la gestione della terapia farmacologia, lo sviluppo di stili di vita adeguati. L'infermiere dovrà inoltre essere capace di fornire le indicazioni utili per accedere ai diversi servizi e per trovare e utilizzare le giuste informazioni. È fondamentale in interventi assistenziali di questo tipo dare al paziente e alla famiglia la certezza di punti di riferimento precisi all'interno dell'equipe che potranno essere contattati in caso di necessità.

Parimenti dovranno essere ridefinite e maggiormente sviluppate le attività infermieristiche svolte a livello ambulatoriale, sia per giungere ad un maggiore allineamento con quanto avviene in alcuni Paesi europei, sia in considerazione del fatto che anche in Italia sono in fase di rivalutazione numerosi trattamenti nell'ambito dei quali contenere l'esclusivo intervento medico può risultare parziale. Riguardo a tali trattamenti è invece possibile implementare l'intervento infermieristico che può anche assumere una valenza globale e determinare una specifica e diretta presa in carico.

In questa logica gli ambulatori infermieristici possono diventare non solo ambiti di sperimentazione, ma anche di sviluppo delle abilità/competenze peculiari degli infermieri.

In particolare, l'infermiere sarà responsabile di gruppi di pazienti ai quali assicurare incontri periodici di follow-up e con i quali progettare e pianificare l'assistenza, utilizzando protocolli e percorsi condivisi con l'equipe assistenziale. L'obiettivo è quello di prendere tempestivamente in carico i pazienti a rischio per evitare complicanze e una rapida evoluzione della malattia.

Numerosi studi rilevano una maggiore compliance nei pazienti affetti da patologie croniche - quali ad esempio diabete, scompenso cardiaco, ipertensione - quando sono seguiti dagli infermieri e diverse revisioni mettono in evidenza che le visite e il monitoraggio effettuati da infermieri possono migliorare i comportamenti e i risultati sugli assistiti. Studi e revisioni dimostrano che gli infermieri possono effettuare attività normalmente svolte dal medico se sono disponibili protocolli di gestione dettagliati e condivisi.

Anche per quanto riguarda la funzione di Case Manager, così come evidenziato in precedenza, l'infermiere potrà assumere la responsabilità di gruppi di pazienti particolarmente complessi con lo scopo di coordinare gli interventi sviluppando la sua attività, sia in ambito domiciliare sia in ambito ambulatoriale.

4.2. ASSISTENZA RIABILITATIVA NEI NUCLEI DI CURE PRIMARIE

Come già evidenziato, anche nell'area della riabilitazione la tipologia prevalente, ma non esclusiva di bisogno, è costituita dalla patologia cronico degenerativa, dove l'obiettivo non può

essere il recupero funzionale ma il rallentamento della regressione, attraverso interventi di prevenzione del decadimento e la valorizzazione delle abilità residue.

Il criterio dell'intensità assistenziale, è utilmente esteso anche all'assistenza riabilitativa, dove il bisogno dell'utente è adottato come criterio guida per definire tipologie e caratteristiche delle risorse riabilitative da erogare e per la valutazione dell'appropriatezza delle attività erogate. I modelli operativi possono così differenziarsi in base alla complessità del bisogno riabilitativo, che può intrecciarsi in combinazioni diverse con il bisogno clinico e assistenziale. Così, nello stesso soggetto possono coesistere un bisogno assistenziale complesso e un bisogno riabilitativo semplice, quando, per esempio, è sufficiente una modificazione ambientale o un ausilio suggeriti dal fisioterapista per modificare il livello di autonomia della persona.

L'area di intervento specifica è quella del soggetto con disabilità. Tale impostazione, però, richiede ulteriori specificazioni, in quanto vi possono essere situazioni di disabilità con diversi livelli di modificabilità; inoltre, gli interventi possono avere un contenuto prettamente tecnico, o, invece, rivolgersi al contesto di vita della persona, per analizzarne ed eventualmente modificarne in senso funzionale le caratteristiche ambientali, o le attività. Si possono pertanto distinguere due livelli di bisogno riabilitativo: quello complesso e quello semplice. Il primo, quello complesso, prevede l'elaborazione in team di un progetto riabilitativo individuale e l'intervento di diversi professionisti della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale) coordinati dal medico specialista. Il bisogno riabilitativo semplice, invece, trova risposta in un sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali destinati alla gestione riabilitativa di disabilità lievi, alla continuità assistenziale post degenza e alla gestione della cronicità. In tal caso il team di riferimento corrisponde al Nucleo di Cure Primarie (MMG, Infermiere, Ostetrica, Fisioterapista, Operatori socio sanitari).

4.2.1 Attività di assistenza diretta

Così come sottolineato in precedenza, anche la figura del fisioterapista ha acquisito delle competenze altamente qualificate, che consentono una maggiore assunzione di responsabilità nella gestione dei casi, nella predisposizione dei percorsi organizzativi e nel contributo all'educazione terapeutica. Parallelamente, appare evidente che la riabilitazione non può più limitarsi alla somministrazione di tecniche e prestazioni specialistiche, ma deve tener conto del ruolo sempre più attivo del soggetto disabile, non più solo paziente, ma protagonista del proprio progetto di vita.

Va così delineandosi, un approccio che non si limita al trattamento riabilitativo tradizionale, ma si traduce in una modalità assistenziale rivolta alla presa in carico per il recupero delle potenzialità della persona.

In tale ambito, le principali funzioni del fisioterapista, che possono essere espresse al meglio in un contesto territoriale, valorizzandone la responsabilità professionale, sono quella educativa e di consulenza. La funzione educativa, svolta nei confronti del paziente e della sua famiglia, permette il coinvolgimento attivo dei soggetti nel processo terapeutico e favorisce il lavoro di cura della famiglia. Un esempio è la sperimentazione, attualmente in corso in Regione, di un programma di prevenzione delle cadute nell'anziano.

La funzione di consulenza consente di diventare punto di riferimento per la ridefinizione dei setting riabilitativi, le valutazioni abitative e l'utilizzo, la gestione e la sperimentazione degli ausili. La consulenza può anche essere rivolta agli altri operatori che interagiscono con l'assistito, al fine di facilitare, in senso ergonomico, l'espletamento delle usuali attività assistenziali.

4.3. ASSISTENZA OSTETRICA NELLE CURE PRIMARIE

L'assistenza ostetrica può costituire una cornice privilegiata per offrire un percorso di continuità, attraverso interventi coerenti e appropriati che riguardano la donna, in tutte le fasi della sua vita, e il suo bambino.

Il campo di attività è orientato, proprio per lo specifico professionale, più alla prevenzione e alla realizzazione di progetti e percorsi assistenziali a termine, che ad attività legate alla cronicità, distinguendosi così, come già evidenziato, dalle altre figure professionali prese in esame nell'ambito delle cure primarie. Tuttavia in questi anni sono maturate diverse esperienze, anche nell'ambito delle cure a medio e lungo termine, per rispondere ai bisogni esplicitati dalle donne e/o dalle coppie in specifici momenti della vita.

Nelle cure primarie, l'ostetrica, svolge prioritariamente la sua attività all'interno dei consultori, articolazione organizzativa dei dipartimenti di cure primarie, la cui attività si integra con quella dei nuclei di cure primarie proprio attraverso la figura dell'ostetrica che collabora per la realizzazione di progetti e percorsi assistenziali specifici, concordati sulla base dei bisogni emergenti in ogni specifico nucleo.

4.3.1 Attività di assistenza diretta

Così come per le altre figure professionali, le modificazioni avvenute, negli ultimi anni, in ambito normativo e formativo, in parte accompagnate da modificazioni organizzative, hanno reso possibile lo sviluppo ulteriore della professione ostetrica, anche attraverso l'avvio di esperienze innovative sul territorio regionale. Le esperienze maturate hanno concorso, da una parte, ad aumentare l'autonomia professionale dell'ostetrica/o, e dall'altra, di acquisire una significativa visibilità e autorevolezza sia sotto il profilo delle competenze gestionali sia sotto il profilo delle competenze clinico-assistenziali.

L'ostetrica/o può offrire quindi un notevole contributo nelle cure primarie, assumendo la responsabilità di specifici percorsi assistenziali (o segmenti di percorsi) come indicato nelle linee di indirizzo del percorso nascita, oppure assumendo, ad esempio, la responsabilità della progettazione e gestione di attività di educazione e prevenzione secondaria, attraverso l'organizzazione di corsi di educazione per le donne in menopausa, o per la rieducazione dei danni del piano perineale.

Come evidenziato, la figura dell'ostetrica/o è la referente dell'équipe consultoriale per i nuclei di cure primarie svolgendo, al loro interno, le proprie funzioni nell'ambito dell'area della prevenzione (pap-test, da screening o spontanei), della contraccezione, della procreazione anche attraverso la presa in carico della donna gravida a basso rischio.

In tale ambito infatti la Regione Emilia-Romagna ha emanato la direttiva che definisce le linee di indirizzo per l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio (DGR n. 533/08 "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita"), nella quale vengono delineate, fra l'altro, le responsabilità dei diversi professionisti e il ruolo e le funzioni dell'ostetrica/o nell'intero "percorso nascita".

In particolare, per l'area delle cure primarie, saranno di riferimento le linee di indirizzo, contenuto nella delibera citata, relative alla gravidanza a basso rischio, alle dimissioni appropriate e al puerperio sul territorio e all'assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio.

5 L'ASSISTENZA NELLE RESIDENZE

Lo scenario descritto sui cambiamenti dei bisogni dell'assistito porta ad una riflessione anche sull'assistenza residenziale.

Sono cambiati gli anziani, le loro esigenze sono diverse, la situazione può essere più o meno complessa in relazione non solo alla dipendenza nell'assistenza di base ma anche alla pluripatologia, ai problemi psicologici e relazionali, alla valutazione della situazione, alla necessità di programmare interventi per garantire il più possibile l'autosufficienza o alla necessità di essere accompagnati nell'ultima fase della vita.

Nelle strutture residenziali l'assistenza nelle attività di vita quotidiana è sempre più rilevante e richiede uno sviluppo delle competenze anche del personale assistenziale. L'assistenza nelle attività di vita quotidiana è una attività che si ripete nel tempo, ma che può avere necessità di cambiamento in relazione all'evolversi delle condizioni dell'anziano. L'individuazione dei fattori di rischio che possono compromettere il livello di autonomia residuo, nonché la possibilità di riacutizzazione di malattie croniche e la necessità di prevenire le complicanze delle malattie richiedono, infatti, competenze specifiche.

5.1 L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Le competenze acquisite oggi dagli infermieri permettono di valutare in maniera sempre più approfondita la complessità della situazione, di individuare gli interventi più appropriati, di decidere se intervenire direttamente o demandare alcune attività ad altro personale mantenendo la supervisione e la verifica del processo assistenziale, oppure se richiedere l'intervento del medico.

Accertare se l'anziano ha bisogno o meno di assistenza e decidere di quale assistenza è un processo complesso: significa assumere la responsabilità di definire chi, tra le persone assistite, ha bisogno di una certa tipologia di intervento, di maggior o minore intensità assistenziale infermieristica o di un'assistenza che non richiede il coinvolgimento diretto dell'infermiere.

Da quanto riportato, si può quindi affermare che ad una diminuzione dell'autonoma possibilità di azione dell'assistito corrisponde un'elevata discrezionalità decisoria dell'infermiere, che valuta se effettuare direttamente gli interventi o assegnarli ad altri operatori.

Ragionare in termini di intensità assistenziale non significa solo definire la quantità di prestazioni che gli infermieri sono chiamati a erogare, ma anche stimare l'impegno intellettuale necessario alla valutazione, alla progettazione, elaborazione, ricerca e scelta degli interventi migliori per quell'assistito e riconoscere il carico professionale sotteso alla realizzazione e compimento del progetto di presa in carico.

Ogni infermiere, in questa prospettiva di continua valutazione della domanda di assistenza infermieristica, di definizione del progetto, di scelta dell'intensità di assistenza e degli attori da coinvolgere, diventa una risorsa che agisce le competenze clinico assistenziali anche attraverso specifiche strategie gestionali.

Pertanto, l'assistenza infermieristica nelle Strutture Residenziali richiede interventi caratterizzati da:

- competenze ad alta componente clinico- assistenziale;
- capacità di valutare/decidere se fare direttamente o demandare e chi fare intervenire;
- capacità di orientare, supervisionare, verificare e valutare le attività assistenziali;
- capacità di interagire con gli altri operatori.

Nelle strutture residenziali sempre più le competenze cliniche si associano a competenze trasversali quali la capacità di ricercare soluzioni, di progettare, di insegnare ed addestrare, di supervisionare, verificare e di gestire gruppi.

In questo senso, il riconoscimento e la valorizzazione del ruolo e della responsabilità degli infermieri è utile e necessaria per sostenere, innovare e sviluppare i servizi socio-sanitari, garantire la qualità assistenziale e gestire la domanda di salute.

E' allora importante che gli outcome diventino il principale riferimento dell'infermiere che lavora nell'assistenza a lungo termine.

Alcuni indicatori di risultato delle cure erogate (% di ospiti con peso stabile, % di ospiti affetti da incontinenza urinaria, % di ospiti contenuti fisicamente, % di ospiti caduti, % di ospiti con lesioni da decubito, % di ospiti che usufruiscono di fisioterapia e % di ospiti che usufruiscono di animazione) appaiono, da dati di letteratura, significativi nell'assistenza; necessario è però il loro collegamento con indicatori di processo che contribuiscono a ottenere il risultato. Il rapporto su come migliorare la qualità dell'assistenza prestata ai pazienti lungodegenti (Wunderlich e Kohler,2001) sintetizza le evidenze disponibili sulle dimensioni utilizzate per misurare la qualità dell'assistenza e sulla frequenza di specifiche carenze nelle nursing home americane. In particolare si sottolinea l'importanza rilevante e la correlazione tra aspetti sanitari e sociali, la necessità di tener conto del punto di vista degli ospiti e del ruolo che riveste l'ambiente fisico in quanto in grado di condizionare la sicurezza e l'autosufficienza.

La DGR 1378/99 e successive modifiche, tenendo conto dell'evoluzione dei bisogni e dei cambiamenti del profilo professionale, indica sempre più l'infermiere come punto di riferimento sanitario in quanto permette di:

- garantire la continuità assistenziale tra ospedale e struttura favorendo i processi di dimissione protetta e valutazione preliminare dell'accesso in struttura dei pazienti,
- garantire la presa in carico assistenziale partecipando alla valutazione multidimensionale e alla conseguente pianificazione assistenziale,
- favorire l'integrazione con la rete dei servizi sociali e sanitari e i diversi soggetti coinvolti nel processo di assistenza tra cui il referente del caso al quale garantisce la consulenza sanitaria infermieristica.

Sempre la stessa delibera propone nuove responsabilità e modelli organizzativi stabilendo sia la funzione del coordinatore sanitario all'interno delle strutture, di norma un infermiere, sia del coordinatore tecnico professionale dell'assistenza infermieristica a livello distrettuale.

I modelli assistenziali sviluppatasi nelle residenze di altri Paesi, si caratterizzano essenzialmente in due tipologie:

1. Assistenza infermieristica diffusa che prevede l'impiego di un notevole numero di infermieri in attività anche di assistenza di base così come evidenzia l'esperienza delle Nursing Home negli USA o delle strutture residenziali in Germania.
2. Assistenza infermieristica in relazione all'intensità di cura e con un forte ruolo di supervisione e organizzazione dell'assistenza generale in relazione all'intensità richiesta come evidenziato nei modelli delle Assisted Living Facilities americani o nei paesi del nord Europa (es. Olanda).

L'esperienza maturata nella nostra Regione ha permesso, soprattutto attraverso la specifica normativa, di definire meglio il ruolo e le responsabilità dell'infermiere; è necessario però

sviluppare maggiori esperienze che possano permettere di identificare più specificamente i modelli organizzativi e le responsabilità anche sulla base delle esperienze sulla lungo assistenza che stanno maturando negli altri paesi anche per rendere più attrattivo il lavoro nelle strutture residenziali.

5.2 L'ASSISTENZA RIABILITATIVA

Il fisioterapista fa parte del team assistenziale delle strutture residenziali, con lo specifico mandato di promuovere e orientare la funzione riabilitativa.

Alcune esperienze, in ambito regionale, hanno dimostrato l'opportunità di affidare al fisioterapista funzioni, non solo legate alla gestione del singolo caso, ma anche legate alla gestione di problemi più generali delle strutture e degli operatori che vi operano.

La funzione del fisioterapista si esplica così secondo due direttrici.

Una rivolta ai singoli assistiti che consiste nella valutazione, attuazione e verifica del programma riabilitativo nel contesto del Piano Assistenziale Individualizzato. L'altra rivolta al contesto più generale delle strutture e dei professionisti che vi operano. Così il Fisioterapista può diventare punto di riferimento per azioni educativo – formative finalizzate ad un uso più appropriato degli ausili, alla gestione di programmi di variazione posturale, all'orientamento in senso riabilitativo delle attività assistenziali, alla riduzione di presidi con effetto contenitivo e all'identificazione e diffusione di pratiche assistenziali ergonomicamente corrette.

Il fisioterapista può contribuire anche in modo determinante alla gestione degli ausili: attraverso la collaborazione con i servizi preposti per gli acquisti, la personalizzazione rispetto alle esigenze dell'assistito, l'addestramento per la massima appropriatezza ed efficacia d'uso.

Inoltre, altre esperienze hanno messo in evidenza che forme di coordinamento della funzione di riabilitazione nelle strutture, hanno consentito di pervenire ad una notevole uniformità di comportamenti con conseguente omogeneità di risposta ai bisogni dei cittadini del territorio a cui l'azienda fa riferimento.

6. LE ESPERIENZE

Sulla base dei modelli assistenziali descritti nel presente documento, si è ritenuto utile riportare, diverse esperienze internazionali, supportate da prove di efficacia, che descrivono i diversi ruoli e funzioni ricoperti dagli infermieri, terapisti della riabilitazione e ostetriche, e i principali modelli assistenziali ed organizzativi in uso nei diversi Paesi. A tali esperienze sono affiancate le esperienze maturate, nel corso degli anni, nella nostra Regione (in taluni casi si fa riferimento anche ad esperienze nazionali) che possono essere considerate presupposti per lo sviluppo dei modelli assistenziali delineati nelle presenti linee guida.

6.1 LE ESPERIENZE DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

ESPERIENZE IN REGIONE	ESPERIENZA IN ALTRI PAESI
MODELLI DI GESTIONE DELLA CRONICITÀ	
	<p>CRONICAL CARE MODEL Il modello prevede la collaborazione tra operatori di sanità pubblica, medici di famiglia e infermieri, all'interno di un team multidisciplinare, per lo svolgimento di una sistematica attività di valutazione dei bisogni, per l'individuazione e il raggiungimento dei gruppi più a rischio, per la promozione degli interventi di prevenzione e di miglioramento delle condizioni di vita degli assistiti; è basato sul principio che nello sviluppo di una buona assistenza² per i pazienti cronici si agisca su sei elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Le risorse della comunità: per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni devono stabilire solidi collegamenti con il terzo settore (gruppi di volontariato, gruppi di autoaiuto, centri per anziani autogestiti). ✓ Il Sistema Sanitario: le malattie croniche dovrebbero far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria, se ciò non avviene, difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistenza. ✓ Il supporto all'Autocura nelle malattie croniche il paziente vive con la sua malattia per molti anni; con un intervento di educazione sanitaria indirizzato sulla gestione di queste malattie, un rilevante segmento di questa gestione (dieta, esercizio fisico, monitoraggio della pressione, della glicemia, l'uso dei farmaci etc.) può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. ✓ L'organizzazione del team assistenziale: è necessario sviluppare un modello di organizzazione in équipe multiprofessionale, che tenga conto delle peculiarità dell'organizzazione sanitaria nel nostro paese, valorizzando il ruolo fiduciario e l'attività clinica dei medici di famiglia, che deve integrarsi con attività professionali di assistenza e supporto all'autocura e alla diagnostica di base, gestione di interventi di medicina di iniziativa e di programmazione dei follow up, sostegno sociale, consulenza medico specialistica che devono essere svolte, nell'Unità di Medicina Generale (UMG) e nella più ampia organizzazione distrettuale in cui l'UMG è inserita, da specifiche professionalità quali medici specialisti, infermieri, educatori, psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti. ✓ Il supporto alle decisioni: l'adozione di linee-guida basate sull'evidenza e le procedure di audit clinico forniscono al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. ✓ I Sistemi Informativi: svolgono tre importanti funzioni, come sistema di allerta (per favorire l'adesione alle linee guida), come feedback per gli operatori (mostrando i livelli di performance), come registri delle patologie croniche (per pianificare gli interventi)
ACCOGLIENZA E RICEZIONE DELLA RICHIESTA DI CURA	

² Cronical Care Model, elaborato da E. Wagner, MacColl Institute for Health care Innovation

ESPERIENZE IN REGIONE	ESPERIENZA IN ALTRI PAESI
<p>PUNTO UNICO D'ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI (PUA)³ A seguito dell'attuazione della DGR 124/99 che riorganizzava le cure domiciliari nella Regione, le AUSL hanno organizzato l'accesso attraverso un unico punto distrettuale. Alcune realtà territoriali hanno ritenuto strategico sviluppare ulteriormente quest'area in quanto sede di valutazione del bisogno e attivazione dei percorsi di presa in carico, affidandone all'infermiere la responsabilità, con conseguente sviluppo della sua funzione di lettore/decodificatore dei bisogni e attivatore dei processi di presa in carico.</p> <p>L'infermiere che ha la responsabilità del PUA ha la funzione di indirizzare i bisogni sanitari e socio-assistenziali, facilitare l'accesso alle cure domiciliari degli utenti e delle loro famiglie, snellire le procedure d'accesso, migliorare la tempestività della risposta appropriata, garantire le risposte assistenziali, costituire un riferimento per il paziente e la famiglia per tutta la durata dell'assistenza e per gli operatori della rete territoriale e dell'ospedale.</p> <p>In tale ambito l'infermiere assume un ruolo strategico con competenze che si sviluppano anche attraverso specifici percorsi formativi.</p>	<p>L'ESPERIENZA DEL TRIAGE TELEFONICO L'incremento della domanda rivolta ai medici di medicina generale e al pronto soccorso ha determinato, in questi ultimi anni, la necessità di uno sviluppo della gestione telefonica e dell'organizzazione dell'accesso; così come emerge anche da un incremento degli articoli che riguardano la gestione dei pazienti anche attraverso il triage telefonico da parte degli infermieri delle cure primarie.</p> <p>Un RCT pubblicato su BMJ nel 1998 dimostra la sicurezza e l'efficacia del triage telefonico nei gruppi di cure primarie. L'intervento consiste nella gestione delle chiamate da parte di infermieri con esperienza e con formazione specifica avvalendosi anche di un software apposito. La gestione delle chiamate include attività di counseling/supporto, orientamento sull'accesso ai servizi, in particolare quelli di emergenza, coinvolgendo il medico di medicina generale laddove necessario.</p> <p>Un ulteriore RCT relativo all'analisi dei costi sulla gestione delle telefonate nelle cure primarie da parte degli infermieri, mette in evidenza una riduzione dei costi nel lungo termine soprattutto determinati da una riduzione degli accessi in ospedale, con un miglioramento della qualità del servizio.</p> <p>Una revisione sistematica della Cochrane relativa agli effetti prodotti dalla gestione delle telefonate, da parte degli infermieri, conclude che questa riduce il numero degli accessi ospedalieri e migliora l'utilizzo dei servizi delle cure primarie.</p>
ASSISTENZA A PERSONE E SINGOLI GRUPPI	
<p>Negli ultimi anni, in Italia, si è assistito ad un crescente sviluppo delle competenze infermieristiche in ambito domiciliare e ad una sempre maggiore consapevolezza del ruolo che l'infermiere assume nell'ambito del sistema integrato di cure alla famiglia. In questo contesto l'infermiere, in piena autonomia e responsabilità, attiva interventi caratterizzati da competenze ad alta componente tecnico-scientifica e valuta e decide se fare direttamente o demandare e a chi.</p> <p>ASSISTENZA DOMICILIARE⁴ I modelli di assistenza domiciliare più avanzati prevedono, nei casi ad alta complessità assistenziale e ad elevata integrazione sanitaria, l'individuazione dell'infermiere quale responsabile del caso o case manager (o gestore del caso) con la responsabilità di garantire la continuità assistenziale in tutte le fasi del progetto assicurando il collegamento tra il paziente, la sua famiglia e i diversi Servizi.</p> <p>Alcune aziende sanitarie della nostra Regione hanno sviluppato questo modello assistenziale per le cure domiciliari in particolare per i pazienti con elevata complessità assistenziale e gestionale, quali ad esempio (ma non solo) i pazienti in cure palliative. La specificità della funzione infermieristica permette di assicurare la razionalità del percorso, tendendo a semplificarne le procedure, di migliorare l'adesione al progetto di cura e l'incisività delle prescrizioni mantenendo livelli di alta ed efficiente integrazione tra i diversi professionisti.</p> <p>Ciò permette di evitare di erogare le cure in modo frammentario ed episodico favorendo l'appropriatezza e la personalizzazione delle cure.</p> <p>L'adesione e la condivisione al progetto personalizzato di assistenza da parte dei familiari, in particolare per i pazienti che necessitano di un elevato livello assistenziale, è condizione indispensabile per il mantenimento del paziente nel proprio contesto di vita.</p> <p>INFERMIERE DI FAMIGLIA⁵ Lo sviluppo dell'assistenza territoriale si basa sull'ottimizzazione della risposta sanitaria e socio-assistenziale ai bisogni delle fasce deboli e fragili della popolazione (anziani, portatori di handicap, persone in terminalità di vita). In questa logica, alcune realtà territoriali - ed in particolare l'AUSL di Bologna - hanno ritenuto necessario implementare modelli a rete, che si fondano su sistemi di autonomia e responsabilità, adottando modalità organizzative e professionali orientate ad individuare responsabilità specifiche da porre in capo agli infermieri. Nel caso specifico l'infermiere si pone</p>	

³ Esperienze: AUSL Modena e AUSL Imola

⁴ Esperienze: AUSL Parma, AUSL Piacenza, AUSL Reggio Emilia

⁵ Esperienze: AUSL Bologna

ESPERIENZE IN REGIONE	ESPERIENZA IN ALTRI PAESI
come "filtro" tra medici di base, strutture territoriali e ospedaliere, e domicilio del paziente fragile, con funzioni, oltre che di supporto assistenziale anche di orientamento e all'erta socio-sanitaria.	
<p>ASSISTENZA AMBULATORIALE⁶</p> <p>Nella nostra Regione, dove è ancora poco sviluppata l'attività infermieristica ambulatoriale, sono state comunque avviate sperimentazioni che si rivolgono principalmente a pazienti con patologie croniche o ad attività infermieristiche di tipo prestazionale. In particolare, per quel che riguarda gli ambulatori per le patologie croniche gli infermieri lavorano con pazienti che hanno bisogno di interventi clinici specifici per aumentare il loro stato di salute e prevenire i rischi di complicanze; tali interventi vengono definiti e condivisi con gli altri professionisti sanitari attraverso protocolli clinico-assistenziali. L'infermiere esplica la sua funzione autonoma in particolare attraverso la valutazione dei bisogni e l'educazione terapeutica.</p>	
ESPERIENZE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE	
<p>IL COORDINATORE INFERMIERISTICO DI STRUTTURA⁷</p> <p>In alcune strutture residenziali della RER per anziani il ruolo del coordinatore infermieristico si è sviluppato verso un'attività di referenza sanitaria complessiva per i gestori della struttura, andando a sostituire progressivamente il ruolo del medico di distretto responsabile sanitario di struttura. Questo ha significato un processo di graduale responsabilizzazione di questi ruoli sulle attività descritte dalla direttiva per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture che definisce il responsabile sanitario all'interno della struttura residenziale quale figure che garantisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • collaborazione con la direzione della struttura residenziale, coordinando le attività sanitarie, garantendo la massima integrazione con tutte le altre attività della struttura residenziale; • coordinamento del personale infermieristico; • individuazione delle soluzioni logistiche e delle modalità organizzative per l'effettuazione delle visite specialistiche; • promozione di incontri di verifica dell'attività sanitaria svolta; • promozione sulla base di indicazioni dell'AUSL e dei servizi sociali ad azioni e progetti per la valutazione e il controllo della qualità dell'assistenza; • partecipazione alla elaborazione ed adozione di protocolli diagnostici ed assistenziali. 	<p>USA: LE ASSISTED LIVING FACILITIES</p> <p>Negli Usa si stanno diffondendo le Assisted Living Facilities (ALFs) che rappresentano un'opzione residenziale per gli individui adulti soprattutto per i costi più bassi rispetto alle Nursing Home e all'assistenza infermieristica domiciliare. Esse sono definite come un set residenziale non medico per garantire ai residenti una alternativa alla propria casa, ma con un ambiente il più vicino alla casa. A causa della presenza di molteplici bisogni di natura cronica dei pazienti residenti in queste strutture, la presenza degli infermieri è diversificata in funzione dei diversi regolamenti governativi, fino a prevedere la possibilità che gli infermieri che operano nell'assistenza domiciliare entrino in queste strutture anche se, comunque è richiesta la presenza di infermieri con esperienze di assistenza residenziale. Gli infermieri nelle ALF sono necessari per valutare i normali o patologici cambiamenti derivanti dall'età e nella gestione di questi cambiamenti al fine di ridurre l'ospedalizzazione e la morte. La funzione degli infermieri è soprattutto quella di supervisione dell'assistenza farmaceutica fornendo il training al personale di supporto e somministrando farmaci che non possono essere somministrati da questo personale; gli infermieri organizzano l'igiene personale, la pre ammissione e l'ammissione, le valutazioni nel periodo di residenza e il training/consulenza ai residenti. Gli infermieri possono avere anche un ruolo manageriale, supervisionando l'altro personale, svolgendo funzioni di organizzazione delle attività, della manutenzione e dei diversi servizi.</p> <p>USA: LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA NELLE NURSING HOME</p> <p>In uno studio statunitense sono stati presentati i risultati riguardanti il rapporto tra staff infermieristico e la qualità della cura nelle Nursing Home. Tale studio ha scelto indicatori per misurare la qualità delle cure in 3632 strutture semiresidenziali e 5294 strutture residenziali che accolgono non solo anziani, ma anche giovani, malati psichiatrici o persone che richiedono rieducazione da alcool e droghe. I risultati dimostrano una chiara associazione tra livello di staff infermieristico e le misure di qualità e che incrementare lo staff riduce i problemi qualitativi. Gli autori sostengono che attraverso un adeguato staff si possono risparmiare fondi per ricoveri evitabili, ridurre incidenti sul lavoro, mentre la più bassa rotazione del personale, che provoca la maggiore insoddisfazione, determinerebbero una riduzione dei costi indiretti di assicurazioni e di quelli a carico dei pazienti.</p>

⁶ Esperienze: AUSL Parma

⁷ Esperienze: AUSL Modena

6.1.1 Le esperienze nelle Aziende USL

PUNTO UNICO D'ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI

AUSL MODENA

La necessità di individuare un punto unico di accesso alle cure deriva dall'esigenza di superare la frammentazione della risposta ai bisogni complessi delle persone malate e dei loro famigliari, così come previsto dalla deliberazione regionale n° 124/99 "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari", che auspica l'attuazione in ogni distretto di un punto unico di riferimento dei cittadini e degli operatori in grado di indirizzare i bisogni sanitari e socio assistenziali degli utenti in merito alle cure erogate a domicilio.

Per rispondere a questo bisogno si è sviluppata e consolidata, in tutti i 7 Distretti dell'Azienda, l'organizzazione del punto unico d'accesso alle cure che ha l'obiettivo di indirizzare i bisogni sanitari e socio-assistenziali, facilitare l'accesso alle cure domiciliari degli utenti e delle loro famiglie, snellire le procedure di accesso, migliorare la tempestività e l'appropriatezza della risposta, garantire le risposte assistenziali, costituire un riferimento per il paziente e la famiglia per tutta la durata dell'assistenza e per gli operatori della rete e dell'ospedale.

Il Punto Unico di accesso rappresenta un modello importante poiché attraverso l'unicità è facilmente identificabile, riconoscibile e stabile per garantire l'accesso a tutti i percorsi definiti, il reperimento e il facile utilizzo di tutte le risorse disponibili sia sanitarie che sociali e per semplificare l'interazione dei famigliari e dei professionisti. Esso prevede la gestione di diversi percorsi, la definizione con gli Enti Locali del modello di integrazione col sociale e l'individuazione delle risorse e delle responsabilità.

Il punto unico svolge diverse attività quali l'informazione, l'orientamento, la valutazione del bisogno, l'attuazione dei percorsi, l'organizzazione delle risposte assistenziali e rappresenta il punto di riferimento durante tutta l'assistenza.

Per la tipologia di bisogni che devono essere valutati sia assistenziali che sanitari, la figura professionale individuata per tale attività è l'infermiere che assume un ruolo strategico nell'accesso.

L'infermiere del punto unico, seguendo i percorsi attivati e definiti con i diversi attori, organizza la prima visita di valutazione per l'erogazione di:

- Assistenza infermieristica
- Assistenza riabilitativa
- Assistenza domiciliare di 1°, 2° 3° livello (secondo DGR 124/99 e quindi comprensiva anche dell'assistenza domiciliare ai malati oncologici terminali)
- Consulenze di medici specialisti a domicilio
- Assistenza ai bisogni di base (in genere igiene, mobilitazione, alimentazione)
- Erogazione di presidi ausili
- Consulenze in ospedale ai pazienti in carico

Gli infermieri che svolgono tale attività devono avere una considerevole esperienza territoriale, capacità di gestire le relazioni direttamente o mediante la tecnologia, di decodificare e valutare la tipologia del bisogno, individuare la risposta assistenziale adeguata e attivare i percorsi, di prevenire i problemi, di orientare l'utente a muoversi nei servizi e di educarlo ad un corretto utilizzo, di integrarsi con i diversi professionisti e servizi.

Per valutare la realizzazione e lo sviluppo del PUA nei Distretti vengono monitorate le diverse fasi del processo attraverso:

- I dati relativi alla struttura quali: orari, professionalità coinvolte, personale dedicato
- Il tipo di segnalazioni raccolte
- I percorsi attivati e/o gestiti dal PUA

I dati mostrano l'incremento negli anni delle segnalazioni e dei percorsi attivati, ma lo sviluppo dei nuclei di cure primarie pone la riflessione se il PUA sia destinato a perdere funzione man mano si rinforzano i nuclei di cure primarie o se sia destinato a rinforzarsi per diventare sempre più un servizio di cui si avvalgono i nuclei e l'ospedale per garantire i percorsi e l'organizzazione delle cure domiciliari.

AUSL IMOLA

L'azienda USL di Imola insiste su un bacino d'utenza di circa 125.000 abitanti, possiede un'organizzazione di servizi territoriali unitaria che confluisce in un unico Distretto; e un Presidio Ospedaliero di circa 450 posti letto. Da diversi anni ha reso operativo il Punto Unico di accesso alle Cure Domiciliari (PUA), conseguente all'applicazione della Direttiva Regionale 124/99 per l'organizzazione delle Cure Domiciliari. Sviluppatisi in particolare per garantire i processi di continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio, oggi rappresenta un punto di riferimento per tutti i processi di presa in carico sull'intero territorio del Distretto dei pazienti che necessitano di programmi di assistenza continuativa a diverso grado di complessità ed integrazione da parte di team multiprofessionali appositamente costituiti.

Obiettivi che il PUA persegue e garantisce:

- Fornire un punto di riferimento certo, facilmente individuabile ed accessibile, al cittadino e a tutti gli operatori che gravitano sulla rete delle cure territoriali sanitarie e sociali.
- Utilizzare le professionalità e competenze di un centro culturalmente e professionalmente preparato a fornire risposte assistenziali integrate sul territorio.
- Assicurare al malato ed alla sua famiglia un adeguato supporto sanitario e socio assistenziale ed un'adeguata risposta ai loro bisogni, in particolare al momento del passaggio in cura dall'Ospedale al contesto domiciliare.
- Sviluppare appropriatezza dell'assistenza a domicilio, favorendo la deospedalizzazione e prevenendo i ricoveri.
- Attivare le risorse più appropriate e necessarie a rispondere in modo efficace e rapido ai bisogni individuati, ottimizzando così i tempi di degenza ed una migliore definizione dei percorsi terapeutico – assistenziali.

Modalità di funzionamento del PUA per una qualsiasi segnalazione:

1. Al Punto Unico giungono segnalazioni sia dall'Ospedale che dai Servizi Territoriali compresi i Medici di Famiglia, di cittadini che richiedono prestazioni sanitarie, socio-sanitarie integrate o sociali.
2. L'operatore del Punto Unico che è un Infermiere con funzione di coordinamento del programma PUA, registra la segnalazione e avverte il medico di famiglia, fornendogli i dati necessari o il servizio sociale competente per territorio.
3. Se i dati raccolti non sono ritenuti sufficienti a prendere una decisione corretta, il responsabile del Punto Unico nelle giornate immediatamente successive alla segnalazione, programma una visita di approfondimento nella sede dove si trova il cittadino.
4. Se i dati raccolti sono sufficienti ad individuare il bisogno prevalente, il responsabile del Punto Unico interpellava gli attori interessati, a seconda del bisogno, (MMG, Servizi Sociali, Servizio Infermieristico Domiciliare, Specialisti, UVG, Volontariato..) e fissa l'appuntamento per effettuare la Valutazione Multidimensionale per la presa in carico del paziente nel programma di assistenza necessario (Assistenza Domiciliare Integrata, Assistenza Residenziale, Prestazioni Sociali a rilievo sanitario, Assistenza Sociale)

Il Punto Unico definisce, di volta in volta, il responsabile di ogni singola procedura di presa in carico cui è affidato il compito di procurarsi il materiale necessario per compilare la proposta assistenziale (esito) della valutazione multidimensionale ed il piano assistenziale. Al responsabile della procedura è affidato inoltre il compito di raccogliere le firme dei partecipanti e consegnare una copia del verbale di valutazione agli attori partecipanti al Punto Unico

Il Punto Unico diventa il punto di accesso per l'attivazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica. L'organizzazione delle attività dell'UVG resta una funzione propria del Servizio Assistenza Anziani, sia nel caso di dimissione protetta che in tutte le altre attività (assegni di cura, piani assistenziali

a domicilio, graduatorie per accesso in struttura protetta...)

Dal Punto Unico, una volta realizzata la valutazione del caso e validato lo stesso in termini di appropriatezza secondo i criteri di ammissibilità definiti, si attivano i programmi di assistenza sanitaria e socio sanitaria integrata previsti dal piano di assistenza in collaborazione con i servizi territoriali competenti

CASE MANAGER INFERMIERISTICO

AUSL PARMA

Le crescenti esigenze di un'assistenza sempre più completa sul territorio hanno ispirato modelli organizzativi che tendono a rafforzare le cure sul territorio, con particolare riferimento all'assistenza sanitaria domiciliare programmata e all'assistenza domiciliare integrata con il medico di medicina generale.

Nel distretto Sud Est, Distretto dell'Azienda USL di Parma che comprende 13 comuni, di cui 6 montani, abitati prevalentemente da popolazione anziana, è stata attivata dal 01.11.2006 la funzione di coordinamento dei percorsi territoriali relativi alla Assistenza Sanitaria Domiciliare, con particolare riferimento alla attivazione della funzione di Coordinamento Infermieristico dell'attività sanitaria domiciliare a bassa e media intensità assistenziale con presa in carico infermieristica a diverso grado di periodicità.

Al Coordinamento sono state attribuite anche le seguenti funzioni:

- interazione con i medici di medicina generale per le proposte di programmi assistenziali ADI di 1° e 2° livello e relativi progetti di cura a presa in carico infermieristica e verifica dei bisogni relativi ai programmi assistenziali ADI di 3° livello;
- promozione della stesura del PAI per i progetti di 2° e 3° livello e monitoraggio della loro riformulazione periodica;
- elaborazione di procedure relative alla verifica e coordinamento dell'attività assistenziale infermieristica a livello territoriale;
- elaborazione di procedure relative al monitoraggio e verifica dei materiali di consumo richiesti dalle équipes infermieristiche di NCP;
- elaborazione di procedure relative alla attività di coordinamento infermieristico di Nucleo di Cure Primarie, con particolare riferimento alla revisione dei processi di lavoro e alla elaborazione di procedure e protocolli organizzativi e clinico assistenziali infermieristici;
- promozione e valutazione delle proposte di formazione professionale delle équipes infermieristiche di NCP;
- coordinamento della attività infermieristica di NCP alla luce dei programmi assistenziali domiciliari in carico.

La sperimentazione ha consentito di incrementare i programmi di assistenza domiciliare caratterizzati dalla integrazione tra più figure professionali, con incremento dei casi presi in carico ed assistiti per le ADI di 2° e 3° livello di intensità assistenziale, omogeneizzare i comportamenti professionali tra gli infermieri operanti nei 3 NCP distrettuali, garantire percorsi facilitati e tempestivi per la presa in carico da parte dei medici di medicina generale.

Al fine di dare completezza e continuità al percorso di presa in carico del paziente dimesso da reparto e che rientra a domicilio, a far tempo dal Gennaio 2007, in accordo con il SAA distrettuale, al Coordinamento Infermieristico è stata assegnata anche la funzione di punto di accesso distrettuale per le dimissioni difficili/protette segnalate dai presidi ospedalieri.

La gestione del punto di accesso da parte del Coordinamento Infermieristico ha favorito non solo una prima valutazione del bisogno dell'assistito (sociale, sanitario, socio-sanitario), ma anche momenti di verifica che hanno apportato miglioramenti del percorso in essere.

AUSL PIACENZA

L'AUSL di Piacenza, per realizzare le indicazioni contenute nelle DGR 2068/2004 e 1206/2007, ha scelto, come modalità organizzativa di gestione della fase territoriale, di introdurre la figura del Case Manager della Rete GRACER.

Gli obiettivi perseguiti sono i seguenti:

- a) personalizzazione delle risposte in relazione all'eterogeneità dei bisogni: pur in presenza di disabilità simili le necessità dei singoli utenti e delle loro famiglie possono essere diverse; quindi va progettata una risposta personalizzata per ogni singolo caso;
- b) approccio globale ed integrato ai bisogni della persona: il punto di riferimento deve essere il progetto di vita della persona con una visione unitaria ed integrata dei diversi bisogni;
- c) centralità della persona, libertà e vita indipendente: in alcune disabilità coesistono situazioni di grave non autosufficienza, intesa come incapacità a svolgere le normali attività della vita quotidiana, con una buona autonomia personale, intesa come volontà e capacità della persona di autodeterminare le scelte relative alla propria esistenza. Il rispetto della volontà e delle scelte della persona devono costituire un riferimento sia per i modelli di intervento che per le scelte organizzative dei servizi;
- d) sostegno alle famiglie: nelle situazioni sopradescritte i familiari sono coinvolti in un impegno assistenziale particolarmente elevato e carico di tensioni emotive; è quindi necessario sostenere questo impegno da parte dell'équipe assistenziale nei suoi diversi aspetti.

La prima fase è stata la creazione di una UVM di secondo livello formata da una infermiera esperta in organizzazione di processi e valutazione clinica, il case manager (CM) territoriale, un fisiatra, un fisioterapista, un neurologo, un geriatra, una logopedista, l'assistente sociale del comune di residenza. Il CM, al momento della segnalazione da parte del Referente Gracer Ospedaliero, attiva il percorso di presa in carico e, assieme alla UVM convocata di volta in volta sulla base delle caratteristiche cliniche del paziente, costruiscono il progetto di vita, che è poi proposto e discusso con il/i care-givers. Il CM Gracer T afferisce alla UO Gestione della Non Autosufficienza e Fragilità del Dipartimento delle Cure Primarie e, all'interno di questa UO, opera con questo profilo:

- gestione dei percorsi relativi alla rete 2068 – gracer (presa in carico dei pazienti e dei percorsi e l'integrazione con le famiglie e i care givers; progettazione del percorso individuale insieme all'équipe di cura ed essere punto di collegamento; organizzazione, pianificazione e valutazione di casi e follow-up, verifica dell'assistenza infermieristica e generale erogata al paziente; monitoraggio dei risultati, valutazione e modifica al piano concordando con l'équipe);
- informazione, educazione, counselling verso la famiglia, sostegno alla comprensione e alla collaborazione da parte del paziente e del care giver/famiglia;
- costruzione di clinical pathway/care map e verifica della applicazione nelle unità di cura;
- manutenzione del sistema informativo del sistema GRACER;
- ascolto verso i componenti dell'équipe, i familiari e il paziente.

Job description del case manager

Contenuti professionali specifici

Concorre alla definizione degli obiettivi generali e specifici della UO Non Autosufficienza e Fragilità e del DCP.

Contribuisce, con propria autonomia, alla gestione dei percorsi relativi alla rete 2068 – gracer.

Garantisce la presa in carico dei pazienti e dei percorsi e l'integrazione con le famiglie e i care givers.

Attività

Partecipare alla progettazione del percorso insieme all'équipe ed essere punto di collegamento.

Organizzare, pianificare mettere in pratica e valutare in équipe, l'assistenza.

Erogare e far erogare l'assistenza infermieristica, monitorare i risultati, valutarli e fare modifiche se necessario.

Usare la modulistica relativa all'assistenza erogata a buon senso.

Stabilire e utilizzare con l'équipe i criteri rispetto alla valutazione della qualità dell'assistenza e del percorso erogato.

Analizzare le situazioni del paziente e del percorso.

Informare, educare, consigliare, assicurarsi la comprensione e la collaborazione da parte del paziente e del care giver/famiglia.

Applicare e far applicare il clinical pathway/care map ai componenti dell'equipe.

Elaborare, realizzare e valutare in collaborazione i protocolli/procedure/linee guida assistenziali per il percorso del paziente.

Saper trasmettere le informazioni mirate all'equipe.

Comprendere, guidare ed inserirsi nell'equipe multiprofessionale e nel sistema di case management.

Requisiti professionali preferenziali

Saper ascoltare i componenti dell'equipe, i famigliari e il paziente.

Saper educare/informare il paziente ed il care giver.

Adattarsi all'organizzazione e all'interlocutore.

Collaborare con tutti i professionisti e essere il punto di collegamento.

Essere in grado di relazionarsi in modo empatico.

Stimolare il gruppo a operare in team.

Motivare le persone in situazioni difficili.

Essere di modello per la spinta al miglioramento.

AUSL REGGIO EMILIA

Il ruolo cruciale dell'infermiere nelle cure domiciliari assume ulteriore rilevanza nei casi ad alta complessità assistenziale e gestionale, come nell'Azienda USL di Reggio Emilia, nella quale è individuato un infermiere con funzioni di case-manager, responsabile del processo di integrazione nel programma della rete delle cure palliative. Garantisce infatti, oltre alla valutazione per l'avvio della presa in carico dei pazienti e il monitoraggio dell'assistenza, anche l'interfaccia con le equipe assistenziali che hanno gestito il caso in regime ospedaliero e/o residenziale, nonché con la famiglia e il paziente stesso, intervenendo già nella fase di ricovero e garantendo al contempo il raccordo con il Medico di famiglia per la definizione del successivo piano assistenziale domiciliare.

Nella fase di ricovero in hospice l'infermiere case-manager è l'interfaccia con l'equipe professionale della struttura con la quale collabora anche per la definizione dei nuovi piani assistenziali.

L'INFIERMIERE DI FAMIGLIA (IDF).

AUSL BOLOGNA

Il progetto si inserisce all'interno dell'obiettivo più generale di ampliamento e sviluppo delle cure e dell'assistenza territoriale finalizzato a migliorare la risposta sanitaria e socio-sanitaria ai bisogni delle fasce deboli e fragili della popolazione, tra cui gli anziani affetti da patologie cronico-degenerative, i portatori di handicap, le persone in terminalità di vita. In particolare l'Azienda USL di Bologna aderendo agli indirizzi regionali e nazionali sulle "Cure Primarie" ha deciso di strutturare e consolidare i Nuclei di Cure Primarie (NCP) riqualificandone obiettivi e modalità di funzionamento. Gli obiettivi principali riguardano la garanzia della presa in carico della persona e della sua famiglia e la continuità delle cure; la definizione della funzione e del ruolo dell'IdF all'interno dei NCP; l'avvio di un nuovo modello assistenziale ed organizzativo nell'ambito dei Distretti, attraverso il superamento di un sistema assistenziale prestazionale e frammentato. L'IdF in stretta collaborazione col MMG, aiuta il paziente e la sua famiglia ad adattarsi ad una condizione di malattia e disabilità cronica, garantisce la continuità assistenziale, la presa in carico, l'adesione al piano di cura e di assistenza, facilita il raccordo e l'integrazione dei professionisti coinvolti nel processo di cura.

Le azioni dell'IdF sono rivolte sia in ambito domiciliare che ambulatoriale all'interno dei NCP, strutture al tempo stesso concrete e virtuali, dove accanto alla valutazione medica ed al trattamento clinico si affiancano la rilevazione del bisogno di assistenza, la pianificazione e l'intervento infermieristico e degli altri operatori socio-sanitari secondo la metodologia dell'analisi multidisciplinare e dell'integrazione professionale. La funzione infermieristica, nell'ambito delle cure primarie, si inserisce in un modello articolato su due tipologie assistenziali:

l'assistenza generale

l'assistenza specifica

L'IdF in quanto infermiere "generalista", fornisce la "prima risposta" al cittadino e alla sua famiglia, governa la rilevazione e valutazione dei bisogni di salute, la pianificazione e soddisfazione dei bisogni dell'assistito anche attraverso l'attivazione delle professionalità necessarie, garantendo la corretta applicazione delle procedure diagnostico-terapeutiche. Realizza inoltre interventi informativi e di counselling orientando all'appropriato utilizzo dell'offerta dei servizi. L'assistenza specifica viene invece garantita, in logica multidisciplinare dai diversi professionisti che operano nell'intero territorio. I professionisti che possono essere coinvolti nel progetto assistenziale sono: Assistenti Sanitari, Assistenti Sociali, Educatori Professionali, Fisioterapisti, Infermieri, Medici specialisti, Ostetriche. Il progetto ha già attivato una sua prima declinazione nell'ambito di un NCP nei 6 Distretti dell'AUSL di Bologna. Il gruppo di progetto coordinato a livello Aziendale ha proceduto a definire il percorso metodologico che caratterizza la sperimentazione ed in particolare:

- la definizione delle popolazioni target che in accordo con i MMG ha preso a riferimento gli anziani fragili e le dimissioni protette;
- l'articolazione del modello organizzativo con l'individuazione delle risorse da destinare alla sperimentazione e alla definizione degli strumenti assistenziali;
- la definizione e mappatura delle competenze professionali prevalenti nonché degli interventi formativi da porre in essere;
- la simulazione dei primi indicatori di processo ed esito che consentiranno il completamento delle sperimentazioni dei primi nuclei nonché la loro estensione.

L'inserimento del progetto nei percorsi di incentivazione nell'area "innovazione di sistema".

GESTIONE DELLE STOMIE

AUSL PARMA

Il percorso territoriale della gestione stomie si caratterizza per la funzione dell'Infermiere counselor che esprime specifiche abilità volte ad orientare, sostenere, promuovere atteggiamenti attivi nei confronti del processo di cura e/o educativo, in un'ottica di sviluppo delle potenzialità e stimolo in merito alle capacità di scelta.

La finalità primaria è riconducibile alla realizzazione della completa autonomia del paziente e/o dei care giver, attraverso l'autogestione dello stoma e delle attività quotidiane.

Le competenze, in tale contesto, vengono messe in campo a seguito di segnalazione da parte dell'Infermiera dell'ambulatorio ospedaliero che dimette il paziente, accompagnandolo con la scheda di dimissione infermieristica, al fine di agevolare l'affidamento al Nucleo interessato per territorio.

La presa in carico territoriale rappresenta, per gli Infermieri ospedalieri e territoriali, un momento di integrazione e condivisione dei bisogni, dei problemi e delle criticità evidenziate e si svolge presso l'ambulatorio ospedaliero.

I casi in dimissione che richiedono un percorso di continuità assistenziale presentano solitamente criticità per l'allungamento dei tempi di addestramento/educazione e/o problemi sociali; ciononostante, il maggior numero di pazienti portatori di stomie rientrano al domicilio adeguatamente addestrati ed autonomi nella gestione globale.

Le stomie che prevedono una presa in carico territoriale sono, in prevalenza, quelle ureterali, in quanto più difficili da gestire per l'emissione continua dell'urina e per il rischio di irritazioni e/o microlesioni.

L'assistenza domiciliare viene, attivata per la presa in carico di casi in cui, per vari motivi, l'addestramento, da parte dell'infermiera

dell'ambulatorio ospedaliero, incontra difficoltà a concludersi nei tempi stabiliti e necessita, quindi, di accompagnamento e ulteriore verifica a domicilio; in tale contesto l'Infermiere Domiciliare diventa il punto di riferimento per il paziente e la famiglia sino alla completa autonomia. L'Infermiera dell'ambulatorio ospedaliero nella fase di educazione, informa, inoltre, i pazienti circa l'opportunità di attivare il Nucleo Domiciliare, interessato per territorio, nel momento in cui si manifestino segni anomali a carico dello stoma e/o della zona peristomale. L'efficacia degli interventi è, pertanto, riconducibile all'approccio multidisciplinare, alla precocità del trattamento riabilitativo ed educativo, all'appropriatezza degli interventi di continuità assistenziale, alla riduzione delle degenze improprie. Gli Infermieri Domiciliari sono gli attori coinvolti in tale percorso organizzativo e professionale. Gli indicatori individuati fanno riferimento al numero delle chiamate rivolte agli Infermieri in un tempo definito e al tempo che intercorre fra la presa in carico e la completa autonomia.

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO NELLE RESIDENZE

AUSL MODENA

L'attività assistenziale nelle strutture per anziani è oggi interessata da un mutamento significativo delle condizioni della popolazione anziana residente con un aumento della complessità assistenziale e della necessità di soluzioni sempre più differenziate in relazione alle diverse tipologie ed ai molteplici bisogni. La maggiore presenza, lo sviluppo dell'autonomia e della professionalità di alcune figure, in particolare quella infermieristica, l'inserimento di operatori con funzioni diverse come gli operatori socio-sanitari, l'attuazione della delibera regionale 1378/99 (e successive modificazioni), hanno determinato la necessità di rivedere il ruolo degli infermieri, il modello organizzativo dell'assistenza e le relazioni all'interno delle strutture residenziali.

Il progetto di definizione delle funzioni infermieristiche è iniziato da circa 10 anni in particolare nelle strutture residenziali del Comune di Modena, dove era stato individuato, ancora prima della delibera regionale, un coordinatore infermieristico distrettuale che insieme al servizio infermieristico e tecnico, in accordo con gli enti gestori, i coordinatori delle strutture e il personale interessato, ha definito le strategie e promosso lo sviluppo del ruolo degli infermieri e della funzione del coordinatore infermieristico. Il progetto, in accordo con gli Enti Gestori, è stato attuato in tutta l'Azienda, facilitato anche da una maggiore stabilizzazione del personale infermieristico. Un gruppo di lavoro aziendale, comprendente i rappresentanti dei diversi Enti (Comuni e Ipab) e delle diverse figure professionali (direttori di struttura, infermieri, medici, raa) ha condiviso e redatto un documento di indirizzo dove sono stati individuati ruoli, funzioni e attività delle diverse figure professionali e che rappresentava quindi il riferimento per la stipula delle convenzioni e per l'organizzazione nelle diverse strutture.

Il ruolo del coordinatore infermieristico delle strutture che ne è emerso è un ruolo soprattutto legato a funzioni di governo clinico, in particolare di gestione del rischio, di case management e di valutazione dei risultati che diventano il principale riferimento nel governo delle strutture di assistenza a lungo termine. Strategica è diventata in questo caso, la formazione, condotta dal servizio infermieristico, in accordo con gli Enti gestori, che ha permesso di sviluppare maggiori competenze, in particolare di case management e di creare relazioni importanti tra i coordinatori infermieristici. E' stato definito un programma con gli obiettivi dei coordinatori infermieristici: in particolare è stato sviluppato un progetto di audit sulle lesioni da compressione gestito dai coordinatori in ogni struttura. E' stato inoltre sviluppato su tutte le strutture un sistema di raccolta dati sui principali indicatori di risultato quali le lesioni da compressione, le cadute, la contenzione, le infezioni, la nutrizione e il controllo del peso e che permette poi al coordinatore infermieristico di svolgere le attività di governo clinico e di case management per il miglioramento dell'assistenza. I coordinatori infermieristici sono stati i principali promotori dello sviluppo della documentazione all'interno delle strutture secondo linee di indirizzo predisposte da un gruppo multiprofessionale aziendale e sono i riferimenti per lo sviluppo del sistema informatizzato di tutte le strutture che si sta avviando. La formazione e la condivisione dei percorsi si è attuata anche con i coordinatori dell'assistenza domiciliare e in particolare del PUA (Punto Unico di Accesso alle Cure Domiciliari), ma anche delle lungodegenze ospedaliere al fine di garantire la continuità all'interno della rete assistenziale.

L'individuazione e lo sviluppo della funzione del coordinatore infermieristico che è iniziata con le strutture gestite dai comuni e dalle IPAB ha "contaminato" anche alcune strutture private che hanno chiesto sempre più spesso di partecipare al progetto.

6.2 LE ESPERIENZE DI ASSISTENZA RIABILITATIVA

ESPERIENZE IN REGIONE	ESPERIENZE IN ALTRI PAESI
<p>APPLICAZIONE DELLA D.G.R. 2068/04⁸ Con la delibera di giunta regionale n. 2068/04 "Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni" viene valorizzata la figura del Responsabile del caso, a cui vengono attribuite funzioni di raccordo fra i diversi componenti dell'equipe, punto di riferimento per la famiglia, garante della continuità delle cure nei diversi setting assistenziali. Il ruolo di Responsabile del Caso apre nuove prospettive culturali ai professionisti, e crea le condizioni perché un gruppo di lavoro multiprofessionale si trasformi in un team interprofessionale, dove la comunicazione, il confronto, le decisioni collettive sono lo strumento principale di integrazione. In questo ambito esistono positive esperienze in cui il responsabile del caso è identificato in base alla prevalenza del bisogno: clinico, sociale, assistenziale e riabilitativo. In quest'ultimo caso, il ruolo è stato efficacemente svolto dal Fisioterapista.</p>	<p>USA – AUSTRALIA – UK REHABILITATION CASE MANAGEMENT Il case management in riabilitazione è un processo attivo che implica un'attenta valutazione del bisogno del singolo, lo sviluppo e l'implementazione di un programma riabilitativo adattato. Ciò include il coordinamento di tutti i trattamenti ed i servizi richiesti per facilitare il recupero e consentire un coinvolgimento attivo del cliente nelle attività della vita quotidiana, del tempo libero ed in quelle professionali. La National Conference australiana-homecare, tenutasi nel 2007 stabilisce con precisione quali sono i passi fondamentali per una buon esercizio del ruolo di case manager, con particolare riferimento al binomio riabilitazione-reinserimento lavorativo.</p>
<p>IL PERCORSO AUSILI⁹ Il profilo professionale previsto dal D.M. 741/1994 sancisce che nell'ambito delle specifiche competenze, il fisioterapista "propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia". E' opinione ormai condivisa che la soluzione a un bisogno conseguente alla disabilità non sia identificabile di norma solo in uno strumento, ma in una serie di condizioni e di interventi. In particolare, l'adeguatezza dell'ausilio deve derivare dalla valutazione</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ delle caratteristiche dell'ambiente, ▪ delle effettive capacità dell'utente e/o del care giver, ▪ delle caratteristiche tecniche degli ausili offerti dal mercato. <p>In Emilia-Romagna in numerose Aziende sanitarie, pur con modelli organizzativi diversi, esistono fisioterapisti che, avendo ricevuto una formazione specifica, svolgono stabilmente un ruolo centrale nel "percorso ausili". Nelle realtà più avanzate, tale ruolo ha una strutturazione precisa, con responsabilità definite di governo del processo. Questo tipo di organizzazione ha consentito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riduzione dei tempi di ricovero tramite la tempestiva fornitura di ausili contestualmente alla dimissione, • stretta aderenza dell'ausilio fornito alle caratteristiche ed esigenze dell'ambiente domestico, grazie ad una attenta valutazione e a una dettagliata raccolta di informazioni, • buona efficienza, grazie ad un appropriato utilizzo di ausili ricondizionati. <p>La competenza acquisita dai Ft ha consentito di conciliare la qualità dei prodotti, l'obiettivo funzionale perseguito e la sostenibilità economica del sistema; è stato inoltre possibile, valutando in modo critico le proposte del mercato, effettuare scelte tecnicamente motivate. Il processo è finalizzato ad una presa in carico globale e integrata della persona disabile pertanto trova collocazione all'interno della rete dei servizi territoriali dove si realizza l'integrazione tra operatori sanitari e sociali. La Regione Emilia-Romagna ha istituito centri di riferimento su ausili per l'autonomia e barriere e una rete di centri per l'adattamento dell'ambiente domestico. Questa strategia trova un completamento nella valorizzazione delle esperienze locali di gestione del percorso di identificazione e fornitura ausili quali reti di I Livello.</p>	<p>ASSISTIVE TECHNOLOGY Nei paesi più avanzati è fortemente sentita la necessità di conciliare la massima appropriatezza ed efficacia degli ausili per disabili con la sostenibilità economica del sistema. Esistono molti modelli organizzativi, che hanno in comune il ruolo centrale del Fisioterapista o del Terapista Occupazionale nei diversi momenti del percorso: individuazione delle esigenze specifiche della persona disabile, conoscenza approfondita delle caratteristiche tecnologiche dell'ausilio, assistenza non solo nella fornitura, ma anche nell'addestramento all'uso. E' ormai diffusa la consapevolezza che l'utente deve avere un ruolo attivo e propositivo nell'individuazione delle esigenze e delle possibili soluzioni. Molta enfasi viene data alla ricognizione dell'ambiente domestico e di lavoro. Dallo studio: Access to Assistive Technology in the European Union A cura di: European Commission Directorate General for Employment and Social Affairs Unit E.4. Giugno 2003</p>
ESPERIENZE IN ITALIA	ESPERIENZE IN ALTRI PAESI
<p>I SERVIZI DI ASSISTENZA RIABILITATIVA DOMICILIARE La ricerca scientifica si è interrogata sull'efficacia dei modelli riabilitativi extraospedalieri, attingendo dall'esperienza dei Paesi anglosassoni che hanno una consolidata tradizione (Country Hospital, Hospital at Home, Community Rehabilitation Teams, Outreach Teams, ecc.). In questi modelli le alternative domiciliari che si stanno sviluppando rispondono a due esigenze: - la necessità di favorire una dimissione precoce dall'ospedale,</p>	<p>USA- UK-DANIMARCA- ISLANDA: HOME HEALTH CARE SERVICES Per i Fisioterapisti americani e inglesi le agenzie di assistenza domiciliare sono una realtà lavorativa estremamente diffusa. I vari modelli prevedono che il professionista svolga prevalentemente la sua attività presso il domicilio del paziente; l'intervento comprende un'attenta valutazione, la stesura ed attuazione di un programma riabilitativo in relazione agli obiettivi condivisi con il paziente stesso, la verifica dei risultati e la documentazione di tutto il processo.</p>

⁸ Esperienze: AUSL Bologna⁹ Esperienze: AUSL Rimini, AUSL Piacenza

ESPERIENZE IN REGIONE	ESPERIENZE IN ALTRI PAESI
<p>garantendo una adeguata qualità dell'assistenza,</p> <ul style="list-style-type: none"> - la necessità di rallentare la perdita di autonomia delle persone con patologie croniche e inaggravanti, riducendo gli accessi in ospedale e ritardando l'ingresso in strutture residenziali. <p>Si va delineando, anche per l'assistenza riabilitativa, un approccio che non si esaurisce con il trattamento riabilitativo tradizionale, ma si traduce in una modalità assistenziale rivolta alla presa in carico per il recupero delle potenzialità della persona con disabilità.</p> <p>In tale contesto, non vanno dimenticate due importanti funzioni del ruolo del fisioterapista, che possono essere espresse al meglio in un contesto territoriale, valorizzandone la responsabilità professionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prima, quella educativa, svolta nei confronti del paziente e della sua famiglia, che permette il coinvolgimento attivo dei soggetti nel processo terapeutico e favorisce il lavoro di cura della famiglia – un esempio è la sperimentazione, attualmente in corso in Regione, di un programma di prevenzione delle cadute nell'anziano; - la seconda, quella di consulenza, che consente di essere punto di riferimento per la ridefinizione dei setting riabilitativi, le valutazioni abitative e l'utilizzo, la gestione e la sperimentazione degli ausili. 	<p>I Fisioterapisti spesso svolgono attività di consulenza e collaborano con altri professionisti (medici, infermieri, terapisti occupazionali, logopedisti, ecc.) che intervengono nel processo di assistenza domiciliare.</p> <p>Negli USA è prevista anche la figura dell'assistente fisioterapista posizione funzionale regolamentata dall'A.P.T.A (American Physical Therapist Association) e dedicata ai casi con minore complessità tecnica.</p> <p>Questa figura opera con il supporto di un fisioterapista con funzione di supervisore.</p> <p>In tal caso, il mandato del fisioterapista è quello di effettuare un primo accesso per la valutazione ambientale, di esaminare il paziente, definire il piano di trattamento stabilendone gli obiettivi di verificarne il raggiungimento attraverso accessi programmati.</p>
<p>ESPERIENZE RIABILITATIVE NELLE RESIDENZE</p> <p>Nelle strutture protette e RSA il Fisioterapista esplica la propria competenza in vari modi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua valutazioni e trattamenti riabilitativi individuali per i casi ove sono identificabili possibilità di recupero e valorizzazione dell'autonomia, - analizza e valuta l'ambiente, allo scopo di valorizzarne le potenzialità terapeutiche e minimizzare gli ostacoli all'autonomia, - partecipa alla progettualità assistenziale generale, orientando in senso riabilitativo tutte le attività e le pratiche assistenziali, - concorre alla realizzazione del Piano Assistenziale Individuale, - contribuisce al diffondersi di pratiche assistenziali ergonomicamente corrette, a salvaguardia della salute dei professionisti. <p>In alcune realtà della Regione, il Fisioterapista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - contribuisce al controllo del rischio di lesioni da decubito orientando e supervisionando i piani per la mobilitazione degli ospiti, - partecipa attivamente alla gestione degli ausili per l'autonomia e dei presidi per la prevenzione delle lesioni da decubito, curando la scelta, l'appropriatezza dell'assegnazione e fornendo consulenza e formazione agli altri operatori, - sensibilizza la struttura sui rischi e le problematiche legate ai disturbi della deglutizione, e collabora con il logopedista per creare le condizioni ambientali e assistenziali atte a prevenirli - diffonde una cultura favorente il corretto utilizzo di presidi ad effetto contenitivo. 	<p>NURSING HOMES - LONG TERM CARE SERVICES</p> <p>La presenza di fisioterapisti nelle Nursing Homes e nei Long Term Care Services è comune nel mondo anglosassone.</p> <p>Uno studio comparativo (Rehabilitation in Nursing Homes: a cross national comparison of recipients, Age Ageing 1997) esamina le strutture per anziani in USA, Danimarca, Islanda, Giappone e Italia. Dallo studio emerge che in tutte le strutture prese in esame viene fornita assistenza riabilitativa da personale qualificato, con percentuali molto diverse: Islanda:31%; Danimarca: 23%; Giappone: 30%; Italia: 14%; USA : 11%.</p> <p>Il target prevalente è costituito da anziani ultraottantacinquenni clinicamente stabili, con una permanenza in struttura superiore a 90 giorni.</p> <p>In tutti i paesi vengono selezionati i casi con discrete competenze cognitive e bassi livelli di autonomia nelle ADL, cioè con maggiori probabilità di ottenere modificazioni significative in seguito all'intervento riabilitativo.</p>
<p>ESPERIENZE RIABILITATIVE IN HOSPICE</p> <p>I pazienti oncologici in fase avanzata di malattia devono confrontarsi con la natura progressiva della patologia e con il conseguente deterioramento delle funzioni fisiologiche. La comparsa e l'aggravarsi dei sintomi, la diminuzione e la perdita dell'autosufficienza si accompagnano a numerosi cambiamenti nello stile di vita, nelle abitudini e nelle relazioni interpersonali.</p> <p>Vi sono evidenze sull'effetto positivo dell'intervento fisioterapico sulla qualità della vita delle persone assistite in Hospice (La Rivista Italiana di Cure Palliative, numero 2 estate 2005 - Monti, Colombo, Amadori, Castellani, Hartmann: La riabilitazione del malato terminale in hospice: mito o realtà?)</p> <p>La Società Italiana di Cure Palliative nel proporre i requisiti minimi per l'Hospice ha incluso nell'équipe assistenziale la figura del fisioterapista, ipotizzando uno standard di presenza.</p> <p>In alcune realtà della regione il fisioterapista collabora con il personale dell'Hospice, soprattutto fornendo consulenza sulla mobilitazione, l'uso degli ausili, l'educazione dei familiari.</p>	<p>HOSPICES AND PALLIATIVE CARE UNITS</p> <p>Nel mondo anglosassone esistono linee guida che definiscono il ruolo del fisioterapista nel team delle cure palliative (Association of Chartered Physiotherapists in Oncology and Palliative Care. Guidelines for Good Practice. Chartered Society of Physiotherapy, London, 1993)</p> <p>In esse si afferma che "è spesso possibile migliorare la qualità della vita dei pazienti, indifferentemente dalla loro prognosi, aiutandoli a raggiungere le loro potenziali abilità, favorendo la loro autonomia o alleviando i sintomi".</p>

6.2.1 Le esperienze nelle Aziende USL

FISIOTERAPISTA RESPONSABILE DEL CASO NELL' APPLICAZIONE DELLA 2068/04

AUSL BOLOGNA

La DGR 2068/04 fornisce linee d'indirizzo per predisporre modelli di risposta territoriale a bisogni complessi per pazienti con grave disabilità acquisita (TCE, mieloleso, gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata) con l'obiettivo di realizzare un percorso assistenziale integrato sanitario e socio assistenziale, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

L'intera équipe multiprofessionale prende in carico la persona realizzando così un modello di risposta integrata per la personalizzazione di piani assistenziali a lungo termine modulati nel tempo in riferimento ai bisogni dell'utente, privilegiando il domicilio come sede di elezione. L'avvio del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza DGR 509/06 e l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal FSR pongono in evidenza la necessità di assicurare equità di utilizzo dei fondi assegnati.

Nell'AUSL di Bologna l'applicazione della DGR ha visto la positiva sperimentazione di attribuzione della funzione di Responsabile del Caso in base al bisogno prevalente della persona.

Il professionista identificato deve essere in grado di leggere, approfondire e valutare i bisogni dell'utente, progettando e coordinando risposte soddisfacenti, in una logica di presa in carico complessiva. Nel caso della prevalenza di bisogni riabilitativi il Fisioterapista rappresenta il professionista in possesso delle competenze utili alla lettura globale dei bisogni della persona con disabilità e a coordinare gli interventi clinico-assistenziali più efficaci a darne risposta.

In questa ottica il core dell'attività del Fisioterapista responsabile del caso, in integrazione con gli altri professionisti dell'équipe è:

- ricognizione iniziale dei bisogni del paziente (assessment) con l'utilizzo degli strumenti valutativi previsti dalla DGR ed altri utili alla pianificazione degli interventi;
- valutazione del contesto abitativo (ausili ed eventuali adattamenti), valutazione e proposta di protesi ed ausili, addestramento all'uso e verifica dell'efficacia in eventuale collaborazione con Centro Regionale Ausili (CRA) e Centro per l'Adattamento Ambiente Domestico (CAAD);
- collaborazione costante con i Colleghi e i Medici Specialistici delle strutture di provenienza (es. Casa dei Risvegli, Montecatone Rehabilitation Institute) e delle strutture di Il Livello (es. Centro Malattie Rare – BENE) per il passaggio "multidirezionale" delle informazioni;
- progettazione del piano assistenziale individualizzato;
- costante collegamento con il paziente e il nucleo familiare per la condivisione del percorso proposto e per l' identificazione e risoluzione di eventuali criticità;
- realizzazione di attività terapeutiche per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive;
- educazione terapeutica e supervisione dei care giver con finalità di mantenimento delle capacità raggiunte e di prevenzione secondaria;
- monitoraggio e verifica delle attività svolte rispetto al raggiungimento degli obiettivi sia della rete dei servizi aziendale che del privato accreditato;
- valutazione dei risultati raggiunti ed eventuale ridefinizione dei bisogni.

La positiva sperimentazione ha evidenziato la necessità di integrare la figura professionale del Fisioterapista nei Distretti dove ancora non era prevista.

PERCORSO AUSILI

AUSL RIMINI

Il percorso ausili prevede un'integrazione tra presidio ospedaliero e i servizi territoriali preposti all'accoglienza di pazienti in continuità assistenziale. Il progetto, inserito nei percorsi di incentivazione dell'area "innovazione di sistema", si inserisce all'interno dell'obiettivo più generale di ampliamento e sviluppo delle cure e dell'assistenza domiciliare.

Ci si propone di rispondere ai bisogni di assistenza riabilitativa delle fasce deboli e fragili della popolazione, in particolare le persone con disabilità, gli anziani affetti da patologie cronico-degenerative, le persone in terminalità di vita. L'obiettivo è raggiungere la maggiore qualità possibile in termini di tempestività e appropriatezza nel percorso dalla segnalazione del bisogno alla fornitura e adozione degli ausili. Si identificano i fisioterapisti con formazione specifica come referenti nel Dipartimento di Cure primarie del Percorso Ausili.

Le azioni principali del Servizio sono: valutazione e identificazione dei bisogni, consulenza all'utente o ai familiari/care giver, addestramento all'uso e verifica dell'idoneità del presidio scelto.

Obiettivi

1. consentire la partecipazione attiva dell'utente nel processo di scelta dell'ausilio attraverso un momento informativo (per l'identificazione dell'ausilio più adeguato), la prova dello stesso (per accertarne la rispondenza alle effettive esigenze della persona), l'eventuale apporto di modifiche o adattamenti all'ausilio stesso e l'addestramento al suo corretto uso;
2. favorire la domiciliazione riducendo i tempi di degenza ospedaliera;
3. fornire consulenza per migliorare l'accessibilità degli ambienti di vita;
4. accelerare e snellire l'iter tra la prescrizione sanitaria, l'autorizzazione e la fornitura dell'ausilio;
5. rivalutare nel tempo il permanere della necessità dell'ausilio, con conseguente diminuzione degli sprechi e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
6. disporre di una visione complessiva e unitaria dell'intero percorso in modo da monitorarne l'efficacia e perseguire la massima razionalizzazione delle risorse.

L'immagine sociale degli ausili si è profondamente modificata negli ultimi tempi: da un lato l'evoluzione culturale nel campo della riabilitazione ha dato significati nuovi a concetti quali integrazione sociale e autodeterminazione; dall'altro, un importante sviluppo tecnologico ha immesso sul mercato una grande varietà di dispositivi, impensabili solo pochi anni fa, che consentono alle persone con disabilità di scegliere il proprio stile di vita e di non rinunciare a perseguire i propri obiettivi.

Entrambi i fattori stanno spostando l'immagine degli ausili:

- da apparecchiature sanitarie a strumenti per la vita quotidiana,
- da dispositivi medici a prodotti reperibili anche in commercio,
- da oggetti di scelte guidate dagli operatori a scelte effettuate insieme all'utente,
- dalla determinazione dello status di paziente allo status di utente.

Gli ausili devono essere considerati a tutti gli effetti strumenti per l'autonomia, e dunque strumenti per la relazione. I benefici ottenibili grazie all'adozione di ausili possono essere descritti in termini di qualità di vita, autonomia, ed empowerment. Questi cambiamenti richiedono che chi attiva questo processo disponga di una professionalità adeguata, capace di coniugare conoscenze tecnologiche e merceologiche con l'attenta lettura dei bisogni della persona con disabilità e del suo contesto socio-abitativo, capace di contribuire con competenza alla definizione di un progetto di vita.

AUSL PIACENZA

Gli obiettivi del percorso predisposto sono stati riassunti in:

- ✓ valutare il reale bisogno di ausili e protesica,
- ✓ verificare la compliance del paziente e dei familiari verso gli ausili proposti,
- ✓ prescrivere solo ciò che è necessario e opportuno.

Differenze prescrittive:

1) per pazienti in dimissione protetta verso ADI di 3° livello o già in ADI di 3° livello: per gli ausili legati alle attività assistenziali, quali letto, materasso per la prevenzione delle lesioni cutanee, le richieste possono essere inoltrate direttamente dai coordinatori dell'ADI all'Ufficio Protesica, qualora il bisogno sia identificato nel PAI. Il materiale ordinato direttamente deve essere presente nelle scorte di magazzino. Per i pazienti in ADI di 2° e 3° livello o per li altri ausili: il MMG richiede "Valutazione per fornitura ausili" su ricettario S.S.N. e la richiesta viene inviata allo "sportello protesica" distrettuale.

2) per i pazienti ricoverati in UO/strutture residenziali o semiresidenziali con medico prescrittore individuato: i medici prescrittori autorizzati utilizzano per la segnalazione del caso un modulo specifico e lo inviano allo "sportello protesica" del Distretto individuato.

Nel caso di dimissione da CP/RSA verso il domicilio: come dimissione protetta in ADI di 2° livello.

3) per i pazienti degenti in UO senza medico prescrittore individuato: il medico curante ospedaliero invia una richiesta telefonica di "valutazione per fornitura ausili" allo "sportello protesica" del distretto competente, indirizzata Case Manager almeno 5 giorni prima della dimissione. Il CM attiverà la valutazione clinica avvalendosi dei prescrittori territoriali.

5) strutture di ricovero pubbliche o accreditate extraprovinciali: il Direttore della UO di ricovero propone la prescrizione completa di piano riabilitativo ed utilizzo degli ausili che saranno valutati dal prescrittore interno di competenza territoriale.

L'ufficio protesica, seguendo le prassi ordinarie, verifica che il beneficiario sia un "avente diritto" (minore di 18 anni, invalido accertato o istante in attesa di invalidità). Se sussistono le caratteristiche di "avente diritto", l'ufficio protesica invia il modulo specifico (o la richiesta di valutazione del MMG) al case manager di riferimento distrettuale.

Il Case manager, ricevuto il modulo di richiesta, contatta l'utente.

a) Primo incontro con l'utente

E' il momento più delicato di tutto il percorso e si svolge in prevalenza al domicilio del paziente o presso le strutture di ricovero/accoglienza.

E' l'inizio della presa in carico e consiste in :

1. accogliimento del bisogno espresso dall'utente;
2. raccolta dei dati anamnestici e clinici (ed eventuale prescrizione medica);
3. valutazione funzionale delle capacità residue anche attraverso l'uso di test valutativi strutturati;
4. valutazione delle esigenze di autonomia (personale, ambientale);
5. valutazione del contesto familiare, degli ambienti di vita quotidiana e della assistenza prestata dagli helpers;
6. valutazione ambientale, per individuare eventuali elementi strutturali che possono interferire con l'autonomia personale (barriere architettoniche);
7. Compilazione della apposita scheda valutativa riportante tutti gli elementi succitati.

Il fisioterapista Case Manager, durante la prima visita, rileva anche i bisogni non espressi, che possono condizionare il risultato dell'intervento.

Fin dall'inizio è fondamentale ricercare il massimo della collaborazione e condivisione del progetto di autonomia, da parte dell'utente e della famiglia, sia negli obiettivi che nel percorso. Il case manager, quindi effettua la proposta al medico prescrittore.

Per i pazienti che si recano in ambulatorio, il primo incontro è condotto congiuntamente da prescrittore e case manager.

b) Individuazione degli ausili/protesica

Il case manager (CM) e il medico prescrittore, per meglio rispondere alle richieste ed ai bisogni individuati, individuano gli ausili effettivamente necessari e, tramite la strumentazione informatica (banca dati protesica) il CM verifica la disponibilità dell'ausilio/materiale protesico nell'elenco dei prodotti nuovi o rigenerati. Il medico prescrittore compila la parte relativa alla prescrizione e individua i codici di riferimento.

c) Autorizzazione

Il CM invia la prescrizione all'Ufficio Protesica, che trasmette al Dirigente che, nell'ambito del Dipartimento delle Cure Primarie, è incaricato di autorizzare la spesa. Dopo l'autorizzazione, la documentazione è inoltrata all'Ufficio Protesica del distretto di competenza che predisponde l'ordine amministrativo.

e) Consegna

La ditta fornitrice consegna a domicilio il/i beni e il case manager verifica che sia/no conforme/i all'ordine e lo registra sul modulo A e informa il care giver sull'uso. Nel caso di beni compresi nell'elenco 1, il medico prescrittore verifica la consegna e collauda l'ausilio. Nel caso il bene non sia disponibile nel magazzino o non sia acquistabile nel Contratto di fornitura, il case manager propone l'acquisto presso uno dei fornitori presenti nel territorio al Dirigente della UO Cure Primarie che autorizza la spesa. Il Case Manager avvisa il familiare per il ritiro della autorizzazione presso l'Ufficio protesica del Distretto per poter accedere direttamente alle aziende fornitrici.

f) Verifica

Dopo 1 e 6 mesi il case manager effettua il followup telefonico e in loco per verificare il corretto utilizzo e lo registra sulla scheda di verifica.

In caso di problemi di non compliance dei pazienti o particolari elementi di criticità, esempio condizioni particolarmente gravi del paziente, si attiverà una unità di valutazione multidimensionale comprendente il medico responsabile del caso, gli specialisti di riferimento per le patologie presenti/prevalenti, il fisiatra per le valutazioni di secondo livello.

Job description

Contenuti professionali specifici: valutazione della capacità motoria e di standing, valutazione delle possibilità di compensazione dei deficit motori e degli strumenti a ciò idonei, verifica delle capacità di utilizzo degli ausili da parte del paziente e dei familiari, presa in carico del paziente e della famiglia per l'istruzione all'uso degli ausili e materiale protesico, verifica e followup sull'uso dei materiali.

Attività: coordina tutte le attività finalizzate alla adeguata valutazione del bisogno di protesi e ausili per gli utenti a domicilio e ricoverati in ospedale, coordina la valutazione abitativa per la consegna del materiale protesico e ausili, mantiene i rapporti con le ditte fornitrici al fine di garantire che i tempi di consegna siano conformi alle esigenze dei pazienti, valuta le richieste in materia di protesica e ausili provenienti dalle strutture esterne, collabora con i Medici Specialisti Prescrittori per la protesica, coordina la formazione ai pazienti e ai familiari sull'uso degli ausili, coordina la raccolta dati di follow-up.

Requisiti professionali preferenziali: competenza professionale specifica, capacità di coordinamento, capacità di utilizzo delle strategie comunicative/relazionali e di integrazione (tirocinio pratico), capacità di soluzione dei problemi, capacità educative.

Gli ambiti di valutazione individuati sono:

- 1) Il trend della spesa per gli ausili nel tempo
- 2) La spesa per ausili media procapite PC vs media procapite RER
- 3) Tempi di attesa e processazione delle pratiche
- 4) % di ausili utilizzati nel tempo.

6.3 LE ESPERIENZE DI ASSISTENZA OSTETRICA

ESPERIENZE IN REGIONE	ESPERIENZA IN ALTRI PAESI
<p>RESPONSABILITÀ OSTETRICA ALLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO ¹⁰ In linea con numerose esperienze avviate all'interno della nostra Regione, sulla base di protocolli e procedure aziendali formalizzate e di provata efficacia, l'ostetrica garantisce alle gravide a basso rischio un piano assistenziale personalizzato e un'assistenza continua; in alcune realtà aziendali ne ha anche la piena responsabilità</p> <p>RESPONSABILITÀ OSTETRICA AL TRAVAGLIO E PARTO A DOMICILIO ¹¹ L'esperienza maturata in alcune realtà aziendali da parte dell'ostetrica, quale figura di riferimento all'interno del percorso nascita, ed in particolare quale responsabile del parto a domicilio, ha contribuito alla realizzazione delle linee di indirizzo per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio, contenute nella direttiva n. 533/2008.</p>	<p>PRESA IN CARICO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE I risultati di una review della Cochrane confronta la continuità assistenziale in gravidanza, parto e puerperio, con l'assistenza usualmente praticata da più operatori. Criteri di selezione: trail controllati che confrontano l'assistenza continua fornita da ostetriche con la normale assistenza non continua di gruppi di medici ed ostetriche durante la gravidanza e il periodo post-natale. Gli studi hanno dimostrato effetti benefici della continuità di assistenza. In particolare la continuità assistenziale fornita dall'ostetrica determina una riduzione significativa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - frequenza di trattamenti farmacologici per la riduzione del dolore, - parti operativi vaginali, - n. dei tagli cesarei, - n. di donne che riferiscono una esperienza negative della nascita, - ricoveri ospedalieri antenatali, - maggiore partecipazione agli incontri di educazione prenatale.
<p>GLI AMBULATORI DEL PUERPERIO ¹² In alcune AUSL del territorio regionale sono nati spazi (ambulatori), all'interno dei consultori, nei quali le ostetriche si occupano della salute delle mamme e dei loro bambini nel primo anno di vita. In tali ambulatori sono previste consulenze ostetriche su allattamento al seno, accudimento del neonato, controllo della crescita del bambino, attuabili grazie all'accesso diretto. L'obiettivo di tale attività e' quello di aumentare la competenza e la sicurezza materna attraverso una consulenza personalizzata che faciliti l'instaurarsi delle relazione precoce madre e bambino e che consenta una continuità assistenziale tra ospedale territorio.</p>	
<p>INFORMAZIONE EDUCAZIONE SULLA MENOPAUSA ¹³ Il diritto ad essere informati e ad essere protagonisti attivi della propria salute, hanno sollecitato i sistemi sanitari, ed in particolare le cure primarie, ad attivare percorsi di informazione ed educazione sulla base dei bisogni emergenti. In tale contesto si inseriscono progetti che affrontano le necessità determinate dall'allungamento della vita e dal diritto al buon mantenimento della propria salute nonostante l'età, nello specifico, ad esempio, dalle esigenze che le donne manifestano durante la menopausa. Si sono così sviluppati corsi di educazione e formazione sulla menopausa dandone, in alcune realtà aziendali, la responsabilità della progettazione e dello sviluppo all'ostetrica/o.</p>	

¹⁰ Esperienze: AUSL Reggio Emilia

¹¹ Esperienze: AUSL Parma, AUSL Reggio Emilia

¹² Esperienze: AUSL Imola

¹³ Esperienze: AUSL Imola

6.3.1 Le esperienze nelle Aziende USL

RESPONSABILITA' OSTETRICA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

AUSL REGGIO EMILIA

Questo progetto nasce dall'esigenza di declinare in azioni progettuali gli obiettivi aziendali assegnati nell'anno 2003 che prevedono l'assistenza della gravidanza fisiologica a gestione ostetrica. Il progetto prevede l'applicazione di un PROTOCOLLO INTERNO "Piano di Assistenza" condiviso a livello aziendale. Per la definizione degli esami da eseguire in caso di gravidanza fisiologica si fa riferimento al D.M. del settembre 1998.

PUNTI ESSENZIALI DEL PERCORSO

Target : donne con Gravidanza Fisiologica

La selezione iniziale delle donne gravide che possono accedere al Piano di assistenza proposto avviene al primo colloquio ("Protocollo Criteri di Selezione")

La selezione durante il Percorso sarà dinamica: ad ogni controllo si accerterà l'evoluzione fisiologica della gravidanza e laddove si manifestasse una patologia, la paziente verrà sottoposta a valutazione del ginecologo o sarà inviata alla struttura ospedaliera di riferimento.

Qualora la patologia si risolvesse e la gravidanza potesse nuovamente essere considerata fisiologica, la donna potrà rientrare nel percorso di Assistenza ostetrica

L'ostetrica eseguirà il primo colloquio possibilmente entro la 10° settimana dove, attraverso l'anamnesi e la verifica dei criteri di selezione, attuerà il reclutamento delle utenti a cui proporre il percorso e dove verrà presentato il Piano di Assistenza (nel quale sarà specificato il n.° e i tempi di effettuazione delle Visite, degli esami e delle ecografie).

L'ostetrica utilizzerà il predisposto modulo per la richiesta Esami ed Ecografie con il quale la gravida potrà accedere direttamente al CUP di riferimento.

Per dubbi riguardanti l'interpretazione di eventuali Esami richiesti, l'ostetrica si avvarrà della collaborazione del ginecologo del consultorio, se disponibile, o del Medico di Medicina Generale nell'ottica dell'avvio della rete integrata di Servizi del D.C.P.

La presenza del medico ginecologo è prevista per gli Esami Ecografici, presso il termine per la valutazione del rischio ai fini del travaglio di parto ed inoltre ogni volta ne emerga l'indicazione clinica (Medico del Consultorio o Medico Ginecologo dell' "Ambulatorio Gravidanza a termine")

Gli Specialisti hanno il ruolo di **Consulenti** nei casi limite, diventano Responsabili dell'assistenza nei casi a rischio ed effettuano gli esami Ecografici.

PARTO A DOMICILIO

AUSL PARMA

Il progetto Parto a domicilio a Parma vede coinvolte l' Azienda Sanitaria Locale e l'Azienda Ospedaliera per dare operatività alla Legge regionale 26/98, con l'obiettivo di offrire alle donne la possibilità di scegliere il parto a casa e nello stesso tempo contribuire al processo di demedicalizzazione delle gravidanze e del parto fisiologico come criterio di salute promosso dall' OMS e abbracciato dal Progetto Obiettivo Materno Infantile.

Una equipe multidisciplinare composta da operatori delle aziende e i pediatri di libera scelta hanno steso, condiviso, aggiornato e diffuso le linee guida e i protocolli per l'assistenza al parto a domicilio .

La gestione del percorso del parto a domicilio è affidata all'ostetrica che agisce il suo operato in completa autonomia, ha la responsabilità dei casi, si avvale della consulenza di specialisti in caso di quesiti diagnostici specifici o in situazioni borderline.

L'ambulatorio per la gestione delle gravide che hanno scelto il parto a domicilio è gestito in modo autonomo dalle ostetriche.

Le ostetriche, incontrano come primo momento informativo le coppie che hanno fatto la scelta di una nascita naturale, presentano il percorso, forniscono informazioni, ascoltano e raccolgono le motivazioni della scelta, ed accolgono la richiesta per quel tipo di assistenza/accompagnamento.

Il secondo momento prevede la presa in carico e la definizione del piano assistenziale.

Attuano lo screening della gravidanza fisiologica secondo le linee guida, dall'inizio della gravidanza per le donne seguite in consultorio, a partire dalla 32a settimana per le donne non seguite in consultorio.

Garantiscono l'assistenza al parto fisiologico entrando in reperibilità dalla 37a settimana fino alla 41 (+ 3).

Dispongono e accompagnano il trasferimento in ospedale nei casi in cui compaia rischio o patologia, affrontano la prima emergenza in attesa del 118 con cui è stipulato un protocollo di intesa che definisce le modalità dell'intervento.

Il pediatra visita il neonato nelle 24 ore successive al parto e le ostetriche assistono il puerperio secondo le esigenze individuate.

AUSL REGGIO EMILIA

L'esperienza nasce congiuntamente all'Azienda ospedaliera ASMN nel 2000 e ha come obiettivi:

- ✓ offrire la possibilità di partorire a domicilio e di scegliere il proprio percorso e la propria modalità per l'esperienza della nascita,
- ✓ fornire un'assistenza personalizzata.

Tali obiettivi si raggiungono attraverso:

- ✓ Ridefinizione e formalizzazione dei percorsi organizzativi e assistenziali con puntualizzazione dei ruoli e responsabilità dei vari soggetti istituzionali (ostetrica, pediatra, MMG, ginecologo);
- ✓ individuazione e formalizzazione di strumenti documentali;
- ✓ sviluppo delle competenze professionali attraverso progetti formativi specifici,

MODALITA' ASSISTENZIALI

Il progetto parto a domicilio si integra con il progetto aziendale relativo alla gestione della gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica mantenendo la gestione congiunta con i referenti medici relativamente alla selezione delle pazienti che partoriranno a domicilio.

Per le particolarità operative di questa attività si è ritenuta necessaria la presenza di due ostetriche essenziali per la gestione della reperibilità nel periodo preparto, per la gestione del parto al domicilio e per le 12 ore successive al parto stesso.

Le fasi del percorso sono le seguenti:

1. la selezione delle gestanti in base alle linee guida Regionali,
2. la presa in carico della gestante con compilazione della documentazione,
3. l'assistenza pre parto che prevede almeno 3-4 incontri e/o visite che coincidono con il periodo che va dalla 32 ° alla 38° settimana . In questa fase viene svolta almeno una visita a domicilio, al fine di valutare l'idoneità ambientale e predisporre quanto necessario per il parto,
4. l'assistenza al parto assicurando i seguenti servizi:
 - segnalazione alla centrale operativa
 - segnalazione alla Divisione di Ostetricia di Riferimento
 - segnalazione al ginecologo per eventuali complicazioni
 - segnalazione al pediatra per la compilazione, entro le 12 ore dalla nascita, della cartella pediatrica,

5 l'assistenza post-partum dove sono previste visite domiciliari per il supporto alla puerpera (anche per l'allattamento) e per la valutazione delle condizioni del neonato.

AMBULATORIO PUERPERIO

AUSL IMOLA

Nel contesto del Dipartimento delle Cure Primarie è presente il Consultorio Familiare all'interno del quale operano ostetriche impegnate nel percorso nascita. In tale ambito è stata strutturata una modalità innovativa di presa in carico precoce del bambino e della mamma mediante l'attivazione di punti di riferimento ambulatoriali per il puerperio.

Obiettivi che il programma persegue:

- Offrire assistenza e cura alla puerpera per la diagnosi precoce di anomalie subentranti (perineal care).
- Offrire informazione - formazione sulle cure da prestare al neonato.
- Offrire promozione e sostegno all'allattamento al seno attraverso interventi individuali o supportata da piccoli gruppi.
- Proporre e condurre interventi di sostegno alla genitorialità (massaggio neonatale, incontri a tema per neogenitori).
- Offrire sostegno psico emotivo alla puerpera e alla coppia di neogenitori.
- Offrire attività di counseling in ambito procreativo.

Modalità di funzionamento del Programma

Le ostetriche garantiscono nell'ambito dell'orario istituzionale del servizio, una disponibilità telefonica mediante un numero dedicato con un cellulare di riferimento per una prima risposta a situazioni di difficoltà.

E' garantito il libero accesso alle mamme in spazi ambulatoriali dedicati al puerperio ambulatoriale.

Con modalità di presa in carico precoce del bambino e della puerpera sono garantite:

- Visite domiciliari alla puerpera e al neonato
- Attività di sostegno e confronto dopo parto

Coordinamento di processi di aiuto individualizzato (mediante volontariato)

PERCORSO MENOPAUSA

AUSL IMOLA

Nel contesto del Dipartimento delle Cure Primarie è presente il Consultorio Familiare all'interno del quale operano ostetriche impegnate non solo nel percorso nascita, ma anche in programmi di educazione ed informazione alla salute per la donna; uno di questi consiste nell'Educazione alle donne in Menopausa.

Obiettivi che il programma persegue:

- Promuovere e conservare lo stato di salute della donna educandola all'autocura
- Prevenire e/o ridurre i fattori di rischio concernenti le patologie croniche più frequenti in questa fase della vita garantendo la continenza urinaria, la statica pelvica, una vita sessuale soddisfacente
- Migliorare l'autostima della donna garantendone il suo benessere sociale

Modalità di funzionamento del Programma

L'ambito ambulatoriale rappresenta un modello già consolidato per la realizzazione di colloqui finalizzati alla individuazione delle diverse problematiche e ad una loro prima risoluzione in termini di informazione e educazione.

Gli interventi di educazione sanitaria nelle associazioni in altre istituzioni, costituiscono altri spazi di intervento e di divulgazione dell'informazione e di programmi educativi specifici.

BIBLIOGRAFIA

1. J.De Maeseneer et al, Primari health care as a strategy for achieving equitable care, Health Systems Knowledge Network, WHO, March 2007
2. Fioravanti L., Spandonaro F., "Continuità assistenziale dal principio alla realizzazione. Cosa insegna il disease management" Politiche sanitarie, vol.8 n.1 gennaio-marzo 2007
3. VII Rapporto sulle Politiche della Cronicità - Coordinamento nazionale Associazioni Malati Cronici – Cittadinanzattiva – 2007 www.cittadinanzattiva.it
4. Woodend K, " The role of community matrons in supporting patients with long- term conditions" Nursing Standard 2006 January 25:vol 20 n°20
5. Metcalfe J, " The management of patients with long term conditions" Nursing Standard 2005 July 20:vol 19 n°45, 53-60
6. Corben S., Rosen R., "Self management for long-term conditions", King's Fund, 2005 www.kingsfund.org
7. Department of Health (2005) "Supporting people with long term conditions. Liberating the talents of nurses who care for people with long term conditions" London www.dh.gov.uk/cno
8. K.Davis et al, A 2002 Vision of Patient-centered primary Care, J Gen Intern Med 2005; 20:935-37
9. Raftery J. P., Yao G. L., Murchie P., Campbell N. C., Ritchie L. D., (2005), the cost effectiveness of nurse led secondary prevention clinics for coronary heart disease in primary care: follow up of a randomised trial, BMJ 2005; 330:707-10
10. Florida. A Healthy State, November 2004 Update –
11. [Http://www.pfizerhealthsolutions.com/pdf/ProgramOverview2.pdf](http://www.pfizerhealthsolutions.com/pdf/ProgramOverview2.pdf)
12. Bunn F., Byrne G., Kendall S. "Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction." Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct.18; (4): CD004180
13. Kovner CT, Harrington C, "CMSstudy:correlation between staffing and quality."Am J Nurs. 2002 Sep;102(9):65-6
14. Lattimer V., Sassi F., George S., " Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial." BMJ 2000 Apr. 15; 320:1053-7
15. Campbell. N. C., Ritchie L. D., Thain J., Deans H. G., Rawles J. M., & sqair J. L. (1998). Secondary prevention in coronary heart disease: a randomized trial of nurse led clinics in primary care. Heart, 80 (5), 447-452
16. Lattimer V., George S., Thompson F., "Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised cotrolled trial. The South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group." BMJ 1998 Oct 17, 317:1054-9
17. Sitografia di riferimento: www.nursing-standard.co.uk

NORMATIVA REGIONALE DI RIFERIMENTO

1. Delibera Assemblea legislativa 175/2008 "Piano Sociale e Sanitario 2008-2010".
2. DGR 533/08 "Direttiva alle aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita".
3. DGR 2011/07 "Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale, di cui all'art. 3, comma 4, della l.r. 29/2004: indirizzi per l'organizzazione dei dipartimenti di cure primari e, di salute mentale e dipendenze patologiche e di sanità pubblica".
4. DGR 124/99 "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari".