

SESSIONE POSTER n. 1
PROFESSIONI SANITARIE:
ORIZZONTE IL MONDO

POSTER P1

Trasmissione verticale dell'infezione da HIV in Africa

POSTER P2

La sfida della salute riproduttiva nei paesi in via di sviluppo

POSTER P3

Programma di odontoiatria sociale in Brasile:

POSTER P4

Dyspepsia and Helicobacter pylori infection in diabetic patients in Uganda.

POSTER P5

Meeting point hoima: sostegno agli orfani

POSTER P6

Meeting point kitgum: 10mo anniversario

POSTER P7

Hoima District Health Services Team: un esempio di sanità integrata in Uganda

POSTER P8

Professioni sanitarie in Uganda dopo ebola

POSTER P9

I Figli dell'Immacolata Concezione

SESSIONE POSTER n. 2
LA PROFESSIONE COME OPERA

POSTER L1

La medicina generale al bivio

POSTER L2

La medicina generale al bivio

POSTER L3

La medicina generale al bivio

POSTER L4

Hospice: una realta' assistenziale

POSTER L5

Un' esperienza di assistenza domiciliare: accompagnare il malato oncologico

POSTER L6

Costruzione di un'opera in ospedale: il Centro Trapianti Midollo (CTM) della divisione di ematologia dell'ospedale di Niguarda.

POSTER L7

Lo stato vegetativo persistente.

POSTER L8

Casa di accoglienza per malati di aids

POSTER L9

Aggiornamento professionale per operatori della assistenza sanitaria domiciliare

POSTER L10

Un servizio di assistenza domiciliare integrata

POSTER L11

Come nasce una fondazione non profit-per la ricerca clinica applicata: la terapia dell'epatopatia cronica evolutiva non trattabile con interferone.

POSTER L12

Un' esperienza di welfare familiare a Parma

POSTER L13

Progetto Marco Teggia - osservatorio

POSTER L14

Dolore sofferenza perdita: vissuti personali e contenimento emotivo del personale sanitario di una unita' di cure palliative

POSTER L15

Domus Dei casa per l'accoglienza

POSTER L16

Dalla comunità psichiatrica all'accoglienza familiare

POSTER L17

Progetto abilita'

POSTER L18

Lavoro psicosociale e responsabilita'

SESSIONE POSTER 3
GOVERNO CLINICO: ESPERIENZE IN ATTO

POSTER G1

"Umanizzazione in ospedale": l'impiego del cinema

POSTER G2

Modelli organizzativi per la gestione della cronicità

POSTER G3

Proposta di un modello "stepped care" per la cura dell'obesita'

POSTER G4

Dalla cardiocirurgia all'home-care: il progetto di riabilitazione domiciliare del centro cardiologico Monzino

POSTER G5

Le nuove note cuff 55/55 bis (trattamento delle infezioni con antibiotici iniettivi).

POSTER G6

Strategia di miglioramento aziendale: soddisfazione del personale

POSTER G7

Un esempio di associazione medica in Germania:
l'ambulatorio dei medici Heigl, Hettich e Arendt a Kempten, in Baviera.

POSTER G8

Dolore artrosico: trattamento con Agopuntura e risparmio di FANS

POSTER G9

Governo della prevenzione in ospedale: una responsabilita' consapevole nell'ambito del governo clinico-assistenziale?

POSTER G10

Profili di cura

POSTER G11

Ospedale cardiologico Lancisi - ANCONA

POSTER G12

Ospedale cardiologico Lancisi - ANCONA

POSTER G 13

Da medici "singoli" ad un'Associazione: 1 anno di esperienza

POSTER G 14

Modello di alzira: un'alternativa di gestione ospedaliera

SESSIONE POSTER n. 4
FORMAZIONE E GESTIONE
NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

POSTER F1

Tu sei importante - gestione delle risorse umane: un modello

POSTER F2

Il malato al centro: una sfida organizzativa.

POSTER F3

Il bisogno educativo in ospedale: quando la scuola diventa opera

POSTER F4

Può un parente diventare un bravo operatore sanitario nella gestione del CVC

POSTER F5

La soddisfazione dei bisogni di formazione continua e aggiornamento dell' infermiere :
necessità, obbligo normativo, crescita professionale e personale ?

POSTER F6

Processo di gestione del personale infermieristico e di supporto: riorganizzazione delle attività e delle dotazioni in un presidio ospedaliero di piccole dimensioni

POSTER F7

L'infermiere ed il paziente oncologico terminale

SESSIONE POSTER n. 5
EDUCAZIONE MEDICA CONTINUA

POSTER E1

Educazione medica e medicine complementari o non-convenzionali

POSTER E2

Il triage in pronto soccorso: un'opportunità di formazione continua per medici e infermieri professionali

POSTER E3

Programma di tirocinio per studenti e medici frequentatori del pronto soccorso

POSTER E4

Scuola di ematologia San Callisto: valutazione preliminare dopo due anni di esperienza

POSTER E5

Stato occupazionale dei giovani medici dell'ordine di Milano

SESSIONE POSTER n. 1
PROFESSIONI SANITARIE:
ORIZZONTE IL MONDO



POSTER P1

Trasmissione verticale dell'infezione da HIV in Africa: luci ed ombre

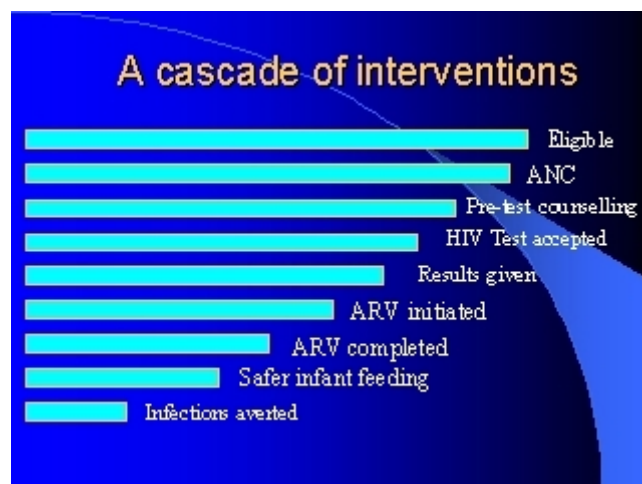
Maurizio Ravera, Locatelli Maria Cristina, Giuliano Rizzardini *per il Gruppo di Studio Salute Riproduttiva AVSI*

INTRODUZIONE / BACKGROUND

Ogni giorno in Africa ci sono 1500 nuove infezioni da HIV in bambini al di sotto dei 15 anni prevalentemente dovute alla trasmissione materno fetale. Nelle donne gravide la prevalenza dell'infezione da HIV è tra il 20-25%. Nei primi anni '90, lo studio Europeo 076 dimostra per la prima volta che l'uso dell'AZT 300mg BID dalla 14 settimana della gravidanza fino alla 6 settimana dopo il parto (al bambino) riduce del 67% il rischio della trasmissione (dal 25% all'8.3%). Studi successivi in USA con HAART, parto cesareo e allattamento artificiale hanno ulteriormente ridotto il rischio di trasmissione all'1.1%. Il rischio di trasmissione senza misure preventive è in Africa stimato tra il 25-30%. Come possiamo tradurre in maniera realistica (tenendo presente per esempio i costi proibitivi dei farmaci, la cultura africana verso l'allattamento al seno, etc) queste strategie preventive in Africa? Quali sono i fattori che la realtà ci impone di considerare?

PREVENZIONE MTCT IN AFRICA

Secondo UNAIDS la prevenzione può essere fatta prima del parto attraverso l'uso di farmaci antiretrovirali; durante il parto attraverso il taglio cesareo (riduzione del rischio del 50%), evitando l'episiotomia e la rottura precoce delle membrane, lavando il canale del parto con Clorexidina; e infine dopo la nascita evitando l'allattamento al seno o svezzamento precoce a 4-6 mesi. Il trial Tailandese che usando AZT 300mg BID dalla 36 settimana e intraparto ha dimostrato ridurre la trasmissione del 50% (dal 18% al 9%) ha dei costi di circa 50US\$ ma tutte le mamme non allattavano al seno. Lo studio internazionale "PETRA" con uso di AZT e 3TC e dal costo di circa 150 US\$ ha ridotto la MTCT del 50% alla 6 settimana ma il beneficio si è quasi azzerato al 18 mese probabilmente per l'allattamento misto anche se altre ipotesi sono al vaglio. Lo studio Ugandese HIVNET012 ha permesso di ottenere una riduzione del 50% circa della MTCT con una singola dose di Nevirapina (13,1% vs. 25.1% alla 16^a settimana) ad un costo di circa 4US\$ ma ha determinato l'insorgenza di resistenza alla NVP nel 21,4% dei casi. Anche se con la ARV ci fossero solo luci cosa dovrebbe succedere nella realtà Africana per un intervento efficace di PMTCT secondo le linee guida di UNAIDS? La Figura 1 evidenzia il flusso delle mamme in un programma di PMTCT con i possibili "bottle neck" del processo.



In una situazione di trial clinico (sito Ugandese del "PETRA") su 4639 mamme afferenti alla clinica prenatale 134 hanno assunto ARV mentre nei primi 8 mesi di fase pilota in Botswana (non ancora integrata nella normale routine) su 2900 mamme 232 hanno assunto ARV con una stima di 70 infezioni evitate. Emerge quindi che anche ipotizzando una elevata efficacia della terapia ARV, dal punto di vista di intervento di "Public Health" sono numerosi i problemi che riducono alla fine della catena il numero di infezioni evitate (aspetti culturali, educazione, accessibilità alle cliniche prenatali, accettabilità, alternative

all'allattamento al seno, etc.). In particolare per quanto riguarda l'allattamento al seno bisogna considerare che la cultura Africana è fortemente propensa ad essa e in era pre HIV/AIDS la mortalità/morbidità nei bambini non allattati al seno era universalmente riconosciuta essere estremamente alta.

CONCLUSIONI

Non basta quindi esportare paradigmi per ottenere risultati in Africa. Ogni soluzione va sperimentata e calata nella realtà concreta locale, lavorando assieme al personale e alla popolazione per poter poi prendere delle decisioni di sanità pubblica adeguate ed efficaci.



POSTER P2

LA SFIDA DELLA SALUTE RIPRODUTTIVA NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO (A.V.S.I. – C.A.Me.N.)

GRUPPO DI LAVORO SULLA SALUTE RIPRODUTTIVA: Cristina Locatelli (insegnante di MN), Dott.ssa G. Bozzo (Ginecologa, Centro Ambrosiano Metodi Naturali - Milano), Dott. A. Bettinelli (Pediatra, Primario Pediatria - Merate), Dott. M. Barbato (ginecologo, Direttore Centro Ambrosiano Metodi Naturali - Milano), , Dott. G. Rizzardini (Infettivologo, Primario Malattie Infettive - Busto Arsizio), Dott.ssa S. Cozzolino (specializzanda in Ostetricia e ginecologia), Dott.ssa G. Saporetti (specializzanda in Malattie Infettive).

ARGOMENTO: Attività svolte nel periodo compreso fra il 1 Marzo e il 31 Agosto 2000

FINALITA' DEL GRUPPO:

1. Rispondere ai volontari AVSI sollecitati dalle provocazioni degli Organismi Internazionali sulla salute riproduttiva.
2. Incrementare una reale promozione umana, diffondendo gli insegnamenti della Chiesa, sostenendo interventi formativi ed educativi.
3. Valorizzare la rilevanza culturale delle esperienze maturate in questi anni da singoli e/o gruppi

ATTIVITA' DEL GRUPPO

- Coordinamento delle comunicazioni e delle richieste specifiche su salute riproduttiva;
- Conoscenza del materiale sviluppato sul tema dal personale AVSI; diffusione alle persone interessate;
- Studio dei lavori scientifici di recente pubblicazione sull'argomento;
- Sistematizzazione di una rete di rapporti internazionali autorevoli in campo scientifico ed etico.

INTERVENTI

a. *Invio di un messaggio informativo sugli scopi del Gruppo cui sono giunte le seguenti risposte:*

1. Dalla **Romania** richiesta di materiale scientifico sulla prevenzione del virus HIV, per incontri di sensibilizzazione; a tal fine è stato contattato personale CAMEN con esperienza in Romania;
 2. Da **Nigeria** richiesta di materiale e consulenza per attività inerenti alla salute riproduttiva, di correggere e testare il materiale sviluppato nel corso di precedenti esperienze. E' stata fornita consulenza e materiale richiesto, previa analisi di obiettivi e attività descritte dal progetto.
 3. Da **Hoima-Uganda** richiesta di materiale e consulenza per attività riguardanti la salute riproduttiva previste dal programma. E' stato inviato tutto il materiale prodotto in passato.
 4. Dall' **Uganda** invio di documenti culturalmente e scientificamente rilevanti sul tema. Tali pubblicazioni sono state diffuse agli indirizzi forniti da AVSI, arricchite di dati e rielaborate dal Gruppo in un documento sintetico da usarsi quale strumento di giudizio.
 5. **Da Belo Horizonte e dal Centro Familiare di Madrid** offerte di collaborazione reciproca.
- b. *Analisi e rielaborazione dei manuali* per la formazione di Insegnanti di MN prodotti in Uganda, Nigeria e Camerun. E' stata rielaborata la parte dei manuali che approfondisce il significato di paternità responsabile
- c. *Partecipazione al Congresso Internazionale sui Metodi Naturali svoltosi a Milano dal 28 /06 al 2/7/ 2000* organizzato dal C.A.Me.N con una comunicazione sull' insegnamento dei M.N. in Uganda e Nigeria, durante il workshop dedicato alla "Revisione dello stato dei servizi di RNF in Africa", conduzione del workshop intitolato "l'Educazione sessuale e i programmi di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse in diversi contesti culturali" con presentazione dell'esperienza AVSI e Meeting Point in Uganda.
- d. *Sviluppo di rapporti internazionali con:*
1. Padre R. Cremins (FASU Consultant Malawi), R. Ecochard e M. Guy, incaricati della creazione di un network di riferimento per la RNF nei paesi in via di sviluppo
 2. Therese Nyirabukeye, Direttrice dell'ICAF –sezione africana del "Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per studi su matrimonio e famiglia" di Roma, in Benin
 3. Cler (Francia), organizzazione francese che si occupa di promozione della vita familiare, legata alla realtà africana.

CONCLUSIONI

Le richieste e i bisogni riscontrati sono:

- Competenze specifiche nel campo della salute riproduttiva da parte del personale dei progetti
- Sviluppo di materiale didattico e scientifico in lingua
- Richieste di consulenza tecnica di esperti
- Sviluppo di strumenti di giudizio e approfondimenti culturali
- Interventi a medio/lungo termine e non solo destinati a tamponare bisogni immediati.



POSTER P3

PROGRAMMA DI ODONTOIATRIA SOCIALE IN BRASILE: Indagine epidemiologica preliminare nell'asilo “Jardim Felicidade” di Belo Horizonte

Silva FVC*, Alberti A.**, Ciocca L.***

* DDS, Faculdade de Odontologia, Pontificia Universidade Católica de Minas Gerais, Brasile

** DDS, Resident presso il TMD Department, Tuft University, Boston, Ma

*** Professore a contratto, Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche, Università degli Studi di Bologna

L'indagine epidemiologica che è oggetto di questa presentazione rappresenta lo studio preliminare che è stato fatto all'interno del “Progetto di Odontoiatria Sociale” in fase di realizzazione a Belo Horizonte nell'Asilo Jardim Felicidade diretto da Rosetta Brambilla. Tale programma prevede la realizzazione (già avvenuta) di due ambulatori odontoiatrici d'eccellenza all'interno dell'Asilo, in cui la locale Pontificia Università Cattolica (PUC) ha creato, in collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna – Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche -, un polo didattico per l'attività clinica dei propri studenti del corso Undergraduate in Odontoiatria e del corso Postgraduate in Ortodonzia.

Tale indagine ha come obiettivi a) quello di diagnosticare la salute odontoiatrica dei 338 bambini afferenti ai tre asili gestiti dall'AVSI (Associazione Volontari per il Servizio Internazionale) attraverso il sistema di Adozione a distanza, denominati “Jardim Felicidade”, “Dora Ribeiro” e “Etelvina Caetano de Jesus”; b) quello di costruire una base di dati per successive comparazioni dopo i trattamenti; c) quello di predisporre la pianificazione delle cure necessarie per il miglioramento della salute odontoiatrica e della qualità della vita. La popolazione statistica è rappresentata nella tab.1.

Il metodo di indagine utilizzato ha previsto visite ai bambini durante la normale attività dell'asilo. Tutti i bambini sono stati sottoposti a igiene orale con spazzolino e dentifricio prima della visita. La durata complessiva delle visite è stata di 60 ore ed è stata utilizzata una cartella di rilevamento epidemiologica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Il supporto informatico è stato il Programma “EpiBuco”, utilizzato per altri studi epidemiologici in Brasile, che è composto di una serie di archivi che gestiscono le tabelle di base a partire da una banca dati già esistente.

Gli indici utilizzati sono stati i seguenti:

DMF-t (Decayed, Missed, Obturated-tooth): adattato alla dentizione mista e decidua

AG (alterazioni gengivali): per i bambini sopra i cinque anni

Malattia Oclusale: per i bambini sopra i cinque anni

I risultati dello studio hanno mostrato un valore medio pari a 1.118 dell'indice più importante all'età di 12 anni, il DMF-t dei denti permanenti, inferiore con differenza significativa ($p < 0.05$) al dato fornito da uno studio effettuato nella stessa popolazione di Belo Horizonte nel 1996 (Santos), in cui il DMF-t era pari al 2.75. (Tab. 2)

Inoltre in tutte le età e per tutti gli elementi dentari (decidui -tab.2- e permanenti -tab.3-) i valori medi del DMF-t si mantengono al di sotto del valore soglia di 3 individuato dall'OMS come obiettivo da raggiungere entro il 2000.

Le conclusioni dello studio sono state le seguenti:

- 1) Esistono fattori interni agli asili che sono capaci di influenzare la salute dentaria dei bambini coinvolti. Tali fattori causali possono essere ipotizzati in relazione all'alimentazione controllata, all'educazione alla cura di sé e del proprio corpo impartita ai bambini, alla formazione degli educatori. Successive indagini epidemiologiche stabiliranno una correlazione statistica fra i parametri.
- 2) L'ampia deviazione standard esistente all'interno dei gruppi di età ha segnalato la presenza di pochi individui con molte malattie dentali, fenomeno correlabile a livello qualitativo con l'ingresso ritardato in età all'interno degli asili

Il dato statistico rilevato in questa indagine epidemiologica pone un interrogativo su quale sia la risorsa di tale metodo educativo, dal momento che l'efficacia dell'insegnamento alla cura di sé e del proprio corpo da parte degli educatori è verificabile anche attraverso la salute orale dei bambini che frequentano questi asili. L'ipotesi che si tratti di un metodo di educazione alla totalità del reale nel pieno interesse verso ogni fattore della vita dei bambini, rappresenta una ragionevole ipotesi che i numeri non sono in grado di rappresentare: il nostro studio resta di fatto lo screening preliminare su cui sono stati impostati i trattamenti odontoiatrici per i bambini di questi asili.

TABELLA 1 - Numero e percentuale dei bambini esaminati, divisi secondo età e tipo di scuola.

ETA'	SCUOLA						TOTALE	
	Asilo Jardim Felicidade		Asilo Dora Ribeiro		Asilo Etelvina Caetano de Jesus		n	%
	N	%			n	%		
0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3	100,0
3	18	42,9	15	35,7	9	21,4	42	100,0
4	25	47,2	16	30,2	12	22,6	53	100,0
5	26	50,0	11	21,2	15	28,8	52	100,0
6	26	48,1	6	11,1	22	40,7	54	100,0
7	23	100,0	0	0,0	0	0,0	23	100,0
8	28	100,0	0	0,0	0	0,0	28	100,0
9	24	100,0	0	0,0	0	0,0	24	100,0
10	15	100,0	0	0,0	0	0,0	15	100,0
11	10	100,0	0	0,0	0	0,0	10	100,0
12	17	100,0	0	0,0	0	0,0	17	100,0
13	9	100,0	0	0,0	0	0,0	9	100,0
14	7	100,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0
15	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
TOTAL	231	68,3	49	14,5	58	17,2	338	100,0

TABELLA 2 -- Media dei valori DMF-t per i denti permanenti, deviazione standard (DS) rispetto alla popolazione di riferimento, divisi per età.

ETA'	n.° di denti	$\overline{\text{DMF-t}}$	DS
6	54	0.056	0.231
7	23	0.087	0.288
8	28	0.143	0.448
9	24	0.458	0.977
10	15	0.267	0.352
11	10	1.500	2.321
12	17	1.118	1.654

TABELLA 3 - Media dei valori DMF-t per i denti decidui, deviazione standard (DS) rispetto alla popolazione di riferimento, divisi per età.

ETA	n.° di denti	$\overline{\text{DMF-t}}$	DS
3	42	0.357	0.821
4	53	1.189	2.176
5	52	1.769	2.683
6	54	1.963	3.028
7	23	2.478	3.117
8	28	1.929	2.652
9	24	1.708	2.196
10	15	1.067	1.944
11	10	0.200	0.632
12	17	0.176	0.529



POSTER P4

Dyspepsia and *Helicobacter pylori* infection in diabetic patients in Uganda.

Maurizio Ravera*, Silver Bahenda**, Raphael Owor***, Raffaella Visonà ****

*Gastroenterology Unit, **Diabetology Unit, ***Histopathology Department- Nsambya Hospital, Kampala, Uganda.

**** Infectious Diseases Department "S. Anna" Hospital, Como, Italy.

Background

Helicobacter Pylori (HP) is a well-recognised gastroduodenal pathogen. Controversial data are available on the prevalence of HP and its association with gastrointestinal diseases and symptoms in diabetic patients. The primary aim of this study was to define the prevalence of HP infection in dyspeptic diabetic patients and to compare its prevalence with a control group of dyspeptic patients without diabetes in Uganda.

Method

For all the patients enrolled demographic and clinical informations were collected. All of them underwent upper gastrointestinal endoscopy and antral biopsies were stained for HP detection. All the HP positive patients were given a triple therapy consisting in a week of Omeprazole 20mg B.D, Amoxicilline 1 gr. B.D. and Tinidazole 500 mg. T.I.D. and underwent endoscopy control after a month.

Results

Twenty-two diabetic patients with dyspepsia and one-hundred-ten controls were enrolled into the study. The *Helicobacter pylori* infection was significantly less frequent in dyspeptic diabetics patients (9.1%) than in the control group (30.9%) (Kruskal-Wallis test $p=0.036$). In diabetic and controls dyspeptic patients *H. Pylori* infection was successfully cured in all 2 and in 29/34 (85.3%) patients respectively.

Conclusions

Helicobacter pylori seems to play a minor role in the pathology of the upper alimentary tract in diabetes mellitus than in the general population in Uganda. The quite low prevalence of HP infection in both groups of patients enrolled in the study suggests that protective factors and/or peculiar strains should be searched for.



POSTER P5

MEETING POINT HOIMA: sostegno agli orfani

V. Ashaba*, A. Costanzi**, M. Salandini*, N. Conestà**, L.Valla**, S.M. Amooti*, L. Bassani* and F. Ciantia**

*Meeting Point , ** AVSI Uganda.

INTRODUZIONE

Nel 1997 in Uganda si stima vi fossero 930 000 bambini ed adulti viventi con il virus dell' HIV/AIDS. Si calcola che dall'inizio dell'epidemia siano morti 1 800 000 adulti e bambini e rimasti 1700 000 orfani (UNAIDS 1998). L'ingente numero di orfani ha provocato una grave disgregazione della famiglia tradizionale. In un recente studio, che coinvolgeva l' UWESO (Uganda Women's Effort to Save Orphans), viene descritta la situazione sociale ed economica degli orfani in Uganda, i loro sentimenti e le loro percezioni(1).

I bambini sono meglio sostenuti nella comunità nell'ambito della cerchia familiare piuttosto che in istituzioni quali orfanotrofi.

Generalmente in Uganda il cibo non è un grande problema. Purtroppo però, essendo tutti gli sforzi dei parenti affidatari rivolti ad assicurare il cibo, viene particolarmente penalizzata l'educazione. Le famiglie, poi, non riescono ad affrontare le spese mediche degli orfani specialmente se affetti da AIDS. L'abbandono dei bambini è in aumento.

Meeting Point Hoima è una sezione del Kyamusa Obwongo, Meeting Point Kampala, una ONG registrata in Uganda dal 1994, che si occupa in particolare di bambini e adulti affetti da HIV/AIDS. Il lavoro in Hoima è svolto da sette persone, 2 a tempo pieno e 5 volontari.

OBIETTIVI

Obiettivo Generale: La principale preoccupazione del Meeting Point è che nessuno dei pazienti HIV positivi incontrati, venga lasciato solo di fronte alla malattia.

PROGETTO

Metodo di lavoro: L'approccio ai bambini è olistico e comprende tutti gli aspetti della loro vita, dai bisogni materiali e psicologici, alle cure mediche, all'educazione, ecc...nell'ambito familiare, inserito nella comunità. Ai bambini assistiti dal Meeting Point viene proposta una compagnia che li aiuti a vivere il loro stato con serenità e speranza.

I pazienti che necessitano di cure mediche sono indirizzati all'Ospedale di riferimento del Distretto o, se in condizioni gravi, vengono assistiti a domicilio dai medici volontari che collaborano col Meeting Point. Pazienti e orfani del Meeting Point sono seguiti individualmente e individualmente assistiti anche per i bisogni materiali.

Gli orfani sono sostenuti attraverso il Meeting Point con un Progetto di "Adozioni a Distanza" promosso da AVSI International Network. Lo scopo principale di tale programma è la condivisione con le famiglie affidatarie della responsabilità all'educazione e il sostegno di altri bisogni fondamentali del bambino e conseguentemente della famiglia.

RISULTATI

Le attività del Meeting Point di Hoima sono iniziate nel 1994 grazie all'impegno di alcuni volontari. Oggi il Meeting Point di Hoima ha le caratteristiche di una organizzazione stabile con 438 orfani di AIDS (2), beneficiari del Programma di "Adozioni a Distanza", e 150 pazienti malati di AIDS, regolarmente assistiti

ESPERIENZA

La lezione tirata dalla nostra esperienza è che la maniera migliore e sostenibile di aiutare gli orfani in Uganda è nell'ambito della famiglia. E' vero anche che un bambino o persino un adulto che incontra qualcuno che viva la propria vita con un significato e offre un'amicizia che si interessa a lui, si sente accolto e benvenuto e riscopre il valore della sua dignità umana, anche nella malattia.

REFERENZE

- 1) Erla Halldórsdóttir: *The Orphans of Uganda*. October 2000
- 2) Meeting Point, *Annual Report 2000*



POSTER P6

MEETING POINT KITGUM: 10^{mo} ANNIVERSARIO

La storia di una presenza

K. Opoka*, R. Aol*, N. Conestà**, M. Salandini*, A. Costanzi**, L. Bassani*, F. Ciantia** and L. Valla**

*Meeting Point

** AVSI Uganda

QUESTIONE EMERGENTE

Un punto d'incontro tra il bisogno delle persone malate di AIDS ed il tentativo di risposta: il Meeting Point

ANTEFATTO

Da quando nel 1982 è stato riportato il primo caso di HIV/AIDS in Uganda, l' AIDS ha colpito direttamente o indirettamente tutte le famiglie ugandesi. Nel 1988 a Kitgum, nel Nord Uganda, un gruppo di amici, colpiti dalla malattia, hanno cercato di trovare la via di affrontare l'AIDS in maniera umana. I problemi principali erano 2:

- Come assistere le persone HIV positive e i malati di AIDS
- Come evitare il diffondersi dell'epidemia

L'INIZIO

“Abbiamo cominciato dalla prima questione perché accadde che un' amica, nel nostro gruppo di donne, si era ammalata” dice Ketty Opoka, responsabile del Meeting Point di Kitgum. “Il marito era realmente grato per l'affetto mostrato alla moglie. Iniziò così una profonda amicizia che divenne sempre più stringente. Fu in quel momento che nacque l'idea di proporre la nostra amicizia a tutti quelli che in un modo o nell'altro fossero toccati dall' AIDS. Dapprima abbiamo incontrato una paziente malata di AIDS che era stata abbandonata da amici e parenti ad eccezione di una sorella. Piano piano la nostra amicizia e condivisione fece cambiare anche l'attitudine dei suoi parenti verso di lei. Allora scegliemmo un nome per la nostra piccola iniziativa, “Meeting Point”. Questo significava voler offrire una opportunità di risposta al bisogno evidente sia dei malati che delle famiglie e, sicuramente, anche nostro. Il simbolo scelto fu un dipinto ripreso dalla mitologia greca, l'Icaro di Matisse. Il significato: un infinito desiderio di libertà e felicità anche di fronte al dramma dell' AIDS e della morte; nel mistero della vita Dio aveva dato il cuore del figlio che possiamo incontrare in ogni persona e circostanza.

Tutte le volte che ci recavamo a casa dei malati era chiaro che non avevamo a che fare con un problema solamente medico ma soprattutto umano. Ci era chiesto di essere realisti. Nel nostro caso essere realisti significava riconoscere che la fonte principale di infezione da HIV era il comportamento umano (promiscuità, rapporti sessuali casuali, ecc...) e non il fatto, di per sé naturale, della trasmissione di fluidi corporei tramite il sesso. Era innanzitutto un problema culturale prima di essere medico. Proponemmo così l'esperienza della famiglia come il migliore ambito di vivere il sesso. La dignità del sesso nell'essere umano è solo nell'ambito di una relazione stabile e fruttuosa...”

IL MEETING POINT OGGI

Nel tempo ciò che accadde a Kitgum si è diffuso anche a Kampala e Hoima: alcuni amici raccolsero la sfida e iniziarono a vivere la stessa responsabilità. L' ONG Meeting Point è ora un punto di riferimento stabile per i malati di AIDS in Uganda e impiega personale a tempo pieno. Le attività dal 1990 al 2000 si sono articolate in:

- accoglienza
- sostegno agli orfani
- attività generatrici di reddito
- recupero di giovani abbandonati
- pianificazione naturale delle nascite
- counseling, mobilitazione e sensibilizzazione

ESPERIENZA

“ Avendo incontrato qualcosa di utile nella nostra vita abbiamo sentito l'esigenza di comunicarlo agli altri”.



POSTER P7

Hoima District Health Services Team: un esempio di sanità integrata in Uganda.

M. Andreatta, F. Ciantia, E. Cocozza, M. Ravera, A. Reggiori, G. Riccioni, I. Rizzo*

Volontari AVSI (Associazione Volontari per il Servizio Internazionale), * UNICEF Ginevra.

Introduzione

L'arrivo dei primi volontari dell'AVSI a Hoima in Uganda nel 1987 coincise con la fine di un lungo periodo di guerra civile che aveva isolato per lungo tempo questa zona, controllata dai ribelli con conseguente peggioramento delle condizioni di vita della popolazione. I programmi sanitari e le strutture stesse della rete sanitaria erano gravemente compromesse: da tempo non si vaccinava più, i farmaci erano rari (disponibilità di meno del 10% del bisogno), inadeguati e molto costosi i centri sanitari molti dei quali chiusi per mancanza di personale o per inagibilità delle strutture, compreso l'ospedale distrettuale in stato di rovina mancando acqua e luce. Le priorità che si presentarono furono quindi quelle del ripristino dei basilari servizi sanitari preventivi e curativi.

Attività svolte

Venne riavviato il programma di immunizzazione (le principali cause di mortalità infantile potevano essere prevenute con le vaccinazioni), quello di potabilizzazione delle acque e la riabilitazione dell'ospedale, attraverso opere civili, presenza di personale medico volontario e rimotivazione del personale locale infermieristico e medico mediante: corsi di aggiornamento, miglioramento della remunerazione, costituzione di cooperative per offerta di beni essenziali a basso costo, costruzione di case adiacenti all'ospedale stesso per il personale particolarmente necessario al funzionamento dei servizi. A titolo di esempio la copertura vaccinale per la tubercolosi passò dal 10% del 1987 al 80% del 1992. La tabella I evidenzia alcuni risultati ottenuti tra il 1987 e il 1995 nella prima fase di rivitalizzazione dei servizi sanitari nel distretto di Hoima.

Tabella I

	1987	1995
Medici ospedalieri e distrettuali	1	8
Letti ospedale	100	135
Personale qualificato ospedaliero	55	70
Ricoveri	900	7.123
Interventi chirurgici maggiori	239	774
Mortalità neonatale	12.5%	2.8%
Drop-out Antipolio/DTP 1-3	47%	14%
% Unità sanitarie servite con personale qualificato	33%	75%
% Unità sanitarie equipaggiate adeguatamente	16%	75%
Visite di supervisione nel Distretto all'anno	8	120

Nonostante i progressi fatti la sanità nel distretto nei primi anni novanta era ancora artificiosamente divisa tra l'Ospedale distrettuale (2° Livello) e i 28 centri sanitari periferici (1° Livello). Il mancato management del distretto come sistema sanitario unico determinava un uso inappropriato delle risorse strutturali, umane e finanziarie. Infatti, l'Ospedale veniva utilizzato anche come primo livello sottraendo risorse per il suo compito di 2° livello, il personale qualificato era quasi tutto concentrato nell'ospedale come pure le risorse finanziarie. Ad aggravare la situazione si aggiungeva anche una scarsa partecipazione/coinvolgimento della popolazione alla gestione della propria salute. L'amicizia sorta fra i medici volontari italiani e i colleghi ugandesi ed il desiderio di una presenza anche sul territorio portò alla formazione del Distric Health Services Team (DHST) con la partecipazione dei medici ospedalieri e distrettuali e di tutte le figure professionali operanti nel distretto. Si arrivò così ad abolire la separazione artificiale tra 1° e 2° livello integrandole a vicenda secondo le rispettive competenze con un conseguente utilizzo più appropriato di tutte le risorse. Il lavoro dei

componenti del Team era soprattutto volto a supportare attraverso una regolare supervisione l'operato delle unità periferiche (es: introduzione di flow chart per le più comuni patologie, criteri diagnostici per il ricorso al 2° livello etc); programmazione comune delle priorità sanitarie del distretto e relativo budget (es: ristrutturazione delle unità periferiche e non ulteriore espansione dell'ospedale, razionalizzazione delle risorse per i farmaci da acquistare e contrattazione a livello del team/comunità locale delle priorità); coinvolgimento della popolazione a livello di villaggio nelle decisioni e sostenimento della propria unità sanitaria (es: contributi monetari e non per la ristrutturazione dei centri sanitari e per l'approvvigionamento dei farmaci che la comunità percepiva come necessari).

Conclusioni

Il desiderio di una risposta adeguata al bisogno di salute della popolazione ha stimolato e reso possibile una corresponsabilità clinica e gestionale di ciascun medico e di tutto il personale paramedico nel management sanitario di tutto il distretto con risultati che tuttora permangono. Il coinvolgimento delle comunità locali ha guidato le scelte sanitarie e accresciuto la responsabilità delle persone nella costruzione e mantenimento dei centri sanitari periferici. Questo tipo di gestione della sanità pubblica distrettuale è stato preso come modello dal Ministero della Sanità ugandese ed è stato introdotto con successo in molti altri distretti.



POSTER P8

PROFESSIONI SANITARIE IN UGANDA DOPO EBOLA

A. Costanzi, F. Ciantia

A.V.S.I. (Associazione Volontari per il Servizio Internazionale), Uganda

Un'epidemia di febbre emorragica da virus Ebola (EHF) si è verificata nel distretto di Gulu, in Uganda, East Africa, a partire dall'Agosto 2000. L'8 Ottobre il direttore dell'Ospedale St. Mary's di Lacor, Gulu, ha ipotizzato che i decessi avvenuti fossero ascrivibili a EHF e ha effettuato la denuncia presso le autorità competenti. La conferma è arrivata il 15 Ottobre con il risultato delle analisi di campioni di sangue inviati presso il National Institute of Virology di Johannesburg, Sud Africa. Il virus Ebola, si trasmette con estrema infettività, per contatto diretto da persona a persona con un periodo di incubazione variabile tra 3 e 21 giorni e un case fatality rate sempre superiore al 50% dovuto ad emorragie mucose e parenchimali inarrestabili, spesso a carico di reni e polmoni. Immediatamente è stata istituita una sorveglianza attiva in tutto il paese ed un laboratorio realizzato dal CDC di Atlanta è stato reso operativo a Lacor. La trasmissione comunitaria è stata eliminata con le pratiche di screening di casi sospetti e barrier nursing ospedaliero (isolamento e prevenzione di contagio con materiale protettivo). Nel distretto di Gulu 5.600 persone entrate in contatto con pazienti affetti da EHF sono stati tenute sotto controllo per 21 giorni da 150 volontari. L'ultimo caso è stato diagnosticato il 16 gennaio 2001 ed il paese è stato dichiarato libero da Ebola il 27 febbraio, dopo 425 casi (393 a Gulu, 93%), di cui 29 tra il personale sanitario, e 224 decessi (CFR del 53%), 18 tra il personale sanitario. Due foci di epidemia a distanza si sono verificati a Mbarara (5 casi, 1%; 4 decessi) e Masindi (27 casi, 6%; 14 decessi).

A.V.S.I. ha partecipato all'attività di prevenzione dell'epidemia con campagne di informazione, training di personale sanitario, screening di casi sospetti, e fornitura di materiale di protezione nei distretti di Kitgum e Hoima. Un anestesista rianimatore ha assistito il direttore dell'Ospedale St. Mary's, Dr Matthew Lukwiya, nel tentativo di rianimazione con ventilazione meccanica che ha preceduto il decesso per emorragia polmonare.

Il sacrificio di diciotto operatori dediti alla cura dei propri ammalati e fedeli al tentativo di arginare l'epidemia fino alla morte, ha segnato una svolta epocale nell'orizzonte delle professioni sanitarie in Uganda. Quanto è accaduto ha avuto come sfondo il principale ospedale missionario ugandese dove una tradizione di dedizione professionale caratterizza la formazione del personale medico e paramedico. Come ha osservato il Dr Lukwiya pochi giorni prima di morire: "Tra i nostri infermieri che sono morti di Ebola non abbiamo mai sentito una parola di lamento, rabbia o rimpianto per avere accettato di lavorare in situazioni così rischiose. Solo gratitudine e incoraggiamento a perseverare o lode a Dio. Il nostro servizio ai pazienti è adesso arricchito di nuove motivazioni ed energie."

La risposta degli operatori sanitari di Lacor ad Ebola ha cambiato il punto di vista della cooperazione e della partnership in Uganda. Ogni giorno A.V.S.I. incontra personalità emergenti della società civile ugandese che affrontano con responsabilità situazioni difficili esponendosi in prima persona. In ambito sanitario quanto accaduto evidenzia:

1. l'indispensabilità di centri di formazione che siano "scuola" dal punto di vista professionale e umano, consentendo di vedere in azione operatori animati da una passione per il proprio lavoro e per il paziente come quelli di Lacor;
2. la necessità di sostenere secondo la logica sussidiaria il settore sanitario "private not for profit" come partner privilegiato dell'ambiziosa politica sanitaria nazionale stabilita dal governo ugandese;
3. il ruolo di pubblica utilità, sempre in una concezione sussidiaria del settore, svolto dalle organizzazioni non governative in termini di formazione, supporto e partecipazione diretta alle politiche sanitarie.

BIBLIOGRAFIA

1. Outbreak of Ebola Hemorrhagic Fever – Uganda August 2000 – January 2001; JAMA, 28 Febbraio 2001 – Vol 285, No. 8
2. Outbreak of Ebola Hemorrhagic Fever – Uganda August 2000 – January 2001; Weekly Epidemiological Record WHO, 9 Febbraio 2001, Vol. 76, No. 6, 41-46
3. Uganda Martyrs in Lacor; Annual Report 2000, AVSI Uganda, maggio 2001, pag. 17



POSTER P9

I Figli dell'Immacolata Concezione costituiscono nella Chiesa una famiglia religiosa composta di religiosi laici e di religiosi sacerdoti con parità di diritti e doveri.

La loro missione specifica è promuovere tutto l'uomo, sia che operino per la salute degli infermi che per la formazione dei giovani facendosi carico della crescita di ogni categoria di persone, specialmente quelle più povere, in un cammino di liberazione e di promozione umana e spirituale.

I Figli dell'Immacolata Concezione si prendono cura di infermi, disabili fisici e mentali, orfani e bambini di strada, anziani ed emarginati.

La cura dei malati, secondo lo spirito di Padre Monti, si ispira all'esempio di Gesù nell'alleviare i dolori e le pene di chi soffre. Così la missione educatrice tende a promuovere lo sviluppo integrale della persona attraverso l'educazione alla fede, l'assimilazione e la rielaborazione critica della cultura, la formazione intellettuale e professionale.

**Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione
Istituto Padre Monti – Saronno
Poliambulatorio e Centro di Fisioterapia**

Ambulatorio Dermatologico IDI – Medicina dello Sport

Contributo illustrativo

**Padre Monti e la Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione
Saronno (VA)**

La Congregazione di Padre Monti è una famiglia religiosa composta di religiosi laici e di religiosi sacerdoti con parità di diritti e doveri. Attua la sua missione specifica in modo completo con fede, carità, umile dedizione e competenza, promovendo tutto l'uomo, che operi per la salute degli infermi o per la formazione dei giovani. Oggi tende a radicarsi nelle regioni ove la società è assente.

Luigi Monti nacque a Bovisio Masciago, nell'alto milanese, il 24 luglio 1825. In gioventù decise di consacrarsi a Dio, e cominciò a radunare attorno a sé alcuni coetanei, artigiani e contadini, realizzando nella sua bottega di falegname un oratorio serale per una comunità di fede, chiamata dalla gente *'La Compagnia dei Frati'*. Essa divenne fermento spirituale e caritativo per l'azione benefica che svolse in favore di poveri e malati del paese. Luigi lavorò poi da apprendista falegname a Cesano Maderno (MI) ove incontrò don Luigi Dossi, che divenne sua guida per un lungo tempo della sua vita.

La 'Compagnia' fu denunciata alle autorità austriache, con calunnie di cospirazione politica. Il Lombardo-Veneto era allora soggetto all'Austria. Il Monti e quindici suoi compagni furono incarcerati per 72 giorni a Desio. Una volta liberi e prosciolti per infondatezza dell'accusa, il Monti si impegnò ancor di più, come laico consacrato, a dedicare il suo tempo alla gioventù.

Nel 1855 si mise a servizio volontario dei colerosi nel Lazzaretto di Brescia.

Nel 1857, per mandato del suo direttore spirituale si recò a Roma, nell'ospedale di Santo Spirito, per fondare una Congregazione rivolta all'assistenza ospedaliera ed all'educazione dei ragazzi bisognosi. Questa si diffuse prima in Roma e poi nell'alto Lazio: Orte, Civita Castellana, Nepi e Capranica.

Il Monti, infermiere, non smise di studiare e di apprendere l'arte medica. A completamento della sua esperienza e dei suoi studi, ottenne dall'Università di Roma il titolo accademico di 'flebotomo', con facoltà di interventi anche in campo odontoiatrico.

Nell'ospedale civile di Orte (VT), operò per circa dieci anni lasciando una testimonianza di donazione di sé e di alta professionalità, manifestando doti straordinarie di organizzatore, in favore di ogni ceto sociale.

Nel 1886 si riportò a Saronno (VA), in Lombardia, ove sviluppò la sua vocazione giovanile di educatore: accolse orfani di padre e di madre, e per essi organizzò scuole professionali. La Casa di Saronno divenne un 'laboratorio educativo', nel quale ogni ragazzo poteva crescere e sviluppare le proprie capacità, fino a raggiungere la maturità e l'autonomia personale, per ben inserirsi nella società.

Le ultime energie umane e spirituali di padre Luigi Monti furono spese nel formare i suoi religiosi più giovani, perché acquisissero il suo spirito e le competenze atte a rispondere al bisogno profondo dell'uomo di sentirsi accolto e curato.

I suoi ultimi giorni di vita li trascorse a Saronno, dove si spense il 1° ottobre 1900. Qui sono conservate le sue spoglie mortali, nell'istituto che ha preso da lui il nome.

Per tutta la sua vita, Luigi Monti fu religioso non sacerdote, chiamato "padre" dai suoi religiosi e dagli orfani, proprio per il grande ed accogliente senso di paternità che incarnava e rendeva visibile nella persona e nell'agire. Egli è da annoverare tra i campioni della carità.

Padre Monti è un lombardo di nascita e di formazione, sia essa umana, spirituale che apostolica, ed ha scritto una pagina di santità. Dal 1886, anno del suo arrivo in Saronno, l'Istituto ha svolto attività di formazione professionale dei ragazzi e attività sanitarie. Vi avviò una tipografia, promosse le prime pubblicazioni a stampa, aprì una "casa di salute" e fu chiamato a gestire l'allora nascente ospedale della città. Ancora oggi i suoi "frati" continuano questo mandato con rinnovato slancio e con la condivisione di molte persone.

L'attività caritativa e sociale di Padre Monti è continuata nel tempo, grazie ai suoi discepoli, in Opere educative ed assistenziali a Roma, Milano, Saronno (VA), Cantù (CO), Arco (TN), Velletri (Roma), Montefiascone (VT), Siracusa, Polistena (RC), Oristano ed in altre città o paesi d'Italia, ed in ospedali e centri di cura, il più prestigioso dei quali è l'IDI, Istituto Dermatopatico dell'Immacolata, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Altre attività sanitarie: Villa Paola di Capranica (VT) e l'ospedale San Carlo di Roma.

La carità di Padre Monti nel tempo ha valicato i confini dell'Italia e si è estesa al mondo. La Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione è oggi presente in quattordici nazioni: Argentina, Brasile, Bolivia, Perù, Canada, Camerun, Congo ex-Zaire, Guinea Equatoriale, Nigeria, India, Filippine, Corea del Sud, Polonia e Albania, e si prende cura di infermi, lebbrosi, handicappati fisici e mentali, orfani e bambini di strada, anziani ed emarginati.

Il Sommo Pontefice, Giovanni Paolo II, così tratteggia la figura di Padre Monti: *"splendida figura di consacrato laico, di religioso, di apostolo della carità, che l'ardente amore per la Vergine Immacolata condusse a servire in modo eroico Cristo nei giovani, nei poveri e nei sofferenti"*; e parlando della Congregazione, si sofferma a ricordare le *'coraggiose iniziative'* di carità in atto in Albania, Brasile, e con gli ammalati di AIDS presso Roma. Invita infine i religiosi Concezionisti a *"individuare le frontiere sempre nuove che lo Spirito del Signore ci chiama a varcare, per essere testimoni credibili e generosi del vangelo della carità nel terzo millennio"*.

Il Cardinale Carlo Maria Martini, ha tracciato, ultimamente, la sintesi di oltre cento anni di storia:

'L'anno centenario della morte di Padre Luigi Maria Monti ci ha permesso di richiamare la figura di questo figlio illustre della Chiesa ambrosiana. E' nato infatti a Bovisio Masciago, dove è stato battezzato ed educato secondo i principi della fede anche nel periodo dell'adolescenza.

Come ho avuto modo di scrivere in altre occasioni, Padre Luigi Maria Monti, che speriamo sia presto proclamato beato, è davvero una delle figure spirituali tra le più significative dell'800. In quel secolo, segnato dal crescere dell'ateismo e dell'indifferenza religiosa, il Servo di Dio, partendo dalla semplice condizione di operaio e falegname, ha operato nel concreto per esprimere in forme molteplici e diverse quella carità che nasce dalla fede.

Animato da una profonda religiosità maturata in famiglia e in parrocchia, consapevole di non avere una cultura umanistica e mezzi materiali a disposizione, è riuscito a portare avanti, affidandosi alla potenza di Dio e alla materna protezione dell'Immacolata, un disegno di straordinaria attualità - farsi carico in maniera globale e totale delle persone in stato di bisogno, servire il malato, accogliere l'orfano -, quale traduzione della sua fede e del suo amore. Attraverso molte fatiche, sofferenze e difficoltà, diventerà fondatore e padre di una comunità ardita e generosa, creativa, ricca di spirito comunitario e di dedizione. Voglio rendere grazie a Dio per i doni effusi sulla Chiesa ambrosiana, nel passato, nell'oggi e nel futuro mediante la presenza dei religiosi di Padre Monti, ricchi di spirito di carità, di intelligenza apostolica, di creatività'.

SESSIONE POSTER n. 2
LA PROFESSIONE COME OPERA



POSTER L1

LA MEDICINA GENERALE AL BIVIO

IL MODELLO ISTITUZIONALE

AUTORI

BASTIANI FERNANDA (PARMA)
CARUNCHIO CARLO (PESCARA)
DI PASQUALE ALESSANDRO (RIMINI)

MALAGOLI MAURO (MODENA)
NARDI ROBERTO (VARESE)
SANI EMILIO (PARMA)

INTRODUZIONE

I Decreti Delega del ministro Bindi hanno prospettato un nuovo assetto al SSN . La regione Emilia Romagna ne ha delineato i criteri applicativi nel suo Piano Sanitario Regionale (PSR) , L'ASL di Rimini avvierà per prima il modello di Nuclei di cure primarie e procederà nell'impianto di questo nuovo assetto organizzativo che , esteso a tutto il territorio nazionale, potrà cambiare radicalmente l'attività del Medico di Medicina Generale (MMG).

MATERIALI

-Abstract del PSR Regione Emilia Romagna
-Presentazione del Distretto ASL Rimini (Dr. Carradori)

METODI

-Lettura e discussione del PSR Regione Emilia Romagna con riferimento al modello dei Dipartimento di Cure Primarie (DPCM) per quanto riguarda l'attività del MMG.
-Interviste a MMG del Nord , Centro , Sud Italia riguardo l'attuazione del suddetto modello istituzionale.

RISULTATI

All'interno del modello DPCM ,sono stati individuati e discussi i seguenti punti critici:

- 1 L'adesione del MMG ai DPCM è obbligatoria.
- 2 Il MMG non è più considerato la figura centrale dell'assistenza sul territorio , ma ha un ruolo paritario con alcune figure tradizionali (l'infermiere , lo specialista ,l'assistente domiciliare) e subordinato con altre emergenti (direttore di dipartimento , dirigenti di strutture).
- 3 La suddivisione dei MMG in nuclei avviene d'ufficio , per vicinanza geografica come a Rimini , in maxicooperative (180 medici!)come a Reggio Emilia o in maxicooperative territoriali di 8-10 medici come a Modena (35 cooperative!).
- 4 La struttura in distretti – dipartimenti è fortemente centralizzata.
- 5 Non esiste una reale separazione fra committenza, produzione e verifica, in quanto esse sono all'interno della stessa azienda.

CONCLUSIONI

In un contesto così profondamente mutato neppure l'immagine del MMG è la stessa : non più esclusivo fiduciario del rapporto con il paziente , ma 'operatore di cure primarie sul territorio,. Non è così drammatico l'aggravio burocratico di cui è stato fatto oggetto in questi ultimi anni quanto la progressiva perdita di una identità acquisita dalla tradizione.

Ma poiché l'identità nasce da una motivazione autenticata dall'esperienza e non dal ruolo affidato da altri, la professionalità del MMG può ancora riscattarsi qualora non abbandoni la strenua ricerca di un significato alla propria fatica.



POSTER L2

LA MEDICINA GENERALE AL BIVIO

UN CONFRONTO FRA MODELLO ISTITUZIONALE ED ESPERIENZE

LE ESPERIENZE 1

AUTORI

BASTIANI FERNANDA (PARMA)

CARUNCHIO CARLO (PESCARA)

DI PASQUALE ALESSANDRO (RIMINI)

MALAGOLI MAURO (MODENA)

NARDI ROBERTO (VARESE)

SANI EMILIO (PARMA)

INTRODUZIONE

La medicina di gruppo in quanto tale fa parte degli istituti disciplinati dalle Convenzioni nazionali almeno da 15 anni ,e,in funzione di ciò, viene riconosciuto ai Medici di Medicina Generale (MMG) partecipanti un incremento dello 8% nella propria quota capitaria .Il modello “Medicina di Gruppo “ incentivato ma facoltativo è stato sostituito nei decreti Bindi e nell’ultima convenzione per la Medicina Generale (MG) , articoli 11-15 e 40, dalla partecipazione in associazione ai Dipartimenti di Cure Primarie (DPCM) , obbligatoria secondo l’interpretazione rigida del modello pilota della regione Emilia Romagna.

METODI

Abbiamo intervistato alcuni colleghi di Medicina Generale del Nord , Centro , Sud Italia per meglio comprendere:

-quanto sia diffusa la realtà dell’associazionismo medico

-quali siano state le motivazioni che hanno determinato la scelta dei singoli medici di porsi in associazione , al di là dell’incentivo economico

-quali realtà si siano sviluppate in modo autonomo rispetto al modello aziendale

RISULTATI

La realtà dell’associazionismo in MG è oggi in Italia molto diffusa (30% ca.) . Pur essendo i medici “single” ancora la maggioranza, va prendendo sempre più piede un modello di lavoro a gruppi che a volte condividono lo stesso ambulatorio, a volte istituiscono una rete di rapporti stabili con seminari anche serali per la discussione di problematiche inerenti la professione, approfondimenti culturali e attività di ricerca. Le motivazioni che hanno dato input a questi gruppi , pur essendo le più disparate, hanno un comune denominatore : l’esigenza di un affronto più adeguato della professione . Le stesse Aziende Sanitarie Locali hanno in molte regioni incentivato anche economicamente la nascita di tali esperienze nelle tre forme sostanziali di : medicina in associazione medicina di gruppo , medicina in rete .Fra queste sono molte quelle sorte in modo autonomo e poi riconosciute dall’Azienda. Godono invece di minor consenso , fra i MMG ,quelle associazioni istituite direttamente dalle Aziende , in quanto definite liberticide .

CONCLUSIONI

L’associazione fra medici è oggi una realtà che pur trovando collocazione nel contesto istituzionale , risponde all’esigenza non codificata di affrontare la professione di MMG in modo nuovo, condividendo con altri colleghi scelte e responsabilità che diventano sempre più complesse .Nell’attuale contesto si affiancano inevitabilmente al medico sul territorio nuove figure professionali (infermieri,assistenti domiciliari, personale amministrativo) ed egli ricerca i propri colleghi per migliorare la qualità del proprio lavoro . In questo modo l’ambito relazionale del MMG , prima totalmente giocato nel rapporto medico-paziente ,si arricchisce di nuovi interlocutori .



POSTER L3

LA MEDICINA GENERALE AL BIVIO UN CONFRONTO FRA MODELLO ISTITUZIONALE ED ESPERIENZE

LE ESPERIENZE 2

AUTORI

BASTIANI FERNANDA (PARMA)
CARUNCHIO CARLO (PESCARA)
DI PASQUALE ALESSANDRO (RIMINI)

MALAGOLI MAURO (MODENA)
NARDI ROBERTO (VARESE)
SANI EMILIO (PARMA)

PREMESSA

L'introduzione attraverso gli accordi nazionali della possibilità di lavoro in associazione nelle sue tre forme sostanziali (Medicina di Gruppo, Medicina in Rete, Medicina in Associazione) sta cambiando la Medicina Generale. Nel mondo variegato della medicina in associazione esistono esperienze significative per motivazioni e spessore culturale.

METODI

Fra queste esperienze ne abbiamo scelte due che ci sembravano più significative. Abbiamo intervistato i colleghi del Club del Giovedì di Parma e di un gruppo di medicina in rete a Pescara chiedendo loro di descrivere l'attività svolta in questi anni (5 per Parma e 3 per Pescara).

RISULTATI

Queste realtà che hanno cambiato il modo di lavorare di medici hanno uno spessore culturale che va oltre ogni prefigurazione istituzionale.

Sono sorte dall'iniziativa di pochi ma hanno aggregato molti colleghi (a Parma ad esempio tutti i Medici di un distretto) sulla proposta semplice di una verifica degli aspetti umani e culturali della professione. Hanno affrontato insieme problemi quali: l'organizzazione del lavoro, il problema dell'aggiornamento, i rapporti con l'amministrazione, i rapporti con gli specialisti e l'Università.

Hanno discusso insieme in seminari casi e problematiche cliniche importanti per la MG, Hanno svolto attività di ricerca e sviluppato una rete telematica con sito web e mailing list.

CONCLUSIONE

Le esperienze di associazionismo medico, in particolare quella che abbiamo più diffusamente descritto, ci sembrano interessanti per due caratteristiche comuni:

- 1) La libera scelta associativa
- 2) La finalità di condivisione con altri colleghi della propria esperienza professionale, scommettendo sul fatto che la diversità sia la ricchezza

A fronte di tutto ciò potremmo concludere dicendo che il modello istituzionale, al quale ora non è possibile non aderire costituisce una sfida per il Medico di Medicina Generale, in quanto lo costringe a tener conto della fragilità di cui soffre attualmente la propria immagine, del conteso mutato, dell'urgenza di ricercare e condividere con altri le motivazioni al proprio lavoro, L'esperienza saprà reggere la sfida con il modello istituzionale?



POSTER L4

HOSPICE: UNA REALTA' ASSISTENZIALE PUBBLICA - PRIVATA

E. Piazza*, M.T. Cattaneo*, M.E. Damiani*, B. Dedor*, S. Ferrario*,
G. Esani*, V. Filipazzi*, L. Isabella*, N. Tosca*. G.Tansini°

*Dipartimento Oncologico Azienda Ospedale Luigi Sacco- Milano.

° Casa di Cura Columbus- Milano.

Il Dipartimento Oncologico dell'Ospedale Luigi Sacco è costituito da una Unità operativa con posti letto per situazioni cliniche acute, da un Day- Hospital e da un Ambulatorio per visite di diagnosi e di follow-up. Nell'ambito delle attività esiste la possibilità di garantire, attraverso una convenzione con l'Associazione Marco Semenza e la Fondazione Maddalena Grassi, (entrambe "no profit"), l'assistenza domiciliare ai malati neoplastici in fase terminale seguiti dall'Unità Operativa di Oncologia.

Nella nostra esperienza di assistenza domiciliare abbiamo affrontato situazioni problematiche di gestione del malato per le difficoltà di collaborazione e per mancanza di strutture adeguate rispondenti ai bisogni del paziente e della sua famiglia.

La degenza in una corsia d'ospedale, ottimale per un'assistenza medico-infermieristica protetta, non è idonea ad un malato in fase terminale.

L'Azienda Ospedale L. Sacco, nell'ambito di un piano organizzativo, ha proposto, in collaborazione con l'U.O. Oncologia, un progetto di Hospice per i malati terminali che non possono o che non desiderano essere assistiti al proprio domicilio.

L' Hospice garantisce la completezza del circuito assistenziale oncologico necessaria al paziente, facilita la gestione domiciliare qualora il malato o i familiari, per necessità insorte, richiedano un periodo di ricovero e migliora la gestione dei posti letto del reparto di degenza ospedaliera.

Questo progetto, approvato in sede Regionale, si inserisce nell'applicazione del Piano Oncologico triennale, attualmente in vigore, che consente la collaborazione tra il Dipartimento Oncologico e le strutture pubbliche e private limitrofe che rientrano nello specifico bacino di utenza.

La struttura individuata per l'Hospice è stata la Casa di Cura Columbus.

L'intesa raggiunta tra l'Equipe oncologica dell'Ospedale Sacco e le Suore Cabrini della Columbus, con il loro personale medico, è passata dalla condivisione della comune esperienza di bisogno e di risposta ad esso che i malati in fase avanzata di malattia esprimono.

Per tale motivo la Direzione del Dipartimento Oncologico dell'Ospedale ha preso contatti con la Clinica Columbus, che ha ritenuto a proprie spese, di mettere disposizione della Azienda uno spazio dotato di 15 posti letto con i requisiti strutturali idonei per realizzare un Hospice.

I requisiti di un reparto Hospice sono: camere di degenza singole con un letto aggiuntivo per un familiare e servizi igienici per ogni camera. Sono presenti un locale per il soggiorno e una cucina di reparto cui possono accedere i parenti dei pazienti, oltre le strutture di servizio per la gestione del reparto da parte del personale medico e paramedico.

Le cure e i servizi sono forniti con approccio multidisciplinare dall'equipe medico-infermieristica coadiuvata da specialisti (psicologo, terapeuta del dolore, volontari, ministro di culto ecc.)

Il coordinamento è affidato ad un medico di esperienza che è responsabile, di fronte al Comitato scientifico, della qualità

dell'assistenza offerta.

L'attività di reparto prevede una riunione settimanale tra medici (oncologo palliatore e terapeuta del dolore), infermieri, volontari e psicologo per una discussione e un confronto relativi alle problematiche assistenziali e psicologiche dei malati.

L'esperienza posta in atto con l'apertura di un Hospice pubblico-privato realizza un progetto culturale nuovo che, secondo il principio della sussidiarietà, risponde al bisogno del malato in fase avanzata di malattia e della sua famiglia.



POSTER L5

UN' ESPERIENZA DI ASSISTENZA DOMICILIARE: ACCOMPAGNARE IL MALATO ONCOLOGICO

E. Piazza*, M.E. Damiani*, B. Dedor*, S. Ferrario*, G. Esani*, V. Filipazzi*, L. Isabella*, N. Tosca*, M.T. Cattaneo *, A. Mainini°.

*Dipartimento Oncologico Azienda Ospedale Luigi Sacco- Milano.

° Responsabile Sanitario Fondazione Maddalena Grassi- Milano.

Oggi l'uomo vive in un contesto culturale che rimuove le problematiche profonde legate al senso della vita e della morte. La diagnosi di cancro disorienta. Il cancro esiste, ma prima toccava la vita altrui, mentre ora c'è, è dentro la persona e la sconvolge, la investe di una prospettiva di sofferenza carica di dolore e di morte.

La persona ammalata di cancro è costretta a cambiare la direzione del suo cammino: il pensiero seguirebbe l'illusione di pianificare ogni attività, di fare progetti a lungo termine, ma la diagnosi e l'aggressività delle terapie la obbligano a fermarsi per vivere il presente, per affrontare il dubbio e l'incertezza riguardo la continuità

della propria esistenza terrena. Con la progressione della malattia la sofferenza accompagna sempre il malato : il dolore fisico, ma soprattutto emozionale, lo sconforto di fronte al fallimento delle terapie, l'ansia della precarietà della vita, la paura del distacco, la tristezza e la rabbia possono avere il sopravvento. Il malato in condizione di malattia avanzata ha bisogno di non sentirsi abbandonato a se stesso, isolato dal mondo di chi "vive" e di ricevere attenzioni come durante le prime fasi della malattia.

L'equipe oncologica dell'Azienda Ospedale L. Sacco ha sempre impostato il proprio lavoro cercando di curare la persona ammalata di cancro nella sua globalità e in qualsiasi stadio di malattia, dalla fase precoce fino alla fase avanzata. Per questo motivo nel nostro cammino abbiamo affrontato anche i problemi del malato al proprio domicilio. In questa prospettiva, 4 anni fa, abbiamo iniziato l'attività di assistenza domiciliare al malato oncologico grazie all'incontro fatto con l'Associazione Marco Semenza e con la Fondazione Maddalena Grassi che condividono l'approccio globale al bisogno della persona che soffre a causa della infermità e della malattia. Così l'Associazione Marco Semenza ha messo a disposizione due borse di studio per medici per l'assistenza domiciliare e la Fondazione Maddalena Grassi ha messo a disposizione il personale infermieristico. Si è costituita una equipe medico-infermieristica, coordinata da un medico-palliatore, con l'impiego di medici che già operano nella Unità Operativa, per collaborare insieme al domicilio del paziente. In questi anni abbiamo seguito al domicilio 306 pazienti, affetti da varie neoplasie metastatiche, accompagnandoli al loro destino, rispettosi della persona nella sua totalità.

Al domicilio sono deceduti 106 pazienti. La durata media della nostra assistenza è stata di 2 mesi. Le ore di assistenza medica sono circa 300 all'anno. La durata dell'intervento infermieristico è stata di 4 ore al giorno per i malati con terapia infusionale e di due ore per coloro che necessitavano solo di nursing. Le visite mediche hanno avuto una frequenza di 1-2 volte alla settimana, la durata della visita medica è stata di un'ora circa.

Cerchiamo di vivere la relazione con il malato con disponibilità di tempo per dare ascolto anche ai più piccoli cambiamenti delle sue condizioni, che vuole riferirci perché ha bisogno di essere rassicurato. Per il malato ha valore ricevere dal medico e non dai familiari le informazioni circa la prescrizione di nuovi farmaci o le modificazioni della posologia di quelli che già assume, perché non si senta semplicemente accudito, bensì ancora partecipe alle decisioni relative alla sua vita.

Siamo consapevoli di quanto importante sia mantenere una comunicazione attiva, fatta di parole adeguate, ma anche di gesti e di sguardi rassicuranti anche quando il malato ha bisogno di esprimere sentimenti, in genere considerati sconvenienti dai familiari, come la rabbia, il pianto, la paura. La scelta di accompagnare i nostri malati fino alla conclusione della loro esistenza terrena ci ha coinvolti nel progetto di un Hospice adeguato al rispetto della dignità e dei bisogni della persona morente qualora la famiglia non sia in grado di provvedere alle necessità del malato.



POSTER L6

Costruzione di un'opera in Ospedale : il Centro Trapianti Midollo (CTM) della divisione di Ematologia dell'Ospedale di Niguarda.

*P.Marenco, R. Cairoli, G. Grillo, E. Satta, P.Lanzo, E. Bellani, W. Pedrotti, F. Fiorelli, R. Saturno.
Centro Trapianti Midollo, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano.*

Introduzione: nel 1986 il trapianto di midollo (Tx) si consolida come trattamento curativo per alcune emopatie. Il primario ritiene che i malati debbano potere accedere a questa possibilità ,chiede ad un medico di allestire il Centro e inoltra le richieste a Regione e Direzione.

Scopo: abbiamo accettato la responsabilità di questa costruzione perchè condividevamo la motivazione: costruire un luogo dove chi viveva l'esperienza drammatica di un rischio immediato per una probabilità di guarigione potesse trovare chi prendesse in cura la totalità della persona .

Metodo:

- Conoscere e vagliare secondo le caratteristiche locali le esperienze già in atto, partecipando al lavoro di un'équipe europea (Parigi), e della équipe di Seattle .
- Formare una prima équipe infermieristica , punto di riferimento per le successive unità.
- Costruzione, in tempi successivi (man mano che i responsabili ospedalieri della gestione lo rendevano possibile) del reparto di degenza a camere sterili, del Day hospital e dell'ambulatorio pre e post trapianto senza rinunciare a niente che si ritenesse utile al pz.
- dalla progettazione dei muri ,alla cartella, all'iter del paziente :abbiamo cercato di chiederci sempre quale fosse il bisogno complessivo di una persona che si rivolgeva a noi per il Tx, del donatore e della famiglia . Così noi professionisti abbiamo costruito un percorso
- Alla direzione /amministrazione abbiamo chiesto strumenti e risorse per renderlo possibile.

Risultati: tappe consolidate di questo percorso (differenziate per tipo di Tx).

1. valutazione pretx del donatore e del pz : esami e visite specialistiche per accertare eventuali rischi aggiuntivi .Un medico e un'infermiera del DH-ambulatorio accompagnano tale percorso iniziando così a conoscere pz e famigliari. Termina con una conferenza in cui si espongono i rischi e benefici per giungere insieme ad un consenso informato, cioè ad una ragionevole convinzione circa il Tx.
2. degenza in camera sterile e Tx: Abbiamo scelto di lavorare in regime di sterilità assoluta, ma di garantire al pz la presenza di un familiare .Prima della dimissione una nuova conferenza per illustrare le precauzioni da tenere al domicilio e dare i riferimenti in caso di bisogno.
3. periodo immediato post Tx,: con ripresa in carico dal DH/ambulatorio del Centro garantendo una continuità di cura medico-infermieristica importante in questa fase delicata.(case di accoglienza per chi abita lontano),
4. Nel follow -up a lungo termine ambulatoriale spesso oltre ai problemi strettamente medici ,si affrontano i problemi legati ad una ripresa di vita lavorativa, familiare , eventuali adozioni ecc..
5. quando l'esito non è favorevole (ripresa di malattia o complicanze gravi) si cerca di mantenere il pz in cura presso il Centro per non interrompere proprio a questo punto il rapporto Queste situazioni pongono domande che non riteniamo siano da delegare allo Psicologo , ma piuttosto da considerarsi parte integrante del rapporto. Un Cappellano frequenta regolarmente il Centro per chi lo desidera.

Conclusioni:

1. Riteniamo positiva l'esperienza di questi 15 anni dal punto di vista degli unici indicatori reali di controllo di qualità:
 - TRM (mortalità tx-correlata) ai valori inferiori del range europeo; lavorare partendo dal bisogno della persona riduce anche il consumo di antibiotici, antifungini, tanto che abbiamo diversificato le linee guida .
 - Soddisfazione dei pz , non perchè guariti, ma in quanto "curati".
2. Rapporto corretto con amministrazione/direzione: i professionisti indicano quello che occorre come risorse e personale. Abbiamo fatto anche dei conti di spesa utilizzati a livello regionale per suddividere i DRG dei Tx in Lombardia. La difficoltà è stata trovare un interlocutore attento e agile a livello direzione/amministrazione che condividendo lo scopo, facilitasse un buon uso delle risorse .
3. lavorare così corrisponde anche alle esigenze più vere di chi lavora (che non sono dissimili da quelle di chi chiede di essere curato): che si possa guardare a quello che si fa ogni giorno non rinunciando a cercarvi un significato.



POSTER L7

LO STATO VEGETATIVO PERSISTENTE.

Dr.Calabrò Roberto, dr.Guizzetti G.Battista, dr.Marchesi Mariano dr. Ruggeri Marco, dr. Tavani Pietro, IP Viviani Elena, dr.Zanoni Paolo.
Centro Don Orione, via don Orione 6 (BG)

Lo stato vegetativo persistente è una condizione caratterizzata dall'abolizione delle funzioni della corteccia cerebrale e dalla conservazione di quelle del tronco encefalico (respiro, regolazione del circolo, ritmo sonno-veglia). Il paziente è in stato di veglia, i suoi occhi sono aperti, ma non ha alcuna relazione ambientale: non risponde in modo finalistico o volontario agli stimoli ed è incontinente.

Lo SVP può verificarsi in seguito a: traumi cranici, intossicazioni, anossie, ictus, ecc. Frequentemente colpisce soggetti di giovane età. Si configura così una situazione drammatica: quella di un giovane che, persa del tutto la vita cognitiva, mantiene quella vegetativa con un'aspettativa di vita che può essere molto lunga.

Questi pazienti hanno bisogno di una grande assistenza, che non richiede un elevato impegno tecnologico, ma un elevato impegno umano. Un compito così impegnativo coinvolge molte figure professionali: rianimatore, neurologo, fisiatra, medico internista, psicologo, infermiere professionale e generico, assistente sociale, volontari che dovranno saper interagire, secondo le proprie competenze, nell'affronto della problematica, così ampia, posta da questi pazienti.

Il trattamento non è finalizzato al mantenimento della vita ad 'ogni costo', ma a prendersi cura di un grande ed inespresso bisogno.

Presso il centro don Orione di Bergamo esiste un reparto, attivo dal luglio 1996, per pazienti in SVP.

Sino al 31/12/00 sono stati ricoverati 56 pazienti (27M, 29F). Di questi 24 (42.8%) erano ancora presenti al dicembre 2000, 21 (37.5%) erano deceduti, 8 erano stati trasferiti: 5 (8.9%) in RSA e 3 (5.4%) in riabilitazione, 3 (5.4%) erano stati dimessi. I pazienti provenivano da Bergamo (47), Milano (8), Cremona (1).

La **degenza media** dei pazienti non più presenti in reparto al dicembre 2000 è stata di 279 giorni, quella dei pazienti ancora presenti è stata di 729 giorni (min.13 ,max.1641).

L'**età media** dei pazienti maschi è stata di 56 anni (min.29, max.90), quella delle femmine è stata di 67 anni (min.28, max.85).

Cause che hanno determinato lo SVP dei pazienti ricoverati	
Anossia cerebrale	16 (28.6%)
Ictus ischemico	15 (26.8%)
Ictus emorragico	12 (21.4%)
Incidente della viabilità	07 (12.5%)
Encefalopatia multifartuale	04 (7.1%)
Encefalite	01 (1.8%)
Incidente sul lavoro	01 (1.8%)

Nel reparto si trovano 12 camere doppie e 1 tripla con bagno, 2 bagni assistiti, 1 ambulatorio medico-infermieristico, 1 cucina, 1 soggiorno, 2 ripostigli, 1 giardino e vi operano 14 IP, 10 ASA, 1 medico internista. Sono inoltre disponibili consulenze specialistiche (anestesista, neurologo, fisiatra, fisioterapisti, cardiologo, chirurgo, odontoiatra, dermatologo).

Il lavoro, svolto da piccole equipe, provvede all'alimentazione (tramite PEG), all'igiene quotidiana, alla pulizia del cavo orale, al bagno settimanale, alla mobilizzazione in carrozzina due volte al giorno e al letto ogni 3 ore. Sono poi garantite: aspirazione dalle tracheocanule, controllo di alvo e diuresi, somministrazione delle terapie, rivelazione dei parametri, ecc.

Il personale è supportato da uno psicologo che lo sostiene nella relazione con i pazienti e con i fam familiari. La tipologia relativamente nuova di questi malati, rende necessario il crearsi, per la loro gestione e cura, di un'esperienza e di una cultura che possono nascere solo dal confronto tra le diverse figure professionali coinvolte e i Centri che li hanno in carico.

Esperienza e cultura che ancora mancano, pur trattandosi di una problematica già drammaticamente presente, ma ancora sconosciuta all'opinione pubblica e scarsamente considerata nella pianificazione sanitari.

Oggi spesso ci si trova in una situazione che, cominciata con un pronto intervento, proseguita in una Terapia Intensiva, qualora non si verifichi una 'restitutio ad integrum', si arena in un Ospedale senza la possibilità di uno 'sbocco' adeguato, che potrebbe essere rappresentato da un'efficace assistenza domiciliare o, qualora non fosse possibile il rientro in famiglia, da appositi centri.

STATISTICHE DEL REPARTO PER PAZIENTI IN STATO DI COMA VIGILE

Dal 1/7/1996 al 31/12/2000 sono stati ricoverati 56 pazienti in stato di coma vigile, dei quali:

- presenti al 31/12/2000	24 pazienti (42,8%)
- deceduti	21 pazienti (37,5%)
- trasferiti in RSA	5 pazienti (8,9%)
- trasferiti in Riabilitazione	3 pazienti (5,4%)
- dimessi	3 pazienti (5,4%)

La degenza media delle 32 persone non più presenti è stata di 279 giorni con limiti da 10 giorni a 3 anni e 181 giorni:

- da 0 a 3 mesi	8 pazienti (25%)
- da 3 a 6 mesi	9 pazienti (28,1%)
- da 6 mesi a 1 anno	7 pazienti (21,9%)
- da 1 a 2 anni	5 pazienti (15,5%)
- più di 2 anni	3 pazienti (9,4%)

La degenza media dei pazienti ancora ricoverati al 31/12/2000 è stata di 729 giorni, con limiti da 13 giorni a 4 anni e 185 giorni:

- da 0 a 3 mesi	3 pazienti (12,5%)
- da 3 a 6 mesi	2 pazienti (8,3%)
- da 6 mesi a 1 anno	3 pazienti (12,5%)
- da 1 a 2 anni	2 pazienti (8,3%)
- più di 2 anni	14 pazienti (58,3%)

I pazienti di sesso maschile sono stati 27 e quelli di sesso femminile 29

L'età media dei ricoverati è stata di 62 anni con limiti da 28 a 90 anni.

L'età media dei pazienti di sesso maschile è stata di 56 anni con limiti da 29 a 90 anni:

- da 25 a 30 anni	1 paziente (3,7%)
- da 30 a 40 anni	6 pazienti (22,2%)
- da 40 a 50 anni	3 pazienti (11,1%)
- da 50 a 60 anni	4 pazienti (14,8%)
- da 60 a 70 anni	6 pazienti (22,2%)
- da 70 a 80 anni	6 pazienti (22,2%)
- da 80 a 90 anni	1 paziente (3,7%)

L'età media dei pazienti di sesso femminile è stata di 67 anni con limiti da 28 a 85 anni:

- da 25 a 30 anni	1 paziente (3,4%)
- da 30 a 40 anni	1 paziente (3,4%)
- da 40 a 50 anni	1 paziente (3,4%)
- da 50 a 60 anni	4 pazienti (13,8%)
- da 60 a 70 anni	5 pazienti (17,2%)
- da 70 a 80 anni	11 pazienti (37,9%)
- da 80 a 90 anni	6 pazienti (20,7%)

Le cause dello stato di coma dei 56 pazienti sono state:

- Coma post-anossico	16 pazienti (28,6%)
- Ictus ischemico	15 pazienti (26,8%)

- Emorragia cerebrale	12 pazienti (21,4%)
- Incidente stradale	7 pazienti (12,5%)
- Encefalopatia multiinfartuale	4 pazienti (7,1%)
- Encefalite	1 paziente (1,8%)
- Incidente sul lavoro	1 paziente (1,8%)

La provenienza dei paziente è stata:

- ASL di Bergamo	47 pazienti
- ASL Milano 1	4 pazienti
- ASL Milano	2 pazienti
- ASL Milano 2	1 paziente
- ASL Milano 3	1 paziente
- ASL Cremona	1 paziente

Andranno in seguito approfonditi i seguenti punti:

- o Età media dei soggetti deceduti
- o I casi trasferiti dopo quanti giorni di degenza? Che diagnosi avevano all'ingresso?
- o Tutti i pazienti sono in SVP?
- o Quale il grado di disabilità e la diagnosi d'ingresso per quelli che non lo sono?
- o Rapporto tra causa del coma e età.
- o Descrizione di un caso clinico di un ragazzo ammesso con diagnosi di SVP ripresosi.
- o Qual è l'intervallo di tempo per porre diagnosi di SVP?
- o I pazienti dimessi dove sono?
- o Tasso di utilizzazione dei posti letto.



POSTER L8

CASA DI ACCOGLIENZA PER MALATI DI AIDS

Autori: Silvia Cardin, Rosangela Piemonte, Laura Abati, Angelo Mainini

Istituzione di appartenenza: Fondazione Maddalena Grassi

INTRODUZIONE

La Casa di Accoglienza è nata per garantire continuità di cure ed assistenza a persone affette da AIDS in fase conclamata, offrendo nel contempo un contesto abitativo ed umano che fosse rispettoso delle persone accolte nella globalità del loro bisogno; un luogo cioè dove fosse possibile affermare un'esperienza di speranza e di vita anche in condizioni di salute drammatiche.

Come tale la casa è di fatto occasione di sostegno e spesso di recupero alle famiglie degli ospiti, in molti casi in difficoltà.

DESCRIZIONE DELL'ESPERIENZA

La Casa, situata a Seveso (Milano), è costituita da una villetta a due piani con giardino e un magazzino/laboratorio.

Nel 1993 è stata ristrutturata per renderla idonea all'accoglienza di persone non-autosufficienti e l'11 Febbraio 94 ha iniziato la propria attività con l'inserimento del primo ospite.

La struttura, che può accogliere fino a 11 ospiti, è composta da :

. Piano terra : 2 camere doppie, 1 camera singola, 2 servizi, cucina, soggiorno/sala da pranzo, locale farmacia, ufficio, servizio per operatori

. 1° piano : 3 camere doppie, 2 servizi per ospiti, soggiorno, spogliatoio per operatori.

Le figure professionali che operano all'interno della Casa sono le seguenti:

- 1 direttrice
- 1 economista/amministratrice
- 1 assistente sociale
- 2 educatori
- 4 infermieri professionali
- 2 ausiliarie socio-assistenziali
- 1 medico infettivologo
- 1 fisioterapista
- responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
- Medico Competente
- obiettori di coscienza
- volontari.

Gli ospiti vengono accolti su loro espressa richiesta tramite i servizi territoriali competenti. La permanenza è a tempo indeterminato e completamente gratuita grazie alla convenzione con l'Azienda ASL Provincia di Milano 3 che riconosce una retta giornaliera di presenza per ogni ospite.

L'attività assistenziale è offerta e sostenuta dal complesso degli operatori attraverso un lavoro in equipe, metodo indispensabile per affrontare ogni situazione della persona accolta in modo globale.

Tale attività è sottoposta a verifica quindicinale con incontri a cui partecipano tutti gli operatori.

Obiettivi :

- accoglienza totale della persona in tutta la sua umanità
- cura della persona in tutti i suoi bisogni: sanitari, educativi, sociali
- sostegno alla famiglia dell'ospite e recupero dei rapporti familiari, spesso deteriorati
- collaborazione con le strutture esterne di riferimento: sanitarie (ospedali, ASL, medici di base), sociali (SERT, CPS) e territoriali (comuni, associazioni varie)
- reinserimento lavorativo (quando possibile), anche come terapia occupazionale
- coinvolgimento con il territorio attraverso la partecipazione a incontri, feste e iniziative locali
- sostegno spirituale attraverso la presenza della realtà ecclesiale locale: grazie alla disponibilità di una decina di sacerdoti che si alternano viene celebrata settimanalmente la S.Messa.
- bilancio economico in pareggio.

RISULTATI

DALL' 11/02/1994 AL 31/12/2000 :

- N° 23.939 giornate di presenza

- N° 121 ospiti accolti

di cui : 85 deceduti

25 dimessi

11 attualmente presenti nella Casa

In particolare nel 2000 sono state garantite **20.663** ore di assistenza pari a **330** minuti/ospite/giorno.

- Modalità di contagio per gruppi di rischio:

n. 80 ospiti tossicodipendenza

n. 24 " rapporti eterosessuali

n. 12 " omosessualità

n. 4 " rischio non noto

n. 1 " trasfusione

- Età media degli ospiti al momento dell'inserimento:

sotto i 30 anni : 13

30/40 anni : 83

41/50 anni : 9

51/60 anni : 10

oltre i 60 anni : 6

OSSERVAZIONI

1. E' stato possibile garantire agli ospiti una continuità di cura con beneficio sensibile per gli ospiti in termini di qualità ed esperienza di vita;
2. La modalità di lavoro instaurata tra gli operatori ha generato gratificazione professionale, bassissimo turn-over ed alta qualità di prestazioni;
3. E' stato raggiunto il pareggio di bilancio grazie ad una oculata gestione dei costi ed al contributo libero di benefattori.

BIBLIOGRAFIA

Delibera Regione Lombardia N° 18044 del 13/9/96

Progetto Obiettivo AIDS



POSTER L9

Aggiornamento professionale per operatori della assistenza sanitaria domiciliare

Autori: Marco Botturi, Maria Smidili, Clelia Cicchelli, Angelo Mainini

Istituzione di appartenenza: Fondazione Maddalena Grassi - Milano

Premessa

La prevalenza di persone con malattie a decorso subacuto e cronico che richiedono assistenza complessa e a lungo termine aumenta ogni anno e la tendenza è accelerata nei grandi centri urbani.(1,2,3)

Nonostante l'aumento del numero delle strutture sanitarie, del personale addetto e del consumo di prestazioni si manifesta sempre più grave la sproporzione tra domanda di assistenza continuativa e capacità di risposta istituzionale.(4,5)

Lo Stato di fronte ad un aumento importante della spesa sanitaria totale ha ridotto il suo impegno per la spesa sanitaria pubblica più di ogni altro paese dell'OCSE. In questo modo il recesso della istituzione ha riversato gli oneri economici sulle famiglie e sugli indigenti che si trovano a coprire personalmente gran parte della spesa per le cure .(6,7)

In questo orizzonte sanitari con diversa competenza hanno ritenuto possibile superare le mansioni di operatori dipendenti che erano attribuite loro dalla istituzione pubblica e si sono adoperati, scegliendo la forma della Fondazione, perché i pazienti che avevano incontrato in occasione della periodo acuto trovassero adeguata assistenza personale anche nelle altre fasi della loro infermità.(8)

La domanda più acuta da parte dei pazienti con neoplasie, patologie infettive gravi e malattie degenerative del sistema nervoso ha spinto ad assumere impegno prioritario in tali settori.(9)

Una residenza per accogliere persone con malattie infettive aggravate, una residenza polifunzionale per soggetti con patologie neurologiche e psichiatriche, un hospice per pazienti con malattia tumorale molto avanzata e assistenza domiciliare per decine di migliaia di ore per anno sono state realizzate in stretto collegamento funzionale con l'istituzione sanitaria pubblica.

L'osservazione e la ricerca del senso compiuto della realtà che si incontra costituiscono il nucleo centrale del lavoro sanitario. Il richiamo e lo sviluppo di queste competenze nella direzione di una affezione consapevole costituiscono il lavoro di aggiornamento professionale.

Metodo

Più di 40 operatori sanitari, infermieri professionali, fisioterapisti, assistenti socio-sanitari, sono stati chiamati nell'orario di lavoro e della ordinaria retribuzione ad uno specifico percorso di aggiornamento che si è svolto in 10 ore nel periodo di due mesi.

I docenti, orientati dal Coordinatore, hanno presentato il loro intervento in 40' e tutti i partecipanti, sostenuti dalla head chaperon, hanno animato un colloquio di 20'

I temi affrontati sono stati:

Per l'impostazione metodologica e le responsabilità che ne derivano:

Lo stupore del vero, l'accuratezza del particolare, le biografie illustri

La responsabilità dell'operatore nella costruzione dei costi

La responsabilità personale della assistenza

Proposti da Adriano Rusconi, Direttore del Poliambulatorio multispecialistico L. Moscati, da Alessandro Pirola, Direttore Amministrativo di una Casa di Cura e da Marina Negri, Direttrice didattica della Scuola per Infermieri professionali di un Istituto Scientifico

Per le caratteristiche della operatività specialistica in alcuni esempi:

La scelta dei metodi di assistenza

La sicurezza e le sue procedure

Elementi di cura delle lesioni da pressione

La relazione di cura

Proposti da Luisa Conzuti, Direttrice della Scuola per Infermieri professionali di un Policlinico Universitario, Raffaele La Tocca Dirigente medico di U.O. di Medicina del lavoro., Stefano Citterio della Scuola per infermieri professionali di una Azienda Ospedaliera , Luciano Riboldi Presidente della Fondazione Maddalena Grassi, Sandro Alemanni Dirigente medico di U.O di Psichiatria e Camillo Schiantarelli Dirigente medico di U.O. di Medicina Interna.

Per la struttura organizzativa del lavoro di assistenza domiciliare:

Elementi di qualità organizzativa nella assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare in un distretto ASL

Proposti da Angelo Mainini Coordinatore Medico della Fondazione Maddalena Grassi e Pamela Moser
Direttrice di U.O. assistenza domiciliare di Distretto ASL

L'iniziativa è stata patrocinata dal Collegio provinciale degli Infermieri Professionali, dalla Associazione Medicina e Persona e dalla ASL Città di Milano.

Risultati

L'aggiornamento è stato considerato uno strumento ordinario di lavoro di assistenza.

Tutti gli iscritti, collaboratori stabili della Fondazione Maddalena Grassi per 85% ed esterni i rimanenti, hanno frequentato l'intero corso, sostenuto i colloqui previsti ed ottenuta la relativa certificazione

È stato richiesto di rendere stabile l'iniziativa specifica di aggiornamento con cadenza semestrale.

Conclusioni

L'assistenza domiciliare sanitaria per patologie critiche si presenta con le caratteristiche di un lavoro duro al quale è connessa una notevole assunzione di responsabilità professionale tanto da configurarsi come una specialità emergente.

L'aggiornamento continuativo è un modo stabile del lavoro specialistico domiciliare.

In questo ambito si è ritenuto opportuno dedicare un tempo per il richiamo e lo sviluppo delle competenze specifiche.

Il sistema adottato è stata la comunicazione di storie di assistenza - con le conoscenze, le opportunità, gli incontri, i risultati favorevoli e gli errori relativi - attraverso l'incontro e dibattito con gli attori stessi delle vicende.

Si è evitato di esporre una dottrina e di provocare la illusoria sensazione di aver acquisito un maggiore potere terapeutico

Si sono al contrario proposti al riconoscimento e al confronto personale percorsi di lavoro consapevoli del loro senso in modo da portare a conoscenza lo sviluppo dinamico di una presenza in azione.

Il lavoro di cambiamento proposto risulta notevole e deve essere sostenuto in maniera che l'operatività rimanga adeguata al suo significato. In questa direzione per collegare le esperienze che via via si sono conosciute al lavoro specifico di cui tutti gli operatori avevano esperienza hanno svolto una funzione particolarmente favorevole le figure del coordinatore e della head chaperon

Bibliografia

1 – Wilson A. Randomized controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care. *BMJ* 319, 1544-1546, 1999

2 – Jones J. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *BMJ* 319, 1547-1550, 1999

3 – Naylor M. Comprehensive discharge planning and home follow up of hospitalized elders. A randomized clinical trial. *JAMA* 281, 613-620, 1999

4 - Leveille S. Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: a randomized trial of a community based partnership with primary care. *J. A. Geriatr. Soc.* 46, 1191-1198, 1998

5 - Dalby M. Effect of preventive home visits by nurse on the outcomes of frail elderly people in the community: a randomized controlled trial. *CMAJ* 342, 749-755, 2000

6 – Di Maio A. Il nodo della spesa sanitaria. *Ricerche Roche* 28, 33-36, 2000

7 – Doyle Y. Role of private sector in U K health system. *BMJ* 321, 563-565, 2000

8 – Fondazione Maddalena Grassi. Bilancio consuntivo 2000

9 – Keen J. Cooperation should be based on what the public wants and needs from healthcare system *BMJ* 321, 565, 2000



POSTER L10

UN SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Autori: Luciano Riboldi, Marco Botturi, Maurizio Marzegalli, Alessandro Pirola, Angelo Mainini

Istituzione di appartenenza: Fondazione Maddalena Grassi – Milano

INTRODUZIONE

Nel Sistema Sanitario Italiano la cura dei malati è sempre stata prerogativa degli ospedali, mentre gli ambiti territoriali erano deputati soprattutto agli aspetti di igiene pubblica e di prevenzione.

L'incremento dell'età media della popolazione ha comportato l'aumento delle persone con patologie cronicodegenerative e con conseguente progressiva perdita dell'autonomia.

L'introduzione del regime di compenso delle prestazioni ospedaliere mediante DRGs ha ridotto sensibilmente i tempi di ricovero, orientando gli ospedali stessi sempre più ad un intervento di diagnosi e cura del solo evento acuto.

Nasce l'esigenza di una evoluzione del sistema sanitario per rispondere in modo adeguato alle esigenze di cura di questi pazienti.

Già sul finire degli anni '80 alcuni operatori sanitari, incontrando persone con patologie gravi che necessitavano di cure anche una volta dimessi dall'ospedale, hanno cominciato ad assisterli presso il loro domicilio.

MATERIALI E METODI

Nel 1990 viene costituita e nel 1991 ottiene il riconoscimento nazionale la Fondazione Maddalena Grassi con sede in Milano.

La Fondazione Maddalena Grassi si è dotata di una sede operativa di coordinamento e di diverse unità operative domiciliari.

La centrale di coordinamento è operativa dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 18; sono presenti, oltre al Coordinatore Sanitario ed al personale amministrativo, il personale sanitario di coordinamento che organizza il lavoro degli operatori delle unità operative domiciliari; attraverso una rete di telefoni cellulari gli operatori domiciliari sono in contatto con le coordinatrici dalle ore 7 alle ore 20 sette giorni su sette.

Le unità domiciliari sono composte da: Infermieri Professionali, Fisioterapisti, Ausiliari Socio Assistenziali, Medici Specialisti.

Le unità operative domiciliari sono costituite sia su criteri territoriali che di competenza specifica; in particolare si distinguono équipe specifiche per:

- Assistenza domiciliare integrata agli anziani
- Assistenza domiciliare oncologica
- Assistenza domiciliare malati di AIDS
- Assistenza domiciliare patologie neurologiche e metaboliche

Anche partecipando e vincendo alcune gare d'appalto la Fondazione Maddalena Grassi ha stipulato convenzioni di lavoro con diversi Enti Pubblici: Comuni, ASL ed Aziende Ospedaliere.

RISULTATI

Come mostrato nella tabella negli ultimi 6 anni il numero di ore di assistenza è passato dalle 37.000 del 1996 a oltre 90.000 dell'anno 2000.

Anno	1996	1997	1998	1999	2000
Ore di assistenza	37.628	44.662	57.228	66.500	91.638

Attualmente lavorano nei servizi di assistenza domiciliare della Fondazione Maddalena Grassi:

- 30 Infermieri Professionali.
- 15 Fisioterapisti
- 5 Ausiliari Socio Assistenziali
- Medici Specialisti:
 - Cardiologo
 - Chirurgo generale
 - Urologo
 - Neurologo
 - Fisiatra
 - Dermatologo
 - Infettivologo

Nell'anno 2000 sono stati assistiti circa 2.100 pazienti e ogni giorno gli operatori domiciliari della Fondazione curano oltre 300 pazienti.

CONCLUSIONI

Una realtà con propria forma giuridica, capace di rapportarsi ed interloquire con Enti ed Istituzioni pubbliche e private, di aggregare e garantire un lavoro a diverse decine di operatori professionali nel campo della sanità, di porsi sul "libero mercato" operando con risorse definite e facendo i conti con la necessità di un pareggio di bilancio, mantenendo al primo posto nel proprio operare l'attenzione alla persona nella sua interezza, pur nello specifico di una risposta al suo bisogno di cure, è possibile a partire da "professionisti" che mettono in gioco fino in fondo la propria esperienza e responsabilità umana e quindi professionale.



POSTER L11

Come nasce una Fondazione non profit-per la ricerca clinica applicata: la terapia dell'epatopatia cronica evolutiva non trattabile con interferone.

Lucio Pippa e Giustino Parruti

Fondazione Camillo De Lellis per la Ricerca Clinica Applicata, Pescara

Introduzione

L'epatopatia cronica è un problema sanitario cosmopolita di proporzioni crescenti. Si stima che le persone cronicamente infette dal solo virus epatite C (HCV) siano oltre 300 milioni, dei quali il 15-30% destinato ad evolvere verso la cirrosi epatica, l'insufficienza epatica severa e/o il carcinoma epatocellulare. In Italia gli infetti da HCV sono oltre 2.000.000. L'Interferone alfa (IFN) rappresenta tuttora la principale risorsa terapeutica per le epatopatie croniche da HCV, in associazione con ribavirina e/o amantadina, ed una risposta duratura può essere ottenuta *in circa il 25-30% dei casi*. I pazienti trattabili con IFN sono comunque meno del 50% del totale. Per ragioni economiche, inoltre, resta esclusa dal trattamento la quasi totalità dei residenti nel mondo in via di sviluppo.

In questo contesto è urgente individuare altri strumenti d'intervento terapeutico per quanti non possano usufruire dell'IFN. Il panorama dei fitoterapici usati nella farmacopea estremo-orientale include rimedi - "herbal medicines" nella dizione anglosassone - per i quali di recente è stata prodotta una notevole mole di prove sperimentali e cliniche d'efficacia, reperibili nella letteratura scientifica internazionale accreditata.

Materiali e metodi

L'attuale contesto normativo ed organizzativo del Sistema Sanitario Nazionale rende, anche in ambito universitario, molto difficoltosa la sperimentazione di presidi e protocolli terapeutici che non siano finanziati dall'industria farmaceutica per la quasi totalità dei costi.

Per questi motivi è nata l'idea di costituire una *Fondazione per la Ricerca Clinica Applicata*, che possa dotare medici ospedalieri, medici e pediatri di base, medici di medicina non convenzionale di uno strumento operativo comune adeguato a verificare, in modo scientificamente indipendente, terapie innovative per la risposta a bisogni presenti nelle persone assistite. Il caso della sperimentazione proposta per l'epatopatia cronica evolutiva è solo un aspetto esemplificativo emergente.

La *Fondazione Camillo De Lellis per la Ricerca Clinica Applicata* (FCDL) è stata istituita come Ente non-profit da 12 soci fondatori appartenenti alle categorie sopra indicate, ed il patrimonio è stato costituito inizialmente dal contributo dei fondatori e da liberalità raccolte sia da pazienti epatopatici che da imprenditori dell'area metropolitana di Pescara. Il riconoscimento della personalità giuridica di Fondazione di Ricerca è ancora in corso.

Risultati

La miscela di fitoterapici denominata TJ-9 (So-Saiko-To o Xiao Chai Hu Tang) è costituita dagli estratti secchi di sette rimedi fitoterapici tra loro combinati in proporzioni fisse e rigorosamente riproducibili. TJ-9 è al momento il fitoterapico più comunemente somministrato in Giappone ai pazienti affetti da epatopatia cronica con evolutività cirrotica. Negli ultimi 15 anni è stato documentato in modo rigoroso che TJ-9 migliora la funzionalità epatica e riduce il rischio dell'epatocarcinoma negli affetti da epatite cronica bloccando la *transdifferenziazione* delle cellule di Ito dell'interstizio epatico.

La FCDL ha pianificato uno studio policentrico internazionale per la validazione dell'efficacia di TJ-9 in collaborazione con la *Middlesex University* di Londra, il *Californian Pacific Medical Center* di S. Francisco, le Università di Milano, Pavia, Chieti e Bari. A livello della ASL di Pescara è stata proposta una collaborazione con le Strutture del Sistema Sanitario Nazionale, con il coinvolgimento delle Unità Operative di Medicina Generale e Malattie Infettive e dell'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo nella forma di uno specifico progetto obiettivo di ricerca.

Bibliografia

Sho-saiko-to: Japanese herbal medicine for protection against hepatic fibrosis and carcinoma.
Shimizu I. *J Gastroenterol Hepatol* 2000 Mar;15 Suppl:D84-90

Sho-saiko-To: the right blend of traditional Oriental medicine and liver cell biology
Geerts A; Rogiers V *Hepatology* 1999 Jan;29(1):282-4

Prospective study of chemoprevention of hepatocellular carcinoma with Sho-saiko-to (TJ-9).
Oka H; Yamamoto S; Kuroki T; Harihara S; Marumo T; Kim SR; Monna T; Kobayashi K; Tango T
Cancer 1995 Sep 1;76(5):743-9



POSTER L12

UN' ESPERIENZA DI WELFARE FAMILIARE A PARMA

AUTORI

VERNIZZI PIERA
TURBOLI ANNA
PIAZZA ELENA
MANOTTI ANDREA

INTRODUZIONE

Siamo un gruppo di O.S.A. , O.T.A. e infermieri professionali che nel 1988, dopo aver lavorato alcuni anni insieme , fondarono una cooperativa di assistenza denominata il Sollievo con il target di assistere a domicilio malati e persone anziane non-autosufficienti. Nella nostra Provincia (Parma) esistono numerose strutture per gli anziani (Case protette, Case di riposo, Residenze Sanitarie Assistite, Centri Diurni) nella maggior parte pubbliche o convenzionate che sono tuttavia inadeguate sia come offerta insufficiente rispetto alla domanda sia come risposta qualitativa al bisogno dell'anziano di vivere in un contesto quanto più possibile simile a quello familiare.

Quando ci siamo resi conto di questo bisogno, abbiamo avuto una grande idea : "il progetto Casa". Si trattava di reperire delle strutture idonee a contenere un esiguo numero di anziani che potevano essere assistiti 24 ore su 24 dal nostro personale e tuttavia vivere in un contesto di relazioni affettive stabili come quelle familiari.

METODI

Ci sembrò più consono al nostro progetto affittare (non avevano le risorse per l'acquisto) un villa piuttosto che un appartamento in un condominio : gli anziani potevano così vivere in un ambiente bello.

Così nel 1993 trovammo una villetta in collina con giardino e veranda : poteva fare al caso nostro e l'affittammo.

Nel 1995 poiché aumentarono le richieste ne affittammo altre due. Le case contenevano un numero minimo di cinque persone anziane e massimo di dodici. Così cominciò la nostra avventura.

RISULTATI

All'inizio tutto funzionò bene, i risultati piano, piano arrivarono e ci furono molte richieste perché in residenze con un numero limitato di anziani, il personale poteva dare di più a livello affettivo e infermieristico. Le persone che abitavano in queste case si affezionavano, diventando così una famiglia che viveva insieme ogni giorno e che ogni giorno vedeva migliorare la propria qualità di vita. I costi erano più contenuti rispetto ai quelli praticati nelle strutture tradizionali.

Tuttavia l'Azienda Sanitaria di Parma non vedeva di buon occhio la nostra iniziativa che per quanto piccola si poneva in concorrenza con le strutture istituzionali. Dopo numerose lotte, sostenuti dai famigliari dei nostri assistiti, nel 1999 dovemmo soccombere e chiudere "il Sollievo".

Tuttavia nello stesso anno aprimmo un'altra cooperativa : "il Sole" assieme agli operatori più coraggiosi rimasti e continuammo a fare le stesse cose di prima, concordando con i famigliari una soluzione migliore dal punto di vista legislativo.

Ora abbiamo due case, una residenza al mare (Forte dei Marmi) e una nuova casa in via di apertura

Ospitiamo una ventina di anziani assistiti da circa dieci operatori 24 ore su 24 e da un medico di Medicina Generale.

CONCLUSIONE

Gli ospiti delle nostre strutture ricevono un servizio integrato da varie figure professionali che, pur nella loro specificità e specializzazione, non perdono mai di vista lo scopo della nostra opera : instaurare rapporti affettivi stabili. Ormai la nostra esperienza è diventata un punto di riferimento in Provincia su come sia possibile se ben motivati passare da un tipo di welfare state al welfare society nel campo dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti, che per vari motivi non possono più restare da sole nel proprio domicilio o che i parenti non sono in grado di seguire adeguatamente. Incredibilmente abbiamo registrato un miglioramento anche dal punto di vista clinico sanitario ed è diminuito il consumo di farmaci psicotropi.



POSTER L13

PROGETTO MARCO TEGGIA - OSSERVATORIO

Centro Studi Anziani'80– Azienda Ospedaliera Desenzano D/G – Regione Lombardia

Autori: Dott. A.Martina*; Dott. D.Buffoli*; Dott. A.Bianchi*; Dott.ssa P.Cagna*;Dott.ssa L.Sorlini*; Dott.ssa B.Albini*; Dott. P.Berta*; I.P.M.Sorelli*; I.P.A.Orlandi*; I.P.M.Conti*; ASA G.Portesi*; Dir. Amm. C.diR.V.Zanola*; Dott.M.Gadola**

*Centro Studi Anziani'80:

**Azienda Ospedaliera di Desenzano D/G: responsabile scientifico del progetto PROMTO

L'invecchiamento della popolazione anziana ha assunto dimensioni rilevanti, in una continua evoluzione dibattuta fra aspetti assistenziali, sanitari ed infine socio-familiari: fenomeno dirompente, non solo per l'incidenza numerica raggiunta, ma soprattutto per il sovrapporsi di variabili capaci di stravolgere schematismi e catalogazioni.

Le complessità dei bisogni dell'anziano sono spesso limitate ad analisi che pongono a confronto la perdita dell'autonomia con le potenzialità residue, l'assistenza domiciliare con l'istituzionalizzazione, dimenticando la peculiarità della persona.

Rilevazioni epidemiologiche, coinvolgenti oltre 1000 pazienti, raccolte dal Centro Studi Anziani'80 nel periodo 1994-1999 nell'ambito di progetti di Unità di Valutazione Geriatrica con Assistenza Domiciliare Integrata nella provincia di BS, evidenziano nuove tipologie di anziani comprese fra decadimento cognitivo e alterazioni neuromotorie; tali tipologie si caratterizzano per una condizione polipatologica fortemente influenzata dalle interazioni con l'ambiente socio-famigliare di provenienza.

Negli ultimi 15 anni, indagini del Centro Studi Anziani'80 hanno rilevato l'incremento costante del consumo di farmaci nella popolazione anziana; il consumo quotidiano di 7.8 farmaci/paziente, pone la farmacologia clinica quale scienza critica ed imprescindibile per l'approccio all'anziano fragile.

Questa evidenza clinica è sostenuta dallo stato polipatologico ed anche dal sovrapporsi di condizioni psicoaffettive complesse che distinguono l'anziano fragile: fragilità, multifattorialità, peculiarità della persona, sono fattori capaci di ingenerare distorsioni, disagi ed inefficienze nell'organizzazione dei servizi sanitari ed assistenziali per questo tipo di pazienti, verificabile nel sovraffollamento delle liste d'attesa sia nelle case di riposo, negli ambulatori, ed anche nel numero eccessivo di ricoveri impropri ospedalieri.

Appare decisivo individuare modelli di approccio all'anziano fragile, che partendo da questi presupposti, mirano ad integrare professionalità e servizi sanitari-assistenziali, con percorsi di recupero funzionale e reinserimento socio-famigliare, e ricorso a servizi sanitari di competenza (RSA – Ospedali).

In quest'ottica, il Centro Studi Anziani'80 e l'Azienda Ospedaliera di Desenzano D/G hanno attivato da Agosto 1999, presso l'Ospedale di Salò, l'Unità Operativa di Psicofarmacologia Geriatrica per la valutazione clinica e multidisciplinare dell'anziano patologico.

L'organizzazione dell'Unità operativa prevede:

- **Centro di accoglienza** preposto ad accogliere le problematiche dell'anziano e della sua famiglia, accompagnare la persona durante il percorso terapeutico e sostenere il reinserimento familiare;
- **Centro di Orientamento** preposto alla gestione clinica, diagnostica e terapeutica del paziente.

Al Centro di orientamento è affidato il compito di indirizzare il paziente, in ricovero in D.H., ricovero ordinario o anche l'affidamento a diverse competenze (reparti ospedalieri, CDR/RSA, altri servizi).

- **Centro Epidemiologico** finalizzato alla realizzazione di un osservatorio delle tipologie patologiche e dei bisogni emergenti della popolazione anziana.

Il progetto PROMTO rappresenta l'evoluzione delle esperienze citate e si propone di raccogliere, analizzare e comparare le problematiche dell'anziano fra ospedale e case di riposo/RSA attraverso la creazione di una équipe di lavoro multicentrica.

L'Azienda Ospedaliera di Desenzano D/G con il Centro Studi Anziani'80, attraverso specifica delibera regionale, si è fatta carico del coordinamento di questo progetto: le Unità Operative coinvolte si propongono di individuare nuovi profili sanitari per l'anziano fragile, analizzando le molteplici variabili capaci di differenziare l'esordio e l'evoluzione della condizione polipatologica in relazione ai vissuti storico-esperienziali individuali; ciò permetterà di individuare percorsi diagnostici, orientamenti farmacoterapeutici ed indirizzi assistenziali altamente mirati alla persona.

1. Nucleo di Psicofarmacologia Geriatrica - Centro Studi Anziani'80
2. Centro del Sonno – Neurologia – DSPN-Ospedale San Raffaele Milano
3. Centro di Ricerca Interuniversitario sui Servizi di Pubblica Utilità alla Persona – Università degli Studi di Milano Bicocca – Dipartimento di Statistica
4. Cattedra di Biochimica Università degli Studi di Brescia – 2° Laboratorio Spedali –Civili-Brescia
5. Istituto di Farmacologia e Terapia Sperimentale – Facoltà di Medicina-Chirurgia, Università degli Studi-Brescia
6. Istituto di Psicoterapia Psicoanalitica - Brescia
7. Unità Funzionale di Tossicologia Clinica – Ospedali Riuniti di Bergamo
8. Psicologia Ospedaliera – Ospedale S. Carlo Borromeo – Milano
9. Scuola di Specialità in Geriatria - Facoltà di Medicina-Chirurgia, Università degli Studi-Brescia
10. Coordinamento delle Case di Riposo/RSA - Centro Studi Anziani'80

PERCORSO

Il progetto prevede la valutazione multidisciplinare delle tipologie di anziani che accedono a differenti servizi sanitari ed assistenziali: ospedale, Casa di Riposo/RSA

La valutazione multidisciplinare mira a definire i seguenti aspetti:

- Autonomia funzionale attraverso lo studio delle funzioni cognitive, neuromotorie e psico-affettive;
- Qualità del sonno;
- Psicodinamica individuale e delle relazioni socio-familiari;
- Osservazione dell'orientamento farmaco-terapeutico;
- Epidemiologia degli aspetti tossicologici acuti da farmaci e decorso clinico;
- Parametri bioumorali, in particolare indicativi dei fattori di rischio tromboembolico.

OBIETTIVI

- Individuazione di nuovi profili sanitari dell'anziano
- Individuazione di mirati approcci terapeutici
- Differenziazione dei servizi sanitario-assistenziali (Ospedale, Casa di Riposo/RSA) per competenze
- Sperimentazione di indirizzi alternativi: Hospice in Rsa o D.H.

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE:

1- Centro Studi Anziani'80 – Nucleo di Psicofarmacologia Geriatrica

All'Unità Operativa afferiscono tutte le altre Unità Operative coinvolte nel progetto.

Il Nucleo di Psicofarmacologia Geriatrica che ha sede presso l'Ospedale di Salò, si pone come punto di riferimento delle problematiche dell'anziano fragile e della sua famiglia; è l'Unità Operativa preposta alla presa in carico del paziente anziano, finalizzata ad accompagnare il paziente anziano dall'accesso alla dimissione, sia nella gestione diagnostica che nel percorso terapeutico, in collaborazione con tutte le altre Unità coinvolte nel progetto; l'Unità ha il compito di monitorare e rivalutare nel tempo l'evoluzione della condizione patologica riscontrata.

2- CENTRO DEL SONNO – NEUROLOGIA – DSNP OSPEDALE SAN RAFFAELE MILANO

Valutazione del ritmo sonno – veglia e della qualità del sonno mediante actigrafo, in condizioni basali e dopo interventi terapeutici farmacologici e no farmacologici. I dati raccolti verranno interfacciati con i dati clinici e laboratoristici al fine di individuare il percorso più adeguato per ogni soggetto.

3- CENTRO DI RICERCA INTERUNIVERSITARIO SUI SERVIZI DI PUBBLICA UTILITÀ ALLA PERSONA

L'obiettivo del contributo al progetto è costruire un sistema di misurazione di outcome contestualizzati sull'anziano fragile, dove per outcome si intende l'esito del servizio erogato misurato sul paziente e la famiglia; verrà valutata la possibilità di individuare nuovi profili sanitari indicativi della condizione di persona con un proprio assetto storico-esperienziale, socio-familiare e patologico-evolutivo.

Per tali motivi, la costruzione di strumenti misurati sul paziente ma anche sulla famiglia sarà finalizzata alla personalizzazione dell'intervento diagnostico-terapeutico ed alla misurazione della sua efficacia attraverso la soddisfazione del paziente e della famiglia.

4- CATTEDRA DI BIOCHIMICA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA – 2° LABORATORIO DEGLI SPEDALI –CIVILI DI BRESCIA

Valutare alcuni parametri bioumorali dell'anziano fragile e correlazione con variazioni cliniche, comportamentali ed emozionali della persona; verrà posta particolare attenzione a parametri relativi al rischio trombotico, quali:

- aggregazione piastrinica
- vit.B12 e folati;

- funzionalità tiroidea

5- ISTITUTO DI FARMACOLOGIA E TERAPIA SPERIMENTALE – FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA

Istituzione di un osservatorio permanente che collabori con personale altamente qualificato, nell'ambito di un'equipe multidisciplinare, per lo studio delle interazioni dei farmaci nell'anziano polipatologico e per l'orientamento farmacoterapeutico nell'individuazione dei profili sanitari dell'anziano fragile.

6- ISTITUTO DI PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

Unità di psicoterapia suportiva ad orientamento psicodinamico per l'anziano fragile e per la famiglia: obiettivi dell'Unità sono:

- Individuazione delle patologie psicologiche-relazionali
- Potenziamento delle capacità residue dell'anziano, miglioramento dell'immagine del sé e della capacità relazionale socio-familiare
- Formazione ed orientamento psicodinamico degli operatori del nucleo di Psicofarmacologia Geriatrica

7- UNITA' FUNZIONALE DI TOSSICOLOGIA CLINICA – OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO

L'Unità si propone di valutare le problematiche correlate alle intossicazioni acute da farmaci, studiandone l'epidemiologia, il decorso clinico, la morbilità e la mortalità. Contemporaneamente è previsto lo studio dei parametri tossicologici di alcune famiglie di farmaci quali benzodiazepine, antidepressivi triciclici ed antidepressivi selettivi del reuptake della serotonina.

Lo studio prevede anche la valutazione retrospettiva degli eventi tossici osservati nell'Azienda Ospedali Riuniti di Bergamo nel triennio 1998/2000 con valutazioni prospettiche per il 2001/2002.

I dati in nostro possesso ci permettono di affermare che è particolarmente incisiva la percentuale di anziani portatori di polipatologia, complicata dall'interferenza di alterazioni psico-affettive, in particolare la depressione, sostenute da una difficile convivenza nell'ambito socio-familiare; tale condizione è supportata oltre che da valutazioni testistiche anche dalla tipologia degli interventi terapeutici erogati: la quasi totalità dei pazienti ha goduto di attività di stimolazione delle psicodinamiche relazionali in gruppo ed attività di riabilitazione-riattivazione neuromotoria in gruppo, il 63% dei pazienti ha usufruito di approcci di psicoterapia. A ciò si aggiunge che il 23% delle famiglie dei pazienti ha iniziato percorsi psicoterapeutici.

L'approccio multidisciplinare messo in atto dal Nucleo di Psicofarmacologia Geriatrica ha permesso di documentare il miglioramento della condizione disfunzionale iniziale in oltre il 70% dei pazienti, mentre per un altro 15-20% dei pazienti sono stati attivati differenti indirizzi sanitari-assistenziali.



POSTER L14

DOLORE SOFFERENZA PERDITA: VISSUTI PERSONALI E CONTENIMENTO EMOTIVO DEL PERSONALE SANITARIO DI UNA UNITA' DI CURE PALLIATIVE

Speranza R. ° Colombi S.

Unità di Cure Palliative e Terapia del Dolore - ° Servizio di Psicologia

Azienda Ospedaliera S. Gerardo di Monza - Presidio Ospedale Bassini - Cinisello Balsamo Milano

Gli operatori della Unità di Cure Palliative dell'Ospedale Bassini, attiva da 15 anni, hanno maturato nel corso degli anni la capacità di affrontare in maniera articolata e consapevole, anche a scapito di vissuti di propria sofferenza, le problematiche del dolore, della sofferenza e della perdita.

Questo percorso professionale ha permesso di elaborare una protezione personale di salvaguardia delle proprie emozioni e di cura di sé stesso, onde potere misurare e dosare le proprie energie e rivolgerle al paziente in maniera globale.

Il fatto che il rapporto degli operatori di Cure Palliative, si svolga per lo più al domicilio del malato, appare essere la condizione prioritaria del configurarsi negli stessi operatori di uno spazio dentro di sé, spazio psicologico ricettivo alla complessità del reticolo relazionale del paziente (passato, lavoro, abitudini, in una parola, la vita). Spazio che permette anche all'operatore sanitario, sia esso medico o infermiere, di elaborare la propria sofferenza umana esposta al dolore e allo scacco professionale determinata dalla morte del paziente

Le cure palliative sono una cura totale rivolta ad un malato in fase avanzata di malattia, a prognosi infausta, soprattutto tumorale, non più rispondente a terapie specifiche.

Esse si occupano del controllo dei sintomi fisici, in primo luogo il dolore, dei sintomi psicologici, spirituali, economici e sociali, protratte, se necessario, fino all'ultimo istante di vita.

I trattamenti si rivolgono con particolare attenzione alla soggettività del paziente più che alla obiettività dei segni di malattia. Le cure palliative non hanno il compito di guarire, ma di curare con terapie non causali ma sintomatiche.

Il malato è seguito da una équipe multidisciplinare composta da vari operatori: medici, infermieri, psicologo, assistente sociale, assistente spirituale e volontari che contribuiscono, secondo la propria qualifica e competenza, al miglioramento della qualità di vita del paziente e della sua famiglia.

FINALITA' DELLE CURE PALLIATIVE (Definizione OMS)

1 affermano il valore della vita considerando la morte come un evento naturale

2 non prolungano né abbreviano la vita

3 provvedono al sollievo del dolore e degli altri sintomi

4 integrano gli aspetti psicologici e spirituali della assistenza

5 offrono un sistema di supporto per aiutare il paziente a vivere il più attivamente possibile fino alla morte

6 offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia dell'ammalato a convivere con la malattia e con il lutto.

OBIETTIVI DELLE CURE PALLIATIVE (Definizione OMS)

1 sul malato, sviluppandone le potenzialità e rispondendo per quanto possibile alle sue esigenze

2 sulla famiglia, sviluppando la potenzialità della famiglia per metterla in condizione di affrontare la malattia del paziente e successivamente la perdita

3 sulla società, educando sui temi della malattia e della morte.

Studi da noi effettuati sui vissuti emozionali nei riguardi del proprio ambito lavorativo dei medici e degli infermieri delle cure palliative del nostro Ospedale e del relativo grado di burnout, ci hanno permesso di evidenziare le aree in cui l'investimento emotivo deve essere preventivato e contenuto con strategie adeguate.

DOLORE

Nonostante i numerosi sforzi compiuti negli ultimi anni per il controllo del dolore, risulta che il 40% dei pazienti che soffrono, ancora oggi non ricevono alcun trattamento per il dolore, nonostante le linee guida dell'OMS. Riteniamo sia urgente rendere obbligatoria la abitudine di ascoltare il paziente nella descrizione del suo dolore, imparare a misurarlo e a monitorarlo, utilizzando farmaci aggiornati e mirati. Il problema del dolore del malato non deve essere considerato isolatamente, ma come un problema comune alla società.

Organizzare questo aspetto ancora disatteso della medicina con progetti di informazione e di educazione diventa di primaria importanza per il medico e le istituzioni.

SOFFERENZA

Riconoscere la sofferenza del malato significa accettare di condividere e di darsi completamente, "prendersi cura" dell'altro, imparando a prendersi cura di sé. Sapere dare presuppone possedere ricchezza interiore da offrire, che pur facilmente esauribile sia in grado di essere autoalimentata continuamente. La bonifica interna richiede una propria elaborazione ed un supporto specifico psicologico mirato e mantenuto nel tempo.

La continua vicinanza con la terminalità dei propri pazienti, può coinvolgere i medici che si occupano di Cure Palliative in una visione meno angosciata della propria morte e quindi dei propri limiti umani. Al contrario la presenza di un Sé professionale troppo forte e caratterizzato da eccessivo efficientismo più che da relazionalità affettiva si correla con sentimenti angosciosi circa la propria morte, percepita anche come "morte professionale", come scacco nei confronti di un proprio pensiero onnipotente professionale.

Nel rinnovato e imprevedibile ascolto della persona volto al recupero delle risorse del paziente e del familiare, è necessario imparare a ritrovare risorse dentro di sé e riconoscimenti rianimativi.

Nel complesso approccio assistenziale che gli operatori delle cure palliative si trovano ad affrontare, anche la famiglia che è parte integrante della équipe, diventando ad un tempo oggetto e soggetto di cura, può creare per il medico problematiche da condizionare le scelte terapeutiche ed etiche. Impegno fondamentale diventa il contenimento della famiglia e l'individuazione delle soglie critiche da affrontare durante l'assistenza per poterne arginare la sofferenza psicologica e relazionale.

PERDITA

Per gli operatori sanitari che hanno a che fare strettamente con la morte, come i palliativisti, diventa necessario affrontare e gestire le dinamiche psichiche di un possibile doppio lutto: quello relativo alla perdita (come morte) del paziente e quello conseguente alla perdita della credenza nella propria onnipotenza terapeutica ed assistenziale.

Ci si vuol riferire a quanto il pensiero psicoanalitico ha elaborato relativamente ad alcune esperienze di perdita catastrofica che possono essere riattivate sul piano fantasmatico in vissuti relativi alla perdita di oggetti ed esperienze reali (morti, abbandoni, sconfitte, ecc.).

Melania Klein in particolare ha fornito un contributo significativo su questo tema, segnalando che alcune perdite come il distacco dalla madre che avviene alla nascita e lo svezzamento possiedono un elemento cruciale comune che è quello di provocare angoscia nel bambino in quanto inducono la sensazione che l'oggetto buono interiorizzato non sia più sicuro.

Si potrebbe affermare che il sentimento possibile di dolorosa e totale inermità di fronte alla morte del paziente si accresce ulteriormente a causa della sofferenza per la perdita di un proprio oggetto interno psicologico, investito a livello affettivo e relazionale.

Il lavoro di équipe, peculiare delle cure palliative, o di altre aree ad alto rischio di burnout, permette la condivisione affettiva della morte del paziente con lo stesso malato e la sua famiglia.

La riunione di équipe assume il significato per gli operatori di una ricostruzione di uno spazio riparativo ed elaborativo di vissuti di perdita e di sofferenza, determinati dalla intensa e profonda esposizione alla relazione con il malato.

CONCLUSIONI

Gli incontri individuali e di gruppo a cadenza fissa che riportano ai valori del servizio (senso della mission, solidarietà, sacralità della vita) sono indispensabili nel processo lavorativo poiché permettono di evitare il trascinarsi degli operatori in una dimensione cronicizzata di burnout. Crediamo che offrire più tempo per un'elaborazione tecnica ed emozionale delle proprie dinamiche di lavoro, esposte come visto allo scacco, alla sofferenza, alla morte e alla disillusione, possa creare uno spazio elaborativo di crescita, capace di limitare gli effetti delle bruciature emotive e professionali. Inoltre, questo tipo di collaborazione, a nostro parere, è in grado di aprire una migliore comunicazione tra gli operatori non solo della équipe di cure palliative, ma anche con i medici e operatori delle diverse divisioni ospedaliere. Si ipotizza in questa prospettiva, una maggiore umanizzazione dei ricoveri, un minor rischio di emarginazione del malato e della famiglia, soprattutto il malato terminale , e uno sviluppo più funzionale di reti di comunicazione tra territorio (i medici di base, ad esempio) e l'Ospedale stesso.



POSTER L15



STORIA

Nel 1992 l'esperienza di bisogno vissuta da una famiglia nell'assistenza ad un proprio congiunto malato e lontano da casa, apre alla disponibilità ad accogliere, in un appartamento di Milano, i familiari di una persona malata provenienti da un'altra città.

Nel 1993 dieci amici costituiscono l'Associazione Case per l'Accoglienza "Domus Dei" con lo scopo di accogliere i malati e i loro familiari costretti, dalla necessità di assistenza e cura, ad allontanarsi dalla propria casa, con l'iniziale disponibilità di tre appartamenti.

Nel 1997 l'Associazione è stata riconosciuta nell'albo del volontariato della Regione Lombardia; vi fanno parte oltre 200 soci ed accoglie, nei nove appartamenti disponibili in Milano e nei due siti del suo hinterland, circa 450 persone per un totale di 164.250 giornate di presenze annue.

ESPERIENZA

Questi anni di accoglienza e di amicizia ci mostrano continuamente l'inizio di un popolo nuovo: persone diverse per storia, condizioni sociali, temperamenti, che si accolgono e si rispettano per quello che sono, condividono un pezzo della loro strada, si sostengono nei piccoli e grandi bisogni quotidiani e nelle domande fondamentali della vita.

Il coinvolgimento con gli Ospiti delle nostre case ha condotto molti a ritornare presso chi era stato loro vicino nel momento della fatica e del dolore e a inviare, nello stesso luogo, amici e conoscenti in difficoltà.

PROBLEMI

1. L'esperienza di questi anni di lavoro, ha evidenziato la realtà del pendolarismo sanitario centro-meridionale, verso le strutture sanitarie specializzate in alcuni settori (cura dei tumori, trapianti d'organo etc.). Vedi la allegata tabella.
2. Nei pressi dei vari ospedali, mancano strutture alberghiere per lunghe permanenze a prezzi accessibili e capaci di accogliere per lunghe permanenze a prezzi accessibili e capaci di accogliere malati che necessitano di particolari condizioni di protezione igienica. Gli ospedali con cui siamo venuti in contatto, per lo più ignorano tale realtà e si accontentano di chiedere all'ammalato ed ai loro parenti di cercarsi un alloggio che li possa ospitare. Ad esempio, i trapiantati di midollo osseo, necessitano dopo le dimissioni di permanere nei pressi dell'ospedale a lungo tempo e richiedono condizioni abitative di isolamento rispetto ad altre persone e di norme di protezioni igienico sanitarie che non sono reperibili negli alloggi in affitto.
3. Ci chiediamo se l'ospedale possa accontentarsi di affrontare la patologia dal punto di vista clinico, oppure se debba affrontare la globalità della persona e le problematiche connesse con le patologie in pazienti fuori sede. Cercando tutti i coordinamenti possibili con le opere che si rivolgono all'accoglienza.

PROPOSTE

- Coordinamento fra Direzione Sanitaria degli ospedali e opere di accoglienza.
- Reperimento locali e/o reparti da destinare all'accoglienza.
- Convenzioni tra gli ospedali e le vicine strutture alberghiere.

ASSOCIAZIONE ONLUS CASE PER L'ACCOGLIENZA "DOMUS DEI"

Via Ciaia, 12 - 20158 Milano www.domusdeionlus.it

C/C bancario n° 469 Rolo Banca Ag. 2 di Milano

Tel.02/6690655 Fax 02 70600085



POSTER L16

DALLA COMUNITÀ PSICHIATRICA ALL'ACCOGLIENZA FAMILIARE

P. Campisi, R. Massaglia, C. Tamagnone

Dipartimento di Salute Mentale ASL 8 – Chieri (TO)

Direttore: dr. Paolo Campisi

La riforma psichiatrica racchiude in sé tre significati: culturale, cioè il cambiamento dell'immagine sociale della malattia mentale; politico, vale a dire lo smascheramento della categoria dell'esclusione; tecnico, legato ai positivi effetti della deospedalizzazione. La soggettivazione del malato mentale, restituito alla propria "storia" nel proprio ambito comunitario specifico, ne è principio attuale e cardine. Oggi, le modalità di risposta "istituzionale" non sono più interamente funzionali alle attuali esigenze riabilitative e terapeutiche: il progetto di Accoglienza Familiare (AF) del DSM della ASL 8 di Chieri si propone di offrire a soggetti in difficoltà l'opportunità di fruire di risposte più flessibili, quali il mantenere costoro all'interno di trame di rapporti solidali, con propri valori e tradizioni, tali da restituire dignità anche nell'ambito lavorativo.

Dal giugno 1998 il DSM, utilizzando le risorse del sociale, ha sperimentalmente avviato un progetto di AF per Soggetti Adulti Sofferenti Psicici. L'AF costituisce una diversa modalità terapeutico riabilitativa, volta a sviluppare l'autonomia del soggetto, in una situazione "sanificante" come un contesto relazionale familiare. Il progetto ha in media coinvolto 3-4 persone, per un totale di 10 soggetti; le diagnosi ricorrenti concernevano Disturbi di Personalità, con margini di autonomia residua. Strumento legislativo del progetto è la D.C.R. del Piemonte n. 357-1370 del 28/01/1997 la quale, tra gli interventi alternativi al ricovero, prevede che il DSM possa procedere all'affidamento di pazienti psichiatrici, prevedendo un sostegno economico alla famiglia affidataria. Il DSM ha predisposto una Determinazione quadro che esplicita le linee guida dell'affido familiare. Si è voluto dare una certa flessibilità allo strumento, individuando tre diverse tipologie di AF in base alla durata dell'inserimento.

L'esperienza ha consentito di valutare positivamente (90% di successi) i progetti avviati, con notevole miglioramento dei soggetti, nei vari ambiti relazionali, lavorativi e clinici.

Il DSM intende implementare la cooperazione con realtà impegnate in esperienze analoghe, anche pensando ad ulteriori flessibilità dello strumento, quale l'uso degli "affidamenti congiunti", ma anche come momento di educazione sanitaria della popolazione ai problemi del disagio psichico.



POSTER L17

PROGETTO ABILITA'

Chiara Mastella, Servizio di abilitazione precoce dei genitori, Istituti Clinici di Perfezionamento, Milano

Il Progetto Abilità, promosso dagli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, nasce dall'esperienza - maturata in più di un decennio di attività "sul campo" - che i genitori, i quali si trovino improvvisamente a confrontarsi con un neonato portatore di patologie a prognosi cronico invalidante o addirittura infausta, siano comunque impreparati a rivestire un ruolo diverso da quello atteso.

Da ciò deriva la consapevolezza che l'informazione e la sensibilizzazione di medici e paramedici, volta a consentire una adeguata modalità di comunicazione precoce della diagnosi/prognosi ai genitori, sia alla base del necessario e successivo processo di abilitazione del nucleo familiare.

Il Progetto Abilità prevede la costituzione di due centri - distinti ma sinergici - in grado di erogare servizi di informazione ed abilitazione. Una particolare attenzione viene dedicata alle attività formative rivolte agli operatori sanitari (medici e paramedici), in modo da trasmettere un adeguato set di competenze comunicazionali e di counselling.

Elemento peculiare del Progetto Abilità è il focus sull'abilitazione precoce dei genitori, finalizzata al mantenimento della salute mentale dell'intero nucleo familiare e dunque in sintonia con il concetto olistico di qualità della vita, pur nei limiti imposti dalla patologia.



POSTER L18

LAVORO PSICOSOCIALE E RESPONSABILITA'

Giorgio Cerati, Unità Operativa di Psichiatria, Ospedale di Magenta - Az. Osp. Legnano

SOGGETTO, RELAZIONE, FATTORI DI CURA

Convieni in apertura focalizzare due prospettive, delineate dal titolo del Congresso, che appartengono storicamente al dibattito ricorrente sulla clinica nel corso di quasi un secolo:

- Libertà e responsabilità come caratteristiche della professione
- Ruolo del soggetto-curante.

Temi che, oltre ad alimentare le discussioni epistemologiche in campo medico e psicoanalitico, hanno costituito motivo di specifico approfondimento nella microstoria di non pochi psichiatri, psicologi ed operatori psicosociali che oggi sono qui e che sin dagli anni ottanta hanno dato vita a varie esperienze di ricerca e di lavoro comune, come ad esempio l'associazione IPSA.

Ma soprattutto sono aspetti che vengono giustamente individuati nel convegno come centrali, principalmente perché sostanziano qualunque approccio realmente educativo e formativo per chi si prepara a diventare medico. In secondo luogo perché fondano una modalità di esercizio della professione che consiste e si realizza nella relazione tra persone.

Pertanto si può ben porre su queste basi un discorso che viene "prima", prima della tecnica e prima dell'etica, non tanto perché ne sia la premessa quanto il cuore: pur in un contesto socio-culturale e scientifico, come quello odierno, ove risulta invece normale obliterare il problema del soggetto umano libero ed il suo essere costituito da legami intessuti nel vivere e nell'agire responsabile.

Val la pena forse di porsi qualche domanda, così da non avallare un atteggiamento culturale acritico improntato ad una "medicalizzazione" tanto generalizzata quanto ignara dell'arte terapeutica.

Ad esempio, la formazione professionale universitaria e la formazione continua del medico sono riducibili a quel trend, magari rassicurante ma spesso così avvilente, per cui l'insegnamento è funzionale alla trasmissione di "istruzioni per l'uso" e l'apprendimento limitato alla mera verifica del "possesso" dei relativi requisiti?

Oppure: in che senso la proposizione "medico cura te stesso" è la base per esercitare in modo responsabile una professione che consiste nella cura delle persone in un contesto di libertà?

La responsabilità è condizione essenziale per la cura: infatti la parola responsabilità richiama, non solo etimologicamente, l'idea di risposta, risposta ad una domanda, che si esprime o si esercita in atti liberi. Anche se collateralmente è legittimo chiedersi se allorquando il bisogno è talmente cogente da divenire necessità questo binomio libertà/responsabilità resista ancora (è il caso per esempio di tante condizioni mediche e psichiatriche nelle quali il consenso difetta o viene negato). Ma ricordo una circostanza recente nella quale un giovane, nel corso della stessa seduta, prima ha manifestato un'assoluta indisponibilità a riconoscere qualunque bisogno, poi al contrario ha formulato la richiesta di una forma di dipendenza totale: pure il discernere i bisogni, che è il compito della diagnosi, diviene possibile solo all'interno di una relazione con la persona.

In ogni caso qui si apre la questione della relazione medico – paziente, contenuto quotidiano del lavoro medico in qualsiasi specializzazione e spesso fondativa dell'azione terapeutica, ma a sua volta fondata sul dato elementare dell'uomo che è costituito dal rapporto con l'altro-da-sé.

Le esemplificazioni, vissute sul campo, che in merito più facilmente si possono portare da parte nostra sono tratte dall'esperienza psichiatrica. Ma penso che molte di queste siano di interesse generale, riguardando temi quali:

- La presenza di fattori terapeutici specifici e aspecifici, come ad es. nella questione dell'efficacia farmaco versus placebo o nel caso nelle terapie alternative
- I trattamenti formali e informali e la loro integrazione
- Il paziente non oggetto passivo ma protagonista della cura, quindi portatore di domanda e contrattualità
- Il rapporto con il contesto familiare e sociale
- Il lavoro di presa in carico e la continuità terapeutica
- L'alleanza o rapporto di partnership tra operatori, pazienti e soggetti sociali.

Passando dall'elenco alla trattazione di un argomento definito, che tuttavia possa riprendere almeno in parte i temi sopra accennati, desidererei dire qualcosa sull'attualità dell'assistenza psichiatrica.

BISOGNI UMANI E PSICHIATRIA OGGI

Possiamo iniziare proponendo ad esempio di verificare se, nella fase storica successiva alla legge 180, l'immagine sociale della malattia psichica è mutata oppure no, e in quale misura, considerando tutta la varietà dei fenomeni che stanno tra i due poli della follia e del disturbo emotivo e la loro percezione corrente. Ciò in un periodo storico nel quale si sente tuttora la necessità dell'impegno nella lotta contro lo stigma e contemporaneamente si osserva una larga diffusione del disagio psichico tanto in quantità (basti vedere i tassi di prevalenza dei disturbi d'ansia e dell'umore) quanto in un crescente polimorfismo di manifestazioni sintomatiche.

Oppure consideriamo se davvero la fase della post-deistituzionalizzazione abbia consentito nei fatti il superamento dei tradizionali modelli dottrinari - rigidi e ideologicamente impostati secondo la tripartizione: biologico, psicologico, sociale - e abbia pienamente favorito una rinnovata attenzione alla clinica psichiatrica. In altre parole se, ad esempio, il riconoscimento dei bisogni di cui il singolo paziente è portatore si pone realmente al centro di un lavoro clinico capace di integrare saperi e competenze molteplici.

Viene poi da osservare il rapido e significativo mutamento della sensibilità della popolazione, meno protesa che in passato alla mera ricerca di garanzie da parte della istituzione-stato e più fiduciosa verso forme di autoorganizzazione della solidarietà sociale e dei servizi. Lo dimostrano non solo lo sviluppo dell'associazionismo e del volontariato, ma anche il fenomeno del privato-sociale o meglio del "privato non-profit", peraltro già diffuso all'estero con particolare efficacia proprio nel campo sanitario. Non a caso si tende ora a parlare più di welfare society che di welfare state. Dunque, varrebbe la pena di chiedersi come questa nuova soggettività e protagonismo della società possa incidere sulla tutela e la promozione della salute mentale oggi.

Questa visione d'insieme offre se non un panorama perlomeno uno scorcio sulla realtà socio-culturale che ci consente di introdurre la questione fondamentale: come accogliere la domanda di salute mentale oggi emergente?

Dalle psicosi croniche ai gravi disturbi della personalità, dagli stati depressivi maggiori ai minori attraverso la grande varietà di forme cliniche, dai disagi-disturbi dell'adolescenza alle frequenti condizioni di comorbidità, dalle persone con manifestazioni nevrotiche, che in forma talora somatizzata così spesso si rivolgono al medico di base, sino al sostegno degli operatori o dei familiari (caregivers) che accompagnano il vivere e morire di tanti malati cronici: un lungo interminabile elenco, i cui confini tendono sempre più a debordare dall'ambito clinico.

La questione della risposta alla domanda di salute mentale, pur senza dilatarla eccessivamente, per sua natura coinvolge aspetti esistenziali e relazionali della vita dell'uomo d'oggi e non è riducibile al campo medico: tuttavia occorre ragionare all'interno del mondo sanitario e delle sue leggi, perché credo sarebbe antistorico e idealistico un approccio diverso.

Orbene, concretamente la questione intreccia aspetti di ordine sia clinico che organizzativo, con variabili molteplici e complesse, essendo difficile in psichiatria definire i processi con linee guida condivise o individuare indicatori accettabili sugli esiti. Non ci stiamo certo esimendo dallo sforzo comune di ricercare standard e misure attendibili o di lavorare sui costi e sull'appropriatezza delle prestazioni, ma ad esempio gli indicatori della buona qualità di un servizio psichiatrico non sempre coincidono con una buona qualità di vita assicurata al paziente psicotico, i cui bisogni individuali sono tutt'affatto specifici.

Si pone, in sostanza, il problema della specificità dell'approccio psicosociale, che tanto è innervato da metodologie biologico-medicali quanto è debitore alle forme di intervento psico e socio-terapeutiche, in corrispondenza con la multifattorialità del disturbo psichico.

Proprio in forza di ciò, inoltre, tale metodo rileva o è in grado di rilevare bisogni anche molto disomogenei, di differenziarli e di creare le condizioni per integrare le risposte (di qui, vogliamo ricordarlo, la funzione dell'équipe multiprofessionale).

Oppure, spostando di poco lo sguardo, sul piano più dell'assetto organizzativo dei servizi oltre che della metodologia clinica degli interventi, ci si può domandare se l'organizzazione delle nostre Unità Operative (o dei Dipartimenti di Salute Mentale) è maggiormente centrata sulla cronicità o sull'acuzie. Cioè, siamo attrezzati ad assistere il paziente nel tempo, longitudinalmente, e lo siamo altrettanto nel rispondere puntualmente alle situazioni di crisi e a tutto il processo di gestione e negoziazione dell'intervento che vi è implicato?

Si delineano dunque due percorsi: uno basato sulla risposta al disturbo emergente, con richiesta di consultazione spesso proveniente dal medico di medicina generale, o comunque all'episodio acuto, in collaborazione con i servizi d'emergenza, che comporta un iter di osservazione diagnostica e di indicazione di eventuale trattamento circoscrivibile nel tempo; l'altro caratterizzato dalla presa in carico di pazienti i cui disturbi si prolungano indefinitamente e sfociano in una serie di bisogni con implicazioni di carattere clinico-assistenziale e sociale per le quali l'équipe si impegna a occuparsi globalmente del soggetto nel suo contesto vitale, in collaborazione con i servizi sociali del territorio.

Vi un'altra meno osservata dicotomia da considerare nella pratica della psichiatria: quella tra agenzie formali ed informali, tra "pubblico" e "privato", non tanto e non solo nel senso della proprietà dell'erogatore del servizio, quanto riguardo alla caratteristica della scelta vissuta dal paziente psicotico, il quale non di rado solo apparentemente accetta la proposta terapeutica "formale" del servizio pubblico, mentre in realtà opta per soluzioni "autoterapeutiche", informali o appartenenti alla sfera del privato. La messa in isacco dell'operatore che i desideri e le scelte opinabili del paziente provocano è un evento frequente. E' possibile ridurre questa conflittualità? Una via è quella di integrare il "contratto

pubblico” da noi proposto con il “contratto privato” stipulato dal paziente, attraverso una alleanza di lavoro, una relazione che si proponga di rilevare e comprendere i suoi specifici bisogni.

Qui si inserisce la necessità che il concetto di presa in carico acquisti una dimensione più professionale sia nell’articolazione dell’iter clinico diagnostico-terapeutico sia riguardo alla realizzazione di un effettivo coinvolgimento della persona, della sua famiglia, della rete dei volontari e dei operatori. A questo proposito il punto è lo sviluppo del lavoro di intermediazione di un’equipe, realmente integrata, con il mondo vitale, l’area degli aiutanti naturali, in un rapporto di partnership nel quale ci sia spazio per “pensare” il tanto celebrato “progetto personalizzato” in un’alleanza allargata al soggetto-paziente e al suo contesto.

Oggi il punto cruciale non credo sia tanto di rivedere l’organizzazione, quanto di ripensare a fondo il “servizio” che la psichiatria offre a chi ne ha bisogno. E di farlo assecondando gli stimoli nuovi che provengono dal contesto socio-culturale, al fine precipuo di rispondere realmente alle domande e bisogni che emergono dalle persone, con il principio-guida di attuare gli indirizzi attuali della psichiatria con grande flessibilità e senza pregiudizi.

GLI INDIRIZZI EMERGENTI

Gli attuali orientamenti della psichiatria, più diffusi a livello internazionale, tendono a convergere su alcuni aspetti fondamentali:

- riconoscimento della multifattorialità della malattia mentale ;
- rinnovata importanza attribuita alla clinica con abbandono dei modelli dottrinari ideologicamente impostati e chiusi ;
- più rigoroso studio della farmacoterapia e delle tecniche psico-socioterapiche;
- applicazione di metodiche integrate di intervento, specie nel trattamento dei disturbi psichici gravi e ad andamento cronico, attuate di norma dal lavoro di équipes psico-sociali;
- attenzione maggiormente rivolta al funzionamento globale del paziente e ai suoi bisogni che non alla mera sintomatologia ;
- ricerca e attuazione di forme di assistenza e cura diverse dall’istituzionalismo e simili invece alla psichiatria di comunità o territoriale, con modalità di presa in carico dell’utente (sviluppando la funzione del case manager);
- offerta di supporti al paziente e alla sua famiglia attraverso la rete sociale (nel contesto ambientale), valorizzando il ruolo degli aiutanti naturali, del volontariato, della cooperazione nell’ambito del privato-sociale, in generale della società;
- tendenza a sistematizzare la rilevazione dei dati epidemiologici, delle misure di attività ed efficacia, del risultato degli interventi, etc.
- coinvolgimento e responsabilizzazione del paziente, considerato come alleato-protagonista e non oggetto passivo delle cure;
- analogia partnership attuata fra terapeuta e famiglia, tramite colloqui allargati, momenti di informazione-formazione in gruppo (“psicoeducazione”) e le associazioni dei familiari;
- rapporto con gli operatori degli altri servizi sanitari e sociali, in ambito ospedaliero e non, sia nel lavoro di consultazione sia nell’approccio a situazioni particolari e gravose (vedasi ad es. il diffondersi delle cure palliative e l’emergere dei bisogni dei malati terminali).

Alcuni attuali bisogni prioritari

- I pazienti con disturbi gravi (es. con patologia psicotica ad andamento prolungato), le risposte ai loro specifici bisogni e la tutela della qualità di vita, sia nel territorio che in strutture di assistenza adeguate
- Il rischio di suicidio e la creazione di un osservatorio per la depressione
- L’attenzione alla fascia dell’adolescenza, per capire (evitando ritardi ma anche invadenze) come coglierne i disagi e saper intervenire opportunamente
- Le condotte violente nelle persone con gravi disturbi psichici (anche in comorbidità con alcoolismo e tossicodipendenza)
- La condizione dei malati terminali e la formazione degli operatori che "assistono la morte".

LAVORO PER LA SALUTE MENTALE E SUSSIDIARIETA’

La tematica della psichiatria oggi comprende un arco di situazioni problematiche che vanno dall’occuparsi della clinica classica, quindi in particolare dei gravi disturbi psichici, in primis le psicosi, all’interesse per il più vasto campo della salute mentale, dai contorni più indefiniti ma indubbiamente ricco di stimoli che la moderna società offre a piene mani

(es.: questioni sottili quali la prevenzione del disagio in età evolutiva oppure aspetti pesanti come i comportamenti violenti).

Il Progetto Obiettivo nazionale "Tutela della Salute Mentale" 1998 - 2000 appare consapevole di questa realtà, a livello di organizzazione e di alcune priorità d'azione, così come sembra comprendere la necessità che anche la Psichiatria si confronti con i temi dell'efficacia ed efficienza degli interventi e con quelli inerenti l'economia sanitaria o il rapporto pubblico - privato. Ma è sostenuto da una visione d'insieme della vita sociale che non tiene conto della ricchezza e della complessità attuali, da una immagine dirigistica e istituzionale dei rapporti tra i soggetti presenti, da una concezione troppo affidata al controllo dall'alto esteso a tutto.

Un esempio: il paziente "cronico"

Riguardo a uno dei problemi più scottanti e sentiti, il trattamento a lungo termine dei pazienti psicotici gravi, i cosiddetti "cronici", si pone oggi una questione più ampia della riabilitazione. Si tratta della qualità della vita della persona e della famiglia, nel suo contesto di socializzazione.

Visto secondo tale ottica il trattamento di questi pazienti richiede la disponibilità dell'équipe ad accogliere il paziente come fosse per sempre e nel contempo la capacità di reperimento - duttile e sempre disponibile al cambiamento - delle risposte idonee al benessere, all'aiuto e al miglioramento della persona (intesa come soggetto protagonista, non come oggetto passivo dell'intervento).

L'identificazione di un "ambiente medio" vivibile per il singolo paziente passa attraverso strumenti e strutture non sempre idonei al progetto "personalizzato", altre volte abitudinari e con sfavorevole rapporto costi/benefici, in alcuni casi cronicizzanti: l'utilizzazione delle strutture semiresidenziali e a maggior ragione la scelta di una delle diverse forme di comunità residenziali va ogni volta sottoposta ad attenta valutazione, così come le interessanti alternative offerte da percorsi di inserimento in iniziative di cooperazione.

Ma centrando il discorso sul punto "qualità della vita" personale e sociale del paziente, immediatamente occorre guardare al contesto delle relazioni significative che vive e alla rete sociale in cui è immerso. Realtà, spesso enfatizzate come patogene in passato, di cui si stanno scoprendo le potenzialità riparative: famiglia, vicinato, associazionismo...: è tempo di investire con loro in attenzione, disponibilità all'ascolto, proposte educative-formative.

Le forme specifiche o organizzate di queste presenze allora vanno assolutamente coinvolte nei progetti di trattamento e nei programmi dei servizi: le associazioni dei familiari, le formazioni di volontariato, la gente del quartiere in funzione di aiutanti naturali, i gruppi di auto-mutuo aiuto, la cooperazione e il privato-sociale o non profit, il mondo imprenditoriale e produttivo, gli enti locali...

Si tratta di valorizzare a fondo la potenzialità autoriparativa del corpo sociale attraverso i soggetti realmente presenti, il che costituisce inoltre una sana alternativa al neo-istituzionalismo (per cui occorrerebbero sempre nuove strutture!), al burocratismo di alcuni operatori e ai controlli d'apparato di marca statalista. Quasi un superamento della riabilitazione psicosociale come risocializzazione o restituzione al sociale, perché si tratta di lavorare "dentro" e "con" la società, in una alleanza operosa e continuativa.

Ed infine, in questo lavoro per promuovere la socializzazione del paziente, si darebbe un contributo alla qualità della vita della società: una sorta di "progetto di sviluppo umano" che nasce dal basso, non a tavolino, e che intende realizzare un circolo virtuoso per cui "lavorando con", in una partnership - cioè rapporto di collaborazione concettualmente alla pari - tra operatori, pazienti, familiari e i soggetti sociali, si contribuisce al ben-essere di tutti (*welfare community*).

La centralità della formazione

L'aspetto della formazione degli operatori necessita di essere affrontato in termini più sistematici: l'obiettivo è di consentire a tutte le professionalità operanti nel settore della salute mentale di far proprie le basi di un approccio multidisciplinare "bio-psico-sociale" e - all'interno delle proprie funzioni e competenze - di saper utilizzare la farmacoterapia, la psicoterapia, l'assistenza e la riabilitazione nell'ambito di un modello integrato di intervento psicosociale. Nasce di qui il fondamento e lo sviluppo della capacità di rilevare i bisogni e di attuare il lavoro di presa in carico della persona-utente, anche con l'individuazione di ambiti vivibili per lo psicotico che coinvolgano le famiglie e la rete sociale: a condizione di saper "imparare" dal paziente stesso e dalle forme di risposta anche informali al bisogno che sono in atto.

La cultura dell'integrazione

La promozione di una "cultura dell'integrazione" diventa dunque un aspetto centrale. Non soltanto integrazione tra servizi e organizzazioni, a livello istituzionale. Ma essenzialmente a due livelli:

- integrazione all'interno del mondo tecnico della psichiatria tra i diversi indirizzi dottrinari e tra i vari modelli operativi utilmente applicabili
- integrazione tra gli operatori dei servizi per la salute mentale, gli utenti e il loro ambiente familiare e sociale, tra pubblico e privato nelle sue molteplici espressioni.

La ricchezza della complessità e il lavoro di alleanza

Partendo anche da esperienze estere, così come dal modello italiano, si osserva una complessità crescente della società. All'affacciarsi di nuove forme di bisogno corrisponde l'emergere di nuovi soggetti: pubblici, privati (sociale, associazionistico, imprenditoriale), appartenenti a realtà naturali o informali, le famiglie in funzione di cooperazione o di stimolo, i pazienti stessi come protagonisti.

In questo quadro è fondamentale per noi:

- partire da quello che c'è (piuttosto che da ipotetici "patti" imposti dall'alto)
- realizzare un'alleanza con il corpo sociale (per il superamento reale del pregiudizio culturale).

Legge 31 e salute mentale

Se il lavoro per la salute mentale implica oggi questa convinta capacità di entrare in relazione con la società, con i mondi vitali, e la più attenta disponibilità a utilizzarne tutte le risorse presenti, allora il principio di sussidiarietà vi si trova pienamente valorizzato.

Quindi aspetti centrali dalla legge 31 della Lombardia si possono utilmente applicare in psichiatria:

- La diversificazione dei soggetti erogatori anche nel territorio
- La parità e piena accessibilità ai servizi, a scelta del cittadino senza il vincolo assoluto della competenza territoriale
-

Rapporto pubblico – privato

A partire dal principio per cui pubblico è il servizio erogato, indipendentemente dal soggetto erogatore, sviluppare il ruolo di strutture "libere", ma collaboranti nell'ambito della comunità locale e interagenti al progetto individualizzato di trattamento all'interno del lavoro dei DSM.

Sistemi di finanziamento

Ipotesi su nuove modalità per finanziare l'attività psichiatrica - fatta di momenti di terapia, riabilitazione, assistenza – con un sistema misto, che integri opportunamente la remunerazione tariffaria a prestazione con il pagamento prospettico (comprendente le funzioni svolte) e che permetta di sperimentare anche forme di finanziamento imperniate sul paziente (l'idea di "bonus").

Linee di indirizzo per la Regione Lombardia

Considerata la diffusione dei disturbi psichici, che contrasta con l'insufficiente importanza spesso attribuita alla Psichiatria da parte degli amministratori, la Regione dovrebbe impegnarsi su alcuni punti operativi fondamentali, attraverso una iniziativa forte e capace di essere concretamente incisiva sulla tutela della salute mentale della popolazione.

Le possibili linee di indirizzo occorre che convergano allo sviluppo di una **Psichiatria di comunità**:

- a) **incentivare il lavoro nel territorio**, nel vivo del tessuto sociale, con una reale presa in carico degli utenti più gravi da parte degli operatori dei CPS, che si affiancheranno ai medici di medicina generale per tutta l'area crescente del disagio psichico, cooperando con le famiglie, le associazioni, il volontariato, il privato non profit, come parte della società civile interessata alla crescita della qualità della vita e dei rapporti umani
- b) garantire che le **strutture degenziali e residenziali destinate all'accoglimento** dei pazienti conservino la loro funzione terapeutica e riabilitativa, siano aperte alla socialità e non cronicizzanti, abbiano requisiti di qualità e di umanizzazione strutturale adeguati, e individuare concrete risposte, in forme dignitose e adeguate, per le persone che presentino in prevalenza bisogni socio-assistenziali di lungo periodo
- c) concepire i **Dipartimenti di Salute Mentale** in funzione di momento propositivo e aggregante di tutte le risorse formali e informali offerte dal territorio, che va inteso come area funzionale di ampie dimensioni, collaborando con i vari servizi, gli enti - ASL e Comuni - e i diversi soggetti presenti, che concorrono all'offerta di cure psichiatriche, e favorendo eventuali nuove forme di attività nell'integrazione tra pubblico e privato.

Ma queste indicazioni sulla psichiatria sarebbero sterili se non fossero situate all'interno del fondamentale elemento di novità culturale e giuridica, introdotto dalla legislazione socio-sanitaria lombarda, che è dato dalla centralità della persona come portatrice di bisogni e insieme della domanda di cure e quindi del diritto all'esercizio di una libera opzione. Parimenti, alle istituzioni spetta un dovere altrettanto preciso: quello di garantire, attraverso la programmazione e il controllo, la completezza e l'idoneità dei servizi offerti al cittadino.

L'auspicio è che l'assistenza psichiatrica, nel rispetto delle proprie caratteristiche del tutto specifiche, possa ora essere impostata su queste basi innovative.

SESSIONE POSTER 3
GOVERNO CLINICO: ESPERIENZE IN ATTO



POSTER G1

"Umanizzazione in ospedale": l'impiego del cinema l'esperienza all'ospedale di Tradate -1989-2001

G. L. Poggio *, C. Incarbone **, S. Giani ***

- *Dipartimento Cardiovascolare Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Busto Arsizio
** Divisione di Medicina Generale Presidio ospedaliero di Tradate
*** Divisione di Cardiologia Ospedale di circolo di Varese

INTRODUZIONE

L'esigenza di una riflessione etica si è estesa anche agli operatori sanitari come approfondimento e discernimento a partire dall'antico e ancor validissimo "Giuramento di Ippocrate" oggi forse troppo sintetico e generico di fronte alla molteplicità delle problematiche e della casistica emergente in campo biomedico.

La BIOETICA, vera scienza nata anni fa, con compiti di sorveglianza di tutta la nostra attività nel campo della cura della salute alla luce di valori e principi morali è l'ambito entro cui si colloca, occupandosi del "quotidiano", la nostra iniziativa nell'intento di favorire l'umanizzazione dell'ambiente ospedaliero.

MATERIALI E METODI

L'idea, nacque nel 1989, stimolata dalla lettura di pubblicazioni anglosassoni e italiane: all'Evanston Hospital nell'Illinois, si tenevano già dall'autunno 1982 i "Great Books Course in Medical Ethics" e corsi analoghi in molte università USA e a Glasgow nell'intento di migliorare la personalità dei partecipanti, verso una forma mentis più aperta alla consapevolezza delle molte facce della vita, con la sua complessa ambiguità ed ironia.

La visione della malattia e della professione sanitaria così si arricchisce, allargandosi alla sfera morale e psicologica. Si provò a replicare nel nostro Ospedale questo approccio che prevedeva la lettura dei classici seguito da un dibattito con letterati, filosofi, moralisti e medici anziani: l'impressione fu subito che la lettura di un testo non poteva essere proposta con successo ad un numero ampio ed eterogeneo di persone, in un'epoca così animata da fretta e poco tempo di riflessione.

➤ L'impiego del cinema

Maggior successo ebbe l'idea di impiegare il cinema, come stimolo all'elaborazione di temi umanistici grazie all'immediatezza dell'impatto del cinema sull'uomo di oggi e al fatto che, nello spazio contenuto di due ore, compresa una breve discussione, si riesce a proporre un argomento in modo sufficientemente stimolante ed evocativo.

Gli incontri, 4 per ogni corso annuale, vengono tenuti in due pomeriggi successivi, sono aperti a tutte le figure professionali per un massimo di 30 persone.

Ai partecipanti sono fornite, anticipatamente, le schede riguardanti i film ed i temi trattati.

➤ La discussione interattiva

Si svolge nel pomeriggio successivo con l'introduzione e la moderazione di un esperto dell'argomento e chiedendo a ciascun partecipante almeno un intervento.

➤ Le tematiche

Nell'arco di questi anni si è costituita una vera e propria cineteca orientata a trattare vari temi, come: l'accanimento terapeutico; il malato terminale; i diritti del malato; l'anziano; l'handicap; le tossicodipendenze; la malattia mentale; il suicidio; i problemi dell'extracomunitario che accede ai servizi sanitari; l'etica medica; la professione medica; il burn-out; il rapporto medico-paziente; la medicina manipolativa; le medicine alternative; ed altri.

OBBIETTIVI E RISULTATI

Gli sforzi dei moderatori sono sempre stati rivolti a far acquisire ai partecipanti una maggiore sensibilità alla dimensione umana nello svolgimento della professione sanitaria ed ai suoi aspetti relazionali oggi troppo spesso in secondo piano rispetto a quelli tecnologici e scientifici ma non meno determinanti nell'ottenere i risultati terapeutici e il benessere del paziente: egli rischia di vedersi proiettato in un mondo di macchine che lo analizzano con procedure a lui incomprensibili, in mano a medici che mai saranno "suoi" medici.

Specie per i temi più coinvolgenti si ottiene una partecipazione molto attiva, con intenso impatto emotivo e una forte sollecitazione a modificare subito, nel quotidiano, ciò che dipende essenzialmente da ciascuno di noi.

Vi sono, naturalmente, anche alcune note meno positive, come la scarsa partecipazione dei medici, e la discontinuità nelle frequenze.

Non vi è dubbio che, a parte il possibile disinteresse di alcuni, la mancanza di tempo, la turnistica pressante e la carenza di personale nei reparti ostacolano la partecipazione o la continuità della stessa.



POSTER G2

MODELLI ORGANIZZATIVI PER LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ

PROGETTO SPERIMENTALE DI RETE DIABETOLOGICA. AZIENDA OSPEDALIERA, SAN GERARDO MONZA, PRESIDIO OSPEDALIERO E. BASSINI, AMBULATORI DECENTRATI DI BRESCO E CUSANO

N. Musacchio, A. Rocca, A. Sergi, G. Segalini, G. Bordin e A. Carezzi*

Az. Osp. S. Gerardo, Monza. U.O.A. Medicina Presidio Osp. Bassini (*Direzione generale Az. Ospedaliera)

Vivere con una malattia cronica comporta una disciplina quotidiana, interferisce con la vita sociale, richiede un'aderenza continua alla terapia e necessita di continui interventi sanitari multidisciplinari. Per rendere possibile e duraturo questo controllo "giorno per giorno", è necessario portare il paziente ad una autogestione consapevole della malattia. Il sistema sanitario dovrà garantire: una efficace attività diagnostico terapeutica, la pianificazione di un percorso di cura secondo i principi di terapia educativa, una qualificata offerta specialistica multidisciplinare, ed infine, una visione globale dell'organizzazione dei diversi livelli dei processi clinico assistenziali. Il modello di gestione del DISEASE MANAGEMENT (DM) per le malattie croniche prevede l'integrazione tra struttura specialistica ospedaliera e territorio attraverso: 1 la formazione degli operatori sanitari, 2 l'identificazione di indicatori di processo e di esito, 3 il rispetto della qualità di cura e della qualità di vita del paziente, 4 un razionale uso delle risorse, 5 una banca dati funzionale alla verifica continua della qualità delle prestazioni erogate.

L'Azienda San Gerardo ha deciso di realizzare un'integrazione dell'attività specialistica tra territorio ed Ospedale Bassini ed ha disegnato un progetto sperimentale di DM.

MANDATO AZIENDALE

Organizzare l'assistenza diabetologica come processo di miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati e dell'efficacia clinica, razionalizzare le risorse disponibili, massimizzare l'efficienza, integrare l'attività specialistica con quella dei Medici di Medicina Generale e realizzare un modello per altre malattie croniche

OBIETTIVI GENERALI

Realizzare un modello assistenziale per implementare interventi di miglioramento relativi ai seguenti ambiti generali: migliorare la qualità di vita del paziente diabetico, migliorare la qualità percepita dei servizi, migliorare l'efficacia clinica sul campo attraverso l'autogestione della malattia, valutazione dei costi.

OBIETTIVI SPECIFICI

Formazione degli operatori sanitari, interventi di educazione terapeutica, individuazione di indicatori e criteri clinici per definire le priorità dell'intervento, razionalizzazione delle risorse, integrazione con l'assistenza domiciliare integrata (ADI). Definizione costo annuo per utente

IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO

Primo livello : **Medici di Medicina Generale.**

Diagnosi precoce, ambulatorio, prevenzione delle complicanze, banca dati, verifica del follow up attraverso l'integrazione con il 2° livello

Secondo livello : **Ambulatori Decentrati**

Ambulatorio per problemi (Diabete tipo 1, prevenzione e trattamento del piede diabetico, ...), Day Service (pacchetti di prestazione) addestramento, educazione

Terzo livello: **Ospedale**

Ricovero in day hospital, ambulatori per problemi (ulcera diabetica, microinfusore, diabete gestazionale ...), programmazione di percorsi terapeutici con definizione di obiettivi clinici ed educativi, formazione di operatori sanitari, consulenza per diabetici degenti in reparti chirurgici.



POSTER G3

PROPOSTA DI UN MODELLO “STEPPED CARE” PER LA CURA DELL’OBESITA’

Chiara Galli, Paolo Rumi, Sergio Colombi* e Giorgio Bordin

**Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Monza. Presidio Ospedaliero Bassini. U.O.A. di Medicina,
(*Ambulatorio di Psicologia)**

L’obesità è un riconosciuto fattore di rischio per molte malattie di rilevanza sociale ed il suo impatto economico è paragonabile a quello riscontrato per altre malattie croniche (es. diabete, ipertensione, malattie correlate al fumo ed all’alcool), per l’alta prevalenza (vicino al 50% nella popolazione italiana).

Un trattamento efficace richiede l’integrazione di competenze specialistiche, a basso impatto tecnologico ma elevato impiego di operatori qualificati. Nello scenario attuale, la disponibilità di risorse professionali in grado di affrontare appropriatamente il percorso di cura è fortemente centrata su personale di dirigenza medica operante in strutture ospedaliere, ad costo alto derivante dalla qualifica e dai costi aziendali. Riteniamo possibili approcci organizzativi differenti, in grado di massimizzare l’efficacia e l’efficienza del trattamento, “demedicalizzando” i casi più semplici, pianificando l’utilizzo di personale non medico, e decentrando sul territorio alcune fasi del processo, con operatori non ospedalieri, con costi ridotti a parità di prestazioni erogate.

Proponiamo pertanto il seguente modello “Stepped Care” per la Prevenzione e la Cura dell’Obesità, in cui la figura dello specialista mantiene il ruolo di intervento elettivo sui casi più complessi o gravati da comorbidità particolare, e la coordinazione degli interventi con la razionalizzazione dell’utilizzo delle risorse nella scelta dell’approccio di cura più adeguato e corretto per ogni livello.

PRESUPPOSTI

- il calo ponderale viene ottenuto in larga parte senza follow up medico, ma solo il 20% dei soggetti segue i programmi raccomandati dalle Linee Guida Nazionali ed Internazionali (O’Neil et al., 1992); più spesso vengono seguiti quelli pubblicizzati dai Max Media e dall’Industria della Dieta, quasi sempre dannosi per il rischio di aggravare l’obesità viscerale e di favorire Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).
- l’efficacia di alcuni modelli d’intervento (psicoeducazione ed autoaiuto) è stata sperimentata nel trattamento dell’obesità e dei DCA in paesi in cui è meno diffuso il ricorso alle cure mediche (USA) o in cui è storicamente maggiore l’attenzione ai DCA (Gran Bretagna). Nel trattamento della Bulimia Nervosa, la Psicoeducazione ha dimostrato, nei casi lievi, un’efficacia analoga alla terapia cognitivo-comportamentale (CBT).

MODELLO

Psicoeducazione ed AutoAiuto possono efficacemente veicolare i modelli d’intervento di terapia nutrizionale e cognitivo-comportamentale che, in un setting specialistico, sono molto dispendiosi e vanno quindi riservati ai casi refrattari o complicati dalla coesistenza di un DCA.

Gli interventi di Psicoeducazione possono essere condotti dagli operatori delle Unità Nutrizionali delle ASL nelle Scuole e nelle Comunità; un primo livello d’intervento può essere effettuato all’interno dei gruppi di autoaiuto gestiti dagli stessi pazienti; interventi ambulatoriali corretti possono essere condotti nei Distretti anche da Operatori non specialisti addestrati all’utilizzo dei manuali di autoaiuto. Alle strutture specialistiche ospedaliere viene riservato l’intervento nei casi complicati o associati ad un disturbo del comportamento alimentare.



POSTER G4

DALLA CARDIOCHIRURGIA ALL'HOME-CARE: IL PROGETTO DI RIABILITAZIONE DOMICILIARE DEL CENTRO CARDIOLOGICO MONZINO.

G.L. Polvani, G. Pompilio, M. Moltrasio, G. Famoso, G. Berna, G. Fassini, A. Mereni, S. Cozzi.

Centro Cardiologico "Monzino", IRCCS, Via Parea 4, 20138 Milano.

L'abbinamento tra la medicina e le tecniche di telecomunicazione a distanza ha consentito in questi ultimi anni la nascita di una nuova disciplina definita telemedicina. In quest'ambito trova particolare espressione la telecardiologia, che rende possibili consulti cardiologici a distanza basati sull'invio del tracciato elettrocardiografico utilizzando le comuni linee di telefonia fissa e mobile.

Presso il Centro Cardiologico Monzino è stata attivata nel mese di giugno 2000 una centrale operativa di telecardiologia, attiva 24 ore su 24 e composta da una équipe di medici, cardiologi e cardiocirurghi. La centrale nasce quale supporto alla realizzazione di un progetto di ricerca, unico in Europa, di ospedalizzazione domiciliare ad indirizzo riabilitativo post intervento cardiocirurgico. Obiettivo del progetto è quello di offrire un servizio di ospedalizzazione domiciliare finalizzato alla riabilitazione dopo intervento cardiocirurgico che consenta, mediante la creazione di un protocollo mirato per ogni singolo paziente, un reinserimento precoce in ambito familiare e sociale ed un controllo accurato dell'evoluzione clinica nella fase post-intervento.

Il progetto coinvolge pazienti domiciliati nel territorio di Milano, in cura presso il Centro Cardiologico ed operati presso la Cattedra di Cardiocirurgia per by-pass aorto-coronarico e/o intervento di sostituzione valvolare e che possano contare sulla presenza di un familiare in grado di fornire assistenza informale per tutto il periodo di ospedalizzazione domiciliare. Unici criteri di esclusione sono il verificarsi di importanti complicanze nella fase post intervento e la contemporanea presenza di gravi patologie concomitanti.

Nelle tre settimane di ospedalizzazione domiciliare, il paziente viene monitorato quotidianamente dalla centrale operativa di telecardiologia. Al paziente viene fornito un piccolo apparecchio che consente la registrazione di un elettrocardiogramma a 12 derivazioni. Per tutta la durata della ospedalizzazione il paziente esegue il proprio elettrocardiogramma e lo invia alla nostra centrale di telecardiologia, dove il cardiologo aggiorna quotidianamente la sua cartella clinica elettronica personale. Mediante tale apparecchio il paziente può inoltre inviare il proprio elettrocardiogramma in qualunque momento ne avverta la necessità, trovando quindi una immediata consulenza cardiologica. Il cardiologo della centrale operativa potrà così disporre l'eventuale invio di un medico al domicilio o una immediata reospedalizzazione presso il Centro Cardiologico.

Durante la fase domiciliare sono programmati regolari controlli cardiologici e cardiocirurgici domiciliari. Sono inoltre previsti, in collaborazione con una struttura specializzata nell'home care, costanti accessi domiciliari infermieristici e fisioterapici, controlli spirometrici transtelefonici, seriati prelievi ematochimici e consulenze specialistiche psicologiche e dietologiche. Nella seconda settimana è programmato infine un controllo in day-hospital presso il nostro Centro per l'esecuzione degli esami strumentali (ecocardiogramma mono e bidimensionale color Doppler e test da sforzo al cicloergometro).

Per quanto riguarda l'eventuale gestione di urgenze/emergenze il paziente è tutelato da due sistemi convergenti: l'équipe cardiologica e cardiocirurgica della centrale di telecardiologia del Centro Cardiologico ed il continuo servizio di reperibilità medico-infermieristica fornito dalla struttura convenzionata.

Il protocollo prevede il consenso informato ed il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, ai quali il paziente viene riaffidato al termine della ospedalizzazione domiciliare.

La nostra esperienza preliminare ha coinvolto a tutt'oggi 67 pz (62 M, 5 F, età media 64.3 anni \pm 9.6); 61 pz sono stati sottoposti ad intervento di bypass aortocoronarico (ACBPG) di cui il 45% eseguiti senza circolazione extracorporea, 2 pz sono stati sottoposti ad ACBPG e sostituzione valvolare aortica, 3 pz sono stati sottoposti a sostituzione valvolare aortica ed 1 pz a plastica valvolare mitralica. Tutti i pazienti hanno completato il protocollo riabilitativo, nel corso del quale si sono rese necessarie 4 reospedalizzazioni (2 per versamento pleurico, 1 per versamento pericardico, 1 per flutter atriale). Due pazienti sono stati inoltre inviati presso il nostro pronto soccorso per episodi di fibrillazione atriale e dimessi lo stesso giorno dopo cardioversione farmacologica. In nessun pz si sono verificate complicanze infettive, in nessun paziente si sono riscontrati segni di ridotta riserva coronarica al test ergometrico in 11ma giornata ed in tutti controlli ecocardiografici non si sono documentate alterazioni di nuova comparsa, ad eccezione del paziente ricoverato per versamento pericardico.

Il nostro progetto ha permesso di realizzare per la prima volta un modello integrato ospedale-territorio, che ha consentito un precoce reinserimento familiare e sociale dei pz con ottima risposta ai test di qualità della vita (SF-36) ed un soddisfacente controllo nella gestione degli eventi clinici durante il periodo riabilitativo. Una precisa valutazione dei costi-benefici di questo progetto di ospedalizzazione domiciliare post intervento cardiocirurgico potrà permetterne l'estensibilità all'intero territorio nazionale.

Bibliografia

1. Shanit D, Cheng A, Greenbaum RA: Telecardiology: supporting the decision-making process in general practice. *J Telemed Telecare* 1996;2(1):7-13
2. Redeker NS, Brassard AB: Health patterns of cardiac surgery clients using home health care nursing services, *Public Health Nurs*, Dec 1996, 13(6):394-403
3. Savage LS, Grap MJ: Telephone monitoring after early discharge for cardiac surgery patients, *AM J Crit Care*, May 1999, 8(3):154-9
4. S. Cozzi, G. Berna, E. Borghini, G. Famoso, G. Fassini, M. Moltrasio, M. Rossi, D. Zavalloni, GL. Polvani, O. Parodi: "La telecardiologia quale supporto alla realizzazione di un progetto sperimentale di riabilitazione domiciliare post bypass aortocoronarico". *Italian Heart Journal*, Dec 2000, Vol. 1/Suppl.6
5. S. Cozzi, M. Moltrasio, G. Famoso, G. Berna, E. Borghini, G. Fassini, GL. Polvani: "Dall' emergenza all' home-care: evoluzione della telecardiologia". *Atti 9° Congresso Nazionale GIEC, Roma 2000*



POSTER G5

LE NUOVE NOTE CUF 55/55 bis (Trattamento delle infezioni con antibiotici iniettivi).

A cura del Gruppo per la lettura concordata delle nuove note CUF – Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Ravenna. Sottogruppo per la nota 55/55 bis .

Coordinatore :Dott.Paolo Bassi *

Medici specialisti e di medicina generali partecipanti: Dott.Carlo Argnani**,Dott.Guido Ceroni***,Dott.Gabriele Cremona**,Dott.Leonardo Coroni§,Dott.Fabio Miserochi§§,Dott.Gianfranco Mazzotti**.

*Servizio Malattie Infettive Ospedale S.Maria delle Croci – Ravenna

** Medico di medicina generale AUSL Ravenna

*** Pediatra convenzionato AUSL Ravenna

§ Divisione di Pediatria Ospedale S: Maria delle Croci – Ravenna

§§ Divisione di Medicina 1° - Ospedale S.Maria delle Croci - Ravenna

Introduzione Le nuove note CUF sono state ridotte recentemente da 59 a 39,preannunciando lo smantellamento progressivo delle limitazioni prescrittive e il ritorno ad una ricetta scritta in piena scienza e coscienza.L'Ordine dei Medici di Ravenna ha ritenuto opportuno avviare un gruppo di lavoro che si proponesse alla AUSL come supporto interpretativo delle nuove note CUF.

Metodo di lavoro Piuttosto che una fredda disanima semantica delle note (cosa si intende per infezione moderata? E per infezione seria? Si dovrebbe redigere per ogni tipo di infezione un'elencazione di segni e sintomi che pesino la gravità?),si è deciso 1) Di privilegiare un'accurata analisi delle varie problematiche nate dall'applicazione delle stesse a partire dall'esperienza sia dei medici specialisti che soprattutto dei medici di medicina generale (MMG) che si ritrovano in prima linea nell'attività prescrittiva e che si giocano,su quelle note,il rapporto fiduciario con il paziente. 2) Una revisione dei dati della letteratura scientifica internazionale .

Alcune considerazioni cliniche e di farmacoeconomia In Italia si registra un frequente uso di cefalosporine della 3° generazione nelle infezioni delle basse vie respiratorie rispetto ad altri paesi europei (Francia,Germania,Spagna,Gran Bretagna) dove vengono privilegiate le penicilline semisintetiche a dosaggi medio-bassi.Ma,confrontando i dati di mortalità e morbilità per malattie non tumorali dell'apparato respiratorio fra Italia e Gran Bretagna si osserva che la mortalità in Italia sia del 5,8% contro il 15% della Gran Bretagna (dati ufficiali 1996).Eppure in Gran Bretagna questi malati vengono per lo più ricoverati in Ospedale: il tasso di ricoveri è del 9% nel Regno Unito,del 5% in Francia e solo del 2.8% in Italia.Buona parte di tali ricoveri è conseguente al fallimento della terapia domiciliare “ anglosassone “ (con soli antibiotici orali a dosi minimali):è stata documentata la necessità di un successivo ricovero finalizzato ad una terapia iniettiva nel 20-25% dei pazienti affetti da infezioni respiratorie (Mac Farlane et al. 1993).Le spese derivanti sono ingenti:studi basati su dati ufficiali hanno calcolato che il trattamento antibiotico domiciliare completo (anche con farmaci iniettivi dell'ultima generazione)comporta una spesa che varia fra le 180.000 e le 516.000 lire;lo stesso trattamento effettuato in ambiente ospedaliero oscilla fra i 2.840.000 e i 5.680.000 : 10-15 volte di più. Anche le linee guida che,nate dall'Evidence Based Medicine (EBM), sono alla base delle note CUF non possono essere applicate come dogmi: uno studio pubblicato su JAMA del 1997 ha valutato l'applicazione delle linee guida dell'American Thoracic Society (ATS) nella gestione delle polmoniti acquisite in comunità (CAP) in 864 pazienti ambulatoriali,adulti,immunocompetenti,con CAP trattati secondo le linee guida o con trattamenti alternativi.I risultati dello studio hanno confermato la validità delle indicazioni ATS nel paziente giovane,mentre nel paziente con età >60 anni il trattamento secondo linee guida comporta una mortalità del 5.4%,l'ospedalizzazione nel 17.9%,complicanze nel 14.9% a fronte rispettivamente dello 0.8%,8% e 12.9% del trattamento alternativo .

Conclusioni Il lavoro del gruppo sulle note 55-55bis è pervenuto pertanto alle seguenti conclusioni:

- 1) Fermo restando la validità scientifica generale delle note 55-55bis che si basano su linee guida e protocolli fondati sull'EBM,la nuova compilazione delle note riduce in maniera rilevante la rigidità dell'indicazione prescrittiva ampliando il ruolo valutativo complessivo del medico che,là dove correttamente applicato,si risolve in una migliore gestione del processo infettivo oltre che in un risparmio effettivo per l'Azienda USL.
- 2) Va incentivato fra i medici l'aggiornamento continuo privilegiando,oltre che una sempre maggior dimestichezza critica con le EBM (intese non come imposizioni prescrittive,ma come utili quadri di riferimento)anche una profonda conoscenza della realtà locale in senso infettivologico (archivio batteriologico).
- 3) Va incentivata la conoscenza di un'appropriatezza di percorso nei confronti dei pazienti con infezioni per monitorare sempre meglio l'adeguatezza o meno delle terapie e dei regimi di trattamento in uso .



POSTER G6

STRATEGIA DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE: SODDISFAZIONE DEL PERSONALE

Angelini Luciano – Alberio Daniele, Istituto Clinico Mater Domini Spa

Il coinvolgimento globale del personale dell'Istituto Clinico è determinante per il mantenimento e il miglioramento della qualità delle prestazioni. È volontà costante della Direzione che questo avvenga e sia verificato periodicamente, attraverso il monitoraggio del grado di soddisfazione dei dipendenti.

Il controllo è stato effettuato nel novembre 2000 mediante compilazione di un questionario, nel quale ciascun dipendente (medici e non) ha potuto indicare il proprio ruolo all'interno di Mater Domini, con particolare attenzione alle relazioni con i colleghi, i pazienti e la dirigenza.

Il questionario, articolato in 36 domande, è stato strutturato in modo da ottenere delle risposte aggregabile in relazione a età, sesso, qualifica professionale e precedenti esperienze professionali.

A ogni domanda è stato attribuito un punteggio che ha consentito di elaborare un'adeguata statistica, di discutere i risultati e di diffondere gli stessi all'interno della struttura.

I risultati del questionario si basano su risposte aggregate in relazione a:

QUALIFICA PROFESSIONALE	
medici	23%
infermieri professionali	33%
tecnici	3%
operai	5%
impiegati	14%
non ha indicato alcuna risposta	22%

ESPERIENZE PRECEDENTI	
ha lavorato presso Ente Pubblico	26%
ha lavorato presso Ente Privato	20%
lavoratore alla prima esperienza	13%
altro	6%
non ha indicato alcuna risposta	35%

ETÀ	
età compresa tra 18 e 30 anni	21%
età compresa tra 31 e 40 anni	21%
età compresa tra 41 e 50 anni	12%
oltre i 50 anni	4%
non ha indicato alcuna risposta	42%

SESSO	
persone di sesso femminile	52%
persone di sesso maschile	26%
persone che non ha indicato il sesso d'appartenenza	22%

Punti di forza: emerge la sensazione di operare in un'atmosfera complessivamente amichevole (calore) e collaborativa, ossia viene percepita la disponibilità all'aiuto e al reciproco sostegno sia dal basso che dall'alto della gerarchia.

Punti di incertezza/indifferenza: emerge la percezione che, a volte, premi e gratificazioni (sistemi di ricompensa) non siano assegnati equamente come ricompensa all'esecuzione corretta di un lavoro. Talvolta, la qualità delle prestazioni, intesa come l'importanza del proprio contributo e del "fare un buon lavoro" per offrire una prestazione qualitativamente elevata, non viene considerata con adeguata importanza. Viene evidenziato, anche se in maniera non troppo marcata, un modesto senso d'appartenenza all'azienda, quindi manca la consapevolezza di appartenere a un'organizzazione e di essere un componente importante nell'ambito del gruppo di lavoro.

Aree critiche: viene rimarcata l'assenza di conoscenza del proprio campo d'azione ed emerge l'idea di dover sottostare a controlli riguardo a tutte le decisioni. Viene evidenziata un'elevata conflittualità, ovvero la sensazione che vi sia la presenza di opinioni contrastanti sia da parte della dirigenza che degli altri colleghi. Emerge uno scarso grado di accettazione dei rischi (correre rischi calcolati) e dei cambiamenti nel lavoro e nell'organizzazione.

Sulla base delle risultanze emerse sono stati pianificati dalla Direzione significativi interventi quali:

- l'applicazione di un sistema di incentivazione del personale per il raggiungimento degli obiettivi, promuovendo una aperta discussione dei problemi, per farli emergere piuttosto che ignorarli;
- lo sviluppo di un sistema di preparazione del personale all'accettazione dei rischi e dei cambiamenti nel lavoro e nell'organizzazione;
- la valorizzazione del personale, improntando l'organizzazione del lavoro per progetti, con l'assegnazione di precisi compiti e sotto attività in un'ottica cioè manageriale.



POSTER G7

Un esempio di associazione medica in Germania: l'ambulatorio dei medici Heigl, Hettich e Arendt a Kempten, in Baviera.

INTRODUZIONE:

Nel sistema sanitario tedesco, a differenza di quello italiano, esiste una netta divisione tra la medicina ambulatoriale, che è molto più sviluppata che in Italia, e quella ospedaliera: mentre l'ospedale si occupa sostanzialmente dei pazienti ricoverati, la quasi totalità delle prestazioni ambulatoriali vengono fornite invece da ambulatori privati accreditati, sia di medicina generale che specialistici. Nei decenni scorsi si è creata una fitta rete di ambulatori specialistici, solitamente ben attrezzati, che garantiscono agli utenti facilità e rapidità di accesso, senza il problema dei tempi di attesa. Evidentemente questo sviluppo ha portato anche ad un incremento della spesa, a cui le mutue hanno cercato di porre freno attraverso due meccanismi: un blocco delle concessioni di accreditamento (in vigore dal dicembre '93), per cui da allora è possibile ottenere l'accreditamento per un nuovo ambulatorio solitamente in sostituzione di uno già esistente; inoltre l'introduzione di una modalità di remunerazione delle prestazioni basata su un sistema a punti, in cui il valore monetario dell'unità di misura (il valore di un punto) può variare a seconda del rapporto tra il budget regionale di spesa ed il volume totale delle prestazioni così come attraverso la definizione di tetti massimi di remunerazione per paziente assistito, che varia a seconda della tipologia di ambulatorio e che è oggetto di contrattazione periodica tra le mutue ed i medici ambulatoriali.(1)

Pur all'interno di queste limitazioni, la capacità di iniziativa professionale dei medici e la libertà di scelta da parte dei pazienti continuano a svolgere un ruolo fondamentale all'interno della medicina ambulatoriale tedesca.

Di seguito viene presentato un esempio significativo, per certi aspetti singolare anche nel panorama tedesco, di tale capacità di iniziativa: l'ambulatorio associato di medicina interna, cardiologia, pneumologia e nefrologia dei medici Heigl, Hettich ed Arendt, di Kempten in Baviera.

La descrizione di quest'opera si basa sulla conoscenza diretta dell'autore, che dal gennaio di quest'anno collabora in qualità di medico internista a tale ambulatorio.

L'ESEMPIO DI KEMPTEN:

Nell'ottobre del '93 due medici internisti, provenienti dall'ospedale universitario Grossadern di Monaco di Baviera, i dottori Franz Heigl e Reinhard Hettich, danno vita ad un ambulatorio a Kempten, nel sud della Baviera: Heigl è oltre che internista, cardiologo e nefrologo; Hettich è internista, cardiologo e pneumologo. Inoltre Heigl ha maturato una significativa esperienza nell'organizzazione del day hospital cardiologico dell'Ospedale Grossadern. (2) Danno così vita ad un ambulatorio internistico con orientamento cardiologico, pneumologico e con un servizio di dialisi e aferesi (in Germania infatti l'emodialisi viene realizzata per più del 75% in ambulatori privati accreditati). (3)

La strada imboccata e cioè quella di costituire, oltre al servizio di dialisi, un ambulatorio in grado di fornire una diagnostica cardiologica non invasiva e al tempo stesso una diagnostica pneumologica si rivela all'inizio ardua, in quanto le prestazioni che l'ambulatorio è in grado di fornire ai pazienti non sono adeguatamente remunerate sulla base dei tetti di spesa per paziente previsti per un ambulatorio solo pneumologico o solo cardiologico. Ma Heigl ed Hettich insistono nel voler mettere a disposizione dei pazienti tutta l'ampia gamma delle loro conoscenze e capacità. Così dopo qualche anno, dati alla mano, riescono a convincere le mutue, che affrontando i problemi clinici, ad esempio un caso di dispnea o di dolore toracico, contemporaneamente dal punto di vista cardiologico e pneumologico, si finisce per evitare il ricorso a due diversi ambulatori e si riducono le ospedalizzazioni. Così al loro ambulatorio viene riconosciuto uno status speciale, una sorta di chest unit ambulatoriale ed un tetto di spesa per paziente più alto.

Nel frattempo l'ambulatorio cresce, ad Heigl ed Hettich, si aggiunge un terzo medico, Reiner Arendt, internista e cardiologo, libero docente dell'Università Maximilian Ludwig di Monaco. I dipendenti passano dai 3 iniziali a 44 e c'è bisogno di altri collaboratori medici per far fronte al crescente numero di pazienti. Ad un certo punto si pone il problema degli spazi, perché i locali a disposizione nel centro della città non bastano più: ancora una volta i nostri tre medici pensano in grande e progettano la costruzione di una nuova sede, proprio di fronte all'ospedale di Kempten, su un terreno destinato all'edilizia ospedaliera. Devono prima di tutto affrontare una dura battaglia politica e dimostrare che la loro Aerztehaus (maison medical) è complementare all'ospedale, in quanto svolge una funzione di filtro tra la medicina ambulatoriale e quella ospedaliera. Finalmente, il 10 ottobre del '98 il consiglio comunale di Kempten concede l'approvazione (4) e si può così dare il via ai lavori.

Si costruisce un edificio di quattro piani, con una superficie disponibile di più di 3.000 m²; al primo piano un laboratorio di analisi, al secondo piano la dialisi con 20 posti, al terzo l'ambulatorio, al quarto una sala per riunioni corsi e un bar, più un ampio terrazzo con vista sulle Alpi Bavaresi. (5) Nell'aprile di quest'anno si realizza il trasloco.

Per il prossimo futuro un altro traguardo: ottenere il riconoscimento di clinica, e così passare ad un altro sistema di remunerazione, poter effettuare attività di day hospital ed eventualmente anche brevi ricoveri. Inoltre il progetto di una più stretta collaborazione con l'ospedale: completare nell'ambulatorio la diagnostica dei pazienti ricoverati, permettendo all'ospedale di ridurre i tempi di degenza.

CONCLUSIONI:

L'esempio in questione si inquadra in un ambito di medicina ambulatoriale come quello tedesco, che è diverso da quello italiano, così come ho cercato brevemente di descrivere nell'introduzione. Bisogna poi tenere presente il ruolo della

medicina interna in Germania, che costituisce la condizione per ottenere ulteriori specializzazioni in ambito internistico come cardiologia, pneumologia, nefrologia, gastroenterologia ecc. Ciò porta evidentemente ad una possibilità di affronto meno settoriale dei problemi clinici. Infine esiste in Germania una professione come quella degli aiutanti medici, che non esiste in Italia: si tratta di personale formato con un corso di 3 anni, che lavora negli ambulatori medici. Nell'ambulatorio di Kempten la decina di ragazze che lavorano come aiutanti medici svolgono un ruolo molto importante nell'esecuzione degli esami diagnostici, secondo il modello statunitense.

Ma l'aspetto più significativo dell'ambulatorio di Kempten, per cui mi è sembrato interessante presentarlo, è quello che potrei definire come creatività professionale: l'opera comune di medici con un' ampia e solida esperienza professionale, arricchita da una vicendevole osmosi di conoscenze e capacità e coniugata con una notevole capacità imprenditoriale, non in sostituzione ma al servizio della propria professione medica. E' questo che rende così interessante anche per chi scrive la collaborazione con Heigl, Hettich e Arendt

Guido Bonoldi.
Medico internista.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Reinhard Mundenbruch: "Presentazione comparata del sistema di remunerazione delle prestazioni mutualistiche"
Ed. Zauner. Dicembre '99.
- 2) F. Heigl ed altri: "Erfahrung in einer Tagesstation mit kardiologischem Scherpunkt" Muenchener Medizinische Wochenschrift; 136/94
- 3) J. Frei e H.J. Schober-Halsenberg: "Nierenersatzthrapie in Deutschland" Quasi Nieren. 1999.
- 4) Allgauer Zeitung (quotidiano di Kempten), 10/10/98
- 5) Das schoene Allgau (rivista di Kempten), maggio 2001.



POSTER G8

Dolore artrosico : trattamento con Agopuntura e risparmio di FANS

Camillo SCHIANTARELLI: Ambulatorio Terapia del Dolore-Agopuntura, Reparto Medicina Generale, Ospedale Civile Vigevano, ASL Pavia.

Introduzione: L'incidenza delle malattie reumatiche nell'ambito di tutta la patologia ambulatoriale pubblica italiana raggiunge circa il 20%, i reumatismi degenerativi, più comunemente chiamati artrosi, occupano più della metà di tutta la patologia reumatologica. Con questo studio si vuole valutare l'efficacia dell'Agopuntura nel trattamento del dolore e il consumo di FANS (farmaci antiinfiammatori non steroidei) causato da questa malattia, in assenza di altre patologie importanti.

Soggettivamente i sintomi dell'artrosi sono essenzialmente rappresentati da dolore e rigidità dopo immobilizzazione. Obiettivamente si manifesta con limitazione dei movimenti articolari, deformazioni articolari ed eventualmente con segni diretti o indiretti di interessamento della cartilagine o della sinovia. Fra gli analgesici non narcotici i FANS, con 250 milioni di pezzi venduti all'anno nel mondo, occupano sicuramente un posto di rilievo nella graduatoria dei farmaci più impiegati nella pratica medica quotidiana nonostante i loro numerosi effetti indesiderati.

Strumenti e metodi: osservando che molte delle prestazioni richieste al nostro ambulatorio di terapia del dolore erano effettuate da pazienti affetti da artrosi, abbiamo ritenuto importante effettuare un trattamento con Agopuntura, una terapia che non fosse tossica o gastrolesiva, con possibilità di valutarne l'effetto analgesico. 90 pazienti con diagnosi di osteartrosi, senza altre patologie importanti, sono stati divisi con metodo random in 3 gruppi da 30. Un gruppo libero di curarsi con FANS; un gruppo senza farmaci è stato sottoposto a 2 sedute di Agopuntura la settimana per 6 settimane; il terzo gruppo ha fatto entrambi le terapie. Il dolore è stato valutato con: Simple Descriptive Scale, Weekly chart for self-compilation e Visual Analogue Scale by Scott-Huskisson. I dati sono stati rilevati nella settimana precedente la terapia, per tutte le 6 settimane di trattamento, all'ottava e dodicesima settimana dall'inizio della terapia. A tutti i pazienti è stato inoltre richiesto di segnalare su apposita scheda settimanale tutti i farmaci analgesici che assumevano, precisandone il nome commerciale, la modalità di somministrazione e la quantità giornaliera.

Risultati: nel gruppo trattato con solo FANS la riduzione del dolore è risultata statisticamente significativa ($p < 0,05$) dalla fine della 2° settimana di trattamento; nel gruppo trattato con sola Agopuntura si è raggiunta l'efficacia alla 3° settimana ($p < 0,05$) e all' 8° ($p < 0,01$); nel terzo gruppo la terapia è efficace a partire dall'inizio della 2° settimana di terapia.

Il consumo di FANS che per tutti i pazienti seguiti era superiore al consumo medio registrato nello stesso periodo nella USL, nel terzo gruppo è sceso sotto la media.

Conclusioni:

1) I grafici dimostrano una riduzione del dolore in tutti i gruppi, la terapia combinata:

FANS + Agopuntura ha permesso di raggiungere più rapidamente la riduzione del dolore che ha raggiunto il massimo di differenza statistica rispetto ai trattamenti singoli nella 4° settimana di terapia ($p < 0,06$).

2) La riduzione del consumo di farmaci ha comportato una contrazione importante della spesa farmaceutica non solo rispetto al loro uso prima della terapia con Agopuntura, sottolineando che in questi pazienti era più alta della media, ma si è ottenuto una riduzione del consumo in farmaci e spesa al di sotto della media registrata nella USSL di appartenenza.

Bibliografia

Bonomo L.: Malattie reumatiche. UTET, 1986, Torino.

Di Concetto G., Sotte L., Pippa L., Muccioli M.: Trattato di Agopuntura e di Medicina Cinese. Utet, Torino, 1992.

Nadia Ellis MJSc MCSP : Acupuncture in Clinical Practice. Chapman & Hall, London, 1994.

Ou Ming: Chinese-English Manual of Common-Used Prescriptions in TCM. Joint Publishing, Hong Kong, 1989.

Qiu Mao-liang : Chinese Acupuncture and Moxibustion. Churchill Livingstone, New York, 1993.

Stanton A. Glanz : Statistica per discipline bio-mediche. Mc Graw-Hill Libri Italia srl, 1988, Milano.

Vangermeersch L., Sun Pei-Lin: Bi-Syndromes. SATAS, Brussels, 1994.



POSTER G9

GOVERNO DELLA PREVENZIONE IN OSPEDALE : UNA RESPONSABILITA' CONSAPEVOLE NELL'AMBITO DEL GOVERNO CLINICO-ASSISTENZIALE ?

R. Latocca ♦, A. Arduca ❖, L. Bolognesi ♦, G.C. Cesana ♦

♦ *Unità di Medicina Occupazionale e Ambientale, A.O. S. Gerardo di Monza – Università Milano-Bicocca*

❖ *Servizio Prevenzione e Protezione – A.O. S. Gerardo di Monza*

1. INTRODUZIONE

Con l'emanazione del D.Lgs. 626/94 (1), relativo all'attuazione di alcune direttive europee riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute negli ambienti di lavoro, la nostra nazione ha voluto far propri gli obiettivi di ottimizzazione della prevenzione in ambito occupazionale comuni agli altri paesi occidentali più sviluppati. Alla luce delle indicazioni della normativa le Aziende Sanitarie (Ospedali, USL, ecc.) sono in tutto equiparabili agli altri settori di attività pubblici-privati in termini di identificazione dei vari livelli di responsabilità aziendale, di attivazione di servizi interni con finalità preventive e protettive, di definizione di obiettivi e procedure per l'identificazione ed il controllo dei rischi.

Per quanto riguarda le strutture sanitarie ci sono da fare alcune considerazioni importanti che condizionano il processo di miglioramento delle condizioni interne di salubrità e sicurezza:

- la cultura e la prassi della prevenzione e della sicurezza in ospedale, sono stati storicamente elementi diffusi e perseguiti nel tempo, anche se gestiti senza la necessaria organicità dai servizi preposti (Direzioni Sanitarie, Uffici Tecnici);
- i problemi di sicurezza presenti negli ospedali non riguardano soltanto i dipendenti ma anche i visitatori e soprattutto i pazienti (es.: il rischio incendio) con la necessità di un'applicazione peculiare della normativa specifica che renda compatibili le giuste esigenze di tutela del personale con la salvaguardia dei diritti assistenziali degli utenti;
- le risorse finanziarie sono spesso insufficienti per adeguare gli ospedali pubblici a standard di sicurezza ottimali dal punto di vista strutturale, impiantistico e organizzativo, costringendo così a programmare e diluire gli interventi migliorativi sul lungo periodo.
- la cultura della prevenzione e protezione in termini non solo di diritto, ma soprattutto di responsabilità non è elemento diffuso di consapevolezza fra quelle figure a cui competono gli obblighi (staff dirigenziale, figure mediche apicali, caposala, ecc.).

In particolare in questo lavoro abbiamo voluto approfondire il livello di conoscenza e di consapevolezza degli aspetti di sicurezza di quelle figure identificate come preposti (Medici dirigenti di strutture complesse, Caposala) (2); l'attribuzione delle responsabilità afferenti ai Preposti concerne la sorveglianza della corretta attuazione delle misure di prevenzione disposte dall'alta direzione

2. MATERIALI E METODI

L'indagine è stata svolta nell'ambito del Presidio S. Gerardo di Monza, uno dei più grandi ospedali di insegnamento della Lombardia sede della facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Milano-Bicocca. Sono state messe a punto "check-list", derivate sia dall'esperienza diretta interna che da esperienze internazionali significative (3), per la verifica degli aspetti di responsabilità dei preposti riguardo alla vigilanza e controllo nell'attuazione dei principi di sicurezza di otto fattori di rischio rilevanti in ambiente ospedaliero (agenti biologici, agenti chimici, manipolazione di antitumorali, corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, esposizione professionale a radiazioni ionizzanti, esposizione professionale a radiazioni non ionizzanti, utilizzo di apparecchiature elettriche, movimentazione manuale dei carichi, sicurezza incendio). Ogni titolo specifico riguardante i singoli fattori di rischio è stato corredato da una serie di domande con tre possibilità di risposte - SI, NO, NON SO – concernenti il controllo dei rischi ed il livello di formazione/informazione degli operatori in proposito.

Le risposte "SI" sono un indicatore positivo di individuazione dei rischi esistenti e di applicazione delle misure di controllo da parte dei preposti. I "NO" d'altra parte mettono in evidenza disfunzioni note, che peraltro debbono essere sempre segnalate per aggiornare la valutazione dei rischi. I "NON SO" indicano

infine “l’ignoranza” da parte dei preposti delle condizioni di rischio e degli aspetti di prevenzione all’interno degli ambienti ospedalieri, rendendo così impossibile l’adempimento dei dettami normativi in materia . In riferimento al rischio ospedaliero più rilevante dal punto di vista di impatto sulla salute degli operatori (rischio biologico), sono stati indagati alcuni indicatori indiretti di qualità della gestione del sistema di prevenzione da parte dei preposti (livelli di adesione alla campagna vaccinale antiHBV, l’indice di denuncia degli eventi infortunistici biologici fra il personale sanitario ospedaliero) (4).

3. RISULTATI E DISCUSSIONE

Le check-list sono state inviate a 39 dirigenti medici ospedalieri di II° livello e a 44 capo sala e facenti funzioni indagabili , con l’indicazione di compilarli personalmente; la compilazione e la restituzione delle check-list è stata effettuata da 43 Capo Sala (97,73%) e da 34 primari (87,18 %).

In questo lavoro sono stati presi in considerazione i dati riferiti a tre rischi per la salute (rischio biologico, rischio chimico, rischio da movimentazione manuale carichi) e a due rischi per la sicurezza (rischio incendio, rischio elettrico). I dati riguardanti le risposte alle singole domande delle cinque check-list rispettivamente dei medici apicali e delle capo sala sono descritti nelle Tabelle n°1-5.

Per quanto riguarda il rischio biologico risultano diffuse le procedure principali di controllo per le due figure gerarchicamente preposte (precauzioni universali, procedure di isolamento della sorgente, procedure di manipolazione/raccolta e smaltimento rifiuti), mentre risulta carente la disponibilità all’uso di DPI specifici e di procedure d’emergenza in caso di spandimento di liquidi biologici. La formazione/informazione al personale (anche esterno) sul rischio e la sua gestione, sono percepite come idonee maggiormente dalle Capo Sala.

Per quanto riguarda il rischio chimico risultano essere diffuse le modalità corrette d’uso e conservazione dei disinfettanti, mentre vi è minor consapevolezza da parte dei primari sulla presenza di sostanze tossico-nocive nelle aree ospedaliere; scarsa conoscenza hanno entrambe le figure preposte sulle corrette procedure di smaltimento delle sostanze chimiche.

La movimentazione manuale dei malati, che è percepito come rischio rilevante da entrambe le figure, risulta essere affrontata inadeguatamente per parziale disponibilità, insufficiente addestramento all’uso e non sistematico utilizzo degli ausili meccanici (sollevatori, ecc.) messi a disposizione del personale assistenziale addetto alla mobilitazione del paziente.

Sulla sicurezza antincendio risulta maggiore la percezione del livello di controllo nelle aree divisionali da parte dei Capo Sala rispetto ai Primari, soprattutto in ordine alla conoscenze ed alle modalità corrette di comportamento da parte del personale.

Infine per quanto riguarda il rischio elettrico, riconosciuto ubiquitario, esiste un buon controllo in termini di autorizzazione e manutenzione delle apparecchiature, con una generalizzata conoscenza del rischio da parte del personale; vi sono però alcuni aspetti, segnali di non ottimale gestione e controllo del rischio (numero insufficiente prese, uso ciabatte e cavi di prolunga, insufficiente informazione ai pazienti sull’uso improprio di apparecchiature elettriche).

I dati nel complesso sembrano indicare nei Capo Sala le figure che hanno per così dire maggiormente il “polso” della situazione nelle aree divisionali rispetto alle condizioni di sicurezza, mentre le figure mediche apicali appaiono meno a conoscenza delle problematiche esistenti e sembrano più o meno implicitamente delegare le funzioni di controllo e gestione della prevenzione/protezione ai Capo-Sala.

Per quanto riguarda gli indicatori indiretti di qualità della gestione e del controllo della prevenzione, vengono descritti in Tabella n°6 i dati riguardanti la campagna di vaccinoprofilassi antiHBV che mostra un risposta diversificata fra le diverse mansioni dipendente da diversi motivi. La buona adesione degli infermieri professionali potrebbe dipendere da una adeguata informazione in sede soprattutto formativa (scuola professionale/diploma universitario) e dal fatto che gli infermieri risultano essere la categoria professionale più a rischio di infortuni biologici (punture accidentali, splash, ecc.). Nelle altre mansioni permangono resistenze dettate da carenze formativo-culturali (I.G., Ausiliari / OTA), dalla sovrastima di possibili effetti secondari collegati alla vaccinazione e dalla sottostima del rischio (medici).

TAB.5 – RISCHIO ELETTRICO(risposte in %)			<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NON SO</i>
	Primari	Capo-Sala			
Sono in uso strumenti/apparecchiature elettrici	100				
	98	2			
Sono regolarmente sottoposti a manutenzione	70	24	6		
	86	12	2		
Tutti gli apparecchi sono stati autorizzati dagli uffici competenti	88		12		
	98	2			
Il caricamento delle batterie avviene da apposito quadro elettrico attrezzato	48	33	19		
	72	28			
Il personale è a conoscenza dei rischi connessi all'uso di apparecchi elettrici	88	6	6		
	98	2			
Il numero delle prese elettriche è adeguato alle esigenze del reparto o servizio	70	27	3		
	72	28			
Sono in uso ciabatte per la connessione contemporanea di più strumenti	42	45	13		
	28	70	2		
Sono in uso cavi di prolunga	33	67			
	79	7	14		
I cavi degli apparecchi sono posizionati in modo da non creare ostacoli o rischi di incidente per il personale	73	21	6		
	58	37	5		
Viene data informazione al paziente collegato ad apparecchiature elettriche	45	39	16		
	65	26	9		

TAB.6: Livello di adesione alla vaccinazione antiHBV per mansione ospedaliera .					
MANSIONI	N° operatori	N° vaccinati	%	N° “non responder”	%
Allievi Inf. Professionali	87	78	95,12	-	-
Infermieri Professionali	1376	1052	76,45	29	2,76
Tecnici Sanitari	201	145	72,14	12	8,27
Capo-Sala (AFD)	95	65	68,42	2	3,08
Ausiliari / O.T.A.	508	325	63,98	14	4,31
Medici Ospedalieri	442	239	54,07	14	5,86
Infermiere Generico	149	74	49,66	4	5,41
Medici freq./ Specializzandi	175	77	44	2	2,60
Medici Universitari	34	10	29,41	-	-
TOTALE MANSIONI	3067	2065	67,33	77	3,73



POSTER G10

PROFILI DI CURA:

IL PAZIENTE AL CENTRO DEL SISTEMA

a cura di Tiziana Bentivoglio Direttore Generale- Serenella David, Direttore Sanitario - Franca Rossi, Direttore Amministrativo- Michele Caporossi, Staff Manager

Missione Aziendale del Lancisi

definita dal Piano Strategico Aziendale 1999-200:

“Il nostro obiettivo è la diagnosi e la cura delle malattie cardiovascolari che richiedono l'utilizzo di metodiche e tecnologie di alta specialità cardiologica e cardiocirurgica, riguardanti, in primo luogo i cittadini delle Marche e, inoltre, delle altre regioni adriatiche italiane e dell'Europa orientale, facendoci scegliere per la qualità dei servizi forniti.”

POSTI LETTO TOTALI n.128

RICOVERI 2000: 5682 -4200 PROCEDURE DI EMODINAMICA - 1300 INTERVENTI DI CARDIOCHIRURGIA

SETTORE DI ATTIVITA': tutta l'Alta specializzazione cardiologica e cardiocirurgica per adulti e pediatrica

Considerata la nostra caratteristica e le nostre dimensioni contenute abbiamo impostato sin dall'inizio dell'attività aziendale il nostro budget come "budget dell'appropriatezza:

Abbiamo voluto finalizzare le risorse dell'Azienda a:

fare le cose giuste,
per le persone giuste
al momento giusto

secondo il principio dell'evidenza scientifica e dell'esperienza professionale



Ospedale Cardiologico Lancisi
AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERA
DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
Via Baccarani, 6 - 60122 ANCONA

Questo significa indirizzare e coordinare il lavoro dei singoli specialisti attorno al percorso diagnostico-terapeutico del paziente interessato da specifiche patologie.

A partire dal 1998 l'obiettivo di maggior peso del budget aziendale, collegato con la retribuzione di risultato e stato quello di predisporre e attivare i profili di cura.

Ad oggi il nostro repertorio dei profili di cura annovera i seguenti:

- ✓ Paziente ischemico elettivo
- ✓ Paziente con scompenso cardiaco
- ✓ Paziente con patologie del ritmo cardiaco

Su questa base si è creato un circuito virtuoso di integrazione fra i comportamenti dei professionisti, compresi gli operatori del nursing, prima abituati all'affermazione particolaristica del proprio atto medico spesso perdendo di vista l'unitarietà dei processi a monte e a valle di esso. In una struttura di alta specializzazione dove è impensabile trovare la figura del medico olistico, questo si è rivelato determinante per l'aumento dell'efficacia della cura.

Chiave di volta del sistema è stata l'aver evidenziato quest'anno esami critici e/o sentinella di ciascuna delle Unità Operative implicate nel percorso.

Ciò consente di coinvolgere e corresponsabilizzare i vari servizi e, nel contempo, di valutare:

1. *La percentuale di aderenza al profilo per singolo paziente*
2. *Il livello di partecipazione e coordinamento delle diverse unità operative*
3. *La partecipazione dei singoli professionisti*
4. *Il livello di efficacia dell'organizzazione al fine di apportare eventualmente i necessari correttivi;*

Inoltre, l'applicazione dei profili di cura, congiuntamente all'integrazione delle varie leve per qualificare la produttività e aumentare la motivazione degli operatori a fare meglio e di più per il perseguimento della missione aziendale (libera professione in favore dell'azienda anche come gestione dell'overbooking per ridurre le liste di attesa, graduazione delle funzioni etc.) hanno comportato che oggi l'Azienda Lancisi ha raggiunto l'equilibrio economico con la produzione, nel bilancio 1999 e 2000 di un utile di esercizio.

Il nostro messaggio:

- ✓ Profili di cura non per calmiere ma per ricentrare l'attenzione dalla malattia al malato
 - ✓ L'efficienza discende dalla qualità e dall'appropriatezza e non viceversa



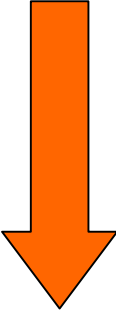
POSTER G11



Ospedale Cardiologico Lancisi
 AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERA
 DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
 Via Baccarani, 6 - 60122 ANCONA

IL BUDGET INDUSTRIAL -SANITARIO e IL BUDGET DELL'APPROPRIATEZZA modelli a confronto

a cura di Tiziana Bentivoglio Direttore Generale- Serenella David, Direttore Sanitario - Franca Rossi, Direttore Amministrativo- Michele Caporossi, Staff Manager

BUDGET INDUSTRIAL – SANITARIO	BUDGET DELL'APPROPRIATEZZA
Misurare le attività delle Unità Operative (DRG e PRG) e valorizzare i risultati prevale il valore economico	Misurare le attività delle Unità Operative con indicatori di efficienza ma anche di efficacia e qualità
Misurare i costi ai Centri di Costo con la contabilità analitica	Misurare i costi ai Centri di Costo con la contabilità analitica
<p>Collegare i costi ai DRGs e PRGs confrontando costi con valori (ricavi) si determinano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Margine I°: confronto fra costi variabile ricavi propri ✓ Margine II°: confronto fra costi diretti e ricavi propri ✓ Margine operativo: confronto fra costi pieni e ricavi propri <p style="text-align: center;">ATTENZIONE A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valore prodotto ✓ Ottimizzazione dell'efficienza in termini quantitativi <p style="text-align: center;">DISTORSIONI CULTURALI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ il rapporto dei professionisti con l'organizzazione e fra di loro compete in termini di mera valorizzazione monetaria ✓ l'offerta potenziata risponde alla domanda e non al bisogno di sanità ✓ l'organizzazione è esposta al consumismo sanitario ✓ ipertrofia della domanda di diagnostica complessa e di procedure interventive inotili e costose 	<p>Collegare i costi ai DRGs e PRGs attraverso la definizione e il monitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ dei profili di cura per patologia e/o DRGs ✓ del consumo delle risorse per patologia (costi diretti analitici) ✓ dei costi generali e di struttura in non tanto per conoscere "quanto rende" o "quanto si perde" rispetto a una data tariffa ma per conoscere e rappresentare adeguatamente i servizi resi ai pazienti con bisogni sanitari omogenei (principio cardine dei DRGs come sistema di misurazione) ✓ definire un set di indicatori per misurare le performance delle Unità Operative in termini di efficacia delle cure e di qualità (percepita ma anche tecnica) ✓ il sistema di budgeting e di reporting da origine non al mero "controllo di gestione economica" ma a un "sistema informativo clinico-gestionale" in grado di valutare efficienza efficacia e appropriatezza.
FEED – BACK NEGATIVO SUI COSTI DEL SISTEMA	
	<u>FEED – BACK POSITIVO ANCHE SUI COSTI DEL SISTEMA</u>

PROFILI DI CURA: Strumenti e timetable

SCOMPENSO CARDIACO CRONICO (Qualunque DRG purché sia presente un POSTER di diagnosi dal 4280 al 4289)

Durata prevista : ≤ 10 giorni

Paziente Reparto di degenza **Data Ammissione**

Data Dimissione

ATTIVITA'	1° giorno	2° giorno	3° giorno	4° giorno	5° giorno	6° giorno	7° giorno	8° giorno	9° giorno	10° giorno	Tempo effettuz. Esame sentinella	Data richiesta esame	Data effettuazione esame
Visita	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	All'ammissione e alla dimissione		
Esami ematochimici (Routine scopenso)	*		Elettroliti Funz. Renale								Entro 24 ore dalla ammissione		
Ecocardiografia	*	↔									Entro 24 ore dalla richiesta		
Rx torace	*										Entro 24 ore dall'ammissione		
6 MWT	*									*	All'ammissione e alla dimissione		
HF score	*									*	All'ammissione e alla dimissione		
Stadiazione	*									*	All'ammissione e alla dimissione		
2° LIVELLO													
TCP				*	↔						Se necess. Entro 48 ore dalla richiesta		
Eco stress													
SMP / RNA													
SEF													
Holter													
3° LIVELLO													
CGR / Catet. Cardiaco													
ATT. INFERMIER.													
Peso corporeo	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
ECG	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	All'ammissione e alla dimissione		
Monitoraggio	*												
Press. Arteriosa	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
Controllo diuresi	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
Catetere venoso	*			*			*			*			
Verifica ader. terapia	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
Dieta iposodica	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			

SCOMPENSO CARDIACO CRONICO

(Qualunque DRG purché sia presente un codice di diagnosi dal 4280 al 4289)

UNITA' OPERATIVA	ESAME SENTINELLA	TEMPI DI EFFETT. DELL'ESAME SENTINELLA	INDICATORE	OUTCOME
Laboratorio Analisi	Routine scopenso	Entro 24 ore dall'ammissione	% di aderenza al profilo	
Cardiologia	HF score 6MWT visita clinica ECG	All' ammissione e alla dimissione del paziente	% di aderenza al profilo	Valutazione outcome clinico tramite HF score 6MWT
Cardioradiologia	RX torace	Entro 24 ore dall'ammissione	% di aderenza al profilo	
Cardiologia Nucleare	SMP/ RNA	Se necessaria Entro 48 ore dalla richiesta	% di aderenza al profilo	
LICI	Ecocardiografia 2D	Entro 24 ore dalla richiesta	% di aderenza al profilo	
Aritmologia	SEF / Holter	Se necessaria Entro 48 ore dalla richiesta	% di aderenza al profilo	
Cardioriabilitazione	Test C - P	Se necessaria Entro 48 ore dalla richiesta	% di aderenza al profilo	

PROFILI DI CURA: Strumenti e timetable

PAZIENTE ISCHEMICO ELETTIVO

Durata prevista: 5 giorni

Paziente **Reparto di degenza**

Data Ammissione **Data Dimissione**

ATTIVITA'	1° giorno	2° giorno	3° giorno	4° giorno	5° giorno o dimissione	Tempo effettuaz. esame sentinella	Data richiesta esame	Data effettuazione esame
Visita	*	*	*	*	*			
Esami ematochimici	*				*	Entro 24 ore dall'ammissione		
Scheda valutativa	*					All'ammissione		
Prescrizione terapia	*				*			
Valutazione risposta terapia	*	*	*	*	*			
RX torace	*							
Stadiazione Angina CF	*							
Eco stress/SMP/Test ergometr.		*	←————→			Entro 48 ore dalla richiesta		
CGR / PTCA		*	↔			Entro 48 ore dalla valutazione completata		
Indicazione BAC				*	↔		Entro 24-48 ore dalla CGR	
ATTIVITA' INFERMIERISTICA								
ECG	*	↔			*			
Peso corporeo	*							
Dieta	*							
Pressione arteriosa	*	*	*	*	*			
Protocollo coronarografia		*	↔					

PAZIENTE ISCHEMICO ELETTIVO

UNITA' OPERATIVA	ESAME SENTINELLA	TEMPI DI EFFETT. DELL'ESAME SENTINELLA	INDICATORE	OUTCOME
Laboratorio Analisi	Routine	Entro 24 ore dall'ammissione	% di aderenza al profilo	
Cardiologia	Scheda valutativa	All' ammissione	% di completezza della scheda valutativa	
Cardiochirurgia	Scheda valutativa Indicazione a BAC	All'ammissione	% di completezza	
	Immissione lista d'attesa	Entro 24 – 48 ore dalla CGR	% di aderenza al profilo	% di successo (**)
Anestesia Rianimazione	Valutazione anestesiologicala se necessaria	Entro la dimissione	% di aderenza al profilo	
Emodinamica	CGR / PTCA	Entro 48 ore dalla valutazione completata	% di aderenza al profilo	% di successo (**)
LICI Cardiologia Nucleare	Stess Test (a sensore variabile) ECG, Eco o SMP	Entro 48 ore dalla richiesta	% di aderenza al profilo	

(**) % di successo = (1 – morte, infarto, MCE) x 100



POSTER G12

Ospedale Cardiologico Lancisi - ANCONA

IL SISTEMA PREMIANTE DIFFERENZIALE:

PROGETTI DI LIBERA PROFESSIONE A AVORE DELL 'AZIENDA

a cura di Tiziana Bentivoglio Direttore Generale- Serenella David, Direttore Sanitario - Franca Rossi, Direttore Amministrativo- Michele Caporossi, Staff Manager

Per perseguire l 'obiettivo di potenziamento quali-quantitativo dell 'attività di alta specializzazione cardiologica e cardiocirurgica sin dal 1999 l 'Azienda Lancisi ha attuato un programma di libera professione a favore dell 'Azienda nelle due specialità: Emodinamica e Cardiocirurgia. Il progetto è stato realizzato ai sensi dell 'art.67 del CCNL della Dirigenza medica 1994/97, dell 'art.15 quinquies del Dlgs 502/92 e sue modificazioni e dell 'art.55 del CCNL in vigore; infatti l 'Azienda a fronte di particolari condizioni in termini di carenza di personale e di liste di attesa può organizzare un 'attività che viene assimilata a quella svolta in regime libero-professionale, fuori dell 'orario di servizio, da parte di équipes volontariamente disponibili; la sua contabilità è stata rigorosamente separata ed il suo bilancio si è mantenuto costantemente in avanzo. In pratica, all 'interno della negoziazione del budget annuale proprio delle due strutture interessate si è prioritariamente fissato il tetto delle attività istituzionali da svolgere sulla base della dotazione di risorse umane e materiali assegnate; di conseguenza si è individuato l 'obiettivo di prestazioni differenziali, al di fuori dell 'orario di servizio, da remunerare all 'équipe, con un corrispettivo prestabilito per ogni figura professionale direttamente o indirettamente interessata. Il sistema premiante differenziale ha così contribuito al raggiungimento dei risultati di attività di alta specializzazione illustrati nella presentazione.



POSTER G 13

Da medici “singoli” ad un’Associazione: 1 anno di esperienza

Gianpiero Aimo*, Raffaele Frau°, Silvia Polo*, Umberto Tambussi*, Maurizio Gadola**, Azelio Martina**, Giovanni Ciolina***, Leonardo Ardigo’***, Adriano Tiboni***

* Divisione Medicina Interna e Chirurgia Generale - Ospedale di Gavardo (BS)

° Direzione Medica - Ospedale di Gavardo (BS)

** Unità di Psicofarmacologia Geriatrica - Ospedale di Salò (BS)

*** Medici di Base Alto-Garda Vallesabbia

Introduzione – L’esperienza nasce dalla comune constatazione di operare spesso in un contesto di isolamento, dalla necessità che il principio della assistenza sanitaria basata sulle prove non rimuova la libertà e la responsabilità del singolo medico sulla qualità delle cure, dalla volontà di garantire il principio di libera scelta dei cittadini sancito dalla legge di Riforma della Sanità della Regione Lombardia e soprattutto di ripartire dai problema concreto del paziente per ridiscutere i percorsi diagnostico-terapeutici

Obiettivi – Costituire un Associazione paritetica di Medici dell’Alto-Garda Vallesabbia operanti nelle varie realtà (medicina di base, dei servizi, ospedaliera) con lo scopo di ridare un senso di “comunità” a chi opera nelle diverse realtà, di costruire occasioni di confronto scientifico sui casi clinici non accademiche ma sempre legate ad esperienze vissute direttamente da ciascuno, di stimolare la capacità d’iniziativa delle formazioni sociali e di mobilitare le risorse disponibili sul nostro territorio su progetti le cui priorità vengano discusse e scelte insieme, di collegare questa realtà ad altre già operanti nel territorio lombardo.

Metodi – A) Incontro mensile della durata di circa 90 minuti, tenuto nella biblioteca dell’ospedale di Gavardo, con presentazione di 3 casi clinici da parte di 2 medici di base e 1 medico ospedaliero, analisi critica dei processi decisionali in merito ad iter diagnostico e terapeutico, non obbligatorietà di giungere ad una conclusione diagnostico terapeutica ma impegno a definire insieme un percorso che utilizzi al meglio le risorse che i servizi privati e pubblici del territorio possono offrire sulla scorta dell’esperienza di ogni singolo medico. B) organizzazione di incontri su “Topics” individuali insieme come prioritari per l’assistenza ai propri pazienti invitando, (senza sponsorizzazione delle case farmaceutiche) “esperti” delle varie discipline sempre con la modalità di presentazione di casi clinici seguiti direttamente. Ogni relatore era inoltre invitato a produrre un riassunto della propria presentazione e del materiale bibliografico allegato ai partecipanti.

Risultati – Dall’aprile 2001 a tutt’oggi sono stati organizzati 12 incontri (di cui 4 “topics”) che hanno coinvolto 39 medici di base, 4 medici dei servizi e 21 medici ospedalieri. E’ stata avanzata la richiesta di aprire una seconda sede d’incontri in alta Vallesabbia per consentire la partecipazione dei medici che vi operano e che per la distanza (circa 40 Km) non possono partecipare con regolarità. Abbiamo attivato un servizio di “posta elettronica” (nei casi in cui non era possibile abbiamo definito una linea-Fax privilegiata) per il confronto quotidiano sui casi clinici. Verrà attivato un servizio di Farmacovigilanza “via Internet” a cura della Divisione di Psicofarmacologia Geriatrica dell’ospedale di Salò. Vi è la richiesta di partecipare attivamente alla gestione degli incontri da parte di altri specialisti ospedalieri (psichiatri, medici di laboratorio, ginecologi etc.) nello spirito che muove il gruppo. Infine, nel corso degli ultimi incontri, è stata avanzata da parte di alcuni medici di base la richiesta di costituirsi in Associazione per gestire insieme i corsi di formazione ed aggiornamento obbligatori.

Conclusioni: I risultati di quest’anno ci paiono decisamente buoni, parte degli obiettivi che ci eravamo prefissati sono stati raggiunti, l’obiettivo di costituire un’Associazione da desiderio di pochi è divenuto bisogno di molti; il compito per il futuro sarà, oltretutto proseguire nel percorso iniziato (cercando di aprirci ai suggerimenti e alle proposte di chi vorrà associarsi al nostro cammino), non rinchiuderci in uno stretto localismo ma unirci ad esperienze più ampie con cui condividere i nostri obiettivi e a cui apportare il nostro contributo originale.



POSTER G 14

MODELLO DI ALZIRA: UN'ALTERNATIVA DI GESTIONE OSPEDALIERA

Pasquale Chiarelli, Centro Internazionale Studi Economia Sociale (CIRIEC), Valencia (E)

Questo lavoro nasce dalla passione coltivata in questi anni nei confronti delle evoluzioni economico-politiche in corso nel nostro Paese e nel resto della Comunità Europea riguardo al settore sanitario-ospedaliero.

Nell'occasione del periodo di studi svolto a Valencia (Spagna), con il progetto Erasmus, dove ho incontrato immediatamente la disponibilità del Prof. Monzón Campos, Presidente del Ciriec-Spagna (Centro Internazionale di Ricerche sull'Economia Pubblica, Sociale e Cooperativa), ho verificato questo mio interesse frequentando settimanalmente la nuova struttura ospedaliera di Alzira, poco distante da Valencia, nata grazie alla normativa (R.D.L. 10/96 del 17 giugno) sui soggetti erogatori di servizi sanitari.

La Legge che prevede queste nuove forme di gestione afferma “la necessità di formule organizzative più flessibili imprescindibili per far fronte alle esigenze di efficienza e di soddisfazione sociale [...] stabilendo la necessità di creare forme giuridiche più adeguate, che promuovano il senso della responsabilità nell'ambito di una organizzazione tanto complessa come quella sanitaria e che contribuiscano a rendere effettiva la progressiva separazione tra le competenze di finanziamento e d'acquisto di servizi sanitari e le funzioni di gestione ed erogazione”.

Quest'ospedale è risultato essere unico nel suo genere, nel panorama spagnolo ed europeo, poiché, gestito da una società formata *ad hoc*, non solo ha la concessione per l'erogazione del servizio pubblico, ma è anche responsabile di un'intera comunità, nella fattispecie la *Comarca de La Ribera*, composta da 230.000 abitanti.

Il pagamento si effettua su base *pro capite*, cioè, fissando un prezzo per residente per ogni anno. Questo pagamento include i costi di costruzione e di finanziamento degli investimenti indicati nel contratto, così come la manutenzione di questi investimenti e di quelli preesistenti nella zona. Si è poi stabilita la quantità di 34.000 pts. all'anno (£ 400.000 circa) per ogni persona che abbia diritto a ricevere l'assistenza sanitaria.

All'interno del Parlamento Spagnolo e del Governo della Comunità Valenciana la realizzazione di questa forma gestionale ha provocato molte polemiche. Da un lato, infatti, si difendeva l'immunità del servizio sanitario da logiche imprenditoriali, mentre dall'altro lato si richiamava la necessità di rivolgersi ad altre fonti finanziarie e ad altre forme gestionali per dare risposta alle richieste d'assistenza sanitaria, in quanto le sole forze dello Stato non erano sufficienti. Quest'ultima posizione non aveva però come scopo l'estromissione della struttura Stato dalle proprie responsabilità pubbliche, ma anzi promuoveva uno Stato più attento a controllare che l'efficienza e l'equità fossero rispettate – anche all'interno dell'Ospedale de La Ribera – ma non uno Stato più interventista.

Sull'onda di questa polemica e con l'aiuto di tutto il Ciriec, abbiamo organizzato, all'interno della Facoltà di Economia, un Convegno dal titolo “*Società, Stato e principio di sussidiarietà nell'Europa del nostro tempo*” (Valencia, 28 ottobre 1999), con lo scopo di dibattere, nella prima sessione, sulle ragioni filosofiche, sociali ed economiche che si trovano alla base delle esperienze private in campo sociale e, nella seconda sessione, su alcuni esempi di iniziativa privata a scopo pubblico, tra cui spiccava l'Ospedale de La Ribera.

SESSIONE POSTER n. 4
FORMAZIONE E GESTIONE
NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA



POSTER F1

TU SEI IMPORTANTE

GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: UN MODELLO

I.P. Di.H.S.Ma Melino Stefania, Prof. Fratino Pietro

Fondazione S.Maugeri - Clinica del Lavoro e della Riabilitazione - Centro Medico di Pavia

Divisione di Medicina Generale

Tel.0382-592.709 E-mail: smelino@fsm.it

INTRODUZIONE

Il lavoro è un'esperienza che assume una grande rilevanza nella vita ed è l'espressione totale della persona. Anche attraverso il lavoro l'uomo tende ad una soddisfazione, un compimento personale.

Lo scopo del lavoro non si esaurisce nella sua funzione sociale ed economica, ma come afferma l'enciclica *Laborem exercens* lo scopo del lavoro non è il lavoro stesso, ma l'uomo.

Le aziende sanitarie essendo *aziende di servizi*, pur contando anche su ambienti, tecnologia e materiali, hanno come risorsa principale il personale, la *risorsa umana*, di cui gli infermieri costituiscono una componente rilevante sul piano quantitativo e significativa per il tipo di servizio prestato. Gli infermieri svolgono un'assistenza di natura tecnica, relazionale ed educativa. Fornire un'assistenza globale e stabilire relazioni di aiuto, in particolare significa entrare in ciascuna di esse *come persona*: se l'operatore è frustato, stressato, in burn-out è dubbio che sia in grado di soddisfare i bisogni di persone sofferenti. Non è quindi possibile considerare l'organizzazione e gli obiettivi che si prefigge di raggiungere senza considerare contemporaneamente le esigenze e i bisogni degli operatori. Alcune ricerche riguardanti gli operatori sanitari e il personale infermieristico, hanno dimostrato una correlazione positiva tra la maggior soddisfazione del personale e la riduzione dello stress, dell'assenteismo, del turnover con relativi costi; altre indagini hanno evidenziato anche una correlazione positiva tra la soddisfazione e certi aspetti della produttività.

Il PSN 1998-2000 sottolinea l'importanza del "*capitale umano*" come patrimonio da sviluppare e promuovere e la "*risorsa umana*" come elemento strategico che influisce direttamente su quantità e qualità delle prestazioni oltre che sul grado di soddisfazione degli utenti.

Tuttavia l'attuale contesto pone molta importanza alla razionalizzazione economica perseguendo, nella gestione della risorsa umana, una *strategia di costo* il cui obiettivo è definito in termini di contenimento dei costi del personale. Questo orientamento, che persegue un'efficienza di breve periodo porta a una lenta spersonalizzazione dell'operatore, all'assuefazione e alla standardizzazione nell'agire professionale con conseguente de-responsabilizzazione del rapporto assistenziale.

E' noto peraltro come la non qualità di cura generi costi considerevoli che derivano dal mal utilizzo di risorse materiali e professionali.

E' possibile capovolgere l'ottica gestionale delle risorse umane da una logica che intende il "personale" come "oggetto", tipica del governo amministrativo a "soggetto -attore" forza creativa su cui investire?

Questa è la sfida che ho raccolto un anno fa come Caposala presso la Divisione di Medicina.

OBIETTIVI

1. Attuare una politica gestionale che tenta di conciliare i bisogni delle persone con i bisogni dell'organizzazione.
2. Creare delle condizioni di contesto capaci di permettere alla persona-operatore sanitario, l'espressione delle proprie capacità, potenzialità, favorendone la motivazione, la crescita e lo sviluppo.
3. Misurare i risultati mediante l'utilizzo di indicatori di "clima".

MATERIALI E METODI

Gli obiettivi sono stati raggiunti mediante:

- convocazione di tutto il personale Infermieristico ed OTA allo scopo di conoscere le diverse problematiche del personale di tipo personale (inidoneità alla mansione e/o limitazioni) ed organizzative (relazioni tra ruoli, necessità di struttura e di risorse

- tecnologiche); esplicitazione della mission della nuova caposala per creare una consapevolezza strategica diffusa;
- intensificazione dei rapporti tra caposala e personale mediante l'utilizzo di riunioni informative e formative i cui contenuti si riferiscono al contesto in generale (direttive della Direzione, Amministrazione, ecc) e a quello in particolare (esigenze dei pazienti, problemi organizzativi, proposte di miglioramento in genere)
 - coinvolgimento del personale OTA su specifiche responsabilità quotidiane "nominative" di compiti di manutenzione e pulizia (educazione a una corresponsabilità);
 - coinvolgimento e responsabilizzazione del personale IP sui contenuti di lavoro con presa di coscienza degli elementi personali e professionali di approccio alle problematiche assistenziali mediante corsi di formazione interni ad hoc;
 - supporto del personale nelle diverse problematiche riscontrate nei processi di lavoro, educazione all'utilizzo del problem solving;
 - introduzione del "Punto Blu" – News per "viaggiare informati", come strumento di informazione-comunicazione aggiornato dalla Caposala e riguardante le diverse novità organizzative della Fondazione;
 - progettazione della turnistica tenendo conto dei fabbisogni del personale e dell'organizzazione;
 - riorganizzazione dell'assistenza infermieristica da un modello assistenziale di tipo funzionale (per compiti)- efficientista) a un modello di nursing modulare (assegnazione di un gruppo di pazienti) – personalizzazione efficacia assistenziale e soddisfazione infermieristica per acquisizione);
 - riorganizzazione ed "abbellimento" degli spazi dedicati al personale stimolando la creatività e l'apporto di ognuno;
 - allargamento delle mansioni al personale OTA riguardo l'assegnazione di compiti semplici come ad es. la prevenzione delle lesioni da decubito;
 - favorire e supportare l'iscrizione a corsi di aggiornamento facoltativo e per il conseguimento della maturità scolastica;
 - partecipazione e coinvolgimento agli avvenimenti sociali del personale (compleanni, nascite, lutti, conseguimento risultati scolastici ecc);
 - riconoscimento personale e/o di gruppo sui risultati raggiunti.

RISULTATI

Per comprendere le ricadute dello stile di direzione sulla motivazione e l'appartenenza del personale infermieristico e ausiliario, si è proceduto al calcolo del tasso di assenteismo, evento sentinella avente ricadute sociali, organizzative ed economiche di notevole importanza.

In particolare si sono confrontati due differenti periodi di tempo (un anno) corrispondenti alle differenti leadership.

Dall'analisi delle malattie del personale si sono rilevate meno 230 giornate totali di assenza rispetto l'anno precedente. Su questo dato la percentuale di assenze per ricoveri, incidenti, lutti, malattie e/o ricoveri di bambini dei dipendenti incide per il 57,8% (gg 133).

Si è inoltre evidenziato una maggiore sensibilità ed interesse alla formazione personale (conseguimento maturità) e all'aggiornamento facoltativo con la partecipazione a corsi fuori. La partecipazione alle riunioni organizzate dalla caposala hanno dimostrato una presenza attiva e propositiva del personale. La percentuale di IP assenti alle riunioni è del 9%, quella delle OTA è del 30%.

CONCLUSIONE

Essenziale ad ottenere i succitati risultati è la consapevolezza che la funzione di leadership professionale non è e non può essere disgiunta da una continua ripresa dei motivi che danno ragione e scopo anzitutto alla mia persona. Il problema centrale delle nostre azioni quotidiane è avere un criterio ideale che dia consistenza - coscienza del destino dell'uomo che sono io e poi di tutti gli altri. La *risorsa umana* è l'uomo portatore di una domanda mutevole che dipende dal fatto che il suo bisogno è indefinibile e incolmabile, è la persona considerata nella sua unità umana e professionale. Da qui origina un modo di guardare la realtà capace di

valorizzare, riprendere, accompagnare la persona-operatore ad esprimere le proprie capacità e potenzialità, ma anche a comprendere e correggere i propri limiti.

L'oggetto del rapporto con i collaboratori è una *partnership* di lavoro sensato in cui il punto reale di significazione è il rapporto stesso. Dentro l'idea di lavoro c'è sempre l'idea di parteneship, un "tu" per cui fare qualcosa. La motivazione scaturisce dentro un rapporto. Come dimostra anche la Teoria di Herzberg sui fattori motivanti, non avrebbe senso un "io" senza un "tu" che lo riconosce e che dà significato e direzione al suo agire quotidiano. La mia funzione di leadership è andata precisandosi quindi come ri-costruzione di senso: ciò che è importante è trasmettere ai collaboratori il senso di ciò che fanno o è richiesto loro di fare. E' implicito che questo lo si può fare solo se almeno in parte lo si sperimenta personalmente.

All'interno di questa continua ricerca di costruzione e comunicazione di significato è possibile creare le premesse per una condivisione attiva e una reale cooperazione così che il luogo di lavoro, pur nella necessaria fatica, possa diventare una "dimora" per l'uomo che lavora, come per quello che necessita di cure, comunque una "casa" in cui l'umanità possa vivere in modo più umano e in cui le "...le creature...non restino estranee e nemiche le une con le altre, ma abbiano un luogo comune dove manifestare la loro amicizia e la loro pace".



POSTER F2

Il malato al centro: una sfida organizzativa.

C. Forni^o, L. Loro^o, T. Mazzei^o, C. Beghelli^o, M. Tremosini^o, A. Biolchini^o, A. Triggiani^o, C. Raspanti^o.

^o Servizio di Chemioterapia, Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna.

Nel linguaggio sanitario moderno la frase “il malato è al centro dell’organizzazione” è diventato uno slogan sempre più vuoto di contenuti. Nel nostro reparto, dove vengono trattati pazienti con sarcoma primitivo dell’osso, si è cercato di raccogliere la sfida.

Brevi dettagli esplicativi:

- I pazienti sono prevalentemente adolescenti e le famiglie desideravano partecipare, informati, al processo di cura.

Azioni:

- formulazione materiale informativo (libretti, schede, video...) e organizzazione di lezioni formative.
- eliminazione orari di visita, i familiari partecipano alla visita medica e a tutti i momenti assistenziali infermieristici, comfort notturno per un parente.

- La maggioranza dei pazienti frequenta ancora la scuola, specialmente le superiori, ma il trattamento li costringe per circa un anno a cicli di chemioterapia, il 40% perde l’anno scolastico.

Azioni:

- contatti con il Provveditorato agli Studi e progetto sperimentale con istituzione della scuola elementare, media e superiore di ogni ordine (77 docenti).

- I pazienti hanno difficoltà ad alimentarsi per le pesanti cure chemioterapiche.

Azioni:

- organizzazione di una cucina parenti perfettamente attrezzata dove possono preparare pasti personalizzati (il 70% dei pazienti a fine trattamento è aumentato di peso del 7-10%).

- Essendo una patologia rara i pazienti provengono da tutta Italia ed il 7% anche dall’estero. Sono tutti quindi lontano da casa per periodi medio-brevi.

Azioni:

- organizzazione di una lavanderia con lavatrice, asciugatrice, stendini vari e ferro da stiro
- gestione a totale carico infermieristico di un appartamento dove vengono ospitate le famiglie ed i pazienti negli intervalli brevi fra i cicli di chemioterapia.

- Nella struttura ospedaliera i pazienti trascorrono lunghi periodi “attaccati alle flebo con infusioni continue” per 16-19 cicli (circa 80 giorni effettivi di ricovero), da cui la richiesta da parte dei ragazzi di un ambiente accogliente e stimolante.

Azioni:

- organizzazione del progetto “Ospedale a Colori” con l’Accademia delle Belle Arti di Bologna che ha prodotto giganteschi pannelli affrescati in tutte le camere di degenza ed in corridoio.
- Organizzazione ed allestimento di un laboratorio d’informatica, di una ludoteca (giochi di società, puzzle, ecc...), di una videoteca (240 VHS di ogni tipo), di una biblioteca e posizionamento in ogni camera di TV con videoregistratori e play-station.
- Acquisto e cucitura di tende colorate a tutte le finestre delle camere di degenza, posizionamento di due grandi acquari e una piccola palestra.
- Orari elastici di sveglia dando priorità ad attività non al letto del malato di prima mattina.

- Fra i cicli di chemioterapia i pazienti tornano al proprio domicilio in genere molto lontano dal nostro centro dove si verificano importanti effetti collaterali (neutropenia, stomatiti, febbre...).

Azioni:

- istituzione di due linee telefoniche dedicate: una medica a fasce orarie ed una infermieristica 24 ore su 24 (30-40 telefonate al giorno) per comunicazione dei valori dell’emocromo, indicazioni terapeutiche, richieste rispetto lo stile di vita.

Tutte le azioni patrocinate dal personale infermieristico sono state rese possibili dall’ottima integrazione con i tre medici oncologi del reparto. Tutto il materiale necessario ci è stato fornito negli anni da privati sollecitati attraverso iniziative autonome e private del personale. Ogni bisogno emergente è stato quantificato, laddove possibile, attraverso specifiche raccolte dati (questionari, monitoraggio di sintomi, studi randomizzati) e dopo le azioni intraprese da altrettanti raccolte dati (studio sulle variazioni ponderali, sui cateteri venosi centrali, sulla qualità di vita, ...) consentendoci di dimostrare “scientificamente” la rispondenza delle azioni intraprese con il bisogno riscontrato.



POSTER F3

Il bisogno educativo in ospedale: quando la scuola diventa opera

C. Forni^o, L. Loro^o, T. Mazzei^o, C. Beghelli^o, M. Tremosini^o, A. Biolchini^o, A. Triggiani^o, C. Raspanti^o, E. Sgroi*.

^o *Servizio di Chemioterapia, Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna.*

* *Coordinatrice "Progetto scuola-ospedale", Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna*

Il reparto di Chemioterapia del Rizzoli è un servizio di 12 posti letto dove vengono trattati esclusivamente pazienti affetti da tumore primitivo dell'osso, Osteosarcoma e Sarcoma di Ewing delle estremità. La malattia colpendo le ossa nel periodo di massimo accrescimento ci caratterizza come reparto che tratta prevalentemente pazienti adolescenti. Il trattamento consiste nella somministrazione endovenosa di antitumorali per infusione continua per un totale di 16 cicli e quindi circa 10 mesi di trattamento.

Nel 1995 il personale infermieristico condusse uno studio retrospettivo su 622 pazienti sopravvissuti alla malattia per studiare come questi si fossero reinseriti nella vita normale. Da questo studio emerse che il 32% dei pazienti in età scolare a causa del trattamento aveva perduto l'anno scolastico e il 28,4% addirittura 2 anni. La maggioranza dei pazienti frequentava le scuole superiori di ogni ordine e questo comportava un'ulteriore difficoltà nel cercare di rispondere a tale pressante bisogno. In reparto era assicurata solo la presenza della scuola elementare. Si decise di contattare il Provveditorato agli Studi e si approntò un progetto sperimentale, unico in Europa, d'istituzione non solo della scuola media ma anche di ogni tipo di scuola superiore attraverso l'utilizzo dei crediti formativi. A 5 anni dall'inizio è presente oltre alla maestra elementare, l'intero corpo docente delle scuole medie (12 insegnanti), 8 insegnanti a cattedra piena delle materie fondamentali delle superiori, 12 in eccedenza ore e 44 volontari per tutte le materie specifiche dell'indirizzo di studio. I ragazzi vengono seguiti personalmente, in contatto con la scuola d'origine, attraverso lezioni personalizzate durante i giorni di ricovero. Quando sono a domicilio, tra gli intervalli del trattamento chemioterapico, se la malattia lo consente, frequentano la propria scuola altrimenti gli viene consegnato un fax portatile e proseguono gli studi con la nostra scuola. All'ingresso di un nuovo paziente in reparto viene spiegato il progetto scuola e consegnato un opuscolo informativo. Viene poi chiesta l'eventuale adesione e, in caso affermativo, viene contattata la scuola d'origine per la collaborazione nell'impostare il percorso formativo affinché sia condiviso. La giornata di degenza viene così scandita dal succedersi degli insegnanti per circa 4-5 ore che sono stati precedentemente **formati e informati** dal personale d'assistenza riguardo le caratteristiche del trattamento. L'organizzazione assistenziale modula i propri interventi cercando di rispettare il piano di studio della giornata.

Il progetto scuola ha quindi mutato radicalmente il clima e l'organizzazione del nostro lavoro. La soddisfazione delle famiglie e dei ragazzi che vedono accolto un loro specifico bisogno è documentata fra l'altro dal 100% delle adesioni al progetto in questi 5 anni. Si è notata inoltre una netta diminuzione degli effetti collaterali come l'incidenza della nausea e del vomito ma soprattutto nessuno dei ragazzi ricoverati in questi 5 anni ha perso l'anno scolastico. Il dover "piegare" l'organizzazione sanitaria, spesso rigida e preconfezionata, alle caratteristiche introdotte dal progetto è stata una sfida che ha insegnato come sia conveniente aderire alla Realtà piuttosto che ai "Piani di Lavoro".



POSTER F4

Può un parente diventare un bravo operatore sanitario nella gestione del CVC a lunga permanenza parzialmente impiantato in un paziente oncologico? L'esperienza dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna.

C. Raspanti, M. Tremosini, C. Forni, L. Loro, T. Mazzei, C. Beghelli, A. Biolchini, A. Triggiani.

Servizio di Chemioterapia, Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna.

La Sezione di Chemioterapia dei tumori ossei è un reparto di 12 letti nel Dipartimento di Oncologia Muscolo Scheletrico allo IOR Bologna.

Solo il 5% dei pazienti afferenti al centro provengono dall'Emilia Romagna, i restanti dalle altre regioni o dall'estero. Questi pazienti sono affetti da Osteosarcoma o Sarcoma di Ewing dell'estremità e nell'80% dei casi viene inserito un Catetere Venoso Centrale (CVC) a lungo termine parzialmente impiantato, non solo per l'infusione dei cicli chemioterapici in ospedale, ma anche per effettuare ripetuti prelievi ematici, terapie endovenose e trasfusionali necessarie a domicilio. Al fine di assicurare che tale presidio sia veramente efficace ed al tempo stesso sicuro vengono insegnate ai pazienti ed ad un loro familiare tutte le procedure per la gestione del CVC a casa. Questo per renderli edotti sulle manovre corrette da applicare al CVC e quindi in grado di valutare la correttezza degli operatori sanitari che eventualmente lo utilizzeranno.

Il nostro gruppo di lavoro inizialmente si è documentato consultando la bibliografia disponibile e visitando altri centri in cui veniva utilizzato questo presidio. Secondariamente si è provveduto all'organizzazione di un corso teorico-pratico ripetuto ciclicamente, dall'infermiere di turno all'interessato, allorché viene impiantato un nuovo CVC. Questo corso per la parte teorica è supportato dalla consegna di un libretto informativo e di una videocassetta, predisposti per l'occasione, in cui sono registrati tutti i passaggi chiave per una buona gestione del CVC, per la parte pratica è stato allestito un laboratorio per la simulazione fornito di manichino e presidi sanitari.

Ad un anno dall'inserimento di tale sperimentazione nei nostri piani di lavoro sono entrati in studio 52 pazienti (giugno 1999-giugno 2000). Confrontando i dati prima della sperimentazione con quelli registrati in questo periodo abbiamo verificato che tale metodologia ha consentito una diminuzione dell'incidenza delle infezioni dal 11,5% al 7,6%, i malfunzionamenti sono passati dal 38,4% al 23% e solo l'1,6% dei pazienti non ha mai usato il CVC a casa rispetto il 13,4% dello studio precedente. L'analisi dei dati ha dimostrato che l'obiettivo prefissato è stato pienamente raggiunto.



POSTER F5

La soddisfazione dei bisogni di formazione continua e aggiornamento dell' infermiere : necessità, obbligo normativo, crescita professionale e personale ?

Patrizia Di Giacomo IP Ostetrica Dirigente Assistenza Infermieristica

tutor e docente di Infermieristica Clinica Corso di Diploma Universitario per Infermiere Università di Bologna Polo Didattico di Rimini

Sommario

La formazione è indispensabile in un contesto come quello sanitario in cui le conoscenze scientifiche sono in continuo sviluppo e il contesto sociale è in continua evoluzione; ma perchè sia leva di cambiamento e di miglioramento gli operatori ,in primo luogo gli infermieri che costituiscono le risorse umane prevalenti in Sanità, che agiscono all'interno dell'organizzazione sanitaria devono esserne protagonisti e non viverla come imposizione dall'alto di cui non conoscono e non condividono gli obiettivi e le aspettative , *devono avere gli strumenti e le conoscenze per poter essere in grado di gestirla.*

Il poster vuole essere la base di partenza di una riflessione sulla definizione e gli obiettivi della formazione continua alla luce della prossima introduzione della ECM per sviluppare con altri infermieri una riflessione critica e un giudizio a partire dall' esperienza lavorativa e dalle esperienze formative italiane

La formazione continua si definisce come l' aggiornamento delle conoscenze, delle competenze e dei comportamenti rispetto al proprio ambito di lavoro e si sviluppa attraverso :

- ✓ L' integrazione e la qualificazione specifica delle conoscenze possedute e/o la loro contestualizzazione all'interno della realtà sanitaria
- ✓ L' acquisizione di nuove metodologie e strumenti ,
- ✓ Lo sviluppo delle abilità e delle capacità personali e del gruppo

La programmazione e la pianificazione di formazione per il personale infermieristico, all'interno di un 'Azienda USL o del gruppo professionale ,*deve commisurarsi alle effettive necessità ed esigenze del personale :*

1. per migliorare/sviluppare le competenze,le abilità cliniche e relazionali, i comportamenti dei singoli operatori
2. per agire sul contesto organizzativo e rispondere ai ai bisogni di salute delle persone assistite nel territorio di riferimento

Con l' introduzione dell' ECM : “...La formazione continua viene quindi a svilupparsi sia attraverso percorsi formativi autogestiti sia (in modo prevalente)in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e regionale e secondo le modalità indicate dalla Commissione di cui art 16-ter ...”art 16 bis Dlgs 229/99

- la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per l' esercizio professionale (crediti formativi)
- l'offerta formativa è assoggettata ad una verifica sulla qualità (accreditamento delle agenzie di formazione/dell' offerta formativa rispetto a obiettivi e congruenza dei contenuti vs obiettivi programmati)
- valutazione dell' offerta formativa circa qualità utilità e validità
- individuazione degli obiettivi formativi avviene a livello nazionale (Commissione ECM).

Alcuni vantaggi

- Definizione regole del gioco
- Individuazione obiettivi generali della formazione rispetto agli obiettivi sanitari del paese e ai problemi prioritari di salute
- Valutazione e validazione delle modalità e dei criteri di costruzione dei percorsi formativi
- La formazione continua viene sottratta alla scelta discrezionale del professionista, e viene inserita nella programmazione e organizzazione dei servizi sanitari
- Pluralità di offerta formativa e specificità per valorizzare la professionalità dei professionisti sanitari e rispondere ai bisogni di salute della popolazione

Possibili rischi insiti nelle modalità di costruzione

- Criteri di formazione della Commissione :scelta di peso politico, prevalenza dei rappresentanti delle istituzioni, assenza degli esperti di formazione)

- Rindondanza della classe medica/assenza degli altri professionisti : dov'è la specificità della formazione rispetto al miglioramento delle competenze e delle abilità ...?
- Centralizzazione con conseguente burocratizzazione delle iniziative (commissione nazionale, regionale ...)
- Chi valuta cosa? rispetto alla valutazione dei programmi formativi
- Diffusione dell' informazione rispetto alla ECM?
- Chi garantisce l' equità dell' accesso alle iniziative di formazione.

Specificatamente per la professione infermieristica:

gli interrogativi riguardano le modalità di sviluppo delle competenze, intese come conoscenze, abilità tecniche, capacità comunicative per il raggiungimento dei 150 crediti in un triennio declinate come:

modalità di accesso : facile e uguale accessibilità per tutti gli infermieri

definizione degli obiettivi formativi :

coerenza tra gli obiettivi formativi e le competenze dell' infermiere:

- Pianificazione e gestione dell'assistenza e teorie e modelli infermieristici
- orientamento* :
- alla formulazione e applicazione di linee guida- protocolli,
- alla valutazione assistenza infermieristica
- alla riflessione sui valori

modalità per l' apprendimento :

utilizzo di metodologie attive per l' apprendimento (per i professionisti

l' apprendimento parte da un giudizio a partire dalla propria esperienza)

metodologie di valutazione delle competenze acquisite

possibilità di integrazione fra i crediti formativi e i crediti universitari (ad esempio riguardo all' accesso alla formazione complementare e ai master di perfezionamento)

le sedi della formazione :

La formazione continua , come sembra definita attraverso l' ECM è realizzabile in modo da:

1. individuare e definire i bisogni formativi delle persone che operano all' interno della struttura organizzativa per :
 - far emergere i bisogni formativi di specificità tecnica e professionale rispetto alle funzioni dell' infermiere
 - offrire reale aggiornamento delle competenze tecnico-scientifiche e relazionali finalizzato all' accrescimento della professionalità con raggiungimento del più alto grado di operatività e di autonomia rispetto alla funzione assegnata
 - incidere sull' organizzazione del lavoro (dalle mansioni all' assistenza personalizzata, assistenza per obiettivi ecc.)
 - individuare le le priorità di intervento
2. progettare , a fronte di bisogni comuni , percorsi costruiti e condivisi insieme al personale da coinvolgere e in grado di rispondere alle specificità legate agli ambiti delle singole aree/servizi o di bisogni/problemi di salute
3. valutare la ricaduta delle attività formative in termini di miglioramento delle performances individuali e di gruppo, di cambiamento dei comportamenti professionali e dei processi assistenziali e organizzativi
4. valorizzare il background culturale e professionale di ogni professionista e saper far interagire le conoscenze e le esperienze professionali personali preesistenti con il quadro generale di riferimento che sottosta alla programmazione della formazione *per sviluppare la motivazione ad apprendere*

e non solo un ulteriore obbligo normativo ?



POSTER F6

Processo di gestione del personale infermieristico e di supporto : Riorganizzazione delle attività e delle dotazioni in un presidio ospedaliero di piccole dimensioni

Obiettivo

Rimodulazione della gestione delle risorse umane in un piccolo presidio ospedaliero e Riorganizzazione delle attività in seguito alla rideterminazione dotazione organica di personale infermieristico

Percorso

ANALISI ORGANIZZATIVA con identificazione delle criticità rispetto a
utilizzo risorse vs attività/servizi erogati
soddisfamento bisogni degli utenti

RIORGANIZZAZIONE ASSISTENZA INFERMIERISTICA

individuazione e formalizzazione delle linee gerarchiche e delle aree di responsabilità

Progetto di riorganizzazione delle attività assistenziali Nelle U.O.

Struttura Organizzativa	Presidio Ospedaliero Servizio Infermieristico/U.O.
Area di riferimento	Organizzazione / Gestione risorse
Progetto	Riorganizzazione attività assistenziali /assegnazione risorse
1 - Problema 2 - Cause	1-2 criticità dei percorsi difficoltà di integrazione fra le diverse figure professionali elevato turn over del personale infermieristico
3 – Obiettivo	miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica ,integrazione fra le attività assistenziali e fra le diverse figure professionali
4 – Azioni	incremento del livello della soddisfazione degli operatori vedi allegato
Indicatori di risultato	utilizzo scheda infermieristica per l'80%dei pazienti nell'arco di due mesi e al 100%dopo 4 mesi utilizzo scheda di Braden 75%pazienti utilizzo di protocolli e procedure operative da parte di tutto il personale riunioni periodiche con presenza do almeno 80%degli operatori riduzione totale ferie non godute entro la fine dell'anno di fruizione riduzione ore di straordinario non legato all'aggiornamento e ai gruppi di lavoro diminuizione turn over del personale aumento livello soddisfazione del personale (misurazione attraverso questionario somministrato inizio riorganizzazione,dopo 3 mesi
Componenti gruppo di miglioramento e Coordinatore	Responsabile Servizio Infermieristico Dirigente Inf.di Presidio Infermieri e ota dell' equipe
Tempi: avvio/scadenza	prima verifica dopo 3 mesi dall'inizio della riorganizzazione

Allegato .

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

sui percorsi:

divisione strutturale della divisione in due sezioni con :

sull'organizzazione e sulla gestione delle risorse umane :

1. divisione funzionale del gruppo infermieristico in due équipes con definizione e identificazione delle responsabilità (chi fa che cosa dove e quando)
2. elaborazione piani di lavoro per figura professionale/piani di attività/procedure e protocolli
3. riprogettazione articolazione del turno di servizio attività vs risorse date
4. previsione di pool di sostituzione dell'organico integrativo per il godimento ferie estive.
5. Assegnazione al **personale OTA di soli compiti di assistenza di base ed alberghiera e centralizzazione dei trasporti**

sulla documentazione infermieristica:

- 1 utilizzo della cartella infermieristica
- 2 utilizzo della scheda di Braden ;adozione protocolli operativi per prevenzione delle lesioni da pressione

sul clima ambientale:

- 1 riunioni periodiche gruppo infermieristico/equipe multidisciplinare ; gruppo infermieristico/servizio infermieristico;analisi di casi

azioni di formazione:

Piano di formazione metodologia assistenza infermieristica

Contenuti:

- identificazione del ruolo professionale e del mandato
- assistenza personalizzata
- acquisizione di strumenti per la realizzazione
 - della documentazione infermieristica: piani di lavoro,protocolli e procedure
 - ,cartella infermieristica
 - di una organizzazione assistenziale per obiettivi personalizzata
 - per il miglioramento continuo della qualità
- modalità della comunicazione

Qualunque progetto di riorganizzazione in ambito di struttura sanitaria coinvolge il personale infermieristico per :

- stretto contatto con l'utenza attraverso le prestazioni erogate in risposta ai suoi bisogni
- percentuale più ampia di personale

Trattando di risorse umane non può prescindere da :

- ✓ motivazione e valorizzazione del personale
- ✓ distribuzione del carico lavorativo
- ✓ processi di formazione

La risposta ai problemi di salute e soddisfazione ai bisogni della persona utente da parte delle strutture sanitarie si può realizzare attraverso l'adozione di nuove modalità organizzative che permettano in un'ottica di integrazione e di responsabilizzazione l'offerta di un servizio di qualità pur con il contenimento dei costi

Ma non può non considerare che necessita di assistenza infermieristica erogata in modo qualitativamente significativo quindi da infermieri attenti alle esigenze dell'utente, che si sentono responsabili dei risultati per quanto di loro competenza o in integrazione con le attività mediche e non da infermieri che sono costretti alla semplice copertura di turni .

In questa logica di qualità l'identificazione del fabbisogno di personale infermieristico e di supporto deve basarsi non solo sui tempi di assistenza/copertura turni 24 ore ma su:

- individuazione aree di operatività in base a : complessità, standardizzabilità, peso assistenziale, numerosità , differenziazione delle tipologia di funzioni assistenziali
- individuazione dei principali processi di lavoro/ delle attività/tipologia di attività
- definizione delle attività :infermieristiche e di supporto e dei livelli standards di qualità delle prestazioni erogate ,
- determinazione variabili del fabbisogno (personale con inidoneità al turno., part time, L. 1204, L.53 L.104) .



POSTER F7

L'INFERMIERE ED IL PAZIENTE ONCOLOGICO TERMINALE

L. Di Leo, T. Gianera, N. Rubino, A. Pagnottoni, G. Reale, B. Dedor, A. Gambaro e M.E. Damiani.

Dipartimento Oncologico Azienda Ospedaliera Luigi Sacco-Milano.

Noi operatori non possiamo conoscere soggettivamente cosa significhi essere morenti. Possiamo ritrovare l'infanzia, l'adolescenza, la giovinezza e l'età adulta, ma vecchiaia e morte non appartengono ancora alla nostra diretta esperienza. Tuttavia, per chi lavora con i malati oncologici, l'incontro con tutto ciò è inevitabile. In una certa misura anche i ricordi, i sentimenti, i vissuti legati alla morte di familiari o amici, si possono rivivere ed attivare nel rapporto con queste persone come pure la visione, l'immaginazione o il timore della nostra finitudine. Questa consapevolezza può creare un vuoto assistenziale determinando atteggiamenti di indifferenza. Ignorare tali aspetti, per noi significherebbe perdere un'occasione per comprendere il vero significato del nostro lavoro.

Sapere ascoltare chi muore significa prima di tutto saper ascoltare se stessi; significa prendere coscienza che la relazione con la morte non implichi solo un processo biologico, ma anche la rappresentazione ed il nostro atteggiamento ad esse legato, significa ripensare al senso della propria attività con malati in base anche a quei bisogni psicologici, umani, che si possono conoscere solo dando la parola a loro, ascoltando le loro storie.

Per accogliere le loro parole e le nostre intorno a temi così difficili come la morte è necessaria una formazione più collegata che non sia rivolta a fornire schemi di comportamento precodificati; una scuola, quindi, che non si limiti ad insegnare i concetti di empatia ed accettazione incondizionata, ma li sappia rendere esperienze di vita. Si tratta di accostarsi al malato, vedendone anche la persona, capire gli atteggiamenti ed i comportamenti manifestati, spesso distorti dalla malattia e dalla consapevolezza di morire; si tratta di avvicinarsi al paziente in una prospettiva diversa, cioè non impostata esclusivamente su modelli di comportamento di attività professionali tecniche e standardizzate.

Tutto ciò comporta l'instaurazione di un rapporto autentico ed aiuta a riconoscere che il malato è una persona totale, che un sintomo coinvolge tutto l'organismo e che la malattia è una forma di vita. Il calore umano e la confidenzialità, il rispetto per il silenzio o per il dialogo voluto dal paziente possono sicuramente alleviare le sofferenze.

L'ascolto delle loro storie può ridare loro un ruolo di protagonismo che li ha resi partecipi ed attivi nella quotidianità. Per noi operatori apprendere ed ascoltare il linguaggio del paziente deve essere un evento significativo perché l'ascolto è la più semplice forma di terapia e, tramite l'ascolto, rispondere alle domande del malato diventa un'impresa meno difficoltosa.

Un rapporto è quindi di aiuto quando nell'operatore vi è una reale disponibilità a mettere in discussione se stesso, nel rapporto che lo vede protagonista.

Solamente se così articolato il rapporto assistenziale diventa evento educativo e formativo sia per lo stesso operatore ma anche per l'assistito che si sente accettato e compreso nella sua totalità di essere umano.

Se l'operatore accetta ed elabora dentro di sé le proprie angosce nei confronti della malattia e della morte, potrà porsi in posizione attiva nei confronti del paziente; in caso contrario il paziente percepisce come propria la situazione di rigetto della malattia da parte dell'operatore e si trova impreparato e non aiutato ad affrontare le sue angosce.



POSTER E1

Educazione medica e medicine complementari o non-convenzionali

Paolo Bellavite, Riccardo Ortolani

Università di Verona e Azienda Ospedaliera di Verona

La distinzione tra medicina ufficiale e medicine non-convenzionali o complementari ed i problemi che da tale distinzione sono sollevati vanno inquadrati sul piano storico ed epistemologico, come parte di un continuo e mai concluso confronto tra diversi paradigmi scientifici e medici. La crisi attuale della medicina occidentale deriva sostanzialmente dalla difficoltà di conciliare il progressivo dominio dell'approccio scientifico-molecolare e tecnologico con la crescente necessità di riscoprire gli aspetti più personali ed individualizzati della cura, che sono particolarmente importanti nelle malattie croniche e multifattoriali. Alcune forme di medicina non convenzionale possono probabilmente contribuire a colmare alcune lacune metodologiche e concettuali lasciate dalla super-specializzazione e dal prevalere del pensiero razionalista rispetto a quello empirico negli ultimi secoli e particolarmente negli ultimi decenni. Tali medicine hanno diversificate origini storico-geografiche e metodologie, più o meno integrabili con quelle della medicina convenzionale.

Molti medici hanno volto l'attenzione verso metodologie terapeutiche diverse da quelle ufficialmente praticate nella medicina occidentale moderna e, verificandone alcuni risultati, le hanno incorporate nella loro attività clinica. Il modo più corretto di guardare al fenomeno è quello di esaminarne le ragioni d'essere, individuarne le molte possibili distorsioni, sfruttarne le potenziali positività in vista di una possibile integrazione di diversi approcci terapeutici. Tale eventuale integrazione di alcune pratiche non convenzionali richiede un maggiore impegno nella ricerca scientifica, nella qualifica delle varie figure professionali, nell'aggiornamento dei medici, tradizionalmente formati solo nelle materie "convenzionali".

Molti sostengono che le medicine non convenzionali siano portatrici di un messaggio positivo legato alla riscoperta della globalità dell'atto medico, della cura della salute in tutti i suoi aspetti, del rapporto medico-paziente più diretto e partecipato. Quanto all'efficacia di tali trattamenti, gli studi condotti con criteri moderni hanno fornito risultati incoraggianti almeno in alcuni campi (agopuntura, fitoterapia, omeopatia), anche se molti problemi, soprattutto di tipo metodologico, rimangono aperti. Non si devono neanche sottovalutare i rischi insiti in un indiscriminato ricorso a pratiche mediche di scarsa, dubbia o nessuna efficacia dimostrabile. Non vi è qui lo spazio per un'analisi esaustiva delle varie ed eterogenee medicine non convenzionali, per cui si rimanda a testi specialistici ed ai documenti già disponibili o in corso di elaborazione dell'Osservatorio per le Medicine Complementari istituito per iniziativa dell'Università di Verona e dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Verona (<http://chimclin.univr.it/ome>). Tale Osservatorio ha recentemente pubblicato un dossier sulle medicine complementari che si praticano in Europa (1). L'unica via per non creare conflittualità tra sistemi medici diversi (cosa che non farebbe che ripercuotersi ultimamente in una cattiva cura dei pazienti) è quello di aprire un discorso di *medicina integrata* (2,3) la cui filosofia di fondo si potrebbe riassumere nella frase "esaminate ogni cosa, tenete ciò che vale" (1TS, 5,21), un obiettivo finalizzato alla salute integrale della persona umana.

Docenti della facoltà di Medicina di Verona, medici della Azienda Ospedaliera e medici che lavorano sul territorio hanno recentemente istituito un gruppo di lavoro e di confronto su questi temi. Nell'a.a. 2000-2001 si è tenuto presso il Policlinico di Verona un primo corso di aggiornamento interdisciplinare di medicina integrata. Chi fosse interessato può contattare gli autori di questa comunicazione agli indirizzi: blpl@borgoroma.univr.it e aletisia@borgoroma.univr.it

Bibliografia

1. Bellavite, P., Conforti, A., Lechi, A., Menestrina, F. e Pomari, S. (Editori) (2000). Le medicine complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili. Utet-Periodici Scientifici, Milano.
2. Bellavite, P. (1998) Biodinamica. Basi Fisiopatologiche e Tracce di Metodo per una Medicina Integrata. Tecniche Nuove, Milano
3. Bellavite, P., Lussignoli, S., Andrioli, G., Ortolani, R. and Conforti, A. (2000) Ricerca clinica in omeopatia: lo stato dell'arte. In: Verso una Medicina Integrata. Atti 1° Convegno Nazionale SIOMI, Firenze, pp. 13-22



POSTER E2

Il triage in Pronto Soccorso: un'opportunità di formazione continua per Medici e Infermieri Professionali

Pupaiz M., Traficante M., Perrucchini C.

Servizio di Pronto Soccorso e Accettazione
Ospedale di Circolo – Fondazione Macchi, Varese.
Primario: Dott. Francesco Perlasca

L'efficacia e l'efficienza del triage in PS sono correlate alla risoluzione dei problemi strutturali, ai supporti tecnologici e alle risorse umane. Per questo motivo l'attivazione della formazione al triage nel nostro Servizio è iniziata contemporaneamente all'inizio della ristrutturazione muraria, tecnologica e di organico. Dopo un corso teorico di sensibilizzazione riservato agli IP e ad alcuni medici di PS, si è dato il via alla costituzione di un gruppo di lavoro misto, riunibile con scadenza periodica e operante in sintonia con la dirigenza del Servizio. Infatti se l'esecuzione del triage è compito infermieristico, le procedure scelte devono essere condivise dal Medico di PS e approvate dalla Direzione. Si sono perseguiti due obiettivi: pianificare il progetto e la sperimentazione iniziale del servizio di triage e selezionare gli argomenti su cui realizzare le prime linee guida. Il programma di formazione ha riguardato l'intera équipe infermieristica; sia per una valenza culturale, che per sottolineare la centralità del triage. In secondo luogo la rotazione del personale impone una consapevolezza delle procedure e dei percorsi che il paziente affronta dopo l'attribuzione del codice di gravità. Ciò consente a ciascuno di acquisire una migliore capacità decisionale, con un più razionale utilizzo delle potenzialità del servizio. Il personale medico è stato coinvolto nel processo formativo sia con compiti di docenza, che per stimolare al lavoro di équipe. Sono state analizzate le diverse strategie decisionali e si è ritenuto che il riconoscimento di modelli, che permettessero di assumere rapide decisioni basandosi su informazioni limitate, offra i migliori vantaggi; tale scelta non esclude tuttavia l'applicazione del ragionamento deduttivo (spesso applicato inconsciamente) e il ruolo dell'intuizione, elemento non misurabile ma di riconosciuto valore nella pratica clinica. La disponibilità di linee guida cui attenersi e dei criteri di attribuzione del codice di gravità rappresentano anche una tutela per il personale addetto al triage spesso sottoposto alle incongrue pressioni dovute ad aspettative ingiustificate dell'utenza anche se nella fase attuale si applica il "triage da bancone" nelle ore diurne. L'applicazione sistematica da oltre un anno del triage ha confermato la necessità di intendere tale attività di PS come un processo di formazione continua. Il programma informatico in uso permette di effettuare una verifica della concordanza tra il codice di gravità attribuito al triage con quello attribuito dal Medico al termine della prestazione. La migliore distribuzione del lavoro tra le unità operative e la razionalizzazione dell'accesso dei codici di gravità minore ha stimolato l'esigenza dell'approntamento di ulteriori linee guida su altre manifestazioni sintomatiche di frequente riscontro. La formazione continua, intesa quindi come progressivo miglioramento della attività esistente, è una realtà di fatto. Un ulteriore stimolo formativo è costituito dal frequente turn-over del personale medico e infermieristico, con la necessità di educare frequentemente nuove persone. Un servizio già attivato e operativo consente, con un periodo di affiancamento, la trasmissione semplice e lineare delle procedure. Il riscontro di elementi di insoddisfazione nell'attività in corso da parte del personale e dell'utenza, e la ricerca di possibili correttivi, sono uno degli scopi della revisione periodica dell'attività di triage. Poiché il triage ha lo scopo di ridurre o annullare i tempi di attesa per i pazienti acuti e migliorare le prestazioni in urgenza, l'esecuzione corretta di esso non è in grado di consentire di per sé un risparmio sulla quantità totale dei tempi di attesa, ma solo di operare una redistribuzione a favore di chi è più grave. Per valutare l'efficacia del triage si possono utilizzare due indicatori: la congruenza tra operato e linee guida con l'incidenza di sovra e sottostima e la riduzione effettiva dei tempi di attesa per i pazienti critici. Anche tale verifica, attualmente in corso presso il nostro servizio, rappresenta quindi un elemento di formazione continua per la componente medica e infermieristica.



POSTER E3

Programma di Tirocinio per Studenti e Medici Frequentatori del Pronto Soccorso

Bianchi M., Truda A., Perlasca F.
Servizio di Pronto Soccorso e Accettazione
Ospedale di Circolo – Fondazione Macchi, Varese
Primario: Dott. Francesco Perlasca

Il Pronto Soccorso rappresenta spesso nella sensibilità dei giovani medici il luogo dove si concentrano idealmente abilità tecniche e dedizione agli ideali che ispirano la professione medica, gratificazione professionale e sacrificio personale. L'esperienza umana e professionale acquisita dai medici di un PS può essere un prezioso ausilio formativo per i medici neolaureati attratti da una visione olistica della medicina, contrastante con l'attuale tendenza alla settorializzazione delle conoscenze mediche. Per tale esigenza abbiamo cercato di definire l'attività dei medici neolaureati e frequentatori nel rispetto delle loro istanze professionali ed umane. Il programma ha l'obiettivo di preparare i tirocinanti all'approccio generale del paziente con diverse tipologie d'urgenza, acquisendo esperienza riguardo alle tecniche e alle procedure normalmente in uso. Prevede due incontri teorici e la frequenza nelle diverse strutture costituenti il servizio di PS.

Negli incontri teorici vengono illustrate le problematiche professionali, deontologiche, logistiche alla base del funzionamento delle strutture deputate all'urgenza, per infondere i principi di un corretto ricorso ad esse, i loro rapporti con la medicina del territorio, l'emergenza territoriale e le strutture intra-ospedaliere. A livello teorico vengono fornite indicazioni sullo strumentario, sulla farmacopea di minima per la gestione di piccole urgenze e indicazioni per una preparazione teorica generale nel campo dell'urgenza-emergenza. Vengono illustrati gli aspetti organizzativi del triage e i percorsi interni di un servizio di emergenza.

Il periodo di frequenza consente in generale le seguenti esperienze:

- Procedure di PS: trattamento delle ferite, piccola chirurgia; traumatologia (semeiotica di base, trattamento dei traumi e del dolore traumatico, riduzione e immobilizzazione di lussazioni e fratture non chirurgiche, ecc.); procedure elementari in PS (rimozione di CE oculari, auricolari, nasali, tamponamento di epistassi, trattamento delle punture d'insetto e di morsi di animale, tecniche di medicazione, gestione del trauma cranico minore, cervicale, toracico e addominale), trattamento delle intossicazioni più comuni.
- Procedure medico-infermieristiche: cateterismo venoso, prelievo di sangue arterioso e venoso, cateterismo vescicole, posizionamento di SNG, aspirazione tracheobronchiale.
- Gestione della più comuni manifestazioni cliniche afferenti al PS: mediche (dolore toracico, cefalea, dispnea, lipotimia e sincope, sindrome vertiginosa, patologia cerebro-vascolare acuta, tachi-bradiaritmie, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, bpcu e sindromi broncospastiche, ipertensione sintomatica, sindromi convulsive, scompenso diabetico) e chirurgiche (quadri addominali acuti, emorragie digestive, patologia dell'aorta e vascolare periferica, pneumotorace, ernie complicate).
- Procedure di rianimazione: gestione dell'arresto cardiorespiratorio, dell'insufficienza respiratoria, dello shock ipovolemico, del trauma cranico maggiore e spinale, del paziente clinico in coma; monitoraggio clinico e strumentale.
- Sociopatie: sindromi da abuso, somatizzazione d'ansia, patologia psichiatrica.

Il tirocinante viene assegnato per un periodo di 10 gg ad un medico esperto nelle specifiche procedure per ciascuna delle aree in cui è suddiviso il pronto soccorso (traumatologia, rianimazione, accettazione generale), a cui viene affidato un compito "tutoriale"; egli ne coordina la frequenza e favorisce il passaggio di conoscenze dai medici operanti nell'area al medico in formazione. Il supporto dei medici dell'area consente al tutor di organizzare la rotazione dei tirocinanti all'interno della struttura, e alleggerisce il suo carico di attività didattica. La presenza dei pazienti ricoverati presso l'astanteria consente ai tirocinanti, secondo le indicazioni del rispettivo "tutor", di seguire le procedure infermieristiche e l'attività diagnostico-terapeutica dell'osservazione temporanea. La turnazione presso l'area di triage, affiancato all'IP qualificato, consente al tirocinante di acquisire dimestichezza con le procedure di accoglienza e assegnazione dei codici di gravità. Gli stessi presidi medico-chirurgici in dotazione, sono messi a disposizione nelle dimostrazioni pratiche e per facilitarne l'abitudine all'utilizzo. Viene inoltre assicurata la disponibilità di integrare le esperienze di ciascuno con dimostrazioni teorico-pratiche, organizzate a richiesta, nonché con la prosecuzione volontaria del periodo di affidamento ai medici dell'area presso la quale si intende proseguire il training.



POSTER E4

Scuola di Ematologia San Callisto: valutazione preliminare
dopo due anni di esperienza

P Marengo, M Bregni, S Deola, G Grillo, F. Pagliai, F. Foini, E. Setola.
Ospedale Niguarda, Milano; Istituto H San Raffaele, Milano; Ospedale Careggi, Firenze; Centro Cardiologico
Monzino, Milano; Istituto di Ematologia e Oncologia Seragnoli, Bologna.

Introduzione: una scuola di formazione non è valutabile dall'ufficialità del titolo, ma dalla qualità della formazione. Questa implica 3 fattori principali; di questi la **possibilità di accesso ad una conoscenza** è solo il primo, necessario ma non sufficiente (basterebbe una banca dati). Occorre anche **la partecipazione ad una esperienza che permetta di apprendere la criticità**, cioè il giudizio di adeguatezza della risposta professionale alla domanda posta da chi si rivolge allo specialista. Trattandosi di un PERSONA tale valutazione sorpassa di molto le misure della EBM: si tratta di rispondere alla domanda: dottore, qual è per me oggi che ho questa malattia, la migliore possibilità di cura? Il terzo aspetto della formazione è **la tendenza alla totalità, cioè all'Unum del sapere (Universitas)** fondamentale perché lo specialista possa continuare a svolgere il suo lavoro.

Sia l'aggiornamento (Congressi, EBM...) dei medici specialisti, sia la frequenza alle Scuole di Specialità e l'insegnamento accademico forniscono, spesso parzialmente, solo il primo livello. Come specialisti oncologi ed ematologi da anni al lavoro con malati che pongono questa domanda, incontrando giovani che chiedevano una formazione in tale settore, abbiamo sentito l'esigenza di **un ambito dove potessero avvenire anche gli altri due livelli di formazione**. Pertanto da due anni è iniziato un rapporto stabile tra medici specializzandi, studenti in tesi di Ematologia e specialisti emato-oncologi.

Materiali e metodo: il metodo di questo lavoro è seminariale, interattivo.

- La risorsa principale è il soggetto: medici e studenti decisi ad esprimere una professionalità in questo campo. Pertanto è stato proposto un lavoro permanente su di sé in modo che lo scopo del lavoro professionale, riverbero della motivazione del professionista rimanga vivo ed informi lo specifico. Sono stati utilizzati testi sul lavoro, sulla costruzione di opere, sulla sofferenza e sul morire, in particolare di L. Giussani e di A. Scola.
- Sono stati affrontati temi specifici ematologici (HD, LLC, linfomi indolenti, mieloma). In questo lavoro il livello della EBM (il protocollo più aggiornato) non è stato il punto conclusivo, ma è stato giudicato rispetto alla persona malata (ad es. messa in evidenza della diversità di vita per pari OS e diverso DFS.);
- Si è cercato di individuare luoghi dove imparare (imparare a "fare ricerca" o imparare a "prendersi cura" dei malati); infatti solo partecipando ad una esperienza in atto si impara;
- Si è cercato di collaborare ad un orientamento professionale individuando i diversi luoghi dove si può svolgere un lavoro di ematologia-oncologia e di differenziarne i compiti (es. ospedale periferico, centro di riferimento, centri trasfusionali....);

Risultati: Oltre ad una stesura più articolata e compiuta delle flow-chart di trattamento delle patologie affrontate, risultati significativi sono stati: l'apprendimento di un metodo e la costituzione di una rete di rapporti di specialisti a diversi livelli ai quali può essere posta la domanda dei pazienti e anche le domande che emergono da parte dei professionisti (ad es il giudizio sulla ricerca sulle cellule staminali adulte e/o embrionali). Risultato non secondario è stato accorgersi che un lavoro così corrisponde all'esigenza di unità di sé e di totalità: infatti fattori di conoscenza sono la domanda e l'attaccamento alla realtà.

Conclusioni: anche se preliminare la sperimentazione ci sembra interessante perché:

1. Un approccio di questo tipo è apparso in grado **di migliorare la conoscenza** scientifica e di aumentare l'efficacia degli interventi terapeutici, e non solo per la messa in comune delle professionalità;
2. E' di fatto risultato essere un **luogo di resistenza** nei confronti di una modalità riduttiva di intendere la medicina specialistica, come affronto della malattia e non come presa in cura della persona malata
3. Appare perciò in grado di creare o mantenere **forme innovative** di assistenza e di organizzazione dei reparti fondate sul rapporto di solidarietà tra il professionista e chi ha una domanda di salute.

Prospettive. La Scuola può essere allargata: per questo rimane però fondamentale la condivisione della motivazione. Si è pensato di rendere utilizzabili ad altri il lavoro fatto e i giudizi emersi (ad es. attraverso un sito emato-oncologico). Da ultimo potrebbe essere richiesto un riconoscimento di qualche tipo per la scuola.



POSTER E5

STATO OCCUPAZIONALE DEI GIOVANI MEDICI DELL'ORDINE DI MILANO

S.Carugo, I.Calchera, M.Costa Angeli, M.Sinisi, A.Rizzi, M.Picca, S.Barbieri, R.Anzalone.
Commissione Giovani e Università Ordine dei Medici di Milano e Provincia

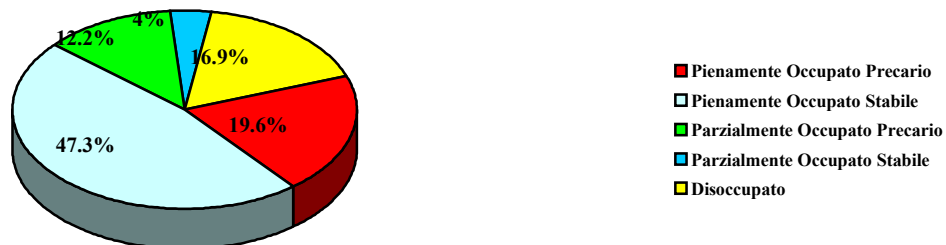
Premessa: Lo stato occupazionale dei Giovani Medici è un problema di rilevante entità, soprattutto alla luce delle più recenti riforme sanitarie che obbligano i medici per essere assunti in Ospedale ad acquisire un titolo di tipo specialistico e di frequentare un corso regionale della durata di 2 anni in caso si desideri inserirsi nel mondo della Medicina Generale,.

Scopo: Attualmente non è ancora noto con precisione quale sia la reale percentuale di disoccupazione tra i giovani medici di Milano. Inoltre risulta ancora poco chiaro quale sia il grado di convergenza tra le conoscenze acquisite nel corso degli studi e quelle richieste dal nuovo mondo del lavoro.

Popolazione e Metodi: abbiamo pubblicato nel Dicembre 2000 sul Bollettino dell'Ordine di Milano un questionario con 15 domande a risposta multipla, le cui risposte sono pervenute in sede entro il Marzo 2001 e successivamente elaborate dalla Commissione. L'età media dei colleghi che hanno risposto al questionario è di 35 ± 10 anni.

Risultati: Dei questionari ricevuti sono stati ritenuti validi circa 300 per la loro completezza. Si è quindi evidenziato:

Stato Occupazionale:



Inoltre tra chi non ha lavoro fisso ben il 70% non è in grado di prevedere entro quanto tempo potrà essere assunto in maniera stabile e fra questi ben il 47% accetterebbe un lavoro all'estero.

Per quanto riguarda la conoscenza dell'informatica per il 6.7% risulta totalmente ignota e per il 40% è di tipo dilettantistico.

La conoscenza delle lingue estere è ancora insufficiente, infatti il 25% degli intervistati non ne conosce neanche una.

Conclusioni: i risultati della nostra indagine evidenziano l'ancora eccessiva precarietà del lavoro per i giovani medici sottolineando inoltre una differenza significativa tra le conoscenze acquisite dopo l'iter formativo degli studi e quelle realmente richieste dall'attuale mondo del lavoro, soprattutto per quanto riguarda le nuove tecnologie e le lingue straniere.