

PROGETTI DELLA RETE PIEMONTESE DEGLI OSPEDALI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE (HPH)

Nel giugno 1997 il Comitato Italiano per l'Educazione Sanitaria del Piemonte (CIESP), che annovera tra i suoi soci Aziende Ospedaliere della Regione, ha promosso l'avvio della Rete piemontese degli HPH, formalizzato in modo definitivo nel corso della II Conferenza Nazionale degli HPH del marzo 1998, tenutasi a Torino, a Palazzo Lascaris.

Il risultato non può che considerarsi brillante: 34 Aziende (cioè tutte le Aziende Sanitarie Locali e tutte le Aziende Ospedaliere della Regione più Ospedali privati convenzionati con il S.S.N.) hanno aderito mediante delibera alla Rete piemontese HPH.

L'adesione degli Ospedali alla Rete con accordo sottoscritto tra la Rete regionale, l'Ufficio europeo dell'O.M.S. ed il coordinamento della Rete italiana (Rete Veneta HPH) ha la durata di un quinquennio nel corso del quale l'Ospedale si impegna a realizzare almeno tre programmi di Promozione della Salute, istituendo un Comitato tecnico locale del Progetto con un Coordinatore: il compito è di individuare e sviluppare i programmi, lavorando in rete, con il traguardo finale di trasformare il modo di lavorare, di migliorare il rapporto con il malato, di coinvolgere all'insegna della continuità le attività intra ed extraospedaliere, sanitarie, assistenziali e sociali, incorporando i concetti ed i valori della Promozione della Salute nella struttura organizzativa ospedaliera.

Al momento attuale tre gruppi lavorano su tre Progetti regionali HPH: "Ospedale e Territorio", "Umanizzazione dei Servizi", "Ospedali liberi dal fumo". Tali Progetti, a cui si è aggiunto un 4° "Abuso sui minori e violenza sulle donne", sviluppato da un Ospedale specialistico, sono stati presentati alla II Conferenza Nazionale degli HPH del 27 marzo '98.

Questi gruppi hanno calendarizzato i loro incontri, in sedi diverse, coinvolgendo progressivamente i membri dei Comitati locali e gli operatori delle Aziende interessate ai Progetti.

Progetto "Ospedale-Territorio"

Coordinamento delle attività ospedaliere con la medicina primaria e le attività socio-assistenziali del territorio.

16 Aziende partecipanti:

Asl 2 Torino - Asl 4 Torino - Asl 6 Ciriè - Asl 7 Chivasso - Asl 9 Ivrea - Asl 10 Pinerolo - Asl 13 Novara - Asl 14 Verbania - Asl 16 Mondovì/Ceva - Asl 20 Alessandria - Asl 21 Casale Monf.to - Asl 22 Novi Ligure - ASO di Alessandria - ASO di Cuneo - Presidio Ospedaliero "CIOV" Valdese - Presidio "Ausiliatrice" di Torino.

Il gruppo di lavoro regionale comprendente operatori sanitari delle Aziende aderenti al Progetto è giunto alla conclusione della prima parte dei lavori con l'elaborazione di 3 sottoprogetti da sviluppare nei prossimi mesi nelle diverse realtà locali con il coinvolgimento di tre sottogruppi di lavoro.

A) Ideazione di un "Documento sanitario personale", quale snello raccoglitore di tutta la documentazione sanitaria (medica, infermieristica, assistenziale) continuamente aggiornabile, in dotazione al paziente. Nella fase sperimentale l'ipotesi è di iniziare con alcune patologie, quali neoplasie e diabete, per le quali i pazienti necessitano di terapie prolungate e che spesso vedono il contributo di diverse figure professionali.

B) Necessità di continuità terapeutica tra Ospedale e Territorio e di erogazione dei presidi medico-

chirurgici.

Il gruppo sta lavorando sui due momenti critici dei rapporti tra Ospedale e Territorio: l'ammissione e la dimissione del paziente.

· All'atto dell'ammissione, specie se in regime di urgenza, è fondamentale per il medico ospedaliero avere alcune informazioni sulla storia clinica del paziente per facilitare l'inquadramento diagnostico ed anche di ridurre i tempi di primo soccorso. Allo stesso tempo in regime ambulatoriale è ipotizzabile definire una differenziazione per gli accessi per cui viene proposto un modulo di richiesta di ammissione con codici da compilare obbligatoriamente e concordati tra i Medici di Medicina Generale ed i Medici Ospedalieri. A tali codici corrisponde la gravità del paziente e la relativa urgenza di effettuazione della prestazione da parte del medico ospedaliero. L'indicazione del codice viene fornita dal Medico di Medicina Generale. Inoltre viene prevista una conferma o modifica del Codice da parte del Medico Ospedaliero dopo l'effettuazione della prestazione: si potrà così valutare la concordanza delle richieste.

Codice di accoglienza

Codice A: urgenza, risposta fornita entro 3 giorni lavorativi

Codice B: studio di problema nuovo non urgente, o di problema noto che richiede nuovo inquadramento o approfondimento. Risposta fornita entro 15 giorni.

Codice C: routine/follow-up in assistito senza significativi disturbi correlati; la richiesta va in coda rispetto alle precedenti.

Codice E: emergenza, richiesta da inviare al DEA

Classe di inquadramento del problema

Classe 1: problema prettamente clinico

Classe 2: problema clinico in un particolare contesto sociale

Classe 3: problema clinico con esigenze di tipo medico-legali

· All'atto delle dimissioni sono previste forme concordate tra medici Ospedalieri, Servizio Infermieristico domiciliare (SID) ed il Medico di Medicina Generale in caso di pazienti "critici": "Modulo di segnalazione di dimissione protetta" compilato dal Medico Ospedaliero da inviare al SAST che provvederà ad attivare oltre al Medico di Medicina Generale i vari servizi necessari (ADI, SID, ecc.). Inoltre si è previsto di snellire le pratiche di richiesta dei sussidi e di terapie particolari (ossigenoterapia domiciliare, nutrizione enterale a domicilio) all'atto della dimissione su prescrizione dello specialista ospedaliero.

C) Instaurare flussi informativi tra gli operatori.

In sede ospedaliera si hanno scarse conoscenze circa i servizi sanitari e socio-assistenziali erogati a livello territoriale, distrettuale, domiciliare. E' prevista la fornitura a tutte le Unità Operative Ospedaliere aderenti al Progetto, di una "Guida ai Servizi Territoriali" con informazioni precise e dettagliate su:

1. Assistenza domiciliare integrata.
2. Assistenza domiciliare programmata.
3. Servizio di riabilitazione.
4. Come ottenere presidi ed ausili.
5. Ricoveri in regime di lungo degenza.
6. Autorizzazione trasporti in ambulanza.

Sono previsti canali preferenziali di comunicazione tra i Medici di Medicina Generale ed i Medici

Ospedalieri: sono stati predisposti dei questionari da distribuire ai Medici di Medicina Generale ed ai Medici Ospedalieri per conoscere il reale bisogno di informazioni in termini di orari e di tipologia più frequente (eventuale attivazione di un numero telefonico di reparto con un medico di riferimento per i Medici di Medicina Generale, sistematico aggiornamento dei numeri telefonici, indirizzi ed orario di ambulatorio dei Medici di Medicina Generale fornito dai singoli responsabili di Distretto a tutte le Unità Operative ospedaliere tramite la Direzione Sanitaria).

Nel I trimestre del 1999, dopo la verifica della stesura della "Guida dei Servizi Territoriali" e la somministrazione capillare dei questionari, è previsto l'avvio di esperienze pilota in sede ospedaliera con il coinvolgimento di alcuni Medici di Medicina Generale (almeno la maggioranza del distretto più significativo di ogni Asl partecipante al progetto).

Progetto "Umanizzazione dei Servizi".

Miglioramento della salute del paziente intervenendo sulla componente ansiogena nei vari momenti di impatto con la struttura sanitaria.

13 Aziende partecipanti:

Asl 2 Torino-Asl 7 Chivasso-Asl 10 Pinerolo-Asl 17 Savigliano-Asl 18 Alba/Bra-Asl 21 Casale Monf.to-Asl 22 Novi Ligure-ASO OIRM S.Anna Torino-ASO CTO Torino-ASO S.Luigi Orbassano-ASO di Alessandria-ASO di Novara-Ospedale Gradenigo.

Programma di lavoro.

1. Identificare i momenti di impatto con le strutture sanitarie.
2. Individuare i momenti critici dal punto di vista dell'ansia, del disagio psicologico e scelta della priorità di lavoro (gli elementi ansiogeni sono risultati molto omogenei tra le varie Aziende, ma diversi nelle varie fasi di impatto: ambulatorio, urgenza, degenza, dimissione).
3. Identificare le possibili cause.
4. Definire i possibili correttivi con particolare riguardo alla fattibilità ed all'analisi dei rapporti costi/benefici e quindi la scelta delle priorità d'intervento.
5. Sperimentazione.
6. Valutazione dei risultati.

E' stato concordato come prioritario l'intervento sull'aspetto "accoglienza", trasversale ai vari momenti di approccio ai servizi sanitari, per cui il I obiettivo è l'elaborazione concreta di un "Protocollo di accoglienza" al fine di ridurre l'ansia degli utenti nei vari momenti di impatto con le strutture sanitarie. Tale protocollo, attraverso interventi formativi rivolti agli operatori, permette a questi di:

- conoscere (e riconoscere) le dinamiche psicoevolutive della persona che affronta una situazione di stress (malattia, ambiente nuovo, stato di dipendenza, ecc.);
- acquisirne la consapevolezza;
- modificare gli atteggiamenti incongrui;
- entrare in relazione con la persona malata (relazione di aiuto);
- riconoscere i bisogni specifici della persona e definire quelli prioritari;
- conoscere l'organizzazione del lavoro;
- conoscere gli elementi costitutivi di un protocollo di accoglienza, per essere in grado di elaborarlo in maniera adattabile alla specifica realtà lavorativa;
- condividere con tutti gli operatori del Reparto il protocollo elaborato;
- valutare i risultati raggiunti sul paziente, negli operatori e sull'organizzazione dopo l'applicazione del protocollo.

Il gruppo ha stilato la versione definitiva di Questionari destinati agli utenti ed, in modo contemporaneo ma con caratteristiche diverse, agli operatori. Tali questionari tendono ad individuare con maggior precisione rispetto a precedenti fonti informative (questionari più generici) i punti percepiti come critici nella generazione dell'ansia, sia per i pazienti che per gli operatori. La valutazione dei questionari sarà la base, da parte dei gruppi di lavoro, per l'elaborazione dei Protocolli di accoglienza e dei progetti educativi rivolti agli operatori.

Il gruppo ha concordato le modalità di somministrazione e di informazione iniziando la distribuzione dei questionari presso tutte le ASL aderenti al progetto.

Definiti i passi successivi

1. Individuazione all'interno di ogni Unità Operativa di un referente per l'accoglienza.
2. Protocolli di accoglienza generali e specifici per ogni unità Operativa.
3. Libretti informativi generali ed opuscoli specifici per ogni Unità Operativa.
4. Punto informativo interno ad ogni Unità Operativa (bacheca)
5. Consenso informato.
6. Risomministrazione dei questionari per una valutazione dell'operato.

Per quanto riguarda il ricovero in "Emergenza", essendo diversi il tipo di utenza e le caratteristiche di ciascun DEA/PS si dovrà procedere all'elaborazione di un diverso questionario (già distribuito presso l'ASO di Novara).

Progetto "Ospedali liberi dal fumo"

9 Aziende partecipanti:

Asl 2 Torino-Asl 4Torino-Asl 11 Vercelli-Asl 16 Mondovì/Ceva-Asl 18 Alba/Bra-Asl 19 Asti-Asl 21 Casale Monf.to-ASO Molinette Torino-ASO di Alessandria.

Obiettivi educativi del progetto

Verso l'Operatore Sanitario:

1. Aumentare la consapevolezza sui problemi connessi al fumo attivo e passivo e sul ruolo "esemplare" rispetto all'utenza.
2. Aumentare sensibilità e competenze per divenire agenti di metodologie strutturate che aiutino i pazienti motivati a smettere di fumare.

Verso l'utente:

1. Aumentare la consapevolezza sui problemi connessi al fumo, attivo e passivo, attraverso metodologie strutturate.
2. Rendere coscienti i pazienti con patologie fumo-correlate che l'astensione dal fumo migliora la loro salute.

Il gruppo di lavoro viene coinvolto attivamente attraverso riunioni con cadenza mensile durante le quali si modificano e si approvano le proposte elaborate dai sottogruppi di studio che sviluppano le modalità di attuazione di ogni fase del progetto.

Strategie proposte in via di realizzazione

1. Coinvolgimento degli operatori sanitari con la nomina per ogni Asl di un Comitato Organizzativo locale "Ospedali liberi dal fumo" costituito da: Direttore Sanitario del Presidio, Dirigente Infermieristico, Responsabile Educazione Sanitaria, Rappresentanti Comitato tecnico locale HPH, Responsabile locale del Progetto "Ospedali liberi dal fumo", rappresentante delle Associazioni scientifico - culturali dei Medici di Medicina Generale. Tale Comitato ha il compito di fungere da centro di scambio di informazioni e bibliografia sul fumo, di predisporre gli strumenti per la promozione del progetto, di presentare materiale informativo sul fumo e valutare il percorso del

progetto.

2. Sono stati presentati e somministrati due questionari forniti dall'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (con inserimento del gruppo in una ricerca multicentrica nazionale promossa da detta Associazione) con l'obiettivo da una parte di stimare l'abitudine al fumo nel personale e tra i pazienti delle Unità Operative coinvolte (sia nei Reparti con patologie fumo-correlate sia nei Reparti con patologie non fumo-correlate), dall'altra di rilevare la percezione dei pazienti su come l'Azienda affronta il problema fumo.

3. E' stata allestita una Mostra "Percorso del fumo" in ciascuna Asl aderente al Progetto. Consiste nell'esposizione permanente all'interno degli Ospedali coinvolti di una cartellonistica che affronti ogni mese con tematiche diverse il problema. Vengono utilizzati 3 posters realizzati all'interno della Rete HPH ed altri posters già impiegati nella campagna contro il fumo (Lega Tumori). I posters della Rete HPH hanno lo scopo di informare su tutte le fasi del progetto, sul suo sviluppo nel tempo, di mantenere sempre viva l'attenzione degli operatori, utenti e visitatori sull'iniziativa. Tutti saranno poi invitati a votare il posters che ha riscosso maggior successo. E' previsto il rinnovo periodico dei posters in esposizione fino alla fine dell'estate 1999.

4. E' stato attivato un Centro di Documentazione sull'argomento "fumo" individuando la Biblioteca dell'Ospedale di Alessandria come riferimento per la gestione di questa attività con la nomina di un responsabile: sarà utile come fonte bibliografica e banca dati del Progetto.

5. Dal gennaio 1999 viene organizzato un Corso di Formatori di conduttori di gruppi per la disassuefazione dal tabacco, per poter attivare, in seguito, il counseling sia nei reparti con patologie fumo-correlate sia in previsione dell'apertura dell'"Ambulatorio antifumo" all'interno della strutture sanitarie, iniziativa aperta anche agli operatori sanitari intenzionati a smettere di fumare. Il Corso prevede la partecipazione di due operatori per ciascuna Azienda, si articola in tre incontri di lavoro della durata di tre giorni ciascuno (alla fine del mese di gennaio e di febbraio, all'inizio del mese di giugno 1999), si svolgerà presso l'ASL 19 di Asti con l'intervento di quindici docenti, in collaborazione con la Lega Tumori.

Torino 15 febbraio 1999