

Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare

**COMITATO CONSULTIVO REGIONALE PER LA QUALITA' DEI SERVIZI  
SANITARI DAL LATO DEL CITTADINO (CCRQ)**

**Verbale N°5/2019 del 15/5/2019**

*Componenti del CCRQ*

Presenti: *Remo Martelli, Maria Paola Lumetti, Mario Fecondo, Salvatore Santoro, Lina Pavanelli, Ortensio Cangini, Luigi Scortichini, Franca Mengoli, Vittoria Sturlese, Nino Tebaldi, Fabbri Gabriella, Bruna Borgini, Liliana Tomarchio, Antonio Cesare Guzzon, Luciano Sighinolfi, Matteo Biagini, Pierantonio Marongiu*

Assenti Giustificati: *Maria Augusta Nicoli, Luigi Mazza, Imma Cacciapuoti, Barbara Schiavon, Anselmo Campagna, Viola Damen, Ester Sapigni, Ilaria Folli, Mauro Mazzolani, Rossana Mignani, Angela Lucarelli, Elio Ferri, Giuseppina Poletti, Pino Gino Perini, Maria Giovenzana, Luigi Tirota.*

*Assenti:*

Per la Segreteria con ruolo di verbalizzante: *Roberta Franceschini*

ODG:

- ore 9:00**      **Saluto della Presidenza e approvazione del Verbale della seduta del 17/4/2019;**
- ore 9,30**      **Approfondimento: Primary Nursing. L'esperienza dell'infermiere di riferimento in Ospedale e nel territorio dell'AUSL di Ferrara. (dott.ssa Romana Bacchi, dott.ssa Mazzini Elisa, dott.ssa Colombi Marika).**
- ore 11:00**      **Buone Pratiche: Progetto equità dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (dott. Luigi Palestini).**
- ore 12:00**      **Varie ed eventuali: Proposte riguardo alla carenza di medici nelle strutture sanitarie.**

**Saluto della Presidenza. Approvazione del Verbale della seduta del 17/4/2019.  
Verifica per modifica regolamento.**

Il Presidente Perini è assente per motivi di salute.

Il Vicepresidente Guzzon, in assenza del Presidente Perini saluta i presenti e apre la seduta. Il verbale relativo all'incontro del 17/4/2019 viene approvato.

Seguono alcuni aggiornamenti a cura della segreteria.

Viene comunicato l'inserimento del CCRQ nel "Documento strategico per la sicurezza delle cure e di programmazione delle attività regionali 2019-2020", alla voce "Rapporto con i cittadini".

Il documento verrà distribuito nel momento dell'adozione definitiva, e, segue il percorso già avviato con gli incontri relativi al rischio clinico editati nei mesi scorsi con il dott. Ottavio Nicastro.

Viene distribuito l'elenco dei referenti dei CCM, a sua volta segnalati, con relativi indirizzi e-mail per una verifica ed eventuale aggiornamento della mailing-list.

Vengono raccolte le proposte di modifica dell'art. 3 del Regolamento del CCRQ.

Al momento sono 9, pertanto sarà inserita nella prossima seduta all'o.d.g., la valutazione di modifica dell'art. 3.

Aggiornamento sulla relazione annuale 2018. Sollecito invio schede CCM.

Si anticipa l'o.d.g. di giugno con la presentazione del Report sulle case della salute e lo spostamento dell'intervento del dott. Palestini, che oggi non riuscirà a raggiungere il comitato, sul progetto equità.

Richiesta dott.ssa Pavanelli per inserimento argomento della Sensibilità Chimica Multipla in uno dei prossimi incontri.

Presentazione da parte di Guzzon del seminario organizzato dall'A USL di Ferrara sull'umanizzazione delle cure e la personalizzazione dell'assistenza che si terrà ad Argenta. La segreteria invierà a tutti i componenti la locandina.

**Approfondimento: Primary Nursing. L'esperienza dell'infermiere di riferimento in Ospedale e nel territorio dell'A USL di Ferrara.**

**La dott.ssa Bacchi**, responsabile del Distretto sud-est dell'A USL di Ferrara introduce l'argomento del *“Primary nursing, L'esperienza dell'infermiere di riferimento in Ospedale e nel territorio dell'A USL di Ferrara”*.

E' medico con specializzazione in Igiene e lunga esperienza all'interno dei Dipartimenti di Sanità pubblica aziendali.

Fornisce alcuni dati di sfondo per la presentazione del progetto.

Il territorio dell'A USL di Ferrara si presenta come un laboratorio di osservazione e studio per le patologie croniche. Si tratta di un territorio particolare, considerato però fuori dalle aree disagiate, ad esempio, quando si considerano gli standard per l'applicazione del progetto regionale per la telemedicina.

Territorio vastissimo con densità abitativa bassissima, grande dispersione, con importante problema di trasporti (treno, autostrada, autobus).

La popolazione è fortemente in calo con notevole aumento dell'invecchiamento (in particolare popolazione > 75 anni).

Diversi indicatori sociali disegnano un ambiente anche non fisico particolare.

Alto tasso di abbandono scolastico (17%), elevata disoccupazione giovanile. Forte incidenza di malattie croniche e multimorbilità

Consumi sanitari elevati, che hanno come corrispettivo un'offerta alta di servizi, oltre che una vasta pluralità di tipologie, tra ospedale e territorio.

L'emergenza anziani è aumentata oltre il 65% negli ultimi anni.

Ci sono in carico ai servizi circa 20.000 unità in più.

Tra i fenomeni demografici importanti, la forte riduzione invece della fascia di popolazione fertile, con innalzamento dell'età del primo parto. Basso reddito. Alto indice di deprivazione materiale e sociale.

**Scortichini:** chiede qual è la motivazione relativa a percentuali così alte di abbandono scolastico.

**Bacchi:** nel basso ferrarese c'è un' alternativa lavorativa facile e disponibile: Il vongolaro.

Il fenomeno è ridotto a una fetta di territorio da Goro a Gorino e una piccola zona costiera.

C'è pochissima immigrazione e non ci sono trasporti.

Si presenta complessivamente come un'area fragile, con un alto numero di famiglie unipersonali, per la maggior parte donne. Reti sociali scarse e fragili. Alta mobilità per lavoro.

Questi sono dati critici non necessariamente negativi. Una parte dell'area (aree interne del Basso Ferrarese: Goro, Mesola, Codigoro, Fiscaglia e Logosanto) fa parte delle aree di cui alla Delibera RER n. 473/2016 “Strategia nazionale per le aree interne: dispositivi per l'attuazione”.

L'incidenza/prevalenza delle patologie sono quelle diffuse un pò in tutta la regione. Patologie croniche e tumori.

Le principali cause di morte risultano: le malattie del sistema circolatorio, i tumori, le malattie del sistema respiratorio.

Si può fare molto sulla prevenzione. La prevenzione deve essere diffusiva (uscire dalla gestione esclusiva dei Dipartimenti di Sanità Pubblica).

Altri problemi di salute riguardano l'eccesso ponderale, fumo, e, in alcune zone, il consumo di alcool (18%).

Ci si chiede come mai i servizi non riescono ad agganciare queste fasce con l'educazione sanitaria (counselling).

**Fabbri:** ritiene che probabilmente lo si fa ma non nella misura in cui sarebbe necessario.

**Sighinolfi:** propone di coinvolgere di più le associazioni come avviene sul suo territorio.

**Tebaldi:** ritiene che l'impostazione sia sbagliata. Non si può far ricadere la responsabilità sul cittadino di quelli che sono i problemi di salute prodotti da fattori economici, industriali e sociali complessi. La prevenzione primaria va fatta in altro modo. Perseguire una corretta alimentazione e sani stili di vita non ha senso se poi l'ambiente è inquinato.

Bisogna rimuovere le cause primarie.

**Bacchi:** questi presupposti che si rifanno alle indicazioni della L. 833, non sono in contrasto con quanto esposto. Il cittadino deve fare la sua parte. La sanità deve educare.

La dott.ssa Bacchi si è occupata per molto tempo del rapporto salute e ambiente e conosce bene per esempio la funzione degli interferenti endocrini che dall'ambiente condizionano il nostro corpo.

Dai dati in nostro possesso, creano più problemi di salute l'obesità e altri fattori legati a non corretti stili di vita che posso essere agiti dal singolo cittadino su se stesso piuttosto che questi fattori ambientali, che pur si riconosce come dannosi per la salute.

**Tebaldi:** bisogna cambiare cultura e smontare i bisogni indotti.

**Pavanelli:** segnala che i danni dell'inquinamento hanno effetti devastanti sui bambini. Viene confermato che nella provincia di Ferrara il 10% dei bambini soffre di patologie croniche.

Le profumazioni e i cosmetici aumentano il rischio di allergeni e interferenti endocrini.

**Bacchi:** segnala l'adozione a livello europeo del REACH, (elenco di componenti chimici) regolamentati.

Segnala inoltre che per quanto riguarda i bambini alcuni dati si riferiscono a semplici allergie.

Sulla base di questi dati di contesto l'Azienda USL di Ferrara, distretto di sud-est si è data un nuovo modello organizzativo che procede da una standardizzazione di risposte alla personalizzazione degli interventi.

**Dott.ssa Marika Colombi**, collaboratrice della dott.ssa Bacchi, dirigente infermieristica per l'A USL di Ferrara.

Il progetto di Primary Nursing si pone in un ambito ospedale/territorio.

Nel territorio dell'A USL di Ferrara negli ultimi anni si è registrata una perdita di posti letto (circa 220, nella provincia di Ferrara).

Si è verificata una rimodulazione della rete dei servizi e una gestione organizzativa dell'intensità assistenziale (complessità, alta, media, bassa) nella quale rientra anche la Primary Nursing.

Il progetto è stato costruito con largo coinvolgimento dei professionisti. Ne è uscito un documento di sintesi e di intesa con riorganizzazione delle funzioni delle professioni "Linee di consenso tra i professionisti aziendali sulla riorganizzazione per intensità di cura e complessità dell'assistenza", per i territori di Argenta, Cento e Delta.

Uno degli aspetti salienti riguarda l'individuazione di un medico tutor e di un infermiere di riferimento, per garantire la centralità del paziente e la continuità clinico-assistenziale, prima di tutto.

**Il medico tutor:** prende incarico il paziente quanto prima (entro 24 ore); stende il piano clinico, è responsabile del singolo percorso sul singolo paziente.

**L'infermiere di riferimento:** ha la responsabilità di presa in carico personalizzata, stende il piano assistenziale, è responsabile del percorso sul singolo paziente.

Punti chiave del progetto sono: Il ruolo del pronto soccorso e della centrale di pre-ospedalizzazione, la gestione della sala operatoria, la continuità ospedale-territorio, l'informatizzazione della documentazione, il coinvolgimento del paziente e la necessità di valutare il grado di soddisfazione degli utenti nel tempo.

Per la gestione in ospedale, tra le altre cose è stato introdotto oltre a un briefing prima della visita, anche un de-briefing successivo.

Il primo, diverso dalla consegna, è un colloquio multiprofessionale che ha lo scopo di trattare e condividere in modo integrato, tra professioni, le criticità del paziente; il secondo, dopo la visita, si effettua solo se necessario, in relazione a quanto evidenziato dopo la stessa.

Si tratta di un metodo di comunicazione per la continuità delle cure.

La scelta di sperimentare un modello organizzativo assistenziale innovativo nasce dall'esigenza di modificare l'organizzazione infermieristica all'interno dei reparti, a tutt'oggi vincolata ai compiti e alle funzioni.

Il P.N. si basa sull'assegnazione chiara ed individualizzata delle responsabilità, nella presa di decisioni relative al percorso assistenziale da parte dell'infermiere referente.

E' un sistema di erogazione dell'assistenza che si focalizza sulla relazione paziente-infermiere e sugli importanti elementi della comunicazione e della continuità delle cure, essenziali per una pratica sicura.

Promuove il ruolo dell'infermiere quale coordinatore del progetto assistenziale. Il P. N. prevede una persona operativamente responsabile per la qualità dell'assistenza erogata a un paziente di un reparto 24 ore al giorno, sette giorni la settimana (infermiere di riferimento) dall'ammissione alla dimissione.

L'infermiere che prende in carico il paziente è responsabile dell'erogazione dell'assistenza diretta e indiretta, ma anche e soprattutto della pianificazione degli interventi assistenziali.

**Tibaldi:** segnala che è sempre stato fatto negli ospedali.

**Colombi:** segnala che era lasciato allo spontaneismo, mentre con questo progetto lo si è standardizzato.

**Bacchi:** si riduce la discrezionalità (non sempre veniva fatto) e si inserisce l'obbligo.

**Colombi:** il modello assistenziale, per definire l'infermiere di riferimento, parte dalla messa in discussione della pratica professionale, troppo sbilanciata spesso sul sapere tecnico piuttosto che su quello comunicativo e relazionale.

Un infermiere che esegue i suoi compiti senza intrattenere relazioni non sarà mai un vero professionista.

L'incompetenza nel relazionarsi è intollerabile quanto l'incompetenza clinica.

Occorre partire da una pianificazione assistenziale accurata. L'infermiere deve uscire dall'anonimato (infermiere del turno della notte, del pomeriggio ecc.) e deve identificarsi correttamente. Si passa quindi da un modello prestazionale a un modello relazionale.

Mary Monthey è la fondatrice del modello che si è diffuso nel mondo.

E' stato verificato l'effetto sul paziente è migliorata l'assistenza e la qualità delle cure.

Il coordinatore di reparto assegna all'infermiere in base alla formazione e alle caratteristiche personali la responsabilità di un paziente.

L'infermiere di riferimento in un tempo standardizzato a seconda della struttura in cui opera, prende in carico il paziente ed effettua il primo colloquio anche alla presenza del care-giver.

Si tratta di un processo complesso a partire dall'integrazione professionale.

Il percorso per le strutture ospedaliere dell'A Usl di Ferrara, è durato due anni con sei mesi di sperimentazione.

Tutti gli infermieri devono agire il Primary.

Ogni P.N. ha fino ad un massimo di 4 pazienti di riferimento sui quali ruotano anche altri infermieri.

**Sturlese:** chiede che se questo avviene in ospedale, come è organizzato il territorio.

**Dott.ssa Mazzini Elisa:** Collaboratrice della dott.ssa Bacchi e Dirigente Infermieristica dell'A USL di Ferrara che si occupa del coordinamento del Primary Nursing sul territorio, segnala che c'è una centrale operativa sul territorio che gestisce la continuità assistenziale del paziente e ove è agito il PN territoriale. Si tratta in sostanza di un'équipe, un gruppo di professionisti (infermiere, medico, geriatra, assistente sociale).

Il paziente poi viene seguito attraverso una gestione informatizzata (cartella clinica informatizzata).

**Scortichini:** chiede come tutto questo si integra con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Occorre essere preparati e a far dialogare le piattaforme (non parallele ma integrabili).

**Colombi:** processo lento, a regime i sistemi si integreranno in un unicum.

Il problema riguarda anche il linguaggio usato dai sanitari non solo le procedure. Al paziente viene rilasciata una lettera di dimissioni.

**Sighinolfi:** chiede come si sono ridistribuiti i posti letto in meno sul territorio (case della salute, OSCO, ecc.), chiede inoltre se è un progetto discusso con la Regione o comunque il livello politico.

Nell'azienda ospedaliera di Modena sono già state avviate esperienze di questo tipo.

**Mazzini:** nel territorio dell'A USL di Ferrara sono state realizzate 7 case della salute, 2 ospedali di comunità, il terzo è in progettazione. 40 posti letto di ospedale di comunità.

Segnala che nell'ospedale di Castelfranco Emilia l'esperienza del Primary Nursing è stato avviato.

**Colombi:** segnala che è il modello culturale che cambia e non la gestione. Sono stati compiuti tuttavia tutti i passaggi istituzionali, ivi compreso un passaggio in CCM, per la condivisione.

Viene proiettato un video sulle azioni relative al processo di attribuzione ed espressione del ruolo di P. N. in ospedale.

**Mazzini:** presenta il modello di P. N. applicato all'esperienza di assistenza territoriale.

In particolare, il modello è stato introdotto negli ospedali di comunità.

Queste strutture sono ancora poco comprese dal cittadino. In realtà non si tratta di posti letto ospedalieri ma degenza territoriale.

Gli OSCO si possono trovare in Emilia-Romagna sia dentro gli ospedali veri e propri, sia dentro le case della salute.

Nella realtà ferrarese è una sorta di Country Hospital, con la presenza del MMG e di altri professionisti.

E' comunque una struttura sanitaria, distinto dalla CRA e dalla lungodegenza.

A Copparo e a Comacchio il MMG è il responsabile clinico con il coordinamento dell'infermiere.

L'invio dei pazienti può essere sia dal territorio che dall'ospedale.

Sono in genere pazienti cronici che possono essere ricoverati lì per evitare gli effetti collaterali da ospedalizzazione, oppure arrivare dal domicilio su segnalazione del MMG.

Possono essere inviati dall'ospedale pazienti che hanno bisogno di educazione alla gestione sanitaria o igienica post-operatoria o post-degenza, così pure il relativo care-giver.

La permanenza in questa struttura è di massimo 20 gg.

I pazienti anziani possono anche passare poi direttamente in CRA, se le condizioni non solo di salute ma anche socio-economiche e famigliari, lo richiedono.

Esiste un piano individualizzato e la presenza giornaliera di diverse figure professionali, medico, infermiere, OSS.

L'ospedale di comunità si inserisce nella logica dei servizi di rete, per supportare il mantenimento del paziente cronico il più possibile al domicilio.

**Sturlese:** chiede se qui sono stati attivati progetti di telemedicina.

**Mazzini:** segnala una sorta di lavori in corso per la definizione del progetto insieme ad infermieri e specialisti.

### **Buone pratiche: Progetto Equità dell'Agencia Sanitaria e Sociale Regionale**

L'argomento viene rimandato in quanto il dott. Luigi Palestini è assente per problemi personali.

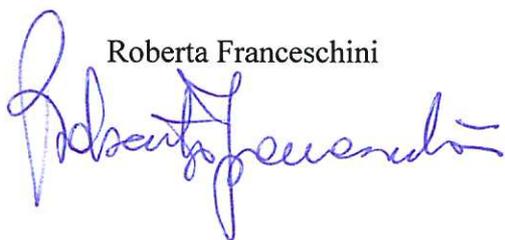
### **Varie ed eventuali: Proposte riguardo alla carenza di medici nelle strutture sanitarie**

Si decide di inserire l'argomento in uno degli incontri autunnali con l'invito di funzionari regionali per approfondire l'argomento. Peraltro il tema non riguarda solo la carenza di medici ma di molte figure professionali in campo sanitario.

La seduta termina alle 12,30.

Per la Segreteria

Roberta Franceschini



Il Vicepresidente

Antonio Cesare Guzzon

