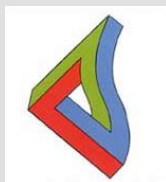


ISSN 1591-223X
DOSSIER
155 - 2007



Agenzia
Sanitaria
Regionale

Regione Emilia-Romagna



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo *stroke*



Ricerca e innovazione

La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo *stroke*



Ricerca e innovazione

Documento predisposto nell'ambito del Progetto di ricerca finalizzata 2004 ex art. 12, DLgs 502/1992 e s.m.i. "Come garantire l'applicazione degli interventi efficaci nell'assistenza allo *stroke*", a cura di

Marco Biocca Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Salvatore Ferro Direzione generale Sanità e politiche sociali
Regione Emilia-Romagna
Donatella Pasquali Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Marco Biocca

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, ottobre 2007

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss155.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Hanno collaborato alla stesura del testo

- Elio Agostoni** neurologo, Azienda ospedaliera - Ospedale di Lecco
- Mirca Barbolini** esperta in formazione
Agenzia regionale di sanità pubblica del Lazio
- Cinzia Barletta** medico d'urgenza, Azienda ospedaliera S. Eugenio, Roma
- Marco Biocca** medico di sanità pubblica
Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
- Alessandro Bussotti** medico di medicina generale, Firenze
- Santi Centorrino** logopedista, Azienda ospedaliero-universitaria di Firenze
- Paolo Cerrato** neurologo, Ospedale Molinette, Torino
- Fabio Chiodo Grandi** neurologo, Azienda ospedaliero-universitaria di Trieste
- Ottavio Cimino** infermiere, ARES 118 Roma
- Enzo Contenti** fisioterapista, Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
- Gabriella Corazza** infermiera, Azienda USL di Bologna
- Assunta De Luca** medico igienista
Agenzia regionale di sanità pubblica del Lazio
- Salvatore Ferro** medico dirigente, Direzione generale Sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna
- Roberto Frediani** medico di medicina interna, Azienda USL di Moncalieri
- Serena Galliani** psicologa, ALICE onlus c/o Policlinico Umberto I, Roma
- Leonardo Granella** fisiatra, Azienda USL di Moncalieri
- Giovanni Malferrari** neurologo, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
- Silvia Mambelli** infermiera, Azienda USL di Cesena
- Norina Marcello** neurologa, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
- Antonio Matera** neurologo, geriatra
Azienda ospedaliera San Carlo, Potenza
- Patrizia Nencini** neurologa, Azienda ospedaliero-universitaria di Firenze
- Francesco Nonino** neurologo, CeVEAS, Modena
- Anna Orlando** funzionario, Assessorato alla sanità del Piemonte
- Piera Pallazzoni** medico igienista, Direzione generale Sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna
- Donatella Pasquali** esperta di formazione
Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
- Virginia Pelagalli** infermiera, Collegio IPASVI, Bologna
- Daniela Pillai** infermiera, ASO Mauriziano, Torino
- Riccardo Tamarozzi** neuroradiologo
Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara

Hanno collaborato alla revisione del testo i seguenti componenti del gruppo di lavoro nazionale del Progetto di ricerca finalizzata 2004 ex art. 12, DLgs 502/1992 e s.m.i. "Come garantire l'applicazione degli interventi efficaci nell'assistenza allo *stroke*"

Regione		
Abruzzo	Antonio Uncini	
Basilicata	Antonio Matera	
Calabria	Domenico Consoli	
Emilia-Romagna	Marco Biocca Augusto Cavina Salvatore Ferro Marco Franceschini Donata Guidetti Alessandro Liberati	Norina Marcello Francesco Nonino Piera Palazzoni Donatella Pasquali Tommaso Sacquegna
Friuli Venezia Giulia	Sandro Baldiserra	Fabio Chiodo Grandi
Lazio	Assunta De Luca	Danilo Toni
Liguria	Carlo Gandolfo Alessandra Moisello	Sandro Ratto
Lombardia	Elio Agostoni Lucia Atzeni	Mario Dell'Oca Carlo Ferrarese
Marche	Alberto Deales Roberto Papa	Leandro Provinciali Mauro Silvestrini
Piemonte	Paolo Cerrato	Anna Orlando
Sicilia	Placido Bramanti	Edoardo Sessa
Toscana	Antonio Di Carlo	Domenico Inzitari
Umbria	Giancarlo Agnelli Stefano Ricci	Mauro Zampolini
Val d'Aosta	Edo Bottacchi	Giovanni Corso

Indice

Sommario	7
<i>Abstract</i>	8
Presentazione	9
Innovazione e formazione	9
Alla base dell'assistenza: principi e valori	10
Indirizzi per la formazione	11
Comunicare e informare	13
Il documento	13
I. Introduzione	15
1. Il contesto della ricerca italiana	17
2. Per una definizione dei valori e dei principi	19
II. Scenari	23
3. Le fasi critiche dell'assistenza allo <i>stroke</i> e i soggetti interessati	25
4. Le tappe del percorso assistenziale, gli attori coinvolti e gli strumenti per la sua realizzazione	29
5. Gli scenari formativi e le indicazioni per la progettazione	33
5.1. Introduzione	33
5.2. Per tutti gli operatori che partecipano al processo di assistenza al malato di ictus	35
5.3. Per chi ha il compito di seguire il processo di assistenza del singolo caso (nell'area dedicata ospedaliera e sul territorio con i <i>caregiver</i>)	36
5.4. Per chi ha il compito di coordinare l'area dedicata ospedaliera	38
5.5. Per chi ha il compito di coordinare il programma aziendale di assistenza all'ictus	40
6. Gli scenari e gli strumenti della comunicazione	43
6.1. Durante la fase della prevenzione primaria	43
6.2. Durante la malattia: in fase pre-ospedaliera	44
6.3. Durante la malattia: in fase ospedaliera e post-ospedaliera	44

III. Documentazione	47
7. Repertorio di esperienze e modelli formativi	49
7.1. Censimento delle esperienze formative specifiche sull'ictus nelle regioni italiane: risultati preliminari	49
7.2. La gestione esperta del paziente con ictus cerebrale acuto: trattamento trombolitico dello <i>stroke</i> ischemico della Regione Toscana	52
7.3. Implementazione dei percorsi clinico-assistenziali per la gestione del paziente con ictus cerebrale acuto nella rete dell'emergenza nel Lazio	54
7.4. La gestione multidisciplinare nel paziente con ictus in fase acuta: implementazione di linee guida regionali della Regione Toscana	56
7.5. Il corso per <i>caregiver</i> "Dal curare al prendersi cura" della Regione Liguria	58
7.6. Il corso per il <i>nursing</i> del soggetto emiplegico affetto dagli esiti di ictus cerebrale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara	59
7.7. Il corso per sviluppare la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti affetti da ictus della Regione Piemonte	60
7.8. Il corso di formazione regionale sulla malattia cerebrovascolare della Regione Piemonte	62
7.9. Lo sviluppo delle competenze per l'assistenza in ambito ospedaliero allo <i>stroke</i> dell'Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali Riuniti di Trieste	63
7.10. Il corso " <i>Management</i> dello <i>stroke</i> dalla teoria alla pratica" dell'Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali Riuniti di Trieste	64
7.11. Progetto di formazione degli operatori della <i>stroke care</i> dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia	65
7.12. Progetto formativo in neurosonologia per il <i>management</i> dell'ictus acuto dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia	67
7.13. Il <i>nursing case management</i> dell'Azienda USL di Bologna	69
IV. "La toccatina"	73
Luigi Pirandello, da <i>Novelle per un anno</i> , 1906	

Sommario

Per le dimensioni epidemiologiche e per l'impatto socio-economico, l'ictus rappresenta uno dei più importanti problemi sanitari, costituendo una delle più frequenti cause di mortalità e di disabilità nei paesi industrializzati. Ogni anno si verificano in Italia circa 250.000 ricoveri, l'80% dei quali sono nuovi casi.

Ci sono chiare evidenze che l'assistenza in aree di degenza dedicate con una precoce e completa presa in carico da parte di un team multidisciplinare di operatori esperti, un rapido accesso alla diagnostica per immagini e la precocità di avvio dell'intervento riabilitativo migliorano la sopravvivenza e diminuiscono il rischio di disabilità.

Nonostante questo, buona parte delle persone colpite non riceve un trattamento appropriato, né nella fase acuta né per la fase di riabilitazione e di reinserimento sociale.

Il documento, predisposto da un *panel* multidisciplinare, ha l'obiettivo di offrire indirizzi per la progettazione, la realizzazione e la valutazione delle attività di formazione continua e di comunicazione necessarie ai processi di innovazione nei programmi di assistenza all'ictus. Si articola in quattro sezioni: una introduzione sui riferimenti di contesto in cui si sviluppano le proposte e sui valori che sono alla base dei processi di assistenza; l'identificazione delle fasi del processo assistenziale e degli scenari formativi che vengono proposti come prioritari; la documentazione di esperienze formative censite; e infine la novella scritta nel 1906 da Luigi Pirandello, "La tocatina".

Abstract

Training and communication in stroke care

Stroke is one of the leading causes of death and disability in developed countries. Every year in Italy 250.000 hospitalization are counted: 80% of them are registered as new cases.

Strong evidence indicates that patients' outcome(s) can be improved through the implementation of the concept of "stroke care" whose cornerstones are: timely referral in a dedicated ward, rapid access to diagnostic imaging as well as an early inception of rehabilitation and interventions aimed at preventing complications. Nonetheless, most people fail to receive appropriate care, neither in the acute nor in the subsequent phase of their management.

The document, prepared by a multidisciplinary panel, provides guidance in the planning, realization and evaluation of the activities of continuing education and communication necessary for innovation processes in stroke care programs. The document is organized in four parts: an introduction on context, proposals and values on which care process are based; the phases of the care process and the priority training scenarios; the documentation of some training experiences; and finally a short story written by Luigi Pirandello in 1906.

Presentazione

Ogni anno in Italia si verificano circa 250.000 ricoveri per ictus, l'80% dei quali rappresenta nuovi casi (circa 2,1 - 2,5 casi per 1.000 abitanti). Sono colpiti soprattutto gli anziani (3 ammalati su 4 hanno più di 65 anni) e il rischio raddoppia ogni 10 anni a partire dai 45 anni. Il tasso di mortalità è in diminuzione da diversi anni, ma tuttora circa 1 ammalato su 4 muore entro tre mesi e circa la metà di coloro che sopravvivono perde la propria autonomia.

In effetti ci sono chiare evidenze che un'assistenza tempestiva e con approccio multidisciplinare, realizzata in ospedali con aree di degenza dedicate, con possibilità di rapido ricorso a tecniche diagnostiche per immagine e un pronto avvio della riabilitazione dà risultati positivi. Ci sono anche evidenze di efficacia della terapia trombolitica, se praticata in pazienti in determinate condizioni ed entro le prime ore dall'esordio, in centri altamente qualificati.

Lo *stroke* è una malattia che ha un grande impatto sulla società; per il numero e l'età delle persone colpite è paragonabile all'infarto miocardico. Nonostante l'elevato impatto e la disponibilità di trattamenti efficaci, l'assistenza allo *stroke* nei sistemi sanitari dei paesi industrializzati non gode della stessa priorità che viene riservata invece ad altre patologie importanti, come ad esempio le malattie di cuore. Buona parte delle persone colpite non ricevono un trattamento appropriato, né nella fase acuta né per la fase di riabilitazione e di reinserimento sociale.

Anche il numero di operatori sanitari impegnati nell'assistenza allo *stroke* con specifiche e adeguate competenze è insufficiente ed esiste, pertanto, l'esigenza di promuovere iniziative che colmino questa carenza.

Le principali linee guida che affrontano questo problema, e soprattutto il documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel febbraio 2005, sottolineano in particolare l'importanza della ricerca per il miglioramento dell'assistenza, della formazione continua degli operatori e del coinvolgimento dei cittadini a rischio, dei malati e dei familiari e dei *caregiver*.

Innovazione e formazione

La Regione Emilia-Romagna ha avviato nel 2005 il Programma Ricerca e Innovazione (denominato PRI E-R) con l'obiettivo dichiarato di introdurre la funzione di ricerca e innovazione fra le attività ordinarie, sistematiche e continuative del Servizio sanitario regionale e di ciascuna delle sue Aziende sanitarie. Finora il PRI E-R ha avviato progetti specifici nell'ambito dell'oncologia, delle malattie cardio e cerebrovascolari, della diagnostica ad alto costo e della prevenzione e trattamento delle sepsi gravi; sono in fase di avvio progetti in ambito di salute mentale e medicina generale.

La possibilità di introdurre utilmente nuove tecnologie (intendendo con esse a pieno titolo anche le innovazioni di tipo organizzativo) è strettamente legata alle capacità di adeguamento delle competenze professionali degli operatori coinvolti. In questo senso la formazione è sia uno strumento per il cambiamento individuale sia una funzione specifica del servizio sanitario; ed è su questa base che nel progetto regionale "*Stroke care*" (parte del Programma PRI E-R) e in quello nazionale di Ricerca finalizzata 2004 ("Come garantire l'applicazione di interventi efficaci nell'assistenza allo *stroke*") si è ritenuto necessario un approfondimento rispetto al tema della formazione continua, con l'obiettivo di elaborare un modello formativo capace di sostenere in modo adeguato l'introduzione di innovazioni nel percorso assistenziale per i malati di ictus.

L'innovazione in questo ambito di intervento riguarda soprattutto gli aspetti organizzativi e quelli legati alla gestione multidisciplinare dell'assistenza. I risultati prodotti dalla ricerca scientifica infatti dimostrano che l'approccio multidisciplinare e il pronto avvio alla riabilitazione e a percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio offrono al paziente maggiori possibilità di sopravvivere e minore rischio di disabilità successiva.

Le proposte formative sono state impostate con un *panel* multidisciplinare di esperti di tutte le professioni coinvolte nell'assistenza ai pazienti con ictus e curate dall'Unità operativa di formazione. Il documento è stato validato dall'intero gruppo nazionale partecipante alla ricerca. Gli indirizzi per la formazione sono stati costruiti individuando funzioni e competenze necessarie a garantire l'integrazione e il coordinamento delle diverse fasi del percorso assistenziale e delle diverse figure professionali che vi partecipano.

Alla base dell'assistenza: principi e valori

La formazione continua in sanità è finalizzata ad adeguare costantemente le capacità di intervento del sistema sanitario allo sviluppo tecnico, scientifico e organizzativo dell'assistenza, e al mutare della domanda di salute della popolazione.

Nello specifico dell'assistenza ai pazienti con ictus, l'obiettivo generale della formazione continua è quello di rendere gli operatori consapevoli e partecipi del processo di cambiamento che viene loro proposto. Il modello di formazione privilegiato sarà pertanto imperniato sulla centralità del discente e cercherà di favorire non solo la trasmissione di informazioni, ma anche e soprattutto lo sviluppo di atteggiamenti di ricerca e la costruzione di nuove conoscenze.

Affinché ciò possa verificarsi, in via preliminare è importante che siano resi espliciti e condivisi i principi e i valori che, stando alla base dell'intero percorso assistenziale, possono aiutare gli operatori a dare senso e significato alle innovazioni e ai cambiamenti introdotti.

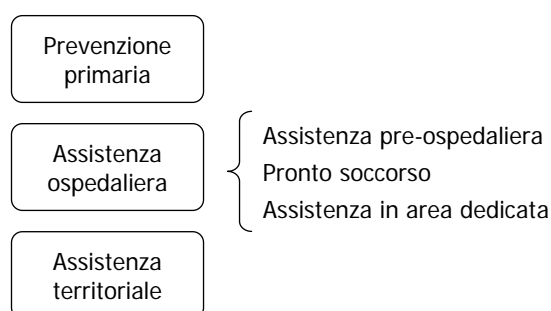
Si tratta di principi generali di eguaglianza ed equità di accesso ai servizi, di *empowerment* del cittadino nella gestione della propria vita, e di principi specifici relativi ai percorsi di assistenza dedicati al malato di ictus, che devono essere finalizzati alla riduzione del peso della malattia sull'individuo, sull'organizzazione assistenziale e sulla

società. Da questo punto di vista un ruolo importante è ricoperto dall'approccio multidisciplinare e integrato, che garantisce una presa in carico complessiva del paziente, e da specifiche ed efficaci azioni di comunicazione tra i servizi, i pazienti e le loro famiglie in tutte le fasi del percorso.

Indirizzi per la formazione

Gli indirizzi per la formazione sono stati costruiti ripercorrendo le fasi del processo assistenziale (*Figura 1*), individuandone le criticità e le figure professionali coinvolte. Sono state così identificate le funzioni e le competenze fondamentali per il coordinamento organizzativo e per garantire l'integrazione e la qualità dell'intero percorso. Si tratta da una parte di competenze trasversali, comuni a tutti gli operatori coinvolti; dall'altra di funzioni specifiche delle figure professionali che ricoprono i ruoli di coordinamento e integrazione: il *case manager*, il coordinatore dell'area dedicata ospedaliera, il coordinatore del programma aziendale di assistenza per l'ictus.

Figura 1. Le fasi del processo di assistenza per l'ictus



Formazione comune

Tutti gli operatori hanno la necessità di conoscere le caratteristiche principali dell'intero processo assistenziale, in modo da potersi inserire con tempestività, appropriatezza e coerenza nei confronti del malato, dei familiari e degli altri soggetti coinvolti. Pertanto un percorso formativo introduttivo comune dovrebbe mettere gli operatori in grado di:

- conoscere i valori che sono alla base del processo di assistenza a cui partecipano;
- valorizzare la centralità del malato e l'*empowerment* del paziente e dei suoi familiari;
- conoscere gli aspetti fondamentali delle linee guida dei percorsi assistenziali a cui partecipano;
- conoscere i criteri per la valutazione neurologica e clinica, il valore degli esami diagnostici e i protocolli per la gestione routinaria, per la prevenzione e il trattamento delle complicanze, per la riabilitazione precoce e per la prevenzione delle recidive;
- affrontare la relazione e la comunicazione con il malato e con la famiglia.

Il case manager

Il responsabile del caso è una figura chiave dell'organizzazione dell'assistenza: ha il compito di agire come interfaccia tra il paziente e le istituzioni, collaborando con i clinici nella pianificazione degli interventi in modo da evitare duplicazioni, ridondanze o vuoti. La figura professionale responsabile di questa funzione può variare a seconda dei diversi modelli organizzativi.

La formazione dovrà prevedere i seguenti argomenti:

- analisi del territorio e delle risorse disponibili
- programmazione integrata e valutazione delle risorse
- lavoro di rete
- progettazione individualizzata
- costruzione e gestione del percorso assistenziale
- comunicazione e relazione di *empowerment*

Il coordinatore dell'area dedicata ospedaliera

Il coordinatore dell'area dedicata, assieme alle diverse professionalità presenti nel *team*, definisce il programma di trattamento integrato del paziente nella fase acuta e, in collaborazione con il *case manager*, individua il percorso personalizzato della fase post-acuta. La formazione va quindi sviluppata lungo tre assi:

- tecnico-scientifico: competenze cliniche, linee guida e priorità clinico-assistenziali, strumenti per l'identificazione precoce dei problemi del paziente;
- relazionale-educativo: *project management*, educazione terapeutica e relazione con il paziente e con la famiglia, *leadership*, relazioni interpersonali e soluzioni di conflitti;
- etica e qualità: responsabilità professionali, analisi della qualità dell'assistenza, *audit* clinico.

Il coordinatore del programma aziendale di assistenza ai pazienti con ictus

Le funzioni del coordinatore del programma aziendale riguardano la definizione dell'ambiente organizzativo necessario al raggiungimento degli obiettivi clinici dei servizi. Il coordinatore definisce le risorse necessarie, le condizioni operative e le competenze professionali che devono intervenire nelle diverse fasi. Deve pertanto essere in grado di definire a livello locale l'entità del problema dal punto di vista sia clinico sia sociale, deve individuare sul territorio le strutture da coinvolgere e valutare la qualità del percorso.

La formazione del coordinatore aziendale deve quindi approfondire i seguenti argomenti:

- problematiche specifiche dell'assistenza ai malati di ictus
- *project management*
- epidemiologia
- organizzazione aziendale

- governo clinico
- gestione delle risorse
- controllo di gestione

Comunicare e informare

Un corretto approccio comunicativo con i pazienti e le loro famiglie può contribuire sia alla prevenzione della malattia sia alla tempestività dell'intervento. Vanno quindi previste in tutte le fasi del processo di assistenza, precise azioni finalizzate a fornire una corretta informazione sulla malattia e sul suo trattamento.

Nella fase di prevenzione primaria occorre sensibilizzare la comunità, informando sui fattori di rischio e coinvolgendo medici di medicina generale, specialisti, psicologi, associazioni dei pazienti.

Nella fase pre-ospedaliera sono necessarie azioni di comunicazione ed informazione rivolte ai soggetti a rischio, per favorire l'individuazione precoce dei sintomi.

Nella fase ospedaliera e post-ospedaliera è importante prevedere l'uso di protocolli per la gestione clinico-assistenziale, che hanno la funzione di regolamentare la gestione del paziente da parte di tutti gli attori coinvolti. È inoltre determinante organizzare incontri specifici per paziente in cui definire linee di assistenza tra la fase acuta e post-acuta. Va curata con grande attenzione la comunicazione e l'informazione ai pazienti, ai familiari e ai *caregiver* su come assistere adeguatamente l'ammalato e sulle risorse presenti sul territorio. Uno strumento importante in questa direzione è la lettera di dimissioni completa e dettagliata, che fornisca indicazioni sul trattamento farmacologico, sul rischio di recidiva, su come contattare i servizi sul territorio, sugli appuntamenti per controlli presso l'ospedale.

Il documento

Il documento ha l'obiettivo di offrire indirizzi per la progettazione, la realizzazione e la valutazione delle attività di formazione continua e di comunicazione necessarie ai processi di innovazione e miglioramento nei programmi di assistenza allo *stroke*. Si rivolge agli amministratori, agli organizzatori, agli operatori sanitari e ai membri delle associazioni di cittadini impegnati con questa tipologia di pazienti. Esso costituisce la parte generale di una proposta che dovrà includere successivamente anche indicazioni operative più dettagliate.

Particolare attenzione è stata rivolta al funzionamento di quelle strutture organizzative (che nel documento vengono chiamate Unità di assistenza allo *stroke*) a cui sono affidate le funzioni di assistenza dedicata. La loro capacità di integrare le competenze e le risorse disponibili è infatti considerato uno degli elementi cruciali dei programmi di assistenza.

Da questa prima versione del documento sono esplicitamente escluse - perché vengono trattate in modo certamente più adeguato in altre sedi - sia la formazione universitaria, di base e specialistica delle diverse professioni, sia la comunicazione di massa rivolta alle intere comunità.

Il documento si articola in quattro principali sezioni:

- I. l'introduzione,
che contiene i riferimenti di contesto in cui si sviluppano le proposte e i valori che sono alla base dei processi di assistenza all'ictus e che, di conseguenza, dovranno orientare le iniziative di formazione e comunicazione;
- II. gli scenari,
ovvero l'identificazione delle fasi critiche del processo assistenziale e la descrizione degli scenari formativi che vengono proposti come prioritari e che si riferiscono alle funzioni chiave di raccordo e di garanzia della continuità e della qualità dell'intero processo assistenziale e degli strumenti per la comunicazione tra gli operatori coinvolti e con malati e familiari;
- III. la documentazione di esperienze formative censite;
- IV. in conclusione la novella di Luigi Pirandello "La toccatina",
scritta esattamente 100 anni fa e inclusa nella raccolta *Novelle per un anno*, che sottolinea acutamente aspetti spesso sottovalutati e, soprattutto, quanto ancora si debba migliorare nei comportamenti di una società che si evolve con lentezza.

Questa proposta è stata impostata nel corso di un seminario (Bologna, 1-3 marzo 2006) a cui ha partecipato un *panel* di esperti di tutte le professioni coinvolte nell'assistenza allo *stroke*, provenienti da 8 regioni.

Il coordinamento di questa iniziativa è curato dall'Unità operativa formazione del Progetto di ricerca finalizzata 2004 "Come garantire l'applicazione degli interventi efficaci nell'assistenza allo *stroke*".

Si sottolinea, infine, che si tratta di un documento tuttora in fase di elaborazione. La versione definitiva sarà formulata anche sulla base delle osservazioni e dei suggerimenti che verranno ricevuti. Chiunque desideri collaborare può inviare una proposta scritta, possibilmente in forma di emendamento o integrazione al testo, al seguente indirizzo:

Marco Biocca
Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna
fax 051-6397053
email mbiocca@regione.emilia-romagna.it

I. Introduzione

1. Il contesto della ricerca italiana

Nell'ambito dei Progetti di ricerca finalizzata ex art. 12 del DLgs 502/1992 promossi dal Ministero della salute, si è sviluppato il progetto di ricerca "Come garantire l'applicazione degli interventi efficaci nell'assistenza allo *stroke*" coordinato dalla Regione Emilia-Romagna e che vede la partecipazione di 15 Regioni italiane (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Sicilia, Toscana, Umbria, Val d'Aosta, Veneto).

Gli obiettivi principali del progetto sono:

- confrontare le esperienze regionali sui percorsi assistenziali dei pazienti con *stroke*;
- identificare i possibili modelli clinico-organizzativi per l'offerta di assistenza integrata sulla base delle migliori informazioni derivate dalla ricerca relativamente all'efficacia delle cosiddette *stroke unit* per quanto attiene all'assistenza nel primo ricovero e nella fase post-acuta;
- predisporre e sperimentare interventi formativi volti a mantenere elevato il livello di qualificazione professionale e la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti con *stroke*.

Il progetto si basa sulla collaborazione, per ogni Regione partecipante, di un referente regionale con competenze di programmazione e organizzazione sanitaria e di un referente clinico (neurologo, fisiatra, geriatra o internista) e sulla successiva attivazione di gruppi multidisciplinari e multiprofessionali specifici di ciascuna Regione, in modo da garantire un collegamento fra gli obiettivi del progetto nazionale e le specifiche attività regionali di definizione dei percorsi assistenziali per i pazienti con ictus.

Quattro specifici sottogruppi di lavoro coordinano a livello nazionale le seguenti attività.

- Analisi comparativa dei modelli organizzativi regionali per verificare - mediante una *check list* condivisa - la presenza di aspetti rilevanti sull'assistenza al paziente con ictus nei vari documenti attuativi e/o delibere regionali/aziendali; i capitoli introdotti nella *check list* sono relativi alle diverse fasi del percorso assistenziale del paziente con ictus e riguardano i programmi di prevenzione primaria e secondaria, la fase pre-ospedaliera, la fase ospedaliera, la fase post-ospedaliera e la rete *stroke*.
- Definizione degli indicatori della implementazione dell'assistenza: per misurare l'effettiva aderenza fra le indicazioni del documento elaborato dalla Conferenza Stato-Regioni e i modelli organizzativi assistenziali delle Regioni partecipanti, è stata selezionata una serie di indicatori di struttura e di processo dall'analisi della letteratura internazionale.

- Studio osservazionale (fase pilota) per una rilevazione prospettica sulle strutture regionali e sulle modalità di assistenza
per elaborare la metodologia di uno studio prospettico multicentrico e gli strumenti di rilevazione dati (scheda indicatori di struttura e scheda indicatori di processo); è in programma uno studio pilota che prevede l'arruolamento di una coorte di pazienti con ictus ricoverati presso alcuni ospedali delle regioni partecipanti, al fine di validare le schede di rilevazione dati e valutare la fattibilità di uno studio più esteso.
- Definizione del contributo della formazione continua e della comunicazione alla ricerca e alle innovazioni
per censire le iniziative formative dedicate al personale che assiste i pazienti con *stroke* ed elaborare un documento di indirizzo sugli obiettivi formativi attesi per il personale dedicato all'assistenza, quale strumento di supporto nella pianificazione regionale/aziendale del percorso integrato del paziente con ictus cerebrale.

Alla fine del progetto saranno disponibili:

- un documento di sintesi di confronto dei modelli organizzativi esistenti nelle regioni partecipanti in relazione all'assistenza ai pazienti con ictus;
- un sistema di indicatori di processo utili a misurare il reale livello di implementazione delle reti *stroke* nelle differenti regioni;
- i risultati di uno studio pilota relativi alla somministrazione degli indicatori di struttura agli ospedali delle regioni partecipanti e alla somministrazione degli indicatori di processo a una coorte di pazienti con ictus;
- i risultati del censimento delle iniziative formative effettuate in tema di ictus nelle regioni partecipanti e un documento di indirizzo sugli obiettivi formativi attesi per il personale dedicato all'assistenza dei pazienti con ictus.

Principali riferimenti bibliografici

- <http://www.spread.it> per la consultazione di linee guida nazionali sull'ictus
- <http://www.cpo.it/lineeguida/IctusIschemicoLG.pdf>
- http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/eventi/20050307_ws3_prier.htm
- Langhorn P., Taylor G., Murray G., Dennis M., Anderson C., Bautz-Holter E, Dey P., Indredavik B., Mayo N., Power M. Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet*, 365 (9458): 501-506, 2005.
- Meijer R., van Limbeek J. Early supported discharge: a valuable alternative for some stroke patients. *Lancet*, 365 (9458): 455-456, 2005.

2. Per una definizione dei valori e dei principi

1. Si deve operare perché a tutti i malati di ictus, indipendentemente dalle condizioni individuali e sociali, vengano effettivamente garantiti percorsi assistenziali tempestivi e appropriati secondo le evidenze scientifiche disponibili.
2. Il malato di ictus deve essere posto al centro di una risposta assistenziale precisa che prevede percorsi e luoghi di ricovero definiti.
3. Interventi assistenziali efficaci producono una riduzione del peso della malattia sull'individuo, sull'organizzazione assistenziale e sulla società. Per garantire l'efficacia è necessario che gli interventi diagnostici, terapeutici, riabilitativi e di reinserimento sociale vengano realizzati in modo tempestivo, appropriato, coordinato e basato su solide evidenze.
4. L'ictus è una patologia grave e diffusa con un grande impatto sulla salute; tuttavia, non riceve l'attenzione sociale che meriterebbe, probabilmente a causa dell'età avanzata della maggior parte dei malati, del desiderio loro e dei familiari di mantenere la riservatezza e della convinzione, ancora assai diffusa, che le possibilità di miglioramento siano esigue. È importante quindi promuovere una maggiore e più coerente consapevolezza nella società delle possibilità di intervento, anche al fine di creare le condizioni per lo sviluppo dei comportamenti e dei servizi necessari.
5. I programmi di prevenzione dell'ictus vanno considerati in un più generale obiettivo di salute e devono mirare in primo luogo all'*empowerment* dei cittadini nella gestione della propria vita. Sono utili in particolare per le fasce di persone a rischio e devono essere integrati con i programmi di promozione della salute degli anziani e con le attività di prevenzione primaria delle patologie cardiovascolari.
6. L'assistenza al malato di ictus non è solo un intervento specifico (o una somma di interventi singoli), ma è una presa in carico più complessiva del paziente e va quindi considerata come un processo che si deve svolgere in modo continuo e unitario, anche se è articolato in fasi e tempi diversi. Nell'integrazione del percorso assistenziale, è l'organizzazione che ruota attorno al malato e non viceversa.
7. L'obiettivo dell'intervento terapeutico sul malato di ictus è la guarigione, intesa come riduzione della mortalità e della disabilità. L'obiettivo complessivo dell'assistenza all'ictus, tuttavia, non è solo salvare la vita del malato e ridurre il danno. Si devono anche ricercare le migliori condizioni per garantire la qualità della vita di coloro che rimangono con esiti invalidanti. Questa dipende largamente anche dalle scelte e dagli orientamenti delle singole persone e delle famiglie e include l'insieme delle attività e delle relazioni sociali. La presa in carico di un malato di ictus, quindi, comprende anche l'intero nucleo familiare. L'istituzione che se ne occupa si assume anche responsabilità etiche.

8. Ogni malato ha diritto in ogni momento al rispetto della sua dignità e alla ricerca del massimo di autonomia nelle decisioni che riguardano l'assistenza che riceve. I malati di ictus non devono essere discriminati, ma anzi devono essere riconosciuti anche nella loro disabilità.
9. L'assistenza allo *stroke* si basa sul lavoro di tanti professionisti che devono agire in modo qualificato, conoscere il processo assistenziale a cui partecipano e condividere la consapevolezza che il loro operato va integrato con quello degli altri attori, riconoscendone nel contempo il ruolo. Le motivazioni personali, le responsabilità e la capacità di coordinamento degli interventi sono cruciali per la continuità e la qualità dell'assistenza. L'interdisciplinarietà e la multiprofessionalità dell'approccio sono condizioni essenziali di un processo efficace di assistenza ai malati di ictus.
10. I medici di medicina generale sono parte determinante del processo di assistenza all'ictus e della sua continuità, sia nella realizzazione che nella valutazione.
11. Superata la fase acuta della malattia, il peso principale dell'assistenza al malato di ictus ricade sulla famiglia, sulle altre figure professionali che lo accudiscono e sulla capacità della comunità di offrire una rete di servizi di riabilitazione e reinserimento sociale e le condizioni per un migliore vivere civile. È importante considerare questi aspetti come parte integrante delle politiche assistenziali per le malattie croniche e per la non autosufficienza e dell'impegno più generale per la qualità della vita.
12. La partecipazione consapevole dei malati e delle famiglie al processo assistenziale, la loro capacità di gestire la situazione e di utilizzare i servizi sanitari, in particolare dopo la fase acuta, condiziona fortemente i risultati. Le diversità che esistono tra le persone e tra i gruppi nella comunità vanno considerate come risorse e non come una difficoltà supplementare alle possibilità di comunicazione.
13. I cittadini non possono svolgere un ruolo attivo e consapevole se non sono stati preparati. In questo senso si deve attentamente tenere conto delle condizioni del malato, delle sue paure (non autosufficienza, incontinenza, impotenza, ecc.), del livello di depressione, delle aspettative. Nel malato di ictus è particolarmente importante avere consapevolezza di quanto accade nell'organismo per limitare i danni somatici e anche psichici della patologia e accettare il nuovo corpo in cui non si riconosce.
14. La comunicazione va curata in tutte le fasi del processo, dal primo arrivo fino al sostegno alla persona e alla famiglia durante il trattamento, il decorso della malattia e la reintegrazione nel tessuto sociale. Occorre che vengano garantiti in tutte le fasi tre requisiti fondamentali: il consenso informato, un'azione di *counseling* e la massima riservatezza.
15. È importante anche che l'informazione che i malati e le famiglie ricevono sia veritiera, basata sull'informazione scientifica disponibile, chiara e ben compresa. Deve tenere conto (nei metodi, nei linguaggi e negli strumenti) dei contesti sociali e culturali locali e delle diversità che le persone hanno nei valori, nelle attese e nelle condizioni.

16. La famiglia è una risorsa essenziale per l'andamento delle cure e va coinvolta fin dalla fase ospedaliera. La partecipazione dei pazienti e della famiglia presuppone la ricerca congiunta del migliore contratto terapeutico, delle dimissioni protette e accompagnate. A questo fine occorre utilizzare strumenti specifici. Va previsto tra l'altro un adeguato piano delle dimissioni e vanno predisposte accurate informazioni sui servizi sanitari, socio-sanitari e sociali e del volontariato disponibili sul territorio. Nel programma di assistenza devono essere previsti momenti organizzati di comunicazione con i malati e i familiari per la progettazione e la valutazione delle varie fasi.
17. I cittadini hanno il diritto di essere informati sulla qualità del processo assistenziale. Questa è misurabile in funzione delle evidenze scientifiche disponibili. È inoltre importante disporre dei giudizi dei cittadini sulla qualità percepita dell'assistenza erogata. In ogni programma debbono, quindi, essere previsti indicatori di qualità, indicatori sugli aspetti della comunicazione in tutte le fasi del processo e sulle modalità per informare gli interessati, e indicatori sulla qualità percepita dagli utenti.
18. Nella progettazione, realizzazione e valutazione di ogni programma di assistenza allo *stroke* deve essere previsto un momento organizzato e adeguatamente sostenuto di partecipazione dei membri della comunità.
19. Devono essere promossi studi e ricerche finalizzati a valutare e migliorare la qualità dell'assistenza, che tengano conto anche della formazione continua degli operatori sanitari coinvolti e della comunicazione.

II. Scenari

3. Le fasi critiche dell'assistenza allo *stroke* e i soggetti interessati

Il percorso assistenziale dell'assistenza allo *stroke* e i momenti critici possono essere schematizzati come segue.

Fase	Azione	Soggetti	Criticità
PREVENZIONE PRIMARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentare la consapevolezza pubblica (e anche degli operatori sanitari) sull'importanza dell'ictus e sulle possibilità di intervento • Individuare le persone a rischio, tenendo anche conto delle differenze socio-economiche. • Promuovere stili di vita adeguati • Aumentare la capacità di riconoscere precocemente i sintomi per attivare l'emergenza • Promuovere condizioni per correggere nella comunità fattori di rischio modificabili 	<p>Aziende sanitarie. Altre organizzazioni e <i>mass media</i></p> <p>Aziende sanitarie e MMG</p> <p>Amministrazioni locali, cittadini competenti</p>	<p>Pregiudizi sull'esclusione e ignoranza sull'efficacia degli interventi</p> <p>Capacità di organizzare iniziative. Preparazione specifica dei MMG</p> <p><i>Empowerment</i> dei cittadini</p> <p>Capacità di coinvolgere risorse della comunità</p>

Fase	Azione	Soggetti	Criticità
ASSISTENZA OSPEDALIERA	<ul style="list-style-type: none"> Riconoscere precocemente i sintomi e attivare tempestivamente il sistema di emergenza 	Pazienti, familiari, MMG	Competenze e tempo
Pre-ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> Far funzionare il sistema di emergenza territoriale. Centralizzare il paziente ove necessario 	Centrale operativa e <i>team</i> di soccorso 118	Tempo e integrazione tra i nodi della rete <i>stroke</i>
Pronto soccorso DEA (Dipartimento di emergenza e accettazione)	<ul style="list-style-type: none"> Riconoscere precocemente i sintomi e precisare il tempo di insorgenza Attribuire le priorità di intervento Effettuare il primo inquadramento diagnostico - tipo di ictus Valutare il grado di gravità clinica Attivare tempestivamente gli specialisti consulenti in DEA Gestire la terapia di supporto della fase acuta Stabilire il reparto di destinazione appropriato 	Operatori e servizi collegati (neurologia, rianimazione, neurochirurgia, angiologia, radiologia, laboratorio analisi)	Tempo e integrazione
Assistenza ospedaliera in area dedicata	<ul style="list-style-type: none"> Gestire la terapia della fase acuta Prevenire e trattare le complicanze Avviare precocemente la fase di riabilitazione Chiarire la patogenesi per una prevenzione secondaria efficace Valutare gli esiti Impostare e realizzare il piano di dimissione Gestire gli aspetti relazionali paziente - famiglia - MMG 	<i>Team</i> delle aree dedicate e servizi collegati Operatori territoriali, MMG Pazienti e familiari	Gestione dedicata Coordinamento e collaborazione multiprofessionale e intersettoriale Strumenti informativi condivisi (protocolli, cartella clinica, lettera di dimissioni, ecc.)

Fase	Azione	Soggetti	Criticità
ASSISTENZA TERRITORIALE	<ul style="list-style-type: none"> • Identificare, attivare e integrare la rete per la gestione del piano assistenziale (lungodegenza, assistenza domiciliare, ecc.) • Informare pazienti e familiari • Gestire la riabilitazione intensiva, estensiva • Curare la reintegrazione sociale e la correzione dei fattori di rischio individuali tenendo anche conto delle disuguaglianze socio-economiche • Monitoraggio e rivalutazione periodica della disabilità 	<p>MMG, <i>team</i> riabilitativo territoriale, associazioni di volontariato, pazienti e familiari</p> <p>Riabilitatori</p> <p>Pazienti, familiari, MMG, <i>caregiver</i>, psicologi, ecc.</p> <p>Servizi sociali, associazioni di volontariato, amministrazioni locali</p> <p><i>Team</i> ospedaliero e <i>team</i> territoriale</p>	<p>Mappa delle risorse</p> <p>Coordinamento e continuità assistenziale e integrazione</p> <p>Informazione</p> <p>Aderenza ai programmi di prevenzione della recidiva</p> <p>Pregiudizi sociali</p> <p>Possibilità di integrazione</p> <p>Tenuta nel tempo</p> <p>Sistema informativo condiviso</p>

4. Le tappe del percorso assistenziale, gli attori coinvolti e gli strumenti per la sua realizzazione

Momenti fondamentali dell'assistenza	Competenze delle figure professionali	Elementi di multidisciplinarietà
Azioni preliminari		
Riconoscimento istituzionale dell'assistenza al paziente con ictus come uno degli obiettivi di salute	Inserimento nelle linee programmatiche regionali dei percorsi clinico-assistenziali e organizzazione dell'assistenza "dedicata" ai pazienti con ictus	Gruppo di lavoro multidisciplinare presieduto dall'Assessorato/ Agenzia sanitaria
Identificazione di percorsi clinico assistenziali specifici	Conoscenza e applicazione dei percorsi clinico assistenziali per l'assistenza al paziente con ictus (Aziende sanitarie, MMG, medici di continuità assistenziale, specialisti ospedalieri e di riabilitazione, psicologi, assistenti sociali)	Elaborazione dei percorsi diagnostico-assistenziali da parte di un gruppo interdisciplinare di professionisti rappresentativi di tutte le fasi di assistenza, presieduto dagli organi aziendali (ASL, ASO)
Definizione e organizzazione della <i>stroke care</i> in tutte le fasi dell'assistenza (pre-ospedaliera, post-ospedaliera)	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione e gestione del personale. Ruoli e competenze del personale dedicato • Identificazione dei bisogni formativi per le diverse figure professionali dedicate alla <i>stroke care</i>. • Organizzazione e gestione delle risorse tecnologiche e dei servizi 	Attivazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare, gestito dal Coordinatore del processo aziendale della Direzione sanitaria e dal responsabile di dipartimento (Unità di assistenza allo <i>stroke</i>)

Momenti fondamentali dell'assistenza	Competenze delle figure professionali	Elementi di multidisciplinarietà
Fase di prevenzione primaria		
Identificazione dei fattori di rischio	Formazione al riconoscimento dei fattori di rischio legati all'ictus e alle malattie cardio-vascolari	Incontri informativi per la popolazione (paziente, famiglia, comunità)
Riconoscimento precoce dei sintomi	Riconoscimento dei sintomi e diagnosi pre-ospedaliera (Uso della <i>Cincinnati pre-hospital stroke scale</i>): MMG, 118	Comunicazione tempestiva tra MMG e 118 Incontri informativi per la popolazione (paziente, famiglia, comunità)
Fase pre-ospedaliera		
Attivazione di percorsi assistenziali pre-ospedalieri	Attribuzione del codice di <i>triage</i> corretto e invio all'ospedale più adeguato al caso: 118	Comunicazione tra mezzo 118, centrale operativa e <i>stroke unit</i> sull'invio del paziente
Fase ospedaliera		
Pronto soccorso: identificazione del percorso intra-ospedaliero	<ul style="list-style-type: none"> • Riconoscimento precoce dei sintomi (uso della <i>Cincinnati pre-hospital stroke scale</i>) (infermieri <i>triage</i>) • Attribuzione della priorità dell'intervento (codice <i>triage</i>) (infermieri) • Valutazione neurologica (<i>NIH stroke scale</i>) (medici, infermieri) • Valutazione clinica e stabilizzazione (medici) • Esami diagnostici (TAC) (medici) • Aspetti relazionali con i pazienti e la famiglia (medici, infermieri) • Raccolta dati relativi all'assistenza fornita al paziente 	<p>Attivazione del gruppo di lavoro interdipartimentale (PS, reparti, <i>Stroke unit</i>) per l'applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione del paziente nell'unità dedicata <i>Stroke unit</i></p> <p>Gestione del gruppo di lavoro e verifica applicazione percorso da parte del Coordinatore dell'Unità di assistenza allo <i>stroke</i></p> <p>Gestione dei bisogni assistenziali del paziente da parte del <i>case manager</i></p>

Momenti fondamentali dell'assistenza	Competenze delle figure professionali	Elementi di multidisciplinarietà
Fase ospedaliera (<i>continua</i>)		
Assistenza in area dedicata	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo della capacità di lavorare in <i>team</i> multiprofessionale (infermieri, medici, fisioterapisti, psicologi, ...) • Gestione delle risorse (umane, tecnologiche e strumentali) • Conoscenza e utilizzo di protocolli diagnostico-terapeutici specifici • Conoscenza e utilizzo di protocolli per la prevenzione e trattamento delle complicanze (piaghe da decubito, incontinenza urinaria) • Attivazione precoce della riabilitazione • Adozione di protocolli per la prevenzione delle recidive (secondaria) • Impostazione del piano di dimissione (ulteriori figure sanitarie, sociali) • Relazione con la medicina del territorio (MMG, medici continuità assistenziale) • Valutazione degli esiti • Aspetti relazionali con i pazienti e la famiglia per informazione sulla patologia, <i>counseling</i> psicologico, attivazione del supporto di assistenza domiciliare, informazioni amministrative. Corso di formazione per i <i>caregiver</i> • Raccolta dati relativi all'assistenza fornita al paziente 	<p>Attivazione del gruppo di lavoro multidisciplinare per la definizione del percorso assistenziale della fase ospedaliera acuta e post-acuta e della fase di continuità assistenziale (medici, infermieri, terapisti, psicologi, MMG, pazienti, famiglia, <i>caregiver</i>)</p> <p>Gestione del gruppo di lavoro e verifica applicazione percorso da parte del Coordinatore dell'Unità di assistenza allo <i>stroke</i></p> <p>Gestione dei bisogni assistenziali del paziente da parte del <i>case manager</i></p> <p>Gestione degli aspetti relazionali con pazienti e familiari da parte del <i>case manager</i></p> <p>In mancanza di tale figura: creazione di uno sportello informativo (all'interno dell'ospedale)</p>

Momenti fondamentali dell'assistenza	Competenze delle figure professionali	Elementi di multidisciplinarietà
Fase post-ospedaliera		
Attivazione del percorso riabilitativo e di reintegrazione socio-sanitaria	<p>Gestione multidisciplinare del paziente: terapeutica, riabilitativa, psico-sociale (infermieri, medici, fisioterapisti, psicologi, associazioni di volontariato, assistenti sociali ecc.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • attivazione del piano riabilitativo • <i>follow up</i> clinico per la prevenzione delle recidive • valutazione degli esiti • reintegrazione sociale • aspetti relazionali con i pazienti e la famiglia (<i>counseling</i> psicologico, supporto assistenziale domiciliare, informazioni amministrative) • raccolta dati relativi all'assistenza fornita al paziente 	<p>Attivazione del gruppo di lavoro multidisciplinare per la definizione del percorso assistenziale della fase di continuità assistenziale (medici, infermieri, terapisti, psicologi, MMG, pazienti, famiglia, <i>caregiver</i>, associazioni di volontariato, assistenti sociali, ecc.)</p> <p>Gestione e verifica del gruppo di lavoro, applicazione percorso da parte del Coordinatore di territorio</p> <p>Gestione dei bisogni assistenziali del paziente da parte del <i>case manager</i> di territorio</p>

5. Gli scenari formativi e le indicazioni per la progettazione

5.1. Introduzione

La formazione all'assistenza allo *stroke* si inserisce nello scenario più ampio della formazione continua in sanità, intesa come quell'insieme di attività, successive alla formazione iniziale, finalizzate al continuo adeguamento delle capacità di intervento rispetto allo sviluppo scientifico, tecnico e organizzativo dell'assistenza e al mutare della domanda di salute della popolazione.

La formazione continua è uno strumento fondamentale di cambiamento individuale, ma anche una funzione specifica del servizio sanitario stesso, indispensabile a garantire nel tempo lo sviluppo e l'innovazione delle prestazioni.

Qualunque azienda che abbia interesse a curare il proprio sviluppo non può prescindere dalle competenze professionali, dalle capacità di intervento e dal comportamento dei propri dipendenti. La formazione è uno degli strumenti più utilizzati per l'orientamento e il rafforzamento del personale.

La formazione continua va considerata come quell'elemento necessario per dare agli operatori una sempre maggiore consapevolezza dei problemi e una più sicura padronanza della strumentazione metodologica scientifica e tecnica.

L'azione della formazione continua deve far parte di un contesto in cui:

- si condividano un insieme di valori e di competenze di fondo;
- sia effettivo l'impegno a creare condizioni di lavoro adatte allo sviluppo delle competenze, in funzione della carriera individuale come dell'organizzazione;
- esistano le possibilità di accedere alla formazione in modo aperto, flessibile e senza discriminazioni;
- l'apprendimento sia riconosciuto, valutato, accreditato e condiviso tra gruppi e professioni differenti;
- la pianificazione e la valutazione della formazione continua facciano parte dello sviluppo delle organizzazioni;
- vi sia possibilità di accedere alle necessarie risorse informative;
- le infrastrutture dedicate siano competenti, accessibili e davvero in grado di supportare l'apprendimento.

L'innovazione nell'assistenza allo *stroke* introduce in un sistema complesso come le Aziende sanitarie cambiamenti organizzativi nella produzione dei servizi, ma anche nuove identità dei soggetti coinvolti e nuovi legami sociali. La formazione è un utile strumento per aiutare i professionisti a comprendere il ruolo che possono giocare all'interno

dell'innovazione e del cambiamento organizzativo e le nuove logiche di pensiero che devono essere assunte. È necessaria una formazione che aiuti a dare senso e significato alle innovazioni e ai cambiamenti prodotti. Gli operatori debbono ritrovare un senso nelle modifiche che vengono loro proposte, debbono comprenderne l'utilità e l'importanza, spostando l'attenzione dall'informazione al significato, ai valori alla base delle azioni, alla storia, alla cultura, alle diverse letture della realtà. Tutto questo faciliterà gli scambi tra professioni e discipline e l'avvio di una nuova cultura integrata.

Va quindi privilegiato un modello di formazione imperniato sulla centralità del discente, che favorisca atteggiamenti di ricerca, di costruzione di nuove conoscenze e che non disconosca le emozioni che attraversano qualsiasi atto di apprendimento. È necessario passare da un modello semplicemente trasmissivo a un modello fondato sulla ricerca di nuovi saperi e di rielaborazione dell'esperienza.

La didattica da utilizzare dovrà basarsi sulle tecniche (anche sostenute dalle tecnologie dell'informatica e delle comunicazioni) attraverso cui gli adulti apprendono, che comprendono sia lezioni frontali e letture con l'obiettivo di acquisire i concetti e le basi metodologiche, ma soprattutto lavoro sul campo e scambi tra operatori attraverso:

- gruppi di lavoro su casi/esperienze, in particolare nel rilevare tutti gli aspetti multiprofessionali e multidisciplinari del problema con la ricostruzione del caso clinico, evidenziando integrazione e specificità di ciascun operatore;
- gruppi di lavoro finalizzati al miglioramento della qualità e alla gestione delle criticità;
- *training* in ospedali con aree dedicate.

Un processo di innovazione di tipo tecnologico o organizzativo deve sempre fare i conti con la cultura dell'organizzazione in cui si va a calare e dei soggetti che vi lavorano. Le proposte, gli spunti e gli orientamenti contenuti in queste pagine potranno essere utili in generale per chi dovrà programmare e progettare la formazione per i professionisti addetti alla prevenzione, cura e riabilitazione allo *stroke*, ma per essere concreti andranno coniugati con la realtà organizzativa e la cultura aziendale locale.

Le figure professionali coinvolte nell'assistenza allo *stroke* sono assai numerose e ognuna presenta caratteristiche anche di elevata specializzazione. La formazione di base e specialistica delle singole figure viene effettuata nell'ambito degli specifici corsi universitari e delle iniziative delle associazioni e società scientifiche e non è analizzata in questo documento.

Le proposte di seguito tracciate nascono da un'analisi delle criticità del processo di assistenza allo *stroke* e dall'individuazione delle funzioni ritenute fondamentali per sostenere e garantire la continuità e la qualità dell'intero processo, e riguardano quindi in particolare le conoscenze e le competenze:

- comuni a tutti gli operatori che partecipano al processo;
- di chi ha il compito di seguire il processo di assistenza del singolo caso (nell'area dedicata ospedaliera e sul territorio con i *caregiver*);
- di chi ha il compito di coordinare l'area dedicata ospedaliera;
- di chi ha il compito di coordinare il programma aziendale di assistenza all'ictus.

5.2. Per tutti gli operatori che partecipano al processo di assistenza al malato di ictus

Tutti gli operatori che partecipano al processo di assistenza al malato di ictus, indipendentemente dal ruolo che hanno e dalle fasi in cui intervengono, hanno la necessità di conoscere il processo in sé, le sue principali caratteristiche, gli elementi che permettono di inserirsi con tempestività e appropriatezza e con coerenza anche nei confronti del malato, dei familiari e degli altri soggetti coinvolti.

In modo alquanto schematico si potrebbe affermare che un operatore che abbia seguito un percorso formativo comune di carattere introduttivo debba essere in grado di:

- conoscere e condividere i valori che sono alla base del processo di assistenza al paziente con ictus a cui partecipa;
- saper valorizzare la centralità del malato e l'importanza dell'*empowerment* suo e dei familiari ai fini anche dell'efficacia degli interventi;
- conoscere gli elementi fondamentali delle principali linee guida e dei percorsi assistenziali (in particolare il documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel febbraio del 2005), riconoscendo nel programma assistenziale a cui partecipa il riflesso di tali documenti di indirizzo, le finalità e i principi dell'assistenza dedicata all'ictus, gli obiettivi degli interventi;
- saper descrivere il modello organizzativo dell'assistenza specifica allo *stroke* nelle sue varie fasi (pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera) riconoscendo in particolare l'organizzazione della fase in cui opera, le sue funzioni e il ruolo dei diversi componenti;
- riconoscere il ruolo dei programmi di prevenzione nell'ambito di più generali obiettivi di salute, sapendo identificare i fattori di rischio legati all'ictus e alle malattie cardiovascolari e i criteri per l'identificazione delle persone a rischio;
- elencare i criteri che si utilizzano per il riconoscimento precoce dei sintomi e i criteri di attribuzione del codice di *triage* per assegnare correttamente le priorità di intervento;
- descrivere il percorso intra-ospedaliero, i criteri per la valutazione neurologica e clinica e il valore degli esami diagnostici; elencare, inoltre, gli elementi principali dei protocolli per la gestione routinaria, per la prevenzione e trattamento delle complicanze, per la riabilitazione precoce, per la prevenzione delle recidive;
- descrivere i criteri per la valutazione degli esiti e gli aspetti determinanti della reintegrazione sociale;
- saper valorizzare gli aspetti relazionali e di comunicazione con i malati, con le famiglie e con gli altri soggetti che intervengono nel processo assistenziale;
- conoscere e utilizzare gli strumenti informativi principali per garantire la continuità assistenziale (cartella clinica, piano di dimissioni, lettera di dimissioni, ...) e saper informare;
- collaborare in un *team* multiprofessionale e con gli operatori degli altri settori.

5.3. Per chi ha il compito di seguire il processo di assistenza del singolo caso (nell'area dedicata ospedaliera e sul territorio con i *caregiver*)

L'assistenza al paziente colpito da *stroke* si basa sull'attività di tanti professionisti. Il coordinamento e l'integrazione tra le azioni di cura e assistenza dei vari attori sono condizioni indispensabili per un processo efficace.

Per realizzare queste condizioni è necessario considerare importante l'apporto di tutte le componenti che ruotano attorno al paziente, cioè tutti quei soggetti che portano conoscenza, tecniche, risorse materiali e affettive per una migliore qualità della vita del soggetto malato, e quindi promuovere condizioni che facilitino:

- il lavoro di gruppo e la discussione sul caso;
- relazioni tra i soggetti interessati, che sappiano superare la separazione dei saperi ed evitare gli effetti negativi dello specialismo;
- una gestione clinico-organizzativa centrata sul caso specifico, per assicurare una più attenta valutazione della persona e dei suoi bisogni;
- un'integrazione tra bisogno sanitario e sociale, che può iniziare dalla stesura comune di piani di assistenza individuali integrati;
- una continuità di assistenza che sappia superare le separazioni organizzative e istituzionali;
- un'attenzione e una cura alla comunicazione con i familiari e *caregiver*, per condividere i percorsi e renderli attivi e corresponsabili delle decisioni e delle scelte, pensando a questi soggetti come risorse e non come intralci.

Tutto questo richiede innovazioni nelle logiche di intervento. Le strutture devono diventare più flessibili e centrarsi maggiormente sui bisogni del paziente e si devono trovare forme organizzative integrate tra i vari servizi (ospedalieri, territoriali, sociali e sanitari). È un approccio assistenziale che considera con pari dignità gli interventi di cura, di riabilitazione e di reinserimento sociale.

Per assicurare che questo processo avvenga adeguatamente è necessario che venga garantita una funzione specifica dedicata. Il responsabile di tale funzione può variare a seconda dei diversi modelli organizzativi. In alcuni casi è certamente l'infermiere, in altri può essere una figura non medica, in altri un medico e, infine, ci sono situazioni in cui la funzione è esercitata dall'intero *team*. Indipendentemente da chi concretamente la eserciti, in queste pagine si utilizza il termine *case manager*, in ambito sia ospedaliero che territoriale, per identificare chi accompagna il malato durante tutto il percorso del ricovero, della dimissione e del reinserimento familiare e sociale.

Il *case manager* - che si potrebbe tradurre in italiano come "operatore di riferimento" oppure "operatore responsabile del caso" - è importante per l'organizzazione dell'assistenza perché agisce come interfaccia tra l'istituzione e il malato.

Garantisce l'appropriatezza degli interventi, promuovendo e facilitando l'integrazione fra gli operatori dei diversi servizi secondo metodologie di lavoro condivise e assicurando l'adeguato rispetto delle persone.

Collabora con i clinici (ospedalieri e territoriali) sulle decisioni operative, pianificando gli interventi in modo da evitare duplicazioni, ridondanze e vuoti, attivando risorse e collegamenti con altri soggetti istituzionali e non, curando in particolare il rapporto con le famiglie in un approccio organizzato di integrazione.

Indipendentemente dalla professionalità di provenienza, deve saper integrare le sue competenze di base con capacità di gestione delle risorse, di valutazione della situazione e di pianificazione e coordinamento degli interventi, di attivazione e alimentazione delle reti di soggetti utili ai fini dell'assistenza e del reinserimento sociale del paziente.

Ha il compito di coordinare tutte le fasi dell'assistenza alla malattia del paziente: dall'ingresso nella struttura sanitaria, alla fase diagnostica, all'intervento terapeutico, fino alla fase riabilitativa e di reinserimento sociale. Affianca un gruppo di professionisti e le modalità di lavoro devono essere interdisciplinari.

Il *case manager* deve quindi partecipare alla valutazione dello stato di malattia e rappresentare secondo un ordine di priorità i bisogni sanitari, psicologici e sociali, conoscere i costi e le disponibilità dei servizi che incontrano quei particolari bisogni per poter meglio indirizzare il percorso clinico del paziente. Deve muoversi per fornire supporto e incoraggiamento al paziente, cercando di comprenderne il punto di vista psicologico, rafforzandone le capacità e intervenendo con *feedback* appropriati. Deve valorizzare il contributo delle persone che se ne prendono cura e puntare a far raggiungere risultati di autonomia.

Sinteticamente il *case manager* deve assicurare:

- il coordinamento tra i servizi richiesti nel piano individuale di assistenza;
- l'individuazione delle barriere e delle risorse utili al raggiungimento delle migliori condizioni possibili del paziente;
- il supporto alla realizzazione e al coordinamento degli atti medici e non, necessari a garantire e coordinare la continuità dell'assistenza;
- il presidio del processo che accompagna la valutazione del problema, la qualità, la pianificazione degli interventi, il monitoraggio continuo e la valutazione finale;
- il monitoraggio e la facilitazione dell'uso appropriato delle risorse nel tempo.

Di conseguenza, la formazione per il *case manager* deve prevedere campi assai diversi come l'analisi del territorio e delle risorse disponibili, le modalità per la programmazione integrata e la valutazione delle risorse, il lavoro di rete, la progettazione individualizzata, e la costruzione e gestione del percorso assistenziale, la comunicazione e la relazione di *empowerment*.

Le competenze del *case manager* possono variare in funzione della complessità dei casi, ma è comunque necessario che la sua attività venga sostenuta adeguatamente dall'organizzazione, che dovrà riconoscergli la funzione e l'autorevolezza dell'azione.

5.4. Per chi ha il compito di coordinare l'area dedicata ospedaliera

Per offrire assistenza ai pazienti con ictus nella fase acuta vanno previste aree di degenza dedicate e geograficamente definite. Negli ospedali della "rete *stroke*" vanno garantiti centri in possesso dei requisiti essenziali di accesso ad indagini e cure appropriate e un'organizzazione dell'assistenza basata su un *team* multidisciplinare e multiprofessionale specificamente formato. Il *team* deve essere composto da tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza ai pazienti con ictus nella fase acuta (medici di diversa specialità, infermieri dedicati, terapisti della riabilitazione e personale di supporto) e dovrà adottare metodologie valutative comuni e procedure di intervento standardizzate.

Gli elementi essenziali che caratterizzano tale *team* sono così riassumibili:

- seguire un programma terapeutico coordinato,
- essere composto da operatori specializzati nello *stroke*,
- effettuare incontri periodici per la discussione dei casi,
- coinvolgere i familiari nel processo terapeutico.

Uno dei principali vantaggi di tale modalità assistenziale consiste proprio nella possibilità di sviluppare una politica di collaborazione che includa la valutazione globale di tutti gli aspetti della malattia e della disabilità del paziente, uno stretto collegamento tra i diversi specialisti, nonché l'identificazione e la consapevolezza degli obiettivi della riabilitazione.

Il responsabile del *team* ha quindi il compito del coordinamento dei suoi componenti per formulare e attuare un programma di trattamento integrato, centrato sui problemi e sulla disabilità del singolo paziente, sulla precocità della diagnosi, della mobilitazione e della riabilitazione, sulla sistematicità dell'osservazione neurologica e internistica e da trattamenti specifici (es. trombolisi). In particolare nella primissima fase di assistenza tale attività comprende:

- la conferma diagnostica (clinica e strumentale) che consente di orientare la terapia ed evitare approcci incongrui;
- l'eleggibilità del paziente alla terapia ripercussiva farmacologica;
- l'identificazione di co-patologia cardiaca;
- l'identificazione di comorbidità (cardiache, internistiche e patologie carotidiche) che possono contribuire a determinare e/o complicare il decorso dello *stroke*;
- il trattamento appropriato del paziente;
- la terapia e la prevenzione delle complicanze neurologiche in fase acuta;
- un adeguato programma di *follow up*.

Più in generale, l'attività comprende il controllo dello stato neurologico e delle funzioni vitali, l'uso del catetere vescicale solo quando necessario, il trattamento anti-ipertensivo in casi selezionati, la prevenzione delle lesioni cutanee e dei blocchi articolari, una adeguata alimentazione, anche per via enterale, bilanciata nei nutrienti, la prevenzione della malattia venosa tromboembolica.

La gestione del problema nutrizionale è spesso rilevante in questi pazienti, in quanto disfagia, problemi di comunicazione, depressione contribuiscono a rendere difficile un corretto apporto alimentare.

La mobilitazione precoce e la presa in carico riabilitativa entro le 48 ore giocano un ruolo chiave nell'assistenza in fase acuta del paziente con *stroke*. In tale ambito è importante:

- la prevenzione dell'instaurarsi di danni secondari;
- l'inizio di interventi utili a favorire il recupero della menomazione;
- i gesti e le attività del paziente vanno improntati al massimo sfruttamento delle sue abilità residue, facilitando la correttezza del movimento, evitando i compensi;
- le turbe dello schema corporeo richiedono stimolazioni ambientali dal lato plegico.

Sarà quindi compito del *team* multidisciplinare curare che l'accesso ai servizi post-acuti sia preceduto da una valutazione con strumenti validati, in grado di fornire una misura obiettiva e riproducibile dei problemi del paziente, in modo che al momento della dimissione dal reparto per acuti vengano stabiliti obiettivi riabilitativi differenziati e personalizzati.

Tutti gli aspetti sopra citati, che rappresentano obiettivi assistenziali nella fase acuta, devono necessariamente essere integrati nella ricerca di un percorso individualizzato sui bisogni del singolo paziente. In tale ottica il coordinatore, coinvolgendo collegialmente gli operatori del *team*, definisce il percorso ottimale in ragione dei bisogni sanitari e riabilitativi del paziente, coinvolgendo i familiari nel processo terapeutico e interfacciandosi strettamente con il *case manager* che presiederà i bisogni di assistenza istituzionale dello stesso paziente, in particolare nella fase post-acuta con i *caregiver*, il territorio, il medico di medicina generale.

Il coordinatore della struttura di degenza dedicata deve procedere al monitoraggio e alla valutazione della qualità del processo con periodici controlli di indicatori quali, ad esempio:

- caratteristiche dei pazienti ammessi nei letti dedicati rispetto a quelli giunti in ospedale,
- rapidità della valutazione diagnostica,
- durata della degenza,
- precocità della riabilitazione,
- numero delle riunioni multidisciplinari,
- definizione di procedure specifiche di tipo medico, infermieristico e riabilitativo.

Per questi aspetti interagisce con il responsabile aziendale del processo, e deve anche saper avviare iniziative di *audit* come strumento di controllo di qualità del processo assistenziale.

Inoltre è compito del coordinatore del *team* predisporre le condizioni per curare la raccolta dei dati utili al Registro aziendale dello *stroke*, anche attraverso l'ambulatorio dedicato alle cerebrovasculopatie, per consentire il *follow up* dei pazienti precedentemente ricoverati nei letti dedicati.

Infine è necessario che si sviluppi all'interno del *team* una cultura professionale che contribuisca a:

- organizzare le attività mantenendo la centralità della persona curata;
- operare secondo criteri di evidenza scientifica;
- mettere a confronto le metodologie e i risultati conseguiti sia all'interno della propria realtà operativa sia in relazione ad altre realtà.

La formazione del coordinatore dell'area dedicata va sviluppata quindi lungo tre assi portanti:

- tecnico-scientifico
 - *clinical competence*
 - linee guida e priorità clinico-assistenziali
 - strumenti utilizzabili per il riconoscimento precoce dei problemi attivi e o potenziali presentati dal paziente
- relazionale-educativo
 - *project management*
 - educazione terapeutica e relazione con il paziente e la sua famiglia
 - *leadership* - relazioni interpersonali e soluzioni di conflitti
- qualità - etica
 - responsabilità professionali: aspetti giuridici, medico legali e deontologici
 - analisi e strumenti della qualità dell'assistenza (qualità tecnica, relazionale e percepita)
 - *audit* clinico

5.5. Per chi ha il compito di coordinare il programma aziendale di assistenza all'ictus

Il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti con *stroke* è declinato da linee guida di Agenzie nazionali e regionali e passa attraverso l'impegno e l'integrazione delle strutture locali.

Il coordinatore delle attività necessarie e delle risorse che possono essere utilizzate definisce a livello aziendale le specifiche condizioni operative e le competenze professionali che debbono intervenire nelle diverse fasi. È importante anche che costruisca le condizioni che rendono il percorso valutabile nella sua applicazione pratica e misurabile relativamente all'impatto su esiti clinici rilevanti per i pazienti e gli operatori.

In questa ottica principalmente orientata a definire l'ambiente organizzativo e funzionale per il raggiungimento degli obiettivi clinici dei servizi, il ruolo di questa figura di coordinamento è complementare al coordinatore dell'area ospedaliera dedicata e al *case manager*. Non deve essere necessariamente un clinico, ma deve conoscere i problemi dell'implementazione dei percorsi diagnostici e terapeutici aziendali e, per questo, la sua collocazione dovrebbe essere la Direzione sanitaria dell'Azienda territoriale.

In termini generali, il coordinatore aziendale deve anche essere in grado di definire a livello locale l'entità del problema clinico e sociale acquisendo le informazioni e i dati disponibili, e di individuare le strutture organizzative da coinvolgere nel percorso assistenziale e le modalità di integrazione.

L'analisi delle sue funzioni passa necessariamente anche attraverso le diverse fasi del percorso assistenziale.

Riguardo la fase di prevenzione primaria deve saper promuovere iniziative di comunicazione alla popolazione sulle modalità di assistenza all'ictus e di accesso ai servizi. Deve saper attivare iniziative rivolte ai medici di medicina generale per il loro fondamentale intervento di identificazione delle persone a rischio e di informazione sui comportamenti da adottare anche nella fase di eventuale emergenza.

Riguardo la fase pre-ospedaliera il coordinatore aziendale deve saper definire le modalità di coordinamento tra i servizi 118, i Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) e la rete delle strutture dedicate per la tempestiva ospedalizzazione dei pazienti, con implementazione di collegamenti anche di tipo telematico e modalità per il rapido trasferimento dei pazienti tra i Centri della rete. Per la fase post-acuta deve saper definire le risorse disponibili e la loro integrazione realizzando modalità di raccordo efficaci e standardizzate per garantire la continuità del percorso assistenziale.

L'accesso alle strutture residenziali (RSA o altre strutture extra-ospedaliere) o all'assistenza domiciliare integrata (ADI) per coloro che possono essere curati a domicilio è un nodo di particolare rilievo. Il coordinatore aziendale deve curare in particolare le modalità di raccordo tra le strutture residenziali, i soggetti che prestano assistenza sanitaria, medici specialisti, medici di medicina generale, *caregiver* istituzionali e non istituzionali (assistenti sociali, familiari, volontari).

Anche in questo caso le competenze di questa figura non devono sovrapporsi con quelle del *case manager*, che coordina gli interventi sul paziente, ma devono contribuire a determinare il supporto organizzativo che permette di ottimizzare l'intervento. Le modalità di raccordo devono chiaramente prevedere gli strumenti operativi di integrazione e di scambio informativo sui pazienti.

Compete inoltre a questa figura favorire il coinvolgimento delle Associazioni dei pazienti nella definizione del piano di trattamento e nella valutazione di impatto sull'assistenza ai pazienti e la promozione dei rapporti con le altre istituzioni per la realizzazione di percorsi facilitati in ambito socio-assistenziale.

Infine il coordinatore aziendale deve saper:

- identificare gli aspetti del processo assistenziale da monitorare;
- scegliere i dati e le informazioni rilevanti da raccogliere in modo strutturato e continuativo (vedi l'implementazione di un Registro *stroke* aziendale raccordato a un eventuale Registro regionale);
- costruire gli indicatori utili per verificare l'andamento e l'effettivo raggiungimento degli obiettivi assistenziali;
- identificare le eventuali azioni di miglioramento per aggiornare il PDT.

Il coordinatore aziendale deve quindi ricevere una formazione rivolta principalmente a:

- conoscenza approfondita delle problematiche assistenziali specifiche,
- *project management*,
- epidemiologia,
- organizzazione aziendale,
- governo clinico e suoi strumenti (*audit*, gestione del rischio, ecc.)
- gestione delle risorse,
- controllo di gestione.

6. Gli scenari e gli strumenti della comunicazione

A pari passo con la ricerca tecnologica e scientifica che fornisce gli strumenti per migliorare la gestione clinica dei pazienti con ictus, la comunicazione e l'informazione si inseriscono come elementi cardine del percorso clinico-assistenziale fornito a questi pazienti. Se applicati correttamente possono contribuire a prevenire il manifestarsi della malattia, o nel caso di patologia conclamata, possono aumentare la tempestività dell'intervento, migliorare la qualità dell'assistenza fornita e quindi gli esiti. Alcuni di questi (consenso informato, piano riabilitativo, protocolli, ecc.) potrebbero essere già oggetto di approfondimenti e indicazioni utili. In questa fase tuttavia ci si limita a identificare gli scenari principali.

Si distinguono lo scenario della prevenzione primaria e quello della malattia, che vengono di seguito schematicamente analizzati.

6.1. Durante la fase della prevenzione primaria

Gli scenari della comunicazione nella fase della prevenzione primaria si articolano su due piani. Da un lato va considerata l'esigenza di sensibilizzare la comunità nel suo complesso contro i pregiudizi (così come evidenziato nel *Capitolo 2*), che può iniziare anche nelle scuole, con l'informazione sulla prevenzione dei fattori di rischio e sull'efficacia degli interventi.

Dall'altro lato vanno considerati i cittadini a rischio (cardiopatici, ipertesi, diabetici) per i quali vanno previsti materiali informativi specifici e il coinvolgimento di diversi attori dell'assistenza: specialisti, medici di medicina generale, psicologi, servizi di assistenza territoriale, associazioni di pazienti e famiglie dei pazienti con ictus. Quest'ultimo contributo è determinante per l'elaborazione di messaggi che siano comprensibili e fruibili, perché basati sui problemi quotidiani dei pazienti con ictus o delle persone che si trovano a gestire questi pazienti.

La messa in atto delle strategie di sensibilizzazione della popolazione e di informazione dei soggetti a rischio presuppone la formazione del personale che si occuperà di questi interventi (associazioni di volontariato, ecc.), da parte di specialisti del processo clinico-assistenziale.

6.2. Durante la malattia: in fase pre-ospedaliera

Nell'ambito delle strategie di informazione e comunicazione possono essere messe in atto delle iniziative rivolte all'individuazione precoce dei sintomi per i soggetti a rischio, soprattutto anziani (cardiopatici, ipertesi, diabetici). A tal fine possono essere organizzati degli incontri con gruppi (sindacato, gruppi di quartiere, altri). Tra i possibili strumenti vi sono l'elaborazione di materiale informativo, di audiovisivi e di *spot* pubblicitari.

6.3. Durante la malattia: in fase ospedaliera e post-ospedaliera

Di particolare importanza nella comunicazione durante il ricovero in ospedale sono l'elaborazione e l'uso di protocolli per la gestione clinico-assistenziale multidisciplinare del paziente. Tali protocolli dovrebbero regolamentare la gestione del paziente nel percorso assistenziale da parte di tutti gli attori dell'assistenza (medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, specialisti ospedalieri e di riabilitazione, psicologi, assistenti sociali, famiglie). Allo stesso tempo, questi protocolli dovrebbero essere di ausilio per la gestione della patologia in modo standardizzato e integrato tra fase acuta e post-acuta.

L'elaborazione di protocolli sul percorso assistenziale e per l'assistenza specialistica dovrebbe essere organizzata mediante discussione interdisciplinare tra specialisti e attori dell'assistenza, sulla base di esperienze italiane e internazionali e con adeguato coinvolgimento e riconoscimento istituzionale (Aziende sanitarie, Regione, ecc.).

Fattore determinante per favorire la comunicazione sul percorso clinico-assistenziale è l'organizzazione di incontri specifici per paziente del *team* multidisciplinare di specialisti che si occupano dell'assistenza. È durante questi incontri che vengono definite le linee di assistenza tra fase acuta e post-acuta.

Momento fondamentale per l'assistenza all'ictus è anche quello di fornire ai pazienti, ai familiari e a chi è incaricato dell'assistenza domiciliare le conoscenze necessarie per la gestione del paziente e informazioni precise sulle risorse esistenti sul territorio (guida alle strutture di riabilitazione, centri di assistenza, ambulatori sul territorio in termini di sede e orari di apertura). Questo può essere realizzato ad esempio mediante la creazione di uno sportello informativo o attribuendo tale funzione al *case manager* del percorso ospedaliero.

È importante attivare un supporto alla famiglia per garantire le informazioni sulla patologia e sull'attivazione di servizi, *counseling* psicologico, ecc.

È importante anche prevedere corsi di formazione per i *caregiver*.

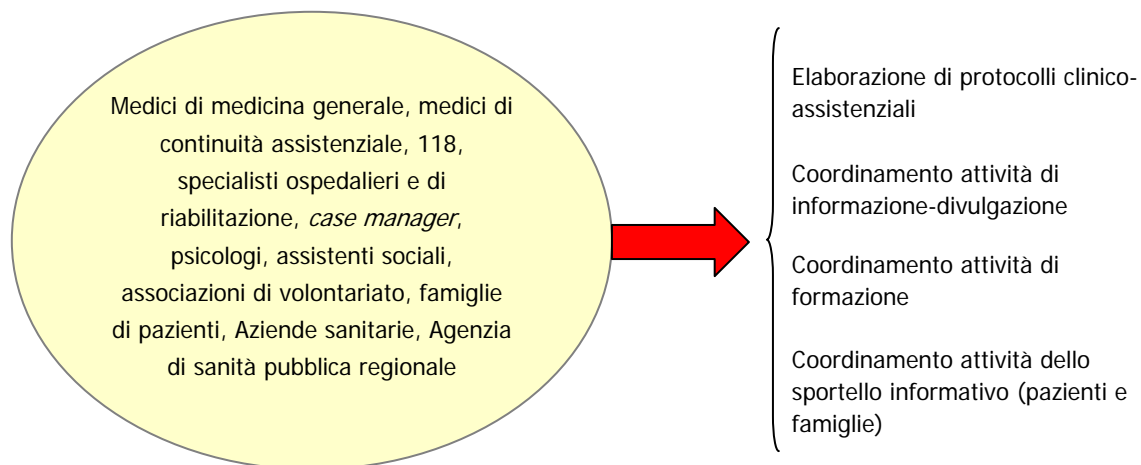
Ai fini di una gestione condivisa e facilmente fruibile delle informazioni clinico-assistenziali per ogni singolo paziente potranno essere inoltre elaborate delle schede informatizzate, contenenti le informazioni delle cartelle cliniche al fine di monitorare il percorso del paziente e condividere e aggiornare i diversi attori dell'assistenza utilizzando la via elettronica e per la raccolta di dati ai fini epidemiologici.

È indispensabile infine che la lettera di dimissione sia completa e che fornisca informazioni su:

- trattamento farmacologico del paziente;
- valutazione del rischio di recidiva;
- chi, come e quando contattare i servizi sul territorio per la continuità delle cure;
- appuntamenti per controlli presso l'ospedale.

Il disegno e la programmazione delle strategie di comunicazione e informazione indicate possono essere rafforzati da un gruppo regionale di coordinamento multidisciplinare, composto dai diversi specialisti e attori dell'assistenza all'ictus (*Figura 2*), in stretto collegamento con la programmazione di tutte le attività inerenti all'organizzazione dei servizi dedicati ai pazienti con ictus in area ospedaliera e sul territorio. Il gruppo di coordinamento ha una composizione variabile in base alle tematiche da affrontare.

Figura 2. Composizione e funzioni del Gruppo di coordinamento dell'assistenza (per informazione e comunicazione)



III. Documentazione

7. Repertorio di esperienze e modelli formativi¹

7.1. Censimento delle esperienze formative specifiche sull'ictus nelle regioni italiane: risultati preliminari

Per inquadrare le proposte in una dimensione di maggiore concretezza è stato effettuato un censimento delle esperienze di formazione continua realizzate in questi anni nelle diverse regioni italiane per l'assistenza all'ictus.

Le informazioni sugli eventi formativi dedicati allo *stroke* sono state raccolte sia direttamente dalle Unità operative delle regioni che partecipano alla ricerca, sia dalle banche dati sull'accREDITAMENTO dell'Educazione continua in medicina a livello nazionale e della Regione Emilia-Romagna.

I Progetti formativi realizzati si sono concentrati prevalentemente sulla fase specialistica ospedaliera e sulla fase riabilitativa.

Nelle Tabelle 1-4 sono presentati alcuni dati preliminari di sintesi sugli eventi censiti.

Tabella 1. Descrizione della tipologia di eventi formativi

Tipo evento	n.	Regioni
Conferenze clinico-patologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare di specifici casi clinici, congresso, simposio, conferenza, seminario, <i>consensus meeting</i> , convegno, tavola rotonda, <i>workshop</i>	27	Abruzzo, Lombardia, Campania, Lazio, Marche, Piemonte, Toscana, Trentino Alto Adige, Umbria, Veneto, Emilia-Romagna, Calabria
Corso, corso di aggiornamento, corso di formazione, corso di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione e implementazione di percorsi diagnostici terapeutici	53	Calabria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Piemonte, Liguria, Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Lombardia, Liguria, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto
Progetto formativo	29	Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Sicilia, Umbria, Veneto

¹ Le schede che riportano le iniziative formative realizzate o da realizzare nelle regioni partecipanti alla ricerca sono state disposte in ordine cronologico di organizzazione dell'evento.

Tabella 2. Descrizione degli eventi formativi della Regione Emilia-Romagna

Tipo evento	N.	Durata (ore) min - max	N. partecipanti min - max
Conferenze, tavola rotonda e convegno	85	1 - 26	2 - 200
Corso teorico-professionale	6	1 - 150	3 - 16

Tabella 3. Eventi formativi per Regione

Regioni	N.	Conferenze e congressi	Corsi	Progetti formativi
Abruzzo	2	1	1	
Basilicata	2		1	1
Calabria	3	1	1	1
Campania	10	3	3	4
Emilia-Romagna	5	3	1	1
Friuli Venezia Giulia	11		5	6
Lazio	10	3	5	2
Liguria	7		4	3
Lombardia	12	3	3	6
Marche	3	1		2
Piemonte	9	2	7	
Puglia	4		4	
Sicilia	6		5	1
Toscana	6	4	2	
Trentino Alto Adige	1	1		
Umbria	4	1	2	1
Veneto	14	4	9	1

Legenda

Conferenze e congressi

Conferenze clinico-patologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare di specifici casi clinici, congresso, simposio, conferenza, seminario, *consensus meeting*, convegno, tavola rotonda, *workshop*

Corsi Corso di aggiornamento, corso di formazione, corso di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici

Progetti formativi

Progetto formativo, percorso articolato in più fasi e unità didattiche

Tabella 4. Descrizione dei Progetti formativi implementati per Regione

N. progetti formativi	Regioni	Durata (ore) min - max	n. partecipanti min - max	Fase assistenziale		
				n.	%	
	Basilicata			intra-post-ospedaliero	11	37,9
	Calabria					
	Campania			<i>stroke unit</i>	8	27,6
	Emilia-Romagna					
	Friuli Venezia Giulia			generale	4	13,8
	Lazio					
	Liguria	4 - 31	15 - 500	pre-intra-ospedaliero	4	13,8
	Lombardia					
	Marche			ospedaliero	1	3,4
	Sicilia					
	Umbria			pre-intra-post-ospedaliero	1	3,4
	Veneto					
<i>totale 29</i>					<i>29</i>	<i>100%</i>

7.2. La gestione esperta del paziente con ictus cerebrale acuto: trattamento trombolitico dello *stroke* ischemico della Regione Toscana²

Obiettivi

In seguito all'approvazione dell'*Actylise* da parte del Ministero della salute (Decreto del 24 luglio 2003, *GU* n. 190 del 18 agosto 2003) come nuovo farmaco per la terapia dell'ictus cerebrale ischemico in fase acuta, è stato creato un gruppo di medici all'interno dell'Azienda ospedaliera Careggi reperibili 24 ore su 24 per la gestione dell'ictus ischemico acuto.

Questa nuova organizzazione ha reso necessario condividere tra più soggetti protocolli di valutazione e gestione del paziente alla luce anche della necessità di eseguire il processo in emergenza. Pertanto si è provveduto ad attivare un percorso formativo che coinvolgesse oltre a medici e infermieri della *Stroke unit*, anche i medici e gli infermieri del DEA.

L'obiettivo del progetto è quello di introdurre una nuova ottica di gestione del paziente con ictus, attraverso una valutazione rapida e mirata all'attuazione della terapia trombolitica e del monitoraggio e gestione del paziente sottoposto a tale terapia.

Metodologia

Il corso è stato rivolto a:

- medici dello *stroke team* aziendale neurologi, internisti, geriatri
- medici del DEA
- infermieri del DEA e della *Stroke unit*

È stato coordinato dai neurologi della *stroke unit* e organizzato con la collaborazione della UO Formazione permanente dell'AOU Careggi e dell'Agenzia regionale di sanità.

Il corso si è strutturato in 3 incontri della durata di 8 ore.

La didattica si è articolata in lezioni frontali e momenti interattivi, lavoro in gruppi per la discussione delle principali criticità e la valutazione del percorso decisionale con il supporto di casi clinici.

L'attività di docenza è stata svolta da un *panel* multispecialistico di medici e infermieri: 3 neurologi, 1 intensivista del DEA, 2 neuroradiologi, 1 neurosonologo, 1 medico di direzione sanitaria, 1 infermiere DEA *triage*, 1 infermiere *Stroke unit*.

Il programma ha affrontato i seguenti argomenti:

- Organizzazione dello *stroke team*
- *Razionale*
- Diagnosi e misdiagnosi

² A cura di Patrizia Nencini, Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze.

- *Triage*
- Criteri di inclusione e di esclusione per la trombolisi EV
- Addestramento scala NIHSS con visione di filmato
- Altri trattamenti della fase iperacuta: trombolisi intra-arteriosa e terapia chirurgica carotidea in urgenza
- Monitoraggio clinico, infermieristico e laboratorio-strumentale

Il progetto formativo è stato accreditato ECM, è iniziato nel dicembre 2003 e si è concluso nel gennaio 2004; sono state realizzate 3 edizioni.

Risultati

Sono stati formati 80 operatori - tutti i medici dello *stroke team* e del DEA, tutti gli infermieri del DEA e della *Stroke unit* - alla gestione del paziente con ictus, visto nella nuova ottica di una valutazione rapida mirata all'attuazione della terapia trombolitica e del monitoraggio e gestione del paziente sottoposto a tale terapia nelle 24 ore successive al trattamento trombolitico.

Nel febbraio 2004 è stato aperto il centro SITS MOST presso l'Ospedale di Careggi e nel marzo 2004 è stato trattato il primo paziente con *Actilyse* endovena.

7.3. Implementazione dei percorsi clinico-assistenziali per la gestione del paziente con ictus cerebrale acuto nella rete dell'emergenza nel Lazio³

Obiettivi

Il progetto si proponeva in particolare di:

- far comprendere gli elementi di criticità nella gestione dei pazienti con ictus acuto e gli elementi che caratterizzano il Percorso clinico-assistenziale nell'emergenza (PCAE);
- far acquisire gli strumenti teorico-metodologici per l'applicazione del PCAE nella pratica professionale e quelli per la formazione continua di altri operatori, nella gestione dei pazienti con ictus acuto.

Metodologia

Il progetto prevedeva:

- formazione residenziale, rivolta al personale sanitario che assumerà la funzione di coordinatore/facilitatore;
- formazione sul luogo di lavoro per piccoli gruppi di operatori o gruppi di perfezionamento professionale (GPP), diretti da un coordinatore/facilitatore precedentemente formato;
- monitoraggio della formazione sul luogo di lavoro con incontri periodici dei GPP, discussione sui casi trattati sia dal punto di vista clinico che organizzativo e completa di informazioni sull'esito finale del paziente.

In Tabella 5 sono riportate le iniziative realizzate, il numero di partecipanti e la durata.

Tabella 5. Iniziative di formazione PCAE

Tipo di formazione	n. medici	n. infermieri	n. pers. ausiliario	n. sessioni	durata
residenziale	17	46	-	3	1 g
sul luogo di lavoro	38	125	98	6	1 g
monitoraggio	35	79	98	36	1 g

La metodologia applicata di formazione continua sul luogo di lavoro ha riscosso un crescente interesse da parte degli operatori della rete dell'emergenza, che avendo la possibilità di discutere dei casi in termini di aspetti clinici e organizzativi e avendo a disposizione le informazioni sull'esito finale del paziente, si sono sentiti maggiormente coinvolti e motivati a ottenere buoni risultati.

Il progetto, della durata di 6 mesi e accreditato per l'ECM, è stato realizzato nel 2005.

³ A cura di Assunta De Luca, Mirca Barbolini e Gabriella Guasticchi, Agenzia di sanità pubblica, Regione Lazio.

Risultati

Gli operatori sanitari hanno espresso il desiderio di applicare i percorsi clinico-assistenziali e la metodologia formativa anche per la gestione di altre patologie.

In particolare i risultati dell'applicazione dei percorsi clinico-assistenziali possono così essere sintetizzati:

- aumento dei pazienti identificati e trasferiti all'Unità di trattamento neurovascolare di riferimento (UTN);
- diminuzione dei tempi di trasferimento del paziente pre- e intra-ospedaliero;
- aumento dei pazienti che sono stati sottoposti a terapia trombolitica con esito positivo;
- miglioramento dei meccanismi di comunicazione e di coordinamento tra gli attori dell'emergenza.

Il valore aggiunto del modello formativo proposto consiste in un processo di formazione continua, che si basa sulla valutazione dell'operato professionale degli operatori e la condivisione degli esiti in termini di stato di salute finale del paziente, che permettono una maggiore consapevolezza e coinvolgimento nella gestione dei servizi, e in ultima analisi il miglioramento delle conoscenze e della pratica professionale.

Si ritiene pertanto che il modello sia estremamente flessibile e possa essere applicato e replicato, non solo nei servizi che compongono il sistema di emergenza, ma anche in contesti quali le Aziende sanitarie, ospedaliere o territoriali che si occupano della gestione di pazienti dal punto di vista clinico e/o organizzativo, dello sviluppo del personale e della qualità dei servizi.

7.4 La gestione multidisciplinare nel paziente con ictus in fase acuta: implementazione di linee guida regionali della Regione Toscana⁴

Obiettivi

Formare un *team* multidisciplinare finalizzato alla gestione del paziente affetto da ictus acuto, di tipo sia ischemico che emorragico, secondo livelli di assistenza e cura uniformi su tutto l'ambito regionale, in applicazione delle linee guida regionali.

Discutere e condividere protocolli operativi sugli aspetti:

- clinico-diagnostics,
- prevenzione delle complicanze,
- interventi terapeutici,
- trattamento riabilitativo,

in un'ottica di continuità assistenziale.

Metodologia

Il corso di 8 ore è stato rivolto a tutte le figure professionali interessate nella gestione dell'ictus acuto al fine di stimolare la discussione e l'interattività, in particolare sono stati coinvolti:

- medici del 118, neurologi, internisti, di medicina d'urgenza, fisiatri, neuroradiologi, rianimatori, neurochirurghi,
- infermieri professionali e OSS della *Stroke unit*, dei reparti di medicina interna, dei DEA,
- fisioterapisti, logoterapisti, assistenti sociali.

A ogni sessione hanno partecipato 25 persone.

Il ruolo di docenti è stato svolto da esperti di vari profili professionali, che da tempo si occupano attivamente ed esclusivamente nella loro pratica clinica della gestione del paziente con ictus presso la *Stroke unit* dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi, attiva dal 1998. In dettaglio hanno svolto ruolo di docenti: medici, infermieri professionali, fisioterapista, logopedista e un'assistente sociale della ASL 10 di Firenze.

Il programma ha previsto le seguenti sessioni di lavoro:

- Organizzazione del percorso assistenziale del paziente con ictus
- Terapia medica dell'ictus ischemico e dell'ictus emorragico
- Prevenzione e trattamento delle complicanze
- Gestione e monitoraggio infermieristico
- La deglutizione e il linguaggio

4 A cura di Patrizia Nencini, Amalia Ferrara, Daniele Piancaldini, Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze.

- Il trattamento fisioterapico
- Ansia e depressione post ictus
- Progetto di continuità assistenziale: ruolo dell'assistente sociale

Le lezioni sono state alternate da discussioni di gruppo su casi clinici.

Il progetto, accreditato ECM, è stato realizzato in sette edizioni; ha preso il via nel settembre 2005 e si è concluso nel maggio 2006. Sono stati coinvolti fino ad oggi circa 180 operatori.

Il corso verrà ripresentato per l'anno 2007 coinvolgendo anche altre figure professionali: medici di medicina generale, personale medico e infermieristico del 118, personale delle Direzioni sanitarie e dei servizi di supporto come ad esempio i laboratori, il trasporto malati, ecc.

Risultati

Il corso ha fornito conoscenze, competenze e strumenti - in particolare scale di valutazione e procedure - per una gestione dedicata e integrata nell'ambito di un *team* multidisciplinare del paziente con ictus acuto. La condivisione di conoscenze e l'integrazione di competenze delle singole figure coinvolte può favorire il miglioramento dell'*outcome* dei pazienti con ictus acuto.

Un'adeguata formazione del personale dedicato alla gestione del paziente con ictus acuto ischemico o emorragico è uno dei perni per il miglioramento e il mantenimento della qualità dell'assistenza dedicata, definita *stroke care*.

Poiché è stato dimostrato che tale tipologia organizzativa è in grado di migliorare la prognosi di tutti i pazienti con ictus, aumentando la sopravvivenza in condizioni di autonomia, il personale dedicato all'assistenza del paziente con ictus deve essere inserito in un processo formativo "permanente" che preveda momenti di apprendimento, confronto e revisione di procedure esplicite relative alla valutazione, prevenzione di complicanze e trattamento dell'ictus acuto.

7.5. Il corso per *caregiver* "Dal curare al prendersi cura" della Regione Liguria⁵

Obiettivi

Fornire conoscenze sui principali aspetti clinici, epidemiologici, terapeutici farmacologici, riabilitativi, preventivi dell'ictus.

Metodologia

Il corso rivolto ai *caregiver* dei malati - parenti, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, badanti, conoscenti e amici - è stato organizzato con la collaborazione di ALICE (Associazione per la lotta all'ictus cerebrale) e con il coordinamento scientifico del personale medico e paramedico del Centro ictus della Clinica neurologica dell'Università di Genova.

Il corso è stato strutturato in 4 incontri continuativi che si sono tenuti nelle mattinate del sabato, la didattica è stata centrata su lezioni interattive, la docenza è stata svolta da neurologi, fisiatristi, geriatri, psichiatri, psicologi, infermieri, fisioterapisti e logopedisti che svolgono la loro attività professionale esclusivamente o in maniera molto prevalente nel campo della malattia cerebrovascolare.

Hanno partecipato circa 100 *caregiver* che hanno espresso un giudizio positivo sull'iniziativa che verrà probabilmente, riproposta nel 2007. L'iscrizione è stata gratuita.

Alla fine del corso sono state effettuate valutazioni d'apprendimento mediante test con domande a risposta multipla.

Il corso si è tenuto nei mesi di gennaio e febbraio 2006, ed è stato accreditato ECM per le figure sanitarie.

Risultati

I risultati del corso sono stati positivi, sia in termini di interesse che di efficacia didattica e apprendimento di nozioni di base sull'assistenza pratica dei malati di ictus e sui concetti generali della fisiopatologia, epidemiologia, terapia e prevenzione della malattia.

Il corso ha fornito conoscenze aggiornate sugli argomenti trattati a chi già cura gli ictus per motivi professionali e un'approfondita informazione basata su solide conoscenze scientifiche a chi non aveva alcuna specifica preparazione tecnica su argomenti di tipo sanitario (parenti, amici, conoscenti, fornitori di assistenza non professionale).

⁵ A cura di Carlo Gandolfo, Università di Genova.

7.6. Il corso per il *nursing* del soggetto emiplegico affetto dagli esiti di ictus cerebrale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara⁶

Obiettivi

Il progetto si propone in particolare di:

- adottare un modello assistenziale dedicato al paziente con ictus per poter migliorare la prognosi, e ridurre la mortalità e la disabilità dopo l'evento;
- migliorare le capacità di valutazione e *screening* dei pazienti colpiti da ictus nella continuità dell'assistenza.

Metodologia

Il corso è stato rivolto in particolare a infermieri e operatori socio-sanitari. Si è svolto il 16-17 giugno 2006, in tre sessioni di lavoro in cui sono stati trattati i seguenti temi.

1ª sessione

- presa in carico riabilitativa
- lavoro del *team* interprofessionale
- prevenzione secondaria
- aspetti emozionali e depressione

2ª sessione

- valutazione neurologica
- disfagia ed alimentazione
- aspetti cognitivi comunicativi e comportamentali
- dolore

3ª sessione

- autonomia ADL primarie
- gestione vescica-minzione, intestino-alvo
- educazione terapeutica
- gestione del *caregiver*
- documentazione clinica: la cartella integrata
- meccanismi di recupero dopo il danno cerebrale e la cosiddetta "plasticità"

Le lezioni sono state alternate da discussioni in aula. Il corso è stato accreditato ECM.

Risultati

I risultati attesi sono quelli di mettere le premesse per l'avvio di un'area dedicata all'ictus fornendo proposte di modelli organizzativi efficaci e competenze di assistenza specifiche.

⁶ A cura di Nino Basaglia, Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara.

7.7. Il corso per sviluppare la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti affetti da ictus della Regione Piemonte⁷

Obiettivi

Il corso rivolto al personale infermieristico dedicato alla patologia cerebrovascolare è stato finalizzato a migliorare la qualità dell'assistenza nei centri ictus della Regione Piemonte; in particolare si è inteso mettere il personale in grado di:

- impostare la pianificazione e applicare con padronanza le fasi del programma assistenziale per il trattamento e la prevenzione dei principali rischi correlabili alla condizione clinica;
- monitorare il paziente secondo i criteri definiti dalle linee guida;
- applicare con padronanza i protocolli diagnostici e farmacologici riconoscendo tempestivamente eventuali complicanze;
- applicare metodi e strumenti per la comunicazione con il paziente afasico;
- sostenere il paziente e la persona di riferimento durante l'esperienza di ricovero;
- applicare programmi di educazione terapeutica rivolti sia al paziente sia ai suoi familiari;
- collaborare ai programmi di continuità assistenziale;
- individuare e analizzare collegialmente all'interno del *team* di lavoro le problematiche etico-deontologiche emergenti nella pratica clinica quotidiana;
- valutare la qualità dell'assistenza infermieristica erogata.

Metodologia

Il corso è stato articolato in sette moduli di apprendimento teorico/pratico di 4 ore ognuno per un totale di 28 ore d'aula. L'attività didattica ha previsto l'addestramento su specifiche metodologie con l'obiettivo di acquisire e/o revisionare abilità avanzate, e attività di lavoro di gruppo su casi allo scopo di applicare i principi teorici e le abilità metodologiche apprese e per promuovere lo scambio e il confronto di esperienze e di conoscenze dei partecipanti al corso.

Sono programmati inoltre moduli di esperienza clinica sul campo: le esperienze di apprendimento in ambito clinico sono state organizzate secondo le opportunità formative offerte nei contesti assistenziali delle Aziende ospedaliere regionali e più precisamente nei Centri *stroke* attivati da almeno un anno e autorizzati dalla Regione alla trombosi. Ogni partecipante effettuerà 3 giorni di *stage* clinico supervisionato da un tutor (generalmente la caposala del reparto del Centro *stroke*).

Il corso accreditato ECM ha avuto inizio nel settembre 2006; a oggi sono state realizzate tre edizioni che hanno visto coinvolte più di 60 persone.

⁷ A cura di Anna Orlando, Assessorato sanità Regione Piemonte, e Carmelo Labate, Azienda ospedaliera Mauriziano, Torino.

Risultati

Con questo tipo di formazione ci si aspetta non solo l'ampliamento e lo sviluppo di conoscenze tecnico-scientifiche ma anche il sostegno e la promozione di una cultura che supporti i professionisti nello sviluppo costante della qualità del servizio erogato.

La ricaduta attesa sull'assistenza è relativa al:

- maggiore utilizzo delle linee guida nella pratica quotidiana;
- maggiore collaborazione all'interno dei *team* multiprofessionali;
- organizzazione della attività mantenendo la centralità della persona curata;
- confronto delle metodologie e dei risultati conseguiti sia all'interno della propria realtà operativa sia in relazione ad altre realtà.

7.8. Il corso di formazione regionale sulla malattia cerebrovascolare della Regione Piemonte⁸

Obiettivi

Il corso di formazione è stato finalizzato alla formazione del personale medico dedicato alla patologia cerebrovascolare nell'ambito dell'organizzazione dei Centri ictus della Regione Piemonte.

Particolare attenzione viene rivolta al contributo che i diversi specialisti possono offrire nell'assistenza del paziente con ictus nell'ottica della gestione multidisciplinare.

Metodologia

Il corso è stato articolato in 11 moduli di 8 ore ciascuno in cui vengono affrontati - con relazioni, tavole rotonde, esercitazioni pratiche e discussione interattive di casi clinici - gli aspetti clinici, eziopatogenetici, diagnostici, preventivi e terapeutici dell'ictus ischemico ed emorragico.

I partecipanti sono stati identificati dalle singole Aziende sanitarie, in linea di massima 2 medici per Azienda con specializzazione in neurologia e medicina interna o in cardiologia e fisiatria, ossia le figure mediche professionali contemplate nello *stroke team*.

Il corso è alla sua terza edizione e ha previsto una partecipazione di 60 persone per edizione.

Il progetto formativo ha una durata di 6 mesi ed è iniziato nell'ottobre 2006; è stato previsto l'accreditamento ECM.

Risultati

Con questo tipo di formazione ci si aspetta non solo l'ampliamento e lo sviluppo di conoscenze tecnico-scientifiche ma anche il sostegno e la promozione di una cultura che rafforzi la collaborazione multiprofessionale.

⁸ A cura di Anna Orlando, Assessorato sanità Regione Piemonte, e Paolo Cerrato, Azienda ospedaliera S. Giovanni Battista, Torino.

7.9. Lo sviluppo delle competenze per l'assistenza in ambito ospedaliero allo *stroke* dell'Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali Riuniti di Trieste⁹

Obiettivi

Il corso si propone di fornire un approccio fisiopatologico e assistenziale al paziente affetto da ictus cerebrale prendendo in esame le varie criticità, dalla fase acuta alla gestione delle complicanze, alla fase post-acuta. Gli obiettivi formativi sono:

- acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di ictus cerebrale;
- acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche in tema di uso dei monitor per il monitoraggio del paziente affetto da ictus, associato alla mobilizzazione;
- migliorare le capacità relazionali e comunicative in tema di ictus.

Metodologia

Il corso della durata di una giornata è diretto a operatori medici, infermieri e tecnici della riabilitazione della struttura ospedaliera, in particolare delle UCO clinica neurologica *Stroke unit*, UCO cardiologia e UCO riabilitazione. Ha sviluppato le seguenti tematiche:

- fisiopatologia ed eziopatogenesi dello *stroke*
- epidemiologia e clinica dello *stroke*
- gestione trombolisi e complicanze
- monitoraggio e lettura ECG
- gestione della fase acuta dello *stroke*
- trattamento fisioterapeutico
- *management* dei disturbi cognitivi
- la disfagia dello *stroke*
- ruolo e importanza della dietista
- gestione della fase post-acuta
- percorso del paziente con ictus dalla fase pre-ospedaliera alla dimissione

La metodologia utilizzata è stata quella di una serie di relazioni preordinate seguite da dibattito in aula.

Il corso ha visto coinvolti 15 operatori per edizione, è stato accreditato ECM; le edizioni sono state due svolte nel novembre 2006

Risultati

Acquisizioni, approfondimenti e consolidamenti delle conoscenze; comprensione del processo multiprofessionale di assistenza.

⁹ A cura di Fabio Chiodo Grandi, Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali Riuniti di Trieste.

7.10. Il corso "*Management dello stroke* dalla teoria alla pratica" dell'Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali Riuniti di Trieste¹⁰

Obiettivi

Il corso intendeva fornire indirizzi soprattutto pratici nella gestione del paziente con ictus acuto e post-acuto attraverso l'aggiornamento sulle più recenti tematiche in materia di ictus cerebrale, acquisizione di abilità nell'uso dei monitor per il monitoraggio del paziente affetto da ictus, abilità tecnico-pratiche: mobilitazioni, ri-alimentazione, approccio al paziente afasico, gestione pratica della trombolisi.

Metodologia

Il corso di due giornate era rivolto ad operatori medici, psicologi, tecnici della riabilitazione, infermieri, dietisti, per un massimo di 30 persone. In particolare - oltre al personale della *Stroke unit* - sono stati coinvolti operatori della UCO cardiologia, UCO riabilitazione, UCO ORL.

Sono stati affrontati i seguenti argomenti.

- Diagnostica clinica e radiologica dello *stroke*
- Monitor e lettura ECG
- Riabilitazione dello *stroke*, guida alla formulazione di un progetto riabilitativo
- Guida alla corretta postura del soggetto cerebroleso in fase acuta ed esecuzione dei passaggi posturali
- Gestione dei disturbi cognitivi nel soggetto cerebroleso
- Gestione pratica della disfagia nello *stroke*
- Impostazione della ri-alimentazione nel paziente disfagico
- Come organizzare il personale dedicato nell'assistenza allo *stroke*
- Inserimento delle OSS nell'assistenza allo *stroke*
- Gestione acuta del paziente sottoposto a trombolisi, gestione informatica e statistica dello *stroke*

La metodologia utilizzata è stata quella di una serie di relazioni preordinate seguite da dibattito in aula.

Risultati attesi

I risultati attesi erano quelli di migliorare l'assistenza al paziente con *stroke* attraverso l'acquisizione di tecniche e abilità specifiche, e di favorire un'organizzazione integrata con le altre Unità operative ospedaliere interessate all'assistenza del paziente con *stroke*.

Il corso è stato presentato per l'accreditamento ECM ed è stato svolto in tre edizioni nel maggio 2007.

¹⁰ A cura di Fabio Chiodo Grandi, Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali Riuniti di Trieste.

7.11. Progetto di formazione degli operatori della *stroke care* dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia¹¹

Obiettivi

Formare un *team* multidisciplinare finalizzato alla gestione del paziente con *stroke* acuto e operante entro strutture dedicate (*stroke care*).

L'obiettivo è raggiungere livelli di assistenza e di cura del paziente con ictus acuto uniformi attraverso la condivisione di competenze clinico-diagnostiche, metodologiche e strumentali e protocolli operativi, e nel contempo mantenere una continuità assistenziale sul territorio in fase post-acuta.

Il progetto formativo qui proposto si pone l'obiettivo di formare il personale dedicato alla gestione del paziente con ictus acuto in maniera eminentemente pratica (formazione sul campo), attraverso i contributi selezionati di operatori che da tempo dedicano gran parte della loro pratica clinica quotidiana alla valutazione e al trattamento dell'ictus acuto. In questo modo, ci si propone di colmare le lacune della formazione attualmente disponibile in questo ambito, permettendo inoltre a ciascun operatore di utilizzare al meglio gli strumenti del proprio ospedale.

Metodologia

In relazione agli obiettivi, tale iniziativa di formazione si rivolge nelle sue varie parti a tutte le differenti figure professionali coinvolte nella gestione dell'ictus acuto: medici (medico di continuità assistenziale, medici del 118, neurologi, internisti, fisiatri, neuroradiologi, medici operanti nell'ambito della direzione sanitaria), infermieri (118, *stroke care*, riabilitazione), fisioterapisti.

Data la mancanza di insegnamenti specifici in materia e la forte necessità di trasmettere conoscenze ottenute sul campo, il ruolo di docenti dovrà essere svolto da esperti riconosciuti del settore, che da tempo si occupano attivamente nella loro pratica clinica quotidiana della gestione del paziente con ictus.

Il processo formativo sarà articolato in sessioni consecutive di quattro mezzeggiornate, di cui una finalizzata esclusivamente alla formazione infermieristica. Si tratteranno i seguenti temi:

- organizzazione della rete territoriale e ospedaliera
- diagnostica neuroradiologica in acuto e scale neurologiche
- diagnostica neurosonologica
- terapia medica dell'ictus ischemico acuto e trattamento dell'emorragia cerebrale
- rivascolarizzazione carotidea
- cardiopatie e ictus

¹¹ A cura di Giovanni Malferrari e Norina Marcello, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia.

- riabilitazione del paziente con ictus e continuità assistenziale sul territorio in fase post-acuta
- complicanze e prevenzione secondaria dell'ictus
- competenze professionali infermieristiche in una *stroke care*

Ciascuna sessione sarà accessibile, al fine di stimolare la discussione e l'interattività, a 20 discenti ripartiti fra le diverse figure professionali. La componente pratica viene svolta in due tempi:

- durante il corso, al termine di ogni parte teorica vi sarà una parte pratica (discussione casi clinici, scale neurologiche, indagini neurosonologiche, lettura indagini neuroradiologiche);
- alla fine del corso è prevista la frequenza presso una *stroke care* programmata sulla base della figura professionale.

Il progetto formativo, che ha la durata di 4 giornate seguite da una frequenza presso sedi di *stroke care*, dovrebbe iniziare nel quarto trimestre 2007. Avrà cadenza annuale ed è previsto l'accreditamento per l'ECM.

Risultati attesi

I risultati attesi sono in relazione agli obiettivi elencati in apertura, e cioè la formazione di personale dedicato alla gestione del paziente con *stroke* acuto che lavori in un *team* multidisciplinare, condivida le conoscenze e metta a disposizione le differenti competenze delle singole figure coinvolte al fine di ottenere il miglior *outcome* possibile per il paziente. In tal modo sarà possibile uniformare gli standard di cura e di gestione del paziente con ictus acuto ed estendere tale uniformità alla prosecuzione dell'assistenza in ambito territoriale, in fase post-acuta.

In particolare, dal momento che recenti evidenze meta-analitiche (Kwan, Sandercock, 2006) hanno dimostrato che uno *stroke pathway* da solo non è sufficiente, obiettivo primario di questo percorso formativo è l'implementazione di una forma di *stroke care* più avanzata e maggiormente rispondente alle esigenze gestionali del paziente con ictus acuto, cioè un'assistenza in cui, oltre a un percorso clinico definito, siano riuniti in una struttura intra-ospedaliera di degenza a se stante i vari componenti del *team* multidisciplinare appositamente formato e dedicato al *management* del paziente con *stroke*.

Riferimenti bibliografici

- Kwan J., Sandercock P. In-hospital care pathways for *stroke* (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 3, 2006.

7.12. Progetto formativo in neurosonologia per il *management* dell'ictus acuto dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia¹²

Obiettivi

Obiettivo dell'iniziativa è la formazione di personale medico impegnato nella gestione quotidiana del paziente con ictus acuto nell'ambito della diagnostica neurosonologica eco-TSA-TCCD (EcoColorDoppler TSA ed EcoColorDoppler transcranico) al fine di poter effettuare una diagnostica precoce in urgenza e riconoscere la sede di ostruzione arteriosa per una migliore selezione dei pazienti da avviare eventualmente al trattamento trombolitico.

In particolare, si intende mettere in grado di utilizzare la diagnostica sonologica per il riconoscimento delle stenosi carotidee, sintomatiche e asintomatiche, e in altre problematiche urgenti quali dissezioni e occlusioni carotidee.

Metodologia

Il progetto si compone di quattro sessioni teorico-pratiche monotematiche. Le tematiche che saranno trattate nelle prime due giornate prevedono:

- principi basilari della diagnostica ultrasonica delle malattie cerebrovascolari: EcoColorDoppler TSA e TCCD;
- applicazioni dei mdc ultrasonici di seconda generazione con TCCD: le stenosi intracraniche e gli studi perfusionali;
- cuore e cervello: la diagnostica ultrasonica degli *shunt* destro-sinistro e le cardiopatie emboligene;
- valutazione ultrasonica della patologia steno-occlusiva carotidea: il grado di stenosi.

Per ottenere un graduale apprendimento della metodologia diagnostica ultrasonica applicata alla patologia cerebrovascolare, nelle mattinate si terranno le lezioni, mentre i pomeriggi saranno dedicati all'esposizione di casi clinici dei principali quadri patologici, che verranno esaminati con modalità didattiche di tipo interattivo finalizzate al coinvolgimento diretto dei partecipanti.

La componente pratica sarà svolta anche attraverso la frequenza presso il servizio di neurosonologia delle strutture partecipanti al progetto di formazione sotto la guida di un *tutor*.

Tali sessioni sono rivolte a medici specialisti impegnati nella gestione quotidiana dei pazienti con ictus acuto (neurologi, internisti, specialisti in medicina d'urgenza, cardiologi, tecnici di neurofisiopatologia) e sono accessibili a un massimo di 18 partecipanti, che nella componente pratica saranno ripartiti in 3 gruppi per *tutor*.

Tali sessioni saranno ripetibili e se ne prevede l'esecuzione con cadenza annuale.

¹² A cura di Giovanni Malferrari e Norina Marcello, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia.

Il progetto formativo, che avrà la durata di due giorni in aula per la parte teorica-pratica seguita da alcune (almeno due) giornate di frequenza presso gli ambulatori neurosonologici, si terrà nel secondo semestre 2007. È previsto l'accreditamento per l'ECM.

Risultati attesi

Il percorso formativo, organizzato in maniera estremamente interattiva e costantemente impostato sulle applicazioni della metodica neurosonologica nella gestione pratica quotidiana del paziente cerebrovascolare, si pone l'obiettivo di consentire ai discenti di usare al meglio tale tecnica di dimostrato valore e decisamente *cost-effective* nel guidare le scelte terapeutiche sul singolo paziente al fine di una sua ottimale assistenza. In particolare i risultati attesi dall'applicazione di tale progetto formativo sono:

- la creazione di competenze neurosonologiche specifiche da applicare nell'ambito della gestione del paziente con ictus acuto in tutti i medici specialisti coinvolti in tale processo;
- il raggiungimento di una uniformità di valutazione del paziente con ictus acuto nell'ambito aziendale e su tutto il territorio nazionale attraverso l'impiego delle metodiche di diagnostica vascolare ultrasonica, maggiormente *cost-effective* rispetto alle tradizionali tecniche di *imaging* vascolare.

7.13. Il *nursing case management* dell'Azienda USL di Bologna¹³

Introduzione

Il *case management* deriva dal *managed care* ed è da considerarsi un meccanismo autonomo di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica di coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia di un paziente attraverso strutture e organizzazioni del sistema sanitario.

Il *case management* ha origini lontane e si esplica in un processo di presa in carico dei bisogni e dei problemi sanitari e sociali della persona, per garantirle continuità e qualità delle cure.

La continuità va intesa secondo i meccanismi di integrazione di un sistema organizzato di servizi, i quali realizzano un'ottimizzazione delle risorse e del giusto rapporto costo-efficacia. Tale concetto si esplica idealmente in senso temporale nell'ambito di un percorso all'interno del quale la persona riesca a ricevere le giuste cure nel giusto momento, essendo il sistema dei servizi in funzione della persona stessa.

Il *case management* prevede la sinergia di più professionisti appartenenti a discipline diverse che si trovano a prendere decisioni circa i metodi e le risorse da utilizzare nella gestione di casi clinici complessi per la migliore risoluzione possibile di problemi sanitari e sociali. Maggiore sarà il grado di complessità del caso, più sarà indicato un approccio multidisciplinare integrato in cui ogni professionista per la propria sfera di competenza assumerà un ruolo di consulente verso il resto del gruppo, in un'ottica sinergica di riduzione dei costi ed innalzamento della qualità delle prestazioni e dei servizi.

Il processo di *case management* si esplica in:

- conoscenza del problema dal punto di vista epidemiologico, possibilità di trattamento;
- obiettivi e *target* di popolazione;
- sviluppo di linee guida pratiche;
- comunicazione e diffusione di linee guida;
- cambiamenti nel comportamento della pratica clinica;
- ridefinizione del processo clinico;
- analisi dei risultati;
- interventi.

I vantaggi che ne derivano sono molteplici in virtù della prerogativa di migliorare il sistema delle cure nel senso di elevata qualità finale diretta alla persona; infatti, da ciò emerge un miglioramento della comunicazione con i malati e le famiglie, un'educazione sanitaria e sociale più efficace, un'identificazione mirata dei bisogni di assistenza della persona, una modalità che consente di ridurre le barriere in fase di dimissione della

¹³ A cura di Gabriella Corazza, Azienda USL di Bologna.

persona, un'identificazione dei problemi a priori piuttosto che a posteriori, un'eliminazione di doppi trattamenti grazie alla sequenza coordinata delle attività, una riduzione degli errori sui trattamenti, un'assistenza personalizzata rispondente ai bisogni della persona.

Un altro elemento importante è la tempestività con cui la persona riceve nel momento giusto le giuste cure e la giusta assistenza.

Essendo il *case management* un processo che prevede la collaborazione multidisciplinare, rivolto alla valutazione, pianificazione, implementazione, coordinamento, monitoraggio e selezione delle scelte possibili dei servizi che possono soddisfare i bisogni individuali di un *target* specifico di popolazione, esso rappresenta una modalità vantaggiosa a più livelli per la gestione appropriata delle risorse.

Il *case manager* sarà quel professionista che accompagnerà il malato durante tutto il periodo di cura in una sorta di percorso, con un approccio organizzato di integrazione con altri professionisti che mette al centro la persona, in un'ottica anche di controllo dei costi.

L'infermiere *case manager* e dunque il *case management* infermieristico - ovvero *nursing case management* - deriva dallo sviluppo del *primary nursing*: in senso generale, il *case management* infermieristico è un'evoluzione dei modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica. L'attenzione è posta sul risultato complessivo del percorso clinico-assistenziale sviluppato per ogni persona presa in carico e dimessa.

L'infermiere *case manager* è un esperto con specifiche competenze, infatti il governo clinico-assistenziale è da questi gestito in vista di risultati da raggiungere; oltre alla competenza, dovranno essere presenti efficacia, efficienza e qualità di quanto viene svolto.

In questo modello è previsto che l'infermiere *case manager* si integri con altri professionisti in modo da far ricorso a tutte le risorse utili per rispondere in modo appropriato alle necessità della persona, anche in ambito sociale; l'integrazione è vista anche come coerenza tra ciò è stato fatto e ciò che è stato progettato. Il *case manager* è anche coordinatore dell'assistenza, nel senso che supervisiona come vengono applicati sia il piano di assistenza sia il progetto assistenziale individuale, gestisce la permanenza della persona ricoverata individuando le necessità da soddisfare del singolo e della sua famiglia, stabilisce i traguardi da raggiungere alla dimissione fin dalla presa in carico, determina al tempo stesso la durata del programma che seguirà la persona assistita. L'infermiere *case manager* guida gli interventi, le attività e i trattamenti attuati dal personale infermieristico e da altre figure.

Esso è un coordinatore per il *team* multidisciplinare; alcuni autori (Cohen, Cesta, 1993; Zander, 1990) sostengono infatti che è proprio l'infermiere la figura che meglio può rappresentare questo ruolo per la prospettiva olistica che ha verso la persona, per le risorse personali in termini di capacità di erogazione di assistenza diretta che altre professionalità non hanno, per il fatto di essere un generalista, poiché osserva i fenomeni in senso globale, ovvero per naturale inclinazione professionale.

Gli strumenti importanti di cui si avvale l'infermiere *case manager* sono rappresentati da linee guida e *clinical pathway*, ovvero percorsi clinico-assistenziali.

I *clinical pathway* sono definiti come

piani interdisciplinari di cura e/o assistenza e sono degli strumenti di gestione clinica, usati da chi eroga prestazioni sanitarie per definire la migliore sequenza in azioni, nel tempo ottimale, degli interventi rivolti a persone malate con particolare diagnosi e condizioni o a persone che possono richiedere procedure specifiche.

L'infermiere *case manager* è quel professionista che oltre a coordinare l'assistenza, individua se la persona ha le caratteristiche per entrare in un programma assistenziale, definisce gli obiettivi funzionali, psicologici, sociali e ambientali fin dalla presa in carico in vista della dimissione, accerta la possibilità di supporti formali quali quelli istituzionali e informali - ad esempio i familiari - dopo averne valutato le capacità. Inoltre, raccoglie informazioni in modo da indirizzare la sistematizzazione dei dati raccolti in sede iniziale alle diagnosi infermieristiche nell'area dell'assistenza infermieristica, o ai problemi collaborativi se è necessaria la consulenza di altri professionisti della sfera multidisciplinare, chiamata anche *team*.

Egli sviluppa, implementa, monitorizza e modifica il piano di assistenza attraverso l'interdisciplinarietà, la collaborazione del *team*, la persona in carico e la famiglia, indirizza il paziente verso le risorse più appropriate, procura i servizi necessari, ad esempio non solo durante la degenza ma anche sul territorio prima della fase di dimissione. L'infermiere *case manager* deve avere il dominio del *problem solving*, deve saper fronteggiare le problematiche secondo una metodologia strategica; è un facilitatore per l'accesso alle strutture, effettua assistenza diretta, specie quando vuole verificare l'andamento di alcuni processi, è un educatore verso il paziente e la famiglia, oltre che fornire loro supporto informativo; deve riuscire a facilitare i processi comunicativi, a volte deve saper essere un mediatore; documenta e monitorizza i risultati e le progressioni della persona presa in carico di cui è referente diretto; verifica che le attività di assistenza siano assicurate alla persona; deve valutare la persona e il programma assistenziale per definire il momento della dimissione. Egli assume anche un ruolo di consulente nei confronti degli altri colleghi o di altri professionisti che necessitano di trovare soluzioni a problemi assistenziali complessi. Naturalmente, non esiste un unico modello di *case management*, considerando che molte istituzioni hanno elaborato programmi per assistere i propri clienti; quindi ciò che diventa peculiare specificare è che l'infermiere *case manager* è collegato direttamente alla struttura organizzativa, alla *mission* aziendale, al contesto sociale in cui opera; non a caso egli opera anche sul territorio in senso lato.

Obiettivo

L'obiettivo del progetto formativo è quello di sviluppare competenze in termini di conoscenze e abilità collegate al ruolo e alle funzioni dell'infermiere *case manager*, in base ai diversi livelli di intensità assistenziale.

Metodologia

I destinatari sono infermieri. In particolare, il corso si rivolge a quelli impegnati in aree che prevedono la figura dell'infermiere *case manager*.

Gli argomenti trattati si riferiscono a:

- principi generali del *case management*;
- ruolo, funzioni e profilo di competenza dell'infermiere *case manager*;
- aspetti relazionali e strategie comunicative intra- e interprofessionali;
- relazione di aiuto;
- aspetti etici del *case management*;
- presa in carico e gestione del caso dal punto di vista assistenziale e organizzativo;
- profili clinico-assistenziali;
- ruolo dell'infermiere *case manager* nella continuità assistenziale: declinazione della funzione in area ospedaliera, in assistenza domiciliare, in area psichiatrica.

Riferimenti bibliografici:

- Cohen E., Cesta T. *Nursing Case Management; From Concept to Evaluation*. St. Louis, MO, Mosby-Year Book, 1993.
- Zander K. Managed care and nursing case management. In Mayer G, Madden M, Lawrenz E. *Patient care delivery models*. Rockville, Aspen Publishers, 1990.

IV. "La toccatina"

Luigi Pirandello, da *Novelle per un anno* (1906)

I

Col cappellaccio bianco buttato sulla nuca, le cui tese parevano una sfera attorno al faccione rosso come una palla di formaggio d'Olanda, Cristoforo Golisch s'arrestò in mezzo alla via con le gambe aperte un po' curve per il peso del corpo gigantesco; alzò le braccia; gridò:

- Beniamino!

Alto quasi quanto lui, ma secco e tentennante come una canna, gli veniva incontro pian piano, con gli occhi stranamente attoniti nella squallida faccia, un uomo sui cinquant'anni, appoggiato a un bastone dalla grossa ghiera di gomma. Strascicava a stento la gamba sinistra.

- Beniamino! - ripeté il Golisch; e questa volta la voce espresse, oltre la sorpresa, il dolore di ritrovare in quello stato, dopo tanti anni, l'amico.

Beniamino Lenzi batté più volte le palpebre: gli occhi gli rimasero attoniti; vi passò solamente come un velo di pianto, senza però che i lineamenti del volto si scomponessero minimamente. Sotto i baffi già grigi le labbra, un po' storte, si spicciarono e lavorarono un pezzo con la lingua annodata a pronunciare qualche parola:

- O... oa... oa sto meo... cammio...

- Ah bravo... - fece il Golisch, agghiacciato dall'impressione di non aver più dinanzi un uomo, Beniamino Lenzi, qual egli lo aveva conosciuto; ma quasi un ragazzo ormai, un povero ragazzo che si dovesse pietosamente ingannare.

E gli si mise accanto e si sforzò di camminare col passo di lui. (Ah, quel piede che non si spiccicava più da terra e strisciava, quasi non potesse sottrarsi a una forza che lo tirava di sotto!)

Cercando di dissimulare alla meglio la pena, la costernazione strana che a mano a mano lo vinceva nel vedersi accanto quell'uomo toccato dalla morte, quasi morto per metà e cangiato, cominciò a domandargli dove fosse stato tutto quel tempo, da che s'era allontanato da Roma; che avesse fatto; quando fosse ritornato.

Beniamino Lenzi gli rispose con parole smozzicate quasi inintelligibili, che lasciarono il Golisch nel dubbio che le sue domande non fossero state comprese. Solo le palpebre, abbassandosi frequentemente su gli occhi, esprimevano lo stento e la pena, e pareva che volessero far perdere allo sguardo quel teso, duro, strano attonimento. Ma non ci riuscivano.

La morte, passando e toccando, aveva fissato così la maschera di quell'uomo. Egli doveva aspettare con quel volto, con quegli occhi, con quell'aria di spaurita sospensione, ch'ella ripassasse e lo ritoccasse un tantino più forte per renderlo immobile del tutto e per sempre.

- Che spasso! - fischiò tra i denti Cristoforo Golisch.

E lanciò di qua e di là occhiate alla gente che si voltava e si fermava a mirar col volto atteggiato di compassione quel pover uomo accidentato.

Una sorda rabbia prese a bollirgli dentro.

Come camminava svelta la gente per via! svelta di collo, svelta di braccia, svelta di gambe... E lui stesso! Era padrone, lui, di tutti i suoi movimenti; e si sentiva così forte... Strinse un pugno. Perdio! Sentì come sarebbe stato poderoso a calarlo bene scolpito su la schiena di qualcuno. Ma perché? Non sapeva...

Lo irritava la gente, lo irritavano in special modo i giovani che si voltavano a guardare il Lenzi. Cavò dalla tasca un grosso fazzoletto di cotone turchino e si asciugò il sudore che gli grondava dal faccione affocato.

- Beniamino, dove vai adesso?

Il Lenzi si era fermato, aveva appoggiata la mano illesa a un lampione e pareva lo carezzasse, guardandolo amorosamente. Biascicò:

- *Da dottoe... Esecio de piee.*

E si provò ad alzare il piede colpito.

- Esercizio? - disse il Golisch. - Ti eserciti il piede?

- *Piee*, ripeté il Lenzi.

- Bravo! - esclamò di nuovo il Golisch.

Gli venne la tentazione d'afferrargli quel piede, stringerglielo, prendere per le braccia l'amico e dargli un tremendo scrollone, per scomporlo da quell'orribile immobilità.

Non sapeva, non poteva vederselo davanti, ridotto in quello stato. Eccolo qua, il compagno delle antiche scapataggini, nei begli anni della gioventù e poi nelle ore d'ozio, ogni sera, scapoli com'eran rimasti entrambi. Un bel giorno, una nuova via s'era aperta innanzi all'amico, il quale s'era incamminato per essa, svelto anche lui, allora, - oh tanto! - svelto e animoso. Sissignore! Lotte, fatiche, speranze; e poi, tutt'a un tratto: eccolo qua, com'era ritornato... Ah, che buffonata! che buffonata!

Avrebbe voluto parlargli di tante cose, e non sapeva. Le domande gli s'affollavano alle labbra e gli morivano assiderate.

«Ti ricordi», avrebbe voluto dirgli, «delle nostre famose scommesse alla Fiaschetteria Toscana? E di Nadina, ti ricordi? L'ho ancora, con me, sai! Tu me l'hai appioppata, birbaccione, quando partisti da Roma. Cara figliuola, quanto bene ti voleva... Ti pensa ancora, sai? mi parla ancora di te, qualche volta. Andrò a trovarla questa sera stessa e le dirò che t'ho riveduto, poveretto... È proprio inutile ch'io ti domando: tu non ricordi più nulla; tu forse non mi riconosci più, o mi riconosci appena.»

Mentre il Golisch pensava così, con gli occhi gonfi di lacrime, Beniamino Lenzi seguiva a guardare amorosamente il lampione e pian piano con le dita gli levava la polvere.

Quel lampione segnava per lui una delle tre tappe della passeggiata giornaliera. Strascinandosi per via, non vedeva nessuno, non pensava a niente; mentre la vita gli turbinava intorno, agitata da tante passioni, premuta da tante cure, egli tendeva con

tutte le forze che gli erano rimaste a quel lampione, prima; poi, più giù, alla vetrina d'un bazar, che segnava la seconda tappa; e qui si tratteneva più a lungo a contemplare con gioja infantile una scimmietta di porcellana sospesa a un'altalena dai cordoncini di seta rossa. La terza sosta era alla ringhiera del giardinetto in fondo alla via, donde poi si recava alla casa del medico.

Nel cortile di quella casa, tra i vasi di fiori e i cassoni d'aranci, di lauro e di bambù, eran disposti parecchi attrezzi di ginnastica, tra i quali alcune pertiche elastiche, fermate orizzontalmente in cima a certi pali tozzi e solidi; pertiche da tornitore, dalla cui estremità pendeva una corda, la quale, dato un giro attorno a un rocchetto, scendeva ad annodarsi a una leva di legno, fermata per un capo al suolo da una forcella.

Beniamino Lenzi poneva il piede colpito su questa leva e spingeva; la pertica in alto molleggiava e brandiva, e il rocchetto, sostenuto orizzontalmente da due topi, girava per via della corda.

Ogni giorno, mezz'ora di questo esercizio. E in capo a pochi mesi, sarebbe guarito. Oh, non c'era alcun dubbio! Guarito del tutto...

Dopo aver assistito per un pezzetto a questo grazioso spettacolo, Cristoforo Golisch uscì dal cortile a gran passi, sbuffando come un cavallo, dimenando le braccia, furibondo.

Pareva che la morte avesse fatto a lui e non al povero Lenzi lo scherzo di quella toccatina lì, al cervello.

N'era rivoltato.

Con gli occhi torvi, i denti serrati, parlava tra sé e gesticolava per via, come un matto.

- Ah, sì? - diceva - Ti tocco e ti lascio? No, ah, no perdio! Io non mi riduco in quello stato! Ti faccio tornare per forza, io! Mi passeggi accanto e ti diverti a vedere come mi hai conciato? a vedermi strascicare un piede? a sentirmi biascicare? Mi rubi mezzo alfabeto, mi fai dire *oa* e *cao*, e ridi? *No, caa! Vieni qua! Mi tío una pistoettata, com'è veo Dio!* Questo spasso io non te lo do! Mi sparo, m'ammazzo com'è vero Dio! Questo spasso non te lo do.

Tutta la sera e poi il giorno appresso e per parecchi giorni di fila non pensò ad altro, non parlò d'altro, a casa, per via, al caffè, alla fiaschetteria, quasi se ne fosse fatta una fissazione. Domandava a tutti:

- Avete veduto Beniamino Lenzi?

E se qualcuno gli rispondeva di no:

- Colpito! Morto per metà! Rimbambito... Come non s'ammazza? Se io fossi medico, lo ammazzerei! Per carità di prossimo... Gli fanno fare il tornio nel cortile... e lui crede che guarirà! Beniamino Lenzi, capite? Beniamino Lenzi che s'è battuto tre volte in duello, dopo aver fatto con me la campagna del '66, ragazzotto... Perdio, e quando mai l'abbiamo calcolata noi, questa pellaccia? La vita ha prezzo per quello che ti dà... Dico bene? Non ci penserei neanche due volte...

Gli amici, alla fiaschetteria, alla fine non ne poterono più.

- M'ammazzo... m'ammazzo... E ammazzati una buona volta e falla finita!

Cristoforo Golisch si scosse, protese le mani:

- No; io dico, se mai...

Il

Circa un mese dopo, mentre desinava con la sorella vedova e il nipote, Cristoforo Golisch improvvisamente stravolse gli occhi, storse la bocca, quasi per uno sbadiglio mancato; e il capo gli cadde sul petto e la faccia sul piatto.

Una toccatina, lieve lieve, anche lui.

Perdette lì per lì la parola e mezzo lato del corpo: il destro.

Cristoforo Golisch era nato in Italia, da genitori tedeschi; non era mai stato in Germania, e parlava romanesco, come un romano di Roma. Da un pezzo gli amici gli avevano italianizzato anche il cognome, chiamandolo Golicci, e gl'intimi anche Golaccia, in considerazione del ventre e del formidabile appetito. Solo con la sorella egli soleva di tanto in tanto scambiare qualche parola in tedesco, perché gli altri non intendessero.

Ebbene, riacquistato a stento, in capo a poche ore, l'uso della parola, Cristoforo Golisch offrì al medico un curioso fenomeno da studiare; non sapeva più parlare in italiano: parlava tedesco.

Aprondo gli occhi insanguati, pieni di paura, contraendo quasi in un mezzo sorriso la sola guancia sinistra e aprendo alquanto la bocca da questo lato, dopo essersi più volte provato a snodar la lingua inceppata, alzò la mano illesa verso il capo e balbettò, rivolto al medico:

- *Ih... ihr... wie ein Faustschlag...*

Il medico non comprese, e bisognò che la sorella, mezzo istupidita dall'improvvisa sciagura, gli facesse da interprete.

Era divenuto tedesco a un tratto, Cristoforo Golisch: cioè, un altro; perché tedesco veramente, lui, non era mai stato. Soffiata via, come niente, dal suo cervello ogni memoria della lingua italiana, anzi tutta quanta l'italianità sua.

Il medico si provò a dare una spiegazione scientifica del fenomeno: dichiarò il male: emiplegia; prescrisse la cura. Ma la sorella, spaventata, lo chiamò in disparte e gli riferì i propositi violenti manifestati dal fratello pochi giorni innanzi, avendo veduto un amico colpito da quello stesso male.

- Ah, signor dottore, da un mese non parlava più d'altro; quasi se la fosse sentita pendere sul capo la condanna! S'ammazzerà... Tiene la rivoltella lì, nel cassetto del comodino... Ho tanta paura...

Il medico sorrise pietosamente.

- Non ne abbia, non ne abbia, signora mia! Gli daremo a intendere che è stato un semplice disturbo digestivo, e vedrà che...

- Ma che, dottore!

- Le assicuro che lo crederà. Del resto, il colpo, per fortuna, non è stato molto grave. Ho fiducia che tra pochi giorni riacquisterà l'uso degli arti offesi, se non bene del tutto,

almeno da potersene servire pian piano... e, col tempo, chi sa! Certo è stato per lui un terribile avviso. Bisognerà cangiar vita e tenersi a un regime scrupolosissimo per allontanare quanto più sarà possibile un nuovo assalto del male.

La sorella abbassò le palpebre per chiudere e nascondere negli occhi le lagrime. Non fidandosi però dell'assicurazione del medico, appena questi andò via, concertò col figliuolo e con la serva il modo di portar via, dal cassetto del comodino la rivoltella: lei e la serva si sarebbero accostate alla sponda del letto con la scusa di rialzare un tantino le materasse, e nel frattempo - ma, attento per carità! - il ragazzo avrebbe aperto il cassetto senza far rumore e... - attento! - via, l'arma.

Così fecero. E di questa sua precauzione la sorella si lodò molto, non parendole naturale, di lì a poco, la facilità con cui il fratello accolse la spiegazione del male, suggerita dal medico: disturbo digestivo.

- *Ja... ja... es ist doch...*

Da quattro giorni se lo sentiva ingombro lo stomaco.

- *Unver... Unverdaulichkeit... ja... ja...*

Ma possibile, - pensava la sorella, - ch'egli non avverta la paralisi di mezzo lato del corpo? possibile c'egli, già prevenuto dal caso recente del Lenzi, creda che una semplice indigestione possa aver fatto un tale effetto?

Fin dalla prima veglia cominciò a suggerirgli amorosamente, come a un bambino, le parole della lingua dimenticata; gli domandò perché non parlasse più italiano.

Egli la guardò imbalordito. Non s'era accorto peranche di parlare in tedesco: tutt'a un tratto gli era venuto di parlar così, né credeva che potesse parlare altrimenti. Si provò tuttavia a ripetere le parole italiane, facendo eco alla sorella. Ma le pronunziava ora con voce cangiata e con accento straniero, proprio come un tedesco che si sforzasse di parlare italiano. Chiamava Giovannino, il nipote, Ciofaio. E il nipote - scimunito! - ne rideva, come se lo zio lo chiamasse così per ischerzo.

Tre giorni dopo, quando alla Fiaschetteria Toscana si seppe del malore improvviso del Golisch, gli amici accorsi a visitarlo poterono avere un saggio pietoso di quella sua nuova lingua. Ma egli non aveva punto coscienza della curiosissima impressione che faceva, parlando a quel modo.

Pareva un naufrago che si arrabattasse disperatamente per tenersi a galla, dopo essere stato tuffato e sommerso per un attimo eterno nella vita oscura, a lui ignota, della sua gente. E da quel tutto, ecco, era balzato fuori un altro; ridivenuto bambino, a quarant'otto anni, e straniero.

E contentissimo era. Sì, perché proprio in quel giorno aveva cominciato a poter muovere appena il braccio e la mano. La gamba no, ancora. Ma sentiva che forse il giorno dopo, con uno sforzo, sarebbe riuscito a muovere anche quella. Ci si provava anche adesso, ci si provava... e, no eh? non scorgevano alcun movimento gli amici?

- *Tomai... tomai...*

- Ma sì, domani, sicuro!

A uno a uno gli amici, prima d'andar via - quantunque lo spettacolo offerto dal Golisch non desse più luogo ad alcun timore - stimarono prudente raccomandare alla sorella la sorveglianza.

- Da un momento all'altro, non si sa mai... Può darsi che la coscienza gli si ridesti, e...

Ciascuno pensava, ora, come già aveva pensato il Golisch, da sano: che l'unica, cioè, era di finirsi con una pistolettata per non restar così malvivo e sotto la minaccia terribile, inovviabile, d'un nuovo colpo da un momento all'altro.

Ma loro sì, adesso, lo pensavano: non più il Golisch però. L'allegrezza del Golisch, invece, quando - una ventina di giorni dopo - sorretto dalla sorella e dal nipote, poté muovere i primi passi per la camera!

Gli occhi, è vero, no, senza uno specchio non se li poteva vedere: attoniti, smarriti, come quelli di Beniamino Lenzi; ma della gamba sì, perbacco, avrebbe potuto accorgersi bene che la strascicava a stento... Eppure, che allegrezza!

Si sentiva rinato. Aveva di nuovo tutte le meraviglie d'un bambino, e anche le lagrime facili, come le hanno i bambini, per ogni nonnulla. Da tutti gli oggetti della camera sentiva venirsi un conforto dolcissimo, familiare, non mai provato prima; e il pensiero ch'egli ora poteva andare co' suoi piedi fino a quegli oggetti, a carezzarli con le mani, lo inteneriva di gioja fino a piangerne. Guardava dall'uscio gli oggetti delle altre stanze e si struggeva dal desiderio di recarsi a carezzare anche quelli. Sì, via... pian piano, pian piano, sorretto di qua e di là... Poi volle fare a meno del braccio del nipote, e girò appoggiato alla sorella soltanto e col bastone nell'altra mano; poi, non più sorretto da alcuno, col bastone soltanto; e finalmente volle dare una gran prova di forza:

- *Oh... oh... guaddae, guaddae... sea battoe...*

E davvero, tenendo il bastone levato, mosse due o tre passi. Ma dovettero accorrere con una seggiola per farlo subito sedere.

Gli era quasi scolata addosso tutta la carne, e pareva l'ombra di se stesso; pur non di meno, neanche il minimo dubbio in lui che il suo non fosse stato un disturbo digestivo; e, sedendo ora di nuovo a tavola con la sorella e il nipote, condannato a bere latte invece di vino, ripeteva per la millesima volta che s'era preso una bella paura:

- *Una bea paua...*

Se non che, la prima volta che poté uscir di casa, accompagnato dalla sorella, in gran segreto manifestò a questa il desiderio d'esser condotto alla casa del medico che curava Beniamino Lenzi. Nel cortile di quella casa voleva esercitarsi il piede al tornio anche lui.

La sorella lo guardò, sbigottita. Dunque egli sapeva?

- Di', vuoi andarci oggi stesso?

- *Sì... sì...*

Nel cortile trovarono Beniamino Lenzi, già al tornio, puntuale.

- *Beiamio!* - chiamò il Golisch.

Beniamino Lenzi non mostrò affatto stupore nel riveder li l'amico, conciato come lui: spiccicò le labbra sotto i baffi, contraendo la guancia destra; biascicò:

- *Tu pue?*

E seguì a spingere la leva. Due pertiche ora molleggiavano e brandivano, facendo girare i rocchetti con la corda.

Il giorno dopo Cristoforo Golisch, non volendo esser da meno del Lenzi che si recava al tornio da solo, rifiutò recisamente la scorta della sorella. Questa, dapprima, ordinò al figliuolo di seguire lo zio a una certa distanza, senza farsi scorgere; poi, rassicurata, lo lasciò davvero andar solo.

E ogni giorno, adesso, alla stess'ora, i due colpiti si ritrovano per via e proseguono insieme facendo le stesse tappe: al lampione, prima; poi, più giù, alla vetrina del bazar, a contemplare la scimmietta di porcellana sospesa all'altalena; in fine, alla ringhiera del giardinetto.

Oggi, intanto, a Cristoforo Golisch è saltata in mente un'idea curiosa; ed ecco, la confida al Lenzi. Tutti e due, appoggiati al fido lampione, si guardano negli occhi e si provano a sorridere, contraendo l'uno la guancia destra, l'altro la sinistra. Confabulano un pezzo, con quelle loro lingue torpide; poi il Golisch fa segno col bastone a un vetturino d'accostarsi. Ajutati da questo, prima l'uno e poi l'altro, montano in vettura, e via, alla casa di Nadina in Piazza di Spagna.

Nel vedersi innanzi quei due fantasmi ansimanti, che non si reggono in piedi dopo l'enorme sforzo della salita, la povera Nadina resta sgomenta, a bocca aperta. Non sa se debba piangere o ridere. S'affretta a sostenerli, li trascina nel salotto, li pone a sedere accanto e si mette a sgridarli aspramente della pazzia commessa, come due ragazzini discoli, sfuggiti alla sorveglianza dell'ajo.

Beniamino Lenzi fa il greppo, e giù a piangere.

Il Golisch, invece, con molta serietà, accigliato, le vuole spiegare che si è inteso di farle una bella sorpresa.

- *Una bea soppea...*

(Bellino! Come parla adesso, il tedescaccio!)

- Ma sì, ma sì, grazie... - dice subito Nadina. - Bravi! Siete stati bravi davvero tutt'e due... e m'avete fatto un gran piacere... Io dicevo per voi... venire fin qua, salire tutta questa scala... Su, su Beniamino! Non piangere, caro... Che cos'è? Coraggio, coraggio!

E prende a carezzarlo su le guance, con le belle mani lattee e paffutelle, inanellate.

- Che cos'è: che cos'è? Guardami!... Tu non volevi venire, è vero? Ti ha condotto lui, questo discolaccio! Ma non farò nemmeno una carezza a lui... Tu sei il mio buon Beniamino, il mio gran giovanottone sei... Caro! caro!... Suvvia, asciughiamo codeste lagrimucce... Così... così... Guarda qua questa bella turchese: chi me l'ha regalata? chi l'ha regalata a Nadina sua? Ma questo mio bel vecchiccio me l'ha regalata... Toh, caro!

E gli posa un bacio su la fronte. Poi si alza di scatto e rapidamente con le dita si porta via le lagrime dagli occhi.

- Che posso offrirvi?

Cristoforo Golisch, rimasto mortificato e ingrugnato, non vuole accettar nulla; Beniamino Lenzi accetta un biscottino e lo mangia accostando la bocca alla mano di Nadina che lo tiene tra le dita e finge di non volerglielo dare, scattando con brevi risatine:

- No... no... no...

Bellini tutt'e due, adesso, come ridono, come ridono a quello scherzo...

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005.
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (*)
124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (*)

125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006. (*)
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006.
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (*)
139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna, 2006. (*)
140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna, 2006. (*)
141. Accredimento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna, 2007. (*)
142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna, 2007. (*)
143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna, 2007. (*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna, 2007. (*)
145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna, 2007. (*)

146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna, 2007. (*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna, 2007. (*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
149. E-learning in sanità. Bologna, 2007. (*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna, 2007. (*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna, 2007. (*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna, 2007. (*)
153. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
154. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
155. La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna, 2007. (*)
156. Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna, 2007. (*)
157. FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna, 2007. (*)
158. Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna, 2007. (*)
159. L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)