

SCHEMA RELAZIONE DEL PROGETTO

Premio Innovazione nei Servizi Sociali. Città di Rimini. Settima Edizione.



DATI IDENTIFICATIVI PER L'ISCRIZIONE	
<i>Titolo del progetto</i>	La staffetta del Servizio Sociale Ospedaliero per la continuità assistenziale del paziente con Grave cerebrolesione Acquisita
<i>Ente proponente</i>	Azienda Ospedaliera di Verona ed Ospedale Sacro Cuore – Don Calabria di Negrar (Vr)
<i>Settore/Ufficio proponente</i>	Servizio Sociale dell'Azienda Ospedaliera di Verona e Servizio Sociale Ospedale Sacro Cuore – Don Calabria
<i>Indirizzo (Via, Cap, Città, Provincia)</i>	Piazzale Stefani, 1 – 37126 Verona Via Don Sempreboni, 5 – 37124 – Negrar (VR)
RELAZIONE DI PROGETTO (max 10 cartelle, ciascuna di non oltre 2500 caratteri spazi inclusi)	
<p style="text-align: center;">N.B. Realizzare la relazione descrittiva del progetto nelle pagine seguenti attenendosi all'indice proposto.</p> <p>La relazione dovrà essere redatta in Corpo 12, Carattere Times New Roman, e la lunghezza non dovrà superare le 10 cartelle/pagine, ciascuna di non oltre 2500 caratteri spazi inclusi.</p>	

TITOLO

La staffetta del Servizio Sociale Ospedaliero per la continuità assistenziale del paziente con Grave Cerebrolesione Acquisita

TEMPI

Data di avvio
Gennaio 2009

Data (prevista) di conclusione
Non prevista

INTRODUZIONE

Destinatari

I destinatari del presente progetto sono:

- i pazienti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita (G.C.A.) in fase acuta, a genesi traumatica e non traumatica, ricoverati presso l'Azienda Ospedaliera di Verona, che necessitano di un percorso riabilitativo e di continuità assistenziale;
- i pazienti degenti nel Dipartimento di Riabilitazione dell'Ospedale Classificato S. Cuore "Don Calabria" - Negrar - (VR) che necessitano di un intervento di continuità assistenziale in ambito domiciliare o residenziale;
- le reti di supporto ed il caregiver delle persone affette da G.C.A. degenti nelle due strutture ospedaliere.

Per Grave Cerebrolesione Acquisita si intende un nuovo evento di natura traumatica, vascolare, anossica, infettiva o tumorale, in grado di determinare uno stato di coma prolungato (maggiore di 24 ore) con possibili e gravi risvolti di disabilità e di disagio sociale.

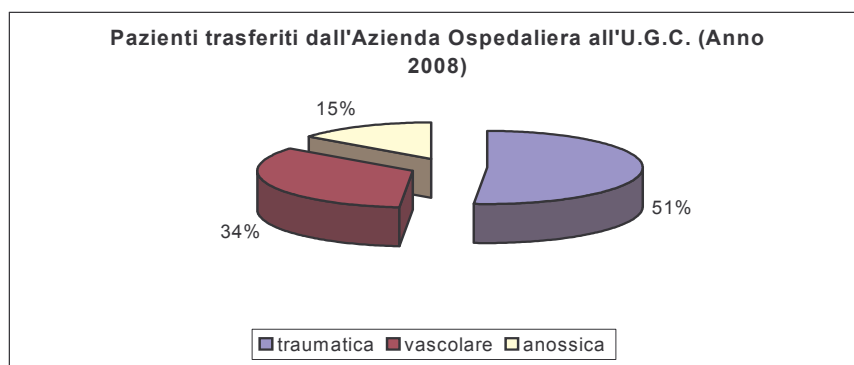
Contesto

La Provincia di Verona è composta da 98 comuni, afferenti a tre Aziende Sanitarie Locali (ASL 20, 21 e 22 della Regione Veneto).

La popolazione è pari a 896.316 abitanti (Fonte: ISTAT 1 gennaio 2008).

Nel corso del 2008 sono stati trasferiti dal Dipartimento di Neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliera di Verona 103 pazienti, suddivisi in:

- traumatici: 53
- vascolari: 35
- anossici: 15



La realtà veronese è storicamente caratterizzata da una forte componente neurochirurgica e rianimatoria con una gestione della fase riabilitativa post-acuta, per gli esiti di coma, presso la struttura ospedaliera Sacro Cuore “Don Calabria” di Negrar (Verona).

L’approccio assistenziale e riabilitativo alle persone in condizioni di bassa responsività, dovuta ad un danno delle strutture cerebrali, rappresenta un problema di grande rilevanza medica e sociale, poiché il numero e l’aspettativa di vita di individui in tale stato è in progressivo aumento in tutti i paesi industrializzati. Parallelamente si assiste al progresso delle conoscenze e delle tecniche nel campo della Rianimazione ed al miglioramento della qualità dell’assistenza sanitaria (nursing).

Dati presentati in varie occasioni ed avvallati da gruppi di lavoro nazionale (Conferenza di Consenso di Modena del 2000, Conferenza di Consenso di Verona del 2005, Documento ministeriale del 2005 sugli Stati Vegetativi e sugli Stati Minima Coscienza –MCS-) documentano che, ad oggi, la percentuale di soggetti affetti da esiti di Traumi Cranio Encefalici (TCE) e da G.C.A. non traumatiche è sostanzialmente paritaria, con tendenza all’aumento delle disabilità di tipo non traumatico. Un dato ulteriore su cui riflettere è l’aumento dell’età della popolazione in esame. Dai dati relativi alle schede SDO di dimissione dai reparti di Neurochirurgia, Cure Intensive, Cure Intensive Neurochirurgiche e Cardiochirurgia, della Regione Veneto risulta che solo il 21% dei pazienti ha meno di 45 anni.

La degenza media nei reparti di Rianimazione per i pazienti con esiti di coma oscilla tra i 15 ed i 40 giorni per gli esiti da trauma cranico, fino ai 60 giorni ed oltre per i soggetti con esiti di coma post anossico. Dopo tale periodo i pazienti vengono trasferiti nel reparto di Riabilitazione intensiva per periodi di ricovero variabili tra le 2-3 settimane ed i 6-9 mesi.

Il problema che da tempo si pone è il reperimento di strutture per la prosecuzione di interventi riabilitativi meno complessi (estensivi) o la collocazione in struttura idonea di persone con esiti gravissimi, altrimenti non gestibili a domicilio. Si tratta per lo più di soggetti non domiciliabili sia per ragioni cliniche, sia per ragioni sociali ed assistenziali.

Sempre più frequentemente si registra una dilatazione del periodo di ricovero, oltre le reali esigenze, per l'impossibilità di dimettere i pazienti. Tale prolungamento dei tempi si traduce necessariamente in una ridotta disponibilità delle strutture riabilitative ad accettare i pazienti dalle Rianimazioni., con incremento degli oneri a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

E' in corso una contrazione repentina della capacità delle famiglie di accogliere a domicilio queste persone ed una concomitante e progressiva modificazione dell'età dei pazienti e della loro disabilità.

Ne consegue che le classiche direzioni di dimissione (domicilio e centri servizi/case di riposo) non sono forse le sole rispondenti alle necessità attuali.

Breve descrizione del servizio se esistente

Il Dipartimento di Riabilitazione dell’Ospedale Sacro Cuore “Don Calabria” di Negrar (VR) è l’unica struttura sanitaria presente nel territorio veronese che dispone di un’Unità Gravi Cerebrolesioni (U.G.C.) e di un’Unità Spinale (U.S.) in grado di garantire competenze, organizzazione e spazi per il recupero della coscienza delle persone in Stato Vegetativo (SV) e/o con un minimo stato di coscienza (MCS) all’uscita dalle rianimazioni o dalle unità operative per acuti.

Precedentemente all’applicazione del presente progetto, il trasferimento del paziente dimesso da un’Unità Operativa per acuti avveniva in base ad un contatto settimanale, perlopiù telefonico, tra i medici delle due strutture ospedaliere, in relazione ai posti liberi ed alle condizioni cliniche del paziente. Quando si prolungavano eccessivamente i tempi di attesa per l’accoglimento in U.G.C., alcuni pazienti venivano trasferiti in Unità Operative per acuti nei diversi ospedali presenti nel territorio veronese.

La consulenza dell’esperto dell’ U.G.C. presso il Dipartimento di Neurochirurgia dell’Azienda Ospedaliera è iniziata in forma volontaria, per mancanza di formalizzazione delle visite e di condivisione della presa in carico del paziente tra i due nosocomi.

Per i pazienti con un quadro clinico medio-lieve di disabilità dimessi dalle Unità Operative per acuti dell'Azienda Ospedaliera di Verona, non veniva attivato un follow up a seguito delle dimissioni per mancanza di segnalazione al Dipartimento di Riabilitazione dell'Ospedale Sacro Cuore.

All'interno dell'Ospedale S. Cuore "Don Calabria" da giugno 2000 è presente un'assistente sociale che, su segnalazione del medico di reparto, svolge una funzione di filtro tra i nuovi bisogni determinati dalla condizione clinica della persona e la rete dei servizi attivabili a supporto dei pazienti ricoverati.

Il Dipartimento di Riabilitazione ha richiesto la presenza dell'assistente sociale all'interno di un gruppo specificatamente indirizzato ai percorsi riabilitativi dei pazienti con G.C.A., per realizzare una migliore definizione dei problemi ed offrire soluzioni d'aiuto nel minor tempo possibile, attraverso la conoscenza del sistema di welfare.

L'attività di Servizio sociale per i pazienti con G.C.A. si svolge, per alcune fasi, esclusivamente con il care giver come unico interlocutore per il piano riabilitativo, mentre, nell'intervento di rete, l'assistente sociale opera su due profili:

- individuazione di una rete primaria del paziente (parenti, vicini, amici);
- definizione della rete secondaria costituita dall'insieme dei rapporti intrapresi tra i servizi ed il richiedente.

Gli elementi della valutazione sociale derivano dal contesto familiare e/o parentale del soggetto, dalla posizione lavorativa e contributiva, dal territorio di provenienza, dai legami amicali significativi e dalle abitudini di vita.

In particolare, la popolazione straniera, che frequentemente svolge lavori ad alto rischio ed in condizioni di precarietà, risulta essere maggiormente esposta ad infortuni sul lavoro o ad incidenti stradali.

La fragilità sociale, prodotta da precarie condizioni economiche ed abitative, da una scarsa od assente rete familiare, da un'irregolare posizione amministrativa (mancanza di tessera sanitaria, di un regolare contratto di lavoro o di un documento valido per la permanenza in Italia), ha prodotto in taluni casi una non dimissibilità sociale di pazienti degenti nelle unità operative per acuti, colpiti da una grave disabilità.

Per costruire interventi in rete, il servizio sociale dell'Ospedale Sacro Cuore di Negrar ha promosso diversi livelli di collaborazione tra i servizi della fase acuta e quelli di presa in carico alla dimissione ospedaliera.

1° livello: nel 2004 viene introdotta una modalità di valutazione dell'ipotetico percorso assistenziale degli stranieri con grave cerebrolesione, attraverso una scheda dati contenente la storia dell'immigrazione, la rete di supporto, i requisiti amministrativi relativi al paziente straniero. L'assistente sociale dell'Azienda Ospedaliera di Verona avrebbe dovuto inviare la scheda all'Ospedale Sacro Cuore per quei cittadini extracomunitari e comunitari che sarebbero stati trasferiti nel Dipartimento di Riabilitazione.

2° livello: nel 2007 il Servizio Sociale dell'Ospedale Sacro Cuore realizza un accordo con il Servizio Sociale Professionale di base dei Comuni dell'Azienda Sanitaria Locale n. 22 della Regione Veneto di riferimento territoriale del nosocomio. Viene prevista la compilazione di una scheda sociale da parte dell'Assistente Sociale Ospedaliera per la definizione dei progetti di domiciliarità o di residenzialità all'uscita dal Dipartimento di Riabilitazione. Il care giver accede al servizio sociale territoriale presentando tale scheda, al fine di realizzare una continuità nel progetto assistenziale condiviso nella fase riabilitativa col paziente e/o con il suo care giver.

Il servizio sociale dell'Ospedale Sacro Cuore, inoltre, promuove l'attività dell'Associazione Fase 3 - Traumi Cranici Verona, illustrando le attività di tutela e supporto ai familiari dei pazienti ricoverati.

Nella fase acuta, predominando l'interesse verso il danno cerebrale e le menomazioni, gli interventi all'interno del Dipartimento di Neurochirurgia e Cure Intensive dell'Azienda Ospedaliera di Verona erano essenzialmente sanitari intensivi, di tipo diagnostico e terapeutico.

Pertanto, le Unità Operative coinvolte nel percorso iniziale del paziente colpito da grave cerebrolesione, hanno intessuto nel tempo scarsi contatti con il Servizio Sociale Ospedaliero, che nelle sue tre unità ha negli anni, principalmente, rivolto interventi a favore dell'anziano e dell'adulto ospedalizzati, con problemi di natura sociale al momento della dimissione.

Nel 2005, l'Unità Operativa di Terapia Intensiva Neurochirurgica ha assegnato una borsa di studio ad un'assistente sociale, per fornire un'accoglienza ed un accompagnamento ai familiari di pazienti che, a seguito di un improvviso e drammatico evento, si trovano ricoverati in un reparto di Cure Intensive.

Con questa esperienza inizia un lento lavoro di sensibilizzazione sull'utilità dell'intervento sociale nella fase acuta. Dopo un anno circa, purtroppo s'interrompe la collaborazione.

Sarà solo nel febbraio 2008 che, grazie all'assunzione con concorso ordinario, di una nuova unità, appare, all'interno del Dipartimento di Neurochirurgia e delle Cure Intensive dell'Ospedale Civile Maggiore, un servizio sociale fortemente integrato con le altre figure sanitarie presenti all'interno dei reparti.

Il nuovo operatore sociale ha assicurato una costante presenza all'interno del reparto, creando momenti di formazione al personale sanitario relativamente al ruolo ed alle funzioni di un servizio sociale dedicato. Le attività, in collaborazione coi servizi territoriali, sono state finalizzate a promuovere una continuità assistenziale nella fase di post-dimissione ed a garantire un momento di supporto e di orientamento ai familiari ed ai pazienti ricoverati.

Da febbraio 2008 a dicembre 2008, le Unità Operative che operano in fase acuta con pazienti G.C.A., hanno segnalato al Servizio Sociale dell'Ospedale Civile Maggiore, 92 pazienti distinti come indicato nella tabella seguente:

Unità Operativa di degenza segnalante	N° pazienti segnalati (Anno 2008)
Neurochirurgia Ospedaliera	50
Neurochirurgia Clinica	15
Terapia Intensiva Neurochirurgia	17
Anestesia e Rianimazione	10
Tot. Pazienti segnalati	92

Va ricordato che il servizio sociale spesso deve rivolgersi ad un'utenza disorientata, che non conosce né i propri diritti, né l'assetto dei servizi sociosanitari e riabilitativi presenti nel territorio.

Ogni intervento è costituito da un primo colloquio col care giver del malato e, quando possibile, col malato stesso, che presuppone attività di counseling.

Nello specifico, inoltre, sono stati attivati i seguenti interventi:

Tipologia interventi Servizio Sociale	n° interventi (Anno 2008)
segnalazioni ai servizi del territorio	21
Compilazione ed invio S.Va.M.A. ¹	36
istanza amministratore di sostegno	13

¹La scheda S.Va.M.A. è lo strumento di valutazione multidimensionale delle persone adulte e anziane della Regione Veneto, adottato per superare l'approccio settoriale alle persone anziane e a quelle non autosufficienti ed intervenire in maniera globale. E' stata approvata con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1721/98 e viene utilizzata per accedere ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari intergrati.

Motivazioni

L'associazione Fase 3 – Traumi Cranici Verona, sollecitata dai familiari dei pazienti con grave cerebrolesione, ha invitato i responsabili delle strutture interessate ad istituire un tavolo di confronto per:

- definire un percorso lineare e precoce in grado di garantire opportunità riabilitative ai pazienti più gravi;
- concordare modalità tempestive di attivazione del percorso di cura;
- costruire setting riabilitativi diversificati e più idonei all'evoluzione dei pazienti, superando i problemi di insufficienza delle strutture e le situazioni di abbandono terapeutico ed assistenziale.

L'invito è stato accolto dagli enti coinvolti e si è costituito un gruppo di lavoro che in una serie di incontri ha elaborato il presente progetto.

Analisi preliminari

È noto che nei sistemi che si occupano di salute, ed in particolare delle condizioni di “fragilità”, la valorizzazione delle risorse del territorio e la loro interazione produce evidenti vantaggi anche in termini di costi.

Gli attori del percorso riabilitativo e le associazioni di tutela dei familiari dei pazienti con grave cerebrolesione concordano:

- ✓ sulla necessità che i pazienti vengano trasferiti dai reparti per acuti alle riabilitazioni intensive secondo precisi criteri di stabilità clinica e di garanzia per la salute;
- ✓ che, compatibilmente con quanto sopra, il trasferimento avvenga nel minor tempo possibile allo scopo di agevolare il recupero e di coadiuvare i reparti per acuti (rianimazioni e altro);
- ✓ che anche le GCA a possibili esiti più lievi (ed in particolare i Traumi Cranio Encefalici) siano monitorati nel tempo presso strutture competenti;
- ✓ che la scelta di quale percorso da individuare dopo la fase acuta sia competenza di un “medico esperto” in riabilitazione;
- ✓ che si individui precocemente un percorso di continuità assistenziale per l'integrazione delle componenti sanitarie e sociali dei diversi servizi dedicati.

Alla luce di quanto sopra, il tavolo tecnico che si è riunito negli ultimi mesi del 2008, sulla scorta dell'esperienza passata e delle reali conoscenze “sul campo”, propone l'idea di un percorso maggiormente strutturato per le GCA della Provincia di Verona.

Sulla base di queste considerazioni e delle premesse, diventa indispensabile l'implementazione di un dialogo e di una collaborazione formalizzata tra due realtà ospedaliere differenti, con la costruzione di un modello d'intervento di servizio sociale condiviso tra due servizi attivi nell'ambito sanitario.

Obiettivi

- favorire la continuità di cura e di assistenza a favore dei pazienti affetti da G.C.A. trasferiti dall'Azienda Ospedaliera di Verona al Dipartimento di Riabilitazione dell'Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, unitamente alla garanzia di una loro idonea e sicura presa in carico;
- costruire percorsi socio-riabilitativi personalizzati, in relazione ai bisogni ed alle potenzialità residue di recupero dei singoli pazienti;
- ridurre i tempi per il trasferimento dalle Unità Operative per acuti ai centri riabilitativi;
- diminuire i tempi di degenza impropri all'interno delle Riabilitazioni Intensive;
- sensibilizzare l'opinione pubblica sulla necessità di creare strutture e servizi dedicati, nel rispetto delle cure e della compliance familiare ed assistenziale.

COSTRUZIONE E DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Metodologia e procedure

Metodo di lavoro

Il confronto tra tutte le parti interessate ha costituito il metodo costante di lavoro.

Quando necessario, si è lavorato per sottogruppi.

Procedure

Nel gennaio 2009, è stata attivata una procedura di presa in carico tra le Unità Operative interessate dell'Azienda Ospedaliera di Verona ed il Dipartimento di Riabilitazione dell'Ospedale S. Cuore "Don Calabria".

- Dal gennaio 2009, qualora un paziente presenti le condizioni di eleggibilità al trasferimento presso le Unità Operative del Dipartimento di Riabilitazione dell'Ospedale S. Cuore, il medico curante dell'Unità Operativa dell'Azienda Ospedaliera, attraverso il coinvolgimento del Coordinatore Infermieristico, provvederà a far inviare via fax alla segreteria del Dipartimento di Riabilitazione la specifica scheda di segnalazione dei casi da sottoporre alla consulenza del Medico Esperto delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite (G.C.A.) (allegato 1).
- Il Medico Esperto G.C.A. si recherà con cadenza almeno settimanale presso l'Azienda Ospedaliera per effettuare le visite di consulenza specialistica richieste dalle varie Unità Operative ai pazienti segnalati.
- Terminata la visita con l'intervento del Coordinatore Infermieristico, il Fisioterapista, l'Assistente Sociale e il medico di Reparto, il Medico Esperto G.C.A. proporrà all'équipe curante l'adozione del percorso socio-riabilitativo più adeguato al paziente, in ragione al tipo di patologia di base, alla comorbilità ed all'età (allegato 2).
- Al termine della visita collegiale il medico curante potrà chiedere, qualora si rilevassero criticità nel percorso socio-riabilitativo o fragilità riguardanti la situazione sociale del paziente, la consulenza al Servizio Sociale Ospedaliero.
- Nel caso in cui il Medico Esperto G.C.A. valutasse il paziente trasferibile presso il Dipartimento di Riabilitazione, ne programmerà con i sanitari del reparto ospedaliero per acuti l'ingresso, che avverrà secondo modalità e tempi da concordarsi tra il Coordinatore ed il Caposervizio delle Unità Operative interessate.
- L'Assistente Sociale provvederà a compilare la scheda sociale del paziente (allegato 3) e la invierà, via fax, al Servizio Sociale Ospedaliero del Dipartimento di Riabilitazione dell'Ospedale Sacro Cuore.
- Nel caso in cui il Medico Esperto G.C.A. valuti che il paziente, in ragione all'età, alle caratteristiche cliniche ed al suo potenziale residuo, sia indicato un trattamento riabilitativo estensivo (o di stabilizzazione) e/o intraveda un percorso caratterizzato da elevata necessità assistenziale a domicilio od un inserimento in una struttura residenziale protetta, il medico curante si attiverà per il trasferimento presso una Lungodegenza od una R.S.A.
- In quest'ultimo caso, il medico curante dell'U.O. di degenza richiederà la consulenza dell'Assistente Sociale Ospedaliera, affinché individui un percorso di tutela giuridico-previdenziale (istanza invalidità civile, Legge 104/92, Cieco civile e Legge 68/99, ricorso istanza di amministratore di sostegno, ...) ed attivi l'eventuale procedura amministrativa per la Valutazione Multidimensionale (S.Va.M.A.).

Soggetti coinvolti

- I medici delle Unità Operative dell'Azienda Ospedaliera che hanno in cura il paziente con G.C.A.
- Il Coordinatore Infermieristico del reparto
- Il Medico Esperto G.C.A.
- Il Caposervizio dell'Unità Operativa del Dipartimento di Riabilitazione
- Il Servizio Sociale dell'Azienda Ospedaliera di Verona
- Il Servizio Sociale dell'Ospedale Sacro Cuore di Negrar (VR)
- Fisioterapista

Materiali predisposti

- Scheda di segnalazione dei pazienti da sottoporre alla consulenza del Medico Esperto delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite (G.C.A.) (allegato 1).
- Referto di visita di consulenza specialistica (allegato 2)
- Scheda sociale del paziente (allegato 3)

Fasi di realizzazione

- Gennaio 2009: avvio sperimentale della procedura
- Fine febbraio 2009: verifica ed eventuali correttivi
- Marzo 2009: stesura del protocollo operativo ed avvio dello studio sui servizi territoriali
- Monitoraggio trimestrale

Aspetti innovativi da segnalare

- Istituzionalizzazione del medico esperto GCA per la pianificazione del percorso riabilitativo.
- Inserimento dell'intervento sociale nella fase acuta.
- Implementazione del lavoro sociale nel processo di cura.
- Pianificazione condivisa tra le istituzioni ospedaliere ed il terzo settore.
- Attivazione di un'equipe multiprofessionale (fisioterapista, medico esperto U.G.C., Coordinatore Infermieristico, assistente sociale, medico cure Intensive) all'interno del Reparto di Terapia Intensiva Neurochirurgica.
- Lavoro in rete tra servizi sociali ospedalieri e territoriali.

RISULTATI E VALUTAZIONE

Risultati attesi

- Riduzione delle degenze improprie.
- Contrazione dei costi sanitari.
- Creazione di una banca dati per l'implementazione dei servizi territoriali dedicati.
- Banca dati per pazienti stranieri con G.C.A. e relativi percorsi assistenziali.
- Condivisione di un percorso di continuità assistenziale per l'integrazione delle componenti sanitarie e sociali.
- Incrementare l'attività di sensibilizzazione sugli esiti della G.C.A.
- Precoce attivazione di misure amministrative a tutela delle persone con G.C.A.

Criteria di valutazione

- tempi di degenza;
- livelli di soddisfazione del paziente o del suo care giver;

Strumenti e metodologie di valutazione

- Compilazione da parte dei familiari e, quando possibile, dei pazienti di questionari di gradimento.
- Banca dati relativa ad informazioni socio-sanitarie: reparto di provenienza, natura della lesione, tempi di degenza nei singoli reparti, indicatori di fragilità sociale, età, residenza, progetto assistenziale alla dimissione.

RISORSE

Costo complessivo del progetto

Isorisorse

Fonti di finanziamento

Al momento non si prevedono incrementi di costo. Da valutare la gestione delle risorse dedicate per retribuzione operatori ed impiego di mezzi informatici.

Risorse umane impegnate:

numero: 6+medici di reparto

professione: anestesisti, neurochirurghi, internisti, assistenti sociali, fisioterapisti, infermieri professionali,

formazione prevista:

corsi di perfezionamento sulla presa in carico di pazienti ad elevata complessità assistenziale

Risorse tecnologiche attivate: internet e programmi informatici.

Siti internet: <http://risorsehandicap.org> ; <http://fase3verona.wordpress.com>

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Positività

- La continuità e tempestività nell'organizzazione e gestione della fase acuta, grazie alla sinergia di due diverse strutture ospedaliere (a livello sanitario) e di due differenti servizi sociali ospedalieri (a livello sociale).
- L'integrazione tra strutture ospedaliere pubbliche (Azienda Ospedaliera di Verona) e classificate (Ospedale Sacro Cuore "Don Calabria") ed il terzo settore (Associazione Fase 3 – Traumi cranici).
- Collaborazione a livello progettuale ed operativo di tutti i diversi professionisti coinvolti nel percorso di cura e di assistenza.
- Nascita di un'équipe multiprofessionale ed interistituzionale all'interno delle Cure Intensive Neurochirurgiche.
- Attività di counseling e coinvolgimento del care giver nell'individuazione del percorso assistenziale già nella fase acuta.

Criticità

Nella fase degli esiti, hanno inizio gli interventi volti al graduale reinserimento del paziente in ambiente extraospedaliero (domicilio, strutture protette transitorie o definitive).

Per la persona con esiti di grave disabilità, dopo la fase riabilitativa, è di fondamentale importanza il monitoraggio costante dell'evoluzione del processo di adattamento della rete di supporto, in funzione della stabilizzazione del quadro clinico. L'attuale assetto delle risorse attivabili risulta molto frammentato e fragile nella coesione della presa in carico globale dei pazienti con piani assistenziali complessi. Nello specifico si evidenziano:

- impossibilità di abbattere i tempi amministrativi per l'assegnazione o l'individuazione dei requisiti minimi per l'accesso ai servizi e/o ai benefici economici;
- insufficiente numero di servizi residenziali, semi residenziali e domiciliari dedicati;
- scarsa disponibilità delle strutture di secondo livello a garantire adeguato turnover dei pazienti con ridotte necessità riabilitative;
- assenza di posti letto in strutture residenziali dedicate per pazienti stranieri (privi di posizione amministrativa) per i quali è impossibile prevedere il rimpatrio per oggettivi limiti di cura e di assistenza nei Paesi d'origine.

Comunicazione interna

- Inserimento della procedura all'interno del sito internet dell'Azienda Ospedaliera di Verona e dell'Ospedale Classificato S. Cuore "Don Calabria" - Negrar - (VR).

Comunicazione esterna

- Esposizione all'interno degli studi medici del dipartimento di Neurochirurgia della flow-chart (allegato 4) che descrive la procedura relativa al percorso del paziente dalla fase acuta a quella riabilitativa.

Successive implementazioni

- Il progetto potrebbe diventare modello di un sistema di cura spendibile a livello regionale, espressione dell'integrazione dei percorsi e della ricerca di soluzioni alle criticità menzionate.
- Istituzione di un registro su base regionale, distinto in cittadini italiani e stranieri, in grado di fornire dati epidemiologici e di disabilità relativi alle diverse fasi del percorso stesso (intraospedaliera ed extraospedaliera). Tale modalità potrebbe garantire la misurazione dei costi assistenziali e sensibilizzare gli Stati di provenienza dei pazienti stranieri, per la compartecipazione alle spese sanitarie ed assistenziali dei loro cittadini.
- Attività di sensibilizzazione degli organismi di rappresentanza degli stranieri per lo stanziamento di fondi utili alla cura dei loro cittadini in strutture sanitarie del nostro territorio nazionale.
- Attivazione di buone prassi con la Prefettura, la Questura, il Tribunale, i Consolati e le Ambasciate per facilitare rapporti e procedure formalizzate.
- Promozione di convenzioni con gli enti di Patronato, per gli aspetti previdenziali e di tutela.
- Implementazione delle collaborazioni con il Terzo Settore.
- Implementazione del lavoro di rete con il settore sociale ed i distretti socio-sanitari delle Aziende Sanitarie Locali della Provincia di Verona.

Allegati: Allegato 1: Richiesta di consulenza dell'esperto UGC; Allegato 2: Referto esperto UGC; Allegato 3: Scheda sociale relativa al paziente con GCA trasferibile all'Ospedale Sacro Cuore; Allegato 4: Flow chart procedura.