

AMBULATORIO INFERMIERISTICO PER LA CRONICITÀ NELLA CASA DELLA SALUTE DI SAN SECONDO

Cavalli Paola (a), Bocchi Bruno (a), Rodelli Paolo Maria (a), Brambilla Antonio (b)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale, Parma

(b) Servizio Assistenza Distrettuale, Regione Emilia-Romagna, Bologna

Introduzione. L'ambulatorio infermieristico, dedicato alle patologie croniche, si trova all'interno della Casa della Salute di San Secondo, di tipologia grande, ed è attivo dal 2011. L'ambulatorio, dal punto di vista logistico, è attiguo e fortemente integrato con la Medicina di Gruppo, la PLS, gli specialisti e gli altri professionisti che si trovano all'interno della CdS. Il modello di riferimento utilizzato nella presa in carico è il *Chronic Care Model*.

Metodi. Come previsto dal CCM, adottiamo la presa in carico globale dei bisogni della persona cercando di superare l'ottica prestazionale. La persona entra nell'ambulatorio non da sola, ma vi giunge sempre con la sua storia e il suo vissuto. Altro paradigma del CCM che si utilizza nell'ambulatorio per la cronicità è il modello del *disease management*, con un nuovo approccio ai problemi di salute attraverso "la medicina d'iniziativa" anziché di "medicina d'attesa", attraverso la chiamata proattiva del paziente, questo per evitare le complicanze e una rapida evoluzione della malattia. La persona, una volta segnalata dal MMG, viene "arruolata" in un percorso a gestione integrata. Altro passaggio obbligato del percorso è il *follow-up*, attraverso il coinvolgimento attivo del soggetto nel percorso di cura con l'intervento educativo finalizzato ad aumentare le capacità di autocura del paziente e/o del *caregiver*. Non poteva mancare nella gestione della cronicità anche la partecipazione consapevole del paziente (*empowerment*), finalizzato a riconoscere i segni e i sintomi della riacutizzazione della malattia cronica e di conseguenza ridurre gli accessi impropri al P.S. e le ospedalizzazioni. L'ambulatorio della cronicità è inoltre fortemente integrato con l'Ospedale di Comunità, presente nella CdS, e rappresenta, con questo e l'assistenza domiciliare integrata, il completamento della rete dei servizi territoriali.

Risultati. La principale attività svolta all'interno dell'Ambulatorio Infermieristico riguarda, oltre attività di informazione e di educazione, anche la presa in carico delle persone in TAO, affette da ulcere trofiche e percorsi di gestione integrata del diabete tipo 2 e della BPCO. Entrambi i percorsi prevedono il coinvolgimento del MMG, dell'infermiera, dello specialista, del fisioterapista, dell'assistente sociale e di altri professionisti a seconda delle problematiche che vengono rilevate. Questa gestione della cronicità ha permesso l'arruolamento di numerosi pazienti affetti anche da patologie annoverate nelle ACSC; questo ha fatto sì che si siano evitati ricoveri inappropriati e/o re-ospedalizzazioni; inoltre si qualifica e si ottimizza la gestione dei bisogni della persona nella sua globalità, tenendo presente anche la multi morbosità, emergente nella popolazione anziana con conseguente aumento della fragilità.

Conclusioni. I nuovi percorsi di gestione integrata promuovono non solo l'integrazione, la formazione e la valorizzazione delle professioni sanitarie, ma attivano e migliorano quello che normalmente viene definito il *self management*, attraverso l'educazione sanitaria e l'informazione.