

Distretti Sanitari Est e Ovest

SOC di Recupero e Rieducazione Funzionale

SAITRA

Servizio Assistenza Infermieristica Tecnica Riabilitativa Aziendale

Progetto sperimentale

E.R.I.C.A.

(Educazione e Riabilitazione Integrata Comunitaria Adattata)
nell'ASS5 Bassa Friulana

Gruppo Tecnico di progetto:

dr. Maurizio Andreatti, Direttore Sanitario
dr. Mario Corbatto, Direttore del Distretto Ovest
dr. Luciano Pletti, Direttore del Distretto Est:
dr. Marsilio Saccavini, Direttore S.O.C RRF
dott.ssa Mara Pelizzari Direttore Servizio Assistenza Infermieristica Tecnica Riabilitativa Aziendale:
dott. Renato Bolzon, Referente Professioni Sanitarie della Riabilitazione

Settembre 2013

Premessa

In generale l'attuale quadro economico unito all'andamento demografico che prospetta un incremento costante della domanda assistenziale ed in particolare di quella riabilitativa, spingono a rivedere gli attuali assetti organizzativi di erogazione dei servizi sanitari e sociali, al fine di ottenere un significativo recupero di risorse.

A tale scopo è necessario porre maggiore attenzione alle condizioni che favoriscono l'invecchiamento attivo ed in buona salute innovando il tradizionale sistema dei servizi socio sanitari, incoraggiando invece il protagonismo dei cittadini e sostenendo le comunità nell'assunzione di un ruolo attivo e solidale per la promozione ed il mantenimento della salute dei suoi membri e nell'acquisizione delle competenze necessarie a questo fine.

È noto come uno stile di vita sedentario, insieme ad altri fattori di rischio modificabili come il fumo di tabacco, l'obesità, l'abuso di alcol, l'ipertensione arteriosa, la dieta scorretta, l'eccesso di grassi nel sangue, rappresenti uno dei fattori favorevoli all'insorgenza di malattie croniche cardiovascolari, respiratorie, muscolo scheletriche ed di alcune malattie neoplastiche. Il movimento migliora la forma fisica, le condizioni psicologiche e la sensazione di benessere delle persone. Se poi l'inattività fisica consegue a patologie cronico - degenerative che sono causa di per sé di disabilità, come le cardiopatie, l'ictus cerebrale o la sclerosi multipla, essa si ripercuote rapidamente sui livelli di disabilità causando ulteriori riduzioni dell'autonomia e del livello di partecipazione sociale della persona, in una spirale che si autoalimenta

E' dimostrato che in molte malattie croniche il processo disabilitante è aggravato dalla sedentarietà che, a sua volta aggrava le limitazioni funzionali ed è fonte di ulteriore disabilità.

C'è ormai sufficiente evidenza scientifica che per molte malattie croniche questo circolo vizioso possa essere corretto con adeguati programmi di attività fisica regolare e continuata nel tempo.

Ai Servizi riabilitativi della nostra Azienda Sanitaria viene posta una crescente domanda di intervento da parte di cittadini che soffrono di problematiche di tipo osteo-articolare degenerativo. La risposta che questi Servizi riescono ad offrire non è sempre tempestiva e spesso non è ottimale.

L'oggetto d'interesse specifico di un programma di questo tipo, rivolto all'Educazione e alla Riabilitazione Integrata e Adattata sono le persone affette da malattie, menomazioni, disabilità o deficit funzionali tali da limitare le capacità di tali individui di praticare le attività fisiche loro congeniali.

Il target può comprendere la popolazione con riduzione delle capacità funzionali prodotta da condizioni cliniche pregresse con esiti funzionali stabilizzati, ma in condizioni di salute stabili per assenza di malattia acuta. Le attività possono essere svolte nei comuni del territorio aziendale, sotto forma di attività di gruppo, in luoghi adatti ad attività sportive e di socializzazione, quali palestre comunali o scolastiche ed essere condotte da operatori la cui competenza è validata dalla Azienda Sanitaria o da personale dell'Azienda stessa.

Questa modalità di intervento risponde ai principi della medicina di iniziativa, che è tesa ad anticipare o comunque a intervenire precocemente nei confronti delle malattie più diffuse, coinvolgendo attivamente le persone malate e la comunità in cui vivono.

Questo tipo di approccio, orientato al gruppo piuttosto che al singolo paziente, è più efficace laddove l'obiettivo è rivolto alla correzione degli stili di vita. Favorendo meccanismi di emulazione e di stimolo reciproco fra i partecipanti e valorizzando anche una forte connotazione socializzante.

Il progetto così delineato si colloca in linea con gli orientamenti adottati da tempo dalla nostra Azienda Sanitaria, nei confronti di una politica di intervento orientata alla welfare community, e realizzata con sperimentazioni ormai da tempo consolidate ed apprezzate, quali l'infermieristica di comunità e, più di recente, le Fattorie Sociali.

Sulla base di questi presupposti si auspica che l'approccio riabilitativo di comunità che si vuole lanciare possa trovare un terreno recettivo e incontrare il favore delle amministrazioni in cui esso sarà avviato.

Il quadro demografico ed epidemiologico

Dai dati sul profilo di salute stilato dalla Struttura Aziendale Programmazione Controllo Comunicazione Qualità si evidenzia che:

Il territorio dell'Azienda per i Servizi Sanitari n° 5 "Bassa Friulana" è composto da 31 Comuni organizzati in 2 Distretti e si estende su una superficie di 743 km², pari al 9,5% del territorio regionale, con una densità abitativa di 152 per km², leggermente inferiore alla media regionale.

La popolazione residente al 31.12.2010 ammonta a 112.976 abitanti di cui il 51% è costituito da donne e con una struttura demografica complessiva sostanzialmente sovrapponibile sia tra i due distretti che con la Regione Friuli Venezia Giulia.

A livello aziendale le persone con un'età compresa tra 15 e 64 anni sono il 65% della popolazione, mentre le persone con un'età superiore a 64 anni sono il 22,5%.

L'indice di vecchiaia, che rappresenta il numero di persone di età superiore a 64 anni ogni 100 residenti di età inferiore a 15 anni, esprime il grado di invecchiamento di una popolazione.

Nella nostra Azienda questo indice è stato in costante aumento dal 2002 al 2009, mentre nel 2010 si registra un leggero calo rispetto all'anno precedente da porre in relazione anche all'aumento della natalità e quindi della componente della popolazione inferiore a 15 anni.

Nel 2010 la popolazione aziendale ha un indice di vecchiaia pari a 179,7% che rimane sempre al di sotto di quello regionale (186,1%) ma al di sopra di quello delle regioni del Nord-Est (152,0%) e dell'Italia (144,5%).

Uno studio epidemiologico condotto dall'ufficio epidemiologico della Direzione Centrale Salute della regione FVG, in collaborazione con l'Istituto Superiore di sanità e con il CDC (Center for Disease Control and Prevention) di Atlanta e pubblicato nell'Ultimo Profilo di Salute della Regione Friuli Venezia Giulia ha evidenziato che nel Friuli Venezia Giulia i fattori di rischio che causano il maggior numero di decessi sono il fumo, l'ipertensione, l'inattività fisica e l'alcol.

Da un'indagine condotta in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC), sull'attività fisica della popolazione residente, i risultati hanno evidenziato che la prevalenza di inattività fisica, standardizzata per età, dai 35-74 anni, in FVG è del 21,4% negli uomini e del 27,3% nelle donne.

La prevalenza di inattività è statisticamente inferiore negli uomini rispetto alle donne a livello regionale e con l'aumentare dell'età la prevalenza di inattività fisica aumenta nelle donne, che diventano sedentarie invecchiando, ma non varia invece significativamente negli uomini.

Questi dati, assieme alle evidenze già espresse in molti studi, sottolineano l'importanza di avviare anche nella nostra realtà iniziative di contrasto all'inattività fisica.

Le risposte attuali

Attualmente in azienda non si riesce a rispondere completamente a questo tipo di bisogni. Le attività ambulatoriali e residenziali e domiciliari hanno come principale mandato l'intervento nei confronti di soggetti con patologie neurologiche ortopediche post acute o evolutive, ma negli ultimi anni si era creata una lista di attesa di pazienti affetti da patologie croniche osteo-articolari degenerative già evolute, ai quali è quasi impossibile dare risposta qualitativamente accettabile.

Molte persone si rivolgono all'ampio mercato di ambulatori, di centri privati di fisioterapia o di palestre ginniche, dove le prestazioni e le attività non sono sempre fornite da personale adeguatamente preparato.

L'unità operativa di riabilitazione ha avviato dei percorsi di Follow up per alcune patologie con una verifica delle variazioni del quadro funzionale, ma non c'è un vero percorso strutturato di presa in carico per attività di educazione e riabilitazioni integrati.

C'è una sola esperienza di questo tipo nell'ambulatorio di Cervignano per le persone affette da Parkinsonismo dove viene applicato un protocollo che prevede un'attività motoria di gruppo.

I riferimenti normativi

Il principale riferimento normativo che propone interventi di tipo educativo per la gestione della malattia e delle complicanze è il DPCM del 23 aprile 2008 (LEA) che, nel Capitolo III -Assistenza distrettuale art. 4 Assistenza Sanitaria di Base comma 2, così recita:

"Il servizio Sanitario Nazionale garantisce in particolare le seguenti attività e prestazioni:

- a) lo sviluppo e la diffusione della cultura e la sensibilizzazione sulle tematiche attinenti l'adozione di componenti e stili di vita positivi per la salute;
- b) l'informazione OMISSIS
- c) l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi famigliari per la gestione della malattia e la prevenzione delle complicanze:
- d) l'attivazione OMISSIS

Un'altra fonte normativa di rilievo per questo tipo di interventi, è rappresentata dal {Decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 2006} (Piano Sanitario Nazionale 2006-2008) che al punto 3.4. - La prevenzione sanitaria e la promozione della salute - così recita:

"La consapevolezza dell'efficacia degli interventi di prevenzione nel contrastare l'insorgere delle patologie o nel contenerne gli effetti, ha portato in questi anni ad una crescita della sensibilità internazionale e nazionale sulla necessità di attivare organici interventi in tema di prevenzione, sia con azioni per il contenimento dei fattori di rischio, sia mediante interventi per la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze. Caratteristiche comuni agli interventi di prevenzione sono:

- le motivazioni etiche e di contrasto alle disuguaglianze: gli interventi hanno lo scopo di estendere azioni efficaci anche a quella parte della popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi;
- l'ampia trasversalità, infatti numerosi soggetti sanitari e non sanitari possono concorrere alla loro realizzazione: spesso gli interventi sono frutto di azioni coordinate all'interno del Servizio sanitario nazionale, altre volte devono essere realizzati tramite azioni intersettoriali che vedono coinvolte altre istituzioni, e pertanto devono essere condivisi e concertati dai diversi attori interessati, anche al fine di ottimizzare l'uso delle risorse e i risultati.
- Negli ultimi anni, il mondo istituzionale e quello scientifico hanno evidenziato come l'offerta di servizi per la prevenzione dei rischi e delle patologie, così come l'offerta per una attiva promozione della salute dei

cittadini, risultino maggiormente efficaci adottando un percorso metodologico che segue alcuni punti fondamentali:

- effettuare una definizione dei bisogni, e tra questi la identificazione delle priorità, partendo da una analisi dei dati epidemiologici per quanto possibile partecipata e condivisa tra il “sistema sanità”, le altre istituzioni, le rappresentanze dei cittadini, i portatori di interessi collettivi ed il mondo della produzione;
- ***progettare e porre in essere azioni di sistema, in cui le “reti sanitarie” operano in sinergia con le altre reti istituzionali, in cui i vari attori hanno ben chiari compiti propri, strumenti ed obiettivi da raggiungere;***
- operare con un atteggiamento culturale maggiormente rivolto all’appropriatezza degli interventi ed alla valutazione di efficacia degli stessi (metodologia della Evidence Based Prevention);”

Anche il Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale 2006-2008 (ex articolo 7 L.R. 23 del 29 luglio 2004) si muove in quest’ottica ed al Capitolo 5 – Potenziare la prevenzione, la sanità pubblica territoriale e le cure intermedie conferendo centralità al distretto - così afferma:

“Con il presente Piano si intende perseguire un riorientamento di tutti i servizi verso stili operativi che agiscano attivamente nella presa in carico, anche anticipata e leggera, dei bisogni di salute. Questo orientamento proattivo dei servizi è certamente, prima che un problema organizzativo, un cambiamento delle culture professionali degli operatori del territorio che si devono attrezzare, anche tecnicamente, per operare una reale riconversione operativa verso la promozione della salute e la conoscenza anticipata dei bisogni.

Lo sviluppo di comunità:

La capacità di risposta che il sistema dei servizi saprà esprimere nei confronti delle persone non autosufficienti sarà direttamente proporzionale alla efficacia dello stesso nell’esprimere la proattività anche in termini di capacità di incremento del “sistema delle opportunità” nel territorio. Queste strategie sono certamente vincolate al potenziamento dei servizi pubblici del territorio, ma soprattutto legate ad una nuova interpretazione che di questi servizi si deve dare, orientandoli secondo il principio della sussidiarietà promozionale e finalizzandoli alla costruzione di un welfare di comunità. E’ fondamentale, infatti, che il distretto e le altre strutture territoriali, nell’organizzare il proprio agire, si muovano nella logica di promuovere, valorizzare, sostenere attivamente le capacità di responsabilizzazione e di protagonismo degli utenti, delle famiglie e delle espressioni di utilità sociale che nascono all’interno delle comunità locali, al fine di costruire assieme la risposta ai diversi bisogni. Non è sufficiente un sistema di servizi forte se è strutturato come un sistema di delega che finisce per de-responsabilizzare le comunità locali ed impoverirne la qualità delle relazioni sociali.

I servizi pubblici territoriali dovranno perciò essere in grado di ricomporre la delega deresponsabilizzante per mettere in rete e governare la costruzione delle risposte ai bisogni socio-sanitari, integrando le diverse risorse in mix innovativi di interventi e di forme gestionali.

Si tratta in particolare di trovare nuove strategie per gestire gli interventi rivolti alle persone che, colpite da forme diverse di menomazione, sperimentano una limitazione dell’attività ed una restrizione della partecipazione nelle situazioni di vita con una significativa compromissione del funzionamento sociale.

Omissis

Per esprimere operativamente questa esigenza di coinvolgimento e di responsabilizzazione dei soggetti comunitari è necessario definire e sperimentare nuove soluzioni gestionali tra pubblico e privato, in particolare sostenendo attivamente le proposte che realizzano partenariati tra pubblico e “privato sociale accreditato” (cooperazione sociale, associazionismo e volontariato) finalizzati alla “valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata” [Legge 328/2000], anche rivedendo e innovando le attuali forme di rapporto con il terzo settore, ancora troppo spesso improntate secondo una logica cliente/fornitore. Si tratta di promuovere modelli evoluti di gestione condivisa (cogestione) pubblico/privato sociale, attraverso nuovi strumenti di affidamento dei servizi, perché le consistenti risorse che gli interventi sociosanitari richiedono, si riconvertano e diventino un moltiplicatore delle risorse dei soggetti, delle famiglie, del contesto sociale, delle comunità.”

Il PSSR del F.V.G. D.G.R n.465 del 11/03/2010 ha previsto, a favore delle persone con malattie croniche e disabilità, una serie di azioni volte alla revisione ed al miglioramento dei percorsi di presa in carico e dei processi di gestione, che incidano non soltanto sugli attori e sulle risorse, ma riguardino anche le pratiche attuate dai dei servizi.

Tra queste azioni anche la sperimentazione e lo sviluppo di forme di gestione unitaria del sistema integrato dei servizi sociosanitari, in favore di persone con disabilità, che superino le separazioni istituzionali attuali.

L'ultimo documento a cui si deve fare riferimento è il Piano di Zona PDZ 2013-2015 degli Ambito Socio sanitari della nostra Azienda Sanitaria che nella Scheda del Piano Attuativo Annuale n.7.1 propone l'avvio di "Interventi di promozione della salute e di prevenzione delle disabilità dell'anziano".

Come macroazione è prevista la realizzazione annuale di un intervento di promozione della salute e di prevenzione della disabilità nell'anziano con particolare attenzione al rischio delle cadute, anche a domicilio e agli incidenti domestici.

Tra le azioni si prevede la "sensibilizzazione della popolazione anziana, comprese famiglie, in alcuni comuni del distretto con iniziative mirate".

Gli indicatori di risultato previsti per il triennio sono:

"ogni anno viene realizzato almeno un programma di promozione alla salute in collaborazione con i destinatari e coinvolgendo soggetti della comunità".

PROGETTO GENERALE

per l'avvio di programmi di Educazione e Riabilitazione Integrata comunitaria Adattata
"ERICA"

1 - Definizione

L'Acronimo E.R.I.C.A. indica gli interventi di *Educazione Riabilitazione Integrata Comunitaria Adattata* ovvero programmi educativi accuratamente adattati, di rieducazione al movimento ed all'esercizio fisico, svolti in gruppo, appositamente adeguati alle capacità funzionali di cittadini con patologie croniche e finalizzati alla modificazione dello stile di vita per la prevenzione secondaria e terziaria della disabilità.

2 - Obiettivi

- Educare le persone ad una costante attività motoria ed a corretti stili di vita
- Monitorare i bisogni ed indirizzare la risposta
- Prevenire il decondizionamento psicofisico
- Attenuare il prevedibile peggioramento del quadro clinico nei soggetti con menomazioni permanenti
- Favorire una maggiore integrazione sociale e sostenere l'auto-mutuo aiuto

3 - Beneficiari dei programmi di ERICA

Gli interventi di Educazione e rieducazione sono rivolti alla popolazione residente nel territorio dell'Azienda Sanitaria Bassa Friulana e possono rivolgersi a diversi gruppi di popolazione. In particolare la somministrazione di esercizio fisico si rivolge a quelle condizioni suscettibili di miglioramento o al mantenimento della performance quotidiana.

Si identificano due setting: il primo in struttura sanitaria, il secondo territoriale.

Nel primo setting verranno gestiti utenti con problematiche di moto e relazionali "complesse", che necessitano di luoghi e di personale adeguatamente formato sugli esiti di patologia del sistema nervoso centrale e periferico, patologie dell'apparato cardio-circolatorio).

Nel secondo setting la tipologia degli utenti viene identificata nei quadri locomotori con componente algica gestita (ipomobilità da non uso, assetti posturali anomali, popolazione anziana decondizionata o a rischio di caduta).

4 - Tipologia dei programmi

L'Azienda sanitaria svolge istituzionalmente attività di prevenzione. Da tempo si sono avviati dei percorsi di sensibilizzazione della popolazione per l'attività motoria. Ora è necessario ampliare il campo di azione e di passare, oltre agli interventi di informazione, anche ad interventi di educazione mirata per i bisogni specifici della persona.

Pertanto nell'Azienda Sanitaria ci saranno quattro diversi livelli di intervento nel campo della promozione dell'attività motoria.

1. Prevenzione primaria

Il servizio di Igiene e Sanità pubblica del Dipartimento di Prevenzione promuove iniziative di Educazione all'attività motoria svolta rivolte a tutte le fasce di età attraverso l'informazione a mezzo stampa e manifesti con iniziative rivolte agli adulti, e progetti per l'età evolutiva come "Pedi Bus" che, coinvolgendo la comunità, promuovono l'attività fisica dei ragazzi.

2. Prevenzione terziaria con programmi ERICA NON SANITARI "Preventivi e compensativi:

Programmi adeguati di educazione alla corretta attività motoria per le sindromi croniche che non limitino le capacità motorie di base o della cura di sé.

I programmi possono essere tenuti da Fisioterapisti o Laureati in Scienze Motorie presso strutture private o del privato sociale accreditate.

Potrebbero essere attivati programmi per:

- *Persone con patologia cronica della colonna e del sistema articolare e locomotore*
- *Persone con patologie reumatologiche*
- *Persone con problemi di continenza*

3. Prevenzione terziaria con programmi ERICA SANITARI a "Bassa Complessità" in strutture del territorio

Programmi adeguati di educazione alla corretta attività motoria per la popolazione anziana e fragile.

I programmi sono tenuti da Fisioterapisti Aziendali presso strutture (palestre) comunali.

Potrebbero essere attivati programmi per:

- *Persone ultra settantenni decondizionati e/o a rischio di caduta.*
- *Persone con patologie osteo-articolari con limitata autonomia*

4. Prevenzione terziaria con programmi ERICA SANITARI a "Elevata e Media Complessità" in strutture sanitarie distrettuali

I programmi sono tenuti da Fisioterapisti Aziendali presso gli ambulatori della S.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale

a) Programmi adeguati di educazione alla corretta attività motoria per la popolazione affetta da danni al sistema cardio-respiratorio .

Potrebbero essere attivati programmi di elevata complessità per:

- *Persone cardi operate*
- *Persone con Broncopatia cronico Ostruttiva*

b) Programmi adeguati di educazione alla corretta attività motoria per la popolazione affetta da esiti di danni neurologici .

Potrebbero essere attivati programmi per:

- *Persone con malattia di Parkinson o parkinsonismi*
- *Persone danni secondari da stroke*
- *Persone con altri danni neurologici*

5 - Modalità di accesso

a) Accesso per programmi ERICA “Preventivi compensativi ed a Bassa Complessità”:

- su indicazione del MMG sulla base della conoscenza che egli ha dello stato di salute del proprio assistito;
- su indicazione di un Medico Specialista della ASS5;

Il cittadino:

- Contatta il Punto Unitario di Accesso del Distretto che svolge le funzioni di coordinamento organizzativo per richiedere l’ammissione a ERICA;

Il Fisioterapista del Punto Unitario di Accesso:

- raccoglie ed elabora i dati anagrafici e demografici dei partecipanti;
- verifica per mezzo di semplici strumenti: (si veda schema allegato)
 - il livello di capacità motoria per mezzo di uno strumento validato;
 - la gravità del dolore a livello con scale visuo-analogiche;
 - la storia di cadute nei 3 mesi precedenti la valutazione.
- informa il cittadino sulle modalità di funzionamento dell’ERICA;
- individua la tipologia di programma adeguato ai bisogni della persona ed il percorso a lui più appropriato.
- indirizza il cittadino alla sede dove sarà effettuato l’intervento educativi/riabilitativo;

b) Accesso per programmi ERICA di “Elevata e Media complessità”

L’avvio dei programmi avviene su indicazione del medico fisiatra, cardiologo o pneumologo, durante la fase di visita medica routinariamente svolta o su specifica segnalazione allo specialista da parte del MMG.

Gli utenti idonei alla gestione nel setting ospedaliero, vengono inviati al front-office della struttura che eroga l’attività.

Il Fisioterapista della struttura:

- raccoglie ed elabora i dati anagrafici e demografici dei partecipanti;
- verifica per mezzo di semplici strumenti il livello di capacità motoria ed altri parametri funzionali;
- informa il cittadino sulle modalità di funzionamento dell’attività;
- segnala al medico specialista eventuali criticità

Criteri di esclusione ai programmi ERICA

Decadimento cognitivo, patologia in fase di acuzie o di riacutizzazione e tutte le condizioni che possono controindicare un programma di esercizio fisico di moderata intensità;

6 - Tipologia dei corsi e sedi di erogazione

Ciascun programma di ERICA deve avere caratteristiche ed intensità adeguate alle condizioni funzionali.

I corsi sono di gruppo, sempre preceduti da una fase di educazione terapeutica, e sono erogati a gruppi omogenei per patologia.

Per ogni tipo di corso è previsto un protocollo specifico di trattamento.

Alle strutture erogatrici sarà richiesto il possesso dei requisiti igienico-sanitari, di sicurezza e di accessibilità previsti dalle normative vigenti per gli ambienti frequentati dal pubblico con accessibilità per l'alta disabilità da parte dei disabili

7 - Coordinamento strategico

Il coordinamento strategico è svolto dalla S.O.C. di Recupero e Rieducazione Funzionale.

La SOC esercita:

- un ruolo Scientifico nell'elaborazione di protocolli di valutazione e dei protocolli di esercizi
- un ruolo di programmazione della tipologia di gruppi di ERICA.
- un ruolo nella formazione dei Fisioterapisti che devono avere competenze di tipo professionale ma soprattutto competenze sociali e di conoscenza delle reti territoriali.

8 - Ruolo dei partecipanti al progetto

- *La Direzione Aziendale dell'ASS 5 Bassa Friulana* ha un ruolo di regia generale, programmazione e di promozione del progetto. Nella fase di avvio mette a disposizione il personale per il coordinamento ed i Fisioterapisti che effettueranno i programmi educativi/riabilitativi;
- Il *Distretti Sanitari e le Cure Primarie* hanno la responsabilità generale del progetto, il raccordo con gli ambiti socio assistenziali e le amministrazioni comunali e la gestione ed il coordinamento operativo dei programmi a "Bassa disabilità";
- La *S.O.C. di Recupero e rieducazione funzionale* ha il coordinamento strategico;
- Il *SAITRA* offre il supporto per il monitoraggio e la verifica dei risultati;
- I *Medici di Medicina generale* ed i *Medici Specialisti* hanno la funzione di valutazione dei bisogni, di segnalazione dei casi e di verifica dell'efficacia degli interventi;
- I *Medici Specialisti* avranno la titolarità della segnalazione degli utenti ad Elevata e Media Complessità
- Il *Punto Unitario di Accesso PUA/CeCAP*, composto da Infermieri, Assistenti sociali e Fisioterapisti, ha un ruolo di analisi dei bisogni, di segnalazione dei casi ai MMG e agli specialisti, di valutazione funzionale delle persone da ammettere al programma ERICA. Ha altresì un ruolo nell'individuazione delle risorse presenti sul territorio (associazioni palestre ecc., la valutazione ambientale, la segnalazione delle persone partecipanti e di essere il punto di riferimento del contatto con i medici invianti e con gli utenti).

In particolare:

- I Fisioterapisti del PUA:
 - Raccogliono ed elaborano i dati dei partecipanti
 - Verificano per mezzo di strumenti semplici le performances delle persone
 - Informano i cittadini sulle modalità di funzionamento delle attività di ERIC
 - Indirizzano alla sede di effettuazione degli interventi educativi/riabilitativi.
 - Effettuano il follow-up periodico
- I Fisioterapisti che svolgono il ruolo di educatore ed istruttori e di animatore. Sono attenti al singolo, al gruppo ed ai feed-back, spiegando la finalità dell'esercizio e stimolando l'autocorrezione. Adattano i protocolli agli utenti. Aderiscono strettamente ai programmi concordati, verificando il livello di compliance delle persone e segnalano qualsiasi evento avverso avvenuto
- L'infermiere di Comunità, che ha la funzione di recepimento dei bisogni socio-sanitari della popolazione e che ha una profonda conoscenza del tessuto sociale e delle fasce fragili presenti nella comunità servita, segnala al PUA le persone che potrebbero ricevere beneficio da un intervento educativo-riabilitativo adattato per una corretta attività motoria;
- Le Amministrazioni Comunali offrono la disponibilità dei locali, il coordinamento logistico la garanzia dei requisiti strutturali delle palestre;
- Le MuNus "Mutue Nuove e Solidarietà di Paese", e le Associazioni di volontariato hanno un ruolo di promuovere tra gli associati ed alla popolazione i vantaggi del progetto. A questo ruolo di promozione si potrà associare la gestione operativa dei corsi ed il trasporto per le persone che non hanno i mezzi per raggiungere la palestra.

9 – Quote per gli utenti

ERICA SANITARIA

- I pazienti ad Elevata e Media Complessità sono esenti per patologia
- i programmi sono gratuiti per i pazienti con bassa complessità ad esclusione di una eventuale contributo per la copertura assicurativa

ERICA NON SANITARIA

- è previsto un contributo di 20€ al mese (2,5€ a seduta)

L'attività Sanitaria per i pazienti ad Elevata Complessità sarà registrata nell'attività ambulatoriale G2 mentre l'attività di Medio Bassa complessità sarà registrata sul SIASI-SRD.

10 - Indicatori e risultati attesi

Verificabili con follow up periodico con scale validate rispetto al quadro di inizio percorso

- Riduzione numero accessi in pronto soccorso per MDS
- Riduzione fratture di femore
- Migliori performances motorie
- Riduzione sintomatologia dolorosa
- Buona customer satisfaction

11 - Le risorse da attivare:

Risorse dell'ASS 5 per il personale; piccole attrezzature, strumenti valutativi mezzi di trasporto

- a) L'Azienda Sanitaria è orientata a modificare l'offerta avviando percorsi che, rispondendo a criteri di Evidence Based Medicine, raggiungano il maggior numero di persone.
Il progetto per i primi percorsi potrà essere avviato con il personale ora in servizio attingendo ai fondi dalle risorse aggiuntive regionali RAR.
Qualora si confermassero le previsioni di buoni risultati in termini di efficacia il progetto potrà essere consolidato e implementato con la programmazione 2014.
Il progetto avrà anche una ricaduta sui servizi .
I programmi di Elevata Complessità avranno una ricaduta residuale sulle attività di segreteria.
I programmi Preventivi-Compensativi avranno delle ricadute residuali sull'attività di Back-office del PUA ma una ricaduta calcolabile in 30 minuti a paziente per le attività di valutazione effettuata dai Fisioterapisti del PUA.
- b) Le risorse finanziarie sono necessarie per l'acquisto di piccole attrezzature per lo svolgimento delle attività motoria (tappeti, bastoni palle, saturimetro, ecc). Il un costo presunto si può stimare in 7000€

Le risorse della Comunità:

- le amministrazioni Comunali mettono a disposizione i locali, le utenze, il supporto amministrativo
- le associazioni di volontariato disponibili a livello locale si assumono la titolarità della gestione dei percorsi.

12 – Le fasi del progetto

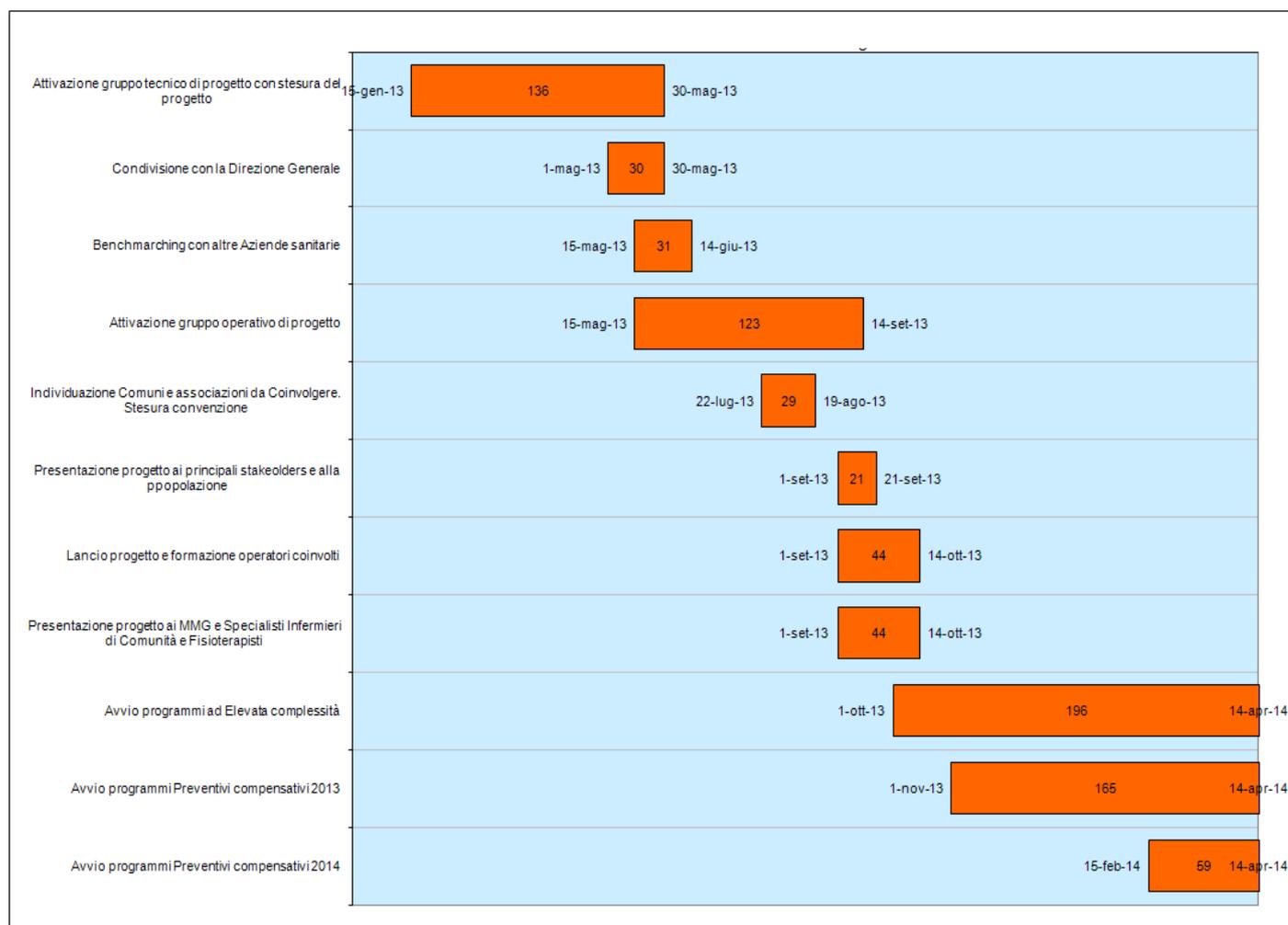
Si ipotizza di iniziare il progetto avviando nel 2013:

- Un programma Sanitario di Elevata complessità
- Un programma Sanitario di Media complessità
- Due programmi Sanitari di Bassa Complessità per persone anziane e/o a rischio caduta

e di avviare nel 2014:

- Almeno 2 convenzioni con le strutture private o del privato sociale per programmi

GANTT



13 - Conclusioni

Il progetto "E.R.I.C.A." di Educazione e Riabilitazione Integrata Comunitaria Adattata nell'ASS5 Bassa Friulana ha le condizioni e le caratteristiche per essere attuato con successo nella nostra realtà territoriale.

Il modello vuole rappresentare un'iniziativa innovativa per il contrasto ad un ampio settore di patologia cronica agendo soprattutto come forte promotore al cambiamento virtuoso degli stili di vita della popolazione, pur nella consapevolezza che non può, ne intende rappresentare una risposta assoluta ed esauriente, ma costituisce un modello fortemente improntato all'integrazione tra sanità e servizi sociali e orientato alla massima partecipazione attiva dei cittadini delle comunità in cui si realizza.