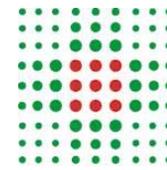




Non da sola

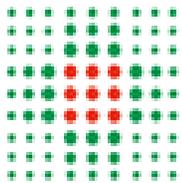


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

- Dipartimento Emergenza Urgenza
- Servizi Sociali



Ruolo Sociale PS



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

- Dipartimento Salute Mentale
- SERT
- Centro Stranieri



Centro di Solidarietà
di Reggio Emilia

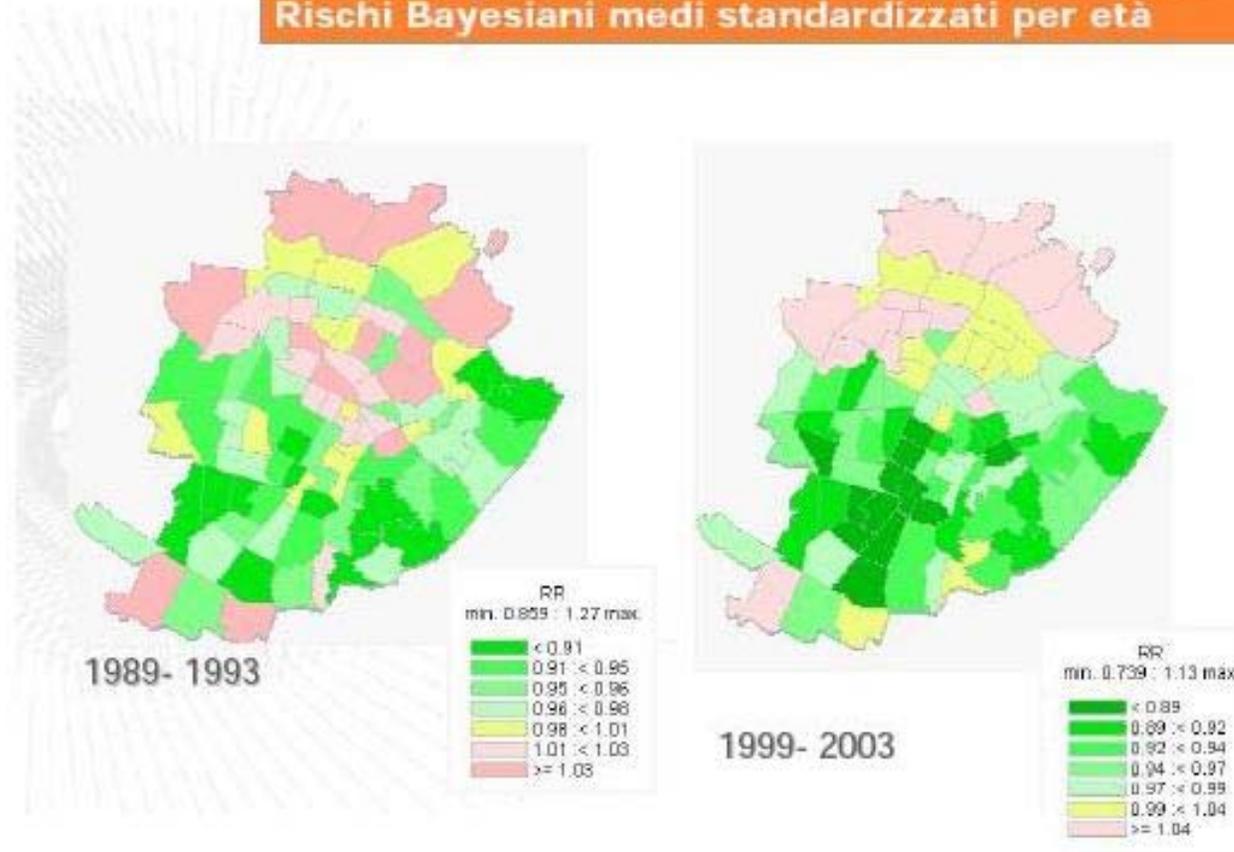


RETE CIVICA DEL COMUNE DI REGGIO EMILIA

Servizi sociali

Torino

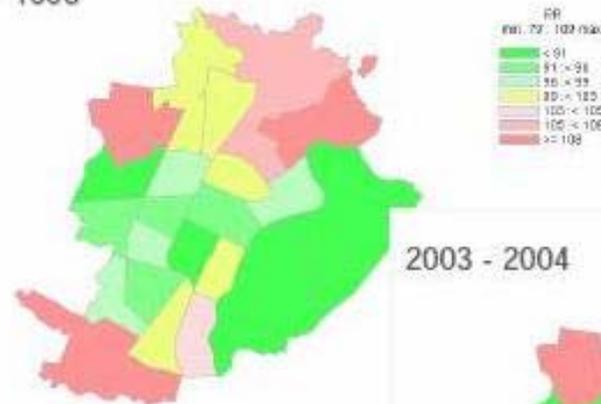
Mortalità generale per zone statistiche a Torino
Rischi Bayesiani medi standardizzati per età



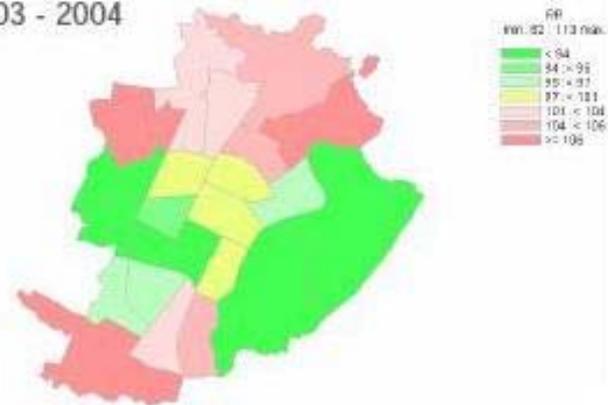
I torinesi non sono tutti uguali rispetto al rischio di morte

Ricoveri ospedalieri a Torino per zona statistica di residenza. Rischi relativi bayesiani

1997 - 1998



2003 - 2004

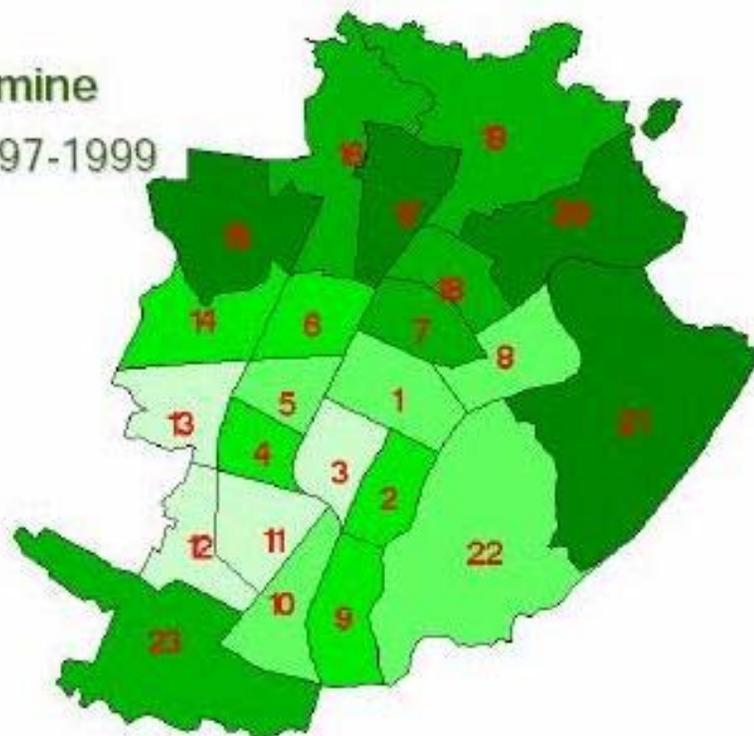


I torinesi non sono tutti uguali di fronte al rischio di ricovero

Incidenza di eventi coronarici, per quartiere

Tassi standardizzati (per età e area di nascita)

Femmine
anni 1997-1999



I torinesi non sono tutti uguali di fronte all'incidenza di patologie

Diseguaglianze di mortalità a Torino, 2000-2004, in relazione a diversi indicatori sociali

RR	Istruzione	Condizione professionale	Classe sociale	Reddito	Qualità abitazione
I	1	1	1	1	1
II	1.25	1.37	1.06	1.10	1.10
III	1.40	1.54	1.28	1.22	1.34
IV	1.50	2.05	1.37	1.39	1.50

I = più avvantaggiato

IV = meno avvantaggiato

Disuguaglianze di intensità e direzione paragonabile su tutte le dimensioni della posizione sociale!

Differenze per istruzione in diversi indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria a Torino

Istruzione	Mortalità in cancro del colon	Coronarografia in infarto acuto	Rivascolarizzaz. In infarto acuto	Ricoveri a per condizioni trattabili a livello ambulatoriale
alta	1	1	1	1
media	1.21 (1.05 - 1.40)	0.93 (0.86 - 1.02)	0.93 (0.85 - 1.02)	1.12 (1.03-1.22)
bassa	1.33 (1.16 - 1.51)	0.83 (0.76 - 0.90)	0.83 (0.76 - 0.91)	1.19 (1.10-1.29)

Anni di vita persi tra le famiglie seguite dai servizi sociali, confrontate con quelle non seguite. Torino, 1990-96



	maschi (n=6223)	femmine (n=7106)
a 0 anni	- 13	- 7
a 20 anni	- 13	- 7
a 35 anni	- 9	- 6
a 65 anni	- 2	- 2

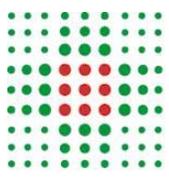
Eccessi significativi per AIDS, overdose, tumori del polmone, suicidi e cirrosi

I gruppi più emarginati presentano una vulnerabilità estrema nella salute

Mortalità* 1991-96 a Torino tra gli uomini

traiettorie occupazionali	RR
da disoccupazione a lavoro	1.4
instabilità lavorativa	1.5
da lavoro a pensione (impiegato)	1.6
da lavoro a pensione (manuale)	2.2
da lavoro a disoccupazione	2.3
sempre disoccupato	2.6
scoraggiato nella ricerca di lavoro	3.9
sempre fuori dalla forza lavoro	4.8

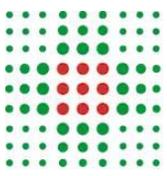
**RR (occupati = 1); tutti $p < 0,05$*



Che peso hanno i servizi sulla salute della persona?

*Il diverso peso dei determinanti distali
nel raggiungimento dell'età di 75 anni*

- Settore **sanitario**: 10-15 %
- Patrimonio **genetico**: 20-30 %
- L' **ecosistema**: 20 %
- Fattori **socioeconomici**: 40-50 %



Possibile attore alla ricerca di meccanismi promettenti verso una strategia che promuove opportunità di salute in tutte le politiche

Progetto pilota: “Problematiche Socio-Economiche e da Sostanze in PS”

01/6/06 -12/12/2006

Disegno studio:

Identificazione dei pazienti con le seguenti caratteristiche:

1. Abuso etilico
2. Abuso di sostanze
3. Vittime di violenza domestica
4. Problematiche socio-economiche
5. Disagio psichico.

Oltre all’ovvio trattamento medico, è comunicato, previo consenso del paziente, un riferimento alle strutture del territorio alla dimissione da PS - *BRIDGEING*.

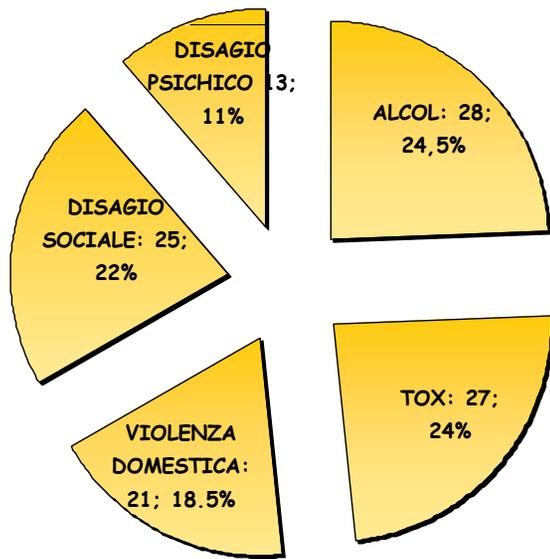
Risultati studio:

In 6 mesi sono stati visitati da 2 medici di PS un totale di **2586** pazienti.

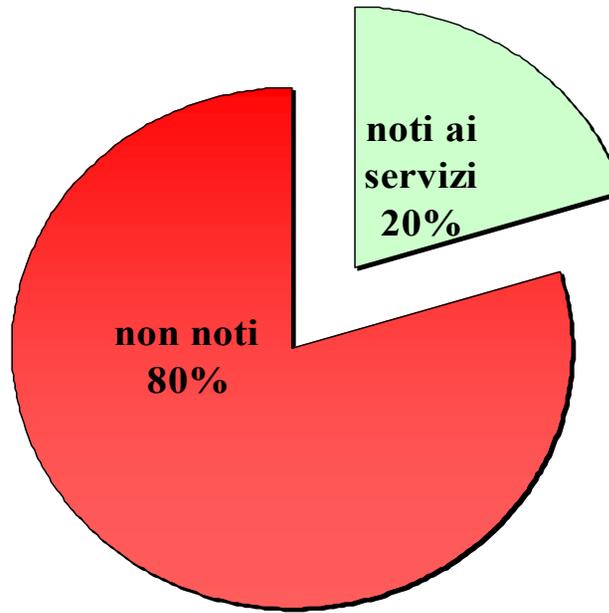
Tra questi, i pazienti identificati con disagio sociale e psichico, violenza domestica, patologie da dipendenza erano in totale **114**

Tali pazienti rappresentano il **4.5%** del totale dei pazienti visti, con età media di 40,3 anni

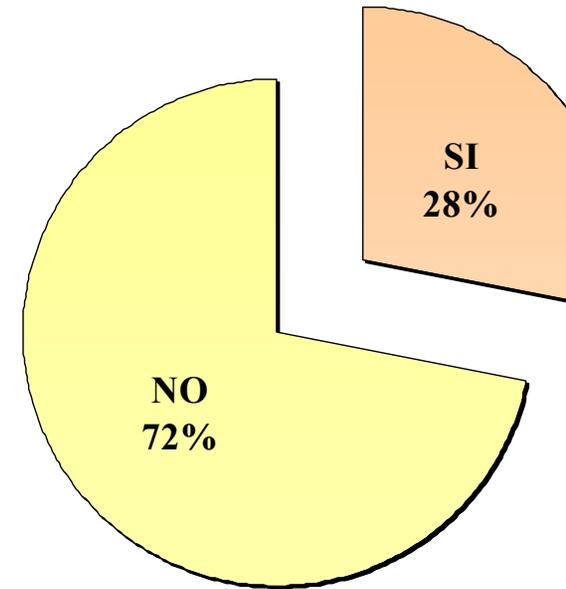
Problematica



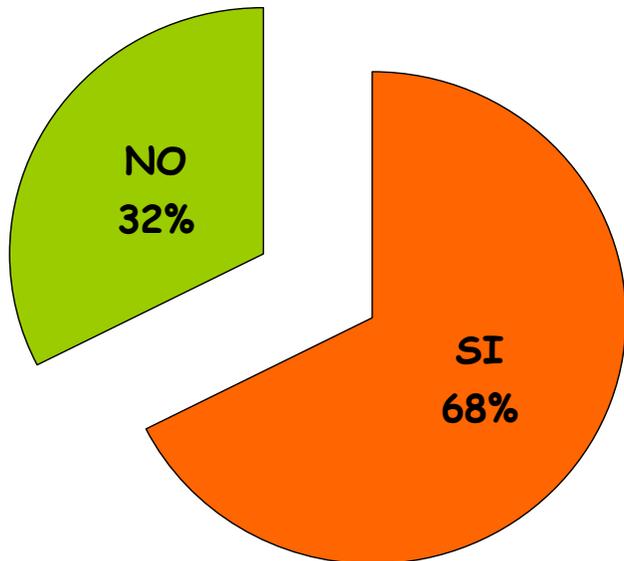
Rapporto con i Servizi



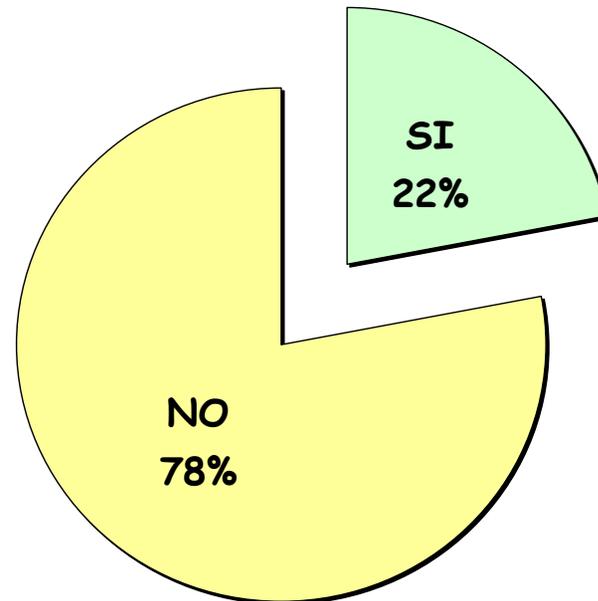
Pazienti Ricoverati

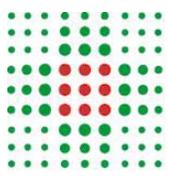


Pazienti proposto *Bridgeing*



Ritornati dopo *Bridgeing*





- Il paziente problematico non è necessariamente straniero
- Un paziente ogni 31 necessita di bridgeing
- Già da un breve periodo di follow up il bridgeing sembra efficace
- Non possiamo ignorare la giovane età della popolazione
- Data la delicatezza della problematica l'intervento in PS deve essere ragionato e la dimissione deve avvenire in sicurezza

- Amministrazione
- Cartella
- Pronto Soccorso
 - Lista Pazienti Presenti
 - Accettazione
 - Visualizza Accettazione
 - Accettazione d'urgenza
 - Dimissione
 - Lista Pazienti Dimessi
 - Accettazione/Dimissioni
 - BackOffice

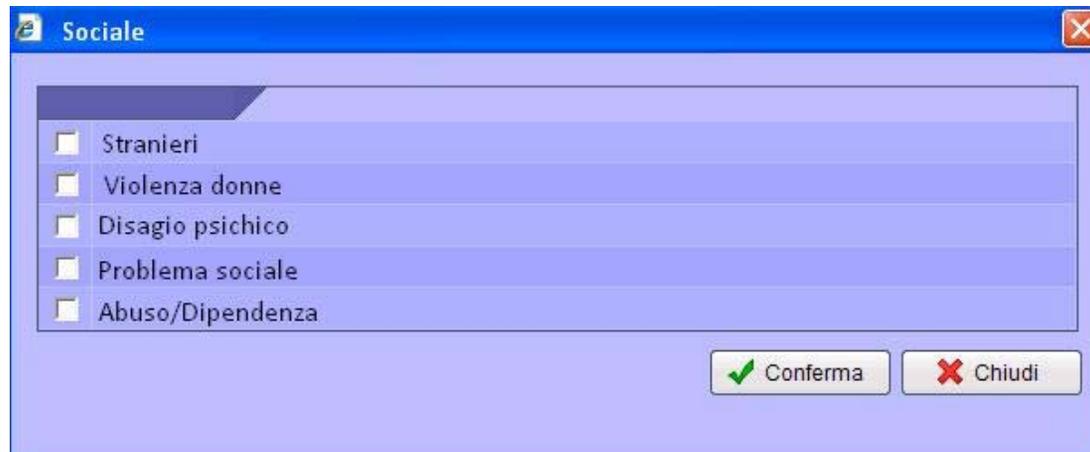
Nuovo Software PS

Nuova visualizza Elimina

✓ Conferma

✗ Chiudi

Criteria inclusion - triage



1. Illegal immigrants could be identified by directly asking them to show their resident permit or STP card (i.e., a document temporarily allowing to access the local health care facilities).
2. Patients will be suspected as being victims of domestic violence if presenting physical injuries associated with anomalous behaviour (contradictory explanations, evasiveness, anxiety or consistent delay in asking for help or treatment), or if complaining about too vague and unspecific symptoms. In these cases, the patient will be questioned alone, in a supportive, confidential and non-judgmental way, with a simple statement, that is, "because domestic violence is so common, I routinely ask all my patients if they have been hurt by someone close to them".
3. Drug- or alcohol-addicted patients will be easily detected through either evident clinical indices (e.g., altered state of consciousness and alcohol-breathing) or the results of laboratory exams carried out during the medical interview.
4. Patients will be classified as having psychological problems if presenting anxiety/agitation with neither clearly observable organic cause, nor evident psychiatric disorder.
5. The identification of patients with socio-economical problems will be based essentially on some external clues (e.g., dirt, lack of self-sufficiency...), which are evident expression of the inability to efficiently manage the own basic needs.

Criteria inclusion - visit

Anamnesi | Esame Obiettivo | Diario Clinico | Esami | Terapie | Sociale

- Stranieri
- Violenza donne
- Disagio psichico
- Problema sociale
- Abuso/Dipendenza

Dimissione

The screenshot shows a window titled "Sociale" with a list of social issues on the left and a button panel at the bottom. The list includes:

- Stranieri
- Violenza donne
- Disagio psichico > 24
- Disagio psichico < 24
- Abuso/Dipendenza
- Problema sociale
-
- Non problema sociale
-
-

The text "Centro Stranieri: via ..." is visible in the right pane. The button panel contains four buttons: "Esci", "Non interessa", "Conosce risorsa", and "OK".

Non stampa

Stampa

Problemi sociali in PS

Inclusi nello
Studio - 100%



Software
FeedBack

1: Fotografare il fenomeno in studio (dati epidemiologici)

1. N° pazienti identificati al triage (con le caratteristiche descritte sopra)
2. N° pazienti identificati nel corso della visita/accessi PS (valutazione dello scarto tra quello identificato al triage e quello durante la visita)
3. N° di questi pazienti dimessi/ricoverati/allontanati (secondo le caratteristiche sociali)
4. Caratteristiche socio-demografiche della popolazione target (italiani/stranieri, comune/provincia)
5. N° pazienti noti ai servizi (incrociare l'informazione ottenuta in PS "conoscono i servizi" con quella fornita a posteriori dei servizi territoriali)
6. N° pazienti che hanno e non hanno medico di famiglia
7. STP: prima e dopo (accessi caritas prima e dopo). Si stima un aumento degli STP

3. Analisi dati

2: Il PS deve fornire risposte a tutti (quando possibile)

1. N° di pazienti che accettano/rifiutano l'informazione?

3: Centro coordinamento strutture sul territorio

1. N° incontri periodici con strutture del territorio e scambio dati/informazioni/formazione (2 o 3 all'anno)

4: Vantaggi per operatori e struttura:

1. Valutare numero ri-accessi rispetto agli accessi precedenti
2. Valutare gli accessi totali tra prima e dopo l'introduzione del progetto
3. Valutare numero accessi ad altre strutture (dato fornito dai servizi territoriali)
4. Questionario ai medici/infermieri per valutare l'efficacia e l'adesione al progetto
5. Immagine Azienda Ospedaliera a livello locale (numero articoli sull'argomento usciti su giornali locali/nazionali/internazionali se successiva pubblicazione)
6. Costi: valutazione dei costi del progetto (cambio procedure informatiche, personale dedicato, necessità di personale aggiuntivo ad es. mediatore culturale....)

5: Efficacia intervento per il paziente (popolazione)

1. Valutare il numero accessi ad altre strutture (dato fornito dai servizi territoriali)
2. Ridurre il numero di ri-accessi, in termini di numero medio di ri-accessi in un anno
3. Gradimento dell'intervento (indagine con questionario)
4. Numero di informazioni fornite e numero informazioni non fornite (tramite "esci") per singolo medico per valutare l'impatto del progetto sull'organizzazione