



MONOGRAFIA

SUPPLEMENTO MONOGRAFICO SANITÀ 4.0

## Sfide e opportunità per il S.S.N.

I professionisti della Salute  
leva per il cambiamento

 **SANITÀ 4.0**  
LE AZIENDE SANITARIE DIALOGANO



**PUBBLICAZIONE DEI FORUM DI FEDERSANITÀ**

Confederazione Federsanità ANCI regionali

**COMITATO SCIENTIFICO**

Angelo Aliquò  
Fabrizio d'Alba  
Tiziana Frittelli  
Giuseppe Pasqualone  
Gennaro Sosto

**DIREZIONE EDITORIALE**

Carlo Picco  
Gian Paolo Zanetta

**DIRETTORE RESPONSABILE**

Claudio Riso

**REDAZIONE**

Teresa Bonacci  
Marzia Sandroni

**PUBBLICITÀ**

FDDI Consulting

**PROGETTO GRAFICO**

Verso Itaca

SANITÀ 4.0 È REALIZZATO IN COLLABORAZIONE CON



# INTRODUZIONE

a cura di

**Tiziana Frittelli - (Presidente Federsanità ANCI) – Lucia Mitello (Coordinatrice del Forum delle Professioni Sanitarie Federsanità ANCI)**

La Monografia di Sanità 4.0 che Federsanità propone quest'anno ha come scopo principale di tratteggiare, sulla base dei mutamenti del quadro demografico, epidemiologico e sociale del Paese Italia, aree di valorizzazione della componente sanitaria all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. L'obiettivo della Monografia sarà evidenziare, alla luce dell'implementazione della Missione 6 del PNRR, in quale modo le ulteriori innovazioni hanno impattato sull'assistenza erogata da tutte le professioni sanitarie. I progetti raccontano delle sfide e delle opportunità per l'assistenza che gli operatori sanitari di tutte le professioni hanno contribuito a realizzare:

1. La digitalizzazione: nuove tecnologie per l'assistenza
2. Esempi di organizzazione e di sviluppo delle competenze cliniche.
3. Progetti/percorsi di continuità ospedale territorio (nuove strutture previste dal PNRR: COT, Case di comunità, Ospedali di comunità, nuovi percorsi di cronicità).

I documenti del WHO (World Health Organization) nello stabilire le aree di prioritario interesse per lo sviluppo delle professioni sanitarie, per migliorare la salute ed il benessere degli individui e delle comunità, pongono l'accento su ambienti di lavoro positivi, sulla necessità di strutturare flussi di dati delle attività effettuate, attività di misurazione con idonei indicatori degli interventi messi in atto, al fine di assicurare una adeguata presenza organica di operatori, formati al meglio per incidere nei sistemi resilienti e sviluppare al contempo partnership strategiche con tutti gli stakeholder. Nel merito la Monografia coglie la possibilità di declinare una policy di sviluppo nazionale attraverso progetti di miglioramento dell'organizzazione.

Con le proposte organizzative si pone l'obiettivo di definire la strategia di sostenibilità e sviluppo dei servizi e conseguentemente del ruolo dei professionisti negli anni a venire (livello macro), evidenziando esperienze e buone pratiche dell'area socio-sanitaria trasferibili nel contesto sanitario italiano ai diversi livelli (livello micro).

In altre parole si potranno tradurre gli obiettivi internazionali, europei e nazionali in azioni di livello operativo per soddisfare i bisogni di salute della popolazione.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) istituito per garantire il diritto costituzionale alla salute con riferimento



all'accesso universale ed a un livello uniforme di salute in tutta Italia è articolato su due livelli, uno strategico nazionale ed uno organizzativo-gestionale di livello regionale. Il quadro giuridico normativo è molto composito, con fonti di diverso grado gerarchico.

La responsabilità organizzativa, di progettazione ed erogazione dei servizi è in carico alle 21 Regioni e Province Autonome, anche attraverso l'attuazione del Patto per la Salute, un piano triennale che coinvolge Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano. L'assistenza sanitaria regionale è resa operativa tramite le Aziende Sanitarie (o socio-sanitarie), i relativi distretti Locali e gli Ospedali di rilievo nazionale, anche in modalità mista pubblico-privato tramite le procedure di accreditamento istituzionale.

Gli ultimi anni, tuttavia, sono stati caratterizzati da deficit economici delle Regioni, tali da imporre Piani di Rientro dal debito, sotto il controllo del Ministero delle Finanze che nei fatti è diventato attivamente coinvolto nella progettazione dei servizi di assistenza sanitaria.

Le iniziative a livello centrale includono tra le altre il Patto per la Salute, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il Piano nazionale per la prevenzione, il Sistema nazionale di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria, l'agenzia italiana del farmaco, il sistema nazionale per le linee guida (AGENAS), tali iniziative sono moltiplicate a livello regionale in modalità autonoma e diversa. I modelli di organizzazione possono essere declinati in varie forme e modalità e questo attiene alla creatività e resilienza dei sistemi, delle persone e della leadership che li sostiene.

Nel merito specifico, il Dm 77/2022 e il PNRR rappresentano una cornice in cui poter disegnare la futura organizzazione del sistema salute italiano. I tre pilastri disegnati: Case della Comunità, Ospedali di Comunità e COT rappresentano la base comune a tutte le Regioni per progettare una sanità di prossimità vicina ai reali bisogni dei cittadini.

E' prioritaria la necessità di garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni: relazionale, gestionale ed informativa, prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera e dare corso ad una continuità assistenziale tra ospedale e territorio, finora non resa pienamente operativa. I decreti definiscono quali sono i professionisti che dovranno erogare le cure in tale quadro organizzativo e introducono come figura fondamentale l'Infermiere di famiglia e di comunità.

Alla luce delle recenti Linee guida EFN per l'applicazione dell'articolo 31 ai fini del riconoscimento delle competenze previste dalla Direttiva 2005/36/CE, modificata dalla Direttiva 2013/55/CE e di quanto già indicato dal comma 566, è evidente che il professionista infermiere, generalista o con competenze avanzate, sia nell'attuale quadro di riferimento normativo della professione, osservando la situazione di rimodulazione dei servizi sanitari, pienamente qualificato per sviluppare il proprio ruolo al servizio della salute, in forma autonoma e integrata, anche nella promozione della salute e nella prevenzione, a livello territoriale e comunitario, che rappresentano elementi centrali nel fornire un'assistenza *patient centred care*, rispetto al tradizionale approccio biomedico.

L'approccio non può essere che combinato e multiprospettico.

Anche nell'ambito della campagna *Our Nurses, Our Future* e per celebrare la Giornata Internazionale

dell'Infermiere 2023, l'ICN (International Council of Nurses) guarda al futuro dell'assistenza infermieristica e sanitaria e presenta una **Carta per il Cambiamento**, tradotta dalla CNAI (Consociazione Nazionale Associazioni infermieri), affiliata all'ICN dal 1949 come soluzione possibile alla crisi globale. La Carta del cambiamento dell'ICN presenta **10 azioni politiche** che i governi e i datori di lavoro devono intraprendere per creare e sostenere servizi sanitari sicuri, economici, accessibili e reattivi, e per cambiare il paradigma e allineare gli infermieri affinché siano visibili e apprezzati per la salute delle persone:

1. **Proteggere e investire nella professione infermieristica** per ricostruire servizi sanitari in grado di raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile e la Copertura Sanitaria Universale, per migliorare la salute globale. Riconoscere e valorizzare la salute e l'assistenza sanitaria come un investimento e non come un costo. Assicurare l'impegno ad investire per mantenere un'assistenza equa e incentrata sulle persone.
2. **Affrontare con urgenza e migliorare il sostegno alla salute e al benessere degli infermieri, garantendo condizioni di lavoro sicure e positive, rispettando i loro diritti.** Mettere in atto sistemi per garantire adeguati livelli di personale. Garantire la protezione contro la violenza e i rischi sui luoghi di lavoro e attuare e far rispettare gli standard internazionali relativi al diritto degli infermieri a lavorare in ambienti sicuri e sani, che garantiscano la protezione della salute fisica e mentale.
3. **Promuovere strategie per reclutare e trattenere gli infermieri per far fronte alle carenze di personale. Migliorare la retribuzione degli infermieri, garantendo salari adeguati, dei benefit equi e dignitosi. Sostenere ambienti di lavoro positivi** che recepiscano le esigenze degli infermieri e forniscano loro le risorse necessarie per svolgere il lavoro in modo sicuro, efficace ed efficiente. Finanziare le attività di governance, riconoscimento e sviluppo professionale in tutti i percorsi di carriera.
4. **Sviluppare, implementare e finanziare piani nazionali per il personale infermieristico** con l'obiettivo dell'autosufficienza organica di futuri infermieri. Allineare le risorse a sostegno di organici adeguati per garantire servizi sanitari essenziali. Quando ha luogo la migrazione internazionale, assicurarsi che sia etica, trasparente, monitorata e che produca vantaggi reciproci per i Paesi di provenienza e di accoglienza, oltre a rispettare i diritti dei singoli infermieri. Pianificare e monitorare il personale in tutto il percorso assistenziale.
5. **Investire in programmi universitari di formazione infermieristica** per preparare un maggior numero di nuovi infermieri e favorire lo sviluppo delle opportunità di carriera per gli infermieri in servizio. E' opportuno prevedere programmi di certificazione e accreditamento specifico. Progettare i programmi di studio in modo che gli infermieri si laureino con le capacità e le competenze necessarie per rispondere ai bisogni sanitari delle comunità in continua evoluzione. Sostenere, altresì, la progressione di carriera da infermieri a infermieri con competenze specialistiche ed a infermieri con competenze avanzate.
6. **Consentire agli infermieri di lavorare al pieno potenziale della pratica infermieristica**, rafforzando e modernizzando la regolamentazione e investendo nell'assistenza infermieristica avanzata e nei modelli di assistenza guidati dagli infermieri. Riorientare e integrare i servizi sanitari verso la salute pubblica, la promozione e la prevenzione della salute nell'assistenza sanitaria primaria, l'assistenza in ambito comunitario, domiciliare e centrata sul paziente.
7. **Riconoscere e valorizzare le capacità, le conoscenze, le prerogative e le competenze degli infermieri.** Rispettare e promuovere il ruolo degli infermieri come professionisti della salute, ricercatori, docenti universitari, dirigenti e leader. Coinvolgere gli infermieri nei processi decisionali che riguardano

l'assistenza sanitaria a tutti i livelli. Promuovere e investire in una cultura equa che rispetti la professione infermieristica per il contributo prevalente che offre ai servizi sanitari di alta qualità.

8. **Coinvolgere attivamente e in modo significativo le Associazioni Infermieristiche Nazionali** come partner culturali e professionali critici in tutti gli aspetti della policy, dell'erogazione e della leadership dell'assistenza sanitaria e sociale, in quanto voce esperta e affidabile dell'assistenza infermieristica. Costruire partnership multilaterali a livello locale, nazionale, europeo e globale.
9. **Proteggere le popolazioni vulnerabili, sostenere e rispettare i diritti umani, l'equità di genere e la giustizia sociale.** Sostenere l'etica infermieristica quale elemento centrale della progettazione e dell'erogazione dei servizi sanitari, in modo che tutte le persone possano accedere a un'assistenza sanitaria equa, non discriminatoria, incentrata sulle persone e basata sui diritti, per i cittadini.
10. **Nominare leader infermieristici e sviluppare elementi di organizzazione** nelle posizioni dirigenziali in tutte le Organizzazioni sanitarie e nella definizione delle policy e delle politiche governative, a livello ministeriale e regionale. Rafforzare la leadership infermieristica in tutti i sistemi sanitari e creare e sostenere ruoli di leadership infermieristica dove sono più necessari.

Alla luce di quanto declinato sulla carta del cambiamento dell'ICN, sono evidenti, in campo sanitario le possibilità di utilizzo e sviluppo di un framework concettuale volto alla concreta applicazione di un sistema *user oriented*, con il paziente quale centro di ogni processo, non solo come destinatario delle attività sanitarie ma in particolare perché siano garantiti adeguati livelli di accesso ai sistemi e scelte critiche e consapevoli circa la salute ed il benessere.

Già il *framework di policy* Health 2020 delineato nel documento *European strategic direction for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals* (Who, 2015), individua 4 aree prioritarie di sviluppo per andare incontro al miglioramento della salute e del benessere della popolazione riducendo le iniquità socio-sanitarie: la promozione dell'innovazione e dell'assistenza evidence based, la promozione di ambienti di lavoro positivo, skill mix e organici adeguati, focalizzazione al miglioramento della formazione per la pratica.

Tutte queste aree vanno poste come elemento di sviluppo per il sistema sanitario.

L'infermiere di famiglia, anche sulla base di quanto indicato in premessa, dovrà consolidare e sviluppare al meglio le proprie competenze per offrire assistenza sicura basata sulle prove di efficacia seguendo i seguenti principi cardine:

- assistenza e cure "centrate" sull'individuo
- promozione della salute
- prevenzione della malattia.

I beneficiari di questo cambiamento di approccio non sono solo individui e le comunità ma anche sistemi sanitari, servizi e le altre professioni sanitarie, quali destinatari e allo stesso tempo artefici di un cambiamento volto ad avere come "centro" il paziente, la sua salute e non le diverse patologie di cui è affetto.

Sono necessari interventi volti a mettere a sistema i diversi quadri normativi e regolatori regionali e nazionali, costruire e sviluppare la capacità di ricerca, una maggiore presenza nell'ambito della policy e una maggiore integrazione sia in ambito sociale che sanitario.

Appare decisivo, pur nel quadro normativo attuale, passare da un sistema forse troppo burocratico ed

organizzato in settori di interesse, non dialoganti, quali l'area per le acuzie (ospedali), settore della salute mentale, area sociale, area territoriale, e area di medicina generale ad un quadro ove partendo dall'individuo e dal suo ruolo con il suo *status* bio-psico-fisico in cui a livelli crescenti il ruolo infermieristico vada ad incidere dal *self-care*, alla cura informale da parte di *caregivers*, alla medicina generale nelle diverse intensità, alla medicina specialistica e a quella ultra specialistica.

Quanto sopra brevemente tratteggiato è un processo culturale e organizzativo con livelli di difficoltà crescenti, che di fatto necessita dell'adozione di un nuovo linguaggio di comunicazione e relazione tra istituzioni, professionisti e cittadini; in tale quadro crediamo che gli infermieri e le altre professioni sanitarie possano e debbano costituire la cosiddetta chiave di volta.

Oltre ai modelli organizzativi è fondamentale delineare obiettivi strategici su cui sviluppare azioni volte al miglioramento della salute e del benessere delle persone, valorizzando al contempo i professionisti della salute ai fini dell'espansione delle competenze e dell'autonomia. Alcuni ambiti su cui sia la comunità dei professionisti che quella civile ha un pensiero univoco sono:

1. **Assistenza Centrata sull'individuo**
2. **Valorizzazione delle professioni sanitarie in ambito socio-sanitario territoriale**
3. **Metriche e valutazione dell'assistenza** (erogare assistenza sicura, di alta qualità durante tutta la vita di ogni individuo, nelle diverse fasi di contatto con le strutture socio-sanitarie, assicurando un *continuum* assistenziale e misurazione delle attività attraverso metriche standardizzate).
4. **Sistemi sanitari Resilienti** (migliorare e valorizzare le risorse in linea con i cambiamenti socio-demografici e ambientali, con riposizionamento delle risorse umane e strumentali in ambito socio-sanitario-territoriale).
5. **Espansione delle aree di attività infermieristica e ostetrica** (definire, sviluppare ed espandere stabilmente le aree di competenza e prescrittività infermieristica ed ostetrica ma anche per le altre professioni sanitarie ai diversi livelli, anche ai fini di avere ambienti di lavoro efficienti e produttivi).

Il paziente non più solo attore passivo del processo di cura, ma co-protagonista sia nell'esprimere i suoi bisogni assistenziali, come anche nell'aiutare e facilitare il processo di cura e assistenziale. Il ruolo del professionista sarà di ascoltare e coinvolgere il paziente in questo processo. La comunicazione con il paziente nei suoi più ampi termini e sfaccettature va quindi incrementata, sia educando il paziente all'utilizzo e fruizione di tutte le informazioni in ogni forma prodotte dal SSN (cartacee o on line), come anche migliorando l'approccio dei professionisti sanitari e del sistema sanitario stesso ai differenti contesti ed individualità. Un'assistenza maggiormente individualizzata e flessibile nel dare la corretta soluzione al problema del paziente, una soluzione che sia focalizzata sui suoi bisogni piuttosto che una soluzione pre-costituita.

Gli obiettivi sono quelli di modificare i sistemi in modalità che gli utenti abbiano ancora più chiaro il percorso assistenziale, il ruolo dei vari professionisti, le diverse responsabilità dei professionisti sanitari e del personale di supporto; prevedere che le prestazioni assistenziali siano rese con il pieno e consapevole coinvolgimento

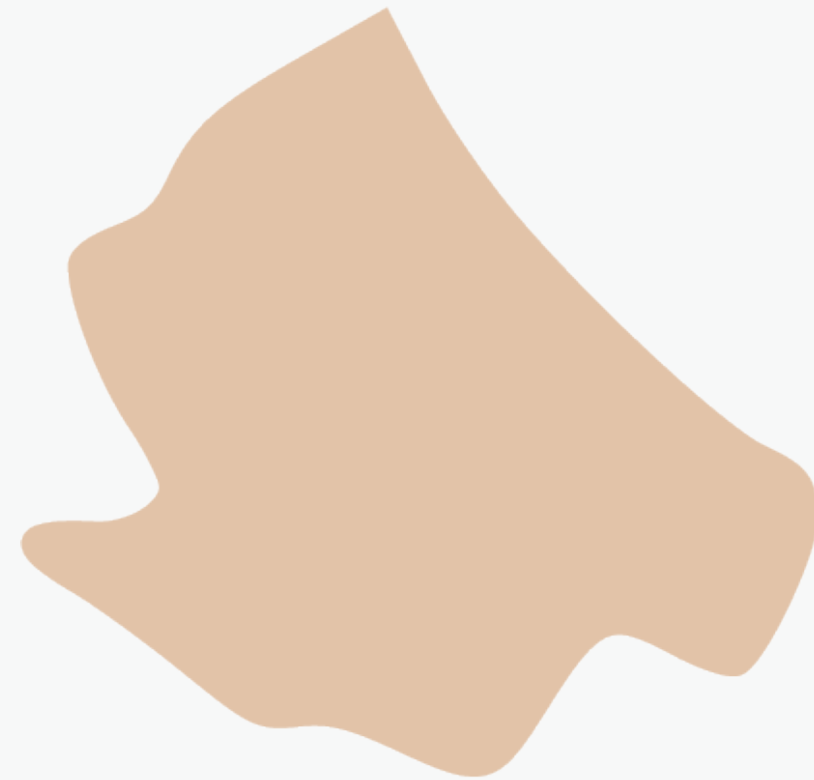
degli utenti a livello individuale, familiare e comunitario; prevedere piani nazionali e regionali per lo sviluppo di organizzazioni *Health Literate* con preparazione di documenti e modulistica, tradizionali e digitali, chiari e semplificati; una maggiore focalizzazione del personale sul paziente come "centro" del sistema sanitario, in termini di rispetto, etica, rilevazione dei bisogni e soddisfazione del bisogno informativo, tecnico, assistenziale e relazionale.

Un'analisi delle buone pratiche esistenti a livello europeo, come anche italiano, appare importante nel valutare quale siano quelle che, opportunamente contestualizzate nel contesto italiano, possano essere implementate, infatti implementare una buona pratica non è così facile: devono essere presi in considerazione, aspetti economici, sociali e di policy; nonostante ciò, una corretta analisi del setting assistenziale e una comparazione, andando a cogliere aspetti essenziali, appare un processo certamente composito ma necessario per miglioramento del SSN.

# Indice

<b>Abruzzo.....</b>	<b>11</b>
<b>Calabria ...</b>	<b>27</b>
<b>Lazio .....</b>	<b>38</b>
<b>Liguria .....</b>	<b>93</b>
<b>Lombardia.....</b>	<b>102</b>
<b>Marche .....</b>	<b>112</b>
<b>Piemonte .....</b>	<b>177</b>
<b>Puglia.....</b>	<b>183</b>
<b>Sardegna.....</b>	<b>188</b>
<b>Sicilia .....</b>	<b>204</b>
<b>Toscana .....</b>	<b>210</b>
<b>Umbria.....</b>	<b>224</b>

# ABRUZZO



Da **Dott. Giovanni Muttillo** Direttore Professioni Sanitarie Unità Operativa Formazione Qualità e Comunicazione Strategica – Direzione Professioni Sanitarie Azienda Sanitaria AUSL n.4 Teramo

1

## Progetto pilota di delocalizzazione percorsi assistenziali e terapeutici. “Take care to cure”

### DENOMINAZIONE

AZIENDA SANITARIA AUSL N 4 TERAMO

### UNITA' OPERATIVA

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

### DIRETTORE

Dott. Carlo D'Ugo

### REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
<b>DOTT.SA KATIA CANNITA</b>	katia.cannita@aslteramo.it

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
<b>G. MUTTILLO</b>	giovanni.muttillo@aslteramo.it
<b>K. CANNITA</b>	katia.cannita@aslteramo.it
<b>C. D'UGO</b>	carlo.dugo@aslteramo.it
<b>M. BRUCCHI</b>	maurizio.brucchi@aslteramo.it
<b>F. PARRAVANO</b>	fatima.parravano@aslteramo.it
<b>N.CECI</b>	nadialuana.ceci@aslteramo.it
<b>V. DE BERARDINIS</b>	valentina.deberardinis@aslteramo.it
<b>L. CALABRESE</b>	laura.calabrese@aslteramo.it
<b>C. PALMARINI</b>	cristian.palmarini@aslteramo.it

### ABSTRACT

L'emergenza coronavirus è stata un banco di prova che ha costretto a mettere in pratica innovazioni organizzative da tempo solo teorizzate, accelerando i processi di evoluzione sia tecnologica sia organizzativa come la delocalizzazione sul setting territoriale di prestazioni sanitarie fino a quel momento ad appannaggio esclusivamente dei presidi ospedalieri. Nello specifico, in ambito oncologico, in era Covid la mancanza di una presa in carico territoriale ha ridotto di circa il 60% le prestazioni oncologiche soprattutto nei primi mesi della pandemia. I dati AIRTUM 2022 documentano un quadro assistenziale e gestionale estremamente complesso di fatto sono circa 3,6 milioni i malati oncologici sul territorio con circa mille nuovi casi al giorno. Tutti questi pazienti sono gestiti quasi esclusivamente dalle strutture ospedaliere con una domanda sovradimensionata rispetto all'offerta. Da queste premesse nasce la necessità di un modello organizzativo capace di dislocare al di fuori degli ospedali alcune prestazioni rivolte ai malati oncologici cronici e alcune terapie. I trattamenti orali e sottocutanei nonché le visite di follow up possono trovare una più corretta attenzione in un setting assistenziale territoriale. Per mettere in pratica il modello organizzativo abbiamo condotto un'analisi dei bisogni con potenzialità di applicazione nel breve termine. La realizzazione di questa revisione organizzativa territoriale si base essenzialmente su due prerequisiti:

1. La creazione di un'oncologia territoriale, con specialist oncologi/radioterapisti che operino e fungano da elemento di raccordo tra l'oncologo in ospedale e il MMG.
2. La presenza di una infrastruttura tecnologica e di sistemi informative interconnessi, che consentano un efficiente raccordo fra i diversi presidi assistenziali, abilitando una vision d'insieme.

### OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo che la progettualità intende mettere in campo è, la costruzione di ambulatori dedicati che possano snellire il percorso dei pazienti e migliorarne la qualità di vita offrendo la stessa tipologia di sicurezza ed efficacia ma potenziandone l'efficienza delocalizzando la prestazione sul territorio. Un modello organizzativo capace di garantire la migliore assistenza per il paziente oncologico anche sul territorio, ricollocando i servizi sanitari in maniera più appropriata e coordinando tutti i soggetti coinvolti. Ridisegnare l'assistenza oncologica con un forte livello di integrazione tra ospedale territorio. Pertanto, l'obiettivo di tale progetto richiede il potenziamento delle figure operanti in un team multidisciplinare costituito da: oncologo, radioterapista, infermiere di ricerca, psicologo, amministrativo, agopuntore, nutrizionista che in sinergia con i MMG e le strutture territoriali operino negli ambulatori dedicati alle visite follow up di oncologia e radioterapia di Teramo e alla somministrazione delle terapie orali e sottocutanee nei pazienti con bassa complessità assistenziale. La gestione di tali trattamenti risulta più semplice in quanto può consentire ai pazienti di evitare ricoveri in Day Hospital, non richiede la necessità di reperire accessi venosi centrali o periferici e riduce i rischi connessi alla somministrazione endovenosa come ad esempio gli stravasi. Le terapie orali offrono al paziente una serie di benefici, che si traducono in un miglioramento della qualità di vita e che possono essere così sintetizzati:

- La possibilità di assumere il farmaco a domicilio riducendo, in questo modo, il numero di accessi in ospedale e le ore trascorse in reparti di oncologia;
- Una più agevole via di somministrazione;
- Una maggiore maneggevolezza dei farmaci con un minore e differente numero di effetti collaterali.

Le terapie orali comunque non scevro da rischi e richiedono pertanto adeguata attenzione da parte el team dedicato alla gestione di tali terapie.

**OBIETTIVI SPECIFICI**

I destinatari del progetto sono i pazienti oncologici con patologie tumorali in trattamento con terapie target orali o sottocutanee e pazienti in follow up.

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

- Delocalizzare sul territorio alcune delle attività assistenziali di bassa e media intensità di cura, portandole verso il paziente;
- Erogare servizi di qualità in tempi e modi adeguati nel rispetto delle aspettative del paziente e dei suoi caregiver;
- Stimolare un comportamento “pro-attivo” del paziente e del caregiver in ambulatori dedicati;
- Valutazione della compliance del paziente avvalendosi di specifici strumenti quali:
  - » Il diario terapeutico, che il paziente deve compilare e riportare ad ogni controllo
  - » La valutazione delle tossicità nonché il “rinforzo” psicologico mediante counselling motivazionale gestito dall’infermiere di ricerca e psicologo dedicati.
- Creazione di schede informative per singolo farmaco realizzate in modo da tenere le informazioni riguardanti il farmaco più accessibili al paziente. Tali schede avranno l’obiettivo di supportare il paziente nell’aderenza alla posologia del trattamento previsto, a dettagliare le interazioni con i farmaci di più frequente utilizzo e prodotti fototerapici, nonché descrivere le tossicità più frequenti. Verranno stilate schede nutrizionali per adeguata attenzione ai bisogni nutrizionali dei pazienti, mantenimento del giusto peso corporeo, interazioni inadeguate di alcuni alimenti con le terapie orali oncologiche. Tali schede informative potranno essere successivamente diffuse ad altre Unità operative dell’Azienda al fine di migliorare ed ottimizzare le risorse anche in quelle realtà.
- Assistenza psicologica allo scopo di:
  - » Fornire la necessaria preparazione psicologica ai pazienti al trattamento coinvolgendo i familiari
  - » Coinvolgere l’equipe e i MMG a partecipare al processo di cura mediante opuscoli informativi ad hoc.

**RISULTATI ATTESI**

I risultati attesi sono:

- Miglioramento della qualità di vita
- Miglioramento della aderenza del paziente a tali trattamenti a cui corrisponde una riduzione degli eventi avversi nonché la riduzione di spesa per i trattamenti correlati a tali complicanze
- Monitoraggio formalizzato degli eventi avversi
- Potenziamento della farmacovigilanza.

Costituiranno gli indicatori di valutazione la riduzione degli eventi avversi e il miglioramento dell’indice di gradimento del paziente valutato mediante questionari. Nell’arco di tempo in cui viene portato avanti il progetto, la verifica verrà attuata con cadenza trimestrale con analisi accurata del gradimento dei pazienti.

**CONCLUSIONI**

Per promuovere una migliore integrazione ospedale-territorio nelle cure oncologiche è fondamentale avviare una progettualità integrata che attraverso modelli organizzativi e strumenti operativi favorisca l’inserimento dei pazienti con bassa complessità assistenziale nel setting territoriale mantenendo lo stretto contatto con lo specialista ospedaliero. Realizzare una Good clinical Practices in un percorso strutturato in cui le cure oncologiche vengono traslate sul territorio permettendo di assistere il paziente senza costringerlo ad accessi impropri negli ospedali per acuti.

Questa la sfida da realizzare.

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI**

ONCOLOGO, RADIOTERAPISTA, INFERMIERE DI RICERCA, PSICOLOGO, NUTRIZIONISTA, AGOPUNTATORE, AMMINISTRATIVO, MEDICO DI MEDICINA GENERALE, INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA’.

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

Il progetto avrà la durata di 3 anni e si propone di seguire circa 200 pazienti/anno che saranno implementati a seconda dei bisogni.

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE**

I costi del personale non strutturato n°1 infermiere di ricerca 32.000 euro/anno verranno sostenuti dalla casa farmaceutica Roche come da delibera aziendale n° 893 del 19/05/2023 con la quale si è recepita la convenzione tra l’Azienda USL di Teramo e la ditta Roche; il restante personale impiegato nella progettualità sarà messo a disposizione dalle UOC Radioterapia e Oncologia medica. I costi sostenuti per l’acquisto di beni materiali in parte saranno sostenuti dal terzo settore con attività di volontariato e raccolta/fondi.

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE**

Adozione di soluzioni di Digital Health quali l’attivazione della cartella clinica informatizzata oncologica e l’acquisizione di piattaforme in grado di migliorare la condivisione dei dati clinici dei pazienti.



## 2

## The Expanded Chronic Care Model in Dementia: Gestione Integrata del paziente con Disturbo Neurocognitivo Maggiore

### DENOMINAZIONE

ASL Teramo

### DIPARTIMENTI PROPONENTI

Dipartimento Assistenza Territoriale Direttore: Dott. Valerio Filippo Profeta

Dipartimento Salute Mentale: Dott. Domenico De Berardis

### REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL
<b>DOTT. VALERIO FILIPPO PROFETA</b>	Direttore Dipartimento Assistenza Territoriale	valerio.profeta@aslteramo.it
<b>DOTT. DE BERARDIS DOMENICO</b>	Dipartimento Salute Mentale	domenicodeberardis@aslteramo.it
<b>DOTT.SSA ANNA CECI</b> Referente DAT	Fisioterapista ICO Dipartimento Assistenza Territoriale	anna.ceci@aslteramo.it
<b>DOTT. CARMINE TOMASETTI</b> Referente DSM/CDCD	Dir. Med. Dipartimento Salute Mentale	carmine.tomasetti@aslteramo.it
<b>DOTT. GIOVANNI MUTTILLO</b> GIÀ Referente DPS	Direttore DAPSS Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie ASST G. Pini - CTO MI	giovanni.muttilllo@asst-pini-cto.it

### COLLABORATORI

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL
<b>DOTT.SSA EMANUELA ZENOBI</b>	Infermiera ICI Hospice Cure Palliative ASL TE	emanuela.zenobi@aslteramo.it
<b>DOTT.SSA GRAZIELLA CORDONE</b>	ICO Dipartimento Salute Mentale ASL TE	graziella.cordone@aslteramo.it
<b>DOTT.SSA VANESSA STRAMPELLA</b>	Infermiera Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio - Medico Roma	v.strampella@unicampus.it
<b>DR. FILIPPO BOZZI</b>	Dirigente Professioni Sanitarie DAPSS ASST G. Pini-CTO MI	filippo.bozzi@asst-pini-cto.it
<b>DR.SSA MANUELA PISANELLO</b>	Infermiera Tutor Corso di Laurea in Infermieristica Università di Milano	manuela.pisanello@asst-fbf-sacco.it

### AREA DI INTERVENTO

Il progetto, si realizza nell'area territoriale domiciliare della ASL di Teramo, con l'avvio delle prime fasi ad inizio 2023, in collaborazione tra il personale afferente al DAT e quello del DSM, Il progetto è finalizzato a garantire la continuità delle cure ai pazienti affetti da gravi Disturbi Neurocognitivi, eleggibili al sistema delle cure domiciliari e non in grado di afferire alla UOS Centro Alzheimer del CSM di Giulianova, oppure ai Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) attivi nella ASL di Teramo. La Gestione Integrata dei pazienti con NCD eleggibili verrà garantita dalle equipe della UOS e dei CDCD, nonché da altri specialisti nelle diverse branche (compresi quelli della UOSD Cure Palliative) individuati negli elenchi degli specialisti che hanno aderito all'Assistenza Domiciliare Integrata, al "progetto Ospedale Territorio", ovvero tra gli specialisti convenzionati operanti nel DSSB di competenza territoriale.

Il carico assistenziale, in ottica di collaborazione, sarà condiviso sia dall'equipe dell'assistenza domiciliare sia dal CDCD competente (come suggerito dal PDTA regionale delle demenze e il PNRR).

### ACRONIMI

CDCD Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze  
 DAT Dipartimento Assistenza Territoriale  
 DPS Direzione Professioni Sanitarie  
 DSM Dipartimento di Salute Mentale  
 NCD Disturbo Neurocognitivo  
 PDTA Percorso Diagnostico terapeutico assistenziale  
 PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

### EPIDEMIOLOGIA DEI NCD

La demenza è in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita secondo il Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di Alzheimer Disease International una priorità mondiale di salute pubblica: "nel 2010 35,6 milioni di persone risultavano affette da demenza con stima di aumento del doppio nel 2030, del triplo nel 2050, con 7,7 milioni di nuovi casi all'anno (1 ogni 4 secondi) e con una sopravvivenza media, dopo la diagnosi, di 4-8-anni. La stima dei costi è di 604 miliardi di dollari/anno con incremento progressivo e continua sfida per i sistemi sanitari. Tutti i Paesi devono includere le demenze nei loro programmi di salute pubblica; a livello internazionale, nazionale regionale e locale sono necessari programmi e coordinamento su più livelli e tra tutte le parti interessate." Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età e, in una società che invecchia, l'impatto del fenomeno si prefigura di dimensioni allarmanti, ed è facile prevedere che queste patologie diventeranno, in tempi brevi, uno dei problemi più rilevanti in termini di sanità pubblica. Il sesso femminile, inoltre, rappresenta un importante fattore di rischio per l'insorgenza della demenza di Alzheimer, la forma più frequente di tutte le demenze (circa il 60%). La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa del 8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% dopo gli ottanta anni.

Secondo alcune proiezioni, i casi di demenza potrebbero triplicarsi nei prossimi 30 anni nei paesi

occidentali. In Italia, nel 2015, gli ultrasessantacinquenni sono 13,4 milioni, il 22% del totale. In diminuzione risultano sia la popolazione in età attiva di 15-64 anni (39 milioni, il 64,3% del totale) sia quella fino a 14 anni di età (8,3 milioni, il 13,7%). L'indice di dipendenza strutturale sale al 55,5%, quello di dipendenza degli anziani al 34,2%. La stima dell'indice di vecchiaia al 1 gennaio 2016 è pari a 161,1 persone di 65 anni e oltre ogni 100 giovani

con meno di 15 anni (171,8 nel Centro e 143,5 nel Mezzogiorno). La simultanea presenza di una elevata quota di persone di 65 anni e oltre e di una bassa quota di popolazione al di sotto dei 15 anni colloca il nostro Paese tra i più vecchi del mondo, insieme a Giappone (indice di vecchiaia pari a 204,9 nel 2015) e Germania (159,9 nel 2015).

Le proiezioni demografiche mostrano una progressione aritmetica di tale indicatore fino a giungere nel 2051 per l'Italia a 280 anziani per ogni 100 giovani. Sono, pertanto, in aumento tutte le malattie croniche, in quanto legate all'età, e tra queste le demenze.

In Italia, il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre un milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari.

Le conseguenze anche sul piano economico ed organizzativo sono facilmente immaginabili.

Rispetto alle terapie farmacologiche, sebbene ad oggi siano in corso numerosi progetti di ricerca per individuare terapie efficaci nella cura della demenza, purtroppo gli interventi disponibili non sono ancora risolutivi. Le strategie terapeutiche a disposizione per le demenze sono di tipo farmacologico, psicosociale e di gestione integrata per la continuità assistenziale.

Soprattutto per le patologie cronico-degenerative come le demenze, dunque, appare necessario definire un insieme di percorsi assistenziali interdisciplinari secondo una filosofia di gestione integrata della malattia.

Stima di Prevalenza dei NCD nella popolazione abruzzese:

PREVALENZA DEMENZA >65A	POPOLAZIONE >65	STIMA POPOLAZIONE AFFETTA
8%	307723	24618

PREVALENZA DEMENZA >80A	POPOLAZIONE >80	STIMA POPOLAZIONE AFFETTA
20%	100560	20112

## MOTIVAZIONI DEL PROGETTO

Il modello progettuale, garantisce la continuità delle cure ai pazienti affetti da Disturbi cognitivi gravi, risponde ai bisogni di salute con percorsi assistenziali personalizzati e specifici attraverso la presa in carico domiciliare integrata socio-sanitaria, per lo sviluppo ed il potenziamento della medicina di prossimità. La GI Gestione Integrata (Expanded Chronic Care Model) è già adottata per altre patologie croniche (diabete, malattie oncologiche) e consiste nella presa in carico del paziente con NCD e della sua famiglia da parte di un'equipe di esperti

Gli obiettivi della GI sono: migliorare la salute del paziente; ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche; utilizzare le Linee Guida di trattamento; empowerment del processo di cura con coinvolgimento e unburdening del caregiver. Il core del modello di GI è la proattività nella gestione del paziente e del sistema ambientale che lo circonda, nonché la garanzia della continuità dell'assistenza.

La finalità è la deospedalizzazione precoce del percorso di cura del paziente con NCD.

Il contesto da cui il presente lavoro prende avvio (ASL di Teramo), risulta essere particolarmente favorevole alla realizzazione di percorsi di "assistenza e cura" domiciliare agli utenti affetti da demenza e le loro famiglie. Già in passato, il DAT in collaborazione con i Centri UVA del DSM, con il progetto Hub&Spoke, aveva sperimentato un modello di continuità terapeutica assistenziale ospedale/territorio. L'attuale progetto rappresenta una preziosa

occasione di prosecuzione e stabilizzazione dei risultati già ottenuti, con ricaduta positiva sulla popolazione in termini di qualità e continuità delle cure domiciliari.

L'intervento sanitario a domicilio si sviluppa a partire fin dalle fasi più precoci del sospetto diagnostico, attraverso interventi terapeutici mirati sia al mantenimento del paziente nel proprio contesto abitativo e sociale sia per la sua famiglia e per l'intera comunità di appartenenza, che vengono a trovarsi di fronte ad una persona privata all'improvviso delle proprie abilità cognitive.

Il Dipartimento capofila è il D.A.T., che si assume il compito di coordinare l'intervento e di adempierne tutte le incombenze legate alla gestione del progetto attraverso i referenti indicati in tabella in premessa. Il DAT si avvarrà della collaborazione della UOS Centro Alzheimer e dei CDCD territoriali afferenti al DSM, i quali, come previsto dal PDTA demenze, hanno in capo lo screening diagnostico e la formulazione dei PTRI per i pazienti affetti da NCD.

## OBIETTIVI DI SERVIZIO OSD

### Obiettivo generale

Prevenzione diagnosi cura e riabilitazione al paziente fragile cronico affetto da NCD, attraverso la continuità delle cure nelle fasi sub-acuta e post-acuta, ai fini dell'adattamento personale, familiare e del reinserimento sociale.

### Sub-obiettivo 1

Ottimizzare il percorso domiciliare diagnostico e terapeutico/assistenziale, al fine di migliorare la qualità della vita dell'utente e dei suoi familiari, con la conseguente riduzione del ricorso all'ospedalizzazione o, almeno, un suo allontanamento nel tempo.

### Sub-obiettivo 2

Tempestività nella presa in carico, qualità ed equità nelle condizioni di accesso e di fruizione del servizio; creare individuare interventi diagnostici/terapeutici/assistenziali precoci, anche per quanto concerne la presenza di altre eventuali patologie concomitanti.

### Sub-obiettivo 3

Supportare le famiglie alla gestione delle dinamiche relazionali riducendo l'impatto emotivo e promuovendo il miglioramento del benessere psico-fisico.

### Obiettivi specifici

Secondo PDTA regionale:

- Effettuare la presa in carico del paziente con disturbo cognitivo/demenza precocemente.
- Assicurare la fase diagnostica e di diagnosi differenziale
- Definire i piani di intervento farmacologico, riabilitativo, psico-sociale
- Ridurre i tempi d'attesa per la prima visita che, di norma, dovrà avvenire entro 30 giorni
- Predisporre l'implementazione di percorsi finalizzati alla gestione integrata con la rete dei servizi esistenti.

## DESTINATARI FINALI DELL'INTERVENTO

N	TIPOLOGIA DI DESTINATARI PREVISTI	STIMA QUANTITATIVA DESTINATARI
1	Pazienti fragili cronici con sospetto diagnostico di disturbi cognitivi gravi in fase sub-acuta, non in grado di accedere ai CDCD per: grave disabilità motoria o prassica, isolamento socio-ambientale, esiti di interventi/fratture in fase di stabilizzazione.	Circa 100 accessi per pz con demenza/anno (stima ADI 2017-2021)
2	Pazienti con disturbi cognitivi gravi nella fase di rientro a casa e di presa in carico sul territorio (fase post-acuta), impossibilitati, anche temporaneamente, a raggiungere i CDCD (vedi sopra).	Circa 500 pazienti dimessi con diagnosi di demenza/anno (stima ASDO 2017 ASL TE)
3	Famiglie della persona con disturbi cognitivi gravi nella fase di rientro a casa e di presa in carico sul territorio (vedi sopra).	Circa 500 famiglie/anno
4	Servizi territoriali della ASL 4 di Teramo che si occupano di accogliere e prendere in carico il paziente con disturbi cognitivi gravi.	UOS Centro Alzheimer Giulianova; CDCD Teramo/Atri/S. Omero; RSA Bivio Bellocchio Giulianova
5	Personale specializzato dei CDCD (psichiatra, neurologo, psicologo, infermiere etc.) sul territorio al fine di coordinare il lavoro multidisciplinare sotto un unico linguaggio di cura e assistenza alla persona con disturbi cognitivi.	Personale della UOS Centro Alzheimer Giulianova; Personale dei CDCD Teramo/Atri/S. Omero; Personale dei DSSB afferente ai CDCD territoriali

## BREVE SINTESI DELL'INTERVENTO

L'intervento progettuale si esplicita in una prima fase con la segnalazione, da parte del MMG o specialisti o servizi ospedalieri interessati dove afferiscono persone con sospetto/ diagnosi di disturbi cognitivi gravi, alla UOS Centro Alzheimer di Giulianova, oppure ai CDCD competenti per territorio (Teramo, Atri, S. Omero). L'attività della UOS e dei CDCD si articola da una fase di accoglienza con un primo colloquio conoscitivo e informativo con il paziente e con la famiglia, alla presa visione e condivisione della situazione clinica del paziente.

La presa in carico domiciliare prevedrà e sosterrà gli obiettivi e sub-obiettivi, generali e specifici, sopra citati. A ciò si aggiungono eventi formativi per il personale sanitario interessato e le famiglie, al fine di agevolare al massimo il paziente e la famiglia nel momento in cui dovranno affrontare la realtà tra le mura domestiche, fuori dall'ambiente protetto ospedaliero.

Seguiranno visite di controllo e follow-up secondo quanto previsto dal PDTA regionale, in cui si daranno indicazioni sulle modalità di approccio a quello specifico paziente oltre che proseguire l'attività di sostegno al paziente e alla famiglia, mediante colloqui strutturati individuali, familiari e di gruppo, per contenere le ansie del ritorno a casa e del rientro nell'ambiente sociale di provenienza.

## AZIONI- ATTIVITÀ

OGGETTO	DETTAGLIO DELLE AZIONI E METODOLOGIA DI REALIZZAZIONE
I FASE: segnalazione accoglienza e sostegno al momento di presa in carico del paziente con disturbo cognitivo grave.	L'accesso alla visita domiciliare territoriale avviene con prescrizione del MMG, ovvero dello specialista (territoriale o ospedaliero). La prescrizione dovrà essere obbligatoriamente fatta su impegnativa SSN (c.d. ricetta rossa) ovvero tramite ricetta dematerializzata con richiesta di "prima visita domiciliare c/o UOS Centro Alzheimer o c/o CDCD" e col quesito diagnostico di "declino cognitivo" e consegnata al personale referente individuato all'interno dei CDCD competenti per territorio. I CDCD territoriali saranno, perciò, ubicati: <ul style="list-style-type: none"> <li>• CSM di Teramo per i DSS di Teramo e Montorio al Vomano</li> <li>• CSM di Sant'Egidio alla Vibrata (sede di Sant'Omero) per il DSS di Nereto</li> <li>• CSM di Atri per il DSS di Atri</li> <li>• UOS Centro Alzheimer del CSM di Giulianova per il DSS di Roseto degli Abruzzi (e baricentrica di coordinamento rispetto ai CDCD territoriali)</li> </ul>
II FASE: accettazione integrata equipe multidisciplinare.	Consegna della prescrizione da parte del familiare, al referente individuato, di norma Infermiere Case Manager, presso la UOS Centro Alzheimer o presso il CDCD di riferimento. Il tipo di patologia obbliga senza dubbio ad un'assistenza accurata, una presa in carico multidisciplinare/multiprofessionale. L'attività dei CDCD si articolerà con riunioni di equipe multidisciplinare in cui si condividono le informazioni cliniche del paziente affetto da demenza includendo gli obiettivi a breve e lungo termine. Condivisione e aggiornamenti sulla situazione clinica e psico-fisica del paziente durante il corso del trattamento al fine di condividere e confrontare i diversi obiettivi raggiunti, apportando eventuali cambiamenti e proponendo nuove prospettive.
III FASE: attività propriamente clinica al soggetto con disturbi cognitivi gravi	Interventi di psicodiagnosi/valutazione neuropsicologica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizzo di testistica psicodiagnostica standardizzata per l'integrazione delle informazioni sulla patologia del paziente, unitamente ad indagine neuropsicologica [Mini Mental State Examination (MMSE); Rey Auditory Verbal Learning Test, immediate recall (RAVLT-IR); Rey Auditory Verbal Learning Test, delayed recall (RAVLT-DR); Raven's Progressive Matrices Test; Semantic fluency for language evaluation; Phonological fluency for language evaluation; Phrase construction test; Spatial and visuospatial working memory test; Instrumental Activities of Daily Living (IADL); Activities of Daily Living (ADL)]</li> <li>• diagnosi precoce;</li> <li>• diagnosi differenziale (approfondimento diagnostico con integrazione strumentale)</li> <li>• formulazione del PTRI</li> <li>• impostazione e controllo del trattamento farmacologico;</li> <li>• collaborazione con il MMG e specialisti del territorio per eventuale sostegno integrato con approccio farmacologico.</li> </ul>
IV FASE: interventi di mediazione e supporto alle famiglie	Acquisire tutte le informazioni sulle caratteristiche della dimora per meglio aiutare la famiglia a provvedere alle procedure di riadattamento ambientale, mediante piccoli riaggiustamenti per l'orientamento spazio-temporale. <ul style="list-style-type: none"> <li>• riabilitazione cognitiva;</li> <li>• counseling familiare.</li> </ul> Colloqui individuali e/o di gruppo educativi con i familiari dei pazienti che si occupano dell'assistenza verranno svolti dagli infermieri afferenti ai CDCD al fine di affrontare le difficoltà che tale lavoro richiede, in merito alla sensibilità e alla dimensione psicologica/familiare che si trovano a vivere.

**SISTEMA DI VALUTAZIONE**

Allo scopo di garantire la corretta rispondenza del progetto alle aree tematiche di riferimento, apportandovi i necessari correttivi qualora necessario, la verifica dei risultati ottenuti e dell'impatto prodotto, sarà effettuata la valutazione in itinere e finale dell'intervento che saranno:

- Analizzare le congruenze tra le diverse fasi di realizzazione del progetto
- Analizzare i processi di cooperazione tra tutti i soggetti coinvolti nel progetto, al fine di definire il livello di funzionalità delle procedure adottate
- Monitoraggio delle fasi del progetto più delicate, per consentire un lavoro continuo di aggiustamento

Indicatori:

- N. Pazienti presi in carico domiciliare sul numero delle richieste ricevute;
- N. Famiglie coinvolte;
- N. di gruppi familiari contattati per gli incontri educativi;
- N. di partecipanti eventi formativi operatori/caregiver;
- N. Riunioni di équipe;
- Livello di coinvolgimento quali-quantitativo delle famiglie rilevato attraverso questionari di gradimento;
- Accrescimento del livello di autonomia;
- Grado di soddisfazione degli utenti;
- Rendicontazione del N. di organizzazioni coinvolte nella rete;

**VALUTAZIONE ANALITICA DEGLI ESITI**

Verrà svolto, alla fine di tutto il percorso, un lavoro analitico di valutazione con compilazione di uno specifico report tra gli obiettivi prefissati e gli esiti raggiunti, da un punto di vista quantitativo, le variabili da osservare saranno: i prodotti/risultati, il budget, il calendario delle attività

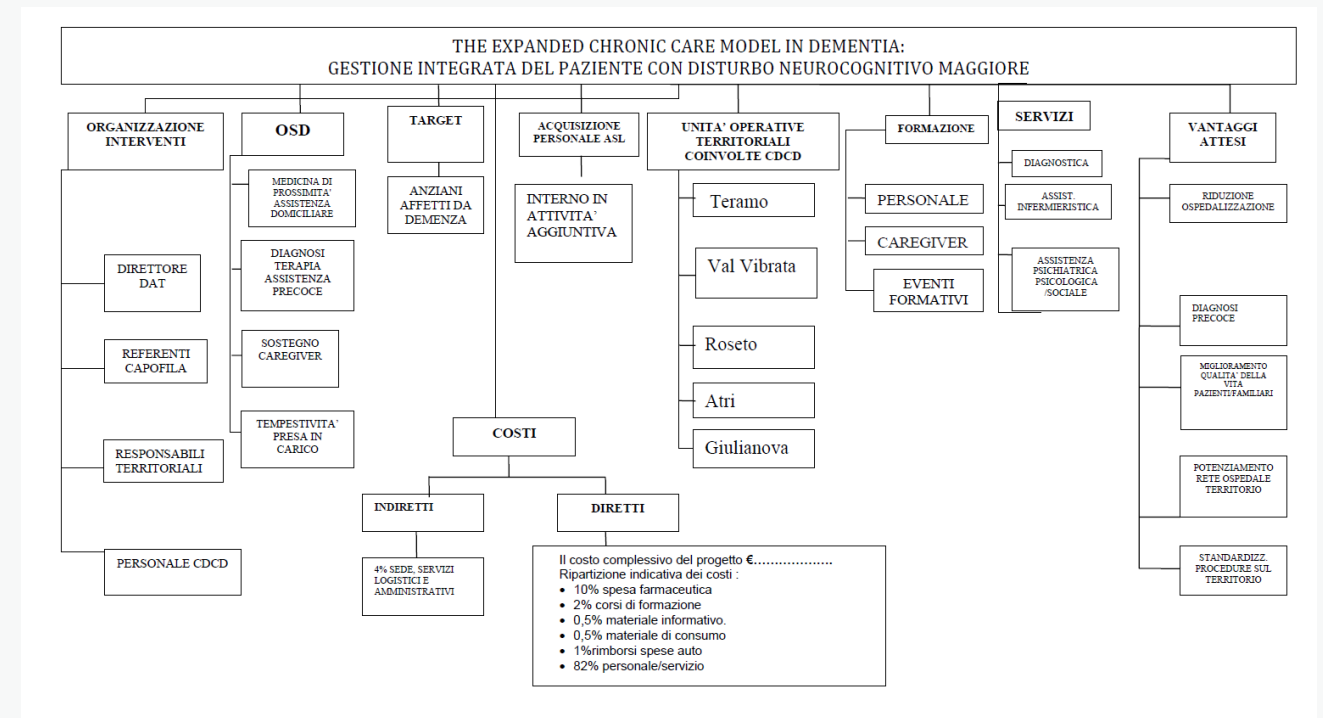
**VANTAGGI ATTESI**

- Riduzione dell'ospedalizzazione;
- Standardizzazione delle procedure secondo PDTA in tutte le realtà territoriali della Asl di Teramo;
- esistenza di una "banca dati" ampia condivisione dei dati tra i vari operatori del sistema;
- miglioramento/stabilità delle condizioni degli assistiti con prosecuzione nel tempo della forma di assistenza domiciliare;
- miglioramento della qualità della vita dei familiari e dei caregivers.

**MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DELL'INTERA RETE DEI PARTNER**

- Il Progetto rappresenta inoltre uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socio assistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche.

- La strategia del progetto e soprattutto quella di attivare una rete con la presenza di tutti gli interlocutori pubblici territorialmente e tematicamente competenti nella gestione del paziente fragile cronico con disturbi cognitivi e le associazioni di volontariato. La messa in rete del progetto con le progressive fasi di attuazione del Servizio dell'infermiere di Famiglia e Comunità I.F.e C., consentiranno la definizione dei bisogni socio-assistenziali e la conseguente determinazione e identificazione di un'équipe multiprofessionale in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa (anche di natura sociale e psicologica). Il Servizio dell'I.F.eC. assicura la cooperazione funzionale delle figure che costituiscono l'équipe multiprofessionale nel rispetto dei ruoli e delle competenze specifiche garantirà la presa in carico della persona.
- Il MMG referente del caso in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo cittadino in tutta la sua globalità e in tutte le fasi della vita.
- L'Infermiere contempla fra le sue funzioni la presa in carico del singolo e della sua rete relazionale da un punto di vista assistenziale e di autocura, si relaziona con gli altri attori del processo ed è riferimento nella relazione dei bisogni di cura e di assistenza per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
- Lo Specialista assume un ruolo di rilevanza strategica in alcune fase della malattia che non possono essere demandate per la complessità diagnostica e terapeutica che le caratterizza. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo in cui le sue competenze possono assumere un ruolo guida nella decisione clinica.
- Assistente Sociale Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
- I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali (es. Fisioterapista, ecc.).
- Équipe di supporto durante il processo parteciperanno alla presa in carico.
- I bisogni di supporto dei caregiver sono molteplici e mutano al progredire della patologia, l'infermiere o altre figure professionali sanitarie, qualora se ne ravveda la necessità, potranno organizzare incontri con i familiari, anche di gruppo, al fine di promuovere l'educazione sanitaria, la gestione dei deficit motori/comportamentali, sviluppare/rinforzare le strategie di cura di sé per una migliore qualità di vita.
- Infine, l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali su piattaforma dedicata, favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata. Lo sviluppo della sanità digitale trova nella Telemedicina e nella Teleassistenza uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale ed organizzativo della rete.



Da **Dott.ssa Rossella De Santis** Direttore U.O.C. Distretto Sanitario Area Marsica ASL 1 Abruzzo Avezzano Sulmona L'Aquila

# 3

## L'Infermiere di Comunità come risorsa per lo sviluppo delle Aree Interne afferenti al Distretto Sanitario Area Marsica

### DENOMINAZIONE

ASL 1 ABRUZZO Avezzano Sulmona L'Aquila

### UNITA' OPERATIVA

UOC Distretto Sanitario Area Marsica, Direttore: Dott.ssa Rossella De Santis

### REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
<b>DOTT.SSA ROSSELLA DE SANTIS</b>	rdesantis@asllabruzzo.it

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
<b>DOTT.SSA ROSSELLA DE SANTIS</b>	rdesantis@asllabruzzo.it
<b>DOTT.SSA FRANCESCA ZAZZARA</b>	frzazzara@asllabruzzo.it
<b>DOTT.SSA LUCIA ROSSI</b>	lrossi@asllabruzzo.it
<b>DOTT. ADRIANO FIORINI</b>	afiorini@asllabruzzo.it
<b>DOTT. EDOARDO TREBBI</b>	etrebbs@asllabruzzo.it
<b>DOTT.SSA LIVIA TOGNACCINI</b>	ltognaccini@asllabruzzo.it
<b>PROF. FERDINANDO ROMANO</b>	direzionegenerale@asllabruzzo.it

### ABSTRACT

Il progetto nasce e si sviluppa nell'ambito del protocollo d'intesa tra la Asl 1 Abruzzo Avezzano Sulmona L'Aquila e l'Unione dei Comuni "Montagna Marsicana" per il rafforzamento degli interventi Socio-Sanitari per le aree della Valle del Gioenco-Roveto-Vallelonga, ricadenti nel territorio del Distretto Sanitario Area Marsica (Progetto SNAI, Strategia Nazionale d'Area Interna).

La mission del progetto è la realizzazione di azioni di prevenzione e promozione della salute attraverso l'introduzione della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità e il potenziamento dei servizi territoriali e di diagnostica che insistono nel Distretto Area Marsica, in particolare nei presidi di Balsorano, Gioia dei Marsi e Trasacco per Villavallelonga. I presidi territoriali sono già in rete con i due PTA e Ospedali di Comunità di Pescina e Tagliacozzo e saranno collegati funzionalmente con le Case di Comunità Hub e Spoke in corso di realizzazione.

L'IFeC è la figura chiave per il raccordo tra i diversi servizi sanitari e sociali, i MMG operanti nel territorio e tutti gli stakeholders del territorio (Comuni, Associazioni di cittadini e pazienti, culturali, sportive, religiose..).

Obiettivo è l'individuazione precoce dei bisogni socio-sanitari, attraverso la messa in campo di una medicina d'iniziativa che vada ad intercettare i bisogni di salute della comunità che risiede nelle aree interne per una reale sanità di prossimità e di assistenza a casa come "primo luogo di cura", per l'aumento del benessere sociale e l'innalzamento della qualità della vita nell'area. Giovani, donne, anziani saranno i destinatari privilegiati dell'intervento.

### AZIONI

- Avviso pubblico per 3 Infermieri di Comunità, con competenze specifiche (Master di Infermiere di Comunità);
- Acquisizione di mezzi per la mobilità ai fini dell'erogazione del servizio IFeC;
- Utilizzo di ecografo per specialisti e studi MMG;
- Rafforzamento delle forme associative degli studi dei MMG;

### STRATEGIE

- Implementazione della presa in carico a domicilio, con servizi globali di assistenza alla persona per problematiche sanitarie legate al controllo di patologie croniche, supportando la cura, valutando la non autosufficienza e la residua capacità di autonomia nel contesto familiare, anche attraverso gli strumenti della Telemedicina.
- Integrazione con i servizi sociali del territorio.
- Setting dell'Infermiere di Comunità: assicura il raccordo dei servizi sul territorio in base al bisogno dei pazienti che vengono arruolati tramite il PUA/MMG/UVM.
- Setting dell'Ospedale di Comunità e delle Cure Intermedie.
- Integrazione Socio-Sanitaria che si realizza attraverso l'implementazione dei dati di valutazione dei bisogni socio sanitari della Comunità, per quanto riguarda il Piano Locale della Non Autosufficienza, Vita Indipendente, Dopo di Noi, Residenzialità e Semi-residenzialità per disabili e non autosufficienti, Cure Domiciliari integrate tra i Servizi Sanitari e i Servizi Sociali, soprattutto per le persone ultrasettacinquenni con più patologie croniche, che necessitano di assistenza plurispecialistica.

### OBIETTIVO GENERALE

Rafforzamento dei presidi e dei servizi socio-sanitari territoriali nelle Aree interne

## OBIETTIVI SPECIFICI

Individuazione precoce dei bisogni socio sanitari della Comunità, con particolare cura rivolta ai minori, ai giovani, alle donne, agli anziani, promuovendo il miglioramento della qualità della vita e del benessere sociale nelle Aree Interne Valle del Giovenco, Valle Roveto e Vallelonga.

## RISULTATI ATTESI

Aumento/consolidamento/qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio educativi rivolti a giovani e minori e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

Indicatore di Risultato: Tasso di ospedalizzazione evitabile;

Indicatore di realizzazione: Popolazione coperta dai servizi sanitari migliorati

## CONCLUSIONI

Il progetto si inserisce nella prospettiva delineata dal Decreto Ministeriale 77/2022 e dalle Missioni 5 e 6 del PNRR

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermiere di Famiglia e di Comunità case manager, Infermiere, Infermiere ADI, Medici di Medicina Generale, Medici del Distretto Area Marsica, Assistenti sociali, Psicologi, Operatori del Consultorio

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Triennale

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Sinergia con l'Unione dei Comuni Montagna Marsicana attraverso gli Assistenti sociali e Animatori di Comunità che opereranno nei presidi distrettuali e realizzazione del PUA integrato

## SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?

Da implementare:

- sistema informativo e informatico integrato tra servizi sanitari e servizi sociali, nelle postazioni già attivate del Punto Unico di Accesso (PUA), dotate attualmente di personal computer in rete;
- registro epidemiologico e data base delle fragilità alimentato dai dati socio sanitari;
- attività di telemedicina per il telemonitoraggio dei pazienti assistiti in Cure Domiciliari

## SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHI HARDWARE?

tablet in dotazione agli lFeC in connessione con il sistema gestionale informatico, collegato con i punti di erogazione del servizio sanitario, con modulo di scheda infermieristica costantemente aggiornato

# CALABRIA



Da **Dott. Salvatore Fuina** Dirigente Professioni Sanitarie – Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

## Riorganizzazione Medicina Penitenziaria

# 1

### DENOMINAZIONE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANZARO

### UNITA' OPERATIVA

CASA CIRCONDARIALE "UGO CARDI" CATANZARO

### REFERENTI E AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO
<b>DOTT. SALVATORE FUINA</b>	Dirigente Professioni Sanitarie
<b>DOTT. GIUSEPPE CORTESE</b>	Incaricato di Funzione organizzativa Medicina Penitenziaria

### ABSTRACT

Problema: disorganizzazione totale e gravi difficoltà di gestione della medicina penitenziaria della Casa Circondariale Ugo Caridi di Catanzaro.

Obiettivo: organizzare il lavoro in modo da consentire la presa in carico dei pazienti ricoverati nelle degenze presenti nella casa circondariale che conte circa 700 detenuti, ottimizzare, rendendo maggiormente efficace ed efficiente, il lavoro del personale infermieristico, riabilitativo e di supporto.

Metodo: progettazione del cambiamento organizzativo. Rilevazione dati strutturali e organizzativi e flussi di lavoro. Gestione incontri col reparto per condivisione obiettivi e metodi e raccolta criticità e difficoltà sentite dagli operatori professionali. Verifica sul campo delle criticità e potenzialità presenti. Rappresentazione grafica dei flussi e dei percorsi sia del paziente che dei diversi operatori nei tre turni in base alla quale sono state ipotizzate due soluzioni alternative.

### PREMESSA

Alla data del 13-01-2021, data di inizio della nomina del Referente Coordinatore per il personale Infermieristico,

Tecnico Sanitario e OSS afferente alla casa Circondariale "Ugo Caridi", e successivo Incarico di Funzione Organizzativa 01-06-2022, si riscontra una organizzazione del servizio sanitario prestato dagli Infermieri e dagli OSS in Istituto Penitenziario di Catanzaro come di seguito riportato.

- A.S. (alta sicurezza) Circa 200 detenuti distribuiti su quattro piani
- M.S. (media sicurezza) Circa 80 detenuti distribuiti su quattro piani
- RC. (reclusi) Circa 250 detenuti distribuiti su quattro piani
- RECC I I detenuti 10 piano
- ATSM (assistenza terapia salute mentale) IO detenuti 40 piano
- SERT 13 detenuti distribuiti su tutti i padiglioni

Totale n. detenuti circa 600

### ORGANICO

Coordinatore	1
Infermieri per l'assistenza nei Padiglioni	14
Infermieri Recc	3
Oss	8
OSS ATSM (Articolazione Territoriale Salute Mentale)	2 con contratto Protezione Civile
Tecnico di Radiologia	1
Fisioterapisti	3

#### Il servizio Infermieristico viene svolto su tre turni:

1° turno 07:30 - 13:30	3/4 unità
2° turno 13:30 - 20:30	3/4 unità
3° turno 20:30 - 07:30	1 unità

#### Il servizio Infermieristico REC viene svolto su due turni:

10 turno 08:00 - 20:00	2 unità
20 turno 20:00 - 08:00	1 unità

#### Il servizio degli O.S.S. viene svolto su tre turni:

1° turno 07:00 - 13:00	2 unità
2° turno 13:00 - 19:00	2 unità
3° turno 19:00 - 07:00	1 unità

Da ricordare che fino alla data del 20-10-2020, l'assistenza Infermieristica presso la Casa Circondariale "Ugo Caridi" veniva fornita con 7 Infermieri in convenzione provenienti non solo dall' ASP di Catanzaro ma anche da altre Aziende Ospedaliere (Pugliese/Ciaccio e Mater Domini) che beneficiavano della legge 740/70 come da DPCM 01-04-2008, 8 Infermieri tramite agenzia Interinale E Work e 6 infermieri con contratto di lavoro a tempo indeterminato;

## PRIMA RIORGANIZZAZIONE

### Reparto Covid

N. 5 Infermieri dedicati su tre turni = - 5

N. 5 Oss dedicati su tre turni = - 5

### Padiglioni

N. 16 Infermieri = -3 oss

3 = -3

Turno 1 = 6 unità CPSI

Turno 2 = 6 unità CPSI

Turno = 1 unità CPSI

### Ambulatori Specialisti

N. 2 Infermieri = -2

### RECC

N. 4 Infermieri = -1

oss 5 = +3

### ATSM

N. 5 Infermieri = -3

oss 3 = -2

## RINNOVO LOCALI

- Pitturazione Locali
- Arredi Vari
- N.3 Sanificatori Covid-19
- Manutenzione E Sanificazione Condizionatori
- Riparazioni Tendine Solari
- N. 2 Stampanti Multifunzioni

- N. 1 Stampante Etichettatrice
- N. 4 Computers
- N. 1 Scanner

## FORMAZIONE

Corso Vestizione E Svestizione Covid- 19

Corso Tamponi Covid-19

Corso Vaccini Covid- 19

Corso BLS D

Corso Paziente Traumatologico

## INDENNITA'

Indennità Covid-19 (2020—2021) Alto Rischio Per Tutto Il Personale Sanitario

Autorizzazione Sforamento Straordinario (161 E/O Straordinario Covid-19)

## NUOVA RIORGANIZZAZIONE STATO DELL'ARTE MEDICINA PENITENZIARIA (anno 2023)

### Premessa

La Casa Circondariale "Ugo Caridi" è stata inaugurata nel 1993, ha una superficie di 5000 mq, con padiglioni destinati ai circuiti di:

- Alta sicurezza
- Media sicurezza
- Reclusione ordinaria
- Semiliberi
- 1° RECC
- 2° Area Sanitaria con annessi Poliambulatori Specialistici
- 3° CDT SAI (prossima apertura 12 posti letto+2 sub-intensiva)
- 4° ATSM
- PT Piscina per sedute di Idro Kinesiterapia (prossima apertura)

E' il più grande Istituto Penitenziario della Calabria, ospita circa 670 detenuti tra cui circa 20 Tossicodipendenti, 120 detenuti in trattamento psichiatrico e 100 detenuti con pluripatologie, accolti nei Padiglioni sopra citati;

L'organizzazione attuale della Medicina e Sanità Penitenziaria ASP Catanzaro è così articolata:

- Istituto Penitenziario "Ugo Caridi"
  - » Alta Sicurezza con 218 posti
  - » Media Sicurezza con 118 posti



- » Reclusine Ordinaria con 276 posti
- » Semiliberi con 21 posti
- » RECC (Riabilitazione Estensiva a Ciclo Continuativo) con 11 posti letto
- » ATSM (Articolazione Tutela Salute Mentale) con 13 posti letto (8 di trattamento e 5 per l'osservazione psichiatrica)
- Istituto Penale per Minorenni "S. Paterno"
- » PM - (35 posti) attualmente 13 ristretti
- » COMUNITA MINISTERIALE - (12 posti) attualmente 12 ristretti
- » CPA (CENTRO 1° ACCOGLIENZA) - (2 posti) nessun ristretto

**PERSONALE MEDICO**

L' Organico in forza nella struttura allo stato attuale è di 7 Medici più un Direttore Sanitario:

- 4 Medici per Assistenza Penitenziaria;
- 1 Medico EX SIAS turnista su due turni;
- 1 Medico EX SIAS turno mattina da lunedì a sabato per gestione prenotazioni visite specialistiche ospedaliere e territoriali;
- 1 Medico per l'Assistenza Penitenziaria che cura gli aspetti ambulatoriali esterni (visite specialistiche, preparazione dei detenuti a esami particolari, esami diagnostici come TAC etc, gestione prescrizione terapia dei detenuti dimessi dall' ospedale, rapporto con le varie istituzioni per gli aspetti medico-legale);

La turnazione viene svolta con 2/3 Medici la mattina e 1/2 medici il pomeriggio.

**MONTE ORE ATTUALE:**

GIORNALIERO	MENSILE
36 ore	36 ore X 31 giorni = 1116 ore

Il nuovo Fabbisogno è di 14 Medici ogni uno con 38 ore settimanali, ad ogni turno così suddivisi:

Turno mattina (08:00-14:00)

- 1 Alta Sicurezza;
- 1 Media Sicurezza;
- 1 Reclusi Ordinari;
- 1 Area Sanitaria (gestione chiamate di emergenza, nuovi giunti e traduzioni) ATSM e RECC;
- 1 rapporto Servizio Sanitario esterno e Ministero;

Turno pomeriggio (14:00-20:00)

- 1 Alta Sicurezza;
- 1 Media Sicurezza;
- 1 Reclusi Ordinari;
- 1 Area Sanitaria (gestione chiamate di emergenza, nuovi giunti e traduzioni) ATSM e RECC;

- 1 rapporto Servizio Sanitario esterno e Ministero;

Turno notte 20.00-08.00

- 1 Area Sanitaria per tutto l'istituto (gestione chiamate di emergenza, nuovi giunti e traduzioni)

Fabbisogno Monte Ore nuovo Piano Organizzativo:

GIORNALIERO	MENSILE
e 30 ore turno mattina e pomeriggio + 12 turno notte + Totale = 72 ore	72 ore x 31 giorni Totale = 2232 ore

Il Fabbisogno di 14 Medici è necessario per poter svolgere una turnazione h 24 e garantire il servizio nei padiglioni con 3 unità la mattina, 3 unità il pomeriggio, 1 per le chiamate h 12 di emergenza, ingressi e traduzioni, 1 la notte e 1 per sopperire ad eventuali esigenze (richiesta ferie, legge 104, gravidanza etc) e per ultimo 1 per l'attività ambulatoriale.

**PERSONALE SANITARIO**

L' Organico in forza alla Medicina Penitenziari ad oggi è così suddiviso:

- 1 Incarico di Funzione Organizzativa;
- 48 CPS Infermieri
- 12 Operatori Socio Sanitari
- 5 (FKT) Fisioterapisti
- 3 (TERP) Tecnici di Riabilitazione Psichiatrica
- 2 (TSRM) Tecnici di Radiologia
- 7 Medici per l'assistenza penitenziaria + 2 per l'IPM
- 28 Specialisti ambulatoriali per 14 branche Specialistiche

Attualmente il Personale di Comparto è così assegnato:

- 3 Infermieri assegnati per l'area sanitaria (CUP, Punto prelievi, Farmacia, SERD, e supporto Coordinamento);
- 2 Infermiere per assistenza agli Specialisti Ambulatoriali
- 1 Infermiere per assistenza alla Poltrona Odontoiatrica e Sterilizzazione
- 3 Infermieri per il Triage telefonico (h. 12 (08:00-20:00) tutti i giorni settimanali
- 9 Infermieri per A.S. h. 24 tutti i giorni settimanali > 5 Infermieri per M.S. h. 12 (08:00-20:00) tutti i giorni settimanali
- 9 Infermieri per R.O. h. 24 tutti i giorni settimanali
- 3 Infermieri per ATSM h. 12 (08:00-20:00) tutti i giorni settimanali

- 3 Infermieri per RECC h. 12 (08:00-20:00) tutti i giorni settimanali
- 3 Infermieri per IPM h. 12 (08:00-20:00) tutti i giorni settimanali

Utile mettere in evidenza quanto di seguito elencato:

- 4 Infermieri assenti per Maternità/Interdizione anticipata
- 2 Infermieri con riduzione orario per rischio biologico/allattamento
- 8 Infermieri aventi diritto ai benefici di legge 104 art.3

Gli Operatori Socio Sanitari sono così suddivisi:

v/ RECC in servizio h 24 (1 O.S.S. la mattina, 1 O.S.S. il pomeriggio, 1 O.S.S. la notte).

v" nell'Area Sanitaria è presente 1 O.S.S. (Ambulatori e supporto all'attività amministrativa quali fotocopie etc) e eventuali uscite esterne.

.S. = 1 OSS. h 12;

✓ Pad. R.O. = 1 OSS. h  
12;  
./ Pad. M.S. = 1 OSS. h  
12.

Il personale Tecnico (TSRM, TERP e TDR) è così suddiviso

- 2 T.S.R.M. presenti dal lunedì al venerdì con ore 7 e 12 m giornalieri;
- 3 T.E.R.P. di cui 1 a contratto di lavoro a tempo determinato, presenti h. 12 per sei giorni settimanali (1 con il diritto della legge 104 attualmente in aspettativa da marzo a luglio c.a. e 1 con diritto a congedo parentale per figli minori di 3 e di 6 anni);
- 5 T.D.R. presenti dal lunedì al venerdì con ore 7 e 12 m giornalieri di cui (1 interdizione anticipata, 1 con riduzione orario per rischio biologico, 1 con il diritto della legge 104 e 1 con diritto a congedo per figli minori di 3 e di 6 anni).

Nelle more della nuova riorganizzazione della Medicina Penitenziaria sarebbe opportuno riorganizzare il servizio Sanitario all'interno dell'Istituto "Ugo Caridi" con personale dedicato e turnover ai padiglioni, necessario quindi incrementare il personale tutto come di seguito elencato, creando al piano terra dei tre padiglioni (AS, MS, RO) delle Sale Rosse con (Medicheria, Infermeria, bagno, stanza riposo) spazi necessari per lavorare in sicurezza e per poter gestire nel padiglione le richieste di emergenza nel più breve tempo possibile, compreso i Codici Rossi con tutte i presidi ed elettromedicali necessari per stabilire il paziente critico prima dell'arrivo del 118.

## INFERMIERI

- PAD A.S. Servizio infermieristico H. 24 con la presenza di 3 unità h 12 e una unità per il turno notte = 10 CPSI
- PAD M.S. Servizio infermieristico H. 24 con la presenza di 3 unità h 12 e una unità per il turno notte = 10 CPSI
- PAD R.O. Servizio infermieristico H. 24 con la presenza di 3 unità h 12 e una unità per il turno notte = 10 CPSI
- RECC Servizio infermieristico H. 24 con la presenza di 2 unità h 12 e una unità per il turno notte = 7 CPSI
- ATSM Servizio infermieristico. H. 24 con la presenza di 2 unità h 12 e una unità per il turno notte = 7 CPSI
- TRIAGE Telefonico Servizio infermieristico. H. 12 con la presenza di 1 unità a turno = 3 CPSI

- SPECIALISTICA Ambulatoriale Servizio infermieristico. H. 12 con la presenza di 2 unità h 12 = 2 CPSI
- ASSISTENTE ALLA POLTRONA ODONTOIATRICA servizio infermieristico. H. 12 con la presenza di unità a turno = 2 CPSI
- COORDINAMENTO FAUFACIA PUNTO PRELIEVI CUP Servizio infermieristico. H. 12 -4 CPSI
- [PM Servizio infermieristico. H. 12 con la presenza di 1 unità a turno = 3 CPSI
- COMUNITA' Servizio infermieristico. H. 12 con la presenza di 1 unità a turno = 3 CPSI
- SEGRETERIA DIREZIONE Servizio infermieristico. H. 12 con la presenza di 1 unità a turno -2 CPSI

TOTALE CPS INFERMIERI 63 / 63-48= 15 da assumere + 3 da sostituire per lunga assenza

N.B. Per la prossima apertura 30 Piano SAI con 12 posti letto di Medicina interna + due posti letto di Sub-Intensiva sono aggiungere altri 25 CPSI (15 per il reparto+10 per la Sub-intensiva)

## OPERATORI SOCIO SANITARI

- PAD A.S. Servizio O.S.S. H. 24 con la presenza di 1 una unità per turno = 5 O.s.s.
- PAD M.S. Servizio O.S.S. H. 24 con la presenza di 1 una unità per turno = 5 O.s.s.
- PAD R.O. Servizio O.S.S. H. 24 con la presenza di 1 una unità per turno = 5 O.s.s.
- RECC Servizio O.S.S. H. 24 con la presenza di 2 unità h 12 e una unità per il turno notte = 7 o.s.s.
- ATSM Servizio O.S.S. H. 24 con la presenza di 2 unità h 12 e una unità per il turno notte = 7 o.s.s.
- SPECIALISTICA Ambulatoriale Servizio O.S.S. H. 12 con la presenza di 1 unità per turno= 3 O.s.s.
- [PM e COMUNITA' Servizio O.S.S.. H. 12 con la presenza di 1 unità a turno = 3 O.S.S.

TOTALE O.S.S 35 / 35-12=23 da assumere

N.B. Per la prossima apertura 30 Piano SAI con 12 posti letto di Medicina interna +.due posti letto di Sub-Intensiva sono da aggiungere altri 12 O.S.S. (7 per il reparto+5per la Sub-intensiva)

Inoltre, per la prossima apertura della piscina, per garantire un servizio H 12 necessitano ulteriori 4 unità di OSS.

## FISIOTERAPISTI

- RECC Servizio FKT H. 12 con la presenza di 2 unità per turno = 5
- IDROKINESITERAPIA per 5 giorni settimanali da lunedì a venerdì dalle 08:00 alle 15:12 con la presenza di 2 unità — 3

TOTALE FKT 8 / 8-5=3 da assumere

## TECNICI DI RADIOLOGIA

- SERVIZIO DI RADIOLOGIA H. 12 con la presenza di 1/2 unità per turno - 3

TOTALE TSRM 3 / 3-2= 1 da assumere

### TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

- SERVIZIO ATSM H. 12 con la presenza di 1/2 unità per turno = 3

TOTALE TERP 3

### AUTISTI

- SERVIZIO TRASPORTO CON MEZZO AZIENDALE 1412 da lunedì a venerdì= 2

TOTALE AUTISTI da assumere 2

### PERSONALE AMMINISTRATIVO

- 1 Collaboratore o Coadiutore Amministrativo per la Segreteria Direzione
- 1 Collaboratore o Coadiutore Amministrativo per il Coordinamento
- 1 Collaboratore o Coadiutore Amministrativo per il CUP e copie diari clinici

TOTALE AMMINISTRATIVI da assumere 3

### LABORATORIO ANALISI (prossima apertura)

- SERVIZIO H. 12 con la presenza di 1 unità per turno = 3

TOTALE TECNICI DI LABORATORIO da assumere 3

### RISULTATI

Alla fine della sperimentazione l'équipe ha scelto di continuare con l'organizzazione sperimentata e ha manifestato grande soddisfazione per la soluzione adottata. L'obiettivo di ottimizzare il lavoro consentendo la presa in carico dei pazienti è stato raggiunto pienamente ed è in via di completamento con l'adozione della cartella unica integrata e informatizzata.

### CONCLUSIONI

Il coinvolgimento e la ricerca di consenso e di idee e contributi da parte dell'équipe assistenziale ha permesso di trovare una soluzione condivisa sostenuta da tutta l'équipe. Solo tramite questa condivisione è stato infatti possibile raggiungere l'obiettivo di rendere il lavoro più fluido, sicuro e soddisfacente per tutti. L'immersione nel lavoro del reparto per diversi giorni e nei diversi turni ha permesso di rilevare puntualmente le criticità che lo staff, dall'interno, non riusciva a visualizzare.

### PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Servizio delle professioni sanitarie, Incaricato di Funzione organizzativa per la medicina penitenziaria, Infermieri, Fisioterapisti, Tecnici di radiologia, Tecnici della riabilitazione psichiatrica e OSS della Casa Circondariale Ugo Caridi di Catanzaro.

### TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

2 anni comprensivi di progettazione ed implementazione del cambiamento organizzativo e sperimentazione, poi a regime

### PUNTI DI FORZA

Personale qualificato, competente e motivato al cambiamento Tutto il personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione e di supporto già con esperienza di medicina penitenziaria e degli Infermieri di utilizzare la cartella integrata

### CRITICITÀ

Difficoltà di reperimento di personale medico.

# LAZIO



Da **Dott.ssa Carmen Cappitella** Direttore U.O.C. Professioni Sanitarie  
Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea

# 1

## L'accertamento infermieristico come strumento per il transitional care e la gestione dell'autocura

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea

### UNITA' OPERATIVA

U.O.C. Professioni Sanitarie

### DIRETTORE

Dott.ssa Carmen Cappitella

### REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
CARMEN CAPPITELLA	ccappitella@ospedalesantandrea.it
PATRIZIA LA SALANDRA	plasalandra@ospedalesantandrea.it
MARIA ELENA GENTILI	mgentili@ospedalesantandrea.it

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
CARMEN CAPPITELLA	ccappitella@ospedalesantandrea.it
IGINA MARIA BRECCIA	ibreccia@ospedalesantandrea.it
FEDERICA FORCELLINI	fforcellini@ospedalesantandrea.it

**ABSTRACT**

Il presente progetto si inserisce nel quadro delle azioni che l'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea sta adottando per l'implementazione, al suo interno, della Centrale Operativa delle Dimissioni (COT-H), in coerenza con le indicazioni programmatiche nazionali, del PNRR e del DM 77/22.

Al centro del percorso per la definizione del modello operativo, la costruzione di una procedura valutativa multidimensionale per l'identificazione di tutti i bisogni della persona, attraverso la messa a punto di un modello di accertamento infermieristico, per intercettare precocemente le condizioni di potenziale dimissione complessa.

Nel modello proposto, la valutazione congiunta dei Modelli Funzionali di Marjory Gordon con alcuni indici di rischio (Brass, Barthel Braden, VMD per rischio cadute), nelle prime 48 ore di ricovero, permette un inquadramento globale della persona per la sua presa in cura e genera, per i casi a rischio, un alert al care management della COT-H e/o al team delle cure infermieristiche specialistiche, attivandone l'intervento.

Alla verifica dell'appropriatezza della segnalazione da parte della care manager, fa seguito l'assegnazione dei casi complessi al team della COT-H per le successive valutazioni di livello avanzato, mediante le quali si delinea il percorso assistenziale e di cura più appropriato per i bisogni del paziente, al fine di poter attivare tempestivamente tutte le collaborazioni sociali, sociosanitarie e territoriali necessarie al caso.

L'accertamento infermieristico, con l'individuazione precoce di tutti i fattori individuali e socio-familiari che a condizione clinica risolta possono incidere sulla capacità del paziente di gestire la propria condizione di salute/ patologia, permette anche di preparare il paziente e la famiglia alla dimissione a domicilio, già dai primi giorni di ricovero. La pianificazione precoce della dimissione infatti aumenta la probabilità di un ritorno a casa con successo, contribuisce a limitare la durata della permanenza in ospedale e riduce la probabilità di una riammissione a breve termine.

Percorsi di educazione terapeutica e di autocura, personalizzati in base ai bisogni rilevati, possono essere attivati dagli infermieri durante la degenza, anche attraverso il coinvolgimento del team delle cure infermieristiche specialistiche per orientare verso la dimissione la persona e la sua famiglia, con tutte le informazioni necessarie a gestire la fase di convalescenza ed il ritorno a casa.

A tal fine gli infermieri, contribuiscono alla costruzione dell'agenda di dimissione, producendo materiale informativo illustrato, opuscoli, libretti e predisponendo video-tutorial, che permettono alla persona di tornare a casa in sicurezza in relazione ai propri bisogni e alle proprie risorse.

**OBIETTIVO GENERALE**

Implementare un modello di accertamento infermieristico per la presa in cura globale della persona e la pianificazione proattiva della sua dimissione

**OBIETTIVI SPECIFICI**

Precoce identificazione e valutazione globale dei bisogni della persona

Formulazione di per-alert alle strutture e funzioni di trasitional care aziendale

Coprogettazione dei percorsi di autocura con la persona e la famiglia

Produzione di materiali informativi per specifici bisogni dei paziente

**RISULTATI ATTESI**

Riduzione delle giornate di degenza

Riduzione delle ri-ammissioni in ospedale a breve termine

Attivazione di percorsi di care management e di autocura per il paziente e la famiglia

**CONCLUSIONI**

Uno degli obiettivi principali dell'accertamento infermieristico è la presa in carico globale e precoce della persona e della sua famiglia per rilevare in maniera proattiva, sia i bisogni di cura nel periodo di degenza, sia quelli potenzialmente capaci di condizionare il tipo di dimissione e il ritorno a casa.

Il modello di Marjory Gordon, insieme ad altri score di rischio, si sono dimostrati di rapida e facile compilazione, consentendo un inquadramento globale del paziente e dei suoi bisogni non solo per l'individuazione precoce del rischio di dimissione complessa, ma anche per la personalizzazione dell'assistenza e per l'attivazione proattiva di percorsi di autocura, volti a ottenere una partecipazione più consapevole e quindi più responsabile del paziente nella gestione della propria patologia e dei processi di autocura.

Il progetto è alla fase di avvio con progressivo coinvolgimento delle unità operative nell'adozione dell'accertamento infermieristico secondo il modello di Marjory Gordon.

Una prima valutazione dei risultati verrà effettuata a 6 mesi dallo start up.

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI**

Infermieri

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

6 mesi

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?**

Cartella clinica informatizzata con sezione accertamento infermieristico/indici di rischio, sistema alert con invio automatico di mail alla COT-H

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?**

Al momento non sono presenti integrazioni di software con altri servizi

**SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?**

Al momento non richieste integrazioni di apparecchiature Hardware

Da **Gen. D. CC Vito FERRARA** Ispettorato Generale della Sanità  
Militare – Ministero della Difesa

## Operazione EOS

# 2

### UNITA' OPERATIVA

Hangar “Butler” presso l'Aeroporto Militare di Pratica di Mare (HUB)

### DIRETTORE

Gen. D. CC Vito FERRARA

### AUTORI E REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
<b>BRIG. GEN. CLAUDIO ZANOTTO</b>	claudiozanotto@gmil.com
<b>D.SSA GIOVANNA GAMBARELLI</b>	gi.gambarelli@sanita.it
<b>TEN. COL. ROSALBA BRADDE</b>	csez.formazione@igesan.difesa.it



Figura 1. Il Team

### ABSTRACT

Nell'ambito della pandemia SARS-COV-2 il Comando di Vertice Interforze della Difesa (COVI), su richiesta della Struttura Commissariale, ha pianificato e implementato l'Operazione EOS. A tale scopo è stato schierato un dispositivo composto di 11 aerei, 73 elicotteri e 322 mezzi<sup>1</sup> ed individuato un deposito nazionale vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2. L'ordinanza 1/2021 datata 4 gennaio 2021 del Commissario Straordinario per l'Emergenza ha individuato tale deposito presso l'Aeroporto militare di Pratica di Mare (RM)- Hangar “Butler” (denominato Hub) e ha definito le competenze del Ministero Salute e del Ministero Difesa. Il Ministero Salute nomina un dirigente farmacista responsabile, dal punto di vista tecnico sanitario, dell'applicazione delle buone pratiche e delle corrette modalità di conferimento, conservazione e rilascio dei vaccini presso il deposito nazionale individuato, coadiuvato da ulteriori tre farmacisti, il Ministero Difesa impiega mezzi e uomini per l'esecuzione dell'operazione. A tale scopo sono stati nominati Ufficiali farmacisti della Difesa che con il Responsabile Tecnico Sanitario del Ministero della Salute hanno coordinato le attività di “amalgama” dei team della Difesa operativi presso l'Hub e realizzato la movimentazione, conservazione, stoccaggio dei vaccini anti Covid-19 in favore della popolazione nazionale.

L'Operazione EOS ha determinato la collaborazione di diversi Dicasteri e Enti Istituzionali: la struttura Commissariale, in stretto contatto con le regioni e con le Aziende farmaceutiche, ha definito il piano di distribuzione alle regioni che, assegnato ai Ministeri Salute e Difesa è stato realizzato in collaborazione con Poste Italiane (responsabili IT), con il subject matter expert in materia di catena del freddo (Direttore Tecnico Operativo) e il Ministero Interni (responsabile della sicurezza dei trasporti).

I vaccini, a seconda della tipologia (nel rispetto dei relativi RCP<sup>2</sup>), sono stati conservati in container refrigerati a -20°C (J&J, Moderna), a +5°C (ChAdOx1-S poi denominato Vaxzevria, Nuvavax) e a -80°C in particolari ultracongelatori (Pfizer/BioNTech) e distribuiti alle regioni allestiti in confezioni termicamente isolate contenenti piastre a “scambio di fase”<sup>3</sup> o ghiaccio secco (quest'ultimo nel caso di Pfizer/BioNTech).

Una serie di difficoltà sono state affrontate durante tali attività:

- Diverse condizioni di stoccaggio per le varie tipologie di vaccino gestito;
- Incremento delle quantità di vaccino da stoccare determinato dalla saturazione dei punti vaccinali dislocati sul territorio,
- Incremento del materiale di imballaggio necessario per il trasporto (confezioni iso-termiche, piastre costituite da materiale in passaggio di fase, pluriball, ecc.);
- Gestione del ghiaccio secco;
- Cambiamenti nel packaging dei vaccini che hanno determinato modifiche nei volumi da distribuire con conseguente assestamento del piano dei mezzi di trasporto;
- Modifiche dei codici identificativi/denominazioni/RCP del farmaco con connesse variazioni al sistema informativo di gestione.

Tali criticità sono state gestite e definite nell'ambito della “procedura operativa della gestione del vaccino Covid-19: ricevimento, conservazione e uscita”(Figura 2), concordata e approvata con il Direttore Tecnico Sanitario.

<sup>1</sup> [https://www.difesa.it/SMD\\_/Avvenimenti/Operazione\\_EOS/Pagine/default.aspx](https://www.difesa.it/SMD_/Avvenimenti/Operazione_EOS/Pagine/default.aspx)

<sup>2</sup> Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto

<sup>3</sup> Piastre di materiale in grado di mantenere per un numero di ore definite la temperatura a -20°C (Green Ice) o a +5°C (Blu Ice) a seconda delle condizioni di conservazione previste per il vaccino trasportato. Le confezioni termicamente isolate contenenti tali piastre sono dette Dryce.

Figura 2

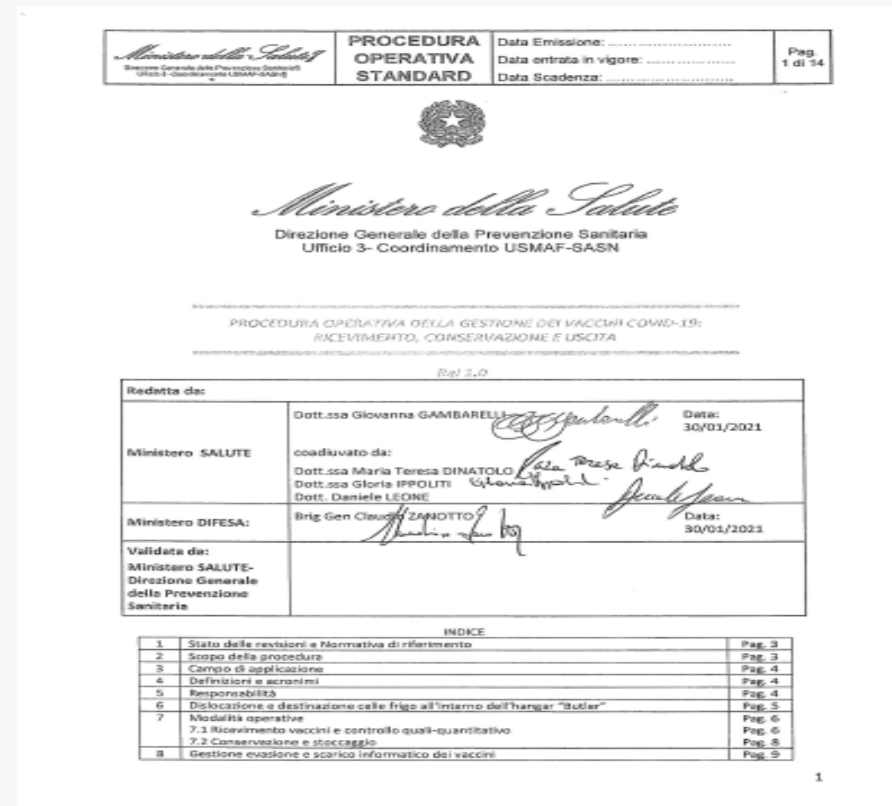


Figura 3. Linea di lavorazione durante l'allestimento delle Dryce



**OBIETTIVO GENERALE**

L'operazione EOS ha l'obiettivo, attraverso una gestione centralizzata presso l'Hub di PdM (Ordinanza 1/2021 del Commissario Straordinario per l'Emergenza) di rendere disponibile, tempestivamente, in favore della popolazione il vaccino Covid-19, garantendone la qualità tecnico-farmaceutica.

**OBIETTIVI SPECIFICI**

- Garantire la qualità tecnico farmaceutica del vaccino, ricevuto dall'Azienda non completamente "finito" (confezioni di circa 100 dosi in flaconcini multidose);
- Garantire la catena del freddo per ciascuna tipologia di vaccino stoccato presso l'Hub attraverso la corretta applicazione delle procedure da parte di ciascun componente del team e la validazione dei sistemi di refrigerazione degli shelter, dei frigoriferi e delle unità mobili di refrigerazione da parte del Direttore Tecnico Operativo;
- Ridurre i tempi impiegati per il confezionamento del vaccino in contenitori isotermitici, allestiti con piastre costituite da materiale in passaggio di fase, destinati alla distribuzione verso le regioni;
- Ridurre i tempi di permanenza del vaccino presso l'Hub per consentire alle regioni di impiegare il farmaco nell'intero periodo di validità dello stesso;
- Ridurre la perdita di farmaco (rottura fiale, scadenza) attraverso la standardizzazione delle operazioni di movimentazione, conservazione e stoccaggio e applicando la regola "First Expired-First Out" (FE-FO);
- Ottimizzare gli spazi per la conservazione del vaccino e delle piastre a scambio di fase mantenendo la disponibilità dei frigo di back-up in caso di malfunzionamenti;
- Incrementare le linee di allestimento dei contenitori termo-isolati con i vaccini per la distribuzione ottimizzando l'organizzazione del team;
- Formare/Addestrare il personale, secondo la procedura operativa definita con il direttore tecnico sanitario, all'impiego di tutti i dispositivi previsti, es. palmare, wireless per il tracciamento del vaccino e del materiale di imballaggio e alle norme di buona distribuzione sotto la supervisione dei farmacisti.



Figura 4. Allestimento della Dryce: il Box contenente i vaccini viene posizionata in un contenitore termostato con piastre a scambio di fase (Blu o Green Ice).

**RISULTATI ATTESI**

All'inizio della campagna vaccinale la Struttura Commissariale si propone di raggiungere 500.000 somministrazioni al giorno su base nazionale (triplicando i numeri ottenuti nel primo mese), completando la vaccinazione di almeno l'80% della popolazione entro il mese di settembre 2021.

Entro la fine di giugno 2021 era previsto l'arrivo di 52 milioni di dosi, mentre ulteriori 84 milioni previsti prima dell'autunno.

I due pilastri per condurre una rapida campagna sono rappresentati dalla distribuzione efficace e puntuale dei vaccini e l'incremento delle somministrazioni giornaliere.

L'ottimale gestione del vaccino presso l'Hub richiede una permanenza minima nei container refrigerati: esclusivamente il tempo necessario per l'allestimento delle confezioni isotermitiche, processo da concludere nell'arco delle 8 ore lavorative.

Inoltre, il vaccino anti Covid-19 commercializzato, a causa dei tempi ristretti di produzione dovuti all'emergenza, non è un prodotto finito, ovvero le confezioni contengono flaconcini multidose con circa 100 dosi totali. La sfida da affrontare riguarda la generazione di un prodotto finito, assolutamente idoneo sotto il profilo tecnico farmaceutico, in particolare rispetto alle aree operative. Le fasi sono, quindi, quelle riportate di seguito: invio e consegna da parte dell'Azienda, ricevimento e controllo con registrazione, conservazione, stoccaggio, allestimento e smistamento vaccini, ritiro del vaccino distribuito ed eventuali operazioni di reso, scaduti.

**CONCLUSIONI**

Nel mese di ottobre 2021 43.215.224 di persone, circa l'80% della popolazione over 12, ha completato il ciclo vaccinale, come stabilito inizialmente dal Commissario.

In conclusione, presso l'Hub, sono stati allestiti: Spikevax prodotto da Moderna approvato il 6 gennaio 2021; dal 29 gennaio 2021 ChAdOx1-S, poi denominato Vaxzevria, sviluppato da AstraZeneca; dall'11 marzo 2021 il vaccino prodotto da Janssen del gruppo J&J e dal 27 dicembre 2021 Nuvaxovid prodotto da Novavax.

Inoltre, sono stati stoccati e distribuiti i farmaci antivirali dal 4 gennaio 2022 Molnupiravir (Lagevrio) della Merck Sharp & Dohme e dal 27 gennaio 2022 Paxlovid prodotto da Pfizer.

I progressi sono stati raggiunti in pochi mesi: inizialmente sono state allestite all'incirca alcune centinaia di dosi di vaccino, tramite un'unica linea di lavorazione, successivamente sono state allestite più di due milioni e mezzo di dosi al giorno.

Durante il picco di intensità della pandemia i tempi di stoccaggio dei vaccini non superavano le 24 ore, nonostante la ricezione del farmaco avvenisse abitualmente nel fine settimana, nel rispetto di contratti centralizzati siglati da Enti sovranazionali e da scelte nazionali.

Il raggiungimento dell'obiettivo è stato realizzato grazie al perfetto coordinamento del team all'interno dell'Hub e alla stretta collaborazione instaurata con i farmacisti ospedalieri attivi sul territorio e sempre disponibili.

La creazione di una infrastruttura idonea a garantire le condizioni ottimali di conservazione dei vaccini, la corretta gestione in termini quali-quantitativi e la generazione di un "prodotto finito" idoneo sotto il profilo tecnico-farmaceutico non erano scontati in fase iniziale, in particolare considerate le condizioni critiche e diversificate in termini di catena del freddo.

La soluzione scelta per la gestione dei vaccini antiCovid-19, valorizzando un sistema logistico esistente in grado di avvalersi delle funzioni di Comando, Coordinamento, Comunicazione e Controllo, ha colmato alcune criticità quali la frammentazione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e la mancanza di un supporto informatico centralizzato e di un'Anagrafe Vaccinale Nazionale (AVN).

L'identificazione di figure tecniche qualificate e la collaborazione Interministeriale e Interistituzionale (Ministero Salute, Difesa, MUR, Poste Italiane, Ministero Interno) hanno consentito una gestione efficace, efficiente, dinamica e produttiva.

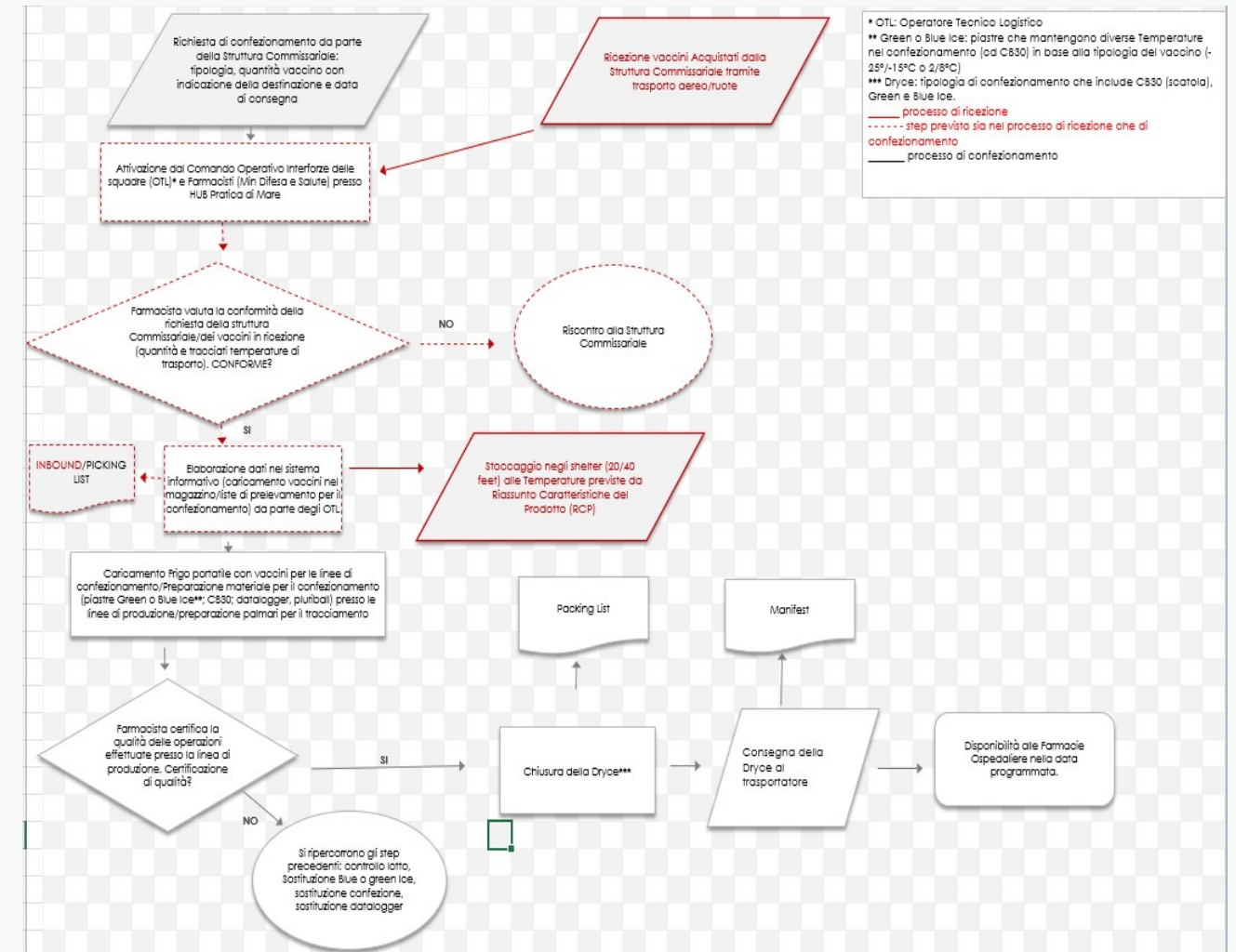


Figura.4: Flowchart Hub vaccini: attività di ricezione, confezionamento e distribuzione.

**Documentazione prodotta:**

- **Inbound List:** Lista del vaccino da prendere in carico;
- **Picking list:** Lista di distribuzione del vaccino;
- **Packing List:** Foglio di lavoro nell'allestimento delle Dryce;
- **Manifest:** Documento di accompagnamento delle Dryce con indicazione della destinazione finale;

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI**

Le figure tecniche coinvolte sono le seguenti:

- Direttore Tecnico Sanitario dell'Hub: dirigente farmacista del Ministero Salute responsabile dal punto di



vista tecnico sanitario dell'applicazione delle buone pratiche e delle corrette modalità di conferimento, conservazione e rilascio dei vaccini presso l'Hub nazionale;

- Direttore Tecnico Operativo dell'Hub: funzione affidata ad un Ufficiale superiore<sup>4</sup> della Riserva selezionata dell'Esercito, ingegnere e professore ordinario di Tecnica del Freddo presso l'Università di Salerno (MUR);
- 3 Dirigenti Farmacisti del Ministero Salute che coadiuvano il Direttore Tecnico Sanitario;
- Ufficiale farmacista Supervisore della Difesa (SFD) (Min Difesa);
- Ufficiale farmacista di collegamento (Min.Dif);
- Comandante di Plotone (CPT): Ufficiale coordinatore sanitario (Min. Dif.);
- Circa 10 Operatori Tecnico Logistici (OTL)/ Circa 6 Frigoristi (Min. Dif.);
- Operatore Amministrativo (Nucleo Air Terminal Operational Center - ATOC) per la ricezione/spedizione dei colli, carico/scarico vaccini sul software gestionale di Poste/SDA con competenze informatiche relative alla logistica e alle spedizioni "Tracking and tracing system" e preparazione della "lettera di vettura" (Min. Dif).

### TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Dal gennaio 2021 fino ad aprile 2022 è stato mantenuto l'assetto completo del team presso l'Hub, progressivamente ridotto in considerazione delle diminuite esigenze nazionali.

### INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Dalla ricezione del vaccino tutte le operazioni sono state registrate, è possibile ricostruire ciascuna attività svolta correlandola all'operatore, alle condizioni ambientali o del container dove ha avuto luogo.

Per ottimizzare la rigenerazione rapida delle piastre a passaggio di fase, determinando un incremento della distribuzione dei vaccini, sono stati adottati abbattitori di temperatura ad azoto liquido per i quali si è reso necessario l'allestimento di appositi silos di stoccaggio in conformità con la normativa vigente.

Nell'ottica dell'ottimizzazione dei materiali di imballaggio è stato previsto il rientro delle piastre presso l'Hub dai punti di stoccaggio regionale, per il reimpiego.

Terminata la fase di picco intenso della infezione sono intervenute nuove condizioni: il calo dell'intensità della pandemia, la stagionalità, la decisione di stoccare anche il vaccino Pfizer/BionNTech presso l'Hub, che hanno rappresentato ulteriori sfide da affrontare, guidando la rimodulazione dell'Hub al fine di incrementare la capacità di stoccaggio e ottimizzare le procedure.

### SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?

La Struttura Commissariale ha reso disponibile un Warehouse Management System (WMS), un sistema in grado di supportare e guidare gli operatori militari e civili nell'esecuzione delle operazioni logistiche necessarie alla lavorazione dei vaccini all'interno dell'Hub stesso, tramite l'impiego di postazioni informatiche e palmari wireless.

<sup>4</sup> Dal grado di maggiore

Il sistema logistico di Poste Italiane, oltre a supportare le operazioni all'interno dell'Hub fornisce ulteriori due sistemi di reportistica:

- Uno interno per verificare il posizionamento dei vaccini all'interno degli shelter frigoriferi;
- Uno integrato che permette la visualizzazione delle dosi di vaccino inviate sul territorio nazionale.

### SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?

Il Sistema gestionale fornito da Poste consente il tracciamento del farmaco fino al punto vaccinale. Tale sistema è stato integrato con quello di registrazione delle dosi somministrate presso i presidi vaccinali.

Il sistema consente l'associazione delle informazioni relative al lotto e alla tipologia del vaccino con il paziente, transitando nella cartella clinica del paziente.

### SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?

Palmari, rete wireless, postazioni di lavoro previsti in base al carico di lavoro e al personale impiegato.

# Sistema Informativo Sanitario dell'Amministrazione Difesa (SISAD)

# 3

## UNITA' OPERATIVA

Board of Governance del Sistema Informativo Sanitario dell'Amministrazione Difesa (SISAD)

## DIRETTORE

Gen. D. CC Vito FERRARA

## AUTORI E REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL
COL. ALBERTO AUTORE	(PRESIDENTE DEL BOARD OF GOVERNANCE SISAD)	osservatorio@igesan.difesa.it
TEN. COL. ROSALBA BRADDE		csez.formazione@igesan.difesa.it

## ABSTRACT

Lo strumento informatico a supporto dei processi della Sanità Militare<sup>1</sup> è il Sistema Informativo Sanitario dell'Amministrazione Difesa (SISAD).

Tale progetto, in via di realizzazione, è dettato dall'esigenza di disporre di una banca dati idonea, ai sensi della normativa vigente, a raccogliere tutti gli eventi del percorso sanitario del dipendente che consenta agli organi sanitari di vertice di monitorare e analizzare le informazioni provenienti dalle strutture sanitarie.

Tale Sistema consente alle diverse articolazioni sanitarie della Difesa, dislocate sul territorio nazionale, di impiegare moduli informatici con diverse caratteristiche:

- il modulo GDSI (Gestione Dati Sanitari Infermerie) impiegato presso le Infermerie di Corpo (e, in prospettiva anche in OFCN<sup>2</sup>) responsabili della gestione del dato sanitario relativo all'arruolamento, al mantenimento dell'idoneità al servizio e all'approntamento per le missioni;
- il modulo CMO (Commissione Medico Ospedaliera) impiegato per le attività svolte presso i Dipartimenti Militari di Medicina Legale, responsabili delle pratiche medico-legali;
- il modulo IMAS (Istituto Medicina AeroSpaziale) previsto presso l'Istituto di Medicina Aerospaziale deputato, fra l'altro, allo svolgimento delle idoneità al volo dei piloti;
- il modulo Celio previsto presso il Policlinico Militare per le attività ospedaliere;

1 Include Esercito, Marina Militare, Aeronautica, Arma dei Carabinieri (figura 1)  
 2 Operazioni fuori dai confini nazionali

- il modulo di Medicina del lavoro, previsto per i medici competenti ai sensi del D. lgs. 81/2008.

Inoltre, l'architettura del SISAD prevede la realizzazione di:

- una Banca Dati Sanitari Centrale (BDSC) che raccoglie tutti i dati inseriti dalle articolazioni sanitarie periferiche attraverso i suddetti moduli;
- il modulo di analisi statistica per l'elaborazione di dati in forma aggregata per le analisi e le valutazioni degli organi centrali della Sanità militare;
- il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), elemento di interoperabilità con la sanità pubblica collegata alla BDSC.

Il progetto di digitalizzazione della Difesa è guidato da un Board of Governance, supportato da Tavoli Tecnici esperti nelle specifiche materie, che detta una strategia comune per tutte le Forze Armate/Arma CC.

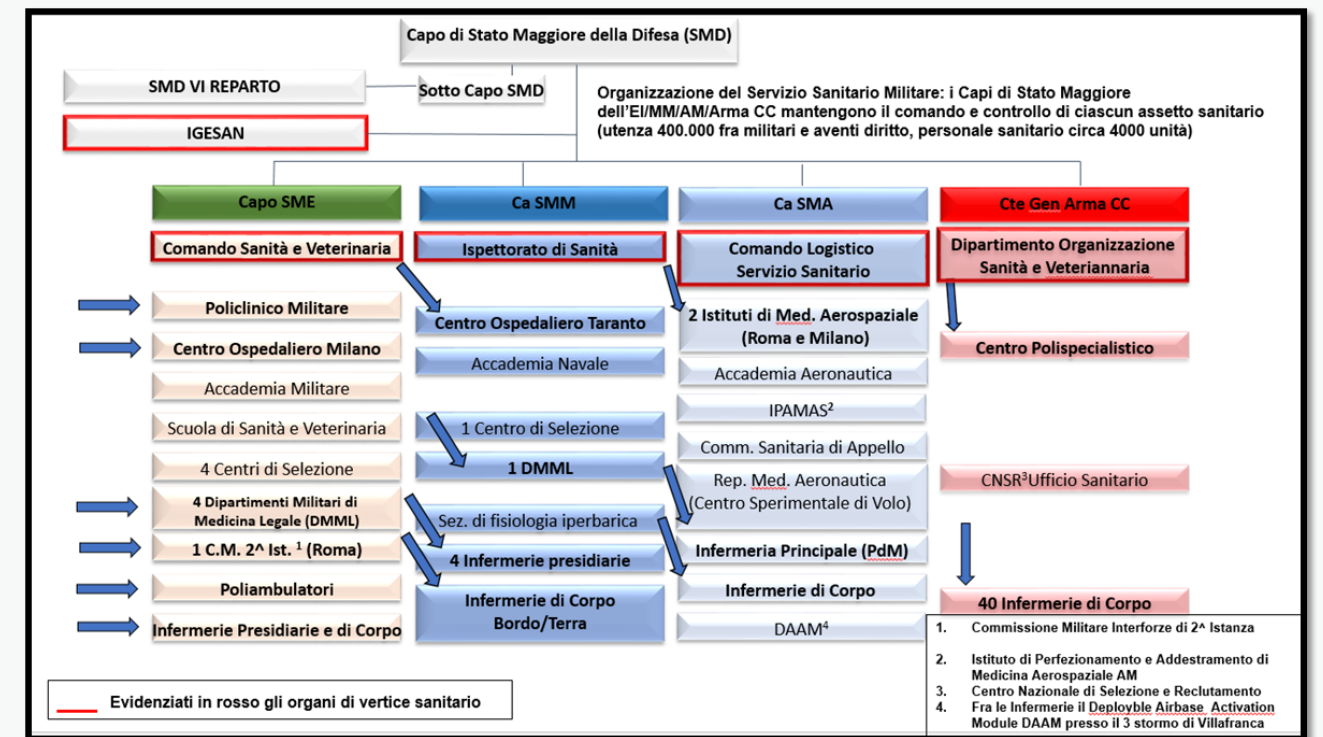


Figura 1. Organizzazione del Sistema Sanitario Militare (SSM). Il Capo di Stato Maggiore dell'Esercito (Capo SME), il Capo di Stato Maggiore della Marina (Ca SMM), il Capo di Stato Maggiore dell'Aeronautica (Ca SMA) e il Comandante Generale dell'Arma dei Carabinieri (Cte Gen Arma CC) mantengono il comando e controllo delle articolazioni sanitarie. Gli assetti coinvolti nel processo di digitalizzazione sono indicati dalle frecce.

## OBIETTIVO GENERALE

Realizzazione di una BDSC della Difesa integrata, tramite il FSE, al Servizio sanitario nazionale (SSN) che consenta:

- al dipendente di avere la propria storia clinica aggiornata presso tutte le strutture sanitarie nazionali;
- agli organi di vertice sanitario di monitorare e analizzare le informazioni ritenute di interesse.

## OBIETTIVI SPECIFICI

- promuovere la cultura della digitalizzazione attraverso corsi di informazione/formazione in favore del personale impiegato per le esigenze del Servizio Sanitario militare;
- elaborare linee guida e regole tecniche in materia di omogeneità di classificazione delle terminologie, codifiche, procedure e standard volte a garantire la piena interoperabilità e uniformità rispetto ai sistemi informativi in uso alla PA e alle regioni, anche in prospettiva europea/NATO;
- promuovere e verificare l'utilizzo del sistema informativo da parte delle Forze Armate/Arma CC analizzando eventuali limiti e proponendo soluzioni innovative;
- valutare e armonizzare le esigenze rappresentate dalle singole Forze Armate/Arma CC al fine di implementare in maniera uniforme il sistema evitando il forking;
- proporre e implementare funzionalità standardizzate rispondenti alle esigenze della Sanità militare ai sensi della normativa vigente;
- avvalersi della collaborazione multi professionale al fine di realizzare un sistema interdisciplinare;
- definire le esigenze funzionali sanitarie e, in concomitanza, gli aspetti tecnico-informatici adeguati;
- sviluppare sistemi di monitoraggio e strumenti per l'analisi integrata e la ricerca dei flussi informativi sanitari.

## RISULTATI ATTESI

- Semplificazione del lavoro;
- Standardizzazione delle procedure tra le Forze Armate/Arma CC e maggiore interoperabilità;
- Trasparenza delle attività svolte in ambito sanitario militare, nel rispetto dei rispettivi con di visibilità<sup>3</sup> delle Forze Armate/Arma CC;
- Ottimizzazione delle risorse investite: la condivisione di visite specialistiche/analisi strumentali/cliniche non determina la ripetizione delle stesse nell'ambito di diverse strutture sanitarie militari/civili;
- Minori errori terapeutici: analisi approfondita e completa dello stato di salute del paziente;
- Individuazione tempestiva dei rischi nell' ambiente lavorativo: consentendo il monitoraggio dello stato di salute dei lavoratori in base ai rischi e l'introduzione delle misure di prevenzione per evitare infortuni e malattie sul lavoro;
- Sviluppo della componente autonoma, nell'esercizio della professione sanitaria ai sensi della normativa vigente, dell'operatore sanitario attraverso l'elaborazione di algoritmi di supporto decisionale descritti in base all'analisi dei dati raccolti;
- Analisi efficace epidemiologica che consente valutazioni predittive e preventive rispetto a eventuali future epidemie/pandemie.

<sup>3</sup> Definiti nell'ambito della Titolarità del trattamento del dato nel rispetto della normativa vigente

## CONCLUSIONI

La digitalizzazione della sanità è un processo che ha subito una forte accelerazione, in generale, durante la pandemia. Tale progresso, anche in ambito Difesa, ha consentito un miglioramento dell'accessibilità ai servizi sanitari, ad es., tramite le visite per delega nell'ambito della medicina legale militare, è stato possibile evitare inutili trasferimenti dei pazienti da regione a regione.

Le Forze Armate/Arma CC sono caratterizzate da peculiarità connesse con i diversi compiti, competenze e capacità che le abilitano a condurre operazioni nei diversi domini di riferimento (terra, mare, aria). Tali caratteristiche rendono complessa la realizzazione di un sistema informativo unico e standardizzato. In tale contesto, contraddistinto da forze centrifughe che spingono verso la personalizzazione del sistema, il Board guida il processo di informatizzazione sanitaria e interviene armonizzando le richieste e progettando un sistema unitario che risponda alle diverse esigenze.

Il processo di digitalizzazione sarà completo quando i moduli entreranno in esercizio presso tutte le strutture del Servizio Sanitario Militare e il FSE della Difesa sarà collegato con il SSN.

Inoltre, tale processo, si deve affiancare a quello realizzato sul territorio nazionale che risulta frammentato nelle diverse realtà regionali: per tale motivo sarà necessario sottoscrivere accordi con ciascuna regione/provincia autonoma per consentire la condivisione delle informazioni. Tra le criticità da considerare esiste quella della regione di appartenenza del militare, in quanto la regione di residenza può non corrispondere a quella di servizio anche in relazione a possibili trasferimenti. Nel corso della pandemia per gestire il personale militare, la Difesa era stata censita come la 21 regione e questo medesimo approccio potrebbe essere considerato per favorire il dialogo tra Servizi sanitari regionali e Servizio sanitario militare.

In conclusione il monitoraggio epidemiologico efficace sarà possibile attraverso l'analisi tempestiva e completa di tutti i dati, consentendo l'identificazione precoce dei rischi sanitari e la conseguente implementazione di misure efficaci anche per la mitigazione dell'impatto di eventuali epidemie/pandemie sulla salute pubblica.

In prospettiva si ritiene necessario che tutte le PA condividano le informazioni di competenza realizzando un quadro generale e completo: la prevenzione delle pandemie richiede un approccio olistico che coinvolga la sorveglianza sanitaria nazionale, globale, la collaborazione internazionale/NATO garantendo, infine, un sistema di risposta rapida e coordinata civile-militare<sup>4</sup>.

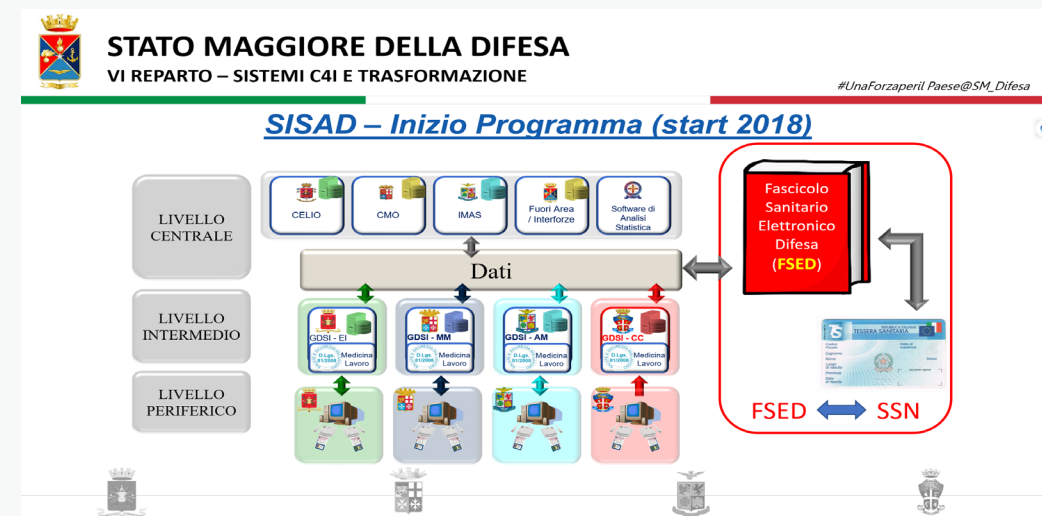


Figura 2. Architettura del SISAD. I moduli descritti in alto (da sx a dx): Celio; CMO; IMAS; Infermerie Fuori Area/Interforze; Software di analisi statistica prevedono un'installazione centrale. Il GDSI è installato presso ciascuna Forza Armata/Arma CC. I singoli moduli riversano i dati verso la BDSC e si integrano attraverso il FSE della Difesa con il SSN.

<sup>4</sup> National civil-military health collaboration framework for strengthening health emergency preparedness: WHO guidance document

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI**

Il Board of Governance prevede la partecipazione dei rappresentanti sanitari (medici/infermieri/farmacisti) e dei reparti IT (ingegneri/informatici) di ciascuna Forza Armata/Arma CC.

Nell'ambito dei Tavoli Tecnici che supportano il Board per ciascuna materia specifica partecipano esperti sanitari (medici/infermieri/farmacisti).

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

Il piano di sviluppo del SISAD segue una road-map, attualmente in fase di implementazione, che consentirà di fruire di tutte le capacità dei moduli del sistema. In particolare:

- il modulo CMO dal mese di giugno 2019 è stato avviato operativamente presso i suddetti Dipartimenti Militari e, per rispondere alle esigenze di evoluzione dei sistemi, sono state assicurate risorse per gli eventuali ulteriori interventi chiesti dagli utilizzatori ed approvati nell'ambito del Board;
- dal mese di giugno 2023 il modulo GDSI, reingegnerizzato a causa della sua vetustà, dopo una fase sperimentale, è stato avviato, in esercizio, presso alcune Infermerie indicate dalle Forze Armate/Arma CC;
- il modulo IMAS, anch'esso reingegnerizzato, terminata la fase di sperimentazione, sarà avviato in fase di esercizio nel c.a.;
- è stato avviato il progetto di digitalizzazione del policlinico militare che prevede il rinnovamento dell'intera infrastruttura del nosocomio nonché lo sviluppo di evolutive e correttivi secondo i feedback degli utilizzatori;
- è stata avviata una valutazione di moduli per la medicina del lavoro in base al principio del riuso nella PA.

Per completare il progetto sarà necessario finalizzare il modulo di analisi statistica e implementare l'estrazione dalla BDSC dei dati utili alla realizzazione del FSE.

Considerate le tempistiche necessarie per la sottoscrizione di specifici protocolli di intesa con le sanità regionali indispensabili ai fini dell'integrazione con i servizi regionali, si ritiene plausibile ipotizzare che entro il 2025 il percorso di digitalizzazione della sanità militare sarà completo.

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE**

Il progetto ha richiesto un ammodernamento delle dotazioni hardware disponibili presso le strutture sanitarie e un coordinamento continuo fra SMD VI Reparto e sede del Responsabile per la Transizione Digitale della Difesa (competenza IT) e IGESAN (competenza sanitaria).

Un ostacolo al processo di trasformazione digitale è rappresentato dalla resistenza al cambiamento dei professionisti sanitari, che può essere facilmente superata attraverso la promozione della cultura della digitalizzazione, intervenendo già nell'ambito dei corsi di laurea.

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?**

SI

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?**

L'integrazione del FSE consentirà lo scambio di informazioni sanitarie fra le Regioni, Province Autonome e la Sanità Militare.

**SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE**

SI

Da **Dott.ssa Antonella Leto** Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma

## Patologia Cerebrovascolare Acuta: Gestione del Paziente in Stroke Unit

# 4

### UNITA' OPERATIVA

DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE

### DIRETTORE

DOTT.SSA ANTONELLA LETO

### REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
ELEONORA BRUNO	ebruno@hsangiovanni.roma.it

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
LETO ANTONELLA	aletto@hsangiovanni.roma.it
MINNETTI ANDREA	aminnetti@hsangiovanni.roma.it
SFERRAZZA SILVIA	ssferrazza@hsangiovanni.roma.it
BRUNO ELEONORA	bruno@hsangiovanni.roma.it

### ABSTRACT

#### Introduzione

L'ictus è una patologia caratterizzata dall'improvviso e rapido sviluppo di sintomi e segni riferibili a deficit focali delle funzioni cerebrali senza altra causa apparente se non quella vascolare; rappresenta una delle patologie più frequenti, terza causa di morte e prima causa di disabilità in Italia. L'assistenza prestata nelle 48 ore post evento è determinante per il recupero dello stato di salute del paziente, la riduzione dei rischi di complicanze, ottimizzare la gestione dei pazienti colpiti da ictus ischemico acuto migliorando la qualità del trattamento, la standardizzazione delle tecniche, dell'assistenza, dei modelli organizzativi, della comunicazione con il paziente ed i suoi famigliari è un obiettivo prioritario per la sicurezza delle cure.

#### Metodologia

Nel mese di maggio dell'anno 2022, abbiamo avviato un percorso formativo, 3 edizioni accreditato ECM. Target di riferimento Infermieri, Clinici, Fisioterapisti coinvolti nel percorso ICTUS della nostra AO. Nel corpo docente abbiamo coinvolto Colleghi delle UOC di neurologia con UTN degli Ospedali di Lecce ed Avezzano, la collega in servizio presso la Regione Lazio con incarico di PO per la Medicina Trasfusionale, Malattie Rare e Assistenza Sanitaria all'Estero, Patologie Neurologiche – Neurovegetative, CCRIL.

Obiettivi Formativi : La modifica dell'attuale modello organizzativo assistenziale, l'adozione di check standardizzate raccomandate dalle letteratura per il controllo nelle 48/72 ore post – ICTUS di Febbre, Glicemia, Disfagia (FeSS: Fever, Sugar, Swallow) per la rilevazione precoce di complicanze ed eventi avversi. L'adozione di protocolli per la riabilitazione precoce del paziente.

#### Risultati

##### Partecipanti al percorso formativo:

PIATTAFORMA/UO	PERSONALE FORMATO
Medicina Urgenza e pronto Soccorso	11
Cardiologia urgenza con unità coronarica	5
Centro Rianimazione	5
Terapia Intensiva Post Chirurgica	2
Medicina Interna Alta Intensità di Cura	5
Radiologia Vascolare	4
Long alta specialità, Neurologia e UTN	15

I risultati attesi dal piano di formazione sono stati:

Lo sviluppo di una rete di professionisti attivi nel percorso ICTUS. La diffusione di una cultura condivisa per la prevenzione e la cura

La migliore gestione complessiva del paziente con ictus in accordo con le linee guida nazionali ed internazionali

La possibilità di monitorare in modo affidabile tutte le fasi del percorso ictus attraverso i flussi informativi

## Conclusioni

Sebbene il tipo di studio non permetta una generalizzazione dei risultati ottenuti, l'implementazione della progettazione dell'assistenza attraverso schede pre-strutturate ha permesso di avviare la valutazione dell'applicabilità della metodologia nella pratica. Un monitoraggio continuo e costante attraverso audit delle cartelle e sul campo consentirà di accrescere negli infermieri la capacità di pensiero diagnostico, aumentando l'appropriatezza e la tipologia di schede utilizzate e migliorandone la compilazione, e la documentazione del processo di assistenza.

## OBIETTIVO GENERALE

Descrivere le attività peculiari da compiersi all'interno dell'UTN, in proseguimento del percorso diagnostico-terapeutico già iniziato in Pronto Soccorso, per assicurare la presa in carico del paziente nel rispetto della sicurezza e qualità delle cure

## OBIETTIVI SPECIFICI

- Uniformare i comportamenti degli operatori sanitari relativamente alla presa in carico dei pazienti affetti da patologia cerebrovascolare
- Revisionare il modello assistenziale esistente
- Assicurare un percorso riabilitativo precoce al fine di ridurre i tempi di degenza e migliorare l'outcome post evento cerebrovascolare

## RISULTATI ATTESI

- L'applicazione della nostra 'I.O. a tutti i pazienti ricoverati in stroke unit con diagnosi di ischemia cerebrale acuta sottoposti a procedure di trombolisi e/o trombectomia o con diagnosi di emorragia cerebrale intraparenchimale o subaracnoidea
- La riduzione dell'incidenza di polmoniti associate ad evento cerebro vascolare (Stroke associated pneumonia) nei pazienti ricoverati in Stroke Unit inclusi nel protocollo / Incidenza di polmoniti associate ad evento cerebro vascolare (Stroke associated pneumonia) presenti in letteratura e Registri Nazionali
- La prevenzione precoce della disabilità

## CONCLUSIONI

Lo studio ha permesso di iniziare a descrivere, nell'ambito dell'implementazione della IO AOSGA, quali siano le check per il controllo ed il monitoraggio da utilizzare prevalentemente nella presa in carico del paziente assegnato. Disporre di schede check pre-strutturate ha consentito di documentare in modo sistematico e sequenziale la metodologia del processo di assistenza. Ha permesso, inoltre, attraverso la documentazione dei problemi assistenziali prevalenti, degli interventi assistenziali e dei risultati dell'assistenza infermieristica, di rendere evidente il processo decisionale che orienta e supporta l'agire pratico e di identificare l'ambito di autonomia e di collaborazione con medico, fisioterapista e logopedista, dell'infermiere.

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermiere, Fisioterapisti, Logopedisti, Neurologo, Otorinolaringoiatra, Dietologo (nutrizionista clinico)

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

	Anno 2022				Anno 2023									
ATTIVITA	Maggio	Giugno	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	luglio	Agosto	Settembre	
Formazione														
Gruppo di lavoro redazione IO														
Implementazione modello assistenziale														
Monitoraggio														
Retraing														

## SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE

Nostro obiettivo inserire le check list di monitoraggio e controllo standardizzate nella nostra cartella informatizzata area diario infermieristico

**Allegato 1**

Monitoraggio Multiparametrico	
NOME PAZIENTE:	COGNOME PAZIENTE:
DATA DI NASCITA:	LETTO:
DATA TROMBOLISI:	ORA TROMBOLISI:
DATA TROMBECTOMIA:	ORA TROMBECTOMIA:
MISURAZIONE ALLA NARICE DEL SONDINO NASO GASTRICO IN SEDE:	

TEMPERATURA			
Valore temperatura	Firma operatore	Valore temperatura	Firma operatore
dopo 6 h		dopo 42 h	
dopo 12 h		dopo 48 h	
dopo 18 h		dopo 54 h	
dopo 24 h		dopo 60 h	
dopo 30 h		dopo 66 h	
dopo 36 h		dopo 72 h	
Temperatura $\geq 37.5^\circ$ trattare con paracetamolo			

GLUCOSIO						
Prelievo ematico per glucosio venoso al momento del ricovero						
	Valore glicemia	U.I. insulina	Firma operatore		Valore glicemia	U.I. insulina
dopo 6 h				dopo 42 h		
dopo 12 h				dopo 48 h		
dopo 18 h				dopo 54 h		
dopo 24 h				dopo 60 h		
dopo 30 h				dopo 66 h		
dopo 36 h				dopo 72 h		
Trattare con insulina su prescrizione medica						
Se glicemia $>180$ ( $>10$ mmol/L) nelle prime 48h, utilizzare lo schema di valutazione oraria nella pagina seguente						

DISFAGIA		
Effettuare test di valutazione della disfagia nelle prime 24 h e prima della somministrazione di cibo, bevande o terapia orale		
Test effettuato il	Grado disfagia	Firma operatore
Test ripetuto il	Grado disfagia	Firma operatore
Test ripetuto il	Grado disfagia	Firma operatore

Programma di fisioterapia precoce per pazienti con patologia cerebrovascolare	
Giorno	Trattamento riabilitativo
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valutazione funzionale motoria e cognitiva:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Reclutamento muscolare</li> <li>Tono muscolare</li> <li>Coordinazione motoria</li> <li>Eminattenzione</li> <li>Sensibilità superficiale e profonda</li> </ul> </li> <li>Valutazione capacità respiratoria</li> <li>Kinesiterapia passiva e attivo/assistita ai quattro arti</li> <li>Stimolazioni e facilitazioni neurosensoriali</li> <li>Allineamento posturale e corretto posizionamento</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kinesiterapia passiva e attivo/assistita ai quattro arti</li> <li>Stimolazioni e facilitazioni neurosensoriali, controllo del tono muscolare</li> <li>Passaggi posturali</li> </ul>
3 ed oltre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si continua il programma come da indicazione del PRI redatto dal medico Fisiatra</li> </ul>

Programma logopedico precoce per pazienti con patologia cerebrovascolare	
Giorno	Intervento sul DEFICIT COGNITIVO: Valutazione e Trattamento Logopedico
1	<b>VALUTAZIONE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Valutazione stato di coscienza</li> <li>Valutazione grado di collaborazione</li> <li>Valutazione inerzia o agitazione psicomotoria</li> <li>Valutazione responsività</li> <li>Valutazione funzioni cognitive</li> <li>Valutazione della intenzionalità comunicativa</li> <li>Valutazione della funzionalità comunicativa</li> </ul>
2	<b>TRATTAMENTO RIABILITATIVO ASPECIFICO MIRATO A</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Stimolare e incoraggiare il paziente alla partecipazione alle attività quotidiane</li> <li>Promuovere strategie di compenso</li> <li>Richiamare l'attenzione del paziente e mantenerla</li> <li>Potenziare livello di consapevolezza e motivazione</li> <li>Recuperare abilità</li> <li>Favorire l'autonomia nella vita quotidiana</li> <li>Educare i familiari all'utilizzo delle modalità più adeguate di gestione della disabilità emergente</li> <li>Favorire il lavoro del team</li> <li>Monitoraggio per la fase post-acuta</li> </ul>

Giorno	Intervento sul DEFICIT COMUNICATIVO: Valutazione e Trattamento Logopedico Afasia e Disartria
1	<p><b>VALUTAZIONE</b></p> <p>Per ciò che concerne la comunicazione nei primi giorni del ricovero - quando la collaborazione del paziente lo consente - viene effettuata una valutazione logopedica clinica del linguaggio attraverso prove di produzione e comprensione verbale, di ripetizione, di comprensione di ordini a difficoltà crescente. Si effettuano inoltre prove di linguaggio automatico e di fluency verbale. L'analisi del linguaggio letto e scritto viene effettuata nei casi in cui il setting lo consente</p>
2	<p><b>TRATTAMENTO RIABILITATIVO ASPECIFICO MIRATO A</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziare livello di consapevolezza e motivazione</li> <li>• Promuovere strategie di compenso</li> <li>• Recuperare abilità</li> <li>• Implementare: il linguaggio, la produzione lessicale e frasale, la semantica e la morfosintassi</li> <li>• Favorire l'autonomia nella vita quotidiana</li> <li>• Educare i familiari all'utilizzo delle modalità comunicative più adeguate</li> <li>• Favorire il lavoro del team</li> <li>• Monitoraggio per la fase post-acuta</li> <li>• Potenziare livello di consapevolezza e motivazione</li> <li>• Monitoraggio per la fase post-acuta</li> </ul>
Giorno	Intervento sul DEFICIT DEGLUTITORIO: Valutazione e Trattamento Logopedico Disfagia
1	<p>Nelle prime 24 ore dall'ictus è raccomandata una tempestiva valutazione del rischio di aspirazione, mediante la somministrazione di un test di screening semplice, di primo livello, quale il test della deglutizione dell'acqua, da parte di personale addestrato, a tutti i pazienti vigili, collaboranti e in grado di mantenere la stazione seduta a letto con appoggio.</p>

## BIBLIOGRAFIA

1. Linea Guida - Terapie di rivascolarizzazione dell'ictus ischemico acuto edizione 2023 - ISA All - Italian Stroke Association - Associazione Italiana Ictus e AINR - Associazione Italiana di Neuroradiologia, in collaborazione con: SIN, SNO, SIRM, SICVE, FADOI, SINSEC.
2. Linea Guida SPREAD VIII edizione 2017. Italian Stroke Association - Associazione Italiana Ictus.
3. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, Biller J, Brown M, Demaerschalk BM, Hoh B, Jauch EC, Kidwell CS, Leslie-Mazwi TM, Ovbiagele B, Scott PA, Sheth KN, Southerland AM, Summers DV, Tirschwell DL. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019 Dec;50(12):e344-e418. doi: 10.1161/STR.0000000000000211. Epub 2019 Oct 30. Erratum in: *Stroke*. 2019 Dec;50(12):e440-e441. PMID: 31662037.
4. Birschel P, Ellul J, Barer D. Progressing stroke: towards an internationally agreed definition. *Cerebrovasc Dis*. 2004;17(2-3):242-52. doi: 10.1159/000076161. Epub 2004 Jan 13. PMID: 14718754.

5. Sandset EC, Anderson CS, Bath PM, Christensen H, Fischer U, G secki D, Lal A, Manning LS, Sacco S, Steiner T, Tsivgoulis G. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on blood pressure management in acute ischaemic stroke and intracerebral haemorrhage. *Eur Stroke J*. 2021 Jun;6(2):II. doi: 10.1177/23969873211026998. Epub 2021 Jun 18. Retraction in: *Eur Stroke J*. 2022 Mar;7(1):NPI. PMID: 34780579; PMCID: PMC8370067.
6. Rodgers ML, Fox E, Abdelhak T, Franker LM, Johnson BJ, Kirchner-Sullivan C, Livesay SL, Marden FA; American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing and the Stroke Council. Care of the Patient With Acute Ischemic Stroke (Endovascular/Intensive Care Unit-Postinterventional Therapy): Update to 2009 Comprehensive Nursing Care Scientific Statement: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*. 2021 May;52(5):e198-e210. doi: 10.1161/STR.0000000000000358. Epub 2021 Mar 11. PMID: 33691467.
7. Middleton S, McElduff P, Ward J, Grimshaw JM, Dale S, D'Este C, Drury P, Griffiths R, Cheung NW, Quinn C, Evans M, Cadilhac D, Levi C; QASC Trialists Group. Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2011 Nov 12;378(9804):1699-706. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61485-2. Epub 2011 Oct 11. PMID: 21996470.
8. Middleton S, Bruch D, Martinez-Garduno C, Dale S, McNamara M. International Uptake of a Proven Intervention to Reduce Death and Dependency in Acute Stroke: A Cross-Sectional Survey Following the QASC Trial. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2017 Dec;14(6):447-454. doi: 10.1111/wvn.12253. Epub 2017 Aug 14. PMID: 28806495.



# Il Metodo SBAR per la Trasmissione delle Informazioni

## 5

### UNITA' OPERATIVA

DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE

(SPOSTARE DOPO "DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA", PRIMA DI "DIRETTORE")

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA

### DIRETTORE

DOSSA ANTONELLA LETO

### REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
LETO ANTONELLA	aleto@hsangiovanni.roma.it

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
LETO ANTONELLA	aleto@hsangiovanni.roma.it
CAGGIANELLI GABRIELE	gcaggianelli@hsangiovanni.roma.it
BRUNO ELEONORA	bruno@hsangiovanni.roma.it

### ABSTRACT

#### Introduzione

Tra gli obiettivi di Budget per l'anno 2022 per il DPS abbiamo anche avuto:

**“Learning by doing per il personale infermieristico check list base per la verifica delle competenze (lettura cartella clinica, comunicazione con i parenti, conservazione farmaci e dispositivi)”.**

Per il raggiungimento di tale obiettivo abbiamo scelto di lavorare sulla comunicazione interna e nel particolare, la trasmissione delle informazioni per la sicurezza delle cure. Con il termine “Handover” si intende la trasmissione di informazioni riguardo una situazione clinica di un paziente, il trasferimento di

responsabilità (anche medico-legali) da un operatore sanitario a un altro. Questo processo in italiano viene comunemente chiamato “passaggio di consegne”. È un processo che si svolge in tempo reale con l'obiettivo di trasmettere le informazioni relative al paziente da un operatore a un altro o tra un gruppo di operatori con l'obiettivo di garantire la continuità e la sicurezza dell'assistenza al paziente.

Nostro intento diffondere nell'interno dell'AO l'utilizzo della metodologia SBAR in modalità scrittura, (acronimo di Situation – Background – Assessment – Recommendation), nella comunicazione tra professionisti durante il passaggio di informazioni scritte sia alla fine del turno, sia nelle comunicazioni in caso di emergenza o di rapido deterioramento dello stato clinico di un paziente.

#### Metodologia

Dopo revisione critica dei lavori pubblicati sulle principali banche dati, Pub Med, Cinhal, e siti quale OMS, Ministero della Salute, abbiamo selezionato degli studi, studiato la metodologia utilizzata da questi ed i risultati raggiunti. Abbiamo Condiviso l'obiettivo con i RIFO delle Piattaforme di degenza dell'AO e presentato la letteratura selezionata, le esperienze pubblicate, la metodologia messa in campo, i risultati raggiunti.

Alla presentazione del progetto ha fatto seguito, la formazione on the job a al personale infermieristico nelle diverse UO partecipanti, simulazione sulle consegne scritte. Successivamente siamo tornati preso visione delle consegne scritte sul Diario Infermieristico, ove necessario rinnovata la formazione e la simulazione. Abbiamo elaborato IO scritta.

Abbiamo elaborato 2 schede: la prima basata su i 14 bisogni della Henderson a titolo esplicativo non esaustivo, la seconda per il monitoraggio con verifica delle consegne scritte nella cartella informatizzata, sezione Diario Infermieristico.

#### Risultati

**Risultato atteso: Check list con verifica a campione competenze su 50% personale**

La Formazione on the Job ha riguardato:

PIATTAFORMA/UO	PERSONALE FORMATO
Medicina Interna	5
Medicina dismetabolica e Geriatria	15
Ortopedia e Traumatologia	17
Cardiologica con UTIC	15
Long Surgery Elezione	12
Ostetricia – Ginecologia – Sala Parto	2
Neonatologia	22
MAR COVID	11
Centro Rianimazione	20
Terapia Intensiva Post Chirurgica	10
Medicina Interna Alta Intensità di Cura	7

Week 1 - 2	13
Pre Dimissione	6

Dall'analisi eseguita prima del nostro intervento nell'88% dei casi il passaggio di consegne handover con:

1. Metodo narrativo
2. Presenti tutte le informazioni
3. No linguaggio standardizzato
4. Orientato alla globalità del paziente

**I nostri primi risultati dall'implementazione della metodologia SBAR**

VARIABILE	% OSSERVAZIONI
SBAR completa ma non in sequenza corretta	15%
SBAR completa ed in sequenza corretta	85%
Bisogni Henderson in sequenza corretta	70%
S	85%
B	85%
A	50%
R	50%

**Conclusioni**

Il metodo SBAR permette di scambiare informazioni fondamentali in modo standardizzato, conciso e schematico, l'ordine dei bisogni fondamentali di Virginia Henderson permette di dare con criterio di priorità e di importanza, le informazioni riguardanti il paziente, iniziando la consegna dalle informazioni essenziali

**OBIETTIVO GENERALE**

- Favorire una comunicazione standardizzata per il passaggio delle informazioni relative ai pazienti da un turno all'altro o da un setting assistenziale ad un altro, per la sicurezza delle cure.

**OBIETTIVI SPECIFICI**

- Comunicare accuratamente le condizioni del paziente e il piano di cura previsto per il ricovero in corso
- Assicurare la completezza delle informazioni e ridurre la probabilità di dati mancanti
- Promuovere il pensiero critico e organizzare le informazioni utili

**RISULTATI ATTESI**

Il miglioramento, la completezza, l'identificazione dei bisogni assistenziali del paziente, con il passaggio nell'Handover dal metodo narrativo alla metodologia standardizzata SBAR

**CONCLUSIONI**

Nel campo dell'assistenza infermieristica, il passaggio corretto e completo delle informazioni consente all'infermiere di identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona e di formulare gli obiettivi di assistenza infermieristica, nonché di pianificare, gestire e valutare gli interventi infermieristici.

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI**

Infermieri, Ostetriche

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

ATTIVITA	Anno 2022				Anno 2023								
	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre
Condivisione obiettivi con RIFO													
Formazione													
Monitoraggio													
Retraining													

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE**

Obiettivi futuri verificare se la metodologia può essere applicata anche nella comunicazione scritta dei Fisioterapisti.

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE**

Nostro obiettivo inserire le check di monitoraggio e controllo nella cartella informatizzata sezione "Diario Infermieristico"

Allegato:



Allegato:

Schema per la redazione della Diaria Infermieristica a titolo esemplificativo e non esaustivo il seguente schema sotto riportato

Variabile		
S Situation	Nome del Paziente	
	Cognome del Paziente	
	Età	
	N° posto letto	
	Diagnosi di ingresso	
	Quando è avvenuto l'ingresso	
B Background	Storia Clinica medico -chirurgica	Patologie pregresse
		Allergie
		Farmaci Assunti
	Interventi Eseguiti	Esami diagnostici
		Trattamenti terapeutici
		Decorso post-trattamneto
	Decorso clinico assistenziale	Paziente stazionario/critico
Aspetti psicosociali e familiari dichiarati, indice scala BRASS		

A Assesment	Respirazione	Stato delle vi aere, tipo di ventilazione, FiO2, SpO2, secrezioni, Dispnea, Tosse
	Emodinamica	Polso, FC, PA, ECG, alterazione esami ematochimici
	Stato neurologico	Glasgow Coma Scale, Linguaggio, Sensi, Udito, Vista; DOLORE : NRS, VAS, PAINAD;
	Nutrizione	Abitudini alimentari (cosa mangia abitualmente pasti e spuntini tipo e quantità); Restrizioni dietetiche; Appetito (normale, aumentato, diminuito, gusto diminuito, nausea , vomito, Altro); Dentizione/ Protesi dentale; valutazione disfagia; Nutrizione Enterale (SNG – PEG), Glicemia, Mucosa orale, Catetere vascolare venoso (periferico, centrale, PICC, PORT)
	Eliminazione	Eliminazione intestinale (stipsi, diarrea, incontinenza, N° evacuazioni, Stomia); Eliminazione urinaria (es. Disuria, Nicturia, Urgenza Urinaria, Ematuria, Ritenzione), Incontinenza, Ausili (CV)
	Mobilizzazione	Scala di CONLEY prevenzione e segnalazione cadute) Attività fisica, Deambulante (con ausili), Mobilità a letto, Posizionamento MAD
	Sonno – riposo	Abitudini, Si sente riposato al risveglio ,Difficoltà ad addormentarsi, Uso di farmaci, Paziente sedato
	Termoregolazione	Monitoraggio Temperatura, Attività per il mantenimento della normotermia
	Cute	Idratata, edemi ( ascite, cianosi, ittero, pallore); Integra, lesioni (sede, medicazioni); lesione da pressione ( stadio, sede) Scala di Braden, Stadiazione delle lesioni da pressione NPUAP/EPUAP
	Stato emotivo	Riferisce ansia/paura/ preoccupazioni sullo stato di salute
R Raccomandation	Piani/Problemi Assistenziali da Attuare	Interventi Infermieristici Interventi diagnostici Trattamenti terapeutici Altro

**BIBLIOGRAFIA**

- Biscaro M., Benetton M., (2014). Il passaggio di consegne tra Emergenza Territoriale e Pronto Soccorso: studio osservazionale con metodo SBAR, *Aniarti*, 31(1): 47.
- Bonds RL., (2018). SBAR Tool Implementation to Advance Communication, Teamwork, and the Perception of Patient Safety Culture. *Creative Nursing* 2018 May 1;24(2):116-123
- Fabbro E., (2014). Metodi a confronto nel passaggio delle consegne: il metodo SBAR. *Soc Medicina Generale Udine*
- Fitzpatrick D, et al., (2018). Critcomms: a national cross-sectional questionnaire based study to investigate prehospital handover practices between ambulance clinicians and specialist prehospital teams in Scotland. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine* 2018 Jun 1;26(1):45
- Grotto E, Benetti B, Sarto I, (2019). Studio osservazionale sul processo di implementazione del metodo SBAR (Situation – Background – Assessment – Recommendation) presso UO di Rianimazione di Rovigo Azienda Ulss 5 polesana. *L'Infermiere*. 58; (3): 1–7
- Meissner A., Hasselhorn HM, Estry-Behar M., Nézet O., Pokorski J., Gould D., 2007). Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses' Early Exit Study, *J Adv Nurs*, 57(5):535-42.
- Moja, E. A., & Poletti, P. (2016). Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. Il Modulo-La comunicazione medico-paziente e tra operatori sanitari. Ministero della Salute. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III.
- Müller M, et al., (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *British Medical Journal* 2018 Aug 23; 8(8)
- Smeulers M., Lucas C., Vermeulen H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients, *Cochrane Database Syst Rev*, 24;(6): 27.
- Rea T, et al., 2018. Effectiveness of the Situation-Background-Assessment-Recommendation

Da **Dott.ssa Lucia Mitello** Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie - A.O. San Camillo Forlanini di Roma

## Infection Control Network: rete multidisciplinare aziendale in azione

6

**DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA**

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

**UNITA' OPERATIVE**

Direzione Sanitaria - UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera – Team ICA  
Responsabile Dott.ssa Cesira Piscioneri

Dipartimento delle Professioni Sanitarie - DIPRO  
Direttore Dott.ssa Lucia Mitello

**REFERENTE DEL PROGETTO**

Dott.ssa Erminia Calandrella

**AUTORI DEL PROGETTO**

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL
<b>DOTT.SSA LUCIA MITELLO</b>	Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie	lmitello@scamilloforlanini.rm.it
<b>DOTT.SSA CESIRA NATALIA PISCIONERI</b>	Responsabile UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera	cpiscioneri@scamilloforlanini.rm.it
<b>DOTT.SSA ERMINIA CALANDRELLA</b>	C.P.S. Infermiera *	ecalandrella@scamilloforlanini.rm.it
<b>DOTT. MASSIMO TERRIBILI</b>	C.P.S. Infermiere *	mterribili@scamilloforlanini.rm.it
<b>DOTT.SSA KATIA BENETAZZO</b>	C.P.S. Infermiera - Dip.Prof.Sanitarie	kbenetazzo@scamilloforlanini.rm.it
<b>DOTT.SSA ANNA RITA MARUCCI</b>	Responsabile P.O. Governo Assistenziale DIPRO	amarucci@scamilloforlanini.rm.it

\* UOSD igiene e Tecnica Ospedaliera

**ABSTRACT**

L'esperienza della pandemia da Covid ha insegnato che l'attivazione di una rete rappresenta la forza delle azioni di prevenzione, di sorveglianza e di controllo, permettendo la realizzazione di attività mirate ad interventi capillari. Partendo da questo presupposto è stato messo in campo un nuovo progetto, che coinvolge tutte le U.O. di degenza e servizi e consta di tre fasi:

1. Costituzione di una rete capillare di operatori esperti nel controllo delle infezioni, medici ed infermieri, in tutte le UU.OO. dell'Azienda, nominata Infection Control Network (ICN);
2. attività formative teorico pratiche multidisciplinare con il Microbiologo, il Risk Manager, l'Infettivologo, il Farmacista e il Team ICA, rivolte sia alle acquisizioni delle recenti LL.GG. sulla sorveglianza attiva CRE ma anche ad aspetti esperenziali riferiti all'analisi e confronti su dei casi clinici;
3. attività formative di tutti i componenti ICN sull'adesione alla corretta manovra dell'igiene delle mani e analisi delle specifiche realtà (Corso Formatori ed Osservatori);
4. monitoraggio a cura degli ICN riguardo a:
  - a. sorveglianza attiva nelle diverse UU.OO.
  - b. analisi della specifica situazione microbiologica,
  - c. identificazione delle criticità organizzative e gestionali, in relazione alle risorse umane e materiali,
  - d. identificazione di specifiche strategie, attraverso incontri multidisciplinari periodici,
  - e. messa in atto di azioni correttive.

**OBIETTIVO GENERALE**

Assicurare un'azione integrata multidisciplinare e multiprofessionale con lo scopo di prevenire, gestire e ridurre tempestivamente la diffusione di microrganismi Alert nell'Azienda, garantendo al paziente un'assistenza di elevata qualità, con conseguente riduzione della percentuale di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

**OBIETTIVI SPECIFICI**

- Formare operatori esperti del controllo delle ICA che rappresenteranno sia un collegamento con Team ICA che un riferimento per gli altri operatori delle UU.OO. di appartenenza.
- uniformare tutte le UU.OO. dell'Azienda all'adesione della procedura della Sorveglianza Attiva per CRE;
- monitorare l'andamento microbiologico sulla presenza di alert nelle UU.OO. aziendali considerando accettabile una diminuzione del 20% delle ICA nel primo anno;
- attivare azioni correttive e successive valutazioni post-intervento;
- ridurre i contenziosi per ICA.

**RISULTATI ATTESI**

Contenimento del tasso di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) in Azienda, con una diminuzione del 20% delle

ICA e conseguente miglioramento della qualità assistenziale.

**CONCLUSIONI**

Il progetto è stato possibile grazie alla collaborazione e sinergia tra diverse Direzioni, la Direzione Sanitaria, la UOSD d'Igiene e il Dipartimento delle Professioni sanitarie, che hanno espresso un forte mandato con conseguente partecipazione di un numero considerevole di professionisti impegnati, in numero di 80 tra medici ed infermieri, dalle diverse UU.OO..

Ciò ha permesso un aggiornamento capillare sul tema del rischi clinico e delle Infezioni Correlate all'assistenza con incremento della motivazione, soddisfazione professionale e personale degli operatori, oltre ad un'outcome della qualità fornita ai pazienti.

Tale attività ha presentato alcune criticità riferite alla standardizzazione del progetto al numero elevato di realtà assistenziali presenti in azienda con le diverse specificità, oltre a ciò, si sono presentate alcune criticità nella rete informatica, che ha svolto un importante sostegno del lavoro di rete facilitando il lavoro di prevenzione, sorveglianza e controllo, ma questo ha richiesto un notevole sforzo di progettazione ancora in essere.

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI**

Le figure professionali coinvolte, oltre i dirigenti medici e i CPSI del ICN, sono:

- Microbiologi,
- Farmacisti,
- Infettivologi,
- Risk Manager

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: crono programma**

Descrizione attività	1° Fase		
Costituzione gruppo ICN	Gennaio-Febbraio		
Progettazione Attività	Marzo-Maggio		
Condivisione attività e contestualizzazione nelle diverse aree assistenziali	Giugno		
Descrizione attività	2° fase		
Applicazione progetto	Settembre		
Valutazione: criticità, risultati adesione e percentuale ICA	Novembre		

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE**

Tale progetto tiene conto di un'importante collaborazione con il Laboratorio di Microbiologia che fornisce, attraverso l'invio giornaliero di referti Alert positivi al Team ICA ma anche grazie all'invio di report settimanali, dati che esprimono l'andamento microbiologico aziendale.

Dall'analisi di tali dati infatti viene attivato un diverso percorso per ogni U.O. a seconda della situazione microbiologica e il numero di Alert positivi da parte del Team ICA.

1. nell'ipotesi della presenza di un numero  $\leq 3$  casi di Alert positivi per U.O.:
  - a. invio mail informativa ai referenti ICN dell'UO;
  - b. analisi situazione strutturale, comportamentale ed adesione ai protocolli nell'UO;
  - c. adozione di misure di compenso per risoluzione problematiche rilevanti;
  - d. controllo del trend dei dati microbiologici;
  - e. analisi a 30 gg della situazione microbiologica dell'U.O.;
  - f. audit multidisciplinare e rivalutazione.
2. nell'ipotesi della presenza di un numero  $\geq 4$  casi di Alert positivi per U.O.:
  - a. Audit multidisciplinare
  - b. adozione di misure di compenso per risoluzione problematiche rilevanti;
  - c. controllo del trend microbiologico;
  - d. analisi a 30 gg situazione microbiologica dell'U.O.

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE**

- Sistema informatico in rete tra tutte le UU.OO., attraverso la costituzione e l'utilizzo di una cartella informatica condivisa, contenente una griglia giornaliera riassuntiva dei casi Alert distribuiti per U.O.. Tale strumento riporta dati utili riguardo al microrganismo isolato, alla data d'isolamento e alla collocazione spaziale dei pazienti positivi nel reparto. Ciò mette a conoscenza il Team ICA di tutti i casi presenti nelle diverse aree assistenziali e attraverso degli incontri mensili multidisciplinari vengono discusse proposte e soluzioni di eventuali criticità.
- Sistema informatico sull'osservazione dell'igiene delle mani; per la raccolta dati è stato realizzato un Modulo accessibile attraverso la scansione di un QRcode con smartphone messo a disposizione a tutte le UU.OO. partecipanti al progetto. I dati inseriti nel modulo sono visibili in tempo reale su un account creato specificatamente per tale progetto e protetto da password. Le informazioni raccolte verranno analizzate da un algoritmo creato ad hoc ed i risultati saranno messi a disposizione delle varie UU.OO. per poter intraprendere eventuali interventi.

# 7

## Digitalizzazione e nuovi modelli organizzativi di presa in carico: l'esperienza della Holding Polispecialistica nell'Azienda Ospedaliera S.Camillo - Forlanini di Roma

**UNITA' OPERATIVA**

Holding Polispecialistica - Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini

**DIRETTORE**

Dott.ssa Anna Linda Patti

**REFERENTE DEL PROGETTO**

Dott.ssa Anna Rita Marucci

**AUTORI DEL PROGETTO**

NOME E COGNOME	RUOLO
<b>NARCISO MOSTARDA</b>	Direttore Generale
<b>GERARDO DE CAROLIS</b>	Direttore Sanitario
<b>ANNA LINDA PATTI</b>	Direttore UOC Medicina Interna
<b>LUCIA MITELLO</b>	Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie
<b>KATIA BENETAZZO</b>	Infermiera Dipartimento Professioni Sanitarie
<b>STEFANO SALVATORE</b>	Resp. P.O. Monitoraggio e Supporto Attività Dipartimentali
<b>ANNA RITA MARUCCI</b>	Resp. P.O. Governo Assistenziale Dipartimento Emergenza Accettazione e delle Chirurgie Specialistiche

**ABSTRACT**

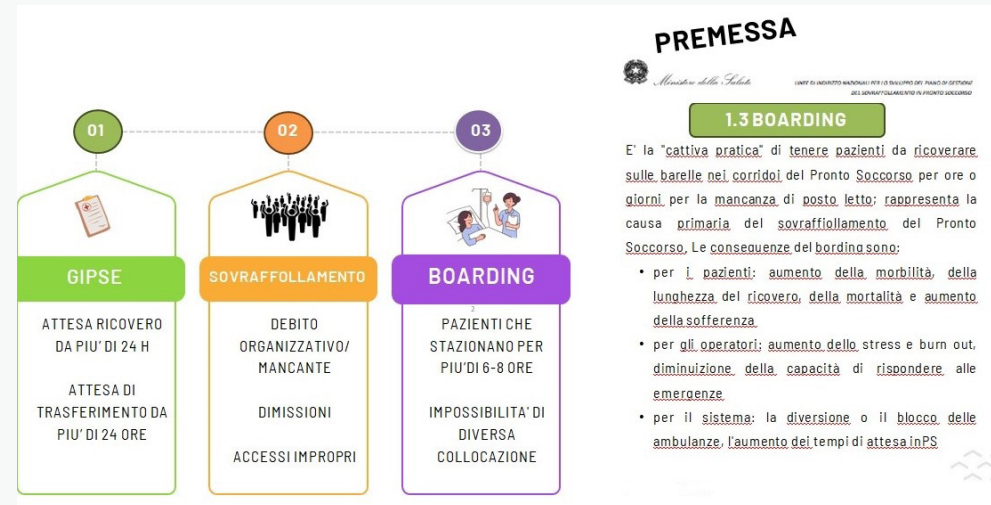
Il sovraffollamento è una delle criticità maggiori che si riscontrano nel Pronto Soccorso riconducibile a diversi fattori quali : posti letto non disponibili, accessi impropri, prolungamento delle attese per definizione diagnosi ecc... Per contenere la situazione si rende necessaria una risposta globale da parte delle Aziende Sanitarie.

In letteratura è stato dimostrato che in situazioni di sovraffollamento aumentano :

- la mortalità di circa il 30% ;
- i ritardi nel riconoscimento e nel trattamento di condizioni a elevato rischio evolutivo (infarto miocardico, ictus cerebrale, polmoniti, traumi, patologie addominali acute);

- i ritardi nel controllo di alcuni sintomi (dolore, ansia),
- 1/3 degli eventi sentinella (morti inattese, incidenti, errori) sono correlabili a situazioni di affollamento; alle quali si aggiungono risvolti negativi rispetto ad aspetti relazionali quali violazione della privacy, cortocircuiti comunicativi tra il personale e l'utenza che in situazioni di sovraffollamento risultano ancora più evidenti.

Tutto quanto sopra esposto ha determinato il consolidarsi del fenomeno della Boarding ovvero: "la cattiva pratica di tenere pazienti da ricoverare sulle barelle nei corridoi del Pronto Soccorso per ore o giorni per la mancanza di posti letto" incidendo ulteriormente sul fenomeno dell'overcrowding.



Condizioni così complesse inevitabilmente si traducono con un incremento dello stress per gli operatori, incremento dei contenziosi fino al blocco delle ambulanze fattori che vanno ad alimentare le criticità già note sul sistema di emergenza per i cittadini.

L'AO San Camillo nel tempo ha implementato diversi modelli organizzativi e setting assistenziali per far fronte al sovraffollamento che tuttavia nel tempo non si sono rilevati sufficienti: istituzione del servizio di bed management aziendale, Holding medica e cardiologica, riserva di posti letto per il PS dalle unità di degenza specialistica, percorsi di fast track (oculistico e otorino), istituzione del cruscotto con debito organizzativo di tutte le degenze rispetto ai posti letto da garantire settimanalmente al PS.

Nonostante tutti i modelli descritti, in alcuni periodi dell'anno picchi di sovraffollamento hanno messo in seria difficoltà il sistema di emergenza-urgenza. Agli inizi del 2023 la direzione strategica ha costituito un gruppo di lavoro che ha elaborato un progetto per l'attivazione di una Holding Unit Polispecialistica di 32 posti letto. Questa UO è dedicata ad accogliere pazienti provenienti dal PS con presa in carico direttamente dallo specialista di riferimento, con obbligo di ricovero in UO entro 48/72 dall'accettazione in Holdng. Questo prevede un passaggio dal sistema regionale GIPSE (specifico per i PS) all'applicativo di gestione dei ricoveri in uso in azienda SIS4CARE.

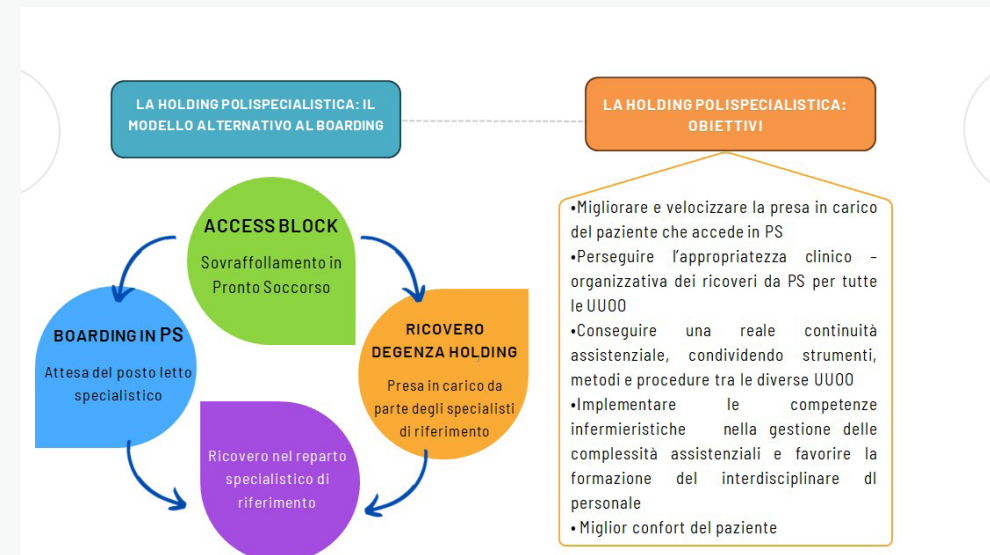
**OBIETTIVO GENERALE**

Miglioramento dei processi di programmazione dei ricoveri e trasferimenti da Pronto Soccorso con istituzione e regolamentazione di una degenza Holding a servizio del PS Adulti.

**OBIETTIVI SPECIFICI**

- Migliorare e velocizzare la presa in carico del paziente che accede in PS ,

- Perseguire l'appropriatezza clinico – organizzativa dei ricoveri da PS per tutte le UUOO
- Conseguire una reale continuità assistenziale, condividendo strumenti, metodi e procedure tra le diverse UUOO
- Favorire la formazione del personale infermieristico nella gestione della complessità assistenziale in contesti interdisciplinari
- Migliorare il confort del paziente
- Ridurre il tempo di attesa dopo la destinazione per il ricovero
- Ridurre il tempo di attesa per la presa in carico dei pazienti afferenti al P.S.
- Ridurre il fenomeno del blocco barelle



**RISULTATI**

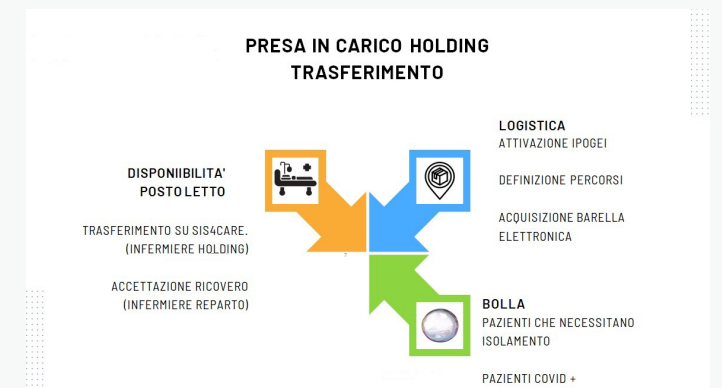
L'analisi dei dati riferiti ai primi 4 mesi dall'apertura dell'Holding polispecialistica (Aprile–Luglio 2023) evidenziano una riduzione dei tempi di attesa del 38% rispetto allo stesso periodo del 2022;

rilevabile dalla piattaforma GIPSE della Regione Lazio che monitora in tempo reale il numero dei pazienti presenti in PS in attesa di ricovero/trasferimenti da oltre 24 h.

**CONCLUSIONI**

Introdotta da poco più di 4 mesi la Holding Polispecialistica ha evidenziato un impatto positivo sulla riduzione delle attese in PS.

Gli indicatori concepiti per monitorare l'attività consentiranno nel tempo di consolidare le informazioni e valutare la Holding sul complesso della performance ospedaliera (es. appropriatezza, durata della degenza, ecc), oltre che sui tempi di attesa in PS.



Senza dubbio esistono ampi margini di miglioramento per perfezionare il processo : apertura dell’Holding ad ulteriori specialistiche quali la Stroke con previsione di aree dedicate all’ alta complessità assistenziale; migliorameneto dei sistemi di trasporto con utilizzo degli ipogei presenti grazie all’acquisto di presidi specifici (barelle elettriche) che facilitano gli spostamenti/trasferimenti offrendo così nuovi elementi per ottimizzare le potenzialità dell’Holding a servizio delle performance assistenziali.



**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI**

Medici internisti, Medici dell’emergenza, Medici Specialisti, infermieri, OSS,

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

2 mesi

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE**

L’implementazione del sistema SIS4CARE (software per un sistema integrato sanitario) già dal ricovero in HOLDING garantisce una migliore continuità assistenziale grazie all’informatizzazione dei flussi comunicativi con la condivisione degli strumenti aziendali anche nel passaggio tra UU.OO diverse.

L’assistenza di tipo modulare facilita la presa in carico dei pazienti da parte del personale infermieristico.

L’area destinata all’Holding polispecialistica (logisticamente vicina al PS) ha permesso inoltre, grazie al controllo degli accessi, una maggiore attenzione e ai familiari, ed una maggiore vicinanza degli stessi ai propri cari, grazie ad una organizzazione che prevede un ‘ampia fascia oraria per l’ingresso dei parenti.

Da **Dott.ssa Barbara Porcelli** Direttore U.O.C. Assistenza alla Persona ASL Roma 2

**SPORTELLO DI ALFABETIZZAZIONE DIGITALE - Aiutare i fragili nel labirinto delle procedure informatiche con il supporto dei Volontari del Servizio Civile Universale Digitale**



**AZIENDA OSPEDALIERA**

Asl Roma 2

**AUTORI DEL PROGETTO**

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL
<b>BARBARA PORCELLI</b>	Direttore UOC Assistenza alla Persona ASL Roma 2	segreteria.assistenzapersona@aslroma2.it
<b>SONIA CARDILLO</b>	UOC Ass. alla Persona/Casa della Salute Via Sabatini – D9 CPS Inf.	sonia.cardillo@aslroma2.it
<b>LAURA MAGLIANO</b>	UOC Ass. alla Persona/Poliambulatorio Centro della Gioia – D9 CPS Inf.	laura.magliano@aslroma2.it
<b>SIMONA ZONETTI</b>	UOC Ass. alla Persona/Poliambulatorio Via Frignani – D9 CPS Inf.	simona.zonetti@aslroma2.it
<b>MANUELA CIOTTI</b>	UOC Ass. alla Persona/Coordinamento Assistenziale Distrettuale – D9 Inc. Funz. Organizz.	manuela.ciotti@aslroma2.it
<b>SABINO VENEZIA</b>	UOC Ass. alla Persona/Servizio Civile Universale Inc. Funz. Organ.	sabino.venezia@aslroma2.it
<b>MARIKA BRUNNO</b>	Servizio Civile Universale – ASL Roma2 Distretto 9	marika.brunno@aslroma2.it
<b>MARIANNA FUSTO</b>	Servizio Civile Universale – ASL Roma2 Distretto 9	marianna.fusto@aslroma2.it
<b>MAURIZIO LIPOLI</b>	Servizio Civile Universale – ASL Roma2 Distretto 9	maurizio.lipoli@aslroma2.it
<b>COSTANZA MILILLI</b>	Servizio Civile Universale – ASL Roma2 Distretto 9	costanza.mililli@aslroma2.it
<b>NICOLÒ PISCITELLI</b>	Servizio Civile Universale – ASL Roma2 Distretto 9	nicolo.piscitelli@aslroma2.it



Il progetto di Servizio Civile Universale Digitale è presente nell'ASL Roma 2 da dicembre 2022; è stato rinviato a questa data a causa della pandemia. Gli operatori volontari hanno ruolo di facilitatori digitali e sono supervisionati dagli Olp, una figura e un servizio nuovi nell'ambito della Sanità Pubblica.

L'acronimo Olp sta per Operatore Locale di Progetto e nell'ambito dell'Asl a ricoprire questa figura sono degli infermieri dedicati, che svolgono le funzioni di tutor, accompagnamento e supervisione delle attività degli operatori del servizio civile. Sono il loro punto di riferimento.

Nonostante le prime difficoltà, dovute soprattutto alla natura pionieristica dell'inserimento del Servizio Civile Universale all'interno dell'Asl, abbiamo cercato insieme di ideare e dare forma a un progetto che impiegasse al meglio i volontari e andasse ad abbracciare sia le linee guida del Servizio Civile Universale sia La Vision dell'ASL Roma 2, che consiste nella scelta di un modello organizzativo in grado di coniugare EFFICACIA - EFFICIENZA - EQUITÀ - ECONOMICITÀ ed ha l'obiettivo, attraverso un cambiamento culturale professionale organizzativo ed operativo, di accompagnare con competenza ogni persona nella sua esperienza di salute prendendo in carico i bisogni socio-sanitari e garantendo le continuità delle cure anche semplificando l'accesso ai servizi.

L'idea è stata sottoposta alla posizione organizzativa delle professioni sanitarie del distretto 9 e al referente aziendale del Servizio Civile, i quali si sono dimostrati entusiasti sin dal principio e hanno collaborato direttamente alla stesura del progetto, poi autorizzato dalla dirigente U.O.C assistenza alla persona. Per noi OLP questa partecipazione è stata molto importante: infatti, ci ha rese più sicure e ci ha dato la giusta carica ed entusiasmo per affrontare e superare le difficoltà insite in ogni progetto innovativo (logistiche, organizzative ecc.).

Di seguito alcune PAROLE CHIAVE del progetto:

- accesso servizi
- fragilità
- adesione
- autonomia
- conoscenza/informazione
- digitale

L'accesso ai servizi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) tramite il canale esclusivamente digitale, ha lo scopo di semplificare le procedure, ma rischia, allo stesso tempo, di escludere una fetta di assistiti e quindi non rispondere all'imprescindibile requisito dell'equità.

Il progetto che proponiamo si colloca come supporto dei percorsi di alfabetizzazione digitale della popolazione afferente ai presidi del Distretto 9, con particolare riferimento agli utenti con maggiori difficoltà ad accedere e/o utilizzare internet: anziani, migranti, persone fragili per motivi socioeconomici e/o altro tipo di disagio, donne non occupate o in particolari condizioni di emarginazione.

La presenza dei giovani volontari dell'Ufficio del Servizio Civile Digitale rende possibile l'attuazione del progetto, in un'ottica di promozione dell'inclusione sociale.

Ai volontari si dà così l'occasione di essere non solo parte attiva nell'accoglienza dei nostri utenti, ma anche di acquisire skills di vario tipo, ad oggi sempre più richieste nel mondo del lavoro, come: le competenze digitali, professionalità sul luogo di lavoro, capacità di lavoro in gruppo, capacità di ascolto e di interazione col pubblico.

In ognuno dei 3 presidi ambulatoriali, rispettandone le esigenze, sono stati aperti dei punti di accoglienza del cittadino, gestiti dai volontari sotto la piena supervisione delle Olp.

Lo sportello proposto nel progetto andrebbe a garantire:

- incontri one to one per favorire l'accessibilità digitale di persone che mostrano più difficoltà

- conoscenza ed accessibilità ai servizi, in particolar modo a: cittadini stranieri, anziani e persone con ridotte capacità
- aiuto nella prenotazione sulla piattaforma digitale degli screening offerti dalla regione Lazio
- informazione sull'utilizzo sul fascicolo sanitario elettronico, SPID

Nell'incontro con l'utente, in base al bisogno rilevato, è anche possibile concordare un eventuale appuntamento per effettuare uno dei servizi proposti.

Per valutare la conoscenza dei Servizi della ASL e per meglio indirizzare gli utenti, in base all'età e ai fattori di rischio, ai percorsi di prevenzione e/o di presa in carico, i volontari somministrano un questionario. (completamente anonimo, disponibile anche in inglese).

I dati raccolti, sono di volta in volta informatizzati con Excel vers. 7.0. Ogni presidio sviluppa, a cadenza mensile, una statistica individuale che viene presentata ad incontri periodici. Come risultato finale degli incontri si ha una statistica complessiva -ricavata dalle statistiche individuali dei 3 presidi- la quale ci aiuta ad avere una visione più ampia sull'utenza che accede ai servizi. La statistica evidenzia, inoltre, la diffusione dell'informazione riguardante gli screening offerti e l'adesione agli stessi da parte dell'utenza. L'analisi particolarizzata dei dati permette di poter, eventualmente, modificare l'offerta.

In particolare i RISULTATI attesi sono:

- individuazione minima 10 persone/die da avviare a percorsi di facilitazione e/o iniziazione all'alfabetizzazione digitale;
- costruire un database (tramite questionario) con notizie utili alla stratificazione dei bisogni assistenziali da condividere con gli IFeC;( Infermieri di Famiglia e Comunità) e servizi preposti (prevenzione).
- reclutamento persone da avviare a percorsi di screening (PDTA Oncologici e HCV);
- verificare attendibilità sito aziendale;

Lo Sportello ha intercettato, nel mese di marzo, n.160 utenti che hanno ricevuto un affiancamento per la risoluzione di difficoltà o informazioni utili all'accesso digitale al SSN.

Il 34,3% (55/160) degli utenti afferma di non conoscere bene il sito aziendale. Il 54,3% (87/160) afferma di non conoscere il programma di screening.

Il 77,5% (124/160) afferma, in particolare, di non conoscere lo screening HCV/EPATITE C.

Il 56,5% (90/160) degli utenti è interessato a prenotare uno screening.

Il 61,3% (98/160) degli utenti ha effettuato una prenotazione, con l'aiuto degli operatori, tramite il sistema di prenotazione online riservato ai cittadini.

Il 27% (43/160) ha richiesto una consulenza sul Fascicolo Sanitario Elettronico. Il 1,3% (2/160) ha richiesto consulenza SPID.

Il 32% (51/160) ha richiesto consulenza Screening.

Nel mese di aprile, lo sportello ha intercettato n.322 utenti che hanno ricevuto un affiancamento per la risoluzione di difficoltà o informazioni utili all'accesso digitale al SSN.

Il 40,7% (131/322) degli utenti afferma di non conoscere bene il sito aziendale. Il 24,2% (78/322) afferma di non conoscere il programma di screening.

Il 76,2% (245/322) afferma, in particolare, di non conoscere lo screening HCV/EPATITE C.

Il 66,5% (214/322) degli utenti è interessato a prenotare uno screening.

Il 54,7% (176/322) degli utenti ha effettuato una prenotazione, con l'aiuto degli operatori, tramite il sistema di prenotazione online riservato ai cittadini. Il 13,4% (43/322) ha richiesto una consulenza sul Fascicolo Sanitario Elettronico.

Il 38,5% (124/322) ha richiesto consulenza Screening.

**CONCLUSIONI:**

Il progetto mira ad aiutare gli "utenti fragili" ed è diventato strumento di intercettazione dei bisogni assistenziali delle persone che non conoscono tutte le opportunità che il Sistema Sanitario pubblico può offrire.

Potrà essere riproposto come linea di attività anche nei prossimi bandi del Servizio Civile Universale ed esteso a tutti i Presidi del Distretto 9 e dell'intera ASL Roma 2

Questo Progetto ha permesso inoltre ai giovani volontari di essere non solo parte attiva nell'accoglienza ma anche di acquisire conoscenze sulla complessità dell'organizzazione della ASL, del Distretto e della realtà sociale in cui vivono, nonché competenze e professionalità nel lavoro di gruppo.

Ringraziamo tutti i professionisti degli ambulatori per il loro supporto.



**ASL ROMA2 - POLIAMBULATORIO DI VIA QUESTIONARIO CONOSCITIVO SPORTELLO ACCOGLIENZA**

Il presente questionario anonimo è rivolto ai cittadini che accedono al Poliambulatorio di via ed è finalizzato a raccogliere informazioni e a innescare un processo di miglioramento graduale ma continuo dei servizi offerti dalla ASL. Il questionario è stato elaborato dagli operatori della ASL e dai volontari del Servizio Civile Universale Digitale nell'ambito dei progetti "Accogliere per integrare" e "Accogliere per innovare e orientare". I dati raccolti nell'indagine sono anonimi e non consentono l'individuazione della persona cui si riferiscono.

**INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE**

<b>GENERE</b>	<b>NAZIONALITÀ</b>	<b>FASCIA D'ETÀ</b>	<b>PROFESSIONE</b>
<input type="checkbox"/> Maschile <input type="checkbox"/> Femminile <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 18/25 <input type="checkbox"/> 26/35 <input type="checkbox"/> 36/49 <input type="checkbox"/> 50/60 <input type="checkbox"/> 61/70 <input type="checkbox"/> 71/80 <input type="checkbox"/> 81/100	<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Altro

**1) QUANDO HA BISOGNO DI INFORMAZIONI SANITARIE SA A CHI CHIEDERLE?**

SI	NO	ABBASTANZA
----	----	------------

**2) PENSA CHE IL SITO DELL'AZIENDA ASL ROMA 2 SIA CHIARO ED ESAUSTIVO?**

SI	NO	NON CONOSCO
----	----	-------------

**3) LE SAREBBE UTILE UNA CARTA DEI SERVIZI ASL ROMA 2?**

SI	NO	ABBASTANZA
----	----	------------

**4) CONOSCE GLI SCREENING OFFERTI DALLA ASL ROMA 2?**

SI	NO	ABBASTANZA
----	----	------------

ASL Roma 2 - P.IVA 13665151000  
Sede Legale Via Maria Brighenti, 23 Edificio 800159 Roma



**a) SE SÌ, QUANDO E DOVE HA FATTO L'ULTIMOSCREENING PER TUMORE DELLA CERVICE UTERINA TEST HPV?**

MAI	+ DI 5 ANNI FA	- DI 5 ANNI FA	PUBBLICO	PRIVATO
-----	----------------	----------------	----------	---------

**b) SE SÌ, QUANDO E DOVE HA FATTO L'ULTIMA MAMMOGRAFIA?**

MAI	+ DI 2 ANNI FA	- DI 2 ANNI FA	PUBBLICO	PRIVATO
-----	----------------	----------------	----------	---------

**c) SE SÌ, QUANDO E DOVE HA FATTO L'ULTIMO TEST PER LA PREVENZIONE DEL COLON RETTO?**

MAI	+ DI 2 ANNI FA	- DI 2 ANNI FA	PUBBLICO	PRIVATO
-----	----------------	----------------	----------	---------

**1) CONOSCE LA CAMPAGNA DELLA REGIONE LAZIO SULLO SCREENING HCV /EPATITE C (SOLO PER I NATI DAL 1969 AL1989)?**

SI	NO
----	----

**2) LE INFORMAZIONI CHE HA RICEVUTO OGGI LE SONO STATE UTILI?**

SI	NO	ABBASTANZA
----	----	------------

**3) VORREBBE PRENOTARE UN APPUNTAMENTO PER UNO SCREENING?**

SI	NO
----	----

**4) SAREBBE DISPONIBILE A UN NUOVO COLLOQUIO?**

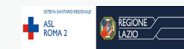
SI	NO
----	----

**5) SE CONOSCE IL SERVIZIO DI SCREENING O L'HA UTILIZZATO, SEGNALI EVENTUALI PROBLEMATICHE.**

NON HO RICEVUTO LA LETTERA D'INVITO	NON HO RICEVUTO LA RISPOSTA DELL'ESAME	NESSUNA PROBLEMATICHE
-------------------------------------	--	-----------------------

ALTRO \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_/\_\_\_/2023  
ASL Roma 2 - P.IVA 13665151000  
Sede Legale Via Maria Brighenti, 23 Edificio 800159 Roma



**ASL ROMA2 - POLIAMBULATORI DISTRETTO 9 FACT-FINDING SURVEY SPORTELLO ACCOGLIENZA**

The following anonymous survey is aimed at citizens who access the Poliambulatorio Distretto 9 and its intent is to gather informations and to activate a process of gradual but continuous improvement of the services offered by the ASL. The survey has been developed by operators of the ASL and by volunteers of the Digital Univers Civil Service regarding the projects: "Accogliere per integrare" and "Accogliere per innovare e orientare". The data gathered is the survey is anonymous thus it cannot be back to the person belongs to.

**SOCIO-DEMOGRAPHIC INFORMATIONS**

<b>GENDER</b>	<b>NATIONALITY</b>	<b>AGE GROUP</b>	<b>PROFESSION</b>
<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Italian <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 18/25 <input type="checkbox"/> 26/35 <input type="checkbox"/> 36/49 <input type="checkbox"/> 50/60 <input type="checkbox"/> 61/70 <input type="checkbox"/> 71/80 <input type="checkbox"/> 81/100	<input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Other

**1) WHEN YOU NEED MEDICAL INFORMATIONS DO YOU KNOW WHERE TO ASK?**

YES	NO	FAIRLY
-----	----	--------

**2) DO YOU THINK ASL ROMA 2'S WEBSITE IS CLEAR AND COMPREHENSIVE?**

YES	NO	I DON'T KNOW IT
-----	----	-----------------

**3) WOULD AN ASL ROMA 2'S CHARTER OF SERVICES BE HELPFUL TO YOU?**

YES	NO	FAIRLY
-----	----	--------

**4) DO YOU KNOW THE SCREENINGS OFFERED BY ASL ROMA 2?**

YES	NO	FAIRLY
-----	----	--------

**a) IF YES, WHEN AND WHERE DID YOU DO THE LAST UTERINE CERVIX CANCER SCREENING (HPV TEST)?**

NEVER	+ THAN 5 YEARS AGO	- THAN 5 YEARS AGO	PUBLIC	PRIVATE
-------	--------------------	--------------------	--------	---------

**b) IF YES, WHEN AND WHERE DID YOU DO THE LAST MAMMOGRAPHY?**

NEVER	+ THAN 2 YEARS AGO	- THAN 2 YEARS AGO	PUBLIC	PRIVATE
-------	--------------------	--------------------	--------	---------

**c) IF YES, WHEN AND WHERE DID YOU DO THE LAST COLORECTAL CANCER SCREENING TEST?**

NEVER	+ THAN 2 YEARS AGO	- THAN 2 YEARS AGO	PUBLIC	PRIVATE
-------	--------------------	--------------------	--------	---------

**1) ARE YOU AWARE OF LAZIO'S SCREENING CAMPAIGN FOR HCV/HEPATITIS C (ONLY FOR THOSE BORN BETWEEN 1969 AND 1989)?**

YES	NO
-----	----

**2) WERE THE INFORMATION YOU RECEIVED TODAY USEFUL?**

YES	NO	FAIRLY
-----	----	--------

**3) WOULD YOU LIKE TO SCHEDULE AN APPOINTMENT FOR A SCREENING TEST?**

YES	NO
-----	----

**4) WOULD YOU BE AVAILABLE FOR ANOTHER INTERVIEW?**

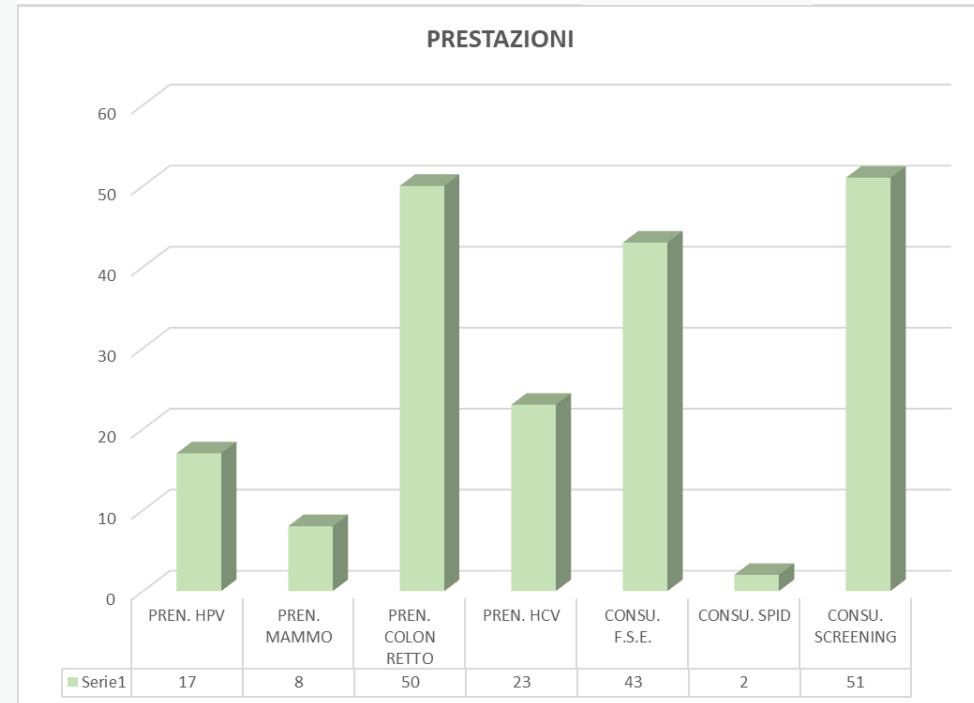
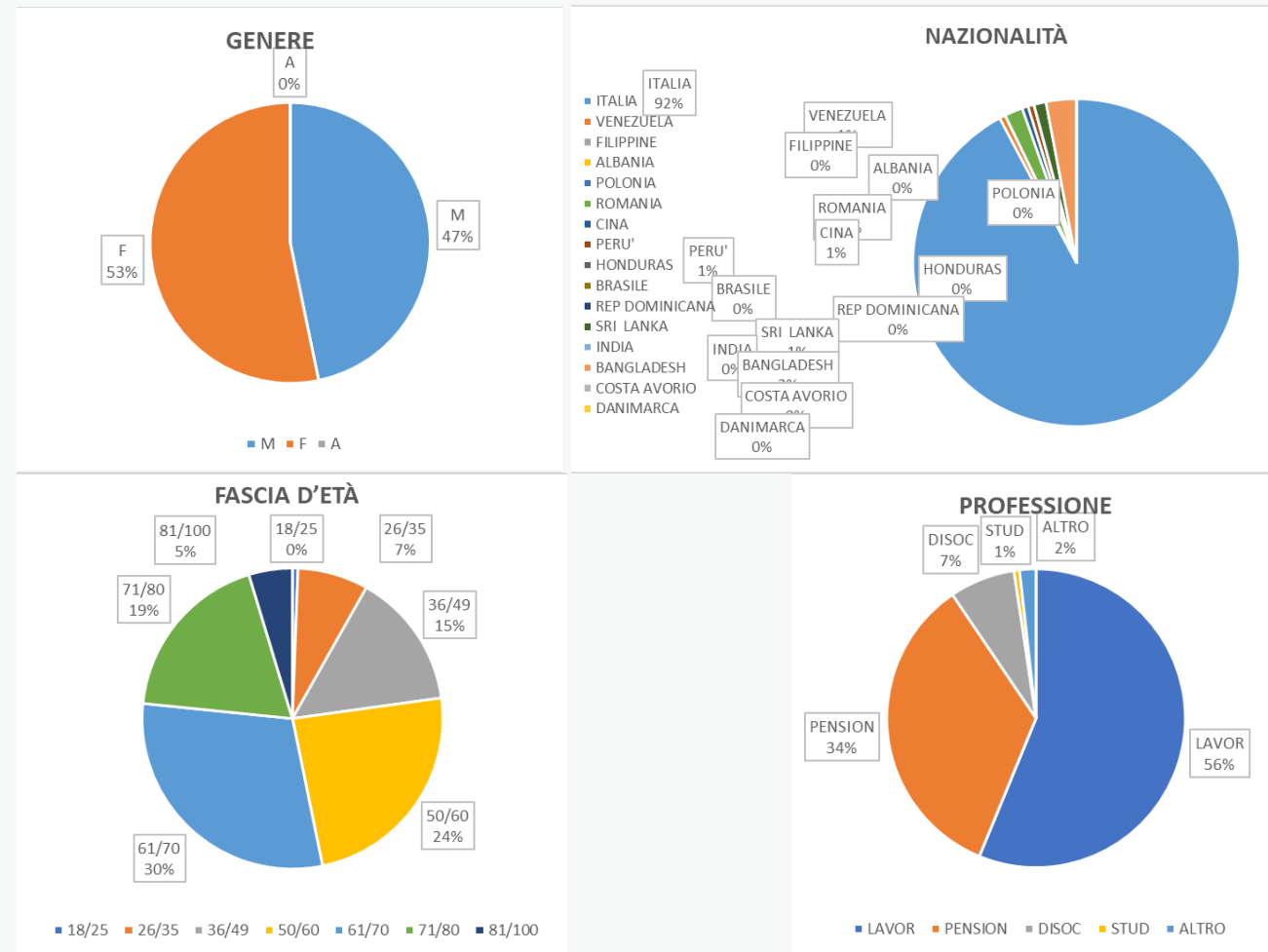
YES	NO
-----	----

**5) IF YOU KNOW THE SCREENING SERVICE OR YOU HAVE ALREADY UTILIZED IT, PLEASE BRING TO OUR ATTENTION ANY ISSUES OR PROBLEMS YOU MIGHT HAVE ENCOUNTERED.**

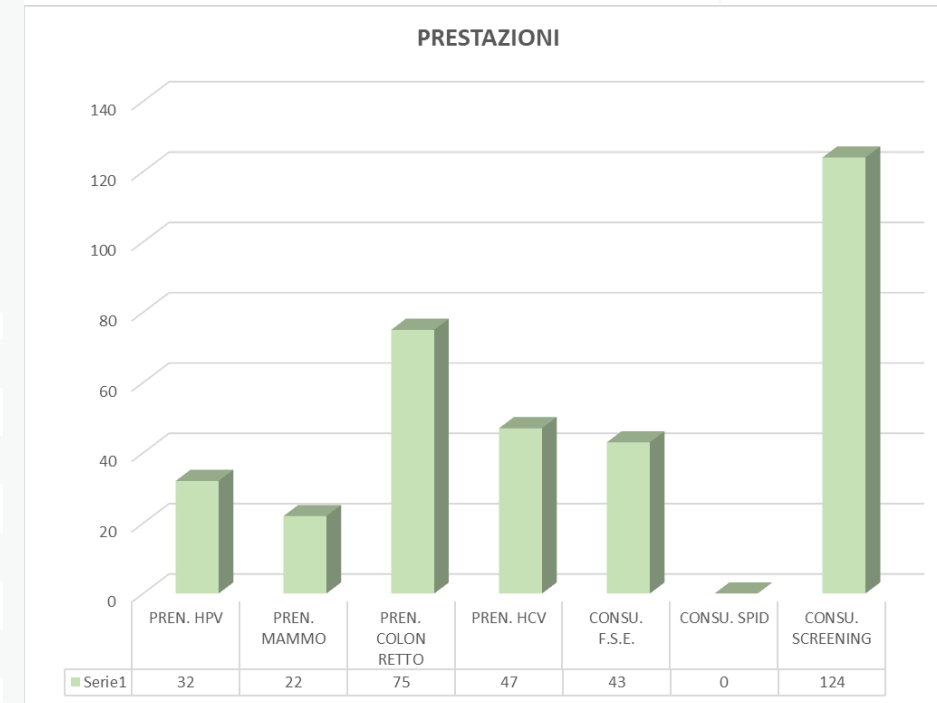
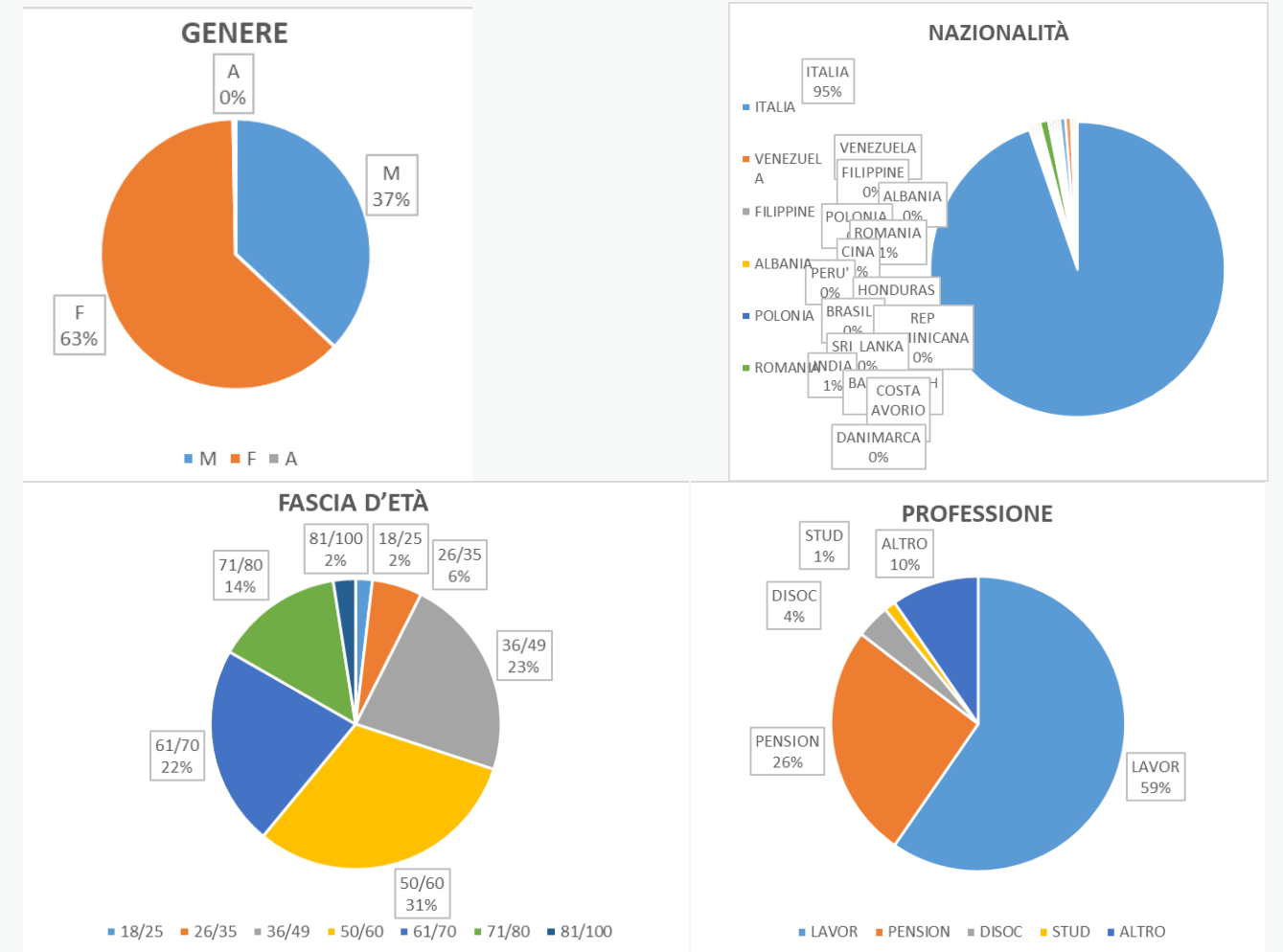
I HAVE NOT RECEIVED THE INVITATION LETTER	I HAVE NOT RECEIVED THE TEST'S OUTCOME	NO ISSUES
---	--	-----------

Roma, \_\_\_/\_\_\_/2023

STATISTICHE MARZO



STATISTICHE APRILE



## 9

## L'offerta attiva degli screening oncologici a persone con patologia cognitivo-comportamentale e caregivers: il ruolo della prossimità infermieristica per l'equità di accesso

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO
BARBARA PORCELLI	Direttore UOC Assistenza alla Persona ASL Roma 2
VENEZIA SABINO	ASL Roma 2 UOC Assistenza alla Persona_ Ambulatorio "Curare con Cura"
SALAMANDRO CATERINA	ASL Roma 2 UOC Assistenza alla Persona_ Ambulatorio "Curare con Cura"
TRINITO MASSIMO	ASL Roma 2 UOSD Coordinamento Aziendale Screening Oncologici
DE MARCHI CHIARA	Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma
MAROTTA DANIELA	ASL Roma 2 UOSD Coordinamento Aziendale Screening Oncologici
AMADORI FABIANA	ASL Roma 2 UOSD Coordinamento Aziendale Screening Oncologici
ARRIVI FABIANA	ASL Roma 2 UOSD Coordinamento Aziendale Screening Oncologici
PETTINICCHIO VALENTINA	ASL Roma 2 UOSD Coordinamento Aziendale Screening Oncologici
PETRIGNANI ORIETTA	ASL Roma 2 UOC Assistenza alla Persona_ Ambulatorio "Curare con Cura"
CORBO BARBARA IOLANDA	ASL Roma 2 UOC Assistenza alla Persona_ Ambulatorio "Curare con Cura"
FACCHINI ROBERTA	ASL Roma 2 UOC Assistenza alla Persona_ Ambulatorio "Curare con Cura"
PALAZZESI ALESSIA	ASL Roma 2 UOC Assistenza alla Persona_ Ambulatorio "Curare con Cura"

### ABSTRACT

In Italia sono attivi tre programmi di screening oncologici che si propongono di identificare e trattare lesioni precancerose e neoplastiche in stadio iniziale: lo screening mammografico, lo screening cervicale e lo screening coloretale. I programmi sono rivolti alla popolazione generale in un'ottica di bassa soglia di accesso ed equa offerta.

Il Progetto Curare con Cura della ASL Roma 2 prende in carico persone con patologie cognitivo-comportamentali e rispettivi caregivers.

A dicembre 2022 è stato stipulato un protocollo operativo tra Coordinamento Aziendale Screening Oncologici e Progetto Curare con Cura della ASL Roma 2 per favorire la partecipazione ai programmi di screening della popolazione con patologie cognitivo-comportamentali e dei caregivers.

### OBIETTIVO

Descrivere i dati relativi al primo trimestre di attività di promozione del test di screening del tumore coloretale in due Distretti.

### MATERIALI E METODI

Il personale infermieristico di Curare con Cura è stato formato sugli screening oncologici e sul funzionamento del portale regionale dedicato (SIPSO 2.0) in modo da poter fare attività di promozione e offerta attiva degli stessi, occupandosi di consegnare, ritirare e recapitare presso il Laboratorio di riferimento il kit per la ricerca del sangue occulto fecale (FIT).

### RISULTATI

Il 1° gennaio 2023 è stato avviato il progetto pilota nei distretti 8 e 9, con la formazione e l'abilitazione a SIPSO2.0 di tre infermiere.

Secondo i dati preliminari, il test per lo screening coloretale è stato offerto a 83 persone.

Hanno aderito alla proposta 56 utenti (67%), 19 persone con disabilità e 37 caregivers.

Tra le principali ragioni di mancata adesione vi era l'aver effettuato un recente FIT, una colonscopia o aver già ricevuto diagnosi di tumore del colon.

Il test è risultato negativo nel 95% dei casi (53/56); dei 3 campioni risultati positivi, 2 sono attribuiti a persone con disabilità.

Il 70% (39/56) dei FIT eseguiti appartenevano a persone che non avevano mai aderito allo screening coloretale.

### CONCLUSIONI

Il progetto ha permesso di raggiungere persone fragili, che hanno difficoltà ad accedere ai programmi di prevenzione offerti dal Sistema Sanitario Regionale. Questa difficoltà è legata sia alla complessità dei bisogni dei pazienti con patologia cognitivo-comportamentale, che all'elevato carico di cura che pesa sui familiari, agendo da barriera all'accesso agli screening oncologici, per mancanza di tempo o di risorse mentali ed emotive. Questa strategia, basata sulla centralità dei pazienti e dei loro familiari invece che sulla centralità dei servizi, consente una maggiore equità di fruizione.

Dal 1° maggio 2023 il progetto si estenderà al Distretto 5 e dal 1° giugno 2023 anche i Distretti 4, 6, e 7, con un totale di 10 infermier\* format\* e abilitat\* all'uso di SIPSO2.0.

Inoltre, l'offerta attiva riguarderà anche gli screening mammografico e citologico attraverso:

- Prenotazione della mammografia
- Prenotazione del Pap-test o HPV-DNA test.

L'ACCESSO DELLE PERSONE CON DISABILITA' COGNITIVA RELAZIONALE AL SISTEMA DELLA PREVENZIONE: LO SCREENING NEI PDTA ONCOLOGICI

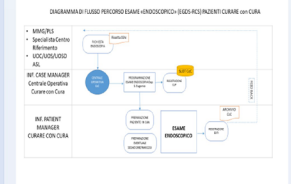
PORCELLI Barbara\* VENEZIA Sabino PETRIGNANI Orietta\*

INTRODUZIONE

I nuovi casi di tumore nel 2022 sono stati 390.700, di questi il 40% si sarebbe potuto diagnosticare in fase iniziale, prima cioè, della manifestazione a livello clinico (lesioni precancerose).

Per garantire equità nell'accesso a una diagnosi precoce, il Servizio Sanitario Nazionale effettua tre programmi di screening per la prevenzione dei tumori: due tipicamente femminili, seno e collo dell'utero, e il terzo dedicato a lei e lui: lo screening per il tumore del colon-retto, seconda neoplasia nelle donne e terza negli uomini.

Esiste una popolazione, dall'infanzia all'età adulta, che presenta limitazioni funzionali specifiche di tale complessità da rendere particolarmente difficili i percorsi di prevenzione essendo scarsa, in qualche caso, la capacità del sistema sanitario di fornire prestazioni assistenziali adeguate ai loro bisogni di salute. Di questa popolazione si percepisce difficoltà nello stabilire "relazioni di cura", perché risulta in molti casi ridotta la possibilità di collaborare oltreché inadeguata la capacità del sistema di superare questa impossibilità; non di rado tale difficoltà coinvolge inesorabilmente anche le loro famiglie (caregiver familiari).

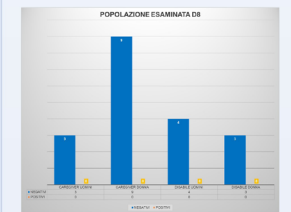


METODO

Formazione personale coinvolto; stratificazione popolazione di riferimento suddivisa per: Distretto Sanitario, fasce di età, sesso, disabilità, caregiver; individuazione coorti specifiche in base al PDTA: Cervice, Seno, Colon-Retto, + Epatocarcinoma/HCV (sperimentale); arruolamento, registrazione portale SIPSO e DN\_Lab, consegna/ritiro provetta, invio a Tampone, invio in Radiologia; raccolta esiti ed invio a secondo o terzo livello; counseling e comunicazione esiti a MMG, Centri Riferimento, UOC Disabili Adulti. Inizio sperimentazione PDTA Colon/Retto Distretti Sanitari 8 e 9. Dal 1 aprile Distretto Sanitario 5. Dal 1 maggio Distretto Sanitario 4-6-7.

DISTRETTO 8

DESCRIZIONE	VALORE
POPOLAZIONE	10000
ESAMINATI	5000
POSITIVI	100

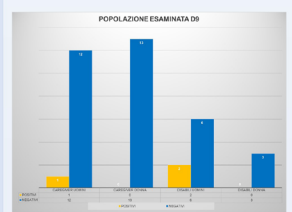


RISULTATI

percorso screening colon-retto Distretti Sanitari 8 e 9: stratificazione popolazione di riferimento (disabili+caregiver) PDTA Colon/Retto: 107 persone; arruolati: 75 (19 Disabili + 56 Caregiver), esaminati: 56 (18 D + 38 C), Negativi al Test: 53 (16 D + 36 C), Positivi al Test 3 (2 D + 1 C).

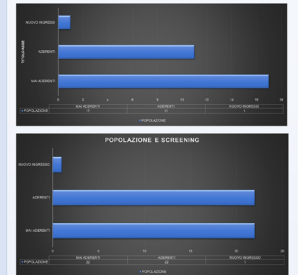
DISTRETTO 9

DESCRIZIONE	VALORE
POPOLAZIONE	10000
ESAMINATI	5000
POSITIVI	100



CONCLUSIONI

su 56 esaminati, 39 non aveva mai aderito allo screening Colon/Retto; su 3 positivi, 2 sono Disabili, inviati al secondo livello e programmati nelle linee di attività di Curare con Cura sul Percorso assistenziale di "Gastroenterologia" - Ospedale S. Eugenio. Il Progetto è inserito nel Piano Sociale di Zona dei Municipi 8 e 9 di Roma Capitale



BIBLIOGRAFIA

- 1) Ghetti V., 1988, *Analisi, costi, benefici dello screening per il cancro coloretale in Italia*. Franco Angeli Editore ISBN: 978-88-204250-8-1
- 2) Federici A., 1 2007, *Screening. Profilo complesso di Assistenza*. Edizioni Pensiero Scientifico. ISBN: 978-88-490021-4-0
- 3) Buono S., Croce L., N 2022 (11 Edizione). *Disabilità intellettiva ... Classificazioni e sistemi di sostegno*. Erikson editore. ISBN-10: 88-590296-9-4.

PER CONTATTI  
[curareconcura@aslroma2.it](mailto:curareconcura@aslroma2.it)  
 N° Verde: 800 894 336

Da **Dott.ssa Anna Zoppegno** Direttore UOC Assistenza Infermieristica e Ostetrica - ASL Roma 1

# Il ruolo della centrale operativa ospedale territorio (cot-h) nella dimissione del paziente: avvio di percorsi di continuità assistenziale semplice e complessa. Sperimentazione di un nuovo modello di presa in carico

10

UNITA' OPERATIVA

UOC Assistenza Infermieristica e Ostetrica

DIRETTORE

Dr.ssa Anna Zoppegno

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
DOTT.SSA TERESA MILIOTO	teresa.milioto@aslroma1.it

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
DOTT.SSA TERESA MILIOTO	teresa.milioto@aslroma1.it
DOTT.SSA MARILENA MANCUSO	marilena.mancuso.@aslroma1.it
DOTT. MAURO ROMANO	mauro.romano@aslroma1.it

**ABSTRACT**

La ASL Roma 1 ha un'ampia consistenza territoriale (524 Km circa) composta da 6 Distretti, sui quali insistono aree di benessere e di povertà. Il bacino di utenza di oltre un milione di cittadini, è rappresentato non solo dai residenti sul territorio competente ma anche da soggetti temporaneamente presenti, da city users e da persone altrove domiciliate che usufruiscono, con diversa regolarità, dei servizi sanitari e sociali offerti dall'Azienda.

Alla luce del complesso e articolato territorio di riferimento e del particolare bacino di utenza sono stati presi in considerazione sia il mutamento dei bisogni della popolazione correlato alla transizione epidemiologica e demografica nonché le trasformazioni della struttura familiare, sia l'incremento di pazienti fragili e complessi portatori di cronicità e multi-problematicità. L'Azienda, in linea con quanto proposto dal PNRR e dal DM 77/2022 per favorire una reale presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini, ha ritenuto quindi opportuno costituire apposite Centrali Operative a valenza differenziata (Ospedaliera, Aziendale e Territoriale) per la gestione e il governo delle fasi di passaggio tra i diversi setting assistenziali con l'obiettivo di assicurare omogeneità di trattamento, trasparenza ed equità nell'accesso ai servizi per propri assistiti.

In tale contesto di ridefinizione aziendale del modello di presa in carico centrato sull'approccio alla persona, è stato affrontato anche il tema della ristrutturazione del rapporto tra Ospedale e Territorio attraverso la ridefinizione delle linee di attività della già costituita Centrale Operativa Ospedaliera (2016) nella fase di dimissione dall'ospedale.

Per questi pazienti è necessario infatti, al momento della dimissione, prevedere un percorso di presa in carico personalizzato che:

- riduce la discontinuità e la frammentarietà degli interventi;
- garantisce la continuità assistenziale;
- riduce i tempi di degenza;
- coinvolge la famiglia nella gestione della dimissione.

**OBIETTIVO GENERALE**

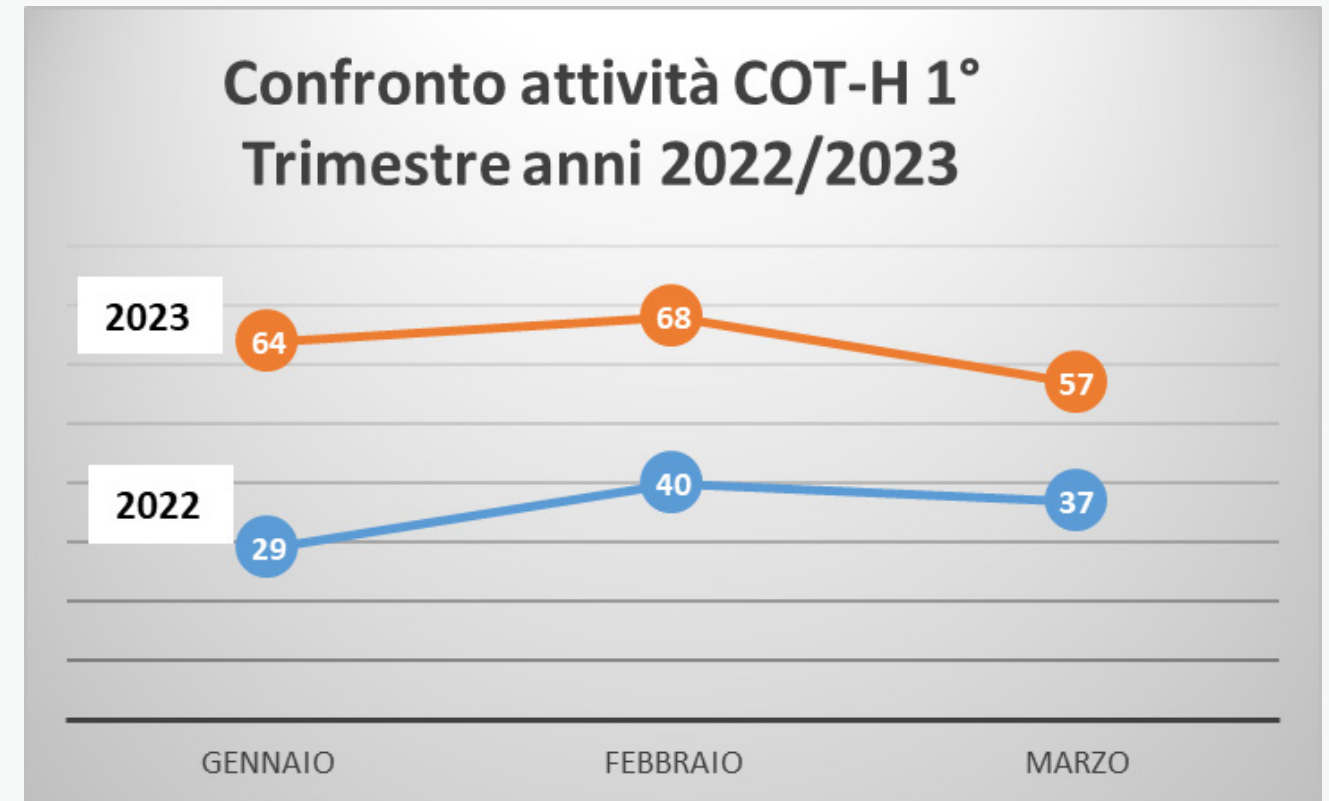
La COT-H ha l'obiettivo di facilitare il processo di dimissione dei pazienti attraverso una reale presa in carico dei bisogni di salute e assistenziali soprattutto in caso di fragilità e complessità allo scopo di governare le fasi di passaggio tra i differenti setting assistenziali.

**OBIETTIVI SPECIFICI**

- gestire i casi di pazienti con difficoltà clinico-assistenziali all'atto del processo di ricovero/dimissione o di passaggio in altri setting assistenziali;
- valutare i bisogni assistenziali e sociosanitari identificando precocemente le problematiche che possono rallentare il processo di dimissione;
- condividere le informazioni necessarie alla prosecuzione del trattamento in altri setting assistenziali interfacciandosi con altri professionisti della salute, altre strutture (hospice, lungodegenze, etc.), i Distretti, i Centri di Assistenza Domiciliare (CAD), le famiglie, i Care Giver, coinvolti a vario titolo nel processo di presa in carico e assistenza del paziente.

**DATI ATTIVITA'**

Da un confronto dei dati tra il primo trimestre del 2022 e lo stesso periodo del 2023 (fonte ADT e archivio interno in formato excel) emerge che nell'anno 2023 c'è stato un incremento dell'attività dei pazienti presi in carico del 28% (pari a 83 pazienti) da parte della COT-H. La presa in carico e la valutazione dei singoli casi in un tempo variabile che va da zero a circa 24 ore garantisce il massimo impegno da parte della struttura ospedaliera nel facilitare, monitorare e coordinare i passaggi di setting e cercare di ridurre i tempi di degenza sia nelle dimissioni semplici che in quelle complesse.

**CONCLUSIONI**

La sperimentazione dei nuovi percorsi di presa in carico che vede coinvolte anche le altre Centrali Operative (Aziendale e Territoriale) e gli altri professionisti della salute ha consentito di:

- velocizzare la fase della dimissione;
- garantire al paziente il setting assistenziale più appropriato rispetto ai suoi bisogni di salute;
- sostenere la famiglia e/o il Care Giver nella fase di dimissione.

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI**

Infermieri e Assistenti Sociali

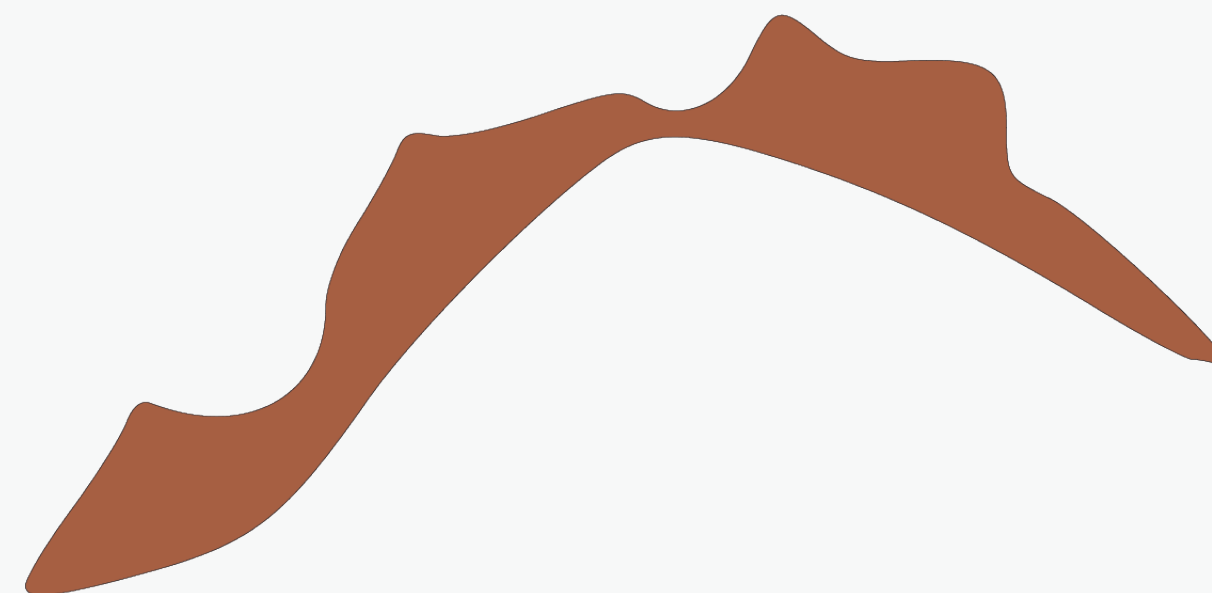
**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

Progetto già avviato

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?**

- ADT programma aziendale, che gestisce le Accettazioni e le Dimissioni dei pazienti e le richieste di consulenza da parte dei reparti alla Centrale Operativa Ospedaliera;
- GIPSE programma regionale, che gestisce le richieste di consulenza da parte del Pronto Soccorso rivolte sempre alla centrale.

# LIGURIA



Da **Dott. Bruno Cavaliere** Direttore Professioni Sanitarie IRCCS Ospedale Policlinico San Martino

1

## Unità Ospedaliera a Gestione Infermieristica (UOGI)

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

IRCCS Ospedale Policlinico San Martino

### UNITA' OPERATIVA

Direzione Professioni Sanitarie

### DIRETTORE

Dott. Bruno Cavaliere

### REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
MARIA ROMILDA FILICE	mariaromilda.filice@hsanmartino.it

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
MARIA ROMILDA FILICE	mariaromilda.filice@hsanmartino.it
DAVIDE ULIVIERI	davide.ulivieri@hsanmartino.it
CHIARA MADDALO	chiara.maddalo@hsanmartino.it
BRUNO CAVALIERE	bruno.cavaliere@hsanmartino.it

### ABSTRACT

Emerge come la cronicità e la policronicità (fonte dati studio Epi Centro 2019 ISS), raggiungano numeri importanti con l'avanzare dell'età; questa situazione comporta un aumento dei ricoveri (a volte impropri) in ambito ospedaliero,

e una ancora insufficiente o inadeguata gestione dei bisogni di salute al domicilio (luogo preferibile per rispondere ai bisogni di cura della popolazione anziana o affetta da patologie croniche). In tale contesto si rende necessario progettare percorsi assistenziali individuali integrati, che garantiscano un approccio proattivo, multidimensionale e centrato sul paziente cronico, nel rispetto dell'efficacia, efficienza, appropriatezza e qualità delle cure. La risposta concreta ed efficace a suddette necessità è rappresentata dal modello delle Transitional Care (TC) che rappresentano l'insieme delle azioni volte a garantire il coordinamento e la continuità delle cure ricevute dal paziente in diversi contesti di cura, o tra diverse figure professionali. L'Unità Ospedaliera a Gestione Infermieristica (UOGI) nasce come sperimentazione organizzativa e si occupa della gestione dei pazienti in fase post-acuta a bassa/media complessità assistenziale, provenienti di norma da altre unità operative a carattere prevalentemente internistico, che hanno terminato l'inquadramento diagnostico, hanno un piano terapeutico definito e condizioni cliniche stabili, ma necessitano di assistenza prevalentemente infermieristica finalizzata al completamento del percorso assistenziale in attesa della presa in carico al proprio domicilio, nell'assistenza domiciliare integrata o dei Servizi Territoriali o nelle Strutture riabilitative o in Residenze Sanitarie Protette. Il reparto è costituito da 20 posti letto, il periodo di degenza consentito non dovrebbe superare i 15 giorni salvo casi motivati in cui la permanenza può protrarsi fino ad un massimo di 20 giorni di degenza totali. Per favorire una totale presa in carico della persona all'interno dell'UOGI si prevede di utilizzare il modello del Primary Nursing, in concomitanza con il modello delle TC per quanto riguarda la continuità delle cure. Grazie all'UOGI si andrà a migliorare la qualità percepita dal cittadino (sia esso paziente e caregiver), rendere efficaci i flussi tra contesti differenti (es. l'integrazione ospedale-territorio, piuttosto che tra ambito sanitario e ambito sociale), garantire una comunicazione efficace tra i diversi professionisti e condividere importanti informazioni grazie alla digitalizzazione dei dati. Inoltre si andrà a risolvere il momento delicato dalla dimissione e migliorare la presa in carico, nell'ottica della continuità delle cure.

### OBIETTIVO GENERALE

Favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche al fine di assicurare la continuità assistenziale, risolvendo il momento delicato dalla dimissione dalla corsia ospedaliera (riducendo le giornate medie di degenza, tasso di occupazione del posto letto) e migliorando la presa in carico, nell'ottica della continuità delle cure.

### OBIETTIVI SPECIFICI

- Garantire il mantenimento di un'adeguata qualità dell'assistenza alla persona.
- Favorire il recupero dell'autonomia dell'individuo, in un'ottica di restituzione al domicilio, o di ricorso a forme residenziali territoriali.
- Favorire l'educazione terapeutica e un canale di comunicazione sanitaria con il caregiver.
- Ottimizzare l'utilizzo dei posti letto di area medica svincolando risorse per la gestione di eventi acuti, garantendo al contempo il mantenimento della presa in carico e la continuità nell'assistenza.
- Ottimizzare la degenza media e l'appropriatezza dei ricoveri nei reparti per acuti.
- Ridurre i tempi di degenza.
- Favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali nonché lo sviluppo e la condivisione di percorsi assistenziali con particolare riferimento alle dimissioni protette.
- Limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali legate all'insorgenza di difficoltà familiari.
- Ridurre il fenomeno di Re-ricovero e riduzione dei costi.
- Risolvere il momento delicato dalla dimissione dalla corsia ospedaliera (riducendo le giornate medie di



degenza, tasso di occupazione del posto letto).

- Migliorare la presa in carico, nell'ottica della continuità delle cure (grazie anche al lavoro dell'infermiere di processo e di un'equipe multiprofessionale).
- Ridurre l'accesso improprio al PS grazie al lavoro di educazione sanitaria e selfcare dedicato al paziente e ai suoi caregiver, nonché all'intervento proattivo del follow up previsto post dimissione.

## RISULTATI ATTESI

### Indiretti

- Aumento indice di rotazione dei posti letto
- Riduzione della degenza media nei reparti
- Qualità percepita attraverso una Customer Satisfaction

### Diretti

- N° di pazienti precedentemente ricoverati in UOGL re-ricoverati nelle strutture di degenza per acuti/ N° pazienti ammessi UOGL ogni anno
- N° di cadute dei pazienti degenti nell'UOGL/ N° pazienti ammessi in UOGL ogni anno
- Indice prevalenza di Lesioni da Pressione
- N° di consulenze specialistiche richieste/ N° pazienti ammessi nell'UOGL ogni anno
- N° di accertamenti diagnostici richiesti/ N° pazienti ammessi nell'UOGL ogni anno
- N° di pazienti ammessi in UOGL il Sabato, Domenica e/o Festivi/ N° totale di ammessi in UOGL in un anno

## CONCLUSIONI

L'Unità Ospedaliera a Gestione Infermieristica favorisce un'appropriata gestione del ricovero ospedaliero fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post acuti o per soggetti con patologie

cronico-degenerative in fase di riacutizzazione. Si ridurranno così le giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie croniche-degenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, prevenendo le complicanze e favorendo il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali e residenziali. Tutto ciò permette di limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione dovute alle modificazioni delle condizioni del paziente. Inoltre l'UOGL favorisce l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche al fine di assicurare la continuità assistenziale.

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- RAG di riferimento
- Coordinatore Infermieristico
- Infermiere di Processo
- Operatore Socio Sanitario
- Infermiere specialista di area medica

- Bed manager
- Assistente Sanitario
- Assistente Sociale
- Medico di Area Medica scelto dalla Direzione
- Responsabile Sviluppo Progetti DPS

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

12 Mesi

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il progetto è in fase di redazione attraverso un procedimento amministrativo

## SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?

SI (Cartella Informatizzata "Onesys")

## SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?

SI

## SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?

SI (Postazioni di lavoro con PC N.4)

## 2

## Adozione del modello assistenziale Primary Nursing presso l'UO di chirurgia senologica e chirurgia plastica

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

IRCCS Policlinico San Martino di Genova

### UNITA' OPERATIVA

Direzione Professioni Sanitarie

### DIRETTORE

Dott. Bruno Cavaliere

### REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
CHIARA MADDALO	chiara.maddalo@hsanmartino.it

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
CHIARA MADDALO	chiara.maddalo@hsanmartino.it
ELEONORA IANNONE	eleonora.iannone@hsanmartino.it
DAVIDE ULIVIERI	davide.uliveri@hsanmartino.it
MARIA ROMILDA FILICE	mariaromilda.filice@hsanmartino.it
CLAUDIA COSMI	claudia.cosmi@hsanmartino.it
DANIELA SPIGNO	daniela.spigno@hsanmartino.it
BRUNO CAVALIERE	bruno.cavaliere@hsanmartino.it

### ABSTRACT

Carichi di lavoro, livelli di organico sottodimensionati e vincoli organizzativi, possono essere fonte di stress lavoro correlato, creando situazioni in cui i lavoratori subiscono tensioni (Schaufeli & Taris, 2014), uno stato di salute più precario (Magnusson Hanson et al., 2018), rischio di esaurimento emotivo (Wong & Laschinger, 2015), burnout (Metlaine et al., 2017), disturbi psicosomatici (Junne et al., 2018) e insoddisfazione sul lavoro (McHugh et al., 2011; Senek et al., 2020). Al contrario, quando questi fattori di stress sono controllati, gestiti e ove possibile ridotti, i lavoratori sono più motivati e hanno prestazioni migliori (Bakker & Demerouti, 2007; Xanthopoulou et al.,

2007). Luoghi di lavoro particolarmente impegnativi e stressanti hanno ripercussioni negative sulla qualità della vita dei lavoratori (van Bogaert et al., 2013). La letteratura ha dimostrato che alcuni settori, come le strutture sanitarie, siano notoriamente stressanti (Khamisa et al., 2015; Ruotsalainen et al., 2015), condizionando la salute fisica e psicologica dei professionisti (Shamian et al., 2016; Siegrist & Li, 2016; Theorell et al., 2015) e la loro qualità di vita (Sili et al., 2018). Le prestazioni (influenzate da tali meccanismi) gravano di conseguenza sulla qualità dell'assistenza e sulla sicurezza del paziente (Farnese et al., 2019).

È importante che i Dirigenti sanitari e infermieristici comprendano queste dinamiche affinché **possano intervenire in modo proattivo sulle criticità per migliorare gli ambienti organizzativi** (Laschinger et al., 2012), **aumentare la salute dei lavoratori** (Fransson et al., 2015) e, indirettamente, **la qualità dell'assistenza ai pazienti**, nonché i risultati sanitari (Kane et al., 2007; Stone et al., 2007) come i tassi di mortalità, i tassi di riammissione, i giorni di ricovero e le infezioni nosocomiali (Aiken et al., 2011, 2014; Dutra e Guirardello, 2021; Griffiths et al., 2014).

Esistono revisioni sistematiche della letteratura a supporto dell'affermazione che migliori organizzazioni infermieristiche sono associate a migliori risultati per i pazienti (Page, 2004). Modelli assistenziali professionalizzanti (quali il Primary Nursing) sono in grado di migliorare la percezione di benessere organizzativo e la relazione con il paziente.

I Modelli organizzativi per l'erogazione dell'assistenza descrivono come il professionista organizza il proprio lavoro, le competenze necessarie per attuarlo, come comunica e si coordina con il gruppo, al fine di assumere decisioni condivise (Parreira et al., 2021).

A partire dall'inverno scorso (dicembre 2022) la Direzione delle Professioni Sanitarie ha accolto la manifestazione di interesse da parte del Coordinatore e del gruppo infermieristico afferente all'UO chirurgia senologica e chirurgia plastica, di sperimentare il modello assistenziale del Primary Nursing.

Successivamente è stato pianificato un **progetto pilota**, definendo:

- Obiettivi
- Indicatori
- Attività
- Risorse
- Eventuali difficoltà

Ogni attività è stata calendarizzata e affidata a relativi referenti.

La Direzione Generale ha approvato il progetto, augurandosi che tale modello possa essere diffuso su tutta l'organizzazione del Policlinico, ove indicato.

### OBIETTIVO GENERALE

Implementare un modello assistenziale in grado di garantire una presa in carico globale e integrata della persona, e, al tempo stesso, valorizzare la figura del Professionista Sanitario Infermiere

### OBIETTIVI SPECIFICI

- Fornire al paziente e alle famiglie un'assistenza personalizzata

- Garantire cure sicure e di qualità
- Pianificare le attività assistenziali (compilazione ottimale della cartella e dei processi assistenziali)
- Migliorare l'adesione ai percorsi (PDTA del carcinoma della mammella)
- Riconoscere e conferire al personale assistenziale più autonomia, autorevolezza e potere decisionale
- Modificare gli attuali modelli organizzativi

## RISULTATI ATTESI

Migliorare i risultati clinico-funzionali, di processo, percepiti, organizzativi, grazie a rilevazioni programmate:

T0: aprile 2023, rilevazioni prima dell'implementazione del modello assistenziale

T6: ottobre 2023, rilevazioni a circa 6 mesi dall'adozione del modello assistenziale

T12: aprile 2024. Rilevazione a circa 12 mesi dall'adozione del modello assistenziale

### Risultati clinici e funzionali:

- Cure tempestive
- Gestione ottimale del dolore e dei problemi assistenziali del paziente chirurgico
- Processo infermieristico compilato e portato a termine
- Educazione terapeutica
- Ripresa delle attività quotidiane
- Supporto psicologico

### Risultati di processo:

- Competenze del Personale Infermieristico
- Leadership Coordinatore

### Risultati percepiti:

- Benessere del Personale infermieristico
- Qualità dell'assistenza (Paziente)

### Risultati organizzativi:

- Volume interventi
- Tempestività intervento entro 60 giorni (PDTA 06.1)
- Tempestività terapia medica entro 45 giorni (PDTA 06.2)
- Tempestività radioterapia entro 365 dall'intervento chirurgico (PDTA 06.3)
- Tempestività del follow up (1 mammografia entro 18 mesi dall'intervento) (PDTA 06.4)

## CONCLUSIONI

Il Primary Nursing è un metodo di erogazione dell'assistenza fondato sulla relazione ed orientato ai risultati, che prevede l'assegnazione, chiara ed individualizzata, ad un infermiere di riferimento (Primary Nurse), di uno o più pazienti, dall'ingresso alla dimissione. L'infermiere di riferimento, per il paziente, è responsabile, in modo continuativo, 24 ore su 24, delle decisioni assistenziali assunte e dei risultati raggiunti rispetto alle cure erogate.

Attraverso l'applicazione e documentazione del processo di assistenza, l'infermiere di riferimento identifica e condivide con paziente e/o familiare i problemi assistenziali, negozia i risultati attesi, sceglie le attività assistenziali per l'attuazione delle quali collabora con infermieri associati e/o personale di supporto o le attua personalmente, valutando l'avanzamento verso i risultati attesi (Mattila, Pitkänen, Alanen et al., 2014; Tiedeman & Lookinland, 2004).

Questo modello, unitamente a percorsi (PDTA) ben delineati, a una buona comunicazione e collaborazione tra i membri dell'equipe, e a figure professionali in grado di governare tali percorsi (per esempio infermiere Case Manager), dovrebbero garantire un buon raggiungimento dei risultati attesi.

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermiere (di reparto, genetista, del DH oncologico, di radiologia...)
- Coordinatore Infermieristico, Coordinatore dei Tecnici Sanitari di radiologia medica
- Tecnico Sanitario di radiologia medica
- Medico (chirurgo, chirurgo plastico, oncologo, radiologo...)
- Psicologo
- Operatore Socio Sanitario
- Personale amministrativo

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Circa un anno (da gennaio 2023 ad aprile 2024)

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Possibilità di ampliare il progetto su altre unità operative.

## SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?

Cartella clinica elettronica, calendario informatizzato, applicativo diagnostico-interventistico, agenda CUP (Centro Unico di Prenotazione)

## SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?

Sì

# LOMBARDIA



Da **Dott.ssa Simonetta Cesa** Direttore SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo

## Introduzione, sviluppo e consolidamento del case management finalizzato alla presa in carico delle persone con bisogni complessi

1

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASST Papa Giovanni XXIII – Bergamo

### UNITA' OPERATIVA

SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali

### DIRETTORE

Dott.ssa Simonetta Cesa

### REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Monica Casati

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
DOTT.SSA MONICA CASATI	mcasati@asst-pg23.it
DOTT.SSA SIMONETTA CESA	scesa@asst-pg23.it
DOTT. DANIELE MARCHETTI	danielemarchetti@asst-pg23.it
DOTT.SSA MARIA BEATRICE STASI	mbstasi@asst-pg23.it

## ABSTRACT

A fronte del quadro demografico ed epidemiologico attuale appare evidente come le aziende sanitarie e sociosanitarie, in pieno allineamento con la normativa nazionale e regionale, siano chiamate a rispondere ai bisogni sanitari, sociosanitari e sociali a valenza sanitaria della popolazione. La letteratura scientifica offre diversi modelli clinico/organizzativi per far fronte a queste esigenze: uno tra questi è il case management, un “*processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed advocacy delle scelte e dei servizi, che agevolino i bisogni sanitari generali dell’individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere outcome di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia*” (Case Management Society of America, 2016). Dal 2011 la Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali dell’ASST Papa Giovanni XXIII, allora azienda ospedaliera, ha introdotto il case management, formalizzando il ruolo di professionisti, direttamente e storicamente coinvolti in ambiti chiamati a continuità assistenziale e integrazione multiprofessionale, che si trovavano spontaneamente a esercitare ruoli che, seppur non formalizzati, erano ascrivibili a questa metodologia. Il case management ha rappresentato e rappresenta tuttora un ambito progettuale che richiede di mantenere continuativi investimenti, pienamente sostenuti a livello direzionale, dal punto di vista organizzativo, formativo e documentale. Investimenti che hanno condotto all’introduzione, sviluppo e consolidamento del case management in più ambiti, eterogenei ma fortemente tra loro integrati, rappresentanti le molteplici offerte di servizi alla persona garantite dall’azienda. Gli ambiti coinvolti sono quello trapiantologico nelle sue diverse fasi, malattie neurologiche e pneumologiche croniche, diabete, oncologia, materno-infantile-pediatrio, scompenso cardiaco, lesioni cutanee, stomie, riabilitazione del pavimento pelvico, emodialisi, disfagia, ipovisione, dimissioni protette, cure palliative, area territoriale, salute mentale e dipendenze. In conclusione si è di fronte a un quadro ampiamente ricco e in evoluzione in cui ambiti di case management consolidati sono affiancati da realtà in sviluppo, garantendo facilitazione, integrazione e coordinamento ai percorsi di presa in carico delle persone con bisogni complessi di diversa natura.

## OBIETTIVO GENERALE

Introdurre, sviluppare e consolidare il case management come approccio d’elezione per assicurare una presa in carico personalizzata alle persone con bisogni complessi, sanitari, socio-sanitari o sociali a valenza sanitaria, in diversi ambiti specialistici o territoriali, garantendo la continuità delle cure.

## OBIETTIVI SPECIFICI

1. Identificare la presenza di un’attività professionale con le caratteristiche ascrivibili al case management.
2. Condurre una valutazione di fattibilità e appropriatezza.
3. Analizzare il contesto alla luce degli standard del case management.
4. Organizzare un percorso di inserimento al ruolo e formativo dedicato.

5. Garantire la presenza degli elementi organizzativi, strutturali e logistici necessari.
6. Individuare indicatori di esito.
7. Elaborare strumenti di lavoro.
8. Presentare la figura del case manager a tutti professionisti operanti nell’ambito e agli stakeholder.
9. Sviluppare e consolidare gli ambiti di case management già introdotti.
10. Mantenere una proposta formativa dedicata, trasversale all’azienda o specifica per singoli ambiti.
11. Promuovere ed organizzare attività di ricerca sul tema.
12. Accogliere e innestare sul progetto di percorsi accademici dedicati.

## RISULTATI ATTESI

Rispetto agli obiettivi sopradescritti i risultati attesi della progettualità, nelle diverse fasi, sono:

1. Identificazione degli ambiti potenziali di case management secondo modalità top-down o bottom-up. Nel primo caso è individuata l’opportunità nel contesto della revisione o riorganizzazione o introduzione di percorsi clinico-assistenziali, anche in base a indicazioni normative, nell’obiettivo di garantire efficacia, efficienza, coordinamento e integrazione delle cure. Nel secondo si raccolgono le segnalazioni provenienti dai coordinatori o dai professionisti che prestano la propria attività nell’ambito specialistico o territoriale.
2. Si conferma la fattibilità e appropriatezza dell’introduzione del case management da parte di un gruppo di lavoro che vede coinvolti le funzioni direzionali di progettazione e sviluppo, i responsabili di dipartimento, i coordinatori e una rappresentanza dei professionisti operanti nell’ambito.
3. L’analisi del contesto viene condotta attraverso il confronto con gli standard del case management reperibili in letteratura, ad esempio quelli della Case Management Society of America (2022). Sono così individuati elementi da consolidare e valorizzare e/o azioni di intervento per colmare eventuali lacune.
4. Il percorso di inserimento al ruolo e formativo, strutturato sotto forma di evento formativo residenziale e/o formazione sul campo, garantisce un appropriato back-ground culturale in tema case management, fornisce un laboratorio per confronto e sviluppo sui lavori di introduzione e getta le basi per la formalizzazione del ruolo.
5. Vengono individuati e predisposti gli elementi organizzativi, strutturali e logistici necessari allo svolgimento dell’attività di case management come, a titolo d’esempio: ufficio o ambulatorio, canali e percorsi strutturati per l’attivazione di risorse professionali e/o strumentali, strumentazione e apparecchiature anche per lo svolgimento dell’eventuale teleassistenza.
6. Sono definiti gli indicatori di esito utili alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi. Essi possono essere trasversali all’organizzazione (es. diminuzione della durata della degenza media, diminuzione degli accessi in Pronto Soccorso) o specifici dell’ambito (es. aumento dell’aderenza terapeutica, aumento della qualità di vita).
7. Sono disponibili strumenti di lavoro come, ad esempio, job description, documentazione

assistenziale (auspicabilmente informatizzata), documentazione informativa/educativa, caselle di posta elettronica, biglietti da visita.

8. Sono organizzati uno o più incontri di presentazione della figura del case manager a tutti i professionisti operanti nell'ambito e agli stakeholder, come associazione di volontariato e associazioni di rappresentanza dei pazienti, per promuovere il riconoscimento del ruolo.
9. Viene mantenuto il costante sviluppo e consolidamento degli ambiti introdotti attraverso la valutazione continua e lavori ad hoc su temi individuati di volta in volta nello svolgimento dell'attività.
10. Viene mantenuta una costante proposta formativa in tema case management, trasversale all'azienda o specifica per i singoli ambiti a seconda degli obiettivi formativi.
11. È promossa e organizzata attività di ricerca in tema case management al fine di contribuire allo sviluppo della conoscenza, anche attraverso pubblicazioni su riviste scientifiche o il contributo a convegni o congressi.
12. Accoglienza di percorsi accademici in tema case management al fine di mantenere la costante e fattivo lo scambio di conoscenze e competenze tra organizzazione e università.

## CONCLUSIONI

L'Introduzione, lo sviluppo e il consolidamento del case management richiede un impianto progettuale con elementi strutturali trasversali e specifici a seconda dell'ambito. La proposta descritta ha condotto l'ASST Papa Giovanni XXIII all'individuazione di 42 ambiti per un totale 213 case manager (117 ambulatoriali, 91 territoriali e 5 in degenza) consolidati o in istituzione. Tra gli aspetti progettuali si ritiene essenziale sottolineare l'importanza della formazione, atta alla creazione del fermento culturale necessario, dell'individuazione di indicatori di esito per l'appropriata valutazione di efficacia e efficienza e della strutturazione di percorsi lean, personalizzati a seconda della persona presa in carico e dei suoi caregiver.

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri, Ostetriche, Logopedisti, Fisioterapisti, Educatori Professionali, Ortottisti e Assistenti Sociali. Con la collaborazione dei Medici operanti nei diversi ambiti specialistici e dei Medici di Medicina Generale/ Pediatri di Libera scelta.

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Si stima che l'introduzione del case management in un ambito richieda almeno un anno di lavori e di formazione propedeutici prima dello start-up. Lo sviluppo e il consolidamento sono processi da mantenere costanti nel tempo.

## SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?

È presente la documentazione clinico-assistenziale elettronica in ambito ospedaliero e nel polo territoriale,

compreso il Sistema per la Gestione Digitale per il Territorio di Regione Lombardia. È disponibile un software per la teleassistenza.

## SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?

È auspicabile che i software sopracitati siano tra loro integrati.

## SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?

Sono richieste integrazioni per l'eventuale predisposizione di postazioni di teleassistenza.

Da **Dott. Alberto Silla** Direttore Professioni Sanitarie e Sociosanitarie- Polo Territoriale – ASST Cremona

## 2

### Integrazione della tassonomia Nanda I nel piano assistenziale individualizzato: proposta di un PAI sociosanitario

#### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASST Cremona

#### UNITA' OPERATIVA

Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie- Polo Territoriale

#### DIRETTORE

Dr. Alberto Silla - Dirigente dedicato Dr Gianmario Pedretti

#### REFERENTE DEL PROGETTO

Dott. Gianmario Pedretti

#### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL
<b>GIANMARIO PEDRETTI</b>	Dirigente Professioni sanitarie Territoriali, ASST Cremona	gianmario.pedretti@asst-cremona.it
<b>SARA CASAGRANDE</b>	IFeC, ASST Cremona	sara.casagrande@asst-cremona.it
<b>CORINNE FIORINI</b>	IFeC, ASST Cremona	corinne.fiorini@asst-cremona.it
<b>MICHELA SBOLLI</b>	IFeC, ASST Cremona	michela.sbolli@asst-cremona.it

#### ABSTRACT

Il DM n.77/2022 definisce modelli organizzativi e standard riguardo gli interventi previsti nell'ambito della Missione

6 del PNRR, stratificando la popolazione in base al bisogno socioassistenziale e introducendo il "Progetto di Salute", che, se complesso, prevede la stesura di un PAI. La letteratura sull'utilizzo delle diagnosi infermieristiche è imponente, ma poco indagata in ambito territoriale. Per questo motivo, gli autori hanno deciso di introdurre un linguaggio standardizzato condiviso: la tassonomia NAND I e relativi NIC e NOC, all'interno di un PAI socio-sanitario integrato e digitalizzato, a gestione non esclusivamente medica, al fine di sviluppare una maggiore autonomia professionale nella sua stesura e delineare un campo di azione specifico per l'Infermiere di Famiglia e Comunità, utilizzando uno strumento unico, integrato e condiviso.

#### OBIETTIVO GENERALE

Il Piano di Ripresa e Resilienza, approvato il 13 luglio 2021, prevede una serie di investimenti finanziati al fine di rispondere ai danni economici e sociali legati alla crisi pandemica. All'interno del Piano vengono individuate sei missioni, le quali rappresentano le principali aree d'intervento. La missione numero 6 è dedicata all'ambito salute e prevede uno stanziamento di 18,5 miliardi con lo scopo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario, garantendo equità di accesso alle cure. (1) (2) Il DM 23 maggio 2022.n.77 definisce modelli organizzativi, standard e principali tematiche riguardo gli interventi previsti nell'ambito della Missione 6 Component 1: "Reti di prossimità strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR, focalizzandosi sull'importanza dell'integrazione e sull'analisi di strumenti e ruoli trasversali, al fine di potenziare l'assistenza territoriale. Viene proposta una stratificazione della popolazione fondata sull'analisi del bisogno di salute clinico assistenziale e sociale, introducendo il "Progetto di Salute" ovvero uno strumento utilizzato da un'équipe multiprofessionale per la presa in carico della persona in termini olistici. Tale strumento consentirà di individuare priorità d'intervento, garantire la continuità delle cure e di agire sui fattori di rischio in un'ottica di prevenzione e proattività. Nel caso del Progetto di Salute complesso è prevista la stesura di un PAI, mentre per il Progetto di Salute semplice non è considerato obbligatorio. Attualmente il PAI ha una connotazione prevalentemente clinica, dove il titolare della stesura è un medico con la funzione di clinical manager. In relazione ai nuovi sviluppi dell'assistenza territoriale e alle innovazioni introdotte dal DM 77 si ravvisa la necessità di implementare un PAI sociosanitario integrato, a gestione non esclusivamente medica.

#### OBIETTIVI SPECIFICI

Il lavoro permette di fornire un approfondimento in merito alle caratteristiche del PAI sociosanitario e alle opportunità del suo utilizzo come strumento integrato e condiviso, nel quale siano evidenti anche i campi specifici di autonomia delle varie professioni coinvolte ed i problemi a gestione collaborativa. La ricerca di eventuale letteratura esistente in merito alle diagnosi NANDA I, gli outcomes e gli interventi più utilizzati in altre realtà dagli infermieri di famiglia e comunità potrà consentire di realizzare PAI con piani assistenziali e percorsi in parte predefiniti e allo stesso tempo personalizzabili.

Gli obiettivi strategici che questo progetto si prefigge di raggiungere sono:

- Sviluppo dell'autonomia professionale nella stesura di un Piano Assistenziale Individualizzato, basato su valutazioni multidimensionali.
- Maggiore collaborazione con gli attori coinvolti, utilizzando un unico strumento condiviso, riducendo la frammentazione del percorso assistenziale.
- Utilizzo di un linguaggio standardizzato per la definizione di diagnosi, interventi, obiettivi, indicatori di risultato che consente la valutazione degli outcomes di salute in un'ottica di monitoraggio della qualità

dell'assistenza, all'interno di una rivalutazione continua. L'utilizzo di un linguaggio standardizzato consentirà inoltre di effettuare un'analisi in merito alle diagnosi, agli obiettivi e agli interventi infermieristici più utilizzati dagli infermieri di famiglia e comunità, delineando un campo di azione specifico.

- Pieno coinvolgimento del servizio sociale, in relazione alla rilevanza dell'aspetto sociale come determinante di salute, che impatta in modo considerevole sulla salute della persona, della famiglia e della comunità.
- Inclusione e partecipazione al processo assistenziale sia dell'utente che del caregiver, accompagnati da una équipe multiprofessionale personalizzata, sulla base dei bisogni rilevati. Il PAI potrà essere utilizzato anche all'interno delle Case di Comunità come unico strumento condiviso dalle molteplici figure professionali coinvolte, in forma verosimilmente digitale.

## RISULTATI ATTESI

I principali risultati che l'implementazione del PAI sociosanitario arricchito dalla tassonomia NANDA I si prefigge di raggiungere sono:

- Sviluppo di una maggiore autonomia professionale nella stesura di un Piano Assistenziale Individualizzato, basato su valutazioni multidimensionali in relazione al profilo di rischio identificato;
- Maggiore collaborazione con gli attori coinvolti, utilizzando un unico strumento condiviso, riducendo così la frammentazione del percorso assistenziale.
- Utilizzo di un linguaggio standardizzato per la definizione di diagnosi, interventi, obiettivi, indicatori di risultato che consente la valutazione degli outcomes di salute in un'ottica di qualità dell'assistenza, all'interno di una rivalutazione continua. L'utilizzo di un linguaggio standardizzato consentirà inoltre di effettuare un'analisi in merito alle diagnosi, agli obiettivi e agli interventi infermieristici più utilizzati dagli infermieri di famiglia e comunità, delineando un campo di azione specifico. Pieno coinvolgimento del servizio sociale, in relazione alla rilevanza dell'aspetto sociale come determinante di salute, che impatta in modo considerevole sulla salute della persona, della famiglia e della comunità.
- Superare le criticità evidenziate anche nel rapporto OASI del 2020 relative alla frammentazione tra i nodi della rete spostando il focus attentivo dalla rete sanitaria a quella sociosanitaria.

## CONCLUSIONI

La letteratura internazionale sull'utilizzo delle diagnosi infermieristiche nei diversi ambiti assistenziali è oggi imponente, tuttavia, si osserva una netta prevalenza di materiale relativo alla loro applicazione in ambito ospedaliero, mentre è ancora poco studiato e pubblicato in riferimento al territorio e all'assistenza domiciliare. Emerge quindi sempre più il bisogno di implementare l'uso delle diagnosi infermieristiche nei setting territoriali e a domicilio. L'utilizzo di un PAI sociosanitario integrato potrebbe rappresentare un'opportunità ai fini di una migliore integrazione tra i nodi della rete territoriale. Come è possibile rilevare nel DM77 del 2022, l'integrazione risulta ancora più fondamentale e rilevante con l'aumentare del livello di rischio. A partire dal quarto livello di rischio, il bisogno sociosanitario della persona richiede azioni coordinate complesse, un'integrazione importante tra i setting assistenziali coinvolti ed una presa in carico multiprofessionale. L'utilizzo delle diagnosi infermieristiche correlate ai risultati NOC e agli interventi NIC utilizzati come strumenti per l'apprendimento possono favorire il miglioramento dell'organizzazione e lo sviluppo dell'assistenza infermieristica. Allo stesso tempo, la pianificazione e la personalizzazione dell'assistenza in base ai bisogni di salute sia attuali che di prevenzione e promozione,

nonché la valutazione dell'efficacia degli interventi e degli outcomes rendono il Piano di Assistenza Individuale uno strumento ideale per progetti di miglioramento della qualità dell'assistenza. L'integrazione tra l'utilizzo di un linguaggio standardizzato come quello della tassonomia NANDA I, NIC e NOC e la stesura di un PAI sociosanitario potrebbe favorire al meglio le opportunità di ciascuno strumento e garantire una presa in carico olistica, integrata e personalizzata.

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri di famiglia e comunità aziendale

Infermieri case manager del polo territoriale

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

12 mesi

## SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?

No

## SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?

È prevista una fase di elaborazione di una integrazione sul portale Regionale SGDT che andrà a codificare all'interno del modulo previsto per la formulazione

## SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?

Non sono previste integrazioni di apparecchiature software se non quella legata all'implementazione della funzione di SGDT.



# MARCHE



**Dott.ssa Donatella Giovannini** Dirigente Professioni Sanitarie U.O.C.  
Professioni Sanitarie Area Infermieristica ed Ostetrica AST Ancona

## Modello organizzativo ambulatorio infermieristico

1

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AST- ANCONA

### UNITA' OPERATIVA

UNITA' OPERATIVA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

### DIRETTORE E REFERENTE DEL PROGETTO

Donatella Giovannini

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
DONATELLA GIOVANNINI	donatella.giovannini@sanita.marche.it
GIORDANO GIOA	
D'INCECCO PATRIZIA	
MARIA GRAZIA ZAGAGLIA	
MARIELLA MARI	
GRACIOTTI PAOLA	

### ABSTRACT

**Introduzione:** Le strutture ambulatoriali territoriali rappresentano il luogo di elezione ove erogare le risposte adeguate ai bisogni dei cittadini garantendo prossimità e capillarità. Essi rappresentano un nodo strategico nel sistema della cure primarie al fine di gestire il paziente cronico ma che non necessita tuttavia di trattamenti domiciliari e/o residenziali.

**Obiettivo:** Attivazione di ambulatorio infermieristico al fine di migliorare l'accessibilità e la fruibilità da parte dei cittadini della città di Ancona dei servizi sanitari e delle prestazioni di assistenza primaria, in stretta collaborazione con il Front Office delle Cure domiciliari e con il Poliambulatorio 2000 di Ancona.

**Materiali e metodi:** Strumenti di progettazione Work Breakdown structure (WBS), diagramma di Gant

**Risultati:** misurazione attraverso indicatori di processo ed esito

**Conclusioni:** Valutazione a 3-6 mesi

#### Progetto

Per Ambulatorio Infermieristico territoriale si intende la struttura o luogo fisico, collocato nel territorio – Distretto sanitario, preposto alla erogazione di cure infermieristiche organizzate e gestite direttamente da personale infermieristico, che ne è responsabile ai sensi del DM 739/94 e della legge 251/00, articolo 1, commi 1 e 3. Il progetto ha l'obiettivo di realizzare un ambulatorio infermieristico specialistico nella sede Distrettuale di Ancona in grado di garantire, attraverso un nuovo modello di organizzazione e gestione dell'assistenza, equità, trasparenza, qualità e garanzia di sicurezza nelle cure. L'ambulatorio è finalizzato ad una migliore presa in carico dell'utente a livello territoriale rispondendo con competenza alle diverse esigenze della collettività definendo modelli di assistenza che prevedano da subito il coinvolgimento della persona e della famiglia in un'ottica di proattività, sviluppando l'empowerment dell'assistito. La creazione di una rete tra Infermieri della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza domiciliare, MMG e altri stakeholders territoriali e ospedalieri determina un valore aggiunto nella presa in carico dell'assistito.

#### OBIETTIVI SPECIFICI

L' Ambulatorio Infermieristico ha l'obiettivo di:

- Costruire una rete integrata tra i servizi ospedalieri, territoriali e MMG al fine di assicurare la continuità assistenziale anche infermieristica;
- Garantire risposte appropriate ai bisogni di assistenza infermieristica nella popolazione attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e la definizione di percorsi assistenziali integrati;
- Promuovere nelle persone i processi di autocura, anche finalizzate a realizzare una partecipazione attiva e consapevole delle scelte di natura assistenziale e compiere gli obiettivi che l'assistenza infermieristica di comunità si pone;
- Promuovere attività di prevenzione ed educazione della salute;
- Promuovere la comunicazione precisa e puntuale con gli MMG e i medici della Continuità Assistenziale (MCA), assistenza Sociale, al fine di migliorare la rete socio sanitaria;
- Rispondere ai bisogni assistenziali del cittadino attraverso l'erogazione di interventi infermieristici;
- Garantire la presa in carico globale del paziente, mettendo in atto le indicazioni evidenziate dai percorsi diagnostico-terapeutici definiti sulla base delle principali linee guida nazionali ed internazionali;
- Accompagnare il paziente nell'ambito del percorso diagnostico-terapeutico, educativo e di prevenzione delle recidive, sia direttamente che mediante la collaborazione del team multidisciplinare;
- Promuovere nelle persone i processi di autocura (self care), anche al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale (Empowerment del Cittadino)
- Promuovere l'attività di prevenzione ed educazione alla salute;

#### RISULTATI ATTESI

Il sistema di monitoraggio costituisce l'indispensabile supporto al processo di valutazione delle attività dell'ambulatorio con l'obiettivo di verificare con cadenza trimestrale l'efficacia, l'efficienza e l'economicità degli interventi e rilevare eventuali scostamenti tra risultati attesi e risultati effettivi.

Il sistema viene alimentato attraverso valutazione degli indicatori di processo ed esito:

##### Indicatori di processo

- Numero scheda ambulatoriali aperte
- Numero e tipologia di interventi effettuati

##### Indicatori di esito

- Questionari di customer satisfaction
- Miglioramento/guarigione lesioni verificabili secondo score schede di valutazione specifiche

#### CONCLUSIONI

Nel nuovo scenario della sanità pubblica, la riorganizzazione del territorio rappresenta l'unico percorso possibile per accedere a una sanità migliore, sviluppando modelli organizzativi basati sulla richiesta dei bisogni di salute della popolazione, delle persone fragili senza tralasciare il contesto socioeconomico.

La sperimentazione e l'attivazione dell'Ambulatorio infermieristico nella nostra azienda ha lo scopo di

sviluppare l'integrazione tra i vari professionisti della salute, offrire risposte appropriate in termini di qualità e efficacia delle prestazioni, con una migliore presa in carico del cittadino definendo modelli di assistenza che prevedevano da subito il coinvolgimento della persona e della famiglia, in un'ottica di proattività, sviluppando l'empowerment dell'assistito.

Tali modelli permettono di valorizzare le competenze più avanzate che l'infermiere ha maturato grazie ai percorsi formativi, valorizzando il suo contributo nel raggiungimento di outcome di salute.

In questa realtà si rende sempre più necessario l'implementazione e la diffusione sul territorio di modelli organizzativi gestiti e organizzati da infermieri, in grado di affrontare con la dovuta competenza e i necessari strumenti situazioni problematiche assistenziali non gestibili a domicilio ma il cui livello di bisogno non necessita dell'accesso in ospedale luogo deputato alla gestione delle acuzie

#### PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermiere della specialistica ambulatoriale e/o dell'ADI con master in wound care
- MMG
- Specialista ambulatoriale medico

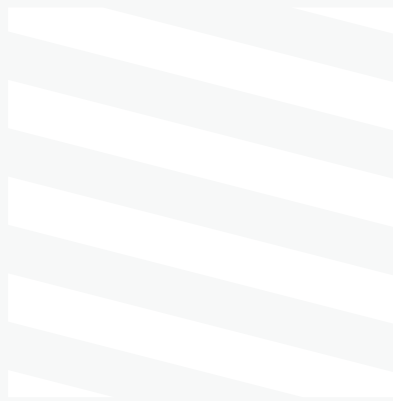
**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

ATTIVITÀ	ASSEGNATO A	AVANZAMENTO	INIZIO	FINE
<b>progettazione</b>				
Verifica Cartella SIRTE	Direzione Infermieristica	100%	14/11/22	5/12/22
Creazione agenda CUP	Direzione Infermieristica	100%	5/12/22	7/12/22
Profilazione programmi sirte cup areas	Direzione Infermieristica	100%	7/12/22	11/12/22
creazione percorsi visite Specialistiche	Direzione Infermieristica / Infermiere	100%	11/12/22	23/12/22
informazione ai MMG e Cittadinanza	Direttore Distretto	100%	23/12/22	8/1/23
<b>ATTIVAZIONE AMBULATORIO</b>				
Avvio attività ambulatoriale	Direzione Infermieristica	100%	10/1/23	10/1/23
Verifica a 3 mesi	Direzione Infermieristica	100%	10/4/23	10/4/23
verifica a 6 mesi	Direzione Infermieristica	100%	10/7/23	10/7/23

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE**

Nell'ambito dell'Ambulatorio Infermieristico i modelli di riferimento per l'agire professionale si baseranno sui seguenti modelli

- **Self-Care.** Il concetto di self-care si fonda su una rappresentazione della persona non come semplice ricevente passivo dei servizi sanitari ma, al contrario, come primo e fondamentale "operatore" del lavoro di cura nei confronti della propria salute.
- **Modello delle prestazioni infermieristiche.** Il modello delle prestazioni infermieristiche elaborato dalla Cantarelli, si propone il superamento di un'assistenza infermieristica, erogata per mansioni, (assistenza semplice), per passare ad un'assistenza complessa che richieda, da parte dell'infermiere, un giudizio autonomo e decisioni ponderate basate sulla conoscenza del proprio lavoro, e sulla formazione/informazione che possiede.
- **Chronic Care model.** Il Chronic care model è un modello assistenziale nella gestione delle malattie croniche, è un metodo organizzativo che riguarda il territorio. Tale modello ha ridefinito l'approccio alle malattie croniche spostando i modelli di cura da un approccio reattivo, basato sul paradigma "dell'attesa" dell'evento acuto, ad un approccio "proattivo", improntato al paradigma preventivo, mirato ad evitare o rinviare nel tempo la progressione della malattia; a promuovere l'empowerment del paziente (e della comunità) e la qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale).



- Educazione Terapeutica.
  1. Conoscere la propria malattia
  2. Gestire la terapia in modo competente
  3. Prevenire le complicanze evitabili
- **Counseling.** Il counseling infermieristico è una particolare forma di relazione d'aiuto che l'infermiere utilizza, unendo capacità comunicative e conoscenze tecniche specifiche, allo scopo di fornire un'assistenza completa ed efficace al paziente.

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?**

L'ambulatorio inf.co si avvale dei seguenti applicativi:

- Il **sistema informativo per la Rete del Territorio (SIRTE)** assicura il coordinamento dei percorsi di cura tra i diversi professionisti e la continuità dell'assistenza tra differenti livelli organizzativi, ottimizzando l'integrazione tra Ospedale e territorio.
- **areas:** sistema informativo amministrativo della regione Marche deputato all'approvvigionamento di beni necessari per lo svolgimento dell'attività assistenziale
- **Centro Unico di Prenotazione (CUP)** regionale è il Centro Unico di accesso alla prenotazione di visite ed esami nelle strutture sanitarie del territorio regionale. Permette al personale infermieristico di inserire i PIC (presa in carico) e di registrare la prestazione erogata.



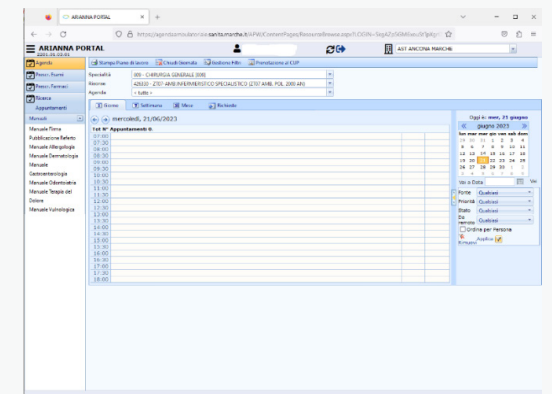
**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?**

**Portale Arianna:**

La Cartella Specialistica Ambulatoriale è un standard per tutta l'azienda, è una soluzione unica per la fase di gestione della refertazione clinica a livello ambulatoriale.

Il sistema consente la raccolta delle seguenti informazioni:

- Problemi attivi e anamnestici (personalizzabile dall'utente). L'anamnesi prossima e remota vengono trattate come una lista analitica di singole patologie in atto o anamnestiche. Lo strumento prevede anche un sistema di consultazione che mostra l'evoluzione di ogni problema clinico nel tempo.
- Anamnesi familiare, fisiologica, fattori di rischio (personalizzabile dall'utente).
- Vaccinazioni (personalizzabile dall'utente).
- Esame obiettivo (personalizzabile dall'utente).



- Refertazione: Il modulo Cartella ambulatoriale permette di gestire la refertazione ambulatoriale

Inoltre il sistema prevede alcune funzioni trasversali quali:

- Sistema di ricerca e reportistica: l'applicativo prevede un sistema di ricerca evoluta, che permette di compiere interrogazioni sul database, senza avere specifiche competenze informatiche. Dà la possibilità di salvare tali ricerche per utilizzi futuri ed ha un sistema di conversione del linguaggio naturale
- Sistema di Configurazione: Il sistema di configurazione dei moduli personalizzati permette agli operatori del reparto/clinica di definire tutti gli aspetti del repository di dati clinici.

### SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE? SI

- Misuratore Indice caviglia/Braccio (ABI)
- MolecuLight dispositivo portatile che include varie funzioni: fotografie e video delle lesioni, misurazione delle dimensioni delle ferite, visualizzazione della carica batterica delle ferite

## “ SENTIRSI A CASA ” Da una riabilitazione residenziale ad una residenzialità diffusa nel territorio

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AST- ANCONA

### UNITA' OPERATIVA

SRR CASA ROSSA- DSM AST ANCONA

### DIRETTORE

DR. MASSIMO MARI

### REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Donatella Giovannini Dirigente Professioni Sanitarie AST Ancona

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	EMAIL
STEFANIA IMPICCI	
SAURO SANTINI	
DONATELLA GIOVANNINI	donatella.giovannini@sanita.marche.it

### ABSTRACT

#### Introduzione:

Dal mese di novembre 2022 causa una forte scossa sismica avvenuta nel nostro territorio, la struttura riabilitativa denominata “SRP2 CASA ROSSA” del DSM AST Ancona, ha subito un danno strutturale, tale da dichiarare la struttura inagibile.

I pazienti sono stati trasferiti immediatamente in altra sede adattata per accoglierli temporaneamente.

La riorganizzazione degli spazi strutturali è andata di pari passo con una riorganizzazione della metodologia di lavoro con progetti di intervento individualizzati, specifici e differenziati su ogni singolo utente.

#### Obiettivo

Lo studio si propone come obiettivo quello di valutare l'esito dei ricoveri della SRP2 "Casa Rossa" prima del sisma, durante la fase riorganizzativa e dopo la nuova organizzazione per poterne valutare gli esiti

### Materiali e Metodi

Studio osservazionale descrittivo con utilizzo della Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) costituita da 12 items.

### Conclusioni

L'utilizzo di strumenti per la valutazione sistematica di percorsi assistenziali potrebbe produrre una importante svolta per la costruzione di percorsi riabilitativi istituzionali, e il passaggio in sicurezza da comunità a residenzialità.

Il presente lavoro nasce dalla consapevolezza che i servizi di salute mentale devono essere pensati per i pazienti e le loro famiglie, devono fornire trattamenti sostenuti dall'evidenza scientifica e basati sui principi della recovery, favorire processi di inclusione sociale e prevedere la valutazione sistematica degli outcome di efficacia.

Dal mese di novembre 2022 causa una forte scossa sismica avvenuta nel nostro territorio, la struttura riabilitativa denominata "SRP2 CASA ROSSA" del DSM AST Ancona, ha subito un danno strutturale, tale da dichiarare la struttura inagibile.

I pazienti sono stati trasferiti immediatamente in altra sede adattata per accoglierli temporaneamente.

La riorganizzazione degli spazi strutturali è andata di pari passo con una riorganizzazione della metodologia di lavoro con progetti di intervento individualizzati, specifici e differenziati su ogni singolo utente.

Il modello Value Based Healthcare ci ha fornito una direzione per affrontare le sfide presenti e future.

Tale modello si propone di ottimizzare il rapporto tra l'efficacia, la qualità e l'appropriatezza delle cure da un lato, e l'efficienza, il costo e le modalità di utilizzo delle risorse dall'altro, per aumentare la qualità del servizio e dei trattamenti sia in termini di appropriatezza che in termini di qualità delle cure erogate.

L'intervento di riorganizzazione è stato rivisto in :

- ridisegnare il servizio sui principi della recovery
- implementare i trattamenti evidence based
- favorire processi di inclusione sociale

Il concetto di recovery include in sé tutto il processo ed è stato definito e tradotto in numerose modalità, ma nessuna accezione coincide con la scomparsa della malattia, piuttosto essa rispecchia lo sviluppo di abilità perdute con la malattia e il recupero di un ruolo valido e soddisfacente all'interno della società (Carozza, 2006).

Non si riferisce ad un trattamento o ad una prestazione specifica, ma implica un percorso durante il quale il cittadino-paziente deve imparare a fronteggiare gli eventi quotidiani, avere buone capacità relazionali e sociali, servendosi anche di opportuni sostegni e riconoscendo i propri limiti. Tale processo è qualcosa di complesso e non lineare: è un'esperienza di crescita oltre la malattia ed è la sensazione che "il peggio è passato". Per Liberman e Kopelowicz (2005) le persone sono in recovery quando i sintomi della loro malattia non interferiscono con il loro funzionamento nella vita quotidiana.

Le ricerche effettuate a partire dagli anni '70 (Bleuler, Ciompi e Muller in Svizzera; Huber in Germania; Tsuang, Harding, e De Sisto negli USA) hanno dimostrato che buona parte dei cittadini-pazienti schizofrenici a distanza di 20-40 anni, anche se con sintomi psicotici attivi, presentavano un buon adattamento sociale, dato rilevante per

la loro qualità di vita. Infatti, il concetto di guarigione sociale che ne originò promosse l'idea che ciò che contava era la qualità della vita, che lo scopo delle terapie doveva essere il benessere delle persone e che la salute non era sinonimo di normalità.

Il Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti e nello specifico la sezione SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), definisce la recovery come un processo di cambiamento attraverso cui l'individuo migliora la propria salute e il proprio benessere, vive in modo self-directed e si impegna a vivere al meglio delle proprie potenzialità. Secondo SAMHSA ci sono 4 grandi dimensioni che supportano la recovery:

Health: capacità di gestire la propria malattia

Home: un luogo sicuro dove vivere

Purpose: attività significative, ad esempio il lavoro, lo studio, il tempo libero

Community: sentirsi parte di una rete sociale (ad es., amici, famiglia, quartiere o paese dove si vive)

Con i concetti teorici della Recovery, il DSM ha deciso di sviluppare una progettualità che includesse da un lato il rispetto delle normative regionali, dall'altro la possibilità di continuare il percorso di cura offrendo agli assistiti un percorso alternativo di inclusione abitativa (residenzialità leggera) utilizzando appartamenti comunali in convenzione, riqualificandoli e creando una nuova modalità di gestione nel mondo della riabilitazione psichiatrica.

## LO STUDIO

Questa importante riorganizzazione del DSM potrebbe portare importanti risposte alla comunità scientifica che si occupa di Salute Mentale. La valutazione sistemica degli esiti, la cosiddetta efficacia nella pratica (effectiveness), è l'unico metodo che può darci risposte in merito a questo nuovo modello organizzativo.

Lo studio si propone come obiettivo quello di valutare l'esito dei ricoveri della SRP2 "Casa Rossa" prima del sisma, durante la fase riorganizzativa e dopo la nuova organizzazione per poterne valutare gli esiti

## OBIETTIVO GENERALE

- Migliorare il livello di funzionamento;
- Incoraggiare la più ampia inclusione possibile nei principali domini di vita: lavoro, famiglia, amicizie, tempo libero, studio, abitazione, salute fisica;
- Incoraggiare la minor dipendenza possibile dai servizi specialistici;
- Ridurre il ricorso all'ospedalizzazione;
- Prevenire le ricadute di acuzie

## OBIETTIVI SPECIFICI

- Favorire la remissione/ riduzione della sintomatologia e degli stati di angoscia;
- Acquisire abilità di autogestione dei sintomi, della terapia farmacologica e delle ricadute;
- Acquisire abilità e comportamenti funzionali;
- Implementare strategie di coping nella gestione dello stress;
- Migliorare l'aderenza terapeutica;
- Educare alla malattia mentale i pazienti e le famiglie.

### Disegno di studio

Studio osservazionale descrittivo con rilevazione dell'efficacia a T0 = ricovero in SRR Casa Rossa (T0), T1= al momento della dimissione dalla SRR (durante il sisma) e T2= a 6 mesi dall'ingresso nella residenzialità diffusa nel territorio.

A ciascun paziente verrà somministrato un questionario al momento del reclutamento, dopo 6 mesi e al termine dell'intervento (dopo 12 mesi).

**Intervento:** Interventi psicosociali basati sull'evidenza e orientati al recovery

**Setting:** pazienti ricoverati presso la SRP2 Casa Rossa AST ANCONA

**Popolazione di riferimento:** pazienti con diagnosi di disturbo mentale

**Periodo d'osservazione:** GENNAIO 2023 – GENNAIO 2024

**Criteri di inclusione:** pazienti ricoverati in regime residenziale.

**Strumento di indagine:** Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) costituito da 12 items.

### RISULTATI ATTESI

Da percorsi similari già in essere presso il nostro DSM (altre sedi territoriali) ci aspettiamo una compliance maggiore degli assistiti al percorso di cura, e un tasso molto basso di ricaduta / ospedalizzazione e una maggior partecipazione della famiglia al progetto terapeutico.

### CONCLUSIONI

La scala HoNOS prendendo in considerazione non solo gli aspetti clinici ma anche la globalità delle problematiche relazionali e sociali presentate dal paziente psichiatrico, permette di rappresentarne la qualità di vita per diversi aspetti: psicopatologici, di salute, familiari e sociali. Essendo uno strumento di compilazione relativamente semplice e rapida, si presta facilmente ad un uso routinario e costante nel tempo da parte di tutti i professionisti del gruppo multiprofessionale che ha in cura il paziente,

L'utilizzo di strumenti per la valutazione sistematica di percorsi assistenziali potrebbe produrre una importante svolta per la costruzione di percorsi riabilitativi istituzionali, e il passaggio in sicurezza da comunità a residenzialità.

Favorire percorsi di inclusione sociale, abitativa, familiare e lavorativa in poche parole permettere agli utenti di "Sentirsi finalmente a casa" necessita della costruzione di percorsi di accompagnamento efficaci e funzionali.

Come per tutti i percorsi di trasformazione, non si può prescindere da una prima fase di sperimentazione propedeutica per esplorare soluzioni innovative, acquisire nuove conoscenze sull'applicabilità nel contesto di riferimento e generare risultati che potrebbero permettere l'adozione formale delle strategie sperimentate

### PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

L'equipe terapeutica è composta dalle seguenti figure professionali:

- Medico responsabile della struttura;
- Medico psichiatra;

- Psicologo psicoterapeuta;
- Coordinatore infermieristico;
- Infermieri;
- Educatori Professionali;
- Assistente Sociale;
- Personale ausiliario.

### TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto ha la durata di 1 anno, da gennaio 2023 a gennaio 2024.

Prevede 3 valutazioni con la versione italiana della HoNOS scale rispettivamente:

- Gennaio 2023 (T0); già in possesso
- Luglio 2023 (T1);
- Gennaio 2024 (T2).

### SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?

Già in dotazione per la registrazione dei dati raccolti

## 3

## L'Infermiere di comunità nel percorso assistenziale della cronicità: una esperienza di co-progettazione nella promozione della salute nel quartiere Ponterosso di Ancona

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Ast Ancona Marche

### UNITA' OPERATIVA

Cure Domiciliari e Residenziali Distretto Ancona

### DIRETTORE

Dott.ssa Nadia Storti

### REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Donatella Giovannini Dirigente Professioni Sanitarie

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL
DONATELLA GIOVANNINI	Dirigente Professioni Sanitarie	donatella.giovannini@sanita.marche.it
PATRIZIA D'INCECCO	Ifec	

### ABSTRACT

#### Introduzione:

Il progetto è frutto di una collaborazione tra la Direzione alle Politiche sociali del Comune di Ancona e l' Azienda territoriale di Ancona , ed il target di riferimento è la popolazione anziana over 65 del Quartiere Ponterosso di Ancona. Entrambe le Istituzioni si pongono come co-produttori di un progetto di miglioramento della qualità organizzativa territoriale, che può rappresentare una sfida a livello MESO nel panorama socioassistenziale territoriale della città di Ancona. L'intento è quello di lavorare nella microarea, in stretto contatto con il cittadino, per permettere di individuare le problematiche economiche, sociali e fisiche, che spesso nel concreto appaiono

intrecciate le une con le altre. L'approccio adottato è quello dello sviluppo di comunità, che cercando di superare i limiti del welfare tradizionale punta a far incontrare a livello "micro" la domanda di servizi e le risorse pubbliche e private e, impegna i cittadini, con al fianco le istituzioni, a mettersi in gioco, diventando loro stessi la risposta ai bisogni evidenziati. La co-presenza, dell'Ifec all'interno della struttura, dal novembre 2022, e di un gruppo di 15 persone over 65 che si incontra settimanalmente per attività ludico ricreative, su iniziativa dell'Associazione Antreas (Associazione Nazionale tutte le età Attive per la Solidarietà) di Ancona conduce ad elaborare una coprogettazione nell'ambito di attività educative di promozione della salute, su argomenti di interesse selezionati dal gruppo over 65. Le attività attuali dell'Associazione Antreas sono previste dal Progetto VOLARE: VOLontariato Anziani e Rete di Eccellenza promosso da Antreas nazionale e finanziato con i fondi del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

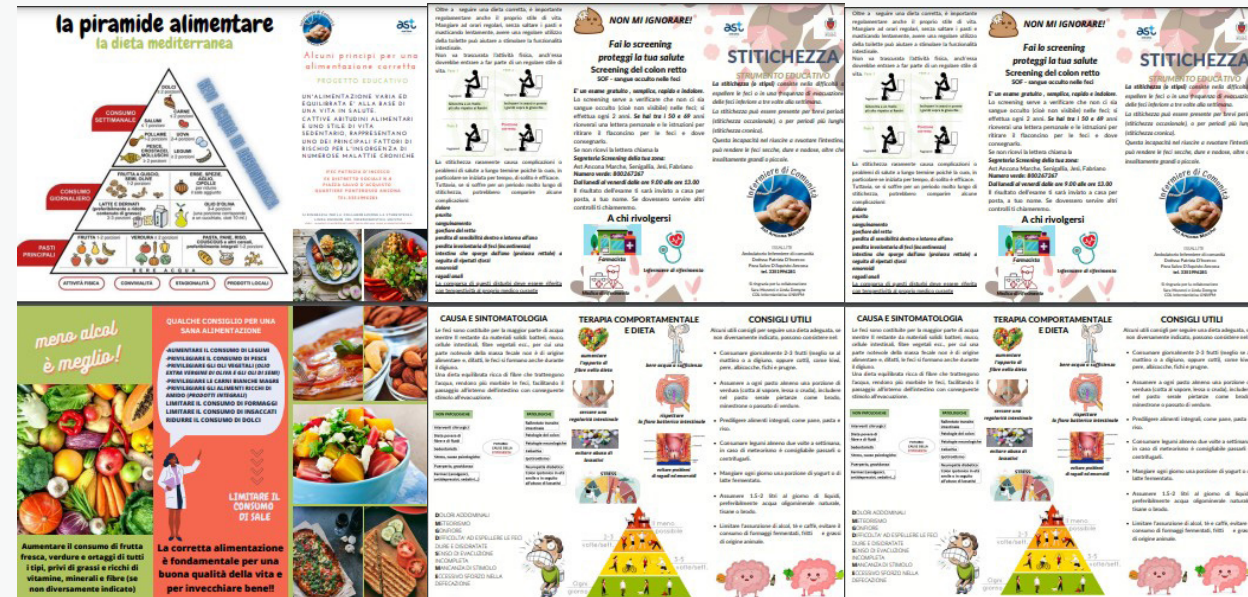
### MATERIALI E METODI:

Il gruppo over 65 è composto da 15 persone con una maggioranza di presenza femminile. Gli argomenti prescelti dal gruppo over 65, dopo aver valutato tutte le proposte e selezionate quelle che maggiormente accomunava il gruppo, sono:

- La terapia farmacologica solida orale.
- Focus su alcuni principi riferiti ad una corretta alimentazione
- La stitichezza

La scelta di questi tre argomenti ha portato il gruppo a condividere in primis il bisogno educativo impellente relativo ad alcune tematiche che li interessava maggiormente, la possibilità di avere un tempo e un luogo dove poter condividere, in gruppo: luoghi comuni, fake news e corrette informazioni e l'importanza di una consapevolezza maggiore che possa guidare le proprie scelte di salute. Ad ogni incontro, della durata di circa 30-45 minuti, a supporto delle informazioni ricevute, sarà consegnata una brochure educativa sull'argomento affrontato. In accordo con l'Antreas viene fissato un primo incontro in cui prospettare questo intervento al gruppo, e, scegliere gli argomenti di interesse. In seguito, vengono fissati i tre incontri educativi, rispettivamente nelle date del 04/07, 26/08 e 12/09/2023. Le Associazioni, sul territorio, possono avere un ruolo determinante, se è possibile lavorare in rete, ripensandole come un punto di riferimento sociale e focalizzare l'attenzione non solo sull'ambito sanitario. È importante creare reti di assistenza sociale e comunitaria sperando in una nuova ottica nella sanità perché "la salute non è solo una risposta clinica, ma è il prendersi cura". Quello del volontariato e delle associazioni di Terzo settore è un punto di vista privilegiato che li rende degli interlocutori necessari per intervenire al meglio.

Nell'ultimo incontro, che sarà occasione per una piccola festiciola di condivisione, verrà somministrato al gruppo un questionario di apprendimento e di gradimento dell'iniziativa educativa condivisa.



**OBIETTIVO GENERALE:**

Acquisire conoscenze e nuove competenze su argomenti di interesse evidenziati dal gruppo stesso dando voce al loro bisogno educativo.

**OBIETTIVI SPECIFICI:**

- Individuare le fake news che rischiano di generare incomprensioni e comportamenti non salutari
- Confronto all'interno del gruppo sulle modalità di reperimento delle corrette informazioni scientifiche sugli argomenti analizzati
- Condividere con familiari ed amici le conoscenze acquisite.

**RISULTATI ATTESI**

Indicatori di esito:

- Numero dei partecipanti costante agli incontri
- Questionari sulla verifica informazioni apprese e conoscenze acquisite
- Tasso di gradimento dell'iniziativa
- Collaborazione dei partners all'iniziativa educativa.

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI:**

Infermiere di Famiglia e Comunità

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO:**

I tempi di realizzazione sono stati stimati in circa 4 mesi: da Giugno a Settembre 2023.

Da **Dott.ssa Stefania Rasori** Direttore U.O.C. Professioni Sanitarie – AST Pesaro Urbino

**L'infermiere di famiglia e comunità, un professionista vicino alle persone**

4

**DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA**

AST PESARO URBINO

**UNITA' OPERATIVA**

UOC PROFESSIONI SANITARIE

**DIRETTORE**

DOTT.SSA STEFANIA RASORI

**REFERENTE DEL PROGETTO**

Dott.ssa Stefania Rasori

**AUTORI DEL PROGETTO**

NOME E COGNOME	EMAIL
FRANCESCO PIERGIOVANNI	france.piergiiovanni@sanita.marche.it
LOREDANA DE COL	loredana.decol@sanita.marche.it
SERENA FRASSINI	serena.frassini@ospedalimarchenord.it
ELISETTA VICHI	elisetta.vichi@ospedalimarchenord.it
STEFANIA RASORI	stefania.rasori@ospedalimarchenord.it

**ABSTRACT**

La Medicina d'Iniziativa è un modello assistenziale teso alla gestione dei pazienti affetti da patologie croniche. Contrapposta alla medicina d'attesa, mirata a dare risposte ad un bisogno espresso, è centrata su un'assistenza



proattiva all'individuo, dalla prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa e prevede un approccio di presa in carico attento alle differenze di genere, che tenga conto delle diverse fasi della vita dell'individuo e che caratterizzi tutti i setting assistenziali. Sono strumenti della Medicina d'Iniziativa l'ingaggio precoce e proattivo per l'individuazione delle persone a rischio di malattia, l'educazione ai corretti stili di vita, la presa in carico negli stadi iniziali delle patologie, la programmazione di medio-lungo periodo delle attività assistenziali, il sostegno e il controllo della compliance dei pazienti ai programmi diagnostico-terapeutici. La Medicina d'Iniziativa è l'ambito in cui è più pregnante la stretta collaborazione tra il Medico di Medicina Generale (MMG) e l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), professionista fortemente orientato alla gestione proattiva della salute e coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità.

L'IFeC risponde ai bisogni di salute di uno specifico ambito territoriale e comunitario: presenza costante nella comunità territoriale di riferimento, facilita il percorso della presa in carico e della continuità assistenziale, favorendo l'integrazione e la collaborazione tra i vari professionisti della salute (MMG, medici specialisti, altri infermieri ed operatori sanitari, assistenti sociali ecc.) e i servizi territoriali, in un vero e proprio lavoro di équipe. È fondamentale la stratificazione della popolazione per profili di rischio: attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento (Medicina di Popolazione) e la presa in carico degli assistiti in base a livello di rischio, bisogno di salute e consumo di risorse, nell'ottica di intercettare e interrompere precocemente il continuum negativo dalla condizione di cronicità, alla fragilità, alla disabilità.

La figura dell'IFeC è definita da una serie di documenti e normative. Nel 2020 la FNOPI ha presentato un Position Statement per uniformarne la visione a livello nazionale, ridurre gli elementi di diversificazione interpretativa e giungere ad una definizione univoca del modello proposto con relative competenze e responsabilità, da acquisire attraverso una formazione universitaria post-base. Nel PNRR 2021, la Missione 6 attribuisce all'IFeC un ruolo di primo piano, sia negli ambiti delle Case della Comunità sia nello sviluppo del sistema dell'assistenza domiciliare. Infine, il Decreto Ministeriale 77 del 2022 lo definisce come il professionista di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Il presente progetto introduce l'IFeC in favore dei residenti di una delle zone più interne della Provincia di Pesaro e Urbino, quasi al confine con la Regione Toscana. Il DM 77/2022 prevede come dotazione organica minima 1 IFeC ogni 3000 abitanti.

Il territorio di interesse è quello dei Comuni di Piandimeleto, Frontino, Lunano, Belforte rispettivamente 2061, 285, 1434 e 749 abitanti; trattasi di Aree che distano in media circa 50 minuti dal polo sanitario pubblico più vicino (Urbino), distanza che raggiunge in alcuni casi anche i 60 minuti. Alla distanza fisica dai poli di offerta dei servizi socio-assistenziali essenziali, si somma un sottodimensionamento della "connessione digitale": la quota di popolazione raggiunta da banda larga a rete fissa compresa tra i 2 e i 20 mega è solo del 55%, a fronte di un dato medio nazionale del 65%. I territori interessati registrano un importante calo demografico, con una perdita di residenti nel periodo 2011-2017 del 3,2%, fronte di una crescita continua della quota di over 65 sul totale della popolazione. Nella Regione Marche, dove si segnala una "speranza di vita alla nascita" superiore alla media nazionale, il 41% degli adulti e il 56% degli anziani è sovrappeso o obeso, così come circa il 30% dei bambini della classe terza della scuola primaria. Per quanto riguarda la rete dei servizi socio sanitari l'area oggetto del progetto è caratterizzata da tassi di ospedalizzazione evitabili più elevati rispetto a quelli registrati sia in Italia che nella media delle Aree Interne del Paese. Si tratta di un fenomeno da ricondurre alla non adeguata organizzazione della rete sanitaria territoriale e ad un conseguente utilizzo inappropriato dei servizi ospedalieri. Parallelamente, l'area è caratterizzata anche da livelli di offerta di prestazioni specialistiche più bassi e da sistemi di emergenza urgenza con tempi di intervento decisamente più alti rispetto alla media nazionale e delle altre aree interne.

Il progetto è stato avviato il 1 febbraio 2023 con l'istituzione del primo punto di prossimità con IFeC, presente nella

sede ambulatoriale dedicata nel paese di Piandimeleto. L'IFeC garantisce la presa in carico di pazienti affetti da patologie croniche su segnalazione del MMG. I servizi sono erogati 6 giorni su 7 dal lunedì al sabato, con 36 ore di attività settimanali su tutto il territorio comprendente i comuni di Piandimeleto, Lunano, Belforte all'Isauro e Frontino. Le attività dell'IFeC sono articolate per l'utenza dei territori di riferimento e limitrofi in 3 programmi:

- **Ambulatoriale:** con attività rivolte principalmente al monitoraggio, gestione, educazione terapeutica di utenza con patologia accertata in fase di cronicità, che deambula, con patologie cardiovascolari, metaboliche, respiratorie, neurologiche, psichiatriche compensate e senza disturbi comportamentali attivi. È stato istituito un ambulatorio integrato medico - infermieristico in compresenza 1 volta la settimana per i comuni di Piandimeleto (capofila), Lunano e Frontino; a breve anche nel comune di Belforte all'Isauro.
- **Domiciliare:** stessa attività dell'ambulatoriale, diretto ad utenza in condizioni di maggiore fragilità/cronicità e solitudine sociale.
- **Prestazionale infermieristica semplice** (medicazioni e terapie iniettive) e in compresenza con MMG. L'accesso all'ambulatorio è diretto, senza prenotazione, con impegnativa del curante per 8 prestazioni. Il servizio è in stretta integrazione con gli altri professionisti della salute che operano nella rete territoriale e prevede la sinergia con altre figure professionali, ad esempio gli assistenti sociali, in un'ottica di presa in carico integrata per la risoluzione di problematiche varie anche di tipo socio sanitario. A partire dal mese di settembre 2023 si prevede di consolidare il progetto con l'attivazione della Telemedicina, come richiamato dalle normative vigenti, previo percorso formativo, la fase progettuale è ad oggi in fase di definizione.

Sono inclusi nel progetto: pazienti con cronicità accertata da almeno 5 anni e/o condizione di fragilità socio-assistenziale/solitudine sociale e/o disabilità e/o politerapia (almeno 4 farmaci) e/o multimorbilità (almeno 3 patologie).

La realizzazione del progetto ha richiesto le risorse di seguito elencate.

#### **Risorse umane**

- 1 unità infermieristica con formazione certificata (Master Universitario di 1° livello Infermiere di Famiglia e Comunità) e pregressa esperienza nei Servizi di Cure Domiciliari del

#### **Risorse strumentali**

- Auto aziendale
- Smartphone con connessione ad internet al fine di permettere un rapido scambio di informazioni tra i professionisti

#### **Risorse informatiche**

Database in condivisione con MMG del territorio di riferimento

#### **Risorse strutturali**

Ambulatorio a Piandimeleto (c/o sede del Palazzo Comunale), a Lunano (c/o ambulatorio del Medico di Famiglia e di Continuità Assistenziale), a Frontino e San Sisto (c/o le sedi delle Farmacie territoriali)

#### **Attività dell'IFeC**

L'IfeC svolge le proprie attività in ambito ambulatoriale, domiciliare e comunitario, erogando assistenza a tutti gli utenti che necessitano di interventi a medio – bassa complessità.

Nello specifico:

- integrazione nella rete di protezione sanitaria e sociale con organizzazione di momenti di incontro con la popolazione volti ad illustrare e a promuovere l'adesione a programmi di screening, di prevenzione e di educazione sanitaria;
- attività di educazione sanitaria (es. prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari, interventi educativi sui corretti stili di vita, prevenzione della sindrome metabolica in persone affette da patologie croniche e da obesità);
- vaccinazioni in accordo con Servizio Prevenzione e Protezione;
- attività ambulatoriali per utenti deambulanti: medicazioni, terapie parenterali, in particolare iniettivi depot o a somministrazione mensile, controlli pressori, misurazione di glicemia rapida con glucometro, misurazione di INR rapido e di altri indici bioumorali tipo emogramma, creatinina, elettroliti con apparecchi tipo POCT, saturimetria con pulsossimetro, sostituzione o posizionamento di cateteri vescicali, medicazione di cateteri venosi centrali ad inserzione periferica.
- attività al domicilio di utenza affetta da grave fragilità, disabilità psico-fisica, non deambulanti, a grave rischio socio-sanitario (es. prelievi ematici in situazioni di grave disagio socio-assistenziale e concordati con UVI Distrettuale);
- In via di definizione esecuzione di elettrocardiogrammi, spirometrie ed emogasanalisi, in accordo con il Servizio di Cardiologia e Servizio Pneumologico, nel rispetto dei PDTA delle patologie trattate. (attualmente in corso il training del personale e lo sviluppo di percorsi di presa in carico con specialistica ospedaliera e ambulatoriale);
- formazione di utenti e care-giver di pazienti cronici per supporto all'autogestione e verifica della corretta assunzione dei farmaci, all'aderenza terapeutica e alla riconciliazione farmacologica
- monitoraggio e facilitazione dei percorsi di presa in carico, continuità assistenziale e dimissione protetta dei pazienti da ricoverare o ricoverati, in accordo con Bed Manager Ospedaliero e Servizio UVI Distrettuale;
- assistenza nelle comunità scolastiche, residenziali e riabilitative del territorio di competenza, per la gestione della cronicità nei vari setting comunitari;
- raccordo con le Farmacie territoriali e le future Farmacie dei Servizi ed implementazione di nuove funzioni di integrazione (agende CUP, prenotazioni visite specialistiche, supporto utenza per aggiornamento piani terapeutici, fornitura ossigeno gassoso, corretta richiesta, approvvigionamento, conservazione, assunzione e smaltimento di farmaci, specie quelli per la gestione della cronicità, ecc.);
- sostegno e collaborazione con i MMG e la famiglia nella scelta dei più appropriati percorsi di cura della patologia cronica;
- assistenza e supporto a pazienti / care giver nella programmazione e/o prenotazione di esami strumentali e di laboratorio e facilitazione alla loro visualizzazione, nel rispetto delle norme sulla privacy;
- consuntivazione e reportistica dell'attività ambulatoriale e domiciliare su portale SIRTE (Sistema Informativo per la Rete del Territorio della Regione Marche). Attualmente in corso di definizione un programma informatico regionale specifico per l'attività dell'IfeC.

## OBIETTIVO GENERALE

Migliorare la capacità di risposta ai bisogni di cura, diagnostici ed assistenziali della popolazione residente nell'area territoriale integrando le competenze con altri professionisti sanitari, in special modo ridurre le distanze talvolta presenti con i MMG, garantendo una presa in carico multiprofessionale condivisa delle problematiche di salute del cittadino.

## OBIETTIVI SPECIFICI

- Ridurre il tasso ospedalizzazione evitabile a 1 anno dall'implementazione del progetto;
- ridurre i tempi di presa in carico dei pazienti fragili "frequent user" (>4 accessi al PS) afferenti al territorio di competenza dell'IfeC;
- aumentare il numero di segnalazioni a UVI e PUA Distrettuale di fragili con disagio socio-assistenziale;
- aumentare il numero di segnalazioni a Servizio Sociale comunale o d'ambito di fragili con disagio;
- ridurre le chiamate improprie al 118 ed i conseguenti accessi impropri ai punti di PS di afferenza territoriale;
- aumentare il numero delle consulenze nutrizionali attivate per fragili su prescrizione del curante e regia IfeC, per patologie neurologiche con correlata disfagia, malnutrizione e palliative per terminali oncologici e non;
- misurare il grado di aderenza alla terapia farmacologica dei pazienti sottoposti a educazione sanitaria dopo la presa in carico dell'IfeC;
- ridurre il tasso d'incidenza di lesioni da pressione 1° e 2° stadio, in pazienti fragili allettati, in carico al programma domiciliare IfeC;
- ridurre il tasso d'incidenza CAUTI (infezioni del tratto urinario associate al catetere vescicale) dopo dimissione protetta condivisa con IfeC o direttamente su attivazione del Curante al domicilio;
- misurare il grado di soddisfazione dell'utenza al progetto IfeC;
- aumentare il numero di prestazioni specialistiche di Telemedicina a 6 mesi dalla sua implementazione.

## Indicatori

N° totale di segnalazioni da parte del MMG nel periodo considerato

N° totale di follow-up da parte dell'IfeC

Tasso di ospedalizzazione per riacutizzazione della patologia

N° riacutizzazioni gestite sul territorio

N° accessi ai PS di afferenza territoriale

Soddisfazione paziente/caregiver e professionisti

## RISULTATI ATTESI

Nel primo trimestre di attività (fase pilota) risultano in carico al Programma IfeC 61 utenti per un totale di 409 accessi (n° pazienti/accessi: 11/70 per l'ambulatoriale, 7/54 per il prestazionale e 43/285 per il domiciliare).

Gli esiti più significativi sono descritti nella tabella 1 e si riferiscono a 54 utenti (escluso prestazionale).

Tab.1

Esiti	N° utenti	%
<b>Riduzione PA 10 mmHg</b>	<b>14</b>	<b>25.9</b>
<b>Riduzione PA 20 mmHg</b>	<b>15</b>	<b>27.8</b>
<b>Calo ponderale</b>	<b>22</b>	<b>40.8</b>
<b>Incremento attività (Scale ADL/IADL)</b>	<b>25</b>	<b>46.3</b>
<b>Aumento aderenza terapeutica (Scala Morisky)</b>	<b>46</b>	<b>85.2</b>

Ad oggi non sono stati rilevati casi di lesione da pressione o CAUTI insorti. La presenza di uno studente della scuola secondaria di Piandimeleto portatore di sonda PEG ha offerto lo spunto per una serie di incontri a carattere educativo in loco condotti dall'IFeC sul tema della nutrizione enterale e della corretta gestione del device; sono in via di definizione iniziative di educazione sanitaria rivolte alla popolazione dei comuni interessati. Sono stati inoltre calendarizzati incontri a cadenza periodica con i titolari delle 4 Farmacie territoriali, volti ad estendere i criteri d'inclusione al progetto, nell'ottica delle future Farmacie dei Servizi (DM 77/2022). In collaborazione con la Cardiologia dell'Ospedale di Urbino si sta ultimando il programma per la presa in carico del paziente con scompenso cardiaco, per il quale il ruolo della Telemedicina sarà determinante. Una volta consolidata e valutata l'esperienza dell'IFeC presso le comunità indicate (a 6 mesi dall'inizio del progetto), il percorso verrà implementato con l'attivazione della Telemedicina, come richiamato dalle normative vigenti, per il quale è già stato previsto un investimento tecnologico e formativo da parte di tutti gli attori interessati. I primi risultati della sperimentazione sono positivi e propedeutici ad una sempre maggiore integrazione delle competenze, a garanzia di una presa in carico multiprofessionale e condivisa delle problematiche di salute del cittadino.

I principali outcome attesi, a 1 anno dalla start up, saranno il miglioramento di abilità di self-care e aderenza terapeutica dell'utenza con problematiche di cronicità, riduzione delle attivazioni improprie ai servizi di emergenza presenti sul territorio, riduzione dell'ospedalizzazione evitabile, facilitazione e maggiore accessibilità ai servizi e alle consulenze specialistiche per le persone fragili, riduzione della mobilità passiva.

## CONCLUSIONI

L'IFeC ha un ruolo di facilitatore tra l'assistito, la famiglia e i diversi interlocutori e servizi del sistema salute, assicurando il coordinamento e l'integrazione a favore di una presa in carico per quanto possibile concreta, completa ed efficace. La sua presenza è un valore aggiunto e strategico alla rete delle cure primarie dell'entroterra pesarese, un territorio a forte calo demografico in cui vivono molte persone anziane che necessitano di una presa in carico globale, comprese le famiglie che se ne fanno carico. L'IFeC, professionista opportunamente formato, con competenze trasversali orientate e complementari alle altre professioni sanitarie, promotore del self empowerment, del benessere e della salute psico-fisica dell'individuo e della comunità potrà dare risposta a problematiche che sovente determinano un inappropriato o errato ricorso ai servizi della rete dell'urgenza tempo-dipendente. Il suo sarà inoltre un ruolo chiave nel territorio per quanto attiene a modalità assistenziali innovative legate alla telemedicina, telemetria, televisita e teleassistenza.

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermiere (Cure Primarie, ADI UVI e PUA Distrettuale, stabilimenti ospedalieri, Servizio Prevenzione e Protezione)
- Medico (MMG, specialisti ospedalieri e ambulatoriali, Servizio Prevenzione e Protezione)

- Farmacista (Servizio di Farmacia Ospedaliera, Farmacie territoriali)
- Assistente sociale
- Tecnico informatico

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Progetto di durata di 12 mesi nell'arco temporale 2023–2024, prorogabili a risorse invariate

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

### SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?

Portale SIRTE

### SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI

Integrazione al Portale Sirte con software dedicato all'attività dell'IFeC

Database in condivisione con MMG del territorio interessato

### SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?

1 computer fisso per ambulatorio IFeC

1 tablet

## Bibliografia

1. Patto per la Salute 2019-2021, approvato il 18 dicembre 2019 in sede di Conferenza Permanente Stato-Regioni,
2. Decreto-legge del 19 maggio 2020, n. 34, all'articolo 1, comma 5,
3. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP), adottato il 6 agosto 2020 con intesa in Conferenza Stato-Regioni,
4. Linee di indirizzo Infermiere di famiglia e di comunità L. n.77 del 17 luglio 2020
5. Position Statement FNOPI "Infermiere Famiglia e Comunità"
6. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR 2021)
7. Decreto Ministeriale 77 del 2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"
8. Piano Nazionale Cronicità 2016 Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016
9. Comitato Tecnico Aree Interne su dati ISTAT, MIUR e Ministero della Salute 2018 - Progetto SNAI "Asili D'Appennino - Territorio Basso Pesarese e Anconetano"
10. Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 Profilo di Salute ed Equità delle Marche Agosto 2021

## 5

## ”Home-picc”: l’accesso venoso a casa del paziente

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AST PESARO URBINO

### UNITA' OPERATIVA

UOC PROFESSIONI SANITARIE

### DIRETTORE E REFERENTE DEL PROGETTO

DOTT.SSA STEFANIA RASORI

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
STEFANIA RASORI	stefania.rasori@ospedalimarchenord.it
LOREDANA DE COL	loredana.decol@sanita.marche.it
ELISETTA VICHI	elisetta.vichi@ospedalimarchenord.it
SERENA FRASSINI	serena.frassini@ospedalimarchenord.it
MARCELLO VITANZA	marcello.vitanza@ospedalimarchenord.it
ROBERTO MAFFEI	roberto.maffei@ospedalimarchenord.it
ELISABETTA SANTINI	elisabetta.santini@ospedalimarchenord.it
MARCO SERAFINI	marco.serafini@sanita.marche.it

### ABSTRACT

I cambiamenti socio-demografici e la crescita numerica della popolazione anziana hanno profondamente modificato il funzionamento dei servizi offerti dal S.S.N. Gli studi epidemiologici evidenziano il problema crescente della cronicità e degli aspetti sociali ed economici che ad essa si correlano; l'uso appropriato delle risorse rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari, definendo tipologie differenziate di risposta in ragione della prevalenza dei bisogni socio-sanitari e della loro intensità: in questo ambito può essere utile una strategia di integrazione a lungo termine tra tecnologia e assistenza continuativa. I servizi necessari ad affermare questo modello di cura nella prassi quotidiana sono rappresentati principalmente dalle esperienze di Ospedalizzazione a Domicilio e di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), servizi ponte tra l'ospedale ed il territorio. L'idea guida e l'approccio metodologico che caratterizzano il progetto "Home-PICC" sono riconducibili al sistema per la continuità di cura e l'Assistenza Domiciliare Integrata di I°, II° e III° livello (DGR 791/2014), in base all'intensità crescente degli

interventi erogati diretti al soddisfacimento di bisogni di bassa, media e alta criticità, quali terminalità, patologia neurologica degenerativa/progressiva in fase avanzata, nutrizione artificiale parenterale e terapia del dolore. Tali pazienti di frequente sono oggetto di ospedalizzazioni inappropriate, per la compromissione del patrimonio venoso generata da pregresse terapie e conseguente difficoltà nel reperire di un accesso venoso stabile. Il progetto "Home-PICC" è articolato in fasi che consentono di sperimentare ed implementare percorsi di coordinamento e di integrazione tra le strutture sanitarie, nonché forme di supporto assistenziale extraospedaliero: l'obiettivo è sfidante e deve rispondere a requisiti specifici di accettabilità, appropriatezza, costo-efficacia, efficienza e sicurezza degli interventi.

La creazione di un team aziendale, che veda coinvolti in sinergia medici e infermieri "specialist" completamente autonomi nell'impianto e nella gestione degli accessi venosi, rappresenta un valore aggiunto per l'appropriatezza delle cure, facilita l'integrazione professionale, la standardizzazione delle procedure e il monitoraggio dell'attività, al fine di garantire qualità e sicurezza delle prestazioni. L'istituzione nel 2013 del PICC team ospedaliero dell'ex AO Ospedali Riuniti Marche Nord (AORMN) ha comportato benefici significativi:

- l'attuazione ragionata e sistematica di un programma di scelta aziendale dei devices e delle attrezzature;
- la riduzione delle complicanze e dei costi legati all'impianto, grazie all'adozione di una tecnica standardizzata e condivisa, eseguita da personale con expertise e skills certificate;
- l'attuazione di un servizio continuativo di consulenza per la gestione routinaria degli accessi venosi e di eventuali complicanze catetere-correlate (infettive o trombotiche o meccaniche);
- il mantenimento di un'attività culturale e formativa continua, finalizzata all'aggiornamento delle procedure e dei protocolli aziendali inerenti l'impianto e la gestione degli accessi venosi.

La Legge Regionale 8 agosto 2022, n. 19 ha sancito la soppressione dell'Asur, a decorrere dal 31 dicembre 2022 e la contestuale trasformazione delle precedenti 5 Aree Vaste in 5 Aziende sanitarie territoriali (AST) con l'incorporazione di AORMN nella AST Pesaro-Urbino. Nell'ottica del nuovo assetto organizzativo, ad integrazione e potenziamento del PICC team territoriale, il progetto prevede di estendere l'attività del PICC Team ospedaliero a pazienti in assistenza domiciliare e/o residenziale, offrendo il servizio di posizionamento di accesso vascolare in loco, a casa e/o nella struttura.

**Criteri di inclusione:** pazienti adulti affetti da patologie croniche, con performance status compromesso, residenti al proprio domicilio o in strutture residenziali, inseriti nelle aree con grado di criticità assistenziale fino al 3° livello di ADI, residenti nel territorio d AST Pesaro-Urbino, che necessitano di accesso venoso a medio termine e di calibro adeguato per l'infusione di fluidoterapia, nutrizione parenterale, terapia del dolore, con condizioni igieniche e socio-assistenziali minime richieste, per i quali sia stato possibile identificare un familiare/caregiver di riferimento in grado di segnalare eventuali criticità.

**Criteri di esclusione:** pazienti con alterazioni dell'attività elettrica atriale (FA), pazienti portatori di PMK. I pazienti esclusi per le cause sopra indicate potranno disporre, sempre al proprio domicilio, di accessi venosi ad inserzione periferica a medio termine validabili anche in presenza di FA e PMK (cateteri venosi Midline), che non pongono la loro punta in prossimità della giunzione atrio-cavale. In base al dato epidemiologico di incidenza di FA nella popolazione generale stimato intorno al 10% , si stima che solo un numero esiguo di pazienti verrà escluso dal progetto.

La realizzazione richiede le risorse di seguito elencate.

#### **Risorse umane**

- 7 unità infermieristiche afferenti al PICC Team con formazione certificata (Master Universitario di 1° livello in Nursing per gli accessi vascolari o corso abilitante l'impianto, completamento della curva di apprendimento per l'impianto e la gestione dei dispositivi venosi, refresh formativo annuale presso centri universitari, retraining con rivalutazione sul campo ogni due anni).

#### **Risorse strumentali**

- 2 ecografi portatili muniti di fotocamera con sonda vascolare lineare e settoriale o ecografi con tecnologia Tip Location e Tip Navigation
- 2 strumenti per la rilevazione di onda P endocavitaria per la constatazione della punta del catetere in vena cava superiore
- Cateteri venosi tipo PICC corredati di tutto l'occorrente per l'impianto (ampia telineria, garze sterili, tappi valvolati, camice sterile, copricapo, maschera con visiera)
- Guanti sterili, occhiali di protezione
- Coprisonde e cavetti per la rilevazione onda P endocavitaria
- Materiale elettrico (multiprese elettriche con prolunga)
- Borse per il trasporto del materiale
- Box per smaltimento di taglienti e rifiuti speciali
- Materiale per la sanificazione dello strumentario

#### **Risorse informatiche**

- Sistema di prenotazione informatizzata
- Predisposizione di un database in condivisione con ADI e strutture residenziali per l'inserimento dei dati socio-anagrafici, anamnestici, procedurali (visita di pre-posizionamento, esecuzione della procedura, addestramento alla gestione domiciliare del device) e dei dati di monitoraggio rilevati dal personale di ADI durante le visite domiciliari e di struttura per l'esecuzione delle terapie prescritte (riscontro/trattamento di eventuali complicanze occlusive, infettive, trombotiche, dislocazione del presidio etc)
- 2 Tablet ad uso degli impiantatori per l'inserimento in loco dei dati in formato elettronico relativi al processo

#### **Risorse cartacee**

- Modulistica per consenso informato
- Materiale educativo illustrato
- Questionario di customer satisfaction

#### **Risorse strutturali**

- Auto aziendale furgonata necessaria per il trasporto delle equipe e degli strumenti specifici
- Smartphone aziendale con connessione alla rete Internet

Si prevedono 2 team itineranti, ciascuno costituito da 2 infermieri "specialist" impiantatori dedicati, per ragioni di efficienza operativa e sicurezza, nonché per la gestione ottimale di eventuali emergenze cliniche. Il team garantisce l'attività di impianto a domicilio secondo la logica della prossimità, sulla base delle richieste della Centrale Operativa dell'ADI e MMG afferenti anche a strutture residenziali:

- valuta i criteri di appropriatezza della richiesta e dell'eleggibilità: visita pre-impianto con prima valutazione ecografica, accurata anamnesi, identificazione del dispositivo consono alle esigenze del paziente, verifica dell'idoneità dell'ambiente in termini igienici, strutturali e di sicurezza ambientale, identificazione e verifica della presenza di un caregiver;
- verifica la presenza del consenso informato;
- pianifica, garantisce e realizza l'impianto nel rispetto delle migliori pratiche e responsabilità della procedura;
- attua interventi educativi sulla gestione dell'accesso vascolare rivolti al paziente e/o al caregiver secondo principi Health Literacy.

La gestione e il monitoraggio post-impianto (controlli, medicazioni dei devices impiantati, individuazione e gestione delle complicanze) sono a carico del personale infermieristico ADI e delle strutture residenziali; il PICC Team assicura a richiesta attività di supervisione, consulenza e follow up delle complicanze.

### **OBIETTIVO GENERALE**

La finalità primaria del progetto "Home-PICC" è quella di garantire al domicilio la miglior performance tecnica con il massimo grado di domiciliazione delle cure e di qualità assistenziale, perché a domicilio possano essere replicati gli stessi standard di un setting ospedaliero dedicato.

### **OBIETTIVI SPECIFICI**

- Ridurre il numero degli accessi ospedalieri per i pazienti in ADI e/o in residenze
- Ridurre il numero delle riammissioni a 30 giorni evitando le ospedalizzazioni improprie
- Contenere i costi ospedalieri per la possibilità di gestire in ADI pazienti altrimenti trattati in regime di ricovero
- Ridurre i costi relativi al trasporto del paziente (domicilio-ospedale/struttura ambulatoriale)
- Mantenere e migliorare il grado di autonomia e benessere sociale del paziente
- Monitorare i devices posizionati (database condiviso con ADI/strutture residenziali per la tracciabilità della vita del catetere)
- Disporre di dati finalizzati alla ricerca

### **Analisi dei costi di implementazione e realizzazione**

I costi iniziali per l'avvio del progetto "Home-PICC" sono stimati intorno a € 40.000 per equipe, per un totale di € 80.000. I costi sono riferiti unicamente a risorse strumentali, strutturali ed informatiche. L'avvio del progetto non prevede costi aggiuntivi per risorse umane e formazione, dato l'impiego di infermieri impiantatori del PICC

team precedentemente certificati. La singola procedura d'impianto ha un costo di circa € 400: si presume un abbattimento dei costi relativi al numero di riammissioni ospedaliere per terapie di supporto e costi di trasporto assistito (ambulanze e personale per accompagnare i pazienti dal domicilio alla struttura ospedaliera) e, conseguentemente, un margine di risparmio consistente ma difficilmente quantificabile, date le numerose variabili da considerare in tali contesti.

## RISULTATI ATTESI

I risultati attesi ad un anno dall'applicazione sperimentale del percorso sono i seguenti:

- Azzeramento degli accessi in PS per posizionamento di catetere venoso centrale
- Riduzione dei costi per l'impianto di accessi venosi a medio termine
- Massima soddisfazione dell'utenza in termini di umanizzazione delle cure
- Maggiori opportunità di cure palliative a fine vita nei pazienti gestiti a domicilio che necessitano con urgenza di accesso venoso per lo scadimento repentino delle condizioni

A cadenza trimestrale verranno rilevati i seguenti **indicatori** di monitoraggio:

- N° impianti effettuati nell'arco di tempo considerato
- N° pazienti eleggibili al posizionamento di PICC a domicilio/N° delle richieste ADI pervenute ( $\geq 90\%$ )
- N° devices impiantati con punta del catetere in giunzione atrio-cavale/N° devices impiantati ( $\geq 95\%$ )
- N° richieste di impianto con format informatizzato/N° richieste di impianto effettuate ( $\geq 90\%$ )
- Tempo d'attesa tra richiesta e impianto  $\leq 5$  giorni lavorativi ( $\geq 95\%$ )
- Tasso di incidenza di complicanze precoci (malposizioni) e tardive (infezioni e trombosi) inferiore al dato della letteratura
- Customer satisfaction (questionario di soddisfazione per paziente/familiare caregiver)

## CONCLUSIONI

L'incremento di cronicità, disabilità e lo sviluppo di bisogni complessi necessitano di interventi assistenziali congiunti, coordinati e organizzati in un percorso ospedale-territorio interconnesso, in cui non sia la persona a garantire la comunicazione tra i setting assistenziali ma il sistema ad assicurare un continuum tra i professionisti che operano nei vari livelli. La realizzazione del Progetto Home-PICC migliora la qualità di vita degli assistiti, perchè offre loro la possibilità di poter eseguire a casa propria qualunque atto terapeutico finalizzato al controllo dei sintomi (idratazione, nutrizione parenterale, terapia del dolore, ecc) mediante l'impianto di specifici devices al proprio domicilio. La peculiarità del progetto sta nel fatto che, creando un assetto organizzativo ad hoc, si può offrire anche a pazienti allettati, con performance status compromesso o difficilmente trasportabili, la possibilità di ricevere a domicilio un dispositivo sicuro, in grado di veicolare qualunque terapia endovenosa. Gli impianti domiciliari, se codificati da procedure standardizzate in grado di garantire la sicurezza degli operatori e del paziente, rappresentano la giusta risposta a tali necessità.

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Personale infermieristico dei PiccTeam
- Personale infermieristico di ADI
- Farmacista del Servizio di Farmacia
- Responsabile della Logistica
- Tecnici informatici afferenti ai Servizi Informatici

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Progetto di durata di 12 mesi nell'arco temporale 2023–2024, prorogabili a risorse invariate

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

### SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?

Sistema di prenotazione informatizzata

### SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI

Database in condivisione con ADI e strutture residenziali

### SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?

Tablet ad uso degli impiantatori

## Bibliografia

Corcuera Martínez, Ml., Aldonza Torres, M., Díez Revilla, AM., Maali Centeno, S., Mañeru Oria, A., Elizari Roncal, I., Ibarra Marín, B., Casado Del Olmo, Ml., Escobedo Romero, R., Ferraz Torres, M., (2022). Impact assessment following implementation of a vascular access team. *J Vasc Access*.23(1):135-144. doi:10.1177/1129729820984284. Epub 2020 Dec 26. PMID: 33356810.

Pittiruti M. Scoppettuolo G. Raccomandazioni GAVeCeLT 2021 per la indicazione, l'impianto e la gestione dei dispositivi per accesso venoso

Petit M, Dumont R, Huon JF, Sellal O, Feldman D. Conception, réalisation et évaluation d'une démarche éducative auprès des patients porteurs de PICC line et midline [Design, implementation and evaluation of an educational approach for patients with PICC line and midline]. *Ann Pharm Fr*. 2023 Feb 14:S0003-4509(23)00020-2. French. doi: 10.1016/j.pharma.2023.02.001. Epub ahead of print. PMID: 36796508.

Regione Marche. Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari (Dgr 791/2014)

## 6

## Percorso per facilitare il rientro al domicilio dopo intervento di frattura di femore

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AST PESARO URBINO

### UNITA' OPERATIVA

UOC PROFESSIONI SANITARIE

### DIRETTORE

DOTT.SSA STEFANIA RASORI

### REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Loredana De Col

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
LOREDANA DE COL	loredana.decol@sanita.marche.it
DANIELA ROSSI	daniela.rossi@sanita.marche.it
GIOVANNA DIOTALLEVI	giovanna.diotallevi@sanita.marche.it
ANNA MARIA NICOLINI	annamaria.nicolini@sanita.marche.it
SERENA FRASSINI	serena.frassini@ospedalimarchenord.it

### ABSTRACT

La frattura del femore è un problema socio-sanitario importante, data la crescente prevalenza, le conseguenze sulla salute e l'impatto economico; si verifica generalmente nelle persone di età superiore ai 65 anni ed è associata per lo più ad una caduta. L'incidenza aumenta in modo significativo con l'età (oltre la metà negli over 85 anni) per l'aumentata presenza di fattori di rischio di caduta ed una riduzione della qualità ossea associata all'età. In particolare, le fratture del collo del femore possono avere un notevole impatto sulle attività di vita quotidiana: riduzione della mobilità per la maggior parte dei pazienti, perdita della funzionalità e dell'indipendenza. Una revisione sistematica riporta che, il 29% dei pazienti con frattura del collo del femore a distanza di un anno dall'evento non ha raggiunto il livello di ADL precedente alla frattura e il 35% non è in grado di camminare autonomamente. L'aumento dell'aspettativa di vita influenzerà il fenomeno in modo significativo: secondo l'OMS, il numero di fratture

dell'anca associate all'osteoporosi triplicherà nei prossimi 50 anni, passando da 1,7 milioni di casi nel 1990 a 6,3 nel 2050 in tutto il mondo. La ripresa del movimento e delle abilità motorie preesistenti è un obiettivo assistenziale primario per i pazienti operati per frattura di femore, al fine di promuovere la dimissione al domicilio e contenere il trasferimento in regime di cure intermedie e/o l'istituzionalizzazione. Programmi educazionali strutturati con il coinvolgimento del care-giver, volti a migliorare la compliance, l'autoefficacia e l'empowerment del paziente, migliorano il recupero della funzionalità, l'aderenza alle raccomandazioni e la soddisfazione per le cure ricevute.

Il presente progetto è di carattere educativo e verrà avviato a partire da giugno 2023 nella UOC Ortopedia dell'Ospedale della Misericordia di Urbino, uno dei 4 stabilimenti ospedalieri della AST 1 (territorio di Pesaro-Urbino).

**Criteri d'inclusione:** qualsiasi tipo di frattura dell'anca/femore indipendentemente dalla causa, entrambi i sessi, età > 65 anni, presenza di caregiver h24.

**Criteri di esclusione:** pazienti con barriere all'apprendimento (patologia psichiatrica, compromissione cognitiva), provenienti da struttura, condizioni logistiche/abitative non compatibili con il programma di riattivazione da svolgere autonomamente a domicilio.

**Professionisti coinvolti:** Infermieri e Operatori Socio Sanitari di UOC Ortopedia Fisioterapisti, Ortopedici, Fisiatri, Infermiere di Famiglia e Comunità, Assistenti sociali, Medici di Medicina Generale, Infermieri domiciliari, Infermiere "bed manager".

**L'intervento educativo è strutturato in 3 tempi:**

- T0 Prime 24 ore dall'ingresso in reparto
- T1 Pre-chirurgico
- T2 Post-operatorio

**T0 (prime 24 h dall'ingresso del paziente nell'UOC di Ortopedia)**

**Prima sessione educativa individuale congiunta rivolta al paziente e al caregiver** condotta al letto del paziente da personale infermieristico dell'UOC opportunamente formato, durata prevista 30'/45'.

1. Presentazione degli obiettivi per il recupero funzionale (mobilizzazione precoce, recupero della capacità funzionale persa prima della frattura, ecc.);
2. colloquio con supporto di materiale cartaceo di riferimento (opuscolo) elaborato a seguito di una ricerca in letteratura circa i modelli educativi esistenti e selezionando argomenti e nozioni considerati fondamentali. L'opuscolo, secondo i principi di health literacy, ha l'obiettivo di comunicare i contenuti in modo semplice ed immediatamente comprensibile, oltre che di guidare l'operatore durante il colloquio e rinforzare l'intervento educativo. I contenuti dell'opuscolo, elencati di seguito nella Tabella 1, sono suddivisi in piccoli paragrafi arricchiti da illustrazioni esplicative.



UNA FRATTURA DI FEMORE: contenuti

Descrizione delle tipologie di frattura e di intervento chirurgico con disegni semplificati
Come prevenire le principali complicanze per l'anziano ospedalizzato (delirium, malnutrizione, lesioni da pressione, cadute)
Posizioni ed esercizi da eseguire a letto per prevenire complicanze post-operatorie (TVP, immobilità e stipsi)
Come eseguire esercizi di respirazione profonda
Il ruolo del Fisioterapista durante e dopo il ricovero
Prime attività (il passaggio dalla posizione sdraiata a quella seduta e dalla seduta a quella in piedi, la deambulazione con dispositivi di assistenza) Quali esercizi di mobilizzazione eseguire in autonomia dal giorno seguente l'intervento chirurgico
Indicazioni utili per prepararsi al rientro a casa
L'importanza di un corretto regime dietetico
Come gestire il dolore con interventi non farmacologici (massaggi, tecniche distrazionali)
Come prendersi cura della ferita chirurgica
Prevenzione dell'incontinenza urinaria
Posizioni da evitare e movimenti corretti
Ausili utili per le attività quotidiane
Programma illustrato di esercizi da svolgere in autonomia al domicilio
Misure e consigli per la prevenzione delle cadute nell'ambiente domestico e rendere la propria casa un ambiente più sicuro
Memorandum per visite di controllo

3. Conclusione della sessione: sintesi dei contenuti e verifica della loro comprensione da parte di paziente e caregiver (valutazione di apprendimento e di processo con metodo Teach-back).

**T1 (pre-chirurgico)**

1. Esercizi di respirazione profonda, posizioni ed esercizi che sfavoriscano i processi di emostasi;
2. rinforzo della fase educativa precedente, se necessario.

**T2 (post-operatorio)**

Sessioni educative (1 o 2/die) condotte dal personale infermieristico dell'UOC della durata di 15-20'. Non è prevista la presenza del caregiver nella 1° giornata post-operatoria.

1. Rinforzo della fase educativa precedente, se necessario;
2. presentazione del programma di esercizi da svolgere al domicilio, con la guida della relativa parte illustrata dell'opuscolo per spiegare come eseguire correttamente ogni singolo esercizio;
3. 2/3° giornata post-operatoria: addestramento del caregiver alle corrette manovre di mobilizzazione e di trasferimento del paziente (il caregiver è coinvolto e collabora con il personale infermieristico e di supporto);
4. 3° giornata: esecuzione della doccia (il caregiver è coinvolto e collabora con il personale infermieristico e di supporto);
5. 4° giornata: trasferimenti effettuati dal caregiver con la supervisione del personale infermieristico;

Ogni sessione si conclude con la sintesi dei contenuti e verifica della loro comprensione da parte del paziente e caregiver (valutazione di apprendimento e di processo con metodo Teach-back e Show me method).

**Strumenti di valutazione**

Per la valutazione del livello di mobilità saranno utilizzati i seguenti tools validati: Scala di Barthel, Scala di Rankin, Categoria funzionale di deambulazione di Holden (FAC). La valutazione delle condizioni abitative (in particolare la presenza di barriere che non rendono fattibile il programma di esercizi a domicilio) sarà effettuata contestualmente all'inizio del trattamento riabilitativo dal Fisioterapista che prende in carico il paziente. Alla dimissione l'Infermiere valuterà con check-list il livello di self care e di apprendimento dei comportamenti corretti per il recupero a domicilio.

E'previsto un follow up infermieristico telefonico a 7 giorni dalla dimissione e la visita medica di controllo a 30 giorni, nel cui contesto verrà condotta una customer satisfaction con somministrazione di questionario cartaceo appositamente predisposto.

La realizzazione del progetto richiede le risorse di seguito elencate.

*Risorse umane*

Non sono previste risorse aggiuntive

*Risorse strumentali*

Non sono previste risorse strumentali aggiuntive

*Risorse informatiche*

Database per la raccolta dati

*Risorse cartacee*

1. Opuscolo/guida,
2. check-list di verifica delle azioni eseguite ed obiettivi raggiunti alla dimissione, al follow -up telefonico e a 30 gg (visita di controllo),
3. questionario cartaceo di customer satisfaction.

**OBIETTIVO GENERALE**



Favorire il rientro al domicilio della persona assistita dopo intervento per frattura di femore.

### OBIETTIVI SPECIFICI

- Migliorare l'appropriatezza delle dimissioni protette in strutture di post-acuzie e cure intermedie;
- promuovere l'apprendimento di comportamenti corretti e la partecipazione attiva di paziente e caregiver al recupero post intervento;
- ridurre la variabilità dell'offerta educativa.

### RISULTATI ATTESI

- Entro 1 anno dall'attivazione del progetto, il 50% delle persone sottoposte ad intervento di frattura di femore è stato dimesso al domicilio;
- tutte le persone dimesse al domicilio hanno ricevuto informazioni complete e hanno applicato in modo idoneo le indicazioni ricevute;
- tutte le persone dimesse al domicilio rispondono positivamente al questionario di soddisfazione per il 90% degli item.

### CONCLUSIONI

Il progetto, grazie alla informazione/formazione di paziente e caregiver, permette di valorizzare il rientro al domicilio favorendo l'utilizzo della capacità di recupero delle risorse del singolo e della famiglia; evitare l'inserimento nelle strutture residenziali aiuta a mantenere la persona all'interno del nucleo familiare permettendo uno stile di vita personalizzato e favorendo il più possibile il recupero dell'autonomia personale. Si facilita inoltre l'integrazione del personale assistenziale finalizzato al raggiungimento degli obiettivi.

### PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermiere, Operatore Sociosanitario, Fisioterapista, Medico Ortopedico, Medico Fisiatra, Assistente Sociale, Medico di Medicina Generale

### TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Progetto di durata di 12 mesi nell'arco temporale 2023 – 2024, prorogabili a risorse invariate

### Bibliografia

- Regione Marche Deliberazione della Giunta Regionale n.1237 del 18 ottobre 2021 “Linee di indirizzo regionali

per la dimissione protetta”

- Moon A., Gray A., Deehan D. Neck of Femur Fractures in Patient's Aged More than 85 Years—Are They a Unique Subset? *Geriatr. Orthop. Surg. Rehabil.* 2011;2:123–127. doi: 10.1177/2151458511414562.
- Emmerson B., Varacallo M., Inman D. Hip Fracture Overview. *StatPearls* 2020
- Dhanwal D.K., Dennison E.M., Harvey N.C., Cooper C. Epidemiology of hip fracture: Worldwide geographic variation. *Indian J. Orthop.* 2011;45:15–22. doi: 10.4103/0019-5413.73656..
- Amarilla-Donoso FJ, Roncero-Martín R, Lavado-García J, Canal-Macías ML, Pedrera-Canal M, Chimpén-López C, Toribio-Felipe R, Rico-Martin S, Barrios-Fernández S, López-Espuela F. Impact of a Postoperative Intervention Educational Program on the Quality of Life of Patients with Hip Fracture: A Randomized, Open-Label Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Dec 13;17(24):9327. doi: 10.3390/ijerph17249327. PMID: 33322161; PMCID: PMC7763039.
- Sanclemente-Boli T, Ponce-Ruiz S, Álvarez-Lorenzo C, Zuriguel-Pérez E, Tapia-Melenchon R, Ramentol-Sintas M, Villar-Casares MDM, Teixidor-Serra J, Molero-García V, Sánchez-Raya J, Lalueza-Broto P, Ginés-Puertas À, Garrido-Clua M, Mestre-Torres J. Effectiveness of a multidisciplinary educational intervention in patients with hip fracture: SWEET HOME study. *Med Clin (Barc).* 2019 Dec 27;153(12):446-453. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2019.02.026. Epub 2019 Jul 16. PMID: 31320135.
- Córcoles-Jiménez MP, Candel-Parra E, Del Egidio-Fernández MÁ, Villada-Munera A, Moreno-Moreno M, Piña-Martínez AJ, Jiménez-Sánchez MD, Azor-García RJ. Preventing Functional Urinary Incontinence in Hip-Fractured Older Adults Through Patient Education: A Randomized Controlled Trial. *J Appl Gerontol.* 2021 Aug;40(8):890-901. doi: 10.1177/0733464820952608. Epub 2020 Aug 31. PMID: 32865102.
- Cinnella G., Gambatesa M., D'Antini D., Mirabella L., De Capraris A., Iuso S., Bellomo A., MacChiarola A., Dambrosio M., D'Ambrosio A. Counseling, quality of life, and acute postoperative pain in elderly patients with hip fracture. *J. Multidiscip. Healthc.* 2013;6:335–346. doi: 10.2147/JMDH.S48240.
- Gilboa, Y., Maeir, T., Karni, S., Eisenberg, M. E., Liebergall, M., Schwartz, I., & Kaufman, Y. (2019). Effectiveness of a telerehabilitation intervention to improve performance and reduce morbidity for people post hip fracture-study protocol for a randomized controlled trial. *BMC geriatrics*, 19(1), 1-9.

## 7

## Attivazione precoce del percorso “Dimissione Protetta” per utenti fragili che accedono al Pronto Soccorso

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AST PESARO URBINO

### UNITA' OPERATIVA

UOC PROFESSIONI SANITARIE

### DIRETTORE E REFERENTE DEL PROGETTO

DOTT.SSA STEFANIA RASORI

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
STEFANO RIDOLFI	stefano.ridolfi@ospedalimarchenord.it
DOMENICO VENURA	domenico.ventura@ospedalimarchenord.it
ELISETTA VICHI	elisetta.vichi@ospedalimarchenord.it
SERENA FRASSINI	serena.frassini@ospedalimarchenord.it
ANNALISA APRILI	annalisa.aprili@ospedalimarchenord.it
MICHELA POLVERARI	michela.polverari@sanita.marche.it
FLORIANA BRIZI	floriana.brizi@sanita.marche.it

### ABSTRACT

Si stima che la prevalenza di persone over 65 anni con due o più patologie croniche concomitanti, caratteristiche che identificano i principali fruitori di servizi sanitari per numero di prescrizioni farmacologiche, specialistiche e di ricoveri ospedalieri, sia intorno al 30% della popolazione. I bisogni di salute di questi pazienti richiedono un approccio multidisciplinare, integrato e coordinato, tra setting ospedalieri e territoriali, con la definizione di programmi strutturati in grado di garantire il continuum assistenziale: è quindi importante individuare tempestivamente gli utenti che presentano problematiche socio-assistenziali, perché possono rappresentare situazioni di difficoltà e ad alto rischio di “rientro” nella rete ospedaliera al momento della dimissione. L'idea nasce dall'esigenza di far fronte al fenomeno del crowding in Pronto Soccorso (PS), nel tentativo di ridurre i ricoveri ospedalieri evitabili e potenzialmente inappropriati, o limitarne la durata. Il progetto consiste nell'implementare già in Pronto Soccorso un modello di presa in carico per pazienti elderly, fragili, frequent users, che giungono periodicamente in ospedale con livelli definiti di complessità clinica e assistenziale, attivando il più precocemente possibile percorsi di dimissione

protetta.

Il progetto prevede che il team medico-infermieristico dei PS degli Ospedali San Salvatore (Pesaro) e Santa Croce (Fano) segnali al Nucleo per la Dimissione Ospedaliera Protetta (NDOP) i pazienti clinicamente stabili che terminano il loro percorso in PS, per attivare tempestivamente percorsi assistenziali e setting di cura adeguati sul territorio. Il processo si avvale di un sistema informatizzato, con strumenti validati per la stratificazione del rischio di instabilità clinica e dell'intensità assistenziale richiesta, parametri in base ai quali sottoporre il paziente a valutazione integrata per attivare il livello appropriato di assistenza territoriale (domiciliare o residenziale). La piattaforma, appositamente predisposta e condivisa con NDOP, è un'integrazione del sistema operativo generale già in uso nei Pronto Soccorso dei suddetti stabilimenti ospedalieri e si basa sull'utilizzo sinergico di due tools validati, le scale MEWS (Modified Early Warning Score) e IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale). MEWS, indice medico, rileva il grado di instabilità clinica correlata all'alterazione dei parametri fisiologici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza, saturazione dell'ossigeno) e permette di identificare il rischio di un rapido peggioramento clinico o di morte; IDA, indice infermieristico, valuta la complessità assistenziale dell'utente e l'impegno richiesto rispetto a una serie di variabili di dipendenza. Il sistema fornisce un punteggio finale Tri-Co (Triage di Corridoio), calcolato in automatico sulla base degli scores MEWS e IDA.

#### Criteri di inclusione:

- pazienti over 65 anni, che accedono ai PS degli stabilimenti San Salvatore e Santa Croce di AST 1 (provincia di Pesaro-Urbino)
- residenti al proprio domicilio nel territorio di AST 1
- non ancora inseriti o già inseriti in un percorso assistenziale, residenziale o domiciliare
- che accedono con valutazione di Triage Cod 3 (Azzurro)-Cod 2 (Arancione)-Cod 1 (Rosso)

#### Criteri di esclusione:

- Pazienti provenienti da Ospedali di Comunità, Case della Salute, Cure Intermedie con previsione di trattamento ospedaliero inferiore alle 24 ore;
- Pazienti con pregresse o emergenti problematiche psichiatriche.

All'accesso del paziente in PS l'infermiere triagista effettua:

- la registrazione nel supporto informatico già in uso (dati socio-anagrafici, motivo e modalità di accesso, anamnesi prossima e remota);
- la misurazione dei parametri vitali con la prima rilevazione MEWS;
- l'assegnazione del codice colore.

L'infermiere di ambulatorio prende in carico il paziente:

- procede alla selezione e arruola il paziente valutando i criteri di inclusione di esclusione;
- controlla la completezza dei parametri MEWS precedentemente rilevati dal triagista;
- effettua la valutazione dell'impegno assistenziale richiesto compilando la scala IDA (paziente ad alta complessità assistenziale se lo score è compreso tra 7 e 11, a media complessità tra 12 e 19, a bassa

complessità tra 20 e 28).

Sulla base dei dati MEWS e IDA inseriti elettronicamente, il programma elabora in automatico il punteggio Tri-Co al tempo zero.

Il paziente viene assegnato alla postazione monitorata;

La rivalutazione dei parametri è prevista ad intervalli di tempo non superiori alle 8 ore durante la permanenza in Pronto Soccorso ed effettuata anche in base alle esigenze cliniche;

Verranno valutati per un percorso di dimissione protetta i pazienti che, al termine della stabilizzazione in Pronto Soccorso rientrano in un punteggio MEWS che va da 0 a 2 (vedi tabella 1) che qualifica il paziente come clinicamente stabile.

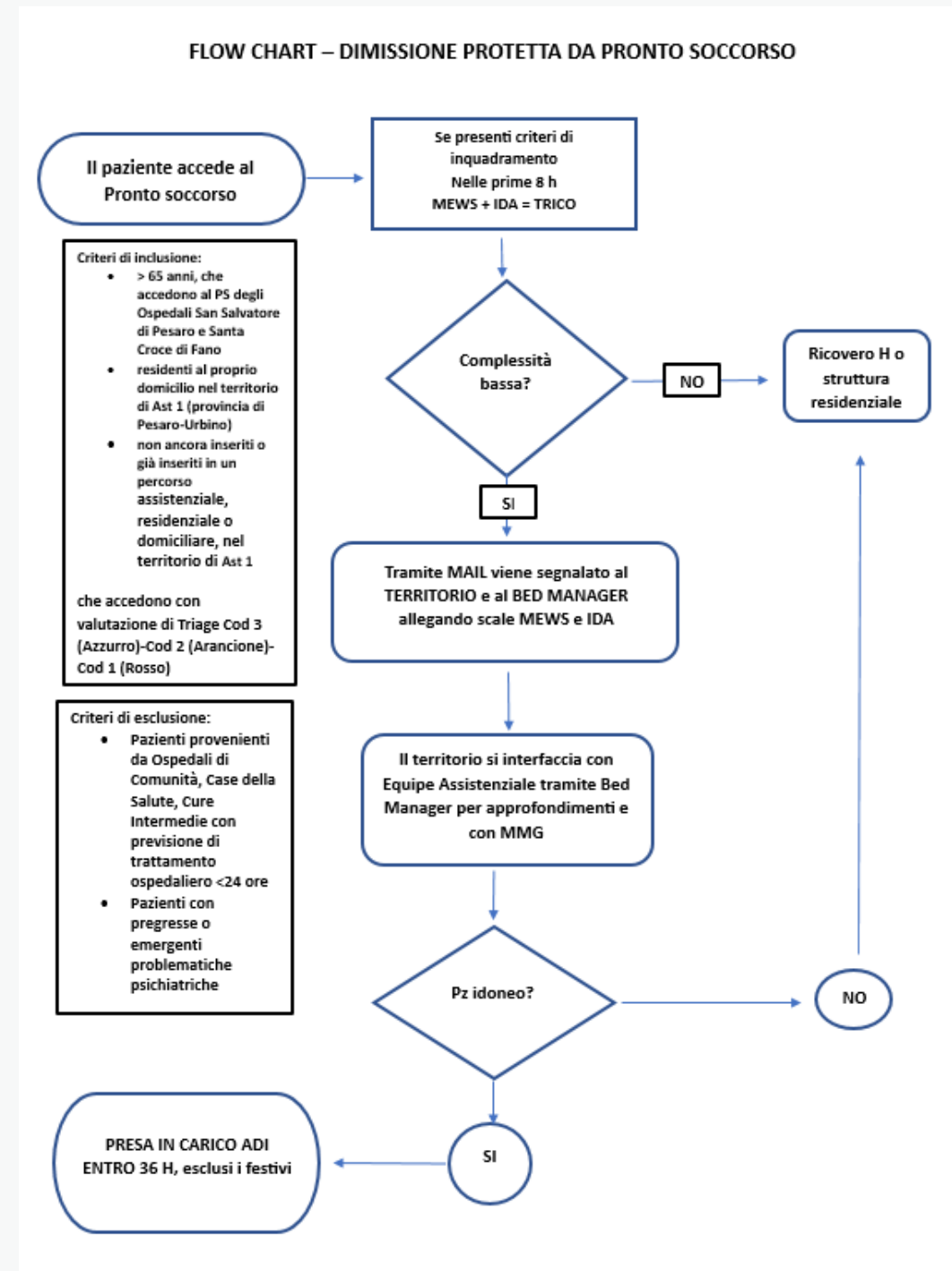
	IDA 20-28	IDA 12-19	IDA 7-11
	0	1	2
MEWS 0-2 0	Bassa	Media	Alta
MEWS 3-4 1	Media	Media	Alta
MEWS ≥ 5 2	Alta	Alta	Alta

**Complessità bassa:** ADI o cure prestazionali/ segnalazione MMG

**Complessità media:** strutture residenziali

**Complessità alta:** cure intermedie

La piattaforma informatizzata genera, attraverso un algoritmo, una proposta di dimissione con presa in carico da parte del servizio territoriale e suggerisce il setting assistenziale più appropriato: il Medico di PS propone al paziente e ai familiari la possibilità di segnalare il caso al NDOP e di attivare in modo tempestivo l'iter per la presa in carico territoriale e consentire una dimissione "sicura" dal PS o comunque, un ricovero-ponte in area medica di breve durata. Dell'avvenuta segnalazione al territorio e all'Infermiere "bed manager" ospedaliero va riportata traccia sul verbale di chiusura del caso. In caso di dimissione protetta al domicilio, la presa in carico da parte dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) è assicurata entro 36 ore, festivi esclusi.



La realizzazione del progetto richiede le risorse di seguito elencate.

*Risorse umane*

Il progetto non prevede unità infermieristiche aggiuntive agli organici definiti per i PS degli stabilimenti ospedalieri San Salvatore e Santa Croce.

*Risorse strumentali*

Implementazione della rete di monitoraggio parametrico con Scala Mews

Centralina di monitoraggio

Licenze di utilizzo

Rete wi-fi per monitoraggio

*Risorse informatiche*

SIRTE – Sistema Informativo Regionale per il Territorio

Integrazione della piattaforma informatica in condivisione con NDOP o con MMG a seconda della tipologia di utente, per l’inserimento dei dati Tri-Co (score MEWS+IDA rilevati dal personale a intervalli predefiniti non superiori a 8 h) e algoritmo decisionale.

**OBIETTIVO GENERALE**

Riconoscere il paziente con fragilità socio-assistenziale già al suo accesso in PS, garantendone una corretta valutazione per l’attivazione precoce dei percorsi di continuità assistenziale e setting adeguati.

**OBIETTIVI SPECIFICI**

- Ridurre il numero dei re-accessi dei pazienti elderly in PS;
- ridurre il numero delle riammissioni a 30 giorni;
- ridurre l’overcrowding del PS;
- contenere i costi ospedalieri relativi a giornate di degenza improprie, attivando tempestivamente percorsi di dimissione protetta a pazienti altrimenti trattati in regime di ricovero;
- implementare strumenti validati per la valutazione standardizzata e la stratificazione del rischio dei pazienti “elderly” che accedono al PS;
- creare un osservatorio dei percorsi di dimissione protetta attraverso il monitoraggio con specifici indicatori;
- mantenere e migliorare il grado di autonomia e benessere sociale del paziente.

**Analisi dei costi di implementazione e realizzazione**

I costi per l’avvio del progetto, stimati intorno a € 60.000, sono riferiti a risorse informatiche e strumentali e a programmi di formazione per l’utilizzo della piattaforma e degli strumenti di valutazione. L’avvio non prevede costi aggiuntivi per risorse umane. L’implementazione non richiede ulteriori risorse e costi. Si presume una diminuzione dei costi relativi al numero di ammissioni ospedaliere e alla durata delle degenze, evidenziabile già nei primi 6 mesi di avvio del progetto e, conseguentemente, un margine di risparmio consistente ma difficilmente quantificabile, date le numerose variabili da considerare.

**RISULTATI ATTESI**

I risultati attesi a un anno dall’applicazione sperimentale del percorso sono i seguenti.

- Riduzione del numero dei re-accessi in PS
- Riduzione del numero delle riammissioni a 30 giorni in area medico-geriatrica
- Riduzione del tempo di permanenza in PS
- Riduzione dei tempi di attivazione dei percorsi di dimissione protetta

A cadenza trimestrale verranno rilevati i seguenti indicatori di monitoraggio:

- N° riammissioni a 30 gg di pazienti in assistenza domiciliare o residenziale nel periodo considerato
- N° re-accessi in PS di pazienti in assistenza domiciliare o residenziale nel periodo considerato
- Tempo medio di permanenza in PS (dal triage alla chiusura del caso) nel periodo considerato
- N° dimissioni protette avviate in base a segnalazione pervenuta da PS /N° di segnalazioni pervenute da PS ( $\geq 90\%$ )
- Tempo d’attesa tra segnalazione pervenuta da PS e attivazione della dimissione protetta”  $\leq 72$  ore lavorative ( $\geq 95\%$ )
- Customer satisfaction (a cura del NDPO con recall telefonico per paziente/familiare/caregiver a 30 giorni dall’avvio della dimissione protetta)

**CONCLUSIONI**

Il progetto si propone di intercettare il paziente “elderly” con fragilità socio-assistenziale precocemente, già in fase di accesso al PS, garantendone una corretta valutazione e una definizione progettuale che ne tuteli la continuità assistenziale, al fine di evitare accessi, ricoveri e re-ricoveri impropri; trova fondamento e razionale in quanto espresso nel DGR n.1237 del 18 ottobre 2021 “Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta” della Regione Marche. L’utilizzo coordinato delle risorse e dei percorsi della rete assistenziale territoriale promuove un ricorso appropriato e corretto ai servizi di primo soccorso e all’ospedalizzazione, offre alternative valide e tempestive alle esigenze di cura, salute ed assistenza e realizza concretamente l’integrazione ospedale-territorio, al fine di incentivare la permanenza al domicilio dei soggetti fragili.

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI**

Personale medico e infermieristico dei PS degli stabilimenti ospedalieri di Pesaro e Fano.

Personale medico e infermieristico Dimissioni Protette degli stabilimenti ospedalieri di Pesaro e Fano.

Tecnici informatici e di ingegneria clinica afferenti al Servizio Informatico degli stabilimenti ospedalieri di Pesaro e Fano o di ditte appaltanti

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

Progetto di durata di 15 mesi nell’arco temporale 2023 – 2023, prorogabili a risorse invariate.

Le attività sono collocate temporalmente nelle seguenti macro-fasi.

- Avvio e condivisione: maggio 2023
- Formazione e-learning (piattaforma FAD): maggio 2023
- Fase pilota: maggio-giugno 2023;
- Avvio periodo di sperimentazione: giugno 2023
- Gestione a regime del progetto: luglio 2023-2024
- Perfezionamento e monitoraggio continuo del progetto: ottobre 2023-luglio 2024

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

### SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?

Sì (piattaforma informatica in uso nei PS degli Ospedali San Salvatore e Santa Croce in condivisione con NDOP e MMG; Sistema Sirte)

### SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI

Sì (integrazione della piattaforma informatica in uso con Scala MEWS, Scala IDA, punteggio Tri-CO e algoritmi decisionali)

## Bibliografia

DGR n.1237 del 18 ottobre 2021 “Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta” della Regione Marche

Rossetti L, Franchini M, Conti C, Tosini F, Cominelli F (2018) Classificazione dei pazienti per intensità di cura in Pronto Soccorso. Assist Inferm Ric, 37, 120-127.

Mathieu G (2007) Triage di Corridoio (Tri-Co): strumento utile per migliorare la qualità dell’assistenza Italian Journal of Medicine;(1)2: 3-5.



# Integrazione Ospedale-Territorio: Il Progetto NICO-T per ottimizzare il percorso della dimissione protetta nella AST Pesaro-Urbino

## DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AST PESARO URBINO

## UNITA' OPERATIVA

UOC PROFESSIONI SANITARIE

## DIRETTORE E REFERENTE DEL PROGETTO

DOTT.SSA STEFANIA RASORI

## AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	EMAIL
STEFANIA RASORI	stefania.rasori@ospedalimarchenord.it
GIOVANNI GUIDI	giovanni.guidi@sanita.marche.it
LUANA STEFANELLI	luana.stefanelli@ospedalimarchenord.it
SERENA FRASSINI	serena.frassini@ospedalimarchenord.it
FLORIANA BRIZZI	floriana.brizzi@sanita.marche.it
AMARILLI CROCE CASALENA	amarilli.casalena@sanita.marche.it

## ABSTRACT

Il forte incentivo alla dimissione precoce e la significativa riduzione dei posti letto nelle strutture ospedaliere impongono nuove modalità di inquadramento diagnostico terapeutico ed un assessment multidimensionale e multiprofessionale centrato sulla persona, che faciliti la definizione del piano di cura e di assistenza individualizzato. Contestualmente all’avvio dell’iter diagnostico terapeutico è necessario, sin dalle prime fasi del ricovero, definire in particolare le possibili modalità di dimissione dei cosiddetti pazienti fragili: la garanzia di stabilizzazione dei risultati clinici ottenuti e il tentativo di ripristino delle autonomie possibili possono essere efficacemente assicurati mediante il rientro al domicilio con attivazione della Dimissione Protetta (DP), scegliendo la modalità più appropriata al singolo individuo, o con la prosecuzione di degenza nelle strutture di post-acuzie.

La DP rappresenta un sistema di comunicazione ed integrazione fra Ospedale, Servizi Territoriali e Medico di

Medicina Generale (MMG), al fine di garantire appropriatezza e continuità nel processo di assistenza e di cura a beneficio della famiglia e dell'assistito; è il passaggio programmato e concordato dal ricovero in ospedale ad altro setting assistenziale, si applica in accordo con il paziente/famiglia e prevede un coordinamento tra il medico curante e i servizi sanitari del territorio di appartenenza. Il percorso di dimissione protetta viene avviato dall'équipe ospedaliera per pazienti fragili provenienti da unità operativa per acuti e post- acuti e si attiva attraverso la piattaforma SIRTE.

A seconda dei servizi attivi sul territorio e delle condizioni cliniche del paziente, la DP può proporre diversi setting assistenziali:

- Cure Domiciliari con attivazione di assistenza domiciliare
- Cure Residenziali in strutture non ospedaliere, come hospice o cure intermedie, Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) o Residenza Protetta (RP), casa di riposo, strutture riabilitative estensive/intensive.

La definizione del setting più adeguato emerge a seguito di una valutazione clinico-assistenziale della persona da parte di un team multidisciplinare territoriale (UVI-Unità di Valutazione) in accordo con il team clinico assistenziale ospedaliero (NDP-Nucleo Dimissioni Protette Ospedaliero). L'approccio multidisciplinare e multidimensionale è fondamentale per garantire il corretto livello di continuità assistenziale nei vari setting di intervento.

È indispensabile che gli operatori sanitari appartenenti ai diversi asset, ospedalieri e territoriali condividano le informazioni utilizzando in maniera integrata gli stessi tool (scale validate) e le medesime procedure, valutino accuratamente in una prospettiva olistica le condizioni cliniche della persona al fine di comprenderne l'illness oltre al disease, analizzino il contesto sociale per valutare la reale situazione familiare, economica e abitativa e definire, infine, il setting assistenziale più adeguato a fornire cure continuative, anche a seguito della valutazione dell'offerta erogata dai servizi sanitari territoriali.

Punto cardine della DP è la pianificazione della dimissione, processo dinamico che deve includere le seguenti azioni:

- pianificazione precoce applicando le procedure e gli interventi necessari per il proseguo delle cure post dimissione previsti dalla Dgr 1237/21;
- individuazione dei pazienti fragili a verosimile difficoltà dimissoria;
- individuazione delle aree di complessità dei bisogni;
- individuazione del percorso più opportuno in condivisione con l'équipe territoriale;
- comunicazione con la famiglia.

Per garantirne la sequenzialità, i Responsabili clinici ed assistenziali di Unità Operativa, il Nucleo Dimissioni Protette (NDP) e il Bed Manager a livello ospedaliero, il PUA (Punto Unico di Accesso) e l'UVI (Unità Valutativa Integrata) a livello territoriale devono valutare in maniera congiunta e strutturata qual è il setting assistenziale post-dimissione più adeguato per il paziente fragile, in base alle condizioni clinico assistenziali.

Tutto ciò premesso, al fine di assicurare la migliore presa in carico di pazienti fragili, l'Ospedale Santa Croce e il Distretto della città di Fano hanno avviato la fase pilota del progetto NICO-T, che prevede la sperimentazione del Nucleo Integrato per la Continuità Ospedale-Territorio, costituito da operatori ospedalieri e territoriali afferenti all'UVI che valutano congiuntamente e in maniera interattiva il setting assistenziale più adeguato per la persona in dimissione.

Destinatari: tutte le Unità Operative dello stabilimento ospedaliero fanese (negli ospedali di Pesaro e Fano è già in fase di sperimentazione il sistema TRI-CO, triage di corridoio, per intercettare tempestivamente pazienti fragili a rischio di dimissione difficile già all'accesso in PS). Beneficiari sono da intendersi anche gli stessi operatori sanitari

in quanto, partecipando alla costruzione di nuove ipotesi organizzative, riescono ad adattarsi in modo proattivo agli eventuali cambiamenti.

Il progetto descrive le modalità di attivazione e funzionamento del NICO-T e gli strumenti operativi a supporto, finalizzati ad ottimizzare la transizione dall'ambito ospedaliero di degenza ordinaria verso i diversi setting territoriali.

#### Composizione del NICO-T

- Medico ospedaliero individuato dalla Direzione Medica in base a specifiche competenze
- Infermiere afferente al NDP ospedaliero
- Assistente Sociale ospedaliera
- Infermiere Coordinatore/Referente infermieristico della unità operativa di degenza
- Medico UVI
- Infermiere referente dell'UVI/PUA
- Infermiere Coordinatore del Servizio di Cure domiciliari

Il progetto è prioritariamente rivolto a pazienti anziani e/o fragili, degenti in reparti per acuti

- con quadro globale critico, comorbidità, perdita funzionale e compromissione dell'autonomia nella fase di dimissione,
- che necessitano di continuità dell'assistenza,
- frequent users,
- con previsione di dimissione difficile per condizioni cliniche o problematiche psicosociali o socio-sanitarie,
- in stato di bisogno sociosanitario complesso (es. fornitura/gestione di particolari presidi, rete familiare sfavorevole, solitudine o assenza di un caregiver, resistenze della famiglia alla dimissione a domicilio).

I briefing sui casi e la segnalazione precoce da reparto e da PS sono gli interventi comunemente adottati per intercettare tempestivamente le dimissioni difficili. L'individuazione dei pazienti candidabili al percorso DP deve essere previsto tempestivamente già nelle prime fasi del ricovero da parte del team medico-infermieristico del reparto di degenza (Brass Index  $\geq 11$ ) e formalizzato con l'inserimento nel sistema SIRTE (Sistema Informativo per la Rete del Territorio della Regione Marche) della documentazione richiesta, a supporto dell'intero processo per la pianificazione della dimissione. La pianificazione della dimissione deve avvenire in terza/quarta giornata da parte della Unità Operativa che ha in carico il paziente, in accordo con il NDP ospedaliero.

#### Strumenti di valutazione informatizzati

- BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score)
- A.D.L. (Index of Independence in Activities of Daily Living)
- I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living Scale)
- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
- National Early Warning Scores (N.E.W.S.)
- Karnofsky Performance Status Scale (per pazienti oncologici)

- Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

La valutazione del bisogno sociosanitario e assistenziale, le modalità della presa in carico e il setting post-dimissione vengono concordati e programmati a seguito di valutazione congiunta, strutturata ed interattiva, del NICO-T: i referenti ospedalieri e territoriali del nucleo integrato si riuniscono a all'occorrenza e comunque a cadenza settimanale, per esaminare i casi a maggiore complessità identificati dal NDP ospedaliero, valutare e concordare il setting assistenziale più appropriato post dimissione. I meeting si svolgono in presenza (sede NDP dello Stabilimento Ospedale Santa Croce di Fano) con il supporto della piattaforma Zoom per il collegamento da remoto; il nucleo integrato discute il caso critico sulla scorta della documentazione cartacea ed elabora una proposta di dimissione protetta che deve essere validata successivamente con visita congiunta del Medico ospedaliero, Medico distrettuale di UVI ed Infermiere del Servizio di Cure Domiciliari al letto del paziente. Il confronto diretto e in presenza con il team assistenziale di degenza consente al NICO-T di evidenziare e/o approfondire aspetti di natura clinica, assistenziale, familiare e sociale che potrebbero non emergere dalla documentazione preformata inoltrata dall'unità di degenza per la segnalazione del caso nel sistema SIRTE. Lo step finale del NICO-T è la redazione di un parere formalmente condiviso in merito al setting post dimissione, documentato nel sistema SIRTE.

## OBIETTIVO GENERALE

Ottimizzare l'integrazione ospedale-territorio e rendere più appropriato l'uso delle risorse disponibili nel territorio con l'implementazione di un percorso di dimissione protetta omogeneo, integrato e condiviso tra Ospedale Santa Croce e Distretto di Fano, superando la modalità di valutazione dei casi basata sulla disamina della documentazione cartacea.

## OBIETTIVI SPECIFICI

- Garantire una gestione integrata e multiprofessionale della dimissione protetta favorendo una tempestiva conoscenza e presa in carico di situazioni "compromesse" sotto il profilo sanitario e sociale, al fine di attivare gli interventi più appropriati
- Ridurre le degenze improprie in reparti per acuti
- Ridurre il numero di ricoveri inappropriati in setting assistenziali post acuzie o nel sistema della residenzialità di pazienti con patologie/polipatologie cronico degenerative
- Ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata e/o il ricorso improprio al Pronto Soccorso
- Favorire la domiciliarità come regime assistenziale sostenibile in presenza di caregiver appropriato
- Aumentare l'efficacia delle dimissioni riducendo i tempi di degenza
- Favorire, promuovere ed orientare al corretto utilizzo della rete dei servizi territoriali
- Contenere i costi ospedalieri per la possibilità di gestire in ADI pazienti altrimenti trattati in regime di ricovero

## Analisi dei costi di implementazione e realizzazione

Progetto ad isorisorse: non si prevedono costi aggiuntivi per l'avvio, la fase pilota e l'implementazione per risorse umane, formazione ed informatizzazione del sistema.

## RISULTATI ATTESI

Riduzione dei tempi di attivazione del percorso di dimissione protetta  
 Riduzione delle degenze improprie  
 Riduzione della durata della degenza  
 Aumento dell'appropriatezza delle dimissioni protette

## CONCLUSIONI

Riteniamo che un organismo misto, strutturato per valutare congiuntamente il bisogno sociosanitario e assistenziale e scegliere di concerto la più opportuna modalità di presa in carico sia la chiave per colmare gap informativi e aspetti carenziali del nostro percorso di dimissione protetta. La discussione dei casi in modalità mista (presenza e videoconferenza) e bedside facilita la partecipazione e gli scambi informativi di tutti gli attori del percorso e consente di ottimizzare i tempi per dare risposta alle necessità burocratiche indispensabili a garantire l'attivazione della continuità assistenziale.

E' in corso la fase pilota del progetto. L'implementazione prevede l'apertura del NICO-T ai Medici di Medicina Generale, con la possibilità di partecipare attivamente ai meeting collegandosi da remoto: il maggiore coinvolgimento dei curanti e il loro fattivo contributo al processo decisionale sarà un valore aggiunto per l'ottimizzazione del continuum di cura dei loro assistiti.

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Personale medico delle UU.OO. di degenza ordinaria
- Personale medico distrettuale di UVI
- Personale infermieristico delle UU.OO. di degenza ordinaria
- Personale infermieristico del NDP ospedaliero
- Personale infermieristico di UVI/PUA
- Personale infermieristico del Servizio di Cure domiciliari
- Assistente Sociale

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

1. Avvio della sperimentazione da aprile 2023
2. Fase pilota: aprile-giugno 2023
3. Fase di implementazione: da luglio 2023
4. Progetto di durata di 12 mesi nell'arco temporale 2023-2024, prorogabili a risorse invariate

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE****SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?**

Sistema SIRTE (Sistema Informativo per la Rete del Territorio) già in uso nella Regione Marche

Piattaforma Teams per meeting virtuali già in uso in AST 1 Pesaro-Urbino

**Normativa di riferimento**

1. Deliberazione Amministrativa n. 107 Piano Socio-Sanitario Regionale 2020-2022. Il cittadino, l'integrazione, l'accessibilità e la sostenibilità
2. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n.1237 del 18 ottobre 2021 Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta
3. DECRETO 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale
4. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n.1871 del 27 dicembre 2022 Prime indicazioni per l'attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale" e linee di indirizzo per l'interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali"

## Presenza in carico precoce del paziente fragile che accede al Pronto Soccorso ed individuazione del setting assistenziale alla dimissione

9

**DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA**

AST PESARO URBINO

**UNITA' OPERATIVA**

UOC PROFESSIONI SANITARIE IOTR

**DIRETTORE**

DOSS.SSA STEFANIA RASORI

**REFERENTE DEL PROGETTO**

Dott.ssa Loredana De Col

**AUTORI DEL PROGETTO**

NOME E COGNOME	EMAIL
MORENA MAZZANTI	morena.mazzanti@sanita.marche.it
SIMONA GRILLI	simona.grilli@sanita.marche.it
LOREDANA DE COL	loredana.decol@sanita.marche.it

**ABSTRACT**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che "la definizione di fragilità rimane contestata, ma può essere considerata come un progressivo declino correlato all'età nei sistemi fisiologici, che si traduce in una diminuzione delle riserve della capacità intrinseca del soggetto e, di conseguenza, conferisce estrema vulnerabilità ai fattori di stress e aumenta il rischio di esiti avversi per la salute". (Cesari M. et al. 2017, "Frailty in Older Persons").

La condizione di fragilità di una persona aumenta notevolmente la probabilità di frequenti accessi al Pronto Soccorso (PS) con conseguenti ricoveri ospedalieri, mentre una dimissione dal PS e dalle Unità di degenza di tali pazienti, effettuata in modo non efficace, può aumentare il rischio di eventi avversi. Tutto ciò, determinando un



incremento delle disabilità, un maggior consumo di risorse sanitarie e sociali ed un carico di lavoro estenuante per il care giver e per tutta la famiglia coinvolta nell'assistenza.

L'identificazione precoce di un soggetto fragile deve avvenire all'accesso in PS e seguire le varie fasi del percorso assistenziale, dalla fase acuta fino alla dimissione a domicilio o il trasferimento presso un setting assistenziale ritenuto idoneo, prevedendo, attraverso percorsi condivisi, il coinvolgimento del paziente e del care giver nell'elaborazione del piano assistenziale.

### RISORSE UMANE

- Personale infermieristico triagista PS
- Assistente Sociale
- Infermiere Bed Manager
- Tecnico della Riabilitazione
- Infermiere facilitatore del collegamento tra le UU.OO. /paziente/care giver con funzioni educative/informative/formative propedeutiche alla dimissione riguardo ai percorsi e ai servizi assistenziali territoriali)
- Direttori, Coordinatori Assistenziali, personale medico ed infermieristico di UU.OO.
- Direttori, Coordinatori Assistenziali, personale medico ed infermieristico dei distretti

Nella realizzazione del progetto sono coinvolti:

- Direzione Medica (pianificazione progetto, avvio procedura ed individuazione risorse strutturali)
- Servizio Professioni Sanitarie (pianificazione progetto, avvio procedura ed individuazione risorse umane)

### CRITERI DI INCLUSIONE

- età > 65 anni con Charlson Comorbidity Index maggiore o uguale a 5
- età < 65 anni con patologie gravemente invalidanti oppure a prognosi infausta
- ISAR (Identification of Senior at Risk) maggiore o uguale a 2
- utenti istituzionalizzati
- ospedalizzazione o accesso a PS negli ultimi 30 gg
- presenza di condizione familiare sfavorevole (discontinuità/assenza di idonei caregiver, resistenze dei familiari alla dimissione a domicilio per motivi di carattere organizzativo, economico o altro)
- minore straniero non accompagnato
- situazioni sociali problematiche (stato di abbandono, indigenza, extra-comunitari sprovvisti di permesso di soggiorno, ecc.).
- necessità di fornire e gestire particolari presidi a domicilio (letti antidecubito, pompe per nutrizione artificiale, sollevatori, respiratori, ecc.)

### CRITERI DI ESCLUSIONE

- pazienti per i quali è previsto un ricovero presso l'U.O.C SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

### ATTIVITA'

- Valutazione sociale degli utenti che accedono al PS con uno o più di un criterio d'inclusione con scheda informatizzata di segnalazione Area socio assistenziale (personale infermieristico triagista)
- Valutazione del rischio di ospedalizzazione prolungata e dimissione difficile con Scala di BRASS integrata (personale infermieristico di U.O. di degenza, rilevazione entro 24-48h dal dall'ammissione, notifica all'Infermiere Bed manager se lo score è compreso tra 20 -40, all'Assistente Sociale tra 0-10 o 11-19);
- Formazione/educazione/informazione relativa ai percorsi di dimissione e strumenti presenti sul territorio per facilitare la presa in carico della persona (Infermiere facilitatore, Assistente Sociale, Tecnico della Riabilitazione);
- Registrazione degli interventi educativi effettuati su supporto cartaceo (Infermiere facilitatore);
- Registrazione degli utenti in carico con specifica disabilità o fragilità riscontrata (Infermiere facilitatore);
- Follow up telefonico con il caregiver (esiti, permanenza al domicilio, efficacia della continuità assistenziale, rilevazione problematiche di tipo organizzativo, soddisfazione dell'utente) con griglia di domande strutturate ad 1 settimana dalla dimissione (Infermiere facilitatore);
- Registrazione degli esiti su apposito data base (Infermiere facilitatore);
- Compilazione della scheda di sintesi e collegamento con il Territorio/MMG /Cure Domiciliari (Infermiere facilitatore).

### RISORSE INFORMATICHE

- Integrazione del sistema informatico di PS con ISAR e scheda di segnalazione Area socio assistenziale
- Dotazione di PC per il personale dedicato all'educazione sanitaria dei familiari e alla raccolta dei dati
- Database per raccolta dati

### RISORSE STRUTTURALI

- Spazio dedicato in PS per il personale che si occupa di identificare gli utenti e compilare la modulistica relativa alla segnalazione socio assistenziale
- Spazio dedicato all'interno delle singole UU.OO. per il personale che si occupa dell'educazione sanitaria relativa alla dimissione

### RISORSE CARTACEE

- Scala di BRASS
- Modulo "Scheda di Segnalazione Area Socio assistenziale"
- Brochure, realizzata in collaborazione con i Distretti, il Dipartimento di Riabilitazione e il Servizio Sociale, da distribuire in PS e nelle UU.OO. di area medica e chirurgica, relativa ai percorsi extraospedalieri attivati nella AST I Pesaro -Urbino
- Questionario di valutazione (Client Satisfaction Questionnaire - CSQ) relativo alla soddisfazione del paziente e della famiglia per i servizi ricevuti

### OBIETTIVO GENERALE

- Individuare precocemente il paziente fragile per favorire il suo rientro al domicilio quando il ricovero non si rende necessario e, in caso di ricovero, facilitarne la dimissione protetta attraverso l'attivazione della rete sociale e territoriale;
- identificare il setting assistenziale adeguato al livello di dipendenza/autonomia alla dimissione e le capacità residue del singolo

### OBIETTIVI SPECIFICI

- Identificare precocemente i soggetti fragili che accedono in PS o direttamente nelle UU.OO. (percorsi programmati);
- promuovere interventi di formazione ed informazione all'interno delle UU.OO. a favore dei caregiver sulla gestione della malattia e dell'assistenza diretta alla persona;
- potenziare gli interventi di accompagnamento e sostegno alle persone anziane/fragili ed alle famiglie in difficoltà anche attraverso il coinvolgimento dei Servizi Sociali;
- supportare il lavoro dei distretti sanitari nell'ambito della valutazione dei pazienti ricoverati in ospedale al fine di identificare il giusto setting assistenziale per la prosecuzione delle cure.

### RISULTATI ATTESI

- Attivazione del servizio sociale per tutti gli utenti che accedono al PS e ne necessitano per dimissione difficile
- Educazione sanitaria al caregiver circa la dimissione del paziente fragile al domicilio /struttura
- Soddisfazione del paziente e della famiglia per i servizi ricevuti
- Riduzione del numero dei frequent users (reingressi in PS a 12 mesi)
- Riduzione del numero delle riammissioni a 30 giorni in area medico-geriatrica
- Riduzione del tempo di permanenza in PS
- Riduzione dei tempi di attivazione dei percorsi di dimissione protetta

### INDICATORI

- n° schede di segnalazione Area socio assistenziale e inoltrate/n° accessi al PS con criteri per attivazione servizio sociale
- n° questionari CSQ (soddisfazione del paziente e della famiglia per i servizi ricevuti) compilati con valutazione positiva /n° totale CSQ somministrati e restituiti compilati
- n° riammissioni a 30 gg di pazienti in assistenza domiciliare o residenziale nel periodo considerato
- n° re-accessi in PS di pazienti in assistenza domiciliare o residenziale nel periodo considerato
- durata della degenza
- tasso di istituzionalizzazione
- tempo medio di permanenza in PS (dal triage alla chiusura del caso) nel periodo considerato

### CONCLUSIONI

Gli accessi ai PS nell'arco di un anno sono circa 24 milioni, dei quali il 28% riguarda persone con età superiore ai 75 anni; tali utenti utilizzano un elevato numero di risorse, stazionano per diverso tempo nei locali, anche a causa della carenza di posti letto nei reparti di degenza ed hanno un tasso di ospedalizzazione molto alto rispetto a qualsiasi altro gruppo di età.

La dimissione inappropriata di soggetti fragili aumenta il rischio di eventi avversi, di declino cognitivo/funzionale e di istituzionalizzazione, alimenta il fenomeno dei frequent users e conseguentemente di ospedalizzazioni ripetute.

Lo scopo del progetto centrato sulla figura dell'Infermiere facilitatore è quello di favorire la continuità assistenziale e la presa in carico precoce da parte del territorio, integrando le risorse necessarie alla famiglia per mantenere livelli assistenziali di qualità.

Riconoscere ed individuare precocemente il setting assistenziale appropriato alla situazione clinico/assistenziale permette un recupero adeguato delle risorse residue della persona e finalizzato al raggiungimento del massimo grado possibile di autonomia.

La continuità assistenziale tra ospedale e territorio, al momento della dimissione ospedaliera, garantita da una valutazione globale dei bisogni del paziente, consente l'individuazione precoce delle necessità della persona, focalizzate sulle caratteristiche del paziente stesso e del caregiver, al fine di erogare un'assistenza domiciliare appropriata.

### PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermiere
- Medico UU.OO. / MMG
- Fisiatra
- Tecnico della Riabilitazione
- Assistente sociale

### TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

12 mesi a decorrere da giugno 2023

### INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

#### SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE

Sistema di prenotazione informatizzata

#### SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI

ISAR e scheda di segnalazione Area socio assistenziale"

#### SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?

si

**BIBLIOGRAFIA**

- Dgr 1237/2021 Regione Marche, Linee di indirizzo per la dimissione protetta
- Regione Toscana, La fragilità dell'anziano Linee Guida, Toscana, 2013
- Alper E., O'Malley T., Greenwald J., Hospital Discharge and Readmission from Up To Date, University of Phoenix, 2017
- Paola Gobbi, La dimissione protetta, strumenti per la continuità assistenziale: convegno nazionale, Roma 29 novembre 2018
- Cesari M, Calvani R, Marzetti E. Frailty in Older Persons. Clin Geriatr Med. 2017 Aug;33(3):293-303. doi: 10.1016/j.cger.2017.02.002. Epub 2017 Apr 6. PMID: 28689563.

Da **Dott. Andrea Toccaceli** Dirigente Area Professioni Sanitarie Area Infermieristica ed ostetrica dell'AOU delle Marche

**Cuori in movimento**

10

**DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA**

AOU DELLE MARCHE

**UNITA' OPERATIVA**

CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA PEDIATRICA E CONGENITA

**DIRETTORE**

DR MARCO POZZI, FECTS

**REFERENTE DEL PROGETTO**

Dott.ssa Chiara Gatti

**AUTORI DEL PROGETTO**

NOME E COGNOME	CONTATTO EMAIL
MONICA BALDONI	monica.baldoni@ospedaliriuniti.marche.it
CHIARA GATTI	chiara.gatti@ospedaliriuniti.marche.it
CINZIA BORGOGNONI	cinzia.borgognoni@ospedaliriuniti.marche.it
VALENTINA FELICI	info@unbattitodiali.it
ANNALISA CANNAROZZO	info@unbattitodiali.it
GIANLUCA MAIOLINI	maio@maiosoft.net
TOMMASO CATALINI	tommaso.catalini@gmail.com
ALESSANDRO D'ANTONIO	alessandroantonio75@gmail.com
LAURA AMORE	lauramore@alice.it
VALENTINA NATALUCCI	valentina.natalucci@unipv.it
MARCO POZZI	marco.pozzi@ospedaliriuniti.marche.it

## ABSTRACT

“Cuori in movimento” è un progetto pilota che si propone di favorire l'avvio o il ritorno all'attività fisica e sportiva di minori che sono colpiti da patologie cardiache, croniche o congenite. Particolare attenzione è rivolta ai programmi di riabilitazione cardiologica in pazienti tra i 3 e i 18 anni con cardiopatia congenita che hanno subito un intervento cardiocirurgico. Nello specifico, attraverso la creazione e sperimentazione di un'applicazione scaricabile gratuitamente si è voluto costruire un percorso e di una rete di supporto ai minori ed alle loro famiglie, in modo da ampliare ed integrare le politiche territoriali inserendosi e potenziando le reti esistenti. Il progetto crea, inoltre, relazioni ed è sviluppato in collaborazione tra interlocutori socio-sanitari e soggetti del Terzo Settore che sono portatori delle istanze e delle esperienze delle famiglie ed attivatori del loro coinvolgimento diretto e responsabile. Rappresenta una importante novità nel panorama terapeutico-educativo, spostando l'attenzione dal solo elemento di cura alla valutazione e valorizzazione della complessiva condizione del minore e del suo contesto, familiare e territoriale, di riferimento.

## Background

La pratica sportiva apporta molti benefici fisiologici in ogni età della vita: essa aumenta la capacità fisica e la forza muscolare dell'individuo, aiuta a tenere il peso corporeo sotto controllo e rende gli apparati osteoarticolare e muscolare più flessibili ed efficienti. Una componente non trascurabile di questi benefici è rappresentata dal miglioramento delle condizioni psicologiche, in altri termini della qualità della vita. Questi aspetti rivestono un'importanza ancora maggiore nell'età evolutiva, un periodo nel quale lo sport assume anche un ruolo formativo ed educativo. In questo contesto appaiono del tutto giustificate le istanze rivolte a consentire l'attività sportiva anche a ragazzi cardiopatici, istanze divenute più pressanti da quando negli ultimi anni i progressi diagnostici e terapeutici, soprattutto cardiocirurgici, hanno consentito il recupero alla vita attiva di un numero non trascurabile di bambini ed adolescenti precedentemente destinati all'inattività fisica. L'esercizio fisico migliora la tolleranza allo sforzo, diminuisce la stanchezza, migliora la qualità di vita, migliora la circolazione, il tono muscolare, il sistema nervoso ed aumenta l'aspettativa di vita. La riabilitazione cardiologica è parte integrante delle linee guida italiane, europee, degli USA e del Canada sulla terapia e prevenzione dell'infarto miocardico, interventi di bypass aortocoronarico o valvolari e scompenso cardiocircolatorio. Queste indicazioni non sono ancora applicate nei pazienti con cardiopatia congenita. I pazienti in questione, a causa della cardiopatia e degli interventi subiti, hanno spesso una ridotta tolleranza all'esercizio fisico che influenza negativamente la loro qualità di vita. Attuare un programma di riabilitazione cardiologica per il paziente con cardiopatia congenita vorrebbe dire aumentare la loro capacità funzionale con lo scopo di migliorare la loro integrazione sociale (scuola, famiglia, lavoro), riducendo le disabilità.

È abbastanza intuitivo che un bambino con cardiopatia congenita abbia una minore capacità aerobica rispetto ad un soggetto sano e che tanto più è grave la cardiopatia tanto più la limitazione è importante. La limitazione funzionale può essere legata a vari motivi: problemi ventilatori, anomalie cardiopolmonari e/o muscolari, incompetenza cronotropa (disfunzione autonoma, uso di farmaci). Nonostante ormai ci siano sufficienti evidenze degli effetti benefici dell'esercizio fisico in pazienti con cardiopatia congenita questi soggetti continuano a fare vita piuttosto sedentaria molto spesso per atteggiamenti iperprotettivi dei genitori e delle persone che li circondano (amici, professori, ecc). La motivazione principale dell'astensione dall'esercizio fisico è la paura della morte improvvisa. Di fatto solo per poche patologie (stenosi aortica severa, cardiomiopatia ipertrofica, anomalie congenite delle coronarie, alcune aritmie) esiste una controindicazione assoluta ad eseguire esercizio fisico e d'altra parte la capacità di esercizio rappresenta un importante predittore di mortalità e morbilità, soprattutto in cardiopatie come la Tetralogia di Fallot corretta, TGA con ventricolo destro sistemico, esiti di Fontan. Pertanto, i bambini e i ragazzi con cardiopatia congenita vanno incoraggiati ad eseguire una vita attiva e a partecipare alle normali attività ricreative compresa l'attività sportiva che, a volte, può essere anche attività fisica agonistica. L'attività fisica ha effetti benefici sul fisico (prevenzione malattia cardiovascolare, riduzione incidenza di diabete, dislipidemia, obesità, osteoporosi), ma per il cardiopatico congenito ha anche importanti effetti sul versante psicologico favorendo l'integrazione sociale e contrastando fenomeni depressivi; gli effetti positivi sul versante

psicologico sono visibili sia sui pazienti che sui genitori. Il programma di riabilitazione va personalizzato. Prima di iniziare il paziente deve eseguire valutazione cardiologica in cui andrà valutata la cardiopatia di base, gli interventi chirurgici eseguiti, la terapia in corso e i parametri come la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca e la saturazione. Deve essere eseguito un ecocardiogramma per valutare la funzione ventricolare, la pressione polmonare, un test cardiopolmonare per valutazione della capacità funzionale e compilata la Short Form Health Survey 36 (SF-36) sulla qualità di vita.

È ormai confermato dalla letteratura scientifica che la riabilitazione cardiologica in un paziente con cardiopatia congenita sottoposto ad intervento cardiocirurgico comporta una più rapida ripresa delle normali attività, una riduzione dell'ospedalizzazione in termini di giornate di degenza e un miglioramento più rapido della capacità funzionale.

Studi riportano che i bambini con cardiopatia congenita dovrebbero essere educati a rispettare le raccomandazioni di salute pubblica di partecipazione quotidiana a minimo 60 minuti di attività fisica da moderata a vigorosa, appropriata per lo sviluppo, ma divertente e coinvolgente. Mentre tutti i giovani cardiopatici possono partecipare e beneficiare dell'attività fisica ed esercizio fisico, quelli con lesioni o complicanze specifiche devono essere sottoposti a consulto cardiologico specialistico in merito a precauzioni e raccomandazioni (Takken T. et al., 2012).

I progressi nella cardiocirurgia negli ultimi 30 anni hanno notevolmente migliorato la prognosi delle cardiopatie congenite ed oggi, operatori sanitari e pazienti stanno concentrando i loro interessi su prospettive nuove, quali il miglioramento della qualità della vita, la pratica sportiva e l'assistenza/supporto psicosociale. La riabilitazione cardiologica si inserisce perfettamente in queste nuove strategie terapeutiche. Il test da sforzo cardiorespiratorio con la misurazione del consumo di ossigeno (VO2) è il punto di partenza, in quanto legato anche alla qualità della vita di bambini e adulti con cardiopatia congenita (Amedro P et al., 2017). Lo stesso autore dichiara anche che i principi della riabilitazione nello scompenso cardiaco possono essere applicati ai cardiopatici congeniti. Diversi studi riguardanti la riabilitazione nei cardiopatici congeniti complessi dimostrano miglioramento della capacità aerobica e della qualità della vita, senza eventi avversi.

Sulla base di queste evidenze è stata studiata l'App “Cuori in movimento” che fornisce a bambini e ragazzi cardiopatici un programma di allenamento personalizzato, studiato e monitorato dalla Cardiologa D.ssa Monica Baldoni del reparto Cardiocirurgia e Cardiologia Pediatrica e Congenita dell'Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche, diretto dal Dott. Marco Pozzi e coordinato dalla D.ssa Chiara Gatti, per promuovere e potenziare l'attività fisica visto che, una volta operati al cuore, spesso non riescono più ad accedere alle attività sportive e alle palestre per i possibili rischi legati alla loro patologia. Ideatore dell'iniziativa è stata l'Associazione “Un battito di Ali” in prima linea nel progetto anche grazie al contributo professionale della Psicoterapeuta D.ssa Annalisa Cannarozzo.

Grazie a questo progetto pilota, i bambini ritenuti eleggibili alla partecipazione, possono eseguire una riabilitazione di 6 mesi, rimanendo costantemente a stretto contatto con il medico Cardiologo che provvederà al monitoraggio cardiaco e dei livelli di ossigeno nel sangue attraverso un saturimetro. Trascorso questo periodo potranno accedere nuovamente alle palestre.

## Strategia – 9 passi per arrivare all'obiettivo

1. **Attività con le famiglie** - Il primo passo è stato quello di contattare le famiglie presentando gli obiettivi ed i contenuti del progetto per verificarne l'adesione e la volontà di far parte della sperimentazione. Coloro che desideravano aderire, previo ottenimento del consenso informato e garanzia della tutela della privacy secondo Regolamento Europeo GDPR 679/2016, sono stati costantemente e per tutto il tempo dell'attività prevista seguiti da uno psicologo ed affiancati da un “genitore tutor” nella logica del mutuo-aiuto. La presenza dei volontari è un fondamentale facilitatore relazionale.
2. **Ricerca e contatto dei partner territoriali** - Una volta individuati i minori coinvolti nelle attività sono stati ricercati e contattati, a cura del personale medico specialistico e dei volontari, gli interlocutori territoriali (palestre, associazioni sportive, ecc.) per la condivisione del percorso, al fine di elaborare al termine della sperimentazione

una prima mappatura delle risorse territoriali attivate, che verrà comunicata attraverso i canali web e social, a disposizione di successivi percorsi e beneficiari.

3. Progettazione dei percorsi individuali - Il Cardiologo, dopo aver eseguito gli esami medici necessari a valutare lo stato di salute, insieme al Fisioterapista e ad un personal trainer specializzato nel settore riabilitativo, ha elaborato un percorso progressivo di attività fisica.
4. Realizzazione dei video tutorial - Una volta individuate le attività fisiche è stato possibile predisporre i video tutorial per la corretta esecuzione ed il monitoraggio degli esercizi. I video sono disponibili sulla rete e possono essere visualizzati sia a casa che in palestra, che all'aria aperta.
5. Progettazione della "App Cuori in Movimento" - L' "app" mobile per dispositivi IOS e Android ha le seguenti caratteristiche:
  - Accesso personalizzato con identificazione (codice identificativo consegnato dal Cardiologo solo ai pazienti eleggibili)
  - Proposta di scheda di esercizi elaborata dal terapista in base alle esigenze dell'utente (scheda personalizzata)
  - Possibilità di monitoraggio di alcuni parametri vitali dell'utente (frequenza cardiaca e saturazione): in caso di lettura di valori incompatibili con l'esercizio fisico per il determinato utente, viene precluso l'accesso agli esercizi; nel caso in cui l'utente sia idoneo all'attività ha accesso alla scheda redatta dal terapista: i parametri vitali e i risultati degli esercizi sono inviati al server per le elaborazioni.
  - Esercizi sono spiegati tramite filmati (modalità di svolgimento e durata)
  - Attraverso l'app l'utente riceve delle notifiche relative agli orari di programmazione degli esercizi. L'app si interfaccia con altri dispositivi per la misurazione di frequenza cardiaca e saturazione

È stato previsto l'utilizzo un server dedicato per le seguenti funzionalità:

  - salvataggio di tutti i dati provenienti dall'app (risultati degli esercizi e parametri vitali letti durante lo svolgimento delle attività)
  - interfaccia web-based che permette all'operatore di gestire le utenze abilitate al servizio e comporre le schede (scelta degli esercizi e possibilità di programmarne l'esecuzione);
  - visualizzazione grafica dei risultati delle attività dei vari utenti;
  - invio di notifiche agli utenti dell'app come promemoria di eventuali attività programmate.
6. Attuazione e monitoraggio dei percorsi individuali - Secondo le prescrizioni mediche e con il supporto dei tutorial ciascun utente inizia il proprio percorso. Ogni utente ha la possibilità di essere dotato di pulsossimetro da polso per rilevare la saturazione di ossigeno nel sangue e della frequenza cardiaca. I dati caricati sull'app sono, quindi, a disposizione del personale medico per le attenzioni e gli interventi correttivi del caso.
7. Supporto psicologico e motivazionale dei minori - L'app registra l'attività svolta e alcuni parametri medici; ogni mese il cardiologo e la psicologa restituiranno al paziente ed alla sua famiglia un feedback sui miglioramenti ottenuti e sulle eventuali criticità. Questa restituzione è fondamentale ai fini dell'autostima e della motivazione alla prosecuzione dei percorsi.
8. Formazione congiunta interdisciplinare - Sono stati organizzati 2 momenti di incontro tra le varie figure di riferimento (cardiologo, pediatra, psicologo, medico sportivo, medico scolastico, fisioterapista, insegnanti e genitori, trainers e coaches) per valutare gli esiti dei percorsi in atto e costruire quelle "alleanze terapeutiche" che sono indispensabili per il buon esito dei programmi e per sensibilizzare le comunità sui temi del progetto.
9. Condivisione ed evento - Durante il Convegno Nazionale "Benessere e Innovazione in corsia" (Ancona 1-2 ottobre 2022) sono stati diffusi i risultati preliminari ottenuti e presentata l'app con tutto il materiale di corredo.

## OBIETTIVO GENERALE

Promuovere la salute nei soggetti affetti da cardiopatia congenita attraverso un'applicazione digitale in grado di definire programmi personalizzati e di garantire un monitoraggio medico e psicologico durante ogni attività sportiva.

## OBIETTIVI SPECIFICI

Sui pazienti beneficiari diretti:

- Migliorare la salute fisica e psicosociale dei soggetti con cardiopatia relativamente all'adozione di un adeguato stile di vita, promuovendo il loro reinserimento nella vita attiva e nel mondo sportivo

Sulle loro famiglie:

- Favorire l'informazione ed aumentare il livello di rassicurazione attraverso l'interazione con gli specialisti, il dialogo con altre famiglie che hanno sperimentato analoghi percorsi, il supporto psicologico da parte di personale specializzato e la costruzione di reti di sostegno dedicate e personalizzate

Sul territorio:

- Diffondere informazioni verso tutti coloro che, a vario titolo, sovrintendono o sono coinvolti nell'attività sportiva dei minori e favorire una cultura di cooperazione tra cardiologo, pediatra, psicologo, medico sportivo, medico scolastico, fisioterapista, insegnanti, genitori e trainers, finalizzata a riscoprire e valorizzare il minore, tutelandolo rispetto ai rischi e salvaguardando il suo stato di benessere fisico, psichico e sociale

## RISULTATI ATTESI

Sono state analizzate le informazioni che l'applicazione registra per ogni utente a cui viene dato il codice personale dal Cardiologo: numero di volte che utilizzano l'app, livello di energia post sessione e livello di esercizi raggiunto. Per ogni fascia di età sono stati suddivisi gli utenti in chi ha terminato l'applicazione, in chi la stava ancora usando, in chi ha smesso o addirittura non ha mai iniziato.

I risultati preliminari mostrano che la fascia di età più partecipativa è quella dei ragazzi di 14-18 anni (53%). I bambini di età 7-9 anni rappresentano la fascia meno partecipativa (8%), tuttavia come valore assoluto sono coloro che hanno terminato più sessioni indicando un buon livello di energia.

Per quanto riguarda, invece, la fascia di età 10-13 anni, essa si divide principalmente a metà, con il 37% dei ragazzi che termina correttamente tutte le sessioni, ma con il 38% di essi che non hanno mai aperto l'app una volta tornati a casa.

Infine, nella fascia di età 3-6 anni si è osservato il 41% dei bambini che, nonostante le indicazioni del medico ed il materiale donato, non ha mai aperto l'applicazione. Questa criticità, non presente solo nella sopracitata fascia di età, è stata analizzata dall'equipe multidisciplinare del progetto e sono state formulate varie ipotesi per promuovere l'utilizzo dell'app. Tra queste, si è inizialmente coinvolto un esperto di attività ludiche per svolgere un livello 0 direttamente in ospedale, mostrando ai genitori come utilizzare l'applicazione e come motivare i propri figli. Questo ha aumentato l'utilizzo dell'applicazione e vi è stata la restituzione anche di una testimonianza di una mamma la cui figlia ha terminato tutti i livelli: "P. ha terminato le attività sull'app e le è piaciuta, molto bella e divertente. Sicuramente mi sembra che sia tutto semplice e funzionale".

**CONCLUSIONI**

Il gruppo di lavoro ha intenzione di sviluppare ulteriormente il progetto ad oggi ancora in fase pilota, creando uno spazio web e social: quest'ultimi, infatti, potrebbero rappresentare il luogo in cui mettere a disposizione tutte le informazioni, foto, video e link utili e resterebbero attivi anche dopo la conclusione del progetto. Infine, un ulteriore sviluppo dell'attività mirerà nei prossimi mesi alla raccolta e diffusione di video testimonianze di ragazzi e genitori, che già attivamente partecipano al progetto e che, quindi, racconteranno la propria esperienza. Tutto il materiale video, unitamente ad interventi del personale medico, sarà messo a disposizione sia in rete sia live coinvolgendo le scuole in linea con i soggetti affetti da cardiopatia, nell'ottica di contribuire a ridurre le paure e le diffidenze, che sono importanti ostacoli al raggiungimento degli obiettivi di progetto.

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI**

Cardiologo, Cardiochirurgo, Psicoterapeuta, Neuropsicomotricista, Infermiere, Fisioterapista, Ingegnere informatico

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

Il progetto è nato il 01/10/2019. Tuttora in corso.

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE**

Il progetto è nato dalla stretta collaborazione tra il reparto Cardiochirurgia e Cardiologia Pediatrica e Congenita dell'AOU delle Marche e l'Associazione "Un Battito di Ali", che ha coinvolto personalmente stakeholder per la realizzazione del progetto, individuati in una fondazione di un istituto di credito ed un privato che fornisce attrezzatura.

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?**

L'app è stata realizzata in collaborazione con ingegneri esperti del settore.

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?**

L'app è scaricabile gratuitamente su ogni dispositivo quale smartphone, pc o tablet.

**SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?**

No, è sufficiente avere a disposizione il proprio smartphone, pc o tablet.

# Il processo di contenzione: dalla prevenzione alle strategie operative

11

**DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA**

Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche

**UNITA' OPERATIVA**

Dipartimento di Emergenza

**DIRETTORE**

Lucia Dignani - Incarico di Funzione Organizzativa Dipartimento di Emergenza

**REFERENTE DEL PROGETTO**

Dott.ssa Lucia Dignani

**AUTORI DEL PROGETTO**

NOME E COGNOME	RUOLO
LUCIA DIGNANI	Incarico di Funzione Organizzativa Dipartimento di Emergenza
ELISA ANDREOLI	Incarico di Funzione Organizzativa SOD Pronto Soccorso - OBI
ANTONIO BARONE	Incarico di Funzione Organizzativa SOD Clinica di Anestesia e Rianimazione Generale, Respiratoria e del Trauma Maggiore
FRANCESCA ROSANNA LANNES	Incarico di Funzione Organizzativa SOD Clinica di Chirurgia Generale e d'Urgenza
NADIA MORONI	Incarico di Funzione Organizzativa SOD Anestesia e Rianimazione dei Trapianti e Chirurgia Maggiore
GIULIA TALEVI	Incarico di Funzione Organizzativa SOD Medicina Interna, d'Urgenza e Subintensiva
VALERIA BARBIZZI	Infermiere SOD Clinica di Anestesia e Rianimazione Generale, Respiratoria e del Trauma Maggiore
ANDREA TOCCACELI	Dirigente Professioni Sanitarie – Area Infermieristica e Ostetrica

**ABSTRACT**

L'utilizzo di misure contenitive all'interno dei setting ospedalieri per acuti è una pratica molto diffusa. Sebbene vengano adottate per garantire la sicurezza dei pazienti, le misure restrittive possono rappresentare anche una

violazione dei diritti dell'individuo.

Nonostante le importanti implicazioni cliniche, etiche e legali, la letteratura riporta che l'intervento contenitivo risulta spesso attuato a seguito di un processo decisionale non codificato e con modalità disomogenee.

L'obiettivo del progetto è di migliorare la gestione del processo di contenzione all'interno del Dipartimento di Emergenza, di un'Azienda Ospedaliera DEA di II livello.

Il progetto è articolato su più fasi consecutive. Il primo step era volto all'elaborazione di un documento condiviso sulla prevenzione gestione del processo di contenzione, trasversale rispetto alle specificità dei setting del dipartimento. La seconda fase ha previsto la conduzione di una ricerca fenomenologica sul vissuto degli operatori, rispetto all'adozione delle misure di contenzione. Il terzo step era diretto a realizzare una formazione dipartimentale per la diffusione di conoscenze sul tema, condivisione dei risultati dello studio qualitativo e diffusione del protocollo operativo.

La quarta e la quinta fase prevedono una valutazione a medio termine dei risultati prodotti dal processo di sensibilizzazione e diffusione del protocollo dipartimentale, mediante indagine osservazionale sugli atteggiamenti e sull'intenzione ad effettuare l'intervento contenitivo, e attraverso audit documentali per la verifica della corretta implementazione del processo di contenzione.

Il progetto ha lo scopo di sensibilizzare i sanitari sulla pratica contenitiva, attraverso un approccio multidimensionale articolato su più step, volto a coinvolgere attivamente gli operatori.

## OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo del progetto è di migliorare la gestione del processo di contenzione all'interno del Dipartimento di Emergenza.

## OBIETTIVI SPECIFICI

- Definire le buone pratiche per la prevenzione della contenzione al fine di garantire e tutelare la libertà e la dignità della persona
- Disciplinare l'intervento di contenzione nel rispetto della dignità della persona
- Fornire indicazioni per una corretta gestione del processo di contenzione
- Garantire l'esecuzione di procedure uniformi
- Promuovere l'umanizzazione e la sicurezza delle cure in ambito ospedaliero

## RISULTATI ATTESI

Le misure di contenzione vengono utilizzate all'interno dei setting ospedalieri per acuti allo scopo di tutelare la sicurezza dei pazienti. La letteratura scientifica riporta che la contenzione viene applicata per evitare atti di autolesionismo e cadute, per prevenire eventuale interruzione di trattamenti salvavita e per impedire atti di violenza contro altri, quando tutte le altre misure sono risultate inadeguate o controindicate (Thomann et al., 2021, Canzan et al., 2021; Kassew et al., 2020).

Tuttavia le misure restrittive rappresentano anche una violazione dei diritti degli assistiti e pertanto richiedono un'attenta valutazione (Siegrist-Dreier et al., 2022). La contenzione deve essere adottata solo per il tempo

strettamente necessario, con mezzi idonei e proporzionati alle circostanze.

È noto che il processo decisionale per l'utilizzo della contenzione è influenzato da fattori contestuali (disponibilità di linee guida), atteggiamento degli assistiti (livello di aggressività) e attitudine/atteggiamento dei sanitari (Thomann et al., 2022, Perez et al., 2019).

In contrasto con il setting della salute mentale e delle long-term care, attualmente nei contesti assistenziali per acuti il processo di contenzione si basa talvolta su regole non scritte, trasmesse verbalmente o con l'esempio (Siegrist-Dreier et al., 2022). La mancanza di indicazioni codificate provoca disomogeneità di comportamento nell'utilizzo della contenzione. (Luk et al., 2015).

Si è quindi rilevata la necessità di sensibilizzare i sanitari del Dipartimento di Emergenza in tema di prevenzione e attuazione del processo di contenzione, e di elaborare un documento condiviso per la definizione delle modalità operative. Il progetto prevede l'attuazione di 5 fasi consecutive.

Si è quindi rilevata la necessità di sensibilizzare i sanitari del Dipartimento di Emergenza in tema di contenzione, attraverso la realizzazione di un progetto dipartimentale sulla prevenzione e corretta gestione dell'intervento contenitivo, articolato su 5 fasi consecutive.

**1° FASE: Elaborazione di un protocollo dipartimentale** con la definizione delle modalità operative per l'applicazione del processo di contenzione.

È stato costituito un Tavolo Tecnico coordinato dall' Incarico di Funzione Organizzativa Dipartimentale (IFO-Dip) e con il coinvolgimento di: Direttore di Dipartimento, Incarichi di Funzione Organizzativa (IFO-SOD), Direttori, 2 Infermieri e 1 Dirigente Medico di ciascun setting assistenziale del dipartimento. Le unità operative coinvolte che afferiscono al Dipartimento di Emergenza sono: Pronto Soccorso e OBI, Terapia Intensiva Ospedaliera e Terapia Intensiva Clinica, Medicina d'Urgenza Subintensiva e Ordinaria, Chirurgia Generale e d'Urgenza Clinica.

Sono stati realizzati incontri periodici telematici su un arco temporale di due mesi.

La disomogeneità dei setting coinvolti ha richiesto un'attenta analisi della letteratura e una declinazione delle azioni inerenti al processo di contenzione che evidenziassero le caratteristiche comuni ai vari contesti assistenziali. La standardizzazione degli interventi si è basata su azioni trasversali alle esigenze assistenziali delle diverse SOD (Strutture Organizzative Dipartimentali).

Gli incontri del Tavolo tecnico si sono conclusi con la redazione e autorizzazione di un documento condiviso con le modalità di prevenzione e attuazione dell'intervento contenitivo e con la creazione di una scheda clinico-assistenziale per documentare il processo.

**Indicatori di Processo:** 1- n° SOD che hanno partecipato al Tavolo Tecnico per la redazione del protocollo / n° SOD coinvolte. Risultato atteso: standard 100%;

2- 1- n° operatori presenti agli incontri del Tavolo Tecnico / n° coinvolti. Risultato atteso: standard 90%.

**Indicatore di Esito:** elaborazione del protocollo dipartimentale sul Processo di Contenzione. Risultato atteso: creazione del documento entro 2 mesi.

**2° FASE: Conduzione di uno studio qualitativo sul vissuto dei sanitari** in merito alla pratica contenitiva.

È stato istituito un gruppo di ricerca, formato da un ricercatore esperto e da 3 Infermieri dipartimentali, afferenti all'area del Pronto Soccorso, della terapie intensive e dell'area di degenza. Sono state definite finalità e modalità

di raccolta dati. E' stato quindi realizzato uno studio fenomenologico che indagava il vissuto dei sanitari (Medici, Infermieri, OSS) del Dipartimento di Emergenza, rispetto all'adozione delle misure di contenzione. I dati sono stati analizzati ed è stato elaborato un reporting di ricerca.

Indicatori di Processo: 1- n° SOD che hanno partecipato come campione allo studio / n° SOD coinvolte. Risultato atteso: standard 100%;

2- n° intervistate realizzate / n° minimo interviste previste. Risultato atteso: standard 100%.

Indicatore di Esito: redazione del reporting di ricerca. Risultato atteso: elaborazione del documento entro 2 mesi.

### 3° FASE: Realizzazione di un corso di formazione dipartimentale sul processo di contenzione.

Un gruppo di lavoro ha elaborato il format per la realizzazione di una formazione residenziale in videoconferenza, accreditata ECM. Il corso aveva l'obiettivo di approfondire i principali aspetti teorici e etici in tema di contenzione, condividere i risultati della ricerca fenomenologica condotta nel dipartimento e divulgare il protocollo dipartimentale sul processo di contenzione.

I relatori sono stati individuati tra i componenti del tavolo tecnico che ha elaborato il documento condiviso. L'evento formativo si è svolto alternando contenuti teorici e video sulle procedure applicative.

Il corso è stato svolto in più edizioni e ha visto la partecipazione di circa 150 discenti.

Indicatori di Processo: 1- n° edizioni del corso realizzate / n° edizioni del corso previste. Risultato atteso: standard 100%.

2- n° operatori presenti al corso formativo / n° operatori previsti. Risultato atteso: standard 95%.

Indicatore di Esito: n° discenti che hanno superato il test di valutazione dell'apprendimento / n° discenti che hanno partecipato al corso. Risultato atteso: standard 98%.

### 4° FASE: Studio Osservazionale sull'intenzione dei sanitari ad effettuare interventi contenitivi.

E' stato istituito un gruppo di ricerca, formato da due ricercatori esperti e da un Infermiere esterno al Dipartimento che effettuerà la raccolta dati. È stato elaborato il protocollo di ricerca dello studio, che ha l'obiettivo di indagare l'atteggiamento, la pratica e l'intenzione degli Infermieri ad utilizzare la contenzione fisica, da attuare dopo 6 mesi dall'implementazione del protocollo. Per la raccolta dati verrà utilizzato uno strumento validato per la misurazione di tale fenomeno.

Indicatori di Processo: 1- n° SOD che hanno partecipato come campione alla raccolta dati / n° SOD coinvolte. Risultato atteso: standard 100%;

2- n° operatori che hanno partecipato allo studio in qualità di campione / n° operatori previsti. Risultato atteso: standard /response rate: 90%.

Indicatore di Esito: redazione del reporting di ricerca. Risultato atteso: elaborazione del documento entro 9 mesi dall'implementazione del protocollo dipartimentale.

### 5° FASE: Attuazione di audit documentali per la verifica della corretta implementazione del protocollo

dipartimentale sul processo di contenzione.

Verranno costituiti dei gruppi di lavoro interni a ciascuna SOD del Dipartimento, con lo scopo di realizzare degli audit documentali per la valutazione a medio termine dell'implementazione del documento condiviso sulla prevenzione e gestione dell'intervento contenitivo. Lo standard di riferimento sarà il protocollo dipartimentale e la scheda di raccolta dati verrà costruita sulla base degli items e delle aree di valutazione della scheda documentale introdotta.

Indicatore di Processo: n° SOD che hanno partecipato agli audit documentali / n° SOD coinvolte. Risultato atteso: standard 100%;

Indicatori di Esito: 1- n° di audit effettuati entro 12 mesi dall'implementazione del protocollo/ n° di audit previsti. Risultato atteso: standard 100%.

2- n° di schede di gestione del processo di contenzione compilate / n° pazienti a rischio. Risultato atteso: standard 98%.

## CONCLUSIONI

La realizzazione del progetto di miglioramento della gestione dell'intervento contenitivo all'interno del Dipartimento di Emergenza, seppur non ancora concluso, ha già mostrato esiti positivi. Il dibattito che ha generato tra professionisti è indicativo della rilevanza della tematica e della necessità di codificare un processo decisionale e una linea di intervento comuni.

L'articolazione del piano di miglioramento su più livelli attuativi, ha permesso di interagire con più gruppi di lavoro e di intervenire: sulla definizione di regole, mediante il protocollo, sull'analisi esperienziale del vissuto dei sanitari coinvolti, attraverso l'indagine fenomenologica, e sulla diffusione delle conoscenze sul processo di contenzione, mediante la formazione. La futura valutazione a medio termine permetterà di oggettivare l'impatto e le ricadute del progetto sulla pratica clinico-assistenziale.

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI:

Dirigenti Medici, Infermieri, OSS.

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO:

Il progetto, intrapreso ad ottobre 2022, prevede un tempo di realizzazione di 15 mesi. Le prime 3 fasi descritte sono state realizzate e concluse. Le due ultime fasi rappresentano una valutazione a medio termine del progetto e sono in corso di progettazione e realizzazione. La conclusione dei lavori è prevista per dicembre 2023.

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE:

Il progetto di miglioramento del processo di contenzione all'interno di un setting per acuti ha la finalità di sensibilizzare il personale ad una corretta pratica clinico assistenziale e allo sviluppo di competenze specifiche.

La standardizzazione degli interventi di prevenzione e gestione dell'intervento contenitivo hanno lo scopo di definire



e tracciare un codice di comportamento comune in un ambito assistenziale in cui spesso esiste una disomogeneità di trattamento. Ambito che tuttavia ha un alto impatto clinico, etico e legale.

La progettualità e la condivisione di esperienze clinico-assistenziali diverse hanno permesso un forte arricchimento professionale all'interno dell'equipe. Un modello organizzativo multidimensionale di sviluppo delle competenze che può essere replicato anche in altri ambiti assistenziali.

#### BIBLIOGRAFIA:

Canzan, F., Mezzalana, E., Solato, G., Mortari, L., Brugnolli, A., Saiani, L., Debiasi, M., & Ambrosi, E. (2021). Nurses' Views on the Use of Physical Restraints in Intensive Care: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(18), 9646.

Kassew, T., Dejen Tilahun, A., & Liyew, B. (2020). Nurses' Knowledge, Attitude, and Influencing Factors regarding Physical Restraint Use in the Intensive Care Unit: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Critical care research and practice*, 2020, 4235683.

Luk, E., Burry, L., Rezaie, S., Mehta, S., & Rose, L. (2015). Critical care nurses' decisions regarding physical restraints in two Canadian ICUs: A prospective observational study. *The Canadian journal of critical care nursing*, 26(4), 16–22.

Perez, D., Peters, K., Wilkes, L., & Murphy, G. (2019). Physical restraints in intensive care-An integrative review. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 32(2), 165–174.

Siegrist-Dreier, S., Barbezat, I., Thomann, S., Richter, D., Hahn, S., & Schmitt, K. U. (2022). Restraining patients in acute care hospitals-A qualitative study on the experiences of healthcare staff. *Nursing open*, 9(2), 1311–1321.

Thomann, S., Gleichner, G., Hahn, S., & Zwakhalen, S. (2022). Attitudes of Nursing Staff in Hospitals towards Restraint Use: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(12), 7144.

Thomann, S., Zwakhalen, S., Richter, D., Bauer, S., & Hahn, S. (2021). Restraint use in the acute-care hospital setting: A cross-sectional multi-centre study. *International journal of nursing studies*, 114, 103807.

# PIEMONTE



Da **Dott.ssa Luisella Audisio** Direttore Professioni Sanitarie  
ASL Torino 3

1

## La sperimentazione delle COT presso ASLTO3 : il contributo infermieristico

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASLTO 3

### UNITA' OPERATIVA

Direzione Professioni Sanitarie

### DIRETTORE E REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Luisella AUDISIO

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	EMAIL
NICOLETTI MARINA	marina.nicoletti@aslto3.piemonte.it
PASCAL DONATELLA	donatella.pascal@aslto3.piemonte.it
VIGLIONE PATRIZIA	patrizia.viglione@aslto3.piemonte.it
GUIOT CRISTINA	cristina.guiot@aslto3.piemonte.it
RAMELLA VOTTA LUCA	luca.ramellavotta@aslto3.piemonte.it
CARTA ANTONELLA	a.carta@aslto3.piemonte.it
BUTTERA LAURA	laura.buttera@aslto3.piemonte.it

### ABSTRACT

L'ASL TO3 è una delle Asl capofila della regione Piemonte per la sperimentazione delle Centrali Operative Territoriali. Al tal fine è stato creato un gruppo di lavoro multiprofessionale (Direzione Professioni Sanitarie, Coordinamento distrettuale, Referenti infermieristici distrettuali, Infermieri di famiglia e comunità, Medici, Enti gestori) che ha proceduto all'analisi della normativa, alla stesura del regolamento con contestualizzazione rispetto alla propria realtà territoriale, alla mappatura delle reti esistenti ed ha avviato la sperimentazione in

due distretti (Distretto Pinerolese e Distretto area Metropolitana Nord).

Il personale infermieristico è il principale autore e protagonista dell'attività di progettazione, regolamentazione e sperimentazione delle COT in quanto è specificatamente assegnato e dedicato ad esse.

Ogni COT è coordinata da un infermiere, che ne è il referente organizzativo, mentre il personale medico e le altre figure professionali sono risorse del Distretto o di altri Servizi aziendali e/o Socio Assistenziali e non necessariamente hanno una presenza continua nella COT. Il governo operativo della COT è ricondotto alla responsabilità del Direttore di Distretto che è garante del funzionamento e dei percorsi da essa attivati. Al fine di assicurare l'esercizio integrato ed uniforme delle funzioni sul territorio aziendale, le COT rispondono al tavolo di coordinamento interdistrettuale che fa capo alla Direzione Aziendale.

Il progetto disciplina il modello organizzativo e le modalità di funzionamento della Centrale Operativa Territoriale, la sua articolazione e le modalità di raccordo con la rete dei servizi e professionisti sanitari e sociali coinvolti nel processo assistenziale, in coerenza con il "Modello sperimentale di COT in Piemonte" e con le potenzialità ed i limiti del contesto specifico.

### OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo generale del progetto è l'elaborazione di un modello di COT che svolga funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di raccordo/connesione tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting clinico-assistenziali (attività territoriali, ospedaliere, sanitarie e socioassistenziali, in dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza), compresi gli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali coinvolti nella presa in carico della persona.

L'obiettivo è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione della cura e dell'assistenza

coordinando al meglio le risorse disponibili e realizzando reti integrate di professionisti, competenze, processi e tecnologie che coinvolgono non soltanto le strutture istituzionali ma anche le componenti sociali della comunità.

### OBIETTIVI SPECIFICI

Valorizzare le risorse umane e le loro competenze, potenziando e integrando le buone prassi e i percorsi consolidati ed efficaci già in essere.

Mappare la popolazione fragile/cronica utilizzando criteri uniformi di valutazione della domanda socio sanitaria

Facilitare i percorsi di dimissione dei pazienti ricoverati verso i diversi setting assistenziali presenti sul territorio (domiciliare, residenziale, semiresidenziale, Hospice, cure intermedie), garantendo la continuità assistenziale e riducendo la percentuale di nuovi ricoveri non necessari.

Orientare i Servizi nella individuazione del setting di cura più appropriato rispetto al bisogno di salute rilevato.

Ottimizzare la tracciabilità dei percorsi e la trasparenza dei processi e facilita la comunicazione in tempo reale tra i diversi setting assistenziali.

Gestire il bisogno di salute perché effettua un'azione di filtro sui bisogni espressi attivando i percorsi appropriati in sinergia con le figure professionali coinvolte.

Attuare dei percorsi di Telemonitoraggio e Teleassistenza.

Promuovere i percorsi di salute di prevenzione ed educazione sanitaria in sinergia con il Dipartimento di Prevenzione e le associazioni del volontariato.

## RISULTATI ATTESI

Il risultato generale atteso è la promozione della salute dei pazienti con fragilità e la loro presa in carico da parte dei Servizi sanitari, anche attraverso strumenti di telemedicina e d'integrazione con il Sociale, assicurando continuità, accessibilità e integrazione della cura e dell'assistenza.

Il progetto prevede che la valutazione di tale risultato complessivo sia effettuata con la metodologia qui di seguito illustrata.

Per ogni macro area assistenziale sono definiti degli indicatori di processo e di risultato che vengono monitorati al fine di valutare la qualità dell'assistenza erogata, l'efficacia dei percorsi e il gradimento dell'utenza esterna e interna:

### Indicatori di processo:

- N. di prese in carico/N. di richieste pervenute (standard 90%)
- N. di percorsi (per singolo assistito) monitorati/N. di percorsi attivati (standard 80%)
- Organizzazione di audit delle equipe COT (standard mensile)

### Indicatori di risultato:

- Esperienza degli utenti e dei servizi (standard qualità percepita rispetto alle prestazioni della COT, gradimento del servizio, segnalazioni/elogi/reclami)

## CONCLUSIONI

La COT Pinerolese ha visto il suo avvio sperimentale dal 01.11.2022 e la COT del Distretto Metropolitan Nord il 29.12.22; le due COT con cui è iniziata la sperimentazione hanno prodotto fino al 9.2.2023 i seguenti risultati:

Indicatori		Standard	Risultati Periodo 01.11.22/09.02.23
PROCESSO	N. valutazioni effettuate/N. di richieste pervenute nel periodo considerato	> = 90%	260/260 100%
	Tempi di presa in carico per ognitipo di setting assistenziali	Aderenza a tempi di presa in carico previsti per ciascun percorso	Per i <b>progetti domiciliari</b> i tempi di presa in carico (apertura cartella a domicilio) sono inferiori alle 72h dalla stabilità clinica del paziente per la dimissione. Per i <b>progetti in CAVS</b> variabile in base al turnover dei ricoverati da un minimo di 0 giorni d'attesa ad un massimo di 6 di giorni d'attesa. Per i <b>progetti di residenzialità</b> in media 48/72 ore, perle DGR 10 24 ore.
	Audit dell'equipe	rispetto del calendario di incontri	Riunione settimanale (verbali/schede) sugli aspetti gestionali/assistenziali.  Mensile (verbali) sugli aspetti organizzativi e azioni di miglioramento: 11.11.22 e 6.12.22  17.01.23 7/02/2023
	Censimento/mappatura dei nodi della rete di offerta sanitaria	Aggiornato e completo (quotidiano, 100% strutture presenti sul territorio)	Quotidiano, monitoraggio ad ogni definizione progettuale integrata sociosanitaria
ESITO	n. non conformità ricevute/ n. segnalazioni da parte dei servizi pervenute alla COT	Standard costruito in base alle rilevazioni del primo anno di attività	nessuna
	Report sul gradimento del servizio da parte degli utilizzatori della COT e degli utenti	Report periodico per le Direzioni Aziendale e Regionale (semestrale)	

La revisione e la confluenza delle funzioni, delle esperienze consolidate e dei percorsi ha significativamente contribuito ai risultati illustrati; rimane difficoltosa, anche per l'assenza di un sistema informativo in grado di garantire l'interazione tra i sistemi già presenti, la condivisione della biografia socio-sanitaria degli utenti vulnerabili. Inoltre viene posta costante attenzione al rischio di centralizzazione «burocratica» che potrebbe trasformare le COT in luoghi di mera autorizzazione e smistamento, senza reale presa in carico.

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri, ifec, assistenti sociali, MMG, medici di distretto, personale di supporto

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

La COT Pinerolese e la COT del Distretto Metropolitan Nord proseguono e consolidano la loro attività.

Nel mese di aprile 2023 è stata avviata l'attività della Cot del Distretto Val Susa e Val Sangone, entro il mese

di giugno saranno attivate le COT dei Distretti Area Metropolitana Centro e Area Metropolitana Sud, con la copertura di tutto il territorio dell'ASL TO3.

### INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Al termine della stesura del progetto, è stato realizzato l'intervento formativo "Centrale Operativa Territoriale: revisione e integrazione dei processi esistenti" realizzato dal 3.10.22 al 14.12.22 con modalità gruppo di miglioramento composto da 20 partecipanti rappresentativi di tre professionalità (medico, infermiere e assistente sociale) per una durata complessiva di 33 ore.

Obiettivi generali: sperimentare il modello COT approvato con determinazione Dirigenziale Regione Piemonte 906 del 27.05.22; analizzare l'attuale organizzazione e le buone pratiche già esistenti in ASL TO3; valutare le ricadute del nuovo modello organizzativa sull'organizzazione delle attività del territorio in funzione dello sviluppo delle COT negli altri Distretti di ASL TO 3; definire le linee di indirizzo per lo sviluppo delle COT negli altri Distretti dell'ASL TO 3.

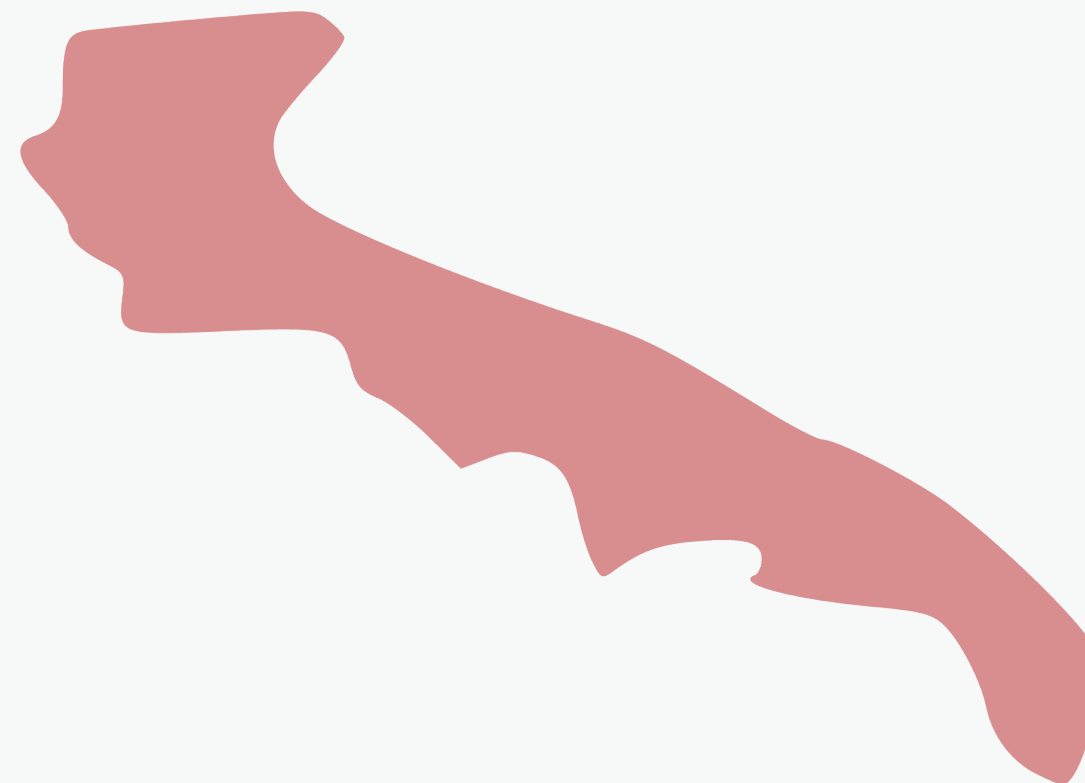
### SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?

Oltre alla posta elettronica e alla telefonia, sono prevalentemente in uso gli applicativi: HERO (gestore ASL TO3, sistema operativo sanitario ospedaliero/specialistica ambulatoriale); ECWMED (gestore ASL/Regione, continuità ospedale/territorio); FarSiadRP (webanziani regionale/Cuneo per i flussi domiciliari, cure palliative, CAVS, UVG, Lungassistenza). Inoltre si utilizzano supporti cartacei e informatici per il tracciamento di parte dell'attività e la raccolta dei dati necessari al monitoraggio dei volumi di attività.

### SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?

Si è in attesa di un sistema gestionale unico regionale.

# PUGLIA



Da **Dott.ssa Fiorella Fabrizio** vice Presidente Nazionale Cnai –  
Presidente Associazione prov.le Cnai Salentun Nemo Solus Satis Sapit –  
ASL Lecce Puglia

1

## Procedure da adottare per la gestione del percorso “rischio tumori eredo - familiari” nelle pazienti sottoposte a screening mammografico

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AZIENDA SANITARIA ASL LECCE

### UNITA' OPERATIVA

CENTRO SCREENING ONCOLOGICO (CSO)

### DIRETTORE

Dott. Nicola Di Renzo

### REFERENTI DEL PROGETTO

Dott. Franco Vantaggiato Pisano' e Dott.ssa Fiorella Fabrizio

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	EMAIL
FRANCO VANTAGGIATO PISANO'	COORDINATORE CSO ASL LECCE	franco60vanta@gmail.com
IORELLA FABRIZIO	CONSULTANT ESTERNO	fafiore6@gmail.com
ELISABETTA DE MATTEIS	ONCOLOGA GENETISTA AMBULATORIO DEI TUMORI E. F. ASL LECCE	donatella.pascal@aslto3.piemonte.it

### OPERATORI COINVOLTI

Dott.ssa Rosa Chiara Forcignano', Dott. Daniele Sergi, Dott. Sergio Apollonio, Dott. Fabrizio Quarta, Dott. Salvatore Mauro, Dott.ssa Maria Rita De Giorgio, Sig.ra Rita Tarantino



DR FRANCO VANTAGGIATO PISANO'



DR.SSA ELISABETTA DE MATTEIS



DR.SSA FIORELLA FABRIZIO

### ABSTRACT

La letteratura stima che circa il 20% dei carcinomi della mammella e dell'ovaio sono definiti familiari e di questi il 5-10% ereditari, determinati, nella maggior parte dei casi, dalla presenza di mutazioni patogenetiche nei geni BRCA1 e BRCA2. Le mutazioni BRCA aumentano inoltre il rischio di carcinomi della mammella maschile, carcinomi della prostata, del pancreas e del colon. Il dato italiano riporta che ci siano almeno 150000 soggetti con mutazione patogenetica nei geni BRCA1/2, dato che si stima sia più alto per le persone ad alto rischio eredo-familiare.

Nonostante la rilevanza del problema in Italia solo 8 regioni hanno adottato un percorso diagnostico di trattamento ed assistenza (PDTA) (Emilia-Romagna, Liguria, Lazio, Veneto, Campania, Toscana, Sicilia, Piemonte), generando la mancata adozione in maniera uniforme sul territorio nazionale dei Protocolli di Diagnosi, Trattamento e Assistenza per Persone ad Alto Rischio Eredo-Familiare (PDTA AREF).

Presso la ASL di Lecce è presente un Ambulatorio dei Tumori Eredo-Familiari in seno alla UO Oncologia del PO Lecce: nel periodo compreso tra gennaio 2014 ed il mese di Ottobre 2020, sono stati valutati un totale di 2282 soggetti, appartenenti a 1592 famiglie.

### PROGETTO fig. 1:

Vista la rilevanza dei numeri con DDG 300/2021 è partito un progetto sperimentale che stabilisce le procedure da adottare per l'individuazione e la presa in carico delle donne ad alto rischio eredo-familiare.

Nella prima fase sono state arruolate esclusivamente le donne di età compresa tra i 50 ed i 54 anni che accedevano allo screening mammografico, studio pilota (2021).

Nel 2022 lo studio ha coinvolto tutte le fasce sottoposte a screening mammografico (50-69 aa).

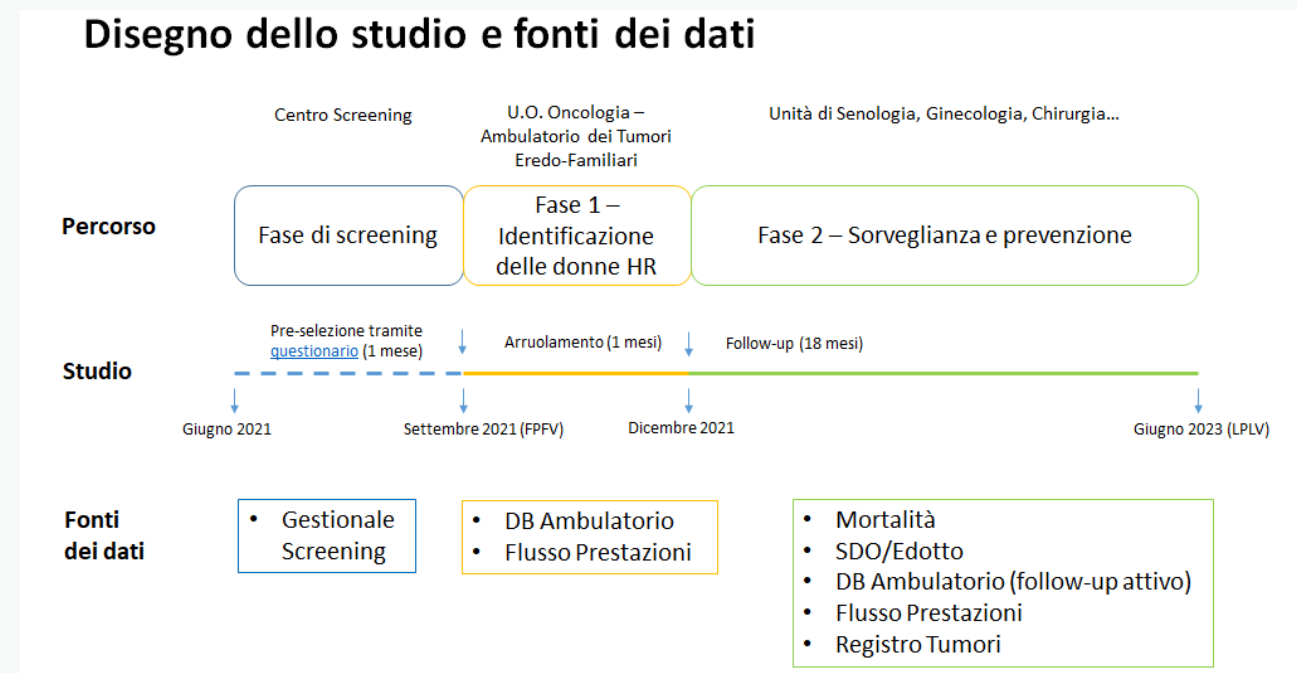
Durata del progetto da giugno 2021 a giugno 2023

Primo step: preselezione con questionario.

Secondo step: identificazione donne HR fascia d'età 50- 54aa.

Terzo step: a) ampliamento dello studio alle fasce di interesse; b) sorveglianza e prevenzione

Fig.1



**OBIETTIVO GENERALE:**

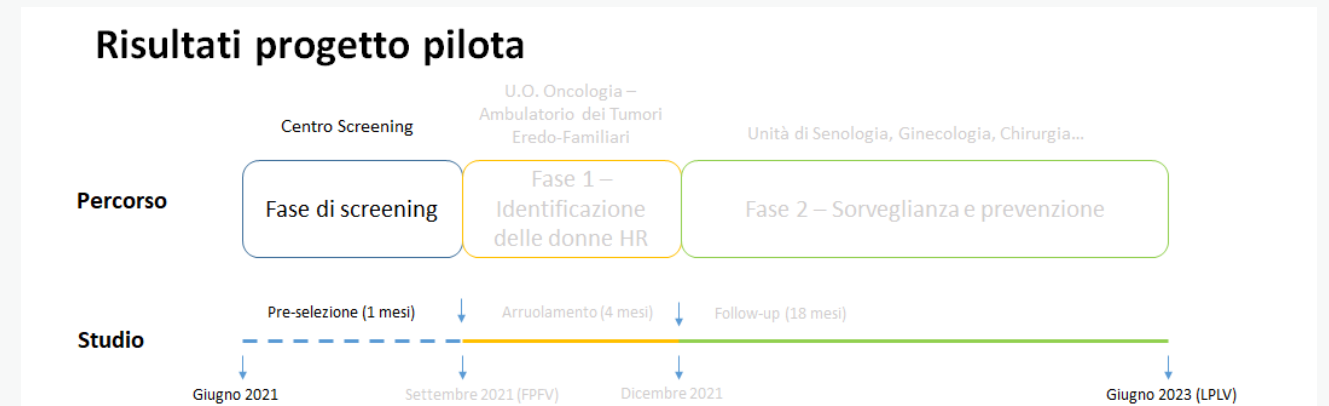
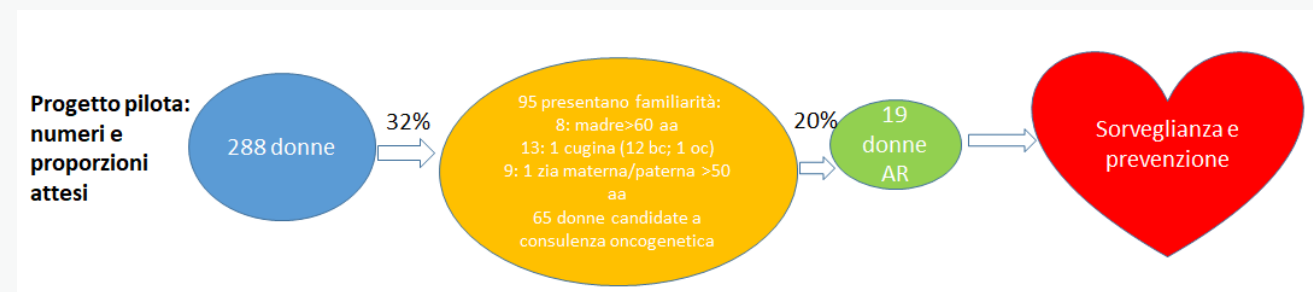
Consentire il miglioramento delle attività di prevenzione ai vari livelli

Quantificare il numero di donne soggette alla c.d. Gestione Rischio Aumentato, implementare un percorso di sorveglianza e prevenzione

Ridurre del numero di donne con profilo di rischio basso che ricevono indicazione inappropriata di mammografia annuale.

**RISULTATI:**

Nel primo mese di attenzione (studio pilota) sono state reclutate 288 donne di queste il 32% con familiarità di primo e secondo grado, 62 donne sono state sottoposte a consulenza genetica, dalla quale sono emerse percentuali di HR, 19 donne (20%) fig.2



**DATI AGGIORNATI DA FEBBRAIO A GIUGNO 2023**

Da febbraio 2023 a giugno 2023 sono afferite all'ambulatorio TEF dell'ASL Lecce 73 donne inviate dal Centro Screening e sottoposte ad una prima valutazione del profilo di rischio familiare.

Di queste donne il 20% presentava un quadro di Hereditary Breast Ovarian Cancer Syndrome (HBOC), il 30% un lifetime risk superiore al 20%, il 50 % nonostante la presenza di uno o due casi di tumore della mammella in famiglia presentava un lifetime risk sovrapponibile a quello della popolazione generale.

Alle donne appartenenti a famiglie ad alto rischio, laddove possibile, è stato indicato il test per la ricerca di varianti patogenetiche a carico dei geni BRCA1 e BRCA2 da eseguire sul caso indice oppure in base alla probabilità di essere portatrice di VP (BrcaPRO).

Alle donne a rischio intermedio o alto è stata indicata l'esecuzione di mammografia ed ecografia mammaria con attribuzione di codice di esenzione D99 secondo Legge.

Le donne con lifetime risk sovrapponibile a quello della popolazione generale sono state reinserite nel programma di screening mammografico organizzato.

**CONCLUSIONI**

Miglioramento delle attività dello screening mammografico.

Riduzione della mortalità grazie alla identificazione precoce dei tumori eredofamiliari in donne portatrici di VP a carico dei geni BRCA

Proseguimento dello studio e implementazione di un registro ASL Lecce dei Tumori Eredo-Familiari con database dedicato collegato funzionalmente al Registro Tumori

Esenzione D99

PDTA regionale

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?**

SI

# SARDEGNA



Da **Dott.ssa Bruna Dettori** Direttore SC Professioni Sanitarie  
Infermieristiche ed Ostetriche ARNAS BROTZU

## Ruolo strategico dei CAS nell'implementazione della Rete Oncologica Regionale

1

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ARNAS BROTZU

### UNITA' OPERATIVA

SC Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche

### DIRETTORE

Dott.ssa Bruna Dettori

### REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa M. Efisia Mascia

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	EMAIL
M. EFISIA MASCIA	mariae.mascia@aob.it
FRANCESCA CHERCHI	francesca.cherchi@aob.it
FIAMMETTA LOCCI	fiammettalocci@aob.it
SONIA MELIS	soniamelis@aob.it
RAIMONDA PINTUS	raimonda.pintus@aob.it
GIULIANA MARIA ORRÙ	giulianam.orrù@aob.it
MONICA PODDIGUE	monica.poddigue@aob.it
DETTORI BRUNA	brunadettori@aob.it
FODDIS AGNESE	agnesefoddisdg@aob.it

**ABSTRACT**

All’Ospedale Oncologico “Businco”, a gennaio 2021 è stato istituito il primo Centro Accoglienza Servizi “CAS”, unico servizio presente su tutto il territorio regionale, su un modello organizzativo già presente in altre regioni d’Italia. È una Struttura Aziendale deputata alla presa in carico dei pazienti con sospetta o accertata prima diagnosi di patologia oncologica. Si è reso necessario, fin dalla sua istituzione, in assenza di una rete oncologica creare dei rapporti di collaborazione con gli altri centri oncologici regionali come Sanluri ed Oristano al fine di poter rispondere alle esigenze degli utenti.

Ad ottobre 2022 è stato istituito il CAS presso la ASL 3 di Nuoro sulla base del modello organizzativo già presente a Cagliari.

Ancora lontani dal poter garantire a tutti i cittadini uguale accessibilità alle cure è stata proposta l’attivazione del CUP oncologico regionale, durante gli incontri per la sua implementazione si è posta in evidenza la necessità di correlare l’attività del CUP con i percorsi clinici assistenziali e quindi con i CAS, a tal fine il progetto prevede l’istituzione presso le ASL 1 di Sassari e 5 di Oristano di servizi CAS, con l’obiettivo di coprire l’intero territorio e realizzare la rete dei CAS e quindi la rete oncologica regionale.

Mutuando le attività che hanno portato all’apertura dei CAS di Cagliari e Nuoro il progetto prevede la condivisione dei PDTA già redatti e in utilizzo presso l’ARNAS G. Brotzu, la modulistica di presa in carico e i medesimi applicativi informatici. Pertanto dopo una fase preliminare di definizione delle attività a maggio 2023 si è provveduto alla individuazione dei gruppi multidisciplinari di cura per la revisione dei PDTA allo scopo di renderli applicabili e utilizzabili nei differenti setting di assistenza.

Attraverso la formazione del personale reclutato presso le strutture di onco-ematologia quindi con background già orientato alla cura delle patologie tumorali, si implementeranno le fasi di attuazione del progetto.

**OBIETTIVO GENERALE**

Mutuare il modello organizzativo utilizzato a Cagliari e Nuoro contestualizzandolo alle realtà delle Aziende Sanitarie di Sassari e Oristano e attraverso l’attivazione dei CAS implementare la Rete Oncologica Regionale, creando rapporti di collaborazione fra CAS per favorire uguale accessibilità alle cure di tutti i pazienti del territorio regionale con sospetta o accertata diagnosi di tumore nel rispetto dei tempi previsti dai percorsi clinico assistenziali (PDTA).

**OBIETTIVI SPECIFICI**

- Creazione GIC
- Uniformare i PDTA in tutti i CAS
- Utilizzo stessa modulistica
- Formazione del personale
- Attivazione CUP Oncologico Regionale
- Informazione stakeholders



Particolare rilevanza viene data alla formazione del personale che inserito in corsi di aggiornamento di tipo manageriale, verrà dotato degli strumenti necessari non solo all’organizzazione e quindi al funzionamento dei CAS, allo sviluppo di competenze specifiche rivolte alla valutazione degli indicatori presenti in ogni PDTA e quindi al monitoraggio dei risultati evidenziando criticità e opportunità di miglioramento.

Di Seguito la scheda di valutazione delle competenze acquisite con la formazione.

ARNAS G. Brotzu DIREZIONE SANITARIA SSR SARDEGNA  
SC Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche

SCHEDA DI VALUTAZIONE ACQUISIZIONE COMPETENZE INFERMIERE CAS

<b>INFERMIERE</b>	<b>DATA INIZIO DELLA VALUTAZIONE</b>	___/___/___
	<b>DATA FINE DELLA VALUTAZIONE</b>	___/___/___

ASSISTENZA MULTISPECIALISTICA			
Conoscenza degli obiettivi del CAS	ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	NON ACQUIRITO <input type="checkbox"/>
Conoscenza della modulistica presa in carico del paziente	ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	NON ACQUIRITO <input type="checkbox"/>
Conoscenza degli applicativi informatici	ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	NON ACQUIRITO <input type="checkbox"/>
Conoscenza del PDTA Mammella	ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	NON ACQUIRITO <input type="checkbox"/>
Conoscenza del PDTA Colon	ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	NON ACQUIRITO <input type="checkbox"/>
Conoscenza del PDTA Toraco-Palimone	ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	NON ACQUIRITO <input type="checkbox"/>
Conoscenza del PDTA Prostate	ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	NON ACQUIRITO <input type="checkbox"/>
Conoscenza del PDTA Melanoma	ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	NON ACQUIRITO <input type="checkbox"/>
Corretta applicazione dei percorsi clinico assistenziali	ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	NON ACQUIRITO <input type="checkbox"/>
RACCOLTA DATI			
Accoglie il paziente utilizzando terminologia corretta e comunicazione efficace	ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	NON ACQUIRITO <input type="checkbox"/>
Conduce l'intervista correttamente per raccogliere le informazioni necessarie alla valutazione soggettiva.	ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	NON ACQUIRITO <input type="checkbox"/>
Identifica le implicazioni cliniche e assistenziali per ciascun paziente	ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	NON ACQUIRITO <input type="checkbox"/>
Compila correttamente la modulistica necessaria alla presa in carico del paziente	ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUIRITO <input type="checkbox"/>	NON ACQUIRITO <input type="checkbox"/>

	DATA	NOTE
<b>IDONEO</b> RISULTA IDONEO PER TUTTI GLI OBIETTIVI ACQUISITI.		
<b>DA RIVALUTARE</b> RISULTA DA RIVALUTARE PER QUALSIASI OBIETTIVO NON ACQUIRITO E PER OBIETTIVI PARZIALMENTE ACQUIRITI.		
<b>IL TUTOR</b>	<b>IL DIRETTORE SC PROFESSIONI SANITARIE INF.</b>	

ARNAS G. Brotzu Direzione Sanitaria SSR SARDEGNA  
SC Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche  
P. iva 02315520920 www.aobrotzu.it

Direttore SC Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche  
tel. 070539883 fax 070 539568 mail:dirizioneprofsan\_infost@aob.it

ARNAS G. Brotzu  
P. iva 09134 - Cagliari  
www.aobrotzu.it

**RISULTATI ATTESI**

Attivazione CAS e Rete Oncologica Regionale

**CONCLUSIONI**

Nonostante le difficoltà iniziali dovute alla resistenza al cambiamento organizzativo, ancora oggi presente in modo sporadico per alcune realtà, oltre che mettere insieme e d'accordo tutte le professionalità, il CAS rappresenta il trait d'union e riferimento per le comunità di pratica, in un territorio in cui i pazienti con sospetta o accertata patologia neoplastica, possono finalmente beneficiare, contrariamente al passato, di una presa in carico precoce.



Il paziente oncologico si inserisce sempre di più all'interno di un'organizzazione complessa, in un ospedale che sta cambiando e che vede all'orizzonte sfide rilevanti per il miglioramento dell'assistenza attraverso l'integrazione con il territorio.

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI**

Componenti del Gruppo Multidisciplinare di Cura (GIC)

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

6 mesi: Start giugno 2023/novembre 2023

Ruolo strategico dei CAS nell'implementazione della Rete Oncologica Regionale							
	MAGGIO 23	GIUGNO 23	LUGLIO 23	SETTEMBRE 23	OTTOBRE 23	NOVEMBRE 23	DICEMBRE 23
<b>N° INCONTRI</b>							
<b>Definizione e pianificazione del progetto</b>							
Incontri gruppo di lavoro per la definizione delle attività							
<b>Creazione Gruppi Interdisciplinari di cura</b>							
Condivisione PDTA							
Condivisione modulistica							
Condivisione applicativi informatici							
<b>Formazione del personale</b>							
Attivazione CUP oncologico regionale							
Informazione agli Stakeholders							
Avvio ed esecuzione del progetto							
Monitoraggio del progetto							

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?**

- utilizzo applicativi SISAR per la gestione delle agende esclusive di prenotazione,
- Integrazione di applicativo SISAR per informatizzazione percorso paziente Oncologico

# La formazione del personale assegnato al Reparto Multidisciplinare Covid: report sul percorso di acquisizione delle competenze cliniche e assistenziali

2

**DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA**

ARNAS BROTZU

**UNITA' OPERATIVA**

SC Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche

**DIRETTORE E REFERENTE DEL PROGETTO**

Dott.ssa Bruna Dettori



**AUTORI DEL PROGETTO**

NOME E COGNOME	EMAIL
BRUNA DETTORI	brunadettori@aob.it
DESOGUS MARCO	marcodesogus@aob.it
TRINCAS ALICE	alice.trincas81@aob.it
ESU MANUEL	manuel.esu@aob.it
LUZZU MARTINA	martina.luzzu@aob.it
SORIANI MONIA	monia.soriani@aob.it
CELLA GIULIA	giulia.cella@aob.it
CARTA MICHELE	michele.carta@aob.it
DEIANA LUDOVICA MARIA	ludovica.m.deiana@aob.it
DEMURTAS MARTINA	martina.demurtas@aob.it
LOCCI RICCARDO	riccardo.locci@aob.it
MAMELI ALESSIA	alessia.mameli@aob.it
MAMELI AURORA	aurora.mameli@aob.it
MULAS LUCA	luca.mulas@aob.it
ONANO SONIA	sonia.onano@aob.it
PINNA RAIMONDO	raimondopinna@aob.it
FODDIS AGNESE	agnesefoddisdg@aob.it

**ABSTRACT**

Era il 2 marzo 2020 quando anche in Sardegna, ed in particolare a Cagliari, è stato registrato il primo caso di paziente affetto da Coronavirus. In seguito al repentino incremento dei casi di positività alla Sars Cov-2, la Regione Sardegna, non solo ha adottato misure sempre più stringenti per la popolazione, in linea con i dettami nazionali ma, attraverso la Deliberazione della Giunta Regionale n. 11/17 del 11.3.2020, ha provveduto a varare un Piano strategico di attivazione progressiva di strutture di area critica nella Regione Sardegna. L'obiettivo fu quello di centralizzare la presa in carico dei casi confermati negli stabilimenti ospedalieri dedicati ai pazienti positivi al Covid-19 (Covid+), che dispongono sia delle Strutture di Terapia Intensiva, che delle Strutture di Malattie Infettive e delle Strutture di Pneumologia, al fine di contenere il più possibile i trasporti inter-ospedalieri di pazienti infettivi e critici, definendo una rete di presidi a supporto degli Stabilimenti e delle Strutture Covid+ in grado di garantire il mantenimento della operatività ordinaria verso dei pazienti non interessati al Covid-19 (Covid-).

Con la Deliberazione di cui sopra, la Regione Sardegna intendeva descrivere e, di conseguenza, pianificare la progressiva attivazione dei posti letto (PL) di area critica nei Presidi ospedalieri della Regione Sardegna in funzione dell'aumento del numero dei contagiati e dell'avanzamento epidemiologico del Covid19 nel territorio regionale.

In considerazione dell'elevata specializzazione per le numerose Strutture ultra-specialistiche presenti presso l'ARNAS Brotzu, la stessa è stata identificata come ospedale Covid-free, seppur investita dell'incarico di supporto operativo ai Presidi Covid, attraverso la disponibilità di tre postazioni di ECMO (acronimo inglese di *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* - Ossigenazione extracorporea a membrana, procedura di circolazione extracorporea cui si ricorre come supporto nei soggetti con insufficienza cardiaca o respiratoria), incluso backup, con le relative equipe, per l'assistenza dei pazienti Covid positivi che necessitassero di tali trattamenti. Viene definito inoltre che presso il Pronto Soccorso del Presidio San Michele dell'ARNAS Brotzu, siano predisposte 2 stanze, con telecamere CCYD per l'isolamento dei casi sospetti relativi a pazienti che, inappropriatamente, si presentano direttamente in PS, destinando l'OBI Aziendale a zona grigia per i pazienti positivi in attesa di trasferimento presso i presidi cittadini deputati all'assistenza dei pazienti Covid positivi. Dopo la prima ondata si assiste ad un apparente ritorno alla normalità quando nel mese di settembre 2020 vengono riaperte le scuole di ogni ordine e grado e tornano, di conseguenza, a riempirsi anche i mezzi pubblici e gli scuolabus. In poche settimane però in Sardegna così come nel resto d'Italia, la seconda ondata si fa sempre più pressante a seguito di una curva dei contagi che continua a impennarsi, fino al 24 Novembre, data in cui si registra in Italia il record di decessi a causa del Covid-19. Come già evidenziato in precedenza, nonostante l'ARNAS Brotzu fosse stata identificata Covid free, sono numerosi i pazienti che hanno ricevuto la diagnosi e le prime cure presso il Pronto Soccorso e l'OBI Aziendali, fino al trasferimento nei presidi cittadini dedicati ai pazienti Covid. C'è una data, il 2 novembre 2020, che segna però l'avvio dell'attività del Reparto Multidisciplinare, allestito qualche mese prima al primo piano del Presidio San Michele, in previsione di una eventuale necessità di ricovero di pazienti positivi a bassa intensità di cura, presso l'ARNAS Brotzu. Il 2 novembre 2020 infatti, gli altri Presidi Ospedalieri cittadini, non sono più in grado di accogliere i pazienti Covid positivi provenienti dall'ARNAS Brotzu, per indisponibilità di posti letto, pertanto, saturata anche la degenza in OBI, viene organizzata una equipe formata da personale infermieristico e di supporto, dedicata all'assistenza dei pazienti Covid positivi. Tale organizzazione è stata attuata repentinamente dalla Direzione delle Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetrica, che in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio, ha tenuto le redini di questa nuova Struttura nata in poche ore per una esigenza obbligata. Il personale infermieristico viene assunto tramite Agenzia Interinale ed è costituito quasi esclusivamente da professionisti neolaureati alla prima esperienza lavorativa, la cui formazione ha riguardato innanzitutto la gestione e l'utilizzo dei DPI (Dispositivi di Protezione Individuale), per il quale inizialmente vi era non poca confusione, e le indicazioni da parte degli esperti erano spesso contrastanti. La Direzione delle Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetrica, ha organizzato e strutturato un corso di vestizione e svestizione dedicato ai professionisti che più potevano essere esposti al contagio da Covid-19, attraverso la consulenza di un Medico Anestesista esperto in malattie infettive a trasmissione aerea

(esperienza diretta nell'assistenza ai pazienti affetti da Ebola), e di un Infettivologo.

Dal 2 Novembre 2020 al 03 Maggio 2023, i pazienti ricoverati presso il reparto Multidisciplinare sono stati circa mille, le cui patologie erano di seguente pertinenza:

Pediatria/Ch. pediatrica	Ortopedica	Pazienti con patologia oncologica (da oncologia medica o Ematologia)
Chirurgica	Neurologica	Pazienti con patologia oncologica (da Chirurgia oncologica)
Neurochirurgica	Internistica	Chirurgica toracica
Gastroenterologica	Pazienti in appoggio da OBI	Ginecologica
Cardiologica	Oculistica	Cardiochirurgica
Nefrologica	Ch. Vascolare	

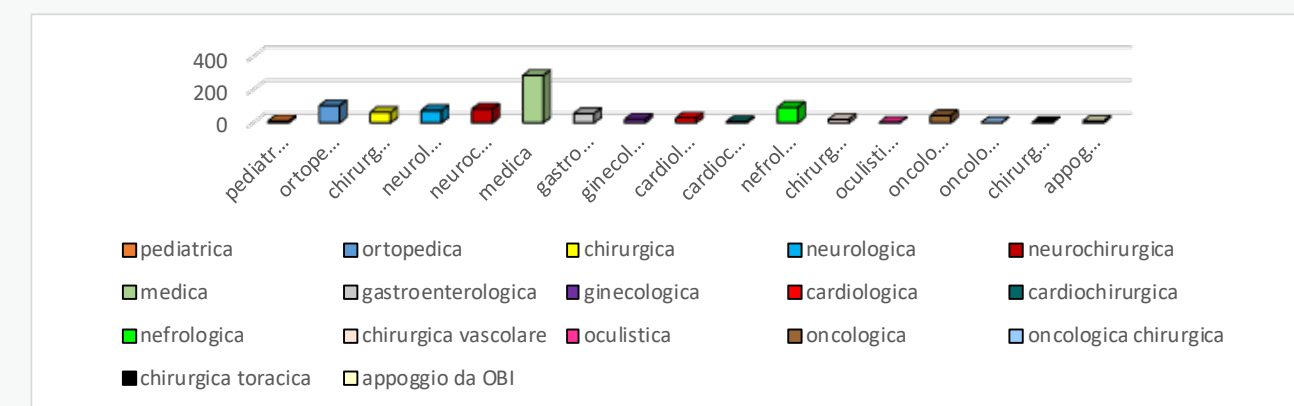


Figura 1: Rappresentazione grafica dell'eterogeneità dei pazienti assistiti presso il reparto multidisciplinare COVID

In considerazione dell'eterogeneità dei pazienti assistiti presso il reparto Multidisciplinare COVID e dell'inesperienza degli infermieri in esso operanti, inizialmente soprattutto per l'assistenza ai pazienti estremamente critici, provenienti dalle Strutture ultraspecialistiche, era presente un infermiere esperto proveniente dalle varie Strutture di appartenenza dei pazienti, che ha avuto il compito di assistere il paziente e contemporaneamente di trasmettere conoscenze e competenze ai colleghi neofiti, la cui formazione è stata agevolata dall'utilizzo di protocolli aziendali già esistenti o redatti in corso di emergenza covid. L'utilizzo e la corretta applicazione dei suddetti protocolli è ben presto risultata fondamentale in quanto le continue recrudescenze della pandemia e l'incremento dei contagi tra gli operatori, hanno presto reso impossibile lo spostamento degli infermieri esperti dalle Strutture di appartenenza e con estrema dedizione e professionalità, gli Infermieri del reparto Multidisciplinare COVID si sono adoperati al fine di offrire l'assistenza ai vari pazienti specialistici attraverso l'acquisizione e il perfezionamento quotidiano delle conoscenze e delle competenze necessarie, valutate tramite una scheda di valutazione multidisciplinare.

Nonostante il fisiologico turnover del personale, i professionisti operanti nel reparto Multidisciplinare Covid, hanno oggi raggiunto competenze elevate in molteplici ambiti assistenziali, tanto da permettere alla Direzione delle Professioni Sanitarie di assegnarli, sul finire della pandemia anche a strutture appartenenti all'area critica, proprio in virtù delle elevate competenze acquisite nei tre anni di esperienza nella suddetta struttura, anche in base alle diverse propensioni personali dei vari professionisti

**OBIETTIVO GENERALE:**

definire il processo dell'acquisizione delle competenze multispecialistiche, individuando i punti deboli della formazione attraverso il diagramma di ishikawa (fig. 2).

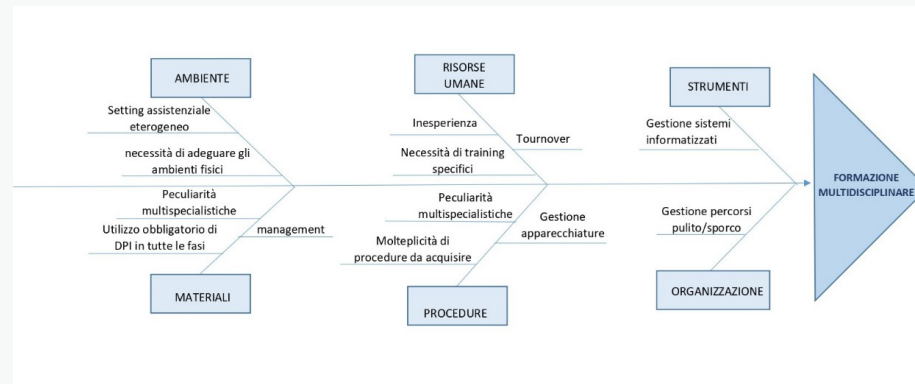


Figura 2: Rappresentazione grafica del diagramma causa-effetto relativamente alla problematica della formazione multidisciplinare richiesta agli infermieri della Struttura Multidisciplinare Covid

Le difficoltà di acquisizione delle competenze cliniche, necessarie all'erogazione di una assistenza infermieristica multispecialistica in un reparto Covid, va inoltre contestualizzata in una realtà che prevede l'isolamento dei pazienti, rendendo difficile la comunicazione con i familiari, con inevitabili ricadute ed implicazioni emotive e relazionali sia a carico dei pazienti che dei professionisti.

**OBIETTIVI SPECIFICI:**

definire le modalità formative e di acquisizione delle competenze attraverso l'utilizzo di protocolli e procedure aziendali, definendo per ciascuno la congruità di utilizzo nelle varie situazioni clinico-assistenziali. In considerazione dell'eterogeneità dei pazienti assistiti i protocolli e/o procedure da conoscere, acquisire ed applicare, è stata adottata una scheda di valutazione che considerasse i vari ambiti assistenziali, con le peculiarità relative alle diverse specialità cliniche presenti in azienda.

DIREZIONE SANITARIA SSR SARDEGNA				DIREZIONE SANITARIA SSR SARDEGNA			
SC Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche				SC Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche			
<b>ASSISTENZA MULTISPECIALISTICA</b>				<b>ASSISTENZA MULTISPECIALISTICA</b>			
Monitoraggio cardiologico e cardiocirurgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitoraggio cardiologico e cardiocirurgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio neurochirurgico e gestione DVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitoraggio neurochirurgico e gestione DVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione e monitoraggio del paziente affetto da Stroke ischemico, sottoposto a fibrinolisi farmacologica e meccanica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gestione e monitoraggio del paziente affetto da Stroke ischemico, sottoposto a fibrinolisi farmacologica e meccanica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione del paziente chirurgico nel pre e post-operatorio (medicazioni e drenaggi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gestione del paziente chirurgico nel pre e post-operatorio (medicazioni e drenaggi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione delle traumi muscolo-scheletriche nel paziente traumatizzato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gestione delle traumi muscolo-scheletriche nel paziente traumatizzato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione del paziente (cronico in condizioni di criticità) sottoposto a trapianto di fegato, rene o portatore di cuore artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gestione del paziente (cronico in condizioni di criticità) sottoposto a trapianto di fegato, rene o portatore di cuore artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione del paziente sottoposto a emodialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gestione del paziente sottoposto a emodialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione della paziente in stato di gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gestione della paziente in stato di gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione degli accessi vascolari (CVF/CVC/PCIC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gestione degli accessi vascolari (CVF/CVC/PCIC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione lesioni cutanee (Wound care)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gestione lesioni cutanee (Wound care)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione e somministrazione terapia antitrombotica e/o monoclonale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gestione e somministrazione terapia antitrombotica e/o monoclonale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione e somministrazione farmaci chemioterapici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gestione e somministrazione farmaci chemioterapici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione e somministrazione terapia enterale e parenterale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gestione e somministrazione terapia enterale e parenterale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IDONEO	DATA	NOTE
AREAZIA IDONEA PER TUTTI GLI OBIETTIVI ACQUISITI		
DA RIVALUTARE		
IL TUTOR _____ IL DIRETTORE SC PROFESSIONI SANITARIE INF. _____		

IDONEO	DATA	NOTE
AREAZIA IDONEA PER TUTTI GLI OBIETTIVI ACQUISITI		
DA RIVALUTARE		
IL TUTOR _____ IL DIRETTORE SC PROFESSIONI SANITARIE INF. _____		

**RISULTATI ATTESI**

Acquisizione di competenze cliniche ed assistenziali multispecialistiche attraverso l'interazione con personale esperto e l'applicazione di procedure e/o protocolli standardizzate, che facilitino la capacità di resilienza dei professionisti in corso di pandemia.

**CONCLUSIONI**

L'avvento della Pandemia da Sars-cov 2, ha determinato una situazione di emergenza generale in sanità e in particolare all'interno degli ospedali, rendendo necessaria la formazione repentina del personale infermieristico, supportato sia dalle varie comunità di pratica che dall'adozione e l'applicazione di procedure e protocolli standardizzati. L'esperienza dell'apertura in emergenza di un reparto multidisciplinare deputato all'assistenza dei pazienti Covid, all'interno di un presidio DEU di II livello, con la degenza di pazienti provenienti da numerose strutture specialistiche, ha dimostrato che nonostante il personale infermieristico fosse costituito quasi esclusivamente da infermieri neolaureati alla prima esperienza lavorativa, l'utilizzo di protocolli e procedure standardizzate, ha permesso una rapida e ampia acquisizione di competenze cliniche elevate, che ad oggi costituiscono un bagaglio professionale e culturale non comune in professionisti di così giovane esperienza lavorativa.

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI:**

Direttore SC Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetriche, Infermieri

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO:**

sei mesi

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE:**

in data 8 Maggio chiusura del reparto Multidisciplinare Covid e assegnazione del Personale infermieristico alle strutture di area critica o alta specializzazione, in considerazione del pieno raggiungimento degli obiettivi previsti dalla scheda di valutazione.

## 3

## “Il percorso formativo per gli infermieri di triage, alla luce delle Linee di Indirizzo Nazionali del 1 Agosto 2019”

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ARNAS BROTZU

### UNITA' OPERATIVA

SC PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

### DIRETTORE E REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Bruna Dettori

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	EMAIL
BRUNA DETTORI	brunadettori@aob.it
ALICE TRINCAS	alice.trincas@aob.it
ROSANNA LAI	rosannalai@aob.it
ESTER MAMELI	ester.mameli@aob.it
SOFIA LECIS	sofia.lecis@aob.it
MARCO LOVICU	marco.lovicu@aob.it
MATTEO MAMELI	matteo.mameli@aob.it
FABRIZIO POLO	fabriziopolopolo@aob.it
RAIMONDO PINNA	raimondopinna@aob.it
AGNESE FODDIS	agnesefoddisdg@aob.it

### ABSTRACT

In data 1 agosto 2019 è stato pubblicato l'Accordo Stato – Regioni sulle “Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero, sull'Osservazione Breve Intensiva e per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in P.S.”, le cui disposizioni del documento sono entrate in vigore in molteplici Regioni d'Italia, e che a breve verranno implementate anche dalla Regione Sardegna.



Il documento ribadisce che il Triage è il primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in Pronto Soccorso, ed è una funzione infermieristica volta all'identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica e del rischio evolutivo, garantendo la presa in carico dei pazienti definendone l'ordine di accesso al trattamento. La funzione di triage inoltre permette l'avvio nei tempi previsti dei PDTA, ed essendo l'ARNAS Brotzu centro HUB per le patologie tempo/dipendenti (Stroke, SCA, Politraumatizzato, ecc), tale funzione assume un carattere ancor più rilevante ed indispensabile.

La funzione di Triage, che non riduce i tempi d'attesa dei pazienti, ma li ridistribuisce, a favore di chi ha necessità di interventi in emergenza e urgenza, deve essere applicata secondo il modello del triage globale e garantita in maniera continuativa nelle 24 ore.

Con l'emanazione delle nuove Linee Guida, vengono introdotte delle sostanziali novità sia in merito alla definizione dei codici di priorità, che in merito agli standard organizzativi, in termini di requisiti strutturali, di risorse tecnologiche e di risorse umane.

Il nuovo modello proposto introduce un sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità, con valori da 1 a 5, dove 1 indica il massimo livello di priorità, e le Regioni nel periodo di transizione possono associare, al codice numerico anche il codice colore; per ognuno dei 5 codici viene sancito il tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento.

Il Ministero inizialmente diede diciotto mesi di tempo affinché le Linee di indirizzo fossero implementate su tutto il territorio nazionale, ed in previsione dell'attuazione delle suddette Linee di indirizzo, la Direzione delle Professioni Sanitarie ha provveduto ad inoltrare ai vertici aziendali la richiesta di implementazione del personale infermieristico e di supporto al fine di adeguare la dotazione organica del Pronto Soccorso in ottemperanza alle indicazioni ministeriali, ma l'avvento del Covid ne ha determinato inevitabilmente lo stallo.

Sul finire dell'emergenza Covid, nell'ottobre 2022, si è provveduto ad inoltrare nuova richiesta di implementazione del personale infermieristico e di supporto ai vertici aziendali, in ottemperanza alle Linee di Indirizzo, che stabiliscono che per un Presidio Ospedaliero sede di Dea di II livello, come quello dell'ARNAS Brotzu, venga prevista come dotazione minima per l'attività di triage nelle 24 ore:

- 2 unità infermieristiche dedicate alla valutazione
- 1 unità infermieristica dedicata alla rivalutazione
- 1 unità di personale di supporto.

La decisione di introdurre la figura dell'infermiere dedicato alla rivalutazione, nasce dalla consapevolezza che la rivalutazione, rappresenta una fase imprescindibile del processo di triage e costituisce l'attività professionale mirata a consentire il monitoraggio clinico dei pazienti in attesa, mediante la raccolta periodica e costante dei dati soggettivi ed oggettivi, secondo dei tempi prestabiliti in base al livello di priorità attribuito, che consentiranno di cogliere tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute.

Ad oggi nel Pronto Soccorso Aziendale, l'attività di triage è garantita da uno o due professionisti infermieri dedicati nelle 24 ore, pertanto per l'adeguamento alle nuove disposizioni, vi è la necessità di implementare e formare nuovi infermieri, il cui iter formativo viene così definito dalle indicazioni ministeriali:

- Corso teorico della durata non inferiore a 16 ore, con metodologie frontali ed interattive, al quale si accede dopo almeno sei mesi di esperienza lavorativa in Pronto Soccorso
- Periodo di affiancamento della durata non inferiore a 36 ore, in affiancamento ad un tutor esperto con esperienza pluriennale (almeno 2 anni); il periodo di affiancamento deve essere articolato in quattro fasi, osservazione/collaborazione/autonomia/valutazione finale. Al termine del periodo di affiancamento il tutor

darà una idoneità iniziale allo svolgimento dell'attività di triage, che verrà poi confermata dopo tre e sei mesi di esercizio diretto ed autonomo.

- Formazione permanente a livello Aziendale e Regionale

In ottemperanza alle indicazioni Ministeriali, al fine di acquisire i requisiti necessari all'implementazione delle Linee di Indirizzo, la Regione Sardegna è l'unica Regione d'Italia che ha deciso di incaricare una delle società scientifiche firmatarie delle suddette Linee di Indirizzo, per la formazione di tutto il personale (Medico ed Infermieristico), afferente a tutti i Pronto Soccorso regionali; la giunta regionale nel mese di Marzo 2023, ha approvato le linee guida per la riorganizzazione dei percorsi di triage nei pronto soccorso della Sardegna, con particolare attenzione all'implementazione dei percorsi fast-track che troveranno ampia applicazione presso l'ARNAS Brotzu, quale modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di competenza monospecialistica che influisce positivamente nella gestione del sovraccollamento.

Ad oggi l'ARNAS Brotzu ha formato tutto l'organico del proprio Pronto Soccorso sia attraverso la formazione di base per i neofiti che attraverso l'aggiornamento per gli infermieri già abilitati alla funzione di triage e per tutto il personale medico.

Avendo completato la formazione teorica, si rende necessaria la definizione di uno strumento di lavoro che faciliti il percorso di acquisizione delle competenze cliniche, relazionali e tecnologiche utili allo svolgimento della funzione di triage.

Si rende pertanto necessario:

- Identificare gli infermieri affiancatori (in possesso dei requisiti e della formazione richiesta)
- Definire una scheda di affiancamento durante la formazione sul campo con item specifici

Per l'identificazione degli infermieri affiancatori stabiliscono i seguenti requisiti:

- Esperienza pluriennale di Pronto Soccorso, con svolgimento positivo dell'attività di triage da almeno due anni
- Frequenza di un corso di formazione specifico, che abbia l'obiettivo di fornire conoscenze relative alla formazione sul campo e agli standard formativi previsti dal modello Globale, attraverso strategie per la progettazione e la gestione di adeguati percorsi di affiancamento per gli infermieri neofiti presso le realtà operative

Dal momento della frequenza del corso base abilitante alla funzione di triage fino al conseguimento dell'idoneità definitiva alla funzione stessa, sono necessari sei mesi di tempo, le cui tappe sono esplicitate nel seguente diagramma di Gantt.

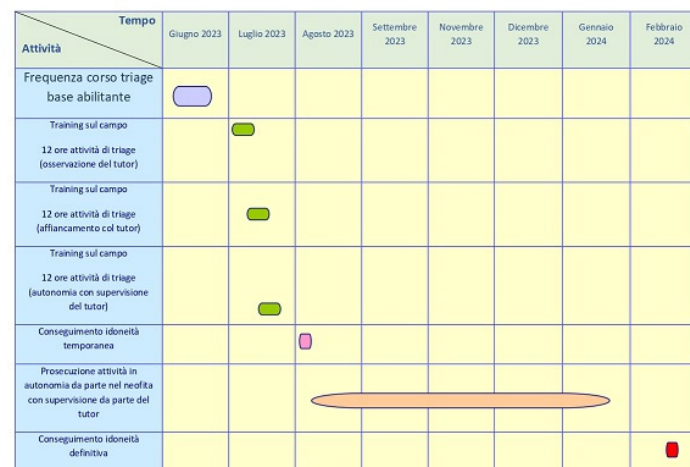


Figura 1: Diagramma di Gantt – fasi incrementali e attività del processo di acquisizione delle competenze cliniche, relazionali e tecnologiche del triage infermieristico.

**OBIETTIVO GENERALE:**

Definire un percorso di acquisizione di competenze cliniche e relazionali per l'infermiere che intraprende il percorso di formazione per lo svolgimento della funzione di triage, nell'ottica della riorganizzazione del Pronto Soccorso alla luce delle Linee di indirizzo Nazionali sul triage intraospedaliero, emanate dal Ministero della Salute il 1 agosto 2019, attraverso una scheda di valutazione specifica.

**OBIETTIVI SPECIFICI:**

Definizione di un documento aziendale che stabilisca il percorso formativo dell'infermiere che deve essere introdotto alla funzione di triage:

- Definizione dei criteri di identificazione degli infermieri affiancatori al triage
- Definizione dei criteri di accesso alla formazione di base di triage
- Definizione dei criteri per la definizione della formazione in affiancamento sul campo per l'acquisizione e lo sviluppo delle competenze cliniche
- Definizione degli item di valutazione da parte del tutor in merito a tempistiche, modalità e contenuti relativamente all'acquisizione di competenze cliniche, relazionali e tecnologiche
- Strutturazione di una scheda valutazione, quale strumento dell'infermiere affiancatore per la definizione dei criteri di certificazione dell'idoneità temporanea e definitiva all'attività di triage

**DIREZIONE SANITARIA SSR SARDEGNA**  
SC Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche

**SCHEDA DI VALUTAZIONE PER L'IDONEITÀ TEMPORANEA DELL'INFERMIERE ABILITATO ALLE FUNZIONI DI TRIAGE (36 ORE)**

INFERMIERE	DATA INIZIO DELLA VALUTAZIONE - 36 ORE	DATA FINE DELLA VALUTAZIONE - 36 ORE

**VALUTAZIONE SULLA PORTA**

Utilizza la scala A-B-C-D della valutazione sulla porta.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Identifica le alterazioni che possono essere pericolose per la vita.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Trasporta il paziente nell'area di trattamento se necessita di cure immediate.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO

**RACCOLTA DATI: VALUTAZIONE SOGGETTIVA**

Conduce l'intervista correttamente per raccogliere le informazioni necessarie alla valutazione soggettiva.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Identifica il "sintomo principale".	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Ricostruisce la dinamica dell'"evento presente", che ha portato il paziente a manifestare il sintomo principale (circostanze dell'evento, ora insorgenza, sintomi e loro progressione, localizzazione e descrizione del problema, eventuale trattamento effettuato e risposta verificata).	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Valuta il DOLORE utilizzando la scala mnemonica PQRSST.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Indaga sulla presenza di sintomi associati, correlati alla condizione del paziente, che quest'ultimo non ha spontaneamente descritti.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Raccoglie informazioni sulla storia medica passata utilizzando la scala mnemonica TESTA.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO

**RACCOLTA DATI: VALUTAZIONE OGGETTIVA**

Effettua l'esame fisico mirato del paziente mediante l'utilizzo della scala mnemonica ABCDEFG.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Tramite la raccolta dati conferma il sintomo principale dichiarato dal paziente all'inizio dell'intervista.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO

**DECISIONE DI TRIAGE**

Identifica correttamente il codice di priorità del paziente.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Decide il percorso adeguato al paziente secondo i protocolli (es. Fast Track).	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Eroga i primi interventi (ECG, medicazione delle ferite, sistemazione adeguata del paziente.).	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO

**RIVALUTAZIONE**

Rivaluta il paziente in relazione al codice di priorità assegnato.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Rivaluta il paziente in relazione alle condizioni di salute.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Rivaluta il paziente in relazione allo specifico quadro sintomatologico e alla condizione clinica.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Documenta ogni processo di rivalutazione e azioni intraprese.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO

**COMPETENZE RELAZIONALI**

Riduce lo stato d'animo dei pazienti che si sono rivolti al Pronto Soccorso (e dei loro familiari).	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Crea una dinamica relazionale positiva con il paziente.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Fornisce adeguate informazioni al paziente in attesa.	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO

**COMPETENZE TECNOLOGICHE**

Utilizza correttamente il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO).	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
In caso di paziente di cui non si conoscano le generalità utilizza la procedura "paziente sconosciuto".	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO
Compila quando necessaria la scheda incidente (Traumi domestici - Traumi Stradali).	ACQUIRITO	PARZIALMENTE ACQUIRITO	NON ACQUIRITO

**RIVALUTAZIONE PER RECUPERO OBIETTIVI: TOT ORE**

NOTE:			
BISETTA IDONEO PER TUTTI GLI OBIETTIVI ACQUISITI.	DA RIVALUTARE (BILANZA QUALITATIVA PER QUALSIASI OBIETTIVO NON ACQUIRITO PER OBIETTIVI PARZIALMENTE ACQUIRITI).	7 ORE PER OGNI OBIETTIVO PARZIALMENTE ACQUIRITO	12 ORE PER OGNI OBIETTIVO NON ACQUIRITO
		<input type="checkbox"/> IDONEO	<input type="checkbox"/> NON IDONEO
DATA	IL TUTOR	IL COORDINATORE	

**ARNAS G. Brotzu**  
P.le Ricci, 1 – 09134 Cagliari  
P. Iva 02315520920  
www.arnasbrotzu.it

Direttore ff Bruna Dettori  
SC Professioni Sanitarie Inf. E Ost.  
tel. 070539863 fax 070 539648  
mail:direzioneprofan.infost@aab.it

**ARNAS G. Brotzu**  
P.le Ricci, 1  
09134 – Cagliari  
www.arnasbrotzu.it

**ARNAS G. Brotzu**  
P.le Ricci, 1 – 09134 Cagliari  
P. Iva 02315520920  
www.arnasbrotzu.it

Direttore ff Bruna Dettori  
SC Professioni Sanitarie Inf. E Ost.  
tel. 070539863 fax 070 539648  
mail:direzioneprofan.infost@aab.it

**ARNAS G. Brotzu**  
P.le Ricci, 1  
09134 – Cagliari  
www.arnasbrotzu.it

Figura 2: Scheda di valutazione per il conseguimento dell'idoneità temporanea all'esercizio della funzione di triage

**ARNAS G. Brotzu**  
Azienda di Servizi Sanitari  
del Sud Sardegna

**DIREZIONE SANITARIA**  
SSR SARDEGNA

SC Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche

**SCHEDA DI VALUTAZIONE PER L'IDONEITÀ DEFINITIVA**

**DELL'INFERMIERE ABILITATO ALLE FUNZIONI DI TRIAGE (6 MESI)**

INFERMIERE	DATA CONSEGUIMENTO IDONEITÀ TEMPORANEA	
		/ /
		/ /

**CONSOLIDAMENTO COMPETENZE DI BASE**

Sceglie in completa autonomia il processo di triage giungendo all'attribuzione di un corretto codice di priorità.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	NON ACQUISTO	<input type="checkbox"/>
Determina autonomamente la priorità dell'intervento alle cure della persona assistita, in relazione alle sue condizioni cliniche, al rischio evolutivo e alla disponibilità delle risorse.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestisce efficacemente conflitti ed eventi critici.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conosce e applica correttamente i protocolli di triage in vigore.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adherisce alla formazione continua, incontri periodici multidisciplinari per la realizzazione di audit professionali con discussione di casi, eventi critici/estremi ed analisi di dati statistici.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantisce la presa in carico dei pazienti applicando le previste prestazioni assistenziali utili all'avvio del processo diagnostico.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prepara competenze relazionali efficaci nella gestione dell'attesa degli utenti e degli accompagnatori, fornisce assistenza e informazioni pertinenti e comprensibili.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riconosce autonomamente la necessità di attivare il sistema di allarme o chiamata d'emergenza in triage quando necessita di supporto di altre figure in maniera immediata (infermiere di medicina, medico, OSS).	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dimostra di saper svolgere il processo di triage entro i tempi considerati ideali garantendo coerenza nell'intervallo tra l'accesso del paziente e la codifica del codice di priorità.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organizza il processo di triage ottimizzando le risorse disponibili rispettando i tempi e gli standard gestionali.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutela la dignità e la riservatezza dei pazienti durante le diverse fasi dell'attività di triage.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FAST TRACK**

Conosce e applica correttamente, ove presenti, i percorsi Fast Track come risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza meno specialistica (ad es. Traumatologia, oculistica, O.R.L., ginecologia/ostetrica, dermatologica).	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	NON ACQUISTO	<input type="checkbox"/>
Assicura continuità assistenziale a tutti i pazienti cui viene dedicato un percorso fast track fino alla presa in carico degli stessi da parte dello specialista.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CORRETTA GESTIONE DEGLI ACCESSI IN CONDIZIONI ECCEZIONALI**

Identifica correttamente il paziente che accede al triage utilizzando documenti di riconoscimento validi, in alternativa, inserisce i dati forniti dall'utente specificando nella scheda di triage l'esistenza di documenti di riconoscimento.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	NON ACQUISTO	<input type="checkbox"/>
Applica autonomamente la procedura di registrazione del paziente "scenariati" secondo la procedura aziendale di riferimento, in tutti i casi di mancanza di dati anagrafici dell'assistito (stato di incoscienza, paziente straniero).	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nella presa in carico del paziente straniero l'infermiere di triage favorisce la comprensione reciproca sia sul piano linguistico che culturale, migliorando la fase di attesa e riducendo eventuali forme di conflitto o disagio.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dimostra capacità di presa in carico multidisciplinare integrata del paziente "fragile" (grandi anziani, vittime di violenza, persone affette da disabilità, pazienti psichiatrici etc.). Consente un'attesa protetta in ambiente idoneo. Assicura un adeguato tempo di attesa in relazione alle condizioni di fragilità; implementa l'uso di procedure per la raccolta e la trasmissione delle informazioni provenienti dai centri territoriali di riferimento per il paziente.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adotta le giuste misure di isolamento in caso di paziente a rischio infettivo, garantendo la sicurezza	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ARNAS G. Brotzu**  
Azienda di Servizi Sanitari  
del Sud Sardegna

**DIREZIONE SANITARIA**  
SSR SARDEGNA

SC Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche

**CONOSCENZA COMPLETA E APPROFONDIRITA DELLE PROFESSIONALITÀ COINVOLTE NELLE ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO**

Dimostra il percorso di triage. L'infermiere identifica la necessità di coinvolgere altre figure professionali e di supporto per i pazienti ai bisogni assistenziali del paziente (indirizzamento del servizio di triage e del medico responsabile di Pronto Soccorso) curata di un paziente non autoaffidabile o vittima di traumi - Garanzia dell'assistenza di base.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	NON ACQUISTO	<input type="checkbox"/>
Si interfaccia con la centrale del 118 in maniera chiara e coerente; raccoglie le opportune informazioni relative ai codici di priorità 1 in arrivo.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONOSCENZA COMPLETA E APPROFONDIRITA DELLE DINAMICHE AZIENDALI CHE SI INTERFACCIANO CON LE ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO E NELLO SPECIFICO CON IL TRIAGE**

Dimostra capacità logistica durante l'applicazione dei protocolli aziendali riguardanti la presa in carico diretta del paziente (specialista del territorio affilato operativo di destinazione; Garanzia del trasferimento in sicurezza del paziente con diagnosi di IMA dal territorio destinato all'emodinamica, previa registrazione al triage; Garanzia l'assunzione ed il trasferimento del paziente candidato al trapianto d'organo durante le ore notturne).	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	NON ACQUISTO	<input type="checkbox"/>
Fornisce informazioni circa il percorso di cura diagnostico del paziente alle persone per cui l'utente abbia espresso un chiaro consenso, salvo situazioni in cui il paziente non sia capace di intendere e di volere.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riconosce uno stato di sovraccarico (per es. attraverso il calcolo di uno score) per il quale si ritiene necessario l'intervento di figure professionali aggiuntive attraverso l'attivazione delle risorse aziendali disponibili. (Medico e infermiere reperibili).	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si interfaccia correttamente con le autorità giudiziarie che accedono al PS per ottenere referti e documentazioni, secondo la procedura di presa in carico della richiesta di esami tossicologici.	ACQUISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IL TUTOR**

**IL COORDINATORE**

**IL RESPONSABILE INFERMIERISTICO DIPARTIMENTALE**

**IL DIRETTORE SC PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE**

Note:

Figura 2: Scheda di valutazione per il conseguimento dell'ideoneità definitiva all'esercizio della funzione di triage

## RISULTATI ATTESI:

implementazione di una scheda di valutazione per l'infermiere abilitato alle funzioni di triage, che faciliti il percorso di acquisizione delle competenze cliniche, relazionali e tecnologiche, necessarie allo svolgimento della funzione di triage, entro i termini temporali e attraverso le modalità operative previste dalle Linee di Indirizzo Nazionali.

## CONCLUSIONI:

La scheda di affiancamento per l'infermiere neofita, che deve svolgere la formazione sul campo per l'introduzione alla funzione di triage, è uno strumento che permette di costruire un sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi, garantendo un setting favorevole all'apprendimento e una uniformità didattica da parte dei tutor nel loro esercizio della funzione di formatori. L'utilizzo della scheda, permette un adeguato governo dell'attività formativa e uno sviluppo dei percorsi che consentano di perseguire gli obiettivi di acquisizione di conoscenze, competenze e di abilità, da esercitare durante l'attività professionale e assistenziale del triage infermieristico in pronto soccorso.

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI:

Direttore delle Professioni Sanitarie, Responsabile Infermieristico del Dipartimento, Coordinatore Infermieristico, Infermiere

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO:

sei mesi

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE:

la completa implementazione del progetto potrà essere effettuata con l'aggiornamento dei sistemi informatici a livello regionale, che dovrà essere adeguato secondo le Linee di Indirizzo nazionali sul Triage Infermieristico

## SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?

E' in fase di implementazione l'aggiornamento del sistema informatico regionale che prevede per la schermata di triage, il passaggio da 4 codici colore a 5 codici numerici per l'assegnazione delle priorità d'accesso in Pronto Soccorso.

## SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?

In ottemperanza alle Linee di Indirizzo Nazionali, il sistema software di gestione dei pazienti in Pronto Soccorso, dovrà essere integrato con i sistemi delle Strutture ospedaliere coinvolte nei percorsi fast-track.

202

203

# SICILIA



Da **Dott.ssa Concetta Noto** Direttore U.O.C. Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari

## Progetto Sperimentale di integrazione socio sanitaria, finalizzato a favorire la permanenza delle persone “fragili”, al proprio domicilio.

1

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Provinciale Sanitaria di Palermo

### UNITA' OPERATIVA

U.O.C. Sviluppo e Gestione dei Progetti Sanitari

### DIRETTORE E REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Concetta Noto

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	EMAIL
<b>DOTT.SSA CONCETTA NOTO</b>	ceffina.noto@asppalermo.org
<b>DOTT. GIUSEPPE NOTO</b>	
<b>ING. SALVATORE COLLETTA</b>	salvatore.colletta@asppalermo.org
<b>DOTT. ANTONINO AMATO</b>	antoninoamato@asppalermo.org

### ABSTRACT

«A casa Insieme» è un progetto di integrazione socio sanitaria, finalizzato a favorire la permanenza delle persone “fragili”, al proprio domicilio.

I Distretti socio-sanitari previsti dal Progetto nei quali sarà svolta l'attività in via sperimentale sono: Cefalù, Petralia Sottana, Bagheria, Corleone e il Distretto di Palermo nei PTA Centro e Biondo.

Il progetto tiene conto del percorso di sviluppo e innovazione già intrapreso dall'Azienda, in continuità ed in modo coerente, con l'obiettivo di fornire un supporto alla Programmazione Strategica Sanitaria, nella definizione del nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale, per la messa a regime delle strutture del territorio.

L'ASP di Palermo ha previsto la riorganizzazione funzionale dei servizi territoriali ed una più efficace integrazione ospedale territorio. In questo percorso, risulta fondamentale e complementare la capacità di rispondere alle situazioni sanitarie emergenti, alla transizione epidemiologica e alle oscillazioni nella domanda dei servizi sanitari, legate a contesti evolutivi e demografici.

Questa condizione pone, particolare enfasi sulla necessità di conoscere i bisogni di salute espressa dalle popolazione, nell'ottica di predisporre una rete complessa di offerta, rispondente alle caratteristiche del territorio cui si rivolge. Il modello organizzativo proposto, consente, anche, di implementare gli interventi in ambito di medicina di iniziativa, personalizzazione delle cure, nonché di disporre di una base informativa utile a implementare la medicina predittiva e la misurazione degli outcome di salute raggiunti e la customer della popolazione raggiunta. Tale obiettivo è perseguito a partire dai dati che rientrano nel vasto patrimonio informativo a disposizione della Azienda Sanitaria, i quali vengono aggregati ed elaborati.

Sono state già prodotte analisi quali quantitative, relative alla stratificazione della popolazione, per intensità dei bisogni dei residenti nel territorio dell'ASP di Palermo.

L'ASP, in risposta alla necessità di individuare il bisogno di salute del territorio, sulla base della stratificazione della popolazione, ha avviato uno studio sulle tre principali patologie croniche: Scompenso Cardiaco, BPCO e Diabete. Tale studio vede identificata la coorte dei pazienti e la realizzazione di analisi quantitative finalizzate a comprendere la domanda e l'offerta, ambulatoriale e ospedaliera, relativa alle patologie sopracitate.

Il Progetto, prevede il potenziamento e la riorganizzazione degli ambulatori infermieristici, attraverso l'introduzione e l'assunzione della nuova figura dell'infermiere di comunità, quale elemento finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali.

## OBIETTIVO GENERALE

Il Progetto intende sperimentare un modello organizzativo ed operativo di «gestione sistematica, pro-attiva e integrata» dei pazienti affetti da patologie croniche, fragilità e multimorbilità, utile a mettere a punto il disegno di funzionamento delle future formule aggregative (AFT-Aggregazioni Funzionali Territoriali) e integrative (UCCP-Unità Complesse di Cure Primarie) delle cure primarie integrate con l'Ospedale e con il Sociale, in coerenza con lo sviluppo normativo e contrattuale nazionale e regionale e nella prospettiva della "Missione 6: Salute" del PNRR, in particolare la "M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale."

## OBIETTIVI SPECIFICI

Il modello organizzativo-operativo che si intende sviluppare consiste nel potenziamento dei PTA, basandosi sui seguenti elementi:

- Centrali Operative Territoriali all'interno dei distretti. Questi nuovi elementi organizzativi si occuperanno di standardizzare il flusso di raccolta del bisogno espresso dai cittadini attraverso i propri care giver, medici e pediatri di famiglia, accesso a servizi di bassa e media intensità, registrando così ogni tipologia di chiamata e reindirizzando verso il servizio distrettuale più adeguato alla risposta. Tale processo sarà totalmente digitalizzato sia con l'introduzione di Portale per il cittadino, sia con l'ottimizzazione delle Dimissioni Protette e Facilitate, nonché l'estensione a tutti i MMG/PLS, della possibilità di segnalazione informatizzata.
- Potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria, attraverso un maggiore e costante coinvolgimento della compagine sociale, supportato dal potenziamento dello strumento già presente della CSSI. Tale potenziamento è necessario per favorire l'applicazione delle indicazioni nazionali per l'integrazione con i Servizi Sociali per la cronicità e la fragilità, estendendo la collaborazione instaurata per la valutazione multidimensionale, andando a includere servizi di accompagnamento e supporto di livello più basso.
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare, Obiettivo perseguibile aggiungendo nell'ambito della progettualità, anche attività di assistenza domiciliare di livello base, garantendo gli aspetti di programmazione delle attività e di tracciabilità delle azioni erogate anche dall'ambulatorio infermieristico.
- Modellizzazione della presa in carico del paziente cronico, da realizzare attraverso la riorganizzazione degli ambulatori infermieristici. In particolare si prevede tra le altre cose l'adozione di una cartella infermieristica informatizzata del Case Manager e dell'Infermiere di Famiglia, utile per la collaborazione e scambio di informazioni con il MMG e il PLS, oltre che per creare un profilo assistenziale del cittadino e dei suoi bisogni primari. L'informatizzazione di tale aspetto consente la raccolta di ulteriori dati per la valutazione futura dei fabbisogni della comunità. Ulteriore rispetto ai dati già in possesso della ASP. L'infermiere potrà inoltre organizzare sedute formative su gruppi di assistiti per la sensibilizzazione all'autocura e sull'empowerment, anche attraverso l'utilizzo di strumenti quali i dispositivi di telemonitoraggio e gli ausili di automisurazione.
- Istituzione all'interno delle strutture distrettuali di Centrali per la Telemedicina per i pazienti cronici che, offriranno un servizio complementare rispetto a quello erogato nell'ambito dei PDTA, con strumenti di monitoraggio degli allarmi dedicati e possibilità di attivazione di procedure di emergenza. I dati raccolti verranno standardizzati per l'alimentazione del FSE e del sinottico dell'assistito.
- Creazione e attivazione dei PDTA, finalizzati a specificare il modello di presa in carico di cui al punto precedente, ed a consentire un monitoraggio completo e trasversale del percorso. Questa attività prevede, anche, l'implementazione di una struttura informativa-informatica che metta in rete tutti gli operatori coinvolti, che prendendo spunto dalla progettualità del Chronic Care Model già eseguita presso la ASP, estenda le sue capacità includendo momenti di contatto in remoto con l'assistito (videovisita, telechiamata periodica), accesso a contenuti informativi da parte dei care giver (portale per i cittadini e i Care Giver), riunioni di team multiprofessionale a distanza (in modo da garantire anche la collaborazione tra centri Hub e centri spoke che si andranno a costituire rispetto alle Case di Comunità).
- Istituzionalizzazione dei paradigmi della medicina d'iniziativa, quale modello assistenziale privilegiato per lo sviluppo e la conseguente riorganizzazione dei PTA. Tra questi i già citati elementi di portali E-learning e le sessioni per i gruppi di assistiti rispetto al self care.
- Integrazione degli strumenti informatici in uso con il FSE, e implementazione di un sinottico sanitario di tutti gli eventi, al fine di garantire la piena visibilità da parte di tutti gli attori dell'Equipe multiprofessionale, nelle fasi di presa in carico.



**RISULTATI ATTESI**

I risultati attesi a breve termine, che indicano i miglioramenti apportati all'esperienza esistente sono: Comunità salute

- Attivazione delle COT informatizzate con conseguente completa misurabilità della richiesta di servizi;
- Costituzione Sperimentale sul modello delle "Case di Comunità" informatizzate, che vedano l'integrazione con gli strumenti tecnologici dei MMG/PLS e dei Comuni;
- Attivazione ambulatori infermieristici dedicati alla fragilità;
- Attivazione dei punti di assistenza da remoto attraverso l'impiego di rilevatori parametrici;
- Applicazione controllata dei PTDA già validati e sperimentazione di percorsi per nuove morbidità;
- Migliore e più esteso coordinamento con gli Enti Locali per l'erogazione dei servizi;

I risultati attesi a lungo periodo, a cui tendere, raggiungibili al termine del progetto sono:

- Promozione, diffusione e istituzionalizzazione di un approccio proattivo, basato sulla medicina d'iniziativa, per la cura dei soggetti fragili;
- Incremento numero pazienti assistiti a domicilio;
- Riduzione dei ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale;
- Riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso;
- Miglioramento qualità della vita dei pazienti fragili;
- Migliore appropriatezza delle cure;

**CONCLUSIONI**

In questo percorso di programmazione di un "modello organizzativo" sperimentale della rete sanitaria territoriale, l'ASP con il progetto sperimentale "A Casa Insieme", avvierà le simulazioni di C.d.C. e i relativi percorsi sociosanitari. Il progetto vede coinvolti i Distretti di Cefalù, Petralia Sottana, Bagheria, Corleone e i PTA Centro e Biondo di Palermo. Il raggiungimento degli obiettivi prefissati da progetto, potrà rappresentare un'opportunità per tutti i rimanenti Distretti appartenenti all'ASP ad oggi non coinvolti. In particolare, sarà possibile individuare metodologie e procedure che potranno essere riconosciute come delle best practice che permetteranno il miglioramento delle performance aziendali.

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI**

- MMG/PDL
- Infermiere di Comunità
- Personale PUA
- Medici Specialisti

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

2 Anni

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE**

Percorso Formativo/Informativo e supporto gestionale in collaborazione con SDA Bocconi e KPMG.

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?**

Il Progetto, sfrutta il processo di digitalizzazione già avviato da questa Azienda, in particolare si è provveduto a informatizzare e sistematizzare i percorsi relativi alle aree di seguito rappresentate

- *PUA*: riguarda l'informatizzazione della prima fase del percorso sociosanitario del paziente fragile, ovvero quello della segnalazione da parte del MMG o PLS, o dalle dimissioni facilitate e protette. Il PUA rappresenta l'unico organismo abilitato ad orientare il percorso di accesso al sistema del nuovo modello territoriale e svolge la funzione di accoglienza delle richieste, lettura, decodifica e orientamento del bisogno.
- *Cronic Care Model*: è sistema informativo che consente l'interfaccia di condivisione delle informazioni sanitarie, utile al percorso clinico – assistenziale di governo delle patologie croniche e permette a tutti gli attori coinvolti (MMG, PLS, Specialisti, Infermieri e personale dello sportello PUA) di lavorare in rete.

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?**

- *Sistema Interoperabilità CSSI*: permette l'integrazione dell'intero workflow della presa in carico delle fragilità e cronicità, nelle sue componenti sociali e sanitarie, e mette a sistema i moduli applicativi a supporto dei diversi processi.
- *Piattaforma di Telemedicina*: il progetto prevede l'acquisto di una piattaforma di Telemedicina, che permetterà all'Azienda di offrire un servizio complementare rispetto a quello erogato nell'ambito dei PDTA, con strumenti di telemonitoraggio, teleconsulto e televisita. I dati raccolti verranno standardizzati per l'alimentazione del FSE e del sinottico dell'assistito.

# TOSCANA



Da **Dott.ssa Vianella Agostinelli** Direttore Dipartimento Professioni Infermieristiche ed Ostetriche Azienda USL Toscana Sud Est

## Governo delle lesioni difficili: nuovo modello organizzativo per la razionalizzazione logistica ed il rafforzamento della Rete ospedale Territorio

1

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda USL Toscana sudest

### UNITA' OPERATIVA

Dipartimento Professioni Infermieristiche ed Ostetriche

### DIRETTORE

Vianella Agostinelli

### REFERENTE DEL PROGETTO

Sara Sandroni

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	EMAIL
ELEONORA SALUTINI	eleonora.salutini@uslsudest.toscana.it
SARA SANDRONI	sara.sandroni@uslsudest.toscana.it
ROBERTO FRANCINI	roberto.francini@uslsudest.toscana.it
LAURA GAMBASSI	laura.gambassi@uslsudest.toscana.it

**ABSTRACT**

Il fenomeno delle lesioni cutanee, soprattutto delle ulcere da pressione, rappresenta da sempre un indicatore negativo della qualità di assistenza erogata e percepita. Come sottolinea la Joint Commission negli standard di accreditamento dei Nursing Care Center (NCC) “le ulcere da pressione continuano a essere un fattore di rischio elevato per assistiti e ospiti delle cure a lungo termine a causa di sistemi corporei compromessi legati all’invecchiamento e/o alla malattia e uso di dispositivi medici. Il National Pressure Injury Advisory Council ha pubblicato un aggiornamento versione delle loro linee guida sulle ulcere da pressione nel 2019. Gli standard NCC affrontano pratiche di prevenzione e cura volte a ridurre l’incidenza delle ulcere da pressione e, quando si verificano, per evitare che si aggravino e diventino vita alterante o addirittura mortale” [Cit.]. Sono presenti numerosi contributi a livello di Linee Guida – Best Practice e Letteratura Internazionale che mettono in evidenza la complessità e gravità del fenomeno lesioni cutanee in generale, in vista anche dell’aumento del fenomeno della cronicità che vede l’incremento esponenziale in termini numerici di tutte le tipologie di ulcere in diversi distretti corporei legate a questo aspetto (ulcere vascolari, venose, arteriose, linfatiche, miste, piede diabetico, hard-to-heal, a eziologia oncologica/neoplastica, traumatiche, skin-tears, esiti di ustione). La loro presenza è trasversale a tutti i setting di cura ed è maggiormente presente in quella fascia di popolazione oltre i 65 anni che nelle nostre realtà assistenziali rappresenta numericamente il core business: 3500-4000 assistiti con ulcere, per >70% poliulcerati (da 2 in poi), 60% ulcere ad eziologia vascolare – DFU agli arti inferiori e piede, 30% ulcere da pressione, 10% altra natura [Analisi prevalenza 2021 – Area Aretina-Casentino-Valtiberina]. Inoltre a seguito della pandemia Sars-cov-2, considerate le indicazioni del DM 70/2015 per gli standard ospedalieri, del DM 77/2022 per gli standard territoriali e della missione 6 del PNRR, è necessario spostare il baricentro delle cure nel territorio creando una rete che risponda con qualità, grazie a competenze cliniche definite e dedicate. Lo scopo adesso è il rafforzamento del processo di gestione delle ulcere attraverso istituzione di un nuovo modello organizzativo che massimizzi la risposta ai bisogni assistenziali specifici, ottimizzi l’utilizzo delle risorse, e la costruzione di percorsi ospedale-territorio (H-T), territorio-ospedale (T-H) e territorio-territorio (T-T) caratterizzati da continuità, appropriatezza, stabilità ed equità.

**OBIETTIVO GENERALE:**

Rafforzamento della Rete Assistenziale Lesioni Cutanee a livello H-T e T-H nell’ottica del miglioramento della qualità assistenziale, degli Nursing Sensitive Outcomes specifici con monitoraggio degli esiti e contenimento dei costi dei dispositivi di medicazione avanzata.

**OBIETTIVI SPECIFICI:**

1. Istituzione di un nuovo modello organizzativo di riferimento per la Rete Lesioni Cutanee Area P Aretina, con assegnazione alla UOC Direzione Infermieristica - Zone-Distretto Aretina, Casentino, Valtiberina. La Rete sarà coordinata dalla Referente della Rete Infermieri Specialisti Lesioni Cutanee e integrata da infermieri specialisti per le maggiori Zone Distretto, con raggio di azione e consulenza sull’intera area
2. Definizione modalità e percorsi specifici di presa in cura degli assistiti, sia per infermieri generalisti (competenze di 1° livello) che specialisti (con competenze specialistiche e avanzate)
3. Rilevazione, analisi e restituzione dati epidemiologici (incidenza e prevalenza)
4. Monitoraggio dei costi e verifica appropriatezza delle medicazioni avanzate ad elevato impatto/complessità

5. Implementazione delle buone pratiche relative alla prevenzione delle ulcere da pressione nei vari setting assistenziali (H-T, collegamento T-H e T-T – collaborazione con la COT di zona) con valutazione proattiva post-dimissione all’assistito valutato a rischio di contrarre ulcere da pressione e contatto in itinere al momento del ricovero ospedaliero o in strutture socio-sanitarie
6. Monitoraggio costi e verifica dell’appropriatezza dell’utilizzo dei dispositivi medici – presidi antidecubito, materassi ad alta tecnologia – terapia a pressione negativa in tutti i setting di cura (Ospedale, Assistenza domiciliare, Cure intermedie e Strutture socio-sanitarie)
7. Tracciabilità della presa in cura e dei percorsi assistenziali
8. Punti di riferimenti specifici, qualificati e diretti delle specialistiche mediche, chirurgiche (generale e specialistica, vascolare, plastica, dermatologia, oncologia medica) e Piede Diabetico nella continuità di cura e monitoraggio anche a distanza con strumenti per teleconsulto/telecooperazione sanitaria
9. Implementazione attività ambulatorio specialistico infermieristico ferite difficili
10. Rilevazione fabbisogno formativo e strutturazione progetti formativi mono e multiprofessionale
11. Affiancamento Infermiere Primary di setting – IFeC durante le medicazioni specialistiche/complesse con sostegno allo sviluppo delle competenze esperte di linea
12. Attività di ricerca clinica assistenziale e riferimento per i tirocinanti di Master e Corso di Laurea di area clinica specialistica ad indirizzo clinico.

**RISULTATI ATTESI:**

1. Miglioramento qualità percepita (prossima partenza dell’Osservatorio PaRIS) ed erogata attraverso presa in cura diretta degli assistiti con lesioni cutanee ad elevata complessità sia sul territorio che in ospedale da parte di personale dedicato e strutturato con programmazione della dimissione (attraverso Valutazione con Scala di valutazione BWAT integrata dalla valutazione clinica assistenziale dell’infermiere specialista e collaborazione con A-COT di zona e COT aziendale)
2. Capacità di individuazione dei problemi con condivisione da parte del team assistenziale H-T, T-H e T-T e con il personale che opera nelle strutture socio-sanitarie e strutturazione del percorso assistenziale con corretto utilizzo di medicazioni e ausili antidecubito
3. Corretta attivazione Consulenza Infermieristica Specialistica 2° livello
4. Appropriatezza richiesta dispositivi medici
5. Utilizzo strumenti di valutazione strutturata con NOC definiti condivisi sia dal team di cura che da tutti gli operatori

**CONCLUSIONI:**

La costruzione di una Rete Professionale ed Organizzativa con competenze specialistiche a supporto della linea clinica professionale in integrazione e supporto delle specialistiche mediche di riferimento, rappresenta un framework di sistema che parte dalla definizione e mappatura di contesto con l’analisi delle criticità e definizione del territorio di riferimento, conducendo verso migliori esiti assistenziali.

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI:**

Infermieri Primary Nurse, Infermieri di Famiglia e Comunità, Infermieri Specialisti, Medici Specialisti, Medici di Medicina Generale

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO:**

Abbiamo programmato di attuare l'implementazione del Governo delle lesioni difficili a partire dalla Area Provinciale Aretina dell'Azienda USL Toscana sudest, dal 01/04/2023 con Determina Dirigenziale. Lo start ha voluto implementare la formazione relativa a nuovi strumenti di valutazione delle lesioni cutanee, andando a contestualizzare in ogni territorio le connessioni professionali presenti e la definizione della job description dell'infermiere specialista consulente neo assegnato.

L'avvio della formazione (comunità di pratica ed approfondimenti on the job) è attualmente in corso e prevede una serie di incontri frontali di 3 ore ciascuno, correlati ad una serie di affiancamenti on the job per l'implementazione delle conoscenze. Dal secondo semestre del 2023 procederemo alla revisione delle procedure clinico-assistenziali con implementazione del percorso di rete continuando il nostro cammino in Azienda USL Toscana sudest come gruppo professionale volto alla definizione di percorsi di cura specialistici sempre incentrati sui bisogni dei nostri assistiti.

**I Caring leader della UsI Toscana Sud Est**

2

**DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA**

Azienda USL Toscana Sud Est

**UNITA' OPERATIVA**

Dip. Delle Professioni infermieristiche ed ostetriche (DiPIO)

**DIRETTORE**

Dott.ssa Vianella Agostinelli Direttore Dip. Delle Professioni infermieristiche ed ostetriche (DiPIO)

**REFERENTE DEL PROGETTO**

Dott.ssa Silvia Bellucci

**AUTORI DEL PROGETTO**

NOME E COGNOME	RUOLO	EMAIL
VIANELLA AGOSTINELLI	Dip. Delle Professioni infermieristiche ed ostetriche (DiPIO)	
ELEONORA SALUTINI	Infermiere Dirigente Distretto Arezzo	
SILVANA MECHERONI, ALBERTO MORETTI	Inf con Incarico di organizzazione pratica e processi professionali	
BEATRICE PISANI	Inf con Incarico di organizzazione processi clinico assistenziali integrati	
PATRIZIA PETRUCCIOLI	Resp Ostetrica area materno infantile	
TIZIANA TAMA'	Resp. Infermieristico Formazione Ricerca area prov Gr	
SILVIA BELLUCCI	Resp. Infermieristico Formazione Ricerca e lean management	silvia.bellucci@uslsudest.toscana.it



## ABSTRACT

Il “Caring” è l’essenza della professione infermieristica e ostetrica ed indica la base per una leadership clinica generativa, che sappia originare situazioni capaci di costruire il futuro assistenziale consapevole e responsabile per le nostre generazioni professionali, rivolta sempre verso le persone, con la direzione di una conversione autentica e convinta dell’Io al Noi.

La Caring Leadership è un modello che sta sviluppandosi nelle organizzazioni più attente a generare valore dalla mobilitazione di intelligenza collettiva e rivolta a favorire il consolidarsi di modelli assistenziali in cui il motore siano la attenzione al bisogno e la condivisione di un comune scopo, la personalizzazione concreta e sostenibile dell’assistenza.

Il progetto, “*Caring Leader della Usl Toscana sud est*” vede protagonisti infermieri ed ostetriche, professioni nelle quali si identifica appieno l’atto del “Caring”, del prendersi cura, come essenza della radice professionale e come mezzo di risposta ai bisogni delle persone. Con questo progetto, il Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche ha messo in atto 6 percorsi formativi (diversificati per setting di specializzazione assistenziale) volti a sviluppare competenze nella diffusione e supporto del **Caring** in un gruppo di infermieri e ostetriche. I Caring Leaders diventano i facilitatori della diffusione dello stesso, a supporto della pianificazione assistenziale e dell’implementazione dei modelli organizzativi nei diversi setting, diventando anche punto di riferimento metodologico per gli studenti di infermieristica.

L’obiettivo principale è stato quello di rafforzare l’identità professionale, il ruolo e le responsabilità degli infermieri e delle ostetriche attraverso l’applicazione concreta del processo di assistenza, nelle 6 fasi che lo compongono, nella clinica e del modello organizzativo dell’assistenza del Primary Nursing e del Midwifery Partnership Model. Al fine di misurare gli esiti direttamente correlabili all’assistenza erogata, si utilizzano linguaggi disciplinari standardizzati che consentono una reale continuità assistenziale tra setting diversi, sia ospedalieri che territoriali che di cure intermedie, con l’utilizzo di un unico linguaggio disciplinare. I linguaggi utilizzati sono quelli consigliati dal position statement della FNOPI del 2018 e sono: NANDA-I per l’enunciazione delle diagnosi infermieristiche, i NOC per l’evidenza dei risultati sensibili all’assistenza e NIC per l’utilizzo degli interventi supportati da evidenze. Ciò consente anche, allo stato attuale, di avere una unica documentazione assistenziale integrata e condivisa in forma cartacea in alcuni setting e informatizzata in altri, ma con un unico linguaggio disciplinare nell’intero Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche della TSE.

## OBIETTIVO GENERALE

La capacità di prendersi cura è una abilità sempre più importante per la leadership clinica. L’esperienza dell’impegno dedicato a sviluppare, accudire, dedicarsi a qualcuno o qualcosa, segna il significato che diamo alle persone, ai nostri progetti, è il collante necessario per costruire una squadra assistenziale appassionata ai propri obiettivi professionali e ai conseguenti risultati. Il prendersi cura richiede impegno, costanza, dedizione ed attenzione: non è infatti il singolo gesto di cura ad attivare il senso di squadra, ma il percorso costante in cui prevalgano l’ascolto attivo e l’empatia proprio come porte che ci connettono in modo autentico agli altri.

Il Dipartimento delle professioni infermieristiche ed ostetriche ha delineato nella vision professionale la valorizzazione delle competenze cliniche e la condivisione dei saperi disciplinari per orientare la famiglia professionale in un’unica direzione convergente che porta a focalizzare nel caring tutti gli elementi di valorizzazione. L’istituzione di un gruppo forte, formato, consapevole, dedicato e riconosciuto, mira a diffondere le conoscenze cliniche evidence based per ogni area specifica assistenziale, ma soprattutto a sostenere la diffusione delle conoscenze e competenze specialistiche, trovando nel metodo scientifico e nel linguaggio tassonomico comune il mezzo per allineare la

dimensione organizzativa e clinica del processo assistenziale. I Caring Leaders sono modello di riferimento e di consulenza per sostenere l’implementazione della personalizzazione dell’assistenza dei diversi setting operativi

Negli ultimi due anni gli obiettivi generali che realizzano la vision del Dipio sono stati: il miglioramento della qualità delle cure in termini di riduzione del rischio e di aumento dell’outcome, l’orientamento di tutti i professionisti alla valutazione della esperienza e degli esiti degli assistiti ma anche la ricerca continua delle migliori pratiche assistenziali e l’incremento della efficienza organizzativa. La realizzazione degli obiettivi è possibile attraverso la sinergia di tutti i professionisti che compongono il DiPIO che, attraverso una leadership di servizio, si orientano verso una pratica collaborativa interprofessionale per offrire le migliori risposte integrate ai cittadini. Il linguaggio standardizzato è uno strumento fondamentale, guida nella pianificazione assistenziale il suo utilizzo può essere strumento a supporto della misurazione degli esiti sensibili alle cure infermieristiche/ ostetriche.

## OBIETTIVI SPECIFICI

Il progetto, “*Caring Leader della Usl Toscana sud est*”, riguarda le professioni infermieristiche e ostetriche nelle quali si identifica appieno l’atto del “caring”, del prendersi cura, come mezzo di risposta ai bisogni delle persone.

Con questo progetto, il Dipartimento delle professioni Infermieristiche ed ostetriche ha messo in atto 6 percorsi formativi intensivi (diversificati per setting di assistenza) volti a sviluppare competenze nella diffusione del Modello delle cure basate sulla relazione e supporto del Caring in gruppi di infermieri e anche di ostetriche.

L’avvio delle sessioni di formazione è stato preceduto da una analisi delle caratteristiche delle persone da formare (40 discenti per evento secondo una suddivisione degli ambiti assistenziali: Caring Leader IFeC; area medica; area chirurgica, area del self management; area materno infantile. In progress area oncologica; area della salute mentale e dipendenze; area dell’emergenza/ urgenza).

### Profilo dei facilitatori (Caring leader)

- Under 50
- Esperienza 3-5 anni nel contesto
- Riconosciuta leadership clinica
- Evidente capacità di comunicazione

Il percorso si è articolato in 4 giornate formative; la metodologia didattica: lezione frontale con esercitazione a piccoli gruppi su casi clinici

Gli argomenti trattati:

1. Comprendere e sostenere la Leadership organizzativa e clinica
2. La postura organizzativa che potenzia la leadership clinica e orienta l’agire professionale
3. La Cultura Professionale e il processo assistenziale (teoria, metodo, clinica)
4. Le 6 fasi del Processo di Assistenza Infermieristica secondo Gordon e tassonomia NNN
5. I fondamenti teorici ed organizzativi per guidare il cambiamento nella pratica clinica. Le radici del caring.

La fase post formazione ha visto i Caring Leaders impegnati nel rafforzare la Comunità di pratica ed organizzare interventi pianificati per la diffusione delle conoscenze e competenze specifiche.

## RISULTATI ATTESI

I caring leader supportano la diffusione del modello organizzativo assistenziale: **Primary Nursing** che prevede un infermiere di riferimento per ogni assistito ricoverato e del **Midwifery partnership model** che riconosce la normalità della nascita, e sostiene la condivisione dell'evento tra donne e Ostetriche.

Per accertare i bisogni assistenziali viene adottato il modello funzionale di M. Gordon e per la pianificazione dell'assistenza e sono utilizzate tassonomie NNN: NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcome Classification) e NIC (Nursing Intervention Classification). Scegliendo questa metodica è possibile mettere in atto le migliori pratiche assistenziali basate sulle ultime evidenze scientifiche e misurare gli esiti correlati all'assistenza infermieristica.

Un metodo, il GNNN, che attraverso l'accertamento infermieristico secondo il modello funzionale di M. Gordon, ci permette di identificare quali sono i bisogni dei nostri assistiti e quindi di formulare diagnosi infermieristiche e di identificare dei piani assistenziali individuali.

Allo stato attuale i Caring Leaders sono attivi in:

- Area medica
- Area chirurgica
- Area materno-infantile
- Area territoriale con IFeC

Proseguiremo ampliando le aree di presenza dei CL in ogni setting specialistico (oncologia e cure palliative, salute mentale, area medica specialistiche e area chirurgica specialistica)

Non è stato facile per i colleghi riprendere a studiare, cambiare il linguaggio e rimettersi in gioco come professionisti, ma seppur spaventati, lo hanno fatto con passione e con un supporto formativo importante. Lo studio e il confronto ci ha permesso anche di crescere come persone, perché la cura produce entusiasmo, che sappiamo bene essere la più forte leva motivazionale, che connette il gruppo, e che ci rende "forti".

## CONCLUSIONI

L'assistenza sanitaria comunicata con una formulazione non specifica e poco chiara porta a incongruenze dovute a divergenze nella denominazione dei bisogni di assistenza dei pazienti (diagnosi infermieristica), interventi infermieristici e obiettivi di trattamento (Bebis, 2019). Le conseguenze di un'assistenza comunicata in modalità non specifica possono essere molteplici e ricadere su più livelli: sul sistema, sugli operatori e sugli assistiti stessi. La presenza e un corretto utilizzo del linguaggio standardizzato permette infatti di:

- Rendicontare l'attività assistenziale dando in questo modo una valorizzazione professionale anche in termini economici
- Permettere una concordanza linguistica all'interno della professione stessa
- Dare evidenza agli esiti di salute derivanti dall'assistenza infermieristica tramite un'accurata valutazione degli stessi

Le terminologie standardizzate (SNTs) sono strumenti di comunicazione fondamentali per gli infermieri e gli altri professionisti della salute nel supportare la pianificazione, l'erogazione e la valutazione dell'assistenza infermieristica nonché nella misurazione degli esiti di salute degli assistiti e nella definizione della gestione delle risorse, della produttività e dei costi (Mazzoleni, 2016). Gli esiti sui pazienti sensibili all'assistenza infermieristica sono definiti come quegli esiti di «pertinenza infermieristica, che ricadono nell'ambito e nel dominio della pratica

degli infermieri, e per il quale esiste evidenza empirica che collega gli interventi infermieristici agli esiti sui pazienti» (Doran, 2003). Il sistema standardizzato dei linguaggi infermieristici esprime e concettualizza oggettivamente il fenomeno infermieristico e chiarisce il processo infermieristico degli individui utilizzando i problemi degli individui in un termine tecnico comune (Tornvall, 2017). L'utilizzo di un linguaggio infermieristico standardizzato contribuisce alla qualità dell'assistenza in quanto favorisce la continuità assistenziale potenziando la coerenza delle comunicazioni della documentazione delle informazioni, aumentando a sua volta la sicurezza per il paziente (Rabelo-Silva, 2016). Inoltre, l'utilizzo di un linguaggio standardizzato facilita il raggiungimento degli obiettivi, la pianificazione e valutazione dei risultati orientate all'obiettivo e al risultato facilitato del processo infermieristico avanzato nella pratica clinica (Muller Staub, 2008).

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Team multiprofessionale (Infermiere dei setting di progetto caring leader responsabili infermieristici e ostetrici )  
Direzione Dipartimento Infermieristico e Ostetrico

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Start up formazione nel mese di maggio 2022 ad oggi, con monitoraggio bimestrale dello stato di avanzamento e verifica a campione della Presenza di Pianificazione Assistenziale Individualizzata (PAI) con metodo GNNN nella documentazione assistenziale ed implementazione di Primary nursing nei setting di implementazione.

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Tra i sistemi linguistici infermieristici standardizzati più comuni troviamo NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) e NIC (Nursing Intervention Classification) (Tastan, 2014). L'uso di NANDA-I fornisce la base per selezionare gli interventi infermieristici per ottenere risultati di cui l'infermiere è responsabile e fornisce un linguaggio standardizzato per articolare i problemi che incontrano quotidianamente (Lucena, 2019). L'utilizzo dei NOC permette di fornire misurazioni oggettive rispetto l'esito di salute, infine, l'uso della NIC, quindi la pianificazione degli interventi, consente agli infermieri di focalizzare i comportamenti infermieristici, il che aiuta a risolvere il problema infermieristico (Larijsani, 2019). La creazione e l'utilizzo di collegamenti NANDA-I, NOC, NIC (NNN) consente un'assistenza infermieristica appropriata per la condizione di salute di un individuo (Johnson, 2012). L'utilizzo di collegamenti NNN concorre per la pianificazione degli esiti di cura infermieristici e sull'intervento dei piani di cura. Utilizzando i collegamenti NNN, gli infermieri valutano continuamente la situazione e adattano il NNN per soddisfare le esigenze uniche e diverse di ciascun paziente (Bebis, 2019). I risultati raggiunti dai pazienti sono l'indicatore più importante della qualità dell'assistenza sanitaria, di cui l'assistenza infermieristica e ostetrica sono parte integrante.

# 3 HIGH CARE: gestione dell' intensità' clinico/assistenziale medio-alta nelle degenze mediche

## DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda USL Toscana sudest

## UNITA' OPERATIVA

Dipartimento Medicina Interna e Specialistica (DIMIS)

## DIRETTORE

Dott. Massimo Alessandri

## REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Beatrice Pisani

## AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	EMAIL
ANDREA MONTAGNANI	Direttore UOC di Medicina Interna	
VIANELLA AGOSTINELLI	Direttore Dipartimento delle professioni Infermieristiche e Ostetriche	
ROBERTA PETRI	Responsabile infermieristico area medica	
SILVANA MECHERONI	Inf con Incarico di organizzazione pratica e processi professionali	
BEATRICE PISANI	Inf con Incarico di organizzazione processi clinici assistenziali integrati	beatrice.pisani@uslsudest.toscana.it
SILVIA BELLUCCI	Resp. Infermieristico Formazione Ricerca e lean management	



## ABSTRACT

La Regione Toscana, per rispondere ad un profondo cambiamento, sia del sistema nazionale di finanziamento, sia dei profili epidemiologici e sociali, ha ridisegnato l'ordinamento del SSR spingendo verso una riorganizzazione del sistema delle cure e dell'assistenza e delle attività ospedaliere differenziandole secondo l'intensità di cura clinico assistenziale; questo consente il superamento dei precedenti modelli organizzativi basati prevalentemente sulla patologia d'organo.

La Azienda USL Toscana Sud Est con un'organizzazione dipartimentale di tipo gestionale e con la creazione di Aree Organizzative di Presidio (AOP), che aggregano più Moduli Assistenziali, ha cercato di assicurare una programmazione condivisa, coordinata e razionale. Il Dipartimento di Medicina Interna e Specialistiche in collaborazione con il Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche; nel tentativo di migliorare la qualità clinico-assistenziale espressa nelle UUOO ad esso afferenti propone una rimodulazione dei livelli assistenziali suggerendo punti comuni generali e condivisi come una contestualizzazione di tali principi nella realtà di ogni AOP coinvolta.

La visione dipartimentale e l'ottimizzazione delle AO di Presidio possono giocare un ruolo fondamentale nel miglioramento della cura nei reparti di Area Medica dei Presidi della Azienda USLToscana Sud Est.

I livelli assistenziali espressi al momento in ambito ospedaliero sono:

- Livello I terapia intensiva e sub intensiva (alta intensità).
- Livello II acuti con ricovero ordinario-urgente (media intensità).
- Livello III post-acuti il quale dovrebbe trovare la propria dimensione in ambiti territoriali e/o attività assistenziali a ciclo diurno (bassa intensità).

Nelle UUOO che fanno parte delle AOP Mediche dei Presidi Ospedalieri della Azienda USL Toscana Sud Est sono normalmente ricoverati pazienti che richiedono un'intensità di cura di Livello 2. Nell'ambito di tale livello sono ricoverati pazienti con un range di complessità clinico/assistenziale molto ampio determinando potenzialmente inappropriata in difetto o in eccesso sia dal punto di vista clinico che di modulo assistenziale.

## OBIETTIVO GENERALE

La progettualità si propone di organizzare una risposta clinico-assistenziale progressiva e proporzionata al bisogno di salute determinato in base al livello di complessità clinico assistenziale. A tale fine la nuova organizzazione ha lo scopo di codificare le modalità di gestione del paziente ricoverato in AOP Medica con un'intensità clinico/assistenziale medio-alta Livello 2A (L2A) il quale sarà assistito in un modulo denominato HIGH-CARE (HC), ben definito sia per risorse di personale sia per quelle tecnologiche per la misurazione multiparametrica dei parametri vitali.

Tutti gli altri pazienti continueranno ad essere assistiti in moduli di degenza ordinaria di Livello 2 (L2).

## OBIETTIVI SPECIFICI

Il progetto è proposto a tutte le UUOO afferenti al DIMIS ed a tutti i moduli infermieristici che condividono i pazienti con le medesime UUOO. Ogni AOP Medica contestualizzerà il progetto in base alle risorse umane e tecnologiche presenti nel Presidio. Per Livello 2A si intende quel livello clinico/assistenziale caratterizzato da un frequente monitoraggio dei segni vitali e/o interventi diagnostico-terapeutici e/o assistenziali mirati.

**Gestione Del Paziente Ad Intensità Clinico/Assistenziale Medio-Alta (Livello 2a) Nelle Aop Degenze Mediche Dimis-Dipio** : Questo tipo di approccio assistenziale è di solito giustificato dalla “complessità” del paziente nel quale potrà essere compromessa una o più delle funzioni vitali e/o d'organo, come è possibile frequentemente ritrovare nel seguente elenco di quadri patologici:

- Insufficienza respiratoria acuta
- Insufficienza cardiaca grave
- Sepsi grave
- Patologie respiratorie
- Patologie cardiache
- Urgenze metaboliche (chetoacidosi diabetica, sindrome iperglicemica iperosmolare, gravi turbe idroelettrolitiche, encefalopatie gravi, ect)
- Problematiche post-operatorie
- Elevato indice di dipendenza dall'assistenza infermieristica che determina la complessità assistenziale della persona

L'elevata intensità clinico-assistenziale delle precedenti condizioni patologiche è spesso sostenuta dalla plurimorbilità che rende particolarmente necessaria una gestione multidisciplinare ed olistica che dovrà pertanto caratterizzare il livello 2A.

Il livello di intensità medica è determinato dal tipo di complessità clinica, quindi prevalentemente dalla patologia/e e dalla fragilità del paziente.

La complessità assistenziale è determinata dal livello di compromissione dei bisogni assistenziali (bio-psico-sociali), dall'impegno legato alle procedure diagnostiche e terapeutiche e dallo stato clinico del paziente.

Indipendentemente dalla provenienza del paziente (PS, UTI, Aree Chirurgiche, etc) l'accesso in 2 A è determinato da un team di Valutazione di Intensità Clinico/Assistenziale (VALI-Team) di cui fanno parte il Medico di Guardia del livello 2A e l'Infermiere di turno identificato dal tabulato di servizio (Infermiere di Valutazione).

## RISULTATI ATTESI

Il punto focale sarà rappresentato dalla pratica collaborativa interprofessionale, che privilegia interazione e confronto tra i professionisti coinvolti, interagendo con i medici di riferimento delle UUOO afferenti al modulo 2A. Il modello organizzativo assistenziale è il Primary Nursing che prevede un infermiere di riferimento per ogni assistito ricoverato. Le risorse infermieristiche dedicate al modulo nel livello 2A conterranno mediamente un rapporto di un infermiere ogni sei posti letto con una flessibilità basata sia alla complessità dell'assistito che alle attività del turno di lavoro.

Per accertare i bisogni assistenziali verrà adottato il modello funzionale di M. Gordon e per la pianificazione dell'assistenza saranno utilizzate tassonomie NNN: NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcome Classification) e NIC (Nursing Intervention Classification). Scegliendo questa metodica è possibile mettere in atto le migliori pratiche assistenziali basate sulle ultime evidenze scientifiche e misurare gli esiti correlati all'assistenza infermieristica.

Prima dell'avvio del progetto e poi successivamente in modo continuativo, il personale infermieristico ed OSS assegnato al modulo 2A è stato supportato con percorsi formativi mirati all'acquisizione ed al mantenimento di conoscenze assistenziali avanzate e competenze ad elevata specialità.

Nell'orario di lavoro è quotidianamente esplicitato l'Infermiere di Riferimento (Primary Nurse) e il Medico Tutor di UO, responsabili dei pazienti allocati nella 2A.

## CONCLUSIONI: PUNTI DI FORZA DELL'HIGH CARE

- Miglioramento dell'appropriatezza delle cure verso i pazienti con livello clinico/assistenziale più elevato.
- Efficienza creata dalla proporzionalità dell'assistenza verso i bisogni di cura espressi
- Maggiore dinamicità assistenziale verso le esigenze assistenziali del paziente
- Garanzia di un modulo assistenziale infermieristico di elevata performance pur con minori risorse rispetto ai livelli 1 di assistenza (1:6 rispetto a 1:4).
- Facilitare la progressione dei pazienti dai livelli 1 verso le degenze di livello 2 consentendo un decongestionamento di quest'ultime con maggiore appropriatezza ed efficienza di cura.

Le Cure Basate sulla relazione (CBR) Un modello per trasformare la pratica

- Assegnare ed assumere la responsabilità (R+A+A)
- Ambiente curative e terapeutico
- Il paziente e la sua famiglia al centro della cura
- Relazioni a tutti i livelli dell'organizzazione

## RISULTATI ATTESI

- Aumento della qualità percepita da pazienti ed operatori (Fonte Aziendale, questionario)
- Maggiore indice di complessità SDO in Livello 2A vs Livello 2 (Fonte Controllo di gestione)
- In Livello 2A l'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) minore o uguale vs IPDM rilevato in Livello 2 (Fonte Controllo di gestione).

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Team multiprofessionale (Infermiere, Medico, Operatore Socio-Sanitario) Direzione Dipartimento Infermieristico e Ostetrico

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Da mese di Settembre 2022 ad oggi, con monitoraggio mensile dello stato di avanzamento .

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE:

Gli strumenti operativi, che insieme al giudizio clinico, consentiranno al Team Medico/Infermieristico la stratificazione saranno:

- MEWS
- IDA (Indice di dipendenza assistenziale)



# UMBRIA



Da **Dott.ssa Gabriella Carnio** Dirigente Infermieristico Azienda Ospedaliera di Perugia

## Valutazione esiti consulenze team lesioni da pressioni

# 1

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

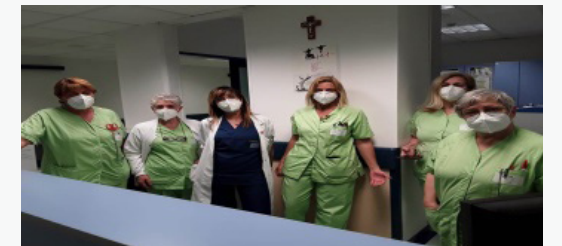
AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

### UNITA' OPERATIVA

SITRO – Servizio Infermieristico, Tecnico Sanitario, Riabilitativo ed Ostetrico

### REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Assunta Borchiellini



### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	EMAIL
ASSUNTA BORCHIELLINI	assunta.borchiellini@ospedale.perugia.it
CRISTINA URBINI	cristina.urbini@ospedale.perugia.it

### ABSTRACT

Dal 1 Ottobre 2019, all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, si è istituita l'attività di consulenza del Team infermieristico per le lesioni da pressione, composto da infermieri e coordinatori infermieristici con specifica formazione e competenza consolidata nel campo della prevenzione e del trattamento delle lesioni.

La consulenza può essere richiesta da ogni medico dirigente o specializzando di ogni Struttura Complessa attraverso il portale "Galileo".

Le possibili richieste sono: valutazione lesione, medicazione lesione, appropriatezza ausili

Il coordinatore del team prende in carico le richieste di consulenza giornalmente e pianifica le attività dei membri dello stesso, durante l'orario di servizio.

Il lavoro del team si svolge in stretta collaborazione con il personale di reparto che ha in cura l'assistito.

Per ogni consulenza il team ha previsto un'azione di verifica del proprio operato con la redazione una "scheda di consulenza" che analizza gli outcome di efficacia ,con la finalità di raccogliere i dati.

### OBIETTIVO GENERALE

Valutare l'appropriatezza nell'erogazione delle consulenze e raccolta e analisi i dati, implementazione delle conoscenze in merito alla prevenzione e alla cura delle lesioni da pressione

### OBIETTIVI SPECIFICI

Avere dati specifici sul numero delle richieste dei reparti, il numero di lesioni riscontrate ,il numero delle lesioni nei vari stadi e sedi e quante risultano migliorate, stazionarie o peggiorate.

### RISULTATI ATTESI

Analisi dell' appropriatezza di uso delle linee guida aziendali messe in relazione alle consulenze effettuate con i casi migliorati, stazionari o peggiorati.

### CONCLUSIONI

L'idea del progetto di revisione e miglioramento nasce dall'analisi delle schede di consulenza compilate e inserite in un foglio di lavoro Excel. I dati emersi fungono da prima valutazione, al tempo zero, della situazione attuale del fenomeno nell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Invece l'intero progetto sarà valutato mediante l'utilizzo della nuova "scheda di valutazione ldp", inserita nel protocollo aziendale revisionato, a 12 mesi dalla quale emergeranno dati dettagliati sul fenomeno in termini di incidenza e outcomes.

### PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri ,oss, medici

### TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

1 anno

### SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?

Si "Galileo"

## Miglioramenti Evolutivi nella Implementazione del modello assistenziale " PRIMARY NURSING" in Unità Spinale Unipolare di Perugia

2

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

### UNITA' OPERATIVA

Unità Spinale

### DIRETTORE

Dr. Sauro Biscotto

### REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Assunta Borchiellini

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	EMAIL
ASSUNTA BORCHIELLINI	assunta.borchiellini@ospedale.perugia.it
CRISTINA URBINI	cristina.urbini@ospedale.perugia.it
ERIKA SISANI	erika.sisani@ospedale.perugia.it
ROBERTA RICCI	roberta.l.ricci@ospedale.perugia.it



**ABSTRACT**

Il modello primary nursing nasce a cavallo degli anni '60 e '70 da Marie Manthey. Alla base di questo sistema stanno i principi di un'assistenza personalizzata, continua e di qualità. In Unità Spinale Unipolare viene implementato nel 2017, un infermiere funge da infermiere primario o referente per alcuni pazienti (di solito non più di 2). L'infermiere si prende cura del paziente dall'ingresso in ospedale fino alla sua dimissione. Stabilisce un piano di cura personalizzato e continuativo a cui gli altri membri del team debbono far riferimento quando l'infermiere referente non è in turno, gli altri infermieri sono Associati.

Per superare le varie difficoltà nel corso degli anni sono state fatte variazioni riferite:

1. inizialmente infermieri diurni, ora tutti gli infermieri scelti per competenze e specificità
2. organizzazione delle mini equipè inizialmente con gli infermieri associati in assenza del referente, ora per quanto possibile si predilige la presenza dell'infermiere referente
3. inizialmente la cultura medico-centrica ostacolava la reale implementazione, agendo sulle peculiarità professionali infermieristiche e sulla sua autonomia gestionale, allo stato attuale i professionisti lavorano in sincronia per il raggiungimento degli obiettivi comuni dell'assistito.

**OBIETTIVO GENERALE**

Miglioramento dell'assistenza infermieristica che rappresenta un potenziale fattore di cambiamento ad alta significatività e costituisce il settore del sistema sanitario maggiormente interessato all'inevitabile processo di riposizionamento del sistema salute.

**OBIETTIVI SPECIFICI**

L'evoluzione del modello Primary ha come obiettivo sia le risposte che l'organizzazione intende dare ai propri assistiti, che il valore della crescita e autonomia della professione infermieristica finalizzato a dare una risposta migliore ai bisogni specifici.

**RISULTATI ATTESI**

Aumento del grado di soddisfazione degli assistiti e degli operatori misurate con un questionario iniziale e a distanza di 5 anni.

**CONCLUSIONI**

Il Miglioramento continuo dell'implementazione del Primary è in linea con i cambiamenti che hanno interessato nel corso degli ultimi anni i sistemi sanitari di diversi Paesi che sono stati numerosi e hanno riguardato soprattutto la legislazione, l'organizzazione, il finanziamento e la tecnologia, a tutto questo vanno aggiunti l'evoluzione delle diverse branche della scienza medica (nella diagnosi e nel trattamento delle malattie) e lo sviluppo della scienza infermieristica.

Lo scopo dei modelli assistenziali è quello di sfruttare al massimo le risorse infermieristiche disponibili cercando di garantire la sicurezza e la qualità nelle cure

Ci aspettiamo dei risultati che vedano l'aumento del grado di soddisfazione, già elevato inizialmente, sia degli assistiti che degli operatori.

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI**

Cordinatore infermieri oss fisioterapisti medici

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

1 anno

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?**

Si "Galileo"

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?**

Piattaforma call-conference "TEAMS"

## 3

## Gruppi di miglioramento su aspetti clinici, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali: implementazione delle procedure nel Blocco Operatorio “L. Moggi”

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

### UNITA' OPERATIVA

Blocco Operatorio “Luigi Moggi”

### REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Catia Castraberte

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	EMAIL
CATIA CASTRABERTE	catia.castraberte@ospedale.perugia.it
MAURO GIAPPICHINI	mauro.giappichini@ospedale.perugia.it
MARA ISA	mara.isa@ospedale.perugia.it

### ABSTRACT

Il blocco operatorio costituisce una piattaforma fondamentale in tutte le Aziende Sanitarie e la sua gestione richiede competenze specifiche.

La complessità del funzionamento di un blocco operatorio comporta, al personale medico e infermieristico, che gravita attorno a questo nucleo funzionale, l'attenzione a diversi aspetti organizzativi:

- Elevate competenze specialistiche
- Gestione dei Rapporti Umani;
- Conoscenze approfondite del materiale da utilizzare in ogni setting operatorio
- Competenze Informatiche;
- Risk Management.

I molteplici fattori di che determinano la complessità di un blocco operatorio sono:

- multi professionalità;

- tipologia delle procedure;
- tecnologia;
- difficoltà di comunicazione tra i diversi professionisti;
- urgenza/emergenza con cui i processi devono essere eseguiti.

Il Ministero della Salute ha pubblicato un manuale che comprende le Linee Guida e la Check List per la Sicurezza in Sala Operatoria, riferimento fondamentale di tutti i professionisti.

### OBIETTIVO GENERALE

Il progetto, ha lo scopo, di ampliare gli ambiti di competenza del personale dei Blocchi Operatori dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, analizzando, migliorando e valutando il percorso dell'utente chirurgico nel rispetto di quanto descritto dagli Obiettivi Ministeriali per la Sicurezza in Sala Operatoria per il Monitoraggio e la Gestione del Rischio Clinico.

### OBIETTIVI SPECIFICI

- Ottimizzare lo svolgimento delle attività all'interno del Blocco Operatorio per garantire la massima sicurezza delle persone assistite coinvolte nelle fasi del processo di cura;
- Rafforzare i processi Pre-Operatori, Intra-Operatori e Post-Operatori;
- Garantire la sicurezza delle cure attraverso l'utilizzo dei gestionali informatici con l'impiego di un braccialetto - barcode nelle fasi di:
  - Identificazione della persona assistita;
  - Somministrazione della terapia;
  - Somministrazione di Emoderivati;
  - Gestione e identificazione sicura dei campioni anatomici chirurgici.
- Garantire continuità assistenziale collaborando in sinergia con le altre figure professionali;
- Partecipare attivamente ai processi di cambiamento professionale, culturale ed organizzativo dei Blocchi Operatori, uniformando metodi e contenuti.

### RISULTATI ATTESI

Il monitoraggio dei risultati attesi viene effettuato tramite la valutazione formativa eseguita: in itinere grazie alla supervisione dei Tutor designati all'interno dei Gruppi di Miglioramento, a medio e lungo termine attraverso indicatori di processo e di esito.

Ogni 30 giorni verranno programmate riunioni finalizzate a far emergere criticità e favorire il processo continuo di miglioramento.

I Professionisti formati saranno a loro volta formatori e tutor al fine di estendere tale formazione a tutti gli altri blocchi operatori dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Il progetto, ha l'obiettivo primario di migliorare la prevenzione, il monitoraggio e la gestione del rischio clinico in

Sala Operatoria.

La presa in carico dal punto di vista olistico della persona volta al miglioramento della qualità percepita dovrà osservare gli obiettivi Ministeriali per la Sicurezza in Sala Operatoria.

I gestionali informatici impiegati (Galileo, Orma

web) nel progetto sono già in uso nell'Azienda Ospedaliera di Perugia come sistemi appropriati e sicuri per produrre i cambiamenti sopra descritti.

La formazione tuttavia prevede l'impiego di strumenti formativi e di risorse, quali, affiancamento sul campo e revue interprofessionali di linee guida e procedure già implementate dall'Azienda Ospedaliera di Perugia.

## CONCLUSIONI

La realizzazione del progetto rappresenta una verifica attiva e pratica dei contenuti appresi durante il percorso di tutoraggio.

Il punto di partenza si collega alla metodologia "Learning by Doing" e alle motivazioni a cui il progetto è chiamato a rispondere; mentre il punto di arrivo è l'obiettivo generale che concretizza l'idea iniziale.

"Lavorare per progetti" permette di focalizzarsi sui bisogni della specifica situazione, suddividendoli in obiettivi formativi raggiungibili valorizzando le capacità e le competenze di ogni persona partecipante.

Possiamo dunque affermare che la finalità primaria di tale progetto è la realizzazione di un cambiamento rispondente ad un bisogno formativo tramite le risorse disponibili e nel rispetto degli obiettivi di salute riguardanti la sicurezza di tutti gli Utenti e di tutti i Professionisti che lavorano all'interno della Sala Operatoria.

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Equipe chirurgiche e relative componenti professionali: Anestesisti, Chirurghi, Infermieri, O.S.S., Tecnici della Perfusionazione Cardiovascolare, Coordinatori infermieristici e tecnici di Radiologia Sanitaria Medica, Direttori di Struttura, Incarico organizzativo Area Blocchi Operatori SITRO.

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Entro sei mesi dall'inizio della sperimentazione nel rispetto delle fasi valutative.

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Le fasi del Percorso Operatorio, a scopo didattico, possono essere suddivise in:

- Accesso al Blocco Operatorio;
- Attivazione Controllo Sala Operatoria;
- Controllo Post Sala Operatoria e Dimissione della Persona dalla Sala Operatoria.

La creazione di questo percorso formativo, prevede la modifica e l'integrazione di alcune attività che fanno parte

delle fasi del Percorso Operatorio.

- Nella fase "Accesso al Blocco Operatorio", l'identificazione della persona che dovrà sottoporsi all'intervento chirurgico sarà "automatica" cioè con un Barcode. La persona accede alla Sala Operatoria con due braccialetti (uno per lato), e l'infermiere dopo essere entrato con le proprie credenziali nel "Gestionale Galileo", procederà all'identificazione della stessa, tramite la lettura del Barcode. Con questa procedura il professionista, potrà anche verificare la prescrizione medica della terapia antibiotica o analgesica da somministrare prima o durante l'intervento chirurgico.
- Nella fase "Attivazione Controllo Sala Operatoria", nella Check List "Sicurezza del BO", oltre alla Firma dall'Infermiere dovranno essere presenti le Firme del Medico-Chirurgo e del Medico-Anestesista, questo in attesa dell'informatizzazione sul gestionale aziendale della check list che al momento è compilata su materiale cartaceo. Inoltre se si dovesse verificare la necessità di somministrare Emoderivati, la richiesta verrà effettuata nella modalità "Informatizzata", sempre grazie al controllo con il Barcode, sia da parte del Medico Richiedente che da parte del Professionista Somministratore.
- Nella fase "Post Sala Operatoria e Dimissione dal Blocco Operatorio", le richieste dei pezzi anatomici saranno informatizzate grazie alla stampa in tempo reale di tutte le etichette definitive necessarie. Inoltre, verrà stampato un elenco riepilogativo dei campioni da consegnare in anatomia patologica. Infatti, in considerazione dell'elevato numero di campioni e dei numerosi passaggi che possono interessare il materiale stesso, dalla sua escissione/prelievo fino all'archiviazione (consulenza, revisione, inserimento in casistiche a scopo di ricerca), è reso obbligatorio garantire da parte della Struttura Aziendale la TRACCIABILITA' (TRACKING) e la RINTRACCIABILITA' (TRACING) del materiale che deve interessare tutte le fasi del processo.

## SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?

Si

## SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?

Si

## SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?

Si

Da **Dott. Piero Fiordelli** Direzione Servizio Tecnico Sanitario Azienda  
USL Umbria 1

# 4

## La Radiologia Domiciliare, alla luce dell'applicazione del D.M. 77/2022: Modelli e Standard per lo sviluppo dell'Assistenza nel Territorio

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AZIENDA USL UMBRIA 1

### UNITA' OPERATIVA

FISICA SANITARIA f.f. Dr. Andrea Pentiricci- DIREZIONE SERVIZIO TECNICO SANITARIO Dr. Piero Fiordelli-  
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIRETTORE Dr. Valter Papa.

### REFERENTE DEL PROGETTO

Dott. Graziano Lepri

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	EMAIL
ANDREA PENTIRICCI	andrea.pentiricci@uslumbria1.it
AURO FERRANTI	auro.ferranti@uslumbria1.it
EMILIO PAOLO ABBRITTI	emilio.abbritti@uslumbria1.it
GIAMPAOLO ROSSI	giampalo.rossi@uslumbria1.it
GRAZIANO LEPRI	graziano.lepri@uslumbria1.it
MARCELLO NAPPINI	marcello.nappini@uslumbria1.it
PIERO FIORELLI	piero.fiordelli@uslumbria1.it
VALTER PAPA	valter.papa@uslumbria1.it

### ABSTRACT

Con il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 vengono definiti i modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. Con la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza "Reti di Prossimità", strutture e Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, si intende rafforzare le prestazioni sanitarie da erogare sul territorio. La diagnostica per immagini ha avuto da sempre una elevata componente tecnologica; si veda ad esempio l'applicazione della Teleradiologia come sancito dal Rapporto ISTISAN 10/44 "Linee Guida per l'Assicurazione di Qualità in Teleradiologia". Inoltre secondo il Documento Intersocietario SIRM-AIFM "Attività di Radiologia Domiciliare Indicazioni e Raccomandazioni" del 2021, la "radiologia domiciliare comprende tutte le procedure finalizzate all'esecuzione di esami radiografici tradizionali presso il domicilio del Paziente non deambulante e/o non trasportabile sulla base di valutazioni cliniche in tutti quei casi in cui la effettuazione di un esame radiografico a domicilio, o presso una struttura di residenza sanitaria assistita, lo rendono meno gravoso per il Paziente e oneroso in termini di costi, con eguali livelli di accuratezza diagnostica e sicurezza. La "radiologia domiciliare" si pone l'obiettivo di venire incontro, alle esigenze dei pazienti prevalentemente anziani evitando il trasferimento presso gli ambulatori e i possibili rischi di infezioni, o qualora ci siano delle difficoltà logistiche nella effettuazione di esami radiografici".

Grazie all'utilizzo dell'innovazione tecnologica e alle infrastrutture informatiche già presenti all'interno della Az.USL Umbria1, quali il Ris (Radiology Information System) e il PACS (Picture Archiving and Communication System) e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), si può contribuire ad una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale attraverso percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) innovativi grazie anche all'introduzione del Servizio di Radiologia Domiciliare: "la casa come primo luogo di cura".

### OBIETTIVO GENERALE

Il presente progetto si pone come obiettivo, l'esecuzione di esami di radiologia tradizionale, presso le residenze sanitarie assistite (RSA) e/o residenze protette (RP) ed il domicilio del paziente non deambulante e/o non trasportabile sulla base di valutazioni cliniche. La radiologia domiciliare, infatti, è una metodica radiologica in costante evoluzione, come dimostrano le numerose esperienze già consolidate in varie regioni italiane.

L'esame radiologico effettuato al domicilio della persona assistita, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, non comporta un aumento di costi, mantiene positivo il saldo del rapporto costo/efficacia e produce i seguenti vantaggi:

- integrazione con i percorsi di assistenza domiciliare integrata (A.D.I.).
- riduzione dei costi diretti/indiretti per trasporto sanitario con automezzi medicalizzati;
- riduzione dei costi sociali per i caregiver e familiari delle persone fragili;

### OBIETTIVI SPECIFICI

"La Radiologia Domiciliare si integra al servizio di assistenza domiciliare, che fornisce prestazioni medico-specialistiche, infermieristiche e socio-sanitarie, per la cura del malato nella propria abitazione, evitando ricoveri in ospedale o altre strutture sanitarie. Tale servizio è garantito in ogni Distretto Socio Sanitario e sarà attivato tramite il Punto Unico di Accesso (PUA); il PUA funge da raccordo nella rete assistenziale ospedale/territorio per ottimizzare la presa in carico da parte dei Servizi Territoriali di persone che necessitano di una gestione

socio-sanitaria integrata, volta a mantenere la stabilizzazione clinica, il recupero funzionale possibile nonché il reinserimento nel contesto socio-assistenziale adeguato.”

“Il Servizio di Diagnostica Domiciliare si può configurare come una prestazione sanitaria erogata in regime di assistenza domiciliare ed è rivolto a tutti i soggetti con oggettive difficoltà legate alla mobilitazione e al trasferimento ospedaliero, ovvero pazienti portatori di disabilità, malati oncologici in fase terminale, pazienti soggetti a gravi malattie neurologiche, pazienti post-traumatici gravi ed in fase di ripresa da intervento chirurgico, nonché utenti ospiti di residenze sanitarie assistite (RSA) e/o residenze protette (RP).”

## RISULTATI ATTESI.

L' Azienda Usl Umbria1 sta predisponendo il servizio sperimentale di Radiologia Domiciliare. Ai fini del potenziamento dell'assistenza territoriale previsto dal DECRETO 23 maggio 2022, n. 77. è prevista una fase di sperimentazione della durata di sei mesi, da porre in essere presso il Distretto del Trasimeno, con decorrenza Giugno 2023; durante tale periodo saranno monitorati i seguenti indicatori:

- Appropriatezza delle richieste dei Medici di Medicina Generale e/o Specialisti pervenute al Punto Unico di Accesso:** numero richieste appropriate / numero totale richieste  $\geq 70\%$
- Appropriatezza delle richieste in base al D. Lgs. 31 luglio 2020, n. 101 e s.m.i.:** numero richieste appropriate / numero totale richieste  $\geq 70\%$
- Grado di soddisfazione dell'utenza:** questionari di gradimento positivi  $>$  del 80% del totale dei questionari.

## CONCLUSIONI

La Radiologia Domiciliare offre un servizio di alta qualità e specializzazione al paziente che si trova in condizioni di “fragilità”: in particolare contribuisce a migliorare la qualità della vita adeguando contestualmente l'offerta dei servizi ai nuovi scenari socio-economici e di politica sanitaria.

Il servizio va ad integrare le attività previste nell'ambito di un percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA ) capace di rispondere alle nuove esigenze e ai nuovi bisogni del cittadino, soprattutto in funzione all'aumento della vita media e alla conseguente cronicizzazione delle patologie.

Con l'introduzione del servizio di Radiologia Domiciliare si avrà, come dimostrato dall'analisi dei costi/benefici condotta dall'USL Umbria 1 per l'Rx Torace, una **riduzione dei costi** diretti/indiretti per trasporto sanitario con automezzi medicalizzati, una diminuzione dei costi sociali per i caregiver e l'integrazione con i percorsi di Assistenza Domiciliare Integrata. Inoltre, dai dati raccolti dall'analisi si evince che, pur nella diversità dovuta a situazioni geografiche diverse, il risparmio di un esame Rx Torace eseguito in domicilio del paziente, rispetto a un esame eseguito nel servizio di Radiologia comporta una riduzione di circa 30 euro.

**La Mission** della Radiologia Domiciliare è quella di offrire delle prestazioni radiologiche di alta qualità, in assoluta sicurezza, ai pazienti impossibilitati o con grave difficoltà a muoversi dal proprio domicilio.

Il servizio di Radiologia Domiciliare è rivolto a persone affette da patologie polmonari, cardiache, oncologiche, neurologiche, osteoarticolari e persone sottoposte ad interventi ortopedici per posizionamento protesi, persone con difficoltà di movimento o non deambulanti, area della disabilità grave.

**I principali esami diagnostici effettuabili sono:** esami radiologici del torace, esami radiologici del bacino, esami radiologici dell'anca, esami radiologici delle articolazioni (spalla, gomito, polso, ginocchio e caviglia), esami radiologici degli arti superiori ed inferiori, esami radiologici mano e piede.

Il servizio di Radiologia Domiciliare, si integra completamente al servizio di radiologia ospedaliera e territoriale, esso rappresenta un'opportunità in più di assistere al proprio domicilio, tutte quelle persone, che si trovano in condizioni di fragilità in maniera permanente o temporanea.

Un ulteriore vantaggio per il paziente riguarda la **sfera psico-sociale**, dal momento che per molti pazienti con patologie gravi, è difficile relazionarsi con il mondo esterno, perciò portare questo tipo di prestazione al suo domicilio, vicino ai suoi affetti, lo renderà più **sicuro e collaborante** nei confronti dei professionisti sanitari. D'altro canto è un'opportunità importante anche per il Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, poiché in questo modo riesce a sviluppare una miglior **capacità relazionale** nel rispetto del paziente e di chi lo assiste.

## PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

**Medico di Medicina Generale e Medico Specialista:** prescrive la richiesta dematerializzata di esecuzione di prestazione di radiologia domiciliare.

**Infermiere servizio Punto Unico di Accesso distrettuale:** colui che riceve la segnalazione e verifica la documentazione e provvede a trasmetterla con le indicazioni necessarie al Servizio di Radiologia.

**Medico Radiologo:** valuta e giustifica l'appropriatezza delle richieste in base al D. Lgs. 31 luglio 2020, n. 101 e s.m.i. e stila il referto dell'esame radiologico eseguito a domicilio.

**Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM):** va ad integrare l'equipe dei professionisti dell'Assistenza Domiciliare Integrata, esegue l'esame radiografico a domicilio del paziente secondo i protocolli stabiliti con il Medico radiologo, è responsabile dell'atto tecnico di sua competenza operando in piena sicurezza (lato operatore e lato paziente) e contribuisce ad instaurare un rapporto di fiducia con il paziente e i familiari a favore del buon esito della prestazione.

**Specialista in Fisica Medica (art. 160 D.lgs. 101/20):** fornisce consulenza specialistica, ove opportuno, sulle questioni riguardanti la fisica delle radiazioni in relazione al rispetto dei requisiti del Titolo XIII D.lgs. 101/20 e s.m.i..

**Esperto di Radioprotezione:** incaricato dal datore di lavoro o dall'esercente, per gli adempimenti di cui all'art. 130 D.lgs. 101/20 s.m.i.

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO.

Nel primo semestre del 2023 è già stata acquistata e configurata la componente sia Software che Hardware ed è stato stilato e approvato il documento relativo alla procedura operativa Dip. Serv Rad Rev. 00 del 31/03/2023 avente ad oggetto “Attivazione Servizio Sperimentale di Radiologia Domiciliare Distretto del Trasimeno”, elaborato dal gruppo di lavoro aziendale, ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime di sicurezza per operatori e pazienti e nel pieno rispetto dei protocolli di sicurezza informatica e di privacy.

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE.**

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?**

Si sono presenti soluzioni software ovvero il Ris ( Radiology Information System) e il PACS (Picture Archiving and Communication System) e l' utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico.

**SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI?**

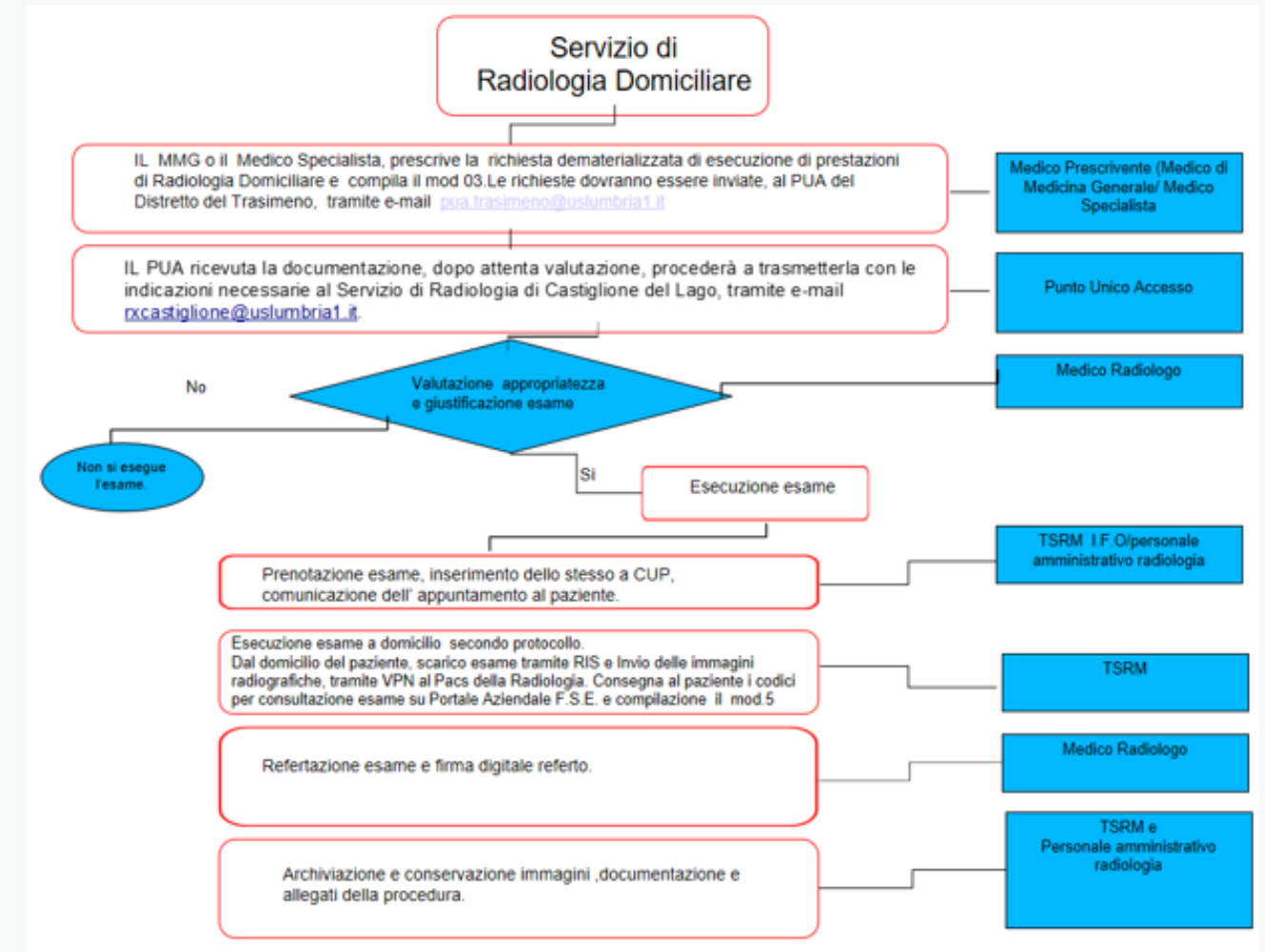
Si, sono già presenti nell'Azienda Usl Umbria 1.

**SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?**

Tubo Radiogeno Portatile e Cassetta Radiografica Wi/Fi.

**Segue Work Flow.**

**WORK FLOW SERVIZIO RADIOLOGIA DOMICILIARE.**





Da **Dott. Arturo Pasqualucci** Direttore Infermieristico Ostetrico  
Tecnico Sanitario Riabilitativo Azienda Ospedaliera di Perugia

5

## Progettazione e sviluppo dell'indagine di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) nell'Azienda Ospedaliera di Perugia

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

### UNITA' OPERATIVA

Servizio Infermieristico Ostetrico Tecnico sanitario Riabilitativo

### DIRETTORE

Dott. Arturo Pasqualucci

### REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Patrizia Ciotti

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	EMAIL
PATRIZIA CIOTTI	patrizia.ciotti@ospedale.perugia.it
DEBORA TUTERI	dmstuteri@gmail.com
RADICCHI GRETA	greta.radicchi@libero.it



### ABSTRACT

In accordo con il primo rapporto globale dell'OMS, le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano un fattore determinante e dell'aumento di morbilità e mortalità e dell'incremento dei costi relativi all'assistenza sanitaria. La sfida futura oltre che essere incentrata nella prevenzione delle ICA, mira quindi all'individuazione precoce di eventuali focolai infettivi in ambito ospedaliero. L'indagine di prevalenza fornisce una fotografia istantanea dalla quale partire per implementare e migliorare le misure preventive ed attuative nella realtà sanitaria scelta. Il progetto prevede quindi la pianificazione e programmazione dello studio di prevalenza delle ICA all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

### MATERIALI E METODI

Il progetto prevede l'utilizzo e compilazione per ciascun caso incluso nell'indagine della scheda di rilevazione delle ICA utilizzata dall' European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) per lo studio europeo di prevalenza delle ICA (2013).

Il progetto prevede lo sviluppo della SWOT Analysis come strumento di valutazione del progetto stesso. Il fine è quello di identificare ed implementare eventuali punti di forza e di correggere e ridurre i possibili punti di debolezza. Lo scopo è quello di pianificare attività di miglioramento in relazione alle opportunità emerse dall' analisi del progetto.

### OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo generale è la pianificazione e sviluppo dell'indagine epidemiologica di prevalenza finalizzata a fornire al Comitato delle Infezioni Ospedaliere (CIO) un'analisi del contesto aziendale dalla quale partire per migliorare ed implementare le misure di sorveglianza delle ICA.

### OBIETTIVI SPECIFICI

- Realizzare il gruppo di lavoro;
- Formare il gruppo per la rilevazione e la raccolta dei dati;
- Realizzare l'indagine di prevalenza;
- Analizzare i dati;
- Identificare i principali microrganismi responsabili;
- Identificare i principali siti di infezione;
- Rilevare l'utilizzo e la classe di antibiotico il giorno dello studio;
- Mettere in atto le azioni preventive.

### RISULTATI ATTESI

I dati ottenuti verranno analizzati al fine di definire e descrivere:

- La popolazione in oggetto di studio in termini di distribuzione per caratteristiche anagrafiche e per specialità medica;

- La prevalenza delle ICA e la variabilità delle stesse per le sedi coinvolte;
- L'utilizzo di antibiotico e la tipologia di trattamento;
- Principali siti di infezione;
- Microrganismi maggiormente responsabili.

L'analisi dei dati è altresì volta all'identificazione e declinazione di eventuali Bias riscontrati durante l'indagine.

Tramite questo progetto l'Azienda Ospedaliera di Perugia mira a fornire al Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) un indicatore puntuale ed oggettivo. L'intento è quello di integrare i risultati ottenuti con altri indicatori, quali procedure in uso, utilizzo di antibiotici, percorsi diagnostico-terapeutici dedicati, programmi di pulizia e sanificazione, sensibilizzazione e formazione del personale, al fine di tradurli in attività fondamentali per una sorveglianza ottimale e un intervento tempestivo ed efficace per la prevenzione delle ICA.

**CONCLUSIONI**

Le ICA risultano essere una delle sfide più attuali e difficile da contrastare all'interno del setting assistenziale ospedaliero. Nonostante ciò, si è evidenziato come più della metà di queste sono prevenibili, soprattutto quelle associate a determinati comportamenti, attraverso la pianificazione di programmi di prevenzione e controllo della trasmissione di infezioni. In accordo quindi con il PNP 20-25 e il PNCAR 2017-2020 la pianificazione e l'attuazione di una sorveglianza epidemiologica all'interno dell'azienda si rende necessaria al fine non solo di quantificare la presenza di ICA ma per identificare e definire i determinanti coinvolti per garantire la messa in opera di quelle misure che si sono dimostrate efficaci nel ridurre al minimo il rischio di complicità infettive.

Sebbene le ICA siano comunemente attribuibili alle variabili del paziente e alla qualità di assistenza fornita, è stato

Attività	IOSO	CIO	Gestione servizi esternalizzati-S.I.T.R.O	Gruppo di rilevazione
Formazione del gruppo di rilevazione	A	I	R	
Individuazione delle U.O coinvolte	A		R	I
Individuazione del campione	A		R	I
Attuazione (compilazione simultanea scheda)	I	I	A	R
Raccolta ed analisi dei dati	I	I	R	
Analisi del progetto (SWOT)	C	C	R	
Reporting al CIO	I	I	R	
Attuazione delle azioni correttive	R	C	R	I

R= Responsabili
A= Supervisore/Approvatore
C= Consultato
I= Informato

infatti dimostrato che un assetto organizzativo dedicato contribuisce a prevenirle.

Attraverso l'indagine di prevalenza, il progetto intende fornire un'istantanea della situazione reale dalla quale

	2022			2023
	Ottobre	Novembre	Dicembre	
Formazione del gruppo di rilevazione				
Individuazione delle U.O coinvolte				
Individuazione del campione				
Attuazione (compilazione simultanea scheda)				
Raccolta ed analisi dei dati				
Analisi del progetto (SWOT)				
Reporting al CIO				
Attuazione delle azioni correttive				

partire per implementare e migliorare le misure preventive ed attuative per contrastare la replicazione e la diffusione delle ICA all'interno dell'Azienda Ospedaliera stessa.

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI**

Attraverso lo sviluppo della matrice di responsabilità secondo il metodo RACI sono state identificati i ruoli dei diversi attori coinvolti nelle varie fasi previste dal progetto.

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

Il progetto si sviluppa in diverse fasi delineate nel sottostante Diagramma di Gantt.

**BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

- Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012. Stockholm:ECDC 2013.
- Global report on infection prevention and control. OMS 2022.
- ISS – Epicentro: l'Epidemiologia per la sanità pubblica; Infezioni correlate all'Assistenza.
- Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025.
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza (PNCAR) 2017-2020.

## 6

## Indagine Osservazionale presso le Terapie Intensive dell'Azienda Ospedaliera di Perugia per monitorare l'applicazione delle procedure di sanificazione da parte dei Professionisti Sanitari e della Ditta Esterna di Pulizie

### DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

### UNITA' OPERATIVA

Servizio Infermieristico Ostetrico Tecnico Sanitario Riabilitativo (SITRO)

### DIRETTORE

Dott. Arturo Pasqualucci

### REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Patrizia Ciotti

### AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	EMAIL
PATRIZIA CIOTTI	patrizia.ciotti@ospedale.perugia.it
RADICCHI GRETA	greta.radicchi@libero.it
DEBORA TUTERI	dmstuteri@gmail.com



### ABSTRACT

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano un fenomeno di frequente riscontro nella realtà ospedaliera: sono causate principalmente da microorganismi che sviluppano multi-resistenza alle terapie antibiotiche. Nel nostro caso, a seguito di controlli microbiologici effettuati con cadenza trimestrale all'interno delle Terapie Intensive dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, sono state riscontrate criticità relative all'applicazione delle procedure di sanificazione aventi come oggetto sia le superfici ad alto rischio che gli apparecchi elettromedicali. Il campo di applicazione dello studio riguarda: Unità di Terapia Intensiva (UTI), Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN), Terapia Intensiva Post-Operatoria Cardiochirurgica (TIPOC), Unità di Terapia Intensiva Respiratoria (UTIR). Il periodo di osservazione va da

Giugno a Dicembre 2022 (una osservazione al mese per ogni Terapia Intensiva).

### MATERIALI E METODI

Sono stati ideati dei corsi di formazione/aggiornamento obbligatori rivolti a tutto il personale (infermieri, OSS, medici ed operatori addetti al servizio di pulizia), che saranno programmati annualmente. La tipologia didattica consiste in lezioni frontali teorico-pratiche con confronto attivo e test finale. Inoltre, per monitorare la corretta pulizia e sanificazione all'interno delle strutture oggetto di studio, sono stati creati degli strumenti di verifica o checklist, tenendo in considerazione i punti di controllo "critici" che possano presentare un'alta carica microbica (arredi, piani di lavoro o elettromedicali). Sono state poi scelte due modalità di controllo: visivo (qualitativo) e bioluminometro (quantitativo). Il controllo visivo consiste nell'utilizzo di un panno di stoffa asciutto, che viene strofinato su una superficie qualsiasi e si valuta, di conseguenza, se il risultato è 1) conforme/pulito; 2) non adeguatamente conforme/da segnalare; 3) non conforme/sporco. Il bioluminometro, invece, è uno strumento che rileva la presenza di ATP (adenosin-trifosfato) mediante tamponi di raccolta passati sull'area interessata della superficie di campionamento. Il bioluminometro riporta sul display un valore espresso in RLU che è direttamente proporzionale alla concentrazione di ATP presente nel campione: nel nostro caso 1) una concentrazione ≤ 100 corrisponde ad un risultato conforme; 2) una concentrazione compresa tra 101 e 150 corrisponde ad un risultato non adeguatamente conforme; 3) una concentrazione ≥ 150 corrisponde ad un risultato non conforme.

Le rilevazioni vengono effettuate entro 30 minuti dal termine delle operazioni di pulizia.

### OBIETTIVO GENERALE E OBIETTIVI SPECIFICI

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI	INTERVENTI
Implementare e verificare la corretta applicazione delle procedure di pulizia e sanificazione	Aggiornare le conoscenze dei professionisti e del personale addetto alle pulizie	- Pianificare corsi di formazione ed aggiornamento - Condividere protocolli e procedure aggiornati
	Realizzare uno strumento di verifica	- Individuare le aree in cui tale strumento può essere applicato - Evidenziare i "punti" oggetto di analisi - Selezionare lo strumento di verifica più opportuno (es. checklist, scheda di monitoraggio)
		- Scegliere la modalità di controllo più idonea per poter effettuare le rilevazioni (es. controllo visivo, utilizzo di uno strumento...)
		- Identificare i valori di riferimento (es. numerici, conforme/non conforme) da comparare con i risultati ottenuti - Validazione dello strumento di verifica creato
	Verificare lo strumento di controllo	- Programmare dei controlli presso le Terapie Intensive oggetto di studio ed applicare lo strumento di controllo creato, al fine di verificarne la correttezza e completezza
		- Analisi dei risultati ottenuti

**RISULTATI ATTESI**

I risultati ottenuti dai rilievi effettuati sono stati attentamente analizzati, monitorati ed interpretati al fine di verificare il raggiungimento o meno degli obiettivi pianificati. I risultati sono stati anche condivisi con il Comitato Infezioni Ospedaliere. Dalle analisi effettuate, sono stati ottenuti risultati conformi, sia dal punto di vista qualitativo (controllo visivo) che quantitativo (bioluminometro). Non sono emerse particolari o gravi incongruenze: tutte le superfici analizzate sono state accuratamente sanificate sia dal personale addetto alle pulizie che dai professionisti sanitari. Si può dire che l'obiettivo principale del progetto è stato raggiunto.

**CONCLUSIONI**

Lo studio mette in luce il fatto che questi controlli periodici rappresentano uno stimolo per tutti coloro che partecipano alla vita di una Unità Operativa/Struttura Complessa. Il semplice fatto di sapere se ci siano microorganismi su una determinata superficie, un elettromedicale o nel sistema di aerazione della stanza, porta a prenderne atto ed attuare azioni correttive. I patogeni responsabili delle infezioni correlate all'assistenza purtroppo sono invisibili ad occhio nudo ed è forse proprio questo il motivo per cui spesso vengono sottovalutati. Per cui, una continua e costante formazione ed aggiornamento del personale coinvolto, un efficace sistema di controllo delle suddette procedure di igiene e sanificazione, l'istituzione di gruppi di miglioramento nelle realtà osservate per l'analisi e restituzione dei dati, la raccolta di proposte e suggerimenti da parte dei professionisti ed operatori delle strutture interessate, le osservazioni e correzioni "peer to peer" (osservazione riflessiva) e la messa in atto di azioni correttive, rappresentano il punto di partenza per creare un ospedale realmente incentrato sull'assistito e la sua salute, al fine di garantire la miglior qualità di vita possibile e soprattutto una maggior sicurezza delle cure.

**PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI**

Il personale interessato è composto da: Posizione Organizzativa delle Professioni Sanitarie - Gestione Servizi Esternalizzati, Coordinatori Infermieristici, personale delle relative Strutture Complesse (infermieri, OSS, medici) e il personale della Ditta esterna di pulizie e sanificazione (Responsabile della Ditta + personale addetto alle pulizie). È stata strutturata una matrice delle responsabilità riguardo le specifiche attività spettanti ad ogni singolo professionista.

ATTIVITA'	P.O. PROFESSIONI SANITARIE - GESTIONE SERVIZI ESTERNALIZZATI	RESPONSABILE DITTA PULIZIE	COORDINATORE INFERMIERISTICO	PERSONALE DELLA STRUTTURA COMPLESSA (INFERMIERI, OSS...)	PERSONALE ADDETTO ALLE PULIZIE
Verificare che il livello di qualità del servizio erogato corrisponda agli standard qualitativi prefissati	X	X			
Supervisionare norme comportamentali e decoro del personale addetto alle pulizie	X	X			
Supervisionare norme comportamentali e decoro dei professionisti sanitari	X		X		
Controllare pulizia e corretto funzionamento macchinari ed attrezzature impiegati per il processo di pulizia e sanificazione	X	X			
Verificare il corretto impiego dei prodotti chimici e materiali di consumo e loro smaltimento		X			
Verificare la corretta applicazione delle metodologie operative (es. utilizzo DPI, applicazione procedure operative...)	X	X	X		
Realizzare ed applicare lo strumento di controllo opportuno per la verifica della corretta sanificazione delle aree a maggior rischio	X	X			
Applicare correttamente le procedure operative di pulizia e sanificazione				X	X
Partecipare a corsi di formazione ed aggiornamento periodici				X	X
Condividere i risultati ottenuti a tutto il personale coinvolto + C.I.O.	X	X			

**TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

È stato creato un cronoprogramma al fine di coordinare le attività in modo preciso e puntuale.

ATTIVITA'	MESI - 2022									
	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	
Controlli microbiologici nelle Terapie Intensive e riscontro di criticità										
Ideazione del progetto										
Nomina del gruppo di lavoro										
Riunione tra P.O Professioni Sanitarie – Gestione Servizi Esternalizzati, Responsabile Ditta Esterna di pulizie e Coordinatori delle rispettive Terapie Intensive										
Realizzazione strumento di controllo opportuno										
Pianificazione corsi di formazione/aggiornamento										
Pianificazione periodo delle osservazioni										
Presentazione dei risultati al Comitato Infezioni Ospedaliere										
Analisi, monitoraggio ed interpretazione dei risultati ottenuti										
Verifica del raggiungimento degli obiettivi pianificati										

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE**

**BIBLIOGRAFIA**

- ANMDO, & PSAF. (2019). Linea guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA).
- Azienda Ospedaliera di Perugia. (2022, Marzo). ManOp\_ AzOsp\_14 - Manuale per il controllo del servizio di pulizia, sanificazione e altri servizi dell’Azienda Ospedaliera di Perugia.
- Azienda Ospedaliera di Perugia. (2022, Settembre). ManOp\_AzOsp\_17 - Manuale per la gestione delle operazioni di pulizia e sanificazione nelle strutture ospedaliere.
- Healthcare-associated infections in intensive care units . (2017). European Centre for Disease Prevention and Control.
- Infezioni correlate all’assistenza. (2021). Tratto da Epicentro-ISS: <https://www.epicentro.iss.it/infezioni-correlate/>
- Ministero della Salute. (2022, Settembre). Infezioni correlate all’assistenza: cosa sono e cosa fare. Tratto da Malattie Infettive: <https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica>
- Otter, J., Yezli, S., & French, G. (2011). The role played by contaminated surfaces in the transmission of nosocomial pathogens. Infection control and hospital epidemiology .
- Suetens, C., Hopkins, S., Kolman, J., & Diaz Högberg, L. (2013). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).
- Tacconelli, E., Cataldo, M., Dancer, S., De Angelis, G., Falcone, M., Frank, U., . . . Cookson, B. (2014). ESCMID guidelines for the management of the infection control measures to reduce transmission of multidrug-resistant Gram-negative bacteria in hospitalized patients. Clinical microbiology and infection.
- Umscheid, C., Mitchell, M., Doshi, J., Agarwal, R., & K., W. (2011). Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. Infection control and hospital epidemiology.
- Weber, D., Rutala, W., Miller, M., Huslage, K., & Sickbert-Bennett, E. (2010). Role of hospital surfaces in the transmission
- of emerging health care-associated pathogens: norovirus, Clostridium difficile, and Acinetobacter species. American Journal of infection control.



ASSICURAZIONE E GESTIONE DEI RISCHI



Creata in Francia nel 1927, Sham - gruppo Relyens è il partner di riferimento degli operatori europei dei settori sanitario e socio-sanitario. Partecipando attivamente alla prevenzione, gestione e copertura dei loro rischi, Sham garantisce la sicurezza, la continuità e la qualità della loro attività, contribuendo a realizzare un sistema di cura più sicuro per pazienti e cittadini.

## Nel 2023, il marchio Sham diventa relyens.

**Il 2 gennaio 2023, il marchio Sham lascerà il posto al marchio Relyens.**

Per affermarsi come Risk Manager degli operatori sanitari in Europa.

Per raggiungere una nuova fase di maturità nel nostro sviluppo di Gruppo mutualistico e servire sempre meglio i nostri clienti e soci.

Per andare ancora oltre, al servizio delle donne e degli uomini che agiscono quotidianamente a favore dell'interesse generale.

**Gestire i rischi,  
condividere la fiducia.®**