Supplemento monografico Sanità 4.0

MONOGRAFIA

Continuità Ospedale-Territorio e Integrated Care: un Approccio Multidisciplinare per il Futuro della Sanità

SANITÀ 4.0
AZIENDE SANITARIE E COMUNI E DIALOGANO

PUBBLICAZIONE DEI FORUM DI FEDERSANITÀ
Confederazione Federsanità ANCI regionali

ACADEMY
FORMARE PER INNOVARE

COMITATO SCIENTIFICO
Fabrizio d'Alba
Gennaro Sosto
Davide Minniti
Paolo Cannas
Lucia Mitello

DIRETTORE RESPONSABILE
Claudio Risso

REDAZIONE
Teresa Bonacci
Sara Albolino

PUBBLICITÀ
FDDI Consulting

PROGETTO GRAFICO
Verso Itaca

INTRODUZIONE

a cura di

Fabrizio d'Alba (Presidente Federsanità-ANCI, Direttore Generale Policlinico Universitario Umberto I di Roma), Lucia Mitello (Coordinatrice Forum delle Professioni Sanitarie Federsanità-ANCI, Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie Az. Osp. San Camillo-Forlanini di Roma)

La tematica dell'integrazione tra ospedale e territorio è stata al centro dell'attenzione di Federsanità-Anci negli ultimi 30 anni, eppure permane ancora un elemento critico e sostanzialmente irrisolto nel sistema sanitario italiano. Ciò nonostante la transizione epidemiologica, caratterizzata dalla prevalenza di patologie croniche e dal progressivo invecchiamento della popolazione, renda ormai imprescindibile la continuità delle cure e la presa in carico globale dei pazienti che necessitano di differenti intensità di cure e assistenza.

In tale contesto, la Monografia affronta il tema dell'Integrated Care e emerge chiaramente, dai progetti delle molteplici aziende sanitarie, come un approccio innovativo e olistico, mirato a integrare servizi sanitari e sociali per fornire un'assistenza più coordinata e centrata sul paziente. Questo modello si focalizza su alcuni elementi chiave:

- **Coordinamento dei Servizi**: rafforzando la collaborazione tra i vari attori del sistema sanitario e sociale, mira a evitare duplicazioni di interventi e a garantire la continuità assistenziale lungo l'intero percorso di cura.
- **Centralità del Paziente**: il paziente è posto al centro del processo decisionale, con il pieno rispetto delle sue esigenze, preferenze e dell'unicità del suo profilo.
- **Approccio Multidisciplinare**: l'utilizzo di team multidisciplinari consente di affrontare in maniera completa e integrata le necessità complesse dei pazienti, specialmente quelli affetti da patologie croniche o multiple, attraverso la sinergia di competenze professionali diverse.
- **Integrazione Tecnologica**: l'ampio ricorso a sistemi digitali e soluzioni di telemedicina facilita la comunicazione tra i professionisti e migliora la condivisione delle informazioni, ottimizzando i processi e migliorando la qualità dell'assistenza.
- **Orientamento ai Risultati**: l'obiettivo principale è il miglioramento della qualità di vita del paziente, la riduzione dei ricoveri ospedalieri non necessari e l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse, al fine di rendere l'assistenza più efficiente ed efficace, con ricadute positive sui costi complessivi del sistema sanitario.

Le cure integrate in sanità rappresentano un approccio per migliorare l'assistenza e la qualità della

vita, mirano a garantire un'assistenza coordinata, continua e personalizzata per i pazienti, in particolare per coloro che soffrono di malattie croniche o complesse. Questo approccio si basa sull'integrazione dei diversi livelli di assistenza sanitaria e sociale, riducendo la frammentazione dei servizi e migliorando la qualità delle cure.

l'Integrated Care prevedono il coordinamento tra tutti gli attori coinvolti nel percorso di cura del paziente, tra cui:

- **Medici di medicina generale**
- **Specialisti ospedalieri**
- **Infermieri di comunità e di famiglia**
- **Servizi sociali**
- **Caregiver familiari**

L'obiettivo principale è fornire un'assistenza personalizzata che tenga conto delle esigenze mediche, psicologiche e sociali del paziente, eliminando sovrapposizioni o lacune nei servizi.

L'integrated Care è un modello strategico perché tiene conto dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle malattie croniche come il diabete, l'ipertensione e le patologie cardiovascolari. Il modello tradizionale, basato principalmente su interventi episodici, non è più sufficiente. Le cure integrate rispondono a ulteriori e diverse esigenze:

- **gestione delle cronicità:** il 40% della popolazione italiana soffre di almeno una malattia cronica. Le cure integrate aiutano a prevenire complicanze e a migliorare la qualità della vita.
- **continuità assistenziale:** evitano interruzioni nei percorsi di cura, soprattutto nei passaggi tra ospedale e territorio.
- **riduzione dei costi:** un modello integrato permette di utilizzare le risorse in modo più efficiente, riducendo ricoveri ospedalieri inutili e duplicazioni diagnostiche.

Le componenti principali delle cure integrate sono:

1. **centralità del paziente:** il paziente è al centro del sistema, con un piano di cura personalizzato e condiviso tra i diversi attori.

2. **coordinamento multidisciplinare:** medici, infermieri, tecnici, fisioterapisti, assistenti sociali e altri operatori collaborano attivamente per offrire un'assistenza completa.
3. **tecnologie digitali:** strumenti come la telemedicina, le piattaforme di condivisione delle cartelle cliniche e le app per la gestione della salute facilitano il monitoraggio e la comunicazione.
4. **formazione e supporto:** sia gli operatori sanitari che i caregiver ricevono formazione continua per garantire competenze aggiornate e supporto adeguato.

L'adozione di un modello di cure integrate comporta numerosi vantaggi:

- miglioramento della qualità della vita dei pazienti, grazie a un'assistenza centrata sui loro bisogni.
- riduzione della pressione sugli ospedali, con una gestione più efficace delle cure sul territorio.
- maggiore soddisfazione per gli operatori sanitari, grazie a processi più chiari e a una migliore collaborazione interdisciplinare.
- efficienza economica, con una riduzione degli sprechi e un uso ottimale delle risorse.

In sintesi, l'integrazione delle cure si configura come un elemento fondamentale per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari, riunendo professionisti di diverse discipline in un approccio collaborativo e orientato all'innovazione. Questo approccio olistico e multidisciplinare rappresenta una strategia cruciale per rispondere in maniera adeguata ai bisogni di salute di una popolazione in continua evoluzione; rappresentano il futuro della sanità, rispondendo alle sfide poste dall'evoluzione demografica e dalle nuove esigenze di salute. Investire in formazione, infrastrutture e tecnologie è essenziale per costruire un sistema sanitario più efficiente, equo e orientato al paziente.

Il lungo percorso d'innovazione intrapreso nell'ambito delle organizzazioni sanitarie e sociali sia pubbliche che accreditate, deve guidare le scelte operative verso nuovi modelli organizzativi centrati su una forte interazione dei gruppi di lavoro in cui il coinvolgimento dei professionisti è fondamentale per garantire la realizzazione dei progetti. Tale percorso richiede l'utilizzo di approcci multi e interdisciplinari finalizzati a incidere sui processi valorizzando le persone, la leadership, la motivazione, la resilienza, lo sviluppo delle competenze nonché la cura e l'attenzione nei confronti dei team le cui performance devono avere valenza strategica per fare la differenza.

La strada è tracciata: ora è necessario un impegno collettivo per rendere l'integrazione delle cure una realtà diffusa e consolidata.

L'integrazione ospedale-territorio in Italia è sempre stata una sfida cruciale per la sanità pubblica e il territorio rappresenta uno dei pilastri fondamentali per garantire una sanità equa e sostenibile. Con l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche e la necessità di ottimizzare le risorse, il rafforzamento del legame tra strutture ospedaliere e servizi territoriali è

diventato un obiettivo strategico prioritario.

Ancora nel contesto attuale il Servizio Sanitario Nazionale italiano, istituito nel 1978, si basa sui principi di universalità, uguaglianza e solidarietà. Tuttavia, dobbiamo sottolineare che negli ultimi decenni, il sistema ha mostrato alcune criticità, tra cui: frammentazione dell'assistenza, sovente manca una comunicazione efficace tra ospedali e servizi territoriali, con conseguenti discontinuità nei percorsi di cura; ospedali in overcrowding in Pronto soccorso, l'accesso inappropriato ai pronto soccorso e ai reparti ospedalieri è dovuto anche alla carenza di servizi territoriali adeguati; differenze regionali, la qualità e l'accessibilità dei servizi variano significativamente tra le diverse regioni italiane. Anche le politiche per l'integrazione nell'ultimo decennio con diverse riforme e iniziative hanno cercato di promuovere una maggiore integrazione tra ospedale e territorio. Tra queste il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che destina risorse significative alla creazione di Case della Comunità (poliambulatori territoriali che offrono servizi sanitari e socio-assistenziali integrati, riducendo il ricorso inappropriato agli ospedali), Ospedali di Comunità (strutture intermedie che forniscono cure a bassa intensità per pazienti che non necessitano di un ricovero in ospedale ma non possono essere assistiti a domicilio) e Centrali Operative Territoriali (piattaforme che coordinano i percorsi di cura e garantiscono continuità assistenziale).

Queste strutture mirano a rafforzare l'assistenza territoriale, facilitando la gestione delle cronicità e la continuità assistenziale; la riorganizzazione dell'assistenza primaria con il ruolo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli infermieri di famiglia è stato rivalutato come elemento chiave per la gestione delle cure sul territorio; una figura introdotta nei nuovi modelli di integrazione socio-assitenziale è l'infermiere di comunità che svolge un ruolo di raccordo tra ospedale, territorio e famiglia, garantendo assistenza domiciliare e supporto alla gestione delle cronicità; le tecnologie digitali con l'introduzione della telemedicina e dei sistemi di interoperabilità tra cartelle cliniche ospedaliere e territoriali favorisce una maggiore continuità e tempestività nei percorsi di cura.

I benefici attesi in una integrazione efficace ospedale-territorio può portare numerosi vantaggi:

- **riduzione della pressione sugli ospedali**, con una diminuzione degli accessi evitabili ai pronto soccorso.
- **miglioramento della qualità della vita dei pazienti** cronici e anziani, grazie a un'assistenza personalizzata e prossima al domicilio (la casa come primo luogo di cura).
- **ottimizzazione delle risorse,** con una riduzione dei costi legati ai ricoveri ospedalieri non necessari.

Le sfide da affrontare per un cambio di passo sono molteplici nonostante i progressi da registrare nelle varie famiglie professionali:

- **mancanza di personale sanitario,** la carenza di medici, infermieri, tecnici, ostetriche e altri operatori è un ostacolo alla piena attuazione delle riforme.

- **resistenza al cambiamento**, è necessaria una formazione continua per gli operatori sanitari, affinché possano adottare nuovi approcci e strumenti.
- **disomogeneità regionale**, le regioni devono collaborare per ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e garantire standard di qualità uniformi.

L'integrazione tra ospedale e territorio è un elemento fondamentale per costruire una sanità moderna e sostenibile. Investire su infrastrutture, tecnologie e risorse umane è essenziale per superare le sfide attuali e rispondere alle esigenze di salute della popolazione italiana. Un sistema sanitario integrato non solo migliora l'efficienza, ma soprattutto garantisce cure più umane e vicine ai cittadini.

Il Coordinamento delle Professioni Sanitarie di Federsanità-Anci, con i contributi contenuti nella Monografia intende diffondere al fine della loro implementazione, i progetti innovativi proposti dai vari professionisti della salute volti a rafforzare la continuità e l'integrazione delle cure e dell'assistenza tra ospedale e territorio.

I progetti affrontano in modo olistico e multidisciplinare le seguenti tematiche chiave:

Temi principali della Monografia:

1. **Modelli di Integrazione delle Cure:**
    - Analisi di casi di studio di successo.
    - Implementazione di team multidisciplinari.
2. **Comunicazione Interprofessionale:**
    - Tecniche per migliorare la comunicazione tra professionisti.
    - Utilizzo della tecnologia per facilitare la collaborazione.
3. **Ruolo della Tecnologia nell'Integrazione delle Cure e nei progetti di continuità ospedale-territorio:**
    - Telemedicina e strumenti digitali per il coordinamento delle cure.
    - Sicurezza dei dati e privacy nel contesto sanitario integrato.
4. **Aspetti Etici e Legali:**
    - Navigazione delle complessità legali nei team multidisciplinari.
    - Etica nelle decisioni condivise sul paziente.
5. **Esperienze dei Pazienti e Risultati sulle cure integrate e continuità ospedale -territorio:**

- Metodi per misurare e migliorare l'esperienza del paziente.
- Indicatori di successo nell'integrazione delle cure.

Le tematiche indicate rappresentano solo una base di riferimento rispetto alle proposte progettuali contenute nel testo. Le aziende coinvolte nel progetto editoriale sono state le Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, Enti di ricerca e istituzioni/organizzazioni pubbliche e private accreditate, Università, Associazioni e organizzazioni non profit operanti nel settore sanitario e sociale.

INDICE

Territorio nazionale	11
Abruzzo	18
Calabria	32
Lazio	37
Liguria	237
Lombardia	242
Marche	293
Piemonte	321
Puglia	340
Toscana	367
Umbria	384

TERRITORIO NAZIONALE

Modello Integrato per le professioni sanitarie di Collaborazione Civile-Militare per l'Ottimizzazione della Risposta Sanitaria Nazionale in Contesti Emergenziali

1

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Stato Maggiore Difesa

UNITA' OPERATIVA

Ispettorato Generale della Sanità Militare (IGESAN)

REFERENTE DEL PROGETTO

Ten. Col. Rosalba Bradde

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
TENENTE GENERALE CARLO CATALANO
CONTRAMMIRAGLIO STEFANO PIERALLINI
TEN COL ROSALBA BRADDE

ABSTRACT

Il panorama sanitario contemporaneo è caratterizzato da una crescente complessità e da sfide inedite, esemplificate dalla recente crisi pandemica da COVID-19, ma anche da una miriade di altri potenziali eventi avversi, siano essi di origine naturale, accidentale o deliberata. Tali contingenze hanno inequivocabilmente sottolineato la necessità di trascendere i paradigmi operativi tradizionali e di esplorare architetture di sistema più resilienti, flessibili e integrate. In questo scenario, la collaborazione tra il settore sanitario civile e le componenti sanitarie delle Forze Armate emerge non più come un'opzione residuale, bensì come un imperativo strategico per il potenziamento della capacità di preparazione (*preparedness*) e risposta (*response*) del sistema-Paese.

La letteratura internazionale e le direttive di organismi sovranazionali, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), convergono nel riconoscere il valore aggiunto derivante da una proficua sinergia civile-militare.

Esperienze concrete, quali quelle documentate in ambito internazionale con l'espansione delle competenze autonome infermieristiche – dove l'interscambio di tecniche e procedure hanno arricchito l'accesso alle cure e la capacità operativa – o il caso italiano dove durante la pandemia, ha visto gli Ufficiali Farmacisti militari assumere ruoli espansi nella logistica, diagnostica e pianificazione strategica, fungono da catalizzatori per una riflessione approfondita sul potenziale italiano.

Questi esempi suggeriscono che l'integrazione non si limita alla mera condivisione di risorse, ma si estende all'adozione di

processi standardizzati, alla formalizzazione di percorsi formativi congiunti e alla ridefinizione dinamica dei ruoli professionali. Il documento guida dell'OMS *"National civil–military health collaboration framework for strengthening health emergency preparedness"* fornisce un solido quadro di riferimento, evidenziando come la collaborazione debba essere pianificata e istituzionalizzata ben prima che si manifesti un'emergenza, costruendo fiducia reciproca e una comprensione approfondita delle rispettive culture organizzative, capacità e limitazioni.

OBIETTIVO GENERALE

Proposta di un Modello Funzionale Integrato per la Formazione e l'Addestramento Continuo

Si ipotizza un modello di funzionamento che ponga al centro la **creazione di un ecosistema formativo e addestrativo integrato e permanente** tra il settore sanitario civile e quello militare. Tale modello non si configurerebbe come una serie di iniziative sporadiche, ma come una piattaforma strutturata e dinamica, finalizzata a costruire un linguaggio comune, procedure condivise e, soprattutto, una mentalità collaborativa radicata.

Principi cardine del modello:

- **Curricula Formativi Congiunti:** Sviluppo di moduli formativi specifici, co-progettati da esperti civili e militari, che affrontino tematiche cruciali per la gestione delle emergenze sanitarie. Questi potrebbero includere: gestione delle maxi-emergenze, triage avanzato in contesti ostili o con risorse limitate, logistica sanitaria in condizioni critiche, gestione di eventi CBRN (Chimico, Biologico, Radiologico, Nucleare), comunicazione del rischio e gestione dello stress operativo, principi di biodifesa e biosicurezza, utilizzo di tecnologie sanitarie campali. Particolare attenzione sarebbe dedicata al ruolo del farmacista in scenari emergenziali, coprendo aspetti come la gestione di scorte strategiche, la preparazione di antidoti, la consulenza farmacologica in contesti remoti e la farmacovigilanza attiva durante crisi sanitarie.
- **Piattaforme di Simulazione Avanzata:** Utilizzo sistematico di simulazioni ad alta fedeltà (sia basate su manichini avanzati che su realtà virtuale/aumentata) per ricreare scenari emergenziali complessi. Queste simulazioni vedrebbero la partecipazione di team misti civili-militari, chiamati a operare congiuntamente per risolvere problemi realistici, testando protocolli e capacità decisionali.
- **Esercitazioni Congiunte sul Campo (*Joint Drills*):** Pianificazione ed esecuzione periodica di esercitazioni su larga scala che coinvolgano diverse componenti del sistema di risposta nazionale (sanità civile, sanità militare, protezione civile, forze dell'ordine, vigili del fuoco). Queste esercitazioni, basate su scenari realistici e progressivamente più complessi, sarebbero fondamentali per testare l'interoperabilità dei sistemi di comando e controllo, le catene logistiche integrate, le procedure di evacuazione sanitaria e la capacità di implementare efficacemente strategie di task sharing e task shifting "sotto pressione".
- **Scambio di Personale e Osservazione Incrociata:** Programmi strutturati di scambio temporaneo di personale tra strutture sanitarie civili e militari, e periodi di osservazione reciproca durante attività addestrative specifiche. Questo favorirebbe una più profonda comprensione delle rispettive culture organizzative, dei processi operativi e delle sfide quotidiane.

- ***Debriefing* Strutturato e Apprendimento Continuo (*After Action Reviews - AARs*):** Ogni attività formativa o addestrativa congiunta sarebbe seguita da sessioni di debriefing approfondite e strutturate, secondo metodologie consolidate (come gli AARs). L'obiettivo è identificare punti di forza, aree di miglioramento, lezioni apprese e best practices, alimentando un ciclo virtuoso di revisione e aggiornamento continuo dei protocolli, dei curricula formativi e delle strategie operative.
- **Sviluppo di Standard Operativi Condivisi:** Il processo formativo e addestrativo congiunto dovrebbe progressivamente condurre alla definizione e all'adozione di standard operativi, terminologie e sistemi di comunicazione il più possibile armonizzati, pur nel rispetto delle specificità di ciascun settore. Ciò è fondamentale per garantire un'azione coordinata ed efficiente durante un'emergenza reale.

Questo modello di formazione e addestramento continuo non solo migliorerebbe le competenze tecniche e procedurali, ma agirebbe profondamente sul piano culturale, costruendo fiducia, rispetto reciproco e una reale capacità di operare come un "sistema di sistemi" coeso ed efficace. La trasversalità delle competenze verrebbe naturalmente esaltata, in quanto i professionisti imparerebbero a riconoscere e valorizzare le diverse abilità presenti nel team integrato, facilitando l'applicazione flessibile del *task sharing* e del *task shifting* in base alle necessità contingenti.

Quadro Teorico di Riferimento: Task Sharing, Task Shifting e Competenze Trasversali nell'Emergenza

Le situazioni emergenziali, per loro stessa natura, impongono una radicale riconsiderazione dell'allocazione delle risorse umane e delle competenze. In contesti caratterizzati da un picco improvviso della domanda di assistenza, dalla potenziale scarsità di personale specializzato e dalla necessità di operare in condizioni degradate o atipiche, i concetti di ***task sharing*** e ***task shifting*** assumono una valenza cruciale.

Il ***task sharing*** si riferisce alla condivisione di compiti e responsabilità tra diverse figure professionali, spesso appartenenti a settori o discipline differenti, che collaborano per il raggiungimento di un obiettivo comune. Ciò implica che professionisti con background formativi distinti possano contribuire con le proprie specifiche expertise a un medesimo processo, oppure che alcuni compiti possano essere svolti indifferentemente da più figure, previa adeguata formazione e nel rispetto di protocolli condivisi. Ad esempio, la gestione della catena del freddo per i vaccini o la logistica avanzata dei farmaci critici potrebbero vedere una stretta collaborazione tra farmacisti civili e militari, ciascuno apportando conoscenze specifiche derivanti dal proprio contesto operativo.

Il ***task shifting***, d'altro canto, rappresenta un processo più strutturato di delega di compiti specifici da una categoria professionale, generalmente con un livello di qualificazione più elevato, a un'altra con un livello di qualificazione differente, ma che ha ricevuto una formazione mirata e opera sotto supervisione o secondo protocolli rigorosi. Questo approccio non mira a sminuire alcuna professionalità, ma a ottimizzare l'impiego delle risorse più specializzate, consentendo loro di concentrarsi sui casi a maggiore complessità, e garantendo al contempo una più ampia copertura delle necessità assistenziali. In un'emergenza, personale militare con formazione sanitaria di base potrebbe, ad esempio, supportare attività di screening, monitoraggio parametri vitali o gestione di aree di isolamento a bassa intensità, liberando risorse mediche e infermieristiche per interventi più critici.

Entrambi i meccanismi sono intrinsecamente legati al concetto di **competenze trasversali** (*transversal competencies*). Queste ultime rappresentano un corpus di abilità, conoscenze e attitudini – quali il *problem solving* in condizioni di incertezza, la comunicazione efficace in contesti stressogeni, il *decision making* rapido, la *leadership* adattiva, il lavoro di squadra in team eterogenei e la gestione dello *stress* – che non sono esclusive di una singola professione, ma sono fondamentali per operare efficacemente in qualsiasi scenario emergenziale. Il personale militare, per la natura stessa del proprio addestramento e delle proprie esperienze operative, spesso possiede un elevato grado di sviluppo di tali competenze, che possono risultare preziose se integrate con le competenze tecnico-specialistiche del personale sanitario civile. La sfida risiede nel riconoscere, valorizzare e armonizzare queste competenze trasversali attraverso percorsi formativi e addestrativi congiunti.

La riuscita implementazione di modelli basati su *task sharing* e *task shifting*, supportati da competenze trasversali, richiede una solida base di fiducia reciproca, una chiara definizione di ruoli e responsabilità (pur mantenendo la necessaria flessibilità), protocolli operativi standardizzati ma adattabili, e, soprattutto, un investimento continuo nella formazione e

nell'addestramento congiunto.

OBIETTIVI SPECIFICI

Il presente progetto di ricerca si prefigge di esplorare, definire e promuovere un modello avanzato di collaborazione civile-militare nel contesto sanitario italiano. Gli obiettivi generali includono:

1. Analizzare in profondità il quadro normativo, organizzativo, culturale e operativo esistente in Italia, identificando i facilitatori e le barriere alla piena realizzazione di una sinergia civile-militare efficace e sostenibile nel settore della preparazione e risposta alle emergenze sanitarie.
2. Mappare in maniera esaustiva le capacità, le risorse (umane, materiali, infrastrutturali, logistiche) e le competenze distintive presenti tanto nel settore sanitario civile quanto nelle componenti sanitarie militari, al fine di individuare aree di sovrapposizione, complementarità e potenziale integrazione.
3. Sviluppare un quadro concettuale e operativo per l'implementazione efficace di strategie di *task sharing* e *task shifting* tra professionisti sanitari civili e militari, con un focus particolare sull'espansione dei ruoli dell'infermiere e del farmacista oltre che per altre figure chiave, valorizzando le competenze trasversali in contesti di crisi.
4. Progettare, e successivamente validare attraverso studi pilota, un modello funzionale integrato specificamente dedicato alla formazione e all'addestramento congiunto continuo, che funga da catalizzatore per l'interoperabilità e la cultura collaborativa.
5. Formulare raccomandazioni strategiche e linee guida operative per istituzionalizzare la collaborazione civile-militare, promuovendo un cambiamento culturale verso un approccio sistemico e integrato alla sicurezza sanitaria nazionale.

MATERIALI E METODI

Il progetto di ricerca adotterà un approccio metodologico flessibile e multifasico, integrando diverse strategie investigative per rispondere in modo esaustivo agli obiettivi prefissati. Le fasi principali potrebbero includere:

1. **Fase Esplorativa e Analitico-Comparativa:** Questa fase iniziale si concentrerà sulla raccolta e l'analisi critica della letteratura scientifica nazionale e internazionale, dei documenti programmatici e normativi, e dei report di esperienze pregresse relative alla collaborazione civile-militare in ambito sanitario e alla gestione delle emergenze. Si condurrebbero analisi comparative di modelli di collaborazione e di task sharing/shifting adottati in altri Paesi con sistemi sanitari e contesti socio-culturali affini o di particolare interesse. Verranno inoltre esaminati i risultati di valutazioni pregresse delle capacità nazionali, come i *Joint External Evaluations* (JEEs) dell'OMS, per identificare gap preesistenti.
2. **Fase di Rilevazione e Mappatura delle Capacità e Percezioni:** Attraverso metodologie qualitative e quantitative (come survey, interviste in profondità a stakeholder chiave, focus group con rappresentanti delle diverse professioni sanitarie civili e militari, analisi di database esistenti), si procederà a una mappatura dettagliata delle risorse, delle competenze, delle infrastrutture e dei processi esistenti. Parallelamente, si esploreranno le percezioni, le aspettative e le eventuali resistenze culturali rispetto a una maggiore integrazione.
3. **Fase di Sviluppo Concettuale e Progettazione di Modelli:** Sulla base dei dati raccolti e delle evidenze emerse, si procederà alla co-progettazione partecipata di modelli teorici e operativi per la collaborazione civile-militare, con un focus specifico sul task sharing/shifting e sul modello integrato di formazione e addestramento. Questa fase vedrà il coinvolgimento attivo di gruppi di lavoro multidisciplinari e intersettoriali.
4. **Fase di Sperimentazione e Validazione (Studi Pilota):** Alcune componenti dei modelli proposti, in particolare

quelle relative alla formazione congiunta e a specifiche applicazioni di task sharing, potrebbero essere implementate in contesti pilota selezionati. La valutazione di queste esperienze pilota avverrebbe attraverso un approccio misto, raccogliendo dati quantitativi (es. indicatori di performance, tempi di intervento) e qualitativi (es. feedback dei partecipanti, osservazioni sul campo) per affinare i modelli e valutarne l'efficacia, la fattibilità e l'accettabilità.

5. **Fase di Elaborazione di Raccomandazioni e Disseminazione:** I risultati complessivi della ricerca confluiranno nella stesura di un rapporto finale contenente analisi dettagliate, i modelli sviluppati e validati, e un set di raccomandazioni strategiche e operative rivolte ai decisori politici, ai manager sanitari e ai responsabili delle componenti sanitarie militari, al fine di promuovere l'adozione e l'istituzionalizzazione delle migliori pratiche identificate.

RISULTATI ATTESI

L'implementazione di questo progetto di ricerca e lo sviluppo del modello funzionale proposto potrebbero generare un impatto significativo e multidimensionale:

- **Rafforzamento della resilienza del Sistema Sanitario Nazionale:** Una più stretta ed efficace collaborazione civile-militare, supportata da formazione e addestramento congiunti, aumenterebbe la capacità complessiva del Paese di prevenire, prepararsi e rispondere a qualsiasi tipo di emergenza sanitaria, riducendo la vulnerabilità e migliorando i tempi e l'efficacia della risposta.
- **Ottimizzazione dell'uso delle risorse:** L'integrazione delle capacità e la razionalizzazione dei processi attraverso il *task sharing* e il *task shifting* consentirebbero un impiego più efficiente delle risorse umane, materiali e finanziarie, evitando duplicazioni e valorizzando appieno le competenze disponibili in entrambi i settori.
- **Sviluppo professionale e valorizzazione dei ruoli:** Il progetto offrirebbe opportunità significative per lo sviluppo professionale del personale sanitario coinvolto, civile e militare. In particolare, figure come quella dell'infermiere e del farmacista potrebbero vedere un'espansione e un riconoscimento formale del proprio ruolo strategico nella gestione delle emergenze, in linea con le tendenze internazionali.
- **Miglioramento dell'interoperabilità e della cultura della collaborazione:** La creazione di un ecosistema formativo condiviso e l'adozione di protocolli armonizzati favorirebbero una maggiore interoperabilità tra le diverse componenti del sistema di risposta. Ancor più importante, si promuoverebbe un cambiamento culturale verso una più profonda comprensione reciproca, fiducia e una mentalità collaborativa, superando eventuali barriere settoriali.
- **Contributo all'innovazione organizzativa e alla p*olicy* Sanitaria:** I risultati della ricerca e i modelli sviluppati fornirebbero evidenze concrete e strumenti operativi per informare le politiche sanitarie nazionali e regionali, promuovendo l'innovazione organizzativa e l'adozione di approcci più integrati e proattivi alla sicurezza sanitaria.
- **Incremento della fiducia pubblica:** Un sistema di risposta alle emergenze visibilmente più coordinato, efficiente e competente contribuirebbe a rafforzare la fiducia dei cittadini nelle istituzioni preposte alla tutela della salute pubblica.

CONCLUSIONI

La prospettiva di una sinergia strutturata e continuativa tra il settore sanitario civile e quello militare rappresenta una frontiera di grande potenziale per il sistema sanitario italiano. Andare oltre collaborazioni estemporanee, per costruire un modello integrato basato sulla condivisione di percorsi formativi, sull'addestramento congiunto e sulla valorizzazione dinamica delle competenze professionali attraverso meccanismi di *task sharing* e *task shifting*, non è solo auspicabile, ma necessario per affrontare le sfide del presente e del futuro. Questo progetto di ricerca intende fornire le basi conoscitive, concettuali e metodologiche per trasformare questa visione in una realtà operativa, a beneficio della sicurezza sanitaria dell'intera nazione.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Medici
Infermieri
Farmacisti

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

2 anni

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE PRESENTI

Utilizzo del Sistema Informativo Amministrazione Difesa (SISAD)

Bibliografia

National civil–military health collaboration framework for strengthening health emergency preparedness,WHO 2021, ISBN 978-92-4-003034-3

Pilot Testing the Readiness Estimateand Deployability Index Revised for Air Fo Nursesrce; Military Medicine, 169, 1:11, 2004, T. Lynn Dremsa et al.

The Readiness Estimate and Deployability Index: A self-assessment Tool for Emergency Center RNs in Preparation for Disaster Care, Top Emergency Medicune VOI 26, No 4 pp. 349-356 2004, C.A. Reineck et al.

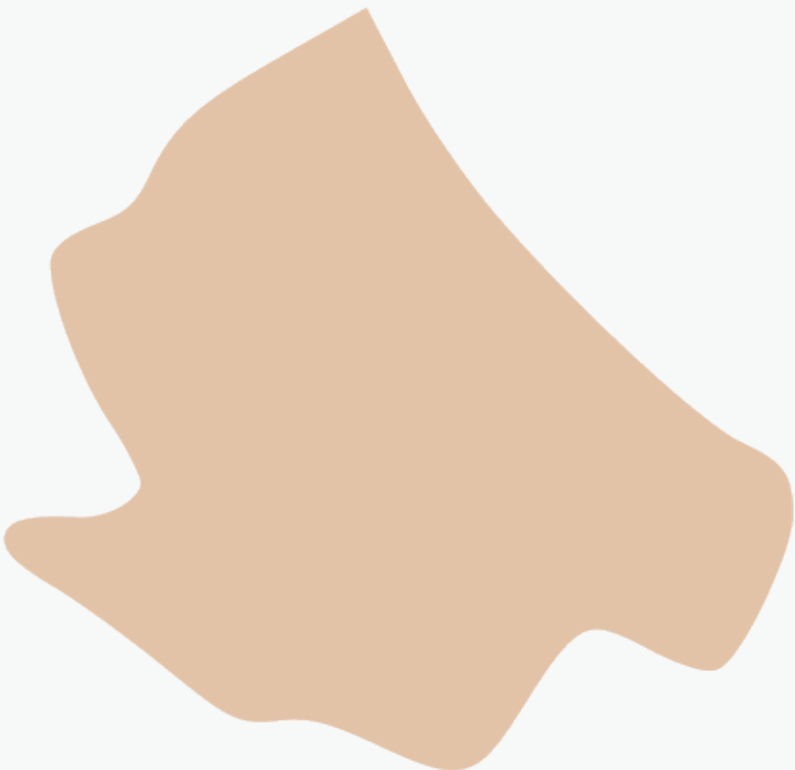
An assessment of Pre-deploymen Training for Army Nurses and Medics, Military Medicine 186, 1/2:203, 2021, M.R.Suresh et al.

Army Nurse Readiness Instrument: Psychometryc Evaluation and Field Administration, Military Medicine Dec 2001 DOI: 10.1093/milmed/166.11.931, L. Connelly et al.

Overview Readiness of Medical Providers in the Military HealthSystem:Overview of Operational and policy considerations, Health Affairs August 2019, 38:8, P. J. Hutter et al.

Resilience through Civil Preparedness A CCOE Info Sheet, Civil Military Cooperation Centre of Excellence, www.cimic-coe.org

ABRUZZO



1 PELVIS-TRAINING: PERCORSI DI RIEDUCAZIONE E RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

DENOMINAZIONE

ASL 04 ABRUZZO

UNITA' OPERATIVA

UOSD Medicina Fisica e Riabilitazione

UOSD Assistenza Consultoriale

UOC Ginecologia e Ostetricia

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
GIUSEPPINA FRANZONE

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
GIUSEPPINA FRANZONE
DIMITRIOS KALIAKOUDAS
ALESSANDRO SANTARELLI
FEDERICO NARCISI
FRANCESCO DELLE MONACHE
ANTONIO SISTO
MARIA CLAUDIA D'AMICO
STEFANO GRECO
GIOVANNA MICHELA PACE
ANNA CECI
ANTONELLA IPPOLITI
ANTONELLA IACONE
ANTONIO DI PAOLO
GIOVANNA FORTUNA
MAURIZIO BRUCCHI

ABSTRACT

Nella donna il parto rappresenta il primo fattore di rischio per l'insorgenza di disfunzioni a carico del pavimento pelvico mentre nell'uomo è dovuta ad esiti di intervento chirurgico, generalmente della prostata. La funzione del pavimento pelvico è contenere e stabilizzare gli organi dell'apparato urinario ed escretore e la sua disfunzione può determinare prolassi vescicali, uterini, intestinali e rettali oltre a incontinenza urinaria. L'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Teramo propone un modello integrato di presa in carico degli utenti affetti o a rischio di disfunzioni del pavimento pelvico.

L'obiettivo principale di questo progetto è duplice, elaborare un modello di intervento per contribuire al miglioramento della qualità di vita dei pazienti e intervenire con azioni di prevenzione e promozione di stili di vita salutari. La sperimentazione in corso prevede un team multidisciplinare dedicato, costituito da specialisti quali Fisiatra, Urologo, Ginecologo, Proctologo, Fisioterapista e Ostetrica che possa offrire un "percorso diagnostico-terapeutico" il più possibile personalizzato, ampliando l'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio.

L'attività viene eseguita in due aree, Rosa e Azzurra, con una propria organizzazione e che classificano più livelli di cura. L'Area Rosa è assicurata dall'Unità Operativa Semplice Dipartimentale (U.O.S.D.) Assistenza Consultoriale e dall'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) Ostetricia e Ginecologia della ASL di Teramo che intervengono con azioni di prevenzione e rieducazione in fase di gravidanza, parto e patologie dell'apparato genitale femminile. L'Area Azzurra vede protagonista la U.O.S.D. Medicina Fisica Riabilitativa, finalizzata alla prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione della disabilità conseguente a varie malattie invalidanti con un livello di complessità medio/alta.

In conclusione un numero sempre crescente di pazienti vedono limitarsi nell'autonomia e libertà personale a causa di problematiche legate alla disfunzione del pavimento pelvico. Per questo si ritiene che tale progettualità possa rappresentare il primo passo per recuperare la piena serenità e migliorando la qualità della vita di tutti gli utenti interessati.

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo principale è duplice: da un lato elaborare un modello di intervento per contribuire al miglioramento della salute delle persone affette da disfunzioni del pavimento pelvico e dall'altro intervenire sull'intera popolazione con azioni di prevenzione e sviluppo di comportamenti e stili di vita salutari.

In generale, gli obiettivi della rieducazione/riabilitazione del pavimento pelvico sono:

- ripristinare l'attività degli sfinteri uretrale e anale, due muscoli che consentono la continenza quando sono contratti e lo svuotamento quando sono rilassati;
- normalizzare il tono muscolare del perineo;
- ripristinare la coordinazione e la sinergia dei muscoli addominali e perineali;
- verificare ed eventualmente correggere la dinamica respiratoria;

- consigliare un'adeguata strategia comportamentale minzionale;
- consigliare una corretta assunzione di liquidi e alimenti per facilitare il regolare svuotamento di vescica e intestino;
- consigliare e addestrare all'utilizzo di ausili terapeutici.

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivi Specifici Area Ostetrica

- Visite di valutazione del pavimento pelvico.
- Realizzazione di interventi di informazione e sensibilizzazione dell'utenza afferente all'area consultoriale.
- Definizione del percorso di educazione, prevenzione e rieducazione funzionale in gravidanza ed in puerperio.
- Definizione di un orario specifico per l'attività di specialistica ambulatoriale per le prestazioni riconducibili alla rieducazione del pavimento pelvico.

Obiettivi specifici area Riabilitativa.

- Presa di coscienza muscolare.
- Individuazione pattern motori deficitari o del tutto assenti.
- Apprendimento selettività attivazione volontaria.
- Apprendimento corretta sinergia perineo-diaframmatica.
- Eliminazione sinergie agoniste e antagoniste.
- Riequilibrio bacino – sacroiliache – sacrococcigeo.
- Acquisizione norme comportamentali corrette.

MATERIALI E METODI

Le attuali esigenze sanitarie, sociali e culturali spingono ad individuare un ambulatorio specializzato, con competenze multi-specialistiche integrate.

Con questa sperimentazione, si vuole creare un *team multidisciplinare* costituito da figure specializzate, dedicate e formate (Fisiatra, Urologo, Ginecologo, Proctologo, Fisioterapista, Ostetrica) che possano offrire all'utente affetto da disturbi uro-ginecologici un "percorso diagnostico-terapeutico", il più possibile personalizzato e semplificato ampliando il ventaglio dell'offerta sanitaria dall'ospedale al contesto territoriale.

AREA ROSA: UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA E UOSD ASSISTENZA CONSULTORIALE

Il servizio è rivolto alla popolazione femminile nelle diverse fasi della vita quali la gravidanza, il puerperio, la menopausa, che necessitano di interventi quali:

Interventi di prevenzione primaria:

- Donne che frequentano corsi di preparazione al parto.
- Donne in puerperio (dopo la dimissione ospedaliera).
- Donne che frequentano corsi di educazione in menopausa.

Interventi di prevenzione secondaria:

- Donne in gravidanza con anamnesi positiva per Incontinenza Urinaria I.U.
- Donne in gravidanza con ipovalidità del Muscolo Elevatore dell'Ano M.E.A.
- Donne in puerperio con I.U. transitoria
- Donne in puerperio con ipovalidità del M.E.A.
- Donne affette da I.U. da sottoporre ad intervento chirurgico

Interventi di rieducazione:

- Donne affette da I.U., prolasso genitale lieve. Incontinenza Fecale, disfunzioni sessuali.

Rieducazione del Pavimento Pelvico

- La visita per la valutazione funzionale del pavimento pelvico effettuata dal ginecologo e dall'ostetrica comprende la raccolta anamnestica della paziente, la valutazione del comportamento minzionale e la valutazione clinico funzionale della muscolatura del pavimento pelvico. In caso di elevata complessità il paziente viene inviato al medico Fisiatra per ulteriore valutazione e ingresso nell'area riabilitativa.
- Gli interventi di rieducazione funzionale prevedono l'esecuzione di esercizi di contrazione e rilassamento muscolare dell'area perineale, associati alla respirazione, eseguiti attivamente dalla paziente su indicazione dell'ostetrica.
- Il "Ciclo di Trattamento di rieducazione motoria individuale pavimento pelvico (10 sedute)" si completa in max cinque settimane.
- "Valutazione funzionale del pavimento pelvico di controllo": la visita comprende la valutazione clinico funzionale del pavimento pelvico per misurare gli esiti del trattamento rieducativo.

Il Trattamento verrà prescritto con il codice G 93.11.4 riconducibile a Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice di branca FK.

La lettera G anteposta alla prescrizione di detta rieducazione individuerà il centro di costo della UOC di Ostetricia e Ginecologia.

L'area consultoriale ad accesso libero traccerà il lavoro svolto sul sistema informatico attualmente in uso.

AREA AZZURRA: UOSD MEDICINA FISICA RIABILITAZIONE

Attivazione, in via sperimentale, di ambulatori dedicati alla Rieducazione e Riabilitazione Pavimento

Pelvico di tipo individuale e/o di gruppo, all'interno della U.O.S.D. di Medicina Fisica e Riabilitativa della ASL di Teramo, nel P.O. di Atri, che erogherà trattamenti fisioterapici e/o Biofeedback/Elettrostimolazione, come previsto negli attuali LEA, rivolto a pazienti con disfunzioni del pavimento pelvico dopo specifica valutazione clinico-funzionale, con l'obiettivo di prevenire/trattare l'incontinenza urinaria, le turbe della statica pelvica, le disfunzioni ano-rettali e stipsi e migliorare la qualità di vita.

Attivazione di gruppi di educazione e rieducazione del pavimento pelvico finalizzati a favorire il benessere del pavimento pelvico ed acquisire strategie volte alla stimolazione della muscolatura perineale per raggiungere e mantenere adeguato trofismo dei tessuti muscolari.

Gli ambulatori verranno attivati presso i servizi di Riabilitazione dei P.O. di Teramo, Sant'Omero ed Atri.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

- N. 2 Visite Fisiatriche a settimana dedicate (presso ambulatori P.O. Atri), della durata di 40-45', ove verrà somministrata la Valutazione Strutturata e redatto un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) con specifici obiettivi; tale valutazione consentirà di selezionare i pazienti da inviare o meno al trattamento riabilitativo.
- La prenotazione per la Visita Fisiatrica dedicata alla Valutazione del Pavimento pelvico andrà prenotata esclusivamente presso lo sportello della segreteria U.O.S.D. P.O. ATRI posto al piano terra presentando specifica impegnativa con la dicitura "Visita Fisiatrica per valutazione pavimento pelvico".
- I pazienti dovranno essere inviati a "Visita Fisiatrica per valutazione pavimento pelvico" solo previa valutazione specialistica di branca (Ginecologo, Urologo, Chirurgo). Non verranno prese in considerazione le richieste inviate a firma dei MMG senza valutazione specialistica allegata.
- Sono previsti criteri di esclusione al trattamento riabilitativo individuale quali: incontinenza da prolasso con chiara indicazione chirurgica, incontinenza post-partum <1 anno, intervento di prostatectomia da oltre 2 anni, decadimento cognitivo moderato-severo, vescica neurogena di qualsiasi origine.

Redazione Scheda di Valutazione Riabilitativa.

Definizione progetto e programma riabilitativo individuale che non potrà prescindere da:

- Anamnesi sociale.
    - Contesti ambientali: contesto sociale, culturale e fisico.
    - Stili di vita: esercizi fisici, fumo, alimentazione.

Altri aspetti che possono influenzare la pianificazione terapeutica:

- Il desiderio del paziente di ricevere delle cure, anche in termini di importanza delle stesse
    - Gli obiettivi e le aspettative del paziente
    - Il sistema di supporto al paziente da parte di famigliari o di persone che lo assistono.
    - La funzione cognitiva del paziente Esame fisico
    - Stato generale

- Stato mentale
- Obesità (BMI)
- Destrezza e mobilità
- Valutazione dell'addome
- Valutazione dell'area pelvica
- Esame urine e urinocoltura

Il Trattamento potrà contenere le seguenti voci:

- 93.11.9 n° 8 Sedute rieducazione del pavimento pelvico;
- 93.18.1 n° 8 Sedute di esercizi respiratori individuali;
- 93.11.5 n°8 Sedute rieducazione motoria di gruppo;
- 93.18.2 n° 8 Sedute di esercizi respiratori collettivi;
- 93.39.7 n° 8 Sedute di elettrostimolazione del pavimento pelvico.

Documenti consegnati al Paziente.

- Modello di consenso informato
- Diario minzionale/pad test
- Protocollo esercizi domiciliari.
- Questionari validati

Il modello può essere implementato a seguito di un processo di informatizzazione per raccolta monitoraggio/analisi dei dati raccolti.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO IN PICCOLI GRUPPI

Rivolti alle donne nell'immediato post parto con incontinenza individuate dalla valutazione con Perineal Card con grado di complessità intermedia o elevata.

Vi si accede sempre su richiesta dello specialista Ginecologo/Urologo. L'accesso è comunque subordinato ad una valutazione fisiatrica, volta alla stesura di un PRI.

Il Trattamento potrà contenere le seguenti voci:

- 93.18.2 n°8 sedute di esercizi respiratori di gruppo
- 93.11.5 n°8 sedute rieducazione motoria di gruppo /presa di coscienza dei mm perineali

INDICATORI

Rispetto agli obiettivi assegnati gli indicatori saranno i seguenti:

- Attivazione di 2 ambulatori dedicati per rieducazione del pavimento pelvico nella UOSD Assistenza consultoriale, 2 presso la UOC di Ostetricia e Ginecologia, 2 presso la UOSD Medicina fisica e Riabilitativa.

- N. 16 visite mensili ginecologiche per valutazione pavimento pelvico nell'UOC di Ostetricia e Ginecologia
- Iniziative volte ad interventi di informazione e sensibilizzazione dell'utenza afferente all'area consultoriale.
- Presenza del percorso di educazione con uno spazio orario dedicato alla prevenzione e rieducazione funzionale in gravidanza ed in puerperio ad accesso gratuito nell'ambito delle attività consultoriali.
- N. 2 visite fisiatriche a settimana per valutazione pavimento pelvico
- N. 4 trattamenti settimana in ambulatori dedicati.

RISULTATI ATTESI

- Ottenere un riposizionamento nei prolassi di entità lieve o moderata.
- Ridurre ed eliminare il dolore il zona pelvica.
- Ripristinare una sessualità soddisfacente.
- Coadiuvante nella risoluzione di ragadi anali ed emorroidi.
- Riduzione/risoluzione della secchezza vaginale
- Miglioramento del dolore lombare cronico.

SVILUPPI FUTURI

Il presente progetto sperimentale aziendale, rappresenta un modello di organizzazione integrata tra le varie discipline, che prevede la presa in carico dell'assistito basato sul grado di complessità della disfunzione del pavimento pelvico si propone come sviluppo futuro:

- interventi di telemedicina per i soggetti con perineal card bassa;
- comunicazione ai MMG e pubblicazione nel sito aziendale della modalità di accesso al servizio di prevenzione e trattamento delle disfunzioni pelvi perineali femminili;
- somministrazione questionari di gradimento per la rilevazione della qualità percepita

CONCLUSIONI

In conclusione un numero sempre crescente di donne e di uomini vedono limitarsi nell'autonomia e nella libertà personale a causa di problematiche legate alla disfunzione del pavimento pelvico. Per questo si ritiene che una progettualità come quella presentata possa rappresentare il primo passo per recuperare la piena serenità e migliorando la qualità della vita di tutti gli utenti interessati.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Dirigente Medico specialista in Medicina fisica e Riabilitativa
- Dirigente Medico specialista in Ginecologia e Ostetricia
- Dirigente Medico specialista in Urologia
- Fisioterapista

- Ostetrico
- Amministrativo

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Tale progettualità ha avuto la sua prima fase di implementazione sperimentale a partire da Maggio 2024 fino ad Agosto 2024 e ad oggi risulta essere una pratica consolidata presso la ASL di Teramo.

2 Il modello organizzativo del case management nella rete cure palliative dell'ASL di Teramo

DENOMINAZIONE

AZIENDA SANITARIA ASL N 4 TERAMO

UNITA' OPERATIVA

UOC Hospice Rete Cure Palliative

REFERENTE DEL PROGETTO

Fatima Parravano

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
F. PARRAVANO
G. DI GIUSEPPE
F. DI RENZO

ABSTRACT

Il modello organizzativo assistenziale del "case management", si propone come un modello empirico, nella realizzazione di percorsi di cura, atto a favorire l'efficacia e l'efficienza del processo assistenziale, attraverso la massima individualizzazione delle risposte ai bisogni sanitari. La metodologia di tale sistema si basa sul coordinamento e l'utilizzo di risorse adeguate, sull'appropriatezza degli interventi e sul monitoraggio dei risultati raggiunti. Utilizzando tale modello, gli infermieri possono ottimizzare i livelli di cura dei loro clienti, fornire qualità e continuità, riducendo la frammentazione delle cure, migliorare la qualità di vita e aumentare la soddisfazione del cliente e dello staff sanitario. Il case management offre agli infermieri l'opportunità di dimostrare la competenza del loro ruolo all'interno dei gruppi assistenziali multidisciplinari, competenze che includono: assistenza centrata sul paziente, capacità comunicativa all'interno di gruppi interdisciplinari, qualità di cura e capacità di utilizzo di sistemi tecnologici. Questo modello organizzativo, oltre a richiedere una leadership forte e diversificata a seconda dei livelli di "care continuum", richiede anche l'adeguamento degli infermieri, a ruoli di nuova responsabilità, in cui le capacità di valutare i bisogni, di pianificare gli interventi e di mantenere livelli di alta ed efficiente cooperazione tra gli operatori e i volontari della rete informale, a cui l'assistito appartiene, (care giver, familiari, amici, volontari) costituiscono le principali caratteristiche.

La letteratura scientifica degli ultimi anni evidenzia che nei setting dove è presente un Case Manager, si favoriscono

pratiche basate su evidenze scientifiche. La figura dell'Infermiere e/o altro professionista sanitario CM con il suo ruolo clinico, manageriale e finanziario è una figura fondamentale, al pari di tante altre, per assicurare la qualità come insieme di aspetti di efficienza, sicurezza, efficacia, appropriatezza, partecipazione ed equità.

Diviene, pertanto, di particolare rilievo questa figura nelle cure palliative sia residenziali che domiciliari poiché l'assistito in fase terminale è un paziente complesso con bisogni assistenziali complessi. La valutazione di questi bisogni deve essere appropriata in modo da poter soddisfare le esigenze in modo olistico. Il case manager in questo contesto deve gestire i percorsi di cura in modo personalizzato formalizzando un processo di valutazione, pianificazione, attuazione, monitoraggio e valutazione.

OBIETTIVO GENERALE

L'assistito in fase terminale di malattia è un paziente complesso con bisogni assistenziali di carattere sanitario, psicologico, familiare e sociale. La valutazione di questi bisogni deve essere appropriata e puntuale in modo da poter soddisfarne le esigenze in modo olistico.

Il coordinamento dell'Hospice e dell'unità di cure palliative, nel dover assicurare un'adeguata risposta ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, mediante il controllo della qualità assistenziale delle professioni sanitarie e coerentemente con il processo di valorizzazione delle stesse, vuole promuovere come obiettivo generale, un modello organizzativo di *case management*, con l'infermiere case manager nelle cure palliative che opera nei setting di riferimento quali: rete cure palliative domiciliari, cure simultanee, ambulatori, residenziale Hospice nell'ambito della continuità assistenziale ospedale-territorio e dell'implementazione del PNRR.

OBIETTIVI SPECIFICI

Per il paziente:

1. Garanzia di un percorso clinico assistenziale di qualità ed appropriatezza
2. Promozione e miglioramento della qualità di vita (gestione sintomi: dolore, ansia, paure, incertezze)
3. Miglioramento dell'empowerment degli assistiti, della famiglia e della rete di riferimento

Per l'organizzazione:

1. Garanzia di un percorso di cura integrato, inclusivo e mirato sui bisogni clinico-assistenziali dell'assistito in esecuzione della Legge n°219/2017 "pianificazione condivisa delle cure"
2. Ottimizzazione dell'uso delle risorse contenendo i costi, eliminando sprechi, riducendo tempi di attesa
3. Promozione della continuità ospedale –territorio e dei rapporti di collaborazione con tutti gli stakeholders.

Per i professionisti:

1. Promozione del lavoro in team multidisciplinare e multiprofessionale, valorizzazione delle competenze di tutti gli attori nella rete assistenziale
2. Miglioramento della comunicazione tra professionisti e tra professionisti e familiari/famiglie
3. Motivazione del professionista
4. Sperimentazione di un modello organizzativo da traslare in altri setting assistenziali

5. Promozione della leadership in ambito clinico, manageriale, formativo e ricerca
6. Creazione di un modello assistenziale per la valorizzazione del professionista della salute

MATERIALI E METODI

- Implementare all'interno dell'organico della UOC Hospice Rete cure palliative le seguenti figure:

n. 1 infermiere case manager sempre presente nella rete delle cure palliative, riunione equipe ospedaliera e territoriale e un infermiere esperto in cure palliative dedicato al setting territoriale; definendone la seguente job description.

Il Case Manager (CM) è il professionista sanitario che garantisce la presa in carico dell'assistito nelle cure palliative ed il riferimento primario per lo stesso nell'ambito delle cure nell'ottica della continuità ospedale-territorio, in stretta collaborazione con gli altri componenti del team, occupandosi di:

1. accompagnare gli assistiti dall'ingresso nelle rete cure palliative l'intero percorso clinico- assistenziale;
2. essere presente alla prima visita e ai controlli di rivalutazione multidimensionale contribuendo per quanto di competenze all'elaborazione del PAI (piano assistenziale integrato) e a garanzia (advocacy) dei criteri di eleggibilità;
3. assicurare elevata collaborazione nelle decisioni da assumere nel processo assistenziale;
4. organizzare e partecipare a tutti gli incontri del GICO-cure simultanee e le riunioni con le cooperative dell'assistenza territoriale;
5. integrare le prestazioni definite dai diversi componenti del team con le pianificazioni legate ai bisogni infermieristici, favorendo la massima personalizzazione delle cure sullo specifico caso clinico;
6. garantire l'attuazione delle decisioni assunte e valutare i risultati raggiunti nell'ambito assistenziale;
7. assicurare una corretta informazione agli assistiti sulle procedure terapeutiche;
8. valutare continuamente la qualità dell'assistenza rispetto alle evidenze scientifiche;
9. mantenere i contatti, supportando se necessario i familiari
10. concorrere alla valutazione multidimensionale (fisica, psicologica e sociale), ad intercettare eventuali disagi ed indirizzare verso l'appropriato supporto;
11. assicurare un'attenzione costante alla valutazione continua degli esiti correlati all'assistenza e ai mancati interventi (missed care nursing);
12. fornire riferimento telefonico e/o in telemedicina e disponibilità sul percorso intrapreso, per eventuali informazioni non recepite durante le visite, per dubbi durante l'intero percorso;
13. attuare follow up telefonici e in telemedicina, in un'ottica di continuità ed assistenza di iniziativa, per intercettare proattivamente eventuali problemi, previa acquisizione del consenso;
14. promuovere l'integrazione con i servizi offerti dal terzo settore (associazioni di volontariato, cittadinanza attiva ect.);
15. sostenere progetti di ricerca nell'ambito di interesse delle cure palliative e della continuità ospedale-territorio ed audit periodici sugli esiti correlati al modello;
16. favorire una formazione continua ed avanzata a sostegno delle best practice evidence based.

Implementazione della scala di valutazione IPOS (Integred palliative outcome care)

Per facilitare la tempestiva rilevazione dei bisogni assistenziali all'atto della prima visita e nelle varie visite di controllo laddove è previsto un aggiornamento del PAI (piano assistenziale integrato).

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

1. Efficace ed appropriata presa in carico dei pazienti nella rete cure palliative
2. Miglioramento degli esiti clinici, della qualità di vita, promozione dell'autonomia nella cronicità
3. Ottimizzazione dei percorsi clinico-assistenziali e dell'uso delle risorse
4. Piena integrazione della multi professionalità e multidisciplinarietà
5. Elevato grado di soddisfazione delle pazienti e delle famiglie rispetto al modello assistenziale
6. Miglioramento della qualità della comunicazione tra gli operatori, gli assistiti e care givers
7. Rafforzamento della rete di collaborazione tra ospedale, servizi territoriali e medici di medicina generale

CONCLUSIONI

La persona malata e la sua famiglia sono passate dall'essere "oggetto" di cura a "soggetto" di cura, capaci di essere coinvolti nel processo decisionale divenendo quindi "partner" del processo del trattamento stesso.

La presa in carico non si focalizza esclusivamente sulla parte sanitaria, ma coinvolge anche gli aspetti psico - socio-assistenziali ed i contesti familiari tenendo conto delle emozioni della persona, del suo sentire, del suo corpo e del suo vissuto quotidiano. La presa in carico multidisciplinare con una figura di riferimento quale l'infermiere case manager è garanzia di un approccio integrato di cura che considera tutte le esigenze sanitarie e sociali della persona e della sua famiglia.

Per raggiungere l'obiettivo di una presa in carico integrata è, infatti, necessario sviluppare un dialogo costante con le Istituzioni (Ministero della Salute, dell'Istruzione, del Lavoro e delle Politiche Sociali) volto ad identificare e sviluppare il miglior modello di presa in carico sanitario e socio-assistenziale, modello che andrebbe cucito sulla persona, come un abito che si conformi alle sue necessità e ne segua la crescita e che può essere realizzato solo grazie ad una figura esperta e trasversale alla rete cure.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

MEDICO PALLIATIVISTA, , PSICOLOGO, INFERMIERE CASE MANAGER, ASSISTENTE SOCIALE, ONCOLOGO, RADIOTERAPISTA, INFERMIERE ESPERTO IN CURE PALLIATIVE

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto avrà la durata di 5 anni e si propone di garantire la presenza dell'infermiere case manager e/ esperto in cure palliative ad ogni prima visita e visita di rivalutazione assistenziale.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Gli operatori che lavorano nell'ambito del percorso di cura del paziente in cure palliative hanno come scopo il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile. Per raggiungere questo obiettivo è necessario utilizzare un approccio diversificato, possibile solo attraverso la sinergia di un'equipe multidisciplinare. L'equipe è la struttura operativa più adeguata a rispondere alle esigenze del paziente e della sua famiglia e si definisce "multidisciplinare" perché al suo interno lavorano professionisti di ambiti differenti e con diverse modalità operative.

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

Adozione di soluzioni di Digital Health quali l'attivazione della cartella clinica informatizzata e l'implementazione della piattaforma SmartLea per migliorare la condivisione dei dati clinici dei pazienti e la tracciabilità dei flussi prestazionali.

CALABRIA

Flow manager nurse e modello della non burocrazia per la continuità ospedale-territorio negli utenti oncologici

1

DENOMINAZIONE

ASP Crotone

UNITA' OPERATIVA

Distretto Unico Aziendale, poliambulatori area sub-distrettuale di Crotone e Cirò Marina

REFERENTE DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
FORTUNATO DURANTE

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO
FORTUNATO DURANTE	
VINCENZO CALIGIURI	INFERMIERE
RAFFAELE GIGLIO	INCARICATO DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA, AREA INFERMIERISTICA TERRITORIALE

ABSTRACT

Ispirato al modello Buurtzorg, il modello della non burocrazia parte dal presupposto di dover alleggerire il carico burocratico degli utenti oncologici che hanno bisogno di continuità assistenziale post dimissione, va ricordato che tutti i pazienti oncologici dopo la scoperta della malattia hanno un elevato stress psicologico e sociale, dovuto allo stato sia fisico che cambia costantemente dopo le varie terapie, oltre alla paura di non riuscire a superare la malattia stessa, tutto aumenta con la dimissione da parte delle strutture sanitarie, questo dovuto oltre alla gestione della stessa malattia ma anche per la burocrazia presente nel nostro SSN che aumenta notevolmente i tempi di attesa per l'assistenza . Il modello della non burocrazia come anticipato prima mira ad alleggerire tutto il processo burocratico, in modo da evitare ulteriore stress al paziente, ai familiari e caregiver. Un'equipe infermieristica (flow manager), prenderà in carico gli utenti oncologici dimessi dall'ospedale San Giovanni di Dio di Crotone e si occuperà di gestire tutta l'assistenza sul territorio,

interagendo con le varie figure sanitarie presenti. Buurtzorg è un'organizzazione sanitaria pionieristica fondata nei Paesi Bassi, il loro modello è formato da un team infermieristico indipendente e autogestito per un assistenza domiciliare di alta qualità a costi inferiori, attraverso un'assistenza centrata sulla persona, la continuità assistenziale, la costruzione di relazioni di fiducia e la creazione di reti di assistenza. [1]

Il team Buurtzorg fornisce assistenza domiciliare ai pazienti nei loro quartieri, anteponendo l'umanità alla burocrazia, i team autonomi collaborano con i medici di base, la comunità e le risorse familiari per riportare i pazienti al funzionamento ottimale il più rapidamente possibile. L'organizzazione, pluripremiata, è nata da un approccio basato sul buon senso e sui principi di fiducia, autonomia, creatività, semplicità e collaborazione. Questi principi organizzativi si traducono in un'assistenza altamente efficace ed efficiente, pazienti soddisfatti e infermieri entusiasti.

Il modello viene replicato in tutto il mondo, con team che partono da Minnesota, Svezia, Giappone e altri paesi.[2]

OBIETTIVO GENERALE

Ridurre lo stress psicosociale causato dalla burocrazia agli utenti oncologici dimessi dall'ospedale San Giovanni di Dio di Crotone che necessitano di continuità assistenziale, creando una rete che si interfacci con le varie attività assistenziali già presenti nell'ASP di Crotone per aiutare il paziente nella gestione della vita quotidiana e il reinserimento nella vita sociale di tutti i giorni.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Creare un equipe infermieristica autogestita;
2. Presa in carico degli utenti oncologici;
3. Rispondere ai bisogni degli utenti oncologici creando una rete di assistenza preferenziale capace di garantire assistenza in base al bisogno del singolo paziente;
4. Gestire i flussi di utenti dimessi e garantire loro la continuità terapeutica, diagnostica e preventiva;

MATERIALI E METODI

Per lo svolgimento di questo elaborato è stata condotta una revisione della letteratura, con l'obiettivo di sintetizzare in modo oggettivo e chiaro lo stato delle conoscenze scientifiche correnti su uno determinato tema attraverso l'analisi degli studi pubblicati in precedenza. È stata utilizzata la banca dati pubmed. Le parole chiave utilizzate sono state: Buurtzorg model.

Ispirato al modello Buurtzorg, il modello della non burocrazia promuove la creazione di team autogestiti che operano in un contesto comunitario ristretto.

Dopo aver implementato alcuni elementi di Buurtzorg, le organizzazioni di assistenza domiciliare hanno adottato un approccio assistenziale incentrato sulla persona, con una migliore comunicazione con i pazienti e i familiari

1 Hegedüs A, Schürch A, Bischofberger I. Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a Scoping Review. Int J Nurs Stud Adv. 2022 Jan 12;4:100061. doi: 10.1016/j.ijnsa.2022.100061. PMID: 38745628; PMCID: PMC11080323.

2 Monsen KA, de Blok J. Buurtzorg: Nurse-Led Community Care. Creat Nurs. 2018 Apr 1;24(1):112-117. doi: 10.1891/1078-4535.19.3.122. PMID: 29669644.

caregiver, e hanno potuto stabilire nuove reti con altri servizi. Le principali sfide erano legate alla cultura aziendale autogestita, al quadro organizzativo o alle politiche sanitarie nazionali, che hanno ostacolato il processo di implementazione.[3]

Altri modelli, ispirati a Buurtzorg, esaminano il lavoro di squadra di un gruppo di infermieri che forniscono assistenza domiciliare all'interno di una nuova organizzazione. SoHu è un'azienda olandese di assistenza domiciliare composta da team infermieristici auto-organizzati. Dato che il contesto sanitario per gli infermieri francesi e olandesi è diverso, SoHu ha scelto di concentrarsi principalmente sul lavoro di squadra come meccanismo per migliorare la qualità dell'assistenza.[4]

L'autogestione richiede un quadro chiaro in cui operare. Consentire al personale l'autonomia di variare l'erogazione dell'assistenza in base alle esigenze può migliorare gli esiti per i pazienti.[5]

Il modello Buurtzorg adattato di assistenza infermieristica di comunità ha dimostrato fattibilità e accettabilità da parte di pazienti, assistenti, medici di base e altri operatori sanitari. Per molti pazienti, è risultato preferibile alle precedenti esperienze di assistenza infermieristica distrettuale in termini di continuità assistenziale, migliore supporto a molteplici patologie a lungo termine (che comprendevano fattori fisici, mentali e sociali) e assistenza proattiva. Per gli infermieri di quartiere, la capacità di prendere decisioni operative e cliniche a livello di team ha significato l'adozione di pratiche che rendessero il servizio più reattivo, accessibile ed efficiente e offrissero un ambiente di lavoro più attraente.[6]

In Finlandia, l'assistenza sanitaria e sociale per gli anziani è sempre più erogata a domicilio, con conseguente aumento del numero di pazienti altamente dipendenti per gli operatori dell'assistenza domiciliare, le cui condizioni di lavoro sono peggiorate. Buurtzorg, un modello di assistenza domiciliare nei Paesi Bassi che consente agli assistenti di organizzare autonomamente i propri processi lavorativi, ha mostrato risultati promettenti in termini di efficacia e soddisfazione di utenti e assistenti.[7]

RISULTATI ATTESI

1. Migliorare, attraverso la riduzione drastica della burocrazia, la qualità di vita degli utenti oncologici;
2. Eliminare lo stress psicosociale degli utenti oncologici;
3. Aumentare la consapevolezza del paziente e dei familiari di riuscire a superare la malattia.

CONCLUSIONI

Il modello della "non burocrazia" si pone l'obiettivo di facilitare la vita degli utenti oncologici. Come il modello da cui trae ispirazione, il modello della non burocrazia prevede la formazione di un'equipe infermieristica autogestita

3 Hegedüs A, Schürch A, Bischofberger I. Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a Scoping Review. Int J Nurs Stud Adv. 2022 Jan 12;4:100061. doi: 10.1016/j.ijnsa.2022.100061. PMID: 38745628; PMCID: PMC11080323.

4 Cristofalo P, Dariel O. Travail en équipe et autonomie collective : une expérience dans les soins infirmiers à domicile. Sante Publique. 2021;33(4):527-536. French. doi: 10.3917/spub.214.0527. PMID: 35724135.

5 Leask CF, Bell J, Murray F. Acceptability of delivering an adapted Buurtzorg model in the Scottish care context. Public Health. 2020 Feb;179:111-117. doi: 10.1016/j.puhe.2019.10.011. Epub 2019 Nov 30. PMID: 31794948.

6 Drennan VM, Calestani M, Ross F, Saunders M, West P. Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. BMJ Open. 2018 Jun 6;8(6):e021931. doi: 10.1136/bmjopen-2018-021931. PMID: 29880574; PMCID: PMC6009560.

7 Jantunen S, Piippo J, Surakka J, Sinervo T, Ruotsalainen S, Burström T. Self-Organizing Teams in Elderly Care in Finland: Experiences and Opportunities. Creat Nurs. 2020 Feb 1;26(1):37-42. doi: 10.1891/1078-4535.26.1.37. PMID: 32024737.

che si occupa degli utenti oncologici e dimessi dall'ospedale, che necessitano di cure post dimissione per facilitare l'integrazione ospedale territorio. Questa equipe collabora con i medici di medicina generale e con i familiari creando una sorta di canale preferenziale per gli utenti oncologici. La parte burocratica di qualsiasi prestazione resta a carico dell'equipe.

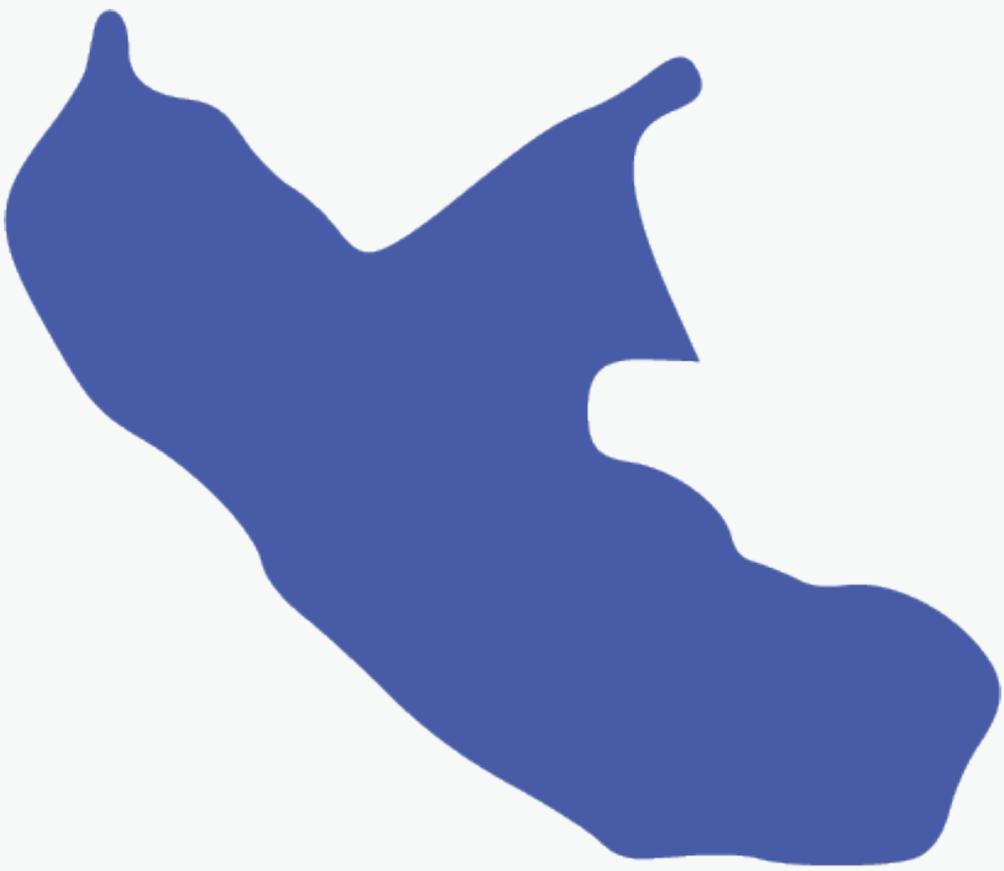
PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

I tempi di realizzazione del progetto allo stato attuale non possono essere previsti, ma con la nascita delle case della salute e di comunità pronte per il 2026 nell'ASP di Crotone, possiamo stimare che un progetto pilota può essere fatto in 12 mesi perché oltre a garantire un'assistenza vanno creati tutti i software.

LAZIO



1 Una regia per la reale integrazione tra servizi sociali e sanitari e tra ospedale e territorio

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini

UNITA' OPERATIVA

Servizio TOBIA

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO
DOTT.SSA LUCIA MITELLO	DIRETTORE DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE
GAETANO MARINO	COORDINATORE INFERMIERISTICO SERVIZIO TOBIA

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
GAETANO MARINO
MARTINA FEDERICA PAGANO

ABSTRACT

Lo scenario demografico sta subendo importanti cambiamenti. Una popolazione sempre meno numerosa e sempre più anziana comporta una domanda di salute diversa rispetto al passato. Una risposta adeguata non può prescindere da una valutazione che tenga conto anche delle condizioni sociali correlate all'aumento delle famiglie monocomponente. L'isolamento delle persone comporta rischi nuovi derivanti dall'assenza di una rete familiare e sociale protettiva. Tale condizione costituisce di per sé un problema laddove il ricorso alle cure può risultare più difficile anche di fronte a problemi relativamente semplici. Queste difficoltà si amplificano per le persone con disabilità grave che faticano ad utilizzare i servizi esistenti per un supplemento di difficoltà relazionali che spesso spingono verso la rinuncia alle cure.

La figura dell'IFeC appare molto adatta a realizzare una presa in carico multidimensionale che consenta di attivare tutte le risorse disponibili in modo efficace ed efficiente. Una regia generale è la strada da percorrere per realizzare un'efficace collaborazione tra servizi diversi che operano su linee di attività specifiche e che non riescono, da soli, ad integrarsi

Obiettivo generale: L'integrazione tra servizi sociali e sanitari e tra ospedale e territorio fatica a realizzarsi a partire dai servizi stessi. È necessaria una regia unica che indirizzi ed integri le diverse attività in una visione complessiva

Obiettivi specifici: Presa in carico di parte della popolazione da parte di un pool di IFeC con funzioni di case manager

Materiali e metodi. Revisione della letteratura e della normativa relativa ai servizi territoriali e all'IFeC. Il progetto prevede il coinvolgimento degli IFeC, dei servizi territoriali sanitari, della collaborazione con tutti i soggetti che erogano cure dal MMG all'ospedale, e con i servizi sociali municipali.

Risultati attesi. Presa in carico che attraverso una serie di attività preventive contrasti l'insorgenza di malattie acute, migliori le cure delle patologie croniche riducendone le complicanze e comporti conseguentemente una riduzione degli accessi impropri ai servizi di PS e dei ricoveri impropri. Monitoraggio attivo delle famiglie monocomponente e di quelle con presenza di disabili

Profili professionali coinvolti. IFEC, MMG, PLS, Assistenti sociali, specialisti di varie discipline a seconda della necessità

Tempi di realizzazione del progetto. A partire dalla presa in carico il progetto non prevede una data di conclusione

1. Uno sguardo d'insieme ai cambiamenti demografici

I cambiamenti demografici comportano sempre ricadute di tipo sociale e sanitario e ogni epoca vive la sua condizione caratterizzata da una certa dinamica tra domanda di salute e offerta di servizi per la sua tutela. Vogliamo qui porre l'attenzione su alcuni aspetti del cambiamento demografico che stiamo vivendo, tenendo presente che si tratta di un fenomeno complesso che coinvolge diversi aspetti come la natalità, la mortalità, l'immigrazione e l'invecchiamento della popolazione.

Negli ultimi decenni, l'Italia ha affrontato significativi mutamenti in termini di composizione demografica, con una serie di tendenze che mostrano una popolazione che invecchia e che decresce progressivamente. L'analisi dei dati dei censimenti evidenzia un trend molto chiaro: nel trentennio compreso tra il 1951 e il 1981, la popolazione è aumentata parallelamente alla crescita economica del paese. In particolare, gli anni 50 e 60 del XX secolo, caratterizzati dal boom economico, videro un significativo incremento demografico, il cosiddetto *baby boom*.

Le previste tendenze evolutive della fecondità, della mortalità e dei movimenti migratori anticipano una struttura per età della popolazione sempre più lontana dalla rappresentazione grafica a "piramide": popolazioni con basi larghe (alti tassi di natalità) e vertici stretti (alti tassi di mortalità in età avanzate). La longevità crescente e la riproduttività sotto la soglia di sostituzione delle generazioni determinano prima la riconfigurazione della struttura per età ad "anfora" (per il progressivo invecchiamento delle generazioni del baby boom), poi "rettangolare" e infine a "piramide rovesciata" in un futuro a medio e lungo termine, con un ulteriore e progressivo sbilanciamento in favore delle età più anziane (*De Simone et al, 2024*).

L'importante cambiamento demografico degli ultimi decenni - derivante da una serie di fattori quali i progressi della medicina e il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie degli ambienti di vita – si caratterizza con un significativo aumento della speranza di vita che è diventato uno dei fenomeni demografici più significativi della nostra epoca. Ciò comporta un incremento della popolazione in età senile nella quale aumenta la disabilità e la fragilità dell'individuo.

I mutamenti demografici hanno avuto ripercussioni anche sulle famiglie e sulla loro composizione. L'aumento della speranza di vita e l'instabilità coniugale hanno contribuito alla crescita del numero di persone che vivono da sole, le famiglie monocomponente, che registrano un incremento piuttosto importante. Si prevede che il loro numero passerà da 9,3 milioni nel 2023 a 10,7 milioni nel 2043. Le famiglie monocomponente hanno un impatto sociale rilevante e rappresentano un fenomeno che può comportare crescente bisogno di assistenza. Questi pochi dati mostrano dunque lo scenario di un'Italia non solo caratterizzata dal fenomeno dell'invecchiamento, ma anche frammentata in numerosi nuclei familiari composti da una sola persona, con sistemi di supporto scarsi. (*Osservatorio Domina sul lavoro domestico, n.d*).

Tale specifica tipologia di famiglie affronta sfide quotidiane poiché l'indipendenza viene alterata dalla fragilità e dalla disabilità dell'individuo. La persona sola – di qualsiasi età ma se anziana ancor di più - si trova ad affrontare un percorso ad ostacoli dove ogni giorno deve affrontare in solitudine la gestione della vita quotidiana, dalle pratiche burocratiche, che ai tempi d'oggi richiedono sempre più abilità informatiche, alla realizzazione della spesa o della pulizia della casa. In una famiglia monocomponente, un grave rischio per la salute e la sicurezza può tradursi nell'impossibilità di ricevere assistenza immediata in caso di emergenza, in quanto la persona si trova da sola senza alcun supporto immediato. Questa condizione di solitudine è una delle cause che comportano una domanda eccessiva e impropria verso i servizi di Pronto Soccorso laddove alcune condizioni patologiche potrebbero essere controllate e trattate efficacemente senza ricorrere all'ospedale qualora esistessero, oltre ad una rete protettiva individuale, servizi territoriali in grado di eseguire una presa in carico tempestiva ed efficace.

Preme qui sottolineare due elementi importanti. Il primo è costituito dal fatto che una vita più lunga e in condizioni migliori rappresenta una grande conquista dell'umanità. È un dato che è importante leggere in questo modo per non cadere nel paradosso che una grande conquista si traduca, nella percezione collettiva, in una fonte supplementare di problemi. Il fatto che un aumento degli anni di vita ed un aumento del numero di anziani comporti una maggiore presenza di patologie croniche non significa che questo si traduca necessariamente in emergenza. In questo senso è molto importante l'altro elemento che abbiamo evidenziato sopra, vale a dire l'aumento notevolissimo di famiglie monocomponente. Un anziano con malattie croniche può essere ben trattato e gestito se trova l'aiuto adeguato, viceversa una persona sola, anche non particolarmente anziana, può trovarsi in grandissima difficoltà di fronte a problemi di salute meno gravi, o anche soltanto al bisogno di un piccolo aiuto per le necessità della vita quotidiana.

Dunque ciò che appare maggiormente problematico – e che costituisce il punto critico di partenza di questo progetto – è rappresentato dall'isolamento crescente degli individui, destinato ad aumentare nei prossimi anni, che determina una diversa formulazione della domanda di salute.

2. La condizione di disabilità in relazione al bisogno di salute

Accanto all'elemento di crescente isolamento sopra tratteggiato vogliamo qui considerarne un altro che riguarda le persone con disabilità cognitiva.

Spesso è molto complesso per persone con disabilità intellettiva grave non collaboranti o "difficili" eseguire prestazioni impegnative come una risonanza magnetica, un'endoscopia gastrica, un esame ecodoppler ma anche l'asportazione di un neo o un intervento odontoiatrico. Accedere a delle prestazioni tempestive e mirate a volte è possibile ma spesso si ricorre ad un percorso agevolato informale, con richieste personali di facilitazioni.

È anche frequente che, a causa di un deficit di comunicazione o di percezione sensoriale, una patologia venga diagnosticata molto in ritardo. Questo è uno dei motivi per cui il tasso di mortalità evitabile fra le persone con

disabilità intellettiva è significativamente più alto di quello della popolazione generale. Potrebbe essere ridotto in modo sostanziale con adeguati interventi di prevenzione, diagnosi precoce e terapia e con l'introduzione di modelli organizzativi ad hoc: la qualità della vita ne trarrebbe un sostanziale beneficio evitando, peraltro, costi aggiuntivi per il Servizio Sanitario. Senza contare che qualsiasi caregiver, spesso anziano, gradirebbe essere aiutato ad aver cura del proprio congiunto disabile a casa, senza dover ricorrere inesorabilmente all'ospedalizzazione.

3. La necessità di integrazione come decisivo elemento strategico

Diversi studi e analisi dell'offerta sanitaria italiana, anche di tipo territoriale, mostrano alcune criticità ben note. Il Piano Nazionale Esiti redatto annualmente da AGENAS e altre fonti menzionate nei rapporti Federsanità su salute e territorio, segnalano criticità come gli accessi impropri ai servizi di Pronto Soccorso o come i ricoveri evitabili. Di recente lo scenario della pandemia ha indotto una domanda nuova e complessiva sulla tutela della salute ma, si potrebbe dire, sull'intera qualità della vita. L'Unione Europea, com'è noto, ha inteso affrontare il periodo post pandemico con interventi massicci finanziati attraverso il Recovery Fund dei quali viene articolato l'utilizzo mediante il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Proprio a partire dal PNRR è emersa la necessità di intervenire nell'articolazione dei servizi sanitari agendo in modo particolare su 2 temi specifici, vale a dire la digitalizzazione del sistema e la riforma della sanità territoriale. Tale prospettiva ha prodotto il DM 77/22, punto di partenza importante non soltanto per i servizi territoriali in generale ma per la prospettiva di integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari.

Il tema specifico che costituisce la chiave del presente progetto e che consentirebbe, secondo chi scrive, un nuovo e decisivo approccio di tipo integrato è costituito dalla **presa in carico permanente dei cittadini da parte del servizio di Infermieristica di Famiglia e Comunità (IFeC)**. Parliamo qui di servizio e non di singole figure proprio perché l'idea è quella di immaginare un pool di professionisti che agiscono in modo coordinato e che si rapportano a tutti gli altri servizi, compresi i servizi sociali, in modo organico e sistematico.

Nella premessa delle linee di indirizzo sull'IFeC di AGENAS, del novembre 2023, vengono tratteggiati i passaggi normativi che hanno introdotto tale figura sullo scenario dei servizi fino al Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, adottato il 6 agosto 2020 con una specifica Intesa in Conferenza Stato-Regioni, che ha fatto riferimento, per la prima volta, alla figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità affermando che: "per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multi-professionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, ovvero professionisti che abbiano come setting privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l'utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro".

Un elemento molto importante è costituito dal mandato dell'IFeC ad operare con tutti i cittadini, sani e malati. Nell'ottica dell'equità, esso identifica sul proprio territorio le fasce di popolazione ritenute più fragili su cui attivare con focus primario progetti personalizzati di promozione della salute, prevenzione e cura. Altro elemento molto rilevante è rappresentato dalla necessità che sia sostenuto il superamento del modello prestazionale, che sinora ha caratterizzato l'attività degli infermieri nei servizi territoriali e che l'IFeC svolga una funzione integrata e aggiuntiva a tali interventi, attraverso la realizzazione di modelli di prossimità e di iniziativa. Va realizzata la possibilità di condividere in modalità strutturate lo stesso bacino di utenti, definito e circoscritto sulla base di criteri geografici, con gli altri professionisti, tra cui in particolare il MMG e il PLS al fine di creare una vera equipe multi-professionale che si costituisce in relazione alle caratteristiche sociali ed epidemiologiche, come elementi determinanti una comunità e i suoi bisogni, e divenire punto di riferimento per la popolazione assistita. Deve essere inoltre favorita

concretamente l'integrazione dell'azione degli IFeC con i servizi esistenti, attraverso percorsi condivisi e la definizione di ruoli specifici nonché il potenziamento e lo sviluppo della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro e con le famiglie/comunità.

Ciò che si propone il presente progetto riguarda una effettiva presa in carico delle persone di un certo territorio che sia innovativa ed efficace.

4. **Una presa in carico reale e permanente**

Si tratta di prendere in carico stabilmente gli individui di una certa porzione di territorio. Tale presa in carico costituisce l'attività di un'equipe specifica composta da IFeC che si rapportano costantemente agli altri servizi territoriali.

Tale attività prevede diversi passaggi. Si tratta di:

- individuare in modo puntuale la popolazione target
- prendere contatto con essa e valutarla con specifici strumenti di assessment
- redigere un piano di intervento personalizzato e articolato nei vari passaggi temporali e realizzarlo creando il percorso adeguato alla specifica situazione
- rivalutare nel tempo le singole situazioni e mettere in campo le necessarie modifiche al piano di intervento

Questi passaggi costituiscono il *core* dell'attività del servizio e vanno accompagnati da alcune azioni di contesto. Tra queste risulta prioritaria la collaborazione con i servizi sociali. Come affermato in precedenza una condizione di "solitudine" familiare comporta di per sé dei rischi, quando alla condizione di famiglia monocomponente si aggiunge un'età non più giovanissima o una condizione di disabilità, congenita o acquisita.

4.1 Popolazione target e strumenti di valutazione

Nella scelta della popolazione da includere e che costituisca il riferimento dell'attività del pool di IFeC appositamente destinato allo scopo, si può ragionare utilizzando specifici criteri di priorità:

- anziani ultrasettantenni
- famiglie monocomponenti
- famiglie con presenza di persona con disabilità congenita o acquisita

L'indicazione di questi criteri è utile per utilizzare nel modo migliore possibile le risorse disponibili. Tuttavia, qualunque criterio venga utilizzato, la popolazione reclutata è sempre soggetta a processi di revisione poiché le condizioni delle persone si modificano nel tempo. Da una coppia di anziani soli, ad esempio, si originerà una famiglia monocomponente nel momento in cui uno dei due non ci sarà più; una famiglia con presenza di disabili comporterà esigenze diverse quando uno dei genitori o dei caregiver non sarà più presente; un sessantasettenne che va in pensione può andare incontro nel tempo ad un peggioramento delle condizioni di salute insieme ad una progressiva riduzione di risorse di rete familiari e sociali. Sono esempi che mostrano la necessità di una rivalutazione costante della popolazione identificata come target dell'intervento.

La presa in carico si compone di 2 momenti fondamentali. Il primo è costituito dall'attenta valutazione della condizione delle persone reclutate attraverso l'utilizzo di specifici strumenti di assessment. Tale valutazione deve coprire più aspetti possibili relativamente alle condizioni di salute, ambientali e relazionali. A questo scopo debbono essere utilizzati diversi strumenti finalizzati alla raccolta di un set di dati quali:

- Dati anagrafici (tra cui: nascita, residenza, titolo di studio, attività professionale)
- Anamnesi familiare (tra cui: membri prossimi della famiglia, relazioni di prossimità, presenza di caregiver, ecc.)
- Ambiente di vita (descrizione dell'abitazione)
- Anamnesi personale prossima e remota (include tra l'altro: documentazione clinica, quadro nutrizionale, patologie, terapie, allergie, quadro vaccinale, programmi di screening, inserimento in PDTA e tutti i dati utili in questo senso)
- Valutazione delle condizioni mediante somministrazione di specifici strumenti che misurino autonomia ADL, adesione alle prescrizioni terapeutiche e tutte le altre valutazioni utili
- Eventuali servizi già attivati o attivi

Esistono numerosi strumenti utilizzabili per le valutazioni. Si propongono obiettivi diversi e per questo vanno usati contemporaneamente. Tra questi citiamo, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

a. Scheda di Health Literacy: scala composta da 5 items che consente di valutare il grado di alfabetizzazione sanitaria;
b. Scala NRS (Numeric Pain Rating Scale): scala unidimensionale a 10 punti che valuta l'intensità del dolore nell'adulto, includendo anche condizioni di dolore cronico dovute a malattie reumatiche;
c. Scala Morisky MMAS-4 (Medication Adherence Scale) per valutare il livello di aderenza terapeutica nella versione composta da a 4 domande;
d. Barthel Index, scala ordinale costituita da 10 item per valutare il grado di svolgimento delle attività della vita quotidiana Activities of Daily Living (ADL) ovvero tutte le attività fondamentali che un individuo adulto riesce a compiere in autonomia e senza il bisogno di assistenza per sopravvivere e prendersi cura di sé;
e. Charlson Comorbidity Index (CCI) o Indice di Comorbidità di Charlson. È una scala utile per classificare le "comorbidità" che potrebbero influire sul rischio di mortalità e quindi di prevedere il rischio di morte da comorbidità. È stata sottoposta a numerose revisioni e variazioni nel corso degli anni; il questionario proposto è composto da 14 items e viene utilizzato soprattutto in soggetti anziani affetti da neoplasie, malattie neurodegenerative e cardiopatie croniche;
f. Screening della fragilità (Clinical Frailty Scale - CFS) una scala liberamente tradotta in italiano per gentile concessione degli autori, che considera 7 items per valutare la fragilità del paziente. Nel 2020 la CFS è stata ulteriormente rivista (versione 2.0) con piccole modifiche chiarificatrici alle descrizioni dei livelli e alle etichette corrispondenti;
g. Scala del Self-care nelle malattie croniche (Self-Care of Chronic Illness Inventory - SC-CII); è uno strumento composto da tre scale che riflettono la Middle Range Theory of Self-care of Chronic Illness. Misura il self-care dei pazienti affetti da malattie croniche. Le scale sono standardizzate da 0 a 100, con punteggi più alti che indicano un migliore self-care; il cut-off per "adeguato" self-care è un punteggio pari o superiore a 70;
h. Modello di valutazione e intervento Calgary Family Assessment Model (CFAM) e Calgary Family Intervention Model (CFIM), strumento di valutazione della famiglia per decidere gli interventi di assistenza necessari. Lo strumento si basa sul riconoscimento dell'unicità di ogni famiglia che possiede delle proprie forze specifiche.
i. Sunfrail Scale; Patient Health Engagement (PHE) Scale.

Il secondo elemento di approccio sistematico è rappresentato dalla redazione del piano di intervento personalizzato che indichi in modo chiaro e puntuale anche i tempi di attuazione e gestione. Si presenteranno situazioni per le quali andranno programmate azioni diversificate, da semplici telefonate di monitoraggio ad inserimento in specifici PDTA attraverso il raccordo con tutte le figure con le quali è necessario rapportarsi: MMG, specialista, CAD, assistente sociale, ecc....

Tale piano di intervento va rivalutato nel tempo ed è necessario prevederlo esplicitamente in modo che tale rivalutazione venga eseguita nei tempi adeguati. La rivalutazione naturalmente è finalizzata alla conferma del piano esistente ovvero ad una sua nuova stesura che tenga conto dei mutamenti intervenuti nel frattempo.

4.2 Linee di attività

Le linee di attività della presa in carico prevedono azioni di tipo preventivo, terapeutico, informativo e sociale. Una precisazione importante riguarda l'accessibilità a servizi anche già esistenti ma che lavorano senza collegamento tra di loro. La presa in carico da parte dell'IFeC è molto preziosa per indirizzare meglio alcune attività in essere. Se, ad esempio, nella valutazione individuale emerge una familiarità con neoplasie del colon la campagna preventiva su questo tema può essere indirizzata in modo prioritario a queste persone, magari verificando che ci sia stata adesione puntuale a quanto proposto. Dunque le **attività di prevenzione** possono partire dalle campagne già esistenti aiutando ed indirizzando persone potenzialmente più a rischio ad utilizzarle. Le attività di prevenzione possono essere calibrate in base a specifiche esigenze, anche ambientali, laddove si ravvisi, ad esempio, una esposizione maggiore a fattori di rischio. Le azioni preventive debbono sostenere le campagne vaccinali soprattutto nei casi di vaccinazioni raccomandate ma non obbligatorie (per esempio quella contro lo pneumococco).

Anche le azioni orientate alle **attività terapeutiche** debbono svolgersi a partire da quanto già esiste. Specifici PDTA attivi sul territorio possono prevedere un reclutamento prioritario di pazienti attraverso la valutazione svolta dall'IFeC nella popolazione target, a stretto contatto con il MMG. Un ausilio importante in questa direzione può essere costituito dalle azioni di tele-monitoraggio. In molto casi, infatti, le valutazioni di diversi parametri risultano essenziali ai fini di una tempestiva ed efficace cura.

Per le persone con disabilità cognitiva possono essere utilizzati i Servizi TOBIA-DAMA, di recente introduzione anche nella Regione Lazio. Si tratta di servizi pensati per consentire la realizzazione di percorsi di diagnosi e cura per chi, a causa delle difficoltà relazionali che vive, ne sarebbe escluso. Gli obiettivi generali di tali servizi sono:

- garantire le cure ai pazienti con disabilità complessa cognitivo/relazionale o neuromotoria che possono presentare deficit della comunicazione e un comportamento parzialmente collaborante o non collaborante;
- offrire alla medicina di base, Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e ai servizi territoriali che hanno in cura persone con disabilità intellettiva e relazionale grave, quali i Servizi di Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) e Servizi di Tutela Salute e Riabilitazione Disabili Adulti (TSRDA), un percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale dedicato (anche nelle Aziende Ospedaliere, nei Policlinici universitari, negli IRCSS) che garantisca anche attività di prevenzione e limiti i ricoveri inappropriati;
- diffondere la cultura dell'accoglienza e la corretta presa in carico delle persone con disabilità, anche attraverso la creazione di adeguati modelli di accoglienza.

L'azione dell'IFeC si svolge sempre in collegamento con gli altri servizi. Il grande valore aggiunto è rappresentato dal fatto che la presa in carico della popolazione target venga previsto come elemento *permanente* cosicché le

persone restino sempre nel radar del servizio anche quando sono prese in carico da altri, ad esempio nel caso di ricoveri in ospedale. Alla dimissione va rivalutata la situazione con gli strumenti di assessment per decidere quali azioni mettere in campo per proseguire efficacemente nella presa in carico.

Altro elemento molto importante riguarda i difetti nella compliance terapeutica. Diversi studi indicano questo elemento come causa di un numero non irrilevante di accessi impropri ai servizi di Pronto Soccorso. Il piano di intervento deve prevedere un monitoraggio delle situazioni più a rischio affinché tale problema sia sotto controllo e, conseguentemente, migliori le condizioni dei pazienti e contribuisca a ridurre gli accessi impropri ai servizi di emergenza per acuti.

Accanto a queste attività principali vanno previste specifiche **attività informative** finalizzate alla divulgazione di conoscenze volte a sostenere stili di vita sani.

Altrettanto importanti possono rivelarsi le **azioni sociali** volte a sostenere situazioni particolari legate a problemi di tipo strutturale. Per fare degli esempi: se una persona sola si alimenta male ed è diabetica il corretto approvvigionamento dei pasti costituisce una protezione anche sanitaria; se un'area presenta importanti barriere architettoniche sulle quali poter intervenire è possibile prevenire cadute di persone anziane con conseguente importante impegno sanitario; se qualcuno non riesce autonomamente a beneficiare di servizi a cui potrebbe aver diritto può essere aiutato nel processo che conduce all'utilizzo del servizio stesso. Sono alcuni esempi ma anche qui l'attività dell'IFeC può essere straordinariamente efficace per attivare risorse esistenti che non sempre vengono utilizzate pienamente.

CONCLUSIONI

Il progetto qui esposto si fonda su alcuni pilastri essenziali. Il primo è la consapevolezza di un crescente isolamento delle persone che può produrre ricadute in termini di mancanza di salute. Da soli il più piccolo problema diventa difficile da affrontare e certamente lo si affronta peggio di come si potrebbe all'interno di una rete di rapporti familiari e sociali articolati. Questo è tanto più vero quanto più il problema è rilevante. Avere una sindrome influenzale per pochi giorni (pur sapendo che non va sottovalutata) non è come subire una frattura che impone immobilizzazione o comunque difficoltà nei movimenti. L'isolamento è sempre premessa di peggiori possibilità di cure adeguate. Ma la mancanza o la carenza di cure adeguate paradossalmente produce ricadute imprevedibili sulle strutture sanitarie. Questo accade anche, come sottolineato da alcuni di recente, quando si rinuncia alle cure a causa di liste di attesa lunghe. Infatti tale comportamento produce in prospettiva un aumento dei costi perché chi non si cura adeguatamente e tempestivamente può diventare malato acuto o con patologie di più difficile gestione, con cure che si svolgerebbero nei servizi destinati agli acuti cioè sostanzialmente quegli stessi ospedali nei quali troppo si tende a curare tutto a scapito di quanto sarebbe possibile fare sul territorio.

Un secondo e decisivo pilastro è rappresentato dalla comunicazione e dall'integrazione dei servizi. Spesso i vari strumenti che potrebbero aiutare singole situazioni non vengono sfruttati pienamente per una mancata conoscenza di quanto esiste e potrebbe essere attivato. Il ruolo di vero e proprio *case manager* svolto dall'IFeC potrebbe risolvere questo problema mediante la conoscenza tutte le risorse attivabili in un certo territorio. Questo costituisce l'elemento forse più importante tra tutti cioè l'integrazione tra i diversi servizi, sia di tipo sanitario che sociale. Tutte le possibilità attivabili, finché non vengono tenute insieme in una regia unica, rischiano di disperdersi oppure di concentrarsi soltanto su persone autonomamente in grado di usufruirne. E ciò comporta che finisca per utilizzare meglio il ventaglio di possibilità chi è più attrezzato magari a scapito di chi ne avrebbe più bisogno.

La presa in carico permanente e qualificata dell'IFeC attiverebbe un circolo virtuoso nel quale i diversi servizi e

professionisti sarebbero collegati tra di loro in modo sistematico e organico; i servizi sociali si potrebbero focalizzare su priorità specifiche con uno sguardo più lungimirante; le persone privo di una rete familiare sociale adeguata troverebbero il sostegno necessario per far fronte alle necessità che si presentano.

Non si tratta di introdurre figure rivoluzionarie: si tratta di rivoluzionare lo sguardo sulla realtà e sui servizi. È una rivoluzione possibile.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

ISTAT. (2022). Popolazione e famiglia. https://www.istat.it/storage/ASI/2022/capitoli/C03.pdf

Luciano, M., et al. (2012). The family in Italy: Cultural changes and implications for treatment. International Review of Psychiatry, 24(2), 149–156. https://doi.org/10.3109/09540261.2012.656306

Pérez-Corral, A. L., & Moreno Mínguez, A. (2022, March 7). Single-parent families, educational gradient, and child deprivation: The cases of Italy and Spain. Child Indicators Research. https://doi.org/10.1007/s12187-022-09931-7. Accessed June 19, 2022.

Save the Children. (2022). Difficoltà e potenzialità dei nuclei monoparentali. Rete Zero - Sei. https://retezerosei.savethechildren.it/approfondimenti/diritto-relazione/difficolta-e-potenzialita-dei-nuclei-monoparentali/. Accessed April 1, 2025.

Guilmaine, C. (2019). Genitori al singolare: Vincere la sfida quotidiana della monogenitorialità (M. Bombardieri, Ed.). Edizione italiana.

Ruffino, L. (2023). Quanto è spopolata l'Italia in tre mappe. Pagella Politica. https://pagellapolitica.it/articoli/dati-spopolamento-italia-2023

Zanichelli. (n.d.). La crisi demografica italiana. Ultimora Geografia Popolazione. https://ultimora.zanichelli.it/geografia/ultimora-geografia-popolazione/la-crisi-demografica-italiana/

De Simone, C., et al. (2024). Esserci, più giovani più futuro: Dai numeri alla realtà. https://www.statigeneralidellanatalita.it/wp-content/uploads/2024/04/Dai-numeri-alla-realta.pdf

ISTAT, (2024). Previsioni della popolazione residente e delle famiglie. https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/07/Previsioni-popolazione-famiglie_2023.pdf

Osservatorio Domina sul lavoro domestico (n.d). Nel 2040 saremo più anziani e soli https://www.osservatoriolavorodomestico.it/nel-2040-saremo-piu-anziani-e-soli

DGR Regione Lazio 20 giugno 2024 N. 416 Linee di indirizzo regionali per l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IfeC). In tale testo è possibile rinvenire le fonti normative italiane, nazionali e regionali relative alla figura dell'IFec

Innovazione e Digitalizzazione: Il Futuro del Vascular Access Team al San Camillo Forlanini

2

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini

UNITA' OPERATIVA

Vascular Access Team

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
DOTT. PRIMO ITALO BERTOLDI

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
DOTT. P.I. BERTOLDI
DOTT.SSA C. BUSSONE
DOTT.SSA L. MASU
DOTT. A. MONTAGNA
DOTT. P. PENSA

ABSTRACT

Il progetto "Innovazione e Digitalizzazione: Il Futuro del Vascular Access Team al San Camillo Forlanini" si propone di sviluppare un servizio ambulatoriale per il Vascular Access Team (VAT) nell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma. L'obiettivo principale è migliorare l'efficienza nella gestione degli accessi vascolari, integrando il servizio con il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) della Regione Lazio. Questo approccio mira a centralizzare le richieste e gli interventi sugli accessi vascolari, automatizzando il caricamento della documentazione nel FSE, ottimizzando la gestione dei dati sanitari e garantendo un accesso rapido e sicuro alle informazioni aggiornate. Il rispetto della privacy sarà un aspetto centrale, con misure rigorose per proteggere i dati sensibili e garantire la conformità alle normative vigenti sulla protezione dei dati personali. Le specifiche fasi del progetto includono la pianificazione, lo sviluppo del sistema, la formazione del personale e la fase di monitoraggio e ottimizzazione. La centralizzazione dei flussi di lavoro e la riduzione dei tempi di attesa miglioreranno la comunicazione tra i reparti, riducendo gli errori e migliorando l'efficienza operativa. Questo modello innovativo contribuirà a elevare la qualità dell'assistenza, con la possibilità di essere esteso ad altre strutture della Regione Lazio.

Introduzione

Il progetto "Innovazione e Digitalizzazione: Il Futuro del Vascular Access Team al San Camillo Forlanini" nasce come risposta alle crescenti sfide che il sistema sanitario si trova ad affrontare in un contesto di costante evoluzione tecnologica e crescente domanda di servizi sanitari efficienti, sicuri e di qualità. Il **Vascular Access Team (VAT),** un gruppo altamente specializzato nella gestione e nell'impianto di accessi vascolari, è cruciale per garantire il successo di trattamenti medici complessi come chemioterapia, nutrizione parenterale, emodialisi e altri trattamenti invasivi. L'impianto di accessi vascolari funzionali e sicuri, insieme alla loro gestione continua, è una componente fondamentale dell'assistenza, che richiede una gestione precisa, un monitoraggio costante e la possibilità di interventi tempestivi in caso di complicanze. In quest'ottica, l'efficienza operativa e l'integrazione tecnologica diventano priorità assolute per garantire una qualità delle cure sempre più elevata.

Il progetto si propone, dunque, di rivoluzionare il modo in cui il VAT opera all'interno dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, con l'obiettivo di ottimizzare i flussi di lavoro e migliorare l'accesso alle prestazioni tramite una digitalizzazione avanzata. L' **integrazione del VAT con il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)** e con il **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** della Regione Lazio è un passaggio fondamentale per centralizzare le richieste di intervento, garantire una gestione trasparente e sicura dei dati sanitari e migliorare la tracciabilità degli accessi vascolari, riducendo il rischio di errori e migliorando il coordinamento tra i vari reparti. L'automazione dei processi di documentazione, che prevede il caricamento diretto dei dati nel FSE, non solo aumenta l'efficienza, ma contribuisce anche alla riduzione dei tempi di attesa, rendendo il sistema più reattivo e accessibile.

Una componente innovativa del progetto è la trasformazione del VAT da servizio prettamente ospedaliero a un **servizio ambulatoriale integrato**, che consente anche un accesso dal territorio tramite richiesta del medico di Medica Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici Specialistici Ambulatoriali (medici specialisti, che operano sia in ospedale che in ambulatori privati) e da Medici Ospedalieri (medici che operano nelle strutture sanitarie possono richiedere APA per pazienti ricoverati o in trattamento ambulatoriale).

Questo passaggio rappresenta una vera e propria evoluzione del modello assistenziale, favorendo l'apertura del servizio a un numero maggiore di pazienti e rendendo il sistema più accessibile e meno gravato da lunghe liste di attesa. L'introduzione degli **Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA),** che centralizzano la gestione delle prestazioni sanitarie, ottimizza il flusso delle richieste e degli interventi, rendendo l'intero processo più snodato e

tempestivo. Questa organizzazione non solo aumenta l'efficienza, ma riduce anche i costi operativi, poiché consente di spostare parte delle attività in un setting ambulatoriale meno dispendioso rispetto all'ospedale tradizionale. Il riferimento normativo per i nuovi codici regionali delle attività ambulatoriali è il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 25 novembre 2024, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 302 del 27 dicembre 2024. Questo decreto definisce le tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, aggiornando il nomenclatore delle prestazioni dopo oltre 20 anni. Inoltre, la Regione Lazio ha adottato il Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale, approvato con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1187 del 30 dicembre 2024. Questo documento specifica le tariffe regionali per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, in linea con le disposizioni nazionali.

A lungo termine, l'adozione di questo modello ambulatoriale favorirà una maggiore **costo-efficacia** e garantirà un migliore sfruttamento delle risorse.

Inoltre, il progetto prevede l'introduzione di soluzioni di **telemedicina**, che rappresentano un passo importante verso la gestione remota e continua degli accessi vascolari. L'integrazione della telemedicina consente di monitorare i pazienti in modo regolare e a distanza, riducendo la necessità di visite fisiche e permettendo un intervento tempestivo in caso di complicanze. Questo approccio non solo ottimizza le risorse ospedaliere, ma fornisce ai pazienti un'opportunità di follow-up più comoda e meno invasiva, migliorando la continuità delle cure e la qualità dell'assistenza. In un futuro prossimo, queste tecnologie potrebbero essere ulteriormente sviluppate per gestire in remoto l'intero ciclo di vita degli accessi vascolari, migliorando il monitoraggio e riducendo la frequenza di complicazioni.

Il progetto, quindi, non si limita alla digitalizzazione e all'automazione dei processi, ma si propone di creare un nuovo modello di gestione sanitaria che ottimizza i flussi di lavoro, integra i servizi ospedalieri con quelli territoriali e offre una risposta rapida, sicura e cost-effective alle necessità dei pazienti. L'implementazione di questi cambiamenti rappresenta un passo significativo verso un sistema sanitario più moderno, efficiente e sostenibile.

Obiettivo Generale

Il progetto si propone di creare un servizio ambulatoriale integrato per il VAT, centralizzando le richieste e gli interventi relativi all'impianto e alla gestione degli accessi vascolari, e integrando la documentazione sanitaria con il SIO e il FSE. Attraverso questa implementazione, sarà possibile accedere al servizio del VAT non solo all'interno dell'ospedale, ma anche dall'esterno, tramite richiesta del medico di famiglia. Questo ampliamento del servizio permetterà di estendere l'accesso agli impianti e alla gestione degli accessi vascolari, anche ai pazienti che necessitano di interventi specialistici, aumentando l'integrazione tra il sistema ospedaliero e i servizi sanitari territoriali. Questo miglioramento consentirà una gestione più fluida delle prestazioni, un monitoraggio più preciso dei dati sanitari e una riduzione dei tempi di attesa per i pazienti.

Obiettivi Specifici

- **Integrare il VAT con il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)**: Centralizzare la gestione delle richieste e degli interventi relativi all'impianto e alla gestione degli accessi vascolari, ottimizzando la comunicazione e l'organizzazione interna tra i vari reparti ospedalieri.
- **Automatizzare il caricamento della documentazione nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**: Creare un sistema di archiviazione elettronico sicuro per i dati sanitari, facilitando l'accesso e garantendo la conformità con le normative sulla privacy e la protezione dei dati personali.

- **Implementare gli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA)**: Creare una struttura che consenta di accedere al VAT in modo centralizzato e ben organizzato, migliorando la gestione delle richieste e riducendo i tempi di attesa per gli impianti e la gestione degli accessi vascolari.
- **Garantire la protezione della privacy dei dati sanitari**: Implementare soluzioni tecnologiche avanzate per proteggere i dati sensibili, garantendo il rispetto delle normative sulla protezione dei dati e la privacy, come il GDPR.
- **Telemedicina nella gestione degli accessi vascolari (Futuro prossimo)**: Un ulteriore obiettivo del progetto è l'implementazione della telemedicina per la gestione degli accessi vascolari. In un futuro prossimo, si prevede di integrare soluzioni di telemonitoraggio e consulenza a distanza, permettendo ai pazienti di essere monitorati regolarmente da remoto, riducendo la necessità di accessi fisici e migliorando la continuità assistenziale. Questo approccio non solo ottimizza le risorse ospedaliere, ma offre anche un vantaggio significativo per i pazienti, che possono beneficiare di una supervisione continua senza la necessità di spostamenti frequenti. La telemedicina rappresenta un'evoluzione significativa nella gestione degli accessi vascolari, in quanto consentirà di ridurre il rischio di complicanze, monitorando costantemente l'efficacia degli impianti e migliorando l'intervento tempestivo in caso di necessità.
- **Trasformazione del VAT da servizio ospedaliero a servizio ambulatoriale**: Un aspetto fondamentale del progetto è la trasformazione del VAT, che attualmente è un servizio ospedaliero, in un servizio ambulatoriale. Questo cambiamento consentirà una gestione più efficiente delle risorse, ottimizzando i tempi e riducendo i costi operativi. L'adozione del modello ambulatoriale permetterà non solo di migliorare l'accesso alle prestazioni, ma anche di rendere più sostenibile il servizio grazie alla possibilità di rimborsi più elevati per le prestazioni ambulatoriali rispetto a quelle ospedaliere. Questo nuovo modello contribuirà a una maggiore costo-efficacia, con una gestione dei fondi pubblici più efficiente, e garantirà una risposta più rapida e specializzata ai bisogni dei pazienti, riducendo la pressione sugli ospedali e migliorando la qualità del servizio.
- **Monitoraggio delle richieste e gestione dell'intero ciclo di vita dell'accesso vascolare:** Un aspetto cruciale del progetto è la creazione di un sistema completo di monitoraggio per tutte le richieste relative agli accessi vascolari, dalla loro attivazione fino alla gestione e al follow-up. Il sistema consentirà di monitorare in tempo reale il numero di richieste ricevute, la loro assegnazione, lo stato di avanzamento e la risoluzione, garantendo che nessuna richiesta venga persa o ignorata. Sarà possibile identificare e ridurre le richieste duplicate, migliorando così l'efficienza e riducendo il rischio di errori o sovrapposizioni. La tracciabilità completa dell'intero ciclo di vita degli accessi vascolari (dalla richiesta iniziale all'impianto e alla gestione post-operatoria) contribuirà a una gestione più trasparente, riducendo i tempi di attesa, ottimizzando le risorse e garantendo un follow-up costante, fondamentale per ridurre complicazioni e migliorare gli esiti dei trattamenti.

Metodi

Il progetto sarà realizzato attraverso un processo strutturato che prevede diverse fasi operative. Le attività chiave comprendono l'analisi delle necessità, la progettazione dei flussi di lavoro, lo sviluppo del sistema, la formazione del personale e il monitoraggio dell'implementazione. Le fasi principali sono:

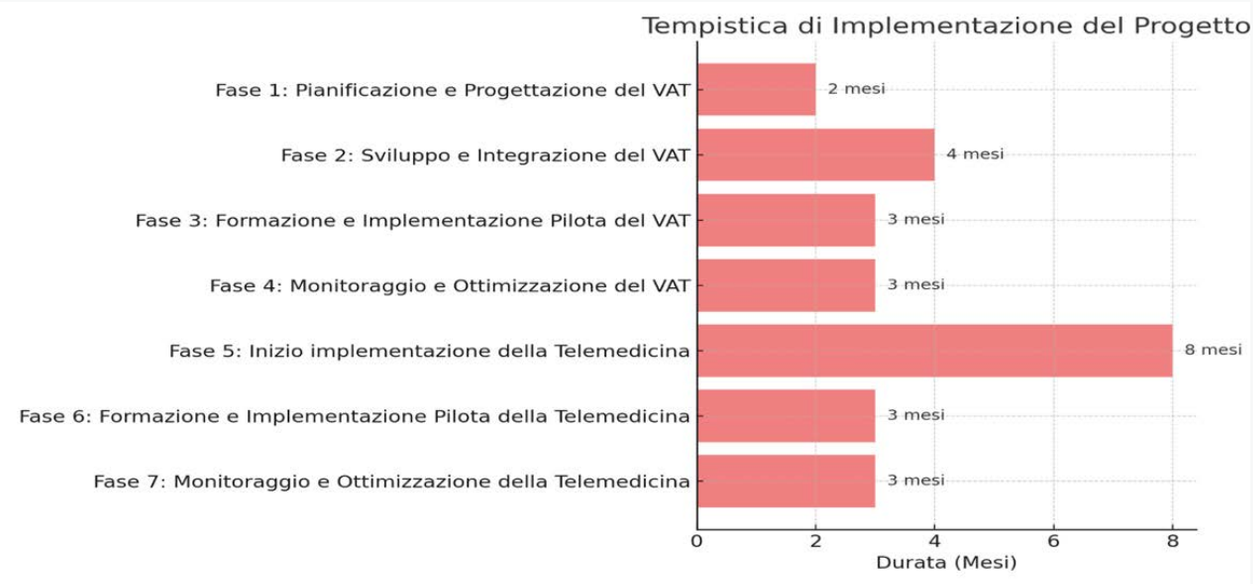
1. **Pianificazione e Progettazione (1-2 mesi)**: In questa fase iniziale, il team raccoglierà le esigenze del VAT, mappando i flussi di lavoro esistenti e progettando i nuovi flussi per l'integrazione con il SIO e il FSE. Sarà definita anche la modalità di implementazione degli APA, e si procederà a pianificare la modalità di accesso esterno tramite la richiesta del medico di famiglia per gli impianti e la gestione degli accessi vascolari.

2. **Sviluppo e Integrazione (3-4 mesi)**: Durante questa fase, il sistema per la gestione centralizzata delle richieste e degli interventi sarà sviluppato e integrato con il SIO e il FSE. L'automazione del caricamento della documentazione sanitaria sarà implementata, e gli APA saranno incorporati nel processo. Saranno definiti i flussi operativi che consentiranno l'accesso al VAT da parte dei medici di famiglia per gli impianti e la gestione degli accessi vascolari.
3. **Formazione e Implementazione Pilota (2-3 mesi)**: In questa fase, il personale sanitario riceverà formazione sul nuovo sistema, con particolare attenzione all'uso degli APA e alla gestione dei dati sensibili. Il sistema sarà testato in un reparto pilota per raccogliere feedback operativi.

Tempistica Complessiva del Progetto:

- **Fase 1-4** (digitalizzazione del VAT): **8-12 mesi**
- **Fase 5-7** (implementazione della telemedicina): **6-8 mesi (a partire dalla conclusione della fase 4 del VAT)**

Fase	Durata (Mesi)	Descrizione
FASE 1: PIANIFICAZIONE E PROGETTAZIONE DEL VAT	1-2	ANALISI DELLE ESIGENZE DEL VAT, PROGETTAZIONE DEI FLUSSI DI LAVORO PER L'INTEGRAZIONE CON IL SIO E IL FSE, DEFINIZIONE DEGLI ACCORPAMENTI DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI (APA).
FASE 2: SVILUPPO E INTEGRAZIONE DEL VAT	3-4	CREAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA PER LA GESTIONE CENTRALIZZATA DELLE RICHIESTE, AUTOMATIZZAZIONE DEL CARICAMENTO DEI DATI NEL FSE, IMPLEMENTAZIONE DEGLI APA.
FASE 3: FORMAZIONE E IMPLEMENTAZIONE PILOTA DEL VAT	2-3	FORMAZIONE DEL PERSONALE, TEST DEL SISTEMA IN UN REPARTO PILOTA PER RACCOGLIERE FEEDBACK E OTTIMIZZARE LE FUNZIONALITÀ.
FASE 4: MONITORAGGIO E OTTIMIZZAZIONE DEL VAT	2-3	MONITORAGGIO IN TEMPO REALE, CORREZIONE DI EVENTUALI PROBLEMATICHE E OTTIMIZZAZIONE DEL SISTEMA IN BASE AI FEEDBACK RICEVUTI.
FASE 5: INIZIO IMPLEMENTAZIONE DELLA TELEMEDICINA	6-8 (DOPO LA CONCLUSIONE DELLA FASE 4 DEL VAT)	PIANIFICAZIONE E SVILUPPO DELLA PIATTAFORMA DI TELEMEDICINA, INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA ESISTENTE, IMPLEMENTAZIONE DEL MONITORAGGIO REMOTO PER GLI ACCESSI VASCOLARI, CONSULENZA A DISTANZA, E TEST DEL SISTEMA.
FASE 6: FORMAZIONE E IMPLEMENTAZIONE PILOTA DELLA TELEMEDICINA	2-3	FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO SULL'USO DELLA TELEMEDICINA, AVVIO DEI TEST PILOTA CON UN GRUPPO SELEZIONATO DI PAZIENTI PER MONITORARE LA FUNZIONALITÀ E L'EFFICACIA.
FASE 7: MONITORAGGIO E OTTIMIZZAZIONE DELLA TELEMEDICINA	2-3	MONITORAGGIO DEI PAZIENTI ATTRAVERSO LA TELEMEDICINA, RACCOLTA FEEDBACK, OTTIMIZZAZIONE DEL SISTEMA DI TELEMONITORAGGIO E CONSULENZA A DISTANZA.



Risultati Attesi

1. **Miglioramento dell'efficienza operativa**: L'integrazione digitale con il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) centralizzerà le richieste e gli interventi, riducendo i tempi di attesa e migliorando la comunicazione tra i reparti. Ciò consentirà una gestione più rapida e precisa degli accessi vascolari, riducendo errori e duplicazioni.
2. **Aumento della qualità dell'assistenza sanitaria**: L'automazione dei processi di documentazione e il caricamento diretto dei dati nel FSE garantiranno una tracciabilità migliore e una gestione continua degli accessi vascolari. Ciò permetterà interventi tempestivi in caso di complicanze, migliorando la sicurezza e la continuità delle cure.
3. **Miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari**: La trasformazione del VAT da servizio ospedaliero a servizio ambulatoriale consentirà una maggiore accessibilità al servizio, anche da parte di pazienti esterni tramite richiesta del MMG, PSL, Medici Specialistici Ambulatoriali e da Medici Ospedalieri. Questo ampliamento consentirà di ridurre le lunghe liste di attesa e di migliorare l'efficienza del sistema, permettendo una risposta rapida e mirata alle necessità dei pazienti.
4. **Incremento della soddisfazione del paziente e dei suoi caregivers**: La digitalizzazione e la maggiore accessibilità ai servizi, unita alla riduzione dei tempi di attesa e alla possibilità di un monitoraggio remoto tramite telemedicina, contribuiranno a un'esperienza sanitaria migliore per i pazienti e i loro caregivers. Un sistema più rapido, efficiente e facilmente accessibile ridurrà lo stress dei pazienti e delle loro famiglie, migliorando la loro soddisfazione complessiva.
5. **Ottimizzazione delle risorse**: L'introduzione degli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA) centralizzerà la gestione delle prestazioni sanitarie, migliorando l'organizzazione e riducendo i costi operativi. Il passaggio al modello ambulatoriale consentirà una gestione più sostenibile delle risorse e una maggiore costo-efficacia grazie ai rimborsi per prestazioni ambulatoriali.
6. **Decremento dei ricoveri inappropriati**: L'integrazione del VAT con il SIO e il FSE, unita alla possibilità di gestione ambulatoriale e telemedica, permetterà di ridurre la necessità di ricoveri ospedalieri non giustificati. Una gestione efficiente degli accessi vascolari tramite un sistema ambulatoriale contribuirà a mantenere i pazienti fuori dall'ospedale, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati e migliorando l'allocazione delle risorse ospedaliere per i casi più gravi.

7. **Decremento degli accessi evitabili**: Grazie alla centralizzazione dei flussi di lavoro e al monitoraggio continuo, l'introduzione della telemedicina permetterà di gestire meglio i pazienti a distanza, riducendo la necessità di accessi fisici non necessari. La gestione proattiva degli accessi vascolari e l'accesso a un follow-up remoto contribuiranno a prevenire complicazioni e a evitare l'accesso non urgente agli ospedali, ottimizzando le risorse e migliorando l'efficacia del sistema sanitario.
8. **Sviluppo della telemedicina**: L'introduzione della telemedicina come strumento di monitoraggio remoto degli accessi vascolari migliorerà la continuità delle cure. Riducendo la necessità di visite fisiche, ottimizzerà l'uso delle risorse ospedaliere e migliorerà l'esperienza dei pazienti con un follow-up più comodo e accessibile.
9. **Migliore protezione dei dati sensibili**: Il rispetto delle normative sulla privacy, inclusa l'adozione delle misure di protezione dei dati personali in conformità con il GDPR (General Data Protection Regulation - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati dell'Unione Europea, entrato in vigore il 25 maggio 2018), garantirà che le informazioni dei pazienti siano trattate con la massima sicurezza, prevenendo violazioni e assicurando la privacy.
10. **Formazione del personale**: La formazione continua del personale sanitario sul nuovo sistema digitale, gli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA) e la gestione dei dati sensibili sarà un risultato cruciale. Il progetto prevede sessioni di formazione per garantire che il personale acquisisca le competenze necessarie per utilizzare efficacemente la nuova piattaforma digitale, migliorando la loro familiarità con il sistema e riducendo il rischio di errori. L'implementazione di un processo formativo contribuirà non solo a un uso corretto della tecnologia, ma anche a un miglioramento generale della qualità del servizio e delle capacità operative del team.
11. **Sostenibilità e replicabilità**: Il progetto non solo migliorerà il servizio all'interno dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, ma avrà anche un potenziale di replicabilità in altre strutture sanitarie della Regione Lazio. La solida formazione del personale e l'adozione di un modello tecnologico scalabile contribuiranno a diffondere il progetto, rendendolo adattabile ad altre realtà ospedaliere e migliorando il sistema sanitario complessivo della regione.

Conclusioni

Il progetto "Innovazione e Digitalizzazione: Il Futuro del Vascular Access Team al San Camillo Forlanini" rappresenta un significativo passo avanti nell'ottimizzazione della gestione degli impianti e della gestione degli accessi vascolari e nella digitalizzazione del processo assistenziale. L'integrazione con il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) permetterà una gestione più efficiente e sicura delle informazioni, migliorando la qualità dell'assistenza e riducendo i tempi di attesa per i pazienti.

La creazione degli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA) riveste un ruolo centrale in questo processo. Gli APA sono composti generalmente da una prestazione principale, come l'impianto di un accesso vascolare, e da un insieme di prestazioni accessorie, che possono includere visite ed esami pre- e post- intervento, arrivando a includere fino a 8 prestazioni. Questo approccio consente di centralizzare e semplificare la gestione delle prestazioni, ottimizzando i flussi di lavoro e garantendo che il paziente riceva tutte le prestazioni necessarie in modo coordinato, riducendo al minimo i tempi di attesa e migliorando la qualità dell'assistenza.

Un aspetto innovativo del progetto è l'apertura del servizio anche all'esterno, attraverso la possibilità di accesso tramite richiesta di MMG, PSL, Medici Specialistici Ambulatoriali e da Medici Ospedalieri aumentando l'integrazione tra ospedale e territorio. Inoltre, la futura implementazione della telemedicina offrirà nuovi strumenti per il monitoraggio remoto dei pazienti e la gestione della continuità assistenziale, riducendo la necessità di interventi fisici e ottimizzando le risorse ospedaliere.

Un altro vantaggio significativo di questa trasformazione sarà il passaggio del Vascular Access Team (VAT) da un servizio esclusivamente ospedaliero a un servizio ambulatoriale, con un notevole miglioramento della costo-efficacia. Questo cambiamento permetterà di beneficiare di rimborsi per le prestazioni ambulatoriali, rendendo la gestione dei costi più sostenibile ed efficiente. In questo contesto, per quanto riguarda la quota di compartecipazione da parte degli utenti (ticket), come stabilito dalla nota regionale del 2007, è previsto che, a partire dal 1gennaio 2007, sia obbligatorio il pagamento anche della visita di accesso agli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA). Inoltre, va sottolineato che il Nomenclatore Tariffario Regionale è stato completamente aggiornato dopo oltre 20 anni, con l'introduzione delle nuove prestazioni e tariffe. In particolare, la Regione Lazio ha approvato il nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per le Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale, con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1187 del 30 dicembre 2024, che stabilisce le tariffe aggiornate per tutte le prestazioni ambulatoriali, inclusi gli accessi vascolari. Questo aggiornamento rappresenta un passo importante verso una gestione più moderna, efficiente e sostenibile delle risorse sanitarie nella regione.

In aggiunta, il rispetto delle normative sulla privacy garantirà che i dati sanitari dei pazienti siano trattati con la massima sicurezza. Questo progetto non solo migliorerà l'efficienza operativa e la comunicazione tra i reparti, ma fungerà anche da modello per altre strutture sanitarie della Regione Lazio, contribuendo a un servizio sanitario più innovativo, sicuro e accessibile.

Un elemento chiave di questo progetto è la sua capacità di essere facilmente replicato ed esportato in altre strutture sanitarie. Il modello proposto, che integra la digitalizzazione, l'efficienza operativa e l'accesso semplificato ai servizi sanitari, rappresenta una soluzione scalabile che può essere adattata a qualsiasi realtà ospedaliera, sia essa di piccole dimensioni o parte di un grande network sanitario. La sua replicabilità è sostenuta dalla solidità dei processi, dall'adozione di tecnologie sicure e all'avanguardia e dall'approccio integrato che coinvolge tutte le parti in causa. Questo progetto, infatti, ha il potenziale per essere un faro di innovazione per altre strutture, contribuendo a creare un sistema sanitario più efficiente, accessibile e di alta qualità a livello regionale e nazionale.

La magia delle parole

3

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma

UNITA' OPERATIVA

Dipartimento delle Professioni Sanitarie - Di.Pro.

DIRETTORE

Dott.ssa Lucia Mitello

AUTORI E REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
SARA SANGERMANO
ELEONORA CIRULLO

RESPONSABILI SCIENTIFICI

NOME E COGNOME
SARA SANGERMANO (DIRETTORE DEL CORSO)
ELEONORA CIRULLO
LUCIA MITELLO
MARIA FRANCESCA TIRATERRA

RESPONSABILE DI PROGETTAZIONE E PROCEDURE ECM

NOME E COGNOME
MARIA FRANCESCA TIRATERRA

ABSTRACT

"La Magia delle Parole" rappresenta un progetto di formazione capillare e strutturato che si fonda su ciò che accomuna tutti gli esseri umani: la **parola**. Questo strumento universale, democratico e potente, appartiene a tutti, senza distinzioni di ceto, cultura o abilita e ha la capacità di creare legami, sciogliere tensioni e trasformare vite.

Non si tratta solo di un corso, ma di un viaggio profondo nella riscoperta di questa forza primordiale, capace di valorizzare sia la comunicazione interpersonale che quella intrapersonale. Attraverso percorsi mirati "La Magia delle Parole" risponde alle esigenze specifiche del personale sanitario. L'obiettivo è promuovere un ambiente di lavoro armonioso, favorendo il benessere degli operatori, migliorando la qualità dell'assistenza e rafforzando le competenze emotive e relazionali di chi cura.

Si fonda sul coaching infermieristico, cuore pulsante di questo progetto, rappresenta una rivoluzione culturale: per la prima volta, un ospedale pubblico introduce un approccio personalizzato di coaching direttamente nelle corsie, tradizionalmente riservato alle grandi aziende private. Questo percorso si prende "cura di chi cura", offrendo strumenti concreti per affrontare il peso emotivo e relazionale della professione infermieristica, pilastro della sanità.

Il valore aggiunto di questo progetto è dato dalle due coach, professioniste con 33 anni di esperienza diretta in ospedale, che portano un approccio pratico e radicato nella realtà quotidiana. Attraverso il dialogo empatico e l'uso di tecniche semplici e applicabili, il coaching favorisce la crescita personale e professionale, restituendo motivazione, entusiasmo e consapevolezza agli operatori sanitari.

"La Magia delle Parole" non è solo formazione, ma una risposta concreta al bisogno di umanizzazione delle cure.

Un progetto pionieristico, mai realizzato prima in ambito ospedaliero, prende vita grazie alla mente audace e lungimirante di quattro professionisti visionari (oltre alle due infermiere coach Eleonora Cirullo e Sara Sangermano, il direttore delle professioni Lucia Mitello e della Formazione Francesca Tiraterra). Un'iniziativa che rompe gli schemi tradizionali, portando innovazione concreta là dove la cura incontra l'umanità. Questo progetto segna l'inizio di una nuova era, in cui tecnologia, comunicazione e benessere del personale si intrecciano in un modello rivoluzionario. È la prova che sognare in grande, con coraggio e competenza, può davvero cambiare le cose.

OBIETTIVO GENERALE

Promuovere una comunicazione empatica ed efficace all'interno dei gruppi di lavoro per migliorare l'interazione con i pazienti e i familiari, riducendo tensioni, incomprensioni e migliorando il clima lavorativo tra gli operatori sanitari.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Formare il personale sanitario sulle tecniche di comunicazione empatica e sulla gestione delle emozioni in situazioni di stress acuto.
- Implementare strategie di comunicazione non verbale e verbale che possano calmare e rassicurare pazienti e familiari in momenti di emergenza.
- Creare linee guida interne per uniformare il linguaggio e i comportamenti del personale, garantendo coerenza e professionalità.

- Ridurre i conflitti interpersonali tra operatori attraverso incontri formativi, che favoriscano il lavoro di squadra e la collaborazione.

MATERIALI E METODI

- Manuali e dispense personalizzate: contenuti chiari, sintetici e adattabili alle esigenze specifiche dell'azienda, che includono esempi pratici, esercizi e casi studio aziendali.
- Video formativi: Brevi video esplicativi o esempi di situazioni reali che mostrano buone pratiche comunicative e gestionali all'interno di slide pensate su illustrazioni e frasi utili ad attirare l'attenzione.
- Carte tematiche: strumenti fisici o digitali che illustrano concetti chiave (es. ascolto attivo, gestione delle emozioni, tecniche di feedback)

Metodi d'Insegnamento

- Workshop esperienziali

Simulazioni di situazioni lavorative: role-play che ricreano situazioni tipiche (feedback tra colleghi, gestione di un paziente insoddisfatto, risoluzione di un conflitto).

Team buolding: attività che stimolano il lavoro di squadra, come la costruzione di un progetto comunicativo o un problem-solving collaborativo.

- Tecniche di apprendimento attivo

Case study aziendali: analisi di casi reali per identificare errori e proporre soluzioni comunicative efficaci.

Storytelling: utilizzo di storie personali o aziendali per evidenziare l'importanza del linguaggio nel generare impatto e connessione.

Feedback 360°: esercizi strutturati per ricevere e dare feedback, sviluppando empatia e chiarezza.

- Approccio blended.

Formazione in presenza: sessioni interattive che favoriscono la partecipazione attiva dei discenti.

Metodologie innovative

- Gamification: inserire elementi ludici nella formazione, come premi per il miglior comunicatore o badge per il completamento di obiettivi.
- Tecniche di ancoraggio: utilizzo di parole, immagini o gesti specifici per richiamare rapidamente emozioni positive o stati d'animo produttivi.
- Mindfulness e gestione dello stress: brevi sessioni di rilassamento per allenare la consapevolezza emotiva e migliorare il focus.

RISULTATI ATTESI

Il corso "La Magia delle Parole" si propone di raggiungere i seguenti risultati:

- Sviluppo delle competenze comunicative: fornire ai partecipanti strumenti pratici per esprimersi con maggiore chiarezza, empatia e precisione.

- Aumento della consapevolezza emotiva: portare i partecipanti a riconoscere le proprie emozioni e quelle altrui, gestendole in modo efficace durante le interazioni.
- Riduzione dei conflitti interpersonali: favorire la creazione di un ambiente comunicativo più sereno e collaborativo, sia nel contesto professionale che personale.
- Miglioramento delle relazioni professionali: potenziare la coesione dei gruppi di lavoro e facilitare una comunicazione più fluida e costruttiva.
- Incremento della motivazione e dell'entusiasmo: stimolare un atteggiamento positivo e proattivo verso le relazioni interpersonali e i compiti quotidiani.
- Applicazione immediata delle tecniche apprese: consentire ai partecipanti di mettere subito in pratica gli strumenti acquisiti, riscontrando benefici tangibili nelle dinamiche quotidiane.
- Creazione di un mindset orientato alla crescita: coltivare nei partecipanti l'abitudine a riflettere sul proprio linguaggio e a utilizzarlo come strumento di trasformazione personale e professionale.

Questi obiettivi rappresentano la base per il successo del progetto, con l'ambizione di migliorare non solo la comunicazione, ma anche la qualità della vita dei partecipanti.

RISULTATI

Il corso "La Magia delle Parole" ha prodotto risultati significativi sia a livello individuale che collettivo. Ecco i principali:

1. Miglioramento della capacità di ascolto attivo: i partecipanti hanno dimostrato una maggiore attenzione verso l'interlocutore, imparando a distinguere tra ciò che viene detto e le emozioni sottostanti.
2. Maggiore consapevolezza emotiva: grazie agli esercizi proposti, i partecipanti hanno acquisito strumenti per riconoscere e gestire le proprie emozioni durante le interazioni, evitando reazioni impulsive.
3. Aumento della chiarezza comunicativa: la scelta consapevole delle parole ha portato a una riduzione di incomprensioni e malintesi nelle dinamiche di gruppo e personali.
4. Rinforzo della coesione nei team di lavoro: la pratica delle tecniche conversazionali ha migliorato le relazioni tra i membri, favorendo un clima più ollaborative e sereno.
5. Incremento della motivazione e dell'entusiasmo: la riscoperta del potenziale trasformativo della comunicazione ha stimolato nei partecipanti un nuovo senso di energia e voglia di mettersi in gioco.
6. Applicazione pratica immediata: molti partecipanti hanno iniziato a integrare quanto appreso nel quotidiano, riportando feedback positivi sulle prime esperienze di utilizzo delle tecniche apprese.

Questi risultati confermano che il percorso non solo ha risposto ai bisogni iniziali del target, ma ha anche aperto nuove prospettive per una comunicazione più autentica, efficace e consapevole.

CONCLUSIONI

Il corso "La Magia delle Parole" ha dimostrato che una comunicazione consapevole ed emotivamente intelligente può trasformare non solo le relazioni professionali, ma anche quelle personali. Attraverso un approccio pratico e graduale, i partecipanti hanno acquisito strumenti concreti per migliorare l'ascolto, la gestione delle emozioni e la scelta del linguaggio.

Questa esperienza ha sottolineato quanto le parole siano potenti ancore emotive: se usate con intenzionalità,

possono costruire ponti di comprensione, ridurre conflitti e aumentare la motivazione. I partecipanti hanno sperimentato un maggiore senso di connessione con sé stessi e con gli altri, scoprendo che comunicare con chiarezza e autenticità non solo migliora le dinamiche di gruppo, ma riduce anche lo stress quotidiano.

Infine, il percorso ha lasciato un importante messaggio: la comunicazione efficace non è un talento innato, ma una competenza che si può sviluppare e perfezionare. Questo corso ha fornito ai partecipanti gli strumenti per iniziare questo viaggio, stimolandoli a continuare ad applicare quanto appreso nella loro pratica quotidiana.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Coordinatori- infermieri-Oss

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Fase 1: analisi preliminare

1. Incontro iniziale con la formazione e il coordinatore dell'unità operativa
2. Raccolta informazioni sui bisogni formativi specifici e sulle caratteristiche del gruppo target. Stabilire gli obiettivi condivisi.
3. Elaborazione del piano formativo:
4. Creazione del programma dettagliato, adattato alle esigenze del target.
5. Personalizzazione dei materiali didattici.

Fase 2: Preparazione (2 settimane)

1. Produzione dei materiali formativi: manuali, dispense, slide e video formativi.
2. Pianificazione logistica:
   Organizzazione delle sessioni e gestione delle risorse necessarie.

Fase 3: comunicazione con i partecipanti:

1. Invio di informazioni preliminari, inclusa una scheda introduttiva sul corso e presentazione di un questionario.
2. Conoscenza preliminare del gruppo e presentazione delle docenti.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Scalabilità del progetto

Proposte per estendere il corso ad altre unità operative o sedi aziendali.

Coinvolgimento dei leader

Sessioni dedicate ai leader aziendali per favorire la diffusione delle competenze apprese nel corso all'interno dei

team.

Integrazione delle tecniche apprese con gli obiettivi strategici dell'azienda.

Sostenibilità del progetto

Piano per garantire la continuità e l'applicazione dei risultati nel tempo, come l'introduzione di "ambasciatori della comunicazione" in azienda.

Raccomandazioni per l'implementazione di follow-up periodici (es. incontri trimestrali o aggiornamenti formativi).

Materiali aggiuntivi

Risorse opzionali come letture consigliate, podcast o webinar correlati al corso.

Creazione di un glossario con termini chiave della comunicazione efficace.

Personalizzazione dei contenuti

I contenuti verranno adattati alla realtà dell'azienda, includendo esempi specifici e situazioni quotidiane tipiche. Inoltre saranno modellati sulla base dei bisogni del target di riferimento.

Possibilità di inserire riferimenti alle politiche aziendali o ai valori.

Metodologia di valutazione dei risultati

Descrizione dettagliata degli strumenti di monitoraggio (es. questionari pre e post-corso, sessioni di feedback strutturato).

Indicatori di successo (Key Performance Indicators) per misurare l'impatto del corso, come miglioramento della collaborazione, riduzione dei conflitti o incremento della soddisfazione dei dipendenti.

La Riabilitazione della mano e delle lesioni dei nervi periferici

4

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini

UNITÀ OPERATIVE

Uosd Riabilitazione Intensiva - Dh Riabilitativo - Resp. Dr. C. Gambardella
Dipartimento delle professioni sanitarie - Direttore Dr.ssa L.Mitello

REFERENTE DEL PROGETTO

Dr.ssa Luisa Buracchini

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO
DR.SSA CIOTOLA ELENA	INCARICO DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA AREA RIABILITAZIONE; RESPONSABILE SCIENTIFICO, SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E DIRETTORE DEL CORSO
DR. FELICI NICOLA	DIRETTORE AD INTERIM DI UOC CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA; RESPONSABILE SCIENTIFICO
DI LORO M. GRAZIA	FISIOTERAPISTA RESPONSABILE SCIENTIFICO
M. FRANCESCA TIRATERRA	REFERENTE FORMAZIONE PERMANENTE DIPRO CONSULENZA, PROGETTAZIONE, PROCEDURE ECM
CINZIA TOCCACELI	FORMAZIONE PERMANENTE DIPRO

ABSTRACT

A seguito dell'aumento negli ultimi 12 mesi della casistica di pazienti chirurgici operati alla mano provenienti dalla Uoc di Chirurgia Plastica e ricostruttiva diretta dal Dr. Nicola Felici presso il day hospital e gli ambulatori nella nostra UOSD di riabilitazione intensiva è nata l'esigenza fondamentale di aggiornare il personale secondo le ultime evidenze riguardo ai trattamenti rieducativi. Vista la specificità della domanda di salute, si propongono una serie di incontri finalizzati a condividere le eventuali linee guida e le specifiche metodologie di approccio a questo tipo di paziente.

OBIETTIVO GENERALE

Al termine del Corso tutto il personale coinvolto sarà in grado di identificare le nuove tecniche chirurgiche proposte al fine di garantire il corretto approccio riabilitativo per la presa in carico appropriata del paziente che ha accesso al day hospital di riabilitazione intensiva ed, eventualmente, successivamente, in ambulatorio per la rieducazione della mano dopo intervento chirurgico complesso.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Definire le caratteristiche delle lesioni traumatiche dell'arto superiore e le neuropatie periferiche;
2. Definire le specificità delle lesioni del plesso brachiale;
3. Identificare gli approcci riabilitativi specifici per il paziente sottoposto a chirurgia dell'arto superiore.

MATERIALI E METODI

Slides e riferimenti bibliografici, linee guida

Didattica interattiva:

confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore

dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti;

valutazione e trattamento di casi clinici

RISULTATI ATTESI

Al termine del Corso tutto il personale coinvolto sarà in grado di eseguire i trattamenti prescritti secondo le linee guida oggetto del corso, condividerle con i fisioterapisti dell'equipe ed eventualmente in sostituzione, nonché con i fisiatri e il chirurgo che ha effettuato l'intervento; i pazienti in trattamento presso il dh vengono in caso di necessità non ad alta complessità invitati a proseguirlo presso l'ambulatorio interno secondo un percorso di continuità assistenziale

CONCLUSIONI

Il progetto è stato possibile grazie alla collaborazione importante del responsabile della Uoc di Chirurgia Plastica e ricostruttiva diretta dal Dr. Felici Nicola che ha effettuato la maggior parte delle lezioni teorico-pratiche in sinergia con il coordinatore responsabile e il personale dedicato dei fisioterapisti, fisiatri e infermieri. Ciò ha permesso, oltre all'aggiornamento professionale, un incremento della motivazione soddisfazione professionale e personale degli operatori, oltre al raggiungimento dell' outcome, della qualità delle prestazioni fornita ai pazienti.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Fisioterapisti, Medici (fisiatri e chirurgo), e infermieri sia del day hospital, che dell'ambulatorio di riabilitazione intensiva

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Descrizione attività

1. Progettazione del corso formativo per il 2024; identificazione N° 2 docenti interni a costo zero;
2. Progettazione Attività: Date: 18 aprile; 16 maggio; 13 giugno; 26 settembre; 17 ottobre; 7 novembre; 28 novembre 2024. Sede: Formazione permanente San Camillo, Padiglione Busi Padiglione Piastra Aula B, 2° piano.

Argomenti

1. Lesioni traumatiche dell'arto superiore e neuropatie periferiche
2. lesioni nervose arto inferiore
3. lesioni del plesso brachiale

Valutazione di fine corso

Prova scritta con 4 domande a risposta multipla con esito positivo per tutti i partecipanti.

Valutazione d'impatto

Vista la revisione delle linee guida e delle procedure di EBP proposte all'interno del Corso, si valuterà a distanza di 4 mesi dalla fine dell'effettuazione del corso l'effettivo utilizzo delle stesse da parte del personale dei fisioterapisti operanti all'interno del day hospital riabilitativo dell'ambulatorio di fisioterapia attraverso un audit effettuato dal coordinatore del servizio che terrà conto anche della compilazione della documentazione utilizzata per la valutazione degli outcome.

Indicatori per la valutazione d'impatto

N. operatori che hanno utilizzato le tecniche proposte/N. Totale di operatori formati; al termine della valutazione tutti gli operatori devono aver utilizzato le tecniche proposte, quindi l'indicatore è uguale ad 1

2)Valutazione/autovalutazione dei casi clinici e outcome tramite gruppi di osservazione e riunioni mensili

BIBLIOGRAFIA

Poulsen B. et al. Cochrane Database Syst Rev 2010 Jan 20; (1): CD007218

TOS, especially neurogenic, is inconsistently diagnosed and described

Reporting standards of the Society for Vascular Surgery for thoracic outlet syndrome

Karl A. Illig et al., J Vasc Surg, Sept 2016

6. Sudheer G, Naman G, Gupta A, Dogra V. Thoracic outlet syndrome—
an uncommon cause of acute upper-limb ischemia. Ultrasound Q.
2022;38(1):59–64. doi:10.1097/RUQ.0000000000000594

7. Ohman JW, Thompson RW. Thoracic outlet syndrome in the overhead
athlete: diagnosis and treatment recommendations. Curr Rev Musculoskelet
Med. 2020;13(4):457–471. doi:10.1007/s12178-020-09643-x

8. Lim C, Kavousi Y, Lum YW, Christo PJ. Evaluation and management
of neurogenic thoracic outlet syndrome with an overview of surgical
approaches: a comprehensive review. J Pain Res. 2021;14:3085–
3095. doi:10.2147/JPR.S282578

9. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, et al. Strength of Recommendation
Taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence
in the medical literature. Am Fam Physician. 2004;69(3):548–556.

10. Colbert L, Harrison C, Nuelle C. Rehabilitation in overhead athletes
with thoracic outlet syndrome. Arthrosc Sports Med Rehabil.
2022;4(1):e181–e188. doi:10.1016/j.asmr.2021.11.007

11. DiLosa KL, Humphries MD. Epidemiology of thoracic outlet syndrome.
Semin Vasc Surg. 2021;34(1):65–70. doi:10.1053/j.semvascsurg.
2021.02.008

12. Otoshi K, Kikuchi S, Kato K, et al. The prevalence and characteristics
of thoracic outlet syndrome in high school baseball players. Health.
2017;9(8):1223–1234. doi:10.4236/health.2017.98088

13. van de Pol D, Kuijer PP, Langenhorst T, Maas M. High prevalence of
self-reported symptoms of digital ischemia in elite male volleyball
players in the Netherlands. Am J Sports Med. 2012;40(10):2296–
2302. doi:10.1177/0363546512456973

14. Warrick A, Davis B. Neurogenic thoracic outlet syndrome in athletes—nonsurgical treatment options. Curr Sports Med Rep. 2021;20(6):319–326. doi:10.1249/JSR.0000000000000854

15. Chandra V, Little C, Lee JT. Thoracic outlet syndrome in highperformance athletes. J Vasc Surg. 2014;60(4):1012–1018. doi:10.1016/j.jvs.2014.04.013

16. Jones MR, Prabhakar A, Viswanath O, et al. Thoracic outlet syndrome: a comprehensive review of pathophysiology, diagnosis, and treatment. Pain Ther. 2019;8(1):5–18. doi:10.1007/s40122-019-0124-2

17. Ferrante MA, Ferrante ND. The thoracic outlet syndromes, part 1: overview of the thoracic outlet syndromes and review of true neurogenic thoracic outlet syndrome. Muscle Nerve. 2017;55(6):782–793. doi:10.1002/mus.25536

18. Illig KA, Donahue D, Duncan A, et al. Reporting standards of the Society for Vascular Surgery for thoracic outlet syndrome. J Vasc Surg. 2016;64(3):e23–e35. doi:10.1016/j.jvs.2016.04.039

19. Illig KA, Thompson RW, Freischlag JA, Donahue DM, Jordan SE, Edgelow PI. Thoracic Outlet Syndrome. Springer London; 2013.

20. Goshima K. Overview of thoracic outlet syndromes. UpToDate. Published 2019. Updated September 23, 2022. https://www.uptodate.com/contents/overview-of-thoracic-outlet-syndromes

21. Henry BM, Vikse J, Sanna B, et al. Cervical rib prevalence and its association with thoracic outlet syndrome: a meta-analysis of 141 studies with surgical considerations. World Neurosurg. 2018;110:e965–e978. doi:10.1016/j.wneu.2017.11.148

22. Hooper TL, Denton J, McGalliard MK, Brismée JM, Sizer PS. Thoracic outlet syndrome: a controversial clinical condition, part 1: anatomy, and clinical examination/diagnosis. J Man Manip Ther. 2010; 18(2):74–83. doi:10.1179/106698110X12640740712734

23. Hussain MA, Aljabri B, Al-Omran M. Vascular thoracic outlet syndrome. Semin Thorac Cardiovasc Surg. 2016;28(1):151–157. doi:10.1053/j.semtcvs.2015.10.008

24. Strand LI, Ljunggren AE, Bogen B, Ask T, Johnsen TB. The Short-Form McGill Pain Questionnaire as an outcome measure: test-retest reliability and responsiveness to change. Eur J Pain. 2008;12(7):917–925. doi:10.1016/j.ejpain.2007.12.013

25. Balderman J, Abuirqeba AA, Eichaker L, et al. Physical therapy management, surgical treatment, and patient-reported outcomes measures in a prospective observational cohort of patients with neurogenic thoracic outlet syndrome. J Vasc Surg. 2019;70(3):832–841. doi:10.1016/j.jvs.2018.12.027

26. Jordan SE, Ahn SS, Gelabert HA. Differentiation of thoracic outlet syndrome from treatment-resistant cervical brachial pain syndromes: development and utilization of a questionnaire, clinical examination and ultrasound evaluation. Pain Physician. 2007;10(3):441–452. doi:10.36076/ppj.2007/10/441

27. Schmitt JS, Di Fabio RP. Reliable change and minimum important difference (MID) proportions facilitated group responsiveness comparisons using individual threshold criteria. J Clin Epidemiol. 2004;57(10):1008–1018. doi:10.1016/j.jclinepi.2004.02.007

28. Garrison JC, Hannon JP, Conway JE. Differences in passive shoulder range of motion between baseball players with neurogenic thoracic outlet syndrome and matched healthy controls. Orthop J Sports Med. 2021;9(4):23259671211000764. doi:10.1177/23259671211000764

29. Balderman J, Holzem K, Field BJ, et al. Associations between clinical diagnostic criteria and pretreatment patient-reported outcomes measures in a prospective observational cohort of patients with neurogenic thoracic outlet syndrome. J Vasc Surg. 2017;66(2):533–544.e2. doi:10.1016/j.jvs.2017.03.419

30. Povlsen S, Povlsen B. Diagnosing thoracic outlet syndrome: current approaches and future directions. Diagnostics (Basel). 2018;8(1):21. doi:10.3390/diagnostics8010021

31. Panda N, Donahue DM. Evaluation of patients with neurogenic thoracic outlet syndrome. Thorac Surg Clin. 2021;31(1):55–59. doi:10.1016/j.thorsurg.2020.09.005

32. Rochlin DH, Gilson MM, Likes KC, et al. Quality-of-life scores in neurogenic thoracic outlet syndrome patients undergoing first rib resection and scalenectomy. J Vasc Surg. 2013;57(2):436–443. doi:10.1016/j.jvs.2012.08.112

33. Raptis CA, Sridhar S, Thompson RW, Fowler KJ, Bhalla S. Imaging of the patient with thoracic outlet syndrome. Radiographics.

2016;36(4):984–1000. doi:10.1148/rg.2016150221

34. Dessureault-Dober I, Bronchti G, Bussières A. Diagnostic accuracy of clinical tests for neurogenic and vascular thoracic outlet syndrome: a systematic review. J Manipulative Physiol Ther. 2018;41(9):789–799. doi:10.1016/j.jmpt.2018.02.007

35. Collins E, Orpin M. Physical therapy management of neurogenic thoracic outlet syndrome. Thorac Surg Clin. 2021;31(1):61–69. doi:10.1016/j.thorsurg.2020.09.003

36. Giangarra CE, Manske RC, Brotzman SB, eds. Clinical Orthopaedic Rehabilitation: A Team Approach. 4th ed. Elsevier; 2017.

37. Lambert M, Hitchcock R, Lavallee K, et al. The effects of instrument-assisted soft tissue mobilization compared to other interventions on pain and function: a systematic review. Phys Ther Rev. 2017;22(1–2):76–85. doi:10.1080/10833196.2017.1304184

38. Trager RJ. Chiropractic and nontraditional treatment of NTOS. In: Illig KA, Thompson RW, Freischlag JA, et al, eds. Thoracic Outlet Syndrome. 2nd ed. Springer; 2021:229–240.

39. Hooper TL, Denton J, McGalliard MK, Brismée JM, Sizer PS II. Thoracic outlet syndrome: a controversial clinical condition, part 2: non-surgical and surgical management. J Man Manip Ther. 2010;18(3):132–138. doi:10.1179/106698110X12640740712338

40. Watson LA, Pizzari T, Balster S. Thoracic outlet syndrome, part 2: conservative management of thoracic outlet. Man Ther. 2010;15(4):305–314. doi:10.1016/j.math.2010.03.002

41. Özçakar L, _Inanıcı F, Kaymak B, Abalı G, Çetin A, Hasçelik Z. Quantification of the weakness and fatigue in thoracic outlet syndrome with isokinetic measurements. Br J Sports Med. 2005;39(3):178–181. doi:10.1136/bjsm.2004.013706

42. Levine NA, Rigby BR. Thoracic outlet syndrome: biomechanical and exercise considerations. Healthcare (Basel). 2018;6(2):68. doi:10.3390/healthcare6020068

43. Hughes L, Paton B, Rosenblatt B, Gissane C, Patterson SD. Blood flow restriction training in clinical musculoskeletal rehabilitation: a systematic

Downloaded from http://meridian.allenpress.com/jat/article-pdf/59/7/683/3410322/i1938-162x-59-7-683.pdf by guest on 23 September 2024

review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2017;51(13):1003–1011.
doi:10.1136/bjsports-2016-097071

44. Noto T, Hashimoto G, Takagi T, et al. Paget-Schroetter syndrome resulting from thoracic outlet syndrome and KAATSU training. Intern Med. 2017;56(19):2595–2601. doi:10.2169/internalmedicine.7937-16

45. Saglam M, Firat T, Vardar-Yagli N, et al. Pulmonary function and respiratory muscle strength and endurance in individuals with thoracic outlet syndrome. Eur Respir J. 2017;50(suppl 61):PA2567. doi:10.1183/1393003.congress-2017.PA2567

46. Weaver ML, Lum YW. New diagnostic and treatment modalities for neurogenic thoracic outlet syndrome. Diagnostics (Basel). 2017;7(2):28. doi:10.3390/diagnostics7020028

47. Foley JM, Finlayson H, Travlos A. A review of thoracic outlet syndrome and the possible role of botulinum toxin in the treatment of this syndrome. Toxins (Basel). 2012;4(11):1223–1235. doi:10.3390/toxins4111223

48. Freischlag J, Orion K. Understanding thoracic outlet syndrome. Scientifica (Cairo). 2014;2014:248163. doi:10.1155/2014/248163

49. Garraud T, Pomares G, Daley P, Menu P, Dauty M, Fouasson-Chailloux A. Thoracic outlet syndrome in sport: a systematic review. Front Physiol. 2022;13:838014. doi:10.3389/fphys.2022.838014

50. Pearl GJ. Thoracic outlet syndrome. Oper Tech Sports Med. 2021;29(1):150806. doi:10.1016/j.otsm.2021.150806

51. Pontillo M, Sennett BJ, Bellm E. Use of an upper extremity functional testing algorithm to determine return to play readiness in collegiate football players: a case series. Int J Sports Phys Ther. 2020;15(6):1141–1150. doi:10.26603/ijspt20201141

52. Schwank A, Blazey P, Asker M, et al. 2022 Bern consensus statement on shoulder injury prevention, rehabilitation, and return to sport for athletes at all participation levels. J Orthop Sports Phys Ther. 2022;52(1):11–28. doi:10.2519/jospt.2022.10952

Address correspondence to Greg Hock, PT, DPT, OCS, Department of Sports Medicine Physical Therapy, Ohio State University Wexner Medical Center, 2835 Fred Taylor Drive, Columbus, OH 43202. Address email to Gregory.hock@osumc.edu.

L'articolazione di tre modelli organizzativi all'interno dell'UGI: Bed Management, Case Management e Modular Nursing come antidoto al sovraffollamento in Pronto Soccorso

5

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AO San Camillo Forlanini

UNITA' OPERATIVA

Unità a Gestione Infermieristica

REFERENTE DEL PROGETTO

Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie Dott.ssa Lucia Mitello

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO
ALESSANDRA MAGRI	COORDINATORE INFERMIERISTICO - CASE MANAGER
VERONICA GRAMEGNA	INFERMIERE CASE MANAGER
ANNA RITA MARUCCI	POSIZIONE ORGANIZZATIVA DIPARTIMENTO DEU

ABSTRACT

Il problema del sovraffollamento dei PS è una criticità nota a tutti i livelli, determinata spesso da un utilizzo improprio delle strutture dedicate all'emergenza a causa di un' insufficiente risposta da parte dei servizi territoriali. Per questo motivo nel tempo i diversi PSN e PSR hanno identificato nel modello *delle cure intermedie* una possibile parziale risoluzione del problema. Nella regione Lazio l'implementazione delle cure intermedie è stata interpretata

con l'attivazione delle Unità di degenza a gestione infermieristica. Le unità a degenza rappresentano aree

di cura a bassa intensità clinica dotate di posti letto funzionali gestiti da personale infermieristico. In questa ottica l'Azienda San Camillo Forlanini *ha riattivato* nel 2023 18 Posti letto di UGI.

L'UGI può essere considerata come una degenza che si occupa della gestione dei pazienti in fase post-acuta a bassa complessità assistenziale, provenienti dalle diverse UO del nostro ospedale con maggior frequenza dalla medicina interna. La degenza media dovrebbe oscillare tra i 7 -10 gg, ma spesso tale indicatore non viene rispettato anche per la presenza del fenomeno dei bed blocker.

L'Unità a gestione infermieristica garantisce la centralità della persona assistita, la continuità delle cure e l'integrazione interprofessionale, segna un passo significativo nella promozione di nuovi standard di assistenza sanitaria, evidenziando l'impegno dell'Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini nel garantire cure di qualità e innovative ai cittadini.

L'unità operativa è gestita e coordinata da personale infermieristico,funzionalmente lavora a stretto contatto con altri professionisti della salute in qualità di consulenti (dietista,fisioterapista,psicologi,logopedista,assistente sociale,medici specialisti), gerarchicamente afferisce al Dipartimento delle Professioni sanitarie (DIPRO).

OBIETTIVO GENERALE

Ridurre il fenomeno del sovraffollamento nel PS dell'Azienda Ospdaliera San Camillo Forlanini, favorire l'integrazione delle diverse strutture ospedaliere, garantire la continuità assistenziale nel momento della dimissione.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Garantire la presa in carico della persona assistita ,
- Ridurre l'utilizzo improprio di PL destinati a pazienti acuti,
- creare percorsi di integrazione tra ospedale, territorio e MMG,
- ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti
- monitoraggio NSO selezionati

MATERIALI E METODI

Il rispetto dei criteri di eligibilità dei pazienti sono garantiti dal regolamento aziendale di attivazione dell'UGI, e dall'utilizzo di strumenti atti a valutare la complessità /intensità assistenziale quali : MEWS, IDA, scala di Barthel (Acticities daily living) scala di Braden (valutazione delle lesioni), scala del dolore (VNS); scala valutazione rischio cadute (Regione Lazio con Determinazione n. G12356 del 25:10.2016); stato mentale: scala SPMSQ (Short portablemental status questionnaire). Gli stessi sono stati incrociati – grazie all'applicativo SIS4Care per la

documentazione sanitaria in uso nella nostra Azienda- con un linguaggio standardizzato (NNN) al fine di captare tutti i fenomeni di interesse infermieristico per monitorare durante tutto il periodo di ricovero gli NSO selezionati e quindi implicitamente la qualità assistenziale erogata. Infine la continuità assistenziale è garantita dall'introduzione della figura del *case manager* di reparto che oltre a seguire i paziente durante il periodo di degenza funge da punto di contatto con il territorio e più specificatamente con i medici di medicina generale che hanno in carico l'utente.

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

In riferimento all'anno 2024 i risultati in termini di contributo alla riduzione del fenomeno *dell'overcrowiding,* sono descritti in Tabella 1. Inoltre ad una lettura del dato in forma stratificata (Tabella 2) si evidenzia come nonostante ci sia una prevalenza di ricoveri provenienti dalla Medicina interna l'UGI abbia dato il suo supporto a alla maggior parte delle UU.OO del nostro Ospedale. In relazione al monitoraggio degli NSO i *first finding* sono riportati in Tabella 3 in attesa di elaborazione dei dati definitivi che abbiamo *certezza* diano un positivo riscontro.

CONCLUSIONI

L'esperienza dell'UGI all'interno dell'AO San Camillo Forlanini, quale *strumento* di decongestione per il PS e contestualmente come raccordo con il territorio, risponde pienamente quale modello organizzativo efficace per le cure intermedie. I risultati ottenuti nel primo anno di attivazione hanno dimostrato come sia in termini *quantitativi che qualitativi* (NSO) sono in linea con la prospettiva delineata in fase progettuale.. Inoltre la governance infermieristica, supportata da strumenti digitali avanzati e dalla collaborazione multidisciplinare, ha permesso di migliorare la presa in carico globale del paziente, favorire la personalizzazione degli interventi e garantire un'organizzazione più efficiente e umanizzata dell'assistenza.

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

SIS4CARE

IONIO

MARIO SOFIA

DATI UGI	TOTALE	UOMINI	DONNE	
PAZIENTI VALUTATI	421	221	200	
PAZIENTI IDONEI	351	175	163	83.37%
PAZIENTI NON IDONEI	72	41	31	16.63%
PAZIENTI DIMESSI	245	148	97	88.77%
RICOVERI TOTALI	276	163	103	78.63%

TABELLA 1

	RICHIESTE RICOVER IN UGI	PZ. RICOVERATI IN UGI	% DI RICOVERI RISPETTO ALLE RICHIESTE
UU.OO			
CRI	3	2	66.67%
STIRS	3	0	0%
EMATOLOGIA	7	3	42.86%
REUMATOLOGIA	1	1	100%
CHIR TRAPIANTI	5	3	60%
OCULISTICA	1	1	100%
CHIRURGIA PLASTICA	2	2	100%
NCH	3	2	66.67%
GINECOLOGIA	1	1	100%
STROKE	2	2	100%
CHIR VASC	2	2	100%
UTIC	3	2	66.67%
ORL	2	0	0%
CHIRURG TORACICA	2	2	100%

TABELLA 2

NSO MONITORATO	VALUTAZIONE ALL'INGRESSO	VALUTAZIONE ALLA DIMISSIONE
MOVIMENTAZIONE/DEAMBULAZIONE (DIFFICOLTÀ)	36%	3%
RISCHIO CADUTA	98%	100% (ASSENZA DI CADUTE)
RISCHIO LESIONE DA PRESSIONE	45%	95% (ASSENZA DI LESIONE) 5% (PRESENZA DI LIEVE LESIONE)
PRESENZA DI LESIONE DA PRESSIONE	20%	75% (MIGLIORAMENTO DELLA LESIONE) 25% (ASSENZA DI LESIONE)
PRESENZA D' INFEZIONE (URINARIE, RESPIRATORIE, FERITE CHIRURGICHE)	52%	15% (MIGLIORAMENTO DELL'INFEZIONE) 85% (ASSENZA D'INFEZIONE)

TABELLA 3 : FIRST FINDING

Progetto “Noi-Qi - Care for the caregiver”, Le discipline olistiche per il benessere dell’Operatore Sanitario in Oncologia

6

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

UNITA’ OPERATIVE

Dipartimento delle Professioni

Formazione Permanente

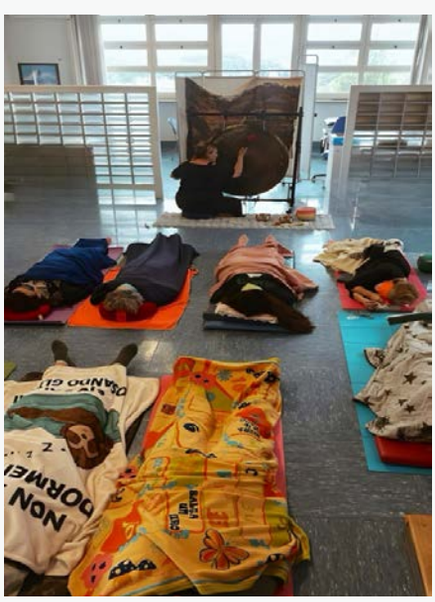
U.O.C. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

RESPONSABILE DEL PROGETTO

Dott.ssa Lucia Mitello Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
DOTT.SSA ANNARITA MUSI
DOTT.SSA MARIA FRANCESCA TIRATERRA
DOTT.SSA EMANUELA TORA



ABSTRACT

In linea con la Vision aziendale che, come valore fondante promuove la centralità della persona e sulla scia del forte impatto operativo sul personale sanitariodella U.O.C. di Gastroenterologia del Progetto formativo "Asse intestino-cervello", si propone il Progetto sperimentale per gli operatori sanitari delle UU.OO. di Oncologia e di Radioterapia, che mira a promuovere il benessere psico-fisico attraverso l'integrazione di discipline olistiche quali il Qi Gong e la Suonoterapia.

La presa in carico del paziente oncologico e radioterapico richiede un approccio multiprofessionale che coniughi competenze cliniche e relazionali specifiche. Tuttavia l'ambiente lavorativo in questi contesti è spesso caratterizzato da alti livelli di stress emotivo, che può compromettere il benessere degli operatori.

Il Qi Gong, antica pratica cinese, favorisce la consapevolezza corporea, la gestione dello stress e il benessere interiore, mentre la Suonoterapia, attraverso l'utilizzo di vibrazioni sonore, promuove il rilassamento e l'armonizzazione psico-fisica. L'integrazione di queste discipline contribuisce significativamente al benessere organizzativo, essenziale per garantire un ambiente di lavoro sano e sicuro, come raccomandato dal Ministero della Salute (MdS) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Tra le dieci guide elaborate dal Ministero della Salute per una sanità più sicura, quella rivolta agli operatori sanitari sottolinea al punto 6 – "Prendersi cura di se stessi" – l'importanza di riconoscere e affrontare fattori come l'abitudine, la disattenzione, le interruzioni, l'ansia, la fatica e altri stati emotivi che possono condurre a errori.

L'OMS, inoltre, definisce "sana e sicura" una struttura sanitaria che promuove attivamente il benessere fisico, sociale e mentale dei propri occupanti, attraverso una progettazione e gestione orientata alla sostenibilità e alla coesione della comunità lavorativa.

È stato dimostrato come la pratica di queste discipline nella realtà quotidiana dell'UO, promuovi un miglioramento nella qualità assistenziale degli operatori sanitari, si veda l'esperienza della Ausl di Pavullo nel 2020.

OBIETTIVO GENERALE

Promuovere il benessere psico-fisico degli operatori sanitari delle UU.OO. di Oncologia e Radioterapia attraverso l'implementazione di tecniche di Qi Gong e Suonoterapia, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Valutare l'impatto che il percorso basato sull'utilizzo Qi Gong e Suonoterapia ha sul benessere psico-fisico (livelli di stress, ansia, qualità del sonno, energia vitale) degli operatori sanitari di Oncologia e Radioterapia.
- Favorire un ambiente di lavoro più coeso e collaborativo tra gli operatori attraverso la condivisione di esperienze e la pratica di gruppo.
- Migliorare la consapevolezza corporea e la capacità di gestione dello stress degli operatori.
- Contribuire alla riduzione del rischio di burn-out tra il personale sanitario coinvolto.
- Valutare la percezione degli operatori riguardo all'impatto del loro benessere sulla qualità dell'assistenza fornita ai pazienti.

MATERIALI E METODI

Il Progetto, della durata di un anno, è strutturato in moduli teorico-pratici.

Fase 1: Reclutamento e Valutazione Basale (Mese 1)

1. Presentazione del progetto alle UU.OO. di Oncologia e di Radioterapia.
2. Raccolta delle adesioni degli operatori sanitari (medici e personale infermieristico).
3. Somministrazione di questionari anonimi pre-intervento per la valutazione del benessere psico-fisico (es. Maslach Burnout Inventory - MBI, State-Trait Anxiety Inventory - STAI, Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI, Visual Analogue Scale - VAS per l'energia vitale).

Fase 2: Intervento Formativo (Mesi 2-11)

1. Organizzazione di sessioni formative settimanali (della durata di 2 ore ciascuna) condotte da formatori esperti in Qi Gong e Suonoterapia.
2. Le sessioni saranno suddivise in moduli dedicati al Qi Gong (esercizi fisici lenti, respirazione consapevole, meditazione) e alla Suonoterapia (utilizzo di campane tibetane, diapason terapeutici, gong).
3. Fornitura di materiale didattico (dispense, audio per la pratica domiciliare).
4. Creazione di un ambiente di apprendimento interattivo e di supporto.

Fase 3: Valutazione Post-Intervento (Mese 12)

1. Somministrazione degli stessi questionari utilizzati nella fase basale per valutare i cambiamenti nel benessere psico-fisico degli operatori.
2. Raccolta di feedback qualitativo attraverso focus group o interviste semi-strutturate per esplorare le esperienze e le percezioni degli operatori riguardo al percorso formativo e al suo impatto sul loro benessere e sull'ambiente di lavoro.

Analisi dei Dati: I dati quantitativi raccolti tramite i questionari pre e post-intervento saranno analizzati per valutare la significatività dei cambiamenti osservati. I dati qualitativi saranno analizzati attraverso l'analisi tematica per identificare i principali temi emergenti dalle esperienze degli operatori.

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

Si attendono i seguenti risultati:

- Un miglioramento statisticamente significativo nei punteggi relativi al benessere psico-fisico degli operatori, come misurato attraverso i questionari post-intervento (riduzione dei livelli di stress e ansia, miglioramento della qualità del sonno, aumento dell'energia vitale).
- Un aumento della percezione di coesione e collaborazione all'interno dei team di lavoro.
- Una maggiore consapevolezza corporea e una migliore capacità di gestione dello stress da parte degli operatori.
- Una potenziale riduzione dei sintomi di burn-out.
- Un feedback positivo da parte degli operatori riguardo all'utilità del percorso e al suo impatto sulla loro capacità di fornire un'assistenza di qualità.

CONCLUSIONI

Il progetto intende dimostrare l'efficacia dell'integrazione delle tecniche di Qi Gong e Suonoterapia nel migliorare il benessere psico-fisico degli operatori sanitari delle UU.OO. di Oncologia e di Radioterapia. Si spera che i risultati possano favorire l'adozione di approcci integrativi per promuovere il benessere organizzativo, creando un ambiente di lavoro più sano, sicuro e supportivo. Migliorando, in ultima analisi, la qualità dell'assistenza ai pazienti.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Operatori sanitari (medici e personale infermieristico) delle UU.OO. di Oncologia e di Radioterapia.
- Formatori esperti e certificati in Qi Gong.
- Formatori esperti e certificati in Suonoterapia.
- Referente dell'U.O. Formazione DIPRO.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto si svolgerà nell'arco di un anno, suddivisi nelle seguenti fasi:

- **Mese 1:** Pianificazione dettagliata, reclutamento dei partecipanti, valutazione basale.
- **Mesi 2-11:** Implementazione del percorso formativo (sessioni settimanali di Qi Gong e Suonoterapia).
- **Mese 12:** Valutazione post-intervento, raccolta feedback qualitativo, analisi dei dati e stesura del report finale.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il Progetto si inserisce in un contesto aziendale attento alla promozione del benessere organizzativo, in linea con le direttive del Ministero della Salute e dell'OMS. L'esperienza acquisita con il Progetto "Asse intestino-cervello" rappresenta una solida base di partenza per l'implementazione di questa nuova iniziativa, che mira ad estendere i benefici di approcci complementari ad altre aree critiche dell'assistenza sanitaria.

Inoltre, è prevista la creazione di un Laboratorio di cure integrate, uno spazio pensato per favorire l'incontro e l'interazione tra pazienti oncologici, pazienti affetti da malattie croniche intestinali e operatori sanitari. Questo Laboratorio sarà concepito come un ambiente accogliente, non esclusivamente clinico, dove le tecniche complementari come il Qi Gong e la Suonoterapia potranno essere sperimentate congiuntamente. L'obiettivo principale del Laboratorio sarà promuovere **l'umanizzazione delle cure**, favorendo la comunicazione, l'empatia e la condivisione di esperienze tra pazienti e curanti. Si intende creare un contesto in cui la relazione terapeutica vada oltre l'aspetto puramente clinico, integrando il benessere psico-fisico e la dimensione umana dell'assistenza.

I risultati del Progetto saranno condivisi attraverso presentazioni interne, pubblicazioni scientifiche e/o eventi formativi, includendo anche la presentazione delle attività e dei benefici del Laboratorio di cure integrate.

È importante sottolineare che la ricerca scientifica è in continua evoluzione. La bibliografia proposta fornisce una panoramica generale, ma per approfondimenti sempre più aggiornati si consiglia di consultare le banche dati scientifiche come PubMed, Scopus e Web of Science utilizzando le parole chiave specifiche.

Riferimenti normativi:

Fonti primarie:

- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81: *"Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."*
- Codice Civile, Art. 2087: "*Tutela delle condizioni di lavoro.*"

Linee Guida e riferimenti sovranazionali

- Ministero della Salute, *"10 Guide per un'assistenza sanitaria più sicura – Guida per gli operatori sanitari"*. Punto 6: *"Prendersi cura di se stessi."*
- *WHO, Healthy workplaces: a model for action – For employers, workers, policymakers and practitioners. Geneva: World Health Organization.*
- *WHO, Preventing violence and stress at the workplace.*

Asse Intestino-Cervello:

Revisioni e Articoli Generali:

- Cryan, J. F., & Dinan, T. G. (2012). Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour. Nature Reviews Neuroscience, 13(10), 701-712.
- Mayer, E. A. (2011). Gut feelings: the emerging biology of gut–brain communication.Nature Reviews Neuroscience, 12(8), 453-466.
- Carabotti, M., Scirocco, A., Maselli, M. A., & Severi, C. (2015). The gut-brain axis: interactions between the enteric microbiota, the central and enteric nervous systems. Annals of Gastroenterology, 28(2), 203-209.
- Tillisch, K. (2014). The Brain-Gut Axis and Psychophysiological Implications for Functional Gastrointestinal Disorders. Clinical Psychology Review, 34(1), 19-31.
- Rhee, S. H., Pothoulakis, C., Videlock, E. J., Mayer, E. A., & Tillisch, K. (2009). Principles and clinical implications of the brain-gut-microbiome axis. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology, 6(5), 306-314.

Asse Intestino-Cervello e Patologie Gastrointestinali:

- Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Gastroenterology*, *150*(6), 1262-1279.e2.
- Kennedy, P. J., Cryan, J. F., Dinan, T. G., Clarke, G. (2017). Irritable bowel syndrome: a microbiome-gut-brain axis disorder? *World Journal of Gastroenterology*, *23*(36), 6135-6142.

Qi Gong e Benessere Operatori Sanitari:

Studi sull'efficacia del Qi Gong per la riduzione dello stress e il miglioramento del benessere:

- Lee, M. S., Oh, B., Kim, S. H., & Ernst, E. (2007). Qigong for stress and anxiety: a systematic review. *The American Journal of Chinese Medicine*, *35*(1), 1-15.
- Chen, K. W., Yeung, R., Manheimer, E., Lauche, R., & Cramer, H. (2013). Qigong for improving health-related quality of life in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Integrative Cancer Therapies*,

12(6), 502-512. (Sebbene focalizzato su pazienti, alcuni principi possono essere estrapolati per il benessere degli operatori).

- Field, T. (2016). Qigong/Tai Chi reduces anxiety, depression, and fatigue in cancer patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *22*, 138-143. (Anche qui, i benefici sulla salute mentale sono rilevanti).
- Anderson, J. G., Taylor, A. G. (2005). Effects of Tai Chi and Qigong on psychological well-being: a systematic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *2*(4), 457-463.

Studi specifici sul Qi Gong per operatori sanitari (potrebbe essere necessario cercare in database specifici per la salute occupazionale):

- Alcuni studi (come quello menzionato nell'abstract dell'Ausl di Pavullo nel 2020) potrebbero non essere pubblicati su riviste scientifiche tradizionali ma come report interni o presentazioni a conferenze. La ricerca potrebbe beneficiare dall'utilizzo di motori di ricerca specifici per la letteratura grigia.

Suonoterapia e Benessere Operatori Sanitari:

Studi sull'efficacia della Suonoterapia (musicoterapia inclusa) per la riduzione dello stress e il miglioramento del benessere:

- Lin, M. F., Anderson, M. A. (2011). Effects of music intervention on anxiety in patients undergoing invasive medical procedures: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(15-16), 2199-2216. (Sebbene focalizzato su pazienti, i principi di riduzione dell'ansia sono rilevanti).
- Bradt, J., Dileo, C., Magill, L., & COBMECTHO, M. (2010). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database of Systematic Reviews, (7), CD006911. (Anche qui, i benefici sulla salute mentale sono rilevanti).

Il difficile viaggio di un paziente Oncologico attraverso la sua malattia: Modello di presa in carico ed integrazione delle cure con il PACO

7

UNITA' OPERATIVA

Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini di Roma

DIRETTORE

Dott.ssa Anna Linda Patti

REFERENTE DEL PROGETTO

Dott. Enrico Lucifreddi

AUTORE DEL PROGETTO

Dott. Enrico Lucifreddi

ABSTRACT

La notizia di un sospetto di patologia neoplastica è un momento difficilissimo da affrontare. Partendo da un caso di dieci anni prima ove si evidenzia che non erano attivi percorsi dedicati, si descrive l'opportunità progettata dalla Regione Lazio, la quale mette in campo la Rete Oncologica e promuove il Paco come Punto di accesso e Continuità delle Cure Oncologiche.

OBIETTIVO GENERALE

Realizzare un modello di presa in carico del paziente oncologico nella Regione Lazio

OBIETTIVI SPECIFICI

- Realizzare un punto di ascolto e accesso alle cure oncologiche;
- Applicare il modello di presa in carico ed integrazione delle cure;
- Progettare interventi di continuità e simultaneità delle cure.

MATERIALI E METODI

Cosa accade quando una persona, che, nel pieno della vita quotidiana, tra lavoro, affetti, famiglia, sport e vita sociale, si trova a dover affrontare una incognita che potrebbe sconvolgere in maniera temporanea o definitiva tutti gli equilibri fino ad allora faticosamente conquistati?

Per rispondere a questa domanda si propone un caso clinico datato, al solo titolo esplicativo ma che poi aiuterà a meglio comprendere la spinta ad applicare e realizzare il modello PACO proposto.

La vita Cambia in un Attimo:

- Donna di anni 42 con figlia di anni 1;
- Sintomatologia: all'autopalpazione rileva un nodulo mammella sinistra nell'estate 2011;
- Prescrizioni: Mammografia e contestuale biopsia 11/10/2011 – segue biopsia mammella controlaterale 18/10/2011;
- Istologico: Carcinoma Duttale Invasivo della mammella;
- Prescrizione: RMN eseguita il 20/10/2011 che reperta metastasi diffuse in tutti i distretti corporei;
- Revisione vetrini in altro presidio ospedaliero di altra regione;
- Nuova Sintomatologia: vertigini, spossatezza perdita di coscienza e allettamento, ecc…;
- Ricovero Urgente in Oncologia – 26/11/2011 paziente completamente allettata con prognosi 2 mesi – 2 anni di vita;
- Inizio cicli CHT.

Il caso clinico racconta l'evoluzione di malattia di una donna, una mamma ed Coordinatrice Infermieristica dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini che ha lottato contro una forma tumorale particolarmente aggressiva con Triplo Her Negativo che ha rispettato la prognosi ed il decesso è avvenuto nel febbraio del 2014.

Il marito di quella donna, autore di questo articolo, già al tempo Posizione Organizzativa Governo assistenziale afferente al Dipartimento delle Professioni Sanitarie della medesima Azienda Ospedaliera, ha dovuto assumersi il naturale ruolo di Care Giver, ma anche quello di Case Manager, coinvolgendo attivamente molteplici professionisti e strutture per poter offrire le migliori cure possibili a sua moglie.

L'Azienda Ospedaliera sopracitata, al tempo, aveva tutte le specialistiche necessarie per affrontare tali situazioni, ma non era stato implementato il concetto di rete, lasciando di fatto pazienti e parenti ad affrontare comunicazioni altamente impattanti e contestualmente a dover scegliere, quasi in maniera autonoma, quali erano i professionisti più idonei, spesso affidandosi al passaparola.

Per ovviare a scenari sovrapponibili a quello proposto, dopo più di un decennio dal caso presentato, la Regione Lazio mette in campo la Rete Oncologica con i seguenti documenti:

- **Determinazione G 01829 del 14/01/2023 -** «Linee di indirizzo organizzative per la Rete oncologica regionale ai sensi dell'Accordo Stato Regioni n. 59/CRS del 17 aprile 2019»
- **DGR lazio 869 del 7/12/2023** - ALLEGATO TECNICO Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015
- **Determinazione GSA G03356 del 26/03/2024** - «Approvazione Programma quinquennale di implementazione delle linee strategiche del Piano Oncologico Nazionale (20232027), adottate con la Determinazione regionale n. G15596 del 22 novembre 2023, in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 8 novembre 2023».

La Rete Oncologica nella regione Lazio

La rete oncologica deve garantire la facilitazione all'accesso, la continuità della presa in carico, l'accompagnamento proattivo nelle diverse fasi del percorso e nella risposta ai bisogni sociosanitari.

Il percorso assistenziale deve essere assicurato dall'integrazione di servizi e funzioni attraverso l'identificazione di professionisti di riferimento e di connessioni strutturate e informatizzate.

I soggetti coinvolti ed eroganti prestazioni socio clinico assistenziali devono quindi operare in rete garantendo continuità delle cure, integrazione e governance realizzando, condividendo e applicando percorsi assistenziali.

Gli obiettivi e le linee di indirizzo sono i seguenti:

- Indicare il modello organizzativo della Rete Oncologica, incluse le reti pediatrica e dei tumori rari, integrando le Reti per patologia d'organo sviluppate dal 2014 e attualmente attive;
- Definire l'organizzazione, le azioni e gli strumenti attraverso i quali le ASL e i Centri di Riferimento Ospedalieri (CRO) garantiscono i percorsi oncologici di prevenzione e cura;
- Descrivere il percorso assistenziale comune a tutte le sedi neoplastiche e individuare le diverse competenze e attività;
- Definire la metodologia per l'Istituzione della Rete di patologia e del suo PDTA specifico;
- Descrivere le reti integrate di supporto e la governance dei farmaci;
- Individuare funzioni di coordinamento e monitoraggio a livello regionale e aziendale al fine di rafforzare l'integrazione e l'operatività della Rete.
- Definire strumenti per il monitoraggio e il programma di miglioramento continuo dei percorsi assistenziali e della ricerca.

In Regione Lazio erano già presenti i seguenti percorsi:

- mammella (DCA U00038/2015, DCA 189/2017 e Determinazione n. G16239/2020); 52
- polmone (DCA U00419/2015);
- colon-retto (DCA U00030/2017); - prostata (DCA U00358/2017).

Il principio ispiratore della Rete oncologica della Regione Lazio si basa sul modello Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) che risulta essere il modello più idoneo al contesto regionale e mette a disposizione della persona una rete di professionisti, presenti nei centri di riferimento e nei servizi di prossimità, coordinati e integrati attraverso percorsi e processi strutturati e trasversali, che svolgono la propria attività decisionale e assistenziale in

team multiprofessionali e multidisciplinari per assicurare il percorso più idoneo con tempistiche coerenti.

Il Network si fonda sull'istituzione di Reti di patologia e degli specifici PDTA in cui sono individuati i Centri di Riferimento e descritti gli strumenti per la gestione del percorso e della continuità assistenziale, i collegamenti strutturali e le figure di riferimento. Nello stesso tempo il PDTA ha lo scopo di definire procedure appropriate di prevenzione e cura, standardizzazione delle metodiche, omogeneizzazione nella tempistica di refertazione e valorizzazione delle diverse competenze.

Dal punto di vista operativo, il percorso assistenziale viene realizzato attraverso:

- Medicina Generale e Pediatria di libera scelta;
- Servizi di prevenzione e screening oncologico;
- **Punto oncologico di accesso e di continuità di cura (PACO);**
- **Team multiprofessionale e multidisciplinare (MDT).**

La Regione Lazio indica quindi una importante porta di accesso alle cure oncologiche ma contestualmente mette però a sistema la necessità di garantire anche la continuità delle cure affidando questa funzione al PACO.

Il PACO: Punto di Accesso e Continuità delle cure Oncologiche

Il PACO ha un'organizzazione funzionale multiprofessionale a cui afferiscono l'oncologo, il personale infermieristico, il personale amministrativo e, secondo l'organizzazione locale, altro personale con le competenze necessarie al percorso oncologico.

Nel PACO è istituita la figura professionale del Care Manager, che coordina l'attività e costituisce la figura di collegamento con il Team multiprofessionale e multidisciplinare.

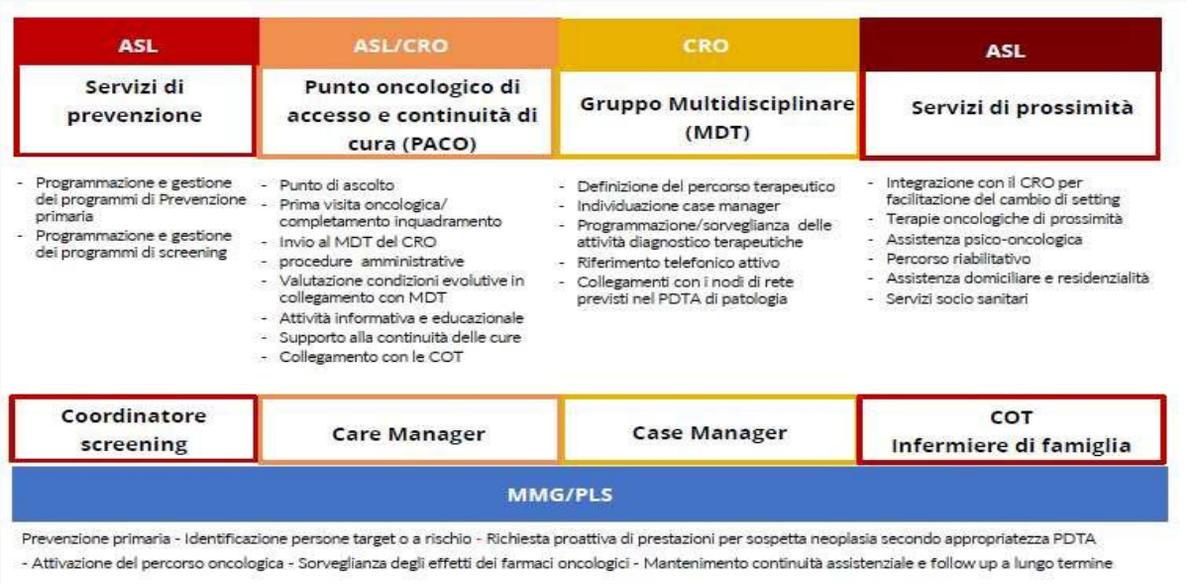
Il Care Manager monitorizza l'applicazione delle modalità organizzative del percorso di patologia, il mantenimento dei principi di proattività, la disponibilità dei riferimenti attivi verso la persona, l'efficienza delle connessioni tra i nodi di rete.

Il PACO svolge le seguenti attività:

- punto di ascolto per accesso autonomo;
- accoglienza del paziente indirizzato dal MMG, specialista o da altri nodi della rete:
  - ◊ prima visita oncologica e completamento dell'inquadramento in caso di dubbio diagnostico;
  - ◊ invio in caso di diagnosi accertata al Team multiprofessionale e multidisciplinare del CRO di riferimento;
  - ◊ accesso ed effettuazione delle procedure amministrative quali attivazione dell'esenzione "048" in modalità telematica, richieste di erogazione di ausili, presidi sanitari;
  - ◊ emissione del certificato oncologico digitale introduttivo e del certificato specialistico pediatrico e supporto all'erogazione dei servizi INPS, tramite modalità operative concordate e strutturate. Tale attività permette una riduzione dei tempi di latenza tra la diagnosi e l'accertamento dell'invalidità da parte dell'INPS, appropriatezza delle informazioni cliniche e nessun onere a carico del paziente;
- servizio assistenziale per la valutazione di condizioni cliniche evolutive in collegamento con il team multidisciplinare e multiprofessionale (MDT);
- attività informativa e educazionale per il paziente e i familiari compresa la tutela della fertilità;
- supporto alla continuità delle cure oncologiche e simultanee;

- servizio di collegamento con le Centrali Operative Territoriali (COT) per l'attivazione dei servizi territoriali, quelli delle reti integrate (es rete del dolore, delle cure palliative) e i servizi socio-sanitari;

Le interazioni del paco sono rappresentate nella seguente tabella riassuntiva:



Team multidisciplinare e multiprofessionale (MDT)

Il MDT è il responsabile della definizione e della gestione del percorso di cura, nelle sue varie fasi, svolge la sua attività con una metodologia proattiva per la persona e i suoi caregiver, ed è inserito nel CRO.

La Direzione Aziendale istituisce il MDT di patologia e identifica, con atto formale, il suo responsabile e i professionisti delle diverse specialità o professionalità coinvolte secondo criteri di competenza e volumi di attività e ne monitorizza le attività.

Il MDT prevede "un core team", composto da oncologo/ematologo, chirurgo, specialista d'organo, patologo, radiologo, radioterapista, fisiatra, nutrizionista, psico-oncologo, case manager, data manager e può coinvolgere altre professionalità, secondo quanto indicato nel PDTA specifico e l'organizzazione locale. Nel MDT è istituita la figura professionale di Case Manager, svolta da un infermiere, che rappresenta il riferimento clinico della persona per la presa in carico, gestisce il percorso, prenota le prestazioni sanitarie e costituisce la figura di collegamento con il Care Manager del PACO della ASL per l'attivazione dei servizi .

Servizi di prossimità

Le attività assistenziali di continuità e prossimità sono svolte da strutture o servizi della ASL o di strutture accreditate presenti sul territorio inserite nel piano oncologico aziendale. La programmazione aziendale ha l'obiettivo di garantire:

- tempistica e appropriatezza diagnostica;

- opportunità di effettuare terapie oncologiche di prossimità in coerenza con quanto previsto dai PDTA patologia-specifico;
- integrazione funzionale formalizzata con il CRO per le cure simultanee e con i servizi delle reti di terapia del dolore, cure palliative e supporto nutrizionale; - assistenza psico-oncologica;
- presa in carico nel percorso riabilitativo;
- attivazione della continuità assistenziale con i servizi di assistenza domiciliare;
- attivazione dei servizi socio-sanitari;
- facilitazione del cambio di setting (es Residenzialità e l'hospice).

Il Care Manager del PACO della ASL in continuità con il Case Manager del MDT si connette alle Centrali Operative Territoriali (COT) per la gestione del cambio di setting e dell'attivazione dei servizi territoriali.

La delibera regionale n. 643 del 26 luglio 2022 - "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77" , identifica i percorsi territoriali con le figure professionali e i setting dedicati:

- L'Infermiere di Famiglia e Comunità associa a funzioni di erogazione dell'assistenza quelle di interfaccia e case management per i casi a complessità assistenziale e/o sociale, e rappresenta un co-responsabile, con il MMG/PLS e lo specialista, del «progetto di salute»;
- L'Unità di Continuità Assistenziale gestisce e supporta la presa in carico di prossimità per persone con condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità in un contesto di comprovata difficoltà operativa;
- Le Case di Comunità costituiscono la sede di offerta fisico e virtuale dei servizi di prossimità;
- Gli Ospedali di comunità (OdC) rispondono all'esigenza di assicurare la continuità assistenziale a soggetti portatori di complessità assistenziali o particolari fragilità. Figura 3. Attività e funzioni .

L'Azienda S. Camillo Forlanini ha già operativi i seguenti PDTA:

PDTA	Titolo	N. Delibera	Data Delibera	Status
1	PDTA DEI TUMORI DEL COLON-RETTO	0001148	04/08/2023	REVISIONATO; IN FUNZIONE
2	PDTA GESTIONE DEL PAZIENTE CON MIELOMA MULTIPLO	1903	16/12/2022	IN FUNZIONE
3	PDTA DEL PAZIENTE IN PRE- OSPEDALIZZAZIONE	1448	03/10/2021	IN FUNZIONE
4	PDTA ONCOLOGIA CERVICO-FACCIALE	0770	13/05/2021	REVISIONATO; IN FUNZIONE
5	PDTA CARDIOVASCOLARE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO, PRIMA, DURANTE E DOPO TERAPIE ANTITUMORALI	0474	24/03/2020	IN FUNZIONE
6	PDTA PER LA GESTIONE DEL PERCORSO DI FINE VITA	1568	12/12/2018	IN CORSO DI REVISIONE ED (NUOVA VERSIONE)
7	PDTA PER LA RADIOEMBOLIZZAZIONE EPATICA	1430	09/11/2018	IN FUNZIONE

8	PDTA PATOLOGIE NODULARI DELLA TIROIDE	1058	06/08/2018	IN FUNZIONE
9	PDTA NEOPLASIE DELLA MAMMELLA	0809	12/06/2018	IN FUNZIONE (IN CORSO DI REVISIONE)
10	PDTA NEOPLASIE POLMONARI	1679	11/12/2017	IN FUNZIONE (IN CORSO DI REVISIONE)
11	PDTA NEOPLASIE DELLA PROSTATA	0828	13/06/2017	IN FUNZIONE (IN CORSO DI REVISIONE)

Con le delibere 0563 e 0564, entrambe del 03/04/2023 l'Azienda ha costituito i DMT (Deseas management Team) ed il Gruppo di Coordinamento Aziendale per la Rete Oncologica, il cui coordinatore è stato nominato il Dott. Carlo Garufi, Direttore UOC Oncologia.

- UOSD Endocrinologia,
- UOC Chirurgia Toracica;
- UOC Radioterapia;
- UOSD Chirurgia Oncologica della Mammella;
- UOC Urologia;
- UOC Chirurgia Generale e dei Trapianti d'Organo;
- UOC Gastroenterologia, UOC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva;
- UOC Laboratorio di Genetica Medica;
- UOC Anatomia ed Istologia Patologica, UOC Chirurgia Generale, d'Urgenza e delle Nuove Tecnologie;
- UOSD Pneumo-Oncologia;
- UOC Malattie del Fegato;
- UOC Chirurgia Maxillofacciale;
- UOC Ostetricia e Ginecologia;
- UOSD Oncologia della Mammella;
- UOSD Diagnostica per immagini in senologia;
- UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure-Risk Management;
- Dipartimento delle Professioni Sanitarie;
- Direzione Sanitaria Aziendale.

Il PACO dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini

Il 3 Dicembre 2024 è stato attivato il PACO, operativo nei giorni di martedì e giovedì, dalle 08.30 alle 13.00.

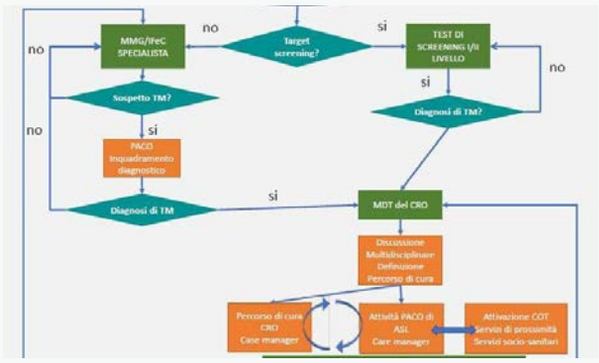
La sede operativa è la Sala visite primo piano del Padiglione Bassi – Azienda Ospedaliera S. Camillo – Forlanini di Roma.

Il team del PACO è composto da un Medico Oncologo e da un Infermiere Care Manager e tutti gli infermieri del Day Hospital e Ambulatori della U.O.C. Oncologia partecipano attivamente alla gestione del percorso assistenziale personalizzato.

Per prenotare una visita può inviare una mail all'indirizzo paco.oncologia@scamilloforlanini.rm.it o chiamare al numero 06 58703416

In alternativa potrà contattare il RECUP al numero 069939 e prenotare con impegnativa del medico di medicina generale per Prima Visita Oncologica (COD 89.01) Priorità B note: agenda PACO.

La Flow Chart del percorso assistenziale è la seguente:



RISULTATI /RISULTATI ATTESI

Il PACO dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini ha già peso in carico 59 pazienti al 30 Aprile 2025. Essendo una attività poco conosciuta le prestazioni rese sono state in primo momento sono state sotto utilizzate e probabilmente confuse nelle prime visite già prenotate ma è previsto un notevole incremento e non si esclude l'ampliamento delle giornate e del personale dedicato.

Sarebbe auspicabile rendere disponibili su rete informatica regionale tutte le informazioni Clinico Assistenziali, consulenze esami e prestazioni già erogate e programmate, al fine di evitare inutili ripetizioni, stress e allungamento dei tempi.

CONCLUSIONI

Il PACO è uno strumento operativo messo in campo dalla Regione Lazio per garantire le prime risposte di indirizzo a Pazienti che hanno un sospetto di diagnosi Oncologica che necessita di approfondimenti e non deve sostituire alle visite di primo accesso che garantiranno contestualmente migliore appropriatezza clinico assistenziale.

L'Infermiere Care Manager del PACO prende per mano paziente e familiari e lo aiuta a percorrere i primi passi all'interno del pluri sfaccettato mondo dell'Oncologia.

Resta al suo fianco, operando quotidianamente in team multidisciplinari e multiprofessionaliii ed insieme all'Oncologo progettano il miglior percorso clinico assistenziale possibile utilizzando la intera Rete Oncologica della regione Lazio.

La vita cambia in un attimo ma i professionisti della salute della regione lazio ora sono pronti ad accogliere, ascoltare, accompagnare e sostenere, con competenza e professionalità.

Il monitoraggio cardiaco attraverso looprecorder: quando la continuità è sinonimo di efficienza

8

AZIENDA OSPEDALIERA

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

UNITA' OPERATIVA

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO –VASCOLARE

REFERENTE DEL PROGETTO

Pisani Patrizia

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO
PISANI PATRIZIA	TECNICO DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE AMBULATORIO DI ELETTROFISIOLOGIA CARDIOARITMOLOGIA A.O. SAN CAMILLO FORLANINI
AVELLA ANDREA	DIRETTORE AMBULATORIO DI CARDIOARITMOLOGIA A.O. SAN CAMILLO FORLANINI
PAPPALARDO AUGUSTO	DIRIGENTE MEDICO DI II LIVELLO AMBULATORIO DI CARDIOARITMOLOGIA A.O. SAN CAMILLO FORLANINI
CONTENTO CARLO	COORDINATORE TECNICI DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE VASCOLARE A.O. SAN CAMILLO FORLANINI
MARINA MACARI	DIREGENTE PROFESSIONI TECNICO SANITARIE AZ. OSP. S.CAMILLO FORLANINI

ABSTRACT

Da oggi i pazienti cardiopatici portatori di CIED (Dispositivi Elettronici Impiantabili Cardiaci) seguiti presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma potranno avvalersi di innovativi sistemi di Telemedicina attraverso l'uso di pacemaker, di defibrillatori e del monitoraggio cardiaco continuo tramite il controllo remoto con **looprecorder**, assicurando cosìuna migliore continuità della cura sul territorio peruna sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze.

L'ambulatorio di Cardio Aritmologia dell'Ospedale San Camillo di Roma, diretto dal Dott. Andrea Avella, ha recentemente iniziato il monitoraggio continuo da remoto dei CIED e nello specifico dei looprecorder, con possibilità di controllo e riprogrammazione da remoto senza la necessità per i pazienti di recarsi in ospedale. Grazie ad app dedicate scaricabili gratuitamente sul proprio smartphone o su smartphone forniti dall'ospedale, i pazienti avranno la possibilità di registrare sintomi e di trasmettere in maniera del tutto automatica eventuali episodi bradi-aritmici (asistolie, bradicardie, tachicardie, fibrillazione atriale, estrasistoli ventricolari) registrati dal dispositivo ed inviati su una piattaforma telematica.

L'utilizzo di queste innovative tecnologie consentirà un'evoluzione nella modalità di gestione dei pazienti portatori di CIED, passando da una modalità "di attesa" ad una di "azione proattiva": questo darà luogo ad un maggior coinvolgimento del paziente favorendo una diagnosi precoce degli eventi avversi ed una conseguente riduzione dei tempi di reazione.

COS'E' IL LOOP RECORDER

Il looprecorder è un dispositivo impiantabile, utilizzato allo scopo di rilevare le occasionali anomalie del ritmo cardiaco. Il dispositivo è dotato di una memoria ciclica e registra in modo continuo il ritmo cardiaco, restituendo un tracciato elettrocardiografico che, per il medico, è possibile consultare ed interpretare anche in modalità remota. A differenza dell'ECG secondo Holter, che consente di effettuare una registrazione continua per 24-48 ore, i looprecorder permettono un monitoraggio molto più lungo.

Il dispositivo ha le dimensioni di una chiavetta USB e viene posizionato sul petto, sotto la pelle del paziente, attraverso un'incisione. I modelli di ultima generazione, poi, sono così piccoli da essere chiamati "looprecorder iniettabili" e, una volta inseriti, risultano completamente invisibili.

COME FUNZIONA IL LOOP RECORDER

Il looprecorder è dotato di una memoria retrospettiva, grazie alla quale è possibile registrare il tracciato ECG in modo continuo e memorizzare a posteriori solamente alcuni segmenti di registrazione. La memorizzazione può avvenire sia attivando la registrazione manualmente grazie ad uno speciale telecomando, nei casi in cui vi siano presenti i sintomi, sia automaticamente, nei casi in cui il dispositivo rilevi la presenza di aritmie.

La lunghezza del tracciato ECG può essere variabile a seconda del dispositivo, come anche la capacità di archiviazione interna. Una volta esaurita, sarà necessario cancellare i tracciati più vecchi, in modo da poter registrare quelli nuovi.

DIFFERENZE TRA I CIED

Nell'ambito dei CIED è opportuno fare una distinzione tra dispositivi terapeutici e diagnostici: i primi, pacemaker (PM) e defibrillatori (ICD), sono definiti dispositivi impiantabili attivi in quanto erogano una terapia di stimolazione antibradicardica (PM) e antitachicardica (ICD); al contrario il secondo, il looprecorder (ILR), è un dispositivo impiantabile prettamente diagnostico avente la funzione di registrare il ritmo cardiaco in modo continuo, motivo per cui viene utilizzato come dispositivo per monitorare e diagnosticare disturbi del ritmo cardiaco, come aritmie, palpitazioni e sincope.

Ad oggi la quasi totalità dei CIED presenti sul mercato hanno la possibilità di esser controllati non più solo in ambulatorio ma anche a distanza, attraverso un programmatore specifico fornito da ogni azienda, attraverso un trasmettitore che può funzionare con tecnologia induttiva/RF/Bluetooth, realizzando quello che viene comunemente definito controllo da remoto (Remote Monitoring, RM) (*Figura 2*).

Figura2: Tipologie di trasmettitori per CIED

MIGLIORE QUALITÀ DELL'ASSISTENZA GARANTENDO LA CONTINUITÀ DELLE CURE

Il numero di CIED impiantati ogni anno è cresciuto fino a circa 1,7 milioni in tutto il mondo ed anche il numero di pazienti seguiti a distanza è aumentato in modo significativo negli ultimi anni: possibili fattori trainanti di questo aumento sono state la raccomandazione di classe 1 nella Dichiarazione del *Consensus Expert* HRS del 2015 di utilizzare il RM per i pazienti con CIED come *standard di cura* e l'uso del RM per la sicurezza del personale durante la pandemia di COVID-19 (*Figura 3*). Inoltre, i looprecorder impiantabili (ILR), progettati per la gestione basata

Recommendations for RM considerations

COR	LOE	Recommendations	References
1	A	1. In patients with CIEDs, RM is recommended as part of the standard of care.	1,11,30–38
1	B-R	2. In patients with CIEDs on RM, routine surveillance of lead function and battery status is recommended to ensure device integrity.	30,39,40
1	C-EO	3. In patients with CIEDs on RM with a device capable of continuous connectivity, connectivity should be maintained.	

Figura3: Raccomandazioni dal Consensus Expert HRS del 2015 sull'uso del RM nei pazienti con CIED

sugli avvisi inviati con continuità, hanno aumentato in modo significativo il volume giornaliero di dati generati e, conseguentemente, da gestire; infatti, con un numero crescente di pazienti che utilizzano il RM, tenere il passo con un volume maggiore di trasmissioni di monitoraggio remoto costituisce una sfida per il personale ospedaliero.

In generale il monitoraggio remoto è utile per la gestione dei pazienti con dispositivi elettronici impiantabili cardiovascolari, in quanto influisce sulla morbilità e sulla mortalità e nel caso dei looprecorder si configura come un elemento imprescindibile poiché consente una diagnosi precoce delle aritmie permettendo di intervenire sulla terapia farmacologica in maniera tempestiva, senza la necessità di dover attendere la successiva visita ambulatoriale (generalmente fissata ogni 6 mesi).

CONSIDERAZIONI SUL MONITORAGGIO REMOTO

In seguito alla dichiarazione del *Consensus Expert* HRS del 2015 sul RM, studi più recenti hanno rafforzato le prove dei benefici organizzativi della RM e hanno offerto nuove intuizioni sull'impatto positivo della RM sui risultati per i pazienti, in particolare in quelli con scompenso cardiaco. Il controllo remoto come strategia di prima linea per il follow-up dei CIED è stato stabilito dall'aggiornamento delle pratiche mondiali HRS/EHRA/APHRS/LAHRS/ ACC/AHA del 2020 per la telemedicina e il monitoraggio delle aritmie durante e dopo la pandemia e nelle linee guida ESC del 2021 sulla stimolazione cardiaca e la terapia di resincronizzazione. Ciò ha portato a un incremento esponenziale di pazienti sottoposti a RM, con conseguenti grandi quantità di dati sul RM e un aumento del carico di lavoro ad esso correlato.

Il *Consensus Expert* HRS del 2015 fornisce raccomandazioni sui benefici del RM e sull'importanza della sua integrazione nell'assistenza ai pazienti con CIED ma non tiene conto delle sfide relative al RM che sono emerse in questi ultimi anni, quali la necessità di infrastrutture ad hoc, di personale dedicato e la gestione del flusso di lavoro correlato ad una quantità di dati sempre crescente. Senza, inoltre, dimenticare che ai pazienti con CIED in RM è garantito che rimangano controllati in continuità.

La clinica dei dispositivi in RM include un team multidisciplinare coinvolto nel monitoraggio dei CIED, per il quale ci sarebbe anche la necessità di sviluppare una miglior struttura di rimborso per continuare a garantire e ottimizzare questo tipo di assistenza al paziente.

Diversi studi randomizzati di grandi dimensioni, nonché ampi registri e studi osservazionali, hanno costantemente dimostrato importanti vantaggi organizzativi, come l'ottimizzazione del follow-up, e vantaggi clinici, con una migliore gestione dei pazienti e dei risultati clinici associati all'uso del RM; per fare qualche esempio riduce il numero di visite mediche e aumenta l'aderenza al follow-up e la fidelizzazione dei pazienti, fornisce una rilevazione precoce di aritmie atriali (FA) e ventricolari, prevenendo dunque eventi avversi come ictus, shock e scompenso, e segnala tempestivamente eventuali malfunzionamenti del dispositivo, prevenendo conseguenze catastrofiche se il paziente è del tutto asintomatico.

In poche parole, la connettività continua consente un trattamento personalizzato del paziente e un aggiornamento continuo della strategia terapeutica.

LA NOSTRA ESPERIENZA

L'esperienza del nostro Centro A.O. San Camillo Forlanini si è focalizzata sul monitoraggio remoto dei looprecorder, dispositivi diagnostici che necessitano di un follow-up continuativo per intervenire tempestivamente sulla terapia farmacologica; il nostro intento è quello di estendere questa pratica anche ai pazienti portatori di ICD sempre con il fine ultimo di intervenire tempestivamente sul loro quadro clinico, in particolare limitando le ospedalizzazioni per scompenso.

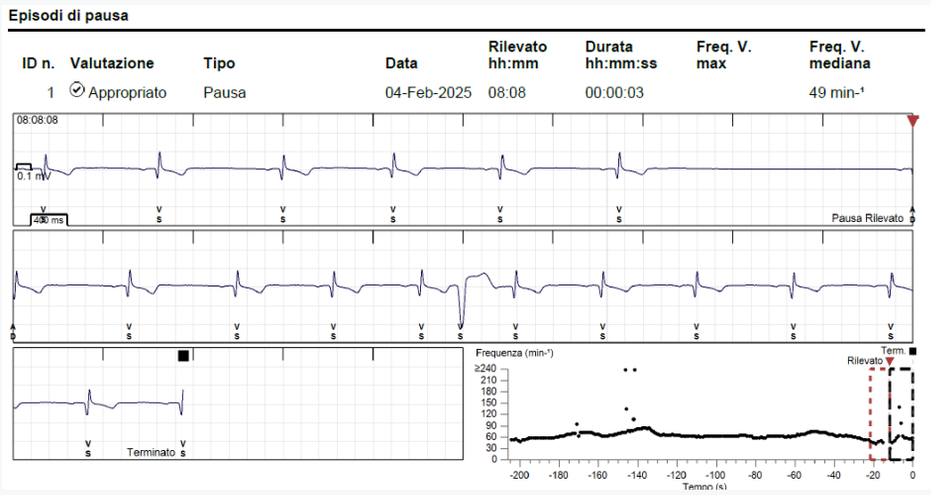


Figura 4 - caso 1, episodio di asistolia registrato dal looprecorder

Riportiamo di seguito esemplificativamente alcuni casi interessanti raccolti presso il nostro Ambulatorio di Cardio Aritmologia (Responsabile Dr. Avella Andrea).

Caso 1: paziente di 60 anni impianta un ICM ad ottobre 2024 per ripetute sincopi ad eziologia sconosciuta; dopo 4 mesi dall'impianto, dal looprecorder viene trasmessa una registrazione contenente un episodio di asistolia di 3 secondi (*Figura 4*), per cui gli viene diagnosticata una MNSA (Malattia del Nodo Seno Atriale) con conseguente impianto di pacemaker.

Caso 2: paziente di 76 anni impianta un ICM a novembre 2024 per sincopi ad eziologia sconosciuta; dopo 3 mesi

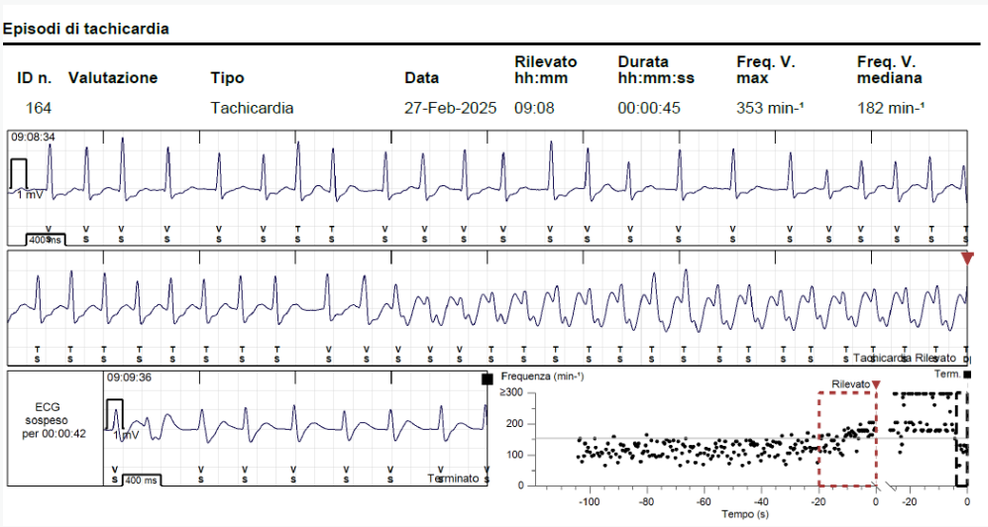


Figura5 - caso 2, episodio di FA ad alta risposta ventricolare registrato dal looprecorder

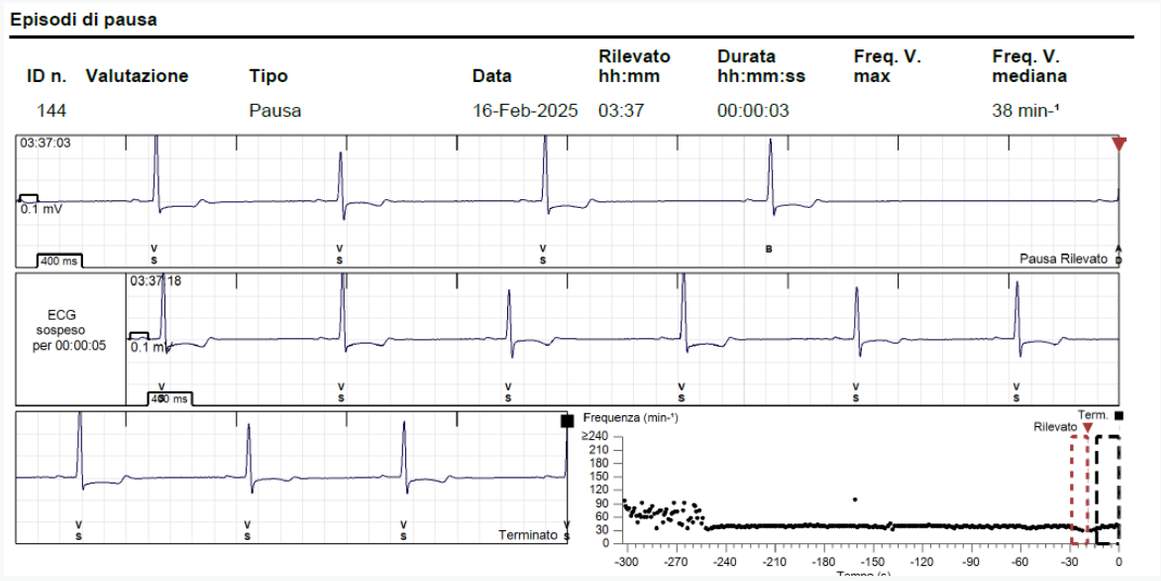


Figura 6 - caso 2, episodio di asistolia registrato dal looprecorder (3 sec)

dal looprecorder viene trasmessa una registrazione contenente episodi di FA ad alta risposta ventricolare (figura 5),

(precedentemente diagnosticata dal loop e per la quale il paziente aveva iniziato terapia anticoagulante) ed alcuni episodi di asistolia di 3 secondi, per cui gli viene diagnosticata sindrome Brady-Tachy con conseguente impianto di pacemaker per ottimizzazione farmacologica.

Figura 7: caso 3, episodio di FA recidivante registrato dal looprecorder

Caso 3: paziente di 67 anni impianta un ICM a luglio 2024 per monitoraggio post ablazione FA (non effettuata nel nostro Centro); dopo 8 mesi dal looprecorder vengono trasmesse registrazioni di diversi episodi di FA recidivante (*Figura 7*).

Caso 4: paziente di 76 anni impianta un ICM a novembre 2024 per sospetta FA; dalle trasmissioni manuali inviate

Figura 8 - caso 4, diagnosi differenziale su sintomo del paziente

dal paziente, in corrispondenza di riferito affanno e mancanza di respiro, non risultano anomalie nel ritmo cardiaco (*Figura 8*) per cui si prosegue con il monitoraggio nonostante la sintomatologia presente.

Questa seppur limitata esperienza apre il nostro Centro a nuovi scenari di gestione del paziente e della sua terapia che, se da un lato ci richiede risorse per la formazione del personale dedicato, tempo per la visualizzazione delle trasmissioni, cooperazione di un team multidiscipliare, compliance del paziente, dall'altra ci permette di fornire un servizio di qualità, maggior efficienza ed attenzione al paziente con conseguente fidelizzazione dello stesso al centro ospedaliero.

CONCLUSIONI

Il looprecorder è raccomandato per i pazienti che presentano sintomi compatibili con una malattia aritmogena, ma che, data la loro infrequenza, non possono essere analizzati grazie agli altri esami diagnostici. Inoltre, il dispositivo è raccomandato nei casi in cui il paziente non può attivare la registrazione manualmente o qualora si voglia valutare la presenza di aritmie asintomatiche.

Più nello specifico, l'uso dello strumento può essere applicato nei casi di:

- perdite di coscienza ricorrenti;
- epilessia;
- sincopi ricorrenti immotivate;
- fibrillazione atriale;
- palpitazioni;
- ictus criptogenico di origine incerta.

Il suo utilizzo permette di fornire al medico uno screening sistemico delle eventuali anomalie cardiache, di eseguire una corretta diagnosi, ma anche di valutare l'efficacia della terapia antiaritmica del paziente.

La chiave di volta di questo cambiamento è da rinvenire nella continuità dell'osservazione dei dati diagnostici offerti dal looprecorder. Ciò consente di migliorare l'assistenza ai pazienti e di prevenire ospedalizzazioni, interventi ed eventi catastrofici altrimenti non tempestivamente rilevabili.

9 Il coraggio, l'esperienza e le competenze relazionali di un team di infermieri esperti in Wound Care, sono gli elementi fondamentali per una metodologia predittiva che trasforma la visione in Progetto

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

UNITA' OPERATIVA

Team Infermieristico Wound Care Dipartimento delle Professioni Sanitarie

REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Lucia Mitello Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO
DOTT. PAOLO ANELLO	INFERMIERE WOUND CARE
DOTT.SSA VERONICA GRAMEGNA	INFERMIERA WOUND CARE
DOTT.SSA ALESSANDRA MAGRI	COORDINATRICE WOUND CARE
DOTT.SSA ERIKA SAVI	INFERMIERA WOUND CARE
DOTT. STEFANO SALVATORE	COORDINATORE DIPRO

ABSTRACT

La realizzazione di un modello organizzativo nel contesto clinico può essere definito come l'impegno al soddisfacimento dei bisogni assistenziali. Per gli infermieri, come per tutti i professionisti delle altre categorie sanitarie, implica programmazione, pianificazione, gestione e valutazione; professionalmente parlando, sottende, senso di responsabilità, autonomia, prescrizione/documentazione. In tal senso, per valorizzare la professione bisogna reclutare e valorizzare competenze specialistiche in relazione a specifiche esigenze dell'organizzazione. Senza nulla togliere alla necessità della cooperazione professionale, i suddetti interventi, poiché definiscono la piena ed esclusiva funzione infermieristica, superano la frammentazione e la disomogeneità dei modelli infermieristici attualmente operanti che tendono tutti ad esaltare funzioni che affiancano e/o coadiuvano le attività del medico. Se è vero che la qualità delle decisioni conta al pari del coraggio delle visioni, le opportunità di innovazione che la professione può offrire nell'ambito dei singoli modelli organizzativi passa attraverso la capacità dei propri operatori

di sviluppare, in termini di responsabilità e autonomia professionale, competenze che riescano a soddisfare i bisogni dell'utenza e la valorizzazione della "governance professionale". Nell'articolo vengono analizzati quei fattori che, in termini di tempo, hanno caratterizzato la realizzazione del servizio wound care all'interno dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma

INTRODUZIONE

Il modello organizzativo proposto prevede l'attivazione del servizio infermieristico Wound Care all'interno del Dipartimento Professioni Sanitarie - livello gestionale/operativo (centro di Responsabilità) – con rilevanza economico/contabile e tecnico/gestionale (centro di Costo) pari ad un processo produttivo primario. Il personale del servizio infermieristico Wound Care" verrà chiamato in consulenza dal personale medico/coordinatore infermieristico afferente alle UU.OO. dell'Azienda Ospedaliera. I consulenti infermieristici potranno essere chiamati sia per indicazioni assistenziali di carattere preventivo, indicazioni assistenziali di tipo curativo e, qualora necessario, eseguire a livello educativo/formativo medicazioni complesse e/o avanzate. La contestuale attivazione dell'Ambulatorio Infermieristico Wound-Care, a previsione della continuità assistenziale ospedale-territorio (a dimissione del paziente) e a completamente di un modello che intende soddisfare anche i bisogni del territorio, garantendo la presa in carico di pazienti destinati dai medici di medicina generale (tramite accesso da Re-CUP).

Il suddetto piano sottende sistemi e sottosistemi informativi che diventano strumenti fondamentali, per la rilevazione delle attività e l' analisi delle attività per il controllo gestionale. Tutta l'attività clinica erogata, sia di consulenza intra-ospedaliera che ambulatoriale (esterna), risulterà tracciata e documentata (anche in termini di documentazione fotografica) sul sistema informatico aziendale – Cartella Clinica Informatizzata – portale SIS4CARE.

ANALISI DI CONTESTO

Negli ultimi anni il problema "lesioni cutanee" (venose, arteriose, diabetiche, da pressione) ha assunto un'importanza crescente, soprattutto in funzione del progressivo aumento della popolazione in età avanzata e quindi della prevalenza delle patologie cronico-disabilitanti. Le lesioni cutanee rappresentano un vero e proprio problema clinico-assistenziale di crescente importanza, spesso invalidante e di difficile approccio. (Associazione Italiana Ulcere Cutanee, 2021). Le lesioni da pressione rimangono un'area prioritaria chiave per gli operatori sanitari di tutto il mondo, rappresentando un problema di sicurezza dei pazienti. Nonostante le campagne nazionali e internazionali di sensibilizzazione e istruzione, la loro incidenza in contesti ospedalieri e comunitari rimane inaccettabilmente alta (Moore et al. 2019). Si stima che ci siano circa 1,5-2 milioni di persone che vivono con una ferita cronica in tutta Europa. I dati provenienti dall'Europa suggeriscono che il 64% delle ferite vengono trattate nell'assistenza domiciliare; di questi, si stima che il 24% abbia vissuto con la ferita per 6 mesi o più, e quasi il 16% era rimasto non guarito per un anno o più. Tra le lesioni vascolari, quelle con maggiore incidenza sono le lesioni venose, in quanto rappresentano il 70% delle lesioni dell'arto inferiore. Al secondo posto, in ordine di prevalenza troviamo le lesioni arteriose, che si presentano con una percentuale del 15%, poi successivamente abbiamo le lesioni di natura mista con un'incidenza del 7-10%. Inoltre, si calcola che circa il 5% delle lesioni dell'arto inferiore siano di origine diabetica e il 3% sono secondarie ad altre patologie e/o ad altre condizioni, come ad esempio: vasculiti, neoplasie, problemi ematologici, eventi post-traumatici pure, origine linfo-edematosa, lesioni su base autoimmunitaria. (C. Ligresti, 2019). Il primo passo per identificare come migliorare l'efficienza è considerare gli input e gli output della cura delle ferite. Nello specifico, in Italia, sono stimate oggigiorno circa 2 milioni di persone che lottano ogni giorno contro questa patologia. Dagli ultimi studi possiamo vedere che la prevalenza delle ulcere degli arti inferiori è dell'1-2% circa nella popolazione adulta, con un picco del 3,6% nella popolazione con età superiore ai 65 anni. (AIUC, 2021).

Una delle indicazioni che viene dalla letteratura è il coinvolgimento degli infermieri specialisti nella gestione di queste lesioni. Ed è proprio da questa sollecitazione che ha preso forma lo studio condotto da un gruppo di ricercatori italiani che, con il loro lavoro, hanno cercato di rispondere ad un semplice quesito: "cambierebbero gli esiti se le lesioni croniche fossero affidate infermieri ?"La risposta, come sottolineato dalla rivista "L'Infermiere Online" mostra che la cura e il trattamento delle lesioni croniche condotta dall'infermiere specialista ha quadruplicato la possibilità di guarigione delle stesse e ridotto il numero di settimane di trattamento oltre che i ricoveri ospedalieri. I consulenti delle professioni sanitarie, permettono di migliorare la qualità di vita dei soggetti assistiti e dell'assistenza erogata, in termini di esiti assistenziali.

ASPETTI ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI DEL MODELLO ORGANIZZATIVO "SERVIZIO INFERMIERISTICO WOUND CARE"

Le risorse umane manterranno la loro originale assegnazione, considerato che le attività del "Servizio Infermieristico Wound Care" verranno assicurate in regime orario extraistituzionale dalle ore 14.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì. La "bilocazione" del personale infermieristico coinvolto nel progetto, non dovrà pregiudicare in nessun caso lo svolgimento delle attività istituzionali.

Il consulente Wound Care potrà richiedere, a sua volta, consulenze specialistiche per l'approfondimento clinico di tutti i fattori correlati alla prevenzione, cura e trattamento delle lesioni. Potranno essere redatti piani operativi, condivisi con altri operatori sanitari, affinché possano essere valorizzati e realizzati in termini di autonomia e responsabilità, i più complessi setting di cura.

Il personale infermieristico afferente al "Servizio Infermieristico Wound Care", autonomamente e/o di concerto con il personale sanitario di reparto, potrà decidere di rivedere il paziente affinché possano essere monitorate le fasi migliorative e/o recrudescénti della lesione. A tal fine il gruppo potrà avvalersi delle schede ad hoc implementate su SIS4CARE e del cureVision ovvero, quest'ultimo, un sistema di scansione appositamente sviluppato per misurare, documentare e analizzare le lesioni. Il sistema cureVision viene utilizzato per una documentazione precisa e riproducibile della lesione. Il sistema genera immagini fotografiche e un modello 3D della lesione, che vengono documentati e analizzati con il software associato. Ciò consente una valutazione rapida e oggettiva di importanti parametri della lesione rendendo possibile un confronto nel tempo. Il sistema consente inoltre di creare e inviare al paziente suggerimenti di prescrizione digitali (informato PDF). I prodotti possono essere selezionati da un catalogo di prodotti e assegnati al paziente. Le immagini ottenute dal cureVision verranno transitoriamente acquisite mediante connessione WiFi, successivamente verranno scaricate direttamente sulla piattaforma SIS4CARE mediante dispositivo di dati mobili.

Al fine di efficientare e monitorare i consumi dei prodotti medicamentosi necessari per le medicazioni delle lesioni verranno disposti 3 livelli di approvvigionamento (da concertare con la farmacia):

- 1° livello – medicazioni standard – approvvigionamento a cura dei coordinatori di reparto;
- 2° livello – medicazioni avanzate – approvvigionamento a cura dei coordinatori su indicazione del gruppo Wound Care;
- 3° livello – medicazioni complesse – approvvigionamento a cura del gruppo Wound Care.

Il gruppo Wound Care, potrà avvalersi di due sistemi a pressione negativa e di un dispositivo ad ultrasuoni dedicato alla rimozione meccanica delle strutture di tessuto molle contaminate che potrebbero causare ritardi di guarigioni e/o insorgenza di infezioni (ad uso infermieristico). Il suddetto dispositivo non è inteso per scopi di guarigione ma, come uno strumento di rimozione selettivo per l'abrasione e la pulizia delle ferite croniche e dei tessuti molli sub-dermici. Va utilizzato solo su ferite

che possono guarire per seconda intenzione. A riguardo va precisato che presso la farmacia aziendale sono già disponibili le testine monouso sterili che fanno parte della configurazione del dispositivo.

Tutte le indicazioni assistenziali fornite dal gruppo Wound Care potranno essere oggetto di confronto e dibattito con il personale di reparto, sia medico che infermieristico.

STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE

a. Identificazione delle modalità di attivazione e di refertazione della consulenza secondo gli applicativi informatizzati. In considerazione di ciò sono stati sviluppati modelli ad hoc per la registrazione della consulenza affinché i responsabili informatici aziendali potessero configurare quanto necessario. Gli infermieri afferenti al servizio wound care sono stati profilati con account specifici che consentono di visionare la documentazione clinica informatizzata dei pazienti ricoverati in una delle UU.OO. aziendali (attualmente il sistema informatizzato consente di visionare le sole cartelle cliniche dei pazienti ricoverati nella U.O. di assegnazione dell'infermiere).
b. Promozione della leadership clinica avanzata dei consulenti delle professioni sanitarie a supporto delle situazioni cliniche complesse, considerato che le consulenze wound care possono essere richieste dal personale medico delle UU.OO. aziendali. A loro volta i consulenti wound care, possono richiedere, ad integrazione di competenze, consulenze di altri specialisti dell'Azienda Ospedaliera
c. Condivisione conoscenze e abilità, affinché possano essere sviluppati, tra gli infermieri del gruppo wound care e gli infermieri di reparto, comportamenti operativi utili al miglioramento della qualità dell'assistenza;
d. Sviluppo del modulo informatico per la redazione di consulenze (ad uso del gruppo wound care) implementato all'interno della cartella informatizzata in uso all'interno dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, sia per i pazienti interni che per i pazienti esterni;
e. Attivazione di centri di costo (ambulatoriali ed interni) a cura della U.O.C. controllo di gestione, per la definizione dei flussi di attività interna ed esterna, definizione dei setting di cura;
f. Integrazione con la UOC farmacia, per l'uso nel gruppo wound care di tutte le medicazioni che l'Azienda Ospedaliera San Camillo si è aggiudicata con l'adesione alla gara regionale. Centralizzazione al gruppo wound care delle richieste per l'approvvigionamento delle medicazioni di 3° livello, già definite medicazioni complesse;
g. Collaborazione con il CUP per il supporto specifico e sviluppo di sistemi, necessari per il pagamento del ticket;
h. Incremento delle attività documentali (documentazione relativa alla prevenzione, cura e stadiazione delle lesioni) e analisi dei contenuti delle consulenze;
i. Partecipazione attiva con i medici di medicina generale affinché il servizio ambulatoriale wound care possa essere noto a tutti i prescrittori;
j. Valorizzazione della governance professionale con applicazioni contrattuali riguardo l'affidamento di incarichi.

CONCLUSIONI

Ad esito delle strategie di implementazione il gruppo wound care ha sistematicamente realizzato quanto necessario per la realizzazione delle condizioni organizzative necessarie per l'implementazione del servizio wound care . In considerazione di ciò è valsa la collaborazione partecipata di tutti quei servizi che dovevano realizzarne i presupposti:

- Il CED per la realizzazione dei profili utenti (per i infermieri del gruppo wound) necessari alla stesura delle consulenze
- Gli informatici per la realizzazione di uno spazio dedicato alla consulenza infermieristica e l'attivazione di posta elettronica dedicata al gruppo;

- Il controllo di gestione per l'attivazione di centri di costo dedicati alle attività interne ed ambulatoriali;
- Il laboratorio analisi per aver messo a disposizione degli infermieri wound care esami specifici per la valutazione metabolica del paziente;
- I medici di reparto che, immediatamente, hanno riconosciuto le competenze degli infermieri e non hanno esitato a richiedere consulenze per i singoli pazienti ricoverati all'interno dei reparti aziendali;
- La direzione aziendale che ha permesso l'attivazione della attività ambulatoriale;
- La farmacia che ha messo a disposizione del gruppo tutte le medicazioni avanzate presenti in Azienda, offrendo al gruppo wound care la possibilità di richiedere eventuali ulteriori dispositivi qualora di dimostrata efficacia;
- La formazione aziendale che ha premesso di valorizzare le competenze del gruppo wound care organizzando, con gli infermieri del gruppo nel ruoli di docenti;
- Gli addetti stampa dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini che, prontamente, hanno informato tramite i media più importanti la cittadinanza;
- Il Direttore del Dipartimento dell'Assistenza che, per la remunerazione delle attività eseguite dal team wound care in regime di bilocazione, ha redatto un progetto ad hoc di produttività aggiuntiva;
- Il back office dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini per la realizzazione sul sistema Re-Cup delle liste ambulatoriali dedicate alle attività del Wound Care

Sostanzialmente la realizzazione del team infermieristico wound care è stata supportata brillantemente ed efficacemente, in tutte fasi, da tutte quei servizi/settori aziendali preposti a supportare logisticamente e amministrativamente le strutture che erogano assistenza. Contrariamente, il gruppo di infermieri identificati per le attività di wound care, hanno incontrato notevoli difficoltà nell'accettazione del ruolo professionale identificato che, sottendeva, l'assunzione di responsabilità e autonomia per il proprio operato professionale. In tal senso a nulla è valsa l'esperienza anche ventennale e/o il possesso di titoli abilitanti all'esercizio del wound care, per far uscire gli infermieri dalla zona di confort offerta dai medici che, attraverso prescrizioni e assunzione di responsabilità, svuotano taluni infermieri dall'autonomia che il ruolo di infermiere impone. A tal fine vengono descritte le resistenze più importanti:

- Difficoltà ad accettare nella terminologia delle attività di wound care la parola "consulenza", ritenuta inappropriata perché il parere degli infermieri può esprimersi al massimo come indicazione assistenziale;
- Difficoltà a scrivere quanto rilevato e, soprattutto, documentato fotograficamente;
- Difficoltà a raccomandare in consulenza, i trattamenti terapeutici da adottare per il paziente;
- Difficoltà nella gestione dei supporti informatici;

Ad esito delle resistenze incontrate dagli infermieri che in prima istanza erano stati scelti per le implementazioni delle attività wound care, è stato necessario indire in Azienda una manifestazione di interesse che permettesse al Coordinatore del team wound care di arruolare infermieri, con competenze professionali e comportamentali un po' più calibrate sulle necessità del modello organizzato da implementare. La selezione, eseguita con criteri che seppur selettivi implicavano la possibilità di includere tutti i portatori di interesse, ha permesso di superare tutte le resistenze precedentemente descritte.

Ad oggi il servizio Wound Care dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini è il primo ambulatorio, nella Regione Lazio, ad erogare prestazioni ambulatoriali (già tariffate LEA con codici prestazionali che vanno 96.59.1_0 a 96.59.7_0 – tariffe che vanno da 10 euro a 130 euro per medicazione) a pazienti che provengono dal territorio, su indicazione dei medici di medicina generale. L'attività ambulatoriale erogata a decorrere dal 07 aprile 2025 è di seguito elencata in tabella 1. Le prestazioni ambulatoriali erogate vengono tutte documentate sul sistema informatico aziendale, e refertate nella piattaforma che raccoglie la documentazione clinica dei pazienti che afferiscono nell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini. La documentazione clinica viene completata da dossier fotografico che monitora gli stati della ferita, con indicazioni che stadiano correttamente la ferita trattata. L'ambulatorio nel giro di 1 settimana ha saturato completamente i posti inizialmente messi in agenda (6 slot 1 volta a settimana). In considerazione di ciò le attività sono state riprogrammate con un agenda che

prevede l'erogazione delle prestazioni 2 volte a settimana con slot di appuntamento che vanno fino a 12 visite per giornata di attività. In considerazione dei numeri prodotti è stato messo, a disposizione del gruppo, un ambulatorio per la pratica delle attività da dedicare al wound care.

L'attività di consulenza interna, erogata con decorrenza 04 gennaio, è descritta in tabella 2; i pazienti refertati ammontano a 179 per un totale di 429 medicazioni. Le medicazioni sono state tutte effettuate dal team Wound Care al fine di istruire gli operatori del reparto alle procedure più appropriate e più efficaci. L'attività di consulenza interna viene erogata tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 14.00 alle ore 18.00. Le consulenze interne, fatto salvo il fine settimana, vengono erogate entro 24 ore dalla richiesta, inoltrata dal medico di reparto. L'attività di consulenza viene erogata a partire dal pronto soccorso; in tal modo sono state perfezionate procedure che consentono di documentare la presenza di lesione (soprattutto quelle da pressione) già al momento dell'accesso del paziente all'interno della Azienda Ospedaliera, tabella 3. L'attività di consulenza interna ha incrementato in maniera esponenziale la documentazione sulle lesioni. La sensibilizzazione esercitata dal team all'interno dei reparti ospedalieri ha, in questa fase, determinato il raddoppio dei costi nell'uso delle medicazioni avanzate.

Cognome e Nome	Nosologico	Medicazioni eseguite a seguito di prescrizione
PAZIENTE 1	AMBULATORIO	4
PAZIENTE 2	AMBULATORIO	2
PAZIENTE 3	AMBULATORIO	2
PAZIENTE 4	AMBULATORIO	1
PAZIENTE 5	AMBULATORIO	8
PAZIENTE 6	AMBULATORIO	7
PAZIENTE 7	AMBULATORIO	1
PAZIENTE 8	AMBULATORIO	7
PAZIENTE 9	AMBULATORIO	2
PAZIENTE 10	AMBULATORIO	7
PAZIENTE 11	AMBULATORIO	3
PAZIENTE 12	AMBULATORIO	4
PAZIENTE 13	AMBULATORIO	8
PAZIENTE 14	AMBULATORIO	1
PAZIENTE 15	AMBULATORIO	10
PAZIENTE 16	AMBULATORIO	3
PAZIENTE 17	AMBULATORIO	7
PAZIENTE 18	AMBULATORIO	8
PAZIENTE 19	AMBULATORIO	9
PAZIENTE 20	AMBULATORIO	3
PAZIENTE 21	AMBULATORIO	1
PAZIENTE 22	AMBULATORIO	1
PAZIENTE 23	AMBULATORIO	2
PAZIENTE 24	AMBULATORIO	6
PAZIENTE 25	AMBULATORIO	9
PAZIENTE 26	AMBULATORIO	4
PAZIENTE 27	AMBULATORIO	4
PAZIENTE 28	AMBULATORIO	5
Totale complessivo		**129**

Reparto di Provenienza Consulenze	Conteggio di Nosologico
C. RIANIMAZIONE	25
CARDIOLOGIA	26
CHIRURGIA ARTI	3
CHIRURGIA GEN E URG	5
CHIRURGIA TRAPIANTI	6
EMATOLOGIA	2
MEDICINA D'URGENZA	5
MEDICINA GENERALE	163
NCH	4
NEUROLOGIA	14
ORTOPEDIA	22
PNEUMO-ONCOLOGIA	29
PS	19
STIRS	9
UCRI	8
UGI	89
Totale complessivo	**429**

Cognome e Nome	Classificaz. Lesioni cutanee	Reparto di Provenienza Consulenze
PAZIENTE 1	LESIONI DA PRESSIONE	PS
PAZIENTE 2	LESIONI DA PRESSIONE	PS
PAZIENTE 3	LESIONI DA PRESSIONE	PS
PAZIENTE 4	LESIONI DA PRESSIONE	PS
PAZIENTE 5	LESIONI DA PRESSIONE	PS
PAZIENTE 6	LESIONI DA PRESSIONE	PS
PAZIENTE 7	LESIONI DA PRESSIONE	PS
PAZIENTE 8	LESIONI DA PRESSIONE	PS
PAZIENTE 9	LESIONI DA PRESSIONE	PS
PAZIENTE 10	LESIONI VASCOLARI	PS
PAZIENTE 11	LESIONI DA PRESSIONE	PS
PAZIENTE 12	LESIONI DA PRESSIONE	PS
PAZIENTE 13	LESIONI DIABETICHE	PS
PAZIENTE 14	LESIONI DA PRESSIONE	PS
PAZIENTE 15	LESIONI DIABETICHE	PS
PAZIENTE 16	LESIONI DA PRESSIONE	PS
PAZIENTE 17	LESIONI DA PRESSIONE	PS
PAZIENTE 18	LESIONI DA PRESSIONE	PS
PAZIENTE 19	LESIONI DA PRESSIONE	PS

Continuità assistenziale per le future mamme

10

AZIENDA OSPEDALIERA

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

UNITA' OPERATIVA

UOC Sistemi Informatici

REFERENTE DEL PROGETTO

Arcangelo Devanna

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO
ING. ARCANGELO DEVANNA	DIRETTORE F.F. UOC – SISTEMI INFORMATICI
DOTT. ANGELO ALIQUÒ	DIRETTORE GENERALE
DOTT.SSA ELEONORA ALIMENTI	DIRETTORE AMMINISTRATIVO
DOTT. GERARDO DE CAROLIS	DIRETTORE SANITARIO

ABCTRACT

Nel progetto di ammodernamento digitale dall'A.O. SAN CAMILLO - FORLANINI, è stato realizzato uno strumento digitale innovativo in grado di implementare il processo del percorso nascita delle future mamme per i servizi del Percorso Nascita del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia. Si tratta di un'applicazione per il tele-controllo della gravidanza fisiologica che si propone come strumento per le donne con gravidanza fisiologica. L'App, realizzata in collaborazione con i medici specialisti ha l'obiettivo di costruire e far crescere nel tempo questa piattaforma tecnologica, per permettere alle utenti e ai professionisti di monitorare la gravidanza direttamente con strumenti digitali di uso comune. Tramite l'applicazione, la donna può accedere anche al materiale scientifico-divulgativo, il ginecologo può definire il piano di cura individuale, ricevere le informazioni relative ai dati inseriti dalla paziente, visualizzare le visite per lei prenotate, monitorare l'andamento dei suoi parametri nel tempo, conoscere il diario clinico e rispondere ad eventuali richieste e informazioni sull'andamento ed i sintomi della gravidanza.

OBIETTIVO GENERALE

Continuità assistenziale per le future mamme

OBIETTIVI SPECIFICI

- Centralizzazione dei dati delle pazienti
- Realizzazione del Piano di Assistenza Individuale
- Continuità comunicativa con la Paziente
- Analisi dei dati

MATERIALI E METODI

Realizzazione del Patient Relationship Management (PRM), sistema basato su tecnologia Microsoft Dynamics 365 Customer Service

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

- continuità comunicativa con le pazienti
- incremento dell'attrattività dell'A.O. nel percorso nascita

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Reparto di Ostetricia e Ginecologia

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

6 mesi

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

1. OBIETTIVI

Nel quadro del progetto di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero intrapreso dall'A.O. SAN CAMILLO FORLANINI, è stato identificato nel Piano dei Fabbisogni come obiettivo chiave la realizzazione di una soluzione digitale innovativa come il Patient Relationship Management (PRM) per i servizi del Percorso Nascita del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia – in grado di digitalizzare il processo del percorso nascita delle future mamme.

1.1 SOLUZIONE PROPOSTA

Per raggiungere gli obiettivi sopracitati, la soluzione proposta è articolata su diversi ambiti e azioni di intervento progettuali, raggruppati in Workpackage (WP) nel seguito descritti.

1.2. WP01 – PRM PERCORSO NASCITA – ASSESSMENT, ANALISI & COMUNICAZIONE

Il presente ambito di intervento mira ad acquisire le informazioni necessarie allo sviluppo della soluzione proposta e delle attività di comunicazione.

1.3 ASSESSMENT & ANALISI PROCESSO AS IS

- Analisi documentale: raccolta e revisione dei documenti esistenti relativi al percorso nascita e alle attuali modalità operative, per avere una panoramica completa dello stato attuale
- Interviste: realizzazione di interviste con gli attori chiave per comprendere le criticità e i punti di forza dell'attuale processo
- Affiancamento: osservazione in loco dei processi e delle attività con l'obiettivo di integrare le informazioni qualitative e quantitative

Definizione del Processo TO BE

- Mappatura dei gap: Identificazione delle principali aree di miglioramento per efficientare il Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia e migliorare la relazione/comunicazione con l'utenza
- Progettazione dello Scenario TO BE: Definizione del nuovo flusso operativo in linea con gli obiettivi di ingaggio e presa in carico della paziente, propedeutico allo sviluppo della soluzione

2. ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE

Realizzazione di attività di comunicazione volte alla valorizzazione del percorso nascita per Rafforzare la brand awareness e la brand reputation del Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia e dell'Ospedale. In particolare, si prevede:

Landing page

- Raccolta dei bisogni: Interviste con il team marketing e i responsabili del reparto per definire i contenuti
- Realizzazione wireframe
- Realizzazione template con testo (che includa ad esempio i servizi del Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, le Informazioni sul percorso nascita, i Contatti utili, le News ed eventi, l'Infografica del percorso)

Ottimizzazione del Piano Editoriale: Analisi dello stato attuale con valutazione delle indicazioni PED già in essere per identificare punti di forza e criticità e implementazione dei contenuti reel e ulteriori suggerimenti per aumentare l'engagement e la visibilità sui canali digitali

Realizzazione di 2 Contenuti video (reel) al mese per i Social per un totale di 6 reel

- Analisi tematiche: definizione delle 6 tematiche da sviluppare nelle video interviste, in linea con il percorso nascita e le esigenze informative
- Progettazione dell'intervista: Preparazione delle domande e format per le interviste, finalizzati a raccontare storie, evidenziare esperienze e trasmettere il valore aggiunto del percorso
- Shooting: organizzazione di una giornata di shooting per la produzione di 6 reel
- Post-produzione: montaggio e ottimizzazione dei contenuti video per garantire un impatto comunicativo efficace e un'alta qualità visiva
- Realizzazione di infografiche che illustrano il percorso nascita standard al fine di consentire una immediata comprensione del percorso, agevolando l'accesso alle informazioni. Le infografiche saranno realizzate in formato digitale e stampabile
- Analisi: definizione degli obiettivi da raggiungere tramite le infografiche, dei messaggi da veicolare, dello stile comunicativo e dei contenuti
- Sviluppo: Elaborazione di testi, grafiche e illustrazioni che mostrino il percorso nascita standard in modo chiaro ed ingaggiante

3. WP02 – PRM PERCORSO NASCITA - REALIZZAZIONE PIATTAFORMA

La realizzazione della piattaforma per la gestione del Percorso Nascita si inserisce all'interno del Patient Relationship Management (PRM), un sistema basato su Microsoft Dynamics 365 Customer Service e progettato per ottimizzare l'interazione tra operatori sanitari e pazienti. Il Percorso Nascita rappresenta uno dei moduli del PRM e ha l'obiettivo di supportare in modo strutturato e personalizzato l'assistenza alle future mamme lungo l'intero iter perinatale. Grazie all'integrazione con PRM, la piattaforma consente di migliorare la gestione dei dati clinici e amministrativi, potenziare la comunicazione tra i diversi attori coinvolti e offrire un'esperienza utente intuitiva ed efficiente.

Lo schema seguente illustra l'architettura applicativa di alto livello della piattaforma con in evidenza le funzionalità realizzate.

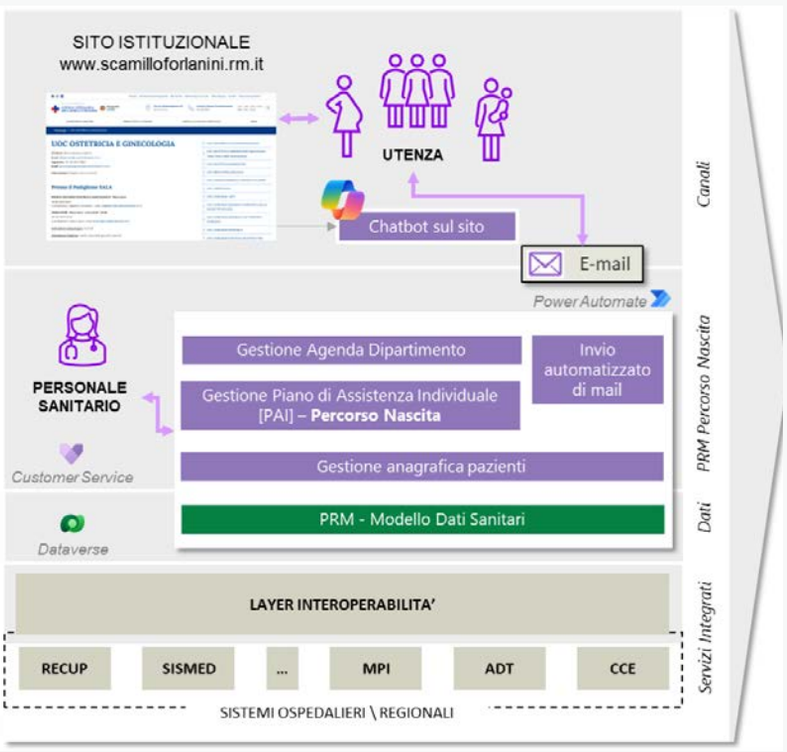


Figura 1: Architettura Funzionale di alto livello

4. CHATBOT SUL SITO

La soluzione prevede un chatbot intelligente, accessibile dal sito istituzionale, in grado di offrire un primo livello di assistenza per la ricerca di informazioni a carattere organizzativo e amministrativo, escludendo contenuti di natura medica.

Tale chatbot è stato realizzato utilizzando Microsoft Copilot Studio e ha come base di conoscenza esclusivamente il contenuto del sito istituzionale.

Obiettivi principali del chatbot

- Rispondere in modo rapido e preciso alle domande frequenti (FAQ) su orari, prenotazioni, documenti richiesti, contatti e altri aspetti amministrativi
- Facilitare l'accesso alle informazioni disponibili sul sito istituzionale, indirizzando gli utenti verso le sezioni pertinenti
- Evitare la diffusione di informazioni mediche lasciando tali risposte al personale specializzato

Caratteristiche del chatbot

- Comprensione del linguaggio naturale: grazie all'AI, il chatbot sarà in grado di comprendere le richieste degli utenti formulate in linguaggio naturale
- Automazione delle risposte: il chatbot sarà in grado di fornire risposte precise reperendo le informazioni presenti nel sito istituzionale senza necessità di intervento umano
- Interfaccia intuitiva: disponibile sul canale sito web per un accesso immediato alle informazioni

Il chatbot rappresenta uno strumento innovativo per migliorare l'accesso alle informazioni organizzative e amministrative dell'azienda ospedaliera, ottimizzando i tempi di risposta e riducendo il carico di richieste ripetitive per il personale.

Qui di seguito una immagine che mostra l'immediatezza nell'uso del chatbot e la possibilità di controllare le fonti utilizzate per comporre la risposta.

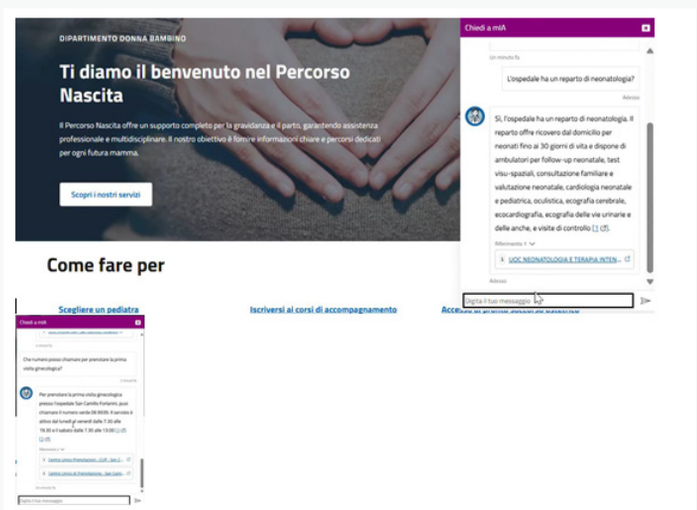


Figura 2: Chatbot su sito – esempi di domande in linguaggio naturale

5. GESTIONE ANAGRAFICA PAZIENTI

La soluzione prevede la realizzazione di un modulo dedicato alla gestione delle anagrafiche delle gestanti (pazienti), sviluppato nell'ambito di un Patient Relationship Management (PRM). Questo modulo consentirà di:

- Visualizzare e aggiornare in locale le informazioni anagrafiche essenziali (nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, e-mail e telefono, ove presenti)
- Tracciare in modo strutturato tutte le comunicazioni intercorse tra la gestante e l'Azienda Ospedaliera, offrendo una visione completa dello storico delle interazioni

- Migliorare la gestione delle relazioni con la gestante, garantendo un accesso immediato a tutte le informazioni rilevanti per una comunicazione più efficace e personalizzata

Gestione delle Anagrafiche:

- Visualizzazione e inserimento delle informazioni anagrafiche in un'interfaccia intuitiva
- Integrazione con sistemi esistentil per il recupero automatico in sola lettura delle informazioni già disponibili (nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, e-mail e telefono, ove presenti).
- Gestione dati specifici del Percorso Nascita: Data Ultima Mestruazione, abilitante per identificare la settimana di gestazione ed agganciare la gestante alle attività relative.
- Consenso di inserimento nel percorso nascita
- Gestione e aggiornamento dei dati in modalità manuale solo su dati non presenti in anagrafica da sistemi esterni (non è previsto l'aggiornamento dei dati anagrafici da modifiche effettuate su PRM).
- Storico delle Comunicazioni tra Paziente e Azienda:
- Tracciamento dettagliato di ogni comunicazione (telefonate, e-mail, appuntamenti)
- Associazione automatica delle comunicazioni alle anagrafiche delle gestanti per una consultazione immediata
- Filtri avanzati per ricercare le interazioni in base a data, tipologia di contatto, operatore coinvolto e contenuto del messaggio
- Possibilità di inserire note e aggiornamenti sugli esiti delle comunicazioni (es. richieste di informazioni, conferme di appuntamenti)

Integrazione con il PRM

- Gestione centralizzata delle informazioni in un'unica piattaforma PRM, evitando duplicazioni e garantendo una visione olistica della gestante
- Automazione delle notifiche per promemoria appuntamenti, documentazione da integrare o altre comunicazioni di servizio
- Accesso controllato e sicuro per garantire la protezione dei dati personali nel rispetto delle normative GDPR e sanitarie

Nell'ambito della gestione anagrafica del sistema PRM (Patient Relationship Management), sono stati sviluppati strumenti digitali specifici per la raccolta e gestione dei dati anagrafici delle gestanti e per l'acquisizione del consenso all'inserimento nel Percorso Nascita.

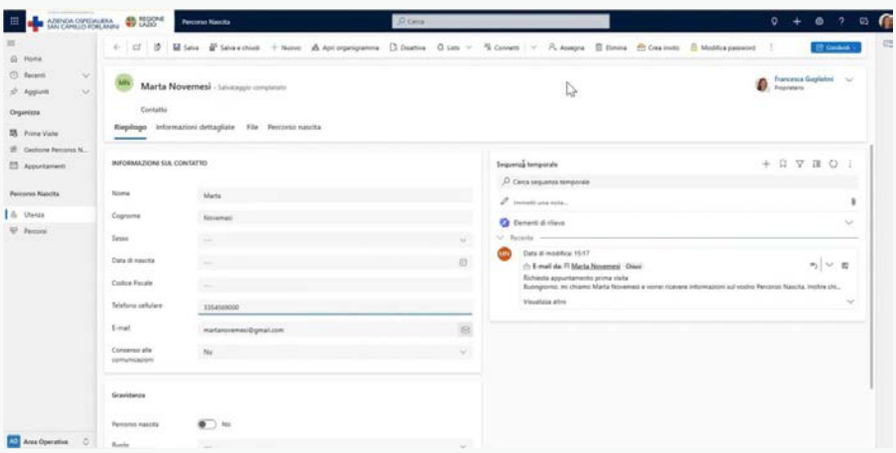


Figura 3: Anagrafica Gestante

Questo processo è gestito direttamente dagli operatori del Dipartimento di Ostetricia

e Ginecologia, che provvedono alla raccolta e all'inserimento manuale dei consensi nel sistema, garantendo la tracciabilità delle informazioni e la personalizzazione dell'esperienza assistenziale.

6. GESTIONE DELL'AGENDA DEL DIPARTIMENTO

L'implementazione della funzionalità di sistema di gestione dell'agenda per gli appuntamenti del reparto avviene tramite integrazione periodica in lettura con il sistema RECUP, opportunamente filtrato per il solo reparto di competenza. Il sistema garantisce una gestione strutturata degli appuntamenti, ottimizzando la pianificazione delle visite e facilitando il coordinamento tra operatori e gestanti.

Il modulo dell'agenda è integrato con il Patient Relationship Management (PRM) per mantenere una visione completa delle interazioni della gestante con il dipartimento e per consentire la scrittura degli appuntamenti successivi nel DIH (Digital Innovation Hub).

Come informazioni minime per gli appuntamenti in calendario, il sistema gestisce:

- una descrizione
- data, orario e durata dell'appuntamento
- collegamento alla anagrafica della gestante (tramite Codice Fiscale)
- Informazioni sui medici di riferimento (se disponibili)
- Luogo della visita

Per la prima visita, l'appuntamento è preso direttamente dalla gestante tramite reCUP. L'evento relativo a calendario in PRM è ottenuto tramite layer di integrazione.

Le visite successive sono invece prese direttamente sul PRM e notificate al reCUP (se necessario) tramite layer di integrazione.

Anche la gestione della ripianificazione in caso di spostamento o annullamento di appuntamenti è gestito tramite layer di integrazione.

Eventuali aggiunte di prestazioni extra percorso nascita sono notificate al reCUP tramite layer di integrazione.

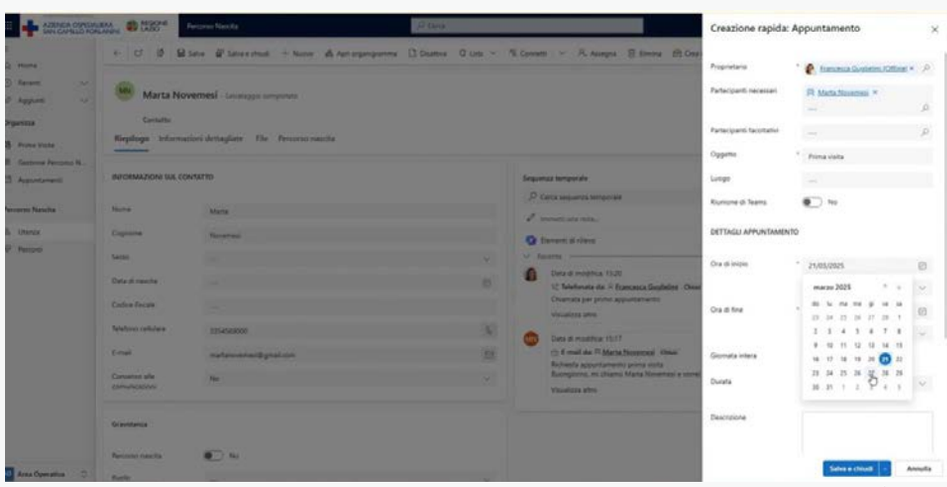


Figura 4: Visualizzazione dettaglio appuntamento per prima visita (informazioni sola lettura provenienti da reCUP)

7. Gestione Piano di Assistenza Individuale [PAI] – Percorso Nascita

Censimento delle attività del Percorso Nascita

Il modulo censisce le attività legate al Percorso Nascita standard, associandole alla settimana gestazionale di riferimento. Le attività possono essere:

- Visite ed esami programmati → Inserimento di appuntamenti strutturati nel sistema.
- Invio email informative alle gestanti → IAutomazione della comunicazione basata sulla settimana gestazionale.

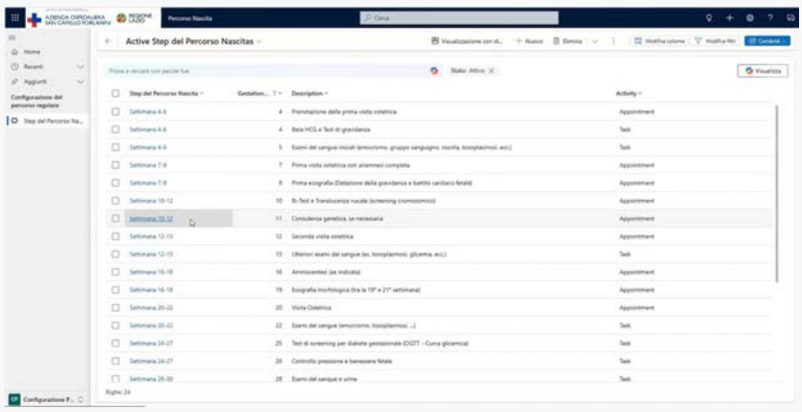


Figura 5 Esempio di censimento Attività del Percorso Nascita

Personalizzazione del Percorso Nascita

Il sistema consente di avere una configurazione dinamica degli step del percorso nascita tramite una interfaccia per la definizione dinamica di attività in base alla settimana gestazionale.

Ogni step è associato ad una settimana gestazionale e ad un'azione specifica:

- Task per l'operatore (es. follow-up, verifica esiti esami).
- Appuntamento (richiede conferma da parte dell'operatore).
- Email alla gestante (alternativa alle campagne).

Operatività del percorso nascita

Quando una gestante dà consenso per essere inclusa nel Percorso Nascita, il sistema avvia:

Creazione di task e appuntamenti

- Si tratta di un processo automatizzato che pianifica task, appuntamenti ed email in base alla settimana gestazionale.
- Il processo si basa sulle configurazioni predefinite nel modulo di personalizzazione.
- Tale processo viene eseguito una volta all'inserimento della gestante nel percorso nascita.

Monitoraggio dello stato della gravidanza

- Un secondo processo analizza la settimana gestazionale della specifica gestante per individuare le attività da eseguire.

- Propone agli operatori le attività specifiche pianificate per quella settimana
- Tale processo viene eseguito una prima volta subito dopo l'inserimento della gestante nel percorso e, successivamente, ogni settimana, valutando la settimana di gestazione e attuando il pianificato per quella settimana.

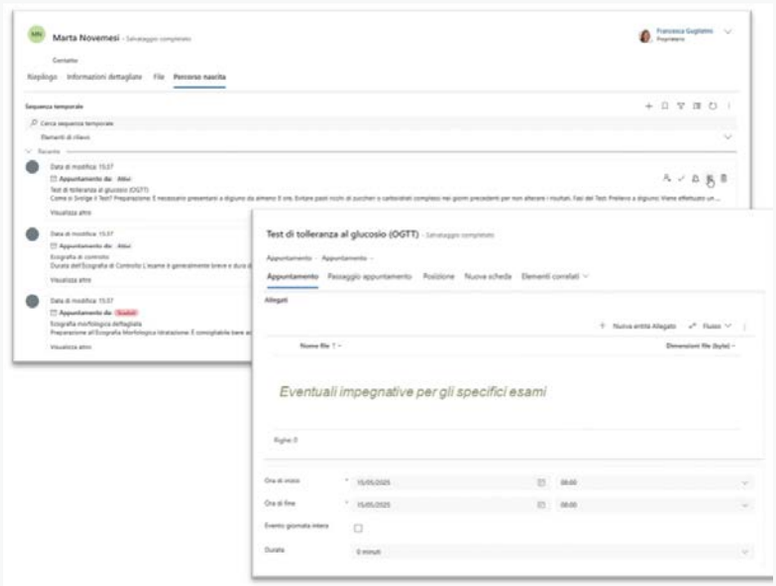


Figura 6: Esempio di attuazione del Percorso Nascita su una gestante

8. Invio automatizzato di Messaggi E-mail, SMS e Whatsapp

Nell'ambito della operatività del Percorso Nascita, il sistema provvede all'Invio automatizzato delle mail verso le gestanti.

I contenuti specifici dovranno essere forniti dall'azienda ospedaliera, ma ad ogni modo si tratta di:

- E-mail, SMS o messaggi WhatsApp che ricordano alle gestanti la necessità di prendere appuntamenti per visite ed esami previsti dal percorso
- E-mail che inviano informazioni e documentazione sulla tipologia ed opportunità di esami e visite
- E-mail che indicano le modalità di accesso e prenotazione

9. Dashboard

Il sistema presenta una Dashboard Operativa dove l'operatore ha una vista con indicate tutte le attività da svolgere in relazione alle gestanti in Percorso Nascita ordinate per settimana (task per utenti).

Per la costruzione di tale Dashboard, si prevede l'utilizzo di componenti standard della piattaforma che consentono di creare liste, dare facoltà di filtro e ordinamento sulle attività e presentare grafici.

I dati presentati da tale Dashboard saranno esclusivamente quelli presenti in PRM.

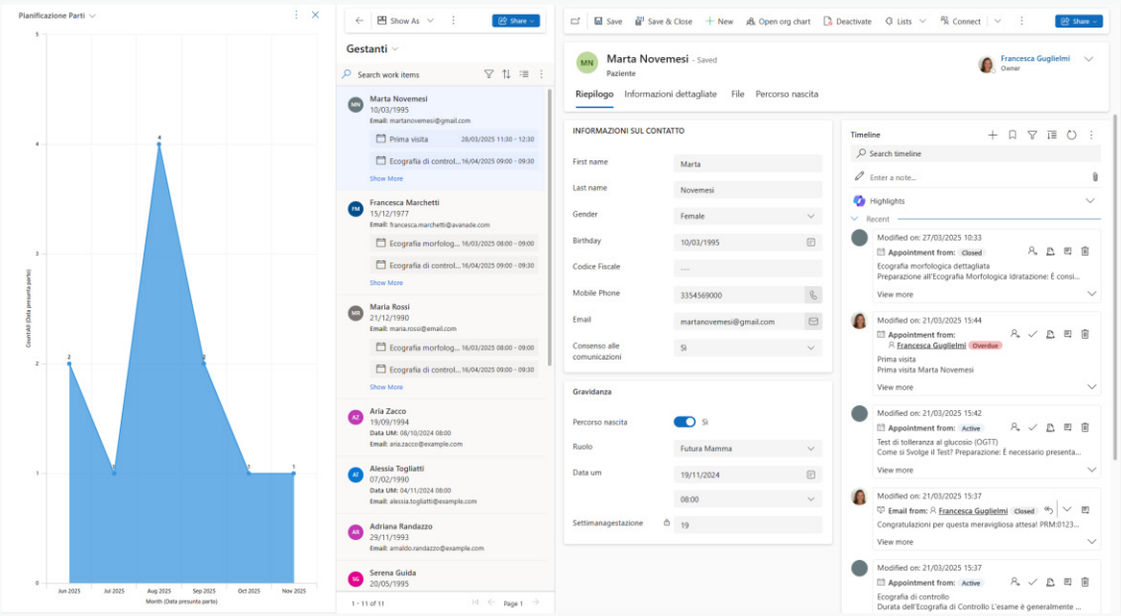


Figura 7: Esempio Dashboard Operativa con Pianificazione Parti e dettaglio gestante

Bibliografia

Sanità digitale e telemedicina

- Giansanti, D., & Maccioni, G. (2021). Telemedicine and Digital Health: State of the Art and Trends. Healthcare.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? Journal of Medical Internet Research.

Patient Relationship Management e digitalizzazione

- Kane, G. C., et al. (2015). Strategy, not technology, drives digital transformation. MIT Sloan Management Review.
- Microsoft. (2023). Dynamics 365 Customer Service Documentation. (per approfondire il sistema usato)

Percorso nascita e gravidanza fisiologica

- Ministero della Salute (Italia). Linee guida per l'assistenza alla gravidanza fisiologica.
- World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.

Esperienze simili

- Mammarrivo App (ASP Ragusa) – un'applicazione per il telecontrollo della gravidanza fisiologica.
- Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina nell'ambito della community della Piattaforma TreC – piattaforma sanitaria trentina, esempio italiano di digitalizzazione dell'assistenza sanitaria personalizzata

Il cinema come strumento di dibattito etico e deontologico.

11

AZIENDA OSPEDALIERA

ASL Roma 2

UNITA' OPERATIVA

Direzione Assistenziale Infermieristica Distretto IV

REFERENTE DEL PROGETTO

Iafisco Sergio

AUTORI DEL PROGETTO

Iafisco Sergio

ABCTRACT

L'uso del cinema a fini didattici, può rappresentare un mezzo, per stimolare riflessioni, dibattiti e analisi su argomenti di carattere etico, bioetico e deontologico. Questa esigenza è ancora di più presente per chi, per motivi formativi o professionali è impegnato in un ambito sociale o sanitario. L'idea del progetto è stata quella di **creare un percorso di visione cinematografica**, travalicando una classica suddivisione per generi, creando invece delle specifiche aree tematiche, intorno alle quali sviluppare il dibattito, attraverso film, anche di genere diverso, ma comunque legati alla tematica proposta, permettendo un'analisi di contenuto da diverse angolazioni.

Attraverso parole chiave sono state individuate aree naturalmente oggetto di dibattito e conflitto etico. Le sette aree individuate sono state: la diversità di genere (etnica, religiosa e la disabilità), "**Divergenze"**, il fine vita e all'eutanasia, "**Di chi è la mia vita",** la complessità dei rapporti familiari "**Natività, Maternità, Paternità"**, le contraddizioni etiche e bioetiche legate alle scoperte scientifiche e alla loro applicazione, "**Scienza e Coscienza",** il processo di donazione di organi "**Il Dono"** le questioni etiche legate alla salute mentale, "**Mens Sana"** la relazione di cura, con soggetti autori di reato "**Romanzi Criminali"**.

Il percorso cinematografico prevede la visione di sette film, da valutare attraverso delle chiavi di lettura al fine di stimolare occasioni di dibattito, che possono scaturire dalle diverse angolazioni con cui si interpreta il messaggio cinematografico. Sono state individute cinque diverse chiavi di lettura

Visione delle istituzioni Problematiche organizzative. Immagine professionale Vissuto del protagonista. Analisi e conoscenza delle diverse aree considerate.

PAROLE CHIAVE

bioetica, deontologia, inter professionalità, relazione di cura, cinema e didattica

OBIETTIVO GENERALE

Sviluppare un dibattito bioetico e deontologico a partire dalla visione di un film, analizzato da diverse angolazioni

OBIETTIVI SPECIFICI

Individuare le tematiche maggiormente conflittuali, evidenziare le diverse visioni etiche e deontologiche personali, professionali ed inter professionali,

MATERIALI E METODI

Sala multimediale, schede guida di analisi, , presentazione della tematica etica trattata e della trama generale del film, proiezione dei film selezionati, analisi e dibattito post proiezione.

RISULTATI ATTESI

Sviluppare un dibattito etico e deontologico, utile al miglioramento della propria azione professionale, specificatamente riferita all'Etica delle decisioni condivise con il paziente

INTRODUZIONE

L'uso del cinema a fini didattici, rappresenta un ottimo mezzo, per stimolare riflessioni, dibattiti e analisi su argomenti di carattere etico, bioetico e deontologico. Argomenti che vengono oggettivamente proposti dalla vita quotidiana e in continua evoluzione, in relazione ai progressi scientifici, all'evoluzione o in alcuni casi involuzione, di principi morali e filosofici. Questa esigenza è ancora di più presente tra chi, per motivi formativi o professionali, è impegnato in un ambito sociale o sanitario. Va osservato inoltre che, il dibattito bioetico e deontologico, ruota su alcune tematiche e categorie sociali, sulle quali sono spesso presenti lo stigma e il pregiudizio anche tra gli stessi operatori, a dispetto del proprio ruolo professionale che teoricamente dovrebbe escluderli. Esiste poi, da un punto di vista soggettivo, una diversa interpretazione filosofica e morale, dei diversi temi bioetici, che rispecchia i diversi modelli teorici presenti in bioetica e che determina profonde diversità di giudizio, su alcune di queste tematiche.

Nel progetto, si è voluto individuare in alcune parole chiave, il riferimento ad alcuni di questi argomenti, per la successiva selezione di titoli di film da proporre . Il ragionamento fondante si è basato sull'esigenza di travalicare una classica suddivisione cinematografica per generi, creando invece delle specifiche aree tematiche, nelle quali collocare dei titoli di film, anche di genere diverso, ma comunque legati alla tematica proposta, intorno ai quali sviluppare un dibattito e un confronto, ottenendo un'analisi e una visione da diverse angolazioni.

La chiave di lettura è molteplice, in quanto le riflessioni possibili possono investire sia puramente i valori morali ed

umani, percepiti a livello personale, sia gli aspetti più specificamente professionali, in relazione a comportamenti attesi o agiti dai professionisti protagonisti delle storie, sia valutando l'immagine generale che il film rende del professionista, del paziente, della malattia.

TEMATICHE E CHIAVI DI LETTURA

Le parole chiave individuano aree naturalmente oggetto di dibattito e conflitto morale, quali la diversità di genere, etnica, religiosa e la disabilità (**Divergenze**), le questioni etiche legate al fine vita e all'eutanasia (**Di chi è la mia vita**) la complessità dei rapporti familiari analizzati nella triade madre, padre figlio\a (**Natività, Maternità, Paternità**) le contraddizioni etiche e bioetiche che si generano a fronte di scoperte scientifiche e alla loro applicazione (**Scienza e Coscienza**) le questioni etiche legate al processo di donazione di organi (**Il Dono**) le questioni etiche legate alla salute mentale e alla difficile dialettica tra cura e diritti della persona (**Mens Sana**) la relazione di cura, con soggetti autori di reato sia in ambito sociale che in condizione detentiva (**Romanzi Criminali**)

Le chiavi di lettura e le occasioni di dibattito possono scaturire dalle diverse angolazioni con cui si interpreta il messaggio cinematografico. Nel progetto sono state individuate cinque diverse impostazioni:

Visione delle istituzioni: come vengono proposte le istituzioni sia esse sanitarie, civili o giudiziarie, nell'interazione con il protagonista o i protagonisti o in relazione alla tematica trattata? Sono individuabili e rispettati i valori etici e deontologici propri dell'istituzione stessa?

Problematiche organizzative. Quali difficoltà organizzative relativamente a contesti e limiti strutturali o di risorse, determinano conseguenze negative, limitano o impediscono interventi appropriati, provocano una limitazione di diritti, nei confronti del\dei protagonista o protagonisti?

Immagine professionale Qual è l'immagine che emerge del professionista (medico, infermiere, assistente sociale, psicologo etc.) nell'ambito della narrazione cinematografica? Valutare il messaggio in positivo o negativo, gli eventuali stereotipi, le ricadute sull'immagine della professione, l'aderenza con una condotta etica e deontologica.

Vissuto del protagonista. La storia del protagonista, può essere vista come l'analisi di un caso, si possono mettere in luce le eventuali criticità assistenziali o di cura, i comportamenti corretti o sbagliati degli operatori sanitari o sociali, analizzare l'interazione tra protagonista e operatori, analizzare il vissuto del protagonista. Nel caso di un protagonista rappresentato da un operatore sanitario o sociale sarà possibile evidenziare le problematicità del ruolo, i conflitti, le possibili contraddizioni

Analisi e conoscenza delle diverse aree considerate. Attraverso la narrazione cinematografica, si possono cogliere aspetti umani relazionali della specifica area tematica analizzata, valutando gli eventuali pregiudizi o stereotipi presenti ed i livelli di interazione sociale ed umana che i protagonisti si trovano ad avere a partire dalla propria situazione o condizione.

Queste cinque aree di approfondimento, oltre a essere una chiave di lettura critica, dei singoli film, rappresentano anche la traccia per un percorso formativo, una modalità diversa di affrontare le molteplici problematiche presenti nel rapporto tra istituzioni sanitarie e sociali e cittadini, cogliendo allo stesso tempo il vissuto degli operatori. All'interno del progetto la scelta dei titoli per ogni tematica toccata, è volutamente circoscritta, ma ovviamente soggetta a continui aggiornamenti.

Oltre ai sette titoli scelti nell'ambito del progetto, sono indicati in appendice, un elenco di alcuni titoli, che possono

permettere la riproposizione del percorso cinematografico, inserendo le diverse alternative proposte

DIVERGENZE

La tematica della diversità, rappresenta un elemento che può essere percepito come ricchezza o come elemento di negatività. I titoli selezionati spaziano da tematiche quali il razzismo, la disabilità fisica, la diversità di orientamento sessuale. In ambito sanitario l'approccio con le diverse identità culturali ed etniche, non sempre è accompagnato da un'adeguata empatia e comprensione. Spesso le difficoltà di comunicazione, rendono complesso il rapporto di presa in carico degli utenti, ma esistono purtroppo anche veri e propri pregiudizi e valutazioni negative, circa la presenza di popolazione straniera nel proprio paese. Analoghe difficoltà si incontrano nell'assistenza e cura di persone LGBTQ+, come documentato da recenti indagini epidemiologiche svolte dall' ISS, che evidenziano per queste persone una vera e propria difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Infine la relazione assistenziale con persone con disabilità è resa complessa dalla mancata conoscenza delle singole specificità e della necessità di una presa in carico individuale.

TITOLO PROPOSTO

The Elephant Man 1980 Regia di David Lynch. con Anthony Hopkins, John Hurt, Anne Bancroft, John Gielgud, Wendy Hiller, Freddie Jones.

Storia: Durante uno spettacolo circense il chirurgo Treves incontra John Merrick, un uomo colpito da gravi deformità, costretto a esibirsi per il divertimento del pubblico. Decide quindi di salvarlo e di aiutarlo a reinserirsi nella società.

DI CHI E' LA MIA VITA?

La tematica del fine vita, rappresenta un grande argomento di dibattito bioetico, all'interno del quale si scontrano posizioni diametralmente opposte. In Italia solo recentemente (legge 2019 del 2017) si è giunti alla possibilità di manifestare, attraverso la dichiarazione anticipate di trattamento, la propria volontà o meno, di proseguimento delle cure, anche nel momento in cui non si sia più in grado di esprimere un parere attuale. Ancora in alto mare invece la proposta di legge sull'eutanasia, rimessa comunque al centro del dibattito, sia dai casi Englaro e Welby, sia dal caso di DJ Fabo e approcciata da alcune regioni tra cui il Veneto e più recentemente la Toscana. Nel dibattito si inseriscono posizioni come quelle personaliste, proprie del pensiero cattolico, che negano la possibilità per la persona di disporre della propria vita a quella diametralmente opposta del pensiero liberale e soggettivista, che rivendicano il diritto di disporre della propria vita anche in virtù dell'opzione relativa al suicidio assistito. Si ripercuote ovviamente anche sugli operatori sanitari, la possibilità per il paziente di rifiutare trattamenti sostanzialmente vitali, come l'alimentazione o la ventilazione meccanica, alimentando un dibattito interno che va dal riconoscimento dell'accanimento terapeutico alla opzione dell'obiezione di coscienza.

TITOLO PROPOSTO

Mare Dentro-2004 Regia di Alejandro Amenábar. con Javier Bardem, Belén Rueda, Lola Dueñas, Mabel Rivera, Celso Bugallo, Clara Segura.

Storia: Ramón è rimasto costretto a letto per trent'anni, accudito dalla sua famiglia. La finestra della sua stanza è

il suo unico contatto con il mondo, la vista è sul quel mare che ha solcato così spesso, quel mare nel quale ha avuto l'incidente che ha troncato la sua giovinezza.

NATIVITA', MATERNITA', PATERNITA'

I difficili rapporti tra genitori e figli, le diverse modalità per giungere al concepimento di un figlio, i controversi rapporti che si generano nella dialettica madre figlio\a o padre figlio\a, un universo dove ognuno di noi in un ruolo o in un altro ha vissuto la propria storia. Comprendere e analizzare le diverse sfumature di un sentimento comunque universale, anche se interpretabile i molti modi diversi, rappresenta un'apertura mentale necessaria in una società che molto rapidamente cambia i propri valori e riferimenti su concetti appunto quale natività, paternità, maternità e soprattutto famiglia.

TITOLO PROPOSTO

Nove lune e mezza-2017-Regia di Michela Andreozzi. con Claudia Gerini, Pasquale Petrolo, Giorgio Pasotti, Michela Andreozzi, Stefano Fresi.

Consigliata dall'amico ginecologo, Livia, musicista bella e disinibita, decide di portare avanti una gravidanza per la sorella Tina che non può avere figli. Con la complicità dei rispettivi compagni, le ragazze escogitano il loro piano in segreto.

SCIENZA E COSCIENZA

La nascita stessa della bioetica per opera di Potter, si è basata sulla considerazione della possibile distonia tra progresso scientifico e pensiero umanistico. A distanza di 50 anni, la tecnologia ha fatto passi da gigante e quello che fino a pochi anni fa era solo nell'immaginario collettivo oggi appare come realtà. E' ormai usuale parlare di Intelligenza Artificiale, di forme di cura sempre più avanzate e legate a una forte spinta della sperimentazione, che a sua volta legata a enormi interessi economici, può subire delle distorsioni di giudizio, rispetto alla liceità o meno di alcuni trattamenti.

TITOLO PROPOSTO

Regia di Jean-Marc Vallée. 2013 Un film con Matthew McConaughey, Jared Leto, Jennifer Garner, Denis O'Hare, Steve Zahn.

Storia: Dopo aver appreso di essere sieropositivo, nel 1986, nel pieno del panico per l'epidemia di AIDS, Ron Woodroof comincia ad importare illegalmente i medicinali necessari per combattere la malattia

IL DONO

La storia dei trapianti e relativamente recente, ma ha sicuramente trasformato le prospettive di cura e di sopravvivenza di milioni di persone. Resta però legata a un meccanismo di solidarietà di dono, che ad oggi non sembra soddisfare la richiesta rispetto all'offerta. Nascono quindi concretamente o idealmente, proposte alternative circa la reperibilità di organi, che di fatto per alcune persone rappresentano l'unica possibilità di salvezza da alcune

patologie. Quali possono essere i corretti principi di reperimento e distribuzione degli organi in un mondo con valori etici così diversi e sistemi sanitari basati su aspetti pubblici e privati?

TITOLO PROPOSTO

La custode di mia sorella-2009 Regia di Nick Cassavetes. Un film con Cameron Diaz, Abigail Breslin, Alec Baldwin, Jason Patric, Sofia Vassilieva, Heather Wahlquist

Storia Anna ha undici anni ed è frutto di una fecondazione in vitro, al solo scopo di salvare la vita di sua sorella Kate, malata di leucemia. Quando le condizioni di salute di Kate richiedono un rene, Anna si rifiuta di collaborare e cerca un avvocato.

MENS SANA

Il capitolo della salute mentale, pur rappresentando una "divergenza" è stato volutamente trattato a parte, proprio perché forse rappresenta lo stigma più forte che ancora oggi a 50 anni della legge Basaglia ancora è presente nella società. Esiste una difficoltà sia nel comprendere i fattori che modificano e spezzano l'equilibrio mentale di una persona, che si sommano alla paura delle conseguenze comportamentali che alle volte la malattia mentale genera, ma anche alla paura intrinseca che la malattia mentale possa colpirci direttamente.

TITOLO PROPOSTO

Si Può Fare- 2008 Regia di Giulio Manfredonia. Un film con Claudio Bisio, Anita Caprioli, Giuseppe Battiston, Giorgio Colangeli, Bebo Storti.

Storia Nello è un sindacalista che, nella Milano degli anni 80, viene mandato in una cooperativa di ex malati mentali. Contro il parere degli psichiatri si batte affinché i ragazzi imparino un mestiere e siano in grado di mantenersi.

ROMANZI CRIMINALI

Il mondo del crimini, dell'extralegalità per utilizzare un termine in auge negli anni 80, ha sempre avuto una doppia valenza da un lato un elemento di forte negatività, di pericolo sociale e di necessità di repressione dei comportamenti ad esso legati, dall'alta una sorta di mitizzazione e una ricerca socio-antropologica su vere e proprie scelte di vita, spesso generate da contesti sociali ed economici, che se modificati potrebbero forse disinnescare la genesi di comportamenti criminali e la conduzione di stili di vita non allineati a quelli del resto della società. Non ultima la tematica dello sconto della pena e della realtà carceraria, anch'essa con due facce , quella della necessaria giustizia e quella della privazione forzata della libertà e delle condizioni di detenzione, sempre più spesso poco funzionali a una riabilitazione ed inserimento e sempre più a mero elemento di contenimento sociale e di uno spirito meramente punitivo.

TITOLO PROPOSTO

Aria ferma-2021-Regia di Leonardo Di Costanzo. con Toni Servillo, Silvio Orlando, Fabrizio

Ferracane, Salvatore Striano, Roberto De Francesco.

Storia-Un vecchio carcere ottocentesco entra in dismissione e le regole di separazione tra detenuti e agenti di guardia si allentano di conseguenza, lasciando emergere nuove forme di relazione.

CONCLUSIONI

La creazione di un percorso cinematografico, all'interno del quale, tramite specifiche chiavi di lettura, può realizzarsi un confronto tra operatori sanitari e sociali, può rappresentare un approccio diverso e maggiormente coinvolgente, alle tematiche sanitarie e sociali e nello specifico etiche e deontologiche. Il percorso contiene infatti al suo interno la suggestione della narrazione e della rappresentazione dei ruoli e consente una lettura delle specifiche aree interessate, attraverso un coinvolgimento emotivo.

Costatando una ricchezza dei titoli cinematografici disponibili, ma a volte celati dalla scarsa conoscenza delle storie narrate o da una classificazione per genere, realizzare una sistematica riclassificazione dei film disponibili, nelle aree indicate nel progetto, o in altre aree tematiche individuate di volta in volta, consente di costruire percorsi sempre diversi ma aderenti agli ambiti specifici, rigenerando così un confronto, arricchito di volta in volta da nuove narrazioni. La visione del film, si trasforma così in una osservazione esterna, di situazioni, che seppur non reali, contengono tutti gli elementi emotivi ed esperienziali, che permettono di analizzare e soprattutto criticare e correggere azioni e comportamenti, eticamente e deontologicamente discutibili, determinando un miglioramento della propria azione professionale e della propria consapevolezza personale.

12 SAFE-COM – Safety and Effective Communication: il legame tra competenza comunicativa e percezione della sicurezza delle cure

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASL ROMA 2

UNITA' OPERATIVA

UOC Assistenza alla Persona - Formazione Universitaria

REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa MARZIA LOMMI

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
DOTT.SSA MARZIA LOMMI
DOTT.SSA SIMONA RICCI
DOTT.SSA ERICA DI MARIA
DOTT. GIANLUCA POZZUOLI
DOTT.SSA GIULIANA COVELLI

ABSTRACT

Obiettivo generale: Esplorare il livello di competenza comunicativa di infermieri e studenti di infermieristica e analizzare l'associazione tra tali competenze e la percezione della sicurezza delle cure da parte dei pazienti ricoverati.

Obiettivi specifici: 1) Valutare la competenza comunicativa percepita da infermieri e studenti. 2) Confrontare i livelli di competenza comunicativa tra professionisti e studenti. 3) Misurare la percezione della sicurezza delle cure nei pazienti ricoverati. 4) Analizzare l'associazione tra competenza comunicativa e percezione di sicurezza delle cure.

Materiali e metodi: Studio osservazionale trasversale condotto su infermieri, studenti di infermieristica e pazienti ricoverati in strutture sanitarie. La competenza comunicativa sarà valutata tramite la *Communicative Competence Scale* (CCS), composta da 35 item su scala Likert a 5 punti, che indaga dimensioni come chiarezza espressiva, empatia e adattabilità. La percezione della sicurezza delle cure sarà rilevata mediante la *Patients' Perceptions of Safety Culture* (PaPSC) scale, composta da 11 item su scala Likert a 5 punti, focalizzati su flusso informativo, lavoro

di squadra, comunicazione e disponibilità di personale. I dati saranno raccolti in modalità cartacea o digitale, in forma anonima, e analizzati mediante statistiche descrittive, test di confronto tra gruppi e analisi di correlazione.

Risultati attesi: Si ipotizza che gli infermieri professionisti presentino livelli di competenza comunicativa superiori rispetto agli studenti. Inoltre, si prevede una correlazione positiva tra competenza comunicativa del personale sanitario e percezione della sicurezza delle cure da parte dei pazienti.

Conclusioni: La promozione delle competenze comunicative rappresenta un elemento fondamentale per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure. I risultati dello studio potranno indirizzare future strategie formative rivolte sia agli studenti sia ai professionisti, contribuendo al rafforzamento della fiducia del paziente e all'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria.

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo generale dello studio è quello di esplorare il livello di competenza comunicativa degli infermieri e degli studenti di infermieristica e analizzare l'associazione tra tali competenze e la percezione della sicurezza delle cure da parte dei pazienti ricoverati.

OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici consisteranno nel: 1) Misurare la competenza comunicativa percepita negli infermieri e negli studenti di infermieristica, 2) Valutare la percezione della sicurezza delle cure da parte dei pazienti ricoverati; 3) Analizzare le differenze nei livelli di competenza comunicativa tra infermieri e studenti e 4) Esplorare l'associazione tra competenza comunicativa del personale sanitario e percezione della sicurezza delle cure da parte dei pazienti.

MATERIALI E METODI

Disegno

Lo studio adotterà un disegno osservazionale trasversale.

Campionamento

La popolazione di studio comprenderà Infermieri in servizio presso strutture sanitarie partecipanti, studenti iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica e pazienti ricoverati nelle medesime strutture.

Strumenti di misura

Verrà somministrato un questionario composto da una parte dedicata alla raccolta dei dati socio-demografici come, ad esempio, età, genere, ruolo (studente, infermiere o paziente), reparto (nel caso del paziente), ecc. La seconda parte del questionario prevede lo strumento *Communicative Competence Scale* e la terza *Patients' Perceptions of Safety Culture*.

La competenza comunicativa sarà, appunto, valutata mediante la *Communicative Competence Scale* (CCS) di Wiemann (1977), uno strumento ampiamente utilizzato per misurare la percezione della competenza comunicativa di un individuo. La scala è composta da 35 item, ciascuno valutato su una scala Likert a 5 punti (da 1 = fortemente

in disaccordo a 5 = fortemente d'accordo). La CCS indaga diverse dimensioni della comunicazione efficace, tra cui chiarezza espressiva, empatia, affidabilità percepita, impatto sociale e adattabilità situazionale. Punteggi più elevati indicano livelli superiori di competenza comunicativa. La scala è stata sviluppata sulla base del concetto di competenza comunicativa come capacità di raggiungere obiettivi comunicativi rispettando le norme sociali e relazionali del contesto interpersonale. La *Communicative Competence Scale* presenta buone proprietà psicometriche di validità e affidabilità ed è adatta per l'uso in contesti educativi e clinici (Spitzberg, 2000; Wiemann, 1977). Una versione in italiano e stata somministrata a studenti infermieri ed ha dimostrato buone qualità psicometriche (Alpha di Cronbach 0.86) (Ferrari et al., 2017).

La percezione della sicurezza delle cure sarà valutata, invece, mediante la *Patients' Perceptions of Safety Culture* (PaPSC) scale sviluppata da Monaca et al. (2017), uno strumento validato per misurare la percezione dei pazienti riguardo alla cultura della sicurezza ospedaliera. La scala comprende 11 item valutati su una scala Likert a 5 punti (da 1 = fortemente in disaccordo a 5 = fortemente d'accordo). La PaPSC indaga diversi aspetti della sicurezza percepita, tra cui la sensazione di essere in mani sicure, il flusso informativo tra medici e infermieri, il lavoro di squadra tra professionisti sanitari, la chiarezza della comunicazione con i pazienti, la comunicazione all'interno del team di cura e la disponibilità di personale qualificato. Punteggi più elevati indicano una percezione più positiva della cultura della sicurezza delle cure. La scala è stata sviluppata per integrare la prospettiva del paziente nelle valutazioni di qualità e sicurezza, ed ha dimostrato buone proprietà psicometriche di validità di contenuto e affidabilità interna (Monaca et al., 2017). Una versione in italiano verrà adattata e somministrata ai pazienti ricoverati per la presente ricerca.

Procedura di somministrazione e raccolta dati

I partecipanti compileranno i questionari in modalità cartacea o elettronica. I dati saranno raccolti in modo anonimo, previa acquisizione del consenso informato. La partecipazione sarà su base volontaria e anonima, previa acquisizione di consenso informato. Il tempo stimato per la compilazione è di circa 10–15 minuti.

Analisi dei dati

I dati saranno analizzati utilizzando il *software* SPSS (IBM Corp.). Verranno calcolate statistiche descrittive (media, deviazione standard), test di confronto tra gruppi (t-test indipendenti o ANOVA) e correlazioni (Pearson o Spearman) per esplorare l'associazione tra le variabili in studio.

RISULTATI ATTESI

Lo studio dovrà confermare o meno le ipotesi formulate a priori:

H1: Esistono differenze statisticamente significative nei livelli di competenza comunicativa percepita tra infermieri e studenti di infermieristica.

H2: I pazienti ricoverati riportano una percezione elevata della sicurezza delle cure ricevute.

H3: Esiste un'associazione positiva tra la competenza comunicativa percepita dagli infermieri/studenti e la percezione della sicurezza delle cure da parte dei pazienti.

CONCLUSIONI

La competenza comunicativa è un elemento essenziale della pratica infermieristica, influenzando direttamente la qualità percepita delle cure e la sicurezza del paziente. I risultati del presente studio potranno fornire indicazioni utili per la progettazione di interventi formativi specifici volti al potenziamento delle abilità comunicative nel personale sanitario, con ricadute positive sulla qualità e sicurezza dell'assistenza erogata. I risultati di questo studio potranno evidenziare l'importanza delle competenze comunicative per la qualità percepita delle cure e per il rafforzamento della fiducia e della sicurezza del paziente.

Tali evidenze potranno orientare l'implementazione di programmi di formazione specifici per studenti e infermieri in servizio, volti a migliorare le competenze comunicative e, conseguentemente, la sicurezza dell'assistenza sanitaria.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri professionisti operanti in strutture sanitarie.

Studenti del corso di laurea in Infermieristica.

Pazienti ricoverati nei reparti partecipanti.

Ricercatori/Coordinatori del progetto con competenze in metodologia della ricerca, statistica e comunicazione sanitaria.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Mesi 1-3: Redazione protocollo di ricerca e approvazione del Comitato etico

Mesi 4–5: Raccolta dei dati (somministrazione questionari).

Mese 6-7: Analisi dei dati.

Mese 8-9: Interpretazione dei risultati e redazione del report finale.

Durata complessiva: 9 mesi.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il progetto sarà condotto nel rispetto dei principi etici della ricerca clinica. I dati raccolti saranno trattati in forma anonima e aggregata, in conformità con il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).

Sarà presentata richiesta di approvazione al Comitato Etico competente.

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE

Google Forms o piattaforme equivalenti per la distribuzione digitale dei questionari.

SPSS (IBM Corp.) per l'analisi statistica dei dati.

BIBLIOGRAFIA

- Ferrari, A., Terzoni, S., Ferrara, P., Provenzano, M., & Destrebecq, A. (2017). L'attitudine degli studenti di infermieristica a sviluppare adeguate abilità comunicative: validazione in italiano della Communication Skills Attitude Scale (CSAS). L'Infermiere, 54(1).

- Monaca, C., Bestmann, B., Kattein, M., Langner, D., Müller, H., & Manser, T. (2020). Assessing patients' perceptions of safety culture in the hospital setting: development and initial evaluation of the patients' perceptions of safety culture scale. Journal of Patient Safety, 16(1), 90-97.

- Spitzberg, B. H. (2000). A Model of Intercultural Communication Competence. In L. A. Samovar & R. E. Porter (Eds.), Intercultural Communication: A Reader (pp. 375-387). Wadsworth.

- Wiemann, J. M. (1977). Explication and test of a model of communicative competence. Human Communication Research, 3(3), 195–213. https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1977.tb00518.x

Educare all'affettività: prevenzione della violenza di genere nelle scuole secondarie di primo e secondo grado del territorio della AS Roma 2

13

AZIENDA OSPEDALIERA

ASL Roma 2

UNITA' OPERATIVA

UOC Assistenza alla Persona – Area Ostetrica

UOC TSDEE

REFERENTE DEL PROGETTO

Patrizia Proietti

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
PATRIZIA PROIETTI
SIMONA MAROCCHINI

ABSTRACT

La convenzione di Istanbul definisce la violenza sulle donne "*una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione*". I dati dimostrano che 1/3 delle donne subisce violenza fisica e/o sessuale.

La tematica interessa purtroppo sempre più spesso anche gli adolescenti. Con specifico riferimento al contesto italiano, un recente studio condotto su un campione di 800 adolescenti (Save the Children, 2024) ha evidenziato che il 41% degli adolescenti è stato vittima di violenza, mentre il 30% ha agito violenza nei confronti dell'attuale o ex partner. Nonostante non vi siano differenze significative tra maschi e femmine, sembrerebbe che i primi agiscano maggiormente, rispetto alle coetanee, alcuni tra i comportamenti caratterizzati da violenza emotiva e fisica. I dati suggeriscono dunque come la violenza sia un fenomeno altamente diffuso, che colpisce non soltanto adulti ma già a partire da un'età precoce e adolescenziale.

È evidente che sia le ragazze che i ragazzi sono influenzati negativamente dagli stereotipi di genere, anche e soprattutto sulla base delle immagini social che generano canoni che spesso determinano profondi sensi di inadeguatezza. Il web gioca a sfavore, spesso i confini non risultano netti e l'uso di questo strumento può avere un ruolo sfavorevole.

L'educazione svolge un ruolo fondamentale nel percorso di crescita dei giovani, in quanto è lo strumento attraverso cui si avvia il processo di creazione dell'identità. Porre l'attenzione al tema di prevenzione della violenza di genere, arrivando tra i banchi di scuola, permette ai giovani di conoscere e comprendere per poter successivamente identificare e respingere comportamenti a rischio.

Il Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023 evidenzia quanto sia importante investire sui giovani, in particolare con l'asse della prevenzione che si focalizza su 7 priorità, tra cui quella di aumentare il livello di consapevolezza nel sistema educativo e formativo, lavorare sugli stereotipi di genere e sul sessismo, formare le figure professionali interessate.

Quello che diventa prioritario è creare una rete tra istituzioni scolastiche, insegnanti e genitori, per un lavoro di sinergia volto all'inclusione, alla lotta alla violenza di genere e a un necessario cambiamento culturale.

Il Percorso Aiuto Donna della ASL ROMA 2, attraverso un lavoro di integrazione territorio-ospedale-territorio, lavora ormai da diversi anni per la presa in carico delle donne vittime di violenza di genere con assistenza differenziata emergenza/non emergenza e la definizione percorsi individuali e personalizzati. Quello che però ora appare chiaro è l'impellente urgenza di attivare strategie di prevenzione della violenza di genere, coinvolgendo i più giovani. Ma per fare questo è fondamentale partire dallo sviluppo di attitudini positive nei confronti delle loro relazioni interpersonali, ponendo l'attenzione alle emozioni, all'empatia, al rispetto.

Quello che si vuole proporre in questo caso è l'inserimento nei programmi scolastici di una pratica standardizzata, all'interno del catalogo "Scuole che promuovono salute". Il progetto, dal titolo "RelazioniAMOci", prevede un intervento di prevenzione della violenza di genere nelle classi III delle scuole secondarie di primo grado e nelle classi del biennio delle scuole secondarie di secondo grado, avvalendosi di un'équipe multidisciplinare formata da ostetriche, psicologi, assistenti sociali e avvocati esperti; a completamento è previsto un lavoro strutturato, anche con i docenti e i genitori, in particolare sul riconoscimento precoce di segnali di rischio e su come affrontarli.

Negli/nelle adolescenti il concetto di violenza è molto confuso e il lavoro di prevenzione deve partire parallelamente dalla scuola e dalla famiglia.

OBIETTIVO GENERALE

Promuovere la prevenzione della violenza di genere attraverso l'educazione all'affettività e al rispetto nelle scuole

OBIETTIVI SPECIFICI

- Creare un modello operativo standardizzato e sostenibile che possa essere replicato su scala aziendale e regionale.
- Rafforzare l'educazione emotiva e l'empatia tra i giovani.
- Decostruire gli stereotipi di genere e sensibilizzare sui meccanismi della violenza.
- Fornire strumenti di riconoscimento precoce a docenti e genitori.
- Implementare una presa in carico precoce dei casi a rischio.
- Consolidare la rete ospedale-territorio in funzione preventiva.

MATERIALI E METODI

- **Target**: ragazzi/e delle classi III delle scuole secondarie di primo grado (III media), biennio delle scuole secondarie di secondo grado, docenti e genitori.
- **Equipe**: ostetriche, psicologi, assistenti sociali, avvocati.
- **Metodologia**: incontri interattivi di 2 ore a scuola (attività su stereotipi, comunicazione empatica, gestione delle emozioni); webinar formativi per docenti e genitori; interventi di follow-up tramite Consultori.
- **Strumenti**: questionari pre/post intervento, attività laboratoriali, materiali informativi digitali e cartacei.

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

- Miglioramento delle conoscenze sui temi di affettività e violenza di genere in almeno il 75% dei partecipanti.
- Realizzazione di almeno 30 interventi scolastici e 5 webinar formativi nell'arco dell'anno scolastico.
- Sviluppo di un modello operativo di educazione all'affettività replicabile in altri territori.

CONCLUSIONI

L'integrazione tra la prevenzione primaria nelle scuole e la presa in carico specialistica già garantita dal "Percorso Aiuto Donna" rappresenta un passo fondamentale per contrastare la violenza di genere a partire dalle sue radici culturali. L'educazione all'affettività è uno strumento potente che permette di costruire un futuro basato su relazioni paritarie e rispettose, riducendo progressivamente il fenomeno della violenza.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Ostetriche
- Psicologi
- Assistenti Sociali
- Avvocati esperti di diritto di famiglia e diritto antiviolenza
- Insegnanti referenti per le scuole

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

- Avvio: Ottobre 2024
- Durata: 7 mesi
- Valutazione finale: Giugno 2025

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

- Il progetto è in linea con il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025.
- Prevista collaborazione con il programma "Scuole che Promuovono Salute".

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

- Database interno per la registrazione dei dati degli interventi e delle prese in carico.
- Utilizzo di piattaforme webinar certificate per la formazione a distanza (Microsoft Teams).
- Questionari Google Forms per la raccolta e l'analisi dei dati pre/post intervento.

PAROLE CHIAVE

Prevenzione violenza di genere, Educazione all'affettività, Percorso Aiuto Donna, Continuità territorio-ospedale, Empatia e rispetto, Stereotipi di genere, Consultori familiari, Scuole, Adolescenti, Docenti e genitori, Riconoscimento precoce rischio, Rete antiviolenza

L'ostetrica di famiglia e di comunità (OFEC) in ASL Roma 2: il potenziamento di un sistema di continuità T-H-T per un'assistenza di prossimità

14

AZIENDA OSPEDALIERA

ASL Roma 2

UNITA' OPERATIVA

UOC Assistenza alla Persona – Area Ostetrica

REFERENTE DEL PROGETTO

Patrizia Proietti

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
SIMONA MAROCCHINI
EMANUELA MENICHELLI
PATRIZIA PROIETTI
SABRINA STRANO

ABSTRACT

L'area ostetrica della ASL ROMA 2 conta una lunga storia di eccellenza, in particolare per quel che riguarda il Percorso Nascita. Il modello a conduzione ostetrica, in continuità territorio-ospedale-territorio ha visto, prima di potersi affermare, numerosi cambiamenti e battaglie, fino a diventare un punto di vanto e di riferimento per tutta la Regione Lazio.

L'Ostetrica di Famiglia E di Comunità (OFEC) è la professionista che per formazione specifica, nell'ottica della medicina d'iniziativa, offre cure di prossimità ed assistenza capillare sul territorio, garantendo prevenzione, cura, assistenza, dall'età puberale all'età riproduttiva fino al climaterio-menopausa. L'implementazione a livello nazionale del modello di Ostetrica di Famiglia E di Comunità garantisce un impatto positivo sul sistema di cure rivolto alle donne e alle loro famiglie, passando da un «***welfare state***»ad un«***welfare community***» migliorando l'accessibilità ai servizi previsti dai LEA, garantendo equità e sostenibilità.

L'Ostetrica di Famiglia E di Comunità, attraverso un intervento pro-attivo:

- E' responsabile della gestione dei processi assistenziali in ambito ostetrico, ginecologico e neonatale, in termini preventivi, curativi, e riabilitativi, in collaborazione con una equipe multidisciplinare.
- Conduce analisi finalizzate ad individuare i bisogni della popolazione femminile e i fattori di rischio socio-sanitari, promuovendo l'attivazione di reti assistenziali
- Assume la presa in carico della persona attraverso un'assistenza individualizzata
- E' la figura di riferimento della donna e della famiglia per un'assistenza continuativa
- Identifica il percorso extra ospedaliero più adatto al singolo caso prendendo contatti con le strutture idonee
- Attua piani assistenziali autonomamente o in integrazione con le Ostetriche dei Consultori Familiari e con l'equipe multidisciplinare
- Favorisce la dimissione precoce e dunque la riduzione della degenza
- Garantisce appropriatezza delle prestazioni e dell'uso delle risorse.

Le evidenze scientifiche sostengono il modello assistenziale di *case e clinical management* dell'Ostetrica nella gestione del Percorso Nascita fisiologico e di tutela-promozione della salute della donna, evidenziando il miglioramento di molti *outcomes* (Sandall et al. Cochrane review, 2016).

Diversa la normativa di riferimento e le raccomandazioni disponibili a sostegno, quali DM 70/2015, il DM 77/2022, la Determinazione Regione Lazio n. G02706/2023, DCA 152/2014 Regione Lazio, le Raccomandazioni SIN "Standard Organizzativi per l'Assistenza Perinatale (Libro rosso)" 2021. Recentemente anche L'Ordine delle Ostetriche di Roma, con il supporto della Federazione Nazionale e delle principali società scientifiche di categoria, ha pubblicato il Documento di Indirizzo per l'adozione del Modello Assistenziale a Conduzione Ostetrica (MACO), rafforzando il concetto anche di Ostetrica di Famiglia E di Comunità.

La ASL ROMA 2 è un'Azienda Sanitaria con caratteristiche molto particolari, in quanto copre un territorio molto vasto, contando circa 1.300.000 abitanti. L'Azienda insiste su 6 Distretti, di cui almeno 3 in condizioni di fragilità socio-economica. Sono disponibili 17 Consultori Familiari con equipe multidisciplinari e 2 esclusivamente con area vaccinale pediatrica.

L'implementazione del modello di Ostetrica di Famiglia e di Comunità (OFeC) nella ASL ROMA 2 ha l'obiettivo di rafforzare questo complesso sistema territoriale, garantendo il potenziamento dell'assistenza di prossimità, già consolidata attraverso la storica attività dell'Ostetrica nei Consultori Familiari.

La figura dell'Ostetrica di Famiglia E di Comunità sarà integrata nei nodi territoriali già attivi (Consultori Familiari, Case della Comunità, COT), agendo in coordinamento con MMG, PLS e servizi sociali, Municipi, scuole. Verrà formalizzata una Centrale Ostetrica di Comunità (COC) per il coordinamento delle attività, il monitoraggio dei dati e la gestione delle richieste.

Gli ambiti di intervento inclusi sono ambulatoriale/territoriale, domiciliare, comunitario.

In questo nuovo modello rivestono particolare valore la promozione della centralità del ruolo e della salute della donna nei sistemi familiari e sociali, con l'obiettivo di accrescere l'empowerment, l'engagement e la consapevolezza per il benessere di tutti gli individui, migliorando quindi il welfare di comunità,prevedendo un impatto positivo sulla qualità e sicurezza delle cure e sulla sostenibilità del sistema.

OBIETTIVO GENERALE

Garantire una presa in carico continua, personalizzata e capillare della donna e della famiglia migliorando

accessibilità, appropriatezza e integrazione tra ospedale e territorio.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Implementare la figura dell' Ostetrica di Famiglia e di Comunità nel sistema delle cure primarie
- Incrementare e garantire la rete di continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio
- Creare una rete tra i vari servizi Sociali e Sanitari che favorisca l'attivazione della presa in carico della popolazione target
- Sviluppare una medicina di prossimità, secondo un approccio di sanità di iniziativa, in integrazione con tutti i servizi sanitari e sociali per la presa in carico globale della donna
- Garantire l'accesso ai servizi della popolazione fragile
- Promuovere e tutelare la salute della donna, della coppia, del bambino e della famiglia, in un'ottica di miglioramento della salute di genere
- Garantire personale dedicato formato ed esperto, a sostegno della qualità dell'assistenza, in applicazione delle evidenze scientifiche
- Implementare percorsi diversificati per profilo di rischio
- Introdurre la popolazione target in programmi finalizzati alla prevenzione e in programmi di promozione della salute riproduttiva e pre-concezionale e di prevenzione nei primi 1000 giorni
- Implementare l'*home visiting* per una presa in carico precoce, riducendo i tempi di ospedalizzazione, per tutti i *setting* assistenziali
- Migliorare e diffondere l'offerta dei servizi per la popolazione di riferimento
- Attivare percorsi di educazione all'affettività nelle scuole
- Introdurre una reperibilità ostetrica telefonica
- Evitare accessi impropri nei Punti Nascita
- Sviluppare un sistema integrato di monitoraggio, raccolta dati e valutazione dei bisogni.

MATERIALI E METODI

- Implementazione del team di Ostetriche di Comunità (12 unità + 1 coordinatore).
- Utilizzo di strumenti digitali: piattaforma Phoenix, diario ostetrico, check-list.
- Formazione continua delle ostetriche.
- Attivazione tramite COT, CF, MMG, PLS.
- Presa in carico tramite piano assistenziale ostetrico personalizzato.
- Creazione di un punto unico di accesso e coordinamento (COC).
- Collaborazione con le scuole per progetti educativi integrati.

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

- Aumento delle prese in carico domiciliari e riduzione delle riammissioni post-parto
- Riduzione del ricorso improprio ai Punti Nascita
- Riduzione dei tassi di depressione perinatale

- Potenziamento degli accessi agli Ambulatori dell'allattamento e del puerperio nei CF
- Individuazione precoce delle situazioni di fragilità e/o rischio psicosociale
- Individuazione precoce di situazioni di violenza domestica e immediata presa in carico
- Miglioramento degli indicatori di continuità assistenziale e soddisfazione dell'utenza
- Potenziamento dell'educazione alla salute e all'affettività negli adolescenti
- Aumento della fidelizzazione dell'utenza ai servizi consultoriali
- Aumento tasso di adesione screening oncologici.

CONCLUSIONI

L'implementazione dell'Ostetrica di Famiglia E di Comunità nella ASL ROMA 2 consente di valorizzare il già eccellente lavoro che l'area ostetrica ha portato avanti fino ad oggi, offrendo un modello di assistenza continuativa, preventiva e relazionale, in linea con il DM 77/2022 e il PNRR. Si tratta di una buona pratica replicabile e sostenibile, capace di rafforzare la medicina di iniziativa e la prossimità, garantendo al contempo umanizzazione e sicurezza del percorso perinatale.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Ostetriche di Comunità
- Coordinatrici Ostetriche
- MMG, PLS
- Assistenti sociali
- Psicologi, educatori
- Dirigenti scolastici e docenti
- UOC Consultori Familiari
- COT e Centrale Ostetrica di Comunità

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

- Avvio: Ottobre 2025
- Fase di implementazione: novembre 2025 – aprile 2026
- Valutazione intermedia: maggio 2026
- Valutazione finale e implementazione permanente: ottobre 2026

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Soluzioni software:

- Piattaforma gestionalein condivisione territorio-ospedale per la tracciabilità dei contatti e dei dati clinico-assistenziali.
- Cartella ostetrica condivisa ospedale-territorio.
- Utilizzo di SIM aziendali per reperibilità h24 nei casi selezionati.

P.E.A.C.E. – Peer Education e Assistenza Collaborativa per l'Empowerment: un modello inclusivo integrato tra pari e professionisti della salute per promuovere benessere e apprendimento nei Corsi di Laurea in Infermieristica

15

AZIENDA OSPEDALIERA

ASL Roma 2

UNITA' OPERATIVA

UOC Assistenza alla Persona – Formazione Universitaria

REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa SIMONA RICCI

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
DOTT.SSA SIMONA RICCI
DOTT.SSA MARZIA LOMMI
DOTT.SSA GIULIANA COVELLI
DOTT.SSA ERICA DI MARIA
DOTT. GIANLUCA POZZUOLI

ABSTRACT

Il progetto si propone di esplorare e valorizzare la peer education come approccio innovativo e inclusivo nell'ambito della formazione infermieristica, coinvolgendo gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica in qualità di peer educator, con il supporto di infermieri esperti. L'intervento mira a promuovere il benessere psicologico, la consapevolezza sanitaria e lo sviluppo di competenze trasversali, attraverso l'apprendimento collaborativo nei contesti di tirocinio clinico. Il progetto si articola in diverse fasi: la selezione dei peer educator e dei destinatari (tutee), la formazione dei peer educator, l'intervento educativo nei reparti di tirocinio e la raccolta di dati attraverso questionari pre e post intervento, oltre a interviste qualitative per valutare l'esperienza di tutti i partecipanti. L'approccio metodologico prevede una combinazione di strumenti di misurazione quantitativa (questionari) e qualitativa (interviste e focus group), con l'obiettivo di monitorare il miglioramento delle competenze comunicative, dell'autoefficacia e del benessere psicologico. I dati raccolti saranno analizzati utilizzando tecniche statistiche per i questionari e analisi tematiche per le interviste, al fine di valutare l'impatto dell'intervento sulla crescita professionale degli studenti e sul benessere complessivo dei partecipanti. Si prevede che l'intervento non solo

migliorerà la formazione degli studenti di infermieristica, ma avrà anche risvolti positivi sull'assistenza al paziente, grazie a una maggiore collaborazione tra pari e una comunicazione più efficace. Inoltre, il progetto fornirà un modello replicabile per altre esperienze formative in ambito sanitario, dimostrando l'efficacia della peer education come strumento di crescita reciproca e inclusione in un contesto professionale complesso e in continua evoluzione.

OBIETTIVO GENERALE

Valorizzare la peer education come approccio formativo e inclusivo, complementare alla didattica tradizionale, attraverso il coinvolgimento attivo degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica in qualità di peer educator, affiancati da infermieri professionisti, con l'obiettivo di promuovere benessere, consapevolezza sanitaria e sviluppo di competenze trasversali nei contesti di tirocinio clinico.

OBIETTIVI SPECIFICI

Favorire l'acquisizione di competenze educative e comunicative da parte degli studenti di infermieristica attraverso esperienze pratiche di peer education nei contesti di tirocinio.

Promuovere la consapevolezza sanitaria e il benessere psico-fisico tra pari, attraverso attività di sensibilizzazione e informazione condotte dagli studenti infermieri.

Rafforzare le competenze trasversali (soft skills) come l'empatia, la capacità di ascolto, il lavoro in team e la gestione dei conflitti, fondamentali per la futura pratica professionale infermieristica.

Incentivare l'autoefficacia percepita e la responsabilizzazione degli studenti, sviluppando la loro capacità di assumere ruoli attivi e proattivi nei percorsi formativi e assistenziali.

Sperimentare modelli di apprendimento cooperativo che integrino la peer education con la supervisione professionale dell'infermiere, favorendo un ambiente formativo inclusivo e partecipativo.

Valutare l'impatto della peer education nel contesto clinico in termini di efficacia educativa, benessere percepito e crescita professionale degli studenti coinvolti.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Lo studio adotta un disegno di ricerca pre-post intervento, utilizzando un approccio misto, sia quantitativo che qualitativo. La progettazione include la creazione e implementazione di attività di peer education nel contesto di tirocinio clinico, monitorando e valutando gli effetti sulle competenze, sul benessere e sull'autoefficacia degli studenti di infermieristica, nonché sull'esperienza di apprendimento dei destinatari.

Campionamento

Il campione sarà selezionato in modo non probabilistico, intendendo garantire la rappresentatività degli studenti e degli infermieri coinvolti nel progetto:

Peer Educator: 15–20 studenti del Corso di Laurea in Infermieristica (2° o 3° anno), scelti in base alla disponibilità

e interesse a partecipare al progetto.

Destinatari (Tutee): 60–80 studenti (di infermieristica o altri corsi di laurea) o personale clinico in formazione (a seconda dell'ambito del tirocinio) che interagiranno con i peer educator.

Infermieri Tutor: 2–3 infermieri esperti, che supervisioneranno e guideranno le attività di peer education e monitoreranno i progressi.

Strumenti di misura

- Questionario di autoefficacia nella peer education: Strumento costruito ad hoc o tratto dalla letteratura internazionale per misurare il livello di autostima e autoefficacia percepita dai peer educator prima e dopo l'intervento formativo, curato da infermieri tutor e/o docenti esperti in comunicazione educativa e peer education.
- Strumenti per la valutazione delle competenze relazionali dei peer educator: Scale che misurano le capacità comunicative, empatiche e di lavoro in team, utilizzate per valutare le competenze relazionali dei peer educator da parte dei tutee. Questi strumenti sono reperiti dalla letteratura o costruiti ad hoc per il progetto.
- Questionario sul benessere psicologico dei tutee: Strumento per valutare il miglioramento del benessere psicologico percepito dagli studenti destinatari dell'intervento di peer education. Il questionario mira a rilevare i cambiamenti nel benessere psicologico dei tutee prima e dopo il programma.
- Griglie osservative: Strumenti per l'osservazione diretta delle dinamiche interattive e educative tra peer educator e tutee. L'osservazione si concentra su aspetti come la comunicazione, il coinvolgimento e l'efficacia dell'intervento educativo.
- Focus group: Discussioni guidate con gli studenti peer educator e i tutee, volte a raccogliere feedback qualitativi sull'esperienza e sui benefici percepiti del programma di peer education. Il focus group aiuta a comprendere in profondità le percezioni dei partecipanti riguardo all'efficacia dell'intervento.
- Procedura di somministrazione e raccolta dati
- Formazione dei Peer Educator: Gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica saranno formati su tecniche di comunicazione, approccio educativo, gestione della salute e promozione del benessere.
- Implementazione delle attività: Le attività di peer education si svolgeranno nel contesto del tirocinio clinico, dove i peer educator interagiranno direttamente con i destinatari (studenti), fornendo informazioni e supporto educativo in ambito sanitario.
- Somministrazione pre/post-questionari: I questionari di autoefficacia, benessere psicologico e competenze relazionali saranno somministrati prima dell'inizio del programma e al termine dell'intervento.
- Raccolta dei dati qualitativi: Durante e al termine delle attività, verranno raccolti dati qualitativi attraverso focus group con i partecipanti e osservazioni dirette delle attività di peer education.

Analisi dei dati

- Analisi quantitativa: I dati derivanti dai questionari (autoefficacia, competenze relazionali e benessere) saranno analizzati tramite analisi statistica descrittiva e, laddove necessario, utilizzando test di comparazione (ad esempio, t-test per campioni appaiati) per confrontare i punteggi pre e post intervento.
- Analisi qualitativa: I dati qualitativi raccolti dai focus group e dalle osservazioni saranno analizzati tramite analisi tematica per identificare pattern emergenti relativi all'esperienza di apprendimento, al benessere e alla percezione delle competenze acquisite.

RISULTATI ATTESI

Il progetto di peer education è destinato a produrre risultati positivi sia per gli studenti di infermieristica coinvolti come peer educator, sia per i destinatari delle attività. Si prevede che gli studenti peer educator acquisiranno competenze educative avanzate, tra cui l'empatia, la comunicazione efficace e la capacità di lavorare in team, fondamentali per il loro futuro professionale. Inoltre, è atteso un aumento dell'autoefficacia percepita, con una maggiore fiducia nelle proprie capacità di educare e gestire situazioni di apprendimento. I destinatari, da parte loro, beneficeranno di un miglioramento delle proprie conoscenze sanitarie, un rafforzamento del benessere psicologico e un maggiore coinvolgimento nella gestione della propria salute. In generale, il programma contribuirà a favorire un ambiente di apprendimento inclusivo, che promuove l'autonomia, la collaborazione tra pari e lo sviluppo di competenze trasversali in un contesto di tirocinio clinico. Si prevede che il progetto avrà un impatto positivo anche sulla qualità complessiva dell'esperienza di tirocinio, con una maggiore integrazione delle competenze teoriche e pratiche apprese dagli studenti nel loro percorso di formazione infermieristica.

CONCLUSIONI

Il progetto di peer education, sviluppato attraverso il coinvolgimento attivo degli studenti di infermieristica come peer educator, ha il potenziale di produrre significativi benefici sia per gli studenti coinvolti che per i destinatari dell'intervento. L'approccio inclusivo e collaborativo promuove un apprendimento reciproco, dove gli studenti non solo arricchiscono le proprie competenze educative e professionali, ma contribuiscono anche al miglioramento del benessere e della consapevolezza sanitaria tra i pari. L'integrazione della figura dell'infermiere come supervisore e guida nell'intervento educativo rafforza il legame tra formazione accademica e pratica clinica, migliorando la qualità dell'esperienza di tirocinio e favorendo l'acquisizione di competenze trasversali fondamentali per la futura carriera professionale.

I risvolti del progetto non si limitano al miglioramento delle competenze degli studenti e alla crescita personale, ma si estendono anche all'assistenza ai pazienti. Un ambiente di apprendimento che promuove la peer education contribuisce a creare un clima di collaborazione e supporto tra gli operatori sanitari, migliorando la comunicazione e l'efficacia dell'assistenza. Gli studenti di infermieristica, attraverso il loro ruolo di peer educator, sviluppano una maggiore consapevolezza del loro impatto sul benessere degli altri, compreso il supporto ai pazienti. Inoltre, l'inclusione di tecniche educative e di sensibilizzazione sanitaria, testate nel contesto del tirocinio, permette agli studenti di sviluppare competenze che, a loro volta, si riflettono positivamente sull'assistenza diretta al paziente, migliorando l'approccio terapeutico, la gestione della salute e la prevenzione. Questo approccio di educazione tra pari, in sinergia con la supervisione degli infermieri, facilita anche un miglioramento della qualità delle pratiche assistenziali, grazie alla formazione continua e alla condivisione delle esperienze.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Studenti del CdL in Infermieristica (peer educator)
- Infermieri tutor (supervisione e guida)
- Docenti universitari e tutor didattici

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Mesi 1-3

Preparazione e approvazione del protocollo: revisione della letteratura degli strumenti da utilizzare, redazione del protocollo di ricerca e richiesta di approvazione al Comitato Etico

Selezione dei peer educator: Identificazione degli studenti di infermieristica (2°/3° anno) interessati, e invio delle candidature

Selezione dei tutee: Identificazione dei destinatari del programma

Mese 4

Formazione dei peer educator: Attività di formazione dei peer educator, curata da infermieri tutor e/o docenti esperti in comunicazione educativa e peer education

Somministrazione del questionario pre-intervento: Rilevazione dei dati iniziali sugli studenti e tutee (autoefficacia, competenze relazionali e benessere)

Mese 5

Implementazione dell'intervento di peer education: Attività di peer education nei contesti di tirocinio clinico (supervisione degli infermieri tutor)

Mese 6

Somministrazione del questionario post-intervento: Rilevazione dei dati finali per la valutazione dell'impatto dell'intervento

Interviste qualitative: Interviste a peer educator, studenti destinatari, infermieri tutor e altri attori coinvolti per raccogliere feedback sull'esperienza

Mese 7-8

Analisi dei dati: Analisi quantitativa dei questionari e qualitativa delle interviste (analisi statistica e tematica)

Mese 9

Interpretazione dei risultati e Produzione del report finale

Durata complessiva: 9 mesi.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il progetto sarà condotto nel rispetto dei principi etici della ricerca clinica. I dati raccolti saranno trattati in forma anonima e aggregata, in conformità con il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).

Sarà presentata richiesta di approvazione al Comitato Etico competente.

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

- Google Forms o piattaforme equivalenti per la distribuzione digitale dei questionari.
- SPSS (IBM Corp.) per l'analisi statistica dei dati.
- NVivo per analisi qualitativa

BIBLIOGRAFIA

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman and Company.

Boud, D., & Cohen, R. (2014). Peer learning in higher education: Learning from and with each other. Routledge.

Brannagan, K. B., Dellinger, A., Thomas, J., Mitchell, D., Lewis-Trabeaux, S., & Dupre, S. (2013). Impact of peer teaching on nursing students: perceptions of learning environment, self-efficacy, and knowledge. Nurse education today, 33(11), 1440-1447.

Doria, B., Grion, V., & Paccagnella, O. (2023). Pratiche valutative nelle università italiane: una ricerca esplorativa a livello nazionale. Italian Journal of Educational Research, (30), 129-143.

Pålsson, Y., Mårtensson, G., Swenne, C. L., Ädel, E., & Engström, M. (2017). A peer learning intervention for nursing students in clinical practice education: A quasi-experimental study. Nurse education today, 51, 81-87.

Salehi, S., Safavi, M., Mashoof, S., Parchebafieh, S., & Fesharaki, M. (2016). Effects of peer education on clinical skills in nursing students, including interns and trainees.

Stone, R., Cooper, S., & Cant, R. (2013). The value of peer learning in undergraduate nursing education: a systematic review. International Scholarly Research Notices, 2013(1), 930901.

Scrub the hub. Nurse Practice and Human Factors. Uno studio qualitativo nell'Asl Roma 2

16

AZIENDA OSPEDALIERA

ASL Roma 2 -Ospedale Sant'Eugenio

UNITA' OPERATIVA

TIAV

REFERENTE DEL PROGETTO

Giuliano Batelli

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO
GIULIANO BATELLI	INFERMIERE SPECIALISTTIAV ASL ROMA 2
FILIPPO CARLUCCI	COORDINATORE INFERMIERI SPECIALISTTIAV ASL ROMA 2
RICCARDO COL	INFERMIERE SPECIALISTTIAV ASL ROMA 2
BARBARA RETTAROLI	INFERMIERE SPECIALISTTIAV ASL ROMA 2
EMANUEL DI GIACONTO	INFERMIERE SPECIALISTTIAV ASL ROMA 2

Affiliazione: Uoc assistenza alla persona, TIAV, Asl Roma 2

Info: studio condotto a Luglio 2024

INTRODUZIONE E CONTESTO

Negli ultimi anni il tasso di infezioni correlato alle linee venose (CLABSI) si è decisamente ridotto grazie ad azioni specifiche e misurate al livello internazionale (SHEA 2022 E GAVeCeLT 2023). Sono state standardizzate le procedure di disinfezione dell'hub dei PICC. Nell'Aslroma2 con l'aumento dell'utilizzo di impianti di dispositivi vascolare tipo Picc/Midline si pone la necessità di porre maggiore attenzione sulle pratiche di gestione nei reparti. Per ridurre le infezioni quindi, sarebbe necessario rivedere l'adesione del protocollo aziendale, nello specifico nella pratica dello *scrub the hub*.

OBIETTIVO DELLA RICERCA

I risultati di questo studio hanno l'obiettivo di fornire informazioni preziose sull'attuale stato delle pratiche di disinfezione dell'*hub* dei PICC presso la AslRoma2 garantendo suggerimenti utili per il miglioramento di tali procedure.

OBIETTIVO GENERALE

Comprendere gli atteggiamenti, i comportamenti e le conoscenze degli infermieri riguardo alla disinfezione dell'hub dei PICC (PeripherallyInserted Central Catheter).

OBIETTIVO SPECIFICI

- Identificare le conoscenze e competenze riguardo alla disinfezione dell'hub dei PICC.
- Comprendere le pratiche attuali e le procedure seguite per la disinfezione.
- Identificare le sfide e gli ostacoli incontrati durante il processo di disinfezione.
- Elencare i suggerimenti per migliorare l'efficacia e l'efficienza della disinfezione non utilizzati all'interno del reparto.

METODOLOGIA

Si è realizzato uno studioqualitativovalutando gli atteggiamenti, i comportamenti e le conoscenze degli infermieri riguardo la disinfezione dell'*hub* dei PICC attraverso una *Focus Group*. Sono stati selezionati 10 Infermieri dell'ospedale Sant'Eugenio di Roma (Aslroma2) con un campionamento per convenienza (Master in accessi vascolari e/o un'esperienza diretta di gestione dei PICC da almeno 5 anni). L'analisi dei dati è stata eseguita Metodo *Van Kaam*.

RISULTATI PRINCIPALI

Tutti gli infermieri conoscono i protocolli, ma nessuno applica regolarmente queste procedure nei rispettivi reparti. La frequenza delle procedure varia, ma la pratica di "*scrub the hub*" non è sempre seguita La maggioranza conosce l'esistenza della procedura, ma pochi sanno dove trovarla con facilità. L'intranet aziendale è spesso descritta come

complessa e poco accessibile.Alcuni infermieri hanno indicato che le procedure sono disponibili in formato cartaceo dai coordinatori.

Spesso in letteratura viene attribuito la mancata adesione ai protocolli e al contenimento

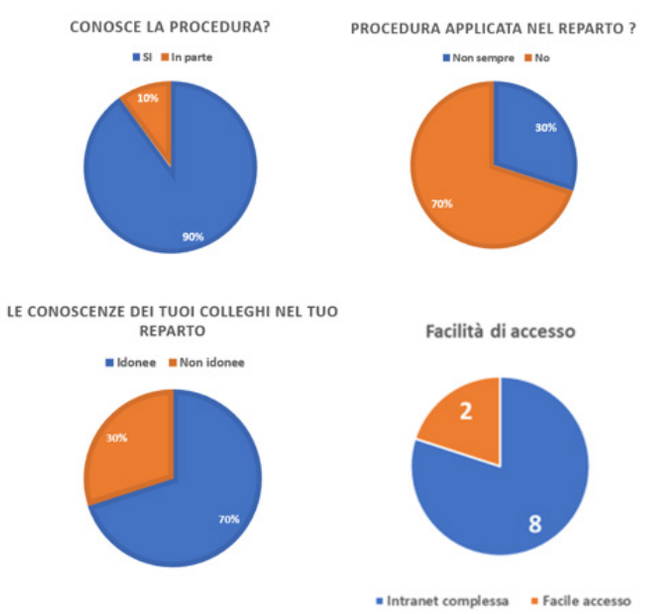


Immagine 2: Conoscenze del personale dell'Asl Roma 2

delle infezioni: ai materiali e alle conoscenze degli infermieri. Invece da questo *Focus Group* è emerso che la totalità degli infermieri ritiene che le principali cause per cui non vengono eseguite correttamente le procedure sono: la demotivazione e l'insoddisfazione e, a seguire, i materiali e le conoscenze.

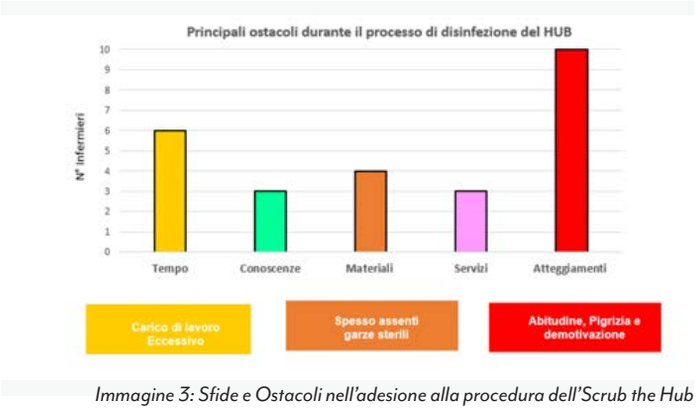


Immagine 3: Sfide e Ostacoli nell'adesione alla procedura dell'Scrub the Hub

Il Focus Group ha evidenziato una serie di sfide e barriere nella disinfezione del punto di accesso del PICC, tra cui carenze di materiali, carichi di lavoro e mancanza di motivazione. Tuttavia, ha anche identificato diverse opportunità per migliorare le pratiche, tra cui l'implementazione di nuovi materiali, formazione continua e un miglioramento dell'accessibilità ai protocolli. L'adozione di queste misure potrebbe portare a una maggiore conformità ai protocolli insieme ad una riduzione delle infezioni associate ai PICC.

CONCLUSIONI

Per migliorare la prevenzione delle infezioni correlate ai cateteri venosi centrali, la struttura dovrebbe:

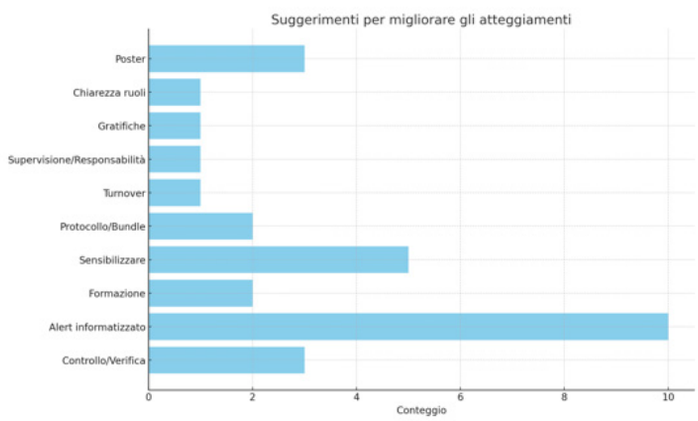


Immagine 4: Suggerimenti del personale dell'Asl Roma 2

- Investire nella formazione continua e obbligatoria del personale.
- Garantire la disponibilità di materiali adeguati e di alta qualità.
- Migliorare l'accessibilità alle procedure aziendali e semplificare i processi burocratici.
- Implementare sistemi di controllo e feedback costanti per monitorare l'aderenza ai protocolli.
- Promuovere un ambiente di lavoro motivante, riconoscendo il valore del personale e fornendo gratificazioni adeguate.

Questi risultati offrono preziosi spunti per la revisione e l'implementazione di protocolli aziendali più efficaci, contribuendo a migliorare la sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure infermieristiche. L'adozione delle misure suggerite potrebbe non solo ridurre il tasso di infezioni nosocomiali, ma anche migliorare il benessere lavorativo del personale infermieristico, promuovendo un ambiente sanitario più sicuro ed efficiente.

Profili professioni coinvolti: Infermieri Asl Roma2

Immagine 5: Conclusioni

Scrub the hub. Nurse Practice and Human Factors. Uno studio qualitativo nell'Asl Roma 2

Giuliano Batelli°, Filippo Carlucci*, Riccardo Col°, Barbara Rettaroli°, Emanuel Di Giacinto°
° Infermiere Specialist TIAV Asl Roma 2 *Coordinatore Infermieri Specialist TIAV Asl Roma 2

CONCLUSIONI

Per migliorare la prevenzione delle infezioni correlate ai cateteri venosi centrali, la struttura dovrebbe:

- **Investire nella formazione continua e obbligatoria del personale.**
- **Garantire la disponibilità di materiali adeguati e di alta qualità.**
- **Migliorare l'accessibilità alle procedure aziendali e semplificare i processi burocratici.**
- **Implementare sistemi di controllo e feedback costanti per monitorare l'aderenza ai protocolli.**
- **Promuovere un ambiente di lavoro motivante, riconoscendo il valore del personale e fornendo gratificazioni adeguate.**

Questi risultati offrono preziosi spunti per la revisione e l'implementazione di protocolli aziendali più efficaci, contribuendo a migliorare la sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure infermieristiche. L'adozione delle misure suggerite potrebbe non solo ridurre il tasso di infezioni nosocomiali, ma anche migliorare il benessere lavorativo del personale infermieristico, promuovendo un ambiente sanitario più sicuro ed efficiente.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni il tasso di infezioni correlato alle linee venose (CLABSI) si è decisamente ridotto grazie ad azioni specifiche e misurate al livello internazionale. Sono state standardizzate le procedure di disinfezione dell'hub dei PICC. Nell' Asl Roma2 con l'aumento dell'utilizzo di impianti di dispositivi vascolare tipo Picc/Midline si pone la necessità di porre maggiore attenzione sulle pratiche di gestione nei reparti. Per ridurre le infezioni quindi, sarebbe necessario rivedere l'adesione del protocollo aziendale, nello specifico nella pratica dello scrub the hub.

METODOLOGIA

Valutazione degli atteggiamenti, comportamenti e conoscenze degli infermieri riguardo alla disinfezione dell'hub dei PICC

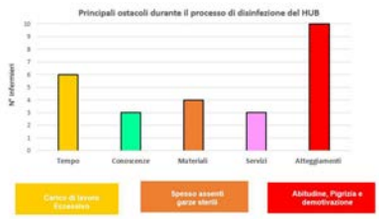
Studio Qualitativo → **Focus Group**

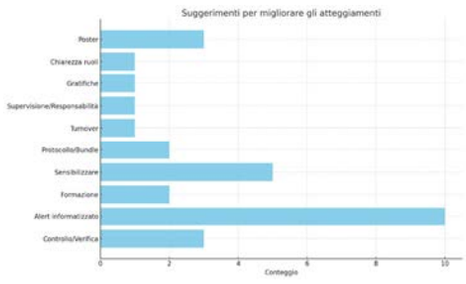
- **10 Infermieri dell'ospedale Sant'Eugenio di Roma (Aslroma2)**
- **Campionamento per Convenienza (Master in accessi vascolari e/o un'esperienza diretta di gestione dei PICC da almeno 5 anni)**
- **Analisi dei Dati: Metodo Van Kaam per l'analisi qualitativa delle tematiche emergenti**

RISULTATI

Tutti gli infermieri conoscono i protocolli, ma nessuno applica regolarmente queste procedure nei rispettivi reparti. La frequenza delle procedure varia, ma la pratica di "scrub the hub" non è sempre seguita La maggioranza conosce l'esistenza della procedura, ma pochi sanno dove trovarla con facilità. L'intranet aziendale è spesso descritta come complessa e poco accessibile. Alcuni infermieri hanno indicato che le procedure sono disponibili in formato cartaceo dai coordinatori. Spesso in letteratura viene attribuito la mancata adesione ai protocolli e al contenimento delle infezioni: ai materiali e alle conoscenze degli infermieri.

Invece da questo Focus Group è emerso che la totalità degli infermieri ritiene che le principali cause per cui non vengono eseguite correttamente le procedure sono: la demotivazione e l'insoddisfazione e, a seguire, i materiali e le conoscenze.





Presentato al Congresso GAVeCeLT 2024 | 9-10-11 Dicembre 2024 | Bologna Italia

Immagine 6 Poster dello studio di ricerca "Scrub the hub. Nurse Practice and Human Factors. Uno studio qualitativo nell'Asl Roma 2"

Tempi di realizzazione: mese di Luglio 2024

Progetto: Focus Gruop, studio qualitativo

BIBLIOGRAFIA

Salgado CD, Chinnes L, Paczesny TH, Cantey JR. Increased rate of catheter-related bloodstream infection associated with use of a needleless mechanical valve device at a long-term acute care hospital. Infect Control HospEpidemiol. 2007 Jun;28(6):684-8. doi: 10.1086/516800. Epub 2007 May 14. PMID: 17520541.

Maragakis LL, Bradley KL, Song X, Beers C, Miller MR, Cosgrove SE, Perl TM. Increased catheter-related bloodstream infection rates after the introduction of a new mechanical valve intravenous access port. Infect Control HospEpidemiol. 2006 Jan;27(1):67-70. doi: 10.1086/499166. Epub 2006 Jan 6. PMID: 16418990

Buetti N, Marschall J, Drees M, Fakih MG, Hadaway L, Maragakis LL, et al. Strategie per prevenire le infezioni del flusso sanguigno associate alla linea centrale negli ospedali per acuti: aggiornamento 2022. Controllodelleinfezioniedepidemiologiaospedaliera. 2022;43(5):553–69. doi:10.1017/ice.2022.87

PROTOCOLLO PIDAV GAVECELT 2019 https://gavecelt.it/nuovo/sites/default/files/uploads/Scoppettuolo%20-%20II%20protocollo%20PIDAV_0.pdf

Carlucci F. XVIII Congresso FNOPI. Nasce a Roma l'ambulatorio infermieristico degli accessi vascolari e il progetto PICC a domicilio [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 18]. Available from: https://www.fnopi.it/contenuti_statici/xviii-congresso/poster/pdf/188%20-%20CARLUCCI.pdf

ASL Roma 2. Ospedale S. Eugenio [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 18]. Available from: https://www.aslroma2.it/index.php/organizzazione/ospedali/ospedale-s-eugenio

Ministero della Salute. AntimicrobialStewardship in medicina: impatto/implementazione della figura del farmacista di dipartimento e/o di reparto nelle aziende sanitarie del SSN. MANUALE SIFO. 2017 [cited 2024 Jul 18]. Available from: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3294_allegato.pdf

Agenzia Italiana del Farmaco. Antibiotico-resistenza: un rischio globale che richiede strategie condivise [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 18]. Available from: https://www.aifa.gov.it/-/antibiotico-resistenza-un-rischio-globale-che-richiede-strategie-condivise

The Economist. The review on antimicrobial resistance [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 18]. Available from: https://amr-review.org

European Centre for Disease Prevention and Control. AMR brief - EAAD 2023 [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 18]. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AMR%20brief%20-%20EAAD%202023_IT.pdf

Marty Cooney R, Manickam N, Becherer P, Harmon LS, Gregg L, Farkas Z, et al. The use of 3.15% chlorhexidine gluconate/70% alcohol hub disinfection to prevent central line-associated bloodstream infections in dialysis patients. British Journal of Nursing [Internet]. 2020 Jan 23 [cited 2024 Jul 2];29(2):S24–6. Available from: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true

Greene ES, Greene ES. Sfide nella riduzione del rischio di infezione quando si accede ai cateteri vascolari. Journal of Hospital Infection [Internet]. 2021 luglio [citato il 2 luglio 2024];113:130–44. Disponibile da: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=150969088&authtype=shib&lang=it&site=ehost-live&scope=site

Accardi R, Castaldi S, Marzullo A, Ronchi S, Laquintana D, Lusignani M. Prevention of healthcareassociatedinfections: a descriptivestudy. Ann Ig. 2017 Mar-Apr;29(2):101-115. doi: 10.7416/ai.2017.2137. PMID: 28244579.

Pisney L, Camplese L, Greene MT, Saint S, Fowler KE, Chopra V. Practices to prevent central line-associated bloodstream infection: A 2021 survey of infection preventionists in US hospitals. Infect Control HospEpidemiol. 2024 Apr 24:1-5. doi: 10.1017/ice.2024.53. Epub ahead of print. PMID: 38654493.

Sood G, Caffrey J, Krout K, Khouri-Stevens Z, Gerold K, Riedel S, McIntyre J, Maragakis LL, Blanding R, Zenilman J, Bennett R, Pronovost P. Use of Implementation Science for a Sustained Reduction of Central-Line-Associated Bloodstream Infections in a High-Volume, Regional Burn Unit. Infect Control HospEpidemiol. 2017 Nov;38(11):1306-1311. doi: 10.1017/ice.2017.191. Epub 2017 Sep 13. PMID: 28899444.

Hankins R, Majorant OD, Rupp ME, Cavalieri RJ, Fey PD, Lyden E, Cawcutt KA. Microbial colonization of intravascular catheter connectors in hospitalized patients. Am J Infect Control. 2019 Dec;47(12):1489-1492. doi: 10.1016/j.ajic.2019.05.024. Epub 2019 Jul 22. PMID: 31345614.

Buetti N, Marschall J, Drees M, Fakih MG, Hadaway L, Maragakis LL, et al. Strategies to prevent central-line–associated bloodstream infections in acute-care hospitals. Infect Control HospEpidemiol . 2022;43(5):553–69. doi:10.1017/ice.2022.87

Rickard CM, Flynn J, Larsen E, Mihala G, Playford EG, Shaw J, et al. Decontaminazione del connettore senza ago per la prevenzione dell'infezione del dispositivo di accesso venoso centrale: uno studio pilota randomizzato controllato. American Journal of Infection Control [Internet]. 2021 febbraio [citato 2 luglio 2024];49(2):269–73. Disponibile da: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=148186438&authtype=shib&lang=it&site=ehost-live&scope=site

Martinovich J, Williams C, Beaver C. IMPLEMENTATION OF STANDARDIZED CENTRAL LINE CARE BUNDLES TO DECREASE CLABSI RATE...47th Annual Oncology Nursing Society Congress, April 27-May 1, 2022, Anaheim, CA. Oncology Nursing Forum [Internet]. 2022 Mar [cited 2024 Jul 2];49(2):E126. Available from: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=155511085&authtype=shib&lang=it&site=ehost-live&scope=site

Devrim İ , Demiray N, Oruç Y, Sipahi K, Çaİ lar İ , Sarı F, Turgut N, Atakul G, Özdamar N, Dursun V, Sorguç Y, Bayram N, Agın H. The colonization rate of needleless connector and the impact of disinfection for 15 s on colonization: A prospective pre- and post-intervention study. J Vasc Access. 2019 Nov;20(6):604-607. doi: 10.1177/1129729819826036. Epub 2019 Feb 5. PMID: 30722715.

Breimer L, Geijer H, Berggren L. Desinfektionavinjektionsportar – 15 sekundersskrubbningrimligt - Ensystematisköversiktkring optimal tidsåtgång [Disinfection of injection ports - a systematic overview of optimal scrub-time]. Lakartidningen. 2018 Jun 15;115:E6AL. Swedish. PMID: 29917174.

Clavier T, Franchina S, Lefevre-Scelles A, Gouin P, Besnier E, Veber B. A Protocol to Set Up Needle-Free Connector with Positive Displacement on Central Venous Catheter in Intensive Care Unit. J Vis Exp. 2019 Jul 13;(149). doi: 10.3791/59801. PMID: 31355799.

Akbıyık A, Kaya S, Aksun M. Determination of microbial contamination on the outer surface of needleless connectors before and after disinfection. Intensive Crit Care Nurs. 2023 Aug;77:103414. doi: 10.1016/j.iccn.2023.103414. Epub 2023 Feb 18. PMID: 36801154.

Slater K, Cooke M, Scanlan E, Rickard CM. Hand hygiene and needleless connector decontamination for peripheral intravenous catheter care-time and motion observational study. Am J Infect Control. 2019 Aug;47(8):1017-1019. doi: 10.1016/j.ajic.2019.01.022. Epub 2019 Mar 6. PMID: 30850248.

Martino A, Thompson L, Mitchell C, Trichel R, Chappell W, Miller J, et al. Efforts of a Unit Practice Council to implement practice change utilizing alcohol impregnated port protectors in a burn ICU. Burns (03054179) [Internet]. 2017 Aug [cited 2024 Jul 2];43(5):956–64. Available from: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=123465535&authtype=shib&lang=it&site=ehost-live&scope=site

Barbosa Costa CA, Lopes Araújo F, Leite Costa AC, dosReisCorrêa A, MiyukiKusahara D, Figueiredo Manzo B. Central VenousCatheter bundle: conoscenza professionale e comportamento nelle unità di terapia intensiva per adulti. Rivista della USP School of Nursing [Internet]. Gennaio 2020 [citato il 2 luglio 2024];54:1–8. Disponibile da: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=147641529&authtype=shib&lang=it&site=ehost-live&scope=site

Arthur K, Persell K. EBP Strategies to Prevent CLABSI in Hemodialysis Patients...American Nephrology Nurses Association (ANNA) National Symposium, May 22-25, 2022, Fort Worth, Texas. Nephrology Nursing Journal [Internet]. 2022 Mar [cited 2024 Jul 2];49(2):168. Available from: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=156612065&authtype=shib&lang=it&site=ehost-live&scope=site

458 Maintaining Low Healthcare Associated Device Driven Infections in a Regional Burn Center. Journal of Burn Care & Research [Internet]. 2019 Apr 2 [cited 2024 Jul 2];40:S202. Available from: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=135998285&authtype=shib&lang=it&site=ehost-live&scope=site

Drews FA, Martinello RA, Hebden JN, St John KH, Pegues DA. Disinfection of central venous access device needleless connectors: A human factors analysis. Infect Control HospEpidemiol. 2024 Feb 23:1-6. doi: 10.1017/ice.2024.22. Epub ahead of print. PMID: 38389492.

Desra AP, Breen J, Harper S, Slavin MA, Worth LJ. Aseptic technique for accessing central venous catheters: applying a standardised tool to audit 'scrub the hub' practices. J Vasc Access. 2016 May 7;17(3):269-72. doi: 10.5301/jva.5000509. Epub 2016 Feb 8. PMID: 26868480.

Caspari L, Epstein E, Blackman A, Jin L, Kaufman DA. Human factors related to time-dependent infection control measures: "Scrub the hub" for venous catheters and feeding tubes. Am J Infect Control. 2017 Jun 1;45(6):648-651. doi: 10.1016/j.ajic.2017.01.004. Epub 2017 Feb 15. PMID: 28214161.

Roberts SC, Hendrix CA 2nd, Edwards LM, Feinn RS, Martinello RA, Murray TS. A mixed-methods evaluation on the efficacy and perceptions of needleless connector disinfectants. Infect Control HospEpidemiol. 2023 Feb;44(2):230-233. doi: 10.1017/ice.2022.72. Epub 2022 Apr 7. PMID: 35387702; PMCID: PMC9929708.

Patel PA, Boehm S, Zhou Y, Zhu C, Peterson KE, Grayes A, et al. Prospective observational study on central line–associated bloodstream infections and central venous catheter occlusions using a negative displacement connector with an alcohol disinfecting cap. American Journal of Infection Control [Internet]. 2017 Feb [cited 2024 Jul 2];45(2):115–20. Available from: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true

Rickard CM, Flynn J, Larsen E, Mihala G, Playford EG, Shaw J, et al. Decontaminazione del connettore senza ago per la prevenzione dell'infezione del dispositivo di accesso venoso centrale: uno studio pilota randomizzato controllato. American Journal of Infection Control [Internet]. 2021 febbraio [citato 2 luglio 2024];49(2):269–73.

Cruz-Aguilar R, Carney J, Mondaini V, Vehreschild MJGT, Griskaitis M, Salmanton-García J, et al. A quality improvement study on the reduction of central

venous catheter-associated bloodstream infections by use of self-disinfecting venous access caps (STERILE). American Journal of Infection Control [Internet]. 2021 May [cited 2024 Jul 2];49(5):586–92.

Bearup L, Nannoshi L, Hague S, Beaver C. REAL TIME AUDITS IMPROVE CENTRAL LINE CARE BUNDLE COMPLIANCE FOR CARE OF HOSPITALIZED ONCOLOGY PATIENTS…47th Annual Congress ONS Congress, April 27–May 1, 2022, Anaheim, CA. Oncology Nursing Forum [Internet]. 2022 Mar [cited 2024 Jul 2];49(2):E100–1.

Rickard CM, Flynn J, Larsen E, Mihala G, Playford EG, Shaw J, Keogh S, Ullman A, Zhang L, Gavin N, Kleidon T, Chopra V, McCarthy AL, Rocha PK, Marsh N. Needleless connector decontamination for prevention of central venous access device infection: A pilot randomized controlled trial. Am J Infect Control. 2021 Feb;49(2):269-273. doi: 10.1016/j.ajic.2020.07.026. Epub 2020 Jul 29. PMID: 32735809.

Milstone AM, Rosenberg C, Yenokyan G, Koontz DW, Miller MR; CCLIP Authorship Group. Alcohol-impregnated caps and ambulatory central-line-associated bloodstream infections (CLABSIs): A randomized clinical trial. Infect Control HospEpidemiol. 2021 Apr;42(4):431-439. doi: 10.1017/ice.2020.467. Epub 2020 Oct 12. PMID: 33040755; PMCID: PMC8039053.

O'Connell S, Dale M, Morgan H, Carter K, Carolan-Rees G. Curos™ Disinfection Caps for the Prevention of Infection When Using Needleless Connectors: A NICE Medical Technologies Guidance. Appl Health Econ Health Policy. 2021 Mar;19(2):145-153. doi: 10.1007/s40258-020-00602-8. PMID: 32754850.

Taİ delenÖİ ülmen D, AteİS. Use of alcohol containing caps for preventing bloodstream infections: A randomized controlled trial. J Vasc Access. 2021 Nov;22(6):920-925. doi: 10.1177/1129729820952961. Epub 2020 Aug 27. PMID: 32854563.

Patel PA, Boehm S, Zhou Y, Zhu C, Peterson KE, Grayes A, Peterson LR. Prospective observational study on central line-associated bloodstream infections and central venous catheter occlusions using a negative displacement connector with an alcohol disinfecting cap. Am J Infect Control. 2017 Feb 1;45(2):115-120. doi: 10.1016/j.ajic.2016.06.013. Epub 2016 Aug 4. PMID: 27499191.

Beeler C, Kerley D, Davis C, Hazen D, Snyderman W, Lyons K, Sadowski J, Sweeney J, Dbeibo L, Kelley K, Webb DH. Strategies for the successful implementation of disinfecting port protectors to reduce CLABSI in a large tertiary care teaching hospital. Am J Infect Control. 2019 Dec;47(12):1505-1507. doi: 10.1016/j.ajic.2019.05.016. Epub 2019 Jul 16. PMID: 31324493.

Casey AL, Karpanen TJ, Nightingale P, Elliott TSJ. An in vitro comparison of standard cleaning to a continuous passive disinfection cap for the decontamination of needle-free connectors. Antimicrob Resist Infect Control. 2018 Apr 5;7:50. doi: 10.1186/s13756-018-0342-0. PMID: 29632665; PMCID: PMC5887218.

Martino A, Thompson L, Mitchell C, Trichel R, Chappell W, Miller J, Allen D, Mann-Salinas E. Efforts of a Unit Practice Council to implement practice change utilizing alcohol impregnated port protectors in a burn ICU. Burns. 2017 Aug;43(5):956-964. doi: 10.1016/j.burns.2017.01.010. Epub 2017 Jan 27. PMID: 28139260.

Fillman KM, Ryder JH, Brailita DM, Rupp ME, Cavalieri RJ, Fey PD, Lyden ER, Hankins RJ. Disinfection of vascular catheter connectors that are protected by antiseptic caps is unnecessary. Infect Control HospEpidemiol. 2024 Jan;45(1):35-39. doi: 10.1017/ice.2023.148. Epub 2023 Jul 19. PMID: 37466074

17 GESTIONE DI UNA LESIONE CUTANEA DIFFICILENELL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO TERRITORIALE: STUDIO DI CASO

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASL ROMA 2

UNITA' OPERATIVA

AMBULATORIO INFERMIERISTICO - POLIABULATORIO DECIMA D9 - VIALE CAMILLO SABATINI

REFERENTE DEL PROGETTO

Sabrina Crocicchia

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
SABRINA CROCICCHIA
CINZIA FAINA

ABSTRACT

L'ambulatorio infermieristico territoriale (AIT) dedicato al trattamento delle ferite difficili (FFDD) rappresenta la risposta assistenziale alle personeche soffrono di lesioni cutanee di difficile guarigione. L'AIT assicura un percorso di presa in carico della persona a livello territoriale dall'accoglienza fino alla risoluzione del problema di salute. Gli utenti dell'AIT dedicato alle FFDD lamentano le difficoltà di gestione della lesione così come la mancanza di punti di riferimento assistenziali anche ospedalieri che impediscono una continuità delle cure con scarsi risultati in termini di guarigione e soddisfazione della qualità percepita.

L'obiettivo dell'AIT è quello di migliorare la qualità di vita del paziente portatore di ulcera, in quanto, molto spesso sono essudanti e dolorose, rendendo difficili le attività quotidiane, sia nella gestione pratica che nelle relazioni familiari e sociali.

Il contributo presenta uncaso esemplare di come gli interventi infermieristici efficaci di presa in carico della persona, con attività di promozione del self caree di cura di una ferita difficile,siano in grado di modificare positivamente le condizioni locali (come la riduzione del dolore e il miglioramento della lesione) e quelle generali di benessere con il recupero dello stato di salute.

OBIETTIVI GENERALI DELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA PRESSO L'AIT FFDD

- Miglioramento della lesione cutanea
- Miglioramento della vita quotidiana del paziente

Allegato 1

OBIETTIVI SPECIFICI

- Valutazione della persona e delle condizioni di salute
- Valutazione della lesione e pianificazione degli interventi attraverso:
  - Gestione dell'essudato
  - Gestione del dolore
  - Rimozione dei tessuti non vitali
  - Gestione dell'infezione
  - Ripristino della proliferazione dei tessuti sani
  - Educazione terapeutica e promozione del self care
  - Coinvolgimento e supporto ai caregivers
- Valutazione finale

METODOLOGIA

Studio di caso

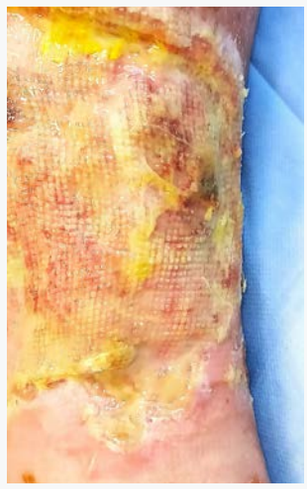
RISULTATI

CASO N. 1

Valutazione all'accesso nell'AIT FFDD

Allegato 2

Paziente di 53 anni, viene in ambulatorio dopo circa tre anni di cure e medicazioni non risolutive, in altra struttura ospedaliera. Paziente con insufficienza arteriosa e impianto di stent,LES, diagnosi di pioderma gangrenoso, in trattamento con anticoagulante orale e immunosoppressori.Tentato innesto cutaneo, non andato a buon fine. La lesione di gamba destra anterioreche misura 23 cm x12 cm (allegato 1-2-3), si presenta molto fibrinosa, con necrosi umida ed escara nel margine superiore del polpaccio, molto essudante, maleodorante e molto dolente. La cute perilesionaleè iperemica, ipercheratosica ed escoriata. Arto edematoso.



Allegato 3

Materiali

- Guanti saponati
- Guanti monouso
- Strumenti per rimozione tessuti non vitali
- Garze sterili

- Crema ossido di zinco
- Balsamo al miele
- Impacchi con detergente a base di poliesanide e betaina
- Soluzione fisiologica
- Idrofibradi argento
- Schiuma di poliuretano
- Tamponi assorbenti
- Benda salvapelle
- Benda coesiva

Allegato 4

Attività

- lavaggio della gamba con guanto saponato per rimuovere le desquamazioni
- lavaggio della lesione
- disinfezione della lesione
- idratazione della gamba
- trattamento della cute perilesionale con garze antiaderenti per le escoriazioni
- protezione dei margini con crema all'ossido di zinco
- applicazione di idrofibra all'argento
- copertura con placca di poliuretano sovradimensionata rispetto alla lesione per abbondante essudato
- protezione cute con benda salvapelle
- fissaggio con benda coesivadal metatarso al cavo popliteo

Allegato 5

Pianificazione ed interventi

Medicazioni fissate per 3 volte a settimana. Dopo 13 giorni si osserva un miglioramento della cute perilesionale, progressivo drenaggio dei liquidi, sbrigliamento quasi completo e superficializzazione della lesione (allegato4). Dopo 23 giorni si osservano piccole zone nei margini di riepitelizzazione e tessuto di granulazione deterso (allegato 5). Successivamente, il tessuto neogenerato aumenta e si consolida. Sostituita crema all'ossido di zinco con balsamo al miele, per idratare e proteggere il tessuto nuovo. Dopo tre mesi e 10 giorni, la lesione si è notevolmente ridotta arrivando a 10 cm x 8 cm (allegato6).

Allegato 6

Valutazione

In terapia del dolore da prima dell'arrivo in ambulatorio, la paziente riduce la terapia dopo sette giorni e dopo due settimane dall'inizio delle medicazioni sospende per assenza di dolore. Riduzione della lesione, riduzione dell'essudato e conseguente riduzione della grandezza della medicazione.Tessuto neo generato in aumento, lesione ormai in via di guarigione.

CONCLUSIONI

La presa in carico presso l'AIT della persona portatrice di una lesione cutanea di difficile guarigione, attraverso un'attenta ed appropriata pianificazione degli interventi assistenziali, hanno consentito un'evoluzione verso la guarigione della ferita con un miglioramento della qualità di vita manifestata con espressioni di sincero riconoscimento verso gli specialist coinvolti nel processo di cura.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

N. 2 infermiere CPSI, di cui una woundspecialist

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

3 mesi

18 IL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA: LA FORMAZIONE DEL MIDDLE MANAGEMENT

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASL ROMA 2

UNITA' OPERATIVA

UOC Assistenza alla Persona

REFERENTE DEL PROGETTO

Barbara Porcelli

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
BARBARA RAFFAELE
MARIA YMELDA TOLENTINO DIAZ
SIMONA RICCI
LUCA GUARENTE
BARBARA PORCELLI

ABSTRACT

Le organizzazioni sanitarie vivono un'epoca di grande incertezza le cui condizioni di crisi stanno mettendo a dura prova la tenuta dei sistemi sanitari che, come sistemi complessi,sono caratterizzati da elementi di non linearità e imprevedibilità. È cresciuta la consapevolezza della necessità di adottare una prospettiva di complessità nell'analisi e nelle strategie di intervento sui sistemi e sulle politiche sanitarie. Ma poca attenzione è stata dedicata alle conseguenze che la natura complessa dei sistemi sanitari hanno in termini di gestione manageriali delle attività assistenziali.

Per affrontare con successo queste sfide, la formazione diventa essenziale per sviluppare le competenze tecniche, manageriali e di leadership necessarie per rispondere alle nuove esigenze organizzative del settore sanitario. Emerge l'urgenza di formare professionisti con competenze manageriali elevate, in grado di gestire la crescente complessità organizzativa delle aziende sanitarie.

Questo contributo presenta un'esperienza interaziendale di alta formazione pluriennale dedicata al personale con funzioni di Coordinamento avente l'obiettivo di promuovere la crescita dei ruoli di Upper Management (Incarichi di organizzazione) (UM) e Middle Management (Coordinatori assistenziali) (MM) attraverso l'implementazione di conoscenze specificheper lo sviluppo di competenze gestionali.

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo del progetto formativo dedicato al Middle Management delle professioni sanitarie è stato quello di mettere i destinatari nelle condizioni di poter leggere e comprendere il nuovo scenario dell'Azienda attraverso la lente della complessità e di intervenire efficacemente nella gestione, programmazione, valutazione e risoluzione di problemi organizzativi e manageriali di cui è responsabile, in un'ottica di qualità delle cure, appropriatezza ed efficienza.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Promuovere percorsi di formazione nel tempo per condividere conoscenze aggiornate sulla mission delle aziende sanitarie alla luce dei cambiamenti normativi e organizzativi.
- Coinvolgere l'UM e il MM delle professioni sanitarie per sostenere l'avanzamento e il rafforzamento delle competenze manageriali, esaminando in modo integrato i modelli, le metodologie e gli strumenti gestionali necessari e applicabili in maniera efficace nell'organizzazione aziendale.
- Attivare interventi e rapporti interaziendali per lo sviluppo di approcci di benchmarking per promuovere processi di miglioramento delle performance.

MATERIALI E METODI

La formazione teorico pratica, dedicata all'UM e al MM, si è sviluppata negli anni a partire dal 2019 fino al 2024 con lo sviluppo di percorsi modularie una programmazione di circa 100 ore di corso ad edizione.I destinatari, individuati dalla direzione delle professioni sanitarie hanno partecipano in regime di formazione obbligatoria.

La metodologia adottata è stata Formazione Residenziale (FR), Formazione sul Campo (FSC), Formazione a Distanza (FAD) sincrona (Tabella1).

L'implementazione della FAD, dovuta all'emergenza pandemica, è stata supportata dalla piattaforma Moodle (Modular Object-orientedDdynamic Learning Environment), dedicata alla formazione del personale: un ambiente per l'apprendimento modulare, dinamico, orientato a contenuti specifici che consente un sistema di gestione dell'apprendimento (Learning Management System). Moodle è una piattaforma e-learning per l'apprendimento online, open source, che permette agli utenti di fruire dei corsi aziendali gratuiti con una serie di funzioni (e opzioni attivabili) in grado di monitorare, collaborare, interagire e valutare il percorso formativo svolto.

METODOLOGIA FORMATIVA	REQUISITI
FORMAZIONE RESIDENZIALE	Attività da svolgersi in sedi appropriate per la didattica in cui uno o pochi docenti si rivolgono a molti discenti (in genere non superiore a 200 partecipanti) e il livello di interattività di base è limitato alla possibilità di fare domande e partecipare alla discussione. Se il numero dei partecipanti è contenuto, è possibile prevedere delle sessioni aumentando il livello di interazione tra discenti e tutor/docenti con simulazioni, roleplaying, prove/esercitazioni e piccoli lavori di gruppo. Le tipologie di formazione residenziale comprendono: corso di aggiornamento, seminario, giornata di studio, consensus, meeting.
FORMAZIONE SUL CAMPO	Si caratterizza per il luogo di svolgimento e per il tipo di attività che viene erogata nel contesto lavorativo del discente o nel suo ambito, la formazione può portare a replicare/simulare attività o comportamenti, da mettere a frutto nell'esercizio dell'attività lavorativa. Può anche realizzarsi attraverso la costituzione di gruppi di miglioramento della qualità con la produzione finale di progetti o altri documenti utili all'organizzazione.
FORMAZIONE A DISTANZA SINCRONA	Partecipazione a sessioni formative remote attraverso una piattaforma multimediale dedicata (aule virtuali, webinar), fruibile in diretta tramite connessione ad Internet. La sincronicità della partecipazione prevede il collegamento dei discenti agli orari prestabiliti dal programma formativo e garantisce un elevato livello di interazione tra il docente/tutor ed i discenti.
BLENDED	Integrazione tra diverse tipologie di formazione all'interno dello stesso percorso formativo con successione della fruizione tra diverse tipologie.

Tab. 1. Metodologie adottate nel periodo di formazione 2019 – 2024.

I contenuti hanno riguardatoil processo dicambiamentoistituzionale, strategicoe organizzativodel SSN e dei SSR, l'assetto aziendale e i modelli organizzativi ospedalieri e territoriali; il governo economico e finanziario dell'Azienda; le normative ed i regolamenti su responsabilità, anticorruzione, trasparenza e privacy; la sanità digitale e la comunicazione.

RISULTATI

Dal 2019 al 2024 sono stati progettati e realizzati 5 edizioni del corso con la partecipazione di profili professionali di infermiere, ostetrica e personale dell'area della riabilitazione. Il numero dei discenti sono stati in media 80 operatori per edizione, il cui numero ha subito delle variazioni nel tempo. Le motivazioni addotte dai partecipanti sono legate a problemi organizzativi e contingenti.

I diversi percorsi di formazione sono stati annualmente previsti nel PFA, deliberati e accreditati ECM, con il coinvolgimento della Direzione strategica e dei direttori delle marcoarticolazioni. Nel 2019 e nel 2021, l'UM ha visto una formazione integrativa di 37 ore sui temi della Lean Organization.

Nell'anno 2022, il corso è stato interaziendale, attivato con una convenzione formale tra Azienda promotrice dell'evento formativo e altre aziende aderenti alla proposta.Nel corso interaziendale sono stati coinvolti 132 operatori di cui come partecipanti esterni, 82 sanitari e 20 uditori tra tecnici e amministrativi.Sono stati attribuiti in media 65 crediti ECM/persona a edizione. (Tabella2).

ANNO - Edizione	METODOLOGIA	MODULI	DESTINATARI
2019 Ed. 1	BLENDED (RES+FSC)	13	Incarichi di organizzazione e coordinatori area sanitaria
2019 Ed. 2	RES	5	Incarichi di organizzazione e coordinatori area sanitaria
2021 Ed. 3 (Lean)	BLENDED (FSC+ FAD)	10	Incarichi di organizzazione e coordinatoriinfermieristici
2022-23 Ed. 4*	BLENDED (FAD + FSC)	6	Incarichi di organizzazione e coordinatori area sanitaria
2024 Ed. 5	FAD	6	Coordinatoriinfermieristici

Tab. 2. Percorsi di formazione realizzati dal 2019 al 2024.

Il raggiungimento degli obiettivi formativi previsti nel progetto costituisce un "sapere" concettuale che ogni discente ha potuto ulteriormente approfondire, con lo studio individuale previsto nel percorso utilizzando un pacchetto di autoapprendimento predisposto ad hoc, ed anche per migliorare le proprie performance gestionali nello svolgimento delle attività di servizio. Infatti, tutto il materiale didattico e anche le relazioni tenute dai docenti sono stati videoregistrati in piattaforma e rese disponibili anche successivamente con accesso libero ai partecipanti iscritti.

Le attività di FSC hanno consentito la costituzione di gruppi di lavoro con la stesura di progetti di miglioramento, come ad esempio quelli relativi all'applicazione dei principi e dei metodi della Lean Organization nei processi dell'area medica, chirurgica ed emergenziale.

Inoltre, la possibilità di confronto durante il percorso formativo sia in aula che a distanza, è stato favorito da uno spazio dedicato alla discussione a fine di ogni intervento previsto nel programma.Le interazioni con i docenti su domande specifiche, hanno consentito approfondimenti ulteriori, anche attraverso contatti diretti ed individuali, o nella formazione a distanza tramite nella chat del corso aperta nella piattaforma Moodle.

La presenza del tutor di progetto all'interno del percorso formativo, oltre a costituire un importante punto di riferimento per i contenuti scientifici e l'anello di congiunzione tra docenti e partecipanti, ha permesso l'intercettazione di problematiche logistiche ed organizzative a rapida risoluzione, in accordo con la segreteria organizzativa e il responsabile scientifico del corso.

CONCLUSIONI

L'esperienza formativa interaziendale dedicata all'aggiornamento delle conoscenze del personale, con ruoli e responsabilità di Management nelle aziende sanitarie aderenti al progetto, è stata innovativa e rilevante per la condivisione di obiettivi aziendali e di supporto al cambiamento in atto nelle organizzazioni sanitarie.

Il percorso formativo dedicato all'UM e al MM promosso e voluto dalla Direzione della UOC Assistenza alla Persona dell'ASL Roma 2 ha rappresentato un importante momento di aggiornamento e confronto anche con altre realtà aziendali.

È essenziale investire nella formazione del personale e mantenere nel tempo il coinvolgimento degli operatori, soprattutto delle posizioni apicali, che richiedono particolare attenzione perché quotidianamente impegnati a supportare i cambiamenti delle aziende sanitarie.

BIBLIOGRAFIA

Barnová S., Hlásna SK., Gabrhelová G., "E-mentoring, e-tutoring, and e-coaching in learning organizations." In Edulearn19 Proceedings. IATED, 2019.

Cavaliere B., in FIASO, Gestione, sviluppo e valorizzazione delle competenze del middle management del SSN, EGEA, 2021.

Filomeno, L., et al., "Definizione del ruolo del Middle Nurse Manager in Italia. Stato dell'arte e prospettive organizzative", Giornale Italiano di Infermieristica, (41), pp. 46-48, 2023.

Salun, M., Zaslavska, K., "Strategies for resilience in a dynamic world: from VUCA to BANI", Proceedings of SocraticLectures, 10, pp. 185-189, 2024

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Direttori area strategica aziendale, direttori marcoarticolazioni, Area dei Professionisti della Salute – Incarichi di organizzazione, Coordinatori Infermieri, Coordinatori Ostetriche e dell'Area della Riabilitazione.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Anno 2019 - 2024

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Non sono presenti soluzioni software specifiche.

PILLOLE DI EVIDENZA PER LA PRATICA INFERMIERISTICA

19

AZIENDA OSPEDALIERA

ASL Roma 2

UNITA' OPERATIVA

UOC Assistenza alla Persona

REFERENTE DEL PROGETTO

Barbara Porcelli

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	
LUCA GUARENTE	MARIA YMELDA TOLENTINO DIAZ
BARBARA RAFFAELE	MARZIA LOMMI
SIMONA RICCI	BARBARA PORCELLI

ABSTRACT

Il progetto 'Pillole di Evidenza per la pratica infermieristica' è un'iniziativa volta a fornire raccomandazioni basate sulle più recenti linee guida nazionali e internazionali, nonché evidenze scientifiche per migliorare la pratica infermieristica nell'ambito dell'ASL Roma 2. Questo progetto prevede un approccio metodologicostrutturato, con una fase pilota e una fase di implementazione del progetto. Nella fase pilota si è proceduto alla ricerca e selezione delle linee guida, poi la predisposizione di una sintesi delle evidenze, seguita dalla diffusione sotto forma di 'Pillole',attraverso una pagina intranet aziendale dedicata.Al progetto pilota seguirà una fase di implementazione.

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo generale è fornire una sintesi delle raccomandazioni più recenti provenienti dalle linee guida nazionali ed internazionali, condividere evidenze scientifichepertinenti e promuoverel'applicazione della pratica basatasulle evidenze nell'ambito dell'ASLRoma 2, al fine di migliorare laqualità dell'assistenzainfermieristica fornita ai pazienti.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Identificare e selezionare le linee guida più rilevanti nel campo infermieristico per ogni 'Pillola di Evidenza'
2. Sintetizzare le raccomandazioni e le evidenze scientifiche in modo chiaro e conciso
3. Contestualizzare le informazioni alla realtà dell'ASL Roma 2, tenendo conto delle risorse disponibili e delle pratiche locali
4. Diffondere le 'Pillole di Evidenza' tra i professionisti infermieri facilitando e migliorando la condivisione delle informazioni,attraverso l'intranet aziendale e i canali social

MATERIALI E METODI

Questo progetto prevede una fase pilota e una fase di implementazione. Nella fase pilota è stato istituito un gruppo di lavoro per l'avvio dell'attività con una valutazione dei bisogni e delle priorità assistenziali, identificando le tematiche di maggiore rilevanza per la pratica infermieristica all'interno della ASL, con un approccio metodologico basato su evidenze scientifiche.Il gruppo ha attivato rapporti periodici con la U.O.C. Comunicazione e U.O.C. Analisi Organizzativa e Supporto Informatico per messa a punto della pagina intranet.

Questa fase ha comportato una ricerca sistematica della letteratura scientifica, l'analisi delle pubblicazioni ufficiali e la consultazione di database specializzati.

Sono state selezionate le lineeguida considerate affidabili,basate su evidenze scientifichesolide e sviluppate daorganizzazioni autorevoli nelcampo dell'infermieristica.

Le linee guida selezionatesono state poi sottoposte aun'analisi critica e valutate secondo la qualità delle evidenzescientifiche, la robustezza delleraccomandazioni e la loro applicabilità per la praticainfermieristicaalla realtà dell'ASLRoma 2.

Una volta identificate e valutatele raccomandazioni più rilevanti,si è passati alla sintesi delleinformazioni che sono state espresse in modo chiaro, conciso e facilmente comprensibile, al fine di facilitare la diffusione e l'applicazione pratica tra i professionisti infermieri.È stato utilizzato uno stile comunicativo semplice ed efficace, in grado di catturare l'attenzione dei lettori e di trasmettere in modo diretto le informazioni essenziali.

È stata pianificata una distribuzione periodica e regolaredelle pillole.

RISULTATI DELLA FASE PILOTA

Le 'Pillole di Evidenza'sono state pubblicate sulla pagina intranet aziendale a cadenza mensile. La pagina è stata presentata in alcuni eventi formativi programmati dalla UOC Assistenza alla Persona, Area della Formazione e Ricerca, al fine di una diffusione capillare.

RISULTATI ATTESI DALLA FASE DI IMPLEMENTAZIONE

I risultati attesi riguardano:

- Un incremento della consapevolezza tra i professionisti infermieri riguardo alle linee guida e alle evidenze scientifiche più aggiornate.
- Un'applicazione coerente delle raccomandazioni basate sulle migliori prove disponibili nella pratica infermieristica.
- Un miglioramento tangibile della qualità e della sicurezza dell'assistenza infermieristica fornita ai pazienti.

- Un maggiore coinvolgimento e partecipazione dei professionisti infermieri nella diffusione delle informazioni e nel miglioramento delle pratiche infermieristiche.

Si prevede l'ampliamento del gruppo di lavoro e il coinvolgimento di infermieri e specialist con competenze specifiche (ad esempio Wound Care, PICC Team, etc.) per la predisposizione di 'Pillole'dedicate.

Infine, le 'Pillole di Evidenza' saranno adattate al formato dei post per i canali social della ASL Roma 2, come Facebook, Instagram, Twitter e LinkedIn.

CONCLUSIONI

Il progetto mira a migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica attraverso la diffusione di evidenze scientifiche pertinenti. Le 'Pillole di Evidenza' contribuiranno a garantire una pratica infermieristica di alta qualità, riducendo il rischio di errori e migliorando i risultati per i pazienti. Esse rappresentano un'opportunità di condivisione di conoscenze al fine di essere parte attiva nella promozione di una pratica basata sull'evidenza.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri

Foto Presentazione Pillole

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Diagramma di Gantt

	Dic 2024	Gen 2025	Feb 2025	Mar 2025	Apr 2025	Mag 2025	Giu 2025	Lug 2025	Ago 2025	Set 2025	Ott 2025	Dic 2025
	Fase pilota						Fase implementazione					
Ricerca e selezione raccomandazioni/linee guida												
Creazione delle "Pillole di Evidenza"												
Pubblicazione nella nuova sezione dedicata intranet aziendale												
Valutazione e revisione del progetto												
Pianificazione della pubblicazione sui canali social												

20 “IL GIARDINO CHE CURA” (HEALING GARDENS): IL VERDE CHE SALVA LE PERSONE FRAGILI. L’ESPERIENZA DELL’UNITA’ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (AREA A BASSA MEDIA INTENSITÀ PRESSO OSPEDALE SANDRO PERTINI)

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASL ROMA 2

UNITA’ OPERATIVA

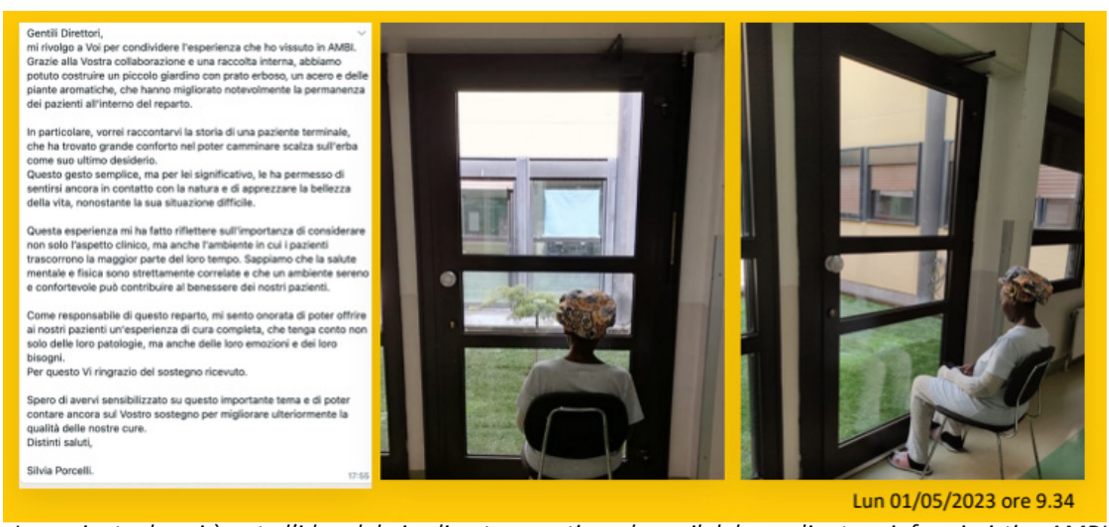
UOC Assistenza alla Persona

REFERENTE DEL PROGETTO

Barbara Porcelli, Silvia Porcelli

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME				
BARBARA PORCELLI	SILVIA PORCELLI	CRISTIANA BIANCHINI	VALERIO MENGHI	ALEANDRO MUNNO
TERESA GAMUCCI	ANGELA GUZZI	MASSIMO BONANNI	ROMINA LICORNI	DOMENICO MANCINI
MARCO SBRAGA	ELVIRA MARTELLI	MARIA GIOVANNA PANETTA	MASSIMO MISSIMEI	FRANCESCA LANEVE
EUGENIO CORTONICCHI	RITA SILVA SPENCER	MARIA MIGLIAROTTI	LOREDANA QUARESIMA	SARA SICILIANO
FORTUNATA MARABOTI	CLELIA NICCHIO	FERNANDA MARCHETTI	ALESSANDRO DOLZI	ELISA BATTISTI



La paziente da cui è nata l’idea del giardino terapeutico e la mail del coordinatore infermieristico AMBI

ABSTRACT

Dal 1 settembre 2014 al 30 maggio 2024, in coerenza con il DCA 370/2014, è stata operativa presso l'Ospedale Pertini, l'Area a Media Bassa Intensità a gestione infermieristica (AMBI). In questo periodo, l'AMBI ha gestito mediamente ogni anno 900/1000 pazienti provenienti da tutte le unità operative ospedaliere, soprattutto pazienti fragili con patologie cronico degenerative e oncologici necessitanti di un percorso di continuità assistenziale ospedale – territorio. L'idea del giardino terapeutico nasce proprio dall'esperienza di una paziente oncologica ospite nell'AMBI che in una mattina di primavera del 2023 ha espresso la volontà di poter camminare, un'ultima volta, scalza sull'erba del piccolo giardino del reparto. Questo ha indotto gli addetti ai lavori a riflettere sull'importanza di considerare, ai fini dell'efficacia del processo di cura, non solo l'aspetto clinico-assistenziale, ma anche le emozioni che più in generale l'ambiente può suscitare nei pazienti mentre sono ricoverati in ospedale. Le evidenze confermano come gli Infermieri nell'assistenza quotidiana ai pazienti oncologici rilevino frequenti e contrastanti stati affettivi che riguardano narrazioni di paura, tristezza, rabbia e gioia e che è, pertanto, importante, ai fini dell'efficacia terapeutica, progettare spazi in grado di catalizzare percezioni, esperienze e relazioni di cura positive. In quest'ottica, la Direzione Assistenziale della UOC Assistenza alla Persona, ha elaborato nel 2023 un apposito progetto insieme con il personale dell'AMBI, la Direzione Medico di PO, la UOC Procedure e Contratti e la UOC Lavori Pubblici e Investimenti Ospedale-Territorio. Il Progetto, realizzato con Fondi aziendali ex-linea 2 PSN, ha previsto la progettazione di 4 giardini terapeutici (tra cui quello dell'AMBI, riconvertita poi dal 1/6/2024 in Ospedale di comunità) presso l'Ospedale Pertini, l'affidamento dei lavori già nel 2023, il completamento e la messa in opera nel 2024. L'esperienza assistenziale positiva degli Infermieri dell'AMBI è stata importante per riqualificare gli spazi verdi dell'Ospedale Pertini in luoghi naturali di cura che possono migliorare la qualità di vita dei pazienti fragili-cronici, producendo effetti curativi, valutabili e misurabili nel corso della malattia e di aiutarli a raggiungere obiettivi terapeutici specifici.

Giardino terapeutico completato - 2024

OBIETTIVO GENERALE

Migliorare la relazione di cura tra operatori sanitari e pazienti e di migliorare l'accoglienza e l'ambiente di cura.

OBIETTIVI SPECIFICI

Creare nuove forme di assistenza attraverso la realizzazione di spazi verdi terapeutici presso l'Ospedale Pertini, in particolare, presso AMBI, OBI, MEDICINA 1 e MEDICINA 2 dove il paziente, vivendo nel verde, si fa parte attiva nel processo di guarigione.

MATERIALI E METODI

Il progetto del "Giardino che Cura", nato con l'obiettivo di realizzare spazi verdi terapeutici presso le chiostrine situate all'interno dei reparti OBI, AMBI, MEDICINA 1 e MEDICINA 2, ha previsto la progettazione e l'affidamento, tramite gara pubblica, dei lavori già nel 2023, il completamento e la messa in opera nel 2024. In merito allo stato economico, il progetto ha previsto un impegno economico da parte dell'Azienda di Euro 37.851,72 (IVA inclusa) attraverso i FONDI PSN EX-LINEA 2 del 2023

Le attività progettuali hanno previsto le seguenti azioni:

1. Progettazione del giardino e affidamento della realizzazione mediante procedura
2. Realizzazione del tappeto erboso
3. Realizzazione delle opere: sistema di irrigazione e fontana zen
4. Installazione Piante
5. Installazione arredi da giardino (donazione dell'Associazione Pazienti):
6. Collaudo e messa in opera
7. Aggiornamento di un programma per la valutazione della qualità percepita dai pazienti

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

Sono stati realizzati 4 giardini terapeutici nelle aree verdi poste all'interno dei reparti OBI, AMBI, MEDICINA 1 e MEDICINA 2 dell'Ospedale Pertini fruibili per tutti i pazienti ivi degenti. In queste aree sono presenti piante e comode sedute al riparo dal sole che consentiranno di godere di sensazioni di serenità e privacy, circondati dalle piante aromatiche e da una sequenza naturale di stimoli sensoriali (il rumore dell'acqua, i profumi e i suoni della natura, le variazioni di temperatura dell'aria, l'intensità variabile della luce).

CONCLUSIONI

L'esperienza assistenziale positiva degli Infermieri dell'AMBI è stata importante per riqualificare gli spazi verdi dell'Ospedale Pertini in luoghi naturali di cura che possono migliorare l'efficacia terapeutica e l'esperienza di ricovero dei pazienti fragili-cronici, producendo effetti curativi, valutabili e misurabili nel corso della malattia e di aiutarli a raggiungere obiettivi terapeutici specifici. Questi spazi incarnano i principi di una sanità moderna, olistica e genuinamente centrata sulla persona, offrendo un modello terapeutico gentile, ecologico e non invasivo che affianca e potenzia le cure tradizionali. Investire nella creazione e nella cura di giardini terapeutici significa investire nel capitale umano e nella qualità stessa dell'assistenza sanitaria.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Coordinatore Infermieristico
- Dirigente Professioni Sanitarie Infermieristico
- Dirigente Medico
- Dirigente Amministrativo
- Collaboratore Amministrativo
- Ingegnere

- Associazione dei pazienti oncologici

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO:

maggio 2023- dicembre 2024

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Un particolare ringraziamento a:

- l'equipe assistenziale dell'AMBI, la cui professionalità e le grandi doti di umanità e di capacità di relazione verso i pazienti cronici, oncologici e fragili e i relativi caregivers ha consentito nell'arco di 10 anni di attività di garantire un percorso assistenziale mirato e individualizzato ad oltre 9.000 assistiti.
- Associazione dei pazienti oncologici che hanno donato tutti gli arredi da giardino dello spazio verde dell'AMBI
- La dott.ssa Teresa Gamucci, già Direttore UOC Oncologia PO Pertini

21 L'IFEC nella PRESA IN CARICO PROATTIVA IN ADI DEGLI UTENTI OVER 65

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASL ROMA 2

UNITA' OPERATIVA

UOC ASSISTENZA ALLA PERSONA - ASSISTENZA DOMICILIARE Distretto 6

REFERENTE DEL PROGETTO

Barbara Porcelli, Fabio Boldrini

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO
BARBARA PORCELLI	DIRIGENTE PROFESSIONI SANTARIE INFERMIERISTICHE
SHAKIB ZIYADA	DIRIGENTE MEDICO UOS ASSISTENZA DOMICILIARE D6
FABIO BOLDRINI	COORDINATORE ASSISTENZIALE AZIENDALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE CURE PALLIATIVE E RSA CASA IRIDE
GIANLUCA LEMMA	COORDINATORE INFERMIERISTICO UOS ASSISTENZA DOMICILIARE D6
GIULIANA CHIARAMONTE	COORDINATORE INFERMIERISTICO UOS ASSISTENZA DOMICILIARE D6

ABSTRACT

Introduzione

Il DM 77/2022 introduce un nuovo modello di assistenza territoriale, ridefinendo ruoli e funzioni per rispondere in modo più efficace ai bisogni di salute della popolazione, delle comunità e dei singoli cittadini, alla luce dei recenti cambiamenti socio-demografici ed epidemiologici. Infatti, l'aumento dell'aspettativa di vita e il progressivo invecchiamento della popolazione determinano una crescita dell'incidenza delle patologie croniche e dei quadri di multimorbidità. In questo scenario, la capacità di individuare precocemente i bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana, sola e vulnerabile rappresenta una sfida fondamentale per il Sistema Sanitario Regionale.

Al riguardo, i diversi provvedimenti regionali del Lazio relativi al Deliberazione 15 novembre 2024, n. 939. (Adozione del "Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio") e alla Deliberazione 20 giugno 2024, n.416 («Linee di indirizzo regionali per l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)»), suggeriscono che la presa in carico degli over-65 sia affidata all'IFeC come figura pivot della Casa della Comunità e dei servizi territoriali (tra cui l'ADI), in stretta collaborazione con MMG e altri operatori. A partire dal 2023 la UOC Assistenza alla Persona in collaborazione con la UOC Assistenza Domiciliare del Distretto 6, ha proposto un modello organizzativo proattivo delle cure domiciliari che, attraverso il coinvolgimento dell'IFEC, possa consentire la presa in carico tempestiva, personalizzata e continuativa, con particolare attenzione alle persone over-65 con cronicità, multimorbidità e fragilità sociali, già in carico ai MMG sul territorio della ASL Roma 2.

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo principale del modello suddetto è garantire un'assistenza di prossimità, integrata e proattiva, capace di rispondere ai bisogni complessi della popolazione anziana over-65 in carico ai MMG sul territorio della ASL Roma 2, migliorando la qualità di vita, prevenendo le complicanze e sostenendo la domiciliarità e prevenendo indirettamente i ricoveri impropri

OBIETTIVI SPECIFICI

Individuare precocemente i bisogni di salute della popolazione anziana over-65 in carico ai MMG sul territorio della ASL Roma 2 e facilitare la presa in carico assistenziale da parte dell'IFEC prevenendo le complicanze e sostenendo la domiciliarità attraverso la realizzazione di un apposito percorso di accesso facilitato alle cure domiciliari.

MATERIALI E METODI

Nel 2023, la UOC Assistenza alla Persona in collaborazione con la UOS Assistenza Domiciliare del Distretto 6, ha proposto un modello organizzativo proattivo delle cure domiciliari che ha previsto il coinvolgimento della figura dell'IFEC al fine di poter intercettare precocemente i bisogni sanitari e sociali degli anziani over-65, spesso soli e vulnerabili, attraverso valutazioni periodiche e proattive, e facilitarne eventualmente la presa in carico in assistenza domiciliare attraverso interventi di promozione ed educazione alla salute ed ai corretti stili di vita, onde prevenire un'eventuale successivo ricorso improprio alle cure ospedaliere.

L'IFeC si integra strettamente con il MMG nella presa in carico assistenziale dei pazienti, soprattutto nelle situazioni di fragilità e cronicità (Fig.1). Il modello prevede che, in collaborazione con il MMG, ogni over-65 venga assegnato a un IFeC che, valuti i fattori di rischio, identifichi le modalità di intervento più appropriate e faciliti, eventualmente, la presa incarico in Assistenza Domiciliare. L'IFeC può infatti gestire non solo gli aspetti clinici, ma anche quelli sociali, promuovendo stili di vita sani e sostenendo l'autonomia della persona a domicilio. Il percorso facilitato di accesso alle cure domiciliari prevede l'attivazione delle cure domiciliari (modello 431/12) da parte del MMG e la successiva accettazione del PAI nella visita di presa in carico dell'UVM. La selezione degli utenti over-65 arruolabili per il PAI di educazione sanitaria avviene sulla base di un confronto tra UVM e MMG – IFeC.. Nella fattispecie, gli interventi infermieristici a domicilio prevedono:

- Educazione sanitaria su aderenza alla dieta mediterranea (somministrazione scheda PREDIMED adulti) e terapeutica (Morisky ety al., 1986);
- Rilevazione dei PV (pressione arteriosa, glicemia, sat. O^2, ecc.)

Il PAI gestito dall'IFeC – ADI può prevedere una frequenza di accessi modulabile in base alle necessità dell'utente e comunque non inferiore ai due accessi mensili per un anno. Ad ogni accesso, l'infermiere compila la scheda di valutazione dell'intervento inviandola contestualmente alla UOS ADI e, per opportuna conoscenza, al MMG – IFeC.

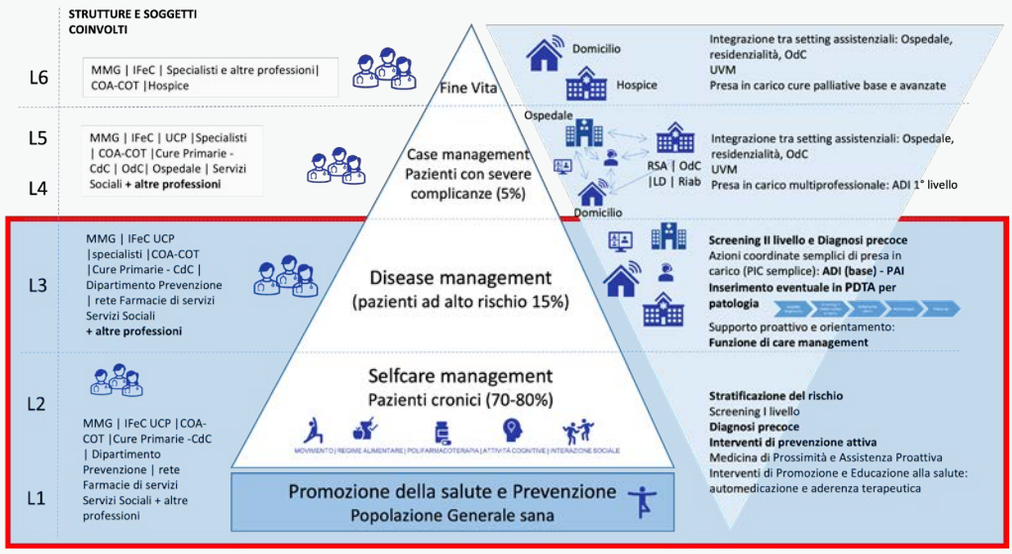


Figura 1: L'IFeC e MMG nella presa in carico assistenziale

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

L'IFeC ricopre un ruolo centrale e strategico nella presa in carico precoce in assistenza domiciliare degli over-65:

a. facilitando l'individuazione precoce dei bisogni di salute. L'IFeC interviene tempestivamente per intercettare i bisogni sanitari e sociali degli anziani, spesso soli e vulnerabili, attraverso valutazioni periodiche e proattive. Questo consente di prevenire l'aggravarsi delle condizioni croniche e di attivare rapidamente le risorse necessarie.
b. assicurando la presa in carico e la personalizzazione degli interventi attraverso la valutazione multidimensionale: ogni over-65 viene assegnato a un IFeC che, in collaborazione con il MMG, valuta i fattori di rischio, identifica le modalità di intervento più appropriate e stabilisce la frequenza delle visite domiciliari. L'IFeC gestisce non solo gli aspetti clinici, ma anche quelli sociali, promuovendo stili di vita sani e l'autonomia della persona.
c. assumendo il ruolo di case manager e process owner: l'IFeC è il punto di riferimento unico per la gestione del percorso assistenziale dell'anziano a domicilio, coordinando l'intervento di altri professionisti sanitari e sociali e favorendo l'integrazione tra servizi sanitari e di welfare. Questo approccio migliora la continuità e l'efficacia della presa in carico.
d. garantendo interventi la promozione, prevenzione ed educazione alla salute: l'IFeC svolge un'importante funzione educativa verso pazienti e familiari, migliorando le conoscenze sulla gestione delle patologie croniche e favorendo l'empowerment dell'anziano e del caregiver. Agisce anche nell'ambito della sanità d'iniziativa, promuovendo la prevenzione delle complicanze e l'aderenza ai percorsi di cura.
e. facilitando l'accesso ai servizi: grazie alla conoscenza della rete dei servizi territoriali, l'IFeC orienta e facilita l'accesso appropriato e tempestivo alle risorse disponibili, riducendo il rischio di ospedalizzazione e favorendo la permanenza dell'anziano al domicilio.

CONCLUSIONI

L'IFeC rappresenta la figura cardine per la presa in carico precoce in assistenza domiciliare degli anziani over-65, soprattutto nelle situazioni di fragilità e cronicità, grazie a competenze specialistiche, capacità di valutazione multidimensionale, funzione di case manager e ruolo di facilitatore dell'accesso ai servizi. L'IFeC si integra strettamente con il MMG nella presa in carico assistenziale dei pazienti e questo approccio integrato e proattivo è fondamentale per intercettare precocemente quei casi da arruolare precocemente in assistenza domiciliare attraverso interventi di promozione ed educazione alla salute ed ai corretti stili di vita.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Medici
- Infermieri

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

- 2023-primo trimestre 2024

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il modello organizzativo è stato rivisto a seguito del cambio di governance aziendale

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI:

- Sistema Informativo dell'Assistenza Territoriale (SIAT) della Regione Lazio

22 PERCORSO NASCITA A BASSO RISCHIO OSTETRICO: INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO NELLA ASL ROMA 2

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASL ROMA 2

UNITA' OPERATIVA

UOC Assistenza alla Persona – Area Ostetrica

REFERENTE DEL PROGETTO

Patrizia Proietti

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
SIMONA MAROCCHINI
EMANUELA MENICHELLI
PATRIZIA PROIETTI
SABRINA STRANO

ABSTRACT

In ambito materno-infantile, il riconoscimento OMS-UNICEF Baby Friendly Community (2014) e la successiva pubblicazione delle Buone Pratiche Agenas (2016) hanno guidato l'uniformazione delle pratiche assistenziali all'interno della nuova realtà della ASL ROMA 2, nata dalla fusione delle ex ASL B e C.Coerentemente con le evidenze scientifiche, che riconoscono l'assistenza ostetrica come elemento chiave per il miglioramento degli esiti di salute materno-infantile, è stato realizzato un modello di integrazione territorio-ospedale-territorio unico nel suo genere, che oggi rappresenta un punto di riferimento virtuoso per tutta la Regione Lazio.

A fine 2022, con Delibera 2090/2022, è stata inoltre formalizzata presso l'Ospedale Sandro Pertini la presa in carico della diade madre-neonato in rooming-in da parte dell'Ostetrica, registrando un incremento significativo nei tassi di allattamento e nel gradimento delle puerpere.

Il progetto che si propone in questo caso si inserisce in questo percorso già consolidato, con l'obiettivo di implementare il Percorso a Basso Rischio Ostetrico (BRO) in tutta l'ASL ROMA 2.
Il modello prevede la presa in carico autonoma da parte dell'Ostetrica sin dal primo colloquio nei Consultori Familiari, la gestione del travaglio e del parto a basso rischio nei due Punti Nascita aziendali (Ospedale Sandro Pertini e Ospedale Sant'Eugenio), e il successivo rientro della nuova famiglia nel circuito consultoriale, garantendo continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio in ogni fase.

Le evidenze scientifiche supportano fortemente l'assistenza ostetrica continuativa nella gravidanza fisiologica:

- La Cochrane Review (Sandall et al., 2016) documenta che i modelli di Midwife-Led Continuity of Care riducono i tassi di parti pretermine, gli interventi ostetrici (episiotomie, induzioni, tagli cesarei), incrementano i parti spontanei, migliorano il benessere psicologico materno e aumentano la prevalenza dell'allattamento al seno.
- L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2016), nelle *Raccomandazioni sull'assistenza prenatale per una positiva esperienza di gravidanza*, sottolinea che l'assistenza guidata dalle Ostetriche è un pilastro per promuovere salute e benessere della diade madre-bambino.
- A livello nazionale, il Ministero della Salute raccomanda la gestione ostetrica autonoma delle gravidanze fisiologiche attraverso le *Linee di indirizzo BRO* (2017), quale modello di riferimento per appropriatezza, efficacia e sicurezza.

In linea con queste evidenze, nella prospettiva di realizzazione di un Percorso dedicato BRO, è stato realizzato un percorso formativo sul campo (FSC) in 4 edizioni tra il 2023 e il 2024 presso la Casa Maternità Aloah (Latina), accreditata con la Regione Lazio, rivolto a tutte le Ostetriche aziendali, ospedaliere e territoriali.Il programma formativo ha permesso di consolidare competenze in:

- presa in carico ostetrica della gravidanza fisiologica sin dall'inizio del percorso;
- gestione attiva del travaglio e del parto, promuovendo il movimento libero, l'uso di posizioni dinamiche e tecniche non farmacologiche di controllo del dolore;
- cura della diade madre-bambino nel postpartum, incentivando pratiche come il contatto pelle-a-pelle e l'allattamento;
- accoglienza della famiglia nei percorsi assistenziali, favorendo la partecipazione attiva e il supporto emotivo.

Attraverso questo intervento si intende rafforzare la qualità, la sicurezza e l'umanizzazione dell'assistenza, promuovendo una nascita rispettosa, sicura ed empatica, in linea con i principi della midwiferyevidence-based.

OBIETTIVO GENERALE

Garantire l'implementazione del Percorso a Basso Rischio Ostetrico nella ASL ROMA 2, integrando i livelli assistenziali territoriali e ospedalieri in un'ottica di continuità, efficacia e personalizzazione dell'assistenza.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Formare tutte le ostetriche ospedaliere e territoriali all'assistenza al Basso Rischio Ostetrico dalla gravidanza al dopo parto.
- Standardizzare procedure e protocolli assistenziali BRO tra Consultori e Punti nascita.
- Promuovere pratiche di umanizzazione dell'assistenza (rooming-in, contatto pelle-a-pelle, sostegno all'allattamento).
- Implementare strumenti gestionali e di monitoraggio della qualità assistenziale.
- Consolidare strumenti di comunicazione come l'agenda elettronica in condivisione tra ospedale e territorio.

MATERIALI E METODI

Formazionesul Campo (FSC):

- Teoria (3 ore): approfondimento su linee guida EBM, protocolli e casi clinici.
- Confronto operativo (3 ore): revisione condivisa dei percorsi e strategie assistenziali.
- Attività pratica (5 ore): sessioni simulate presso Casa Maternità Aloah (Latina), con 4 tutor dedicati.
- Produzione di elaborato (1 ora): definizione condivisa di strumenti applicativi e procedure.

Implementazione del PercorsoNascita a Basso Rischio Ostetrico:

- Primo colloquio con l'Ostetrica entro 7 giorni dalla richiesta e consegna Agenda della Gravidanza
- Presa in carico autonoma delle situazioni a basso rischio con rivalutazione continua del rischio ostetrico
- Utilizzo agenda elettronica in condivisione territorio-ospedale
- Prenotazione delle ecografie raccomandate (LEA 2017)
- Corsi di accompagnamento alla nascita
- Screening precocedel rischio di depressione perinatale (Whooley Test) con eventuale attivazione di un percorso multidisciplinare di presa in carico
- Invio protetto presso gli ambulatori ospedalieri di Gravidanza a Basso Rischio Ostetrico
- Assistenza al travaglio e parto BRO in stanze dedicate
- Contatto pelle e pelle prolungato e sorveglianza intensiva delle prime due ore dopo il parto
- Percorso ospedaliero di degenza con stanze di rooming-in estensivo e presa in carico ostetrica della diade
- Screening precoce del rischio di depressione perinatale (Whooley Test) con eventuale attivazione di un percorso multidisciplinare di presa in carico
- Appuntamento entro 7 giorni dalla dimissione presso gli ambulatori ostetrici dell'allattamento e del puerperio attivi presso i Consultori Familiari
- Compilazione della perineal card con valutazione del rischio ed eventuale invio agli ambulatori ostetrici hub e spoke di rieducazione del pavimento pelvico
- Presa in carico presso gli ambulatori ostetrici dell'allattamento e del puerperio
- Appuntamento per la prima vaccinazione pediatrica
- Ulteriore rivalutazione di screening precoce del rischio di depressione perinatale (Whooley Test) con eventuale attivazione di un percorso multidisciplinare di presa in carico
- Incontri post-partum e incontri monotematici multidisciplinari

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

- Miglioramento dell'appropriatezza assistenziale nel Percorso Nascita BRO
- Incremento dei parti spontanei assistiti con metodiche attive.
- Aumento della soddisfazione delle donne e delle famiglie.
- Implementazione delle nuove procedure nell'80-90% delle situazioni assistenziali entro Dicembre 2025

Dati 2024:

- 8879 colloqui gravidanza, 915 Agende consegnate, 1548 ecografie prenotate.
- 155 corsi preparto con 1777 coppie, 113 corsi post-partum con 1150 famiglie.
- 238 corsi monotematici (2537 utenti), 1789 chiamate SOS MAMMA, 1027 email gestite.
- 1733 nuove cartelle allattamento, 10.899 accessi registrati.

CONCLUSIONI

Il progetto rappresenta una best practice per l'assistenza materno-infantile, centrata sulla continuità ospedale-territorio e sulla personalizzazione del percorso nascita, in particolare sul Basso Rischio Ostetrico. La formazione sul campo ha rafforzato le competenze ostetriche e ha favorito l'allineamento di pratiche assistenziali a sostegno di un evento nascita sicuro, rispettoso e umanizzato.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Ostetriche dei Consultori Familiari
- Ostetriche dei Punti nascita
- Coordinatrici Ostetriche
- Medici ginecologi e pediatri
- Psicologi
- Docenti e Tutor della formazione ostetrica

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

- **Avvio:**III trimestre 2023
- **Conclusione:** III trimestre 2025
- **Monitoraggio:** Continuativo annuale

PAROLE CHIAVE

Continuità, gravidanza, parto attivo, basso rischio ostetrico, Consultorio Familiare, allattamento, salute mentale perinatale, umanizzazione, formazione ostetrica.

23 MUSIC AND MOTHERHOOD: IL CANTO PER IL BENESSERE EMOTIVO DELLE NEOMAMME NEI CONSULTORI DELLA ASL ROMA 2

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASL ROMA 2

UNITA' OPERATIVA

UOC Assistenza alla Persona – Area Ostetrica

REFERENTE DEL PROGETTO

Patrizia Proietti

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
FILOMENA CINQUEGRANA
SIMONA MAROCCHINI
EMANUELA MENICHELLI
ERIKA NATALE
PATRIZIA PROIETTI

ABSTRACT

La gravidanza e il periodo che va dalla nascita al primo anno di vita del bambino rappresentano fasi critiche e impegnative nella vita della donna, a causa dei profondi cambiamenti personali, psico-fisici e sociali. Studi epidemiologici dimostrano che la depressione post-partum si verifica nell'8-12% delle donne, cioè circa una donna su dieci, entro tre mesi dal parto, con episodi che durano comunemente da due a sei mesi.

La depressione, se non riconosciuta e trattata, può avere rilevanti conseguenze negative sulla vita della donna e sul suo ruolo di madre, aumentando il rischio di difficoltà nell'interazione e nell'attaccamento al proprio figlio. Le ripercussioni possono essere significative anche nella gestione quotidiana delle attività, sull'autostima, sulle relazioni sociali e sul ruolo all'interno della famiglia e della comunità. L'impatto di qualsiasi problema di salute potrebbe richiedere un intervento più urgente a causa dell'effetto potenziale sul feto o sul bambino, sulla salute fisica della donna e sulla sua capacità di gestire le situazioni familiari.

È quindi fondamentale attivare strategie per il riconoscimento precoce del rischio di depressione perinatale e per una presa in carico globale, anche attraverso interventi non strettamente clinici, ma che permettano alle madri di creare e condividere reti sociali. Nella ASL ROMA 2, l'attenzione al tema ha una storia consolidata. Nel 2018 è stato avviato, in diverse regioni, tra cui il Lazio e specificamente nella ASL ROMA 2, un intervento tramite l'implementazione di un progetto CCM per promuovere l'attenzione al disagio psichico in gravidanza e nel puerperio, e ai fattori protettivi per la prevenzione e il riconoscimento precoce del disagio perinatale da parte dei professionisti della rete dei servizi del Percorso Nascita. Al termine del progetto, questo tipo di intervento, risultando efficace per uno screening precoce del disagio perinatale, è stato istituzionalizzato come percorso aziendale, implementato in tutti i Consultori Familiari della ASL ROMA 2 e nei Punti Nascita. Questo percorso prevede una presa in carico globale della donna e della famiglia in continuità territorio-ospedale-territorio. Le azioni proposte sono volte a favorire un tempestivo e appropriato riconoscimento di eventuali bisogni specifici della donna da parte dei professionisti del Percorso Nascita.

Su queste basi solide, la ASL ROMA 2 ha potuto partecipare nel 2023 allo studio pilota "Music and Motherhood", coordinato dal *Regional Office for Europe* del WHO e condotto in Danimarca, Romania e Italia, per promuovere in altri Paesi l'adattamento di un intervento di canto di gruppo, dimostratosi efficace nel ridurre i sintomi di depressione post-partum (DPP) nel Regno Unito. Lo studio italiano, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con la ASL Città di Torino e *Cultural Welfare Center*, ULSS 6 Euganea e ASL Roma 2, ha mostrato un'elevata accettabilità da parte delle donne e dei professionisti.

Il progetto attuale, basato sui risultati dello studio pilota, propone l'integrazione di un intervento di canto di gruppo nell'offerta dei Consultori Familiari della ASL ROMA 2 come strumento di supporto alla salute mentale perinatale. Il progetto mira dunque a strutturare stabilmente l'offerta dell'intervento nei Consultori Familiari aziendali, promuovendo il benessere emotivo delle neomamme con sintomi di depressione post-partum (DPP) attraverso l'uso della musica.

OBIETTIVO GENERALE

Promuovere la salute mentale perinatale mediante l'integrazione di un intervento di canto di gruppo strutturato nei Consultori Familiari della ASL Roma 2.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Offrire un intervento non medicalizzato e inclusivo per neomamme con sintomi di DPP.
- Valutare l'impatto dell'intervento su benessere percepito, sintomi depressivi e supporto sociale percepito.
- Strutturare un modello replicabile di intervento integrato tra salute e cultura.

MATERIALI E METODI

- **Target**: neomamme <9 mesi dal parto con EPDS ≥10.
- **Intervento**: 10 incontri settimanali di canto condotti da un/a musicista formato/a, affiancato/a da personale del CF.
- **Setting**: Consultori Familiari della ASL Roma 2.
- **Valutazione**:
  - Quantitativa: EPDS
  - Qualitativa: focus group, interviste semi-strutturate.
- **Collaborazioni**: Terzo Settore, Istituto Superiore di Sanità.

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

- Miglioramento della sintomatologia depressiva e del benessere percepito delle partecipanti.
- Rafforzamento del legame madre-bambino.
- Maggiore integrazione interprofessionale e intersettoriale.

CONCLUSIONI

Il progetto pilota si è dimostrato innovativo e sostenibile. Il canto di gruppo rappresenta un'efficace risorsa di comunità a sostegno della salute mentale post-partum. L'elevata partecipazione e la soddisfazione delle donne e dei professionisti confermano l'opportunità di integrare l'intervento nell'offerta strutturata dei CF.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Ostetriche
- Psicologi
- Musicisti formati
- Coordinatriciostetriche
- Personale amministrativo

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

- Fase preparatoria: 2 mesi
- Implementazione: 3 cicli di 10 settimane (3 cicli/anno)
- Valutazione finale: 2 mesi

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

- Il progetto si integra con il Percorso Nascita esistente e potenzia il sostegno alla salute mentale perinatale.
- Utilizzo di software gestionali per tracciamento utenti e raccolta dati valutativi.

PAROLE CHIAVE

Depressione post partum, canto di gruppo, salute mentale, perinatalità, ostetricia, benessere, consultorio, percorso nascita

24 La gestione delle ferite croniche: Progetto pilota di Ricerca Azione e Formazione degli infermieri per la continuità assistenziale negli ambulatori infermieristici aziendali

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASL ROMA 2

UNITA' OPERATIVA

UOC Assistenza alla Persona – Formazione permanente

REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Barbara Raffaele

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
DOTT.SSA MARIA YMELDA TOLENTINO DIAZ
DOTT.SSA BARBARA RAFFAELE
DOTT.SSA MARZIA LOMMI
DR. MARCELLO ROVERE
DR. LUCA GUARENTE
DOTT.SSA BARBARA PORCELLI

ABSTRACT

L'invecchiamento della popolazione ha fatto emergere condizioni di comorbilità in soggetti con patologie croniche che necessitano di continuità delle cure e un sistema di servizi integrati capaci di assicurare migliori risultati per i pazienti con conseguente aumento della soddisfazione percepita. In particolare, la gestione delle ferite croniche,localizzate principalmente gli arti inferiori, costituisce un problema rilevante in Europa, infatti, gli studi di prevalenza hanno riportato risultati diversi che vanno dallo 0,031% allo 0,11% nella popolazione generale e dal 6,7% al 12,6% nella popolazione che riceve assistenza domiciliare. Le lesioni croniche ad eziologia mista, in Italia coinvolgono due milioni di persone circa, con un significativo impatto sugli utenti, in termini di qualità di vita e livello di autonomia nelle attività quotidiane, e sul sistema sanitario per i costi derivanti.

Per favorire una guarigione ottimale della lesione cronica la formazione degli operatori è essenziale per una presa

in carico *patientoriented* e con l'adozione di interventi e*videncebased*. In questa prospettiva è stato progettato un percorso pilota di formazione continua,con il metodo della Ricerca – Azione, destinato inizialmente ad un gruppo ristretto di infermieri operanti negli Ambulatori Infermieristici Territoriali (AIT) dell'ASL Roma 2, da estendere successivamente a tutti gli infermieri operanti in tali sedi.

Il progetto pilota, promosso dalla Direzione della UOC Assistenza alla Personaha coinvoltopreliminarmente i coordinatori distrettuali ed assistenziali per creare le condizioni organizzative per la partecipazione degli infermieri al percorso formativo costituto da 3 fasi: 1) Formazione a distanza; 2) Formazione Sul Campo (affiancamento) e 3) Project Work. Trenta infermieri, hanno concluso tutto il percorso formativo teorico e esperienziale. La maggior parte era di genere femminile, e il 15,5% erano di genere maschile; l'età media era di 52,82 anni (±6,42) e una anzianità di servizio media e di lavoro in azienda 23,68 anni (±6,89) di 19,44 anni (±7,17) rispettivamente. Il Project Work ha riguardato la predisposizione di: schede di valutazione delle ferite, il modello di presa in carico del paziente, lo sviluppo di PDTA specifico, le funzioni del Case Manager Wound Care (CMWC) e l'implementazione della Cartella Infermieristica Elettronica dedicata alla gestione delle lesioni croniche. Risultati attualmente in corso di ampliamento.

OBIETTIVO GENERALE

Implementare le conoscenze e le abilità pratiche degli infermieri coinvolti degli AIT attraverso lo sviluppo di un corso teorico – esperienziale con la metodologia Ricerca-Azione al fine del miglioramento della qualità delle cure agli utenti portatori di lesioni croniche.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Offrire un'opportunità di apprendimento diversificata rispetto al background di partenza.
2. Identificare e selezionare le linee guida con le conoscenze aggiornate e più rilevanti nel campo infermieristico nella gestione delle lesioni croniche.
3. Contestualizzare le informazioni acquisite nel percorso teorico nei diversi ambulatori della ASL Roma 2.
4. Identificare strumenti di valutazione per una migliore presa in carico della persona da condividere ed adottare in tutti gli AIT.

MATERIALI E METODI

Luogo di studio

Il setting è composto dagli AIT dell'ASL Roma 2, uno dei luoghi della continuità assistenziale. Il territorio aziendale si estende su una superficie di 470 kmq nell'area sudest della città di Roma, con una popolazione residente di circa 1.275.981 abitanti,ed una densità di popolazione pari a 2.732 abitanti per kmq, che rispecchia una popolazione anziana caratterizzata da un tasso di mortalità più alto di quello di natalità (8,2 vs 6,2) e da una elevata proporzione di anziani rispetto ai giovani (indice di vecchiaia pari a 190,5).

Partecipanti

Infermieri degli AITaziendali che hanno accolto l'invito a partecipare al percorso formativo di 90 ore complessive.

Fasi

- La prima fase ha previsto l'esecuzione di un corso teorico di 30 ore, in modalità webinar su piattaforma aziendale in un'ottica multidisciplinare.
- L'esecuzione di un corso di natura esperienziale di Formazione Sul Campo (FSC), è stata la seconda fase, per complessive 30 ore, all'interno di 6 ambulatori infermieristici territoriali identificati con la presenza di un CMWC che ha garantito l'efficacia e la continuità dell'apprendimento.
- La terza fase ha previsto gruppi di lavoro per la costruzione di un Project Work attraverso la modalità di FSC per complessive 25 ore.

La condivisione dei risultati dei Project Work e dell'esperienza acquisita attraverso tutto il percorso formativo è avvenuta nella giornata conclusiva di 5 ore.

Strumenti operativi negli AIT

Scheda informatizzata aziendale

Protocollo operativo per la gestione della lesione

Strumenti di valutazione dell'apprendimento

- Nella prima fase è stato utilizzato un questionario a risposta multipla composto da 90 item riguardanti i contenuti del corso.
- La seconda fase per la valutazione dell'acquisizione delle competenze è stata predisposta una check list composta da 10 item, per audit, utilizzate dai tutor in qualità di CMWCche seguivano i partecipanti.
- Nella terza fase i discenti suddivisi in gruppi di lavoro, hanno elaborato dei Project Work inerentealla gestione del paziente con ferita cronica, sia a livello assistenziale che educativo, l'aggiornamento di linee guida e procedure per l'aspetto organizzativo del servizio.

Sono stati somministrati dei questionari di gradimento per la rilevanza rispetto alla necessità di aggiornamento, la qualità educativa e utilità del percorso nella pratica assistenziale.

Analisi dei dati

Statistiche descrittive sono state utilizzate per sintetizzare i dati raccolti. Inoltre per descrivere le caratteristiche dei partecipanti allo studio sono state usate misure appropriate di tendenza centrale. In funzione della tipologia di variabile sono state applicate analisi statistiche e test appropriati con valori di significatività di $p < 0,05$ per confrontare i dati nelle diverse fasi dello studio e per valutare la relazione tra le variabili. I dati quantitativi sono stati analizzati utilizzando il programma statistico SPSS Statistics versione 26. Per l'analisi qualitativa è stato utilizzato il software NVivo versione 10.0 al fine di tematizzare i risultati emersi dal questionario delle conoscenze e dai Project work.

RISULTATI

La prima fase, primoapproccio online dei diversi professionisti in un'ottica diassistenza multidisciplinare a rete, ha tenuto una notevole importanza ed è servita da substrato alla fase successivaEsperienziale. È stata superata con la prova valutativa sulle conoscenze(Tabellan.1) ha visto il raggiungimento degli obiettivi formativi da parte di tutti i partecipanti.

La seconda fase, ha favorito il confronto tra i diversi operatori degli AIT nel prendersi cura della persona con ferita cronica. Sono state condivise procedure e strumenti operativi, da implementare, relativi all'accoglienza della persona assistita e del caregiver,

all'accertamento e alla raccolta dati sulla persona e la lesione cutanea, al monitoraggio e alla valutazione della lesione e del dolore, alla scelta della medicazione appropriata e all'educazione terapeutica anche ai familiari.

Nella terza fase, gliotto gruppihanno prodotto progetti da sviluppare (Tabella n.2)che,analizzati attraverso l'analisi qualitativa con un processo di categorizzazione induttiva,hanno generato 3 categorie di risultati:

Prima categoria: "acquisizione di conoscenze", che includeva l'approccio olistico, necessario ad un paziente portatore di ferita cronica, le conoscenze sull'eziologia e fisiopatologia e sulla medicazione appropriata, la gestione del dolore.

Seconda categoria: "acquisizione di competenze"a partire dallo sviluppo della capacità di 'revisione della letteratura' elemento motivante per la padronanza di nuove conoscenze sull'Evidencebased, per un'appropriata gestione della lesione cronica.

Terza categoria: "la progettualità", inerente alla condivisione e la stesura di documenti sulle procedure assistenziali come le schede informative e le indicazioni alla corretta gestione delle lesioni, le proposte di progettodi miglioramento continuo della qualità sul modello di presa in carico dell'utente portatore di ferita cronica fino ad un PDTA specifico, all'implementazione del ruolo del CMWC, al modello evolutivo del Primary Nursing.

I partecipanti hanno dimostrato di aver acquisito competenze: sulla presa in carico del paziente dal suo ingresso in ambulatorio, attraverso una gestione multidisciplinare in termini di continuità assistenziale, sulla valutazione della qualità di vita, della lesione e del dolore. È stata avanzata la consapevolezza della necessità dell'utilizzo di scale specifiche condivise, prima e dopo la medicazione, ed anche dello sviluppo di un piano di educazione terapeutica rivolta all'utente e al caregiver.

La valutazione complessiva dei partecipanti relativa al percorso formativo inerente è stata: rilevanza degli argomenti trattati rispetto alle necessità di aggiornamento (90%), la qualità educativa del programma (94%) e l'utilità del percorso per la formazione/aggiornamento (93%).

TEMATICHE	Domande f (%)
ANATOMIA, FISIOLOGIA, EZIOLOGIA DEGLI ANNESSI CUTANEI E CLASSIFICAZIONE	19(21)
VALUTAZIONE E GESTIONE DELLE ULCERE CRONICHE (COMPRESE LE MEDICAZIONI)	29(32)
IL DOLORE	9(10)
LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE, L'ETICA E LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA	9(10)
LA COMUNICAZIONE E L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA	4(5)
PROMOZIONE DELLA SALUTE E GESTIONE DEL PAZIENTE SUL TERRITORIO	8(9)
RICERCA, EBN E FORMAZIONE	12(13)
TOTALE	90(100)

Tab. n.1 Questionario – tematiche

PROGETTI PRESENTATI
1) IMPLEMENTAZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA
2) STRUMENTO DI VALUTAZIONE DEL PAZIENTE E VALUTAZIONE DELLA LESIONE
3) STRUMENTO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DI VITA E VALUTAZIONE DEL DOLORE
4) CREAZIONE DI UN OPUSCOLO EDUCATIVO
5) SCHEDA INFORMATIVA SULLA LESIONE SECCA E PRODOTTI AZIENDALI UTILI AL TRATTAMENTO
6) SCHEDA INFORMATIVA SULLA LESIONE MEDIAMENTE E ABBONDANTEMENTE ESSUDATIVA E PRODOTTI AZIENDALI UTILI AL TRATTAMENTO
7) SCHEDA INFORMATIVA SULLA LESIONE CON DOLORE E LESIONE DI ORIGINE VASCOLARE CON TRATTAMENTO ELASTOCOMPRESSIVO
8) IPOTESI DI PERCORSO PER LA PRESA IN CARICO E LA GESTIONE DELLA PERSONA PORTATRICE DI ULCERA CRONICA

Tab. n.2 Project work

CONCLUSIONI

Questo percorso pilota di formazione teorico pratica, ideato come studio di Ricerca Azione ha evidenziato l'importanza del processo di insegnamento – apprendimento nella gestione delle ferite croniche rivolto al personale infermieristico, oltre ad aver permesso l'acquisizione delle più recenti conoscenze basate sulle evidenze, favorendo uno scambio reciproco tra professionisti sulle pratiche assistenziali e sugli strumenti di lavoro più appropriati, da promuovere a livello capillare sul territorio, per la presa in carico della persona afferente agli AIT in un'ottica di continuità assistenziale multidisciplinare.

La realizzazione dei Project Work, eseguita anche attraverso la Formazione Sul Campo, ha portato gli infermieri ad essere consapevoli del loro ruolo, li ha motivati a lavorare in gruppo favorendo l'implementazione di conoscenze e competenze specifiche. Infatti, la metodologia del lavoro di gruppo ha messo in luce come attraverso la ricerca della letteratura, brainstorming e riflessione critica, gli infermieri siano in grado di elaborare e proporre schede valutative e modelli specifici di gestione del paziente.

Il percorso formativo pilota ha gettato le basi per la progettazione di un ulteriore studio per uniformare le modalità di approccio al paziente, attraverso l'utilizzo di schede di valutazione delle lesioni croniche dell'utente condivise in azienda per la valutazione dell'efficacia e della qualità dell'assistenza.

Le schede che potrebbero essere utilizzate negli AIT:

- Questionario sociodemografico a 14 item per misurare le variabili socio-demografiche.
- Short PortableMental Status Questionnaire (SPMSQ), per valutare lo stato cognitivo; esso è composto da 10 item e prende in considerazione alcune funzioni cognitive come l'orientamento temporo-spaziale, la memoria e la capacità di calcolo; un punteggio di 0-2 indica assenza di deterioramento cognitivo, 3-4 la presenza di deterioramento cognitivo lieve; 5-7 deterioramento cognitivo moderato, e 8-10 deterioramento cognitivo grave.
- Mini NutritionalAssessment (MNA), per la valutazione dello stato nutrizionale. Esso è costituito da due sezioni, screening e valutazione globale; nel caso in cui il test di screening identifica un rischio si procede alla valutazione complessiva: il punteggio tra 17 e 23,5 identifica i soggetti a rischio di malnutrizione e il punteggio inferiore a 17 identifica soggetti con un cattivo stato nutrizionale.
- SF-12-2, per misurare lo stato di salute; è la versione più breve, a 12 item, del questionario SF-36 che ha dimostrato uguale validità e affidabilità; in particolare in questa versione breve vengono valutate due dimensioni: lo stato di salute fisica e di salute mentale.
- Bates-Jensen WoundAssesmentTool (BWAT), comprende 13 item per valutare lo stato della lesione assegnando un punteggio a ciascun item, previa datazione. Più è alto il punteggio totale, più grave è lo stato della lesione. Il punteggio totale è riportato su una scala Likert (da 1 = guarigione a 60 = degenerazione) per determinare l'andamento della lesione.
- Educazione terapeutica con l'utilizzo di Raccomandazioni di salute per la gestione delle ferite difficili ed il suo rinforzo, da implementare.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Area dei Professionisti della Salute – Infermieri, Coordinatori.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Anno 2022- 2023

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Si ringrazia i discentiche hanno partecipato attivamente e contribuito al buon esito del percorso formativo.

DESCRIZIONE SOLUZIONISOFTWARE SE PRESENTI

Software SPSS versione 26 per l'analisi quantitativa.

Software NVivo versione 10.0 per l'analisi qualitativa.

BIBLIOGRAFIA

- Azienda Sanitaria Locale ASL Roma 2. Atto Aziendale. Delibera 61/2025 del 13 febbraio 2025.
- Díaz-Herrera MÁ, Martínez-Riera JR, Verdú-Soriano J, Capillas-Pérez RM, Pont-García C, Tenllado-Pérez S, Cunillera-Puértolas O, Berenguer-Pérez M, Gea-Caballero V. MulticentreStudy of ChronicWounds Point Prevalence in PrimaryHealth Care in the Southern Metropolitan Area of Barcelona. J ClinMed. 2021 Feb 16;10(4):797.
- Green J, Jester R, McKinley R, Pooler A. The impact of chronicvenouslegulcers: A systematicreview. J Wound Care. 2014; 23:601–612.
- Goudy-Egger L, &Dunn KS. Use of ContinuingEducation to IncreaseNurses' Knowledge of ChronicWoundCare Management. The Journal of ContinuingEducation inNursing.2018; 49(10): 454-459.
- IelapiN, Costa D, Peluso A, Nobile C, Venditti V, BevacquaE, & Serra R. Wound Care Self-EfficacyAssessmentof ItalianRegisteredNurses and Wound Care Education inItalian Nursing Education System: A Cross-SectionalStudy. Nursing Reports.2022; 12(3): 674-684.
- Martinengo L, Olsson M, Bajpai R, Soljak M, Upton Z, Schmidtchen A, Car J, Järbrink K. Prevalence of chronicwounds in the general population: Systematicreview and meta-analysis of observationalstudies. Ann. Epidemiol. 2019; 29:8-15.
- Oliveira AC, Rocha DM, Bezerra SMG, Andrade EMLR, Santos AMR & Nogueira LT. Quality oflife of people with chronicwounds. Acta Paul Enferm. 2019; 32(2):194-201.
- Pancorbo-Hidalgo P, García-Fernández F, Pérez-López C, Soldevilla-Agreda J. Prevalencia de lesiones por presión y otraslesionescutáneasrelacionadas con la dependencia en centros de atención primaria de salud de España en 2017. Gerokomos. 2019; 30:134–141.
- Rouleau G, Gagnon MP, Côté J, Payne-Gagnon J, Hudson E, Dubois CA, Bouix-Picasso J. Effects of E-Learning in a ContinuingEducationContext on Nursing Care: SystematicReview of Systematic Qualitative, Quantitative, and Mixed-Studies Reviews. J Med Internet Res. 2019 Oct 2;21(10):e15118.
- Skerritt L, Moore Z. The prevalence, aetiology and management of wounds in a community care area in Ireland. Br. J Community Nurs. 2014;19: S11–S17.
- Wang C, Kuo H-C, Cheng S-F, Hung J-L, Xiong J-H, Tang P-L. Continuity of care and multiple chronicconditions impact frequent use of outpatientservices. HealthInformatics Journal. 2019;26(1):318-327.

25 “Modello Assistenziale Territorio/Ospedale/Territorio (T-H-T) TOBIA-DAMA integrato alle linee di attività consolidate del progetto della ASL ROMA 2 Curare con Cura”

in recepimento della Determinazione Regionale G01769 del 13/02/2023 “Adozione delle linee di indirizzo regionali per l’organizzazione dei percorsi assistenziali rivolti alle persone con disabilità complesse e/o cognitivo-relazionale”, nonché delle Linee programmatiche dell’Assistenza Territoriale 2024/2026 – Determinazione Regione Lazio 976/2023.

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASL ROMA 2

UNITA’ OPERATIVA

UOC Assistenza alla Persona – Servizio in Staff: Rete degli Ambulatori “Curare con Cura”

REFERENTE DEL PROGETTO

Sabino Venezia, Incaricato di Funzioni Organizzative, Infermiere esperto

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	AFFERENZA
VENEZIA SABINO	UOC ASS. ALLA PERSONA, RESP. AMBULATORI “CURARE CON CURA” - INC. FUNZ. ORGAN.
PROIETTI PATRIZIA	UOC ASS. ALLA PERSONA – DIRIG. PROFESSIONI SANITARIE – OSTETRICA – SOSTITUTO DIR. UOC-
STEFANELLI GINA	UOC ASS. ALLA PERSONA/AMBULATORI “CURARE CON CURA” – CPS INF.CASE MANAGER
MASTRUCCI KATIUSCIA	UOC ASS. ALLA PERSONA/AMBULATORI “CURARE CON CURA” – CPS INF.CASE MANAGER
CORBO BARBARA IOLANDA	UOC ASS. ALLA PERSONA/AMBULATORI “CURARE CON CURA” – CPS INF.CASE MANAGER
FACCHINI ROBERTA	UOC ASS. ALLA PERSONA/AMBULATORI “CURARE CON CURA” – CPS INF.CASE MANAGER
GESSA FRANCESCA	UOC ASS. ALLA PERSONA/AMBULATORI “CURARE CON CURA” – CPS INF.CASE MANAGER
SALAMANDRO CATERINA	UOC ASS. ALLA PERSONA/AMBULATORI “CURARE CON CURA” – CPS INF.CASE MANAGER
PALAZZESI ALESSIA	UOC ASS. ALLA PERSONA/AMBULATORI “CURARE CON CURA” – CPS INF.CASE MANAGER
POZZUOLI MARIA	UOC ASS. ALLA PERSONA/AMBULATORI “CURARE CON CURA” – CPS INF.CASE MANAGER
EVANGELISTI FEDERICA	UOC ASS. ALLA PERSONA/AMBULATORI “CURARE CON CURA” – CPS INF.CASE MANAGER
FACCENNA DOMENICO	UOC ASS. ALLA PERSONA/AMBULATORI “CURARE CON CURA” – CPS INF.CASE MANAGER

ABSTRACT

Il Modello **"*Curare con Cura*"** basa le proprie linee di attività prevalentemente sulla presa in carico delle persone con disabilità cognitivo-comportamentale, anche non verbali e non collaboranti, attraverso le dinamiche del comportamento prosociale (o comportamento sociale positivo)[1] che utilizzano l'empatia come strumento di approccio. La "capacità di sintonizzarsi cognitivamente ... con gli altri"[2], favorisce la buona qualità della relazione di aiuto, caratterizzando il consolidamento dell'interazioni persona-operatore/persona assistita.

Facilitare le persone con disabilità non deve (solo) ridurre i tempi di attesa per una visita ma creare un "*clima favorente*" che "*faciliti*" l'esame, l'indagine strumentale, il ricovero, attraverso l'agire di un operatore dedicato. Con "Curare con Cura" è il sistema stesso a plasmarsi in funzione delle particolari esigenze assistenziali. Tale percorso (PDTA[3]) favorisce ed amplia i campi di azione del Progetto TOBIA/DAMA[4] perché parte dalla *presa in carico territoriale* e si sviluppa a domicilio e nei Distretti (Case di Comunità – Ospedali di Comunità) e solo successivamente nella rete dei presidi ospedalieri, in connessione con i vari modelli di assistenza territoriale del DM 77/2022 e tenuto conto della Telemedicina[5] in un'ottica precisa di "integrazione sociosanitaria".

OBIETTIVO GENERALE

Lo scopo del "Modello Assistenziale Territorio/Ospedale/Territorio (T-H-T) TOBIA-DAMA integrato alle linee di attività consolidate del progetto della ASL ROMA 2 "Curare con Cura" è quello di organizzarepercorsi assistenziali personalizzati rivolti alle persone con disabilità complessa cognitivo/relazionale o neuromotoria, per una presa in carico e un'assistenza continuativa territorio-ospedale-territorio, attraverso il potenziamento delle seguenti attività:

- presa in carico territoriale per la gestione degli interventi sanitari nell'ottica *"dell'accomodamento ragionevole"*
- interventi domiciliari, nelle strutture residenziali, nelle case del *Dopo di Noi*
- interazione con i caregivers nella costruzione dei setting assistenziali (o percorsi di vita)
- ricovero e/o ricovero in emergenza/urgenza (nell'ottica All in One) nei presidi Ospedalieri e/o nelle Case di Comunità/Ospedali di Comunità
- integrazione sociosanitaria (interventi di socialità positiva)

1 Staub E. Modelli ad agenti nell'analisi sociologica, Roma,. Carocci. (1978)

2 Reykowski, 1982

3 Delib. Giunta Reg. Lazio n° 976 del 28/12/2023 All.1 – punto 8 "raccordo tra PDTA e Piano Regionale Prevenzione PRP."

4 DETERMINAZIONE G01769 13/02/2023 "Linee d'indirizzo regionali per l'organizzazione dei percorsi assistenziali rivolti alle persone con disabilità complessa e/o cognitivo-relazionale" e implementazione nelle Aziende Ospedaliere, Presidi Ospedalieri, Policlinici Universitari, IRCSS, della Regione Lazio del servizio TOBIA (team operativo per bisogni individuali assistenziali) e della rete regionale TOBIA-DAMA

5 Delib. Giunta Reg. Lazio n° 976 del 28/12/2023 – All.1 – punto 6.4 – "Obiettivo 2 Qualificazione dell'assistenza alle persone con grave disabilità" Azione 1 – "Implementazione modello DAMA ... a partire dalle esperienze del Progetto TOBIA (AO San Camillo) e Curare con Cura (ASLRoma2) – ottobre 2024

- percorsi di prevenzione e screening oncologici, anche per i Caregivers.

I percorsi personalizzati sono garantiti di concerto con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i servizi territoriali aziendali (TSMREE, TSRDA, DSM) ed extra aziendali (Polic. Universitari, Centri di riferimento malattie rare, ecc.) per sviluppare l'attività di prevenzione e di limitazione dei ricoveri inappropriati.

OBIETTIVO SPECIFICO

CcC ha sviluppato le seguenti linee di attività:

- Screening Oncologici, di concerto con la UOSD Coordinamento Screening del Dipartimento di Prevenzione.
- Unità di Valutazione Multi Dimensionale (UVMD) in supporto alle articolazioni organizzative del DSM o della UOC Disabile Adulto.
- Piani di Assistenza Individuale (PAI) in supporto alle articolazioni territoriali della UOS TSRMEE.
- Supporto/consulenza negli Ambulatori Infermieristici Territoriali, nell'attività della UOC ADI Aziendale (Alta Complessità) ed in quella degli IFoC.
- Supporto alle procedure di emergenza urgenza in Pronto Soccorso ed alle successive fasi di ricovero e dimissione protetta.
- Supporto nelle attività vaccinali dei disabili in carico al Servizio, nei centri vaccinali territoriali e negli ambulatori Ospedalieri per le Vaccinazioni "a rischio".
- Supporto nelle attività diagnostiche in sedazione procedurale (Radiologia, endoscopia, ecc.)
- Sviluppo specifiche progettualità nei Piani Sociali di Zona delle municipalità.
- Intervento permanente alle riunioni delle Consulte Handicap Municipi.
- Carta dei Servizi del Distretto 9/Municipio IX
- Utilizzo delle attività ricreative delle APS/ONLUS come luogo per stabilire rapporti di socializzazione con i *ragazzi* presi in carico.
- Partecipazione a progetti di studio delle Società Scientifiche delle ASP/ONLUS.
- Sviluppo di percorsi formativi specifici sul tema delle "Disabilità cognitive".
- collaborazione con i MMG ed i PLS per il consolidamento di strategie diagnostiche e percorsi terapeutici adeguandoli al concetto di "*accomodamento ragionevole*".

MATERIALI E METODI

Dedicata al Modello assistenziale territorio/ospedale/territorio (T-H-T) TOBIA-DAMA INTEGRATO CcC è un'equipe, definita Team Operativo, socio-sanitaria multiprofessionale e multispecialistica, con funzione di raccordo tra la persona assistita che presenta disabilità, la famiglia/caregiver, i servizi territoriali e quelli specialistici ospedalieri.

Di seguito le risorse individuate:

- Risorse professionali dedicate
  - 1 Incaricato Funzioni Organizzative
  - 12 Infermieri Case Manager per gli ambulatori territoriali
  - 4 Infermieri Case Manager per gli Ambulatori ospedalieri /o le urgenze di PS
  - 2 OSS
- Risorse professionali in consulenza diretta

- 1 Dirigente Psicologo per le necessità do counseling familiare (caregiver) e per il supporto al Team (< 10% attività istituzionale)
    - 1 Ostetrica/Area Ostetrica (< 10% attività istituzionale)
    - 1 Coad/Ass. Amministrativo (10% linee attività UOC Ass. alla Persona)
    - 1 Professionista Area Formazione (10% attività UOC Ass. alla Persona – Formazione)
    - 1 Assistente Sociale(10% PUA o UOC Integrazione Sociosanitaria)
    - 1 Dirigente Medico Internista o Specialista Emergenza/Urgenza per consulenze su comorbilità. (DEA OSE/PERTINI al bisogno)
    - 1 Dirigente Medico Anestesista Rianimatore. (DEA OSE/PERTINI al bisogno)
    - 1 Dirigente Medico Neuropsichiatra Infantile (10% attività istituzionale TSRMEE)
    - 1 Dirigente Medico Psichiatra (10% attività istituzionale DSM)
    - 1 Dirigente Medico Neurologo (10% attività istituzionale Disabili Adulti)
    - 1 Dirigente Medico Pediatra per consulenze. (DEA OSE/PERTINI al bisogno)
    - 1 Terapista/Logopedista UOC Riabilitazione (< 10% attività istituzionale)
    - 1 Terapista della Riabilitazione Psichiatrica o 1 Educatore Professionale (10% attività istituzionale DSM)

Il percorso prevede una serie di setting assistenziali, legati al bisogno di salute della persona con disabilità complessa:

- Intervento a domicilio
- Accesso agli ambulatori “Curare con cura”
- Accesso facilitato al Pronto Soccorso
- Ricovero Ospedaliero.

La segnalazione dei casi potrà pervenire da:

- MMG e PLS;
- TSRDA;
- TSMREE;
- Familiari/caregiver o strutture ospitanti;
- COT/COAT.
- PS

Il percorso è attivo è dal lunedì al venerdì ore 08.30/16.30 ed il sabato ore 08.30/13.30; mail curareconcura@aslroma2.it Numero Verde 800 894 336; è previsto l’utilizzo di un cellulare di servizio 389.6118133. Il Team prende contatto con la persona attivante entro 48 ore dalla richiesta (12 ore in casi urgenti), per l’inquadramento del caso.

Successivamente il Team:

- Elabora un piano di intervento individualizzato e individua un Case Manager dedicato;
- Contatta i servizi per la programmazione dell’intervento;
- Coinvolge tutte le figure necessarie alla messa in atto delle procedure diagnostiche e/o degli interventi di prevenzione;
- Comunica e concorda la programmazione dell’intervento con famiglia/caregiver/professionista che ha attivato il servizio.

Nel giorno in cui verranno eseguiti gli interventi, il Case Manager individuato, accompagnerà e supporterà se

necessario durante tutte le fasi del percorso gli operatori dei servizi coinvolti nell'intervento. Sarà cura del Team, acquisire i referti e trasmetterli alla famiglia/caregiver e al medico curante. La persona con disabilità potrà essere inserita, se necessario, in un programma di follow up multidisciplinare periodico.

RISULTATI*

a. ATTIVITÀ COMPARATA 2023/2024 **ALLEGATO A**
b. PRELIEVI 2023/2024 **ALLEGATO B**
c. VIDEAT SPECIALISTICI GENNAIO – DICEMBRE 2024 **ALLEGATO C**

CONCLUSIONI

d. LA PRESA IN CARICO INTEGRATA DEI PAZIENTI DISABILI CON BISOGNI SANITARI SEMPLICI E COMPLESSI PER LA GESTIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

Il Servizio "Curare con Cura" per la gestione del percorso di presa in carico e cura delle persone con disabilità complessa "non collaboranti", nasce come progettualità dell'Associazione Genitori ex Anni Verdi, associazione di familiari di persone con disabilità intellettiva complessa e difficoltàrelazionali, con la finalità di tutelare il diritto alla tutela della salute, facilitando l'accesso alle prestazioni di cura attraverso percorsi mirati, nonché di prevenire situazioni di ospedalizzazione impropria. Il Servizio, con strutturazione territoriale, prende avvio presso il Presidio S. Caterina

della Rosa per poi espandersi in tutti i Distretti Sanitari della Roma 2 e, a partire dal 2014, segue una fase di sperimentazione oggetto di apposito Protocollo istituzionale tra la Regione Lazio, l'IRAS-IPAB e la ex ASL RMC, con l'obiettivo di definire un Piano di intervento dedicato sempre più articolato e rispondente in termini di lettura del bisogno assistenziale, accoglienza in spazi dedicati, riferimento ed orientamento alle famiglie, facilitazione della prestazione di cura privilegiando, ove possibile, l'erogazione della prestazione di assistenza sanitaria in sede domiciliare, riduzione dei tempi riservando in agenda (slot CUP) diverse prestazioni specialistiche ambulatoriali/ domiciliari (attraverso slot specialistici che, se non utilizzati da Curare con Cura, vengono rilasciati al sistema CUP, 72 ore prima della visita/prestazione).

In questo quadro, particolare importanza assume la specifica formazione del personale impiegato per la funzione di raccordo e facilitazione alla instaurazione della "relazione di cura", superando le barriere della comunicazione anche attraverso protocolli operativi che utilizzano la CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa. La Regione, in considerazione dei risultati della sperimentazione, sia in termini di crescita degli accessi che di prestazioni erogate, ha sostenuto con continuità il Servizio "Cura con Cura" per accompagnare il processo di validazione di questo modello – prevalentemente territoriale - di intervento mirato alla presa in carico delle persone con

disabilità complessa e di standardizzazione delle procedure, ai fini della auspicabile replicabilità diffusa sul territorio regionale. Nel proseguo, la ASL RM 2 ha fatto proprio il modello procedurale/organizzativo del percorso integrato di accesso delle persone con disabilità "non collaboranti" ai servizi di cura tipico del modello DAMA, percorso che si sviluppava attraverso:

- la presa in carico (engagement) mediante care manager sulla base di un piano preventivo -diagnostico - terapeutico - assistenziale in relazione al bisogno complesso espresso e/o intercettato,

- la gestione infermieristica degli step assistenziali, concordando con le strutture aziendali ed extra aziendali interessate le prestazioni/interventi necessari da garantire
- l'impiego di figure professionali dedicate al servizio: n. 9 Infermieri, Case manager con competenze trasversali nella sfera comunicativa, un Dirigente infermieristico ed una serie diprofessionisti con un monte ore parziale dedicato all'attività (Psicologi, Neuropsichiatri Infantili, Terapisti della Riabilitazione, Ostetriche, ecc.),
- l'umanizzazione delle cure.

La validità di questa esperienza è stata confermata dall'aumento esponenziale delle persone prese in carico (circa 1000) ma soprattutto in occasione della recente emergenza sanitaria per Covid– 19; in questa fase, infatti, il Servizio "Curare con Cura", ha programmato e organizzato con modalità forzatamente diverse procedure di screening e vaccinazioni, continuando a rappresentare un punto di riferimento per le famiglie delle persone con disabilità e assicurando attività di counseling ai familiari e ai caregiver sull'emergenza virus, anche con l'impiego di specialisti e con l'utilizzo di sistemi di telemonitoraggio a distanza. Ad oggi le attività, legate prevalentemente alle visite specialistiche ed agli esami ematochimici, anche a domicilio e urgenti per il dosaggio dei farmaci, si lega ad uno specifico lavoro territoriale di integrazione sociosanitaria a tutela della salute dei più fragili, in un contesto particolarmente difficile dal punto di vista emotivo e psicologico.

ALLEGATO A - ATTIVITA' COMPARATA 2023/2024

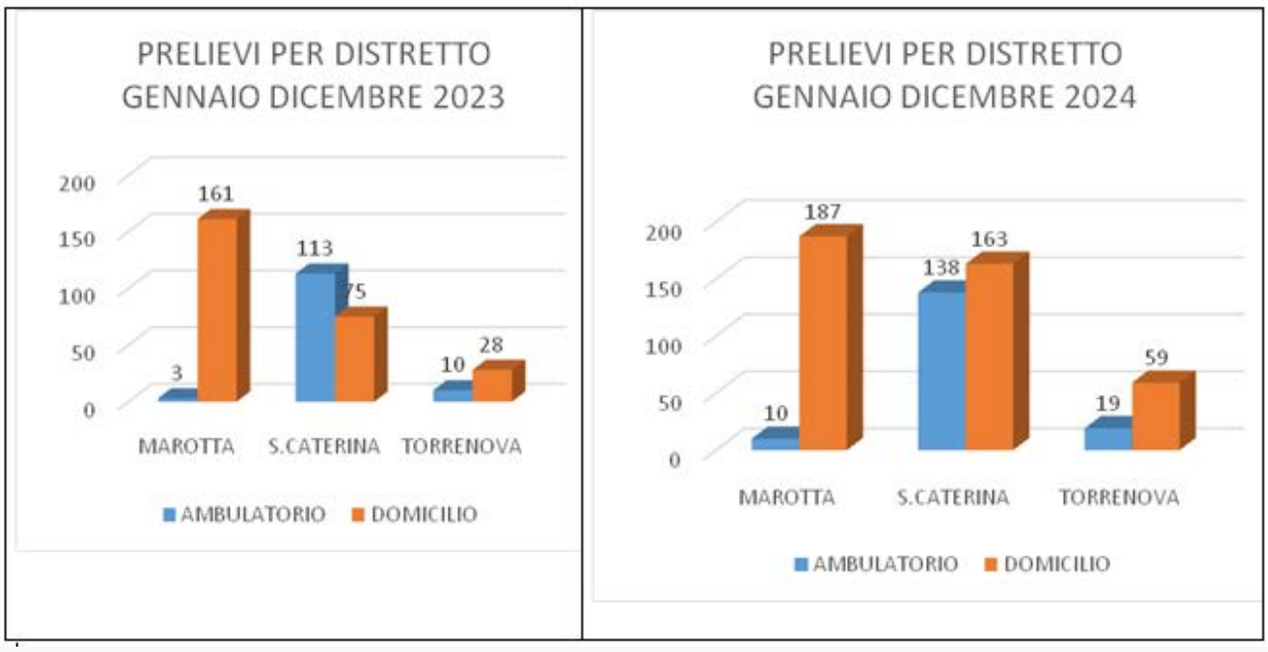
GENNAIO DICEMBRE 2023

POLIAMBUL	MAROTTA D8 e 9	S.CATERINA D5	TORRENOVA D6	TOT
PRELIEVI	164	188	38	**390**
CONSUL. INFERM	6	6		**12**
TNF	12	4		**16**
DENTISTA	11	83		**94**
RADIOLOGIA	25	45	32	**102**
CARDIOLOGICO	47	111	60	**218**
EEG	7	3		**10**
GASTRO				**0**
VDT	88	192	20	**300**
DEPOT		8	78	**86**
PREOSP	2	3		**5**
INTERVENTI	3	1		**4**
ps	4			**4**
VACCINI	31	2		**33**
				0
TOTALE	400	646	228	**1274**

GENNAIO DICEMBRE 2024

POLIAMBUL	MAROTTA D8 e 9	S.CATERINA D5	TORRENOVA D6	TOT
PRELIEVI	197	301	478	**576**
CONSUL. INFERM	29	59	0	**88**
TNF	2	0	0	**2**
DENTISTA	82	53	1	**136**
RADIOLOGIA	29	53	87	**169**
CARDIOLOGIA	94	126	61	**281**
EEG	11	0	6	**17**
GASTRO	17	27	1	**45**
VDT	110	211	69	**390**
DEPOT	0	0	39	**39**
PREOSP	3	5	0	**8**
INTERVENTI	7	3	0	**10**
ps	2	0	0	**2**
VACCINI	17	3	0	**20**
TOTALE	600	841	342	**1783**

ALLEGATO B - PRELIEVI 2023/2024



ALLEGATO C - VIDEAT SPECIALISTICI GENNAIO – DICEMBRE 2024

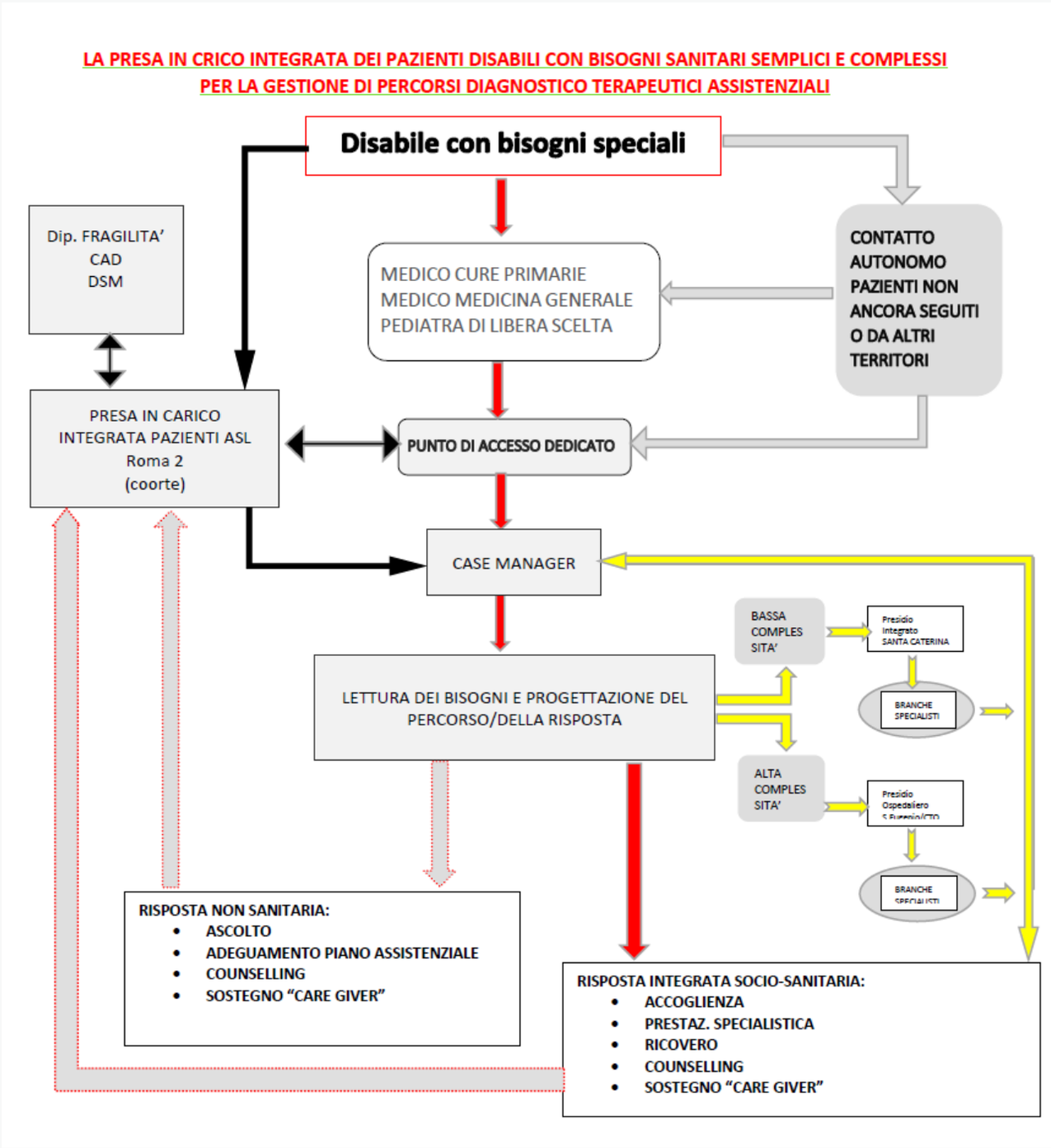
Via Marotta – D9	
RADIOLOGIA	29
ORTOPEDIA	14
GASTRO/COLONS	17
OCULISTICA	13
NEUROLOGIA	9
DERMATOLOGIA	1
DIETOLOGIA	39
UROLOGIA	4
PNEUMOLOGIA	1
CHIRURGIA	5
OTORINO	8
ANGIOLOGIA	1
ENDOCRINOLOG	7
TOTALE	148

Santa Caterina – D5	
RADIOLOGIA	53
ORTOPEDIA	48
GASTRO/COLONS	27
OCULISTICA	22
NEUROLOGIA	16
DERMATOLOGIA	24
DIETOLOGIA	0
UROLOGIA	17
PNEUMOLOGIA	6
CHIRURGIA	0
OTORINO	22
ANGIOLOGIA	16
ENDOCRINOLOG	18
TOTALE	269

Tenuta Torrenova D6	
RADIOLOGIA	87
ORTOPEDIA	2
GASTRO/COLONS	1
OCULISTICA	8
NEUROLOGIA	12
DERMATOLOGIA	4
DIETOLOGIA	0
UROLOGIA	5
PNEUMOLOGIA	13
CHIRURGIA	10
OTORINO	0
ANGIOLOGIA	0
ENDOCRINOLOG	4
TOTALE	146

curare con cura	
RADIOLOGIA	**169**
ORTOPEDIA	64
GASTRO/COLONS	45
OCULISTICA	43
NEUROLOGIA	37
DERMATOLOGIA	29
DIETOLOGIA	39
UROLOGIA	26
PNEUMOLOGIA	20
CHIRURGIA	15
OTORINO	30
ANGIOLOGIA	17
ENDOCRINOLOG	29
TOTALE	**563**

ALLEGATO D - LA PRESA IN CARICO INTEGRATA DEI PAZIENTI CON BISOGNI ASSISTENZIALI SEMPLICI E COMPLESSI



26 Medicina a bassa intensità (MCB) al Sant'Andrea: un modello di integrated care per la continuità ospedale-territorio

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

UNITA' OPERATIVA

Professioni Sanitarie

REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Carmen Cappitella

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
DOTT.SSA CARMEN CAPPITELLA
DOTT.SSA PATRIZIA LA SALANDRA
DOTT.SSA FEDERICA FORCELLINI

ABSTRACT

Background

La continuità di cura, intesa come un percorso strutturato verso il setting assistenziale più adeguato, è essenziale per garantire la qualità della vita e prevenire gli effetti negativi di un ricovero prolungato o inappropriato. In un'ottica di prossimità e integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea ha introdotto la Medicina a Bassa Complessità. Questa struttura, organizzata gerarchicamente e funzionalmente sotto la Direzione Sanitaria Aziendale e il Direttore dell'Area delle Professioni Sanitarie, rappresenta un modello innovativo per la gestione integrata del percorso clinico assistenziale con l'obiettivo di contribuire a una maggiore appropriatezza delle cure.

Obiettivi

L'attivazione di questa struttura organizzativa, ha l'obiettivo di ottimizzare la gestione dei posti letto nell'Area Medica, migliorando l'efficienza delle risorse disponibili e favorendo la collaborazione con i servizi territoriali.

Inoltre, il modello si propone di gestire in modo più mirato i "frequent users" del pronto soccorso e di sviluppare percorsi assistenziali dedicati alla bassa intensità di cura, garantendo così una continuità assistenziale efficace e personalizzata.

Materiali e metodi

La realizzazione di questa modalità operativa ha previsto in primo luogo di definire:- i criteri di eleggibilità dei pazienti per l'accesso alla MBC attraverso l'utilizzo di strumenti validati' -quantificare il bisogno assistenziale della persona attraverso un sistema di valutazione integrata medico infermieristico, di natura intermultidisciplinare per uniformare metodi e linguaggi, con il supporto di un sistema informatizzato nella gestione del processo migliorando la qualità delle cure offerte ai pazienti.

Risultati e Conclusioni

A dicembre 2024 è stata adottata la MBC. Il reparto, dispone di 20 posti letto e garantisce una continuità assistenziale con personale dedicato infermieristico e OSS. L'assistenza medica, affidata al team di Medicina Interna, collabora con il personale infermieristico per offrire una presa in carico efficace e personalizzata

Introduzione

Negli ultimi anni, i sistemi sanitari di tutto il mondo stanno affrontando sfide crescenti legate all'invecchiamento della popolazione, all'aumento delle patologie croniche e alla necessità di garantire un accesso equo e sostenibile alle cure. In Italia, la Riforma dell'Assistenza Territoriale, sancita dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 (DM 77/2022), si inserisce in questo contesto con l'obiettivo di riorganizzare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) secondo principi di prossimità, equità e integrazione tra i diversi livelli assistenziali.

Uno degli elementi chiave della riforma è il potenziamento della sanità territoriale attraverso l'introduzione di modelli organizzativi innovativi, tra cui le cosiddette "cure intermedie". Queste strutture si collocano in una posizione intermedia tra l'assistenza domiciliare e il ricovero ospedaliero tradizionale, con lo scopo di garantire una presa in carico più efficace dei pazienti che necessitano di cure a bassa complessità, evitando ricoveri impropri e ottimizzando le risorse sanitarie. In questo contesto nasce la Medicina a Bassa Complessità (MBC), una struttura assistenziale a gestione infermieristica, finalizzata a migliorare l'appropriatezza delle cure, ridurre la pressione sul pronto soccorso e limitare il ricorso a prestazioni ospedaliere non necessarie.

La MBC rappresenta un'innovazione significativa in quanto si configura come una struttura situata all'interno dell'ospedale ma con una gestione infermieristica autonoma, pur restando gerarchicamente e funzionalmente collegata alla Direzione Sanitaria Aziendale e al Direttore dell'Area delle Professioni Sanitarie. Questo modello consente di valorizzare le competenze avanzate degli infermieri, promuovendo una maggiore autonomia decisionale e favorendo un approccio assistenziale centrato sul paziente. La gestione operativa della MBC è affidata a un Coordinatore Infermieristico, garantendo una gestione e integrazione efficace tra le diverse figure professionali coinvolte.

L'implementazione della Medicina a Bassa Complessità si inserisce in una più ampia strategia di deospedalizzazione, che mira a potenziare la rete dei servizi territoriali per rispondere in modo più efficiente e sostenibile ai bisogni di salute della popolazione. Studi condotti a livello internazionale dimostrano come modelli di assistenza infermieristica avanzata possano contribuire significativamente alla riduzione della durata delle degenze ospedaliere, al miglioramento degli esiti clinici e alla soddisfazione dei pazienti.

OBIETTIVO GENERALE

Riorganizzare l'assistenza attraverso un nuovo modello che prevede la predisposizione del reparto di Medicina a Bassa Intensità di Cura attraverso una distribuzione funzionale dei posti letto, basata su differenti livelli di intensità assistenziale (alta, media e bassa). Questo modello garantisce una risposta più appropriata ed efficiente ai bisogni specifici dei pazienti, ottimizzando le risorse disponibili.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Garantire un'assistenza personalizzata per rispondere in modo efficace ai bisogni assistenziali di pazienti clinicamente stabili, ma con un medio/alto livello di necessità assistenziale.
- Promuovere l'autonomia e il benessere del paziente, supportando o sostituendo le capacità residue al fine di garantire il massimo comfort e il mantenimento della qualità di vita.
- Favorire una gestione appropriata del ricovero ospedaliero, offrendo un'alternativa assistenziale ai pazienti con patologie croniche degenerative che abbiano superato la fase acuta della malattia.
- Ottimizzare le degenze ospedaliere non necessarie, monitorando lo stato clinico dei pazienti con patologie mediche per consolidare i risultati terapeutici ottenuti nei reparti per acuti, prevenire complicanze e facilitare il recupero dell'autonomia, promuovendo il rientro a domicilio o il trasferimento verso strutture territoriali e residenziali (ADI, RSA, ecc.).
- Rafforzare l'integrazione tra ospedale e territorio, assicurando la continuità assistenziale e garantendo un percorso di cura coordinato e senza interruzioni.
- Ottimizzare l'utilizzo dei posti letto ospedalieri, assicurando una gestione efficiente della presa in carico e della continuità assistenziale per ogni paziente.

MATERIALI E METODI

La MBC prevede la presenza di un infermiere Care Manager che mantiene le relazioni tra il paziente e la sua famiglia e i servizi domiciliari/territoriali in modo da predisporre l'assistenza e gli ausili eventualmente necessari una volta che il paziente tornerà a domicilio/territorio.

È prevista la presenza, inoltre, di altri professionisti in base alle diverse necessità assistenziali (personale area riabilitativa – sociale). La presenza dei visitatori / caregiver sarà garantita come da programmazione aziendale.;Per determinare l'eleggibilità dei pazienti per l'accesso alla Medicina a Bassa Complessità (MBC) e quantificare il loro bisogno assistenziale, viene effettuata una valutazione clinico-assistenziale attraverso un approccio integrato medico-infermieristico e multidisciplinare, utilizzando strumenti validati per garantire equità nel processo decisionale.

I pazienti candidati alla MBC sono:

- Persone con multimorbilità, clinicamente stabili, ma che necessitano di assistenza infermieristica continuativa fino alla completa stabilizzazione.
- Pazienti che richiedono supporto nella somministrazione di farmaci, gestione di dispositivi sanitari e formazione per sé e per i caregiver prima del rientro a domicilio.
- Individui temporaneamente non autosufficienti con limitato supporto socioassistenziale, per i quali è necessaria l'attivazione dei Servizi Sociali.

In tutti i casi, si tratta di pazienti clinicamente stabili ma con necessità assistenziali tali da richiedere un monitoraggio continuativo in regime residenziale, specialmente nella fase post-dimissione o in assenza di un adeguato supporto domiciliare.

- L'eleggibilità degli assistiti per l'accesso alla MBC, avviene previa valutazione dell'assistito in fase di richiesta di posto letto mediante:
- L'utilizzo di score TRI.CO.N
- IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale) con cut off score 0-1 (punteggio ≥ a 12)
- NEWS (NATIONAL EARLY WARNING SCORE) con cut off score 0 (punteggio ≥ a 4)
- Consulenza di secondo livello care manager

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

In data 02/12/2024 è stato avviato il progetto includendo la U.O. di Medicina Interna. Nello specifico sono stati dedicati 10 posti letto ai pazienti che hanno terminato il loro iter clinico e diagnostico e che necessitano solamente di assistenza infermieristica in attesa di rientro preso il proprio domicilio o in struttura. I ricoveri sono gestiti sinergicamente dal bed management e Cot aziendale. Questa nuova configurazione potrà garantire un'ottimizzazione dei flussi da PS.

CONCLUSIONI

La Medicina a Bassa Complessità (MBC) costituisce un modello innovativo che, in conformità con il DM 77/2022, mira a favorire l'ottimizzazione dei posti lettoe garantire la presa in carico dei pazienti in modo continuativo ed efficiente. L'implementazione di questo modello, basato sulla gestione infermieristica avanzata, consente di valorizzare le competenze professionali degli infermieri, assicurando una risposta più mirata e personalizzata ai bisogni assistenziali di pazienti clinicamente stabili ma con un livello di complessità medio-alto.

La MBC offre un approccio centrato sulla persona, in cui l'assistenza viene modulata secondo diversi livelli di complessità di cura, evitando ricoveri inappropriati, riducendo i tempi di degenza e favorendo la continuità assistenziale. La figura del Care Manager Infermieristico risulta determinante per garantire l'integrazione con i servizi territoriali e domiciliari, facilitando il processo di dimissione e la gestione delle fragilità socio-assistenziali. Grazie a questa riorganizzazione, si promuove un utilizzo più efficiente dei posti letto e si contribuisce a migliorare gli esiti clinici e la soddisfazione dei pazienti, oltre a rafforzare la collaborazione tra ospedale e territorio. La MBC si configura così come uno strumento fondamentale per una sanità più sostenibile, vicina al paziente e adeguata alle sfide future.

27 AGENDA DI DIMISSIONE

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea

UNITA' OPERATIVA

Direzione Professioni Sanitarie

REFERENTI DEL PROGETTO

CARMEN CAPPITELLA, IGINA MARIA BRECCIA

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
CARMEN CAPPITELLA
IGINA MARIA BRECCIA

ABSTRACT

Il progetto Agenda di Dimissione è stato adottato presso l'AOU Sant'Andrea per promuovere, nel processo di dimissione, azioni di patient empowerment al fine di supportare ed aumentare la consapevolezza della persona e della sua famiglia nel ritorno a casa.

L'agenda di dimissione presentata in questo progetto, è stata pensata per le necessità dei pazienti dimessi a domicilio e affida un ruolo cruciale al Self-care. Infatti, anche le dimissioni che potremmo definire più semplici possono richiedere un consolidamento del processo di coaching nell'autocura e azioni di rafforzamento nell'orientamento ai servizi per le possibili difficoltà successive al rientro a casa.

L'Agenda è costituita da una parte cartacea, consegnata all'interno di una cartella portadocumenti a tutti i pazienti all'atto della dimissione e ed una parte digitalizzata alla quale i pazienti possono accedere collegandosi sul sito aziendale o mediante proprio smartphone attraverso QR Code.

L'aspetto più innovativo riguarda proprio la sezione digitalizzata, che rende disponibile ai cittadini un canale di comunicazione accessibile e di facile utilizzabilità, finalizzato ad interagire con contenuti informativi a carattere

generale e istruzioni guidate sulla salute e sulle migliori pratiche di self-care, con le quali personalizzare e completare la propria agenda.

Oltre a schede informative, brochure e opuscoli di educazione terapeutica per migliorare la gestione della propria salute, questa pagina rimanda alla video-rubrica Nurse for care, nella quale video-tutorial registrati da professionisti infermieri dell'ospedale mostrano come eseguire operazioni semplici in sicurezza ed autonomia.

I risultati di questi primi 4 mesi, mostrano dati di consultazione dell'agenda digitalizzata in linea con i ricoveri che esitano in dimissioni considerabili "semplici". Inoltre, la numerosità di visualizzazioni per i video tutorial suggerisce, da parte dei pazienti e di caregiver, un bisogno di confermare e consolidare le proprie competenze di autocura e il gradimento di percorsi educativi per la compromissione dell'autonomia o per necessità assistenziali complesse.

OBIETTIVO GENERALE

Assistere il processo di dimissione attraverso la consegna di un'agenda costituita da informazioni, documenti e strumenti di supporto audio-video per orientare ed aumentare la consapevolezza della persona e della sua famiglia nel ritorno a casa.

OBIETTIVI SPECIFICI

Accompagnare ed orientare la persona verso il ritorno a domicilio

Condividere informazioni clinico-assistenziali con tutti gli attori che interverranno in continuità di cura

Rendere disponibili riferimenti utili per gestire la fase di convalescenza, il follow up, le pratiche amministrative post-dimissione

Favorire l'aderenza al percorso di cura, il rispetto delle norme di comportamento e l'utilizzo corretto delle apparecchiature/devices

Sviluppare e promuovere azioni di autocura, rinforzando le istruzioni ricevute durante il periodo di ricovero

Aumentare il senso di consapevolezza e responsabilità del proprio stato di salute

MATERIALI E METODI

Al fine di consolidare le azioni intraprese presso l'AOU Sant'Andrea di Roma per il transitional care e di assistere il processo di dimissione a garanzia della continuità assistenziale, è stata predisposta l'Agenda di Dimissione, ovvero una cartella costituita dall'insieme dei documenti e dei contenuti di autocura consegnati alla persona a conclusione del suo percorso di ricovero.

Il self-care, inteso come l'insieme di azioni intraprese autonomamente e consapevolmente per preservare e promuovere il proprio benessere, costituisce la base di un approccio olistico alla salute. Incoraggiare i pazienti a comprendere e adottare pratiche di self-care favorisce il mantenimento e il ripristino del benessere, contribuisce al controllo di condizioni croniche e potenzia la qualità della vita.

L'agenda di dimissione presentata in questo progetto, è stata pensata per le necessità dei pazienti dimessi a

domicilio e affida un ruolo cruciale all'autocura.

In questo contesto, la digitalizzazione si configura come un facilitatore chiave.

STRUTTURA DELL'AGENDA

L'Agenda è costituita da una la parte cartacea, consegnata all'interno di una cartella portadocumenti a tutti i pazienti all'atto della dimissione e ed una parte digitalizzata alla quale i pazienti possono accedere collegandosi sul sito aziendale o mediante proprio smartphone attraverso QR Code.

LA CARTELLA PORTADOCUMENTI-SEZIONE CARTACEA

All'interno di questa cartella viene consegnata la documentazione a garanzia del continuum di cure necessaria ad assistere il passaggio per l'assistenza post dimissione e per la continuità terapeutica, ovvero:

- la lettera di dimissione che sintetizza il percorso di diagnosi e cura intrapreso durante il ricovero nei suoi passaggi fondamentali
- la terapia farmacologica da continuare a domicilio,
- l'eventuale piano nutrizionale personalizzato da seguire
- il calendario degli appuntamenti previsti per le visite di controllo programmate (follow-up).

Questa documentazione, che costituisce la sezione cartacea dell'Agenda, viene consegnata all'interno di una cartella portadocumenti, ad ogni singolo paziente all'atto della dimissione.

Le informazioni sulla struttura dell'Agenda sono contenute alla pagina 2, dalla quale è possibile scansionare il QR Code per l'accesso rapido alla sezione digitalizzata.

SEZIONE DIGITALIZZATA

La sezione digitalizzata è stata pensata per offrire ai cittadini un canale di comunicazione accessibile e di facile utilizzabilità, finalizzato ad interagire con i contenuti che possono integrare e completare l'agenda di dimissione.

Navigando in questa sezione disponibile sul sito web istituzionale è infatti possibile selezionare, tra gli argomenti e i documenti proposti, quelli di proprio interesse per personalizzare l'agenda.

L'indice della pagina di ingresso visualizza le 4 tematiche in cui sono organizzati i contenuti:

1. SCHEDE INFORMATIVE: in un'ottica di completa informazione, sono state realizzate delle schede a carattere informativo generale per orientare il paziente nelle pratiche amministrative post-ricovero. Tra queste, istruzioni semplici su come richiedere certificati di ricovero, copia della cartella clinica, esami radiologici. Sempre dall'agenda è possibile scaricare e stampare dai link di collegamento la modulistica di riferimento. Sono disponibili anche istruzioni per accedere al riconoscimento dell'invalidità civile e dei benefici ex L. 104/92, per i contatti con l'URP, per la presa in carico presso l'ambulatorio delle Cure Infermieristiche.
2. NUTRIZIONE CLINICA: in questa pagina sono consultabili e scaricabili consigli per adottare un'alimentazione sana ed equilibrata. I consigli si rivolgono ai pazienti che non hanno ricevuto un programma nutrizionale personalizzato e che vogliono migliorare il self-care in ambito nutrizionale.

3. OPUSCOLI E BROCHURE PER L'AUTOCURA: in questa pagina sono contenuti documenti di educazione terapeutica per migliorare la gestione della propria salute in autonomia. Sono disponibili opuscoli e brochure rivolti ai pazienti e ai loro familiari, per l'orientamento ai servizi/percorsi dell'ospedale e per la gestione in self-care di bisogni assistenziali specialistici. Tutti questi documenti sono consultabili a video, esportabili come file in PDF oppure stampabili
4. VIDEO-TUTORIAL PER L'AUTOCURA: questa pagina rimanda alla video-rubrica Nurse for care, realizzata da infermieri dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea. Nei video dimostrativi, registrati in ambienti ospedalieri, gli infermieri mostrano alcune procedure per la gestione, l'igiene, la sostituzione di presidi medici, fornendo le risposte alle domande più frequenti. "Posso fare sport? Posso fare il bagno?". I video rispondono ai dubbi delle persone che tornano al loro domicilio con un accesso vascolare o che, a seguito di un intervento, devono gestire una stomia. Si tratta di risposte e spiegazioni già fornite dal personale sanitario quando il paziente è in dimissione, ma che è bene poter rinforzare anche in un secondo momento, quando il paziente è già tornato a casa ed è maggiormente predisposto all'ascolto. I video tutorial consentono di rivedere e confermare le modalità di gestione – ad esempio – della valvola di Heimlich per il drenaggio toracico o di sostituzione di una sacca per le enterostomie. Operazioni semplici che tuttavia il paziente o il caregiver spesso temono di non poter effettuare correttamente in autonomia. Consapevoli di come tali incertezze possano interferire con il recupero psicofisico o addirittura trasformarsi in accessi ripetuti alle strutture sanitarie, gli infermieri del Sant'Andrea, hanno realizzato i video, rendendoli disponibili al pubblico tramite il canale you-tube aziendale

Considerato che l'offerta si rivolge ad un'utenza con differenti competenze digitali, la pagina iniziale si apre con un video esplicativo per essere guidati nella navigazione tra i contenuti.

RISULTATI

Il progetto Agenda di Dimissione è attivo dal 20 novembre 2024. Da questa data, il 100% dei pazienti che vengono dimessi da ricovero riceve la cartella con l'Agenda di dimissione.

In questo periodo di attivazione dell'agenda, la sezione digitalizzata è stata visitata da 2.458 utenti. I risultati di questi primi 4 mesi, mostrano dati di consultazione della sezione digitalizzata in linea con il dato dei ricoveri che esitano in dimissioni considerabili come "semplici".

Il canale NurseForCare al quale, oltre che dall'Agenda, si può accedere anche da canale you-tube, ha ricevuto 59.386 visualizzazioni. La numerosità di visualizzazioni per i video tutorial suggerisce, da parte dei pazienti e di caregiver, un bisogno di confermare e consolidare le proprie competenze di autocura e il gradimento di percorsi educativi per la compromissione dell'autonomia o per necessità assistenziali complesse.

CONCLUSIONI

L'agenda descritta in questo progetto è parte del planning discharge avviato con l'apertura della centrale delle dimissioni aziendale.

L'idea di adottare una agenda anche per le dimissioni considerate "semplici", nasce dalla consapevolezza che le risposte e le spiegazioni già fornite dal personale sanitario quando il paziente è in dimissione, possono necessitare di un rinforzo quando si è già a casa. Inoltre il ricovero e la successiva de-ospedalizzazione possono rappresentare una significativa occasione di responsabilizzazione nella gestione della salute e di potenziamento di empowerment

per i pazienti e le loro famiglie.

Grazie alle tecnologie digitali, i pazienti possono accedere facilmente a informazioni guidate sulla propria salute e sulle migliori pratiche di self-care.

La sfida che ci attende è garantire un equilibrio sinergico tra innovazione digitale e umanizzazione della cura, creando contesti in cui il paziente sia supportato, informato e orientato verso una maggiore consapevolezza del proprio percorso di salute. In tal senso il materiale illustrativo ed integrativo non è mai sostitutivo della relazione con il paziente.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri, fisioterapisti

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

6 mesi

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Per offrire una maggiore inclusività, in questa fase del progetto i video sono sottoposti ad aggiornamento con traduzione in lingua italiana dei segni.

L'agenda è uno strumento dinamico, sottoposto ad aggiornamento anche scientifico ed arricchimento con nuovi contenuti, in relazione ai bisogni dei pazienti.

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

Gli strumenti digitali adottati sono descritti nel paragrafo Materiali e Metodi

L'EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA: IL CASE MANAGER INFERMIERISTICO COME PONTE TRA CURE E CONTINUITÀ

28

AZIENDA OSPEDALIERA

Policlinico Umberto I di Roma

UNITA' OPERATIVA

U.O.C. Professioni Sanitarie

DIRIGENTE

Dott.ssa Caterina Tranne

REFERENTI DEL PROGETTO

Dott.ssa Caterina Tranne, Dott.ssa Francesca Grossi, Dott. Michele Di Meglio

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
DOTT.SSA CATERINA TRANNE
DOTT.SSA FRANCESCA GROSSI
DOTT. MICHELE DI MEGLIO

PREMESSA E CONTESTO

L'aumento della complessità assistenziale, la cronicità, la frammentazione dei percorsi di cura e l'esigenza di garantire la continuità assistenziale richiedono un nuovo modello organizzativo. In questo scenario, la figura del Case Manager Infermieristico (CMI) rappresenta un elemento chiave per migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre la durata della degenza, prevenire rio-spedalizzazioni e facilitare la transizione ospedale-territorio.

ABSTRACT

Il Case Manager Infermieristico (CMI) rappresenta una figura chiave nel contesto dell'assistenza ospedaliera

moderna, orientata alla centralità del paziente e alla continuità delle cure. Il suo ruolo si sviluppa come punto di raccordo tra i diversi professionisti sanitari, con l'obiettivo di garantire un percorso assistenziale personalizzato, efficiente e coordinato. Attraverso una valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente, il CMI pianifica, monitora e gestisce il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), intervenendo attivamente nella transizione tra ospedale e territorio, riducendo i rischi di dimissioni inappropriate e rio-spedalizzazioni. Inoltre, favorisce la comunicazione tra pazienti, caregiver e servizi socio-sanitari, assicurando la presa in carico anche oltre il ricovero. La sua azione si traduce in un miglioramento della qualità assistenziale, una maggiore efficienza organizzativa e una più alta soddisfazione da parte degli utenti. L'introduzione del CMI rappresenta dunque un'evoluzione strategica nella gestione integrata del paziente complesso in ambito ospedaliero.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

GENERALI:

Introdurre la figura del Case Manager Infermieristico in ospedale come riferimento per la gestione personalizzata dei percorsi di cura, garantendo la continuità clinica, terapeutica e assistenziale

SPECIFICI:

- Facilitare la comunicazione tra ospedale, territorio e famiglia.
- Ridurre la degenza media e le rio-spedalizzazioni.
- Migliorare la soddisfazione del paziente e degli operatori.
- Gestire la dimissione protetta in modo efficace
- Ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie ed economiche, evitando sprechi
- Anticipare le esigenze del paziente e pianificare il percorso di cura in modo integrato.
- Assicurare uno scambio di informazioni tempestivo e completo tra tutti gli attori coinvolti.
- Adattare il piano di cura alle specifiche esigenze e preferenze del paziente.
- Coinvolgere attivamente il paziente nel processo decisionale e ne promuove l'autogestione

TARGET

- Pazienti ad alta complessità assistenziale.
- Pazienti cronici con fragilità e comorbilità a richio di dimissione difficile.
- Pazienti con disabilità neuro cognitive
- Famiglie e caregiver.

ATTIVITÀ PREVISTE

- Identificazione dei pazienti eleggibili (raccolta dati, accertamento infermieristico).
- Valutazione multidimensionale (clinica, sociale, assistenziale*)
- Attivazione Tri-Co con l'identificazione precoce delle dimissioni difficili già dall'ingresso nelle degenze (* Brass, IDA, Mews).

- Gestire l'accesso ai servizi sanitari e sociali necessari, assicurando la comunicazione tra i diversi professionisti Interfaccia tra team ospedaliero e servizi territoriali (MMG, ADI, RSA, ecc.).
- Definizione del piano assistenziale individualizzato (PAI).
- Monitoraggio del percorso del paziente fino alla dimissione e nel follow-up: seguire l'andamento del percorso di cura, valutare l'efficacia degli interventi e apportare modifiche al piano in base alle esigenze del paziente.
- Educazione terapeutica e coinvolgimento del paziente e della famiglia nella scelta dei percorsi di dimissione

RISORSE NECESSARIE

- Personale: 1 infermiere Case Manager per ogni area assistenziale.
- Formazione: corso di formazione specifico per infermieri CM (case management, comunicazione, strumenti di valutazione).
- Strumenti: cartella infermieristica CM informatizzata, schede valutative, checklist per dimissioni.
- Supporti tecnologici: sistema gestionale per il tracciamento dei percorsi.

INDICATORI DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

- Riduzione della giornate di degenza media ospedaliera (%)
- Miglioramento delle AVQ (Barthel)
- Tasso di rio- spedalizzazione entro 30 giorni.
- Numero di dimissioni protette attivate
- Numero di dimissioni sul territorio e invio a domicilio
- Grado di soddisfazione dei pazienti e dei familiari/care-giver (questionari).

TEMPI DI ATTUAZIONE

- Fase 1: Progettazione e formazione (0-3 mesi)
- Fase 2: Attivazione pilota in uno o più aree (3-6 mesi)
- Fase 3: Estensione a livello ospedaliero (6-12 mesi)
- Fase 4: Valutazione d'impatto e ottimizzazione (entro 18 mesi)

RISCHI E CRITICITÀ

- Resistenze al cambiamento da parte dei professionisti coinvolti.
- Carenza di personale infermieristico formato.
- Dislocazione dei servizi territoriali.
- Barriera linguistica dell'utenza (necessità di mediazione).

STRATEGIE DI MITIGAZIONE:

- Coinvolgimento attivo del personale sin dalla progettazione.
- Supervisione infermieristica e aggiornamento costante dei profili professionali coinvolti.

- Identificazine precoce delle dimissioni difficili (Tri- Co: utilizzo di scale di valutazione condivise identificando comlessistà assistenziale, Brass, IDA)
- Collaborazione con Direzione Sanitaria, Team Ospedaliero (Bed Manager, Unità Valutativa Multidisciplinare), assistenti sociali

CONCLUSIONI

L'introduzione della figura del Case Manager Infermieristico (CMI) in ambito ospedaliero rappresenta una risposta concreta alle nuove sfide poste dalla complessità clinico-assistenziale e dalla frammentazione dei percorsi di cura. In un sistema sanitario che punta sempre più alla sostenibilità, alla personalizzazione dell'assistenza e alla continuità tra ospedale e territorio, il CMI si configura come un agente di integrazione, un facilitatore di processi e un garante di qualità e sicurezza delle cure. Il progetto non si limita a introdurre una nuova figura professionale, ma intende promuovere una trasformazione culturale e organizzativa, orientata alla presa in carico globale del paziente e la continuità assistenziale. Il CMI lavora in sinergia con i team multidisciplinari, creando un filo conduttore tra i diversi momenti del percorso di cura: dall'accoglienza, alla pianificazione degli interventi, fino alla dimissione protetta e al follow-up nel contesto territoriale. La sua presenza consente di anticipare i bisogni, prevenire criticità, ottimizzare le risorse e, soprattutto, valorizzare la centralità del paziente come protagonista attivo del proprio percorso di salute. Inoltre, rappresenta un punto di riferimento anche per le famiglie e i care-giver, rafforzando l'alleanza terapeutica e migliorando l'esperienza di cura. L'attuazione del progetto porterà benefici misurabili in termini di qualità, efficienza e soddisfazione, ma soprattutto contribuirà a costruire un modello di sanità più umano, accessibile e responsivo. In questo senso, il Case Manager Infermieristico non è solo un ruolo operativo, ma un vero e proprio motore di cambiamento per l'intero sistema assistenziale.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermieri Case Manager

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

- 18 mesi

SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?

- Cartella infermieristica CM informatizzata, schede valutative

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?

- Palmari

- Rete wireless
- Postazioni di lavoro previsti in base al carico di lavoro e al personale impiegato.

TABELLA 1

ANALISI SWOT DEL PROGETTO	
PUNTI DI FORZA	**DEBOLEZZE**
• Miglioramento della qualità dell'assistenza: garantire una cura più coordinata e personalizzata per il paziente. • Riduzione dei ricoveri inappropriati: Una migliore gestione ambulatoriale e domiciliare può prevenire ricadute e la necessità di nuovi ricoveri. • Maggiore soddisfazione del paziente e dei familiari: Un percorso di cura chiaro e ben organizzato può ridurre l'ansia e migliorare l'esperienza complessiva. • Utilizzo più efficiente delle risorse ospedaliere: L'ospedale può concentrarsi sui casi acuti, mentre il territorio si fa carico della gestione a lungo termine e della riabilitazione. • Sviluppo di competenze professionali: La collaborazione tra professionisti ospedalieri e territoriali favorisce lo scambio di conoscenze e competenze. • Migliore aderenza terapeutica: Un follow-up territoriale strutturato può migliorare l'adesione del paziente alle terapie prescritte.	• Frammentazione/dislocazione dei servizi: Mancanza di coordinamento e comunicazione efficace tra ospedale, medici di base, specialisti ambulatoriali, servizi sociali e altri attori territoriali. • Barriere burocratiche e amministrative: Difficoltà nel passaggio di informazioni, nella gestione degli appuntamenti e nell'accesso ai servizi sul territorio. • Disomogeneità nell'offerta dei servizi territoriali: Variazioni nella disponibilità e nella qualità dei servizi a seconda delle diverse aree geografiche. • Ridotta integrazione dei sistemi informativi: Difficoltà nello scambio di dati clinici rilevanti tra i diversi setting assistenziali. • Resistenza al cambiamento da parte dei professionisti: Difficoltà nell'adozione di nuovi modelli organizzativi e di collaborazione.
OPPORTUNITÀ	**MINACCE**
• Sviluppo della telemedicina e della digitalizzazione: Utilizzo di strumenti tecnologici per migliorare la comunicazione • Utilizzo di modelli di cura proattivi e predittivi: Identificazione precoce dei pazienti a rischio di riacutizzazione e implementazione di interventi preventivi. • Maggiore attenzione alle cure primarie: Rafforzamento del ruolo del medico di medicina generale come punto di riferimento e coordinatore del percorso di cura. • Finanziamenti europei e nazionali dedicati all'innovazione e all'integrazione socio-sanitaria: Opportunità di accedere a risorse per sviluppare nuovi modelli di continuità assistenziale. • Crescente consapevolezza dell'importanza della continuità assistenziale: Maggiore attenzione da parte delle istituzioni, dei professionisti e dei cittadini verso questo tema.	• Invecchiamento della popolazione e aumento delle cronicità: Crescente domanda di assistenza continua e complessa che potrebbe mettere sotto pressione il sistema. • Sostenibilità economica del sistema sanitario: Necessità di ottimizzare le risorse e contenere i costi senza compromettere la qualità dell'assistenza. • Carenza di personale sanitario: Difficoltà nel reclutare e mantenere professionisti qualificati sia in ospedale che sul territorio. • Mancanza di una cultura della collaborazione interprofessionale: Difficoltà nel superare le barriere tra le diverse figure professionali e nel lavorare in modo integrato.

NOME _____ COGNOME_____ DATA DI NASCITA_____	Punteggio			Punteggio	
Età (anni)	**Ingresso**	**Uscita**	**Mod. Comportamentale**	**Ingresso**	**Uscita**
< 55	0	0	Appropriato	0	0
56 – 64	1	1	Wandering	1	1
65 – 79	2	2	Agitato	1	1
> 80	3	3	Confuso	1	1
Condizioni di vita/Supporto sociale			**Mobilità**		
			Deambula	**0**	**0**
			Deambula con ausili	**1**	**1**
Vive col coniuge	0	0	Non Deambula	**2**	**2**
Vive con la famiglia	1	1	Deficit visivi o uditivi	1	1
Vive con il sostegno famigliare	2	2	Deficit visivi e uditivi	2	2
Vive con il sostegno di amici/conoscenti	3	3	**Numero ricoveri pregressi in PS (ultimi 3 mesi)**		
Vive senza alcun sostegno	4	4	Nessuno	0	0
Assistenza domiciliare/residenziale	5	5	Uno	1	1
Stato Funzionale			Due	2	2
Autonomo	0	0	Più di due	3	3
Dipendente in:			**Numero di problemi clinici attivi**		
			<3	0	0
Alimentazione/Nutrizione	1	1	4-5	1	1
Igiene/Abbigliamento	1	1	6 o +	2	2
Andare in bagno	1	1	**Numero di farmaci assunti**		
Spostamenti/Mobilità	1	1	<3	0	0
Incontinenza intestinale	1	1	4-5	1	1
Incontinenza urinaria	1	1	6 o +	2	2
Preparazione del cibo	1	1	**Punteggio totale**	___/___/___ _ **Ingresso**	___/___/___ _ **Uscita**
Responsabilità nell'uso di farmaci	1	1			
Capacità di gestire denaro	1	1	**Inf Case Manager**		
Fare acquisti	1	1			
Utilizzo di mezzi di trasporto	1	1			
Stato Cognitivo					
Orientato	0	0	**Interpretazione**		
Disorientato in alcune sfere:			**0-10** **R. Basso** Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilita e molto limitata **11-19** **R. Medio** Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma, probabilmente, senza rischio di istituzionalizzazione **≥20** **R. Alto** Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni		
Qualche volta	1	1			
Sempre	2	2			
Disorientato in tutte le sfere:					
Qualche volta	3	3			
Sempre	4	4			

Allegato 1 BRASS (Baylock Risk Assestement Screening Score)

ALIMENTAZIONE			ELIMINAZIONE Alvo/Diuresi			IGIENE/ COMFORT			MOBILIZZAZIONE		
I	U		I	U		I	U		I	U	
1	1	NE/NPT	1	1	Incontinenza permanente	1	1	Igiene a letto, non collaborante	1	1	Allettato
2	2	Necessita di essere imboccato	2	2	Incontinenza occasionale	2	2	Igiene a letto, collaborante	2	2	Mobilizzazione in poltrona
3	3	Necessita di aiuto	3	3	Catetere vescicale a permanenza	3		Igiene intima a letto, usa i servizi	3	3	Deambula con l'aiuto di una o più persone
4	4	Autonomo	4	4	Autonomo	4	4	Autonomo	4	4	Autonomo

PROCEDURE DIAGNOSTICHE			PROCEDURE TERAPEUITICHE			PERCEZIONE SENSORIALE			PUNTEGGIO TOTALE	
I	U		I	U		I	U		Ingresso	Uscita
1	1	Monitoraggio dei parametri vitali continuo	1	1	CVC per infusione continua	1	1	Stato soporoso coma		
2	2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h	2	2	CVC o periferico per infusione non continua	2	2	Disorientamento tempore spaziale continuo, uso di sedativi giorno e notte	**Data**	**Data**
3	3	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1 h	3	3	Terapia per OS, I.M., E.V. (comprese le fleboclisi)	3	3	Disorientamento tempore spaziale occasionale, dorme di notte con e senza sedativi	**Infermiere Case Manager**	**Infermiere Case Manager**
4	4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti	4	4	Terapia solo per OS o nessuna terapia	4	4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativo la notte		

Allegato 2 Indice di Dipendenza Assistenziale – IDA

29 Il Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117 nella Regione Lazio: Prossimità e Innovazione per la Gestione Integrata dei Bisogni di Salute

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ARES 118

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO
DOTT.SSA STEFANIA IANNAZZO	DIRETTORE SANITARIO FF
DOTT.SSA ANNAMARIA ROSCIONI	DIRETTORE FF UOC NEA 116117
DOTT.SSA ALESSANDRA CERACCHI	DIRIGENTE RESPONSABILE UOS PSICOLOGIA
DOTT. GIUSEPPE CASOLARO	DIRETTORE FF UOC SITA E DIRIGENTE UOS PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE
DOTT. LUIGI PERLA	RESPONSABILE INFERMIERISTICO NEA 116117 E CR-COT
DOTT.SSA VIVIANA COTICHINI	INCARICO FUNZIONE PROFESSIONALE GESTIONE RISORSE UMANE SITA
DOTT. LUCA MARESCA	COORDINATORE GESTIONALE SITA
DOTT.SSA SALWINA ZAMBUTO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO QUALITÀ E SVILUPPO PROFESSIONALE
DOTT.SSA ROSSELLA FIORE	INFERMIERE – ATTIVITÀ DI SUPPORTO SITA

ABSTRACT

Il progetto NEA 116117 della Regione Lazio rappresenta un'iniziativa all'avanguardia per la gestione integrata dei bisogni di salute non urgenti della popolazione. Operativo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, il servizio si propone come un punto di accesso unico e coordinato, offrendo consulenza sanitaria, accesso al servizio di continuità assistenziale, supporto psicologico e orientamento verso i servizi territoriali competenti.L'innovazione del progetto risiede in un modello organizzativo flessibile e multidisciplinare, che integra in modo sinergico competenze infermieristiche, mediche e psicologiche. Unico nel suo genere nel panorama italiano, il servizio si distingue per l'impiego esclusivo di personale sanitario qualificato. Il modello operativo garantisce una valutazione accurata e tempestiva del bisogno espresso, l'attivazione del percorso assistenziale più appropriato e la tracciabilità completa di ogni intervento, grazie all'utilizzo Sistema Informativo Emergenza (SIE). La Centrale Operativa 116117 si pone l'obiettivo di promuovere l'appropriatezza e la prossimità delle cure, riducendo gli accessi impropri ai servizi di emergenza-urgenza. L'approccio adottato si caratterizza per l'umanizzazione dell'intervento, l'ascolto attivo e la personalizzazione della risposta. Il progetto si inserisce in un contesto più ampio di riorganizzazione e modernizzazione del ServizioSanitario Regionale, in linea con le direttive nazionali ed europee in materia di accessibilità, efficienza e centralità del paziente.

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo generale del progetto è semplificare e ottimizzare l'accesso ai servizi sanitari regionali attraverso l'implementazione del Numero Europeo Armonizzato 116117, dedicato alla gestione delle richieste di assistenza sanitaria non urgente. In particolare, si intende:

- Fornire un punto di contatto unico per la popolazione regionale, residente e non offrendo un servizio h24, facilmente accessibile, professionale e orientato alla risoluzione dei bisogni di salute a bassa intensità e priorità di cura.
- Rafforzare la continuità assistenziale attraverso l'integrazione operativa tra la rete delle cure primarie, le strutture territoriali, i servizi di emergenza e il sistema ospedaliero.
- Promuovere la presa in carico personalizzata e multidisciplinare dei cittadini, valorizzando l'interazione tra infermieri, medici e psicologi.
- Contribuire alla riduzione degli accessi impropri ai Pronto Soccorso e alla decongestione del sistema di emergenza-urgenza.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Centralizzare la gestione delle richieste sanitarie non urgenti, garantendo un processo di accoglienza, valutazione e risposta efficace attraverso la Centrale Operativa NEA 116117.
- Assicurare un accesso tempestivo e semplificato alle informazioni sanitarie aggiornate, orientando correttamente l'utenza verso i servizi territoriali più idonei in base al bisogno espresso.
- Offrire un supporto professionale integrato, infermieristico, medico e psicologico, rivolto in particolare alle persone fragili e ai soggetti in condizioni di vulnerabilità, attraverso un'interlocuzione competente e umanizzata.
- Rafforzare il coordinamento operativo con i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS), il servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica), le Centrali Operative Territoriali (COT) e il sistema di emergenza 118, per favorire una risposta appropriata, tempestiva e condivisa.
- Contribuire al miglioramento continuo della qualità del servizio attraverso sistemi di monitoraggio, rilevazione della customer satisfaction e analisi dei flussi informativi.
- Garantire la presa in carico delle richieste di utenti stranieri grazie ad un servizio di interpretariato che consenta la comunicazione in tempo reale.

MATERIALI E METODI

L'approccio scientifico adottato per l'attivazione della Centrale Operativa 116117 nella Regione Lazio si articola secondo un modello strutturato, coerente con i principi del ciclo di miglioramento continuo (PDCA: Plan, Do, Check, Act), e si fonda su un sistema integrato di governance, tecnologie digitali e competenze multidisciplinari.

La pianificazione del servizio ha preso avvio con un'analisi approfondita del fabbisogno assistenziale e informativo, portando alla definizione di un modello di risposta integrato, accessibile e proattivo. Sono stati identificati i seguenti elementi chiave:

- gli standard organizzativi e operativi,
- la struttura tecnologica e digitale,
- il ruolo degli operatori (infermieri, medici e psicologi),

- lo sviluppo della Scheda SIE come strumento operativo unificato per la raccolta e la classificazione delle informazioni. La scheda consente di rilevare con precisione l'area prevalente di bisogno e di documentare in maniera strutturata l'intervento.

In questa fase, è stata anche progettata la governance, garantendo l'interconnessione con i vari sistemi sanitari regionali e l'identificazione di indicatori di qualità per il monitoraggio continuo del servizio.

L'attuazione del modello si manifesta nel funzionamento operativo della Centrale stessa. Il cittadino ha accesso gratuito al numero 116117, disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Le chiamate vengono automaticamente indirizzate all'operatore più idoneo in base alla natura della richiesta. Durante il giorno, il primo contatto è gestito da un Infermiere di centrale; la notte, nei diurni dei prefestivi e festivi, si utilizza un sistema interattivo a opzioni guidate. L'operatore si occupa di effettuare una valutazione multidimensionale del bisogno, raccogliendo informazioni attraverso la Scheda SIE, che consente una classificazione strutturata della richiesta e l'identificazione dell'ambito prevalente di intervento (informativo, assistenziale, clinico o di supporto psicologico).

Sulla base della valutazione multidimensionale effettuata tramite la Scheda SIE, l'operatore attiva il percorso più appropriato per rispondere in modo tempestivo ed efficace al bisogno rilevato. I servizi forniti comprendono:

- attivazione della continuità assistenziale territoriale (ex guardia medica),
- invio agli Ambulatori di Cure Primarie festivi e prefestivi (Ambufest),
- consiglio medico telefonico per richieste cliniche a bassa complessità (h24 7/7),
- accesso al servizio di supporto psicologico in situazioni di disagio emotivo,
- trasferimento alla Centrale Operativa 118, in presenza di condizioni che richiedono un intervento di emergenza-urgenza,
- informazioni su strutture sanitarie presenti sul territorio,
- orientamento su prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Regionale,
- indicazioni su campagne vaccinali e iniziative di prevenzione,
- guida ai percorsi assistenziali disponibili per specifiche condizioni cliniche o bisogni sociosanitari.

Questa attività complessiva facilita la navigazione del cittadino all'interno del sistema sanitario regionale, riducendo il disorientamento e le barriere di accesso, e promuovendo una sanità più equa, accessibile e allineata ai reali bisogni della popolazione.

Infine, i dati raccolti attraverso il sistema gestionale sono utilizzati per:

- il monitoraggio delle performance,
- l'analisi dei flussi informativi,
- la valutazione della qualità percepita attraverso indagini di customer satisfaction,
- audit interni,
- confronto con gli standard attesi.

Queste informazioni supportano un processo sistematico di miglioramento continuo, che si traduce in aggiornamenti procedurali, formazione costante del personale e adeguamento degli strumenti operativi in base ai bisogni emergenti.

RISULTATI ATTESI

L'attivazione del NEA 116117 nella Regione Lazio si propone di produrre effetti misurabili e sostenibili sul piano organizzativo, clinico e relazionale, all'interno del sistema sanitario regionale. I primi mesi di attività offrono un quadro preliminare significativo in termini di volume e tipologia di accessi:

Indicatore	dicembre 2024	gennaio 2025	febbraio 2025	marzo 2025
NUMERO TOTALE DI ACCESSI AL NEA 116117	36.416	39.169	30.248	30.453
TRASFERIMENTI ALLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (TOTALI)	10.492	9.841	6.571	7.085
TRASFERIMENTI ALLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PER 100.000 ABITANTI	241	226	151	163
RICHIESTE DA RESIDENTI (ACCESSO A PRESTAZIONI/CONSIGLI)	25.874	33.463	25.473	28.071
RICHIESTE DA NON RESIDENTI	810	1.690	1.328	1.225
RICHIESTE TOTALI PER 100.000 ABITANTI	613	807	616	645
RICHIESTE DI ACCESSO AL MMG/PLS DA RESIDENTI	357	614	437	280
RICHIESTE MMG/PLS PER 100.000 ABITANTI	8	14	10	3
TRASFERIMENTI AL 118 (TOTALI)	890	954	744	854
TRASFERIMENTI AL 118 PER 100.000 ABITANTI	20	22	17	20
CONSULTI TELEFONICI (TOTALI)	19.280	19.303	15.315	15.652
CONSULTI TELEFONICI PER 100.000 ABITANTI	442	443	352	360
INFORMAZIONI SUI SERVIZI	1.237	2.554	1.877	2.034
SEGNALAZIONI AD ALTRI SERVIZI TERRITORIALI ASL	-	2	-	1

Monitoraggio Attività dicembre 2024 – marzo 2025

Sulla base delle prime evidenze raccolte e in linea con gli obiettivi strategici del progetto, l'attivazione della Centrale Operativa NEA 116117 nella Regione Lazio si propone di generare impatti concreti e misurabili su più livelli del sistema sanitario Regionale.

Il primo risultato atteso riguarda il miglioramento dell'accessibilità ai servizi. Grazie a un numero unico, gratuito e sempre attivo, ogni cittadino, indipendentemente dal luogo in cui si trova, può accedere in modo semplice e immediato alle informazioni e ai servizi sanitari territoriali, con tempi di risposta ridotti e una gestione coordinata delle richieste.

Un altro obiettivo fondamentale è la riduzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso. L'attività di ascolto e valutazione da parte di infermieri e medici della Centrale consente di orientare i cittadini verso percorsi alternativi, più adeguati alla situazione, evitando così il ricorso improprio all'emergenza-urgenza.

La Centrale contribuisce anche a migliorare l'appropriatezza degli invii alla Continuità Assistenziale Territoriale, grazie a un sistema di triage strutturato che filtra e indirizza correttamente le richieste, garantendo una presa in carico coerente e una regia operativa unitaria.

Un altro ambito rilevante riguarda la semplificazione dell'accesso alle informazioni sanitarie. Il servizio informativo integrato fornisce risposte chiare e aggiornate su prestazioni, prenotazioni, esenzioni, agevolazioni e centri specialistici, Unità di Cure Primarie (UCP), con particolare attenzione alle esigenze di persone fragili e caregiver.

I dati, fin qui raccolti, mostrano un alto livello di soddisfazione da parte degli utenti, che apprezzano in particolare la disponibilità e l'empatia degli operatori, la chiarezza comunicativa e la rapidità nel fornire risposte. Il gradimento degli utenti rappresenta un indicatore importante della qualità percepita del servizio.

CONCLUSIONI

L'attivazione del NEA 116117 nella Regione Lazio rappresenta un significativo avanzamento nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale, in linea con le direttive nazionali e comunitarie volte a migliorare l'accessibilità e l'efficienza dei servizi per le cure mediche non urgenti.

L'implementazione di questo servizio ha permesso di centralizzare e standardizzare l'accesso alle prestazioni sanitarie a bassa intensità assistenziale, offrendo ai cittadini un punto di riferimento unico, gratuito e attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Questo modello organizzativo ha facilitato l'integrazione tra i vari attori del Sistema Sanitario Regionale, migliorando la continuità delle cure e l'appropriatezza degli interventi.

I dati raccolti nei primi quattromesi di attività evidenziano un utilizzo significativo del servizio, con un numero di accessi pari a 136.286. Questo indica una risposta positiva da parte della popolazione e una crescente fiducia nel nuovo sistema di accesso alle cure non urgenti.

Inoltre, l'esperienza maturata con l'attivazione del NEA 116117 ha evidenziato l'importanza di una formazione continua del personale coinvolto, al fine di garantire una risposta sempre più efficace e centrata sui bisogni dell'utenza. La raccolta e l'analisi sistematica dei dati consentiranno di monitorare l'efficacia del servizio e di apportare eventuali miglioramenti basati su evidenze concrete.

In sintesi, il progetto NEA 116117 si configura come un modello innovativo di gestione delle cure mediche non urgenti, capace di migliorare l'accessibilità, l'efficienza e la qualità percepita dei servizi sanitari territoriali, ponendo le basi per una sanità più vicina ai cittadini e alle loro esigenze.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Un elemento fondamentale per il successo del progetto NEA 116117 è senza dubbio la sinergia e la collaborazione tra diversi profili professionali. Ognuno, con le proprie competenze e specificità, contribuisce a garantire un servizio efficiente, efficace e centrato sui bisogni del cittadino. In prima linea troviamo gli Infermieri, che svolgono un ruolo cruciale nella gestione delle chiamate, nella valutazione multidimensionale dei bisogni e nell'orientamento dei pazienti verso il percorso assistenziale più appropriato. Il loro ascolto attivo e la loro capacità di analisi sono fondamentali per intercettare le necessità dell'utenza e fornire una risposta adeguata. Accanto a loro, i Medici forniscono consulenza medica telefonica per le richieste cliniche a bassa complessità contribuendo a garantire un elevato standard di qualità del servizio. Il collegamento diretto con i Medici del territorio costituisce un canale di accesso diretto e semplificato al servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica), facilitando la presa in carico del cittadino nei momenti in cui il medico di medicina generale non è disponibile assicurando una risposta sanitaria appropriata, coordinata e integrata con gli altri servizi territoriali.Un altro tassello importante è rappresentato dagli Psicologi, che offrono supporto psicologico in situazioni di disagio emotivo, dimostrando l'attenzione del progetto verso la sfera emotiva e il benessere psicologico dei pazienti.

Il coordinamento operativo con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) è essenziale per garantire una risposta appropriata e tempestiva ai bisogni dei pazienti, favorendo la continuità assistenziale e l'integrazione con le cure primarie. La collaborazione con il personale delle Centrali Operative Territoriali (COT) è altrettanto importante per assicurare la continuità assistenziale e l'integrazione tra i diversi servizi territoriali, creando una rete di supporto completa e capillare. La connessione diretta tra la Centrale Operativa 116117 e quella del 118consente la gestione tempestiva di tutte le richieste che giungono al NEA e che sono codificate come urgenti. Infine, ma non per importanza, il personale amministrativo/gestionale si occupa della gestione dei sistemi informativi, della raccolta

e dell'analisi dei dati, del monitoraggio delle performance e della valutazione della qualità del servizio, garantendo il corretto funzionamento della macchina operativa. Il valore aggiunto del progetto NEA 116117 risiede proprio nella capacità di integrare e valorizzare le competenze di tutti questi professionisti, creando un team coeso e motivato, orientato al raggiungimento di obiettivi comuni e alla soddisfazione dei bisogni dei cittadini.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Le diverse fasi di implementazione del progetto NEA 116117 evidenziano i passaggi chiave che vanno dal periodo di adeguamento normativo e tecnico fino alla fase attuale di consolidamento operativo. Attraverso un approccio strutturato e sistematico, vengono delineati gli obiettivi raggiunti e le attività in corso, finalizzate a garantire l'efficacia e l'efficienza del servizio.

Fase di adeguamento normativo e tecnico (gennaio - novembre 2024): A seguito della Determinazione Regionale G15625 del 22 novembre 2024 sono stati completati diversi passaggi fondamentali, tra cui l'adeguamento dei sistemi informativi e della piattaforma gestionale, la definizione dei flussi operativi e dei profili professionali coinvolti, e la predisposizione della Scheda SIE come strumento standard per inquadrare i bisogni.

Fase di attivazione e avvio operativo (09 dicembre 2024): Con l'attivazione formale del numero 116117 nel territorio di Roma e Provincia, è iniziata una fase di osservazione operativa. Questa fase ha l'obiettivo di garantire una corretta implementazione delle funzioni previste, supportando il progressivo allineamento dei processi organizzativi e tecnologici coinvolti.

Fase di consolidamento (dicembre 2024 - marzo 2025): Durante questo periodo, si è assistito a una graduale intensificazione delle attività, con l'introduzione progressiva delle diverse funzioni operative. Sono stati raccolti i primi dati di monitoraggio, successivamente analizzati per valutare l'impatto del servizio sia sul piano organizzativo sia assistenziale.

Fase attuale (aprile 2025): Attualmente, il progetto è in una fase di consolidamento operativo e valutazione degli impatti. Sono in corso attività sistematiche per la raccolta e l'analisi dei dati, audit interni e aggiornamenti costanti per il personale coinvolto. Parallelamente, è in fase di avvio la Help Line Regionale per le Malattie Rare, che si integra nel modello della Centrale 116117. È prevista anche la produzione di reportistica standardizzata, utile per valutare l'efficacia del servizio e per definire eventuali interventi correttivi o di potenziamento. Questi strumenti saranno fondamentali per supportare l'estensione del modello ad altri ambiti o contesti territoriali, promuovendo un miglioramento continuo e la diffusione delle buone pratiche.

30 Reingegnerizzazione del percorso di Assistenza Domiciliare Integrata nella ASL di Rieti

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO
BARSACCHI AGNESE	DIRETTORE DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE ASL RIETI
PITORRI MAURO	INCARICO ORGANIZZATIVO ASL RIETI
AURELI MASSIMILIANO	INCARICO ORGANIZZATIVO ASL RIETI
TOTARO MICHELE CIRO	DIRETTORE UOSD ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ASL RIETI
BARBATO ANGELO	DIRETTORE SANITARIO ASL RIETI

ABSTRACT

Introduzione: la provincia di Rieti ha un indice di vecchiaia tra i più alti in Italia e una bassa densità di popolazione in un territorio prevalentemente montuoso. L'ADI di Rieti, a differenza del panorama regionale e nazionale, è prevalentemente a gestione pubblica. Dopo l'esperienza legata al COVID è stata operata una profonda reingegnerizzazione dell'ADI, con la centralizzazione dell'organizzazione e della presa in carico in un'apposita centrale operativa ADI aziendale, l'istituzione di una centrale di telenursing, l'informatizzazione dei processi

Obiettivi: ridurre la frammentazione dei servizi ADI e standardizzarli su tutto il territorio di competenza della ASL di Rieti adottato una reingegnerizzazione del servizio.

Materiali e Metodi: è stato costituito un Gruppo di Lavoro che ha rilevato le criticità del servizio ADI esistente all'epoca ed ha sulla base dell'analisi delle stesse ha previsto nuove linee di attività quali: l'istituzione di una centrale unica di coordinamento ADI, l'Istituzione di una Centrale di Ascolto Infermieristica – telenursing, l'introduzione di una piattaforma informatizzata, l'Implementazione delle procedure e protocolli,rilevazione dei bisogni formativi e percorsi di sviluppo delle competenze del personale infermieristico e tecnico. Per valutare i risultati son stati estratti i dati dal Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT) della Regione Lazio delle prestazioni, dei pazienti e delle pratiche ADI dal 2019 al 2024 per analizzarne l'andamento

Risultati: da gennaio 2019 a tutto il 2024 il servizio ADI della ASL di Rieti ha preso in carico un totale di 34.048 pazienti, effettuato 605.201 prestazioni per un totale di 49077 pratiche ADI aperte. Dopo la reingegnerizzazione del servizio si è registrato un aumento sostanziale delle pratiche, dei pazienti presi in carico e delle prestazioni erogate.Gli ultrasessantacinquenni in carico all' ADI della ASL di Rieti il 12,1% nel 2022 (media regionale 2022 3,2%, media nazionale 2022 3,3%) e l'11,7% nel 2023 (media regionale 7,3%) e il 10,9% nel 2024.

Conclusioni: Il processo di reingegnerizzazione dell'ADI ha reso il servizio maggiormente orientato agli effettivi bisogni della popolazione. La centralizzazione e digitalizzazione dei processi hanno permesso una più semplice pianificazione e programmazione del servizio aumentandone l'accessibilità e limitando al minimo la

frammentazione.L' implementazione delle procedure e protocolli inerenti gli interventi in ADI, l'analisi dei bisogni formativi e i successivi interventi formativi hanno creato equipe ADI altamente formate, motivate e fidelizzate con il servizio migliorandone sensibilmente la qualità.I dati che abbiamo registrato dimostrano un aumento sostanziale e consolidato dei pazienti presi in carico, delle pratiche e del numero di prestazioni erogate dal 2020 in poi, in particolare nel periodo COVID, con una distribuzione omogenea su tutto il territorio. Anche il dato degli ultrasessantacinquenni in carico all' ADI della ASL di Rieti è ottimo con una media percentuale dei tre anni presi in considerazione (2022,2023,2024) dell'11,6% ampiamente sopra per tutti e tre gli anni presi in considerazione all'obiettivo del PNRR di raggiungere entro il 2026 il 10%.

ACRONIMI

- **ADI**: Assistenza Domiciliare Integrata
- **API**: Assistenza Proattiva Infermieristica
- **USCA**: Unità Speciali di Continuità Assistenziale
- **ASL**: Azienda Sanitaria Locale
- **DAPS**: Dipartimento delle Professioni Sanitarie
- **UOSD**: Unità Operativa Semplice Dipartimentale
- **CAD**: Centro Assistenza Domiciliare
- **CAI**:Centrale di Ascolto Infermieristica
- **UVM**:Unità Valutazione Multidisciplinare
- **ADP**: Assistenza Domiciliare Prestazionale
- **SIAT**:Sistema Informativo Assistenza Territoriale
- **PNRR**: Piano Nazionale Ripresa e Resilienza

INTRODUZIONE

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), rappresenta un importante servizio che ha il fine di rispondere ai bisogni crescenti di sempre più numerosi cittadini che presentano elevate fragilità/necessità di interventi sanitari a breve, medio e lungo termine.

Lo sviluppo degli interventi domiciliari deve rispondere ai fattori demografici, ai bisogni sanitari della popolazione, ai parametri economici e al bisogno di innovazione dei modelli assistenziali territoriali.L'esperienza del COVID (API, USCA) ha mostrato che sono possibili modelli diversi e che l'informatizzazione è essenziale per il miglioramento della qualità delle cure.

I servizi di ADI spesso per vari motivi economici, demografici e sociali possono presentarsi frammentati. Nel tentativo di superare questa frammentazione, la ASL di Rieti ha creatoun nuovo modello organizzativo dei servizi di ADI, restituendo assoluta centralità alla persona bisognosa di assistenza e alla sua famiglia, al fine di limitare il più possibile re-ospedalizzazioni.

Ciò ha comportato la necessità di reingegnerizzare l'organizzazione dell'ADI, nella ASL di Rieti ridisegnando i percorsi di collegamento tra i servizi territoriali e l'utente e necessariamente con le strutture territoriali ed ospedaliere.

OBIETTIVI

Dall'analisi effettuata dal gruppo di lavoro istituito dalla ASL di Rieti gli interventi domiciliari non sono risultati sufficientemente integrati. Pertanto si è cercato di ridisegnare i percorsi di collegamento tra i servizi domiciliari, le strutture territoriali e quelle ospedaliere e, al fine di perseguire l'obiettivo di ridurre la frammentazione dei servizi ADI e standardizzarli su tutto il territorio di competenza, la ASL di Rieti ha adottato una reingegnerizzazione degli stessi.

MATERIALI E METODI

Per la reingegnerizzazione del servizio ADI Su mandato della Direzione Sanitaria è stato costituito un Gruppo di Lavoro coordinato dal Direttore DAPS e dal Direttore UOSD ADI.

Il Gruppo di Lavoro ha organizzato una serie di incontri in cui sono stati analizzati e scomposti i processi organizzativo-assistenziali dei servizi ADI . Da un'attenta analisi del contesto (fase AS- IS), sono emerse le seguenti criticità:

- Frammentarietà e disomogeneità dei processi
- Servizio ADI articolato nella fascia oraria antimeridiana
- Vari numeri di telefono per i singoli Centri Assistenza Domiciliare (CAD).
- Continuum assistenziale non adeguato
- Difficoltà nella programmazione degli accessi
- Difficoltà a determinare l'esatto fabbisogno di risorse
- Assenza di una cartella centralizzata informatizzata

Rilevate tali criticità il Gruppo di Lavoro ha previsto pertanto delle nuove linee di attività inerenti la reingegnerizzazione dei processi analizzati per il superamento delle stesse(Fase To -Be):

- Istituzione di una centrale unica di coordinamento ADI composta da: una sede centrale a Rieti e due postazioni territoriali a copertura del territorio del Distretto 1 (Rieti, Osteria Nuova) e Distretto 2 (Poggio Mirteto). La centrale unica di coordinamento garantisce un'attività infermieristica in tutto il territorio dalle ore 8 alle ore 20, dal lunedì al sabato. Ciò ha comportato una centralizzazione dell'organico di assistenza in relazione ai carichi di lavoro rilevati e alle linee di attività definite ed è stata centralizzata la gestione dei presìdi e delle autovetture di servizio. La programmazione degli interventi è elaborata due volte al giorno, per il mattino (8-14) e per il pomeriggio (14-20).
- Istituzione di una Centrale di Ascolto Infermieristica (CAI) telenursingaperta h12 con due infermieri esperti dedicati con funzione "proattiva di continuum assistenziale" tra un accesso e l'altro, attraverso l'uso dell' applicativo informatico ADI, e di rilevazione della qualità della servizio offerto. La CAI è fisicamente adiacente alla centrale unica di coordinamento ADI ed è aperta 12 ore al giorno.Dispone di personale infermieristico esperto, e ha un numero unico dedicato in sostituzione dei numeri dei singoli CAD preesistenti (Fig.1). È rivolta agli utenti in ADI e ai loro caregiver ed è uno strumento di integrazione di tutta la filiera assistenziale.
- Introduzione di una piattaforma informatizzata che faccia da rete per gli aspetti relativi alla pianificazione (documentazione sanitaria)/programmazione (geolocalizzazione)/esecuzione (certificazione)/verifica

(indicatori) e counseling da parte della CAI e di Telenursing. La piattaforma informatizzata consente di creare una rete per gli aspetti relativi alla pianificazione, programmazione, esecuzione, verifica e supporto alla CAI.Dispone di diario clinico-assistenziale centralizzato e di scale di valutazione in supporto all'Unità Valutazione Multidisciplinare (UVM).Dispone di un modulo di geolocalizzazione che, correlato alla tipologia e al numero delle prestazioni e alla durata delle stesse e del tragitto, consente di suggerire una pianificazione di lavoro.

- Rivalutazione delle liste dei pazienti attualmente in Assistenza Domiciliare Prestazionale (ADP)
- Implementazione delle procedure e protocolli inerenti gli interventi assistenziali da parte del personale operante in ADI. È stato costituito un gruppo di lavoro interprofessionale per la revisione delle procedure di assistenza domiciliare, con percorsi clinico-organizzativi (NAD, trasfusione domiciliare, ecc) e protocolli clinico-assistenziali (gestione cateteri, stomie, ecc).
- Rilevazione dei bisogni formativi e percorsi di sviluppo delle competenze del personale infermieristico e tecnico. Si è proceduto alla rilevazione dei bisogni formativi del personale di assistenza attraverso la somministrazione di un questionario anonimo, atto ad evidenziare le necessità formative.Sulla base dei risultati di questa analisi, sono stati progettati ed effettuati una serie di eventi formativi.
- Creazione di un organico infermieristico e tecnico Aziendale ADI e determinazione dell'esatto fabbisogno in relazione ai carichi di lavoro e alle linee di attività definite e standardizzate.

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746.2781
www.asl.rieti.it – C.F. e P.I. 00821180577

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Telefono dedicato

0746-279452

Attivo dal Lunedì al Sabato dalle 8:15 alle 19:45

Gentile Utente,

La informiamo che da oggi la ASL di Rieti Le sarà ancora più vicina.

Per Lei, che è inserito nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), è stato attivato un numero di telefono dedicato, a cui risponderà un'équipe infermieristica e al quale potrà rivolgersi per qualsiasi necessità.

Fig.1 – Materiale Informativo ASL Rieti sul servizio ADI con numero unico di telefono dedicato. (Fonte:ASL Rieti)HRS del 2015 sull'uso del RM nei pazienti con CIED

Nella fig.2 sotto riportata si descrive il flusso operativo del servizio ADI dopo la reingegnerizzazione.

Fig.2 – Flusso operativo del servizio ADI della ASL di Rieti dopo la reingegnerizzazione. (Fonte:ASL Rieti)

Per analizzare i risultati nel tempo dell'intervento di reingegnerizzazione abbiamo analizzato i dati del servizio ADI dal 2019 al 2024 ,prendendo in considerazione il numero delle pratiche, dei pazienti e delle prestazioni estraendo i dati dal Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT) della Regione Lazio

Abbiamo poi analizzato i dati per gli anni 2022, 2023 e 2024 delle percentuali dei pazienti ultrasessantacinquenni per valutare se siamo in linea con l'obiettivo del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNNR) di raggiungere nel 2026 il 10% degli ultrasessantacinquenni in ADI.

Per valutare l'efficacia della CAD abbiamo preso in esame la media delletelefonate quotidiane al numero unico ADI e la loro tipologia.

Abbiamo analizzato e confrontato i dati e realizzato tabelle e grafici per esporre i risultati.

RISULTATI

Da gennaio 2019 a tutto il 2024 il servizio ADI della ASL di Rieti ha preso in carico un totale di 34.048 pazienti, effettuato 605.201 prestazioni per un totale di 49077 pratiche ADI aperte. Dopo la reingegnerizzazione del servizio si è registrato un aumento sostanziale delle pratiche, dei pazienti presi in carico e delle prestazioni erogate. Nelle tabelle e grafici sottostanti si documenta l'andamento.

Pratiche ADI ASL Rieti 2019-2024							
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTALE
Distretto 1	3200	4068	7111	6317	5194	6.058	31948
Distretto 2	1958	2159	2789	3259	3527	3444	17136
ASL Rieti	5158	6227	9893	9576	8721	9502	49077

Tab.1 – Pratiche ADI 2019-2024 (Fonte ASL Rieti)

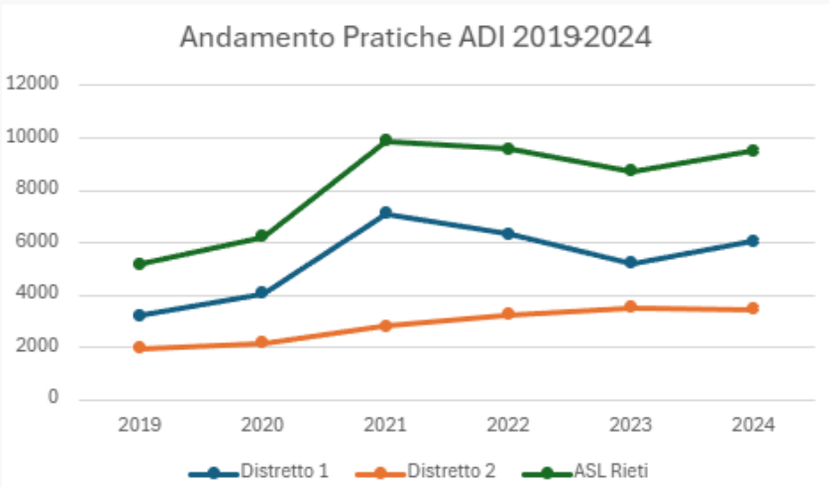


Fig.3 – Grafico a linee dell'andamento pratiche ADI 201 9-2024 (Fonte ASL Rieti)

Pazienti presi in carico ADI ASL Rieti 2019-2024							
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTALE
Distretto 1	2593	3238	5857	4040	3162	4.221	23111
Distretto 2	1425	1569	2038	1926	1984	1995	10937
ASL Rieti	4018	4807	7895	5966	5146	6216	34048

Tab.2 – Pazienti presi in carico ADI 2019-2024 (Fonte ASL Rieti)

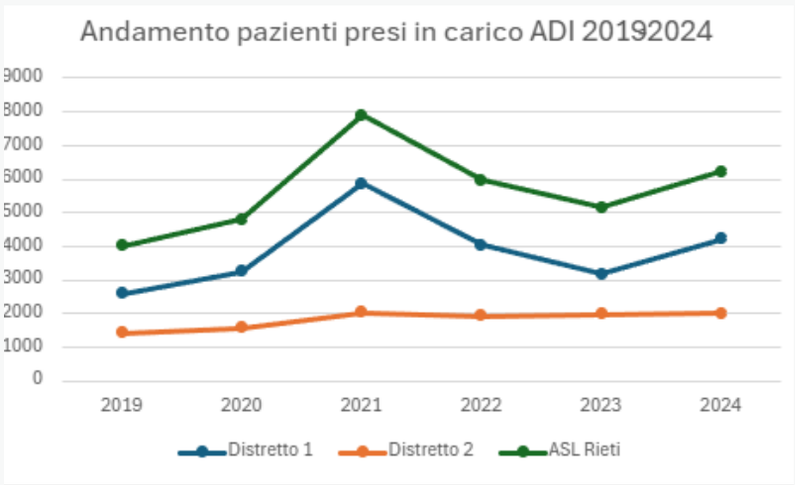


Fig.4 – Grafico a linee dell'andamento dei pazienti presi in carico ADI 2019-2024 (Fonte ASL Rieti)RM nei pazienti con CIED

Prestazioni effettuate ADI ASL Rieti 2019-2024							
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTALE
Distretto 1	41666	85516	70647	65567	66579	68.653	398628
Distretto 2	28944	24977	29653	30746	43891	44.294	202505
ASL Rieti	70660	114493	100300	96331	110470	112.947	605201

Tab.3 – Prestazioni ADI 2019-2024 (Fonte ASL Rieti)

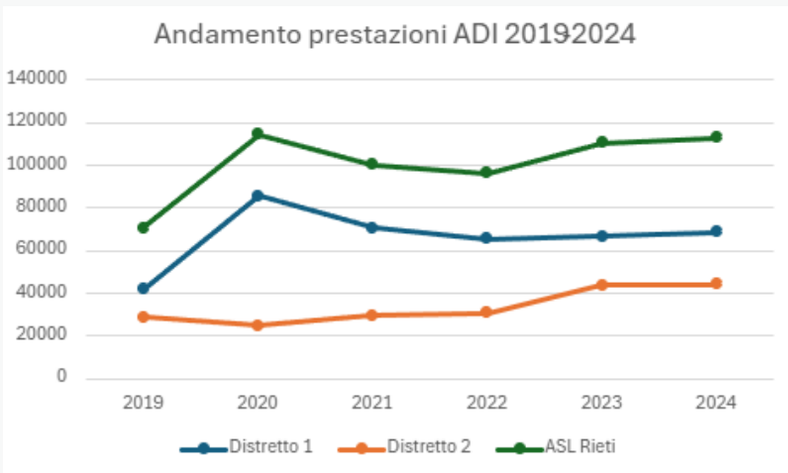


Fig.5 – Grafico a linee dell'andamento delle prestazioni ADI 2019-2024 (Fonte ASL Rieti)

Gli ultrasessantacinquenni in carico all' ADI della ASL di Rieti il 12,1% nel 2022 (media regionale 2022 3,2%, media nazionale 2022 3,3%) e l'11,7% nel 2023 (media regionale 7,3%) e il 10,9% nel 2024.

L'analisi dei dati delle telefonate alla CAD attraverso il numero unico ADI della Asl di Rieti ci ha documentato una media di 55 chiamate giornaliere con una media di 43 chiamate (78%) nella fascia oraria 8-14 e una media di 12 chiamate (22%) nella fascia 14-20.

DISCUSSIONE/CONCLUSIONI

Il processo di reingegnerizzazione dell'ADI ha reso il servizio maggiormente orientato agli effettivi bisogni della popolazione. La centralizzazione e digitalizzazione dei processi hanno permesso una più semplice la pianificazione e programmazione del servizio aumentandone l'accessibilità e limitando al minimo la frammentazione distribuendolo in maniera più omogenea su tutto il territorio della ASL di Rieti.

L' implementazione delle procedure e protocolli inerenti gli interventi in ADI, l'analisi dei bisogni formativi e i successivi interventi formativi hanno creato equipe ADI altamente formate, motivate e fidelizzate con il servizio migliorandone sensibilmente la qualità.

I dati che abbiamo registrato dimostrano un aumento sostanziale e consolidato dei pazienti presi in carico, delle pratiche e del numero di prestazioni erogate dal 2020 in poi, in particolare nel periodo COVID, con una distribuzione omogenea su tutto il territorio.

Il dato degli ultrasessantacinquenni in carico all' ADI della ASL di Rieti è ottimo con una media percentuale dei tre anni presi in considerazione (2022,2023,2024) dell'11,6% ampiamente sopra per tutti e tre gli anni presi in considerazione all'obiettivo del PNRR di raggiungere entro il 2026 il 10%.

Tali risultati sono stati raggiunti con un servizio prevalentemente pubblico (98,84% dei pazienti a gestione diretta) a differenza del panorama italiano, dove le cure domiciliari sono invece spesso appannaggio di enti privati.

BIBLIOGRAFIA

- Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica, Marcadelli S., Obbia P., Prandi C. Edra, 2018
- L'infermiere di comunità dalla teoria alla prassi, Pellizzari M., Mc Graw-Hill, 2008
- Decreto Commissario ad Acta Regione Lazio U00256 del 05/07/2017
- DCA U00429 del 24/12/2012, Approvazione dei documenti "Stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l'Assistenza Domiciliare Integrata nella Regione Lazio, per persone non autosufficienti, anche anziane" e "Omogeneizzazione delle Procedure e degli strumenti per l'ADI per persone non autosufficienti, anche anziane"
- DCA U00431 del 24/12/2012, La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio
- DGR 326 del 2008, ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare

- Ministero della Salute. Decreto del 23 gennaio 2023. Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).
- Ministero della Salute. Decreto del 29 aprile 2022. Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare (Milestone EU M6C1-4).
- DCA U00039 del 20/03/2012, Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.
- DCA U00256 del 05/07/2017, Cure domiciliari di cui all'art. 22 del DPCM 12.01.2017 - Criteri di eleggibilità e livelli di intensità assistenziale
- DCA U00525/2019: "Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle Cure domiciliari – ADI"
- Procedura operativa di funzionamento delle unità speciali di continuità assistenziale - ASL di Rieti del 15/01/2021
- Linee guida per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - Ministero della Salute, prot. 005769 del 08/04/2022
- Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale - DM 77/2022, Gazzetta Ufficiale n.144 del 22/06/2022

31 Modelli di Integrazione delle Cure nella ASL Roma5: Continuità assistenziale Ospedale-Territorio con approccio multidisciplinare tra IFeC, TOH, COT-A e COT-D

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASL ROMA 5

UNITA' OPERATIVA

DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

REFERENTE DEL PROGETTO

DOTT.SSA LUIGIA CARBONI DIRETTORE DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI (DPSS)

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO
DOTT.SSA MARIA TERESA CALANDRO	FO "GESTIONE FLUSSI DI RICOV. E DIMISS. (OSPED.-TERRIT.)"- RESPONSABILE COT-A
DOTT.SSA ANNA DE FLAVIS	FO "UMANIZZAZIONE E ACCOGLIENZA" - RESPONSABILE TOH AZIENDALE
DOTT.SSA ANNA MALATESTA	FO "INFERMIERISTICA COMUNITÀ- SERVIZI DISTRETTO GUIDONIA-CDS PALOMBARA"- RESPONSABILE COT-D

ABSTRACT

Nel contesto della trasformazione dei servizi sanitari previsti nella Missione 5 e 6 del PNRR, in coerenza con quanto indicato nei dettami della Regione Lazio nel Piano di rafforzamento dell'assistenza territoriale, la ASL Roma 5 ha voluto avviare un progetto strategico, finalizzato a garantire un modello organizzativo integrato e sostenibile a garanzia della continuità assistenziale ospedale-territorio e della presa in carico pro-attiva. Tale modello si fonda sui principi della "Transitional Care", un approccio innovativo e multidimensionale per la gestione del cambio setting attraverso i diversi livelli di cura, di persone fragili, anziane e affette da patologie croniche. I principi fondamentali della "Transitional Care" includono: la centralità della persona assistita e del caregiver; la valutazione precoce e multidisciplinare del bisogno; la pianificazione strutturata delle dimissioni ospedaliere; la presa in carico personalizzata e tempestiva da parte dei servizi territoriali; la comunicazione interprofessionale continua e documentata; l'uso di strumenti digitali interoperabili per la tracciabilità del percorso assistenziale. Il progetto ha previsto la creazione di una rete operativa coordinata tra gli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC)

, l'ostetrica di Famiglia e Comunità (OFeC) e le Centrali Operative, articolate in COT-A (Centrale Operativa Aziendale), COT-D (Centrale Operativa Distrettuale) e Centrale del Team Operativo Ospedaliero (TOH). Ciascuna di queste componenti svolge un ruolo strategico nella gestione delle transizioni assistenziali. L'istituzione del Team Operativo Ospedaliero (TOH), secondo la complessità organizzativa a livello aziendale o ospedaliero, ha lo scopo: di riunire in una struttura organica diverse funzioni organizzative, assistenziali, logistiche, sociali; di costituire l'interfaccia dell'Ospedale con le Centrali Operative (COT-A/D) e le Strutture di ricovero aziendali e territoriali, al fine di facilitare, secondo la complessità clinica, il ricovero da P.S., la transizione delle cure in setting post acuzie, i trasferimenti intra-aziendali e il back transfer attraverso il monitoraggio in tempo reale dei posti letto organizzativamente disponibili. A livello ospedaliero, nell'ottica della piena integrazione con il territorio ed al fine di garantire rapide deospedalizzazioni ed incrementare il tasso di turn-over di posti letto e la deflazione conseguente al fenomeno del boarding del Pronto Soccorso. La COT-A ha la responsabilità della gestione e manutenzione dei percorsi assistenziali al fine di superare la frammentazione organizzativa e svolgere la regia di una rete assistenziale integrata con i presidi ospedalieri della ASL, i servizi distrettuali, le Aziende Ospedaliere (AO), le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU), gli Istituto di ricovero e Cura a carattere Scientifico (IRCSS) e le Strutture di ricovero e cura accreditate (CdCA) afferenti a quel territorio. Le COT-D svolgono funzione di governo delle attività di presa in carico territoriale, di coordinamento dei vari stakeholders, al fine di garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio e territorio-territorio. La Centrale Operativa Distrettuale svolge il ruolo di raccordo tra i vari servizi territoriali, in stretta correlazione con la COT-A, cabina di regia di tutte le attività di transizione delle cure e di stratificazione del rischio della popolazione residente, attraverso l'utilizzo di una piattaforma di interconnessione (Transitional Care), adeguatamente predisposta dalla Regione Lazio. Gli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) rappresentano una figura chiave nell'evoluzione dell'assistenza territoriale, in linea con gli indirizzi regionali e nazionali. Operando all'interno dei 6 Distretti Sanitari, svolgono un ruolo fondamentale nella promozione della salute, nella prevenzione delle cronicità e nella gestione integrata dei bisogni assistenziali delle persone e delle famiglie. L'intervento prevede il coinvolgimento diretto e strutturato degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC), i quali, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale, gli operatori sociali e le strutture distrettuali, assumono un ruolo centrale nel monitoraggio, nell'intercettazione precoce e nella gestione continuativa dei pazienti a domicilio o nei contesti di comunità. L'obiettivo è duplice: migliorare la qualità dell'assistenza garantendo continuità e prossimità delle cure, attraverso un approccio personalizzato, integrato e multidisciplinare; ridurre il numero di accessi impropri ai Pronto Soccorso, con un impatto positivo sull'appropriatezza del Sistema Sanitario, sulla sostenibilità dei servizi e sull'esperienza complessiva del persona, della famiglia e della comunità. L'IFeC garantisce la continuità clinico-assistenziale dopo la dimissione e la presa in carico pro-attiva dei frequent user. Il presente progetto si avvale inoltre di strumenti digitali e tecnologici regionali e aziendali a garanzia dell'integrazione tra professionisti nei processi di valutazione, presa in carico, assistenza e monitoraggio dei percorsi e degli indicatori (Gipse-Web, BI4H, Cartella integrata SIS4CARE, SIATeSS -Transitional Care, SIAT, SIRA, SIAR, DATABASE Raccolta dati statistici,etc.). Grazie a questo approccio sinergico e innovativo, alla formazione interprofessionale e ai momenti strutturati di confronto tra Ospedale e Territorio, si prevede un significativo miglioramento nella riduzione delle degenze ospedaliere, del sovraffollamento dei Pronto Soccorsi Aziendali e un aumento delle prese in carico proattive dei pazienti over 65 fragili, cronici, con un conseguente impatto significativo sulla salute pubblica e sulla spesa sanitaria. Il Progetto in definitiva mira a sviluppare e consolidare un modello integrato di continuità assistenziale ospedale-territorio nella ASL Roma 5, attraverso la cooperazione strutturata tra IFeC, Team Operativo Ospedaliero (TOH), COT-A e COT-D, in linea con il Piano Regionale della Salute e le indicazioni del PNRR – Missione 5 e Missione 6.

OBIETTIVO GENERALE

Implementare e consolidare un approccio multidisciplinare per la continuità delle cure tra Ospedale e Territorio, utilizzando il Servizio IFeC-OFeC e le strutture TOH, COT-A e COT-D, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza, favorire il cambio di setting appropriati ai bisogni socio-assistenziali degli assisiti, riducendo i re-ricoveri ospedalieri, aumentando le prese in carico degli assistiti over 65 al proprio domicilio, favorendo la fruizione dei servizi all'utenza, ottimizzando le risorse tramite l'interconnessione digitale.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Sviluppare un modello organizzativo basato sull' integrazione tra Ospedale e Territorio;
- Creare un sistema di coordinamento continuo tra la TOH, la COT-A e le COT-D per migliorare la gestione del paziente e facilitare la transizione tra i diversi setting assistenziali;
- Sviluppare protocolli operativi condivisi utilizzando strumenti digitali regionali interoperabili;
- Ridurre le degenze medie ospedaliere e i re-ricoveri evitabili;
- Migliorare l'esperienza del paziente e facilitare il ruolo del caregiver;
- Migliorare la collaborazione con i Servizi Sociali Comunali e Enti Terzo Settore;
- Valorizzare il ruolo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) e dell'Ostetrica di Famiglia e Comunità (OFeC);
- Promuovere la salute pubblica con attività di prevenzione primaria e presa in carico proattiva;
- Ottimizzare l'uso delle risorse attraverso soluzioni tecnologiche e metodologiche condivise;
- Promuovere la formazione continua del personale socio-sanitario coinvolto nel processo di transizione delle cure;
- Migliorare la fiducia del cittadino nei confronti del SSN, riducendo la mobilità passiva verso altri territori regionali o extra regionali a parità di offerta sanitaria.

MATERIALI E METODI

Materiali: linee guida regionale e nazionali, Piattaforme tecnologiche per la condivisione delle informazioni (DATABASE elettronici, cartelle cliniche informatizzate, software di interconnessione dati per la gestione del cambio setting e per la presa in carico dei pazienti).

Metodi: Approccio multidisciplinare, formazione sul campo, incontri di coordinamento tra le varie équipe, pianificazione di percorsi assistenziali personalizzati per i pazienti in transizione, monitoraggio continuo dell'efficacia delle soluzioni proposte, omogeneizzazione dei processi sulla base delle best practice.

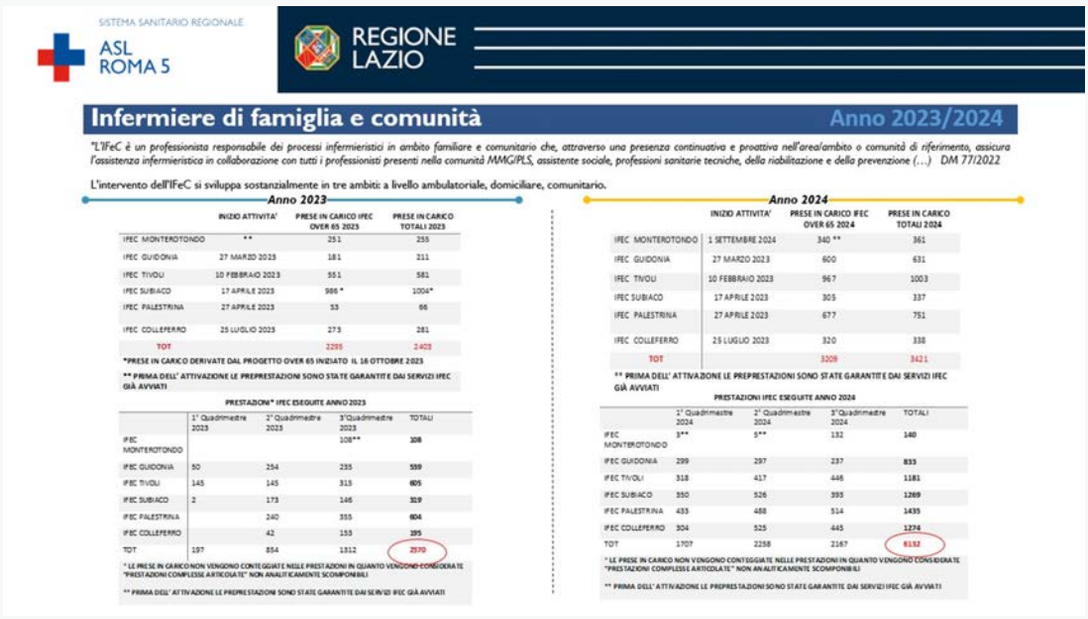
RISULTATI / RISULTATI ATTESI

Il progetto in linea con il DM/77 2022, promuove il rafforzamento dell'assistenza territoriale attraverso l'integrazione dei servizi, la personalizzazione dell'assistenza e l'uso delle tecnologie digitali. Un elemento distintivo del progetto è il potenziamento e la valorizzazione del ruolo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), figura centrale nei nuovi modelli assistenziali territoriali. L'IFeC opera come punto di riferimento per l'accesso ai servizi, facilitando la presa in carico integrata e supportando la continuità delle cure nel contesto domiciliare. In questo progetto, l'IFeC è parte attiva del processo di "Transitional Care", con interventi tempestivi post-dimissione, valutazioni multidimensionali e monitoraggio dei piani assistenziali personalizzati. Nella ASL Roma 5 nel 2023 parallelamente al servizio IFeC è

stato attivato il servizio territoriale dell'Ostetrica di Famiglia e Comunità (OFeC), rivolto all'assistenza perinatale e alla promozione della salute delle donne e delle famiglie, a supporto della comunità e della continuità assistenziale. Il servizio IFeC è organizzato per distretto e per aree geografiche, garantendo la capillarità territoriale e l'accessibilità da parte della popolazione fragile, anziana o cronica. L'IFeC lavora in stretta sinergia con il Medico di Medicina Generale, il TOH, la COT-A e le COT-D di cui è parte integrante. Grazie a questo assetto, la ASL Roma 5 si pone come realtà pilota nella sperimentazione di un modello innovativo e sostenibile di prossimità assistenziale, fondato sulla relazione di fiducia, la presa in carico territoriale, l'integrazione professionale e la valorizzazione delle competenze infermieristiche.

Risultati ottenuti nella fase preliminare:

- Istituzione della Centrale Operativa Aziendale (COT-A);
- Istituzione delle Centrali Operative Territoriali Distrettuali (COT-D);
- Istituzione della Centrale del Team Operativo Ospedaliero (TOH) , funzioni gestionali integrate alla COT-A;
- Implementazione del servizio IFeC in ogni Distretto;
- Implementazione del servizio OFeC itinerante nei 6 Distretti;
- Miglioramento del coordinamento tra Ospedale e Territorio;
- Aumento delle dimissioni protette, con un'adeguata continuità assistenziale;
- Miglioramento nella gestione dei pazienti in fase di transizione;
- Miglioramento della comunicazione IFeC-MMG (entro 48h dalla dimissione);
- Omogeneizzazione dei processi sulla base delle best practice;
- Facilitazione dei processi assistenziali (protesica, farmaceutica territoriale);
- Miglioramento comunicazione tra i diversi stakeholders;
- Soddisfazione utenti e caregiver;


SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5
REGIONE LAZIO

Infermiere di famiglia e comunità Anno 2023/2024

"L'IFeC è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (...) DM 77/2022

L'intervento dell'IFeC si sviluppa sostanzialmente in tre ambiti: a livello ambulatoriale, domiciliare, comunitario.

Anno 2023

	INIZIO ATTIVITA'	PRESE IN CARICO IFEC OVER 65 2023	PRESE IN CARICO TOTALI 2023
IFEC MONTEROTONDO	**	251	255
IFEC GUIDONIA	27 MARZO 2023	181	211
IFEC TIVOLI	10 FEBBRAIO 2023	551	581
IFEC SUBIACO	17 APRILE 2023	986 *	1004*
IFEC PALESTRINA	27 APRILE 2023	53	66
IFEC COLLEFERRO	25 LUGLIO 2023	273	281
TOT		2295	2403

*PRESE IN CARICO DERIVATE DAL PROGETTO OVER 65 INIZIATO IL 16 OTTOBRE 2023

** PRIMA DELL' ATTIVAZIONE LE PREPRESTAZIONI SONO STATE GARANTITE DAI SERVIZI IFEC GIÀ AVVIATI

PRESTAZIONI* IFEC ESEGUITE ANNO 2023

	1° Quadrimestre 2023	2° Quadrimestre 2023	3°Quadrimestre 2023	TOTALI
IFEC MONTEROTONDO			108**	108
IFEC GUIDONIA	50	254	235	539
IFEC TIVOLI	145	145	315	605
IFEC SUBIACO	2	173	146	319
IFEC PALESTRINA		240	355	604
IFEC COLLEFERRO		42	153	195
TOT	197	854	1312	2570

* LE PRESE IN CARICO NON VENGONO CONTEGGIATE NELLE PRESTAZIONI IN QUANTO VENGONO CONSIDERATE "PRESTAZIONI COMPLESSE ARTICOLATE" NON ANALITICAMENTE SCOMPONIBILI

** PRIMA DELL' ATTIVAZIONE LE PREPRESTAZIONI SONO STATE GARANTITE DAI SERVIZI IFEC GIÀ AVVIATI

Anno 2024

	INIZIO ATTIVITA'	PRESE IN CARICO IFEC OVER 65 2024	PRESE IN CARICO TOTALI 2024
IFEC MONTEROTONDO	1 SETTEMBRE 2024	340 **	361
IFEC GUIDONIA	27 MARZO 2023	600	631
IFEC TIVOLI	10 FEBBRAIO 2023	967	1003
IFEC SUBIACO	17 APRILE 2023	305	337
IFEC PALESTRINA	27 APRILE 2023	677	751
IFEC COLLEFERRO	25 LUGLIO 2023	320	338
TOT		3209	3421

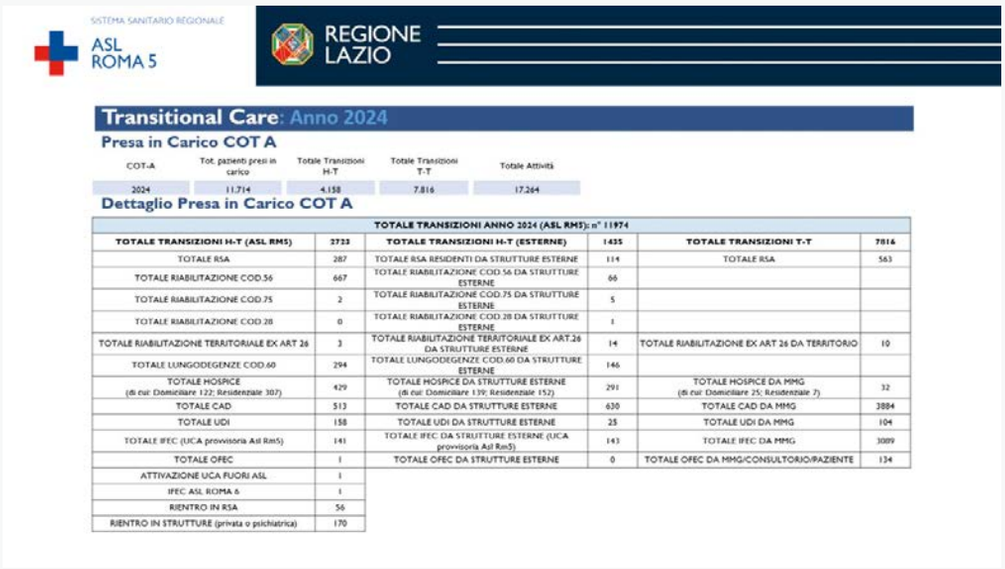
** PRIMA DELL' ATTIVAZIONE LE PREPRESTAZIONI SONO STATE GARANTITE DAI SERVIZI IFEC GIÀ AVVIATI

PRESTAZIONI IFEC ESEGUITE ANNO 2024

	1° Quadrimestre 2024	2° Quadrimestre 2024	3°Quadrimestre 2024	TOTALI
IFEC MONTEROTONDO	3**	5**	132	140
IFEC GUIDONIA	299	297	237	833
IFEC TIVOLI	318	417	446	1181
IFEC SUBIACO	350	526	393	1269
IFEC PALESTRINA	433	488	514	1435
IFEC COLLEFERRO	304	525	445	1274
TOT	1707	2258	2167	6132

* LE PRESE IN CARICO NON VENGONO CONTEGGIATE NELLE PRESTAZIONI IN QUANTO VENGONO CONSIDERATE "PRESTAZIONI COMPLESSE ARTICOLATE" NON ANALITICAMENTE SCOMPONIBILI

** PRIMA DELL' ATTIVAZIONE LE PREPRESTAZIONI SONO STATE GARANTITE DAI SERVIZI IFEC GIÀ AVVIATI



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

Transitional Care: Anno 2024

Presa in Carico COT A

COT-A	Tot. pazienti presi in carico	Totale Transizioni H-T	Totale Transizioni T-T	Totale Attività
2024	11.714	4.158	7.816	17.264

Dettaglio Presa in Carico COT A

TOTALE TRANSIZIONI ANNO 2024 (ASL RM5): n° 11974					
TOTALE TRANSIZIONI H-T (ASL RM5)	**2723**	**TOTALE TRANSIZIONI H-T (ESTERNE)**	**1435**	**TOTALE TRANSIZIONI T-T**	**7816**
TOTALE RSA	287	TOTALE RSA RESIDENTI DA STRUTTURE ESTERNE	114	TOTALE RSA	563
TOTALE RIABILITAZIONE COD.56	667	TOTALE RIABILITAZIONE COD.56 DA STRUTTURE ESTERNE	66		
TOTALE RIABILITAZIONE COD.75	2	TOTALE RIABILITAZIONE COD.75 DA STRUTTURE ESTERNE	5		
TOTALE RIABILITAZIONE COD.28	0	TOTALE RIABILITAZIONE COD.28 DA STRUTTURE ESTERNE	1		
TOTALE RIABILITAZIONE TERRITORIALE EX ART 26	3	TOTALE RIABILITAZIONE TERRITORIALE EX ART.26 DA STRUTTURE ESTERNE	14	TOTALE RIABILITAZIONE EX ART 26 DA TERRITORIO	10
TOTALE LUNGODEGENZE COD.60	294	TOTALE LUNGODEGENZE COD.60 DA STRUTTURE ESTERNE	146		
TOTALE HOSPICE (di cui: Domiciliare 122; Residenziale 307)	429	TOTALE HOSPICE DA STRUTTURE ESTERNE (di cui: Domiciliare 139; Residenziale 152)	291	TOTALE HOSPICE DA MMG (di cui: Domiciliare 25; Residenziale 7)	32
TOTALE CAD	513	TOTALE CAD DA STRUTTURE ESTERNE	630	TOTALE CAD DA MMG	3884
TOTALE UDI	158	TOTALE UDI DA STRUTTURE ESTERNE	25	TOTALE UDI DA MMG	104
TOTALE IFEC (UCA provvisoria Asl Rm5)	141	TOTALE IFEC DA STRUTTURE ESTERNE (UCA provvisoria Asl Rm5)	143	TOTALE IFEC DA MMG	3089
TOTALE OFEC	1	TOTALE OFEC DA STRUTTURE ESTERNE	0	TOTALE OFEC DA MMG/CONSULTORIO/PAZIENTE	134
ATTIVAZIONE UCA FUORI ASL	1				
IFEC ASL ROMA 6	1				
RIENTRO IN RSA	56				
RIENTRO IN STRUTTURE (privata o psichiatrica)	170				

Risultati attesi:

- Raggiungere la piena funzionalità del TOH in tutti i presidi ospedalieri aziendali;
- Implementazione del Modello di transitional care in tutti i setting di cure intermedie e post acuzie regionali;
- Implementazione del modello organizzativo regionale tramite utilizzo della Piattaforma Informatica "Transitional Care";
- Centralizzazione presso la COT-A della gestione liste d'attesa di tutti i setting (RSA, Hospice, Riabilitazione Territoriale, Residenze Psichiatriche);
- Consolidamento della piena funzionalità delle COT-D;
- Riduzione delle ri-ospedalizzazioni;
- Incremento delle conoscenze e dell'efficienza delle risorse umane;
- Consolidamento del modello e sua replicabilità;
- Miglioramento esperienza del paziente e facilitazione ruolo del caregiver;
- Miglioramento collaborazione con i Servizi Sociali Comunali e Enti Terzo Settore;
- Promozione della salute pubblica con attività di prevenzione primaria e presa in carico proattiva;
- Incremento formazione continua del personale socio-sanitario coinvolto nel processo di transizione delle cure;
- Miglioramento livello di fiducia del cittadino nei confronti del SSN, riducendo la mobilità passiva verso altri territori regionali o extra regionali a parità di offerta sanitaria.

CONCLUSIONI

Il progetto ha dimostrato l'efficacia di un modello organizzativo orientato alla presa in carico precoce dei pazienti a garanzia della continuità assistenziale, favorendo una gestione tempestiva, coordinata e personalizzata dei pazienti. L'approccio multidisciplinare e la collaborazione tra i diversi nodi della rete, il TOH, la COT-A, le COT-D e il Servizio IFeC-OFeC, supportati da strumenti digitali e protocolli condivisi, hanno migliorato la qualità, l'efficienza e l'umanizzazione delle cure, orientando il modello di salute verso "la casa come primo luogo di cura".

L'esperienza avviata dalla ASL Roma 5 rappresenta un modello virtuoso di trasformazione dell'assistenza sanitaria territoriale, in coerenza con gli obiettivi del PNRR (Missioni 5 e 6) e del Piano di Rafforzamento dell'Assistenza Territoriale della Regione Lazio. Attraverso l'adozione del modello di Transitional Care e la strutturazione di una rete organizzativa integrata tra Ospedale e Territorio, il progetto ha dato concretezza ai principi di centralità della persona, personalizzazione dell'assistenza e continuità delle cure. In definitiva, il progetto della ASL Roma 5 si configura come una buona pratica replicabile, capace di rispondere in modo concreto e strutturato alle sfide poste dall'evoluzione epidemiologica e demografica, contribuendo a costruire un Sistema Sanitario più equo, vicino ai cittadini e orientato alla salute di comunità. L'adozione di tale modello organizzativo ha inoltre consentito alla ASL Roma 5 in sinergia con la governance del Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali (DPSS), di sviluppare un approccio per percorsi assistenziali integrati, che rappresentano oggi un mezzo essenziale e una componente irrinunciabile, per garantire la continuità delle cure tra i diversi setting assistenziali e la presa in carico dell'utente, con l'obiettivo di garantire che i pazienti ricevano cure appropriate e coordinate durante le transizioni, riducendo così il rischio di complicazioni e ri-ospedalizzazioni, migliorandone l'esperienza di transito tra setting differenti e i risultati di salute.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Operatori TOH, COT-A e COT-D;
- Assistenti Sociali;
- Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC);
- Ostetrica di Famiglia e Comunità (OFeC);
- Fisioterapisti;
- Altre Professioni Sanitarie Tecniche e Tecnici di laboratorio;
- Funzioni Organizzative ex Posizioni Organizzative;
- Funzioni Organizzative ex Coordinatori Infermieristici;
- Medici Ospedalieri, di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- Specialisti ambulatoriali;
- Medici e personale sanitario di Strutture Post Acuzie o di Cure Intermedie Accreditate;
- Personale tecnico Informatico e ingegneri clinici;
- Personale amministrativo;
- Dirigenti Sanitari di Direzione Strategica.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

La fase preliminare (dicembre 2022 – dicembre 2024), è stata cruciale per garantire un utilizzo ottimale delle risorse distribuite nelle strutture articolate nei 5 Poli Ospedalieri e nei 6 Distretti Sanitari. In ragione delle esigenze di contesto sia aziendali sia regionali, al fine di dare concretezza al progetto, gli obiettivi prefissati sono stati realizzati grazie al coordinamento trasversale assicurato dal Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali (DPSS), attraverso il Management delle Funzioni Organizzative responsabili dei percorsi assistenziali e delle risorse: THO-Umanizzazione e Accoglienza, COT-A - Gestione flussi di ricovero e dimissioni (ospedale-territorio), Infermieristica di Comunità, Ostetrica di Comunità. Durante questa fase, è stato possibile valutare la fattibilità del progetto sotto diversi aspetti, tra cui quello tecnico e organizzativo. Questo ha permesso di comprendere se il progetto fosse realizzabile con le risorse disponibili e se avesse un potenziale di successo.

Fase preliminare del progetto ha visto la realizzazione dei seguenti obiettivi:

- Attivazione COA (con deliberazione n. 2288 del 29/12/2022), evoluzione in COT-0 (dicembre 2022) e in COT-A (marzo 2024);
- Attivazione modello organizzativo del TOH e graduale autonomia gestionale dei processi di Transitional care di competenza, in sinergia con le Centrali Operative Aziendale e Distrettuali, a tutela della continuità nell'assistenza e gestione dei pazienti;
- Attivazione servizio IfeC (02/ 2023) e attivazione del servizio nei 6 Distretti Aziendali;
- Attivazione servizio OFeC Aziendale (04/ 2023);
- Attivazione COT-D nei 6 distretti della ASL (deliberazione n. 05 del 29/03/2024) in modalità integrata con

COT MONTEROTONDO (COT-D G.1)	COT GUIDONIA COLLEVERDE (COT-D G.2.1)	COT PALOMBARA SABINA (COT-D G.2.2)	COT SUBIACO (COT-D G.5)
COT TIVOLI DISTRETTO (COT-D G.3)	COT PALESTRINA DISTRETTO (COT-D G.4)	COT COLLEFERRO (COT-D G.4)	

la COT-A da 07/2024 a 12/2024 e con funzioni di Transitional care di competenza svolte in autonomia gestionale da 01/2025;

Fase di consolidamento del Progetto:

Tale fase del progetto avrà la durata di 1 anno, da gennaio 2025 a dicembre 2025 e si propone di consolidare e rafforzare il Modello di Integrazione delle Cure e la Continuità assistenziale Ospedale-Territorio, attraverso l'approccio multidisciplinare sempre più integrato tra IFeC-OFeC, TOH, COT-A e COT-D.

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

L'utilizzo delle piattaforme digitali (GIPSe, GGIPSe, SIATess, etc) avviene nel rispetto delle normative sulla protezione dei dati personali, secondo quanto previsto dal GDPR-Regolamento2016/679 .

- Gipse-Web e BI4H - Regione Lazio: gestione clinico-assistenziale condivisa dei pazienti in Pronto Soccorso con rilevazione ed estrazione dei dati statistici;
- SIATeSS/Transitional Care – contact assessment e transizione delle cure tra i diversi setting assistenziali regionali con accesso condiviso alle informazioni degli utenti tra ospedale e territorio;
- SIAT, SIRA, SIAR, etc -piattaforme regionali per la gestione delle prese in carico nei setting territoriali (in via di interconnessione con SIATeSS/Transitional Care);
- SIS4Care - Cartella Assistenziale Integrata - Strumento utilizzato per la gestione dei dati clinici e sociali dei pazienti in tempo reale;
- Strumenti Informatici e Database condivisi TOH- COT-A/COT-D, per la gestione e la tracciabilità delle "Transitional Care" e il monitoraggio degli indicatori ;

FONTI BIBLIOGRAFICHE

1. Decreto del Commissario ad Acta n. U00453 del 30 ottobre 2019, Approvazione del documento denominato" Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019;

2. DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali

connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19;

3. Determinazione Regionale n. G10994 del 25 settembre 2020, Approvazione del documento inerente l'Integrazione Ospedale-Territorio denominato "Centrale Operativa Aziendale e Centrale Operativa Regionale Acuzie e Post-Acuzie" in attuazione DCA U00453/2019 e DCA U00081/2020;

4. Ministero della Salute. (L.77/2020). Linee di indirizzo sull'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

5. Deliberazione Aziendale n. 1513 del 19 novembre 2020, Attivazione Assistenza proattiva Infermieristica e Infermiere di Famiglia e Comunità;

6. Ministero della Salute. (2021). Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute

7. Deliberazione 30 dicembre 2021, n. 1005 Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6-Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 - Definizione del Piano- Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato;

8. Decreto Ministeriale 77 del 2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale";

9. Agenas. (2022). Modelli organizzativi per la continuità ospedale-territorio e la transizione assistenziale. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali;

10. Deliberazione Giunta Regione Lazio n. 643 del 26/07/2022 Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77";

11. Determina Regione Lazio G18206 20/12/2022 Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'Art.1 comma 2 del citato provvedimento;

12. Regione Lazio – Area Programmazione Rete Ospedaliera e Territoriale. (2022). Documenti operativi su Case della Comunità, Ospedali di Comunità e COT;

13. Deliberazione Aziendale n. 2288 del 29 dicembre 2022, "DGR n. 111 del 30/11/2022-Approvazione Protocollo Operativo COT-0 Strategica-ASL RM5";

14. Deliberazione Aziendale n. 2289 del 29 dicembre 2022, Adozione "Piano Aziendale per la gestione del Flusso di ricovero e del sovraffollamento in Pronto Soccorso" Asl Roma 5 – Individuazione Coordinatore TOH

15. Determina Regione Lazio G02706 28/02/2023 Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022;

16. Agenas: Linee di Indirizzo Infermiere di famiglia e Comunità n. 2023/0009548 del 20/09/2023;

17. FNOPI – Position Statement L'infermiere Di Famiglia e Di Comunità (2023);

18. Deliberazione Aziendale n.5 del 29 marzo 2024, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione M6 - Componente M6C2: Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento 1.2.2 - Implementazione Centrali;

19. Operative Territoriali (COT) - 1 2.2.2 Interconnessione e 1 .2.2.3 COT Device. Target al 31.03.2024

Deliberazione Regione Lazio 20 giugno 2024, n. 416 Linee di indirizzo regionali per l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC);

20. Determina Regione Lazio n. G01885 del 22 febbraio 2024: Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6: Salute - Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento 1.2.2 - Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) - 1.2.2.2 COT Interconnessione aziendale: approvazione del documento To Be "Piattaforma informatica abilitante all'interconnessione delle COT in una logica di rete territoriale integrata (Transitional Care)";

21. Determina Regione Lazio n. G00128 del 08/01/2025: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - M6C1 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali - Approvazione dei documenti descrittivi dei flussi operativi e relativi flow chart dei processi regionali del Piattaforma informatica "Transitional Care" .

22. Deliberazione Atto Aziendale ASL Roma5- N° 000628 DEL 09/04/2025

32 Percorsi Domiciliari Innovativi: Ottimizzazione dei Device Venosi attraverso il Team Accessi Vascolari

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Sanitaria Locale Roma 6

UNITA' OPERATIVA

UOC Professione Infermieristica

REFERENTE DEL PROGETTO

Cinzia Sandroni

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
NADIA LOLLI
DONATELLA TRAMANNONI
DANIELA D'ANGELO
ROBERTA BIANCOFIORE
FABRIZIO GABBARINI
FABIO MEZZETTI
VERONICA CARDAMONE
MILENA CESARE
MILENA NARDO'

ABSTRACT

Il presente progetto nasce con l'obiettivo di migliorare la gestione domiciliare dei pazienti mediante l'attivazione di un team dedicato al posizionamento e alla gestione avanzata di device venosi a medio e lungo termine. L'iniziativa punta a favorire la collaborazione interdisciplinare, implementare protocolli operativi uniformi, incrementare l'appropriatezza dell'utilizzo dei dispositivi, salvaguardare il patrimonio venoso dei pazienti e ridurre complicanze e riammissioni ospedaliere.

Il progetto si avvale di dispositivi specifici (PICC, midline) e strumenti di imaging portatile. Le attività sono supportate da un team di infermieri specializzati, con formazione continua, e da materiali didattici rivolti sia agli operatori che ai pazienti. L'organizzazione prevede una selezione accurata dei pazienti, la pianificazione logistica degli interventi domiciliari, il monitoraggio periodico degli esiti clinici e la valutazione dell'impatto clinico ed economico del progetto.

Dall'avvio del progetto, a luglio 2024, sono stati presi in carico 41 pazienti, con un'età media di 78±13 anni. Il 60% presentava patologie oncologiche o decadimento cognitivo. Le richieste di intervento sono giunte prevalentemente da Medici di Medicina Generale (65%), dal Servizio di Nutrizione Artificiale (24%) e dal Servizio di Assistenza Domiciliare (10%). Il tempo medio tra la richiesta e l'intervento è stato di soli 2 giorni. Le principali indicazioni per l'impianto di device sono state la necessità di fluidoterapia prolungata e la Nutrizione Parenterale Totale.

Sebbene il progetto sia ancora in fase di sviluppo e non siano disponibili dati consolidati sulla soddisfazione del servizio, si è osservata una forte sinergia tra il Team Accessi Vascolari e i servizi territoriali, che ha consentito di migliorare la qualità della gestione domiciliare e la continuità assistenziale dei pazienti.

OBIETTIVO GENERALE

Migliorare la gestione domiciliare dei pazienti attraverso l'attivazione del team accessi vascolari per il posizionamento e/o gestione avanzata di device venosi a medio e a lungo termine.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Favorire la collaborazione tra il team accessi vascolari e gli altri operatori sanitari coinvolti nel percorso assistenziale domiciliare, garantendo una comunicazione efficace e la continuità delle cure.
2. Definire e implementare protocolli operativi per il posizionamento e la gestione domiciliare dei device venosi, assicurando l'uniformità delle pratiche cliniche e la riduzione degli errori.
3. Incrementare l'utilizzo dei dispositivi a medio e lungo termine a livello domiciliare favorendone l'appropriatezza.
4. Tutelare e salvaguardare il patrimonio venoso del paziente;
5. Ridurre le complicanze associate (flebiti, stravasi, ematomi, infiltrazioni);
6. Ridurre le visite e le riammissioni ospedaliere.

MATERIALI E METODI

Nel progetto volto a migliorare la gestione domiciliare dei pazienti attraverso l'attivazione del team accessi vascolari per il posizionamento e la gestione avanzata di device venosi, vengono messi in campo una serie di strumenti, risorse e processi organizzativi studiati per garantire sicurezza, efficienza e qualità assistenziale.

Dispositivi e Kit di Impianto

Il progetto prevede l'utilizzo di set specifici per il posizionamento dei device venosi (come PICC e midline), corredati da kit sterili, strumenti di imaging portatile (ultrasuoni) e dispositivi di monitoraggio. Questi strumenti saranno supportati da piattaforme digitali dedicate alla raccolta e gestione dei dati clinici, fondamentali per una comunicazione efficace e per il monitoraggio remoto.

Risorse Umane

Per garantire elevati standard di assistenza, il progetto si avvale di un team accessi vascolari composto da infermieri specializzati, supportati, se necessario, da personale medico. Una formazione continua, mediante corsi di aggiornamento e sessioni pratiche di simulazione, è prevista per mantenere e accrescere le competenze tecniche e operative.

Materiali Didattici e Linee Guida

Vengono sviluppati e distribuiti manuali operativi e protocolli standardizzati che illustrano in dettaglio le procedure da seguire. A supporto del percorso assistenziale, sono predisposti anche materiali informativi e formativi per i pazienti, con l'obiettivo di favorire la comprensione del processo e promuovere il rispetto delle linee guida.

PROCEDURE

Selezione e Valutazione dei Pazienti

I pazienti candidati al posizionamento domiciliare dei device vengono individuati attraverso criteri specifici (Allegato 1). Ogni paziente viene sottoposto a una valutazione clinica approfondita che include la revisione della storia medica e l'analisi delle esigenze assistenziali, per garantire l'idoneità e la sicurezza dell'intervento.

Formazione del Team Accessi Vascolari

Il personale coinvolto parteciperà a programmi formativi specialistici, che comprendono sia corsi teorici che sessioni di addestramento pratico. L'obiettivo è assicurare che ogni componente del team sia in grado di eseguire il posizionamento e la gestione dei dispositivi nel rispetto dei protocolli operativi.

Standardizzazione dei Processi Operativi

Per garantire l'uniformità e la sicurezza delle procedure, vengono sviluppati e implementati protocolli operativi standard. Questi documenti regolamentano tutte le fasi, dalla preparazione dell'ambiente e del paziente, fino al posizionamento, al mantenimento della sterilità e al monitoraggio post-procedura, riducendo così il rischio di complicanze.

Pianificazione Logistica e Organizzazione del Servizio Domiciliare

La gestione degli interventi a domicilio è coordinata attraverso un sistema di prenotazione e pianificazione e si avvale di un indirizzo email dedicato in modo da consentire al team di disporre di un'organizzazione logistica efficiente, assicurando la tempestività degli interventi e la mobilità degli strumenti necessari per operare in ambito domiciliare.

Monitoraggio e Follow-Up

Viene definito un piano strutturato per il monitoraggio dei pazienti, che prevede visite periodiche e controlli costanti per verificare il corretto funzionamento dei device. Grazie a strumenti informatici dedicati, sarà possibile raccogliere e analizzare i dati relativi agli esiti clinici e intervenire tempestivamente in caso di eventuali complicanze.

Valutazione dell'Impatto Clinico ed Economico

Il successo del progetto sarà misurato attraverso indicatori di performance che includono la riduzione dei ricoveri, la

diminuzione delle complicanze e il miglioramento della soddisfazione dei pazienti. Inoltre, verrà condotta un'analisi costi-benefici per evidenziare il ritorno economico dell'investimento e il valore aggiunto in termini di efficienza del percorso assistenziale.

Comunicazione e Collaborazione Interdisciplinare

Infine, il progetto promuove un continuo scambio di informazioni tra il team accessi vascolari e gli altri operatori sanitari coinvolti. Riunioni periodiche e una rete di comunicazione integrata sono strumenti fondamentali per garantire la continuità assistenziale e favorire il miglioramento costante dei processi operativi.

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

Caratteristiche sociodemografiche e cliniche

Dall'implementazione del progetto (luglio 2024), il team di accesso vascolare ha preso in carico 41 pazienti, con un'età media di 78±13 anni. Nel 60% dei casi, i pazienti erano affetti da patologia oncologica o da decadimento cognitivo.

Le richieste di intervento sono pervenute principalmente da:

- Medici di Medicina Generale (MMG): 65%
- Servizio di Nutrizione Artificiale: 24%
- Servizio di Assistenza Domiciliare: 10%

Le richieste di attivazione del team hanno riguardato, l'impianto di device (100%), le cui principali indicazioni sono state: la necessità di fluidoterapia superiore ai 28 giorni (34%), e la Nutrizione Parenterale Totale (NPT) (31%).

La gestione avanzata di device già in sede attraverso consulenze di gestione avanzate ha riguardato il 20% dei casi e sono state prevalentemente motivate da malfunzionamenti in aspirazione (60%).

In generale, il tempo medio intercorso tra la data della richiesta e l'effettuazione della prestazione è stato di 2 giorni.

CONCLUSIONI

Sebbene il progetto sia ancora in fase di sviluppo e al momento non siano disponibili dati oggettivi sulla soddisfazione del servizio nè sugli outocome clinici, possiamo affermare che il progetto abbia un impatto sui pazienti anziani con patologie gravi, come il cancro o il decadimento cognitivo, che necessitano di trattamenti invasivi a lungo termine. Le richieste provenienti da diverse figure professionali, con una forte prevalenza dei Medici di Medicina Generale, indica che il team di accesso vascolare sta supportando efficacemente il lavoro di altri professionisti e migliorando la gestione complessiva del paziente. Il tempo medio di 2 giorni per intervenire dopo una richiesta è un buon indicatore di un sistema operativo rapido ed efficace. In generale, si è osservata una crescente sinergia tra il Servizio di Assistenza Domiciliare e il Team di Accessi Vascolari. L'attivazione di questo percorso ha permesso di ottimizzare la gestione domiciliare dei pazienti, migliorando la qualità delle prestazioni offerte e favorendo una collaborazione più efficace tra i diversi professionisti coinvolti.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Personale medico e infermieristico del PICC TEAM AZIENDALE formati ed in possesso della certificazione delle competenze;

Personale medico e infermieristico dei Servizi Territoriali, MMG, RSA, Hospice Accreditate coinvolti nella richiesta di impianto e nella gestione dell'impianto.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2025	2025	2025	2025	2025	2025
FASE I: Fase di Pianificazione e Preparazione												
Definizione degli obiettivi e dei risultati attesi												
Identificazione team accessi vascolari domiciliare												
Analisi delle risorse disponibili (strutturali, umane, tecnologiche)												
Ricerca evidenze scientifiche												
Sviluppo procedure e protocolli aziendali												
FASE II: Formazione e sensibilizzazione												
Formazione del team accessi vascolare domiciliare												
Formazione personale afferente al CAD												
FASE III: Implementazione e Monitoraggio Iniziale												
Avvio del servizio domiciliare per la gestione dei device venosi												
Monitoraggio iniziale dei pazienti e feedback continuo												
Analisi dei dati di soddisfazione e performance (rilevazione feedback e report)												
Valutazione dei risultati preliminari del progetto												

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Sarà nostra intenzione, nel proseguimento del progetto, valutare sistematicamente tutti gli aspetti come di seguito elencati:

- il grado di soddisfazione dei pazienti e degli operatori sanitari coinvolti,
- l'efficacia dei protocolli implementati e la loro eventuale revisione periodica,
- l'efficienza del sistema di comunicazione interdisciplinare,
- l'impatto clinico in termini di riduzione delle complicanze e delle riammissioni ospedaliere,
- l'appropriatezza nell'utilizzo dei dispositivi venosi a medio e lungo termine,
- l'analisi costi-benefici complessiva del progetto.

A tal fine, saranno sviluppati strumenti specifici di rilevazione e monitoraggio, con l'obiettivo di migliorare continuamente la qualità delle cure offerte e garantire la sostenibilità del percorso assistenziale innovativo.

ALLEGATO 1

Valutazione Preliminare Attivazione
Team Accessi Vascolari per posizionamento PICC
1. CONSIDERAZIONI FARMACOLOGICHE
2. DURATA DEL TRATTAMENTO
3. PATRIMONIO VENOSO
NO
NO
PH > 9; < 5 e/o Osmolarità >500
>30 GIORNI
CONSERVATO
SI
SI
NO
SI
NECESSARIA ATTIVAZIONE Team Accessi Vascolari
NON NECESSARIA ATTIVAZIONE Team Accessi Vascolari

33 Il Modello di Case Management al Policlinico Tor Vergata.

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Policlinico Tor Vergata (PTV)

UNITA' OPERATIVA

UOC Direzione Infermieristica

REFERENTE DEL PROGETTO

Alessandro Sili

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
ALESSANDRO SILI
PAOLA D'ALESSANDRO
CONCETTINA DONZELLI

ABSTRACT

Il progetto "Modello di Case Management al Policlinico Tor Vergata" si pone l'obiettivo di trasformare l'approccio alla cura dei pazienti affetti da patologie croniche e/o oncologiche all'interno del Policlinico Tor Vergata (PTV), secondo quanto delineato dal PDTA di patologia.

Riconoscendo la crescente prevalenza di queste condizioni e il loro impatto sulla qualità della vita dei pazienti e sulla sostenibilità del sistema sanitario, il PTV ha implementato un modello di Case Management strutturato e proattivo.

Il ruolo chiave viene svolto dal Case Manager, una figura professionale dedicata con competenze infermieristiche avanzate. Il Case Manager agirà come facilitatore del cambiamento all'interno delle strutture sanitarie, in quanto responsabile dell'implementazione, diffusione e offerta ai pazienti di un nuovo sistema di assistenza (Alfieri E. 2017). Si occupa di sviluppare piani di cura personalizzati, monitorare l'aderenza alle terapie, fornire educazione terapeutica ai pazienti e ai loro caregiver, e facilitare l'accesso alle risorse necessarie.

L'organizzazione del sistema prevede una riorganizzazione secondo il modello HUB & SPOKE. L'HUB, costituito dagli infermieri Case Manager Senior, con maggiore esperienza e responsabilità, che risiedono del Nucleo Centrale Operativo del Case Management sito presso l'Ambulatorio delle Cronicità, fungerà da centro di coordinamento e valutazione iniziale al fine di identificare i loro bisogni clinici, sociali e psicologici. Gli SPOKE, invece, costituiti dagli infermieri Case Manager di Setting, saranno distribuiti tra i diversi setting assistenziali e/o ambulatoriali del PTV.

L'implementazione del modello è stata supportata da strumenti digitali, per il monitoraggio remoto dei parametri vitali e dei sintomi, e una piattaforma di condivisione sicura dei dati clinici tra i professionisti. È stata prevista anche una stretta collaborazione con i medici di medicina generale per garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Tra i risultati attesi vi sono: una maggiore equità nell'accesso alle cure, una migliore aderenza alle terapie, la riduzione dei ricoveri inappropriati dovuti a riacutizzazioni evitabili, il miglioramento della qualità della vita dei pazienti e la riduzione dei costi sanitari complessivi.

In ultima analisi, il progetto mira a creare un sistema di cura più integrato, personalizzato e incentrato sul paziente, in grado di rispondere efficacemente alle sfide poste dalle malattie croniche e/o oncologiche.

OBIETTIVO GENERALE

Strutturare un modello di Case management che risponda alle esigenze del PTV nell'ottica di evidenziare, in ogni PDTA di patologia, la sequenza del processo di presa in cura del paziente.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Creare un'organizzazione HUB & SPOKE nei diversi setting assistenziali in coerenza con quanto previsto dal PDTA di patologia
- Definire ruoli specifici per i Case Manager Senior e Case Manager di Setting.
- Ridurre i ricoveri inappropriati attraverso percorsi assistenziali strutturati.
- Promuovere il mantenimento della salute e prevenire le riacutizzazioni delle patologie croniche.

MATERIALI E METODI

- Materiali: Strumenti digitali per il monitoraggio, guide operative per i professionisti, piattaforme istituzionali per la gestione dei dati.
- Metodi:
  - Implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).
  - Utilizzo del patient diary per il monitoraggio continuo.
  - Formazione multidisciplinare per il personale coinvolto.

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

- Miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.
- Riduzione delle ospedalizzazioni ripetute.

- Maggiore coinvolgimento del paziente nel processo di cura (empowerment).
- Ottimizzazione delle risorse sanitarie.

CONCLUSIONI

Il modello di Case Management rappresenta un approccio innovativo ed efficace per gestire i pazienti cronici in modo integrato. La sua implementazione al Policlinico Tor Vergata potrà fungere da esempio replicabile in altre realtà sanitarie, promuovendo una sanità più equa e sostenibile.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermieri
- Medici specialisti.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

12 mesi (da aprile 2025 a marzo 2026)

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il progetto prevede una fase pilota di sei mesi presso l'Ambulatorio delle Cronicità prima della piena implementazione.

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

- App dedicata: Per il monitoraggio remoto dei parametri clinici dei pazienti.
- Piattaforma istituzionale regionale: Per la condivisione sicura dei dati tra professionisti sanitari.
- Telemedicina: Strumenti per teleconsulto e follow-up infermieristico.

Sperimentazione dell'Ospedale di Comunità presso il Policlinico Tor Vergata

34

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Policlinico Tor Vergata (PTV)

UNITA' OPERATIVA

Ospedale di Comunità (OdC)

REFERENTE DEL PROGETTO

Alessandro Sili

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
ALESSANDRO SILI
CONCETTINA DONZELLI
SABRINA SCARGETTA

ABSTRACT

L'Ospedale di Comunità (OdC), istituito presso il Policlinico Tor Vergata in conformità al DM 77/2022, si configura come una struttura sanitaria intermedia di eccellenza, progettata per rispondere in modo integrato e personalizzato ai bisogni sociosanitari complessi della popolazione. Con 20 posti letto attivati nella fase iniziale, l'OdC persegue l'obiettivo strategico di ridurre i ricoveri ospedalieri impropri, favorendo al contempo dimissioni protette in contesti più idonei, dove i fabbisogni sociosanitari possano essere gestiti con maggiore appropriatezza. La struttura promuove attivamente la stabilizzazione clinica e il recupero funzionale dei pazienti, privilegiando ambienti prossimi al domicilio, in linea con il principio della casa come primo luogo di cura, cuore pulsante dell'assistenza territoriale.

Nei primi sei mesi di attività, l'OdC ha dimostrato la sua efficacia accogliendo 421 pazienti, con una degenza media di 6 giorni, risultato che riflette un equilibrio ottimale tra tempistiche di cura e necessità di transizione verso setting assistenziali domiciliari o intermedi. Il progetto si distingue per l'integrazione di interventi innovativi, come il Caring

Massage®, una pratica dal forte valore relazionale, mirata ad alleviare il disagio emotivo e a favorire il benessere psicofisico. A ciò si aggiungono sessioni strutturate di self-care, finalizzate a potenziare l'autonomia dei pazienti e dei caregiver nella gestione quotidiana delle patologie croniche e un sistema di follow-up tramite telenursing, che garantisce continuità assistenziale anche dopo la dimissione.

L'impatto positivo del modello emerge dalla capacità di coniugare stabilizzazione medica, riabilitazione funzionale e sostegno sociale, creando un percorso di cura armonico e personalizzato. La prospettiva di espansione a 40 posti letto entro il 2026, unitamente all'inclusione dei medici di medicina generale nei percorsi assistenziali, rafforzerà ulteriormente il ruolo dell'OdC come fulcro di un sistema sanitario sempre più orientato alla prossimità, all'efficienza e alla centralità del paziente, confermandolo come esempio virtuoso di innovazione nel panorama dell'assistenza territoriale.

OBIETTIVO GENERALE

Creare un modello assistenziale intermedio che migliori la continuità delle cure, riduca i ricoveri ospedalieri impropri e favorisca la riabilitazione funzionale e l'autonomia dei pazienti.

OBIETTIVI SPECIFICI

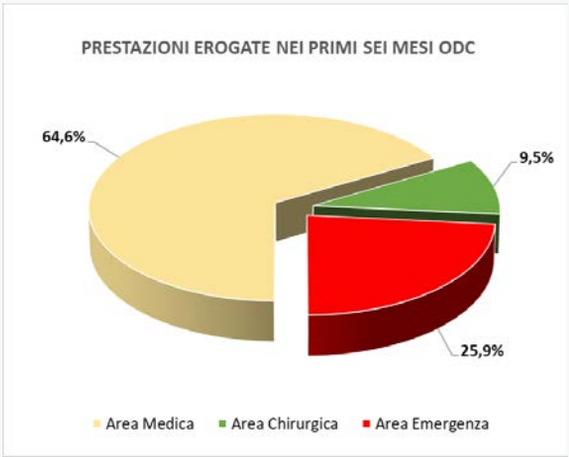
1. Ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e ai reparti ospedalieri.
2. Favorire l'autonomia dei pazienti attraverso interventi personalizzati di riabilitazione e self-care.
3. Integrare i percorsi di cura tra ospedale e territorio mediante la collaborazione con ASL, medici di base e servizi sociali.
4. Promuovere un cambiamento culturale verso una sanità territoriale più vicina ai bisogni del paziente.

MATERIALI E METODI

- Struttura: 20 posti letto iniziali, con espansione prevista a 40 entro il 2026 grazie ai fondi PNRR.
- Accesso: Valutazione tramite infermiere case manager secondo criteri definiti (stabilità clinica, rete sociale attiva, esclusione di riabilitazioni intensive). La richiesta viene formalizzata tramite il Sistema Informativo Ospedaliero (Ellipse o Gipse).
- Interventi principali:
  - Stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI) in collaborazione con il medico dell'unità operativa di provenienza.
  - Sessioni di self-care per sviluppare autonomia nella gestione delle patologie croniche.
  - Caring Massage® per migliorare il benessere psicofisico dei pazienti.
  - Follow-up post-dimissione tramite telenursing per consolidare le competenze acquisite durante la degenza.
- Collaborazioni: Centrale Operativa Territoriale (COT), Unità Valutativa Multidimensionale (UVM), assistenti sociali e ASL Roma 2.

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

- Riduzione della durata media delle degenze ospedaliere: -2,3 giorni nelle unità operative che usufruiscono dell'OdC.
- Degenza media in OdC: 6 giorni (in linea con le normative AGENAS). Permanenze superiori a 15 giorni registrate solo nel 3,6% dei casi.
- Tipologia dei pazienti accolti:
  - Over 75: 37,4% del totale.
  - Provenienza: 64,6% da aree mediche, 25,9% da emergenza/pronto soccorso, 9,5% da aree chirurgiche.
- Prestazioni erogate nei primi sei mesi:
  - 365 interventi fisioterapici (101 valutazioni funzionali globali; 264 rieducazioni motorie individuali).
  - Caring Massage® somministrato al 10% dei pazienti.
- L'87% dei pazienti ha partecipato a sessioni di self-care dedicate per sviluppare capacità di autogestione della propria patologia cronica.
- Il 12% è stato preso in carico dall'Ambulatorio Infermieristico delle Cronicità per completare il percorso assistenziale.



CONCLUSIONI

L'Ospedale di Comunità del Policlinico Tor Vergata rappresenta un modello innovativo ed efficace per migliorare l'appropriatezza delle cure e ottimizzare le risorse sanitarie territoriali. I risultati preliminari evidenziano una significativa riduzione della durata delle degenze ospedaliere e un miglioramento dell'autonomia dei pazienti dimessi. L'espansione futura garantirà una maggiore integrazione tra ospedale e territorio, contribuendo alla costruzione di una sanità più vicina ai bisogni della popolazione fragile o cronica.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermieri
- Fisioterapisti esperti in riabilitazione funzionale.
- Assistenti sociali per la gestione dei casi complessi
- Medici specialisti e medici di medicina generale.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

- Avvio: Luglio 2024.
- Espansione prevista: Entro il 2026 (attivazione ulteriori 20 posti letto).

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

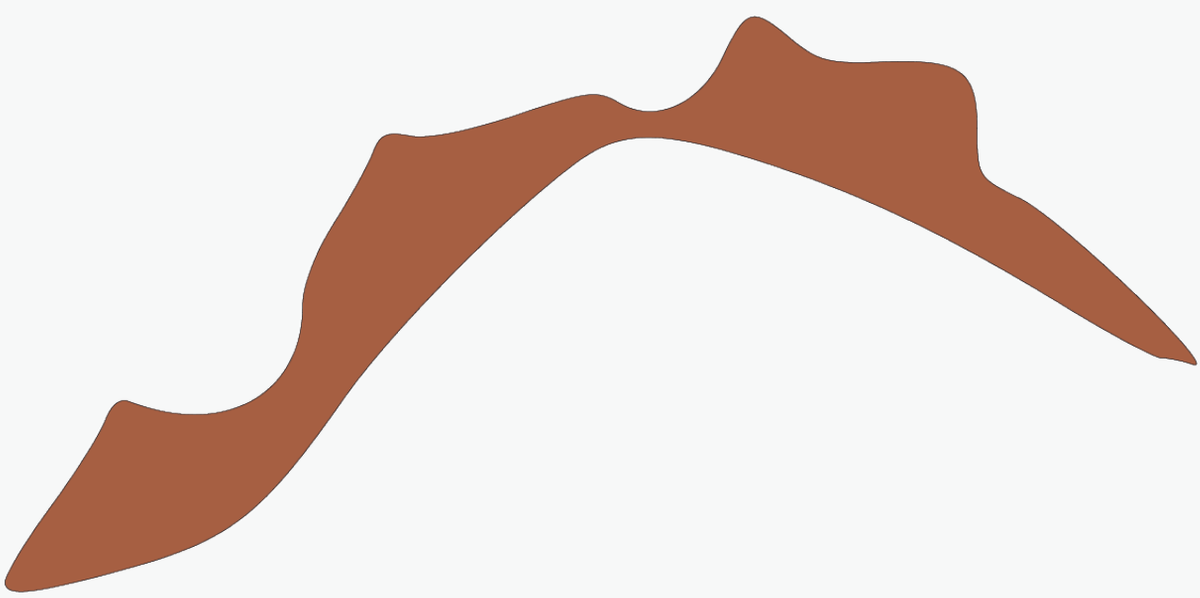
Il progetto beneficia dei fondi PNRR per la realizzazione dell'espansione strutturale e tecnologica dell'OdC.

La collaborazione con la ASL Roma 2 è centrale per i percorsi di Transitional Care e per la futura integrazione con i medici di medicina generale.

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

L'OdC utilizza il Sistema Informativo Ospedaliero (Ellipse, Gipse, Cartrella Ambulatoriale informatizzata) per gestire le consulenze infermieristiche, pianificare i PAI e monitorare i percorsi assistenziali durante la degenza e nel follow-up domiciliare tramite telenursing.

LIGURIA



1 La comunicazione e le competenze all'interno dei gruppi interprofessionali per affrontare problemi complessi: uno studio osservazionale

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Ospedale Policlinico San Martino

UNITA' OPERATIVA

Dipartimento Tecnologico e Direzione delle Professioni Sanitarie

REFERENTE DEL PROGETTO

Michela Tognetti,

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
ALBERTO BORNETO
ANDREA GRIONI
DAVIDE ULIVIERI
FRANCESCA CASABONA
FRANCESCA NAPOLITANO
ILARIA BARBERIS
MARCELLO SADDEMI
MARIA GRAZIA GENNARO
MICHELA MATTERA
NICOLA ROSSO
RITA VERBICARO
SESILJA VYSHKA

ABSTRACT

L'indisponibilità di posti letto all'interno di reparti ospedalieri costituisce una criticità che influisce negativamente sul tempo di boarding del Pronto Soccorso (PS) (1). Con tempo di boarding si intende il tempo trascorso dai pazienti in attesa di un

posto letto dopo la decisione di ricovero, una delle principali cause di inefficienza nei PS italiani (2). L'Ospedale Policlinico San Martino di Genova, si è posto l'obiettivo principale di giungere a una progressiva riduzione dei tempi di boarding nel PS attraverso un processo innovativo di gestione dei pazienti in fase post acuta, con bassa o media complessità assistenziale. Obiettivo raggiungibile attraverso la costituzione di un reparto a gestione infermieristica (3). Per sviluppare interventi mirati, a rendere il servizio di emergenza più efficiente, rapido e accessibile a tutti i cittadini, diminuendo il tempo di boarding e utilizzando il modello assistenziale del Transitional Care, è stato costituito un gruppo interprofessionale di manager e middle manager del Policlinico in quanto il progetto aziendale doveva affrontare un problema complesso.

OBIETTIVO GENERALE

Valutare l'impatto di gruppi di lavoro interprofessionali tra manager e middle manager e le loro modalità comunicative nel saper affrontare problemi complessi nelle aziende ospedaliere.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Indagare l'esperienza di interazione tra i differenti profili professionali coinvolti nella realizzazione del progetto.
- Indagare le modalità organizzative tra i differenti profili professionali coinvolti nella realizzazione del progetto.
- Indagare gli effetti principali nel lavoro interprofessionale tra i differenti profili professionali coinvolti nella realizzazione del progetto.

MATERIALI E METODI

Sono state svolti dei meeting strutturati in presenza e in modalità telematica con calendarizzazione settimanale o bisettimanale con orario diurno dalle ore 9 alle ore 18. I meeting sono stati calendarizzati di volta in volta a seguito dello sviluppo di idee progettuali e interventi da elaborare. Durante i meeting, i differenti profili professionali coinvolti, avevano modo di discutere e condividere competenze, punti di vista, formulare ipotesi e analizzare i dati. I meeting si sono svolti tra novembre 2024 e marzo 2025, al termine è stato prodotto un elaborato condiviso con la direzione del Policlinico. A fine febbraio 2024 è stato somministrato un questionario self-made elaborato dal gruppo esperto di ricerca della qualità aziendale atto ad indagare l'obiettivo del presente studio. Il questionario era costituito da 20 domande di cui 11 a risposta chiusa, 6 a risposta multipla e 3 a risposta aperta. Prima di iniziare la compilazione del questionario, è stato richiesto il consenso informato allo studio. Analisi di statistica descrittiva sono state effettuate sui dati raccolti tramite frequenze assolute e percentuali, per quanto riguarda le domande aperte un'analisi tematica descrittiva è stata effettuata. È stata garantita l'anonimizzazione del dato.

RISULTATI

Le persone che hanno risposto al questionario sono state 13, di questi il 58.3% (n=7) era di sesso femminile. La maggioranza era costituita da Ingegneri (58.3%, n=7). Il 69% (n=9) ha descritto come molto positiva l'esperienza di lavoro interprofessionale, inoltre nel 41.7% (n=5) dei professionisti, l'esperienza è cambiata nel tempo diventando più positiva. I professionisti, infatti, hanno definito che inizialmente erano scettici ma hanno identificato il "valore aggiunto della partecipazione di professionalità diverse" (ID3). Nonostante "Inizialmente [...] la sensazione è stata quella di una imposizione ed anche di un onere aggiuntivo rispetto alla quantità di lavoro quotidiano già al limite della sopravvivenza. In realtà [...] si è evidenziato un bel livello di coesione del gruppo, anche al di fuori del San Martino creando un ambiente stimolante" (ID5), inoltre hanno evidenziato il valore aggiunto riferito alla condivisione di argomenti e competenze

"Ho pensato che il mio ruolo potesse estendersi anche ad altri argomenti oltre a quello strettamente legato alla mia competenza" (ID10). La presenza di esperienze professionali differenti ha avuto un impatto molto positivo (77%, n=10) nella capacità di saper rispondere in modo proattivo al mandato aziendale. L'effetto principale è stato il rafforzamento delle competenze e lo sviluppo di soluzioni appropriate (92%, n=12). Ciò ha comportato una maggiore varietà di soluzioni e idee (n=12), migliorato la capacità di saper affrontare situazioni complesse (n=7), ha facilitato la condivisione di competenze specifiche (n=7), inoltre, ha reso più difficile il coordinamento del gruppo (n=2). La maggiore difficoltà riscontrata è stata "Conciliare i tempi (di lavoro) e gli appuntamenti" (ID4).

Per organizzare il lavoro sono state effettuate riunioni periodiche programmate (n=13), suddivisi i compiti tra i membri del gruppo in base al profilo professionale (n=13), e sono state effettuate sessioni di confronto e brainstorming (n=9), inoltre, è stata mantenuta una comunicazione costante tra professionisti tramite email e chat (n=4). La maggior parte dei professionisti (62%, n=8) si sono sentiti molto soddisfatti dalla modalità organizzativa del gruppo. Il tempo dedicato per rispondere al mandato aziendale ha avuto nel 54% dei casi (n=7) un impatto moderato sul loro nastro lavorativo. In particolare, ha ridotto il tempo disponibile per altre attività lavorative (n=7), ha aumentato la percezione del carico di lavoro complessivo (n=7) e ha causato stress o difficoltà nella gestione del tempo di lavoro (n=2). Allo stesso modo, ha migliorato la qualità del lavoro grazie all'identificazione di nuove prospettive (n=5).

CONCLUSIONI

I gruppi di lavoro interprofessionali rafforzano le competenze dei differenti profili professionali coinvolti. Le differenti competenze, infatti, permettono un confronto professionale proattivo e una condivisione di competenze e di saperi che fornisce soluzioni innovative ai problemi affrontati elaborando diversi punti di vista. Inoltre, creare gruppi di lavoro interprofessionali nelle aziende ospedaliere favorisce la collaborazione tra le differenti U.O. e la coesione dei dirigenti e direttori.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Responsabile Aziendale Gestione Qualità dell'Assistenza e Bisogni Formativi Tutor Aziendale Tirocini U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie
- Dirigente Ingegnere Meccanico U.O. Ufficio Tecnico
- Dirigente Ingegnere Ambientale U.O. Ufficio Tecnico
- Dirigente Amministrativa U.O.C. Sviluppo Risorse Umane
- Dirigente Ingegnere Elettronico U.O. ICT
- Due Dirigenti Medici U.O. Qualità e Rischio Clinico
- Dirigente Ingegnere Edile U.O. Ufficio Tecnico
- Dirigente Igienista U.O. Governo Clinico
- Dirigente Avvocato U.O. Provveditorato
- Dirigente Ingegnere Informatico U.O. Sistemisti
- Dirigente Ingegnere Biomedico U.O. Ingegneria Clinica
- Dirigente Ingegnere Gestionale U.O. ICT
- Infermiera esperta di ricerca di qualità aziendale

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Quattro mesi (da novembre 2024 a marzo 2025)

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il gruppo interprofessionale ha elaborato interventi che agiscono su riduzione del tempo medio di Boarding in Pronto Soccorso, aumento indice di Rotazione dei posti letto nei reparti di area medica, riduzione tasso di occupazione dei posti letto nei reparti di area medica, riduzione della degenza media. Si attendono impatti significativi nel Policlinico quali: riduzione delle ospedalizzazioni ripetute, soddisfazione dei pazienti riguardo alle cure ricevute, riduzione del fenomeno dello stress lavoro-correlato degli operatori di PS.

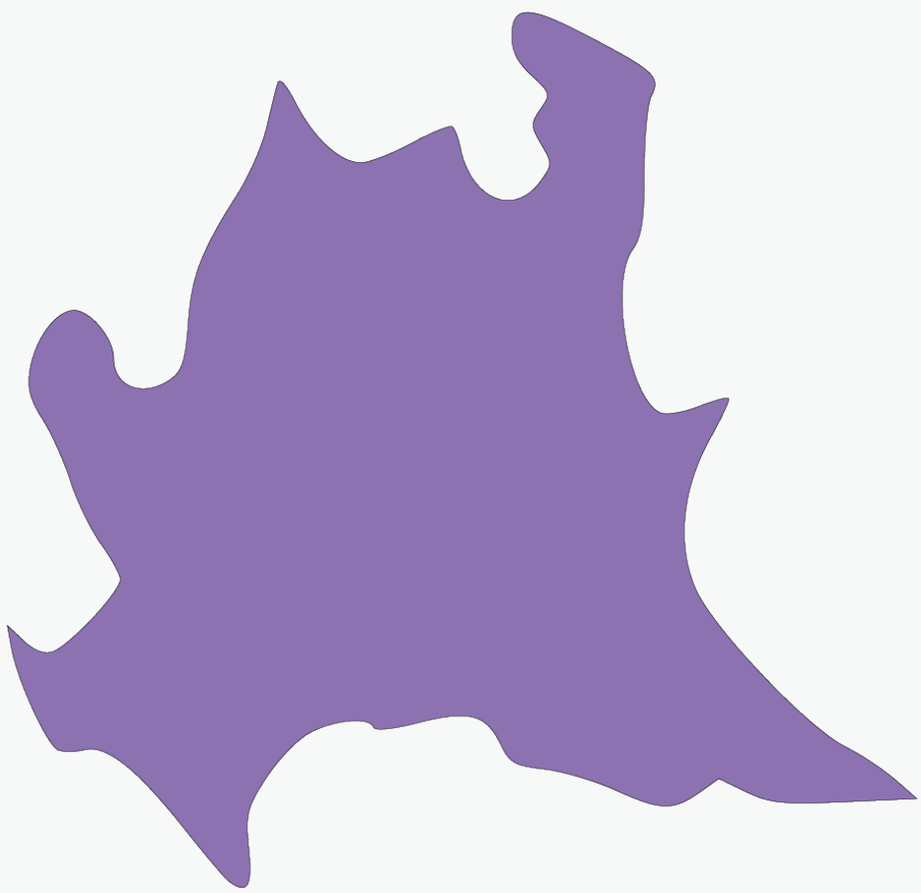
DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

Applicazione di Analisi Dati di Cartella Clinica Elettronica (Qlick), analisi dati attraverso controllo di gestione informatizzata del Policlinico San Martino, calendario informatizzato, software per meeting online (Microsoft Teams), applicativi di indagine (Microsoft Forms).

BIBLIOGRAFIA

1. Conferenza Stato-Regioni – Accordo, ai sensi del DLgs 28/08/1997 n.281, sui documenti “Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero”, “Linee di indirizzo nazionali sull’Osservazione Breve Intensiva”, “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”. Atto 143/CSR del 01/08/2019. https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3143_allegato.pdf
2. Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. PloS one, 13(8), e0203316. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316
3. Curr, S., & Xyrichis, A. (2015). Does nurse-led initiation of Ottawa ankle rules reduce ED length of stay?. International emergency nursing, 23(4), 317–322. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.01.006

LOMBARDIA



Percorsi agevolati ospedale-territorio per la gestione dei pazienti con accessi vascolari a medio e lungo termine.

1

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza

UNITA' OPERATIVA

Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali

REFERENTE DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	AFFERENZA
DR.SSA SIMONA ELLI	DIRIGENTE DIREZIONE AZIENDALE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI – POLO TERRITORIALE, AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DELLA BRIANZA
RAFFAELE MADDALENA	RAD DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI ONCOLOGIA
DR MARCO VERGANI	DIRIGENTE DIREZIONE AZIENDALE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI - POLO OSPEDALIERO, AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	AFFERENZA
SIMONA ELLI	DIRIGENTE DIREZIONE AZIENDALE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI – POLO TERRITORIALE, AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DELLA BRIANZA
DONATO MASCIALE	SVILUPPO STRUTTURE AREA TERRITORIALE AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
MIRELLA ANDREULA	RESPONSABILE DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI OSPEDALE DI VIMERCATE, CARATE E SEREGNO, AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
RAFFAELE MADDALENA	RAD DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI ONCOLOGIA
MARCO VERGANI	DIRIGENTE DIREZIONE AZIENDALE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI - POLO OSPEDALIERO, AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA

ABSTRACT

Il progetto si propone di migliorare la gestione dei pazienti con accessi vascolari a medio e lungo termine attraverso un modello di integrazione ospedale-territorio. L'obiettivo è ridurre gli accessi ospedalieri e garantire un'assistenza infermieristica specializzata nelle Case di Comunità (CdC), permettendo ai pazienti di ricevere cure vicino al proprio domicilio.

L'iniziativa nasce dalla necessità di rispondere alla crescente richiesta di continuità assistenziale in un territorio densamente popolato come quello dell'ASST Brianza. Per attuare questo modello, sono stati formati oltre 70 infermieri che operano sul territorio sulle migliori pratiche di gestione degli accessi vascolariattraverso corsi teorico-pratici in collaborazione con i coordinatori delle Oncologie aziendali. Un Gruppo di Lavoro multidisciplinare ha sviluppato Istruzioni e Procedure Operative per standardizzare iprocessi e migliorare la presa in carico dei pazienti.

Un ulteriore elemento chiave è stata l'adozione di un portale digitale che ha consentito il monitoraggio dei pazienti, la gestione degli appuntamenti e la tracciabilità delle prestazioni infermieristiche. Questo strumento ha migliorato l'efficienza organizzativa e ha reso più agevole il coordinamento tra ospedale e territorio.

I risultati attesi includono;

- La riduzione del numero di accessi ospedalieri per medicazioni e irrigazioni degli accessi vascolari;
- una maggiore soddisfazione dei pazienti;
- un miglioramento complessivo della qualità della vita;
- l'approccio integrato ospedale-territorio rappresenta un modello innovativo e replicabile per l'ottimizzazione delle cure nei pazienti con necessità assistenziali continuative.

OBIETTIVO GENERALE

Garantire un percorso assistenziale ospedale-territorio efficace per la gestione dei pazienti con accessi vascolari a medio e lungo termine, riducendo gli accessi ospedalieri e migliorando la qualità dell'assistenza.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Potenziare la rete di assistenza territoriale attraverso le Case di Comunità.
- Formare il personale infermieristico sulle migliori pratiche di gestione degli Accessi Vascolari.
- Digitalizzare il processo di monitoraggio e gestione dei pazienti.
- Ridurre i tempi di attesa e migliorare l'accessibilità ai servizi per i pazienti.

MATERIALI E METODI

- Definizione dei criteri di inclusione per l'identificazione dei pazienti candidati alla gestione territoriale degli Accessi Vascolari;
- creazione di percorsi di formazione per il personale sanitario;
- implementazione di un sistema digitale per il tracciamento dei trattamenti;
- collaborazione tra ospedale e territorio attraverso un team multidisciplinare;
- sviluppo di protocolli operativi condivisi.

RISULTATI / RISULTATI ATTESI:

- Attivazione di 17 Case di Comunità e 8 Centrali Operative Territoriali per la gestione degli Accessi Vascolari.
- Formazione di oltre 70 infermieri della rete territoriale sulle pratiche di gestione degli accessi vascolari.
- Riduzione del numero di accessi ospedalieri per medicazioni e irrigazioni degli Accessi Vascolari.
- Maggiore soddisfazione dei pazienti e miglioramento della qualità della vita.

CONCLUSIONI

L'integrazione ospedale-territorio per la gestione degli accessi vascolari si è dimostrata un approccio efficace per potenziare la rete di assistenza territorialetramiteil coinvolgimento delle Case di Comunità supportando gli operatori con una formazione ad hoc predisposta. Si è passati da una gestione analogica ad una gestione informatizzata per quanto riguarda il processo di monitoraggio e gestione dei pazienti. Si è assistito ad una riduzione dei tempi di attesa con un miglioramento dell'accessibilità ai servizi per i pazienti.Infine è stato ridotto il già importante carico assistenziale sulle oncologie aziendali. Il modello adottato dall'ASST Brianza rappresenta un esempio concreto di continuità assistenziale basata sulla prossimità e sull'innovazione digitale.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermieri delle Case di Comunità
- Oncologi
- Coordinatori infermieristici
- Specialisti in accessi vascolari
- Infermieri delle oncologie aziendali
- Personale amministrativo per la gestione del portale digitale

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Anno 2024 – Pianificazione, formazione e avvio operativo Seconda metà 2024 – Implementazione operativa e monitoraggio.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

- Software gestionale per il monitoraggio dei pazienti e la pianificazione degli appuntamenti
- Integrazione con il sistema sanitario digitale regionale

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

- Portale informativo digitale per la gestione degli appuntamenti e della documentazione clinica
- Algoritmi di gestione automatizzata per ottimizzare le risorse sanitarie

2 L'arte del "prendersi cura della persona portatrice di lesioni cutanee"

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza

UNITA' OPERATIVA

Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	AFFERENZA
DR MARCO VERGANI	DIRIGENTE DIREZIONE AZIENDALE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI - POLO OSPEDALIERO, AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
DR.SSA ALICIA SANCHEZ	INFERMIERA SPECIALISTA IN WOUND CARE AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
SIMONA ELLI	DIRIGENTE DIREZIONE AZIENDALE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI - POLO TERRITORIALE, AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
DR.SSA MIRELLA ANDREULA	RESPONSABILE DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI OSPEDALE DI VIMERCATE, CARATE E SEREGNO, AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	AFFERENZA
MARCO VERGANI	DIRIGENTE DIREZIONE AZIENDALE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI - POLO OSPEDALIERO, AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
ALICIA SANCHEZ	INFERMIERA SPECIALISTA IN WOUND CARE AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
CHIARA BORGONOVO	INFERMIERA SPECIALISTA IN WOUND CARE AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
VITAVALERIA TITONE	INFERMIERA SPECIALISTA IN WOUND CARE AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
SIMONA ELLI	DIRIGENTE DIREZIONE AZIENDALE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI - POLO TERRITORIALE, AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
CAROLINA TUFANO	INFERMIERA SPECIALISTA IN WOUND CARE AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
PAOLA SCANZANI	INFERMIERA SPECIALISTA IN WOUND CARE AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
AURELIA RICCI	INFERMIERA SPECIALISTA IN WOUND CARE AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
SABRINA FOSSATI	RESPONSABILE DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI OSPEDALE DI DESIO, AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
JESSICA PENNA	INFERMIERA SPECIALISTA IN WOUND CARE AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA

NOME E COGNOME	AFFERENZA
CHIARA ANDRONI	INFERMIERA SPECIALISTA IN WOUND CARE AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
MIRELLA ANDREULA	DIRIGENTE DIREZIONE AZIENDALE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI - POLO TERRITORIALE, AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA

ABSTRACT

L'integrazione tra ospedale e territorio rappresenta una sfida cruciale per il futuro della sanità, soprattutto in relazione alla gestione delle patologie croniche e alla presa in carico dei pazienti con necessità assistenziali complesse. Il progetto "L'arte del prendersi cura della persona portatrice di lesioni cutanee" sviluppato da ASST Brianza mira a garantire la continuità assistenziale attraverso un modello di Integrated Care focalizzato sul wound care.

L'approccio multidisciplinare è il pilastro centrale del progetto: un team di infermieri specialisti in vulnologia opera in sinergia con medici, fisioterapisti ed educatori sanitari per garantire una gestione ottimale delle lesioni cutanee in diversi contesti assistenziali. L'adozione di strumenti tecnologici, come software per il monitoraggio delle lesioni e sistemi di telemedicina, consente un miglior coordinamento tra i diversi livelli di assistenza, facilitando la condivisione dei dati clinici e riducendo il rischio di ospedalizzazioni evitabili.

L'implementazione del progetto ha già prodotto risultati significativi: oltre 186 consulenze ospedaliere e 198 consulenze territoriali effettuate nel 2023 e, per il 2024, 523 consulenze ospedaliere mentre quelle effettuate a livello territoriale ammontano a circa 420 consulenze. L'attività consulenziale ha giovato positivamente sulla riduzione delle complicanze legate alle lesioni e ad un significativo miglioramento dei tempi di guarigione.

OBIETTIVO GENERALE

Questo modello si pone l'obiettivo di consolidare la vulnologia come disciplina specialistica chiave per la gestione delle lesioni cutanee, favorendo l'adozione di percorsi personalizzati di cura e promuovendo la formazione continua degli operatori sanitari.

La sinergia tra competenze specialistiche e tecnologie innovative rappresenta la strategia vincente per migliorare la qualità di vita dei pazienti e ottimizzare l'efficienza del sistema sanitario.

Migliorare la qualità della presa in carico delle persone con lesioni cutanee attraverso un approccio specialistico.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Potenziare il ruolo dell'infermiere specialista in vulnologia.
- Implementare consulenze specialistiche negli ospedali e nelle Case della Comunità.
- Promuovere la formazione continua degli operatori sanitari.
- Educare i pazienti e i caregiver sulle buone pratiche di gestione delle lesioni.
- Aprire un ambulatorio vulnologico a gestione infermieristica.

MATERIALI E METODI

- Creazione di un team di infermieri specialisti.
- Consulenze specialistiche in ambito ospedaliero e territoriale.
- Formazione per il personale sanitario e sensibilizzazione dei caregiver.
- Raccolta dati sulle lesioni cutanee e analisi delle best practices.
- Uso di soluzioni software per il monitoraggio delle lesioni.

RISULTATI / RISULTATI ATTESI:

- Oltre 176 consulenze ospedaliere e 198 territoriali effettuate nel 2023.
- 523 consulenze ospedaliere e circa 420 territoriali effettuate nel 2024.
- Riduzione delle complicanze e miglioramento dei tempi di guarigione.
- Aumento della consapevolezza sulla gestione delle lesioni.
- Implementazione di percorsi personalizzati di cura.
- Potenziamento del coordinamento tra ospedale e territorio.

CONCLUSIONI

Il progetto si propone di consolidare la vulnologia come disciplina infermieristica chiave per la gestione delle lesioni cutanee, migliorando l'accesso alle cure e la qualità della vita dei pazienti. La formazione, l'educazione e l'innovazione tecnologica rappresentano le basi per il successo dell'iniziativa.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI:

- Infermieri specialisti in vulnologia
- Medici specialisti
- Fisioterapisti
- Educatori sanitari
- Assistenti sociali

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO:

- In corso, con implementazione progressiva.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE: DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI:

- Software di monitoraggio e gestione delle lesioni cutanee per la raccolta e l'analisi dei dati clinici.

PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI PER LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA PORTATRICE DI STOMIA

3

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza

UNITA' OPERATIVA

Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali

REFERENTE DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	AFFERENZA
DR MARCO VERGANI	DIRIGENTE DIREZIONE AZIENDALE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI - POLO OSPEDALIERO, AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
DR.SSA SIMONA ELLI	DIRIGENTE DIREZIONE AZIENDALE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI – POLO TERRITORIALE, AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA
DR.SSA MIRELLA ANDREULA ELLI	RESPONSABILE DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI OSPEDALE DI VIMERCATE, CARATE E SEREGNO, AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE BRIANZA

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	AFFERENZA
MARCO VERGANI	Dirigente Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali - Polo Ospedaliero, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza
ANGELA SANTELLI	Stomaterapista POC Desio Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza
MARTA CLEMENTI	Stomaterapista POC Desio Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza
GIOVANNI SICURELLO	Stomaterapista POC Vimercate Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza
SIMONA ELLI	Dirigente Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali – Polo territoriale, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza
SABRINA FOSSATI	Responsabile Direzione Professioni Sanitarie e Sociali Ospedale di Desio, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza
CRISTINA FAGNANI	Infermiera esperta in stomaterapia Polo territoriale, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza
SARA COLOGNESI	Infermiera di Famiglia e Comunità, R.A.D. Dipartimento Funzionale di Cure Primarie, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza
MIRELLA ANDREULA	Responsabile Direzione Professioni Sanitarie e Sociali Ospedale di Vimercate, Carate e Seregno, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza

ABSTRACT

Il progetto si focalizza sull'attuazione della Legge Regionale 22/2021, con l'obiettivo di promuovere una continuità assistenziale efficace tra ospedale e territorio nella presa in carico del paziente fragile e cronico, con un focus specifico sul paziente portatore di stomia. L'iniziativa mira a sviluppare e implementare percorsi assistenziali integrati che facilitino la transizione del paziente dall'ambiente ospedaliero al proprio domicilio, garantendo una presa in carico continuativa e coordinata.

L'obiettivo principale del progetto è l'elaborazione di documenti guida che delineino le procedure operative per l'équipe assistenziale ospedale-territorio, definendo chiaramente i criteri di inclusione dei pazienti portatori di stomia sin dalla fase di ricovero. Questo approccio proattivo mira a identificare precocemente i bisogni assistenziali del paziente e a pianificare un percorso di cura personalizzato e integrato.

Le attività progettuali includono la formazione specifica degli operatori sanitari coinvolti nella gestione dello stoma, al fine di garantire un'assistenza qualificata e basata sulle migliori evidenza disponibili. Inoltre, è prevista l'implementazione di un servizio di consulenza infermieristica specializzata, volto a fornire supporto e assistenza sia ai pazienti che ai caregiver. Un elemento chiave del progetto è la definizione di una Procedura Operativa aziendale standardizzata per la presa in carico, la valutazione e il trattamento del paziente portatore di stomia, al fine di uniformare le pratiche assistenziali e garantire un elevato livello di qualità delle cure.

Nel trimestre ottobre-dicembre 2024, l'attività degli ambulatori di cura stomia ha visto nel Presidio Ospedaliero di Vimercate 40 utenti ospedalizzati e sottoposti a consulenza dello stomaterapista e 49 utenti non ospedalizzati sottoposti a consulenza (bacino ASST Brianza), oltre a 8 utenti non ospedalizzati sottoposti a consulenza provenienti da altri istituti. Nel Presidio Ospedaliero di Desio, nello stesso periodo, si sono registrati 21 utenti ospedalizzati e sottoposti a consulenza dello stomaterapista e 56 utenti non ospedalizzati sottoposti a consulenza (bacino ASST Brianza).

Il progetto prevede anche il monitoraggio costante degli indicatori di performance, al fine di valutare l'efficacia degli interventi e apportare eventuali correzioni o miglioramenti. Infine, è prevista un'attività di formazione e sensibilizzazione rivolta agli operatori sanitari ospedalieri e territoriali, con l'obiettivo di promuovere una maggiore consapevolezza e una migliore integrazione dei servizi offerti. Si prevede che l'implementazione di questo progetto porterà a un miglioramento significativo della qualità dell'assistenza fornita ai pazienti portatori di stomia, facilitando la loro transizione dall'ospedale al territorio e garantendo una presa in carico efficace e continuativa.

OBIETTIVO GENERALE

- Attuazione Legge Regionale 22/2021 - Promozione della continuità assistenziale ospedale/territorio per la presa in carico del paziente fragile e cronico.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Elaborazione dei documenti guida per l'attuazione dei percorsi di presa in carico dall'equipe assistenziale ospedale-territorio;
- definizione da ambo le équipe assistenziali dei criteri di inclusione nella presa in carico dei pazienti portatori di stomia, sin dalla fase di ricovero;

- definizione di una procedura operativa aziendale per la "presa in carico, valutazione e trattamento di una persona portatrice di stomia;
- pianificazione dell'attività di formazione/sensibilizzazione degli operatori sanitari ospedalieri e territoriali al fine di promuovere il servizio offerto.

MATERIALI E METODI

Elaborazione di documenti guida;

definizione di procedure operative;

formazione specifica per gli operatori sanitari;

consulenza infermieristica;

monitoraggio degli indicatori.

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

Implementazione di percorsi di presa in carico efficaci per i pazienti portatori di stomia;

miglioramento della continuità assistenziale ospedale-territorio;

riduzione delle complicanze e dei ricoveri;

miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

CONCLUSIONI

L'ASST della Brianza promuove la continuità assistenziale tra ospedale e territorio attraverso progetti mirati, con l'obiettivo di garantire un'assistenza efficace e continuativa ai pazienti fragili e cronici. Le iniziative includono lo sviluppo di percorsi di cura integrati, la standardizzazione delle procedure, la formazione degli operatori sanitari e il monitoraggio dei risultati.

Nel trimestre ottobre-dicembre 2024, gli ambulatori di cura della stomia di Vimercate e Desio hanno preso in carico 174 pazienti, assicurando un supporto qualificato. L'ASST si impegna così a migliorare la qualità dell'assistenza, facilitando la transizione ospedale-territorio e promuovendo l'autonomia dei pazienti.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Medico di Medicina Generale (MMG)

Medico Specialista Ospedaliero (Chirurgo colo-proctologo / Urologo)

Infermiere con competenze avanzate in Stomaterapia

Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC)

Infermieri di degenza ospedaliera

Infermieri di prericovero ospedaliero Infermieri di blocco operatorio

Infermieri delle Cure Domiciliari

Equipe Dimissioni Protette

Dietiste

Medici nutrizionisti

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

In corso l'elaborazione del documento aziendale "Cura della stomia" la cui stesura definitiva è prevista per il mese di giugno 2025.

Pianificata ed in parte già avviata per l'anno in corso (2025) l'attività di formazione/sensibilizzazione degli operatori sanitari ospedalieri e territoriali.

Sperimentazione, monitoraggio e verifica, attività pianificata per inizio anno 2025.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Presso l'ASST Brianza sono presenti due ambulatori per la Cura della Stomia, uno presso l'Ospedale di Vimercate e il secondo presso l'Ospedaledi Desio.

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

Applicativo per inserimento in lista

Applicativo "Sistema di Gestione Digitale del Territorio" (SGDT)

Continuità Ospedale-Territorio e Integrated Care: un Approccio Multidisciplinare al paziente diabetico per il Futuro della Sanità.

4

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza

UNITA' OPERATIVA

Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali - DAPSS

Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione

REFERENTE DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	AFFERENZA
DR MARCO VERGANI	Dirigente Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali - Polo Ospedaliero, Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza
DR.SSA SIMONA ELLI	Dirigente Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali – Polo territoriale, Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza
DR.SSA MIRELLA ANDREULA VERGANI	Responsabile Direzione Professioni Sanitarie e Sociali Ospedale di Vimercate, Carate e Seregno, Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	AFFERENZA
DR. MARCO VERGANI	Dirigente Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali - Polo Ospedaliero, Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza
MARIA LAURETTA ANELLI	Responsabile Direzione Professioni Sanitarie e Sociali Ospedale di Vimercate, Carate e Seregno, Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza
DR.SSA IDA MANGONE	Responsabile Direzione Professioni Sanitarie e Sociali Ospedale di Vimercate, Carate e Seregno, Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza
DR. ROBERTO RONCORONI	US Malattie Endocrine, del Metabolismo e della Nutrizione, Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza
DR.SSA SIMONA ELLI	Dirigente Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali – Polo territoriale, Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza
DR STEFANO PONZONI	R.A.D. Dipartimento di Prevenzione - Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza
DR.SSA MIRELLA ANDREULA	Responsabile Direzione Professioni Sanitarie e Sociali Ospedale di Vimercate, Carate e Seregno, Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza

ABSTRACT

La pandemia da COVID 19 ha evidenziato il punto debole del SSN: la mancanza di una rete territoriale che permetta una continuità delle cure e la presa in carico globale dei pazienti cronici e polipatologici.

La recente pandemia ha messo in luce che l'attuale organizzazione principalmente ospedale centrica della sanità non è sufficiente a gestire il problema della cronicità e della fragilità.

I pazienti diabetici, per esempio, rappresentano il 6% della popolazione italiana; di questi la maggior parte ha più di 75 anni affetti da comorbilità quali cardiopatici, o nefropatici oppure hanno problemi visivi. Spesso manifestano tutte e tre queste complicanze. Sono quindi persone fragili e come tali necessitano di maggiore assistenza medica e infermieristica nonché degli assistenti sociali nel caso siano presenti problematiche di indigenza, di solitudine, di malnutrizione, di difficoltà di deambulazione e difficoltà di accesso e di adesione alle cure.

Le situazioni di fragilità spesso vengono evidenziate durante il colloquio con il personale infermieristico, durante il quale vengono raccolte molteplici informazioni sullo stile di vita del paziente, lo stato sociale (es. informazioni sul nucleo familiare, se vive in condizioni di fragilità fisico-psico-sociale...).Le criticità raccolte possono rendere più difficile il raggiungimento dell'obiettivo di cura e, per prevenirne l'insuccesso, viene valutata l'aderenza alla terapia insulinica e/o anti diabetica orale, la compilazione del diario glicemico, la correttezza della tecnica iniettiva dell'insulina, la presenza di eventuali lipodistrofie cutanee che possono impedire l'assorbimento stesso del farmaco.

Il D.M. 77/2022 ha messo a disposizione una Rete territoriale di servizi, tra cui le Case di Comunità (CdC), dove sono presenti figure sanitarie come l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) e l'Assistente Sociale che, con le proprie competenze, possono prendere in carico il paziente, precedentemente segnalato dall'ambulatorio ospedaliero. Compilandolo strumento informatizzato di presa in carico si individuano le eventuali problematiche emergenti per definire i bisogni attivi dell'utentee programmando la presa in carico sanitaria e/o sociale necessaria: usufruire di pasti pronti che tengano conto dello schema alimentare per diabetici preparato dalle dietiste per esempio, oppure la necessità di supporto per l'igiene personale, ecc.

OBIETTIVO GENERALE

Informare, formare e sensibilizzare tutti gli attori del processo di presa in carico dei pazienti fragili per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Integrazione dei servizi sanitari e sociali per garantire una assistenza mirata e di qualità al paziente polipatologico.
- Prevenire gli accessi impropri al Pronto Soccorso e diminuire i ricoveri ospedalieri.
- Prevenire, attraverso una educazione terapeutica appropriata del paziente e del caregiver, complicanze quali lo scompenso metabolico con particolare riferimento all'ipoglicemia.
- Insegnare l'utilizzo della tecnologia per monitorare l'andamento delle glicemie attraverso l'uso di sensori glicemiciquindicinali o settimanali.

MATERIALI E METODI

Presso la Struttura Semplice Dipartimentale di Diabetologia (SSD) del presidio ospedaliero di Vimercate, l'equipe medica specialistica e il personale infermieristico esperto in materia, opera in un'ottica di collaborazione e complementarietà delle competenze.

Quotidianamente il numero di pazienti che accedono al servizio è in media di 40/50 persone (prime visite e visite di controllo).

Oltre alle visite ambulatoriali si effettuano le Macro attività' Ambulatoriali ad alta Complessità (MAC) per i casi di scompenso glicemico,di diabetein prima diagnosi, di posizionamento della pompa di insulina (microinfusore) nel diabete di tipo 1, nelle donne affette da diabete di tipo 1 in gravidanza.

I pazienti che afferiscono alla SSD sono:

- Diabete Mellito di Tipo 1 (DMT1) in trattamento insulinico multiniettivo o con microinfusore, con supporto di sensori per la rilevazione di glicemia in continuo;
- Diabete Mellito di Tipo 2(DMT2) in trattamento insulinico con schema multiniettivo (BasalBolus), oppure in trattamento combinato (insulina basale +ipoglicemizzanti iniettivi manon insulinici);
- Diabete Mellito di Tipo 2 in trattamentocon Metforminae altri farmaci ipoglicemizzanti conprotezione cardiovascolare e nefrologica (GLP1, SGLT2 e/o DPP4[1]).

In tutti i casi ogni utente/paziente viene prima ricevuto dall'infermiere dell'ambulatorio e, in quel contesto, viene compilata la scheda di valutazione infermieristica; viene esplorato il contesto sociale del paziente (grado di autonomia, con chi vive…), viene indagata l'aderenza alla terapia anti diabetica con la visione del diario o collegandosi con piattaforme esterne per il monitoraggio della glicemia da cui vengono scaricati i valori glicemici rilevati dai sensori (device sottocutanei applicati sulla cute del paziente che permettono un collegamento da remoto, da parte del sanitario, per monitorare l'andamento glicemico nelle 24 ore).

Dal 2024 gli operatori dell'ambulatorio collaborano attivamente con le Case della Comunità (CdC) inviando loro gli utenti "fragili"perché vengano "presi in carico" e, nel caso di specie, assistiti dalla CdC di Vimercate quale struttura di riferimento del territorio del Vimercatese (MB); La CdC di Vimercate può contare su una rete di operatori assistenziale composta, tra gli altri, da:

- L'Infermiere di famiglia e di comunità (IFeC)
- Assistenti Sociali

Nel 60% dei casi, la presa in carico dell'utente inviato alle CdC dall'ambulatorio avviene per il monitoraggio della corretta aderenza alla terapia insulinica prescritta, attraverso la supervisione periodica da parte degli operatori sia del diario glicemico che del corretto utilizzo del glucometro.

L'avvio della collaborazione tra ospedale e territorio è iniziata con la programmazione di specifici incontri formativi con gli operatori sanitari delle CdC di tutta l'azienda Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza seguiti da un successivo affiancamento sul campo con gli operatori esperti. E' stata realizzataanche una formazione specifica sulla lettura e l'interpretazione delle glicemie rilevate dai sensori glicemicie visualizzabili su apposite piattaforme informatiche.

Il centro di diabetologia di Vimercate inoltre, essendo un centro di 1° livello, si sta occupando anche dellaprevenzione del piede diabetico proponendo ai pazienti un Bundle che prevede la somministrazione di un questionario composto da 10 domande e una visita di primo livello nella quale, oltre alle indagini clinico assistenziali e sociali, vengono rilevati i parametri

1 Acronimi che si riferiscono a molecole e farmaci utilizzati nel trattamento del diabete di tipo 2. GLP-1 si riferisce all'ormo-ne incretinico GLP-1 (Glucagon-Like Peptide 1), che stimola la produzione di insulina e inibisce il glucagone. SGLT2 sta per Sodium-Glucose Co-transporter 2, una proteina che riassorbe lo zucchero nel sangue nei reni, e i farmaci SGLT2 inibitori bloccano questo processo, aumentando l'escrezione di glucosio nelle urine. Infine, DPP4 sta per dipeptidil peptidasi 4, un enzima che degrada le incretine come il GLP-1, e i farmaci inibitori della DPP4 prolungano l'effetto di queste incretine.

che individuano i segni di una iniziale neuropatia perifericao la presenza di arteriopatia periferica. La visita prevede anche L'ispezione degli arti inferiori degli utenti (in particolare i piedi), per evidenziare la presenza di eventuali lesioni ulcerose, ipercheratosi e/o deformazioni.

RISULTATI/RISULTATI ATTESI

La collaborazione tra Ospedale e CdCattiva da circa 2 anni, è in fase di perfezionamento. I risultati ottenuti sono ancora iniziali.Dall'avvio del servizio ad Aprile 2025 sono stati inviati e presi in carico dalla Casa della Comunità circa 45 utenti che avevano i criteri di inclusione concordati al momento della stesura del progetto.

CONCLUSIONI

L'intera equipe confida ampiamente nel potenziamento della rete ospedale -territorio per quanto riguarda l'assistenza e la presa in carico del paziente cronico con diverse comorbilità associate.

L'auspicio è, oltre a quello di custodire l'ottimo rapporto di collaborazione tra le diverse professionalità che operano in favore del mantenimento delle migliori condizioni di salute possibili dei cittadini, quello di ridurre il numero delle principali complicanze agendo sui determinanti di salute preventivamente. La diretta conseguenza della "presa in carico" territoriale degli utenti è sia volta a contenere gli accessi nei Pronto Soccorso, sempre più in affanno in questi anni, sia a limitare il numero di ricoveri ospedalieri inappropriati che potranno così essere riservati ai bisogni urgenti dei cittadini.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Medico specialistain diabetologia/endocrinologia.
- Infermiere esperto in diabetologia.
- Infermiere di Famiglia e di Comunità
- Assistente Sociale

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto di collaborazione tra Ospedale e Case della Comunità per la successiva presa in carico degli utenti diabetici è iniziato nel Gennaio 2024 ed è ancora attivo. La patologia diabetica è in costante aumento anche a causa degli scorretti stili di vita e per il progressivo invecchiamento della popolazione pertanto è atteso un aumento dei pazienti presi in carico sia dall'equipe ambulatoriale che, successivamente, da quella territoriale.

DESCRIZIONI SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

I pazienti diabetici in insulinoterapia possono usufruire del monitoraggio continuo della glicemia tramite il supporto di un sensore sottocutaneo che viene cambiato ogni 15 giorni e che consente una valutazione più precisa dell'andamento delle glicemie in relazione ai pasti, all'attività fisica e all'assunzione della terapia.

UN PERCORSO INTEGRATO DI SANITÀ DI INIZIATIVA

5

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASST GOM Niguarda

UNITA' OPERATIVA

Direzione Socio-Sanitaria

REFERENTE DEL PROGETTO

Laura Zoppini

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
LAURA ZOPPINI
OSCAR MASSIMILIANO EPIS
IACOPO CHIODINI
GIOVANNA BERETTA
ETTORE CORRADI
PAMELA FRIGERIO
FEDERICA MAZZOTTA
GIUSY VUONO
BARBARA MONGUZZI

ABSTRACT

Le fratture da fragilità (FF) rappresentano un rilevante problema di salute pubblica per l'impatto su morbidità, mortalità e costi sanitari. Per rispondere a questa criticità, l'ASST GOM Niguarda ha implementato un percorso strutturato di presa in carico multidisciplinare dei pazienti con FF, con l'obiettivo di intercettare precocemente i soggetti fragili, avviarli a valutazione osteometabolica e garantire una gestione integrata tra ospedale e territorio, promuovendo percorsi di sanità di iniziativa.

Il progetto coinvolge pazienti over 50 dimessi dal Pronto Soccorso con diagnosi di frattura da fragilità. Attraverso

la Centrale Operativa Territoriale (COT), i pazienti vengono contattati per valutare, mediante questionario, l'idoneità all'inserimento nel percorso. Gli eleggibili accedono a una visita specialistica osteometabolica e, in base al rischio di rifrattura, a un piano personalizzato che può includere consulenza dietetica, rieducazione motoria e presa in carico domiciliare da parte degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC).

Da giugno a dicembre 2024, sono stati dimessi 777 pazienti con FF, di cui 250 risultati idonei al percorso e 187 effettivamente arruolati. Tra questi, 106 hanno effettuato la prima visita specialistica, venendo stratificati in tre classi di rischio con conseguenti percorsi di follow-up e interventi integrati. Particolare attenzione è stata riservata all'educazione sanitaria dei pazienti e delle famiglie per favorire prevenzione e aderenza terapeutica.

I risultati preliminari evidenziano un buon livello di adesione e una positiva integrazione tra ospedale e territorio. Il monitoraggio annuale consentirà di valutare l'impatto del percorso sulla riduzione delle rifratture, sul miglioramento della qualità di vita e sull'ottimizzazione delle risorse sanitarie. Questo modello si conferma una strategia efficace e sostenibile per la gestione della fragilità ossea.

OBIETTIVO GENERALE

Le fratture da fragilità (FF) rappresentano un problema rilevante di salute pubblica in termini di morbidità, disabilità, mortalità e costi. È stato stimato che le FF siano responsabili di più di 9 milioni di fratture ogni anno in tutto il mondo, che possono causare eventi avversi (quali l'aumentata morbosità e mortalità) e contribuiscono quindi in modo rilevante alla spesa sanitaria (Curtis, 2017). Il 75% dei pazienti colpiti da questo tipo di fratture non ricevono un trattamento farmacologico (Lorentzon M, Branco J, Brandi ML, et al., 2019).

Il carico sanitario legato alla frattura da fragilità è superiore rispetto ad altre malattie croniche (compresa la broncopneumopatia cronico ostruttiva, BPCO) ed è superato solamente da cardiopatia ischemica, demenza e cancro ai polmoni (International Osteoporosis Foundation, 2018).

L'individuazione della FF rappresenta un obiettivo prioritario e pertanto è stato necessario implementare presso l'ASST GOM Niguarda un percorso di presa in carico della FF che ha l'obiettivo di intercettare/identificare precocemente i pazienti con FF, avviarli ad una valutazione osteometabolica e ad un percorso di presa in carico multidisciplinare presso l'ospedale e la casa di comunità (in base alle caratteristiche del paziente ed alla stratificazione del rischio), favorendo quindi la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, nonché percorsi di sanità di iniziativa.

OBIETTIVI SPECIFICI

1-Implementare il percorso di presa in carico dei pazienti con frattura da fragilità, creando e standardizzando il processo multidisciplinare che coinvolge specialisti (ortopedico, reumatologo, endocrinologo, Medico di medicina generale) e professionisti sanitari (IFeC, dietisti, fisioterapisti), garantendo un approccio integrato, personalizzato;

2-Favorire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, sviluppando un sistema di comunicazione e collaborazione tra ospedale e Casa di Comunità per garantire il monitoraggio e la gestione dei pazienti dopo la dimissione/evento acuto;

3-Fornire educazione sanitaria e supporto ai pazienti realizzando campagne informative e sessioni educative rivolte ai pazienti e alle loro famiglie per sensibilizzare alla prevenzione, all'importanza di uno stile di vita sano e all'aderenza ai trattamenti prescritti;

4-Valutare l'efficacia del percorso di presa in carico, effettuando un monitoraggio periodico dei risultati del programma (a distanza di 1 anno dall'avvio del percorso), in termini di riduzione delle fratture, miglioramento della qualità di vita dei pazienti, diminuzione dei costi sanitari, attraverso indicatori clinici e organizzativi.

MATERIALI E METODI

Il progetto coinvolge i pazienti con età > 50 anni con frattura da fragilità ("frattura conseguente a caduta dalla posizione eretta o da un'altezza inferiore a 1 metro" o "frattura che si presenta in assenza di trauma evidente" o una "frattura causata da un trauma che non sarebbe sufficiente a fratturare un osso normale").

In particolare, coinvolge i pazienti dimessi al domicilio dal Pronto soccorso (PS) dell'ASST GOM Niguarda.

I pazienti verranno informati, prima della dimissione dal PS, della natura della loro patologia, prenderanno visione dell'informativa dedicata e firmeranno un consenso informato, affinché possano essere contattati dopo qualche giorno direttamente dalla COT (Centrale Operativa Territoriale) che, attraverso la somministrazione di un questionario, valuterà la loro idoneità alla presa in carico e l'inserimento nel percorso. Se idonei, infatti, verranno inseriti direttamente in un'agenda dedicata per effettuare una visita osteometabolica (con specialista endocrinologo o reumatologo).

Il percorso di presa in carico è articolato in diverse fasi, gestito da un team multidisciplinare composto da ortopedici, reumatologi, endocrinologi, fisioterapisti, dietisti, infermieri e IFeC.

I pazienti identificati come soggetti eleggibili saranno inseriti nel percorso che include:

- **VISITA MEDICA SPECIALISTICA**: per la valutazione clinica della fragilità ossea e necessità di eventuali indagini diagnostiche e approfondimenti;
- **VALUTAZIONE DIETETICA**: se necessario e su indicazione dello specialista per consulenza specifica in singolo con dietista in Casa di Comunità;
- **RIEDUCAZIONE MOTORIA**: se necessario e su indicazione dello specialista per riabilitazione motoria di gruppo con fisioterapista;
- **EVENTUALE PRESA IN CARICO IFEC**: per eventuale supporto domiciliare, eventuale monitoraggio sull'aderenza terapeutica e presa in carico condizioni di cronicità e fragilità.

Per garantire un flusso continuo di informazioni tra il team ospedaliero e quello territoriale sono state adottate le seguenti strategie: creazione di una cartella condivisa contente un database strutturato per il monitoraggio continuo del paziente, formazione del personale per l'adozione delle linee guida terapeutiche per i pazienti con frattura da fragilità, follow up domiciliare, se necessario, da parte degli Infermieri di Famiglia e Comunità (garantire aderenza terapeutica e prevenzione di eventi avversi).

A distanza di 1 anno dall'inizio del percorso saranno confrontate il numero di fratture prima e dopo l'avvio del percorso di presa in carico per ogni paziente; sarà misurata tramite questionari validati la qualità di vita del paziente e la soddisfazione del percorso di presa in carico, nonché il numero di pazienti drop out per le diverse fasi del percorso.

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

Da giugno a dicembre 2024 (periodo riferimento di analisi dei dati) sono stati dimessi da Pronto soccorso 777 pazienti con diagnosi di frattura da fragilità. Il 34% del campione è di genere maschile ed il 66% di genere femminile. 342 pazienti (44%) hanno un'età compresa tra i 50 e i 65 anni, mentre i restanti 435 (56%) sono pazienti over 65 anni (di questi 31- ovvero il 7%- hanno un'età maggiore a 91 anni).

Tutti i 777 pazienti dimessi da PS con FF (100%) sono stati contattati dalla COT per somministrazione del questionario al fine di intercettare la necessità di inserire i pazienti nel percorso di presa in carico previsto. In base alle risposte del questionario, sono risultati eleggibili per l'inserimento al percorso n. 250 pazienti.

Di questi, 187 pazienti hanno accettato di essere arruolati e sono rientrati nel percorso di presa in carico: il 52% di questi pazienti afferisce al Municipio 9 (Distretto afferente all'ASST GOM Niguarda).

Dei pazienti arruolati 106 hanno effettuato la 1° visita osteometabolica per la presa in carico (alla data di analisi dei dati), altri 55 pazienti non si sono presentati alla visita programmata e 26 non avevano ancora eseguito la visita (al momento dell'analisi dei dati).

I 106 pazienti presi in carico sono stati stratificati sulla base del rischio di possibile rifrattura: rischio basso (n. 19 pazienti) ovvero il 18% è stato riagganciato presso il proprio medico di medicina generale ed effettuata una recall di monitoraggio a 6 mesi per valutare l'andamento della patologia e della gestione della stessa; rischio medio (n. 53 pazienti) ovvero per il 50% sono stati programmati esami strumentali e visita di controllo dalla specialista reumatologo/endocrinologo in Casa di Comunità Villa Marelli e monitoraggio strutturato da parte della COT; rischio alto (n. 34) ovvero il 32% è stato rinviato all'ambulatorio ospedaliero per proseguimento delle cure e avviato un processo di monitoraggio da parte delle COT e presa in carico domiciliare da parte dell'IFeC per i pazienti afferenti al Municipio 9.

Per 14 pazienti dei 53 con rischio medio è stata richiesta dallo specialista reumatologo: valutazione dietetica (per n. 6 pazienti) e rieducazione motoria con fisioterapista (per n. 8 pazienti). Entrambe le consulenze dei professionisti si svolgono direttamente in Casa di Comunità e gli stessi sono stati agganciati al servizio di Infermieri di Famiglia e Comunità per supporto domiciliare.

Durante l'intervista telefonica e le recall di monitoraggio è effettuata educazione sanitaria specifica ai pazienti e alle loro famiglie al fine di sensibilizzare sulla prevenzione, sull'importanza di uno stile di vita sano e sull'aderenza ai trattamenti prescritti.

CONCLUSIONI

Il progetto di presa in carico dei pazienti con Frattura da Fragilità (FF) presso l'ASST GOM Niguarda ha raggiunto importanti traguardi nella gestione integrata e multidisciplinare di questa condizione, con l'obiettivo di ottimizzare la prevenzione e la cura delle fratture da fragilità, migliorando la qualità della vita dei pazienti e riducendo i costi sanitari. Il percorso, che ha coinvolto diverse figure professionali (reumatologi, endocrinologi, infermieri, dietisti, fisioterapisti, IFeC), ha dimostrato l'efficacia di un approccio personalizzato e continuo, che integra la gestione ospedaliera con il monitoraggio territoriale.

I risultati preliminari indicano un buon livello di adesione al percorso da parte dei pazienti arruolati, con il 50% di essi che ha ricevuto una valutazione approfondita e un piano di follow up personalizzato. Nonostante alcune difficoltà di adesione alle prime visite, è positivo il coinvolgimento delle famiglie e la sensibilizzazione riguardo

alla prevenzione e all'aderenza terapeutica, che è stata promossa in modo continuativo attraverso campagne educative e supporto domiciliare.

Il monitoraggio a lungo termine, che verrà effettuato a un anno dall'avvio del progetto, fornirà ulteriori dati cruciali per valutare l'efficacia del percorso in termini di riduzione delle fratture e miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti. Il confronto tra i dati raccolti prima e dopo l'implementazione del progetto permetterà di definire con maggiore precisione l'impatto del percorso sulla salute dei pazienti e sull'efficienza del sistema sanitario.

In conclusione, l'integrazione tra ospedale e territorio, unita all'approccio multidisciplinare, si sta confermando come modello promettente per la gestione delle fratture da fragilità, con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale e migliorare la qualità di vita dei pazienti, contribuendo così a una riduzione dei costi sanitari a lungo termine.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Tale progetto ha coinvolto il personale medico della reumatologia ed endocrinologia, ortopedia, il personale infermieristico di pronto soccorso, dietista, fisioterapista e IFeC.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto è stato avviato a giugno 2024 ed è in costante evoluzione e monitoraggio.

INSERIRE BIBLIOGRAFIA

- DGR n° XI/6327 del 02/05/2022 "Determinazioni in merito all'attivazione della rete regionale dei centri per la prevenzione, diagnosi e cura dell'osteoporosi, fratture da fragilità e patologie osteo-metaboliche";
- Appropriatezza diagnostica e terapeutica nella prevenzione delle fratture da fragilità da osteoporosi Quaderni del Ministero della Salute, n. 4 luglio - agosto 2010;
- Sistema Nazionale per le Linee Guida – LG-392. Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle fratture da fragilità. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 18 ottobre 2021.
- Curtis EM, Moon RJ, Harvey NC, Cooper C. The impact of fragility fracture and approaches to osteoporosis risk assessment worldwide. Bone, 2017.
- Lorentzon M, Branco J, Brandi ML, Bruyère O, Chapurlat R, Cooper C, Cortet B, Diez-Perez A, Ferrari S, Gasparik A, Herrmann M, Jorgensen NR, Kanis J, Kaufman JM, Laslop A, Locquet M, Matijevic R, McCloskey E, Minisola S, Pikner R, Reginster JY, Rizzoli R, Szulc P, Vlaskovska M, Cavalier E. Algorithm for the Use of Biochemical Markers of Bone Turnover in the Diagnosis, Assessment and Follow-Up of Treatment for Osteoporosis. Advances in therapy, 2019.

6 Il rientro a casa: Prendersi cura dopo l'ospedalizzazione

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Socio-sanitaria Territoriale Melegnano e Martesana

UNITA' OPERATIVA

Casa della Comunità di Vaprio d'Adda – Distretto Adda

REFERENTE DEL PROGETTO

Laura Brienza

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
LAURA BRIENZA
M. CRISTINA ALOI
TIRLONI MONICA
FRANCESCA BIANCHI
GELSOMINA SAVOIA

ABSTRACT

Introduzione: La dimissione del paziente a domicilio a seguito di un'ospedalizzazione per un evento acuto o per la riacutizzazione della sintomatologia in una patologia cronica è da sempre un passaggio critico e da attenzionare affinché possa essere garantita la continuità assistenziale necessaria al paziente, soprattutto se presenta caratteristiche di fragilità socio-sanitaria. Il potenziamento della sanità territoriale avviato con il DM 77 ha dato impulso alla realizzazione di interventi sul territorio che possano sostenere tale passaggio e accompagnare il paziente e so-prattutto i caregiver in questa transizione tra diversi setting assistenziali.

Materiali e Metodi: La collaborazione tra professionisti diversi dell'Azienda, sia territoriali che ospedalieri, e il coinvolgimento del Terzo settore sono stati i punti centrali su cui si è fondata la progettazione. Tale metodologia riflette la necessità che la multiprofessionalità, l'integrazione ospedale-territorio e il coinvolgimento della Comunità lo-cale siano elementi alla base del processo di costruzione di un reale sostegno al rientro a domicilio del paziente fra-gile.

Risultati: In collaborazione con un'associazione locale di Terzo Settore, è stato organizzato un ciclo di tre incontri aperti alla popolazione e ai caregiver, focalizzando l'intervento sul supporto familiare e sulla continuità assistenziale ospedale-territorio. Gli incontri sono stati pensati e portati avanti sia da figure territoriali (IFEC e Assistente sociale della Casa della Comunità) che da operatori ospedalieri (fisioterapista dell'UO di Riabilitazione) toccando diversi temi di interesse per gestire correttamente il rientro a domicilio post-ospedalizzazione.

Discussione e conclusione: Gli incontri hanno permesso a caregivers o persone sensibili al tema di avvicinarsi all'argomento del rientro al domicilio a seguito di ospedalizzazione. In alcuni casi è seguita anche una presa in cari-co individuale da parte degli operatori della Casa della Comunità che hanno sostenuto i caregiver conosciuti du-rante gli incontri. Per garantire una messa a regime di tale approccio è necessario che la progettualità venga diffu-sa su tutto il territorio di riferimento.

OBIETTIVO GENERALE

migliorare la qualità di vita del paziente e dei famigliari a domicilio, ridurre e/o ritardare recidive di ricoveri

OBIETTIVI SPECIFICI

potenziare e migliorare la continuità di cure ospedale-territorio; ridurre stress e ansia a dei famigliari, aumentare l'autonomia del caregiver,

MATERIALI E METODI

incontri frontali con la popolazione, utilizzo di slide facilitatrici, esempi reali e prove prati-che dimostrative

RISULTATI/RISULTATI ATTESI

riduzione dell'ansia del caregiver e dei familiari, miglioramento delle cure domi-ciliari, aumento della compliance dell'utente. Ciò si è potuto evincere attraverso la restituzione positiva da parte dei famigliari presenti agli incontri; inoltre è stata rafforzata la rete dei servizi, attraverso la conoscenza e divulga-zione di brochure informative creata a supporto degli incontri.

CONTESTO GENERALE E CRITICITA' LOCALE

Il moderno sistema sanitario pone il paziente al centro delle cure, mirando a un'assistenza individualizzata che ri-spetti bisogni, valori e preferenze. Questo approccio è cruciale nell'assistenza domiciliare, ambiente familiare che offre supporto affettivo e consuetudini. Superando il modello ospedaliero focalizzato sulla patologia, si abbraccia una visione che valorizza dignità e qualità della vita.

Questo cambiamento comporta notevoli vantaggi: maggiore coinvolgimento del paziente nel percorso terapeuti-co, con conseguente aderenza alle terapie e gestione più efficace delle malattie croniche. L'assistenza domiciliare personalizzata riduce stress e ansia legati al ricovero, favorendo una guarigione serena.

Un' efficace gestione del paziente a domicilio richiede una visione globale e coordinata, con comunicazione chiara tra paziente, familiari, caregiver e operatori sanitari. La sinergia tra ospedale e territorio è la sfida per una sanità sostenibile e umana. Da qui nasce un progetto, condiviso con professionisti ospedalieri, per supportare le famiglie in vista delle dimissioni ospedaliere.

Nello specifico il progetto nasce dal bisogno emerso nel territorio di riferimento della Casa della Comunità di Va-prio d'Adda che comprende 7 Comuni posti all'estremo Nord dell'ASST Melegnano e della Martesana – Distretto Adda, zona dove non è presente un Presidio Ospedaliero Maggiore dell'Azienda (è presente solo un POT a Vaprio d/A che non ha UUOO di degenza ma solo day surgery) e di confine con altre ASST (Brianza e Bergamo Ovest) e Istituti Privati (Policlinico S.Marco Zingonia – Gruppo S. Donato), dove i cittadini spesso si recano per far fronte alla necessità di ospedalizzazione per acuzie o riacutizzazione di patologie croniche.

Pertanto spesso le dimissioni da Ospedale a domicilio di pazienti residenti in questa zona sono frequentemente ge-stite da altre Aziende Sanitarie Pubbliche o Private accreditate e non sempre la filiera prevista dal DM 77, con il coinvolgimento delle COT territoriali, riesce a intercettare tutte le dimissioni a domicilio di pazienti cronico fragili.

I caregiver arrivano quindi spesso direttamente al PUA della CDC con indicazioni scritte dall'ospedale dimettente ma senza un reale accompagnamento in una fase delicata come è quella del passaggio di setting dall'Ospedale, dove tutti i bisogni di cura del paziente erano assolti dal personale del reparto, al domicilio, ove i bisogni socio-sanitari devono essere gestiti in collaborazione tra operatori del territorio e familiari del paziente.

Nelle more di un completo avvio dell'impianto previsto dal DM 77 e dell'implementazione dei processi gestiti dalle COT, si è deciso di procedere "dal basso" sostenendo direttamente chi in prima persona si deve occupare nella quotidianità dell'accoglienza a casa del paziente dimesso e cioè il caregiver e più in generale la comunità locale ove il paziente vive.

Pertanto i destinatari di questa progettazione specifica di sostegno al processo di riammissione a domicilio del pa-ziente ospedalizzato si è rivolta a questi specifici interlocutori, ben consapevoli che a livello sistemico-organizzativo sarà necessario procedere parallelamente al rafforzamento dei legami istituzionali tra Aziende per migliorare i pro-cessi di dimissione.

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo generale del progetto è migliorare la qualità di vita del paziente e dei famigliari a domicilio che si trova-no a dover gestire

il rientro dopo un'ospedalizzazione, nonché di ridurre e/o ritardare ulteriori accessi in Pronto Soccorso o ricoveri inappropriati.

Per questo, in collaborazione con un' Associazione locale di Terzo Settore, AUSER di Vaprio d/A, che già collabo-ra con la Casa della Comunità di Vaprio per progetti di prevenzione e promozione della Salute soprattutto di donne e persone over 65, gli operatori del PUA della CDC di Vaprio d/Adda hanno avviato un'azione di coinvolgimento della comunità locale e degli operatori ospedalieri per organizzare una serie di incontri rivolti alla popolazione ge-nerale e nello specifico ai caregiver di pazienti dimessi per sostenerli nel processo di reinserimento domiciliare del paziente cronico-fragile,

OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici che la progettazione intendeva raggiungere erano i seguenti:

1. potenziare e migliorare la continuità di cure ospedale-territorio;
2. ridurre stress e ansia a dei famigliari;
3. aumentare l'autonomia del caregiver.

Dall'osservazione nella pratica quotidiana degli operatori impegnati nei PUA, emergono difficoltà da parte dei ca-regiver nel gestire sia gli aspetti concreti dell'assistenza a domicilio che le difficoltà connesse alle procedure "buro-cratiche-amministrative" da portare avanti per l'ottenimento di quanto può essere utile a sostenere la persona al domicilio. A tutto ciò si assommano difficoltà emotive legate all'accettazione della malattia del congiunto, alla riorganizzazione della propria vita e di quella del paziente, alla ridefinizione di ruoli e funzioni all'interno del nucleo familiare e alla crescente ansia di fronte a compiti e situazioni spesso nuove nell'assistenza diretta (Sarò in grado? Gli/le farò male?).

La progettazione è stata quindi diretta all'empowerment delle capacità, abilità e conoscenze dei caregiver per af-frontare più consapevolmente il proprio ruolo di sostegno del paziente fragile a domicilio e diminuendo le ansie e le paure che tale situazione fa nascere.

Inoltre la presenza degli operatori territoriali nel percorso diventa anche la possibilità per i caregiver di conoscere chi può essere loro di aiuto negli step successivi dell'assistenza al congiunto e a farli sentire meno soli nella gestione domiciliare del paziente.

Visti gli obiettivi e cercando di stare il più possibile vicini nella risposta ai bisogni concreti del paziente, sono state individuate 3 figure che più di tutte possono sostenere con le loro competenze professionali le necessità dei caregi-ver e dei pazienti a domicilio.

Tali figure sono:

- L' IFEC, infermieri di famiglia e di comunità
- L'Assistente sociale della Casa di Comunità
- Il fisioterapista

L'IFEC e l'AS afferiscono all'area territoriale dell'ASST mentre il fisioterapista è stato scelto tra gli operatori ospe-dalieri dell'UO di Riabilitazione aziendale.

MATERIALI E METODI

Gli operatori coinvolti nella progettazione hanno ipotizzato un percorso di incontro/ formazione per caregiver arti-colato su tre appuntamenti.

Si è scelta come location la sede dell'Auser di Vaprio d'Adda sia per avvicinare la popolazione in un luogo non con-notato e aperto alla cittadinanza, sia per coinvolgere tale realtà del Terzo Settore che è sia un "agente sentinella" nel segnalare e incontrare persone anziane e fragili in

difficoltà che attore di prossimità grazie alla presenza di vo-lontari attivi sul territorio.

Gli argomenti trattati hanno incluso l'offerta dei servizi socio-sanitari territoriali inclusi quelli a supporto dei care-giver (gruppi di ascolto e sostegno), la preparazione domestica all'accoglienza del paziente in dimissione, la ge-stione dell'assistenza sanitaria a domicilio, la corretta movimentazione del paziente, la prevenzione di patologie da allettamento e quelle a carico della colonna vertebrale. I professionisti territoriali (assistente sociale della casa di comunità e IFeC) in sinergia con la fisioterapista ospedaliera si sono avvicendate, attraverso incontri a tema, per dare supporto e continuità di cure plasmabili a "misura d'uomo.

I tre incontri sono stati così articolati:

	FIGURA PROFESSIONALE	TEMATICHE AFFRONTATE
1° INCONTRO:	IFEC	Effetti dell'ospedalizzazione nella fragilità; la valutazione dei bisogni; l'invalidità civile; come allestire casa; presidi e ausili; servizi erogati in Casa della Comunità; la figura dell'IFEC
2° INCONTRO:	ASSISTENTE SOCIALE	Servizi erogabili a domicilio; contributi e agevolazioni; la figura dell'amministratore di sostegno
3° INCONTRO	FISIOTERAPISTA	Movimentazione in sicurezza dell'assistito; tipi di movimentazione pato-logia-dipendente. prevenzione delle patologie della colonna verte-brale a carico del caregiver

RISULTATI

Nel mese di Dicembre 2024 sono stati calendarizzati gli incontri come da locandina precedente presso la sede Au-ser di Vaprio d/A.

Agli incontri hanno partecipato sia caregiver con necessità diretta di supporto e aiuto a seguito di dimissioni a do-micilio che persone della comunità locale interessate all'argomento.

Durante gli incontri, oltre a trasmettere informazioni utili all'accoglienza del paziente a domicilio, gli operatori hanno voluto creare un clima di condivisione volto a favorire un futuro aggancio degli operatori territoriali per una presa in carico diretta del paziente fragile rientrato al domicilio .

Tale premessa era volta a non far sentire "soli" ma accompagnati i caregiver sapendo di poter avere dei punti di riferimento attivi sul territorio per eventuali esigenze che dovessero presentarsi nella fase di riaccoglienza al domi-cilio.

Questo processo di attivazione "dal basso", intercettando chi è direttamente sensibile sul tema, è un primo step rispetto all'obiettivo generale di sostenere il processo di riammissione a domicilio a seguito di ospedalizzazione e di prevenzione di un ricorso inappropriato al Pronto Soccorso/Ricovero ospedaliero.

A tale obiettivo dovrà concorrere anche una maggiore fluidità nei rapporti interaziendali secondo il modello stabili-to dal DM 77 dove la COT giocherà un ruolo decisivo nell'attivazione di processi che facilitino la transitional care attivando gli operatori territoriali e ospedalieri più utili sulla singola situazione.

Salute mentale adolescenziale e riorganizzazione dei percorsi: un modello Stepped care presso l'ASST Melegnano Martesana

7

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Melegnano Martesana

UNITA' OPERATIVA

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze

REFERENTE DEL PROGETTO

Valter Masseroni, Francesca Zordan

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
FRANCESCA ZORDAN
VALTER MASSERONI
ENRICO BALLERINI
CARMELA MONTRASIO
FEDERICO DURBANO

ABSTRACT

Introduzione. Negli ultimi anni si è registrato un forte aumento del disagio psichico tra gli adolescenti, con impatti rilevanti sui sistemi di cura. Nel territorio della ASST Melegnano Martesana, le richieste per la fascia 14-24 anni sono aumentate del 37% tra il 2018 e il 2022, con un triplicarsi delle consulenze neuropsichiatriche ospedaliere. L'offerta di cura è risultata frammentata, con risposta prevalentemente ospedaliera e scarsa integrazione con scuola e servizi sociali. Da qui è nata l'esigenza di un modello flessibile e integrato, secondo un paradigma innovativo di salute mentale comunitaria.

Materiali e metodi. Il progetto ha seguito un approccio multidimensionale, basato sul process reengineering e sul confronto con modelli internazionali. Sono stati mappati i percorsi esistenti e coinvolti operatori, management, terzo settore e istituzioni. È stato adottato un modello Stepped Care per livelli di intensità di cura, accompagnato da un piano formativo aziendale e da azioni di prevenzione nelle scuole, volti a promuovere competenze condivise,

task shifting tra professionisti e una visione integrata della salute mentale giovanile.

Risultati. La riorganizzazione ha portato all'attivazione di quattro aree progettuali, trasformando gli assetti organizzativi attuali:

1. Attentamente: progetto di partenership di ASST con terzo settore (ente capofila) rivolto agli adolescenti per la messa in rete delle azioni territoriali in un'ottica di "coalizione comunitaria" (prevenzione nelle scuole, azioni di intervento educativo e sociale)
2. Gabbiano J: servizio territoriale di libero accesso per giovani con disagio in contesti extra-sanitari per intercettazione precoce.
3. Atreiu: gestione integrata delle urgenze psichiatriche in ospedale e presa in carico di continuità territoriale.
4. ConTeSto – Centro diurno terapeutico in apertura nel 2025.

Nel 2024, l'87% dei ricoverati ha avuto accesso a percorsi riabilitativi territoriali, con un miglioramento globale nel 70% dei casi. Nessun minore è stato ricoverato in SPDC.

Discussione e conclusione. Il modello ha migliorato accessibilità e qualità della cura. Rimangono criticità organizzative e carenze strutturali. Per garantirne sostenibilità e replicabilità, sono necessari governance condivisa, investimenti stabili e formazione continua.

CONTESTO GENERALE E CRITICITA' LOCALE

Si assiste ad un diffuso allarme sociale: il disagio adolescenziale, accentuato dal post Covid-19, sta evolvendo epidemiologicamente, saturando i servizi di salute mentale. La letteratura conferma questo trend, con un incremento di ansia, depressione, solitudine, rabbia, irritabilità e stress (Pulcinelli, 2022), ma anche di abuso di sostanze, disturbi dello spettro autistico e richieste di certificazione scolastica. Crescono anche le segnalazioni al Tribunale per i Minorenni e gli accessi in pronto soccorso per patologie psichiatriche maggiori (+75% nel 2021, Bianchi, 2022), come autolesionismo, tentati suicidi non dimostrativi. L'accesso ai servizi di cura avviene spesso con anni di ritardo, aggravando la prognosi e complicando il trattamento.

Anche nel territorio della ASST Melegnano Martesana, nel Sud Est Milanese, si è assistito ad un incremento del 37% delle richieste dal 2018 al 2022 (1.292 le richieste di visita 14-24 anni) e un triplicarsi delle prestazioni di consulenza neuropsichiatrica presso le pediatrie, in assenza di un reparto specialistico di NPIA. Nel 2021 (Camporota), un'indagine di ASST su 4.310 studenti ha confermato il diffuso disagio giovanile: il 43% ha vissuto episodi di malessere e il 18% ha dichiarato gesti autolesivi, ma solo il 6% ha avuto accesso ai servizi specialistici.

A livello locale la presa in carico è prevalentemente ospedaliera e/o ambulatoriale, con modesta connessione con scuola e terzo settore. Nonostante la presenza di procedure specifiche manca un modello integrato efficace e un servizio dedicato per la fascia 14-24 anni, inoltre, l'assenza di un coordinamento efficace tra sistema sanitario, scuola e terzo settore ostacola la costruzione di una comunità educante in grado di fronteggiare il problema in modo sinergico, con una carenza di strategie preventive per i giovani a rischio.

OBIETTIVO GENERALE

Per rispondere alla crescente emergenza nella salute mentale giovanile e migliorare l'assistenza, il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD), insieme alla Direzione Strategica e delle Professioni Socio Sanitarie (DAPSS), ha avviato nel 2023 e 2024 una innovativa riorganizzazione dei percorsi di cura per l'età adolescenziale,

sia in contesti di degenza ospedaliera, sia a livello territoriale. L'obiettivo del progetto è superare l'attuale frammentazione con un modello socio-sanitario integrato che unisca ospedale, territorio, scuola e servizi sociali in un'unica rete di assistenza coordinata, basato sul Modello Stepped Care, per intensità di cura, che valorizzi la prevenzione secondaria e una sanità territoriale più accessibile (DM 77/2022).

Il modello si ispira a evidenze scientifiche e best practices internazionali di modelli di psichiatria di comunità (Headspace, Rickmood 2019; ACCESS Open Minds, Malla 2019), dimostrando che interventi precoci e multidisciplinari migliorano gli esiti clinici e riducono i costi a lungo termine.

OBIETTIVI SPECIFICI

L'obiettivo specifico è offrire risposte tempestive, pertinenti e coordinate, mettendo al centro il giovane con disagio al fine di prevenire la cronicizzazione del disturbo e a contenere i costi individuali, sociali e istituzionali legati a una gestione tardiva o inadeguata della patologia. La strategia si articola in cinque aree chiave: accesso ai servizi, presa in carico territoriale, area ospedaliera, assetto organizzativo aziendale e ruolo del terzo settore. Per ciascuna area sono stati definiti obiettivi primari e secondari, con l'intento di rafforzare la capacità del sistema di intercettare precocemente i bisogni, garantire continuità di cura e promuovere un'integrazione strutturale e funzionale tra i diversi attori coinvolti (tabella 1).

AREA	OBIETTIVI PRIMARI	OBIETTIVI SECONDARI
DOMANDA E ACCESSO AI SERVIZI	· Creare un sistema di intercettazione precoce per prioritizzare le richieste. · Ridurre i tempi di accesso per i pazienti a rischio. e intercettare i comportamenti di addiction	· Ampliare l'offerta di spazi ambulatoriali dedicati alla fascia 14-24 anni. · Aumentare la capacità di risposta per pazienti meno prioritari. · Utilizzare le risorse in maniera razionale ottimizzando i processi · Informare la popolazione sulle nuove opportunità di risposta ai loro bisogni
PRESA IN CARICO TERRITORIALE	· Garantire continuità nella presa in carico attraverso percorsi strutturati (NPIA e psichiatria, ospedale e territorio). · Definire percorsi riabilitativi per intensità di cura · Implementare la formazione del personale e del management.	· Promuovere una rete di servizi territoriali integrati per ridurre la frammentazione.
AREA OSPEDALIERA	· Realizzare una care unit ospedaliera per le emergenze psichiatriche adolescenziali. · Integrare nuove figure professionali per agire nei reparti ospedalieri dedicati. · Implementare la formazione interdipartimentale del personale	· Assicurare una gestione multidisciplinare fino al reinserimento sociale. · Sviluppare percorsi condivisi per la gestione in ricovero e dimissione protette.

ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE	• Rafforzare il coordinamento tra unità operative con un team di gestione centrale. • Introdurre processi condivisi per la gestione unitaria dei percorsi clinici. • Promuovere incontri periodici tra le unità operative per migliorare la collaborazione.	• Implementare l'integrazione tra i diversi servizi territoriali del DSMD • Integrazione delle risorse tra ospedale e territorio
RUOLO DEL TERRITORIO E TERZO SETTORE	• Creare una rete stabile tra servizi sanitari e il terzo settore per il supporto ai giovani. • Implementare azioni di prevenzione e sensibilizzazione nel contesto comunitario. • Organizzare incontri periodici per condividere risorse e competenze	• Favorire la partecipazione attiva delle comunità locali nei processi decisionali.

Tabella 1 : descrizione degli obiettivi specifici primari e secondari progettuali per aree

MATERIALI E METODI

Il percorso di ricerca ha seguito un approccio metodologico multistep progressivo, applicando il process reengineering per ridisegnare i percorsi assistenziali e le reti territoriali, traducendo la progettualità in operatività. Questa è stata garantita coinvolgendo le diverse équipe territoriali e servizi afferenti, con un'attività strutturata di coordinamento e raccolta dati. In primo luogo, è stata condotta un'analisi del problema, attraverso lo studio dei dati epidemiologici e il confronto con modelli organizzativi nazionali e internazionali. Successivamente, si è proceduto alla mappatura dei processi esistenti, coinvolgendo operatori sanitari e stakeholder per individuare le criticità del sistema attuale, attraverso riunioni periodiche del management e degli operatori. La trasformazione organizzativa ha richiesto l'introduzione di un mix di competenze professionali avanzate (skill mix), favorendo il task shifting tra figure professionali complementari.

Per garantire il successo della riorganizzazione, il progetto ha previsto un supporto formativo al personale con un piano di sviluppo professionale rivolto al management, a operatori sanitari a livello interdipartimentale, alla sensibilizzazione scolastica e territoriale sul disagio/disturbo psichico adolescenziale. Questi percorsi formativi hanno promosso un approccio multidisciplinare e una gestione trasversale all'emergenza, offrendo strategie di intervento e linguaggio condiviso, in grado di valorizzare l'esperienza e il ruolo di tutti gli attori educativi e sanitari nella gestione del fenomeno.

RISULTATI

Il progetto ha permesso di ridisegnare il percorso di cura del giovane e di orientare il gruppo di lavoro e la rete territoriale verso un cambiamento organizzativo condiviso e al supporto della leadership intermedia nell'adozione di nuove prassi.

L'analisi epidemiologica ha confermato un incremento della domanda di servizi di salute mentale post-pandemia, con una crescita significativa degli accessi ai servizi di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza (NPIA), agli sportelli scolastici e ai ricoveri di minori in reparti non specialistici. Tra le diagnosi prevalenti trattate figurano disturbi del comportamento e sindromi somatoformi per la NPIA, disturbi della personalità per la Psichiatria, abuso di cannabinoidi per il SerD, confermando la complessità della casistica. Dalla revisione della letteratura il

confronto con modelli anglosassoni ha evidenziato l'importanza di accessibilità, coinvolgimento famigliare e reti collaborative per ridurre lo stigma e promuovere il benessere psicologico.

L'analisi del contesto e le interviste agli operatori hanno evidenziato competenze e progettualità condivise, ma anche criticità quali disparità di accesso, flussi informativi frammentati, difficoltà di aggancio nei disturbi da sostanze e carenza di personale. L'analisi SWOT ha evidenziato opportunità legate all'attenzione sociale sull'adolescenza e agli investimenti regionali, ma anche minacce come la difficoltà nell'intercettare i giovani, e i lunghi tempi di accesso alle cure.

In risposta, si è proceduto ad una prioritizzazione degli interventi e al ridisegno dei percorsi assistenziali, portando alla progettazione e realizzazione di nuovi servizi, con una organizzazione diversificata secondo un modello per intensità di cura e l'individuazione di spazi, enti e risorse specifiche (figura 1):

1. Area prevenzione – "Progetto attentamente": servizio di intercettazione e sensibilizzazione ai segnali di disagio psicologico negli 11-18 anni nella realtà sociale, con interventi educativi nel contesto territoriale e scolastico e la creazione di una "coalizione comunitaria". Progetto finanziato su tutto il territorio per due anni da Fondazione Cariplo, enti capofila terzo settore con partnership di ASST Melegnano e Martesana.
2. Area territoriale – "Gabbiano J": servizio per l'intercettazione precoce del disagio mentale (14-24 anni) in spazi neutri extra-sanitari per ridurre stigma e barriere d'accesso, con un'equipe multidisciplinare interdipartimentale in rete con i servizi del DSMD, scuole e servizi sociali. È in fase di avvio (marzo 2025) un punto di accesso con apertura pomeridiana a isorisorse. Questo servizio permette di prioritizzare le richieste e ridurre i tempi di accesso.
3. Area ospedaliera/ territoriale - "Atreiu": gestione delle urgenze psichiatriche nei reparti di pediatria e psichiatria tramite una care unit con neuropsichiatra infantile, tecnici della riabilitazione psichiatrica e psicologi, garantendo una presa in carico fino alla dimissione protetta, una continuità territoriale con reinserimento sociale, scolastico e interventi diversificati a seconda delle necessità di cura. Il progetto è stato implementato a luglio 2023 con l'acquisizione di personale.
4. Area semiresidenziale – "ConTeSto": Centro Diurno Terapeutico per Adolescenti, da realizzare nel 2025 con fondi finanziati da regione.

L'implementazione del modello ha prodotto i primi risultati concreti: c'è stato un miglioramento nella gestione delle emergenze psichiatriche adolescenziali, grazie a un'equipe dedicata che ha permesso di strutturare il ricovero e garantire una presa in carico di continuità riabilitativa, favorendo il raccordo con la rete territoriale e con altre ASST (Atreiu). Nel 2024, l'87% dei pazienti ricoverati ha ricevuto un percorso riabilitativo sul territorio, con una riduzione dei ricoveri ripetuti, l'assenza di minori nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e un miglioramento del funzionamento globale nel 70% dei pazienti post dimissione. La sinergia con la pediatria ospedaliera, ha favorito l'ottimizzazione delle risorse, contenendo i costi, limitando i trasferimenti di pazienti in altre strutture, lontani dalle famiglie.

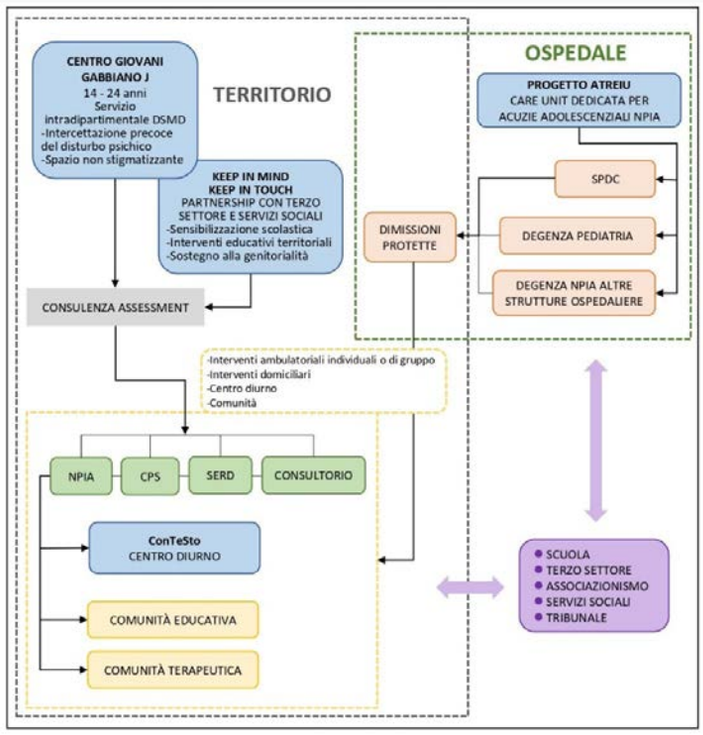
I principali punti di forza del progetto includono l'espansione dell'offerta riabilitativa per la fascia 11-18 anni, l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, e l'adozione di nuove metodologie, come il carrello multisensoriale (metodo Snoezelen), per la gestione dell'agitazione psicomotoria.

L'apertura di un centro di ascolto e primo accesso dipartimentale (Gabbiano J) con sede non connotata territoriale e la presenza di diversi profili professionali di diversi servizi per convogliare le diverse competenze orizzontali e trasversali, rende attuale la proposta integrativa di vision e linguaggi in un'ottica One Heath.

Inoltre l'attuazione coordinata di progetti preventivi in area sociale (progetto attentamente), ha favorito l'emersione di un linguaggio comune tra i diversi attori territoriali, rafforzando il ruolo di ASST, non più solo erogatore di

prestazioni sanitarie, ma come coordinatore e facilitatore di un sistema di supporto più accessibile, personalizzato e integrato con la comunità locale. L'obiettivo è superare l'idea che gli interventi siano vincolati ad una diagnosi clinica, promuovendo azioni preventive ed educative per evitare il peggioramento delle condizioni degli adolescenti, al fine di creare una "coalizione comunitaria".

Tuttavia emerge una diffusa paura rispetto alla gravità del disagio e una scarsa consapevolezza sulle sue manifestazioni, evidenziando la mancanza di un supporto generalizzato e contenitivo al malessere evolutivo e sottolineando la necessità di una maggiore responsabilizzazione e conoscenza sul tema, affinché il disagio giovanile venga affrontato con strumenti adeguati e non solo delegato ai servizi sanitari.



Le principali criticità riguardano la carenza di risorse e finanziamenti strutturali, che limitano la possibilità di consolidare e ampliare il modello

La necessità di una rete ben coordinata tra servizi sanitari, sociali ed educativi e il mantenimento dell'equilibrio tra ospedale e territorio richiede una solida struttura organizzativa, che non sempre è presente in tutte le aree territoriali.

Tempi burocratici dilatati e resistenze organizzative (turf wars) rallentano ulteriormente l'attuazione delle progettualità, generando competizione tra dipartimenti e limitando l'adozione di nuove strategie di sistema. Vi è inoltre la preoccupazione che una maggiore intercettazione precoce del disturbo possa sovraccaricare i servizi sanitari, già in difficoltà nel rispondere alla domanda attuale, per carenza di finanziamenti dedicati alla "cura".

Tabella 2: modello integrato di cura per la salute mentale giovanile: dalla presa in carico ospedaliera alla continuità territoriale presso ASST Melegnano Martesana, in blu i modelli riorganizzativi implementati (fonte: rielaborazione dipartimentale)

CONCLUSIONI

La salute mentale giovanile rappresenta una priorità sanitaria che richiede un cambio di paradigma organizzativo, in linea con il DM 77/2022, con un potenziamento dell'assistenza territoriale e ad una presa in carico multidisciplinare. Le esperienze internazionali dimostrano che un sistema efficace deve basarsi sulla collaborazione tra sanitario e sociale, superando le rigidità burocratiche e prestazionali che spesso ostacolano la continuità assistenziale.

Il modello proposto per il territorio della Martesana si allinea a questa visione, costituendo un'innovazione concreta per ridurre i tempi di latenza nelle cure e promuovere una cooperazione interistituzionale e multidisciplinare, attraverso una governance chiara e integrata. Nonostante ciò, affinché questo modello non resti confinato all'interno di un progetto temporaneo, è essenziale renderlo strutturale e replicabile, coinvolgendo le politiche sanitarie per garantirne la sostenibilità e la continuità.

Per garantire l'efficacia del modello proposto, è necessario consolidare la rete dei servizi territoriali e costruire

un linguaggio condiviso tra tutti gli attori per poter contenere il fenomeno in modo allargato, ridurre il rischio di sovrapposizioni/ frammentazioni e creare una cultura organizzativa, clinica e pedagogica condivisa. L'integrazione tra sanitario e sociale deve avvenire in modo sinergico senza che le responsabilità vengano delegate esclusivamente a una specifica istituzione, in quanto la salute mentale giovanile è un problema collettivo, che richiede una presa in carico condivisa tra ASST, terzo settore, istituzioni scolastiche e servizi sociali.

In questa prospettiva, un passaggio fondamentale è stato l'inserimento dei progetti "Gabbiano J" e del Centro Diurno ConTeSto nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027 dell'ASST Melegnano Martesana. Questo riconoscimento ufficiale li colloca tra le priorità aziendali, rafforzandone la sostenibilità e l'integrazione all'interno della programmazione strategica triennale. Il documento PIAO ne sottolinea il valore in termini di innovazione organizzativa, evidenziando il loro contributo al miglioramento dell'accessibilità ai servizi, alla presa in carico integrata e alla prevenzione nel campo della salute mentale giovanile.

Infine, sarà essenziale garantire, dopo il primo periodo di implementazione del nuovo modello (6 mesi), una valutazione degli esiti, per misurare l'impatto assistenziale e monitorare le dinamiche operative tra sanitario e sociale e definire dei protocolli di collaborazione stabile tra servizi.

Se implementato correttamente, questo modello potrebbe rappresentare un punto di svolta nella gestione della salute mentale giovanile offrendo un sistema più equo, tempestivo ed efficace, replicabile in altri contesti regionali e nazionali. La chiave del successo dell'introduzione di innovazioni nel contesto risiederà nella capacità di trasformare questa sperimentazione in un cambiamento strutturale e duraturo, attraverso una sinergia tra innovazione organizzativa, governance integrata e formazione continua.

BIBLIOGRAFIA

1. ASST Melegnano Martesana. Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027. Deliberazione del Direttore Generale n. 64 del 30/01/2025

2. Borghetti, S,. Il Task Shifting nei sistemi per la salute mentale. Obbligo o opportunità? Sirp Lombardia, 2022.

3. Camporota V., Carnevali S., Durbano F., Una indagine preliminare sugli effetti del lockdown in un campione di istituti superiori della ASST Melegnano e della Martesana, Psichiatria oggi 2021; 2: 55-65

4. Durbano F., Delvecchio G., Team leader in sanità. Riflessioni sulla esperienza formativa del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e della Martesana come strumento di integrazione tra servizi differenti ma aggregati, Psichiatria Oggi, XXXIV, 2, 2021 74, pp. 73-79

5. DM 77/2022 Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, Gazzetta Ufficiale della Repubblica

6. Lega F., Economia e management sanitario, Egea, 2020

7. Malla A, Iyer S, Shah J, Joober R, Boksa P, Lal S, Fuhrer R, Andersson N, Abdel-Baki A, Hutt-MacLeod D, Beaton A, Reaume-Zimmer P, Chisholm-Nelson J, Rousseau C, Chandrasena R, Bourque J, Aubin D, Levasseur MA, Winkelmann I, Etter M, Kelland J, Tait C, Torrie J, Vallianatos H; ACCESS Open Minds Youth Mental Health Network. Canadian response to need for transformation of youth mental health services: ACCESS Open Minds (Esprits ouverts). Early Interv Psychiatry. 2019 Jun;13(3):697-706

8. Pulcinelli, C. e Pistono, D. XIII Atlante dell'Infanzia (a rischio) - Come stai? Save The Children Italia. [Online] 2022. https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/13-atlante-dell-infanzia-a-rischio-come-stai.

9. Rickwood D, Paraskakis M, Quin D, Hobbs N, Ryall V, Trethowan J, McGorry P. Australia's innovation in youth mental health care: The headspace centre model. Early Interv Psychiatry. 2019 Feb;13(1):159-166. doi: 10.1111/eip.12740. Epub 2018 Oct 12

10. Zordan F, Masseroni V, Delvecchio G, Durbano F. Gabbiano J: un centro giovani oltre i confini della salute mentale e dei territori. Recenti Prog Med. 2024 Dec;115(12):640-642. Italian. doi: 10.1701/4392.43937. PMID: 39688061.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

medici neuropsichiatri infantili, psichiatri, tossicologi, medici di medicina interna, tecnici della riabilitazione psichiatrica, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, infermieri, infermieri pediatrici, assistenti sociali, psicologi, educatori professionali.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

attivo dal 2023 in fase di evoluzione

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia tutto il personale dell'equipe Atreiu, Gabbiano J, Attentamente, lo staff della pediatria, SPDC, centrale dimissioni protette, psichiatria, neuropsichiatria infantile e adolescenza, terzo settore. Si ringraziano i coordinatori DSMD e pediatria, Direttore Psichiatria Enrico Giuliani, Direttore materno infantile Paola Bruni, Direttore Socio Sanitario Paola Pirola.

Avvio della Centrale UNICA di Continuità Assistenziale nella provincia di Bergamo

8

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASST Papa Giovanni XXIII

UNITA' OPERATIVA

Dipartimento di Cure Primarie

REFERENTE DEL PROGETTO

Stefania Barcella

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
STEFANIA BARCELLA
ALESSANDRO DE BERNARDIS
SIMONE BARATTO
ELIANA PASTORMERLO
LUCIA TAURINO
ROBERTO MORETTI
SIMONETTA CESA

ABSTRACT

In provincia di Bergamo il nuovo modello di Continuità Assistenziale (CA), promosso da Regione Lombardia (DGR 279 del 15/05/23) "Centrale UNICA di Continuità assistenziale e telemedicina e team di risposta rapida domiciliare" ha preso avvio il 6/7/24 con una centrale medica e 11 sedi periferiche sul territorio delle 3 ASST (aziende socio sanitarie territoriali) bergamasche. Tutti gli accessi sono stati gestiti dalla centrale medica, tranne i certificati di malattia e le costatazioni di decesso assegnate direttamente dal 116117 alle sedi periferiche.

Nel periodo 6/7/24-31/3/25 sono state erogate in totale 114.508 prestazioni. Tutte le richieste sono state prese in carico da un medico.

La centrale UNICA ha gestito in totale 60.852 casi.

- Il 50% dei pazienti è stato gestito esclusivamente in consulenza telefonica/videochiamata
- il 39% è stato inviato a visita presso l'ambulatorio di CA o hotspot infettivologico (dal 16/12/2024 al 28/02/2025)
- l'8% è stato inviato in PS
- per il 2% è stato attivato il 118
- per l'1% è stata richiesta una visita domiciliare;

Il tempo di attesa medio per la presa in carico da parte della centrale è stato di 14 minuti.

I medici nelle postazioni periferiche hanno gestito sia visite ambulatoriali che domiciliari, in questi numeri:

- 60.094 visite ambulatoriali (di cui circa metà inviate dal NEA e le restanti dalla centrale UNICA)
- 747 visite domiciliari richieste dalla centrale UNICA; dato sottostimato a causa di inserimento nel portale come normale visita ambulatoriale
- 1126 accessi domiciliari per constatazioni di decesso.

Il modello sembra migliorare e razionalizzare la gestione globale delle risorse e del servizio, in particolare per i cittadini che abitano in zone montane e con difficoltà di spostamento.

OBIETTIVO GENERALE

Nel contesto della attuale riforma sanitaria (Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77), con l'obiettivo di supportare strategie di presa in carico e cura di problematiche non urgenti a livello territoriale, anche attraverso soluzioni di telemedicina, Regione Lombardia promuove il progetto sperimentale della "Centrale UNICA di Continuità assistenziale e telemedicina e team di risposta rapida domiciliare" (DGR Unica 279 del 15/05/2023).

Nella provincia di Bergamo, che conta oltre 1.100.000 abitanti e si estende su una superficie di 2.722 km2, il nuovo modello di Continuità Assistenziale (CA) ha preso avvio il 6 luglio 2024 (terza provincia in Lombardia, dopo la provincia di Sondrio e la città metropolitana di Milano) con l'avvio di una centrale UNICA, situata a Dalmine, e 11 sedi periferiche nelle Case di Comunità sul territorio. Il servizio è attivo tutte le notti dalle 20 alle 8 (con inizio alle 19 in UNICA), e H24 sabato, domenica, prefestivi e festivi.

Il progetto nasce da una collaborazione tra l'Agenzia Regionale dell'Emergenza Urgenza (AREU), l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) e le Aziende Sociosanitarie Territoriali (ASST) di Bergamo (ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Bergamo Est, e ASST Bergamo Ovest), nell'ambito dei contenuti della DGR XII/81 del 3 Aprile 2023. Alla ASST Papa Giovanni XXIII è stato conferito ruolo coordinamento all'interno della provincia.

La riprogettazione organizzativa ha tenuto conto della revisione della rete territoriale in corso secondo quanto definito dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dalle conseguenti delibere regionali, in particolare della DGR 6760 del 2022.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Migliorare l'efficienza organizzativa delle sedi di Continuità Assistenziale (CA) – che vengono sgravate dalla funzione di primo filtro telefonico e presa in carico –, con l'efficientamento delle risorse umane e professionali a disposizione;

- Adottare una gestione orientata sull'equità di accesso: ogni utente ha la garanzia della risposta da parte di un medico, indipendentemente dalla propria residenza;
- Migliorare le capacità diagnostiche, rispetto alla sola valutazione telefonica, grazie all'ausilio della videochiamata, particolarmente utile per chi abita nelle valli e/o nelle aree montane bergamasche, e per i cittadini che hanno difficoltà negli spostamenti;
- Favorire le visite domiciliari, soluzione particolarmente utile per i pazienti che presentano fragilità;
- Ridurre il sovraffollamento dei Pronto Soccorso, spesso legato alla presenza di pazienti con esigenze risolvibili da remoto.
- Incrementare il numero di medici in servizio
- Favorire la collaborazione tra professionisti e lo scambio di competenze

MATERIALI E METODI

Analisi SWAT

Strenght:

1) utilizzo della centrale UNICA per garantire equità di accesso, con la risposta al bisogno di cura da parte di un medico, indipendentemente dalla residenza e dalla copertura delle postazioni periferiche

2) riduzione degli accessi impropri alle sedi di CA.

Weakness:

1) grave carenza di medici di medicina generale e diffusa difficoltà a coprire postazioni di CA, non riuscendo sempre a garantire un accesso alla sede periferica, con conseguente sovraffollamento dei Pronto Soccorso 2)La carenza di personale in centrale UNICA potrebbe provocare lunghi tempi d'attesa prima della presa in carico.

Opportunity:

utilizzo in UNICA di un software fornito da AREU che prevede l'impiego di flow-chart, costruite per favorire la sicurezza della gestione del paziente in contatto telefonico e identificare rapidamente eventuali "red flags" per ciascun motivo di chiamata, per migliorare e standardizzare l'approccio al problema clinico.

Threats:

1) medici poco formati o poco motivati

2) alto turn over di personale.

Modello organizzativo:

Nel servizio di Continuità Assistenziale (Centrale UNICA e sedi periferiche) operano medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, di seguito per semplicità denominati Medici di Continuità Assistenziale (MCA), che hanno firmato un contratto con una delle 3 ASST della provincia: ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Bergamo Est e ASST Bergamo Ovest.

La ASST Capofila è ASST Papa Giovanni XXIII, la cui Direzione Sociosanitaria ha il compito di coordinare le 3 ASST e raccordarsi con AREU, DG Welfare Cure Primarie di Regione Lombardia e ATS Bergamo. L'ASST Capofila:

- Garantisce il corretto funzionamento dei flussi di lavoro
- Garantisce la copertura della turnistica sia della Centrale UNICA che delle sedi periferiche in cooperazione con le altre ASST
- Nomina al suo interno un responsabile della turnistica di CA e un responsabile della formazione tecnica
- Organizza la formazione tecnica dei medici di CA per tutta la provincia, in collaborazione con AREU e con le altre ASST
- Partecipa al tavolo Regionale sulla centrale UNICA
- Visualizza i dati relativi alla performance della Centrale UNICA e delle sedi ambulatoriali di CA, nonché le prestazioni fornite dai singoli Medici di CA, attraverso il cruscotto fornito da AREU
- È responsabile delle comunicazioni con AREU e con DG Welfare Cure Primarie
- Svolge attività di dimensionamento della Centrale UNICA in accordo con AREU e le altre ASST del territorio
- Gestisce le relazioni con il medico Capoturno di Centrale UNICA

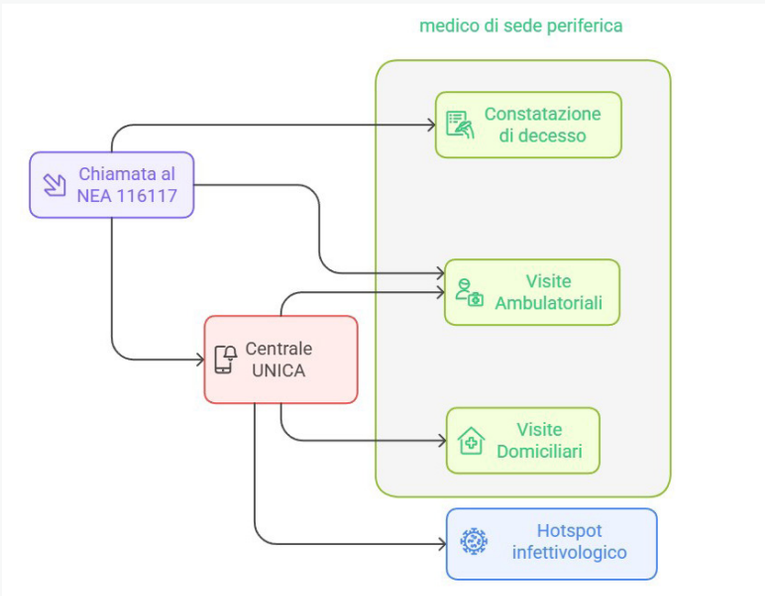
Attraverso una campagna di informazione la cittadinanza è stata invitata a non accedere spontaneamente alle postazioni di CA ma a contattare sempre il NEA (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti 116117), al quale risponde un operatore non sanitario che orienta i bisogni dei cittadini, sulla base delle casistiche previste dalla normativa. Le richieste di visita per certificazione di malattia o per costatazione di decesso vengono inviate direttamente alle sedi periferiche, tutte le altre chiamate vengono indirizzate alla centrale UNICA, dove un medico del ruolo unico di assistenza primaria ad impegno orario risponde ai bisogni sanitari provenienti dal territorio afferente l'ATS Bergamo esclusivamente da remoto, attraverso la piattaforma informatica CMU di AREU, che prevede un modulo integrato per attività di contatto telefonico con eventuale videochiamata.

L'attività del medico in UNICA prevede:

- consulenza telefonica o tramite videochiamata;
- prescrizione dematerializzata di terapia farmacologica;
- invio del referto di contatto telefonico con eventuale videochiamata tramite software di AREU al cittadino e al rispettivo Medico Assistenza Primaria a ciclo di scelta (APS);

Al termine della gestione in UNICA si potranno attivare, tramite il NEA 116117, i seguenti servizi:

- Visita ambulatoriale da parte di medici di CA negli orari di apertura delle sedi periferiche;
- Visita domiciliare da parte dei medici di CA nelle sedi periferiche o presso l'hotspot infettivologico (attivo dal 16/12/2024 al 28/02/2025);
- Invio del paziente in Pronto Soccorso con mezzi propri se le condizioni lo consentono;
- Attivazione del 118



Per ogni turno è prevista la presenza di un Medico Capoturno che ha funzioni di riferimento per i medici in turno e per il NEA 116117. In particolare gestisce contatti per problematiche organizzative, informatiche, logistiche e cliniche con i referenti del gruppo di lavoro, nonché eventuali pause fisiologiche durante il turno.

I medici in postazione periferica effettuano prestazioni in favore di utenti inviati dalla centrale UNICA e di utenti inviati direttamente dal NEA per certificato di malattia e constatazione di decesso.

Nelle sedi periferiche i medici di CA utilizzano lo stesso programma informatico (CMU) utilizzato in Centrale UNICA, che consente la ricezione delle schede dei pazienti inviati dalla Centrale e di quelli inviati direttamente dal NEA, garantendo continuità della cura e il passaggio delle informazioni sanitarie.

Reclutamento:

Per ovviare alla carenza di medici, è stato avviato un processo di reclutamento massivo: Sono stati contattati singolarmente gli specializzandi in servizio nelle tre ASST e, in collaborazione con l'Ordine dei Medici della provincia di Bergamo, tutti i neolaureati iscritti all'Ordine a partire dalla sessione estiva 2024. La pubblicizzazione dell'opportunità di candidarsi avviene anche in internet per il reclutamento dei libero professionisti. Sono stati contattati i medici che hanno segnalato la propria disponibilità sulla bacheca virtuale sul sito web dell'Ordine. Sono stati pubblicati annunci per invitare a candidarsi, con grafiche animate, sui profili social delle ASST, di ATS e di AREU. Sulla pagina LinkedIn dell'ASST Papa Giovanni XXIII, curata dall'ufficio Comunicazione, è stata pubblicata un'offerta di lavoro che ha raccolto diverse candidature. Con l'avvio della Centrale, è stato aumentato il compenso orario, in via progettuale e sono stati introdotti incentivi mirati per i medici di continuità assistenziale.

Formazione:

La cura delle esigenze formative e di inserimento dei medici è stata costante e personalizzata, con l'obiettivo di fornire a ciascun medico quanto di più utile per un'adeguata presa di servizio.

Tutti i medici contrattualizzati prima dell'avvio del progetto hanno partecipato a corsi di formazione con AREU in previsione dell'avvio della centrale UNICA, per l'acquisizione di competenze specifiche e per favorire la conoscenza del software.

I corsi sono stati ripetuti in modalità webinar, in 3 sessioni, durante l'estate, per formare in maniera immediata i neoassunti, e sono stati organizzati con regolarità in presenza, a cadenza mensile, per garantire la preparazione dei nuovi medici contrattualizzati. Inoltre, sono stati predisposti per tutti i neo-contrattualizzati almeno due turni di affiancamento retribuito prima dell'inserimento nella normale turnistica.

La cura delle esigenze formative e di inserimento dei medici è stata costante e personalizzata, nel costante tentativo di fornire a ciascuno quanto di più utile per un'adeguata presa di servizio.

Per garantire una fruizione costante e versatile della formazione, è stata fornita una FAD dedicata sviluppata da AREU, così che potessero seguire un momento formativo da remoto in maniera versatile. Infine, sempre con AREU, è stato diffuso un video-tutorial completo sull'utilizzo dell'applicativo e un ambiente di test per esercitarsi in qualunque momento, sia sulla gestione delle schede in centrale, sia sulla presa in carico delle missioni in postazione periferica.

A partire dal mese di ottobre 2024 ASST Papa Giovanni XXIII ha organizzato degli incontri formativi in presenza,

con specialisti che si sono resi disponibili, aperti a tutti i medici di CA della provincia. Gli incontri hanno avuto un approccio pratico affrontando tematiche di discipline di diverse, come "La gestione del paziente agitato sul territorio", "Aspetti pratici di Continuità Assistenziale (certificati-prescrizioni-segnalazioni)", "Il buon uso degli antibiotici nella pratica di CA". Gli incontri sono stati tenuti da specialisti di ASST Papa Giovanni XXIII, in collaborazione con gli MMG e con il Dipartimento di Prevenzione di ATS.

Gli incontri sono stati graditi dai medici, che hanno partecipato in maniera proattiva e costruttiva alla discussione.

Nei mesi di maggio e giugno 2025 verrà organizzato un percorso formativo più strutturato, con accreditamento ECM, che affronterà le casistiche più comuni nella pratica di CA con un taglio molto pratico: il paziente pediatrico, il dolore addominale, le segnalazioni delle malattie infettive e il progetto zecche, e verranno ripetuti gli incontri proposti nel 2024.

Nel primo trimestre del 2025 sono stati programmati anche dei corsi di ecografia Point of Care, con i quali i medici hanno imparato a usare la metodica ecografica POCT per lo studio delle urgenze nel polmone, nell'addome e per la trombosi venosa profonda.

RISULTATI

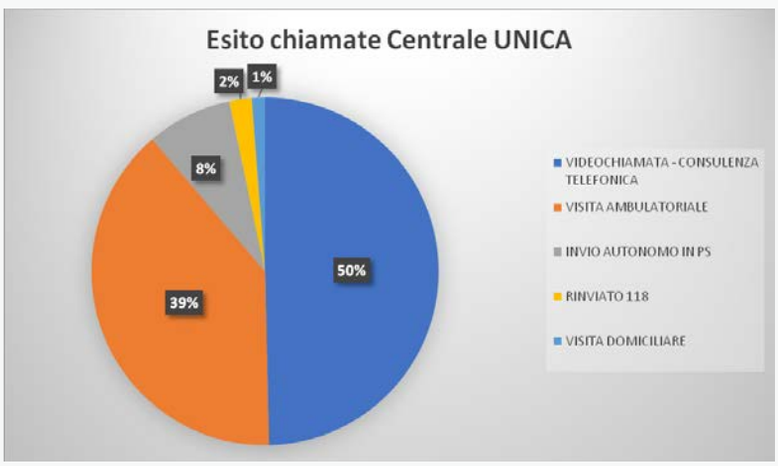
Nel periodo progettuale dal 6/7/2024 al 31/03/2025 i medici di continuità assistenziale hanno gestito in totale 114.508 prestazioni. Sin dall'avvio della sperimentazione della Centrale UNICA, è stato raggiunto un traguardo significativo: tutti i cittadini della Provincia di Bergamo che hanno richiesto un consulto dalla Continuità Assistenziale hanno sempre ricevuto una risposta da parte di un medico.

La centrale UNICA ha gestito in totale 60.852 casi.

Attualmente in centrale UNICA sono presenti 10 medici durante il turno diurno 8-20, 4 medici nel turno notturno 20-8, e 3 medici nel turno serale 19-24.

Una volta che l'operatore del NEA ha recepito la richiesta del cittadino, il tempo di attesa medio per la presa in carico da parte del medico di centrale UNICA è stato di 14 minuti.

Il numero medio di schede gestito durante una giornata feriale, con apertura notturna nella fascia oraria 19.00-8.00 è di 128; nei giorni di sabato, domenica, festivi e prefestivi, con apertura H24 è di 445. La notte che ha ricevuto il maggior numero di chiamate è il 9 agosto 2024, con la gestione di 202 consulenze telefoniche da parte della Centrale UNICA. Il giorno che ha ricevuto il maggior numero di chiamate è quello del 17 agosto 2024, nel quale sono state gestite 590 schede nelle 24 ore. Nel periodo



invernale il giorno con il maggior numero di chiamate è stato il 5 gennaio 2025 con 547 schede gestite, la notte con il maggior numero di chiamate ricevuto è il 27 dicembre, durante la quale sono state gestite 190 schede.

- Il 50% dei pazienti è stato gestito esclusivamente in consulenza telefonica/videochiamata (30.206)
- il 39% è stato inviato a visita presso l'ambulatorio di CA o hotspot infettivologico (dal 16/12/2024 al 28/02/2025) (23.778)
- l'8% è stato inviato in PS (4.874)
- per il 2% è stato attivato il 118 (1.274)
- per l'1% è stata richiesta una visita domiciliare; dato sottostimato a causa di inserimento nel portale come normale visita ambulatoriale.

I medici nelle postazioni periferiche hanno gestito sia visite ambulatoriali che domiciliari, in questi numeri:

- 60.094 visite ambulatoriali (di cui circa metà inviate dal NEA e le restanti dalla centrale UNICA)
- 747 visite domiciliari richieste dalla centrale UNICA; dato sottostimato a causa di inserimento nel portale come normale visita ambulatoriale
- 1126 accessi domiciliari per constatazioni di decesso.

Inoltre, può capitare che dalle postazioni periferiche il paziente venga inviato ai servizi di emergenza-urgenza.

Dai dati sopra presentati emerge la necessità di offrire una copertura bilanciata tra la centrale UNICA e gli ambulatori periferici, per offrire una risposta a tutte le necessità del territorio in maniera omogenea.

Il numero di contrattualizzati sulla provincia è stato incrementato da luglio al 31/03/2025 di 121 medici arrivando ai 243 attuali (+ 100% circa). Tre di questi svolgono un'attività di coordinamento dei medici in servizio presso la propria ASST, in collaborazione con le Strutture di Cure Primarie. L'aumento di medici in servizio ha consentito l'apertura di 2 ulteriori sede periferiche in due Case di Comunità.

CONCLUSIONI

L'efficienza organizzativa della CA è stata migliorata, grazie alla continua analisi dei dati forniti dal software di AREU, che ha permesso un dimensionamento di UNICA e delle postazioni periferiche basato sull'effettivo carico di lavoro e ha consentito una tipologia di attività prevalentemente di consulenza telefonica. Il reclutamento di nuovo personale ha consentito una copertura totale delle sedi periferiche, garantendo accesso ai cittadini anche in giornate critiche come quelle delle festività e la presa in carico da parte di un medico in centrale UNICA in tempi brevi.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Dirigenti Medici

Medici Convenzionati

Operatori Tecnici

Personale amministrativo

Coordinatori infermieristici

Aziende coinvolte: ASST papa Giovanni XXIII, ASST Bergamo Est, ASST Bergamo Ovest, ATS Bergamo, AREU, DG Welfare Cure Primarie Regione Lombardia

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Inizio progettazione: settembre 2023

Avvio Centrale UNICA 6 luglio 2024

Periodo progettuale inizialmente definito dal 6/07/2024 al 31/09/2024, prorogato fino al 31/03/2025

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Riferimenti normativi

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77

DGR 6760 del 2022

DGR Unica 279 del 15/05/2023

DGR XII/81 del 3 Aprile 2023

DGR XII/2588 del 21/06/2024

DGR XII/2966 del 5/08/2024

(A.C.N.) per la Medicina Generale del 2024

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

Tutti i medici di Continuità Assistenziale operano con il software CMU, prodotto da AREU, che fornisce anche una piattaforma per l'analisi dei dati. Tutte le chiamate avvengono su linea registrata.

Il software CMU consente:

a) l'utilizzo di Clinical Pathways inserite per segni e sintomi per migliorare e standardizzare l'approccio al problema clinico inerente la chiamata del cittadino. Si tratta di flow-chart predisposte da Medici d'Urgenza esperti, sulla scorta di dati di letteratura, costruite per favorire la sicurezza della gestione del paziente in contatto telefonico con eventuale videochiamata tramite software di AREU e identificare rapidamente eventuali "red flags" per ciascun motivo di chiamata;

b) di effettuare contatto telefonico con eventuale videochiamata tramite software di AREU, (modulo integrato denominato "Dynamicall" di Beta 80, per la videochiamata);

c) la prescrizione dematerializzata attraverso una integrazione con il sistema SISS.

d) l'invio il referto della visita o la scheda della consulenza telefonica al paziente e al suo Medico di Assistenza Primaria (link con accesso a documentazione prodotta);

e) l'integrazione con l'applicativo in uso presso NEA 116117.

AREU garantisce l'attivazione dell'Help Desk per problemi informatici, tramite 116117 nelle ore di apertura dell'attività.

Rimangono da implementare a breve le seguenti soluzioni tecnologiche e informatiche:

- Integrazione con anagrafica regionale;
- Inserimento referti su FSE;
- Integrazione 116117 con le COT.

9 Modello Organizzativo NAIOT ed integrazione del Protocollo ERAS - continuità assistenziale - telemedicina

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico ASST Gaetano Pini - CTO Milano

UNITA' OPERATIVA

UOC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie DAPSS

REFERENTE DEL PROGETTO

Giovanni Muttillo, Direttore S.C. Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie DAPSS ASST Gaetano Pini - CTO Milano

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	AFFERENZA
ALESSANDRO CAPOCCHI	Professore Ordinario di Economia Aziendale (SSN 13/B1) all'Università degli Studi Milano Bicocca
ANGELO CARRETTA	Direttore S.C. Chirurgia Toracica Carlo Poma ASST Mantova
ANNA CASTALDO	PhD Infermiera Referente Qualità S.C. DAPSS ASST Gaetano Pini - CTO Milano Giuseppe Faillace: Direttore S.C. Chirurgia Generale ASST NORD MILANO
GIUSEPPE FAILLACE	Direttore S.C. Chirurgia Generale ASST NORD MILANO
GIULIA GARAVAGLIA	Dirigente Tecnico U.O. Gestione cronicità e processi integrati
JESUS VELA GOMEZ	Dirigente Professioni Sanitarie S.C. DAPSS ASST Gaetano Pini - CTO Milano
PATRIZIA ROCCA	Unità Operativa Sistemi Formativi e Sanità Digitale Regione Lombardia

ABSTRACT

Il progetto "Modello Organizzativo NAIOT ed integrazione del protocollo ERAS-continuità assistenziale e telemedicina" nasce dall'intento di perfezionare i protocolli ERAS e la continuità assitenziale intraospedaliera e territoriale, anche attraverso il supporto di tecnologie innovative,

quali la telemedicina.

Il modello NAIOT (Nucleo Assistenziale Integrazione Ospedale Territorio) ha l'obiettivo primario di garantire la continuità assistenziale, attraverso la presa in carico del paziente "fragile" dal prericovero ordinario o urgente, alle cure durante il ricovero fino alla dimissione protetta e all'attivazione dei servizi post ricovero. Il coordinamento dei processi è affidato all'equipe NAIOT (assistente sociale, infermiere di famiglia e di comunità e operatore tecnico) e facilitato dal Case Manager (IFec) che definisce un piano di cura personalizzato e organizza i servizi necessari per la continuità assistenziale.

Il percorso Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) di recupero ottimizzato, consiste in insieme protocolli clinici sviluppati per standardizzare le cure e l'assistenza, accelerare il recupero dei pazienti, migliorare i risultati post-operatori, ridurre i tempi di degenza ospedaliera e i costi sanitari.

Il servizio di telemedicina (teleconsulto, telemonitoraggio, televisita, teleassistenza) è rivolto a pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia con protocollo ERAS, in condizioni di stabilità clinica e una sufficiente autonomia tale da consentire la dimissione al domicilio. Tali servizi faciliteranno una dimissione precoce, grazie alla possibilità di monitorare le condizioni cliniche, supportare i bisogni educativi e di assistenza da remoto.

Ci si attende che la realizzazione di tale modello integrato possa generare una serie di benefici per i diversi soggetti coinvolti: assistiti, caregiver, personale e strutture sanitarie e sociosanitarie, tra cui:

1. ridurre i tempi di recupero post-operatorio, le complicanze, i tempi di degenza e le riammissioni ospedaliere;

2. ottimizzare i controlli postoperatori, la gestione del tempo e risorse degli assistiti e caregiver e l'integrazione dei servizi e professionisti intra ed extra ospedalieri.

OBIETTIVO GENERALE

Il progetto si propone di perfezionare i protocolli ERAS, integrare i servizi di cura e di continuità assitenziale intraospedaliera e territoriale anche attrverso il supporto di tecnologie innovative, quali la telemedicina e con un approccio multidisciplinare.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Perfezionare i protocolli ERAS per le persone sottoposti a chirurgia orto-traumatologica.
- Implementare il modello NAIOT (Nucleo Assistenziale Integrazione Ospedale Territorio), per la gestione personalizzata del percorso di dimissione protetta e la continuità delle cure sul territorio.
- Implementare strumenti di telemedicina (telemonitoraggio, teleconsulto, teleassistenza, televisita) per il monitoraggio remoto, la comunicazione con i pazienti e con le figure professionali coinvolte nell'assistenza socio-sanitaria territoriale.

MATERIALI E METODI

Il progetto consiste nella integrazione di tre approcci: 1. l'applicazione del protocollo ERAS a tutte le aree chirurgiche aziendali; 2. l'attivazione del processo NAIOT per garantire la dimissione protetta e la continuità assistenziale alle persone con particolari bisogni di salute e di assistenza; 3. la gestione continua del post operatorio a domicilio,

attraverso la telemedicina.

Percorso ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)

Da ormai 20 anni si sono sviluppate conoscenze e protocolli per la gestione del paziente chirurgico nel periodo perioperatorio: il percorso Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) di recupero ottimizzato, è un insieme di protocolli concepiti per standardizzare le cure e l'assistenza, migliorare gli esiti di salute e ridurre i costi sanitari. L'applicazione del Protocollo ERAS nella Chirurgia maggiore ed ortopedica riduce lo "stress chirurgico" e previene le conseguenze che esso determina.

I percorsi ERAS sono protocolli clinici sviluppati per migliorare i risultati post-operatori, ridurre i tempi di degenza ospedaliera e accelerare il recupero dei pazienti. Questi percorsi si basano su un approccio multidisciplinare che include diverse fasi: dalla preparazione preoperatoria fino alla gestione del post-operatorio, coinvolgendo chirurghi, anestesisti, infermieri e fisioterapisti, con l'obiettivo comune di ridurre lo stress chirurgico e promuovere un rapido ritorno alle normali attività quotidiane.

Uno degli elementi core del protocollo ERAS consiste nella dimissione precoce. Nella realtà, molti pazienti e i loro familiari possono essere preoccupati di tornare a casa troppo presto, temendo di non essere in grado di gestire il dolore o altre eventuali complicanze. In alcuni casi, potrebbe essere necessario organizzare un supporto assistenziale a domicilio per garantire la sicurezza del paziente, sopratutto per le persone anziane o con bisogni particolari. Tuttavia, l'organizzazione di servizi di assistenza domiciliare o di altri servizi territoriali può richiedere tempi lunghi sopratutto in alcune realtà territoriali.

NAIOT

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano si trova a fronteggiare un aumento della domanda di assistenza, determinata anche dall'invecchiamento della popolazione generale, complessità delle patologie e l'emergere di nuove malattie. Tale scenario richiede una profonda revisione dei modelli organizzativi e una riallocazione delle risorse per ridurre il carico dei servizi, soprattutto a livello ospedaliero. Alla luce di questi fattori, pratiche consolidate come i protocolli ERAS deve essere contestualizzati al nuovo quadro socio-sanitario. In particolare la sfida che stiamo affrontando è quella di "ri-dare" grande spazio al territorio, alla continuità dell'assistenza e all'integrazione ospedale-territorio. In questa linea si inserisce la recente regolamentazione nazionale e regionale dei servizi sanitari, tra cui il Decreto Minsiteriale 77/2022 – Realizzazione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e la Legge Regionale 23/2015 sull'evoluzione del Sistema Sanitario Regionale della Lombardia.

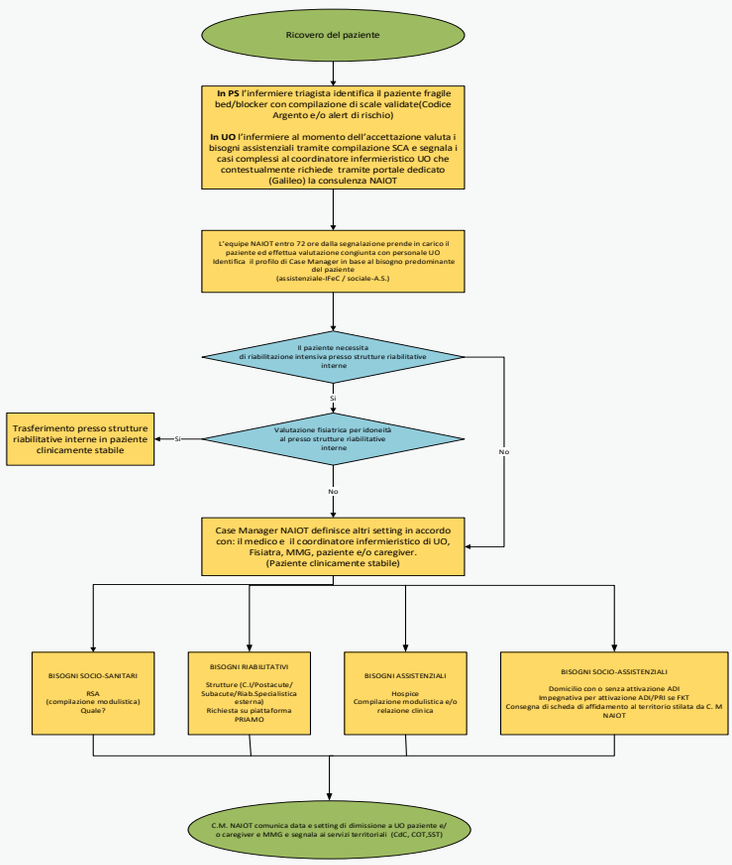
Le dimissioni protette si inseriscono in questo orizzonte rappresentando il risultato e la costante sfida dell'evoluzione del modello di assistenza integrato che cerca di definire dei percorsi di continuità delle cure che prevedono una presa in carico dinamica e flessibile in particolar modo per i casi complessi che richiedono maggiore attenzione fin dalle prime fasi del passaggio dall'ospedale al territorio (e viceversa). In questa ottica l'obiettivo primario del Nucleo Assistenziale Integrazione Ospedale Territorio -NAIOT- è ottimizzare il flow patient con conseguente razionalizzazione dei tempi di degenza e attivare servizi appropriati post ricovero. In base a questo percorso, in ASST viene garantita la presa in carico del paziente "fragile" fin dal prericovero ordinario o dal Pronto Soccorso, prosegue con il percorso di cura nelle unità operative chirurgiche in connessione con l'equipe NAIOT (assistente sociale, infermiere di famiglia e di comunità, operatore tecnico) che coordina il percorso di dimissioni difficili e attiva la continuità assistenziale.

Il processo NAIOT e rappresentato nella Figura 1. Tale processo è facilitato dal modello di Case Management affidato

all'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) afferente al NAIOT, che definisce un piano di cura personalizzato e organizza i servizi necessari per la continuità assistenziale.

La scelta e l'attivazione tempestiva del percorso di continuità delle cure e del setting più appropriato (Domicilio, ADI, Residenza Sanitaria Assistenziale; Cure intermedie, Postacute, Subacute, Riabilitativo specialistico, Hospice) dovrà considerare il coinvolgimento attivo degli assistiti e dei loro familiari, basata sui bisogni, livello di autonomie, aspetti sociali e rete familiare di supporto.

Per la valutazione dei bisogni di salute e di assistenza, si utilizzeranno alcune scale note e validate, come



1. Indice di Barthel, per le attività della vita quotidiana.
2. Indice di Brass (Blaylock Risk Assessment Screening) per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile e coloro che necessitano dell'attivazione dei servizi (o risorse assistenziali anche familiari) per l'assistenza.
3. Scala di Braden per il rischio di lesioni da pressione.
4. Scala di Conley per il rischio di caduta.
5. Scala MUST per il rischio di malnutrizione.
6. Codice Argento che include (età, sesso, stato civile, numero di farmaci prescritti negli ultimi 3 mesi, ammissione in un day-hospital ed ospedalizzazione nei 6 mesi precedenti), che identifica i pazienti in quattro classi di rischio: I e II -robusti- indirizzati nelle unità ordinarie di chirurgia; classe III - "fragili"- destinati ad una delle strutture per pazienti fragili; e la classe IV, affetti da un decadimento cognitivo in fase avanzata, indirizzati nelle unità di geriatria, e se in fase terminale proposto il Servizio di Cure Palliative extraospedaliere.

I pazienti segnalati al NAIOT sono di norma più fragili e complessi, presentano in alcuni casi una compromissione cognitiva e problematiche sociali (indigenti, stranieri temporaneamente presenti, homeless, problemi di dipendenza ecc.).

I setting di dimissione più frequenti per pazienti segnalati al NAIOT sono:

- Cure Intermedie
- Riabilitazione specialistica
- Cure domiciliari (ADI)

Le dimissioni al domicilio sono in quasi tutti i casi associate a una segnalazione ai servizi sociali comunali e alla

Figura 2. Destino Dimissioni 2023

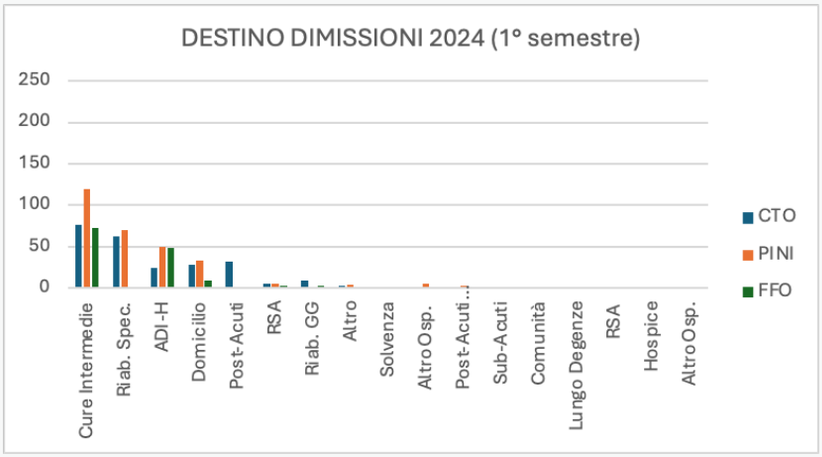


Figura 3. Destino Dimissioni 2024

COT del distretto di residenza o domicilio del paziente.

Telemedicina

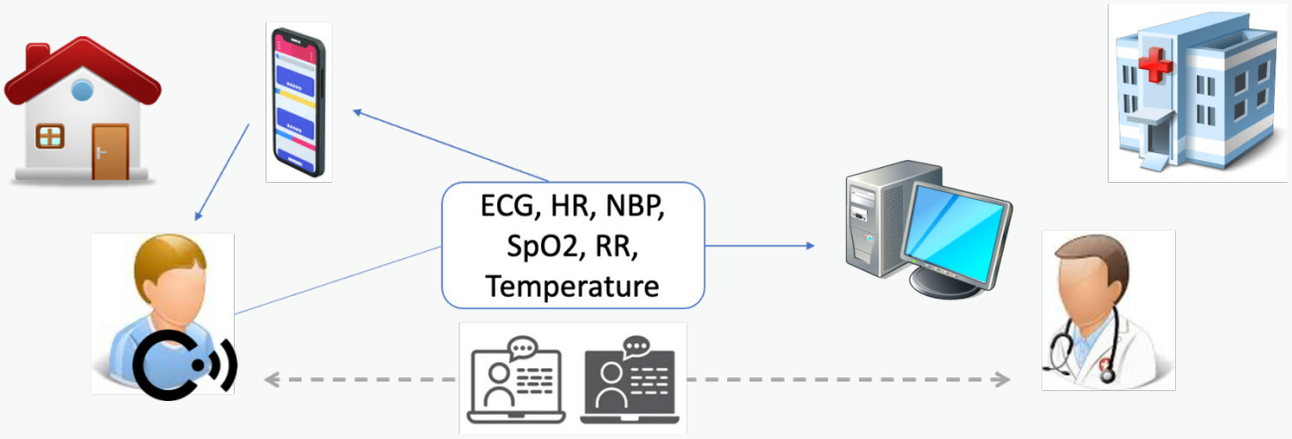


Figura 4. Percorso e rete telemedicina

Nell'ambito del progetto i servizi di telemedicina svolgeranno un ruolo fondamentale al fine di consentire una dimissione precoce dei pazienti sottoposti a protocollo ERAS, garantendo un adeguato monitoraggio strumentale e clinico del paziente al domicilio con un approccio integrato con i professionisti dell'assistenza di prossimità. Il servizio viene rivolto a pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia, che abbiano superato la fase acuta postoperatoria, siano in condizioni di stabilità clinica e abbiamo acquisito una sufficiente autonomia tale da consentire la dimissione al domicilio.

Il NAIOT svolge un ruolo fondamentale nel monitoraggio delle condizioni del paziente dopo la dimissione. Grazie a strumenti di telemedicina e a visite domiciliari programmate, l'équipe può verificare che il paziente stia seguendo correttamente le terapie e intervenire tempestivamente in caso di necessità, evitando così ricoveri inappropriati. Inoltre, il NAIOT promuove la collaborazione tra i diversi attori coinvolti nell'assistenza al paziente, come medici di base, infermieri, assistenti sociali e servizi territoriali. Questa sinergia permette di offrire un'assistenza integrata e centrata sui bisogni del paziente.

Articolazione del progetto

Il progetto è articolato in tre fasi:

1. Fase Pilota, in cui si utilizzerà una piattaforma chiamata DREAM dall'acronimo DRink – EAt – Mobilization, una piattaforma dinamica per la gestione e l'analisi real time dei pazienti iscritti al protocollo ERAS), che servirà come base per testare e validare le soluzioni proposte. Il focus sarà su:

- Valutazione dei costi: analisi economica dei costi legati all'implementazione e all'uso della piattaforma.
- Valutazione dei risultati: misurazione dell'efficacia del sistema attraverso il miglioramento delle condizioni dei pazienti e l'efficienza dei processi assistenziali.

2. Fase di Sviluppo che prevede la definizione di un PDTA sulla dimissione protetta, che definisca il ruolo delle diverse figure professionali coinvolte (infermiere di famiglia e comunità, MMG, medici ospedalieri Case manager) e l'analisi dei costi relativi a:

- Acquisizione del software per il telemonitoraggio, identificazione della piattaforma informatica che sarà utilzzata, che dovrà essere integrata con la piattaforma regionale.
- Formazione del personale sanitario al telemonitoraggio (Care manager, medici specialisti), di MMG e IFEC.

3. Fase "To Be". In questa fase verranno integrati i servizi di telemedicina alla piattaforma DREAM per offrire un supporto più ampio e completo. L'inserimento dei servizi di telemedicina permetterà di migliorare il monitoraggio e la gestione a distanza dei pazienti e di estendere l'accesso ai servizi sanitari, riducendo la necessità di visite in presenza.

Nello specifico per l'implementazione complessiva del progetto, si procederà con le seguenti attività:

- Revisione e adattamento al contesto dei protocolli ERAS.
- Revisione della istruzione operativa per la continuità assitenziale (Nucleo Assistenziale Integrazione Ospedale Territorio).
- Formazione del personale coinvolto per l'applicazione dei protocolli ERAS e della continuità assistenziale.
- Acquisizione delle tecnologie per l'implementazione della telemedicina.
- Formazione del personale sanitario coinvolto per l'implementazione della telemedicina. La formazione rigaurderà l'uso degli strumenti di telemedicina e le nuove modalità di monitoraggio remoto, l'approccio alla

gestione dei dati, la comunicazione con i pazienti a distanza e l'integrazione delle informazioni nel percorso terapeutico. Questo consentirà al personale di sfruttare appieno le potenzialità offerte dalla telemedicina, migliorando l'efficacia complessiva del progetto e la qualità dell'assistenza fornita.

- Implementazione delle nuove tecnologie nei percorsi ERAS e nella continuità assistenziale.

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

Trattandosi di un processo articolato ed integrato, ci si attendono molteplici risultati, che riguardano il miglioramento di esiti clinici per le persone assistite, e di esiti organizzativi per il personale e le strutture sanitarie, descritti di seguito.

- Ottimizzare il processo di guarigione delle persone assistite, in base alle caratteristiche personali le condizioni di salute generali
- Ridurre i tempi di recupero post-operatorio, ovvero il tempo che intercorre tra l'intervento chirurgico e il ritorno alle attività abituali.
- Diminuire le complicanze chirurgiche e le riammissioni ospedaliere.
- Ottimizzare l'integrazione professionale e di servizi per il processo di dimissioni protette.
- Monitorare le condizioni delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso strumenti di telemedicina.
- Facilitare la diagnosi precoce di eventuali complicanze e attivare interventi tempestivi.
- Migliorare la qualità dell'assistenza percepita dalle persone seguite a domicilio.
- Ridurre le visite in presenza, migliorando la gestione del tempo e delle risorse degli assistiti, familiari e personale ospedaliero e territorale.
- Ridurre i tempi di degenza ospedaliera e di conseguenza anche i costi legati a degenze prolungate
- Ottimizzare la capacità operativa delle strutture per le cure ad altri pazienti e del personale sanitario dedicato ai processi di cura e di assistenza.

CONCLUSIONI

L'integrazione di NAIOT, ERAS e telemedicina rappresenta un modello innovativo verso una assistenza chirurgica più efficace, efficiente e centrata sul paziente. Questa sinergia permette di ottimizzare le risorse, migliorare la qualità delle cure e aumentare la soddisfazione dei pazienti e dei caregiver. Il protocollo ERAS fornisce le linee guida generali per ottimizzare il recupero post-operatorio, il modello NAIOT garantisce una programmazione rapida delle dimissioni e l'organizzazione della continuità assistenziale post ricovero, mentre la telemedicina permette di estendere l'assistenza al di fuori dell'ospedale, un monitoraggio continuo e un intervento rapido in caso di complicanze.

I principali vantaggi sono:

- Continuità assistenziale: Il paziente è seguito in modo continuo e coordinato lungo tutto il percorso di cura, sia in ospedale che a casa.
- Personalizzazione: L'assistenza può essere adattata alle esigenze individuali di ciascun paziente, grazie alla possibilità di monitorare costantemente i parametri vitali e di rispondere in tempo reale alle variazioni del quadro clinico.
- Efficienza: L'ottimizzazione dei processi e l'utilizzo delle tecnologie permettono di ridurre i tempi di attesa, di diminuire il numero di ricoveri e di migliorare l'utilizzo delle risorse.

- Sicurezza: Il monitoraggio continuo e l'intervento precoce permettono di ridurre il rischio di complicanze e di garantire una maggiore sicurezza per i pazienti.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

La realizzazione del progetto prevede un approccio multidisciplinare e una forte integrazione inter professionale. Saranno coinvolti medici, infermieri, fisioterapisti, dietisti e altri professionisti sanitari.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Data la complessità del progetto per la implementazione complessiva si prevedono due anni.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

L'analisi dei costi per l'implementazione di un progetto ERAS integrato con NAIOT e telemedicina è fondamentale per valutare la fattibilità economica e pianificare le risorse necessarie.

Considerando la complessità e l'interconnessione dei vari elementi coinvolti nel progetto sono previste cinque tipologie di costi:

- Costi di infrastrutture Hardware, Licenze software, abbonamenti a piattaforme cloud, Connettività, Sicurezza informatica, Spazi fisici per la telemedicina)
- Costi del personale (stipendi, formazione..)
- Costi di processo (Analisi e progettazione di protocolli operativi, implementazione, Gestione del cambiamento)
- Costi operativi (Manutenzione preventiva e correttiva dei sistemi e Materiali di consumo per i dispositivi medici, Consumi energetici, Assistenza tecnica.
- Costi indiretti (Tempo dedicato alla gestione del progetto, formazione e alla risoluzione di problemi..) e coperture assicurative).

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

Dopo una preliminare analisi e comparazione dei costi, saranno accquisiti il software per il telemonitoraggio, identificazione della piattaforma informatica che sarà utilzzata, che dovrà essere integrata con la piattaforma regionale.

BIBLIOGRAFIA

[1] Amit Merchea, David W. Karson, Enhanced Recovery After Surgery and Future Directions Surg Clin Nortgh Am. 2018 Dec; 98 (6) 1287-1292

[2] Aline Evangelista Santiago, Victor Pezzi Gazzinelli Cruz, et al Gamified Mobile App (MobERAS) for Telemonitoring Patients in the Postoperative Period Based on the Enhanced Recovery after Surgery Program:

Development and Validation Study JMIR Peioper Med 2024 Aug 14: 7

[3] Mercedes P, Gregg Nelson et al. Development of an Enhanced Recovery After Surgery Surgical Safety Checklist Through aModified Delphi Process JAMA Netw Open. 2023 Feb 1;6(2):e2248460

[4] Beck A, Vind Thaysen H, Hasselholt Soegaard C, et al. Prehabilitation in cancer care: patients' ability to prepare for major abdominal surgery. Scand J Caring Sci 2021;35:143-155

[5] Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018. World J Surg 2019;43:659–695

[6] Stevenson AR, Solomon MJ, Lumley JW et al (2015) Effect of laparoscopic-assisted resection vs open resection on pathological outcomes in rectal cancer: the ALaCaRT randomized clinical trial. JAMA 2015;314:1356–1363

[7] Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann Surg. 2004 Aug;240(2):205-13.

[8] M. Melnyk, R. G. Casey et al Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice? Can Urol Assoc J 2011 Oct; 5(5): 342-348

[9] Beyond surgery: clinical and economic impact of Enhanced Recovery After Surgery programs G. omain Joliat, O. Ljunggvist, T. Wasylak BMC Health Services Research 18, Article number: 1008 (2018)

[10] Gonfiotti A, Viggiano D, Voltolini L, Bertani A, Bertolaccini L, Crisci R, Droghetti A. Enhanced recovery after surgery and video-assisted thoracic surgery lobectomy: the Italian VATS Group surgical protocol. J Thorac Dis. 2018 Mar;10(Suppl 4):S564-S570.

[11] D'Andrilli A, Rendina EA. Enhanced recovery after surgery (ERAS) and fast-track in video-assisted thoracic surgery (VATS) lobectomy: preoperative optimisation and care-plans. J Vis Surg. 2018 Jan 5;4:4. doi: 10.21037/jovs.2017.12.17.

MARCHE

1 PROGETTO EDUCATIVO NURSE-LED PER PAZIENTI POST SCA

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AST PESARO URBINO

UNITA' OPERATIVA

UOC PROFESSIONI SANITARIE

REFERENTE DEL PROGETTO

Stefania Rasori

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
LAURA BARP
SERENA FRASSINI
ELISETTA VICHI
ANTONELLA BATTISTINI
GIOVANNI TARSI
STEFANIA RASORI

ABSTRACT

Le persone affette da Sindrome Coronarica Acuta (SCA) sono ad alto rischio di complicanze e mortalità. Le linee guida sulla prevenzione secondaria e la riabilitazione cardiaca raccomandano interventi correlati allo stile di vita: programmi di prevenzione secondaria e riabilitazione cardiaca in ambito ospedaliero riducono il rischio di eventi cardiovascolari ricorrenti, migliorano la qualità della vita correlata alla salute, aiutano a fornire una comprensione più approfondita della progressione cronica della malattia, educano pazienti e cargiver ad adottare sani stili di vita, ad aderire al piano terapeutico e a controllare rigorosamente i fattori di rischio. Gli infermieri svolgono un ruolo chiave fornendo supporto con programmi educativi mirati a fattori di rischio modificabili come abitudine al fumo, inattività fisica, scarso controllo del peso, scorretta alimentazione,consumo di alcol e scarsa aderenza al piano di cura. Strategie preventive dietetiche come il controllo delle calorie, diete ricche di nutrienti e povere di acidi grassi, colesterolo, sodio e zuccheri aggiunti possono ridurre il rischio di malattia coronaricae prevenire la recidiva di eventi avversi. In un quadro più ampio, interventi infermieristici educativi post-SCA non solo impattano

considerevolmente sulla salute fisica dei pazienti ma svolgono anche un ruolo importante per il miglioramento del loro stato psicologico: ansia e attacchi di panico in particolare sono associati in modo indipendente e significativo ad un aumento del rischio complessivo di sviluppare una cardiopatia coronarica nell'arco di dieci anni.

Un follow-up post SCA a conduzione infermieristica intensivo, completo e strutturatopotenzia la relazione terapeutica e può migliorare l'autogestione delle malattie cardiache, l'empowerment, l'autoefficacia del paziente ed il coinvolgimento dei familiari. Un progetto educativo "nurse-led" è stato strutturato presso AST Pesaro Urbino nell'UOC Cardiologia-UTIC dell'Ospedale di Pesaro.

OBIETTIVO GENERALE

Assicurare un'adeguata educazione sanitaria con assistenza personalizzata, identificando gli outcome che il personale infermieristico deve garantire nella programmazione della dimissione da UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica) e nella rivalutazione del paziente affetto da SCA.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Promuovere e massimizzare l'aderenza alla terapia e ai follow up
- Promuovere e stimolare cambiamenti nello stile di vita (fascia normopeso secondo BMI, sospensione fumo, esecuzione attività fisica moderata, buon compenso emotivo)
- Contenere il distress e favorire l'adattamento alla malattia
- Educare all'auto-individuazione precoce dei sintomi legati alla malattia
- Segnalare ed inviare i pazienti a iniziative di prevenzione a livello territoriale

MATERIALI E METODI

Criteri d'inclusione

- Pazienti adulti con SCA, vigili e collaboranti, degenti c/o UOC Cardiologia UTIC dell'Ospedale di Pesaro che esprimono il consenso scritto alla partecipazione al progetto
- Presenza di almeno uno dei seguenti fattori di rischio modificabili:
  - fumo
  - obesità/sovrappeso,
  - ansia/stress
  - ridotta aderenza terapeutica
  - sedentarietà

Variabili rilevate

- Sociodemografiche: età, sesso, livello di istruzione
- Cliniche:ipertensione, diabete, dislipidemia, familiarità, sovrappeso/obesità, pregresse malattie cardiache, tipi di IMA (STEMI non complicato, STEMI complicato, N-STEMI), angina instabile, Tako Tsubo, trattamento

(PTCA primaria, PTCA primaria+ completamento, solo terapia medica conservativa, POBA, CTO, candidato a cardiochirurgia)
- Psicologiche: ansia/stress
- Comportamentali: attività fisica, abitudini alimentari, consumo di tabacco, consumo di alcoolici, abuso di sostanze, aderenza terapeutica al piano di cura

Monitoraggio parametri

- Peso corporeo
- Circonferenza addominale
- Body Mass Index (BMI)
- Pressione arteriosa (PA)
- Frequenza cardiaca (FC)
- Saturazione
- Glicemia
- Colesterolo totale, colesterolo HDL LDL, trigliceridi

Strumenti

- Consenso informato alla partecipazione al progetto
- Griglia strutturataper l'identificazione dei fattori di rischio modificabili
- Scala Morinsky per la misurazione dell'aderenza terapeutica
- Zung Self-rating Anxiety Scale (SAS) per l'autovalutazione dell'ansia
- Questionario sull'attività fisica quotidiana (IPAQ)
- Materiale informativo/educativo in formato cartaceo elaborato secondo i principi dell'Health Literacy
- Lettera di dimissione infermieristica
- Diario domiciliare
- Griglia strutturata per la conduzione del follow up telefonico
- Database per la raccolta dati (foglio Excel)

Dal momento in cui il paziente è stabile dal punto di vista emodinamico e respiratorio eprevio consenso informato, viene erogato l'intervento educativo, integrato nella pratica clinica quotidiana,che prevede le seguenti fasi:

Fase 1. VALUTAZIONE

- Valutazione anamnestica dei fattori di rischio
- Misurazione dell'aderenza terapeutica con Scala Morinsky
- Autovalutazione dell'ansia con Zung Self-rating Anxiety Scale (SAS)
- Questionario sull'attività fisica quotidiana (IPAQ)

Fase 2. COUNSELING INFERMIERISTICO STRUTTURATO

Personale infermieristico opportunamente formato conduce al letto del paziente 2 sessioni educative individuali, ciascuna della durata prevista di 30'/45'. A supporto dell'intervento dell'infermiere eper rinforzare i contenuti forniti in maniera interattiva, viene consegnatomateriale educativo in formato cartaceoper standardizzare le informazioni da fornire al paziente: brochure educazionale con contenuti di carattere generale (fattori di rischio, fisiopatologia, segni, sintomi, percorso terapeutico e terapia farmacologica della SCA, caratteristiche dell'adozione di stili di vita sani, educazione al monitoraggio dei principali parametri fisiologici)e opuscoli ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) mirati ai fattori di rischio precedentemente individuati. E' utilizzata la tecnica teach-back per garantire al paziente una migliore compliance.

Fase 3.INTERVENTI IN BASE AL FATTORE DI RISCHIO

L'infermiere pianificaed attua i seguenti interventi a seconda dei fattori rilevati.

Sovrappeso (BMI 25-30) con età inferiore ai 65 anni: colloquio con dietista che fornisce indicazioni per una corretta alimentazione, materiale informativo e uno schema dietetico.

Obesità(BMI > 30): segnalazione del caso al Servizio di Dietologia per consulenza e predisposizione di un programma dietetico personalizzato; dimissione con appuntamento per visitadi controllo presso il Servizio di Dietologia di competenza territoriale.

Abitudine al fumo

Viene proposta la presa in carico da parte delCentro Anti Fumo (CAF) territoriale di competenza; se il paziente concorda, una volta dimesso dalla struttura ospedaliera sarà contattato dal CAF per un primo colloquio telefonico e l'eventuale inserimento nel programmi terapeutici finalizzati alla disassuefazione dal tabagismo.

Scarsa/mancata aderenza terapeutica (score Morinsky 0-2)

Educazione terapeutica relativa ai farmaci somministrati durante la degenza; colloquio medico-infermieristico congiunto per la semplificazione delle prescrizioni e l'ottimizzazione degli orari della terapia farmacologica domiciliare.

Ansia

Somministrazione della Scala SAS per l'autovalutazione dello stato ansioso riferito all'ultima settimana. Lo strumento, validato e di semplice utilizzo, può indirizzare l'infermiere nel proporre, se lo score rilevato risulta ≥60, un colloquio/consulto psicologico.

Sedentarietà

Somministrazione del questionario sull'attività fisica quotidiana (IPAQ) per la valutazione del rischio di sedentarietà; colloquio medico-infermieristico congiunto per la definizione del tipo di programma riabilitativo e l'eventuale invio del paziente al Servizio di Riabilitazione Cardiologica Ospedaliera

Fase 4. DIMISSIONE INFERMIERISTICA: al momento del dimissione dal reparto di Cardiologia-UTICl'infermiere consegna la lettera di dimissione infermieristica (fattori di rischio e diagnosi educativa, obiettivi e pianificazione

degli interventi, appuntamenti per visite di consulenza attivate, calendario del follow up telefonico) e il Diario domiciliare ad uso del paziente per la registrazione dei parametri e delle attività (es. pressione arteriosa, peso corporeo, attività fisica, mancata assunzione o effetti indesiderati dei farmaci).

Fase 5. FOLLOW UP TELEFONICO : il paziente viene contattato dall'infermiere a cadenza regolare di 3, 6 e 12 mesi con griglia strutturatadi domande predefinite.

Fase 6. RACCOLTA DATI

Risorse umane

Non sono previste risorse aggiuntive

Risorse strumentali

Non sono previste risorse aggiuntive

Risorse informatiche

File Excel per la raccolta dati

Risorse strutturali

Non sono previste risorse aggiuntive

Risorse cartacee

- Modulo per il consenso informato alla partecipazione al progetto
- Opuscoli educazionali
- Documentazione infermieristica integrativa predisposta ad hoc (griglie strutturate per la rilevazione anamnestica dei fattori di rischio, scale di valutazione, lettera di dimissione infermieristica, scheda per il follow up telefonico)

RISULTATI ATTESI

Miglioramento dell'empowerment e dell'autoefficacia sia del paziente che della famiglia conriscontro di effetti positivi per aderenza terapeutica ai farmaci prescritti, cessazione dell'abitudine al fumo,aumento all'attività fisica, incremento del consumo di pesce, frutta e verdura ed adozione di un corretto regime alimentare.

CONCLUSIONI

La modifica dello stile di vita è una componente fondamentale della prevenzione secondaria per i pazienti con SCA; l'integrazione di un programma educativo strutturato a conduzione infermieristica, fattibile e ad isorisorse, orientato a specifici fattori di rischio modificabili, può rivelarsi vantaggiosa per gli esiti di salute e, di conseguenza, per il miglioramento della qualità di vita dopo un evento cardiaco acuto.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermiere, Medico Cardiologo, EducatoreProfessionale, Dietista, Psicologo.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Inizio progetto: 15 aprile 2025

Durata: 12 mesi nell'arco temporale 2025 – 2026, prorogabili a risorse invariate

BIBLIOGRAFIA

1. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, Rydén L, Hoes A, Grobbee D, Maggioni A, Marques-Vidal P, Jennings C, Abreu A, Aguiar C, Badariene J, Bruthans J, Castro Conde A, Cifkova R, Crowley J, Davletov K, Deckers J, De Smedt D, De Sutter J, Dilic M, Dolzhenko M, Dzerve V, Erglis A, Fras Z, Gaita D, Gotcheva N, Heuschmann P, Hasan-Ali H, Jankowski P, Lalic N, Lehto S, Lovic D, Mancas S, Mellbin L, Milicic D, Mirrakhimov E, Oganov R, Pogosova N, Reiner Z, Stöerk S, Tokgözoğlu L, Tsioufis C, Vulic D, Wood D; EUROASPIRE Investigators*. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. Eur J Prev Cardiol. 2019 May;26(8):824-835. doi: 10.1177/2047487318825350. Epub 2019 Feb 10. PMID: 30739508.
2. Anderson L, Brown JP, Clark AM, Dalal H, Rossau HK, Bridges C, Taylor RS. Patient education in the management of coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun 28;6(6):CD008895. doi: 10.1002/14651858.CD008895.pub3. PMID: 28658719; PMCID: PMC6481392.
3. Hydzik P, Kolarczyk E, Kustrzycki W, Kubielas G, Kałużna-Oleksy M, Szczepanowski R, Uchmanowicz B. Readiness for Discharge from Hospital after Myocardial Infarction: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2021 Jun 28;18(13):6937. doi: 10.3390/ijerph18136937. PMID: 34203516; PMCID: PMC8297344.
4. Kim SH, Hwang SY, Shin JH, Lim YH. Self-care and related factors associated with left ventricular systolic function in patients under follow-up after myocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs. 2021 Jan 1;20(1):5-13. doi: 10.1177/1474515120923201. PMID: 33570590.
5. Nurmeksela A, Pihlainen V, Kettunen T, Laukkanen J, Peltokoski J. Nurse-led counseling for coronary artery disease patients: A 1-year follow-up study. Nurs Health Sci. 2021 Sep;23(3):678-687. doi: 10.1111/nhs.12852. Epub 2021 Jun 3. PMID: 33991019.
6. Tok Yildiz F, Kaşikçi M. Impact of Training Based on Orem's Theory on Self-Care Agency and Quality of Life in Patients With Coronary Artery Disease. J Nurs Res. 2020 Dec;28(6):e125. doi: 10.1097/JNR.0000000000000406. PMID: 33017328; PMCID: PMC7664957.

2 Implementazione dell'infermiere di processo nel pronto soccorso dell'ospedale di Fano

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AST PESARO URBINO

UNITA' OPERATIVA

UOC PROFESSIONI SANITARIE

REFERENTE DEL PROGETTO

Stefania Rasori

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
MICHELA RICCI
MICHELE BELARDINELLI
SERENA FRASSINI
ELISETTA VICHI
ANTONELLA BATTISTINI
DOMENICO VENTURA
STEFANIA RASORI

ABSTRACT

L'overcrowding dei Pronto Soccorso, da anni al centro dei dibattiti sulla salute pubblica, ha un'eziologia multifattoriale: riduzione del numero di posti letto, carenza di personale, lacunosa risposta di salute sul territorio. Come riportato in letteratura, se i DEA sono affollati la mortalità aumenta indicativamente del 30%; ad ulteriore conferma, un recente studio evidenzia come l'overcrowding del PS impatti negativamente sugli esiti dei pazienti ospedalizzati, in termini di durata della degenza ospedaliera, mortalità intraospedaliera, re-accessi e riammissioni ospedaliere. Il sovraffollamento provoca altresì un ritardo nel processo diagnostico e nell'avvio del trattamento, innescando un circolo vizioso che alimenta il sovraffollamento stesso ed impatta negativamente sul processo di triage, aumentandone le tempistiche e il numero di utenti che non vi accedono. In presenza di overcrowding

un maggior numero di persone tende a lasciare il PS prima della visita e del trattamento medico. Sono state sperimentate strategie avanzate di gestione dei flussi, dal "triage sulla porta" a percorsi fast track sempre più complessi, primo fra tutti, il See and Treat, che prevede infermieri formati, che agiscono sulla base di protocolli. Infermieri esperti e qualificati operano da tempo a livello internazionale e assumono, in base al contesto, svariate denominazioni (Nurse Navigator, Emergency Journey Coordinator, Flow Nurse Navigator,

ED Flow Coordinator). La loro efficacia per la riduzione dei tempi di attesa e dei tassi di abbandono pre-visita medicaè comprovata da vari studi. Sul modello dello Streamer Nurse che gestisce, secondo modelli definiti dall'Urgent Care Centre, problemi di bassa complessità clinica e veloce risoluzione prevedendo la presa in carico di problemi minori ed indirizzando l'utente al corretto percorso clinico assistenziale, abbiamo introdotto presso il PS dell'Ospedale Santa Croce di Fano l'Infermiere di Processo (IdP)con risultati significativi sia sulla diminuzione dei tempi di stazionamento, sia della percentuale di abbandono della struttura.

OBIETTIVO GENERALE

Ridurre l'overcrowding in Pronto Soccorso

OBIETTIVI SPECIFICI

- Diminuire i tempi di permanenza (dall'ingresso in PS al termine dell'iter diagnostico-terapeutico) nel gruppo IdP rispetto ai pazienti assistiti con iter tradizionale
- Migliorare il grado di soddisfazione dei pazienti e dei familiari
- Ridurre gli eventi avversi
- Ridurre il numero di casi di abbandono dell'utenza

MATERIALI E METODI

Dalle ore 8.00 alle 20.00 tutti i giorni, compresi i festivi, presso il PS dell'Ospedale di Fano l'Infermiere di Processo (risorsa già in organico e non aggiuntiva) si fa carico di utenti che accedono con codice di priorità 3, 4, 5 (non urgenza, urgenza minore o differibile) e con le seguenti causali: traumatismi di varia natura con dinamica minore (es. piccole ferite, escoriazioni, tumefazioni), casi di aggressione (escluse violenze di genere), stati di agitazione psicomotoria o/e sottoposti a valutazione A.S.O. (Accertamenti Sanitari Obbligatori) o trattamento T.S.O. (Trattamento Sanitario Obbligatorio), utenti con segni e sintomi riferibili a trombosi venosa profonda (triade di Virchow), ritenzione urinaria o con sintomi suggestivi di colica renale, reazioni allergiche, problemi di pertinenza medica specialistica o internistica con urgenza differibile.

L' IdP ha in carico un mumero massimo di 6 utenti contemporaneamente e si occupa in via prioritaria di minori di 13 anni, grandi anziani, persone diversamente abili e con fragilità psichiche, utenti meritevoli di attenzione aggiuntiva per i quali le lunghe attese possono peggiorare disorientamento, ansia ed irascibilità (anche degli accompagnatori), complicando il problema clinico per cui hanno effettuato l'accesso alle cure.

Attività dell'IdP:

- Individuare utenti selezionati con codice non prioritario in attesa di valutazione medica da prendere in carico per la gestione dei flussi
- monitorare e rivalutare le condizioni cliniche ed il tipo di percorso a cui indirizzarli
- effettuare attività assistenziali (controllo parametri, esami di laboratorio, terapie)
- interfacciarsi con personale addetto al Triage globale, medico di settore per problemi complessi, specialisti per l'attivazione di percorsi agevolati o fast-track, Infermiere Bed Manager
- mantenere una comunicazione continua con le aree assistenziali
- assegnare l'utente alla équipe in grado di farsene carico
- fornire informazioni sullo stato di avanzamento del percorso diagnostico all'utenza e ai familiari/caregiver
- orientare la gestione dei pazienti verso iter predefiniti
- gestire il flusso degli utenti verso gli ambulatori e il Servizio di Radiologia tenendo conto dello stato di avanzamento della diagnostica richiesta, del codice numerico, del tempo di attesa e di quanto emerso dalla rivalutazione
- individuare utenti meritevoli di attenzione aggiuntiva per garantire maggior sicurezza e velocità di processo
- documentare ogni attività svolta

Risorse umane

Team infermieristico formato da 6 operatori con formazione in Triage prevista da normativa ed esperienza almeno quinquennale come infermiere triagista, ottima conoscenza della struttura ospedaliera, competenze consolidate per la gestione dei percorsi interni, skills relazionali. Il progetto non ha richiesto il potenziamento dell'organico infermieristico ma una redistribuzione delle attività all'interno del team assistenziale.

Risorse strumentali

Nessuna risorsa aggiuntiva

Risorse informatiche

Nessuna risorsa aggiuntiva

Risorse strutturali

Nessuna risorsa aggiuntiva

RISULTATI

L'efficacia del modello assistenziale è stata testata con uno studio pilota condotto a novembre 2023. Utenti che si sono presentati al PS dell'ospedale di Fano con i criteri d'inclusione sopra descritti assegnati all'IdP sono stati messi a confronto con utenti che, nello stesso periodo, con le stesse causali di accesso e codici di priorità sono stati assistiti con iter tradizionale. Sono state misurate le variabili "tempo di permanenza" e "tasso di abbandono" in entrambi i gruppi. I dati si riferiscono a 943 accessi, 214 in carico all'IdP e 729 seguiti con iter standard (gruppo di confronto). Le caratteristiche dei gruppi e i risultati ottenuti sono descritti nelle tabelle 1, 2 e 3.

	IdP		Iter standard		
	N.=214		N.=729		
	N	%	N	%	P
GENERE					
MASCHI	128	56,8	375	51,4	0.1
ETÀ MEDIA (DS)	44,5 (23,2)	48 (26,7)	0.1		
PROBLEMA DI ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO					
TRAUMA MINORE	87	41	314	43.1	0.5
DOLORE DI VARIA ORIGINE ATRAUMATICO	76	35,9	212	29.1	0.05
PROBLEMATICHE MEDICHE SPECIALISTICHE	32	15,1	87	11,9	0.2
DOLORE ADDOMINALE ED AI FIANCHI DI TIPO COLICO	7	3,3	59	8	0.01
DOLORE ED EDEMA DEGLI ARTI INFERIORI IN ASSENZA DI TRAUMI	6	2,8	13	1,8	0.3
AGGRESSIONE SUBITA (ESCLUSA LA VIOLENZA DI GENERE)	3	1,4	11	1,5	0.9
PROBLEMATICHE AFFERENTI ALLA SFERA PSICHICA	3	1,4	33	4,6	0.8
M= MEDIA; DS=DEVIAZIONE STANDARD;*CHI-SQUARED TEST: **T TEST PER CAMPIONI INDIPENDENTI					

Tab.1 Caratteristiche sociodemografiche

	IdP		Iter standard			
	N=214		N=729			
	N	MINUTI MEDIA ±DS	N	MINUTI MEDIA ±DS	MINUTI MEDIA (IC 95%)	P*
TUTTE LE CAUSE D'ACCESSO	214	206,7± 144.2	729	282.4± 208.9	75.4 (45.5 TO 105.3)	< 0.0001
TRAUMA MINORE	87	209,5± 145,2	314	282,4± 208,9	72,9 (26 TO 119,8)	0,0024
DOLORE DI VARIA ORIGINE ATRAUMATICO	76	207,5± 144,7	212	283± 209,1	73,5 (22,4 TO 124,6)	0,0017
PROBLEMATICHE MEDICHE SPECIALISTICHE	32	207,5±144,7	87	283,4±209,3	75,9 (-3,6 TO155,4)	0,0613
DOLORE ADDOMINALE/AI FIANCHI DI TIPO COLICO	7	205,2± 144,7	59	283,8±210,4	78,6 (-85,2 TO 242,4)	0,3414
DOLORE/EDEMA ARTI INFERIORI IN ASSENZA DI TRAUMI	6	222,4±137,4	13	280,3±204,1	58,9 (-138 TO255,9)	0,5387
AGGRESSIONE SUBITA (ESCLUSA VIOLENZA DI GENERE)	3	222,4±139,3	11	283,6±212	61,2 (-225 TO 347,4)	0,6497
PROBLEMATICHE AFFERENTI ALLA SFERA PSICHICA	3	216,2±135,9	33	280,6±207,3	64,4 (-185,3 TO 314,1)	0,6037
MD= DIFFERENZA DELLE MEDIE; DS= DEVIAZIONE STANDARD; *T TEST PER CAMPIONI INDIPENDENTI; LIVELLO SIGNIFICATIVITÀ <0.05						

Tab.2 Minuti di permanenza in PS

	IdP		Iter standard			
	N=214		N=729			
	N.	%	N.	%	DIFFERENZA %	P*
DIMISSIONE	192	89,7	549	75,3	+14,4	< 0.0001
ABBANDONO	21	9,8	176	24,1	-14.3	< 0.0001
RICOVERO	1	0,5	4	0,6	+0.1	0.8653
CHI- SQUARED TEST LIVELLO SIGNIFICATIVITÀ <0.05						

Tab.3 Esito dell'iter

Lo studio pilota ha dimostrato un tempo medio di permanenza in PS di minuti 206,7' per gli utenti in carico all'IdP rispetto a 282,4' nel gruppo di confronto con una differenza statisticamente significativa di 75,4 minuti a favore degli utenti dell'IdP.Differenze significative pressochè sovrapponibili sono state rilevate anche per le causali per trauma minore (72,9') e dolore atraumatico (73,5'), con tempi di permanenza inferiori di oltre 1 ora anche per tutte le altre causali di accesso. Si evidenzia inoltre un sensibile aumento delle dimissioni a domicilio (+14.4%) e un minore tasso di abbandono prima della visita medica (-14.3%).Nel periodo di rilevazione non è pervenuta alcuna segnalazione di problemi e/o disservizi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, né sono state registrate notifiche di eventi avversi o near miss in entrambi i gruppi oggetto di studio.

CONCLUSIONI

Il modello dell'IdP in PS impatta favorevolmente sul tempo di permanenza tra l'assegnazione del codice numerico e la conclusione dell'iter, riducendo di circa 1 ora e un quarto le attese per la gestione di alcuni problemi minori. La riduzione dei tempi di permanenza e del tasso di abbandono prima della visita medica, largamente superiore ai dati della letteratura, è da ascrivere all'attenzione prioritaria prestata ai più fragili.

Si prevede di introdurre L'IdP anche nei PS degli Ospedali di Pesaro e di Urbino e di rivedere i criteri di inclusione estendendo l'attività ai codici 2, con un maggior coinvolgimento di tutto il personale infermieristico.

Strategie di gestione dei flussi centrate su ruoli infermieristici rappresentano possibili soluzioni funzionali alla gestione delle attese in PS: la presa in carico associata alla conoscenza dei percorsi interni e alle competenze sviluppate nell'attività di Triage permettono agli infermieri di incanalare i problemi in percorsi velocizzabili e risolvibili. Il modello dell'IdP, innovativo e ad isorisorse, orientato allo snellimento dei processi in un'ottica di umanizzazione dell'assistenza, deve essere implementato quale strategia per contrastare il fenomeno dell'overcrowding.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermiere (Triagisti, Infermieri dell PS e delle aree emergenza-urgenza, medica, chirurgica, specialistica, ambulatoriale e dei servizi territoriali)
- Medico (Medici dell'emergenza, Medici Specialisti, Medici di Medicina Generale
- Operatore Socio Sanitario (Area Emergenza-Urgenza)

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Implementazione del modello assistenziale nei Servizi di PS degli Stabilimenti di Pesaro e Urbino a pieno regime entro dicembre 2025.

BIBLIOGRAFIA

1. Savioli, G., Ceresa, I. F., Gri, N., Bavestrello Piccini, G., Longhitano, Y., Zanza, C., Piccioni, A., et al. (2022). Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. Journal of personalized medicine, 12(2), 279. https://doi.org/10.3390/jpm12020279

2. Sharma, S., Rafferty, A. M., & Boiko, O. (2020). The role and contribution of nurses to patient flow management in acute hospitals: A systematic review of mixed methods studies. International journal of nursing studies, 110, 103709. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103709

3. Elder, E., Johnston, A. N., & Crilly, J. (2015). Review article: systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency department. Emergency medicine Australasia: EMA, 27(5), 394–404. https://doi.org/10.1111/1742-6723.12446

4. Crawford, K., Morphet, J., Jones, T., Innes, K., Griffiths, D., & Williams, A. (2014). Initiatives to reduce overcrowding and access block in Australian emergency departments: a literature review. Collegian (Royal College of Nursing, Australia), 21(4), 359–366. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2013.09.005

5. Jessup, M., Fulbrook, P., & Kinnear, F. B. (2018). Multidisciplinary evaluation of an emergency department nurse navigator role: A mixed methods study. Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses, 31(5), 303–310. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.08.006

6. Fulbrook, P., Jessup, M., & Kinnear, F. (2017). Implementation and evaluation of a 'Navigator' role to improve emergency department throughput. Australasian emergency nursing journal : AENJ, 20(3), 114–121. https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.05.004

7. Murphy, S. O., Barth, B. E., Carlton, E. F., Gleason, M., & Cannon, C. M. (2014). Does an ED flow coordinator improve patient throughput?. Journal of emergency nursing, 40(6), 605–612. https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.03.007

8. Dover, N., Should nurses or GPs stream patients within the Emergency Department? A comparison of GPs with nursing staff over a two week period. (2014) King's College Hospital NHS Trust

9. Healthy London Partners, Streaming and redirection: the London model, Recommendations NHS Trust sept 2017

10. Ministero della Salute Linee guida di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero, 1/8/2019

3 Telemonitoraggio avanzato in Pronto Soccorso: potenziare la gestione dei pazienti fragili attraverso la digitalizzazione

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AST PESARO URBINO

UNITA' OPERATIVA

UOC PROFESSIONI SANITARIE

REFERENTE DEL PROGETTO

Stefania Rasori

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
MICHELA RICCI
MICHELE BELARDINELLI
SERENA FRASSINI
ELISETTA VICHI
ANTONELLA BATTISTINI
DOMENICO VENTURA
STEFANIA RASORI
GIANCARLO TITOLO

ABSTRACT

L'evoluzione tecnologica e digitale del sistema sanitario sta rivoluzionando profondamente i processi di cura, rendendo le pratiche cliniche più efficienti, sicure e personalizzate. L'introduzione di sistemi avanzati può ottimizzare il lavoro degli operatori sanitari e permettere una gestione più precisa e tempestiva delle problematiche sanitarie, migliorando l'accessibilità e la qualità delle cure. Nel contesto dei Pronto Soccorso, dove il flusso continuo di pazienti e l'imprevedibilità delle situazioni di emergenza mettono a dura prova le risorse e gli operatori, l'innovazione digitale può rivestire un ruolo centrale. La presenza di pazienti vulnerabili (es. anziani e persone con patologie psichiatriche o neurodegenerative)costituisce una sfida aggiuntiva: tali utenti

sono maggiormente esposti a rischi legati al disorientamento, alle complicanze non tempestivamente individuate, agli errori clinici e necessitano pertanto di un monitoraggio continuo e di un'assistenza più mirata.

Il rischio di allontanamento riguarda in particolare utenti con deterioramento cognitivo o disturbi psichiatrici, che possono manifestare comportamenti imprevedibili e potenzialmente pericolosi, incluso il rischio di suicidio.

Circa il 60-70% dei pazienti con demenza in fase avanzata sperimenta episodi di wandering: l'incapacità di riconoscere l'ambiente circostante, la perdita di memoria e la difficoltà a ricordare informazioni basilari, come il luogo in cui si trovano o dal quale provengono,li rendono particolarmente vulnerabili all'allontanamento, con conseguenti rischi per la loro sicurezza. Pazienti con disturbi psichiatrici possono allontanarsi per fuggire da situazioni percepite come insostenibili e mettere pertanto arepentaglio la propria incolumità;se affetti da disturbo depressivo maggiore o borderline della personalità sono ad alto rischio di suicidio e l'allontanamento involontario dalla struttura ospedaliera può esporli a situazioni fatali, specialmente se non vengono monitorati in modo adeguato.

Da tali premesse è statosperimentato nel Pronto Soccorso dell'Ospedale di Fano un sistema di geolocalizzazione avanzata per il monitoraggio dei pazienti.

OBIETTIVO GENERALE

Garantire una sorveglianza più accurata e un tempestivo riconoscimento dei pazienti che si allon-tanano dall'unità operativa.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Adottare un sistema di tele-monitoraggio per utenti del PS ad alto rischio di allontanamento
- Potenziare la strumentazione di controllo parametrico già in uso

MATERIALI E METODI

E' stata utilizzata la piattaforma Easy-med con dispositivi "beacon" che, applicati tramite braccialetti, localizzano l'utente grazie alla rete di "gateway" distribuiti all'interno del PS. Inoltre sono stati introdotti strumenti avanzati di monitoraggio per il controllo continuo della saturazione di ossigeno e della frequenza cardiaca, che consentono di intervenire tempestivamente in caso di peggioramento delle condizioni.

La sperimentazione ha previsto:

- 11 Beacon: bottoni di geolocalizzazione indossabili per tracciare la posizione dei pazienti. Ogni beacon è stato associato ad un braccialetto, ben tollerato, permettendo in tempo realela localizzazione dell'utente all'interno della struttura.
- 4 Sleep Oxygen Monitor: saturimetri wireless da dito, utilizzati per il monitoraggio della saturazione di ossigeno e della frequenza cardiaca. La scelta di dispositivi poco invasivi e di facile impiego è stata giustificata dal loro impatto minimo sulla mobilità del paziente.
- Gateway: dispositivi mobili disposti in punti strategici del PS che fanno da ponte tra i dispositivi indossabili e la piattaforma.
- Piattaforma Easy-med: piattaforma digitale utilizzata per integrare i dati provenienti dai dispositivi di monitoraggio e per visualizzare in tempo reale la posizione e i parametri vitali degli utenti. La piattaforma prevede l'inserimento anagrafico dei pazienti, l'installazione del dispositivo desiderato e consente anche di programmare allarmi standard e

personalizzabili per allertare gli operatori in caso di eventi critici ed è quindi l'interfaccia tra i dispositivi e l'operatore.

Immagine 1: Beacom

Nella fase iniziale è stata effettuata una mappatura esaminando la planimetria dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso e delle aree circostanti, come Servizio di Diagnostica per Immagini e corridoi, per calibrare i dispositivi e il sistema di monitoraggio. Questo ha incluso il posizionamento del sistema di gateway temporanei per la localizzazione dei dispositivi.

Ha fatto seguito la fase di calibrazione dei dispositivi: le prime due settimane di sperimentazione sono state dedicate alla calibrazione dei dispositivi, in particolare per regolare la sensibilità, il raggio d'azione e la frequenza di rilevazione. Inoltre, è stato effettuato il settaggio degli allarmi, in modo da adattare il sistema alle necessità specifiche del PS.

Si è poi proseguito con la fase di monitoraggio continuo: una volta installati i dispositivi, i dati raccolti venivano trasmessi alla piattaforma digitale Easy-med, che forniva un feedback continuo agli operatori sanitari sui parametri vitali e sulla posizione dei pazienti fruibile da tutte le postazioni computer. Gli allarmi sono stati programmati per notificare gli operatori in caso di anomalie o di spostamenti al di fuori delle aree di sorveglianza preimpostate personalizzabili.

Sono stati organizzati incontri formativi per il personale (infermieri e OSS) per illustrare l'uso della piattaforma e dei dispositivi. Inoltre, è stato somministrato un questionario strutturato post sperimentazione per raccogliere il parere del personale sull'efficacia del sistema, l'impatto sul lavoro quotidiano e le eventuali criticità incontrate.

immagine 2: Saturimetri wireless da dito

CRITERI D'INCLUSIONE

- Pazienti in isolamento funzionale che richiedono monitoraggio costante a causa dell'isolamento stesso e delle possibili evoluzioni cliniche in ambienti confinati
- Pazienti con deterioramento cognitivo noto o fortemente a rischio di svilupparlo
- Pazienti con patologie psichiatriche note che afferiscono al PS per stato di agitazione, comportamenti autolesivi e ideazioni/tentato suicidio
- Pazienti dispnoici con patologie che richiedono monitoraggio continuo dei parametri respiratori e frequenza cardiaca (es. dispnea, sepsi, stati febbrili)

CRITERI DI ESCLUSIONE

Pazienti con gravi allergie ai materiali dei dispositivi (saturimetri o braccialetti beacon).

RISULTATI

I dati sono stati archiviati sulla piattaforma Easy-med. È stata eseguita un'analisi quantitativa dei parametri vitali monitorati, valutando la frequenza e i tempi di risposta agli eventi critici, come l'allontanamento dei pazienti.

La sperimentazione del telemonitoraggio ha coinvolto 89 pazienti (47% di sesso femminile). I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi principali in base agli strumenti utilizzati per il monitoraggio:

- 43 pazienti (età media 40,5 anni) monitorati tramite i sistemi di geolocalizzazione indossabili, per il tracciamento della posizione dei pazienti all'interno della struttura.
- 46 pazienti (età media 71 anni) monitorati tramite i saturimetri da dito, che rilevavano in tempo reale la saturazione di ossigeno e la frequenza cardiaca, oltre a permettere la localizzazione per intervenire prontamente.

Il monitoraggio è stato effettuato per un periodo di 180 giorni, a partire da febbraio 2024. I dati raccolti sono stati analizzati per valutarne l'efficacia e la tempestività di intervento in caso di eventi critici.

Sono stati rilevati 2 casi di allontanamento, tempestivamente intercettati grazie al sistema di geolocalizzazione fornito dai beacon. In entrambi i casi, il sistema ha immediatamente attivato un segnale acustico e visivo, allertando il personale sanitario e permettendo un intervento rapido che ha ripristinato la sicurezza: questo dimostra la capacità del sistema di prevenire situazioni di rischio, specialmente per pazienti vulnerabili come quelli con deterioramento cognitivo o disabilità psichiche.

Non sono stati segnalati eventi avversi né abbandoni arbitrari che non siano stati prontamente gestiti dal personale sanitario, suggerendo che il monitoraggio continuo ha contribuito a garantire maggiore sicurezza ad utenti in condizioni di fragilità.

Il monitoraggio della saturazione di ossigenoha rilevato 27 desaturazioni, permettendonela tempestiva gestione da parte del personale sanitario. La durata media di utilizzo del sistema di monitoraggio è stata di 2 ore, 29 minuti e 30 secondi (dev. standard ±2,82), mediana SpO2 del 96%. Il sistema ha inoltre permesso il monitoraggio parametrico anche al di fuori dall'Unità Operativa, come nelle aree del Servizio di Radiologia, dove i pazienti venivano inviati per accertamenti diagnostici.

I questionari somministrati al personale hanno evidenziato una percezione positiva dell'efficacia del sistema; tuttavia, il 42,1% dichiara di aver avuto bisogno di supporto nell'uso dei dispositivi.

CONCLUSIONI

I risultati della sperimentazione nel PS dell'Ospedale di Fano ne evidenziano l'efficacia. Consulenze, prestazioni radiologiche ma anche il variare della dislocazione del paziente nelle varie aree del PS, a seconda della criticità e dell'evoluzione clinica delle condizioni, possono rallentare la localizzazione esatta del paziente in caso di un imprevedibile crollo dei parametri.La digitalizzazione e il telemonitoraggio real time possono fornire un ulteriore strumento di gestione del rischio, potenziare l'efficacia dell'assistenza infermieristica, migliorare la gestione dei pazienti fragili e contribuire ad una risposta tempestiva e precisa alle situazioni critiche. Un valore aggiunto del sistema èla proattività: l'intervento tempestivo del personale, reso possibile dall'allerta acustica e visiva, ha evitato situazioni rischiose, che avrebbero potuto comportare danni significativi ai pazienti. Pur apprezzando i benefici del sistema, alcuni operatori segnalano difficoltà nell'adattarsi all'uso delle nuove tecnologie, probabilmente a causa di una formazione insufficiente o di una curva di apprendimento non completamente superata,evidenziandola necessità di retraining e supporto tecnico continuativo per garantire una transizione più fluida alla implementazione del sistema apieno regime.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermiere (UOC Pronto soccorso e medicina d'Urgenza, UOC Diagnostica per Immagini)
- Medico (UOC Pronto soccorso e medicina d'Urgenza, UOC Diagnostica per Immagini) Operatore Socio Sanitario (UOC Pronto soccorso e medicina d'Urgenza, UOC Diagnostica per Immagini)
- Informatico (UOC Servizio Informatico)
- Ingegnere (UOC Ingegneria clinica)

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Progetto a regime nello Stabilimento ospedaliero di Fano entro 6 mesi dalla fornitura dell'hardwaree previo retraining del personale coinvolto.

Implementazione del telemonitoraggio negli Stabilimenti ospedalieri di Pesaro e Urbino entro il primo semestre del 2026.

BIBLIOGRAFIA

1. Classification of digital health intervenction (WHO 2018)

2. Abdullah, A., et al. (2022). "The impact of continuous monitoring on patient outcomes in emergency departments: A systematic review." Journal of Emergency Nursing, 48(4), 289-296.

3. Arslan, F., et al. (2020). "Technology-based solutions in the management of vulnerable populations in emergency departments." International Journal of Emergency Medicine, 13(1), 33-40.

4. Caruso, A., et al. (2023). "Beacon technologies for patient monitoring in emergency departments: A pilot study." Emergency Medicine Journal, 40(6), 495-500.

5. Falconieri, D., et al. (2022). "The implementation of Easy-med in patient flow management in emergency settings." Italian Journal of Health Technology, 17(2), 109-115.

6. Gaggioli, A., et al. (2021). "Digital health and the future of emergency care: Trends and challenges." Journal of Digital Health, 8(1), 12-18.

7. Gorini, F., et al. (2020). "Geolocation technologies for patient management in emergency departments: Opportunities and challenges." Journal of Healthcare Engineering, 2020, 1-9.

8. Schenck, J., et al. (2022). "Continuous vital sign monitoring in the emergency department: Effectiveness and clinical applications." Journal of Clinical Monitoring and Computing, 36(5), 1129-1137.

9. Smith, L., et al. (2021). "Advances in patient monitoring technologies: Implications for care in emergency departments." Emergency Medical Journal, 38(5), 315-320.

10. Connors, M., Murphy, S., & Steele, K. (2022). The role of wearable technology in managing the risk of wandering in patients with dementia. Journal of Clinical Nursing, 31(3-4), 210-218.

Dal triage umano al triage virtuale: l'IA come alleata nel cuore del Pronto Soccorso

4

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AST PESARO URBINO

UNITA' OPERATIVA

UOC PROFESSIONI SANITARIE

REFERENTE DEL PROGETTO

Stefania Rasori

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
MICHELA RICCI
MICHELE BELARDINELLI
SERENA FRASSINI
ELISETTA VICHI
ANTONELLA BATTISTINI
DOMENICO VENTURA
STEFANIA RASORI

ABSTRACT

Il triage in Pronto Soccorso (PS) rappresenta una fase fondamentale del percorso di cura, poiché deve consentire di identificare rapidamente i pazienti che necessitano di un intervento immediato, assicurando un'assistenza tempestiva e proporzionata alla gravità del quadro clinico. Tuttavia, nella pratica quotidiana il sistema di triage si trova spesso a operare in condizioni critiche, aggravate dal sovraffollamento delle strutture sanitarie, dalla limitata disponibilità di risorse e dalla crescente pressione sugli operatori sanitari. Questi fattori possono compromettere l'efficienza e l'equità del processo decisionale, determinando tempi di attesa prolungati e generando frustrazione e stress sia nei pazienti che nei professionisti coinvolti ed aumentando il rischio di eventi avversi.

L'intelligenza artificiale (AI) con modelli di deep e machine learning si sta affermando come una promettente risorsa di supporto nelle attività cliniche: grazie alla rapida elaborazione di un ampio numero di variabili cliniche, storiche e contestuali,

è in grado di offrire un contributo significativo nella standardizzazione dei processi decisionali, integrando linee guida evidence-based e riducendo la variabilità soggettiva dell'intervento umano.

Un ambito di particolare interesse, in cui il triage gioca un ruolo cruciale, è rappresentato dalla gestione del dolore toracico. Questo sintomo, tra i più frequenti motivi di accesso al PS, può celare patologie tempo-dipendenti potenzialmente letali, come l'infarto miocardico acuto. La valutazione iniziale del dolore toracico si presenta spesso complessa e articolata, in quanto influenzata dalla variabilità della sintomatologia, dalla soggettività del paziente e dall'esperienza dell'operatore sanitario. Un'errata assegnazione del codice di priorità può comportare gravi conseguenze, ritardando la gestione dei casi critici o, al contrario, sovraccaricando il sistema con pazienti non urgenti erroneamente classificati come prioritari.

Il progetto si propone di indagare l'efficacia dell'impiego di chatbot basati su l'AI nel processo di triage, analizzando in che misura tali strumenti possono contribuire a migliorare l'accuratezza, la standardizzazione e l'efficienza temporale rispetto al triage tradizionale condotto esclusivamente dal personale sanitario. Il connubio tra i due approcci potrebbe offrire spunti utili per l'evoluzione dei modelli organizzativi e tecnologici nei contesti di emergenza, con potenziali benefici in termini di sicurezza, qualità dell'assistenza e ottimizzazione delle risorse.

OBIETTIVO GENERALE

Utilizzare chatbot basati sull'AI nel processo di triage presso il PS dello Stabilimento ospedaliero Santa Croce di Fano, con particolare riferimento alla gestione del dolore toracico.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Valutare l'accuratezza del triage effettuato tramite chatbot rispetto al triage tradizionale svolto da infermieri esperti
- Misurare l'impatto dell'impiego di chatbot sui tempi di attesa dei pazienti
- Identificare i vantaggi e le sfide dell'implementazione delle chatbot nel processo di triage

MATERIALI E METODI

Il progetto è avviato in via sperimentale dal 1 aprile 2025 nel Pronto Soccorso dell'ospedale di Fano(AST 1 Pesaro-Urbino). Nel periodo di studio l'utenza che accede per dolore toracico non di origine traumatica verrà valutata con due modalità di triage:

- Triage standard effettuato da infermieri esperticon almeno 5 anni di servizio in PS, che agiscono applicando il protocollo di triage aziendale,le linee guida regionali e del GFT (Gruppo Formazione Triage);
- Triage con ausilio dell'AI ovvero di un sistema coadiuvato con l'intelligenza artificiale in grado di analizzare i dati clinici del paziente ed assegnare un codice di priorità. Nello specifico:
    - pone domande standardizzate basate sulle linee guida (es. insorgenza del dolore, fattori di rischio, sintomi associati, scale validate);
    - suggerisce il codice di priorità in base ai dati raccolti;
    - coadiuva ed indirizza l'infermiere nella fase di rivalutazione della priorità durante l'attesa di visita medica.

Strumento di AI

Per il modello di AIè stata condotta una prima fase di trainingsu specifici dataset che contengono input (es. sintomi) e output

corretti (es. diagnosi o codice triage), in modo da creare schemi ricorrenti nei dati. È statoimpostatoun format standardizzato per guidare la raccolta dati sul dolore toracico e garantire la massima uniformità dell'inserimento dei dati; in questa fase è stato inserito nella chatbot il protocollo di triage, integrato con modelli di valutazione clinica (es. chest pain, HEART Score, TIMI Score).

Nel dettaglio:

1. L'infermiere apre la chatbot e avvia la valutazione del paziente inserendo anamnesi di triage, familiarità, durata, tipologia, localizzazione ed eventuale irradiazionedel dolore, parametri vitali rilevati (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno, temperatura, frequenza respiratoria, dolore);
2. la chatbot richiede eventuali informazioni aggiuntive e raccoglie i dati salienti;
3. la chatbot suggerisce il codice di priorità basato sulle informazioni elaborate;
4. l'infermiere accetta o modifica il codice suggerito;
5. il codice assegnato viene registrato dalla chatbot per le analisi successive tenendone memoria;
6. quando necessario e previsto, l'infermiere esegue la rivalutazione del codice assegnato inserendo le informazioni nella chatbot che conferma o modifica l'assegnazione iniziale.

CRITERI D'INCLUSIONE

Pazienti adulti (>18 anni) che accedono al PSin autonomia o accompagnati dal sistema di emergenza territoriale per dolore toracico di origine non traumatica, con codice di priorità 5,4,3,2(arancione, azzurro, verde e bianco).

CRITERI D'ESCLUSIONE

- Pazienti con ECG positivo per STEMI, arresto cardiaco pre-ospedaliero codice di priorità 1(rosso)
- Condizioni instabili trattate direttamente in emergenza
- Traumi del torace che accedono al PS in autonomia o accompagnati dal sistema di emergenza territoriale

Risorse umane

Personale infermieristico con esperienza almeno quinquennalenel setting di PS, abilitato all'attività di triagee in possesso di attestato certificante.

Risorse strumentali

Computer aziendali, monitor multi-parametrici automatici ed elettrocardiografo in dotazione.

Risorse informatiche

Software aziendale in uso (Ausilya) e la chatbot di OpenAI nella versione free (GPT 4.1).

RISULTATI

Ad oggila sperimentazione è nella fase iniziale di raccolta dati. Sulla base dellaletteratura e delle esperienze pilota attuate nei contesti clinici, si ipotizza che l'utilizzo di chatbot basati su intelligenza artificiale nel triage di PS possa apportare benefici

significativi, sia in termini di accuratezza clinica che di efficienza organizzativa.

In particolare, ci si attende una maggiore accuratezza nella classificazione dei pazienti con l'utilizzo dell'AI rispetto al solo uso del triage standard.

L'AI potrebbe ridurre la variabilità soggettiva nell'assegnazione del codice triage, garantendo una maggiore coerenza nella valutazione del rischio, soprattutto per sintomi complessi come il dolore toracico. L'obiettivo è una maggiore concordanza tra il codice assegnato, la diagnosi finale e le tempistiche raccomandate dalle principali linee guida internazionali per patologietempo-dipendentilegate al dolore toracico (IMA, tamponamento cardiaco, scompenso cardiaco, etc.). Il modello machine learning può infatti applicare contemporaneamente il protocollo aziendale in uso, ampliandolo con l'utilizzo di scale validate e raccomandate per la gestione infermieristica del dolore toracico. Ci si aspetta anche coerenza ed efficienza nella fase di rivalutazione dell'utente nel periodo di attesa della visita medica: questa è una delle fasi più delicate del processo di triage e l'uso dell'AI può aiutare a riclassificare il codice di priorità più idoneo.

Altrorisultato atteso è la riduzione dei tempi di attesa e il miglioramento dei flussi: l'introduzione dei chatbot potrebbe portare in fase di triage ad una maggiore standardizzazione nell'assegnare i codici di priorità, evitando sovra e sottostimee contribuendo da una presa in carico più rapida dei pazienti critici. Questo aspetto potrebbe rilevarsi molto interessante anche nelle fasi di maxi-afflusso di utenza, in cui vi è un maggiore rischio di eventi avversi e near miss: un triage maggiormentestandardizzato può consentire una gestione più efficiente da parte del personale, migliorando la consapevolezza decisionale dell'infermiere e la qualità complessiva dell'assistenza.

Tuttavia, uno dei limiti nell'ipotizzare risultati attesi è dovuto alla scarsità degli studi effettuati nel contesto italiano ed europeo. Una pregressa esperienza nell'Azienda USL Toscana Sud Est, dove è stato avviato un progetto sperimentale di utilizzo di chatbot per il triage in PS, ha mostrato buoni livelli di efficacia nella raccolta dei sintomi, nella riduzione dei tempi di attesa e nella percezione positiva da parte di utenti e operatori.

CONCLUSIONI

In un contesto sanitario sempre più complesso e sottoposto a pressioni crescenti, l'adozione di strumenti innovativi come l'AI rappresenta un'opportunità concreta per rafforzare la sicurezza dei percorsi di cura, sostenere il lavoro degli operatori sanitari e offrire un servizio più efficiente e standardizzato. I risultati attesi, se confermati, potranno rappresentare un punto di partenza per futuri sviluppi organizzativi e tecnologici nei servizi di emergenza. Sarà tuttavia fondamentale proseguire con studi più ampi, anche in altri contesti clinici e geografici, per validare ulteriormente l'efficacia e la sicurezza di tali strumenti nella pratica quotidiana.

Si ipotizza che, a fronte di una fase iniziale di adattamento, il sistema chatbot possa essere accolto positivamente, a condizione che venga mantenuto un ruolo attivo del personale ed una supervisione clinica adeguata. L'occhio clinico dell'infermiere e l'esperienza maturatasul campo restano fondamentali, soprattutto nella fase di triage di "valutazione sulla porta" delle situazioni più gravi ed urgenti.

L'efficacia del sistema è influenzata anche dal grado di familiarità degli operatori con l'utilizzo della chatbot: la curva di apprendimento e l'esperienza nell'interazione con l'intelligenza artificiale rappresentano variabili importanti da considerare nell'interpretazione dei risultati. Questo elemento suggerisce la necessità di percorsi formativi mirati e di un periodo di adattamento per garantire un impiego efficace e omogeneo dello strumento.

Tra le sfide attese, occorre considerare le implicazioni etiche e legali legate alla gestione dei dati sensibili, in particolare in merito all'accesso alle banche dati cliniche da parte dei chatbot basati su AI. La necessità di bilanciare il sistema con la tutela della privacy dei pazienti, nel rispetto del GDPR e delle normative sanitarie, rappresenta un nodo critico per l'adozione su

larga scala di tali strumenti. Bisognerà quindi valutare anche il grado di sicurezza, trasparenza e governance dei modelli algoritmici utilizzati.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermiere (UOC Pronto soccorso)
- Medico (UOC Pronto soccorso)
- Operatore Socio Sanitario (UOC Pronto soccorso)
- Informatico (UOC Servizio Informatico)
- Ingegnere (UOC Ingegneria clinica)

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Le fasi di sviluppo del progetto sono le seguenti:

- fase ideativa: febbraio-marzo 2025
- fase pilota: aprile-giugno 2025
- fase di elaborazione dati: luglio-settembre 2025
- fase di implementazione: a partire da ottobre 2025

BIBLIOGRAFIA

1. Hinson JS. Accelerated chest pain treatment with artificial intelligence-informed, risk-driven triage. JAMA Intern Med. 2024 Jul 22;184(9):1125–1127. doi:10.1001/jamainternmed.2024.3219
2. Levin S, Toerper M, Hamrock E, et al. Machine-learning-based electronic triage more accurately differentiates patients with respect to clinical outcomes compared with the emergency severity index. Ann Emerg Med. 2018 May;71(5):565–574.e2. doi:10.1016/j.annemergmed.2017.08.005
3. Levin S, Toerper M, Hinson J, et al. Machine-learning-based electronic triage: a prospective evaluation. Ann Emerg Med. 2018 Oct;72(4 Suppl):S116. doi:10.1016/j.annemergmed.2018.08.299
4. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau AM, eds. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care. 4th ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012.
5. Ho JK, Suen LK. Effectiveness of using the Front Door Score to enhance the chest pain triage accuracy of emergency nurse triage decisions. J Cardiovasc Nurs. 2013 Nov-Dec;28(6):E55–64. doi:10.1097/JCN.0b013e318277c5ed
6. Abtan J, Ducrocq G, Steg G. Chest pain triage: do genetics have a role? Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2020 Sep;9(7):729–730. doi:10.1177/2048872620952728
7. Cooper A, Hodgkinson DW, Oliver RM. Chest pain in the emergency department. Hosp Med. 2000 Mar;61(3):178–183. doi:10.12968/hosp.2000.61.3.1296
8. Floridi L. Etica dell'intelligenza artificiale: Sviluppi, opportunità, sfide. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2022.
9. G.F.T Triage infermieristico. Quarta edizione Milano: McGraw-Hill; 2019.

5 Revisione dei piani integrati per professionisti sanitari della riabilitazione

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro-Urbino , AST PU

UNITA' OPERATIVA

- UOC IOTR Direttore dott.ssa Stefania Rasori
- Dirigente Professioni Sanitarie, Area Riabilitazione: dott.ssa Diotallevi Giovanna

REFERENTE DEL PROGETTO

Dott.ssa Giovanna Diotallevi, Dirigente Professioni Sanitarie Area Riabilitazione

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	
LUCIA MONTESI	ALICE AGOSTINI
ALESSANDRA RENZI	ANNALISA CARLONI
ANNAMARIA NICOLINI	FRANCESCA CICCARELLI
KATJAGIUDITTA BIAGI	NATASCIA FRANCESCHETTI
STEFANIA GROTTAROLI	SARA PIERFEDERICI
LUCIA CARBONI	GIULIA DE CAROLIS
FEDERICA FRIOLI	ELENA VIDALE
CARLA SPENDOLINI	SOFIA CECCACCI
FEDERICA CASALUCE	MARTINA MANOCCHI
DORA MEI	

Il gruppo di lavoro costituito dagli incarichi di funzione organizzativa di coordinamento e dai rappresentanti delle professioni sanitarie della riabilitazione dell'AST Pesaro Urbino, sotto la direzione scientifica del Dirigente delle Professioni Sanitarie, ha definito i piani di lavoro e di attività, analizzando e discutendo le competenze specifiche di ciascuna figura professionale per assicurare che tutte le aree di expertise fossero adeguatamente rappresentate e valorizzate.

Il gruppo ha preso in esame le funzioni e i ruoli delle diverse professioni all'interno delle varie Unità Operative (UO) e dei setting riabilitativi, con l'obiettivo di ottimizzare le risorse e migliorare l'efficacia degli interventi. I membri del

gruppo si sono dedicati anche alla definizione e alla discussione dei criteri per i piani di lavoro, stabilendo obiettivi comuni e pianificando strategie basate su evidenze scientifiche e migliori pratiche. Questo approccio integrato ha consentito di sviluppare piani di lavoro e di attività omogenei, nel rispetto dell'eterogeneità delle sedi e di una gestione efficace e coordinata dei servizi riabilitativi.

ABSTRACT

Il piano di lavoro è uno strumento di lavoro orientato al breve periodo e applicabile nelle diverse articolazioni organizzative, per definire e pianificare gli obiettivi fissati. La sua funzione è quella di individuare ed esplicitare chiaramente le attività, e i tempi, in cui svolgerle. Si è ritenuto fondamentale che ogni profilo professionale sviluppasse e implementasse un piano di attività e di lavoro sanitario adatto alle specifiche esigenze, in conformità alle normative e alle linee guida locali e nazionali.

I piani di attività e di lavoro rappresentano uno strumento fondamentale per l'organizzazione e la gestione delle attività. Essi delineano in modo dettagliato le attività da svolgere, identificando le risorse necessarie, i tempi di esecuzione e le responsabilità associate, consentendo una programmazione accurata e un controllo efficace delle attività, facilitando il raggiungimento degli obiettivi aziendali e garantendo la qualità delle prestazioni erogate.

Il gruppo di lavoro ha delineato le attività professionali specifiche per ruolo e setting, suddividendole tra attività dedicate al Paziente (P), coinvolgimento nell'equipe (E), supporto alla organizzazione (O), attività di consulenza e/o di supporto ai reparti /R/;è stato quindi realizzato un file Excell che attraverso menù di scelta consente di calcolare settimanalmente le prestazioni erogate e la loro tipologia, includendo quindi anche tutte le attività non rilevabili attraverso i flussi ministeriali. La rilevazione del complesso delle attività dei professionisti della riabilitazione è necessaria per rilevare il fabbisogno di personale, la sua distribuzione nei servizi e nei diversi setting, è la base di quella che dovrebbe essere una rilevazione su scala più ampia per giungere, insieme all'analisi dei bisogni riabilitativi della popolazione stratificata per età e complessità di presa in carico, ad una standardizzazione del fabbisogno di personale della riabilitazione.

Il documento AGENAS del 10/6/2022 "Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN", approvato con Decreto del Ministero della Salute di concerto conil Ministero dell'Economia e delle Finanze" nel gennaio 2023, rimanda ad un ulteriore approfondimento l'obiettivo di valutare i fabbisogni anche del personale della riabilitazione coinvolto nei processi di cura

In tale contesto lo strumento dei piani di attività e di lavoro diventa fondamentale per favorire l'uso appropriato, efficace ed efficiente delle risorse, anche nell'ambito di interventi di cui al PNRR.

OBIETTIVO GENERALE

- Miglioramento Continuo: Il piano di attività serve come guida per un'azione di miglioramento continuo, assicurando che i professionisti sanitari della riabilitazione possano utilizzare efficacemente i piani, applicando regole precise basate sull'articolazione dell'orario di servizio.
- Efficienza del Servizio: favorire l'uso appropriato, efficace ed efficiente delle risorse, anche nell'ambito di interventi di cui al PNRR, promuovendo un pensiero proattivo e una risposta adeguata ai bisogni dei pazienti.
- Distribuzione dei Carichi di Lavoro: Garantire una distribuzione equa dei carichi di lavoro, assicurando che ogni professionista possa operare al massimo delle sue capacità senza sovraccarichi inutili.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Aggiornare i piani di lavoro che vengono utilizzati nelle differenti realtà/unità operative.
- Aggiornare i piani di lavoro per le differenti figure professionali della riabilitazione.
- Ottimizzazione dei Tempi di Attesa: Ridurre i tempi di attesa per i pazienti, migliorando l'accesso ai servizi riabilitativi.
- Riduzione del Rischio Clinico: Diminuire il rischio clinico associato alle attività assistenziali, implementando pratiche sicure e monitorando costantemente le prestazioni.
- Uniformità dei Comportamenti Operativi: Uniformare i comportamenti degli operatori sanitari, garantendo che tutti seguano le stesse procedure e linee guida.
- Miglioramento del Clima Interno: Promuovere un ambiente di lavoro positivo e collaborativo, migliorando il morale e la motivazione dei dipendenti.
- Qualità Percepita dagli Utenti: Aumentare la soddisfazione degli utenti per i servizi e le prestazioni offerte, garantendo che le loro aspettative siano soddisfatte o superate.
- Monitoraggio delle Prestazioni: Implementare sistemi di monitoraggio per l'erogazione delle prestazioni, assicurando che gli interventi siano efficaci e in linea con gli standard stabiliti

MATERIALI E METODI

Nella compilazione del piano di lavoro gli incarichi di funzione (organizzativa di coordinamento, organizzativa trasversale) sono responsabili (R), il Professionista è coinvolto (C), mentre il Dirigente dell'Area Riabilitazione è informato; ove assente l'incarico di organizzazione di coordinamento, il Dirigente di Area della Riabilitazione ne fa le veci. Durante l'invio del piano di lavoro, che deve essere settimanale, nelle fasi di pianificazione e di consultazione, il Professionista mantiene la responsabilità principale (R), con incarico di funzione organizzativa di coordinamento coinvolto (C) e gli altri operatori informati (I). La verifica, archiviazione e conservazione dei piani di attività vede l'incarico di funzione organizzativa di coordinamento come responsabile (R), il Professionista informato (I), il Dirigente è informato (I). Infine, la supervisione dell'applicazione corretta della procedura è sotto la responsabilità dell'incarico di funzione organizzativa di coordinamento (R), il Dirigente informato (I) e il Professionista informato (I). Questa chiara distribuzione dei ruoli garantisce una gestione coordinata e strutturata delle attività di riabilitazione, promuovendo efficienza e chiarezza nei processi operativi.

Operatore	DIRIGENTE AREA RIABILITAZIONE	INCARICHI ORGANIZZATIVI DI COORDINAMENTO	INCARICHI ORGANIZZATIVI TRASVERSALI	PROFESSIONISTA
ATTIVITÀ				
COMPILAZIONE DEL PIANO DI LAVORO	I	R	I	C
INVIO DEL PIANO DI ATTIVITÀ IN FASE DI PIANIFICAZIONE	I	R	I	C
INVIO DEL PIANO DI ATTIVITÀ IN FASE DI CONSUNTIVAZIONE	I	C	I	R

VERIFICA, ARCHIVIAZIONE E CONSERVAZIONE DEI PIANI DI ATTIVITÀ	I	R	I	I
SUPERVISIONE APPLICAZIONE CORRETTA PROCEDURA	I	R	I	C
R: RESPONSABILE; C: COINVOLTO; I: INFORMATO				

Tabella 1

INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO DEL PROCESSO

- Numero di piani compilati correttamente sul totale dei piani consegnati.
- Standard 70% sul totale dei piani consegnati.
- Verifica annuale ,12 mesi.

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

- Standardizzazione delle attività (P.E.O. – Prestazioni, Attività Organizzative, Equipe).
- Rilevazione del fabbisogno del personale.

CONCLUSIONI

In conclusione, il piano di lavoro non solo organizza e dirige gli interventi riabilitativi, ma promuove anche un miglioramento continuo del servizio, con l'obiettivo di ottimizzare le risorse, supportare l'equità dell'assistenza e soddisfare le esigenze sia dei pazienti che dei professionisti sanitari

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Fisioterapista;
- Logopedista;
- Educatore Professionale;
- Terapista della Neuropsicomotricità TNPEE;
- Ortottista;
- Podologo.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Progettualità di mesi 6

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

Ora	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	
07:00							
07:30							
08:00	P NOME COGNOME	P NOME COGNOME	P NOME COGNOME	P NOME COGNOME	P NOME COGNOME		
08:30							
09:00							
09:30	P	P	P	P	P	P	
10:00	P						
10:30							
11:00	R						
11:30	R	R			P		
12:00	O						
12:30			P				
13:00							
13:30							
14:00	E						
14:30	R				E		
15:00							
15:30							
16:00							
16:30	R	E					
17:00			P		E		
17.30							
Totali							**Settimanale**
P	3	2	4	2	3	1	15
E	1	1	0	0	2	0	4
O	1	0	0	0	0	0	1
R	4	1	0	0	0	0	5
CONSULENZE	5	1	7	0	9	8	30
P PRESTAZIONE E EQUIPE O ORGANIZZAZIONE R REPARTO/CONSULENZA							

PIEMONTE

1 Ambulatorio delle procedure invasive ecoguidate ad indirizzo diagnostico/terapeutico. Un percorso alternativo dal pronto soccorso per pazienti fragili con urgenza differibile

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Sanitaria Locale Torino 3 (ASLTO3) Presidio Ospedaliero E. Agnelli di Pinerolo

UNITA' OPERATIVA

S.C. MeCAU (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza) presidio di Pinerolo Sanitarie

REFERENTE DEL PROGETTO

Dott. Davide Lison (dirigente medico), Specialista in Medicina d'Emergenza Urgenza

DIRETTORE

Dott.ssa M.Civita

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO
DOTT. DAVIDE LISON	DIRIGENTE MEDICO
DOTT.SSA MARINA CIVITA	DIRIGENTE MEDICO - DIRETTRICE DI STRUTTURA COMPLESSA
DOTT. STEFANO BALDASSARRE	DIRIGENTE MEDICO
DOTT. ALBERTO RICCHIARDI	DIRIGENTE MEDICO
DOTT.SSA ELENA MANA	COORDINATRICE INFERMIERISTICA
DOTT.SSA SARA PETRALIA	COORDINATRICE INFERMIERISTICA
DOTT.SSA LOREDANA CATALINA GOREA	INFERMIERE PROFESSIONALE
DOTT.SSA CHIARA DURANDO	INFERMIERE PROFESSIONALE

ABSTRACT

Le procedure invasive a scopo diagnostico/terapeutico sono da sempre un cardine nella gestione di pazienti affetti da patologie acute e croniche.

Da alcuni decenni, l'avvento dell'ecografia associata alle procedure ha reso queste ultime molto più sicure e attuabili in setting molto eterogenei, anche in regime ambulatoriale.

Allo stato attuale non tutti i medici hanno le competenze adeguate e aggiornate per l'esecuzione delle varie procedure in ambito clinico con l'ausilio dell'eco-guida o dell'eco-assistenza. Inoltre, dall'inizio della pandemia SARS CoV2, è stata documentata un'aumentata richiesta di prestazioni in quest'ambito in regime di pronto soccorso da parte di servizi territoriali esterni e/o su richiesta interna da parte dei vari reparti presenti nel presidio ospedaliero.

Per rispondere a tali necessità, il personale medico e infermieristico in forza presso la MeCAU di Pinerolo (direttrice dott.ssa Civita) ha proposto la creazione di un ambulatorio/Day Service che si occupi di eseguire procedure invasive con supporto ecografico per pazienti senza criteri di emergenza urgenza provenienti dal territorio.

Le motivazioni legate a tale proposta derivano dalla necessità di ridurre l'accesso inappropriato in DEA da parte di pazienti che molto spesso non hanno un carattere di urgenza ma si trovano costretti ad accedervi non trovando in altro luogo una risposta alla loro problematica corrente e, non di meno, per offrire agli stessi un ambiente confortevole e dignitoso nel quale erogare la prestazione.

In questo modo, l'avvio di un ambulatorio dedicato contribuisce a mantenere ed implementare il livello di competenza nella disciplina delle procedure invasive da parte del personale in servizio, competenza peraltro sempre sottoposta ad aggiornamento grazie a corsi focalizzati su ecografia clinica e procedure invasive curati dallo stesso personale della Medicina d'Urgenza.

La proposta attuale, a cinque mesi dall'inizio di questo nuovo servizio, è di eseguire le manovre più richieste dal punto di vista statistico (toracentesi, paracentesi); i pazienti vengono gestiti in un unico giorno della settimana (il martedì), prenotati su apposita agenda elettronica (con DEMA in classe B) a cui hanno accesso plurime strutture e servizi connessi all'ospedale e al territorio.

Il progetto in questione è reso possibile grazie alla preziosa collaborazione della S.C. Radiologia del presidio ospedaliero di Pinerolo e alla S.C Laboratorio Analisi unificato ASL TO3.

OBIETTIVO GENERALE

Ridurre gli accessi impropri in DEA (accessi che data la complessità della richiesta aumenterebbero l'overcrowding), definire percorsi virtuosi all'interno del presidio.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Fornire prestazione in ambito procedurale con ecoguida/assistenza di elevata qualità e competenza con tempi e ambienti idonei.
- Migliorare la soddisfazione dell'utenza che ha necessità di sottoporsi a procedura invasiva.
- Offrire un servizio in ambito procedurale anche per i pazienti degenti nei vari reparti dell'ospedale.

MATERIALI E METODI

La realizzazione di questo progetto ha richiesto vari passaggi a diversi livelli.

1. La prima parte del progetto ha richiesto di organizzare un tavolo di lavoro condiviso con la Direzione Sanitaria, la direttrice della MeCAU, i rappresentanti del DiPSA, le coordinatrici infermieristiche, i rappresentanti del personale amministrativo e gli informatici del presidio per delineare tutti gli aspetti da attuare per creare un nuovo servizio.
   Tra i punti di forza del progetto vi è l'idea di poter creare un percorso a favore del paziente isorisorse per l'ospedale.
   La concertazione tra le parti ha permesso di individuare una quota di personale (un medico e un infermiere) da poter assegnare un giorno alla settimana a questo ambulatorio senza implementare l'organico esistente.
   Parallelamente, il personale amministrativo ed informatico ha creato un'agenda elettronica per gestire i flussi dei pazienti.
   Si è scelto, per la particolare tipologia di paziente trattati, che questi avessero accesso al servizio esclusivamente con DEMA in classe B (entro 10 giorni), riportando come prestazione da erogare toracentesi o paracentesi ecoguidata.
   La scelta della DEMA in classe B è stata fortemente voluta per far si che i pazienti ricevessero il trattamento in tempi ragionevoli proprio per evitare che la loro problematica peggiorasse nel tempo con successivo accesso in DEA con carattere di urgenza.
2. La seconda parte del progetto ha richiesto di organizzare la parte strutturale. Gli spazi fisici sono stati individuati allestendo una grossa stanza open space limitrofa al pronto soccorso; le dimensioni della stanza hanno permesso di creare tre postazioni dotate di lettino/barella, monitor multiparametrico e presa a muro per erogare ossigeno (se necessario); ogni postazione fornisce al paziente la giusta privacy mediate apposite tendine.
   Questa modalità permette di gestire tre pazienti contemporaneamente e allo stesso tempo di poter sorvegliare gli stessi con un numero esiguo di personale.
   Parallelamente, è stato predisposto un ecografo a tre sonde, il materiale tecnico per eseguire le procedure (principalmente set tipo cvc monolume o pig-tail da 8 fr), telini sterili, garze, siringhe, anestetici locali, camici e cuffie, in aggiunta a una postazione pc per refertare le procedure e richiedere, quando necessario, esami per analizzare il liquido drenato (più spesso esami citologici) e radiografie del torace post-procedura.
3. La terza è ultima fase organizzativa ha comportato la creazione di un coordinamento tra le possibili strutture invianti i pazienti e l'ambulatorio stesso.
   Nella prima fase di avviamento si è scelto di accreditare le seguenti strutture (ad eccezione dei medici di base), per poter fare una prima analisi dei flussi nella fase di "rodaggio": Unità di cure palliative territoriali – Oncologia ospedaliera – Gastroenterologia – Medicina Generale – Nefrologia – Chirurgia Generale – Cardiologia – DEA.
   Come si evince da quanto appena riportato, l'invio di questi pazienti non è stata prevista solo per gli ambulatori dei servizi sopradescritti ma anche dal DEA stesso: infatti, tutti i pazienti intercettati in pronto soccorso, dopo essere stati valutati dal medico in turno, se ritenuti idonei venivano prenotati per la prima seduta utile in ambulatorio procedure invasive (e di fatto dimessi dal pronto soccorso con un programma gestionale già definito).

Completato l'assetto logistico e organizzativo, la formulazione finale di questo ambulatorio presentava le seguenti caratteristiche:

- Attività a cadenza settimanale (tutti i martedì). Orario 8.00-16.00
- eam formato da un medico e un infermiere.
- Possibilità di eseguire toracentesi e paracentesi ecoguidate o ecoassistite.

Il tempo di permanenza previsto per i pazienti sottoposti a toracentesi è stato pensato di 8 ore, mentre per la paracentesi di 4 ore.

I tempi sono stati volutamente pensati in questo modo per permettere di ricercare le possibili complicanze legate alla procedura (in particolare lo pneumotorace per la toracentesi).

A queste condizioni, il numero di pazienti massimo gestibili per ogni giornata presenterà una geometria variabile a seconda delle procedure richieste; avendo a disposizione tre posti contemporaneamente, si avrà la possibilità di eseguire 3 toracentesi a giornata, oppure 6 paracentesi a giornata (una al mattino e al pomeriggio per ogni slot), oppure 1 toracentesi e 4 paracentesi, oppure 2 toracentesi e 2 paracentesi.

In caso di complicanza peri o postprocedurale è stato previsto un percorso di salvataggio per il paziente con accettazione diretta in dea, gestione della complicanza ed eventuale posto letto in OBI.

A latere dell'attività in ambulatorio procedure invasive, nella giornata prevista per questo servizio (il martedì), il medico del team, dopo aver eseguito le procedure previste al mattino, potrà recarsi, se precedentemente richiesto, a svolgere anche procedure non urgenti al letto di ogni tipo di paziente che lo richieda, in uno qualsiasi dei reparti presenti nel nostro presidio ospedaliero (es drenaggio di versamento pleurico in pazienti post chirurgici con decorso complicato). Tale attività viene svolta a margine dell'ambulatorio in sé, ma partecipa ad ottimizzare risorse con un alto profilo di competenza in questo ambito.

RISULTATI

L'ambulatorio di procedure invasive ecoguidate/assistite ha trattato il primo paziente a fine novembre 2024 ed è tutt'ora attivo. Al momento sono stati rendicontati i primi passaggio dal 19-11-2024 al 25-02-2025 (circa tre mesi di attività). In questo lasso temporale sono state eseguite in regime ambulatoriale: 12 toracentesi e 12 paracentesi. Circa metà di queste procedure ha avuto solo carattere evacuativo, mentre l'altra metà ha avuto uno scopo evacuativo e diagnostico.

A tutti i pazienti è stato chiesto di compilare un questionario di gradimento che comprendeva varie voci di giudizio tra cui: facilità di accesso alle cure, corretta informazione alla procedura, dolore periprocedurale, cortesia e comfort. Tutte le voci del questionario hanno riportato nel 100% dei casi giudizi da molto buono a ottimo.

Resta inteso che il progetto è da considerarsi agli albori per cui tali numeri non sono che dati preliminari da confermare e, ci si augura, da implementare nel prossimo futuro.

Dopo questi primi mesi di "prova", il servizio assumerà anche un carattere didattico/formativo, infatti permetterà ai medici che lo richiederanno (medici del presidio e medici in formazione specialistica afferenti al dipartimento di emergenza) di affiancare il personale dell'ambulatorio per imparare e o affinare le tecniche legate alle procedure e all'ecografia associate alle procedure.

CONCLUSIONI

In questo momento storico il pronto soccorso è un luogo di lavoro particolarmente difficile, sia per i pazienti che

per gli operatori. I fenomeni di sovraffollamento e overcrowding sono all'ordine del giorno e ben documentati. La creazione di nuovi percorsi atti a favorire sia il benessere del paziente che del personale sono diventati una necessità per far fruttare al meglio le risorse (spesso scarse) e le competenze che un gruppo di lavoro porta in dote. La nascita dell'ambulatorio di procedure invasive ecoguidate si sviluppa esattamente da questi concetti. Il gruppo di medici ed infermieri del DEA di Pinerolo ha da sempre dimostrato grandi competenze in ambito di ecografia clinica e procedurale e l'idea di mettere a frutto tali competenze è nata quasi naturalmente dopo aver osservate svariate volte il percorso lungo e disagevole che avevano i pazienti fragili necessitanti di una toracentesi o paracentesi non urgente prima dell'avvento di questo servizio. Nel prossimo futuro, la volontà sarà quella di aprire l'agenda alla medicina di base del territorio per ampliare l'offerta a tutto il bacino di utenza afferente alla nostra ASL.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

La tipologia di paziente che beneficia di una procedura invasiva è molto eterogenea (i più rappresentati sono i pazienti neoplastici e cirrotici). Per tale motivo le prime figure professionali coinvolte sono quelle che selezionano i pazienti da inviare in ambulatorio, quindi gli oncologi, i gastroenterologi, i palliativisti, gli internisti, gli infermieri dei servizi di assistenza domiciliare.

Una volta iniziato il percorso ambulatoriale, le figure di riferimento sono i medici di emergenza urgenza che attualmente eseguono la procedura in concerto con gli infermieri di area critica con i quali condividono la gestione del servizio.

Spesso dopo la procedura il materiale prelevato viene inviato in laboratorio analisi e/o in anatomia patologica per definire le diagnosi (quando non già effettuata); pertanto, una parte importante del processo è garantita dal personale del laboratorio analisi locale.

Al termine del percorso, i pazienti sottoposti a toracentesi eseguono la radiografia del torace post-procedura, per cui intervengono nel sistema i medici radiologi e i tecnici di radiologia.

Tutta la filiera qui descritta è resa possibile dal coordinamento del personale amministrativo del nostro DEA che, tramite agenda elettronica, prenota i pazienti e cura la parte amministrativa del lavoro.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto è stato ideato e discusso la prima volta ad inizio del 2024 ed il primo paziente è stato trattato a novembre 2024 (tempo di realizzazione totale circa 10 mesi).

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

In appendice si riporta un esempio di percorso di un paziente "tipo" prima e dopo l'avvento del servizio di ambulatorio di procedure invasive.

Accesso in DEA per iniziale dispnea soggettiva, con parametri vitali nella norma, di un paziente di 70 anni affetto da carcinoma polmonare con riscontro di versamento pleurico monolaterale alla radiografia prescritta dall'oncologo curante alla precedente visita specialistica.

Percorso "vecchio":

Accesso in triage, stante la completa stabilità clinica assegnazione di un codice colore basso (verde o azzurro). Attesa della visita molto variabile (generalmente nell'ordine di qualche ora) a seconda dell'affollamento estemporaneo del PS e delle urgenze in arrivo. Primo contatto medico, visita clinica, esami ematochimici con emocromo e coagulazione, ecografia del torace bedside, attesa degli esami ematochimici. Ad esami ematochimici refertati l'esecuzione della procedura richiedeva che il medico accettante trovasse uno slot temporale di almeno 20-30 minuti da dedicare alla manovra (esecuzione in sterilità e con il giusto equipaggiamento). Molto spesso, vista la natura non urgente di questa procedura il medico in questione aspettava la fine del suo turno per eseguire la toracentesi (ulteriori tempi morti per il paziente) e una volta effettuata il paziente spesso stazionava nei corridoi e o,se disponibili, in stanze ad occupazione mista per tutto il tempo del drenaggio. Una volta terminato il drenaggio dopo almeno un'ora di osservazione veniva eseguita la radiografia del torace e se nella norma il paziente veniva dimesso. Tempo totale dipendente da molteplici variabile (anche più di 12-16 ore) con spazi e comfort inadeguato.

Percorso "nuovo":

Stesso paziente descritto sopra, una volta identificata la problematica di versamento pleurico asintomatico o paucisintomatico, invio in ambulatorio procedure la prima data utile con DEMA in classe B (essendo l'ambulatorio a cadenza settimanale avrà un tempo di attesa da 1 a 7 giorni a seconda di quando verrà redatta la DEMA). Ingresso ore 8, procedura eseguita subito se avrà esami ematochimici recenti da visionare oppure verrà eseguito prelievo direttamente in ambulatorio con refertazione urgente. Ad esami refertati verrà eseguita la procedura e dopo circa 2 ore dal termine eseguirà radiografia del torace per escludere complicanze. Tempo totale dalle 6 alle 8 ore, con stazionamento in spazi dedicati con personale dedicato e privacy garantita.

2 Proattività e inter-professionalità: modello di presa in cura del cittadino nei luoghi di vita

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASL TO3

UNITA' OPERATIVA

S.C. DiPSa + S.C. Farmaceutica

REFERENTE DEL PROGETTO

Antonella CARTA

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
IRINA CAZZANIGA
DONATELLA PASCAL
GRAZIA CERAVOLO

ABSTRACT

La D.G.R. 7-8279 del 11 marzo 2024 all'obiettivo 6.1 individua l'indicatore del 12% di over 65enni trattati in cure domiciliari nell'anno 2024 (per ASL To 3 n. 18366 persone). Per raggiungere tale obiettivo, in ASL TO3, si è sviluppato un percorso di infermieristica d'iniziativa orientato alla presa in cura delle persone con più di 65 anni che, dopo valutazione UVG, si trovano in lista di attesa per progetti di residenzialità o domiciliarità, effettuando degli interventi sanitari di monitoraggio al domicilio. Sulla scia dell'esperienza del progetto citato si è deciso di utilizzare il medesimo modello adattato su altre fasce di popolazione: il progetto verrà realizzato attraverso più fasi, distinte tra loro per il cluster di popolazione presa in esame. La popolazione in esame sarà quella che fa uso di Ossigenoterapia Domiciliare (LTOT), poiché coincide con l'attenzione della regione Piemonte all'appropriatezza prescrittiva, al monitoraggio della spesa e dei consumi e con la difficoltà di monitoraggio di questo cluster di utenti. È evidente il trend in risalita dei volumi di ricovero ordinario per BPCO; la malattia respiratoria in questione è di tipo cronico la cui gestione deve avvenire fondamentalmente in ambito territoriale. L'inefficacia dei percorsi di gestione della cronicità a livello distrettuale viene evidenziata da un aumento dei ricoveri ordinari per BPCO in strutture sanitarie per acuti.

Il volume dei ricoveri evidenzia un trend in risalita post COVID, non sono ancora disponibili i dati del 2024.

OBIETTIVO GENERALE

garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari attraverso un modello di presa in cura proattivo della popolazione LTOT e dei loro care giver

OBIETTIVI SPECIFICI

Ridurre l'inappropriatezza prescrittiva di O2 domiciliare attraverso monitoraggio strutturato

Incrementare il target di utenti in cura al domicilio attraverso SID semplici

Valutare la fragilità degli utenti e care giver conviventi

Incrementare l'inserimento nel PSDTA BPCO

MATERIALI E METODI

Il raggiungimento dell'obiettivo prefissato e degli obiettivi specifici è reso possibile dall'utilizzo del metodo lean come approccio ai percorsi di erogazione dei servizi nel rispetto attento dei criteri di efficienza e appropriatezza dell'utilizzo delle risorse disponibili, siano esse umane o materiali.

Partendo da un'analisi dei cluster di persone affette da patologie croniche già in carico all'azienda per fornitura di farmaci e/o presidi, è emerso in modo importante, sia per volumi sia per assorbimento di risorse, quello delle persone in OTLT e la scelta è rafforzata anche dal perseguimento dell'obiettivo regionale sul governo di spesa.

Risorse materiali e teconologiche:

- piattaforma ECWMED (portale MMG e PLS)
- portale ministeriale WEB anziani
- smartphone aziendali e tablet
- device di rilevamento parametri biometrici
- auto aziendale
- softwere Office 365 aziendale

Il gruppo di lavoro IFeC e Coordinatori di Distretto ha identificato le attività del processo di presa in cura dei beneficiari, strutturato le schede di rilevazione dati, individuato le scale, valide e validate, per la valutazione della fragilità, definito con il DPO Aziendale i documenti relativi al consenso informato e tutela della privacy e collaborato con il servizio Informatico per tracciare i flussi di attività e la conseguente reportistica nella piattaforma regionale ECWMED e nel Portale Ministeriale WEB Anziani

RISULTATI ATTESI

Abbattimento dei piani terapeutici scaduti nell'arco temporale di 4 mesi dall'avvio operativo del progetto realizzando le visite di monitoraggio (indicatore di processo: totale visite effettuate IFeC/tot piani terapeutici scaduti); aumento della presa in cura in ambito domiciliare (SID semplici) delle persone over sessantacinquenni (indicatore di processo: n. sid semplici aperti sul totale delle visite effettuate); inserimento nel psdta BPCO degli

assistiti con diagnosi di BPCO non ancora arruolati nel percorso di cura (indicatore: n. assistiti con BPCO nel psdta sul totale degli assistiti valutati). Mappatura della fragilità degli utenti e loro distribuzione territoriale per di intercettazione precoce e sviluppo progettualità mirate con le associazioni di volontariato e gli Enti Locali.

CONCLUSIONI

Dalla discussione dei risultati dell'azione progettuale descritta potrebbe fornire importanti spunti di riflessione per sviluppare un modello di intercettazione precoce degli over sessantacinquenni fragili con complessità clinico assistenziale media, presenza di fragilità e disabilità iniziale e tenuta deficitaria dei determinanti sociali che utilizzano con frequenza media i servizi socio sanitari e hanno bisogno di azioni coordinate semplici di presa in cura, supporto e orientamento alla rete di servizi. Punti di forza del progetto sono: la riproducibilità del modello per contesto e gruppo omogenei di utenti; inter professionalità per la presa in cura deli utenti fragili/cronici; la mappatura della popolazione fragile e la presa in cura precoce anche a contrasto degli accessi impropri in DEA. Per contro risultano critici i seguenti aspetti: campione ristretto rispetto alla popolazione di riferimento; il modello proposto richiede di essere migliorato attraverso l'utilizzo della telemedicina e la sua riproducibilità su larga scala, per altri gruppi omogenei di assistiti, richiederebbe un'importante incremento numerico di professionisti.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri con percorso regionale IFec; IFeC; pneumologo; MMG, farmacisti, amministrativi

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

8 mesi dal 15/04/25 al 15/12/25

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il progetto pilota parte su due dei cinque distretti dell'ASLto3: Area metropolitana SUD e Pinerolese.

A 4 mesi partiranno anche gli altri distretti: Area Metropolitana Centro, Area metropolitana Nord e Distretto Val Susa Val Sangone.

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

flussi di attività e la conseguente reportistica estraibile dalla piattaforma regionale ECWMED e dal Portale Ministeriale WEB Anziani

Percorso Clinico-assistenziale Integrato Ospedale-territorio Visita senologica domiciliare “Il chirurgo a casa”

3

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo

UNITA’ OPERATIVA

Breast Unit

REFERENTE DEL PROGETTO

Responsabile SITRA Dott.ssa Giorgia Di Bella

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
DOTT.SSA IDA GROSSI
DOTT.SSA SUOR SILVANA CHINELLATO
DOTT. RICCARDO BUSSONE

AUTORI DELL’ARTICOLO

NOME E COGNOME	AFFERENZA
DOTT.SSA AZALEA DE LUCA (RN, MSC)	COORDINATORE INFERMIERISTICO PRESIDIO SANITARIO OSPEDALE COTTOLENGO-TORINO
DOTT.SSA CHIARA BONANDIN (RN)	COORDINATORE INFERMIERISTICO PRESIDIO SANITARIO OSPEDALE COTTOLENGO-TORINO
DOTT.SSA CHIARA ARIOTTI (RN, MSC)	COORDINATORE INFERMIERISTICO PRESIDIO SANITARIO OSPEDALE COTTOLENGO-TORINO

ABSTRACT

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequente fra le donne sia in termini di incidenza sia di mortalità. In Italia sono stati diagnosticati 55.900 casi nel 2023, in tutte le fasce d’età (0-49 anni:41%, 50-69 anni: 35%, +70 anni: 22%). A seconda che sia pianificato un percorso di tipo medico o che si sia avviato un percorso chirurgico,

la donna che riceve una diagnosi di tumore alla mammella inizierà un percorso complesso e lungo nel tempo. La stessa dovrà affrontare la malattia da un punto di vista non solo fisico, psicologico e spirituale ma anche far fronte a problematiche di natura logistica e organizzativa date dalla distanza dal luogo di cura o dalla difficoltà di raggiungerlo; a tutti questi elementi si aggiunge l'età anagrafica e le pregresse fragilità fisiche, psichiche e sociali.

Nell'ambito del Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo di Torino, è stato strutturato nel 2022 un progetto innovativo chiamato "Il chirurgo a casa" il cui obiettivo è quello di integrare il PSDTA della persona con neoplasia mammaria con un intervento a domicilio e garantire alla dimissione della persona assistita fragile, nel post-operatorio, un percorso di assistenza domiciliare modulare che racchiuda interventi di natura assistenziale mediante un piano di cura e di assistenza personalizzato in sinergia con il NOCC o con il MMG/territorio, con il supporto della telemedicina.

Dal 30 giugno 2022 al 31 dicembre 2024 sono state 105 le donne prese in carico dal servizio, la cui età media è di 75 anni, nel 94%dei casi residenti nel territorio dell'ASL Città di Torino (sono state prese in carico 3 donne afferenti alle ASL TO4 e TO3 previo nulla osta della Direzione Sanitaria).

I passaggi totali al domicilio, nel biennio sopracitato, sono stati 697 di cui 522 gestiti solo dall'infermiere.

Nel Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo il progetto è stato dedicato all'accompagnamento delle donne con patologia tumorale senologica ma potrebbe anche essere esteso alle persone con fragilità affette da altre patologie tumorali.Parole chiave: tumore alla mammella, continuità ospedale-territorio, fragilità.

RAZIONALE

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequente fra le donne, in termini sia d'incidenza sia di mortalità[1] .In Italia sono stati diagnosticati 55.900 casi nel 2023 di cui il 6-7% ha sviluppato una malattia metastatica. Il tumore vieneriscontrato in tutte le fasce d'età (0-49 anni: 41%, 50-69 anni: 35%, +70 anni: 22%) con un trend di incidenza che appare in leggero aumento (+0,3% per anno) fino al biennio 2019-2020. Nel 2021 sono stati stimati circa 12.500 decessi per carcinoma mammario in Italia, rappresentando la prima causa di morte per tumore nelle donne. La sopravvivenza a 5 anni delle donne in Italia è pari all'88% per cui complessivamente, in Italia, vivono oltre 834.200 donne che hanno avuto una diagnosi di carcinoma mammario[2]. A seconda che sia pianificato un percorso di tipo medico adiuvato da chemioterapia e/o radioterapia o che sia avviato un percorso chirurgico con intervento più o meno conservativo (fino alla mastectomia) sulla base della tipologia e di estensione del tumore, è indubbio che la donna che riceve una diagnosi di tumore alla mammella inizierà un percorso complesso e lungo nel tempo.

La stessa dovrà affrontare la malattia da un punto di vista fisico, psicologico e spirituale, ma si troverà anche di fronte a problematiche di natura logistica e organizzativa date dalla distanza dal luogo di cura o dalla difficoltà di raggiungerlo: il tempo impiegato, le spese da sostenere e le difficoltà nel trovare un accompagnatore possono rendere il percorso di cura ancora più impegnativo a lungo termine [3]. Inoltre, la letteratura evidenzia che sentimenti di vulnerabilità, deflessione dell'umore, panico, ansia e isolamento sociale sono comuni alle donne con tale diagnosi e che possono svilupparsi disordini psichiatrici fino alla depressione maggiore già dalle prime fasi di diagnosi e trattamento di questa patologia[4] . A tutti questi elementi si aggiunge quello dell'età anagrafica. Come

1 https://www.epicentro.iss.it/screening/epidemiologia

2 Linee guida AIOM, CARCINOMA MAMMARIO IN STADIO PRECOCE, Edizione 2023 Aggiornata al 20/11/2023

3 Cavanna L, Citterio C, et all, Medicina del territorio. Le cure oncologiche vicino alla residenza del paziente. Presentazione dei risultati di 4 anni consecutivi secondo il "modello Piacenza", Lettera 150: 2021

4 Jorgensen L, Garne JP, The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: an interview study, European

descritto sopra, il 22% delle donne colpite da tumore alla mammella supera i 70 anni di età e questo ha una grossa rilevanza in quanto è risultato essere un elemento di fragilità aggiuntivo durante il percorso di cura di questa, come di altre patologie. Una revisione della letteratura ha analizzato, infatti, le relazioni intercorrenti tra fragilità e outcome chirurgici, evidenziando come l'età sia correlata ad un aumento del rischio di mortalità nell'immediato post-operatorio o comunque a esiti sfavorevoli nel post-operatorio e come esista un aumentato rischio di dimissioni protette nei pazienti fragili. In tal senso, soprattutto in Italia dove l'età dei soggetti sottoposti a intervento chirurgico è sempre più elevata, gioca un ruolo fondamentale la valutazione pre-operatoria nel processo decisionale condiviso tra équipe sanitaria e assistito, rispetto alla scelta dell'intervento più appropriato e più in linea con le aspettative o le volontà della persona. Considerando l'impatto che la fragilità può avere sugli esiti postchirurgici avversi, la letteratura indica come auspicabile la formazionedi team multidisciplinari comprendenti medici, infermieri e altri professionisti socio-sanitari, per affrontare il tema della fragilità[5].

Bisogna considerare, inoltre, la riduzione dei tempi di ricovero che non permette all'equipe sanitaria di monitorare adeguatamente la risposta della donna alla malattia[6]. Per questo motivo diventa fondamentale una presa in carico precoce e continuativa, atta quindi a sviluppare sia una maggiore consapevolezza della malattia da parte della donna sia una sensazione di centralità nel percorso di cura. Dunque è necessaria una riorganizzazione delle cure sulla base dei bisogni delle persone malate con l'obiettivo di erogarle non solo nei centri ospedalieri, ma anche sul territorio, negli ambulatori di prossimità[7] o, quando possibile, a domicilio.

La continuità delle cure per i pazienti è associata alla soddisfazione degli stessi e, per quanto riguarda nello specifico i malati oncologici, è associata anche ad un indice di sopravvivenza maggiore in termini di qualità ed efficienza delle cure[8]. In tal senso, da un lato le persone affette da cancro dovrebbero avere la possibilità di influire sulla continuità delle loro cure, dall'altro è necessario considerare pienamente il ruolo dei professionisti sanitari, i diversi approcci alla condivisione delle informazioni con i pazienti e il rafforzamento dei sistemi amministrativi ospedalieri e territoriali con l'ottica di agevolare i percorsi di presa in carico[9].

L'obiettivo, dunque, è quello di promuovere da un lato una presa in carico precoce della paziente con tumore alla mammella e dall'altro quella di seguirla nel suo lungo percorso di terapia e intervento supportandola nei momenti di difficoltà e di fragilità.

Presso il Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo di Torino è stata attivata nel 2022 la presa in carico, a domicilio, delle donne con neoplasia mammaria, che presentano fragilità. Queste, dimesse dalla Chirurgia Senologica dopo intervento di mastectomia o dissezione ascellare, possono presentare delle difficoltà nella gestione della ferita chirurgica e del drenaggio nei giorni successivi alla dimissione dall'ospedale, incapacità di riconoscere complicanze (sieroma, ascesso, ematoma, linforrea) oltre che difficoltà a tornare in ospedale per la valutazione chirurgica di controllo. Questi monitoraggi post-operatori si svolgono normalmente in un contesto ambulatoriale, ma per le donne che presentano un elemento di fragilità dovuto a: età (>70 anni), problemi psichici, disabilità e problemi sociali, nell'ottica di un approccio "Integrated care" e di continuità ospedale-territorio è stato attivato un servizio di assistenza senologica a domicilio.

Journal of Oncology Nursing: 2015

5 Ronchi S, Racaniello E, Accardi R, Frailty syndrome in surgical elderly patients: a systematic review, Milano: Italian Journal of Nursing (IJN) numero 31/2019.

6 Jorgensen L, Garne JP, The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: an interview study, European Journal of Oncology Nursing: 2015

7 Cavanna L, Citterio C, et all, Medicina del territorio. Le cure oncologiche vicino alla residenza del paziente. Presentazione dei risultati di 4 anni consecutivi secondo il "modello Piacenza", Lettera 150: 2021

8 Lafferty J et all, Continuity of care for women with breat cancer: a survey of the views and experiences of patients, carers and health care professional, European Journal of Oncology Nursing: 2011

9 Nazareth i, et all, Perceived concepts of continuity of care in people with colorectal and breast cancer-a qualitative case study analysis, Eur J Cancer Care (Engl): 2008.

L'assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente in modo continuo e integrato, funzionale a favorire il recupero e il mantenimento delle capacità residue di autonomia e di relazione, è ampiamente auspicata dalle indicazioni della Regione Piemonte attraverso interventi finanziati dal PNRR che mirano a potenziare la continuità assistenziale alla persona dimessa dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure, la prevenzione dei ricoveri impropri e l'educazione terapeutica del paziente per aiutare la persona assistita e la sua famiglia[10].

OBIETTIVO GENERALE

Integrare il PSDTA della persona con neoplasia mammaria con un intervento a domicilio e garantire alla dimissione della persona assistita fragile, nel post-operatorio, un percorso di assistenza domiciliare modulare che racchiuda interventi di natura assistenziale mediante un piano di cura e di assistenza personalizzato in sinergia con il NOCC o con il MMG/territorio, con il supporto della telemedicina.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Identificare la persona fragile da prendere in carico al momentodellavalutazioneinfermieristica, all'inizio del percorso di cura,pressoil CAS/pre-ricovero per rispondere in modo appropriato al bisognoassistenziale, sanitario e socialedella persona assistita con fragilità;
2. Implementare, nel Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo di Torino, la presa in carico multi professionale delle persone dimesse a domicilio dopo intervento di neoplasia della mammella.

MATERIALI E METODI

Nell'ambito del Presidio Sanitario Ospedale Cottolengodi Torino, la cui identità è caratterizzata dall'apertura nei confronti delle persone in stato di necessità e dall'accoglienza dei bisogni di pazienti appartenenti alle fasce più deboli dal punto di vista fisico e sociale, è stato strutturato nel 2022 un progetto innovativo che potesse rispondere alla necessità di prendersi cura delle donne affette da neoplasia mammaria anche dopo la dimissione post-intervento chirurgico, in stretta collaborazione con la rete territoriale.

L'equipe chirurgica senologica ha pianificato un servizio domiciliare multidisciplinare, attraverso un percorso di presa in carico che si sviluppa in 5 fasi. Tale progetto è stato proposto alla Direzione del presidio che, dopo approvazione, ha formalizzato una convenzione con l'ASL Città di Torino.

Il progetto è rivolto a persone di età superiore ai 70 anni o con età inferiore ai 70 anni che presentino elementi di fragilità (sociali, fisiche e/o psicologiche), che hanno iniziato un percorso diagnostico-terapeutico presso la Breast Unit dell'Ospedale Cottolengo e hanno ricevuto una diagnosi di carcinoma della mammella. Le finalità sono varie e riconducibili al recupero dell'autonomia, al monitoraggio dell'insorgenza di nuovi sintomi e degli effetti collaterali dei trattamenti, nonché all'identificazione precoce di possibili segni di ripresa della malattia. Queste donne potrebbero anche essere segnalate al NOCC (Nucleo Ospedaliero Continuità Cure) ed essere inserite nel Progetto Protezione Famiglie Fragili[11] e in collaborazione con il MMG (Medico di medicina generale).

10 https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/accesso-ai-servizi-sanitari/cure-domiciliari).

11 Progetto Protezione Famiglie Fragili della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, nato all'interno della Fondazione FARO, ha l'obiettivo di sostenere il famigliare colpito da patologia oncologica, con particolare attenzione alla fragilità dei minori coinvolti, affiancata ad altre fragilità (disabilità, disagio psichico, alcool, tossicodipendenze, disagio economico, famiglia ristretta) costruendo una rete di supporti assistenziali psicologici e sociali, in: https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/organizzazione-strutture-sanitarie/progetto-protezione-famiglie-fragili-della-rete-oncologica

Di seguito le 5 fasi:

ACCOGLIENZA INIZIO PERCORSO	- CONOSCENZA DI PROBLEMI CLINICI, E NON, RILEVANTI PER LA PRESA IN CARICO - VALUTAZIONESISTEMATICADELLAFRAGILITÀ - PROPOSTA DI UN PERCORSO DI PRESA IN CARICO E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER ATTRAVERSO LA FIRMA DEL CONTRATTO DI CURA (OPERATORE A DOMICILIO) - CONDIVISIONE DEGLI OBIETTIVI CON L'EQUIPE E PIANIFICAZIONE CON IL MMG
PERCORSO ASSISTENZIALE POST-INTERVENTO	- COMUNICAZIONE DIMISSIONI E NECESSITÀ DI CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO AL MMG - PROMOZIONE DELL'ADERENZA ALLA TERAPIA E DELLE PRATICHE TERAPEUTICHE DI AUTOCURA - PROMOZIONE DEI CORRETTI STILI DI VITA PER EVITARE EFFETTI COLLATERALI
GESTIONE MEDICAZIONE E VALUTAZIONE DELLA SEDE DI INTERVENTO	- VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI GENERALI E DEGLI EVENTUALI SINTOMI - VALUTAZIONE DELLO STATO DELLE FERITE CHIRURGICHE - ADDESTRAMENTO ALLA GESTIONE DEL DRENAGGIO E DELLA MEDICAZIONE - PROGRAMMAZIONE DEI SUCCESSIVI CONTROLLI - PRENOTAZIONE ULTERIORI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI
VISITA SENOLOGICA DI FOLLOW UP	- RACCOLTA ANAMNESTICA E MONITORAGGIO DEI SINTOMI E DEGLI EFFETTI COLLATERALI DEI TRATTAMENTI - VALUTAZIONE DEGLI ESAMI PERIODICI RACCOMANDATI - VISITA CLINICA SENOLOGICA - PRESCRIZIONE DEI SUCCESSIVI CONTROLLI DI FOLLOW UP - PRENOTAZIONE ULTERIORI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI
PIANIFICAZION PER LA DIMISSIONE	- INTEGRAZIONE CON MMG, SERVIZI DISTRETTUALI TERRITORIALI, CON LA FAMIGLIA E IL CARE GIVER - GARANZIA DI UNA PRESA IN CARICO PER TUTTO IL PERCORSO DI CURA

La realizzazione del progetto prevede l'individuazione di un chirurgo, un infermiere e un fisioterapista che seguono la donna a domicilio concordando con essa tempi e modalità di intervento.

L'individuazione della donna, che potrebbe accedere al servizio, può avvenire da parte del personale del CAS, durante la prima visita congiunta medico e infermiere, durante il pre-ricovero o durante il ricovero stesso: lo strumento di selezione utilizzato è la scala BRASS[12]. Gli infermieri presenti in questi servizi, una volta individuata la fragilità e la conseguente necessità di continuità assistenziale post-intervento, evidenziano sulla cartella clinica informatizzata la necessità di medicazioni a domicilio e inviano unamail all'infermiere di riferimento del progetto.

La documentazione clinica utilizzata per la presa in cura della persona assistita prevede:

- Il modulo di consenso informato che la donna firma per accettazione;
- La scheda infermieristica di presa in cura della persona assistita che comprende una pianificazione assistenziale personalizzata e un diario clinico (in formato cartaceo);
- La cartella clinica medica informatizzata;
- La scheda "vademecum" personalizzata che comprende le informazioni utili alla persona assistita con la pianificazione del percorso diagnostico e le tempistiche relative.

RISULTATI

Dal 30 giugno 2022 al 31 dicembre 2024 sono state 105 le donne prese in carico dal servizio, la cui età media è di 75 anni, nel 94%dei casi residenti nel territorio dell'ASL Città di Torino (sono state prese in carico 3 donne afferenti alle ASL TO4 e TO3 previo nulla osta della Direzione Sanitaria).

12 L'indice di BRASS (Blayblock Risk Assesment Screening Score) è uno strumento di screening che identifica, all'ammissione in ospedale, i pazienti a rischio di dimissione difficile, AIR 2019; 38(4): 183-191.

I passaggi totali al domicilio, nel biennio sopracitato, sono stati 697 di cui 522 gestiti solo dall'infermiere. La media di contatti con la persona assistita da parte dell'infermiere è di 15 chiamate telefoniche per tutta la durata della presa in carico, per organizzare la prima visita, per il monitoraggio da remoto, per l'aggiornamento del caregiver e perla pianificazione delle visite chirurgiche.

Il numero delle prese in carico ed i passaggi al domicilio ripartiti tra gli anni del biennio, possono essere così riassunti:

Dal 30 giugno al 30 dicembre 2022:

14 prese in carico

57 totale dei passaggi al domicilio di cui 38 medico-infermiere e 19 solo infermiere

Dal 21 gennaio al 31 dicembre 2023:

37 prese in carico

268 totale dei passaggi al domicilio di cui 70 medico-infermiere e 198 solo infermiere

Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2024:

54 totale prese in carico

372 totale dei passaggi al domicilio di cui 67 medico-infermiere e 305 solo infermiere

La presa in carico della persona, con l'attivazione del percorso clinico-assistenziale domiciliare, è effettuata durante le giornate di ricovero. Nello specifico, l'infermiera approccia la persona durante le giornate di degenza post intervento prediligendo il momento in cui sono presenti i parenti in modo da conoscere non solo l'interessata ma anche il nucleo familiare e poter fare una prima valutazione globale ed individuare un eventuale care giver.

Il giorno dopo la dimissione avviene il primo passaggio a domicilio dell'infermiere, che si occupa di svuotare il drenaggio, controllare la medicazione della ferita chirurgica e somministrare l'eparina sottocute. La frequenza dei passaggi è giornaliera, compresi i giorni festivi, e completamente a carico dell'infermiere fino al 7° giorno dall'intervento (tranne nei casi in cui si evidenzino complicanze post intervento), in cui la stessa insieme al chirurgo senologo effettuerà la prima visita, la rimozione dei punti di sutura e lavalutazione della ferita chirurgica (il chirurgo e l'infermiere possono avvalersi, se necessario, di valutazione ecografica in caso di sospette raccolte ascessuali).

Dall'inizio dell'implementazione del progetto, per ogni presa in carico sono stati effettuati una media di 6,8 passaggi da parte dell'infermiere nel 2023 e una media di 7,2 passaggi nel 2024 modulati sulla base della complessità della persona assistita e dei suoi bisogni: per alcune persone è stato necessaria una frequenza minore d'intervento perché le stesse sono state addestrate all'auto somministrazione della terapia eparinica e la ferita non ha presentato complicazioni, per altre, invece è stata pianificata una presa in cura totale (comprendente la somministrazione di terapia eparinica post-intervento quotidiana e/o di medicazioni avanzate a seguito di complicazione della ferita chirurgica) a seguito della valutazione, da parte dell'infermiere, della capacità di autocura della donna presa in carico.

DISCUSSIONE

Nella Breast Unit del Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo di Torinoè statosviluppato e implementato il progetto per l'assistenza a domiciliodelle persone affette da neoplasia mammaria, operate di mastectomia e

dissezioneascellare e individuate come fragili.

Come si evince dai risultati, i numeri relativi alle prese in carico delle donne assistite a domicilio sono stati progressivamente in crescita. È probabile che il risultato ottenuto sia da imputare ad una efficace individuazione delle persone fragili con bisogno di assistenza a domicilio durante tutte le fasi del percorso e in tutti i servizi in cui la persona viene accolta, a partire dal momento della diagnosi durante l'inserimento della persona nel percorso di cura al CAS, al pre-ricovero (prima dell'intervento chirurgico) e, in estremi casi, al momento della degenza in chirurgia.

La collaborazione tra gli operatori dei servizi sopra descritti ha permesso di agire sul reclutamento delle donne con fragilità con largo anticipo rispetto al momento dell'intervento e di potenziare l'addestramento delle stesse allo svuotamento del drenaggio e alla gestione delle ferite chirurgiche.

Al momento dell'avvio del progetto, nell'aprile del 2022, sono stati individuati degli indicatori di processo e di esito con l'obiettivo di mantenere un monitoraggio dello stesso e apportare delle modifiche; per ogni obiettivo di seguito evidenziato sono stati riportati gli indicatori del progetto.

OBIETTIVI	DESCRIZIONE	INDICATORI
Obiettivo 1	CREARE UN'EFFICACE E SINERGICA INTEGRAZIONE FRA OSPEDALE E TERRITORIO ATTRAVERSO L'ORGANIZZAZIONE DI UN SERVIZIO BASATO SU UNA VALUTAZIONE GLOBALE E CONTINUA DEI BISOGNI DELLA PERSONA E DELLA SUA FAMIGLIA IN TUTTE LE FASI EVOLUTIVE DELLA MALATTIA.	- NUMERO DI PERSONE ASSISTITE / NUMERO DI PERSONE CHE NECESSITANO DI QUESTO TIPO DI ASSISTENZA - TEMPO CHE INTERCORRE TRA DIMISSIONE E PRESA IN CARICO
Obiettivo 2	PROMOZIONE DI UN AMBIENTE DI CURA E DI LAVORO CENTRATO SULLA PERSONA	- LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO COINVOLTO NEL PROGETTO (QUESTIONARIO) - LIVELLO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENTE (QUESTIONARIO)
Obiettivo 3	RIDUZIONE DELLE COMPLICANZE DELLA FERITA CHIRURGICA (SVUOTAMENTO DEL DRENAGGIO E MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA)	- PERCENTUALE DELLE COMPLICANZE GESTITE A DOMICILIO/NECESSITÀ DI RI-OSPEDALIZZAZIONE - % INFEZIONE DELLE FERITE CHIRURGICHE/TOTALE PRESE IN CARICO

Analizzando gli indicatori sopra citati, si dichiara una totale presa in carico delle donne segnalateresidenti nell'ASL Città di Torino (per 3 donne appartenenti ad ASL limitrofe è stata chiesta autorizzazione alla Direzione Sanitaria di presidio per la presa in carico) entro ventiquattrore dalle dimissioni post-intervento.

Rimane ancora da indagare il livello di soddisfazione del personale coinvolto e da riprendere e ottimizzare quello dell'utenza alla quale sono stati somministrati dei questionari di gradimento solo nell'anno 2023 (dall'analisi di alcuni questionar evidenzia una completa soddisfazione delle donne prese in carico riportando parole quali "umanità", "professionalità" e "disponibilità").

In 3 casi sono stati riattivati percorsi di re-ospedalizzazione a seguito di complicanze della ferita chirurgica non gestibili a domicilio o conseguenti a ripresa della malattia (2 donne sono state ricoverate presso la Struttura Complessa di Oncologia dell'Ospedale Cottolengo e 1 presso l'Hospice).

Le infezioni della ferita chirurgica segnalate sono state 3 su 108 prese in carico, da attribuirsi a cause legate alle comorbidità esistenti.

Sono da migliorare gli aspetti legati alla documentazione infermieristica che al momento è ancora cartacea

nonostante il processo di informatizzazione della cartella clinica avviato da circa un anno all'interno del presidio ospedaliero: questa potrebbe essere supportata da un PC/tablet che permetta la compilazione della documentazione al domicilio della persona assistita e dunque una migliore sinergia con i servizi che seguono la donna durante tutto il percorso.

Lo stesso discorso, sebben più complesso, vale per l'implementazione della telemedicina che ad oggi è ancora da sviluppare: il contatto tra infermiere e persona assistita avviene al momento solo telefonicamente, (in media 15 contatti per ogni presa in carico), ma l'obiettivo futuro sarà quello di implementare questo aspetto attraverso la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione e il trattamento delle complicanze.La telemedicinapuò rappresentare la frontiera per rendere questi pazienti autonomi il più rapidamente possibile e agevolarne l'autogestione (autosufficienza nella propria casa, nel "quartiere" in cui sono abituati a vivere), attraverso il monitoraggio dei sintomi e la risposta ai trattamenti effettuati[13] anche se l'aspetto anagrafico potrebbe rendere il processo più complesso da sviluppare: infatti l'età media delle donne seguite a domicilio è di 75 anni circa dunque con un livello di digitalizzazione non facilitante.

Un altro aspetto da migliorare è quello della multidisciplinarietà: attualmente le prese in carico vengono effettuate dal chirurgo senologo e dall'infermiere, ma nel progetto inizialeera stata prevista la figura del fisioterapista che al momento, per problemi organizzativi non è coinvolto, con l'obiettivo di trattare le donne che necessitino di linfodrenaggio.

Il progetto "Il chirurgo a casa" è nato presso il Presidio SanitarioOspedale Cottolengo, dall'esigenza di seguire le donne con fragilità fisica, psichica e sociale e/oin assenza di care giverper tutto il percorso di cura anche dopo la dimissione post-intervento chirurgico.

Il percorso della donna è così sostenuto da interventi assistenziali efficaci centrati sulla persona come auspicato dalle raccomandazioni redatte dalle società scientifiche specifiche (AIOM, APS senonetwork,ANISC). Nel Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo il progetto è stato dedicato all'accompagnamento delle donne con patologia tumorale senologica e potrebbe essere esteso alle persone con fragilità affette da altre patologie tumoraliseguite nell'ospedale stesso.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Screening oncologici, in: https://www.epicentro.iss.it/screening/epidemiologia

2. Ronchi S, Racaniello E, Accardi R, Frailty syndrome in surgical elderly patients: a systematic review,Milano:Italian Journal of Nursing (IJN) numero 31/2019.

3. Lafferty J et all,Continuity of care for women with breast cancer: a survey of the views and experiences of patients, carers and health care professional, European Journal of Oncology Nursing: 2011

4. Jorgensen L, GarneJP,The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: an interview study, European Journal of Oncology Nursing: 2015

5. Nazareth I, et all, Perceived concepts of continuity of care in people with colorectal andbreast cancer-a

13 Marino D, Miceli A, Telemedicina, cos'è e come farla in Italia: tecnologie e finalità, un modello possibile, 2024 in: https://www.agendadigitale.eu/sanita/telemedicina-come-farla-in-italia-le-tecnologie-le-finalita-un-modello-possibile/#:~:text=La%20Telemedicina%20comporta%20la%20trasmissione,il%20successivo%20controllo%20dei%20pazienti

qualitative case study analysis, Eur J Cancer Care (Engl): 2008.

6. Cavanna L, Citterio C, et all, Medicina del territorio. Le cure oncologiche vicino alla residenza del paziente. Presentazione dei risultati di 4 anni consecutivi secondo il "modello Piacenza", 2011. Lettera 150 in: https://www.lettera150.it/2021/10/18/medicina-del-territorio-le-cure-oncologiche-vicino-alla-residenza-del-paziente-presentazione-dei-risultati-di-4-anni-consecutivi-secondo-il-modello-piacenza/

7. Marino D, Miceli A, Telemedicina, cos'è e come farla in Italia: tecnologie e finalità, un modello possibile, 2024 in: https://www.agendadigitale.eu/sanita/telemedicina-come-farla-in-italia-le-tecnologie-le-finalita-un-modello-possibile/#:~:text=La%20Telemedicina%20comporta%20la%20trasmissione,il%20successivo%20controllo%20dei%20pazienti

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Chirurgo senologo

Coordinatore

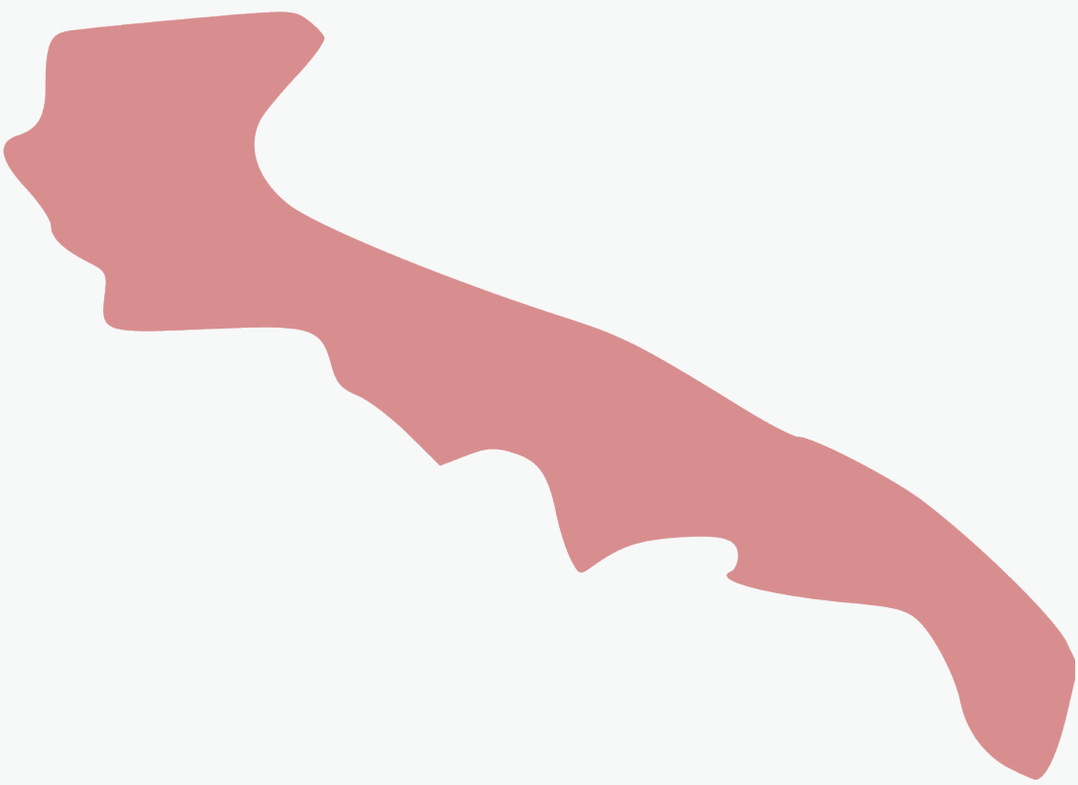
Infermiera

Fisioterapista

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

Il processo di informatizzazione della cartella clinica, presso il Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo, ha previsto l'inserimento del software LOG80 a partire dal 2024: attualmente, per ciò che riguarda il servizio descritto dal presente progetto, il passaggio da cartella cartacea a cartella informatizzata non è ancora stato completato.

PUGLIA



1 Istituzione ambulatorio di wound care presso il P.O. “Umberto I” di Corato

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Sanitaria Locale Bari

UNITA’ OPERATIVA

Direzione delle Professioni Sanitarie

REFERENTE DEL PROGETTO

MONTANARO MARIA STELLA

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	
MONTANARO MARIA STELLA	DE PALMA MARIA
BARONE ROMINA	CAIATI ERMELINDA
FRANCESE LAURA	D’INGEO MARGHERITA
LAMARCA ROSANNA	MARTUCCI MAURO CARMINE

ABSTRACT

L’attuale contesto socio sanitario, caratterizzato da progressivo invecchiamento della popolazione, contestuale aumento delle malattie cronico/degenerative e presenza di pluripatologie, ha determinato la necessità di pensare a nuovi modelli organizzativi che possano dare risposte appropriate ai nuovi bisogni di salute. La realizzazione presso il P.O. di Corato di un Ambulatorio Specialistico a gestione infermieristica per la cura delle lesioni cutanee di natura diabetica, vascolare e conseguenti a deiscenze chirurgiche rappresenta una adeguata risposta alla problematica dell’aumento delle lesioni cutanee nella popolazione, tenuto conto che il 65% dei circa 100 mila abitanti residenti del DSS2 supera i 65 anni ed è maggiormente predisposto all’insorgenza di patologie croniche in comorbilità. L’Ambulatorio presso il PO di Corato si avvarrà dell’esperienza delle risorse infermieristiche già impegnate nell’ambulatorio di Vulnologia, che hanno acquisito l’expertise e la formazione accademica specifica in Wound Care.In particolare, la gestione per competenze, quale approccio innovativo del management, risponde agli obiettivi di valorizzazione del personale tipici dei nuovi contesti organizzativi, sempre più dinamici, caratterizzati da elevata autonomia e orientati alla soddisfazione dei bisogni dei cittadini.Il Codice Deontologico

sottolinea che l'assistenza infermieristica è al servizio della persona e della collettività e si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa. L'Ambulatorio infermieristico di Wound Care garantirà risposte appropriate al bisogno di salute suddetto attraverso un modello organizzativo basato sulla valorizzazione dei professionisti infermieri e sull'integrazione con le diverse professionalità coinvolte nella presa in carico dei pazienti affetti da lesione cutanea. L'accesso alle prestazioni infermieristiche ambulatoriali si avvarràdel supporto dell'infermiere di famiglia che conosce la comunità in cui opera e la rete dei servizi presenti eprescrizione (impegnativa) da parte dello specialista La valutazione del bisogno/ problema infermieristico, l'intervento attuativo e la valutazione di risultato avverrà mediante l'attivazione del processo di assistenza. L'intero processo assistenziale, verrà registrato nella cartella clinica informatizzata.

OBIETTIVO GENERALE

Lo scopo dell'istituzione dell'ambulatorio infermieristico in Wound Care è quello di offrire una risposta altamente professionale ed aggiornata, alla sempre crescente domanda di salute del cittadino in relazioni alle lesioni cutanee.

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivi:

- Garantire una valutazione complessiva del rischio di sviluppo di lesioni cutanee nei pazienti in tutte le situazioni clinico-assistenziali
- Effettuare un monitoraggio delle diverse tipologie di lesioni cutanee (lesioni da pressione, ulcere tipiche e atipiche).
- Educare paziente e caregiver nella conoscenza e nella gestione della lesione
- Individuare ed elaborare gli strumenti infermieristici per la pianificazione assistenziale
- Individuare ed utilizzare gli strumenti e i dispositivi idonei per la prevenzione delle lesioni

MATERIALI E METODI

Introduzione

L'infermiere specialista di Wound Care è un professionista in possesso del Master Universitario di I livello o

titoli equivalenti, che esercita una competenza specifica nell'area assistenziale clinica, nell'ambito della prevenzione e cura delle lesioni cutanee, oltre che nell'utilizzo delle medicazioni cosiddette "avanzate" (vedi LEA); egli presta la propria opera nei settori assistenziali, organizzativi e gestionali per realizzare un'assistenza orientata al paziente, agendo con autonomia professionale, assumendosi la diretta responsabilità del processo di cura, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa che regola l'esercizio professionale (DMS 739/94; Legge 42/99; Codice Deontologico 2025; Legge 251/2000; Legge 1/2002; Ordinamenti Didattici delle Classi di Lauree MIUR 2002). Nello specifico, l'ambulatorio infermieristico di Wound Care, che sarà attivo presso l'Ospedale Umberto I di Corato si colloca nel territorio del Dss2 con una popolazione di circa 100 mila abitanti, di cui il 65% supera i 65 anni ed è affetto da patologie croniche in comorbilità, determinando una notevole prevalenza di pazienti con lesioni diabetiche, vascolari, deiscenze chirurgiche.

Organizzazione Ambulatorio Infermieristico, Giorni E Orari Di Apertura

L'attivazione dell'Ambulatorio sarà realizzata ottimizzando le risorse infermieristiche già impegnate nell'ambulatorio di

Vulnologia e che hanno acquisito l'expertise e la formazione accademica specifica in Wound Care.

L'ambulatorio sito al piano -1 del PO di Corato sarà attivo nelle giornate e negli orari di seguito riportati:

- Lunedì: 10,00-12,00;
- Martedì: 10,00-12,00;
- Mercoledì: 10,00-12,00;
- Giovedì: 10,00-12,00;
- Venerdì: 08,30-12,30.

Tipologia Prestazioni Erogate

Le prestazioni e i relativi codici Regionali che saranno effettuate in completa autonomia dal personale infermieristico sono riportati di seguito:

Riepilogo per prestazioni
CODICE PRESTAZIONE
96.59.1 – MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE
96.59.2 – MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA
96.59.3 – MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA
96.59.4 – MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA
96.59.5 – MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA
96.59.6 – MEDICAZIONE AVANZATADI FERITA COMPLICATA CON TECNICHE STRUMENTALI
96.59.7 – MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA DI FERITE CRONICHE

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

L'accesso alle prestazioni infermieristiche ambulatoriali avverrà con ilsupporto dell'infermiere di famiglia che conosce la comunità in cui opera e la rete dei servizi presentie prescrizione da parte dello specialista delle prestazioni elencate nella tabella "Riepilogo per prestazioni"

L'accesso avverrà attraverso prenotazione in agende di gruppo e agende CUP

Percorso di accesso

- I pazienti indirizzati all'ambulatorio infermieristico dopo la prima visita nell'ambulatorio generale di Vulnologiadel PO di Corato, saranno prenotati direttamente ed inseriti nelle agende di gruppo.
- I pazienti indirizzati all'ambulatorio da specialisti esterni effettueranno direttamente la prenotazione al CUP.

I pazienti che afferiranno all'Ambulatorio presenteranno un inquadramento diagnostico con relativa anamnesi, es. clinico, es. di laboratorio, es. strumentali da parte dello Specialista. Nel caso in cui il paziente non presenti un adeguato inquadramento diagnostico, questo va riorientato al Medico Specialista, al fine di codificare l'inquadramento diagnostico.

Le infermiere specialiste in Would Care, potranno essere coinvolte nella valutazione della necessità del trattamento vulnologico dei pazienti ricoverati nel PO di Corato

PRESA IN CARICO DELL'ASSISTITO

La valutazione del bisogno/ problema infermieristico, l'intervento attuativo e la valutazione di risultato avverrà mediante l'attivazione del processo di assistenza. L'intero processo assistenziale, verrà registrato nella cartella clinica informatizzata.

Al termine dell'intero processo di cura sarà consegnata al paziente documentazione relativa al trattamento effettuato (Allegato 1), mentre al termine di ogni trattamento sarà consegnato un modulo (Allegato 2) nel quale verrà indicata la descrizione del trattamento stesso.

GLI STRUMENTI OPERATIVI DELL'ASSISTENZA: CARTELLA CLINICA ELETTRONICA, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI OPERATIVI

L'uso della cartella deve rappresentare uno strumento operativo di routine per le Infermiere dell'Ambulatorio Infermieristico di Wound Care, per documentare l'assistenza infermieristica fornita, osservare, valutare nel tempo e raccogliere dati significativi. Le prestazioni infermieristiche, infatti, non possono riguardare solo la dimensione tecnica dell'atto infermieristico. L'utilizzo di una metodologia della risoluzione dei problemi, proprio dell'assistenza infermieristica, e di ulteriori strumenti operativi adeguati, quali protocolli e linee guida clinico-assistenziali basati su evidenze scientifiche, è da ritenersi essenziale per l'appropriatezza delle prestazioni.

Si specificache per tutte le attivitàgestionali (rifiuti, carrelloemergenzeecc) non menzionatesarannoseguite le indicazioni normative e/o disposizioni aziendali.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Direttore Medico di Presidio	Dirigente Professioni Sanitarie	Direttore Unità Operativa	Medico Specialista	Infermiera	OSS
Verifica adempimenti Organizzativi Regionali e/o Aziendali	R	R	R		C	I
Autorizzazione all'apertura di nuove agende	R	I	R		C	
Monitoraggio Attività	I	R	I		C	
Prescrizione Terapeutica				R	C	I
Accoglienza paziente e compilazione CCE/ documentazione trattamento		I	I		R	I
Tracciabilità attività	I	I	I		R	C
Tenuta Ambulatorio	I	I	I		R	C
Gestione Pratiche amministrative	I	I			R	C

RISULTATI ATTESI

INDICATORI

La valutazione dell'attività avverrà tramite monitoraggio quadrimestrale degli indicatori di seguito elencati.

N. di prestazioni infermieristiche / N. di prestazioni prescritte — Standard 90%

N. di cartelle cliniche compilate / N. di assistiti in carico — Standard 90%

N. di assistiti che completano il percorso assistenziale / N. di assistiti presi in carico — Standard 90%

CONCLUSIONI

La collocazione di un ambulatorio dedicato alla cura delle lesioni cutanee all'interno dell'Ospedale "Umberto I" di Corato, sicuramente favorirà l'integrazione di varie professionalità (l'infermiere vulnologo, il medico di medicina generale e medici specialisti), garantendo una gestione globale e coordinata degli interventi assistenziali e quelle sinergie che assicureranno l'appropriatezza degli interventi in termini di efficacia ed efficienza. In conclusione, coerentemente con i contenuti descritti nel progetto di lavoro, si propone lo sviluppo di una rete di Wound Care, costituita da diverse articolazioni in ASL Bari e la redazione di un PDTA a livello della Regione Puglia.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermieri Esperti di Vulnologia;
- Infermieri ufficio infermieristico Direzione Medica;
- Dirigenti Delle Professioni Sanitarie;
- Direttore Medico di Presidio;
- Direttore Unità Operativa di Medicina

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

	18-mar-25	02-apr-25	22-apr -25	13-mag-25	13-mag-25	13- set-25
Presentazione progetto Direttore Medico di Presidio						
Approvazione progetto Direzione Strategica						
Apertura agende dedicate						
Pubblicizzazione mediatica e tramite URP						
Avvio attività Ambulatoriale						
Monitoraggio attività						

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE

La Cartella Clinica Elettronicaè unica per tutta la Regione Puglia e costituisce un nodo centrale nell'architettura digitale della Regione grazie alla sua integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). La cartella clinica elettronica ambulatoriale permette il tracciamento dei pazienti dall'accesso alla struttura fino all'invio della scheda di dimissione al Fascicolo Sanitario Elettronico2.0., all'interno del quale vengono inviati, in formato digitale, anche tutti i referti degli esami, delle prestazioni e delle consulenze.Rappresenta un processo perfettamente integrato con il Sistema Informativo Sanitario Regionale Edotto, con il Fascicolo Sanitario Elettronico (Fse) e con tutti i sistemi informativi dipartimentali coinvolti.

2 Dimissione Long term

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASL LECCE

UNITA' OPERATIVA

MEDICINA INTERNA del Presidio Ospedaliero di GALATINA

REFERENTE DEL PROGETTO

Anna Carmela Codazzo

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	
COVELLO SALVATORE FABRIZIO	CONTE VERA ANGELA
CODAZZO ANNA CARMELA	DE PASCALIS DANIELA
MARTI ELISABETTA	SPEDICATO CONSIGLIA

ABSTRACT

L'aumento delle malattie croniche e l'invecchiamento progressivo della popolazione hanno spostato il baricentro delle cure sanitarie verso contesti a più bassa intensità e più vicini al domicilio dei pazienti.

L'istituzione di case della comunità e centrali operative territoriali e l'utilizzo di cartella clinica elettronica, gestione documentale avanzata, telemedicina dovrebbero facilitare l'integrated care e la collaborazione tra ospedale e territorio (attualmente in fase di sviluppo nella nostra realtà).

Lo scambio di informazioni tra le parti garantisce una visione completa del percorso di cura di un paziente ottimizzando i tempi di accesso alle cure e migliorando la continuità assistenziale.

A tal proposito il progetto prevede il coinvolgimento dei rappresentanti di Medicina di supergruppo.

OBIETTIVO GENERALE

Realizzare un percorso condiviso e standardizzato per la dimissione al domicilio di un paziente con malattie croniche.

OBIETTIVI SPECIFICI

Rilevare le cause che portano alla ri-ospedalizzazione e dopo quanti giorni e proporre eventuali soluzioni.

Ridurre la ri-ospedalizzazione del 20% dei pazienti affetti da malattie croniche rispetto all'anno 2024.

Rivalutare almeno il 50% dei pazienti dimessi dopo 10 giorni (follow-up strutturato)

Disporre di sistemi informativi sostenibili ben integrati sul territorio che incoraggino non solo la comunicazione tra operatori sanitari ma anche tra operatori sanitari e paziente/caregiver per ottenere un'assistenza coordinata e a lungo termine.

MATERIALI E METODI

1. vedi Tab, 1

Abbiamo preso in considerazione tutti i pazienti ricoverati dal 1/1/2024 e ri-ospedalizzati fino al 31/12/2024, basandoci sulle problematiche principali di ingresso presenti nelle cartelle cliniche.

PATOLOGIA	
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	22
SEPSI	21
GASTROENTERITE	2
SCOMPENSO CARDIACO	13
ANEMIA	3
INFEZIONE DA SARS COV2	2
CIRROSI EPATICA SCOMPENSATA	3
INSUFFICIENZA RENALE ACUTA	1
FEBBRE DI NDD	1
DISIDRATAZIONE	1

2. REALIZZAZIONE BROCHURE ESPLICATIVA SU DIMISSIONE E ORGANIZZAZIONE TERRITORIO ASL LECCE
3. QUESTIONARIO CONOSCITIVO PER INDIVIDUARE LE PRINCIPALI PROBLEMATICHE DI PAZIENTI E/O CAREGIVER
4. UTILIZZO SCALA DI BRASS In letteratura la Blaylock Risk Assessment Screening Score viene descritta, per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o dimissione difficile e la necessità di pianificare la dimissione
5. PIANO DI EDUCAZIONE CAREGIVER (NUOVE TERAPIE, GESTIONE INSULINOTERAPIA, NET, RILEVAZIONE PARAMETRI VITALI...)
6. FLOW CHART DEL PERCORSO

RISULTATI ATTESI

Riduzione della ri-ospedalizzazione nell'anno 2025.

SVILUPPI IN PROGETTUALITA'

Sviluppare un documento condiviso con la medicina territoriale che migliori la comunicazione delle informazioni cliniche del paziente

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Medico ed infermiere dell'U.O. di Medicina del P.O. di Galatina

Medico del DSS di Galatina e referente dei MMG

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

12 mesi

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

CRITICITÀ:

- difficoltà nel coinvolgimento di tutti i professioni necessari a sviluppare il progetto
- difficoltà relazionali con i vari professionisti
- carenza di adeguati sistemi informativi
- carenza di percorsi standardizzati per tipologia di paziente
- formazione dei professionisti sul tema di continuità assistenziale
- gestione dei dati sensibili e tutela della privacy
- pazienti complessi o con disabilità difficili da rivalutare in ambiente ospedaliero

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

WhatsApp, utilizzo di caselle di posta elettronica.

3 Servizio di Radiologia Domiciliare sul Territorio dell'ASL Lecce

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASL Lecce

UNITA' OPERATIVA

UOC Radiologia

REFERENTI DEL PROGETTO:

Mattia Benvenga

Franco Vantaggiato Pisanò - Funzione Organizzativa delle professioni Sanitarie PO Lecce

Roberta Tornese - Dirigente medico Direzione medica PO Lecce

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
MATTIA BENVENGA
CONTE FRANCESCO

ABSTRACT

Radiologia Domiciliare nella Provincia di Lecce

Il progetto nasce dall'esigenza di garantire prestazioni radiologiche essenziali a domicilio a favore di pazienti anziani, disabili o con condizioni cliniche che sconsigliano il trasporto in ospedale o in altre strutture sanitarie.

L'obiettivo è sviluppare e implementare, nell'ambito del Servizio Sanitario Pubblico della provincia di Lecce, un servizio di radiologia domiciliare efficiente, sicuro e accessibile.

Il servizio prevede l'impiego di unità mobili dotate di apparecchiature radiologiche digitali portatili, in grado di eseguire principalmente esami di radiologia tradizionale (come RX torace, RX scheletrico) direttamente a casa del paziente.

Sarà garantita la presenza di personale tecnico sanitario di radiologia medica (TSRM) adeguatamente formato,

in stretta collaborazione con i medici radiologi per la refertazione delle immagini in tempi rapidi attraverso sistemi di telemedicina.

Tra i principali vantaggi attesi vi sono la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso, il miglioramento della qualità della vita dei pazienti fragili, la diminuzione dei rischi legati al trasporto, e una maggiore equità nell'accesso ai servizi sanitari.

Il progetto si pone inoltre in linea con gli indirizzi nazionali e regionali di potenziamento dell'assistenza territoriale e domiciliare.

La fase iniziale prevede una sperimentazione su scala limitata, con successiva estensione progressiva a tutto il territorio provinciale. La realizzazione del progetto sarà supportata da un'attenta analisi dei bisogni, dalla definizione di protocolli operativi condivisi e da attività formative dedicate al personale coinvolto.

Attraverso questo modello innovativo, si punta a rendere la radiologia più vicina al cittadino, promuovendo una sanità più umana, efficiente e sostenibile garantendo la migliore assistenza e la centralità del paziente.

OBIETTIVO GENERALE

Realizzare un servizio pubblico di radiologia domiciliare nella provincia di Lecce per garantire prestazioni diagnostiche sicure, tempestive e di qualità a persone anziane, disabili o con limitata mobilità, riducendo le ospedalizzazioni e promuovendo l'assistenza territoriale.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Attivare un'unità mobile di radiologia domiciliare dotata di strumentazione digitale portatile conforme agli standard di sicurezza e qualità.
- Formare il personale tecnico sanitario di radiologia medica (TSRM) e i medici radiologi per la gestione efficace degli esami domiciliari e della refertazione a distanza.
- Definire protocolli operativi per la richiesta, l'esecuzione e la refertazione degli esami radiologici domiciliari, garantendo l'integrazione con i servizi sanitari territoriali.
- Ridurre i tempi di attesa e gli accessi impropri alle strutture ospedaliere per pazienti fragili.
- Promuovere l'equità nell'accesso alle prestazioni diagnostiche, favorendo la domiciliarità come scelta assistenziale preferenziale per pazienti non trasportabili.
- Monitorare e valutare costantemente l'efficacia del servizio in termini di qualità delle prestazioni, soddisfazione degli utenti e impatto sul sistema sanitario locale.

MATERIALI E METODI:

Materiali:

- Unità mobile: veicolo attrezzato per il trasporto di apparecchiature radiologiche portatili e dispositivi di protezione radiologica.
- Apparecchiatura radiologica portatile digitale: per l'esecuzione di esami radiografici a domicilio (es. RX torace, RX scheletrico).

- Sistemi di telemedicina: piattaforme sicure per la trasmissione delle immagini e la refertazione a distanza da parte del medico radiologo.
- Dispositivi di protezione individuale (DPI): per il personale sanitario e per la tutela dei pazienti (es. grembiuli piombati, barriere mobili).
- Software di gestione delle richieste e archiviazione delle immagini (RIS/PACS compatibili).
- Documentazione clinica: moduli per consenso informato, registrazione delle prestazioni, raccolta dati clinici essenziali.

Metodi

- Identificazione dei pazienti: tramite segnalazione dei medici di medicina generale (MMG), servizi sociali o specialisti territoriali.
- Presa in carico: valutazione preliminare della compatibilità del domicilio per l'esecuzione dell'esame radiologico in sicurezza.
- Programmazione e gestione degli interventi: pianificazione settimanale delle visite domiciliari tramite coordinamento delle prestazioni da svolgere.
- Esecuzione degli esami: il TSRM effettua l'indagine radiologica a domicilio, seguendo protocolli di sicurezza e qualità.
- Trasmissione e refertazione: le immagini vengono inviate in tempo reale o entro poche ore al medico radiologo che ne verifica l'appropriatezza ereferta da remoto. Il referto viene poi trasmesso al medico richiedente e, se necessario, condiviso con altri operatori coinvolti nella presa in carico del paziente.
- Valutazione del servizio: raccolta periodica di indicatori di attività (n° esami effettuati, tempi di refertazione, soddisfazione dei pazienti e dei medici) per il monitoraggio dell'efficacia e dell'efficienza.

Risultati Attesi:

- Aumento dell'accessibilità ai servizi radiologici per pazienti anziani, disabili o non trasportabili, riducendo le disuguaglianze territoriali.
- Riduzione del numero di accessi impropri al pronto soccorso e alle strutture ospedaliere per esami radiologici non urgenti.
- Miglioramento della qualità della vita dei pazienti fragili, evitando loro disagi e rischi legati allo spostamento.
- Riduzione dei tempi di attesa per l'esecuzione e la refertazione degli esami diagnostici.
- Migliore integrazione tra ospedale e territorio, attraverso la collaborazione tra TSRM, radiologi, medici di medicina generale e servizi sociali.
- Incremento della soddisfazione degli utenti (pazienti e familiari) e dei professionisti sanitari coinvolti.
- Sostenibilità del servizio: ottimizzazione delle risorse sanitarie e riduzione dei costi indiretti legati alle ospedalizzazioni evitabili.
- Creazione di un modello replicabile in altre aree territoriali della regione, contribuendo a innovare il sistema di assistenza domiciliare.

Conclusioni:

La realizzazione di un servizio pubblico di radiologia domiciliare nella provincia di Lecce rappresenta un passo

innovativo e necessario verso un'assistenza sanitaria più equa, accessibile e vicina ai bisogni delle persone più fragili.

Il progetto, fondato su criteri di efficienza, qualità e sicurezza, punta a migliorare significativamente la qualità di vita dei pazienti non trasportabili, riducendo allo stesso tempo il carico sugli ospedali e ottimizzando l'uso delle risorse sanitarie.

Attraverso l'utilizzo di tecnologie digitali, la formazione specifica del personale e la stretta collaborazione con i medici di medicina generale e i servizi territoriali, si favorirà l'integrazione tra ospedale e territorio, in linea con le strategie regionali e nazionali di potenziamento dell'assistenza domiciliare.

I risultati attesi, supportati da un accurato piano di monitoraggio, renderanno possibile una valutazione costante dell'efficacia del servizio, con la possibilità di apportare miglioramenti e di estendere progressivamente il modello ad altre aree.

Il progetto si propone dunque non solo come una risposta immediata ai bisogni locali, ma anche come un esempio replicabile di innovazione sanitaria, orientato a costruire una sanità più umana, sostenibile e attenta alle esigenze dei cittadini.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

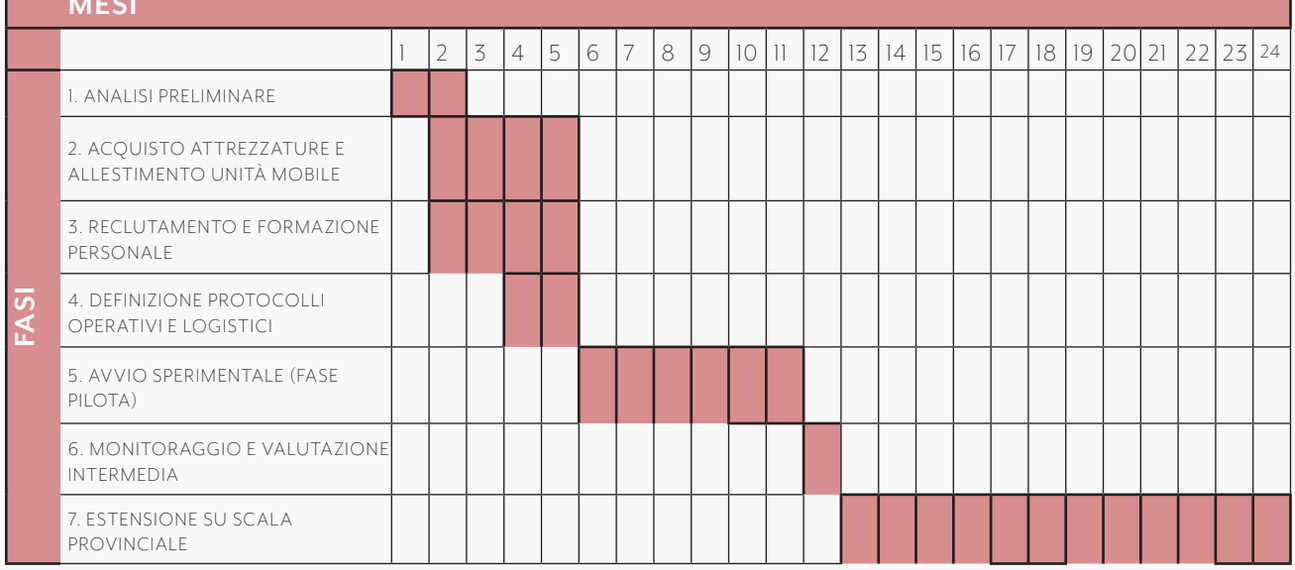
- Medico di Medicina Generale
- Medico Specialista
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Medico Radiologo
- Coordinatore Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Fase	Descrizione	Durata stimata
1. ANALISI PRELIMINARE	RILEVAZIONE DEI BISOGNI, CENSIMENTO DEI PAZIENTI TARGET, VALUTAZIONE TERRITORIALE.	1-2 MESI
2. ACQUISTO ATTREZZATURE E ALLESTIMENTO UNITÀ MOBILE	GARA/ACQUISTO DELLA STRUMENTAZIONE RADIOLOGICA PORTATILE E ADEGUAMENTO DEL MEZZO MOBILE.	2-3 MESI
3. RECLUTAMENTO/ FORMAZIONE PERSONALE	SELEZIONE DI TSRM E RADIOLOGI, FORMAZIONE SPECIFICA SU RADIOLOGIA DOMICILIARE E TELEMEDICINA.	2 MESI (IN PARALLELO CON FASE 2)
4. DEFINIZIONE PROTOCOLLI OPERATIVI E LOGISTICI	STESURA DI PROCEDURE CONDIVISE PER RICHIESTA, ESECUZIONE, TRASMISSIONE IMMAGINI E REFERTAZIONE.	1 MESE
5. AVVIO SPERIMENTALE (FASE PILOTA)	ATTIVAZIONE SU UN'AREA LIMITATA DELLA PROVINCIA (ES. UN DISTRETTO SOCIOSANITARIO) PER VALUTAZIONE INIZIALE.	6 MESI

6. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE INTERMEDIA	ANALISI DEI DATI RACCOLTI NELLA FASE PILOTA, VERIFICA CRITICITÀ E AGGIUSTAMENTI OPERATIVI.	1 MESE
7. ESTENSIONE SU SCALA PROVINCIALE	ESTENSIONE GRADUALE DEL SERVIZIO ALL'INTERO TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI LECCE.	6-12 MESI

Timeline di realizzazione del progetto di Radiologia Domiciliare



Descrizione sintetica:

- Mesi 1-2: Analisi del bisogno e progettazione dettagliata.
- Mesi 2-5: Acquisto mezzi e apparecchiature; formazione del personale (sovrapposte).
- Mese 4-5: Definizione protocolli operativi.
- Mesi 6-11: Avvio fase pilota su un distretto sociosanitario selezionato.
- Mese 12: Monitoraggio dei risultati della fase pilota e ridefinizione migliorativa.
- Mesi 13-24: Estensione progressiva del servizio a tutta la provincia di Lecce.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Pe un efficientamento e migliore fruizione del servizio, l'attività lavorativa si articolerà 7 giorni su 7 (esclusi i festivi) organizzata su 12 ore die (8:00e/20:00).

Le risorse necessarie a sostenere l'attività:

- n.1 di un apparecchiatura portatile con sistema Digitale Direct Radiology (con annesso contratto di manutenzione e sistema di teletrasmissione dei dati) - (da acquistare).
- n.1 autovettura (da flotta aziendale).
- n.1 centrale operativa (postazione/ufficio da dove si coordina il lavoro sul territorio).

- n.4 operatori in fase iniziale (1 figura TSRM di coordinamento e gestione del processo e delle attività e 3 TSRM di cui 2 identificabili tra il personale già presente e 1 da acquisire)
- n.1 Medico Radiologo (in base al tempo di lavoro necessario alla refertazione)

Gli esami di radiologia tradizionale eseguibili:

- tutte le grandi e le piccole articolazioni;
- tutti i segmenti ossei degli arti superiori ed inferiori;
- bacino con anche;
- alcuni segmenti di colonna vertebrale;
- alcune proiezioni delle ossa del cranio e del massiccio facciale;
- torace

Attuando questo progetto e mantenendo un monitoraggio costante, si possono facilmente raggiungere ricavi di produzione, poiché le prestazioni domiciliari sono remunerate con la stessa valorizzazione prevista per gli esami effettuati in ospedale. Inoltre, da diversi anni è in fase di studio una modalità di remunerazione simile a quella degli accessi ADI, che consentirebbe di raddoppiare il fatturato.

I ricavi indiretti si manifestano principalmente nella riduzione delle ri-ospedalizzazioni inappropriate (ad esempio, per DRG polmonite lobare franca batterica, con una degenza media di 6 giorni in ricovero a media intensità, pari a un costo di 450 €/die). Inoltre, sono previsti l'eliminazione del rischio di traumi durante il trasporto, la riduzione del rischio infettivologico da ICA, l'azzeramento dei costi del trasporto in ambulanza e, infine, l'eliminazione dei costi sociali derivanti dalla perdita di una giornata lavorativa di un caregiver familiare.

4 “Intelligenza Emotiva e Leadership” Le applicazioni nelle Professioni Sanitarie Ricerca sperimentale sugli stili di leadership e sull’intelligenza emotiva

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASL Lecce

UNITA’ OPERATIVA

U.O.C. Laboratorio Patologia Clinica – Microbiologia Ospedale “Vito Fazzi” – Lecce

Direttore UOC Dott. GB Lobreglio

REFERENTI DEL PROGETTO

Dott. Franco Vantaggiato Pisanò, Dr.ssa Annunziata Barletta

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
ANTONELLA PICO,
PROF.SSA CRISTINA SIMONETTI

ABSTRACT

Il presente progetto analizza la correlazione tra **intelligenza emotiva e leadership**, focalizzandosi sulle professioni sanitarie. L’obiettivo principale è comprendere come le competenze emotive influenzino i contesti di lavoro e la qualità delle relazioni professionali, in particolare nei reparti ad alta intensità emotiva.

Il quadro teorico è basato sul modello di Goleman, articolato nei cinque pilastri dell’intelligenza emotiva: **consapevolezza di sé, autocontrollo, motivazione, empatia e abilità sociali**. La parte teorica affronta inoltre le dinamiche motivazionali ed emotive nei contesti lavorativi, soffermandosi sulle implicazioni organizzative.

La parte empirica della ricerca è stata condotta presso **l’ASL di Lecce**, con la somministrazione del **questionario TEIQue-SF** a **65 operatori sanitari** di 13 reparti diversi. L’analisi dei dati è stata effettuata tramite SPSS, con l’obiettivo di valutare i livelli percepiti di intelligenza emotiva e la loro associazione con elementi di benessere lavorativo e burnout. I risultati sono stati confrontati con uno studio del 2022 condotto presso l’Ospedale Gemelli di Roma.

I dati hanno evidenziato una buona competenza relazionale (empatia e abilità sociali), ma anche criticità legate al

controllo emotivo e alla motivazione in contesti ad alta pressione. L'intelligenza emotiva si è rivelata un predittore positivo del benessere percepito, soprattutto in presenza di leadership empatiche e collaborative.

Il progetto si conclude con proposte operative per l'introduzione di percorsi formativi, supervisioni psicoeducative e inserimento delle competenze emotive nei programmi di formazione continua (ECM).

OBIETTIVO GENERALE

Promuovere il benessere organizzativo e prevenire il burnout attraverso la valorizzazione dell'intelligenza emotiva nella leadership sanitaria.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Analizzare teoricamente l'intelligenza emotiva secondo il modello Goleman
- Indagare il legame tra leadership emotivamente intelligente e clima lavorativo
- Misurare il livello di IE percepito nel personale dell'ASL Lecce
- Confrontare i risultati con lo studio Gemelli (2022)
- Proporre strategie psicoeducative per migliorare dinamiche relazionali e benessere

MATERIALI E METODI

Campione: 65 operatori sanitari (medici, infermieri, OSS, tecnici, amministrativi) in 13 reparti dell'ASL Lecce.

Strumento: Questionario TEIQue-SF (30 item, scala Likert 7 punti), validato per la misura dell'intelligenza emotiva di tratto.

Procedura: Somministrazione anonima e volontaria, con consenso informato.

Analisi: Elaborazione con SPSS. Statistica descrittiva, correlazioni tra variabili e confronto con dati esterni (Gemelli, 2022).

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

- Competenze emotive positive nei fattori empatia e abilità sociali
- Valori eterogenei in motivazione e autocontrollo
- Differenze significative tra reparti a seconda del carico emotivo
- Correlazione positiva tra IE e benessere percepito
- Validazione dell'ipotesi: leadership empatica = meno burnout, più soddisfazione

CONCLUSIONI

La ricerca dimostra che l'intelligenza emotiva è un asset strategico per il contesto sanitario, capace di influenzare positivamente il clima organizzativo e ridurre il rischio di burnout. I dati suggeriscono l'urgenza di interventi formativi mirati, coerenti con le attuali linee guida nazionali (es. PNRR, benessere organizzativo) e con la definizione OMS di burnout.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Medici (diverse specializzazioni)
- Infermieri
- Operatori Socio-Sanitari (OSS)
- Tecnici sanitari (laboratorio, radiologia)
- Personale amministrativo

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

1. **Gennaio – Febbraio 2025:** Definizione teorica e quadro epistemologico
2. **Marzo 2025:** Progettazione ricerca e selezione campione
3. **Marzo – Aprile 2025:** Raccolta dati (somministrazione TEIQue-SF)
4. **Aprile 2025:** Analisi statistica con SPSS
5. **Fine Aprile – Inizio Maggio 2025:** Redazione finale e valutazione risultati

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

- Inserimento dell'IE nei percorsi ECM
- Creazione di gruppi di lavoro tematici su soft skills e relazioni efficaci
- Supervisione di casi complessi ad alta intensità emotiva
- Confronto tra modelli di IE (Goleman, Bar-On, Mayer & Salovey)
- Approfondimento normativo: burnout secondo OMS, centralità benessere in PNRR

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)

- Analisi descrittiva (media, deviazione standard, frequenze)
- Analisi della correlazione tra variabili (Pearson, Spearman)
- Confronto tra gruppi (t-test, ANOVA)

Scelto per l'affidabilità e la compatibilità con i dati psicometrici del TEIQue-SF.

5 MODELLO DI CURA PER IL PAZIENTE CON DSA E DISTURBI PSICHIATRICI

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

ASL LECCE

UNITA' OPERATIVA

SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA (SPDC) VITO FAZZI

REFERENTE DEL PROGETTO

VALENTINA DONGIOVANNI

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
DR.SSA VALENTINA DONGIOVANNI
DR.SSA FIORELLA FABRIZIO
DR.SSA ANNUNZIATA BARLETTA

ABSTRACT

Da un' esperienza personale vissuta dalla dottoressa Valentina Dongiovanni, Infermiera presso il Servizio Psichiatrico Diagnosi Cura dell'Ospedale Vito Fazzi Lecce, quando nella sua U.O. viene ricoverato un paziente con DSA. Il DSA, rappresenta in molti casi un forte limite alla comunicazione, alla gestione e alla cura in ambiente sanitario. Tali difficoltà aumentano quando il paziente con DSA ha anche una comorbilità di tipo puramente psichiatrico.

In questo caso la dottoressa Valentina ha effettuato una revisione della letteratura per individuare quali strumenti potevano essere utili a stabilire un contatto con il paziente e i familiari (caregivers). Nella revisione emerge come attraverso l'uso di strumenti di comunicazione aumentativa alternativi e adattamenti ambientali, partendo dal primo accesso in Pronto Soccorso, fino al ricovero in reparto siano risultati utili nell'istaurare una relazione con il paziente e con i familiari.

OBIETTIVO GENERALE

Utilizzo di un modello di cura personalizzato su paziente con DSA in Psichiatria

OBIETTIVI SPECIFICI

Ridurre gli episodi di scompenso o reattività, formazione ed educazione ai caregiver, migliorare le competenze infermieristiche nella gestione di pazienti con DSA.

MATERIALI E METODI

Revisione della letteratura, riprogrammazione delle attività in funzione delle peculiarità del paziente con DSA, con particolare attenzione ai fattori che possono scatenare crisi di adattamento e collaborazione, utilizzo di schede di valutazione e di comunicazione alternativa, coinvolgimento della Dirigenza Medica per l'autorizzazione all'uso di strumenti quali comunicazione A.A. e musicoterapia, coinvolgimento della Dirigenza Infermieristica per la validazione del modelli e implementazione anche in altre realtà sanitarie (es. Pronto Soccorso)

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

Standardizzare l'uso delle schede, miglioramento dell'adattamento al contesto da parte dei pazienti con DSA.

CONCLUSIONI

Il modello semplificato è stato utilizzato per un paziente con DSA comportando un migliore adattamento al contesto di ricovero, instaurando una buona collaborazione tra caregivers (sia la madre che il padre), che hanno potuto utilizzare anche fonti sonore (musica) che è risultata benefica nei momenti di crisi.

Premessa

Durante il mio lavoro in reparto ho avuto modo di assistere un ragazzo con DSA. Attraverso osservazioni e interviste è emerso che molti infermieri si sentono impreparati nel relazionarsi con questi pazienti e faticano a individuare strategie efficaci per garantire un'assistenza adeguata. Anche l'OMS evidenzia la necessità di linee guida globali per la diagnosi e il trattamento del DSA, sottolineando l'importanza di supportare il personale sanitario con strumenti utili per decisioni consapevoli (Scattoni, 2017). Il percorso di sviluppo del disturbo è complesso e varia da individuo ad individuo, rendendo difficile l'adozione di un sistema di intervento universale.

Attraverso una revisione sistematica della letteratura, questo progetto si propone di individuare e chiarire le strategie infermieristiche più efficaci per il supporto ai ragazzi con Disturbi dello Spettro Autistico (DSA), mettendo in luce le pratiche migliori riconosciute dalla comunità scientifica. L'intento è quello di offrire una base solida per lo sviluppo di programmi formativi destinati agli operatori sanitari, affinché siano preparati ad affrontare con competenza, sensibilità e consapevolezza le sfide legate a questa complessa condizione.

In conclusione, adottare queste strategie nella gestione ospedaliera delle persone con ASD migliora non solo la

qualità delle cure, ma anche l'esperienza complessiva per i pazienti e le loro famiglie, contribuendo a creare un ambiente terapeutico più inclusivo, accogliente e attento alle esigenze specifiche dei bambini con autismo.

Introduzione

I disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorders, ASD) sono condizioni del neurosviluppo a decorso cronico, caratterizzate da una compromissione persistente della comunicazione e dell'interazione sociale, accompagnata da comportamenti ripetitivi e interessi ristretti (Costantino, 2017). L'esordio avviene generalmente entro i primi tre anni di vita e presenta una notevole variabilità nella manifestazione sintomatologica e nel funzionamento individuale, con quadri clinici che spaziano da forme lievi a situazioni complesse, spesso associate a disabilità intellettiva e comorbidità psichiatriche o neurologiche come epilessia, disturbi d'ansia, ADHD e disturbi del linguaggio (Costantino; Venerosi, 2017).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la prevalenza dell'autismo è stimata in circa 1 individuo su 160 nella popolazione generale (WHO, 2016). Applicando questo dato alla popolazione italiana (0-90 anni), si stimano circa 300.000-400.000 persone con ASD tra bambini, adolescenti e adulti (Venerosi, 2017). Una delle problematiche più rilevanti associate all'autismo è l'emergere frequente di comportamenti problematici quali aggressività, condotte autolesive, comportamenti oppositivi e crisi di disregolazione emotiva. Tali manifestazioni possono intensificarsi in assenza di interventi appropriati e sono fortemente influenzate da fattori come il grado di compromissione cognitiva, il livello di sviluppo linguistico e la presenza di ulteriori condizioni cliniche (Costantino, 2017). Infatti il rapporto ISTISAN 17/16 sottolinea l'urgenza di migliorare la rete dei servizi, oggi frammentaria e disomogenea, implementando percorsi terapeutici strutturati e integrati in grado di rispondere efficacemente ai bisogni complessi delle persone con ASD, in particolare quelle che manifestano comportamenti problematici (Chiarotti et al., 2017).

La gestione del paziente autistico in situazioni emergenziali, come il Pronto Soccorso (PS), costituisce una sfida clinica e organizzativa che richiede personale sanitario adeguatamente preparato, ambienti adattati alle specifiche esigenze sensoriali e una stretta collaborazione con la famiglia. Ciò determina difficoltà comunicative tra famiglie e operatori sanitari, accentuate dalla scarsa formazione del personale e dall'assenza di una figura di riferimento stabile (Chiarotti et al., 2017; Di Fiandra & Romano, 2017). Nel contesto del PS, risulta fondamentale adottare un approccio integrato e centrato sulla persona, considerando aspetti quali la specificità sensoriale del paziente autistico, evitando stimoli ambientali intensi come luci forti o rumori eccessivi (Costantino, 2017), l'uso di strategie comunicative aumentative (Costantino, 2017), e la raccolta e condivisione di informazioni cliniche tramite schede individuali o strumenti di continuità assistenziale (Chiarotti et al., 2017). È fondamentale coinvolgere attivamente la famiglia o il caregiver nella gestione dell'ansia e nell'interpretazione dei segnali comportamentali della persona con autismo (Chiarotti et al., 2017; Costantino, 2017). A questo proposito, è altrettanto importante che gli operatori sanitari ricevano una formazione specifica sull'interazione con pazienti autistici, soprattutto in situazioni di crisi comportamentale o di forte agitazione (Costantino, 2017). Nonostante si riconosca ampiamente l'importanza della continuità assistenziale, purtroppo la costruzione di percorsi integrati tra servizi territoriali e ospedalieri rimane ancora un punto debole del sistema sanitario attuale (Venerosi, 2017). Questa considerazione è coerente con il Piano Nazionale per la Salute Mentale e con le Linee guida nazionali, che promuovono un modello comunitario integrato per la cura e l'assistenza delle persone con autismo (Di Fiandra & Romano, 2017).

Come abbiamo già detto durante l'accesso al pronto soccorso, le persone con ASD possono manifestare stress elevato e comportamenti imprevedibili causati da diversi fattori, tra cui difficoltà di comunicazione, ipersensibilità sensoriale e ambienti nuovi e caotici (Barberini, 2023). Per questo motivo è essenziale ridurre i tempi di attesa, predisponendo spazi dedicati con ambienti silenziosi, illuminazione regolabile e pareti rassicuranti (Barberini, 2023). Sul piano clinico, spesso è necessario coinvolgere neuropsichiatri infantili o psichiatri, a seconda dell'età

del paziente, e talvolta ulteriori specialisti come neurologi, data l'alta incidenza di epilessia (circa il 30%) tra i pazienti con autismo (Barberini, 2023). Sebbene questi pazienti abbiano bisogno di assistenza sanitaria più frequente e complessa rispetto alla popolazione generale, oggi non esistono ancora percorsi formativi strutturati per il personale sanitario che opera in pronto soccorso (Barberini, 2023). È quindi urgente colmare questo vuoto attraverso programmi di formazione mirati, aggiornamenti professionali costanti e collaborazioni con centri e strutture specializzate. Riconoscere maggiormente i bisogni specifici e personalizzare gli interventi potrebbe ridurre l'ansia, migliorare l'aderenza alle cure e offrire benefici significativi sia ai pazienti che alle loro famiglie.

Tra le strategie più efficaci vi è il coinvolgimento fin dall'inizio del ricovero un team multidisciplinare di esperti e collaborare strettamente con i genitori permette di utilizzare al meglio le strategie più utili per rassicurare e sostenere il ragazzo. Ulteriori strategie importanti comprendono l'utilizzo di strumenti visivi per gestire il dolore, la comunicazione chiara e dettagliata durante i cambi di turno e il ridurre al minimo le interruzioni durante le interazioni con il bambino.

Obiettivi

L'articolo si propone di evidenziare le principali criticità nella gestione dei pazienti con disturbo dello spettro autistico (ASD) in contesto ospedaliero, facendo particolare attenzione sin dal primo accesso al pronto soccorso. Inoltre promuovere un approccio assistenziale più inclusivo ed efficace, attraverso il coinvolgimento attivo delle famiglie, la formazione del personale sanitario, l'adattamento degli ambienti ospedalieri e l'adozione di strategie validate per ridurre l'ansia e migliorare la qualità delle cure.

A seguire i seguenti punti:

- Presa in carico del paziente, stabilire un rapporto empatico, non giudicante, e costruire una comunicazione chiara.
- Adattare la comunicazione alle esigenze individuali (visive, uditive, linguistiche) .
- Adeguamento ambientale e minimizzare i fattori sensoriali che possono provocare disagio (es. luci fluorescenti, rumori, spazi affollati).
- Personalizzazione del percorso di cura;
- Valutazione multidisciplinare attraverso l'identificazione dei bisogni dei rischi e delle comorbilità (fisiche, mentali e del neurosviluppo).
- Formazione del personale sanitario per la gestione delle crisi;
- Un'Intervento farmacologico mirato, ove necessario;
- Creazione di momenti ricreativi come l'uso di fonti sonore (musica) e gestione del tempo.
- Supportare famiglie, partner e caregiver.

MATERIALI E METODI

Il presente studio è stato condotto attraverso una revisione sistematica della letteratura, finalizzata ad analizzare i modelli assistenziali e le strategie operative per migliorare la gestione dei pazienti con disturbo dello spettro autistico (DSA) nei contesti di emergenza, partendo dalla prima gestione in Pronto Soccorso all'eventuale ricovero ospedaliero.

Per strutturare in maniera rigorosa la ricerca è stato adottato il modello PICO (Popolazione, Intervento, Confronto,

Outcome), sintetizzato nella Tabella 1.

La revisione della letteratura è stata effettuata consultando le seguenti banche dati internazionali: PubMed, ResearchGate e Google Scholar, con un periodo di ricerca che comprende gli articoli pubblicati tra il 2015 e il 2025. La stringa di ricerca specifica utilizzata per la banca dati PubMed è stata la seguente:

((“Mental Disorders”[Mesh]) AND (“Autism Spectrum Disorder/drug therapy”[Mesh] OR “Autism Spectrum Disorder/nursing”[Mesh])) AND “Hospitals”[Mesh].

Tra i criteri di inclusione troviamo: Studi focalizzati su modelli e strategie di assistenza; l’utilizzo di strumenti specifici quali schede di valutazione e protocolli clinici; l’adeguamento ambientale ;la formazione professionale specifica per il personale sanitario e la gestione comportamentale e approcci comunicativi dedicati.

La ricerca iniziale nelle diverse banche dati ha elencato complessivamente 52 articoli. Dopo una prima fase di screening basata sui criteri di inclusione ed esclusione precedentemente delineati, sono stati selezionati 10 articoli che rispondevano pienamente ai requisiti della revisione.Tra gli studi di rilievo inclusi in questa revisione figurano i lavori di Angiolini et al. (2021), Bucci (2024), Barberini (2023), Frondizi et al. (2021) e Rousseau et al. (2021).

Questa metodologia ha permesso di sintetizzare le evidenze scientifiche attuali per formulare raccomandazioni concrete e basate su prove, finalizzate a migliorare la qualità assistenziale e la gestione clinica dei pazienti con DSA nei contesti emergenziali.

tab.1

	Parole Chiavi
P (Paziente/Problema)	Ragazzo con DSA e disturbi psichiatrici
I (Intervento)	• Presa in carico del pz • Adeguamento ambientale e riduzione degli stimoli sensoriali; • Adattare la comunicazione alle esigenze (visive,uditive,linguistiche); • Formazione del personale sanitario per la gestione delle crisi; • Creazione di momenti ricreativi come l’uso di musicoterapia e gestione del tempo. • Un’Intervento farmacologico mirato, ove necessario; • Supporto alle famiglie
C(Confronto)	Gestione standard che non prevede specifici adattamenti al paziente con DSA
O (Outcome)	Riduzione degli episodi di reattività Miglioramento della qualità della vita del paziente e della famiglia Minori complicanze legate al disagio sensoriale

RISULTATI

Dall’analisi degli studi sono emerse diverse strategie per facilitare la gestione del paziente e ridurre le difficoltà per il personale sanitario.

1. Adattamento del piano assistenziale

La personalizzazione delle cure in base alle specifiche esigenze comunicative e sensoriali dei pazienti con DSA è essenziale. Le strategie utili per adattare efficacemente un piano assistenziale includono:

- Modifiche al piano di assistenza infermieristico dalla valutazione iniziale;
- Adattamenti ambientali per ridurre stimolazioni sensoriali e favorire un ambiente "sensory-friendly";
- Coinvolgimento diretto e collaborazione attiva con i genitori;
- Valutazione specifica del dolore mediante scale adatte ai bambini con ASD, come la FLACC Revised Scale;
- Formazione continua del personale sanitario e coinvolgimento di team multidisciplinari fin dalle fasi iniziali del ricovero.

Questi adattamenti hanno dimostrato di ridurre significativamente l'ansia e i comportamenti problematici, migliorando l'interazione con il personale sanitario e l'efficacia complessiva dell'assistenza ospedaliera.

2. Formazione degli operatori e coinvolgimento delle famiglie

La formazione degli operatori sanitari è di fondamentale importanza per l'efficacia del piano assistenziale. Come sottolineato dalle recenti linee guida NICE (2021), è essenziale che tutti gli operatori sanitari e sociali che forniscono assistenza alle persone con disturbo dello spettro autistico abbiano una comprensione approfondita dell'autismo, del suo impatto sul funzionamento personale e della gestione dei comportamenti problematici (NICE, 2021).

3. Modello D.A.M.A. e gestione multidisciplinare

Il modello D.A.M.A. (Disabled Advanced Medical Assistance) è una strategia innovativa per l'accoglienza e la gestione ospedaliera dei pazienti con autismo e disabilità intellettiva. Nato all'Ospedale San Paolo di Milano, il modello è stato recentemente introdotto all'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, prevedendo percorsi personalizzati e un'equipe dedicata che utilizza l'Analisi Comportamentale Applicata (ABA) per gestire comportamenti problematici. Studi recenti, come quelli di Frondizi et al. (2021) e Rousseau et al. (2021), supportano l'efficacia del D.A.M.A. nel migliorare l'assistenza ospedaliera e ridurre le crisi comportamentali, incrementando la soddisfazione delle famiglie e degli operatori. Anche al Burlo Garofolo i primi risultati confermano una significativa riduzione delle difficoltà gestionali grazie a un approccio mirato e preventivo.

4. Utilizzo della scheda PECS

Il sistema PECS (Picture Exchange Communication System) rappresenta uno strumento fondamentale nel supportare la comunicazione di persone con disturbi dello spettro autistico e con limitate capacità verbali. Utilizzando le immagini come mezzo principale per comunicare bisogni, desideri e pensieri, il metodo PECS facilita l'interazione sociale e lo sviluppo di competenze comunicative e linguistiche.

Diversi studi hanno confermato l'efficacia del metodo PECS nell'aumentare non solo le capacità comunicative ma anche nel favorire lo sviluppo di competenze verbali in bambini con autismo. Sebbene inizialmente alcuni abbiano manifestato dubbi sulla possibile interferenza di questo metodo con lo sviluppo del linguaggio parlato, le ricerche hanno invece dimostrato che il PECS rappresenta una forma di Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) altamente accessibile ed economica, che non richiede formazione complessa e che risulta facilmente comprensibile per i bambini con autismo.

5. Pianificazione della dimissione e follow-up

La pianificazione della dimissione e del follow-up per bambini e adolescenti con disturbi dello spettro autistico (ASD) richiede un approccio globale, personalizzato e centrato sui bisogni specifici del paziente e della sua famiglia. È essenziale prevedere una presa in carico integrata e continuativa, adattata alle caratteristiche cliniche del singolo individuo, comprese eventuali comorbilità e fattori contestuali (Chiarotti, Calamandrei, & Venerosi, 2017).

Un punto fondamentale nella fase di dimissione è il coordinamento tra diversi servizi sanitari, sociosanitari, educativi e sociali. Questo implica definire precocemente percorsi condivisi e stabili tra le unità operative di Neuropsichiatria Infantile, pediatria, strutture scolastiche e servizi di riabilitazione, per evitare frammentazioni nella presa in carico e garantire una risposta tempestiva e coerente ai bisogni emergenti (Costantino, 2017).L'ambiente familiare, sociale e scolastico dovrebbe ricevere una formazione specifica per supportare adeguatamente il bambino, creando così condizioni favorevoli al suo sviluppo e benessere psicosociale (Arduino, 2017). Una particolare attenzione deve essere rivolta alla continuità assistenziale durante la delicata fase di transizione all'età adulta. È fondamentale pianificare precocemente il passaggio dai servizi neuropsichiatrici per l'età evolutiva a quelli per la salute mentale degli adulti e per la disabilità, al fine di evitare interruzioni nella continuità delle cure e garantire un sostegno costante e appropriato nel tempo (Keller & Bertelli, 2017).

Per valutare l'efficacia degli interventi e la qualità del percorso intrapreso, si raccomanda l'istituzione di un sistema informativo specifico, utile al monitoraggio sistematico e continuo. La realizzazione di follow-up periodici permette, infatti, di verificare i risultati ottenuti e adattare rapidamente le strategie terapeutiche sulla base dei progressi o delle difficoltà riscontrate (Chiarotti et al., 2017). Infine, un supporto psicologico e socioeconomico alle famiglie è cruciale, dato l'elevato carico assistenziale e il rischio di stress significativo. Interventi mirati al sostegno psicologico e socioeconomico consentono ai familiari di affrontare le difficoltà quotidiane e le situazioni di crisi con maggiore resilienza (Di Fiandra & Romano, 2017).

CONCLUSIONI

Dalla revisione della letteratura è emerso che l'adozione di modelli di cura personalizzati, la formazione specialistica del personale sanitario, l'implementazione di ambienti adattati e "sensory-friendly", nonché la collaborazione attiva con le famiglie e caregiver, siano elementi essenziali per migliorare significativamente l'assistenza e ridurre l'ansia e i comportamenti problematici (Angiolini et al., 2021; Barberini, 2023; Bucci, 2024).

Il modello D.A.M.A., il sistema PECS e l'utilizzo di strategie di comunicazione aumentativa alternativa (CAA) rappresentano buone pratiche efficaci che meritano una più ampia diffusione e applicazione in contesti sanitari (Caneppele, 2025; Frondizi et al., 2021; Rousseau et al., 2021). Inoltre, la pianificazione integrata della dimissione e del follow-up, costituisce un passo fondamentale per garantire continuità assistenziale e supporto costante al paziente e alla sua famiglia (Arduino, 2017; Keller & Bertelli, 2017).

Alla luce di quanto evidenziato, si delineano alcune proposte per ulteriori sviluppi futuri:

1. Implementare corsi di formazione obbligatori e periodici per tutto il personale sanitario operante nei servizi di emergenza, con specifico focus su tecniche di gestione della crisi comportamentale per pazienti affetti da DSA.
2. Sviluppare protocolli e linee guida standardizzati e condivisi tra strutture ospedaliere e territoriali, mirati a uniformare e migliorare la qualità della presa in carico.

3. Incentivare la creazione di ambienti sanitari specificatamente progettati per ridurre lo stress sensoriale dei pazienti con DSA, dal Pronto Soccorso ai diversi reparti.

L'implementazione di queste azioni potrebbe portare a un miglioramento significativo nella gestione clinica e assistenziale dei pazienti con disturbi dello spettro autistico. Inoltre questa considerazione trova conferma anche nella mia esperienza personale con un paziente con DSA: in cui attraverso una stretta collaborazione con i caregiver e l'applicazione delle procedure descritte in precedenza, si è osservato un netto miglioramento nel comportamento del paziente e nella gestione dei diversi momenti della giornata durante il ricovero.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI IN FASE DI PROGETTO

Infermiere Dott.ssa Valentina Dongiovanni , Dirigente infermieristico Dott.ssa Annunziata Barletta, esperto progettuale (esterno)Dott.ssa Fiorella Fabrizio

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

mesi 12 (comprende stesura di un protocollo, preparazione dei materiali, schede di CAA, supporti audio)

BIBLIOGRAFIA

- Barberini, I. (2023, febbraio 3). Autismo e pronto soccorso: come gestire l'emergenza. https://trendsanita.it/autismo-e-pronto-soccorso-come-gestire-lemergenza
- La gestione del paziente autistico in ospedale: l'avvio del D.A.M.A. al Burlo Garofolo Devescovi R., Menegazzo E., Bureca F., Toscani P., Borzacchiello P., Cassone A., Schreiber S. https://arcs.sanita.fvg.it 2024.pdf
- F.Bucci., Strategie per migliorare il vissuto del bambino nello spettro autistico in ospedale, proposta di un'agenda visiva (Nursing Foresight)
- Procedura di presa a carico del bambino del disturbo dello spettro autistico, Asp Enna. https://www.aspenna.it/wp-content/uploads/2022/09/Procedura-DSA-REV-0-2022.pdf
- Rapporti ISTISAN 17/16.pdf
- Hodis, B., Mughal, S., Saadabadi, A., & Doerr, C. (2025). Autism Spectrum Disorder (Nursing). StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568713
- Linee guida NICE - Disturbo dello spettro autistico negli adulti. (s.d.). Recuperato 31 marzo 2025, da https://www.univadis.it/index.php/viewarticle/linee-guida-nice-disturbo-dello-spettro-autistico-negli-2024a1000bm7
- (PDF) Evidenze e buone pratiche cliniche per la gestione del bambino con disturbo dello spettro autistico in pronto soccorso pediatrico. (s.d.). Recuperato 24 febbraio 2025, da https://www.researchgate.net/publication/370915136_Evidenze_e_buone_pratiche_cliniche_per_la_gestione_del_bambino_con_disturbo_dello_spettro_autistico_in_pronto_soccorso_pediatrico
- PECS autismo: metodo per comunicare con immagini. (s.d.). Recuperato 24 febbraio 2025, da https://www.autismo.it/blog/pecs
- Redazione. (2024, aprile 2). Autismo e l'importanza di diagnosi e trattamento precoce. https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/autismo-importanza-diagnosi-trattamento-precoce.html
- Hodis te al "Autism Spectrum Disorder (Nursing)". StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568713/ 2025.
- (PDF) Evidenze e buone pratiche cliniche per la gestione del bambino con disturbo dello spettro autistico in pronto soccorso pediatrico. (n.d.). Retrieved February 24, 2025, from https://www.researchgate.net/publication/370915136_Evidenze_e_buone_pratiche_cliniche_per_la_gestione_del_bambino_con_disturbo_dello_spettro_autistico_in_pronto_soccorso_pediatrico
- PECS autismo: metodo per comunicare con immagini. (n.d.). Retrieved February 24, 2025, from https://www.autismo.it/blog/pecs
- Devescori et al "La gestione del paziente autistico in ospedale: l'avvio del D.A.M.A. al Burlo Garofolo",
- Bucci, "Strategie per migliorare il vissuto del bambino nello spettro autistico in ospedale, proposta di un'agenda visiva" 2024.
- Chiarotti et al, "Disturbi dello spettro autistico in eta evolutiva: indagine nazionale sull'offerta sanitari" 2017.
- PECS autismo: metodo per comunicare con immagini. (n.d.). Retrieved February 24, 2025, from https://www.autismo.it/blog/pecs

TOSCANA

Profilo di Competenza degli infermieri Servizio Trasporto Malati (STM)

1

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

UNITA' OPERATIVA

U.O.c Sip e Logistica Sanitaria (Dipartimento Professioni Infermieristiche e Ostetriche)

REFERENTE DEL PROGETTO

Dott. Valente Fabio

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	
DOTT. BECATTINI GIOVANNI	DOTT.SSA MASI EVA
DOTT.SSA FALLI SARA	DOTT. VALENTE FABIO
DOTT.SSA TROJA MADDALENA	
GRUPPO DI LAVORO	
DOTT. FODERARO G.P.	DOTT. MISURI S.
DOTT. TERRAGLIA S.	DOTT. CIAMPI A.
DOTT. NONOMINATO G	

ABSTRACT

Oggetto: profili di ruolo per competenze, promuovere la collaborazione interprofessionale e la capacità di lavorare in team.

Parole chiave: supporto allo sviluppo, competenza infermieristica, profilo di ruolo. Gli attori coinvolti nella stesura del profilo di una specifica figura professionale sono i rappresentanti dei profili, in questo caso gli Infermieri del Servizio Trasporti Malati che si occupa del Coordinamento Emergenza e della Centrale Operativa Sanitaria in Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi. Infermieri presenti all' interno di un servizio caratterizzante e unico in Regione Toscana, dotato di una "Centrale Operativa" interna al Campus, con una propria e autonoma struttura organizzativa. La peculiarità assistenziale del Servizio è determinata dalle attività svolte:

- garantire il servizio assistenza sanitaria durante il trasporto/accompagnamento dei pazienti nel campus dalla AOUC,
- garantire l'assistenza infermieristica e di supporto all'interno del "Team Emergenze Intraospedaliere"
- gestire richieste di trasporto pazienti in regime di urgenza/emergenza o in arrivo dall'elisoccorso,
- gestione di pazienti con instabilità clinica che necessitino di un trasferimento,
- partecipare ai piani di emergenza interni ed esterni come squadra di primo soccorso.

Quindi in coerenza con la DRT n.716 del 12-07-2021"Piano di azione per l'introduzione del modello delle competenze nella gestione delle risorse umane nel SSR", emerge il bisogno di definire i profili di ruolo e in esso le competenze specialistiche nei contesti sanitari specifici, e ne nasce l'esigenza formativa nel definire il profilo professionale di contesto, e le competenze di ruolo degli infermieri appartenenti al servizio coordinamento emergenze centrale operativa sanitaria di AOUC, unico nel suo contesto regionale.

Il corso formativo dal titolo "Definizione del portfolio delle competenze dell'Infermiere STM" ha visto partecipare 5 infermieri Esperti del coordinamento emergenze e della centrale operativa sanitaria, coinvolti in otto ore di formazione continua.

Nella sessione i discenti hanno:

- Identificato le competenze principali infermiere STM
- Identificato le core competence infermiere STM
- Determinato per ogni competenza gli Ambiti Formativi
- Definito per ogni competenza la modalità di Apprendimento e di Valutazione
- Definito la stesura del Profilo per Competenze dell'Infermiere STM

OBIETTIVO GENERALE

Definire le competenze, trasversali, tecnico professionali e tecnico-professionali trasversali, da acquisire e mantenere da parte dell'infermiere operante nel Servizio Trasporto Malati.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Definizione e stesura del manuale per l'acquisizione delle competenze dell'infermiere STM
- Definizione e stesura del libretto delle competenze per il mantenimento delle competenze dell'infermiere STM

MATERIALI E METODI

Metodo: La giornata formativa dal titolo "definizione del portfolio delle competenze dell'infermiere STM è stata suddivise in 5 sessioni, ognuna propedeutica a quella successiva. Ogni sessione di durata di 50' ha visto applicare tre modalità didattiche, una prima fase 5'di relazione metodologica per introdurre l'argomento, una seconda fase di 25' lavoro a piccoli gruppi con discussione facilitata e rôle playing, e infine una terza fase di 15' di confronto e dibattito guidato per sistematizzare il lavoro prodotto. Nella sessione i discenti hanno identificato le competenze principali e le core competence delle infermiere Cecos, successivamente hanno determinato per ogni competenza gli ambiti formativi, la modalità di apprendimento e di valutazione di essa, fino alla stesura del profilo per competenze dell'infermiere STMM.

Il primo/secondo focus è stato quello di identificare le competenze principali agite tutti i giorni e a seguire le competenze

secondarie che le rendono possibile, attraverso la domanda di innesco; **"Se mi osservo come professionista che svolgo questo lavoro, cosa mi vedo fare"?**

Questa domanda ha facilitato e accompagnato il gruppo, ad esprimere il contenuto tecnico di ogni competenza esercitata nel lavoro quotidiano, rendendo ognuna ben identificabile, indipendente, rilevante. Inoltre, la formula (Soggetto+ verbo d'azione chi/che cosa+ con quali strumenti+ a quale scopo Identificabile- Rilevante- Richiedere conoscenze e capacità per essere svolto) ha agevolato i partecipanti a identificare e descrivere le competenze principali. Il terzo focus declina gli ambiti formativi, cioè quelle conoscenze e contenuti che alimentano il sapere, che ogni professionista trasferisce nel fare. Per guidare i partecipanti è offerta la domanda:

"**Quali sono i contenuti/conoscenze (saper) che fanno muovere il fare?"**

Così sono stati identificati i contenuti/conoscenze necessarie per imparare a svolgere una determinata competenza, la sua acquisizione, e, quindi, per ciascuna competenza principale è stato definito un Modulo formativo, con le sue Unita Formative Capitalizzabili identificate per specifiche necessità, per imparare a svolgere una determinata competenza. Un vero e proprio catalogo formativo dell'infermiere CECOS.

Il quarto e ultimo focus si è incentrato sul tema: con quale modalità di verifica si valuta il professionista sull'acquisizione della competenza principale?

Gli elementi definiti, con il lavoro di analisi, sono stati organizzati e raccolti nel "Manuale profilo di competenze Infermiere STM" documento elaborato e strutturato che permette di: visualizzare le competenze attese che caratterizzano il professionista infermiere (domini, macro-competenze e competenze); a ciascun livello corrispondono le conoscenze e i contenuti da acquisire attraverso gli ambiti formativi specifici. Sono stati individuati 2 domini che definiscono gli ambiti/temi di competenza dell'infermiere emergenza intraospedaliera. Per ogni dominio è stata individuata una macro-competenza (in totale n.13) che ne dichiara la funzione specifica, per ogni macro-competenza sono state individuate specifiche competenze (da un n. minimo di 5 ad un n. max di 9 per un totale di 75 competenze secondarie) che corrispondono alle capacità che il professionista deve possedere ed agire nell'esercizio delle sue funzioni specifiche all'interno del sistema Emergenza-Urgenza intra-ospedaliera.

Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi

Manuale "Profilo di Competenza degli infermieri STM"

(Coordinamento Emergenza - Centrale Operativa Sanitaria)

Gli elementi definiti, con il lavoro di analisi, sono stati organizzati e raccolti in un unico documento. Lo strumento elaborato permette di: · visualizzare le competenze attese che caratterizzano il professionista infermiere (domini, macro-competenze e competenze); misurare il livello di competenza raggiunta dal professionista: ogni competenza è valutabile con la scala Likert (punteggio da 1 a 5) che permette di attribuire a ogni livello di competenza il significato e relativo valore numerico (v. tabella 1). A ciascun livello corrispondono le performance raggiunte, rappresentare il livello raggiunto dal singolo professionista complessivamente e per ogni macro-competenza, rapportando i risultati al *cut off* minimo definito (punt. 3) corrispondente al livello "Competente" e ritenuto il livello minimo che devono possedere i professionisti per operare all'interno del sistema Emergenza-Urgenza Intra ospedaliera

Gli elementi definiti, con il lavoro di analisi, sono stati organizzati e raccolti in un unico documento. Lo strumento elaborato permette di:

- visualizzare le competenze attese che caratterizzano il professionista infermiere (domini, macro-competenze e competenze);
- misurare il livello di competenza raggiunta dal professionista: ogni competenza è valutabile con la scala Likert (punteggio da 1 a 5) che permette di attribuire a ogni livello di competenza il significato e relativo valore numerico (v. tabella 1).

A ciascun livello corrispondono le performance raggiunte. Il livello raggiunto dal singolo professionista complessivamente e per ogni macro-competenza, rapportando i risultati al *Cut Off* minimo definito (punt. 3) corrispondente al livello "Competente" è ritenuto il livello minimo che devono possedere i professionisti per operare all'interno del sistema Emergenza-Urgenza Intra ospedaliera

Per il mantenimento delle competenze, importante per i professionisti, l'utilizzo sistematico nella pratica, di uno strumento di auto-valutativo che analizza i bisogni formativi e facilita lo sviluppo e il livello di competenza. In tal modo si possono ottenere importanti informazioni sui profili di competenza basate sulle evidenze e contesto specifiche, le quali forniscono un valido aiuto nella strutturazione di interventi di sviluppo del personale che hanno come obiettivo il garantire una qualità elevata nella cura del paziente.

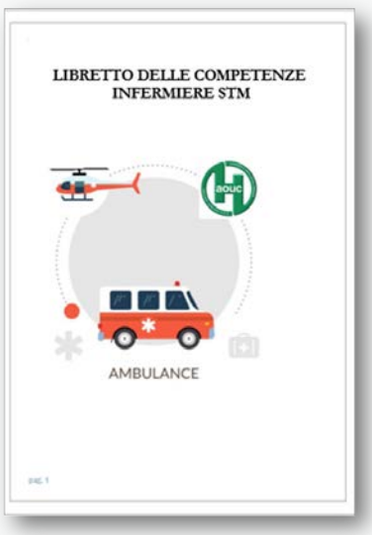
Tabella 1: Livelli di competenza nell'attività infermieristica clinica

Punteggio	Livello di Competenza
1	Novizio
2	Principiante Avanzato
3	Competente
4	Abile
5	Esperto

Rif.: Scala di Dreyfus-Dreyfus (1986): Bilancio di Competenza, Descrizione dei livelli posseduti.

Il Libretto delle competenze dell'Infermiere STM aiuta il professionista:

- sviluppare consapevolezza del proprio bagaglio culturale e professionale, ri-pensandolo e formalizzandolo "in termini di competenze" acquisite; rendere riconoscibili e trasparenti le competenze acquisite anche al di fuori dei contesti formali e sostenere in questo modo l'occupabilità e lo sviluppo professionale; stimolare un'abitudine alla documentazione delle esperienze anche non formali e informali; facilitare la rilevazione (attraverso il processo di supporto alla compilazione da parte di operatori esperti) degli aspetti più specialistici e quindi più qualitativi delle competenze che si possiedono. Il Libretto è funzionale perché:
- traccia in modo omogeneo ed attendibile il percorso formativo e professionale del professionista, dando visibilità al patrimonio complessivo della persona (formalizzato secondo il linguaggio delle competenze) e ai suoi punti di forza in termini di specializzazione e qualità della performance.



RISULTATI / RISULTATI ATTESI

- Miglioramento delle performance infermieristica in ambito di emergenza urgenza intraospedaliere.
- Sviluppo incrementale di competenze di leadership nella gestione dei pazienti in situazioni critiche, supporto tempestivo, e capacità di collaborare e operare in team work,

- Crescita delle competenze relazionali e comunicative, e di resilienza nella gestione dello stress e della tenuta emotiva.
- Sviluppo di un'identità professionale ancorata a principi etici, di autonomia, e aggiornamento continuo.

CONCLUSIONI

La riflessione sulla progettazione per competenze è divenuta centrale nello studio dei profili di ruolo, soprattutto nel settore sanitario. Si caratterizza perché porta a modificare il sistema in cui è inserito il professionista valutando diverse coordinate, in cui si mette in evidenza, il valore dell'esperienza, la centralità del soggetto e dell'apprendere ad apprendere, e il valore della formazione intesa come processo continuo"

Un vero e proprio cambiamento paradigmatico, in cui il singolo professionista godrà di maggiori garanzie sul riconoscimento della propria professionalità e avrà la possibilità di autovalutare le proprie competenze per inserirsi in percorsi formativi professionalizzanti individualizzati. Tutto ciò, ha come obiettivo principale la garanzia della qualità dei servizi sanitari, centrati sulla professionalità del capitale umano. I cittadini vedranno aumentate le loro tutele grazie allo sviluppo della competenza dei professionisti sanitari. Infatti, il profilo di ruolo degli infermieri STM sottolinea la necessità di una formazione completa e continua per sviluppare e mantenere le competenze necessarie per affrontare le sfide uniche di questo ambiente lavorativo, rimarca l'importanza nell' investire nel capitale umano e nella formazione del personale per garantire che gli infermieri siano adeguatamente preparati ad affrontare una vasta gamma di situazioni di emergenza ed a fornire un alto livello di assistenza ai pazienti.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri STM

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

6 mesi

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

L'implementazione del libretto digitalizzato è uno strumento fondamentale per monitorare le competenze. Il sistema digitalizzato offre punti di forza, tra cui:

- il tracciamento delle competenze,
- l'accessibilità e aggiornamento in real- time dei certificati corsi di aggiornamento (BLS, ACLS, PALS, BLSD ATLS)
- innovazione nelle linee guida e nelle pratiche di emergenza
- Auto valutazione delle competenze e orientamento all'autosviluppo.
- registrazioni delle simulazioni di emergenza.

Questo tipo di libretto digitale sarà utile per documentare in modo sistematico le competenze necessarie e tracciare i progressi nella formazione continua, essenziale per chi lavora in ambito di emergenze.

Radiologia domiciliare, una opportunità resiliente

2

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda USL Toscana Nord Ovest

UNITA' OPERATIVA

Radiologia d' Urgenza Pontedera (Pisa)

REFERENTE DEL PROGETTO

Dr. Alessandro Valeri

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
DR. ALESSANDRO VALERI
DR. ALESSANDRO BARSOTTI

ABSTRACT

Il progetto di radiologia domiciliare e territoriale costituisce un ponte tra il territorio e la medicina dei servizi, ad oggi mancante. Tale progetto si inserisce nell'ambito della telemedicina, precisamente la teleradiologia. La tecnologia rende possibile erogare prestazioni di radiodiagnostica (rx) direttamente al domicilio del paziente, in rsa, cure intermedie, distretti. Il processo radiologico viene espletato completamente presso il paziente, accettazione, esecuzione, refertazione, archiviazione.

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo del progetto e' quello di evitare il trasferimento in ospedale di pazienti cronici, allettati, critici, anziani, infetti, erogando prestazioni rx in prossimita' del domicilio o della struttura, garantendo I medesimi standard qualitativi diagnostici della prestazione ospedaliera.

OBIETTIVI SPECIFICI

Il progetto mira a ridurre il sovraffollamento improprio delle strutture ospedaliere, alleggerire il carico di lavoro dei trasporti sanitari e rappresenta una opzione determinante nella gestione dei pazienti infetti o fragili.

MATERIALI E METODI

Il progetto comporta un esiguo investimento tecnologico (30.000 euro circa ad apparecchiatura completa pack completo) ma permette un ingente risparmio di risorse, giornate di ricovero, trasferimenti in ambulanza. Il costo e la qualita'diagnostica della prestazione rx eseguita a domicilio e' assimilabile a quella eseguita in ospedale, il numero di prestazioni eseguibili nell'unita' di tempo sara' ovviamente inferiore.

Il progetto non prevede un incremento delle prestazioni rx, di conseguenza non dovrebbe essere necessario un incremento di organico. Le professionalita' coinvolte sono presenti in tutte le aziende sanitarie della regione e le prestazioni rx erogabili a domicilio vengono eseguite di routine.

L'aspetto formativo coinvolge I t.S.R.M., (formazione su nuova apparecchiatura e workflow)

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

Il servizio di radiologia domiciliare rappresenta una delle risposte resilienti alle attuali criticita' della sanita' pubblica. Con un investimento veramente irrisorio e molto "smart" si interverrebbe in modo concreto nella gestione di molti pazienti.

CONCLUSIONI

Il servizio di radiologia domiciliare dovrebbe essere implementato all'interno del dipartimento di radiodiagnostica di ogni azienda pubblica.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Le professionalita' coinvolte sono, medico specialista in radiodiagnostica (valutazione della giustificazione della prestazione) , tecnico sanitario di radiologia medica (ottimizzazione, esecuzione e archiviazione), fisico sanitario (norme di radioprotezione), mmg e specialisti (richiedenti la prestazione). Il servizio dovrebbe essere implementato in tutti gli ambiti territoriali.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Fase preliminare di acquisto dell'apparecchiatura. Prima fase di planning organizzativo e formazione del personale coinvolto. Fase sperimentale di almeno 6 mesi. Valutazione dei risultati, interventi di ottimizzazione e successiva entrata a regime del progetto, auspicabile entro 1 anno.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Auspicabile l'integrazione con un servizio di ecografia domiciliare.

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

Le maggiori aziende del settore propongono soluzioni integrate hardware/software dedicate all'impiego domiciliare. Le dimensioni dell'apparecchiatura rx sono assimilabili ad una macchina fotografica reflex, a batteria, associata ad un detettore rx ad elevata efficienza, in grado di garantire elevato rapporto segnale rumore dell'immagine anche senza l'impiego di griglie antidiffusione. Il software di acquisizione e post processing delle immagini permette la gestione in loco di tutte le fasi del processo radiologico.

3 Ambulatorio infermieristico territoriale

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Usl Toscana Sudest

UNITA' OPERATIVA

UOSD Pneumologia Territoriale

REFERENTE DEL PROGETTO

Dr. Claudio Panaro

AUTORE DEL PROGETTO

Dr. Claudio Panaro

ABSTRACT

In linea con i principi contenuti nel DM77 relativi alla Realizzazione di nuovi servizi ambulatoriali territoriali a gestione infermieristica, in considerazione del fatto che è sempre più crescente la richiesta dell'esame strumentale "spirometria semplice" indotta non solo dagli obblighi amministrativi dettati dalla nota 99 (BPCO) ma anche dalle nuove linee guida che prevedono il monitoraggio delle malattie che coinvolgono l'apparato respiratorio (asma, fibrosi polmonare BPCO et.), nasce la proposta del progetto pilota ad iso risorse per l'istituzione di un ambulatorio infermieristico territoriale dedicato al soddisfacimento dei bisogni di quei cittadini che per la malattia di cui sono affetti abbisognano di ripetuti controlli strumentali. Tale bisogno va ad incrementare una richiesta che si ripercuote sull'allungamento delle liste di attesa in quanto i posti a cup destinati alle prime visite pneumologiche vengono occupati per prenotare solo l'esame "spirometria semplice".

Avendo già a disposizione la strumentazione necessaria, per rispondere a criteri quali affidabilità sostenibilità ed efficacia diventa strategico affiancare all'ambulatorio specialistico pneumologico già presente presso il CSS Case nuove di Ceciliano 73/2 Arezzo (Struttura 0440, CSS Ceciliano – AR) dedicato alle prime visite, l'ambulatorio specialistico infermieristico che opera ad integrazione del primo e che ha come obiettivo principale il contenimento delle liste d'attesa ed il soddisfacimento dei bisogni del cittadino.

La governance dell'attività fa riferimento al Direttore dell'UOSD Pneumologia Territoriale Aziendale e all'Infermiere Capofila della Rete Aziendale di Assistenza Respiratoria Domiciliare. I servizi e le attività offerti nell'ambito delle

attività ordinarie svolte dal servizio sono già consolidati e strutturati e sono presenti nel nostro territorio da oltre 18 anni. Gli Infermieri operanti presso la Struttura esercitano l'attività specifica sia attraverso il contatto diretto con i Medici di Medicina Generale ed i Reparti ospedalieri, sia sul versante della domanda, creando occasioni di educazione della cittadinanza, formazione congiunta dei medici (generalisti e specialisti) e di tutto il personale sanitario, anche attraverso la diffusione delle linee guida e dei PDTA in uso nella nostra Azienda. In particolare nell'ambito dell'attività specialistica pneumologica territoriale, l'infermiere con elevata competenza può lavorare, anche con ampi margini di autonomia, e sempre nella logica di equipe, per una buona accoglienza e rivalutazione dei problemi portati dal paziente, con rafforzamento dell'empowerment-engagement, della compliance, della motivazione e capacità dello stesso a convivere attivamente con la cronicità, facendogli sentire così più vicino il servizio pubblico. I medici specialisti attraverso l'attività integrata svolta dagli Infermieri possono ottimizzare il proprio tempo e concentrarsi sull'enunciazione della diagnosi, la prescrizione terapeutica e degli esami utili per l'approfondimento diagnostico nonché attivare consulenze da parte di altri specialisti. L'operatività sinergica permette di individuare ogni piccolo segno di aggravamento (oggettivo o percepito) della patologia cronica ed andrà a ridurre significativamente gli accessi in Pronto Soccorso. l'attività permette di ottimizzazione le risorse, soprattutto dal punto di vista dei professionisti coinvolti, applicare i PDTA facendoli confluire nei PAI, in cui gli infermieri potranno agire da protagonisti dell'equipe e da case manager per venire incontro ad un ampio settore della domanda, supportando il paziente dalla manifestazione del bisogno fino al suo soddisfacimento, immettendolo in un percorso personalizzato, programmato e gestito in ogni sua fase.

Il progetto è caratterizzato inizialmente da una fase pilota che attraverso il monitoraggio degli indicatori permetterà di valutare l'effettivo impatto sulle liste di attesa e la possibilità di diffusione in altri contesti territoriali.

PUNTI CHIAVE ALLO START-UP:

FASE 1

Individuazione degli attori, Medici e Infermieri, ai quali, in base al livello di competenza ed al profilo professionale di appartenenza affidare la responsabilità delle varie fasi dell'attività (skill-mix). In particolare il medico di medicina generale potrà richiedere l'esame "spirometria semplice" con ricetta dematerializzata da consegnare al paziente che attraverso il cup potrà prenotarlo su un punto erogante dedicato, questo permetterà di non occupare i posti dedicati alla visita specialistica con punto erogante dedicato diverso dal precedente.

L'attività integrata, caratterizzata dal fatto che sia l'ambulatorio medico (prima visita) che l'ambulatorio infermieristico (spirometria semplice) operano in parallelo e garantirà che l'esame spirometrico possa essere refertato da parte degli specialisti pneumologi in tempi brevi ed eviterà quindi che i pazienti debbano ritornare in ambulatorio per il ritiro del referto medico.

FASE 2

Gli interventi sono finalizzati alla gestione di tutti i pazienti che abbisognano di eseguire l'esame spirometrico per l'attivazione o il rinnovo del piano terapeutico (vedi nota 99) o che per varie ragioni devono solo effettuare un controllo strumentale, a tal proposito è necessario:

1. Effettuare una distinzione oggettiva sia a livello di prescrizione (MMG) che di prenotazione (CUP, con Punto Erogante dedicato) tra gli utenti che abbisognano della sola Spirometria Semplice e quelli che invece devono effettuare anche la Visita Specialistica Pneumologica
2. Diffondere la codifica presente nel nomenclatore regionale relativa alla possibilità di prenotare la sola Spirometria Semplice (Codifica 2170)
3. Aggiornare i MMG sulla procedura prescrittiva della sola Spirometria Semplice e le modalità di invio della richiesta per essere gestita dall'Ambulatorio infermieristico.
4. Individuare le giornate da dedicare all'attività e i relativi posti da mettere a disposizione per la prenotazione, da far coincidere possibilmente con l'attività ambulatoriale ordinaria già strutturata (per garantire che l'esame possa essere refertato dallo Specialista presente in Ambulatorio).

FASE 3

Una volta definiti gli aspetti di cui sopra, saranno programmati i processi informativi dei Team, a cura del personale medico/infermieristico della UOSD Pneumologia Territoriale e della Rete di Assistenza Respiratoria domiciliare. Tale articolazione promuoverà la possibilità di formare nuovo personale per la diffusione delle modalità operative nelle altre zone dell'Azienda.

FASE 4

Giunti a regime, il monitoraggio degli indicatori permetterà di valutare l'effettivo impatto delle attività ricomprese nel progetto e le possibilità di diffusione in altri contesti territoriali.

OBIETTIVI SPECIFICI

Riduzione liste di attesa ottimizzazione risorse

MATERIALI E METODI

- Recepimento linee di indirizzo riportate nel Decreto 23 Maggio 2022, n°77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale
- Revisione Nota AIFA n°99 per la prescrizione della terapia inalatoria di mantenimento nei pazienti con BPCO
- Revisione linee guida per la diagnosi ed il trattamento dell'asma GINA 2024
- Revisione sistematica del database relativo all'attività ambulatoriale svolta nell'anno 2024 dalla UOSD Pneumologia Territoriale
- Rilevazione percentuale delle richieste inappropriate prenotate sul punto erogante dedicato alle prime visite attraverso la revisione dei piani di lavoro
- Redazione progetto di miglioramento

- Richiesta di attivazione codifica presente nel nomenclatore regionale relativa all'esame "spirometria semplice" all'ufficio Agende dell'Azienda
- Individuazione personale sanitario coinvolto nel progetto
- Redazione percorso formativo rivolto al personale coinvolto per l'acquisizione delle competenze necessarie

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

1) Tempi di esecuzione dell'esame < 30gg = 100%

2) Numero esami eseguiti / Numero esami richiesti = 100%

CONCLUSIONI

la fase pilota ha permesso di raggiungere tutti gli obiettivi proposti

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermiere, Medico specialista pneumologo

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

3 mesi

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Il progetto è caratterizzato inizialmente da una fase pilota (3 mesi) e attraverso il monitoraggio degli indicatori è possibile valutare l'effettivo impatto sulle liste di attesa e la possibilità di diffonderlo in altri contesti territoriali.

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

Cabina spirometrica quark PFT Cosmed, Pc aziendale

4 Il Caring e il Caring Massage®: con-tatto e affettività nelle relazioni di cura

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda USL Toscana sudest

UNITA' OPERATIVA

Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico

REFERENTE DEL PROGETTO

Infermiere Beatrice Pisani

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	AFFERENZA
Vianella Agostinelli	Direttore Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche
Silvana Mecheroni	Inf. con Incarico di organizzazione pratica e processi professionali Area Provinciale Grossetana
Silvia Belluccci	Responsabile Inf. formazione e ricerca e lean management Referente lean Aziendale
Andrea Panconi	Inf Area Emergenza Urgenza Team Leader Aziendale Caring Massage®
Viviana Romano	Infermiere UO Pediatria Inf. curatore comunità di pratica Caring Massage® Area Provinciale Grossetana
Pina Termini	Infermiere UO Dialisi Inf. referente comunità di pratica Caring Massage® Area Provinciale Grossetana
Anna Carbonai	Infermiere Specialista UO oncologia Inf. referente comunità di pratica Caring Massage® Area Provinciale Aretina
Alessandra Costantini	Infermiere UO ortopedia Inf. referente comunità di pratica Caring Massage® Area Provinciale Aretina
Annalisa Pennetti	Infermiere famiglia e comunità Inf. curatore comunità di pratica Caring Massage® Area Provinciale Senese
Giusi Enia Marrocco	Infermiere Cot Aziendale Inf. referente comunità di pratica Caring Massage® Area Provinciale Senese
Beatrice Pisani	Inf. con Incarico di organizzazione processi clinici assistenziali integrati Area Provinciale Grossetana beatrice.pisani@uslsudest.toscana.it

ABSTRACT

Il professionista sanitario, impegnato in un sistema complesso, sollecitato da importanti cambiamenti socio-culturali, può trovare un valido supporto in una formazione che mira a integrare gli aspetti tecnico-scientifici con quelli relazionali e comunicativi della cura. Il Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche della TSE ha scelto di investire da tempo su una visione professionale orientata alle Cure basate sulla Relazione. Il Caring Massage®, rappresenta, quindi insieme alle competenze infermieristiche di natura tecnica, relazionale ed educativa, una **competenza fondamentale della cura**, ed è risorsa e strumento prezioso nella relazione infermiere-persona assistita. Nell'agire quotidiano, infatti, gli infermieri si confrontano con il corpo, con il suo sentire, con i suoi vissuti, con ciò che esprime e produce. Il *caring* rimanda a significati di accoglienza e accudimento, di cura intesa come "pratica" che, mossa dall'intenzione di procurare beneficio all'altro, si qualifica per l'assunzione di responsabilità verso il suo essere e si attualizza in modi relazionali che attestano rispetto, reverenza, premura e sollecitudine (Mortari e Saiani, 2013) Una buona azione di caring nell'infermieristica riguarda sia il modo con cui un infermiere concepisce il suo "fare" sia il modo con cui egli mette in atto azioni concrete. Ogni azione di cura si traduce in "atti", in gesti che nell'assistenza infermieristica non possono essere concepiti come semplice azione tecnica, perché sono, invece, veicolo di relazione, di caring. Il Caring Massage® è un **con-tatto intenzionale e consapevole,** poggia su una visione filosofica dell'uomo e della cura (Mortari 2015, Marsaglia et al,2019), i gesti dell'aver cura sono mediati dal contatto, che deve essere agito in modo specifico dall'infermiere, nella ricerca dell'incontro con l'altro. Trasformare la gestualità quotidiana dell'assistenza in occasione di cura autentica e di presenza, significa "ingentilite" i gesti, passare da gesti tecnici a gesti di invito, di apertura, di contatto e di accoglienza per garantire la migliore presa in cura della persona assistita. Questa competenza si acquisisce attraverso una **formazione specifica**, che ha come obiettivo quello di accompagnare gli infermieri verso la gentilezza del gesto di cura. Il riconoscere la relazione mediata dal con-tatto come espressione di una competenza relazionale, da acquisire e sviluppare, consente di ripensare ai percorsi formativi per gli studenti e per gli infermieri stessi. Il Dipartimento Infermieristico e Ostetrico, attraverso il Caring Massage®, persegue due obiettivi, sostenere i professionisti della cura e offrire alle persone assistite un insieme di sapere specifico per la pratica di cure ristrutturanti (Manifesto fondazione della scuola Cespi Torino, 2015) Questi, i presupposti per costruire una modalità condivisa dell' avere cura, in cui relazione, corporeità e affettività non sono negate, ma riconosciute e valorizzate in modo consapevole.

OBIETTIVO GENERALE

La *vision* del Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche della TSE si realizza nella proiezione di uno scenario futuro che rispecchia i valori fondanti dell'esercizio delle professioni infermieristica e ostetrica ed è accomunata dall'atto del "caring", del prendersi cura della persona assistita, come mezzo per aiutare le persone a mantenere un buono stato di salute, a favorire il processo di cura e di guarigione o ad incontrare una morte dignitosa. Il Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche della TSE, ha scelto di investire da tempo su una visione professionale orientata al modello Cure basate sulla Relazione. Il Caring Massage®, rappresenta, quindi insieme alle competenze infermieristiche di natura tecnica, relazionale ed educativa, una **competenza fondamentale della cura**, ed è risorsa e strumento prezioso nella relazione infermiere-persona assistita nei vari ambiti assistenziali.

Il Dipartimento Infermieristico, attraverso il Caring Massage®, persegue essenzialmente tre obiettivi:

1. *aiutare* i professionisti della cura nel trasformare la loro quotidiana gestualità in movimenti consapevoli e intenzionali attraverso i quali l'affettività, la relazione e il mondo delle emozioni e dei sentimenti sono riconosciuti e valorizzati
2. *offrire* alle persone assistite un insieme di saperi specifico per la pratica di cure ristrutturanti quali gestione dello stress psico-fisico, dell'ansia, del dolore acuto e cronico, del disturbo del sonno, nel sostegno per ritrovare la

dimensione corporea del contatto dopo traumi e posture obbligate, dell' ansia prima d' interventi chirurgici o manovre invasive

3. *promuovere* il benessere del curante quando viene avvertito un disagio personale o lavorativo. Trova indicazione nel trattamento di stress psico-fisico, burn-out e/o compassion fatigue, disturbi del sonno, stati d'ansia, dolore acuto o cronico e difficoltà nella comunicazione

OBIETTIVI SPECIFICI

a. *formazione del personale* sono stati formati settantadue infermieri esperti in Caring Massage® assegnati ai setting ospedalieri e territoriali, ventiquattro per ciascuna area provinciale dell'Azienda TSE. Per acquisire le competenze specifiche, il percorso formativo prevede la partecipazione a cinque giornate formative, per un totale di quaranta ore. A sostegno dei percorsi formativi i formatori della Scuola "Con-tatto e affettività nelle relazioni di cura-Caring Massage®" di Torino, la Dott.ssa Maddalena Galizio (fondatrice della Scuola), Dott.ssa Daniela Resta Sono state organizzate anche giornate di sensibilizzazione di "con-tatto e affettività" dedicate al personale assegnato alle unità operative di oncologia , nei setting di degenza e nei corsi di laurea infermieristica

b. *costituzione della comunità di pratica* una per ogni area provinciale (aretina, senese, grossetana) La programmazione di incontri mensili ad opera dell'infermiere "curatore" e del "referente" di ciascuna comunità, offrono l'opportunità agli infermieri esperti in caring massage di praticare il massaggio e sviluppare il confronto su tematiche d'interesse mantenendo vive le competenze acquisite durante il percorso formativo

c. *realizzazione della consulenza infermieristica* Caring Massage® nei setting di degenza ospedalieri, territoriali e domicilio a favore della persona assistita Gli infermieri referenti/Infermieri di famiglia e comunità che hanno in cura l'assistito, possono chiedere la consulenza del collega esperto Caring Massage® nell'ambito di percorsi di cura, oncologici, di cure palliative e accompagnamento nel fine vita per gestire dal punto di vista olistico i bisogni assistenziali della persona

d. *attivazione e apertura ambulatori Caring Massage® nelle tre aree provinciali che costituiscono l'Azienda* Gli ambulatori permettono la ricezione di consulenze a favore di assistiti e di curanti Gli infermieri esperti in Caring Massage®, a titolo gratuito, programmano gli appuntamenti dando continuità anche sul territorio. Il progetto condiviso con la rete aziendale del benessere organizzativo, offre al curante la stessa possibilità previa visita e valutazione del medico competente, a loro disposizione un pacchetto di otto trattamenti

e. *misurare gli esisti assistenziali* attraverso il *modello GNNN L'infermiere* elabora il piano assistenziale personalizzato della persona seguendo le sei fasi della pianificazione: accertamento infermieristico/scale mirate/identificazione modelli disfunzionali (Gordon), elaborazione diagnosi infermieristica secondo la tassonomia Nanda International (N), identificazione nursing outcomes classification (N) e applicazione nursing interventions classification (N) Gli esiti assistenziali ottenuti, permettono di misurare i risultati e registrare i cambiamenti nello stato di salute

RISULTATI ATTESI

Migliorare la presa in cura della persona assistita dal punto di vista olistico

Sviluppare la qualità delle cure e la continuità ospedale-territorio

Promuovere la cultura caring e il benessere organizzativo

Raccogliere e valutare gli esiti assistenziali

CONCLUSIONI

Il fulcro dell'attività, lo scopo fondante, del Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche è di assicurare cure empatiche e un' assistenza personalizzata e di qualità alle singole persone

In quest'ottica due sono i poli che interagiscono, l'assistenza infermieristica e la persona. L'assistenza infermieristica richiede relazioni di fiducia, mira a rendere la persona capace di migliorare, di mantenere o di recuperare la salute, di affrontare problemi di salute e di realizzare la migliore qualità di vita possibile, quale che sia la sua malattia o disabilità, fino al fine vita; la persona rappresenta un sistema complesso e adattivo quando a causa di un problema di salute si crea una condizione che porta alla riduzione della propria autonomia, in questo caso la persona deve necessariamente sentirsi libera e non giudicata nella loro difficoltà o debolezza.

Il Caring Massage® rappresenta lo strumento, non riconducibile a una tecnica, che focalizza la sua essenza nella comunicazione-relazione, nella presenza per l'altro, attraverso una gestualità caring prudente, presente e trasparente che, coniugata con un trattamento a pressione moderata, risponde al bisogno di riconoscimento e di sicurezza della persona in condizione di vulnerabilità (Manifesto fondazione della Scuola "Con-tatto e affettività nelle relazioni di cura-Caring Massage®" di Torino).

E' nel gesto di cura intenzionale che si realizza un contatto educato e guidato da una precisa postura mentale, dove l'infermiere manifesta la scelta di esserci ed è nella qualità del gesto che esprime l'intenzionalità caring.

Diffondere la cultura del Caring Massage®, rappresenta il presupposto per costruire una modalità condivisa del *prendersi cura della persona*, in cui relazione, corporeità e affettività non sono negate, ma riconosciute e valorizzate in modo consapevole e intenzionale.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri, medico competente servizio prevenzione e protezione

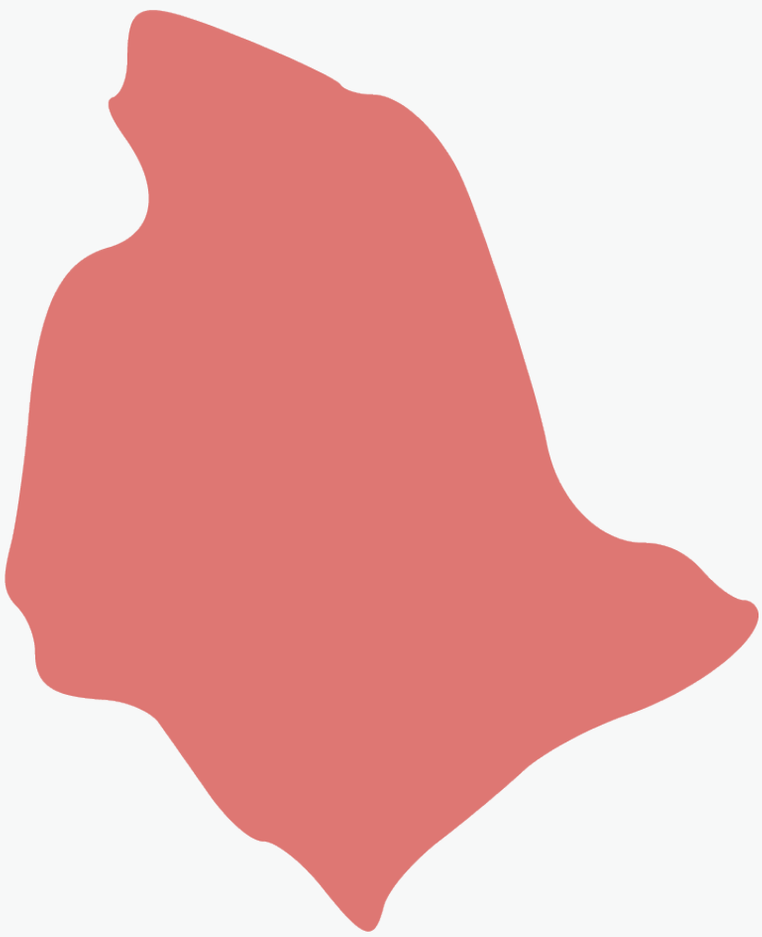
TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Dicembre 2025

BIBLIOGRAFIA

1. Manifesto di fondazione della scuola in. https://site.cespicomunica.org/wp-content/uploads/2018/04/Manifesto-Scuola-Caring-massage.pdf
   (ultima consultazione 24 gennaio 2020)
2. Marsaglia C, Resta D, Galizio M, "Contatto e affettività nelle relazioni di cura" Caring Massage "L'infermiere", (2), 2019
3. De Luca E, Papaleo L, "Il Nursing del contatto: l' esperienza del tocco e l'affettività nelle cure infermieristiche", L'infermiere, 39-41, 2010
4. Mortari L, Saiani L, gesti e pensieri di cura McGraw-Hill, 2013

UMBRIA



Bed Management
Progetto Cingolo e Fast track

1

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

UNITA' OPERATIVA

Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico

REFERENTE DEL PROGETTO

Daniele Torroni

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	
DANIELE TORRONI	GABRIELLA CARNIO

ABSTRACT

Il sovraffollamento nei Pronto Soccorso rappresenta una sfida critica per la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria. L'Azienda Ospedaliera di Perugia ha implementato strategie organizzative per contrastare questo fenomeno, tra cui il Progetto Cingolo e i percorsi Fast Track.

Il Progetto Cingolo prevede una distribuzione predefinita dei ricoveri tra i reparti di Area Medica, assicurando una gestione più efficiente dei posti letto e promuovendo dimissioni precoci e protette. I risultati ottenuti nel primo periodo di applicazione (novembre 2023 - gennaio 2024) evidenziano una riduzione delle giornate di degenza (-2.179), un miglioramento dell'appropriatezza clinica e un risparmio economico significativo (circa 1,5 milioni di euro).

Parallelamente, i percorsi Fast Track, attivati per le specialità di Oculistica e Otorinolaringoiatria, consentono ai pazienti con urgenze minori di accedere direttamente agli specialisti, riducendo i tempi di attesa, l'affollamento e il tasso di abbandono volontario.

L'adozione di queste misure è supportata da un Tavolo Tecnico Permanente, formato da Direttori delle Strutture di Area medica, Dirigenti Medici di Direzione Ospedaliera e dal Team Bed Management. Leva strategica del processo di ottimizzazione delle dimissioni è il Team Bed Management, con l'obiettivo di migliorare il flusso dei pazienti e l'integrazione tra ospedale e territorio. I dati preliminari confermano l'efficacia di tali strategie nel migliorare l'efficienza organizzativa e la qualità dell'assistenza.

OBIETTIVO GENERALE

Lo scopo del presente percorso è quello di applicare un metodo di distribuzione dei ricoveri dal Pronto Soccorso nei reparti afferenti all'Area Medica, migliorando l'appropriatezza del ricovero stesso e mettendo in atto strategie per una dimissione precoce e protetta.

OBIETTIVI SPECIFICI

Ogni reparto di Area Medica riceve quotidianamente un numero definito di ricoveri da Pronto Soccorso per ogni giorno dell'anno.

MATERIALI E METODI

L'organizzazione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia in situazioni di sovraffollamento del Pronto Soccorso è regolamentata da procedure aziendali ben definite, al fine di ottimizzare ed uniformare le modalità operative. Nello specifico, per far fronte ai diversi eventi imprevisti che possono impattare sulle risorse ospedaliere e in primis sul servizio di Pronto Soccorso, sono state redatte le seguenti Procedure Operative:

- Procedura per la gestione del PEIMAF (Piano di Emergenza Interno Massiccio Afflusso Feriti);
- Procedura Operativa: Iperafflusso in Ospedale in caso di Epidemia influenzale/Ondate di calore;
- Istruzione Operativa Team Bed Management.

L'obiettivo comune è il riorientamento delle attività di consulenza e diagnostica e un supporto all'attività di ricovero verso il presidio ospedaliero più appropriato.

Al fine di garantire una presa in carico del problema e consentire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini che si rivolgono ai Pronto Soccorso, la Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera di Perugia ha introdotto, inoltre, strategie mirate al contenimento/eliminazione del fenomeno del sovraffollamento con azioni organizzative quali:

α. progetto "cingolo";
β. attivazione di percorsi Fast Track da Pronto Soccorso verso le branche di Oculistica e Otorinolaringoiatria in caso di pazienti con patologia esclusiva della specialità.

RISULTATI

L'implementazione del "Progetto Cingolo" ha portato a una riduzione dei giorni di degenza complessivi (-2.179), con un risparmio economico di circa 1,55 milioni di euro. Il Fast Track ha migliorato il flusso dei pazienti, riducendo i tempi di attesa e aumentando la soddisfazione dell'utenza.

CONCLUSIONI

Il periodo di riferimento preso in oggetto per effettuare una valutazione di confronto è il periodo novembre/dicembre 2022 – gennaio 2023 (Tab.1, colonne A e B) a confronto con novembre/dicembre 2023 – gennaio 2024, periodo di attuazione del percorso attuato, che è stato avviato in data 18/11/2023 (Tab. 2, colonne C e D).

PROGETTO CINGOLO, dati a confronto							
	A	B	A+B	C	D	C+D	(C+D) - (A+B)
	Anno 2022 Nov. – Dic.	Anno 2023 Gen.	Totale	Anno 2023 Nov. – Dic.	Anno 2024 Gen.	Totale	Totale
Numero Pazienti	1.803	899	2.702	1.830	847	2.677	-25
Degenza Media (gg)	10,53	9,79		9,33	9,03		-3,16
Degenza Media Trimmata (gg)	9,15	8,65		8,65	8,16		-1,49
Peso medio DRG	1,25	1,24		1,26	1,29		0,03
Giornate Degenza	17.230	8.259	25.489	15.662	7.648	23.310	-2.179

I dati riportati in tabella mettono in evidenza un significativo miglioramento degli indicatori di appropriatezza organizzativa, quali:

- Riduzione gg di degenza media, pur mantenendo un numero sovrapponibile di pazienti accettati (-25);
- Aumento del peso medio DRG (0,03);
- Riduzione significativa delle giornate di degenza complessive (-2.179).

Inoltre, sono stati liberati slot per l'esecuzione di esami strumentali e diagnostici e si è provveduto all'ottimizzazione delle risorse umane, con un conseguente efficientamento dei costi complessivi.

Nel 2023 la Società Scientifica di Medicina Interna (FADOI) ha condotto un'indagine su 98 strutture ospedaliere del territorio italiano, dalla quale emerge che i ricoveri nei reparti di medicina interna sono circa 1 milione l'anno e che almeno metà di questi riguardano soggetti over 70. Inoltre, più del 50% di questi prolunga mediamente di una settimana il ricovero oltre le necessità sanitarie, portando a circa 2 milioni le giornate di degenza in eccesso.

Considerando che il costo medio di una giornata di degenza è pari a 712 euro (dati OCSE), la spesa sanitaria ammonta a oltre un miliardo e mezzo l'anno.

I dati dell'Azienda Ospedaliera di Perugia risultano in linea con la survey, mostrando che i pazienti ricoverati con il "Cingolo" presso reparti di area medica hanno un'età media di 73,1 anni, mentre l'età mediana e l'età modale risultano pari a 78 e 85 anni, rispettivamente. Per quanto riguarda, invece, la spesa sanitaria, la riduzione di 2.179 giornate di degenza ha portato ad un risparmio economico di 1.551.448,00 euro.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Direttore Sanitario, Direttori strutture degenza area medica, Dirigenti Medici delle UO di Area Medica, Dirigenti Medici Direzione Medica, Coordinatori Infermieristici strutture di degenza di Area Medica, Direttore della Centrale Operativa 118, Coordinatore Infermieristico CO 118,Team Bed management.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Attivato in via sperimentale per di 3 mesi da Novembre 2023 a gennaio 2024.

Valutata la positività della sperimentazione a gennaio 2024 è stato reso strutturale.

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

Utilizzo di software gestionali in uso (Galileo, FirstAidWeb), utilizzo di sistema di business intelligence (QlikSense), Applicativi Windows

2 Attivazione di un ambulatorio infermieristico per la gestione dello scompenso cardico in integrazione ospedale territorio

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Ospedaliera di Perugia

UNITA' OPERATIVA

S.I.T.R.O. Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico

REFERENTE DEL PROGETTO

Dott. Castelletti Gianluca

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
GIANLUCA CASTELLETTI
SIMONE CAPPANNELLI
GABRIELLA CARNIO
TROTTA MONICA

ABSTRACT

Il trattamento dello scompenso cardiaco si basa su un approccio multidisciplinare allo scopo di favorire un modello organizzativo basato sull'appropriatezza, presa in carico e continuità delle cure.

Il progetto di un ambulatorio infermieristico clinicizzato, operante secondo logica di Value Based Healthcare e condizioni organizzative per generare valore in termini di esiti per il paziente, è una opportunità innovativa.

Per realizzarlo è stato disegnato un setting organizzativo agile basato su: appropriatezza, tempestività di presa in carico, definizione di percorsi utili a liberare capacity, riduzione liste di attesa per garantire benessere e "qualità di vita".

Il ruolo infermieristico, nel trattamento dello scompenso cardiaco, è supporto importante per pazienti e caregiver

per ottenere interventi educativi e coordinamento del processo di cura.

Il progetto prevede, alla dimissione da reparto, la valutazione del rischio clinico da parte del personale medico con Maggic Risk Score corretto per NTproBNP e la valutazione del rischio assistenziale effettuata da parte del Nurse e/o Coordinatore del reparto dimettente utilizzando la Scala di Brass che restituisce il livello di rischio assistenziale classificato in basso, medio o alto. Le valutazioni vengono effettuate per tutti i pazienti con scompenso cardiaco come diagnosi principale (o secondaria nella fase a regime). Il follow up infermieristico si esegue nell'ambulatorio dedicato, con frequenza variabile in base al rischio assistenziale del paziente.

L'infermiere, dopo segnalazione dal reparto, attiva la presa in carico entro 7 giorni, seguita da visita cardiologica entro 30 giorni dalla dimissione.

Durante follow up l'infermiere effettua: valutazione multidimensionale per autonomia, stato nutrizionale, aderenza terapeutica, oltre rilevazione di alcuni parametri clinici.

In caso di necessità secondo score clinici, come aumento di peso, può procedere all'adattamento della terapia in linea con OHM-CHF Study.

Valutazione multidimensionale e monitoraggio parametri potranno restituire, in base allo score, indicazione a teleconsulto medico, adattamento terapia diuretica, segnalazione paziente al Medico di Medicina Generale, necessità di consulenza specialistica per problematiche relative a stato nutrizionale, counseling con infermiere specialista ed eventuale contatto con il caregiver.

OBIETTIVO GENERALE

Attraverso uno studio di fattibilità l'ambulatorio si pone come obiettivo quello di creare un percorso assistenziale per la gestione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco, che consenta loro di fornire un supporto completo e continuativo, migliorando la qualità di vita e riducendo il rischio di riacutizzazioni e ospedalizzazioni.

L'ambulatorio ha rivisto il percorso del paziente secondo una logica Value Based Healthcare (VBHC), definendo le migliori condizioni organizzative utili alla generazione di valore in termini di esito del percorso di cura dal punto di vista del paziente garantendo continuità assistenziale e tempestività di accesso ai servizi in un'ottica di integrazione ospedale-territorio.

OBIETTIVI SPECIFICI

Il progetto interaziendale per l'attivazione dell'ambulatorio infermieristico, si pone l'obiettivo di favorire un modello organizzativo basato sul concetto di appropriatezza, presa in carico e continuità delle cure, attraverso:

- Tempestività nella presa in carico;
- Migliore aderenza alla terapia;
- Continuità del percorso di cura e del follow up;
- Miglioramento del benessere e della qualità della vita;
- Diminuzione delle re-ospedalizzazioni per deterioramento delle condizioni di salute.

MATERIALI E METODI

Nella fase sperimentale di avvio del progetto è stata prevista l'apertura dell'ambulatorio dalle ore 8 alle ore 14, un giorno a settimana. La procedura viene applicata a tutti i pazienti affetti da scompenso cardiaco dimessi con DRG 127 come prima diagnosi e che necessitano di assistenza infermieristica ambulatoriale. Tale fase coinvolge per l'AO di Perugia la SC di Cardiologia e Fisiopatologia Cardiovascolare e per la USL Umbria 1 la UOC di Cardiologia e UTIC.

Nelle fasi successive a quella sperimentale è previsto il coinvolgimento dei pazienti affetti da scompenso cardiaco dimessi dalle SSCC di Cardiologia e Fisiopatologia Cardiovascolare, Area Scompenso, UTIC e Cardiologia Semi-Intensiva, Medicina Interna, Geriatria, Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Malattie Infettive con diagnosi di dimissione DRG 127, residenti nel territorio di competenza dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Per l'avvio e il funzionamento dell'Ambulatorio si è previsto:

- Un team di 2 infermieri specialisti in SC per singolo ambulatorio;
- Infermieri formati alla gestione di pazienti con scompenso cardiaco;
- Timing contatto telefonico: 15 minuti;
- Timing prima visita: 60 minuti;
- Timing follow up: 45 minuti;
- Disponibilità giornaliera di 6 ore, dalle 8 alle 14; 5 giorni a settimana.

Durante lo svolgimento delle proprie attività, il personale infermieristico si avvarrà dell'utilizzo della scheda di Brass, della scheda di valutazione multidimensionale, della scheda per la variazione terapeutica e della scheda di valutazione telefonica.

Gli infermieri coinvolti e operanti negli ambiti sopra indicati e nell'ambulatorio infermieristico dedicato hanno ricevuto una formazione specifica nella gestione dello scompenso cardiaco.

L'attività formativa ha avuto lo scopo di:

- Supportare la conoscenza dello scompenso cardiaco e della sua gestione;
- Supportare lo sviluppo di competenze cliniche esperte per svolgere ruoli infermieristici specialistici per scompenso cardiaco;
- Fornire le conoscenze e le competenze necessarie per funzionare come membro integrante di un team multidisciplinare HF;
- Supportare nello sviluppo di competenze per l'apprendimento permanente;

RISULTATI/ RISULTATI ATTESI

- Migliore aderenza terapeutica;
- Miglioramento della qualità di vita;
- Riduzione delle liste di attesa;
- Riduzione dei ricoveri ospedalieri e ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse con conseguente riduzione dei costi complessivi del sistema sanitario.

CONCLUSIONI

L'Ambulatorio infermieristico per la gestione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco nasce con lo scopo di sperimentare un modello assistenziale che pone il paziente al centro del processo di cura.

L'interazione costante tra le diverse figure sanitarie vuole garantire una risposta integrata e completa alle necessità assistenziali di questi pazienti offrendo competenze professionali diverse e continuità delle cure durante la transizione tra ospedale e territorio.

All'interno di questo modello assistenziale multidisciplinare, un ruolo fondamentale ha l'intervento informativo-educativo, singolo e/o di gruppo, per supportare gli assistiti a maturare nuovi comportamenti, finalizzati a sviluppare pratiche di self care e auto monitoraggio, per migliorare l'aderenza ai trattamenti e rendere i pazienti ed i loro caregiver in grado di adottare misure pronte ed efficaci di prevenzione e contrasto dell'instabilizzazione clinica.

L'analisi di fattibilità ha dato l'opportunità alla professione infermieristica di focalizzare gli interventi attuati sia in autonomia che in collaborazione con la professione medica e riabilitativa.

L'attivazione dell'ambulatorio infermieristico rappresenta uno dei progetti pilota per la presa in carico delle patologie croniche, a cui è prevista che segua l'estensione metodologica ad ulteriori cronicità.

A completamento del percorso di miglioramento e per monitorare il corretto avanzamento delle misure di implementazione e l'ottenimento dei benefici individuati, il percorso prevede l'utilizzo di un sistema di monitoraggio di indicatori di esito e di percorso.

Il sistema di monitoraggio degli esiti prevede l'utilizzo di:

CROMS (CLINICIAN-REPORTED OUTCOME MEASURES)

- Mantenimento classe NYHA nel tempo;
- Miglioramento indici PNE;
- Conservazione frazione di eiezione.

PREMS (PATIENT REPORTED EXPERIENCE MEASURES)

- "NHS adult inpatient survey".

PROMS (PATIENT REPORTED OUTCOME MEASURES)

- Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire 12

Il progetto "Percorso ambulatoriale infermieristico per lo scompenso cardiaco" ha vinto il primo premio nella settima edizione del Lean Healthcare Award 2024. Il premio, riservato alla categoria Value Based Healthcare ha ottenuto il riconoscimento di "maggiori risultati" per l'impatto positivo delle azioni migliorative intraprese, finalizzate a ottimizzare la presa in carico e la cura dei pazienti, con particolare attenzione alla sostenibilità economica del percorso di trattamento.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

È stato individuato un gruppo di lavoro interaziendale composto dalle seguenti figure:

Per l'AO di Perugia, i Direttori delle SSCC di Cardiologia e Fisiopatologia Cardiovascolare, Area Scompenso, UTIC e Cardiologia Semi-Intensiva, Medicina Interna, Geriatria, Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Malattie Infettive, la Direzione infermieristica, l'IFO responsabile della piattaforma ambulatoriale e gli infermieri afferenti alla degenza e all'area ambulatoriale.

Per l'Azienda USL Umbria 1, il Direttore ff di UOC Cardiologia UTIC, la Direzione infermieristica, l'IFO di Cardiologia e UTIC dell'Ospedale di Gubbio Gualdo Tadino, gli infermieri afferenti alla degenza e all'area ambulatoriale.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

L'ambulatorio è stato attivato da novembre 2024 con una fase sperimentale e una durata prevista di circa 6 mesi.

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

Attualmente è presente un software per la gestione della CCA ed è previsto l'inserimento della scheda multidimensionale al suo interno.

La valutazione multidimensionale è fruibile in modalità elettronica, ed è stato oggetto di automatizzazione, questo oltre a rendere più semplice ed immediata la compilazione e fruizione da parte dell'infermiere, restituisce in modo automatico gli score, i vari suggerimenti e consente la raccolta dei dati per poter monitorare nel tempo l'evoluzione dello stato del paziente.

RIFERIMENTI NORMATIVI BIBLIOGRAFIA

- Piano Nazionale Cronicità recepito con Delibera Giunta Regione Umbria n. 1600 del 28.12.2016
- Piano Regionale Cronicità Umbria
- Plain Language, https://www.plainlanguage.gov/about/definitions/
- PNE 2022 https://pne.agenas.it/risultati/tipo4/intr_struasl4_HC.php?ind=59&tipo=4#
- Ministero della Salute. Ricoveri ospedalieri (SDO)
- http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri.jsp-2012
- ISTAT https://www.istat.it/it/salute-e-sanita
- Donatella Radini, Gioia Sola, Nadia Zeriali, Eliana Grande, Franco Humar, Luigi Tarantini, Giovanni Pulignano, Kira Stellato, Giulia Barbati, Andrea Di Lenarda. Obiettivi, organizzazione e attività di un Ambulatorio Infermieristico Cardiologico di Continuità Assistenziale, G Ital Cardiol 2016;17(5):377-387

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE PER L'ACCESSO VASCOLARE : PROGETTO DI UN "TEAM AZIENDALE"

3

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

A.O. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA DI PERUGIA

UNITA' OPERATIVA

S.I.T.R.O. SERVIZIO INFERMIERISTICO TECNICO RIABILITATIVO OSTETRICO

REFERENTE DEL PROGETTO

DOTT. GIANLUCA CASTELLETTI

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
GABRIELLA CARNIO
GIANLUCA CASTELLETTI
SERENA FANFANO

ABSTRACT

La creazione di un Team Accessi Vascolare Aziendale nasce dall'esigenza di aggiornamento di una materia in continua evoluzione ma, anche come parte integrante della risposta clinica all'attuale visione olistica del paziente che richiede il supporto integrato di specialisti. L' obiettivo principale è abbattere le complicanze prevenibili legate all'accesso venoso, definito come TARGETING ZERO (FIG.1), ottimizzando la qualità ed i tempi d'impianto in ogni setting di cura integrando l'assistenza erogata tra ospedale e territorio.

Alla luce delle più recenti Linee Guida Internazionali come le INS 2024 e Consensus Erpiup 2021 vengono consolidate alcune certezze ed introdotti nuovi concetti utili nella realizzazione delle nuove procedure e protocolli aziendali di scelta d'impianto e gestione del device.

Il Team Aziendale sarà composto da medici ed infermieri esperti e riceverà un percorso formativo di qualità, come normato dal WOcoVa 2024 portando numerosi e molteplici vantaggi in termini di sicurezza , costo-efficacia ed efficienza.

Nel modello di Team integrato i due responsabili, medico ed infermieristico rivestono un ruolo centrale di gestione e integrazione, un bridge che collega paziente, specialista e cura.

La realizzazione del progetto prevede: l'integrazione delle Procedure Operative di scelta, impianto e gestione sulla modalità e criteri di intervento; la definizione delle responsabilità dei componenti del Team; la standardizzazione dell'addestramento degli impiantatori e delle tecniche di impianto; la centralizzazione dell'impianto dei cateteri centrali più complessi in una sala dedicata, l'implementazione dell'impianto bedside dei restanti Vad; l'identificazione di un unico centro di costo; l'informatizzazione del sistema di prenotazione e di consulenza; la formazione del personale infermieristico di ospedale e territorio per la corretta gestione dei cateteri; la definizione di un set di indicatori di monitoraggio.

OBIETTIVI GENERALI

La finalità primaria è quella di garantire la massima performance di qualunque dispositivo venoso centrale e periferico a tutti i pazienti in qualunque contesto assistenziale ospedaliero integrando le diverse figure professionali che intervengono anche in qualità di consulenti nella gestione delle potenziali complicanze.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Istituzione di un team dedicato operativo 12 ore/die nei giorni feriali e 6 ore/die il sabato
- Individuazione degli spazi per la costituzione di un ambulatorio che disponga di una "sedation room" indispensabile nell'approccio pediatrico.
- Creazione di un unico centro di costo, individuazione di software dedicato alla raccolta dei dati sensibili
- Gestione del follow up medico infermieristico dei device impiantati compresi coloro che provengano dall'area territoriale.
- Revisione dei protocolli Aziendali concernenti scelta, condizioni e tecnica d'impianto, controllo del corretto posizionamento, gestione ordinaria delle complicanze.

RISULTATI ATTESI

L'ambulatorio dedicato all'impianto degli accessi vascolari propone un modello organizzativo multidisciplinare di accettazione e gestione del paziente che pone quest'ultimo al centro del processo decisionale. L'implementazione di tale modello comporterà:

- La riduzione dei costi sostenuti dall'azienda per l'acquisto di presidi e di materiale d'uso in quanto si minimizza lo spreco di materiale grazie all'aumento della percentuale di successi all'inserzione e all'utilizzo di pack standardizzati d'impianto e gestionali.
- L' aumento della durata del presidio mediante la prevenzione ed il trattamento efficace di complicanze meccaniche (ostruttive) o infettive che normalmente condurrebbero alla rimozione del presidio stesso
- La possibilità di optare per il miglior presidio costo-efficacia attraverso il Proactive Vascoular Planning.
- La riduzione della durata media della degenza è riconducibile alla diminuzione del rischio di infezioni associate a catetere venoso (che si manifestano costantemente con il prolungamento della durata della degenza ospedaliera).
- La minimizzazione dei tempi di attesa per il posizionamento di accessi a medio e lungo temine porterà all'implementazione di attività specifiche, quali quelle legate alla gestione di Day Hospital oncologico o

ematologico, centri di nutrizione artificiale domiciliare ottimizzando inoltre l'assistenza perioperatoria e l'attuazione di cure palliative domiciliari-lungo degenza o in hospice.

Un team integrato offre inoltre numerosi vantaggi in diversi ambiti. Dal punto di vista cognitivo, favorisce un ampliamento delle responsabilità e un'elaborazione più ricca delle informazioni. Sul piano motivazionale, la condivisione delle decisioni contribuisce ad aumentare la motivazione professionale. A livello relazionale, rafforza l'affettività, il riconoscimento reciproco e il senso di appartenenza. Infine, dal punto di vista organizzativo, promuove la condivisione di conoscenze, linguaggi, metodi e risorse, facilitando il raggiungimento degli obiettivi comuni.

CONCLUSIONI

L'attivazione di un team aziendale ben definito dedicato agli accessi vascolari consente di ottenere risultati positivi in diversi ambiti. Tra i principali benefici rientrano l'adozione di comportamenti standardizzati da parte di tutti i membri del team, l'esecuzione degli impianti secondo criteri uniformi e l'implementazione di un servizio di counseling per la gestione routinaria dei dispositivi aziendali. Inoltre, favorisce il mantenimento di un'attività culturale e formativa continua e l'istituzione di un ambiente dedicato esclusivamente all'impianto e alla rimozione degli accessi vascolari. Questo approccio contribuisce a ridurre il rischio di infezioni, migliorare il controllo degli impianti e ottimizzare l'uso delle risorse, eliminando sprechi legati a processi inefficienti, tempi di attesa e mancata sincronizzazione delle attività. In ultima analisi, tutto ciò si traduce in una riduzione dei costi per il Sistema Sanitario, garantendo maggiore efficienza e qualità del servizio.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Medico responsabile del team
- Infermiere con incarico professionale accessi vascolari
- Infermieri impiantatori dedicati adeguatamente formati
- Medici consulenti con competenza avanzata di impiantistica vascolare e gestione delle complicanze (steward avanzato)
- Coordinatore infermieristico
- IFO di riferimento ambulatoriale
- OSS

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

- Progetto di durata 12 mesi nell'arco temporale 2025-2026
- Il team elabora periodicamente (6 mesi) un report secondo gli indicatori prefissati di numero di impianti totali e % effettuata entro le 48 ore

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

- Inserimento formativo annuale dl personale aziendale su indicazioni, utilizzo e gestione degli accessi vascolari e implementazione del Team previa manifestazione di interesse.

- Attivazione di un punto di prelievo (centro di costo) per le richieste di dispositivi medici/ farmaci da attribuire. Attivazione di una linea telefonica.
- Creazione di un PDTA aziendale sull'accesso vascolare concernente: scelta, condizioni e tecnica d'impianto, controllo del corretto posizionamento, gestione ordinaria e delle complicanze.

SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE

Creazione di un software unico dedicato aziendale di prenotazione e consulenza in grado di colloquiare con il gestionale attualmente in uso.

BIBLIOGRAFIA

LINEE GUIDA E CONSENSUS

- Annetta MG, Bertoglio S, Biffi R, et al. Management of antithrombotic treatment and bleeding disorders in patients requiring venous access devices: a systematic review and a GAVeCeLT consensus statement. J Vasc Access. 2022;23(4):660-671.

- Barone G, D'Andrea V, Ancora G, et al. The neonatal DAV-expert algorithm: a GAVeCeLT/GAVePed consensus for the choice of the most appropriate venous access in newborns. European journal of pediatrics 2023; 182. DOI: 10.1007/s00431-023-04984-4.
- Bishop L, Dougherty L, Bodenham A, et al. Guidelines on the insertion and management of central venous access devices in adults. Int J Lab Hematol. 2007;29(4):261-278.
- Bodenham A, Babu S, Benne] J, et al. Associa^on of Anaesthe^sts of Great Britain and Ireland: Safe vascular access 2016. Anaesthesia 2016; 71: 573–585.
- Buetti N, Marschall J, Drees M, et al. Strategies to prevent central line-associated blood-stream infections in acutecare hospitals: 2022 Update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2022;43(5):553-569.
- Lamperti M, Biasucci DG, Disma N, et al. European Society of Anaesthesiology guide- lines on peri-operative use of ultrasound-guided for vascular access (PERSEUS vascular access). Eur J Anaesthesiol. 2020;37(5):344-376. Erratum in:Eur J Anaesthesiol. 2020;37(7):623.
- Mermel LA, Allon M, Bouza E, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2009;49(1):1-45.
- Erratum in: Clin Infect Dis. 2010;50(7):1079. Dosage error in article text. Erratum in: Clin Infect Dis. 2010;50(3):457.
- Pinelli F, Balsorano P, Mura B, Pittiruti M. Reconsidering the GAVeCeLT Consensus on catheter-related thrombosis, 13 years later. J Vasc Access. 2021:22(4):501-508.
- Pinelli F, Pittiruti M, Annetta MG, et al. A GAVeCeLT consensus on the indication, insertion, and management of central venous access devices in the critically ill. J Vasc Access 2024, in press.
- Pinelli F, Pittiruti M, Van Boxtel T, et al. GAVeCeLT-WoCoVA Consensus on subcutaneously anchored securement devices for the securement of venous catheters: Current evidence and recommendations for future research. J Vasc Access. 2021 Sep;22(5):716-725.
- Pittiruti M, Crocoli A, Zanaboni C, et al. The pediatric DAV-expert algorithm: a GAVeCeLT/GAVePed consensus for the choice of the most appropriate venous access device in children. J Vasc Access 2024, in press.
- Pittiruti M, Pinelli F; GAVeCeLT Working Group for Vascular Access in COVID-19. Recommendations for the use of vascular access in the COVID-19 patients: an Italian perspective. Crit Care. 2020 May 28;24(1):269.
- Pikru^ M, Potere A and Straccini P. DAV-Expert, h]p://davexpert.gavecelt.it/ (2021)
- Pikru^ M, Van Boxtel T, Scoppe]uolo G, et al. European recommenda^ons on the proper indica^on and use of peripheral venous access devices (the ERPIUP consensus):
- A WoCoVA project. J Vasc Access. 2023 Jan;24(1):165-182.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta. Le nuove linee guida per la prevenzione delle infezioni da catetere. CDC Atlanta. (Viewed 23/3/2022). Avaible from http://increpone.altervista.org/blog/cdc-atlanta-2011/
- Registered Nurses' Association of Ontario. *Registered Nurses' Association of Ontario Vascular Access, Best Practice Guideline, Second Edition*. 2021
- Masamoto T, Yano R. *Characteristics of expert nurses' assessment of insertion sites for peripheral venous catheters in elderly adults with hard-to-find veins.* Jpn J Nurs Sci. 2021;18(1):e12379.
- V. Armenteros-Yeguas, L. Garate-Echenique, et al. *Prevalence of difficult venous access and associated risk factors in highly complex hospitalized patients*, JClin Nurs, 2017; 26 (23-24) : 4267-4275
- A. Plohal. *A qualitative study of adult hospitalized patients with difficult venous access experiencing short peripheral catheter insertion in a hospital setting*, Journal of Infusion Nursing, 2021; 44 (1) : 26-33

4 Trak Lab: uno studio pilota osservazionale sull'efficacia della formazione clinica simulata nella gestione della tracheostomia in scenari di routine e di emergenza

DENOMINAZIONE AZIENDA SANITARIA

Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia

UNITA' OPERATIVA

Anestesia e Rianimazione 1 - Tipoc

REFERENTI DEL PROGETTO

Tiziana Lazzerini, Andrea Mipatrini

AUTORI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME
BIANCA REITANO
JESSICA PISPOLA
MASSIMO TIZZI
SARA RONDOLINI

ABSTRACT

Lo studio nasce dalla necessità di migliorare la formazione degli infermieri nella gestione delle emergenze legate alla tracheostomia. Le riammissioni di pazienti tracheostomizzati in terapia intensiva sono spesso causate da una gestione inefficace delle complicanze, molte delle quali derivano da lacune nell'educazione dei caregiver, nell'assistenza infermieristica e nella gestione domiciliare. Nonostante l'importanza del problema, la letteratura sulla gestione efficace dei pazienti tracheostomizzati è scarsa. Le carenze formative del personale sanitario compromettono la loro sicurezza, le competenze e la fiducia in sé stessi nell'assistenza. È quindi fondamentale un'educazione completa, che includa sia la cura quotidiana che la gestione delle emergenze. Formazioni basate sulle best practices possono ridurre il rischio di complicanze, mortalità e riammissioni, portando anche a risparmi economici.

Per rispondere a questa esigenza, è stato creato un laboratorio formativo che ha utilizzato la simulazione, uno

strumento che ha mostrato benefici in termini di apprendimento e autoefficacia. L'obiettivo dello studio è valutare l'efficacia del percorso formativo per gli infermieri, analizzando l'aumento delle loro conoscenze teoriche, abilità pratiche, competenze e grado di fiducia nell'assistenza quotidiana e nella gestione delle emergenze.

OBIETTIVO GENERALE

Lo studio mira a migliorare la gestione delle emergenze tracheostomiche con formazione basata sulla simulazione, riducendo riammissioni, mortalità e costi, valutando conoscenze, abilità, competenze e self-confidence degli infermieri.

OBIETTIVI SPECIFICI

L'obiettivo primario dello studio è valutare l'efficacia del corso formativo degli infermieri in termini di conoscenze teoriche, abilità pratiche, competenze e self-confidence nella gestione quotidiana e delle emergenze.

MATERIALI E METODI

Si tratta di uno studio pilota osservazionale prospettico presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia (ottobre-novembre 2023), con laboratorio formativo per infermieri di terapia intensiva, valutato tramite questionari, metodo O.S.C.E., e autovalutazioni su conoscenze e self-confidence.

RISULTATI / RISULTATI ATTESI

Il campione di 20 infermieri del reparto UTIC di Perugia ha mostrato una crescita significativa nelle conoscenze post-corso, passando da una media di 5,7 a 9,5 (+67%). L'autovalutazione ha rilevato miglioramenti in conoscenze, competenze e self-confidence nell'assistenza di base (+32%, +29%, +52%). La gestione delle emergenze ha visto un aumento del 71% in sicurezza e self-confidence. Una correlazione moderata è stata trovata tra anni di servizio e autovalutazione nell'assistenza di base, ma non per le emergenze. Tutti hanno superato il laboratorio con la valutazione delle competenze tramite O.S.C.E.. Discussione.

CONCLUSIONI

Nonostante i limiti, lo studio ha dimostrato l'efficacia del laboratorio nel migliorare conoscenze, competenze, abilità pratiche e self-confidence degli infermieri. Ha evidenziato le aree problematiche indipendenti dall'esperienza lavorativa, sottolineando l'importanza delle simulazioni standardizzate per la gestione delle emergenze.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

4 Mesi Agosto- Novembre 2023, da agosto a settembre si è progettato ed organizzato il corso ad ottobre e novembre si è attuato.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Dal 2024 il corso è diventato aziendale e proposto ad altri reparti dell'Azienda ospedaliera di Perugia formando ulteriormente 48 infermieri. Nel 2025 il corso è stato proposto al Centro Unico di Formazione della Regione Umbria.

DESCRIZIONE SOLUZIONI SOFTWARE SE PRESENTI

Non presenti.

SANITÀ 4.0

AZIENDE SANITARIE E COMUNI E DIALOGANO